

الفهرس

4	تمهيد
4	مفهوم ومعنى الترجمة والتعريب
7	المنهجية المتبعة في هذا العمل
9	الدروس
10	الوحدة الأولى: تعاريف الإدمان و مسبباته
11	الدرس الأول: التعاريف والتصنيفات
16	الدرس الثاني: نظرية التحليل النفسي
19	الدرس الثالث: النظرية العصبية الحيوية
23	الدرس الرابع: النظرية الوراثية
26	الدرس الخامس: المقاربة المنظوماتية أو العائلية
31	الدرس السادس: المقاربة السلوكية
32	الدرس السابع: المقاربة المعرفية
34	الدرس الثامن: المقاربة الاجتماعية والثقافية
36	الدرس التاسع: التداوي الذاتي والاعتلال المصاحب
41	الوحدة الثانية: المظاهر السريرية للإدمان
42	الدرس العاشر: الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة)
44	الدرس الحادي عشر: القنب الهندي
50	الدرس الثاني عشر: الكحول
57	الدرس الثالث عشر: التدخين
63	الدرس الرابع عشر: المواد الأفيونية
68	الدرس الخامس عشر: البينزوديازيبين
74	الدرس السادس عشر: الكوكايين
82	الدرس السابع عشر: الأمفيتامينات ومشتقاتها
83	الدرس الثامن عشر: الميثامفيتامين والإكستاسي
84	الدرس التاسع عشر: الإدمان بغير مخدرات أو الإدمان السلوكي
88	الدرس العشرون: أدوات تقييم اضطرابات الإدمان
93	الدرس الواحد والعشرون: الإدمان والمراهقة
96	الوحدة الثالثة: التدبير العلاجي
97	الدرس الثاني والعشرون: العلاجات المعرفية والسلوكية
100	الدرس الثالث والعشرون: المقابلة التحفيزية

101	الدرس الرابع والعشرون: المبادئ الأساسية للمقابلة التحفيزية.....
107	الدرس الخامس والعشرون: التدبير العلاجي النفسي الاجتماعي.....
109	الدرس السادس والعشرون: علاج الفطام
113	الدرس السابع والعشرون: الوقاية من الانتكاسة
115	الدرس الثامن والعشرون: العلاجات البديلة
115	1- العلاجات المساعدة على استبدال المواد الأفيونية
119	2- العلاجات المساعدة على استبدال التبغ
122	الدرس التاسع والعشرون: الأدوية المساعدة في الحفاظ على الإمتناع عن التبغ
123	الدرس الثلاثون: الأدوية المساعدة في الحفاظ على الإمتناع عن الكحول
126	ملخص الأطروحة
130	معجم الأطروحة
136	المراجع الفرنسية
137	المراجع العربية

تمهيد

مفهوم ومعنى الترجمة والتعريب

الترجمة هي السبيل إلى معرفة الآخر، والتواصل معه، وخلق التفاعل الثقافي والحضاري معه، وهذا يصب في مصلحة الارتقاء بالحضارة الإنسانية عموماً، وفي إنضاج وتطوير ثقافات الأمم على وجه الخصوص، وبنفس القدر الذي تساعدنا به الترجمة في معرفة الآخر، فإنها تعيننا على إدراك حقيقتنا ومعرفة ذاتنا.

الترجمة

إذا نظرنا إلى التعريفات التي تناولت مفهوم الترجمة فإننا سنجد بينها من عرف الترجمة بأنها: " نقل نتاج لغوي من لغة إلى أخرى"، وأن " الترجمة التي تفي بنفس الغرض في اللغة الجديدة مثلما فعل الغرض الأصلي في اللغة التي كُتِب بها "، وأنها هي التعبير بلغة ثانية عن المعاني التي تم التعبير عنها بلغة أولى، أو أن " الترجمة هي مهارة تتمثل في محاولة إحلال رسالة و/أو بيان مكتوب بإحدى اللغات برسالة و/أو بيان مكتوب بلغة أخرى"، أو عملية إحلال النص المكتوب بإحدى اللغات والتي نطلق عليها اللغة المصدر إلى نص يعادله مكتوب بلغة أخرى والتي نشير إليها بأنها اللغة المستهدفة"، وأن الترجمة هي " المعادل النصي فيما بين نصي اللغة المصدر واللغة المستهدفة وهذا لا يستوجب التقيد بالمقابل الشكلي بين النصين على مستوى المفردات أو القواعد، ولكن توصيل المحتوى المعادل للنص كله، وهناك من يصف عملية الترجمة بأنها مطابقة لعملية الرسم إلى حد ما، ويرى أن المترجم يشبه الرسام الذي لا يستخرج كل تفصيل في المنظر وإنما ينتقي ما يبدو أفضل بالنسبة له، وعلى ذلك فإنها الروح التي يسعى المترجم لتجسيدها في ترجمته الخاصة، - وليس المعنى الحرفي وحسب، ولعل وجهة النظر الأخيرة هذه هي التي دفعت معظم علماء الترجمة إلى الاهتمام بالمعنى وليس بالمفردات اللغوية، ذلك أن الوظيفة الجوهرية للترجمة هي توصيل ونقل ما يمكن أن يشكل معنى ومفهوماً لدى المتلقي، وإلا فإنه لا ضرورة للترجمة إن لم تستطع توصيل المعنى والقصد. فمثلاً إيديولوجية (مذهب) و (Idea) فكرة، هذه عملية ترجمة لأن كلمة فكرة موجودة في كلا اللغتين ولم تحتج إلى تعريب.

قالوا إن أفضل التراجم " ليست تلك الترجمة التي تُبقي نُصب عين القارئ وإلى الأبد حقيقة أن هذا العمل ما هو إلا ترجمة وليس تأليفاً أصلياً، وإنما هي تلك الترجمة التي تجعل القارئ ينسى مطلقاً أنها ترجمة وتجعله يشعر أنه ينعم النظر في ذهن الكاتب القديم مثلما يمنح النظر في ذهن كاتب معاصر. ولا يعتبر هذا الأمر في الواقع أمراً سهلاً تنفيذه، ولكنه رغم ذلك يعتبر المهمة التي يجب أن يلتزم بها أي مترجم جاد في عمله ".

وإذا نظرنا إلى التعريفات والمفاهيم السابقة لوجدنا أنها تتناول مستويين من الترجمة أولهما وأعظمهما أهمية هو ترجمة المعنى والمضمون يليه مستوى الترجمة اللفظي واللغوي، و مما لا شك فيه أن الترجمة هي الركيزة الأساسية لمنظومة التواصل والتجسير المعرفي وما يتعلق بهذه المنظومة من محددات فكرية وعلمية وأخلاقية واجتماعية، وهي مرحلة أساسية لعملية الاتصال المعرفي وما يتصل بذلك من جوانب علمية وفنية وأخلاقية، ومن بين التعريفات المتداولة عن الترجمة ما يلي:

- هي عملية شرح وتفسير ما يقوله ويكتبه الآخر من لغة أخرى إلى لغة المتلقي أو المستمع.
- هي جدلية تناسية تربط بين عوالم مختلفة (عالم الكاتب والمترجم والمتلقي) يشترط فيها الأمان والملاءمة، والجودة والجمال، وكذا المحاكاة والمغايرة ثم المعارف واللغات، وأخيراً الحوار والتحاور بين الثقافات واللغات.
- هي عملية تجري على اللغات، إنها عملية تبديل نص في لغة بنص في لغة أخرى، ويكون واضحاً
- هي عملية هدفها تقريب القارئ من الكاتب، وتقريب الكاتب من القارئ.
- الترجمة محاولة لحل مشكلة غير قابلة للحل.
- الترجمة مزيج من علم نتلقاه وفن نتقنه ومهارة نكتسبها وموهبة ننميها.
- الترجمة فن وعلم ، فهي فن لكونها تستلزم شروط الإبداع وإن اعتبرها البعض إبداعاً من الدرجة الثانية ، وعلم لضرورة توافر شروط محددة في علميتها.

التعريب

قال الخليل بن أحمد (ت 175هـ) في مُقَدِّمَةِ " كتاب العَيْن " عند الحَيِّث عن وُجُود أَصَوَاتٍ فِي الجُذُورِ الرُّبَاعِيَّةِ والخُمَاسِيَّةِ وبِهَا يُسْتَدَلُّ عَلَى عَرَبِيَّةِ الكَلِمَةِ وبِخُلُوقِهَا مِنْهَا عَلَى أَعْجَمِيَّتِهَا : فَإِنْ وَرَدَتْ عَلَيْكَ كَلِمَةٌ رُبَاعِيَّةٌ، أَوْ خُمَاسِيَّةٌ مُعَرَّاةٌ مِنْ حُرُوفِ الدَّلَقِ أَوْ الشَّقَوِيَّةِ، وَلَا يَكُونُ فِي تِلْكَ الكَلِمَةِ مِنْ هَذِهِ الحُرُوفِ حَرْفٌ وَاحِدٌ أَوْ اثْنَانِ، أَوْ قَوْقُ ذَلِكَ فَاعْلَمْ أَنَّ تِلْكَ الكَلِمَةَ مُحَدَّثَةٌ مُبْتَدَعَةٌ، لَيْسَتْ مِنْ كَلَامِ العَرَبِ؛ لِأَنَّكَ لَسْتَ وَاحِدًا مَنْ يَسْمَعُ مِنْ كَلَامِ العَرَبِ كَلِمَةً وَاحِدَةً رُبَاعِيَّةً، أَوْ خُمَاسِيَّةً إِلَّا وَفِيهَا مِنْ حُرُوفِ الدَّلَقِ وَالشَّقَوِيَّةِ وَاحِدَةً أَوْ أَكْثَرَ، وَلِسَبِيْبِهِ قَوْلُهُ "مِمَّا يُعَيِّرُونَ" يَقْصِدُ بِذَلِكَ العَرَبُ أَنْفُسَهُمْ أَصْحَابُ العَرَبِيَّةِ، زِيَادَةً عَلَى أَنَّ كَلِمَةَ "يُعَيِّرُونَ" تَعْنِي أَنَّ الكَلِمَةَ الْأَعْجَمِيَّةَ لَا تُصْبِحُ مُعَرَّبَةً (عَرَبِيَّةً) إِلَّا بِإِجْرَاءِ تَغْيِيرٍ فِي حُرُوفِهَا، إِمَّا صَوْتِيًّا وَإِمَّا بُنْيَوِيًّا (صَرَفِيًّا) وَ..

يتساوى التَّعْرِيْبُ وَالْإِعْرَابُ فِي الْمَعْنَى اللَّغَوِيَّةِ وَيَقْصِدُ بِهِمَا " الْإِبَانَةُ " وَالكَلِمَتَانِ مُشْتَقَتَانِ مِنْ لَفْظِي "عَرَبَ وَأَعْرَبَ" بِمَعْنَى أَبَانَ وَأَفْصَحَ، فَالْإِعْرَابُ يَفْصَحُ عَنِ الْمَعَانِي بِالْحَرَكَاتِ الَّتِي تُفَرِّقُ بَيْنَ الْوُضَائِفِ النَّحْوِيَّةِ، وَقَدْ صَارَ مِنَ الْمُتَّفَقِ عَلَيْهِ أَنَّ الْإِعْرَابَ هُوَ تَوْضِيْحُ مَعَانِي الْأَلْفَاظِ وَتَوْضِيْحُ الْفَوَارِقِ بَيْنَهَا مِنْ خِلَالِ اسْتِخْدَامِ عِلَامَاتِ الْإِعْرَابِ الْمُخْتَلِفَةِ وَمِنْ هُنَا وَقِيَّاساً عَلَى ذَلِكَ فَإِنَّ التَّعْرِيْبَ هُوَ تَخْصِيصٌ فِي تَوْضِيْحِ دَلَالَةِ الْأَلْفَاظِ وَيَتَنَاوَلُ نَقْلَ الْفَلْظِ الْأَعْجَمِيِّ إِلَى اللُّغَةِ الْعَرَبِيَّةِ.

إن ما يميز المفهوم أو اللفظ المعرب هو قبوله للصرف والوزن العربي أما الألفاظ الجامدة التي يتم استيرادها من اللغات الأخرى واقتصار الأمر على رسم نطقها بحروف عربية فهي ألفاظ دخيلة مقحمة على المحتوى اللغوي العربي، فمن رحم اللغة خرج مصطلح أكثر تخصصاً وأضيق مجالاً وهو مصطلح " التعريب " وهو مصطلح ينسب للعرب ويشير إلى استعمال العرب لفظاً أعجمياً بتغييره على طريقة لغتهم، وهذا هو المفهوم الشائع لدى اللغويين باختلاف في تعريفه ، فمنهم من عرفه بأنه : ما استعملته

العرب من الألفاظ الموضوعية لمعانٍ في غير لغتها فهو يعني النقل من اللغة الأجنبية إلى اللغة العربية فهو ترجمة من اللغة الأجنبية للغة العربية ، كما أن التعريب يعني في عدد من البلدان الاستخدام الشامل للغة العربية بدل اللغة الأجنبية.

مثلا (التلفون) هي كلمة إنجليزية تدل على جهاز للتحدث والتواصل بين الناس ولم يتم اختراعه إلا في العصر الحديث, ولأنه لا يوجد ما يُقابلة في لغتنا وثقافتنا العربية، فقد عمد اللغوي إلى تناول جذر (هتف) الذي يدل على الصوت ويدل على التواصل بين طرفين، وأشتق منه (هاتف) ليقابل به ثقافة جديدة واردة علينا (التلفون) فأصبحت كلمة (هاتف) تعني جهاز تواصل صوتي في حين هذه الكلمة (الهاتف) لم تكن معروفة قبل ذلك في العصور العربية القديمة بهذا المعنى.

(كمبيوتر) (Computer) حاسوب، هذه عملية تعريب، وتنقيب عن كلمات جديدة من جذر عربي أصيل ليقابل الجديد الوارد من الثقافات الأخرى، فكلمة حاسوب لم تكن موجودة سلفا، بل هي موضوعة من قبل اللغويين من جذر (حسب) لتقابل ثقافة جديدة واردة علينا.

بين الترجمة والتعريب

رغم أن جوهر مشكلة الترجمة في عالمنا العربي يتمثل في قلة النتاج الترجمي من وإلى اللغة العربية مقارنة بنتاج أي لغة أخرى ، إلا أن المشكلة تأخذ بعداً أكبر إذا وضعنا عنصر الفقر الإعلاني عن النصوص المترجمة من وإلى العربية فنكتشف أن المكتبة العربية تحفل بالعديد من درر التراجم والتي لا يعرف عنها القارئ العربي والغربي إلا النزر اليسير.

إن التباين بين الترجمة والتعريب يبرز في أن الترجمة لا تسعى إلى تعريب اللسان وتغيير منطوق ولفظ اللغة وإنما تهتم بنقل المعنى باستخدام ألفاظ اللغة المستهدفة، بينما يتمثل التعريب في نقل المفهوم والمصطلح الأجنبي وصياغته باللفظ العربي في حال توافره أو إيجاد لفظ جديد يعبر عن المفهوم أو المصطلح المعرب، ومن ذلك نستشف أن التعريب نسق خاص مستقل منفرد لا يمكن خلطه بالترجمة على عمومها فله مميزات وقواعد خاصة، أهمها ما يتعلق بأمور الاشتقاق والصياغة اللفظية والتطويع اللغوي والصرفي، والتعريب علم مستقل وضرب من ضروب فنون اللغة إلا أنه لم يحظ بما يستحقه من تأطير منهجي أكاديمي رغم أهميته والضرورات التي تدفع إلى التركيز عليه خاصة خلال هذه الفترة من تاريخ الحضارة العربية.

المنهجية المتبعة في هذا العمل

يصطدم الطالب المغربي الذي تلقى العلوم خلال مساره الدراسي باللغة العربية، بواقع لغوي مغاير أثناء ولوجه التعليم العالي، مما يحدث له حالة من اليأس والإحباط النفسي، نظرا لسياسة التعريب الناقصة التي تمت في ثمانينيات القرن الماضي، الأمر الذي يؤثر على تحصيله الجامعي ويضعف تواصله الصحي. فالعائق اللغوي خلال الدراسة الطبية من بين الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى الرسوب خلال السنوات الأولى، بحيث يجد الطالب إشكالات في التواصل مع أستاذه نظرا لمستوى الطالب المتواضع في اللغة الفرنسية، مما يمنعه من طرح استفسارات بكل يسر وليونة. ومع مرضاه من جهة أخرى بحيث يجد نفسه مضطرا لترجمة المصطلحات الطبية التي درسها بلغة أجنبية إلى اللغة العربية وأكثر من ذلك إلى العامية.

إن الهدف من البحث الذي قمنا بإنجازه هو تحسين الفهم والاستيعاب بين الطالب والأستاذ من جهة، وبين الطبيب والمجتمع من جهة أخرى.

لقد اعتمدنا في انتقاء مادة هذا العمل على كتب ودروس وأطروحات سابقة باللغة الفرنسية والانجليزية في علم الإدمان، هذا العلم الذي يكتسي أهمية بالغة في حياتنا اليومية لارتباطه الكبير بمستقبل الإنسانية، المتمثل في شبابها؛ رجال ونساء الغد. وقد أجرينا أولا بحثا مصغرا بالنسبة لكل محور، يتم بعده تجميع فقراته باللغة الفرنسية لتكوين نص تام ومفهوم، وهكذا الحال بالنسبة لكل محاور الأطروحة إلى أن تم انجاز النسخة الفرنسية الكاملة منها، وقد رافق إنجاز هذه النسخة مواكبة دائمة من الأستاذ المشرف بالعون والنصح والتصحيح... وبعد ذلك انتقلنا إلى مرحلة الترجمة من النسخة الفرنسية للغة العربية باعتماد الخطوات العلمية لذلك.

أما فيما يخص التصميم العام للأطروحة فقد تم تقسيمها لدروس أولها تعاريف وتصنيفات عامة خاصة بعلم الإدمان، بعدها تطرقنا لدرس المسببات بطرح النظريات التي واكبت تطور هذا المفهوم، وبعدها افطنا في ابراز المظاهر السريرية للتعلق بكل مادة باعتماد التوصيات الحديثة للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية في طبيعته الخامسة الذي لم يقتصر على ادمان المواد بل تجاوز ذلك وأضاف الإدمان السلوكي، وأخيرا تم التعمق في مراحل وأشكال التدبير العلاجي الممكنة وكذا الانتكاسة وكيفية التعامل معها.

ومن ناحية المضمون اتخذنا سياسة التبسيط ما أمكن، حيث اعتمدنا على المصطلحات الشائعة الاستعمال من أجل تيسير الفهم والاستيعاب سواء فيما يتعلق بمتن النص كله، أو فيما يتعلق بالمصطلحات الطبية.

وقد اعتمدنا في عملية ترجمة المصطلحات الطبية على:

المصطلحات الواردة في أطروحة الدكتور "مصطفى إكن" تحت عنوان "تعريب الأساسي من وحدة الطب النفسي" وأطروحة الدكتورة "لطيفة يحيى" تحت عنوان "تعريب الأساسي من علم الأعراض في الطب النفسي". واللذين تشرف أستاذنا الكريم "اسماعيل رموز" بالإشراف عليهما.

- المعجم الطبي الموحد وهو المعجم الذي تعتمد منظمة الصحة العالمية باعتباره نتاجا مشتركا بين جميع الدول العربية لتوحيد المصطلح العلمي الطبي.

- قاموس الشبكة العربية لاتحاد الأطباء النفسيين العرب، الموجود في موقعها الرسمي ...

ومن أجل صياغة النص السردي، كان لا بد من اللجوء إلى المعاجم اللغوية من أجل استكمال ترجمة الدروس بشكل جيد دون الوقوع في فخ الركافة ومنها:

- قاموس ومعجم المعاني وهو قاموس متعدد اللغات والمجالات.

- موقع الباحث العربي وهو يضم خمسة قواميس يبحث فيها بشكل متزامن: لسان العرب ومقاييس اللغة والصاحح في اللغة والقاموس المحيط والعباب الزاخر.

- معجم المنهل

الدروس

الوحدة الأولى:

تعريف الإدمان و مسبباته

الدرس الأول: التعاريف والتصنيفات

أصل التسمية

مصطلح الإدمان ذو أصل لاتيني، مشتق من كلمات يمكن ترجمتها بالنعوت التالية "ممنوح" و "مدان" أو عن طريق الاسم الشائع "عبد". وفي زمن الحضارة الرومانية، لم يكن للعبيد اسمٌ عَلَمٌ، بل كانوا يُنسبون لأسيادهم. ويُعبر الإدمان إذن، عن عدم الاستقلالية، بل العبودية، وبهذا المعنى، فممن الكحول سيعتبر ممنوحاً للكحول، كما أن متعاطي المخدرات سيعتبر ممنوحاً لها، والشره مرضياً للجوع، واللاعب للعبة، والمدخن للسيجارة.

من منظور آخر، تعني هذه الكلمة في القانون الروماني الشخص الذي يُحكم عليه أن يكون عبداً لدائنه بسبب ديونه، وهذا هو مفهوم "القيد البدني". وقد حُفظت هذه العبارة حتى العصور الوسطى؛ بحيث "أن تكون مدمناً" تُلزمك بالسجن إلى حين سداد ديونك، بالعمل عند غريمك بعد صدور أمر المحكمة. وفي انكلترا، في القرن الرابع عشر، دلّ الإدمان على العلاقة التعاقدية لخضوع العبد لسيده. واستطراداً، يشير هذا المصطلح للمشاعر البغيضة أخلاقياً، وباللغة العامية، إلى كل المشاعر المستهلكة وكافة الملحقات بمعنى "عقبة" لشيء ما. وقد ضبط الأطباء النفسيون هذا المصطلح بعد ذلك ليعني الإدمان والتعلق على المواد، ثم إلى المفهوم الحالي الذي يَسَعُ السلوكيات المرضية أيضاً.

التعاريف والتصنيف

إن أخطار المخدرات قضية معقدة، تشمل إمكانية الإدمان عليها، وسُميّتها الخاصة، وكميات وأنماط استهلاكها، وقابلية الشخص المتعاطي، وكذا خصائصها النفسية والوراثية البيئية وأيضاً العواقب الطبية، والاجتماعية والجناحية المتعلقة باستخدامها. ويمكننا محاولة تمييز أنماط الاستخدام في سلسلة متصلة بدءاً من الاستخدام البسيط إلى الأكثر إضراراً: الاستعمال البسيط، والاستعمال الخطير والتعلق.

يعرّف الاستعمال الخطير والتعلق بأنهما حالتان مرضيتان في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة، وفي التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض في طبعته العاشرة. ينطبق سوء الاستخدام على جميع الممارسات ما عدا الاستخدام البسيط، وتشمل هذه الفئة، الاستخدام الخطير، والاستخدام الضار والتعلق.

أ. الاستخدام البسيط والاستخدام الخطير

الاستخدام البسيط: يعرف بأنه تعاطي لمواد مخدرة لا تسبب أية مضاعفات أو أضرار. ويُفترضُ هذا النوع من الاستخدام أنَّ هناك استهلاكاً خالياً من المخاطر، حيث لا تُؤخذُ بعين الاعتبار الأضرار المرتبطة بعواقب الطابع المحذور لاستهلاك هذه المواد. فهذه المرحلة تبقى محفوفة بالمخاطر نظراً لإمكانية تطورها إلى مرحلة الاستعمال الخطير أو التعلق.

الاستهلاك الخطير: يعرف بأنه استخدام خطير نظراً للعناصر التالية:

- الكمية المستهلكة.

- طريقة الاستهلاك، الاستهلاك عبر الوريد.

- ظروف الاستهلاك، الاستهلاك عند سيطرة شاحنة أو استهلاك المرأة خلال الحمل.

هذه الاستخدامات الخطيرة تزيد مخاطر الوفيات والاعتلالات النفسية والجسدية، وإن لم تستوف معايير الاستخدام الضار والتعلق.

ب. الاستخدام الضار أو الإفراط:

يتميز الاستخدام الضار، كما هو محدد من قبل منظمة الصحة العالمية في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض في طبعته العاشرة ومن قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة، بتكرار استهلاك مواد مخدرة مسببة لأضرار جسمانية ونفسية واجتماعية وقانونية، إما بالنسبة للفرد نفسه أو بالتأثير على بيئته القريبة أو البعيدة، لكنه لم يشر إلى الطابع القانوني أو غير القانوني للمادة المستهلكة.

○ معايير الاستخدام الضار للمواد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة

تؤدي طريقة الاستخدام غير الملائمة لمادة ما لاضطراب وظيفي أو معاناة سريرية هامة، تتميز بوجود واحد على الأقل من الأحداث التالية:

1. يؤدي الاستخدام المتكرر للمادة إلى الإخفاق في الوفاء بالالتزامات الرئيسية في العمل أو في المدرسة أو في المنزل.
2. الاستخدام المتكرر للمادة في حالات يمكن أن تشكل خطراً جسدياً على الفرد.
3. تكرار المشاكل القانونية المرتبطة باستخدام المادة.

4. استخدام المادة على الرغم من مشاكل اجتماعية أو شخصية، ثابتة أو متكررة، تُسبب أو تُفاقم من أثارها.

بالنسبة لهذه الفئة، هذه الأعراض لا تصل أبداً لمعايير التعلق بالمواد.

ت. التعلق

يتم تعريف التعلق بمادة على النحو التالي: "حالة نفسية وسلوكية خارجة عن المعتاد بالنسبة لهذا الشخص". لا يتم حصر التعلق فقط في التعود على منتج، بل هو أساساً، طريقة استهلاك غير طبيعية " تُركّز حياة الشخص " وتؤدي به إلى مواصلة الاستهلاك على الرغم من التأثير السلبي الذي يلحقه هو ومحيطه.

○ معايير التعلق وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة

يعتمد تعريف الإدمان الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة على معايير بيولوجية، ونفسية، وسلوكية واجتماعية، فالإدمان نمط استعمال غير لائق لمادة، ما يؤدي إلى اضطراب وظيفي أو معاناة سريرية مهمة، تتميز بوجود ثلاثة (أو أكثر) من المظاهر التالية، في أي وقت من فترة متواصلة من 12 شهراً:

1. التحمل، والمعروف بأحد المظاهر التالية:
 - الحاجة لزيادة ملحوظة من المادة لتحقيق التأثير المطلوب.
 - تضائل ملحوظ لتأثير المادة مع استمرار استخدام نفس الكمية.
2. الفطام، ويتميز بواحد أو أكثر من الأحداث التالية:
 - متلازمة فطام مميزة للمادة.
 - أخذ نفس المادة أو مادة قريبة منها لتخفيف أو تجنب أعراض الفطام.
3. أخذ كميات أكبر من المادة أو استعمالها لفترة أطول مما كان متوقعاً؛
4. وجود رغبة مستمرة أو فشل الجهود الرامية إلى الخفض أو السيطرة على استعمال المادة.
5. إنفاق الكثير من الوقت على الأنشطة اللازمة للحصول على المادة، واستخدامها، أو التعافي من أثارها.
6. الإكثار أو الخفض من الأنشطة الاجتماعية، أو المهنية أو الترفيهية بسبب استخدام المواد.
7. الاستمرار في استخدام المادة على الرغم من معرفة الشخص بتسببها في مشكلة مادية أو نفسية، مستمرة أو متكررة، ثابتة أو متفاقمة.

○ تحديد

- بوجود التعلق الجسدي: ظهور أعراض التحمل أو الفطام.
- بدون التعلق الجسدي: عدم ظهور أعراض التحمل أو الفطام

نستنتج إذن، أن التعلق الجسدي ليس ضرورياً للحديث عن التعلق بالمواد المخدرة.

○ تحديث

في الآونة الأخيرة ومع الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي تصوّراً للإدمان ككيان واحد وصفته بـ "الاضطرابات المرتبطة باستخدام مادة"، مع تصنيف فئات الإدمان إلى تعلق خفيف ومتوسط وشديد اعتماداً على عددٍ من المعايير. ولم يعد يشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية إلى الفرق بين ما هو استعمال خطير وتعلق، لذلك فهو يعتمد منهج الأبعاد وليس المنهج القطعي.

ث. تعريف الإدمان وفقاً لغودمان

صاغ "غودمان" (طبيب نفسي إنجليزي) سنة 1990 تعريفاً للإدمان واصفاً إياه بـ "عملية يتم خلالها تنفيذ سلوك، قد يكون له وظيفة توفير المتعة وتخفيف الانزعاج الداخلي، ويتميز بالفشل المتكرر في السيطرة عليه واستمراره على الرغم من عواقبه السلبية".

○ وصف معايير الإدراج في حقل الإدمان:

1. عدم القدرة على مقاومة دوافع تنفيذ هذا النوع من السلوك.
 2. شعورٌ متزايد بالتوتر يسبق مباشرةً بداية السلوك.
 3. متعة أو ارتياحٌ خلال فترة الاستعمال.
 4. فقدان شعور السيطرة خلال السلوك.
 5. وجود خمسة على الأقل من المعايير التسعة التالية:
- أ. الاهتمام المتكرر بالسلوك أو بالإعداد له.
 - ب. كثافة ومدة الاستعمال، أكثر من المرغوب فيه أصلاً.
 - ت. المحاولات المتكررة للحد والسيطرة أو التخلي عن السلوك.
 - ث. إمضاء قدر كبير من الوقت للاستعداد لاستهلاك المخدر ولاستعمال، أو لاسترداد الحالة العادية بعده.
 - ج. تكرار الاستهلاك رغم وجوب الوفاء بالالتزامات المهنية، والمدرسية، والجامعية، والعائلية أو الاجتماعية.

- ح. التضحية بالأنشطة الاجتماعية والمهنية أو الترفيهية الكبرى بسبب سلوك الاستهلاك.
- خ. استمرار سلوك الاستهلاك على الرغم من أن الشخص يعلم أنه يسبب أو يزيد من تفاقم مشكلة مستمرة أو متكررة، اجتماعية أو مالية، نفسية أو عقلية.
- د. التحمل الملحوظ: الاحتياج إلى زيادة كثافة أو تردد الاستعمال لتحقيق التأثير المطلوب، أو الشعور بنقصان التأثير المقدمة مع استعمال نفس الكثافة.
- ذ. الأرق أو الانفصال، حال تعذر الانخراط في سلوك الاستهلاك.
6. بعض العناصر من المتلازمة تستمر أكثر من شهر وتكرر على مدى فترة أطول.

قدم "غودمان" أيضا مفاهيم المتعة، والتخفيف من الانزعاج الداخلي، وهي مفاهيم غائبة من التعاريف الأخرى التي اقترحتها التصنيفات الدولية: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة والتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض في طبعته العاشرة. فالفائدة إذن، من التعريف الذي اقترحه "غودمان"، هو أنه ينطبق على كل مجالات الإدمان بما في ذلك الإدمان السلوكي، لأن الإدمان لم يعد محصوراً على المواد ولكن أيضاً، على السلوكيات التي يمكن اعتبارها إدماناً (القمار المرضي واضطرابات الأكل...). هذا ما سيسمح بالجمع، في نفس الفئة التشخيصية الخاصة بسلوكيات الإدمان، الاضطرابات التي تعتبر الآن بنفس أهمية إشكالية الإدمان، مع أوجه نفسية وعصبية مشتركة.

مصطلح الإدمان يضم إذن، جميع مظاهر السلوكيات المرضية المعروفة بالفشل المتكرر للتحكم في سلوك واستمراره، على الرغم من الوعي بنتائجه السلبية.

المسببات

تُؤخذ العديد من التخصصات النظرية التي تهتم بشرح ممارسات الإدمان بمعزل عن غيرها، وهذه التخصصات لا تستطيع، على حدة، أن تفسر سبب تعلق بعض الأفراد بممارسة معينة وعدم تعلق البعض الآخر، وهذا يُحيلنا على تداعُل مستويات مختلفة وعلى عدم تحديد عوامل أخرى متدخلة.

الدرس الثاني: نظرية التحليل النفسي

أ. الفكر الفرويدي

سعى "فرويد" أساساً للحصول على أصل التعلق البشري فوجد أنه يتمركز في مراحل مبكرة من الحياة العقلية. فبالنسبة له، مع ظهور استخدام العادة السرية، يتركز في نفسية الإنسان، الإدمان الأول، يقول "فرويد": "لقد وصلت إلى الاعتقاد بأن الاستمنا كان العادة الكبيرة فقط، الممثلة للحاجة البدائية، وأن الرغبات الأخرى مثل احتياج الكحول، والمورفين والتبغ، تمثل بدائل فقط". نجد هذه الرؤية للإدمان كبديل للإثارة الجنسية في "المسببات الجنسية للعُصاب" حيث يُلزم "فرويد" الطبيب المعالج بالتركيز على "المصدر الذي تتدفق منه الحاجة الضرورية للمخدر".

تأثير المخدرات يوفر متعة فورية ودرجة من الاستقلال عن العالم الخارجي: "نعرف جيداً أنه، بمساعدة قاطع هموم، نستطيع في كل لحظة، الهروب من أعباء الواقع واللجوء إلى عالم خاص بالنفس يحفظ ظروفاً أفضل للإحساس". وهذا اللجوء الواعي المنظم للانفعالات الكيميائية، يُعرفه "فرويد" جيداً، لكونه قد استخدم الكوكيين - هو نفسه - خلال فترة من حياته، حيث بدأ فرويد عام 1883 دراسة المنتج على نفسه.

تشكل نزعات الإدمان لدى "فرويد"، كما يرمز لها بـ "العصبي العادي" حين يتحدث عنها في "علم نفس الحياة العاطفية"، سؤالاً أساسياً حول العمل النفسي لكل إنسان عند استخدامه لتقنيات دفاعية مُعتمَدة، وهي أيضاً، مثل "مهدّئات الهموم".

ب. مفاهيم تحليلية ما بعد الفرويدية

بحلول عام 1926، قدم "ساندور رادو" مفهوم "النشوة الدوائية" في حالة هوس المورفين، مذكراً بـ "النشوة الغذائية" للرُضع مع الثدي. ويمثل استخدام المواد المخدرة متعة من نوع إثارة ذاتية، حيث تلعب "الشفوية" دوراً هاماً. وقد جمع هذا العالم عام 1933، الإدمان في مفهوم "الانفعال الدوائي". فيكون المخدر بمثابة "درع مضاد للمعاناة" في مواجهة الاكتئاب الأولي ويُرجع للشخص قُوته النرجسية الأصلية، وبالتالي شعوره بالمناعة والخلود.

في نفس الفترة، رأى "سيمل" في الإدمان اضطراباً للشخصية النرجسية، حيث يحل الجسد محل الجهاز النفسي غير المستعمل من قبل الفرد، وبالتالي شدة ردود الفعل الجسدية عند فُطام المدمن المتعاطي. ومع استخدام المخدر كوسيلة للدفاع ضد السُوداوية كـ "الهوس الاصطناعي". وهذا الانحدارُ النرجسيّ القاتلُ، يُحدث سوء التشابك الاندفاعي المتزايد، حيث يتراجع المدمنُ إلى حالة ما قبل الولادة واستحضار الموت. فهذا الإنجاز الخيالي لرغبة الاندماج المُنتشي مع الأم يبدو هنا معارضا للحفاظ على الذات.

من جهة أخرى، لاحظ "إدوارد غلوفر" إمكانية نشوء الإدمان عند المُعانين من الاكتئاب، وهذا قد يؤدي بهم إلى الانتحار، فيكون الإدمان لهم وقاية. ويُظهر هذا الطرحُ أن استخدام المخدرات مُحاولَةٌ لإدراك الشفاء الذاتيّ ووسيلة لمحاربة الاكتئاب. فقد تشكل سلوكيات الإدمان، بالمثل، محاولةً للحماية الذاتية ضدّ خطر التفكك العقليّ، إذ: "يعمل الإدمان على الحماية من ردة الفعل النفسية في حالات التراجع" (غلوفر، 1932). ومثّل غلوفر منذ ذلك الوقت الإدمان بوصفه "حالاتٍ حَديّة"، وبهذا المعنى فإن لديه "قدماً في الذهان وآخر في العُصاب"، غير أنه أشار إلى أن هذه الحالات الانتقالية تقع أكثر بالجانب العُصابيّ للتطور، حفاظاً على علاقة ملائمة مع الواقع، رغم أن أهمية العلاقة بالمخدرات تُخفي جانباً من جنون العظمة. ويظهر تعاطي المخدرات إذن باعتباره تعزيزاً للدفاعات ضد قلق الاضطهاد والدوافع السّادية. ومع ذلك، فهذا الهوسُ دوائِيّ السُّمية لا يُمكن الشخص من إيجاد مسارٍ الهدف لأن المخدر يأخذ مكان كل الأشياء.

يقول "وينيكوت" خلال واحدةٍ من التلميحات القصيرة عن الإدمان الدوائِي: "يمكن تعريف الإدمان بالانحدار إلى المرحلة البدائية حيث لا يتم التساؤل حول الظواهر الانتقالية". فهذا الركود في الوهم البدنيّ إذن، سوف يوقع الشخص في مستوى الرضا المُهلوس. وبُحُكْمنا عليه باستثمار الغياب في مكان وزمان الشيء المرغوب فيه، يُصبح من الممكن إنكار أهمية الموضوع الإنساني وإجراء اقتصاد التناقض مع الموضوع المحب. ويترتب عن هذه الدفاعات النرجسية المرضية عيبٌ جوهريّ في الأنا المثالية واحترام الذات والشعور بالهوية الشخصية، حيث يكون للمادة المخدرة قيمة جيدة أو سيئة، وتوصف كذبا بالمثالية أو المضطهدة، نتعلم من هذه التحليلات إذن، أن الإدمان يُستعمل لحماية الشخص من الاكتئاب بل ومن الذهان وله قيمة دفاعية بالنسبة للأنسا.

ت. مقاربة التحليل النفسي الحالية

مسألة البنية:

بالنسبة "لجين بيرجريت"، لا يوجد نموذج للشخصية الوحيدة التي تشكّل شخصيّة تميل للإدمان، فالإدمان يأتي ليُزرع في هذه أو تلك الشخصية، وبهذا المنطلق يقول "ماركوس زافوروبولوس" ب: "عدم وجود المدمن" لأنه لا ينتمي إلى أي فئة محددة نفسياً. وقد جاء هذا التصنيف خارجاً عن الحقل السريري، ف "زافوروبولوس" يعطينا من خلال خبرته كمحلل، عدة حالات سريرية مختلفة لإدمانٍ يظهر عند بنية ذهانية أو عُصابٍ هستيري أو على تطورات سلبية من نوع المازوخي.

يصرّ مؤلفون آخرون مثل "فيليب جامي" على التّبعد الضارّ لسلوك الإدمان، لكنهم لم يصلوا للحديث عن الشذوذ: هذه الشروط المحدّدة لتطوير العلاقة الموضوعية لأغراض نرجسية تُمثّل بديل التّطور المُنحرف. فهذه "العلاقة الجديدة للشيء"، التي أنشئت في الاقتصاد النفسي، تفتقر للبعد الجنسي وعدم الرغبة في الإخصاء لكي نتحدث حقاً عن الانحراف. ويرى "فرانيسكو هوجو فريدا" في المدمن الشكل الحديث من الشذوذ: العلاقة الجنسية ممكنة للمدمن من خلال المخدر الذي يعمل محل الشيء المفضل للمنحرف. وبالنسبة "لفرناندو كبروفيش"، الإدمان ليس إلا "انحرافاً فاشلاً" كما يمثّل "بدايةً خاطئة". فواقعياً، هو جزء من هذه الأمراض النفسية المؤثرة جسدياً، حيث يُعارض النفسية المرضية للخطاب الجسدي. وهناك بالفعل أصلٌ لظواهر الإدمان الذي يقول عنها "كلود أولفنستين": "أصالة الاجتماع بين المخدر والشخص تُختصر في حركيته، وخصوصاً في شدّته "

لدى المدمن جزء مريض وآخر غير مريض، حيث تتمثّل مرحلة المرأة لديه، التي وضعها "جاك لاكان" كمنظّم لـ "لأنا" ك "مرحلة المرأة المكسورة". مع هذا المفهوم، يشير "أولفنستين" إلى وجود انزلاق عند الشخص المدمن في نشأة الهوية. ومع هذا التشبيه بالمرأة المكسورة، أَوْضَحَ المؤلف أن الشخص يكتشف أنه "آخر"، وهذا ما يَمَكِّنُهُ من كسر الوجود المنصهر الذي يجمعه بوالدته. ففي الوقت الذي كان من المفروض عليه إنشاء "أنا" مختلفة عن "أنا-دمج-أم"، مرّ الأمر كما لو كان في ذلك الوقت تكسيرا للمرأة، في إشارةٍ لصورة مقطوعة وناقصة.

يتحدث "أولفنستين" بهذا الخصوص عن "النرجسية المكسورة". وبهذه الحركة المتوافقة بين التعرف والكسر، يتولد هذا الشك الخاص بمرض الشخص المدمن. ويمكننا هذا الموضوع "العادي والذهاني على حد سواء" من التعرف على "الحالات الانتقالية" "لغلوفر"، أي "الحالات الحديّة" المستقبلية التي لها "قَدَمٌ في الدّهان وآخر في العُصاب"، وتوجد هذه العلاقات الخاصة، ليس فقط بين المستخدم والمخدر، ولكن أيضاً بين المستخدم وعائلته.

الدرس الثالث: النظرية العصبية الحيوية

أ. الدماغ "المعافى"

1. مسار المتعة وإدارة العواطف:

النظام الدوباميني المتوسط القشري الحوفي، ويسمى أيضا "نظام المكافأة والعقاب" أو "الاقتراب والتجنب" أو "اللذة والألم"، وهو النظام الذي يدير رغباتنا، وملذاتنا وعواطفنا. ويمكننا، منذ سن مبكرة، من التحليل والاستجابة لمختلف المشاعر الإيجابية والسلبية المحسوسة. ويتم برمجة هذا النظام وتنسيقه في مرحلة الطفولة استناداً إلى تجارب مبكرة من المتعة والاستياء الجسدي، ثم على تجارب عاطفية متعلقة بجودة الأمومة وتطور علاقات الارتباط. فنتعلم في وقت مبكر جداً ما هو جيد أو سيء لنا، وما يمكننا الاقتراب منه وما يجب تفاديه، ثم استطراداً، الأفراد والحالات التي يمكن أن تفعل بنا خيراً وتلك التي ينبغي تجنبها. نُحضّر بذلك الأحداث والعواطف والإجهاد المبكر لحساسية واستجابة النظام.

نعلم الآن أنه من خلال عملنا على المسارات العصبية لهذا النظام وبإجبار الخلايا العصبية الدوبامينية، بطريقة مباشرة أو غير مباشرة أن "المخدرات" تجعل الإنسان أو الحيوان مدمناً، وبالتالي فليس من الغريب أن نجد تأكيداً عصبياً بيولوجياً للأعراض السريرية التقليدية التي تبين أن الإدمان يعتمد على استبدال أو تجنب انفعال باستعمال إحساس.

2. مسار اللذة والألم

○ الوصف التشريحي العصبي

مصادر المتعة هي المكافآت الطبيعية مثل: الطعام والشراب والجنس ومشاعر الحب. فوقّ مبدأ "العمليات المعارضة" التي اقترحها "سولومون" منذ عام 1980، فلا يمكن فصل المتعة عن نقيضها، النفور أو الألم. وعند الحيوانات، يمكن نمذجة الزوج نفور / متعة بأنظمة فيسيولوجية للمكافأة وللعقاب مُتقاربة على المستوى التشريحي العصبي. فنظام العقاب/المكافأة هو مسار تشريحي دال على النظام المتوسط الحوفي القشري.

يستعمل النظام المتوسط الحوفي مجموعة من الخلايا العصبية الدوبامينية تقع في جذع الدماغ على مستوى المنطقة الجوفية السقفية التي تمتد عبر الحزمة المتوسطة إلى بنيات الجهاز الحوفي مثل النواة المتكئة، واللوزة والحصين. يشارك هذا المسار في آثار التعزيز بالنسبة للذاكرة والردود المكيفة ذات الصلة بالنتائج التحفيزية والعاطفية الناتجة عن النقص والحاجة، والحب والعلاقة، ولكن أيضاً بالمخدرات.

يضم المسار المتوسط القشرية امتدادات المنطقة السقيفية البطنية إلى قشرة الفص الجبهي والجبهي الحجاجي وبأخه التلّفيف الحزامي. ويكون بالنسبة لها مشاركاً في العواقب المعرفية للإشرب العاطفي، فيما يتعلق بتعاطي المخدرات، والبحث القهري عن هذه العقاقير على حساب مصالح ورغبات أخرى.

○ دور الدوبامين

الدوبامين ناقل عصبي أساسي في نظام المكافأة. وإن المكافآت الطبيعية مثل الأكل وأكثر العقاقير المسببة للإدمان تؤثر على نقل الدوبامين، وتُحفز في الواقع إطلاقه بواسطة الخلايا العصبية من المنطقة الجوفية السقيفية في النواة المتكئة. وتؤكد الأدبيات على أن مفهوم عتبة الدوبامين يختلف وفقاً للمكافأة:

- يزيد عند ترقّب وتوقع مكافأة وعند السرور؛
- يزيد أكثر عند المكافأة؛
- لا يعود مستوى الدوبامين لحالته القاعدية إلا بالحصول عليه؛
- غيابهُ، على الرغم من الإشارة المرسلّة يجعل النشاط الدوباميني أقلّ من هذه العتبة، الأمر الذي سيؤدي سريراً، للشعور بعدم الارتياح والقلق والتّهيّج.

في حالة المكافآت الطبيعية التي تهّم جانبي المتعة: الرغبة والرضا، فإن نشاط الخلايا العصبية الدوبامينية لا يستمر سوى للحظات، ولكن في حالة الحصول على المخدر فإن إفراز الدوبامين يستمر لفترة أطول.

○ دور السيروتونين والنور أدرينالين:

السيروتونين والنور أدرينالين هما أكبر مؤثر عصبي يتحكم في القشرة التي تُسيطر على نظام الدوبامين. فالنور أدرينالين هو ناقل عصبي مهم للإحساس بالاهتمام والعواطف والنوم والحلم والتعلّم، يتم تحريره أيضاً كهرمون في الدم، حيث يقلّص الأوعية الدموية ويزيد من معدل ضربات القلب. ويساعد السيروتونين على وظائف مختلفة، مثل تنظيم درجة الحرارة، والنوم، والمزاج، والشهية والألام، فالسيروتونين والنور أدرينالين إذن يرتبطان ارتباطاً وثيقاً. وإذا قطعنا هاتين القناتين من خلال منع مستقبلاتهما، فإن حقن حيوان بالكحول، أو المورفين أو الكوكايين أو منشطات أخرى لا يَنْتِجُ عنه فك الارتباط. وإن مجرد حماية نظام الاتصالات هذا قبل إعطاء المخدر يمنع ظاهرة "الوقوع في المكان". وحتى في حالة إعطاء الكحول يتم منع المستقبلات لتفقد خصائصها.

ب. الدماغ المدمن**1. تعطل نظام الدوبامين للمكافأة: منشأ الإدمان**

الإدمان هو عملية معقدة يتم بموجبها السلوك الذي يمكن أن يعمل، على حد سواء، لإنتاج المتعة وتخفيف الانزعاج الداخلي. ويتميز بالفشل المتكرر في السيطرة على السلوك واستمراره على الرغم من عواقبه السلبية الكبيرة (فقدان السيطرة). ويمكننا وصف آليات تثبيت الإدمان بالاستخدام المزمن للمخدرات الذي يؤدي إلى تنشيط غير طبيعي ومتكرر لنظام الدوبامين المتوسط القشري الحوفي. وللتعويض عن هذا التحفيز المتكرر يتم تنشيط نظم التعويض، وهذا ما يسمى تقليدياً آليات المعارضة. فهذه العيوب في نظام الدوبامين المتوسط القشري الحوفي يمكن تحديدها بوضوح بتصوير الأعصاب وكذا آليات التكيف الناتجة، ويمكن أيضاً أن تمثل بوضوح المسارات المتغيرة بالتعاطي المزمن للمخدرات.

تمكننا أعمال متعددة من استنتاج أن جميع المؤثرات العقلية قادرة على تسبب الإدمان بإنتاج مفرط للدوبامين، إما مباشرة كحالة الكوكايين والإكستاسي والأمفيتامينات، أو بصورة غير مباشرة من خلال التأثير على الخلايا البين عصبية وعلى المستقبلات الأفيونية التي تعدل وظيفة الخلايا العصبية الدوبامينية. وعلاوة على ذلك، لا تتأثر الاستجابة لتعاطي المخدرات بظاهرة التعود، على النقيض من المكافآت الطبيعية، فكل استعمال جديد للمادة يُنتج إفراز الدوبامين.

يقود هذا الإفراط في التحفيز غير الطبيعي والمتكرر إلى عملية التكيف، وبدء ما يسمى أنظمة المعارضة في محاولة للحد من آثار هذا الإفراط في التحفيز. وتعمل المخدرات عن طريق محاكاة النواقل العصبية الطبيعية بإجبار الحواجز التي تعدل إفرازات الدوبامين مما يجعلها ضارة بهم. وبشكل عام، اكتشفت مستقبلات المخدرات ذات التأثير العقلي قبل النواقل الذاتية العصبية الموافقة لهذه المستقبلات. فلا يوجد لدينا مستقبلات خاصة بالمخدرات، ورغم ذلك، فالمخدرات تتدخل وتغير طريقة عمل المستقبلات عن طريق محاكاة عمل الموصلات العصبية والنواقل العصبية الطبيعية. فتعمل المخدرات إذن، كمُغريات دوائية، وإذا كانت تعمل على ما يرام فهذا لأنها تمس الآليات الأساسية لإدارة اللذة والألم، والرفاه والانعراج، والاقترب والتجنب، لذا فمن غير المستغرب أن الحدس السريري الذي يقول إنه في الإدمان تعوضُ الأحاسيسُ العواطف، وبالتالي تؤكد أن: التأثير المفاجئ للمادة يأتي مكان التعديل الحاد للعواطف.

2. مسارات الإدمان

في الظروف الطبيعية، أربعة مسارات تتفاعل بينها:

- مسار المكافأة.
- مسار الدافع والمعنى.
- طريق الذاكرة.
- التحكم القشري والفكري.

يؤدي التوازن بين هذه المسارات الأربع إلى إجراءات مناسبة للحالات العاطفية أو للاحتياجات. فكل واحدة من هذه المسارات ترتبط بعناصر هامة للغاية. فمسار المكافأة يعطي بروزا وتقييما للحاجة، ومسار التحفيز يستجيب للحالات الداخلية، ومسار الذاكرة يُبرزُ الروابط المكتسبة ومسار المراقبة يحل النزاعات.

في حالة الإدمان، هناك تعزيز لقيمة المنتج ببرؤره وكذا بتحفيز حيازته واجتياح مسارات الذاكرة مع انقطاع جزئي لمسار المراقبة المُنبَطة المُمارَسة على مستوى قشرة مقدم الفص الجبهي من طرف الروابط القشرية. وهذا ما يسمح بفهم أفضل للمواقف النفسية السلوكية للمدمنين: يصبح الدماغ مفرط الحساسية للمخدر والمنبهات البيئية المرتبطة به، ويولي اهتماما أقل للمصالح الأخرى وتصبح الأهداف والدوافع ثانوية مقارنة بالحاجة الموهوسة للمنتج.

وخلاصة القول، ف لدى إدمان المواد ذات التأثير النفسي والقمار المرضي واضطرابات الأكل وإدمان العمل أو التسوق القهري أوجه شبه سلوكية تُفسرُ بواسطة آليات عصبية بيولوجية ومعرفية مشابهة تستخدم نظام المكافأة والبحث القهري عن المنتج أو عن السلوك والتعلق بهذه الأخير، مع ضرورة زيادة الجرعة أو التعرض للحصول على نفس المتعة، وهكذا، فتغيرات التدفقات الدماغية في الهياكل الأساسية مثل القشرة الحزامية أو الجَبْهِيَّة الحَاجِيَّة، ثابتة في سلوكيات الإدمان مع فرط أو نقص الاستقلاب تبعا لكون الشخص في بحث ملح عن المخدر أو في الفطام، وتتشابه بغض النظر عن الإدمان الملحق. يرتبط الإدمان إذن مع فرط الدوبامين النسبي الذي يستجيب له الدماغ بخفض إنتاج الدوبامين الذاتي. واعتمادا على مستوى تفعيل نظام الدوبامين لشخص ما، فهو أكثر أو أقل حساسية لعمل المخدر، لكن الدوبامين ليس الناقل العصبي الوحيد المتدخل في الإدمان، فهناك دراسات حول دور الأسيتيل كولين والسيروتونين والكليتامات.

الدرس الرابع: النظرية الوراثية

الاستعداد للإدمان هو سمة معقدة ناتجة عن تغييرات في كثير من الجينات وبطبيعة الحال، في الظروف البيئية. وتشير التقديرات إلى أن توريث هذه الصفة يصل إلى 50٪: فالوراثة والبيئة إذن تساهمان بحصص متساوية في تطوير الإدمان. وارتبطت بعض الجينات المتدخلة في المجال الدوباميني للمخ (دوائر مكافأة) وكذا الجينات الخاصة باستقلاب عقاقير مختلفة بشكل كبير مع تطور الإدمان. وبرزت حديثاً علاجات بديلة وجديدة ممكنة على ضوء المعارف الناشئة.

1. سمة معقدة:

الاستعداد للإدمان هو جزء من عائلة كبيرة من الصفات الوراثية المعقدة. ونميّز بينها وبين الصفات المندلية، التي يكون انتقالها أكثر انتظاماً. وتهم الصفات المندلية جينة واحدة فقط، يطلق عليها إذن "أحادية جينة". فتغيير هذا الجين الواحد يقطع النمط الظاهري. فنسبة انتشار الأمراض المندلية عند عموم الناس منخفضة نسبياً (>5٪). وتمثل هذه الخصائص "حالة نموذجية" من الوراثة المندلية: ففي الواقع، لا يخضع التعبير عن النمط الظاهري والتركيب الوراثي للقواعد البسيطة.

تتم الصفات المعقدة عدة جينات تدعى جينات القابلية، كل واحدة منها ليست الضرورية ولا كافية لتسبب المرض لوحدها. فقابلية الفرد على تطوير المرض ناتجة عن الآثار المضافة أو المضاعفة لعدد كبير من الجينات. ويمكن للقابلية الوراثية بين الأفراد أن تزيد أو تنقص عتبة القابلية لهذه الأمراض. ويمكن إجراء بحث عن جينات القابلية بمقاربات مختلفة، بما في ذلك:

- مقارنة "الجينات المرشحة": هذه المقاربة تفترض تدخل جينة مبدئية في تأثير فسيولوجي وتأكد هذه المشاركة في دراسة بآثر رجعي.
- "دراسة ارتباط كل العوامل الوراثية": التركيب الوراثي لمئات الآلاف من علامات من نوع النوكليوتيدات المفردة والاختلافات الجينية بين الأفراد في دراسات لأفواج كبيرة جداً.

2. التوريث:

يعرف التوريث بداية على أنه جزء من التباين المظهري للسمة الكمية التي يمكن أن تعزى إلى الاختلافات الوراثية. واستطرداء، فإن التوريث يمكن اعتباره تقديراً إحصائياً للمساهمة الوراثية لصفة مظهرية. فحساب التوريث يستند على دراسات التوائم المتماثلة، الذين يشتركون نسبة 100٪ من الجينوم، والتوائم ثنائية الزيجوت، الذين يتقاسمون 50٪ فقط من جيناتهم في المتوسط.

يُنظرُ لقيم التوريث بحذر، فهي تستند إلى تقدير التباين لدى السكان العاديين. وعلاوة على ذلك فبحساب بسيط، نتجاهل حقيقة أنه بالإضافة إلى تبادل الجينات، هناك توائم أحادية أو ثنائي الزيجوت، مأخوذة من نفس العائلة يتشاركون بيئتهم، التي يمكن أن تؤثر في حد ذاتها على قيمة التوريث. فالتوافق المظهري الملاحظ إذن، قد يكون خاطئا بمثل هذه العوامل، ولاسيما في حالات معقدة مثل توريث ملامح الشخصية.

3. الإدمان والتوريث

- ليست الدراسات المساهمة للوراثة في الإدمان استثناء من القاعدة. فنجد أن قيم التوريث تتواجد بين:
 - 33-71% لإدمان النيكوتين،
 - 48-66% لإدمان الكحول،
 - 51-59% لإدمان القنب الهندي،
 - 42-79% للكوكايين،
 - 23-54% للمواد الأفيونية،
 - 49% لإدمان القمار، وفقا لدراسات في المسألة.

رغما هذا النقص في إعادة إنتاج الدراسات، يمكن أن نعتبر توريث الاستعداد للإدمان بحوالي 50%.

- قابلية التوريث التي واجهتها مختلف الدراسات يمكن أن تعزى:

- في مرحلة التطوير (عمر)

عند المراهقين، تكون العوامل البيئية حاسمة في مجال الكحول أو النيكوتين أو القنب الهندي. وتنخفض أهمية هذه العوامل البيئية عند اليافعين. وفي المقابل فالعوامل الوراثية لا تؤثر إطلاقا على استهلاك المراهق أو تؤثر بشكل ضعيف، وترتفع مساهمتها تدريجيا بارتفاع السن.

- في مرحلة الإدمان

المسار الطبيعي لتطور إدمان معين يتكون من ثلاثة مراحل: البدء والاستخدام المزمن ثم الإدمان. ويبدو أن تأثير الاستعداد الوراثي متقلب تبعا للمرحلة المعتبرة. فمنطقيا، يرتبط البدء أساسا بالبيئة كما هي شأن العوامل المؤهبة. وعلى العكس من ذلك، فتأثير العوامل الوراثية أكثر اتساقا مع المراحل المتقدمة. وأخيرا، فإن نسبة كبيرة من العوامل الوراثية المتدخلة في الاستخدام الإشكالي للمواد يمكن أن تؤثر أيضا على المراحل المبكرة.

4. الجينات المتدخلة وآليات العمل

○ مسارات المكافأة ومسار الدوبامين

أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت على الحيوانات والبشر، الدور المركزي للدوبامين في الإدمان، كما تم استكشاف الأشكال الوراثية لمستقبلات ونواقل الدوبامين، فبعضها يحفز تنمية التبعية من خلال سلوكيات مختلفة، مثل الاندفاع أو فقدان القدرة على اتخاذ خيار مرتبط بارتياح أقل وبظهور متأخر.

في الجهاز العصبي المركزي، يلعب الدوبامين دوراً معقداً ويشارك في العديد من الوظائف الهامة مثل السلوك والإدراك والوظائف الحركية والتحفيز والمكافآت والنوم والحفظ. ويتم إنتاج الدوبامين بشكل رئيسي وإفرازه من طرف مجموعات محدودة من الخلايا العصبية الموجودة في المادة السوداء والمنطقة الجوفية السقيفية وهدفها هياكل الدماغ المختلفة التابعة لنظام الخلايا القاعدية.

نعرف حالياً خمسة أنواع من مستقبلات الدوبامين، وهي مشفرة بواسطة خمسة جينات مختلفة. وتشارك هذه المستقبلات د1، و د2 و د4 في ظواهر التبعية. ففقدان مستقبلات د2 على سبيل المثال، يرتبط بالتعاطي المزمن للكوكايين. ومن غير الممكن تحديد ما إذا كان فقدان المستقبلات ناتج عن الاستخدام المزمن للكوكايين أو إذا ما كان يمثل قابلية لتطوير الإدمان.

ختاماً، يمكن القول إن الاختلافات الجينية، شريطة أن يتم تحديدها عند المريض لا تتدخل في تطوير التبعية إلا بطريقة روائية، وأن العوامل البيئية هي أكثر سهولة للكشف والتغيير، وأن إزالتها لهذا التأثير أكبر تأثيراً على تطوير الإدمان.

تتعارض هذه الحجج مع قضايا الأبحاث الجينية:

- 1- الحصول على علاجات بديلة أو تكميلية للمرضى الذين، على الرغم من الزيادة في الحد من العوامل البيئية (الضرائب، وخفض توافر المخدرات، أو حتى العلاج)، ليسوا دائماً قادرين على كبح استهلاكهم؛
- 2- اقتراح علاجات بديلة أو تكميلية لبعض الأمراض المصاحبة المرتبطة بالإدمان (الاضطرابات النفسية مثل التوحد، واضطراب ثنائي القطب)؛
- 3- تراكم الاكتشافات في مجال علم وراثية الإدمان، يُمكن أن يكون له تأثير كبير على الصحة العامة نظراً لتردد سلوك الإدمان والأمراض والوفيات المرتبطة به.

الدرس الخامس: المقاربة المنظوماتية أو العائلية

أ. تمهيد

تم تطوير المقاربات المنظوماتية ابتداء من عام 1960 في الولايات المتحدة الأمريكية بالنظر للفرد في علاقته مع منظومته الأسرية، وطوّر هذا التيار العلاجات الأسرية. فنفرياً، يمكن اعتبار النموذج المنظوماتي كتطور لنظرية التحليل النفسي التي تتشارك معه بعض التصاميم. والفكرة الأساسية للمقاربات النظامية هي أن مرض الفرد هو أحد أعراض الخلل الأسري وبعبارة أخرى، مرض الفرد هو الجزء المؤلم من مرض الأسرة.

بالنسبة "سيلفي" و"بيير أنجل"، تتم ترجمة مشكلة المدمنين من حيث المنهجية على النحو التالي: "يمكن النظر لإدمان المخدرات كعرض من أعراض خلل العلاقات البين أسرية"، حيث يصف هؤلاء الكتاب تطوراً نموذجياً في ثلاثة مراحل لتجربة الأسرة للإدمان:

- الوقت الأول، يوافق بداية الاستهلاك، ويتميز بإنكار الأسرة. فالمحيط أعمى وأصم لدعوات المساعدة التي يصرح بها الفرد؛
- الوقت الثاني، رد فعل قوي، وعادة يتم طلب الرعاية في هذا الوقت؛
- وأخيراً الوقت الثالث الذي يرافق مجهودات الفرد ومقدمي الرعاية للتخلص من الإدمان تهيمُ عليه قوة الأسرة.

يوضح "سيلفي" و"بيير أنجل" معارضتهما للمعالجين، بهذه الصيغة: "غيره، ولكن لا تتغيروا"، حيث لاحظ هؤلاء المؤلفون في ممارساتهم السريرية أن العديد من أسر المدمنين عملت على الناحية الرمزية المشتركة وشكلوا "أساطير عائلية"، والأكثر تواتراً لديهم هي أسطورة الأسرة المثالية حيث يكون الطفل المدمن حالة شاذة ومعزولة، وأسطورة الأسرة الهامشية والمتعدية، والأسرة المتسامحة والمتشاركة وحتى المجبرة، وجها لوجه مع السلوك المنحرف للطفل.

العائلة التي تغفر التجاوزات الماضية والتي تعطي للطفل وضع الضحية المقدم ككفارة، أو العائلة المتدهورة حيث تسيطر اللامبالاة على أعضائها مع استبدال بعضهم ببعض؛ حيث كل عمليات الفصل محظورة، ويواجه الطفل بإدمانه حضور غائب. وبالتالي تبرز ميزات بين "عائلات مدمنين":

- اكتشاف متأخر للإدمان بسبب العمى الأسري؛
- الحرمان من التحدي البشري؛
- عدم وجود حواجز عبر الأجيال؛
- التجاوزات عبر الأجيال؛

- تكرار الأحداث المؤلمة في تاريخ الأسرة؛
- تردد المشاكل الصحية الجسدية والعقلية عند الآباء؛
- مناخ زنا المحارم؛
- الأمراض المصاحبة عند الإخوة؛
- الفواصل الثقافية؛
- عدم ملاءمة أجوبة الوالدين للأسئلة التي يطرحها المدمن؛

من المنظور المنهجي، فالهدف من الرعاية هو الحد من شدة سلوكيات الإدمان، لكن بالأساس، إعادة تقييم "بنية الترابط داخل الأسرة بحيث لا تعيد هذه الأخيرة توليد ردود فعل مَرَضِيَّة طَبِياً أو اجتماعياً".

ب. الأنماط الأسرية المنظوماتية وسلوك الإدمان

1. نموذج التمايز داخل الأسرة

التمايز الذاتي وظيفة أساسية يكتسبها الفرد في السياق العاطفي للعائلة ويشكل محدداً رئيساً في تطوير اضطرابات الإدمان. ويمثل قدرة الشخص على الانفصال جسدياً وعاطفياً عن عائلته الأصلية ويؤثر بشكل مباشر على السلوك العاطفي والعائلي للفرد. فمفهوم التمايز الذاتي يمكن أخذه بعين الاعتبار في الوظائف الإدراكية والشخصية للفرد على حد سواء.

- على المستوى المعرفي، يشير إلى التفاعل العاطفي ويوافق قدرة الفرد على تنظيم الاستجابات العاطفية الشديدة.
- على المستوى الشخصي، يوافق قدرة هذا الشخص على إقامة حميمية في العلاقة العاطفية دون التقيد بشكل دائم مع توقعات وأفكار ومشاعر الآخر.

يُظهر الأفراد المدمنون انخفاض درجة التمايز الذاتي وصعوبةً في الانفصال عاطفياً عن أسرهم الأصلية. وتعرّف النظرية البراونية للنظم الأسرية الأعراض من حيث العملية العاطفية للأسرة والتأكيد على الوظيفة المكيفة للتمايز الذاتي في التطور العاطفي للشخص.

2. النموذج الهيكلي الأسري

يحدّد النموذج الهيكلي أربع خصائص نموذجية للمعاملات الأسرية التي تشجع التجسيد:

- التشابك: هو شكل متطرف من القرب والشدة، يمكن ملاحظته في التفاعلات الأسرية حيث الحدود بين النظم الفرعية بين أجيال الأبوين / الأطفال غير ملحوظة وتعكس التدخل الدائم للمساحات الجسدية وخصوصاً العاطفية والنفسية.
 - الحماية الزائدة: توافق اهتماماً مفرطاً لرَفاه الآخر وفراط الحساسية لإشارات الضيق والتوترات بين الأشخاص.
- ويُظهر أفراد الأسرة مواقف تضحية لصالح إرضاء احتياجات الآخر.

- **غياب حل النزاعات:** يخلق التشابك والحماية الزائدة وتصلب عتبة التسامح في النزاعات الصغيرة للغاية. ويتم التعرف على غياب حل النزاعات في شكلين علائقيين مختلفين: الأول هو تكرار تجنب النزاعات ويُسَمَّعُ طريقاً مسدوداً ومحاولة إنكار النزاعات العائلية. ويتميز الثاني بحالة من الصراع الدائم وتُسَمَّعُ المحافظة على مناطق النزاع دون حل وإنشاء تحالفات أسرية. وأخيراً، يتم الإفراط في التوافق والانسجام بعد عدم قدرة المجموعة الأسرية على تحمل الاختلافات.
- **الصلابة:** تُظهر المجموعة العائلية انخفاض القدرة على التكيف مع تغيرات داخلية ناتجة عن التطور التنموي للنظام والتغيرات التي أُدخلت من قبل التبادلات مع الخارج. فمثل هذه الصلابة مع التغيرات تخلق عواقب وخيمة عند اختلافات أبرزتها المراهقة، هذه الأخيرة تفاقم الاستقلالية وآليات التمايز بين الأفراد.

يشكل هذا النوع من النموذج الأسري نظام تحوُّلٍ على نفسه يُشجع تكثيف شعور الانتماء وتثبيط عمليات التمييز والتفريق بين الأفراد. وعلاوة على ذلك، استخدمت هذه الأشكال التفاعلية بشكل تفضيلي من قبل النظام العائلي على حساب أنماط تفاعلية أخرى تجعل النظام يتطور إلى تنظيم أكثر استقراراً وثباتاً. وتنشأ صعوبات عندما يكون على النظام تفعيل آليات التكيف لإعادة تنظيم سلاسل تفاعلية: النظام الأسري يقاوم التغيير بصيانة وتشديد عمله ليصبح نمطياً. وتصبح سلوكيات الإدمان إذان عاملاً تنظيمياً للاستقرار الداخلي للنظام الأسري وتساعد على تعزيز هذه الاضطرابات العائلية.

ت. المقاربات التجريبية للإجراءات الأسرية في سلوكيات الإدمان

1. سلوكيات إدمان المواد

الأبحاث الحالية حول العوامل العائلية القادرة على إحداث خطر إفراط أو تعلق مواد، مُوجَّهَةٌ من ناحية، إلى تأثير سلوكيات إدمان الوالدين ومن ناحية أخرى إلى تأثير هيكل وعمل الأسرة. ويمكننا تحديد بعض خصائص العمل الأسري في أسر المراهقين المدمنين على المواد.

○ **بنية الأسرة**

تُظهر مجموعة من البيانات أن الأطفال من والِدَيْن متعلقين بالمواد المؤثرة نفسياً أو بالكحول لهم خطرٌ متزايد لتطوير سلوكيات إدمان في مرحلة المراهقة أو البلوغ. ويمكن لخطر الانتقال العائلي أن يكون ذا طبيعة سلوكية بإشراك آليات التعلم من خلال ملاحظة النماذج الأبوية. بالإضافة إلى ذلك، تولّد سلوكيات إدمان الأبوين اضطرابات في الأسر، من قبيل المساندة الفاشلة، أو سلوكيات الإهمال أو حالات إساءة المعاملة أو اختلال دور الأباء وزيادة الصراعات أو العنف الأسري.

○ التفكك الأسري

لدى المراهقين الذين يعيشون في أسر مكونة من أبوين خطر أقل لتطوير سلوكيات الإفراط والتعلق بالمواد من المراهقين الذين يعيشون في الأسر ذات العائل الواحد أو العائلات غير البيولوجية. ويزداد التأثير الضار للتفكك الأسري بنوعية العلاقات الأسرية، مثل ضعف الدعم الأبوي، والضبط المتساهل للوالدين، وحالات العائلات غير البيولوجية ووجود اضطرابات إدمان عند الوالدين.

○ نشوب النزاعات

هناك عوامل أسرية أخرى مثل الخلاف الأسري، تؤدي إلى تنمية سلوكيات الإدمان على الكحول والمخدرات وتؤثر على تطور الإدمان أو خطر الانتكاسة. فوجود حالات المنازعة الأسرية هي عوامل تنبئ بخطر التعلق بالكحول أو المخدرات عند المراهقة وتؤثر على نوعية حياة المريض. وترتبط علاقات المنازعة أيضا مع حالات العنف في أسر المرضى المتعلقين بالمخدرات. وتصف بعض الدراسات الدور الرئيسي للنزاعات الأسرية في تطور التعلق، بإظهار تنمية مشتركة بين تحسين النزاعات العائلية وخفض شدة التعلق بالمخدرات.

○ التبعية بين الأشخاص

يتم تعريف التبعية بين الأشخاص على أنها مجموعة الأفكار والمعتقدات والمشاعر والسلوكيات في العلاقات مع الأقارب أو الأشخاص القيمين. فهي تشير إلى مستوى التعلق العاطفي بين الأشخاص، وانعدام الثقة في الذات وعدم القدرة على إثبات التحكم بها. وتبين الأبحاث في هذا المجال، أن هناك انخفاضاً في مستوى التمايز بين الأشخاص وصعوبات الفصل العاطفي عن العائلة عند كل من المراهقين ذوي سلوكيات التعلق بالكحول أو المخدرات. يظهر لدى المرضى الذين يتعلقون بالمخدرات وعند آبائهم شعور بعدم الكفاءة وتدني احترام الذات.

○ مفهوم الرعاية الأبوية

حقل آخر لدراسة البنية الأسرية، قائم على مقارنة تنمية تخصص النماذج التعليمية ونوعية الرعاية الأبوية. يحس المرضى المتعلقون بالمخدرات فقراً في السند الأبوي وانخفاض الدعم الاجتماعي للوالدين. وتشير الدراسات إلى أن وجود مستوى عالٍ من دعم الوالدين يزيد من الثقة بالنفس ويقلل من خطر تعاطي المخدرات بين المراهقين. وكثيراً ما لوحظ وجود مستوى منخفض من المراقبة الأبوية في أسر المرضى الذين يعانون من سلوكيات الإفراط والتعلق بالمخدرات أو الكحول.

2. اضطرابات الأكل

تشكل الاضطرابات الداتية عاملا مرضيا أساسيا في ظهور اضطرابات الأكل من النوع المتقيد أو النهامي. وتُظهر معظم الأبحاث أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل يحتاجون للدعم، والتركيز على التجربة الذاتية للعائلة، وعلى قلق التخلي وصعوبات الانفصال عن والديهم. وبالتوازي مع هذه المشاكل الذاتية، تبرز بعض الأعمال العلمية خللاً على مستوى النماذج التربوية للوالدين وكذا على أداء الأسرة والتبادلات العاطفية.

الدرس السادس: المقاربة السلوكية

تعتمد هذه المقاربة نظريات التعلم لشرح اكتساب وصيانة سلوك ما.

أ. الإشراف التقليدي، البافلوفي أو المجيب

شرح "بافلوف" هذا الإشراف بأنه يعتمد على إحداث استجابة (اللعاب) بواسطة الربط المتكرر لحافز مشروط (الصوت) سابق لمثير غير شرطي (الطعام). وتكرر هذا الجمع بين الصوت والغذاء يشكّل التعلم، وبعد ذلك، يكفي الصوت فقط لتحريك استجابة سيلان اللعاب.

ب. الإشراف العملي، السكينري أو الوسيلى

أبرز "سكينر"، العنصر الأساسي لهذا التعلم، وهو عمل الشخص وفق النتائج المحصل عليها في بيئته، حيث يتم اختيار هذه النتائج وفقاً لتأثيرها الإيجابي أو السلبي. وهذا ما يسمى بـ "التعزيز". ويمكن تعزيز التدخل النشط لهذا الشخص، ويمكن أن تكون التعزيزات أساسية أو ثانوية: لها طبيعة اجتماعية، أو رمزية أو مشروطة. فعندما يكون السلوك غير متبوع بأي نتيجة وبأي تعزيز، فإنه يختفي تدريجياً: وهذا ما يسمى الانقراض السلوكي. ولتطبيق هذا النموذج على إدمان المخدرات، فإن الاستهلاك المتكرر للمادة يمكن اعتباره سلوكاً محتفظاً بعواقبه: تعزز المادة المخدرة إيجابياً السلوك عن طرق تأثيرات المكافأة التي تقدمها.

ت. التعلم الاجتماعي

هذه النظرية التي وضعها "البرت باندورا"، هي التعلم النشط من خلال ملاحظة وتقليد نموذج. وهذا التعلم قد يكون حقيقياً، أو وهمياً أو رمزياً. فنتحدث عن التعلم بالإنابة، لأن الشخص نشيط في تعلمه: هناك عملية الاشتراطي العملي التي يحتل فيها التعزيز أهمية بالغة لأن الشخص ينظر في نموده لعواقب سلوكه. وإذا تم تعزيزه بشكل إيجابي، يميل الشخص المراقب إلى التقليد. وتستخدم هذه التقنية العلاجية في علاج الرهاب، حيث تُظهر للمريض النموذج الذي يستجيب بشكل صحيح للصعوبات التي يواجهها.

الدرس السابع: المقاربة المعرفية

يعرف الإدراك كإكتساب واستخدام للمعرفة. فالنموذج المعرفي يتمثل في معالجة المعلومات: يصور شخصاً ويعالج المعلومات استناداً للأنماط المعرفية المكتسبة، هذه الأنماط هي تمثيلات من معارفنا وتجاربنا السابقة، وهي هياكل لا واعية، تخزن في الذاكرة طويلة الأمد. وتدير جميع مراحل معالجة المعلومات: ترشح، وتنظم وتعطي معنى للمعلومات، مما يحيلنا على العاطفة. فهذه الأنماط تشكل إذن الهياكل الأساسية للتنظيم المعرفي، وهذه الأخيرة تتمثل هرمياً: في الأنماط الأساسية، والأبراج والأوضاع.

يهيمن على كل اضطراب نفسي مرضي وضع معين: نتحدث عن وضع الاكتئاب أو وضع القلق. وما يميز الأشخاص الطبيعيين عن الحالات المرضية هو مستوى تنشيط هذه الأنماط: بكثرة الطلب، تصبح غير مرنة وتغزو الفكر. تحول العمليات المعرفية هذه المعلومات إلى أحداث معرفية تتفاعل مع السلوكيات. وقد تصبح بعض هذه العمليات المعرفية مختلفة لأسباب مختلفة، وتسبب تشوهات معرفية، ومغالطات. وتؤدي هذه الأخطاء بالشخص لإظهار سلوك غير لائق كسلوك استهلاك المخدرات.

○ النماذج النظرية لإدمان المخدرات

على المستوى السلوكي، تحافظ آليات الإشراف العملي على الاضطراب: الخصائص المعززة للمادة المخدرة من عوامل تكرار السلوك. والعوامل الأخرى التي تشغل وتحتفظ بالسلوكيات المكتسبة تُدرس في التحليل الوظيفي في بداية العلاج. وعلى المستوى المعرفي، تقدم العديد من النماذج توضيحات حول الحفاظ على سلوك الإدمان من خلال تحليل الأفكار والمعتقدات المتعلقة بالاستهلاك. نعرض اثنين من النماذج، الأكثر ذكراً أدناه:

اقترح "بيك" وآخرون نموذجاً معرفياً للتعلم: بعض الأشخاص سيظهرون أولاً نزعة لإدمان المخدرات، حيث يتميز هؤلاء الأشخاص بقلّة تحمل الإحباط، والاندفاع، والقلق، والحزن وعدم الجراءة. ويؤدي هذا التصور السلبي للذات، معرفياً، إلى فكرة أساسية لانعدام قيمة الذات. ويتم استخدام المنتج المخدر للعلاج الذاتي، ويمكن أن يترتب التعلم على هذا الوضع. وهناك ثلاثة أنواع من المعتقدات المحددة، تُفعل من خلال الضغط النفسي، وتندرج كالتالي:

- المعتقدات الاستباقية المتعلقة بتوقعات إيجابية عن استهلاك المنتج؛
- المعتقدات المتعلقة بالراحة الناتجة عن الاستهلاك؛
- المعتقدات المتساهلة التي تعطي الإذن بالاستهلاك.

في سياق الشعور بالضيق وغالباً بالإكراه على الاستهلاك (اللهفة)، يساهم توقع المتعة والراحة التي تجلبها المادة في تفعيل التفكير المتساهل. ويبدأ تنفيذ استراتيجيات عمل لإيجاد المواد المخدرة. ويُحافظ نظام الاعتقاد على سلوك الإدمان. تم تحديد

الاختلالات المعرفية المساهمة في الحفاظ على الاضطراب بالنسبة للفطام: يعتقد المرضى أن الفطام يسبب آثاراً جانبية لا تُطاق أو أنهم غير قادرين على السيطرة على احتياجاتهم. ويتعلق نموذج معرفي ثانٍ بمنع الانتكاسة: قُدِّم من طرف "مارلاط" و"غوردون"، هذا النموذج الإجمالي يستند على فكرة فقدان شعور الكفاءة الذاتية، وهذا مفهوم يوجد عادة في الاكتئاب. وقد وصف العالمان أربع عمليات معرفية:

- الفعالية الشخصية، والتي تشير إلى المدركات حول قدرة الفرد على التعامل بكفاءة مع التحديات والحالات شديدة الخطورة في الحياة. وترتبط المستويات العالية من الكفاءة الذاتية مع الامتناع، بينما المستويات المنخفضة ترتبط بالانتكاسة.
 - توقعات النتائج؛ التي هي توقعات لنتائج نشاط الاستهلاك أو الامتناع الممكنة.
 - الصفات السببية؛ والتي تشير إلى مُعتقدات الفرد عن استخدام مادة، وتعزى إلى عوامل خارجية أو داخلية.
- والصفات السببية الخارجية تنبئ بالانتكاسة.
- عملية صنع القرار، والتي هي نتيجة لمجموعة من التصورات والقرارات.

الدرس الثامن: المقاربة الاجتماعية والثقافية

يمكن تفسير التعلق النفسي بالمواد المخدرة بالتعلق الاجتماعي والثقافي. ويُشترط في عضوية مجموعة، أن يستهلك المدمن ما تستهلك من مواد. وقد استخدمت المؤثرات العقلية في جميع الأزمنة وفي العديد من الثقافات. وغالباً ما ارتبط استهلاكها بالتنشئة الاجتماعية من خلال تبادل الممارسات الشعائرية، وقيم المجموعات والمجموعات الفرعية. فاستخدام المنتج هو إذن نتيجة السياقات الثقافية والعلائقية التي تأخذ اتجاهاً معيناً.

يعتمد استهلاك المؤثرات العقلية عند البشر على عوامل كثيرة: الاختيار النشط، والحرية، وانعكاسية السلوك، والقيم، والوسط الثقافي البيئي، والاجتماعي، والأسري، والعمل والدوافع الوجودية. ويظهر خطر الإدمان عند استهلاك الشخص للمخدر وحيداً وعند عدم تواجد أنشطة بديلة. فتعاطي المخدرات يتأثر بتكلفتها، والجهد المبذول للحصول عليها.

لا يرتبط تعاطي المخدرات وأنشطة الإدمان بشكل عام فقط بعوامل داخلية مهنية، لكن الالتزام بنشاط الإدمان يعتمد أيضاً على الظروف التي يواجه فيها الفرد نقص التنوع في قدرته على الإدمان اليومي. وقد تؤدي ظروف معينة أو تسهيل سلوك الإدمان:

- أماكن تتواجد بها المخدرات ويسهل الحصول عليها بكمية كبيرة على شكل مواد غنية جداً بالجزئيات ذات التأثير العقلي.
- عدم القدرة أو الحواجز القوية للوصول إلى المزيد من الأنشطة البديلة الطبيعية، مثل العلاقات الاجتماعية المتوازنة، والحياة العاطفية والجنسية، والعمل والأنشطة الترفيهية وتنمية الشخصية.
- وأخيراً، الضعف الاقتصادي الذي يقلل من السفر ويعزز العزلة الاجتماعية.

كل هذا يمثل مجموعة من العوامل المُتشجعة لأنشطة الإدمان والرافعة لقابلية متابعة الاستهلاك أو الانتكاسة. وقد يؤدي تحليل مجموعة من القوى المحبطة إلى هدأة طبيعية: الزواج، والنضج والتطور الشخصي، وأحياناً التحول الديني للذات أو تغييرات الشبكة العلاقات الاجتماعية.

أثبت علماء الاجتماع أن تمثل المعيار لا يُنظر له بنفس الطريقة عند جميع أفراد المجتمع. وأظهر الباحثون أيضاً أن العرف السائد في المجتمعات الغربية هو أكثر تقيداً، لأنه لا يزال يحتاج إلى المزيد من العمل والقرار الشخصي. وبالنسبة لهم فإن كل فرد اليوم، أقل وقوعاً في قواعد الطاعة والانضباط من المبادرة الفردية، والمرونة، والاتصالات التي قد تضعفه وما إلى ذلك. فالمخدرات غير المشروعة والمؤثرات العقلية هي ردود غير ملائمة لـ "عبادة الكفاءة".

تساءل علماء اجتماع آخرون عن تعاريف الانحراف. فبالنسبة لهم يجب الاهتمام أكثر بفهم الظروف والفرص التي جعلت من الممكن استخدام أو إساءة استخدام المؤثرات العقلية، والتقليل من الاهتمام بشخصية المدمن.

سمحت هذه الاستقصاءات السكانية لِعِدَّةِ علماء اجتماع القطع مع عدد من الأفكار التقليدية.

لا يستهلك العاطلون والطلاب الراسبون المزيد من المخدرات كالطلاب الناجحين. تُشجّع الاضطرابات النفسية والصعوبات الأسرية والدراسية للمراهقين بالتأكيد تجريب المخدرات، ولكنها لا تدفع نحو الاستخدام المنتظم.

لا تعتبر الرياضات الجماعية مثل كرة القدم والركبي حصناً منيعاً ضد إدمان الكحول ولكنها تشجع على الشرب.

عند الشخص المختبر والذي يثبت الباحثون إعطاء الكحول أو حبوب النشوة، وهو في الواقع يمتص دواء وهمياً، يتصرف كما لو أنه في حالة سُكر أو تخدير؛ إنه قادر على إزالة التثبيط، وعلى العدوان أو العنف. ويغير سلوكه المعتاد ببساطة بسبب توقعاته، خالقاً بذلك قدرات حركية غير متوقَّعة. وحسب المكانة الاجتماعية للشخص، يمكن لنفس المخدر التعبير عن قيم متعارضة: إنشاء أو تدمير، ارتفاع أو انخفاض، إلخ. فآثار المخدرات إذن على سلوك الإنسان لا يمكن تفسيرها كلياً بمفعولها الدوائي، فهي تعتمد أيضاً على التعلم الثقافي وحسب الفئة الاجتماعية للمدمن.

الدرس التاسع: التداوي الذاتي والاعتلال المصاحب

نجد الإدمان غالبا ما يكون مصاحبا لأمراض نفسية، واجتماعية وجسدية. ومعلوم أن الوجود المشترك للاضطرابات النفسية والتعلق بالمواد المؤثرة نفسيا تذكر اعتيادا في عدة مؤلفات. وإن الاعتلالات النفسية المصاحبة الأكثر شيوعا هي الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية. وتحديد هذه الاضطرابات النفسية له أهمية كبيرة لرعاية المرضى.

أ. تعريف الاعتلال المصاحب

يعرف الاعتلال المصاحب من قبل منظمة الصحة العالمية بأنه "تزامن وجود -عند نفس الشخص- اضطراب ناتج عن استهلاك مادة ذات تأثير نفسي واضطراب نفسي آخر". ويعتبر الشخص ذو التشخيص المزدوج وفقا لمكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجريمة، هو " شخص شُخصت لديه إفراط الكحول أو مخدر آخر بالإضافة إلى تشخيص آخر، عادة ذي طبيعة نفسية، على سبيل المثال اضطراب المزاج، أو الفصام". يتم إذن تعريف الأمراض المصاحبة بأنها تزامن غير عشوائي لإثنين أو أكثر من الأمراض النفسية أو الشخصية، واحد منها مُشكل الإدمان.

السؤال الأبدي: عند الحديث عن اضطرابات متزامنة، يأتي تلقائيا السؤال التالي: "ما هو السبب وأي من هذه الاضطرابات يؤثر على الآخر؟ " هناك على الأقل أربعة احتمالات:

(1) التطبيق الذاتي للقلق واضطرابات الاكتئاب باستهلاك المادة المخدرة.

(2) تطور الأعراض النفسية الناجمة عن استهلاك المواد أو الفطام منها.

(3) استقلال الاضطرابات حيث يبقى كل واحد منها ثابتا رغم غياب الآخر.

(4) القابلية المشتركة للقلق ولتغيرات المزاج والإدمان على المخدرات.

ب. التمييز بين الاضطرابات النفسية الأولية والاضطرابات النفسية الثانوية:

اعتبرت العديد من المقاربات النفسية التقليدية الإدمان كعلاج ذاتي لحالة القلق أو التوتر الوجودي. واعتُبر الكحول وسيلة لتخفيف التوتر، ووسيلة لمكافحة شعور الاكتئاب، ونوعاً من " البهجة الوحشية " التي سيعود لها المدمنون. ولا تدعم الدراسات

الوبائية الأخيرة الفرضية القائلة بأن سلوكيات الإدمان هي في معظم الأحيان ناتجة عن القلق أو الاكتئاب. وتطرح الدراسات المستقبلية تساؤلا عن مفهوم إدمان الكحول الثانوي. وتشير إلى ما يلي:

- الأعراض النفسية المعزولة هي الأكثر شيوعا بين المدمنين على الكحول أو المواد الأخرى من الاضطرابات النفسية المميزة. هذه الأعراض النفسية هي مؤشرات استعمال مرضي للكحول أكثر من كونها أعراضا لاضطراب نفسي أولى يجب علاجه "لاستئصال" سبب إدمان الكحول أو غيره من الإدمان.

- الاضطرابات النفسية تختفي بنسبة 90% بعد شهر من فطام الكحول الشامل و الفعال. وقد أثبتت هذه الملاحظة بالنسبة للاكتئاب ومعظم اضطرابات القلق إلا إنها أقل تحققا، في كثير من الأحيان، بالنسبة لسلوكيات الإدمان الأخرى.

ت. نظرية العلاج الذاتي:

نظرية العلاج الذاتي هي محاولة الأشخاص علاج اضطرابات مزاجهم أو قلقهم من خلال تناول المخدرات أو الكحول. وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب المزاج، يستخدم الاستهلاك للتأثير على الانزعاج وانخفاض احترام الذات، الخ. ويبدو أن الاضطرابات الناجمة عن إدمان المخدرات غالبا ما تبدأ قبل ظهور اضطرابات المزاج. ومع ذلك، يمكن للأشخاص الذين يعانون من حالات الهوس -الهوس الخفيف أو هما معا- أن يطوروا اضطرابا ناتجا عن استخدام مواد متعلقة باضطراب مزاجهم. وفي المقابل، يتم التعرف على اضطرابات المزاج الناجمة عن الاستهلاك، والتي هي جزء من تشخيص محدد من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة (الاضطرابات الناجمة عن مادة)، إلا أنها ليست دائما واضحة لتمكن من ترتيب ظهور الاضطرابات ومن ثم، وضع تشخيص واضح لاضطراب مستقل أو ناجم عن الآخر.

أظهرت الدراسات أن الأشخاص الذين يستخدمون مادة مثل الكحول للعلاج الذاتي تراوحت اضطرابات قلقهم بين 7.9% بالنسبة للرهاب الاجتماعي إلى 35.6% بالنسبة لاضطراب القلق العام. ويرتبط هذا العلاج الذاتي عند الأشخاص الذين يعانون اضطرابات القلق بشكل كبير بزيادة خطر الإصابة باضطراب المزاج، واضطرابات إدمان المخدرات والتفكير في الانتحار، إضافة إلى ذلك، فإن مستوى عاليا من القلق غير المعالج يكون منبئا بانتكاسة إدمان المخدرات.

بالنسبة لاضطرابات القلق، تكون المواد ذات المفعول المسبب للاكتئاب مهدئة، وأكثر مشاركة في العلاج الذاتي للقلق. ويمكن تفهم ظهور تجنب أعراض القلق والخوف من خلال استخدام هذه المواد.

وفي الغالبية العظمى من الحالات، تشير الأبحاث إلى أن القلق يستمر رغم وقف استخدام المادة بعد انسحاب أعراض الفطام مما يشير إلى أن القلق الناجم عن تعاطي المخدرات هو ظاهرة أكثر اعتدالا. ومع ذلك، وفي حالة اضطراب القلق العام، سيكون للتشافي الفعال من إدمان المخدرات تأثير إيجابي على أعراضه من خلال خفضها. وفي المقابل، وفيما يخص اضطراب

قلق ما بعد الصدمة - الرهاب الاجتماعي واضطراب الهلع- فعلاج إدمان المخدرات لن يكون له نفس التأثير مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذه الأخيرة تنبثق من العلاج الذاتي أو تكون مستقلة.

ث. المعطيات الوبائية

○ معدل انتشار التشخيص المزدوج

في دراسة أجريت من طرف "كلوتر" و"كول"، 64% من المرضى المُستَقْبَلِينَ بمصلحة الطب النفسي اشتكوا من اضطراب متعلق باستهلاك مواد مؤثرة عقليا. في المقابل، الاضطرابات النفسية، مثل اضطرابات المزاج، متلازمة التوتر ما بعد حادث الفصام و اضطرابات الشخصية كانت شائعة الوجود عند المرضى المدمنين.

نذكر كذلك الذهان الصيدلاني وهو ظاهرة جد معروفة عند أطباء المستعجلات النفسية. دون أن ننسى الرابط بين استهلاك القنب الهندي والدخول في الذهان المزمّن الذي غالبا ما يذكر في الأدب. واقعيّا، عُرِفَ القنب الهندي كعامل خطر للدخول في الذهان، رغم كون رابط السببية لم يستوثق منه بعد، إلا أنه يتبين أنه يسرع من ظهور أعراض الذهان لدى الأشخاص ذوي القابلية.

أُثْبِتَتْ دراسة أمريكية متعلقة بـ 20291 شخص، الرابط الإحصائي بين إشكالية الإدمان والاضطراب النفسي. معدل الانتشار مدى الحياة لاضطراب مرتبط باستعمال مواد مؤثرة عقليا على الأشخاص الذين يعانون من الفصام والاضطرابات الفصامية يصل إلى 47% ويصيب أكثر من 60% من المرضى ثنائيي القطب. ومن خلال دراسات أخرى، 30% إلى 80% من المدمنين يعانون من اضطراب الشخصية. وتوجد الأرقام الأكثر أهمية لدى المرضى المستشفين.

وصف "زولمان" مفهوم "الشخصيات الحدية المدمنة"، وأدخل الأشكال الخطيرة للإدمان في خانة الشخصيات الحدية بمعناها الواسع نظرا لسلوكياتها العنيفة تجاه نفسها وتجاه الآخرين والناجمة عن استهلاك المخدرات. بمعنى آخر، تُسجَلُ اضطرابات التصرف المرتبطة بالإدمان داخل إطار العمل العقلي الخاص بالشخصيات الحدية، كما وُجِدَتْ بعض الاضطرابات النفسية خارج نطاق اضطرابات الشخصية الحدية. وتُصَرَّفُ المعطيات الأدبية على غياب الشخصية المدمنة ولكنها تؤكد التلازم الشائع لاضطرابات الشخصية والتمثل الزائد للشخصيات المعادية للمجتمع عند الأشخاص المدمنين على مواد أفيونية.

○ أهمية وخصوصيات الارتباط

تم توثيق أهمية الروابط بين الإفراط والتعلق بالمواد والاضطرابات العقلية بشكل جيد، حيث أكدت دراسة أمريكية حديثة على أهمية الرابط حتى بعد ضبط العوامل الاجتماعية الديموغرافية والأمراض المصاحبة. وتختلف أهمية الارتباط مع الاضطرابات النفسية المعتمدة. فهي على سبيل المثال أقل بالنسبة لاضطرابات المزاج أحادي القطب من ثنائي القطب.

○ الاضطرابات النفسية عند الأشخاص المدمنين

ما يقرب من نصف الأشخاص الذين يعانون من إدمان الكحول لديهم اضطراب عقلي طيلة حياتهم. وتُعتبر الاضطرابات النفسية المصاحبة مرتفعة بشكل خاص بين الناس خلال علاج التعلق.

○ الطب النفسي و اختيار المخدرات

يبدو اختيار المواد المستهلكة، بصرف النظر عن الاضطرابات الرهابية، قليل التأثير بالاضطرابات النفسية المتزامنة. إنه بالأحرى متأثر بتوفر المادة وتمثلها لدى المستعمل. ومع ضعف الدراسات بالنسبة لنمط ووقت الاستهلاك، يمكن للآثار المبحوث عنها والمحسوسة أن تكون متشابكة مع الأعراض النفسية.

○ الوقائية

كشفت سلسلة من الدراسات الوبائية بأثر رجعي أن الاضطرابات العقلية تظهر أولاً، متبوعة بالتعلق في كثير من الأحيان خلال العقد التالي. وكذلك في حالة اضطراب رهابي والتعلق، يظهر الاضطراب الرهابي أولاً عند ما يقرب من 70٪ من الحالات. تخضع الدراسات المستقبلية القليلة، إلى انحيازات أخرى لها نتائج أقل اتساقاً. يظهر مع ذلك بطريقة متكاثرة، ارتباط اضطراب السلوك في الطفولة مع حدوث لتبعية لاحقة. وترتبط اضطرابات القلق أو اكتئاب سابق للبلوغ زيادة خطر الإدمان لاحقاً.

○ الاعتلال المصاحب والتطور السريري

يرتبط الاعتلال المصاحب بنوبات نفسية أكثر شدة وهدأة أكثر بطءً، ومزيداً من الاستشفاءات، وخطراً مرتفعاً لمحاولات الانتحار.

تعرض هذه الأمراض المصاحبة أيضاً لمزيد من الصعوبات الاجتماعية، وإنتاجية مهنية أقل، ومزيداً من الفقر وفقدان المسكن، وجودة حياة أقل، ودعم اجتماعي أضعف.

يزداد استخدام وسائل الرعاية بين الأشخاص الذين يعانون من التعلق مع ارتفاع عدد الأمراض النفسية المصاحبة. ولا تعني هذه المضاعفات أن تطور هؤلاء المرضى سيء بالضرورة.

○ معنى الارتباط

أقترحت عدة نظريات لتفسير هذا الارتباط:

- الاضطرابات النفسية المؤدية إلى تطوير الإدمان من خلال : زيادة خطر التعرض للمخدرات، واضطرابات تعزيز فقدان السيطرة على الانفعالات والعلاج الذاتي.
- التعلق المؤدي إلى الاضطرابات النفسية من خلال: الآليات الدوائية والبيئية.
- تؤدي عوامل مشتركة إلى التشخيص المزدوج: يمكن للعوامل المتدخلة أن تكون وراثية أو نفسية أو بيئية أو ناتجة عن صدمة.
- تركيبات مختلفة من هذه العناصر ممكنة.

الوحدة الثانية:

المظاهر السريرية للإدمان

الدرس العاشر: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة)

إن التعبير الرئيسي الملاحظ في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في الطبعة الخامسة هو اقتراح تحليل الأبعاد بدلا من التحليل الفئوي للاضطرابات المرتبطة بالاستهلاك. وقد جُمع هذا الدليل بين الإفراط والتعلق في تشخيص واحد سُمي "الاضطراب الناتج عن الاستهلاك".

أ. الاضطراب المرتبط باستهلاك مادة

تم تعويض فئات "إفراط استهلاك مادة" و"التعلق بمادة" بفئة أكثر إجمالاً سميت "الاضطراب الناتج عن استهلاك مادة"، حيث حُدّد الاضطراب الخاص بكل مادة. وتعتبر كل مادة مسببةً لاضطراب استهلاك خاص بها. فكل هذه الاضطرابات تقريبا تُشخّص وفقا لنمط مشترك من معايير التشخيص. ولم يتم جمع معايير التشخيص فقط في تعريف أكثر إجمالاً، بل تم تعزيزها أيضاً. وبالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة المغيرة، لم يكن تشخيص الإفراط معتمداً إلا على وجود معيار تشخيص واحد، في حين يتطلب تشخيص اضطراب مرتبط باستهلاك مادة معيارين أو ثلاثة من قائمة تضم أحد عشر معياراً.

تمت إضافة اللهفة إلى قائمة هذه المعايير في حين أزيلت المشاكل القانونية. والتمييز بين الإفراط والتعلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة المغيرة مرتبط بالمفهوم الذي من خلاله، يوافق الإفراط استعمالاً مبكراً أو متوسط الشدة، ويوافق التعلق مظاهر سريرية أكثر شدة.

في الواقع، تكون معايير الإفراط أكثر خطورة أحياناً. وقد قلّص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة هذين الاضطرابين إلى اضطراب وحيد يعكس الحقيقة السريرية للمرض، إضافة إلى ذلك، يمكن أن يكون مصطلح التعلق مشكلاً لأنه مرتبط بمفهوم الإدمان. ومع ذلك، يمكن للتعلق أن يكون إجابة طبيعية من الجسد لمادة دون إشراك الإدمان.

ب. الإدمان السلوكي

تم إنشاء فئة جديدة وهي الإدمان السلوكي: تضم حتى الآن القمار المرضي فقط. ويعكس هذا الاختيار العادي نتائج وفرضيات البحوث الحديثة. وهناك تشابه بين الاضطراب المرتبط باستهلاك مادة والقمار المرضي يخص التعبير السريري، ومناطق الدماغ المُفعّلة، والأمراض المصاحبة، والفسيولوجيا والعلاج.

ت. معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة

المصدر: الرابطة الأمريكية للطب النفسي (2013) والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة).

تؤدي إساءة استعمال مادة إلى العجز عن العمل أو معاناة سريرية مهمة، تتميز بوجود اثنين أو أكثر من المظاهر التالية، في أي وقت من فترة متواصلة من اثني عشر شهراً:

1. أخذ المادة بكمية أكبر أو لمدة أطول من المتوقع؛
2. وجود رغبة مستمرة أو فشل المجهودات الرامية لخفض أو السيطرة على استعمال المادة؛
3. إنفاق وقت طويل في الأنشطة اللازمة للحصول على المادة أو استعماله أو استعادة الحالة الطبيعية بعده؛
4. اللهفة أو الرغبة الملحة لاستهلاك المادة؛
5. يؤدي الاستعمال المتكرر للمادة إلى عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات الأساسية في العمل أو المدرسة أو المنزل؛
6. استخدام المنتج رغم المشاكل الاجتماعية أو الشخصية، الثابتة أو المتكررة، المسببة أو المتفاقمة من آثار المادة؛
7. التخلي أو الخفض من أنشطة اجتماعية، ومهنية أو ترفيهية مهمة بسبب استعمال المادة؛
8. استخدام المادة في حالات قد تشكل خطورة جسدية على المستهلك؛
9. متابعة استعمال المنتج رغم معرفة الشخص أن مشكلاً نفسياً أو جسدياً مستمراً أو متكرراً قد يكون مسبباً أو متفاقماً بفعل المادة؛

10. التحمل، والمعروف بأحد الأعراض التالية:

- أ. احتياج ملحوظ لكميات أقوى من المنتج لتحقيق السكر أو التأثير المرغوب؛
- ب. انخفاض ملحوظ في تأثير المخدر عند الاستعمال المستمر لنفس الكمية؛

11. الفطام، والتميز بأحد المظاهر التالية:

- أ. متلازمة فطام مميزة لكل منتج؛
- ب. يؤخذ المنتج لتخفيف أو تجنب أعراض الفطام؛
- وجود معيارين أو ثلاثة: إدمان خفيف
- وجود أربعة أو خمسة معايير: إدمان معتدل
- وجود ستة معايير أو أكثر: إدمان حاد

المخدرات

تتعدد المخدرات التي تسبب الإدمان بتعدد مصدرها الطبيعي والصناعي وطريقة استعمالها وكذا طريقة تحضيرها، وتتشترك في قدرتها على إحداث حالة التعود الجسدي أو النفسي عليها أو هما معا لتسبب الإدمان.

الدرس الحادي عشر: القنب الهندي

مادة القنب الهندي

إن القنب الهندي من بين النباتات قديمة الزرع من قبل الإنسان، لمآرب زراعية ولخصائصه الطبية. وقد تم الاعتراف بفوائده من جميع الشعوب المهاجرة من المناطق الوسطى لآسيا. ونجده الآن منتشراً في جميع أنحاء المعمورة تقريباً.

العنصر الفعال للقنب الهندي والمسؤول عن الآثار النفسية هو رباعي هيدروكانابينول، المدرج في قائمة المخدرات. ويختلف تركيزه وفقاً للتحضيرات ومنشأ المنتج:

- العشب: هو الأوراق والسيقان ورؤوس الزهرة المجففة ببساطة، ويدخن عادة مخلوطاً بالتبغ، ويلف على شكل سجائر.
- الراتين (الحشيش): يتم الحصول عليه من الرؤوس المزهرة للنبته. وتقدم على شكل لوحات مضغوطة، وشرائط ذات لون أخضر أو بني أو أصفر وفقاً لمناطق الإنتاج. ويدخن عادة مخلوطاً بالتبغ. ويمكن خلط الحشيش بالحناء أو الشمع أو البارافين أو غيرها من المواد السامة.
- الزيت: التحضير الأكثر تركيزاً بالعنصر الفعال ويستهلك عادة باستعمال الغليون.

نعرف حالياً ما لا يقل عن 60 كانابينويد في راتين القنب الهندي وأهمها:

- دلتا-9- رباعي هيدروكانابينول، المستقلب النفسي الرئيسي؛
- دلتا-8- رباعي الكانابينول؛
- الكانابينول؛
- الكانابيديول...

الخصائص السمية

أ. كيف تؤثر الكانابينويدات على الجسم؟

تأثر الكانابينويدات الطبيعية على الجسد بطريقة مماثلة للكانابينويدات الداخلية وهي مواد بوظائف عديدة في جسد الإنسان. فالكانابينويدات الطبيعية كمثيلاتها الكانابينويدات الداخلية، ترتبط بمواقع محددة على سطح العديد من الخلايا لتحريك آثار معروفة. وهذه المواقع المحددة تسمى مستقبلات كانابينويدية. ويشكل جمع الكانابينويدات والمستقبلات الكانابينويدية النظام الكانابويدي الداخلي والذي يلعب دورا هاما، وتحديدا في تنظيم الشهية، وإدراك المعلومات الحسية أو تلك المتعلقة بالألم وكذا تنسيق الحركات.

ب. السمية العصبية

سعت كلية "دوك" الأمريكية سنة 2012 بشكل واضح لإثبات "أول دليل علمي على السمية العصبية للقنب الهندي عند الإنسان"، وأن "التوقف عن استعمال القنب الهندي لا يُعيدُ الوظائف العصبية لحالتها الطبيعية كليا عند الشباب المستهلكين المنتظمين"، وأن الأضرار قابلة في الغالب للانعكاس عند المستهلكين غير المنتظمين. وبالنسبة لمستهمل منتظم، لكن منذ وقت غير مبكر، يمكن للآثار أن تكون عابرة، ويمكن استعادة القدرات الإدراكية عند التوقف عن الاستهلاك.

التحرّي والمعايرة البولية

يعتبر البول وسطا مختارًا لتحري استهلاك القنب الهندي. وتعتمد تقنيات التحري على البحث عن المركب 9-THC-COOH، الموجودة بكميات كبيرة في البول. وتمتد مدة الكشف من بضعة أيام عند المستهلك الضعيف، لتصل إلى 2 أو 3 أشهر عند المدخن الكبير. ويُجرى التحري باستخدام أساليب كيميائية مناعية: الاختبار البولي السريع أحادي الخطوة أو المقايسة المناعية الآلية. وقد حُدِدت عتبة إيجابية التحري البولي في 50 نانوجرام في المليلتر لـ 9-THC-COOH. وهذه الأساليب سريعة وغير مكلفة لكنها تفتقر للدقة. ويمكن لكثير من الظروف أن تُسبب نتائج خاطئة: أخذ العقاقير المضادة للالتهابات، وسوء ظروف تخزين العينة. ولا يكشف التحري البولي بطريقة موثوقة عن وقت آخر تعرض للقنب الهندي.

المعايرة الدموية

إنَّ اختبار بلازما الدم هو الأكثر نوعية. ويسمح تحليل الدم أيضا بتقدير الوقت المنقضي بين آخر استهلاك وأخذ عينة الدم. وتعتبر، بالرغم من ذلك، طريقةً طويلةً جداً مخصصة للمختبرات المتخصصة. ونستطيع أيضا الكشف عن رباعي هيدروكانابينول في الشعر.

في الممارسة العملية، تمثل التحليلات البولية الاختبارات السريرية الروتينية، بينما تبقى الاختبارات البيولوجية الأخرى من اختصاص البحث العلمي والسلامة الطرقية وعلم الإجرام.

متلازمة الفطام

وفقا لمعايير قائمة فطام القنب الهندي، توجد هذه الأعراض عند أكثر من 40% من المستخدمين وقت الفطام:

- اللهفة
- التهيجية
- العصبية
- الاكتئاب
- الهياج
- الغضب
- اضطرابات النوم
- ضعف الشهية
- الصداع

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة، وجب على متلازمة الفطام تلبية هذه المعايير:

- أ- وقف استخدام القنب الهندي المتميز بضخامته وامتداده؛
- ب- تطور ثلاثة أو أكثر من العلامات التالية بعد حوالي أسبوع من المعيار -أ-:
 - التهيجية والغضب أو العدوانية؛
 - العصبية؛
 - اضطرابات النوم؛
 - فقدان الوزن؛
 - ارتفاع حرارة الجسم؛
 - المزاج المكتئب،
- يسبب واحد على الأقل من الأعراض الجسدية التالية انزعاجا كبيرا: ألم البطن أو الرعاش أو التعرق أو الحمى أو القشعريرة أو الصداع.
- ت- تُسبب أعراض وعلامات المعيار -ب- اختلالا سريريا هاما في الوظيفة الاجتماعية والعملية أو في غيرها من المجالات الهامة.

ث- ليست الأعراض الملاحظة ناتجة عن اعتلالات طبية عامة، ولا معللة باضطراب عقلي آخر، بما في ذلك السكر أو متلازمة الفطام الخاصة بمادة أخرى.

مضاعفات استهلاك القنب الهندي

أ. المضاعفات النفسية الحادة

تختلف الآثار النفسية للسكر الناتج عن القنب الهندي من شخص لآخر، وأحيانا من استعمال لآخر عند نفس الشخص. وترتبط بشكل مباشر بشخصية الفرد، والسياق، ونمط الاستعمال، والكمية الممتصة وجودة المنتج. ولا تظهر الأعراض باعتماد نمط محدد. وقد يفقد الشخص عقله بطريقة مماثلة لاضطرابات التفكير الذهانية.

يمكن ملاحظة التأثيرات التالية:

- الشَّمق، والشعور بالسعادة والرضا، وسهولة الضحك، والثرثرة أو الهُدُر. ويرافق هذا التغيُّر في المزاج شعور باللامبالاة، وتحفيز فكري، وانطباع بالاسترخاء والهدوء؛
- تشويه الصورة الذاتية، مع ارتفاع الثقة بالنفس؛
- اعتلال الإدراك الزمني، مع الشعور بالخلود، واستطالة الوقت الراهن؛
- تكثيف الإدراك الحسي وخاصة السمع وكذا البصري واللمسي؛
- اعتلال الذاكرة قصيرة المدى وذاكرة الانتباه. وقد يجد الشخص صعوبات في تذكر الكلمات والصور والقصص أو الأصوات التي مرّت وهو تحت سيطرة المادة؛
- انخفاض قدرات التنسيق الحركي وإبطاء وقت رد الفعل مع انخفاض المنعكسات؛
- انخفاض القدرة على أداء بعض المهام المعقدة مثل قيادة السيارة؛
- روى تنويمية مؤقتة قد تصل إلى حالة إعلامية مع ندرة الهلوس في حالة استنشاق المخدر، وهي أساسا صوتية لفظية؛

- لوحظت نوبات هلع وقلق تبدّد الشخصية، لكنّ هذه الظواهر نادرة.

ب. المضاعفات النفسية المؤجلة المرتبطة باستهلاك متكرر ومنتظم

1. متلازمة فقدان التحفيز

هي طريقة لسحب الاستثمار الوجودي، مع ضعف ثابت في الذاكرة، واعتلال عاطفي وفكري. وتخصّ هذه المتلازمة أساسا المراهق، الذي يظهر منطويا على ذاته وعلى أحلامه الداخلية، بمزاج متقلب، وغالبا ما يكون مهمشا ومنهار النفسية بالكامل. ولا توجد عنده اضطرابات الفكر، ولا عدم التطابق. ويدرك المستهلك جيدا حالة السلبية ورفض الاستثمار التي يعيشها. ويتراجع هذا الاضطراب بعد أسابيع أو أشهر من الامتناع.

يمكننا وصف هذه المتلازمة ونتائجها على النحو التالي:

- اللاواقعية واللامبالاة؛
- فقدان القدرة على تمثّل المستقبل؛
- عدم الاهتمام، واعتلال العاطفة، واللامبالاة العاطفية، وانعدام الطموح؛
- انخفاض حقل العلاقات و قدرات الاتصال؛
- انخفاض الكفاءة الفكرية مع فقر تصوُّري، وصعوبات في الانتباه والذاكرة؛
- عجز في الأنشطة المهنية أو المدرسية؛
- التفكك الاجتماعي؛
- استخدام القنب الهندي كعلاج ذاتي؛

2. اضطرابات القلق

تظهر نوبة الهلع بطريقة مفاجئة. وقد يعبر عنها بتبدد الشخصية أو الشعور بالانفصال عن الذات، وتبدد الواقع أو الشعور بالخروج عن الواقع، والخوف من فقدان السيطرة على الذات أو الجنون. ويرتدّ تلقائياً خلال بضع ساعات أو باستعمال مضادات القلق. وترتبط هذه التجربة بقلق الشخص عند الاستعمال، وخلال سياق غير آمن أو بأهمية الكمية المستهلكة.

ت. الاضطرابات النفسية الناجمة عن القنب الهندي: ذهان القنب الهندي

يتواجد "ذهان القنب الهندي" أو الاضطرابات الناتجة عن استهلاك القنب الهندي بطريقة ثابتة في الأدبيات الطبية. فالمستهلكون المنتظمون أكثر عرضة من المستهلكين بالمناسبات.

على المستوى العرضي، يعتبر ذهان القنب الهندي عبارة عن ومضات هذيان حادة تظهر فجأة بعد يومين أو ثلاثة، مع أو بدون زيادة حديثة في استهلاك المخدر، وأحياناً بعامل اندفاع نفسي أو جسدي. وقد ذكر استهلاك حديث عالي الجرعة مصاحب للسكر أو يظهر في الشهر الموالي له عند أشخاص لا توجد لهم مشاكل سابقة. ونذكر فيما يلي بعض الأعراض الأكثر نوعية، مثل:

- الهلوسة البصرية أكثر من السمعية؛
- موضوعات متعددة الأشكال؛
- الاضطرابات السلوكية خصوصاً العداء الذاتي والغيري؛
- ارتباك ورداءة التوجيه الزمني المكاني.

يستمر هذا الاضطراب بضعة أيام أو أسابيع. ويبقى البرء بعد العلاج المضاد للذهان سريعاً مع انتقادٍ لإنكار الهذيان مع وجود خطر الانتكاسة خلال إعادة استعمال المخدر. وغالباً ما يكون العلاج بالمستشفى ضرورياً وأحياناً بدون موافقة المعني بالأمر. ومع ذلك، يبقى سؤال الدخول في الفصام عند الأفراد المعرضين لذلك مطروحاً للتساؤل.

ث. الآثار الجسدية لتعاطي القنب الهندي

يصعب تمييز الآثار الجسدية للقنب الهندي من آثار التبغ الذي غالباً ما يصاحبه. وتظهر أهمية سرد الظروف السريرية التي يجب عند توفرها البحث عن استهلاك القنب الهندي.

ج. المضاعفات الأخرى

- اضطرابات القلب والأوعية الدموية: معدل ضربات القلب وضغط الدم؛
- اضطرابات قصبية ورئوية وتنفسية؛
- اضطرابات الأكل؛
- حوادث السير؛
- حوادث العمل؛
- مشاكل الخصوبة عند الرجال.

ح. مخاطر الإصابة بالسرطان الناتجة عن تدخين القنب الهندي

يُشتبه القنب الهندي منذ فترة طويلة بكونه مادة مسرطنة. ومقارنة بالتبغ، يسبب تدخين القنب الهندي استنشاقاً مضاعفاً ثلاث مرات أكثر للقطران، مع العلم أن متوسط نسبة القطران المُودَّع في الرئتين بعد الإستنشاق أعلى بالنسبة للقنب الهندي مقارنة بالتبغ. فتدخين ثلاث إلى أربع سجائر من القنب الهندي يومياً له نفس التأثير النسيجي المرضي على الظهارة الرغامية القصبية وكذلك الظاهر عند مدخني عشرين سيجارة أو أكثر من التبغ يومياً.

خاتمة

الآثار النفسية للتعاطي الحاد للقنب الهندي هي الآن مُنشأة بشكل جيد وخصوصاً ما يتعلق بخطر نوبات الهلع وانهيار المعاوضة الذهانية الحادة. ولإزالة النقاش حاضراً حول الروابط السببية بين الاستهلاك المنتظم ومتلازمة فقدان التحفيز أو الاكتئاب. وتستطيع عواقب إفراط القنب الهندي أن تكون كارثية خصوصاً في حالة القيادة، مع التقليل من دور استهلاك الكحول.

على المستوى الجسدي، يظهر ارتباط وثيق حول دور الكانابينويدات في تطور التليف الكبدية عند المرضى المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي نوع -س.

الدرس الثاني عشر: الكحول

تاريخياً، أتى مصطلح الكحول من الكلمة العربية "الكُحل" وتعني مسحوقاً أسوداً تستعمله النساء على العينين. وقد استُعملت كلمة "الكحول" بعد ذلك للإشارة لمركب متطاير يتم الحصول عليه عن طريق التقطير. ويعود استهلاكه الشعائري أو المقدس أو الاحتفالي إلى العصور القديمة ويرتبط بقيم أسطورية وثقافية هامة. وتؤثر هذه المادة على صحة عدد كبير من الأفراد، وقد اعتبرته منظمة الصحة العالمية ثالث أكبر عامل خطر عالمي للإصابة بالأمراض سنة 2011. والإيثانول جزيء يُحصل عليه بتخمُّر السكريات الموجودة في الحبوب أو الخضروات أو الفواكه، أو عن طريق التقطير.

○ خصائص الإيثانول في الجسم

مهما كانت أنماط استهلاكه، يبقى الكحول الإيثيلي مادة مُسكرة ومؤثرة عقلياً حيث يختلف التسلسل الزمني لآثاره. ويعتبر الإيثانول مادة مؤثرة عقلياً تغير نفسية الشخص المستهلك، وله مفعول مزيل للتثبيط، ومبهج، ومزيل للقلق، ومضاد للاكتئاب وعكسياً، مهدئ ومسبب للاكتئاب. ورغم أن أغلبية المستهلكين يتناولون الكحول بشكل معتدل إلا أن نسبة قليلة منهم تتطور نحو علاقة إدمان.

معايير التشخيص

○ التصنيف باعتماد النموذج البعدي أو الكمي

نُشرت طبعة جديدة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في ماي 2013، وهي الطبعة الخامسة. ويقدم هذا الدليل مفهوم "اضطراب استخدام الكحول" ويعني الاضطراب المرتبط مباشرة مع استخدام المادة. ويُعرّف بأنه نمط استهلاك يؤدي إلى تدهور سريري كبير أو إلى ضيق، يتجلى في وجود اثنين على الأقل من المعايير التشخيصية الأحد عشر التالية، على فترة تمتد 12 شهراً:

- 1- يُؤخذ الكحول غالباً بكمية أكبر أو خلال فترة زمنية أطول من المتوقع؛
- 2- الرغبة المستمرة أو بذل مجهودات غير ناجحة للحد أو السيطرة على استهلاك الكحول؛
- 3- إمضاء وقت كبير من أجل توفير الكحول، واستهلاكه أو التعافي من آثاره؛
- 4- وجود اللهفة، وهي رغبة قوية وملحة لاستهلاك الكحول؛
- 5- عدم القدرة على الوفاء بالتزامات الأساسية في العمل أو المدرسة أو البيت، بسبب الاستهلاك المتكرر للكحول؛
- 6- الاستمرار في استهلاك الكحول رغم المشاكل الاجتماعية والعلائقية المستمرة أو المتكررة، المسببة أو المتفاقمة بفعل تأثير الكحول؛

- 7- الخفض أو التخلي عن نشاطات اجتماعية أو مهنية أو ترفيهية بسبب استهلاك الكحول؛

- 8- الاستهلاك المتكرر للكحول في حالات تشكل خطراً جسدياً؛
- 9- استمرار استهلاك الكحول رغم المعرفة المسبقة بمشكل جسدي أو نفسي، مستمر أو متكرر، مَحَدَّد أو متفاقم بفعل الكحول؛
- 10- التحمل، ويعرف بـ:
أ- الاحتياج إلى كمية أكبر من الكحول للحصول على السكر أو التأثير المطلوب؛
ب- انخفاض التأثير عند الاستعمال المستمر لنفس كمية الكحول.
- 11- الفطام، يتجلى في:
أ- متلازمة الفطام الخاصة بالكحول؛
ب- استهلاك نفس المادة (أو مادة مشابهة) بهدف تخفيف أو تجنب متلازمة الفطام.

يسمح تعريف "اضطراب استخدام الكحول" بتحديد شدة مرض الاستهلاك حسب عدد الأعراض المحددة. وتشير اثنان أو ثلاثة من الأعراض إلى اضطراب خفيف، وأربعة أو خمسة إلى أعراض اضطراب متوسط، وستة أو أكثر إلى أعراض اضطراب شديد.

يشير "اضطراب استخدام الكحول" إلى نموذج بُعدي وليس نموذج قطاعي، مع اختفاء فئات الإفراط والتعلق، لصالح سلسلة متصلة من مستويات الخطورة، أقرب إلى الواقع السريري، والمُساعدة على تحسين التشخيص.

يضم هذا التعريف الجديد معايير تشخيص أكثر من السابق وهناك تخفيض العتبة التي يمكن بعدها وضع تشخيص اضطراب استعمال الكحول. وبالفعل، لا يتطلب التشخيص أكثر من معيارين كحد أدنى ولا يتطلب أية استمرارية ولا مصداقية. وتشمل هذه المعايير التشخيصية الآثار السلبية لاستهلاك الكحول، والسلوكيات الخطيرة الناتجة عن الكحول، والأشكال السريرية غير المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة. ولم يعد يتطلب تشخيص الاضطراب الناتج عن استهلاك الكحول وجود معايير أكثر تحديداً من التعلق. ويجب مع ذلك التأهب لخطر الإفراط في التشخيص. ولكن، قد يَمَكُن هذا وقايةً جيدة من "مخاطر الكحول".

ختاماً، يعطي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة من خلال تعريف "اضطراب استعمال الكحول" تصميماً فريداً لتشخيص إدمان الكحول مع الأخذ بعين الاعتبار شمولية ضرره والطبيعة الذاتية للتعلق المرتبط بسلوك استهلاك الكحول.

تحري التعلق بالكحول

لا توجد أدوات بيولوجية فعالة تُبرز الاستعمال الضار للكحول عند المراهقين. وتستعمل الأدوات المتوفرة عند البالغين حيث يكون لها حساسية ونوعية متوسطة رغم وجود أفة عضوية. والأداة الوحيدة المتوفرة هي الاستجواب. وتوجد إمكانية التطور الكمي، لكنها تُترك لتقدير المراهق.

يستطيع الاستبيان الصحيح أن يكون عوناً قيماً في تشخيص الاستهلاك الخطير أو الضار. وهناك عدة أنواع من الاستبيانات: بعضها للتحري وتكون سريعة وحساسة، وأخرى لتتبع التطور بطريقة معمّقة في حالة كشف استخدام ضار. وتستعمل اعتيادياً مجموعة من المعايير البيولوجية في تحديد التعلق بالكحول، في حين أن افتقارها للحساسية أو النوعية تُوجب تخصيصها لتتبع مرضى التعلق بالكحول، نذكر:

- ناقلة الغاما غلوتاميل: منخفضة الحساسية، وتتأثر بعوامل أخرى كثيرة، العمر النصفى لاضمحلالها حوالى ثلاثة أسابيع عند الأشخاص سليمي الكبد.
- الكريات الحمراء الكبيرة: تُنَبَّثُ خلال أشهر، وتعود لطبيعتها خلال ثلاثة أشهر بعد التوقف عن شرب الكحول، مع انخفاض حساسيتها ونوعيتها.
- عوز الكربوكسيل ترانسفيغين: معايير حديثة ونوعية، تبقى مع ذلك قليلة الحساسية، وتنخفض خلال اثنين إلى ثلاثة أسابيع.
- يُستخدم مزيج من هذه العلامات لزيادة الحساسية والنوعية، لكن لا يمكن لهذه العلامات تحسين هذين المحددين في نفس الوقت.

○ الاستبيان المنهجي: الاستبيان كرافت

هو أداة تحرٍ للاستخدام الضار للكحول، سمّي كرافت في إشارة لستة أسئلة تتمحور حول: السيارة، الاسترخاء، الوحدة، النسيان، الأصدقاء، الاضطراب.

متلازمة فطام الكحول

تحدثُ بعد ست إلى اثني عشرة ساعة بعد آخر استعمالٍ للكحول عند شخص متعلق ويتطور تلقائياً نحو اختفاء التعلق الجسدي خلال أسبوع، ويمكن مع ذلك أن يبقى تعلقاً نفسياً فقط. وهذا الأخير يمكن أن يكون قوياً ويؤدي إلى إعادة استعمال الكحول أو الانتكاسة. وفي الحالات الخفيفة، نلاحظ ظهور غثيان، وصداع، وتهييج، واهتزازات، وتسارع دقات القلب، وانخفاض الضغط الدموي، والتعرق، والحمى، وأعراض القلق والاكتئاب، واضطرابات التركيز. وفي الحالات الشديدة، تظهر نوبات الاختلاج مع أو

بدون هلوسة. وتتمثل أشد حالة من المضاعفات في الهذيان الارتعاشي الذي يمكن أن يكون مميتاً في غياب العلاج. ويمكن أن تبدأ هذه الحالات الشديدة باضطرابات بصرية وسمعية وحسية، مشجعةً بالمنبهات الحسية، وأفكار الهذيان والهلوسة. فالعناصر التي تُمكن من الكشف عن الحالات الشديدة، تمكن أيضاً من التحديد بهدف رعاية أفضل، وهي الاستهلاك المطول لكمية كبيرة من الكحول، وسوابق نوبات الاختلاج والهذيان الارتعاشي، والحاجة للشرب السريع للكحول بعد الاستيقاظ لتخفيف الحالات البدئية للفطام.

يبقى العلاج المختار للوقاية من الهذيان الارتعاشي هو استعمال البنزوديازيبين، والتمية الخلوي، والعلاج الفيتاميني وفي بعض الحالات استعمال كميات قليلة من الكحول. ويتم تجاوز المتلازمة، تلقائياً أو باستعمال العلاج، خلال يومين إلى خمسة أيام.

نذكر فيما يلي معايير تشخيص الفطام الكحولي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في الطبعة

الخامسة:

- أ- إيقاف أو تقليل الاستهلاك الكبير والمطول للكحول؛
- ب- تطور عرضين على الأقل من الأعراض التالية خلال فترة تمتد من بضع ساعات إلى بضعة أيام بعد وقف أو تخفيض استهلاك الكحول الوارد في المعيار -أ-:
 - فرط نشاط الأدرينالين
 - ارتعاش اليدين
 - الأرق
 - الغثيان والقيء
 - الهلوسة البصرية، واللمسية والسمعية
 - التهيج النفسي الحركي
 - القلق
 - نوبات توترية رمعية
- ت- تسبب هذه الأعراض ألماً سريرياً ملحوظاً، أو تأثيراً اجتماعياً أو عملياً أو شخصياً؛
- ث- لا تُعزى هذه الأعراض إلى مرض عام أو مرض نفسي، ولا إلى اختلال معزى لسكر، ولا إلى فطام مادة أخرى.

يجب تمييز الفطام عن الارتداد، فهذا الأخير هو معاودة الظهور المبالغ فيه للأعراض التي تحدث للمرضى الذين تناولوا مادة مؤثرة نفسياً وأوقفوها فجأة. ويستعمل هذا المصطلح خلال التوقف المفاجئ لعلاج فعال، حيث تعود أعراض الحالة البدئية للمريض إلى الظهور بطريقة مفرطة.

مضاعفات استهلاك الكحول

يمثل الكحول مسببا هاما للأمراض العضوية من خلال سميته وانتشاره في معظم أعضاء الجسم. ويعالج الفصل الموالي التأثيرات الجسدية الأساسية المرتبطة باستهلاك الكحول.

أ. إصابات الجهاز العصبي

1- الآفات الضامرة

يرتبط غالبا ضمور الدماغ باستهلاك الكحول، لكن التناسب السريري مع درجة الضمور غير راسخة. وضمور المخيخ يهيم أساسا المنطقة الأمامية وتُترجم غالبا رنج استاتيكي وحركية مهيمنة على الأطراف السفلى وقليلة الرجعية عند وقف الكحول.

2- مرض الدماغ غاييت ويرنيش

يرتبط أساسا بنقص في فيتامين ب- وهو آفات تتواجد على مستوى الجسم الحلمي، وعلى أرضية البطين الرابع للنواة المتوسطة الظهرية لمهاد الفص الدودي والبصلة السيسانية. وتظهر سريريا بثلاثي الأعراض التالي:

تغيم الوعي أو الغيبوبة، واضطرابات التوازن المخيخية، ورأفة دهليزية أو شلل الحركات الجانبية للعين.

3- متلازمة كورساكوف

هذه المتلازمة هي التطور غير الرجعي لغاييت ويرنيش غير المُعالج أو مُتأخر العلاج. وتتميز بفقدان الذاكرة التقدمي المطلق، وخلل التوجهات المكانية والزمانية، والتعارفات الخاطئة والتخريف.

4- مرض الدماغ بلاغرة كاذبة

هذه المتلازمة راجعة إلى نقص في الحمض النيكوتيني. وتصيب غالبا المرضى مدمني الكحول الذين يعانون من عجز التغذية، والمستشفون بسبب مرض جسدي شديد أو هيام. ومن وجهة نظر عصبية يوجد التباس وهلاوس وارتعاشات واضطرابات التوازن وتصلب خارج السبيل الهرمي.

5- نوبة صواريّة

يعتبر الصرع المرتبط بالفطام النوع الغالب، ويظهر عند 10% من الفطام، أساساً خلال 48 ساعة الأولى المولية لوقف الاستهلاك. والهيام حالة التباسية حلمية حيث يمكن للنوبات الصَوَّارِيَّة أن تكون خفيفة. ولا ينصح بالعلاج مضاد الصَوَّارِي على المدى الطويل باستثناء علاجات الفترة الحادة.

6- اعتلال الأعصاب

يصيب اعتلال الأعصاب الناتج عن التسمم، الأطراف السفلية بشكل متماثل. ويتمظهر بتقلصات وخلل في الحسية، وضمور عضلي مرتبط أحياناً بفقدان رد الفعل العظمي. وتحصل أحياناً رجعية غير كاملة من خلال الامتناع والمرتبطة بالمكمل الفيتاميني -ب-.

ب. الكحول و الاضطرابات النفسية الأساسية

نجد الاكتئاب عند 80% من المرضى مدمني الكحول بصفة غير شاذة. وهذا الرقم هو اقتران للتأثير النفسي الجسدي للكحول، والحالة النفسية الاجتماعية غير المستقرة للمريض المتعلق. وبعد الفطام والتوقف لأربعة أسابيع، يصبح هذا الرقم 5% بالنسبة للرجال و30% بالنسبة للنساء. ويدل هذا على أن إدمان الكحول يسبق الاكتئاب بالنسبة ل 80% من الرجال. وعكس ذلك، فعند المرأة، يسبق الاكتئاب استهلاك الكحول عند 70% من الحالات. واستناداً إلى هذه الملاحظات، تم تعريف مفهوم التعلق بالكحول الأولي والثانوي. ففي حالة التعلق بالكحول الأولي تتبّع أعراض الاكتئاب ظاهرة التعلق، وبالنسبة للتعلق الثانوي يحدث العكس. وتبقى نسبة الانتحار كبيرة عند مستهلكي الكحول: 10-20% منهم حاولوا الانتحار، في حين أنه عند الساكنة العامة يكون هذا الرقم أقل من 1%.

عند الأشخاص ثنائيي القطب والمتعلقون بالكحول، يظهر اضطراب المزاج عادة قبل التعلق. ويثارُ استهلاك الكحول بحالات الهوس والحالات المختلطة. ولا يظهر أن استهلاك الكحول وثنائي القطب هي كيانات خاصة تنتقل بطريقة عائلية أو جينية.

ت. إصابات القلب والشرابين

يرتبط ارتفاع ضغط الدم أساساً بالتأثير الرافع للضغط الوعائي للكحول بكمية أكبر من 30 جرام يومياً. وعكس ذلك فاستهلاك 20 جرام أو أقل يومياً له تأثير مُوسّع للأوعية المحيطية ويسببُ انخفاضاً متوسطاً للضغط الدموي. ونجد اضطرابات معدل ضربات القلب أساساً من نوع الفوق بطينية. وتظهر أساساً خلال السكر الحاد أو فطام الكحول أو لدى المرضى المصابين سابقاً باعتلال عضلة القلب الناتجة عن الكحول.

ث. أمراض الكبد الناتجة عن الكحول

يسبب التعرض المزمن للايثانول لتغيرات تشريحية مرضية كبدية تصنف كالآتي:

شحامة كبدية والتهاب الكبد الكحولي والتشمع الكبدي. وتتميز الشحامة الكبدية بتراكم ثلاثي الغليسرين في الخلايا الكبدية، هذه الأخيرة تتمدد بفعل فجوات سيتوبلازمية كبيرة من الدهون تدفع بالنواة الخلوية باتجاه الجانب. وهذه الأعراض رجعية عند إيقاف استهلاك الكحول.

يضم التهاب الكبد الكحولي معاناة خلوية ونخر مع خلايا منتفخة، ورشحة من العدلات متعدد النوى واللمفاويات. وتتواجد أجسام مالوري أو أجسام زجاجية بنسبة 50% من الحالات، وهي إذن دالة لكنها غير نوعية لالتهاب الكبد الكحولي. وتعتبر ترسبات الكولاجين حول الأوردة المركزية والمناطق المحيطة بالجيوب عرضا للامتداد إلى التليف الكبدي، وتتواجد كذلك ميتوكوندريات ضخمة.

ج. إصابات الجهاز الهضمي وملحقاته

يعتبر الكحول مسببا متداولاً لأمراض الجهاز العصبي، ويصيب أغلب أعضائه. ويوجد تضخم نكفي، وتكون نظافة الفم وحالة الأسنان غالباً متردية. وتردد التهاب البلعوم الهضمي كبير، ويرتبط غالباً بالانتشار الكبير للجزر المعدي المرني. ونجد في الغالب إسهالا مرتبطاً بتأثير الكحول على حركية الأمعاء وعلى امتصاص الماء والمواد المعدنية.

تشكل 70% إلى 90% من التهابات البنكرياس المزمنة و30 إلى 40% من التهابات البنكرياس الحادة، مضاعفات كثيرة وأيضاً الاستهلاك المزمن للكحول.

ح. إصابات عضوية أخرى

يقدر الخطر النسبي لحدوث الصدفية ب 2 مع استهلاك 20 جراماً من الكحول يومياً. ويصل إلى 5 عندما يقدر الاستهلاك ب 100 جرام يومياً. وقد تم التطرق لنخر عقيم لرأس عظمة الفخذ في أبحاث متعددة. وترتبط هشاشة العظام غالباً بكثرة الكسور. ونجد بكثرة عدة مضاعفات منها ضعف الغدة التناسلية والعقم والضعف الجنسي وفقر فيتامينات التيامين والفولات والزنك والبيريدوكسين، بالإضافة إلى الوهن العضلي وهو ذو أسباب مشتركة وكذا مرض الدوبوترين.

أخيراً، تسبب متلازمة الاستهلاك الجنيني للكحول مخلفات قطعية، ومن بينها تأخر النوم داخل الرحم، والتشوهات الخلقية، والتأخر الحركي العصبي.

الدرس الثالث عشر: التدخين

النيكوتين

هي مادة كيميائية جد سامة ومسؤولة عن التعلق الدوائي الذي يظهر عند المدخن ويمثل 4% من المدخنين. وهذه المادة القلوانية لديها قدرة سمية من نوع أدرنالي. ودخولها للجسم جد سريع: 7 ثواني بعد الاستنشاق، وتصيب المستقبلات الدماغية. وعمر نصفه جد قصير، تقريبا ساعتان. وتتم إزالتها على شكل كوتين داخل البول.

مرورها عبر الأغشية المخاطية مرتبط بالحمضية. ولا يتم امتصاص نيكوتين التبغ الأشقر ذي الدخان الحمضي إلا من خلال الظهارة الرئوية. وفي المقابل، تُعتبر النيكوتين أكثر سمية في شكله غير بروتوني، وهذا هو الحال بالنسبة لدخان السجارة ذات الحمضية القاعدية. وفي هذه الحالة، يمر بشكل أفضل من خلال الغشاء المخاطي للنف والأنف.

أحادي أكسيد الكربون

يعتبر أحادي أكسيد الكربون غازاً غير ملون، وبدون رائحة وجد سام ينتج عن الاحتراق غير الكامل للأوكسجين. وهو يمر سريعا عبر الدم ويثبت عشرين مرة أكثر مقارنة بالأوكسجين على مستوى هيموغلوبين الدم. ويمكن أن يصل مقدار كاربوكسيل هيموغلوبين إلى 15% حتى 20% عند المدخن. ويقدر عمر نصفه بست ساعات داخل الدم. ويثبت أحادي أكسيد الكربون كذلك على مستوى ميوغلوبين العضلة. ويمكن استخدامه كدال على التدخين الحديث بمعايرته داخل الدم أو الهواء المستنثر. ويعتبر تثبيته على مستوى الهيموغلوبين مسؤولا عن انخفاض انتقال الأوكسجين وفرط تفاعلي للكريات الحمراء. ويحرم بذلك أحادي أكسيد الكربون بتثبيته على الميوغلوبين؛ العضلة من الأوكسجين، ويمثل بذلك عاملا أساسيا للسمية القلبية والعضلية. ويتدخل كذلك في الإخلال بالجدران الشريانية.

المواد المسرطنة

هي أساسا القطران والذي يضم الهيدروكربونات الأروماتية متعددة الحلقات مثل 3،4 بينزوبيرين. ويرتفع الخطر المسرطن مع ارتفاع حمولة قطران السجارة المتكون خلال احتراق التبغ. والتي تؤثر أساسا على المسالك التنفسية وتمر عبر الدم وتزال من طرف الكلية نحو المثانة حيث تُخزّن بين تبولين.

تعتبر كذلك ن- نيتروزامينات الخاصة بالتبغ مواد مسرطنة قوية، مثل الأمينات الأروماتية، والألدهيدات، ومختلف المكونات العضوية مثل البنزين والمكونات غير العضوية مثل الكروم والأرسنيك والبولونيوم 210. وتعتمد كمية القطران الموجود في دخان السجارة كثيراً على عادات المدخن ولكن أيضاً على طبيعة التبغ وورق السجارة.

معايير التعلق

يجمع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة تشخيصي الإفراط والتعلق بمادة في تشخيص واحد مسمى "اضطراب استعمال مادة". ويصف بالنسبة لكل مادة، معايير التسمم والفتام والاضطرابات الناتجة عن المادة.

معايير تشخيص اضطرابات استهلاك مادة هي تقريباً مماثلة لتلك المتعلقة بإفراط مادة والتعلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة مدمجة في قائمة واحدة، مع استثناءين:

- تم حذف معيار المشاكل القانونية المتوالية بالنسبة لإفراط مادة؛
- تمت إضافة معيار جديد تخص الرغبة الملحة أو الحاجة لاستعمال المادة.

تتماثل معايير اضطراب استعمال التبغ مع تلك الخاصة بالمواد الأخرى، لكن إفراط التبغ غير متضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة. وتعتمد شدة الاضطرابات على عدد المعايير الموجودة: معياران إلى ثلاثة تعني اضطراباً خفيفاً؛ وأربعة إلى خمسة معايير، تعني اضطراباً متوسطاً، وستة معايير أو أكثر، تدل على اضطراب شديد. وتُعرف الهدأة الحديثة لاضطراب بأنها مُحدثه خلال ثلاثة أشهر على الأقل مع عدم إمكانية تطبيق معايير الاضطراب، في حين أن الهدأة الممتدة تحدث خلال اثني عشر شهراً على الأقل بغير معايير ممكنة التطبيق.

أول معيار للتعلق هو تطوير التحمل، أي انخفاض التأثير مع معاودة الاستعمال أو الحاجة لزيادة الكميات لاستكمال التأثير المرغوب. وبالنسبة للتبغ، التحمل ظاهرة سريعة جداً، نجدها عند جل المستهلكين بعد أشهر قليلة من الاستهلاك. وتتميز متلازمة الفتام بقائمة من الأعراض المميّزة للمادة، والدالة سريريا والتي لها خاصية الاختفاء مع إعادة استهلاك المادة.

ظاهرة فقدان السيطرة في علم التدخين ليست مهمة لأن استهلاكه عند المدخن ثابتاً جداً. واعتماداً على ذلك، إذا رفع المدخن استهلاكه برفع عدد السجائر، يصبح الابتعاد أقل تأثيراً والعكس صحيح، وإذا قلل المدخن عدد السجائر، ستتغير طريقة التدخين لكي يحصل على "جرعته" المعتادة.

تعتبر الرغبة الدائمة للاستهلاك أو عدم القدرة المتكررة على التخفيض أو الإقلاع عن استعمال المادة، الظاهرة المركزية للتعلق الموجودة في علم التدخين. وفي وقت ماض من محاولة التعلق بالمادة، اعتُبر الولوج لاستهلاك التبغ سهلاً لأنها متوفرة عند

بائع السجائر. وبخصوص معيار الرغبة القوية أو الاحتياج لاستخدام المادة، التي تعتبر مكونا نفسيا أساسيا للتعلم يظهر باندفاع غير متحكم فيه، وشدة كبيرة جدا، ورغبة غير قابلة للكظم لاستهلاك المادة.

أخيرا فبالنسبة للمعايير الثمانية المطروحة ، ثلاثة منها ليست في الحقيقة مهمة في علم التدخين. وتشخيص التعلق عند المدخنين يكون بتواجد خمسة معايير.

1- التعلق السلوكي

بدءا بكلب "بافلوف" الذي يفرز اللعاب عند سماعه لصوت الجرس، نلاحظ الجمع بين الصوت والأكل، وتبرز عند الشخص رغبة في التدخين خلال بعض الظروف التي تشترك مع استعمال التبغ: يتعلق الأمر بالطقوس، والإيقاعات والذاتية والتصرفات وغير ذلك. إنهم أشخاص يدخنون تحت تأثير مهيج خارجي برد فعل شرطي. وينتج حدث أو ظرف يجمع المدخن مع قوة العادة ليدخن السيارة؛ على سبيل المثال عند كونه مع أصدقاء أو عندما يكون الجو ملائما لكن أيضا عند الإجابة على الهاتف أو عند قيادة السيارة. وتولع بذلك السيارة بانعكاس وليس باحتياج. وليس المدخن واعيا بتلقائيته ويحصل له أن يدخن بدون شعور. ويصبح المدخن واعيا بتلقائيته عندما ينتهي من التدخين: عند بدء الفطام ، تصبح الرغبة في السيارة تلقائية في نفس الظروف.

تمثل إذن مساعدة المدخن على وصف الأوقات التي يرغب فيها بتناول السيارة، وفهم ما إذا كانت الرغبة في الاسترخاء والتلقائية السلوكية والشعائرية حيث تتواجد ترابطات خاصة مع السيارة.

2- التعلق النفسي:

يختلف من مدخن إلى آخر حسب الشخصية، والمعيشة والبيئة ويترجم ذلك بالحاجة للاستهلاك. ويدخن الشخص لإيجاد تأثير نفسي نشط في التبغ والنيكوتين. ويحفز النيكوتين التنظيم العام للمزاج، وحسب مستوى المزاج الأساسي، هو محفز أو مثبط. ويعتمد استهلاك السيارة على الظروف والحالة النفسية للفرد، وأوقات اليوم، وحالات المصادفة والتأثير المرغوب. وتعطي السيارة إحساسا بالراحة، والارتقاء العضلي، فتحت تأثير التوتر تكون العضلات متقلصة، لكن السيارة تثير كذلك ارتفاعا فجائيا لإفراز الأدرينالين وهي معروفة ب"هرمون التوتر"، وفي الواقع، يصبح المدخنون أكثر توترا بتدخينهم. وتعطي السيارة هذا الشعور ب"الدعم النفسي"، الذي يتم شرحه بإفراز النيكوتين، على مستوى الدماغ، وكذا السيروتونين والنور أدرينالين. وتستخدم السيارة أيضا كمعين عند التراجع النفسي، وفي لحظات الوحدة أو التراجع المؤقت في المزاج. ويستهلك أيضا لتنظيم الشهية أو الحفاظ على الوزن لتأثيراته الرافعة لسكر الدم والمفقد للشهية.

3- التعلق الفيزيائية / الدوائي:

يميز وجود متلازمة فطام أو ظاهرة التحمل التعلق الفيزيائي، ويترجم على شكل حالة نقص عندما يُحرم الجسم من التبغ. وهذا التعلق الدوائي يجبر المدخن على عدد مُحدد من السجائر يوميا. فالنيكوتين هو المسؤول الأساسي عن التعلق، بفضل التماثل التركيبي مع الأسيتيل كولين. ويرتبط النيكوتين بمستقبلات الأسيتيل كولين ، وخصوصا تلك الموجودة في الباحة السقيفية البطنية والتي هي المادة القلوانية الأساسي للتبغ (90%). ويتكلف الدماغ بالاحتياجات من النيكوتين الضرورية له ولا يتحمل حُجَبَه عنه لوقت طويل. فكل سيجارة تدخن تحقق الارتياح، لكن لوقت قصير لأن النيكوتين الممتص يُزال بسرعة بفعل الاستقلاب الكبدي. وحين تقترب جرعة النيكوتين من عتبة الاحتياج، يذُكر الدماغ المدخن بالاحتياج التدخين جبراً مرة أخرى. فمثلا، عند الاستيقاظ، ليس من النادر أن يشعل المدخن أول سيجارة، يسحبها بقوة ويدخن أخرى في وقت قريب، وهذا ل "ملء الجرعة".

لا يستطيع المدخن الذي يُظهر تعلقاً نفسياً و/أو فيزيائياً أن يدخن من وقت لآخر، ويصبح هذا حلمًا له، يعني أن يُدخن للمتعة. ولا يتوافق إدمان التبغ مع البحث عن المتعة لكن لتجنب الاستياء وتقليل التوترات الداخلية.

التحري

○ اختبار فاجيرستورم:

هو تقييمٌ للتعلق بالنيكوتين. وهو عبارة عن استبيان سريع يتضمن ستة أسئلة باختيارات متعددة. ويُحصل على الحرز باعتماد الأجوبة ويُحدد مستوى التعلق كل مدخن.

متلازمة الفطام

يمكن للاضطرابات المحسوسة أن تتمثل في أحد العوامل الأربع التالية:

- المزاج المكتئب؛
- الأرق؛
- التهيج، والإحباط، والغضب؛
- القلق؛
- صعوبة التركيز؛
- الهياج؛
- بطء النبض؛
- زيادة الشهية و/أو زيادة سريعة في الوزن.

تُسبب هذه الأعراض معاناة سريرية وأحيانا وظيفية واجتماعية وعائلية. ولا يتم شرح ذلك بمرض نفسي. ويمكن للتهيجية، والهياج، والاضطرابات الخاصة أن تكون شديدة جدا وأن تكون مصدرا لصراعات الحياة اليومية. ويتعلق الأمر غالبا بأحد أسباب الانتكاسة في الأسابيع الموالية للوقف. وترتبط و تظهر اضطرابات النوم لدى الشخص بصعوبات النعاس أو الاستيقاظ الليلي. ويظهر اكتئاب المزاج متأخراً خلال الفطام وهو ذو شدة متغيرة لكنه مرتبط بالنعاس وصعوبات العمل المعرفي. وكل هذه الاضطرابات سبباً في الانتكاسة، لكن متلازمة الفطام لا تقارن بمنافع وقف التبغ.

التدخين السلبي

يعتبر التيار الثانوي الذي يتعرض له الأشخاص المحيطون بالمدخن أكثر غنى بالمكونات السامة من التيار الأولي.

مكونات التيار الثانوي:

- 8 مرات أكثر من الغاز الكربوني مقارنة بالتيار الأولي؛
- مرتان أكثر من حمولة أكسد الكربون؛
- ثلاث مرات أكثر من النيكوتين؛
- 73 مرة أكثر من الأمونياك؛
- 4 مرات أكثر من البيمزوبيرين.

إنَّ حصة الأمراض الناتجة عن التدخين السلبي صعبة التقييم لأن التعرض في حد ذاته صعب الاستكمام والحصص. ويرتبط بالتعرض في المكان وحجم القطعة والحرارة، والرطوبة، وخاصة تهوية المكان، فربع سرطانات الرئة لدى غير المدخنين راجع بالأساس للدخان المحيط. ولأزواج المدخنين خطر كبير لتطوير سرطان الرئة يصل إلى 20 حتى 50 %. ويتعرض البالغ ضحية التدخين السلبي لنفس أخطار المدخن، بطريقة أقل أو أكثر أهمية حسب شدة وتردد التسمم.

الأمراض المرتبطة بالتدخين

السرطانات

1- سرطان القصبة الهوائية الأولي

هو مرض يرتبط غالبا سببيا بالتدخين . وبالنسبة لهذا الورم، يقدر الخطر الراجع للسكنة والمرتببط باستهلاك السجائر ب 80-85% بالنسبة للذكور و 60-80% بالنسبة للإناث.

2- سرطان المسالك الهوائية الهضمية العليا

تجمع سرطانات المسالك الهوائية الهضمية العليا مجموع سرطانات الفم والحنجرة وجيوب الوجه. ويتعلق الأمر في 95% من الحالات بسرطانات بشرانية.

3- سرطان المثانة

يعتبر التبغ العامل الأساسي لنشوء أورام الظهارة البولية وهي في ارتفاع ملحوظ لدى النساء بالتوازي مع ارتفاع استهلاكهن للتبغ. وقد تم بشكل واضح ربط العلاقة بين التدخين ونشوء أورام المثانة.

الأمراض التنفسية غير السرطانية

الاعتلالات القصبية الرئوية المزمنة الانسدادية

لدى التبغ مسؤولية جسيمة سائدة على كل العوامل المرضية الأخرى. وتسارع انحدار الحجم الزفيري الأقصى في الثانية عند المدخن مبين وكذلك الحال بالنسبة لتباطئه عند وقف التبغ. ويطور ما يقارب 10 - 15% من المدخنين انسداداً سريريا في القصبات الهوائية.

مضاعفات القلب والأوعية الدموية

يعتبر التبغ أحد عوامل الخطر في تطور ارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي والاعتلال المزمن لشرايين الأطراف السفلية. ولا يُغيّر انخفاض نسبة القطران في السجارة وقوع احتشاء عضلة القلب لدى المدخن.

الدرس الرابع عشر: المواد الأفيونية

هي فصيلة من مواد مشنقة من الأفيون، وهي مادة ناتجة عن زراعة خشخاش الأفيون. والمورفين هو المادة المخدرة المرجع في هاته الفصيلة. تنتج بعض الأفيونيات بطريقة جزئية التخليق، مثل هيروين البوبرينورفين عالي الجرعة، أو كلي التخليق مثل الميثادون. ويبقى الهيروين الذي له تأثير جد سريع وقوي مقارنة بالمورفين، الأفيون الأكثر بحثا كمخدر.

تتواجد المواد الأفيونية بأشكال مختلفة:

- مواد غير شرعية منتجة بسرية، مثل الهيروين، والأفيون.
- المواد المستعملة في الأدوية ذات الأصل الأفيوني التي تُنتج قانونيا من طرف مختبرات صيدلانية.

تلتزم هذه المنتجات الصيدلانية بهدفين علاجيين أساسيين، الأول هو معالجة الآلام الشديدة المقاومة لمضادات الألم الأخرى، والثاني يستند على علاج التعلقات الصيدلانية الهامة للمواد الأفيونية. وعلمنا أن هذين الدواءين لا يخلقان تأثيرا "وامضا" مثل تأثير الهيروين، الا أنه يمكن استعمالهما أحيانا كمخدرات.

إن الهيروين أو 3،6،3 تنائي أسيتيل مورفين هو أفيون قوي يتم الحصول عليه من خلال تخليق المورفين. ويتم استقلابه داخل الجسم إلى أسيتيل مورفين ثم إلى مورفين. وتوافق 3 ميليجرامات من الهيروين 10 ملج من المورفين. ويتمثل على شكل مسحوق صاف أو حبيبات للسحق. ويتم حقنه عبر الوريد، ويمكن للهيروين أيضا أن يستنشق أو يدخن. وقد تم وصف المسار الاعتيادي لمدمني الهيرويين من طرف أوليفينستين عبر 3 مراحل متوالية:

- "شهر العسل"، وخلالها تغطي اللذة. ويدل حدوث أول حالة من النقص على نهاية هذه المرحلة؛
- "مرحلة تدبير النقص" مع بروز ظاهرة التحمل، وخلالها تتعايش اللذة مع التعلق الفيزيائي. ويحاول المستعمل إذن إدارة تعلقه.
- "مرحلة الصعوبة" أو فقدان السيطرة، إلى أن يصبح استهلاك المنتج الاهتمام اليومي الأساسي. وهي فترة حيث لا يقدم الاستهلاك إلا القليل من السعادة أو تكاد تنعدم وحيث يشكل الخوف من النقص، الهاجس الأساسي. وهي أيضا فترة قد يؤدي فيها توالي الفطام والانتكاسات إلى الإنهاك.

يخلق استعمال الهيروين الاسترضاء، والشَّمَق وإحساساً بالوَجْد: "الومض" الذي يمتد حوالي دقيقة. ويتبع هذه السعادة إحساس بالعافية يبقى لساعات. وسرياً، خلال هاته الفترة الحادة، نجد تَقَبُّض الحديقة المكس، وجفاف الفم، والتعرق، وحذف مُنعكس السعال، وانخفاض الحرارة، ونقص ضغط الدم الانتصابي.

تظهر ظاهرة الالهفة بعد 4 إلى 6 ساعات من استعمال الجرعة الأخيرة من الهيروين. ويظهر النقص الفيزيائي المرتبط بالاستهلاك المزمّن بعد 6 إلى 8 ساعات من آخر جرعة على شكل تهيج وقلق مُرفق بدموع، وتَرَّ أنفي وتثاؤب. وتصل شدة الأعراض إلى الذروة بين 24 و72 ساعة وتضم الغثيان، وألم البطن والمغص وقلقاً كبيراً، ثم يظهر الاسهال، وارتفاع الضغط الدموي، وتسرع القلب، وتوسع الحديقة وفرط الحرارة. وتقل بعد 3 أو 4 أيام من التطور شدة الأعراض. بخلاف القلق والأرق، اللذين يدومان حوالي 7 أيام.

تظهر اضطرابات جسدية بالتوازي مع استهلاك الهيروين: فقدان الشهية، واضطرابات النوم، واضطرابات نفسية، وتقرحات أنفية في حالة الاستنشاق، وتعفّات موضعية مرتبطة بالحقن، وإصابات مختلفة للأعضاء، وإصابات عصبية وأمراض معدية خطيرة. ويسبب فرط جرعة الهيروين في غيبوبة مختلفة العمق مصحوبة بضيق نسبي للحديقة ومُنخَفَض تنفسي مميت غالباً.

معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة

نفس المعايير الخاصة بالكحول والتبغ

التحري

التحري المناعي للمواد للأفيونية سريع وسهل الإنجاز. ويُمكن من اكتشاف المواد الأفيونية طبيعية المصدر ومستقلباتها لكنه لا يمكن من اكتشاف البوبرونورفين عالي الجرعة والميثادون. وتوجد طرق مناعية خاصة بالميثادون وأخرى بالبوبرونورفين عالي الجرعة. فعندما يكون ممكناً فمن الأفضل تحليل البول باستعمال الاستشراب. فالطريقة الموصى بها هي GS-MS وهي طريقة تجمع بين الاستشراب في الحالة الغازية وقياس الطيف الضوئي الجموعي. ويدل اكتشاف ال 6MAM على الاستهلاك القريب للهيروين.

متلازمة الفطام

متلازمة فطام المواد الأفيونية متناسبة مع الأعراض الفيزيائية والنفسية، المعروضة من طرف المريض، الذي أوقف بغثة الاستهلاك المزمن للمواد الأفيونية. وتمثل فترة الفطام هذه، فترة سائحة لإعادة استهلاك المخدر، وذلك لتفادي الآثار السلبية للفطام.

تضم متلازمة الفطام في وصفها "الاعتيادي" سلسلة من الأعراض، تظهر بتوالي الزمن:

- تظهر الأولى بعد حوالي 6 إلى 12 ساعة من وقف أخذ المادة الأفيونية: ثر الأنف، ودمع العينين والتعرق، والتثاؤب، والرعاش، وأخيراً توسع الحدقة ثنائي الجانب.
- في اليوم الموالي، تزيد الأعراض ظهوراً، وتضاف لها آلام عضلية، وأيضاً مغص، ورعاش، إضافة للذعر.
- بعد 72 ساعة، تظهر الأعراض الجسدية بالدرجة الأولى، مع إسهال، وقيء، وجفاف، وتسرع القلب، وارتفاع ضغط الدم.

يُعبّر عن متلازمة الفطام بشكل شديد في حالة الهيروين وتتراوح عموماً خلال 5 إلى 10 أيام، بيد أن تناول الميثادون، يسبب متلازمة فطام لا يعبر عنها إلا بعد أيام عديدة، والتي يمكن أن تصل إلى أكثر من أسبوعين. ومتلازمة الفطام هذه، علماً أنها أقل "راحة" بالمقارنة مع بيبرونورفين، تبقى أقل وضوحاً خلال وقف تناول الهيروين.

المضاعفات

أ. المضاعفات النفسية

يمكن لهذه المضاعفات أن تكون اضطرابات اكتئابية رئيسية، أو اضطرابات ثنائية القطب، أو اضطرابات القلق، أو اضطرابات الشخصية، أو اضطرابات عقلية. ويجب التذكير بأن المخدرات والأمراض النفسية "تؤثر بالتبادل على المظاهر والتطورات بالتتالي، وتآزم وتخلط في بعض المرات". فمن الضروري معرفة تشخيص الأمراض المصاحبة، لضبط التدبير العلاجي.

ب. مضاعفات القلب والأوعية الدموية

تنتج المضاعفات الوعائية غالباً عن نمط إدخال الهيروين، حيث يسبب الحقن التهابات في الأوردة. ويدفع التلاشي المتدرج لأوردة الأطراف العلوية المستعمل إلى استخدام مواقع أكثر بُعداً. ويمكن للملوثات المتدخلة في التحضيرات المُحقنة، وتلوث أداة الحقن، ونقص النظافة الجسدية للمستخدم أن تُسبب التهاب الشغاف العدوائي.

ت. المشاكل النفسية

احتمال وقوع التهابات الرئة لدى المدمنين، وخصوصاً عند مستعملي المخدرات إيجابياً المصل بالنسبة لفيروس فقدان المناعة المكتسبة. ويُضاعفُ مستعملو الهيروين بالحقن الوريدي عامل خطر أمراض الرئة المجتمعية بـ 10 مرات مقارنة مع شخص غير مدمن. ويمكن لهذا العدد المرتفع للأمراض الرئوية أن يفسر بعوامل مختلفة:

- حالات اجتماعية متردية: فقر، وصعوبة الولوج للعلاجات...
- حالات صحية صعبة: أشخاص بدون سكن، أمراض مصاحبة...
- مستعملو المخدرات هم غالباً أشخاص لهم مناعة ناقصة.

تحصل غالباً الودمة الرئوية الحادة، خلال التناول المفرط للهيروين. وتظهر سريعاً، لكن يمكن ألا تحدث إلا بعد 24 ساعة من الحقن.

ث. المضاعفات الجلدية

يمكن لحقن الهيروين أن يسبب آفات موضعية مثل التقرحات، والخراجات، وعقيدات في موضع الحقن.

ج. المضاعفات العدوانية

تعتبر الحقن غير المعقمة مصدر المضاعفات العدوانية لدى مستعملي المخدرات، فنادرًا ما يكون الهيروين ملوثاً. ويكون سائل التخلل والإبرة هم مصدر العدوى غالباً. وقد مكّن الولوج إلى أدوات الحقن المعقمة، وكذلك تقليل التصرفات الخطرة، منذ 1996، من تقليل عدد مستعملي المخدرات المصابين بفيروس فقدان المناعة المكتسبة. وتُظهر النتائج أن ستة من 10 من مستعملي المخدرات مصابون بفيروس التهاب الكبد الوبائي نوع -س-، حيث أن واحداً من 10 مصاب بفيروس فقدان المناعة المكتسبة. وحسب السن، يظهر أنه كلما كان مستعملو المخدرات كباراً في السن، كلما كانوا أكثر تعرضاً للإصابة بفيروس التهاب الكبد الوبائي -س-. وبالنسبة لفيروس فقدان المناعة المكتسبة، فجّل الأشخاص الأقل من 30 سنة ليسوا مصابين. ويبقى التهاب الكبد الوبائي -ب- حاضراً عند مستعملي المخدرات بكثرة. ويعتبر كالمريض الأقدم في تاريخ المدمنين. و التهاب الكبد الوبائي -ب- المزمن نادر الوجود، وقد أصبح التهاب الكبد الحاد استثنائياً، بفعل انتشار التلقيح ضده.

ح. الجرعة المفرطة

هي تسمم حاد، ناتج عن جرعة مفرطة من الهيروين. وهي حالة مستعجلة تهدد الحياة. ويمكن أن تحدث خلال الجمع بين منتجات نفسية التأثير، زيادة على استهلاك الهيروين المحقون، لكن يمكن أن تظهر كذلك خلال استهلاك جديد للهيروين بعد الفطام.

تتمثل المظاهر السريرية في غيبوبة فجائية، وتضيق الحدقة ثنائي الجانب، وانخفاض تنفسي يمكن أن يسبب توقفا للقلب. ويمكن لأعراض أقل تمييزاً أن تظهر: انخفاض ضغط الدم، وانخفاض درجة الحرارة، وانحلال الريبيدات، والودمة الرئوية الحادة، والاختلاجات. ويعتمد العلاج على تحرير المسالك الهوائية، ثم حقن النالوكسون الذي يعتبر مناهضاً صرفاً وتنافسياً للمواد الأفيونية، يمكن من تحسين الوظيفة التنفسية خلال دقائق. ولا تأثير انخفاض التنفس، وليس له تأثير ناهض. ويتم حقنه عن طريق الوريد ببطء، وتتلاءم الجرعة حسب حالة المريض وتردد التنفس. ويتم حقنه عادة بمقدار 0,4 إلى 2 ملج، كل 2 إلى 3 دقائق دون تجاوز 10 ملج في المجموع. والهدف هو تردد تنفسي يفوق 12 دورة في الدقيقة.

الدرس الخامس عشر: البنزوديازيبين

هي أدوية ذات تأثير عقلي توصف عادة لعلاج القلق واضطراب النوم. وذات فعالية، وجد متحملة ولا تحدث إلا القليل من الآثار الجانبية. ورغم أنها يمكن أن تسبب اعتيادا وتعلقاً أوحى متلازمة تجمّع، بدرجات مختلفة، خلا في حالة الوعي واضطرابات في التصرف والذاكرة. وهو صنف متجانس من الأدوية ذات بنية كيميائية أساسية وخصائص مشتركة: هي مضادات القلق/منومات، ومهدئات، ومضادات الاختلاج ومرخي العضلات، والجزيئات المنومة القريبة منها لها بنية كيميائية مختلفة لكنها تعمل على نفس المستقبلات غابا -أ-. ولها عمر نصف قليل وهي توصف لعلاج الأرق المؤقت والعابر. وقد سوّقت أوائل البنزوديازيبين، والكلوريديازيبوكسيد سنة 1961 متبوعة سنة 1964 بتسويق الديازيبام الذي اعتُبر لوقت طويل كأصل لهذا الصنف.

التصنيفات

أ. التصنيف بحسب مدة التأثير

تُمتص أغلب البنزوديازيبين كليا عن طريق السبيل المعدي المعوي؛ رغم وجود اختلاف في سرعة الامتصاص. ونصنّف البنزوديازيبين عموما بالطريقة التالية:

- البنزوديازيبين ذات مدة التأثير القصير: تريازولام، والميدازولام
- البنزوديازيبين ذات مدة التأثير المتوسطة: البرازولام، والبرومازيبام
- البنزوديازيبين ذات مدة التأثير الطويلة: الكلوبازام والكلونازيبام

يمكن التحكم في مدد التأثير من خلال ضبط مختلف الحالات السريرية وكذا الفطام.

ب. التصنيف بحسب ألفتها مع المستقبلات

تُحدّد ألفة مختلف البنزوديازيبين بقوة المستقبل "غابا".

- ألفة عالية: مثلا البارازولام
- ألفة ضعيفة: مثلا أوكسازيبام

ت. التصنيف بحسب الدواعي

من الصعب التمييز بوضوح بين مختلف الخصائص، لأنها ترتبط في جل الحالات بالجرعة المقدمة ومدة التأثير. وبملاك البنزوديازيبين داخلياً الخاصيتين معا.

نستطيع تمييز تأثير:

1- مضادات القلق على المستوى النفسي والجسدي؛

عند الإنسان، تم تبين التأثيرات المضادة للقلق بالنسبة للبنزوديازيبين بوضوح، في حين أن الفيزيولوجية المرضية للقلق غير تامة المعرفة وغير مستوثق منها كونها ناتجة عن خلل وظيفي في نظام "غابا". ويجب اعتبار مضادات القلق كأدوية عرضية، مستعملة لإراحة المريض ودعم تأقلمه مع وضعية صعبة. فلدى البنزوديازيبين أفضلية كونها فعالة بسرعة ومن أول تناول وهي أكثر فعالية عندما تؤخذ خلال مدة قصيرة. ويمكن للتأثير المهدئ أن يحجب اكتئاباً مبتدئاً مما يستلزم تشخيصاً تفريقياً دقيقاً.

2- التأثير المهدئ-المنوم

التأثير المهدئ للبنزوديازيبين معلوم؛ يدعم النعاس وعامة يطيل مدة النوم. وخلال الاستعمال الطويل ينخفض تأثيره المنوم. ونلاحظ خلال الاستعمال المزمن، خلافاً في بنية النوم وتقليصاً في مدة النوم الطويل والعميق. ويسبب الاستخدام الطويل تعلقاً يجعل التوقف صعباً. فبالإضافة لذلك لا يُحكم على جودة المنوم فقط من خلال النوم، لكن بالخصوص من خلال الاستيقاظ، ومن خلال حدوث آثار جانبية ناتجة عن المنوم. ويعتبر البنزوديازيبين منوماً محرضاً على النوم، ولا تستعمل عادة في أرق وسط وآخر الليل، بل كعلاج أولي لأرق النعاس خلال مدة قصيرة.

3- المرخي العضلي

البنزوديازيبين ذات الخصائص المرخية العضلية التي وُضعت من طرف الصانعين هي الديازبام ورباعي زيبام. ويشكل التأثير المرخي العضلي للبنزوديازيبين خطراً رئيسياً لكسر الكفل والمعصم لكبار السن.

4- مضاد الصرع

إن الكلونازبام بينزوديازيبيناً له خصائص عامة، مع تأثير مضاد للاختلاج غالباً. ويستعمل عن طريق الفم لعلاج إحدى أمراض الصرع المقاومة للأدوية الأخرى ولعلاج أمراض الدماغ الصرعية للأطفال، تحت المسمى الغالب "متلازمة لينوكس".

غاسطو" و "متلازمة ويست". و يستعمل أيضا عن طريق الحقن لعلاج حالات العلة الاختلاجية. ويستعمل الديازيبام المحقون كذلك في التدبير العلاجي لحالات العلة الصرعية.

○ الاستعمال في التخدير

يستعمل المدازولام بينزوديازيبين كمحرض للتخدير. وعكس الديازيبام الذي يمكن استخدامه لنفس الداعي، يذوب المدازولام في الماء. وخاصيته الأساسية هي إحداث تأثير لحظي ولمدة قصيرة. ويستطيع المدازولام إحداث انقطاع النفس، والذي يعالج بالتهوية الاصطناعية متبوعة أو لا بإعطاء الفليمازينيل.

وتجدر الإشارة إلى أن البنزوديازيبينات مزيلة للقلق وغالبا ما توصف قبل الجراحة. ويبقى إدمان البنزوديازيبين جد مُعتمد على الجرعة ويمكن أن يحدث حتى بجرعات علاجية، كما ينبغي تقييم الوصفات طويلة الأمد للبنزوديازيبينات بانتظام.

التحديد

- سحب عينة: البول، الدم، السائل المعدي، الشعر...
- التحري: اختبار سريع للاستشراب المناعي.

متلازمة الفطام

متلازمة النقص، أو أيضا متلازمة الامتناع، هي شكل سريري يحدث بوقف الاستهلاك أو تقليل تناول مادة نفسية التأثير لدى شخص متعلق فيزيائيا على هذه المادة. ويمكن لمتلازمة الفطام هذه أن تحدث حتى بجرعة علاجية. وتحدث عند انخفاض التركيز في الدم أو في الأنسجة لكل مادة تحدث تعلقاً، عندما يتوقف الشخص عن أخذها. وتُشرح متلازمة الفطام بفرط نشاط الوظيفة الكبدية للوسيط العصبي "غابا"، مصحوبة بإعادة كسب النشاط الاستثاري العصبي. وهي مسؤولة عن 80 إلى 95 % عن العودة بعد وقف البنزوديازيبين وأحيانا هي سبب الاستخدام المطول. وهذه المتلازمة هي سبب المعاناة السريرية المعتد بها وسبب التأثير على الوظيفة الاجتماعية والمهنية. وفي حالة البنزوديازيبين، يمكن لأعراض الفطام عند الوقف أن تُكوّن ظهورا فجائيا للأرق و/أو القلق غير المحتمل أحيانا.

العوامل المتكهنه للارتداد أو ظهور أعراض الفطام الوخيمة هي:

- جرعة مرتفعة؛
- تقليل الجرعات بشكل جد سريع؛
- علاج لمدة جد طويلة؛

- مستوى مرتفع من القلق أو اكتئاب عند التوقف؛
- استهلاك زائد ومنتظم للكحول أو مواد أخرى نفسية التأثير؛
- فطام بينزوديازيبين ذو عمر نصف قصير؛
- مرض نفسي مصاحب؛
- تشخيص اضطراب الهلع.

تظهر الأعراض الأولى خلال 3 إلى 7 أيام في المتوسط أو أقل بالنسبة للبينزوديازيبين ذو عمر نصف قصير، بعد علاج ستة أشهر بجرعة علاجية أو بعد علاج بجرعات مرتفعة. ويمكن أن تظهر بعد تقليل 50 % من الجرعات بالنسبة للمرضى المتناولين للبينزوديازيبين على المدى الطويل. وتختفي عادة بين 3 إلى 6 أسابيع بعد التوقف إلا أن بعض المرضى يُظهرون آثاراً مطولة. وتظهر لدى هؤلاء أعراض بعد أشهر أو حتى سنوات من التوقف. ويُظهر 15 % من الأشخاص المستعملين للبينزوديازيبين على المدى الطويل متلازمة فطام مطولة. والأعراض الأكثر قدرة أن تكون على مدى طويل هي: القلق، والأرق، ومختلف الأعراض الحسية والحركية، والاضطرابات المعدية المعوية، وسوء الذاكرة والاضطرابات المعرفية. والأسباب التي من أجلها تظل هذه الأعراض عند بعض الأشخاص غير تامة الوضوح.

الأعراض الأكثر تواتراً عند وقف البينزوديازيبين يمكن تقسيمها لصنفين:

- أعراض نفسية: القلق والتهيج والأرق والكوابيس ونوبات الهلع ورهاب الميدان والرهاب الاجتماعي واضطراب تبدد الشخصية والهلاوس واضطرابات الذاكرة والتركيز.
- الأعراض الفيزيائية: آلام الرأس ألم/ التيبس والنخز والتتمل وخلل الاحساس والوهن والعياء وأعراض النزلة الكاذبة والتقلصات العضلية والنفضات والعَرّة و"الصدمة الكهربائية" والرعاش والدوار والطنين وفرط التحسس للضوء وللصوت والاحساس والذوق والرائحة والأعراض المعدية المعوية وتبدل الشهية والوزن وجفاف الفم.

يجب التمييز بين مفهوم الفطام والارتداد، فهما يختلفان أولاً بالوقت الذي مر بعد وقف البينزوديازيبين لتبرز الأعراض، وكذا بشدة الأعراض الملاحظة بعد الوقف. وخلال الارتداد، يبرز الأرق من جديد لدى المريض، بعد بضع ساعات أو أيام من وقف العلاج، وكذلك يمكن ظهور أعراض الفطام عند نقص الجرعة ويمكن أن تدوم لأيام بعد آخر استعمال. وإضافة لذلك، يدل الفطام على أعراض يرجع ظهورها للوقف الفجائي للمادة، في حين أن الارتداد يوافق سؤراً للأعراض الأولى. وتبقى بعض الأعراض مميزة لمتلازمة الفطام مثل فرط الحساسية للضوء والصوت، والطنين، وإحساس بـ: "الصدمة الكهربائية"، والارتعاشات، و الرمع العضلي، وتغيّر الإدراك.

المضاعفات

ترتبط بثلاث عوامل: الجرعة، والمميزات الحركية الدوائية وقابلية المريض.

أ. المضاعفات المرتبطة بالدواء

تتضمن الأعراض الجانبية على المدى القصير تأثيرات مهدئة نهائية تظهر بنعاس، وانخفاض في القدرات والتعب. ويمكن لاضطرابات التيقظ أن تحدث حوادث سير ويمكن كذلك للقدرات النفسية والحركية أن تتدهور مع صعوبات في التركيز ونقص التوتر وخطر السقوط. ويمكن لاضطرابات التنسيق والتوازن في حالات أقل أن تحدث عرضيا مع دوام وصداع. ويرفع استعمال هذه الأدوية لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة انقطاع النفس النومي من تردد انقطاعاته، بسبب تأثيرها المرخي العضلي بالنسبة للعضلات المخططة.

على المدى المتوسط، البنزوديازيبين هي موضوع تطور تحمل يؤدي إلى ارتفاع تدريجي للجرعة اليومية، للحصول على تأثير مشابه. ويمكن للمريض أن يستهلك بكيفية مفرطة النوم أو أن يضيف إليها منومات أخرى. وفي هذه الحالة يصبح النوم أكثر سوءاً بالمقارنة مع غياب أي نوم.

على المدى الطويل، يمكن أن تحدث ظاهرة التعلق النفسي أو الفيزيائي. ويمكن لهذا التعلق أن يكون مصدرا لوقف العلاج، ومتلازمة الفطام التي تظهر بأعراض متنوعة جد دالة. ويصبح بذلك المريض قلقا، ومتهيجا، ومصابا بالغثيان، ويمكن أن يظهر عليه صداع، مع تغيرات في الإدراك ويمكن أن يطور أرقا يكون سببا لاضطرابات أكثر عمقا.

❖ الآثار الجانبية الرئيسية أثناء استخدام البنزوديازيبين على المدى الطويل هي:

- **فرط التهذنة،** وتتضمن أعراض النعاس، واضطرابات في التركيز، وقلة التنسيق، وهنأ عضليا والتباسا عقليا. وهذه الحالة من النعاس، المسماة "تأثير الخمار"، جد حاضرة بالنسبة لجزيئات ذات عمر النصف الطويل ومرتبطة بتواتر خطر مرتفع للحوادث المنزلية أو المهنية.
- يُحدث استهلاك البنزوديازيبين أثناء القيادة حوادث السير.
- يمكن لتناول البنزوديازيبين الموصوفة لحالة الأرق أن تسبب اضطرابات الذاكرة. وتسبب البنزوديازيبين نقيصة نوعية للذاكرة "النوابية"، أي صعوبة تذكر حدث حديث، وظروف حدوثه وتسلسله في الزمن.
- تسبب البنزوديازيبين فقدان الذاكرة التقدمية بتناولها أثناء الخلود للنوم، وتتمثل في صعوبات تذكر الأحداث الواقعة بعد أخذ المخدر.

- الأرق عرض معروف، بل نذير باضطرابات القلق والاكتئاب، إلا أن البنزوديازيبين توصف بتواتر لعلاج الأرق في نطاق الاكتئاب القلق. وفي هذا النطاق، لا يجب استعمالها لوحدها، لكونها ترفع من خطر الانتحار وتبليد الاحساس الانفعالي.

- يرتبط استخدام البنزوديازيبين لدى بعض الأشخاص بمستويات مختلفة من اضطرابات السلوك وهي:
- زيادة الأرق، وكوابيس، وهياج، وعصبية؛
- أفكار وهامية، وهلوس؛
- حالة التباس منامي، أعراض ذهانية؛
- إزالة التثبيط مع اندفاع حركي؛
- شَمَق، وتهيجية؛
- قابلية للإيحاء.

يمكن كذلك أن تحدث اضطرابات تصرف غير اعتيادية، مع استفزاز ذاتي أو تجاه الغير، وخاصة إن حاول المحيط إعاقه نشاط المريض.

ب. المضاعفات المرتبطة بالأشخاص المسنين

يعرضُ تناول المهدئات لدى الأشخاص المسنين، لآثار جانبية نوعية: نقص في الوظائف المعرفية والحركية، وحالات التباس، وأرق انفعالي، وتعب مستمر، وسقوط وكسور. وظهور حالات الالتباس العقلي أكثر تواترا لدى الأشخاص المسنين، ولو إدخال جرعة قليلة من البنزوديازيبين.

إن البنزوديازيبين قادر على تسبب خلل في الذاكرة على المدى الطويل، ليصبح مصدرا للتراجع المعرفي، خاصة لدى هذه الفئة من الأشخاص. وقد يمهدّ لظهور خرف من نوع الزهايمر إن ترتبط بالاستخدام المطول للبنزوديازيبين. ويبقى الخطر الأكثر ارتباطاً للبنزوديازيبين لدى المرضى المسنين هو خطر السقوط.

تم إبراز ارتباط استهلاك البنزوديازيبين ونسبة حدوث كسور الكفل لدى الأشخاص المسنين في أعمال كثيرة، مهما كان عمر نصف الجزيئة، حيث أن الأشخاص المسنين يستقبلون الأدوية بسرعة أقل، مما يؤدي إلى تراكم تدريجي للمواد نفسية التأثير. ويرفع بذلك من التحسس للآثار الجانبية للبنزوديازيبين وأخواتها.

الدرس السادس عشر: الكوكايين

خصائص الكوكايين

يستخلص الكوكايين من نبتة إريثروكسيلوم كوكا، وهي شجرة ذات خشب أحمر، تنمو في المناطق ذات المناخ المعتدل والرطب، على ارتفاعات تتراوح بين 500 و 1200 متر. ويتاح الكوكايين إما على شكل مسحوق أبيض ذي مذاق مُر، أو على شكل حصى للتدخين. ويتراوح متوسط نقاء العينات المختبرة بين 25 و 55 %، كما توجد في السوق العديد من المنتجات المغشوشة.

إن الكوكايين مخدر محبب للشحم، وعمر نصفه قصير يقدر ب 40 دقيقة. ويمر عبر الحائل الدموي الدماغي، ويُثبت على عدة مواقع على مستوى الجهاز العصبي المركزي، وأيضا على مستوى القلب، والكبد، والكلية، والكظر، والمشيمة. ويتم التخلص من الكوكايين عبر المسلكين الكبدى والبلازمي. ويتم الكشف عن العديد من المستقلبات داخل البول حتى 72 إلى 96 ساعة بعد الاستهلاك.

توجد مسالك مختلفة للاستهلاك: الاستنشاق بالأنف والتدخين أو الحقن عبر الوريد، وهذان المسلكان الأخيران متشابهان من حيث التأثير. ويعتبر الكوكايين المستعمل عبر الأنف الأكثر استهلاكاً، خصوصا في الطبقات الاجتماعية المندمجة وفي الوضعيات الاحتفالية. وتبدأ التأثيرات 3 إلى 5 دقائق بعد الاستعمال وتستمر لمدة 30 دقيقة. وترتبط شعبية الشكل المستنشاق بشدة مع تقنيات فعالة لـ: "تسويق الشارع والحفلات الصاخبة". وصورته أقل وصمة من الشكل المحقون. وتختلف الكمية الممتصة بحسب نوع التراكيب المستعملة. وتأثيره جد سريع، خلال 8 إلى 10 ثوان بفضل مساحة التبادل الرئوية المهمة. وتُساق أبخرة "الكوكايين الأساسية" الممتصة مباشرة إلى مستوى الدماغ.

يَحْصُلُ التأثير الأقصى خلال 5 إلى 10 دقائق تتكون بذلك قدرة عالية. وتأثيره موجز جدا مدته 8 إلى 10 دقائق فقط، تتوالى الجرعات بتواجد "الكوكايين الأساسي" في المتناول. ولا يظهر أن حقن الكوكايين متواتر مقارنة باستنشاقه، في حين نجده لدى المستعملين القدامى للمخدرات مثل المواد الأفيونية.

تأثيرات الكوكايين

تختلف حسب الأشخاص والجرعات المستعملة وطريقة الاستعمال. ويمر التأثير بمراحل كثيرة. وتسمى الأولى مرحلة الهجمة التي تُترجم بالظهور السريع للشيق الشديد. وهذا الشيق هو التأثير الأساسي المبحوث عنه من طرف جل المرضى

المستهلكين للكوكايين. والذي يقوي سلوك الاستعمال. ويستطيع أساسه البيولوجي أن يحدث تأثيرا لحظيا للكوكايين على الأعصاب الدوبامينية. فتتبع هذه الاندفاعات ظاهرة تسمى "العالية" تهيمن على الأفكار والسلوكيات. وتنشأ بعد ذلك وبسرعة رغبة هوسية في استهلاك جديد للكوكايين.

يُحدثُ فطام الكوكايين شعورا شديدا بالضائقة. وأعراضه الأساسية هي:

- فرط النوم؛
- التعب؛
- استعطال؛
- بطء نفسي حركي؛
- الحزن؛
- صعوبات التركيز؛
- زيادة الشهية؛
- رغبة الوصول للشبق المحدث بالكوكايين.

وتبقى اللهفة هي المرحلة المولية للتعلم، وتُعاش بطريقة غير ممتعة ويمكن أن يُرتاح منه سريعا بأخذ الكوكايين. ويصف المرضى اللهفة كفكرة موسوسة تخص المادة. وتدوم وساوس الكوكايين من بضع دقائق لبضع ساعات.

وتصبح المراحل المولية من حلقة الإدمان هي فقدان السيطرة، وإنكار النتائج، وخلل في أخذ القرار، وأخيرا، سلوكيات البحث عن المخدر. في حين أن التعلق بالكحول يستطيع أن يكون متأخرا ولا يظهر إلا بعد سنوات طوال، فإدمان الكوكايين يحدث سريعا. ويكون التعلق شديدا، خصوصا لدى الأشخاص ذوي القابلية على المستوى الجسدي والنفسي.

التأثيرات النفسية الأخرى والمحسوسة من المرضى هي أساسا أعراض هوسية:

- العافية؛
- إزالة التثبيط؛
- زيادة الطاقة؛
- أفكار التعالي؛
- ارتفاع التقدير الذاتي؛
- الإحساس بتسارع الأفكار؛
- الثثرة؛
- اضطرابات النوم؛
- العنف؛

- ارتفاع النشاط البدني؛
- ارتفاع الرغبة الجنسية.

يضاف لهذه التأثيرات النفسية أعراض عصبية إنباتية (تسرع القلب، توسع الحدقة، ارتفاع الضغط الدموي، ارتفاع الحرارة).

تسمم الكوكايين الحاد

أ. التأثيرات النفسية النشطة

يحدث استهلاك الكوكايين فرط التيقظ، وإحساساً بالشبق الحاد والعافية، والإثارة الفكرية، والفيزيائية والجنسية. وفي الفحص السريري، يظهر الأشخاص ثنائين ومصابين بالأرق ومفرطي النشاط، ويقل الإحساس بالجوع. وهذه التأثيرات ثنائية الطور، مرحلة الإثارة تليها مرحلة من الاكتئاب، "متمثلتان"، تسمى "النزول" من قبل المستهلكين، مع تهيجية، وانزعاج، ووهن، وقلق واضطرابات التركيز. وتستطيع هاته الأعراض أن تدوم 20 دقيقة بعد الاستهلاك.

ب. التأثيرات الجسدية

يؤثر استعمال الكوكايين على النظام القلبي الوعائي. وتعطي التأثيرات العرضية ارتفاعاً للضغط الدموي، وارتفاع تردد القلب بـ 30 دقة لكل دقيقة بالمقارنة مع التردد الاعتيادي، وكذا تضيق الأوعية التاجية وارتفاع استهلاك عضلة القلب للأوكسجين. وتبقى التأثيرات الأخرى عصبية، وبالأخص توسع الحدقة وكذا تأثيرات تخديرية موضعية على مستوى الأنف والأذن والحنجرة، عندما يُستهلك المخدر عن طريق المسلك الأنفي.

القطام

يتميز قطام الكوكايين بلهفة شديدة، وانعدام التلذذ، ومزاج مكتئب، وانزعاج، ووهن، وأرق أو فرط في النوم، وأحلام غير ممتعة، وزيادة الشهية، وهياج أو تخلف نفسي حركي، وأفكار الانتحار والكوابيس. وتكون شدة القطام قصوى خلال 2 إلى 4 أيام، ثم تختفي تلقائياً، ويمكن لبعض الأعراض كالمزاج المكتئب أن تدوم أسبوعين أو أكثر، وترتبط أعراض القطام بنفاد الدوبامين والنور أدرينالين الناتجة عن الاستهلاك المطول للكوكايين.

المضاعفات المرتبطة باستهلاك الكوكايين**أ. المضاعفات الجسدية**

- 1- التسمم القلبي الوعائي
- اضطرابات النظم القلبي والتوصيل

يمكن لاستهلاك الكوكايين أن يكون مصدراً لاضطرابات النظم القلبي والتوصيل الأذني البطيني.

- الأمراض القلبية الإقفارية

آليات مرض نقص تروية القلب متعددة ومتشابهة: ارتفاع احتياج الأوكسجين بفعل تسرع القلب، ارتفاع الضغط الدموي والتأثر ايجابيا في التقلص العضلي للكوكايين من جهة وانخفاض إمدادات الأوكسجين بفعل تضيّق الأوعية الشريانية النخابية من جهة أخرى.

- الخلل البطيني الأيسر

يعزز الاستعمال المزمن للكوكايين ظهور تضخم البطين الأيسر مع انخفاض الوظيفة الانقباضية والكسر القذفي.

- التهاب الشغاف

يرتبط الاستعمال المزمن للكوكايين غالبا بظهور التهاب الشغاف. ويفسر هذا بتسرع القلب المرتفع بارتفاع الضغط الدموي المسبب لأمراض صمامات القلب ويحفز الطعوم المكروبية انطلاقا من الشوائب المستنشقة.

- تسلّخ الابهر
- امّ الدم التاجي
- 2- المضاعفات العصبية

يحفز تضيق الأوعية وارتفاع الضغط الدموي والتأثيرات الدوبامينية والأدرينالينية للكوكايين تشنج الأوعية الدماغية. ويبقى الصداع مظهراً متريداً جداً. وقد تمت الإشارة أيضا إلى وجود حوادث وعائية دماغية. ونلاحظ أيضا انخفاض عتبة احداث الصرع بسبب عدم التزامن مع النشاط الكهربائي العام للدماغ.

3- التسمم التنفسي

هذه المظاهر قليلة في حالة استعمال الحقن الوريدي أو المسلك الأنفي. والمظاهر الخفيفة هي السعال والصفيري وأيضا نفث الدم. ونلاحظ أيضا استرواح الصدر واسترواح المنصف ونزف السنخي وارتفاع الضغط الرئوي.

4- مظاهر الأنف والأذن والحنجرة

هي إجمالا ثابتة عند الاستعمال الأنفي للكوكايين. وتضيّق قوي للأوعية والرضوخ المجهرية الناتجة عن بلورات الكوكايين المسؤولة عن إصابة الحاجز الأنفي والنزيف وفي حالة الاستعمال المطول، والتقرحات أو النخر.

5- فرط الجرعة والموت الناتج عن استهلاك الكوكايين

الأسباب الأساسية للوفاة هي احتشاء عضل القلب والاضطرابات الوخيمة لتوصيل عضلة القلب والحوادث الدماغية الوعائية والاختلاجات والمضاعفات التنفسية والقصور الكلوي الحاد وحوادث تمزق أكياس الكوكايين في الجهاز الهضمي.

6- المظاهر الكبدية

خطر التهاب الكبد العدوائي مرتفع خلال استهلاك الكوكايين عبر الحقن الوريدي.

7- التأثيرات الجنسية

أولا، الكوكايين هو مصدر ارتفاع الرغبة الجنسية ويعتبر مخدراً يُمكن من تحسين القدرات الجنسية. وفي حالة الاستهلاك المزمن، يكون الكوكايين مسؤولاً عن ضعف القدرة الجنسية أو فقد الإرجاز.

ب. الآثار النفسية

1- على المدى القصير

يعتبر الكوكايين محفزاً نفسياً شديداً، ونلاحظ غالباً آثاراً نفسية حركية. وفي حالة استعماله أحياناً، يُظهر الشخص حالة من الشبق، واحساساً بالعافية، وسهولة علائقية، وتحسن القدرات خصوصاً مع تحسن القوة العضلية.

2- العجز المعرفي على المدى الطويل

غالباً ما تصيب الاضطرابات المعرفية قدرات التركيز ومكوناتها، مثل الانتباه المدعوم، والانتباه المُشارك والانتباه البؤري. وهذه الوظائف ضرورية لإنجاز اختبارات استقصاء الذاكرة، واللغة ووظائف التنفيذ.

ت. المضاعفات المرتبطة بالحقن الوريدي**1- العدة اللازمة للحقن والمضاعفات الناتجة عنها**

باستثناء الحقن ذات الإبرة، يستلزم الحقن الوريدي عدة قليلة للاستعداد للحقن:

- ملعقة أو إناء لخلط المخدرات. ولا يجب إعادة استعمالها لخطر انتقال الفيروسات.
- ماء
- ضمادات الكحول
- مصفاة: تستعمل لتقليل خطر حقن جسيمات غير مذابة. ويحتفظ غالبا بهاته المصفاة لاحتوائها على 15% من المادة المخدرة الأولية ويعاد استعمالها إذن. ويساهم ذلك في انتشار الفيروسات والبكتيريات.
- سطح التحضير
- محمض: لتحقيق إذابة أفضل للأملاح القاعدية. وهو ليس ضروريا لحقن الكوكايين أو الأمفيتامين. وقد يعاد استعمال عصير ليمون مسبق الفتح الذي يكون مصدرا لداء المبيضات الغازي أو التهاب الشغاف الفطري أو البكتيري.
- عواصب، وترتبط بخطر النخر دائم الوجود إذا استعمل العاصب لوقت طويل جدا.
- ولاعة، قاطع

2- تحضير الكوكايين للحقن الوريدي والأخطار الخاصة المرتبطة بالكوكايين

إنّ تحضير الكوكايين مشابه لتحضير الهيروين، لكنه ليس بحاجة لتدفئته أو تحميضه ليذوب. ويجب فقط خلطه بالماء. ويتم رشفه عبر مرشح بمحقنة. فالكوكايين محفز نفسي قوي، وهذا ما يشرح أن حكم متعاطي المخدر يكون فاسدا. وتأثير الكوكايين المحقون وريديا جدّ موجز. وتتطور مدته من دقائق إلى ساعة كحد أقصى. ويدل ذلك على أن الحقن يكون أكثر ترددا عند الذين يستعملون الكوكايين كمخدر رئيسي. وإضافة لذلك، وبفعل خاصية الكوكايين المخدرة، لا يتم الشعور بالألم في موضع الحقن، وهذا ما يعزز الجروح.

ث. المضاعفات الموضعية للحقن الموضعي للكوكايين**1- الوريد المسدود**

يمكن للوريد أن يسد لفترة محددة بفعل جرح أو تهيج مطول، أو بفعل انتفاخ البنية الداخلية. ويمكن لانسداد دائم أن ينتج عن ممارسة الحقن لمدة طويلة، أو الحقن المتكرر خصوصا بإبر قديمة، أو طريقة خاطئة في الحقن، أو حقن مواد مهيجة للأوردة.

2- تطور الدوران الرادف

يظهر الدوران الرادف عند انسداد الأوردة، في حين أن هذا النظام الموازي لا يجب أن يستعمل لأنها غالبا أوردة منخفضة بضرورة حمل المزيد من الدم. وإنها إذن تخضع لضغط كبير مقارنة بالمعتاد ويسبب الحقن خطرا كبيرا لإحداث الضرر. وبعد عدة حقن في هذه الأوردة تصبح هذه الأخيرة مسدودة.

3- الخثار الوريدي العميق

يصبح تكوّم من الفيبرين والصفائح مصدرا لهذا الخثار الوريدي العميق، مع خطر دائم للمرور إلى الدوران المجموعي وخطر الانصمام الرئوي.

4- النتائج طويلة المدى للوريد المسدود

- القرحات: إما بطريقة مباشرة في موضع الحقن بجرح أو بعد أن يلحق الضرر بالأوردة.
- خراج: تراكم القيح الذي يتشكل بإلحاق الضرر بالنسيج المجانب الذي يخرب. وتستطيع بكتيريا كثيرة أن تكون السبب وهذا الخراج يرافق غالبا بظواهر التهابية.
- التهاب الهل؛
- الغنغرينة: تستطيع أن تكون كارثية بإحداث فقدان طرف.
- 5- الحقن الخاطئ

ويشرح الانتفاخ الذي يظهر حول موضع الحقن خلال وبعد الحقن. والسائل المحقون في الأنسجة حول الوريد هو السبب الرئيسي لذلك: لأن الإبرة لم تدخل للوريد أو لأنها دخلت ثم خرجت، أو لأن الوريد انفجر بفعل الضغط العالي.

6- الخراج العقيم

يتكون بعد حقن المادة المهيجة. وتخفي بدون علاج، لكن يمكن تكون ورم حبيبي.

ج. المضاعفات النظامية للحقن الوريدي للكوكايين

1- التسمم

السمية المتعلقة بالكوكايين تظهر عادة بمضاعفات القلب والأوعية الدموية. وأعراض فرط الجرعة هي التالية: القلق والصعوبات التنفسية وتوسع الحدقة وارتفاع الضغط الدموي والخفقان والرعاش والاختلاج والصداع. ويستطيع الاختلاج إحداث توقف التنفس.

2- العدوى الفيروسية

مثل كل المخدرات المحقونة وريديا، عدوى التهاب الكبد الوبائي نوع -ب- و-س- وكذا فيروس فقدان المناعة المكتسبة يبقى مهما.

3- انصمام رئوي

ناتج عن الخثار الوريدي العميق

4- تجرثم الدم

البكتيريات الأكثر تواجدا هي العنقودية الذهبية والأشريكية القلونية. وتنتج عن الحقن في ظروف نظافة سيئة.

5- التهاب الشغاف الجرثومي

مسؤول عن 5 إلى 10% من الوفايات. والجرثومة المسؤولة الأكثر ترددا هي العنقودية الذهبية.

6- "الغبار"

هي عدوى نظامية ضعيفة الشدة، مرتبطة بحقن جراثيم ميتة أو بكمية غير ممرضة تعتبر المبيضة البيضاء الأكثر تسببا فيها.

الدرس السابع عشر: الأوفيتامينات ومشتقاتها

تمهيد

تضم مجموعة الأوفيتامينات مواد نفسية التأثير تُنتج بالأساس الإثارة المُحفزة والمُنبهة. وتُشتق الأوفيتامينات، مثل المنبهات النفسية الأخرى، من مادة أم، هي الفينيل ألانين. فبنيتها الكيميائية قريبة من بنية الأدرينالين والنور أدرينالين المنتجة طبيعياً من طرف الجسم البشري. وعندما يُنتج الجسم كمية مهمة من الأدرينالين يصبح الشخص قادراً على انجازات قصوى تمكنه من قتال عدو أو الهروب، لأن الأدرينالين يُحدث تمدداً للأوعية الدموية والقنوات الهوائية، ويسهل بذلك التنفس. ويحدث كذلك الأدرينالين تسارعاً للنبض ولمعدل ضربات القلب، وارتفاعاً للضغط الدموي وإنتاج مصادر الطاقة مثل الكليكويز، المؤدي بدوره إلى ارتفاع هذه الإنجازات. والميتامفيتامين مشتق من الأوفيتامين، وله تأثيرات مشابهة أكثر قوة وامتداداً.

السمية

يتمظهر فرط جرعة الأوفيتامين بهياج، وارتفاع درجة الحرارة، واختلاجات، وفقدان للوعي واضطرابات قلبية. وتتراوح الجرعة المميتة للأوفيتامين بين 20 و 25 ملج/كغ. والجرعة الأقل إماتةً والمعروفة هي 1,5 ملج /كغ. في حين أن المستعملين المزمنين لديهم جرعات أكثر أهمية بين 5 و 15 جراماً، أي 70 إلى 200 كلج/يوم.

المظاهر المرتبطة باستعمال الأوفيتامين ومشتقاته

الأوفيتامينات، التي تعد مواداً محاكية للأدرينيات، هي مصدر ارتفاع نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم وتضيق الأوعية. وآثارها النفسية أكثر امتداداً من مثيلاتها الملاحظة مع الكوكايين. ويتم بلع المواد أو حقنها عبر الوريد، باستثناء -د- ميتامفيتامين الذي يمكن أن يستنشَق وهو يمثل الشكل الأقوى. ويستقر التعلق الفيزيائي والنفسي سريعاً. ويطور العديد من الأشخاص تعلقاً خلال أول استعمال للأوفيتامين كما هو الحال بالنسبة لحميات التخسيس. ويطور أيضاً تحمل تدريجي متدرج، كما تُشجع التأثيرات الشمية الاستعمال المفرط للأوفيتامين.

التحديد

سحب عينة: البول، والدم، والسائل المعوي... يتم الاستخراج في وسط قاعدي

التحري: اختبار سريع للاستشراب المناعاتي.

الدرس الثامن عشر: الميثامفيتامين والإكستاسي

أ. الميثامفيتامين

تعتبر عملية تصنيع الميثامفيتامين غير مكلفة، وسهلة الإحداث نسبيا ، لكنها تستلزم استعمال منتجات جد سامة وذات قدرة انفجارية. ويعتبر الإيفيدرين وشبيه الإيفيدرين المكونين الكيميائيين الأساسيين. وتستقر المختبرات غير القانونية في المنازل المتخلى عنها، والمعامل غير القانونية أو غرف الفنادق. وهي سهلة التنقل خلال بحث الشرطة. والميثامفيتامين منتج اصطناعي لعائلة الأمفيتامينات، وهو منبه نفسي كبير وله قدرة إدمان كبيرة. ويقدم في شكل بلورات شفافة قابلة للتدخين لكن كذلك على شكل حبات مشابهة للإكستاسي، مع نفس أنماط الاستهلاك. ويصل ذروة تأثيره خلال 30 دقيقة بعد الحقن عبر الوريد أو الحقن العضلي و2 إلى 3 ساعات بعد الأخذ عبر الفم. ومتوسط عمر نصفه هو 12 ساعة، وهي طويلة مقارنة بالمخدرات الأخرى. وتطرح معظم المُسَقَلات الثانوية في البول.

○ المظاهر السريرية:

تعتبر تأثيرات الميثامفيتامين جد قوية ومقارنة بشبيهتها الكراك. وتستمر ل9 ساعات تقريبا. ويمكن للشخص أن يحس سريعا، مهما يكن نمط الاستهلاك، بشعور شديد بالشمق، وارتفاع تقدير الذات، وشراهة جنسية، وارتفاع الشبق، والكبح الجنسي، وشعور شديد بالمتعة خلال العلاقات الجنسية. ويشمل "الهبوط" الهلوس، والرغبة في الانتحار، وشعورا بالاضطهاد والعدوانية للغير. وتظهر آثار أخرى بعد 5 دقائق من الحقن أو 20 دقيقة بعد التناول عبر الفم، وتتضمن:

- ارتفاع نبض القلب؛
- ارتفاع ضغط الدم؛
- ارتفاع درجة الحرارة؛
- ارتفاع التهوية؛

ب. الإكستاسي

هي مادة ذات بنية قريبة من الأمفيتامين، تستعمل كمخدر نظرا لآثاره الشمقية ودوره في التنبيه النفسي. ويحفز الإكستاسي إفراز السيروتونين، وهو وسيط كيميائي للمراكز العصبية وخصوصا الوطاء. ونمط استعماله فموي. وتزيد سمية الإكستاسي لدى الأشخاص المصابين بقصور قلبي أو كلوي، وأيضا المعانين من ارتفاع ضغط الدم أو فرط نشاط الدرقية ولدى النساء الحوامل والمُرضعات. وزيادة على أنه يحدث حالة من التعلق وغالبا ذهانا، واكتئابا، والتهاب كبديا وقصورا كلويا.

الدرس التاسع عشر: الإدمان بغير مخدرات أو الإدمان السلوكي

لاحظ الأطباء السريريون أن بعض السلوكيات تعطي تعلقاً يشبه إدمان بعض المواد المخدرة، حيث تتشارك نفس العناصر التي تغزو الفكر والاندفاعية، واستحالة التحكم بها أو التوقف عنها، رغم نتائجها السلبية على الحياة اليومية، نذكر مثلاً سلوك التعلق بالإنترنت، والألعاب، والمشتريات والرياضة. ومجموع هذه السلوكيات هو مصدر متعة. ويمكن لهدف ودافع هذه السلوكيات أن يكون مهماً، دون أن يكون مرضياً. ويترجم الإدمان السلوكي بالتركيز على شيء ذي هدف وحيد، ليصبح حاجة فعلية أكثر من كونه رغبة، والاستمرار في هذا السلوك رغم نتائجها السلبية على الحياة الاجتماعية، والعاطفية أو الصحية. ويصبح السلوك مرضياً عندما تفوق نتائجه السلبية المتعة المحصل عليها وعندما يستمر الشخص في فعله رغم ذلك. وهي المتشابهات السلوكية التي خدمت وصف الإدمان السلوكي في نقطة البداية. وفي الواقع، قد مكن تيار من العناصر مثل المتشابهات السريرية، والمعطيات الوبائية، والتطور المتوج والتدريجي للاضطرابات، وكذلك بعض الطرق العلاجية المشتركة من ربط هذه السلوكيات بطيف الإدمان.

أ. اللعب المرضي

نلاحظ حالياً تقدماً وتطوراً لإدمان القمار واللعب المفرط أو المرضي والذي أصبح عائقاً موثقاً بالنسبة للصحة العامة، بفعل نتائجه السلبية في معظم البلدان.

المراحل المختلفة للعب المرضي:

يمر اللعب المرضي بسلسلة من المراحل النمطية:

- مرحلة الكسب: إنه التزام في عالم اللعب، مع إيمان بأن الكسب يستطيع حل كل الصعوبات الحالية والماضية؛
- مرحلة الخسارة: يعيد اللاعب اللعب لمحاولة "المعاودة"؛
- مرحلة فقدان الأمل: بعد وقت طويل، يبحث الشخص في اللعب عن حلول للصعوبات المتراكمة.

كل هذه المراحل تمتد لسنين طويلة، من 10 إلى 15 سنة، ويشجع تمثّل الألعاب المرضية كمرض عضوي متقدم... بالنسبة لكوسثير، لن يتواجد إلا أربعة مخارج من هذه الحالة: الانتحار، والجنوح والسجن، والهروب، أو طلب المساعدة.

ب. التسوق القهري

يعرّف كسلوكيات تسوق غير مراقبة وتوجه متكرر للإنفاق، يؤدي إلى نتائج سلبية على المستوى الشخصي والمجتمعي والعائلي. وقد تم وصفه بداية القرن العشرين. ويعرّف التسوق القهري بأنه سلوك غير سوي مرتبط بشعور قوي باللذة والإثارة، تُمثل مصدر إنفاق متكرر يؤدي لنتائج سلبية على المستوى الشخصي والمجتمعي والعائلي. وهذا الشكل الخاص للتسوق متأثر برغبة غير قابلة للكظم، هي مصدر التسوق التلقائي لشيء صالح أو غير صالح، قليل أو كثير الاستعمال، يكسب ويُترك. ونجد عند هؤلاء المتسوقين قهرياً أفكاراً غازية ومضايقة تخص التسوق أو تلقائية التسوق المسبب لانزعاج ملاحظ، وتضيق الوقت أو تُشوش الوظيفة الاجتماعية أو أوقات الفراغ، وتسبب أيضاً صعوبات التمويل. ويهدف تكرار التسوق لحل هذا التوتر النفسي وهذه التلقائية غير المُقاومة الموجودة أساساً عند النساء بعمر 30 سنة والعازبات. والتدبير العلاجي هو أساساً نفسي، في حين لم يُظهر أي علاج دوائي كفاءته في هذه الحالة. ويبقى هذا النوع من الإدمان صعب التشخيص بحيث يصعب تمييزه عن الوسواس القهري أو اضطراب فقدان التحكم في الاندفاعات.

ت. إدمان الرياضة

إن دور الممارسات البدنية المنتظمة في الحماية من أمراض الشرايين التاجية والسمنة معروفة، في حين أن دورها في الحماية من خطر الانسحاق للإدمان قليل. وفي الواقع، كل ممارسات الإدمان لا تتضمن نفس القدرة على الشعور بالندم، خصوصاً إذا أَدْمَجْنَا في حقل الإدمان عدداً من التصرفات التي تتمن من المجتمع كالعمل أو الرياضة. وفي هذا السياق، تظهر ممارسة نشاط رياضي منتظم كشاهد على جسد بصحة جيدة. وحالات التعلق الأولى بالتمارين الرياضية ذكرت عند العدائين، قبل أن يعم هذا المفهوم رياضات أخرى. وهذا المفهوم غير موجود في التصنيفات التشخيصية الدولية.

تسمى هذه الممارسة الإشكالية تعلقاً بالتمارين الرياضية، أو الجري الإجمالي، أو إدمان الجري، أو إفراط الممارسات الرياضية أو الرياضة القهرية. وبهذه الاصطلاحات المختلفة للتعلق بالتمارين البدنية المُعتبرة كإدمان إيجابي، ترتبط بتعاريف مختلفة تتضمن عوامل سلوكية، نفسية، وفسيولوجية.

اقترح "هوسينبلاس" و"سيمونس دوونس" تعريفاً للتعلق بالتمارين الرياضية بكونه: "الحاجة الملحة للأنشطة البدنية المؤدية لتمارين شديدة تُظهر أعراضاً فسيولوجية ونفسية". وعرفه "ياتس" بـ "نزوع طبيعى استحواذي أو قسري للالتزام بنشاط بدني مع عدم الأخذ بعين الاعتبار الجروح والأمراض والحوادث الاجتماعية والمهنية".

ويمكن أيضاً أن يكون هناك تواجد ضرر بدني ونفسي يظهر عندما تكون شدة وتردد النشاط البدني تتجاوز الاحتياجات الفسيولوجية.

ث. إدمان العمل

هذا الشكل من الإدمان يعتبر الأكثر "نظافة" من بين كل ما وصفناه.

المراحل الثلاثة المميزة لإدمان العمل هي:

1. عمل الشخص بشكل هائل، وبطاقة مدهشة، ممثلة بساعات إضافية؛
2. صعوبات في الحياة العاطفية والاجتماعية؛
3. انخفاض قوي لقدرات العمل، واضطرابات نفسية وجسدية.

المعايير المختلفة للتشخيص هي التالية:

- عبادة العمل؛
- فرط النشاط؛
- المنافسة؛
- التحدي؛
- الرغبة اللامحدودة في الفرح الوظيفي؛
- العلاقة الصعبة مع أوقات الفراغ؛
- إعادة العمل خلال عطلة نهاية الأسبوع والإجازات؛
- إهمال الحياة العاطفية؛
- إجهاد العمل.

ج. إدمان الأنترنت

هو شكل من الإدمان الصامت. ويمكن لتصفح الانترنت أن يصبح إدماناً، خصوصاً عند المشاركة في أشكال من المحادثات، والزيارة غير المقاومة، والمبالغ فيها للبريد الإلكتروني، وأن تصبح زيارته مصدر لذة وإثارة. ويكون استبدال الواقع بالافتراض عند هؤلاء الأشخاص هي الطريقة الوحيدة القابلة لإدراك العيش والوجود، كما أنّ ظاهرة الانتماء إلى مجموعة محادثة عاملٌ تعزيز إيجابي. وقد خلق تطور الألعاب الشبكية أشخاصاً يعيشون عالماً مغلقاً، حيث المحادثات لا تتم إلا عن طريق الدردشة، وحيث عالم الافتراض بجانب التخيل، والواقع بجانب اللعب.

أعراض إدمان الأنترنت هي التالية:

- البقاء لأقصى وقت مرتبطاً بالأنترنت؛
- تقليل وقت النوم؛
- إهمال الأنشطة الاجتماعية والعملية والحياة العاطفية؛
- تأنيب من طرف المحيط القريب والعملي؛
- لهفة الأنترنت؛
- عدم القدرة على فك الربط بالأنترنت؛
- التيقن من كونه مرتبطاً بالإنترنت رغم قوله بالرغبة في تمضية وقت محدود؛

الزيارات المبالغة لمختلف عُلُب البريد الإلكتروني.

الدرس العشرون: أدوات تقييم اضطرابات الإدمان

من بين أهم المراحل في العلاج، يبرز دور تقييم الإدمان من حيث الحدة والأسباب والظروف والنتائج والعزيمة على الإقلاع وعلى انتظارات المريض بعد الإقلاع ويعتمد هذا التقييم على جمع المعلومات القيمة والمثبتة والموثوقة، وليس فقط على وصفها وسردها، وتتجلى أهدافه في ما يلي:

- هدف سريري:
- تعليمُ المشكل العلاجي وتحديد منهجيته؛
- تحسينُ التدبير العلاجي في الميدان المدروس؛
- هدف بحثي: بغاية الفهم الأفضل للمظاهر المتدخلة في الميدان المدروس؛
- هدف علاجي: تقييم تدابير العلاج في إطار قرارات سياسة الصحة

في جل الحالات، يجب على التقييم أن يجيب على المتطلبات المنهجية للحصول على إثبات علمي. ويجب على هذه المنهجية أن تكون محددة مسبقاً للإجابة على هدف التقييم المحدد.

في هذا الفصل، سنتطرق للتقييم فقط في إطار الهدف السريري. ففي العمل السريري، يتعلق الأمر بدراسة إحدى الظواهر، والوقاية منها، و\أو التوجيه نحو التدبير العلاجي الملائم. ويمكن أن يتعلق الأمر كذلك بتقييم تدبير علاجي لمعرفة الآثار وجلب التغييرات إن أمكن.

يمكن لعدد من المنهجيات أن تُستعمل للتقييم. ويجب على الأدلة المختارة للتقييم أن تكون جيدة من حيث الحساسية والنوعية. ففي علم الإدمان، يتم التقييم غالباً بالاستعانة باستبيان أو سلم. ونميز نوعين من أدوات التقييم:

1. التقييم الذاتي في شكل استبيانٍ يجيب فيه الشخص لوحده ودون تدخل شخص آخر؛
2. تقييم الغير في شكل سلم حيث يتم التحرير من طرف مقيم يسأل الشخص.

أ. أدوات التقييم النوعية لمادة أو سلوك

1. تقييم الغير:
- أدوات التشخيص

بالنسبة لكل مادة أو سلوك مثل اللعب المرضي أو اضطراب السلوك الغذائي، يمكن الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية في طبعته الرابعة والتصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة من تعريف أنماط الاستعمال من خلال أسئلة موحدة. وتكشف هذه الأسئلة عن معايير التشخيص الموضوعية اعتماداً على وصف سريري للاضطرابات. والمقابلة النفسية

العصبية الدولية المصغرة هي استبيان للغير تمكّن من وضع تشخيص لمعظم اضطرابات المحور الأول من الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية في طبيعته الرابعة وكذلك اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

- أدوات التحديد

يوجد استبيان وحيد للغير بالنسبة لتحديد الاستعمال الإشكالي لمادة. ويتعلق الأمر بـ "صيغة تقدير الاستهلاك عن طريق مقابلة" والذي يحدد الاستعمال الإشكالي للكحول، ويتضمن خمسة أسئلة. وهو أيضا ذو حساسية مثل اختبار تحديد اضطرابات استعمال الكحول لكنه أكثر نوعية، نظراً لإنجازه من طرف طبيب مختص وليس من طرف الشخص نفسه.

2. التقييم الذاتي

○ الكحول:

أ- اختبار ديتا (الخفض، المحيط، كثير، الكحول)

هذا الاستبيان الذاتي هو أداة للتحري تتضمن أربعة أسئلة بجواب ثنائي الاختيار: نعم/لا. وتُترجم الإجابة الإيجابية بالاحتياج لبحث سريري أكثر عمقا. ومن خلال جَوَابَيْنِ إيجابيين، يرتفع احتمال التعلق على الكحول.

ب- اختبار أوديت (اختبار تحديد اضطرابات استعمال الكحول)

طُوّر هذا الاستبيان الذاتي من طرف المنظمة العالمية للصحة. وهو الاستبيان الذاتي الأكثر حساسية ونوعية لتحري استخدام الكحول الإشكالي. ويُقيّم اختبار تحديد اضطرابات استعمال الكحول 12 شهرا الأخيرة من خلال عشرة بنود من 0 إلى 4. وتكشف هذه البنود عن تردد وكمية الكحول المستهلكة، وعن فقدان السيطرة عند استهلاك الكحول، وعن المشاكل الناشئة عن استهلاك الكحول. وبديل حرز أكبر أو يساوي 12 لدى الرجل و 11 لدى المرأة على احتمال قوي للتعلق بالكحول.

○ التّبغ

أ- اختبار فاجورشتروم

يعد هذا الاستبيان الذاتي الأكثر استخداما لتقييم استهلاك التبغ و تعليم الاستخدام الإشكالي للتبغ. ويتكون من ستة أسئلة في طبيعتها الطويلة، وسؤالين في طبيعتها القصيرة. ويتراوح الحرز المجل للطبعة الطويلة بين 0 و 10. ويقبس هذا الحرز احتمال التعود على التبغ.

بالنسبة لحرز بين 0 الى 2، يعتبر هذا الاحتمال جد ضعيف، ومن 3 إلى 4 ضعيفا، ومن 5 إلى 6 ، متوسطاً، ومن 7 إلى 10، جد قوي. ويستعمل هذا الاستبيان أحيانا بالخطأ كأداة لتشخيص التعود على التبغ.

ب- سلم التعود على السجارة

طُور هذا الاستبيان الذاتي من طرف كلية طب بجامعة جنيف، وهو مكون من عشرة أسئلة مرقمة من 0 إلى 5. ويقيس هذا الاستبيان احتمال التعود على التبغ. فإذا كان الحرز أقل من 25، يعني الاحتمال ضعيف، ومن 25 إلى 44، يعني الاحتمال متوسط، وفوق 44، يعني الاحتمال قوي.

○ القنب الهندي

أ- اختبار كاست (اختبار تحري إفراط القنب الهندي)

طُور "كاست" من طرف المرصد الفرنسي لإدمان المخدرات. ويتضمن ستة اقتراحات والتي يجب عنها الشخص بتقييم تردد الحوادث المقترحة. وتتعلق الأسئلة بحياة الشخص كلها. ويمكن هذا الاستبيان من تعليم الاستعمال الإشكالي للقنب الهندي. والإثبات السريري لهذه الأداة في طور الإنجاز، ويبقى استعماله مشكوكا فيه إن كان معدل الاستبيان 3.

ب- اختبار كوديت (اختبار تحديد اضطراب استعمال القنب الهندي)

استبيان ذاتي آخر يستعمل لتحديد سلوك استعمال مشكوك فيه للقنب الهندي. يتعلق الأمر بكوديت. يُقيّم هذا الاستبيان مدة ستة أشهر الأخيرة ويتضمن عشرة أسئلة.

ت- اختبار كرافت (السيارة، استرخاء، الوحدة، النسيان، الأصدقاء أو العائلة، اضطراب)

طُور للتحري عن الاستعمالات المشكوك فيها للمواد، خصوصا لدى المراهقين أو الشباب البالغين. ويتكون هذا الاستبيان من ستة أسئلة ذات جواب ثنائي نعم أو لا، ويتراوح الحرز الإجمالي بين 0 و 6. وهو أداة جيدة للتحري المبكر عن الاستعمال الضار للقنب الهندي والكحول. ويدل حرز أكبر أو يساوي 2 على خطر متوسط للاستعمال الضار ويدل حرز أكبر من 3 على خطر مرتفع للاستعمال الضار.

○ اللعب

الاستبيان الأكثر استعمالا لتقييم سلوك اللعب هو سوجيس (تحري مقامرة البلوط الجنوبي). وهو استبيان ذاتي من 16 سؤالا. وتعتمد هذه الأسئلة على معايير اللعب المرضي للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة.

ويدل حرز إجمالي أكبر أو يساوي 5 على أنه من المحتمل أن الشخص لاعب مرضي. ويذكر أن سوجيس موجه للأشخاص الذين يتوفرون على ممارسات ألعاب النقاد وأنه غير ملائم للأشخاص الذين يمارسون ألعاب الفيديو أو ألعاب الشبكات.

ب. مقاييس تقييم ميادين عديدة من حياة الشخص

يوجّه التقييم متعدد العوامل نحو تدبير علاجي ملائم قابلٍ لدعم فعاليته بتخفيض الانقطاعات، والانتكاسات، وتداخلات برامج العلاج، إنه أداة اعتيادية للتقييم، والمتلائمة مع الاستعمال العام في الممارسة السريرية. ويجب على هذه الأداة أن تأخذ بعين الاعتبار مجموع مكونات التعلق وأن تقدر خطورته بطريقة مضمونة ومثبتة. وهذا ما أسس انعكاس مكليان ومعاونيه أثناء الإعداد لمعيار شدة الإدمان، وهو أداة لتقييم سلوكيات استعمال المواد.

آليات أخرى لتقييم العوامل المتعددة:

1- مظاهر إدمان مودسلي

يتم الكشف عن عوامل استعمال المواد ونتائجها بطرق متعددة، مع أخذ 30 يوما الأخيرة كمدة مرجعية. ويكشف هذا الاستبيان عن أربعة ميادين: استهلاك المواد، والسلوكيات ذات الخطر الجنسي و\أو المرتبطة بأخذ مادة، والصحة الفيزيائية والنفسية، و الوظيفة الاجتماعية. ويتم تحريره في مدة 30 دقيقة.

2- جامعة تكساس كريستيان للمذخول الشامل

هو استبيان للغير يجمع عناصر سوسيو ديموغرافية، و معلومات حول العلاقات الاجتماعية، والوضعية القانونية، والحالة الصحية الجسدية، والنفسية، والسلوكيات الخطرة تجاه فقدان المناعة المكتسبة. ويُترجم تركيب المعلومات المجموعة من خلال هذا التحوار وحاجيات التدبير العلاجي للمريض. وتمتد مدة تحريره إلى 90 دقيقة. ولقد تم تطوير هذه الألية لتقييم المرضى المحتاجين لتدبير علاجي بالميثادون ولتنظيم العلاج كما تم تجاوزه بالنسبة لفئات مختلفة: المراهقين، والأشخاص المعتقلين، والنساء والأطفال.

ت. التقييم الخاص بالمراهقين والشباب

3- معيار شدة الإدمان الخاص بالمراهقين (ASI-Ado)

هو طبعة معدلة من معيار شدة الإدمان (ASI) خاصة بالمراهقين. ويتجلى الاختلاف بينهما في استبدال فرع العمل\المصادر بفرع المدرسة\الاهتمامات\الهوايات.

4- شبكة تحري الاستهلاك الإشكالي للكحول والمخدرات عند المراهقين (DEP-Ado)

5- مشكلة أداة توجيه التحري للصغار

هو استبيان ذاتي من 139 سؤالاً بأجوبة ثنائية: نعم/لا. ويُقيّم عشرة ميادين: استعمال المواد نفسية التأثير، والصحة الفيزيائية، والصحة النفسية، والعلاقات العائلية، والعلاقات مع الأقارب، والوضعية المدرسية، والتوجه المهني، والمهارات الاجتماعية، والهوايات، والسلوكيات العدائية/الجنيحة.

الدرس الواحد والعشرون: الإدمان والمراهقة

تشكل المراهقة فترة مميزة لتجربة استهلاك التبغ، والكحول، والمواد الممنوعة. وخلال هذه السنوات، يتبين أن هذه الاستهلاكات لدى المراهقين في ارتفاع ملحوظ في الدول الصناعية، وتبدأ في سن مبكرة. وتعتبر هذه العناصر مهمة للقياس، حيث أن المراهقين المستهلكين بانتظام لمواد نفسية التأثير معرضون لخطر كبير للإفراط والتعلق، ولكن كذلك لصعوبات في الولوج للوظيفة وللجريمة. ويظهر أن النتيجة في سن البلوغ مرتبطة جدا بسن بداية هذه الاستهلاكات. بتصريح الآباء أو ظهور أعراض خلال محادثة مع مختص، كتغيير في السلوك، أو اضطرابات الذاكرة والتركيز حديث الظهور، أو تغير المردود الدراسي، مما يفرض فتح حوار مع المراهق حول الاستهلاك المحتمل للمادة وعواقبه.

المعطيات الوبائية:

تبين المعطيات الوبائية لدى المراهقين انخفاض سن التجربة الأولى، وهو عامل مهم باعتبار أن هذا التّكبير يظهر الارتباط القوي بخطر التطور نحو التصرفات الإدمانية. ويعتبر الأصدقاء عاملاً مسرعاً لتنامي هذا السلوك، وغالباً ما تكون مناسبة للاستهلاك الأول. فإذا أصبح الاستعمال المنتظم للمواد نفسية التأثير هامشياً قبل 15 سنة، فيصبح سهلاً فيما بعد وخصوصاً بالنسبة للتبغ، والكحول، والقنب الهندي.

1. العوامل السريرية

أنماط الاستهلاك

نميز ثلاثة أنواع من الاستهلاك:

6- استهلاك الاختلاط الاجتماعي أو الموائس، ويكون دائماً بحضور مجموعة صغيرة من القراء، ولا يبرز مع الوحدة إطلاقاً، ويلاحظ غالباً خلال الحفلات والعطل أو في آخر الأسبوع. فهو التأثير الشمقي الذي يُبحث عنه. وهذا الاستهلاك الممتع أو الاستطلاع يكون تحت ضغط البحث عن أحساس نفسي أو جسدي شديد، وغير معتاد. وهناك تعزيز للإحساس بالذات وبالانتماء للمجموعة باستهلاك المادة المخدرة المشاركة.

7- الاستهلاك للعلاج الذاتي، وهو أكثر انتظاماً، ويكون فيه المستهلك غالباً وحيداً. فتأثير المادة المخدرة المضاد للقلق هو الإحساس بالمحوث عنه.

8- الاستهلاك الإدماني للمخدرات، ويكون بشكل يومي تقريباً، بانفراد أو ضمن مجموعات من أجل الوصول إلى "التخدير - الشق"، والارتياح من التوتر الداخلي ومن الصعوبات الظاهرة أو المستترة، في العلاقات الشخصية.

عوامل الخطر في استهلاك مادة بالإفراط خلال المراهقة

- العوامل المتوقعة شديدة الصلة:
- الجنس الذكري؛
- إفراط النشاط مع قصور في الانتباه؛
- اضطرابات التصرف؛
- سوابق عائلية؛
- عوامل الحماية؛
- السكن مع الأيوين؛
- مستوى تعليمي مرتفع؛
- الاعتراض على استهلاك المواد؛
- 2. تطور تجريب التعلق

يتم إدخال المراهقين المعرضين للسلوكيات الإدمانية في رسم تخطيطي اعتماداً على عوامل القابلية البيولوجية، والوراثية، والنفسية المرضية والبيئة من أجل اختبار الإدمان وتحديد نسبة التعرض لهذه المواد. ويلاحظ أن التعلق بهذه المواد أكثر سرعة عند المراهق من الشخص البالغ نظراً لتأثره بالسن، والجنس، والأصل العرقي واختيار المادة المخدرة.

تضمن الاستعمالات الأولى والتي غالباً ما تكون احتفالية، وأحياناً تحت ضغط القراء، أو حتى تحت نظر و"مراقبة" الآباء، تحقيق تجربة الاحساس بالأمان، والانتماء، والضمان، والارتياح من التوتر الداخلي والذي يؤدي إلى إعادة التجربة وإلى انتظام الاستهلاك.

3. علامات الاستهلاك الإشكالي

يصبح الاستهلاك إشكالياً عندما يحدث:

- عواقب فيزيائية: التعلق والإهمال وأعراض فيزيائية مختلفة.
- عواقب نفسية: تعلق نفسي، ومظاهر نفسية
- عواقب سلوكية: عنف، وجنح، ودعارة، وتعرض للخطر، الخ..
- عواقب اجتماعية: تشتت العائلة، والانعزال، والمردود المدرسي السيء، والمشاكل العدلية، الخ..

في مرحلة متقدمة، تتراكم النتائج السلبية للممارسة: مشاكل دراسية، وصراعات مع القراء، وعواقب عاطفية وفيزيائية، وتغيّر الأهلية والشخصية. كما أن الإنكار الكبير الذي يرتبط بالممارسة يُقصي كل معرفة بالرباط المتواجد بين الاستهلاك وعواقبه السلبية، وكذلك الشعور بفقدان السيطرة على الاستهلاك.

في غياب التدخل والتدبير العلاجي، تصبح النتائج السلبية أكثر ظهوراً، في حين يتداخل الشعور بالضيق الداخلي، وضعف تقدير النفس، وكذلك إعادة القهرية لسلوك الإدمان للهروب من هذه الأحاسيس.

4. عوامل نفسية مرضية

تشكل المراقبة نقطة لإرساء ممارسات الإدمان عند أغلب الشباب ونقطة لإعادة تكوين الجسد والعقل من خلال مجموعة من التمثيلات الداخلية والخارجية لدى المراهق والتي تختلف من مجتمع لآخر. وتضر هذه الإجراءات بالتوازن المتواجد منذ الطفولة وتُظهر خطوط الخلل وقابلية التكوين النفسي وكذلك السيروورات المبكرة للاستبطان. ولا توجد "بنية نفسية" خاصة بالمدمن، لكن هذا التنظيم المفرد -حيث يُستعمل الواقع الإدراكي والحركي في نهايات دفاعية- كاستثمار مضاد للواقع الداخلي المهترئ أو المهديد، وتشكل عامل خطر لتخليد الاستهلاك خلال التجارب الأولى.

○ الابتداء، والبحث عن الشعور

تُسجّل هذه التجارب الأولى غالباً، عند اللقاء مع الآخر والبحث عن الانتماء لمجموعة من المدمنين. ويدخل تطوير هوية خاصة ضمن توافق مع مجموعة القراء من خلال تبني رمز البستها، موسيقيتها وتجاربها الاستطلاعية المختلفة وسلوكياتها الخطرة أحياناً. فالتحكم العاطفي القليل، والمستوى المرتفع للبحث عن شعور خاص بالمراقبة يسهل التعرض للخطر، والمرور بالتجربة. وضعف التكوين النفسي الداخلي يُحوّل المرور من التجربة إلى التعلق ولا يسمح بدمج هذه الخبرات والخروج نحو أنماط أخرى من إعداد العلاقة مع الآخر.

○ الاستعمال للعلاج الذاتي

في بعض الأوضاع، يشكل البحث الدائم عن "الشق" آلية للتلاؤم مع حادث كئيب أو مقلق، ومعاناة نفسية أحياناً غير ظاهرة. ويحيط سلوك الإدمان بكل إمكانيات إعداد المعاناة الاكتئابية لكن، "يحافظ"، في نفس الوقت، بإبعاد كل شعور أو انفعال مزعج. وسيحدد تناول السموم، وتجربة مختلف المخدرات ثم اختيار واحدة منها، حسب الحالات العاطفية، خصوصاً، الناتج عن المادة وبتصحيح المادة للتجربة العاطفية السيئة والمعاشة من طرف المريض. يؤدي النظام الذاتي إلى إعادة القهرية للسلوك للانسحاب من الوعي المؤلم بدعم سلوك الإحساس بانعدام القدرة، وفقدان تقدير الذات نظراً لتأثيره على الحياة العائلية، والاجتماعية والعاطفية.

الوحدة الثالثة:

التدبير العلاجي

تتنوع العلاجات على حسب حدة الإدمان ونوعية المواد المخدرة، ومن العلاجات ما هو نفسي، أو دوائي أو اجتماعي تأهيلي.

الدرس الثاني والعشرون: العلاجات المعرفية والسلوكية

- طُوِّرت العلاجات المعرفية والسلوكية أولاً في الدول الأونجلو ساكسونية منذ نهاية خمسينيات القرن الماضي. وهي مطبقة حالياً في إطار محدد لتكوين المعالجين وأنماط الممارسات المعمول بها.
- تنتمي العلاجات المعرفية والسلوكية إلى الأنماط الرئيسية من التدخلات المستعملة في التعامل مع مدمني المخدرات.
- تمثل العلاجات المعرفية السلوكية تطبيقاً للمبادئ المنبثقة من علم النفس العلمي في الممارسة السريرية. وبنيت هذه العلاجات في وقت أول على نظريات التدريب: الاشراف الكلاسيكي، والاشراط الفعال، ونظرية التعلم الاجتماعي. وقد تم الأخذ بعين الاعتبار النظريات المعرفية للعمل النفسي كمرجع، خصوصاً صيغة معالجة المعلومة. وتحدث حالياً عن علاجات سلوكية ومعرفية، أو علاجات معرفية سلوكية.

يمثل عدد معين من مبادئ التعلم والنظريات المعرفية، أساس الممارسة العلاجية المعرفية السلوكية. فالاشراط الكلاسيكي والفعال هو إحدى الأسس النظرية للنظريات المعرفية السلوكية. ويمثل قوانين التعلم التي تميز مجموع الكائنات الحية. وبهذا المعنى، فهما شكلان للتعلم العادي والمُعْتَمَد. وفي ظروف معينة، فهما يدفعان إلى تعلم عاطفي أو سلوكي غير ملائم أو مرضي تهدف العلاجات المعرفية والسلوكية لعلاجه. ويمكن العمل بالعلاجات المعرفية والسلوكية على الإجابات السلوكية والعاطفية وكذا المعارف.

بُنيت العلاجات المعرفية على مفهوم المنهجية المعرفية. فحسب "هارون بيك"، يمكننا تعريف رسم معرفي كبنية معبر عنها بالتجربة على الجسم. وتخزن في الذاكرة على المدى الطويل، وتتميز وتعالج الرسوم المعرفية، المعلومة بكيفية غير واعية. ولاحظ المعرفيون أن المرضى، في أغلب الأوقات، لا يضعون منهج تفكيرهم قيد السؤال، ويتقبلونه كحقائق مطلقة محدّدة للحياة. وبفضل العلاج المعرفي، سيتمكنهم نقد هذه المناهج والوعي بسلوكياتهم العكسية التي تحدث في وضعيات معينة، للبحث عن بدائل أخرى ووضعها.

يصف علم النفس المعرفي العلاقات بين واع وغير واع بتمييز نوعين من البنيات المعرفية: البنية التلقائية والبنية المتحكّم فيها. فالبنية التلقائية غير واعية، وسريعة، وبدون جهد، ولا تتطلب أي الانتباه وهي صعبة التغيير. وتتمثل في المناهج، وتؤدي إلى الأفكار التلقائية التي تتعمق إلى مستوى قريب من الوعي. والبنية المعرفية المتحكّم فيها، واعية، وبطيئة، و تتطلب الجهد والانتباه وهي سهلة التغيير. وتتمثل في الفكر المنطقي، وتؤدي إلى اللامركزية بالنسبة للذات.

ستحاول العلاجات المعرفية تسهيل البنية المتحكم فيها للمدمنين بالمقارنة مع بنية العلاج التلقائي للمعلومة بمناهج مضطربة. ففي الغالب، يفكر المدمنون أنهم غير قادرين على تغيير السلوك و يقللون من قيمة أنفسهم. ويتمثل الهدف الأساسي من هذا العلاج كذلك في مرافقة الأشخاص لتغيير اعتقاداتهم الخاطئة. وبما أنهم يعتقدون، في العادة، أنهم غير قادرين على التحرك لوحدهم، ستكون لهم العادة لتطوير منهجيات للتعلم بالآخرين وتفاذي القرارات والتحديات المهمة. ولهذا السبب فمن المهم العمل على تطوير استقلاليتهم وأخذهم للقرارات. ويمكن للعلاجات المعرفية السلوكية أن تتمثل في شكل علاج فردي، وعلاج ضمن مجموعة.

يتم العلاج عبر مراحل متعددة:

- التحليل التعليلي: ماذا يريد المريض أن يغير؟ تعريف أهداف العلاج مع المعالج؛
- بناء علاقة علاجية تشاركية: يجب على التحالف العلاجي أن يكون جيدا لكي يعمل العلاج جيدا؛
- التحليل الوظيفي: تعريف السلوكيات المشكلة، وربط العلاقة بين السلوكيات والأحاسيس والأفكار؛
- شرح المشكل النفسي المرضي والتقنيات المعتمدة لضمان تغيير السلوكيات، والأحاسيس والأفكار؛
- تطوير قدرات العلاج والتدبير الذاتيين؛
- تقييم نتائج العلاج بالنسبة لمرجع أساسي مسجل قبلا؛
- برنامج للحفاظ والمتابعة لمدة سنة بعد نهاية المرحلة النشطة من العلاج؛

التحليل الوظيفي مرحلة أساسية، تدرس العلاقات بين السلوكيات المشكلة، والأفكار، والأحاسيس والمحيط الاجتماعي والفيزيائي، بشكل تتم فيه ملاءمة تطبيق المبادئ العامة المبنية على نظرية التدريب لكل مريض والنظريات المعرفية.

يمكن استعمال خانات التحليل الوظيفي من فهم عمل المريض إزاء سلوكياته المشكلة الحاضرة ووضعها وحفظها في الماضي، وكذلك إرشاد العملية العلاجية من خلال احتمالات مشتركة بين المريض والمعالج، فيما يخص عوامل النشوب وإبقاء الاضطراب.

ينبغي العلاج المعرفي السلوكي على علاقة علاجية حيث تكون مكوناتها غير نوعية: الحماس، و التعاطف، والمهنية، والثقة المتبادلة، و قبول المريض. وتساعد هذه المكونات على بناء تحالف علاجي إيجابي، وهي ضرورية لكنها غير كافية.

في العلاج المعرفي، تنبني العلاقة العلاجية على "هنا" و "هالبا"، وانتقاء المشاكل الملموسة لدى المريض لحلها والسلوك المعتمد على اختبار احتمالات علاجية محددة ومشتركة. وهذا النوع من العلاقة يسمى "علاقة التعاون التجريبي".

طُبِّقَت العديد من التقنيات المعرفية السلوكية المطورة واستعملت لدى البالغين و أيضا على المراهقين. وفي أفضل الأحوال، تمت ملاءمة هذه التقنيات للأخذ بعين الاعتبار خصوصيات التطور المرتبطة بالسن، وأحيانا نُشرت كتب نوعية مخصصة للمراهقين. وفي حالات أخرى، استعملت علاجات كما هي، أو تم تغييرها فقط بسرية مع المعالج.

خلاصة القول، تمثل العلاجات المعرفية السلوكية تطبيقا لعلم النفس العلمي التجريبي لحلّ المشاكل السريرية. فكلّ علاج، يأخذ مكانه ضمن عملية علاج ومن خلال علاقة علاجية، تملك خاصية كونها علاقة تعاون تجريبي. وكون العلاجات المعرفية السلوكية، ومنذ بداياتها وضعت علامة حول الإثبات العلمي للممارسات، فقد مكنت من تطوير ثقافة التقييم والبحث عن الدلائل والفعالية. وهذا ما يشرح العدد المهم من الأبحاث المراقبة في جل مجالات علم أمراض النفس والتي استمرت منذ سنوات 1960 إلى أيامنا هذه، حول فعالية وبنية العلاجات المعرفية والسلوكية.

الدرس الثالث والعشرون: المقابلة التحفيزية

1. تعريف

يعرف "ميلر" و"رولنيك" المقابلة التحفيزية بكونها نمط تواصل، توجيهي ومركز حول العميل، يُستعمل لرفع التحفيز الداخلي للتغيير، بالاستطلاع وحسم التناقضات.

بعيدا عن كونها مزيجا من التقنيات والمنهجيات، فاللقاء التحفيزي طريقة للتدخل الصامت. وتترجم بكونها سلسلة من التقنيات والمنهجيات، لكن جوهر وطبيعة التدخل، تتمثل أولا وقبل كل شيء في العلاقة بين المُساعد والعميل. فالمقابلة التحفيزية توجيهية بنوعية الانعكاسات، والملخصات، والدعم الموجه للعميل. ومن جهة أخرى، فهي غير توجيهية خلال البث في التناقض والقيم الأساسية للعميل.

تنقسم المقابلة التحفيزية إلى مرحلتين كبيرتين. وتهدف الأولى إلى إخراج نظرة شاملة حول الوضعية مع الأخذ بعين الاعتبار الدفع التدريجي للعميل نحو قرار التغيير للبث في وضعية صعبة. وتهدف المرحلة الثانية إلى تثبيت قرار التغيير والشروع في الأعمال للاستمرار. ويتراوح عدد المقابلات التحفيزية عامة بين لقاء واحد وستة لقاءات.

وكما يدل اسمها، تهدف المقابلة التحفيزية أولا إلى مساعدة الشخص على أخذ قرار وإيجاد تحفيزات لتغيير سلوك إشكالي. وبعيدا عن كونها مسؤولية العميل فقط أو صبغة ميزة له، أو حتى حالة فطرية نجلبها معنا للعلاج، ينتج عن المقابلة التحفيز كثرة التفاعل بين شخصين. ويؤثر المساعد إيجابا أو سلبا في تحفيز الأشخاص من خلال جودة منهجيات تدخله.

2. التحفيز

يقترح "ميلر" و"رولنيك" تعريفاً للتحفيز يختلف عن الشكل التقليدي. فهو عندهما ذلك "الاحتمال الذي يدخله الشخص، ويستمر ويرتبط بمنهجية نوعية للتغيير"

يُظهر هؤلاء الكتاب أن المعالجين بعيدون عن أن يكونوا متفرجين في سيرورة تغيير العميل. وبالعكس، يؤثر المعالجون في تحفيز العملاء. وتهدف المقابلة التحفيزية إلى إخراج التحفيز الداخلي للعملاء بطريقة دائمة وبمساعدهم على تحقيق وتسمية تحفيزهم.

الدرس الرابع والعشرون: المبادئ الأساسية للمقابلة التحفيزية

1. المبادئ الأساسية

لفهم المقابلة التحفيزية أكثر، سنعود أولاً لمبادئها النظرية الأساسية، وهي تُستقى أيضاً من مبادئ ونظريات موجودة مسبقاً كمفهوم التناقض، ومراحل التغيير لـ "بروشاسكا" و"ديكليمانت"، و"نظرية حماية التحفيز" لـ "رونالد" و"روجر"، وتوازن القرارات لـ "جانيس" و"مان" ونظرية التفاعل النفسي.

أ. الازدواجية

تعتبر المقابلة التحفيزية أن الأشخاص المساعدين يأتوننا غالباً في حالة ازدواجية وأن هذه الحالة جد عادية. هذه الحالة من الازدواجية غالباً ما تُعرّف بالخطأ، كنفى أو سوء إرادة. فالازدواجية ظاهرة متواترة وعادية، تمنعنا من الاختيارات الصعبة بطريقة مندفعة. ويمكن للأشخاص المساعدين أن يظهروا "واقعين" في صراع الاقتراب/ التجنب الذي يكون خصوصاً صعب الحل. إنهم موقوفون بفعل ازدواجيتهم. فدور المعالج إذن هو مساعدة الشخص على استبيان هذه الازدواجية بتمكينه من التعبير بحرية واستبيان تعقيدها من خلال الاستماع المتعاطف، والانعكاسات وإعادة التأطير المستهدف. ويحاول المعالج إيصاله إلى أخذ القرار أمام وضعيته، والخروج، والتدرج نحو المرحلة القادمة داخل عجلة التغيير.

ب. مراحل التغيير

تعمل المقابلة التحفيزية داخل نموذج التغيير "عبر النظرية" المقترح من طرف الدكاترة "جيمس بروشاسكا" و "كارلو ديكليمانت". ويقترح هذا النموذج أن الأشخاص المعانين من سلوك الإدمان يمرون عبر سلسلة من المراحل، مع العلم أن الأشخاص لا يمرون بهذه المراحل بطريقة متماثلة. بالإضافة لذلك، يمكن لنفس الشخص أن يجد نفسه في مراحل تغيير مختلفة، حسب السؤال المدروس. ويمكن للشخص أن يكون مستعداً لتغيير استهلاكه للكوكايين وغير قادر على مواجهة أي تغيير بخصوص استهلاكه للكحول.

المراحل:

- لا يُعتبر بأن للشخص في مرحلة ما قبل التأمل مشكل استهلاك. ويعبر باب مكتئب لأنه غالبا ما يكون مدفوعا من قوى خارجية. فعندما نفتح مشاكل استهلاكه، يكون أكثر استغرابا من كونه مصدوما. ويمكن لأشخاص آخرين أن يلاحظوا بعض المشاكل التي يعاني منها من هم في هذه المرحلة من استهلاك لكن المعني بالأمر لا يلاحظ أي شيء.
- المرحلة الثانية من التغيير، التأمل، وتتميز بحالة من الازدواجية. ويتذبذب التأمل بين التعبير اللفظي لهما ووداعي عدم القلق. فهذه الحالة من الازدواجية تترجم غالبا كمظهر لميزة شخصية مرضية.
- مرحلة القرار وهي نقطة نظرية، حيث يأخذ الشخص فعليا قرار تغيير سلوكه الإشكالي. ويمكن لأخذ القرار هذا أن يكون مؤقتا ويمكن للعميل أن يعود سريعا لمرحلة التأمل.
- تشكل مرحلة العمل اللحظات الأولى للتغيير الحقيقي للسلوك
- تدل مرحلة الحفظ على الفترة المولية للأوقات الأولى لوقف السلوك، حيث يحاول الشخص المقاومة، خلال أشهر عديدة، لمختلف محاولات العودة للسلوك المشكل. ويقول مدخنو السجائر إنهم توقفوا غالبا عن التدخين خلال بعض الوقت ووصلوا لنقطة حيث أصبحوا غير قادرين على الحفاظ على وقف الاستهلاك.
- توضح المرحلة القادمة (الانتكاسة) بالضبط، كيف يمكن للأشخاص العودة لسلوكياتهم القديمة. فحسب هذا النموذج، من العادي جدا أن ينتكس الشخص وأن يتكرر ذلك خمس إلى ست مرات قبل الخروج بصفة دائمة من دائرة التغيير. ولا يشكل هذا قلة إرادة أو مظهرا مرضيا للذات. فإذا انتكس، سيعود إما إلى مرحلة ما قبل التأمل أو التأمل.
- يوضح نموذج المراحل هذا كذلك كيف يجب على المعالجين استعمال منهجيات ملائمة لمرحلة التغيير التي يتواجد بها الشخص المساعد. فعندما يستعمل معالج منهجيات ملائمة لمرحلة العمل والمريض لا زال يتواجد بمرحلة ما قبل التأمل، تتمظهر حينها ظاهرة المقاومة لدى المريض لأن المعالج "يمضي بسرعة". وبعيدا عن أن تكون ظاهرة مرضية، يمكن للمقاومة أن تظهر كمقياس لحساسية تدخّل المعالج. وإذا قاوم عميل، فربما يستعمل المعالج منهجية غير ملائمة لمرحلة التغيير حيث يتواجد المريض.
- ت. نظرية تحفيز الحماية الذاتية
- من جهتها، توضح "نظرية تحفيز الحماية" لـ "رونالد" و "روجر" كيف يمكن لحدث أن يحفز تغييرا. وتساعدنا المكونات الثلاث التالية على فهم الطريقة التي يمكن أو لا يمكن بها تهديد صحتنا الفزيائية وتحفزنا على تغيير سلوكياتنا:

1- إدراكنا لمدى خيب الحدث المطروح،

2- "وهذا لا يقع إلا للآخرين"

3- أن يعاني من مرض مزمن وعضال.

ث. ميزان القرار

"جانيس" و"مان" هما أول من وصف نموذج أخذ القرار باستعمال صورة الميزان. وفي جانب من الميزان توزن العناصر المساهمة في الوضع الحالي وفي الآخر العناصر المعززة للتغيير. وفي كل جانب من الميزان، يتمتع كل عنصر من البديل بإيجابيات ودفع ثمن للحفاظ أو تغيير السلوك. ويعتبر إغراء اكتشاف أرباح التغيير كبيراً وخسائر البقاء على السلوك مشكلاً. ويزعم البعض، بالخطأ، أن مجرد الحديث عن إيجابيات إبقاء الاستهلاك يخل بسلوكٍ اعتُبرَ مشكلاً.

من النظرة الأولى، يمكن وجود جزء من الحقيقة في هذا القول الأخير، لكن هذا الرفض لاكتشاف مجمل الإشكالية يؤدي إلى نوع آخر من المشاكل. ويحاول العميل، مثل الجميع خلال حوار حول موضوع مهم، وبطريقة طبيعية وغير مرضية، أن يُظهر "الجانب الآخر من القلادة". وتُظهر هذه الظاهرة غالباً كمقاومة أو قلة تحفيز للحديث عن تغيير السلوك.

يعتبر ميزان القرار أداة مهمة ومفيدة لإعطاء صورة كاملة للأشخاص المساعدين حول الوضعية. ويجب أن يحصل هذا بشكل طبيعي، مثالياً بدون قلم ولا ورقة للحفاظ على مردود التبادل الحاصل. ويهدف الناصح إلى عكس أو تلخيص ما يقوله العميل من خلال طرح أسئلة تسهل الاستطلاع. ومن الأفضل ترك العميل يكتشف إزدواجيته بدلاً من أداء هذا العمل مكانه.

ج. نظرية المفاعلة النفسية

تشرح نظرية المفاعلة لـ "بريهم" (1981) كيف لشخص حريته الشخصية منخفضة أو مهددة، أن يطمح إلى استعادة مساحة للمناورة. ومن المفارقات أنه عندما تتعرض حرية الفعل والاستقلالية للتهديد، ترتفع الرغبة في السلوك غير المرغوب بالنسبة للعميل. وهذا ما نلاحظ عند استعمال استراتيجيات تدخل الصدامية: تأثير على المدى القريب على سلوك التعلق لكنه قليل الاستمرار على المدى البعيد.

ح. نظرية "بيم" للحماية الذاتية

وضع "بيم" فرضية تقول إن شخصاً يؤمن بما يقوله، حتى وإن لم يتوافق في البداية مع قيمه الأساسية، ببساطة لاستماعه لهذا القول. فبحسبه، يتعلم الفرد ما يؤمن به، من خلال الاستماع لنفسه. فإذا أخذ مقدم الرعاية جانب تغيير السلوك وشوّه الوضع الراهن، يأتي المُساعد، بطريقة طبيعية للتعبير عن الجانب الآخر من العملة. وقد يقتنع بوضعية لم يدافع عنها في بداية التدخل إذا استمر مقدم الرعاية في التصدي والإصرار.

خ. الرغبة في التغيير

هي طريقة أخرى لفهم التغيير ورؤية "الاستعداد" له على أنه مكون من ثلاثة عناصر. وقد عرض "رولنيك" هذا المفهوم ضمن المقاربة التحفيزية.

من الممكن جداً أن لا يغير فردان سلوكاً معيناً ولأسباب جد مختلفة، لكن إذا اختلفت الأسباب، فالنتيجة النهائية لا تتغير: إبقاء الوضع الراهن (le statu quo). وفي الواقع، يمكن لفرد أن يكون جاهزاً لتغيير سلوكه بالإضافة لكونه مستعداً لكنه لا يشعر بالقدرة على ذلك. وبالمثل، فقد يكون صديقه جد قادر لكنه غير راغب أو غير قادر على القيام بذلك. وهذه الثلاثية متكررة وعادية، وينظر لها غالباً كعلامة مرضية مرتبطة بشخصية مدمنة لكنها أيضاً جزء من عملية التغيير.

2. المبادئ التوجيهية للمقابلة التحفيزية

طريقة أخرى لتصوير جوهر المقابلة التحفيزية هو أن نذكر المبادئ التوجيهية على أساس العمل العلاجي مع عملائنا. ويحدد "رولنيك" و"ميلر" سبعة مبادئ. وحديثاً، صوّروا المقابلة التحفيزية كـ "تطور" لأعمال "كارل روجرز". فحسب "روجرز"، تم اعتبار التعاطف والنظرة الإيجابية غير المشروطة والانسجام كمعايير أساسية للتغيير. ويستند جوهر المقابلة التحفيزية حسب "ميلر" و"رولنيك" على التعاون مساعد-مساعد، والإيمان باستقلالية العميل والقدرة على خلق الاستحضار والتحفيز على التغيير عنده أو أيضاً، "خطاب التغيير".

- المبادئ التوجيهية السبعة للمقابلة التحفيزية هي:
- 1. يجب أن يأتي الدافع للتغيير من العميل ولا يتم فرضه من الخارج؛
- 2. ترجع تسمية وحل التناقض للشخص المساعد وليس للمساعد؛
- 3. ليس الاقتناع المباشر وسيلة فعالة لحل التناقض؛
- 4. أسلوب تقديم المشورة عموماً في المقابلة التحفيزية لِيُنْ ويدعوا للاستكشاف؛
- 5. المعالج يوجه اكتشاف وحل التناقض؛
- 6. التحفيز للتغيير ليس سمة شخصية للعميل لكنه حالة تتردد حسب جودة التفاعل الداخلي
- 7. العلاقة العلاجية أكثر تشاركية من علاقة خبير / عميل

3. أربع استراتيجيات عامة للتدخل

حدد "ميلر" و "رولنيك" أربع استراتيجيات عامة للتدخل. وتشكل هذه الاستراتيجيات الأربع الأساسية المعايير التي تساعدنا على فهم أفضل للمقابلة التحفيزية كنموذج للتدخل بدلا من أن تكون مزيجا من التقنيات.

أ. إظهار التعاطف

سبق و أوضحنا كيف يعتبر التعاطف ميزة أساسية لمقدمي الرعاية العاملين بالمقابلة التحفيزية. ويهيئ وجود التعاطف العميل على الانفتاح وعلى الكشف عن الذات، بتجاوز مخاوفه، وتطلعاته وقيمه العميقة التي تشكل في الواقع، المادة الأساسية التي يعتمد عليها المُساعد والمُساعد. ويتكلم "ميلر" و "رولنيك" في كتابهما أيضا عن "عقبات" الإنصات المتعاطف.

ب. تطوير التناقضات

من الممكن الرفع من عدم راحة العميل بطريقة حساسة في مواجهة حالته ليتقدم بسرعة وسط مراحل التغيير باستعمال تقييم موضوعي. وتعطي الخلافات الملاحظة والمعبر عنها من الشخص المُساعد بين حالته الحالية والحالة المرغوب فيها، في بعض المرات مكانا للقلق المفيد للتغيير. نتحدث إذن عن التقييم الجيد للانزعاج لتجنب شك العميل في إمكانية تغيير الحالة.

ت. تجنب التبريرات

بشكل عام، يتجنب الشخص المُساعد التواجد في نزاع مع الشخص المُعان. وتستطيع بعض تقنيات تقديم المشورة وضع الشخص المُساعد في مقابل التغيير. فليس من الضروري أن يكون قبول بطاقة مدمن الكحول، مثلا، شرطا للتغيير.

المقاومة عرضٌ وإنذار على أن الشخص المُساعد يستعمل استراتيجية لتقديم المشورة لا تتوافق مع مرحلة التغيير التي يتواجد بها الشخص المُساعد. وهي علامة على أن العلاقة علاج/ عميل في وضع تناقض. وإذا لم يتخذ المُساعد "واجباته"، مثلا، قد يفترضُ مُقدم الرعاية أن الشخص المدعوم كان في مرحلة العمل بينما هو لا يزال في مرحلة التأمل. وإذا كان مقدم الرعاية لا يتفق مع وجهة نظر الشخص المدعوم، فوجهة نظره ليس بالضرورة في حالة نفي. فالشخص المُساعد حليف وليس خصما. وإذا قاوم العميل بشدة اقتراحاتك أو تفسيراتك، لا تكثُر إعادة الملاحظات والآراء الخاصة بك، فقد تتغير بمرور الوقت.

ث. تغذية شعور الفعالية الذاتية

اقترح مفهوم الفعالية الشخصية من طرف "باندورا". وقد خصص جزءا من مساره المهني لتعريف مفهوم شعور الفعالية الشخصية. ونذكر ببساطة أنه من الجائز تحفيز الشخص المُساعد، وتهنئته، وكل ذلك، خلال طريق العلاج. فالفعل البسيط المتمثل

في الحضور لتقييم يمثل لبعض العملاء، وخصوصا من هم في مرحلة قبل التفكير، خطوة ضخمة. فالفكرة هي تعزيز هذا الشعور بالفعالية الشخصية التي تمكن الأشخاص المُعاونين من الايمان بأن مرحلة العلاج والأعمال التي تحيط بها، لها تأثير.

4. خاتمة

قلبت المقابلة التحفيزية بطريقة ملحوظة عمل المهنيين في مجال سلوكيات الإدمان. واستعمال هذه الأدوات عند المراهقين شاهد على اهتمام حقيقي بالتطبيق السريري وكذا بخلق تحالف علاجي. وقد استطعنا أيضا الاهتمام بنتائج تقنيات المقابلة التحفيزية في تطوير الاستهلاك عند مراهقين خلال مرحلة العلاج. فهي تقدم بشكلها المنظم إطارا علاجيا عمليا في حالات صعبة. ولكن، من المعلوم أنها لا تكفي لوحدها، لكنها تمثل أداة إضافية. ومن المهم حيازة معرفة قوية في مجال المراقبة وسلوكيات الإدمان لتمكين المعالج من متابعة هذا النوع من المرضى. وبفضل هذه المعارف، يستطيع المعالج التأقلم بسلاسة مع التقنيات العلاجية الأكثر ملاءمة للمراهقين. ولا تمثل المقابلات التحفيزية إلا جزءا من العلاج النفسي. وإذا استمر التدبير العلاجي سيصبح من الضرورة اعتماد مقاربات علاجية نفسية أخرى: المقاربة المنظوماتية العائلية والتحليلية النفسية أو المعرفية السلوكية.

الدرس الخامس والعشرون: التدبير العلاجي النفسي الاجتماعي

يتطلب الدعم الاجتماعي في علم الإدمان مقاربة شمولية ومحددة حسب كل حالة. فالعملية العلاجية صعبة في مجتمع لازال لديه حرج في إعطاء وضع المريض لشخص له صعوبات مع مادة معينة. وغالبا ما ينظر لهذه الصعوبات كانهزافات أو حالات خاصة أو حالات لا يتم الحكم على الشخص بموجبها، وهذا ما يزيد رغبة انسحابه من الحياة الاجتماعية. ويجب أن تحترم مُرافقة المريض مراحل محددة لضمان تلبية الاحتياجات الأساسية. فمن الضروري تحديد أهداف ممكنة التحقيق ومحددة يتم إنجازها قبل بدء الرعاية الطبية الحقة.

المهنيون المعنيون بهذا النوع من التدبير العلاجي هم المرافقون الاجتماعيون بالدرجة الأولى، وأيضا العديد من المختصين في تكوينات مختلفة. وتُمثل المساعدة الغذائية للمريض والسهل على تحقيق التوازن الغذائي أمراً هاماً. وتعتبر مساعدة المريض في مسكنه مشكلة خاصة جدا، حيث يتعرض بعض الأفراد لخطر الرفض من قبل جار مُعادٍ، والبعض الآخر للعزلة الشديدة. فيجب إذن على المختص الاجتماعي أن يكون مؤهلا لإعانة المريض فيما يخص حقوقه، سواء في حالات الانفصال الزوجي أو غير ذلك من المشاكل المعاشية.

يجب على المختص الاجتماعي في إطار المتابعة، معرفة وقت اقتراح الاستشفاء، الذي يمكن من المساعدة في إعادة التنظيم الاجتماعي، بشرط وجود رغبة حقيقية في التعاون مع جميع المتدخلين.

إن دور طبيب الشغل ضروري جدا في مجال الإدماج المهني، فغالبا ما يضطر إلى إجراء تدخلات موجزة وإعطاء الحد الأدنى من النصح لوقف استهلاك خطير، ويجب عليه أيضا، معرفة كيفية تحضير الشخص المتعلق بمادة لعملية علاجية. وعند تواجد المريض خارج المجال العملي، وجب على المختص الاجتماعي إدارة الوضع حسب الحالة. ويجب تقييم كل موارد المريض ومعرفة قدرته على إدارة ميزانيته وعدم التردد في توجيهه إلى الوصاية القانونية.

تقنيات التدخل

في معظم الوقت، يتألف التدخل من مقابلات فردية بدون أية تقنيات خاصة، ويمكن أيضا الاستناد إلى مقابلات جماعية واستخدام تقنيات تعتمد الرياضة وإدارة أوقات الفراغ والتنشيط الاجتماعي الثقافي، وقد تستعمل تقنيات الإرشاد النفسي كبعض الأشكال من العلاجات المعرفية السلوكية لتطوير المهارات الاجتماعية.

يجب على المقاربة الفردية تمكين الشخص من تجاوز الصعوبات الاجتماعية ومساعدته على خلق مشروع للعلاج. ويجب أن تُعزَز هذه المصاحبة باستثمار جيد في العلاجات حتى يتمكن المريض من استعادة الثقة في قدراته الخاصة. ففي بعض الحالات، لا بد من تدخل يستهدف محيط المريض، وخصوصا الأزواج والأولاد. وتتمثل مشاكل هذه المتابعات الفردية في الغالب في فقدان

الاتصال مع العديد من المرضى، في حين، تمكن المقاربة الجماعية، بدون شك، تخفيض هذا الخطر. وفي بعض الحالات يجب على المختص الاجتماعي إجراء زيارات منزلية للمريض.

حالات خاصة

تطرح مصاحبة الشباب بعض المشاكل، كاستهلاكهم للعديد من المنتجات التي تضم الكثير من المواد غير المشروعة. وبالنسبة للنساء، فعادة ما يكون الدعم العائلي المقدم لهن قليلا وهنّ بذلك أكثر شعورا بالسوء من الرجال ويتحدثن بصعوبة أكبر عن إشكالياتهن التي تكون موسومة غالبا بالإهانة. فمن واجب المصاحبة الاجتماعية إذن، تسهيل التعبير عن هذه الصعوبات. وبالنسبة لكبار السن، من الأفضل أن يكون عملهم مع المختصين منذ البداية لتجنب أي سوء أو رفض وأيضا تحديد الاضطرابات السلوكية المرتبطة بإدمانهم.

خلاصة القول، يجب على المختصين الاجتماعيين التمكن من بعض الصفات الضرورية لإجراء مرافقة اجتماعية جيدة للأشخاص المعانين من صعوبات مع الإدمان. ويجب أن تكون لديهم صفة استماع جيدة، وأن يأخذوا موقفاً يركز على عدم اتخاذ القرارات مكان الشخص المريض ولكن بالتعاون معه، وأن يكونوا مهنيين جيدين في إطار تكوينه الأولي، وكذا معرفة الاشتغال وفق شبكة عمل وأخيرا، يجب فعل الممكن لتجنب شعور المريض بأنه في وضع إعانة ويتحقق ذلك بجعله دائما الفاعل الأساسي في إعادة اندماجه وتمكينه من الحد الأدنى من عملية العلاج الشخصية.

الدرس السادس والعشرون: علاج الفطام

إزالة السموم: الحاجة لتدخلات ملائمة

1. تعاريف وتقديم إزالة السموم

حسب الجمعية الأمريكية للإدمان "في سياقٍ حيث نجد مستويات متعددة من الشدة في تدبير إزالة السموم، حيث لا يقوم هذا التدبير فقط على تخفيف المضاعفات النفسية لمتلازمة الفطام، لكنه أيضا عملية تهدف إلى قطع زخم الاستهلاك القهري عند الأشخاص المتعلقين بمادة. ونظرا لقوة الزخم والصعوبات الكامنة في التغلب على الإدمان، وحتى عند عدم وجود أي متلازمة واضحة للفطام، فهذه المرحلة من العلاج تتطلب كثافة أكثر من الخدمات في البدء للحرص على الالتزام بالعلاج وتحفيز دور المريض. وهذا ضروري للمسار الصحيح للعلاج بسبب استحالة إشراك المريض في العلاج عندما يكون داخل حلقة متكررة من "التسمم والفطام".

يسبب استهلاك أي نوع من المخدرات، تغيرات عصبية كيميائية على مستوى الجهاز العصبي المركزي تتداخل مع عالم العواطف. وتعوّضُ تأثيرات هذه المخدرات بتفعيل الحلقات المنتجة للتأثيرات العكسية.

خلال إزالة السموم ووقف الاستهلاك، تستمر آليات التعويض في العمل، لكن بطريقة مبالغٍ، وهذا ما يخلق أعراضاً عكسية عديدة لتلك المُحدّثة بالمخدر. فمثلا، يُحدث الكوكايين، وهو محفز، إزالة سمومٍ مصحوبة بحالة اكتئاب، في حين أن الكحول، وهو مهدئ، يخلق ردود فعل كالاستثارة والتهيج.

تستوجب إزالة السموم التي يعيشها كل الأشخاص المدمنين بدرجات متفاوتة عند وقفهم أو خفضهم للاستهلاك، تدخلات مناسبة. وفي بعض الأحيان من الصعب تمييز هذه المرحلة عن مرحلة إعادة التأهيل، لأن إزالة السموم تسبق، وتمثل جزءاً لا يتجزأ من العملية برمتها. وأحيانا تكون المرحلتان سهلتا التمييز، لكن في أغلب الوقت، يتم الخلط بينهما، لأن إزالة السموم تتركز في الأيام الأولى من وقف الاستهلاك، ويمكن أيضا أن يتم تمديدتها لوقت أطول حسب المنتج المستهلك وحالة الشخص. ففكرة الفطام المطول تبقى مثيرة للجدل، حيث يجد العديد من المتدخلين غالبا صعوبات في التمييز بين الأعراض المسببة بالفطام وتلك المسببة باضطراب عقلي كامن إن وجد. فمخاطر وأعراض الفطام المطول إذن ليست كذلك التي يمكن التنبؤ بها، والمتعلقة بالفطام الحاد مثلا. وقد يكون بعض الأشخاص عرضة لفطام مطول مما يزيد خطر الانتكاسة.

2. أهداف إزالة السموم

يتطلب علاج المرضى الذين يجربون الفطام من المواد المؤثرة عقليا، فهم التاريخ الطبيعي للاضطرابات المرتبطة بالمواد المستهلكة، وتقييم المشاكل الطبية النفسية والاجتماعية والمعرفية، واستعمالات وحدود مختلف التدخلات بما في ذلك العلاج الدوائي. ويجب التمييز بين كل العلاجات حسب الاحتياجات الخاصة للمرضى وتعديلها بشكل مناسب حسب الاستجابة للعلاج، لأن الفطام مختلف حسب القدرة البيولوجية لكل فرد. فالهدف الأول من إزالة السموم هو تمكين المريض من فطام آمن للمواد المؤثرة عقليا، وبالنسبة للأشخاص شديدي التعلق بالكحول؛ قد يسبب الوقف الفجائي وغير المُعالج هذيان الفطام، واختلاجات، وأعراض شديدة لفرط نشاط الجهاز العصبي وكذلك إمكانية التسبب في الوفاة. وتستطيع مخدرات أخرى مهدنة ومنومة إنتاج متلازمات فطام خطيرة على حياة المستهلك. ومن ناحية أخرى، قد يؤدي فطام المواد الأفيونية والمنشطات إلى انزعاج شديد، لكن عموما، لا يُعرّض الحياة للخطر، مع وجود خطر أكبر لدى المصابين بمشاكل صحية مثل: فيروس فقدان المناعة المكتسبة، ومرض السكري، وأمراض القلب، وما إلى ذلك.

وأخيرا، وجب العلم بأنه كلما تعرض شخص لفطام سيء العلاج أصبح جهازه العصبي مفرط الحساسية خلال الفطام اللاحق وبالتالي الرفع من أخطار المضاعفات الشديدة للفطام. وهناك إمكانية حدوث مضاعفات خطيرة بالنسبة لبعض المستهلكين في بداية مرحلة الفطام. ويعد دور التقييم الصحي البدني ضروريا لتحديد مستوى الرعاية وبالتالي تحديد العلاج الأنسب والأمن.

نذكر هدفا آخر لإزالة السموم وهو تمكين المريض من مرحلة فطام أقل صعوبة، تحمي كرامته. فالموظف المهتم والمؤهل، والبيئة المناسبة والداعمة، والحساسية للاختلافات الثقافية، والسرية واختيار الدواء المناسب، كلها عناصر مهمة للفطام المدروس الذي يقلل الألم والأعراض الأخرى غير المريحة. والهدف الأخير هو إعداد المريض لإعادة تأهيل على المدى الطويل بما أنه من المؤكد أن الفطام الذي أجري بشكل جيد يؤد الحافز الضروري لتجاوز هذه المرحلة. وللوصول لهذه الأهداف لدينا معايير تقييم، وهيكل تنظيمي لاتخاذ القرارات وبروتوكولات علاج أكثر دقة لكل فئة من المواد المؤثرة عقليا والأكثر إحداثاً لأخطار الفطام.

3. تعاريف أنواع المستعملين الذين يحتاجون إلى إزالة السموم:

تقترح الجمعية الأمريكية لطب الإدمان على المصالح المختصة في إزالة السموم، دليلا للتوجيه يُستعمل كثيرا. وتحدد الجرعة اللازمة بتصنيف الاحتياجات لأربعة أنواع:

- النوع الأول: وجود أعراض خفيفة تتطلب القليل أو قد لا تتطلب أي دعم أو مراقبة على المستوى العيادات الخارجية؛
- النوع الثاني: وجود أعراض خفيفة إلى متوسطة تتطلب إشرافا مكثفا على مستوى العيادات الخارجية؛

○ النوع الثالث: وجود أعراض متوسطة إلى صعبة تتطلب إشرافا على المستوى الاستشفائي لكن بغير الحاجة إلى الاستشفاء؛

○ النوع الرابع: وجود أعراض شديدة ومضاعفات طبية ونفسية تستوجب الاستشفاء.

4. تقييم إزالة السموم

يوجد غالبا التباس بين مفهومي إزالة السموم وعلاج التعلق، ويمكن لهذا الالتباس أن يؤثر على تقييم العميل والعلاجات المقدمة بعد ذلك. فإزالة السموم مرحلة تمهيدية لعلاج التعلق، يمكن أن تُسبق في بعض المرات بشكل من الأشكال العلاج، كما يمكن أن تنجز بغير أن تُتبع بعلاج التعلق.

تقييم علاج التعلق وتقييم إزالة السموم نشاطان منفصلان. فالأول يمكن من وضع الشخص في واحدة من أربعة مستويات للشدة في تدبير إزالة السموم. وهذا الفصل بين إزالة السموم وعلاج التعلق مهم فإذا كانت إزالة السموم متبوعة بعلاج التعلق، فإن هذا الأخير لا يقدّم تلقائيا بنفس مستوى الشدة ولا في نفس مكان إزالة السموم.

ويكون الاستشفاء ضروريا في الحالات التالية:

- التسمم الحاد و/أو احتمال فطام صعب أو عند فطام مواد مخدرة متعددة؛
 - الظروف والمضاعفات الطبية الحيوية المصاحبة؛
 - الظروف والمضاعفات العاطفية، والسلوكية أو المعرفية المصاحبة؛
 - إمكانية الانتكاسة، واستمرارية الاستهلاك أو استمرار المشكل؛
 - بيئة ومحيط سيئ للمريض.
5. مسار الخدمات حسب خطورة الفطام

رغم أن معظم الأشخاص ليسوا بحاجة لمرافقة طبية، يجب أن يكون التقييم صارما، فإزالة التسمم تتطلب خدمات مناسبة. فهذه مرحلة صعبة، تتميز بوجود الكثير من الثغرات وإمكانية العودة إلى الاستهلاك إن لم يتم دعم المرضى بشكل كاف. والتصنيف المطور يمكننا من تحديد تنظيم الخدمات المرغوبة لهؤلاء الأشخاص. ومع ذلك، فمن الواضح أن الخدمات النفسية الاجتماعية يجب أن ترافق هذه الخدمات الطبية، لأن غالبية الأشخاص يحتاجونها. ويمكن أن تقدّم هذه الخدمات النفسية الاجتماعية من خلال موارد تكميلية متعددة: مجموعة الدعم، ومنظمات مجتمعية، ومراكز إعادة التأهيل. وخلال فترة إزالة السموم، تعمل هذه الخدمات أساسا على: دعم القرار الشخصي، وتأخير حالات النوبات، وتطوير التحفيز للاستمرارية في إعادة التأهيل، وجرد الموارد المتوفرة وتعبئة الشبكة الفورية إن أمكن. ومن الضروري أيضا تأمين الشخص فيما يتعلق بما يعيشه، وتصحيح الظواهر المصاحبة لإزالة التسمم. وأخيرا، تلخيص المسار وفقا لدرجة الشدة المقدمة. فالمستهلكون من النوع الأول والثاني يتوجهون نحو

المصالح الطبية الاعتيادية للمجتمع أو المراكز المتخصصة، مع البقاء في وسطهم الطبيعي. وهذا يَفْتَرَضُ أن المتدخلين الصحيين للخط الأول تم تحسيسهم بشكل جيد باحتياجات المستهلكين وأنهم يعملون بالتكامل مع المتدخلين النفسيين الاجتماعيين لمختلف الموارد.

المستهلكون من النوع الثالث، في الحالة المثالية، يجدون أنفسهم في وسط استشفائي محمي. وأخيراً، فالمستهلكون من النوع الرابع يَجِبُ وضعهم تحت المراقبة أو استشفائهم في مركز صحي أو مركب استشفائي حسب الحالة. ولا يجب تحقيق هذه المرحلة الحاسمة التي تؤدي إلى تغيرات دائمة، أو على الأقل إلى وقف تدهور الشخص المدمن. ويجب علينا التقييم الجيد للأخطار المصاحبة والدعم المناسب لكل فرد.

الدرس السابع والعشرون: الوقاية من الانتكاسة

هي طريقة علاج هدفها منع أو تقليل الانتكاسات. حيث شرح "مارلات" و "ويتكيويتز": " أن الوقاية من الانتكاسة تجمع التدريب على المهارات السلوكية مع تدخلات معرفية تهدف للمنع أو الحد من ظهور حالات الانتكاسة".

كخطوة أولى، سيكون من الضروري تقييم العوامل المعرضة للخطر على المستوى الشخصي والبيئي، أو السياق العام كحالة خاصة. ولتحقيق هذا، يستخدم المهني النماذج المعرفية السلوكية. ويجب عليه السهر على تدريس الاستراتيجيات الفعالة للتأقلم، وتحسن شعور الفعالية الشخصية والتشجيع أو التعزيز عندما يصل الفرد إلى نتائج إيجابية.

وبطبيعة الحال، سيكون من المهم تعليم العميل إعادة هيكلة أفكاره السلبية المتعلقة بالخلافات، وعدم اعتبارها كـ "إخفاقات" أو كـ "أدلة على انعدام الإرادة".

عندما يبدأ شخص ما متابعة الوقاية من الانتكاسة، فمن الضروري إجراء تقييم عام للوضعية. وعادة ما يُنظَّم تقييم حول التحليل الوظيفي لاستعمال المواد، من طرف الشخص، والقائم على استكشاف سلوكيات الاستهلاك بحسب الظروف التي سبقتها والتي تليها. وبدل هذا على أن المهني له مهمة فهم ما يجعل الشخص يستهلك، ثم يعينه على ترتيب المشاكل حسب مستوى الأولويات لاستهداف أفضل للعلاجية المستقبلية.

كما يشير "كارول" و "روسون" إلى أن "علاقات الوقاية من الانتكاسة، في مجملها، هي من بين أندر العلاجات السلوكية التي أظهرت فاعليته في علاج الاضطرابات المرتبطة باستعمال المنشطات".

مجموعات الوقاية من الانتكاسة:

المقاربة المجتمعية، أو المجموعاتية، يمكن أن تستخدم من طرف المهنيين. و "هي تهدف أيضا إلى خفض أحاسيس العزلة، والخجل والذنب بتشجيع الدعم والمساعدة المتبادلة، وتبادل الخبرات داخل نفس الأسرة وبين الأسر". وبدل هذا على أن الأشخاص يجتمعون لتكوين خلية للكلام عن مشاكلهم، ومحاولة التعامل معها، أو ببساطة، للحصول على دعم متبادل. وبالتالي، يأملون في التبادل والحصول على العديد من النصائح والحلول لحالات إشكالية بفضل تجارب الأعضاء الحاضرين.

فبنهج مقارنة مجموعاتية، يتحقق سبيل وحيد هو الاستناد على مجموعة الأقران لمساعدة بعضهم البعض. فالهدف من هذه الخلية الوقائية من الانتكاسة هو توفير نوع من المنتديات التي يمكن فيها للأشخاص -في فترة العلاج من مشكل استهلاك مادة- الحصول على العون المناسب لتدبير الانتكاسات المحتملة.

والواقع أنها ستقوم بما يلي:

- أ. تمكين العملاء من التفاعل مع أشخاص آخرين حول مشاكل مشتركة؛
 - ب. توفير منصة مناقشة لعرض مفاهيم العلاج المعرفي والسلوكي ومهارات أخرى ذات صلة؛
 - ت. تشجيع مستوى معين من الدعم الذاتي يتمكن مختلف المشاركين من المساندة المتبادلة؛
 - ث. تجنب العزلة المعاشة عادة من الأشخاص الممتنعين حديثاً عن الاستهلاك، والمرتبطة بفقدان الأصحاب المدمنين؛
- تنظم هذه المجموعات خلال ثلاثة مراحل مثلما أوضح "كارول" و"راوسون". فأولاً، من الضروري تقييم الطريقة التي يتم بها استخدام المنتج، ثم يعين المهني المستعمل بعد ذلك على اكتساب بعض المهارات الأساسية للمستقبل، وأخيراً، سيقوم كلاهما بتنظيم المواعيد النهائية المستقبلية وكذلك المهام التي يتعين إنجازها في البيت.

الدرس الثامن والعشرون: العلاجات البديلة

هناك من بعض أنواع إدمان المواد المخدرة ما يتطلب علاجاً بديلاً لتلك المواد وعلى رأسها يأتي الأفيون والنيكوتين.

1- العلاجات المساعدة على استبدال المواد الأفيونية

منذ الستينيات، وبعد اكتشاف الباحثين الأمريكيين، "دول" و"نيسوانجر" أهمية الميثادون في علاج التعلق بالمواد الأفيونية، قامت عدد من الدول بإطلاق برامج من هذا النوع. وقد غير وباء الإيدز الوضع وتعين على السلطات والجهات المعنية التعبئة لتعزيز وضع سياسة الحد من الضرر بما في ذلك الترخيص التسويقي لدواءين بديلين للمواد الأفيونية: ميثادون وبوبرينورفين عالي الجرعة. وقد تم الترخيص للميثادون في المغرب سنة 2010.

1. غايات وأهداف العلاجات البديلة للمواد الأفيونية

يؤثر الميثادون والبوبرينورفين بتثبيتها على مستقبلات البيبتيدات الأفيونية الداخلية. فهذه الجزيئات المأخوذة عن طريق الفم أو أسفل اللسان، لها مدة عمل طويلة وليس لها تأثير ذروة. فهي تمنع وتزيل أعراض النقص دون أن يكون لها تأثير معزز. وهذه الخصائص جعلتها أدوات دوائية مناسبة لاستبدال المواد الأفيونية ذات "أثر التكسير" التي تكون عادة مدة تأثيرها قصيرة ولها آثار تعزيز كبيرة.

في البداية، كانت الأهداف العامة المخصصة للعلاجات البديلة هي:

- منع حدوث مشاكل صحية ناتجة عن استعمال المواد الأفيونية بالمساعدة على خفض استهلاك المخدرات الآتية من السوق غير المشروعة وبتشجيع أقل استخدام للحقن؛
- تشجيع دمج المستهلك في عملية علاجية وتسهيل المتابعة الطبية للأمراض المصاحبة للإدمان، النفسية منها و/أو الجسدية؛
- المساهمة في الإدماج الاجتماعي للمستهلكين.

عملياً، تسمح العلاجات البديلة الخاصة بالمواد الأفيونية للمرضى بخفض أو وقف استهلاكهم، وبالتالي تشجيع تغيير العادات السلوكية لاستهلاكهم وعاداتهم في الحياة. وهي أيضاً وسيلة للمريض المتعلق للالتقاء المنتظم بمهنيي الصحة وإقامة علاقة ثقة معهم، وهذا ما يمكن من خلق تدبير علاجي كلي وطويل المدى.

2. طرق تنفيذ ومتابعة العلاجات البديلة للمواد الأفيونية

الإجراءات التشخيصية السابقة

الاتصال الأول أساسي – تلقائياً- قد ينشئ أو لا، تحالفاً علاجياً وانفتاحاً على مساعدات وعلاجات أخرى. وهو أيضاً الوقت المناسب لتقييم التعلق والحالة الصحية:

- تحديد سلوكيات الإدمان الآنية والسالفة؛
- تقييم المشاكل الطبية والنفسية؛
- معرفة الظروف الاجتماعية الوظيفية، والعائلية، والتغطية الصحية...

بدء العلاج

- إعلام المريض

تقديم سهل ومضبوط للعلاجات البديلة للمواد الأفيونية ضروري لخلق عقد علاج حقيقي. والعلاج ليس ضرورياً عند البدء في أول زيارة طبية.

- بدء العلاج بالميثادون

يوصف الميثادون بشكل خاص في حالة التعلق الشديد، وصعوبات ترك الحقن، والأمراض النفسية المصاحبة وصعوبة تدبير العلاج. وموانع الاستعمال هي العمر (أقل من 15 سنة)، والتسمم الحاد والعجز التنفسي الخطير. وتؤسس جرعة الميثادون البدنية حسب التقييم الكمي لاستهلاك المواد الأفيونية وطريقة الاستعمال.

تتراوح الجرعة البدئية بين 20 و 40 ملج لليوم. ومراحل الرفع من الجرعة تكون بإضافة 5 إلى 10 ملج يوماً. ويكون استعمال الدواء يومي مرة واحدة صباحاً.

- بدء بوبرينورفين عالي الجرعة

موانع الاستعمال هي نفسها المتعلقة بالميثادون، لكن بإضافة القصور الكبدي الخطير. والجرعة البدئية هي 4 إلى 8 ملج لليوم، ثم نقوم برفعها بمعدل 1 إلى 2 ملج حتى الوصول للجرعة المثلى. وتناوله يكون يومياً بجرعة واحدة توضع أسفل الفم.

تكييف العلاج

المعايير الأساسية للفعالية بالنسبة للهروين هي اختفاء أعراض النقص واللهفة. وجرعة الاستقرار غالباً ما تحصل باعتماد خطوات، خلال 10 إلى 15 يوماً.

بالنسبة للميثادون، جرعة الاستقرار تتراوح بين 60 و100 ملج لليوم، لكن جرعات أكبر قد تكون ضرورية. وبالنسبة للبوبرينورفين عالي الجرعة، فهي تتراوح بين 8 و16 ملج لليوم. ويعكس التوازن غير المرضي مع 16 ملج، غالباً، سوء استعمال أو مرضاً نفسياً مصاحباً، وتُبررُ التحول إلى علاج بالميثادون. وقد تظهر بعض الآثار الجانبية مثل: الإمساك، ونوبات التعرق، وزيادة الوزن، وانخفاض الرغبة الجنسية.

تتبع المريض خلال فترة الاستقرار

تمكن الأسابيع الأولى من إقامة علاقة رعاية وتقييم وضع المريض، ووضع إطار علاج وتحقيق توازنه. فمن الضروري غالباً دعمه ومرافقته في طريقه وفي رعايته والقيام بتدبير علاجي متسق بين الفريق أو أفراد الشبكة مع متابعة نفسية واجتماعية. ويجب إعادة تقييم هذا التدبير العلاجي بشكل منتظم للبحث عن الجرعة المناسبة والانتباه لصعوبات الاستعمال أو إلى العودة للاستهلاك. فوجود صعوبات التدبير العلاجي توجب تغيير الاستراتيجية ك: زيارات طبية أكثر تواتراً، ومدد متقاربة لإعطاء الدواء للمريض، وتغيير الدواء البديل للمواد الأفيونية، وتحسين التنسيق مع المتدخلين النفسيين والاجتماعيين.

متى وكيف يتم وقف الدواء البديل للمواد الأفيونية ؟

الهدف الأساسي من العلاج البديل هو المحافظة على استعماله لفترة كافية وليس هو الوقف نفسه. ولا يأتي طلب وقف الدواء البديل للمواد الأفيونية، باستثناء ظروف استثنائية، إلا من المريض نفسه. فلا توجد مدة أمثل لوقفه. ويجب دعم المريض الذي لديه خطة وقف لعلاجه بتحديد الطرق الأكثر فعالية معه.

ويكون وقف الدواء بتدرج بطيء وفي ظروف نفسية واجتماعية مواتية. ولا يوجد أي بروتوكول محدد لذلك.

3. الحالات السريرية الخاصة

الأمراض الجسدية المصاحبة

تُوجب السُّمية الكبدية المحتملة للبوبرينورفين عالي الجرعة، الحذر من الأدوية ذات السمية الكبدية أو عند الإصابات الكبدية. ومن ناحية أخرى، لا توجد أي موانع للعلاج في حالة المرضى المصابين بالتهاب الكبد الوبائي نوع -س-. وقد لوحظت اضطرابات دقات القلب عند المرضى المعالجين بجرعات عالية من الميثادون.

الأمراض النفسية المصاحبة

غالبًا ما تكون الأمراض النفسية كثيرة المصاحبة لسلوكيات الإدمان. ويجب أن يستفيد كل شخص من تقييم نفسي خلال التدبير العلاجي للعلاج البديل للمواد الأفيونية واستمرارية علاجه خلال التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية الداغلة.

سوء استعمال الأدوية البديلة للمواد الأفيونية

سوء استخدام مختلف الأدوية البديلة للمواد الأفيونية يخلق مشاكل التدبير العلاجي:

- الحَقْن الوريدي والاستنشاق؛
- الاستخدام المصاحب والسيء للبينزوديازيبين أو الكحول أو مواد أخرى؛
- ارتفاع الجرعات، والاستعمال المجزأ خلال اليوم، والتداخل المُكرَّر مع إمكانية فرط الجرعة؛
- السوق السوداء والتهريب

تخفيض سوء استعمال هذا للأدوية البديلة للمواد الأفيونية يستند إلى:

- المريض، الذي يجب إعلامه شخصيا وعونه لتغيير سلوكه، ولجعله فاعلا في علاجه، وتحفيز نضجه؛
- الطبيب المعالج، الذي يجب عليه تكييف الدواء البديل للمواد الأفيونية، وتأمين وصفاته، وربط اتصالات مع الصيدالدة؛
- الصيدلي، الذي يجب أن يعمل عن كثب مع الطبيب ويحترم الإطار القانوني لتوزيع الأدوية البديلة للمواد الأفيونية؛

ويساهم في فهم أفضل لإساءة استخدام الأدوية البديلة للمواد الأفيونية، ويشجّع مشاركة المتدخلين من خلال شبكة تداول المعلومة.

فترة الحمل

وصف الأدوية البديلة للمواد الأفيونية مؤشر جيد للمرأة الحامل المتعلقة بهذه المواد. ويجب عليها الاندماج في التدبير العلاجي لما قبل الولادة وفي التدابير الطبية والنفسية والاجتماعية المرافقة. فالتدبير العلاجي الاجمالي يقلل بشكل كبير حدوث المضاعفات المحيطة بالولادة، وخصوصا الولادة السابقة لأوانها، وتشجيع علاقة قوية بين الوالدين والطفل. ومن ناحية أخرى، لا يمنع العلاج البديل للمواد الأفيونية من خطر معاناة فطام حديثي الولادة. ويعتبر المرور المنخفض للعلاجات البديلة للمواد الأفيونية في حليب الأم غير مانع للرضاعة.

السجن

إن نسبة مستعملي المخدرات غير المشرعة بين السجناء مرتفعة جدا. وتبقى استمرارية العلاجات وتسليم الأدوية البديلة للمواد الأفيونية في السجن، أولوية صحية. فهي الأداة الرئيسية للحد من خطر الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة والتهاب الكبد الوبائي نوع -ب- و-س-.

2- العلاجات المساعدة على استبدال التبغ

بدائل النيكوتين

الهدف من استبدال النيكوتين هو تقليص الأعراض السريرية للنقص بتوفير كمية كافية من النيكوتين للمريض الذي أوقف التبغ. ويمكن هذا الخفض الذي يطال شدة أعراض الفطام من الحصول على وقف أكثر راحة، وبالتالي أكثر دواما.

هناك طريقتان لامتناس بدائل النيكوتين:

- المسلك عبر الجلدي: عن طريق طوابع أو بقع نيكوتينية
- المسلك الفموي: عبارة عن علكة أو أقراص للمص أو أقراص توضع أسفل اللسان أو مستنشقة.

نصائح الاستعمال

أ. الطوابع

يوضع أول طابع في أقرب وقت ممكن بعد بداية وقف التبغ لتفادي آثار النقص. ويوضع الطابع النيكوتيني، في الأيام الموالية، صباحا لتعويض الطابع المسائي. ويتم تغيير موقع الوضع كل يوم. فيجب أن يكون الجلد سليما وناعما. ويجب ترك بعض الطوابع خلال الليل، وأخرى تنزع ليلا وقت النوم. ومن المهم النصح بعدم أخذ أي سيجارة، لكن ليس بطريقة دراماتيكية.

نظريا، ينقص تدريجيا تركيز البديل النيكوتيني. ويتم هذا النقصان عبر مراحل من 3 إلى 4 أسابيع لكل مرحلة، ولا تتجاوز مدة العلاج 6 أشهر. وعمليا، نقترح تخفيضا عندما تكون شدة وتردد الرغبة في حدها الأدنى.

لجعل تغيير المستويات أكثر أريحية، نقترح على المريض أخذ أو رفع جرعة البديل النيكوتيني عن طريق الفم. ونتيجة لذلك، فكمية ومدة الاستبدال النيكوتيني يمكن أن تكون أكبر بكثير.

هناك طوابع من فئة 7 ملغ و 14 ملغ و 21 ملغ، وغالبا ما نعطي الجرعة المرافقة لكل سيجارة، فمثلا 20 سيجارة في اليوم تستلزم طابعا من 21 ملغ.

ب. العلقة

ليتم تشغيلها، يجب أن يُمتص النيكوتين من خلال الغشاء المخاطي للفم. فالنيكوتين المبتلع مع اللعاب غير فعال. ويوصى بمص العلقة لمدة 5 إلى 10 دقائق قبل مضغها ببطء، تقريبا مرة كل دقيقة.

ت. الأقراص الممتصة

يتم مص قرص في كل مرة يحس فيها المريض بالحاجة للتدخين. ولا يجب أن يُبلع أو يُمضغ القرص.

ث. الأقراص الموضوعة أسفل اللسان

توضع الأقراص أسفل اللسان، حيث تذوب القرص ببطء. وخلال الأيام الأولى من العلاج، يظهر تهيج للفم أو الحلق. وفي جُلّ الحالات، يعتاد المرضى سريعا على هذه الآثار.

ج. المُسْتَنَشِقُ

يُمكن استعماله كل مرة تظهر فيها رغبة للتدخين. ونطلب من المريض الاستنشاق بلطف. وتتغير مدة استعمال الخرطوشة وفقا لتردد وشدة الاستنشاق...

يوفر المستنشق أيضا مساعدة سلوكية للمدخنين الذين يهتمون بالإيماءات.

الآثار الجانبية الأساسية

الآثار الجانبية الأساسية للبدايل النيكوتينية هي التالية:

- بالنسبة للطابع البيجلدي: التهاب الجلد واكزيمة التماس. ونحذر المريض أنه في الدقائق الأولى الموائية لوضع الطابع، يكون الإحساس بالوخز عاديا. وفي حالة رد فعل حَكِّي، نقترح استبدال مكان الوضع؛ وفي خطوة ثانية، نساعد بمرهم أو الستيرويدات القشرية الجلدية بكمية قليلة وفعالة. وفي الحالة العكسية، نصف مضادات الهيستامين. ونادرا ما نضطر لوقف البدائل النيكوتينية البيجلدية. وفي حالة الوقف، نستطيع استبداله بوصف النيكوتين الفموي.
- بالنسبة للعلكة، والاقراص الممتصة: الحروق البلعومية، والفواق، وحرقة المعدة. وتستطيع العلكة خلع ملغم الأسنان.
- بالنسبة للمستنشق: تهيج الحلق والسعال وحروق الفم.

فعالية وسلامة بدائل النيكوتين

قد ثبتت فعالية بدائل النيكوتين بغض النظر عن شكلها. ولم يلاحظ أي اختلاف في الفعالية حسب مدة العلاج، واختيار نوع الطابع الجلدي أو نمط وقف العلاج. ومن ناحية أخرى، أثبتت فعالية الجرعة الأعلى، خصوصا بالنسبة للمدخنين الأكثر تعوداً. وبالمثل، فالجمع بين بديلين نيكوتينيين يَبِّنُ فعالية أكبر من استعمال بديل واحد.

نسبة الربح-الخطر للعلاج بالبدائل النيكوتينية مواتية جداً، بما في ذلك المرضى الذين يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية. وبالإضافة لذلك لم يلاحظ لحد الساعة أثر ماسخ أو سام للجنين مُرتبطُ باستعمال البدائل النيكوتينية خلال فترة الحمل.

الدرس التاسع والعشرون: الأدوية المساعدة في الحفاظ على الإمتناع عن التبغ

البوبروبيون

هو دواء مضاد للاكتئاب مشتق من الفينيل أثيلامين الذي حافظ على خاصيته التحفيزية المركزية لهذه المادة. وهو أول دواء غير نيكوتيني استبدالي. وقد أظهرت التجارب العلاجية نتائج منسجمة: البوبروبيون أكثر فاعلية من الدواء الوهمي بخصوص إحداث امتناع عن التبغ.

يجب بدء الدواء أسبوعاً قبل التاريخ المتوقع للفطام ليكون وقف التبغ في حالة من التوازن الحركية الدوائية. ولا يمكن أن تتجاوز المدة الكلية للعلاج 9 أسابيع. ويباع هذا الدواء في المغرب باسم ويلبورتين 150 و300 ملغ.

الفارينكلين

ناهض جزئي وانتقائي للمستقبلات كولينية الفعل والنيكوتينية $\alpha 4\beta 2$. وتعتبر ألفتها لهذه المستقبلات أهم من تلك الخاصة بالنيكوتين. وبهذه الخاصية، يجب عليه تثبيط تأثير النيكوتين الخارجي. وبكونه ناهضاً جزئياً، فهو يحفز المُستقبل، لكن بدرجة أقل مقارنة بالناهض الفسيولوجي، الأسيتيل كولين أو الناهض غير الفسيولوجي، النيكوتين. فآلية عمله إذن ثنائية:

- التحفيز الجزئي للمستقبل يشرح التأثير "المقلد-النيكوتين"؛

- مناهض للمستقبل: يثبط تأثير النيكوتين الخارجي.

يجب بدء استعمال الفارينكلين أسبوعاً إلى أسبوعين قبل تاريخ الوقف المتوقع للحصول على حالة توازن حركية دوائية. ومدة العلاج الاعتيادية هي 3 أشهر. ويمكن إضافة فترة علاج أخرى من 3 أشهر.

الآثار الجانبية الأكثر تواتراً لل فارينكلين هي الغثيان أول العلاج، و"الأحلام غير العادية" أو الكوابيس.

لا تُستقبلُ الفارينكلين عادة، بل تحذف في البول على شكل لا متغير. وبهذا، ففي حالة القصور الكلوي الحاد، يجب خفض الجرعة للنصف.

تم تبين أن التدخين أو فطام التبغ يمكن أن يجتمع مع اضطرابات نفسية عصبية، وخصوصاً المزاج المكتئب، والأفكار والتحصير لمحاولات الانتحار. ولا تمكن المعطيات الحالية من معرفة ما إذا كانت الاضطرابات النفسية العصبية المقترحة ناتجة عن الفارينكلين أو التدخين أو الفطام.

نورتريتيلين

مستقلب نشط للأميتريتيلين. وتأثيره أعلى من الدواء الوهمي ويعتبر في الولايات المتحدة كعلاج في المرتبة الثانية للمساعدة على فطام التدخين بسبب تأثيراته الجانبية المشابهة لمضادات الاكتئاب ثلاثي الحلقات.

الدرس الثلاثون: الأدوية المساعدة في الحفاظ على الامتناع عن الكحول

قيمت الأبحاث الدوائية العديد من الجزيئات في قدرتها على تحسين الامتناع، وقد أظهرت اثنان فقط منها؛ "أكامبروسيت" و"النالتريكسون"، حتى اليوم، مستويات دلالية فعالة وكافية لتسويقها لأجل دواعي أقل طموحا من حذف الإدمان لكن أكثر تواضعا للمساعدة في الحفاظ على الامتناع.

أ. الأكامبروسيت

هذا المركب القريب من التورين يشارك في تخفيف الآليات النفسية العصبية، عن طريق الحد من فرط الحساسية العصبية المرتبطة بالاستهلاك المزمن للكحول والتي تستمر حتى بعد الفطام. ويؤثر على مستقبلات الغلوتامات من نوع $NMDA$ ، ويناهض أيضا قنوات الكالسيوم. وعلاوة على ذلك، تتوفر، بفضل دورها المناهض غابا، على إمكانية تغيير ومنع المسارات الكاتيكلامينية.

أثبتت الفعالية السريرية لهذه الجزيئة على نطاق واسع في العديد من التجارب متعددة المراكز، أساسا أوروبية، بالرفع الملحوظ من معدلات الامتناع بعد الفطام بنسبة تصل ل 40 حتى 60% من الحالات خلال 12 شهرا. ويرفع الأكامبروسيت أيضا بطريقة ملحوظة الوقت بين الفطام وأول كأس شراب.

يمكن بدء العلاج قبل الفطام أو في اليوم الأول منه، بحساب كمية مرتبطة بوزن الشخص. وتختلف جرعة الأكامبروسيت بحسب الوزن بين 4 و6 أقراص يوميا.

موانع هذا العلاج نادرة والآثار المزعجة له قليلة، وهو غير ضار نسبيا. وتتواجد هذه الآثار أساسا عند بدء العلاج، وتختفي خلال أيام ولا تتطلب إلا القليل من العلاجات التصحيحية. وتقريبا لا تتسبب إطلاقا في وقف الأكامبروسيت.

ب. النالتريكسون

مناهض خاص للمستقبلات الأفيونية، ويمنع حلقة المكافأة، ويتعارض بالتالي مع التعزيز الإيجابي الثانوي لتحرير المواد الأفيونية الذاتية الناتجة عن استهلاك الكحول. فكل شيء يمر كما لو كان فرط حساسية النشوة الناجمة عن الكحول محظورا. ويمكن هذا العلاج من تخفيف استهلاك الكحول عند الحيوانات المسماة "المفضلة للكحول".

أظهرت العديد من الدراسات العشوائية في مقابل أخرى وهمية، الهدف من هذا المنتج على مختلف المعايير المقترحة. فهذه النتائج الإيجابية إجمالا تم تأكيدها بالعديد من التحليلات. وآثارها الأساسية هي:

- تخفيض خطر الانتكاسة بعد الفطام؛
- التحسين الإجمالي لمعدل الامتناع ل 12 أسبوعا ب10% مقارنة بالدواء الوهمي.

يبدو أن النالتريكسون يعمل من خلال تخفيض الآثار الإيجابية للاستهلاك. وهذا ما يحدّ خطر العودة إلى الاستهلاك المفرط. ويجب تشجيع وصف هذا العلاج بعد الفطام، فهو بشكل عام ذو آثار محتملة. والآثار الجانبية الأكثر شيوعا هو الغثيان عند بدء العلاج، والمرتبطة بمستقلب غير نشط. ويشكل التهاب الكبد الحاد والاختلال الشديد لوظيفة الكبد موانع لوصفه.

وجود تفاعل دوائي مع المواد الأفيونية تُوجبُ البحث عن علاجات مسكنة رئيسية، وعلاجات استبدال المواد الأفيونية أو الاستهلاك المنتظم للمواد الأفيونية ومشتقاتها التي تُوجبُ حضر الوصف المصاحب للنالتريكسون. ويبدو، باعتبار التوصيات المحدودة، أن بعض سمات الشخصية المعادية للمجتمع، ووجود سوابق عائلية للتعلق بالكحول تعطي استجابة جيدة للنالتريكسون. والجمع بين النالتريكسون والأكومبروسيت بديل ممكن.

الجزئيات موضوع البحوث

ناهضات غابا

آليات عملها تقترب من عمل الأكامبروسيت، وقد حققت نتائج مشجعة.

ناهضات المستقبلات ب-ب- لغابا

تخفف تحرير الدوبامين على مستوى نواة أكومبوز، هذه الظاهرة مشاركة في نظام المكافأة. ولا يمكن فقط من خفض شدة الفطام، لكن أيضا يساهم في الحفاظ على الامتناع بتخفيف شدة اللهفة. والناهضان الأساسيان للمستقبلات غابا-ب- هما الباكلوفين وحمض غاما هيدروكسي بوتيريك.

أ. الباكلوفين

هو ناهض للمستقبلات غابا-ب-، يُخفّض استهلاك الكحول عند الحيوانات المفضلة للكحول.

ب. حمض غاما هيدروكسي بوتيريك

استعمله كعلاج لحذف مستمر للإدمان ، في حين أن العديد من المنشورات تشير لآثاره وتحولاته السلبية.

مضادات الصرع

أ. توبييرامات

رغم أن طريقة عمله تظهر معقدة، مثل جميع مضادات الصرع، فهو يساهم في منع تحرير الدوبامين في المخطط البطني. وهذا السيلفاميد، المطور مبدئياً كدواء مضاد للسكر، خُلِقَ له "تطوراً وظيفياً" كمضاد للصرع ومضاد للصداع النصفي، قبل أن يجربَ في مجال الإدمان.

التأثيرات الجانبية تتطلب ببساطة، حسب المؤلفين، تعديل الجرعة. وقد اقترحت جرعات متزايدة: تبدأ بـ 25 ملج/اليوم خلال الأسبوع الأول، حتى 300 ملج/اليوم في جرعتين انطلاقاً من الأسبوع الخامس.

ب. غابابنتين

طريقة عمله قريبة من التوبييرابات ويوصف أيضاً في علاج الصرع، وقد أظهر الغابابنتين نتائج متفوقة على الأدوية الوهمية من حيث أيام الامتناع وأيام استهلاك الكحول في الدراسات الحديثة.

استنتاج

أظهرت عدة جزيئات فوائد حقيقية من حيث تحسين معدلات الامتناع و/أو الانتكاسة، بعد فطام الكحول بالتكامل مع نهج العلاج النفسي. وهذه الأدوية التي "تحذف للإدمان" أو "المساعدة على خفض الامتناع" أو "مخفضات الشهية" متاحة للأطباء بالنسبة للمرضى الذين فطموا مؤخراً. وحالياً، هناك جزيئتان لهما الترخيص التسويقي لعلاج تعود الكحول، في حين أن العديد من الجزيئات الأخرى الواعدة لا تزال قيد الدراسة لهذا الداعي.

ملخص الأطروحة

إنّ معظم دول العالم المتقدم تجعل اللغة الوطنية هي لغة التعليم، لما لها من أثر كبير في الفهم والإدراك وسرعة استيعاب المتعلم، إذ تعتبر اللغة الأم لغةً تلقائية تُكسب المتلقي ثقة في التعبير والتحليل، وتمنحه جرأة عند النقاش والحوار دون استشارة المعاجم اللغوية.

ورغبة منا في النهوض بالعلوم الطبية في بلادنا إلى أعلى مستوياتها، وتسهيل تحصيل واستيعاب الطالب المغربي بتوحيد عقله ووجدانه في لغته الأم، خصوصاً وأن جميع مراحل التعليم الابتدائي والاعدادي والثانوي تتم باللغة العربية.

تقدم هذه الأطروحة ترجمة لعلم الإدمان لتوفر مرجعاً للطالب والطبيب، يساهم في تحقيق التواصل الإيجابي ونشر الوعي الصحي.

ويكتسي تخصص علم الإدمان أهمية كبرى بالنظر لتفاقم انتشار ظاهرة استهلاك المخدرات، وذلك ما عبرت عنه إحصائيات وزارة الصحة سنة 2006 حيث أعلنت عن نسبة انتشار للاستهلاك يتراوح بين 2% و3% من الساكنة العامة. لذا يكون من الأهمية بمكان إعطاء أولوية للتكوين والتدريب في هاته المادة العلمية بشكل مبسط وميسر للطلبة والأطباء الداخليين والمقيمين وبعد ذلك أطباء المستعجلات وأطباء الصحة العمومية.

وقد اتبعنا منهجية التبسيط ما أمكن اعتماداً على المصطلحات شائعة الاستعمال والمدرجة في المعاجم الطبية الموحدة، وقواميس الشبكة العربية للأطباء النفسيين العرب، من أجل تيسير عملية الفهم وتوحيد المصطلحات الطبية، وتكييفها مع واقع البيئة المغربية.

إنّ هذا العمل يتيح فهماً أكثر وأعمق لهذه المادة العلمية، خاصة وأن تجليات علم الإدمان لم تعد مقتصرة على بلد أو ثقافة معينة بل هو إشكال عالمي يهدد مستقبل الأمة الكامن في شبابها.

Résumé

La plupart des pays développés font de la langue nationale la langue officielle et principale de l'enseignement. En effet, il n'y a aucun doute que la langue maternelle a un impact significatif sur la perception et la compréhension de l'apprenant tout en renforçant sa confiance en son analyse et son expression. Par conséquent, ses discussions et sa communication deviennent plus aisées sans être contraint à consulter encyclopédies ou autres dictionnaires.

Notre objectif, dans ce travail, est de contribuer au développement des sciences médicales dans notre pays en facilitant, essentiellement, l'assimilation des connaissances de l'étudiant marocain par l'emploi de sa langue maternelle. Ce qui lui permettra d'uniformiser ses sentiments et sa façon de penser. Il s'agit d'une question d'une importance primordiale d'autant plus que l'enseignement primaire et secondaire au Maroc est disposé en arabe. Dans ce contexte, cette thèse propose une traduction de la science des addictions, pour fournir une référence à l'étudiant et au médecin, contribuant à une communication positive et une sensibilisation à la santé.

La science des addictions est d'une grande importance compte tenu de la prévalence croissante de la consommation de drogues, selon les statistiques du ministère de santé en 2006, là où il a annoncé une prévalence de consommation comprise entre 2 et 3% de la population générale. Ce qui rend important de donner la priorité à la formation de cette science de façon simplifiée pour les étudiants et les médecins internes et résidents et aussi pour les médecins d'urgences et de la santé publique.

Nous avons, ainsi, procédé à la simplification de la terminologie commune figurant dans les dictionnaires médicaux standards, et dans le Lexique du Réseau Arabe de Psychiatrie. Cette démarche facilitera la compréhension et l'unification de la terminologie médicale, et, par conséquent, permettra une adaptation de cette terminologie à la réalité de l'environnement marocain.

Ce travail permettra une compréhension plus profonde et plus large dans ce domaine médical, étant donné que la manifestation de la maladie mentale, en particulier, varie d'une culture à l'autre. Ce qui rend l'interprétation des symptômes cliniques complètement différentes entre les pays qui ont connu un développement des sciences psychiatrique d'une part et les pays arabes d'autre part.

ABSTRACT

First of all , the national language is the language of education in most developed countries cause it has a great impact in the understanding of students , in other words the mother tongue language gives to the receiver that self confidence which helps in a better expression and good debates with no need to return to dictionaries .

In the aim to promote medical science in our country and facilitate their achievement and the absorption by the Moroccans students throw unifying their mind with their mother tongue language, besides that all education stages (primary , secondary , high school) Arabic is the language of teaching , this thesis gives a translation to addiction to provide a reference to students and doctors which helps in achieving positive communication and health awareness .

However , specially addiction science has a huge importance even in the aggravation of prevalence of drug consumption and this is has showing statistics of the ministry of health in 2006 ,where between 2% to 3% were found to be drug consumers . these results spotlight on the need of providing simple and clear formation and training for medical doctors: interns , residency doctors and the emergency doctors about these subject .

In order to simplify and unify the used medical terminology , I have include in my thesis communally used word that are presents in medical dictionaries and that of the Arabic network of psychologist .

This thesis gives the reader a precious scientific material that permits him a deep and better understanding of addiction science , especially that it is no longer limited to a country or a culture and become a world wild phenomena which put young people's future at risk .

معجم الأطروحة

المصطلح العربي	المصطلح الفرنسي
اثر ماسخ	Effet tératogène
اختبار (خفض، محيط، كثير، كحول)	DETA (diminuer, entourage, trop, alcool)
اختبار تحديد اضطراب استعمال الكحول	Alcohol use disorders identification test (AUDIT)
اختبار تحديد اضطراب استعمال القنب الهندي	Cannabis use disorder identification test (CUDIT)
اختبار تحري إفراط القنب الهندي	Cannabis abuse screening test (CAST)
اختبار (استرخاء، الوحدة، النسيان، الاصدقاء او العائلة، اضطراب السيارة)	CRAFFT (car, relax, alone, forgotten, friends or family, trouble)
أدرينرجي	Adrénérquique
إدمان الأنترنت	Addiction à Internet
إدمان الرياضة	Addiction au sport
إدمان العمل	Addiction au travail
إدمان المخدرات	Toxicomanie
إدمان سلوكي	Addiction comportementale
إدمان مقهى الأنترنت	Cyberaddiction
ارتعاش	Tremblement
أرق	Insomnie
إزالة التثبيط	Désinhibition
إزدواجية	Ambivalence
أساطير عائلية	Mythes familiaux
استبدال	Substitution
استبيان ذاتي	Auto-questionnaire
استخدام خطير	Usage à risque
استخدام ضار	Usage nocif
استشراب	Chromatographie
استشراب مناعاتي	Immunochromatographique
استعمال بسيط	Usage simple
استهلاك الاختلاط الاجتماعي	Consommation conviviale
اضطراب السلوكيات الغذائية	Troubles des conduites alimentaires
اضطراب المزاج	Trouble thymique
اضطراب النوم	Trouble du sommeil
اضطراب الهلع	Trouble panique
اضطراب ثنائي القطب	Trouble bipolaire

Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	اضطراب قلق ما بعد الصدمة
Trouble neuropsychiatrique	اضطراب نفسي عصبي
Réintoxication	إعادة التسمم
Accoutumance	اعتياد
Opium	أفيون
Dépression	اكتئاب
Ecstasy	اكستاسي
Euphorie	إنتشاء
Rechute	إنتكاسة
Rerersion	إنحراف
Impulsivité	إندفاع
Dysphorie	انزعاج
Malaise intérieur	انزعاج داخلي
Agitation	انفعال
Négligence	إهمال
Ephédrine	إيفدرين
Baclofène	باكوفين
Substitut érotique	بديل للإثارة الجنسية
Substitut nicotinique	بديل نيكوتيني
Patches nicotiniques	بقع نيكوتينية
Jouissance	بهجة
BENZODIAZEPINES	بينزوديازيبين
Contemplation	تأمل
Ralentissement psychomoteur	تباطؤ نفسي حركي
Dépersonnalisation	تبديد الشخصية
Déréalisation	تبديد الواقع
Tabac	تبغ
Somatisation	تجسيد
Dépistage	تجري
Psychanalytique	تحليل نفسي
Tolérance	تحمل
Tabagisme passif	تدخين سلبي
Intoxication aiguë	تسمم حاد
Achats compulsifs	تسوق قهري

Enchevêtrement	تشابك
Pharmaco-dépendance	تعلق دوائي
Dépendance psychologique	تعلق نفسي
Apprentissage social	تعلم اجتماعي
Autodépréciation	تعيب الذات
Obnubilation	تغيم الوعي
Estime de soi	تقدير الذات
Counseling	تقديم المشورة
Auto-évaluation	تقييم ذاتي
Impulsion	تلقائية
Tension	توتر
Logorrhée	ثرثرة أو الهدر
Bipolaire	ثنائي القطب
Overdose	جرعة مفرطة
Délinquance	جنوح
Onirisme	حالة إلامية
Etat confuso-onirique	حالة اختلاطية حلمية
Etat de régression	حالة التراجع
Etat transitionnel	حالة انتقالية
Etats-limites	حالة حدية
Etat maniaque	حالة هوسية
Démence	خرف
Dysesthésie	خلل في الحسية
Placebo	دواء وهمي
Pulsion sadique	دوافع السادية
Dopamine	دوبامين
Psychose	ذهان
Psychose cannabique	ذهان القنب الهندي
Résine	راتين
Désir	رغبة
Phobie	رهاب
Phobie sociale	رهاب اجتماعي
Agoraphobie	رهاب الميادين
Tachypsychie	سرعة التفكير

Cigarette dépendance scale (CDS)	سلم التعلق بالسيجارة
Conduite addictive	سلوك ادماني
Mésusage	سوء استعمال
Désintrication pulsionnelle	سوء التشابك الاندفاعي
Sérotonine	سيروتونين
Libido	شبق
Pseudoéphédrine	شبيه الإيفدرين
Personnalité antisociale	شخصية مضادة للمجتمع
Auto-érotique	شهوانية ذاتية
Céphalée	صداع
Monoparentale	عائل واحد
Seuil épileptogène	عتبة إحداث الصرع
Hétéro-agressives	عدوان تجاه الغير
Névrose narcissique	عصاب نرجسي
Névrose hystérique	عصاب هستيري
Cure de désintoxication	علاج إزالة السموم
Traitement alternatif	علاج بديل
Automédication	علاج ذاتي
Thérapie familiale	علاج عائلي
Thérapies comportementales et cognitives (TCC)	علاجات سلوكية ومعرفية
Tabacologie	علم التدخين
Processus d'individuation	عمليات التمييز
Illicite	غير شرعي
Surdose	فرط الجرعة
Schizophrénie	فصام
Dépersonnalisation	فقدان الشخصية
Idée de grandeur	فكرة التعالي
Vulnérabilité	قابلية
Briseur de soucis	قاطع الهموم
Précontemplation	قبل التأمل
Goudron	قطران
Anxiété	قلق
Endocannabinoïde	كانابويدات داخلية
Cannabinol	كانابينول

Angoisse persécutive	كرب اضطهادي
Cocaïne	كوكايين
Logorrhée	لسن أو ثثرة
Jeu pathologique	لعب مرضي
Craving	لهفة
Culpabilité	لوم
Alcaloïde	مادة قلوانية
Substance psychoactive	مادة نفسية النشاط
Concept de différenciation de soi	مبدأ تمييز الذات
Syndrome de sevrage	متلازمة الفطام
Syndrome d'apnée du sommeil	متلازمة انقطاع النفس خلال النوم
Syndrome amotivationnel	متلازمة فقدان التحفيز
Psychostimulant	محفز نفسي
Drogue	مخدر
Fumeur	مدخن
Stade du miroir brisé	مرحلة المرأة المنكسرة
Encéphalopathie pseudo-pellagreuse	مرض الدماغ بلاغرة كاذبة
Encéphalopathie de Gayet-Wernicke	مرض الدماغ غاييت ويرنيك
Comorbidité	مرض مصاحب
Humeur dépressive	مزاج مكتئب
Récepteur opioïde	مستقبل أفيوني
Récepteur cannabinoïde	مستقبل القنب الهندي
Récepteurs GABA-ergiques	مستقبلات غابا
POSIT (problem oriented screening instrument for teenagers)	مشكلة أداة توجيه التحري للصغار
Antidépresseur	مضاد الاكتئاب
Neuroleptique	مضاد الذهان
Souffrance	معاناة
Addiction severity index (ASI)	مقياس شدة الإدمان
Notion de contrainte par corps	مفهوم القيد البدني
Entretien motivationnel	مقابلة تحفيزية
Approche empirique	مقاربة تجريبية
Approche cognitive	مقاربة معرفية
Approche systémique	مقاربة منظوماتية

Antagoniste	مناهض
Hypnotique	منوم
Sédatif	مهدئ
Stupéfiant	مهلوس
OPIACES	المواد الأفيونية
METHANPHETAMINE	ميثامفيتامين
Méthadone	ميثادون
Balance décisionnelle	ميزان القرار
Neurotransmetteur	ناقل عصبي
Naltrexone	نالتروكسون
Naloxone	نالوكسون
Agonistes	ناهض
Narcissique	نرجسي
Amnésie antérograde	نساوة
Système de récompense et de punition	نظام المكافأة و العقاب
Boulimie	نهام أو شره
Noradrénaline	نور أدرينالين
Nicotine	نيكوتين
Relation de collaboration empirique	هلاقة التعاون التجريبي
Hallucination	هلوسة
Manie pharmaco-toxique	هوس
Manie artificielle	هوس اصطناعي
Hypomaniaque	الهوس الخفيف
Morphinomanie	هوس المورفين
Héroïne	الهيروين
Existence fusionnelle	وجود منصهر
Bouffée délirante aigue	ومضات هذيان حادة

المراجع الفرنسية

1. Reynaud M, Traité d'Addictologie, Médecine Sciences Publications 2006
2. Lejoyeux M, Abrèges addictologie, Elsevier Masson 2013
3. Reynaud M Benyamina A, Addiction au Cannabis, Médecine Sciences Publications 2009
4. Brust John C.M Larrea L.G, Aspects Neurologique de l'Addiction, Elsevier Masson 2007
5. Petiot S Kotzki N Perney P, Handicap Moteur et Addiction a l'Alcool, Elsevier Masson 2009
6. Jean A Lejoyeux M, Alcoolisme et Psychiatrie Données Actuelles et Perspectives, Elsevier Masson 2003
7. Catteeuw M Fernandez L, Cliniques des addictions, Armand Colin 2002
8. Combe C, Comprendre et Soigner la Boulimie, Dunod 2014
9. Morel A Couteron J-P, Les Conduites Addictives- Comprendre, Prévenir, Soigner, Dunod 2008
10. Nahas G, Toxicomanie, pharmacodépendance, Elsevier Masson 1997
11. Lamrche J, L'Accueil du Toxicomane a L'Officine, Elsevier Masson 2002
12. Aucremanne J-L Brohée J-P Collinet R, Drogues et Substitution : Traitements et Prise en Charge du Sujet, De Boeck 2006
13. Marlatt A.G Donovan D.M, Prévention de la Rechute : Stratégies de Maintien en Thérapie des Conduites Addictives, Médecine et Hygiène 2008
14. Bouvard M Walliser B Granger B, La Psychiatrie d'Aujourd'hui : du Diagnostic au Traitement, Editions Odile Jacob 2003
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013

المراجع العربية

1. المعجم الطبي الموحد : www.emre.who.int/unified=medical=dictionary.html
2. قاموس علم النفس، د. حامد عبد السلام زهران
3. موقع باسم البنك السعودي الألي: www.basm.kacst.edu.sa
4. أطروحة تعريب الأساسي من علم الأعراض في الطب النفسي للدكتورة لطيفة يحيى رقم 16/090
5. أطروحة تعريب الأساسي من وحدة الطب النفسي للدكتور مصطفى اكن رقم 14/015