المخدرات والإدمانات الأخرى

ماهي؟ وما أسباب تعاطيها؟ وما مضاعفاتها؟

د. إيهاب الخراط

الطبعة الثانية

المخدرات والإدمانات الأخـــــرى
ما هي وما أسباب تعاطيها
وما مضاعفاتها؟
الجـزء الأول للدليـــــــــل التدريبـــي
للتعامل مع السلوكيات الإدمانية

تحرير: د. إيهاب الخراط

عرفـــان وتقديـــر

تشكلت المادة العلمية في هذا الدليل من قبل مجموعة من الأطباء والخبراء الأكاديميين والميدانيين المتخصصين ببرنامج الحرية من الإدمان والإيدز وأصدقائه وشركائه. ونذكر بالعرفان كلًّا من:

د. جين لاكور: عميدة معهد نت لدراسات الإدمان، أورلاندو، فلوريدا، دكتوراة في علوم المشورة.

د. تيري ويب: رئيسة معهد هدف (جول)، برنستون، الولايات المتحدة الأمريكية، دكتوراة في دراسات الإدمان.

د. نانيس ناجي: إخصائي الطب نفسي، ماجستير علم النفس من جامعة كولومبيا نيويورك، نائب المدير العام ومدير قطاع التدريب ببرنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

د. إميل أسعد: دكتوراة في وقاية الشباب من السلوكيات الخطرة، مدير شريك قطاع التدريب، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

دافيد باريتنجتون: الأمين العام المؤسس للتجمع العالمي للتعامل مع التعاطي والإدمان.ISAAC

د. دارف سميث: استشاري طب الإدمان- عضو مجلس إدارة الجمعية الأمريكية لطب الإدمان ASAM.

أ. نجوى سامي: ماجستير المشورة العملية، مدير شريك بقطاع التدريب، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

د. رضوى أسامة: دكتوراة علم النفس الإيجابي، جامعة القاهرة، مساعد مدير قطاع التدريب، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

د. طارق نصار: استشاري الطب النفسي وعلاج الإدمان.

أ. كمال جرجس: دبلوم الإرشاد النفسي وعلم النفس جامعة طنطا، محاضر بقطاع التدريب برنامج الحرية.

أ. حمدي عبد الفتاح: دبلوم في الإرشاد النفسي، نائب مدير قطاع العلاج بالإسكندرية ، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز

تمهيد
مبررات إعداد الدليل وكيفية الاستفادة منه

ماذا نعني بالدليل؟

الدليل هو مرجع علمي وعملي مبسط يجمع ما بين النظريات العلمية الدقيقة، في ما يخص قضية الإدمان والتعاطي، والمداخل العملية التي ثَبُتت فاعليتها في التعامل مع مشكلات الإدمان والتعاطي. يمكن أن يستفيد من هذا الدليل المتخصصون وغير المتخصصين لأنه يتناول حقائق علمية عميقة بطريقة عملية مبسطة.

والدليل الذي بين أيديكم هو نسخة معدلة ومنقحة ومزيدة من المذكرات التي تلقى التدريب عليها أجيال من الطلاب بينهم الأطباء والمدمنون المتعافون والقادة الدينيون والإخصائيون الاجتماعيون والمعلمون والمدربون الرياضيون وأعضاء أسر المدمنين وغيرهم. ونحن نعتز أن كثيرًا من الأفراد من هذه المجموعات كلها قد عبروا لنا عن امتنانهم لما استفادوه من المادة التي نحاول تقديمها هنا بصورة جديدة مزيدة ومنقحة مضيفين إليها آخر تحديث علمي.

لماذا الدليل؟

إن الهدف الخاص من وضع هذا الدليل هو أن يكون دليلًا تدريبيًّا مصممًا خصيصًا لمن يدرسون ويتدربون سعيًا للحصول على شهادة معتمدة تؤهلهم للعمل في مجال تقديم المشورة للمدمنين أو سعيًا لأن يكونوا مرشدي تعافٍ أو مهنيي إدمان. إلا أننا نأمل أيضًا أن كل من يسعى لتقديم العون والمساعدة لمن يصارعون مع السلوكيات الإدمانية بكل أنواعها سيجدون استفادة ما ويكتسبون قدرًا من المهارة والفهم لطبيعة السلوكيات الإدمانية والسبل الفعّالة في التعامل مع هذه السلوكيات.

فالدليل لا يحمل بين طياته نظريات علمية مُثْبتة فقط، بل أيضًا خبرات عملية امتدت عبر عشرات السنين، وأدت لنتائج فعلية في تغيير السلوكيات الإدمانية.

الأهداف التدريبية المحددة:

التعرف على مسببات التعاطي والإدمان والمواد المخدرة وتأثيراتها.

التعرف على المداخل العلاجية وأساليب التعامل المختلفة مع السلوكيات الإدمانية.

اكتساب المعلومات والمهارات الأساسية في مجال التعامل مع الإدمان.

اكتساب مهارات المقابلات الدافعية.

التعرف على المجموعات المختلفة في مجال الإدمان.

تقديم أدوات عملية وفعالة في التعامل مع السلوكيات الإدمانية للعاملين بالمجال.

التعرف على الوظائف الاثنتي عشرة الأساسية للمشير في مجال الإدمان.

اكتساب مهارات الاكتشاف والاحتواء المبكر لحالات الإدمان.

إذَا الإطار النظري للدليل يعرف القارئ على:

أنواع المخدرات وتأثيراتها.

مسببات التعاطي والإدمان.

التعريفات العالمية للإدمان والتعاطي.

التشخيص المزدوج والاستخدام الدوائي.

أخلاقيات المهنة والمعايير العالمية.

المضاعفات الطبية (الإيدز - الكبدي الوبائي).

بينما تمده الاستراتيجيات العملية بمداخل التعامل مع السلوكيات الإدمانية:

تيسير الاثنتي عشرة خطوة.

المقابلات الدافعية.

المدخل المعرفي السلوكي.

المجموعات.

مداخل الأسرة.

المجتمعات العلاجية.

مقدمة أساسية
خلفيات علمية وطبية
مداخل للمشورة
التعامل مع السلوكيات في ضوء الوقاية
أخلاقيات المهنة
التعريفات والأسباب
المواد المخدرة
السلوكيات الإدمانية
التشخيص المزدوج
خلفية دوائية
المضاعفات الطبية (الإيدز والكبدي الوبائي)
تيسير الاثنتي عشرة خطوة
المقابلات الدافعية
المعرفي السلوكي
العلاج الجمعي
المجتمعات العلاجية
الاعتمادية المتواطئة
مداخل الأسرة
مقدمة الوقاية الفعالة
مقدمة الاسترداد
مقدمة وأساسيات
تطبيقات عامة
تطبيقات خاصة
فعالية العلاج والوقاية

المقدمة
برنامج الحرية وقطاع التدريب وهذا الدليل

رؤيتنا منذ أن بدأ برنامج الحرية في عام 1989 تنصبُّ على المدمنين وتقديم فرصة لهم للتغيير الجذري لنمط حياتهم وهي تتلخص في:

أن يحصل المدمنون وعائلاتهم في مصر والبلاد العربية والعالم على فرصة كاملة لحياة أفضل.

أن يُقاد النشء الأكثر عرضة للإدمان بقوة دافعية داخلية، تمكنهم من التعافي قبل التورط الكامل في الدائرة الإدمانية/ في حالة التعاطي، وتمكنهم من الاختيار الواعي بعدم اللجوء للمخدرات للتعامل مع ظروفهم الحياتية المختلفة.

ألَّا تكون الممارسات غير الآمنة بوابة مفتوحة على مصراعيها ليضرب الإيدز بلادنا من خلالها.

ونحن نرى أن الإدمان مرض يضرب في جذور النفس والروح الإنسانية. فهو يدمرها نفسيًّا وروحيًّا وليس جسديًّا واجتماعيًّا فقط. لذلك، تتبنى مجتمعاتنا العلاجية جميع الفلسفات التي تمكنها من التصدي لهذا الوباء الخطير. فتعتمد على برنامج الاثنتي عشرة خطوة، كما تستخدم المداخل المعرفية والسلوكية المختلفة. المجتمعات العلاجية عمومًا تعرف عجز الفرد أمام الإدمان وتدرك قوة الجماعة فشعارها: معًا نستطيع.

سعت الحرية لتحقيق هذه الأهداف خلال الأعوام الماضية بتأسيس عدة مراكز لإعادة تأهيل المدمنين موزعة على عدة محافظات مصرية. وقد وصل عدد الأسِرّة التي تستوعب المدمنين سواء في علاج أعراض الانسحاب أو في مراكز التأهيل الاجتماعي حول الـ 1050 سرير في اوائل 2019، بدأت الحرية بخمسة أسِرَّة فقط.

كما قامت الحرية من خلال قطاع التدريب، الذي بدأ العمل في عام 2000، بعمل عدة شراكات دولية لبدء واعتماد الشهادة الدولية للتعامل مع السلوكيات الإدمانية. وقمنا بتقديمها للمتدربين المصريين وغير المصريين من الدول العربية والإفريقية والآسيوية وحتى العديد من الطلبة من أمريكا وأوروبا وأستراليا. وقد أسهم برنامج الحرية من خلال مراكز إعادة التأهيل وقطاع التدريب في قفزة حقيقية وملموسة في أعداد المتعافين من المخدرات داخل مصر. كما سعينا لعمل شراكات مع عدة بلدان عربية لإحداث هذه الطفرة عينها التي حدثت في مصر تجاه قضية الإدمان في هذه البلدان الشقيقة.

يتناول الدليل أربعة أبواب رئيسة في جزأين. حيث يتناول الجزء الأول الخلفيات العلمية، والتي تشمل طبيعة ومسببات الإدمان، مع أنواع المواد المخدرة، والسلوكيات الإدمانية الأخرى. كما يتناول المضاعفات الطبية والتشخيص المزدوج.

بينما يخصص الجزء الثاني للمداخل المختلفة للتعامل مع السلوكيات الإدمانية. حيث يقدم مداخل مختلفة ومتنوعة لتقديم المشورة والتغيير السلوكي. فنقدم برنامج تيسير الاثنتي عشرة خطوة كمنهج ينظر بنظرة معينة للإدمان باعتباره *مرضًا أوليًّا* وله استراتيجياته ومبادئه في التعامل معه. كذلك المقابلات الدافعية والتي تعد واحدة من أنجح طرق تغيير السلوك الإدماني وهي تعمل على

زيادة دافعية الشخص للتغيير. بالإضافة إلى المدخل المعرفي السلوكي، والذي يتعامل مع الأفكار والمشاعر والمعتقدات والأنماط الفكرية الخاطئة والتي بدورها تحبس

المدمن داخل دائرته الإدمانية. كما يتناول الباب الثاني أيضًا المجموعات كمدخل مشوري وعلاجي هام. مع

تقديم بعض أمراض ومشاكل العائلة وأدوار الأسرة، وتقديم طرق التعامل معها. وإيمانًا بمبدأ * الوقاية خيرٌ من العلاج*، يقدّم عرض مفصل عن كيفية عمل وقاية فعالة للنشء الأكثر عرضة للتورط في السلوكيات الخطرة. وأخيرًا وليس آخرًا، تم الحرص على وضع وتوضيح إطار الأخلاقيات المهنية، الذي فيه تتم تقديم المساعدة بطريقة أخلاقية تجعل من فائدة العميل أولوية جنبًا إلى جنب مع تجنب أي ضرر يمكن أن يقع عليه والسعي إلى العدل والمساوة وتوكيد استقلالية العميل وضمان الولاء له. مع عرض بعض التطبيقات العملية المعاصرة في الواقع المعاش، وإلحاق نص الميثاق الأخلاقي للعاملين بعلم النفس.

هذا الدليل هو نتاج عمل فريق التدريب ببرنامج الحرية لسنوات طويلة في جمع وتقديم وتطوير المادة العلمية التي نقوم بتقديمها ويقدمها معنا أساتذتنا وزملاؤنا مثل د. جين لاكور ود. دارف سميث ود تيري ويب ودافيد يارتينجتون واد وماريتزا كوري ضمن عملنا في المدرسة الدولية للتعامل مع السلوكيات الإدمانية. الذي قدمناه بالإنجليزية في أكثر من 7 دورات بداية من عام 2000 واشترك فيها طلبة من أكثر من أربعين دولة ثم بالعربية بداية من عام 2002 في عشرات الدورات لآلاف من الطلبة المصريين والعرب.

ونحن إذ نقدم هذا الدليل بعد إعادة تنظيمه وتحديث محتواه لطلبتنا وشركائنا وأصدقائنا في مصر والوطن العربي نأمل من الله -عزّ وجل- أن يُستخدم لإعداد مشيرين للإدمان مؤهَّلين ومدرَّبين للتعامل بحرفية مع كل من يصارعون مع السلوكيات الإدمانية وحتى نرى في بلداننا طفرة هائلة في أعداد المتعافين من الإدمانات المختلفة وأعدادًا أكبر من الشباب يمتنعون عن التورط في التعاطي والإدمان.

الجزء الأول
خلفية علمية أساسية
الفصل الأول
التعريفات

نناقش في الفصل الأول من هذا الباب التعريفات المختلفة لكلمات الاستخدام والتعاطي وسوء الاستخدام والاعتمادية والإدمان. وننطرق للجدل العلمي القائم حول اللفظ «إدمان» واستبداله لفترة باللفظ «اعتمادية» ثم عودة ظهوره ثانية في الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس DSM-5.

وليس الهدف مجرد المعرفة النظرية لكن عرض ما وراء هذا الجدل العلمي من توجهات عملية وتحيزات في الممارسة والتفكير. لعل الدارس يتمكن من التساؤل العقلي المنظم والبناء في هذه المفاهيم بما قد يؤثر في نظرته وطريقة تعامله مع الذين يتعامل معهم ممن يصارعون مع تعاطي المخدرات والسلوكيات الإدمانية.

المواد المُغيرة للحالة المزاجية تبدأ من الكافيين في الشاي والقهوة، والكحول في النبيذ والبيرة، والنيكوتين في السجائر والشيشة، ولا تنتهي بالأفيونات في الهيروين والأمفيتامين في الماكس. وكثيرًا ما يخلط الناس بين استخدام use المواد المُغيرة للحالة المزاجية مرة واحدة أو عدة مرات دون أضرار تُذكر، وبين سوء استخدام هذه المواد بما يؤدي إلى ما يسميه العلم حاليًا اضطرابات. فمثلًا الكافيين في القهوة والشاي ومشروبات الكولا يُغير الحالة المزاجية وهو قانوني وشرعي وغير مُحرم دينيًّا. مع ذلك، فإن الإفراط في هذا الاستخدام هو شكل من أشكال سوء الاستخدام abuse or misuse ومُصنف بوضوح كأحد أشكال الاضطرابات المتصلة بسوء استخدام المواد المُغيرة للحالة المزاجية. وقد يصف الطبيب مُهدئًا نفسيًّا مثل الفاليوم لبعض المرضى كمرضى القلب أو القلق، أو مسكنًا قويًّا للألم كالترامادول لمريض كُسِرت ذراعه، أو المورفين لمريض بالذبحة الصدرية. وهذا استخدام مشروع وغير مؤذٍ، بينما الإفراط في استخدام هذه الوصفات الطبية أو استخدام هذه الأدوية دون وصفة طبية هو من دون شك مؤذٍ صحيًّا أو خطر، ويندرج تحت تصنيف سوء الاستخدام.

التعاطي لفظ له دلالات قانونية أساسًا، ويُستخدم غالبًا لوصف استخدام المواد المحظور حيازتها واستخدامها. لكن كثيرًا ما يجري استخدامه لوصف أي سوء استخدام. وهو منتشر إعلاميًّا وكثيرًا ما يتم خلط المصطلحات في التقارير الإعلامية.

الاعتمادية لفظ تم تفضيله في الدوائر العلمية لعقود من الزمن، ويصف حالة اعتماد الشخص في تحقيق توازنه النفسي والجسدي على استخدام مادة ما (كحول، أو مخدرات، أو مهلوسات، أو أي مادة أخرى مُغيرة للحالة المزاجية)، ثم الاستمرار في هذا الاعتماد بالرغم من الأضرار، وفقدان السيطرة على الاستخدام، والانشغال الزائد بهذا الاستخدام. وسقط هذا التفضيل عام 2003 واختفى تعبير الاعتمادية تمامًا من الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5، وعاد تعبير *السلوكيات الإدمانية* للظهور في هذا الدليل وكنا قد توقعنا هذا منذ عدة سنوات. ونتوقع نفس التغيير في الإصدارات الجديدة من التقسيم الدولي للأمراض

ICD التي تصدر عن منظمة الصحة العالمية.

ومن الجدير بالملاحظة في هذا السياق، إصرار الجمعية الدولية لطب الإدمان International Society of Addiction Medicine والجمعية الأمريكية لطب الإدمان American Society of Addiction Medicine على استخدام تعبير *إدمان*، ومقاومتهما لتعبير *اعتمادية* طوال فترة غلبة هذا التعبير. ولعلنا نبدأ بتعريف الإدمان من منظور هاتين الجمعيتين ونواصل استكشاف الجدل العلمي من محطة الانطلاق هذه.

ما هو الإدمان؟

هناك عدد من التعريفات مطروحة وفاعلة على الساحة العلمية والعملية، منها: تعريف الجمعية الدولية لطب الإدمان (ISAM)، والجمعية الأمريكية لطب الإدمان (ASAM). ويمكن تلخيص تعريف هاتين الجمعيتين في ما يلي:

مرض أولي مزمن يتصف بما يلي:

استخدام المواد المُغيرة للحالة المزاجية بالرغم من الأضرار البدنية أو النفسية أو الاجتماعية.

الانشغال الزائد باستخدام هذه المواد أو محاولة الحصول عليها، أو حتى محاولة الإقلاع عن استخدامها.

فقدان السيطرة على هذا الاستخدام كما يظهر في كثرة الانتكاس، أو زيادة الجرعة عن المخطط له، أو زيادة عدد مرات الاستخدام عن المخطط له.

كما يتميز بتقلص مقدرة التعرف على حجم المشاكل الناتجة عن استخدام المواد المُغيرة للحالة المزاجية (تشوش التفكير والإنكار).

ويؤكد التعريف أيضًا التغيرات في التشابكات العصبية بالمخ، خاصة في ما يُسمى دوائر المجازاة Reward Circuits (أو مركز اللذة).

نلاحظ استخدام الجمعية الدولية لطب الإدمان والجمعية الأمريكية لطب الإدمان للفظ *مرض*، بينما يستخدم كل من الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5 والإصدار العاشر للتقسيم الدولي للأمراض ICD-10 تعبير *اضطراب* Disorder وليس *مرض*. وهذا يعكس عقيدة تلك الجمعيتين اللتين تتبنيان ما يُسمى مفهوم المرضThe Disease Concept ، أي أن الإدمان مرض أولي (أي ليس ناتجًا عن مشاكل أخرى، بل هو مرض قائم بذاته). وقد روّج العالِم الرائد يلنيك Jellnickلهذا المفهوم بناء على دراسته لبرامج الخطوات الاثنتي عشرة في كتابه الكلاسيكي الذي يحمل هذا الاسم والصادر عام 1968.

التعريف في القاموس

الكلمة اللاتينية Addictus (إدمان) لا تشير بالضرورة في استخداماتها القديمة للمدلول، وقد

استخدمها قدامى الرومان في سياق ديني ضمن سياقات أخرى. وهي تعني حرفيًّا وهب النفس بالكامل وتكريسها لشخص أو لشيء أو لإله أو وثن... إلخ.

وهذا المدلول ينطبق على هذا اللفظ –وهو الموازي للفظ اليوناني Tasso– المُستخدم في العهد الجديد (الإنجيل)، ولم يُستخدم في العهد الجديد إلا بهذا المعنى الإيجابي. وتُرجم باللفظ Addiction في الترجمة الإنجليزية للكتاب المقدس King James Version، وهي الترجمة المُعتَمدة تاريخيًّا بهذه الصورة الإيجابية في كورنثوس الأولى 17:10، رتبوا أي كرسوا وأعطوا أنفسهم Addicted themselves (Tasso) لخدمة

القديسين... وهكذا.

الإدمان إذًا هو تكريس وإخضاع الحياة الشخصية، وتسليم النفس لعادة ما أو لمادة مخدِرة، مع تسليم الشخص لروحه لما سلّم نفسه له (من مادة، أو سلوك، أو شخص.. إلخ).

الناركومينا في بعض اللغات (الفرنسية، والروسية، والاسكندنافية)، تعني الهوس بالمخدرات.

الإدمان في اللغة العربية: إدمان الشراب في مختار الصحاح يعني معاقرة الخمر وعدم تركها. وهو قريب في المعجم من *دمنة*، والدمنة نوع من الطحالب والعُشب غير قابل للأكل، ينمو على كميات ضئيلة من الماء ويجعلها غير صالحة للشُرب. وكانت تذهب إليه قوافل العُربان في الصحراء ظنًّا أنها ستجد الماء والغذاء فيخيب ظنها.

يُستخدم التعبير العربي *إدمان* لترجمة التعبير الإنجليزي *أديكشن*، واللاتيني *أديكتوس*، والفرنسي والروسي والسويدي *ناركوماني*. هذا مع ملاحظة الفروق بينهما، لكن ما يجمعهم كلهم هو التعلُق لأقصى درجة بمادة ما كالخمر أو بسلوك ما كالقمار مثلًا.

الإدمان والاعتمادية:

لقد صار الاسم المُستخدَم في التقسيمات الرسمية للاضطرابات النفسية منذ ثمانينيات القرن المنصرم هو الاعتماد أو الاعتمادية Dependence، وحاولت بعض الأوساط العلمية استبدال هذا التعبير بالتعبير *القديم* إدمان Addiction لمدة طويلة من الزمن، لكن لفظ الإدمان لم يختفِ تمامًا وعاود الظهور وبقوة منذ 2013. وقصة الكر والفر في هذا المصطلح جديرة بالذكر. فلأكثر من 30 سنة ساد لفظ الاعتمادية في كل مطبوعات منظمة الصحة العالمية، وفي تصنيف الأمراض الذي يخرج عن هذه المنظمة وخاصة في إصداره التاسع، والمراجعات الأولى للإصدار العاشر. لكن المتتبع يجد أن علماء الجمعية الأمريكية للطب النفسي كانوا الأكثر نفوذًا في هذا الاتجاه، خاصة في ما يصدر عنها من مطبوعات وأشهرها الدليل التشخيصي والإحصائي في إصداريه الثالث والرابع Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III, DSM-IV)، حيث كانت هذه الأدبيات العلمية تنظر لكلمة إدمان على أنها لفظ ازدرائي.

ومع ذلك ظلت الجمعية الأمريكية لطب الإدمان تصر على استخدام مصطلح *الإدمان*، وكذا الجمعية الدولية لطب الإدمان. وظلت بعض وسائل المؤسسات العلمية النافذة تستخدمه كمصطلح رئيس مثل دورية *الإدمان* البريطانية، والمؤسسة القومية للإدمان هناك... إلخ.

ترجع أسباب هذا التمسك بلفظ إدمان إلى أن كلمة الاعتمادية في نظر كثير من العلماء ليست أقل في ازدرائها من الإدمان. ومن أشد المتمسكين بلفظ *الإدمان*، العلماء والنشطاء المدافعون عن فلسفة الخطوات الاثنتي عشرة (المدمنون المجهولون NA، ومدمنو الخمر المجهولون AA) على أساس أن هذا اللفظ:

أدق في وصف الظاهرة بما فيها التصاق شديد وانشغال بمادة أو سلوك حتى فقدان السيطرة على النفس.

يجعلنا نفهم ظاهرة التنقل بين نوع من الإدمان وأنواع الإدمان الأخرى؛ أو الإدمان المتنقل، أي التحول من

إدمان لنوع من المخدرات إلى إدمان نوع آخر: مثل التحول من الاعتماد على المخدرات إلى الكحوليات، أو الجنس، أو العمل. وذلك أيضًا بنفس معايير فقدان السيطرة والانشغال الدائم والتعاطي، رغم النتائج العكسية.

يجعلنا نركز على هيكل عام يحتوي على كل العناصر المشتركة للظاهرة الإدمانية، وهو مرض الإدمان نفسه، بدلًا من التركيز على نوع المادة مثل الهيروين، الكحوليات... إلخ (Miller, N., S. 1995).

معايير تشخيص الاعتماد على المواد المُخدِرة:

وفقًا للإصدار العاشر للتقسيم الدولي للأمراض، الصادر عن منظمة الصحة العالمية، والإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي، يتم التشخيص في حالة وجود أي ثلاثة من المعايير التالية:

التحمل: وهو احتياج الشخص لجرعة أكبر للحصول على نفس المفعول وتجنب حدوث مجموعة أعراض الانسحاب (زملة الانسحاب).

صعوبة التحكم في التعاطي أو التوقف: الرغبة المستمرة/ الاستخدام القهري/ عدم النجاح في التحكم في التعاطي مع وجود رغبة شديدة في التعاطي القهري.

الوقت الكبير المُستهلَك في الحصول على المخدر، أو التعاطي، أو التعافي من تأثيره.

التخلي عن الاهتمامات الاجتماعية والوظيفية والأنشطة الترفيهية.

الاستمرار في التعاطي على الرغم من المشاكل الصحية والنفسية المعاكسة.

الاستمرار في التعاطي على الرغم من العواقب المؤذية.

وجود أعراض انسحاب.

تعريف سوء الاستخدام (التعاطي)

يُعرف الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي سوء الاستخدام (التعاطي) على أنه: تعاطي المخدرات الذي يؤدي إلى الإخفاق في أداء العمل والدراسة

والواجبات المنزلية، والتعرض إلى المواقف الخطرة مثل القيادة تحت تأثير الشرب. أو مشاكل قانونية، أو مشاكل شخصية.

معايير تشخيص سوء استخدام (أو تعاطي) المخدرات:

تتحدد معايير تعاطي المخدرات، وفقًا للإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي، على النحو التالي:

استخدام المخدرات على نحو يؤدي إلى مشاكل صحية، أو معاناة تظهر في واحد أو أكثر من المعايير التالية خلال فترة 12 شهرًا:

الاستخدام المتكرر للمخدرات، مما يتسبب في الإخفاق بالالتزام بأعمال وظيفية، أو الغياب المستمر، أو الأداء الضعيف في المدرسة، أو الابتعاد أو الطرد أو العقاب في المنزل، أو إهمال الأطفال أو الأعمال المنزلية.

الاستخدام المتكرر بما يُنتج مواقف خطيرة مثل قيادة السيارة تحت تأثير المخدر، أو تشغيل ماكينة تحت تأثير

المخدرات.

مشاكل قانونية (الاعتقال أو القيادة بتهور مثلًا).

الاستمرار في التعاطي على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المتكررة أو مشاكل التفاعل مع الآخرين تحت تأثير المخدرات (المشاجرة مع شريك الحياة أو العراك الجسدي).

تقسيم المواد في الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي:

يضع الإصدار الخامس للدليل (DSM-5, 2013) عشرة تقسيمات للمواد التي تسبب الاضطرابات المتعلقة بالمواد، والاضطرابات الإدمانية؛ وهي على نحو الحصر وبالترتيب المذكور في الدليل:

الكحول.

الكافيين.

القنب.

المهلوسات وبتقسيمات مستقلة للفنيلسيكليدين ومواد أخرى (بما فيها الأدوية المضادة للشلل الرعاش في مصر) ثم المهلوسات الأخرى.

المتطايرات (المستنشقات).

الأفيونيات.

المهدئات والمنومات ومضادات القلق.

المنشطات بما فيها مواد الأمفيتامين والكوكايين وغيرها.

التبغ.

مواد أخرى.

اضطرابات استخدام المواد:

تخلى الإصدار الخامس للدليل عن كل من تعبير التعاطي (أو سوء الاستخدام) والاعتمادية، اللذين استخدمتهما التقسيمات السابقة DMS-IV و1983 DSM-III. واستبدلهما معًا بتعبير واحد هو الاضطراب في استخدام المواد. وحدد الدليل الأكثر نفوذًا 11 عَرَضًا لهذا الاضطراب. على أساس أنه في حالة وجود اثنين منهما خلال فترة 12 شهرًا السابقة، يتم تشخيص اضطراب استخدام المواد، ثم يتم تقسيمه إلى:

اضطراب طفيف Mild: حال وجود 2-3 أعراض.

اضطراب متوسط Moderate: حال وجود 4-5 أعراض.

اضطراب شديد Severe: حال وجود 6 أعراض أو أكثر.

ويلجأ التقسيم إلى تكرار الأعراض الـ 11 بحذافيرها أمام كل مادة مبتدئًا بالكحول؛ أي وضع تباديل وتوافيق للمواد العشر المذكورة أعلاه مع الـ 11 عَرَضًا. وهذه الأعراض هي:

استخدام المادة كثيرًا، أو بكميات أكبر.

وجود رغبة مستمرة في الإقلال من استخدام المادة، أو رغبة في التحكم في هذا الاستخدام، أو وجود محاولات غير ناجحة للإقلال أو التحكم في الاستخدام.

لهفة أو رغبة قوية في استخدام المادة.

استغراق كمية وقت طويلة في الأنشطة الضرورية للحصول على المادة أو استخدامها أو التعافي من تأثيرها.

معاودة استخدام المادة بصورة تؤدي إلى الإخفاق في أداء التزامات أساسية في العمل أو الدراسة أو المهام المنزلية.

استخدام المادة بالرغم من استمرار المشاكل الاجتماعية أو مع الشخصية التي يسببها الاستخدام أو يؤدي هذا الاستخدام إلى تفاقمها.

التخلي عن أنشطة اجتماعية أو مهنية أو ترفيهية مهمة، أو الإقلال من القيام بها بسبب استخدام المادة.

استخدام المادة في ظروف تُعرّض المستخدِم أو غيره للخطر.

الاستمرار في استخدام المادة على الرغم من معرفة أنها تؤدي إلى مشاكل بدنية أو نفسية محتمل جدًّا حدوثها بسبب هذا الاستخدام.

التحمل كما يحدده، هو:

الاحتياج إلى زيادة كميات المادة المُستخدَمة بشكل ملحوظ لتحقيق النتيجة المرجوة.

تأثير منخفض بشكل ملحوظ في الكمية التي كانت تُستخدَم.

أعراض الانسحاب كما تظهر في ما يلي:

زملة أعراض الانسحاب المميزة لكل مادة.

استخدام المادة أو مواد شبيهه لتفادي زملة أعراض الانسحاب أو التخفف من آثارها.

ويستخدم الدليل تعبير *تخفف مبكر* حال اختفاء هذه الأعراض كلها مدة 3 أشهر، أو *تخفف مستدام* حال اختفاء كل الأعراض لفترة تزيد على سنة.

كما ينصح الدليل بتحديد ما إذا كان هذا التحسن قد حدث في بيئة محكومة أم لا. ويُقصد بالبيئة المحكومة الوجود في مستشفي أو مؤسسة علاجية أو ما شابه.

ملاحظات على التقسيم الحديث:

نلاحظ أن الإصدار الخامس للدليل (DSM-5) جمع بين بعض الأعراض المنسوبة للاعتمادية في الإصدار

الرابع (DSM-IV) وتلك المنسوبة إلى إساءة الاستخدام (التعاطي)، وأضاف وجود رغبة قوية أو لهفة لتدمير الأعراض التي تم تشخيصها بـ 11 عَرَضًا.

كما نلاحظ أن التقسيم الدولي للأمراض النفسية ICD التابع لمنظمة الصحة العالمية لا يزال مختلفًا عن DSM-5 لكنه يسير في نفس الاتجاه تقريبًا.

نلاحظ عدم استخدام تعبيرات: التعاطي، أو إساءة الاستخدام، أو الإدمان، أو الاعتمادية؛ والاكتفاء بلفظ اضطرابات استخدام المواد.

يُذكر مركز المجازاة أو اللذة أو المكافأة، كما تُذكر التأثيرات القوية في الذاكرة كمبدأ تقسيم هذه المواد داخل اضطرابات استخدام المواد، وكتبرير لإضافة كلمة الإدمان لعنوان الفصل المخصص لها؛ فيصير العنوان الرسمي للفصل *الاضطرابات المتعلقة بالمواد والاضطرابات الإدمانية*.

ويُضاف باب تحت هذا الفصل لأول مرة بعنوان *اضطرابات غير متعلقة بالمواد*، ويُضاف اضطراب المقامرة لها لأول مرة؛ والتبرير أنه ثبت معمليًّا أن تأثير المقامرة على مركز المجازاة هو ذات تأثير المواد المُسببة للاضطرابات سالفة الذكر.

بينما يحجم الدليل عن ضم الإفراط في الطعام أو الجنس أو العمل أو المخاطرة... إلخ، لأن الأدلة المعملية على تأثير هذه السلوكيات على مركز المجازاة لا زالت في مرحلة مبكرة.

بالإضافة إلى القمار الذي حظي باعتراف رسمي أنه *سلوك إدماني* يُطبق بعض الباحثين والممارسين نفس المعايير على أنواع أخرى من السلوكيات ويعتبرونها أيضًا سلوكيات إدمانية، مثل: إدمان العلاقات والجنس والاعتمادية المتواطئة (أي إدمان السيطرة أو محاولة السيطرة على حياة الآخرين) والإفراط في الأكل وفقدان الشهية العصبي (فقدان التحكم في إنقاص الوزن

والهوس بفكرة إنقاص الوزن) والبوليميا (وهي فقدان للشهية عصبي تصحبه نوبات للأكل بشراهة) وغيرها.

لا تزال ازدواجية الميل ظاهرة في الأوساط العلمية تجاه لفظ الإدمان. فعلى الرغم من أن أبحاث مركز المجازاة ومراكز الذاكرة القريبة منه ثبتت مفهوم *الإدمان* و*السلوك الإدماني* بحسب تعريف الجمعية الأمريكية لطب الإدمان، وكما هو ظاهر في أدبيات الفريق المؤيد منذ زمن لمفهوم *السلوكيات الإدمانية* وأعطت إشارة العودة لاستخدام هذا التعبير وتم التعافي ضمنيًّا عن فكرة *الازدراء* التي كانت تُثار سابقًا، فإن المصطلح لا يزال في رأي البعض يكتنفه *الغموض*. ونظن أن الجدل العلمي سيستمر لفترة طويلة لكن سيكتسب لفظ الإدمان أرضًا

جديدة في المرحلة القادمة وتنضم سلوكيات أخرى للقائمة.

تذكر

العلامات الثلاث المميزة للإدمان هي:

(1) الاستمرار رغم الأضرار.

(2) الانشغال الزائد.

(3) فقدان السيطرة.

علامة التعاطي أو إساءة الاستخدام:

*وجود أضرار للاستخدام. ينطبق هذا على المواد: الكحول، الأفيونيات..... إلخ.
كما ينطبق على السلوكيات : القمار، الجنس... إلخ.
أسئلة للمناقشة الدراسية:

(1) ما رأيك –أنت- الشخصي (في ما لا يقل عن أربعة أسطر) في استخدام مصطلح الإدمان في مقابل مصطلح الاعتمادية أو مصطلح اضطراب الاستخدام متوسط الشدة أو الشديد؟

.....

.....

.....

.....

(2) تكلم عن شخص تعرفه (دون ذكر أسماء) تظهر فيه العلامات الثلاث لإدمان المواد المغيرة للحالة المزاجية؟ وشخص آخر تظهر فيه العلامات الثلاث لإدمان السلوكيات؟

.....

.....

.....

.....

(3) ما معنى الإدمان في القاموس العربى؟ وما معنى ناركومانيا؟ وما معنى أديكشن؟ ما هي الدلالات المختلفة لهذه الألفاظ في رأيك.

.....

.....

.....

.....

(4) لماذا ينزعج الناس في رأيك ويحكمون سلبيًّا على مدمني المخدرات أو الكحول ولا ينزعجون من مدمني

العمل أو النيكوتين (التبغ)؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

.....

.....

.....

.....

(5) صف شعورك تجاه المدمنين ومتعاطي المخدرات قبلما تتعامل معهم ثم اليوم. وكيف أثر هذا الدرس في شعورك وتوجهك تجاه المدمنين؟

.....

.....

.....

.....

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994), 4th Edition. Washington, DC, American ,Psychiatric Association

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013

Halikas, J.A. (1997) Craving In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman, RB & Langred JG eds. Substance Abuse: A Comprehensive Text book. .Third edition. Baltimore, Williams & Wilkins.p175

Woods, J.H., & Carney, J. (1977). Narcotic tolerance and operant .behavior

In N. A. Krasnegor (Ed). Behavioral tolerance: Research and treatment implications (Publ. No. [ADM] 78-551, pp. 54-66) .Washington, DC: Government Printing Office

Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. & Farmer, R. (1990) Relapse Prevention for addictive Behaviours: A Manual for .therapists. Oxford. Blackwell Scientific Publications

الفصل الثاني
أسباب التعاطي والإدمان

نناقش في الفصل الثاني من هذا الباب الأسباب المختلفة للتعاطي والإدمان حيث تشير الأبحاث إلى أن السبب المباشر والذي يمكن أن نفهم باقي الأسباب في ضوئه هو تأثير المواد المغيرة للحالة المزاجية على مركز اللذة (المجازاة) في المخ. بينما تلعب الجينات دورًا أساسيًّا خاصة في كفاءة التحذير الطبيعي من الإفراط في الشرب أو استخدام المواد. بينما الميل للمغامرة والفضول صفة أساسية للأفراد الأكثر عرضة. وتتعدد النظريات النفسية الدينامية والمعرفية السلوكية في شرح الظاهرة والعاملان الأساسيان في الأسر الأكثر عرضة هما تعاطي بعض أفراد الأسرة والعنف الأسري. أصحاب بعض المهن أكثر عرضة لبعض أنواع التعاطي وهناك خلفيات اجتماعية وثقافية وأخرى وجودية وروحية للظاهرة.

مزيد من فهم الأسباب يلقي ضوءًا على فاعلية أساليب الوقاية والتعامل مع التعاطي والإدمان كما قد يخفف من الوصم والشعور بالذنب والتوجهات السلبية والتحيزات في التعامل مع المدمنين والمتعاطين والفئات الأكثر عرضة.

الإحساس باللذة أو النشوة أو *الدماغ* أو *عدلة المزاج* هي السبب الرئيس لاستخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية من أول النيكوتين في السجاير إلى الأفيونيات في الهيروين. وينطبق هذا أيضًا على الاستمرار في

السلوكيات التي نسميها سلوكيات إدمانية مثل القمار والعلاقات الجنسية والإفراط في الطعام. إلا أن هناك تفاعلات كثيرة ترتبط بهذا الإحساس. من أول التنبه بأن المرء قد يكون قد أفرط في الشراب مثلًا إلى التقبل أو الرفض الاجتماعي لاستخدام مادة معينة إلى وجود أو غياب فرص للحصول على إحساس مماثل من خلال خبرات أخرى متنوعة. ومن جهة أخرى القدرة على التعامل مع ضغط الأقران والاستخدام الجيد لمهارات الحياة وهكذا تلعب أدوارًا هامة. وكلها عوامل تختلف من فرد لآخر ومن مجموعة لأخرى وتتحكم فيها عناصر وراثية وفردية وعائلية وثقافية. الدراسات العلمية تشير إلى أن أسباب استخدام وتعاطي وإدمان المواد المغيرة للحالة المزاجية يمكن تقسيمها إلى عدد من المستويات، بداية من مستوى الكيمياء الحيوية داخل خلايا المخ وهي التي تتحكم في تحقيق الإحساس الطيب (الدماغ) ونهاية بالموقف من الكون كله.

وسنعرض لموجز هذه الأسباب على سبعة مستويات:

مستوى الكيمياء الحيوية (كيمياء المخ والأعصاب).

مستوى الجينات والوراثة.

مستوى النفس الإنسانية: من المنظور المعرفي السلوكي والمنظور النفسي الدينامي ومنظور السمات الشخصية.

مستوى العائلة.

مستوى المجتمع.

مستوى الثقافات والحضارات.

المستوى الوجودي ورؤية الكون.

1 - كيمياء خلايا المخ والأعصاب: سحر الدوبامين وآلية المجازاة

الجهاز الحشوي: مركز الانفعالات المرتبطة بالحياة

اللذة أو *عدلة المزاج* أو *الدماغ* أو الإحساس الخاص المصاحب لاستخدام هذه المواد هو السبب الرئيس لاستخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية ولاستمرار وتكرار السلوكيات التي نسميها سلوكيات إدمانية. ومفتاح فهم *الدماغ* أو *الكيف* أو النشوة المصاحبة لكل الإدمانات هو في المخ وتحديدًا في منطقة في المخ تسمى الجهاز الحشوي Limbic System. الجهاز الحشوي هو جزء هام داخل مخ كل الحيوانات بداية من الزواحف وانتهاء بالإنسان مرورًا على كل الطيور والثدييات. إذا شققنا مخ كل هذه الحيوانات من منتصفه نرى في وسط المخ مجموعة مراكز متصلة ببعضها نسميها معًا الجهاز الحشوي وكلها ترتبط بانفعالات قوية، وتتصل بالمراكز المتحكمة في الوظائف الأساسية المسؤولة عن الحياة أي مراكز الجوع والعطش ودرجة الحرارة والجنس والغضب والإحساس بالخطر وحتى الحب والصداقة والعلاقات الطيبة. الجهاز الحشوي جزء رئيس مما يسمى المخ البدائي وهو موجود في جميع الحيوانات بأحجام متماثلة نسبيًّا. بينما قشرة المخ التي تقع في الجزء الخارجي من المخ وتتحكّم في التفكير وإدراك ما نراه وما نسمعه وما نلمسه ونشمه ونذوقه وبها مركز التحكم الإرادي في عضلات الحركة ليست كذلك. حيث يزداد حجم القشرة المخية بصورة كبيرة نسبيًّا عند الإنسان والقرود العليا مقارنة بالزواحف أو القوارض مثلًا.

الدوبامين كيمياء اللذة والرضا:

لا بدَّ من مراجعة سريعة لأساسيات الخلايا العصبية لنفهم كيف تحدث اللذة في المخ. يتكون المخ والجهاز العصبي من خلايا متنوعة الأشكال والأحجام تسمى الخلايا العصبية (او النيورونات). وكل خلية منها تتكون من جسم أساسي للخلية وفرع واحد طويل (الأكسونAxon) ومجموعة من الفروع القصيرة (الدندريات Dendrites). وتنتقل الإشارة العصبية الكهربية من جسم الخلية إلى الأكسون حيث تنتهي الخلية بمساحة فارغة تسمى الوصلة العصبية Synaptic Junction. وعند وصول الإشارة الكهربية هناك تنطلق مادة كيميائية تسمى الناقل Transmitter ولكل نوع من الخلايا ناقل خاص بها. وعند إفراز هذا الناقل الكيميائي تلتقطه مستقبلات في الفروع القصيرة للخلية التالية فتسري الإشارة العصبية في الخلية التالية وهكذا. وقد تتجمع مجموعة أجسام خلايا عصبية فتشكل ما يطلق عليه مركزًا عصبيًّا centre أو نواة nucleus أو عقدة عصبية Ganglion أو قد تتوزع أجسام الخلايا في منطقة أو مساحة معينة محددة area.

وعودة لكيمياء اللذة، توجد داخل الجهاز الحشوي آلية تُعرف باسم آلية اللذة أو المكافأة أو المجازاة Brain Reward Mechanism. تبدأ هذه الآلية بمجموعة من أجسام الخلايا العصبية من أعلى نقطة في ما يسمى بالمخ الأوسط Midbrain في أعلى نقطة من جذع المخ Brain Stem وتسمى Ventral Tegmental Area وهي منطقة صغيرة جدًّا قريبة من آخر

المخ من الخلف. هذه المجموعة من الخلايا هي بداية آلية المجازاة وتمتد عبر مجموعة من الأكسونات (الفروع الطويلة للخلية العصبية) التي تمر حول كل مراكز الجهاز الحشوي الحيوية التي ذكرناها وتنتهي هذه الأكسونات حيث يفرز الناقل الكيميائي الخاص بهذه المنطقة: الدوبامين. ويلتقي الدوبامين في الوصلات العصبية Synaptic Junction بمجموعة أخرى من الخلايا متجمعة في ما يسمى بالنواة المنكفئة Nucleus Accumbans. عند إفراز الدوبامين يشعر الإنسان باللذة والرضا وعندما تزداد كمية الدوبامين تزداد اللذة. ويفرز الدوبامين بصورة تلقائية عندما يأكل الإنسان (أو الحيوان) خاصة بعد جوع وعندما يشرب أو يمارس الجنس أو يستدفئ في البرد أو يستمتع بنسيم بارد في الحر. وأيضًا عند مواجهة الخطر أو في المغامرة أو عندما ينجز عملًا يرضى عنه أو يشعر الإنسان بالصفاء في الصلاة أو الألفة في صحبة مجموعة صادقة. كل هذه الأنشطة والخبرات ضرورية للبقاء على قيد الحياة ولذا يكافئ المخ عليها بالشعور الطيب أو اللذة أو النشوة التي ترتبط بإفراز الدوبامين في مركز المجازاة. ويزداد الشعور الطيب كلما ازدادت كمية الدوبامين الذي يفرزه المخ في آلية المجازاة داخل الجهاز الحشوي.

كل المواد الكيميائية التي تغير الحالة المزاجية تسبب في النهاية إفرازًا للدوبامين. بداية من الكافيين والشاي والسكر ونهاية بالهيروين (وكل الأفيونيات1 بما فيها الكوديين والأفيون) والكوكايين (وجميع المنشطات)، ومرورًا بالكحول (بأنواعه من البيرة للفودكا) والحبوب المهدئة (الفاليوم والزاناكس والأتيفان والكاليبام والزولام والليريكا والروهيبنول المعروف بـ*أبو صليبة* والريفوتريل أبو صليبة الصغير) والباربيتورات والمهلوسات والحشيش والبانجو (وكل القنبيات) والمتطايرات (الإيروسولات) والكولة والغراء وغيرها. كما تحدث آثار أخرى بسبب تأثيرات هذه المواد على مراكز أخرى في جسم الإنسان (كتأثير الأفيونيات مثلًا على مراكز تمرير الألم في الحبل الشوكي بالنسبة) وفي مخه (مثل تأثير الأفيونيات على النواة الزريقاء Nucleus Coerulus التي

تقع خلف بداية آلية المجازاة مباشرة وإلى الأسفل منها قليلًا).

ذاكرة اللذة:

ثم إلى جوار الجهاز الحشوي يقع مركز الذاكرة في الفص الصدغي للمخ Temporal Lobe وفيه يتذكر الإنسان خبرات اللذة القوية ويراكمها وترتبط هذه الخبرات بشعور قوي أنه قد يفقد حياته أو يتأذى إيذاءً شديدًا إذا فقد هذه المجازاة. وقد أشارت الدراسات الأحدث أن ذاكرة اللذة تحدث بطريقة قوية تسمى البصم imprinting في مراكز الذاكرة المجاورة لآلية المجازاة، أي على حدود الجهاز الحشوي. وهذه الذاكرة هي التي قد تدفع المدمن إلى العودة للتعاطي أو للسلوك الإدماني.

قياس سرعة وكمية الدومابين في حيوانات التجارب:

من أعظم اكتشافات ما سمي بعقد المخ أي السنوات العشر بين 1994 و2004 التمكن من وضع مجسات متناهية الصغر داخل المخ في حيوانات التجارب. وبها أمكن قياس كمية الدوبامين وسرعة إفرازها في آلية المجازاة. فوجدنا أن سرعة وكمية الدوبامين تتراوح من مادة إلى أخرى

فتزداد جدًّا الكمية وسرعة الإفراز في الهيروين والكوكايين بينما تقل كمية الدوبامين جدًّا وتكون سرعة إفرازه بطيئة نسبيًّا عند تناول الكافيين مثلًا. بينما الكمية والسرعة متوسطة عند تناول الكحول والمهدئات وكذا عند تدخين الحشيش والبانجو وهكذا. ومن ثم صار معروفًا الآن أن قوة المادة المخدرة أو المغيرة للمزاج وقدرتها على التأثير تأثيرًا جسيمًا وسريعًا على حياة من يتناولها أي إحداث *الإدمان* لا صلة لها بقوة أعراض الانسحاب، أي الأعراض الجسدية والنفسية المؤلمة عند التوقف عن التعاطي بل هي متوقفة أساسًا على كمية الدوبامين التي تتسبب المادة المخدرة أو المغيرة للحالة المزاجية في إفرازها في الجهاز الحشوي وسرعة هذا الإفراز. فمثلًا الهيروين أعراض انسحابه أضعف من أعراض انسحاب المواد المهدئة. لكن إدمانيته أو قدرته على إحداث تأثير جسيم وسريع على حياة الإنسان أقوى كثيرًا.

تحديد طبيعة السلوك الإدماني من خلال حيوانات التجارب:

يعرف الملاحظون لنمط حياة مدمني الكوكايين أنهم يمرون في نوبات تمتد أسابيع أو شهورًا من التعاطي الشديد التي قد يخسرون فيها خسائر جسيمة أو حتى يفقدوا حياتهم ثم قد يتوقفون فجأة عن التعاطي ويستأنفون حياة شبه طبيعية عدة شهور أو أسابيع ثم يمرون في نوبة تعاطٍ أخرى وهكذا. بينما مدمنو الهيروين غالبًا ما تتدهور أحوالهم بصورة مطردة ومستمرة وبلا توقف يذكر لمدة سنين طويلة.

في تجربة معملية على فئران التجارب وضعوا أمامهم بدالًا بالضغط عليه يتمكن الفأر من تناول الماء والغذاء وبدالًا آخر بالضغط عليه يتم حقن الفأر بالكوكايين. أوضحت النتائج أنه في حالة الحقن بالكوكايين يتوقف الفأر عن الضغط على بدال الغذاء ويستمر في حقن نفسه بالكوكايين مدة ولا يدوس على بدال الطعام أو حتى الماء حتى الموت أو قد يتوقف فجأة ويضغط على بدال الطعام والماء لفترة ثم يعود للكوكايين مرة أخرى وهلم جرا.

بينما عندما يتم حقنه بالهيروين وُجد أن الفأر يحقن نفسه عدة مرات بالهيروين قبل أن يدوس مرة أو مرتين على بدال الماء والطعام ولا يغير هذا النمط. وهكذا يتدهور ببطء منتظم لمدة طويلة. وتكررت النتائج مع أنواع مختلفة من حيوانات المعامل. والخلاصة أن نمط إدمان الإنسان لا يختلف كثيرًا عن نمط إدمان الحيوانات.

حسمت هذه الدراسات واقع أن الإدمان يرتبط أساسًا بمركز المجازاة في المخ، وأن الدوبامين هو أقوى عناصر العملية الإدمانية. بما يفسر أيضًا ظاهرة الإدمان العابر cross addiction أو انتقال المدمن من إدمان مادة معينة كالهيروين مثلًا إلى إدمان مادة ربما كان لا يفضلها إطلاقًا كالكحول مثلًا. فتجد مدمن الهيروين ينزلق إلى إدمان عنيف للكحول إن توفر الكحول واختفى الهيروين أو قد يدمن الممارسات الجنسية أو القمار أو الإفراط في الطعام. وهكذا كل هذه الإدمانات ترتبط بمواد مختلفة تؤثر في مناطق مختلفة من المخ والجهاز العصبي والجسم كله لكنها جميعًا تشترك في قاسم مشترك واحد أعظم هو الدوبامين في آلية المجازاة.

2 - المسببات على مستوى الجينات والوراثة:

معظم الدراسات الوراثية حول أسباب الإدمان قد أجريت على متعاطي الكحوليات والنيكوتين،

وذلك لأنهما قديمان وأمكن دراستهما داخل نفس العائلة من خلال تتبع أجيال متعاقبة من مدمنيهما. لكن بالنسبة للهيروين مثلًا فلم يكن موجودًا في فترة شباب آباء وأجداد الجيل الحالي.

وأوضحت نتائج بعض الدراسات أن نسبة الأبناء الكحوليين داخل عائلة أحد الأبوين فيها كحولي تعادل أربعة أمثال نسبتها في عائلة الأبوين فيها غير كحوليين. ولكن قد يقول قائل إن هذا ربما كان تأثير التعلم الاجتماعي للسلوك أو التقليد أو النشأة في الظروف القاسية لأسرة الكحولي لكن دراسات التبني أظهرت بوضوح العنصر الوراثي. فعندما قام آباء كحوليون بإعطاء أبنائهم للتبني وتبناهم آباء غير كحوليين وجد الباحثون أن نسبة أبنائهم الذين أصبحوا كحوليين ظلت عالية جدًّا بالرغم من أنهم تربوا وعاشوا مع آباء بالتبني غير كحوليين ولم يعايشوا آبائهم البيولوجيين الكحوليين ولم يتأثروا بهم بل إنهم حتى لم يعرفوا أن آبائهم البيولوجيين كحوليون. بينما عند متابعة أبناء لآباء بيولوجيين طبيعيين رباهم آباء كحوليون وعاشوا معهم حياتهم المضطربة كانت نسبة الكحوليين بينهم منخفضة. وهذا دليل قاطع على أن تأثير الجينات يفوق تأثير البيئة بما لا يقارن. كما أظهرت دراسة على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة أن نسبة إدمان الكحول في التوائم المتماثلة أعلى بكثير من غير المتماثلة (بنسبة 60% مقابل 39%). الوراثة إذًا تلعب دورًا حاسمًا إنما السؤال كيف تؤثر الوراثة في إدمان الكحول؟ ما نوع التسبيب هنا؟

1. كيف تلعب الوراثة دورًا في الإدمان؟

الكحول يتم تكسيره في الكبد إلى مادة الأسيتالداهيد ثم يتم تكسير الأسيتالداهيد إلى ثاني أكسيد الكربون والماء ويخرج مع البول. لكن إذا زادت كمية الأسيتالدهايد يتراكم في الجسم فيسبب خفقانًا أي ازدياد واضطراب في ضربات القلب وصداع شديد واحمرار الوجنتين وغثيان وقيء.

وُجد أنّ 50% من بعض الأجناس الآسيوية ينقصهم إنزيم الكبد الذي يقوم بتكسير الأسيتالديهيد (acetaldehyde) بما يسبب ارتفاع مستوى الأسيتالديهيد في الدم مع كل آثاره الجانبية المزعجة؛ مما يفسر بطبيعة الحال عدم إقبال هذه المجموعة من الآسيويين على شرب الكحوليات. وظن البعض أن عملية مماثلة تحكم العنصر الوراثي عمومًا.

2. الجين المستقبل للدوبامين DRD2) gene)

وظهرت نظرية أخرى تقول إن المدمنين عمومًا لديهم مشكلة في الجين المتحكم في إنتاج مستقبلات الدوبامين في مركز المجازاة. ومن ثم شعورهم باللذة أو المجازاة للأسباب الطبيعية التي يشعر بها البشر عمومًا يكون ضعيفًا لنقص عدد مستقبلات الدوبامين لديهم. وأظهرت بعض الدراسات نتائج واعدة في هذا الاتجاه. لكن الدراسات اللاحقة لم تؤكد هذه النظرية ولا يزال الجدال حول *جين الإدمان* هذا قائمًا.

3. التمايز في الإحساس الذاتي بتأثير الكحول وفي الترنح في المشي:

هناك اختلاف رئيس ثابت بين العائلات ذات التاريخ الإيجابي للكحولية أي العائلات التي بها كحوليون، والعائلات ذات التاريخ السلبي أي التي ليس بها أفراد كحوليون. والفارق الأساسي وجد في حدّة مشاعرهم الذاتية للثمالة بعد شرب الكحوليات أي الإحساس أنهم قد وصلوا للمراد من الشراب أو ربما أفرطوا في الشرب. وجدت الأبحاث أن الذين ينتمون للعائلات ذات التاريخ

الإيجابي أقل ثمالة ولا يترنحون أي لا تتأرجح أجسادهم بسهولة عند المشي. أي *دماغهم ثقيلة* أي لا *يسكرون بسرعة* إذا قارناهم بمن ينتمون لعائلات ذات تاريخ سلبي، أي عند شرب عدد معين من كؤوس الكحول فإن مجموعة الأفراد الذين لا يوجد لديهم تاريخ أسري من الكحولية يترنحون عند المشي ويشعرون بأنهم أفرطوا في الشراب، بينما عند شرب نفس العدد من ذات المشروب الكحولي من طرف الذين يوجد بين آبائهم أو أقاربهم كحوليون فإنهم يسيرون دون ترنح ولا يشعرون أنهم أفرطوا في الشرب. ومن جهة أخرى المجموعتان تتفقان في درجة التدهور في الوظائف المعرفة للذة وفي وظائف التناسق العصبي والعضلي وفي التوازن في المشي على خط مستقيم عمدًا، فقد أظهر من ينتمون للعائلات التي ليس بين أفرادها كحوليون سرعة في الإحساس بالثمالة وفي الترنح أثناء المشي، بينما عندما قيست درجة التدهور في القدرات المعرفية وجدت متساوية، فعندما تطلب منهم إجابة سؤال معقد قليلًا، مثل: ما حاصل ضرب خمسة في سبعة عشر في ثلاثة؟ وجد أن الأفراد في المجموعتين بعد شرب نفس العدد من كؤوس الكحول يفشلون في الإجابة. وعندما يطلب منهم لمس طرف الأنف بإصبع واحد أو وضع قدم بعد أخرى على نفس الخط المستقيم على الأرض يفشل أعضاء المجموعتين بنفس القدر. إذًا أعضاء المجموعتين يفشلان بنفس القدر أي أنهم جميعًا *سكروا* بنفس القدر لكن أصحاب التاريخ الأسري لا يشعرون أنهم سكروا ولا يشعر الآخرون حولهم بذلك لأنهم لا يترنحون. ولعل هذا التفسير هو الأرجح أي أن ما يورث هو فقدان جهاز الإنذار بأن المرء قد أفرط في الشراب. فيتعلق المخ بالشراب المفرط بسبب التكرار الذي يحدث دون توقف. وهذا شبيه بالسيارة التي تتعطل فيها لمبة إنذار ارتفاع درجة الحرارة فيُحرق محركها من ارتفاع الحرارة دون أن يدرك السائق أن الحرارة ارتفعت أصلًا.

4. نظرية قنوات الكالسيوم إمكانية إدمان الكحوليات:

هناك مؤشرات أن نظام تبادل الكالسيوم في قنوات خلايا الجسم مؤثر في نمو الاعتماد على الكحول. ومؤشرات أن عناصر الوراثة تتحكم في هذه القنوات.

تُظهر دراسات العائلة ودراسات حالات التوائم ودراسات حالات التبنّي أنّ عناصر الوراثة تؤثر على سلوك المدخنين بطرق مشابهة لتأثيرها في الكحوليين. ورغم أن الدراسات على الإدمانات الأخرى لا تزال قليلة نسبيًّا وأقل حسمًا إلا أنه يظن أن نفس الآليات أو آليات مشابهة قد تكون متحكمة في الاستعداد الوراثي لإدمان مواد معينة أو على وجه الدقة تفضيل مواد معينة عن مواد أخرى. الأرجح إذًا أن الوراثة لا تحتم *الاستخدام* عمومًا أو *التعاطي* أو * الإدمان* لكنها تجعل بعض الناس عرضة لإدمان مواد بعينها أكثر من غيرهم إذا ما استخدموا

هذه المواد.

3 - المسببات على المستوى النفسي:

المنظور السلوكي المعرفي:

يتميز هذا المنظور ببساطته ومباشرته وعدم تعقيده. ويسهل تطبيقه على تفسير أسباب الإدمان والتعاطي كما يسهل تطبيقه على العلاج أيضًا. وهناك عدد من الأبعاد للنظريات المعرفية السلوكية

التي تفسر استخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية وإدمانها:

الارتباط الشرطي:

المناسبات الاجتماعية مثل الأفراح والأعياد والاحتفال مثلًا بنجاح إتمام عمل ما، ترتبط كلها في ثقافات كثيرة بالشرب أو المخدرات. بل وتمضية وقت الفراغ مع آخرين ورؤية الأصدقاء ومواقف أخرى عديدة يمكن أن يتكرر ارتباطها بالكحول أو بتعاطي المخدرات، ومتى ما حدث هذا لفترة طويلة من الوقت، يحدث ما يشبه تجربة كلب العالم الروسي الشهير بافلوف، أي ارتباط تقديم اللحم للكلب برن الجرس فيسيل لعابه. وبعد التكرار لعدة مرات وجد أنه عندما يتم رن الجرس فقط ولا يقدم أي لحم للكلب لعابه يسيل أيضًا. فسمي هذا الارتباط الشرطي. وفي الأمثلة المذكورة عاليه يحدث ارتباط شرطي بين السعادة والاحتفال والبهجة من جهة والخمر أو المخدرات من جهة أخرى.

التعلم الشَرطي:

التدعيم الشَرطي هو المكافأة عند القيام بسلوك معين. ولا شك أن التعاطي يعطي إحساسًا باللذة أو النشوة. وسحب التدعيم الشَرطي هو الإحساس السيئ أو العقاب عند سلوك آخر. والتدعيم الشرطي السلبي أو سحب التدعيم يظهر بوضوح عند بدء أعراض الانسحاب.

التعلم الاجتماعي والقدوة:

التعلم الاجتماعي ليس فقط تقليد سلوك الآخرين ولكنه التأثر بتصرفات أو سلوك المحيطين بنا ومن ثم نميل إلى سلوك مشابه لهم. يتم تأثر الأطفال بسلوك الوالدين أو الإخوة الأكبر كما يتأثر المراهقون بقوة بسلوك أقرانهم فيتم التعلم الاجتماعي لشرب الخمور أو تعاطي المخدرات المختلفة.

ميزان الأرباح والخسائر:

تطوير النظريات أعلاه تطبيقه في ما يسمى حساب الأرباح والخسائر لاستخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية. وهو قائم بصورة واعية أو شبه واعية لدى كل متعاطٍ. الأرباح تعني المكاسب النفسية والاجتماعية مثل اللذة والنشوة والهروب من المشاكل والتسلية والاسترخاء والشعور بزيادة الثقة في النفس أو تحسن الأداء الجنسي أو التغلب على الإرهاق وأيضًا الصحبة والانتماء *لشلة*، والخسائر قد تتضمن المال والمشاكل الصحية كفقدان اللياقة والوزن أو السعال أو الخراريج أو الالتهاب الكبدي أو الإيدز والشعور بالذنب أو عدم احترام الذات وفقدان ثقة الأهل والأصدقاء والتدهور في الدراسة والعمل والمشاكل القانونية. وهناك أيضًا أرباح وخسائر للتوقف

عن التعاطي. من أرباح التغيير ظهور الأمل واسترداد الصحة وتوفير المال وتجنب مزيد من التدهور لكن من خسائره مشقة التوقف وأعراض الانسحاب والشعور بالوحدة والاضطرار لمواجهة المشاكل المتراكمة وغيرها. الميزانان يتحكمان في عملية التعاطي والتوقف.

المرحلة الأولى: التجريب. الغالبية العظمى من الذين يجربون المواد المؤثرة نفسيًّا لا يصبحون مدمنين. وأكثر الحالات شيوعًا في التأثير على الأفراد هي:

a. ضغط الأصدقاء.

b. الفضول والبحث عن خبرات جديدة.

المرحلة الثانية: يتسبّب تعاطي المخدرات في خبرات إيجابية

المرحلة الثالثة: نشوء العواقب المعاكسة ولكن يظل المدمنون يعتقدون أن سلوكهم لا علاقة له بمعاناتهم.

المرحلة الرابعة: قرار التغيير وتطوّر محاولات التوقف

المرحلة الخامسة: التوقف الفعال

المرحلة السادسة: منع الانتكاسة

المسببات من المنظور النفسي الدينامي:

تناول هذا المنظور عدد من أصحاب النظريات على مدار سنوات طويلة من أول سيجموند فرويد مؤسس التحليل النفسي ورائد كل المدارس التي تسمى مدارس علم النفس الدينامي وحتى اليوم لا تتوقف هذه النظريات عن الظهور:

سيجموند فرويد: يرى أن العادة السرية هي الإدمان الرئيس الذي يُستبدل ويُعوض عنه بالكحوليات والمورفين والتبغ وما شابه. كما فسر فرويد أن الكحول والسجائر والمواد التي تستخدم عن طريق التدخين كالحشيش والأفيون هي شكل من أشكال النكوص إلى المرحلة الفمية، عندما كان الطفل يستمتع أساسًا من خلال استخدام الفم في الرضاعة.

كارل أبراهام: يلوذ الرجال من خوفهم من ميولهم الجنسية المثلية بالكحوليات. فيعيشون دور الذكورة المبالغ فيها من خلال الذهاب للحانات واحتساء الخمور.

ساندور رادو: يشبه تعاطي المكيفات جميعًا بحالة الطفل الرضيع عندما يشبع ويدفأ ويكون آمنًا سعيدًا فيشرق وجهه بسعادة ونشوة كما لو كان كلي القدرة. وفي هذه الحالة يكون الرضيع نرجسيًّا مغرورًا. ويرى رادو أن استخدام المكيفات هو محاولة غير واعية لاستعادة هذه الحالة.

كارل مينينجر: في كتابه الشهير *الإنسان ضد نفسه* يصف مينينجر عدة أنماط من سعي الإنسان لتدمير نفسه. ومن ضمنها إدمان الكحوليات. الإدمان لدى مينينجر هو انتحار بطيء.

أوتو فينيكل: اعتبر استخدام المكيفات آلية دفاعية للتعامل مع العجز عن التكيّف مع الضغوط وضعف القدرة على التعبير عن الغضب.

دونالد وينيكوت: اقترح أن هناك ثلاثة أنواع من الأمهات: الأم السيئة أو المهملة والأم الممتازة أو المثالية والأم ذات المستوى المقبول good enough. ويرى أن الأم المهملة أو السيئة تترك انطباعًا لا يمحى في الطفل أن العالم مكان سيئ فقد يلجأ الطفل للمخدرات للتعامل مع العالم. بينما الأم المثالية تترك في الطفل توقع أن العالم سيستجيب دائمًا لاحتياجاته بصورة جيدة وكافية وأنه مكان شديد الأمان والانتظام، وعندما يصطدم المراهق بكون العالم غير ذلك، يلجأ للمكيفات. أما

الأم المقبولة متوسطة الأداء فهي خير من يجهز أولادها للعالم الحقيقي وبالتالي خير من يقيهم من الإدمان.

دي. إل. جيرارد وسي. كورنتسكي Gerard and Kornestky في منتصف خمسينيات القرن العشرين اقترحا أن المراهق يتناول المكيفات كوسيلة للتغلب على القلق الذي ينتابه حينما يتطلع إلى الأدوار التي ستطلب منه عندما يصير راشدًا بينما هو يشعر أنه غير متأهب لها وليس مجهزًا للتعامل مع ضغوطها. ولا شك أن هذه النظرية بالذات تتسق مع دراسات هامة أعلنت نتائجها بعد ذلك وتشير إلى أن تجهيز الأطفال والمراهقين بمهارات الحياة يقلل من خطر تعاطيهم للمخدرات.

جاكوبسون وكينبرج: تحدثا عن الاضطرابات في نمو الوعي بالذات وإدراك القيمة الذاتية. بما يولد دفاعات نفسية بدائية لدى المعرضين لإدمان الكحوليات فيشعرون بقيمة مبالغ فيها لذواتهم ويرفضون أن يروا الجوانب

السيئة في شخصياتهم. ويستخدمون الكحول للتعامل مع هذه المشكلات.

والانت: الاضطراب في العلاقات المتمركزة حول النفس.

كريستال وراسكين: فزع مستمر من إعادة اختبار المشاعر الصادمة التي حدثت أثناء كون الإنسان رضيعًا قبل تعلمه الكلام عندما كان عاجزًا عن الإفصاح عما يعانيه من جوع أو بلل أو مغص بما يرتبط من عدم القدرة على الإفصاح والتعبير عن المشاعر.

إريك بيرن: التحليل التفاعلاتي: وضع إريك بيرن نصًّا أسماه لعبة مدمن الكحول حيث يلعب أفراد العائلة أدوارًا مختلفة هي أدوار الضحية و الكبش الأسود (أو الشرير وغالبا يكون هو المدمن) والمنقذ والشهيد والمهرج يتم توزيعها على أسرة المدمن ويظل أسيرًا لها وهي تؤدي إلى استمرار التعاطي حتى يستمر السيناريو أو تستمر اللعبة، فإذا تعافى المدمن الذي كانت تشتكي زوجته منه لسنين طويلة نفاجأ أن زوجته لا تحتمل تعافيه وتطلب الطلاق.

نظرية المداواة الذاتية: إدوارد خانتزيان

يقترح خانتيزيان أن المرض النفسي المعلن أو الواضح في أعراض ظاهرة، والمرض النفسي المضمر السري أي الذي ليس له أعراض ظاهرة ولكنه قابع في اللاشعور، يدفعان بالناس إلى تعاطي المواد المغيرة للحالة المزاجية كوسيلة للهرب من مشاكلهم. ويصنّف كل من القلق والاكتئاب والغضب كأسباب للتعاطي لكن لم يثبت علميًّا حتى الآن أن الأطفال الأكثر قلقًا هم أكثر عرضة للإدمان.

تعاطي المخدرات لدى المرضى النفسيين:

لا يوجد شك أن اضطرابات استخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية ترتبط بأعراض نفسية متعددة. لكن قد تكون هذه الأعراض كالهلاوس والقلق والاكتئاب نتيجة للمرض النفسي لا سبب له أو قد تكون مجرد مصاحبة له. في بحث أُجري على 20291 حالة في الولايات المتحدة، أظهرت النتائج أنّ: أكثر من نصف الأشخاص المتعاطين للمخدرات غير الكحولية لديهم على الأقل مرض

عقلي واحد. وترتفع النسبة بين مدمني الكوكايين إلى 76%. وفي بحثٍ آخر وُجد أن انتشار تعاطي المخدرات قائم في:

47 % من المصابين بالشيزوفرينيا (الفصام).

24 % من المصابين باضطرابات القلق.

47% من متعاطي الكحوليات.

53 % من متعاطي المخدرات الأخرى.

المسببات من منظور اضطرابات الشخصية وسمات الشخصية:

النظريات القديمة عن الشخصية الإدمانية Addictive Personalityأي أن المدمن له سمات محددة منذ الطفولة لم يتم إثباتها، ورغم شعبيتها في أوساط كثيرة إلا أنها لا تلقى قبولًا في الدوائر العلمية الرصينة. بل

أظهرت الدراسات أنّ التغيّرات في سمات الشخصية هي نتيجة للتعاطي لا سبب له. وتتضمن هذه التغيرات السمات المضادة للمجتمع مثل الخداع والمناورة والكذب والسلوك غير المسؤول وتغيير الوظائف والسلوك الإجرامي. والوجه الآخر *للشخصية الإدمانية* من السمات السلبية مثل الانسحاب والانعزال وعدم تحمل المسؤولية. فقد أثبتت الدراسات التتبعية أن المدمنين عكس المعتقدات السائدة كانوا شديدي الثقة بأنفسهم، وعنيفين ويميلون للجنس الآخر (أي ليس لديهم ميول مثلية) أكثر من أقرانهم. إذًا غالبًا ما تنشأ العادات السلبية والسمات المضادة للمجتمع في ما بعد التعاطي لكنها بلا شك تؤدي إلى تأكيد أسلوب الحياة الإدمانية، وتجعل من الصعب تحطيم القيد الإدماني.

وبالرغم من أنّ مشاكل تعاطي المخدرات مرتفعة جدًّا لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في الشخصية (وخاصة المضادين للمجتمع وأصحاب الشخصية الحدية) ومفرطي النشاط أو الذين عانوا من القمع الشديد في الطفولة مقارنةً مع الأشخاص الطبيعيين، وبالرغم من وجود بعض الدلائل التي تشير إلى أنّ اضطراب ضغوط الصدمات السابقة (في البالغين والأطفال) يرفع من نسبة احتمالية تعاطي المخدرات. ويُقال إن اضطراب الصدمات الذي يصعب تشخيصه بشكل واضح لديه نفس التأثير. وكثيرًا ما ينظر إلى العصابية وموضع التحكم الخارجي2 باعتبارها أسبابًا محتملة لاضطرابات تعاطي المخدرات وللإدمان، ولكن من وجهة نظر الدراسات التتبعية الكبرى الدلائل ليست نهائية ولا حاسمة في تاثير هذه العوامل على نسبة الادمان في عموم السكان.

كما وجد أنه لا توجد علاقة بين الكذب والخجل الاجتماعي لدى الأطفال وبين إدمانهم عندما يكبرون، السمة الوحيدة في شخصية الأطفال والمراهقين التي تعرضهم للتعاطي أكثر من غيرهم هي سمة حب المغامرة والتجريب، وهي سمة أساسًا إيجابية إن أُحسنا استثمارها.

-4 المسببات المتعلقة بالعائلة:

كل النظريات عن غياب الأب و*التفكك الأسري* لم تثبتها الدراسات التتبعية الكبرى بل أظهرت

عدة دراسات كبرى عدم وجود تأثير لهذه العوامل. واضطراب أدوار الأسرة يصعب قياسه وتتبع أثره. تشير الدراسات عمومًا إلى أن عوامل الأسرة لا تمثل أسبابًا مؤثرة في زيادة نسبة التعاطي والإدمان ما عدا تعاطي المخدرات والكحول وسوء استخدام الأدوية من أفراد الأسرة والعنف الأسري. كما تشير أبحاث نُظم الأسرة أن خرق أو عدم وجود شعائر أو طقوس عائلية (كتناول الوجبات معًا والأعياد وترتيبات معينة في البيت.. الخ) عنصر خطورة يلي إدمان الوالدين في الخطورة.

-5 المسببات المتعلقة بالمجتمع المحيط:

ضغط الأقران والأصدقاء:

قد يكون هذا الضغط ضغطًا مباشرًا مثل الإقناع الشفهي أو عرض المخدرات على المراهق. أو بطريقة غير مباشرة مثل الوجود بين أصدقاء يتعاطون المخدرات أو تقليد النمط الموجود وخاصةً في سن المراهقة.

متطلبات الوظيفة:

تتسم بعض الوظائف بكثرة فرص شرب الكحول مثل، أصحاب البارات ومديري الفنادق والعاملين بالنقل البحري والصحفيين. بينما تسنح للموظفين في القطاع الطبي (مثل الأطباء والممرضات والصيادلة) فرص أكبر للحصول على المخدرات المتصلة بالمورفين مثلًا أو المهدئات. البطالة وعدم الاستقرار في الوظيفة لا يرفعان من احتمال بداية التعاطي، بعكس الاعتقاد الشائع. لكنهما من أسباب زيادة فرص الانتكاس بعد التوقف فترة عن التعاطي.

-6 المسببات الحضارية وفي الثقافة الاجتماعية:

إتاحة وسهولة الحصول على الكحوليات عامل رئيس في زيادة نسبة الاستهلاك الكلي للفرد كما تؤدي إلى زيادة المشاكل الصحية. توقفت صناعة النبيذ في فرنسا أثناء الحرب العالمية الثانية فانخفضت نسب تليف الكبد بشكل كبير وعند استئناف الصناعة عادت النسب إلى معدلاتها قبل الحرب. لقد عرفت المخدرات الطبيعية ذات التأثير النفسي مثل الأفيون والقنبيات في حضارات مختلفة من أزمنة قديمة، وتم تعاطيها وإدمانها منذ قدم التاريخ. وبالرغم من ذلك، فإن إحدى سلبيات التطور في تركيب وتصنيع الأدوية هي اكتشاف مواد صناعية مخلقة جديدة وإتاحة التركيبات التي تتسبب في بروز إدمانات جديدة. تم طرح الهيروين (diacetyl morphine) في الأسواق في النصف الثاني من القرن التاسع عشر كعلاج فعّال لنزلة البرد العادية على أنه *آمن* وليس *مسببًا خطيرًا للإدمان*. كما طُرح الكوكايين في أوائل القرن العشرين في الشكل الأول لمشروب الكولا والذي كان يُستخدم فيه الكوكايين كعنصر أساسي. ثم تم استبدال الكوكايين بمنشط أخف تأثيرًا هو الكافيين.

تؤثر عناصر السوق والعوامل السياسية والاجتماعية الحكومية في مدى إتاحة المخدرات. كان الهيروين في عام

1996 يُباع في الولايات المتحدة بأقل من نصف السعر الذي كان يُباع به عام 1981، وارتفعت

نقاوة الهيروين إلى 65% في الكثير من المدن مقارنة بنسبة 7% عام 1981. وانخفضت أيضًا أسعار الكوكايين بـ2/3 من سعرها في نفس الفترة تقريبًا.

لكن من جهة أخرى أثبتت تجربة منع الكحول عام 1930 بأن السياسات التي تعاقب على التعاطي جنائيًّا لا تؤدي إلى نجاح كبير.

وأثبتت الدراسة أن إدمان الكحول على مدى عمر الإنسان هو بنسبة 19% في الملونين و5% في ذوي البشرة البيضاء. كما يمكن أن يكون الرجال من أصل أيرلندي أكثر قابلية لإدمان الخمر من الرجال من أصول إيطالية أو سورية أو يهودية أو يونانية أو برتغالية. ويلاحظ أن البلاد غير الإسلامية التي تقع على البحر المتوسط ليست لديها موانع دينية أو ثقافية تجاه شرب الكحوليات بتعقل ولكن يمانعون بشدة السُّكر حتى عند البالغين وحتى في العطلات.

يؤثر كل من الرأي العام والتوعية ضد مخاطر المخدرات المؤثرة نفسيًّا، على تعاطي المخدرات. تقلّ نسبة تعاطي المخدرات عندما يدرك الناس المخاطر المصاحبة للتعاطي، حتى لو زادت نسبة إتاحة المخدرات. ويُظهر

الجدول التالي التغيّر في نسبة تعاطي بعض المواد المغيرة للحالة المزاجية في الشهر السابق للدراسة في الولايات المتحدة بين عامي 1985و1992:

	1985	1992	% التغيير
الكحوليات	**113 مليونًا**	**98 مليونًا**	**% 13**
السجائر	**60 مليونًا**	**54 مليونًا**	**10%**
الماريجوانا	**18 مليونًا**	**9 ملايين**	**50%**
الكوكايين	**6 ملايين**	**3,1 مليون**	**70%**

نلاحظ أن الحملة الشديدة ضد الماريجوانا والكوكايين وإدراك خطورتهما أدت إلى خفض عدد المتعاطين بدرجة أعلى بكثير من انخفاض عدد من يستخدمون مواد أكثر قبولًا من المجتمع. لكن لاحظ أيضًا أن هذا عدد المستخدمين ولو لمرة واحدة وليس بالضرورة أن تتسبب مثل هذه الحملات في خفض عدد المدمنين بنفس النسبة.

-7 المسببات الوجودية والروحية ورؤية الكون:

توضح الاكتشافات الحديثة بأن الممارسات الروحية والدينية يمكن أن تكون عاملًا مهمًّا ضد إدمان المخدرات والكحوليات. وثبت وجود ارتباط وثيق بين التعافي وما يسمى بالروحانية. الروحانية تعني مفهومًا قابلًا للدراسة والقياس وأجريت عليه الكثير من الأبحاث العلمية الرصينة والعفية. ولها تعريفات كثيرة أبسطها القدرة على أن يستمد الإنسان عونًا على مواجهة مشاكل الحياة من مصدر أعظم منه (كالطبيعة أو التاريخ أو الجمال أو الله طبعًا) والحياة من أجل هدف أعظم من الإنسان والروحانية غير التدين. حيث التدين هو الاعتقاد بمنظومة دينية محددة تفسر بداية ونهاية الكون وممارسة فرائض وشعائر هذه المنظومة الدينية. وقد يكون الإنسان ممارسًا

للفرائض والشعائر لكن لا يعيش إلا لمصلحته هو الآنية أو في الحياة الأخرى وقد يمارس الشعائر ويطيع الفرائض ولا يستمد قوة داخلية من هذه الممارسات. وقد يعيش لهدف أعظم منه ويستمد منه قوة لكن هذا لا

علاقة له بمنظومة دينية بعينها. الدراسات تشير إلى أن ممارسة (وليس مجرد الاعتقاد) كل من التدين والروحانية عناصر حماية من التعاطي لكن الروحانية عنصر حماية أهم.

الممارسات الروحانية مثل التأمل والدعاء وخدمة الآخرين تقلل من احتمالات التعاطي لأول مرة وتزيد من احتمالات التعافي. كما لوحظ أن الاضطرابات النفسية والاجتماعية والصحية نتيجة تعاطي الكحول تقل لدى المتدينين.

ويمكن لعامل آخر يمكن أن يسمى البعد *الروحي* العام أن يلعب دورًا هامًّا في هذا المجال وهو ما يسمى الهدف في الحياة المبني على نظريات العلاج بالمعنى لفيكتور فرانكل. وقد أجريت دراسات عديدة مستخدمة مقياس الهدف من الحياة Purpose in Life وأظهرت نتائج مشابهة للمذكورة عاليه.

ويمكن أيضًا أن يكون لنواحٍ محددة من الروحانية والتدين ارتباط بالإدمان والتعاطي، أظهرت دراسات جورساتش Gorsuch عام 1995 أن صورة الله في ذهن الأفراد (وهي ظاهرة قابلة للقياس ومدروسة جيدًا)

تلعب دورًا هامًّا في تعرضهم لاحتمال التعاطي. صورة المولى عز وجل قد تميل إلى جانب أنه تعالى عظيم الغضب جبار متعالٍ شديد العقاب (الغاضب) أو أنه تعالى ودود رحيم قريب رؤوف (المحب). ووجد أن الأفراد الأميل لصورة المحب أقل عرضة للتعاطي والأميل لصورة الغاضب أكثر عرضة للتعاطي. أي أن الخطاب الديني في حملات الوقاية الذي يركز على الحرمانية والعقوبات والتخويف قد يؤدي لنتائج عكسية.

تذكر

مركز المجازاة في الجهاز الحشوي في المخ.

الدوبامين كيمياء اللذة الأساسية.

الاستعداد الجيني ليس معناه حتمية التعاطي بل معناه أن جهاز الإنذار والتحذير من الإفراط لا يعمل بكفاءة.

صفة الطفل الأكثر عرضة هي المغامرة.

العنف الأسري والتعاطي هي الأسباب الثابتة علميًّا في تكوين الأسرة.

الشخصية الإدمانية تتكون بعد التعاطي لا قبله.

وجود هدف ومعنى ومهارات حياة عالية خير وقاية من التعاطي والإدمان.

أسئلة للمناقشة الدراسية:

(1) صف مركز المجازاة في المخ وما هي وظائف هذا المركز واشرح دور مادة الدوبامين فيه.

.....

.....

.....

.....

(2) ما هي التفسيرات المختلفة لدور الوراثة في الإدمان؟

.....

.....

.....

.....

(3)اذكر ثلاثة مدمنين تعرفهم أثرت مهنتهم على دخولهم لعالم الإدمان. وكيف حدث هذا؟

.....

.....

.....

.....

(4) اشرح ثلاث نظريات نفسية دينامية مختلفة تفسر ظاهرة الإدمان.

.....

.....

.....

.....

(5) ما الصلة بين نظرية بافلوف والإدمان؟

.....

.....

.....

.....

(6) كيف تؤثر الصورة الذهنية عن الله على سلوكيات الشاب الأكثر عرضة للإدمان؟ اذكر كيف

تطورت صورة الله لديك أنت ولدى مدمن تعرفه بعد التعافي.

.....

.....

.....

.....

(7) ماهي قوى السوق المؤثرة في انتشار التعاطي والإدمان؟ اشرح.

.....

.....

.....

.....

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

Anthenelli, R. M. & Schuckit, M. A. (1994) Genetic influences in addiction. In N.S. Miller & M.C. Doot (Eds.), Principles of addiction medicine (sec. 1, chap. 6, pp. 1 -14). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Anthenelli, R. M. & Schuckit, M.A. (1990): Genetic studies on alcoholism. Int J Addict. 25: 81- 94.

Bahrke, M.S., Yesalis, C.E., Kopstein, A.N., Stephens, J.A., 2000. Risk factors associated with anabolic-androgenic steroid use among adolescents. Sports Medicine 29, 397- 405

Brehm, N.M. & Khantzian, E.J. (1997) Psychodynamics In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman, RB & Langred JG eds. Substance Abuse: A Comprehensive Text

book. Third edition. Baltimore, Williams & Wilkins.

Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, et al: An adoption study of drug abuse/dependency in females. Compr Psychiatry 37:88- 94, 1996

Cheng ATA, Gau SF, Chen THH, et al: A 4-year longitudinal study

on risk factors for alcoholism. Arch Gen psychiatry 61:184- 191, 2004

Carmelli, D., Swan G.E., Robinette, D. & Fabsitz R. (1992) Genetic influence on smoking - a study of male twins. Neng J Med; 327: 829- .833

Cook, C.C. (1994) Aetiology of alcohol misuse in: Seminars in Alcohol & Drug

.Misurs, Ed. Chick & Cantwell, Gaskell, 94- 125

Crumbough, JC & Maholick LT (1964) An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of .noogenic neurosis. J Clin Psychology 22, 200- 207

Darkes, J., Collins, R., Cohen, J., and J., Gwartney, D., (20013) Performance- Enhancing Drug Use (Including Anabolic Steroids) by Adolescents and College Students: Etiology and Prevention, in Miller, P.M, Interventions for Addiction: Comprehensive addictive Behaviors and Disorders, Volume 3, Academic Print, Elsevier Inc., .Amsterdam, Boston and other cities

DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, et al: Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. Am J Psychiatry 157:745- 750, 2000

Falco M (1996) US drug policy: Addicted to failure foreign policy .1996; 102:124

Gardner E.L. (1997) Brain Reward Mechanisms in Lowinson

Gold, M. S. & Miller, N.S. (1997): Cocaine (and crack): Neurobiology In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman, RB & Langred JG eds. Substance Abuse: A Comprehensive Text book. Third edition. .Baltimore, Williams & Wilkins.p175

Gorsuch, R.L. (1995) Religious aspects of substance abuse and .recovery J. Social issues 51, 65- 83

Halikas, J.A. (1997) Craving In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman, RB & Langred JG eds. Substance Abuse: A Comprehensive Text book.

.Third edition. Baltimore, Williams & Wilkins.p175

Helzer, J.E. & Pryzbeck, T.R. (1988) The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population .and its impact in treatment. J Stud Alcohol 49:219- 224

Herkof, M. J. & Gold, M.S (2013) Etiology and Prevention of Stimulants (Including Cocaine, Amphetamines and Misuse of Prescription Stimulants) in Miller, P.M, Interventions for Addiction: Comprehensive addictive Behaviors and Disorders, Volume 3, Academic Print, Elsevier Inc., Amsterdam, Boston and

.other cities

Hird. S., Khuri, E.T., Dusenburry, L., & Millman, R.B. (1997) Adolescence In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman, RB & Langred JG eds. Substance Abuse: A Comprehensive Text book. Third edition. .Baltimore, Williams & Wilkins.p175

Hougland, G., Siegel, C., Alexander, M.J., & Galanter, M. (1991) A survey of hospitals in New York state treating psychiatric patients with chemical abuse disorders. Hosp. Community Psychiatry .42;1215 -1220

Hughes JR (1986) Genetics of smoking: a brief review. Behav. Ther. .17:335- 345

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E., 2010. Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2009 (NIH Publication No. 10- .7583). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD

Kaij, L. (1960) Studies on the aetiology and signals of abuse of .alcohol. Lund: University of Lund Press

Kalivas PW, Volkow ND: The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry 162: 1403- 1413, 2005

Loper, R.G., Kammier ML & Hoffmann (1973) MMPI Characteristics of college freshman males who later become alcoholics. J Abnormal .Psychol 82:159 - 162

Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, et al: Familial transmission of substance use disorders. Arch Gen Psychiatry 55:973- 979, 1998

Miller, W.R. (1998) Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction 93 (7), 979- 990

Noble, E.P. (1993) The D2 Dopamine receptor gene: a review of association studies in alcoholism. Behav. Genet 23(2): 119- 229

Nurnberger JI Jr, Weigand R, Bucholz K, et al: A family study of alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 61:1246- 1256, 2004

Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, et al: Gambling urges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study. Arch Gen Psychiatry 60:828- 836, 2003

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & Diclemente, C.C. (1994) Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming ,bad habits and moving your life positively forward. New York: Avon

Schaeffer, H.J & Robbins, M. (1995) Psychotherapy for addictive behavior: a stage change approach to meaning making. In: Washton AM, ed. Psychotherapy and substance abuse. A practitioner's .handbook. New York: Guildford Press; 103- 123

Shuckit, M.A. (1987) Biological Vulnerability to alcoholism. J Consult Clin Psycholog 92:171- 174

Shuckit, M.A., Goodwin, D.W., Winokur, G. A. , A study of .alcoholism in half-siblings. Am J Psychiatry 128:1132- 1136

Schuckit MA: Smith TL, Anthenelli R, et al: Clinical course of alcoholism in 646 male inpatients. Am J Psychiatry 150: 786 -792, 1993

Toomey R, Lyons MJ, Eisen SA, et al: A twin study of the neuropsychological consequences of stimulant abuse. Arch Gen Psychiatry 60:303- 310, 2003

Stanton, M.D., and Heath A.W. (1997) Family and Marital Therapy, In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman, RB & Langred JG eds. Substance Abuse: A Comprehensive Text book. Third edition. Baltimore,

.Williams & Wilkins.p448- 455

Steinglass, P, Bennet LA, Wolins J et al (1987) The alcoholic family. .London Hutchinson

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, .HHS Publication No. SMA 09- 4434). SAMHSA, Rockville, MD

Suwaki, J. & Ohara, H. (1985) Alcohol induced facial flushing and .drinking behaviour in Japanese men. J Stud Alcohol 46: 196 -198

Vaillant, G. E. (1984). Alcohol abuse and dependence. In L. Grinspoon (Ed.), American Psychiatric Association annual review .(Vol. 3). Washington, DC: American Psychiatric Press

Valliant, G. E. (1983) The Natural History of Alcoholism. London: Harvard Valliant GE (1984) The course of alcoholism and lessons for treatment. In Grinspoon L (ed.) Psychiatry Update, III; 311- 319, .Washington DC: American Psychiatric Press

Valliant, G. E. (1980) Natural History of male psychological health: VIII Antecedents of Alcoholism and “orality”. An J Psych. 137: 181- .186

Vaillant, G. E. (1977). Adaptation to life. Boston: little, Brown

Vaillant GE: The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns, and Paths to Recovery. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983

Van den Bree MBM, Pickworth WB: Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. Arch Gen Psychiatry 62:311- 319, 2005

Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. & Farmer, R. (1990) Relapse Prevention for addictive Behaviours: A Manual for .therapists. Oxford. Blackwell Scientific Publications

Woods, J.H., & Carney, J. (1977). Narcotic tolerance and operant behavior. In N. A. Krasnegor (Ed). Behavioral tolerance: Research

and treatment implications (Publ. No. [ADM] 78-551, pp. 54 -66)
.Washington, DC: Government Printing Office

1- نترجم Opioids بالأفيونيات والتعبير يضم الأفيونيات المخلقة والطبيعية هو أشمل من الأفيونات Opiates المقصود به عادة الأفيونيات الطبيعية فقط.
2- اعتقاد الفرد أن ما يتحكم في سعادته ظروفاً لا صلة له بها كالصحة أو إعجاب الآخرين أو الحظ أو الطبقة التي ولد فيها.. إلخ.

الفصل الثالث
أنواع المواد المغيرة للحالة المزاجية (المخدرة)

نناقش في هذا الفصل أشكال وطرق تعاطي وتأثيرات مختلف أنواع المواد المغيرة للحالة المزاجية أو المواد التي تسبب اضطرابات الاستخدام والتي تؤدي للإدمان، وكذا مضاعفات استخدامها وآثارها الجانبية وأعراض انسحابها. وتتضمن:

1. الكحول وسنرى معنى «وحدة» الكحول وتشابه تأثيرها على الجسم مهما كان نوع الكحوليات.
2. الكافيين وفوائده من ناحية وأضرار الإفراط فيه.
3. القنب مستكشفين أضراره الجسمانية والنفسية.
4. المهلوسات وبتقسيمات مستقلة للفنيلسيكليدين ومواد أخرى (بما فيها الأدوية المضادة للشلل الرعاش في مصر) ثم المهلوسات الأخرى.
5. المتطايرات (المستنشقات) وطوائفها المتعددة.
6. الأفيونيات من أول المادة الأم الأفيون إلى الهيروين والسابوتكس والترامادول والكوديين والمورفين.

مغيرة للحالة المزاجية (المخدرة)

7. المهدئات والمنومات ومضادات القلق بأنواعها الكلاسيكية والحديثة.
8. المنشطات بما فيها مواد الأمفيتامين والكوكايين والقات والفلاكا والكبتاجون والإيفدرين.
9. التبغ بأنواعه وتقسيماته.
10. مواد أخرى: سنذكر منها ما يسمى بالقنبيات الصناعية (الستروكس) والقطرة (التروبيكامايد) والجي بي أتش.

المواد المُغيرة للحالة المزاجية تبدأ من الكافيين في الشاي والقهوة، والكحول في النبيذ والبيرة، والنيكوتين في السجائر والشيشة، ولا تنتهي بالأفيونات في الهيروين والأمفيتامين في الماكس. وقد صار واضحًا اليوم أن الفيصل في اعتبار أي مادة مغيرة للحالة المزاجية هو تأثيرها على مركز المجازاة في المخ (انظر الفصلين الأول والثاني) لأن هذا هو ما قد يجعلها مسببة لاضطرابات استخدام المواد والسلوكيات الإدمانية المرتبطة بها. ووفقًا للتقسيم العلمي الأحدث في الدليل التشخيصي والإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية تكون التسمية الأدق هي المواد المسببة للاضطراب النفسي والسلوك الإدماني.

ولعلنا نعتبر اللفظ *مادة مخدرة* تعبيرًا غير دقيق لأنه يوحي ببطء الإحساس أو انعدامه. بينما المواد المغيرة للحالة المزاجية بعضها مهدئ أو مثبط، أي يجعل الحركة الذهنية والعضلية والحالة المزاجية أبطأ مثل الحشيش والأفيونيات وبعضها محفز أو منشط أي يجعل هذه الحركات والحالات أسرع وأنشط مثل الكافيين والكوكايين. والنوع الثالث مهلوس أي يؤدي إلى إثارة حواس

البصر أو السمع أساسًا دون وجود خارجي لأي مما يرى أو يسمع. لكن قد نعتبر التعبير *مخدر* أو *مادة مخدرة* مقبولًا من حيث إنه يشير إلى تغير نوع الوعي أو قدر من تغييب الوعي وإبعاده عن إدراك الواقع كما هو.

وهناك تقسيمات تقليدية كثيرة لأنواع المواد المغيرة للحالة المزاجية مثل تقسيمها إلى المواد الطبيعية والمخلقةSynthetic ، أو تقسيمها كما ذكرنا إلى المثبطات Downers والمنشطات Uppers والمهلوسات Hallucinogens.

المشكلة في التقسيم إلى مواد طبيعية ومخُلقة (أو مصُنعة) هي في أين نضع الحد بين الطبيعي والمخلق. فمثلًا البانجو والماريجوانا مواد *طبيعية* فهما أوراق نباتات القنب على حالتها الأصلية، لكن الحشيش مصنع تصنيعًا بسيطًا لأنه *عجينة* القنب الهندي بعد *طبخها* طبخًا بسيطًا كما أن الأفيون عجينة الخشخاش فيضم الناس الحشيش والأفيون إلى قائمة المواد الطبيعية. بينما يعتبر الهيروين مصنعًا أو مخلقًا لأنه يتطلب عملية طويلة ومعقدة ليتم تصنيعه من الأفيون. كما أن هذا التقسيم يجعلنا نحتار في الكحول الذي يستخرج بعملية تقطير بسيطة، والشاي أيضًا لأن أوراقه لا تُترك على حالها لأننا نجفف أوراق الشاي ونعاملها معاملات خاصة قبل أن نستخدمها والكافيين في القهوة يتم استخدامه بعد قدر أكبر من التدخل.

أما في التقسيم إلى مثبطات ومنشطات ومهلوسات فالتعقيد صار أصعب منذ ظهور مادة مثل الإكستاسي مثلًا حيث إنها مهلوسة بقدر ما هي منشطة. وفي السنوات الأحدث نجد الستروكس والفودو لهما مفعول مهلوس إلى جوار التأثير المثبط.

ولعل لمثل هذه الأسباب لجأ الإصدار الخامس للدليل الإحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5, 2013) اإلى تقسيم المواد المسببة لاضطرابات استخدام المواد إلى عشرة تقسيمات لا يحكمها إلا الترتيب الأبجدي باللغة الإنجليزية. والاضطرابات الإدمانية في هذا التقسيم هي:

الكحول.

الكافيين.

القنب.

المهلوسات وبتقسيمات مستقلة للفنيلسيكليدين ومواد أخرى (بما فيها الأدوية المضادة للشلل الرعاش في مصر) ثم المهلوسات الأخرى.

المتطايرات (المستنشقات).

الأفيونيات.

المهدئات والمنومات ومضادات القلق.

المنشطات بما فيها مواد الأمفيتامين والكوكايين وغيرها.

التبغ.

مواد أخرى.

وسنتبنى نحن هذا التقسيم لتفادي الخلط والتعقيدات التي قد تنشأ عن استخدام التقسيمات الأقدم.

أولًا: الكحول

أشكاله: على عكس الاعتقاد الشائع لا يوجد كحول *قوي* وكحول *ضعيف*. تقاس قوة المشروب الكحولي بالوحدة unit.

والوحدة الواحدة من الكحول تختلف في حجمها حسب نوع المشروب الكحولي. لكنها في النهاية وحدة متساوية في تأثيرها على الجسم والذهن. أي إن كأس الويسكي (الشوت) هو وحدة واحدة وكذا كوب البيرة ومن ثم تأثير 3 كؤوس ويسكي على الجسم والذهن يساوي تأثير ثلاثة أكواب بيرة.

وحدة الكحول تساوي:

1 زجاجة أو كان Can بيرة (250 مللي) 4 - 6 % كحول.

كأس نبيذ أو شامبانيا (75 مللي) 13 - 18 % كحول.

كأس (25 مللي) براندي - روم - كونياك 30 - 40 % كحول.

أقل من كأس (أقل من شوت- 20 مللي) ويسكي - فودكا - جين 45 - 50 % كحول.

الكحول مادة مصنعة ومؤثرة تأثيرًا قويًّا على الجسم والنفس. ومن الناحية الطبية يمكن تقسيم خطورة تعاطي الكحول إلى ثلاث مناطق:

منطقة عدم وجود خطورة من 7 إلى 14 وحدة في الأسبوع للرجال وأقل من سبع وحدات للنساء لا تشكل خطورة على الإنسان الطبيعي (المنطقة الخضراء). بشرط تناول وحدة أو اثنتين في اليوم الواحد أو ثلاث بحد أقصى مرة في الأسبوع. أي وحدة كل يوم أو وحدتان مرتين في الأسبوع مثلًا مع عدم التعاطي لمدة يومين وتناول وحدة أو أقل في باقي أيام الأسبوع وهكذا.

من 14 - 21 وحدة أسبوعيًّا لدى الرجال وبين 7 - 14 وحدة أسبوعيًّا لدى السيدات، تعد الخطورة بسيطة إلى متوسطة (المنطقة البرتقالية) على ألا يتعدى التعاطي 3 وحدات يوميًّا.

أما ما فوق ذلك فالخطورة شديدة (المنطقة الحمراء).

طرق التعاطي: الشرب، سواء منفردين في البيت أو في حانة أو فندق التأثير على الجسم والأضرار المحتملة هي ذاتها.

شدة الإدمانية: متوسطة وبطيئة. قد يستمر التعاطي مدة طويلة قبل أن تظهر علامات وأعراض الإدمان كما نعرفها خاصة في الاستمرار رغم الأضرار والانشغال الزائد وفقدان السيطرة.

التأثير: شعور زائف بالدفء والنشوة وزيادة في الطاقة وانخفاض في الكبح في المرحلة الأولى من الشرب (أي من 2 إلى 4 وحدات لدى الفرد الطبيعي، تزيد بطبيعة الحال مع نشوء التحمل) وبعد هذا العدد من الوحدات تظهر علامات الاكتئاب وفقدان القدرة على التحكم حتى فقدان الوعي.

من المهم ملاحظة أن التدهور في الأداء الحركي العضلي والذهني يحدث مبكرًا جدًّا ولذا فهناك أخطار جمة من الحوادث في المنزل أو العمل أو نتيجة القيادة تحت تأثير الكحول.

المضاعفات: تضم قرحة المعدة والدهون على الكبد ثم تليف الكبد fibrosis وصولًا إلى تشمعه cirrhosis (أي عملية تليف متفاقمة ومستمرة ولا يمكن وقفها) بما يؤدي إلى سرطان الكبد. وزيادة الإصابة بجلطات القلب ومشاكل بالكلى والتهاب الأعصاب الطرفية. إضافة إلى تدهور القدرة على العمل والاكتئاب وكثرة الشكوك والهواجس والضلالات خاصة ضلالات الخيانة.

ومن أخطر المضاعفات طبعًا شلل العصب البصري وفقدان البصر. بسبب غش الخمور بالكحول الأحمر الذي يحتوي على كحول الميثانول Methanol بدلًا من كحول الإيثانول ethanol الذي يستخدم في المشروبات الكحولية المعتادة وفي الكحول الطبي لتطهير الجروح وغيرها.

الاستخدام لمدة طويلة: مع الاستمرار في تعاطي الكحول بكميات كبيرة لمدة طويلة ينقص فيتامين ب 1 (الثيامين) وتظهر أعراض ما يسمى بزملة فيرنيك كورساكوف Wernicke-Korsakoff. على اسم العالمين الاثنين اللذين اكتشفا الزملة أو الزملتين.

الزملة أو المتلازمة syndrome هي مجموعة أعراض تظهر عادة معًا كحزمة واحدة.

وعادة تبدأ الأعراض بمجموعة فيرنيك التي تصيب المخ والأعصاب فتسبب ارتعاشًا بالعينين وهبوط الجفنين ثم ارتعاش اليدين ثم عدم اتزان المشية.

أعراض زملة كورساكوف تتضمن ارتباك الوعي confusion ثم عدم القدرة على تسجيل واستيعاب الأحداث وفقدان الذاكرة الحديثة أي ذاكرة الأحداث التي حدثت قبلها بيوم أو اثنين وتبدأ قابلة للعلاج ثم تتحول إلى فقدان ذاكرة مزمن غير قابل للعلاج. مع هلاوس بصرية وسمعية

إن تمكنا من تشخيص هذه الأعراض مبكرًا فالعلاج يمكن أن يؤدي إلى نتائج مبهرة وهو أساسًا يعتمد على تناول كميات كبيرة من فيتامين ب 1 (الثيامين) وفيتامينات أخرى مع التوقف عن تعاطي الكحول. لكن إذا تأخر العلاج فزملة فيرنيك كورساكوف تصير مزمنة غير قابلة للعلاج وتؤدي للوفاة.

ـ ضلالات (تخاريف) أي أفكار خاطئة ثابتة لا صلة لها بثقافة الفرد ولا تتغير بالمنطق أو الواقع، خاصة ضلالات الخيانة أي الاعتقاد أن شريك الحياة أو شخصًا مهمًّا آخر يخون المريض، وضلالات الاضطهاد أي الاعتقاد الخاطئ وغير الواقعي بأن المرء موضع اضطهاد أو مطاردة من آخرين أو مراقبة وتجسس.

أعراض الانسحاب : قوية جدًّا وتستمر من أسبوع إلى 10 أيام وتتضمن رعشة خاصة في اليدين ونوبات صرعية وتشنجات وهلاوس مع زغللة وعصبية. علاوة على اضطراب في النوم وفقدان الشهية وبطبيعة الحال الرغبة القوية في التعاطي.

الكشف عنه: يظهر الكحول ومشتقاته في البول ولكن يحتاج إلى فحوص معقدة قليلًا. عادة يتم الكشف عنه في التنفس 2 - 4 ساعات بجهاز خاص للتنفس (Breathelizer).

ملاحظات علاجية: تحتاج أعراض الانسحاب لفترة أطول للعلاج (في الديتوكس) لأن أعراض الانسحاب شديدة

وقد تكون مميتة. وإدمان الكحول أصعب في علاجه من الهيروين ونسبة الانتكاسة أعلى لأن الكحول أسهل في الحصول عليه من المخدرات الأخرى.

ثانيًا: الكافيين

الأعراض المضرة لاستخدام الكافيين بكميات زائدة عن 400 ميلليجرام في اليوم تتضمن العصبية والتوتر والصداع وأوجاع العضلات وزيادة ضربات القلب والحموضة في المعدة والقيء والغثيان والإسهال وزيادة احتمال هشاشة العظام. وهو لا يسبب حَب الشباب acne لكن قد يسبب تفاقم حالته.

بينما تأثيراته المرغوبة تتضمن عند استهلاك من 3 إلى 5 أقداح من القهوة في اليوم: زيادة الانتباه والتركيز والتقليل من احتمالات الاكتئاب وإيذاء النفس والانتحار والحماية من أمراض القلب والشلل الرعاش من نوع باركينسون والألزهايمر والحماية من السرطان خاصة سرطان الفم. وهو يساعد أيضًا على فقدان الوزن وتحسين أداء العضلات.

الجرعة المناسبة من الكافيين: تشير الدراسات الحديثة أن جرعة حتى 400 ميلليجرام (مجم) من الكافيين ليست مؤذية بل قد تكون مفيدة. وفي ما يلي جرعات الكافيين في المشروبات المختلفة بالميلليجرام:

الاسبرسو: 200- 700 مجم، والقهوة: 100-200 مجم، ومشروبات الطاقة: 50-160 مجم، والشاي 40-120 مجم، ومشروبات الكولا الغازية: 20-40 مجم، والقهوة منزوعة الكافيين 3-12 مجم، ومشروبات الشيكولاتة والكاكاو 2-7 مجم.

ويوجد قدر من الكافيين أيضًا في مأكولات عدة مثلًا:

الشيكولاتة باللبن: 1-15 مجم، والشيكولاتة الداكنة: 5- 35 مجم.

كما يوجد قدر منه في بعض مسكنات الألم وأدوية البرد وأدوية أخرى.

وأعراض انسحابه تتضمن تعكر المزاج *القريفة* والخمول والصداع.

تشخص اضطرابات استخدام الكافيين عند تجاوز الجرعة التي يُنصح بها إلى درجة حدوث أعراض جانبية وعدم القدرة على السيطرة عليها مع الانشغال الزائد وباقي الأعراض.

ثالثًا: القنبيات

القنبيات هي مواد كيميائية قادرة على استثارة مستقبلات القنب في المخ والجهاز العصبي. أكثرها شيوعًا ما يستخرج من نبات القنب الهندي Cannabis Indica والقنب الساتيفيCannabis.Sativa. وهي تضم على الأقل 100 مركب. هي أكثر المواد غير القانونية استخدامًا في مصر والعالم. وبالرغم من ثبوت بعض الفوائد الطبية له خاصة لدى مرضى السرطان وآلام الأمراض المستعصية قبيل الوفاة والصداع النصفي المقاوم لكل العلاجات الأخرى

إلا أن آثار القنب الجانبية ومضاعفات استخدامه خارج النطاق الطبي متعددة وخطيرة. أعلنت الحكومات التي سمحت بتقنين استخدام القنب لمن هم فوق سن 18 سنة مثل كندا وهولندا، أن التقنين استهدف رفع

حصيلة الضرائب التي تفرض على بيعه وتقليل النفقات المترتبة على تجريمه وعدم تنميط المتعاطين أو تحويلهم إلى السلوك الإجرامي عند سجنهم، وأيضًا القيام بحملات توعية بآثار القنب الصحية المضرة وحصر استخدام الأطفال والنشء له. لكن آثاره المؤذية وإدمانيته ليسا موضع خلاف علمي.

أشكاله: تتضمن أشكال القنب المختلفة الأكثرها شيوعًا وهي الحشيش والبانجو والماريجوانا والأشكال الطبية للقنبيات. الحشيش هو مادة صمغية لونها بني فاتح إلى غامق قليلًا مبرقش بنقط دقيقة وهو العجينة المطبوخة للنبات. البانجو هو نبات القنب الهندي نفسه وهو ورق جاف يشبه الملوخية ولونه بين الأخضر والبني والماريجوانا تماثله. وهناك النوع ذو الورقة الضيقة والنوع ذو الورقة الواسعة وتنويعات كثيرة بينهما. كما توجد الكبسولات والأقراص الطبية والمساحيق المجففة والمضغوطة طبيًّا والزيوت الطبية.

طرق التعاطي: التدخين في سجائر أو مع التبغ أو في نارجيلة (شيشة) عادية أو نارجيلة خاصة (الجوزة وغيرها). كما يطبخ الحشيش مع الأكل أو المشروبات الساخنة أو يتم حرقه بطريقة خاصة في كوب مقلوب أو مغلق ويتم أيضًا نفخ أبخرته في فم وأنف شخص آخر (الباكفاير أو الإطلاق الخلفي).

شدة الإدمانية: ضعيفة ومع ذلك تشير إحصائيات 2010 أن 4% من سكان الولايات المتحدة الأمريكية معتمدون على القنب.

التأثير: مثبط ومهدئ مع اضطراب في تقدير المسافة والزمن وبطء في طريقة الكلام والحركة وزيادة الشهية مع تغليب المزاج السابق للتعاطي واحمرار العينيين خاصة مع البانجو وجفاف الفم.

الآثار الجانبية والمضاعفات: النعاس وسرعة الإرهاق وصعوبات الانتباه والتركيز والتذكر والإقلال من القدرة على التجاوب. كما قد يحدث ارتباك أو تشوش ذهني. كما يؤدي إلى تدهور الذكاء العقلي والاجتماعي مع طول الاستخدام.

وسوء تقدير المسافة يمتد إلى 24 ساعة بعد استخدام القنب بما قد يؤدي إلى حوادث السيارات وغيرها.

ورغم أن كثيرًا من الشباب يستخدمون القنب للتغلب على الخوف الاجتماعي أي الخوف من المواقف الصعبة مثل الامتحانات الشفوية أو لقاء الجنس الآخر إلا أن بعد التهدئة المؤقتة يزداد كل من الخوف الاجتماعي والقلق بأنواعه ونوبات الفزع أو الهلع.

وقد يؤدي القنب إلى الضلالات والهلاوس وصلته بالفصام وأنواع الذهانات المختلفة صارت ثابتة. كما يؤدي إلى صعوبات التنفس والتهابات الشعب الهوائية والسعال المزمن وازدياد تجمع المخاط بالزور، والإضرار بالقلب والأوعية الدموية بما يزيد من احتمالات الإصابة بالذبحة

الصدرية واحتشار القلب واضطرابات الدورة الدموية كافة. وتشير الدراسات أيضًا إلى أضراره في ما يتعلق بازدياد الإصابة بالسرطانات المختلفة.

سبب آخر لاستخدام القنب هو تحسين القدرة الجنسية لكنه يؤدي مع طول الاستخدام إلى العجز الجنسي والعقم، كما تقل الدافعية ويصعب التحفيز تدريجيًّا لدى مستخدم القنب حتى يصل إلى التبلد ووزملة الفقدان التام للدافعية.

هذا بجانب التأثيرات الخطيرة للمواد التي يتم خلطها بالحشيش على سبيل الغش التجاري وتضم المبيدات الحشرية والمعادن الثقيلة وأنواع المخدرات الأخرى كما تضم الفطريات أو العفن. ومغشوشات أخرى.

أعراض الانسحاب: تم حسم وجود أعراض أكيدة لانسحاب القنبيات من الجسم تتضمن العصبية وسرعة الاستثارة والأرق وفقدان الشهية والمغص وأحيانًا رعشة في اليدين واضطراب ضغط الدم وبطبيعة الحال الرغبة الشديدة في التعاطي.

تعود مستقبلات القنبيات في الجهاز العصبي إلى حالتها الطبيعية تقريبًا بعد يومين من التوقف عن التعاطي لكن لاتسترد كامل قدرتها الوطيفية إلا بعد 4 أسابيع.

الكشف عنه في البول: يمكن تقصي القنبيات في البول لمدة 3 - 4 أيام إن كان الاستخدام عرضيًّا، أي يوم أو يومين في الأسبوع وبكميات قليلة. لكن مع الاستخدام المستمر والثقيل قد نجد آثاره في البول لمدة 30 إلى 40 يومًا وأحيانًا أكثر إن كان الكبد متكاسلًا أو مصابًا.

رابعًا: المهلوسات Hallucinogens

المهلوسات وبتقسيمات مستقلة للفنيلسيكليدين ومواد أخرى (بما فيها الأدوية المضادة للشلل الرعاش في مصر) والمهلوسات الأخرى.

الصراصير (أدوية الشلل الرعاش والباركينسون)

أكثر أشكال المهلوسات شيوعًا في مصر هي أدوية الشلل الرعاش (باركينسون) والتي تستخدم لمعادلة مضادات الذهان. مثل الكوجينتول والأكينتون والأكتينون والباركينول وغيرها , Akeniton, Cogintol, Akineton, Achtinon and Parkinol and other drugs.

وهذه الأقراص رخيصة ويستحيل إدراجها في جداول الحذر أو الصرف بتعليمات مشددة حيث إنها أدوية ضرورية للأمراض والأعراض التي ذكرناها. وهي تستخدم طبيًّا بجرعات نصف قرص مرة يوميًّا إلى 3 أقراص بعد الأكل يوميًّا.

وهي تعرف أيضًا باسم المستحضر الأب لها وهو الأتروبين والذي يستخرج من نبات البيلادونا Belladona ويعرف أيضًا في مصر باسم السكّرانة (بتشديد الكاف) ونبات الداتورة أيضًا به مشتقات تستخدم في هذه العائلة من الأدوية.

تأثيرها: تحفز مركز المجازاة عندما تستخدم بكميات زائدة وتؤدي إلى الهلاوس البصرية خاصة. ولذا تسمى في مصر *صراصير* لأن المتعاطي لها قد يرى صراصير على الحائط دون وجود

فعلي لأي صرصار ويقال هذا الشخص *مصرصر* أي متعاطٍ لهذه الأدوية بما يجعله يرى هلاوس.

طرق التعاطي: يتم بلع أقراص قد يصل عددها إلى شريط أو عدة شرائط (أي عشرة أقراص أو ربما حتى عشرات الأقراص). ويمكن أيضًا طحن هذه الأقراص وشدها (شمها) عن طريق الأنف بعد رصها في سطور (تسطيرها) أي بنفس طريقة شد الهيروين. ويندر استخدامها عن طريق إذابتها في ماء وحقنها.

المضاعفات والآثار الجانبية: تتضمن اضطراب ضربات القلب وجفاف الريق والإمساك واحتباس البول والغثيان والقيء كما تتضمن التشوش الذهني والعصبية والدخول في نوبة ذهانية حادة أو ذهان مزمن.

الإكستاسي (الإكس)MDMA Ecstasy

Methylene Dioxy methamphetamine الميثلين دايأوكسي ميتامفيتامين هو أقراص تجمع في تأثيرها بين المهلوسات بسبب طبيعة بنيان الجزيء والمنشطات لأنها أساسًا أمفيتامينات (انظر لاحقًا). استخدمت منذ بداية الألفية في الغرب مع الحفلات الساهرة لتضفي نشوة ونشاطًا على الشباب وقدرة على السهر والرقص لفترة طويلة وانتشر استخدامها في مصر والبلاد العربية لنفس السبب.

التأثير والآثار الجانبية:. تتمثل خطورتها في أنها قد تسبب جفافًا ومع المجهود الكبير والإثارة وعدم تناول الماء والاكتفاء أحيانًا بالمشروبات الكحولية قد يفقد الشباب حياتهم بسبب الجفاف وارتفاع حرارة أجسادهم مع شدة الإنهاك.

قد تسبب توترًا في العضلات وشدًّا عضليًّا وغثيانًا مع زغللة في العين. ويظن أن الإكستاسي نفسها تسبب ارتفاعًا شديدًا في درجة حرارة الجسم قد يؤدي إلى الفشل الكبدي أو الكلوي.

أعراض الانسحاب: تتضمن الخمول الشديد وفقدان الشهية ومشاعر الاكتئاب وصعوبات شديدة في التركيز.

المسكالين Mescaline :

نبات آخر له تأثير مشابه للبيلادونا وهو الجزء الذي ينمو فوق سطح نبات الصبار Cactus Peyote يكاد لا يستخدم أبدًا في مصر والبلاد العربية رغم انتشار استخدامه في الغرب والشرق. وهو يستخدم في بعض قبائل سكان أمريكا الأصليين في مناسباتهم الدينية. حيث يدخل مستخدموه في حالة أشبه بالأحلام ونشوة ونوبات من الضحك. ويسبب الإسهال لا الإمساك مع باقي المضاعفات لمضادات الشلل الرعاش المذكورة عاليه.

الفطر السحري (السيلوسايبين) Magic Mushroom (Psilocybin)

عائلة من نباتات الفطر (المشروم أو الشامبينيون) تضم مجموعة من المواد الفعالة من السيلوسايبين ومشتقاته. تماثل في تأثيرها المهلوس وآثارها الجانبية المهلوسات الأخرى لكن قد

تؤدي إلى التهدئة أو التنشيط والتحفيز حسب المواد الفعالة في الفطر. وما لم يتم تناول الفطر الخاطئ فالآثار الجانبية محدودة بشكل عام. نادر الاستخدام في منطقتنا.

الداتورا Datura Inoxia

هي مجموعة من النباتات السامة العشبية تنتمي للعائلة الباذنجانية ولها زهور بيضاء على شكل أبواق كبيرة، بينما أوراقها مخملية كثيفة. وتسبب الهذيان أساسًا وهلاوس مرتبطة بالهذيان. وهي سامة حال استخدامها بكميات كبيرة. يتم استخدامها كالقنب عن طريق التدخين (الدخان). كما تُغلى ويتم شربها للحصول على تأثير *الصرصرة*.

ست الحسن أو البيلا دونا Belladona Atropa

نبتة عشبية معمرة من العائلة الباذنجانية أيضًا، وقد يصل ارتفاع هذه الشجيرة إلى متر ونصف المتر وهي ذات أوراق كبيرة بيضاوية الشكل، وأزهارها على شكل جرس بلون مخضر إلى بنفسجي. تحتوي على الأتروبين Atropine والهيوسيامين hyoscyamine وهما مادتان تسببان الهلوسة. تستخدم بالتدخين والغلي ثم الشرب

أيضًا.

تراب الملايكة: الفينيلسايكليدين Angel Dust, Phenylcyclidine PCP)

بودرة أو بلورات بيضاء أو كبسولات وأقراص بألوان مختلفة وهناك نوع سائل أيضًا. يتم تدخينها بنثرها مع التبغ أو الماريجوانا أو شدها (شمها) أو حقنها. مما يعطي تأثير هدوء وانفصال عن الواقع وقد يشعر مستخدمها بأنه منفصل عن جسمه. محدودة الانتشار في العالم العربي.

الطوابع الأل أس دي LSD(Lysergic Acid Diethylamide)

يأتي المهلوس الشهير على هيئة طوابع يتم لحس الجزء الداخلي منها (المفترض في الطوابع العادية لصقه على الظرف!) وتوجد منه أقراص تستخدم عن طريق الفم أو قد تطحن وتشد (تشم) أيضًا. وأقوى أنواعه النوع السائل وهو يحقن. يشتق صناعيًّا من فطر (عفن) ينمو على خبز الراي Rye.

التأثير: هلاوس بصرية وسمعية (تشويه الصور كما في المرآة المعوجة) وهلاوس حسية واختلال الإحساس بالوقت.

المضاعفات: قد يحدث تأثير غير متوقع وأحيانًا يرتبط هذا التأثير السيئ Bad trip بالجو المحيط وشخصية المتعاطي. وقد تأتي صور مزعجة كذكريات غير مرغوب فيها تقتحم مخيلة المستخدم ربما حتى بعد سنين من التوقف، وقد تحدث حوادث خطيرة أو ربما وفاة بسبب الهلاوس المرتبطة به.

الأل أس دي يسبب أيضًا اكتئابًا وقلقًا وذهانًا مزمنًا أو فصامًا.

شدة الإدمانية: متوسطة

أعراض الانسحاب: ضعيفة جدًّا أو لا توجد

الكشف عنه: لا يظهر في البول

خامسًا: المستنشقات والمتطايرات Inhalants & Solvents

أشكالها:

تضم غاز ولاعات السجائر والمنظفات ومواد الطلاء ومذيبات الطلاء (مثل التينور) والبنزين والغراء (الكولة) السائل داخل أقلام الفلوماستر والماركرز والمواد الدافعة في كل البخاخات مثل مثبت الشعر Hair Spray ومزيلات العرق والمبيدات الحشرية وحتى غاز البوتاجاز.

طرق التعاطي: الاستنشاق

التأثير:

نشوة وتأثير منشط في البداية بسبب غياب الكبح. وتقليل للقلق وزيادة الثقة بالنفس. بعد ذلك أو مع الجرعات الكبيرة يحدث فقدان للوعى والتركيز وغياب تقدير المسافات والوقت.

يبدأ التأثير بعد الاستنشاق مباشرة وينتهي بعد 15 - 30 دقيقة.

المضاعفات والآثار الجانبية: انخفاض النبض والتنفس وصداع وغثيان. ثقل في الكلام وضعف التوافق العضلي الحركي. والنسيان وضعف التركيز والدوار (الدوخة). تدمير عصب السمع وفقدان السمع.

توقف أو ضعف نمو المخ لدى الأطفال والمراهقين.

الالتهاب الرئوي والربو وتدمير الكبد والكلى والنخاع.

حساسية حول الأنف والفم لمستنشقي الغراء (الكولة).

قد تحدث الوفاة بسبب توقف القلب أو الاختناق أو بسبب تثبيط الجهاز العصبي المركزي أو التقلص في الزور أو القلب.

سادسًا: الأفيونيات Opioids

1- الأفيون (يستخرج من نبات الخشخاش *أبو النوم*)

يستخرج من نبات خشخاش النوم Papaver Somiferum. هو العصير المجفف الداكن، أسود تقريبًا، لزهرة هذا النبات المحتوية على البذور. ويحتوي المورفين والكودين والبابفرين ومواد قلوية أخرى.

طرق التعاطي:

تتضمن الأكل حيث يوضع تحت الضرس أو يطبخ أو الشرب حيث يذاب في القهوة، كما يتم تدخينه في الجوزة. وأيضًا تتم إذابته بالحرارة (تسييح) ويحقن في صورة زيت. كما تتضمن الحرق، نادرًا ما يحرق وتستنشق الأبخرة. يستخدم منذ أيام المصريين القدماء كمسكن قوي ومضاد

للإسهال. 0-شدة الإدمانية: متوسطة

التأثير: هدوء وسلام وغياب الألم وإمساك وأيضًا يمنع الكحة والزكام.

المضاعفات: انخفاض ضغط الدم والنبض ومعدل التنفس. الإمساك المزمن وضعف القدرة الجنسية. عند بعض الناس تزيد الرغبة الجنسية وتقل لدى البعض الآخر. لكن الاستخدام على المدى الطويل يؤدي الى العجز الجنسي.

2- الهيروين

يستخرج من الأفيون عبر عمليات كيماوية وتقطير معقد. هو الداي أسيتيل مورفين Diacetyl Morphine. اكتُشِف في ألمانيا كعلاج قوي للكحة (السعال) في أواخر القرن التاسع عشر. وسوقته في الولايات المتحدة شركة باير الشهيرة كمسكن قوي *آمن* مضاد للصداع والأوجاع كافة. منع بداية من عام 1924 عندما وضحت أضراره الإدمانية القوية.

يقال إن كيلوجرام الأفيون يستخرج منه جرام واحد من الهيروين النقي. لكن غالبًا يتم غش الهيروين بإضافة مواد مختلفة.

أشكاله: مسحوق شديد النعومة (بودرة) بني اللون أو بيج غامق أو فاتح حتى الفاتح الكريمي اللون. يضاف إليه كثير من المغشوشات مثل: أنتوسيد وعظام مدشوشة والكينيدين (دواء المالاريا) ولبن أطفال وغيرها. ويأتي أيضًا

في صورة حصى يفرك فيتفتت إلى هذا المسحوق.

طرق التعاطي: الشم أو الشد هو أكثر الطرق شيوعًا في بداية التعاطي. يوضع على سطح ناعم مثل بلاطة أو زجاج. ويتم صفه صفوفًا رفيعة عادة (سطور) باستخدام موس حلاقة أو أي أداة رقيقة، ورقة حتى. ولذا يسمى هذا تسطير. ويشد بالأنف باستخدام ورقة نقود جديدة ملفوفة أو شفاط العصير والمشروبات الغازية.

والحقن يذاب مع ماء مقطر وأحيانًا أي ماء. وقد يستخدم الليمون لأن الهيروين لا يذوب بسهولة. وقد يوضع في ملعقة ويتم تسخينه بشمعة أو ولاعة سجائر لضمان الإذابة. حديثًا صار يذاب باستخدام النقاط الموسعة لحدقة العين (التروبيكامايدTropicamide) أي الميدراسيل أو الميدراسيد أو الميدرابيد وغيرها من الأسماء التجارية ويحقن معها وقد يضاف له أيضًا الفنتانيل. أو باستخدام قليل من الليمون مع الماء.

الحرق وهو استنشاق الأبخرة بعد حرق *البودرة*، حيث يوضع على ورق مفضض (فويل) أو على سطح صفيح ويحرق ويستنشق *الشياط* باستخدام الفم أساسًا بعد فتحه على آخره والأنف إلى حد أقل. الحرق هو أكثر الطرق كلفة حيث لا بدّ من إحراق كمية كبيرة من الهيروين لتحقيق الأثر المطلوب.

شدة الإدمانية: شديدة جدًّا وهذا بسبب قوة تأثيره على مركز المجازاة في المخ فيؤدي لإفراز كميات كبيرة وسريعة من الدوبامين إضافة إلى تأثيره على مستقبلات الإندورفينات (مورفينات

الجسم الطبيعية) ومن ثم إزالة كل أشكال الألم.

التأثير: مع أول تعاطى قد يحدث غثيان وقيء لكن التأثير بالإضافة للنشوة هو إزالة الألم والتهدئة والإحساس بالأمان والاطمئنان وغياب القلق. مع مظاهر النعاس (التسقيط) والصوت الهادئ الرخيم و*الحنان*. مع دقة الملاحظة قد تجد غياب التجاعيد نتيجة لارتخاء عضلات الوجه.

المضاعفات: تحدث بعض المضاعفات والآثار الجانبية بسبب المادة نفسها، وهي مضاعفات الأفيونيات عمومًا وآثارها الجانبية. كما تحدث مضاعفات أخرى بسبب المغشوشات. ومجموعة ثالثة تحدث بسبب طريقة التعاطي كمشاركة الحقن أو التأثيرات على الرئتين بسبب استنشاق الأبخرة.

من مضاعفات المادة نفسها: إضافة لكل الآثار الجانبية المذكورة مع الأفيون تزداد احتمالات حدوث هبوط في التنفس وهبوط في قوة ضربات القلب وسرعتها. ومن ثم غيبوبة الجرعة الزائدة التي قد تؤدي للوفاة.

ونتيجة الهزال وضعف المناعة ترتفع معدلات الإصابة بأي أمراض بكتيرية أو فيروسية أو فطرية. وجدير بالذكر هنا أن السل (التدرن الرئوي) الذي كانت الإصابة به قد انحسرت انحسارًا شديدًا عاد إلى الانتشار منطلقًا من مدمني الهيروين.

ونتيجة للحساسية التي يؤدي إليها تكرار حقن المغشوشات قد يحدث طفح جلدي أو تورم في الشفتين أو إحدى الذراعين بسبب تفاعل الجسم بتراكم الماء داخل أجزاء منه. وقد تمتد الحساسية والتورم إلى الفم والزور والقصبة الهوائية angioneurotic oedema فيحدث اختناق. أو يحدث تورم في الجهاز العصبي المركزي (الحبل الشوكي) أو حوله بما يسبب شللًا مؤقتًا أو دائمًا. وتجمع الماء في المخ brain oedema يسبب صداعًا شديدًا نتيجة ضغط عظام الجمجمة على المخ وقد يصل إلى دفع المخ داخل تجويف العمود الفقري فتحدث الوفاة بعد الصداع الشديد بسبب ضغط عظام العمود الفقري الضيقة على جزع المخ.

ومن هنا فارتفاع نسبة الوفيات بين الذين يعودون إلى تعاطي الهيروين بعد فترة توقف قد يكون بسبب الجرعة الزائدة، فمن كانت جرعته ثلاثة جرامات في اليوم ويتوقف لفترة فسيفقد جسمه التحمل وقد تقتله جرعة جرام واحد. ثم بعد فترة توقف طويلة قد يتغير التاجر أو تتغير عادات غش الهيروين فتزيد نسبة الهيروين النقي في الجرام الواحد.

وسبب آخر للوفيات بعد فترات التوقف هو زيادة الحساسية للمغشوشات في الجسم فيحدث رد فعل قوي عند الحقن بها يؤدي إلى التورمات المائية في القصبة الهوائية أو المخ كما ذكرنا عاليه.

مشاركة الحقن والإبر وأدوات التحضير تؤدي إلى الإصابة بفيروسات التهاب الكبد الوبائي من نوع ج (سي) وب (بي) كما تؤدي إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (إيدز).

وقد يصاب المتعاطي عن طريق الحقن بالتهابات أو خراريج موضعية أو في أماكن بعيدة عن الحقن. ومنها الالتهاب البكتيري لأغشية صمامات القلب ومن ثم تحدث حمى شديدة واضطراب في القلب ويرسل جلطات للمخ. وقد تحدث التهابات وخراريج في أي مكان بالجسم بما فيه العمود

الفقري فيحدث شللًا أيضًا.

تغير قلوية الدم وضعف المناعة يؤدي إلى انتشار الإصابة بالفطريات المختلفة وأخطرها الفطريات على صمامات القلب وخطورة هذه الإصابة أنها لا ترفع درجة الحرارة لكن مع ذلك تؤدي إلى جلطات المخ والقلب دون إدراك السبب.

كما قد تسبب الحقنة إصابة لعصب أو شريان بما يؤدي إلى الشلل. ومنها مثلًا إصابة عصب الحنجرة عند محاولة الحقن في أوردة الرقبة وفقدان دائم للنطق.

العته أو تدهور القوى العقلية غير القابل للشفاء لا يحدث إلا نادرًا لدى من تتكرر إصابتهم بالجرعة الزائدة. أما ضعف نشاط خلايا المخ أو كسلها فهو شائع بكثرة ولكنها تعود إلى النشاط الكامل بعد فترة من التعافي.

الحرق أو استنشاق الأبخرة ليس آمنًا كما يتصور البعض. فهو يؤدي إلى تليف الرئة وأنواع خاصة من تليف المخ وتحلله degenerative encephalopathy بما ينتج عنه ما يشبه جنون البقر من فقدان للقوى العقلية وشلل رباعي وعمى وهذا غير قابل للعلاج.

أعراض الانسحاب: تتضمن الإسهال والدموع دون بكاء وسوائل من الأنف (رشح)، مع آلام في الجسم وعدم القدرة على النوم ولا الاستيقاظ. إضافة لفقدان الشهية والرغبة في القيء. مع التثاؤب والهرش والتسقيط.

الكشف في البول: 2 - 5 أيام.

3ـ الكوداايين أو الكوديين Codeine

أشكاله: هو مادة بيضاء توجد كأقراص أو مضافة لأدوية الكحة الجافة أي مضادات السعال antitussives مثل الكودافين والباركوداايين والتوسيفان إن والتوسيلار والكوديلار والبالمولار وغيرها. (Paracodeine – Tussivan N – Codiphan -Codaphine) كما يوجد في بعض الأدوية المسكنة للألم بكميات متفاوتة مثل الأوكسيكودون Oxycodone وينتشر استعماله في أمريكا الشمالية.

طرق التعاطي: يتناول عن طريق الشرب كما يمكن طحن الأقراص وشدها عن طريق الأنف أو فك الكبسولات وشد محتوياتها أو حتى إذابتها وحقنها. الجرعة العادية للعلاج ملعقة واحدة بسبب التحمل ولكن يصل المدمن إلى استخدام زجاجة كاملة أو عدة زجاجات.

التأثير والمضاعفات وأعراض الانسحاب والكشف في البول: مثل الهيروين لكن أقل تأثيرًا. وجدير بالذكر أن تعاطي هذه الأدوية بالكميات التي ذكرناها قد يسبب بالإضافة إلى ما ذكرنا من مضاعفات الهيروين وآثاره الجانبية الفشل الكبدي أو الفشل الكلوي.

4ـ الميثادون Methadone

هو نوع من الأفيونات المخلقة يشبه الهيروين لكن في صورة سائلة مثل عصير البرتقال ويستخدم لعلاج أعراض انسحاب الهيروين أو كبديل عنه. وقد يستخدمه المدمنون لتقليل جرعة الهيروين

بأن يتناولوه ثم يضيفوا جرعة من الهيروين عليه (التعلية). العلاج بوصف الميثادون موجود في كل دول الغرب وفي المملكة المغربية وعلى نطاق ضيق في لبنان، لكنه ممنوع وغير قانوني في مصر ومعظم الدول العربية.

أعراض الانسحاب: تماثل أعراض انسحاب الهيروين وتستمر 3 أسابيع.

التأثير: مثل الهيروين لكن أضعف كثيرًا. ميزته أنه عكس كل الأفيونيات لا يسبب تحمل (زيادة الجرعة لتحقيق نفس التأثير) ويتم تناوله بالفم وهذا غير متاح في الهيروين وإن كان البعض يحقن الميثادون أيضًا.

5- السابوتكس والسوبوكسون

السابوتكس Sabutex هو الاسم التجاري لمستحضر البيوبرينورفين Buprenorpheine وهو الجيل الثالث من المستحضرات الشبيهة بالميثادون. ويستخدم أيضًا في الغرب وبلاد عديدة حول العالم لنفس أغراض استخدام الميثادون. لكن السابوتكس أسيئ استخدامه في ليبيا وتونس بصورة واسعة منذ أوائل القرن ومن ثم تحظره البلاد العربية كما تحظر الميثادون.

يستخدم كأقراص أو تحت اللسان أو على هيئة طابع.

وهو يعالج أعراض الانسحاب من الأفيونيات كما يمنع تأثير أي محاولة لاستخدام جرعة إضافية من أي أفيونيات أخرى. حيث إنه يعطي تأثيرًا على مركز المجازاة (دماغ) فهو جزئيًّا يؤثر إيجابيًّا على مستقبلات الأفيونيات opiod partial agonist ومن جهة أخرى هو مضاد لمستقبلات الأفيونيات (يسدها) opioid partial anatagonist فيمنع أي تأثيرات إضافية.

يُستخدم كعلاج لأعراض انسحاب الأفيونيات بعد مدة من 12 إلى 24 ساعة ويمكن استخدامه على مدى عدة أيام.

السوبوكسون Soboxone هو الاسم التجاري للدواء المركب من البيوبرينورفين Buprenorpheine والنالوكسون Naloxone وهو مضاد الأفيونيات الذي يستخدم في علاج الجرعة الزائدة. عندما يضاف للبيوبرينورفين يزيد من تأثير المضاد للأفيونيات فيه ويمنع بشكل قوي أي زيادة في تأثير الأفيونيات.

6- الترامادول Tramadol

الترامال وكونترمال وتراماكس وتامول والترادول وترامايدين وترامال وزامادول وأمادول وترامادول إكس وغيرها وأشهرها الأقراص التي تسمى القرص الأحمر الصيني أو أقراص 225 مجم أو حقن. هو مادة تجمع بين خصائص الأفيونيات والبنزوديازيبينات. انتشر استخدامه بين سائقي السيارات وخاصة سيارات النقل ومن يعملون في أعمال شاقة وحتى بين ربات البيوت لأنه يعالج الإحساس بالتعب. وكذا انتشر استخدامه لتحسين القدرة الجنسية، إضافة للإحساس بالنشوة. وتزيد الجرعة مع استمرار الاستخدام من نصف قرص أو قرص إلى عشرة أقراص أو أكثر في اليوم. آثاره الجانبية وأعراض انسحابه تجمع بين مثيلاتها في الأفيونيات والبنزوديازبينات.

من آثاره الجانبية التهيج والهلاوس والحمى والتعرق والرعشة وضعف التناسق الحركي والإسهال والغثيان والقيء والتقلص العضلي والارتجافات وعلى المدى الطويل يسبب العجز الجنسي وسرعة الإرهاق.

7- الفنتانيل Fenatanl

من الأفيونيات المصنعة القوية تأثيره من 80 إلى 100 ضعف تأثير المورفين. تم اكتشافه عام 1959 كمسكن قوي لآلام السرطان ويستخدم طبيًّا في التخدير للعمليات الجراحية مع مستحضرات التخدير (البنج) الأخرى. تعاطيه بمفرده أو مع الهيروين تسبب في نحو 72 ألف وفاة في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2017.

يتم استخدامه على هيئة لصقة Duragesic ديوراجيسيك وغيرها، وعلى هيئة أقراص كما يتم سحق الأقراص وحقنه ويوجد منه رش أنفي Nasal Spray.

من آثاره الجانبية أنه يسبب زغللة في العين وألمًا في الصدر ونوبات صرع وتشوش الوعي والسعال والإغماء وجفاف الحلق والحمى.

8 - المسكنات الأفيونية الأخرى

مثل النوباين Nubaine والنوبان Nopainوالمورفين Morphine والبيتيدين Pethidine. وكلها تأثيرها مثل الهيروين لكن أضعف. ولها نفس أعراض الانسحاب والآثار الجانبية. يكاد يقتصر تعاطيها على المهن الطبية والتمريضية لطبيعتها الطبية والحظر المفروض تجاهها.

سابعًا: المهدئات والمنومات ومضادات القلق

تقليديًّا كان يوجد منها نوعان البنزوديازيبينات Benzodiazepines والباربيتورات وحديثًا انضم البريجابلين بأنواعه والجابتن وأيضًا ما يسمى الزوبيكلونات للعائلة.

البنزوديازيبينات في صورة الأقراص أو الحقن ومنها *الصليبة الصغير* أو الريفوتريل Rivotril (Clonazepam) و*الصليبة الكبير* Rohypnol (Flunitrazepam).

والكالميبام أو الليكسوتانيل أو الليكسوتان Lexotanil or Calmepam or Lexotan (Bromazepam). والفاليوم أو النيوريل بأشكاله المختلفة Valium or Neuril (Diazepam)

وأيضًا الآتيفان أو الزولام Zolam or (Bromazepam). Ativan

طرق التعاطي تتضمن البلع والحقن وقد تسحق الأقراص ويتم تعاطيها عن طريق الشد.

شدة الإدمانية لهذه المواد متوسطة وتشابه الكحول في ذلك كما تشابهه في التأثير حيث يتضمن الهدوء مع وجود طاقة، وغياب الكبح وفقدان القدرة على التحكم، تحسين القدرة الجنسية (بقدر قليل) مع ثقل في اللسان في المواد القوية أو مع الجرعات العالية. أعراض الانسحاب تشابه أيضًا أعراض انسحاب الكحول المذكورة عاليه بما فيها الألم وعدم القدرة على النوم والقلق والعصبية والتشوش والهلاوس والهذيان والرعشة والتشنجات ونوبات الصرع وهي شديدة عمومًا وتستمر

حتى عشرة أيام.

والمضاعفات والآثار الجانبية تتضمن الهبوط في ضغط الدم والهبوط في النبض والهبوط في التنفس بما قد يؤدي إلى الغيبوبة والوفاة.

الباربيتيورات Barbiturates كانت توصف كمنومات بكثرة في السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، لكن بعدها حدث انخفاض ملحوظ في استخدامها الطبي واستخدامها غير القانوني. وإن كانت موجودة في بعض مركبات علاج الصداع النصفي والصرع في صورة الأقراص كما ما زالت تستخدم بنسب أقل في التخدير الطبي والجراحي خاصة في صورة الحقن. السيكونال (Seconal Secobarbital -) الفراولة والأميتال (Amital-Amobarbital) كانت من أكثر الباربيتورات شعبية.

وأعراض الانسحاب والآثار الجانبية للباربيتورات تشابه البنزوديازبينات إلا أنها تسبب تفاعلات مؤذية مع عدد أكبر من الأدوية الأخرى، كما تشتهر بأنها تسبب نسيانًا لمن يستخدمها في الكمية التي تناولها مما قد يؤدي لزيادة الجرعة وبالتالي إلى الوفاة.

مهدئات ما يعرف بعائلة زد مثل الزوبيكلون Zopiclone أو الهيبنور Hypnor والسيستا والنايت كالم Espoclone وغيرها، نالت سمعة مع بداية الألفية أن لها فعالية مثيلة للبنزوديازيبنات وأقل إدمانية. لكن مع الوقت اتضح أنها أيضًا يمكن أن تستخدم بكميات كبيرة فيكون لها نفس تأثير البنزوديازيبنات ونفس الآثار الجانبية وأعراض الانسحاب تقريبًا.

والبريجابلينات (الليريكا أو الليرولين أو البريجادين أو البريجافليكس وغيرها) مضادات قوية للألم وللصرع ولها أيضًا مع الكميات الكبيرة تأثير مشابه للبنزوديازيبنات وازداد معدل تعاطيها والمضاعفات والوفيات الناتجة عنها. ومثلها الجابتنات.

ثامنًا: المنشطات بما فيها مواد الأمفيتامين والكوكايين وغيرها

المنشطات (Stimulants) تتضمن الأمفيتامينات والكوكايين والكبتاجون والقات ومشتقاتهم الأحدث، إضافة للإفيدرين ومشتقاته.

وتأثيرها جميعًا يتشابه في أنها تُحدث يقظة وزيادة في الحركة والطاقة، مع زيادة في الثقة بالنفس. إضافة لعدم النوم وفقدان الشهية وكل هذا مصحوب بطبيعة الحال بالإحساس بالنشوة.

الأمفيتامينات (Amphetamines) بأشكال كيميائية متعددة منها الريتالين أو الكونسيرتا والديكسترين. يكاد يقتصر استخدامها الطبي اليوم على علاج حالات نقص الانتباه وفرط الحركة وهو علاج فعال وآمن لهذه الحالات سواء عند الأطفال أو الكبار. كما يستخدم أحيانًا في علاج مرض نوبات النوم المفاجئ (الناركولبسي Narcolepsy) وانخفض استخدامها كمثبطات للشهية نظرًا لإدمانيتها العالية مع هذه الحالات.

يأتي الأمفيتامين في صورة أقراص أو كبسولات أو مسحوق (بودرة) أو سائل أو في أمبولات (حافظات). ويتم تعاطيه عن طريق البلع أو السحق ثم الشد أو الحقن. وهو شديد الإدمانية.

وتتضمن مضاعفاته الإنهاك الجسدي والعقلي والزغللة والدوار وارتفاع النبض والضغط والعرق الغزير.

وأمراض الغدة الدرقية والكلى واضطراب الدورة الدموية خاصة في القلب والأطراف.

كما يسبب نوبات الصرع والرعشات العصبية.

ومن الناحية النفسية تسبب الأمفيتامينات الاكتئاب والقلق وعدم القدرة على النوم إضافة للإحساس بالعظمة والاضطهاد (البارانويا) أو الشك الذي يصل إلى درجة الضلالات والهلاوس. وقد يرسب الاستخدام الطويل أمراضًا ذهانية مزمنة تتسم خاصة بالشك وعقدة الاضطهاد. وأيضًا الاضطراب ثنائي القطب والفصام.

كما تحدث مضاعفات بسبب الحقن تتضمن الإصابة بفيروسات الكبدي الوبائي وفيروس نقص المناعة البشري (الإيدز) والتهابات الأوردة التي قد تصل إلى الغرغرينة ومن ثم بتر الأطراف، أما لدى السيدات فتسبب الأمفيتانينات اضطرابًا أو توقف الدورة الشهرية.

أعراض الانسحاب تتضمن الاكتئاب الشديد والإجهاد والتفكير في الانتحار.

الكريستال ميث أو الأيس أو الشابو: هو أنقى أنواع الأمفيتامينات وهو غير مشروع تمامًا وشديد الإدمانية. ويأتي في صورة بلورات (كريستالات) شبيهة بالثلج (الأيس). ويتم شده أو حقنه أو تدخينه. ويسبب مضاعفات أعلى من *المكس* أو أنواع الأمفيتامينات الأخرى وخاصة المضاعفات الذهانية.

الكوكايين Cocaine ومشتقاته: الكوكايين هيدروكلوريد : Cocaine HCl بودرة بيضاء تذوب في الماء ويشد أو يحقن أو يتم فركه على اللثة. وغالبًا لا يأتي في صورة نقية بل تضم المغشوشات التي يخلط بها بودرة التلك والدقيق (الفارينة).

الكراك : Freebase Cocaine – Crack: يتم استخراجه عن طريق معالجة الكوكايين فيصير كريستالات بيضاء (في حجم البسلة) لا تذوب في الماء. ويتم تدخينه باستخدام أدوات خاصة زجاجية شبيهة بالغليون لكنها أصغر حجمًا منه.

شديد الإدمانية وتأثيره يبدأ بعد 15 - 30 دقيقة ويستمر من نصف ساعة إلى ساعتين، ويتشابه مع الأمفيتامين في النشوة وزيادة النشاط وكثرة الكلام. لكن يزيد عنه في الحساسية المرتفعة للمؤثرات (الصوت والضوء واللمس). ويؤدي أيضًا إلى ارتفاع في درجة الحرارة وارتفاع في النبض والتنفس.

المضاعفات تشابه مضاعفات الأمفيتامين مع زيادة في مضاعفات الشم أو الشد التي تحدث للأنف بالنسبة للكوكايين المسحوق كالنزيف من الأنف وفقدان حاسة الشم أو الرشح.

ومضاعفات التدخين بالنسبة للكراك كالربو وحساسية الصدر وضيق التنفس والالتهابات الرئوية.

ومعروف عن الكوكايين أكثر من الأمفبتامينات ظهور ما يسمى بالهلاوس الحسية، تحديدًا الإحساس بحشرات تمشي تحت الجلد.

وأعراض انسحاب الكوكايين والكراك تماثل الأمفيتامينات في أن معظمها نفسية مثل الاكتئاب الشديد والرغبة في الانتحار والأرق من ناحية، أو كثرة النوم من ناحية أخرى، والكسل وبطء التفكير واضطراب الشهية زيادة أو نقصانًا.

القات والفلاكا:

القات نبات ينمو في إثيوبيا والقرن الإفريقي واليمن ويحتوي على منشطين هما الكاثين Cathine والكاثينون Cathinone. وهما مادتان تشبهان مشتقات الإفيدرين في التركيب الكيميائي.

تمضغ أوراقه الخضراء عادة ثم يتم الاحتفاظ بكميات كبيرة من المضغة في الخد (التخزين) لكن يمكن أيضًا تجفيفه وتناوله بعد غليه مثل الشاي.

هو مادة إدمانية وتأثيره أسرع من الأمفيتامينات ومماثل لها لكن أخف وطأة. وتأثيره المنشط يماثل أيضًا آثار القهوة القوية: النشاط والإثارة والنشوة وأحيانًا كثرة الكلام ويستمر فترة قصيرة تتبعها فترة أطول مما يشبه أعراض انسحاب الأمفيتامينات من حيث الاسترخاء والخمول لكنها قد تكون مصحوبة بالعدوانية وسرعة الغضب والانفعال.

الفلاكا هي حبوب أو على وجه الدقة أملاح تشبه الأملاح التي تستخدم في الاستحمام. Flakka, a-PVP (or alpha-pyrrolidinovalerophenone) مصنعة من القات وتحتوي على كميات مركزة من مشتقات الكاثينول Cathinol ولذا فتأثيره أقوى وأسرع، ويحدث الإدمان بصورة سريعة كما أن عناصر العدوانية والذهان المؤقت فيه خطيرة وغريبة لذا يسمى أيضًا بالزومبي حيث يتحول المتعاطي إلى حالة من الذهول والسير على غير هدى وقد يمارس في هذه الحالة أفعال عدوانية كالاعتداء العنيف على النفس والآخرين أو أفعال غرائبية كالسير عاريًا أو الزحف على الأرض. أضراره وآثاره طويلة المدى وأعراض انسحابه تماثل باقي المنشطات.

الكبتاجونCaptagon :

أو الفينيثايلين Phenethyline هو مركب من الأمفيتامين وموسع الشعُب الهوائية الثيوفيلين. منشط قوي وعالي الإدمانية. منتشر خاصة في دول الخليج والشام. يستخدمه مقاتلو ما يعُرف باسم تنظيم الدولة الإسلامية (داعش) ويسمونه كيميا الشجاعة.

يأتي في صورة أقراص بنية مزركشة عادة لكن لها أشكال مختلفة أيضًا. ويتم تناولها عن طريق الفم. يتسبب في زيادة مدة وشدة اليقظة ومن ثم عدم النوم، ويتسبب أيضًا في الشعور بالنشوة والنشاط الزائد وله مفعول مسكن

للألم.

قد يسبب التشتت والهلاوس وزيادة في ضغط الدم واضطراب ضربات القلب والرعشة والقيء والضعف الجنسي وفقدان الرغبة الجنسية.

أعراض انسحابه وعلاجه يتماثلان مع كل عائلة المنشطات.

الإفيدرين ومشتقاته:

الإفيدرين Ephedrine مادة دوائية هامة تشغل الجهاز السبمثاوي إذ تتحول إلى نورإبينفرين (أدرينالين) في الجسم. ويتواجد في صورة حقن تستخدم أيضًا بوضعها على الأنف في قطنة لوقف النزيف. كما يوجد في هيئة أقراص لعلاج ضيق التنفس والربو بأنواعه في مستحضرات دوائية مختلفة. ويستخدم أيضًا لعلاج الانخفاض الحاد في ضغط الدم وينقذ الحياة في حالات هبوط الدورة الدموية.

السودوإيفيدرين Pseudoephedrine هو مادة دوائية تستخدم لعلاج الرشح والزكام والسعال (الكحة) وله تأثير منشط أو منبه.

ولذا يلجأ بعض المتعاطين إلى تناول كميات كبيرة من أدوية مثل الإيفانول والبرونكوفين والكونجستال والفلورست والكفامول سعيًا وراء الفعالية المنشطة للإيفيدرين والسودو إيفيدرين وتأثيرهما على مركز المجازاة مع ما يصحبه من نشوة.

التأثير أيضًا يشابه تأثير المنشطات الأخرى لكن أعراض الانسحاب أخف عادة وهو دونًا عن كل المنشطات لا يظهر في تحليل البول.

تاسعًا: التبغ (النيكوتين)

يعد تدخين التبغ ثاني سبب للوفاة في العالم. ويمثل تقريبًا 5 مليون حالة وفاة، أو 1 في كل 10 بالغين. يوجد أكثر من 4000 مادة في دخان منتجات التبغ. ومن ضمنهم النيكوتين، الذي تم اكتشافه في أوائل 1800، وهو أقوى المكونات المغيرة للحالة المزاجية في التبغ.

إن متوسط جرعة المدخن 1- 2 ملي جرام في السيجارة. ومع كل نفس سيجارة، يصل النيكوتين إلى المخ في نحو 10 ثوانٍ. فالشخص الذي يدخن علبة ونصف العلبة (30 سيجارة) يعطي 300 "جرعة" نيكوتين للمخ. وللتو بعد التعرض إلى النيكوتين، يشعر الشخص بالانتباه والهدوء.

يحاول قرابة 35 مليون شخص الإقلاع عن التدخين سنويًّا. ولكن للأسف ينتكس أكثر من 85% منهم خلال أسبوع.

أشكال التبغ: تتضمن السيجارة والسيجار والسجائر التي تلف يدويًّا. وأنواع الغليون (البايب) والنارجيلة (الشيشة) إضافة للأنواع التي تمضغ، وظهر حديثًا ما يسمى السيجارة الإلكترونية أو استنشاق أبخرة زيت النيكوتين وأنواع أخرى.

السيجارة هي المنتج الأساسي الذي يتم تعاطي النيكوتين من خلاله وتمثل 90% من الاستعمال العالمي. ولذا تحظى بأكبر دعاية ضد أضرار التدخين لكن الواقع أن كل الأشكال بلا استثناء تسبب نفس الأضرار الأساسية بنسب متفاوتة.

هل تدخين التبغ (النيكوتين) إدماني؟ أنكرت شركات السجائر علانية أن النيكوتين مادة إدمانية (مخدرات). وللأسف أدت هذه المعلومات الخاطئة إلى الاقتناع الخاطئ بأن النيكوتين عادة وليس إدمانًا. ولكن السجلات الحديثة كشفت أن القائمين على شركات التبغ كانوا يعلمون بإدمانيته

واستخدموا خصائص النيكوتين الإدمانية منذ عام 1950 لتعظيم مكاسبهم.

التحمل واضح في التبغ ويظهر في ميل المدخن لزيادة الجرعة باستمرار والاحتياج الجسدي المتزايد، وتتضمن أعراض الانسحاب الصداع وزغللة العينين والمزاج المتعكر والرغبة الشديدة في التعاطي وتستمر من يومين إلى خمسة أيام.

يستمر المدخن في التدخين لأسباب نفسية كثيرة منها التحفيز (التنشيط) وتقليل التوتر والاسترخاء فضلًا عن النشوة، وهو بمثابة نشاط اجتماعي يجمع المدخن بزملائه خاصة في حال تدخين النارجيلة (الشيشة) على المقاهي وله طقوس يومية ترتبط شرطيًّا بأنشطة بدنية ونفسية متعددة، مثل الاستيقاظ والوجبات وتناول القهوة والشاي وقضاء الحاجة وهكذا.

يقوم النيكوتين كغيره من المواد المغيرة للحالة المزاجية بتأثيره النهائي عن طريق مركز المجازاة في المخ. لكن في بعض الأوقات يعمل النيكوتين كمنشط وأحيان أخرى كمهدئ ذلك لأن النيكوتين يتحد مع بعض المواد في المخ فيُحدث تأثيرات متنوعة:

مع الدوبامين Dopamine ويُحدث متعة وفقدانًا للشهية .

مع النورإبيريفنينNorepinephrine ، كمنشط وفاقد للشهية.

مع الأسيتايل كولين Acetylcholine، فيعمل كمنشط، ويحسن القدرات الذهنية.

مع الفاسوبريسين Vasopressin، فيعمل على تحسين الذاكرة.

مع السيروتونينSerotonin، فيعمل على تحسين المزاج وفقدان الشهية.

مع البيتا - إيندورفينBeta-endorphin:، ويعمل على تقليل التوتر والضغط.

أعراض انسحاب النيكوتين:أعراض انسحاب النيكوتين تبدأ في خلال 2 – 3 ساعات من آخر استخدام للتبغ. وتصل إلى قمتها في 2 - 3 أيام بعدها. قد تكون الأعراض عنيفة تعتمد على مدة التدخين وعدد السجائر في اليوم. ومن الأعراض الشائعة:

الزرزة، الغضب، العدوانية، القلق، التوتر، الهلع، وضعف التركيز.

التوهان، الدوار، اضطرابات النوم، الإمساك، قرح الفم، جفاف الحلق، احتقان الزور واللثة واللسان، آلام في

الأطراف، العرق، الاكتئاب، التعب، الخوف، إحساس الفقد، الشعوذة، الجوع، الكحة وطرد البلغم من الرئة.

زيادة الشهية وزيادة الوزن.

الأضرار الصحية والآثار الجانبية: عدد الوفيات الناتجة من التدخين سنويًّا أكثر من كل الوفيات الناتجة من الإيدز، والمخدرات، والكحول، وحوادث السيارات، والانتحار، والقتل مجتمعة معًا وتتضمن الأضرار أيضًا:

جلطات الشريان التاجي وشرايين الأرجل والأطراف بما قد يسبب غرغرينة قاتلة.

العقم، وعدم الخصوبة، وضعف القدرة الجنسية لدى الرجال. وزيادة هشاشة العظام وكسر مفصل الفخذ بعد انقطاع الدورة عند النساء.

سرطانات الرئة والأحبال الصوتية. وسرطان الدم وسرطان المثانة وسرطان عنق الرحم. وسرطانات الفم والحلق (الزور) والمريء والمعدة والبنكرياس وسرطان الكلى.

والمضاعفات المحتملة أثناء الحمل تتضمن: الولادة المبكرة، موت الطفل قبل الولادة، نقص وزن الطفل، والموت المفاجئ للطفل بعد الولادة بفترة قصيرة.

أضرار الأشكال المختلفة للتبغ: النارجيلة ليست أقل ضررًا من السيجارة بل إن حجرًا واحدًا يساوي من 5 إلى 25 سيجارة (وفي تقديرات 100 سيجارة). وغالبًا ما يكون تبغ النرجيلة مخلوطًا بسكر أو بعصائر، وعندما تحترق هذه المواد تتصاعد منها مواد سرطانية ومواد تثير حساسية مجرى التنفس. إضافة لأضرار الجليسرين الذي يتحول إلى مادة مسرطنة أخرى.

أما الغليون فالدفعة الواحدة منه توازي 20 سيجارة وهو أكثر تأثيرًا على منطقة الفم. السجائر التي تلف يدويًّا (اللف) ينقصها الفلتر فترتفع نسبة النيكوتين والسموم الواصلة للجسم مع السيجارة الواحدة لكن عملية اللف نفسها تدفع المدخن إلى تدخين عدد أقل من السجاير.

الدوخة هي مزيج مفروم ومقطع من أوراق ولحاء وأغصان نوع من أنواع التبغ يضاف عليها أحيانًا نكهات مختلفة بدرجات مختلفة وله نفس أضرار السجائر العادية إن لم تزِد وأنواع التبغ في المضغات له نفس الأضرار العامة إضافة لنسبة أعلى من التهابات اللثة وسرطانات الفم.

استنشاق أبخرة زيوت النيكوتين (السجاير الإلكترونية والفايب) كان يظن أنه أقل ضررًا من التدخين بأنواعه إلا أن بعض حالات حساسيات الصدر التي سببت الوفاة أثارت الشكوك ولذا تجري وقت مراجعة هذا الدليل (في عام 2019) دراسة أضرارها مرة أخرى.

الإقلاع عن التدخين:

حتى تكون الرغبة والتوجه نحو الإقلاع عن التدخين حقيقية لا بدّ أولًا أن يصل المدخن إلى القاع أو يشعر باقترابه. النساء أقل استعدادًا للبدء في الإقلاع عن التدخين.

واحدة من نتائج الأبحاث النفسية الحديثة التي تم التوصل إليها، هي أن الناس يتعاملون مع المعلومات باستخدام

نظامين للتعامل مع المعلومات منفصلين ومستقلين إلى حد كبير في الدماغ: النظام العقلاني، والنظام الاختباري. قد يجعلك هذا «تريد» الإقلاع عن التدخين، على المستوى العقلاني لكنه لا يجعل الرغبة في التدخين تضعف.

بعض النصائح العملية:

حدد تاريخًا للإقلاع. أقلع عنه تمامًا في ذلك اليوم. قبل هذا اليوم قد تبدأ في تقليل استخدامك للسجائر قبل موعد الإقلاع عن التدخين. "Cold Turkey"

ضع قائمة بالأسباب التي تجعلك تود الإقلاع عن التدخين، واجعلها تشمل كلًّا من الفوائد قصيرة

وطويلة الأجل للإقلاع.

حدد الأوقات التي تشعر فيها برغبة أكثر للتدخين. على سبيل المثال، هل تميل إلى التدخين عند الشعور بالضغط أو الإحباط؟ عند الخروج ليلًا مع الأصدقاء؟ وقت شرب القهوة أو الكحول؟ عند الشعور بالملل؟ بينما تقود السيارة؟ مباشرة بعد وجبة الطعام أو ممارسة الجنس؟ خلال فترة الراحة في العمل؟ أثناء مشاهدة التلفزيون أو لعب الورق؟ عندما تكون مع مدخنين آخرين؟ عندما تكون غاضبًا؟

دع الأصدقاء والعائلة وزملاء العمل على علم بخطتك للتوقف عن التدخين..

قم بتنظيف أي شيء تنبعث منه رائحة الدخان، مثل الملابس والأثاث.

ضع خطة.

ما الذي سوف تفعله بدلًا من التدخين في تلك الأوقات التي تشعر فيها بالاحتياج للتدخين؟

كن محددًا قدر الإمكان. على سبيل المثال، سأشرب الشاي بدلًا من القهوة حيث إن الشاي قد لا يحمس الرغبة في التدخين، أو سأتمشى عندما أشعر بالضغط.

غيِّر نمط حياتك أي قم بتغيير جدولك وعاداتك اليومية. تناول الطعام في أوقات مختلفة أو أكل وجبات صغيرة عدة مرات بدلًا من ثلاث وجبات كبيرة. اجلس في كرسي مختلف أو حتى غرفة مختلفة.

ارضِ عاداتك الفمية بطرق أخرى. تناول الكرفس أو أي وجبة خفيفة منخفضة السعرات. امضغ لبانًا خاليًا من السكر أو امتص عودًا من القرفة.

اذهب إلى الأماكن العامة والمطاعم التي لا يوجد فيها التدخين.

مارس مزيدًا من التمارين الرياضية. تمشى كثيرًا أو اركب الدراجة. التمرين يساعد في تخفيف الرغبة في التدخين.

كافئ نفسك عند الوصول إلي أي هدف من الأهداف القصيرة.

لا تحاول التفكير في الأيام المقبلة التي ستحتاج فيها إلى تجنب التدخين. عش كل يومٍ بيومه.

إن أمكن انضم لبرنامج 12 خطوة لزمالة مدمني النيكوتين المجهولين.

عاشرًا: مواد أخرى

لعل ما يسمى القنبيات المخلقة أو الصناعية التي تعرف باسم الستروكس أو الفودو ويتم تدخينها وأنواع القطرات الموسعة للعين التي يتم حقنها من أهم المواد المخدرة التي يجب أن نتناولها هنا.

الستروكس أو الفودو *القنبيات الصناعية*

وهي تشبه في الشكل البانجو أو الماريجوانا لكن عادة تأتي في عبوات صغيرة ملونة. العبوة الواحدة أرخص من مثيلتها من الحشيش وتأثير تدخينها يعادل مئة إلى ألف مرة تأثير القنبيات

إضافة للتأثير المهلوس. وعكس القنبيات مدة تأثيرها حادة وقصيرة قد لا تتجاوز عشر دقائق بما يدفع من يستخدمونها بعد فترة قصيرة إلى تعاطي كميات إضافية. وسريعًا يستهلك المدمن عليها كميات كبيرة ويصير معدل الإنفاق عليها أعلى بكثير من معدل الإنفاق على الحشيش أو البانجو.

وقد رصدت مصلحة الطب الشرعي المصرية في عام 2018 نحو 40 نوعًا من أنواع ما يسمى بالقنبيات الصناعية. بينما تتعدد الأسماء والماركات التي تطلق على هذه المواد مثل: السبايس والكيه 2 والكوش والكرو والمامبا الأسود إضافة طبعًا للاستروكس والفودو.

لا يمكن التيقن تمامًا من تركيب هذه المواد وكيف تصنع لكن معظمها يحتوي على أربعة مكونات أساسية:

1. البرداقوش وهو نبات عطري يستخدم كأساس لمواد طبية كثيرة. يستخدمه مصنعو الستروكس ليكون المكون العشبي الجاف الذي يشبه البانجو أو الماريجوانا. وبعد إضافة المكونات الأخرى له يتم تجفيفه وتفتيته ليصير فتاتًا رقيقًا لنبات لونه أخضر إلى بني.

2. الكيتامين أو الكيتلار وهو مادة تستخدم في التخدير المصاحب للعمليات الجراحية.

3. الهيوسين أو الأتروبين وهما مواد طبية تستخدم بجرعات صغيرة لعلاج المغص ومشتقاتها تستخدم لعلاج الشلل الرعاش والآثار الجانبية لمضادات الذهان ولتوسيع حدقة العين وغيرها من الاستخدامات. لكن تعاطيها بكميات كبيرة كما ذكرنا سابقًا يؤدي إلى الهلاوس البصرية والسمعية.

4. ثم يرش هذا الخليط بالمبيدات الحشرية بنسب معينة فيتفاعل منتجًا المواد التي تسمى بالقنبيات الصناعية. وقد يضاف حتى سم الفئران للظن بأنه يزيد من فاعلية المستحضر المخدر.

التأثير: إضافة للتهدئة وتغيير الإحساس بالزمن والمسافة والذي يماثل تأثير القنب (مثل الحشيش) لكن يفوقه في شدته وسرعة حدوثه، تؤدي هذه المواد إلى رؤية أشياء أو كائنات غير موجودة وسماع أصوات غريبة.

المضاعفات: تتدهور الحالة العقلية لمستخدمي الستروكس بكل أنواعه بسرعة شديدة فتظهر الضلالات والهلاوس وتكتمل صور الذهان أو الفصام سريعًا.

كما يحدث تقلب سريع في المزاج واندفاعية ونكوص حتى يتصرف المتعاطي كما لو كان طفلًا يلح على طلباته. كما ينحدر إلى السلوك العدواني خاصة للحصول على المال اللازم لتمويل إدمانه الذي تفاقم بسرعة شديدة. ولذا يصل المراهق الذي يبدأ تعاطي الستروكس والقنبيات الصناعية بسرعة لمرحلة تدفع أهله إلى إجباره على العلاج.

وقد يؤدي استعمال القنبيات الصناعية إلى تسمم حاد وسرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم مع نقص كمية الدم التي تصل إلى لقلب. وأيضًا تشنجات أو نوبات صرعية وقيء مستمر وقد تؤدي إلى الفشل الكلوي.

أعراض الانسحاب: تحدث بعد ساعتين فقط من آخر جرعة. وتزداد قوتها تدريجيًّا حتى تصير شديدة الحدة. وتتضمن الهياج والقلق والتوتر والصداع وفقدان الشهية.

القطرة (التروبيكامايد)

هي قطرة عين تستخدم في توسيع الحدقة خاصة لفحص قاع العين أسماؤها التجارية تضم الميدراسيد والميدرانيل والميدرابيد.

تعتبر من مضادات الأسيتايل كولين أو مضادات الجهاز الباريسمبثاوي وتتشابه في ذلك مع مضادات الشلل الرعاش (مثل الباركينول والكوجينتول والأكتينون أي الأدوية التي تعرف بـ*الصراصير*) ومن ثم فالقطرة لها تأثير مهلوس وتؤثر على مركز المجازاة في المخ.

تأثيرها: تستخدم في بلاد كثيرة كمادة تذيب الهيروين بكفاءة وتضيف لفاعليته على مركز المجازاة (*تعلي الدماغ أكتر*). في بلاد قليلة منها مصر صارت تحقن دون هيروين سعيًا للنشوة التي تحدثها ، كما أن سعرها زهيد ومتوفرة في الصيدليات. ويستمر تأثير حقنها من نصف ساعة إلى 6 ساعات.

مضاعفاتها وآثارها الجانبية: سُمية استخدامها عن طريق الحقن على القلب قوية وتسبب بطئًا شديدًا في معدل نبض القلب وقد تسبب الوفاة فورًا أثناء الحقن نفسه أو بعده بمدة قد تطول إلى عدة أسابيع.

تسبب التهابات في مختلف أجزاء الجسم. كما تسبب الفشل الكبدي والكلوي وفقدان الوزن.

كما تسبب أنواعًا مختلفة من الذهان والأحلام بينما العينان مفتوحتان.

قد تسبب ارتفاعًا شديدًا في درجة حرارة الجسم والإضغام في الكلام (ثقل اللسان) والتشنجات ونوبات الصرع وفقدان الوعي (الإغماء).

الجي بي أتش GBH مخدر الاغتصاب في المواعدة الغرامية

أشكاله وتأثيره: الجاما هايدروكسي بيوترات دواء يستخدم في بعض حالات النوم اللإرادي المفاجي (الناركولبسي). ويأتي أحيانًا في صورة مسحوق أبيض لكن شكله الشائع هو سائل بلا لون ولا طعم ولا رائحة. ولذا يستخدم في اغتصاب المواعدة الغرامية date rape. أي أنه يدس مع أي شراب للفتاة التي تذهب في مواعدة مع فتى دون نية ممارسة الجنس معه. وهو أيضًا يسبب زيادة في الرغبة الجنسية وفقدان الكوابح السلوكية مع تغييم الوعي.

آثاره الجانبية تتضمن الهلاوس السمعية والبصرية وثقل اللسان (إضغام الكلام) والتصرفات الهوجاء وقد يسبب فقدان الوعي (الغيبوبة).

تذكر

التسمية الأدق «للمخدرات» هي المواد المسببة للاضطراب النفسي والسلوك الإدماني.

كمية الكحول في وحدة البيرة تساوي كميتها في وحدة النبيذ أو الويسكي.

الكافيين له فوائد طالما لم تتعدّ كميته 400 مليجرام يوميًّا وأضرار لما هو أعلى من هذا.

رغم تقنين القنب في بعض البلدان فأضراره الجسمانية والنفسية ثابتة.

المهلوسات المتطايرة (المستنشقات) طوائفها متعددة وأضرارها كذلك.

الأفيونيات من أول المادة الأم الأفيون إلى الهيروين والكوديين والمورفين

تأثيرها متقارب في جوهره مختلف في شدته.

المهدئات والمنومات الكلاسيكية هي البنزوديازبينات والباربيتيورات والحديثة هي مركبات زد والبريجابلين والجابتن.

المنشطات تضم الأمفيتامين والكوكايين من جهة والقات والفلاكا من جهة أخرى ثم الكبتاجون وأخيرًا الإيفدرين، وكلها تأثيرها قريب من بعضه.

أكثر نسبة وفيات من المواد المسببة للإدمان هي من التبغ بأنواعه.

ما يسمى بالقنبيات الصناعية (الستروكس) أقوى من الحشيش ألف مرة.

القطرة (التروبيكامايد) قد تكون قاتلة فورًا أو بعد حين.

المستنشقات متعددة وأضرارها على المخ والجهاز العصبي متعددة كذلك.

أسئلة للمناقشة الدراسية:

ماذا تقول لعميل يقول لك : أنا لا أشرب إلا البيرة، صحيح أشرب عدة أكواب لكن لا أشرب ويسكي أو فودكا أو الخمور الثقيلة؟

.....

.....

.....

.....

قارن بين أعراض انسحاب الخمور والهيروين؟ اشرح أيهما أكثر إدمانية ولماذا؟

.....

.....

.....

.....

يسألك العميل: *هل الحشيش إدمان أم عادة؟* ثم يقول: *ليس له أضرار بدليل تقنين الدول المتقدمة له* كيف تجاوب؟ (في ما لا يقل عن أربعة سطور)

.....

.....

.....

.....

اذكر أسماء 3 مهلوسات وتأثيرات كل منها.

.....

.....

.....

.....

قارن بين الميثادون والسابوتكس والسبوكسون والنالتركسون. ما رأيك في صلاحية كل منها للاستخدام في بلادنا؟

.....

.....

.....

.....

ما أوجه الشبه بين الشابو والفلاكا وما أوجه الاختلاف؟

.....

.....

.....

.....

ما هي أهم أضرار النيكوتين؟ وبماذا تنصح من يريد الإقلاع عن التدخين؟

.....

.....

.....

.....

ما هي أهم تأثيرات الستروكس؟ وما أوجه الصعوبة في علاجه؟

.....

.....

.....

.....

لماذا يستخدم مدمنو الحقن القطرة؟ وما مخاطرها؟

.....

.....

.....

.....

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Furhter Readings

Anderson, L 2018 Ecstasy https://www.drugs.com/illicit/ecstasy.html accessed 15 September 2019

Bersani, F. S., Imperatori, C., Prilutskaya, M., Kuliev, R., & Corazza, O. (2015, July 28). Injecting eyedrops: a minireview on the nonclinical use of tropicamide. Retrieved October 25, 2017, from http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hup.2481/full

Bersani, F. S., Dr., Corazza, O., Dr., Simonato, P., Dr., Mylokosta, ,.A., Levari, E., Dr

Lovaste, R., Dr., & Schifano, F., MD. (2013, May 23). Drops of madness? Recreational misuse of tropicamide collyrium; early warning alerts from Russia and Italy. Retrieved October 28, 2017, from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834313001345

Bozkurt, M., Dr., Karabulut, V., Dr., Evren, C., Dr., Seker, M., Dr., & Kan, H., Dr. (n.d.). Intravenous Abuse of Tropicamide in Opioid Use Disorder: Presentation of 2 Cases. Retrieved October 28, 2017, from http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08897077.2014.924465?&scroll=top&needAccess=true

Drug Facts 2019 National Institute on Drug Abuse, revised July 2019, https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana,

.accessed 15 September 2019

Gates, P. 2018 Does Cannabis Cause Mental Illness, Niversity of .South Wales, Australia and National Draug Abuse Research Centre

Jikomes, N. 2019n List of Major Cannabinoids in Cannabis and Their Effects https//www.leafly.com, accessed 15 Septemebr 2019

Legg, T. and Cherney, K. 2017: How Long Does Alcohol Stay in .Your Body ? Healthline.com accessed, 15 Septemebr 2019

Martin, P. 2019: Wernicke-Korsakoff Syndrome, Family Caregiver .Alliance, Healthline.com, accessed 15 Septemebr 2019

National Academies of Sciences, 2017 Engineering, and Medicine. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: Current State of Evidence and Recommendations for Research. Washington, DC: .The National Academies Press; 2017

National Center for Health Statistics in The Washington Post, .August 9, 2017

.P 1 and A 4

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2013 : Measuring the Burden- Alcohol's Evolving Impact on Individuals, Families and Socity. Pubs.miaaa.nih.gov, accessed 15 Septemebr .2019

Petre, A. 2016: What is Caffeine, and is it Good or Bad for your .health? Healthline.com accessed 15 Septemebr 2019

Valenti, D. A. (n.d.). MultiBrief: The addictive eye drops that kill. Retrieved October 28, 2017, from http://exclusive.multibriefs.com/content/the-addictive-eye-drops-that-can-kill/medical-allied-healthcare

الفصل الرابع
الإدمانات السلوكية

نناقش في هذا الفصل ما يسمى الإدمانات السلوكية أو الإدمانات التي لا تدور حول مادة بعينها بل محورها هو سلوك يثير لذة أو متعة ما، مثل إدمان القمار وإدمان الجنس وإدمان الطعام وإدمان المخاطرة وإدمان العمل وإدمان الكمال وإدمان الدين.
وبعض هذه «الإدمانات» متصل بسلوكيات مركبة ومستحدثة على الطبيعة البشرية كالقمار وأخرى تتصل بسلوكيات ضرورية لاستمرار الحياة كالعمل أو تتعلق باستمرار النوع البشري كالجنس بينما إدمان الطعام أو على وجه الدقة إدمان فعل الأكل نفسه هو تطرف في التعامل مع شرط طبيعي وأساسي للبقاء على قيد الحياة ألا وهو تناول الطعام.
كما نتناول بعض السلوكيات التي تثير الجدل أكثر حول إدمانيتها مثل إدمان الدين والكمالية.

أولاً: إدمان القمار أو المقامرة الإدمانية

الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس DSM-5 يضع القمار لأول مرة في تصنيف الاضطرابات النفسية تحت بند السلوكيات الإدمانية وقد كان قبلًا يوضع تحت بند السلوكيات الاندفاعية. ويشير الدليل أن هذا تم في ضوء وفرة الأبحاث العلمية التي أثبتت الطبيعة الإدمانية لهذا السلوك. ولا يغفل الدليل الإشارة إلى أنه ينتظر في السنوات القليلة القادمة أن تتسع قائمة السلوكيات الإدمانية. ونحن نتوقع أن تضم القائمة بعض أو كل السلوكيات المذكورة في هذا الفصل. ولكننا نبدأ بالقمار حيث تم ذكره صراحة في الدليل الساري اليوم.

تعريف القمار:

هو المخاطرة بالمال أو الأشياء الثمينة، على أمل الفوز بأكثر مما يُخاطر به. المقامرة هي بطبيعتها مخاطرة غير مضمونة النتائج.

وتضم أنواع القمار شراء تذاكر اليانصيب الفورية وتذاكر اليانصيب المصورة أو المتوفرة على النت وورق اللعب (الكوتشينة) وألعاب النرد (الزهر) والدومينو وأنواع ألعاب الكازينوهات واللعب بالماكينات التي تعمل بالنقود والرهان على المواسم الرياضية (مع أو دون وسيط مقامرة bookie). والرهان على الخيول أو الكلاب والرهان على ألعاب المهارة مثل البولينج والبلياردو والجولف وحتى ألعاب الفيديو.

السمات الثلاث الكبرى للسلوك الإدماني كما تظهر في القمار:

العلامات الثلاث للسلوك الإدماني التي ذكرناها سابقًا تظهر بوضوح في القمار: الاستمرار في السلوك رغم الأضرار والانشغال الزائد وفقدان السيطرة.

الاستمرار رغم الأضرار:

الخسائر المادية للفرد قد تصل إلى أضعاف مضاعفة لدخله بما قد يدفع البعض للاختلاس أو السرقة أو الابتزاز أو التورط بصورة أو أخرى في تنظيمات إجرامية. ومن جهة أخرى يتدنى

الدخل بسبب إهمال العمل. كما قد تؤدي الخسائر المادية للاستدانة أو الاستجداء وإفلاس المقامر وأسرته.

الخسائر الاجتماعية تضم تدهور السمعة وخسران الأصدقاء والمكانة والتعوّد على الكسل وانتظار الربح من أسباب وهمية والإهمال الأسري (الانتقال مِن الغنى إلى الفقر قد يحدث في ساعة واحدة).

المشاكل الصحية تتباين ويختلف الضرر بحسب عُمر المقامر. الشباب يُنهَكون من السهر وكثرة الانفعالات النفسية وتوتر الأعصاب والأرق والهزال والهذيان وما يسمى بالصدمات العصبية (أي نوبات من الاكتئاب والقلق أو حتى الذهان الانفعالي) إضافة إلى الاكتئاب المزمن ومحاولات الانتحار. تدهور الحالة الصحية العامة وظهور علامات الشيخوخة في وقتٍ مبكر. أما كبار السن فلأنهم أقل مقاومة للأمراض يكون تأثير القمار عليهم أشدّ وطأة، فيصيرون أكثر عُرضة للإصابة بأمراض سوء التغذية وسوء الهضم وكذلك السكر والضغط والقلب وقصور الكُلى وغيرها من الأمراض التي قد يساعد القمار على ظهورها أو تدهورها في حالة وجودها قبل ممارسة القمار. وقد يؤدي تدهور الحالة الصحية العامة إضافة للضغط العصبي إلى انفجار في الأوعية الدماغية والإصابة بالشلل أو الوفاة.

الانشغال الزائد: يميل المقامر إلى التخلي عن أنشطته التي كان يفضلها وصرف أوقات أكثر فأكثر في ممارسة لعبته المفضلة. عدد الساعات التي يصرفها يوميًّا أو أسبوعيًّا تعبر بسهولة عن هذا.

وينشغل المقامر ذهنيًّا لمدد طويلة بكيفية الحصول على المبالغ اللازمة للقمار أو كيفية الوصول لفرص المقامرة أو حتى مقاومة الرغبة في المقامرة.

فقدان السيطرة: يقرر المدمن أن يضبط أو يقلل من مدد ممارسته للقمار أو المبالغ التي سينفقها أو عدد مرات الممارسة ويفشل. وقد ينقطع عن الممارسة مددًا طويلة ثم ينتكس (يعود للمارسة).

المراحل الأربعة لإدمان القمار:

مرحلة الربح: قصيرة أو غير موجودة.

مرحلة الخسارة والمطاردة: تفسير الخسارة على أنها سوء حظ.

مرحلة اليأس: الاكتئاب – الانتحار – السجن.

مرحلة الاحتياج: انعدام قيمة الوقت والأشياء.

استبيان إدمان القمار

هل أضعت وقتًا من الدراسة أو العمل بسبب القمار؟

هل قامرت لكي تحصل على المال من أجل دفع دين أو حلّ مشكلة مادية؟

بعد الخسارة، هل شعرت بأنه يجب عليك أن تعود للقمار بأسرع وقت ممكن كي تعوض

خسارتك؟

هل تقامر أحيانًا حتّى بآخر ما في جيبك؟

هل تستخدم الدَين كي تُقامر؟

هل بعِتَ كلّ شيء لتقامر بقيمته؟

هل استمررت بالمقامرة لوقتٍ أكثر مما كنت تخطط له؟

هل استخدمت القمار، كي تهرب من القلق أو مشاكلك؟

هل كان القمار سببًا في تعاستك؟

هل كان القمار مصدرًا للمشاكل في علاقاتك؟

هل القمار مصدر للمشاكل مع والديك؟

هل تحاول أن تخفي نشاط القمار سرًّا عن بعض الناس، لكي لا يغضبوا ويقلقوا على حياتك بشكلٍ دائم؟

هل سَبق وشعرت بالندم بعد المقامرة؟

بعد الربح، هل شعرت بقوة احتياج للعودة والربح أكثر؟

هل سبّب لك القمار صعوبة في النوم؟

هل استخدمت القمار لتحتفل بمناسبة ما؟

هل فكرت أن تحاول التعهّد بطريقة رسمية في تقسيط مقامراتك؟

هل فكرت بأن خسائر المقامرة، تدمّر النفس؟

هل حاولت أن تدّعي الفوز بالمال، مع أن الحقيقة أنك خسرت؟

هل شعرت أنك بحاجة إلى التوقف عن المراهنة، لكنك تعلم عدم استطاعتك؟

ثانيا: إدمان الجنس والحب

ما هو الجنس: مفهومنا للجنس يرتبط بتعاملنا معه ومن ثم من إمكانية نشوء سلوك إدماني مرتبط به. الجنس هو من جهة غريزة طبيعية موجودة في الإنسان كما في الحيوانات لكنها الغريزة الوحيدة التي لا يمكن للإنسان أن يمارسها بمفرده إن كان لها أن تصير المقصود منها. وهو تعبير بالجسد يتضمن مشاعر قوية جدًّا. بل هو أقوى تعبير بالجسد يتضمن في ذروته لذة شديدة. لكن يستطيع الإنسان أن يعيش من دونه لفترات طويلة.

كما تختلف طبيعته بين الرجال والنساء. فعادة يصل الرجل إلى الذروة بسرعة وفجأة وفي وقت قصير، ثم يحدث هدوء. بينما تصعد المرأة ببطء في وقت طويل وتظل في منطقة عالية لفترة أطول من الرجل. لذا عند معظم الرجال يكون أكثر ارتباطًا باللذة. وعند معظم النساء يرتبط أكثر

بالعلاقة الإنسانية. فتجد إدمان الجنس غالبًا أكثر انتشارًا عند الرجال وإدمان الحب أكثر انتشارًا عند النساء.

أنواع الحب:

الحب [الإعجاب (الغرام)]: يعتمد على استحقاق موضوع الحب سواء كان شخصًا أو قطعة موسيقية.

الصداقة [الحب الأخوي]: التفاهم والتوافق بين شخصين لديهما شيء مشترك.

الودّ [العِشرة]: وتأتي دائمًا بطول مدة العلاقة.

الحب المسؤول [العطاء غير المشروط]. تجاه مصلحة الطرف الآخر دون انتظار مقابل.

الاستخدام [حب التملك].

إدمان الجنس:

في البداية من الصعب التفريق بين السلوك الجنسي المؤدي إلى إدمان الجنس والسلوك الجنسي العادي، فالتجارب الجنسية المبكرة المدفوعة بالفضول والرغبة في الاستكشاف، هي أمر طبيعي في إطار النمو الجنسي النفسي. ولكن أحيانًا عند مدمني الجنس لم تكن البدايات مجرد استكشاف وإنما كانت وسيلة لتخدير الألم النفسي أو التعامل مع ضغوط ومشكلات الحياة.

ليس بالضرورة أن يكون التاريخ الجنسي المبكر لمدمني الجنس مليئًا بالخبرات لكنه كثيرًا ما يكون مليئًا بالإساءات الجنسية.

الشهوة (المحرك الرئيس):

هي رغبة تدفع الإنسان إلى استخدام غريزة طبيعية في خدمة رغبات غير طبيعية. الشهوة هي الشهية الزائدة.

*لماذا نقول إننا عاجزون أمام الشهوة وليس أمام الجنس؟

ألسنا ندمن شكلًا ما من أشكال الجنس؟ الإجابة هي: نعم؛ لكن مشكلتنا ببساطة ليست هي الجنس، تمامًا كما هي الحال في كثرة الطعام، فإن المشكلة ليست في الطعام. إن تناول الطعام وممارسة الجنس هما غريزتان طبيعيتان؛ ولكن المشكلة الحقيقية في كِلا النوعين من الإدمان هو ما نسميه الشهوة. إنها رغبة تدفع الإنسان إلى استخدام غريزة طبيعية في خدمة رغبات غير طبيعية*.

(من كتاب مدمني الجنس المجهولين)

عندما نحاول استخدام الجنس لتخفيف ألم العزلة أو الوحدة، أو عدم الإحساس بالأمان أو الخوف، أو الشعور بالتوتر، أو لإخفاء مشاعرنا، أو حتى لنشعر بالحيوية، أو لكي يساعدنا على الهروب، أو لإشباع الجوع في داخلنا، فنحن بذلك نعمل على خلق شهوة غير طبيعية تسيء استخدام الغريزة الطبيعية وتستغلها.

وهي ليست فقط أشد قوة منِ الشِهوة الطبيعية ولكنها تتحول إلى أمر مختلف تمامًا. فممارسة

الجنس حينئذٍ تأخذ بُعدًا مختلفًا. إذًا عملية الإدمان هي إدمان للشهوة وليست للشيء أو الممارسة فحسب. إن الشهوة –الاتجاه نفسه- تصبح العامل المتحكم في عملية الإدمان.

(من كتاب مدمني الجنس المجهولين)

دراسة كارنز الفارقة (1992)

أجرى الباحث باتريك كارنز Patrick Carnes دراسة على نحو 600 حالة إدمان للجنس ووجد أن:

81 % من العينة قد تعرضوا لانتهاكات جنسية.

73 % تعرضوا لانتهاكات جسدية.

90 % تم انتهاكهم وجدانيًّا أو نفسيًّا.

الدائرة الإدمانية وتكوين النظام الإدماني:

تظهر الدائرة الإدمانية المفرغة بوضوح في إدمان الجنس. وهنا نرى الأجزاء الأربعة للدائرة الإدمانية: الانشغال الزائد بالجنس والطقوس المتكررة مع السلوك الجنسي والسلوك الجنسي القهري والخزي واليأس.

الانشغال بالجنس:

عندما تكون أفكار المدمن مركّزة على السلوك الإدماني، تدور حياته كلها حول هذا السلوك. فتتعلق به مشاعره وخيالاته وذكرياته وآماله. فيمكن أن يصبح كل عابر أو عابرة *هدفًا* جنسيًّا. مدمن الجنس قد يقوم بإدخال كل من يصادفهم في *برنامج مسح شامل* لتحديد من يصلح كهدف جنسي وذلك بسبب انشغال ذهنه أصلًا بالجنس معظم الوقت. إضافة لذلك فالانشغال الفكري بخيالات جنسية عند مدمن الجنس يدور حول من يمكن أن يثيره دون ممارسة السلوك فعليًّا.

الطقوس:

يزيد المدمنون من انشغالهم الفكري من خلال بعض الطقوس الخاصة بالممارسة. هذه الطقوس من شأنها تزكية الإحساس الجنسي. هذه الطقوس قد تكون مثلًا دخول مدمن العادة السرية إلى متجر للمجلات الإباحية. غالبًا ما تتضمن الطقوس أماكن معينة مثل المتاجر أو المصاعد، أو تتضمن ذلك *الطواف* cruising الذي يقوم به مدمن الجنس في الشوارع لالتقاط عاملات بالجنس التجاري. وأحيانًا أخرى تتضمن الأفلام السينمائية أو المجلات، أو ملابس معينة أو تعاطي الكحوليات أو المخدرات في سياق الإعداد للإثارة الجنسية أو أثناءها. أو ربما تتضمن الطقوس

جلسة معينة أو درجة إضاءة معينة. كما قد تتضمن من جهة أخرى الإغراق في العمل حتى الإجهاد للشعور باستحقاق *قليل من الترفيه الجنسي*.

السلوك الجنسي القهري:

السلوك القهري أو الإدماني هو السلوك الخارج عن السيطرة out of control. على أن تحديد درجة فقدان السيطرة بالنسبة لإدمان الجنس صعب، وذلك لتعدد الممارسات والسلوكيات الجنسية، فلا توجد ممارسة أكثر خروجًا عن السيطرة من غيرها، ولا حتى التواتر هو العنصر المحدد للإدمان.

القهرية تتحدد عندما يتعارض السلوك الإدماني مع أمور ذات قيمة عليا عند الشخص ولكنه يظل يمارس هذا السلوك. عندئذٍ يكون السلوك الإدماني قد احتلّ عند صاحبه قمة سلسلة الأولويات. كما يصبح لديه علاقة مرضية مع سلوكه المغيّر لحالته المزاجية.

الخزي واليأس:

بعد مشاعر اللذة والإثارة في مرحلتي الانشغال والطقوس، وقمة النشوة في مرحلة السلوك القهري، يهبط المدمن إلى قاع الخزي واليأس والشعور بالعزلة. مشاعر الخزي واليأس هي الوصلة التي تصل الدائرة المفرغة في كل أنواع الإدمانات. حيث يهرب المدمن من مشاعر الاكتئاب الناتجة عن سحب *المخدر* من خلال البحث عن النشوة مرة أخرى، وهكذا تدور الدائرة.

في المراحل الأولى، تصبح ممارسة الجنس هي الوسيلة الأساسية والمصدر الوحيد للمتعة. ثم سرعان ما تصبح غير نافعة بل وينتج عنها مشاكل جديدة يجب التعامل معها. وفي هذه الدائرة الشريرة، يتحول الأمر الذي اعتقدنا أننا نستخدمه في العلاج إلى مرض؛ وما قمنا باستعماله بصفته دواء قد تحول إلى سُمّ؛ لقد تحول الحل إلى مشكلة. ومن ثم تتطوّر العملية الإدمانية في دائرة مفرغة تكرر نفسها نحو مزيد من التدهور:

رغبة طاغية في طلب الشهوة – الراحة – المتعة – الهروب من الألم.

استمرار الشعور بالرضا.

الشعور القهري للممارسة مرارًا وتكرارًا.

تصبغ الحياة بصبغتها.

الممارسة بإفراط.

تناقص الشعور بالشبع.

ظهور الآلام.

فقدان القدرة على التحكم والسيطرة.

فقدان القدرة على التواصل مع الآخرين.

عدم القدرة على ممارسة الحياة اليومية.

الإنكار ضرورة حتمية للاستمرار.

إعطاء الأولوية للإدمان.

يصبح السلوك الإدماني هو الأسلوب الأساسي لمواجهة ضغوط الحياة.

ينتهي الاستمتاع ويبدأ الألم.

متى يشخَّص السلوك على أنه إدمان للجنس؟

نطبق الثلاث علامات مرة ثانية:

الاستمرار رغم الأضرار والمخاطر، وهذا على المستوى النفسي والاجتماعي والأخلاقي.

فقدان السيطرة بما فيه محاولات الإقلال أو الامتناع عن ممارسة السلوك الإدماني والفشل في ذلك.

الانشغال الزائد.

بالإضافة إلى أنه يمكن ملاحظة أن السلوك الإدماني لدى مدمن الجنس يُظهر أيضًا:

التحمل: زيادة جرعات السلوك الإدماني لإحداث التأثير المطلوب والحفاظ عليه.

أعراض الانسحاب: تظهر عند التوقف عن الممارسة وما يصاحبها من قلق ومحاولة السيطرة عليه وعدم تخيل الحياة دون تلك الممارسات.

البيئة المحفّزة لنمو الإدمان الجنسي:

تتضمن البيئة المحفزة للسلوك الإدماني في الممارسات والخيالات الجنسية الضغوط الشديدة والتوقعات العالية. كما تتضمن الملل وكثرة أوقات الفراغ وما يسمى بالمشاعر السلبية مثل الغضب أو الحزن أو القلق حيث قد ينشأ كمحاولة للسيطرة على كل هذا.

الأحداث المحفّزة لنمو الإدمان الجنسي:

كما قد تحدث أحداث بعينها تطلق شرارة هذا السلوك مثل الهجر والإهمال كإهمال الزوج لزوجته من خلال انصرافه للعمل لفترات طويلة أو انشغال الزوجة في فترة الحمل والولادة.

وهناك أحداث جنسية تحفّز على بدء هذا السلوك الإدمان مثل: الاعتداء الجنسي في سنٍ مبكرة والتعرض لأحد أنواع الإثارة الجنسية أو المرور في ممارسة جنسية أو مشاهدة منظر جنسي مثير.

تأثير الإنترنت على إدمان الجنس:

ربما كان لانتشار الإنترنت (جوجل والفيس بوك واليوتيوب... إلخ) تأثير كبير على موجة إدمان الجنس الحالية. وهذا بسبب سهولة الحصول من خلاله على صور جنسية إباحية (بورنو)، ويسر التواصل مع بائعي الجنس أو مع مدمني جنس آخرين يصلحون أن يكونوا شركاء جنسيين عبر

التواصل الاجتماعي أو حتى تحديد مواعيد مقابلات معهم. بما من شأنه:

1) توريط الأشخاص المُعرضين لإدمان الجنس في سلوكيات إدمانية تساعدهم على كسر الحدود التي وضعوها لأنفسهم للممارسة الجنسية.

2) سهولة الإتاحة وسرية الاستخدام تدفع الكثيرين كرد فعل للضغوط النفسية، نحو تجريب الجنس على الإنترنت فيتعرفون على نماذج إثارة لم يعرفوها من قبل، وربما يتورطون في الانشغال بها بشكل قهري.

3) سهولة أن يجد كلّ إنسان نموذج الإثارة الخاص به بكثافة شديدة وتنوع.

4) سهولة الربط بين نموذج الإثارة والوصول للذروة الجنسية بسبب إمكانية ممارسة العادة السرية أثناء مشاهدة نماذج الإثارة هذه.

أشكال الإدمان الجنسي:

تتنوع أيضًا أشكال السلوك الإدماني الجنسي وتتضمن:

(1) العلاقات الجنسية مع شخص آخر (أو عدة أشخاص):

وهذا يتضمن الممارسة:

بالتراضي مع الآخرين.

ممارسة الجنس بالأجر.

العنف والحيلة.

(2) الصور أو الخيال:

استخدام الصور/ شرائط الفيديو/ الإنترنت.

(3) الجنس المنحرف (غير المعتاد):

التعلق بالأشياء الخاصة بالسيدات.

التعدّي على الأطفال سواء من نفس الجنس أو من الجنس الآخر.

الصور والخيال المتضمن مشاهد عنيفة أو الممارسة بالعنف.

أنواع ودرجات الممارسات الجنسية من ناحية الخطورة والعواقب القانونية:

يمكن تقسيم الممارسات الجنسية إلى درجات حسب خطورة عواقبها القانونية. مع تباين التقدير والعواقب في كل بلد بل وكل حالة فردية:

الدرجة الأولى: مشاكل في السمعة أو المكانة الاجتماعية

الخيال: حياة خيالية نشطة – التفكير وتخيّل القيام بممارسات جنسية.

العادة السرية: تبدأ عادة في مرحلة المراهقة وقد تتوقف وقد تستمر.

الصور الإباحية: التي الآن أصبحت متاحة بصورة أكبر وأوسع انتشارًا بسبب الإنترنت.

الدرجة الثانية: تعريض النفس لعقوبات جنائية

الدعارة: الجنس بمقابل أجر مادي. في مصر لا يعاقب *الزبون* المستفيد من الخدمة ويعاقب أو تعاقب من قدم الخدمة الجنسية ومن قام بتيسيرها.

المجون الجنسي: حفلات لممارسة الجنس الفردي أو الجماعي تقع تحت طائلة القانون.

الافتضاحية: النزوع إلى إظهار الأعضاء الجنسية أو القيام بالأفعال الجنسية. وتنطبق عليها عليها عقوبة جريمة الفعل الفاضح في الطريق العام.

اختلاس النظر: من خلال مراقبة أعضاء أو أفعال جنسية، كمشاهدة امرأة عارية أو التجسس واختلاس النظر.

التجاوز الجنسي: خرق الخصوصية وتجاوز الحدود بين فردين خاصة في وجود ما يسمى تباين السلطة أي أن لأحد الطرفين سلطة مادية أو معنوية على الطرف الآخر. مثل السلطة التي يتمتع بها الطبيب مع المريض أو المدرس مع الطالب أو المدير مع الموظف.

مكالمات تليفونية فاحشة: أحيانًا تحدث بين شخصين لا يعرفان بعضهما من أجل الاستثارة الجنسية.

الدرجة الثالثة: تعريض النفس لعقوبات جنائية شديدة

هو المستوى الأكثر خطورة من حيث العواقب القانونية والشرعية أو التورط في جريمة جنسية.

الاغتصاب: إجبار آخر على ممارسة الجنس بالقوة أو التهديد مع عدم رغبة الآخر في ذلك. مسألة اغتصاب الزوج لزوجته داخل إطار الزواج، أي إجبارها على ممارسة الجنس معه محل خلاف في البلاد العربية، حيث يرى البعض أن هذا حق شرعي للزوج ويختلف آخرون معهم.

زنا المحارم: ممارسة جسدية أو شهوة جنسية تجاه أحد أفراد الأسرة.

التحرش بالأطفال والاعتداء عليهم: هو الإساءة الجنسية لطفل سواء لمرة واحدة أو بصورة مستمرة.

معتقدات جوهرية لمدمن الجنس:

ربما تبدأ هذه المعتقدات وقت الطفولة. وقد تكون نتيجة ثانوية للانتهاكات والنقص الشديد في الحب والرعاية الصحيحة فتشوه رؤيته للواقع وتمهد لظهور إدمان الجنس. كما يمكن أن تنشأ أو تتفاقم نتيجة الممارسة الجنسية الإدمانية. وفي الحالتين تتضمن هذه المعتقدات أفكارًا أساسية مثل: أنا شخص سيئ وغير مستحق - لن يحبني أحد كما أنا - لا أستطيع الاعتماد على أحد ولن يتمكن أحد من تسديد احتياجاتي - الجنس هو أعمق احتياج لديّ.

التعافي من إدمان الجنس:

التعافي من إدمان الجنس هو طريق طويل يحتاج لتغيير ونمو نفسي مستمر، وتخلّ عن نمط الحياة القديم وكذلك اكتساب مهارات جديدة للتعامل مع ضغوط الحياة. توجد مدارس علاجية متنوعة وذات فاعلية في العلاج مثل:

برنامج مدمني الجنس المجهولين أو مدمني الحب والجنس المجهولين (الـ 12 خطوة).

المقابلات الدافعية.

العلاج الجمعي.

العلاج المعرفي السلوكي ومنع الانتكاسة.

لأنه إذا كان الجنس بديلًا مزيفًا أو مؤقتًا عن الحميمية والرعاية والحنان. وإذا كان لدى كثير من مدمني الجنس اعتقاد أن الجنس هو احتياجهم الأساسي وصديقهم الوفي الوحيد. وإذا كان فقدان السيطرة وعدم القدرة على إدارة الحياة، الذي يحدث بسبب السلوك الجنسي القهري، يزيد أيضًا من الاعتقاد السائد بعدم القيمة. فإن خبرة القبول والاحترام التي يحصل عليها المدمن (من فرد أو جماعة مثل اجتماعات المدمنين للتعافي) لها دورٌ كبير في تصحيح هذه المنظومة من الاعتقادات الخاطئة وعكس اتجاه الدائرة نحو الشفاء.

ثالثًا: الإدمانات المتعلقة بتناول الطعام

يعتبر كثيرون أن التعامل مع الطعام قد يولد أنواعًا من الإدمانات وتتضمن:

إدمان الإفراط في الأكل أو تناول الطعام Overeating

إدمان تجنّب تناول الطعام أو الأكل

(فقدان الشهية العصبي: الأنوركسيا Anorexia)

فوضى تناول الطعام: البوليميا Bulimia

إدمان الإفراط في تناول الطعام (إدمان الأكل)

رغم أنه لم يدرج رسميًّا بعد في تقسيم السلوكيات الإدمانية إلا أننا نتفق تمامًا مع العلماء الذين يعتبرون الإفراط في الأكل سلوكًا إدمانيًّا. وهو يتضمن الشراهة في الأكل دون التخلص من الطعام لكن يجب أن تظهر علامات الإدمان الثلاث. أي الاستمرار رغم الأضرار والانشغال الزائد وفقدان السيطرة. وتظهر الأبحاث على المخ في حيوانات التجارب كما في الإنسان أن نفس الدوائر والمواد -الدوبامين تحديدًا- المرتبطة بمواد إدمانية مثل الكوكايين والهيروين تعمل أيضًا في إدمان الطعام. وكثير من المدمنين المتعافين يتحولون إلى إدمان الأكل، أي أنه إدمان عابر أيضًا.

التعبير إدمان الطعام يستخدم لأن تناول الطعام يحرك مركز المجازاة في الجهاز الحشوي. ومن ثم يغيّر المزاج وخاصة أثناء المشكلات والصراعات. بما قد يدفع الناس إلى اللجوء للأكل لتجنب مواجهة مشكلاتهم أو للبحث عن اللذة أو الانغماس فيها. وهو كغيره من مثيرات مركز المجازاة قد يؤدي إلى الانشغال الدائم بالطعام وفقدان السيطرة على الأكل بصورة دائمة أو في صورة نوبات

متكررة كما أن محاولات السيطرة عليه في صورة الحمية الغذائية أو النظام الغذائي الموصوف (الو أأأرجيم أو الدايت) تبوء بالفشل رغم تكرارها. وهو يؤدي كما أسلفنا إلى مشكلات صحية ونفسية واجتماعية بسبب زيادة الوزن. وقد تتسبب هذه المشكلات بدورها في المزيد من فقدان السيطرة على الأكل. أي تظهر فيه علامات الإدمان الثلاث: الاستمرار رغم الأضرار والانشغال الزائد وفقدان السيطرة. لكن هذه العلامات الثلاث قد توجد في أشخاص ذوي وزن طبيعي كما قد توجد في أصحاب الوزن الزائد ومن يعانون من السمنة.

5 إلى 6% من عموم الناس يعانون من إدمان الطعام وترتفع النسبة إلى 15% بين من يعانون من السمنة و25% ممن يعانون من السمنة المفرطة (خاصة بين النساء). والنساء أكثر عرضة مرتين لإدمان الأكل من الرجال. ذلك أن بعض مدمني الطعام يتمتعون بمعدل أيض عالٍ (جسمهم يحرق السعرات الحرارية -الكالوريز- بسرعة عالية) وآخرين يمارسون الرياضة أو الحركة وفئة ثالثة تقوم بالتخلص من الطعام (فوضى الأكل أو البوليميا).

أضرار زيادة الوزن والسمنة وأضرار إدمان الأكل:

الإفراط في الأكل يسبب زيادة الوزن overweight والسمنة obesity. والاثنان لهما أضرارهما لكن السمنة أكثر ضررًا من زيادة الوزن. وسنفصل الأضرار هنا لكن علينا أن نتذكر أن مجرد حدوث الأضرار أو توقع حدوثها لا يشخص كإدمان بل يجب أن تكون مصحوبة أيضًا بالانشغال الزائد وفقدان السيطرة. تتضمن هذه الأضرار أمراض القلب والدورة الدموية وخاصة الذبحة الصدرية وجلطة القلب وهي اليوم أكثر أسباب الوفاة انتشارًا في العالم. كما تسبب زيادة في حدوث الجلطات في المخ وانشقاق الشريان الأورطي. كما تزيد السمنة من نسب حدوث مرض السكر (البول السكري) وتسبب أضرارًا جسيمة للجهاز العضلي والهيكلي وخاصة التهاب المفاصل osteoarthritis وهو يسبب إعاقة شديدة في الحركة. ولا يعرف كثيرون أنها تسبب أيضًا بعض أنواع السرطان مثل سرطان الرحم والثدي والمبايض والبروستاتا وسرطان الكبد وسرطان المرارة والقولون. كما تسبب زيادة نسب حدوث الكسور ونسب ارتفاع ضغط الدم إضافة للصعوبات في التنفس والتأثيرات النفسية والاجتماعية للوزن الزائد والسمنة.

لكن إدمان الطعام له أيضًا أضراره النفسية الأخرى مثل انخفاض تقدير النفس والاكتئاب واليأس والحزن وفقدان الأمل وزيادة القلق ونوبات الهلع والعصبية وسرعة التهيج خصوصًا لو تم تحديد الوصول للأطعمة المرغوبة والمشتهاة والخدر الوجداني والتباعد وحتى الأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار.

كما تنتج عنه أضرار اجتماعية مثل التهور في الأداء في العمل أو الدراسة والعزلة وتفادي الأصدقاء والأحباب وفقدان الاستمتاع بالهوايات والأنشطة التي كان يسبق التمتع بها والقيام بمخاطر قد تؤذي مدمن الطعام في مستقبله المهني أو في الماليات الخاصة به.

مؤشر كتلة الجسم BMI في زيادة الوزن والسمنة:

ولنفهم معنى زيادة الوزن والفارق بينه وبن السمنة نذكر أن الفارق هو في نسبة زيادة الوزن. منظمة الصحة العالمية تقيس صلة الوزن بتأثيراتها على الصحة من خلال ما يسمى مؤشر كتلة

الجسم Body Mass Index (BMI) وهو يقيس الوزن من خلال صلته بالطول. وهو وزن الإنسان بالكيلوجرام مقسومًا على مربع طوله بالمتر. مثلًا شخص طوله متر وثمانون سنتيمترًا (1.8 متر) ووزنه 105 كيلوجرامات يكون مؤشر كتلة الجسم لديه (3.6 =1.81.8X) / 105 = 29

وزيادة الوزن لدى البالغين تعريفها زيادة مؤشر كتلة الجسم لأكثر من 25 بينما السمنة تعريفها تجاوز المؤشر 30 والسمنة المفرطة هي ما فوق الـ 35. وتصير الحسابات أكثر تعقيدًا لدى الأطفال لذا تُستخدم مع الأطفال جداول معدة مسبقًا.

وقد تجاوز عدد أصحاب الوزن الزائد في العالم في عام 2016 وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، 1.9 مليار نسمة منهم 650 مليونًا يعانون من السمنة وبهذا تكون السمنة قد زادت في العالم عام 2016 لثلاث مرات حجمها عام 1975.

في دراسة حديثة على 652 فردًا باستخدام مقياس يال لإدمان الطعام Yale Food Addiction Scale وجد أن 5.4% من المشاركين يوفون معايير تشخيص إدمان الطعام. بينما لم ترتفع النسبة بين من يعانون من السمنة بين هؤلاء المشتركين إلا إلى 7.7% أي كان هناك 11.4% من مدمني الطعام يتمتعون بوزن طبيعي أو حتى وزن أقل من الطبيعي. وكانت نسبة مدمنات الطعام من الإناث 6.7 % بينما النسبة بين الرجال 3 %.

أشكال إدمان تناول الطعام:

1. الإفراط في تناول الطعام: مدى الانتشار 20 - 30% بين عموم السكان ويحدث أكثر بين السيدات.

2. السرعة في التناول: ينتشر هذا الأسلوب بين مدمني العمل وبين الأشخاص الذين يميلون إلى السرعة وسهولة الانفعال.

3. التصبيرة: نوع من الإفراط في الطعام، إذ يشعر الشخص أنه في احتياجٍ دائم إلى المضغ أو الاستطعام.

4. الأكل الظرفي: هذا النوع يحدث في ظروفٍ معينة كالامتحانات أو الاجتماعات الهامة أوالصراعات للتهدئة من حدة التوتر

5. التخزين: التخزين مرتبط بالشعور بعدم الأمان. كالإفراط في الأكل قبل الصوم أو قبل بداية الريجيم.

الأطعمة المرتبطة بالإدمان:

لعل الأطعمة السريعة وما يسمى المأكولات غير الصحية junk food من أكثر مسببات الزيادة المعاصرة في انتشار إدمان الطعام. السكريات والدهون والنشويات خاصة التي تسمى المأكولات الأسهل أو المأكولات المانحة للراحة comfort food وقد يفضل البعض نوعًا معينًا من المأكولات وخاصة من بين أنواع الحلويات وأشهرها الشوكولاتة. هذه المأكولات تثير مركز

المجازاة أسرع وبكمية دومابين أكبر من غيرها. وقد أظهرت الأبحاث العلمية أن أكثر المأكولات التي تسبب إدمان الطعام هي بالترتيب: البيتزا والشوكولاتة والكعك والأيس كريم والبطاطس المحمرة والشيزبرجر والمياه الغازية والتورت والرولز والفشار بالزبدة وسيريالز الإفطار والبونبوني المضغ والستيك (اللحم المشوي) والمافينز. والـ 18 نوعًا من الأطعمة هي في الأغلب مأكولات مفعلنة (مصنوعة processed) تحتوي على نسب عالية من الدهون والكاربوهيدرات (سكريات أو نشويات). بينما تبين أن أقل الأطعمة تسببًا للإدمان هي بالترتيب: الخيار والجزر والفاصوليا والتفاح والأرز البني والبروكلي والسالمون والذرة والمقرمشات السادة والبريتزل وصدور الفراخ والبيض والمكسرات. والـ17 نوعًا في الأغلب أطعمة طبيعية غير مفعلنة.

ويتعامل كثيرون من المتعافين من إدمان الطعام مع الأطعمة المفعلنة كما يتعامل مدمنو المخدرات مع كل أنواع المواد المغيرة للحالة المزاجية. أي يُنصح مدمن الطعام بألا يتناول أيًّا منها لأن تناوله لأي منها يعده لانتكاسة كاملة.

مقياس ييل لإدمان الطعام:

نورد هنا مقياس تم اختباره وتطبيقه منذ سنوات عديدة في أحد أهم جامعات الولايات المتحدة الأمريكية. ليس فقط لأهميته الأكاديمية ولكن أيضًا لأن مجرد قراءة بنود وأسئلة هذا المقياس نظن أنها مفيدة جدًّا في فهم طبيعة إدمان الطعام بل وطبيعة معظم الإدمانات السلوكية. وهو أيضًا أداة تشخيصية هامة تعاوننا في فهم الحالات الملتبسة كما يمكن استخدامها في رفع دافعية التغيير لدى من يعانون من إدمان الطعام.

البند	تقسيم التجاوب						القياس الرقمي		المعيار
في الـ١٢ شهرًا الماضية	صفر	١	٢	٣	٤		٠	١	
١٠. تفاديت حضور أو الذهاب إلى بعض المناسبات الاجتماعية أو المهنية أحيانًا لمعرفتي بتوافر مأكولات معينة خشية أن أفرط في تناولها بما قد يحرجني أمام الناس.	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًّا	٢-٣ مرات أسبوعيًّا	٤ مرات أو أكثر يوميًّا		١-٠	٢-٤	التخلي عن أنشطة اجتماعية أو مهنية أو ترفيهية أو الإقلال منها.
١١. تفاديت حضور أو الذهاب إلى بعض المناسبات الاجتماعية أو المهنية أحيانًا لمعرفتي بعدم إمكانية تناولي لمأكولات معينة هناك.	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًّا	٢-٣ مرات أسبوعيًّا	٤ مرات أو أكثر يوميًّا		١-٠	٢-٤	التخلي عن أنشطة اجتماعية أو مهنية أو ترفيهية أو الإقلال منها.
١٢. حدثت لي أعراض انسحاب مثل القلق أو العصبية أو أعراض جسمانية معينة عندما امتنعت عن تناول أطعمة معينة أو قللت من كميتها (لا يتضمن هذا السؤال أعراض الانسحاب الناتجة عن التوقف أو الإقلال من الكافيين مثل الموجود في الشاي والقهوة والمياه الغازية ومشروبات الطاقة).	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًّا	٢-٣ مرات أسبوعيًّا	٤ مرات أو أكثر يوميًّا		٢-٠	٣-٤	أعراض الانسحاب.

١٣. تناولت أطعمة معينة لتفادي أعراض انسحاب مثل القلق أو العصبية أو أعراض جسمانية معينة (لا يتضمن هذا السؤال أعراض الانسحاب الناتجة عن التوقف أو الإقلال من الكافيين مثل الموجود في الشاي والقهوة والمياه الغازية ومشروبات الطاقة).	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًا	٢-٣ مرات أسبوعيًا	٤ مرات أو أكثر يوميًا	٠-٢	٣-٤	أعراض الانسحاب.
١٤. شعرت برغبة شديدة في تناول أطعمة معينة عندما توقفت عن تناولها أو قللت كميتها.	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًا	٢-٣ مرات أسبوعيًا	٤ مرات أو أكثر يوميًا	٠-٢	٣-٤	أعراض الانسحاب.
١٥.سلوكي في ما يتعلق بالطعام وتناوله يسبب لي ضيقًا شديدًا.	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًا	٢-٣ مرات أسبوعيًا	٤ مرات أو أكثر يوميًا	٠-٢	٣-٤	الاستخدام يؤدي إلى ضيق أو اختلال دال إكلينيكيًا.
١٦. أشعر بسبب الطعام وتناوله بصعوبة بالغة في أداء مهامي بكفاءة (في العمل أو الدراسة أو الروتين اليومي أو الأنشطة الاجتماعية أو الأسرية أو في الصعوبات الصحية).	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًا	٢-٣ مرات أسبوعيًا	٤ مرات أو أكثر يوميًا	٠-٢	٣-٤	الاستخدام يؤدي إلى ضيق أو اختلال دال إكلينيكيًا.

البند	تقسيم التجاوب					القياس الرقمي		المعيار
في الـ١٢ شهرًا الماضية	٠	١	٢	٣	٤	٠	١	
١٧. استهلاكي للطعام سبب مشاكل نفسية شديدة مثل الاكتئاب أو القلق أو كراهية الذات أو الشعور بالذنب.	--------					لا	نعم	الاستخدام يؤدي إلى ضيق أو اختلال دال إكلينيكيًا.
١٨. استهلاكي للطعام سبب مشاكل جسمانية شديدة أو أدى إلى التدهور في مشاكل كانت موجودة أصلًا.	--------					لا	نعم	الاستخدام يؤدي إلى ضيق أو اختلال دال إكلينيكيًا.
١٩. استمررت في تناول نفس أنواع الأطعمة بالرغم من المشاكل العاطفية أو الجسمانية التي عانيت منها.	--------					لا	نعم	الاستمرار في الاستخدام رغم معرفة العواقب.
٢٠. مع الوقت زدت من كمية الطعام التي أتناولها للحصول على نفس الشعور (مثلًا تقليل المشاعر السلبية أو زيادة اللذة).	--------					لا	نعم	التحمل.
٢١. لم تعد كمية الطعام التي أتناولها تقلل المشاعر السلبية أو تزيد من مشاعر اللذة كما كانت في الماضي.	--------					لا	نعم	التحمل.
٢٢. أريد تقليل أو التوقف عن أكل أنواع معينة من الأطعمة.	--------					لا	نعم	رغبة مستمرة أو محاولات فاشلة للامتناع.
٢٣. حاولت تقليل أو التوقف عن تناول	--------					لا	نعم	رغبة مستمرة أو

أنواع معينة من الأطعمة.								محاولات فاشلة للامتناع.
٢٤. نجحت في تقليل أو التوقف عن أكل أنواع معينة من الأطعمة.	---					لا	نعم	رغبة مستمرة أو محاولات فاشلة للامتناع.
٢٥. كم مرة في السنة الماضية حاولت تقليل أو التوقف عن أكل أنواع معينة من الأطعمة.	لا يحدث أبدًا	مرة كل شهر	٢-٤ مرات شهريًا	٢-٣ مرات أسبوعيًا	٤ مرات أو أكثر يوميًا	٠-٣	٤	رغبة مستمرة أو محاولات فاشلة للامتناع.

لاحظ: يعتبر المعيار إيجابيًا حال تسجيل التجاوب على أي سؤال من أسئلة المعيار بالقياس الرقمي "١". يمكن قياس شدة الأعراض بتجميع أرقام القياس لكل عرض. لتشخيص إدمان الطعام يجب تسجيل ثلاثة معايير إيجابية إضافة لمعيار "الاستخدام يؤدي إلى ضيق أو اختلال دال إكلينيكيًا".

٢٦. اختر كل الأطعمة التي لديك مشاكل معها من القائمة التالية:	○○○○○ الأيس كريم الخبز الأبيض البريتزل البيتزا الشوكولاتة ○○○○○ الرولز البطاطس المحمرة المياة الغازية التفاح الخس ○○○○ الجزر الدونات الباستا (المكرونات) اللحم المشوي ○○○○○ البروكلي الفراولة الموز الكعك الأرز ○○○○○ البيكون التورتات المقرمشات الهمبرجر البونبوني ○○○ الشيبس الشيزبرجر ولا واحد من القائمة
٢٧. اكتب قائمة بالمأكولات التي لديك مشكلة معها بخلاف المذكورة عاليه: اكتب ولا واحد من القائمة إن لم يكن لديك أي مشكلة مع مأكولات غير مذكورة بالقائمة.	

بطبيعة الحال هذه نسخة الباحث من المقياس بينما لا تجد في نسخة المفحوص أو من يطبق الاستبيان على نفسه عمودي القياس الرقمي والمعيار. ونلاحظ أن تقسيم التجاوب يختلف في بعض الأسئلة والأهم أن المقياس الرقمي يترجم التجاوب بصور مختلفة. فمثلًا السؤال 11: *تفادي حضور أو الذهاب إلى بعض المناسبات الاجتماعية أو المهنية أحيانًا بسبب معرفة عدم إمكانية تناول مأكولات معينة هناك* سيحتسب في القياس الرقمي (أي يرقم 1) إذا حدث ولو مرتين كل شهر. لكن لكي نحسب أعراض الانسحاب من الأكل يجب أن تتكرر مرتين أسبوعيًا على الأقل، أي 8 مرات أو أكثر في الشهر.

التعافي من إدمان الطعام:

يمكن تطبيق كل أساليب التعامل مع السلوكيات الإدمانية على إدمان الأكل بما فيها المقابلات الدافعية والمدخل المعرفي السلوكي وتيسير الـ12 خطوة. وأيضًا صار العلاج السلوكي الجدلي بما

فيه من قدرة على تنظيم المشاعر أحد المداخل التي تثبت فعاليتها مع هذا النوع من الإدمان. كما توجد مراكز للإقامة الكاملة للتعامل مع إدمان الطعام وتستخدم المجموعات والجلسات الفردية في تطبيق التعافي كما تؤخذ في الاعتبار الطبيعة الخاصة لإدمان الطعام.

زمالات الـ12 خطوة العالمية للتعامل مع إدمان الطعام أشهرها زمالة مدمني الطعام المجهولين Food Addicts Anonymous والمفرطين في الأكل المجهولين Overeaters Anonymous (OA) وزمالة مدمني الطعام المتعافين المجهولين Food Addicts in Recovery Anonymous وزمالة الذين يتناولون الطعام بصورة قهرية Compulsive Eaters Anonymous.

فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا) أو إدمان تجنب الطعام:

يصيب الفتيات في سنّ المراهقة بنسبة عالية ويتّسم هذا الاضطّراب بفقدان الوزن بصورة كبيرة ومتعمّدة وقد يصيب بعض الشباب وخاصة الرياضيين.

خصائص اضطّراب الأنوركسيا:

تبدو أجسامهم نحيفة كأجسام المصابين بمجاعة ومع ذلك يسيطر عليهم الاعتقاد بأن وزنهم زائد أو بأنهم يعانون من السمنة في بعض مناطق الجسم مثل الخدين أو الجنبين مثلًا. وهم مع ذلك لديهم اهتمام مُبالغ فيه بالطعام ومنشغلون دائمًا بعدد السعرات الحرارية التي يتناولونها. ولديهم في نفس الوقت إنكار أنهم جائعون بسبب التركيز على البدانة والنحافة، يتجنبون معالجة مشكلاتهم المتعلقة بالذات أو بالعلاقات بالآخرين. ودائمًا يشعرون أنه بفقدان بعض الكيلوات الإضافية سوف تُحلّ جميع مشاكلهم. بعضهم يمارس الرياضة بدرجة مُبالغ فيها.

هل هو سلوكي إدماني؟

رغم وجود الانشغال الزائد والسلوك القهري والإنكار إلا أن الاستمرار رغم معرفة العواقب يبدو ملتبسًا هنا لأن من يعاني من هذا الاضطراب لا يدرك في العادة الأضرار، وغياب الإدراك هذا يبدو أقرب للضلالة منه لمجرد الإنكار كما أنهم نادرًا ما يحاولون السيطرة على سلوكهم ولا نجد مسألة *المحاولات الفاشلة لتغيير السلوك* عند معظمهم. عادة ما لا ينشط مركز المجازاة أو اللذة في المخ مع هذه السلوكيات ومع المكان المحوري في التشخيص لهذا النشاط، يتراجع اعتبار فقدان الشهية العصبية سلوكًا إدمانيًّا حيث لا يؤثر على الدوبامين في مركز المجازاة. وتتضاءل احتمالية وصفه بأنه *إدمان للريجيم*.

أسباب تجنّب الطعام:

المؤثرات الاجتماعية والثقافية التي تساهم في هذا الاضطراب تتضمن تركيز المجتمع على أهمية جمال الجسم، خاصةً بين النساء وإعطاء قيمة عالية للنحافة في معايير هذا الجمال. ورسوخ الاعتقاد بأن شكل الجسم مُرتبط بقيمة الشخص وأهميته، وهذا ما يمنحه محبة وقبول الآخرين.

الألم العميق في الحياة:

يرى العلماء أن القضية لا تتعلق بفقدان الشهية فقط، ولكنها دائرة تبدأ بالألم، الذي تمتد جذوره إلى أحداث أليمة في الحياة أو مشاكل عائلية. الألم الناتج عن النظرة المتدنية للذات، إذ يبدأ هذا السلوك لمواجهة الحياة ثم يستمر بصورة لا يستطيع الإنسان التحكم فيها ويربطه البعض بالإيذاء أو الإهمال الذي عانى منه الشخص في الطفولة.

أنماط التفكير الخاطئة:

تتضمن الأفكار الخاطئة في فقدان الشهية العصبي:

أفضل طريقة لأظل نحيفة هي الطريقة التي أتّبعها الآن.

أسوأ ما قد يحدث لي هو أن يزداد وزني.

هذا النمط من السلوك هو كل حياتي، فإذا تخليت عنه لن يبقى لديّ ما أفعله.

أفضل طريقة للهروب من مشكلاتي هي الانشغال بالطعام.

لن يهتم بي الآخرون، إذا أصبحت إنسانة طبيعية.

دائمًا لديّ شماعة أعلق عليها رفض الناس لي، لأنني مصابة بهذا المرض.

لن أحاول التوقف، فأنا أعلم أنني سوف أعود إليه مرة أخرى.

عواقب اضطراب فقدان الشهية:

عواقب جسدية: منها سوء التغذية والإمساك واختلال في وظائف الغدد وجفاف الجلد وسقوط الشعر ونوبات الإغماء وتسارع ضربات القلب وعدم انتظامها وهشاشة العظام نتيجة نقص الفيتامينات.

عواقب نفسية: ومنها فقدان السيطرة على الذات والانفعالات وهذا قد يؤدي إلى نوبات من الغضب وإلى أفعال متهورة. أو الشعور بالذنب والخجل لمحاولتهم إخفاء سلوكهم. والكذب المتكرر والأحكام المغلوطة والتشويش الذهني والنسيان والانعزال الاجتماعي.

فوضى الأكل أو البوليميا:

هذا الاضطراب يعني التهام كميات من الطعام، ثم اتّباع وسائل مختلفة للتخلص منه عن طريق التقيؤ الذاتي أو سوء استخدام الملينات أو الإفراط في ممارسة التمرينات الرياضية.

كيف يتمّ تشخيص البوليميا؟

تُشخص البوليميا بوجود خمسة أعراض:

تناول المريض كميات من الطعام خلال ساعات قليلة، أكثر بكثير مما يتناوله معظم الناس في نفس الفترة الزمنية وتحت ظروف مماثلة.

ممارسة المريض للقيء العمدي أو استخدام الملينات بصورة غير معتاد عليها، لتعويض كثرة تناول الطعام، لمنع زيادة وزنه.

تكرار ما سبق على الأقل مرتين أسبوعيًّا لمدة ثلاثة أشهر متعاقبة.

ممارسة المريض لتلك الممارسات، بسبب الهوس بشكل الجسم وليس لأي سبب آخر.

عدم وجود أعراض الأنوركسيا.

كيف نميّز بين الأنوركسيا والبوليميا:

من الهام جدًّا الفصل بينهما لأن كثير من المصابين بالبوليميا أيضًا لديهم تاريخ إصابة بالأنوركسيا:

إحدى طرق التمييز بينهما، معرفة مقدار نقص الوزن.

البوليميا: تتميز بأن الوزن طبيعي أو أكثر قليلًا، كما توجد تغيّرات شديدة في الوزن ما بين النقص الشديد الذي يتبعه فورًا زيادة في الوزن.

الأنوركسيا: تتميز بنقص شديد في الوزن يشبه المصابين بالمجاعة.

إدمانية البوليميا تبدو أقرب للمنطق حيث إن نوبات الإفراط في الطعام تصاحبها بطبيعة الحال نشوة استثارة مركز المجازاة. كما يسهل رصد مكونات الإدمان الثلاثة، الاستمرار رغم معرفة الأضرار أو الخوف والمعاناة منها فعلًا، والانشغال الزائد وفقدان السيطرة.

رابعًا: إدمان العمل

العمل كالأكل والجنس أنشطة ضرورية للحياة. وفوائد العمل تتضمن:

تنظيم الوقت.

بناء علاقات.

تحقيق الذات.

اكتشاف وتنمية القدرات.

الشعور بالأهمية والفاعلية.

تحقيق النجاح.

والإنجاز في العمل يصاحبه إفراز للدوبامين في مركز المجازاة.

لكن في حال تحقيق الأعراض الإدمانية الثلاثة يمكن اعتبار الإفراط في العمل سلوكًا إدمانيًّا.

1. الاستمرار رغم الأضرار: كالإصرار على الانغماس في العمل رغم نصيحة الطبيب بضرورة الراحة تجنبًا لأزمة قلبية مثلًا.

2. الانشغال الزائد: حتى لا يمكن التركيز أو الاستمتاع بالعلاقات الأسرية أو الاجتماعية أو الروحية ولا يمكن الاستمتاع بأوقات الراحة والترفيه.

3. فقدان السيطرة: كالعمل ساعات أطول من التي يقرر الفرد نفسه أنها مناسبة.

الأعراض التي تظهر على مدمني العمل:

الانشغال الدائم بالعمل.

الشعور بالحماس تجاه العمل أكثر من العائلة أو أي شيء آخر.

قضاء وقت طويل في العمل، حتى وإن لم يكن ضروريًّا. (بعد انتهاء ساعات العمل، والإجازات الرسمية).

الاستمرار في المبالغة في العمل برغم حدوث نتائج سلبية، كالتدهور في الصحة أو مشاكل أسرية.

عدم القدرة على الاسترخاء أو أخذ إجازات.

الاكتئاب بسبب العمل.

التوتر.

اضطرابات النوم.

قرحة المعدة.

الصداع.

التكتم الزائد.

سمات مدمني العمل:

مدمن العمل هو إنسانٌ غير حرّ، إذ إنه يخضع لقوى داخلية قهرية تجبره على العمل بشكلٍ زائد وفي معظم الأحيان لا يمكن فهم هذه القوى.

يعتمد مدمن العمل تمامًا على عمله كمصدر لقيمة الذات، فمن دون عمل يرى مدمنو العمل أنهم بلا قيمة.

حياتهم الاجتماعية ضعيفة أو غير موجودة.

ينغمس مدمن العمل تمامًا في عمله، ولا يعطي مساحة للترفيه والهوايات واهتمامات المجتمع.

يميل لدوام التفكير في العمل حتّى في وقت النوم أو قيادة السيارة أو حتّى خلال أيّ زيارة عائلية.

قد يشعر باكتئاب في العطلات حتّى في عطلة نهاية الأسبوع.

لديه احتياج قهري للعمل فلا شيء يبدو جيدًا بشكلٍ كافٍ.

قد يكون مدمن العمل عرضة لإدمانات أخرى مثل إدمان الطعام وجمع المال وإدمان الجنس.

مدمن العمل يميل لأن أن يكون منعزلًا، متمحورًا حول الذات، يفتقر إلى الحميمية.

يعاني من مشاكل نفسية وصحية كما يعاني من فقر روحي شديد.

على عكس مدمني الخمر، لا يستطع أفراد العائلة أن يتّهموا زجاجة الخمر بأنها العدو الذي يسبب الحيرة واليأس، ومشاعر النقص وعدم الأمان، لأنّ العمل يُمدح ويُتوج أمّا الخمر فيُحرّم.

يُمتدح أبناء مدمني العمل لأنهم يحققون إنجازات عديدة، ولكن في أعماقهم يشعرون أنهم كالأطفال يبتغون رضا الآخرين، ويعتقدون أنهم لا يجيدون عمل أي شيء ويحكمون على أنفسهم دون رحمة، قد ينشدون الكمال لكنهم لا يستطيعون الوصول إليه. كما أنهم يجتهدون لإرضاء والديهم، لكنهم لا يأخذون مكافأة، لأنهم لا يقومون سوى بالمتوقع منهم.

قد يشعر أبناء مدمني العمل بالنقص ويلومون أنفسهم باستمرار، وهم معرضون للضغوط دائمًا. إنهم كماليّون وقد ينتقدون الآخرين ويحكمون عليهم. يعرفون جديًّا أنهم لا يستطيعون الاعتماد على والدهم المدمن، فالوعود يتمّ نسيانها بسهولة وفي أعماقهم يعرفون أنهم غير مُقدّرين مثل والدهم. يشعرون بالحب ثم الترك، لذلك يفضّلون الاستمرار في علاقة ارتباط غير ناجحة على أن يشعروا بأنهم مرفوضون ومتروكون.

قد يرغب بعض أبناء مدمني العمل في لفت انتباه آبائهم، لذا يبدؤون في إساءة التصرف، ويصبحون مصدرًا للمشاكل في العمل أو المنزل أو المدرسة. كما يسعون إلى تحقيق الإنجازات دائمًا، ليشعروا بالرضا مع أنهم لا يستطيعون الاستمتاع لأنهم يحوّلون المرح أو اللعب إلى ساحة للمنافسة.

استبيان إدمان العمل

نعم لا

هل تشعر بحماس تجاه عملك أكثر من عائلتك أو أيّ شيء آخر؟

هل تستطيع أن تُنجز الكثير من خلال عملك أحيانًا، وأحيانًا أخرى لا تستطيع أن تنجز شيئًا؟

هل تأخذ عملك إلى منزلك؟ مخدعك؟ وفي أيام الإجازات؟

هل العمل هو النشاط الذي تحب أن تقوم به أكثر من أيّ نشاط آخر وأن تتحدث عنه في معظم الأوقات؟

هل تعمل أكثر من أربعين ساعة أسبوعيًّا؟

هل تحوِّل هواياتك إلى مصادر للربح؟

هل تتحمل وحدك مسؤولية النتائج المترتبة على عملك؟

هل فقد أصدقاؤك وأقاربك الأمل في أن تقابلهم في الموعد المُتفق عليه؟

هل تقوم بأعمال إضافية، لأنك تشعر أنه لن ينُجز العمل من دونك؟

هل تخطئ في بعض الأحيان في تقدير الوقت الكافي لإنجاز أيّ مشروع ثم تضطّر إلى الإسراع لإنجازه؟

هل تشعر أنه من الطبيعي أن تعمل لساعات طويلة ما دمت تحب عملك؟

هل تشعر بالضيق من الأشخاص الذين لديهم أولويات أخرى غير العمل؟

هل تشعر بخوف من أن تفقد عملك إن لم تعمل بكل جهدك؟

هل تشعر بالقلق المستمر من المستقبل، رغم أن ظروفك جيدة؟

هل تفعل كل شيء بحماس ومنافسة حتّى وإن كان ترفيهيًّا؟

هل تشعر بالتوتر حين يطلب منك الناس أن توقف عملك وأن تفعل شيئًا آخر؟

هل وجودك في العمل لساعات طويلة، تسبّب في ألم أحد أقاربك؟

هل تفكر في عملك أثناء القيادة أو عند استعدادك للنوم أو أثناء حديث مع الآخرين؟

هل تعمل أو تقرأ أثناء تناول الطعام؟

هل تظن أن بعض المال الزائد قد يحلّ مشاكل الآخرين في حياتك؟

خامسًا: إدمان الكمالية

هذا هو كمال الإنسان، أن يبدأ في اكتشاف عدم كماله:

الشيء الصعب والمدهش حقًّا هو التخلي عن الكمال، والبدء في العمل لتصبح "نفسك" ما خلقت لكي تكونه.

يقولون لك إنه لا يوجد إنسان كامل، ثم يملون عليك بعض التمارين والتدريبات لتصبح كاملًا.

أسئلة هامة:

هل تشعر أن ما تنجزه ليس جيدًا بما فيه الكفاية؟

هل تؤجل في كثير من الأحيان تحويل أفكارك وأحلامك إلى مشاريع حقيقية منتظرًا الحصول عليها بالشكل الصحيح/ الكامل؟

هل تشعر بأنك يجب أن تعطي أكثر من 100% من المجهود والوقت وإلا تعتبر نفسك فاشلًا في كل ما فعلته؟

تعريف الكمالية:

تشير الكمالية إلى مجموعة من الأفكار والسلوكيات الدفاعية التي تسعى للوصول لأهداف غير واقعية بشكل مبالغ فيه.

غالبًا ما تُفهم الكمالية في مجتمعنا بطريقة خطأ على أنها شيء مرغوب فيه وضروري للنجاح.

أوضحت الدراسات الحالية أن السلوكيات التي تعبر عن الكمالية تتعارض بالفعل مع النجاح، فالرغبة في أن تصبح كاملًا يمكنها أن تسرق شعورك الشخصي بالرضا وتسبب لك الفشل في تحقيق ما يحققه الأشخاص الذين لديهم أهداف أكثر واقعية.

أسباب الكمالية:

إذا كنت كماليًّا، فمن المرجح أن تكون قد تعلمت مبكرًا في الحياة أن الناس تُقيّمك بمقدار ما حققته أو قمت بإنجازه. والنتيجة أنك أنت أيضًا تعلمت أن تقيّم نفسك على أساس استحسان الناس لك. وبالتالي فإن ثقتك بنفسك تعتمد في المقام الأول على معايير خارجية، وهذا يجعلك مفرط الحساسية، وسريع التأثر بنقد الآخرين لك بطريقة سلبية، مما يدفعك لحماية نفسك والدفاع عنها بأن تصبح كماليًّا.

تصاحب الكمالية بعض المشاعر والأفكار السلبية:

الخوف من الفشل. لأن الكمالي يساوي بين فشله في تحقيق أهدافه وعدم استحقاقه وقلة قيمته.

الخوف من ارتكاب أخطاء. لأن الكمالي يساوي بين ارتكاب الأخطاء والفشل، ويصبح محور حياته كيفية تجنب وقوع الأخطاء. وبالتالي يفقد فرص التعلم والنمو.

قد تصاحب الكمالية بعض المشاعر السلبية والأفكار والمعتقدات التالية:

الخوف من عدم استحسان الآخرين، لأنه يخاف من أن يروا عيوبه لخوفه من عدم القبول، ليحمي نفسه من النقد والرفض وعدم الاستحسان.

تبني طريقة التفكير (الكل أو لا شيء All or none thinking)، لأن الكمالي كثيرًا ما يعتقد أنه عديم الاستحقاق إن لم ينجز بطريقة مثالية، ولديه صعوبة في رؤية المواقف من أبعاد مختلفة (مثال: إذا كان طالبًا يحصل دائمًا على تقدير امتياز، فإذا حصل في مرة على تقدير جيد جدًّا، سيكون اعتقاده عندها *أنا فاشل تمامًا*).

المبالغة في التركيز على *لازم* أو *يجب*، وتُبنى حياته على قائمة طويلة من *لازم*. وتكون قواعد جامدة وصارمة تتحكم في حياته، وغالبًا ما ينسى رغبته الخاصة.

الاعتقاد بأن الآخرين ينجحون بسهوله، وبأقل مجهود، بأقل الأخطاء، بأقل ضغط نفسي وبثقة عالية في النفس، في حين أنه يرى مجهوده الخاص غير كافٍ باستمرار.

الحلقة المفرغة للكمالية:

أولًا: يضع الكماليون أهدافًا من الصعب تحقيقها أو الوصول إليها.

ثانيًا: يفشلون في تحقيق هذه الأهداف لأن الأهداف صعبة التحقيق، فالفشل محتوم.

ثالثًا: الفشل الحتمي والمتكرر في تحقيق الأهداف يقلل الإنتاجية والتأثير والفاعلية.

رابعًا: يستمر الكمالي في نقد ذاته ولوم نفسه مما يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس وعدم تقدير الذات مما يقوده أيضًا للقلق والاكتئاب.

عند هذه النقطة يتخلى الكماليون تمامًا عن أهدافهم، ويضعون أهدافًا أخرى مختلفة، ويفكرون كالتالي *هذه المرة لو حاولت أكثر سأنجح* وبالتالي يدخلون الحلقة المفرغة مرة أخرى.

ويمكن ملاحظة هذا عند النظر إلى كيفية تعامل الكماليين في علاقاتهم الشخصية. حيث يدافعون

عن أنفسهم ضد النقد الموجه لهم، بسبب خوفهم من الرفض من المحيطين بهم. وبذلك يُحبط وينفر من الآخرين دون إدراك ووعي.

وربما يضعون مقاييسهم العالية غير الواقعية على الآخرين أيضًا، فيصبحون ناقدين وكثيري المطالب منهم.

ويرفض الكماليون أن يرى الآخرون أخطاءهم الخاصة، غير مدركين أن الكشف عن الذات يجعل الآخرين يرونهم أكثر إنسانية وبالتالي يحبهم الناس أكثر.

بسبب هذه الحلقة المفرغة يجد الكماليون صعوبة في الاقتراب من الناس، وبالتالي تكون علاقاتهم الشخصية أقل.

السعي الصحي:

إن وضع هدف واقعي صحي والسعي لتحقيقه يختلف تمامًا عن السعي الدفاعي للكمالية. فالذين يسعون بطريقة صحية يميلون إلى:

وضع أهداف تعتمد على متطلباتهم ورغباتهم الخاصة وليس على التوقعات الخارجية من الآخرين.

أهدافهم دائمًا واقعية وداخلية يمكن تحقيقها.

يستمتعون بعملية متابعة تنفيذ المهمة وليس التركيز فقط على النتيجة النهائية. وعندما يشعرون بعدم الرضا من الآخرين أو الفشل، تكون ردود أفعالهم في معظم الأحيان مرتبطة فقط بالموقف، ولا يعممها على نفسه، ولا تؤثر على إحساسه بقيمة ذاته أو تقديره لذاته.

ما الذي يمكن عمله حيال الكمالية؟

الخطوة الأولى: في التغيير من الكمالية إلى السعي الصحي هي الإدراك بأن الكمالية لا يمكن الوصول إليها، فهي عبارة عن وهم بعيد المنال.

الخطوة الثانية: هي التوقف عن الأفكار والسلوكيات الدفاعية التي تدعم وتزود الكمالية بالوقود.

استراتيجيات السعي الصحي للنمو:

ضع أهدافًا واقعية يمكن تحقيقها تعتمد على رغباتك واحتياجاتك الخاصة، وتعتمد على ما أنجزته في الماضي. وهذا سيمكنك من الإنجاز ويؤدي إلى شعور أكبر من الثقة بالنفس.

ضع أهدافًا فرعية بطريقة متسلسلة، وعند وصولك للهدف ضع الهدف التالي بعد ما تتم إنجازه.

اختبر مقاييسك للنجاح. اختَر أي نشاط، وبدلًا من أن تحققه بنسبة 100%، حاول أن تحققه بنسبة 80%، أو 70%، أو حتى 60% من النجاح. هذا سيجعلك تدرك أن العالم لا ينتهي عندما لا تكون كماليًّا أو مثاليًّا.

التركيز على الاستمتاع بالنشاط وليس فقط بالنتيجة النهائية. لأن تقييم نجاحك ليس فقط في ما أنجزته بل أيضًا في كم الاستمتاع بتحقيق الحلم؛ لأنه توجد هناك قيمة في عملية السعي لتحقيق

الهدف. (أحسن ما عندي)

استخدم مشاعر القلق والاكتئاب كفرصة لتسأل نفسك: *هل وضعت لنفسي توقعات مستحيلة في هذا الموقف؟*.

واجه مخاوفك التي قد تكون وراء الكمالية بسؤال نفسك: *مما أنت خائف؟ ما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث؟*.

أدرِكْ أن هناك الكثير من الأمور الإيجابية التي من الممكن أن تتعلمها من الأخطاء التي فعلتها. وعندَما ترتكب خطأ، اسأل: *ماذا يمكنني أن أتعلم من هذه التجربة؟* وفكّر في الأخطاء التي فعلتها واكتبها في قائمة، واكتب كل الأشياء التي تعلمتها من كل خطأ.

تجنب طريقة التفكير (الكل أو لا شيء All or none thinking) في ما يتعلق بأهدافك. تعلم أن تميز المهام التي تريد أن تعطي لها الأولوية عن تلك الأقل أهمية بالنسبة لك. في المهام الأقل أهمية اختر أقل الطرق لبذل الجهد في تحقيقها.

بمجرد أنك مارست هذه الاقتراحات، ستدرك أن الكمالية ليس لها ضرورة في حياتك، وأن هناك طرقًا بديلة للتفكير أكثر فائدة، وسوف تنجز أكثر دون كمالية. بالإضافة إلى أنك ستشعر بأنك أفضل وترضى عن نفسك.

سادسًا: إدمان الدين (إساءة استخدام الدين)

في كل الأجناس والعصور، كان لدى الإنسان اشتياق دائم للقوة العظمى. لم يكن الإنسان في أيّ مرحلة من مراحل تطوره بلا دين. فقد كان يفتش دائمًا عن طعامٍ يأكله ورفيق يأنس به وإله يعبده.

يقودنا الإيمان الحقيقي والمعتقدات الدينية الصحيحة إلى:

بُعد أخلاقي أعمق وأسمى.

سكينة وسلام حقيقيين.

الاعتدال والاتّزان في الحياة.

الحياة وفق المعايير والقوانين والوصايا الربانية.

علاقة أفضل بالنفس وبالآخرين.

الحياة دون إحساس دائم بالذنب والتقصير.

الممارسات الدينية أو الروحانية هي عند معظم البشر كالعمل والأكل والجنس أنشطة ضرورية للحياة. والاندماج في الخبرة الدينية أو النشاط الديني قد يصاحبه إفراز للدوبامين في مركز المجازاة.

لكن في حال تحقيق أعراض الإدمانية الثلاثة يمكن اعتبار الإفراط في الممارسات الدينية سلوكًا إدمانيًّا.

الاستمرار رغم الأضرار: كالإصرار على الانغماس في النشاط الديني على حساب واجبات عملية أو مهنية أو أسرية بما لا يعطي أي مردود في تحسن الأخلاق أو المعاملات الحسنة مع الآخرين، بل قد تزداد مشاكل العلاقات بالرغم من ازدياد الممارسات الدينية.

الانشغال الزائد: حتى لا يمكن التركيز أو الاستمتاع بالعلاقات الأسرية أو الاجتماعية أو المهنية ولا يمكن الاستمتاع بأوقات الراحة والترفيه.

فقدان السيطرة: يستغرق النشاط الديني ساعات أطول من التي يقرر الفرد نفسه أنها مناسبة.

إدمان الدين إذًا قد يكون:

اتّخاذ الدين -فقط- كوسيلة للتخفيف من الشعور بالتوتر والخوف والإحباط الذي أتعرض له.

استخدام الطقوس والممارسات الدينية لتغطية الأمراض والاضطرابات النفسية العميقة التي أشعر بها أو *لا أشعر بها* ولا أستطيع الحديث عنها.

الهروب من تحمل مسؤولية التفكير واتّخاذ القرارت وتوكيلها لشخص آخر قد يكون قائدًا دينيًّا مثلًا.

الاهتمام بالعبادات والفرائض والاعتقاد غير الواقعي بأنها كفيلة بحل جميع مشاكلي وإصلاح جميع ظروفي، فأعفي نفسي من مسؤولية التغيير والفعل الإيجابي.

من علامات إدمان الدين أنه قد يتبدى في:

فقدان الموضوعية:

تبنّي طريقة تفكير غير موضوعية وغير منطقية.

طريقة تفكير صلبة وجامدة، لا تسمح بقبول أعذار الآخرين.

إحساس دائم بالخزي والتقصير المستمر.

الغضب والاندفاعية:

الميل إلى الجدلية والحيل الدفاعية في الحديث.

القدرة المحدودة على شرح المعتقدات.

نادرًا ما يتفهم مدمنو الدين حقيقته، فهم يتبعونه نتيجة الخوف والاحتياج الاعتمادي، للتخلص من التوترات الشخصية والألم والشعور بالخزي.

الإدانة ونقد الآخرين:

محاولة إشعار الآخرين بالتقصير وأنهم أدنى قيمة.

ميول للإحساس بالبر الذاتي والسمو عن باقي الناس.

الإنكار وعدم رؤية سلوكياتهم الخاطئة أو إسقاطها على الآخرين.
الانتباه إلى التقصيرات والأخطاء في كل مكان يتّجهون إليه.
السلوك القهري (الوسواسي):
تدقيق شديد والتصاق وسواسي بالقوانين الأخلاقية الخارجية.
طقوس قهرية وصلاة وسواسية.
التوقف عن النوم أو الطعام لفترات طويلة للصلاة أو التأمل.
عدم القدرة على إتمام شيء دون الطقوس والأنشطة الدينية.
الانعزال وانهيار العلاقات:
انفصال متزايد عن زملاء العمل والعلاقات بشكلٍ عام.
التلاعب بمقاطع الكتب المقدسة، بما يتناسب مع مواقفهم.
الشعور بأنهم مختارون ومتميزون.
الادّعاء باستقبال رسائل خاصة من الله عزّ وجلّ.
بعضهم يُصاب بأمراض نفسجسمية (آلام الظهر – صداع – أرق – ارتفاع ضغط الدم).
التعافي من إدمان الدين:
تعلُّم كيفية وضع حدودٍ صحية في تعاملاتنا مع الله عزّ وجلّ، وتحمُّل مسؤولية قراراتنا.
طلب المساعدة من أشخاص لديهم الخبرة في الخروج من إدمان الدين.
الالتحاق بمجموعة دعم، تساعد على اكتساب مهارات التعامل مع إدمان الدين.
التخلص من الصور الزائفة عن الله عزّ وجلّ.
معرفة أن التعافي يحتاج إلى الوقت والمثابرة.
استبيان إدمان الدين
فيما يلي بعض النقاط التي تساعدنا على التعرف على إدمان الدين لدى شخصٍ ما:
هل حماسة الشخص للدين تمثل تغيُّرا مفاجئًا في شخصيته؟
هل تقوده معتقداته والأنشطة التي يمارسها إلى السلام الحقيقي والقناعة الشخصية؟
هل أصبح الشخص دفاعيًّا ومولعًا بالجدال (في ما يخص الأمور الدينية)؟
هل يستخدم اللطف في حديثه مع الآخرين أم هو متعالٍ ويرى نفسه أفضل من الآخرين؟
هل أصبح غير مُحتَمل من الآخرين؟

هل يمارس الطقوس والأنشطة الدينية عن حب وشغف، أم عن تعوّد أو خوف؟

هل تحسنت نوعية حياته أم تدهورت؟

تذكر

الحافز الأساسي للمقامرة ليس الربح بل الإثارة الناتجة عن المخاطرة.
إدمان الجنس ليس هو مجرد الممارسة الجنسية غير الملتزمة دينيًّا أو أخلاقيًّا. وله أشكال متعددة.
إدمان الجنس مختلف عن إدمان الحب وعن إدمان العلاقات.
إدمان الأكل ليس مجرد زيادة الوزن بل لا بدّ أن يتضمن الانشغال الزائد وفقدان السيطرة وهو عادة مرتبط بتناول أنواع معينة من الطعام أي ما يسمى أطعمة الراحة.
إدمان العمل ليس مجرد العمل لفترات طويلة ولكنه لا بدّ أن يتضمن الاستمرار رغم الأضرار وفقدان السيطرة والانشغال الزائد.
أسئلة للمناقشة الدراسية:

اذكر أربعة أنواع مختلفة من القمار. هل تعتبر أي ممارسة لهذه الألعاب قمارًا؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

.....

.....

.....

اذكر شخصًا تعرفه كان يعاني من إدمان القمار. ما تأثيرات هذا السلوك الإدماني على أسرته وعلى عمله.

.....

.....

.....

لماذا يقول كتاب مدمني الجنس المجهولين إنهم مدمنون للشهوة لا للجنس؟ ما هو رأيك الشخصي في هذا القول.

.....

.....

.....

هل يمكن أن يكون إدمان الجنس إدمانًا للجنس مع شريك الحياة؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

.....

.....

.....

.....

اذكر سبعة أطعمة من التي قد تسبب إدمان الأكل. ما هي الأطعمة المفضلة لديك منها وكيف تتعامل مع شهوة الإفراط في أكل هذه الأطعمة.

.....

.....

.....

.....

لماذا يفشل *الريجيم* في التعامل مع إدمان الطعام؟ وما العمل لحل هذه المشكلة؟

.....

.....

.....

.....

متى يصبح الإفراط في العمل سلوكًا إدمانيًّا؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

.....

.....

.....

.....

الإيمان والروحانية والالتزام الديني سلوكيات تأثيرها عمومًا إيجابي على الصحة النفسية. ما هي المعايير التي تجعلنا نقول إن هذه السلوكيات الإيجابية تحولت إلى إدمان؟

.....

.....

.....

.....

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., Kravina, L., Jensen,

F., & Pallesen, S. (2014). The prevalence of workaholism: A survey study in a nationally representative sample of norwegian employees. PLoS ONE, 9, e102446. doi:10.1371/journal.pone.0102446

Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., & Pallesen, S. (2012). Development of a work addiction scale. Scandinavian Journal of Psychology, 53, 265–272. doi:10.1111/sjop.2012.53.issue-3

Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Sinha, R., Hetland, J., & Pallesen, S. (2016) The Relationships between workaholism and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. PLoS ONE, 11: e0152978. doi:10.1371/journal.pone.015 2978

Barbarich-Marsteller,N. C., Foltin, R. W. and B. Timothy Walsh, B, T, Does Anorexia Nervosa Resemble an Addiction? Curr Drug Abuse .Rev. 2011 Sep; 4(3): 197–200. 15 May 2011

Brown, R. I. F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W.R. Eadington & J. Cornelius (Eds.), Gambling Behavior and Problem Gambling (pp. 341-372). .Reno, Nevada: University of Nevada Press

Carnes, P (1992) Out of the Shadows: Understanding Sexual Addictions, Hazelden, MN, USA

Clark, L., Averback, B., Payer., D. , Sescousse, G., Winstanley, C. and Gui, X., (2013) Pathological Choice: The Neuroscience of Gambling and Gambling Addiction, The Journal of Neuroscience, .Nov. 6; 33 (45): 17617-17623

Curtis, C., Davis, C. (2014). A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. Eating Disorders Vol. 22 , Iss. .1

Dahl, M., (2014) The Alarming New Research on Perfectionism, .Psychology, Sept. 30, 2014

Flint, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, A.

E., & Rimm, E. B. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. The American journal of .clinical nutrition, 99(3), 578-586

Gearhardt, A., Corbin, W. & Brownell, K. (2012) Yale food addiction scale (YFAS)

Griffiths, M. (2018) Work Addiction and “Workaholism” Are these /two Constructs the Same? Psychology Today, Feb 18, 2018

Grucza R.A., Krueger R.F., Racette S.B., Norberg K.E., Hipp P.R., Bierut L.J. (2010).The emerging link between alcoholism risk and .obesity in the United States

Helliker, K. (2011). Food may be addicting for some. The Wall .Street Journal. April 5

.Kenny, P. (2013). Is obesity an addiction? Scientific American

Kovacs, E., & Piko, B., (2013). Religious addiction - The new behavioral addiction in adolescents. Journal of Behavioural .Addictions. 2. 19-20

Marano, H., (2008) Pitfalls of Perfectionism, Psychology Today, .March 2008

Mason, S.M., Flint, A.J., Roberts, AL, et. al. (2014). Posttraumatic stress disorder symptoms and food addiction in women by timing .and type of trauma exposure. JAMA Psychiatry. Nov;71(11):1271-8

National Institutes of Health. (2012). What are the health risks of ?overweight and obesity

Olsen, C. M. (2011). Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug .addictions. Neuropharmacology, 61(7), 1109–1122

Orford, J., Templeton, L., Velleman, R. and Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardised questionnaires for assessing stress, .coping and strain, Addiction, 100, 1611-1624

Parylak, S. L., Koob, G. F., & Zorrilla, E. P. (2011). The dark side of .food addiction. Physiology & Behavior, 104(1), 149–156

Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., … & Ji, Y. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. PloS one, 8(9), .e74832. Arch Gen Psychiatry. 67(12):1301-1308

Quinones, C., & Griffiths, M. D. (2015). Addiction to work: A critical review of the workaholism construct and recommendations for assessment. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health .Services, 10, 48–59

Samet, S., Waxman, R., Hatzenbuehler, M., and Deborah S. Hasin, D., S. (2007) Assessing Addiction: Concepts and Instruments, .Addiction Science & Clinical Practice2007 Dec; 4(1): 19–31

Shafran, R., and Mansell, W., (20010 Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment, Clinical Psychology Review, Vol 21, Issue 6, August 2001, 879-906

Stetka, B. (2018) “Gambling Brain” Studies Make Clear Why It’s Hard to Stop Rollinmg the Dice, Scientific American, September 21, .2018

Straaten, C. W. V. (2016) The Gambling Addiction Recovery Book: .Written by a Former Gambler, Independently Published

Patricia, V., A., (1999) Religious Addiction: The Subtle Destruction .of the Soul, Pastoral Psychology, Vo. 47, 4, 1999

WHO (2018) Obesity and Overwieght: Fact sheet, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ accessed 17/ 01/2018

الفصل الخامس
المضاعفات الطبية لتعاطي المخدرات

نناقش في هذا الفصل المضاعفات الطبية للتعاطي والإدمان. وهذه المضاعفات متنوعة وتمس كل أجهزة الجسم وتغطيتها تخرج عن نطاق هذا الدليل. لكننا سنركز فقط على فيروس الكبدي الوبائي وفيروس نقص المناعة البشري (الإيدز) لما لهما من تأثير نفسي واجتماعي يتقاطع مع تقديم المشورة والخدمات الأخرى للمدمنين.
نستعرض طبيعة ووسائل الإصابة وأعراض وتحاليل وعلاج فيروسي سي والإيدز. ونستعرض أهمية الوعي بها لدى مقدمي خدمات الإدمان. وما هو دور مقدمي الخدمة.
كما نشرح برامج الوصول للمدمنين في الشارع للوقاية من الإيدز والخدمات التي تقدمها وأهمية الفحص الطوعي والمشورة. ونغطي أخلاقيات الحفاظ على سرية وخصوصية المدمنين والمتعايشين مع الفيروس في أماكن تقديم العلاج والخدمة للمدمنين.

المضاعفات الطبية لتعاطي المخدرات وإدمانها كثيرة جدًّا. ومنها بطبيعة الحال المضاعفات العامة مثل فقدان الوزن وضعف المناعة وأنواع الحساسية الجلدية وتحت الجلدية وفي أجزاء متنوعة من الجسم. ومنها أيضًا المضاعفات الموضعية كالخراريج في أماكن الحقن أو تليف الأوردة. إلى ارتفاع نسب الإصابة بالدرن (السل) الذي يبدأ في الرئة ثم قد يصيب أي عضو آخر. ومختلف أنواع الحميات نتيجة ضعف المناعة والعادات غير الصحية.

ومنها المضاعفات على الجهاز التنفسي مثل الالتهاب الشعبي المزمن والتهابات الفم والحلق إلى مختلف أنواع سرطانات الجهاز التنفسي وأشهرها سرطان الرئة (في كل ما يدخن) وتليف الرئة (في كل ما يستنشق بما فيه الهيروين المحروق خاصة). ونوبات الاختناق نتيجة الحساسية خاصة لمغشوشات المخدرات كافة والهيروين خاصة.

إضافة إلى القلب والدورة الدموية بداية من ارتفاع نسب الإصابة بجلطات القلب وارتفاع أو انخفاض ضغط الدم واتساع الشرايين وانفجارها (في كل أنواع المخدرات تقريبًا) ثم الجلطات في الأوردة وإصابات الشرايين التي قد تؤدي إلى بتر الساق أو الذراع (في كل أنواع الحقن الوريدي).

والجلطات والخراريج على المخ أو الحبل الشوكي والماء على المخ بسبب الحساسية لمغشوشات المحقونات بما قد يؤدي لحساسية أنسجة المخ والشلل المؤقت والدائم وإصابة بعض الأعصاب أثناء الحقن الخاطئ وأشهرها العصب الراجع المغذي للحنجرة وإصابته تؤدي لفقدان النطق المؤقت أو الدائم.

ومضاعفات الجهاز الهضمي بداية من الحموضة والقرح في المعدة وعبر كل الجهاز الهضمي والإمساك المزمن ونهاية بتليف الكبد وتشمعه والفشل الكبدي وسرطانات كل الجهاز الهضمي وخاصة الكبد. ارتفاع نسب الإصابة بفيروسات الكبد.

والجهاز البولي من زيادة في الحصاة واحتباس البول إلى الفشل الكلوي وكل سرطانات المثانة والكلى.

وطبعًا كثرة تسوس ومشاكل الأسنان والكسور في العظام نتيجة الحوادث تحت تأثير المخدر.

والجهاز التناسلي والجنسي من عقم وعجز جنسي إلى الأمراض المنقولة جنسيًّا وعلى رأسها الإيدز.

لذا قد يتطلب شرح هذه المضاعفات وعلاجها استعراضًا طويلًا لمعظم فروع الطب والجراحة وحتى طب الأسنان. وبالنسبة لمن يريدون علاج أو معاونة متعاطي المخدرات أو مساندتهم وتقديم المشورة لهم، تكفي مجرد الإشارة إلى هذه المضاعفات ولضرورة التحويل إلى طبيب عام وطبيب متخصص إذا لزم الأمر حال حدوث أي من هذه المضاعفات. كما ينبغي أن يكون المسح الطبي السريع والاتصال بمقدمي الخدمات الطبية المتخصصة جزءًا من أي خدمة تقدم للمدمنين سواء في حالات الإقامة الكاملة أو في حالات الخدمة الخارجية.

لكن سنستعرض بتفصيل أكبر مرضين مهمين هما التهاب الكبدي الفيروسي سي والإيدز نظرًا لارتفاع نسب الإصابة بهما بين المدمنين من جهة وللجوانب النفسية والاجتماعية للمرضين والضرورات التي تفرضها طبيعة المرضين متعددة الأبعاد على من يقومون بخدمة المدمنين.

الالتهاب الكبدي الفيروسي سي C

يقدر عدد المصابين بفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي HCV في العالم بنحو 160- 200 مليون نسمة. والتقديرات حول عدد المصابين في مصر تراوحت بين 5% و22% من عدد السكان. بينما ترتفع النسبة جدًّا بين المدمنين وخاصة بين متعاطي المخدرات بالحقن حيث تقدر بـ 71% و92% من متعاطي المخدرات بالحقن.

وقد ضُربت عدة بلاد نامية وفقيرة بوباء الالتهاب الكبدي الوبائي سي ومنها مصر، بسبب ضعف الإجراءات الوقائية وخاصة التعقيم وعدم إعادة استخدام الحقن في المستشفيات ومراكز الخدمة الطبية، لكن القوة الدافعة الأكبر لانتشار هذا الفيروس في الدول الصناعية وفي معظم أنحاء العالم كانت من خلال متعاطي المخدرات بالحقن.

ما هو الكبد؟

الكبد هو أكبر غدة في جسم الإنسان. وهو مكوَّن من أربعة فصوص غير متساوية الحجم، ووزنه في المتوسط 1.36 كجم.

وظائف الكبد:

يقوم الكبد بأكثر من خمسمئة وظيفة في اليوم. من أهمها:

يتخلص من السموم التي في الجسم.

يصنِّع مواد لتكسير الدهون في عملية الهضم.

يصنَّع العصارة الصفراء.

يخزن الجلوكوز في صورة جلايكوجين.

يمتص ويخزن الفيتامينات (A, D, K, B12) 80% من الكوليستيرول في الجسم.

تصنيع بعض الهرمونات والإنزيمات التي تدخل في عملية سيولة الدم.

ما الذي يؤذي الكبد؟

1) السجائر. 2) العقاقير والمخدرات. 3) الكحوليات. 4) المنظفات. 5) الطفيليات مثل البلهارسيا. 6) الفيروسات. 7) أمراض خلل المناعة.

الفيروسات الكبدية:

تنقسم إلى أنواع كثيرة ولكن أشهرها هي HCV أو فيروس سي وHBV أو فيروس بي وهما الأكثر ارتباطًا بالإدمان لكن القائمة تضم الفيروسات أيه وبي وسي ودي وإي وأف وجي:

A, B, C, D, E, F, G

فيروس :C الالتهاب الكبدي الفيروسي من نوع سي

طرق الإصابة:

ينتشر خاصة من خلال:

مشاركة الإبر أو السرنجات أو أدوات التحضير (مثلًا القطنة كفلتر أو السرنجة الأم).

أمواس الحلاقة وأدوات الوشم (التاتو). tattoo

ممارسة الجنس غير المحمي (دون واقٍ ذكري - كوندوم) مع شخص مصاب.

من أم مصابة إلي الجنين، من كل 100 طفل يصاب 4.

مرضى الغسيل الكلوي من خلال أجهزة غسل الكلى غير المعقمة.

نقل الدم كان وسيلة انتقال قبل إجراءات التأكد من سلامة نقل الدم (تمت في مصر في يوليو 1992).

كل من نُقل له زلال دم قبل 1987.

زرع كبد مصاب.

الطرق التي لا ينتقل بها فيروس C:

الأحضان.

اللمس.

أدوات الأكل.

القبلات.

السعال.

الأعراض:

كثيرون يحملون الفيروس ويظلون طوال الحياة بلا أعراض أو مضاعفات. ومن تظهر عليهم الأعراض فهي لا تظهر إلا بعد 6- 12 أسبوعًا من الإصابة وتتضمن بعضًا أو كلًّا مما يلي:

ضعف ووهن وفقدان شهية.

نقص في الوزن وطفح في بطن اليد.

سيولة في الدم، أوعية دموية صغيرة جدًّا في الجلد على شكل عنكبوت.

لون البول يكون غامقًا أحيانًا.

تصاحبه بقية الأعراض الشائعة في أي التهاب كبدي: غثيان وقيء وإسهال. ارتفاع بسيط في درجة الحرارة. صداع والصفرة (اصفرار الوجه وخاصة اصفرار بياض العين).

وأحيانًا تحدث الإصابة دون ظهور أي أعراض.

أعراض تقدم الحالة:

تليف في الكبد.

سرطان في الكبد.

دوالي المريء.

تضخم الطحال.

نزيف وأنيميا.

استسقاء.

غيبوبة .

قوة الفيروس وصعوبة التعقيم:

فيروس سي يستعصي على التعقيم العادي وكل وسائل التعقيم. ولا يموت الفيروس إلا عند درجة 300 مئوية أي ثلاث مرات درجة غليان المياه. ولذا تعقيم الأدوات الحادة من فيروس سي كأدوات الجراحة وطب الأسنان وأنابيب التخدير وأدوات الحلاقة وتقليم الأظافر يتطلب وضعها في جهاز خاص يرفع الحرارة تحت ضغط عالٍ فتصل إلى الدرجة المطلوبة (جهاز الأوتوكلاف أو ما يشابهه).

التحاليل:

مجموعة إنزيمات المناعة (Enzyme Immuno-assays (EIAs

اختبار البروتين المغلف للفيروس (بي سي أر) ولا تظهر نتيجته إلا بعد مرور من أسبوع إلى 3 أسابيع من الإصابة HCV PCR

عينة من الكبد:

لتحديد حالة الكبد للمريض (متليف والدرجة).

والتأكد من الإصابة.

تحديد قرار بدء العلاج أم المراقبة.

العلاج:

من يفضل له العلاج:

ارتفاع مستمر في إنزيمات الكبد ALT.

كمية الفيروس مرتفعة في الدم PCR .

تأكد من تليف مبكر أو التهاب متوسط في خلايا الكبد من العينة.

كل مصابي الـ HIV بسبب احتمال التدهور السريع.

قد لا يقدم العلاج لمرضى القلب المتقدم ولا من لديهم حساسية للدواء ولا الحوامل ولا في حالة ارتفاع ضغط الدم ولا في حالة الاكتئاب الشديد الذي لم يعالج ولا بعد حدوث تليف شديد في الكبد.

كل مصابي HCV يجب تطعيمهم من HBV وHAV والتحليل عن HIV والعكس.

حدثت طفرة كبيرة في علاج الالتهاب الكبدي الفيروسي سي بعد دخول سوفوسبفير (السوفالدي) Sofosbuvir (Sovaldi) لقائمة الأدوية المتاحة وفي مصر خاصة مع توفره على نفقة الدولة أو بأسعار في متناول الجميع. ويستخدم في معظم الأحيان مع أدوية أخرى مضادة للفيروسات كالريبافيرين Ribavirin والديكلاتسفير Daclatasvir والإنتيرفيرون Pegylated interferon.

Pegylated interferon الإنتيرفيرون كان الدواء الأكثر شيوعًا ولكن كان يسبب إعياء شديدًا وفقدانًا للوزن وأعراضًا جانبية كثيرة وكان عادة يستخدم أيضًا مع الريبافيرين.

في الحالات المتقدمة من تليف أو تشمع الكبد صارت زراعة الكبد متاحة لكن بتكلفة عالية جدًّا عادة.

ملاحظات خاصة على الالتهاب الكبدي الفيروسي سي بين المدمنين:

جهود الوقاية من الفيروس بين المدمنين وتشجيعهم على إجراء الفحص والتحليل وتوفير الدواء وضمان الانتظام فيه ضرورية لتجنيب مصر موجة ثانية من وباء الفيروس الكبدي. هذه الخطوات الأربع ضرورية لاجتثاث المرض من جذوره بينهم وكل خطوة منها تحدٍّ خاص.

في الوقاية من الكبدي الوبائي سي:

نسبة الإصابة بالكبدي الوبائي سي (وغيره من فيروسات الكبد) مرتفعة جدًّا. وعدد لا بأس به من الحالات لا تظهر عليه أعراض لمدة طويلة وقد لا تظهر أبدًا. أي يكون حاملًا للفيروس بلا

أعراض.

لذلك يجب التعامل مع جميع المدمنين، كما لو كانوا حاملين للفيروس (وهم في الأغلب حاملون للفيروس فعلًا خاصة لو كانوا يتعاطون بالحقن).

إذًا داخل مراكز رعاية المدمنين سواء مراكز علاج أعراض الانسحاب أو مراكز إعادة التأهيل أو حتى العيادات الخارجية ومراكز الوصول للمدمنين، يجب التنبيه بقوة على عدم مشاركة أدوات الحلاقة أو أي أدوات تقطع الجلد أو قد تقطعه كقصافات الأظافر.

في الاكتشاف المبكر:

ليس من حقنا فرض التحليل على أي مستفيد من خدماتنا، لكن من واجبنا تقديم التوعية وتشجيع المستفيدين على القيام طوعًا بالتحليل.

في تقديم الخدمة والحفاظ على السرية:

ليس من حقنا منع أي نوع من أنواع خدمة المدمنين بناء على تشخيصهم بفيروس كبدي ومن واجبنا عدم الإفصاح عن الحالة. لكن عادة لا يخفي حاملو الفيروسات الكبدية حقيقة إصابتهم ولا يصاحب هذا الإفصاح أي وصم أو فزع.

في التحويل للعلاج:

من أهم وظائف مشير الإدمان والتعافي تحويل المصابين بهذه الفيروسات للطبيب المناسب.

ثم متابعة انتظامهم على العلاج الموصوف.

فيروس نقص المناعة البشري HIV

ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

بلغ عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري نحو 37.9 مليون نسمة في العالم وفقًا لإحصاء عام 2018.

تشير الدراسات العالمية أن 5-10% من كل مستخدمي المخدرات بالحقن في العالم هم متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (فيروس الإيدز). وبالرغم من أن انتشار فيروس نقص المناعة البشري في مصر بعيد عن أن يصل إلى مستوى الوباء المعمم (1% من مجموع السكان) فإن مصر لديها ما يسمى بالوباء المركز بين مجموعتين من المجموعات الأكثر عرضة للإصابة هما متعاطو المخدرات بالحقن والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وقد طبق برنامج الحرية من الإدمان والإيدز دراستين كبيرتين لتقصي انتشار الفيروس بين هاتين الفئتين، في عامي 2006 و2010 حيث استقرت نسبة الانتشار بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال حول نحو 7% بينما ارتفعت بين متعاطي المخدرات بالحقن من 1% في 2006 إلى 7% في 2010.

وقد أظهرت الدراسات أن من لديهم مشكلات جسيمة إلى متوسطة في استخدام المخدرات نحو 3% من تعداد السكان.

التعايش مع الفيروس:

ثلاث مراحل للحياة مع فيروس نقص المناعة البشري

الإيدز لم يعد مرتبطًا بالموت الأكيد كما كان في الماضي. ولذا صار الاسم الأدق لمن انتقل له فيروس نقص المناعة البشري ليس المصاب ولا الضحية ولا حتى المريض بل نسميه المتعايش مع الفيروس. والتعايش مع الفيروس لا يعني أن الشخص لديه في دمه الفيروس. وهناك ثلاثة أنواع من هذا التعايش. في بداية الإصابة تظهر أعراض تشبه دور البرد العادي عند نحو نصف الحالات، وبعدها ندخل في مرحلة الكمون وهنا يظل المتعايش من 3 إلى 6 سنوات في المتوسط ليس لديه أي أعراض ويتمتع بصحة كاملة. وقد تطول هذه الفترة عند بعض الناس لعشر أو حتى عشرين سنة. ثم تظهر الأعراض، سواء التهابات مختلفة نتيجة نقص المناعة، أو فقدان للوزن أو غيرها. وهذا ما يسمى متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). عند تناول ما يسمى الدواء الثلاثي (ثلاثة أنواع من مضادات الفيروس القهقرية) الانتظام عليها تبدأ المرحلة الثالثة وهي عودة المناعة لمستواها الطبيعي واختفاء الأعراض ويمكن للمتعايش عندئذ أن يحيا حياة طبيعية ويكون توقع العمر طبيعيًّا. المشكلة في بلادنا ما زالت هي الفزع دون مبرر من الإيدز ووصم المتعايشين معه وحرمانهم من حقوقهم. بما يدفع الناس إلى عدم إجراء التحليل ومن ثم عدم أخذ الأدوية عند الحاجة إليها.

وفقًا لتقديرات 2008 هناك 6693 مواطن مصري يتلقون أدوية مضادات الفيروسات القهقرية التي تعالج الإيدز.

كيف ينتقل فيروس نقص المناعة البشري HIV؟

ينتقل فيروس HIV طريق حدوث اتصال مباشر بين غشاء مخاطي أو مجرى الدم وبين سائل جسدي يحتوي على هذا الفيروس. والسوائل الجسدية التي تنقله هي أربعة سوائل فقط:

الدم والسائل المنوي والسائل المهبلي و لبن الأم في الرضاعة الطبيعية.

من ثم، يمكن أن ينتقل هذا الفيروس من خلال الاتصال الجنسي غير الآمن، الشرجي أو المهبلي أو الفموي، أو من خلال عملية نقل الدم، أو من خلال إبر الحقن أو أي أدوات حادة ملوثة بهذا الفيروس. ويمكن أن ينتقل من الأم إلى جنينها خلال مرحلة الحمل أو الولادة أو الرضاعة.

لا ينتقل فيروس HIV عن طريق اللعاب أوالدموع أو العرق أو السعال أو أي سائل آخر غير السوائل الأربعة التي ذكرناها. فلا ينتقل عن طريق القبلات (مهما بلغت درجة حرارتها!) ولا دورات المياه ولا حمامات السباحة. كما لا ينتقل عن طريق مشاركة أدوات الطعام أو الأكواب (طبعا يستحسن عدم مشاركة هذه الأدوات لمنع أمراض أخرى لكن ليس فيروس نقص المناعة البشري). وهو لا ينتقل عن طريق البعوض. فالبعوضة تمتص فعلًا الدم ممن تقرص ولكنها لا تفرزه. ولعاب البعوضة معقم بطبيعته والفيروس يتم هضمه في معدة البعوضة فور بلع الدم الممتص. لذا لا يمكن نقل الفيروس.

إذًا لا يحبذ كثير من العلماء ومعظم نشطاء حقوق المتعايشين استخدام لفظ *العدوى* أو *المعدي*

في وصف انتقال الفيروس. لأن اللفظ في العربية يوحي بمعنيين مختلفين. قد يوحي بمعنى الأمراض سريعة العدوى contagious وهي الأمراض التي تنتقل من خلال المعايشة أو المخالطة العادية. بينما تضمن الأمراض السارية infectious والأمراض المعدية contagious والأمراض القابلة للانتقال transmissible وهي التي تطلب سلوكًا معقدًا لانتقالها كالبلهارسيا التي تتطلب الاستحمام في مياه الترع الآسنة أو فيروس نقص المناعة البشري الذي ذكرنا كيف ينتقل. تسمية كل الأمراض السارية أمراضًا معدية كما في مصر وبلاد أخرى تؤدي إلى كثير من الخلط والتشويش والسلوك الخاطئ في تجنب المتعايشين مثلًا أو الخوف منهم دون لزوم.

طرق التعقيم القادرة على قتل فيروس نقص المناعة البشري:

فيروس نقص المناعة البشري HIV فيروس شديد الضعف طالما هو خارج جسم الإنسان، بخلاف فيروس الكبدي الوبائي هذا الفيروس تميته كل وسائل النظافة والتعقيم حتى الصابون العادي والكلور والديتول وماء الأكسجين وطبعًا الكحول.

وبينما فيروس الكبدي الوبائي يحتاج درجة 300 مئوية. لا يحتاج فيروس نقص المناعة البشري إلا لدرجة حرارة 60 مئوية. كما أن التعرض لأشعة الشمس المباشرة أو الهواء لعدة ساعات يقضي أيضًا على الفيروس.

إذًا أبسط طرق النظافة وأبسط إجراءات التعقيم الطبي تقضي على فيروس نقص المناعة البشري. وإجراءات الفزع والتعقيم الطبي المبالغ فيه مثل إخلاء غرف الجراحة وتعقيم أسرة الكشف وإلقاء المراتب في المخلفات كلها إجراءات بلا أساس علمي ومصدرها خرافات مبنية على الشهور الأولى من الثمانينيات التي لم نكن نعرف فيها شيئًا عن هذا الفيروس.

ما هو الإيدز أو متلازمة نقص المناعة المكتسب : AIDS

هو مجموعة من الأعراض تلازم بعضها بعضًا (متلازمة) تصيب الجهاز المناعي البشري. يسببها فيروس نقص المناعة البشري وتؤدي الإصابة بهذه الحالة المرضية إلى التقليل من فاعلية الجهاز المناعي للإنسان بشكل تدريجي، ليترك المصابين به عرضة للإصابة بأنواع من الالتهابات أو الأمراض التي تنتهز فرصة ضعف المناعة ونسميها الأمراض الانتهازية إضافة إلى بعض أنواع الأورام.

كيف ومتى ظهر الفيروس؟

اكتشفت أول حالات للإيدز وشخصت في أوائل ثمانينيات القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية. وثار فزع كبير لعدم معرفة سبب هذه الحالات. ثم تم اكتشاف الفيروس وعزله في أمريكا وفرنسا.

في عام 1959 توفي شخص في الكونجو بغرب إفريقيا، لسبب غير معروف فتم الاحتفاظ بعينة من دمه في ثلاجة في إنجلترا. وظهر بعد اكتشاف الفيروس أنه كان مريضًا بالإيدز. ولهذا مع دراسات أخرى يظن أن الفيروس نشأ عن طريق حدوث طفرة (تحور) في فيروس آخر لم يكن

قادرًا على إصابة البشر. وأن هذه الطفرة قد تكون قد حدثت لأول مرة في غرب إفريقيا في بدايات القرن العشرين. ويعتقد كثيرون أن هذه الطفرة حدثت في فيروس نقص المناعة لدى الرئيسيات (القرود) وهو فيروس لا يصيب البشر. ثم انتقل الفيروس المتحور إلى الإنسان من خلال اتصال جنسي أو معركة دموية بين قرد وإنسان. وبدأ الفيروس في الانتشار البطيء في غرب إفريقيا دون أن يكتشفه أحد حتى وصل إلى الولايات المتحدة وأوروبا.

الأعراض:

في مرحلة ظهور أعراض الإيدز غالبًا ما يعاني المتعايشون من أعراض مرضية عامة تشمل الجسم كله مثل: أنواع الحمى المختلفة والتعرق) وخاصة أثناء فترات الليل) وتضخم الغدد والإصابة بأعراض الحمي والصداع والرجفة وكذلك بالضعف العام وفقدان الوزن.

كما قد تظهر أنواع من الأمراض الانتهازية تتسبب فيها البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات التي عادة ما يتم التحكم فيها من قبل عناصر الجهاز المناعي والتي يقوم فيروس نقص المناعة البشري بتدميرها.

كما قد تظهر أنواع مختلفة من السرطانات مثل: سرطان كابوزي وسرطان عنق الرحم والسرطانات التي تصيب الجهاز المناعي والمعروفة باسم الأورام الليمفاوية.

طرق انتقال الفيروس والوقاية منها

انتقال الفيروس عن طريق الاتصال الجنسي وطرق الوقاية منها

يتم الانتقال الجنسي لهذا المرض عندما يحدث اتصال بين الإفرازات الجنسية لشخص مصاب مع الأغشية المخاطية الموجودة في المستقيم أو الأعضاء التناسلية أو الفم لشخص آخر. الممارسة الجنسية غير المحمية، أي التي لا يتم استخدام طرق الحماية فيها أي الواقي الذكري (الكوندوم) أو الواقي الأنثوي.

خطورة انتقال فيروس HIV من خلال اتصال جنسي شرجي غير محمي أكبر بكثير من انتقاله عن طريق اتصال جنسي مهبلي وأقل الطرق خطورة هي الجنس الفموي، لكن ما زال من المحتمل أن ينقل الفيروس أيضًا.

تحدث الغالبية العظمى من حالات الإصابة بفيروس HIV من خلال العلاقات الجنسية غير الآمنة أو غير المحمية بين طرفين أحدهما حامل للفيروس. سواء كانت هذه العلاقات مثلية أو غيرية. وأيضًا سواء كانت داخل إطار الزواج أو خارجه. أكثر من 80% من إصابات النساء في العالم العربي بما فيها مصر تحدث داخل إطار زواج شرعي.

التعرض لدم ملوث بالفيروس:

مشاركة الحقن وأدوات الحقن: ويرتبط هذا المسلك لانتقال المرض -بشكل خاص- بمن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن الوريدي ويشاركون الإبر أو السرنجات (الحقن) أو أدوات التحضير (السرنجة الأم أو الفلتر... إلخ). وبنفس ترتيب الخطورة أي السنون (الإبر) هي الأخطر

ثم السرنجات ثم أدوات التحضير.

احتمالات الإصابة بعد مشاركة الحقن تفوق بأربع وعشرين مرة احتمالات الإصابة بعد الجنس غير المحمي. ويمكن لمتعاطٍ واحد يشارك الحقن أن يصيب 200 شخص آخر في مدة سنة ونصف السنة.

نقل الدم غير الآمن وتقل نسبة إمكانية نقل فيروس HIV إلى من يحتاجون إلى عمليات نقل الدم إلى درجة كبيرة للغاية في معظم دول العالم. حيث يتم تطبيق برامج متقدمة لانتقاء المتبرعين بالدم وإجراء الفحوصات الطبية اللازمة عليهم للكشف عن أي إصابات بفيروس HIV وعزل المصابين به.

ولذا تقتصر طرق نقل الفيروس الآن من خلال الدم على بعض أجهزة غسل الكلى التي لا يتم تعقيمها أحيانًا أو أثناء الحوادث ولإنقاذ حياة مصاب تبدو وفاته محتمة إن لم ينقل إليه الدم فورًا فيتم نقل الدم مباشرة من أي متبرع دون إجراء الفحوصات.

الأدوات الجراحية الحادة:

أبسط إجراءات التعقيم مثل وضع الأدوات في ديتول أو كحول أو حتى غسلها بالصابون تقضي على الفيروس. لذا يندر جدًّا الآن نقل فيروس الإيدز عن طريق أدوات الجراحة.

انتقال الفيروس من الأم للطفل:

يمكن أن ينتقل الفيروس من الأم إلى طفلها داخل الرحم خلال الأسابيع الأخيرة من الحمل وأثناء الولادة. وعلى الرغم من ذلك، فعندما تحصل الأم على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وتلد طفلها من خلال عملية قيصرية، تكون نسبة احتمالية انتقال فيروس HIV منها إلى طفلها واحدًا بالمئة فقط.

كذلك، تزيد الرضاعة الطبيعية من خطورة انتقال المرض بنسبة أربعة بالمئة تقريبًا.

الوقاية من الإصابة بالفيروس:

التقديرات تشير إلى أن 80 إلى 95% من المتعايشين مع الفيروس في منطقتنا لم تجر لهم التحاليل وبالتالي لا يعرفون إذا كانوا مصابين أم لا. لذا يجب تطبيق إجراءات الوقاية اللازمة عند الاتصال الجنسي مع شخص لم يجرِ التحليل في الأشهور الثلاثة الماضية وعدم مشاركة أدوات الحقن إطلاقًا وتطبيق إجراءات التعقيم الطبي بصورة مستمرة سواء كان معروفًا لنا أن المريض متعايش مع الفيروس أم لا.

الوقاية في الاتصال الجنسي:

الاستخدام الصحيح للعازل الطبي الذي يستخدمه الرجل أو المرأة يؤدي إلى التقليل من فرص الإصابة بفيروس HIV والأمراض الأخرى التي تنتقل من خلال العلاقات الجنسية وكذلك من فرص الحمل.

مشاركة الحقن:

وحيث إن تعاطي المخدرات من خلال الوريد من أهم العوامل التي تساعد على انتقال فيروس HIV في الدول المتقدمة، يتم استخدام استراتيجيات تقليل مخاطر انتقال هذا الفيروس مثل برامج استبدال الإبر والمحاقن المستعملة بأخرى نظيفة في محاولة لتقليل الإصابة الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة وإساءة استخدامها.

التعرض لسوائل الجسم التي تحمل إصابة فيروس HIV:

يمكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية أن يقللوا من مخاطر تعرضهم للإصابة بفيروس HIV. وذلك باتخاذ تدابير وقائية تقلل من خطر تعرضهم للدم الملوث بالفيروس. وتتضمن هذه التدابير الوقائية استخدام حواجز لمنع الفيروس مثل: القفازات والأقنعة. ويجب تطبيق التعقيم الأساسي على كل الأدوات الجراحية سواء كانت حالة المرضى من الإصابة معروفة أم لا. يجب التخلص الآمن من الأدوات الحادة غير القابلة للاستخدام غير مرة واحدة مثل الإبر والمشارط والزجاج لمنع مخاطر الإصابة بالجروح الناتجة عن الوخز بالإبر أو ما يشابهها.

انتقال المرض من الأم لطفلها:

تقرر توصيات منظمة الصحة العالمية إلى أنه عندما تكون الرضاعة الصناعية البديلة مقبولة وملائمة وممكن توفيرها وكافية للطفل وآمنة في حالة الأمهات المصابات بفيروسHIV، فيجب عليهن تجنب إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية. ولكن إذا لم يكن هذا هو الوضع القائم بالفعل، يوصى بقيام الأم المصابة بإرضاع طفلها رضاعة طبيعية في الشهور الأولى من حياته مع وقف ذلك في أسرع وقت ممكن. وتجب ملاحظة أن بعض السيدات قد يرضعن أطفالًا غير أطفالهن.

هل يسهم ختان الذكور في الوقاية من فيروس الإيدز؟

يحد ختان الذكور من مخاطر سراية فيروس الإيدز من الإناث إلى الذكور عند ممارسة الجنس بنسبة 60% تقريبًا. وقد أوصت المنظمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز منذ عام 2007 بختان الذكور الطبي طواعية بوصفه استراتيجية هامة أخرى للوقاية من فيروس الإيدز في الأوساط التي ترتفع فيها معدلات تفشي الفيروس وتنخفض فيها معدلات ختان الذكور. وقد أجري البحث على 14 بلدًا في شرق إفريقيا وجنوبها لتنفيذ برامج معنية بتوسيع نطاق عمليات ختان الذكور وأثبتت هذه البرامج فاعليتها في تخفيض نسب الإصابة بالإيدز.

ويؤمن التدخل الطبي مرة واحدة لإجراء عملية الختان حماية جزئية للفرد مدى الحياة ضد فيروس الإيدز، فضلًا عن حمايته من الإصابة بأمراض أخرى منقولة جنسيًّا. وينبغي دومًا أن يُنظر إلى الختان على أنه جزء من مجموعة شاملة للوقاية من الفيروس وألا يحل أبدًا محل الوسائل المعروفة الأخرى للوقاية منه.

اكتشاف الإصابة:

لا توجد طريقة أكيدة لاكتشاف الإصابة إلا عن طريق تحليل الدم والتحاليل تتضمن تحاليل لاكتشاف الأجسام المضادة وتحاليل لاكتشاف البروتين المغلف للفيروس.

الأجسام المضادة هي بروتينات يفرزها الجسم لمهاجمة الفيروس وتدميره. وهي تنجح مع وسائل

المناعة الأخرى، في عملها لفترة طويلة وتمنع ظهور الأعراض. لذا هي سبب فترة الكمون الطويلة، إلا أن عددها لا يكون كافيًا ليكتشفه التحليل إلا بعد فترة تتراوح من 3 إلى 6 شهور. وهذا ما يسمى الفترة الشباكية، الفيروس موجود لكن التحليل للأجسام المضادة لا يظهره.

والتحليل المستخدم عادة بصورة أولية للأجسام المضادة يسمى إليسا وهو شديد الحساسية لهذه الأجسام لكنه ضعيف نسبيًّا في قدرته على التحديد. أي أن هذا التحليل قد يظهر نتيجة إيجابية (أي يكشف وجود أجسام مضادة للفيروس في الدم) لكن الأجسام المضادة هي في الواقع مضادة لفيروس آخر. لذا نتيجة هذا التحليل ليست قاطعة ويجب إجراء تحليل آخر عالي التحديد للتأكد وهذا التحليل يأخذ وقتًا أطول ويسمى البقعة الغربية (ويسترن بلوت).

كما أن هناك تحليلًا سريعًا لبروتين الفيروس نفسه، لكنه ضعيف القدرة على التحديد فينبغي تأكيده بالتحاليل الأخرى.

وفي كل الأحوال ونظرًا لكثرة المخاوف الوهمية والخرافات المتعلقة بالإيدز. يجب أن يتم التحليل في مجهولية وسرية تامة، ومن حق من يتقدم للتحليل أن يقدم اسمًا مستعارًا. كما ينبغي أن تقدم لمن ستجري له التحليل مشورة قبل التحليل وبعده.

قبل التحليل لطمأنته أنه أيًّا كانت النتيجة فالفيروس لم يعد مخيفًا ولا نتيجته المحتومة الموت وبطبيعة الفيروس وطرق انتقاله وطرق الوقاية منه وعلاجه وأن من حقه الاحتفاظ بالسرية. وبعده إن ظهر التحليل إيجابيًّا لطمأنته على الخدمات الدوائية والاجتماعية والنفسية المتاحة والإنصات له ومواجدته (محاولة الشعور ببعض مما يشعر به) ثم شرح أن هذه النتيجة ليست *نهاية العالم*. وإن ظهرت سلبية توعيته بطرق الوقاية وكيفية الحفاظ على نفسه سليمًا.

وعلينا تشجيع كل من تعرض لما قد ينقل الإصابة للتحليل، خاصة أعضاء الفئات الأكثر عرضة (متعاطي المخدرات بالحقن والعاملات والعاملين بالجنس التجاري وزبائنهم والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والأطفال الذين يعيشون في ظروف الشارع). على أن التحليل يجب أن يكون طوعيًّا ولا يجري لأي إنسان دون علمه أو يدس ضمن مجموعة تحاليل أخرى. حيث تشير الأبحاث أن كل محاولات فرض التحاليل باءت بالفشل وأدت إلى زيادة تخفي أو تحايل الفئات الأكثر عرضة للإصابة ومن ثم تزايد معدلات الإصابة.

والتحليل الرابع المهم هو التحليل الكاشف لعدد الفيروسات PCR وهو مكلف جدًّا ويستغرق وقتًا لكنه مهم خاصة في مواجهة مشكلة تكون المقاومة للدواء واختبار ما هي الأدوية البديلة التي قد تكون أكثر فعالية لمريض بعينه دون الآخر.

العلاج:

يوجد اليوم أكثر من 35 دواء مختلفًا لعلاج الإيدز كلها تندرج تحت طائفة مضادات الفيروسات القهقرية. وتنقسم تحت أربع عائلات دوائية أساسية. ومنذ عام 1996 ونحن نعرف أن تجميع ثلاثة أدوية من عائلتين مختلفتين منهم كفيل برفع المناعة واستعادة المريض لحياته الطبيعية. كما ينبغي تناول الطعام الصحي والحرص على نمط حياة إيجابي. مثل مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي (مرض الضغط) أو البول السكري (مرض السكر) الذين يستعيدون قدرتهم على الحياة الطبيعية

حال التزامهم بالدواء وغذاء مناسب ونمط حياة صحي. ومثل هذين المرضين أيضًا طالما بدأ المريض في الدواء فهو يستمر عليه طول حياته. هذه الأمراض الثلاثة أمراض مزمنة قابلة للسيطرة عليها الآن بالعلاج لكن لا يوجد *شفاء نهائي* منها.

ويتم قياس المناعة لدى المتعايشين مع الفيروس باستخدام تحليل يسمى الخلايا الليمفوية التائية من الفئة الرابعةCD4 . حيث يكون العدد الطبيعي لهذه الفئة من الخلايا 800 إلى 1000 في مساحة القياس الميكروسكوبي. فإذا نزل العدد إلى 500 يبدأ العلاج وفقًا لتوصيات منظمة الصحة العالمية. وفي مصر عادة لا يبدأ صرف العلاج المجاني عندما يصل عدد الـCD4 إلى 500 بل عند ظهور أي أعراض مع الوصول لهذا العدد. لكن يتم صرف العلاج المجاني حتى دون ظهور الأعراض عندما يصل العدد إلى 300. وعند الانتظام في الدواء الفعال تختفي الأعراض وتزداد المناعة ويصل العدد مرة ثانية إلى 800 أو 1000.

يؤخذ دواء مضاد الفيروسات القهقرية بعد التعرض للفيروس كعلاج وقائي. كما يتم تناول تركيبة خاصة من هذه الأدوية للنساء الحوامل المتعايشات مع الفيروس وعندئذ يصبح احتمال إصابة الطفل ضئيلًا للغاية.

ونظرًا لأن تطور الإصابة بفيروس HIV أسرع في الأطفال عنه في البالغين، ولا تستطيع الفحوص المعملية التنبؤ بمخاطر الإصابة بالمرض على نحو دقيق -وخاصةً بالنسبة للأطفال الصغار- فإن التوصيات العلاجية تكون أكثر صرامة بالنسبة للأطفال عنها بالنسبة للبالغين.

عدم الالتزام بخطوات العلاج والمواظبة عليه هي أكثر الأسباب التي تؤدي إلى عدم الاستفادة المثلى لبعض المرضى من العلاج شديد الفاعلية المضاد للفيروسات القهقرية. وتتنوع الأسباب التي تدفع المرضى إلى عدم الالتزام بالعلاج والمواظبة عليه. وتتضمن الجوانب النفسية الاجتماعية المتعلقة بهذا المرض: مسألة عدم التمكن من الحصول على الرعاية الطبية المناسبة وكذلك الدعم الاجتماعي غير الكافي وأيضًا الأمراض النفسية المصاحبة للإصابة بالمرض وسوء استخدام المواد المخدرة للهروب من المشكلة.

وحال عدم الانتظام على الدواء قد تتكون مناعة لمجموعة الأدوية المستخدمة فيضطر المريض للجوء إلى الخط الثاني أو الثالث من العلاج وهي أدوية أكثر كلفة وقد لا تتوفر لبعض المرضى.

غالبًا ما يحتاج حملة فيروس الإيدز، إضافة إلى العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، إلى خدمات المشورة والدعم النفسي.

وفي هذا المجال يبرز دور مجموعات المساندة أو الدعم الذاتي التي يساند فيها المتعايشون بعضهم بعضًا. كما يبرز دور المثقفين الصحيين الذين غالبًا ما يكونون من المتعايشين أنفسهم.

فيروس نقص المناعة البشري والإدمان:

يتعرض المدمنون خاصة متعاطي المخدرات بالحقن لمخاطر الإصابة بهذا الفيروس أكثر من غيرهم:

كنتيجة لمشاركة الحقن (السنون أوالسرنجات) أو أدوات الحقن.

ممارسة الجنس غير الآمن ربما مع عدد من الشركاء.

الإتجار بالجنس من أجل المخدرات أو شراء جنس من عاملات بالجنس التجاري.

إضافة لذلك يحجم كثير من المدمنين عن إجراء التحليل لعدم معرفتهم بتواجده وإتاحته. أو لخوفهم من وصمة الإدمان ومن وصمة أخرى قد يتعرضون لها. وتخوفهم أو عدم ثقتهم في حفاظ الجهات الحكومية التي تقدم التحاليل على سرية الأمر.

ومن ثم لا يتقدمون لأخذ الدواء وحتى عندما يأخذونه قد لا يواظبون على تناوله. كما في حالة المدمنين المستمرين في التعاطي يعرضهم ضعف مناعتهم ونمط حياتهم للإصابة بالإيدز أو لصعوبة التعافي منه.

تقديم خدمات الوقاية والعلاج من الإيدز لمتعاطي المخدرات:

خدمات الوصول لمتعاطي المخدرات بالحقن في الشارع وتثقيف الأقران:

متعاطو المخدرات بالحقن يمارسون سلوكيات محفوفة بمخاطر الإصابة بفيروس الإيدز وفيروسات أخرى. وتتضمن هذه السلوكيات مشاركة الحقن وأدوات التحضير والجنس غير المحمي ومع شركاء متعددين. كما تقوم كثيرٍ من الصيدليات بالامتناع عن بيع السرنجات دون روشتة لكل من يشكون في أنه قد يكون مدمنًا بما يدفع المتعاطين إلى مشاركة الحقن. كما تنتشر خرافات بين المدمنين فمثلًا في روسيا يعتقدون أن مشاركة الحقن تعبير عن *الأخوة* وفي مصر يعتقد كثير من المتعاطين أن شراء السرنجة قبل الحصول على الهيروين *فأل سيئ*، وعند الحصول على الهيروين قد يصعب الحصول على سرنجة أو تشتد رغبة التعاطي فيقوم المدمن باستخدام أي سرنجة متوفرة حتى لو كانت مشاركة. وأيضًا يسود اعتقاد أن استخدام الكوندوم فيه إهانة للشريك الجنسي. وهو إن كان يقلل من اللذة عند بعض الناس إلا أنه أيضًا يطيل فترة الممارسة إضافة لضرورته الوقائية.

لكل هذه الأسباب تعتمد منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وغيرهم من الهيئات الدولية استراتيجيات التقليل من الأضرار. حيث تسعى هذه الاستراتيجيات لثلاثة أهداف:

الامتناع: التوقف عن التعاطي وعن ممارسة الجنس. فإن لم يمكن

الإخلاص: تقليل عدد الشركاء الجنسيين أو الإخلاص لشريك الحياة.

استخدام وسائل الحماية: من كوندوم (واقٍ ذكري أو أنثوي) وعدم مشاركة الحقن أو أدوات التحضير.

وثبت أن مجرد توزيع الكوندوم أو السرنجات النظيفة لا يؤدي بالضرورة لتغيير السلوك. لذا يتم تطبيق مناهج تثقيف الأقران، أي أن يقوم مدمن توقف عن السلوكيات المحفوفة بالمخاطر بالتواصل مع مدمنين في الشارع وتغيير سلوكهم.

1.الوصول للمدمنين في الشارع: يقوم مدمن متوقف عن السلوكيات المحفوفة بالمخاطر مع زميل

له أو مع إخصائي اجتماعي بالاتصال بمتعاطٍ للمخدرات بالحقن ويتواصل معه في الشارع. يتعرف عليه أو يوطد معرفة ثم ينصت لمشاكله ثم يبدأ في مشاركة رسالة خبرة وأمل وقوة وأن هناك فرصة للامتناع وطريقًا لذلك، وهناك وسائل أكثر أمانًا للتعاطي وممارسة الجنس إذا لم يبدأ في تنفيذ الامتناع فورًا.

2. السرنجات والكوندوم: أحيانًا يتم توزيع الكوندوم مع إرشاد لطريقة الاستخدام السليمة والسرنجات النظيفة مع إرشاد لطرق الحقن الآمن. وأحيانًا يتم الاتفاق مع صيدليات على إتاحة سرنجات نظيفة مجانًا أو بأسعار زهيدة. كثير من الدول تعتمد سياسة تبادل السرنجات، أي تقديم سرنجات نظيفة مجانًا في مقابل السرنجات المستخدمة. لكن في معظم الدول العربية تعتبر السرنجة المستخدمة بما فيها من بواقي المادة المخدرة دليلًا قاطعًا على *جريمة التعاطي* أمام القضاء لذا يصعب تطبيق هذا البرنامج في بلادنا.

3. مجموعات المساندة: تنعقد مجموعات خاصة لمساندة المتعايشين مع الفيروس وأخرى لمساندة المتعايشين المدمنين.

4. الخدمات الأولية في مراكز خدمات المدمنين في الشارع: مراكز الوصول للوقاية من الإيدز تخدم كمكان للتنسيق ولمساندة فريق العمل وجمع المعلومات والاحتفاظ بالسجلات. كما تقدم خدمات تمريضية أولية ووجبات وفرصًا للنظافة والاستحمام ولدى بعض المدمنين فرصًا للحصول على ملابس نظيفة. كما تستطيع أن تقوم بتحويل المدمنين لمراكز علاج أعراض الانسحاب أو إعادة التأهيل أو للخدمات الطبية أو الاستشارات القانونية وغيرها.

5. الفحص الطوعي والمشورة: تقدم هذه المراكز أيضًا فرصًا لإجراء الفحص الطوعي السريع للكشف عن فيروس الإيدز الذي تسبقه المشورة وتتلوه جلسة أخرى للمشورة.

هذه المراكز تكون أشد فعالية عندما تكون متصلة أيضًا بفرص تقديم علاج للإدمان كمراكز علاج أعراض الانسحاب والتأهيل. بعض من الدول العربية تقدم الدواء البديل الذي يتم تناوله بالفم (الميثادون) لمدمني الهيروين لتقليل مخاطر الحقن. لكن هذا الدواء ممنوع في معظم الدول العربية. كما تنصح بعض المراكز باستخدام الشبة (Bleach) لتتنظيف السرنجات والحقن عند المشاركة إذا ما لزم الأمر ولم يكن هناك مفر من هذا.

المتعايشون مع الفيروس في الأماكن العلاجية:

وفقًا لكل التوصيات العلمية العالمية من حق المدمن المتعايش مع فيروس الإيدز أن يتلقى أنواع العلاج الطبي كافة والخدمات التأهيلية وذلك دون حتى أن يفصح عن تعايشه مع الفيروس لو كان يعرف عن إصابته. لا ينتقل الفيروس عن طريق المعايشة الطبيعية أو المخالطة مع الآخرين، إضافة إلى أن ما بين 80 و95% من المصابين بالفيروس لا يعرفون أصلًا أنهم مصابون.

فيروس الإيدز أقل قدرة على الانتقال من فيروس الكبدي الوبائي بمئة مرة. ومع ذلك إذا ما عرف أن أحد المدمنين المقيمين في مركز علاج أعراض انسحاب أو مركز تأهيل فستحدث غالبًا موجة فزع شديد وقد يطلب مقيمون أن يتركوا المكان أو يطلب أهلهم هذا. وهذا الخوف ليس له أي مبرر طبي وهو قائم تمامًا على خرافات غير صحيحة إطلاقًا.

أخلاقيات المهنة تحتم الحفاظ على سرية الإصابة بالفيروس لأي مستفيد من خدمات الإدمان.

المشكلة تكمن لو أفصح المقيم لزملائه في المكان فسرت نوبة من الخوف ومن التمييز ضده قد لا يتمكن العاملون في المكان من احتوائها وغالبًا لن يتمكنوا من رفع الوعي لدى الأهل والمقيمين وقت أزمة مثل هذه.

يجب على مراكز خدمات الإدمان تقديم جلسات لرفع الوعي عن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز، وإزالة الخوف والوصم والتمييز المحيطين به.

تمنع أماكن خدمات الإدمان ممارسة الجنس بين المستفيدين منها كما لا يوجد مجال لمشاركة الحقن أو الأدوات الجراحية الحادة.

إذا ما أفصح متعايش لأحد المشرفين أو مديري الأماكن فمن واجب هذا المشرف أو المدير الاحتفاظ بالسرية ثم تشجيع المتعايش على متابعة تحاليل المناعة CD4 والانتظام في الدواء إذا وصفه الطبيب له وعلى الوجبات الصحية والحياة المتزنة.

تذكر

تتنوع طرق انتقال فيروس سي وأهمها مشاركة الحقن والأدوات

الحادة وأيضًا أدوات الحلاقة والتاتو والممارسات الجنسية غير المحمية.

ويتطلب تعقيم الأدوات منه درجة حرارة 300 مئوية.

يتوفر الآن دواء فعال وثمنه معقول لعلاج هذا الفيروس.

فيروس نقص المناعة البشري HIV الذي يسبب متلازمة عوز المناعة المكتسب AIDS فيروس ضعيف خارج الجسم وينتقل فقط بمشاركة الحقن والجنس غير المحمي ومن الأم للطفل في الحمل أو الولادة أو الرضاعة.

ولا ينتقل بالمعايشة العادية مع المصاب ولا بمشاركة أدوات الحلاقة.

لم يعد الإيدز مرضًا يؤدي حتمًا للموت بل يمكن التعايش مع فيروس نقص المناعة البشري حياة طبيعية وتوقع طبيعي للعمر.

الوصم والتمييز هما مشكلة الإيدز الأساسية.

برامج الوصول للمدمنين للوقاية من الإيدز فعالة ومهمة، تعتمد على تثقيف الأقران وتستهدف الامتناع والتوقف أو عدم مشاركة الحقن واستخدام الواقي عند ممارسة الجنس.

أسئلة للمناقشة الدراسية:

اذكر ثلاث مضاعفات طبية للتعاطي والإدمان على كل من أ. الجهاز التنفسي ب. الدورة الدموية والقلب ج. الجهاز الهضمي (بما مجموعه 9 مضاعفات مختلفة)، وصِف حالة مدمن عانى من بعض المضاعفات الطبية.

.....

.....

.....

.....

اذكر بعض أعراض التهاب الكبدي الفيروسي سي. وصِف تأثير التطور في علاجاته.

.....

.....

.....

.....

ما هي طرق الإصابة بفيروس سي وما أهم التعليمات التي ينبغي تقديمها في مراكز الإدمان للوقاية من انتشار فيروس سي؟

.....

.....

.....

.....

لماذا يجب أن نستخدم تعبير *متعايش مع الفيروس* بدلًا من مريض الإيدز أو ضحية الإيدز؟

.....

.....

.....

.....

قارن بين طرق الإصابة بالفيروس الكبدي سي وطرق الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وبين طرق التعقيم القادرة على التخلص من كلٍ منهما. وفسر لماذا يخاف الناس من فيروس الإيدز أكثر من الكبدي سي.

.....

.....

.....

.....

ما هي أهم طرق ومداخل الوقاية من فيروس الإيدز بين المدمنين؟

.....

.....

.....

.....

ما هو الفحص الطوعي والمشورة وما أهميته؟

.....

.....

.....

.....

هل تغير شعورك تجاه المتعايشين مع فيروس الإيدز بعد هذا الدرس؟ اشرح.

.....

.....

.....

.....

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

Armstrong GL, Wasley A, Simard EP, McQuillan GM, Kuhnert WL, Alter MJ. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States 1999 through 2002. Annals of Internal Medicine. 2006;144:705–714. [PubMed] [Google Scholar]

Backmund M, Meyer K, Von Zielonka M, Eichenlaub D. Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. Hepatology. 2001;34:188–193. [PubMed] [Google Scholar]

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2015). Viral Hepatitis: Hepatitis C information. Available at: http://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/. (Accessed on 01 November, 2016).

Egyptian Ministry of Health (2010). HIV/AIDS Biological and behavioural surveillance surveys, summary report. Cairo: Ministry of Health. Available at: http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/BBSS%20.2010_0.pdf

Egyptian Ministry of Health National AIDS Program (NAP) (2006). HIV/AIDS

biological and behavioural surveillance survey, summary report. Cairo: Ministry of Health

Hamdi ES, Sabry, N ; Sedrak, A.; Khowailed, A; Loza, N; Rabie, M; .Ramy, H

Sociodemographic Indicators for Substance Use and Abuse in .Egypt. Journal of Addiction & Prevention. 2016;4(1):8

IDPC (International Drug Policy Consortium) (2012). IDPC drug policy gui9999de. Available at http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-.edition (Accessed on 01 November, 2016)

Lehman, E., Gould, M., Flynn, P. (2013) HIV/AIDS amd Substance Abuse, in Miller, P., Interventions for Addictions:Comprehnsive Addictive Behaviours and Disorders, Vol. 3, Elsevier, San Diego, CA, .USA

Litwin, A. H., Kunins, H. V., Berg, K., Federman, A., Heavener, K. K., Gourevitch, M. N., Arnsten, J. H. (2007) Hepatitis C management by addiction medicine physicians: Results from a national survey, J Substance Abuse Treatment 2007 Jul: 33 (1) 99-105 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929905/#R2 .accessed 30 March 2020

Magder, L. S., Fix, A. D. Mikhail, N. N., Mohamed, M. K., Abdel-Hamid, M., Abdel-Aziz, F., Medhat, A., & Strickland G. T. (2005). Estimation of the risk of transmission of hepatitis C between spouses in Egypt based on seroprevalence data. International Journal of .Epidemiology, 34(1):160-5

Soliman C, Rahman IA, Shawky S, et al.(2010) HIV prevalence and risk behaviors of male

.injection drug users in Cairo, Egypt. AIDS. 2010;24 Suppl 2:S33-38

:UNAIDS. HIV and AIDS estimates. 2018. Available from

https://www.unaids.org/en

http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/egypt. .Accessed 5 April 2020

UNGASS (UN General Assembly Special Sessions) (2016). The UN General Assembly Special Session on Drugs. International Drug Policy Consortium. Health. Available at http://idpc.net/policy- .advocacy/theme-health. (Accessed on 01 November, 2016)

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2015). World Drug Report 2015. Available at http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015 .. pdf. (Accessed on 01 November, 2016)

WenMD, Drugs and Medications: Sovaldi (Sofosbuvir) https://www.webmd.com/drugs/2/drug-165500/sovaldi-oral/details .accessed 29 March 2020

WHO (World Health Organization) (2015d). Hepatitis C. Fact sheet no. 164 updated in July, 2015. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/. Accessed on .(01 November, 2016

الفصل السادس
المضاعفات النفسية والتشخيص المزدوج

يعرض هذا الفصل للاضطرابات والأعراض النفسية التي قد تصاحب التعاطي والإدمان. وهذه قد تكون بعضًا من الأعراض طويلة المدى للاضطراب الإدماني نفسه وقد تكون جزءًا من أعراض الانسحاب أو قد تكون أمراضًا يسببها التعاطي أو يؤدي إلى ظهورها. وأخيرًا وليس آخرًا قد تكون أمراضًا مواكبة أي إن العميل يعاني من تشخيص مزدوج.

وسنستعرض بقدر من التفصيل الذهان وأعراضه وعلاجاته خاصة بالنظر إلى عدم ألفة عدد كبير من مرشدي التعافي به وبأعراضه بالرغم من كثرة ظهورها لدى مستخدمي المواد المغيرة للحالة المزاجية.

ثم سنناقش الاكتئاب والفروق بين الاكتئاب كاضطراب نفسي قائم بذاته والاكتئاب كعرض من أعراض الإدمان. وبعده نناقش نقيض الاكتئاب أي الهوس والاضطراب ثنائي القطب.

ثم اضطرابات القلق المختلفة وكيف تظهر وكيف نتعامل معها في سياق الإدمان والتعافي منه.

وبعدها نتعرض للاضطراب ثنائي القطب (الاضطراب الوجداني أو الهوس والاكتئاب).

ونشرح اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بشيء من التفصيل لأهميته وانتشاره وكثرة تقاطعاته مع الإدمان.

ونقدم شرحًا مختصرًا لاضطرابات الشخصية مع قدر من التركيز على الاضطرابات التي تتقاطع كثيرًا مع الإدمان مثل اضطراب الشخصية الحدية والشخصية المضادة للمجتمع.

وأخيرًا وليس آخرًا نعرج إلى الاضطرابات المتعلقة بالصدمات والضغوط وخاصة اضطراب ما بعد الصدمة، لما تشكله من تحدٍّ خاص في التعامل مع الإدمان.

وفي كل هذه التشخيصات والأعراض سنقدم أهم تقاطعاتها مع السلوكيات الإدمانية واستخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية.

العلاقة بين الأعراض والاضطرابات النفسية مركبة ومتعددة الأبعاد. هناك على الأقل أربعة أنواع من التشابك بين الإدمان والأعراض النفسية:

أعراض الاضطراب الإدماني نفسه: الأعراض النفسية تتضمن أعراضًا تعتبر جزءًا من الاضطراب الإدماني وتستمر بعد التوقف عن التعاطي وبعد انتهاء أعراض الانسحاب، وبعض هذه الأعراض كالقلق البسيط أو الاكتئاب الخفيف والعابر، قد لا يحتاج تدخلًا من متخصصين في الطب النفسي أو معالجين نفسيين. بينما نحتاج إلى التدخل الطبنفسي عندما تتضمن الأعراض أشكال القلق الجسيمة مثل نوبات الفزع (الهلع) أو الرهاب (الفوبيا) أو حتى القلق العام حينما يكون شديدًا لدرجة معيقة وأيضًا في حالات الاكتئاب الشديد خاصة المصاحب بأفكار الانتحار. وقطعًا نحتاج إلى تدخل طبنفسي في حالة ظهور ما يسميه العامة *تخاريف* أي ضلالات أو هلاوس أو تفسخ الفسخ والسلوك (سنشرح هذه الأعراض أدناه).

أعراض التعاطي وأعراض الانسحاب: وقد ذكرنا سابقًا أن من ضمن أعراض التعاطي للمواد المغيرة للحالة المزاجية أعراضًا نفسية تتضمن الهلاوس والضلالات والقلق والاكتئاب والتهيج وهذا قد يحدث كله أو بعضه في مرحلة الانسحاب أيضًا.

أمراض يسببها التعاطي: ثم إن المواد المخدرة قد تسبب أو ترسب أو تعجل ببعض الاضطرابات النفسية بما فيها الفصام واضطرابات أخرى جسيمة. وهذه قد تكون مؤقتة أو دائمة. وخلاف الشائع قد تحدث أمراض نفسية جسيمة مثل الفصام من تعاطٍ خفيف كتدخين بضعة أنفاس من الحشيش مرة أو اثنين فقط.

التشخيص المزدوج: وأخيرًا وليس آخرًا ترتفع نسبة التعاطي والإدمان بين المرضى النفسيين، أي يتعاطى المرضى النفسيون المخدرات ثم يدمنونها حال كونهم مرضى. التشخيص النفسي قد يسبق تشخيص الإدمان في أحيان كثيرة.

وكل الحالات الأربع يجب على معالج الإدمان أو مرشد التعافي أو أي من كان يساعد المدمن، أن يستشير طبيبًا نفسيًّا أو إخصائيًّا نفسيًّا.

ما هي الأمراض النفسية؟ وما هو الذهان والعصاب واضطراب الشخصية؟

تتضمن الأمراض النفسية مشاكل مثل اضطرابات النمو والتعلم ومنها ما كان يعرف بالإعاقة العقلية ونسميه الآن صعوبات التعلم. ونادرًا ما سيتعرض مرشد التعافي إلى هذه المشاكل لكن من ضمن هذه الاضطرابات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ومهم أن يتعرف العاملون في مجال الإدمان عليه لكثرة تواجده بين المدمنين ولإشكاليات علاجه ببعض الأدوية. كما تتضمن الاضطرابات النفسية الاضطرابات التي يسببها وجود خلل عضوي ظاهر في المخ مثل الأورام والجلطات والتهاب المخ. وتتضمن أيضًا اضطرابات السن المتقدم ومنها ألزهايمر وأنوع العته Dementia الأخرى. ويندر أن يواجه العاملون ومن يخدمون في مجال الإدمان الاضطرابات النفسية ذات الأسباب العضوية أو اضطرابات العته. لكن مهم جدًّا أن يفهم كل مشير ومرشد تعافٍ وعامل أو خادم في مجال الإدمان الأساسيات عن الذهانات المختلفة وعلى رأسها الفصام وعن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (الهوس والاكتئاب) والفروق بينها وبين ما كان يطلق عليه العصاب وهو يتضمن القلق والاكتئاب التفاعلي والوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة (ما بعد الكرب) وأيضًا أن يكون فكرة عامة عن اضطرابات الشخصية وخاصة اضطراب الشخصية البينية لتقاطعاتها الكثيرة مع الإدمان.

وغالبًا يتطلب التعامل الفعال مع الأعراض والاضطرابات النفسية لدى المدمنين تعاونًا قويًّا وطويل المدى بين معالجي ومشرفي المدمن والأطباء المتخصصين والمعالجين النفسيين. ولذا نستهدف في هذا الفصل:

التعرف على أهم أعراض الاضطرابات النفسية وأسبابها.

أساسيات العلاج الدوائي والنفسي والعلاجات الأخرى لهذه الاضطرابات.

علاقة هذه الأعراض والاضطرابات بالإدمانات المختلفة.

التداخلات والتقاطعات والإشكالات المتصلة بتقاطع الأدوية والعلاجات النفسية مع الإدمان.

تعريف التشخيص المزدوج:

يُطلق هذا التوصيف على الأشخاص المصابين باضطرابٍ أو مرضٍ نفسي (مثل: الاكتئاب - الاضطراب الوجداني ثنائي القطب) إضافة لتشخيص استخدام الكحوليات والمخدرات.

أصحاب التشخيص المزدوج لديهم مرضان منفصلان، ويجب وضع خطة علاجية منفصلة لكل مرض. وإن كان من الضروري تكامل الخطتين.

التشخيص المزدوج غير قاصر على مرض نفسي بعينه. (الفصام - الاكتئاب - الاضطراب الوجداني ثنائي القطب - القلق - الرهاب الاجتماعي....).

يصيب أي شخص بصرف النظر عن (السن - العِرق - الحالة الاقتصادية).

انتشار التشخيص المزدوج:

الدراسات في الولايات المتحدة تشير إلى أن نسبة من يعانون من اضطراب استخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية وإدمانها تتراوح بين 9 و27% من تعداد السكان.

بينما نسبة من يعانون من اضطراب استخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية وإدمانها من بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب ترتفع إلى ما بين 34% و61%.

ونسبة التعاطي والإدمان بين مرضى الفصام تصل إلى نحو 50%.

وهذه النسبة بين مرضى الاكتئاب تدور حول الـ 35%.

أسباب لجوء المرضى النفسيين أكثر من غيرهم للخمور والمخدرات (التشخيص المزدوج):

تختلف الأسباب من شخصٍ إلى آخر كما يلي:

البعض يستمتع بخوض التجربة أو يدفعه الفضول وحب الاستكشاف كأي شخص آخر.

البعض يسعى إلى تحسين القدرة الجنسية كما يفعل أيضًا كثيرون من *الطبيعيين*.

الهروب من الضغوط والملل والقلق والاكتئاب وأيضًا من الهلاوس التي تزعج كثيرًا من الذهانيين بما فيهم الفصاميون أو من المشاعر السلبية المرتبطة بالضلالات.

للتأقلم مع وتخفيف آثار التغيّر الحادة في الحالة المزاجية لدى مرضى ثنائي القطب والشخصية البينية مثلاً.

نظرية المداواة الذاتية (Khantzian 1997) :

فيها يبدأ المرضى باستخدام المخدرات أو الكحوليات للتغلُّب على أو إخفاء أعراض اضطراب المزاج. على سبيل المثال:

مريض الهوس: يستخدم الكحول أو الحشيش أو المهدِّئات لتهدئة الصراع الدائر في نفسه.

مريض الاكتئاب: يستخدم المخدرات ليشعر بالسعادة والأمل ولو لوقتٍ قصير.

وهذا يفيد لبعض الوقت، ولكن في الحقيقة إنه يزيد الأمور سوءًا بعد ذهاب تأثير المخدر. وقد يتسبب في تأخّر تشخيص الاضطراب النفسي لفترة طويلة. ثم قد يتعاطى المريض المواد المخدرة في محاولة للتعامل مع الأعراض الجانبية للأدوية المضادة للذهان. ولذا فاختيار نوعية المواد المغيرة للحالة المزاجية لهؤلاء المرضى لا يأتي صدفةً. على سبيل المثال، المنشطات (النيكوتين - الأمفتامينات) يلجأ إليها للتعامل مع التهدئة الناتجة من مضادات الذهان.

نظرية التخفيف من الحالة المزاجية السيئة (Pristach & Smith 1996):

يلجأ المريض إلى المواد المخدرة في محاولةٍ منه للخروج من الحالة المزاجية السيئة.

نظرية عوامل الخطورة المتعددة Mueser 1998)) عوامل الخطورة تتضمن:

العزلة الاجتماعية.

الفقر - البطالة.

غياب دور الأسرة (الرعاية).

السكن في أماكن عالية الخطورة.

علاقات مع أشخاص يتعاطون المخدرات.

التعرّض للإساءة (الجنسية - الجسدية....) في الصِّغر يجعلهم أكثر عُرضةً للأمراض النفسية وتعاطي المخدارت.

والمرضى النفسيون يكونون أكثر عرضة لعدد من هذه العوامل.

نظرية الحساسية الزائدة (التماسك الداخلي أو الاسترداية) (Mueser, Drake, &Wallach, 1998):

المرضى النفسيّون أقل تماسكًا من الناحية النفسية والعضوية، سواء كان ذلك لسببٍ وراثي أو بسبب التنشئة الاجتماعية. مما يجعلهم أكثر عُرضة للتأثّر بأحداث الحياة.

بينما تساعده مضادات الذُهان في مواجهة هذه الأحداث، نجد استعمال المواد المخدِّرة ولو بنسبةٍ بسيطة يزيد من حساسيته تجاه تلك الأحداث مما يُدخل العميل في حلقة مُفرَغة.

أهمية التشخيص الدقيق للحالة على أنها تشخيص مزدوج:

التشخيص والعلاج المناسبان يجعلانا نتجنَّب المشكلات الآتية:

زيادة الأعراض النفسية.

دخول المستشفيات بصورة متكررة.

عدم الاستجابة للعلاج.

زيادة التعرّض لمخاطر العنف والتورُّط في المشاكل القضائية.

زيادة احتمالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (الإيدز) والكبدي الفيروسي وأمراض ومشاكل طبية أخرى.

الفصام والذهانات الأخرى

يرى مقدمو الخدمة للمدمنين أعدادًا متزايدة من المدمنين الذين يعانون من أعراض ذهانية، أي هلاوس وضلالات وتفسخ أو تحلل في التفكير والسلوك. وعندما يستخدم التعبير *ده بقى نفسي* (هذا العميل صار مريضًا نفسيًّا) فغالبًا ما يُقصد به أعراض الذهان وطبعًا أبو كل الذهانات هو الفصام. حتى إن التقسيمات الحديثة للاضطرابات النفسية تسمي الذهانات كلها *متصل الفصام* أي سلسلة الاضطرابات الشبيهة بالفصام. لذا من المهم أن نشرح بقدر من التفصيل ما هو الذهان وما هو الفصام.

تقليديًّا تنقسم الاضطرابات النفسية إلى العصاب والذهان. العصاب مثل القلق والوسواس والاكتئاب هو زيادة في مشاعر أو طرق تفكير قد تعاني كل الناس منها مثل الخوف أو الحزن.

الاكتئاب مثلًا كلنا نكتئب لكن حينما يكون الاكتئاب زائدًا عن الحد لدرجة تعطلنا عن العمل أو تعوق علاقاتنا بالناس يصبح الاكتئاب مرضيًّا. وكذا القلق. الوسواس هو اهتمام بتفاصيل صغيرة يمكن أن نهتم بها جميعًا، لكن عندما يعطلنا عن العمل والعلاقات أو يكون مؤلمًا جدًّا أو يؤثر على صحتنا البدنية، ساعتها يستحق تشخيص الاضطراب النفسي.

بينما الذهان هو المرض النفسي الذي يعبر عن فقدان الاتصال بالواقع مثل سماع أصوات دون محفز خارجي أي دون أن يكون هناك أصوات في الواقع (هلاوس سمعية) أو التمسك بمعتقدات منافية للواقع ولا صلة لها بثقافة المريض.

الذهان هو انفصال شديد وجسيم عن الواقع في الضلالات أو الهلاوس أو تفكك التفكير والكلام أو السلوك المتفسخ.

الفصام (الشيزوفرينا) هو أشهر الذهانات وأكثرها انتشارًا، لكن الذهانات تتضمن إلى جوار الفصام اضطرابات تسمى الاضطرابات الضلالية والاضطرابات الشبيهة بالفصام واضطراب الشخصية الشيزونمطية Schizotypal والاضطرابات شبه الفصامية.

الضلالات: الضلالة هي اعتقاد جازم خاطئ لا صلة له بالواقع. كأن يعتقد الإنسان أنه *نابليون* أو هو *قطار الساعة 2 الذاهب إلى الإسكندرية* أو *أنهم قاموا بتركيب قمر صناعي في قفاي*. وهذه ضلالات غرائبية bizarre delusionأي إنها اعتقادات جازمة خاطئة وأيضًا غير ممكنة الحدوث أو منافية للعقل. أما الضلالات غير الغرائبية هي مثلًا أن يعتقد أنه أستاذ جامعي أو قائد عام للقوات المسلحة وهو ليس كذلك أو أن زوجته تخونه وهي لا تفعل. وهذه ضلالات لكن ليست غرائبية أي إنها اعتقادات جازمة خاطئة ولكنها ممكنة الحدوث. الضلالات ليست مجرد أفكار خاطئة مثل الأفكار الخاطئة العصابية أو *الطبيعية*: مثلًا قد تقول واحدة: *أنا مش حلوة قوي* أو *أنا حلوة قوي*. يمكن أن تكون أفكارها غير دقيقة لكن ليست منفصلة تمامًا عن الواقع. فعندما

يقول أحدهم: *أنا خاطئ* أو *مذنب وإنسان سيئ*، هذه اعتقادات قد تكون خاطئة لكن *طبيعية*، لكن عندما يقول: *أنا المسيخ الدجال* أو *أنا سفاح الصعيد* فهذه ليست أفكارًا عصابية خاطئة بل هي ضلالات.

الهلاوس: يرى فيها المريض صورًا لأشياء غير موجودة أو يسمع أصواتًا لناس غير موجودين أو حيوانات أو أشياء غير موجودة في لحظة السماع أو الرؤية. في النوم الأحلام هي أن نرى ونسمع صورًا لا وجود لها وقتها في الواقع الخارجي. أثناء النوم نعيش بشكل طبيعي لكن ليس في اليقظة. علميًّا يقال الهلاوس هي استقبال حسي دون مثير خارجي.

أشهر الهلاوس هي الهلاوس السمعية وهي أكثرها انتشارًا.

هلاوس سمعية: فيها يسمع المريض أصواتًا تكلمه في أذنه أو أصواتًا تكلمه داخل رأسه لكنها ليست مجرد أفكار. فيها قد يشعر المريض أن هناك من يكلمه (هلاوس بضمير المخاطب Second Voice (أو يتكلم عليه) هلاوس بضمير الغائب Third Voice).

هلاوس بصرية: *بشوف ماما* وتكون ماما في أمريكا أو متوفية.

هلاوس الشم: *بشم ريحه مش كويسة*.

هلاوس الذوق: *بستطعم طعم مش كويس*.

هلاوس اللمس: كما لو كان أحدهم يلمسه أو قد يشعر بحشرات تمشي عليه أو تحت جلده.

الكلام المتفسخ والسلوك المتفسخ:

منه ما يسمى ترابطًا ضعيفًا بين الأفكار (أو الكلمات لأنه لا توجد أفكار دون كلمات) مثلًا *أنا مش هاكل فول وطعمية لأني مش بركب موتوسيكل*، يمكن أن يكون قد اعتاد تناول الطعمية على موتوسيكل، ومن الممكن عدم وجود أي ترابط مفهوم. ونوع آخر هو انعدام التماسك في الكلام بالكامل، وهو ليس مجرد ارتباط ضعيف، كل الكلام غير مترابط، ولا كلمه متصلة بأي كلمة مثلًا: *الخميس طماطم في الكاربراتير اتمخطر* (وهذا هو ما يسمى سلاطة الكلمات word salad).

السجع: يتكلم بالسجع مثلًا: *أنا جيت من البيت وعديت على الغيط علشان اتشفيت من السبيط*.

فقر الخطاب: الكلمات التي يستخدمها المريض قليلة. مثلًا في ربع ساعة من الكلام قد لا يستخدم إلا عشر كلمات فقط.

التكرار: تكرار الكلام بانتظام.

سرعة التشتت: الخروج من المواضيع لمواضيع أخرى.

الكلام بلغة جديدة (ألسنة جديدة) Neologism, Glossolalia نطق مجموعة كلمات كلها غير مفهومة. وهذه ظاهرة معروفة في خبرات التجلي أو النشوة الروحية في ديانات كثيرة ولدى بعض المبدعين مثل الشاعر الإنجليزي الشهير وودزورث Woodworth حيث يحل عليه إلهام الشعر فيتكلم لعدة دقائق بألفاظ غير مفهومة ثم يكتب القصيدة كاملة في طلعة واحدة. عند المبدع مثل

وودزورث يستعصي الإدراك الذي وصله على الترجمة للغة مفهومة لمدة قصيرة ثم يستوعبه العقل المبدع ويكتبه قصيدة قوية. وكذا من يعيش خبرة دينية فائقة تفوق قدرة استيعاب ذهنه. أما الفصامي فالخبرات الإنسانية العادية تصبح فوق قدرته على استيعابها وجدانيًّا فيبدو كأنه يتكلم بلغة غير مفهومة.

انسداد الكلام أو انسداد الفكر: يتوقف فجأة عن الكلام لمدة دقيقة مثلًا ثم يواصل. كأن تيار الكلام انسد..

صدى الكلام: يكرر ما تقوله له.

السلوك المتفسخ: ينقسم إلى أنواع تتضمن:

تخشب (كاتاتونيا): لا يتحرك ولا يأكل ولا يشرب وقد يستمر كذلك أيامًا أو أسابيع لذا هو عرض قد يهدد الحياة.

المرونة الشمعية: لو حركته يتحرك معك ثم يثبت على الوضع الذي تركته عليه. قد يقف مثلًا على رجل واحدة لأيام وأسابيع أو أكثر.

الإثارة المتخشبة: يتحرك حركة ليس لها معنى فيصل إلى الباب ويرجع. ولا يكون متهيجًا أو قلقًا بل يقوم بحركات أتوماتيكية بلا معنى. وقد يستمر في السير حول بيته مثلًا ساعات طويلة.

الحركة النمطية: يتحرك لساعات حركة للأمام والخلف مثلًا.

صدى الحركة: يكرر حركاتك.

السلوك السلبي: تقول له اجلس فيقف. تطلب منه شيئًا فيفعل عكسه.

الطاعة الأتوماتيكية: ينفذ ما تطلبه كما لو كان إنسانًا آليًّا.

السلوكيات العامة المتفسخة: *أهمها إهمال النظافة*. وقد يلبس ملابس الشتاء في الصيف أو يسير شبه عارٍ في الشتاء. فوضى في البيئة المحيطة به وقد يبحث في القمامة ويختار أشياء لا قيمة لها يحتفظ بها في كيس كبير.

الهتاف بالبذاءات: وقد نعتبره اضطراب تفكير وكلامًا إنما كثيرًا ما يصنف مع السلوك المتفسخ.

الوجدان غير الملائم: يدخل جنازة وهو يضحك مثلًا أو يقول شيئًا مؤلمًا دون أي مشاعر.

كما أسلفنا الفصام (الشيزوفرينا) هو أشهر الذهانات وأكثرها انتشارًا.

تشخيص الفصام (الشيزوفرينيا) والذهانات الأخرى:

أحدث إصدارات الدليل التشخيص الإحصائي الإصدار الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM5 -2015) وضع كل الذهانات في فصل واحد بعنوان *متصل الفصام والذهانات الأخرى*.

وفقًا لهذا التقسيم الفصام هو أحد الذهانات ويتميز بـ 5 علامات (الضلالات – الهلاوس – تفكك

التفكير- السلوك المتفسخ أو التخشب – الأعراض السلبية). مع استمرار اثنين منهم على الأقل لمدة تزيد على شهر واستمرار الاضطراب بأي صورة لمدة تزيد على 6 أشهر دون أسباب عضوية أو تأثير أدوية أو مخدرات.

إذا استغرق الاضطراب أقل من يوم فلن يشخص إطلاقًا.

إذا استمرت الأعراض لمدة أقل من 6 أشهر يسمى اضطراب شبه الفصام.

إذا استمر أقل من شهر يسمى نوبة ذهانية حادة/ قصيرة.

ولو لم يكن هناك أعراض سوى الضلالات وربما هلاوس متسقة معها، يكون التشخيص *اضطراب ضلالي*.

هل الذهانيون أخطر على الآخرين من غيرهم؟

مهم أن نعرف أن الذهانيين أقل عنفًا وخطورة من الطبيعيين. مع أن منهم طبعًا من هم أخطر: فمن يعتقد أن امرأته تخونه، يمكن أن يقتلها، ومن اعتقد أنك من كوكب آخر جئت لتدمر الأرض سيحاول إيقاف مهمتك. لكن نسبة كل هؤلاء أقل من نسبة الطبيعيين الخطرين والعنيفين.

الفصام ليس الشخصية المزدوجة:

كما ينبغي أن ندرك أن الفصام (الشيزوفرينيا) ليس على الإطلاق الشخصية المزدوجة. واضطراب الشخصية المزدوجة (دكتور جيكل ومستر هايد أو سعاد حسني في بئر الحرمان.. إلخ) أو الشخصية المتعددة، صار يسمى الآن اضطراب الهوية الانشقاقية Dissociative Personality Disorder وهو مرض نادر جدًّا ولا يصيب أكثر من واحد من كل 100 ألف مواطن. بينما الفصام اضطراب منتشر ويصيب 1% من السكان أي ألف لكل 100 ألف مواطن أو أكثر ألف مرة من *الشخصية المزدوجة*. وطبعًا لا صلة لهذا أو ذاك بكون الإنسان *منافقًا* أو *بوجهين* (بوشين) أو كلامه يختلف عن أفعاله وغيرها مما يطلق عليه العامة *شيزوفرينيا*.

ما مصير الفصامي؟

مآل الفصام أو توقع تطور المرض هو ثلاثة أثلاث بمعنى أن ثلث الفصاميين سيتحسنون ويعيشون حياة شبه طبيعية تمامًا ويصبحون منتجين ومندمجين في المجتمع وربما يعيشون دون أدوية أو بجرعة بسيطة من الدواء. والثلث سيتحسنون تحسنًا متوسطًا فيعيشون فترة بصورة شبه طبيعية ثم ينتكسون عدة مرات ويتعافون مع العلاج وهكذا. والثلث الأخير قد يحتاجون أدوية ثقيلة طول حياتهم وقد لا يعودون لحياة منتجة وثلث هؤلاء الثلث (أي 10% من كل الفصاميين) سيحتاجون إلى الحياة في مستشفى أو أماكن علاجية أخرى مدى الحياة.

أسباب الفصام وكيف نفهمه؟

يولد الفصامي بخلل لا يلحظ في تركيبة المخ والجهاز العصبي، ويعبر هذا الخلل عن نفسه عادة في سن المراهقة أو الشباب الباكر. لا يشخص الفصام بعد سن الأربعين ونادرًا ما يصيب الأطفال.

العنصر الوراثي: دراسات التبني والتوائم أظهرت هذا.

أ. لو أخذنا 100 شخص يعانون من الفصام فأعطينا أطفالهم البيولوجيين لناس لا يعانون من الفصام. ومئة طفل لأناس طبيعيين وأعطيناهم في التبني لأسر فصاميين وقارنا بين المجموعتين. فسنجد نسبة الفصام بين الأطفال البيولوجيين الذين تربوا مع أهل طبيعيين أعلى بكثير من المجموعة الأخرى.

ب. التوأم المتطابق تكون احتمالات الإصابة بالفصام لديه أعلى من التوأم غير المتطابق.

ج. الجمهور العام 1% يعانون من شيزوفرنيا.

إذا كان أحد الوالدين يعاني من شيزوفرنيا فإن 5% من أطفالهم سيكونون فصاميين أيضًا.

إذا كان كلا الوالدين يعاني من الفصام فإن 46 % من أطفالهم سيعاني من الشيزوفرنيا.

العنصر الوحيد في الأسرة الذي ثبت بالدراسات أنه يزيد من احتمالات الشيزوفرنيا هو التعبير العالي عن المشاعر، أيًّا كانت المشاعر، إيجابية مثل الحب والإعجاب والتشجيع أو سلبية مثل النقد أو العدوانية.

سرعة توصيل الكهرباء في جلد الفصامي أبطأ من الطبيعي. إذا وضعنا مجسات كهرباء بين نقطتين على جلد الإنسان وأرسلنا تيارًا كهربيًّا خفيفًا جدًّا نرى سرعة سريان الكهرباء على جلد الفصاميين أبطأ من الطبيعيين. إشارة لخلل في الجهاز العصبي.

هناك خلل في توازن الدوبامين (مادة تفرز في مخ الإنسان) مع الأتروبين في مناطق بعينها من المخ.

مع تقدم أجهزة ووسائل القياس لاحظنا أن مخ الفصامي به تغيرات كبيرة ملموسة في المخ. فهناك داخل كل مخ فراغات يتكون فيها سائل يغطي المخ من الداخل والخارج ويحيط هذا السائل بالحبل الشوكي. عند الفصاميين هذا الفراغ الداخلي في المخ أكبر قليلًا من الطبيعيين. والمخ به ثنيات متماسكة في بعضها. في الشيزوفرنيا توجد مساحة بين هذه الثنيات. هناك جزء من المخ اسمه المخيخ مسؤول عن الاتزان الحركي وله دور في تنظيم المشاعر وجدت اختلافات صغيرة جدًّا فيه لدى الفصاميين مقارنة بالطبيعيين.

مع تطور تقنيات الرسم الكهربائي للمخ (رسم المخ) ظهرت دوائر كهربائية معقدة مضطربة في الشيزوفرنيا.

بعض الأبحاث أشارت لارتفاع نسبة الفصام بين الأطفال الذين ولدوا ولادة متعسرة أو عانوا من خبطة في الولادة أو تناولت الأم دواء غير مناسب في الحمل. كما أشارت أبحاث أخرى أن هناك خللًا ما في التركيب الدقيق للجمجمة.

إذًا لو شبهنا المخ بجهاز كمبيوتر والمخ الطبيعي قوة 4 رام، يكون مخ الفصامي 3 رام في التعامل مع المشاعر. إذا حملنا على الكمبيوتر الـ3 رام بروجرام يحتاج 4 رام فسيتعطل عمل الكمبيوتر (يهنج أو يعلق) أي يتوقف تمامًا كما في التخشب وانسداد الأفكار وتبلد المشاعر أو تجد الكمبيوتر يخرج صورًا مشوشة وكلمات بلا معنى كما في الضلالات والهلاوس وتفسخ التفكير.

تفاعلات المشاعر العادية لدى الناس الطبيعية تصبح *بروجرام* أثقل من أن يحتمله مخ (كمبيوتر) الفصامي.

الفارق بين الذهان والزهايمر أو عته الشيخوخة والهذيان:

لاحظ أن كبار السن قد تحدث لهم هلاوس أو ضلالات لكننا لا نشخصها كفصام بل يتم تشخصيها الزهايمر أو أنواعًا أخرى من عته الشيخوخة Senile Dementia. ولنلاحظ أن كبار السن قبل الضلالات أو الهلاوس يظهر لديهم النسيان خاصة للأحداث القريبة. والفصام ليس من أعراضه النسيان.

الهذيان Delerium يكون المريض غير مدرك للزمن (النهارده إيه)، ولا المكان (إحنا فين)، ولا الأشخاص (أنا مين). ويحدث الهذيان في حالات الحمى الشديدة وأمراض المخ والالتهاب السحائي وكثير من أنواع التسمم، وفي حالات الإصابة بالصدمات أو الضربات على الرأس والجلطات وأورام المخ. وهذا كله يسمى اضطرابات المخ العضوية.

بشأن التعبير مرض عقلي ومرض نفسي:

لا يوجد فارق بين الاضطراب النفسي والاضطراب العقلي. كان المعتاد في مصر في الدوائر الحكومية والرسمية والقضائية أن يطلق اسم المرض العقلي على الذهان بأنواعه والنفسي على العصاب بأنواعه. وهذه التقسيمة غير دقيقة علميًّا على الإطلاق لأنه ثبت أن كل الاضطرابات النفسية بها قدر من التغيير في نشاط المخ بل في حجم بعض أجزاء المخ وإن كان هذا التغيير لا يُرى بالعين المجردة أو بالأشعة المقطعية العادية ولا برسم المخ العادي، إنما يظهر في الفحوصات المتقدمة مثل رسم المخ المقطعي أو مسح انبثاقات البوزيترون PET أو الميكروسكوبات عالية الدقة والإلكترونية.

لكن ما يطلق عليه الاضطرابات العضوية كلها تحدث بها تغيرات ترى بالعين المجردة وبأشعة أكس أو بالأشعة المقطعية العادية أو برسم المخ.

الهوس والاكتئاب (الاضطراب ثنائي القطبية): قد تحدث ضلالات عظيمة خاصة في حالات النشاط الزائد والبهجة غير المفهومة والأرق وكثرة الكلام وهذا هو الهوس. لكن العنصر الوجداني (الانفعال بالبهجة الزائدة) يسود بقوة في حالات الهوس وفي بعض حالات الاكتئاب قد يحدث ما نسميه أوهامًا. ولم يعد الهوس يصنف تحت الذهان.

القلق والوسواس القهري وباقي الاضطرابات *العصابية* ليست فيها أعراض ذهانية: كان علماء النفس يستخدمون في التقسيمات الرسمية تعبير الذهان والعصاب، لكن في التقسيمات الحديثة اختفى هذا التقسيم. والعصاب تم استبداله بعدة تقسيمات هي القلق والاضطرابات الوسواسية والاكتئاب التفاعلي والاضطرابات التحولية أو الانشقاقية أو اضطراب تعدد الشخصية أو الشخصية المزدوجة (ويسمى الآن اضطراب الهوية الانشقاقية) واضطراب ما بعد الصدمة.

التشابكات بين الفصام وتعاطي المواد والإدمان:

الفصاميون والذهانيون عمومًا أكثر عرضة لتعاطي المواد: إن كان 20% من سكان الولايات

المتحدة الأمريكية يعانون مشكلة ما مع تعاطي الكحول والمخدرات فالنسبة ترتفع بين الفصاميين فتصير بين 40% إلى 47%. التعاطي قد يخفف في البداية من أعراض الفصام كما قد يخفيها عن الأطباء فلا يتمكنون من أن يشخصوا الفصام. ثم بعد التوقف عن التعاطي تظهر الأعراض الذهانية وبعد 6 أشهر من ظهورها يمكن تشخيص الفصام. لكن طبعًا علاج الأعراض الذهانية لا بدّ أن يبدأ فور ظهورها. وهذا يحدث في بعض أدوية الأمراض الباطنية أيضًا.

الفصام: وفقًا لهذا التقسيم الفصام هو أحد الذهانات ويتميز بـ 5 علامات (الضلالات – الهلاوس – تفكك التفكير - السلوك المتفسخ أو التخشب – الأعراض السلبية). مع استمرار اثنين منهم على الأقل لمدة تزيد على شهر واستمرار الاضطراب بأي صورة لمدة تزيد على 6 أشهر دون أسباب عضوية أو تأثير أدوية أو مخدرات.

التعاطي يسرع بحدوث الفصام: قد يؤدي تعاطي أي مادة مغيرة للحالة المزاجية خاصة القنبيات (الحشيش والبانجو والماريجوانا) والستروكس والمهلوسات لكن أيضًا بسب أقل الكحول وأي مادة مغيرة للحالة المزاجية إلى حدوث الفصام.

تناول المواد المهلوسة يؤدي إلى اختلال في كيمياء المخ فتحدث الهلاوس. والخمور والحشيش والستروكس ومواد أخرى أيضًا لها هذا التأثير، أي أن هناك "رام" كان يعمل فتعطل. وقد يحدث خلل طويل المدى أو دائم يؤدي إلى اضطراب ضلالي أو فصام كأحد مضاعفات المخدرات.

المواد المهلوسة تضم:

الانسمام: وجود نسبة كبيرة في الدم من:

الكحول أو الأمفيتامينات أو الكوكايين أو المهلوسات أو المستنشقات أو المواد الأفيونية أو المهدئات أو القنبيات أو مواد غير معروفة.

خلال فترة انسحاب المواد المخدِّرة مثل:

الكحول أو المهدئات أو مواد غير معروفة.

بعض الأدوية التي قد تؤدي الى أعراض نفسية تشمل ما يلي:

أدوية التخدير – المسكِّنات.

الأدوية المضادّة للتشنجات.

أدوية مضادّة للهستامين (المعالجة للأزمات الصدرية، الربو).

أدوية الضغط وأمراض القلب.

أدوية الشلل الرعاش.

أدوية الجهاز الهضمي.

أدوية علاج السرطان.

الأدوية الباسطة للعضلات والأدوية المضادّة للالتهاب NSAID.

السموم: المستنشقات (الغراء ودهانات الدوكو)، غاز الأعصاب، أول وثاني أكسيد الكربون، المذيبات العضوية، الإسترويدات الجنسية.

سرعة ظهور الأعراض النفسية تختلف تبعًا لنوع المادة: كمية كبيرة من الكوكايين يمكن أن تنتج أعراضًا نفسية في غضون دقائق. وعلى الجانب الآخر تظهر الأعراض النفسية الناتجة عن تعاطي الكحول بعد أيام أو أسابيع من الاستخدام المكثَّف.

الأعراض النفسية تختلف تبعًا لنوع المادة:

الهلوسة السمعية (سماع أصوات) والهلوسة البصرية والهلوسة الحسية هي الأكثر شيوعًا في تعاطي الكحوليات. في حين أن ضلالات الاضطهاد والهلوسة الحسية (إحساس التنميل) تنتج عن تعاطي الكوكايين أو الأمفيتامينات.

مراحل الفصام (الشيزوفرينيا):

الشيزوفرنيا تمر بـ 3 مراحل:

المرحلة الأولى: الأعراض الأولية أو الاستهلالية: يبدأ المريض يفقد الإحساس بالحياة كما هي وقد يتدهور في الدراسة وينسحب وينعزل. الطريقة التي يصف بها مشاعره وأفكاره تكون مثلًا: *حاسس الدنيا اتغيرت* أو *كأني في حلم* أو *إن في حاجة في الدنيا غريبة*. يصعب التشخيص جدًّا هنا لكن جرعة صغيرة من مضادات الذهان قد تمنع تطور الفصام وعلى المعالج أن يراقب التطور عن قرب.

المرحلة الثانية: مرحلة المرض الحادة: بدأت تظهر الهلاوس أو الضلالات... إلخ. إذا ظهرت الأعراض ببطء وليس بصورة حادة تصبح الحالة أصعب. إن فشل العلاج قد يُبقي المريض في هذه الحالة طوال العمر، أو قد يتحسن قليلًا ثم يتدهور.

المرحلة الثالثة: الفصام المتبقي أو التأقلم على مستوى أقل من الأداء

يكون المريض أو المريضة كأنها متفاعلة وطبيعية، لكنها بعيدة عن الآخرين كأنها تؤدي دور الطبيعيين لكن بلا إتقان كامل. الأعراض السلبية تظل موجودة مع بعض الطباع الغريبة قليلًا.

تنويعات الشيزوفرنيا (الفصام):

الفصام الضلالي (بارانويد شيزوفرينيا) إذا لم تكن هناك أعراض سوى الضلالات غير الغرائبية، يكون التشخيص كما ذكرنا اضطرابًا ضلاليًّا. إذا كانت الضلالات غرائبية أو كانت الضلالات غير غرائبية وصاحبتها أعراض قليلة من التفسخ في التفكير (الكلام) أو في السلوك وظلت الضلالات هي العرض الغالب صار التشخيص فصامًا ضلاليًّا أو بارانويد شيزوفرينيا.

الفصام المزمن (غير المتميز): توجد مجموعة من الأعراض ولا يغلب أي منها على الآخر.

الفصام الوجداني: أعراض الفصام موجودة ولكنها مصحوبة بأعراض هوس أو اكتئاب أو

كليهما.

الفصام التخشبي: أعراض التخشب تسود الصورة.

علاج الفصام والذهانات المختلفة:

الأدوية:

مضادات الذهان (من الجيل الأول):

مضادات الذهان التقليدية (من الجيل الأول) التي بدأت تدخل حيز الاستخدام منذ الخمسينيات من الجيل الماضي شديدة الفعالية في شفاء الأعراض الذهانية الإيجابية (الضلالات، الهلاوس، والتفسخ). لكنها لا تسيطر على الأعراض السلبية (التبلد في المشاعر وفقدان الإرادة) بل لأنها تثبط من النشاط عمومًا (تخمد) فتبدو كما لو أنها تزيد من هذه الأعراض السلبية أحيانًا.

مضادات الذهان من الجيل الأول تضم الكلوربرومازين 100 مجم (أسماؤه التجارية هي النيورازين أو اللارجكتيل أو النيورازين) بجرعات أقراص من 300 مجم إلى 1200 مجم يوميًّا. ومنه الحقن أيضًا التي تعطى في العضل ويمنع منعًا باتًّا أخذها عن طريق الوريد لأن هذا الطريق قد يؤدي إلى هبوط حاد في الدورة الدموية.

الترايفلوبيرازين 5 مجم (الستلاسيل) أقراص بجرعات من 5 إلى 30 مجم في اليوم.

الهالوبيريدول 5 مجم (الهالوناز والسافيناز) أقراص بجرعات من 5 إلى 30 مجم يوميّا. وهو متوفر في صورة حقن عضل 5 مجم. وأيضًا في صورة حقن 50 مجم طويلة المفعول (هالونيز ديبو أو هالوبيريدول ريتارد).

والحقن طويلة المفعول تضم أيضًا حقن الفلوفينازين (الموديكيت) والزوكلوبنتيكسول (الكلوبيكسول ديبو).

أعراض مضادات ذهان الجيل الأول تزعج كثيرًا من المرضى فينقطعون عن تناولها. والأعراض الجانبية تضم جفاف الريق والزغللة في العينين ونادرًا تضم احتباس البول. لكن تضم أيضًا هبوط ضغط الدم (الكلوربرومازين خاصة يسبب انخفاض ضغط الدم) وخاصة الأعراض الشبيهة باضطراب باركينسون وتسمى أيضًا الأعراض خارج الهرمية (ثقل اللسان في الكلام وثقل الخطوة وجر الأقدام أو المشي مثل الإنسان الآلي) وقد يحدث أيضًا تقلص عضلي شديد (كما لو كان *كرامب*) فتتعلق العينان في موقف ثابت كأنها تنظر إلى أعلى أو ينفتح الفم وقد يبرز اللسان بلا قدرة على العودة للوضع الطبيعي. وهذه الأعراض تزول مع أخذ أدوية باركنسون مثل الأكتينون والكوجينتول والأرتان وغيرها، أو مع حقن الأفيل أو الفاليوم. كل هذه الأعراض لسيت خطيرة ولا دائمة إنما مزعجة. قد تظهر أيضًا أعراض مثل رعشة اليدين ونوع خاص من التململ (Akathisia) وهو قد يكون مؤشرًا لاضطراب أطول مدى وأصعب في العلاج هو اضطراب الحركة المتمهل (Tardive Dyskinesia) وهذه أيضًا اضطرابات ليست خطيرة ويمكن علاجها بأدوية خاصة ومتوفرة.

من الأعراض الجانبية المزعجة زيادة الوزن نتيجة لزيادة الشهية وزيادة المياه في الجسم.

الأعراض الجانبية الخطيرة تظهر عند كبار السن خاصة وتضم اضطرابات ضربات القلب وزيادة ضغط العين (المياه الزرقاء) واحتباس البول.

مضادات الذهان من الجيل الثاني:

بدأ استخدامها منذ نحو ربع قرن كبديل أعراضه الجانبية غير مزعجة كأعراض مضادات الذهان التقليدية (من الجيل الأول). وكان هناك وعد أن هذا الجيل الثاني سيعالج أيضًا الأعراض السلبية للفصام. إلا أن هذا الوعد لم يتحقق. مضادات الذهان من الجيل الثاني هي المفضلة الآن وهي التي نبدأ بها العملية العلاجية، لأن أعراضها الجانبية غير مزعجة وأخف من الجيل الأول. لكن يجب الانتباه لها أيضًا وخاصة ارتفاع الدهون في الدم وارتفاع السكر.

عادة نبدأ بواحد من الدواءين الأكثر استعمالًا وهما الريسبيردون والكويتيابن.

1. Risperidone الريسبيردون من 2 مجم إلى 6 مجم يوميًّا (تجاريًّا الريسبيردال والأبيكسدون والسايكودال).

منه الشكل السائل (نقاط) 1 مجم في 1 ملليلتر وهو بلا طعم أو لون أو رائحة ومن ثم يمكن إعطاؤه مع طعام أو شراب المريض الذهاني غير المدرك لحالته والرافض للعلاج، دون أن يلاحظ. من أعراضه الجانبية أنه يزيد الوزن ويرفع السكر في الدم ويرفع الدهون في الدم.

2. الكويتيابين Quitiapine 200 إلى 800 مجم في اليوم أقراص (تجاريًّا سيروكوال وكويتابكس وسبيراكويت). لا يرفع دهون الدم.

الأدوية الأقوى في الحالات غير المستجيبة تضم:

1. الأولازين Olazine 5-20 مجم قوي في فعاليته ضد الذهان، يزيد الوزن ودهون الدم والسكر في الدم بصورة قوية جدًّا.

2. الكلوزابين Clozapine 100 – 800 مجم يوميًّا. هو أقوى مضادات الذهان وأكثرها فعالية لكن مشكلته أنه يؤثرعلى كرات الدم البيضاء وأحيانًا يكون تأثيره خطيرًا فلا بدّ من عمل صورة دم كاملة قبل بداية استخدامه ثم مرة كل أسبوعين لمدة شهرين ثم مرة كل شهرين بعد ذلك. نلجأ له كحل أخير.

كل هذه الأدوية تخمد النشاط وتجعل المريض بطيء الحركة والتفكير. وبالتالي قد تزيد الأعراض السلبية.

الدواء الأقل تأثيرًا على النشاط هو أميبرايد Amipride (تجاريًّا سوليان أو أميبرايد) لكنه أضعفهم فعالية ضد الذهان.

الذهان عمومًا والفصام خصوصًا مرض قابل للسيطرة عليه وقابل للعودة.

إعادة التأهيل المعرفي وإعادة التأهيل الاجتماعي النفسي وإعادة التأهيل المهني:

تعمل على الأعراض السلبية. يجب محاولة تنشيط الفصامي وإدماجه في عمل ولو بسيط والحرص على العناية بنظافته وانتظام وجباته والرياضة واللعب، وهناك كتابات عن العلاج المعرفي للفصامي لكنها لم تزل محدودة جدًّا في الممارسة في بلادنا.

العلاج الأسري:

يجب توعية الأسرة بطبيعة المرض وعما يتوقعون وتدريبهم على كيفية التعامل مع الذهانيين باحترام من جهة مع تشجيعهم برفق على المشاركة في أي نشاط من جهة أخرى.

قل ولا تقل:

1. لا تقل خذ الدواء لأنك *بتخرف* بل خذ الدواء لأن هناك ضيقًا بسبب كل ما تمر به.

2. لا تناقش الضلالات وتحاول إقناعه بعكسها وفي الوقت نفسه لا توافق عليها. بل أكد أن *كل هذا لا بدّ أنه يسبب لك ضيقًا*.

3. لا تشجع الفصامي أو الذهاني على الاسترسال في الكلام عن ضلالاته وهلاوسه. فهذا سيزيدها أيضًا، بل حاول أن تعبر عن المواجدة مع مشاعره فقط لا مع معتقداته الخاطئة وخذ الكلام في اتجاه آخر إن أمكن.

4. ينبغي أن نفهم أن الضلالات والهلاوس لا تختفي عادة مرة واحدة. بل نشجعه ألا يتكلم فيها إلا مع المعالج فيبدأ يحاصرها في ذهنه ووقته كما لو كانت تحاط بحوصلة وبعدما كان واثقًا من الضلالة يبدأ يشك فيها أو قد تختفي سلطته على المشاعر يقول مثلًا: *هما بيراقبوني بس ما بقتش خايف*. والمرحلة الأخيرة تختفي الضلالات والهلاوس.

5. بعد اختفائها قد يتذكر أنه كان يقول هذه الأمور، أو ينساها ويقول: *عمرها ما حصلت*.

العلاج المنظم لإيقاع المخ RRT (العلاج بالصدمات الكهربائية ECT):

تشير الأبحاث أنه يوجد اضطراب في بعض الدوائر الكهربائية في المخ، متصل بها عدم اتزان في كيمياء المخ. هناك إيقاع طبيعي يضطرب في عدد من الأمراض النفسية. فيظهر نمط مزعج ويصير هذا النمط مسيطرًا علي ذهن المريض. مثل الاضطراب الذي يحدث في إيقاع كهرباء القلب (النبض) أو حتى توقف هذا الإيقاع تمامًا فنقوم بعمل صدمة كهربائية بهدف استعادة الإيقاع الطبيعي. إلا أن دوائر المخ الكهربائية أكثر تعقيدًا طبعًا من دوائر القلب.

متى نقوم بهذه الجلسات؟

في حالات الفصام التي لا تستجيب للدواء أو تتدهور وخاصة في حالات التخشب (كاتانونيا). وأحيانًا في بداية تحسن هذه الحالات بعد فترة من العلاج الدوائي لتأكيد وتعزيز التحسن. وعند الحامل لأنها لا تستطيع أخذ أدوية. وأيضًا تستخدم في بعض حالات الاكتئاب إذا وجدت رغبة انتحارية أو كان عنصر بطء الحركة خاصة جسيمًا.

الآثار الجانبية:

هذه الجلسات تعطى الآن بعد استخدام حقنة مهدئة ومعها أيضًا باسط للعضلات فينام المريض، لذا يجب أن تعطى في حضور إخصائي تخدير ومكان مجهز. ويؤخذ على معدة فارغة (لا أكل ولا شرب مدة 6 ساعات) يومًا بعد يوم لمدة 8 جلسات. فتنخفض نسبة حدوث تأثير على العظام مثل الشروخ أو الكسور وتنخفض نسبة التمزق العضلي.

الآثار الجانبية لهذا العلاج أقل من آثار الأسبرين الجانبية. وهو غير مؤلم إطلاقًا، وهناك طريقة لوضع الأقطاب الكهربائية بحيث لا يحدث أي نسيان من أي نوع بعد الجلسة.

وهناك جدل علمي على تسميته هناك من يصر على أن يقول الطبيب للمريض وأهله إنه علاج بالصدمات الكهربائية، ويشرح ما شرحت تفصيلًا. وهنام من يقول إن عنصر *الصدمة* ليس محور العلاج ولكن تنظيم إيقاع المخ أو على وجه الدقة إعادة تنظيمه، لتفادي الخرافات التي شاعت حول هذا العلاج الآمن والفعال.

الأدوية الإضافية:

الأدوية المنظمة للحالة المزاجية اُكتشفت أولًا كمضادات الصرع وتستخدم في علاج الألم، مثل التهاب العصب الخامس. ولكنها فعالة جدًّا في تفادي التذبذب الحاد في المزاج والأهم أنها فعالة في تجنب الاندفاعية والعدوانية، أشهرهم هو حمض الفالبرويك Valproic acid (تجاريًّا الديباكين أو الديباكوت أو الديكادول).

المستشفيات وأماكن الإقامة الكاملة:

يتم إدخال الذهانيين المستشفى بسبب عدم امتثالهم لأي طريقة أخرى للعلاج أو كونهم خطرًا على صحة أو أموال أنفسهم أو الآخرين. وفيها يتلقون العلاجات السالف ذكرها. استقر عالميًّا منذ زمن طويل تخصيص بيوت منتصف الطريق (الهافواي هاوسس) كوسيلة لمتابعة الفصاميين الذين يحتاجون لتأهيل اجتماعي طويل المدى ولكن لا يحتاجون مستشفيات. كما استقر تدريب مقدمي رعاية يتولون زيارة الفصاميين المزمنين وغيرهم من المرضى النفسيين المزمنين ويتأكدون من حسن عنايتهم بأنفسهم وطعامهم ويقومون بأدوار تنشيطية معهم من المذاكرة البسيطة أو القراءة أو حتى ألعاب التسلية لمحاولة التغلب على الأعراض السلبية.

التقاطعات بين علاج الفصام والذهانات الأخرى وعلاج الإدمان:

أدوية الذهان فعالة وتزيل الضلالات والهلاوس لكنها أيضًا تسبب خمودًا ونومًا لفترات أطول من اللازم. فلا بدَّ من تعديل أي جدول يومي علاجي للمدمن الذي يتلقى علاجًا من الذهان، ليناسب مستوى الطاقة الأقل.

في حالة غياب الاستبصار تمامًا والامتناع عن تناول الأدوية يجب أن يتم تحويل المدمن الذهاني لمستشفى.

الأدوية المضادة للذهان تسبب أحيانًا أعراضًا شبه باركينسون والأدوية التي تعالج هذه الأعراض هي أيضًا في حال استخدامها بجرعات كبيرة تؤدي دور المهلوسات (كوجينتول وأكتينون... إلخ- صراصير) ، لكن لا بدَّ من استخدامها مع الحرص على عدم وصولهم لها.

الاكتئاب كتشخيص مزدوج مع السلوكيات الإدمانية

نسبة انتشار الاكتئاب كتشخيص بين المدمنين تزيد أربع مرات عن نسبة انتشاره بين غيرهم. التشخيص هو تشابه أعراضه مع سمات إدمان المخدرات والكحوليات، لكن كثيرًا من المصابين بالاكتئاب بدؤوا إساءة استخدام المخدرات والكحوليات للهروب من المشاعر السلبية المرتبطة بالمرض. واستخدام المخدرات في سنٍ مبكّرة يسرع في ظهور أعراض المرض النفسي. المخدرات أو الكحوليات لن تعالج الاكتئاب، ولكن تعمل على زيادته. وغالبًا لا يكون لدى هؤلاء المرضى التفكير الإيجابي الذي يحثّهم على طلب المساعدة.

الاكتئاب وتوقيت التشخيص المزدوج:

تظهر أعراض الاكتئاب كثيرًا لدى مستخدمي المخدرات فترة استخدامهم لها وتستمر وأحيانًا تزيد بعد الانقطاع لفترة قد تمتد إلى عدة شهور. ينبغي لتشخيص الاكتئاب كتشخيص مزدوج تتبع أعراضه حتى قبل التعاطي. في كل الأحوال لا يختلف التعامل والعلاج كثيرًا.

متى نقول إنه اكتئاب؟ وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، النسخة الخامسة 2013:

أولًا: الاكتئاب الجسيم يتم تشخيصه حال وجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال مدة لا تقل عن أسبوعين. على أن يكون بينها اكتئاب المزاج أو فقدان الاهتمام أو الاستمتاع.

اكتئاب المزاج أغلب فترات اليوم وكل يوم تقريبًا. بتعبير المريض نفسه (مثلًا أنا حزين) أو ملاحظة من حوله (يبدو كما لو كان سيدمع)، تقريبًا كل يوم.

تقلص ملحوظ في الاهتمامات وفقدان الاستمتاع بأغلب الأنشطة اليومية، تقريبًا كل يوم.

تغيّر في الشهية سواء بالزيادة أو بالنقص، فقدان أو زيادة 5% من وزن الجسم بالرغم من عدم اتباع ريجيم.

زيادة عدد ساعات النوم أو الأرق.

التهيج الحركي أو التباطؤ في الحركة.

الإجهاد أو فقدان الطاقة (الدافعيّة).

نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات.

إحساس زائد أو غير ملائم بالذنب أو بعدم الجدارة والاستحقاق.

تكرار فكرة الموت أو تكرار الأفكار الانتحارية.

ثانيًا: اضطراب الاكتئاب المستمر (تعكر المزاج) يتم تشخيصه:

اكتئاب المزاج أغلب فترات اليوم وأغلب الأيام لمدة تزيد على سنتين.

وجود اثنين أو أكثر من الأعراض التالية طوال فترة اكتئاب المزاج:

1. تغيّر في الشهية سواء بالزيادة أو بالنقص.
2. زيادة عدد ساعات النوم أو الأرق.
3. الإجهاد أو فقدان الطاقة (الدافعيّة).
4. تقدير منخفض للذات.
5. نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات.
6. الشعور بفقدان الأمل (اليأس).

عدم اختفاء الأعراض في *أ* و*ب* لمدة تزيد عن شهرين طوال السنتين.

الأعراض تسبب ضيقًا كبيرًا للمريض أو تعوق أداءه الاجتماعي أو المهني أو في أي مجال آخر.

والأعراض ليست جزءًا من الاضطراب ثنائي القطب أو الفصام الوجداني. وليست بسبب تعاطي المواد المغيرة للحالة المزاجية أو بسبب حالة طبية مثل نقص هرمون الغدة الدرقية.

الاضطراب الوجداني ثنائي القطبية والإدمان

كثيرًا ما يلجأ مريض التشخيص المزدوج خلال نوبة الهوس إلى المهدّئات في محاولةٍ منه للتعامل مع حالة الفوران الداخلي. أو لتجنب ألم تقلب المزاج أو الاكتئاب الجسيم.

أعراض الهوس Mania:

وجود فترة محددة من المزاج المرتفع أو الانبساط الزائد وغير الطبيعي. أو التهيج (خاصة إذا اعترض أحد طريق المريض) مع زيادة الطاقة والأنشطة التي تبدو هادفة. تستمر هذه الفترة أسبوعًا أو أكثر وتشغل معظم اليوم أو تستدعي دخول مستشفى (حتى لو كانت ليوم واحد فقط).

وجود 3 من هذه الأعراض (4 لو المزاج فقط متهيج) أثناء فترة تغير المزاج هذه:

تضخّم الشعور بالذات أو العَظَمة.

نقص الحاجة إلى النوم ومن ثم عدم النوم أو النوم لساعات قليلة جدًّا.

الكلام أكثر من المعتاد وبسرعة أو ضغط الكلام أي يبدو أن الكلام كثير ويضغط على المتكلم.

تطاير الأفكار أي التحول من فكرة إلى أخرى مرتبطة بها من بعيد كأن يقول المريض: *أنا مبسوط زيادة من أول امبارح لما جالنا ابن عمي، عمي ده من المنصورة، ربنا ينصرنا على أعادينا بس أنا ماحبش أعادي حد. إنما ساعات الواد خليل جارنا يضايقني، مش بس بيضايقني ده بيضايق الحتة كلها اللي هي العباسية واحنا كنا قبلها ساكنين في شبرا وكان عندنا جار سكر قوي اسمه سمير ده غير طبعًا سمير الاسكندراني اللي بيغني يارب اجعلني طوبة وطوبة دي غير شهر طوبة اللي يخلي العجوزة كركوبة.....*. وهكذا قد يستمر المريض في الحديث لمدة طويلة ودون *تخريف* لكن أيضًا دون تحقيق أي هدف من الكلام.

التشتّت (يسهل تشتته من مثيرات تافهة خارجية).

زيادة النشاط الحركي الهادف ظاهريًّا (اجتماعيًّا - العمل - الجنس) لكن من كثرة الحركة فيه يفقد هدفه أو معناه.

الاندماج المفرط في أنشطةٍ سارَّة لكن لها نتائج مؤلمة (ارتكاب حماقات جنسية أو التورّط في مشروعات تجارية فاشلة أو الانخراط في نوبة شراء أشياء غير ضرورية وبصورة تؤذي المريض ماليًّا).

تسبب الأعراض خللًا شديدًا في الأداء الوظيفي أو المهني أو الاجتماعي أو في أي مجال آخر.

تظهر الأعراض في غياب استخدام المواد المنشطة (مثلًا: الكوكايين والماكس والريتالين).

من الممكن أن تظهر ضلالات عظمة ونادرًا هلاوس مرتبطة بالعظمة.

تستمر عادة من 4 أسابيع إلى 3 أشهر وقابلة للعودة بعد الشفاء.

الاضطراب ثنائي القطبية I: يتم تشخيصه حتى لو لم تحدث سوى نوبة هوس واحدة. وقد تصاحبه أيضًا نوبة أو عدة نوبات من الاكتئاب الجسيم (كما هو موصوف لاحقًا).

الهوس يتحسن سريعًا بالدواء وأحيانًا نحتاج إلى الجلسات المنظمة لإيقاع المخ.

نوبة تحت الهوس Hypomania: لها كل معايير نوبة الهوس لكن لا تكون مصحوبة باضطراب ملحوظ في الأداء الوظيفي والاجتماعي أو في أي مجالات الحياة.

يتم تشخيص اضطراب ثنائي القطبية II: يتم تشخيصه حتى لو لم تحدث سوى نوبة تحت هوس واحدة. وقد تصاحبه أيضًا نوبة أو عدة نوبات من الاكتئاب الجسيم (كما هو موصوف لاحقًا).

علاج الهوس وتحت الهوس:

الليثيوم: Lithium (تجاريًّا Prianil) أقراص 400 مجم نبدأ بقرص ونزيد كل 3 أيام وفقًا لمعدل الليثيوم في الدم حتى نصل للجرعة العلاجية.

الليثيوم قد يسبب قصورًا في وظائف الكلى أو رعشة أو اضطرابًا في وظائف الغدة الدرقية. ولذا ينبغي قياس هذه الوظائف بانتظام (في البداية وبعدها مرة كل 3 أشهر ثم مرة كل 6 أشهر).

منظمات المزاج: المذكورة في علاج الفصام ومنظمات مزاج أخرى خاصة للوقاية من نوبات الاكتئاب في اضطراب المزاج الثنائي القطبية، اللامتروجين Lamotrigine (لاميكتال أو لاموترين) أقراص 25 و50 و100 مجم. لا بدّ من زيادة الجرعة ببطء 25 مجم كل أسبوع حتى قد نصل إلى 250 مجم أو أكثر. من آثاره الجانبية طفح جلدي قد يتطور إلى مرض جسيم، ولتجنب حدوث هذا الطفح يحب زيادة الجرعة بالتدريج.

مضادات الذهان: تستخدم لاحتواء أعراض الهوس.

الجلسات المنظمة لإيقاع المخ (العلاج بالصدمات الكهربائية): قد نجتاج للجوء إليه أيضًا.

اضطرابات القلق Anxiety Disorders

ولن يمكننا أن نغطيها تفصيلًا لكنها تتقاطع مع اضطرابات استخدام المواد بنسب متفاوتة. وبشكل عام يعاني 18% من عموم السكان من اضطرابات القلق وبين هؤلاء تصل نسبة انتشار اضطرابات استخدام المواد إلى 33 % في بعض الدراسات وترتفع إلى 45% في دراسات أخرى حيث تتضمن هذه الاضطرابات:

اضطراب الهلع Panic Disorder

نوبات الهلع هي نوبات قلق شديد حادة بدايتها تكون مفاجئة ويصاحبها عادة شعور شديد بالانقباض أو الفزع. اضطراب الهلع يتميز بحدوث نوبات هلع متكررة.

لتشخيص نوبة هلع لا بد من وجود أربعة أعراض أو أكثر مما يلي:

كرشة النفس أو الشعور بالاختناق.

الدوخة أو الشعور بعدم الثبات أو الإغماء.

سرعة ضربات القلب أو الشعور بها.

الارتجاف أو الرعشة.

التعرّق.

الغثيان أو اضطراب المعدة.

اختلال إدراك البيئة.

الشعور بالتنميل والخدر.

سخونة الجسم.

ألم في الصدر أو شعور بعدم الراحة.

الخوف من الموت.

الخوف من أن يصبح الشخص مجنونًا أو أن يحدث له شيء لا يمكن التحكّم به أثناء النوبة.

أسباب اضطراب الهلع:

تتضمن عوامل بيولوجية ووراثية. ولكن أهم تفسير هو التفسير السلوكي حيث يتم تعلم الهلع من خلال مشاهدة أحد الوالدين يقلق قلقًا شديدًا أو يصاب بالهلع. أو يتم الربط بين القلق والمحبة والاهتمام مثلًا أو يحدث ارتباط شرطي بين حدث مخيف وقع في الطفولة وظروف محيطة به.

عند النظرية الدينامية الهلع يعبّر عن دفاع غير ناضج ضد مسببات القلق مع خبرات فقد في الطفولة والحيل الدفاعية تحت الهلع هي الكبت والنقل والتجنّب.

علاج اضطراب الهلع:

تتشابه علاجات معظم اضطرابات القلق بين العلاج الدوائي والمعرفي السلوكي والدينامي.

مضادات الاكتئاب وجد أنها فعالة جدًّا في علاج القلق بأنواعه ولكن تستغرق من 4 إلى 6 أسابيع قبل أن تظهر نتيجتها. البوسبيرون Buspirone (بوسبار) يأتي عادة بنتيجة أسرع. وبينما يجب الحرص مع عامة الناس عند استخدام المهدئات الصغرى أو مضادات القلق فالحرص يكون مضاعفًا عند المدمنين ويستحسن تجنب مضادات القلق كلها (البنزوديازبين والبريجابلين والجابتن ومواد زد) إلا في أشد الحالات المستعصية. مضادات الذهان بكميات صغيرة (مثلًا كويتابكس 25 مجم) مفيد جدًا في كل أنواع القلق أيضًا.

تدريبات الاسترخاء بأنواعها فعالة جدًّا (سنشرحها تفصيلًا في الجزء المتعلق بعلاج الإدمان) وقادرة على علاج نوبة الهلع خاصة في بدايتها.

الرهاب الاجتماعي Social Phobia

الرهاب بوجهٍ عام هو خوف غير منطقي ينتج عنه تجنّب شعوري لموضوعات معيّنة، وهو غير متوافق مع شخصية المريض الذي يعي أن هذا الخوف غير حقيقي وغير منطقي. والرهاب قد يكون من حيوان معين مثل القطط أو العناكب أو من الدم أو من الجثث أو من الأماكن المرتفعة أو الضيقة. لكننا سنركز على النوعين الأكثر انتشارًا من الرهاب: الرهاب الاجتماعي ورهاب الأماكن المفتوحة.

الرهاب الاجتماعي هو الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف به مواجهة اجتماعية مثلًا في مقابلة خاصة بالعمل أو امتحان شفوي أو إجابة سؤال أمام الفصل أو عند التقدم للارتباط بفتاة أو حتى في مقابلة مع الجنس الآخر، أو عند الحديث أمام جمهور. التعرّض لتلك المواقف يستثير القلق الذي قد يصل لنوبة هلع. ويعرف الشخص أن الخوف مفرط وغير مناسب. وكثيرًا ما يقرر تجنّب المواقف التي يرهبها أو يقرر ارتيادها لكن بخوف أو كرب شديد.

التجنّب أو القلق المتوقَّع يتداخل بشكل كبير مع روتين الشخص اليومي أو أدائه الوظيفي أو أنشطته وعلاقته الاجتماعية. 13% من عموم البشر يعانون بدرجة أو بأخرى من الرهاب الاجتماعي.

يشترط لتشخيص الرهاب الاجتماعي ألا يكون سببه اضطراب آخر والخوف أو التجنّب ليس بسبب مادة تم تعاطيها أو حالة طبية مرضية أو اضطراب نفسي آخر. وهو خوف ثابت وملحوظ من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية.

الرهاب الاجتماعي يحمل أهمية خاصة في التعامل مع التعاطي والإدمان، حيث إن معظم التدخلات للتعامل مع الإدمان تتطلب الاشتراك في نشاط جمعي: اجتماعات الزمالات أو مجموعات المشاركة أو هنا والآن. يتطلب التعامل مع المدمن الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي حساسية ومهارة. يجب تعريضه للمجموعات برفق شديد وبصورة تدريجية. مثلًا أن يسمح له بحضور 5 دقائق فقط في المجموعة أو الاجتماع ثم ينسحب وبعدها تصير 10 دقائق وهكذا.

كما أن عددًا كبيرًا من المراهقين يبدؤون التعاطي كمحاولة للتغلب على الرهاب الاجتماعي ويحدث تغلب مؤقت ثم يتفاقم هذا الرهاب. وعند العلاج أو عند بناء الدافعية والتحفيز على العلاج تكون عدم ثقتهم في التغلب على الرهاب عائقًا أساسيًّا للتقدم.

الأدوية وتمارين الاسترخاء والعلاج النفسي تتشابه مع باقي أنواع القلق.

رهاب الأماكن المتَّسعة Agoraphobia

هو الخوف من التواجد في أماكن مفتوحة كالأسواق أو الملاعب والحدائق أو حتى الشوارع أحيانًا. نتيجةً لهذا الخوف فإن الشخص إما أن يحدّ من تنقّلاته أو يحتاج إلى رفيق عند خروجه من البيت.

الخوف هنا يكون من حدوث أعراض محدودة مثل الدوخة أو اختلال التوازن أو اختلال إدراك البيئة أو فقدان السيطرة على المثانة أو القيء. وفي بعض الحالات تكون الأعراض قد حدثت من قبل وينشغل بحدوثها. في حالات أخرى لم تحدث من قبل ويخاف من احتمال حدوثها.

درجات رهاب الأماكن المتَّسعة:

خفيف: بعض التجنّب، ولكن يعيش حياة طبيعية نسبيًّا.

متوسط: يضيق نمط الحياة حيث يستطيع أن يترك المنزل ولكن ليس لمسافة بعيدة.

شديد: الشخص مرتبط بالمنزل لا يغادره دون صحبة.

العلاج: يتشابه مع علاج باقي أنواع القلق ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي ومضادات الاكتئاب ومضادات الذهان بجرعات صغيرة. التعرض التدريجي أي مرافقة المريض للخروج لمدد ومسافات صغيرة وممارسة تدريب استرخاء وطمأنة المريض ثم زيادة المسافة والمدة تدريجيًّا.

اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

يتميز اضطراب القلق العام بقلق شديد غير واقعي وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة وللتشخيص ينبغي أن يستمر هذا الخوف لمدة ستة أشهر أو أكثر على أن يكون الشخص خلالها قد عانى من هذه الاضطرابات أغلب الأيام.

أعراض اضطراب القلق العام:

أعراض توتر عضلي الارتجاف أو الرعشة في العضلات مع الشعور بالاهتزاز وتوتر العضلات وسرعة الإجهاد وعدم الاستقرار.

أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل كارتفاع الضغط واضطراب النبض وسرعة ضربات القلب. اضطراب البلع أو الشعور بسدة في الزور والإسهال والاضطراب المعوي والغثيان وجفاف الحلق ووقوف الشعر وزغللة العينين وفقدان الشهية. الشعور بالاختناق وبرودة الأطراف والدوخة وكثرة التبوّل وغيرها. وصعوبة التركيز والأرق في بداية النوم أو خلاله وسرعة الاستثارة أثناء النوم.

أعراض الخوف والحذر وشعور الشخص بأنه على حافة الهاوية أو أن مصيبة ما ستحدث.

التشخيص إذًا يقوم على: وجود قلق شديد وتوقّع مكروه حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة لمدة ستة أشهر أو أكثر، وتظهر الأعراض في أغلب الأيام.

يجد الشخص صعوبة في السيطرة على القلق.

وجود ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض الستة التالية:

١ - توتّر العضلات. ٢ - عدم الاستقرار.

٣ - سرعة الشعور بالإجهاد. 4 - صعوبة التركيز.

5 - اضطراب النوم. 6 - سرعة الاستثارة.

والقلق أو التوجّس أو الأعراض الجسدية تسبب انزعاجًا ملحوظًا أو خللًا وظيفيًّا أو اجتماعيًّا.

ليس السبب في الاضطراب هو التأثّر بمادة أو حالة مرضية جسمانية.

القلق لا يكون مترتبًا على اضطراب آخر.

القلق ليس خوفًا من حدوث نوبات هلع (اضطراب الهلع).

القلق ليس خوفًا من التواجد وسط جمع من الناس (الرهاب الاجتماعي).

التحديات: تعاطي المخدرات أو الكحوليات قد يخفي أعراض القلق. وعند انسحاب المخدرات أو الكحوليات قد تظهر أعراض قلق مصاحبة للانسحاب فتصعب ملاحظة احتمال وجود اضطراب قلق عام. ثم أثناء التعافي من التعاطي يظهر القلق وتظهر تدريجيًّا ضرورة التعامل معه. معظم المتعافين سيعانون من شكل أو آخر من القلق لكن تشخيص اضطراب القلق العام مختلف عن الشعور بالقلق المصاحب للتعاطي والتعافي. في كل الأحوال يجب التعامل مع القلق بالعلاج المعرفي السلوكي وتمارين الاسترخاء والأدوية إن لزم الأمر. عدم التعافي من القلق يؤدي إلى العودة إلى التعاطي.

أعراض القلق المصاحبة للتعافي من الإدمان مؤقتة ويسهل التعامل معها نسبيًّا. اضطراب يحتاج إلى وقت طويل ومجهود حثيث.

حضور اجتماعات الـ12خطوة بصفة عامة يفيد في كل اضطرابات القلق لكن يحتاج كما أوضحنا أحيانًا إلى حساسية وتعرض تدريجي. وهناك على الإنترنت زمالة للتعافي المزدوج. Dual Recovery Anonymous

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ADHD والإدمان

الأطفال والكبار الذين يعانون من نقص الانتباه وفرط الحركة يكونون أكثر عرضة لاضطرابات استخدام مختلف المواد وإدمانها بالنسب التالية: القنب (الماريجوانا) أكثر بخمس مرات، والنيكوتين بنفس النسبة. والكوكايين والمخدرات غير المشروعة الأخرى تكون النسبة أكثر أربع مرات ونصف المرة. والكحول مرتين وربع.

5% من الأطفال يعانون من هذا الاضطراب و2.5% من البالغين تبقى لديهم آثار منه، خاصة نقص الانتباه. والذكور يصابون به 3 مرات أكثر من الإناث. نصف الذين يعانون من هذا الاضطراب في الطفولة يستكملون دراستهم بشكل عادي.

ينبغي الحرص من تشخيص هذا الاضطراب زيادة عن اللزوم خاصة بسبب ارتباط علاجه بالمنشطات ومن ثم بزيادة احتمالات الإدمان.

تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

يتطلب تشخيص الاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية النسخة الخامسة ما يلي:

أولًا: لتشخيص نقص الانتباه: وجود 6 أو أكثر من الأعراض التالية (5 فقط إذا كانت السن فوق 17 سنة) وبصورة تعوق الأداء أو النمو:

الإخفاق في الانتباه للتفاصيل وتعدد أخطاء الإهمال في العمل أو الدراسة أو أنشطة أخرى.

صعوبة الاحتفاظ بالانتباه أثناء القيام بالواجبات أو المهام أو اللعب (مثلًا في الحصص والمحاضرات أو المطالعة الطويلة).

عدم الإنصات البادي (يبدو كما لو كان ذهنه في مكان آخر رغم عدم وجود مشتتات).

عدم اتباع التعليمات لنهايتها والإخفاق في استكمال الواجبات (مثلًا البدء في مهمة ما ثم فقدان التركيز وتحول الانتباه).

صعوبة تنظيم المهام والأنشطة ومواد العمل الشخصية.

النفور من وعدم الرغبة في المهام التي تتطلب جهدًا ذهنيًّا.

كثرة فقد الأشياء الضرورية لتنفيذ المهام (مثل الأقلام والكراسات والنظارات).

كثرة التشتت بأي محفزات خارجية.

كثرة النسيان للأنشطة اليومية المطلوبة.

ثانيًا: لتشخيص فرط الحركة: وجود 6 أو أكثر من الأعراض التالية (5 فقط إذا كانت السن فوق 17 سنة) وبصورة تعوق الأداء أو النمو:

كثرة التململ (الفرك) أو النقر باليد أو القدم أو التلوي في المقعد (مش قاعد على بعضه).

كثرة ترك المقعد في أوقات ينتظر فيها البقاء في المقعد (في الفصل أو المكتب مثلًا).

كثرة الجري أو صعود الدرج (السلالم) بسرعة دون لزوم.

قلة القدرة على الهدوء أثناء اللعب أو أي نشاط ترفيهي.

كثرة الإسراع والانطلاق المتواصل (زي ما يكون شغال بموتور).

كثرة الكلام الزائد عن الحد.

كثرة الإسراع بنطق إجابة حتى قبل إتمام السؤال.

صعوبة انتظار الدور (في طابور مثلًا أو في حوار).

كثرة مقاطعة الآخرين أو التطفل عليهم (كأخذ أشيائهم دون إذنهم).

بعض ممن يعانون من هذا الاضطراب قد يوفون معايير نقص الانتباه فقط وآخرون يوفون معايير فرط الحركة فقط، ومجموعة ثالثة توفي معايير شقي التشخيص.

عدد كبير يتخطون الاضطراب مع تقدمهم في السن وآخرون تستمر معاناتهم. وقليلون يبدأ التشخيص لديهم في ما بعد المراهقة.

أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

العنصر الوراثي مهم وقد تم التعرف على جينات متصلة بحدوث الاضطراب.

يوجد قدر من نقص وصول الدم لمناطق في القشرة المخية الأمامية والعقد القاعدية.

يوجد اضطراب في بعض الدوائر المتصلة بالدوبامين.

التدخين أو تعاطي الأم للمخدرات متصل بالاضطراب.

مضاعفات الولادة وما بعدها.

التعرض للانتهاكات أو الإهمال أثناء الطفولة الباكرة.

التشابك مع الإدمان:

أعراض كثيرة للإدمان تتشابه مع أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة. مثلًا سرعة التشتت والنسيان وعدم القدرة على المواصلة تتشابه مع أعراض إدمان الحشيش والقنبيات عمومًا. كما أن كثيرًا من النشء وحتى الأطفال يبدؤون تعاطي المخدرات كمحاولة لعلاج معاناتهم من نقص الانتباه وفرط الحركة، وهذه المحاولات تؤدي إما إلى طمس أو تفاقم أعراض الاضطرابين. كثيرًا ما ينتكس المدمنون الذين يعانون من هذا الاضطراب لعودة الأعراض كحل لمعاناتهم. إلا أن هذا *الحل* يكون غير ناجع ويؤدي إلى تدهور الحالة أكثر.

العلاج:

التدريبات المعرفية السلوكية: يقوم بها معالجون متخصصون كما يدربون الأهل والمدرسين على تطبيقاتها في البيت والمدرسة.

ب. الأدوية

1. الاتوموكستين Atomoxetine (تجاريًّا ستراتيرا أو أتوموكس آبيكس) أقراص 10 و18و 40 و60 مجم. ونرفعها بالتدريج. دواء آمن بصفة عامة لكن لا بد من متابعة وظائف الكبد.

2. الميثايل فينيدات Methyl Phenidate SR (تجاريًّا كوسيرتا) 32 مجم. منشط من عائلة الأمفيتامينات. وقد كانت التقارير القديمة تشير إلى عدم إساءة استخدامه من المدمنين الذين يعانون من نقص الانتباه وفرط الحركة، لكن الأبحاث الأحدث تنصح بتفادي استخدامه ما أمكن مع المدمنين.

أعراضه الجانبية ارتفاع الضغط وزيادة النبض وفقدان الشهية والوزن وفي الأطفال اضطرابات النمو وتعكر المزاج والقلق.

3. مضادات الاكتئاب: خاصة اليوبروميون (ولبيوترين) والإيميبرامين (التوفرانيل) والكلوميبرامين (أنافرانيل).

4. منشطات أخرى: المودافينيل (تجاريًّا) برافاماكس.

اضطرابات الشخصية والإدمان

يصل انتشار اضطرابات الشخصية لما بين 10% و14.5% من تعداد السكان العام. وبطبيعة الحال قد يصح تشخيص نفس الفرد باضطرابين أو أكثر من اضطرابات الشخصية، مثلًا اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية النرجسية.

ومن متوسط 12% تقريبًا من تعداد السكان العام، يرتفع تشخيص اضطرابات الشخصية بين من يخضعون للعلاج من الإدمان إلى ما بين 35% و73%. ولعل هذا التباين سببه أن الإدمان نفسه يؤدي إلى سمات مضطربة في الشخصية تستمر لمدد طويلة بعد التعافي. وكثيرًا ما يصعب تشخيص اضطراب شخصية مستقل عن الإدمان لأن هذا التشخيص لا يمكن القيام به قبل سن 18 عامًا، وكثير من المدمنين يبدؤون رحلة التعاطي قبل هذه السن.

وفي اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder يرتفع انتشار تشخيص الإدمان عبر الحياة إلى 78%، وفي أي وقت إلى نحو 50%. ولذا سنستعرض سريعًا أنواع اضطرابات الشخصية ونتوقف بتفصيل أكبر عند اضطراب الشخصية البينية.

تعريف اضطراب الشخصية:

نمط مستمر من خبرة داخلية وسلوك متكرر على المدى الطويل ينحرف عن توقعات ثقافة الشخص، وهذه الخبرة الداخلية والسلوك الذهني والعملي يحددان كيف يعيش في العالم وكيف يتصرف منذ ما بعد سن 18 سنة وحتى اليوم. نمط مستمر يفتقر للمرونة يكتمل ظهوره في مرحلة المراهقة المتأخرة أو الشباب المبكر. يتخلل كل جوانب الشخصية، وتظل الأعراض مستمرة ومستقرة مع مرور الوقت. التغيير بطيء في هذا النوع من الاضطرابات وكذا التعافي.

الشخصية هي صورة منظمة متكاملة في سلوك الفرد تميزه عن غيره في عاداته واهتماماته وسلوكه في الحياة. الشخصية هي مجموعة السمات المميزة للشخص.

الشك والتوجس مثلًا سمة بارانويدية، إذا توغلت في الشخصية صارت اضطراب شخصية وإذا وصلت للذهان وصارت فكرة ثابتة غير قابلة للتغيير بالواقع أو المنطق صارت اضطرابًا ضلاليًّا (بارانويدي).

الفارق بين الشخصية ذات السمات البارانويديا واضطراب الشخصية البارونيديا والاضطراب الضلالي:

اضطراب	اضطراب الشخصية البارونيديا	الشخصية ذات سمات البارانويديا

ضلالي		
سرقني (دون أي شك).	**"أنا شاكك إنه سرقني.. لا أنا مش هاسكت له، هقطعه.. مش كله بس ما اخليش حد يضحك عليا.. حابهدله (احتياطي) ما قدرش أسكتله".**	**أنا شاكك إن الشيال سرقني.. بس ماعنديش دليل قاطع.. متضايق بس أعمل إيه يعني".**

إذًا صفة اضطراب الشخصية هي الاستمرارية من بعد سن 18 وعدم المرونة وصعوبة التغيير وعدم التأقلم. ومن يعاني اضطراب الشخصية يكون أكثر عرضة لاضطرابات حادة حسب نوع اضطرابه غالبًا، مثلًا اضطراب الشخصية الوسواسية معرض لاضطراب الوسواس القهري أكثر من غيره واضطراب الشخصية الهستيرية للاضطرابات الانشقاقية أو التحولية واضطراب الشخصية البارنويدية للاضطراب الضلالي وهكذا.

يقسم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية اضطرابات الشخصية إلى ثلاثة عناقيد Clusters كبيرة: ألف A وباء B وجيم C. وسنستعرض سريعًا أنواع اضطرابات الشخصية ونتوقف أكثر عند اضطراب الشخصية البينية.

المجموعة ألف A:

اضطراب الشخصية البارانويدية:

من 1 إلى 4% من عموم السكان، كثير الشك وكثير الشكوي وأحيانًا يكون مع الشك شعور بالعظمة أو شعور بالاضطهاد. كما يتميز بحساسية مفرطة (لابس جلده بالمقلوب) وعدم الثقة وتوقع الأذى من الآخرين باستمرار.

الشك الدائم في أهداف ونوايا المحيطين والثقة الزائدة في الفهم والقدرات الذاتية مع اجتناب العلاقات القريبة والمشاعر ضحلة ولا تشغل جزءًا كبيرًا من الحياة الشخصية. مع عدم القدرة على تحمل النقد والغيرة المفرطة.

يتضمن علاج هذا النوع من الاضطراب تحريك الطفل فيلعب أكثر أو يرقص أو يغني.
اضطراب الشخصية عمومًا يستفيد من المشورة والمجموعات، السير في العلاج معه ببطء وعلى المدى الطويل. فهو يجد صعوبة في الاسترخاء. والقدرة على المرح أو قد يصبح المرح بالنسبة له هو السخرية (التريقة) من الآخرين.

ينجح وقد يبدع في الاعمال الفردية. يميل للديكتاتورية في عمله وحياته الأسرية والاجتماعية. غالبًا لا يلجأ للعلاج إلا لو ضجت أسرته أو ضج زملاؤه في العمل منه. المدمن بطبيعته شكاك ومتوجس وإذا كان لديه استعداد للشخصية البارنويدية فهو يظهر بقوة بعد الإدمان.

الشخصية الشيزيدية *شخصية الحاجز العاطفي*:

من 3 إلى 5% من عموم السكان. تتميز الشخصية الشيزيدية بالآتي:

ضعف الرغبة في عمل العلاقات الحميمية وعدم الاستمتاع بها، بما في ذلك العلاقات العائلية. يختار أنشطة فردية غير جماعية. غير مبال بمدح الآخرين أو انتقادهم. مع ضعف القدرة على التعبير عن الغضب بالرغم من تعرضه للاستفزاز، مع ضعف الاهتمام بالعلاقات الجنسية.

يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية ولا يبحثون عن الرضا والقبول ولا يحتاجون إلى جذب الانتباه. متباعدون عمومًا ومنعزلون أحيانًا، قد يمارسون تواجدًا اجتماعيًّا لكن يظلون فيه متباعدين بالإحساس والعاطفة.

أصحاب هذا الاضطراب يختلفون عن الاجتنابيين بأنهم فعليًّا يفضلون التواجد بمفردهم ولا يتمنون سرًّا أن يكونوا ملاحظين أو مشهورين.

أصحاب هذا الاضطراب لا يتحولون إلى الشيزوفرنيا لأنهم يصنعون حاجزًا كبيرًا حول المشاعر.

النمط الفصامي اضطراب الشخصية الشيزيدية النمطية:

أصبح الآن يصنف داخل متصل الفصام أي كأنه نوع من الذهان، لكن هناك من العلماء من يرون أنه ما زال يستحسن وضعه بين أنواع اضطراب الشخصية.

أصحاب الشخصية الشيزيدية لا يؤثر العلاج فيهم لأنهم لا ينتظمون في العلاج وقد ينزعجون إن أحس المعالج بهم ويهربون من المواجدة التي يحاول أي معالج نفسي أن يقوم بها. لو أصابهم اكتئاب أو قلق يفضلون الأدوية أو قراءة كتب المعاونة الذاتية مثلًا. إذا اضطروا لحضور جلسات علاج جمعي، في سياق علاج الإدمان مثلًا فهم يفضلون المراقبة وعدم التفاعل.

النمط الفصامي اضطراب الشخصية الشيزيدية النمطية:

أصبح الآن يصنف داخل متصل الفصام وفي الوقت نفسه يصنف تحت اضطرابات الشخصية. وهو التصنيف الوحيد الذي يحتل موقعين في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة. أي كأنه نوع من الذهان، لكن هناك من العلماء من يرون أنه ما زال يستحسن وضعه بين أنواع اضطراب الشخصية.

إضافة لسمات الشخصية الشيزيدية نجد ملامح ثغرات في الجدار النفسي العازل للمشاعر فتظهر أفكار إشارة، أي شكوك أن الناس تتكلم عن الشخص أو تشير إليه وأحيانًا ضلالات إشارة أو ضلالات أخرى عابرة، أي تزول سريعًا وحتى بعضها قد يستمر دون أن يحدث تعطل أو تدهور فادح في الأداء. الاضطراب يتضمن سمات غرائبية فهؤلاء الناس يتكلمون عن اعتقادات غريبة أو شاذة أو تفكير سحري مثل القدرة على قراءة الأفكار أو الحاسة السادسة وتوارد الخواطر. والوجدان ضيق لا يشعر بما يشعر به الآخرون مع احتمال وجود شك أو أفكار بارانويدية. أو سلوك ومظهر غريب في الملابس مثلًا أو تصفيفة الشعر.

أصحاب الشخصية الشيزيدية النمطية كأصحاب الشخصية الشيزيدية لا يؤثر العلاج فيهم ويهربون من المواجدة التي يحاول أي معالج نفسي أن يقوم بها. وقد يؤدي الضغط النفسي عليهم أو تؤدي المشاركة الصادقة العميقة إلى تدهور ذهاني.

المجموعة باء B:

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباثية سابقًا)

هو من يطلق عليه المتبطل والنطع (الصايع أو الندل) ينعدم الإحساس بالمسؤولية ويتلاشى لديهم صوت الضمير. وينعدم الإحساس بالذنب. الكذب سهل عليهم جدًّا ويغيرون وظائفهم كثيرًا ويرتكبون الجرائم.

معدل انتشاره بين عموم الناس هو 4 % من الرجال و0.5% فقط بين النساء. وهو اضطراب الشخصية الوحيد الممكن تشخيصه بعد سن 15 سنة وليس بعد سن 18 سنة كباقي اضطرابات الشخصية. وذلك على أساس وجود 3 أو أكثر من السمات التالية:

1 - عدم الخضوع للمعايير الاجتماعية من حيث القانون، الأعراف الاجتماعية، والقانون مما يؤدي لكثرة الاعتقال.

2 - الخداع أو الكذب أو النصب من أجل الربح الشخصي أو اللذة.

3 - الاندفاعية وعدم القدرة على التخطيط المستقبلي.

4 - سرعة التعصب والعدوانية، كما تشير إليها كثرة المعارك البدنية أو الشتائم والاعتداءات.

5 - عدم التورع عن وضع نفسه أو الآخرين في خطر.

6 - عدم تحمل المسؤولية ويظهر في عدم القدرة على الاحتفاظ بعمل أو دراسة وعدم الالتزام بالمسؤوليات المادية.

7 - عدم الشعور بالندم كما يظهر في اللامبالاة أو إيذاء الآخرين أو السرقة منهم أو الاعتداء عليهم.

يصعب علاجها ولكن ثبت الآتي:

1 - من الممكن السيطرة على الاندفاعية والعدوان (بالأدوية).

2 - تمارين الاسترخاء والمعرفي السلوكي لعلاج القلق وفرط النشاط وقلة التركيز مفيدة.

اضطراب الشخصية الحدية (البينية)

Borderline Personality Disorder (BPD)

هو اضطراب البين بين والفوق ثم التحت، أي هو بين العصاب والذهان وبين الشخصية المضادة للمجتمع. يحتوي عناصر من الهيستريا والبارانويا والقلق والوسواس. صاحب هذا الاضطراب لديه مجموعة أعراض قلق ومجموعة أعراض شك ومجموعة أعراض الرغبة في لفت الانتباه. متقلب جدًّا في تقدير الذات وتقدير الآخرين، أحيانًا يشعر أنه أفضل إنسان في الدنيا وأحيانًا أسوأ إنسان. كل شيء بالنسبة للمصابين بهذا الاضطراب نزوة ويحبون بلا حدود ثم يكرهون.
اضطراب يتميز بنمط من عدم الاستقرار يتخلل كل جوانب الشخصية في العلاقات الشخصية وصورة الذات ويتميز بالاندفاعية الشديدة ويبدأ كغيره من اضطرابات الشخصية في الشباب الباكر.

يصيب الإناث أكثر من الذكور بنسبة 3 مرات وانتشاره بين مجموع السكان 6% لكن ترتفع

النسبة طبعًا بين الإناث.

يتطلب تشخيصه وجود 5 أعراض على الأقل من الأعراض التسعة التالية:

1 - جهود شديدة لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل. *تبذل جهدًا لكي لا يتركها أصدقاؤها أو حبيبها مثلًا، ولكن قد تتركه هي بسهولة نسبية*.

2 - نمط من العلاقات الشخصية الحادة الشديدة وغير المستقرة يتراوح ما بين اعتبار الشخص الآخر بلا أخطاء وبلا عيوب وإهدار قيمة الشخص الآخر تمامًا. *ده ملاك* وبعد شوية *ده شيطان*.

3 - اضطراب في صورة الذات والإحساس بالذات.

4 - الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التالية بما قد يسبب إيذاء للنفس أو خسارة فادحة:

(الإنفاق أو الجنس أو تعاطي المواد أو القيادة المتهورة أو نوبات الإفراط في الطعام أي اثنين من السابق ذكرهم يحققان النقطة الرابعة، بمعنى ليس فقط إنفاق خطر أو مؤذ لا بد من إنفاق مرات وجنس مرات أخرى أو أي اثنين).

5 - تكرار السلوك الانتحاري أو تشويه النفس.

6 - عدم الاستقرار الوجداني نتيجة التفاعل الزائد مع أحداث خارجية. *يبكي بشدة ويتحمس جدًّا ويفرح جدًّا ثم تعكر حاد للمزاج أو عصبية وقلق وتستمر عدة ساعات ونادرًا لعدة أيام*.

7 - شعور مزمن بالفراغ الداخلي.

8 - نوبات غير ملائمة للواقع من الغضب الحاد أو الصعوبة في السيطرة على الغضب.

9 - أفكار بارانويديا عابرة وأحيانًا ضلالات عابرة أو من جهة أخرى أعراض انشقاق شديدة. *مثل فقدان النطق أو الإغماء*.

10% من أصحاب هذا الاضطراب ينتحرون فعلًا.

يتحسن المآل (مصير الاضطراب) مع ارتفاع الذكاء ووجود دعم ومساندة من الأسرة والأصدقاء ومع الانضباط الشخصي. تتحسن الشخصية قليلًا وببطء مع العلاج.

من يعانون من هذا الاضطراب يكرهون الانتقاد أو المواجهة، لكن منهم فنانون ومبدعون وقادة في كل المجالات. يمكن أن يكون صاحب أو تكون صاحبة هذا الاضطراب مقبولين في المجتمع ولديهم علاقات عمل ناجحة بالرغم من الانفجارات المفاجئة والتقلبات الكثيرة. أي إن هناك من يعاني من هذا الاضطراب ويكون شخصًا *فاشلًا* ومنهم من يستطيع تحقيق نجاح كبير في عدة جوانب من حياته.

العلاج:

العلاج الجدلي السلوكي: يمتد في جلسات منظمة وممنهجة لمدة سنة في مجموعات وجلسات

فردية *فيها تعلم المشاركة البسيطة والتدرب على تنظيم التوقع العاطفي أو الوجداني والتدرب على حل المشاكل، قبول التقلب الشديد والتفاهم معه وعدم الانسياق وراء المشاعر وفيه التدرب على التركيز على اللحظة الحالية والوعي بالمشاعر الشخصية، النفسية والجسمانية والوعي بالبيئة المحيطة وتسمى اليقظة Mindfullness ونفضل ترجمتها *الانتباه المعتني* (أخدان البال).

الأدوية: نستخدم أدوية مضادة للذهان ومنظمة للمزاج. كما قد نستخدم مضادات الاكتئاب.

اضطراب الشخصية الهيستيرية:

تتميز الشخصية الهيستيرية بالاحتياج إلى أن تكون موضع الاهتمام المستمر والمبالغة في رد الفعل وسطحية المشاعر وتقلبها.

والقابلية للإيحاء (بتروح وتيجي بسرعة) وسرعة التأثر. معدل انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى 2% لكن يُظن أنه أكثر من ذلك في الدول والمناطق الأقل تعليمًا وثقافة.

هو نمط من السعي للفت الانتباه والعاطفية الزائدة يبدأ في الشباب الباكر ويتميز بـ 5 أعراض من الأعراض الثمانية التالية:

الانزعاج في أي موقف لا يكون الشخص فيه محور الانتباه.

التفاعل مع الآخرين يتميز بالإغراء الجنسي بشكل غير ملائم أو باستفزاز الآخرين. (تقوم بإغواء الآخرين مع أنه قد يكون لديها برود جنسي، هو أو هي لا تريد الجنس بل الانتباه).

التعبير عن المشاعر سطحي ويتغير بسرعة.

يستخدم المظهر الخارجي للفت الانتباه بشكل مستمر.

نمط الكلام انطباعي بشكل زائد مع إهمال للتفاصيل (ذهبت للسوق، الطماطم جيدة جدًّا).

الأسلوب المسرحي الدرامي والمبالغة في التعبير عن المشاعر.

سرعة الإيحاء *سهولة التأثر بالآخرين أو الظروف* (تبكي كثيرًا ثم تضحك).

اعتبار العلاقات حميمة وقريبة أكثر من حقيقة هذه العلاقات.

العلاج: تأثرها بالعلاج سطحي ويحتاج إلى علاج طويل المدى. المدخل المعرفي السلوكي مهم.

العلاج الجمعي يساعدهم على مواجهة طبيعة تفاعلاتهم. فيبدؤون في التحكم بمشاعرهم. وتشجيع العلاقات الأكثر استقرارًا.

اضطراب الشخصية النرجسية:

الوقوع في غرام الذات، شخص يحب نفسه بجنون، يتكلم عن مدى روعة شخصيته وشدة حنانه مثلًا أو طيبته. ليس مجرد إنسان أناني لكن لديه عشق وغرام بنفسه. الإعجاب الشديد بالنفس هو السمة الأساسية والمميزة. موجود في 6% من البشر.

نمط يتخلل كل جوانب الشخصية من الشعور بالعظمة الذاتية والاحتياج لإعجاب الآخرين وعدم القدرة على المواجدة. حيث تظهر 5 من العناصر التسعة التالية:

إحساس بالأهمية الذاتية والعظمة الذاتية والمبالغة في المواهب والإنجازات وتوقع الحصول بالضرورة على موقع التفوق في أي شيء.

الانشغال بتخيل النجاح الشخصي والقوة والذكاء والجمال ومدى مثالية حبه للآخرين.

الشعور بالخصوصية والتفرد وضرورة أن يفهم هذا التفرد كل الناس، بالرغم من أنه أحيانًا لا يفهمه إلا *المماثلون في العظمة*.

يتطلب الإعجاب الزائد دائمًا.

الشعور بالاستحقاق أو توقعات غير منطقية من ناحية استحقاق لاستثناءات أو جمايل.

استغلال الآخرين لتحقيق أهداف شخصية.

عدم القدرة على المواجدة.

الغيرة من الآخرين أو الاعتقاد بان الآخرين يغارون من الشخص.

التصرف بغرور واستعلاء أو إظهار هذا في التوجهات أو السلوك.

يأتي للعلاج بسبب حدوث *جرح للنرجسية* كأن يشعر بغضب أو اكتئاب ليس بسبب تعب الآخرين منه ومن سلوكه بل بسبب إحباطه الشديد من عدم تقدير الآخرين لشدة جماله.

المجموعة جيم C:

اضطراب الشخصية الاجتنابية:

تتميز بنمط من الكبح الاجتماعي يتخلل كل جوانب الشخصية، والخوف من دخول أي مجتمع بسبب الشعور بعدم الكفاية. ضعف الإحساس بقيمة الذات والحساسية الزائدة من أي تقييم سلبي.

حيث تظهر 4 أعراض من الـ 7 أعراض التالية:

تجنب الانشطة التي تتطلب اتصالًا شخصيًّا بسبب الخوف من النقد أو الرفض أو عدم القبول (يضغط على نفسه في كل حاجة عايزة تواصل مع حد).

غياب نية الاندماج مع أي إنسان ما لم يتم التأكد من قدر معين من الحب والقبول للشخص.

التحفظ في العلاقات القريبة خوفًا من السخرية أو الإخجال.

الانشغال الزائد باحتمالية استقبال النقد أو بالرفض الذي ربما يكون قد حدث في موقف اجتماعي سابق (مشغول بالنقد والترحيب، مشغول بالناس).

يشعر بالكبح في العلاقات الشخصية بسبب عدم الكفاية.

يشعر أنه عاجز اجتماعيًّا أو غير جذاب أو أدنى من الآخرين.

يكف عن أخذ أي مخاطر شخصية في أنشطة جديدة لاحتمال أن تضعه في موضع الخطر أو الإحراج (وهذا يشبه القلق الاجتماعي).

العلاج: يجمع بين التدريب على مهارات الحياة خاصة التوكيدية والعلاج المعرفي السلوكي. مضادات الاكتئاب والقلق مفيدة.

اضطراب الشخصية الاعتمادية:

احتياج زائد لتلقي رعاية الآخرين يتخلل جميع جوانب الشخصية، بما يؤدي لسلوك يتميز بالخنوع الزائد والقلق والخوف من الانفصال عنهم. يبدأ في الشباب الباكر.

حيث تظهر 5 أعراض من الـ 8 أعراض التالية:

الصعوبة في اتخاذ أي قرار في الحياة اليومية دون استشارة وطمأنة والبحث الزائد عن النصيحة من الآخرين.

الاحتياج أن يتحمل الآخرون مسؤولية معظم مجالات الحياة الأساسية.

صعوبة في التعبير عن الاختلاف في الرأي بسبب الخوف من فقدان دعم الآخرين.

صعوبة في بداية أي مشروعات أو مبادرات شخصية بسبب عدم الثقة في النفس أو القدرات وليس لفقدان الطاقة أو الدافعية.

التمادي في محاولة للحصول على الدعم والرعاية من الآخرين إلى درجة التطوع بعمل أمور غير محببة للنفس.

الشعور بانزعاج أو عجز عند الترك للانفراد بالنفس بسبب خوف مبالغ فيه من العجز عن العناية بالذات.

عندما تسقط أو تنتهي علاقة بشخص كان يتم الاعتماد عليه يبدأ الإلحاح في السعي لعلاقة أخرى كمصدر للرعاية والدعم.

الانشغال غير الواقعي بالمخاوف حول احتمال الترك للعناية بالنفس.

هناك الكثير من الكتب في هذا المجال ولا يوجد اتفاق في العلاج.

العلاج: يتضمن المعرفي السلوكي والتوكيدية والتدريب على اتخاذ القرار.

اضطراب الشخصية الوسواسية:

تتخلل الوسوسة كل جوانب الشخصية ومن سن الشباب. يصيب 1-2 % من السكان نمط من الكمالية وعدم المرونة والانغلاق الذهني والسعي للتحكم الذهني والشخصي والافتقار للتفاعل الوجداني والكفاءة، مع الاهتمام الزائد بالتفاصيل والنظام والجداول.

4 حيث تظهر 4 أعراض من الـ 8 أعراض التالية:

الانشغال الزائد بالتفاصيل والنظام والجداول لدرجة إغفال نقاط أساسية.

عدم القدرة على إكمال المهام المطلوبة من الشخص بسبب الكمالية.

التكريس الكامل للعمل والإنتاجية على حساب الصداقات والأنشطة الترفيهية، دون وجود ضرورة اقتصادية ظاهرة.

الضمير الزائد عن الحد والتدقيق وعدم المرونة في المسائل الأخلاقية أو القيم، بما لا تفسره الهوية الدينية ولا يتسق مع الخلفية الثقافية.

عدم القدرة على التخلي عن أشياء لا قيمة لها أو متهالكة بالرغم من أنه ليس لها أي قيمة عاطفية.

النفور من تفويض المهام العملية للآخرين إلا إذا نفذوا حرفيًّا طريقة الشخص في تنفيذ المهام.

البخل في الإنفاق على النفس والآخرين لضرورة التوفير استعدادًا لاحتمال حدوث مصائب قادمة.

العناد والتصلب في الرأي.

العلاج: العلاج المعرفي السلوكي ومضادات الاكتئاب.

الاضطرابات المتعلقة بالصدمات والضغوط بما فيها

اضطراب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorders

تشير الدراسات إلى أن انتشار تشخيص اضطراب استخدام المواد ولو مرة على مدى العمر يصل إلى 26.6% من السكان بينما اضطراب ما بعد الصدمة إلى 7.9% من السكان. وأن اضطراب استخدام المواد يزيد بين أصحاب تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة إلى ما بين مرتين وأربع مرات من لا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة.

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي في نسخته الخامسة (2013) للصدمة النفسية هو التعرض لخطر الموت فعليًّا أو تهديدًا أو إيذاء خطيرًا أو عنفًا جنسيًّا، سواء مباشرة أو عن طريق حضور هذه الصدمة حال حدوثها لآخرين أو معرفة أنها حدثت لأحد الأقارب أو الأصدقاء المقربين أو تكرار التعرض لتفاصيل آثار هذه الصدمات بعد حدوثها للآخرين.

هذا التعريف قد يستبعد عنصرًا تقليديًّا في فهم الصدمات وهو الإهمال العاطفي والنفسي للأطفال لكن التقسيم الحديث يضع الاضطرابات الناشئة عن إهمال الطفولة تحت عنوانين: اضطراب التعلق الانفعالي Reactive Attachment Disorder واضطراب انعدام الكبح في الاشتباك الاجتماعي Disinhibited Social Engagement Disorder.

في اضطراب التعلق الانفعالي ينسحب الطفل من التجاوب مع مقدمي الرعاية له (الوالدين أو بديلاهما) ولا يلجأ لهم عندما يتعرض للضغوط أو الكرب، ومحدودية عواطفه الإيجابية مع نوبات من التهيج أو الحزن أو الخوف الشديد في مواقف لا تستدعي الخوف.

وفي اضطراب انعدام الكبح في الاشتباك الاجتماعي يفتقد الطفل للتردد الطبيعي عند التعامل مع البالغين الغرباء ويتعامل معهم بألفة زائدة والاستعداد للذهاب معهم حيثما يذهبون.

في الحالتين يكون الاضطراب مرتبطًا بأحد العوامل الآتية:

الحرمان أو الإهمال الاجتماعي بعدم تسديد الاحتياجات العاطفية الأساسية من الطمأنة وبعث الشعور بالراحة والتفاعل بأنشطة مختلفة والتجاوب الوجداني.

التغيير المستمر في مقدمي الرعاية الأساسيين بما يعوق تكوين تعلق مستقر.

عدم وجود فرص للتعلق الانتقائي بمقدمي رعاية أساسيين (مثلًا في دار أيتام به عدد قليل من مقدمي الرعاية مقارنة بعدد الأطفال).

ويشير التقسيم أن هذه الاضطرابات قد تستمر بعد انتهاء الإهمال أو التجاهل.

إذًا وفقًا للتقسيم الحديث إهمال أو تجاهل أو عدم استقرار العلاقات يسبب اضطرابًا يندرج تحت التقسيم الواسع لاضطرابات الصدمة والاضطرابات المتعلقة بالكرب والضغوط Stressors متى حدث الإهمال أو التجاهل أو عدم الاستقرار في الطفولة وقد يمتد تأثيره إلى سنين طويلة.

نعود إلى معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة. التعرض لخطر مميت أو التهديد بالموت أو إصابة شديدة أو التعرض لعنف جنسي.

بواحدة أو أكثر من الطرق الآتية:

التعرض المباشر لحدث صادم.

شاهد عيان لحدث تعرض له آخرون.

معرفة أن الأحداث الصادمة تعرض لها عضو قريب من العائلة أو صديق حميم. وإذا كان الصديق أو عضو العائلة القريب قد مات أو هناك تهديد بموته يكون هذا قد حدث بصورة عنيفة أو مفاجئة.

التعرض المتكرر أو الشديد لتفاصيل كريهة تتعلق بالحدث الصادم (مثلًا: التقاط الأشلاء البشرية أو أفراد الشرطة الذين يتعرضون بانتظام لسماع تفاصيل الاعتداء على الأطفال). بملاحظة أن هذا لا ينطبق على التعرض من خلال الوسائل الإلكترونية أو التلفزيون أو الأفلام أو الصور إلا إذا كان هذا التعرض متعلقًا بالعمل الوظيفي.

وجود واحد أو أكثر من أعراض الاقتحام المرتبطة بالأحداث الصادمة، على أن يظهر هذا العرض أو هذه الأعراض بعد الأحداث الصادمة:

خبرة متكررة، لا إرادية لذكريات مقتحمة أو قاحمة (أي ذكريات غير مرغوب في استعادتها لكنها تفرض نفسها على الوعي) على أن تكون ذكريات مؤلمة متعلقة بالأحداث الصادمة.

أحلام مؤلمة يتكرر فيها ظهور الأحداث و/ أو المشاعر المتعلقة بالأحداث الصادمة.

ردود أفعال انشقاقية (ومضات من الماضي مثلًا) يشعر فيها الفرد أو يتصرف وكأن الحدث يتكرر. (ردود الأفعال هذه حدتها إذا قيست على متصل قد تصل إلى أعلى درجة وهي فقدان الوعي بالبيئة المحيطة).

ألم حاد أو ألم نفسي متواصل عند التعرض إلى إشارات داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تماثل جانبًا من جوانب الحدث الصادم.

تجنب مستمر لمثيرات مصاحبة للأحداث الصادمة يبدأ بعد حدوثها، وتظهر بواحدة من تلك الطريقتين أو كلتيهما:

التجنب الفعلي أو بذل الجهد لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار أو المشاعر المتعلقة أو المصاحبة للأحداث الصادمة.

تجنب أو محاولات تجنب العناصر الخارجية التي تذكر بالحدث (أشخاص، أماكن، أحاديث، أنشطة، أشياء، مواقف) وتثير ذكريات مؤلمة، ومشاعر أو أفكارًا عن الأحداث الصادمة أو على صلة لصيقة بها.

تغير سلبي في الأفكار والمزاج يصاحب الأحداث الصادمة، يبدأ أو يزداد سوءًا بعد وقوع هذه الأحداث ويظهر بصورتين أو أكثر من الآتي:

عدم القدرة على تذكر جانب هام من الأحداث الصادمة، وبالذات يكون السبب فقد الذاكرة الانشقاقي وليس لأي سبب آخر مثل إصابة الرأس أو الخمر أو المخدرات

معتقدات أو توقعات سلبية متواصلة عن الذات أو الآخرين أو العالم (مثلًا: *أنا وحش*، *ما فيش حد أقدر أثق فيه*، *العالم كله مصدر خطر*، *أعصابي منهارة ومافيش علاج*).

أفكار مشوهة مستمرة عن أسباب أو نتائج الحدث الصادم تؤدي إلى أن يلوم الشخص نفسه.

حالات وجدانية سلبية مستمرة (مثلًا: خوف أو رعب أو غضب أو شعور بالذنب أو بالخزي والعار).

فقد شديد أو نقص للرغبة في المشاركة في أنشطة هامة.

مشاعر انفصال أو غربة تجاه الآخرين.

عجز مستمر عن الإحساس بمشاعر إيجابية (مثل: السعادة أوالرضا أو مشاعر الحب).

تغير كبير في اليقظة وردود الأفعال المتعلقة بالأحداث الصادمة (تبدأ أو تزداد سوءًا بعد وقوع الحدث) وتظهر بصورة أو أكثر من الآتي:

سلوك متوتر وثورات من الغضب (لأسباب واهية أو دون سبب) وبالذات يكون التعبير عنها لفظيًّا أو باستخدام العنف البدني مع أشخاص أو أشياء.

سلوك متهور أو مؤذٍ للذات.

يقظة مفرطة.

رد فعل زائد عن الحد من الخضة (جفل/روع).

مشاكل في التركيز.

اضطرابات في النوم (النوم لوقت أطول من الطبيعي أو الأرق).

مدة الاضطراب (معايير ب، ج، د، ط) تكون أكثر من شهر.

الاضطراب يسبب ألمًا إكلينيكيًّا كبيرًا أو تدهورًا في الأداء الاجتماعي والوظيفي أو أي جانب مهم في الحياة.

الاضطراب لا يعود إلى تأثيرات فسيولوجية من مواد كيماوية (أدوية، خمر) أو أي أمراض عضوية.

أمثلة للأحداث الصادمة:

تتضمن الأحداث الصادمة ما يلي:

التعرض لاعتداء بدني أو جنسي.

حضور قتال حربي.

السجن أو الوقوع كرهينة.

التعرض لحدث إرهابي.

التعرض التعذيب.

الكوارث الطبيعية (مثل الزلازل) أو التي يصنعها البشر (مثلًا سقوط عمارة).

الحوادث.

التشخيص بمرض عضال.

الدخول إلى المستشفى.

إجراء عملية جراحية.

التداخل والتشابك بين اضطرابات الصدمة والإدمان:

الصدمات قد تؤدي إلى بدء التعاطي كوسيلة للعلاج الذاتي أو مجرد الهروب من الأعراض المؤلمة. وقد تؤدي الصدمات خاصة العنف البدني أو الجنسي في الطفولة إلى تكوين استعداد داخلي للتعاطي والإدمان.

من جهة أخرى تظهر أعراض شبيهة ببعض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في مراحل الإدمان المختلفة، أيضًا في بعض مراحل التعافي.

من شروط العلاج الناجح لاضطراب ما بعد الصدمة تحقيق علاقة آمنة ووضع نفسي مستقر قبل فتح جروح الماضي وتذكرها. ولذا يلزم تحقيق قدر من التعافي من الإدمان لدى المدمنين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة لتحقيق الاستقرار الذي يسمح بالتعامل مع جروح الماضي. لكن في الوقت نفسه أعراض اضطراب ما بعد الصدمة قد تكون من مسببات الانتكاسة. لذا ينصح

بالتعامل المباشر (السطحي) مع الأعراض حتى تحقيق التعافي المستقر تمامًا من الإدمان.

الخطوات الاثنتي عشرة تتعامل مع الصدمات بصورة مناسبة في الخطوة الرابعة (خاصة كتابة المواقف المؤلمة وماذا نتعلم منها عن تغيير أنفسنا) والخامسة بمشاركة الخطوة الرابعة مع *الله ومع شخص آخر يثق فيه المدمن*.

الوجود في مجتمع علاجي آمن يتيح فرصة للاستقرار والتعامل مع صدمات الماضي. أحيانًا يحتاج من يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة إلى مدد أطول في المجتمع العلاجي أو قد يتعرضون لعدة انتكاسات قبل استقرار تعافيهم. ولذلك يجب الحرص على بناء علاقات آمنة طويلة المدى معهم.

بعض الجوانب من التعامل مع اضطرابات الصدمات والضغوط:

بطبيعة الحال الأدوية كمضادات الاكتئاب ومضادات الذهان ومنظمات المزاج قد تفيد عند ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. بما يساعد على تحقيق قدر من الاستقرار وتمكين المريض من التعامل مع مشاكله بصورة أكثر كفاءة.

التعامل مع الذكريات القاحمة وومضات الماضي:

الذكريات القاحمة هي صور من الماضي المؤلم تفرض نفسها علي المريض رغم أنه لا يريد تذكرها، ساعد المريض أن يبقى في الحاضر (هنا والآن). بما فيها بعض مهارات الانتباه المعتني (اليقظة Mindfullness). مثل الأحاسيس البدنية الحالية (الحس بالأرجل على الأرض والأيدي مستندة إلى المقعد والملابس في تلامسها مع الجسم والتركيز في هذا الأحاسيس). وتدريبات التنفس، تعميق الإدراك العام بالجسم من خلال الرياضة وأنواع الحركة الجماعية (مثل العلاج بالرقص أو العلاج الحركي).

تعميق الإدراك بوجود المعالج وبالآخرين في المجموعات مثلًا.

كمرشد تعافٍ كيف تتعامل مع الصدمات؟

المرحلة 1 هي تأسيس الأمان والاستقرار وتقليل الأعراض وحدتها.

المرحلة 2 مواجهة الإنكار والتذكر في وسط آمن. العمل على الذكريات ودمجها في الوعي.

المرحلة 3 إعادة بناء تصور لما حدث وللنفس وللعالم والدمج وإعادة التأهيل.

الاستفادة من كل الموارد المتاحة:

الموارد يمكن أن تكون:

علاقات جيدة (الأب، الأم، الجدود، الإخوة، الأصدقاء، الأطفال، شريك الحياة).

خبرات ناجحة، ذكريات سعيدة.

نجاح، تحقيق هدف.

الصلاة والدعاء والتأمل والإيمان.

الطبيعة.

النشاط الرياضي ورعاية الجسد.

رعاية النفس.

مكان آمن.

مقدمة في القياس النفسي *السيكومتري*

تعريف القياس النفسي:

هي عملية القياس التي نقوم بها لأي ظاهرة نفسية مثل الانتكاسة والذكاء والإبداع.

كان هدف أوائل علماء النفس هو التخلي عن استكشاف ظاهرة نفسية عن طريق التأمل الذاتي أو الفلسفي واستبدالها بتطبيق مبادئ البحث العلمي. ومن أجل تحقيق ذلك سعى العلماء إلى امتلاك القدرة على قياس الظواهر النفسية. وهو مجال القياس النفسي *قياس الخصائص النفسية*.

أهمية القياس النفسي في مجال الإدمان:

نواجه يوميًّا العديد من المشكلات في مجال علاج الإدمان. الأمر الذي يجعل للقياس النفسي أهمية كبرى في ذلك المجال وفي ما يلي عدد من نقاط الأهمية:

صعوبة تمييز المدمنين من أصحاب التشخيص المزدوج.

عدم رغبة المدمن في التحدث عن بعض الأمور في الجلسات الفردية.

عدم استبصار المدمن بما يدور داخله وخاصة في بداية مجيئه لتلقي العلاج.

وجود محك صادق لعمل قياسات قبلية وبعدية لتقييم مدى نجاح البرامج الموجودة.

ضمان مدى موضوعية المعالج في ما يخص تقييمه للحالة.

اكتساب معرفة أدق بأسباب الانتكاسات المتكررة لبعض المدمنين ومحاولة وضع برامج فعَّالة لمنع الانتكاسة.

قياس مدى تدهور عدد من القدرات العقلية بعد الإدمان، العديد من أنواع المخدرات المختلفة له تأثير على بعض القدرات العقلية، كالحشيش وتأثيره على الذاكرة.

بعض أسماء المقاييس المناسبة لمن يعانون من السلوكيات الإدمانية:

استبيان مواقف الانتكاسة 100 للدكتور رأفت عسكر ود. رشا الديدي *مكتبة الأنجلو المصرية*.

ملف الفحص النفسي لمرضى الإدمان. عبد الله عسكر *مكتبة الأنجلو المصرية*.

استبيان تقدير الشخصية للدكتورة ممدوحة سلامة *مكتبة الأنجلو المصرية*.

استبيان الاتجاه نحو تعاطي المخدرات. د. أبو بكر مرسي أحمد *مكتبة نهضة مصر*.

اختبار الشعور بالذنب. د. آمال أباظة *مكتبة الأنجلو المصرية*.

اختبار التحليل الإكلينيكي للشخصية. د. عبد الرقيب أحمد *مكتبة نهضة مصر*.

مقياس معنى الحياة. د. هارون توفيق *مكتبة نهضة مصر*.

اختبار التوافق النفسي. د. محمد النوبي *مكتبة نهضة مصر*.

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه *د. لويس مليكة*.

أسئلة للمناقشة الدراسية:

اذكر في ثلاثة أسطر قصة شخص تعاملت معه وكانت لديه أعراض ذهانية. ثم اذكر 3 طرق يمكن أن نوفر بها بيئة تساعد الذهانيين على التعافي من الذهان في سياق جهود تعافيهم من الإدمان.

.....

.....

.....

.....

اذكر 5 من أعراض اضطراب الاكتئاب. و5 من أعراض الهوس.

.....

.....

.....

.....

ما هي أنواع اضطراب القلق؟ وما هي أهم تطبيقات معرفتك بهذه الأنواع على التعامل مع أصحاب التشخيص المزدوج؟

.....

.....

.....

.....

راجع أعراض نقص الانتباه التسعة وأعراض فرط الحركة التسعة واذكر كيف قد تؤثر هذه الأعراض على عملية المشورة أو التأهيل أو برامج التعافي للمدمنين الذين يعانون من هذا

الاضطراب.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ما هي السمات المشتركة بين الإدمان واضطراب الشخصية الحدية؟

.....

.....

.....

.....

قارن بين اضطراب الشخصية الشيزيدية واضطراب الشخصية البارنويدية. ما هي الصعوبات التي قد تواجه كلًّا من هاتين الشخصيتين في محاولة التعافي من الإدمان؟ كيف يمكن أن تساعد كلًّا منهما؟

.....

.....

.....

.....

اذكر 3 من طرق التعامل مع جروح وصدمات الماضي. ما هي الصعوبات التي قد تواجهنا في التعامل مع من يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وكيف نتعامل معها؟

.....

.....

.....

.....

هل تغير شعورك تجاه الذين يعانون من اضطرابات نفسية إلى جانب الإدمان؟ اشرح مشاعرك

بالتفصيل مع ذكر أمثلة من خبرتك الشخصية ما أمكن في ما لا يقل عن 3 أسطر.

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

Black, D., & Andreason, N. (2014) Introductory Textbook of Psychiatry, Sixth Edition, American Psychiatric Publishing, .Washington, DC. London, England

Desk Reference to The Diagnostic Criteria from DSM-5 (2013), .American Psychiatric Association, Arlington, VA

Galan, C. & Humphreys, C (2017) ADHD and Substance Use: Current Evidence and Treatment Considerations, Psychiatric Times, .August 2, 2017, Vol. 38, Issue 8

Gannon, J., Jacobson, M. & Harle, K. (2020) Screening, Evaluation and Diagnosis for Substance Use Disorders: Standardized, Psychometric Tests for Substance Use Disorders (SUD), in Marienfeld, C. (Ed.) Absolute Addiction Psychiatry Review, Springer .Nature Switzerland

Herman, J. (1997) Trauma and Recovery: The aftermath of violence from domestic abuase to political terror, Basic Books, New York, .USA

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangaas, K., & Walters, E. (2005)

Lifetime Prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbid Survey Replication. Archives of .General Psychiatry. 2005; 62(6): 593-602

Lai, H., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G., (2015) Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systemic review and meta-analysis, Drug and Alcohol Dependence, Vol. 154, 1 September .2015, P.1-5

McCauley, J., Kileen, T., & Back, S. (2013) Posttraumatic Stress Disorder and Co-Ocurring Substance Use Disorders: Advances in

Assessment and Treatment, Clin Psychologt\y(new York) in PMC .2013 Oct 29

Parmar, A. and Kaloiya, G. (2018) Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative .Review, Nov-Dec; 40(6): 517-527

Taylor, D., Barnes, T. & Young, A. (2018) The Maodsley Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, Wiley Blackwell, Chichester, England & .Hobokon, NJ

Scott, E. & Hulversshom, L., (2011) Anxiet Disorders with Comorbid Substance Abuse, Psychiatric Times, Sept. 7, 2011, Vol. 28, Is. 9

Van Der Kolk, B. (2014) The Body Keeps the Score: Mind and Brain .in the Transformation of Trauma, Penquin Books, UK & USA