الثورة العلمية: الجوانب النظرية والتطبيقية في العلوم الاجتماعية

أ. د. سامي بن عبد العزيز الدامغ
أستاذ الخدمة الاجتماعية
كلية الآداب – جامعة الملك سعود

المكتبة الالكترونية
أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة
www.gulfkids.com

الثورة العلمية: الجوانب النظرية والتطبيقية في العلوم الاجتماعية

مقدمة:

على الرغم من مرور أكثر من ثلاثين عاماً على نشر كتاب توماس كوهن Thomas Kuhn الشهير "The Structure of Scientific Revolutions" ضوابط الثورات العلمية، لا تزال المفاهيم التي سطرها Kuhn في كتابه عن الثورة العلمية وكيفية حدوثها وضوابطها ثابتة ومحافظة على مصداقيتها العلمية (Kuhn, 1962). ولقد وضع Kuhn خمسة شروط أو ضوابط لحدوث الثورة العلمية وهي:

1- وجود اتجاه علمي سائد Paradigm.
2- حظوة الاتجاه العلمي السائد بقبول المتخصصين.
3- ظهور حالات شاذة Anomalies لا يستطيع الاتجاه العلمي السائد أن يفسرها.
4- كثرة ظهور الحالات الشاذة وتهيؤ الفرصة لظهور اتجاه علمي جديد.
5- ظهور الاتجاه العلمي الجديد New Paradigm مما يؤدي إلى حدوث تحول من الاتجاه العلمي السائد إلى الاتجاه العلمي الجديد Paradigm Shift.

وبما أن Kuhn أساساً عالم فيزياء، فإن الضوابط التي وضعها لحدوث الثورة العلمية قاصرة فقط على العلوم الطبيعية. وقد يتبادر إلى الذهن، في هذا السياق، سؤال غاية في الأهمية وهو "هل من الممكن حدوث ثورة علمية في العلوم الاجتماعية كما حدثت في العلوم الطبيعية؟". وفي الواقع لم يوجد بعد ما يمكن أن يوصف بالثورة العلمية في العلوم الاجتماعية. ولكن هناك التغير والتطور في هذه العلوم والذي يحوي درجات متفاوتة لا تصل كلها إلى درجة الثورة العلمية. وقد يكون السؤال الأجدر هل يمكن تطبيق مفاهيم Kuhn عن الثورة العلمية على التغير والتطور في العلوم الاجتماعية؟ ونرى أنه لا يوجد مانع من ذلك، باعتبار أن الثورة العلمية والتغير والتطور يقعان على طرفي مستقيم.

والجدير بالذكر أن Kuhn نفسه أضاف ملحقاً للطبعة الثانية لكتابه الصادر في عام 1970 وضعه كفصل أخير تحت عنوان Postscript، نادراً ما يرجع إليه الباحثون (Gordon, 1983)، رد فيه على الانتقادات التي وجهت إليه كما حذر فيه من مغبة إساءة فهم واستعمال المفاهيم التي قدمها، وذكر أن جميع هذه المفاهيم تنطبق فقط على العلوم الطبيعية وذلك باعتبار أن التغيرات المماثلة لم تحدث في العلوم الاجتماعية (Kuhn, 1970). لذا فإن استخدام هذه المفاهيم الطبيعية، يدخل في باب المغالطات العلمية التي لا تخدم العلوم الاجتماعية نفسها. على الرغم من ذلك يظل مفهوم الثورة العلمية مفهوم جذاب للعلماء في العلوم الاجتماعية وكثيراً ما يتم استخدامه استخداماً خاطئاً من قبلهم للتعبير عن أفكارهم أو لتدعيم آرائهم.

وفيما يلي استعراض لمثالين لإساءة استخدام المفاهيم التي أوردها Kuhn عن الثورة العلمية.

المثال الأول: مقال جويل فيشر (Joel Fischer, 1981)

في عام 1981 نشر Fischer مقالا في دورية الخدمة الاجتماعية والتي تصدر في الولايات المتحدة الأمريكية بعنوان "Social Work Revolution" ذكر فيه أن الخدمة الاجتماعية، في ذلك الوقت، تمر بثورة علمية. وانتقد Fischer تصاميم البحث التجريبية التقليدية والتي تعتمد على المقارنة بين جماعتين (جماعة تجريبية وجماعة ضابطة)، والتي تمثل من

وجهة نظره الاتجاه العلمي السائد. ولقد ذكر Fischer نقاط الضعف في تصاميم البحث التجريبية التقليدية على أنها تمثل الحالات الشاذة التي ذكرها Kuhn على أنها لا تتناسب مع طبيعة مهنة الخدمة الاجتماعية. إذ أن تصاميم البحث التقليدية تهدر الفروق الفردية للعملاء حيث يتم التعامل معهم كجماعات وليس كأفراد لهم احتياجاتهم الخاصة ومشاكلهم الخاصة وظروفهم الخاصة بهم. كما انتقدها Fischer لكون تطبيقها يوقع الباحث في مشاكل أخلاقية متمثلة في تقديم خدمات معينة أو تدخل مهني معين للجماعة التجريبية ولا يقدم بالمقابل خدمات أو تدخل مهني للجماعة الضابطة. وحيث أن الجماعتين الضابطة والتجريبية يجب، من الناحية التكنيكية، أن تكونا متماثلتين في خصائص كثيرة وخاصة المشكلة التي يحاول الباحث أن يدرسها، لذا فإن تقديم خدمات للجماعة التجريبية وحجبها عن الجماعة الضابطة على الرغم من حاجتها لها يعد أخلاقيا غير لائق.

وهنا استخدم Fischer مفاهيم Kuhn عن الثورة العلمية ليقدم تصاميم النسق المفرد "Single System Designs" على أنها تمثل الاتجاه العلمي الجديد. حيث أن تصاميم النسق المفرد تصمم للتعامل مع نسق مفرد سواء كان ذلك النسق شخصاً واحدا أو أسرة أو مجموعة قليلة من الأفراد، وهي بذلك لا تهدر الفروق الفردية بين عملاء الخدمة الاجتماعية. كما أن تصاميم النسق المفرد لا تتطلب استخدام عينة ضابطة، إذ أن العينة نفسها (نسق العميل) تقوم بدور العينة التجريبية والضابطة في نفس الوقت. ويتم ذلك عن طريق الحصول على قياس قبلي Baseline يتصف بالثبات النسبي لمشكلة العميل قبل إحداث تدخل مهني من قبل الأخصائي الاجتماعي كمرحلة أولية. ومن ثم وبعد ثبات قياس مشكلة العميل (المتغير التابع)، يقوم الأخصائي الاجتماعي بإدخال تدخل مهني (عملية المساعدة) ملائم لمشكلة العميل كمرحلة ثانية. ويتم بذلك مقارنة قياس مشكلة العميل قبل التدخل المهني وأثنائه وبعده للحصول على نتيجة التدخل المهني وتقويمه. وتصاميم النسق المفرد بذلك تتفادى المشكلة الأخلاقية البحثية الناجمة عن استخدام تصاميم البحث التجريبية التقليدية التي تعتمد على المقارنة بين جماعتين.

وعلى الرغم من مصداقية ما ذكر Fischer من نقاط عن تصاميم البحث التقليدية وتصاميم النسق المفرد، إلا أن استخداماته وتوظيفه لمفاهيم Kuhn عن الثورة العلمية كانت مضللة إلى حد كبير. ولقد تصدى (Gordon, 1983) لمزاعم Fischer موضحاً بأن Fischer قد اختلطت عليه أمور كثيرة في غمرة انسياقه خلف تصاميم النسق المفرد. ولم يكن واضحا حول ما يقصد بالاتجاه العلمي السائد. إذ أن Kuhn كان يتحدث عن النظريات بينما Fischer كان يتحدث عن النماذج النظرية والإجراءات المنهجية والفرق بينهما واضح. كما أن Fischer ركز على تصاميم النسق المفرد كما لو أنها تمثل اتجاهاً نظرياً قائماً بذاته، بينما الواقع أنها تتمثل في خطوات إجرائية بحثية، والإجراءات المنهجية البحثية لا تمثل اتجاهاً علمياً بذاته. واختتم Gordon نقده لمقال Fischer بقوله أن الانسياق خلف الإجراءات المنهجية لا يمثل ثورة علمية، وهو إن حدث فإنه يعتبر وللحق تقويض لمهنة الخدمة الاجتماعية. وأضاف Gordon بأن الخدمة الاجتماعية تمر بنمو وتطور وليس بثورة علمية كما زعم Fischer.

المثال الثاني: مقال إبراهيم رجب (1991)

في عام 1991 قدم الأستاذ الدكتور إبراهيم رجب بحثين متصلين من حيث الطرح في ندوة التأصيل الإسلامي في القاهرة. ولقد ارتكز رجب على مفاهيم Kuhn عن الثورة العلمية في بحثه الأول المعنون "المنهج العلمي للبحث من وجهة إسلامية في نطاق العلوم الاجتماعية ومهن المساعدة الإنسانية" كحجر الأساس في طرحه للتأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية بصفة عامة والخدمة الاجتماعية بصفة خاصة. فلقد انتقد رجب الفكر الاجتماعي المعاصر والذي نشأ أساساً في الغرب على أنه يمثل الاتجاه العلمي السائد. ووضح أن هذا الفكر يحظى في الواقع بقبول الغالبية العظمى من المتخصصين في العلوم الاجتماعية، بدليل أن الكتابات التي تنتقد وتهدف إلى

زعزعة هذا الفكر الذي يعتقد مؤيدوه بأنه ثابت، سوف تؤدي إلى استفزاز العلماء والمتخصصين في العلوم الاجتماعية.

هذا ولقد ركز رجب على نقطتين أساسيتين حيث تمثلان، من وجهة نظره، الحالات الشاذة التي لم يستطع الاتجاه العلمي السائد شرحها وهي كما يلي:

أولا: أن الفكر الاجتماعي الغربي بكل ما فيه عجز عن تفسير السلوك الإنساني أو التنبؤ به. فعلى الرغم من الكم الهائل من النظريات والدراسات والضوابط والإجراءات المنهجية المستخدمة في العلوم الاجتماعية، لم يستطع الفكر الاجتماعي أن يقدم تفسيرا شاملاً وواضحاً للسلوك الإنساني المعقد. ويعود ذلك إلى أن العلوم الاجتماعية تستند أساسا على المنهج الاستقرائي Inductive approach لبناء المعرفة وكذلك على الفلسفة الوضعية المنطقية Logical Positivism. حيث أن المعرفة بنيت وتبنى في العلوم الاجتماعية على ما يمكن ملاحظته وما يمكن قياسه أو التحقق منه حسياً من الظواهر الاجتماعية. وهي بذلك تغفل الجانب الروحي في الإنسان وأثره على سلوك الأفراد. ويعود ذلك لكون الجانب الروحي لا يمكن ملاحظته أو قياسه وذلك منطلق أساساً من المقولة الشهيرة، والتي تعود جذورها الأساسية إلى المدرسة السلوكية، بأن ما لا تستطيع أن تراه لا تستطيع أن تقيسه، وأن ما لا تستطيع أن تقيسه لا تستطيع أن تعالجه، إذا فإن ما لا تستطيع أن تراه ليس له وجود.

ثانياً: وهذا خاص بالخدمة الاجتماعية، أن الخدمة الاجتماعية والتي تستند على علم النفس وعلم الاجتماع كأساس نظري لها، عجزت عن تقديم خدمات فعالة لعملائها. واستند رجب على مجموعة من المقالات لتوثيق ذلك وأشهرها مقال " Is Casework Effective? A Review" (Fischer, 1973).

بعد ذلك قدم رجب حركة التأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية والتي تنادي بعدم اللجوء إلى الفكر الغربي إلا في حالة ثباته بما لا يدع مجالاً للشك واللجوء إلى تعاليم الدين الإسلامي الحنيف لبناء العلوم الاجتماعية لتتناسب مع احتياجات البلدان المسلمة، على أنها تمثل الاتجاه العلمي الجديد.

إلى هنا قد يتبادر إلى الذهن أن رجب قد أحسن استخدام وتوظيف مفاهيم Kuhn. إلا أن ذلك ينافي الحقيقة، إذ أن رجب عندما قدم حركة التأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية على أنها تمثل الاتجاه العلمي الجديد، لم يقدم ولم يعرض من خلال الاتجاه العلمي الجديد ما يشرح ويفسر الحالات الشاذة التي لم يستطع الاتجاه العلمي السائد شرحها وتفسيرها. كما أنه حينما عرض للمنهج الذي يري أن تتبعه حركة التأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية في بحثه الثاني المعنون "مداخل التأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية (مع اهتمام خاص بمهن المساعدة الإنسانية)" قدمها مستخدماً المنهج الاستنباطي Deductive Approach وهو نابع أساساً من نفس الفكر الغربي الذي يمثل الاتجاه العلمي السائد وفي نفس الوقت مكمل للمنهج الاستقرائي الذي انتقده أساسا.

وحركة التأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية، من وجهة نظر الباحث، حركة رائدة يرجى لها خير حيث فيها مقومات المظلة التي من الممكن أن تجمع هموم العلوم الاجتماعية كلها. على الرغم من ذلك فإن تقديمها على أنها تمثل الاتجاه العلمي الجديد يعتبر سابق لأوانه Premature حيث لم تتم بلورتها بما فيه الكفاية من قبل المتخصصين في العلوم الاجتماعية وتوضيح فعاليتها تجريبيا. لذا فإن استخدام رجب لمفاهيم Kuhn لم يكن استخداماً وتوظيفاً أمثل، بل يعتبر بمثابة تطويع قسري لهذه المفاهيم لتدعيم آرائه.

وتجدر الإشارة إلى أن ضوابط الثورة العلمية الخمسة لم تنطبق كلها في المثالين السابقين. إذ أن كلاً من Fischer ورجب لم يحسن استخدام مفاهيم Kuhn عن الثورة العلمية. فالأول اختلطت عليه أمور كثيرة ولم يفهم ما قصد Kuhn بالاتجاه العلمي أساساً. أما رجب فلم

يقدم ما يبرر وجود الاتجاه العلمي الجديد، حيث لم يستطع تقديم بدائل لما وصفه بالحالات الشاذة في العلوم الاجتماعية خارج إطار الاتجاه العلمي السائد.

وعلى الرغم من ذلك فإن هذا لا يعني بالضرورة عدم إمكانية الاستفادة من المفاهيم التي قدمها Kuhn عن الثورة العلمية في العلوم الاجتماعية. وسنعرض فيما يلي لاتجاهين علميين في حقل إدمان الكحول وهما النظرية المرضية (الاتجاه العلمي السائد) ونظرية التحكم بالشرب (الاتجاه العلمي الجديد). وسنقدم استعراضاً تاريخياً لتطور هذين الاتجاهين العلميين في حقل إدمان الكحول داخل الإطار الفكري الذي قدمه Kuhn عن الثورة العلمية.

الشرط الأول: **وجود اتجاه علمي سائد**:

لا تزال طبيعة الكحولية مجهولة إلى وقتنا الراهن وإن كان هناك العديد من النظريات التي سجلت تقدما في هذا الشأن. وهذه النظريات تتفاوت في دقتها وشمولها ومصداقيتها العلمية وكذلك في درجة تقبل العامة والمتخصصين لها، وأشهر هذه النظريات وأكثرها تقبلا بين الأوساط العلمية هي النظرية المرضية والتي يرجع الفضل في تطويرها إلى الطبيب الأمريكي Jellinek (1960).

يرتبط تاريخ النظرية المرضية بالوقت الذي نشأت فيه أول جمعية من جمعيات "مدمني الخمر، مجهولي الاسم" (Alcoholics Anonymous (AA في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك في عام 1935 عن طريق مدمنين هما بل ويلسون Bill Wilson سمسار الأسهم، وروبرت سميث Robert Smith، الطبيب. وجمعية "مدمني الخمر، مجهولي الاسم" لا تعتبر نظرية علمية وإنما هي مجموعة من المعتقدات والخطوات الإجرائية والتي تراكمت عبر السنين، لذا فهي لا تقف على أرضية صلبة (Lawson, Peterson & Lawson, 1983; Nowinski, 1992). وتقوم فلسفة جمعية "مدمني الخمر، مجهول الاسم" على أن مدمني الكحول ليسو أناساً عاديين من حيث طريقة تقبلهم وتعاطيهم للكحول، إذ أنهم مصابون بحساسية في أجسامهم للكحول. فعندما يبدأ المدمن يتعاطى الكحول فإن ذلك يرسل إشارة إلى خلايا الجسم والتي تصبح متعطشة للمزيد من الكحول. ويعرف هذا في مصطلحات "مدمني الخمر، مجهولي الاسم" بالخلايا المتعطشة Hunger Cell. كما تقوم الفلسفة أيضاً على أن مدمني الكحول قد فقدوا السيطرة على الشرب، لذا فإن الخمر يتحكم بهم بدلا من أن يتحكموا به. وتصور جمعيات "مدمني الخمر، مجهولي الاسم" الكحولية على أنها مرض Disease من غير علة معروفة وأنه يؤثر على الجسم والعقل والروح, وإدمان الكحول إدمان دائم Chronic كما أنه يتطور إلى الأسوأ مع مرور الوقت Progressive. وجمعية "مدمني الخمر، مجهولي الاسم" هي التي بدأت تقليد بقاء المدمنين منقطعين عن الكحول عن طريق نظام المساندة الاجتماعية والحوار مع بعضهم البعض وكذلك عن طريق الاعتقاد بوجود "قوة آلهية عليا" تمدهم بالقوة للتوقف عن تعاطي الكحول (Alcoholics Anonymous, 1939).

فبعد إنشاء هذه الجمعية وانتشارها في معظم أنحاء العالم حققت نجاحاً مرموقاً في إعادة تأهيل مدمني الكحول ومساعدتهم على الانقطاع عن الشرب عن طريق برنامجها التأهيلي "الخطوات الإثني عشر". وفي الواقع أن هذا النجاح لم يلفت أنظار المتخصصين إلا في الخمسينات الميلادية. ولكن كون هذه الجمعية أسست بمعزل عن الوسط الطبي وكونها قامت على مجموعة من المعتقدات التي لم تثبت صحتها ومصداقيتها علمياً لم تحظيا بالقبول بين أوساط المتخصصين في حقل إدمان الكحول وخاصة الأطباء. ومن هنا قرر الطبيب الأمريكي Jellinek دراسة هذه الجمعيات عن طريق أعضائها للتعرف عن كثب وبطريقة علمية بسيطة مستخدما الاستبيان في عام 1952 ونشرها في نفس العام في مقالة تضمنت أنواع الكحولية ومراحلها (Jellinek, 1952). ومن ثم أعاد نفس الدراسة وعلى عينة تجاوزت الألفين بقليل من أعضاء جمعية "مدمني الخمر، مجهولي الاسم" ونشر نتائجها في كتابه الشهير "المفهوم

المرضي للكحولية" " The Disease Concept of Alcoholism" والذي عرض فيه نظريته المرضية بكامل فرضياتها ومفاهيمها.

هذا ولقد توصل Jellinek من خلال دراساته إلى نتيجتين رئيسيتين وهما:

الأولى: أن هناك خمسة أنواع من الإدمان ورمز لكل منها بأحرف إغريقية وهي إدمان ألفا، إدمان بيتا، إدمان قاما، إدمان دلتا وإدمان ابسلون (Jellinik, 1960).

1. إدمان ألفا (Alpha Alcoholism):
وهذا النوع من الإدمان يعتبر إدمان نفسي فقط، فمدمنين ألفا لا يتعرضون للأعراض الإنسحابية عند توقفهم عن تعاطي الكحول.

2. إدمان بيتا (Beta Alcoholism):
وهذا النوع من الإدمان لا يدخل في نطاق الإدمان النفسي أو الجسمي ويقتصر هذا النوع من الإدمان على أعراض مرضية جسمية مصاحبة للإكثار من تعاطي الكحول. ومدمني بيتا أيضاً لا يتعرضون للأعراض الإنسحابية في حالة توقفهم عن تعاطي الكحول.

3. إدمان قاما (Gamma Alcoholism):
يعتبر هذا النوع أكثر أنواع الإدمان شيوعاً ويكثر مدمني هذا النوع في الولايات المتحدة الأمريكية. ويشمل هذا النوع من الإدمان أعضاء جمعية المدمنين المجهولين في الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها. ومدمني قاما يتميزون بالاعتماد الفسيولوجي على الكحول كما يتميزون بفقدانهم للسيطرة على كمية الكحول التي يتعاطونها. فمدمني قاما يستمرون في تعاطي الكحول حتى تنفذ الكمية التي أمامهم أو يفقدوا وعيهم أو يجبروا على التوقف. وعلى الرغم من ذلك فإن مدمني قاما باستطاعتهم التحكم في الوقت الذي يتعاطون فيه الكحول. أي أن مدمني قاما باستطاعتهم الانقطاع عن الكحول لأشهر أو حتى سنين ولكن ما أن يبدؤا الكأس الأول حتى يفقدوا السيطرة على أنفسهم ويبدؤون بتناول كأس بعد الأخرى.

4. إدمان دلتا (Delta Alcoholism):
ينتشر إدمان دلتا في أوروبا، ويتشابه إلى حد بعيد مع إدمان قاما. إلا أن ما يميز مدمني دلتا عن مدمني قاما أن مدمني دلتا باستطاعتهم التحكم بالكمية التي يشربونها في كل مرة يتعاطون فيها الكحول. إلا أن مدمني دلتا وعلى عكس مدمني قاما لا يستطيعون التحكم في مناسبة الشرب، فليس باستطاعتهم الإنقطاع عن تعاطي الكحول ولو ليوم واحد. إذ يتطلب هذا النوع من الإدمان وجود نسبة معينة من الكحول في جسم المدمن في جميع الأوقات، وكلما تناقصت هذه النسبة عن الحد الأدنى تبدأ أعراض الإنسحاب بالظهور مما يجعل المدمن من نوع دلتا يضطر لتعاطي الكحول لتفادي هذه الأعراض.

5. إدمان إبسلون (Epsilon Alcoholism):
وهذا أقل أنواع الإدمان إنتشاراً ويعتقد Jellinek أن إدمان ابسلون لا يعدو كونه أحد أشكال إدمان قاما. ومدمني إبسلون يشربون على فترات متقطعة ولكنهم عندما يكونون تحت تأثير الكحول فإنهم يصبحون في غاية العنف وغالبا ما تنتهي فترة الشرب لهم بمشكلة أو بمشاجرة.

الثانية: أن مدمني الكحول يمرون بأربع مراحل واضحة ما لم يقدم لهم العلاج المناسب وهذه المراحل هي كالآتي:

- مرحلة ما قبل الإدمان:

وتتميز هذه المرحلة باستخدام الكحول لتحاشي القلق والتوتر الناجمين عن مصاعب الحياة التي يواجهها الأفراد في حياتهم كل يوم. ويؤدي استمرار التعاطي لهذه الأسباب إلى زيادة تقبل الجسم للكحول مما يؤدي بدوره إلى زيادة الكمية المتعاطاة وكذلك إلى تقليص المدة التي تفصل بين فترات الشرب من أجل الوصول إلى نفس المفعول المطلوب.

- مرحلة الإنذار بالإدمان:

وتتميز هذه المرحلة بخمسة أعراض محددة وهي (1) فترات فقدان الذاكرة Blackouts قصيرة الأجل والتي تحدث خلال فترة الشرب أو بعدها مباشرة، (2) الشرب خفية، (3) تجرع الكحول، (4) استحواذ الكحول على تفكير المدمن فيصبح كل تفكيره متمركز حول الكحول، (5) الشعور بالذنب الناتج عادة عن السلوك الغير لائق الذي يحدث نتيجة للوقوع تحت تأثير الكحول. وفي هذه المرحلة يبني المدمن حول نفسه نظاماً دفاعياً يبدأ عن طريقه بإنكار الإدمان على الكحول.

- المرحلة الحرجة:

في هذه المرحلة يكون الاعتماد الجسمي على الكحول واضحاً جداً على المدمن كما أن المدمن يفقد سيطرته على الشرب بحيث يصبح غير قادر على التحكم بالكمية التي يتعاطاها في فترات الشرب. ويمكن إعطاء تصور أفضل عن هذه المرحلة إذا نظرنا إليها على أنها مرحلة الفقدان، فقدان العمل والأصدقاء والصحة والأسرة (Wallace, 1986).

- المرحلة المزمنة:

هذه المرحلة هي المرحلة الأخيرة التي يمر بها المدمن قبل الوفاة. والمدمنون الذين يتدهورون عبر مراحل الإدمان حتى المرحلة المزمنة غالبا ما تمر بهم أنواع المشاكل والمصاعب المختلفة والتي ترتبط عادة بالكحولية. وغالبا ما يكونون قد تلقوا علاجا في عدة مصحات علاجية لإدمان الكحول. ومن الأعراض الرئيسية لهذه المرحلة فقدان الذاكرة وفقدان الجسم للقدرة على تقبل الكحول والشرب في جميع الأوقات وكذلك انحدار أخلاق المدمن (Lawson, Peterson & Lawson, 1983).

المفهوم المرضي:

تعتبر الكحولية مرضاً من وجهة نظر أنصار النظرية المرضية. ولقد أحرز المفهوم المرضي للكحولية تقبلاً واسعاً بين أوساط المدمنين والمتخصصين على حد السواء وذلك لعدة أسباب وهي أن المفهوم المرضي كان سهل الفهم وواضحاً، ولأنه أزال النظرة المجتمعية السلبية لمدمني الكحول وأخيراً لأنه مكن المدمنين من الحصول على إجازات مرضية وجعل علاجهم يدخل ضمن التأمين الصحي. ولقد حذر Jellinek من سوء استخدام هذا المفهوم حيث أنه عبر عن أن المفهوم المرضي للكحولية لا يجب النظر إليه أو التعامل معه بطريقة مجردة أو كما يفهم "المرض" عادة. فالمفهوم المرضي قصد به إزالة النظرة المجتمعية السلبية لمدمني الكحول من اشمئزاز واحتقار إلى عطف ورحمة وتأهيل وعلاج لهم.

الهدف العلاجي: التوقف التام عن الشرب Total Abstinence

يستند التوقف التام عن الشرب أساساً من النظرية المرضية ويقوم على أحد فرضياتها التي تفترض أن مدمني الكحول، إذا لم يقدم لهم العلاج المناسب، يمرون بأربع مراحل متتابعة للإدمان (مرحلة ما قبل الإدمان، ومرحلة الإنذار بالإدمان، والمرحلة الحرجة، والمرحلة المزمنة). من هذا المنطلق تؤكد النظرية المرضية على ضرورة التوقف التام عن الشرب بأسرع ما يمكن لتقليص الأضرار المتوقعة من الإدمان على الكحول بقدر المستطاع من ناحية ووقف تدهور المدمن عبر مراحل الإدمان. فعلى حد تعبير Ohlms فإن مدمن الكحول إذا فقد السيطرة على كمية الكحول التي قد تعاطاها (المرحلة الحرجة) ومن ثم توقف عن تعاطي الكحول فإنه يبدأ من حيث توقف (المرحلة الحرجة) (Ohlms, 1983).

الإنتقادات الموجهة للنظرية:

يلاحظ المتأمل لبناء النظرية العلمية أنها تتكون من شقين استقرائي واستنباطي. ويبدو الجزء الاستقرائي والذي يشمل أنواع الإدمان ومراحل الإدمان أكثر تماسكاً وأقل عرضة للنقد. أما الجزء الاستنباطي فلقد انتقد لكونه قائم على استنباط فرضيات من فرضيات مستنبئة أساساً عن طريق المنهج الاستقرائي وهو ما يعد غير مقبول علمياً (Denzin, 1989).

في الواقع أن أكثر الانتقادات التي وجهت للنظرية كان لها علاقة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بالطريقة التي قدمت بها النظرية. فالطريقة التي عرض بها Kellinek نظريته لم تكن واضحة مما أدى إلى الكثير من اللبس فيما يتعلق بالمفاهيم المختلفة التي احتوتها. كما أنه ترك بعض المفاهيم عالقة أو غامضة إلى حد ما فلم يتوسع في شرح بعض المفاهيم الحيوية للنظرية. فعلى سبيل المثال، من بين أنواع الإدمان الخمسة التي قدمت في النظرية، يرى جيلينك أن نوعي قاما ودلتا فقط يمثلان مرضاً حقيقياً أما بقية الأنواع فلا ينطبق عليها المفهوم المرضي. بالإضافة إلى ذلك فكثيرا ما ينسب لجيلينيك أن الكحولية تتطور في اتجاه واحد فقط وهو من سيئ إلى أسوأ أي أنها متعذرة الإلغاء أو التراجع Irreversible بينما في الواقع جيلينيك لم يتطرق لهذا الموضوع على الإطلاق. فلقد تم تفسير مراحل الإدمان التي قدمها جيلينيك مع الهدف العلاجي (التوقف التام عن الشرب) على أنها اعتراف ضمني من جيلينيك بأن المرض يتطور باستمرار إلى الأسوأ.

ولقد تعرض المفهوم المرضي الذي نادت به النظرية المرضية للنقد لعدم دقته ولقابليته للتفسير من وجهات نظر مختلفة. فاستخدام المفهوم المرضي للكحولية كان يقصد به جزئيا، إزالة النظرة السلبية من قبل المجتمع نحو مدمني الكحول. وعلى الرغم من أن الكحولية ينظر إليها من قبل العديد من المتخصصين على أنها مرض عضوي لا يستطيع المدمن التحكم به.

كما تعرض الهدف العلاجي للنظرية المرضية للنقد كذلك، فالانقطاع التام عن الشرب على الرغم من أنه السائد في برامج ومستشفيات علاج الكحولية، إلا أنه غالباً ما يقيم على أنه هدف مثالي ليس من السهل الوصول إليه. ومن هذا المنطلق تعرض هذا الهدف العلاجي للنقد لكونه لا يتلائم مع الثقافة الغربية والتي تشجع على تعاطي الكحول. لذا فإن الشباب والمراهقين قد لا يتقبلون التوقف التام عن الشرب نتيجة لعدم قناعتهم الذاتية بأنهم مدمني كحول.

ولقد انتقد Todd & Selekman مستشفيات ومصحات علاج الكحولية والتي تتبنى النظرية المرضية كأساس نظري لها لاستعجالها في تشخيص الأحداث الذين يتعاطون الكحول على أنهم مدمنون جسمياً وكذلك لاستخدامها نفس الطرق العلاجية المستخدمة مع مدمني الكحول كبار السن. فهذه المستشفيات والمصحات العلاجية تسارع بعد إجراء عملية التشخيص إلى مواجهة الأحداث عن طريق ممارسيها المهنيين أو عن طريق أصدقاء وزملاء الأحداث ليعترفوا

بأنهم مدمنين. وفي حالة رفض الأحداث الاعتراف بذلك يتم النظر إليهم والتعامل معهم على أنهم يلجئون إلى إنكار الواقع للتهرب من مواجهته (Todd & Selekman).

ومن المأخذ على الممارسين المهنيين في مستشفيات علاج الإدمان أن طاقاتهم كلها مجندة لعلاج الإدمان نفسه فقط مما يجعلهم يتجاهلون البيئة والظروف الاجتماعية المحيطة بالمدمنين والتي غالبا ما تكون السبب في عودة هؤلاء إلى الإدمان مرة أخرى (Shapiro, 1980). ويعزى ذلك لتجاهل الممارسون المهنيون وجهة نظر المدمن نفسه والأهداف التي يريد هو تحقيقها (Todd & Silikman, 1991) ويبدو أن هؤلاء الممارسين المهنيين الذين يتعاملون بهذا المنظور العلاجي يفترضون أنه حالما يتوقف العميل المدمن عن تعاطي الكحول فإن مشاكله الأخرى سرعان ما تختفي. طريقة التفكير هذه تشجع نزع مشاكل العميل (المدمن) من إطارها وسياقها الاجتماعي الذي حدثت فيه (Thorely, 1985).

وعلى الرغم من وجود العديد من الدراسات التي تؤكد أن المدمنين الذين تلقوا علاجهم في مستشفيات ومصحات علاج الكحولية والتي تتبنى التوقف التام عن الشرب كهدف علاجي لها تؤكد أن الغالبية العظمى منهم ينتكسون ويعاودن تعاطي الكحول، لا تزال هذه المستشفيات والمصحات تستخدم نفس الهدف العلاجي (Emrick & Hansen, 1983; Helzer et al, 1985; Porich, Armor & Braiker, 1981).

الشرط الثاني: حظوة الاتجاه العلمي السائد بقبول المتخصصين:

منذ أن قدم Jellinek النظرية المرضية وهي تحظى بقبول المتخصصين ومدمني الكحول على حد سواء. وعلى الرغم من أن الأسباب التي تجعلهم يتقبلون النظرية المرضية تختلف، إلا أن الجميع يرى أنها الأفضل. فمدمني الكحول يرون أن النظرية المرضية قد حققت لهم الكثير من المكاسب، فعلى سبيل المثال لم يعد (في الغرب) من ينظر إلى الكحولية على أنها تمثل إنحرافاً خلقياً، أو أن مدمن الكحول هو إنسان منحط مجرد من القيم والأخلاق. فلقد تغيرت هذه النظرة إلى نظرة عطف ورحمة للمدمنين مصحوبة بالدعوة إلى علاجهم وتوفير كافة السبل لهم للشفاء من الكحولية. بالإضافة إلى ذلك فإن النظرية المرضية مكنت المدمنين من أن يكون علاجهم داخلاً ضمن التأمين الصحي، وبذلك أزاحت عن كاهلهم الأعباء المادية المترتبة على العلاج من ناحية وشجعتهم على التوجه إلى المصحات العلاجية وطلب العلاج من ناحية أخرى (Pattison, Sobell & Sobell, 1977; Heather & Robertson, 1983; Lawson, Peterson & Lawson, 1983).

بالإضافة إلى ذلك فإن النظرية المرضية قدمت لهم عذراً مقبولاً اجتماعياً يستخدمونه متى ما أفرطوا في الشرب. لذا فإن النظرة الكحولية كمرض كانت أسهل بكثير من محاولة إيجاد تفسيرات مختلفة لأنماط السلوك الإدماني.

أما بالنسبة للمتخصصين فإن النظرية المرضية تمثل نقطة تحول رئيسية في حقل إدمان الكحول. فالنظرية المرضية هي السبب الرئيسي خلف تبني منظمة الصحة العالمية المفهوم المرضي للكحولية، كما أنها السبب المباشر لتبني جمعية الأطباء الأمريكيين AMA المفهوم المرضي للكحولية والاعتراف بالكحولية كمرض لذا فإنها تعتبر القاعدة التي بني عليها قانون 1970 في الولايات المتحدة الأمريكية والقاضي بإنشاء مصحات علاجية حكومية لعلاج المدمنين والمساعدة المادية للمصحات العلاجية للقطاع الخاص وكذلك الحال بالنسبة للوقاية من الكحولية. لذا نجد أن آراء المتخصصين تميل إلى تبني وجهة نظر النظرية المرضية في الكحولية. فعلى سبيل المثال، وجد (Bailey, 1970) أن نسبة 85% من الأخصائيين الاجتماعيين (أخصائي خدمة الفرد) الذين استطلع آرائهم يؤيدون القول "بأن الكحولية مرض".

ومما يؤكد تقبل المتخصصين للنظرية المرضية هو أن الغالبية العظمى من البرامج العلاجية والمستشفيات الخاصة بإدمان الكحول تتبنى التوقف التام عن الشرب كهدف علاجي لها.

فمنذ أن قدمت النظرية المرضية وحتى الآن والتوقف التام عن الشرب يسيطر على حقل إدمان الكحول كأفضل وأنسب هدف علاجي من الناحية الأخلاقية والناحية العملية. ويتبنى هذا الهدف العلاجي حالياً ما يقارب من 90% من البرامج العلاجية المخصصة لعلاج إدمان الكحول (Todd & Selekman).

الشرط الثالث: ظهور حالات شاذة لا يستطيع الاتجاه العلمي السائد أن يفسرها:

في عام 1962 ظهرت أول الحالات الشاذة التي لم تستطع النظرية المرضية تقديم تفسير لها. فلقد قام العالم ديفز L.D. Davies بإجراء دراسة تتبعية لـ 93 ممن تلقوا العلاج في أحد المستشفيات في بريطانيا ممن كانوا جميعاً قد تم تشخيصهم على أنهم مدمنين الكحول من نوع قاما. واستطاع L.D Davies الاتصال بسبعة منهم ووجدهم جميعاً يتعاطون الكحول بطريقة طبيعية. مما يعني أنهم قد استعادوا تحكمهم بالكمية التي يتعاطونها. وهذا بالطبع مناقض للنظرية المرضية والتي تفترض بأن الكحولية مرض يتدهور باستمرار ما لم يتوقف المدمن عن تعاطي الكحول ويقدم له العلاج. وبما أن مدمني قاما يتصفون بفقدانهم السيطرة على الكمية التي يتعاطونها، لذا فإن استعادتهم للسيطرة على الكمية يعتبر أمراً محالاً بالنسبة للنظرية المرضية. حيث أن فقدان السيطرة على كمية الكحول المتعاطاة، والتي هي من سمات مدمني قاما، تعتبر حالة مزمنة بحيث لا يستطيع المدمن استعادة تحكمه على كمية الكحول المتعاطاة مدى الحياة. لذا فلقد اعتبرت دراسة L.D. Davies حالة شاذة بالفعل بالنسبة للاتجاه العلمي السائد (النظرية المرضية) (Heather & Robertson, 1983) ومن هنا حاول الكثيرون جدا في حقل إدمان الكحول ومن أنصار النظرية المرضية التقليل من شأن تلك الدراسة من ناحية والطعن فيها من ناحية أخرى. فلقد ذهب الكثيرون إلى أن أفراد العينة الذين تابعهم ودرسهم L.D. Davies لم يكونوا أساسا مدمنين من نوع قاما بل كانوا متعاطين للكحول عاديين فقط. كما ذهب آخرون إلى أن حجم العينة صغير جداً وليس له دلالة أو قيمة علمية على الإطلاق (Esser, 1963; Selzer, 1963; Smith, 1963; Tiebout, 1963).

الشرط الرابع: كثرة ظهور الحالات الشاذة وتهيؤ الفرصة لظهور اتجاه علمي جديد:

بعد دراسة L.D. Davies اهتم الكثيرون جداً بنتائج دراسته، فلقد قام (Linda and Mark Sobell 1973; 1976) بدراسة تعتبر من أقوى الدراسات من الناحية المنهجية لإثبات ما توصل إليه ديفز بطريقة لا تدع مجالاً للشك. فلقد قام Sobell & Sobell باختيار عينة من 400 مدمن كحول من نوع قاما حسب التفسير الذي قدمته النظرية المرضية. ثم قسما هذه العينة إلى مجموعتين تتكون كل منهما من 200 مدمن، مجموعة يستخدم معها التوقف التام عن الشرب كهدف علاجي، ومجموعة يستخدم معها التحكم بالشرب كهدف علاجي، وبعد ذلك قسما كل مجموعة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية كالأتي:

- المجموعة الأولى: وهي الجماعة التجريبية وتحوي 100 مدمن والهدف العلاجي هو التوقف التام عن الشرب، وذلك باستخدام الخطوات الإثني عشر المستمدة من "مدمني الخمر، مجهولي الاسم".

- المجموعة الثانية: وهي الجماعة الضابطة للجماعة التجريبية في المجموعة الأولى وتحوي 100 مدمن والهدف العلاجي هو التوقف التام عن الشرب بدون تقديم أي مساعدة أو تدخل مهني.

- المجموعة الثالثة: وهي الجماعة التجريبية الثانية وتحوي 100 مدمن والهدف العلاجي هو التحكم بالشرب عن طريق استخدام تكنيكات تعديل السلوك.

- المجموعة الرابعة: وهي الجماعة الضابطة للجماعة التجريبية الثانية وتحوي 100 مدمن والهدف العلاجي هو التحكم بالشرب بدون تقديم أي مساعدة أو تدخل مهني.

هذا ولقد كانت النتائج التي توصل إليها Sobell & Sobell تشير إلى أن المجموعتين التجريبيتين كانتا أفضل من المجموعتين الضابطتين بصفة عامة، إلا أنه لم يوجد فرق في النتائج بين الجماعتين التجريبيتين، إذ نسبة النجاح في كل منهما كانت متماثلة. أثبتت هذه الدراسة حقيقتين أولهما: أن التوقف التام عن الشرب ليس بالضرورة الهدف العلاجي الوحيد لمدمني الكحول، وثانيهما (وهو المهم في هذا البحث): أن باستطاعة مدمني الكحول من نوع قاما أن يستعيدوا سيطرتهم على الكحول بعد أن فقدوها تماماً ويصبحوا مرة أخرى متعاطين اجتماعيين للكحول (Sobell & Sobell, 1978).

تلا دراسة sobell & sobell العديد من الدراسات كتلك التي قام بها Sanchez Wolker (1987); Caddy, Addington & Perkins (1978); Craig, Wilkinson & Vaillant (1983); Maisto, Sobell & Sobell (1980); Alden (1988).

والتي أتت نتائجها كلها مؤكدة أن بإمكان مدمني الكحول أن يستعيدوا سيطرتهم على الكحول. هيأ تعدد الدراسات عن التحكم بالشرب ثبات نتائجها النسبي والذي يناقض النظرية المرضية الظروف لظهور اتجاه علمي جديد.

الشرط الخامس: ظهور الاتجاه العلمي الجديد:

يجمع الكثيرون في حقل إدمان الكحول أن الدراسة التي قام بها L.D. Davies تشكل حجر الأساس لنظرية التحكم بالشرب وأن تاريخ النظرية يبدأ من تلك الدراسة.

فعلى الرغم من صغر حجم العينة المستخدمة في تلك الدراسة، إلا أن أهميتها في حقل إدمان الكحول تفوق بكثير حجمها. فلقد غيرت تلك الدراسة طريقة تفكير كانت سائدة وأثارت العديد من التساؤلات حول مصداقية النظرية المرضية كما أنها أثبتت أن ما كان في وقت من الأوقات يعتبر مستحيلاً أصبح في الواقع ممكناً (Dinzin, 1987; Heather & Robertson, 1983).

بعد ظهور العديد من الدراسات التي أثبتت أنه بإمكان مدمن الكحول الذي فقد السيطرة على شربه الكحول أن يتعلم كيف يستعيد هذه السيطرة، تشكلت نظرية التحكم بالشرب وبالتحديد في علم النفس. على أنه لا يوجد إطار نظري موحد في علم النفس يستخدم لتفسير الكحولية، بل إن هناك العديد من النظريات النفسية والتي وظفت لتفسير الكحولية. فلقد استخدمت نظرية الارتباط الشرطي لتفسير الاشتياق للكحول Craving. كما أن النظرية المعرفية Cognitive Theory تعتبر مناسبة لتفسير الإنتكاسة والتي غالباً ما تكون مصاحبة لإدمان الكحول ومن اليسير ملاحظة أن النظريات النفسية التي وظفت لتفسير الكحولية من الممكن تصنيفها داخل الإطار العام لنظرية التعلم.

فنظرية التحكم بالشرب هي تصور للإدمان مبني على مفاهيم وفرضيات نظرية التعلم ابتداء بافتراض أن السلوك الكحولي لدى الغالبية العظمى من الأفراد الذين يطلق عليهم مدمني كحول متعلم وقابل للتعديل. وهذا لا يعني أن السلوك الكحولي لا يمكن تعديله إلا عن طريق العلاج وباستخدام تكنيكات تعديل السلوك. إذ أن هناك أدلة علمية كثيرة تشير إلى أنه من الممكن أن تحدث تعديلات جذرية في سلوك مدمني الكحول وفي طريقة الشرب (مثل التوقف التام عن

الشرب أو الشرب بطريقة طبيعية مقبولة اجتماعياً) وبدون مساعدة مهنية (Heather & Robertson, 1983).

وعلى الرغم من أن هناك من مدمني الكحول من يحاول الحصول على مساعدة مهنية لتعديل سلوكه الكحولي ويفشل في تحقيق ذلك، فإن نظرية التحكم بالشرب تفسر ذلك بأنه ليس هناك على الإطلاق أي أدلة علمية تثبت عدم إمكانية حدوث ذلك بالفعل. ونظرية التحكم بالشرب لا ترى أنه يوجد أي فاصل بين تعاطي الكحول من قبل الذين يطلق عليهم مدمني كحول وبين تعاطي الكحول لدى العامة من الناس.

هذا وترتكز نظرية التحكم بالشرب على مجموعة من الحقائق وهي كما يلي:

1. أنه لا يوجد عوامل وراثية تجعل مدمني الكحول يستجيبون للكحول بطريقة تختلف عن العامة من الناس الذين يشربون الكحول. وفي الواقع، فإنه من غير المتوقع اكتشاف مثل هذه العوامل، ويعود ذلك إلى أن مدمني الكحول في الدراسات التجريبية والتي تخضع بالطبع للتحكم الخارجي من قبل الباحثين والظروف التجريبية المختبرية، لم تظهر عليهم أعراض فقدان السيطرة على الشرب أو الإشتياق للكحول وكلاهما يعتبر من المؤشرات على وجود عوامل وراثية للإدمان.
2. على الرغم من أن السلوك الإدماني يعرف، إلى حد كبير، بالحاجة إلى تعاطي الكحول للتخلص من الأعراض الإنسحابية، وعلى الرغم من أن الأعراض الإنسحابية من الممكن أن تستجيب لمؤثرات داخلية وخارجية مما يؤدي إلى تعزيز تعاطي الكحول كاستجابة، فإنه من غير المتوقع وجود تغيرات جسمية دائمة، كنتيجة للإسراف في تعاطي الكحول، تكون مسئولة عن العودة إلى الشرب بعد فترة من التوقف التام عن الشرب عند الغالبية العظمى من مدمني الكحول (الانتكاسة).
3. الاعتقاد بأن مدمني الكحول الذين توقفوا عن الشرب تماماً وأولئك المنخرطين في برامج علاجية لا يستطيعون التحكم بشربهم من جديد والعودة إلى الشرب العادي الخالي من الضرر قد ناقضته نتائج العديد من الدراسات.

الهدف العلاجي: التحكم بالشرب Controlled Drinking

ينطلق هذا الهدف العلاجي أساساً من نظرية التحكم بالشرب والتي تستند على مفاهيم وفرضيات نظرية التعلم ويقوم التحكم بالشرب كهدف علاجي على افتراض أن الكحولية سلوك متعلم وقابل للتعديل. وتقوم البرامج العلاجية التي تتبع هذا الهدف العلاجي باستخدام تكنيك تعديل السلوك وذلك لتعليم المدمن الذي فقد السيطرة على الكمية التي يتعاطاها من الكحول كيف يستعيد هذه السيطرة مرة أخرى ليتمكن من الشرب بطريقة اجتماعية (Anderson, 1987; Pattison, (Sobell & Sobell, 1977; Sobell & Sobell, 1987

وبذا تكون الشروط والضوابط التي وضعها Kuhn لحدوث الثورة العلمية قد اكتملت في حقل إدمان الكحول، ومن المفترض أن تصبح نظرية التحكم بالشرب الاتجاه العلمي الجديد. إلا أن الواقع اختلف عن ذلك تماما، إذ أنه لم يحدث تحول من الاتجاه العلمي السائد إلى الاتجاه العلمي الجديد. كما أن نظرية التحكم بالشرب لم تحظ بقبول المتخصصين في حقل إدمان الكحول وذلك لارتباطها بمجموعة من العوامل المتعلقة بالجانب التطبيقي للنظرية وهذه العوامل هي كما يلي:

- أولا: أن نظرية التحكم بالشرب فشلت في تحديد كمية الكحول التي يمكن أن يتناولها المدمن ويظل متحكماً بشربه. فالنظرية نفسها قائمة أساسا على فكرة التحكم به. فالدراسات التي تصنف في دائرة نظرية التحكم بالشرب استخدمت معايير مختلفة لتعريف وتحديد الشرب المتحكم به. فبعضها حدد أربعة مشروبات من البيرة في اليوم

والبعض الآخر حدد ستة في اليوم والبعض الآخر حدد التحكم بالشرب بكأسين من الويسكي في اليوم وهكذا. هذا الاختلاف في معيار التحكم بالشرب جعل النظرية عرضة للإنتقاد الشديد. فكما ذهب إليه (Fingarette, 1988) فإنه من غير الممكن التصور أن المدمن من الممكن أن يتعاطى ست كؤوس من البيرة دفعة واحدة ويصنف على أنه متحكم بشربه.

- ثانياً: المشاكل القضائية المصاحبة لاستخدام وتطبيق النظرية وهدفها العلاجي. إذ اقترنت نظرية التحكم بالشرب منذ ظهورها كنظرية أساسية في حقل إدمان الكحول بالمشاكل القضائية في المجتمعات الغربية بالتحديد حيث يسمح النظام القضائي في تلك المجتمعات لمدمني الكحول في حالة مراجعتهم لأحد مصحات الإدمان العلاجية التي تتبنى التحكم بالشرب كهدف علاجي لها وإتباعهم هذا الهدف العلاجي لفترة من الزمن. ومن ثم، وفي حالة حدوث أي مخالفات قانونية من قبل المدمن نفسه، كإصابته بحادث سيارة على سبيل المثال، أن يتقدم بشكوى على المصحة العلاجية على أنها السبب في الحادث، وذلك باعتبار أنها نصحته بالتحكم بالشرب وهو ما لم يستطع القيام به لذا فهم قد أخطأوا في تشخيص حالته ومن ثم فهم المسئولون عن الحالات. وبهذا أصبح الجانب القانوني هاجن يقض مضاجع المتخصصين في حقل الكحولية. وهو ما جعل الكثير منهم يعدل عن إتباع وتطبيق نظرية التحكم بالشرب خلال الممارسة المهنية في مصحات علاج إدمان الكحول حتى ولو كان مقتنعا بها.

ومن هنا نصل إلى أن ضوابط الثورة العلمية من الممكن أن تنطبق في العلوم الاجتماعية ولكن النتيجة تختلف عن تلك التي وصفها kuhn في العلوم الطبيعية. فالعلوم الاجتماعية تختلف عن العلوم الطبيعية من حيث طبيعتها وقدرتها على استيعاب التغيرات. فالعلوم الطبيعية من الممكن أن يحدث فيها تحول سريع من اتجاه علمي إلى آخر متى ما ثبت نجاح الثاني وفعاليته وقدرته على شرح وتفسير الظواهر بطريقة عجز عنها الأول. أما في العلوم الاجتماعية فإن التحول من اتجاه علمي إلى آخر لا يأخذ طابع السرعة على الإطلاق، بل يتسم بالبطء ويكون محكوماً بدرجة التغير الاجتماعي في المجتمع الذي يحدث فيه.

لذا فإن الثورة العلمية لا تحدث في العلوم الاجتماعية حتى ولو انطبقت ضوابطها الخمسة كما وضعها kuhn. إذ يلزم لحدوثها أن يحظى الاتجاه العلمي الجديد بقبول المتخصصين بحيث تصبح ضوابط الثورة العلمية في العلوم الاجتماعية كالآتي:

1. وجود اتجاه علمي سائد Paradigm
2. حظوة الاتجاه العلمي السائد بقبول المتخصصين.
3. ظهور حالات شاذة Anomalies لا يستطيع الاتجاه العلمي السائد أن يفسرها.
4. كثرة ظهور الحالات الشاذة وتهيؤ الفرصة لظهور اتجاه علمي جديد.
5. ظهور الاتجاه العلمي الجديد New Paradigm مما يؤدي إلى حدوث تحول من الاتجاه العلمي السائد إلى الاتجاه العلمي الجديد Paradigm Shift.
6. حظوة الاتجاه العلمي الجديد بقبول المتخصصين.

تعليق:

لقد تم في هذا المقال استعراض المعايير والضوابط التي وضعها kuhn لحدوث الثورة العلمية. وكيف أن الثورة العلمية، كمفهوم، اجتذبت بعض العلماء في العلوم الاجتماعية مما حدا بهم إلى توظيفها توظيفاً خاطئاً لطرح بعض الأفكار أو لتدعيم أفكار أخرى قائمة، الأمر الذي دفعهم إلى تجاهل بعض المعايير والضوابط التي وضعها kuhn.

بالإضافة إلى ذلك فإن استخدام مفاهيم kuhn عن الثورة العلمية في العلوم الاجتماعية يجب أن يتم مع مراعاة لبعض الاعتبارات التي إذا أهملت فإن توظيف تلك المفاهيم لا يكون توظيفاً صحيحاً مقبولاً. إذ أنه من الضرورة بمكان مراعاة الفوارق بين العلوم الاجتماعية والعلوم الطبيعية من حيث طبيعتها واهتماماتها ومزاعمها قبل توظيف مفاهيم الثورة العلمية. فكثيراً ما تقحم العلوم الاجتماعية في مقارنات ومفاضلات غير متكافئة للعلوم الطبيعية مما يؤدي بالضرورة إلى التقليل من شأنها. ولا يسع المتتبع للكتابات التي تزعم بوجود أزمة في العلوم الاجتماعية إلا أن يلاحظ أنها قائمة على أساس المقارنة بين العلوم الاجتماعية والعلوم الطبيعية وبدون مراعاة للفوارق بينهما. وبدون شك فإن التفهم لطبيعة العلوم الاجتماعية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بدرجة وحجم التوقعات من تلك العلوم. إذ أنه من غير المنطقي مطالبة العلوم الاجتماعية أو لومها على ما لم تزعم تحقيقه. وعليه فإن الثورة العلمية لا يتوقع حدوثها في العلوم الاجتماعية، وإنما بالإمكان توقع حدوث تغير ونمو وتطور يلائم طبيعة هذه العلوم. وهذا بطبيعة الحال لا يعني أن التحول من الاتجاه العلمي السائد إلى الاتجاه العلمي الجديد Paradigm shift لا يحدث في العلوم الاجتماعية، بل يعني أن حدوثه يتم بإيقاع ينسجم مع طبيعة التغير الاجتماعي.

وفي جميع الأحوال فإن التحول من الاتجاه العلمي السائد إلى الاتجاه العلمي الجديد لا يحدث إلا إذا توفر للاتجاه العلمي الجديد القبول من مجتمع المتخصصين. وهذا بدوره يتطلب ملائمة الاتجاه العلمي الجديد للثقافة السائدة في المجتمع الذي طرح فيه من ناحية وقابليته للتطبيق بدون خسائر على المجتمع أو المتخصصين من ناحية أخرى.

المراجع العربية

رجب، إبراهيم
1991 "المنهج العلمي للبحث من وجهة إسلامية في نطاق العلوم الاجتماعية ومهن المساعدة الإنسانية" بحث مقدم إلى ندوة التأصيل الإسلامي للخدمة الاجتماعية. القاهرة: المعهد العالمي للفكر الإسلامي.

رجب، إبراهيم
1991 "مداخل التأصيل الإسلامي للعلوم الاجتماعية (مع اهتمام خاص بمهن المساعدة الإنسانية" بحث مقدم إلى ندوة التأصيل الإسلامي للخدمة الاجتماعية. القاهرة: المعهد العالمي للفكر الإسلامي.

المراجع الانجليزية

Alcoholics Anonymous
1939 Alcoholics Anonymous. New York: World Service Inc.

.Alden, L.E
1988 "Behavioral Self Management Controlled- Drinking Strategies in a Context of Secondary Prevention" Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 280 -286.

.Anderson, S
1987 "Alcohol Use and Addiction" Encyclopedia of Social Work. Eighteenth edition.

.Bailey, M.B
1970 "Attitudes Towards Alcoholism Before and After a Training Program for Social Caseworkers" Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 31, 669-683.

.Caddy, G. R., Addington, H.J. & Perkins, D
1978 "Individualized Behavior Therapy for Alcoholics: A Third Year Independent Double- Blind Gallows- Up" Behavior Research and Therapy, 16, 345- 362.

.Davies, L.D
1962 "Normal drinking in Recovered Alcohol Addicts" Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 23, 94- 104.

.Denzin, N. K
1987 The Alcoholic Self. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

.Denzin, N. K
1988 The Research Act. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

.Emrick, C.D. & Hansen, J
1983 "Assertions Regarding Effectiveness of Treatment for Alcoholism: Fact or Fantasy?" American Psychologist 38, 1078-188.

.Esser, P.H
1963 "Comments on Davies, D. L., Normal Drinking in Recovered Alcohol Addicts" Quarterly Journal of Studies on Alcohol Addicts, 24, 109- 121.

.Fingaretee, H
1989 Heavy Drinking: The Myth of Alcoholism as a Disease. Berkeley, CA: university of California Press.

.Fischer, J
1973 "Is Case- Work Effective? A Review" Social Work 18 (March): 215- 243.

.Fischer, J
1973 "The Social Work Revolution" Social Work 26 (May): 199- 207.

.Gordon, W
1983 "Social Work Revolution or Evolution?" Social work 28 (May-June): 181- 185.

.Heather, N. & Robertson, I
1983 Controlled Drinking. London and New York: Methuen.

Helzer, J. E., Robin, L. N., & Associates
1984 "The Extent of Long- Term moderate Drinking Among Alcoholics Discharged From Medical and Medicine, 312, 1678- 1682.

.Jellinek, E. M
1952 "Phases of Alcohol Addiction" Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13, 673- 684.
.Jellinek, E. M
1960 The Disease Concept of Alcoholism. New Haven: Hill house Press.

.Kuhn, T.S
1961 The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press.

.Kuhn, T. S

1970 The Structure of Scientific Revolutions. (2nd. Ed) Chicago: University of Chicago Press.

.Lawson, G., Peterson, J. & Lawson, A
1983 Alcoholism and the Family. Rockville: An Aspen publication.

.Maisto, S. A. Sobell M. B. & Sobell L. C
1979 "predictors Of Treatment Outcome for Alcoholics Treated by Individualized Behavior Therapy" Addictive Behaviors, 5, 259-264.

.Nowinski, J. & Baker, S
1940 Twelve- step Facilitation Handbook: A systematic Approach to Early Recovery from Alcoholism and Addiction. New York: Lexington Books.

.Ohlms, D
1983 The Disease Concept of Alcoholism. Belleville, IL: Gary Whitaker Company.

.Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C
1977 Emerging Concepts of Alcohol Dependence. New York: Springer Publishing Company.

.Polish, J. M., Armor, D., & Braiker, H. B
1980 The course of Alcoholism: Four Years After Treatment. New York: Wiley & Sons.

.Sanchez- Craig, M., Wilkinson, D. A. & Walker, K
1987 Theory and Methods for Secondary Prevention of Alcohol Problems: A Cognitive Based Approach. In W. M. Cox (Ed.), Treatment and Prevention of Alcohol Problems (pp. 287- 331). New York: Academic Press.

.Selzer, M. L
1962 "Comments on Davies, D. L., Normal Drinking in Recovered Alcohol Addicts": Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 24, 109- 121.

Polish, J. M., Armor, D., & Braiker, H. B.
1981 The Course of Alcoholism: Four Years After Treatment. New York: Wiley & Sons.
Sanchez- Craig, M., Wilkinson, D. A. & Walker, K.

1987 Theory and Methods for Secondary Prevention of Alcohol Problems: A Cognitive Based Approach. In W. M. Cox (Ed.), Treatment and Prevention of Alcohol Problems (pp. 287- 331). New York: Academic Press.

Selzer, M. L.
1963 "Comments on Davies, D. L., Normal Drinking in Recovered Alcohol Addicts": Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 24, 109- 121.

Shapiro, J.
1980 "Changing Dysfunctional Relationships between family and Therapist: Journal of Operational Psychiatry, 11 (1), 18- 26.

Smith, J. A.
1964 "Comments on Davies, D. L., Normal Drinking in Recovered Alcohol Addicts" Quarterly Journal of Studies of Alcohol, 24, 321-332.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C.
1976 :Second- Year Treatment Outcome of Alcoholics Treated By Individualized Behavior Therapy: Results: Behavior Research and Therapy, 14, 195- 215.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C.
1977 Behavioral Treatment of Alcohol Problems: Individualized Therapy and Controlled Drinking. New York: Plenum.

Thorley, A.
1984 The Limitations of The Alcohol Dependence Syndrome in Multidisplinary Service Development. In N. Heather, I. Robertson, & P. Davies (Eds.). The Misuse of Alcohol: Crucial Issues in Dependence Treatment and Prevention. New York: New York University Press.

Tie bout, H. M.
1964 "Comments on Davies, D. L., Normal Drinking in Recovered Alcohol Addicts" Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 24, 109- 121.

Todd, T. C. & Selekman, M. D.

1990 (Eds.) Family Therapy Approaches With Adolescent Substance Abusers. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Vaillant, G. E.
1982 The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns, and Paths to Recovery. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wallace, J.
1985 Alcoholism from The Inside Out: A Phenomenological Analysis. In Estes, N. J., and Heinemann, M. E. (Eds.), Alcoholism: Developments, Consequences, and Intervention. St. Louis: C. V. Mosby.