العلاج النفسي الحديث
للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

عالم النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتحريب
بالرياض
العلاج النفسي الحديث
للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

الدكتور محمد حمدي حجار

دار النشر
بالمركز العربي للمحاسن الأمنية والتدريب
بالرياض

١٤١٢ هـ
حقوق النشر محفوظة للناشر

دار النشر

بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب

بالرياض

الرياض

1412 هـ [الموافق 1992م]
المحتويات

القدمـة ـ 11
الفصل الأول: المدخل ـ 12
الفصل الثاني: مشكلة التعود على المخدرات والمشروبات الكحولية
«المواد المبديلة للمزاج» ـ 23
الفصل الثالث: الإدمان من وجهة نظر النظرية
الانفعالية- العقلانية ـ 45
الفصل الرابع: قواعد واعتبارات علاجية عامة ـ 79
الفصل الخامس: أسلوب تدويل التفكير الإدماني ـ 109
الفصل السادس: تقنيات نوعية في تطبيق العلاج الانفعالي- العقلاني على المدمنين (الكحول أو المواد المخدرة) ـ 159
الفصل السابع: التقنيات العاطفية (الانفعالية) النوعية التي تستخدم في علاج الإدمان على الكحول والمخدرات ـ 181
الفصل الثامن: التقنيات السلوكية النوعية التي تستخدمها العلاج العقلاني- الانفعالي في علاج المدمنين ـ 201
الفصل التاسع: الإجراءات العلاجية للمدمنين على الكحول والمخدرات بتقنية العلاج العقلاني- الانفعالي ـ 213
الفصل العاشر: التعامل مع الفرد الذي يقدم العون للمريض المدمن ـ 223
الفصل الحادي عشر: تطبيق تقنية العلاج العقلي - الانفعالي ضمن الجماعة العلاجية (الاصلاحيات)
الفصل الثاني عشر: المهارات التي يجب أن يمتلكها المشارك
الراجع
المقدمة

تفتقر المكتبات والمؤسسات العلاجية النفسية، والجامعات إلى
مرجع حديث يشرح بأسهل خطوات العلاج النفسي السلوكى
المعرفي للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية وذلك ضمن اطار
علاج الإدمان التكاملى الدوائي، والنفسى السلوكى، وإعادة التأهيل
الاجتماعى.

وللاسف حتى هذا اليوم يعالج الإدمان على المخدرات
والمؤثرات العقلية بالطرق الادوية والطبية سواء في المشافي النفسية أو
المتخصصة بالإدمان أو في العيادات النفسية الخارجية، وهذا العلاج
المترجح يحقق فقط ازالة التسمم الحاد بالمخدر أو المسكر، أو حماية
المدمن من أعراض سحب المخدر أو المسكر الطبية فقط وليس تبديل
سلوكه الإدمانى، لذا فإن الانتكاس يكون بنسبة تقارب 90% في
علاج الإدمان بالطرق الادوية.

إن هذا الكتاب هو الضالع المنتشر لكى موضوع أو باحث أو
أستاذ في الجامعة في علاج الإدمان بالطرق الحديثة التي تبنى العلاج
المتعدد المذاهب أو المدارس العلاجية التكاملى والريادى اليوم في
الولايات المتحدة الأمريكية

لقد اعتمدنا في تأليفه على رواد العلاج النفسي السلوكى
والمعرفي في مؤلفاتهم أمثال ألبرت أليس، وجوزيف وليبي، ومارلات، وبارد وباندورا وبيك، وفيتالنت، وأمل أن أكون قد وقفت في سد فجوة كبيرة في علاج الادمان.

الدكتور محمد حمدي حجار
الفصل الأول
المدخل

تعد مدرسة ألبرت أليس، المنسوبة إلى هذا العالم السيكولوجي الكبير وصاحب نظرية العلاج الانتفاضي العقلي (الفكري) (Rational Emotive Therapy) أحد المدارس الكبيرة المشهورة في العالم والتي لا نظير لها في تاريخ العلاج النفسي المعاصر، وهذه الشهرة إما جاءت بفعل شمولية وتكامل هذا النمط العلاجي النفسي وانتشار صحته في الأوساط العلاجية النفسية السلوكية (ner, Rogers 1982). وتعود هذه النظرية العلاجية النفسية إلى عام 1955، حيث اتسعت دائرة التعامل بها على المستوى العلاجي فأصبحت اليوم من كبرى العلاجات النفسية التي تتحدى العلاج النفسي التحليلي الفرويدي بنسبة نجاحها العلاجية الفعالة ومصداقية النتائج العلاجية في مستوى العصبات النفسية وإعادة تبديل السلوك.

وقد لاحظ البرت أليس خلال علاجه أن مرضاه قد استفادوا من طريقة العلاجية استفادة جمة بدون سبب القصة المرضية سبأ راجعا إلى عهد الطفولة، وبدون التعامل مع نواميس الإمساك النفسي على المستوى اللاشعوري الفرويدي، أي العقد النفسية وديناميكيتها اللاشعورية، والكشف عنها بالطرق العلاجية التحليلية وجرها إلى وعي المريض وشعوره، أو من خلال التعامل مع مبدأ...
التحويل العاطفي، إذ أن في العلاج النفسي التحليلي، الذي يعتمد أساساً على قانونية التداعي الحر الكامنة في اللاشعور، حيث يكون المعالج في موقف سلبي، يقتصر دوره على الانصات ورصد هذا الفيض من التداعي اللاشعوري والسعي لتحليله وهو في عملية اصطياد العقد النفسية المسؤولة عن الاضطراب النفسي، والكشف عنها، وجرها إلى شعور المريض واستبصاره. فإن دور المعالج في هذا العلاج الجديد يكون فاعلا وليس منفعلا، يساعد المريض ويشبه على تحدي معتقداته الخاطئة اللامنطقية ومناهضتها بأسلوب خاص معين. وهكذا يمكننا أن نصف العلاج الانفعالي العقلي لأبرت أليس بأنه علاج تبديل المعتقد والفكر والانفعال الذي يؤكد على التوجه والمداخلات الفعلية والتي يشترك فيها المعالج والمتاعل، ويلعب هذا الأخير دوراً أساسياً (من خلال التمرينات والتدريبات العلاجية السلوكية البيئية) في شفاء نفسه.
1 - سمات النظرية العقلانية - العقلانية وخصائصها المتميزة:

تختلف هذه النظرية العلاجية عن غيرها من مدارس العلاج النفسي، إنها تركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في الاضطراب النفسي عند الكائن البشري، بينما نجد في المدرسة التحليلية الديناميكية بخاصة أن أسس علاجها ومركزاتها الأساسية إما تعتمد على دراسة ماضي المريض ومتونيات لا شعوره والحوادث البيئية المحيطة، فإن مدرسة البرت أليس وطريقة العلاجية تركز على المعتقد والكلام مع الذات، والواقت الفاعلة في الأفاسم في تسبب الاضطراب الانفعالي والاضطراب السلوكي واستمرارهما، وبدون تبديل هذه المكونات المعرفية التي ذكرناها يستحيل تبديل الاضطراب الانفعالي والسلوكي.

وأكثر من ذلك فإن النظرية المعرفية الفكرية التي Cognitive نحن بصددها لا تغفل أهمية العوامل البيئية، والبيوكيميائية والأرثية في تأثيراتها على السلوك والمواد عند الإنسان، ولكننا من ناحية أخرى تلتح على أهمية القدرات الكامنة الفكرية الموجودة عند الإنسان القادرة على تبديل التفكير المسبب للمرض والاضطراب النفسي والسلوكية، وفتح الباب لمرضي أمام تفكير معافي سليم يشع بالأمل والتفاؤل وحياة سعيدة (1982).

2 - نظرية البرت أليس في مختصرها: نظرية ABC:

استمد البرت أليس نظريته التي سميت باسمه من قولة: ABC
الفيلسوف اليوناني ابيقيطيس التي تقول: ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا وتكدرنا ولكن تأويلاتنا ومعتقداتنا ازاء هذه الحوادث هي المسببة للكرد والقلق والغم. أي بتعبير آخر إن العنصر المعرفي الادراكي والتفكير هو العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد الفعل الانفعالي، وعلي هذا الفئاضت النفسى وفقا لهذه المقوله تسمي . تأويلاتنا للمنبهات الداخلية الصادرة عن نفوسنا أو عن المحيط الخارجي

إن هذا الفئاضت يعبر عنه بطرق مختلفة، فبعض الأفراد يصابون بالاكتئاب والبعض الآخر بالقلق أو بالشعور بالنقص والصغاراة وآخرون يبدون على الأدوية المخدرة وأناس يصابون بالقرحة أو يبحثون عن غير ذلك، إن السؤال المطروح في سياق الكلام هو ما هي أسباب متابعتنا النفسية؟

هذا السؤال هو هام جدا في العلاج الانفعالي العقلاني الذي نحن بصدده، بل هو لبنة العلاج وأساسه وجوهره، السبب هو تفكيرك وتأويلك للموقف وليس الموقف نفسه، فالبشر والحوادث الخارجية لا تعد عوامل سلوك الكلقي والاكتئابي أو الوسوسي وغير ذلك، فأنتم المسؤول عن خلق هذه الفئاضت الانفعالية في نفسك، وهذا يتطابق تماما مع مقوله العالم اليونانى والفيلسوف ابيقيطيس Epictetus ونظرتهم إلى هذه الأشياء هي التي تسبب لهم الانزعاج.

وقد يحتاج القارئ إلى بعض الأمثلة المحسوسة لتوضيح هذه
النظرية العلاجية لتفترض أن صبيين يلعبان على شاطيء البحر، وفجأة ضربتهم موجة كبيرة فرمتها أرضًا على الساحل الرملي، أخذهما ركضًا خائفًا. ينتظر ببه مذهورًا، أما الآخر فقد استعذب هذه المدغشة الساحرة للموج، وانتظر استقبال موجة أخرى من هذا الفيل.

وكي نشاهد في هذا المثال أن الظاهرة هي واحدة عند الاثنين، فالموجة ضربت الاثنين، إلا أن تقييمهما لهذه الظاهرة أو الحادثة الخارجية هي المختلفة، فالموجة لم تسبب الهروب للولد الأول ولم تجعل الولد الثاني في موقف سلوك مثير مختلف بل أن تأويلهما المختلفين هما اللذان سببا ردود فعل مختلفة.

وهكذا فإننا عندما نقول إن انسانًا ما يبدو مضطربًا فإنا نعني أن تقييمه لموقف معين هو غير صحيح، ونتج عن سوء التقييم مشاعر الإزعاج وبالتالي تصرفًا غير مرض ولا منتج، وعلى هذا فهدف الارشاد العقليان الموضوعي هو تعليم البشر كيف يستصرون بخطا معتقداتهم وتفكيرهم، ومن ثم إبصارهم إلى النظرية أو التأويل الواقعي حيال ذواتهم والثيرات أو النهات الخارجية.

بعد هذه الأمثلة البسيطة التي تشرح أسس النظرية العلاجية التي نحن بصددها، ننتقل إلى شرح المعادلة A B C وانطلاقًا من ما ذكرناه. أننا الآن مثلا في موضع انتقاد من قبل الآخرين، وقد كان رد فعلك على هذا الانتقاد بالغضب وبالسلوك الدفاعي. يحل هذا الموقف على الشكل التالي:
المنبه الخارجي الذي نشط العمليات الإدراكية والفكرية وهو الانتقاد.

_ رد فعلك عبّا تمخض عن التأويل والمعنى (الغضب والسلوك الدفاعي).

الآن لنعد الصيغة السابقة بادخال عنصر التأويل وكيف تم على هذا المستوى:

(الحادثة المحرومة) الانتقاد والرفض.

_ ترجم الحادثة وأولها فأخذت الصورة التالية في الحديث مع الذات:

- لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد.
- الذي انتقدني هو إنسان ظالم غير حق.
- يتعين عليه الا يوجه اليه هذا الانتقاد.
- أنا إنسان مرفوض.
- أنا إنسان ضعيف الحجة، لا قيمة لكلامي أمام الناس.

رد الفعل الذي نجم عن هذا التأويل للموقف الشعور بالاحباط والاكتئاب، قيمة ضعيفة أمام الناس.

ما هي الأفكار غير المنطقية التي تؤدي الى الاضطراب الانفعالي؟! هناك العديد من الأفكار والأحاديث مع الذات التي تسبب الكدر والشعور بالتعاسة النفسية والاضطراب النفسي، بل وعلاوة المرض النفسي والكثير من الناس يلحنون في تعريزها في
أنفسهم، وهذه الأفكار والكلمات هي: الأفكار الحتمية والأفكار المخفية.

أ- الأفكار أو المقولات الذاتية الحتمية المفروضة على الذات.

التي مقلولات تأكيدية جداً في وصف الموقف الخارجي المحرض على التأويل والتقويم مثلاً: يجب علي كذا يجب أن أحصل.

على كذا يجب أن أصر علي كذا يجب أن أمتلك كذا.

أي أنك تفرض على ذاتك مطلب تعيين تحقيقها. بدون وجود خيارات في حال عدم تحقيقها، فقولك (يجب) معناه أنك حولت الرغبة إلى مطلب، وكأنك تقول يجب أن يكون اللون الأحمر أزرق، وهذا مطلب غير واقعي. فكا أنك لا تستطيع تحويل اللون الأحمر إلى أزرق، كذلك فأن لا تتحكم بقوانين الاحتمالات في الحياة وغير قادر على السيطرة على الحوادث الخارجية.

فقد تستطيع النجاح في الفحص وقد لا تستطيع، وقد تظهر بحب فتاة وقد لا تظهر. وقد تظهر في نجاح للدخول إلى وظيفة وقد لا تظهر. فكلمة يجب تعني القدرة التامة المقدرة المطلقة. وهذا هو جزء من القدرة الالهية وليس من قدرة العبد.

وإذن تفرض على ذاتك ما قد تفشل في الوصول إليه ويبدو وجود بدائي فمعنى أنك انزلقت حكمان في الاحباط، واليأس والقطع وهنا تبدأ السيرة المرضية، وتحطمو نحو المرض النفسي.

ب- المقلولات التي تباعثر في وصف الحوادث وتضخم وقعاها في النفس، وهذه المقلولات هي مثلاً: «أنا لأمر مريح» إنه لشيء خفي جداً، أنا لا أستطيع تحمل هذا الأمر المرعب إنه.
لمجيء فوق قدرته على تحمله، فإن هذه المواقف الانفعالية تبدو غير واقعية ومحض مبالغات، لذلك لن تترجم الأمر المخيف إلى كارثة، وكأنك بتك تقول لذاتك ٢ + ٢ = ٤٠٠ بدلاً من ٤، ومثل هذا التفكير الكارثي يساع في وجهك القدرة على التحمل فتجعل من سوء الحظ كارثة، فرد الفعل النفسي يختلف اختلافًا كبيرًا بين الاعتقاد، إن هذا سوء حظ حدث للك أو أنه حقت بك كارثة يصعب تحملها، فالاعتقاد الأول يؤدي إلى الانزعاج بينما المعتقد الثاني يؤدي إلى اليأس والقنوط، والملوخليا، إن الهدف من العلاج الانفعالي العقلاني أن يجعلك ترى الواقع واقعًا، وليس الواقع المشوه المضخم في الخماتيات وفي المبالغات الانفعالية للمواقف.

ج - كيف تستطيع التغلب على هذه المعتقدات والعواطف اللاعقلانية؟ يضيف إلى المعادلة السابقة التي شرحناها في الحرفين، ويذكر تصبح المعادلة العلاجية وفق الشكل التالي:

الحرف D يعني المناهضة والتساؤل والتحدي، يحل A-B-C-D-E وعليك الأً ننبي أن الخطوة الأولى في التعامل مع المواقف المخيفة التي تضخمها، والموافق التي نفرضها على ذاتنا والتي شرحناها آنفًا، هذا التعامل يكون بأن نسأل أنفسنا ماذا؟ فحرف D إذاً يترجم على الصورة التالية:

٠ لماذا أعتقد أن الأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة؟
٠ لماذا يجب عليَّ الاأرتكب هذه الخطيئة؟
لماذا إذا ارتكبت خطأً معيّناً أنهم نسي بالحماية وضعف العقل.

أماحرف E فهو بعد بؤرة ولب وجوهار الارشاد العقلاني العلاجي، إنه النقطة المنطقة العقلانية والحساسة التي أجب فيها على السؤال السابقة لماذا؟

الآن وقد اكتملت الصيغة فلنتظر إليها في سياق مثالنا التالي:

D: لماذا اعتبر أنه لأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطأً؟ فيكون الجواب بالدحض التالي العقلاني الذي هو E: إنه لأمر غير مخيف وليس هو بالشيء المزعج ولا المسبب للاحتباط ذلك لأنه لا يرغب أي إنسان أن يرتكب اخطاء، ولكن لو حدث الخطأ فهل هذا معنا أن الإنسان معصوم عن الخطأ وهذا الارتكاب للخطأ هو أثم كبير؟ ان ما يترتب عن الخطأ يكون مؤسفًا ولكن لا يصل إلى درجة الأمر المخيف الكارثي.

D: لماذا يجب عليّ إني ارتكب هذه الخطأ؟

E: بالطبع فمن المفضل الأَ ارتكب خطأً معيّناً ولكن لا يوجد أي ناموس أو قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ، لا أرتكب أي خطأ، أو يتعين عليّ ألا أخطئ (حتى في أبسط الأعمال) وهذا فإن كلمة «يجب» اللاعقلانية، هي مطلب مطلق تعني أنه يتعين عليّ أن أكون كاملاً، أي ألا أفعل ما فعلته، أي ارتكاب الخطأ.

D: لماذا إذا ارتكبت خطأً ما على أنهم نسي بالحماية وضعف العقل؟
الفصل الثاني
مشكلة التعود على المخدرات
والمشروبات الكحولية
«المواد المبدلة للمزاج»

يعد الاقبال على المسكرات اليوم المشكله الأول في العالم المرتبطة بالصحة العامة وتلبيها المخدرات. ورغم أن الإحصائيات المتعلقة بالكحولية وسوء استخدام الكحول والعقاقير المبذلة للمزاج مختلفة متباينة، إلا أن التقديرات المحافظة ترى أن الأدمان على الكحول يشكل ما نسبته على أقل تقدير 4% من مجموع السكان (Royce 1981 - في البلدان الصناعية -، ويدر عد عدد البشر الذين يتعاطون المشروبات الروحية في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من 100 مليون، منهم 6 - 10 ملايين يصنفون في عدد المدمنين، Brandsma، ويضاف الى هذا العدد مليون من المراهقين (21 سنة) - 1980 - وعندما ننصح أن كل «مدمن» على المواد المبذلة للمزاج يؤثر تأثيرًا سيئاً على حياة آخرين، حيث يتصاعد العدد ليصبح 70 مليون من الأمريكيين يعانون من مشكلات اجتماعية وشخصية هامة تعزى الى الأدمان على المواد المبذلة للمزاج (Franks 1985). وأكثر من ذلك تقدر الخسائر المالية الناجمة عن الأدمان على الكحول والمواد المخدارة في ميدان رعاية الصحة، وهدر الاطاقة والانتاج البشري، والبطالة وترك الأعمال عند المدمنين بحوالي 70 مليار دولار أمريكي.
سنويًا (Ruayle 1983). وهكذا نجد هول الخسارة الاقتصادية والاجتماعية والشخصية الناجمة عن هذه الآف الانغماسية والاقتصادية التي تتأكل الأرضية التحتية للمجتمعات وخصوصاً الصناعة المقدمة

ظهر اتجاه في السنين الأخيرة نحو ادراك خطرة الصعوبات والمشكليات المتعددة الأبعاد التي يسبحا الادمان على المواد المبدلة للمزيج. إذ ظهر في الأفق الوعي المنطفي لمشكلات الادمان وما تجره من ويلات اجتماعية وإقتصادية وأسرية، وشخصية على مستوى المهنيين الذين يعملون في قطاع العناية بالصحة والأسر، وأرباب العمل، والمدينين أنفسهم، فالمدينون أصبحوا أكثر وعيًا وادراكًا لمشكلاتهم من ذي قبل، فأخذوا يهملون العون والعلاج. وعلى مستوى أسباب الادمان هناك جدل ما زال قائماً حول الأسباب الدقيقة والصحيحة لهذا الادمان وأفضل الطرق لعلاجه، والذي لا خلاف فيه والأمر المتفق عليه بين القائمين على الأمور العلاجية أن المعالجة المبكرة والباشرة هي الأفضل والأكثر فعالية

تعريف:

لا مراء أن الدراسات المتوافرة عن تعريف وتشخيص وعلاج الكحولية ومشكلات الادمان على المواد المبدلة للمزيج هي كثيرة ونحن بلاشك نسنا بصدد مناقشة هذه الدراسات ومعايستها. إذ غالبًا ما يعرف الكحولي بكونه انسانًا يوجد لديه التفكير المحرض على شرب الكحول أو لا يوجد مثل هذا التفكير. وقد ناقشت دراسات
كثيرة وتجادلت في الكحولية حيال هذا التعريف، أما نظرية الانفعال والعقلانية لألبرت أليس فقد تمسكت دوماً بالقول إن التفكير المحرض على شرب الكحول أو نفي وإزالة هذا التفكير هو جوهر الكثير من الاضطرابات الإنسانية البشرية، (1962)، هذه النظرية تبني موقفاً علاجياً يقوم على التفكير العلمي الصحيح كأداة لتحقيق التكيف السيمكولوجي.

تحاول نظرية العلاج الانفعالي- العقلاني تجنب التفكير الجامد المنقسم dichotomous الذي ينفي إلى ميدان الإدمان على المواد المخددة. ومن الواضح أنه من الصعوبة مبادلة تقديم العون إلى المدخنين على المواد المبدلة للمزاج الذين لديهم الاستعدادات التركيبية المسبقة الأرثية للتفكير المنقسم وذلك من خلال عرض التفكير المنقسم وتعريفهم عليه لفهم اضطراباتهم، وعلى هذا فإنا في هذا الكتاب ننوه إلى الأخذ بالمفاهيم المربعة من أجل صياغة المعالجة وتعليم التفكير المرن إلى المرضى المدخنين.

من ناحية أخرى نجد أن التقليديين في علاج الكحولية والإدمان عموماً يطرحون المقولة التالية: "معطاطو الكحول بكميات قليلة يمثلون الشخص المدعب ابتداءاً قليلاً"، إلا أن هناك ما يقابل هذه النظرية بما جاء به الباحثون بأن أفضل ما ينظر إلى الكحولية بكونها استمرارية محددة بمشكلات تنقسم بالتركيز وبالانسيا وبطول Valliant المدة الزمنية مصحوبة بتناول الكحول وسوء استخدامه (1983). وعلى هذا فالتعريفات النافعة المفيدة للكحولية قد تجنب خلق التصنيف المنقسمة، فالتقرب التقليدي يشجع التفكير الخدي
المطلق حيال الكحولية والإدمان، وبذلك يخلق روح هوية الذات. إن الكتاب التشخيصي والاحصائي المسمى DSM III ( الصادر عن الجمعية الأمريكية السكبتارية 1980م) حاول أن يدمج بعض هذه الأفكار الحديثة الخاصة بالإدمان في تعريفه التشخيصي فسوء استخدام الكحول والتعود عليه يعرفان بالمشكلات الخاصة بسبب استخدام الكحول. وسوء استخدام الكحول يوصف بالاستخدام المتكرر لمادة الكحول رغم تفاقم المشكلات العملية التي يواجهها الشارب بفعل تعاطيه الكحول أو المخدر. ثم إن التعود ينظر إليه من زاوية الإدمان والذي يترتب عنه متلازمة (أعراض) سحب المادة المبدلة للمزاج حين توقف تعاطيها أو تخفيف الجرعة المتعود عليها المدم. وهذا الأمر يقودنا إلى تأكيد مسألة الإدمان على المستوى الفيزيولوجي والسيكولوجي، أي أن الكحول يحدث التعود النفسي والفيزيولوجي معًا. أجري (Vaillant 1983) دراسات طولانية تناولت مسألة الإدمان على الكحول والمواد المبدلة للمزاج عند الكبار (ذكور)، وقد تم تقويم حالاتهم مرارًا وتكرارًا عبر مدة 40 سنة (أربعة عقود). وقد أظهرت هذه الدراسات قيمة استخدام قياس تعاطي الكحول الذي ابتدعه "فاليانت" ذاته. إذ في هذا المقياس تم طرح أسئلة على الكحوليين الخاصة بالاسرار في تعاطي الكحول وما يترتب عنه من مشكلات اجتماعية واقتصادية، مهنية تلحق بالدمم كفقدان العمل والاضطرابات الأسرية والزوجية، وشكواوى أرباب العمل من الموظف المدم، والمسائل الطبية (الأمراض) والسبات الكحولي.
والغياب عن العمل. ولاحتظ أنه كلما تزايدت وتوافرت هذه الصعوبات، تأصلت وتعززت مشكلة الإدمان.

ينتقل العلاج المركزي على الكحولية هو الذي يأخذ به العلاج الانفعالي العقلياني. فهذا العلاج يرى أن عمل المعالجين هو الكشف عن المشكلات الاجتماعية والسلوكية والانفعالية عند المريض، ويسعى هؤلاء المعالجون إلى تبديل سلوك المريض من خلال تغيير أفكاره، ومشاعره.

وفي الوقت الذي نجد فيه أن معظم الكحوليين يرغبون في الاستمرار في تعاطي الكحول، فإنهم لا يميلون إلى النتائج التي تبعدهم عن ادمانهم وعن المشكلات التي تتأثر من هذا الادمان، وبالمطابع ان في مقدور المعالجين المختصين في العلاج الانفعالي العقلياني أن يتصرفوا بسرعة حل هذه المشكلات وربطها بمسألة الادمان التي تعود إلى العديد من السنين، ومن ثم يستطيعون أن يروا التغيرات والطرق الفاعلة التي تؤدي إلى هذه التغيرات المطلوبة بصورة فعالة في سلوك المريض المدمن.

١ - المرض أو اضطراب السلوك:

على المستوى التاريخي لم يسبق أن وجد ميدان تناول مسألة الكحولية الأواناخط في جدل في وقت لم يتحمل الفكر عن أسبابه مثل التجادل فيه في الماضي كان بنظر إلى الادمان على الكحول كمسألة أخلاقية فالكحوليون تعوزهم قوة الارادة لتنظيم شرائهم.
والسيطرة عليه، وتعد الكحولية البرهان على الطبيعة غير الأخلاقية للكحولي.

خلال النصف الأول من هذا القرن أخذت مشكلة الكحولية تشد الانتباه على أساس كونها معضلة طبية وسبيكولوجية، وقد اعتُبر أن تأثير المرض غير المحدد الذي يقود إلى الوسواس والجبر على تناول الكحول هو سبب هذا الاضطراب، وهذا المفهوم ساعد على ظهور الاسم المجهول للكحوليين (Kurts 1979)، وبذلك عرفت الكحولية كمشكلة طبية.

خلال الخمسين سنة المبكرة كانت تعد الكحولية «ممثلة للمرض»، وهذه النظرية ابتقت عن كون الكحولية تعد مترقية خلسية في سيرها المرضي، وهي أيضاً تخاذل الآراء في الوصول إلى معالجة ناجحة، أما اليوم فإن المعنى المجازي لهذه الصيغة الأصلية قد غاب وتلاشي، ولحلت محله التفسيرات المرضية المهنية السائدة (Jellinek 1960). ويهمنا أن نعرف أنه لا صحة في النظر إلى الكحوليين بكونهم ضحايا لمرض خفي لا يمكن اسقائهم وتقديم العون لهم بفعل عدم تعاونهم خلل في سمات طبعهم الأخلاقية.

وبلغ فيلانت (1983) على أن الطريقة لفهم الكحولية Multi ودراستها تكون في استخدام الصحة السلوكية المتعددة العوامل أو الأخذ بالأنموذج الاضطرابي السلوكى. وفي نظر الباحثين Factorial Miller الذين يأخذون بنظرية التعلم الاجتماعية أو السلوكية (1983) أن التفسير المحدد لأنموذج المرض قد يعرف علاج (Gordon 1985}
المراحل الأولى التي يمر بها الكحوليون نظرًا لأنهم لا ينظرون إلى أنفسهم كأشخاص مصابين بمرض ويرغبون عن النظر إلى الامتناع عن الكحول على أساس هدف العلاج.

ومن خلال معاينة السير المرضي للكحولية نجد أنها ملتزمة باضطراب الصحة السلوكية، عندما البعض تعد مرضًا حيث قد يبذل المريض بعض الجهد القليل للسيطرة على النزوح ولكن بدون الاهتمام بالعلاج وتبادل أسلوب الحياة تدليلا جوهرياً.

وأشار فيلانت (1983) أيضاً أن الكحولية تعد مرضًا تماماً مثل اعتبار ارتفاع ضغط الدم الأساسي مرضًا. فارتفاع ضغط الشرياني الأساسي أو الآفة الوعائية الاكليمية القلبية هما مرضان دائمان مستمران، وأن الكشف المبكر لهذين المرضين وعلاجهما يحتاج إلى تبديل في أسلوب الحياة وخلق عادات صحية من التفكير والمشاعر والسلوك وليس الاقتصار على العلاج الدوائي لوحده.

أما بالنسبة للكحولية فإن المداخلة العلاجية الفعالة تحتاج إلى تبديل عادات الحياة إضافة إلى معالجة طبية نوعية. ونتبه إلى أن اعتبار الكحولية أو ارتفاع ضغط الشرياني الأساسي يكونا مرضًا بدنيًا فقط أو نتاج عادات سبعة فقط فهذا هو الخطأ بعينه، لأن مثل هذا الاعتبار يقود إلى معالجة ناقصة وغير فائعة في كل واحد منها. فهي كلا الاضطرابين يكون الأفراد المصابون باحدهما لا سلطان لهم عليه سأ دامت مشكلاتهم منكرة، وأن بعض السلطان أو السيطرة على الاضطراب يمكن حبالة بقبول المريض اصابته بالكحولية - ارتفاع
فضغط الدم، والعمل بكل ما يملكه من قوة وحماس، وتثبيت لازالة
هذا الاضطراب (بالنسبة للكحولية) والسيطرة على ضغط الدم بأقل
جرعات دوائية ممكنة.

۲- السيطرة على شرب الكحول مقابل الامتناع عنه:

إن الفروق بين التعليم الاجتماعي والطبي أو الخذسج
السلوكي للكحولية تبدو أكثر اثارة للجدال من مما يسمى الآن:
بالجدال الدائر حول السيطرة على الشرب» (M. Miller and Marlatt 1983، Marlatt 1985)، وهذا الجدل يتأرجح ويسعى بالنظرية التي تقول في حق
الشراب بالتفكير المشغول بالكحول أو الخلاي منه.

إن الدراسات التي تتناول القصة التاريخية الطبيعية أو سير
الكحولية أي مثل دراسات العلامة فيلاننت (1983) تشير إلى أن
الأفراد الذين تم تمت متابعتهم خلال حياتهم اتضح فيهما أن بعض
الكحوليين، أما اتهم شفوا تلقائياً من إدمانهم أو أضحوا شارين بعلا
أعراض. ووجد كل من بيلر وهيسنر (1980) من خلال مراجعتها
الموسمية لنتائج العلاج أن متوسط الشفاء التلقائي أو العودة إلى
الشراب الخلاي من الأعراض

۱/۹

وحي أن بعض المرضى ينزعون فيها بعد الى السيطرة على شربهم
لكحول، فقد بدأ أن تعليم السيطرة على الشرب بالنسبة للكحوليين
قد يعطي نتائج علاجية فعالة. وكما ذكرنا في بداية هذا الكلام أن
هذه القضية هي مثار جدل ونقاش بين العلماء.
هذا وعندما اعتبرنا أن الكحولية لا بد وأن تكون حتمية في ترفعها
وتقدمها إضافة إلى أنغام غير محدود في معظم الحالات، حينئذ فإن
السيطرة على الشرب، واستراتيجياته الرامية إلى علاج السيطرة على
الذات لاتبدو فقط غير مجدية ولكنها خطرة ولا أخلاقيّة. في مراجعة
أجريت من قبل كاري ويسستر (1985) تناولت استخدام
استراتيجيات السيطرة على الذات في علاج الكحول، أكدت الحاجة
إلى المزيد من البحث المستقبلي.

ووجد أن العلاجات القائمة على السيطرة الذاتية لها فعاليّتها
في المداخلة العلاجية المبكرة للمشكلات المرتبطة بالدمان. وانتهت إلى
القول إن فعالية تقنيات السيطرة على الذات تبقى قابلة للبرهان في
نهاية الأمر. من ناحية أخرى أن البحرين المتوافرة حاليًا تشير الى أنه
ليست جميع المشكلات تدفع بالشاربين إلى التعود على الخمرة. إذ
على نقيض ذلك فالأشخاص المتعودون على الخمرة تظهر عندهم
مشكلات الشرب المرتبطة بالخمرة. وعلى هذا يعتقد أن كلاً من
التقنيات الرامية إلى ضبط الشرب وسيطرة الشرب على ذاته تبدو
مناسبة ومفيدة عند الأفراد الذين:
- غير مرتبطين بالكحول فيزيولوجيا ارتباطًا كبيرًا.
- هم مرتبون على مستوى المواقف فيبذلون جهودهم الكبيرة
للسيطرة على أنفسهم في حجم الكحول الذي يتناولونه.

ثم هناك قضايا أخرى تؤثر أيضاً على قرار المعالج السريري في
الأخذ باستراتيجيات السيطرة الذاتية أو تقنيات السيطرة الذاتية على
31
الشرب مثل الدعم البيئي، والثبات الاجتماعي، ونظرة الفرد إلى الكحول كمرض أو اضطراب سلوك. فأهداف العلاج الفردية واستراتيجيات المداخلة العلاجية تبدو مترشحة مطروحة على المريض.

ثم إن مساعدة الأفراد الذين يعانون من مشكلات الكحول لكي يتعلموا اكتساب درجة اشرافية في السيطرة على الذات، سواء تم ذلك من خلال اختيار الكف عن الشرب، أو السيطرة على نزوع الشرب، أو الاثنين معا، تقول مثل هذه المساعدة تبدو مناسبة وفق ظروف مختلفة تتماشى مع الفروق الفردية. وعندما يبدأ الفرد بمعالجة مشكلات مرتبطه بأثار الكحول الضارة المؤذية، ومع ذلك يبعن في تعاطي الكحول تعاطياً خطرأ (أربع أو خمس كاسات في الجلسة الواحدة) حينئذ يترتب عن ذلك ترقي المريض العضوي واضطراب السلوك، وتعريض المريض لمخاطر الخطر الذي يهدد حياته فعلًا. وهنا لا بد من التدخل جذرًا لتجنب هذه النتائج الخطيرة السيئة، وإن العودة المكملة على مستوى الشرب الاجتماعي لم يعد مقبولاً، وهنا قد يطرح سؤال حساس في هذا السياق هو: هل هناك ثمة خطران تترتب عن الاستمرار في الشرب حتى في أقصى درجة ضبط الذات؟

الجواب هو أن هذا السؤال يمكن الإجابة عليه فقط من خلال معالجة الفرد في الوقت الذي يتلقى فيه أفضل التوجيهات والارشادات من قبل معالجه.
رغم الجهود الكبيرة التي بذلت، لم تكشف الدراسات عن وجود سبب واحد لظاهرة الكحولية وذلك خلال خمسين سنة تقريباً من البحوث والدراسة، أي تعبير آخر لم يتمكن الباحثون في هذا الميدان من عزل عامل (أو سبب) بيولوجي، أو سيكولوجي أو اجتماعي عزية اللكحولاية. ورغم وجود أبحاث مشجعة تناولت العوامل البيولوجية في سبب الكحولية الأمر الذي فرض بذل الجهود للتعرف المبكر والوقاية (فرانك 1985)، إلا أن التحديد الدقيق للسبب الفيزيولوجي النوعي في الحالة الفردية للكحولية لا يبدو عملياً في الوقت الحاضر. وعلل الاتجاه الأوفق في مجال البحث والكشف في هذا الميدان هو في المعانيات العميقة السابقة للعوامل المسببة للعديد من العوامل والمباسبات.

نوعياً أن يكون (الأب أو الأم) كحوليّة بقدر ما تكون الكحولية موجودة في أفراد لأسرة معينة للتنبؤ أي أفراد سيكونون معرضين لمشكلات كحولية سبيئة.
وبصرف النظر عن التأثيرات الحضارية والبيئية فإن كثرة النوع الآرثي للكحوليات في تركيب الفرد تشير إلى وجود استعداد مسبق (وفقًا لعمليات بيولوجية غير محددة) نحو تطور الموقف والمشكلات الكحولية مع تقدم العمر. وتنبئ إلى أنه من الأهمية بمكان الاستعلام عن القصة الكحولية في الأسرة عند اتخاذ القرار التشخيصي ويغرض الخطة العلاجية والوقائية المبكرة. وكما كان تاريخ الأسرة مليئًا بالدمامين، كان الادمان متزامناً وخطرًا في الفرد المدهو في العائلة نفسها، وأقل قدرة في السيطرة على مقدار شربه. وما من شك أن الفروق العرقية في مشكلات الكحول هي معروفة منذ حقبة غير قصيرة، وهذا ما يدل على وجود خصائص أسرية وحضارية في تعاطي الكحول وما يتسبب عنه من مشكلات صحية واجتماعية وسكيولوجية.

ومع المعروف أن الشعوب القاطنة في جنوب أوروبا والبحر الأبيض المتوسط حيث تبدو مشكلات الادمان أقل شيوعًا، نجد أن البؤس الاجتماعي البؤس الخاص بالكحول والمواد المبدلة للمزاج مختلف عن البوس الاجتماعي لشعوب أوروبا الشمالية. ثم إن شعوب جنوب أوروبا لا تختلف فقط عن شعوب أوروبا الشمالية في شرب الكحول ولكن أيضاً بنوع المشروب المستخدم وبالتحمل في مزجه للوصول إلى نشوة السكر المطلوبة. وفي دراسات العلامة
فيلانت (1983) يبين لنا أن سلسلة النسب عند الأوروبيين الشماليين تعد مؤشراً هاماً للمشكلات المستقبلية الخاصة بالكحول. ويشير ناثان (1980) إلى أن التأثيرات الحضارية، الثقافية لا تكون وحدها الفاعلة في مشكلات الكحولية، ولكن هناك أيضًا الظروف الاجتماعية الأخرى التي تشرّك وتتسهم في هذه المشكلات. فالتحولات الثقافية الثانوية مثل الضغوط الصادرة عن الndef وتوافر المشروبات المروية، وسمات مطالبة بعض الجهات التي تعرض على الامام في الشرب والانفرط فيه، وأنشودة شرب الشرب المنحرف تعد عوامل مؤهّبة لظهور المشكلات الكحولية. فهذا التعلّم الاجتماعي في شرب المسئول يعزز الأتجّه القائل "إنه ثمة بعض الأغاط الخضارية تدعم الكحولية من خلال مواقفها بقبول السلوكي المخمّر، وتجاهل النتائج وجعل المشروبات جزءًا من المهّد الاجتماعي المرغوب". مع معاينة اضطرابات الشخصية التحليبة الخفيفة كسبب في الكحولية وفق ما شرحنا آنفة، نجد أن الكحوليين يواجهون مشكلات الكحول وعاقبته كعرض ل👔 ما شرحنا آنفة، نجد أن الكحوليين يواجهون مشكلات الكحول وعاقبته كعرض ل בגין ما شرحنا آنفة، نجد أن الكحوليين يواجهون مشكلات الكحول وعاقبته كعرض لبورتريت الشخصية سابق الوجود. وتتعرّج النظريات النفسية التحليلية أسباب الادمان إلى ثبات في نمو الليدرو (الشبق الشفكي) أو إلى عدم استقلال الشخصية. إلا أنه ولا رأي من هذه الأراء المرتبطة بالشخصية من الوجهة التحليلية أمكن اقامة الدليل عليها مادياً. فالدراسات الخاصة التي تتناولت سمات الشخصية التي تميز بين الكحوليين وغير الكحوليين قبل الوصول إلى الإدمان الكحولي لم تجد (هذه الدراسات) نتائج إيجابية (1976). والأمر الأكثر دهشة

وننبه إلى ناحية هامة جداً في خصوص علاج الإدمان على المواد المبدلة للمزاج هي "إن النظريات العلاجية التي تستهدف إزالة أو تخفيف صراعات الشخصية الخفية التحتية أو التي تتناول ضعف قوة الأنا وذلك من أجل علاج الكحولية، هذه التقربات بذاتها هي غير فعالة ولا مجدية، فالشيء الثابت والأكيد القاطع أن المشكلات الانفعالية والسلوكية والتكيف الاجتماعي تنمو وتتطور وتتفاقم كنتيجة للإدمان على المخدرات والكحول.

ولعل أفضل استراتيجية لتوجيه هذه المشكلات وتديرها هي أولاً في إزالة الكحولية ومن ثم التعامل مع الأعراض الارتكاسية الناجمة عنها مثل الصعوبات الانفعالية.

وعلى مستوى الممارسة السريرية ينصب بتوجه الاهتمام نحو المشكلات التي ظهرت خلال سنوات الشرب، وهذا ما سيكون موضوعاً كلامنا في الفصول المقبلة.

4 - نظرية التعلم:

عموماً إن نظرية التعلم التي رسخها العلامة السيكولوجي...
باندورة ووصفها (1982) والتي طبقها ناثان وجماعته (1980) على مشكلات الكحولية تبدو نافعة ومفيدة في وصف ما نعلم عن سبب الكحولية والراءوض وهذا ما نرغب أن يفهمه القارئ، لتحذير مرتبطة متعوداً مدمناً على الكحول أو المواد المبدلة للمزاج سيكولوجياً وفزيولوجياً، فإن مثل هذا التعود هو أكثر نتيجة لتلفشير كيميائي مباشر، (أي مادة محدثة) فالافراد الذين لديهم استعداد مسبق ارثي يتحملون فزيولوجيا الكحول بدرجات أكبر ولديهم عجز في قدراتهم على تمييز ووعي درجات انسمامهم بالكحول، كما لديهم استعداد مسبق ثقافياً في التكيف الباكر على تناول الكحول. وفي أي من هذه الحالات نجد أن هؤلاء المدمرين لسوء حظهم يعجزون عن تعلم تناول الكحول تناولاً مناسبًا معتدلاً لا يؤدي صحتهم النفسية أو البدنية فسوء استخدام الكحول والإفراط في شربه يقود إلى تعود فيزيولوجي وسلوكية متعلم، وهذا السلوك التعودي المتعلم لا يتتأت من خلال التعزيز المباشر الذي يترتب عن انقاص التوتر النفسي واضعافه بفعل تناول الكحول، ولكن نتيجة معتقدات وتوقعات الشارب حيال ما يفعله الكحول في نفسه اضافة إلى مدركته وتفكيره الاعتقالي. فهذه الأمور هي المتحولات المعززة الهاوية في ترسيخ الادمان وتعزيزه. فالمعتقدات أن الكحول يضعف التوتر النفسي، ويزيد الفعالية الاجتماعية أو يمنع الانزعاج النفسي، هذه المعتقدات تسهم اسهاماً كبيراً في مساعدة الناس على تعلم شرب الخمر بصورة غير تكيفية بذاتها ومن ثم البقاء على هذا السلوك الاتجاهي.
ونافل الحديث إن المراجعة التي نحن بصددها للعوامل المسببة
للcoholية والمواد المبداة للمزاج ثرى أن الأفراد الذين يصابون بداء
الcohol وإختلاساته المرضية ليسوا بالضرورة هم مختلفين عن غيرهم
من البشر في السمات الشخصية قبل مرضهم بهذا الداء كعمد
استقلال الشخصية، أو مشكلات التكيف السيكولوجي عندما كانوا
أطفالاً، والاختلاف عن غيرهم من البشر الأوبياء بنحصر فقط في
وجود قصة كحولية في أفراد أسرهم وعوائلهم، وفي وجود أفراد
حضارية في هذه الأسر تميل إلى استخدام الكحول، ثم إن الأفراد
الذين يعانون من مشكلات كحولية كثيراً ما نجد لديهم:
أ- قصة تعلم نوعية تترتب عنها الركون إلى الكحول والتعود النفسي
عليه كوسيلة لاضفاء التوتر النفسي والحصول على النشوة
المطلوبة السارة.
ب- الإفراط في شرب الكحول افراطًا مزمنًا رغم الاختلاسات
السيدة المترقبة الصحية الناجية عن هذا الافراط.
ج- سلسلة من المعتقدات المتصارعة الخاصة بشرب الكحول، ومع
ذواتهم ومع الغير، الأمر الذي يتمشخ عنه تعزيز الميل لل
شرب الكحول تعزيزاً غير تكييفي.
ثم إن المشكلات السيكولوجية الاجتماعية والمهنية
والصحية هي نتيجة الإدمان على الكحول ليست السبب أو
العة في هذا الإدمان.

5- فعالية العلاجة:

طرحت علينا دراسات كلي من ميللر و هيستور (1980) ما مفاده
أن معالجة الكحولية تنجح بنسبة الثلثين من المرضى حيث يطرأ تحسن ملحوظ على أحوالهم، وخلال مدة قصيرة، بينما الثلاثة الباقي يحتاجون إلى فترة علاج طويلة، وهذه المعالجة تضمنت الدراسات التي تمتد من البرامج الخاصة بِ euxًا، المزودة إلى الأشكال العلاجية الأقل شدة مع فروع قليلة في النتائج العلاجية.

ويشير براندسم (1980) من خلال مراجعته لعلاجات مرضى تعالوا في عيادات خارجية، إنه رغم وجود متغير حدي هام في أنواع المعالجة، وفي سمات المرضى المعالجين، فإن المعالجة عموماً تبدو أكثر فعالية من لم تطبق أي معالجة وتثير هذه المعالجة يضعف مع مرور الزمن وتقادمه ويبدي أيضاً إلى أن جميع أنواع العلاج النفسي المتقدمة خارج المشافي تعطي مردوداً يتراوح بين درجة متوسطة ل عالية في تحسين حالة المريض المدمن، وهذه المعطيات تبرز صعوبة التمييز بين الحسنات النسبية لأساليب العلاج المختلفة نظراً لأن جميعها تبدو متميزة في الوضع الكحولي لول لعلاج ووجد براندسم أيضاً نتائج مماثلة حيث قارن العلاج السلوكية العقلاني مع العلاج النفسي الاستبلاسي، ومع مجموعة ضبط تجريبي لم تعالج وهذه النتائج أظهرت تفوق جميع العلاجات على المجموعات التجريبية التي لم تعالج.

ومرة ثانية يطالعنا فيلانا (1983) في نتائج دراسته التي أشارت إلى وجود 20% من الكحوليين يشعرون تلقائياً أو يصبحون في حالة كف وضبط بدون معالجة. أما أولئك الذين يستمرون في
الشرب فتأتفرج حالاتهم نحو مشكلات اختلاطات صحية وسكولوجية، فلا يشفون أو يتلون بدون مداخلة علاجية ففي تلك الدراسة والتي امتدت من عام 1940 حتى عام 1980، كان طريق الشفاء متغيراً من خلال الأسهم وانتشار الانتباط في صف الكحليين الذين شفوا، (هنالك عدة أفراد عوّجوا بالعلاج السكوديناميكي وبالعلاج الموجه الاستبصاري، أفادوا خلال عملية المتابعة العلاجية أن انخراطاً في هذا النمط من العلاج أثر كثيراً من شفائها لأن هذا العلاج توجه نحو تدليس شخصياتهم وليس ابتعاد تعاطيهم للكحول).

وبالطبع فإن المعالجة بالنسبة للمجولين في الكحول لا تكون مؤذية أو ميحة. ويعلمنا فيلانت (1983) عن منحة حالة تم قبولها في عبادة علاج الكحليين، واتضح في هذه الدراسة أن المسرفيين في الكحليين الذين لم يبدوا من شربهم، كانوا عرضة للموت بسبب الكحولية ذاتها. وهنا يشير فيلانت إلى المآزق الذي يواجه المعالج في علاج الحالات المتقدمة الشديدة الخطيرة من الكحولية فالمآزق الذي يقصده فيلانت هو أن العلاج في مثل هذه الدرجات الشديدة، رغم كونه باهظ الثمن فلا يوجد ما يضمن الشفاء. ونونو هنا أيضاً لا يتمضخ عن أي معالجة بدون مردود شفاء أو حدوث وفاة، وأن آخر ما يمكن أن يقدمه العلم في هذا الميدان أنه قد لا يستطيع أن ينقذ مريضاً كحولاً ما ثم إنه بدون مداخلة علاجية فإن المدمر في معظم الأحيان عرضة للدمار والانهيار. هذا ورغم النتائج غير المشجعة وحتى بواسطة الأشكال العلاجية المتعددة الأنظمة مثل التي تقضيها
المؤسسات الصحية ذات النظم العلاجية الداخلية للمرضى، فإنه من الواضح أن الكحوليين يصيبهم الحظ بالشفاء.
وقد يتساءل القارئ، كيف يتم ذلك؟ وما هي الإجراءات التي توصل إلى الشفاء؟
على غير القضايا الأخرى المتعلقة بالكحولاية هناك جدل كبير يدور حول الظروف والشروط الضرورية والكافية كي تتحقق الشفاء. فالآخرين يعتبرهم التبديل والنزيف في أشياء سلوكهم التي تقودهم إلى الشفاء من الكحولة مثل الاختلاط في صف الكحوليين الذين شرفوا، والعلاج داخل المستشفى والعلاج النفسي والتدين، والتدريب المنفرد، (الإشراف المكرر للكحولاية) وحدود تبدل في ظروف الحياة، وخلط من الظروف والواقعة المذكورة. وبالطبع لا يوجد مسلك أو طريق وحيد يؤدي إلى الشفاء بحيث يطبق في جميع الظروف.
ويرى براون أن إحدى الخبرات الهامة التي تقود إلى الشفاء هي العلاج النفسي. ورغم أن جماعة السلوكيين يختلفون مع براون بعض الاختلاف، إلاً أنهم يوافقون على اعتقادات في قيمة العلاج السلوكي المعرفي، ومروره وفعالته وتوجيهه في الشفاء من الكحولة.
ويتعين على المعالجين الآلا يكونوا مشيئين حيال العلاج نتيجة تجاوب القلة من الكحوليين للعلاج في حين يكون نصيب النسبة الكبرى منهم النكس. وغالباً ما يعتقد المعالجون النفسيون أن مداخلاتهم العلاجية يجب أن تؤدي إلى الشفاء ومنع حدوث
المشكلات المستقبلية. ولعل الموقف الحكيم المتنازٍ هو أن يبذل المعالجون من توقعاتهم تحوّلهم للفشل، وعليهم أن يقبلوا علاج الكحول كما أمر المساعد ومعين.

6- الخلاصية:

- الكحولية هي مشكلة متعددة الجوانب والعوامل، ويوجد ما يبرهن على أن العوامل الأرثية، والأسرية، والثقافية (الحضارية) تتفاعل مع قصة تعلم الفرد الاجتماعية لشرب الكحول وهذا يترتب عليه حدوت تطور فيزيولوجي وسجوكولوجي على الكحول في كثير من الحالات. ويمكن القول أنه سواء نظر إلى الكحولية نظرة مرض أو اضطراب يرتبط بالصحة السلوكية، فإنها في كل الأحوال تصبح وخيمة العواقب إذا لم يتم علاجها. ورغم أن بعض المعالجات قد يصيبها النجاح في علاج حالة معينة، (وهذا الأمر يتوقف أساساً على عدد من العوامل ترتبط بخصائص المرض وسماته مثل حالة المشكلة، والسن، ودرجة التعود البدني على الكحول، ومحاولات المريض السابقة للكشف عن تناول الكحول، ومدى الإخفاقات التي أصابته في هذه المحاولات، وتوعية المحيط الاجتماعي الداعم الذي يعيش فيه وغيرها.) فإن قرار المريض بالإفلاس عن تناول الكحول وتبديل سلوكه حياله، إضافة إلى الإلحاق على الكف والمتابعة العلاجية المستمرة لهذا القرار المتخذ من جانب المدمن هي المطلب الضروري والشرط الأساسي لايفاف هذا الاضطراب، ومن ثم الوصول إلى الشفاء منه في نهاية المطاف.
ب- أبانت الدراسات المختلفة التي تمت على مرضى عولجوا داخل المستشفى وبالعيادات الخارجية أن هناك نسبة قوامها مريضان من أصل ثلاثة مرضى أصابها التحسن بفعل العلاج الذي تلقاه خلال فترة قصيرة. ولكن هذه الفعالية العلاجية تنتهي وتعزز مع مرور الوقت والثبات. هذا ورغم أنه لا يوجد شفاء مؤكد من الكحولية ولا أحد يضمن ذلك، وبخاصة إذا كان الاضطراب حادًا ومرسخًا، إلا أن عدم اللجوء إلى المعالجة يترتب عنه ترقي الاضطراب وتزايده سوءًا في الاندفاع لذا فإن المعالجة للكحولية تبدو ضرورية في مختلف صورها وأماطها. وإن أفضل صورة لظاهرة الشفاء في الكحولية هي في التبادل السلوكية والمعرفي الذي يتضمن العديد من العوامل. فالعلاج النفسي الذي يتولى ازالة الاضطراب النفسي التحتي المفترض من خلال الاستبصار السيكوديناميكي، هذا النوع من المعالج ثبت فشله وعدم جدواه في الكحولية عمومًا. أما العلاج النفسي الراحي إلى مساعدة الفرد المدمن مساعدة نوعية في التعول على مشكلته بكونه مตนเองًا وقبول وجود هذه المشكلة، ومن ثم عند النية الصادقة والعزم المكن على تبديل تفكيره ومشاعره وسلوكه التي هي نتيجة إدمانه المرضي على الكحول واستمرار شربه، نقول مثل هذا العلاج المتفاعل القائم بين المعالج والمريض هو الذي يسهل الشفاء والتخلص من الإدمان.

ج- إن العلاج الانفعالي - العقلاني (الفكري) الذي يعني أنوذاً
وتفسيراً للاضطراب الذي يعتره الإنسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعالة التي تساعد المرضى على تعلم مساعدة أنفسهم من خلال إيقاف شرب الخمر، والابقاء على هذا الامتناع والكف، هذا النوع من العلاج الحديث يفهمه اسهاماً فعالاً في تنمية عملية الشفاء من الإدمان ودفعها قدماً إلى الامام. وهكذا يمكننا القول أن الفرد المدعى الذي صمم على تبديل موقفه من شرب الخمر، وتعاطي المخدرات وشأن بجد وانتظام على مكافحة أفكاره الاستهلاكية التي توجه له شرب الخمر وتزنيها له كأفضل متاعة ومسرة، وتبديلها بأخرى إيجابية، ووقف صادمًا في وجه الاحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المسكر أو المخدر، وكابر بقوة وتحمل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه في الكف عن الشرب مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاصة اللاعقلانية التي تثيرها وتؤججها الميل الادماني، والآنا الضعيفة، نقول أن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يقربه من الشفاء والتخلص من الإدمان بشي الوانه وضروبها.
الفصل الثالث
الإدمان من وجهة نظر النظرية الانفعاليّة - العقلانية

إن غرضنا من هذا الفصل هو طرح أنماط السلوك الإدماني، وألقاب أعضاء عليه من جميع الجوانب بهدف مساعدة المعالج الذي يأخذ بهذا النوع من العلاج ويتعين مبادأه، لتطوير استراتيجيات معالجة وإحكيم فعالياتها. وفي معرض شرحنا لهذا الأنماط الإدماني سوف لن نفصل تفصيلاً موسعاً في الأطراف الكلي الجامع لنشر الإدمان وأسباب السلوك الإدماني بقدر ما نأتي على ذكر نظرية استمرار العرض المرضي الإدماني ومسألة تبديل هذا العرض.


1 - علم السببيات

في اعتقاد العلماء والباحثين أن النظريات المطروحة حالياً في حلبة العلم، ومعطيات الأبحاث الجارية الرامية إلى امتصاص الشام عن مسببات الإدمان على الكحول والاضطرابات الأخرى ليست كافية.
ولا مستكملة أسابيعها وتطورها بما تمكن المعالج من وضع خطة
العلاجية على أساس فعالية ومضمونة النتائج. فنظريات الأسباب
(السبيسيات) يمكن أن تؤخذ كذرائع، وليس كأمر يترتب عنه تبديل
حادثة أو نتيجة. ذلك لأن العوامل المسببة المفترضة هي على درجة
كبيرة من العمق والتعقيد، ومشبعة وبيولوجية (Schuckit 1981).
فالمعالجون العاملون في ميدان الصحة النفسية المهنيون والذين
يعاملون مع المرضى على مستوى العلاج قد يجدون في معطيات
نظريات السبيسية القائمة بعض العون والأمل بحيث أن جهودهم
العلاجية تقدم عونًا للمريض ملموسًا وحقيقية.

2- العوامل البيولوجية:

هناك برهاان أخذ في التنامي والتعاظم يؤكد على ضلوعية
العوامل البيولوجية في مسألة الأدمان على الكحول، اضافة إلى
التأثيرات الحضارية الثقافية (McLean 1981, Critchlow).
وفي رأي بعض المعالجين أن ضلوعية العوامل البيولوجية في هذه المسألة تؤدي
منطقياً إلى التشاؤم في علاج الكحولية. ولا مراء، ان النظرية
الأفغالية - العقلانية تفترض دوماً أن الكائنات الإنسانية هي
عضويات حيوية ببولوجية وأن علم الأمراض النفسي الخاص بهذه
الكائنات هو في أغلب الأحيان يعود بذجوره الى علم ببولوجيا هذه
الكائنات (Ellis 1976). ولكن هذا لا يمنع من أن نجد بعض البشر
هم أكثر ميلاً الى التفكير اللاعقلاني من غيرهم، أو لديهم عتبة
منخفضة في تحمل القلق، والاكتئاب، والغضب وسيطرة أقل على

46
نزوعاتهم أو ضعف في تحمل الاحباط. وهذا أيضاً ما ينطبق على مسألة الادمان، إذ هناك ما يبرز الافتراض أن بعض الأفراد في جبلتهم الاستعدادات البيولوجية الإرثية للإدمان على المسكر والمواد المؤثرة على العقل (ال بدلة للتفكير). إلا أن المضارين المنطقية مثل هذه السببية البيولوجية لا تعني اليأس وفقدان الأمل من علاج المدمن بقدر ما تعني أهمية الاحباط على بذل جهد إرادي أكبر للتغلب على الإدمان من جانب المعالج. هذا فإن النظرية الانفعالية - العقلانية تقول أن السلوك برمته تحدده عوامل متعددة لذا فإن المرضى الذين في مكنوناتهم الاستعداد الإرثي المسبق البيولوجي والقوي للوقوع في براءن مشكلة نوعية، كالإدمان على المخدرات والمسكرونات، يتعين عليهم الاستعانة بقواهم السيكولوجية الكاملة في نفوذهم للتغلب على تأثير العنصر البيولوجي الإرثي للمشكلة.
والحق يقول: إنه إذا كانت حقيقة أن في الكحوليين العنصر البيولوجي الإرثي في الميل إلى الخمرة، أو النزوع نحوها والرغبة فيها فما هي إذن مضامين العلاج؟ تجيب النظرية الانفعالية - العقلانية على هذا التساؤل بالقول: إن علينا أن نواجه الانتكاسات مراراً وتكراراً عند معالجة الإدمان على المسكرات وتكون في منظورنا دوماً فبالكحوليون إذن لا يحتاجون فقط إلى بذل جهد أكبر بل أيضاً إلى المزيد من الجلسات العلاجية قبل أن ينفطس سلوكيهم الإدماني لأخذ المجري نحو التحسن والسيطرة. ثم علينا أن نتوقع أيضاً أن الجهود المبذولة لكبح المد النزوعي البيولوجي والسيطرة عليه قد تكون دائمة ومستمرة طوال الحياة من جانب المريض الذي وقع في براين
الادمان، لذا يتعين أن نعلم المرضى الآخرين أن الشفاء التام والتخلص نهائياً من هذا النزوع الملحو نحو المخدرات أو المسكنات، بل أن يغلبوا هذا النزوع طوال حياتهم ليجعلوه في أدنى حد من النشاط والدفاع، أي بتعبير آخر أن يقبلوا حقيقة واقعهم ونظرةهم ويشروا حرابهم دوماً في وجه هذا النزوع البيولوجي.

3- الشرعية الكاتبة في الشخصية:

إن معظم العاملين في ميدان العلاج النفسي التقليدي ينطلقون في علاجهم من الافتراض الذي يقول أن الكحولية والأدمان على الأدوية المخدرة في أشخاصها مشكلات ومثابث في الشخصية على مستوى اللاشعور، وأن علاج هذه المثابث التحتية المحرضة على الأدمان يكفي لتخليص المرض المدم من ادمنه.

لقد تصدى لهذا الافتراض كل من فيلانت وميروفسكي (1982) فدحضوا في نقطتين: النقطة الأولى هي أن العلاج النفسي التقليدي فشل فشلاً جزرياً في تخلص المدم من سلوكه الادمني. بل أكثر من ذلك فقد حال دون ايقاف الشرب عند بعض الكحوليين. وال نقطة الثانية أن كثيراً من مثابث الشخصية ومشكلاتها هي نتيجة لتحاطي الشرب وليست المتاعب ذاتها سبب الشرب أو الكحولية. ويمكن القول أن هذا الدحض لفيلانت وميروفسكي للنظرية العلاجية النفسية التقليدية السيكوديناميكية أضافة إلى أن الكحول ذاته هو سبب المشكلات الشخصية والاجتماعية والأسرية التي تعصف بالدم، هذا الافتراض هو مقبول اليوم لدى الكثيرين.
من السيكولوجيين العاملين في حقل علاج الإدمان.

الأّ أن إعادة النظر بمقولة فيلاننت وميلوسكسي قد تمت حديثاً جداً من قبل كل من زوكر وكومبرج (1986) حيث اتضح لها وجود شرح في علم منهجية هذه المقالة. فالدراسات التي أعادت النظر ببعض مشكلات فيلاننت وغيرها ترى أن الأفراد الذين يدمنون على الكحول يشكون من مشكلات ضعف السيطرة على دوافعهم يظهر منذ بآذة حياتهم. وأيضاً مشكلات ناجمة عن عدم تكيفهم مع كل ما هو سلمة.

وبينما نجد أن الأبحاث المهتمة بالعلاقة الكائنة بين مشكلات السلوك التي تظهر في باكورة الحياة والسلوك الإدماني قد تكون معينة مفيدة في الوقاية من الإدمان، فإن النظرية الانفعالية - العقلانية ترى أن هذا الجدال يجب ألا يعار له أي اهتمام، ولا يقام له وزن وذلك لصالح ذلك المدمن الذي الآن في محاة الإدمان على المسكر أو غيره من المواد المخدّرة.

فعلى مستوى الممارسة السريرية (الائكلينيكية) فنحن نواجه عادة بمرضى لهم قصة مشكلات فقدان ضبط الذات وضعف السيطرة في وجه النزاعات أو غير ذلك من مشكلات الشخصية، إضافة إلى شريحة من المرضى فشلوا في انضمام شخصياتهم، وذلك نتيجة الخيل الكحولي الذي عاشوه لفترة سنة. قضية مسببات الكحول أو المخدرات لا ترتبط كثيراً بالكيفية التي يجب أن تعالج بها كحولية المرضى في المراحل الأولى من العلاج ولا تكون ضرورة لعلمنا أي

49
يعتبرنا أن نتدخل لنجعلهم يفكرون عن تعاطي المادة المخدرة أو الاستمرار في الكف، فالعلاج في أساسه هنا يركز على النظرية التي توضح كيف يبقى المدم مسلكه مستقراً أو ثابتاً راكناً إلي هذا الادمان، وهذه أهم ناحية في العلاج.

إن المرء الذين ينطلقون العلاج ضد الادمان والذين لديهم مشكلات نفسية ما قبل المرض بالادمان غالباً ما ينزعون الى سلوك مماثل في الميادين الأخرى من حياتهم، فالمريض غير القادرين على ضبط سلوكه الادمائي ودوفعه في الشرب فأنه ينزع الى سلوكه فله ما يهم الذات، أي انهزامي أيضاً أمام المشكلات الأخرى الحياة. واستراتيجية العلاج التالية من ناحية الادمان هو: 

- defeating impulses المرتبط بالغير والذي يتجنب الشخصيات بالللجوء إلى الشرب كآلية هروبية، فإنه غالباً ما يتحول على هذا النحو في سلوكه ازاء المشكلات الأخرى الحياة التي تواجهه. وهكذا نجد أن الهدف الأول في الاستراتيجية العلاجية القائمة على النظرية الانفعالية - العقلانية هو في التركيز على ما نسميه بالمعتقدات الخاطئة التي يحملها المدم المريض إزاء ادمانه على الكحول أو المخدرات والتي تجعله مرتبطة بسلوكه الادمائي أسراراً له. ومن ثم ينتقل الترخيص العلاجي الى المشكلات السلوكية الأخرى عندما تظهر وعادة ما تظهر. وثمة ناحية أخرى جدير بالذكر هي أن أنغام السلوك المضطرب التي تخلق الشخصية المدمنة تنظاهم بتفكر لا عقلاني مماثل. وهكذا فإن المعالج المختص في العلاج الانفعالي - العقلاني يعقدهم الأمل (وليس بالضرورة أن يتوقعوا) أي من خلال علاجهم شخصية المدمن.
بايقاف تعاطيه للمخدر أو المسكر، وجعله ينهاض معتقداته الخاطئة في الخمرة، هذه النتيجة سيتعمر أثرها ونجعلها لتحسين التفكير المنطقي العلاني الجديد عند هذا المريض فيشمل المجالات الأخرى من حياة هذا المريض. أي بكلمة أخرى ان تصحيح معتقداته الخاطئة لا ينحصر فقط في مجال إدمانه، بل أيضاً في أنظمة تفكيره الجديد الذي أنتج عن هذا التصحيح للمعتقى أو التفكير ليحسن تكيفه في مشكلاته الأخرى الحياتية التي تتعرضه.

وهكذا فإن المرضى الذين يعانون مشكلات بالشخصية ناجية عن تعاطيهم المسكر أو المادة المخدراً لفترات طويلة تقدر بالسنين، يكون العلاج العقلي العاطفي مركزاً عادة على ناحيتين هامتين، الأول علاج الادمان ذاته بالكشف عن تعاطي المسكر، والثانية معالجة مشكلات الشخصية التي ترتبط عن تعاطي المخدور أو المسكر (أي الاختلاطات). ومثالاً على ذلك المريض الذي لم يتعلم التغلب على خوفه من الجنس الآخر (النسوة)، وسبب هذه الاعاقة التعلمية أنه دوماً في حالة سكر ومخدر وبذلك لم يزل تخسسه من هذا الخوف من رفضه من قبل الجنس الآخر، ولا تعلم المهارات الاجتماعية الملائمة للتغلب على هذا الخوف في هذه الحالة لا يعمد المعالج أولاً إلى التعامل مع هذا الخوف الذي بدوره إذا ما تمت إزالته يتوقف عن تعاطي المشروب أو المخدور، ولكن يتم التعامل مع الادمان ذاته فيوقفه، ومن ثم مساعدة المريض بعد ذلك على تعلم الطرق الجديدة في العلاقات الجنسية والاجتماعية التي تضعف مخافه وتبدو بالمهارات الاجتماعية المتعلمة الجديدة.
4- أهمية التحميل المنخفض للاحباط:

تفترض النظرية العقلانية- الانفعالية العلاجية أن المعتقدات الخاطئة تولد التحميل المنخفض للاحباط، وهذا ما نجده بخصوص في الادمان. وقد طرح العلاجة السكولوجية المعروف أليس (هو صاحب النظرية العقلانية- الانفعالية وعراها) تعبيراً جديداً أسماه قلق الانزعاج أو اضطراب الانزعاج في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعتري المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع ادمانه وهو ما يجعل التحمل المنخفض للاحباط الناجم عن امتتاعه عن الشرب أو تناول المخدر. ويتصف هذا القلق المزعج في موقع المدمن للألام والانزعاج وعدم المسرة والكدر. وهذه المشاعر كما ذكرنا هي محصلة المعتقد الخاطئ الذي يحمله المدمن يكون الألم أو الانزعاج هما أمران لا يتحملان من قبله. ويعتبر عليه عدم تحملها، بل ولا يستطيع ذلك. وهذا المعتقد نراه صراحة ووضحاً عند المدمنين. ومن المناسب هنا توضيحًا لهذه الناحية الحساسة الهامة في علاج الادمان، أن نذكر ونتعرف على أنماط المعتقدات الخاطئة المختلفة التي يولدها المدمن في تفكيره وتكون منعتلف العلاج عندنا.

أ- التحميل المنخفض للاحباط يفتت ارادة الكف عن تعاطي المخدر أو المسكر:

لعل الديناميكية المعرفية الأولية التي تولد الادمان وتبقي على وجوده هي ما نسميها أنواع تحمل المدمن المنخفض للكف أو الامتناع (أنظر الشكل رقم 1). فمعظم الأفراد الذين تعتبرهم مشكلات ترتبط بالعجز عن السيطرة على النزوعات والدوافع يستطيعون عليهم
تفسييرات الشكل رقم (1) بصرف النظر عن نوعية مادة الادمان (المسكر أو المخدر أو الدواء المحدث للتعود). فهؤلاء ينغممون بلا ضبط ذاتي في شرب المسكرات وتناول الطعام، وتعاطي الهيروين والأفيون والأدوية النفسية، والتهافت على الجنس، والقمار، والمحامر العاطفية الطائشة.

الشكل رقم (1)
الكلف وأنموذج التحمل المنخفض لللاحباط
تبدأ الدينياميكية الموضحة في الشكل رقم (1) عندما يتعثر المدين إلى المثيرات والمنبهات التي تعرض عند الميل إلى الشرب أو المخدر (السلوك الادماني المخرب)، وقد تكون المنبهات أو المثيرات رائحة الخمور المتبعة من الخمرة، أو المنبهة من قطعة حلوى مزوجة بالخمر، أو رؤية شخص يتعاطى الخمرة وغيرها أو الجلوس مع شاربي الخمرة. هنا يتصرف الميل مع الامتناع عن تلبية الميل. وأن القرار الذي يتخذه المدين الذي يتعثر إلى أزواجه الخمرة يعد هنا الحادثة المشتركة activating event، إذ أن الأحرار المؤقت أو الكف الذي يفرضه المدين على نفسه بعدم شرب الكحول أو تعاطي المخدرات يلحق به أو يتبعته عادة شعور يتحمل منخفض للاحباط يصدّر عنها يدور فيها من أفكار ومعتقدات تابعة من غواية الخمرة وارتباطها بها، أي المعتقدات الخاطئة أسلوب الاحتمالات وبدون تطوع في فكره.

عادة تأخذ الصور التالية من الأحداث مع الذات:
- أنا غير قادر على تحمل الامتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر.
- يجعلني علاً ممارسة عملٍ والتناغم معه.
- لا أمتلك الارادة الكافية والقوة للموقف في وجه غواية المخدر أو الخمرة.
- يصعب علي تحمل حرمان الرغبة في الشرب.
- سيكون انساناً ممولاً حرامناً قاسيًا إذا لم أشرب الخمرة.
- تبدو الحياة صعبة جداً علي لذا فأخمرها هي عزائي وسلوائي.
- للتغلب على مصاعب حياتي، فالخمرة هي ملاذي التي استعين بها.
- أضيف على نفسي المسرات إذا كنت في جو أنس ومتعبة ولا أشرب فيه المخمرة أو أتعاطي المخدر.
- عندما يكون مثلما متكدرأ لا بد من اضعاف معاناني بالخميرة.

إن مثل هذه الأفكار الخاطئة التي يحملها المدمن ويعتقد فيها تكون مصدر اضطرابه النفسي وبوءة ضعف تحمله للكف عن تعاطي المشروب أو المخدر وبالتالي معاناته لما أسمينا بالقلق المزعم وذلك وفق الشرح الذي سبق وذكرناه في المعادلة (أنظر الفصل الأول).

إن في مقدور المدمنين ومساعدة المعالج السلوكي التغلب على هذا التحول الضعف للاحباط الناجم عن الكف المؤقت عن الخمرة أو المخدر بالعديد من الطرق:

1 - باستطاعتهم الانتظار والتريث وكبح النفس عن المخدر أو المسكر إلى أن يخف الحماح الميل نحوه وتضعف قوته. ولكن بما أنهم يعزون في نفوسهم هذا المطلب الطبيعي لجلب الراحة لأنفسهم بتعاطي الخمرة، فإن هذه الطريقة لا تحل مشكلتهم في أغلب الأحيان.

2 - مناهضة الأفكار الخاطئة التي ذكرنا أخوضها عنها والتصدي لها والتي تسبب للمدمن قلق الانزعاج. MIME هذا التصدي سيكون قاسيا ويتطلب إلقاء معاناة من جانب المدمن حتى يتمكن من اضعاف هذه المعتقدات والسيطرة عليها واستبدالها بأحاديث إيجابية توجه نحو سلوك جديد ينهار تعاطي المخدر وحيثذ.
يضعف فلق الانزعاج وترتفع عتبة التحمل للاحباط، وهذه هي أفضل طريقة وأنجعها.

مرة أخرى نذكر القارئ أن الآلية التي يعترض لها المدمن وفق الشكل الأول الذي ذكرناه وشرحنا خطواته هي واحدة في جميع حالات الإدمان بصرف النظر عن المادة أو الدواء الذي أدمن عليه المدمن، لذا فإن الاستراتيجية العلاجية في الإدمان عموماً تقوم على مساعدة المدمن في التغلب على المعتقدات الخاطئة، ورفع عتبة تحمله للاحباط الناجم عن الكف، وإزالة فلق الانزعاج.

ولعل السبب في كون الوقوع في براثن الإدمان على العسكر أو المادة المخدرة نوعاً سهلاً وتمسك المدمن بادمانه هو أنه أخذ المخدر أو الشرب لتهديده وسباع فلق الأزعاج هو أسرع وأسهل بالنسبة للمدمن من اتباع الأساليب العلاجية السلوكية في التغلب على هذا الفلق الذي يحتاج إلى وقت وجهد وارادة ومعاناة فيها إذا اختار العلاج السلوكى والاستراتيجية العلاجية السلوكية تفرض عليه، كي يغلب على فلق الانزعاج العديد من الطرق، اعتناق الفلسفة المناهضة لمعتقداته وتبديله بآخرين إيجابية مقيمة ومدعومة لألان، والصمود في وجه النزوع نحو المخدر أو العسكر، تثبت أفكاره فلا يركزها على موضوع ادمانه، أي إيجاد بدائل حياتية سارة تجعله مع الوقت يجد فيها المسرات البديلة عن العسكر والخمر، تقوية السيطرة الذاتية على نزوعه، عدم الاستجابة إلى المنهات والمثير للنزوع نحو الإدمان ومقاومتها، وبالطبع يعود هذه الاستراتيجية العلاجية برمتها.
تحتاج إلى وقت كي تحدث تبديل البنية المعرفية وبالتالي تغيير السلوك الأدماني. وخلال هذه الفترة وإلى أن تستمر هذه الاستراتيجية العلاجية وتحدث التحول السلوكي المطلوب يتعين على المدمن أن يتحمل قلق الانزعاج. ثم لا تنسى أن الأفراد الذين بطبعتهم يتصفون بعoteca ضعيفة في تحمل الاحباط في حياتهم، ووقعوا في دردشة الأدمان، هؤلاء يجدون مشقة كبيرة في تحمل قلق الانزعاج، وبالتالي فإن أجلهم الاستراتيجية العلاجية التي وصفناها وشرحتها لا يكون أخذًا جدياً، وغالبًا ما تكون معالجتهم صعبة وتحتاج إلى جهد كبير ودعم من جانب المعالج.

هـ- المشكلات التي تتعرض التعرف على آثاموج الامتناع عن الكحول وضعف عتبة التحمل:

رغم أن ديناميكية الامتناع مستوي التحمل ضعيف للاحباط تبدو سهلة الفهم، فإن المعالجين الذين يأخذون بمبادئ العلاج الانفعالي- العقلاني غالبًا ما يتجاهلون هذه الآلهة الديناميكية خلال مداخلاتهم العلاجية لتبديل السلوك الأدماني. ويرى الدكتور Ellis (صاحب هذا النمط من العلاج ومبتدأه) إن الأغرار المبدئين في هذا النمط من العلاج من المعالجين يفصولهم هذه الديناميكية في العلاج. ويرى أليس أن هذا الاختلال هذه الديناميكية من قبل هؤلاء المعالجين يعود إلى سببين، السبب الأول (Ellis 1979) إن قلق الانزعاج الناجم كراً رأينا عن تحمل منخفض للاحباط كثيرًا ما يصعب التعبير عنه لغوياً أو تحديد هويته، ولادراك هذا الأحساس أو الشعور بالانزعاج يمكّنك القيام بالتجربة التالية:
西藏的佛教文化中，有“大乘佛教”和“小乘佛教”之分。大乘佛教侧重于修行，提倡普度众生，而小乘佛教则更注重个人修行和证悟。在西藏，大乘佛教的影响力更大，尤其是“噶举派”和“格鲁派”等重要教派。这些教派在西藏有着广泛的影响，不仅在宗教领域，也在社会、文化等多个方面。
وتقيمات B، وأخيراً الاستجابة الانفعالية C وذلك قبل البدء بعملية مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية. فالمعالج يسأل المدين عن ما ينتابه من مشاعر. ولكن بما أن المدين كان وقد تناول المسكر أو المخدر فإن مشاعره الحالية هي إما بالمسرة أو بالثالث وتوبيخ الذات، بينما تكون مشاعر قلق الانزعاج قد زالت بفعل تناول المسكر، فالدمى سرعان ما يلجأ إلى تلبية نزوعه نحو المسكر أو المادة المخدرة ما أن يشعر بقلق الانزعاج، لذا هذا الشعور سرعان ما يزول بعد تناول المسكر. وكل ما في الأمر أنه يعبر عن الشعور بالثالث لقاء تلبية النزوع نحو الشرب إلى المعالج، وهنا يلجأ المعالج إلى ارشاد المدين المريض إلى مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قادته إلى الشعور بالثالث.
وبالطبع ليس خطأً مناهضة الأفكار الخاطئة التي أدت إلى مشاعر الائم، وهذا ما سئذكه بعد قليل. الأً أن الاستراتيجية العلاجية في هذه الحالة لم تمس جوهر المشكلة، وقد يترتب عنها أن المعالج قد لا يشعر بتبكيه الضمير إزاء فترة الشرب.

تقنيات الكشف عن التحمل الضعيف للإحباط:

هناك عدة وسائل تستطيع من خلالها الكشف عن وجود ديناميكية التحمل الضعيف للإحباط الذي تترتب عن الامتاع عن تناول المسكر أو المخدر، وهذه الطرق هي:

أً- الاستعلام من المريض حياناً ما يشعر به عندما يكف عن تناول المادة المسكرة أو سؤاله عن شعوره عندما يكون في موقف لا يتوفر فيه المسكر أو المادة المخدرة التي تعود على تعاطيها، فقد يقاوم أو يرفع كفته ولكن عليك بالاختيار على ليكشف عن هذا الشعور.
ب - حاول أن تعيد صياغة تعابيره عن مشاعره عند تعرضه للسفر الذي تكشف عن وجود ما اصطلاحنا عليه من تسمية وهو قلق الانزعاج. وعلمه أن يستعمل هذا التعبير، تطلبه منه أن يتحيل أنه قد كرم له المسكن الذي يدعوه فيه وأن يسيد في الوقت نفسه مقاومة بعدم تناوله، اتركه يتحيل هذا الموقف الذي يتصارع فيه النزوع الادمائي مع الامتناع والكف. هل لن لما يشعر به هو الآن هو قلق الانزعاج، في المرة القادمة اسأل المدمن (على المسكن، أو الكوكايين أو الأفيون) عن شعوره واحساسه قبل تناول ما أدمه عليه، وما الشيء الذي كان يفكر به قبل تلبيه ولعه وزنوعه الادمائي؟ هنا يمكن للمعالج أن يركز على الطلب منه بناهة ما كان يفكر به وتدريبه على كيفية تصحيح هذا التفكير الذي هو جوهر ديناميكية تبدل سلوكه الادمائي.

٦ - الانسماج كطريقة للتعامل الهربي مع الموقف:

هناك ديناميكية تفكيرية (معرفية) شائعة هي لجوع المدمن التعاطي مادته الادمائي من أجل الهروب من متاعبهم التي تواجههم. وأن هذا السلوك يقوده إلى الانسماج بالمادة المخدرة أو المسكنة كأسلحة في التعامل مع مواجهة المصاعب (الشكل رقم ٢).

من المعروف أن الكحول يحدث الشعور بالاسترخاء. وأن توقع الشارب له حسب ما تعلمه من محيطه الثقافي الذي يعيش فيه هو في تأثيره الاسترخائي على جملة العصبية. يتوقع المدير التنفيذي في شركة مثلًا أن يأخذ كأس ويسكي بعد جلسة عاصفة مع مروبيه
لتزاح أعضائه، والمعطاطي الحشيش النشوة بعد تعاطي هذه المادة.

هذا ورغم أن المعتقد الثقافي الشائع حول تأثيرات الكحول والأفيون
وغيرهما من المواد يكونا مهددة مرضية، وقد تكون كذلك نتائج
استجابات فيزيولوجية مرضية، إلا أن تأثيرات هذه المواد لا تكون
دومًا حقيقية على المستوى الفيزيولوجي أي تثير الاسترخاء، ومشتانا
على ذلك تدخين لفافة التبغ، فالمدخن يتوقع من السيارة عندما
يدخنها أنها تجعل له الهدوء بينما هي في الواقع على المستوى
الفيزيولوجي منبهة للحملة العصبية الودية فزيادة ضربات القلب
وسرعة التنفس. فالتوقع أدن كثرًا ما لا يتوافق مع حقيقة التأثير
الفيزيولوجي في مسألة تأثيرات المواد المخدرة، وأيضاً مثل الكحول،
فهو ينظر إليه من قبل 사람 كمادة محدثة للاسترخاء لأن من أحد
تأثيراته الفيزيولوجية هو زيادة ضربات القلب، وهذا ما ينافض
الاسترخاء على المستوى الفيزيولوجي. فالكحوليون يضطرون جواً
بأن الكحول مزين للكره والتوتر، فهم يشعرون بسخط بسيط من
الاسترخاء، والآمر ذاته نراه في المواد الأخرى المؤثرة على العقل
والعاطفية، عدا الأدوية الخاصة كمضادات للقلق، فهي على المستوى
الفيزيولوجي تكون مركزة مهددة كالفاليوم مثلاً فالدمون على مثل
هذه الأدوية المهددة يكون الادمان حقاً على دواء بخاصية مركزة ليس
فيه عنصر الإيجاء أو التوقع. إن العلاج الانفعالي - العقلي يعلم
المعالجين أن في مقدورهم تبديل عواطفهم وانفعالاتهم المزعجة وذلك
من خلال مناهضة معتقداتهم الخاطئة التي تجلب عليهم الكدر والغم
والتعاسة. ورغم القناعة بفعالية هذا النوع من العلاج إلا أنه لا

11
من وجود عملية تعزيز سلبي تجري وتنشط، فالتعزيز من خلال اللجوء إلى الكحول أو المادة المخدضة هو بإزالة الألم، وفي هذه الحالة فإن إزالة الألم النفسي والانزعاج الناجيين عن المحررات الأصلية المنشطة (تشتيط الميل إلى تعاطي المخدور والكف المؤقت عن تناول المادة المخدضة) إضافة إلى إزالة "شدة العرض"، وذلك باللجوء إلى المخدور أو السكر يعدان بمثابة معزز سلبي الذي يزيد من احتمال ظهور الآلية الإدمانية مرة أخرى.

والحق يقال أن المدمن لا يلجأ إلى الدواء المخدور أو السكر حتماً في الحصول على اللذة بذاتها ولكن من أجل إزالة المشاعر السلبية والكرب التي تبدو له غريبة في بادئ الأمر، وأن بعض المدمنين يرون أنهم يتعاطون الأدوية المخدرة والكحول لملف هذه الأغراض.

إن التحليل السلوكى لنمض استخدام المادة المسكرة عند أي مدمن نجد فيه أن المدمن في كل مرة يلجأ فيها إلى تناول المادة المخدرة أو السكر يكون اما من أجل مواجهة الموافقة المزجع أو تحت تأثير ضغوط العمل وشدةاته. وتشير أبحاث مارالات (1983) إلى أن معظم المدمنين يتكسبون عندما تعترضهم مواقف مزعجة مثيرة لقلقهم واضطرابهم. وغالباً ما يطالعنا المدمنون بأفكارهم التي تفيد أنهم يلجأون إلى المادة المخدرة أو السكرية وذلك من أجل الحصول على ما يخدير مشاعرهم واحساسهم أو كوسيلة للهروب. وعلى هذا نجد أن تعاطي المخدور يلعب دور الهدف المعزز تعزيزاً سلبياً (الهروب أو التخدير). فهو يساعدهم مؤقتاً ولفترة على تجنب
الضيق والكرب، أو الهروب منها.

إن تعاطي الكحول أو المواد المخدرة الأخرى الانسماوية بغرف تخيف الضيق الناجم عن القلق الأصلي وأيضاً شدة العرض.

نقول أن مثل هذا التعاطي له تأثيرات سلبية متعددة.

أ - يعزز معتقدات المدمن، أنه غير قادر على تحمل الانزعاج الانفعالي.

ب - يعزز عادة الشرب من أجل حل المشكلات الانفعالية.

ج - يعزز استجابة للحوادث الباعثة على التوتر باللجوء إلى المسكنات أو المخدرات كوسيلة للهروب أو تخفيض التوتر النفسي.

د - يمنع المريض المدمن من تعلم الاستراتيجيات الفعالة التي تتصدى للحوادث المثيرة للتوتر أو المحرضة على شرب الكحول.

وهكذا نجد أن الكحول أو المواد المخدرة تشكل قدرات الفرد في تعلم المهارات الفعالة القادرة على التصدي لمشكلات الحياة والتكيف معها.

أ - الصعوبات التي تعترض الكشف عن الانسمام كأثير وجع تعامل مع الشدات:

لعل المشكلة الكبرى التي تقف حائلاً في وجه الكشف عن المعتقدات الخاطئة التحتية عند المدمن هي في ميله إلى إكراه وجود مشكلة عنده، وغالباً ما يكون أفراد أسرة المدمن وأيضاً المعالج على معرفة بالآلية الانكار هذه التي يظهرها المدمن المريض.
إن الانسمام كأنتوذج تعامل مع الشدائد عند المدمن يفسر لنا كيف يعمل هذا الانكار المرض يتمسك بانكاره في وجود مشكلة عندنا ليس لأن مدركات مشوهة للواقع فقط، ولكن أيضاً لأنه ينظر إلى نفسه نظرة لا تشوبها أي مشكلة لا يشعر بوجود مشكلة عندنا لأنّ عمله الضعيف للاحباط سرعان ما يتخلص منه بالتعامش الشرب للخمره (أو المخدر) وبالتالي الهروب من قلق الانزعاج، فهو يهرب إلى الشعور بالخبيل وانعدام التعامل والاحساس وتبلد العاطفة إزاء ما يصابه من متاعب حياتية. وواقع الأمر أن المدني لا ينظر حقاً المشكلة بقدر كونه لا يشعر بوجودها ثم أن المدنيين يعانون عن تنمية أي شعور بالتحدي والتنافس الاجتماعي أو المهني، ولكن بفعل آلة الانكار، فإنهم يستمرون في ممارسة أعمالهم. وفي هذه الممارسة لأعمالهم ينظرون إلى ذاتهم نظرة خاطئة مزيفة بكونهم يؤدون عملاً جيداً في المبادين التي يعملون بها، في الوقت الذي هم غير ذلك.

طالعنا الدراسات بظاهرة تحدث ضمن نطاق أسرة المريض هي وجود من يساعدون على تجنب مواجهة متاعب وأن هذه المساعدة بدورها تقود إلى انكار المشكلة وعدم إدراك وجودها وهذا المساعد من أفراد أسرة المدمن يحدد الكثير من المتاعب التي نجمت عن انغامس المدني بالخمره أو المخدر. وفي اعتقادنا أن هذه الآلية تنطاب مع مقالة فيلانات (1983) بأن الكحولية غالباً ما تقود إلى حدوث اضطرابات الشخصية فمثلاً إن شاري الخمر يعتقدون أنهم لا يتحملون تبادل المشاكرات لذلك فهم يفرون إلى الشرب في كل مرة.
يتشاجرون مع زوجاتهم. ويفعل هذا الفرار والسلبية والانهزامية فإنهم لا يحلون مشكلاتهم ولا أية قصة من قضاياهم الانفعالية في علاقاتهم مع الغير، ومع مرور الوقت يصبحون منعزلين اجتماعياً عن أفرادهم وحتى أفراد أسرتهم وأصحابهم. وإذا اتى بهم المطاف إلى الطلاق فلا يجدون بديلاً يقيمون معها علاقات صحية جديدة.

وبفعل انعزلتهم الاجتماعية تظهر عليهم أعراض شبه الفصم نتيجة فشلهم في تعلم التألف والتحاور مع الناس. وما أن المحمور غالباً ما يعجز عن التعلم وهو في حالة سكر فإنه والحالة هذه يصبح فقر الخبرة الاجتماعية، ويتوقف عقابه الاجتماعي. علاج ما ذكره، يساهم في ذلك فإن تأدي الخلايا الدماغية بفعل تعاطي الخمرة يزداد من تفكيكه الأطراف اللامعنوية وتعاظم هذيناناته المشوهة للواقع فيقترب كلاً أزعم للشرب وتهالك عليه من حدوث الاعتقال الدماغي والإصابة بالتهه العقلي، ولكن لا يوجد في المسألة مشكلة عند المدمن.

يعتبر على المعالج الذي يتبع استراتيجية العلاج الانفعالي - العقلاني الاً يتعامل مع انكار الكحولي مشكلاته التي يؤطرها بكلمة "الانكار" نظراً لأن هذا الانكار بحد ذاته يعد ادراكاً خاطئاً والأكثر نجاعة بالنسبة للمعالج والأحسن نفعاً هو أن ينفد إلى عمق هذه التشوهات في مدركاته للواقع التي يسببها فلق الانزعاج ذاته وأيضًا لهروبه، وبالتالي مساعدته على أن ينظر إلى صعوباته الحقيقية التي طمسها بمساعدة من أفراد أسرته
الشكل رقم (٢)
الانسان كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة

\[ «A» \rightarrow «B» \rightarrow «C» \]

- 
  - حادثة موتة نشيطة
  - معتقدات خاطئة حيال «A»

- 
  - اضطراب افعالي حيال «A»
  - رواية حول الكيفية التي يمكن بها اضعاف القلق
  - الافكار اللاعقلانية الأولية مناهضةية

- 
  - التفاعل مع الموت الأصلي «A» وعدم الشرب

imization ضعيف لللاحجاب حيال العملية الأصلية

- 
  - حدوث قلق الانزعاج

- 
  - نشاط المتعدد الخاطئ. كأن يقول: بتعين علي الهروب من قلق الانزعاج بسرعة
  - التوقع أن تعالجي المشروب

- 
  - تناول المشروب

- 
  - حدوث التخفيف المؤقت العابر للقلق وللاضطراب الأصلي «C»
ب - التقنيات الرامية إلى الكشف عن الانسام وتعريفه كأيامودج

للتعامل:

لعل الطريقة الفعالية المجدية التي تجعل المرء يدرك وجود قصورات في ذاته في التعامل مع مشكلاته هي اعفاء من يساعدته من أفراد أسرته من الدور الذي يلعبه مع المدرّس. وما أن يتم مثل هذا الاعفاء وإخلاء الساحة من وجه المدرّس حتى يجد الأخير أن هناك الكثير من الصعوبات والأخطاء التي كان في مقدوره أن يتجاهلها وينكر وجودها بدأت تتركم في وعيه وتحتد.

وأن رد الفعل الأولي الذي يظهره هو أن يصرف تصرفًا مختلفًا عن السابق. يشعر لأول مرة إلى أي حد كان معينه الذي نحبه عن دوره يجميه ويعميه عن الواقع. وفي هذا الوقت ويفعل هذه التحريات التي جعلته يواجه لوحده مشاعره التي كانت وراء مذكراته بفعّل مساعدته المعين المستقبل، فإنه يقبل على شرب الكحول والاختيار منه والأفراد بتعاطيه كرد فعل سليم لازال الصورة الجديدة التي يواجهها والحق أن العديد من المشكلات أو الحوادث المحربة لانزعاجاته استمعاثم وتتضخم في وجهه، بحيث يدرك أنه لا يوجد من يعينه على حمايته منها وما أن تزايد مشكلاته وتزداد ضوءاً حتى يجد نفسه مرة ثانية أمام المحرر والمدرّس كوسيلة للهروب والتجنب. وهكذا يتزايد الوقت الذي يصرفه في تعالي المحرر والمدرّس ويكبر حجم استهلاكه للمادة المسكرة. وباستمرار التأثير السلبي للمسكر على أديانه تزايد مشكلاته ومتاعبه الخيالية وانحطاط تعامله معها، وبالتالي
يتعاظم كدره وقلقهم من جراء بروز المزيد من الممرضات الناشطة للفقه في نهاية الأمر نجدهم وقد غلب على أمره، وحطمته ثقل المشكلات المتراكمة على كلهم، فقد يفقد عمله، أو ينفض عنه من حوله أو تنحظ مكانته الاجتماعية، ويعاني البؤس وعسر لقمة العيش. وقد يحظى بالرجال في هذه الرحلة التعيسة ليكون بين قضبان السجن، وفي هذا الموقف يدرك أنه لا يستطيع أن يعنى المزيد من الهروب من الواقع بواسطة الخمر، فقرر ويعترف أن لديه مشكلة.

وقد يطلب العون لمساعدته.

والطبع إن اتباع مثل هذه الاستراتيجية الايجابية بالمسكر أو المخدر لدفع المدن إلى الصحو من خلال هذا الأعرق والاستغاثة المتزايد لخدعه الذاتي من شأنها أن تدفع المدن إلى وعي قصوراته الذاتية في التعامل مع متاعبه الخارجية، وليتعلم أن مثل هذا الأعرق لا يكتسب له النجاح إلا إذا انسحب المعني من الساحة، وترك المدن إلى وحده يعاني متاعبه بدون عون.

والحقيقة أن ليس جميع المدنين يحتاجون إلى تعريةهم لأزمة الأعرق التي ذكرناها حتى يعترفوا بشكلاتهم ويقروا بوجودها، ويبذلونها في وجههم ويفقدهم، فهناك استراتيجيات أخرى يمكن أن يلجأ إليها المعالجون لمساعدة المدنين على وعي مشكلاتهم. من هذه الاستراتيجيات هي مراجعة العوارض التي اتت المدنين، ونقصض عوارض الشرب أو تعاطي المخدر. فإذا كان سبب هذه العوارض هو مرضات موقتة تعرضوا لها، وكان الانسمام بالكحول هو أداة الهروب والمواجهة لهذه الممرضات، فإن المزيد من الأسئلة تبدو هامة.
بالنسبة للمعالج وعليه أن يطرحها على نفسه، وهذه الأسئلة هي: أن يتصرف المدمن وهو يتعرض إلى المواد مثل ولكن بدون أن يكون بين يديه آية وسيلة للوصول إلى الخمر أو المادة المخدية. كيف يشعر المدمن في هذا الموقف؟ وبم يفكر؟

كما وعل المعالج أن يشن انتباهه إلى الأشياء التي يفكر بها مستقبلاً، وما يعتقد حيال الاضطراب الانفعالي الذي يتأثر من المؤثرات والعوامل التي تثيرها هذه المواد.

ينتهي المعالج إلى أهمية الأخذ بالاستراتيجية الإضافية الخاصة بالاحباطات والمفاسد التي عاناه المريض المدمن. إذ عليه أن يتفشى عن نوعية المناصب والمشكلات الرئيسية التي واجهها المدمن، فقد يكون سبب الاحباط أو الفشل قصيره في مهنته وعمله، أو عدم اكتمال دراسته، أو كراهية للتحصين والدراسة. ثم عليه أن يعرف الأسباب التي حالت دون حل المشكلات التي عاناه، وحالما يقر المعالج المدمن بوجود حلول لمشكلاته العملية، فإن على المعالج أن يستعلم عن الوسائل التي حالت دون الأخذ بهذه الحلول، وغالباً ما يجد المعالج أن المريض مازالت لا يعي مشكلاته، وبالتالي يلفت نظره إلى أن التحمل الضعيف للاحباط هو الذي يمنعه من محاولة لنقاة الهدف أو الوصول إليه.

وعلى المعالج هنا أن يشبه المريض كيف أن شكاويه لا تتوقع مع جهوده للتمكين على مساعدة العملية، وبالتالي بلع عليه كيف يتوجب الحلول ففعل معاناته لقلقه الانزعاج.
يعطي نتائج سريعة التي يرون أنها عادة المتعامل المريض. وكما يعطي هذا العلاج ثماره ونجاحه المرجو يتعين على المتعامل أن يبدأ على ممارسة تمارين مناهضة للفكر الاعتقالي التي هي شعر بالانزعاج، وهذا يعني أن الشعور بالانزعاج سبب ونتائجه قبل المباشرة بالتعامل معه ألذفاللحالات الاعتقالية.

إن العلاج الاعتقالي - العقلاني يفترض أن معظم الأفراد الذين يشكون من اضطرابات ادمان لديهم أفكار مشكلة وأعظمها خطورة. وهذه المشكلة النافحة تتجلى في عدم قدرتهم على ضبط الذات والصبر وتحمل الازعاج حتى يتعلموا الطرق الفعالة الكفيلة بتخلصهم من ادمانهم. وواقع الأمر أن اضطراب الاعتقالي الذي يعانونه في المكان C (أي الاستجابة الاعتقالية) من المعدلة (A) لسلسلة من المعتقدات والأفكار الخاطئة، وبالتالي تبرز مشكلة انفعالية جديدة، ويسى العلاج الاعتقالي - العقلاني هذه العملية المعرضة للافكار الاعتقالية عند المدان والتي تزيد من اضطراب الفي نسيء البشدة العرض، شديد الاكتئاب والقلق، والغضب التي تعتبرهم، وما أن تتحكم بشعورهم هذه الاضطرابات نراهم وقد تمكنهم الأفكار الاعتقالية المعززة لتناول المخدر أو المسكر لتخلق قلق الانزعاج أو تتحة قدراتهم على تحمل الاخطاط أمامه.
اضطراباتهم النفسية السائقة الذكر (الاكتساح، القلق الى غير ذلك)، وهكذا إن محتوى تفكيرهم اللاعقلاني يدور حول الموضوعات التالية:

- لا يستطيع تحمل هذا الانزعاج.
- يجب أن أزيل الكدر وأحليله إلى سعادة.
- يجب ألا أكون مكروراً.
- لا يفترض أن أكون متزوجاً.
- أنا ضعيف جداً أمام مشاعر الكرب فلا أتحملها.

إذن إن هذه المعتقدات الخاطئة ازاء الادمان تقود إلى - كما ذكرنا - ما أسماه بقلق الانزعاج، والكحوليون في مقدورهم تجنب هذا القلق وذلك بمناهضة تلك المعتقدات الخاطئة، وأن الطريق الأقصر والأسرع لإزالة هذا القلق الذي يرونه عادة ويلتمسون بلوغه هو تناول المسكن أو المخدر، وأن مثل هذا الطريق الأسهل لا يخدم فقط قلق الانزعاج الثاني ولكن أيضاً الاضطراب الانفعالي الأصلي الذي حرض العرض.

يعد التوتر المعزز السلبي والذي بدوره يزيد الاحتمال أن السلوك الادماني سيؤدي الى الظهور ثانية في المستقبل، ومن الأهمية يكانت أن نلاحظ أن في اللجوء الى الانسجام الادماني كأسلوب تعامل مع قلق الانزعاج لا تكون المادة المخدورة أو السكرة ذات تعزيز إيجابي. فالنشوة التي تلازم تشبع الكحول وترفع من معنويات الشارب المدمن لا يكون سببها التمتع بالمشاعر التي يحسها آنذاً ويشعر بها إنه في حالة سرور وانشراح، فالمدمن في هذا الموقف يشعر بنوع
يشعر الكثير من المدخنين أنهم مغلوبون على أمرهم، وآسيرون نوع من السلوكيات غير قادرين على الافات من اساره وعقله. وما أن يقعوا في حبال الإدمان على المخدرات أو الكحول حتى يجدوا أنفسهم تقيموا ذاتهم قد تضاءلت وأضحوا عدمي الرفعة الاجتماعية. وأن مثل هذا التفكير يقودهم إلى معاناة مشاعر الألم والاكتئاب. فالذمن يشرب الخمر، أو يتعاطى المخدر من أجل ازالة الاكتئاب الذي يمسك به ويطوف مسراه، ويوئب ذاته على تهلكه على المسكر أو المخدر. وبالطبع ليس جميع المدخنين تعرضهم مثل هذه المشاعر والأفكار السلبية، إلا أن شريحة كبيرة من هؤلاء تستنف بما نسميه بفقدان الانسجام الذي يؤدي إلى فقدان اعتبار الذات، وهذا الانفجذ يوضحه الشكل رقم (3).

وللاحظ أن هؤلاء الأفراد ما أن يصبحوا من عارضة الشرب، فغالباً ما يواجهون مشاعر سلبية نتيجة شربهم، بكوارث تلحق بهم. كأنه يفقدوا عملهم وخسارة دراستهم الجامعية أو المدرسية، وبالانتفاضات أو التحقيق الذين يوجهان اليهم. وفي هذه المواقف لا مناص من أن يختاروا إما قبول ذاتهم بارتكابها أخطاء هامة والاعتراف بهذه الأخطاء نتيجة تماكينهم على الخمر أو تعاطي المخدر، أو أنهم يدينون أنفسهم ويقرعونها لما أقدمت عليه من أشياء (تحقيق الذات ولومهما). ودلل الملاحظات السريرية والسلوكية على أن كثيراً من الكلحوليين والمدخنين على المخدرات الذين يتسمون

72
 بشخصيات عُصبية يستغلون كل عارض من عوارض الانسجام الكحولي أو الادمان، التي يغرقون في أتونها لتكون لهم فرصة لمعاقبة ذواتهم. وعلل صورة المعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تحدث في هذة الديناميكية المعرفية (الفكرية) هي على شكلين؛ في الشكل الأول هو المطلب المتعلق الذي يوجهه يقرر المدين أنه لن يتعاطى المخدر أو المسكر مهما كانت الظروف والموترات التي قد تقيق به حاضراً ومستقبلاً، وحيث أن أمثال هؤلاء لم يسبق أن فرضوا عليه ذواتهم مثل هذا الجبر العقدي فإنهم يستنجدون من ذلك أنهم أقاس لا قيمة لهم، وهذه المشاعر الدونوية والصغراة أنت من هذا الجبر الاعتقادي الذي لا دليل عليه.

أما الصورة الثانية فهي لا منطقة الأفكار والمعتقدات فتصدر عن التفكير الثنائي الفرع، إذ ينظر المدين الى ذاته إما أنه شارب للخمر، أو غير شارب. فإذا ما أخذ رشفة خمر أو نشقت حفنة من الكوكايين، فإنه والخالة هذه شارب الخمرة أو متعاطي المخدر. لذا نجد أن الخط الفاصل بين الادمان وغير الادمان هو دقيق غير مرئي وصلب. فعندما يقرر متعاطي الكحول أو المخدر الامتياز عن تناول المادة التي تعود على تعاطيها، يجد نفسه وقوع في ورطة وتعرض للمخاطر، فإن ظلم ممتعة محجمة فهو بذلك غير متعاطي للمخدر أو المسكر، أما إذا مال الى تناولها وأخذ منها جرعة فهو متعاط، وعندما يعطي لنفسه هوية المدين المتعاطي، فإنه يصبح غير قادر على فطم نفسه والتخلي عن إدمانه.
الشكل رقم (٣٣)
أنموذج الانسمام يعادل الصغراء وفقدان الاعتبار الذاتي
(عن البرت أليس)
وعاين كل من مارولت وغوردون (1985) الكثير من الدراسات والمعاينات السريرية فاتضح لها أن هذا التفكير الثنائي أو الصفة التي يصفها بنفسه المدين يزيدان Dichotomous reasoning من الاحتمال بأن أية هفوة أو زلة جديدة في العودة إلى شرب الخمرة، أو تناول المخدر يترتب عنها الانكسار الكامل وقد Total relapse سمى أليس Ellis هذه الظاهرة الانكسارية "تأثير خرق الامتناع أو abstinence violation effect الفحطام عن تعاطي المسكر أو المخدر" ذلك أنه بمجرد خرق هذا الالتزام في الامتناع نجد عند المدين عودته الى تعاطي مسرته الادمانية. وما أن يعطي المدين لنفسه صفة المدين حتى نجد اليأس والخرون يطفئان على نفسه لأنه غير قادر على الهروب من دائه واداماته.

٧ - مطلب الإثارة:


يرى بعض أصحاب النظرية أن السيكوباتي ينزع إلى مستويات عالية من الإثارة والرغبة في العيش دائماً في حالة اثارة. وهذا النزوع يكون مصحوباً بضعف في ضبط الذات والسيطرة عليها (Hare 1986). وتفترض النظرية الانفعالية - العقلانية أن هذا المطلب العالي الإثارة الذي يرنو إليه السيكوباتي ينزع إلى الوصول إليه ليس كافياً ليوقعه في حيائل الادمان. ولكن إذا ما صاحت هذا المطلب عند السيكوباتي خضوعه لتفكير لاعقلاني يضعف من تحمله للضغور والملل، وربطة الحياة، فإن الادمان وتهالكه عليه سيكون طريقه. ومثل هذا الخليط من السيكوباتية وسيطرة الأفكار اللاعقلانية المضعة لتحمله ومقاومته للحياة السلبية الخارجية من الإثارة هو الذي يخلق عندنا أسماء ألبيس بقلب الانزعاج عندما تكون الإثارة في نقطتها الدنيا ويعنى من ضعف تحمل الملل وربطة العيش. وضف إلى ذلك توقع هذا السيكوباتي أن الخمرة أو المخدر ستأتيه اضعاف هذه المشاعر السلبية. ويشوح لنا أليسو هذه الآلية وفقاً للنظرية الانفعالية - العقلانية بالشكل رقم (4).
الشكل رقم (4)  
نموذج الحاجة إلى الآثارة

الشخصية النزاعة إلى الآثارة

المال وضعف الآثارة في الحياة

تحريض الأفكار المناطقة التي تدور حول النزوع نحو الآثارة

التوقع المستلم من العرف الحضاري  
إن الكحول والمادة المخدرة تؤديان إلى الآثارة ضمن زمر تشاركون بتعاطي الكحول

اتخاذ القرار بتعاطي الكحول
أو المادة المخدرة

يتعين على المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني - الانفعالي أن يشجع السينسوباتي المدم في مناهضة تفكيره اللاعقلاني وخطأ
معتقدة أن حياته يجب أن تكون مشيرة خالية من الملل والضجر، وبالتالي تقديم العون له على تحمل روتينية الحياة، والملل والضجر، الانفعالات المرضية لحياة الإنسان.

إن الاستراتيجيات التجريبية قادرة على مساعدة السكوبائي على أن يتعلم الطرق الأقل تقويضاً وتدميراً في ارضاء واشباع رغباته نحو بلوغ الآثارات وكسر مشاعر السلبية والملل. عليهم أن يتعلموا أن المتعة وقضاء الأوقات السارة من خلال اللقاءات الجماعية التي يتم فيها شرب الخمر والنساء والعبث لا تكون كنتيجة من نتائج تعاطي الكحول، ولكن أيضاً عليهم أن يتحملوا النتائج الوخيمة من خلال هذه المعاوضة الضارة المؤذية بكسر الملل بمرة الخمر أو تعاطي المادة المخدرة.
الفصل الرابع:
قواعد واعتبارات علاجية عامة

ستتكلم في هذا الفصل عن قواعد وقضايا علاجية هامة يجب الأخذ بها ومراعاتها عند الأخذ بأسلوب العلاج الانفعالي – العقلاني في علاج الإدمان. فهذا الأسلوب يعني أفضل النتائج العلاجية الناجحة عندما يعي المعالج أن النظرية أن لوحدها مهما تم زركشتها زركشة مقنعة ومثالية، لا تعطي بالضرورة النتائج المرضية الموجبة منها علاجياً. فالفعل الدؤوب والدينياميكي الذي يصدر عن النظرية هو الذي يؤدي إلى تبديل السلوك الإدماني، ويكمل العمل العلاجي بالنجاح. وهذا ما يجب أن يضعه المعالج نصب عينيه عند تعامله مع الإدمان عموماً. إن أغلب الكحوليين بحسهم وفطرتهم يدركون أنه لا مناص من أن يبدلوه من أفكار حياتهم إذا أرادوا حقاً وفعلا التخلص من آفة الإدمان الكحولي. ولكن بفعل أسباب معقدة يعجزون عن الانتباه إلى هذا الآثار الإدماني والتحرير منه.

يقوم العلاج الانفعالي – العقلاني ليس فقط على مساعدة المريض المدمن على وعي أفكاره الخاطئة المضللة التي تقويه نحو احتساسي الخمر وتعاطيه والبديل، بل ولكن أيضاً تزويده بالتقنيات النوعية والخبرات والمهارات التي تساعد على تبديل أفكاره ومتطلباته (إزا من الخمر أو المادة المخدرة)، وسلوكه ومشاعره. وأيضاً بكل ما يرتبط بالمشكلات التي تفرضها الحياة في وجهه ويعتبر آخر على العلاج.
أن يعمم تقنية تبديل أفكار ومعتقدات المريض نحو سلوكه الادماني
وأيضاً نحو المشكلات الأخرى التي تعرض حياته.

1 - بدء العلاج:
إن العلاج الانفعالي - العقلياني، كأي خط من أنماط العلاجات
النفسية الأخرى، يتم في سياق العلاقة الشخصية المتبادلة. فالسمات
النوعية لهذه العلاقة ينظر إليها عادة بكونها غير ضرورية ولايست كافية
لأحداث تبديل السلوكي المطلوب، فمسألة هذه العلاقة تقوم أساساً
على درجة تقبل المعالج والقناعة التي ترسخت في ذهنها كي يبذل
الجهود الذاتية النوعية ليبدل في سلوكه الادماني، وبدون درجة معينة
من التحالف والتفاعل الوفقي بين المعالج والمعالج - فلن الجوهر
الدؤوبة لأحداث التبديل في السلوك عند المعالج قد لا تكون على
المستوى المطلوب.

وما لاشك فيه أن الكحوليين وغيرهم الذين يتعاطون المواد
المحددة للإدمان لا بد وأنهم تلقوا الكثير من الإرشادات والنصائح في
حياتهم من قبل الأفراد المحبطين بهم بأنه يربت عليهم تبديل السلوكي
الإدماني. وهؤلاء رغم قناعتهم ومعرفتهم أن هذا التبديل هو
لصالحهم، ويهم حياتهم الصحية والنفسية والاجتماعية، إلا أنهم لا
يعقدون العزم الصادق، ولا يتخذون القرار الحاسم، لنتخلص من
أفتهم الإدمانية. لذا فإن من أسس العلاج الانفعالي - العقلياني اقامة
علاقة بين المريض والمعالج تشجع وتتعزز افصاح المدمن عن حقيقة
افكاره ومشاعره والتعبير بدقة عن سلوكه بحيث يتمضح عن هذه

80
العلاقة التبادلية استبعض المريض بذاته والقيام بأداء نوعي يخدم الغرض العلاجي

إن البدء بالعلاج الفعال يتوقف على سمات شخصية المريض، ومن ضمنها خبراته الماضية والعلاجات السابقة التي تلقواها، وتفكيكه الحالي إزاء مشكلاته التي يعانيها وهذا كله يستغرق وقتاً وجهداً من جانب المعالج.

تدل الدراسات الخاصة بالعلاج الانفعالي - العقلاني (Wessler 1980) إن المرضى الذين يطبق عليهم هذا النمط من العلاج يكونون أكثر انفتاحاً وصراحة واستجابية عندما تنشأ بين المعالج والمعالج الثقة التبادلية.

ويمكن القول أن العلاج الانفعالي - العقلاني من مميزاته أن العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج تقوم على الأسس التالية:

- القبول غير المشروط للمريض من جانب المعالج.
- إعطاء البرهان على أن المعالج سيبذل قصارى جهده لفهم مريضه.
- البرهان على أن المعالج مصمم على مساعدة المريض على تبديل سلوكه الإدماني.

بالنسبة لبعض الكحوليين وبخاصة أولئك الذين عانوا الانتكاس العديد من المرات لابد من الأخذ بالتوصيات الثلاث السالفة الذكر ثم إن من خصائص العلاج الانفعالي - العقلاني الناجح أن العلاقة القائمة بين المريض والمعالج تشجع على الثقة.
وتوقعات الإيجابية، والثقة بخبرات المعالج وقبول المريض رغم جميع مشاكلاته. وفي إطار هذا الجو، تزول عند المريض المقاومة فيفتح على المعالج ليفضح عن أفكاره الخاصة، ومشاعره وسلوكيةه وفعاليته، وهكذا يتم اتخاذ القرار وتحديد الأهداف العلاجية والأهم من كل ذلك تحمل المسؤوليات لتحقيق هذه الأهداف. وفعل العقبة الكؤود التي تقف حجر عثر على اقامة مثل هذه العلاقة الإيجابية تكس في لا منطقية المعالج ذاته (أليس 1985). وأنه من الهيئة بمكان استسلام الفرد وخصوصه لمستوى تحمل ضييف للاتحاب أو "الرغبة مريعة" لتحقيق انجاز ناجح إزاء مرضى عانوا الانكساس مرارا وتكراراً، لأنه من خلال الرفض العنيف من جانب المعالج القاء نبضة الفشل في العلاج على المريض أو الاحجار عليه بابداء استجابته الإيجابية إزاء العلاج فإنه أي المعالج يستطيع اقامة علاقة علاجية مع المريض سليمة وقوية.

2 - اقامة علاقة إيجابية تعاونية:

تتجه الجلسات العلاجية الأولى نحو تحديد هوية المشكلة ونوعيتها، وتشؤم أبعاد الكحولية عند المريض والأهم من ذلك اقامة علاقة تعاونية. ورغم أن معظم المعالجين يسعون الى اقامة علاقة عمل مع المرضى من خلال الاهتمام بما يفصحون عنه ومشاركتهم لعواطفهم، فإن تقنية العلاج الانفعالي - العقلاني تحد أن هذه العلاقة هي جانب واحد من تقنياتها الذي يمكن الأخذ به والعمل بوجه لتحسين العلاقة العلاجية المفيدة الإيجابية. والأكثر أهمية في هذه التقنية العلاجية التي
نحن بصددها هي الجهود التي يبذلها المعالج مع مرور الوقت كي يهربن للمريض أنه مقبول كفرد، أسوة بأي فرد آخر في المجتمع، حتى لو كان مدنيًا، فلا ينفق ذلك من قيمته واحترام شخصيته ولهام أيضًا هو انخراط المعالج انخراطًا كاملاً في سعيه نحو فهم المريض ومساعدته على تحقيق التبديل السلوكى الأولى المطلوب. ومن خلال التنقيب عن معلومات تفصيلية وطرح استراتيجيات تبديل السلوك النوعية، فإن هذا ما يخلع على المريض الشعور بأن المعالج جاد في تقديم عونه الصادق والفعال له، وبالتاكد فإنه من خلال الانصات وطرح الأسئلة والتعليم المباشر يصبح المعالج أكثر انخراطاً مع المريض ومع مشكلاته وملع هذا الانخراط يعكس العلاج بكونه جهودًا تعاونية متبادلة فتبديل سلوك المريض هو نتيجة تعاون قائم بين المريض والمعالج مما وجهود مشتركة.

ورغم أن المشكلات التي يطرحها المعالج تبدو صعبة، إلا أنه لا يوجد ما يثبت على أنها مستعصية غير قابلة للحل شريطة التعاون المتبادل على تجاوزها. ومن ناحية أخرى يسعى معظم الكحوليين والمدينين على المخدرات إلى تبديل سلوكهم بمساعهم الخاص وب بدون عون. إلا أن هذا السعي غالبًا ما يفشل، أو يصير بقليلاً من النجاح. ومن خلال البرهان على أن تبديل السلوك يأتي من الجهود المشتركة، فإن المعالج والحالة هذه يرسخ الاعتقاد عند المريض بالتوقعات الإيجابية حيال إمكانية حدوث التبديل السلوكى المطلوب.

وبالطبع لا توجد في العلاج معادلة سحرية حتمية تتأتى عنها.
شفاء المريض من مشكلاته. الأَنَّ الجهود الفعالة التداولية بين الطريقين تساعد على خلق المعتقد عن المريض بمكانية تبديل سلوكه الإدماني.

3- أهمية تحديد التعميم وإطلاق الأحكام المسبقة:

إن المصمِّدَة والثقة الناجحين عن اقامة علاقة علاجية بين المريض والمعالج لا تعنيان امكانية خلق افتراضات مبكرة سابقة لأوأنها أو إطلاق التعميمات حيال المشكلات الإدمانية عند المريض.

فقال إن جميع المدانين الكحوليين أو المدانين على المواد المخدورة لديهم شخصية تركيبة معينة أو نشأوا في عائلة مضغبطة غير سوية ليس أمراً تقرر التجربة ولا يوجد ما يبرهن على ذلك فقط، ولكن أيضاً يمكن أن يفسر من جانب المريض على أساس أحكام سلبية وفيها طابع التحقيق.

وفي الوقت الذي نرى أن الخبرة السريرية ونتائج البحوث والدراسات ترشدنا إلى وجود مشكلات مشتركة غالباً ما تصاحب الإدمان على المخدرات والمسكرات، الأَن تشجيع المدانين على الافصاح عن ذواتهم من خلال أسئلة منزحة ودقيقة توجه إلى هؤلاء المرضى واثارة حوار معهم يوجه المعالج نحو أفضل الطريق الذي يوصل إلى تبديل سلوكياتهم الإدمانية هو الأصوب. نظرة المريض إلى مشكلته هي التي تبدو هامة. ويصرف النظر عن مدى دقة وعدم منطقة معتقداته وتشوهاتها، فإن عملية تبديل السلوك الطويلة الأمد تبدو أكثر فعالية.
وبالطبع يواجه المعالجون كثيرًا من الحالات عند علاجهم للمدمنين تشكك بمكانية تقديم العون المجدي لهم بفعل انعدام الوعي عند المدمنين نحو تبديل سلوكهم الإدماني أو نتيجة مقاومتهم للعلاج. فنجد من يقول أن الكحوليين يعودون الدافع نحو العلاج، أو أن الشخصيات المدمنة تقاوم العلاج ولا توفر فيها الدافع نحو المعالجة. ولا شك أبدًا أن مثل هذه الشخصيات تخلق روح الاحباط عند المعالجين، إلا أنه لا يوجد برهان يدعم تعميم ادعاءاتهم على جميع المدمنين.

وأكثر من ذلك إن المعالج الذي يحاول هذا المعتقد السلبي أزاء المدمن الذي لا يستند على بيئة علمية تميز التعميم يلحق أذى كبيرًا بأمثاله. وأنه لا جدوى والحالة هذه من تحليل البنية المعرفية عند المدمن كي يكتشف خلل معتقده أزاء الكحول الذي هو لب العلاج الانتقالي - العقلياني. وأن مثل هذا الاتجاه التشخيصي الذي يحمله أمثال هذا المعالج يجعل توقعاته دومًا سلبية أزاء العلاج ونتائجه ويسهم الجهود الواجب أن يبذلها من أجل تبديل السلوك الإدماني.

وأكثر من ذلك فإن تعميم هذا الاتجاه التشخيصي العلاجي من شأنه أن يجعل المعالج يرفض المريض المدمن، ولا يتعامل مع مشكلاته.

4- التعرف على المشكلات الأساسية والكشف عنها:

يتطلب من المعالج الذي يأخذ بتقنية العلاج الانتقالي - العقلياني أن يبذل جهده الكبير من أجل الكشف عن المشكلات

٨٥
الأساسية وذلك في الجلسات العلاجية الأولى، كأن يطرح على المريض الأسئلة التالية: ما هي المشكلة التي ترغب أن أساعدك على تجاوزها وحلها؟ لماذا أنت هنا الآن؟ ما نوعية المساعدة التي ترغبها في هذا الوقت؟ إن مثل هذه الأسئلة تساعد على تحديد العلاقة العلاجية، وبالتالي التعرف على نوعية العون الواجب تقديمها للمريض. ثم إن عملية تحديد اهتمامات المريض تزود بمعلومات هامة عن مفاهيم وجهات نظر المريض لمشكلاته، أي كيف ينظر إلى المشكلات التي تتعرض له، أيضًا نظرته إلى تعاطي المواد المخدرة. وفي الوقت الذي يكون التعرف على المشكلات هو بمثابة رؤية القسم البازر الذي يطفو على سطح البحر من الجبل الجليدي، فإن عملية طرح مثل هذه الأسئلة الإجابة عليها ضمن إطار أفكار الاحالة، هذه العملية تشكل الأدوار الأولية للعلاقة التبادلية.

وخلال ذلك يسعى المعالج ليكون مهتمًا بوجهات نظر المريض ازاء مشكلاته، ويدفعه إلى الكشف، وتحديد وتبديل هذه الأفكار بحيث أن هذا الدفع يمكنه من التوجه نحو التقدم تقدماً ثابتاً ودائمًا في الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالشيء الذي يبني رغبات المريض في الوقت الراهن، يجد المعالج الكثير من المعلومات النافعة المفيدة التي تظهر وتبرز. قليلاً قد يقول المريض/المرضا: "تعتقد زوجتي أنني أتعاطى الخمور بكثرة، ومثل هذه المقوله يمكن أن تثير حوارًا مع المريض من أجل إعادة توجيه احتهبه نحو ما يعتقده حيال شربه، وما هو المقدار الذي يعتقد أنه كبير في الشرب، وماذا يحدث إذا ما أقبل على الشرب وأي ما هناك من أسئلة
وان التأكيد هنا يتمركز على ايجاد مقياس للسيطرة على أجل تحديد المشكلات ضمن اطار المريض ذاته كخطوة أولى نحو حل هذه المشكلات. ومن غير الحكمة حتى لو كان الأمر يتعلق بخلق واقع مع المريض الراجع، أن يوافق المعالج تحديد المريض لمشكلته أنها تكمن في شخص آخر. وهذا من شأنه تشجيعه على خلق توقعات تهزم الذات وتضعيفها وتبدد أهداف العلاج. ففي مثلا الذي ذكرناه فقد يستطيع المريض الحصول على ريح ثانوي يجعل زوجته تبدل توقعاتها من تعاطيه لشرب الخمرة (أي جعلها تقبل واقعه وتتحمله) ومثل هذا الأمر يترتب عنه مضيعة للوقت وللجهود إضافة إلى استمرارية مشكلة الإدمان.

ومن الأهمية يمكن أن يتوافق مع المريض، وتجنب أن يلعب دور الحاكم والفيصل. ولكن أيضاً أن يصحح منذ البداية خطأ التصورات وسوء فهمه حول هدف العلاج الذين قد يحملهم المريض.

5 - تقديم عون التوجه الذاتي:

بينها يعمد المعالج إلى خلق الأجواء المناسبة الرامية إلى تعزيز التوقعات الإيجابية عند المريض حيال امكانيته تحرره، من ادمانه، وذلك من خلال التفاعل الفعال معه، إضافة إلى اثارة حوارات نوعية تهدف إلى تحديد المشكلات الأساسية التي يعانيها فإنه من الأهمية بمكان تدريب المريض على تطبيق النظرية الانفعالية - العقلانية بهدف أن يقدم لذاته العون وبنفسه. فمنذ البداية يتوقع المعالج أن ينخرط...
في عمل تبديل سلوكه بشكل موصوف من أجل السير قدماً نحو تحقيق التقدم في تبديل السلوك.

يتبع على المعالج أن يضع مخططًا لترشيد جهود المعالج وابقائه نشطًا فعالًا في تنفيذ هذا البرنامج ولكن عليه الا ينسي أنه ينتظر منه ما يجب أن يفعله من أجل شفائه.

وبالطبع لا يكون مفيدًا أن يقول المعالج للمريض المدمن: "عليك أن تشفق ذاتك بذاتك ولكن من الخطايا أيضاً أن يقول له "أنا الذي أشفيك" لأنه يضعه في هذا الموقف في وضعية سلبية لا يدده عليها بـ"بذاذ جهداً، وهو أساس العلاج. إذ لو أن المريض كان في مقدوره أن يقلع عن المسكر أو المخدر بنفسه لما التمس علاج المعالج. ولو أن المعالج اكتشف الدواء أو العلاج الفعال لشفاء المدمن لزال الادمان، وتوقفت علاجاته، ولم يعد يشاهد مدمداً يطرح باب عيادته، واكتفى بالعيش بما سيحصل عليه من جائزة نوبل (علي حد تعبير الدكتور البرت أليس).

ولعل الطريقة المثل الفعالة هي أن تعلم المدمن التوجيه الذاتي الذي يمكن أن يساعد ذاته بنفسه بهذا التوجيه وبطريقة مباشرة، وهذا يمكن تحقيقه بأن يطرح أسلوب علاجه على المريض بالصورة التالية:

"تقوم مهني العلاجية على تعليم المرضى على كيفية تبديل طريقة تفكريهم ومشاعرهم وسلوكهم. والشيء الذي تعلمه من خلال ممارسته لهذه المهنة العلاجية أنني لا أستطيع جعل الناس"
بيدلون التفكير والسلوك والمشاعر لأنني لا أملك القدرة الساحرة التي تجعلهم يبدلون تفكيرهم وسلوكيهم، إلاّ أنني وجدت الكثير من المرضى الذين هم في مثل حالتك ان في مقدمتهم تبديل تفكيرهم وسلوكهم عندما يتعرفوا طرق تبديل التفكير من قبل المعالج، وهنا يكمن دورنا ونبدو مهمتي معك، أي أن أرشدك وأساعدك على تبديل تفكيرك ومشاعرك وسلوكك.

كيف أعلمت كيف تساعد نفسك، عليك من وقت الي آخر أن تنفذ بعض التدريبات والوظائف اليومية، وأطلب منك أن تفتح سجلا تسجل فيه أفكارك ومشاعرك وصرفاتك بين فترات زيارتك العلاجية، كما وعليك أن تقرأ الكتب المفيدة التي اقترحها عليك أو الاستماع إلى تسجيلات صوتية، ومن ضمنها التجليات التي نجريها خلال الجلسات.

ومن خلال الالتزام بأداء هذه النشاطات قد يبدع معًا من الطرق الأخرى المفيدة تكون كلها بهدف تحقيق غرض واحد هو ممارسة تبديل السلوك المطلوب. والذي اعتقدته أنك ستتحصل على ضالتك المشروعة بتبديل السلوك المطلوب في الوقت الذي ستجد أن هذا يتطلب صبرًا وجدًا أو حتى أزعاجا، وبالتأكيد إذا ما التزمت بأداء ما نتفق عليه من تمارين وواجبات فإن التحس والوصول الى الهدف سيكون سريعًا.

وبالطبع ليس كل المرضى سيستوعبون هذه التعليمات عندما تطرحها طرحاً مباشرًا، إلاّ أن أفكار هذه المقالة (التعليمات) يمكن
بطرق غير مباشرة تلقينها على مراحل ومن خلال المناقشات التي تدور مع المريض في سياق الجلسات العلاجية.

وقد يبدى بعض الكحوليين الحجج ليبرهنوا للمعالج أن حياتهم هي ملكهم وأنهم يحتاجون إلى إرشاد. هنا على المعالج أن يقدم الإرشاد، وهم يتحملون تبعات النتائج السلبية التي قد تدفعهم مستقبلا لصحتها من أجل التبديل والتفكير به وثمة حكمة هامة في هذا الصدد هي أن على المعالج أن يعلم أن جميع أنشطة العلاج تقوم على مساعدة المريض لذاته،

6 - على المعالج أن يخلق التوقعات الإيجابية وتحديد الحدود:

يتعين على المعالج عند بدء العلاج أن يعبر اتباهاته إلى أهمية خلق التوقعات الواقية الإيجابية عند المريض، إضافة إلى تحديد حدود الخدمات العلاجية التي سيقدمها له. ومن الأهمية بمكان، بدءًا من الآتي أن يستمر المعالج توقعات المريض المدمر بخصوص تبديل سلوكه الإدماني وذلك من خلال طرح مثل السؤال التالي عليه: `ما هي محاولاتك السابقة حيال شربك (أو تعاطي المادة المخدرة) في الماضي؟` ومن المعروف أن معظم المدمنين غالبًا ما سبقو واتخذوا قرارات بالاقلاع عن الإدمان في الماضي. بل وقد يكونون قد أصابوا بعض النجاحات المحدودة لبعض من الوقت، ولكن لسوء حظهم أن هذه النجاحات لم تلبث أن انهارت وتلاشت. ولا مراء أن الرغبة في التبديل لا تكون كافية لوحدها لأحداثه وخلقه، إلا أن المتابعة والكد في مناهضة النزوء وال أفكار الخاطئة التي تغيري المدمن

90
على كسر تصميمه على الإقلاع عن الادمان هما جوهر التقدم العلاجي.

وينبغي كثیر من المدمنین أن اعتقدا أن مجرد معرفتهم بشکلتهم ووعیهم لها تعبیر بسيط كأن يقولوا مثلًا: "أرغب في إيقاف المشروبه أو المادة المخدرة"، يترتب على هذه الرغبة أو المطلب حدوث الخلل المطلوب، وجابنا على هذا المطلب، وهذا ما سبق وتكلمنا عن ذلك، إن تعبری "السهل" و"البسيط" ليسا مترادفين. إذ يندر أن يكون سهلا تبديل أنماط تفكیر منمز لا شعوری وتآخذجری العادة. وقل الشيء نفسه أيضا بالنسبة للسلوك والمشاعر. ويمكن حفر المريض على وعي حقیقة هامة هي أن تباحث معه في جهوده السابقة - إن وجدت - والتي بذلها تبديل سلوكه الادمانی. ولعل أفضل طريقة يلجم إليها المعالج الذي يتبين مدرسة العلاج الانفعالي - العقلاني هي أن يفسر للمريض المدمن آليّة الادمان (التي شرحناها في الشكل رقم 1) كي يدرك المريض أن تبديل السلوك ليس بالسهولة التي يتصورها، ويعمل له أسباب فشله في الماضي في الإقلاع عن ادمانه والتخلص من عادته. وثمة أمر آخر جدير بالذكر هو (وتعلق بالتوقعات) التوضيح للمريض حدود العلاج. فالمدمنون عموما (على المسكرات أو المخدرات) قد يتوقعون الكثير والكثير من المعالج (كأن لديه عصا سحرية تشفي)، لذا لا بد له من أن يبيى للمريض حدود إمكانات العلاج.

تدلنا الخبرات السرية الكثيرة لرواد علاج الادمان على أن المدمنين تتسبین أزمات متكررة في حياتهم عندما يواجهون
الانتكاسات بعد أقلاعهم عن تعاطي الكحول ولعلما أن المدخنين عموماً الذين يتعاطون المواد المبدلة للعقل (النفس) غالبًا ما تكون محاكماتهم العقلية ضعيفة، وتعوزهم السيطرة على الذات وضبطها، وينحنون باللازمة على الغير فيحملون النتائج السلبية لخطائهم وسقطاتهم، ثم ان لديهم مشاعر قوية بالارتباط بالغير إذا ما قدمت لهم المساعدة والعمون. ويتراهم الغضب إذا امتنعت عن تقديم هذا العون، لذا فعل المعالج أن يضع حدودًا لمستوى العون الذي يقدمه للمريض وعلى الأخير أن يعرف هذه الحدود فلا يتجاوزها.

وقد درجت بعض المؤسسات العلاجية في الولايات المتحدة الأمريكية على اعطاء المريض تصرفاتًا خطيرة يتضمن الأساليب العلاجية التي ستقدم إلى هؤلاء المرضى، والأوقات التي تخصص لعلاجهم، والسياسات المتعلقة باتصالات المرضى بالمعالجين وذلك كله بهدف توضيح أبعاد وحدود العلاج الذي يتلقونه.

7 - قضايا ومسائل التقويم:

ما لا شك فيه أن عملية تقويم مرضى الادمان ومشكلاتهم هي جزء هام من مراحل العلاج الأولية، وهي اجراء جوهري من أجل القيام بتخطيط علاجي فعال. ففي أسلوب العلاج الفعال - العقلاني - تبدو عملية التقويم هذه مختلفة عن اجراءات التقويم التقليدية التي تشاهدها في القياس النفسي أو الاختبارات التشخيصية النفسية.
ففي العلاج الالتفاعلي - العقلاني يركز التقويم على اجراء
سريري منهجي يستهدف التعرف على ما يكلم المريض ذاته من أفكار
سلبية تهم الذات (Self-defeating thoughts)، وعلى مشاعر المريض
المدم وسلوكه، أي تبغير آخر يسر العلاج نوعية تفكير المدمن،
ومشاعره وسلوكه وأفعاله، وهذا التقويم يكون مستمراً وعملية لا
تتوقف.

يدعم المريض في أخذ المعلومات من المريض. ويتم وضع
الافتراضات حول الأفكار غير السوية النوعية وتنتجها على المستوى
الانفصالي والسلوكي وات يتم تحكيم المعلومات بغرض التثبت من الافتراضات والتصورات التي وضعها
المعالج أو نفسها، وإذا ثبت له عدم صحة افتراضاته البديائية حينئذ
يتعين عليه استبدالها ومناسبة تقصي مدى صحتها
ويفضل عادة البدء باختبار الغرض وتقويمه وذلك بمحاولة
السؤال الأول المطروح في الجلسة الأولى وهو: «ما هي المشكلة التي
ترغب في أن أقدم لك العون من أجل ازالتها؟» وهذا السؤال يشيع
ويتوضح كيف يتم تحديد المشكلة بأبعادها أي شدتها استمراريتها
والاختلافات التي تصاحبها. ويجتمع المعالجون السلوكيون أن هذا
النوع من التقويم يقود بذاته نحو التوافق والتوقعات المعقولة،
والتعاون العلاجي بين المريض والمعالج. ذلك لأن المريض يصر
ويرجع أن المعالج يسعى بكل جهده في محاولة فهمه واستيعاب
مشكلته ثم إن هذا التقرب التقوي يظهر للمريض الى أي حد
تكون المعلومات منطقية التي يمكن استخدامها والاستعانة بها للكشف
عن تفكيره ومعتقداته الخاصة، وهذا ما يشجعه على تطبيق ما يتعلمه لخل مشكلاته.

ولأنشك أن المعلومات التي ذكرها الطبيب الذي أحال المريض إلى الطبابة النفسية السلوكية هي مفيدة ولكنها تفتقر إلى المعلومات الخاصة بالتقديم الأولي والافتراضات. وأن أفضل ما يمكنه المصالح عند أخذ القصة المرضية والتي تعد جزءاً من تقويم الحالة هو جمع (أسئلة الورقة أو القيم) Questionnaire هذه القصة بأسلوب الاستبيان أما قبل الجلسة الأولى العلاجية أو بين الجلستين الأوليين. وهذه المعلومات تكون مفيدة في توليد الفرضيات عند المعالج بالنسبة لشكاويه المرضية.

وليدعم المعالج أن المعلومات التي تتضمن العمر، والمهنة، والوضعية الأسرية، والزوجية، والقصة الجنسية، والعلاجات السابقة جميعها تكون مفيدة ذات قيمة ووفقاً لما سبق وذكرنا حول القصة الطبيعية لللكحولية أو الأدمان على المخدرات فإن الوقوف على بعض هذه الحقائق واستجلاء أمرها قد تخلق في ذهن المعالج الفرضيات التي بموجها يمكن توجيه الحوار خلال الجلسات العلاجية الأولى، واضافة الى ذلك، فإن مؤلفة المعالج من سمات علاجه وخصوصه تولد ذاتها بعض الافتراضات التقويمية ثم أن الحاجة إلى رصد المعلومات عن قصة الحالة وسبرها وكافة ما يتعلق بموضوعات الجلسات العلاجية، هذه الأمور هي جزء من عملية العلاج.

8 - قصة الادمان على الكحول أو المادة المخدرة:

يفعل الطبيعة المتعددة الأبعاد للكحولية وأيضاً المشكلات
المتصلة بتعاطي المواد المخدّرة ويفعل عجز الكحولي عن رؤية الربط بين تعاطيه الكحول والنتائج الوخيمة التي تتزامن مع هذا الادمان، فلا بد والحالة هذه من اجراء تقويم للقصة الادمانية عند المريض من جميع جوانبها الشخصية والاجتماعية والأسرية.

وهذه القصة يجب أن تكون شاملة كاملة لا انتقاص فيها، أي بتعبير آخر معاباة عقبات واختلاطات الادمان على صحته الطبية وتكييفه الاجتماعي والمهني والاسری والزوجي والدراسي وغير ذلك.

ورغم وجود الأدوات والأجهزة المعينة الحديثة التي يستطيع المعالج استخدامها للحصول على تلك المعلومات (اختبارات التقويم أو مقاييس تفرز الحواسب الإلكترونية) إلا أنه يكتفي عادة بالقصة السريرية للمشكلة الكحولية. تقدم القصة السريرية الكحولية عادة للمعالج المعيار الذي يقيس بموجبه شدة المشكلة الادمانية والتي عادة ما تكون عونًا للمعالج من أجل وضع الغرض وتحديد هدف العلاج، ثم إن القصة بحد ذاتها توجي للمرض أن العلاج يتوقف على مدى اهتمامه في سرده قصته بأنانية. وبالتحديد عاداته في اضعاف ذاته وارادة أمام الكحول أو المادة المخدّرة، وهذه هي أهم ناحية يكشفها المدمن خلال سرده قضته، وخلال هذا السرده يمكن أن يوجه المدمن المريض إلى آثاره اهتمامه بمشكلته بطريقة أخرى بطرحها المعالج بحيث تساعده على التغلب على ميله في انكاره رؤية مشكلة وتعتمد تجاهلها بكونها لا ترتبط بالمشروب. ومن خلال معرفة نوع المتنافع التي سببها الكحول أو تعاطي المخدّر للمريض المدمن، فإنها ستكون
مستقبلاً بمتابعة، أي خلال سير العلاج، نقطة تذكره بالتكاليف الباهظة التي دفع ثمها المريض نتيجة ادمانه، وهذا ما يساعد العملية العلاجية في دحض الأفكار اللاعقلانية التي كانت تحكم في أهواء المدمن وتجه إلى تعاطي الخمرة أو المادة الادمانية.

ونذكر المعلق أنه من خلال أخذ القصة الادمانية من المريض، ومساعدته على مشكلات صحية وعقلية سيئة أسرية ومفهومة واجتماعية عليه، فإنه يتمكن على المصالح إلا أن تكون أحكاماً ولا يصدر آراء يحقق المدمن بالقدر المستطاع، فمثلاً إن السؤال التالي؛ «ما هو المقدار الذي تشربه من الخمرة؟» يمكن طرحه بالصورة التالية: متى شربت في آخر مرة؟ أو أن يسأله أيضاً: هل سباق وامتنعت عن شرب الكحول خلال قيادة السيارة؟ ومن الأسئلة التي لها علاقة بعلاقته الأسرية يمكن أن تكون على الصورة التالية: «هل سباق وذهبت إلى العمل وكنت غبيولاً؟» أو «هل سباق وأنذرتك بالفصل عن العمل نتيجة شربك؟».

ثم إن أسئلة من هذا القبيل: «هل سباق وطلب منك طبيبك أن تتوقف عن الشرب؟» قد تستغرق سلسلة من الأسئلة ذات العلاقة بذلك السؤال وترتب بقضايا صحية، أما الأسئلة المرتبطة بالحياة المعاشية والدخل والعمل فنمكن أن تطرح على الشكل التالي: «هل سباق وذهبت إلى العمل وكنت غبيولاً؟» أو «هل سباق وأنذرتك بالفصل عن العمل نتيجة شربك؟».

أما المشكلات المرتبطة بضبط الذات والقدرة في السيطرة عليها فيمكن أن تسر بالصورة التالية: «هل سباق وشربت أكثر مما عزمت
 عليه شربه؟» أو «هل سبق وحاولت أن تلجم ذاتك وتشتاق عن الشرب ولكن وجدت صعوبة كبيرة أو استحالة هذا الكف؟».


9 - التقييم المعرفي:

ضافة إلى عملية استقصاء القصيرة الإدمانية عند المريض والتعرف على مشكلات المريض المدمم التي نجمت عن تعاطي الكحول أو المادة المخدرة فإن الجانب الأكثر أهمية في عملية التشخيص والعلاج البديلين هو تحديد نوعية الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المريض نحو المخدر أو المسكر وسوء اضطراب الوظيفة المعرفية (الأدراكية)، والانفعالات المناخية التي يعيشها المريض والتي تخدع أمانوذ المثير للذات والتنزامية وسلابيتها.
وضعها أمام المخدر أو المسكر

في الفصول الثلاثة (الخامس والسادس والثامن) سنفصل
بأسهاب بعض أنواع الأفكار الخائطة اللاعقلانية وما يتبعها عادة من
الفعالات ومشاعر منافية سلبية والتي غالباً ما يعيشها المدانون
ومتعاطو المخدرات وتكون محور تفكيرهم التي توهن أرادتهم وتجعلهم
مستسلمين إلى إدمانهم. وتتل الدخائر السريرية إلى أن بعض
المعتقدات الخائطة تبدو مهيمنة على أذهان الكحوليين بحيث تمنعهم
من المباشرة بالعلاج، وهذا ما يجب على المعالج أن يولي الاهتمام.

على المعالج أن يتوقع وجود مقدار هام من شدة العرض
عند الكحوليين والمدانين على المخدرات، لذا عليه أن
tom stress يسمع ما يفضله للمدين من لعنات وإدانات ضد ذاته نتيجة تورطه
في الخمر أو المادة المخدّرة. وأيضاً عليه أن يكتشف ما يعانيه من قلق
الانزعاج وتحمله الضعف للاحباط. ونبه المعالج إلى حقيقة هامة
هي أن المعتقدات التي تبدل سلوكياته الادمانية تبدو بالنسبة إلى
المدين قاسية شديدة الوطأة عليه، ويتراقب عنها مستويات طاغية من
الانزعاج، لذا فإنه من الأهمية بمكان أن ننبه المدين إلى ذلك كيفاً
يتوقع سلفاً أن معركته مع معتقداته الخائطة التي هي سبب مشكلته
الإدمانية ليست سهلة، وعلى المعالج أن يكتشفها بالسرعة المطلوبة
،"أي المعتقدات الخائطة".

والامر الثالث في هذا الموضوع هو أن المعتقدات والأفكار التي
ندور حول اليأس وفقدان العون، والارتباط بالغير والانكال عليهم
يجب أيضاً الكشف عنها وتحديدها من قبل المعالج من أجل منفعة الداخلة العلاجية البدنية.

وبالطبع فإن المعتقدات والأفكار الخاطئة التي تستجر الكدر على المريض وتنسل في هذا النوع ليست وحيدة بل قد توجد أفكار أخرى ضارة مؤذية لا منطقية مختلفة لها أهميتها أيضاً، وهذه أيضاً يجب أن يشملها الكشف والتعرف عليها وبالتالي دحضها والتصدي لها، فهذه القضايا إذا لم يعرها المعالج انتبهه ولم يكتشفها فإنه بعين
الحد كبير التقدم العلاجي، وقد تفضي إلى أن يفقد المريض أمله فيقطع العلاج ويتوقف عنه.

10 - تحديد هدف العلاج:

من أسس العلاج الانفعالي - العقلاني أنها تشجع المعالج على الانخراط انخراطاً فعالاً وباشرأ مع المرضى من أجل وضع أهداف علاجية واقعية ومثل هذا الجانب من العلاج هو من الأهمية بمكان في التعامل مع المريض الذي يبني درجة كبيرة من المقاومة ضد العلاج أو الأفكار، وفي غالب الأحيان عندما تصاب الداخلة العلاجية بالفشل، فإن الذي يحدث هو أن المعالج ينسد فشل العلاج إلى ضعف حواس المريض ومواقيع غير الاحادية اللافعاله تجاه العلاج، في حين يُحمل المريض بالمقابل فشل العلاج نتيجة اليأس على عائق المعالج (1985). إلا أن الواقع هو في كون الاثنين يشتركان في هذا الفشل ويتحملان مسؤولياته بالتساوي نتيجة عدم الاتفاق على أهداف علاجية قابلة للتطبيق.
وعندما نجد ضعف التقدم العلاجي فهذا يعكس في واقع الأمر وجود قرار ضمني أو واضح أن أهداف العلاج هي غير ضرورية وناقصة وغير ملائمة أو تعذر تحقيقها. وإذا كان الأمر على هذا المراد، فإن الاتفاق على الأهداف من شأنه أن يجعل التقرب العلاجي أكثر واقعية ونجاحاً، وبذلك الجهود الرامية إلى إعادة توجيه المعالجة التي تم الأخذ بها.

إن المجال الهام في تحديد الهدف العلاجي يكون في مناقشة القضية المتعلقة بالسيطرة على نزوع الشرب وضبطه. وحل السؤال المطرح في هذا الخصوص هو: هل السيطرة على شرب الكحول هي الهدف أم الاقلاع عنه نهائيًا؟ الجواب هو في الأبحاث التي تناولت هذه القضية تناولت موسعةً فخلصت إلى ما مفاده أن الامتناع نهائي أو السيطرة على حد معين من الشرب إذا توقف إلى حد كبير على سمات وخصائص الشخصية للمريض المعالج. وواقع الأمر أن عددًا كبيرًا من الأفراد قد يقترنون ليسواوا شرب الكحول بصورة معتدلة وبدون أن نظهر عليهم أعراض التسمم الكحولي. إلا أنه من ناحية أخرى هناك اتفاق تتساع دائرة أفراد من الباحثين على أن تحديد الهدف العلاجي على أساس ضبط الشرب والسيطرة على كمية الحجم المشروب من الكحول عند بعض الأفراد لا يلبي الهدف العلاجي الناجح. كما أن نفعه السريري محدود. وهذه المجموعة من الأفراد تتسم عادة بتعود شديدة بدني فيزيولوجيا على الكحول إضافة على عجزهم في السيطرة على المقدار الذي يجدونه من الكحول، وسعى متقدم، وقصة إدمانهم مزمنة. أما
الشباب الذين لم يظهر عليهم التعود البدني للكحول بدرجة كبيرة، وليس لديهم اختلاطات جسمية نجمت عن تناول الكحول، ولديهم استقرار اجتماعي ومهني مقبولان نسبياً، فقد يكون تناول الكحول بصورة معتدلة هدف العلاج. ولا شك أن تقويم هذا الموضوع من حيث تحديد الهدف العلاجي بالامتناع النهائي عن تعاطي الكحول أو السماح بالشرب الخفيف المعتدل هذا التقييم يعود إلى تقديرات المعالج ذاته التي تعتمد عادة على قصة المريض وسمات شخصيته والخليفة البدينية العامة وغير ذلك من المتحولات الأخرى التي ذكرناها.

ويحسن أن نضيف أنه ضمن اطار العمل باستراتيجية العلاج الادراكي – العقلاني يمكن أن تتم مناقشة الأهداف إذا كانت المعلومات التي تم جمعها خلال سير العلاج تدعم عملية تبديل السلوك الادمان. فسواء أكان الهدف في العلاج هو ضبط الذات خلال الشرب أو الامتناع عنه كلياً، فإن تقنيات العلاج الادراكي – العقلاني وفلسفتها تكون واحدة في كلتا الحالتين. والشيء الهام دوماً هو أن ينخرط المريض المعالج ويكون له دوره في تحديد أهداف العلاج. وأن تحليل الفائدة أو الخسارة عند المعالج من الحالتين السابقتين يمكن اجرااؤه والمثال التالي يوضح القصد:

فرد مدعى يعاني من آفة كبدية نتيجة تناوله على شرب الخمر يومياً، وقصة ادمانه مزمنة، وترتب عن هذه العادة السيئة حدوث مشكلات ومتاعب في أوجه أسرته وعمله. فهذه الخالفة تستوجب امتناع المدعى المعالج امتناعاً كلياً عن تعاطي الخمرة وذلك كهدف علاجي أساسي، ولعل أفضل الطرق وانجعها والتي أعطت نتائج
مشجعة (تجارب الدكتور محمد حجار العلاجية 1988) في مثل هذه الحالة أن نثقل المذم للمعالج وتضع بين يدي القراءات العلمية التي تبرز أخطار الخمور على الصحة الجسدية والنفسي والاجتماعية والأسرية، تمثل هذه القراءات تعزز إلى حد كبير وتدعم العلاج فتحز المعالج على رفع وثباته التعاونية للتخلص من نزوعه الادماني أو السيطرة عليه ثم تضغط أن يكون جاداً في العلاج. ولعل الشخصيات الحساسة الربحية هي أكثر ما تستفيد من هذه القراءات المتفرقة المكررة للخمور ومن ثم تتمتع تحليل الربح - الخسارة الناجم عن تعاطي الخمرة اعتدالاً أو الامتناع عنها نهائياً، ومن خلال هذا التحليل الذي يشارك فيه المعالج والذي يتوازن خطر الخمرة ومساواها بالنسبة للمعالج، ومن ثم الوصول مع هذا الأخير إلى اتفاق حول أهداف العلاج وللوتفرة التجريبية على الأقل، فان الهدف الأخير النهائي يمكن تحديده بعد تلك الفترة التجريبية للهدف البدائي الأولي، وهذه الأهداف إما أن تكون الامتناع أو الشرب المعتدل المعتمد للسيطرة والضبط.

ويترجم الهدف المختصر (أي هنا الشرب المعتدل) بالانقاض في حجم الكحول المشروب، وفي الزمن الذي يقضيه المذم في تناول الخمور، وفي عدد المرات التي يتناول فيها الكحول أسبوعياً، وبالطبع فإن الاتفاق على هذا البرنامج العلاجي يستوجب امانته من جانب المعالج وصدقًا في رصد سلوكه في الشرب الجديد المتفق عليه لفرصة من الزمن قبل أن يقرر أن هذا السلوك الجديد قد تعرز وتثبت. وواضح أن هذا النهج قد لا يكون عملياً بالنسبة للمقدمين المحترفين.
في الشرب والذين كانوا يتعاطون الخمر بكميات كبيرة. ولعل الأسلوب الأفضل والأكثر واقعية هو في أن يفهم المدمن عن الكحول وذلك لتدريبه على ضبط الذات، ومن ثم يسمح له بالشرب المعتدل تدريجيا إلى الحد المسموح به. وأيضاً نعود ونكر أن السماح بالشرب المعتدل دون مخوف بالخطر بالنسبة للأشخاص الذين اتسم سلوكهم الحيائي بضعف السيطرة على الذات، والأفضل هو الكف النهائي عن المشروبات في جميع الأحوال (محمد حجاز 1988).

هناك ما يجعلنا نطرح السؤال التالي: لماذا يبدع تحديد الهدف العلاجي هاما جداً في علاج مرضى الادمان على الكحول أو المخدرات؟ إن الخبرات السريرية دلت على أن المدمنين قبل التماسهم العلاج قاموا بمحاولات شخصية كلت بالفشل للكف عن تعاطي الكحول أو المادة المخدرة. فقرونارتهم بالامتناع أو الكف لم تكن مصحوبة بعزم أكيد، وتصميم غير قابل للتراجع لتبديل سلوكهم الادماني. وهنا يكون الهدف المتفق عليه بين المعالج والمعالج لا يعدو كونه اتفاقاً مادياً ملزماً للسير في طريق القرار القاضي بتبديل السلوك مع التدريبات والتمارين التي تدعم هذا التبديل. إضافة إلى ذلك فإن وضع الهدف من جهة علاجية له طابع مختلف عن القرار الفردلي من حيث الموقف من تبديل السلوك والالتزام به. وتبتل أيضاً الدراسات السريرية إلى أن الأفراد (عند تحديد الهدف معهم والاتفاق عليه)، يفتقرون قدراتهم الكامنة ويطلقونها نحو تحقيق الهدف بينما لا تكون لديهم مثل هذه العزائم والقدرات لو فرضوا على أنفسهم لوحدهم (Bandura 1982).
تزايد الفعالية الذاتية وتعاظم من خلال النجاح في تحقيق الأهداف المرسومة العلاجية المتفق عليها، والأهداف أكثر تحقيقًا وانجازًا عندما ينخرط المتعالج في رسمها واالشتراك في وضعها. وتدل الأبحاث التي تناولت مسألة التبديل العلاجي الخاص بضبط سلوكيات الطعام وفرط الأكل، إن المشاركة بوضع الهدف بين المعالج والمعالج من شأنها تحسين هذا السلوك وتظنيمه أو تبديله (Oxford, 1985).

وهذا الأمر يبدو هاماً نظراً لأن المسؤولية بالتدبير الذاتي وزيادة الفعالية الذاتية Self-efficacy هما موضوعان هامان في العلاج الانفعالي - العقلاني. فوضع الهدف من قبل المعالج والمعالج يمكن استخدامه لتعزيز تفكير المعالج فإن التنظيم الذاتي الفعال Effective استخدمه، ومسؤولة التوجه الذاتي هما أمران قابلان للتحقيق والتطبيق. وقد يبدو هذا الأمر أكثر أهمية عند بعض المرضى من الآخرين، فالمرضى الذين يشكون من اكتئاب شديد، ويأس، وتقريع للذات،هم بحاجة إلى جهود موجهة حية نشطة لمساعدتهم على تعزيز الاعتقاد عندهم إن في مقدورهم تحمل المسؤوليات وقبولها بغرض تحقيق فعالية المعالجة أولاً، وثانياً على المدى البعيد، لكي يتدرّبوا بأنفسهم مسألة إدماجهم إضافة إلى التعقيدات السلوكية والعاطفية التي تتأثر من الادمان. وتنبه بهخصوص مسألة تحديد الهدف العلاجي الأً يلتجّ معالج إلى أكراه المتعالج لقبول الهدف الذي يقترحه الأول، وفي حال اختلاف وتبان الآراء بين الاثنين حيال الأهداف العلاجية على المعالج اختيار أحد الطرق التالية:
أ - التعامل مع المريض من أجل تخفيض مستوى الكحول أو الحجم الذي يتناوله
ب - رفض علاجه.
ج - السعي لتغيير هدف المريض من العلاج.

ويفضل اختيار الطريق الأول لا لأنه هو المرغوب، بل لأنه أفضل الطرق ذلك لأن الحلول الأخرى لا يبدو أنها مفيدين. فالهدف الثاني لا يبرز فقط عند المريض التفكير الثنائي المتصاعد ولكن أيضاً يكون الرفض خالفًا للعدوان والحق في نفسية المريض ضد المعالجين النفسيين لأنهم يرفضون معالجته.

أما الخيار الثالث فباعتقادنا أنه لا يكون مرغوبًا ذلك لأنه يؤدي إلى فقدان التوافق بين المريض والمعالج حيث يظل الإنسان ضمن الاتجاه المتضارب في الأهداف فلا يؤدي ذلك إلى تعاون علاجي. فالخيار الأول هو الأنجح لأنه يقبل المريض ويسعى إلى تغيير تفكير المريض حيال الكحول وتوقعاته حيال الكحول.

ولهمال المعالج أن الأهداف العلاجية المرسومة للمريض ليست جامدة مصوغة بقوالب غير قابلة للتعديل أو منحويتة على حجر، فالمريض قد يضيق في نهاية الأمر هدف الاقلاع نهائياً عن الكحول أو عن تعاطي المخدر عندما يدرك أن الشرب المعتدل (وهو الهدف الأول المتفق عليه) بدأ له أمرًا مخادعاً غير عملي.

ورى العلامة البرت أليس أن أفضل ما ينصح إليه هو أن يتفق الإنسان على تجربة عندما يختلفن في هدف العلاج، وهنا يسعى
المعالج ليكون ناشطاً في جمع المعلومات والوقائع لاتباعه أن هدفه ووجهة نظره هي الواقعية أو بالعكس. إذ أن التجارب والخبرات السريرية أكدت أن المدمرين يبدون صعوبات كبيرة في تبديل سلوكهم الادمائي نحو الكحول في الوقت الذي ما زالوا يتعلمون الكحول، لذا فإن أفضل علاج لهم هو النظام نهائيًا عن الكحول. وعلى أقل تقدير في بداية العلاج، وهذا التوقف النهائي لا يعني بالضرورة أن يوافق عليه جميع المرضى، فإذا ما قضى للمريض أن يتبجي هدف ضبط شره، خلاف رأي المعالج، ونصحه له، هنا يستحب أن يكون هدف المريض بمثابة تجربة إما تقدوح إلى فوائد نوعية أو بالعكس تؤزم المشكلات المرتبطة عادة بالاستمرار في تناول الكحول. وقد يجد القارئ إن في قبول هذه التجربة معناها انصباب المعالج إلى أراء المعالج، فلا يوجد إذن معنى لمفهوم العلاج طالما أن المعالج لا دور له في توجيه المعالج نحو الهدف الأفضل له.

الواقع أن هذا الأمر ليس على هذا النحو، فالمعالج يجب أن يوضح للمريض المعالج أن ما اختاره المريض هو هدف غير واثقي (أي الاستمرار لا يؤديه أو بالعكس)، ولكن لصالح العلاج وبداف تقدير العون للمريض فإن المعالج يرغب في الاستمرار بالتعامل مع المريض وفق النحو الذي اقترحه شريطة أن يكون أميناً صادقاً في تقديم النتائج التي يترب من التجربة المقترحة. وهنا يجدر أن يأخذ المبادرة المعالج فيطلب من المريض أن يرصد نتائج تجربته القائمة على الشرب المتقلب، يقتفي أثر هذه التجربة بما تظهره من حسنات وآفات، وذلك وفق سجل يفتح لهذا الغرض يتكفل المعالج برصد
النتائج بنفسه، اضافة إلى تنظيم عقد بين الاثنين حيال هذه التجربة.

فإذا لم يتم الرجوع للمريض بما تعهد به في العقد المبرم فإن هذا الخطأ لا بد من مواجهته بحذر في العلاج. وهنا على المعالج أن يقترح هدفاً مناسبًا يتفق عليه بعدما فشل المريض بالالتزام بتعهداته.

ونتبه إلى أن تبني موقف معمم من جانب المعالج يظهره هو الأسلوب المنجع الواجب تطبيقه في كل الحالات (أي وضع أهداف مسبقة علاجية) على المدنين المرضى وذلك في بدء العلاج مثل هذا التبني فقد يتردد عنه عند بعض المرضى اقيق علاجهم باكرًا وانغماسهم في تسييم ذواتهم وتخريب عضويتهم لفترة غير محددة من الوقت. ومن واجب المعالج أنه عندما يصادف مرضى قدموا إليه من أجل علاجهم ولديهم مشاكل شديدة ترتبط عن الأدمان وتعاطي المشروبات فإن الأهداف الأولية والرئيسية الواجب أن يحققها هو جعل المدين يوقف سوء استخدامه للكحول أي اقيق الكحول. ومن ثم يلتقي إلى علاج الاختلاطات الصحية والطبية والبيولوجية والاجتماعية التي نجمت عن هذا الأدمان وليس العكس، أي معالجة الاختلاطات أولاً.

وفي كثير من الاستراتيجيات العلاجية (وهذا خطأ طبعاً) أن يتوجه المعالج إلى شخصية المريض المدين ويعمل مع مشكلات تعامله ووسائل دفاعه المعتادة بهدف زيادة مهاراته ووسائل دفاعه ضد الموتى والتصدي لها. صحيح أنه يكسبه بذلك مهارات تعاملية تكيفية أفضل ويتضاءل القلق عنه بفضل هذه المهارات التعاملية.
المكتسبة ولكنه يظل مستمرا في تناول الكحول تناولا باتولوجيًا (مرضيا).

فالاستراتيجية الصحيحة العلاجية هي التوجه أولا إلى الادمان بمهاجمه لباقفه. وقد يتساءل بعض المعالجين فيما إذا كانت الحكمة تقضي باستمرار التعامل مع المرضى الذين ما فتئوا يسيئون استخدام الكحول أو المخدر، ويتداولون في تعاطيهم. هناك من يجيب على التساؤل، إن التعامل مع أمثال هؤلاء معناه أن المعالج يسهم في عملية انكار المعالج لمشكلته.

الحقيقة أن الأمر ليس على هذا النحو بالضرورة فالمرضى قد يستبصرون فورى شفاءه من خلال عملية نظرية. أي بتعبير آخر إنه من خلال الاستمرار في التعامل العلاجي مع هذا المريض الناكس المرتد إلى شربه فإننا بذلك نكسبه وعيًا أكبر واستبعادًا أقوى بالأسباب التي تجعله ناكسًا نحو شربه. أي بكلمة أخرى نجعله يعي أفواهه تحمله الضعف جدًا للاحابط الناجم عن الكف المؤت للشرب، ويفهم فهما أفضل قلق الانعزاج الناجم عن هذا التحمل الضعف للاحابط الذي تولده الأفكار الخاطئة التي يجعلها تجاه المشروب. وعلى المعالج أن يرتبط في علاجه دومًا إلى تحقيق التقدم العلاجي والخلاص عليه، وليس على كمال وضع الأهداف العلاجية والوصول اليها.
الفصل الخامس
أسلوب تدويل التفكير الادماني

يفترض أسلوب العلاج الانفعالي - العقلاني في علاجه للمدمنين على المسكرات والمخدرات أن الأفكار الهازفة للذات Self - defeating thoughts، وما تستجره حكماً من مشاعر وعواطف وسلوكيات سلبية، هذه الأفكار هي البداية للذات وحياة المدمن والموقعة لأركان معيشته.

ويمكن القول أن التفكير ذاته وليس الشرب هو الذي يقود متعاطي الكحول أو المادة المذكرة إما إلى الإقلاع عن هذا الولع الادماني أو الاععان فيه والإسراف في تعاطيه والغرق في وبلاته وشروره.

وإذا أمعنا النظر بباردات وشعارات ومنشورات المؤسسات العالمية لكافحة المسكرات والمخدرات لوجدنا ارتباطاً مكيناً بين أنماط التبديل للأفكار الآلية التي تراود المدمن وسلطان المعتقدات المهينة على تفكير المدمن من جهة والشفاء من الادماني من جهة أخرى.

والشيء الباطن القاعط في هذا الصدد - وهنا يكمن لب العلاج - وجوهره - أن ما يكلم به المدمن ذاته من مقولات حول مشكلته (الأحاديث الضمنية مع الذات)، والمشاعر المنافية التي يحس بها في محاولته للتعبير عن مشكلته الادمانيه، والأهم من كل ذلك ما يقوله
عن ذاته (تقييم الذات)، حيال مشكلته هذه الأمور هي جوهر معتقداته حيال المسكر أو المادة المخدرة وهذا ما يحاول العلاج الانفعالي - العقلاني مساعدة المدمن المريض على تبديلها وتغييرها. في هذا الفصل ستركز على ما نسميه «بالتفكير الادماني» أي معتقدات المدمن وما يحدث به ذاته عن مشكلة ادمانه أي بكلمة أخرى ستكتمل عن: Self-statements

1 - مشكلته المرتبطة بالكحول أو الأدوية الأخرى ذات التأثير الادماني.

2 - الاضطرابات الانفعالية التي تخلدها المشكلة وتقبيلها ناشطة فاعلة إضافة إلى الانفعالات المتعولة المشوهة التي تظهر من خلال محاولته تبديل سلوكه الادماني.

3 - المعتقدات التي يحملها والأحاديث التي تدور بينه وبين ذاته عن نفسه وقبل الانطلاق في تفسير ما ذهبنا إليه يحسن أولا أن نعابين بعض الأمور العامة المرتبطة بالتصدي للتفكير الادماني ومناهضته بهدف تبديله، ومن ثم نشرح نحو شرح التقنيات النسوية التي بواسطةها نستعين في تدريب المدمن على تبديل معتقداته الادمانيه وأخيراً سنطرق على القارئ بعض الأفكار الخاصة بالمحترى النوعي للتفكير الادماني وأفكار مناهضة هذا المحتوى.

1- قضايا عامة خاصة بالتصدي للتفكير الادماني: ليعلم القارئ أن التفكير الادماني على غرار الأنماط الأخرى

110
من التفكير اللامنطيقي غالباً ما نراه آلياً لا شعورياً معزز التعلم، ويمارسه المدمن ممارسة مستمرة. وسبب هذه السمات للفكر الادماني تبرز صعوبة تبديله وتصويبه ومقاومة تغييره من قبل المدمن، وثمة أمر آخر في هذا الخصوص هو أن الكحوليين وغيرهم من رهط الادمان على المواد الأخرى غالباً لا يعانون الارتباط الكائن بين تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكياتهم، لهذا السبب ينصح في باكورة التعامل العلاجي مع المدمن اظهار هذا الترابط الغائب عن منظوره ووعيه.

وэтому الترابط يمكن اظهاره بالمحادثة ومن خلال اعطاء أمثلة حية والخبرة الذاتية التي يعيشها المدمن خلال سياق المعالجة. ونجد في بعض الأحيان أن بعض المرضى ميلون إلى التعرف على الآلية النفسية الكائنة وراء تعاطيهم الكحول أو المادة المخدرة. وهذا ما يجب أن يتيح أساليب المعالجة في مساعدة المدمن المريض على أن يأخذ مبادرة مسؤولة الذاتية في التعرف على الأفكار المهمة للذات ومن ثم التصدي لها ومناهضتها بهدف تبديلهما بأنكر إيجابية معززة للذات وموقعة للفعالية الذاتية. وغالباً ما نجد أن المرضى يضيفهم التقدم إذا ما تم الفات نظرهم إلى هذه العملية وتعليمهم إياها.

ولا مراة أن مناهضة الأفكار اللامنطِقية المزلقة نحو تعاطي المشروب أو المادة المخدرة وذلك بمجح منطقي وجريبي عملي وفلسفي هذه المناهضة تعطي أكملها وثمارها في تصويب البنية المعرفية عند المدمن وتصحيحها.
وفي هذا الكتاب سنعمد إلى تبسيط هذه العملية التصحيحية للتفكير الخاطئ السلامنطي وذلك من خلال تقديم أمثلة عن المعتقدات الخاطئة التي غالبًا ما يحملها المدان. وتكون جوهر بلاائه بالادمان، والامعان في تعاطيه وتخليده سلوكه الادماني. وبالطبع بالأمثلة التي سنذكرها لا تعد مثل الذي يحتذى به فتؤخذ كها هي في ميدان التطبيق، وطبق على كل حالة، فهي لا تتعدى كونها أسلوبًا توضيحياً ينير الطريق أمام المعالج ليبتعد على منفهها وذلك وفقًا للحالات الفردية المختلفة، واستنادًا إلى تحليل المعتقدات الخاطئة التي يحملها الفرد المدان، والتي عادة ما تختلف في المحتوى من شخص إلى آخر. وعادة ما نجد أن المعالج يفضل الأفكار المختلفة والأعتماد على أسلوبه الخاص واللغة التي يراه مناسبة، إضافة إلى فهماً ووعيه لفردية المريض الخاصة به. ويتصرف النظر عن الصياغة الأنيقة لتعابير المناضجة للفكر الخاطئ، التي يعدها للمريض كيا يستخدمها في تمارينه اليومية، فإنه من الأهمية يكون الانتباه إلى قدرة المريض اللغوية وأغوصج تفكيره عند هذه الصياغة. وأن التعارض الشديد بين الأفكار المطرحية من قبل المعالج حيال صياغة التعابير المناضجة للمعتقد الخاطئ، وبين المعالج لا تؤدي نتيجة مرضية في هذا الجهد.

يتبني العالم السيكولوجي الشهير البرت أليس أسلوبًا مريناً، ودائماً لدحض الأفكار الخاطئة مع الأخذ بالاعتبار التحفظات التي أثيرنا على ذكرها في صياغة الأسلوب. فالملاحظ وفقاً للخبرات السريرية أن بعض المرضى يظهرون استجابة جيدة إزاء أشكال المناضجة للمعتقد التي تأخذ صورة تعليمية وتوجيهية، وتدريسية في

112
حين نرى آخرين يبدون استجابة آنية للتمارين الببتية المعطاة لهم، ويستفيدون منها، وآخرون وهم عادة يجعلون الفائدة عند فهم خداع وتضليلات تقويماتهم وتآويلاتهم. وثمة مرضى يتقنون ممارسة تبديل الحديث مع ذواتهم كالوسيلة مضادة لمعتقداتهم الخاطئة المتصدبة. وناقلة القول أنه من الأمورية يمكن أن يشرح للمرضي بطريقة مباشرة ومفهومة ارتباط أفكارهم بمشاعرهم وسلوكياتهم. وأن تبديل السلوك هو منطقت جوهرياً بفهم هذا الترابط اولاً، ثانياً بتبديل التفكير الذي يؤثر على السلوك والعاطفة معاً.

يلجأ المعالج الى اظهار للمريض كيف في مقدورهم ايفاق هذا السلوك التجريبي وذلك من خلال تبديل التفكير الاخر للامنطيقي الذي يعزز فيهم السلوك الادماني واثارة الانفعالات السلبية المضمنة. يتم عملية مناهضة الأفكار اللاامنطية المؤدية مباشرة ويصورة نوعية وذلك من خلال مراقبة عواطف المريض في الجلستين الأولى والثانية. وهنا يسأل المعالج المريض عن مشاعره في حظة مناهضة أفكاره الخاطئة ومن ثم يحاول الكشف عن تفكيره. ويمثل هذه الخبرة الآنية تقدم دليلا للمعالج على هذا الترابط بين التفكير والانفعال والسلوك.

ويجدر الذكر هنا أنه من المفيد جداً أن يسرد المعالج للمرضى خبراته والحالات العلاجية التي عالجها وأمثلته التي توضح لهذا الأخير هذا الترابط بصورة تعليمية. وعندما يطرح المعالج مثل هذه الأمثلة والشواهد عليه أن يسأله دائماً فيما إذا شعر أو فكر بمثال هذه الأمثلة.
وهذا من شأنه مساعدته على الاستبصار بتفكيره ومراقبة ما يطوف في ذهنه من أحاديث مع الذات وأفكار خاطئة لم يسبق أن وعاها سابقاً.

على المعالج أن يشجع المرضى على التحدث عن ذواتهم بأمور تتعلق بشرب الحمر أو تعاطي المادة المخدرة، ومن المفيد أيضاً في أغلب الأحيان تزويد المعالج ببعض المعلومات للحكم فيها إذا كان تفكيره حساساً أو غير حساس، أي بتعبير آخر منطقي أو غير منطقي.

ويكتننا هنا الآخذ بقواعد العلامة مولتسيبي Moultsby بالتفكير المنطقي (مولتسيبي 1979) حيث سنحاول تعديلها نسبياً، وهذه القواعد هي التالية بخصوص التفكير المنطيقي:

أ - يقوم على حقائق.
ب - يساعد الناس على حماية أنفسهم من أدي منتحل الوقوع.
ج - يساعدهم على تحقيق أهدافهم القصيرة والطويلة المدى.
د - يساعد على حمايتهم من إثارة الخصومات والصراعات مع الآخرين.
ه - يسيب عليهم الاحساس بالمشاعر الإيجابية التي يرغبون بها.

ونجد في بعض الأحيان أن نظرأ من المرضى المدنيين يجدون بعض الصعوبات في الأخذ بالقواعد الألفية الذكر. وهنا يجدر بالمعالج أن يطبق هذه القواعد على تفكير المرضى من هذا القبيل. والهم بالنسبة للمرضى أن يكتشفوا قدرتهم في التعرف على تفكيرهم الآلي، ومن ثم اختياره فيها إذا كان حساساً ومساعداً معيناً. وأخيراً العمل.
على تبديل هذه التفكير الآلي الأوتوماتيكي اللاشعوري بتفكير أكثر نفعاً وإيجابية. وبالطبع إن هذه العناصر الأساسية في تحليل التفكير والتعرف عليه يجب أن تكون موضوع تمرين وتدريبات متكررة ينفذها التفاعل بارهند المعالج ليصل إلى القناعة بضرورة تغيير تفكيره الآلي واستبداله بآخر أكثر نجاعة وإغناء ونفعاً كي يبدل أيضاً مشاعره التي يتحكم تفكيره بنوعها.

ويحسن لنا الآن بعد هذه النظرة المفصلة الخاصة بتحليل البنية المعرفية (التفكير)، والقواعد الناظمة في إعادة تركيبها وتبديلها، أن نعاين الأمور العامة (الاعتبارات) الخاصة بعملية مناهضة الأفكار المؤدية المغيرة لتعاطي الخمرية أو المادة المخدراة والممكن أن يعترضها المعالج في باكورة التفاعل العلاجي.

1 - بما أن مناهضة الأفكار المناخية هي جوهر العلاج الانفعالي العقلاني لذا فإن من الأهمية بكبان الاتسعاف في التعامل مع هذه الأفكار وذلك بالتعرف عليها وتحديد هويتها ونوعيتها وبالتالي تبديلها بأحاديث مع الذات إيجابية تبدل هذا التفكير الكحولي الأدماني. إن هذا ما يساعد في خلق التوقف باستمرار هذه العملية والانخراط بعمق في العملية العلاجية من جانب المعالج وبالتالي يكون أكثر استفادة من هذا العلاج.

2 - يباشر بالمناهضة لتلك الأفكار المناخية في الجلسات الأولى العلاجية وذلك عن طريق الاظهار للمريض المعالج الارتباط التفاعلي الكائن بين الأفكار والانفعالات والسلوك أو الفعل، وما أن يتم التعرف على الأفكار الخروقات الخاطئة التي تثير النزوع نحو الشرب.
أو تعاطي المادة المخدرة حتى تبدأ معركة هذه المناهضة وتعري
أدبيات تلك الأفكار
3- هناك العديد من التدريبات والاستراتيجيات الممكن الأخذ بها
لمناهضة الأفكار المؤذية والتي تتضمن الحوار والتقربات التي
تستشعر التعامل بها. واللاحظ في الممارسة السريرية أن معظم
المعالجين أصحاب الخبرات في هذا الميدان يوجد ضجّاً خاصًّا
من التفاعل مع المرضى بهدف تعظيم وتصعيد عملياتهم الكفاحية
التضالية ضد أفكارهم الادمانية. وبالطبع نبنا هنا إلى أهمية كون
الاستراتيجية المعتمدة مرنة متوافقة مع مشاكلات المرض
ومشاعره وقدرته اللفظية
4- كي تكون عملية المناهضة مقنعة بالنسبة للمعالج يتبعين اشراك
المريض بهذه العملية بأسرع ما يمكن. ويكون هذا الانخراط
خلال الجلسات حيث يتم سير الأفكار الآلية اللاشعورية النحوية
وعلاقاتها بالانفعال والسلوك الراهنين. وعملية الكشف هذه
يمكن أن تتمن خلال التخيل، أي النطلب من المعالج أن
يتخيل آخر موقف أو عارضه شرب الكحول وبواعثها وكيف كان
يحدث نفسه في الموقف الباقض للتلوث قبل اقباله على شرب
الكحول أو ما يتوقعه من شرب نتيجة مشكلة.
ويمكن القول أنه نتيجة للعادات الفكرية المترسخة النزعة
 نحو تعاطي الكحول وما يترتب عنها من مشاعر وسلوك متصلبين
وبالتالي مقاومة كل تبديل لهذا الأفروض من التفكير والشعور
والسلوك من قبل المريض المعالج، فإن هذا الأخير قد يستفيد
من المناهضة المقنعة الحية (1985).

5 - في بعض الأوقات يواجه المعالج أن محاولاته الرامية إلى إبراز أفكار المريض (من خلال المحادثة وال الحوار) المضافة لذاته ولا راده لا نسيبها النجاح. وهنا يفضل أن يسألها فيها إذا كان مصيبًا في تعامله معه من أجل مصلحته و فائدته و نفعه، ومثال هذا المريض يكون عادة من الطبيعة العبدية الصلب، المعارض والمتمس بالعدوان السلمي الموجه لكل سلطة. وأن الامعان في اقناعه بعقلانية عمل المعالج يزيده مقاومة و عناً. و لعل في مثل هذه الحالة أن يعود المعالج إلى الوراء قليلا حيث الأسفل في تعرض أهداف المريض عند التماسه العلاج، و يراجع معه العقاب السلبية التي نجمت عن تعاطيه الخمر في الماضي، وما سيواجهه مستقبلا من هذه العقاب، وأيضاً محاولة ضبط ذاته وتناول كميات أقل من الكحول أو الأقلاع عنه نهائيً. وأخيرًا أن يعرض عليه مناهضات لأفكاره اللاعقلانية بسيطة وعملية بطريقة غير مباشرة. ومرة أخرى على المعالج أن يتحلى بالصبر، وهو كان يتكلم مع المريض بما هو في مصلحته، و عليه أن يكون مقتناً في العرض والشرح والتحليل بحيث يهيي الجو للمرض أن يتبني في نهاية الأمر مستويلة مناهضة أفكاره المدمرة لذاته بنفسه.

6 - هناك بعض مرضى الكحولية أو المخدرين يتوقعون من العلاج الكشف عن مشاعرهم بحيث يستطيعون فيها بعد الاستمرار في تناول الكحول تناولًا عادياً سوياً، فإذا كان المعالج يتعامل مع مريض معالج خارج المستشفى (مشلا في مركز رعاية الصحة

117
الأولى) ويشرح له أهداف العلاج وإجراءاته فإن مثل هذا التوقع
يجب إعادة تصحيحه.

2 - استراتيجيات مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية:

في رأي ديجيوبسي (1986) أن عملية تبديل معتقد
المعالج المدمن هي معقدة لأنها تتطلب تحقيق الأهداف الثلاثة،
الهدف الأول هو خلق تكريه فكري كبير عند المعالج وذلك من
خلال حشد براهين تثبت هذا التكريه (براهين فلسفية ومنطقية
وتجريبية عملية) لمعتقداته الخاطئة، والهدف الثاني هو أن يبرهن
المعالج أن أفكار المعالج الخاطئة لا تحلم مشكلته، بل هي أفكار
مضللة. والهدف الثالث إعادة تركيب البنية المعرفية عند المعالج من
خلال خلق معتقد صائب والبرهنة أن هذا المعتقد الجديد القوي هو
الذي يقدم له النفع العلاجي وفيه من البراهين الإيجابية ماتدحض
المعتقد الخاطيء الذي كان يحمله.

وفي وسعنا الآن أن نطرح تسعة استراتيجيات لتكون في عدد
ترسانة المعالج حيث بواسطةها يمكنه تحقيق الأهداف الثلاثة الآتية
الذكر:

1 - ينال أفكار العلاج اللاعقلانية الخاطئة لأظهار ضلالها
المنطقي.

2 - يحاول المعالج الافتراس أن المعتقد الزائف هو حقيقة وس ثم
يفتش عن الاستدلالات والشواهد التي تؤكد صحة هذا المعتقد,
وختبره تجريبياً
3 - يساعد المعالج المعالج على أن يقهر قدرة المعتقد الخاطئ الزائف على تفسير حوادث الحياة الهامة، أي يبتكر آخر هيل المعتقد الخاطئ يتضمن ارتباطاً دقيقاً بالحوادث؟

4 - يساعد المعالج المعالج على معرفة فيها إذا كان التمسك بالمعتقد الخاطئ يساعده أو يلحق به الضرر.

5 - تكرار الخطوات من واحدة إلى أخرى مراراً تكراراً لمساعدة المعالج على بلوغ الاعتقاد أن تفكيره الخاطئ هو فعلاً خاطئًا، زائف ومدمر للذات.

6 - يساعد المعالج المعالج على بناء معتقد منطقي جديد كبديل عن المعتقد الخاطئ.

7 - يفتتح المعالج مع معتقدات جديدة صائبة بهدف دحض وهم المعتقد الخاطئ.

8 - يسعى المعالج إلى استخلاص الاستدلالات من المعتقدات المنطقية الصائبة ومن ثم يبتكر هذه الاستدلالات لاظهار فيها إذا كان المعتقد الصائب يؤدي الى تكهنات أكثر دقة حيال الحوادث الخارجية من المعتقد الخاطئ.

9 - يقدم المعالج العون الى المعالج كيف ينبغي التحول الى معتقد جديد صائب منطقي يؤثر على سلوكه، ومن ثم يعاين فيها إذا كانت تبديل السلوك هو الأكثر فعالية وفائدة من السلوك الناجم عن المعتقد الخاطئ.

من ناحية أخرى يطالعنا فريمان (1987) بالتقنيات التالية التي يمكن اعتمادها والأخذ بها لمناهضة أفكار المدد المخاطئة:
أ - المسألة عن البيئة والبرهان: يعاني المعالج البرهان المنطقي أو التجريبي فيها إذا كانت أحاديث المتعالج مع ذاته هي حقيقة أم خلاف ذلك.

ب - المعتقدات الدميرة للآنا: يساعد المعالج المريض على ادراك نتائج توقعاته المبالغ فيها والمضحمة.

ج - الموازنة بين المحاسن والمساوئ: يطلب المعالج من المتعالج إعداد لائحة بمحاسن ومساوئ معتقده النوعي الخاطيء الذي يتعامل معه ويؤمن به.

د - تحويل السي - إلى ميزة: يحاول المعالج البحث عن الأمور الجيدة المستحسنة التي تخرج من الحادثة السيئة وتفرز منها.

ه - إظهار التشويه وتسميته: يعلم المعالج المتعالج تسمية وتأطير نوعية العمليات الفكرية اللاعقلانية المشوهة ويساعده على إدراكها ووعيها.

و - المعنى الفظي: عند المرضى معان خاصة للكلمات وأن لفت نظر المعالج إلى أن المعنى هو شيء غريفي، الأمر الذي يساعد المتعالج على عدم القناعة والإيمان بأفكاره الخاطئة.

ز - إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها: يبحث المعالج عن مساعدة المريض المتعالج بتحسين فهمه ونظرته وتأويله للحوادث، وهذا ما يمكن الأخير من التوقف عن أفكاره التي تقدم ذاته وتقرعها.

ح - معاينة الخيارات والبدائل: في مقدور المرضى المدمنين الاقلاع عن التفكير الضيق والمتصب إذا ما نجحوا في اقناع ذواتهم

١٢٠
بوجود طرق مختلفة من التفكير والسلوك ازاء المواقف التي تواجههم.

- النتائج الوهمية: غالباً ما يعتقد المدمنون على الكحول أو المخدرات أنهم سيتعرضون إلى شيء غريب إذا ما احتجموا عن تعاطي الكحول أو المخدر، على المعالج أن يطلب منهم تخيل - بدقة - ما قد يحدث لهم. الأمر الذي يساعدهم على ادراك خطأ هذا الوهم، وأيضاً يستطيع أن يوغل في جمل هذا التخيل الكاذبي المخيف أمرًا ليس فقط غير معتدل الوقوع بل أيضاً ازالة تحسسه منه تخيلياً.

- التنافض والبالغة: هنا يطلب من المعالج أن يمامد في فكره ويبلاغ في تخيل وتصور نتائجه حتى نهايتها في التضخيم. وهنا يدرك المعالج سخف فكرته عند مناقشة هذه المبالغة والتضخيم.

- التخيل البديل: يشجع المعالج على ممارسة استخدام معتقدات منطقية جديدة في مواجهة مخاطر موتة مزعجة.

- لعبة النذور بالكلام: يلعب المرضى أدوار ذواتهم غير المنطقية ويناقشونها لصالح أفكارهم العجاة اللامنطقية مع المعالج ومش ترك الدور غالباً ما يجعلهم استبصار عدم وجود دعم لهذا المنطق.

- التكرارات المعبرة: يطلب من المرضى استخدام الأحاديث مع الذات والتعبير الإيجابية المنطقية.
الكحوليون والمدانون على المخدرات يعانون من سوء تأويل وتفسير لا منطقي للحوادث الخارجية البيئية، وعلاقاتهم الاجتماعية وحتى لتفاعليهم مع ذواتهم. فهذه الشوائب والاعتبارات والأخطاء الفكرية المعتقدية تتضمن استدلالات واستنتاجات خاطئة تعسفية تكون متضاربة مع المواقع والبرهنان والبيئة، وتتسم بطابع التعميم على الأشياء والحوادث، والغالبة والتضخيم للمعنى أو لأهمية الأشياء النوعية الخاصة، إضافة إلى تفسير ثنائي Dichotomous الكحولي المحيط والعالم من حوله من منظور إطار متطرف. وأكثر من ذلك، فالكحوليون يقوّمون تصورًا خاطئًا و غير منطقي للحوادث الخارجية، ويّالغون في استنتاجاتهم السلبية أو أنهم يعمدون إلى تعليم المعنى الخاص بذواتهم كأشخاص.

إن العلاج الانفعالي - العقلاني يعلم الكحولي أو المدان ويدربه (عندما يكون مضطراً متوتراً) أن ينفذ إلي عمق تفكيره الاقليمي اللاعقلاني كما يكتشف ما نسبية بالمطالبة المفرطة بالمبالغ فيها التي تلف مثل هذا التفكير وتكوين ملزمة له. فالكحولي أو المدان يفرض على ذاته تعابير فيها طابع الجبر والالتزام مثلاً. يجب في تفسيراته لتفاعلياته مع العالم الذي يحيط به ومع ذاته أيضاً. وعلى غرار الأفراد الآخرين يفسر تفسيرًا خاطئًا أداءه وانجازاته من حيث التشمل والقيمة لهذه الأدوات والانجازات. بل ويفكر تفكيراً سلبياً كارثياً مع وثيرة عالية من المبالغة حيال يأسه وقنوطه ومشاعره السلبية الحاضرة والمستقبلية أيضاً. وأن الذي يجعل

122
الكحولي أو المدخن على المخدر يفكر بصورة ما تفكيراً مختلفاً عن الآخرين هو سيطرة المعتقدات الخاطئة حيازة وله الإدمان، وحيال أيضاً مشاعره الانزعاجية، والسيطرة الذاتية والقيمته حيازته ذاته. ثم أن التفكير الكحولي ينظر إليه من زاوية عدة مواضيع متفاعلة متداخلة، فقد كثير من الكحوليين يخرون مشاعر الضيق والكرد بفعل معتقداتهم الدينية للذائت، الهازجة لها أمام اغتراءات الخمرة أو المادة المخدية.

ثم بعد مضي بعض الوقت على العلاج نجد أن المرضى يعيشون خبرات لا تكيفية إضافية إلّى النظر نظره خاطئة غير صحيحة الى مشاعر الانزعاج التي تلزم بهم وتنابهم فيذلون جهودهم لتغييرها أو تبديلها. وأخيراً ما أن يفتح هؤلاء المرضى بسبياق المشروب والشرب ويتغلبون على تفكيرهم الخاطئ، حيث يدرّاه نراهم وقد بدأوا يركزون على مشاعرهم المشوهة لآليات تعاملهم Coping مع الحياة اليومية، ويجسرون بشجاعة الضعف والصغارة والدونية لأن تعاملهم ضعيف ناقص غير فعال. وبالطبع فإن هذه السلبية وتكال الصعوبات تصدر بالدرجة الأولى عن تفكيرهم اللاعقلاني الخاطئ، حيازة قيمة الإنسان، وعن ما يفرضون على ذواتهم من مطالب بصيغة جبرية بما يجب أن تكون عليه حياتهم كأفراد وبشر، ومن خلال تدني الشعر ب قيمة ذواتهم Self-worth، وسيطرة قلق الذائت يترتب عنها الانكماش.

ولفهم أوضح لما أثبتنا على ذكره ستتناول بالتفصيل في هذا الفصل التصنيف الرئيسة الثلاثة للفكر الكحولي مع سرد أمثلة،
ومن ثم طرح بعض المناقشات والأحاديث مع الذات المناهضة للمعتقدات الخاطئة، وسنعرض أيضاً بعض سمات وخصائص التفكير الكحولي فيها بعد.

المعتقدات الخاطئة التي يؤمن بها ازاء الكحول:

ما أن يتنامي ويتزايد حجم شرب الكحول عند المدمن حتى يتزايد أيضاً المعتقد الخاطئ، وضلالة التفكير حول الكحول. وهذه الضلالات الفكرية والمعتقدات المؤذية الخاطئة تأخذ شكل الأفكار الآثيمة الآلية وذلك ردًا واستجابة على المحروضات، والمنبهات الافعالية، أو المواقف الخارجية البيئية التي تشير النزوع نحو شرب الكحول وتخلق الآلية التي سبق وشرحناها في الشكل رقم (1) السابق، إضافة إلى وجوه بعض الافتراضات التحتية العاملة في اللاشعور حول مخاطر الكحول التي يبنيها من وراء احتسابه وما يكلفه ببدائل السلوك والعادات من جهود مضنية يتعين عليه أن يكابرها. وأن اللوحة رقم (2) تعطينا أمثلة عن هذه المعتقدات المضللة الخاطئة وقابلها الأفكار المناهضة لها.

سمات التفكير الكحولي اللوحة رقم (5)

1- الوصف النوعي لهذه السمات:

- آلية لاشعورية لا تبعها المريض المدمن.
- محتوى متصلب غير مرت.
- متعزز، مترسخ التعلم.
- ثنائي الطابع. Dichotomous
له صفة التعميم واللامنطقية
- غير تجريبي وفيه طابع المطلق.
- محتوى هذا التفكير والمواضيع التي تطوف فيه:
  - الانكار: لا يكون الكحول أو المخدع مشكلة في نظر الكحولي أو المدمن.
  - الكحول أو المادة المخدرة هما الأسلاوب الأمثل والأفضل لخلل المتعة والمشكلات النفسية الانفعالية.
  - تحمل ضعيف للإحباط، وحاجات محددة ذاتية لمستويات عالية من الإثارة والمسرة.
  - قلق الانزعاج، يتعين تجنب جميع المشاعر السلبية بأي تصرف كان.
  - تبديل السلوك الادعمي هو صعب جداً لذلك يدرك المدمن أنه ذاتي.
  - يشب تفكير المدمن مشاعر ذم الذات، والائم والحجل لأنه مدمن.

يبدو انكار وجود مشكلة عند المريض المدمن الجزء الرئيسي من هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة التي ذكرناها. ويتضمن هذا الانكار الاعتقاد بانتفاء وجود مشكلة عند المريض، وشكل ما من المعتقد الملتوى الذي يضعف الوعي عندنا بأهمية المشكلات أو ذم الآخرين أو وجود حذر جانبه مع ظروف سيئة تتحيط به. ثم إن الأفكار التي تجذب نحو تعاطي الكحول أو المادة المخدرة عادة ما ترتبط بمسألة انخفاض تحمل المريض للإحباط.

وكثيراً ما نجد أن الكثيرين من الكحوليين يستمرون في تعاطي
الشرب، رغم ادراكهم ومعرفتهم الحقيقة أن الكحول يؤدي صحتهم
البدنية والنفسية ويتكب حياتهم الاجتماعية، ويعطل رزقهم. والذي
عادة يمنعهم من الارتداع والإفلاس عن سلوكهم الأدماني هو معاناتهم
مشكلة فلق الانزعاج ومنغصات التوقف عن تعاطي المسكر أو
المخدر.

ونجد عددًا من الافكارات التحتية أو الخرافات حول
الكحول وهذه الخرافات هي معتقدات حول ما يفعله الخمر في
شاربه. فكثير من الناس وبخاصة أولئك الذين تعوزهم المهارات
التعاملية الاجتماعية مع الغير، أو يتخجلون، يميلون إلى الخمرة أو
المخدر لأنهم يعتقدون أنها مزيلة لخجلهم الاجتماعي أو تجعلهم في
علاقاتهم الاجتماعية أكثر نجاحًا ونكيفًا. ولعل مرد هذا إلى
اعتقادهم الخاطئ ظبطًا، أنهم لا يستطيعون تحمل معاناة الانزعاج
الذي يتأتى في محاولاتهم للتغلب على خجلهم أو فلق الرفض بدون
عوون المخدر أو المسكر وناجون أخرى وهي تتعلق بالتعلم
الاجتماعي، ان الذين يتبعون الكحول يعتقدون أن كل فرد في
بعض الجماعات أو الرهوط الاجتماعية الاقتصادية يشرب بكثرة لذا
فإذا كان يرغب أن يكون من أعضاء هذا الرهوت فعليه اذن أن
يحاليهم في شرب الكحول.

وأكثر من ذلك هناك معتقد شائع بين المدمنين إن المدمن
يصنف في عدد الرجال المكتملة، ونامة خرافه معتقد آخر بصدق
الكحولية أن المدمن يزيد من قدرته وسيطرته الجنسية خلال الجماع
الجنسى. وخرافة أخرى أن الكحول هو حاجة ضرورية للاسترخاء
وازالة التوتر النفسي.

اللوحة رقم (6)
المعتقدات الخاطئة الشائعة حول الكحول والمخدرات
وتقابلها البدائل المثلية الصادقة

<table>
<thead>
<tr>
<th>المعتقد العقلاني الصائب المناهض للأول</th>
<th>المعتقد الخاطيء</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 - إن فقدان السيطرة هو أول علامة لبدء المشكلة، وإذا كان شرب الخمر يُعد مشكلة هامة بالنسبة للآخرين، فعالجنا أو أجلا ساكون أنا ضحية المشكلة</td>
<td>1 - شرب الخمر أو تعاطي المخدر ليس مشكلة اطلاقاً بالنسبة لي حتى لو فقدت السيطرة على ذاتي مرة لفترة بسيطة، هناك أشخاص آخرون الذين لديهم مشكلة بالطريقة التي أشرب فيها.</td>
</tr>
<tr>
<td>2 - هناك وسائل أفضل وأكثر صحة للحصول على الاسترخاء</td>
<td>2 - أحتاج إلى شرب الخمر كي أستريح.</td>
</tr>
<tr>
<td>3 - قد لا ترغب ولكني تحمل حراماتي في الماضي ويمكنك الآن أيضاً تحمل هذا الحرام.</td>
<td>3 - أنا لا أتحمل ما لا أستطيع أن أحصل عليه، إذ أن هذا الأمر قاس شديد النقل على نفس.</td>
</tr>
<tr>
<td>4 - قد يكون قاسيًا أن أتعلم الارتباك والغثيان الاجتماعية بدون تعاطي المخدر أو الخمر، إلا أن معظم الناس يكونون مرتاحين منطقين بدون تعاطي المخدر أو الخمر</td>
<td>4 - الوقت الوحيد الذي أشعر فيه مررتاحاً هو عند ما أكون متشيناً بالخمر.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

127
<table>
<thead>
<tr>
<th>المعتقد المعنوي</th>
<th>المعتقد الخاطيء</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1 - بينها أخبر بعض الشيء - يفعل اقلاع عن الخمر أو المخدر، يأخذ ذلك من وقت وقعت ولكن إذا لم أقع عنه فإن نتائجة وأخطاره ستكون أسوأ بكثير مما أفقيه. | 5 - من الصعب جدا إيقاف الخمر والامتناع عن شربه، أ المحل فقدان الأصدقاء الملت ولفجر، ولكن لا أشترر اطلاعا بالارتباط بدون الخمرة أو المخدر.
| 2 - أين الذهاب على هذه القول؟ حاول أن تجلس وتستقر من أولاد الذين لا يشربون فيها إذا كانوا فاقدي السعادة وعوانان الاحباط لأهم لا يشربون. | 6 - الناس الذين لا يشربون الخمر لا يستطيعون شربه يشربون الأحباط وينهض على سعادتهم.
| 7 - إن الهقعة أو الزلة تكون خبرة تعلم جديد نحو الشفاء والشفاء، والهفوة ليست فشلا ولكن نكسة تشعرك بضرورة معرفة الاتجاه الصحيح السليم الواجب أن تسوكه وهذا هو خيارك. | 7 - حالما تتوقف عن شرب الخمر أو تشعر بالمشوهة يفعل تأثير الخمر ستستجد أن كل شيء انتهى، انك سستعود إلى حيث بدأت، وأن جميع جهودك التي بذلتها ستندفع إلى فشل واحد. ومرة تكون فيها شرموا عليك دائما أن تكون كذلك.

وأما لا شك فيه أن مناهضة تلك الأفكار والشائعات حيال تأثيرات الخمرة ومنافعها الوعيمة الزائفة هذه المناهضة غالبًا ما تكون فعالة ومجيدة كخطوات علاجية أولية في مساعدة المدينين على تبديل سلوكهم الاديماني وعاداتهم الضارة المؤدية لصحتهم في جميع أبعادها. ومن أخطاء معتقدات الكثير من الكحوليؤن أن المواقف التي تثير كربهم وتوتراتهم النفسية أفضل ما تعالج بشرب الكحول. وبالطبع

128
فإن ما هو غير المنظور التحتي في هذه الرغبة هو المعتقد الخاطيء القائل أن يتعين عليهم تناول المشروبات لازالة التوتر والكرب، وأن مقاومة هذا المعتقد وحدها يستوجب إعادة تأطير الحاجة إلى "كرغبة" أو مسألة تفضيل، وبالطبع لا إنسان يحتاج إلى شرب الكحول بصرف النظر عن المقدار الذي يحتاجه.

وغالبًا ما نجد أن حاجات الكحولي مرتبطه بقلق الانزعاج الذي يفرضه ما يجب أن يحصل عليه والملاحظ أنه في كثير من الظروف والظروف المناسبات يتحمل الكحوليين الاحباط لعدم تعاطيهم المشروبات عندما يرغبون في ذلك، وأن ما ذكرناه من مقتولات مناهضة في اللوحة (رقم 6) تبدو ناجعة في معارك النتائج السلبية لتعاطي المشروبات.

وفي مقدور المعالج أن يربط ذلك بفكرة المتعة الطويلة المدى أو القصيرة المثيرة للرغبة نحو الكحول والنشطة للمعتقد الخاطيء بالحاجة إلى الشرب، وأن طالب المشروب لا يتحمل عدم اشباع هذه الحاجة، نقول يمكن أن يربط بالمقال في النتائج الوخيمة التي تترتب على استمراره في شرب الكحول، وهذه النتائج الوخيمة على المدى الطويل لا تكون أطلافًا في صالح المدمن.

وأن لجوء المعالج إلى اتخاذ الحوادث الكارثية التي ألقت بالمدمن نتيجة تعاطيه الكحول مشكل حوادث الطرقات والطريق من العمل، والاختام الزوجي هذه الحوادث تكون بمثابة مرأة تعكس للمدمن وتشتت في وعيه نتائج شرب الخمر التي غالبًا ما يسعى إلى اكتشافها وتجاهله وعدم ربطها بشرب الخمر وهنا يمكن للمعالج تبصير.
المدمن باكتره الخاطئة حيال حاجته للخمر وقدرته على عدم تحمل الامتناع والكف عن تناوله، في مقدور المعالج أيضاً معاكسة الخرافات الثقافية الشائعة السائدة عن مشكلات الكحول بصورة مباشرة ومقررة بالشهوه الحسية، وبخصوصية في باتورة العلاج، وهذه المعتقدات الخرافية غالباً ما تزيد بارضبة العمل لعملية الانكار والتنكاس.

في بعض الأحيان يواجه المعالج مددمنين يعتقدون أن العلاج العقلاني والتبرير هما نفس الشيء. فن الشعر وجود مشكلة ادمان عندهم لأن الرجال الحقيقيين يفترض أن يشدو بالوثاب والرباط، فجميع رجال الأعمال الذين يشغلون مناصب ذات مسئوليات (رؤساء التنفيذ) يشربون الخمرة مع الطعام، أو يتناولون الجعة للاستراحة بعد يوم مرن متوتر ولعلم المعالج أنه وراء هذه المقولات التي ينطق بها المدمن توجد أحاديث خاصة لا واعية مع الذات التي تنشط عندما لا يتوفر الكحول عند المدمن ولا يكون في متناول يده. ومثالنا على الحدث مع الذات المنطش لشرب الكحول هو: أنه لأمر غنيفشي لا يتحمل النسبة لي أن لا أجدر مشروباً أو التوقف عن تناوله. ويحس بالمعالج أن يطلب من المرضى الكحوليين اعطاء البرهان على صحة هذه المقولات أو المعتقد، وفي مقدور المعالج أن يظهر للمدمن أن تبديل سلوكي الشرب سيعود عليه بفوائد جمه غريبة منظورة. ولعل أهم منطق خاطئ يتعم مناضذه ومعاكشته قد يحمل الكحولي ويومن به هو أن تبديل سلوكة الادمان هو أمر مستحيل. ولعلم الكحولي والمعالج مما أن المفاهيم المنطقية البائمة
التعزيز السيطرة على الذات، والتوقعات الاجتماعية نحو تبديل السلوك الادمان، هي عنصر أساسي وجوهري في العلاج الفعال.

وغالباً ما يجد المعالج من خلال نقاشه العلاجي مع المريض المدمن أنه يعرف وجود عدد من الشرابين للخمرة تمكنوا من الكف عن شربه والسيطرة على ذواتهم، وهذا أمر يجب أن يستغله المعالج لمقارنة سلوكه مع هؤلاء بغية حفظه دوماً على الابقاء على امتناعه عن الخمرة أو السيطرة المستمرة على نزوعه نحو الخمر. مثال: «انظر إلى خالد الذي ذكرته لي الذي استمر بشربه لعدة عشر سنوات. ومع ذلك أقلع عن تعاطي الخمر وتخلص منه، وبدل سلوكه تدريجياً، فلماذا أنت لا تكون مثله، وما الذي يمنعك من السيطرة على شرب الكحول؟»

وفي بعض الأحيان يستحسن أن يلجأ المعالج إلى عدم التركيز على صعوبات الكف عن الشرب التي يواجهها المدمن بينها يلح كثيراً أن يثبت في ذنه مضار الخمر ونتائجها السيئة على صحته البدنية والعقلية والحياة الاجتماعية وعمله وعلاقاته الأسرية والزوجية وغيرها، والتي من السلبيات التي ترتبط عن الاستمرار في تغطية الخمر.

وغالباً ما يحتاج المدمن المعالج إلى تذكيره بالنتائج السلبية لشرب الخمر بطريقة مقبولة لا تتضمن طابع التحقيقات أو الأذلال، بحيث يرى أن الأمر هو ضمن خياراته، فما أن يستمر في الشرب لتدمير حياته بكل أبعادها، أو استرداد حياة محترمًا معنويًا، فعلاً في المجتمع. وهنا يتعين على المعالج أن يبذل قصارى جهده ويضع كل ثقله العلمي لجعل المدمن المريض يختار طريق الكف والإفلاع عن
المخدّر أو المسكر. ولعلّ المعالج أنّه في تعامله مع الكحوليين النشطين في الشرب، قد يختار طريقة أخرى مثل ادخاله المستشفى الخاص لفظمه عن الشرب أو المخدّر لفترة معينة يضاف إلى ذلك اعداد برنامج لإعادة تأهيله، أو زيادة الجلسات العلاجية أو الأخذ بجميع هذه السبل. وهنا يستطيع المعالج أن يؤكّد للمدمّن المضطرب أنه إذا اختار طريق معاناة النتائج التي تتراوح عن تبديل السلوك وليس الامعان والمضي في الشرب وما يؤول إليه الأمر من نتائج كارثية ما حقّه تلحقه بالمدمّن، فإنّه بلاشك سيلقي من المعالج كل دعم واهتمام.

وما من شكّ ومن خلال الخبرات السريرية الطويلة لن يجد المعالج من المدمّنين المعالجين ما يفيده بالقول أنّ ايقاف شرب الخمر هو عملية سهلة يسيرها. ومع ذلك فإن معظم المدمّنين الجدد في العلاج يفلحون في التغلب على نزوعهم وسلوكهم الادمانى. وأنّ ما كانوا يتصورونه سابقاً أمراً مستحيلاً أو صعباً جداً، يجدونه خلاف ما كانوا يتوقعون. واستناداً إلى القرار البديهي الذي سيتخذه المعالج المدمّن حيال الكيفية التي يرغبها في تبديل سلوكه الادمانى، يكون من المناسب النصيح العملي الواقعى حيال الطريقة التي يمكن أن يتبعها المعالج لتجنب الكحول. ويتحقق هذا المطلب بالسير المتزامن مع مناهضة الأفكار اللاعقلانية المضعفة للكيف وفق الأسلاوس العلاجى الذي يتكلم عنه هذا الكتاب، أي العلاج الانفعالي - العقلاني، وبالاستنادة بالطريقة التي ذكرناها في اللوحة رقم (2) من مناهضة تلك الأفكار.
وليعلم المصلح أن الخطوة الأولى لتعلم مسألة هذه الاستراتيجيات العملية هي محاكاة أولئك الذين أخافوا في الاقلاع عن المخدر، إذ من خلال الانصات إلى هؤلاء والسماع منهم الطرق التي اتبعوها في الجهاد ضد نزوعهم الإدماني، وجعل المريض المدمن يبحث ويعاشرهم بهدف العلاج من شأن ذلك انجاح الاستراتيجيات العلاجية واكتسابها الزخم العلاجي الملائم. هناك استراتيجية أخرى تقضي بالاستعانة بقوة التخيل، ففي مقدرة المعالج حث المدمن المعالج وتشجيعه على تخيل النتائج الكارثية التي تترتب على إدمانه، مثلاً تخيل ما حدث له في آخر شرب والنتائج التي تترتب على ذلك وما يمكن أن يحدث له مستقبلاً ان تقرر شربه.

وأكثر من ذلك فإنه من المفيد جداً أن يشجع المعالج على قراءات علمية يجدها له المعالج تتناول أضرار الخمر صحيحةً وعقلياً، ومن ثم يطلب منه أن يتخيل بعد جلسة استرخائية، ما قرأه من أضرار مع التشديد على الاجهزة الذاتية (التنويح الذاتي) المعزز لهذه المخاوف، كما ويطلب منه أن يعد لوائح يكتب عليها وبجمال كبيرة مقضية أضرار الخمر، وتغليفها على الجدران في الأمكنة البارزة في عمله أو داره (الإشراط المنفر الصحي تجاه الخمرة) ويضبط هذا البرنامج لمدة 15 يوماً إضافة إلى الاستراتيجيات الأخرى الواردة في هذا الكتاب، فمثل هذه الأساليب العلاجية المتعددة الجوانب، إذا ما تم تطبيقها بعناية وفعالية مع توقعات إيجابية من جانب المعالج، فإنها تعزز بعضها ببعضًا وتعطي نتائج جيدة (محمد حجار 1988م)، وتخلق ردة فعلًا قوية منافرة ضد الكحول. ويكون من النافع أيضًا
تسجيل أضرار الخمرة على شريط صوتي وأن يسمعه المعالج كل يوم ثلاث مرات، وبخاصة إذا استخدم هذا الشريط خلال جلسة استرخائية وتنويم ذاتي (معجم حجار 1988) لمدة 15 يومًا. وليدرك المعالج أن معظم الناس الذين يعانون باضطرابات نزوعية غالبًا ما يفشلون في تجنب وتصور النتائج السلبية لسلوكاتهم ويعتاجون عادةً في كثير من التمرين لتنمية هذه المهارة التخيلية.

ومن التقنيات التخيلية العلاجية أيضًا هي أن يطلب من المعالج تخيل مواقيف سبب وأشارة عند النزوع نحو الشرب، ومن ثم يعبّر ويرصد بخياله ما يدور في خذه وتفكيره من أفكار خاطئة نزاعة نحو الشرب مثل «أعتقد علي أن أشرب» ومن ثم نطلب منه أن ينافض هذا المعتقد بقوة وبفعالية بحيث يبدد هذا المعتقد الخاطئ بما يجعله يرفض الشرب. ومن الأهمية بمكان أن يتجنب المعالج المدنى الأفراد المدمنين والأمكاني والأشياء التي كانت مقترنة بالشراب، ولهذه النصيحة العلاجية قد تكون صعبة التطبيق والأخذ بها من قبل المدمن المعالج نظرًا لأن هذه النصيحة تفرض عليه تحويل علاقاته الصداقة نحو أشخاص جدد، وخلق صداقات جديدة.

ومن المناسب أن يخصص المعالج بعض الجلسات لارشاد المدمن على كيفية اختيار الصداقات الجديدة. وقد يتطلب هذا الأمر أن يسبر عند المعالج معتقداته الخاطئة وانفعالاته المضطربة حيال بدء النشاطات الاجتماعية، ومن ثم مساعدته على دحض هذه المعتقدات غير الصحيحة وتصويب وترشيد هذه النشاطات.

أما المرضى الذين يشكون في خاوف اجتماعية، ويقعون
بعد أن يخلق صداقات جديدة، ويظلون على صداقاتهم القديمة، فإن العدوى الاجتماعية تتغلب على جهودهم الرامية إلى الكف عن شرب الخمر أو تناول المخدر، وهذه حقيقة يجب أن يضعها المتعالج نصب عينيه، وينبه للمتلاعب إلى هذه الناحية الهامة، أي تعبير آخر يتعين على المعالج أن يشجع المعالج المدمن على ازالة هذه السلبيات الاجتماعية المنشطة والمخلدة لتعاطي المشروبات أو المخدر.

وتمًا أمر هام هو أن يتعلم المريض المدمن أن يمتلك كل القوة الذاتية بالامتناع عن تعاطي المشروبات في الخفمات التي يقدم فيها المشروب وفي المواقف الأخرى الجديدة بحيث ينسق مع ذاته باللجوء دومًا إلى مناهضة أي نزوع أو أفكاره تهديد مقاومته نحو الخمور أو المخدر، ومن المناسب أن يتدرّب المعالج تقييماً على هذه المواقف التي تثير فيه النزوع نحو الشرب مسبقاً ومقاومة أفكاره النزاعة نحو تعاطي الخمور وذلك كإجراء تطاعني وقائي ضد الخمور أو المخدر، وإذا إذ نذكر للمعالج المواقف الجديدة التي يمكن أن يطبقها في هذا الميدان العلاجي، فعليه ألا يلجم ابداعاته الذاتية في ايجاد سبل أخرى مماثلة وتنساق وفق الأساس العلاجي الذي ذكرناها والتي تؤدي إلى تكريره المدمن على الخمور أو المادة المخدورة، وتبديل سلوكه الادمانى حين تعرضه لمحروضات مشيرة لنزوع الشرب أو تعاطي المخدر. ولعل من أهم مميزات المعالجة الثقافية المنفرة للخمور أو المخدر التي يقدمها المعالج للمريض المعالج، وتطبيقه بالطرق والأساليب العلاجية السلوكية المقررة بالتدريبات اليومية专门为 تخلص عند المعالج المهرات الذاتية لعلاج نفسه بنفسه، وخلق القدرات الذاتية وتفجيرها كيماً

135
يساعد نفسه ويقوى الذاتية على انشال ذاته من مستنقع الادمان وأضراره. ويعزز مثل هذا التعليم الذاتي خبرات النجاح التي يلمسها المتعلق وتكوين من نتائج جهوده الشخصية المقرنة بارشادات المعالج، وهذا هو مراعاة عظيمة للعلاج المعرب السلوكى ولغز نجاحاته. فالمعالج يظل خلال مدة العلاج يعيش خبرات التبديل من خلال الجهود الذاتية التي يبذلها والتي تعكس عليه يزيد من الثقة بالذات وتقؤية الأنا وتطوير الفعالية الذاتية (محمد حجار 1988م).

وعليها كمعالجين أن نشجع المرضى المتعالجين وبخاصة أولئك الذين يواجهون يوميًا الصعوبات الحياتية أن يتعايشوا تماماً مع قراهم بالامتناع عن تعاطي المشروبات أو المخدر وأن يستعينوا دوماً بأولئك الذين يدعمون هذا الامتناع.

٤ - طرق الوقاية من النكس:

في بعض مراحل العلاج من المناسب بل والحكمه تقتضي ذلك أن يتطرق المعالج إلى قضية الانتكاس مع المرضى. وعندما يحاول المعالج تبديل سلوكه الادمانى ويفشل في ذلك فإن مزيداً من الأفكار الخاطئة اللاعقلانية حيال الانتكاس الذي يعانى عليه المريض تزداد من تعقيد حالته وتشتت. فمثلما يعتقى المريض خاطئاً أن هذا الفشل لا يمكن تصفحه وأنه واقع لا حالة في نزوع نحو الشرب لا يمكن كفه أو جمه. بل وقد ينشط الحديث السليم الذاتى الذي يقول لذاته فيه تبديل السلوك هو أمر صعب جداً، وأن الانزعاج الذي يواكب المحاولة بايقاف الشرب، ومن ثم الفشل في تحقيق هذا المطلب.
والعودة ثانية إلى محاولة أخرى أمر يشق عليه والسير فيه، وقد أسمى مارالات (١٩٨٣) هذه الظاهرة الناكسة بتأثير خرق قرار الامتناع عن الشرب.

وحيث أن المدينين عادة ما ينتبهما التفكير الثنائي المتناقض،
فغالباً ما ينظرون إلى ذواتهم إما أنهم مدينون أو غير مدينين ممنعون،
فهم في أحد هذين التصنيفين يقعون ولا يوجد حد ثالث بين هذين الحدين. فإذا كان لا يشرب فهو ممنوع، وأما إذا كان يشرب فهو شارب غير ممنوع، ولذلك فلا جدوى من حتي المحاولة بابقاء الشرب. إن مثل هذا التفكير المنقسم الثنائي الحدين يجعل من الانتكاس كبير الاحتمال. والكشف عن رشفة خطر أو أكثر بتسم بصعوبة أكبر، هذا تبدو الحكمة النظر إلى كل اغءار نحو الشرب هو محض حاولة وتجربة إذ قد تخسر مرة المعركة مع ذاتك وفقد تربحها في المرة الأخرى. وإذا قضى أن خسرت مرة وطالعت ذاتك ونزوتك
بأخذ كأس خمر فيجب الا ينظر الشارب إلى ذاته أنه مقوله باستعداد تركيبي إلى أنه سيفسد أيضا في المرة الثانية، بكمت نزوعه نحو الخمور وجهم. بل بالعكس على المعالج أن يظهر للمعالج المريض المدين
أنه يستطيع أن يتعلم في كل رشفة تنزع نفسه إلى أخذهما الأسباب
التي أدت إلى الاستجابة لنزوع الشرب ومن ثم محقها وازالتها أي
التعامل مع النزوع من جديد بأسلوب جديد قهره.

وبالطبع عندما ينتكس المريض فيشرب ناقضاً قراره بالامتناع
والكشف عن الشرب، حينئذ يتعين مناهضة الأفكار التي واكتت التأثير
الذي خرق الامتناع ولا داعي إطلاقاً للتشاؤم واليأس من جانب

١٣٧
المعالج والمرضع معاً: حيال هذا النكاس، فقصص كثير من المدمنين
أبانت لنا أن الكثير من الانكماشات والتعثرات رافقت مسيرة
علاجهم في الاقفال عن الخمر أو المخدر حتى الوصول إلى ثبات في
الكف والتخلص من الادمان. ويشن أن يظهر المعالج للمريض هذا
السير عند كثير من مرضى الادمان خلال علاجهم، لذا فإن الهفوءات
والزلاز بمطاوعة النزوع نحو الشرب لأمر ما يجب الأفراض تبديل
هدف العلاج أيضاً وهو الوصول إلى التخلص من الشرب أو المخدر.
ولا أن تعطى هذه الهفوءات العابرة البرهان للمعالج أنه غير قادر على
الوصول إلى ذلك الهدف في المحاولات المستقبلية الأخرى، شريطة
أن يعقد العزم على أن يبذل جهداً أكبر ويستبصراً أكثر
بسبب هذا النكاس وبالتالي ازالتها بالصورة التي شرحناها في هذا
الفصل. إن هذا كله يعني أن المريض لم يصل بعد إلى الهدف المشروود
ويتعين عليه أن يعمل بجهد أكبر ويناضل بعزيمة أكثر قوة ليتحطى
الصعوبات النفسية والمعرفية التي تعني وصوله إلى ذلك الهدف.

إن بعض المرضى يعتبرهم الأحباط من جراء انكماشاتهم
فيتمنون علاجات أسهل وذات تأثيرات سحرية ليتخلصوا من آفة
الادمان. وحيث أنه لا توجد طرق سحرية سهلة لتبادل السلوك
الأدماني المستقل الجذور، العميق التربة فإنه يتعذر على هؤلاء العشور
على العلاج البديل الذي يتصورونه ويعصبون اليه
ومرة ثانية نبهنا إلى أهمية تثقيف المدمن المعالج حول واقعية
التخلص. من أية عادة والعثرات التي تصاحب هذا التخلص، ومن
المناسب أن يشرح المعالج للمعالج ما أتينا على ذكره بما سميّاه

١٣٨
التأثير الخارجي للكف أو الامتناع عن الشرب، وذلك قبل أن يداهمه النكس وذلك للحفاظ على زخم اندفاعه فلا يعبره البأس بفعل ما يعتقد أنه امتناع الشام أو الشرب وعدم القدرة على الامتناع (التفكير المنقسم الثاني عند المدمن)، وليشرح له أنه قد يفكر بالشرب إذا وجد نفسه في موقف يغريه بالشرب فلا يقاوم، وأن اللوحة رقم (7) تعطينا مثالاً وأهمذجاً لأعراض التفكير القاهر للذات الذي يقود إلى هفوءة الشرب ثانية.

اللوحة رقم (7)

التفكير القاهر للذات الذي يؤدي إلى النكس والتفكير المعاكس المناهض للأول

<table>
<thead>
<tr>
<th>التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس</th>
<th>التفكير القاهر للذات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 - رغم أن عدم الشرب هو صعب علي بالتأكيد إلا أنني صممت في وجهه فامتعت ساعات بل وأياماً وأصابع وبكاني أن استمر في التصدي له والصعود في وجهه، عليُّ الأً إمتحن لغفي بحاجتي لي ما أرغب تخفيفه، وفي الوقت الذي أرغب أن أشرب، إلا أنني لا أرغب بالعقلاني المؤذية التي تتربت عن تلبية هذه الرغبة.</td>
<td>1 - الامتناع عن الشرب هو قصة ما بعدها قصة، أنا عاجز على تحمل ما امتنع عنه.</td>
</tr>
<tr>
<td>التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس</td>
<td>التفكير القاهر للذات</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------</td>
<td>----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>2 - لم يصفد أن مات إنسان نتيجة الملل والهام في الوقت الذي أرغب بمزيد من الإثارة في حياتي لا ان شاء الاستمرار الصحيحة مع رفاق الشرب والخمر هو العودة إلى الشرب ثانية، فإذا كنت حقاً بحاجة إلى أضعاف الملل والهام على أن أجد منافذ جديدة المبدة للهام وما أكثرها في الحياة.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 - أين اليهودتين الذي يدل على أن امتاعي من الشرب يجعلني صغيراً لا وزن لي ولا قيمة، وأن الذين يشربونهم أصحاب قيمة أو الجاهز؟ أنا لا استطيع أن أركض فأتقطع ميلاً واحداً بأربع دقائق، وإذا كنت عاجزاً عن ذلك فهل هذا يعني أن ضعيف فادق اعتبار الذات؟ وفي الوقت الذي لا تبدو لي الأشياء كبيرة بالصورة التي أتصورها فلا نفع من ذم ذاتي، والشفاق عليها، بل بالعكس إن مثل هذا الحديث مع الذات السليم يجلب علي الكسر والسوء ويسبي إلى حالي، لا تذكر آخر مرة شرب فيها، هل أسبح هذا</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

140
<table>
<thead>
<tr>
<th>التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس</th>
<th>التفكير القاهر للذات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الشرب على حياء شعوراً أفضل أو أنه دفعني ذاك الشرب إلى مزيد من الشرب والامعان في تعاطيه الأمر الذي وضعني في موقف سيء.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الوضع الواقع أنه أكره الأسلوب الذي يعاملوني به، على أن أمك نفس وأعلم ذلك، ولكن معاقسيهم بالطريقة التي أفكّر بها هي ليست المناسبة الملاءمة، ثم من الذي يناسب إذا ما جاءت إلى شرب الحمراء؟ أنا الذي أعاقب نفسى.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 - شرب الحمراء لا ينفع من الخروج عن طوري والتصرف الأروع في الأحمق والشرب يرميني في آخر الطريق لأكون في وضع عبث الناس، والاحتفاظ، فالانزعاج والكرب يمكن إزالته بدون اللجوء إلى الشرب، فالبشر لا يخرجون عن طورهم مجرد أنهم لم يحصلوا على ما يريدون.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 4 - يتعين الالعابلوني بهذه الطريقة، سأرمى من هو المدير أو الرئيس، سأضع حداً لهم، ما علي إلا أن أغرق نفسي بشرب الحميرة حيث سيجدون أنه لا مفر من الاعتداء والتأسف على صناعهم ضدي. |

5 - أشعر بالانزعاج الشديد والضيق، إذا لم أشرب، سأخرج عن طوري، أنا متأكد أنه من الأفضل أن أكون غمرواً على الخروج عن طوري.

لا يوجد حتمية في أن الهفوة أو النكسة العابرة يترتب عنها حدوث كارثة. وأفادنا غرينونود (1985) بأن الانتكاس حالاً يحدث، فإن أفضل ارشاد يتلقاه الناكس الذي ارتد إلى الحميرة هو أن يقبل

141
هذا الواقع وأن يناضل من أجل أن يستقيم ثانوًةً، ويعود إلى ضبط سلوكه الادماني من أن يدم الناكس المريض نفسه ويليوم ذاته، ويباشر على التو بالبحث معرفياً عن التفكيك المسبب للانكس كيا يتصدى له، ويناهضه وبالتالي يحقق ويزيله، وليس العودة الى الوراء الى الماضي.

يرى كل من مارالات وغوردون (1985) أن الانكساس هو نتيجة العوامل المعرفية والموقفية، وأن لوحة رقم (8) تمثل لائحة للاستراتيجيات المناعية للانكساس.

يتضمن منع الانكساس مساعدته الكحولي والمجال تعليم التعرف على المواقف التي تعد محاطه تهدد بالانكساس، ومن ثم التعامل معها، إضافة الى تعلم التوقعات الأكثر واقعية، أو تضمين النتائج الناجحة عن العودة ثانية الى شرب الكحول كأسلوب يعود عليه المريض كيا يتعامل تعاملًا متصديًا ناجحًا مع مثل هذه المواقف.

وإعلم المعالج أن منع الانكساس يتضمن تطبيق استراتيجيات نوعية وشاملة كلية، ومن بين الاستراتيجيات العلاجية النوعية التي أوصى بها كل من مارالات وغوردون هي:

1- التدريب على ضبط الذات ومراقبتها كيا يتعرف المريض على المواقف التي تعرضه لمخاطر الانكساس، وبالتالي ابتكار النزوع نحو الشرب.

2- التدريب على تقنيات الاسترخاء.

3- اغتنام التحليل الفعال.

4- التدريب السلوكي وتوليد الأفكار الإيجابية اللذان يمكنهما من التعامل بنجاح مع المواقف التي تعرضه لمخاطر الانكساس.
5 - النقاش التعليمي التثقيفي عن التأثيرات الطويلة المدّة التي قد تجرب المريض نحو تعاطي الخمر.

6 - التعقد السلوك مع المريض كي يخفى من سلوكه الذي يعرضه لمخاطر الانتكاس.

7 - تكرار وحفظ على ما يجب أن يفعله حينما ينكس على عقبه فيشرب.

8 - إعادة بناء بينته المعرفية لوقايتة من تأثير Cognitive Restructuring خرق قرار الامتناع عن شرب الخمر الذي يمنع المريض من المحاولة الثانية لتبديل سلوكه الإدماني ويدفعه الى الاطمئن بشرب الخمر بدون ضبط ولا قيد.

ويبرى أيضاً كالمن ماراثون وغوردون (1985) إن تلك الممارسة ضمن إطار استراتيجيات ضبط الذات الأكثر شمولية هي أيضاً تعد من الطرق المانحة للانتكاس. وأن هذه التقنيات أو تلك الاستراتيجيات هي مفيدة في إعادة المريض المدمن لمواجهة المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس (العلاج الوقائي التمثيلي) وبالتالي رفع مستوى تحمله للاحباط.

وأما أن الانتكاس ذاته غالباً يتضمن عنصر الخلاعة نحو المسرة الذاتية، لذا فإن ماراثون وغوردون يؤمنان بأهمية أهمزج الحياة، المتوازن القائم بين الملزمات التي يفرضها المريض على ذاته، ولأن مثل هذا الأنموذج المتوازن بين الرغبات واللوزميات يقدم الوقاية الأولية من الانتكاس. وعل
هذا يطلب من المرضى المدعوين للمعالجة رصدًا كتابيًا لنشاطاتهم اليومية وتقسيمها وفق مكوناتها من حيث الرغبات واللزوميات.

وهو هدف من ذلك هو زيادة النشاطات المسلية للذات والسارة لها وليس تضمينها بما يهزم الذات ويقهريها. وعندما يشجع المريض على ايجاد سبيل متعة بدلاً من الخمر، وعادات حسنة إيجابية. وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات أيضاً التعلم على وصف بدقة الولع أو الدوافع «إشارات إنذار» بحيث يشعر به المدمن المتعافى على أنه يتصدى له بالكلام الذاتي العقلاني المناهض ويشتكي الانتباه أو التجنب، وبالنشاط المعاكس. وأخيراً، باتخاذ القرار الواعي المستوحى والموجه من مصالح المريض على المدى البعيد. ومن خلال مساعدة المريض على اجراء توازن في أنموذج حياته الجديدة والتعامل مع نزاعاته التي تدفعه الى شرب الخمر حالما تظهر في ساحة تفكيره بهدف تعزيز الصمود وأغنية الذات وتقؤيمها وليس بال적이ات والأحداث القاهرة للذات، فإن الظروف والشروط التي تقود الى الانتكاس يمكن تجنبها

اللائحة رقم (8)

 تقنيات منع الانتكاس والوقاية منه.

- التعرف على المواقف الخطرة التي تثير النزوع نحو الشرب.

- تنمية استراتيجيات التعامل الناجح مع تلك المواقف مثل الاسترخاء، والاستراحه على الذات بالامتناع عن تناول الشرب في هذه المواقف.
- إعادة بناء التفكير المعرفي وصياغته من جديد في حالة حدوث التأثير المخاطر لقرار الامتناع عن الشرب بحيث تكون هذه الصياغة الجديدة تقوم على الاعتقاد أن الهفوة أو الزلة باحتساء الخمر ثانية ليست انتكاسة بل زلة أو هفوة عابرة سرعان ما يمكن تجنبها ثانية بدراسة الموقف الذي أحدث هذه الزلة، واعادة بناء التفكير الذي ينافض المعتقد الخاطئ- المسئول عن هذه الزلة

- العمل على خلق أسلوب جديد من الحياة قائم على التوازن بين العمل على خلق أسلوب جديد من الحياة قائم على التوازن بين اللزوميات والرغبات حيث تكون الأخيرة هي الأشكلاية في هذا النمط الجديد بينها الأولى تكون في حدها الدنيا.

- إعادة التفكير بالقرارات المتخذة والأهداف أي النتائج القصيرة المدى مقابل النتائج البعيدة المدى في مسألة الامتناع عن الخمر أو المخدر.

- خلق عادات جديدة إيجابية أو بدائل بحيث تنحو اللب نحو ارضاء الذات بالمسرات وليس بالأحداث مع الذات وبالطرق التي تظهر الذات، أي خلق الفعالية الذاتية وانتهاء الطرق التي تقوم الذات وتصلب من فعاليتها.

- التعامل مع الانعكاس بالأساليب السلوكية القائمة على لعب الدور والتكرار Rehearsal التي تدعم الإيجابية والمناهضة لعوامل الانعكاس الخارجية والمعرفية (التدريب السلوكى اليومى).

- العمل على التعامل مع الانعكاس بأسلوب مخطط.
5- مناهضة المعتقدات الخاطئة الخاصة بالانفعالات المضطربة:

تدل الخبرات السريريّة (Ellis 1988) أن مرضى الادمان على المخدرات والكحول، تعرّفهم العديد من المعتقدات الخاطئة أو ما يمكن تسميتها بالانفعالات المضطربة، حيال خبراتهم وتجاربهم الانفعالية.

وهذه الاضطرابات بجزء منها تتجاوز ضمن تصنيف قلق الانزعاج الذي سيُقّرح وشرحناه في الفصول السابقة والذي يصدر عن المعتقد يكون الاحباط هو أمر ضيف كره ولا يمكن تحمله، لذا يُذكر المريض ويعبّد العزم على الابتعاد عن هذه الضغوطات، والابتعاد عن بعضه يُفهم على نفسه. ومن المعلوم أيضاً أن كثيرًا من الكحوليين والمدمنين على المخدرات يعانون ويجترؤون مثل هذا النوع من القلق، حيال كثير من الانفعالات المضطربة، إذ يظهرون الخوف من الانزعاج الانفعالي ويسعون إلى تخفيفه وتجنبه والصعود بانفعالات سلبية مثل الغضب والشعور بالذنب والاكتئاب. وعادة لا تتعدى وسائل الدفاعهم تعلم تكرار حدود بعض الاستراتيجيات التعاملية غير الفعالة ضد هذه المشاعر السلبية القوية. كما وأنهم يتعاملون مع كثير من المشكلات الانفعالية باللجوء إلى الخمر والكحول، ويفعل هذه السبيل التي يتخلى عنها كوسائل لازالة مشاعرهم السلبية، يمكننا الافتراض أن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يشكلون قلق الانزعاج ويكون هذا القلق يشغّل بهم ويهدد أنفسهم النفسياً عندما يتوقفون لسبب ما عن تعاطي المشروب أو المخدر، أو عندما يواجهون العاطفة السلبية.

ولإمضاء أن الهدف الرئيسي للعلاج يتركز في تقديم العون لهم بغيبة تبديل آلية التعامل الأساسية التي يتمسكون بها عندما يواجهون...
الانت박ان الانفعالية وهي اللجوء إلى شرب الخمر أو تعاطي المخدر، لذا فإن العلاج يكون في تدريب المدخن على الأخذ باستراتيجيات تعاملية بديلة مع المصاعب الانفعالية. وحالما يدرك المعالج المريض وجود طريق تعاملية مع المعالج غير اللجوء إلى الشرب أو المخدر حينئذ يمكن للمعالج أن يثير مع المعالج مسألة القلق والخوف اللذين يعدان بخبرة انفعالية حتمية أمام المشكلات القوية.

وعادة يوصف الكحوليون بالأفراد الذين يتمتعون بسلوك اندفاعي في ردود أفعالهم انفعالية. ورغم أن هذا الوصف لا يأخذ صفة التعريفي على كل الكحوليين، إلا أن الكثير منهم هم على درجة كبيرة من الرد الانفعالي العنيف وتعلموا مع مرور الوقت أن يخفوا من انفعالاتهم.

في بعض الأحيان يشق على الكحوليين وصف حالاتهم الانفعالية القوية. وكبَّا تتم مناهضة الانفعالات السلبية مناهضة فعالة والتي تولدها الأفكار اللاعقلانية الخاطئة، لا بد من تحديد هذه الانفعالات وأن تكون واضحة في وجه المريض المعالج. ومن المفيد في بعض الأحيان مساعدته المريض على تطوير لغته ليحسن التعبير الدقيق عن انفعالاته وعواطفه (زيادة مفردات اللغة) هذا الوجه جانب التشجيع الكبير والدعم النفسي مما يعطي للمعالج وبصرة غير مباشرة الأسلوب في مناهضة انزعاجه حيال علاجه صراحة، ويعمله أن الحياة ليست مفروشة بالعوارض وعليه مواجهة مشاكله وأن الانزعاج الحاصل يمكن أن يحل لوعده على المدى الطويل.
من ناحية أخرى يمكن تعلم المريض النزبون أن مشاعره مستمدة من طبيعة الإنسان وتركيبه كائن، لذا فهي حتمية التكوين والوجود، وبخاصة عندما يمر المريض في طور إعادة التكيف الطبيعي الذي يحدث نتيجة التوقف عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر، إضافة إلى الأنسان الأخرى التي يدفعها الاجتماعية والعاطفية المصحوبة نتيجة الشرب.

ثم أن تشجيع المعالج المدمر على التحدث عن تخاوشه حيال الانزعاج من مواجهة عواطفه وانفعالاته، هذا التشجيع يكون مثيراً ومفيداً. ويجد المعالج في بعض الأحيان أن نفراً من المدمنين المعالجين يصنفون ذاتاتهم مباليد العواطف، بينما نجد أنهم عندما يتكلمون عن مواقفهم الحياتية وسلوكاتهم نجدهم على نقيض ذلك يتسمون بأنفجارات انسحابية، وبشروات الغضب الشديد حال احباطات زهيدة تتباث، إضافة إلى اصابتهم باكتئابات من حين إلى آخر عندما يفكرون بمشكلاتهم، يمكن تدريب هؤلاء على مناهضة الخوف من الانفعال جنبًا إلى جنب مع تعليمهم طرق التبديل بالانفعال ذاتياً بحيث يمكنهم ليس فقط من السيطرة على مخاوفهم من الانزعاج حيال عواطفهم المضطربة ولكن أيضاً يتعلمون التبديل بالاضطرابات الانفعالية لتكون خفيفة. إن اللوحة رقم (9) تشرح لنا مختلف أنواع المعتقدات الخاطئة المصاحبة للاضطراب الانفعالي ويقابلها الأحاديث مع الذات المنطقية العقلانية المعاكسة والمناهضة لتلك المعتقدات.

إن الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية المعثرة المضطربة والتي نجدها عند كثير من المدمنين على الخمر أو المخدر تراقها عادة
مشكلات ناجمة عن الغضب المفرط غير الملائم والعدوان، إضافة إلى وجود قصص حياتية متصلة بالضعف والفقر في التعامل مع الشدائد والتوترات والقلق.

أ ب ب C

من الأهمية يكون أن يشرح المعالج للمريض نظرية المفسرة للعلاج الانفعالي - العقلاني (Ellis 1988) بحيث يربطها بالمواقف والانفعالات وذلك خلال عملية العلاج، ومن خلال تدريب المريض على التحليل الفكري الذاتي وفق نظرية وكيف يتم عملية مناهضة الأفكار، فإنه من المناسب اما استخدام العناصر التي تبرز خلال المعالجة أو العوارض من (جمع عارضة) الانفعلالية التي عاناه المريض في الأيام القليلة الماضية من العلاج.

وبالطبع فإن مناقشة هذه العناصر الانفعلية بصورة مباشرة يكوَّن قدر متكرر من التفاصيل، وفي الوقت نفسه تشجع المريض على وصف الأحداث التي كان يحدث بها ذاته عندما كان يشعر بتلك العناصر الانفعلية، فإن هذا كله من شأنه أن يزود بالمعلومات الأمثل لعناصر تلقي الأفكار التي ولدت الانفعالات. وعلي هذه الأمثلة التي يخلقها المعلج في الجلسة العلاجية من خلال شرح نظريات وأسلوب التعرف على الأفكار الخاطئة وما يراقبها من انفعالات ترتبط بهذه الأفكار، فإن المعالج يتخذ من هذا التدريب العملي ليكون مثالاً نافعاً في المستقبل القريب عندما يستمر المريض في مواجهة المثيرات (المنبهات) المؤتظفة والانفعلية الناجمة عن التفكير الخاطئ، اللاعقلاني الخاص بشرب الخمر أو تعاطي المخدر.

149
ولا نبالغ القول أن التقنيات المناهضة والتقتربات العلاجية الخاصة بالتعامل مع الانفعالات مثل الغضب والقلق والتوتر الانفعالي هي موضحة تمام الوضوح في الممارسة لفن العلاج الانفعالي.

اللائحة رقم (٩)

المعتقدات الشائعة الخاطئة حيال الانزعاج الانفعالي والمعتقدات البديلة المناهضة لتلك المعتقدات

<table>
<thead>
<tr>
<th>المعتقد البديل العقلاني المناهض</th>
<th>المعتقد الخاطئ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>لا أرغب أن أكون منزعجاً طبيعاً ولكن أستطيع أن أقوم الانزعاج.</td>
<td>١ - أن أكون منزعجاً هذا أمر مزعج لا يمكن تحمله.</td>
</tr>
<tr>
<td>٢ - مشاعرني هي في الواقع غير سارة ولكنها ليست خطرة على صحيحة.</td>
<td>٢ - هذة المشاعر خطرة، قد أخرج عن طوره ويخالع عقلياً منها فلا أشفي أبداً.</td>
</tr>
<tr>
<td>٣ - المشاعر السيئة وغير السارة لوحدها لا ترجي على تعاطي الشرب إذا ما اخترت طريق الامتناع عن الشرب.</td>
<td>٣ - إن المشاعر التي تتسبب هي خطرة إذ قد تغيري على تعاطي المشروب.</td>
</tr>
<tr>
<td>٤ - أبين البرهان على أن الحياة بدون شرب ولا أدوية مخدرة أو مهددة تبدو دائماً سهلة ومرحية؟ وهكذا أمر طبيعي ومنطقي، أن أتوقع أن تتانتني.</td>
<td>٤ - يتمتع علينا أن نتعامل مع هذه المشاعر المزعجة، ونقل كل شيء. إما أن أشرب أو أن لا أشرب.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

١٠٠
<table>
<thead>
<tr>
<th>المعتقد البديل العقلاني المناهض</th>
<th>المعتقد الخاطئ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>المشاعر السيئة والكردف في الوقت الذي أسعى لتبديل سلوكى الأدمان.</td>
<td>5 - يجب علي أن أضبص ذاتي في كل الأوقات.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5 - لا أستطيع أن أكون قادرًا على ضبط ذاتي في كل الأوقات وبصورة مطلقة ولكن إذا ما تعرفت وحددت الأمور التي تزعجني، وحاولت أن أتعلم وأفكر بصورة أكثر حساسية في ما كاني تبدل مشاعري السلبية.

6 - مناهضة المعتقدات الخاطئة حول الذات:

ما من شك أن من العوامل الهامة والرئيسية التي تعقد بل وتعيق استخدام العلاج العقلاني - الانفعالي عند الكحوليين أو المدانين هي المعتقدات الخاطئة حول الذات. ومن جملة هذه المعتقدات الخاطئة الاعتقاد بصغرية الذات وانحطاطيتها نظراً لتعاطيهم الخمره أو المخدر، وضعف الأداء، وعجزهم عن التعامل مع المشاعر القوية الجاجعة تعاملًا ناجحاً. وأمثال هؤلاء إذا طلبتنا منهم أن يقوموا ذاتهم ويتموها نجد عندهم الجمل القوية نحو التقويم السلبي. وليعلم المعالج أن الأفراد الذين لديهم قصة ادمان مزمنة ويضطرون من اختلاطات ناجية عن هذا الأدمان يتعين عليهم أن يبدوا معتقداتهم المحقرة لذواتهم إن أرادوا أن يقلعوا عن ادمانهم ويتغلبوا على عادة الأدمان المؤذية الضارة.
يمكن تشجيع المعالجين بصورة مباشرة على الحديث عن ذواتهم والقيمة أو المرتبة التي يصفون بوجوبها ذواتهم وذلك عن طريق طرح الأسئلة عليهم والحوار المرتبطين بما يكملون ذواتهم عن أنفسهم وبخاصة في المواقف التي تدعو للاحتباط. ففي بداية الجلسات العلاجية يمكن أن يضمن المعالج إجراء نقاش عام مع المعالج عن ماذا يفكر الكحول أو الحديث عن سوء التأويل وسوء التصور لذاته وعن ماذا ينعبه مشكلة الكحول بحيث يمكن مكافحة مثل هذه التأويلات والتصورات الخاطئة ومناهضتها.

ويعلم المعالج أن الكحوليين كثيراً ما يعيشون بيئة البشر عندما يبدأون بتعاطي الخمور، فكلما أمعنا وطالت مدة بشرهم للخمر تزايدت مشكلات الكحول واحتياجاتهم على جميع الأصناد (السلوكية والصحية والنفسية والاجتماعية والأسرية)، وتشمل هذه المعلومات يمكن استغلالها من أجل مناهضة التصور أو الفكرة التي تقول أن الكحوليين هم لولاهم واقعون في معاناتهم، لا يقدرهم على التخلص من ادمانهم. فهناك آلاف والآلاف الكحوليين الذين استردوا صحتهم وتمكّنوا من ادمانهم. وهذا ما يثبت أنه في الوقت الذي يعد الفرد كحوليّاً، إلا أنه إذا ما عزم على ممارسة التمارين الخاصة بالضبط الإشرافي لسلوكه ونزوعه الادمانيّ، وهذا بلاشك في متناول قدرته وإرادته، فإنه سيستجع كما نجح غيرهم من المدمنين في التخلص من ادمانهم

ولابد من التنويّه هنا إلى مسألة كثيرة ما تزعج الكحوليين والمدمنين على المخدرات هي الاهتمام المفرط المتبادل بالسيطرة على

1- راجع التفصيل السابق بهذا الصدد.
الذات. فبعض الكحوليين يزرون على قدرتهم بالتوقيع على تعاطي المشروب إذا ما رغبوا ذلك، ولكنهم لا يرغبون اتخاذ هذا القرار الآن. وهذا الموقف يمكن أن يعبر عنه بالصيغة التالية: ايهم إما يمتلكون السيطرة التامة على ذواتهم أولاً يمتلكونها مثل هذا الاعتقاد بالذات يجب مقاومته، والتباحث مع المريض حياله. والخوار المناهض لذا المعتقد جيال الذات هو أنه لا توجد كائنات إنسانية تمتلك السيطرة المطلقة على ذواتهم، وعلى الأشخاص الآخرين، أو على الدنيا. وبالتحديد فإن الكائنات البشرية هي ليست معصومة عن الخطأ وانقصة غير كاملة. فالكامل هو عز وجل وحده دون سواه، والعصمة من الخطايا هي من صفات خالق الكون. وإذا كان هناك استعداد مسبق لظهور مشكلات بفعل الكحول على أساس كونها بيولوجية، فإن الأمر لا يكون منطقياً أن نعزو الأسباب التي يعانيها فرد يشرب الكحول إلى وجود علة في قوة ارادته أو في السيطرة على الذات.

ومن المشاهد أن المعالجين يركزون على مساعدة المرضى على ربط التدبير بمشكلاتهم الكحولية إلى عوامل السيطرة الذاتية الداخلية، كأن يطلبوا منهم مثلاً أن يصرحو كيف يتكلمون مع ذواتهم، وإلى أي حد يتعاملون تعاملًا جيدًا وناجحة مع المثيرات العاطفية والواقعية التي تشجع وتغري بشرب الكحول أو تعاطي المادة المخدرة. ويعني أراغة وأشمل كيف يكونون قادرين على اتهام حياتهم بدون الاعتماد على شرب الكحول أو تعاطي البدو nw المخدر. وباختصار فإن ما نضيفه بدقة هنا هو أنه بينما يبذل المريض إلى أن
يربط سبب إدمانه بعوامل خارجية فيجب إلا ينفي أيضاً أن يتعلم ربط التدبير باضطرابه بالعوامل والحوادث الداخلية التي لها علاقة بالسيطرة الذاتية بضلال المواقف المتغيرة والجهود الشخصية فيهما. لا يتخذون فقط مواقع تقربهم من الكمال بالنسبة لادمانهم على الخمر وما يرتبط به من مشكلات تأتي عن تعاطيهم لها ولكن أيضاً غالبماً ما نجد عندهم مطلبًا جبريًا بالنسبة للناس والعالم الذي هو من حولهم. وأن مناهضة ذلك المطلب المشابه للمطلب الاجتماعي، بطرق متعددة هو أمر علاجي مهم. على المستوى المادي يطلب الكحولي أن تكون لديه قوى الاله في السيطرة على الذات. وإذا لم يمتلك مثل هذه القوى فهو حين انسان محبط لا قيمة له ولا وزن فانعدم العون بايس أمام العالم المختط. وبالطبع إن مثل هذا المطلب لا يمكن أن يمتلكه فهو انسان وليس إلهاً، وأن محاولاته الرامية إلى اتقان السيطرة على الذات اتقانًا كاملاً مثاليًا أو السيطرة على الآخرين، أو على العالم هي محاولات خيالية عجيبة، بللهاء خرافية لا يكون مصيرها إلا الفشل والاحباط واليأس، وهذا ما يقوده إلى لعن ذاته ولوه وذمها وقدها. ومن خلال توعية المريض المتعالج إلى هذا المعتقد الخرافي (السيطرة التامة والكاملة على الذات أو على الآخرين) ومن ثم إعادة تحديد معنى السيطرة على الذات من التعريف المطلقي إلى التعريف النسبي، فإن المعالج يقدم نفعاً كبيراً إلى المريض المتعالج.

إن اللوحة رقم (10) تحدد لنا عددًا من المعتقدات الخاطئة.

154
والأحاديث مع الذات التي تدور حول ذوات المدينين وعن مفاهيمهم الخاصة بقوة السيطرة على الذات، ويتقاوها الأحاديث مع الذات المنطقية البديلة عن الأولى.

وإلى أن الأحاديث مع الذات المناهضة المضادة للوم الذات وذمها هي نوع من فلسفة قبول الذات. ومن خلال تطبيق أسلوب العلاج الفكري - الانفعالي على الكحوليين والمدينين على المخدرات من المناسب أن يتهدر المعالج الفرصة كي يثير المسائل المتعلقة بقبول الذات ما أن تظهر خلال المعالجة. وغالباً ما يسعى المعالج من المرضى المدينين المقولات التي تعود بالإلوم والتحقي لذواتهم لأنهم لم يبذلوا جهودهم أكثر مما ينبغي من أجل التوقف عن الشرب وفي تعلم التدبير الذاتي بالعلاج الانفعالي - العقلي أو الفكري.

ومثل هذه المقولات المضادة للذات التي يظهرها المعالجون خلال سير العلاج تزود بالفرص المناسبة للتحدث مع هؤلاء المرضى عما نسبته بفلسفة قبول الذات التي تقوم على تقسيم السمات الشخصية، وأيضاً الأداء والإنجازات وليس تقسيم ذواتهم بكليتها.

وتدل الخبرات السريرية على أن هذه مسألة تبدو صعبة بالنسبة لكثير من الناس ويخاصه عند الكحوليين ومدمني المخدرات في استيعابها، إلا أنه من المناسب وعلى المدى البعيد، أن يستطيع المعالج التوقف عن تقسيم ذاته وينصب تقسيمه على عمله وأدائه وذلك بغض الحد من اضطراباته الانفعالية مستقبلاً.

ومن ناحية أخرى إن قبول الذات غير المشروط يقدم للمعالج
في أغلب الأحيان برنامج الوقاية من الاكتئاب الأولي. ونحن نعلم أن الاكتئاب غالباً ما يتراافق مع الانكسام والارتباك إلى شرب الكحول، لذا فإنه من المناسب أن يتضمن العلاج الانفعالي - العقلاني مسألة قبول الذات عند المريض المعالج المدمن.

وعلى المعالج أن يجد في انتهاء كل فرصة كي يعلم المريض المعالج ويرشده الا مناهضة الصاص المريض بذاته أو إدانة نفسه بإفراط الفشل وتحقيقها وذمها وzialأس والفشل. وعلى المعالج أن يحفز المعالج على التفاعل مع المشكلة وليس اتخاذ موقف سيادة. فحتى الأشخاص الأكثر حكمة وعقلانية في البشر tery attitude يبدون في بعض الأوقات غير منطقين. ويكون مفتاح العلاج وسره مع انسانيته ولكن بدون ذمنا، Coping هو في تمكين المريض بالتعامل تقريعها وتحقيقها وكأنه مخصوص عن الخطأ، وليعلم المعالج أن القصة التاريخية للادمان عند المدمن ترتبط بانسان وذلك قبل أن يلج في مشكلات الإدمان ومتاعبه واختلاطاته. وسيظل المدمن كابن نفس غير مخصوص عن الخطأ حتى بعد توقفه عن تعاطي مادة ادمانه. لذا فإن تشجيع المريض على اتخاذ موقف تحمل لا خطأه وقبول ذاته من شأنه أن يخفف عنه الكثير من الاختلاطات الانفعالية والصعوبات المستقبلية. ولهذا الموقف الأمثل الواجب أن يتعزز في معتقد المعالج المدمن هو أن يقبل ذاته قبولًا غير مشروط، أي بعبارة آخر أن يقبل ذاته في الخطأ والصواب، في الانكسام وفي تحيح الانكساس، ومشت هذا القبول هي نقطة جوهريكية جداً في السير العلاجي نحو الشفاء.
اللوحة رقم (10)
المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها
من معتقدات صائبة بديلة مناهضة

<table>
<thead>
<tr>
<th>المعتقد البديل العقلياني</th>
<th>المعتقد الخاطئ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 - أشعر بحفز شديد بالتدبر بمسألة شرب الكحول وعلي أن لا أنسى فأنا لست إنسانا كاملا.</td>
<td>1 - يجب علي أن أسيطر على ذاقي في الشرب أو في تعاطي المخدر.</td>
</tr>
<tr>
<td>2 - السلوك السيء لا يقابله ولا بعده شخص سي. وهذا السلوك السيء هو من خصائص الإنسان غير المضمون عن الخطأ. وعندما الذات فكأنك تطلب أن تكون الذات مضمومة عن الخطأ. وهذه صفة غير موجودة في البشر.</td>
<td>2 - الناس الذين ارتكبوا أفعالاً غييرة لمئات أعمالي هم أشخاص سبئون، وسيظلون على هذه الصفة</td>
</tr>
<tr>
<td>3 - لا يمكن أن تقوم الفرد بمبار من يهيم أو يكرههم، فالمل يقول أرضاء الناس غاية لا تدرك.</td>
<td>3 - لتحمل بقيمة في مضمار مجتمعك يجب أن تكون عبواً ومقبولاً من كل فرد، وحيث أنني أعلنت عن عادة الإنسان لذا علي أن أجهد أكثر من أي وقت مضى لارضاء الناس.</td>
</tr>
<tr>
<td>4 - أنا لست مخطئاً ولا فائقد اعتبار الذات بل أنا شخص غط، فقط.</td>
<td>4 - أنا انسان محبط وفقد القيمة الذاتية والاعتبار في مجتمعى بسبب إدماني.</td>
</tr>
<tr>
<td>المعتقد البديل العقلاني</td>
<td>المعتقد الخاطئ</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td>5 أنا لا أستطيع أن أبرهن على وزي ركاب ما أفعله ساحسون سلولي.</td>
<td>5 أنا مقرر لأن أبرهن هم من أنا سيرون ذلك قريباً.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
الفصل السادس

تقنيات نوعية في تطبيق العلاج الانفعالي - العقلاني على المدمنين (الكحول أو المواد المخدرة)

رغم أن العلاج العقلاني - الانفعالي يتضمن إعادة بناء التفكير أو البنية المعرفية ومناهضة الأفكار، فإن هذا العلاج هو دومًا وأبدًا يتضمن عدة تقنيات سلوكيّة وفنيّة كما وأن هذا النمط من العلاج يشجع على الأخذ ببعض الأساليب العلاجية التي تفترض أنها تخف وتشجع حدوث تبدلات عميقّة وتفصيلية عند معظم المرضى.

(Bernard 1986, Ellis 1985)

في هذا الفصل سنتكلم عن معظم التقنيات المعرفية للعلاج الانفعالي - العقلاني الهامة التي غالباً ما يؤخذ بها وتطبيق علاج مرضى الادمان على الكحول والمخدرات.

1 - مناهضة المعتقدات الخاطئة:

كما ذكرنا في الفصول السابقة يركز العلاج العقلاني - الانفعالي على مناهضة المعتقدات والافكار الخاطئة مناهضة ماحقة لا وقادة فيها والتي تؤول وتؤدي إلى ازعاج أصحابها وخلق اضطرابات افعالية حيال مسألة الادمان (أو أي مشكلة أخرى غير محددة) ولتفعيم مفهوم المعالج أو القارئ عن هذه التقنية نذكر له أهم أنواع المناهضة:

109
المعتقد الخاطئ:

يتحتم عليّ أن أكون قادراً على شرب الكحول بالمقدار الذي أرغب به، والإجابة من النتائج الشيطانية. الآن لنحلل ما يربى مناهضته في هذا الحديث مع الذات الذي ذكرناه. 1- المناهضة: لماذا يتحتم عليّ وهذه صيغة فيها صفة disputing الالتزام.

المعتقد الخاطئ: "أنا أرغب فيه".

2- المناهضة: "لماذا يتحتم عليك أن تحصل على ما ترغبه؟".

المعتقد الخاطئ: "أنا سأشعر بالراحة وأفضل ما كنت أو ما أنا عليه الآن".

3- المناهضة: "قدم البرهان على أنك فعلاً ستشعر بشعور أفضل من السابق من خلال تعاطي الكحول أو المخدر".

المعتقد الخاطئ: "لأنه من المستحسن أو أنه لامرأ جيد أن يشعر المرء بالارتياح".

4- المناهضة: "إنه من المستحسن: أين البرهان: أن عليك أن تتناول الأمور الجيدة وأحسنتها وانك ستحصل عليها على المدى البعيد بالشرب أو تعاطي المخدر بالمقدار الذي ترغب به؟

جواب المعالج الذي طرحت عليه تلك التساؤلات: أعتقد أنه لا توجد أية دلالة أو برهان على مقولة السابقة المذكورة.

160
علي في الواقع ألا أشرب حتى عندما أرغب بالشرب.
- المعالج: بالطبع عليك إلا تشرب الآن يستحسن أن تقنع ذاتك بهذه النتيجة التي توصلت بقراءتها كل يوم لعدة مرات حتى تصبح شديد الاعتقاد بها.
ب - مناهضة تضخيم الحوادث وتحويلها باستخدام تعبيرات:
مثير، مريع:
معتقد الخاطئ المحضر هو التالي:
إنه لأمر مثير إذا لم أشرب الخمر أولا أعاطي المخدرين لذلك لا بد وأن أشعر بالقلق.
1 - المناهضة: لماذا هذا الأمر مثير؟
الاعتقاد الخاطيء: لأن الأمر مزعج جدا
2 - المناهضة: لأنه لأمر مزعج، ولكن ما الذي يجعل الأزعاج فيحوله إلى أمر مثير أو مريع؟
الاعتقاد الخاطيء: لأنك لا ترغب أن يكون الأمر سيئاً للدرجة الموصوفة.
3 - المناهضة: لماذا تشير إذن الكون - أليس هذا صحيحًا؟
الاعتقاد الخاطيء: كلا ولكن يجب أن أتمكن من السيطرة على
انزعاجي
4 - المناهضة: هذا أمر كبير، ولكن هل تقدر على ذلك وتفرضه على
نفسك؟
جواب المعالج: كلا، أعتقد أنني لا أمتلك ما يجعلني أكثر
161
سروراً وارتحالاً، وقد أمكن من التعامل مع قلقي والسيطرة عليه
بدون اللجوء إلى المسكن
المعالج: أراهنك أنك تستطيع ذلك.

1- مناهضة الاعتقاد: لا أستطيع تحمل ذلك:

المعتقد الخاطئ: المرض دحضه هو التالي:

لا أستطيع تحمل ذلك عندما أشعر بنزوع ملحمأ لأخذ
المخدر أو الكحول في حين لا أرغب في تناوله.

1- المناهضة: «أنت لا تحب الشراب، إذن أرني لم لا تستطيع البقاء
بدونه؟»

المعتقد الخاطئ: إنه لم يؤمن جداً أن أتمتع.

2- المناهضة: «إن الامتناع عن تناوله هو مؤلم، ولكن لماذا الامتناع
عنها هو أمر مؤلم جداً؟»

المعتقد الخاطئ: «لأن الأمر كذلك»

3- المناهضة: هل لا أستطيع تحمل الامتناع عنه وتكون سعيدًا؟
لا يوجد شيء آخر تستطيع الاستمتاع به إذا أوقفت جميع الأدوية
المخدرة أو الكحول؟

المعتقد الخاطئ: بل، ولكن لا أستطيع أن أتمتع بالسعادة بما

يجب أن يكون؟

4- المناهضة: من أين أتيت بكلمة يجب أن يكون؟

جواب المعالج: الحق أنني اختلفت هذا التعبير وابتدعته عن
دافي.
المعالج: إذن لا مندوحة إن ابتغيت إيقاف تعاطي الأدوية المخدرة وتكون أكثر سعادة في حياتك ما عليك إلا أن تتوقف عن هذا الابتعاد.

د- مناهضة تحقيق الذات وتصويرها:

المعتقد الخاطئ المراد دحضه هو التالي:

والتناول المخدر) أنا هذا الملون السيليء أشعر بالخمارة والضعف.

1- المناهضة: أنت لست سيئاً لأنك عدت إلى شرب الكحول، ولكن كيف حدث ذلك؟ بل sqlSession أن عملك الطائر الجنوني هو الذي جعلك في حالة سوء (لاحظ في هذه المناهضة المعالج لم يتناوله بالذمن (أي المريض، ولكن ذم عمله وفعله).

المعتقد الخاطئ: لأنني فعلته.

2- المناهضة: أنت فعلت الكثير من الأمور الخيمة الجيدة الأخرى وأشياء معينة أيضاً، فهل أنت شخص جيد عندما تؤدي فعلاً جيداً مثل اقتسام انسان من الغرق؟.

المعتقد الخاطئ: إذا ما استمرت في تناول المسكرات واقتملت على القيام بالأعمال سيئة منكرة، فإن هذا بالتأكيد من شأنه أن يجعلني شخصاً فاسداً.

3- المناهضة: إذا كنت حقاً فاسداً غاذاً في الفساد، هذا نفسية تنطة مارقة، فأنت لن تفعل دوماً الأشياء المنكرة السيئة، وهذا

١٦٣
بالطبع مستحيل على مستوى الواقع، بل وحتى لو كان ذلك، فانتم واقعيا لن تكون شخصا سيئاً.

المعتقد الخاطئ: بل قد يكون كذلك.

4 - المناهضة: «أُشك بذلك، بالنسبة للإنسان الفاسد لابد من أن تضمن أن سيقوم بأنفعال الشيطان مستقبلا، وستحقق اللعينة لأنه ولد ونشأ وتربى على الخطأ. الآن هل هناك فرد حكم عليه دوما لفعله السيء أو ليكون سيئا وإذا كان سيء الحظ فهل الكون برمتنه يلعنه؟

جواب المتعالج: بدأت أرى رؤية صحيحة، أنت تساعدني كيف أؤمن أنه لا يوجد ما يمكن أن نقوله بالانسان الذي يستحق اللعينة عليه والفاسد فسادا مطلقا ويكون دوما كذلك طوال حياته.

المعالج: نعم ومن ضمنهم أنا.

١٦٤

- متاهضة الحتمية والياض:

المعتقد الخاطئ: المراد دحضه هو:

• بما أنه يتعين عليه الأشرب الخمر ثانية، وفعلت ما يجب إلا أفعله لهذا فإن وضعية ميروس منه».

1 - المناهضة: كيف بامكانك أن تقدم البرهان على أن الأمور تظل ثابتا لا يطرأ عليها أي تبديل؟

المعتقد الخاطئ: «أنظر كم مرة حاولت فيها الامتناع عن الكحول ولكن فشلت في هذه المحاولات، أليس هذا هو الدليل أنني عاجز عن ذلك؟».
2- المناهضة: كلا، إن هذا همو ما يدل وبرهن أنك لم تتبع عن تعاطي الكحول بل إن الصعوبة في الامتناع هي التي تتعرض ذلك. والصعوبة الكبيرة التي تؤمن بها لا تعني الاستحالة، بل تعتقد كذلك، وبالتالي أي عندما تعتقد أنه يستحب عليه الاعتقاع عن الكحول أو تعاطي المخدر تجد هذه القناعة حقيقة.

جواب المعالج: قد تكون على حق، سأفكر بما قلت لي.

2- اللجوء الى التعامل والتصدي أو الأحاديث مع الذات العقلانية المنطقية:

بالإضافة إلى مناهضة المعتقدات الخاطئة، يمكن للمعالج أن يطلب من المدمن تخيل المعتقدات الخاطئة، أو التعامل مع تلك المعتقدات بتبديل الحديث مع الذات، أي مناهضة المعتقد تخيلاً، وهذا ما يساعد المعالج على السيطرة على شرب الكحول أو المخدرات وعلى مشكلاته الانفعالية والسلوكية. فمثلًا يمكن أن تطلب من المدمنين محاكاة المناهضة للمعتقد الخاطئ، بالأحاديث مع الذات المذكورة أدنى إذا لم يفلحوا في ذلك فيمكن أن يقترح لهم الأحاديث مع الذات، وفي هذه الحالة الأخيرة يكتب الزوجون المدمن المتعامل الأفكار الصادرة للمعتقدات الخاطئة على بطاقات، أو يسجل هذه الأفكار على شريط صوتي، ويردده هذه المقولات المبولة للمعتقد الخاطئ على ذاته، وينظر لها لما إذا أن هذه الأفكار الصادرة مناهضة هي حقيقة وعقلانية. يتم ترديد هذه العبارات المسجلة على شريط صوتي أو المكتوبة على بطاقات عدة مرات يومياً.
من شروط المقولات الموجهة للذات أي الأحاديث مع الذات أن تكون:

أ - واقعية وتجريبية.

ب - فلسفية تعاملية مناهضة

ج - أحاديث مع الذات إيجابية تنضن باللهمة وتشجع.

واليك أيا القاريء أمثلة عن تلك الأحاديث بشروطها التي ذكرناها:

١ - أحاديث مع الذات ذات صفات مناهضة تعاملية واقعية وتجريبية

أمثلة عليها:

"إذا ما خانتني نفسى وظاىاعتها فأخذت رشفة خر أو تعاطيت المخدر مرة واحدة فليس معنى هذا أني فقدت قدرتي على الإقلاع عن الخمر أو المخدر.

من الصعب ايقاف شرب الكحول أو المخدر ولكنني أستطيع ذلك.

عندما يرفض الناس دعوتي إليهم فليس معنى هذا أني قمت بعمل شيء استوجب رفض دعوتي.

"إن أقدامي على فعل أحق يجعل مني هذا الفعل انساناً تصرف

تصرفاً أحق ولكن ليس بالشخص الأحق.

 وإن توقفي عن تعاطي الشرب أو المخدر هذا لا يعني أنه ليس لدي مشكلات جدية وشديدة.

أشعر بالنشوة والسعادة عند الشرب ولكن هذا لا يدل أو يبرهن
أنه أمر حسن ومحمود إن تعاطيت الشرب.

«أتعامل تعاملاً أفضل، وأنكيف نكيفة جيداً مع الناس الذين لا يشربون المسكرات ولا يتعاطون المخدرات».

2 - الفلسفة التعاملية المناهضة (أحاديث مع الذات):

«إن لم السعوبة يمكن أن أتوقف عن تعاطي الخمر أو المخدر ولكن الأصعب من ذلك أن أستمر في تعاطيه».

أنا لا أحتاج إلى شرب المسكر أو تعاطي المادة المخدورة عندما أكون قلقاً.

حتى لو كنت أشعر بليل شديد لأخذ جرعة كافية من الخمر، فعلي ألا أستجيب لهذا الميل».

«إن لم يكون الأمر غيفاً إذا رفضت ولكن أكون مزعجاً»

استطاع دوماً أن أختار قبول ذاكي، حتى لو قمت بتأقلم خرقان مثل أخذ المخدر أو المسكر.

«عندما أرتكب خطأ كبيراً بشرب الخمر أو تعاطي المخدر، فهذا يبرهن على أنني معرض للخطيئة، ومع ذلك فالامر يظل مقبولًا لأنني إنسان غير معصوم عن الخطأ».

3 - الحديث مع الذات المشجع:

ومع العمل الدؤوب أنا متأكد أنني أستطيع الإقلاع عن المسكر أو المخدر وأظل متمتعاً مفطورةً عليه».

«أنظر لقد رفضت جرعة واحدة من الخمرة، إنه لأمر كبير اعتز به».

وفي الواقع أرغب في الطريق الذي يشريني أنني صبور حكيم».

١٦٧
٣- فتح سجل لرصد المشاعر من لحظة أو آلام

يجد المعالج أن الكحوليين أو متعاطي المخدرات يؤكدون على
ما يتبناهم من مشاعر لحظة ومسرة متعاطي المخدر أو الكحول والألم
الناجم عن حرومانهم من تعاطيه.

إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني - الانفعالي عليه أن
يدرب المتعالجين كيف يسجلون ويرصدون في دفتر يومي الآلام
والمعاناة الناجمة عن ادمانهم والمسارات المتأثرة من الاقلاع عن
الادمان، ومن ثم يطلب منهم أن يقرأوا هذه النقاط التفاضلية المقارنة
عدة مرات يومياً (Ellis, Becker 1985) نذكر على سبيل المثال بعض

١٦٨
المقولات المناسبة الملائمة التي يتعين على المدان أن يقرأها كل يوم لمدة
عشرة أيام.
- آلام، مشاحنات، وشرور شرب الخمر أو تعاطي المخدر
- التصرف تصرفاً أرعن جنوناً.
- الأداء السيء.
- فقدان الأصدقاء، والزوج والرفاق.
- الرفض من جانب الناس.
- فقدان العمل وحرمان لقمة العيش.
- خسارة الترقي في العمل وزيادة الراتب.
- تبديد الوقت.
- الدخول مع الناس في مشاجرات وخصومات.
- التعرض للحوادث.
- الحادث الأذى بالغير وما يتترتب عن ذلك من إجراءات قانونية جزائية.
- تبديد المال على المخدر والمسكر.
- فقدان الصحة البدنية والنفسية.
- التعرض لضعف القدرات العقلية كالنسيان والتهيصر العقلي.

ب - حسنات ومميزات الاقلاع عن الخمر والأدوية المخدرة:
- التمتع بالصحة الجيدة.
- التفكير العقلاني السليم.
- توفير المال واكتسابه.
- التصرف بذكاء وفضّة
الإنجاز الجيد.
- كسب الأصدقاء والاحتفاظ بالصداقة.
- التعامل تعاملاً بناءً ومتكيفاً مع المحبين والأصدقاء.
- مساعدة الآخرين واسعاعهم.
- العيش لمدة أطول.
- التمتع بالنوم العادي السوي.
- استخدام الوقت استخداماً مفيداً ونافعاً وتوفر الطاقة.
- اكتساب الانضباط والسيطرة الذاتية.

؟ - تطبيق تقنية تشتيت الفكر:


وهذه الطرق المشتتة للفكر وللانتباه تعمل في هدف الهروب أو المدمن على المخدرات، وتضع بين النزوع نحو وله الادمان، وهي بحث تنصب بالفعل المضلع للقلق والهرب ولكنها غير شافية، فبعد عشر دقائق من الاسترخاء، وتخفيف القلق الذي عادة يدفع المدمن إلى الشرب، نجده قد عاد إلى تفكيره اللاعقلاني، ومن ثم يسعى
الإفتراض نفسه ليقول لها:

«يتعين علينا أن نكون محافظاً تقليدياً إلى حد كبير، وليس في استطاعتنا تحمل قلقي وأنزعاجي حيال كوني تقليدياً بالغاً في الحفاظة ومثل هذه الكلام مع الذات السلبية المضعف لتحمل الاحباط من شأنه أن يعود المتعالم إلى البحث عن الخطر أو المادة المخدرة كما يسترد الشعور أنه بحالة جيدة.»

فالمتعالم الذي يستعين بالإصلاح العقلياني - الانفعالي عليه أن يمزج دوماً ويشرك التشتيت الفكري وتقنيات الاسترخاء مع طرق مناهضة الأفكار الخاطئة. وينبغي أن يظهر المعالج للمريض كيف يسترخي ويضعف من توتره وقلقه وبخاصة قلق الانزعاج، ومن ثم يشجعه على اللجوء إلى تطبيق المناهضة للأفكار الخاطئة للأعراض العقلانية وفق أساليب العلاج العقلياني - الانفعالي كي يتعامل تعاملاً ناجحاً مع توتره العصبي وتخليص ذاته منه.

5 - التقنيات التثقيفية السبكرولوجية المستخدمة في العلاج العقلياني - الانفعالي:

الأمريكية، وبخاصة علاج المدخنين على الكحول والأدوية المختلفة المخدعة ومن الميادين التي طرقها هذا العلاج وصدرت كتب عديدة
(1975)، والدليل نحو السعادة الشخصية (Ellis, Becker 1982). ونجد في الأسواق الأمريكية الأشرطة الصوتية العلاجية التي
تساعد المدخنين على الكحول والمخدرين على التغليب على الفتق، والانتشار وتتحمله الضعف للاحباط، الاضطرابات التي غالباً ما
تكون المسؤول عن انتكاس المريض ورجوعه الى ادمانه وما يترتب عن هذا الانتكاس من مشاعر متباينة تسيطر على ساحة تفكيره مثل تقريع
الذات وتحقيقها نتيجة تخاذله ورجوعه الى الخمرة أو تعاطي المخدر.

6 - إعادة تأطير التفكير أو المشكلة

إحدى التقنيات الخاصة بالبنية المعرفية (الفكرية) التي يأخذها
العلاج الانفعالي - العقلاني، هي إظهار المعالج كيف بامكانه إعادة
تأطير ادراكه أو فكره حيال معتقده بسيلة منافية (سيئة مزعجة) تعد
حادثة معرضة للتوتر والانزعاج بشكل يحل bed activating events
هذه الفكرة أو المعتقد إلى انفعال أكثر ايجابية (Ellis, Dryden 1987).
ويمكن تنفيذ إعادة تأطير الفكر أو المعتقد بالидеة التالية:
أ - رؤية الشيء الجيد الحسن من خلال الشيء المزعج السيء.
في مقدور المعالج أن يُظهر للمعالج كيف يمكنه النظر في الحوادث السئية "السيطانية" فيقبلها، ومن ثم يركز على العناصر الجيدة التي تنطبق على الأولى أمثلة:

1 - رغم أنه لم سوى الحظ أن أفضل من عملي، ولكن إذا ما أمعنت النظر في هذا العمل فقد لا أجد فيه ما يجريني على أن أعتبر فضيلي أو فقداني له أمراً فيه خسارة كبيرة، بل وكارثة. فالأجور ضعيفة، والترقيات رهنة الأمزجة، والاحتمالات للترفع إلى رتبة أو وظيفة أعلى ضعيفة والخ لذا فإن خسارتي لعملي ليس فيها ما يجعلني أتأسف كثيراً

2 - حصولي على درجات منخفضة في المدرسة أمر غير مرغوب ولا هو مفرح، ولكن لأتل درجات عالية قد يثير في نفس رفاهي الغيرة والعداء بل وحتى القطيعة والاحذى الإبادة بي.

3 - أن أرفض من قبل محبيتي أو خطيبتي، هذا الرفض قد يجنبي المسير نحو الزواج والوقوع في المتاعب وصراعاتها. وكما يقول المثل الشائع: عسى أن تكونوا شيئاً وهو خير لكم. وهذا الرفض هو أذنار لصلحتي ألا أسير قدمًا نحو زواج متعثر ظهرت بوادره منذ الآن.

4 - أنت مخطئ، حقاً، عليك أن تعترف أنك كحولي مدمم، وأنه من الأفضل أن تحصل على دعم من أصدقائك ورفاقك لمساعدتك على البقاء مفتوحاً معافى من الإدمان. أن يكون كحولياً فهذا أمر سيء طباعاً، ولكن الاعتراف وقبول حاليتك كشخص مدمم فهذا أمر لا غضابة فيه وشيء مقبول جداً
لا يعرف أحد كيف يتحول المشروع الهام المثير إلى خسارة ليؤدي إلى قلق وخرجان وحسرة. ولكن لا أنسى أيضاً أن هذا يقود إلى فضول ومغالاة.

ب - التعامل مع الأمور السيئة:

1. إن التckoص ثانية إلى التفكير الادماني قد يشجعك على قبول تحدي الكف عن الشرب بجميع صوره ويكليته.

2. العودة أو التckoص أكثر من مرة إلى تناول المخدر وتعمليه يمكن استغلاله كتحت لاستمرار قبول ذاتك قبولاً غير منقوص بأنك إنسان معرض للخطر، وأيضاً قبول السلوك الأرعن.

3. ن خسارة العمل أكثر من مرة قد تنحكي قوة التحدي من أجل عقد العزم على التفتيش على عمل ملائم ومستمر.

4. احساسك بأنك على درجة كبيرة من الاضطراب قد يقودك هذا الاحساس وتلك المشاعر النفسية إلى البحث عن أساس اضطرابك في نفسك، والتيفيش عن المعتقدات المخطئة التي تسهم في خلق هذا الانزعاج، والأخذ بأخذ الجد تقييات العلاج العقلاني - الانفعالي من أجل تبديل ذاتك وإزالة اضطرابك.
الوظائف الانتقالي-الانفعالي من مستلزمات وخصائص العلاج العقلاني والعلاج العاطفي أنه يلزم المعالج بإداء تمارين وتدريبات بيئة سلوكيّة، وعُرفية، وفعالية (فكرة)، ولعل أهم التدريبات والتمارين والوظائف الانتقالي-الانفعالي التي يمكن اعتبارها في المعالج المدُس على الكحول أو المخدرات هي التالية:

فتش في ذهن المعالج عن الأحاديث مع الذات التي يستعمل فيها تعابير "يجب" (ولأب من كذا)، أي تعابير الالتزام والجسر المفروض على الذات. قال لمرضي: التالي:

الآن وبعد أن شرحت لك نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي، أرغب منك أن تفترض أنها صحيحة وواقعية، وعليك في هذا الأسبوع أن تراقب وتعالِي مشاعر الانزعاج والاضطراب (مثل القلق والاكتئاب) والادعاءات التي تظهر الذات وتتهمها (مثل تعاطي المشروبات والمسييف)، في كل مرة تشعر بالاثارة أو التهيج أو تقوم بعمل ضد مصلحتك ما عليك سوى أعمال ذهنيك في التفتيش عن التفكير الذي سبق هذه الإثارة أو التهيج والتحديد هل فرضت على ذاتك تعابير "يجب" أو "من الواجب أن أعمل أو أنصرف كيف؟" وسجل هذه الأفكار والأوامر التي فرضتها على ذاتك في سجّل أو دفتر (مذكرات) خاص، ومن ثم ضع هذه الأفكار الأوامر في لائحة واجلب هذه اللائحة معك في الجلسة العلاجية المقبلة!!

175
هل فهمت المطلوب منك أداءً كتمرين بتي؟

المصدي (مناهضة) المعتقدات الخاطئة:

قل لمريضك التالي:

والآن وقد أصبحت مقتدرًا على التعرف على معتقداتك الخاطئة - أي الحشمة التي تفرضها على ذاتك - يجب - يتعين عليك - من المفروض أن أقوم بكذا وبالتعرف أيضًا على العواطف الميالية التي تهزم الذات وتضعف التصدي والتعامل بنجاح مع المواقف. إنها لأمر مخيف لا يمكنني أن أتحمل ذم الذات وانزال العين على عليها - وتعليم الحوادث الأحاديث مع الذات من هذا الفيل التي هي وراء مناعيك وانزعاجاتك النفسية. عليك الآن التصدي لهذه الأفكار والمشاعر التي رصدها وسجلتها حتى الوقت الذي تشعر فيه أنك توقفت عن استخدامها، أي الكلام المبالغ فيه والأوامر التي تفرضها على ذاتك. أما الطريقة التي عليك اتباعها لمناهضة هذه الأفكار والاحضنات المرصودة في اللائحة التي كتبتها والتي كنت تحدث ذاتك فيها فهي باتباع طرح الأسئلة العلمية على هذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة، وكأنك تحاكمها وتضعها في قفص الاتهام وهذه الأسئلة العلمية التي تندف فيها هذه المعتقدات الخاطئة هي:

أ - لماذا يجب عليّ أن أشرب قليلاً من الخمرة وأن أكون متأذراً الآ؟

ب - أين البرهان أنني سالقي في شرب والثبات على الشرب؟

ج - برهن أن هذا الأمر مخيف عندما أشعر أنني منزعج لعدم تعاطي

176
 المشروب أو المخدر.
د - أي مكبوت أنني لا أستطيع تحمل شعور القلق - وعلى أن أخذ
رشفة من الخمر لأخف القلق؟
ه - بدأ في طريقة أنا أنسان فاسد إذا ما نكست على عقبى فشربت
الخمرة ثانية أو تعاطيت المخدر ناسياً؟
8 - أخذوج تقرير مساعدة الذات وفق أسلاوي العلاج العقلياني -
الانفعالي:

الأغذوج التالي هو المقترح والأحداث في أداء الوظيفة البيئية
المتعلقة بتحليل ورصد الأفكار والمعتقدات، والمتبوع من قبل مؤسسة
العلاج العقلياني - الانفعالي التي يديرها العالم الكبير البرت أليس
وذلك في مدينة نيويورك.

في هذا الأغذوج يتعين أن تشجع مريضك على إملاء هذا
الأغذوج بعد أن تشرح له طريقة إملاهه وكتابته.

أتوزوج المساعدة (أو العون) الذائية
Self-Help Report

A - أ: الحوادث المنتشرة أو المحرضة على شرب الكحول أو تعاطي
المخدر:
الأفكار - أو المشاعر التي برزت قبل أن أشعر بالاضطراب
الانفعالي (أي فتق الانزعاج) أو التصرف تصرفًا فيه قهر
للذات وانهزامها هي:

______________________________

177
ب: النتائج التي تمتلكت عن تلك الأفكار والمشاعر السابقة
أي الانزعاج والاضطراب النفسي أو سلوك ضعيف
للذات هذه السلبيات التي أرغب بتبديلها وازالتها هي:

جدل المعقدات: المعقدات الخاطئة التي تجود في نتائج
(الاضطراب الانفعالي أو السلوكي الهازم للذات) ضع دائرة
حوал جميع هذه الحوادث المنشطة (أ).

- حسب لك كل فكرة أو معتقد وضع دائرة حوله مثل "لماذا تعاني
أن أنفذ العمل جيداً". أن ندلل على أنني إنسان سي.- أي
البرهان أنه يجب أن يكون مقبولًا

- المعقدات الصالحة الواقعية المنطقيّة الفعالة المناهضة
للمعتقدات الخاطئة (B).

مثال: "أفضل أن أقدم أداءً جيدًا ولكن ليس أبداً يتوجب
على أن أقدم أداءً جيدًا". أنا رجل تصرف تصرفًا سيئًا
ولكن لست إنسانًا سيئًا. "لا يوجد برهان أنه يجب أن يكون
مقبولًا رغم أنني أفضل أن يكون مقبولًا مرغوبًا".

1- يجب أن أنفذ العمل.
2- أنا رجل سيء أو رجل تائه عندما تصرف تصرفًا أحق
أو ضعيفًا.
3- يجب أن يكون مقبولًا محبوبًا من قبل الناس.
4- احتاج إلى أن يكون محبوبًا من قبل إنسان يهم بششوني
 كثيرًا.

178
5 - أنا رجل سيء وشخص غير عيبوب إذا ما أدركت أنني مرفوض من قبل بعض الناس.

6 - يجب أن أتعاملن الناس بعدل، ويلبوا حاجاتهم.

7 - يجب أن يكون الناس حسب ما أتوقع أن يكونوا والأمر غيفاً يكون

8 - الناس الذين يتصرفون تصرفًا لا أخلاقيًا هم أشخاص فاسدون ضالون.

9 - لا أستطيع تحمل الأشياء أو السلوك السيء أو الأشخاص الصعبين.

10 - يجب أن تكون في حياتي الازعاجات أو المشاكل قليلة وملتئة بالسعادة.

11 - إنه لأمر مرعوب وخيف عندما تسير الأمور على غير ما أرغب وأشتهي.

12 - لا أستطيع تحمل الحياة عندما لا تكون غير عادلة جائرة.

13 - احتاج إلى كثير من المسيرة الأمية ويجب أن أشعر بالشقاء عندما لا أحصل على ما أريد.

F - المشاعر والسلوك اللذان شعرت بهما بعدما وصلت إلى المعتقدات العقلانية الصائبة وأخذت طريقاً إلى ذهني ———

سأكرر المعتقدات الصائبة العقلانية التي وصلت إليها على مسمعي فأخصص عشاق دقات كل يوم لقراءتها ولندة 15 يوماً.

179
بحيث أبدل من تفكيري ومشاعري فأصبح أقل اضطراباً وانصرف تصرفًا بناء ليس فيه ما يضعف الذات مستقبلاً.
الفصل السابع
التقنيات العاطفية (الانفعالية) النوعية التي تستخدم في علاج الادمان على الكحول والمخدرات

ترى النظرية العقلانية - الانفعالية أن المدمنين على الكحول وعل المواد المخدرة المختلفة يتمعكون بمعتقداتهم الخاطئة المطلقة، ويمنعون شديد ونافذ. وأن هؤلاء أيضاً سيق وعززوا هذه المعتقدات تعزيزاً قويًا من خلال اجترارهما والمران عليها، وخبروا الانفعالات والاضطرابات التي نجمت عن هذه المعتقدات لفترة من الوقت، غالبًا ما يعود ذلك إلى زمن الطفولة البكر. لذا فإن علاج هؤلاء المدمنين يحتاج إلى تقنيات دراماتيكية فعالة قوية انفعالية مستمرة من أجل اجتثاث جذور ادمانهم. لذا يمكن القول أن العلاج العقلاني - الانفعالي هو علاج متكامل يتضمن العديد من الطرق المصححة للانفعال والعواطف السلبية التي سنأتي على ذكرها بحيث يمكن للمعالج أن يدرب مريضه على كيفية استخدام هذه الطرق.

١- تمارين وتدريبات الهجوم على مشاعر الحبل:

إن مشاعر الحبل، والانزعاج أو الضيق، والتحقيق، هذه المشاعر المناهية السلبية هي جوهر اضطراب النفس البشرية، وغالبًا ما نجد البشر يندفعون وراء تعاطي الأدوية النفسية والمخدرات أو المشروبات الكحولية من أجل التخفيف المؤقت العابر عن هذه

١٨١
المشاعر السلبية التي تتناوبهم أو يعيشون معها. لهذا فإن العلاج
الإنساني - العقلاني يعد رائداً وخصوصاً نوعياً في ابتداع الطرق
والتمارين المناهضة للمخجل (Ellis, Becker, Harper) 1975 مقدر
مقدور المعالج استخدامها واستمارها على أوسف نطاق في علاج
اضطرابات الخجل (تحقي القذائف) عند المدمنين التي تتأتى عن الفشل
وعدم القبول من قبل الناس المحيطين بهم وأيضا عن مشاعر الدونة
الباحثة عن الفشل في التغلب على عادة الادمان على الكحول أو
الأدوية المخدرة والليك التمارين المناهضة للمخجل والشعور بالدونة.

«اغضع عينيك وتخيل عملا تستطيع القيام به وتعده أسرارًا
خصلاً، أوعين، أو يدعو للسخرية والاستهزاء، وتشعر بالخجل إن
قامت بهذا العمل أمام الناس. وهذا العمل لا أن يكون السير طبيعية
في الشوارع لأنه يجلب لك متعاب حقيقية، ولا ضرب أحد من الناس
لأن هذا السلوك يزعجك، ويزعج الناس الآخرين. فالعمل المخجل
الذي تصوره وتصديقه في هذا التمرين هو ذلك العمل الذي ترغب
تفديه ولكن يتعين عليك الانتهاء عن ذلك. أو أن تصرف تصرفاً
أحق ولكن عادة لا تفعله. تخيل بحيرة هذا الفعل واستشعر
بالخجل.

أتحل أطلب منك أن تفعل هذا السلوك وتفديه (تخيلياً) أمام
الناس. وخلال تفديك هذا الفعل أو العمل المخجل، تعامل مع
مشاعرك بحيث لا تشعر أنك خجول، مزعج أو شاعر بالاهانة رغم
أنك ترى أن الناس يضحكون عليك ويفكرون بشذوذ فعلك
وتصرفك. تخيل هذا الفعل المخجل كأنك تلبس ألبسة غريبة، وفي

182
الوقت نفسه تتعامل مع مشاعرك فلا تشعر بالخجل.

هل فهمت هذا التدريب؟ مارض هذا التدريب عدة مرات في الأسبوع أفعالاً من هذا القبيل تخلية؟

عليك أن تطلب من مريضك أن يختار تمارين المواقف المخلجة لتكون هدف تعامله معها. وأن يتمرن على ازالة التحسس منها تخلية وحتى ميدانياً في عالم الواقع، كل مرتين عدة مرات، إلى أن يشعر

زوال تحسسه من الموقف أو الفعل المخلج غير المقبول اجتماعياً إذا وجدت أن لدى المريض المعالج صعوبة في ابتداع تمارين تهاجم خجله الاجتماعي بنفسه. يمكنك أن تقترح عليه التالي:

أ - تمارين نافعة حساسة وعملية للتغلب على الخجل.

- لا تعط ندل المطعم أو السائق أي عطاء مادي اضافي إذا كانت خدماتهم سيئة.

- ارتد الألبسة أو الملابس التي تعد غير متألفة مع الأزياء الحديثة

الدارجة أو الألبسة التي لا تصلح للاستخدام.

- ارتد الألبسة المريحة لك بدون أن تراعي المناسبات التي توجب ارتداء ألبسة معينة رسمية.

- أخبر صديقك أو أحد أقاربك أنك مدمن على الخمل أو المخدرات (عادة ينحل المدمن عن الافصاح عن علته وعادته المخلجة اجتماعياً).

- أخبر الناس عن الأفعال السيئة التي ارتكبها عندما كنت تحت تأثير الكحول.

١٨٣
- اعترف بمخاوفك وبتصوراتك لبعض الناس الهامين.
- إذا كنت تدخن لا تقدم لفافة تبلغ إلى الشخص الذي تتحدث معه رغم أنك تعرف أنه يدخن.
- ب- ممارسة مزيلة للخجل تبدو خرقًا لا معنى لها.
- تكلم بصوت مرتفع وأنت راكب باصًا أو حافلة مع شخص.
- صاحب شخصًا باليد اليسرى.
- كل «سندوحة» وأنت تسير في الطريق.
- اقعق جرس دار جارك في وقت غير مناسب (مساء متأخرًا أو وقت الظهيرة) لنطلب منه حاجة يمكن تأجيل طلبيها لوقت مناسب.

٢- التخيل العقلاني - الانفعالي:

التمرين الموجه للمشاعر بواسطة التخيل العقلاني - الانفعالي هو من ابتداع ماكسي مولستبي Maxie Maulstby وقد تم تعديله ليكون أكثر تعليماً وفاعلية للعلاج العقلاني - الانفعالي (Ellis 1974). وهذا التمرين يمكن استخدامه وتعليمه للمرضى المدبم:

- اغمض عينيك (الكلام موجه للمريض المراد تعليمه هذا التدريب) وتخيل بديوسة وبأقصى ما تستطيعه من واقعية أسوأ شيء يمكن أن يصيبك - كالانكقاس ثانية نحو شرب الكحول أو المخدر - فتصبح مهدماً مدمراً على الكحول - أو المخدر - ثانية، ويتذكر صفو حياتك فتضرب حياتك الزوجية، ويسوء الوضع في عملك. تخيل
هذا الموقع الكارثي تخيلًا حيًا هل استطعت تخيله بحيوية وكأنه شيء واقعي؟ إذا كان الأمر كذلك، الآن كيف تشعر حقاً؟ ما هي حقيقة مشاعرك؟

هنا ينتظر المعالج حتى يفضي المعالج بالمشاعر النافية التي اتبعته مثل القلق، الكآبة، الغضب، الشعر بالذنب، أو تحقق الذات وذمها. أطلب من المعالج المريض أن يعبر عن مشاعره الحالية الناتجة عن هذا التصور. بعد أن يحدد هذه المشاعر قل له التالي:

حسنًا. الآن بديل مشاعرك وحولها لتشكل مشاعر انزعاج، أو تأسف، أو احباط، بديل شعورك ليكون هذا الاتجاه الجديد من المشاعر النافية الحقيقة يأخذ شكل الانزعاج، أو الاحباط، أو خيبة الأمل وليس شعور القلق والاكتئاب أو ذم الذات. في مقدورك التدريب على هذا التمرين بتغيير المشاعر النافية القاسية إلى مشاعر مقبولة الآن مارس هذا التدريب وأخبرني عندما تشعر فقط بمشاعر إحباط أو خيبة أمل وليس كآبة أو ذم الذات.

انتظر حتى يحدث التبديل المطلوب فيعبر عنه المريض المعالج (يعتقد منطقي عقلاني) فيحول العواطف النافية الكارثية إلى أخرى مقبولة. وعادة يستطيع المريض المعالج اجرء مثل هذا التبديل في الانفعالات والسيطرة عليها تلقائيًا ولكن إذا ما تعثر، عليك أن تمهده بحديث مع الذات يكبره مناهض عقلاني مثل، إنه لم السوء حقًا أنتي وبصورة جنونية وحباء عدت إلى شرب الكحول، ولكن مع ذلك أنا لست في حالة تأس لأني أقدمت على ذلك، الآن دعني أعود.
الإمتاع عن الشرب مرة ثانية.

عندما يتمكن المتعلم من استعادة الكلام مع الذات، المنطقي الذي يجعله يستطيع تبديل مشاعره والسيطرة عليها ووضعها في الصورة التي يرغب بها، فإن له التالي: "حسناً، كا شاهدت، في مقدورك حقاً أن تبدل مشاعرك، الآن الذي أطلب منهك خلال مدة ثلاثين يوماً القادمة هو أن تتدرب على هذا التمرین التخييلي مرة واحدة يومياً على أقل تقدير، في بدء الأمر تخيّل بحبيبة موقفًا أو شيئاً سيئًا جدًا لانزعاجك، حدث لك، ومن ثم تتمادى بالقدر المستطاع مع انفعالاتك في التفاعل مع هذا الموقف المزعج، وتصعيد انفعالاتك وتوتراتك، أي القلق أو الكآبة أو كراهية الذات، وذمها، والشفقة عليها، أو الشعور بالذنب. بعد ذلك بدل هذه العوامل المنافية القوية المشعة للذات، والمقوضة للمعنى آخري تكون أكثر ملاءمة وأقل ازعاجًا، كالشعور بالاحباط، وخيبة الأمل أو التأسف، أو الأزمة. استمر في اضطهاد العوامل والانفعالات السابقة القوية المؤذية فلا تتهاون عن مناهضتها بأحاديث الاجتماعية أكثر عقلانية إلى أن تجد تحوّلاً في مشاعرك نحو الأخف والضفأ والأكثر ملاءمة مع الموقف.

هلا أجريت هذا التمرین الآن بعدد ثلاثين يوماً، ويجب أن تمر مرة واحدة على الأقل يومياً، حتى تتحول هذه التمارين إلى مهارات وعادات آلية تستبدل فيها للتو العوامل المزعجة للذات إلى انفعالات أقل إجهاد وأكثر ملاءمة وصحة نفسية. أرجو أن تكون جادًا في تنفيذ هذا التدريب، بجهد صادق، ودؤوب مع توقعات.
إيجابية في قدرتك على اجراء هذا التبديل العاطفي.

ينبه المعالج المعالج أن في مقدور الأخير أن يلجأ إلى أسلوب
الثأرة والعقاب بحيث إذا ما نجح في تطبيق التمرین فعندما تأتي
ذاته بالشيء الذي يميل إليه ويرغبه كسماع موسيقى خاصة، أو تناول
طعام معين، أو ممارسة جنسية مع زوجته. وان فشل في التطبيق
فيعاقب ذاته بحرمان ذاته من الأمور والأشياء التي يرغب بها.

3- الأحداث مع الذات الإيجابية التعاملية ذات الزخم القوي:

في رأي مبتعدى العلاج الانفعالي - العقلاني أن الأحداث مع
الذات التعاملية العقلانية، والتي أثبتنا على ذكرها في الفصل السابق -
تنمو فعالة وجدية عندما يكرره المعالج المدمن (أو أي مريض يعاني
Ellis, Becker) من اضطراب نفسي) ويوجه لذاته بها احياء فعالا
من (1982). لذا يستطيع المعالج أن يدرب المعالج المريض على التالي:

1-ابتعد بنفسك بعض المقولات الذاتية التعاملية، أو بالاستعانة
معي، وكرر هذه المقولات الذاتية على ذاتك بقوة إيجابية قوية عدة
مرات حتى تشعر وكأنها نقشت في ذهنك وحفظتها عن ظهر قلب.
2- حذار من تكرارها ببغيان، ولكن تمعن وعاين في كل حكما تقولها
وكأنك تدخلها إلى لاشعورك وذهنك قسرًا وبقوة وتحس بكل
مشاعرك بصحبتها وفعاليتها، فكأن تقول لذاتك:

- أنا لا احتاج إلى تلبية كل ما أرغبه ولكن أفضل الذي أرغب.
- غالبًا ما سأظهر فطري الإنسانية القائمة على ارتكاب الخطأ وذلك
من خلال القصور في انجاز أعمال هامة. ومع ذلك ورغم هذا

187
القصور يستطيع أن يستمر بالشعور بالسعادة، وبالطبع أقل سعادة
ما لو تمكنت من انجاز هذه الأعمال انجازاً تاماً ناجحاً.
- سيجعل الناس بالطريقة التي يرغبون فيها ليست بالطريقة التي
أرغبها. إنه لأمر سيء.

٤ - الحوار مع الذات الفعال:

خلال تطبيق المعالج العلاج العقلي البشكل العقلي، يمكن
تدريب المحتاجين المدمنين على خلق حوار مع الذات فعال ونافذ جداً
بحيث أن الأصوات الداخلية اللاعقلانية تناقش مناقصة فعالية
بأصوات داخلية وحوارات منطقية صائبة. وعند هذه الحوارت القائمة
بين الضدين (وعادة تكون مدة بين ٣- ٤ دقائق) يمكن تسجيلها
على شريط صوتي، ومن ثم يسمعها المعالج ليس بغرض فقط معرفة
 مدى عقلانيتها وصوابها ولكن أيضاً مستوى فعاليتها وزخمها ونفوذها
وقوتها الإيجابية الاقتناعية. والبعض التالي النموذجي يوضح القصد
والغرض:

- الصوت الداخلي اللامنطيقي: إنه لأمر ليس خطراً أو مجازفة بالنسبة
الي إذا ما رشفت بعض الخمر في جلسة سارة مع أصدقاء. إنهم
يعلمني أنني أجانب متاعب ومشكلات الخمر والادمان، وبلاشك
سيمنوني من التمادي في شرب الخمر إذا ما تجاوزت كأسين.
- الصوت المنطقي العقلي: «متهكماً إنهم سيمنونى من التمادي!
وبخاصة إذا كانوا يعلنون مشكلات الأدمان. الشقاء
والبؤس يعيش ويبن الصحة والرفاق.

١٨٨
المادة الإيحافية: قد يكون كذلك. ولكن بعد كل المتاعب التي واجهتها نتيجة الكحول (أو المخدر)، أصبحت أدرك تماماً أن
ومن سأكارف عن الشرب، لذا بالتأكيد لن أتجاوز الكأسين.
المادة التنفيذية: أنه لإبقاء مرض ضحك، ستكون في بعض الأوقات.
بهذا الحد من الشرب، ولكن هل دائمًا ستكون كذلك؟
المادة الإيحافية: ولكن حتى إذا أسرفت في الشرب صفة، فإنه
هو الضرار الذي سيلحق بي؟
المادة التنفيذية: إنه لأدى كبار سيلحق بك. من يعرف ما هو
السوء الذي ستقع فيه عندما تكون غمورة؟ بل وحتى إذا لم تلحق
بنفسك الأذى أو بغيرك في هذه المرة، فهل تضمن ألا يكون الضرر
والذين يتربصان بك في الشرب الثاني، أو الثالث، أو الرابع
الغير ذلك فيما أليك مشا باصابة دماغية، مرض القلب،
أيضاً الآخرين وسم ما شئت من هذا الأضرار.
في كل مرة تخاطر بالإعود إلى الشرب وتقول لذاتك: «أستطيع
الاقلاع عن الخمر فإنيك تعزز تفكيرك الإيحافي وبالتالي ترمي
بنفسك في الطريق أجاب أم عاجلاً هناك آخرون قد يكونون
قادرين على الاعتدال في شرب الخمر، فلا يقعون في شرك الادمان
ولكن لست أنت.
المادة الإيحافية: أنا لا أدي، قد تكون على حق.
المادة التنفيذية: من الجائز! أنا ملمعون، كما برهنت على ذلك
سابقاً في عدة مرات. «لا كلام فارغ، لا أشرب: طبعاً. كلام ولا
واعد من هذه الأمور».
5 - قبول الذات غير المشروط:

إن المعالجين الممارسين أمثال كارل روجرز (1961) أصحاب مدرسة العلاج العقلاني - الانفعالي يشددون على أهمية اعطاء المرضى بلا استثناء (وغيرهم من مرضى النفس) ما نسبته قبول الذات غير المشروط. وتعني بذلك أن على المعالجين قبول المرضى من هذا الصنف وغيرهم على أساس كونهم ليسوا أشراً ولا عدوانين. فهم بشر، وينظر إليهم من هذا المنظار رغم اعتبار سلوكهم، وضعف الأنا عندهم (Bone 1968, Lazarus 1977, Miller, Becker, Ellis 1983) هدفهم أن يساعدوا هؤلاء على شفافهم وتقديم كل عون لهم لاستعادتهم وتحسين سلوكهم الادماني.

والمقبول الذي نعني هو قبول شخصيات المرضى الكحوليين أو المخدرین، وليس قبول سلوكهم الادماني. فالسلوك الادماني هو المرفوض والذي يسعى المعالج إلى تبديله بارشاد المريض وعلاجه.

والمقبول كما رأينا ينطلق من مبدأ انساني هو أن الإنسان منذ أن ولد أو خلق فهو مفطر على الخطيئة، غير معصوم عن الخطأ، وليس بالضرورة أن يكون المريض محبوساً أو مرغوبًا لقبول علاجه. عندمما يأخذ المعالج هذا الموقف من المريض، مهما كان نوع مرضه الادماني أو المرض النفسي، ويوجد المعالج أن يتعامل في العملية العلاجية وفقًا لهذا المبدأ، فإنه يبرهن للمدمن أنه مقبول عنده قبولاً غير مشروط. ويعطي مثالاً واقعياً على مثالية انسانيته، وسمو نفسيته مما يجعل المعالج المدمن يقبل علاجه ويأخذ بارشاداته. وهذا يعني القبول
المتبادل الذي يضفي على العلاج صفة التفاعل والانجذابية وهذا شرط
من شروط نجاح العلاج أيا كان نوعه.
ومن خلال قبول المرضى لذواتهم لأنك لا ترفض شخصياتهم
بل ولا تحبذ فقط سلوكياتهم وأفعالهم الادمائية، فهم يؤكدون ذواتهم
تاكيداً على أساس أنهم قبولا غير مشروط، وهذا ما يعكس
 عليهم بالشعور بالقيمة الذاتية، وجدارون بالحياة والبقاء والتمتع
بالحياة. وهكذا فإن فن العلاج في العلاج العقلاني - الانفعالي يشجع
على الشعور بقبول المريض وظهور هذا القبول له، في الوقت الذي
يعلمه ويدربه على كيفية قبول ذاته. أي فلسفة قبول الذات. إن
السؤال المطروح هو: كيف تعلم هذه الفلسفة؟ الجواب هو كالتالي؟
حيث تقول له:
أ - أنت تحمل «قيمة» تجاه الآخرين، ولنسم هذه القيمة أو الشفين
بالقيمة الخارجية المشتقة Extrinsic worth، أي ما تقدمه وتفعله
للآخرين. وأن القيمة التي تحملها الى الناس أو ما نسميه بالقيمة
الداخلية المشتقة Intrinsic worth تتوقف على ذاتك، وما تختار هذه
الذات من قيمة الى الناس، أي تعبير آخر ما اختارت أن تفعله
وتقدمه من قيمة.
ب - في مقدورك قياس أو تقويم كل أداء من أداءك وانجازاتك على
أساس أداء جيد أو أداء سيء وذلك عندما تحدد هدفاً ترغب في
الوصول إليه. وعند هذا إذا رغبت في اجتياز امتحان، يكون
من السلوك الجيد أن تدرس وتتجد لتنجح في الامتحان.

191
وبالعكس يكون السلوك سيئًا إن أهملت وتفاقست في الدراسة.

الأَّن ذاتك ككل ويجهرها تبدو معقدة في قياسها وأعتقُفها
الدرجة في عملية التقييم. فها هو المقياس الممكن الأخذ به
واعتماده لقياس شخصيتك وذاتك عندما يصدر عنك الملاحين
من الأفعال خلال مسيرة حياتك حتى نهاية مطافها؟ بالطبع
سيكون بعضها جيدًا والآخر سيئًا، وأفعالا حيادية غير مبالية.
فذاتك إذن قابلة للقياس من خلال ما تبدوه من أفعال
وتصورات، فلا تكون جيدة أو سيئة إلا إذا حددت معنى الفعل
الجيد ومعنى الفعل السيء بالنسبة لعدد قليل من السمات أو
الإنجازات.

فعل المستوى الثاني في مقدورك الاحجام عن تثمين ذاتك،
أو بالعكس تعطيها تقديرًا كلياً شاملاً. فإذا كان هذا موقفك من
أفعال وأعمال ذاتك فإن أفضل طريقة تفعلها في عملية التقييم
هي أن تجزم بقولك: «أنا أنسان جيد لأنني موجود بفضل كوني
حياً».

بصرف النظر عن عدد الأعمال السيئة التي ارتكبتها، فانت
تكون شخصًا سيئًا فقط إذا:

1 - ارتكبت دومًا أعمالًا سيئة دون سواها
2 - إذا ما فطرت لتقوم بأعمال سيئة في جميع الأوقات مستقبلا
3 - إن الله الذي يسير هذا الكون قد حرمهك من متعة الحياة،
وليده القوة ليحرمك في جهنم خالداً فيها أبداً
وبما أن جميع الشروط السالفة الذكر التي يتصف بها الإنسان

١٩٢
السي - هي مستحيلة أن نراها في شخص ما، فأنتم لن تكون شخصاً سيئاً بسوء مطلق. وبالمقابل فإنه من المستحيل أن تكون جيدة تتوفر فيك جميع الصفات الحميدة التي عادة ما يتصف بها الأنبياء، لذا فأتلك المبولة بفطرتك وتكوينك على ارتكاب الخطيئة كأي إنسان على وجه هذه البسيطة.

لذا تستطيع إذن أن تكلف عن تقويم ذاتك على أساس مطلق وكمال، فلا أنت جيد جداً مطلقاً ولا سيء بسوء مطلق. وهذا ما يجعلك تؤمن بأنك ليست شريراً ولا نبياً، وتقبل ذاتك على أساس إنسان فطر على ارتكاب الخطيئة وأيضاً فعل الخير.

- إن النهد من تقويم ذاتك أو شخصيتاك يتحدث فقط في ظهار أنك أفضل من الآخرين، وافترض أنك منتفوق عليهم. وما لم تكن حقاً كاملاً، فإن هذا النوع من التقويم كثيراً ما يجلب لك الحزن والقلق. لذا فان هدف حياتك الحقيقي هو أن تنتمع لا أن تقوم ذاتك.

6 - لعبة الدور في العلاج العقلاني - الانفعالي:

من المعروف أن تقنية لعبة الدور واستممارها في العلاج السلوكى ابتدأها السكولوجى سورينو (1965). وهي تقنية ذات نفع علاجي فعال في التعبير عن المشاعر وكشفها واظهارها وتعريفها، ويمكن استخدامها بفعالية في العلاج العقلاني - الانفعالي.

إن لعبة الدور المعدل في العلاج العقلاني - الانفعالي بلغ على أن المعتقدات الخاطئة عند المريض هي المسؤولة عن انفعالاته.
المضطربة المرضية، لذا فإن لعب الدور يتناول هذه المعتقدات ويشرحها. كما وأن لعب الدور يساعد المريض على التصرف بصورة أكثر فعالية في الحياة الواقعية بتكرر تلك الأدوار لترسيخ السلوك التكيفي المطلوب المرغوب. ولنوضح القصد والغرض نضرب المثال التالي الذي بامكان المعالج أن يعدله حسب الغرض العلاجي خلال علاج المريض المذموم:

المعالج: أنت الآن تهم في العلاج للاقلاع عن شرب الكحول (أو المخدر إذا كان المريض يتعاطى المخدر). دعى أصدقائك لتحصل على عمل واعدوك لتنجح فيه. فهل إنك تشعر بالقلق حيال المقابلة التي تفترض أن تجري مع ربي العمل أو رئيس الشركة الذي ستقدم إليه طلب العمل، لا سبب بعد انقطاعك الطويل عن العمل. فهل ألمائك على الكحول (أو المخدر). أليس هذا صحيحًا؟

المريض: بالطبع أنني أشعر بالقلق في كل مقابلة عمل قد أدعى لاجئها أحد صعوبة ما يجب علي أن أتكلم في المقابلة.

المعالج: حسنًا، لنقم بعملية لعب الدور في مقابلة غيروجية لنرى كيف تتصرف وتعامل مع صديقك، وبالتالي تقدم انجازًا جيدًا ناجحًا في المقابلة. فأننا هنا سألعب دور رب العمل الذي سيجري المقابلة معك، وأنت طالب العمل.

المريض: هذا شيء جديد.

المحالج: السيد محمود أثرغب في العمل في هذه الشركة كرئيس مستودع، هل تعرف عن نفسيك ومؤهلاتك؟ ولماذا تعتقد أنك كفو للعمل الذي تقدمت بطلب لاشغاله في هذه الشركة؟
المريض: نعم أنا آ (اضطراب في الكلام وتعثره) أعتقد أ نماكانى القيام بهذا العمل. وأقصد أنا آ (اضطراب وتعثر).

المعالج: أرأيت كيف أنك على درجة كبيرة من التوتر والاضطراب؟ المريض بصعوبة كبيرة الفظ العبارات وأنطق بها. في الواقع أني أرغب في الحصول على ذلك العمل.

المعالج: كثيرا جدا: لماذا حدثت نفسك في هذه اللحظة الأمر الذي جعلك مضطربا متورتا.

المريض: دعني أفكر. لماذا تكلمت مع ذاتي؟ قلت لذاتي: الواقع أنا أرغب هذا العمل وأطلبه. فبعد هذه المدة الطويلة التي توقفت فيها عن العمل بسبب تعاطي المشروب، يتعين علي أن أحاول على هذا العمل من أجل أن أرد الاعتبار إلى نفسي وأسترجع ذاتي المفقودة.

المعالج: حسناً هذا الذي جعلك تضطررب وتقلق. وأقصد التفكير الاحتياطي أي لأنك قلت لذاتك «أنا بحاجة لهذا العمل ويعين علي الحصول عليه». لنفترض أن يكون كلامك مع ذاتك أنك ترغب هذا العمل كثيراً. فلماذا فرضت على ذاتك الحاجة. المريض: فهمت ما تقصده. يتعين علي ألا أقول لذاتي أني بحاجة إلى حاجة مطلقة، رغم أنه لم حصل فرصتي على ذلك. المعالج: هذه حقيقة. ولكن حصولك على هذا العمل لن تسترجع ذاتك فيه.

المريض: أنا لا أرغب أن أسترجع ذاتي السابقة المخسورة.
فالتهاك على الشرب هو سلوك ضال فاسد ولكنه لم يجعلني شخصاً فاسداً.

- المعالج: هذه حقيقة. أنا سعيد أن ترى ذاك بهذا المنظر. إن من الجميل إذا ما حصلت على هذا العمل. إلا أن الحصول عليه لا يضفي عطرًا على ذاك.

- المريض: هذا صحيح لذا لست بحاجة إلى استرداد أو افتداء، بل إلى عمل جيد.

- المعالج: أنت ترغب فيه ولكن ليس حاجة.

- المريض: نعم. أنها رغبة في هذا العمل.

- المعالج: حسنًا. الآن بعدما صحت المعتقد الخاص، يوحي حاجة وحلته إلى رغبة. فكيف تشعر الآن؟

- المريض: أشعر بتظاول القلب.

- المعالج: أعتقد ذلك. الآن عد إلى لعب الدور الذي نحن بصدده.

- المريض: يا سيدي محمود، فهمت أنك ترغب في العمل في هذه الشركة كرئيس مستودع. هل أعرفني عن نفسك ومؤهلاتك؟ ولماذا تعتقد أنك كفاء للعمل الذي تقدمت بطلب إشغاله في هذه الشركة؟

- المريض: لقد درست محاسبة المستودع في دورات خاصة وعندي خبرة خمس سنوات في هذا الميدان المهني، وأحب هذا العمل، والواقع أن أرغب في تجربة هذا العمل ثانية.

- المعالج: وجدت في طلبك أنك عاطل عن العمل منذ سنتين، فما هو السبب؟

- المريض: بإمكان أن أكذب وأقول لك أنني خلال هذه المدة كنت...
ملتحقاً في دراسة، لا أنك ستعرف الحقيقة من آخر رب عمل عملت عنه، لذا سأعطيك التفسير لهذا الانقطاع. حتى الأشهر الستة الماضية كنت متهاكماً على شرب الحمر. وهذا ما جعلني أفقد عملي الأخير وأتوقف عن طلب أي عمل. الأ أني في الأشهر الستة الأخيرة توقفت عن الشرب نهائياً وأننا مواظب على العلاج. لذا فانا في حالة لتمكننا من استعداد العمل بعد ونئاح.

- المعالج: حسنًا أنت تفعل فعلا جيدا. لقد أضحت أكثر سيطرة على أعصابك. لكن لاحظ وراقي اتجاه نظرا طلك. أنت تنظر إلى الأسفل وليس إلي. ولكن لا ترى مانعاً من أن تصل ببعضك لتأكد من أفواحك وأنك الآن في حالة تسمح لك بالانخراط في العمل.

- المريض: هذا شيء منطقي، وفكرة مقبولة.

هذا ومع الاستمرار في لعبة الدور الذي أتيت بجزء كبير منه كمثال، في مقدور المعالج أن يساعد المريض المدمن في الكشف عن مشاعره والتعبير عنها، وبالتالي الكشف عن المعتقدات الخاطئة ومعاكستها ومناهضتها وتصحيحها، بما يكفل ازالة مشاعر الاضطراب التي يكون مصدرها التفكير اللاعقلاني التحتي. فلعب الدور يكشف ذلك ويسمح للمريض بتكرار السلوك المناسب للتلازمة الذي يحل مشكلاته، مثل طلب الحصول على العمل، احكام ارتباطه مع أفراد أسرته والنجاج في دراسته وغيرها.

7. النكتة والفكاهة كأسلوب علاجي:
أجل اضعاف المعتقدات الخاطئة عند المدمن الجدي المفرط في جدته وعبوسه فالعلاج العقلاني-الانفعالي، من هذه الوجهة، برى، أن الاضطراب الانفعالي عند الناس يعود بجزء كبير منه إلى كونهم ينظرون إلى أفكارهم نظرة صارمة ومبالغة في الجدية بحيث يفقدون الشعور بالنكتة والمزاح والمرح، ويعتبرون بالضرورة التي يتكيفون مع حياتهم (Ellis 1987).

تعد الدعابة والمزاج المرح المباديل للنكتة تربقاءً مضاداً للاضطراب والسلوك الجبري نظرًا لأن في الدعابة انفعالاً قوياً اضافةً إلى عنصر فكري معرفي.

فصاحب النكتة أو الدعابة في مقدوره إخراج المريض من عادة أفكاره الانهزامية الذاتية وبدفعه إلى فعل ينهاض السلوك الادمائي. وعلى غرار القصص، والقصائد، فالدعابة فيها عنصر مناظرة ومجاز ينفيذان وراء التفكير الحادي، لذلك فالدعابة تتضمن عنصرًا انفعاليًا عاطفيًا قويًا في مناهضة الاضطراب النفسي وتفتيته.

يعد العلاج الانفعالي-العقلاني الرائد في استخدام الأغاني الفكاهية المرحلة العقلانية عند علاج المدمنين وغيرهم من مرضى النفس وهذه الأغاني غالباً ما تعطي للمعالج على أساس تجارب نبتة ينفذها الأخير (المريض المدمن على الكحول أو المخدرات) كما يغبنيها عدة مرات لنفسه عندما ينتبه القلق والاكتئاب، وتحمله الضعيف للاحتجات على إيقاظ النزوع نحو الشرب (أو تعاطي المخدر) أو يبقى مدمنًا (Ellis 1987) واليك بعض الأغاني التي براها أصحاب
العلاج العقلاني - الانفعالات فعالة في تبديل البنية المعرفية اللاعقلانية

عند مرضى الادمان.

أ. المشروب. أنا دوماً أفكر فيك.

- أيا المشروب: أنا دوماً ذهني مشغول فيك.

- أيا المشروب: سأرفع صوتي ليسمعه العالم أجمع أني أحبك.

- لا تنسى واعدك لي.

- أستطيع أن أشرب بدون أن أغرق في شفير الهاوية.

- أواه أيا المشروب بصحتك استعدب قيادتك فلا أعرف الكرب.

- بواسطتك أفعل وأقول.

- هناك شيء واحد فقط أحب أن أقوله لك.

- أواه أيا المشروب النتن هذا أنت.

ب. أيا الرباط الجميل، لماذا يجب أن ننفصل وتتفصل.

- عندما تقاسمنا حياتنا كلها منذ البداية.

- اعتدنا أن نأخذ ونسير في طريق واحد معاً.

- باليها من جريمة إذا حدث الطلاب بيننا.

- أيا الرباط الجميل، لا تبتعد ولا تغري عن ناظري.

- من سيكون رفيقي إذا لم تكون بجانبي.

- ورغم أنك مازلت تجعلني بنظر المهتر.

- فإن الحياة بدونك ستكون مليئة بالعناء.

- الحياة بدونك ستكون مليئة بالجهد والعناء.

- أنا مسئول بالمشروب.
أواه، أنا مسعود بالشرب.
والشرب مسعود بي.
وعندما أشرب الخمر أظل متحفظًا بطرفة عين.
نحو الأخطار التي تهددي.
أواه كم أنا مغرم مسعود بالشرب.
فاشتري التفكير الكريبي.
إذا ما رغبت بالحماقات أن أفتخري بها.
وفي الأسراف في الشرب سألني كوفي.
ولن أعود أبداً.
حتى أموت وأموت وافتنت.
الفصل الثامن
التقنيات السلوكية النوعية التي يستخدمها العلاج العقلياني - الانفعالي في علاج المدمنين

كما سبق وذكرنا، أن العلاج العقلياني - الانفعالي العام وغير Cognitive المختص هو في الواقع مرادف للعلاج السلوكي المعرفي behavioral therapy لذلك فهذا العلاج يستخدم الكثير من الطرق والأساليب العلاجية السلوكية الشائعة الاستعمال التي تطبق على المدمنين على الكحول أو المخدرات (Bellack, Hersen, Ellis 1985)

إن الطرق السلوكية التالية لا تقدم فقط العون والمساعدة للمدمنين لكي يقلعوا عن إدمانهم وشفائهم منه، ولكنها أيضاً تضعف إلى حد كبير منطقهم وتفكيرهم اللاعقلاني غير الصحيح وما يصاحب عادة مثل هذا التفكير الطائفي من انفعالات وعواطف منافية.

نذكر هنا بعض التقنيات العلاجية السلوكية التي يمكن أن يأخذ بها المعالج الذي يتبع أسلوب العلاج العقلياني - الانفعالي في ميدان علاج الادمان بأشكاله المختلفة.

: Vivo desensitization

1 - إزالة التحسس ميدانياً (على الواقع)

غالباً ما نطبق في العلاج السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي طريقة الدكتور النفسي العالمي الشهرة، والذي اليه يرجع الفضل في خلق الثورة العلاجية السلوكية العملقة هو جوزيف ولي:}

201
وهذه الطريقة أسماها ازالة التحسس المنهجي Wolpe (Wolpe 1956) Reciprocal Desensitization أو التشتيط المتبادل Prohibition وهذه الطرقية هي تخيلية إلى حد كبير، وتعتمد على تكتينيات الاسترخاء. ويفضل العلاج العقلاني - الانفعالي تطبقي ازالة التحسس ميدانيًا، أي في واقع الحياة كما تبدو المشكلة ويعيشها المريض في حياته. ولكن هذا لا يعني أن العلاج العقلاني - الانفعالي يفضل أزمة التحسس تخيلياً على طريقة جوزيف ويلي فالفخيل. فبالعكس هناك جداً، وله التأثير نفسه في ازالة التحسس ميدانياً في كثير من الحوادث. وحتى العلاج التقليدي في ازمة التحسس كثيراً ما يكون تمهيداً جوهرياً لازالة التحسس كما تبدو المشكلة في واقع الحياة. ولطالما نحن في الكلام عن علاج الأدمان بمواد مختلفة وأشكاله الإدمانية، فإن التقنية التي نحن بصددها ونقيد العلاج العقلاني - الانفعالي تفضل أن يكون ازالة التحسس عند المديمن من مشكلته بالتطبيق الميداني، وأيضاً في علاج الأمراض الأخرى (Becker 1982). ونحن نعلم أن العلاج التخيلي يحتاج إلى حد مقبول من القدرة التخيلة عند المعالج ليستطيع إزالة التحسس من مشكلته تخيلياً، بينما ازالة التحسس ميدانياً لا تحتاج إلى قدرة تخيلية مناسبة لإنجاز العملية العلاجية. وعلى الرغم من أن العلاج العقلاني - الانفعالي يشجع المراهبين (المصابين بمرض الرهاب) بالمجازفة في الركن بالمصاعد (رهاب المصاعد) أو في السير أو الجلوس في الأماكن المكشوفة بالناس (رهاب الساحة) حيث تكون خاوفهم من هذه المواقف هي غير عقلانية، إلا أن هذا العلاج لا يشجع المديمين

202
الذين يفافون - على مستوى الواقع - في الشرب أو الذهاب إلى المنشدات والحانات التي تبيع الخمور، والجلسات هناك مع رفاقهم وزمريهم من الرهوض المدمنة. بل على نقيض ذلك، ينسحب هؤلاء بالابتعاد عن رهوطمهم المدمنة التي عاشروا وانساقوا معها. تدعي وتزيز عادات شرب الكحول أو تعاطي المخدر لأنهم يكونون عرضة للانكماش.

وفي الوقت نفسه، عندما يوقف المدمن عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر، ويبدأ استعداده للتعامل مع قلقه الأصلي ومخاوفه التي قادته إلى الادمان، حينئذ فإن العلاج العقلاني - الانتفاعي يلجأ إلى تطبيق إزالة التحسس ميدانية، فيشجع المدمن على إزالة وتخفي قلقه ومخاوفه (أي مواجهته وإزالة التحسس منها) كا تظهر في واقع الحياة. وهكذا، ففي مقدور المعالج تشجيع المريض التعامل بالتفتيش عن عمل يكسب به قوته، أو الذي يعاني القلق في التكلم أمام الجمهور أو الناس. أن يخاطر فيقدم على التفتيش عن عمل أو التكلم مع الجمهور إلى أن يدرك أن هذه الأشياء التي يتحدثاها ويتصدى لها (مخاوفه) قد خفف تحسسه وقلقه منها. وعلى المعالج أن يذكر دوماً، عند تطبيق إزالة التحسس ميدانياً، إن المدمنين الذين يتعاملون هم عرضة للضغوط والخوف، وبالتالي قد ينكرون نحو الشرب ثانية أكثر من غيرهم من المرضى غير المدمنين. لذا يتعين عليه أن يعاملهم بعناية ورفقة ويعرض أقل عنفاً (يقصد هنا التعريض القاسي للموقف المخوف) من أولئك غير المدمنين.
2 - إزالة التحسس الإغراضي بدون تدرج

: Desensitization

يميل العلاج العقلاني - الانفعال الى إزالة التحسس الميداني

ازالة اغراضية، أي من خلال تعرض المدمن للموقف الذي يثير توتره.

Flooding or implosive وتخويف ترياضاً دفعة واحدة وبدون تدرج.

مثالًا، إن المدمن الذي يخفف ركوب المصعد الكهربائي،

على أنه يبقى فيه صعودًا وهبوطًا بحدود 20 مرة يوميًا، أو يركب

المصاعد الكهربائية بالمعدل نفسه من المرات بحيث يتمكن وسرعة

وبعثة من اضطاع خوفه وبالتالي يقاوم خواوته الاعتقالية. وكما

ذكرنا سابقاً فيما يخص إزالة التحسس ميدانياً، أن هذه التقنية

العلاجية للموقف المخوف، أي التعرض بدون تدرج، تبدو قاسية

عنفية بالنسبة للمدمنين الكحوليين أو المخدرين نظراً لأنهم ضعفاء

الأنا، ودرجة تحملهم للشدة تكون منخفضة (تحمل ضعيف

للاحبات)، لذا يجب استخدام هذه التقنية بحذر وبحكمة، والا

يفضل التعرض التخيلي أو المدرج الميداني، وعموماً فإن المرضى

الذين أبدوا رغبتهم في تجريسة هذا التعرض العلاجي، والذين قطعوا

شوطاً جيداً في الامتناع عن الشرب أو تناول المخدر، أو لفترة طويلة

النسبياً، في امكان المعالج أن يستخدم هذه التقنية.

وبضرب لنا الدكتور أليس مثالاً على فعالية العلاج الإغراضي:

إمارة كحولية ظلت لمدة سنة تقريباً ممنوحة عن تناول الكحول،

ولكنها مازالت تعاني من الخوف من التكلم في الصف خلال اعطاء

الدروس أمام الطلاب أعطيت لتدريبات بأن ترفع يدها للكلام.
والتعليقات عدة مرات خلال محاضرات في علم النفس. وعندما أجبرت
على تنفيذ هذه التدريبات رغم شعورها بالقلق، استطاعت التخلص
من خوفها المرضي وذلك خلال فترة سهيرة أسباب، ومن ثم تطورت من
caeء الذين تعريض ذاهبا لهذا الموقف بحيث تمكن أيضا من أن
تحميد خوفها من الذهاب إلى حفلات الرقص وغير ذلك من
النشاطات والهوايات الاجتماعية.

3- التعزيز والعقوبة:

تستخدم العلاج السلوكي وأيضا العلاج العقلاني - الانفعالي
أساليب الاشراط الإجرائي والتعزيز لمساعدة المرضى المدمنين على
الإقلاع عن أدمائهم والإبقاء على هذا الكيف بصورة مستمرة (nardin 1986).
ووفق الأسلوب العلاجي المنهجي المتبوع مع المرضى
المدمنين، تبرم العقود بين المعالجين والمعالجين فلا يسمح للآخرين
عادة بممارسة نشاطات سارة إلا بعفوة وارشاد المعالج، مثل قضاء
عطلة سارة وغيرها وذلك بعد كفهم عن تعاطي الكحول (أو الماده
المخدرة). إن مثل هذا الإجراء غالبا ما يساعد المدمين، ولكن ليس
بالقدر من التعزيز الذي يساعد عادة المرضى غير المدمنين. ذلك أن
كثيرا من المدمنين يحصلون على كثير من المسرة الآنية وراحة مؤقتة من
القلق عندما يقبلون على تعاطي الكحول أو المخدرين (وخاصة
الكوكايين أو الهيروين)، لذا فإنهم لا يملون إلى لذة بديلة عن الخمور
بسبب الفوائد والمسارات العديدة التي يحققها هم الخمور عند شربه.
لذا فإن كثيرا من التعزيزات العادية التي يستخدمها المعالج في علاج

205
العصابات النفسية قد لا تكون مفيدة ولا مجدية إذا ما طبقها في علاج الإدمان.

ومع ذلك فإن في مقدور المعالج عند إبرام العقد العلاجي مع المعالج المريض المدمن، أن يتضمن العقد السماح له بالذهاب إلى منتجعات الاستجمام، والقراءة والاستمتاع بالموسيقى، أو النشاطات الأخرى التي يميل إليها ويجدها بعد إلقاءه عن الكحول أو المخدر.

في بعض الأحيان تكفي مثل هذه التعزيزات التي تأتي كثياب للمرضى على الكف عن الشرب أو المخدر، أما إذا لم تكن مثل هذه التعزيزات كافية، ففي أمكنة المعالج اللجوء إلى التقنيات الأخرى الخاصة بالعلاج العقلي - الانفعالي الذكورة في هذا الكتاب.

لعل أفضل طرق العلاج والتي غالباً ما يلجأ إليها المعالج عند علاج المدمنين الصعبين شريعة أن يقبلوا هذه الطريقة، بأنزل عقوبات صارمة بحقهم ينفذهونها إذا ما عادوا إلى شرب الخمر أو تعاطي المخدر. وهذه العقوبة تقضي بدفع مبلغ معين من المال إلى جهة معينة (لجنة خيرية، أحد أفراد أسرة المريض وغير ذلك) شريطة أنه يتولى المعالج تنفيذ هذه العقوبة فلا يترك ذلك إلى دمه المريض ووجدانه. تنفذ هذه العقوبة مباشرة بعد نكسة وعودته إلى الشرب أو تناول المخدر، والعقوبة نفسها يمكن تطبيقها على المدمنين عند علاج مشكلاتهم الأخرى، فمثلاً يطلب من المعالج المدمن أن يحرق أمام المعالج مبلغًا من المال يجده هذا الأخير في كل مرة يرفض التغيير عن العمل، أو الانخراط في المجتمع أو الالتحاق بدورات تثقيفية أو
مهنية هامة. وبهذا نجد أن المعالج يطبق العقوبات المناسبة للتعامل مع قلق الأنا عند المريض المدمن، وقلق الانزعاج وذلك من أجل محاربة ومناهضة الأنشطة المختلفة من سلوك الاحجام غير السوي، وبخاصة السلوك الذي يلتقي التصاغا هاماً بالادمان. كما أن في مقدور المعالج مناهضة تصغير الذات وتخفيرها جمال ادمان المريض (وأو أي شيء آخر) وذلك من خلال تعزيز المريض ذاته بعض الأشياء السارة بعد أن يمنع عن هذا التصغير، ومعاقبة ذاته بشدة إن هو عاد إلى ذلك نفسه في كل مرة.

4. منع حدوث الاستجابة:

وجد العديد من المعالجين السلوكيين أنه في حال وجود نزاعات جبر قوية عند مرضى الادمان فإن أفضل تقنية يمكن اتباعها هي أسلوب منع حدوث الاستجابة، أي رصد المدمنين والسيطرة عليهم لفترة من الزمن بحيث يجدون أنه من المستحيل أن يتم استخدام المدمنين من جديد مع المسكرات أو المخدرات (Gordon 1985).

إن العلاج العقلاني - الانفعالي يشجع على تطبيق هذه التقنية، وبخاصة إذا ما فشلت التقنيات الأخرى في منع المريض من التوقف عن تعاطي المخدر أو المسكر، والابقاء على اقناعه (Ellis 1981).

تطبق تقنية منع حدوث الاستجابة بأن يوافق المريض على ادخاله إلى المستشفى حيث يراقب مراقبة شديدة كي لا تصل إليه أيه أية
مادة مخدراً أو مسكرة، وحتى إذا ما طبقت هذه التقنية في داره فكأيضاً يوضع تحت المراقبة الشديدة فلا يستطيع الحصول على مطلبته من المخدر أو المسكر. وتكون المراقبة إما من قبل أفراد أسركه أو الهيئة المشرفة على علاجه لعدة أيام أو أسابيع. وعندما يتحسن الى هذا النوع من الحرمان المراقب الفعال، فإنه قد يصبح قادراً على الكف عن التعاطي من خلال مراقبة ذاتية.

5 - مع حديث الانكساد:

يمكن الأخذ بطريقة مارك تاين مثلاً، عن الادمان على الدخان (التبغ) في علاج الادمان بعد تعديلها لتكون المقولة بدلاً عن التبغ: "أنه لم السهل التوقف عن التدخين، طبقتها مئات المرات". إن مع الانتكاس هو جزء هام من العلاج العقلاني - Ellis, Relapre الانفعالي في برنامجه المضاد للكحولية وللإدمان على المخدرات (Velten 1986). من المعروف أن مسألة مع حديث النكس هي مسألة معقولة، انفعالية وسلوكية فعل المستوى المعرفي يتميز على المعالج تعليم المدمن وإعداده مسبقا لامكانيه مواجهة الانتكاسات وذلك بعبارة أفكاره اللاعقلانية التي هي سبب النكس ورصد هذه الأفكار مثلاً كأن يقول ذاته "أستطيع تطبيع ذاتي لتأخذ قليلاً من المشروب أو المخدر". وبالتالي يتعين عليه مناهضة هذا المعتقد الخاصة بما يدفعه.

أما على المستوى الانفعالي فعلى المعالج دفع مريضه على استخدام الأحاديث مع الذات التعاملية المنطقية تعاملًا فعالًا مثلاً 208.
«بهسولة أنكس فأعود إلى السكر إذا لم أكن محرسة دوماً وبصورة مستمرة». على المستوى السلوكي، يشجع المعالج المريض على استخدام العديد من التقنيات التالية:

أ- ضبط المبهمات والمحرضات: الابتعاد دوماً عن أصدقاء الخمر والمخدرات وعدم مصاحبتهم ومشاركتهم. وأيضًا هجر الحانات نهائياً وأمكنا بيع المخدرات والمسكرونات. وغير ذلك من الأشخاص والأمكنة المبهمة لزروع الشرب أو تناول المخدر.

ب- اللجوء إلى التعزيز: السماح بممارسة بعض الممارسات كوسائل تعزيز لمنع الانتكاس.

ج- فرض العقوبات: اللجوء إلى انزال عقوبات قاسية بحق المريض المدمن في كل مرة ينتكس فيشرب أو يتعاطي المخدر.

د- إيجاد البدائل: خلق وسائل ومنافذ تسلية ومساحة لتحول دون التفكير بالمخدر أو المسكر (أي نشاطات ممتعة بديلة عن مسيرة الخمر).

ه- استخدام التشتيتات البدنية: ونقصد هنا جعل المدمن يمارس الاسترخاء، ومارتين التنفس الاسترخائية، والرياضة وغير ذلك من النشاطات البدنية التي تبعده وتنشط ذهنه عن الدافع نحو الشرب أو تناول المخدر. كما وأن هذه النشاطات تتحول انتباه المدمن عن مراقبة قلق الأنا، وقلق الانزعاج وعن تقريع الذات وادائها بسبب الشرب أو تعاطي المخدر.

و- تناول الدواء التنفيذي. إذا تطلب الوضع، على المعالج أن ينصحك بتناول المريض المتعالج لفترة عابرة، وتحت مراقبة طبية، الأدوية.

209
المضادة للقلق والمضادة للاكتئاب التي تساعد على التخفيف من الميل الى الانكماش.

6 - التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات:

عنى العلاج العقلاني - الانفعالي منذ بدء ظهوره كعلاقة حديث في الاحذى بتقنيات التدريب على اكتساب المهارات. وبخاصية المهارات الاجتماعية في سياق مراحل علاج مرضى النفس أو ضحايا المخدرات والمسكرات (1979، 1956). والسبب في ذلك يعود الى أن هذا النوع من العلاج لا يعنى فقط عناية شاملة بتبديل معتقدات المريض اللاعقلانية ونتائج الوظيفية السيئة السلوكية والانفعالية، ولكن أيضاً يهتم بالملابس المرضية الباعثة على الأفكار اللامنتنية، أي الحوادث المشتركة الخارجية وتدريب التوابل على تبديل هذه الحوادث أو الحوادث المشتركة التي نرمز إليها كما تعلم بالحرف (أ).

ثم إن هذا العلاج غالباً ما يعلم مرضى الأمانة مهارات التفاعل والاتصال مع الغير، وتأكيد الذات، والمهارات الاجتماعية والواقعية وغير ذلك من التدريبات التأهيلية. وضافة الى ذلك يتبع على المعالج تدريب المريض المتمن على أسلوب حل المشكلة وإتخاذ القرار، مثلاً كيف يمكنه الاحتفاظ بعمله، واختيار المهنة الملائمة الجيدة، وأي مشكلات أخرى تعرضت حياته وتسجّب حلها بإتخاذ القرار الملائم. ونافذة القول كلاً درب المعالج مريضه على طرق حل مشكلاته والموترات التي تعرضت وسلحه.
بالمهارات التعاملية التكيفية مع كل ما يعترضه من مناعات حياتية، أضعف عنده التوترات والمحرقات التي هي المسؤولة عن نكسه وتعاطيه الخمرة، وهذا ما نسمي بالتقنيات البرامية التي تليحه ضد التوترات والشدات. Stress Inoculation Therapy
الفصل التاسع
الإجراءات العلاجية للمدخنين على الكحول والمخدرات بتقنية العلاج العقلاني - الانفعالي

إن المتخصصين السيكولوجيين المحترفين الذين عالجوا الاعداد الكبيرة من مرضى الادمان على المخدرات والكحول يعرفون أنه لا يقتصر علاج هؤلاء فقط وبكل بساطة على تبديل المعتقدات الخاطئة وما تستجد من اضطرابات انفعالية وسلوكية، وذلك خلال جلسات علاجية تقتصر فقط على هذا المعتقد الخاطئ، الذي يحصلوا على تبديل رئيس في حياة هؤلاء المرضى، بل هناك إلى جانب ذلك مشكلات تجلب هؤلاء عبر سنين طويلة نتيجة الادمان وتكوين جزءاً من متاعبهم اليومية. ولخلال عملية تطور هذه المشكلات وتعاظمها، نجد مشكلات أخرى تظهر وتنشأ مثل وجود ميل سابقة نحو أفكار قاهرة للذات، ومشاعر وتصرفات فيها طابع المبالغة. وفي الوقت الذي يكون الهدف العلاجي الأول هو تبديل سلوك المريض الادماني اللانكي في من أجل ضمان التقدم العلاجي الآخر كما وأن تبديل الحديث مع الذات، والافتراضات التحتية غير الظاهرة التي يؤدي إلى الادمان هو أمر هام جداً، نجد إلى جانب ذلك قضايا ومشكلات أخرى غالباً تمس مسا وثيقة العلاج وتؤثر على مسيره.

وهذه المشكلات أو القضايا تتضمن مشكلات مهنية، وصعوبات طبية أو مشكلات أسرية. أما القضايا الأخرى هي
انخراط المريض في رهوط وزمر تساعد ذاتها، وعلاج المشكلات السكانية والسيكولوجية التي تعترض الشفاء من الادمان وتعقد.

في فهم جميع هذه المشكلات وما تستجعها من علاجات نجد أن المنظور العقلاني - الانفعالي للاضطراب الذي يصيب الإنسان يبدو عملياً وقابلًا للتطبيق.

1 - مراحل العلاجة:

بغرض تقديم قضايا علاجية وتدبيرية مختلفة متنوعة وذلك وفق أسلوب العلاج العقلاني - الانفعالي لصالح مرضى الادمان على الكحول والمخدرات، من المفيد مراجعة عملية العلاجية على المستوى النموذجي.

لأغراض وصفية يمكننا تصوير العلاج على مستوى مراحل أو خطوات. ون.quote هنا إلى ناحية هامة هي أن ليس كل حالة علاجية بالضرورة تتقدم من حالة إلى حالة أخرى بنفس الطريقة أو بالمعدل ذاتية. ولكن في سياق هذه العملية العلاجية تطبق التقنيات السلوكية، والانفعالية، والمعرفية التي سبق وذكرناها في هذا الكتاب.

ونحن بشرحنا للعملية العلاجية، لا ننى ما وضحتنا هنا في اللوحة رقم (11) والتي تمثل ملخصاً للأطوار الرئيسية للعلاج العقلاني - الانفعالي لمرضى الادمان على الكحول والمخدرات إضافة إلى النقاط الأكثر أهمية والأهداف في كل مرحلة من مراحل العلاج الرئيسية، ونظصد الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية الواجب دمجها وربط بعضها بعضًا.

٢١٤
إن المرحلة الأولى للعلاج تتضمن خلق التحالل العلاجي بين المعالج والمريض، وتقويم وتحديد طبيعة المشكلة، والمشاركة في وضع أهداف العلاج الأولية. أما المرحلة الثانية فتحوي على تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية لمساعدة المريض على تبديل ارتباطه اللاكتيفي بالكحول مساعدة نوعية. وننوه هنا إلى أن الاستراتيجيات الساقية الذكر تختلف وفقًا للفروق الفردية المصادفة عند المرضى.

ونقصد اختلاف سمات شخصياتهم واستجاباتهم. ومما يكن من أمر يشجع المريض على ممارسة ضبط أكبر على نزوحه الادمان نحو الشرب بواسطة تعليمه التقنيات الضابطة للمنبهات المثيرة للسلوك الادماجي، والتعامل السلوكيا (أي إبرام عقد بين المعالج والمتصلح)، ومناهضة الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي تدعم ادمانه وتكرس نزوحه نحو المدمن أو المسكر.

أما المرحلة الثالثة من العلاج فتتضمن رصد التقدم العلاجي وإعادة تقويم الأهداف. وفي هذه المرحلة أيضاً مطوراً تطريزي لشفاء المريض والتعامل مع مختلف المشكلات السلوكية والانفعالية في الوقت الذي يستمر في تزويد المريض بالدعم للحفاظ على التقدم العلاجي الذي حصل عليه، أي في النظام من الكحول أو المخدر.

وما أن يتم تحقيق الاستقرار في الكف عن تعاطي الكحول أو المخدر، توجه الجهود نحو مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قد تتسبب المريض والتي تدفعه عموماً إلى الخط من ذاته، وما يترتب على ذلك من نتائج سلبية سلوكيّة وانفعالية. وما أن يقترب العلاج نحو مرحلته
النهائية بنجاح، فإن معظم هذه المرحلة تكرس لازالة المشكلات المرتبطة بقبول الذات وتحسين النظرة نحو الذات كفلسفة وقائية ضد الإدمان. وهنا يمكن مناقشة المريض بجملة من مشكلات التكيف الانفعالي.

2- التدبير العلاجي:

لعل القضية العملية التي غالبًا ما تبرز عند التعامل العلاجي مع المدمنين هي قضية الانتكاس. فالإبحاث «الطولانية» التي تناولت هذه القضية ابنت أن الكحولي (وغيره من المدمنين) خلال كامل سيره مع مشكلاته الكحولية هو عرضة لكثير من حالات النكس أو الانتكاسات. وهذه الانتكاسات تعود بشابة قاعدة وليست أمورًا استثنائية شاذة. ورغم ذلك، فهي بعض الأساليب العلاجية التقليدية نادراً ما تناقش مشكلة الانتكاس بدعوى الخوف من أن هذه المناقشة تعود مثابة الضوء الأحمر الذي يعطي للمرضى للهذاك في صرامة كيفه عن المشروب أو المخدر، أو لتقل تشجبه أو إعطاء الأذن والسماح له في استمرار نفسه إزاء قدرته على الاستمرار في الكف والامتناع عن المشروب أو المخدر.

الأً أن الفكر العلاجي الحديث، وهو العلاج العقلياني- الإنبذاعي يرى الانتكاس كحوادث ذات قيمة ثقافية كبيرة بالنسبة للمدمن المريض. ويعتبر عليه الأً ينظر إلى الانتكاسات من زاوية الفشل والعجز، بل من زاوية وقائع يمكن أن تحدث، ومن ثم تدربه على تجاوز هذه الانتكاسات بفترة جديدة غير محطة، وبالتالي العودة.
الكلف الثانية. فالانتكاس هو كوب الأفلاطونية ولا يعني أنه غير قادر على الوقوف الثانية معافي.

تناقش مسألة الانتكاسات التي يمكن أن يصادفها المريض من زوايا ومقالات واقعية ونقدد أن الانتكاسات هي بالتأكيد ظاهرة سلوكية معقولة غير مرغوبة على الاطلاق من جانب المريض، ويجب مقاومتها وتجنبها. الانتكاس لا يعني اطلاقاً أن أساليب المعالجة فيها أخطاء أو كانت فاشلة من جانب المعالج أو أن المريض لم يبذل جهده الكافي في تدبر ذاته بتحسين نظره. وعلل التفسير الأكثر عقلانية وصواباً والذي يمكن طرحه فيها يخص الانتكاس هو أن بعض البدلات المعرفية أو السلوكية أو الاثنين معاً عند المريض لم تستكمل بعد لتأخذ شوتها النهائية الإيجابية.

إضافة إلى ذلك فإنّت كمعالج بتعين عليك أن تطرح الانتكاس إلى المريض كنتيجة من نتائج الخيار حتى لو كان هذا الخيار ليس على مستوى الوعي أو الأمر الظاهر، ونادراً ما يكون الانتكاس نتيجة النزوع غير المسيطر عليه نحو الشرب أو تعاطي المخدّر، رغم أن المريض ينظر إلى هذا الانتكاس من هذا المنظار. ولكن سبب الانتكاس في واقع الأمر، وهذا غالباً ما يحدث هو الشدة أو Stress أو الاضطرابات الانفعالية النوعية التي تحرض النزوع نحو الشرب وتقويه، سواء أكانت هذه الاضطرابات مباشرة أو غير مباشرة. لذا فإن المعلومات الهمامة يمكن أن يتزود بها كل من المريض والمعالج معًا من خلال التمرين الحقيقي والمخلص الأمين للخبرة الانتكاس التي عاناه المريض. وعلى هذا يتوجب على المعالج أن يناقش بصراحة.
تامة احتمالات حدوث الانكاس وكيفية التعامل معه بدون أن يكون في هذا النقاش وفي مضمونه أي فهم من جانب المريض على اعطاء الضوء الأخضر لخدوثه، أو التشجيع عليه، أو على حدوثه.

ويذكر القاريء ما أتينا على تفصيله في الفصل الخامس من هذا الكتاب، ونقصد مسألة ما أسميناها بتأثير خرق قرار الامتياز عن تعاطي الكحول أو المخدر (Cordon 1985) وهذه ظاهرة يخبرها المريض عندما يرتكب زلة أو هفوة بعودته إلى الشرب أو تعاطي المخدر، حيث يباشر في تهويل معنى هذه الزلة، ويعدها بثابة كارثة، فلا يقدر على العودة من جديد إلی الكف بسبب إيمانه بخسارة ارادته وعزمه على الكف والامتياز، وفقدانه السيطرة على نفسه، وإهانة كبيرة لاعتبار الذات أو الفعالية الذاتية.

إن مسألة الانكاس يمكن أن تناقش مع المريض بطريقة حوارية في بداية المعالجة، ويفسر للمريض الذي خرق العقد مع ذاته فأخطأ بحق نفسه فعاد إلى الشرب أو تعاطي المخدر واختار الادمان فيها كان الهدف مثلا الشرب المعتدل المراقب أو الامتياز النام، نقول تستطيع أن تفسر له أن يسير على خط فاصل دقيق بين تجاهل الخطأ الذي وقع فيه، وذم الذات ولعنه وتحقيها.

ويمع المعالج أن عليه أن ينتهج كل فرصة خلال سياق العلاج في تشجيع المريض على الافصاح عن زلاتة وهفواته في الشرب ويصاره بها، كي يعرف المساشاء من هذا الزلات، ويساعد مع المعالج في إزالة أسباب هذه الزلات. ويشجع المعالج أيضا على
تفسير معنى الزلة من أجل تجنبها، أي تجنب ما أسمناه بالتأثير الخارق لقرار الكف عن شرب الخمر أو تعاطي المخدر.

وأكدت التجارب السريرية أن التأثير الخارق للكف له تناجحه وأبعاده الخطيرة أحياناً على سلوك المريض المدمن. فالعلاج يتوقف عندما يشعر المريض أنه لا قوى الفشل التام بحيث إنه لم يعد في استطاعته أن يواجه المعالج ويعود إليه وأن العلاج برمته نسف من أساسه فأضحى في موضع اليأس، وعليه والحلالة هذه أن يعود إلى تدمير ذاته بالامعان في الشرب والتهالك عليه.

يتضمن العلاج مسألة إعطاء تدريبات بيئية بنفذاً للتعامل بين الجلسات العلاجية. وهذا جزء هام من العلاج العقلاني - الإنتفعالي. ويتبع على المعالج أن يخلق عند المريض المدمن. من خلال كلامه معه، توقعات إيجابية نحو مزيد من التحسن إذا ما أنشئ واجبات البيتية بين الجلسات العلاجية. وحسب مستوى التفاعل والالتزام القائمين إزاء العلاج، في مقدور المعالج إعطاء وظائف وواجبات بيئية للمريض لانجازها مثل قراءة كتب أو نشرة، أو الاستماع للشريط الصوتي، ومن ثم يوسع هذه النشاطات لتكون نوعية، وتتارين مفصلة عندما يتقدم العلاج.

ومن الأهمية بمكان أن يفحص المعالج ما أنجمه التعامل من واجباته البيئية المحددة له، ومدى اقباله عليها والتزامه بانجازها. ومثل هذا الاهتمام الذي يبدى المعالج بالواجبات البيئية يعني الانطلاقة التي التعامل يكون هذه الواجبات هي جزء هام من العلاج.
وتلتالي تزود المعالج بالمعلومات عن مدى انخراط المريض بالعملية العلاجية وتحمسه نحوها، إضافة إلى مدى امتلاك المعالج للمهارات الأساسية التي يشجع على كسبها في العلاج.

ولعل المعالج أن الآفات المعرفية التي هي على درجة كبيرة من التفاصيل والتوبيخ في الوظائف الببتية لا تكون نافعة جداً عند معظم الكحوليين والمخدرين على المخدرات وربما خاصة في بداية العلاج، إذا لم يكونوا بعد معدن لانجاز مثل هذه الوظائف ولا هم قادرون على فهمها واستيعابها، لذا يستحسن أن تكون الوظائف ملائمة لقدرته المريض. ومستوى ثقافته وذكائه، وأيضاً درجة رغباته في انجازها بين الجلسات العلاجية، كما يجب أن تكون واقعية، وعملية وقابلة للانجاز.

هناك قضية هامة تبرز خلال العلاج عندما تبدو المعالجة غير ناجحة، ففشل المعالجة المعمدة عادة ما يظهر بعد جلسات علاج قليلة، أو بعد فترة نجاح علاج مقبول عند المريض الذي حدد هدف علاجه بأن يشرب باعتدال. في هذا الوقت، على المعالج أن يقوم بالحالة فيما إذا كان الشكل الأكثر تحدياً أو تكثيفاً من العلاج هو الذي يحقق النجاح العلاجي الأفضل. وقد يكون هذا الشكل هو وضع المريض في برنامج علاجي ينفذ في المستشفى، أو برنامج إعادة تأهيل، أو في عزلة السمية الكحولية بآمانه لمدة قصيرة في المستشفى.

وجدير بالذكر أن الدراسات السريرية لا تشير بوضوح إلى كون البرنامج إعادة التأهيل المتعددة الأبعاد أو Multidimensional هو
المكلفة هي بالضرورة أكثر فعالية من أشكال المداخلات العلاجية الأقل من الأولى (Miller 1985). إلا أنه بالنسبة لبعض الأفراد، وبخاصة أولئك الذين يجدون صعوبة في البقاء ضمن مجتمعاتهم وهم ما زالوا متعنونين عن تعاطي الكحول أو المخدرات، فإن الخيارات الأخرى العلاجية يجب أن تكون موضع فحص وتدقيق وموزونة. وعلى المعالج أن يلفت نظر المدمن إلى أنه إذا لم يمتنع عن تعاطي الحمراء فلا بد من إلحظه إلى مصلحه الخاص بالآدمان، ومن هذه النتائج قد يحفز المعالج ليكون حكماً لأجا ذاته. ولعل المعالج أن المصاحات الخاصة بإعادة تأهيل المدمنين تكون سهلة ولكن ليست بالطريقة السهلة بالنسبة للمرضى المدمنين على الكحول أو المخدرات النشطين في إدمانهم ليتابعوا العلاج والسير قدما نحو الامة. فهؤلاء عندما يدخلون هذه المصاحات النومية، يكونون في مأس من الأغراض والمنبهات المثيرة كنزعوسات شريهم، ويعيدون عن المسؤوليات المهنية والأسرية. ولكن ما أن يخرجوا من هذه المصاحات حتى يتبقي عندهم طرق جديدة من التفكير، والمشاعر، والسلوكيات وهم في أجواء محيطهم الطبيعي. وفي هذه الحالة يتتابع علاجهم على أساس مراعى عادات. تتبع مسألة هامة تواجه المعالج هي الصورة التي يجب أن تكون عليها علاقته مع الأفراد الذين يبذلون بالمرضي المدمن من أفراد أسرته والجهاز القضائي. وأرباب عمله إذا أن هؤلاء لهم علاقة مباشرة بالمرضي المعالج ويتابعون سيرته العلاجية وحالته

إن الأسلوب العملي والشائع هو الاهتمام بهؤلاء ولكن بدون
المساس اطلاعاً بالسرية وبحقوق المريض المعالج بالحفاظ على المعلومات الخاصة به، فلا يكشفها إلى أحد إلاّ بذاته وموافقةه. فتلك أمور من جوهر اخلقيات المهنة ونواييس ممارستها. وهنا لا بد وفي بداية المعالجة، أن يستأذن من المريض ليعلمه عن المعلومات التي يوافق على الكشف عنها عند الطلب إلى الآخرين الذين يلوذون به ويرتبطون بحياته، وبأيّة ظروف يراها مناسبة للكشف عنها يرغب من معلومات عن حالته وسير علاجه.

وفي الوقت الذي نرى أنّ مريضاً قد يسره أن تنخرط زوجته انخراطًا تاماً في مسألة علاجه وبدون حدود أو تحفظ، نرى مريضاً آخر على نقيض ذلك يرفض رفضًا تاماً مثل هذا الانخراط. لذا فإن مسألة استثاث المريض عن نوعية المعلومات التي يمكن أن يكشف عنها إلى الأفراد المحيطين به هي هامة ويجب أن تتم في باكورة العلاج. ومع ذلك فإن من واجب المعالج أن يناقش المريض انطلاقًا من مصلحته وسير علاجه، أن يحدد بعض الأشخاص الذين يمكن أن ينخرطو في إطار العلاج من أجل تقديم العون إليه كطرف ثالث في العملية العلاجية.

3 - توقف العلاج:

إن السؤال المطرح هو: منى يكون مناسبًا إيقاف العلاج؟ على المستوى المالي يتخذ هذا القرار باتفاق مشترك بين المعالج والمعالج إذ عندما تتقدم المعالجة وتسير في طريقها المرسوم المخطط لها، فإن طورًان من العلاج المكثف المشدد الذي يبغي مساعدة
المريض على تعلم إيقاف تعاطي الكحول أو المخدر، والإبقاء على هذا الإيقاف يتبعه انتقاء لأهداف علاج جديدة تتوخى تقديم العون للمرض ببغية تعلم تبديل حديث مع ذاته، وأفكاره اللاحقة التي تعود إلى اضطراب الوظيفة السلوكية والانفعالية. وما أن يأخذ هذا الطرز العلاجية أبعاده المطلوبة حتى يقل تواتر البرنامج العلاجي، أو يتم إعادة هيكله حسب الحاجة الراهنة. يشجع المريض على اختيار ما يرغب من عمل، وأيضا التعامل مع مختلف التقنيات العملية الخاصة بحل المشكلات العلاجية ضمن أطار عمل العلاج العقلي-anfاعالي.

وهنا عندما يثبت توقف المريض عن تعاطي الكحول أو المخدرات ويتحقق هذا التبديل في السلوك المطلوب لفترة مقبولة من الزمن، وغالبا ما تكون المدة بحدود تسعة أشهر أو أكثر، فإن توجيه العلاج يمكن تقلله إلى تنمية شخصية المريض في التدريب الذاتي العقلي بأموره وإلى نشاطاته التي تغذي وتعزز من قبوله لذاته. وفي مثل هذا السيناريو العلاجي وافراً تقريبا فإن القرار بإيقاف العلاج يأخذ مجرى في بداية الأمر من العلاج المنتظم إلى العلاج المتقطع الذي يقوم على إجراء اتصالات علاجية حسب الطلب. وأن توقف العلاج توافقا تاما يؤدي في اعتقادات انتهاء العملية التطويرية والمنطقية التي أضحت الأسلوب الجديد في حياة المريض والتي هيمت على كامل العملية العلاجية.

وعمل المستوى الواقعي فإن اتخاذ القرار بإيقاف العلاج أو الإحالة إلى الجهات الأخرى (أي المريض) يحدث عادة لمددين من
الأسباب. فقضايا ايقاف المعالجة تراكبها بعض الظروف التالية:

في بعض الأحيان يوقف المريض المعالجة بوافقته لأسباب غير نوعية ولا واضحة محددة. وفي حالات أخرى توقف المعالجة نتيجة تأثير بعض المشكلات العملية أو بسبب رغبة المريض باختيار معالجة أخرى أو بامكانية مساعدة ذاته.

في سناريو آخر توقف المعالجة نظراً لعدم الوصول إلى النتيجة العلاجية المرجوة. ومن أبرزها قد توقف المعالجة بأسلوب دون المثال من جانب المريض بسبب انسحابه منها.

عندما يقرر المريض ايقاف علاجه بعد سلسلة من الجلسات الأولية، وبعد أن يحدث التبدل المشعوذ أو بجزء منه إزاء سلوكه الادمائي ولا يتكيفي اضافة إلى اكتساب مهارات التدبير الذاتي المنطقي (أي قدرته على السيطرة وتبديل الأفكار اللاعقلانية علاجته), قد يقرر أن علاجه استكمال وبلغ الغرض المشعوذ, لذا فإنه أصبح ليس بحاجة إلى العلاج. وهنا يتغير على المعالج مراجعة ومعابدة تفكير المريض مراجعة واضحة وبصورة مادية, حين يقف العلاج، وبدون أن يسأل عنه الحكم الخاص بتقديمه العلاجي, يعد المعالج لائحة بالأهداف التي بقيت بدون انجاز, ويتوجب الوصول إليها.

وفي هذا السياق يجب الانتظار عن ذه المعالج المعالجات السابقة للمريض اضافة إلى جهوده الذاتية غير الناجحة في محاولاته للتخلص من ادمانه, وهنا يتضح له (أي للمعالج) فيما إذا كان المريض في حكمه بإيقاف المعالجة هو أمر سابق لأوانه في ضوء تلك الأهداف العلاجية التي يتم الوصول إليها بعد قصته الادمائية السابقة, أم أنه
مصيب في تقديماته ب пациف العلاج، فإذا أوضح له أن الإيقاف هو سبب لأوانه فعليه أن يلتزم للمريض هذا الأمر. وننصح إلى أهمية اعطاء المريض الذي يقرر إيقاف علاجه الخيار ب إعادة معالجته عند ظهور أية علامات صعوبات الكف عن الامتياز. وأنه مفيد حقاً أن يراجع المعالج بعض العلامات مع المريض المعالج الذي قد تدفعه الى العودة ثانية الى العلاج. وإذا أدرك المعالج أن قرار المريض بإيقاف معالجته هو أمر في غير مصلحته وسابق لأوانه، عليه أن يطلب وقفاً على لقاءات علاجية متواصلة، والاتصال به هاتفياً وغير ذلك من النشاطات النوعية بتواريخ مستقبلية متفق عليها.
وعلى المعالج أن يظهر للمعالجين أنه مؤمن واثق بالاعتماد على ذواهم، وأن أية صعوبات قد يواجهونها مستقبلاً لا تعني أبداً الفشل.
وفي بعض الأحيان يمكن تأطير هذه الكلام بالإشارة الى أن الكحولية لا تشفى ولكن يمكن تدبيرها والسيطرة عليها. وفي الوقت الذي يجهد المعالج في بذل الجهود البارمة الى تحسير المريض بتصريفاً واقعياً بأي انسحاص وراء قراره بإيقاف العلاج، فإنه يكون من المناسب أن يكون التقرب متضمناً الاحترام لوجهات النظر المختلفة إذ رصد خلال النقاش.
في بعض الأحيان يقطع المريض المعالجة اعتقاداً منه بعدم جدويها وضعف فعاليتها، أو أنها بدت غير ضرورية، أو أنها متعارضة مع بعض العلاجات التي تقدمها جماعات تخرج في علاج

275
جامع يجري بأسلوبه على مساعدة الذات

ومرة ثانية

نهب بالمعالجة أن يتكلم مع المريض حيال قراره من كل الجوانب السلبية والاجتماعية كما يدرك أي حد كان قراره صحيحًا أو ناقصًا، وما لاشك فيه أن العلاج يخلق للمريض بعض الارتباك، وأن هذا الارتباك قد يدفع بعضهم إلى اضطرابه، بخصوص إذا كانت الجلسات الأولية العلاجية لم يشعروا فيها أنها قدمت لهم شيئاً من النجاح والتقدم بالنسبة لفهمهم وتقديراتهم الذاتية. ولعلم المعالج أنه إذا تمكن من خلق توقعات مفيدة ومناسبة عند المريض وأوضح له أن العلاج يحتاج إلى جهد وصبر وحشود جهوده (المريض) للتغلب على مشكلته بدون أن يقدم ضمانات علاجية فيها شفاء مضمون وسحري، فإن المريض والحالة هذه سيظل مثابرا على المعالجة في معظم الاحتمالات. وإذا أوضح للمريض أيضاً أن العلاج العقليائي - الانفعالي لا يتعلقاطنا مع العلاج الجماعي الذي يقدم العون العلاجي الذاتي، فإنه يكون قد حفزه إلى الأخذ بالعلاج الذي يمارسه والاستمرار فيه.

وكما ذكرنا فإن نتوقف المرضى عن العلاج غالباً ما يوجد في مبررات هذا الانقطاع عدم وصولهم إلى الهدف (أو الاهداف) الذي ينشدونه من العلاج. وأن هذه الأهداف التي يضعونها ويصبن البحث عنها غالباً ما تكون غير منطقية ولا عقلانية في مثل رغبتهم في الاستمرار في الشرب على الأَ يعانوا من النتائج السلبية للكحول. أو التفتيش عن شفاء سحري لمشاكل ممتعدة ترتبط عن الكحول. وأيضاً يتوقف المعالجون عن الاستمرار في العلاج لأسباب شخصية.

٢٢٦
بحثة، مثل عدم ارتباطهم بشخصية المعالج، أو تأثرهم بآراء عامة الناس عن العلاج قد يكون مؤدياً وضراً وغير ضروري.

والعلاج الفضائي هو الذي يسبب أسباب ترك المريض العلاج لأنه قد يحصل على معلومات مفيدة للتعامل مع مرضى مماثلين مستقبلاً. من ناحية أخرى، نجد أنه ليس صحيحاً أن المرضى الذين ينقطعون عن العلاج يكون بسبب الانكسار الذي أصابهم. أي تعبير آخر أن الانكسار ذاته هو الذي أضعف عزمتهم عن الاستمرار. فعملية المتابعة العلاجية في هذه الحالات قد تكون مفيدة في تبديل أخطاء مفاهيمهم وتصوراتهم عن معنى الانكسار. الأمر الذي قد يدفعهم لانتماس العلاج مرة ثانية. وقد تعززنا المعلومات الإحصائية عن معرفة نسب الانكسار، إلا أنه في اعتقاداتنا كمعالجين أن عدد الانكسار ينخفض إلى حد كبير إذا ما تمكن المعالج من وضع هدف العلاج، وشرح العلاج العقلياني - الانفعالي شرحاً مفيداً مقتناً للمرض (طبعاً حسب مستوى الثقافي) ونقصند توضيح الطبيعة التوجيهية التي تتميز بها هذا النوع من العلاج، وأيضًاً ببذل جهد لخلق أهداف واقعية عند المريض وتوثيقآ مؤملة.

تبرز مشكلة أخرى هي عندما يتم ابتعاد المعالج بعد رفض المريض تحويله إلى جهة علاجية أخرى، وتبع ذلك تقهقر حالة المريض رغم علاجه عن مستوى مريض خارج المستشفى (أي عيادي). وهنا تتفصح الحكمة والواقع أن يقوم المعالج فيها إذا كانت الطريقة العلاجية المتبعة التي عالج بها المريض هي كافية وفعالة في علاج مشكلاته. وكما ذكرنا في هذا الفصل، عندما تسوء حالة
المريض ويعاني من اكتئابات متكررة، ويتعثر الى متاعب أسرية ومهنية ناجمة عن لهائه على الخمره والمداه، فإن احالته إلى مصدر علاجي آخر هو الحل الواضح أن يختاره ويرجعه المعالج. ونقصد بالمصدر العلاجي المستشفى الخاص في علاج الإدامة التخصصي حيث تكون هناك برامج علاجية مشددة صارمة وموجهة، وعلى المستوى النظري يظل مثل هذا المريض يستفيد من علاج خارج المستشفى (أي العلاج في العيادة)، ولكن الاختلافات التي يعاني منها تفرض التماس علاج في تلك المصالح العلاجية.

إن استمرار العلاج في العيادة (خارج المستشفى) من قبل المعالج رغم تراجع المريض وتهلقه قد يخلق عندك الاعتقاد، وعند غيره من ينيطون به بعدم جدوى هذه المعالجة وضرورة التماس معالجة أخرى عند غيره، أو بالعكس تكون المعالجة فعالة من حيث الأساس ولكن لن يستفيد منها المريض. من جهة أخرى يحسن تحديد أهداف العلاج الوعي، ومن ثم مراقبة ورصد التقدم الذي أحرزه المريض رصدًا مستقلاً وشاملًا أو نظمًا بشكل مبسط أو اضطرابات ترتبط بتعاطى المخدرات، وينصح المعالج بالأخذ بالمبادئ العامة التالية عند الالتزام من وكيف يجيب أن يتم اتحاد معالجة المريض:

1- حينها الأهداف العلاجية قد تم الاتفاق عليها (بين المريض والمعالج) حينئذ فإن الانقطاع عن العلاج بقرار يتم بين الاثنين بعد تحقيق الكثير من هذه الأهداف أو بعض منها.
2- إن قطع المعالجة بعدما تم بذل جهود بديائية فعالة وذلك نتيجة

228
الرغبة القوية في إنهاء العلاج التي يبديها المعالج والتدبر بذاته
هذا الانتفاض يكون الاتفاق عليه على أن يشجع بإجراء زيارات
متباعدة يجدد أوقاتها وتواريجها المعالج.
جـ١ـ عندما يقرر المعالج إنهاء العلاج لأنه لم يحصل على الفائدة
العلاجية المترجدة أو لعدم قناعته بالطرق التي يعالج بها أو
لمعالجتها مع العلاجات الأخرى القائمة على العوامل الذاتي،
على المعالج أن يتبنى طرحاً عملية وسادية في مناقشته لهذا القرار
الذي اتخذته المعالج. وفي كل الأحوال، وهذا ما يجب الالتباس
عن ذهن المعالج اطلاقاً، إن القرار بإنهاء العلاج يعود أولاً
وأخيراً إلى رأي المعالج، ودور المعالج فقط هو التبصيز والنصح
والارشاد.
الخلاصة:

غالباً ما تكون قضايا إجراء العلاج هامة جداً في التدبير العلاجي للكحولية ولغيرها من المواد المحدثة للادمان والتعود (المؤثرات العقلية). وهذا الأمر يتضح أهميته بخاصة عند المرضى الذين يعانون من أشكال حادة من الاضطرابات نظرًا لأنه غالبًا ما يترافق مع هذه الاضطرابات اختلاطات متعددة. وهذه الاختلاطات لا تظهر بين ليلة وضحاها، لذا فإن المعالجة الفعالة تكون طويلة.

وهدف تقديم العون للمريض من أجل تبديل أفكارهم ومشاعرهم، وسلوكياتهم التي هي موطنه الاضطراب الكحولي أو الادماني وجوهر علتهم، فإنه من المفيد جداً توجيه المرضى نحو تحقيق تقدم في أحاواهم وليس الوصول إلى الكمال. هذا فإن الثابرة على انجاز المراحل المتعددة من العملية العلاجية هي أمر مطلوب.

ففي الطور البدائي الأول يتعين الالتحام على اقامة علاقة علاجية اغرائية مقنعة جذابة بين المريض والمعالج، وتحديد أهداف العلاج، والبدء في تعليم المريض كيف يتصدى لأفكاره الخاطئة المسببة لاضطرابات الانفعالات الذي بدوره يعرض النزوع نحو شرب الخمر أو تعاطي المخدر لضعف قلق الإنزعاج. في الأطوار التالية العلاجية، وبخاصة بعد أن يتمكن المريض من اكتسابه السيطرة الإشرافية على سلوكه الادماني، ينتقل العلاج إلى تعليم المريض التدبير العلاجي الذاتي الانفعالي - العقلي للم행위ات الفكرية، والانفعالية والسلوكية والموثقة التي تعرض على الميل نحو المخدر أو الكحول وتشكله.
وفي المراحل النهائية يتم تحليل العلاج حسب المشكلات الاتباعية والعملية لمساعدة المريض على الإبقاء مفتوحاً ممتناً على الكحول أو المخدر إضافة إلى إعادة تزويجه وتنظيم حياته، وتغيير تفكيره الخاطئ التجريبي الذي يحمل إحساساً كبيراً في النزاع نحو تعاطي المخدر أو الكحول بالدرجة الأولى.

إن المنظور المتطور للعلاج يقتضي التخطيط المشترك بين المريض والمعالج في تحديد أهداف العلاج وتقديمه. ولا بد من الاقتراض والقبول للحقيقة التالية هي أن فضلاً تقدم (علاج) الحالة المرضية والاختلافات التي تؤدي عادة الادمان عموماً وخصوصاً في الحالات الحادة، يجب أن تكون ضمن توقعات المعالج وفي منظوره، ويجب أن يدرك المعالج أن العلاج النفسي بداهته ولو حدته لا يتطلب عنه الشفاء الكامل من الادمان على الكحول أو المخدر.

وبينما نرى أن العلاج العقلي - الاتباعي قادر على الإسهام اسهاماً كبيراً في علاج الادمان على الكحول والمخدرات، فقد يكون تسوس العلاج الوحيد الذي يحتاجه المريض أو ينخرط فيه من أجل حصوله على تزويج السلوك الادمانى والابقاء على هذا التزويج في حياته اليومية. لذا فإن المعالج النواعي المخدر يشجع المريض أن يكتشف ويعمل التغيير عن كل السلوك والوسائل الأخرى التي تقدم له العون على تزويج سلوكه الادمانى ومساعده على المخدر والكحول دوماً من خلال تزويج أسلوب حياته السابق كلما.

وما أن تنحض أهداف العلاج من خلال المراحل العلاجية

٢٣١
الأنفية الذكر يتوجه الاهتمام إلى ايقاف العلاج أو تبديل الإجراء
(الأسلوب العلاجي). ففي الحالات الشديدة الحادة، فإن إحالة
المريض إلى مؤسسات علاجية مختصة بعلاج الإدمان بغرض تحقيق
علاج مكثف وأكثر نوعية هو أمر يجب أن يراعى ويؤخذ بعين
الاعتبار.

وبينما نجد أن ايقاف العلاج من جانب المريض هو أمر شائع,
الآن نسبة من يقررون ترك العلاج وهجره يمكن تخفيفها من خلال
أسلوب الهدف الموجه، والتوقعات الواقعية لما يمكن أن يصادفها
المعالج وباللجوء إلى الطرق الأكثر فعالية المتوفرة، وبالحذر الكبير من
الاختلافات الكثيرة للمشكلات التي يبرزها المريض ويظهرها,
وأخيراً بمراجعات ما تم إحرازه من تقدم علاجي بصورة دورية.

٢٣٢
الفصل العاشر

التعامل مع الفرد الذي يقدم العون للمريض المدمن

من البدهي أن الكحوليا أو المدمن موجود ضمن محيط أسري في معظم الأحيان. وهذا المحيط إما أن يكون أسرته زوجته وأولاده - وإما عائلته: أبيه وأمه وأخواته وأخوته أو أقرانه. وهنا نجد أن مسألة الاضطراب الكحولي لا تكون عادة محدودة بالمريض بل تمتد مشكلة الاضطراب للفت وتؤثر أيضاً على من يحيط به من أقربائه وأفراد أسرته. وهؤلاء يفرض عليهم المرض الإدمي الذي يعاني منه أحد أفراد الأسرة الأجنحة، والمعاناة، لأنهم يجدون أن واحداً من يلذьюهم يدمري ذاته، ويدفع بنفسه إلى الهلاك نتيجة الإدمان على المسكرات أو المخدرات.

إن أي واحد يلتقي بالمدمن سواء أكان من أصوله في القرابة أو من أفراد أسرته يعرف تماما السلوك العدواني والمؤذي الذي يبدده المريض المدمن إزاء من يحيط به من أحبائه ومربديه، وكيف يبدد ويتص موارد ومصادر أفراد أسرته لارضاه ولعبه الإدماني فيعد معلوماً محسوراً على صيته. وهكذا نجد أن أجزاء أسرة المدمن تلفها دوامة غممات القلق، والخوف، والمؤثر، وفقدان الطمأنينة من جراء سلوك المدمن تجاه من يلذ به من فظاظة لفظية، وثورات الغضب الجنوني، والإيذاء الجسدي الذي ينزلبه بأولاده أو زوجته، أو تدمير لممتلكاته أو العبث بلقمة عيش أسرته (Brown, 1985, Royce 1981).
ومن خلال معرفة التأثيرات الضارة لسلوك الكحولي على أفراد أسرته، تقدم الجمعيات الخاصة (هي موجودة في الولايات المتحدة الأمريكية) التي تعني بعلاج الكحولي، تقدم الارشاد النفسي لأفراد أسرة الكحولي بإيجاد زمر وجماعات ضمن برامجها الارشدية العلاجية يتم فيها العلاج والارشاد على أساس ما نسميه بالجماعات التي تقدم العون لذاتها ونفسها خاصة بـأزواج وأولاد الكحوليين أو المدينين على المخدرات. وفي هذا الفصل سنتكلم عن الأزواج الذين يعيشون مع أفرادهم المدينين.

وصنفت كثير من الدراسات التي تناولت باسما Responsiveness Paoline الأسرية عند المدينين أن الادمان عموماً هو مرض أسري (Brown 1975, 1985). ويسعى الأفراد من زوجات وأولاد أو الأقرباء أو الاصدقاء الذين يقدمون العون المباشر للمدين بحكم عيشهم معه وارتباطهم به بالأعوان Enablers. وعادة ما تقوم وظيفة هؤلاء الأعوان الذين يلذون بالمدين على تشجيعه وحفظه بطرق لا شعورية ورقية، وغالباً ما تكون سلوكيات هؤلاء الأعوان متسمة بالمغالطات والمخاطر الخداعية.

وفي بعض الأحيان نجد أن بعض أعضاء الأسر هم بواقع الحال أعوان المدين، وكونون مدينين أيضاً - ويشاركون المدين في ادماجه - فإن القليل من الأبحاث قد تطرقت إلى هذا الموضوع في ميدان فهم هؤلاء الأعوان وتبديل سلوكهم الادماني. في هذا الفصل سنوضح دور العلاج العقلي - الانفعالي في مسألة الأعوان، والطرق التي تساعد هؤلاء بالخروج عن دورهم.

enahless
الأعوان هم الأفراد الذين يبدون أنهم يقدمون العون الى الكحولي أو المدمن للاستمرار في ادمانه. هناك عدة طرق يقومون بها هؤلاء الأعوان لتسهيل استمرار الأدمان. الأولي تقديم المال الى المدمن لشراء مادة إدمانه (الكحول أو المخدر)، أو بمشاركته في تعاوني الكحول أو المادة المخددة. وهذا النوع من شخصيات الأعوان يدعم دعماً مكشوفاً لعادات الأدمان عند المدمن من هذه الأسرة، ونسمى هذا النوع من المعين بالمشترك أو الضالع في تحليد الأدمان عند المدمن وتعزيزه.

أما النموذج الثاني المعين، فهو على نقيض النموذج الأول، يعارض سلوك المدمن قربه أو يحبسه في سربه للخمر أو تعاوني المخدر، ويستند حيلة مكشوفة ضد بهيمة ردهم عن الشرب والتخيلى عليه، نسمى هذا النوع من المعين المنفذ من الشر Messia. وهذا المنفذ يحاول منع المدمن من اللجوء في الافتراءات والانتقادات المؤذية للإدمان، ومناصره من شروته. ويعني هذا المنفذ الى انقاذ المدمن من السورات التي يقع فيها نتيجة ادمانه كخسارة العمل أو تبديد أمواله ووصوله إلى درجة العوز وذلك بداء بالعقول المالي أو بدفع دينه. وإذا صادف أن تصرف المدمن تصرفًا عدوانياً مزرياً فيما معريًا من الناس أو ضد معينه ومنذئه نجد أن هذا المنفذ يتحمل هذا السلوك ويبرره بكونه سلوكًا ضارًا تحت تأثير الخمار أو المخدر، ويعني إلى انتقاد هذه العلاقة من أن تمس بأي سوء لاعتقاده أن المدمن هو بحاجة إليه.
ولعل تأثير سلوك المنفذ هو في عزل محبوه المدن من تأثيرات الأدمان. فهذا السلوك يمنع المدن أو متعاطي الكحول من أن يعيش أو أن يعبر ويعمل مع التأثيرات الطبيعية العقابية أو نتائج السلوك الأدماني. أي بعبارة أخرى مثل هذه الحماية تتجرب عن المدينة تعرض للعقوبات الطبيعية التي تتعثر طريقها بفعل انغماسه في السلوك الأدماني، وتمنها من تعلم ما يردهه أو يضطرب سلكه الأدماني. وهذا بدوره ما يجعل المدن مستمرة في ادامه نتيجة هذه الحماية وذلك العطوف والتغطية العاطفية الضارة له، أما النموذج الثالث فهون ما Silentsufferers تسمي بالمعاني الصامت الساكن الصامت لا يحاول تبديل سلوك المدن، ولا يتدخل في عملية انقاذ إذا ما وقع في مأزق أو ورطة نتيجة سلكه الأدماني. وكل ما هناك فإنه يبص ويستك فل يرحم ساكنًا لا بالقول ولا بالفعل، كلا لا يدعم بالاعون المادي، ولا ينبري لديونه فيتطوع بتسديدها. يتص الأرم والكوارث التي يشاهد لها صول بالمدن.

إن المعاني الصامت في هذا الوقف الذي يتخذه، يحائر سابقه الذي وصفناه أيضاً. فإذا كان النموذج الثاني السابق يقدم الحماية فيعطل بذلك اكتساب الخبرات الراهنة من جانب المدن التي تكون بمثابة قصاص لسلوكه الأدماني، فإن النموذج المعاني الصامت أيضاً يعطل خبرات المدن والنتائج الطبيعية التي تترتب عن ادامه نتيجة النظاهر من جانب المعاني الصامت أن ما يفعله المدن لا ينطوي على أي خطأ. فهو بسلوكه يتأمر بصورة غير مباشرة مع المدن في انكار المشكلة الأدمانية، ويطرح صورة له ايجاعية بسكونه، أن العالم من
حوله هو بخير وسلامة. ونتوجه أن مثل هذه الشخصية المحيطة بالمرضى المدمن تكون غالبا على درجة كبيرة من القدرة على التحمل والصبر وامتصاص الألم والتصرف تصرفًا إنسانياً.

: Enahler

2 - التعرف على شخصية المعاون

في كثير من الأحيان، ورغم خبرة المعالج السريرية الواسعة يفتقد خلال سير العلاج أن أحد أفراد أسرة المعالج أو صديقه أو محبيه يشاركه الأدمان. كما ونادى المعالج أحياناً أن المريض المعالج لا يشبه رغبة ولا استعداداً بذل أن من تعامل معه من هذه الفئات هو مدمن. ومثل هذه المواقف نرى فيها كثيراً من المشاكل الأسرية، حالات ادمان زوج أو زوجته، حالات سوء معاملة أولاد وهماؤهم. حالات اضطرابات اكتئابية وخيال عند الآخرين. خصومات بين أفراد الأسرة الواحدة تفضي إلى انقطاعات الاتصال بين بعض أفرادها لأشهر وقد تدوم لسنين. حالات أزمات مالية أسرية حادة. حالات اضطرابات سلوكية عند الأولاد حيث يرفض الأبون في الانخراط بالعملية العلاجية. وعادة الأب الذي يفرض الانخراط يتحول إلى الكحولية في بعض المواقف. حالات خصومات زوجية عنيفة، يرفض الزوج أو الزوجة العلاج الزوجي. وبالطبع ليست جميع أنماط العائلات التي تكتشف أجواءها المناصب والمشاكل يعني من سلوك الأدمان بأنواعه المختلفة. يجب الا يتوقع المعالج أن يجد في كل مشكلة أسرية قصة إدمان تحكي ذاتها. ولكن أيضاً بالمقابل كثيراً ما تقوته حتى المعالج الخبير المتمرس ملاحظة مشكلات إدمان في أسرة ما. وأن نتائج العلاج بدون ادراك هذه الناحية، هو مكافأة
المعيín على اسيولك المجهول عند المعالج، والنتيجة التي تتمتخص عن ذلك هو الرهان على المزيد من المعاناة من جانب المدمن المعالج بفعل عدم التعريف على هوية من يقدم العون في محيطه وحياته. وبالتبع فإن كثيرًا من الأعوان لا يدركون نتائج صنيعهم. سواء أكان المعني الصامت، أم المنقذ المعالج الذي يقدم حماية للمدمن بدون أن يشعر بصنيعه السليبي لعل الطريقة الوحيدة للخروج من هذا الأزم هو في أن يسأل المعالج المعالج المرض، ومنذ بداية العلاج وحتى لو لم يذكر المريض خلال القصة الاستقصائية إداماته، عن نوعية الأشخاص الذين يحيطون به، ومنهم من يتعاطى المخدر، أو عن نوعية الشخصية التي تعامل معه. أو بأن يتبع خطوة بخطوة لأية مسألة إدامان يذكرها المريض المدمن فيطرح أسئلة نوعية تكشف عن وجود أي شخص ضمن محيطه الأسري أو الصداقى، وكمساء أو حجم الشرب، وتواتره. وغالبًا ما نجد أن في مقدور المعالج أن يكشف من حول المريض وهمياتهم السلوكية وذلك من خلال معرفة العلاقات المتبادلة الشخصية التي يلعبها المعني، ومن ثم التعمق بالأسئلة التي تتناول تعاطي المخدر أو الكحول عند أشخاص آخرين. وهنا نجد أن أولاد الكحوليين غالبًا ما يتزوجون كحوليين، وهكذا فإن الأعوان الذين يحيطون بالمرض قد يكون لهم سمات الشخصية ذاتها التي هي عند أولاد الكحوليين الكبار (Brown 1985) وهذه السمات يستخلص منها التالي لتكون:

أ - المطلب في ضبط الآخرين ومحيطهم بكليه.
بـ الخطوب من تأكيد الذات أو الهيمنة مصحوبة بمطلب شديد للحب والقبول والذان يعبر عنها بالجهود المتكررة المبذولة لارضاء الآخرين، فالمرضى الذين يظهرون أمانة السلوك المذكورة قد يتركون ويتعاملون مع أشخاص آخرين مدينين.

وإستناداً إلى هذا الافتراض يتعين على المعالج أن يطرح أسئلة عن الأشخاص الآخرين الذين يختطون بالمرضى المعالج:

3 - لماذا نساعد المعين:

قد يتساءل القارئ بعدما علم أن الأعوان الذين يختطون بالمرض الموتمن لا يقدمون عملياً أي عون نافع له، بل على العكس فهم الذين يشكون عنه العون من خلال التغطية أو السكتة أو الانحراف معه في الادمان ثم هل أن العلاج الناجح يستوجب اشراف أفراد المريض في العلاج فيدربون ويثقون حيال دورهم؟ وهل أن التعامل مع المعين هو الاستراتيجية الأولى للوصول إلى المريض؟

الجواب هو أن علاج المعين كي يوقف عن تقديم العون للمريض هو بهدف أن يكون أداة لعلاج الأدمان. إن مثل هذا الاتجاه الذي يوجه الجواب المذكور يبدو معرفاً ومعقولاً لأول وهلة، إلا أنه في نظر رواج العلاج السلوكي أمثال البرت أليس خاطئاً لسببين: النسب الأول هو أن المعين كائن بشري في حقوقه، ويحتاج إلى مساعدة كي يوجه توجهه صحيحاً ومرضياً بصرف النظر عن علاقاته بالمدن. وأن استخدامه كأداة لعلاج المدمن على الكحول أو المخدر هذا الاستخدام يسيء إلى هذا الحق البشري. ولعل الأكثر
أهمية في هذا الموضوع أن يعرف المعين عدة أمور:
أ - كيف تكون حال فلسفته للحياة بالنسبة لهذا الدور غير المثب
الللمكافأة إذا كان يلعب الدور نفسه مع أشخاص آخرين في
حياتهم.
ب - كيف بامكانه ابتكار فلسفة جديدة في الحياة تقود إلى علاقات
شخصية بذاتية مع الناس تكون أكثر إرضاء ونفعاً. وطالما أن
الأعوان يساعدون المعينين الذين هم في رعايتهم ولاحظتهم
على بقائاتهم المعينين، فيبدو أن الأمر سهل بالنسبة لهم (حتى
لدى بعض المعينين) أن يستنجدوا خطاً أن الأعوان مسؤولون
عن تبديل سلوك الكحولي أو متعاطي المخدر.

وواقع الأمر أن المعين الذي يساعد المعين على التمكّن بادمانه
فهذا لا يعني حكماً أن المعين يسبب الإدمان وهو علته. وقد يقال إنه
من خلال تبديل سلوك المعين إزاء المعين غالبًا ما يتمكن من تبديل
سلوك المعينين تحت ذلك، إلا أنه من جهة أخرى إن تبديل سلوك
المعين لا يترتب عنه بصورة آلية، وبالضرورة، بل وحتى بالسهولة
المتصورة تبديل سلوك المعين. فالمعين بالأصل هو غير مسؤول عن
إدمان الكحولي أو متعاطي المخدر. ولأن سلوك المعين يسهم فقط في
إبقاء المعين على ادانته، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن المعين يضبط
المعين ويسيطر عليه، ولا يتضمن أيضاً أن هذا المعين هو مسؤول.
إن كثيراً من الأعوان يأخذون على عاتقهم مسؤولية من
يربطون فيهم ويجبونهم من المعينين، ومن خلال جعل المعين يأخذ
دوراً هاماً في عملية علاج المعين، فإن المعالج بهذه الحالة يعبر عن

٢٤٠
لاعتقادنا أن المعين هو مسؤول. ويملأ هذه الرسالة التي يحملها للمعين يجعل هذا الأخير في حالة متزايدة من الشعور بالألم. ويجعله يبذل قصارى جهد له جعل صديقه أو قريبه المحبوب المدمم الذي يرتبط به مثناً عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر. وهذا ما يتطلب منه أن يفعل المزيد مما سبق وفعله في الماضي.

لعل الأهمية هنا تكمن في جعل المعين يقبل على العلاج ل türlüته الذاتية ولمساعدته وليس في أن يكون جزءاً من الخطة العلاجية في تبديل سلوك المدمم. وهنا تكمن الصعوبة الكبرى التي يواجهها المعالج لأن الموقف يتطلب منه المناورة للأسباب التالية:

1. ما أن يتوقف المعين عن تقديم الدعم أو التحذير أو الانكماش، فإن هذا الأخير سيكون مكتوفاً غير محمي من مواجهة النتائج الطبيعية والعقوبات التي يتلقاها نتيجة سلوكه الادماني.

2. ما أن يحدث ذلك، فإن المدمم والحالة هذه سيفدفع من ذاته ثمن هبهاته وثرائه ومتاعبه التي تواجهه نتيجة سلوكه الادماني، وبالتالي فإنه حياته تسوء وتتراكم مأساة ومعاناته.

3. ما أن تسوء حيه وتنزده متاعبه وتتراكم وبغرقه فيها فإنه قد يتعامل مع ادمانه تعاملًا أكثر اسراً وإغراءً ليخفف واهماً من معاناته وضنكه وكربه.

4. وهنا يواجه النتائج الطبيعية التي تترتب عن هذا الأسراف والاغراق في تعاطي المسكر أو المخدر، حيث يتهارى وبسط هبوط حلونية في مأزق الانسمام الكحولي المستمر. وفي هذا
الهبوط والتهابي سيصل إلى أسفل الهاوية فيصدم بها.

وفي اعتقاد كثير من المعالجين أن الاصطدام بقلع الهاوية
وأسفلها هو بداية الصحوة والختاوة الأولى نحو الشفاء. فالمدمن لم
يعد والحالة هذه قادراً على انكار وجود مشكلة عنده، ويجد على
ابتكاف المسكر أو المخدور بفعل صدة قفر الهاوية. ومع اصطدامه
بقفر الهاوية وسحب دعم المعين له وتحليله دوره، فإن هذا الأخير,
بدوره البعيد، يساعد المدمن بالبدء في السير نحو الشفاء. ولسوء
الحظ أن تردي المدمن إلى هذا الدرك الأسفل يثير عند المعين مشاعر
المسوسةة تجاه المدمن، حيث أن سحب دعم المعين يجعل من سقوط
المدمن الحلزيون أثور تسامعاً، فإن هذا السقوط يمكن إيقافه بفعل
عودة المعين إلى دعم المدمن. وإذا ما صدف وطغي الشعور بالائتم
على نفسه المعين، والخوف، والحسد والغيرة وغير ذلك من المشاعر
المنافعة المضطربة بفعل معاناة الكحولي الصديق، فإن المعين يخرج من
خثته النفسية واضطراباته الانفجاري من خلال إنقاذ صديقه الكحولي أو
المدمن ومد يد العون ليوضوع فيلعب دور المعين. وفي رأي رواد العلاج
السلوكية أن مثل هذه القضية يمكن التعامل معها بالطرق التالية:
أ- يمكن افهام الأعوان أن جهودهم الرامية - حسبما يظنون - إلى إنقاذ
من يحبونهم من المدمنين لن تبدل من سلوكهم الادماني. ويتم
ذلك من خلال مراجعة أنموذج الحوادث في العلاقات بين الطرفين
مراجعه مستمرة. وبهذا يمكن اقتناعهم أنهم إذا كانوا لا يرغبون في
تقديم العون لرؤساء الاحياء المدمنين من أجل الاقلاع عن
Adamهم، فإن أفضل ما يفعله هو التوقف عن تقديم «العون

242
يومهم والابقاء بعيدين عنهم.

ب - ويمكن أيضاً أن نساعد هؤلاء الأعوان بفهمهم أن صعوبتهم هذا يؤدي الى هبوط عقائدهم مبطنتاً حلزونياً مستمراً، وجعلهم في حالة سوء بصورة مضطردة وذلك خلال فترة قصيرة جداً.

ج - أيضاً نساعد هؤلاء الأعوان على الادراك والنبصر أنه لا يوجد ما يضمن أن هذا التردد الوعي في أحوال عقائدهم قد يكون بداية الطريق نحو الشفاء من الادمان.

د - وتوجد أيضاً خاطر سقوط المحبوب المدمن في هاوية الانهيار والبقاء في القفر بلا ردة أو رجعة وأن هناك مستوى ثابتاً جديداً من العمل الضعيف يمكن الوصول اليه.

ه - ويمكن مساعدة الأعوان لايقاف دعمهم للقريبين من المدمنين الذين يعيشون معهم وذلك بأن يتخذوا القرار بالامتناع عن تقديم الدعم أو الانكار، أو تحمل متابعتهم والسكوت عنها وذلك لهدف جعل هؤلاء المدمنين يستفيدون من النتائج الطبيعية التي تترتب عن سلوكيهم الادماني. وفي مقدور المعالج أن يقنعهم بالفوائد التي تعود عادة على هذا التجنيد لنشاطاتهم تجاه المدمنين أصحابهم وخلائهم، وعلى بقية أفراد العائلة أيضاً ونقصد ايفاق تقديم العون لهم.

فالاستمرارية في الدور المعني لا تساعد المحبوب المدمن، بل بالعكس يجعله مع بقية أفراد أسرته يعانى الألم. وإذا اختار المعني هذا الدور ورغب في الاستمرارية فمعنى ذلك أنه يضحي بالفوائد التي تعود على المريض وعلى أفراد أسرته معاً، أي بباقائه في موقعه.
ومستنفّع إدمانه بدون أن يوصله إلى قعر المهاوية فيحرم من الصحوة ومعاناة نتائج إدمانه.

إن من واجب المعالج أن يوضح للأعوان ما يترتب عن دورهم من خاطر على المدانين الذين يرعونهم فيما إذا استمروا في مسانتهم الإيجابية أو السلبية لهم. وأن أفضل عون يقدمونه إلى ما يعانونه بالرعاية هو أن يعوا أفكارهم الخاطئة التي تسبب لهم الاضطرابات الانفعالية:

وفي كثير من التفاؤل والأمل، عندما بدرك الأعوان الخطوات السالفة الذكر، فإن البعض سيكف عن لعب دور المعاني الصامت أو المنطقي وغير ذلك. وليعلم المعالج أن الغالبية العظمى من هؤلاء الأعوان قد يعجزون عن اتباع المسلك الذي يدركون إنه الأفضل بالنسبة لأي إنسان. ولعل البند الخامس من الطرق التي ذكرناها هو الأكثر صعوبة بالنسبة للمعين. وأنه قد حان الوقت لأن نعناين أهم المعتقدات الخاطئة التي تطوف في أذهان الأعوان عادة.

٤- المعتقدات الخاطئة عند الأزواج الأعوان والخليلات:

تؤمن النظرية العقلانية- الانفعالية أن معظم الأفراد الذين يبقون على علاقات مدرمة علبة مع المدانين على المخدرات أو الكحول فإنهم يعانون من انتقادات سلبية مضطربة تمنعهم هجر أو إعادة النظرة بالعلاقة غير المرضية، وأن كثيراً من أصحاب الظروف والمعالجين يفرضون أن الأعوان الزوجات أو الخليلات يكونون عادة شركاء في الادمان مع أزواجهن (ليس هذا الأمر ضروريًا في
المجتمعات الشرقية، والافتراس هنا مستوحى من العرف الثقافي العربي (المؤلف -)، إن هذه الفكرة نوحي لنا بالاعتماد أن المرأة غالبًا ما تختار خلفتها الذي يعاني من مشكلة الإدمان، إما لأن هذا الصديق هو مدمن أو لأن الاثنين لديهما حاجة لا شعورية لكي يقيما مدممين.
والطبع لا نجد في هذا الافتراس ما يعيننا على الأخذ به وذلك للأسباب التالية:
أولاً: أن كثيراً من المفيين الزوجات يختارن الخليل قبل أن تتفاقم مشكلته الإدمانية. وهذا ما يجعل في الأمر صعوبة في اختيار صحة Codependence - مفهوم الشريك المرتبط - وثانيها: أنه بالرغم من نفور كثير من العلاجيين من استخدام تعبير الشريك المرتبط، فإن الخبرات السريرية تشير إلى أن كثيراً من الأفراد ينتظرون في علاقاتهم من شخص مدمن إلى الآخر.
والطبع إن بعض النساء اللائي ينخرطن انخراطاً متكرراً مع أحبائهن أو أزواجهن المدمنين فإنهن في هذا الانخراط يرتبطن بسلوك غير للذات. وأيضاً تدل الخبرات السريرية أن بعض النساء المعينات يرفضن التخلص عن العلاقة المخربة اليائسة مع الفرد المدمن. وأن هؤلاء المعينات عادة ما يدخلن في أدوار الشريك أو المعاينة الصامتة.
أ - قيمة الذات والحاجة إلى الحب:
تفترض النظريات العقلانية - الانفعالية أن كثيراً من النساء يبقين على علاقة مستمرة مع الكحوليين أو المدمنين على المخدرات
بفعل فقدانهم للطمأنينة، والحروف الشديدة من البقاء لوحدهم منعزلات بحيث يتمسكن بأفكارهم الخاطئة التي تقعهن أن هذا أفضل ما يكون عليه. بما أنهم يعتقدون كيف يكون كائنات بشرية لا زرن له ولا قيمة، ولا يحتضنهم أي أنسان آخر جيد المسلك والإجابة الاجتماعية، فإنهم يبدون شكوكهم في الدخول في أي علاقة مثل هذه العلاقة السوية مع أشخاص يؤمن أن لا بد وأن يرفضون عاجلاً أو آجلاً من قبل هؤلاء الأشخاص الأسوداء عندما يكتشفون انحطاط قيمتهم الذاتية.

ولكن حينها يدخلن في علاقة مع شخص مدني، يشعرن بالطمأنينة، وعلى الأقل، إن الذي يعملون معاملة سبيبة، يعلم بما تكن عليه النسوة من فقدان الكرامة والاعتبار للذات، ورغبتهن بالاستمرار رغم العلاقة المهينة الكائنة بينهما، فهن لا يرغبون مع ذلك، أن يعيشن لوحدهن منعزلات.

وباعتقادهن أيضاً أنه حتى لو كانت العلاقة سبيبة فهي أفضل من أن لا تكون هناك علاقة إطلاقاً. وعلى هذا فهن يتحملن جميع أنواع السلوك المهيأ القاسي، الشرس الصادر عن المدمن الخليل أو الزوج لأنهن التعيسات اللاتي لا يجدن من يؤويلن سوى هذا الصنف من الرجال، والا بقيم وحيدات معزولات تأكلهن العزلة، ويتقاتلون المرض النفسي. إن علاج هذا الصنف من النساء يتركز أفضل ما يركز على مسألة اعتبار الذات والراحة إلى الحب والارتباط. فالعلاج الذي يتبع مدرسة العلاج العقلياني - الافتراضي يسعى إلى إغراء هؤلاء النساء على مناهضة هذه الأفكار الخاطئة التي تعشع في أذهانهن.
وتوجه حياتهم لتكون في هذا البوس الذي ما بعده بؤس، وفي هذا الارتباط الزي الذي ما بعده زراء. فلا مجال لهذا الاعتقاد الخاطئ بأنه وضيعات فاقدات اعتبار الذات والمكانة الاجتماعية اللائقة بالانسان. يجب علينا أن نتخلى عن فكرتهم أنهم يقبلون المعاملة السيئة خوفاً من أن يعشن منعزلات، وعليه أن ينفصل عن هذه العلاقة البائولوجية (المرضية).

يعتبر على المعالج أن يتعامل مع مسألة اعتبار الذات المتعثرة عند هذه النساء وهو ما يناسب الأفكار الخاطئة ويستعمل نبض ذواتها، فإن الخطرة الثانية تكون بطرح قضية العزلة والخوف منها. وهنا يلجأ المعالج إلى جميع الوسائل العلاجية العلاجية السلوكيَّة الرامية إلى ازالة الخوف من هذه العزلة، بحيث يستطيع أن يوصل في نهاية المطاف إلى إعادة نظرهن في العلاقة القائمة الرامية للمدين. وقد يحتاج أيضاً إلى تنمية مهاراتهم الاجتماعية في تأكيد الذات، وتعلم تقنية حل المشكلات.

ويتضح أن السبب في اعداد هؤلاء النساء المعتدرين «الأنان» كيْها يصبح أكثر ثقة بأنفسهم، وقد راديات على العيش لوحدهم وذلك قبل إعادة النظر بالعلاقة القائمة مع المدين هو أن المدين قد ظل تراكم الدار كوسيلة من أجل إرهاق المرأة كيْها تعود عن قرارها فتقضي الى اردادها. وفي هذا الموقف تحتاج المرأة المعينة إلى جلسات داعمة، وجميع أنماط التقنيات العلاجية التي يمكن للمعالج أن يديروا عليها كيْها تتحدى تفاوتها من الهجر والترك. وعليها أن تقاوم الانهيار خلال
ظهور الأزمة. وتعين عليها أيضاً أن تخلق الفرصة لإعادة معاينة نفاذها في علاقتها مع من تعينه.

وإذا قضى وأخفت في انتهاء هذه العلاقة فإن مهمة المعالج لم تنته بعد. إذ لما كانت بحاجة إلى الحب، وعاشت لفترة طويلة بمشاعر المهانة الذاتية وفقدان اعتبر الذات، فقد تخسرها الأفكار، وتشدها تلك المشاعر التي وصفناها في البحث عن علاقة أخرى مماثلة للسابقة. وهذا ما يستوجب ابقاءها على علاج ومتابعة لفترة من الزمن.

ب - المطالب المفروضة على الذات بهدف ضبط المدمن:

إن المعينات اللاتي يلعبن دور المتقذرات بروح إنسانية إيجابية دينية في علاقاتهم مع المدانين غالباً ما يعتقدان أنهم مسؤولون بالدرجة الأولى عن شفاء المدمن المرتبطن به، وعادة ما يفرضون على ذواتهم الشعور بالعطلة بضرورة ضبط سلوك أصحابهم المدانين ضد تعاطي المخدر أو الخمر، بصرف النظر عن عدد مرات الانكسارات التي تلحق بهؤلاء المدانين. فلا يشترط بالاحلاح والملاحقة لضبط السلوك الادمائي بدون كلل ولا ملل. إنهم يفرضون على ذواتهم ما سبق وذكرناه من أوامر جبرية. يجب ضبط هذا السلوك. ومثل هذه النسوة يحملن معتقدات خاطئة من نوع آخر غير التي ذكرناها، وهذه المعتقدات تدور حول الطبيعة النبيلة في جل أعباء هذا الواجب الإنساني الذي يبارك فيه الأخلاق والدين. وفي اعتقادهم أنهم يحملن هذه المسؤولية ليعمرن من خلالها عن جهؤ من هذا الزوج أو
الصديق. وكلاً أمراً في اسابة معاملته لهن، أو تعاظمت مرات
انقاذهن له، أو تعانياً في بذل الجهود للجمه عن المسكن أو المخدر،
كلما زادت عندهن البراهين له على شدة محبتهن له. وكان مثل هذه
التعظيمات والأعمال الخيرية البالغة في المثالية تضفي عليهن مشاعر
الأرضاح بكونهن قد قدس عقابهن وشواهد له على صدق اخلاصهن
وفؤاهن، وبكلمة أكثر وضوحاً كلاً عائنين وكابد من الكحولية،
كانت تضحياتهن أكبر وأعظم في انشاذ هذة المحجوب من غائة
الإدمان.

إن علاج أمثال هذه النسوة يتركز أساساً على التخلص عن ادرار
عظمة وكبر المسؤولية في ضبط المدمن. فلا يوجد من يستطيع السيطرة
على سلوك الآخرين وبني هذا المعتقد. إذ مهما بذلت من جهود
مسيحة من قبلهن، ومها تسامت نفوسهن في التضحيات بلا حساب،
فإن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يستطيعون ضبط سلوكهم
بأنيفسهم، وهذا ما يجب ترديده على مسارهم العديد من المرات إن لم
نقل المئات من المرات. ومن المناسب أن يطلب المعالج من هؤلاء
النسوة رصد عدد المرات في لائحة والتي من خلالها حاولن ضبط
السلوك الادمانى ليجدن أن كل جهودهن باءت بالفشل.

وعلل أفضل فلسفة علاجية عملية يمكن تطبيقها على هؤلاء
النسوة هي أن يطلب منهن مراجعة ما جنبن من فوائد في هذه
العلاقة. هل كانت العلاقة قائمة على منافع متبادلة للطرفين؟
لقد كان يلعب في الواقع دور الأبوين نحو المدمن أو دور كونه
ولدآً. وأن المسيرة الوحيدة التي جنبنها من هذه العلاقة هي مسيرة
حاجتهن العصابية إلى الضبط والسيطرة أو لعب دور الأبوين.

وبهذه العلاقة العصابية لم يحقق أي مطلب علاقة
رومانسية كما عادة يفتش عنها غيرهم السويات.

والسؤال الذي يطرحه المعالج عليهن: ما هي المخاطر التي
تترتب فيها إذا ما أقلمن عن تحمل مسؤولية السيطرة على سلوكه
الإدامي، وبقين فقط في حالة استمتاع بالصداقة؟ ثم ما هي الخسارة
التي تلحق بهن من اعتبار للذات إذا ما تخليعن عن لعب دور البطولة
هذه؟

ومرة ثانية نلح على أن تتعلم المعينات على قبول ذواتهم الأمر
الذي غالباً ما يساعدهم على التخلع عن هذا الدور العقيم.

5  - المعتقدات الخاطئة التي نجدها عند الآباء:

غالباً ما ينخرط آباء المدنيين في شؤون هؤلاء ليكونوا أعواناً
هم ونقص المراهقين الأبناء المدنيين، أو الأحداث اليافعين وذلك
بطرقية أكثر وضوحًا وعلانية من الأزواج أو المحبين. وغالباً ما نرى
أن الآباء يعودون أنفسهم المسؤولين مباشرة عن سلوكيات أبنائهم
المدنيين في تغطية مصاريفهم، والأموال التي يبذلونها على العبث
واللهور، وشراء المخدرات، وتسديد الديون التي تترتب عن هذا
العبث والسلوكيات الشاردة، وتوكيل المحامين للدفاع عن
السلوكيات والأعمال المنافية للشريعة القانونية التي يركبها هؤلاء
الأحداث أو المراهقون، وأكثر من ذلك نرى الآباء وهم يؤمنون قوت
أبنائهم المدنيين وسكناهم. وفي هذا الصنف يعتقدون أنهم يحمونهم

٢٥٠
من عائلة العوز والاحتياج والتشرد، وينقذونهم من المرض والمهنة والازدراء الاجتماعي.

وبالتالي، إن معظم الآباء لا يدركون حق الإدراك علاقاتهم القائمة مع أولادهم المدنيين. وكلما في الأمر أن الآباء لا يجدون حسب اعتقادهم أنهم يستفيدون من التوقف عن تقديم هذا العون، وإذا ما أحجموا عن انتقاذ أولادهم من شرور الكحول أو المخدرات فإنهم سيعانون من نتائج هذا التمنع.

هذه الأسباب تبرز الحاجة لأن يثقف المعالجون الآباء اللذين يقومون بدور المعين لأبنائهما المدنيين ويبصرا كيف أن هذا العون إما يسيء إلى الولد المدنى، ويدفعه إلى الاستمرار في إدمانه. وليعلم المعالج أنه سيقابل اعتراضات من جانب الآباء أن التوقف عن مساعدة ولدهما لا يحسن من حياتهما وأوضاعهما. بل سيرد الآباء على هذه المطالب والنصائح بكونها ضد مزروعاتهم وأدوارهم كآباء في واجباتهم تجاه أولادهم، وأنهم على استعداد لقبول المعاناة من أجل انتقاذهم.

إن أفضل حوار ونقاش يمكن للمعالج أن ينخرط فيها مع آباء المدنيين لكي يقتعوا بالعدول عن هذه الأدوار الداعمة المقيدة المساعدة لأولادهم المدنيين هو اتخاذ سلوكيات سلبية، يقول هؤلاء: إن التأثير الإيجابي الوحيد الذي له الفعالية على سلوك أولادهم الأدمي هو في التوقف عن تقديم أي غوث أو دعم لهم. فالانقاذ أو الغوث هما اللذان يخلدان السلوك الأدمي، وأن عليهم أن يتحملوا

٢٠١
بصبر مراقبة أولادهم المدمرين وهم يصطدمون في قعر الهاوية في انهيارهم الخلوزي المتسرع، وهم بدون عون ولا عناية، وذلك لمصلحة أولادهم.

قد يقبل الآباء هذه الحقيقة، إلا أنهم في الوقت نفسه ما زالوا على استعداد لتنفيذ العون لأولادهم حالما يشاهدونهم وقد قابلاً على الاصطدام بقعر الهاوية والدرك الأسلف بدافع انفعالاتهم المضطربة. وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات الانفعاليّة من نوع قلق Digiuseppe (الآنا، أو قلق الانزعاج، أو مشاعر الام 1983).

إنه أمثال هؤلاء الآباء الذين يعانون من «قلق الأنا» غالباً ما يعتقدون أن قيمتهم كبر تقرر بالكيفية التي يكون عليها سلوك أولادهم. فإذا كان أولادهم يعيشون المتاعب والمشاكل، فمعنى هذا أن هناك أخطاء تربية ارتكبوها بحق أولادهم وهم مسؤولون عن تلك الأخطاء، وهذا ما يفقد قيمة الوالد ويدني من مكانته الأسرية والاجتماعية (Digiuseppe 1983). إن هذا المعتقد الذي يحمله الآباء يمكن دحضه ومهاجته عملياً وفلاسفياً. فعلى المستوى العملي يمكن للمعالج أن يتحدى أي انسان يكون مسؤولًا مسؤولية مطلقة وكاملة عن الطريقة التي نما وتطور فيها الفرد، ولله تأثيره تأثيراً حاسماً على أولاده.

على المستوى الفلسفي يمكن للمعالج أن يعلمهم كيف يقبلون ذواتهم كأشخاص بصرف النظر عن نتاج أعمالهم التربوية وأفعالهم.
أما الآباء الذين يعانون من قلق الانزعاج فغالباً ما يعتقدون أن الجهد الرامي إلى فرض تدخلهم قسرأ بشؤون سلوك أولادهم هو أمر على غاية من الصعوبة وهم على درجة كبيرة من الضعف في تحمل الألم سواءً في مشاهدة معاناة أولادهم أو في تحمل سلوكهم عند التدخل في أمرهم قسرأ. ولعل البديل عن هذا المعتقد الذي يسم بتحمل ضعيف للابحاس هو أن الاعتقاد أن أولادهم هم على درجة كبيرة من الهشاشة في التصدي إذا ماجوبهوا بمسألة انغماسهم في الادمان وتعاطي المخدرات أو المسكرات. وأيضاً ضعفاء جداً أمام عملية حرمائهم من ادمانهم أو انكارهم لرغباتهم (Digiuseppe) (1983).

وغالباً ما يعتقد الآباء أنهم إذا ما عقدوا العزم على مواجهة أولادهم بالتدخل قسرأ أو إذا ما توقفوا عن تقديم العون لهم، فإن أولادهم سيتعرضون إلى اضطرابات انفعالية عنيفة بحيث يتعرض شفاؤهم. ولعل الذي يمكن أن يطرحه المعالج على هؤلاء الآباء هو ماذا يتوقعون أسوأ ما آل إليه أمر أولادهم؟ لذا فإنه من الأهمية بمكان الأقتصر التصدي للتحمل المنخفض للابحاس عند هؤلاء الآباء فقط ولكن أيضاً محاجة معتقداتهم، أن أولادهم لا يستطيعون تحمل الابحاس.
الفصل الحادي عشر
تطبيق تقنية العلاج العقلاني - الإنصافي ضمن الجماعة العلاجية (الإصلاحيات)

لعل الشكل الأكثر غموضية وشمولاً في علاج الإدمان على الكحول والمخدرات هو العلاج ضمن الجماعة العلاجية. فالجماعة العلاجية تعد بشبكة الصورة المصغرة للمجتمع. وهو علاج يقوم على برنامج فيه احتواء ذاتي وتكامل التركيب، يقدم العلاجات السريرية إلى إعادة تأهيل المدمن على الكحول أو المخدرات إضافة إلى أغنياء للحياة العامة.

إن الأعضاء المقيمين في الجماعة العلاجية يشكلون عادة نظام دعم علاجياً وعاطفيًا قويين. وهؤلاء المرضى المقيمون يتلقون العلاج الفردي والجماعي ويطورون مهاراتهم المهنية، ويتابعون دراساتهم الثانوية، ويعملون المسؤولية وينمون مهارات التنبؤ الاجتماعي.

ومن خلال التقدم والنمو خروية بخطوة بصورة منهجية نجد أن المقيمين في هذه الجماعة العلاجية، الذين كانو عاجزين عن التكيف في المجتمع سابقاً، أخذوا يهتمون لدخول المجتمع ثانية دخلاً متدرجاً. أو حتماً يصلون إلى مستوى مقبول من الأهداف النوعية التلازمية سلوكياً حينئذ فإن أفراد هذه الجماعة العلاجية (الأعضاء) يصبحون مؤهلين للارتقاء إلى مستويات متقدمة من المسؤولية الاجتماعية.
في هذا الفصل سنرى كيف أن مبادئ العلاج العقلي-الانفعالي يمكن تطبيقها تطبيقاً فعالاً وتمكّننا مع تركيب الجماعة العلاجية التي بدورها تصبح أيضاً متكاملة عند أخذها بتقنية العلاج العقلي-الانفعالي.

1- الأسلوب المتوافق النقي من الشوائب:

من الأهمية بمكان أن يعمم الأسلوب العلاجي المتوافق مع الجماعة العلاجية. إن هذا يعني أن جميع المقيمين في المؤسسة العلاجية المجتمعية يتعلمون المعلومات نفسها، ويوحدون رهطهم بمحاولات مشتركة. وأن العمل في هذه الجماعة وفق أمور متضاربة وتصادمة على مستوى الافتراضات النظرية من شأن ذلك أن يدب التقسيم والتجزئة في هذه الجماعة، ويشوّش أفرادها، ويقمع المعالجة. فإذا ما طبق أسلوبان نظريان أو أكثر ضمن مؤسسة علاجية فإن أفراد هذه المؤسسة سيتعلمون تعاليم مختلفة متضاربة حينما ما يتعين عليهم عمله وتنفيذها لمساعدة ذواتهم. وأكثر من ذلك قد يتقاعسون عن النظر في أفكارهم الخاطئة والعمل على تبديلها، وبالتالي يؤثران تأثيراً سلبياً على البرنامج العلاجي ومن يديرون هذا البرنامج بالنسبة لفعاليتها المدرجة المتوقعة.


256
وهذا العلاج لا يلح على الوسائل والأكرادات المخففة لحالاتهم ومشكلاتهم بل على العكس يؤكد على مساعدة مرضى الإدمان في ايجاد التبدلات الفلسفية والتركيز في أعمق تفكيرهم، ومن طرق هذا العلاج هي جعل هؤلاء المرضى الذين ينخرطون ضمن الجماعة العلاجية يواجهون الموتات، ويجهدون في تبديل تفكيرهم وعواطفهم وسلوكهم الإدماني، ثم إن هذا العلاج يشجعهم على قبول نتائج أعمالهم وتحمل نتائج غير السارة المزعجة. ورغم أن هؤلاء المقيمين الأسلوب العلاجي المريح (لأنهم بطيعتهم يميلون إلى تجنّب المسؤوليات وهم أطفال بأعمق نفوسهم، ويتجهون نحو الحلول التي Therapeutic لا تدوم الأ لفترة قصيرة)، فإن الجماعة العلاجية لا تنفذ الا ما هو أفضل وأحسن لملحمة المريض المتعالج社区 المقيم، وليس الذي يهمهم أن يحصلوا عليه. لذا فإن النتيجة دوماً أن تتسبب المعاناة والانزعاج من جراء تطبيق ما هو لملححتهم، وليس بما هم يرغبون، وعليهم تحمل ما يفرض عليهم لملححتهم، وبالتالي فإن هذا يقودهم - وهو الطريق الوحيد - إلى درب الشفاء والخروج من مستنقع الإدمان الأأسن.

وعندما يطلب من التعالج في هذه الجماعة العلاجية أن يتحمل الانزعاج الذي عادة ما يتزامن مع تحمل المسؤولية والمداخلات العلاجية التوجيهية، فإنه غالباً ما يمثل إيا ذلك لأنه يدرك أن هذا أفضل ما يقدم له ولصلحته. وإن كان الشكوك فيه أن هؤلاء يغدون استعدادهم في اشراك ذواهم في عمل مساعدة

٢٥٧
أنفسهم، وأيضاً مساعدة الآخرين إذا كان الأسلوب العلاجي البديل الوثير هو متوفر ثم إن المدمن المعالج ضمن إطار هذه المجموعة العلاجية عادة ما يبدى اعتراضه أن الطريقة السهلة في العلاج لا تفيده. وأن العلاج العقلياني - الانفعالي سيكون عند هؤلاء عادة الأمثل والرجال لأنه يقسرهم على ما يرغبون تجنبه، هذا التنبه الذي هو جزء من أجواء الحياة الطبيعية، وهي المسؤولية، وبدون تحمل المسؤولية لا يستطيعون مواجهة مشكلاتهم والحصول على تبديل السلوك المطلوب الذي هو طريق الشفاء وبالتالي أخذهم المبادرة لكي يلعبوا الدور الاجتماعي في عملية إعادة التأهيل واكتساب طرق جديدة في التعامل مع مشكلاتهم ومتاعبهم تعاملًا ناجحاً تكيفياً.

2- الدخول إلى الجماعة العلاجية:

على مستوى الارتباط الكيميائي بالمادة المخدشة أو المسكرة، إن الأشخاص المدمرين نادراً ما يدخلون العلاج بحث اردادهم وطوعياً. وعندما يبدوون رغبتهم في الانخراط في العملية العلاجية فإن وراء هذه الرغبة هو وصولهم إلى الحضيض، واصطدامهم بقعر الهاوية من جراء اسراهم في تعاطيهم العسكري أو المخدش، فلن يعد يطبقون العيش مرميين في الطرق والشارع، وقد فقدوا مأواهم، وعملهم، واحتراء أفراد أسرهم لهم، أو نقل هجروا أسرتهم لأنهم لم يعد يطبقون ويتحملون الزجر والرفض لسلوكهم، أو لأنهم طردوا حتى من بيوتهم. ونرى أكثرهم وقد وقعوا في قضية العدالة بadamente جرمانية نتيجة سلوكهم الطائش المضاد للقانون، وعربدتهم العدوانية.
 ضد الغير، أو تمت احالتهم إلى الطبالة السيكاترية من قبل القضاء. أو خرجوا من المشافي السيكاترية.

إن بعض هؤلاء، بعد هذه المحن النفسية التي واجهتهم نتيجة سلوكهم الادماني قد يستترون بأحوارهم وآلت إليه أوضاعهم ليروا الأخطاء التي ارتكبوها. ولكن للأسف إن أمثال هؤلاء وهم القلة هي حالات استثنائية ليست قاعدة.

وقد يجد المعالج الذي يعالج الجماعة العلاجية أن المنخرطين الجدد في هذه الجماعة يظهرون حساساً نحو تلقي العون العلاجي من هذه الجماعة. وبالطبع تكس رغبتهم هذه في تلقي العلاج تلقىً متفعل، وليس الحصول عليه من خلال أسمائهم وبدل الجهود الذاتية، أي يكونون أعضاء فاعلين، وكأنهم يريدون العلاج أن يأتي لوحده لعانهم وهم يأخذونه فقط بدون عناء. وغالباً ما يعتقدون أنه من أجل أن يبدوا سلوكهم الادماني لا يتبعون عليهم أن يبذلون جهداً من جانبهم وتقصد جهداً فاعلاً فيه الكبد والتصيم الذاتي. لذا فإنما يواجه المدمن الانزعاج والشدات، سرعان ما يلتمس المشروب أو المخدر لازالة قلق الانزعاج والتورط كوسيلة للهروب من هذا الانزعاج. وهو كله يعرف هروب قصير المدة، مرهون بتواجد الكحول أو المخدر في جسمه ودهم (مادة تأثير الكحول أو المخدر).

وكما سبق وشرحنا مراّة وكراراً أن المدمن يتصرف بشخصية ضعيفة التحمل للاحباط الناجم عن عدم تحقيق رغبة ما، أو انزعاج
وضيق، وتعود على تجنب الظروف المتوفرة حتى الخفيفة الشدة، لذا فإن الوصفة العلاجية علها أن تزيد من عتبة تعامله للاحتياط أو الشدات، وندربه على اكتساب مهارات تعاملية مناسبة تحقق له تجاوز الصعوبات التي يتعرض لها. تلك هي الأهداف الأولية للعلاج العقلي - العاطفي المنتفق ضمن الجماعة العلاجية.

إن الجماعات العلاجية تقدم للمرضى المقيمين الذين يؤلفون هذه الجماعات برنامجًا يقوم بتنفيذ كل مريض خطوة بخطوة بحيث يتعلم المريض المنخرط في هذه الجماعات تحمل الاحباطات والمضاعفات اليومية الحياتية.

يشتائي المتعاقبون بالتقدم العلاجي من خلال زيادة مستويات صعوبة البرنامج المطبق، حيث كل مستوى من مستوياته المتزايدة في الصعوبة تفرض على المريض الأخذ على عاتقه المزيد من المسؤوليات، ومواجهة موتيرات أكثر شدة وصعوبة (أو حوادث منشطة للتوتر). وحيث أن المقيمين المتعاقبون في هذه الجماعة لا يستطيعون الهروب، أو تجنب هذه الحوادث المثيرة للتوتر إلا إذا قرروا الانسحاب من البرنامج، فإنه يتعين عليهم إذن مواجهتها والتعامل معها.

وكيف يعرف القارئ تركيب هذا البرنامج الذي نحن بصدده؟ كيف يتم تحرير الأفكار الخاطئة في أذهانهم، فإنهما يذكر المثال التالي الذي يعطي فكرة عن هذا التركيب وخصوصة.
الأفكار الخاطئة التي تؤدي الى النزوع نحو شرب الكحول أو تعاطي المخدر، إضافة الى معاناة قلق الانزعاج

A) القواعد المطبقة على الجماعة العلاجية المسؤولية (وتعد الحوادث المثيرة للتوتر)

B) الأفكار العقلانية: أنا لا أرغب المشاكل. 
B) الأفكار العقلانية: لذلك يتعين علي أن أبتعد عنها وألا أتعامل معها لأنني لا أستطيع تحمل المشاكل - لا أستطيع تحمل الانزعاج.

C) رد الفعل (أو النتائج): الإحباط - الغضب - الاكتئاب.

B) الأفكار العقلانية: لا أرغب الشعور بالانزعاج.

B) الأفكار العقلانية: لا أستطيع تحمل الانزعاج
- من الصعب جدا تحمل هذا الانزعاج.

- يتعين علي ألا أتحمله.

B) النتائج السلوكية السابقة للعلاج: يتم اللجوء الى الخمر أو تعاطي المخدر من قبل المدهم المتعاقب من أجل الهروب من الانزعاج نظرًا لاعتقاده أن الموقف لا يمكن تحمله.

B) النتائج السلوكية الجديدة الناجحة عن العلاج: يتم التعامل مع المتعاقب من اللجوء الى الخمر أو المخدر، ولا يستطيع تجنب المسؤوليات المفروضة عليه في هذا المجتمع العلاجي، بحيث يتعلم تفكيراً أكثر ملاءمة. يتعلم أن الانزعاج يمكن تحمله.
3 - الجماعة العلاجية:

يتعمل في الجماعة العلاجية ويعتبر من ماهيته بالضغط الاجتماعي. وهذا الضغط الاجتماعي يخدم في واقع الأمر عدة أهداف. أولها أن المرضى المقيمين يضعون نصب أعينهم أن عليهم محاولة اندادهم على سلوكهم. ثم أن المواقف الاجتماعية - والتي تغطي الذات والسلوكيات الملائمة كلها تكافح التغيير بالقبول، بينما سلوكيات الاضرار والتشتاق في الشوارع السلبية تضعف وتعطي، وفي هذه الجماعة تنتظر الخبرات المتعلقة والنتائج السلبية أولئك الذين يظهرن هذه السلبيات.

ويقضي البرنامج استخدام صفات الاحتكار على أندادهم لأظهار المواقف والسلوكيات السلبية. ويتعملون هذا Program الاستخدام صفات الاحتكار لكي يساعدوا هؤلاء الأنداد على الادراك، ان سلوكاتهم غير مقبولة ضمن الجماعة. وما أن أفراد الجماعة العلاجية أنفسهم خبراء التشرد في الشوارع، لذا فلديهم الخبرة والموهبة في التعريف على أندادهم والتعامل معهم.

وأما أن هؤلاء المسؤولين عن مساعدة أنفسهم وتبديل سلوكيات أندادهم، وهو بحد ذاتهم سيتلقون. النتائج السلبية إذا لم يستخدموا صفات الاحتكار "blow the whistle« فإنهم بذلك يمنعون أندادهم من التجاوز.

إن إطلاق صفة الاحتكار بيوجه صديق أو ند بعد بحد ذاته حادثة منشطة قوية مشيرة للسخوت والشدة. ومن خلال هذا التعامل...
الجاري بين بعضها البعض في مراقبة السلوكات السلبية واعتراض هذه السلوكات والتبني عند ارتكابها، مثل هذا التفاعل الرقبي يجعلهم ملزمين على تجاوز حاجاتهم الاعتقادية والتغلب عليها لكي يحصلوا على قبول الغير. ومثل هذا التفاعل يعزز من عمليات انخراطهم الإرادية إلى تبديل بناءهم المعرفي (مناهضة الأفكار وال الحاجات الاعتقادية) واكتساب القيم الإيجابية لصور ذواتهم.

إن ما أسندت به ضغط اللد الإيجابي يسمح بازالة صور التشرذم في الشوارع لؤلؤة المعالجين خلال نوبات سكرهم الشديد من أذهانهم وبالطبع إن المعالجين قد لا يخفون على تبديل هذه الأمور، فالأسهل لهم تجنب مسؤولياتهم ويقاومون محمدين طوال اليوم. وجماعة هذا العلاج تعزز فقط المواقف العقلانية الإيجابية والسلوكية التي فيها العون والأهداف الموجهة توجيهاً ذاتياً.

وإذا صادف ونال المقيم المعالج أي تعزز اجتماعي فإن هذا يتم فقط من خلال اظهار السلوكات والمرافق المقبولة الملائمة. وفي هذه الجماعة يتصدرون المقيمون المعالجون السلبية والتفكير الاعتقالي ويهاجمونها ذلك لأنهم يدركون أخطارهم المخربة القوية. ويجدون مساعدة أندادهم للتخلص من أفكارهم الاعتقادية والسلوكية التي تظهر الذات وتدفعها الى السلبية والأحباط.

ويبعد ضغط اللد بصورة الإيجابية البناءة على درجة كبيرة من الفعالية والقوة. وحيث أن المعالجين ضمن نطاق هذه الجماعة

263
العلاجية يُجيبون فقط السلوكيات والمواقف العقلانية ويشعرون عليها، فإن المعالجين الجدد الحديثين يدركون أن الأفراد الخالصين البليدين لا يتصورون أو يفكرون تفكيراً إيجابياً، لذا فإنهم سيكونون عرضاً للمناقشة، فالمقيمين يتعلمون كيف يرون أنفسهم وهم يتصورون. لذا فإن الضرورة تقضي أن يظهر المقيمين المواقف العقلانية، وتعليم هذه المواقف لأنفسهم. ويظهر المقيمين أيضاً أن الحكمة تقضي أن يعرف النند بوجود مشكلة لديه، وتشجيعه على التصريح عن الأخطاء المرتكبة والحاجة إلى المساعدة.

ثم إن هؤلاء المقيمين يحاسبون بأخذ عينات منهم لتحليل البول من أجل التأكد من عدم تعاطيهم الكحول سراً وخفية. فإذا أضح وثبت تناولهم الكحول أو المخدر (امتلاكهم لهذا الأخير) فإنهم والحالة هذه يخسرون كثيراً من الاستفادة، وتنزيل الربطة في هذا الرهط العلاجي، وخصوصة بعض الحوافز من الأعمال التي يتقاضون عليها أجرًا، وغير ذلك من العقوبات التي ترتبت عن هذه السلوكيات السلبية. وتبرز الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى. وتبرز الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى الأهمية الكبرى.

4 - كيف يتم التعليم في الجماعة العلاجية؟

تعلم الجماعة العلاجية المقيمين المعالجين كيف يتم تطبيق مادة البرنامج وأيضاً مناهضة المعتقدات الخاطئة من خلال الأخذ بالطرق المتعددة. يعلم المقيمين المواد التعليمية بالممارسة والخبرة ومن خلال محاكاة نماذج سلوكية. كما وتعلم هؤلاء الكثير من المواد العلاجية من
خلال الوسائط التعليمية، تعطي هم الكتب، والكراسات (الأعمال)، والمواد الأخرى لقراءتها، فيشاهدون أشرطة فيديو مختارة، وتلقى عليهم محاورات تعليمية من قبل الهيئة العلاجية، ومحاضرين زوار، وأصدقاء العائلة أو الدار

إن التعليم بواسطة إظهار السلوك الملازم لتقليله، لـ Bandurs 1977، يلعب دوراً هاماً في العملية العلاجية. فالقيدون، كل واحد يظهر للآخر بصورة مباشرة أو غير مباشرة، كيف عليه أن يفكر ويتصرف تصرفًا مختلفًا وبأساليب أكثر عقلانية وتزيد في إغناء الذات.

وهيكذا تكون فلسفة واحدة هي التي تسود. ونقصد العلاج العقلاني - الانفعالي - أجواء الجماعة العلاجية حيث يرى المعالجون ويلمسون كيف يفكرون كيف تفكر أفضل ويتصرفون تصرفًا أكثر حكمة وعقلانية، إذا أرادوا فعلاً أن يسعفوا أنفسهم وذواتهم فيعيشوا عمراً أطول، وحياة أكثر سعادة وانتاجية.

العلاج العقلاني - الانفعالي. ويقرر هؤلاء المقيمين على تطبيق مواد البرنامج قسراً مستمراً. وحيث أن الجماعة العلاجية على درجة كبيرة من التركيب فتمكن المقيمين من الهروب، أو تجنب المواد المتورطة المبرجة التي يتعرضون لها والتي تفرض عليهم تحملها ومواجهتها، وتبديل الأحداث الذاتية التي تهزم الذات وتضعف من التعامل والتصدي الإيجابي ضد هذه المؤثرات إلى أخرى إيجابية، فإنهم والخالة وهذه يكونون غالباً في حالة ضيق وكرب (العلاج التلقائي ضد التوتر) (Stress inoculation Therapy) وأيضاً من تدريباتهم اعتزازهم الفرص الكثيرة في تطبيق الاستراتيجيات المناهضة للأفكار اللاعقلانية في مواقف حياتية مبدئية Vivo. وهذا لأنه يتم تعزيز التفكير العقلاني الذي يعود بدوره لسلوكيات وعواطف وانفعالات سارة ومنتجة إيجابية (Kazdin, Mahoney 1981). ومن خلال جعل كافة المتعالجين المنخرطين في العملية العلاجية ضمن هذه الجماعة العلاجية المتجانسة في كل المستويات، فإن أي واحد من هؤلاء لا يبرز على وصف البرنامج بالقساوسة الشديدة أو أنه يسبب لهم الضيق والكرك. ثمن ان ما قبلكهم من المتعالجين كانوا مثلهم خاضعين للظروف هذا البرنامج وحالفهم النجاح. وهذا ما يبرهن له أن البرنامج رغم كونه قاسياً ولكن ليس بدرجة كبيرة من القسوة فلا يتحمل.

إن الهيئة المشرفة على هذه الجماعة العلاجية يمكنها إذن أن تقنع المقيمين أنهم سيستفيدون كثيراً من خلال تبديل طرق تفكيرهم، والتعرف على أفكارهم الخاطئة، والتصدي لطرق تفكيرهم الخاطئة،
ومن ثم التفكير بأسلوب جديد أكثر عقلانية وصواباً، واغناء ذواتهم وتحقيق الأهداف المنتجة:

قواعد الالتزام بالجماعة العلاجية والمواثيق والعقود المبرمة يجب أن تكون عادلة. إن الواقعية في الجماعة العلاجية تبدو مماثلة لما هو الحال في العالم الواقعي. فغالبًا ما يشعر المقيمين بمشاعر الاحباط وسوء الأحوال كنتيجة لمطالبهم وحاجاتهم النزاعة إلى الأشباح والإرواء على أساس أن تكون الدار التي يعيشون في ظلها وأنظمتها (أي الجماعة العلاجية) عادلة. ففي حياتهم السابقة خارج هذه الجماعة (الدار)، كان الفرد منهم الكحولي أو متعاطي المخدر يهرب إلى الكحول أو المخدر نتيجة إدراكه الظلم والجور وفقدان العدالة.

ومن الجماعة العلاجية لا تسمح أنظمة هذه الجماعة باللجوء إلى العدوان أو تعاطي الكحول أو المخدر، أو بالهروب من أجواءها إذا ما شعر بالحيف والظلم. فهو ملزم على مواجهة الموزرات والمزعجات والتعامل معها وفق ارشادات الهيئة المعالجة، والتفاعلات القائمة بين أفراد هذه الجماعة في تصوب الفكر والسلوك. لذا فإن هؤلاء يتعين عليهم مواجهة ما يعانونه ظلماً وجوراً حسب تفكيرهم. فإذا ما استمر هؤلاء المقيمون المعالجون مرضى الإدمان بتشنج أنفسهم من خلال المطالبة بالعدول، فإنهم سيشعرون بلاشتك بالخصوص والyas والشعور النفسي. وبالتالي سيفقدون المميزات والامتيازات التي تمنحها لهم الهيئة المشرفة على الجماعة العلاجية، وسيعاقب تقدمهم العلاجي. ثم عليهم أن يواجهوا القرار بالاستمرار في ظل مواقف لا ربح فيها أو أن يتخلى عن تفكيرهم أنهم لا يستطيعون تحمل الجور والظلم.
إن حفظ الندم، الظلم وعدم المساواة هما دوما في المنظور وظاهرة موجودة عليهم أن يتعلمو أن مجتمعهم العلاجي فيه من الصعوبات والسلبيات الموجودة في العالم الخارجي، أي الحيف والظلم. لذا يتعين عليهم ومن مصلحتهم قبول هذه الحقيقة العاجزة.

ومن جملة معتقدات هؤلاء المعالجين أن العلاج يفترض أن يكون سهلا ومريحا، وهذا المعتقد يرتبط عادة بنوعية التفكير عن ذواتهم، يكوبون أشخاصاً نواعين. الأّنهم سرعان ما يتعلمون وخصوصاً من قبل أندادهم أن اعتقادهم خاطئ، حتى لو كان آباؤهم الذين جعلوا لهم الحياة سهلة ومريرة، فإن صنعهم هذا لم يساعدهم. إذ أنهم أصبحوا مدنيين. وحتى لو تمسك في البداية هؤلاء بفسلتهم حيال الرفاهية، الأّنهم يرغبون في أن ينصرفوا وكأنهم يمتلكون هذه الرفاهية وأن تبديل السلوك هو الخطوة الأولى الجيدة الصائبة.

5 - فقدان الصر: معظم المعالجين يعتقدون أن ليس في مقدورهم الانتقال إلى مستوى الأعلى درجة في عملية التطبيق على أطوار البرنامج الذي يخضعون له، ويرغبون في إنهاء البرنامج العلاجي بسرعة. وفي اعتقادهم أيضاً عدم قدرتهم على الانتظار أو ترتيب عليهم الأ يتظروا. ويعتقدون أيضاً أنهم بحاجة إلى تلبية ما يرغبونه حينها يرغبون ذلك.
الأَّنَّهُ في الجماعة العلاجية لا يحصل المتعالجون على ما يتوقعون
على بلوغهم من حاجات ورغباتهم، وبخاصة ضمن حدود أوقات
مطلوبة، لذا عليهم أن يتعلموا من خلال الخبرة تأجيل ارضاء
مسراتهم ورغباتهم وتحمل الانتظار
إن الكثير من مطالب المتعالجين المقيمين الرامية إلى إنهاء
البرنامج العلاجي بسرعة هي نتيجة مقارنة معدلات تقدمهم
العلاجي مع معدلات الآخرين. فهؤلاء يميلون إلى التفكير الثنائي
ذى الخدين المختلفين، فيساوزون التقدم البطيء مع
Dichotomous
انعدام التقدم. وأكثر من ذلك فهم يصنعون مستوى قيمة ذواتهم
وفقاً جهودهم الرامية إلى مساعدة ذواتهم من خلال ما يعترف بهذا
المستوى المشرفون على العلاج وغيرهم من الناس. فالعلاج هنا تؤكد
على قبول الذات، إضافة إلى مساعدة هؤلاء بالاقبال عن أفكارهم
الخاطئة التي تسبب لهم فقدان الصبر وتضايقه ولكن بدون أن تخطعن
هذا المعالجة إلى معايير قبول الغير ولا على معدلات التقدم في
العلاج.

٦- الماضي:
ما أن يتم نزع الانسمام الكحولي أو المخدر من دماء المتعالجين
المقيمين حتى نجدهم في أغلب الأحيان وقد أخذوا يعيشون مشاعر
الألم العنف الشديد، ولا يفتقرون بذميمون ذواتهم على أفعالهم
العدوانية وازعاجاتهم للأخرين وعلي ما أصابهم من فشل وارتبطوا
من سوء أفعال في الماضي (رجعة تقويم للماضي).
وهم في هذه العملية التقويمية لنتائج أنفسهم وتصرفاتهم مع الناس بدون أنفسهم أنيسة لا وزن لهم ولا قيمة، لا يغرف لهم على أنفسهم، ويعتقدون أنه قدر لهم أن يكونوا الخاسرين.

إن العلاج يركز على مساعدة هؤلاء على قبول ذواتهم حيال حوادث الماضي التي ارتكبوها بحق أنفسهم وحق الآخرين مهما بلغت وتعاظمت، وأن يتحركوا نحو مستقبل أكثر اشراقًا وتكاملا وثقة بالذات. وبالطبع نحن لا نشجعهم على نسيان خبرات الماضي لأن هذا يمنعهم من التعلم من أخطائهم السابقة. ولكن هنا نعلمهم أن يساعوا أنفسهم ويعفروا لها على ما ارتكبت من أخطاء.

7- الوسائل المدعومة:

لا يتفق المقيمون مكافآت أو امتيازات مالية. فالعلاج تقوم على أساس مساعدتهم على فهم أن المكافآت الحياتية لا تعطي مكافأة بلا مقابل، ولكن تنتلك من خلال بناء جهود إيجابية ناجحة، أي بتعبير آخر كما يقال: «لا يوجد غذاء يتناوله الإنسان بدون دفع ثمنه ولا مقابل». من خلال اكتساب امتيازاتهم والحصول عليها يتم تعلم المقيمون المتعارفون تأجيل الحصول على المتع والمسرات، ويعملون للحصول على المكافآت الحياتية، ولا يلحون على المطالبة بأن عليهم نيل الامتيازات بدون مقابل.

وحتى في الجماعة العلاجية، والأمر أيضاً كذلك في الحياة الخارجية الاجتماعية، في مقدر المدينين اظهار مطالب وأن يتوقعوا تلبية جميع ما يرغبون من خلال معرفة سريعة لتركيب كل من الجماعة.
العلاجية والمجتمع، ولا تعطى المكافآت بدون مقابل. لذلك فإذا كان على المقيمين تحمل وقائع الحياة القاسية والتعامل مع منغصات الحياة بدون تعاطي الكحول أو المخدرات، يتعين عليهم والحالة هذه التخلص عن مطالبهم حيال واجبات الحياة تجاهم أو ما يستحقون منها.

8 - ضعف تحمل الاحباط / ضعف تحمل الانزعاج:

لعل أهم المعتقد الخاطئ المهم هو أن أفكار المدينين على الكحول أو المخدر هو ضعف تحملهم للازعاج (لا يستطيع تحمل الانزعاج). والقاعدة الأساسية السيكولوجية في رفع عتبة تحمل الانزعاج هي أن يتعرض المرء له. وبدون النظام الذي تفرضه الهيئة العلاجية في الجماعة المتعاوضة على أفرادها بوجوب التعريض للازعاج في وقت لا مجال للهرب منه فإن التعريض لا يعتقد أنه يتجاوز قلق الانزعاج. ومن خلال التعريض للمنغصات وفي الوقت نفسه مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية، يتعلم المتعالجون المقيمون أنه رغم تفضيلهم لحياة بدون توتر فإن هذا المطلب هو أثر خيالي مستحيل تحقيقه. لذلك فلا مناص من مواجهة موتات الحياة وتعلم أنه يمكن تحملها. ومن خلال تحدي التبدل والتعيي للسلوك المطلوب، ويدخل المتعالجون المتعالجون في صراع مبرر ضد نزوعاتهم التي تشعرهم بالشفقة بالأسف على ذواتهم. فمن أجل محايضة مشاعر الشفقة على الذات أو ما يسمى متزامنة أنو - المكين يعمد أفراد الهيئة المشرفة على العلاج والمتعالجون Mesyndrome المقيمون على اجبار أصحاب الأنا المسكونة على الهجوم وعكف على

271
معتقداتهم الخاطئة بكتابة مقالات إنشائية ينافضون فيها ويحاربون تصورهم ومعتقدهم أنهم حالات ميوعس منها، أو تقديم حلقات أمام كافة أفراد الجماعة العلاجية يصفون فيها لما إذا على الإنسان أن يكون متفائلًا يغمره الإيمان بالأمل حتى لو لم يكن يشاهده أو يخبره بعد. وإذا اعتقد المقيم المعالج أنه يتعذر مساعدته لازالة أكتابه، حينئذ فإنّه يسمع له أن يكون كذلك ولكن في مجالات محددة ضيقة. فمثل هذا المقيم يعطي عادة «مرتبة كثيب» فلا يلقى أيّ عناية ولا اهتماماً من أقارنه وأصدقاءه في الوقت الذي يجيء أسوأ على ذاته. وعادة ما تنفذ هذه المعاملة بحجة إذا كان يشك بأنه يستفيد من كابته ويحصل على غنم منها.

9 - أهمية قيمة إعادة التأهيل من خلال تبني منهج يسير خطوة بخطوة:

إن السير قدماً في طريق التقدم العلاجي على مستويات متغيرة مبكرة من العمل العلاجي في الجماعة العلاجية، هذا السير يطرح العديد من الحوادث والآراءمناسبة المشتركة للتوتر المتعدد على المعالجين مواجهتهم ولتعامل معها وتزايده الواردات والتمارين البيئية والمسؤوليات في الاعداد والتعليم. ثمن الضغوط والتو صدرة عن المعالجين المقيمين الآخرين تزايده أيضًا بكثير من القضايا المختلفة كما كان مشاعر الاحباط والانزعاج بدورها تتعاظم يتحرك نحو المستوى التالية من العلاج.

وحيث تكثر الامتيازات في كل مستوى علاجي تزايده فرص

٢٧٢
الخسائر التي تلحق بالمتعالجين إذا ما تدنت ونزلت مراتبهم
العلاجية إلى المستوى الأقل الأدنى. وبدون شك فإن الضغوط
والانزعاجات تتعاظم مع تزايد مستويات العلاج وترقيها نحو
الأعلى. وهذا الإجراء يضمن هؤلاء أن يتورط لهم الفرص في
استخدام المناهج المعرفية ضد كل موقف منشط للتوتر النفسي
وحدث للانزعاج. وهكذا لا تكون هناك مفاهمات بالنسبة
للتعاملين أو المعالج عند إعادة ادخال الأول إلى المجتمع نظراً لأنه
قد أمكن تلقينه ضد الموتات بأنواعها المختلفة، وأمكن أن يواجهها
وتبدل احديهما مع ذاته السلبية المضعة للمواجهة
وكي سبق وذكرنا، أن المدخنين بأنواع أدمانهم المختلفة يتصفون
بعبئات تحمل ضعيفة للمؤثرات التي تثير عندهم الاختيارات والانزعاج.
وإضافة إلى ذلك فإنهم يميلون إلى الاعتقاد بأنهم ضعفاء، فيهم
القصور وعدم الكفاية، وغير قادرين على إحداث أي تبديل في
سلوكهم ومسيرة حياتهم. ثم إن الكثيرين منهم لديهم أفكار عظيمة
وتفرخر، يخيل لهم أنهم يعرفون قادرون على العناية
بأنفسهم، فلا يحتاجون إلى عون معالج ولا طبيب. ثم أن نسبة كبيرة
من هؤلاء المدخنين يلقون باللائمة على الناس وعلى المجتمع فيعدونهم
سبب انزعاجاتهم وكرهم. إذ يرفضون تحمل ذواتهم مسؤوليات
أفعالهم وأعمالهم (آليات استقافية دفاعية)، وغالباً ما ينكرون (أو لا
يرون) في سلوكاتهم السلبية والمضعة للذات بكونها مؤذية لذواتهم
أو لأفراد المجتمع.

ومن خلال التحرك العلاجي نحو مستويات أعلى من الحوادث
المثير للتوتر والانزعاج (أي تعرض أقوى درجة للموتات) ضمن الجماعة العلاجية، يتعلّمون التفاعل ضد المستويات المتزايدة الشدة من الموتات والتصدي لها. ويفعل عملية مناهضة الأفكار الخاطئة في كل مستوى من مستويات العلاج فإنهم يكتسبون المهارات التعليمية بحيث يتحملون ما لم يكونوا يتحملونه سابقا من المواقف الضاغطة المثيرة لاضطراباتهم أو المسؤوليات، كما ويتحملون ما يرون من مواقف غير عادلة ونادرة.

وباستمرار هم في التعامل مع المواقف التي تشير اضطراباتهم ونجاحهم في اضطاع الانزعاج بدون المساوح لهم بالهرمون منها وتبنيها، وحيث أن الانزعاج لا تسبب لهم الموت، فإنهم يتعلمون كيف يتحملون الضغط والكراب والانزعاج والمشاحنات. ثم إنهم يتعلمون أيضاً تحمل الخوف والخوف والظلم الذي يلحق بهم من خلال تعاملهم مع الغير، فلا يكلمون ذواتهم إنأ أمر سيء أو أشياء لا يمكن تحملها عندما لا تجري الأمور وفق ما تشبهه نفوسهم، وهكذا فإن الجماعة العلاجية تعدّهم أعداداً تامةً لمواجهة صعاب الحياة وازعاجاتهم وتحملها بأعالي درجة وقبولاً كواكب. ومن معايير الجماعة العلاجية أنها تجعلهم يرون بوجود مشكلات عندهم من خلال تعرضهم تعرضاً مستمراً للاحتمال والانزعاج (وفقاً للبرنامج العلاجي المعد) ويفعل عدم قدرتهم إلى التحول نحو الكحول أو المخدر لكي يخففوا عن أنفسهم الآلام التي ترتب عن معاناة تلك المشاعر السلبية فإنهم يتعلمون كيف يدركون إلى أي حد وصل ادمانهم في المراتب الهروبية، وبذلك يقررون في نهاية المطاف أنهم يعانون مشكلات

274
وبالتالي يبدو أن رغباتهم في تسهيل طرق تعلّمهم مع متاعبهم من خلال تبديل أطر مدركاتهم المعرفية الخاطئة بغیرها صائبة وعقلانية.

الجماعة العلاجية تدرّب المتعالجين على التعامل التنافسي مع الغير.

وما أن يسيطر المتعالجون على المسؤوليات المتعددة بينهم في المرحلات التالية من العلاج، حتى نجد أن تطويرهم العلاجي قد تعزز وترسيخ كلل جهودهم المبذولة بحيازة المزيد من الاستماعات، وأيضاً أدركوا يقيناً أن لديهم من الامكانات والقدرات لتقدم انجازات جيدة، وأنهم أضخمو أكثر فعالية وكفاءة من أي وقت مضى، يتعلمون أنهم قادرون على أن يثربوا في الحياة، وأن جهودهم المبذولة تلاقى شماعها. وهكذا فإن أفكار الأياس والانعدام قيمة الذات والضعف وفقدان Beck, Shaw, Emery العون تختبئ من جذورها، وتتزعز من أفكارهم (1979). ومع السيطرة على المسؤوليات وتحملها، يبدّل مفهوم المسؤولية في أذهانهم وأفكارهم ومعتقداتهم. بعدها يأخذ هؤلاء بادران قيمة الانجاز، ويزعون نحو لعب أدوار فعالة في مختلف الأنشطة الحياة والمهن.

 وهنا فإن الخضوع والسلبية اللتين كانتا تحكمان على سلوكهم عند بدء انخراطهم في الجماعة العلاجية يتحولان إلى امتلاك المهارات الإيجابية والقدرات الفعالة، والمستويات العالية من التحمل للاحباطات والانزعاجات (1975).

وأما أن يتقدموا في مسيرة مستويات العلاج المدرجة المصمدة الضغط والشداد فإنهم يلعبون دوراً أكبر في إعادة تأهيل أندادهم.
من المقيمين المنخرطين في الجماعة العلاجية. إذ يأخذون في مساعدة بعضهم بعضاً إزاء الشدادات التي يتعذرون لها، وفي تعلم مواد البرنامج، وفي تطوير مواقف جديدة، وفي اكتساب مهارات أفضل في التعامل مع المشكلات، وفي ندبر الاحباطات التي تصيبهم، وأن معتقدهم السابق القائم: «إنهم وحيدون في العالم، وما لم ينتمو بأحد ما فإنه لا ينتمي بحمة أحد»، هذا المعتقد يصبره التبديل والتغيير، وهكذا فإن قيمة الجماعة العلاجية تلعب دوراً هاماً وحساساً في إعادة التأهيل.

10 - مستويات الجماعة العلاجية:

كما سبق ذكرنا يسير المتعالجون في خطي مدرجة الصعوبة في اتمام العلاج ومن ثم إعادة التعامل إلى المجتمع الذي كان فيه سابقاً، وأن التقدم العلاجي من خلال الخطوات المتقدمة التصويرية يقوم من قبل أفراد الهيئة العلاجية الذين يمارسون الأدوار العلاجية الداعمة.

يتتم تفصيل المسؤوليات المنسوبة للمقيمين المتعالجين في كل مستوى من مستويات العلاج وفقاً لمستويات وظائفهم الفردية والتي تحدد وتقرر من خلال التقييم الرسمي، والاجتماعات التي تدرس الحالات. وهؤلاء المقيمن يعين عليهم إعطاء البرهان على السيطرة والكفاءة في كل مستوى من مستويات العلاج من أجل إحراز التقدم والنجاح في المرحلة والانتقال إلى غيرها، وأن الوقت المخصص لإنجاز مستوى علاجي والنجاح فيه هو فردي ونوعي. في الصفحات التالية سنأتي على وصف المستويات العلاجية المنفعة في الجماعة.
العلاجية وفق برنامج نوعي يستخدم أسلوب العلاج العقلاني.

الانفعال: Orientation

أ - مرحلة التوجيه

إن أول مرحلة من مراحل العلاج في الجماعة العلاجية هي الترشيد والتنويه. وكما يدل هذا العنوان (التبصير) يتم توجيه المعالجين المقيمين بشرح القواعد والأنظمة السائدة في الجماعة العلاجية بغرض التقيد بها، والعمل بموجبها لكي يظلوا ضمن هذه الجماعة.

خلال عملية التوجيه والترشيد ينخرط المقيمون في العديد من النشاطات لتعلم مواد البرنامج ومقرراته، وأن العلاج في هذه المرحلة ينصب على تجاسهم وقبول عائلتهم ومجتمعهم الجديد، ويتم تنفيذ ذلك من خلال حضور اجتماعات ليلة يتعارفون فيها على بعضهم البعض. هناك ما يسمى (طريق الدار) في تعليمهم ما نسميه بالشروط والقواعد السائدة في هذا المجتمع العلاجي. كما يتلقون الدعم والتشجيع والعاطفة الدافئة من المقيمين الآخرين خلال الفترة التي يمرون فيها والتي تعد من أصعب الأوقات، من ناحية أخرى ينخرط المقيمون في نقاشات تدور حول تناول المخدرات والكحول والتأثيرات الاجتماعية والفيزيولوجية والنفسية الضارة. وتحدد الجهود لجعل مستوى التوجيه بالنسبة للمعالجين المقيمين على درجة كبيرة من العمل، بحيث يتعهدون بالأعمال والمشاغل، ويكون الأعضاء الآخرون في هذه الدار 277
مستعمدين لتقييم الدعم القوي. ومشل هذا الإجراء اتضح أنه على درجة كبيرة من الأهمية في زيادة احتمال استمرارية هؤلاء الجدد ضمن هذه الورطة العلاجية وبيعهم فيه.

على مستوى التوجيه (أي في هذه المرحلة الأولية من العلاج) لا يتلقى الأعضاء الجدد في هذا الورطة العلاجية أي امتيازات. فلا يسمح لهم بزيارات خارجية من الأصدقاء أو الأفراد. ولا إجراء محادثات هادفة، أو الاستماع للمذيع، ولا التدخين في غرفهم، ولا لقاءات مع الجنس الآخر. يخضعون للتقييم في كل مرة يجتمعون مع الورطة العلاجية. وإن الغرض من حرمانيهم من الأمور والأمتيازات السائلة الذكر هو جعلهم يستقبلون كل طاقاتهم واتباعهم نحو تعلم مواد البرنامج العلاجية ثم إن الحكمة الأخرى وراء هذه الحرمات والقيود المفروضة منع تعريضهم لل🚔ات المحرضة لمشاعر قلق الانزعاج، ثم ان فقدانهم للامتيازات يحرمهم من النشاطات التي يمكن استخدامها كعوامل مشتة لتفكيرهم. وهذا الحرمان هو بعد ذاته عامل مؤثر متشتت للقلق. وهذه الطرقية يتحدد عملهم في تعلم فقط مواد البرنامج والاستراتيجيات المناهضة لقلق الانزعاج، أي بتعبير آخر اكتساب المهارات التعاملية. Coping skills، وبالطبع إن حرمانيهم من الامتيازات ووسائل الترفيه والتسليه يعطيهم الفرص لاستخدام آليات مناهضة الأفكار السلبية المضيفة للذات.

كانت يقومون بتعالجون أيضاً أهمية الأنظمة والقواعد.

التالية: 

عادة ما يميل المدمنون إلى خرق الأنظمة، ويفشلون في تلبية
المسؤوليات الاجتماعية. فالعلاج العقلياني - الانفعالي يعلم أمثال هؤلاء البشر أن هم سيكونون أكثر سعادة وتكيفًا إذا ما قبلوا احترام العقود الاجتماعية (Wallen and Wessler 1980, Ellis and Becker 1982). وبالهدف الحصول على فوائد العقد الاجتماعي (مع صديق عائلة أو غيره) يتعين على الفرد احترام مسؤوليات العقد. فالأعمالية العلاجية تؤكد على ضرورة احترام الأنظمة السائدة في تلك الجماعة من قبل المقيم المتعالج كي يحصل بدوره على منافع العضوية في هذه الجماعة. وأنه لم المرفض أن يتجاهل الفرد ذلك لأن هذه الأخيرة هي صعبة جداً، وتظل بالنسبة للفرد فيها فوائد يحصل عليها من الجماعة التي ينخرط ضمن أطوارها. ثم إن المقيمين المتعالجين مسؤولون عن مواقفهم وسلوكهم في العملية التوجيهية يتعلم المتعالجون المقيمين معنى إعادة التأهيل. فمعنى إعادة التأهيل هو عملية لا تنتهي، ومن أجل أن يصلوا على الفائدة المرجوة من البرنامج العلاجي، والتحرر من عبودية الكحول أو المخدر، وإعطاء حياتهم، يتعين عليهم الاحجام عن:

1 - طلب الراحة ورغادة العيش ضمن الجماعة العلاجية.
2 - ممارسة المعتقدات الخاطئة السلبية وذم الذات وتحقيها.
3 - التمسك بمواقفهم السوية.
4 - مقاومتهم في الانصياع لأنظمة الدار أو الجماعة التي يعيشون فيها بغض النظر عن نجاح استخداماتهم. ثم عليهم أيضاً أن يعطوا عهداً بالسماح بإخاذ عينات من البول لفحصها وتحريها للتأكد من خلو دمائهم من الكحول.
و عندما يظهر المقيمون تفهمًا وطوعية للأنظمة في هذا المجتمع
العلاجي والأعمال المواجهة أن تسود فيه حينما يترقى هؤلاء إلى
المستوى الأول العلاجي، إن زمن التوجيه هو من 4 – 8 أسابيع،
وهذه المدة توقف على نوعية المقيم والمتعلم وتركيبه واستجابته

ب - المستوى العلاجي الأول:

إن أساس العملية الخاصة بإعادة التأهيل يتم في المستوى
العلاجي الأولي. ففي هذه الدرجة العلاجية يتعلّم المقيمون الكيفية
التي يجب بها تطبيق البرنامج هذه المرحلة، أي ما نعتبره بالأدوات
توضيح، الصدق، الأخلاق، الأمانة، نضج المسؤولية. ويتعلّمون أيضاً: العزم والتصميم،
التوجه نحو الهدف، والانضباط.

و هذه المبادئ الثمانية تساعد المقيم أن يكتسب فلسفة علاجية
مفيدة ونافعة حول عملية العلاج والحياة عموماً.

ومن الأهمية مكّان أن يتعلم المقيم التحليل التوضيع
والطوعية. ومن خلال تعلمه التوضيح والأذاعان فإنه يتعلم أيضاً أن
لديه مشكلة ويعتبرها يواجهها، وهو غير قادر على حلها بنفسه. ثم
إنه – المقيم المريض - ينبغي القدرة على طلب العون والمساعدة،
و أيضاً تحمل الانزعاج المفطرين بالاعتراف بارتكاب الخطأ، ويتعلم
قبول ذاته كمانسان يخطئ غير معصوم عن الأخطاء، وهو ليس
بسانسان من نوع خاص، ويقبل الاعتقاد أن العالم من حوله والكون لم
يخص الرضا والامتيازات خاصة. ويتعلم تحمل القوانين والأنظمة

٢٨٠
الاجتماعية المفروضة عليه والواجب أن يراعيها ويكرهما، وفي عملية ممارسة سلوكيات الاخلاص والصدق يتبعون على المقيم المتعالجين خلق المواقف الخاصة بقبول النتائج وعقوبات سلوكهم، وأن يدركوا أن يقدرهم تحمل النتائج يكون أوفياء وصدقين مع أنفسهم ومع الآخرين. وعليهم أن يتعلموا أيضاً أن نتائج الكذب والخذاع على المدى الطويل ستكون وبالاً عليهم. وعلي هذا يتبعون عليهم أن يدركوا أن الاخلاص والصدق هما جوهر فكرهم، والوفاء هو الفعل الذي يعبر عن الصدق وذلك الوفاء.

لذا فإليكما يكون العلاج العقلاني - الافعاله مفتوحاً ونافعاً يتعمق المتعالجون أن يكونوا صادقين وخلصين نحو أنفسهم ونحو الآخرين وذلك من أجل أن يعاقبوا أفكارهم الخاطئة ويبدروا ضلالها. إن هذه الأدوات الأخلاقية المهذبة للمعتفد والسلوك تساعد المدين على الكحول أو المخدرات أن يدرك الكذب الذي يمارسه على نفسه وعلى الآخرين، ومن ثم يعود إلى تصحيحه.

وتعلم المقيم المتعالج الاخلاص لم يعد حاجةً كيما يكون دفاعياً وينكر مشاعره وآلامه. إذ ينجح في ادراك أنه يستطيع تحمل الانزعاج من خلال الاعتراف بمشاعره وينعي قدرته في الاستمرار بالاتصال بذاته وبالآخرين.

يتناول الشعور بالمسؤولية عند هؤلاء المقيمين عندما يدركون وينوحد رأيهم أن من مصلحتهم الانخراط في عقود اجتماعية التي تتطلب العطاء من أجل الأخذ. ويدركون أيضاً أنهم يجابون،
ويحاسبون على خياراتهم، وقراراتهم وفعالهم ويتعلمون الأرشفة 
سخطهم على أحد من أفراد أسرتهم، وعلى العالم وعالم الماضي.
وعليهم أن يتعلموا تحمل الانزعاج الذي يتواكب دوماً مع
مسؤولياتهم في الحياة، ومع تبديات الذات، وقبول النقد البناء. أما
التصميم فيبرن من خلال مساعدة المقيم على الادراك أن العمل
الشاق هو مطلوب للتخلص من الادمان، وإنجاز أهداف الحياة.
ويتعلم المتحالج المقيم أن الحاجة لن تكون سهلة المال، وعليه أن
يقبل ظاهرة الانزعاج على أساس كونها جزءاً من عملية التبديل
النمو والإنجاز.
ثم أن المقيم يتعلم أيضاً التوجه نحو الأهدف، واختبار
الأهداف الواقعية والأيجابية، وأن لا يرى في متابعة هذه الأهداف
السهولة واليسر والطريق الممه المبتدأ بالورود.
يدرب المقيم على الالتزام بالانضباط والأهداف المطلوبة،
ومقاومة الانزعاج والعواقب التي يتعرض لها.
في انتقال الفرد من مرحلة التوجيه إلى المستوى العلاجي
الأول، يحصل المقيم على امتياز استقبالي لزيارات خاصة إلى داخل
الإصلاحية العلاجية التي هو فيها أو تأتي مثل هذه الامتيازات
كمكافآت وحوافز على ما أبداه من امتثال للأنظمة السائدة
والانضباط المعمول به في هذه المؤسسة العلاجية، ويحصل المقيم على
امتيازات الزيارات الخاصة لاصدقائه أو أقاربه من خلال انخراطه في
جلسات العلاج النفسي الفردي والجماعي، وبالحفاظ على علاقات
صديقة وأخوية مع زملائه في العلاج. وحيث أن المستوى العلاجي
الأول لم يرق بهم يعد الى درجة تمثل المقيم للفلسفة التي تغني الذات وترسخ المفاهيم العقلانية بعجلة ضمن الجماعة العلاجية فإنهم يتلقون التعزيز لسلوكياتهم وكان تلك القيم موجودة لديهم، وننقصد أن الجهاد والانشغال بمواد البرنامج ومنهجه يعزان انطلاقا من النظرية المعرفية القائلة: أن تبديل السلوك يسهل تبديل البنية المعترف بها، مما يتبديل السلوك بتبادل تلك البنية.

يعلَم المقيمين أن في مقدورهم السيطرة على سلوكهم حتى لو شعروا شعوراً مزعجاً، وأن مشاعرهم يفترض أنها تفرض السلوكيات لا تفرض الكيفية الواجب أن يتصرف بها الفرد. ويدركون حقاً ويرون ذاتهم كيف يستطيعون تحمل مشاعرهم السلبية، فلا يوحون لذواتهم أنهم لا يستطيعون تحملها ويعينون عليهم أن يضعوا قلص الانزعاج باللجوء الى المخدر أو الكحول. ثم عليهم أن يتعرفوا مهارات حل المشكلات الاجتماعية والاستراتيجيات التعاملية مع المؤثرات الخارجية وتأكيده الذات والاسترخاء من أجل السيطرة على سلوكهم بصرف النظر عن كيف يشعرون.

يسمح للمقيمين أن يزوروا من قبل أصحابهم وأفراد عائلاتهم Screening Committee فقط عندما تكون لدى هيئة الانتقاء أنهم مقبولون من قبلها. وهذا القبول يعتمد على معطيات المقابلة الشخصية، وبناء على تحليل عينة بول هؤلاء الزوار للتتأكد من أنهم غير مدمرين.

وهنا يسمح هؤلاء الزوار بمقابلة من يلوذون بهم من المقيمين
المريض إذا اضطر خلو بوهم من الكحول حتى لو كان الزوار من أسر المقيمين وأفراد عائلاتهم. وهذا معناه أن الزوار المدعوين على اختلاف حالاتهم لا يطؤون دار العلاج. يجعل المقيم يتحمل المسؤوليات ويتعود على أعبائه وذلك في مرحلة المستوى العلاجي الأول. تتدله أعمال وواجبات بسيطة نسبيًا. فشيئاً يعين للعمل مع طاقم التنظيفات أو مع جراحة الطهاة، أو في عمل الألبسة أو مراقبة أمكنة وجود ونشاطات المقيمين ورفاقه. ويمكن أيضاً أن يمارس مهمة صديق اليدار التوجيه والإعداد على أنظمة وقواعد السلوك السائدة في المجتمع العلاجي (ما سبق وتعلم به في المرحلة البدائية). وكما هو الحال في جميع المستويات والمراحل العلاجية في هذا المجتمع العلاجي يتلقى المقيمون الضغوط والثيرات من الأفراد المتعاملين الأعلى مرتبة منهم لكي يساعدوا أنفسهم وذويهم. كما ويكلفون بأعمال طهوية وتنظيمية في دار العلاج وفي الوقت نفسه يكفينون انفعالاتهم في محاولة الأفكار السلبية الوراثية لهذه الأعمال.

إن هذا المستوى العلاجي الأول يتصنف بوجود ضغوط وإثارات شديدة يتعرض لها المحتاج المرضى حيث أنه في هذه المرحلة نزاع بشدة نحو الكحول أو المخدر عند تعرضه لتلك الموتيرات الشديدة. إذ في هذه المرحلة تكون الأنا هشة، وضعف النفس وتحمله للشدد دون المستوى المطلوب. في هذه الحالة نرى حديثه مع الذات يتمحور حول التالي:

«أنا لا أستطيع تحمل المشاحنات والازعاجات». 

284
"يجب أن أتحمل هذه الازعاجات ولست في وضعية تسمح لي
تحمل الكدر.

وبالطبع لا يسمح للمتعالجين المقيمين تجنب المسؤوليات
المفروضة عليهم، كما لا يسمح لهم بتعاطي المخدر أو الكحول.
ويتعين عليهم مواجهة مسؤولياتهم وتحملها. وأن يشجعوا ويدعموا
لتعلم الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية وتطبيقها كما يستخدمونها في
التعامل مع المؤثرات والشدات والمنغصات.

ومما أن يكتسبوا المهارات التعاملية مع الشدات والمنغصات
وتتحمل المسؤوليات التي سيق وكأنو يستجيبون فقد أصبحوا في حالة
تمكنهم من مناهضة الأفكار الخاطئة وتصوب سلوكيتهم. وهنا تنفتح
آفاق معارفهم واستبصاراتهم الذاتية فأصبحوا في حالة قناعة أن في
مقدورهم السيطرة على تفكيرهم وأعمالهم فيتحملون من المنغصات
ما لم يكن يتحملونها سابقاً، وأضحوا أكثر صلابة وقوة مما كانوا
يعتقدون. ثم إن المستويات العليا التالية من البرنامج العلاجي تقدم
لهم صعوبات متزايدة، وشدة أكثر توفرها بحيث أن هؤلاء تزداد
صلابتهم النفسية ويعظم تمييزهم ضد المؤثرات وتحملها، وتتغذى
معتقداتهم الجديدة ومواقفهم أيضاً.

يتم رصد ومراقبة قدرة الفرد الذي يخضع لهذا النوع من
العلاج، أي العلاج العقلاني - الواقعي والذي يتعرض عن عمد
للحوادث المؤثرة الخارجية، نقول يتم رصد هذه القدرة وتقؤمها من
قبل الهيئة المعالجة، وأيضاً من قبل المرضى الذين هم في مستوى
علاج الفشل في استخدام الأفكار المناهضة يكون من خلال علاج بالعلاج الشامل (البنود الثلاثية التي ذكرناها) في المستوى الأول من العلاج اقتناً قبولاً، وحاز على قبول الهيئة العلاجية على النشاط والجهود التي بذلها في تدبيج بذاته المعرفة السلوكية بنفسه ومساعدة ذاته، وبرهن على قدرته على التعرف على انفعالاته وتدبرها، ومارسة مسؤولياته، حينئذ فإنه ينتقل إلى المرحلة الثانية التالية من العلاج، أي مستوى المراقب، أي انقلالاً إلى مرتبة المراقب يبني المزيد في ضلوعه في فهم موارد البرنامج العلاجي ومقراراته أكثر من مستوى العمل الواقعي. فعوزة مادة البرنامج هي أساس ما تبقى من العلاج.

- درجة المراقب:

تتزايد الامتيازات التي تمنح للمتشارك كلاً ارتفع إلى درجة أعلى من درجات العلاج ليصل إلى درجة المراقب. في هذه المرحلة كمراكب يعيش في دار العلاج بغرفة حسنة الأثاث وتتوفر فيها شروط الرفاهية، ويسع لنه في الندغين بالغرفة، وبايستقبل الأصدقاء والزوار خارج مكان إقامته ومنهم، ورغم أن هذه الامتيازات تعد حوارق قوية لانسان ترفع مرتبتة إلى درجة مراقب إلا أنها تحوي بالمقابل المزيد من التعرض للمؤثرات الشديدة التي عليه مواجهتها والتعود عليها.

وبينها نجد أن الزوارات الخارجية تعد معززات ومنشجعات له.
الأَنَا أَيْضًا تُحَفِّت الشَّدَادَاتَ وَالْمُوَتَّرَاتَ، إِذْ لَأَوَل مَرَةً بَعْدَ قَضَاءِ
الْمُتَّفَاعِلَة فَرَأَتْ مِنَ الْوَقْتِ مُعْزُولًا عَنَّ الْخَارِجِ، يَتَفَعَّل وَيَتَقَابَلَ الْمُتَّفَاعِلَة
مَعْ أَشْخَاصِ خَارِجِ الْمُجْمَعَةِ العَلَاجِيَّةِ، غَرَّابِهَا عَنْهَا، هِمْ جَزءٌ مِنْ
الْمَاضِي. وَهَذِهِ الْزِّيَارَاتُ خَارِجِ الدَّارِ غَلْبَا مَا تَّأُنَّهَا عَنْهَا الْعَافِلَاتُ،
وَالْأَفْكَارِ كَيْفَ أَنَّهُ فَشِلَ فِي العِيشِ دَاخِلِ مَحيِطِ الْإِجتماعِيِّ، وَكِيْفَ
أَنَّهُ أَلَحَقَ الْإِراْجَاهِاتُ بَأْسِهِ. وَهَذِهِ الْزِّيَارَاتُ تَذُكِّرُهُ أَيْضًا بِجُمْعِ
خَسَارَتِهِ الَّتِي نُجِمَتْ عَنِ الْإِداْمَ. وَفِي زِيَارَاتِهِ هَذِهِ خَارِجُ الْمُؤْسِسَةِ
العَلَاجِيَّةِ يَكُنَّ أَنْ يَتَسَعِدَ عَلَائِقَهَا بِمَجْنُونِ الْأَخَاطِرِ الاِِجْتَمَاعِيَّةِ
وَتَعْدُدُ مَثْلُ هَذِهِ الْعَلَائِقَ عَامَّلًا موْتِيًا جَدًّا بِبِالْسَّبِبَةِ الْيَهِ. إِذْ قَدْ يُفِلَحُهُ الرَّفْضُ وَالْفَشْلُ
مَعَ النَّسَوْةِ الْأَمَّ، الْأَلْدَرَ الَّذِي يُؤْلِدُ فِي نَفْسِهِ الْكَثِيرُ مِنَ الْأَفْكَارِ الخَاطِرَةِ
اللَّاقِعَةَلَةَ. إِذْ قَدْ يُفِكَرُ أَنْ غَيْرُ كَفَءٍ غَيْرُ مَحْبُوبٍ مَنْحَظَ الْقِيَّمَةِ
الْإِجْتَمَاعِيَةِ أَوْ بَحَاجَةٌ إِلَى عَلَائِقَةٍ حَبِيبَةٌ يُسْتَكْمِلُ اعْتَبَارُهُ لَذَاتِهِ،
وَتُرْتِفُ نَظَرُهُ بَنْفَسِهِ.
الْمَدْمُونُ لَا يُتَعْلَمُ أَنْ يُتَفَعَّل اِجْتَمَاعِيَّا بِمَحيِطِهِ بَدْنَ تَعَايِنٍ
الْكَحْوَلِ أوّلَ الْمَخْدُرِ. وَهَذِهِ اِلَّا أَلْيَاتُ التَّعَايِنِ (هَيْ الكَحْوَلِ أوّلَ
الْمَخْدُرِ) وَأَدْوَاتِهِ الْأَنْ غَيْرُ مُتَوَفِّرَةِ لا وَلَا مُجْلِدَة، فَقَلْبُهُ أَنْ يَتَعْلَمُ التَّفَعَّلُ
الْإِجْتَمَاعِيَّ بِقَدْرَاتِهِ الذَّاتِيَةِ وَبَدْنَ وَسَاطَةِ الكَحْوَلِ أوّلَ الْمَخْدُرِ، وَهَنَا
فَي هَذَا المَحيِطِ الخَارِجِيَّ الَّذِي هُوَ فِيهِ الْأَنْ أَيْ فِي زِيَارَاتِهِ خَارِجِ
الْمَوْقعِ العَلَاجِيَّ، هُوَ الْمَحِكِّ الحَقِّيَّ لَهُ وَالْأَخْتِبَارُ الَّذِي يَجْدَدُ هَوْسِهِ
الْحَالِيَةِ.
وَنَتْيَجُهُ الْمَعْتَقِدَاتُ الخَاطِرَةِ المَنْشَطَةِ المَثَارَةٌ رَهْوُ الْأَنَّ في مَرْتَبَةٍ
الْمَرَأَقِ فِيْنَ سَيْعَاَنِي اِنْفَعَالَاتُ سَلِيْبِيَّةُ شَدِيدَةُ بِفَعَّلَ تَلَكَ الْمَعْتَقِدَاتِ.
وهذه المعتقدات الخاطئة تقدم له الفرص الجديدة لتمارسة عملية
مناهضة تلك الأفكار وتصويبها، وبالتالي تكون المادة الجديدة في
العلاج الفردي والجماعي.

يواجه المراقب أيضًا مسؤوليات متزايدة عليه تحمل أعبائها
والكثير من هذه المسؤوليات تتعلق بتفاعلاتهم مع رفاقهم المرضى الذين
هم دونه مرتبة في المستوى العلاجي حيث يتعين عليهم أن ينظموا تقارير
عن مروحيته الذين يشرف عليهم ويرفعها إلى الجهات الأعلى عنها
بظهير هؤلاء من سلوكاتهم ومواصفات سلبية وتقصيد الجهات الأعلى
المرضى الذين هم أعلى منه رتبة في العلاج (المتقدمون في العلاج).
وهذا الالتزام الجديد المتنوع به كمراقب يشمل جميع مستويات
العلاج، حيث كل مستوى يراقب المستوى الأدنى منه في الرتبة
العلاجية يواجه المراقب مواقف ممزقة هي المعتقدات الخاطئة
التي تنتابه وتتحور حول مسألة القبول والحاجة إلى الراحة فتسبب له
مخاوف شديدة الوطأة، وتعطل قدراته في محاسبة أنداده، ومرؤسيه
على سلوكاتهم.

في هذه المرحلة العلاجية تتضمن معتقدات السلبية لهذه
المخاوف حيث ي럴 عملها معتقدات صائبة وتقبل للمسؤولية.
ويمكن أن تتجاوز المراقب المعتقد الذي يرى فيه أنه من الصعب جداً أن
يستعمل صفارته في وجه صديق من جراء سلوكه السلبي. فإذا لم
يجب هذا الصديق ما نبهه إليه، على المراقب والحالة هذه أن يتحمل
نتائج أعماله لواجبه.

في نهاية الفترة الزمنية لمستوى المراقبة تجري له تقييمات مهنية إذ

٢٨٨
يتوجه العلاج نحو مساعدة المتعلم لتطوير مهاراته التي تحتاج إليها خارج نطاق قوة العمل. وما أن يمتلك هذه المهارات المطلوبة ويرهن على قدرته في إنجاز واجبات ومسؤوليات الجماعة العلاجية ويعطي الدليل على قدرته في التعامل مع إنجازاته عندما يواجه حوادث رأسة موتيرة ويتصرف كرئيس جيد، ويكون أفراد الدور المطلوب بالنسبة للمسؤولين حينئذ يرفع المتعلم المراقب إلى المرتبة التالية وهي منسق مساعد.

Assistant Coordinator

وفي الوقت الذي يكون الأهم في عملية الترفيع من المستوى الأول إلى مربحة المراقب هو قدرته في معرفته لمواد البرنامج، فإن ترفيعه إلى منزلة (مستوى) منسق مساعد يحتاج إلى قدرة متزايدة في تطبيق مواد البرنامج.

: Assistant Coordinator

د - مربحة منسق مساعد

في هذه المرحلة تزداد الامتناعات التي تعطي للمتعلم حيث تنزويج ساعات زيارته خارج الموقع العلاجي وحق اقتناء المال والحيز عليه وبالطبع إن هذه الامتناعات تعد معززات قوية وحافزة هامة بالنسبة إليه وأيضاً توجه في هذه المرحلة الجيدة هذا المتعلم الذي رفع إلى تلك المربحة العديد من المسؤوليات التي تحتاج إلى مهارة وحكمة.

وحذة المسؤوليات هو:

1 - إقرار النتائج الملائمة لسلوكيات عدوانية عابرة مرفكية من قبل

289
أندادة في المستويات العلاجية الأدنى

مرتبة

2 - ترح هذه النتائج على المقيمين.
3 - إعداد العقود السلوكيات الواجب ابرامها مع المتعاونين.

إن كل عقد مبرم مع المقيم المعالج يجب أن يوقع ويصادق من قبل أعضاء الهيئة العلاجية. وفي إبداء رأيه حول النتائج السلبية أو العقود السلوكي عند الآخرين. فإن المنسرق المساعد في عمله هذا قد يواجه احتمالا كبيرا بالكراهية والرفض من قبل من يصفهم ويدي رأيه حياهم. وهذا فإن معتقداته الخاصة بالحيازة بالحاجة إلى القبول تصبح أكثر وضوضاً ثم إن أية ميول مازالت باقية بتجاب المسؤولية بفعل شدة وطاعتها تظهر إلى السطح وتتعر وتكشف.

ومن ناحية أخرى فإن من واجبات المنسرق المساعد أيضاً مراقبة المراقبين الذين هم دونه رتبة في المستوى العلاجي. وكثير من هؤلاء المراقبين يؤكدون اتقان عملهم، ويعتقدين أنه يتعين عليهم أن يقدموا الارشاد والنصائح والتنوع الجيدة من الآداب طالما أصبحوا مربية المنسرق المساعدين، متجاوزين مرتبة المواصية. وأن هؤلاء أيضاً يرون أن على المراقبين إنجاز وظائفهم لتكون متكاملة خالية من الأخطاء، عليهم ادانتهم مراوسيهم في حالات الزغ والضلال والاعوجاج، ثم أنهم يعتبرون أن المخطئين يجب معايقبتهم.

وأكثر من ذلك تعمل مجموعات المنسرق المساعدين على مساعدة نظائرهم من نفس المرتبة العلاجية على التصدي للمطالب

290
اللاعلاطانية الخاطئة التي ذكرواها في تصوراتهم لطبيعة أعمالهم ولواجبات غيرهم بحيث يصبحون أكثر تحملًا ويفبرلون أخطاءهم وأخطاء الغير أيضًا.

ثم إن المنسق المؤسسين الذين بدورهم يخضعون للاشراف ومراقبة رؤساء مجموعة العلاج مسؤولون عن الأداء الفعال لأطقم وزمر دار العلاج. فهؤلاء الآخرون يقومون بأداء خدمات داخل الدار مثل التنظيف، والنقل، ومراقبة الخطوط الكهربائية وغيرها. كما أن على هؤلاء المسؤولين تعليم مقررات البرنامج للمستويات العلاجية الأمثل من المبتكرين، وأن الغرض من كل هذه المسؤوليات هو تزويدهم بخبرات الحياة الحقيقية في إدارة العمل في أية مؤسسة يعملون فيها مستقبلا عند إعادتهم إلى المجتمع. فأيضاً مناهضة تفكيرهم الذي يوجههم أن الحياة يجب أن تكون سهلة، يجب أن يقدموا أداء جيدًا.

إن مقاييس إرقة هؤلاء وغيرهم إلى مراتب علاجية أعلى فيما تعتمد أساسًا على مدى نجاحهم في تحقيق الأهداف المهنية (أي امتلاك بعض المهارات، تطوير الاهتمام في ميدان مهني خاص، التطور على عمل وسير ذلك...) والأهداف العلاجية (مثل رفع مستوى التحميل للاحباط وقبول الذات) والوضحة في كل خطة منظور علاجي.

هـ. مستوى وظيفة (أو مرتبة) المنسق لدار العلاج:

يتمتع المنسق لدار العلاج بشروط حياتية سارة. فهو لا يحتاج
كما يخضع للتفتيش والمراقبة (بعكس المقيمين في جميع المستويات دونه في المرتبة) عند دخوله الإقامة التدريبية العلاجية. فقد حظي بالامتيازات، وبرهن على كفاءته، وحصل على المكاسب العلاجية المطلوبة لمرتبته، وبعد نفسه لإدارة برنامج مجموعة التدريب عندما يترفع لمرتبة رئيس المنقبين، حيث يتخرج من الدار وبعده ادخاله إلى المجتمع ثانية بعدما تأهل له في هذه الدار بكل المستويات التي مر بها واكتسب مهاراتها التي تؤهله للعودة ثانية إلى المجتمع مؤهلاً متكيفاً.

إن المشكلات التي سواجهها في هذه المرتبة وعلى أن يتعامل معها تبدو أيضاً باعثة على الشدائد والتوترات. ففي هذا المستوى من المسؤولية والوظيفة سيعرض للتوتر نتيجة تفكيره أنه عل وشك التخرج من الدار والبرنامج. إذ يميل إلى التنؤي إلى إمكانية مواجهته للفشل خارج هذه الدار بفعل قصوراته المدركة. فهذا القلق الذي يغمره يعيق من ممارسة مسؤولياته في الدار. وهذا بدوره يعرض معتقداته بكون الأمر خيراً أو أنه سيعطي برهااناً على عدم كفاءته إذا لم ينجح في وظيفته كمنسق للدار، أو أنه قد تكسّر مرتبتة ليعود إلى وظيفة مساعد منسق.

على المستوى التالي يتعلم منسق الدار التعامل مع مسؤولياته والتغريد بالفعلات، وأن يتحمل الشدائد والانزعاج. وأن علاجه يتركز أيضاً تركيزاً كبيراً على معتقداته الخاطئة التي تدور حول قيمة الذات، ومطالبه للنجاح. فإذا ما برهن في هذه الوظيفة على قدرته
على التدبير بانفعالاته تدبرًا كافياً، وأظهر المهاراتتعاملية والقدرات
في التفويض بالقرارات من خلال تنظيم العقود مع مouriسيه، وانجاز
ومراقبة أوراق العمل بدون أن يبدي اضطراباً انتعاليًا هاماً، فإنه
والحالة هذه يعد مؤهباً للترفع للمرتبة التالية وهي الرئيس المنقق.

و- وظيفة الرئيس:

يتمتع المنقق الرئيس بكامل الامتيازات تقريباً إذ يحصل على
أكثر الساعات في الزيارة من قبل الغير له، ويسمح له بمغادرة الدار في
أوقات مأذونة لمشاهدة الأفلام في المدينة، وحضور المباريات
الرياضية، أو الانخراط في التسليات الأخرى.

وبهذه الامتيازات، كم هي موجودة في خارج الدار، تبرز
مسؤوليات إضافية. فال المنقق الرئيس هو رئيس الدار، ومسؤول
مسؤولية كاملة عن جميع وظائف برنامج الدار العلاجي التدريبي.
فهو الذي يدير الدار ويلي ويجيب عن كل شيء في هذه الدار.
وتحت امرته جميع المراتب التي هي دونه. وبهذه الامتيازات فهو يواجه
مواقف ومحركات على درجة مناسبة من التوتر والشدات.

إضافة إلى ذلك فإن المنقق الرئيس يواجه توقع الدخول إلى
المجتمع ثانية بعد تخرجه من الدار. وهنا تأخذ المعتقدات الخاطئة
بالظهور الى السطح. فالآفكار يجب أن تظهر أية علامات صعوبة في
التعامل مع الدخول ثانية الى المجتمع، وعليه أن يدخل الى المجتمع
ثانية بدون فلق يقوده الى خبرات كرب وشدة وقلق. فالن تنبؤات

٢٩٣
السلبية حيال قدرته في العمل ضمن المجتمع غالباً ما تكون نشطة فعالة. فجميع هذه القضايا تكون طحنا في مطحنة الجماعة والعلاج النفسي الفردي.

وحالما يبرهن هذا الرئيس على قدرته في إدارة الندار، والتدبر الذاتي تدبراً مناسبًا رغم هذه المشكلات التي ذكرناها، ويتعامل تعاونًا فعالًا ومسؤولًا خارج الدار (في المدينة)، حيث يكون جاهزاً للخروج من الدار وليصبح مستقلا تمامًا. فعامة ادخاله للمجتمع وهي المرحلة التالية والأخيرة من علاجه تفرض أن يكون قادراً على التمتع بالاستقلالية الذاتية. وعلى الأَّن يمتلك فقط المصادر الشخصية (القدرات الذاتية) ولكن أيضاً امتلاك جهاز الدعم المناسب الإيجابي خارج الجماعة العلاجية التي كان فيها.

في هذه المرحلة يتعين عليه أن ينظم رسالة تخرج تتضمن وصف العلاج ومنافعه الذي مر فيه، وما هو تصميمه في الاستمرار بإعادة تأهيل ذاته، وما هي خططاته في هذا الخصوص.

وهذه الرسالة يفترض أن تعكس معرفة هذا المتدرب في مسألة المعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى الأدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية وما هي المواقف والسلوكيات التي كانت غيرية للذات عند سابقاً. وعليه أيضاً أن يبرهن على معرفته عن ماهية الاستراتيجيات الناجحة في التعامل وفي مناهضة الأفكار الخاطئة التي تجعله متحرراً من الكحول والمخدرات دوماً وما أن يبني هذه الرسالة المطلوبة بمضافتها حينذاك يتخرج كي يكون مؤهلاً للمرحلة التي بعدها، أي
نظام الادخول إلى المجتمع.

تعني إعادة الدخول إلى المجتمع التخرج من البرنامج وحيازته على شهادته، فيصبح حينئذ عضو مستوي مريض يعد جزءًا من المجتمع.

الإصلاح العلاجية التي كان فيها.

فخلال الـ 28 يومًا الأولى من اعادته إلى المجتمع يعود إلى البرنامج السابق الذي أخذ منه. أي تعبير آخر أي التسليم باستراتيجيات التعامل، وأيضاً بالفلسفة العملية والعقلانية الجديدة حيال الحياة. فربون مستوى إعادة الدخول يدير جماعات جاهزة ومعدة لبرنامج المقيم لتعليم مواد البرنامج والعلاج العقلي.

وإعادة البدء في التفاعل الاجتماعي الذي كان سابقاً يبرب منها ويجندها قبل العلاج.

فهو يواجه الوظيفة والوظائف والثبات عليها، وأيضاً الذهاب إلى المدرسة كي يقيم علاقات اجتماعية تكيفية والاندماج في أسرته والعيش مستقلاً معتمداً على ذاته، يتحمل المسؤولية ودوّ كفاءة ذاتية.

وهو في هذه المرحلة من إعادة التأهيل يطبق ما تعلمه من مهارات.
خلال العلاج عندما كان في الدار، فإذا كان يعزوه سابقاً في السيطرة على الكحول أو المخدرات أضحى الآن يملك هذه السيطرة. وهو يستمر في العلاج الفردي ومرتبط بالعبارة الخارجية التي تستمر في تزويده بما يحتاجه من دعم علاجي كما تتعزز عنده مهارات التعامل والتصدي للنزاعات والأفكار الخاطئة المضيفة لأرادته كما ويعينه هذا العلاج على التعرف على الأفكار الخاطئة الجديدة والمحضورات والمؤثرات للسيطرة عليها.

11- العلاج الجماعي:
إن جميع المخترعين في برنامج العلاج التدريبي التأهيلي يتلقون في مجموعات وفي كل مستوى من البرنامج، Residents العلاج العقلاني - الاجتماعي. وتركز العلاج الجماعي على مساعدة أفراد العلاج في تنمية المعتقدات والمعتقدات العقلانية وإغاثتها وذل ذلك ليس في ميدان التدريب البرنامجي فحسب بل أيضاً إزالة الاهتمامات الحاضرة القائمة والاهتمامات الماضية، والاهتمامات في ميدان عادتهم إلى المجتمع ثانية.

فالمجموعات العلاجية في هذا النوع من العلاج تكون نشطة وموجهة ويكون هذا النشاط قائماً على حل المشكلات. أما المعالجون فهم دائماً يقومون برصد تقدم الفرد المقيم المعالج في إطار مجموعات العلاج النفسي الجماعي. إذ في كل جلسة يعتمد كل فرد إلى طرح انتزاعاته الانفعالية، وفشه في مواجهة المسؤوليات لتكون موضوع المعالجة. ومن ثم يعتمد المعالج الى مساعدة المقيم في التعرف على
الأفكار الخاطئة التي هي وراء تلك المتاعب النفسية، ومناهضتها وإقامة معتقدات جديدة صالحه.

وخلال اجتماعات أعضاء الهيئة المعالجة الرسمية وغير الرسمية فإن قادة الجماعة والمعالجين الفردية يتقاسمون استبصاراتهم في المعتقدات الخاطئة للمقيمين. وهذا ما يساعد على ضمان إمكانية أحد هؤلاء على تصحيح معتقدات بعض المقيمين لأفكارهم الخاطئة عند ظهورها.

و يجعل العلاج الجماعي يأخذ الصفة الخصوصية وبالتالي يتعرف على الأفكار والمعتقدات الخاطئة الخاصة بكل فرد، تحدد وظائف وتدريبات ببتية لكل فرد يتعين عليه تنفيذها. فمثلا يطلب من المعالجين المقيمين سياسة 10 معتقدات خاطئة أوردها العلاج البرت أليس بلغتهم الخاصة كما و يطلب منهم الاحتفاظ بدفع خاص يرصدون فيه المواقف التي تثير انتباههم وبالتالي تسجيل المعتقدات الخاطئة. فيها ينص الوقاية من الانكسار، يتعين على المعالجين التفكير في المواقف المستقبلية حيث تظهر فيها المعتقدات الخاطئة التي تكون فاعلة في اشارة نزاعاتهم نحو المشدر أو المسكر. وهنا فإن قادة المجموعات يعدون منهجاً للمكانات والعقوبات (حوافز إيجابية وأخرى عقابية) إزاء الوظائف والتدريبات الببتية الواجب تنفيذها. ويكون النجاح والطروحة في هذا التنفيذ 100٪.

والمجموعات غالباً ما تكون تمارس الخبرة في طبيعتها.

ويتضمن العلاج بعض التقنيات الخاصة بالعلاج الفشتالي.
(مثل الكرسي الفارغ، أو الجلوس الساخن) عندما يكون المعالجون
في حالة إشارة وتهيج ويطلب منهم تحديد الأفكار الخاطئة، ومن ثم
مناهضتها وتبديلها والتي تؤدي إلى ازدهارهم. وعادة لا يصبحون
منزوعين بهدف الاستجابة ولكن في عملية ابراز معتقداتهم الخاطئة.
وناحية أخرى تطبق تمرين التخليح "العلاجي)، والهجوم على الحقل
غير السوي ميدانياً، ولعب الدور، والتمارين ذات الطابع
Role play، وغير السوي ميدانياً، ولعب الدور، والتمارين ذات الطابع
Confrontational Drills التي تواجه المشكلات لامتلاك مهارات
التعامل، إضافة إلى التدريبات الخاصة بالتلقيح ضد التوتر
occulation Exercises

12 ـ تبديل المنبهات المنتشرة للمعتقدات الخاطئة ضمن الجماعة
العلاجية:

الجانب تقديم العون للمعالجين ضمن الجماعة العلاجية
من أجل تبديل الطرق الخاصة في تفكيرهم والارتباك بالعالم الخارجي
الواقعي، فإن هذه الجماعة العلاجية تساعد المعالجين أيضاً على
تبديل المواقف السلبية المثيرة لأفكارهم الخاطئة أو الحوادث المشقية
لتلك الأفكار في حياتهم. فتشكل تعلم هؤلاء المعالجين مهارات
العمل بحيث عندما يتم إعادة ادخالهم إلى المجتمع فإنهم يواجهون
عمل صعب أو بالبطالة. وأيضاً يستطيعون الحصول على شهادة عامة
صادرة عن الجماعة العلاجية مكمنهم من الحصول على تشهيلات

1 ـ راجع كتاب العلاج النفسي الذاتي بقوة التخليح. تأليف الدكتور محمد
حجار. دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياضة
1989.

298
عمل بالتعاون مع السلطات الأخرى كوزارة العمل والشؤون الاجتماعية. وناحية أخرى تتم المتابعة اللاعلاقة إلى تشكيك أو خلق جهاز دعم إيجابي لكل متعالج حاصلًا ينخرط من جديد في الحياة الاجتماعية، وأن الخطوة الأولى هي مساعدة أسرة المتعالج للتعامل معه تعاملاً أفضل. وهذا يتم من خلال الجماعات الأسرية (مثلًا الزوارات الاجتماعية وندوات الاتحاد النسائي وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الخيرية). ثم إن أعضاء الأسرة يتعلمون كيف يمكن تطبيق وسائل الاشراك الاجتماعي (أي اتباع السلوك الجيد وتعزيزه وعدم إثارة السلوك المنافي) في تعاملهم مع الابن أو الابنة عند العودة من جديد إلى أجزاء الأسرة.

ثم هناك إجراءات تتخذها الجماعة العلاجية في عملية إعادة المتعالجين إلى المحيط الاجتماعي حيث يضع النزائرون في فحوص بولية للتأكد من أنهم ليسوا من أولئك المدمرين. كما وأن علاقة هامة بين المتعالج وآخر من المجتمع يجب أن تقترب بموافقة قادة الجماعة في الهيئة المعالج والعلاج هذه العلاقة إلى معايير معينة للتأكد أن مثل هذه العلاقة الصداقة هي سليمة وخلية من أية سلويكات ادمانية.
الفصل الثاني عشر
المهارات التي يجب أن يمتلكها المعالج

في هذا الفصل سنأتي على ذكر بعض الأفكار والمقترحات لأولئك الذين يتتعاملون مع هذا النمط من العلاج من المعالجين في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية。
وكل تأكيد إن التعامل مع المدمنين هو عمل قاس يحتاج إلى صبر وأناة وحماس، وثابة. ولكن يكون صعباً جدًا هذا التعامل عندما يعتقد المعالج بهذه الصعوبة.

والقيام بالعمل الصعب يحتاج إلى التمكن الفعال بأرضية العلاج العقلي - الانفعالي مع المدمنين. إضافة إلى خلق مجموعة من المواقف المنطقية والواقعية أزة هذا العمل من جانب المعالج.

1 - مواقف المعالج:

يشير العلامة البرت أليس (1985) إلى أن المعالج باستطاعته أن يكون هو نفسه زبوناً صعباً ويسبب لنفسه بعض الصعوبات والمتاعب عند التعامل مع المدمنين الصعبيين. إذ بامكان المعالج أن يزعج نفسه بمعتقدات خاطئة حيال ذاته، وبالمعالجين ويشكلنهم وبسيطة نتائج عمله العلاجي. وإذا ما سار في هذا الطريق، فإن المشاعر المضطربة الناتجة من شأنها أن تعيق الأداء الفعال - وتجعل عمله أكثر صعوبة مما هو عليه في الواقع، ويتربث عن ذلك الفقدان.
التدريجي لاعتبار واحترام ذاته والزبائن المعالجين أيضاً. وعندما يأخذ بهذا الطريق المدمر لذاته، فإنه يعطي أغذجاً لمرضى المعالجين التحمل المنخفض للإباحات، والسلوك الذي يفرض على الذاكر المطالب، وتجنب الازعاج، وهي السلوكيات الجوهرية السلبية التي يسعى المعالج إلى تدويلها عند المدينين.

ولعل أفضل طريقة فعالة التي تتحرر فيها المعالج من صعوباته الذاتية هو أن يتم التعرف على أفكاره الخاطئة والعمل على مناهضتها وتبديلها. كما يعمل تماماً في التعرف على مثل هذه الأفكار عند زبائه وتبديلها. وأن ما ينطبق من مقولات خاطئة يفرضها على ذات الصفة المطلقة وغيرها من الالتزامات التي ذكرناها يجب أن تكون ضمن منظوره فلا يسمح لها بالسيطرة على أفكاره.

لقد حدث البرت أليس عدداً من المعتقدات الخاطئة التي عادة ما يحملها المعالجون في نفوسهم، بحيث أن هذه المعتقدات إذا ما تركت بدون تبديل من شأنها أن تقود إلى علاج غير فعال، وفشلهم في مهمتهم وعملهم. من أحد هذه المعتقدات اللاواقعة الخاطئة مثلاً "يجب أن يكون ناجحاً في علاجي جميع زبائي المتضررين المدينين« فحمل مثل هذا المعتقد، وبخاصة إذا ما نكس الفنين بعد معالجته، فإنه سيستقيل تحية الفشل بذاته. واليادخ يتحيل أن يكون المعالج ناجحاً في علاجه لكل مدين في تخصيصه من عادته السلوكيه الادمانية أو الاستمرار في التحرر من الادمان.
فالنكسم في طريق الشفاء هو مشابه لقاعدة وليس هو استثناء. 
وأن القاء المعالج اللوم على ذاته بسبب الفشل أو النكس لا يخلق 
الازعاج فقط ولكن هو عمل مضاد للعلاج ذاته. كما وأن الدفاع عن 
ذاته بسبب هذا الفشل بأن يلقى تجاه فشله على المريض ذاته هو 
إجراء لانهائي خاطئ. وهذا من شأنه تعقيد المشكلة ثم إن ذه 
المريض بسبب هذا الفشل يقود إلى الغضب ضده الأمر الذي 
يفضي إلى قطع العلاقة العلاجية.

وإذا كانت فكرة خاطئة قد يجعلها المعالج هي: يجب أن أكون معالجة 
بارزة مشهورة، وأحسن من أي معالج آخر معروف، ومثل هذا 
المعنى يجعل مسألة النجاح العلاجية أو فشله أكثر. فالمطلب أن 
المريض الكحولي إذا نجح في التحرر من إدمانه سيستلم البلق على 
أساس معالج فذ قدير من قبل المعالجين الآخرين، وهذا ما يقود إلى 
عدم المرونة، الأمر الذي لا يساعد المرضى تعلم التفكير المستقل 
المنطقي القديم، وثمة جانب سلبي آخر في هذا المطلب هو اعتمادك 
عاطفياً على الزبون المعالج وعقابه معاناة الاكتئاب ورؤى الوهم.

إن الكحوليين أصلاً على درجة مناسبة من الحساسية لهذا النوع 
من الارتباط بالآخرين ويردون (يستجيبون) على علاجك بالمقاومة، 
وبطرق عدوانية وصادرة. وعندما ترفع من ذاتك إلى صفة التمييز 
وعلو الشأّن (أي أنا أحسن من الآخرين)، وتقول هذه الرغبة إلى 
المطلب، فإنك ستتدخل في طريق المنافع العلاجية.

ثم إذا ما اتبعتي أيضاً حاجة المريض للاعتراف بأنك معالج
ماهر، فإنك أيضاً تقع في قضية الغم والكرب، والارتباط العاطفي ببهما يسيء الى العملية العلاجية. وإذا كان تفكيرك أو معتقدك الخاطئ، يدور حول: وجب أن يكون على درجة كبيرة من الاحترام ومحبوبًا من قبل جميع زبائنك فآنت ستكون في مشكلة عندما يتصرون معك تصرفًا غير لائق ولا م довب. 
ولا تنسى أنه إذا كان بعض زبائنك الذين يريدونك هم أكثر افتتحالًا نحو تأثيرك، فإن قلة من الذين يتطلعون المخدر أو المسكر قد يكرهونك للمعديد من الأسباب. وفضلًا عن ذلك فإن المرضى الذين يحبونك حقاً هم أقل رغبة في الاعتراف بهفواتهم، وأن علاقتك قد تعني من تأمين العلاج الجيد. هذا ورغم أن المريض وآنت مرتاحان إلى مثل هذه العلاقة، إلا أنه ولا واحد منكما سيستفيد من هذا الشكل من الارتباط لمدة طويلة. وهناك سوء تصور آخر يجعله بعض المعالجين يتمثل في الاعتقاد التالي الخاطئ: "بما أنني أعمل كل ما في وسعني، وأبذل كل جهد كمعالج يتعين أيضاً على المعالج أن يكون متساويًا معي في هذا العمل والجهد والمسؤولية، وعلى أن ينصت إلي بكل اهتمام، ويدفع نفسه دائماً لي التبديل."
إن هذا المطلب نحو زبائنك من المدمنين والمرضى معناه عملياً ضمان اضطراب الوظيفة الانتقادية، ومن ثم تلح عليهم أن يكونوا متحررين بجزء من مجموعة أعراضهم الرئيسية ونقدةتحمل المتضخم للاحباط والتمرد حيث أن هذه العلة هي جوهر سبب ادمانهم.
وبالطبع من المرغوب بالنسبة للمعالج والمريض أن يعملاً
بجدية وبتصميم ويعزز الأً ينام ليس من الضرورة أن يكون كذلك عدد كبير من المرضى على هذه الصورة من الاتجاه المطلوبة. وأن ذم هؤلاء المرضى على هذه المواقف التي يتميزونها من العلاج غير المناسبة مع جهد المعالج الذي يبذل، هذا الندم يسري إلى العلاج. إن رفض المدنن وادانته على ضعف حافزه نحو العلاج هو موقف سابق كان يقفه المعالجون نحو الكحولية والادمان على المخدرات. أما المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلي - الانفعالي فهو يتفاعل مع المعالج المدنن لحفزه وليس لدمه وادانته لأشكاله التي جاء من أجل حلها.

وناحية أخرى على المعالج الأً يعمم أفكاره وموافقه على جميع المدنن لآن هذا يؤدي إلى الضيق الشخصي والعلاج غير الفعال، فعندما يعتقد أن جميع متعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية هم معارضون، مباغلون مشبوه. الدوافع مرتبطون بالغيير، فإن المعالج بهذه المعتقدات المعممة يقود ذاته إلى نهاية ميتة. ومثل هذه المعتقدات لا تشجع على الاستبصار الانفعالي أو التغيير الطويل الأمد في سلوك المعالج.

٢ - المواقف الذاتية من أجل علاج أفضل وأداء علاجي:

هنا يحسن أن نتكلم عن الظروف والمهارات التي تكون أكثر ملاءمة نحو علاج أفضل مع مرضى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. لقد وصف العلاجات البرت أليكس (١٨٥٥م) ما يعتقده لبعض الصفات النوعية الإيجابية للمعالجين الفعالين. وهذه الصفات هي التالية المبينة في الجدول:
صفات المعالج الفعال

1- الاهتمام الجاد والحيوي في مساعدة زبونه المريض، والعمل بطاقة لإنجاز هذا الاهتمام.

2- القبول اللامشروط للمريض كفرد، بينما يسعى إلى معاكسة ومناهضة الأفكار السلبية الاجتماعية، وتحسين مشاعره وسلوكه.

3- واثق من قدرته العلاجية بدون أن يكون متفاخرًا أو متصلاً. يعتقد اعتقادًا قويًا بالتقنيات الرئيسية التي يأخذ بها.

4- ينصف بثقافة علاجية نظرية متسعة الأفكار وممارسة خبرة جيدة تتسامان بالرونة وبالعلمية، وهو منفتح دومًا للاكتساب مهارات جيدة.

5- فعال في الاتصال والتعليم مع زبائه المرضى لخلق طرق جديدة من التفكير عنهم.

6- لديه القدرة والقابلية في تعامله مع اضطراباته وتحسينها ومعاق من القلق والاكتئاب، والشعور بالصغارة والميل إلى الاستجابة.

7- هو صبور، وشجيع، وصادق، ويعمل بجد في محاولاته العلاجية.

8- يتمتع بالصفات الأخلاقية المهنية، وبروح المسؤولية، ويستخدم العلاج لملف المريض وليس بهدف مفعوله الذاتي ومصلحته.

9- هو مهني وله مكانته في الوسط العلجي، ومع ذلك فهو قادر على الاحتفاظ بالمشاعر الإنسانية، والتلقائية العفوية، والتوظيف الشخصي بما يعمله.

10- هو مشجع ومحب، ومتفائل ويظهر هذه الخصائص لمرضاه ويقدر التبديل مهما كان صعبًا، وهو دومًا في كل الأوقات يدفع المرضى.
بقوة لتبديل سلوكهم.

11 - لا يقدم العون للمريض لكي يشعروا بالتحسن وازالة أعراضهم فقط بل أيضاً يحاول مساعدتهم في تبادل عميقة في المواقف مما يكمن في البقاء على التحسن والاستمرار بهذا التحسن، وزوال الاضطراب مستقبلاً.

12 - هو حرص على تقديم العون لكافة المرضى، وحرية وبطواعية يمكن تحويل المريض إلى معالجين آخرين عندما يشعر أنه لا يستطيع تقديم العون، كما لا يكون ضعيف الانخراط مع المريض ولا مفرط الانخراط به. ويسعى بالخلاص للتغلب على مواقف التحيزة ضد المريض التي تسيء إلى علاجه.

13 - يمتلك قدرة الملاحظة الكافية والحساسية تجاه الآخرين، والذكاء الجيد، والحكم السليم للحيولة دون أن يدفع المريض لاتخاذ قرارات طائشة غير حكيمة، ولا أن يؤدي ذاته مراقبة المعالج لذاته في تقريباته العلاجية نحو مرضى الإدمان على المخدرات والمؤشرات العقلية.

الأسئلة التي يطرحها على ذاته:

1 - هل أنا راض عن مساعدة مريفي مساعدة حاسمة ومستمرة حتى لو بيد اهتماماً في مساعدة نفسه؟

2 - هل أنا واثق من قدرتي على تقديم العون للمريض وهل أؤمن حقاً في النفع السريري وعلميًا برهنت على فعالية الطرق والتقنيات التي انتقنتها في معالجته؟
3 - هل أعطيت المريض حقه من الاهتمام والاعتبار في الطرق والأساليب العلاجية التي طبقتها عليه، وأننا راغب في تعلم الجديد من هذه الطرق وتطبيقها إذا اتضح لي أن ما اختبرت من الطرق لم تكن مفيدة بالصورة المرجوة في معالجة المريض؟

4 - هل أنا متحرار من التحيز التنموتي الخفي أو الظاهر أو التفكير الدوغماني (العقدي) حيال المريض ومن مشكلته الإدمانية؟

5 - هل أن اتصالي مع المريض مجد وفعال في المفردات التي استخدمها وفي مستوى التجريد، والنمط التفكيري، والطريقة التي أتفاعل بها مع المريض؟

6 - هل أنا فعلاً وبأمانة أقبل المريض كخليص، ويصرف النظر عن السلوك العفني النجح الذي يظهره نحو الآخرين ونحوي؟

7 - هل أحتفظ بالصبر، والمثابرة، وبالعمل الدؤوب تجاه المريض رغم رفضه الظاهر أو استجابته الضعيفة أداء الجهود التي أبذلها من أجله؟

8 - هل أنا أشجع واحفز جهود المريض في الوقت الذي امتنع عن لومه على فشله وذلك من أجل تحسين صورة قبوله لذاته؟

9 - هل أنصف صراحة أو ضمناً تصرفًا أخلاقيًا، ومهنية، ومناسبًا وبصورة متجرمة، وبطريقة خالية من التهجم أداء المريض؟

10 - هل أعرف صراحة بأي موقف سلي ومشاعر منفية نحو المريض أو بجهودي العلاجية بحيث أسعى إما إلى إزالة هذه السلبيات من نفسي أو أشير إلى المريض بالذهاب إلى معالج آخر متوسياً منفعته؟

٣٠٨
نموذج خطوات علاجية مثالية

نبني هنا خطوات الجلسة العلاجية النموذجية وفق أسلوب مثالي:

الجلسة _______________ التاريخ _______________

1 - تقييم وجود انفعالات مضطربة أو سلوكيات.
2 - الكشف عن قابلية التكيف لانفعالات المريض وسلوكياته.
3 - تقييم وجود ونوع التفكير الخاطئ.
4 - الكشف عن التكيفية الخاصة بجهاز معتقذ المريض.
5 - ايضاح الحوادث أو النهبات المنشطة للعمليات المعروفة.
6 - عرض الافتراس حول معنى المعتقذ الخاطئ، وآليته للمريض.
7 - تعليم المريض الربط القائم بين ب - ث (أي المعتقد المسبب للانفعال أو السلوك).
8 - تعليم المريض الفرقة بين المعتقدات الخاطئة والصائبة الصحيحة.
9 - عرض المعتقدات الصائبة البديلة عن المعتقدات الخاطئة.
10 - شرح فلسفة مناهضة المعتقدات الخاطئة.
11 - شرح التخيل العقلي - الانفعالي.
12 - تحديد الواجبات البيئية والتمارين الواجب انجازها.
13 - تقويم انفعالات المريض، وأفكاره وسياقاته التي تبرز عندما يحاول المريض تنفيذ تمارينه البيئية.
14 - المناهضة التجريبية للأفكار الخاطئة.
15 - تعليم تكرار الأحاديث مع الذات.

٣٠٩
16 - مساعدة المريض على توليد الحلول البديلة للمشكلات العملية.

17 - مساعدة المريض على تقويم الفعالية للحلول البديلة.

18 - التكرار السلوكى للحلول الجديدة للمشكلات العملية الميدانية.

19 - التدريب على الاسترخاء أو التخيل الاسترخائي.

أعط درجات لمحاولات المريض في تنفيذ تمارينه البيئية التي أعطيت له في الجلسة السابقة وفق السلم التالي:

1 - لم ينفذ تدريباً البيئية.

2 - نفذ جزءاً من تمارين البيئية.

3 - أنجز بعض تمارين البيئية.

4 - أنجز معظم تمارين البيئية.

5 - أنجز كاملاً تمارين البيئية.

التعليقات:

________________________________________

________________________________________

________________________________________
المراجع

طبيعة الخصائص القانونية والاقتصادية للمؤسسات التمويلية في العالم العربي

المحفظة العامة للمركز"