

التدريب العلاجي الطبي السلوكي في موضوع الادمان على المواد المبدلة للمزاج الكحول والمواد المخدرة

المقدم الدكتور محمد حجار^(*)

المقدمة:

المجلة العربية للتدريب الغراء التي تصدر عن دار النشر بالمركز العربي للدراسات تناولت الأمنية والتدريب⁽¹⁾ موضوع الادمان على المخدرات من جوانب متعددة بأثارها المختلفة الصحية والمهنية والاجتماعية والشخصية والأسرية، وفي هذا البحث سأتناول في الدراسة الجانب العلاجي التدريبي للمدمن على المواد المبدلة للمزاج، وتعمدت استخدام تعبير «المواد المبدلة للمزاج» لأنه يشمل جميع المواد التي تؤثر على الجملة العصبية المركزية ذات التأثير المبدل للمزاج والسلوك «المسكنات المخدرة، والمنشطة والمهلوسة» بجميع تصانيفها الطبية الدوائية وتأثيراتها المؤذية للصحة وللسلوك الاجتماعي السوي عند المدمن، وفي خضم وسباق اهتمام العالم الصناعي والدول النامية على السواء اليوم بمشكلات المخدرات لاستفحال شيوعها واتساع نطاق الاتجار بها، لا سيما وأنه لأول مرة في تاريخ الانتخابات الأمريكية كانت المعركة الانتخابية للفوز في مقعد الرئاسة لعام ١٩٨٨ ١٩٨٩ من جملة طروحاتها الدعائية التنافس بين الخصمين المرشحين على قطع الوعود لمكافحة المخدرات وأساليب الاتجار بها نظراً للخطورة الكبيرة التي تهدد شباب وشابات المجتمع الأمريكي اليوم، علينا الأنتسى خطورة الكحول أيضاً لأن تأثيراته الباثولوجية على مستوى الفرد المدمن وسلوكه الاجتماعي هي نفسها في الادمان على المخدرات، وأنبه هنا وهذه ناحية هامة مازالت تغيب عن أنظار المعالجين السيكاثرين والعاملين في ميدان الصحة النفسية والاجتماعية بمختلف اختصاصاتهم Mental Health Professionals على المستوى العلاجي والتأهيلي التدريبي في معالجة الادمان على المواد المبدلة للمزاج، إن مسألة علاج المدمن بالطرق السيكاثرية الدوائية وبالارشاد النفسي والاجتماعي ما زالت متعثرة ويعترضها الفشل نتيجة الانتكاس الذي يصيب

(*) أستاذ محاضر في جامعة دمشق. الجمهورية العربية السورية.

المريض المتعالج بعد فترة العلاج (المتابعة العلاجية) والسبب في ذلك يعود الى وجود العديد من العوامل المسببات والمتحولات الفاعلة في مسألة الادمان، وهنا تكمن مشكلة العلاج بل وخطورة الادمان ذاته، وحتى العلاج النفسي التحليلي - الديناميكي - قد أصابه الفشل لأنه ينصب بالدرجة الأولى الى إعادة بناء الشخصية وليس التخلص من عادة الادمان (السلوك اللاتكيفي)^(١).

اليوم يطرح العلاج الطبي النفسي السلوكي الحلول التدريجية العلاجية للادمان على المواد المدللة للمزاج التي تعد ثورة حقيقية في الميدان العلاجي والتدريبي والوقائي معاً، وفي احصائيات نشرتها مجلة الطب السلوكي والطب السيكاكثري التجريبي^(٢)، إن نسبة التحسن والشفاء بواسطة تقنيات العلاج السلوكي لمختلف ضروب العصابات النفسية واضطرابات السلوك هي بحدود ٨٠٪ من الحالات مقابل ٢٠٪ فقط في العلاج النفسي التحليلي (الديناميكي) وهذا يعني أن العلاج النفسي السلوكي اليوم هو الرائد الأول الطبي الذي يطنى على كافة الاستراتيجيات العلاجية الطبية الأخرى والنفسية أيضاً. وحسي هنا في هذا البحث الذي لا يمكن بحال من الأحوال أن أطرح للقارىء أسس العلاج الطبي السلوكي التدريبي للادمان باستفاضة واسعة أكاديمية بقدر ما أهدف الى زيادة الوعي لأهمية هذا العلاج وابرز الخطوط العامة لتفسيانه، إن الوسائل الرامية الى مكافحة الجريمة التي تترتب عن السلوك الباثولوجي (المرضي للمريض المدمن) على المستوى الاجتماعي والقانوني والأمن الأسري، إنما تتناول الفعل الجرمي ذاته فقط بينما تحتاج الى علاج الفاعل لنحد من السلوك الاجرامي الادمان ذاته، وهذا برأبي ما يطرح على المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب أن يبيء الكوادر العلمية المختصة بالعلاج للعاملين في ميدان الصحة النفسية - الطبية على مستوى الخدمات العامة للدول العربية في المصحات الخاصة لعلاج المدمنين وفي العيادات الخارجية وتطوير أساليب العلاج التي تستخدم هذا الغرض.

علم السبببات والتعريفات Definitions and Etiology :

في أية ظاهرة مرضية على المستوى الطبي الجسدي أو النفسي عندما تعرف الأسباب وتوضح معالم العوامل الفاعلة في المرضى، أمكن العمل لابتناع السبل العلاجية لاستئصال شافة المرض. ونحن حتى الآن عندما يستغل علينا مثلاً فهم مرض التصلب المتعدد العصبي

Multiplesclerosis (وهو مرض عصبي يتميز بتكسب يصيب غمد النخاعين في الخلية العصبية) ذي الانذار السيء - Bad Prognosis الذي لا شفاء منه وينتهي بموت المريض البطيء - بالشلل العام، أقول يظل علاج هذا المرض علاجاً تَمْرضياً Symptomatic (أي معالجة الأعراض مثل التشنج العضلي .. وغيره)، وقل الشيء نفسه بالنسبة لارتفاع الضغط الشرياني الأساسي الذي يعالج بالأدوية الخافضة للضغط وليس أسبابه .. وغيرها.

وأيضاً مرض الفصام .. والأمر نفسه بالنسبة للادمان على المواد المبدلة للمزاج، عندما نتعرف على العوامل المسببة الرئيسية والثانوية المتداخلة، أمكننا عزل المتحولات وإيجاد التقنيات العلاجية الشافية أو على الأقل المبدلة للسلوك اللاتكفي للمدمن.

الادمان على المواد المبدلة للمزاج فيه عوامل متعددة السبب Multidimensional :

من الأمور التي عقدت مسألة تكاتف العلماء الذين لهم ضلع في علاج الادمان والجلوس معاً للتدريس في شئون علاج المدمن وتأهيل الكوادر الطبية التدريبية لهذا العلاج هو تباين مفاهيم في العوامل المسببة وتعصب كل مختص لمفاهيمه وبناء المعرفة، فرجال الطب البشري والسيكياتري يلحون على النواحي البيوركيماثية الجسدية في تعريف الادمان وعلماء الاجتماع يأخذون بالعوامل الاجتماعية الاقتصادية، والمربون يعرفونه ويعلمونه بأسباب التنشئة والمحيط البيئي الأسري، والقانونيون يأخذون بالوسائل والجوانب القانونية في تعريف الادمان^(١) أي بكلمة أخرى أن الادمان يعرف وفقاً للمدرسة العلمية التي ينتمي إليها المختص بالعلوم الانسانية عموماً، ومع ذلك يظل هذا المصطلح على درجة كبيرة من الاستعمال لا يصعب التخلي عنه.

وبسبب هذه الصعوبات في تعريف الادمان تزايد استخدام تعبير الارتباط أو التعلق Dependence في الكتب الطبية، واعتمده منظمة الصحة العالمية، وقد عرفته هذه المنظمة بالتعريف التالي^(٢)

«هي حالة نفسية وأحياناً بدنية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء المبدل للمزاج، ويتصف هذا التفاعل باستجابات سلوكية تتضمن صفة الجبر أو القهر الذاتي Compulsion في تناول المخدر تناولاً مستمراً أو متقطعاً من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة (النشوة) أو من أجل تخاشي الضيق والانزعاج الناجم عن الانقطاع عنه لسبب من الأسباب».

أعود الى القول أنه من الناحية السببية لم يتمكن الباحثون في هذا الميدان من عزل عامل (أو سبب) بيولوجي أو سيكولوجي أو اجتماعي يعزا اليه الادمان على المواد المبدلة للمزاج ورغم وجود أبحاث مشجعة تناولت العوامل البيولوجية (فرانك ١٩٨٥م) إلا أن التحديد الدقيق للسبب الفيزيولوجي لا يبدو عملياً في الوقت الحاضر (أي معرفة ماهيته ونوعه)، ولعل الاتجاه الأوفق (وهذا ما نسه اليه) في مجال البحث والكشف في هذا الميدان هو المعايينات العميقة السابرة المسية للعديد من العوامل، وقد اتضح من خلال الكشف والأبحاث الحديثة جداً أن للعوامل التالية تأثيراً هاماً في الادمان وهي:

- ١ - الاستعدادات المسبقة التركيبية الارثية Genetic structure.
- ٢ - العادات الأسرية والانماط الحضارية العرقية السائدة.
- ٣ - التعلم البيئي الاجتماعي Social Learning للفرد.
- ٤ - معتقد المدمن وتوقعاته ومواقفه حيال المواد المبدلة للمزاج.
- ٥ - السيطرة الذاتية والقدرة على ضبط الذات.

إنني أنه الى هذه العوامل الخمسة كمتحولات أساسية أقرها علماء الطب السلوكي اليوم في الولايات المتحدة الأمريكية حيث أضحت تركزت الأساسية لعلاج الادمان والتدريب على هذا العلاج (West 1984, Royce 1981) (١٠).

بخصوص العامل التركيبي الارثي أجريت العديد من الدراسات على التوائم فأكدت العنصر الارثي أو التركيبي في ادمان الكحول وغيرها - (Bohman 1978) (١١)، وهناك أيضاً دراسات أجراها (Vaillant 1983) (١٢)، أشارت الى أن وجود أحد أفراد الأسرة يتعاطى المواد المبدلة للمزاج هو مؤشر قوي للعامل الارثي للمدمن، وليس الأمر نوعياً أن يكون (الأم أو الأب) مدمناً قراءة الأصول بالنسبة للمدمن بقدر ما تكون موجودة في أفراد الأسرة أصول وفروع. ونلفت النظر الى ناحية هامة في ميدان التشخيص والعلاج للادمان أنه من الضروري استقصاء القصة الادمانية الأسرية عند المدمن اذ كلما كان تاريخ الأسرة مليئاً بالأفراد المدمنين، كان الادمان عند المدمن مشعباً بالعامل الارثي Genetic Loading وبالتالي كان الانذار Prognosis (أي سير مرض الادمان) خطراً سيئاً.

★ Vaillant وهو من رواد العلماء الذين درسوا بحث نظرياً وتجريبياً مشكلات الادمان على المواد المبدلات للمزاج.

وننتقل الى العامل الآخر الهام في سبب الادمان (هذا ما يهمننا بالدرجة الأولى في العالم العربي والاسلامي) هو عامل التعلم الاجتماعي Social Learning أي تعلم شرب المسكرات وتناول المخدرات ضمن رهوط مدمنة التي تعزز اكتساب تعلم عادة الادمان، وهذا ما يعزز الاتجاه القائل أن ثمة بعض الأنماط الحضارية التي تتجاهل مكافحة الادمان في بعض الرهوط المدمنة وتتساهل في التصدي لها تجذب الأفراد للانضمام الى رهوطها من ذوي الاستعداد للادمان لتجعلهم ضمن ضحاياها.

والحمد لله طبعاً أن العالم العربي والاسلامي لا يتمتعان الى المجتمعات التي يسود فيها العرف على تعاطي المسكرات كالمجتمعات الانكولوساكسونية (أوروبا الشمالية) لذلك فإن العامل الأسري والحضاري لا يهمننا كثيراً في الكلام عنه في الادمان بقدر ما تهمننا العوامل الثلاثة: التركيبي التعليم الاجتماعي - ضعف الضبط والسيطرة على الذات.

النظريات العلاجية في علاج الادمان (نظرة مختصرة):

أ - المدرسة السيكاثرية الدوائية: تلح التقنيات العلاجية الدوائية على فطم المدمن عن المسكرات والمخدرات عموماً من خلال العلاج في المشافي أو المصحات النفسية، فالمرضى المدمن في هذه الحالة يتم افظامه عن المخدر (أي نوع كان) بسحبه تدريجياً وتغطية المريض بالأدوية النفسية (المهدئات الكبرى Major Tranquilizerr) لفترة تتراوح بين ٢٠ - ٣٠ يوماً ومن ثم الخروج من المستشفى، الا أنه وللأسف تكون نسبة الانتكاس عالية جداً خلال الأشهر الستة الأولى من عملية الفطام (بحدود ٩٠٪)، وأن دراسات المتابعة Follow - up للمرضى الذين تم افظامهم عن المخدر (الهيروين) تظهر نسبة شفاء بحدود ٣٠٪ من المرضى^(١) حتى بعد إعادة تأهيلهم سيكولوجياً واجتماعياً (الارشاد النفسي الاجتماعي)، وأن المشكلة هنا تكمن في صعوبة جعل المريض (العلاج النفسي الكلاسيكي والارشاد الاجتماعي) يدرك الأخطار الحقيقية التي تنجم عن استمراره في تعاطي المخدر على مستوى صحته النفسية والبدنية والمهنية والاجتماعية والأسرية وقبول الحياة خالية من المخدرات.

ب - المدرسة العلاجية التحليلية الفرويدية: ترى المدرسة التحليلية أن سبب الادمان يعود الى وجود اضطرابات نفسية لا شعورية كعدم استقلال الشخصية وثبات في غم الليبدو (الشبق الفمي) الا أنه، وهذا مؤكد لا يوجد أي دليل علمي مثبت بدراسات علمية خاضعة

للضبط التجريبي تؤكد هذا الافتراض الفرويدى لأسباب الادمان الذي يعالجه المحللون النفسيون استناداً الى هذا الافتراض (Room, Miller 1976)^{١٩}.

والامر الأكثر دهشة أنه اتضح أن العلاج النفسي التحليلي رغم علاجه للمشكلات النفسية التحتية التي يعتقد أنها سبب الادمان الا أن معظم الحالات المعالجة استمرت في تناول المواد المبدلة للمزاج، وهذا ما يؤكد افتراض فيلانث (١٩٨٣م) في القول: «ان وجود الادمان ذاته هو تنبؤ بصحة نفسية سيئة مستقبلاً وليست الصحة النفسية السيئة هي التي تمهد لنشوء الادمان».

أي بتعبير آخر ان الاضطرابات النفسية ليست السبب الرئيس في الميل نحو الادمان وتناول المواد المبدلة للمزاج ولكن الادمان ذاته هو الذي يخلق الاختلاطات والاضطرابات السلوكية والنفسية والعلل البدنية الخطيرة، والتي اقام جداً الآخر أن السمات السيكولوجية المختلفة التي تراها في البشر العاديين تراها أيضاً عند الكحوليين والمدمنين على المواد المبدلة للمزاج وهذا يترتب عنه نتائج اجتماعية وسيكولوجية هامة هي أن المدمن ليست له خصائص شخصية سابقة لادمانه باثولوجية (مرضية) من ناحية التكيف العام على الأقل، ولعل الفروق تكمن فقط بالنواحي الارثية وبالتعليم الاجتماعي المسبب للادمان، وقد تأتي الضواغط الاجتماعية بإبعادها المتعددة لتكون عوامل مساعدة على الادمان، ولكن نحذر هنا، وهذا ما نجده في كثير من الكتب والدراسات أنه ليس للمدمن شخصية متميزة مرضية أو أن العوامل الاجتماعية تلعب الدور الهام في الادمان، أو السيكولوجية الباثولوجية، وهذا الافتراض الخاطيء له بالمقابل نتائج من حيث العلاج واعادة التأهيل.

واعيد وأكرر هذه النتيجة الهامة: «ان الشيء الثابت والقاطع أن المشكلات الانفعالية والسلوكية وسوء التكيف الاجتماعي هي نتيجة الادمان على المخدرات وليست السبب الرئيس للادمان وأن أفضل استراتيجية علاجية لازالة المشكلات الصحية والاجتماعية والنفسية المترتبة عن الادمان هي ازالة الادمان ومن ثم التعامل مع اعراض الادمان الصحية والنفسية والاجتماعية وهذا هو جوهر موضوعنا وأساس العلاج التدريبي للتخلص من الادمان بالطرق السلوكية العلاجية التدريبية.

ج - المدرسة العلاجية السلوكية (اعادة تصحيح البنية المعرفية عند المدمن): تطالعنا المدرسة السلوكية بمفهوم التعلم الخاطيء، والمعتقد والتوقعات غير الصحيحة الموجودة عند المدمن

ازاء المواد المبذلة للمزاج.

فسوء استخدام الأدوية المبذلة للمزاج أو الكحول يقود الى تعود فيزيولوجي وسيكولوجي (بعض المخدرات ينحصر التعود فيها نفسياً والآخر فيزيولوجياً في حين أن بعضها يؤدي الى الاثنين معاً كالافيون والحشيش) باندورا (1982م)، وان هذا السلوك المتعلم التعودي لا يأتي من خلال التعزيز المباشر Direct reinforcement الذي تحدثه المواد المخدرة والمهدئة المسكنة (الكحول والافيون) في انقاص التوتر النفسي ولكن نتيجة (أي هذا السلوك المكتسب المتعلم) المعتقدات الخاطئة والتوقعات عند المدمن حيال ما تفعله المادة المخدرة في نفسيته اضافة الى تفكيره اللاعقلاني Irrational Thinking حيال هذه المادة، فالمعتقدات التي يحملها المدمن حيال المخدر بكونه يضعف توتره النفسي ويزيد فعاليته الاجتماعية (الامفيتامينات والكوكايين) أو يمنع عنه الانزعاج النفسي هذه المعتقدات الخاطئة وتوقعاته حيال ما يفعله المخدر في نفسيته هي التي تسهم اسهاماً كبيراً في اقباله على تعاطي المخدر، وايفاظ استعداداه الكامن الارثي للمخدر، واستمراره في تعاطيه (السلوك اللاتكيفي) اذن نحن في النظرية المعرفية الادراكية Cognitive Theory نكون قد وضعنا يدنا على جوهر مشكلة الادمان وعلته. انه مشكلة مرتبطة بمعتقد الفرد وتوقعاته حيال المخدر، وأن العلاج والتدريب العلاجي اذن يكون في تبديل المعتقد والتوقعات كيماً يتبدل السلوك اللاتكيفي، والشفاء يكون في ما نسميه بتبديل السلوك Behavior Modification، وهذا التبديل يخضع لقوانين التعلم وتكون العادات ومبادئ الاشرط Conditioning ولزيد من فهم هذه النظرية المعرفية في تبديل السلوك التي عليها سنبني الاستراتيجية العلاجية السلوكية والتدريب لا بد من شرح موجز كيف أن المعتقد والمتوقع هما اللذان يخلقان طبيعة الاستجابة والانفعال، أي بتعبير آخر شرح نظرية العالم الرائد السلوكي البرت أليس (Albert Ellis 1955) المعروفة باسم: النظرية الانفعالية - العقلانية (أو الفكرية) Rational - Emotive Theory أو باختصار نظرية A-B-C⁽¹⁾

النظرية الانفعالية والعقلانية (A-B-C):

استمد البرت اليس النظرية من مقولة العالم الاغريقي ابيقتيطس Epictetus حيث طورها وبنى عليها نظريته العلاجية المعروفة باسمه، والتي أضحت اليوم الركن الأساسي في العلاج السلوكي في الولايات المتحدة الأمريكية للاضطرابات السلوكية والاعصابية بالمشاركة مع

التقنيات العلاجية السلوكية الأخرى التي سنعرضها باختصار خلال شرح التدريب العلاجي على الأدمان.

يقول ابيقتيس: وليست الحوادث الخارجية هي المسببة لاستجاباتنا السلوكية من اضطراب وخوف وشعور بالأحباط، والفرح والاكتئاب وما الى ذلك من مشاعر انفعالية منافية ولكن معتقداتنا ومواقفنا من هذه الحوادث هي التي تخلق لنا هذه الاضطرابات والاستجابات السلوكية.

وجاء البرت اليس المفكر العلمي المبدع الرائع ليبي هذه المقولة بناء علاجياً ويجسدها بمعطيات تجريبية تؤكد أثر المعتقد والموقف والتوقع في خلق الاستجابة السلوكية اللاتكيفية والعصابات النفسية والعادات السلوكية الاجتماعية والصحة السئة عند الفرد، إذن نظرية اليس (كمدرسة علاجية متكاملة) تركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد في الاضطراب النفسي وتبديل السلوك عند الكائن البشري، بينما نجد في المدرسة التحليلية الديناميكية (الفرويدية) أن أسس علاجها للاضطراب النفسي (العصابي) يستند على ماضي المريض وطفولته وعنويات لاشعوره الراضة (أي العقد النفسية)، فنحن هنا أمام تباين تام في نظرية المرض النفسي وعلاجه، فالسلوكيون يركزون على المعتقد ومبادئ التعلم والاشراط والفريديون على اللاشعور وديناميكيته في المرض النفسي.

وأكثر من ذلك فان النظرية المعرفية السلوكية التي نحن بصدها لا تغفل أهمية العوامل البيئية والبيوكيميائية، والارثية في تأثيراتها على السلوك والعاطفة، ولكنها مع ذلك تلج الحاحاً كبيراً على أهمية القدرات الكامنة الموجودة عند الانسان (الفعالية الذاتية Self Efficiency باندورا)⁽¹⁾ كتبديل معتقده وفكره المسببين للاضطراب النفسي والسلوكي، وهكذا فتح الباب العريض أمام تفكير معاني سليم يشع بالأمل والتفاؤل وحياة سعيدة (بالطبع على المستوى العلمي البحث . الكاتب). Ellis, Becker 1982

يقول البرت اليس: إن هذا الاضطراب الذي يسببه المعتقد والتوقع السليم يعبر عنه بطرق مختلفة كالاكتئاب والشعور بالصفارة والنقص والادمان على المخدرات، والانتحار، والاصابة بالأمراض العضوية النفسية المنشأ كالقرحة والربو، ونقص مناعة البدن الذي سبب لكثير من الأمراض الخماجية Infections وحتى الأورام السرطانية⁽²⁾، وما الى ذلك من

اضطرابات سلوكية وعصابية Neurotic وجسدية وتكمن متاعبنا النفسية، وفق هذه النظرية بالآلية التالية التي نفسرها بهذا المثال البسيط، لنفترض أن ولدين يلعبان على شاطئ البحر، وفجأة ضربتها موجة كبيرة فطرحتها أرضاً على الساحل الرملي، أحدهما ركض خائفاً يستنجد بأمه مذعوراً أما الآخر فقد استعذب هذه المداعبة الساخرة للموج فانظر استقبال موجة أخرى لتطرحه مرة ثانية على الأرض.

ان المنبه (Stimulus) عند الاثنين هو واحد أي الموج، أما رد فعل Reaction فكان مختلفاً الأول هرب والآخر سر بما حدث.

السؤال المطروح هنا ما الذي خلق هذا الرد المختلف عند الاثنين الواقع أن الأول قوّم الموقف على المستوى الادراكي والمعرفي تقويمياً اختلف عند الآخر، أي أن العامل الادراكي المعرفي هو الذي سبب هذا الاختلاف في رد الفعل.

وهكذا عندما نقول ان انساناً يبدو مضطرباً فاننا نعني حسب النظرية المعرفية Cognitive أن تقويمه للموقف Evaluation الخارجي أو الداخلي الذاتي النابع من نفسه، هو سبب اضطرابه وقد يكون هذا التقويم خاطئاً وأن هدف العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Restructuring Therapy هو تصحيح المعتقد أو التأويل الخاطي- حيال المنبهات الخارجية أو الداخلية، وهنا نصل الى المعادلة السيكولوجية التالية:

أ المنبه الخارجي الذي نشط العمليات الادراكية والفكرية (في مثالنا السابق الموج).
ب - التأويل للمنبه والمعتقد والتوقع حيال المنبه (الثاني أول الموجة كمداعبة سارة، أما الطفل الأول فأولها على أساس الخوف والجزع والتهديد).

ج- رد الفعل الذي نتج عن عملية التوقع والتأويل (الأول ركض مذعوراً والآخر ظل هادئاً).
والآن لنفيد الصيغة السابقة بتفسير ماذا دار الحديث مع الذات عند الطفلين.
(الحديث مع الذات Private Speech .

أ . الطفل المذعور:

الحادثة أو المنبه (الموجة المائية) (A: (activating event)

تأويل المنبه عند الطفل الخائف أخذ الصورة التالية في حديثه مع ذاته:

موجة مخيفة ضربتني وكادت تجرني الى البحر ثانية.

- قد أختنق وأموت اذا استمررت واقفاً أمام الشاطئ-

- يتعين عليّ أن أهرب فوراً إلى أمي .
 أنا غير قادر أمام مواجهة موج البحر المخيف .
- C: - الهروب والذعر والاتجاه إلى أمه
 ب .. الطفل غير الخائف:
- A: الموج (المنبه)
- B: تأويل الموقف والتوقعات:
- الموجة مداعبة وقد اسقطني أرضاً انه لشيء يدعو للتسلية
 - الموجة جعلتني أشعر بالمتعة لأنني بت في مداعبة لعبها .
 - الموجة لا تحدث شيئاً سوى أنها بللت جسمي ورمتني على الشاطئ .-
- C: رد فعل: السرور وعدم الانزعاج

ويمكننا أن نبين الموقف السيكولوجي بالصورة الأخرى التالية:

منه ← عوامل ادراكية وسيطية ← رد الفعل

نلاحظ هنا أن المنبه لا يحدث رد الفعل إطلاقاً بل الذي يحدث رد الفعل هي العوامل
 الإدراكية الوسيطة فقط، والحوادث الإدراكية الفكرية تنحل إلى أحداث مع الذات وتحليلات
 أي أن التفكير بحد ذاته هو كلام مع الذات وترجمة مادية للتفكير.

وإذا أردنا تبديل سلوك الطفل الخائف علينا إذن أن نبدل العوامل الإدراكية والفكرية
 السلوكية وهذا هو أساس العلاج السلوكي برمه وتبديل السلوك، إن السؤال المطروح الآن
 (بعدما علمنا أن تبديل العوامل الوسيطة الفكرية هي مكمن العلاج) هو كيف نستطيع التغلب
 على المعتقدات الخاطئة والتأويلات غير الواقعية وعلى العواطف اللاعقلانية؟

الجواب هو أن نضيف إلى المعادلة السيكولوجية السابقة التي شرحناها الحرفين D, E
 وبذلك تصبح المعادلة على الشكل التالي:

A B - C D E

فالحرف D يعني المناهضة والتساؤل والتحدي للأفكار اللاعقلانية التي توجه سلوكنا أي
 بتعبير آخر تبديل الحديث مع الذات ليكون على الشكل التالي بالنسبة للطفل الخائف في مثالنا
 السابق:

لماذا اعتبر أن الموجة مخيفة؟

هل أن الموجة التي طرحتي أرضاً يعنى أنها كارثة؟

هل أنا في وسط البحر لأخاف الموت والغرق؟

أما الحرف E فيعد بؤرة ولب وجوهر التوجيه العقلاني المنطقي انها نقطة الانطلاق التي

أجيب فيها على التساؤلات السابقة لماذا؟

فالإجابة على D يكون بالشكل التالي:

انه لأمر سخيف أن أفكر بهذا التفكير.

لو ضربتني الموجة فانا لن أموت ولن يحدث أي أذى لي.

ها هو صديقي يداعب الموج والأذى لم يمسه بشيء.

أي بتعبير آخر دحض ومناهضة الأفكار اللاعقلانية Disputing the irrational beliefs من

خلال تبديل الحديث مع الذات الى حديث ايجابي.

المداخلة العلاجية والتدريبية للادمان على المواد المبدلة للمزاج:

بعد هذه النظرة الحافظة السريعة عن النظرية الانفعالية العقلانية في تفسير السلوك

الانساني وردود أفعاله ومواقفه، وكيف أن العوامل الفكرية والمعتقدات هي التي توجه السلوك

الانساني، وان تبديل السلوك والعادات اللاتكيفية المرضية بمختلف ضروبها يكمن في تبديل

البنية المعرفية، يأتي دور تطبيق هذه النظرية العلاجية على سلوك الادمان وشرح سبل العلاج

ومداخلته.

أشار فيلانت (Vaillant 1983)^(٧) الى أن الادمان على المواد المبدلة للمزاج هو مرض تماماً

مثل بعض الأمراض البدنية؛ كارتفاع الضغط الشرياني، والآفة الوعائية القلبية الأكليلية وان

الكشف لهذين المرضين العضويين وعلاجهما يحتاجان الى الكشف المبكر وتبديل أسلوب حياة

المريض وخلق عادات صحية في التفكير والمشاعر والسلوك وليس الاقتصار على العلاج الدوائي

لوحده، فالأمر أيضاً على غرار ذلك في الادمان:

فاعتبار الادمان مرض والاقتصار على العلاج الدوائي فقط هو القصور بعينه الذي

وللأسف يمارس في العلاج الطبي الكلاسيكي، لذلك تبدو معدلات الانتكاس كبيرة والشفاء

شبه مستحيل تقريباً بهذا العلاج الدوائي.

إن المريض المدمن هو انسان لا يمتلك السيطرة على سلوكه الادماني ويكمن العلاج

الادماني في ناحيتين هامتين جداً وناحية أخرى ثانوية:

أ - تبديل المعتقد والتوقع حيال شرب الكحول وتناول المخدرات.

ب - خلق القوة الذاتية للكشف والسيطرة، أي تقوية ما نسميه بزوع التصدي والمناهضة Coping للرغبة نحو تعاطي المواد المخدرة.

ج - إيجاد بدائل عن المواد المخدرة بخلق أنشطة اجتماعية مختلفة.

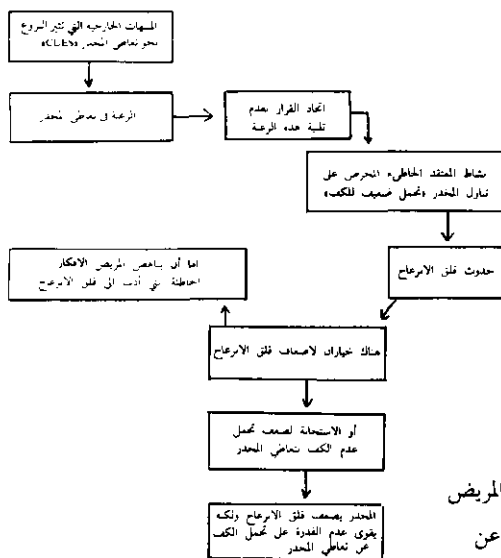
وبما أن الادمان يؤدي الى ترقى الاعراض الجسمية والنفسية المرضية بصورة حتمية ويؤول الى اضرار سيء في معظم الحالات فيفضي الى الموت المبكر نتيجة تلف العضوية (وبخاصة في المسكرات) وحيث أن في الادمان عاملاً ارضياً محرصاً، لذلك فان الاستراتيجية العلاجية السلوكية تنزع نحو تبديل سلوك المدمن نحو المواد المخدرة من جهة ومناهضة نزوعه نحو هذه المواد بصورة لا هوادة فيها.

ويطالعنا كل من ميللر وهيوست ١٩٨٠م ما مفاده أن معالجة المدمن نجح بنسبة الثلثين بالعلاج السلوكي : حيث يطرأ تحسن ملموس على سلوك المريض ومواقفه من فته، وخلال مدة قصيرة نسبياً، بينما الثلث الباقي يحتاج الى فترة علاج طويلة، وأهم شيء في العلاج السلوكي أن المريض وبارشاد المعالج هو الذي يشفي ذاته، أي يتدرب على كيفية علاج ذاته ومن خلال تمارين وتدرجات يمارسها يومياً بتوجيه المعالج السلوكي . ويكون المشول الأول عن نتائج علاجه، لذا فان العلاج السلوكي للادمان لا يمكن أن يكسب له النجاح الا اذا توفرت عند المريض المدمن الرغبة الصادقة في التخلص من ادمانه ومارس التدريبات العلاجية بامانة وحماة وتوقعات ايجابية بامكانية السيطرة على ادمانه .

وننبه الى ناحية هامة وهي أن المريض المدمن على المخدرات بأنواعها الذي نفتقد الى السيطرة الى نزوعه نحو المخدر يتصرف أيضاً في أسلوب حياته، أي في مجالات أخرى نشاطاته الحياتية بنفسية أيضاً عاجزة عن السيطرة على النزوعات الأخرى في تعاملاته الحياتية، أي تجنب المسئوليات، وعدم القدرة على كف الرغبات . . وغيرها، كما أسلفت الذكر أن العلاج بجهوره يتركز على تصحيح معتقداته الخاطئة حيال تعاطي المخدر من أجل الكف عن تناوله، وتأتي في المرحلة الثانية علاج المشكلات الأخرى التي تصاحب الادمان وتكون من نتائجه .

المدمن لديه عتبة تحمل منخفضة للاحباط: يتناول العلاج الانفعالي العقلاني والتدريبي للتخلص من الادمان والسيطرة عليه المعتقدات الخاطئة حول الادمان عند المريض، وهذه المعتقدات بحد ذاتها تقود الى عتبة تحمل منخفضة للاحباط الذي يصاحب الكف عن تناول

المخدرات، أي بتعبير آخر ان المريض يعتقد أنه لا يستطيع تحمل إيقاف تعاطي المخدر، وهو الاعتقاد هو سبب انتكاسه واستمراره في تعاطي المخدر، ويسمى البرت أليس هذه الظاهرة النوعية السيكلولوجية عند المدمن الانفعالية القلق المزعج أو اضطراب الانزعاج Discomfort Anxiety وهذا الانفعال السلبي يتوقع فيه المدمن أنه سيعاني الألم والكدر عند إيقافه تعاطي المخدر، ويفرض على ذاته ما يمكن أن نسميه «بحتمية» عدم تحمل الامتناع عن تعاطي المخدر، أي بتعبير آخر جبرية النزوع نحو استمرار تناول المخدر وعدم القدرة على إيقافه العلاج السلوكي: يتناول هذا المعتقد الخاطيء «توقع اضطراب الانزعاج» بالتصحيح وأن الديناميكية الادراكية المعرفية الأولية التي تخلق الادمان وتخلده تبدو على الصورة التالية:



نلاحظ في هذه الآلية
الموضحة لأسباب انتكاس المريض
والرجوع عن قراره بالكف عن
المخدر ناحيتين هامتين جداً:

- أ - حالما يتخذ القرار بسحب المخدر لسبب من الأسباب ينشط لمعتقد الخاطيء الذي يضعف بدوره قراره في التوقف عن تناول المخدر، وهذا المعتقد الخاطيء - يتجلى عادة بالحديث مع الذات السلبي الذي يأخذ الصور التالية:
- أنا لا أستطيع تجنب تعاطي المخدر.

- لا أستطيع أن أقوم بشئون حياتي وعملي بدون مخدر .
 - أنا ضعيف الارادة في مقاومة نزوعي نحو تعاطي المخدر.
 - لا أستطيع تحمل حرمان تعاطي المخدر.
 - أنا انسان محروم من شيء هام وهو المخدر.
 - تبدو الحياة قاسية فارغة المحتوى بدون مخدر . . وغيرها.
- ب - هذه المعتقدات الخاطئة التي يحملها ازاء المخدر تؤدي الى ضعف الكف عن المخدر فيحدث لديه كما ذكرنا قلق الانزعاج، وهنا اما أن:
- ١ - يتاهض الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة التي ذكرنا نماذج عنها، وهذا هو جوهر العلاج السلوكي القائم على مناهضة هذه المعتقدات واقناع المريض ببطلانها، واعطائه التمارين والتدريبات في تبديل هذه المعتقدات.
 - ٢ . أو أنه يستسلم لهذه المعتقدات فيعود ثانية الى تعاطي المخدر لضعاف قلق الانزعاج وتوقعاته التي ذكرناها حيث يعمل فعلاً المخدر على اضعاف هذا القلق مؤقتاً ولكن الادمان يتعزز ويتقوى.

التطبيق التدريبي العملي على تبديل السلوك الادماني (الاستراتيجية العلاجية) (١١)

- أ - نعمد أولاً الى تدريب المريض على الاسترخاء (ارخاء عضلاته مع استخدام الإيماءات الذاتية في هذا الارخاء) وذلك لتثبيت القلق ونشاط الحملة العصبية الذاتية المنبهة لجهاز الدوران والتنفس والنشاط الاستقلابي. ونقل المريض الى موجات ألفا الدماغية الاسترخائية، وهذا التدريب يمارسه يوماً بنفسه في بيته أو في مكان عمله ليتعلم الاسترخاء وتبديل سلوكه الانفعالي المضطرب واستخدام الاسترخاء في مواجهة المؤثرات الخارجية.
- ب يتم سحب المادة المخدرة تدريجياً وتغطية المريض بدنياً ولفترة مؤقتة بالأدوية النفسية (المهدئات الكبرى كمركبات الفينوثيازين: اللارغاغثيل وغيره) وذلك باشراف الطبيب السيكاتري بالنسبة لهذا الفطام.
- ج - وفي الوقت نفسه يطلب المعالج من المريض أن يسجل على ورقة الأفكار التي تراوده (الأفكار الخاطئة) التي يستخدمها المريض عند حديثه مع نفسه والتي تثير عنده ما أسميناه بالقلق المزعج (أعطينا أمثلة عنها).
- د - تكون هذه الأفكار اللاعقلانية المثيرة لسلوك الادمان هي هدف التبديل والتغيير والمناهضة

والتصدي لها وذلك بطرح على ذاته (أي الحرف D الذي رأيناه في المعادلة السابقة A-B-C-D-E) الأسئلة التالية:

- ١ هل لديّ الحجة والمنطق في دعم هذه المعتقدات الخاطئة؟
 - ٢ ما هو الدليل الموضوعي الذي يثبت عدم عقلانية هذه المعتقدات؟
 - ٣ هل لديّ الدليل المادي على صحة هذه المعتقدات؟
 - ٤ - ما هي أسوأ الأشياء التي قد تحدث لي إذا امتنعت عن تعاطي المخدر؟
 - ٥ ما هي المخاطر التي تنشأ عن استمرار تعاطي المخدر؟
- س- يجب المريض وبمساعدة المعالج على هذه التساؤلات (الحرف E في المعادلة السابقة، هذه الأجوبة بالذات التي تمخضت من التساؤلات السابقة تسجل على شريط صوتي أو يحفظها المريض. أو يكتبها على ورقة ويخصص كل يوم عشر دقائق صباحاً وعشر دقائق مساءً ولمدة ١٥ يوماً لتكرارها على مسامع (التدريب على تبديل الحديث مع الذات من ايجابي الى سلبي) مع خلق توقعات سلبية وإيمان بقدرته على تحمل الامتناع عن تناول المخدر وزيف معتقداته الخاطئة، وأفضل أسلوب في ممارسة الكلام الذاتي الايجابي (أي تطبيق التمرين) وهو في حالة استرخاء في مكان هادئ بعيد عن الضوضاء لأن الاسترخاء يخلق حالة نفسية يسمح لمثل هذه الاجراءات بالتعزيز والتثبيت ويسهل تبديل السلوك والمعتقد.
- و- تضاف تقنية أخرى هي خلق حالة نفسية منفرة مكروهة ضد المواد المخدرة وهذا ما يسمى علمياً بالاشتراط المنفر Aversive Conditioning حيث يعتمد المعالج الى زيادة وعي المريض عن مخاطر الادمان الصحية والبدنية والنفسية بجعله يقرأ الموضوعات المتعلقة بهذه المخاطر التي قد يصاب به (مثلا الاضطراب العقلي الناجم عن تعاطي الكحول والمخدرات، فقدان العمل واضطراب حياته الأسرية، والأزدراء الاجتماعي . . وغيرها) (١٠)، تمارس هذه التخييلات المنفرة لمخاطر الادمان والمريض بحالة استرخاء يومياً لمدة عدة أسابيع وبواقع ١٥ دقيقة يومياً، كما ويطلب منه أن يكرر عبارات ايجابية مثلا عدة مرات يومياً.
- أنا قادر على السيطرة على ذاتي،
أنا سعيد جداً بدون مخدر.
أستطيع أن أعمل وأعطي مردوداً جيداً بدون مخدر.
الحياة مليئة بالسرور والوسائل التي تستطيع اسعادي.
أنا أفضل وأحسن من أي وقت مضى بدون مخدر.

وفي كل مرة يشعر بتوق وميل الى المخدر عليه الالتفات الى نشاطات يتدمج فيها ويتخيل ذاته بالشخص القادر على الاقتناع والسيطرة على ذاته، وهذا التخيل هام جداً من الناحية العلاجية في تكوين صورة جديدة عن نفسه والافتخار بها (لعب الدور Role playing) تخيلاً.

ز - جدولة نشاطات يومية بديلة وجعل المريض يلتزم بتنفيذها بعد الاتفاق معه عليها، ومن أهمها ممارسة الرياضة، النشاطات الفنية والقراءة والعمل .. وغيرها.

ح - التعاقد مع المريض على التخلي نهائياً عن مصاحبه والاجتماع بالمدمنين وقطع جميع صلاته معهم وذلك بهدف اطفاء المنبهات Cues التي تثير الاشرار السلوك الادماني.

ط - متابعة المريض في تطبيق الوصايا العلاجية وتقويم حالته بين وقت وآخر ودعم المريض على الاستمرار في نجاحاته وتقوية الفعالية الذاتية في مناهضة دوماً قلق الانزعاج.

ربما أن لنزوع الادمان فيه عاملاً تركيبياً فان على المريض أن يستمر دوماً في مناهضة مستمرة لمشاعر قلق الانزعاج الناجم عن الفطام وتعزيز الأفكار الايجابية المناهضة للأفكار الخاطئة.

وهكذا نجد أن هدف العلاج السلوكي وفق المعطيات التي شرحناها يكون في تقوية السيطرة على الذات وفعالية العنصر الارثي الموجود في تركيب المدمن.

وخاتمة القول ان العلاج السلوكي اليوم هو العلاج الطبيعي في التخلص من الادمان ويعطي أعلى نسبة من النجاح بالمقارنة مع العلاجات النفسية والكلاسيكية.

بقيت كلمة أحب أن أضيفها هنا والبرت اليس وغيره يجهلها هي : ان العلاج الديني للمدمن هو جزء أساسي وركن هام في الاستراتيجية العلاجية، وأنا شخصياً عاينت حالات ادمان عند شبان بالعلاج السلوكي ودجمه بالعلاج الديني فكانت النتائج أفضل من العلاج بالطرق السلوكية وحدها - والحمد لله على فضله.

الهوامش

- ١ - اللواء أحمد أمين الحاذقة. أهمية التدريب في مواجهة مشكلات المخدرات. العدد الأول. رمضان ١٤٠٧ هـ.
- 2 - Ellis, A. and Mcinerny, J. 1988: Rational Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers, 19-23- Pergamon Press, New York.
- 3 - Wolpe, J.: Journal Psychiatry, Volume 3, November 1987.
- 4 - Denis and His Associates: A Concise Encyclopaedia of Psychiatry, MPT Press, 1977 London.
- ٥ - الدكتور محمد حجار. علم النفس الصيدلاني. كتاب رسمي جامعي تدريسي. جامعة دمشق. كلية التربية (قسم علم النفس). اصدار جامعة دمشق عام ١٩٨١م.
- 6 - West (1984) Alcoholism and Related Narcotic Substances P.P 1-26, Englewood Gliffs, NJ. Prentice Hall.
- 7 - Bowman M. (1978): Some Genetic Aspects of Alcoholism and Criminality; Archieves of General Psychiatry, 35, 269-276.
- 8 - Same Rference of Number 4, p.p. 9-12.
- 9 - Miller, W.R. (1983) Controlled Drinking; A History and Critical Review: Journal of Studies on Alcohol and Drugs Abuses 44, 68, 83.
- 10 - Ellis, A.: The Practice of Rational Emotive Therapy, Springer Publishing Company New York.
- ١١ - الدكتور محمد حجار. علم النفس السريري لطب الأسنان. كتاب جامعي تدريسي. اصدار جامعة دمشق. كلية طب الاسنان ١٩٨٤م.
- 12 - Feinsten D. (1985): Psychotherapy with Cancer Patients; Innovation in Clinical Practice Volume 4, Professional Resource Exchange, INC, Florida.
- 13 - Vaillant (1983): The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns, and Path to Recovery, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 14 - Ellis, A: Techniques for Disputing Irrational Beliefs (Pamphlet); Institution for Rational-Emotive Therapy, New York.
- ١٥ - الدكتور محمد حجار. العلاج التخيلي: القوة التخيلية في تعديل السلوك. قيد الطبع.