

العلاج المبرمج في الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية من المنظور النظري إلى الممارسة العملية «حوار ذاتي»

الدكتور محمد حمدي حجار^(*)

الملخص

الانطلاقة العملية نحو العلاج المبرمج وخطواته الأساسية للإدمان على المخدرات لتبسيط والمؤثرات العقلية، فإن الطريقة العملية المباشرة هي في طرح العلاج وأسسه العملية من خلال حوار فيه تساؤلات واجابات ذلك لأن القارئ الباحث أو المختص تطوف في ذهنه أمور كثيرة عن العلاج، وتزاحم في ذهنه عندما يطرح العلاج طرحاً كلاسيكياً بصورة مقال أو بحث أكاديمي مهني. أما في تخيل الحوار فإنه يغطي تقريباً الافتراضات في المسائل العلاجية العملية، ويشفى الغليل عند الذهن السؤال الذي يفتش عن الخبرة في الميدان العلاجي والممارسات اليومية وهذا البحث يلبي تلك الأهداف.

س: هل العامل (أو العوامل) المطروحة طرحاً نظرياً تعطي التفسير العلمي الكامل بالنسبة للفرد الذي يتعاطى تعاطياً أولياً للمخدرات أو المؤثرات العقلية Drugs⁽¹⁾، أو التعاطي المستمر لتلك المواد؟

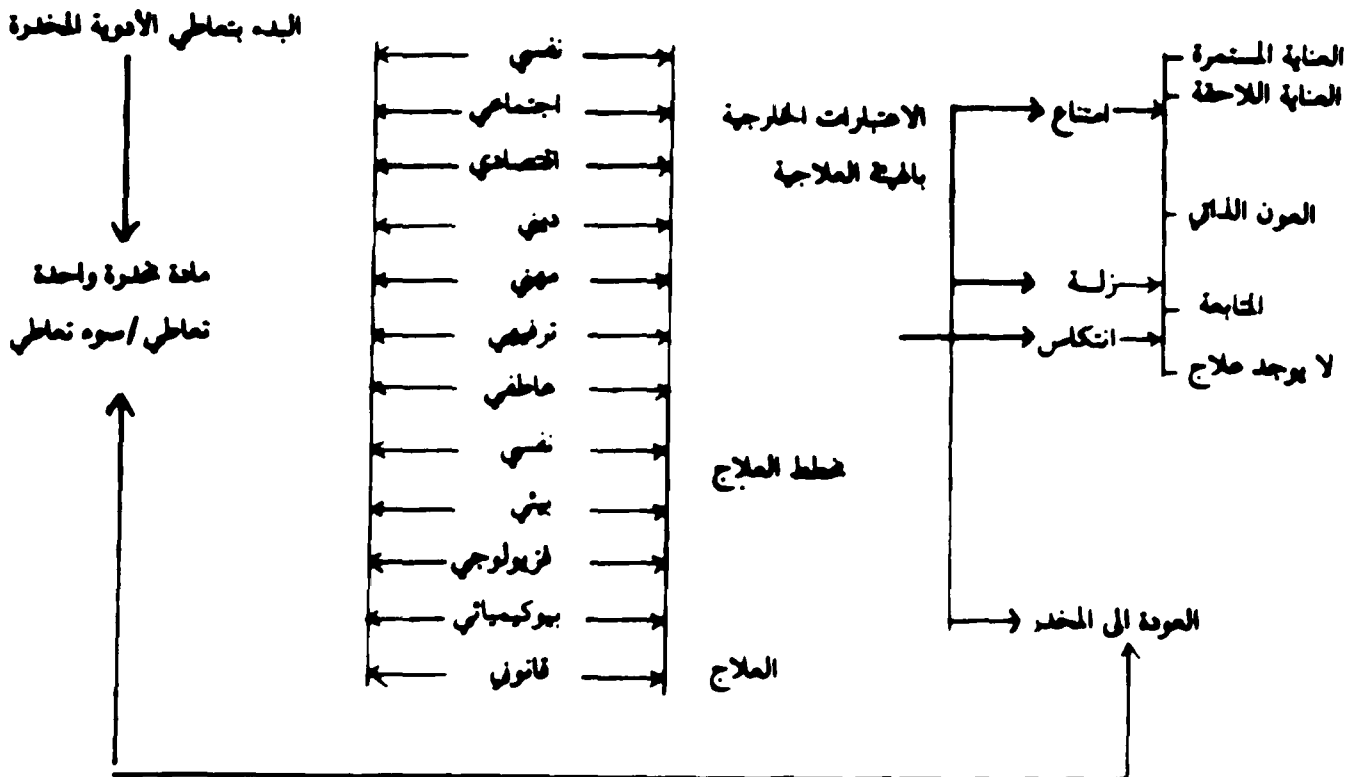
ج: تؤكد الدراسات الحديثة⁽²⁾ أن استخدام المواد المخدرة هو متعدد الأسباب فحالة الفرد النفسية، والبدنية، والاجتماعية، والاقتصادية تدخل في منظور المسببات Etiology. ثم إن المتغيرات النفسية تؤثر السلوك، وترسم صورته، وتقرر أيضاً مقدار وتكرار استخدام الفرد للمخدر، ومع ذلك فإن المفاهيم النفسية لا تكفي وحدها لتفسير بدء استخدام المادة المخدرة أو الاستمرار في تعاطيها ذلك لأن للعامل الفيزيولوجي دوراً كبيراً في تعاطي تلك الأدوية (المخدرات والمؤثرات العقلية).

(*) استاذ محاضر بجامعة دمشق، الجمهورية العربية السورية.

س: ما العوامل التي تقرر البدء بالعلاج؟ ولماذا نعالج متعاطي الادوية المخدرة؟ وما الذي يجعلنا نبدأ بالعلاج؟

ج: إن متعاطي الادوية المخدرة يلتزمون العلاج عادة نتيجة وجود عوامل في حياتهم دفعتهم إلى ذلك. يلتزمون العلاج لأنهم صحوا من غفلتهم، ووعوا حاجتهم إلى العلاج. وإن وجد أمثال هؤلاء فهم الندرة، فالحافز إلى التماس العلاج واقعي وفي معظم الحالات هو إما التعرض إلى العدالة الجنائية بقوانين زاجرة، أو بسبب الحالة الأسرية، أو موقف رب العمل من الفرد المدمن، أو الأصدقاء، أو الانخراط في الجيش... فالحافز دوماً هو سبب خارجي وليس صحوة، أو استبصاراً ذاتياً بعواقب تخريب المخدرات للذات. فالقوى الخارجية ولتسميها الضواغط البيئية هي غالباً ما تكون سبب دفع المدمن إلى التماس العلاج. وهذا ما يوضحه الشكل التالي^(٣):

مبادئ الوظيفة الفردية



العوامل المؤثرة على بدء العلاج لفرد يستخدم مادة مخدرة / أو سوء استخدام المخدرات

س: في نموذج علاج المدمنين ما التسهيل الممكن تحقيقه في البرنامج العلاجي الذي يضمن أن يُقبل عليه المرضى؟

ج: ترى الخبرة الاكلينيكية⁽¹⁾ أن التسهيل له أبعاد مختلفة: الأول أن يكون البرنامج اقتصادياً يلبي حاجة الشريحة الأكبر أي المتناسبة مع دخل الأفراد، أو بتعبير آخر أن تكون أجور المعالجة مقبولة بالمقارنة مع مستوى دخل أفراد المجتمع الذين هم هدف العلاج. وألا تكون منخفضة كثيراً كي لا يستخف بفعالية العلاج وأهميته. فالبضاعة الرخيصة مهما كانت جودتها ينظر إليها على أنها ضعيفة أو قليلة الجودة. وثانياً: أن يكون البرنامج على المستوى السيكولوجي سهل الحصول عليه والاحاطة به، إذ يتعين أن تتوافر فيه صفات البرنامج العملي التطبيقي الجيد وليس برنامجاً عائماً هلامياً ولا هوية له، ويكون أيضاً مقبولاً في البيئة التي يُطرح فيها. فالبرنامج الغربي العلاجي لا يصلح بحرفيته الأبعد تعديله والأخذ بالمفاهيم والقيم الثقافية والبيئية والأعراف وتبديل أسلوب التخاطب والاتصال بما ينسجم مع العقلية العربية المحلية. وهذا ما يجب أن تعرفه كل مؤسسة علاجية أو كل معالج يتعامل في علاجه مع بيئة ذات ثقافة وبنى معرفية مختلفة. والبعد الثالث: يجب أن يكون البرنامج منسجماً مقبولاً على المستوى الثقافي والأعراف الحضارية التي يطبق عليها.

ولابد أيضاً أن يكون جذاباً يشد الاهتمام بالنسبة للأفراد الذين يحاولون الأخذ به. وحتى المكان الذي ينفذ فيه البرنامج لابد أن يحسب حسابه، تصور أنك تعالج في بناء قديم، لا يوجد فيه مصعد، وأرضيته سيئة وواقع في جوار مليء بالقاذورات والبيوت العتيقة القدرة.

س: من الذي يقع علي عاتقه دفع أجور المعالجة؟

ج: يجب أن يدفع الأجور المريض نفسه وإلى الحد الذي تسمح قدرته المالية بذلك. وللعدد من الأسباب، يتعين على المتعالج أن يشارك بجزء من أجور العلاج حتى لو كان مغطى ببوليصة تأمين صحية أو يعالج في المشافي العامة للدولة، كما هو الحال في المملكة العربية السعودية حيث أن المعالجة النفسية مجانية في المشافي التي فيها أجنحة للطب النفسي أو في العيادات الخارجية لمشافي الصحة النفسية في المملكة، نقول يجب أن يشارك بجزء من نفقات العلاج لأن العلاج بدون أجور قليل الفائدة العلاجية.

س: ما تعريف العلاج؟

ج: يتضمن العلاج العوامل الموصلة إلى التأهيل وإعادة التأهيل، وأيضاً المراحل والعمليات

والأهداف العلاجية . فالوجه الخاص باعادة التأهيل Rehabilitation يهدف عادة إلى إعادة الفرد إلى الوظيفة الأولية الاجتماعية التي كان عليها قبل تعاطيه المخدر والوقوع في برائن شروره . وأن المعالجة الناجحة تتضمن تبديل السلوكيات غير التكيفية بأخرى تكيفية ، وهذا ما نسميه التأهيل Habilitation . وأن هذه السلوكيات الجديدة تكون نافعة أو داهمة ضد التأثيرات الخاصة بتلك العوامل التي تخرض على تعاطي الأدوية المخدرة ، وتولد الايمان سواء أكانت العوامل نفسية أم فيزيولوجية أم اجتماعية . فمثلا لنفترض أن استخدام المادة المخدرة كان يحقق وظيفة فيزيولوجية أو بيوكيميائية . وأن الطريقة الوحيدة التي تؤثر على هذه الوصفة وتبديها هي المداخلة العلاجية السلوكية . هذا فإن عملية العلاج يجب أن تحقق للفرد امتلاك المهارات التي فقدتها خلال فترة ادمانه على المخدر ، أي عندما فقد المهارات التمييزية أو عندما فقد الأنظمة الداعمة الموجودة في بيئته ، وبالطبع لا يقتصر هدف المعالجة على استعادة ما تم فقده (اعادة التأهيل) ولكن يجب أن تقدم المعالجة للمدمن المتعالج بعض التقنيات (التأهيل) للتعامل مع المؤثرات والمشكلات التي تسبب الانتكاس أي ما نسميه التدريب الترميمي ضد المؤثرات البيئية أو النفسية المسببة للانتكاس .

س : ما الأمور التي تجعلك تحكم فيما إذا كان البرنامج العلاجي الذي تطبقه يصلح لشخص ولا يصلح لشخص آخر؟ أو أن الحالة قابلة للعلاج أم لا؟ ثم ما المعلومات التي أنت بحاجة إليها استناداً إلى منظورك النظري كيما تصل إلى اتخاذ القرارات الضرورية بشأن العلاج؟

ج : عليك هنا أن تعرف القوى الأساسية الفاعلة في حياة المريض التي دفعتة إلى التماس العلاج . يجب أن يتعرف المعالج على الضغوط التي دفعت المريض إلى الحالة التي هو عليها وأثرت على حياته النفسية ، وهنا يستطيع المعالج أن يستخدم هذه الضغوط ليغري المتعالج بخطة العلاجية وقبولها . ثم على المعالج أن يعرف أهداف الفرد التي يرنو إليها . وغالباً ما تكون هذه الأهداف غائبة عن ذهن المتعالج . ونقصد بالأهداف توقعاتها ونزواتها نحو العلاج ، أي الشفاء الكامل أو الشفاء الجزئي ، ومدة العلاج .

ثم على المعالج أن يتعرف على العوامل البيئية - الاجتماعية ، والمناسبات التي دفعت المريض إلى العلاج ، أو التي تخلق حواجز تحول دون الانخراط في العلاج وأيضاً معرفة صحة الفرد وبكلمة أشمل أن يجري تقييماً عاماً للحالة الوظيفية الخاصة بالمبادئ المختلفة من حياة

الفرد المريض الملتزم للعلاج من أجل معرفة ما هو ملائم لتنفيذ عملية إعادة التأهيل والتأهيل. وهذه الميادين الوظيفية تتضمن مثلاً المهارات المهنية، والمهارات التبيوية، فجميع هذه المهارات لابد من تقويمها ثم هناك معرفة نظرة المتعالج إلى الموقف أي ماذا يرغبه من حياته ومن المعالجة؟

س: من هو المريض؟

ج: هو الفرد المدمن على الأدوية المخدرة أو الذي يسيء استعمالها. ثم أن المريض هو جزء من المعالجة أي بتعبير آخر التعامل العلاجي مع جميع العوامل الفاعلة في حياة المتعالج والتي تشكل ضواغط ومؤثرات محرضة أو مغلدة لتعاطي الأدوية المخدرة. ثم لابد من أن تشمل خطة العلاج أسرة المريض المتعالج التي أحياناً ترفد الدعم للمريض المتعالج وتساعد بصورة غير مباشرة على تعزيز استمرار تعاطيه للمخدر هذا من جهة، ومن جهة ثانية ترشيد الأسرة في قبول عضوها المدمن وتساعد على التخلي عن تعاطي المخدر من خلال الدعم النفسي وعدم رفضه أو تبديل تعاملها معه ونظرتها إليه، وتطمئنها أي الأسرة بإمكانية رد المتعالج إلى أجواء الأسرة متكيفاً متعاوناً ومنتجاً.

س: ما الوسائل والتقنيات التي تستخدمها لتجمع المعلومات التي ترغب في الحصول عليها من المريض المدمن^(٤).

ج: إن منهج جمع المعلومات هو منهج كلاسيكي تقيمي اكلينيكي يشمل المتعالج وأفراد أسرته والآخرين المهمين في حياة المريض، فالمقابلة الاكلينيكية هي الأساس في جمع المعلومات المطلوبة. ويضاف إليها اختبارات الشخصية التشخيصية، مثل اختبار MMPI (اختبار منسوتا للشخصية المتعددة الوجوه) الذي يسبر الحالة الانفعالية ويحدد نوع الاضطرابات النفسية الباثولوجيا، واختبار فيكسلر أو بندر غشتالت الذي هو مفيد في تقييم العقبات الدماغية العضوية الناجمة عن تعاطي المخدر (أي الأذى العضوي الدماغية) ويضاف إلى ذلك استخدام أجهزة التغذية البيولوجية الراجعة Biofeedback لتقييم البروفيل التنفسي والفيزيولوجي للمتعالج وتحديد درجات ردود الفعل الانفعالية وإزاء المؤثرات كمقدمة لتبديل سلوكه التوتري وتدريبه على اكتساب المهارات المضادة للمتوترات والتي لها دورها في تخريف النزوع الادمان.

س: من الذي يقوم بالتشخيص النفسي؟ هل العيادي المختص بالتشخيص النفسي أو العيادي الذي هو نفسه المعالج؟

ج: أولاً: يتمين أن يقوم التقييم assessment على أساس تعدد المذاهب التقييمية interdisciplinary والعلاجية معاً. هناك معالجون يفسرون ويفهمون من جوانب مختلفة حسب المدرسة العلاجية التي ينتمي المعالجون لها. لذا فإن العلاج التكامل الفعالي هو الذي يأخذ من كل مدرسة علاجية الجانب الهام فيها، وهذا ما نسميه بالعلاج الانتقائي eclectic therapy أما التعصب لمدرسة واحدة علاجية فهذا نقص علاجي، لأن حالته قد تستجيب إلى العلاج التحليلي الديناميكي وآخر يستجيب إلى العلاج السلوكي أو المعرفي أو الوجودي^(١).

فالعلاج التكامل هو البرنامج العلاجي القائم على الأخذ بالعلاج السلوكي أو المعرفي والتنويمي والتخيلي والاسترخائي، وتوليد الأفكار autogenic والتنفسي alreaction، والغشائلي، والتغذية البيولوجية الراجعة، من هنا نلاحظ أن المعالج عليه أن يتقن علاج المذاهب المختلفة العلاجية كيما يتقني العلاج المناسب للمريض المناسب.

أما وسائل التشخيص والقياس فهناك اختبارات عالية موثوق بها تعد جزءاً من ترسانة المعالج في ميدان التقييم والتشخيص، ولعل أهمها اختبار MMPI وغيرها. وعادة يقوم المعالج المختص بعلم النفس الاكلينيكي بعملية التقييم التشخيصي نفسه. وأحياناً يستعين العيادي بالمختص الاكلينيكي التقييمي لاجراء عملية التقييم والتشخيص

بعد اجراء التحليل التقييمي فإن أنواع المداخلات العلاجية تستخدم استخداماً مستقلاً إذ قد تنفذ من قبل معالج آخر.

س: ما هو المفضل من الامكنة لانجاز عملية التقييم؟ كلاسيكياً نعرف أن هذا يتم في المراكز المهنية أي العيادات الخارجية، أو المشافي المختصة أو السجون وما إلى ذلك. إلا أننا بدأنا نرى في الغرب أن العملية التقييمية التشخيصية في البيئة الطبيعية أخذت تشق طريقها وتصبح عادات مكانية جديدة مألوفة كالتقييم في البيت والعمل والكافتيريا والحديقة وما إلى ذلك.

ج: عموماً توجد قاعدة ملزمة لاجراء التقييم هي الأفضل من غيرها، فهذا يتوقف حصراً تقريباً على رأي ودرغبة المريض الزبون في انتقاء المكان لأنه هو الذي يلتمس العلاج ويفتش عليه. إلا أن هناك أسباباً عملية اضافة إلى ذلك تستدعي تحديد المكان الأفضل، فمن غير

الممكن اجراء التقويم في بعض الأماكن بينما يمكن اجراؤها في أماكن أخرى. على أية حال فأيضا تسمح الأماكن المناسبة فإنها تكون المفضلة القريبة من بيئة المريض.

س: أنت تزعم بالمباشرة في تطبيق برنامجك الخاص بعلاج الإدمان على الأدوية المخدرة في جماعة معينة community ترى ما هي السمات والخصائص والقدرات والمهارات والمواقف الواجب أن تتوفر في الأفراد المساعدين لك في تنفيذ هذا البرنامج.

ج: يتم التفتيش عن المختصين في ميدان العلاج المتعدد المذاهب interdisciplinary وهو العلاج الراجح اليوم في البلاد الانجلوسكسونية خصوصا القادرين على معرفة المنظورات النظرية والتطبيقية وفهم المشكلات السلوكية يطمح في العلاج الى تبديل السلوك الادماني، ويظل العلاج السلوكي والمعرفي بؤرة تبديل السلوك ولحمته لذا يتعين على هؤلاء أن يكونوا على المام واسع بالافتراضات النظرية والتطبيقية لعمليات تبديل السلوك، ويمتلكون الأرضية العلمية الموسعة النظرية والتطبيقية في هذا الميدان.

س: ما أهداف العلاج التي تحدد للمتعالج؟ هل هي أهداف قصيرة الأمد أو طويلة الأمد؟
ج: الأهداف هي عملية فردية محضة، ويجب أن تتم بين هدف المعالجة والهدف الذي يتوخاه المريض. فمثلا إن المدمن على المسكرات قد يرى في هدف المعالجة أن يحصل على القدرة على الكف بحيث يستطيع أن يسيطر على نفسه فلا يشرب الا الحجم المقبول الذي لا يؤدي صحته وهنا فإن المعالجة تكون أهدافها هي ضمن هذا المنظور المطلوب. ولكن لنتبه الى ناحية هامة هي أن كثيرا من مرضى الإدمان على المسكرات تكون حالتهم الصحية لا تسمح لهم أن يشربوا المسكر اطلاقاً وهنا فإن الهدف من العلاج الذي حدده المريض المدمن وهو السيطرة على حجم شرب المسكر لا يخدم صحته. فعلى المعالج أن يقنعه أن هذا الهدف لا يجدي وعليه أن يبذل هدفه ليكون الكف الكامل عن تعاطي المسكر.

س: من منظور أسباب تعاطي الأدوية المخدرة بمفهومها الواسع والإدمان عليها أو اساءة استعمالها ما أنواع التقنيات العلاجية الملائمة لذلك؟

ج: إن جميع التقنيات العلاجية الانتقائية (ما دمننا نأخذ بمبدأ العلاج الانتقائي التكاملي) تبدو مفيدة في علاج الإدمان وأنواعه. الأ أنه على مستوى العلاج الدوائي قد تكون هناك بعض الأدوية لها مضار (يمنع استعمالها) وخصوصاً عند محاولة ازالة السمية detoxification في الإدمان على الكحول لأنها تقوي من مفعوله، فمثلا هناك من الأطباء النفسين الذين يسحبون تدريجياً

الكحول ويغطون المريض بالأدوية النفسية لتجنبه أعراض ايقاف الكحول دعطائه مثلا
 الفاليوم فالأدوية النفسية تقوي من مفعول الكحول حتى لو أعطي بمقادير قليلة. لذلك يفضل
 أن يتم انقاص كميات الكحول تدريجياً ولأنه لا يمكن ايقافه فجأة، بدون تغطية المريض بالأدوية
 النفسية. واحياناً يلجأ الطبيب النفسي الى الايقاف المفاجيء للكحول مع تغطيته بالأدوية
 النفسية وهذه استراتيجية مقبولة علاجياً وأفضل من الانقاص للمقادير الكحولية مع تغطيته
 بالأدوية النفسية. أما على مستوى العلاج النفسي البحت فلا توجد تقنية نفسية نوعية لتعاطي
 المخدرات، إذ إن جميع التقنيات النفسية تبدو ملائمة. إلا أن أول ما يياشر به المعالج النفسي
 هذا الهجوم المباشر على النزوع الادمانى يجعل المريض يوقف تعاطيه المخدر أو المسكر بالطرق
 السلوكية العلاجية والمعرفية وذلك من أجل ايقاف التخريب العضوي للمسكر أو المخدر
 وخصوصاً إذا كان من نوع الانيونيات أو المنشطات كالكوكائين، ومن ثم يتعامل بعدها مع
 المشكلات النفسية - الاجتماعية التحتية المولدة للنزوع الادمانى وسببه. لذا فإن علاج الادمان
 مشكلة صعبة معقدة، تتطلب جهوداً من قبل المعالج والمتعالج وتفاعلاً تاماً بين الطرفين، ورغبة
 قوية من قبل المدمن للتخلص من ادمانه. ولا جدوى اطلاقاً من علاج المدمن ما لم يشعر أنه
 بحاجة الى علاج ويرغب في التخلص من ادمانه، وهنا تكمن مشكلة العلاج في احجام المدمن
 عن العلاج وليس في قصور العلاج عن تخليصه من ادمانه.

س: ما التقربات المجدية التي تجعل المدمن يلتزم العلاج؟ وهل هذا يكون بإبراز مضار وأذى
 المخدر على صحته العقلية والبدنية وأمنه الاجتماعى بمعناه الواسع كحيا تحفزه على العلاج؟
 ج: المدمن لا يطلب العلاج إلا إذا شعر وأدرك أن المخدر أضحق بسبب له مشكلة، وقد تكون
 هذه المشكلة صحية، أو مالية، أو اجتماعية، أو أسرية، أو مهنية ترتبط بعمله.

صحيح أن التوعية هامة لابرز الأذى الذي يسببه تعاطي المخدرات والمسكرات، ولكن
 هذا لا يكفي لوحده، ودليلنا على ذلك أننا نجد الكثير من البشر يدخنون التبغ رغم معرفتهم
 التامة بأضراره الصحية وحتى الأطباء أنفسهم الذين يدخنون يعرفون أنهم يتناولوا السم ومع
 ذلك يستمرون في التدخين. إن هذا ما يؤكد عدم اعتراض هؤلاء مشكلة بسبب التدخين أو
 المخدرات هددت اما صحتهم أو أمنهم الاجتماعى أو مكانتهم الاجتماعية.

لذا فإن الطريقة المثلى لدفع هؤلاء الى التماس العلاج تركهم يتحملون النتائج المالية
 والاجتماعية والأسرية والمهنية والقانونية لإدمانهم أي بتعبير آخر نتركهم يقعون في مأزق مالي

فلا نغدهم بالمال . وإذا وقعوا في مأزق صحي نتركهم يلتمسون العلاج وإذا وقعوا في مأزق قانوني نتركهم تحت رحمة القضاء فلا نتوسط بتخليصهم من ورطتهم . وهذه الاستراتيجية نسميها : «الانبيار الحلزوني والارتطام بالقاع أو أسفل الهاوية» فحينما يصطدم المدمن بوضع قانوني ترتب عليه السجن أو العقوبة الجزائية فإن هذا ما يجعله يستفيق فيرى كيف آل إليه مصيره بسبب المخدر . أو أن المدخن الذي يصاب بأفة صدرية تهدده بالاصابة بالسل مثلاً نراه قد قرر التوقف عن التدخين بالانتكاس لأن صدمة المرض فعلت فعلها القوي في وقت لم تؤثر على قراره بإيقاف التدخين الكثير من التوعية والنصح والارشاد . وحينما يشعر المدمن بالمشكلة ويطلب العلاج أصبح مهيباً وعنصراً فاعلاً في العملية العلاجية وهنا يكون نجاح العلاج .

س : هل يكون العلاج للمدمن بمعزل عن محيطه الاجتماعي ، أي علاج فردي ؟
ج : المدمن إنسان يتفاعل مع محيطه الاجتماعي . وحتى الادمان ذاته قد يكون نتيجة التعامل السليبي مع المحيط الأسري أو البيئي ، لذا فإن علاج الادمان هو علاج فردي لا أسري بآن واحد . فالمعالج لابد أن يرى امتداد مشكلته المرضية في زوجته أو أولاده ، أو أفراد أسرته ، لذا لابد من أن يطال العلاج أفراد أسرة المريض لإعادة تأهيله ضمن بيئته الاجتماعية والأسرية .

س : من المعروف أن علاج الادمان هو تبديل السلوك الادماني . وأن خطة العلاج تقوم على ذلك . هل هناك للمدمن دور في العملية العلاجية ؟ وإذا كان هناك دور فما هذا الدور ؟

ج : جميع أنواع العلاج غير الكلاسيكي وبخاصة العلاج السلوكي والمعرفي تقيم وزناً كبيراً اسهام المريض في العملية العلاجية . وبدون هذا الاسهام لا يكون هناك علاج . لذا نجد في العلاج السلوكي والمعرفي أن التدريب القائم على مهام بيئته يتعين على المدمن انجازها home-works هي القاعدة الأساسية العلاجية .

وثمة أمر هام في العلاج القائم على التدريب الذاتي أو ما يسمى بالعون الذاتي self-help في العلاج السلوكي أو المعرفي أن المريض هو الذي يتعلم المهارات العلاجية من خلال التدريبات التي ينفذها لتبديل سلوكه الادماني . وهو يعني أنه يشفي نفسه بنفسه من الادمان على المخدر ، وهذا ما ينعكس عليه (التغذية الراجعة) في الثقة بالذات وقدرته على السيطرة عليها (أي ضبط الذات) وهذا ربح كبير افتقده المريض المدمن الذي من أسباب ادمانه فقدان القدرة على ضبط الذات والسيطرة عليها ، وتفجير قدراته النفسية للخلاص من ادمانه . فالعلاج

السلوكي - المعرفي يكشف للمريض عن قدراته الكامنة ويسمى الى تفجيرها وتنميتها من أجل تبديل السلوك الاذماني والسيطرة على نزوعاته، وهنا تكمن عظمة هذا العلاج، وسر نجاحه اليوم وتفوقه على العلاجات الأخرى.

وهنا تتبع مسألة مسئولية المتعالج إزاء الخطة العلاجية ونجاحها، فالمتعالج يجب أولاً أن يكون شريكاً في الخطة العلاجية، أي يسهم في العملية التقريرية وفي العملية العلاجية، وثانياً يجب أن ينخرط في جهود العلاج ذاته كما ذكرنا.

س: فيما يخص مدة العلاج ونسبة النجاح هل في مقدور المعالج أن يحدد للمريض المدمس؟
ج: الاستجابة نحو العلاج تتدخل فيها عوامل كثيرة منها: موقف المدمس من المعالج ذاته (أي ثقته به) ومن العلاج نفسه (أي توقعاته من المعالجة التي يتلقاها، وحفزه الذاتي نحو تخليص ذاته من المخدر والشفاء وطبيعة الظروف الاجتماعية وغيرها التي تتدخل في عملية الاذمان واستمرار تعاطيه، وتركيب شخصية المدمس، وظروفه المالية والمعاشية، والمشكلات التي تحيط به، ونوع العلاج الذي يتلقاه المتعالج).

إذاً كما نجد أن الاستجابة تتحكم فيها متحولات كثيرة يصعب اعطاء تحديد مدة العلاج ونسبة نجاحه. ولكن عموماً إن نسبة النجاح في العلاج النفسي السلوكي - المعرفي هي أعلى من أي نوع من العلاجات الأخرى ونسبة الانتكاس أقل ومدته أقصر من غيره وبخاصة العلاج النفسي الديناميكي الذي فشل أمام العلاج السلوكي في مجاراته.

الهوامش

- ١ - أعطينا في هذا البحث التفسير لكلمة Drugs (الأدوية) جميع أصناف المواد والمؤثرات العقلية التي تصنف ضمن نطاق المخدرات والمسكرات.
- ٢ - الدكتور محمد حجار، العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض، ١٩٩٢م.
- 3 - The International Journal of Addictions, Vol. 24, No.1, 1989, pages 39-70.
- 4 - Lief, N.R.: Treatment Services for Drug Dependent Men, Vol. 1, Rockville, MD. National Institute on Drug Abuse
- 5 Beeson, P.G. and Ford: Community Mental Health Journal 19(4) 253-264, 1983.
- ٦ - المرجع السابق. نفس الصفحات.
- ٧ - الدكتور محمد حجار، مرجع سابق.