

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
Naif Arab University For Security Sciences



العلاج النفسي الامثل للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

الدكتور محمد حمدي حجار

الرياض

1412 هـ - 1991 م

العلاج النفسي الأمثل للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية^(*)

الدكتور محمد حمدي حجار

المقدمة:

يعاني المجتمع الصناعي اليوم من النتائج السلبية الخطيرة الاجتماعية السريعة الناجمة عن تنامي التمدن والتحضّر والتقنية وانعكاساتها على البنية المعرفة لأفراد هذا المجتمع، وما تولده من مفاهيم جديدة وسلوكيات متبدلة عند هؤلاء الأفراد وتضاف إلى هذه التغيرات الاجتماعية المتحولات الاقتصادية الكثيرة التذبذب التي تميز بها العقدان السابقان، والكوارث الطبيعية التي تحلّ ببعض البلدان من آن إلى آخر، والحروب الأهلية والصراعات الإقليمية والعالمية، جميع هذه الأمور أضحت تشكل ضواغط وشدات على أفراد المجتمعات في عالمنا هذا، بحيث أخذت الأرقام المرتبطة بالتأثيرات السلبية ترتفع سنه بعد أخرى في ميادين تمزق العلاقات الأسرية، وانحرافات السلوك بشتى ضروبه وألوانه، من تعاطي المخدرات والكحول

(*) يتناول هذا البحث العلاج النفسي الأمثل الممكن اعتماده في علاج الادمان على المؤثرات العقلية في مراكز رعاية الصحة الأولية والمشافي الخاصة بعلاج الادمان.

في أعمار المراهقين، والشباب من كلا الجنسين، وتزايد العنف والجريمة وأنماط السلوك المضاد للمجتمع، والعادات المؤذية للصحة النفسية، والجسدية والأمراض السيكاترية المضعفة للأداء والانتاج القومي، وما تستجره هذه الشرور كلها من تآكل متصاعد واهتراء متزايد للدخل القومي والفردي .

ومما يدعو للأسف أن العالم الثالث ومن بينه البلدان العربية باتت تهدده الويلات، والشرور التي ذكرناها بحيث أن مشكلة تجارة المخدرات وتعاطيها أخذ يستفحل شرها المستطير في بعض البلدان العربية، وأن ثمة بلداناً عربية كانت منذ عهد قريب غير مصنفة في عداد بلدان متعرضة لانتشار المخدرات، أضحت اليوم تنوء نوءاً متزايداً تحت وطأة مشكلات المخدرات في صفوف شبابها وتعاطي الكحول والأدوية المحدثه للتعود والادمان.

ولا نبالغ القول، ان بلادنا أضحت معرضة بشكل أو بشكل آخر لترويج استعمال المخدرات في أجيالنا الناشئة، وهذا أمر تتكلم عنه احصائيات ضبط المخدرات، والنسب المتزايدة من المراهقين والشباب الذين يتعاطون المؤثرات العقلية بكل أنواعها مما دفع ذلك بعض البلدان العربية كالدول

الخليجية والمملكة العربية السعودية الى انشاء مشافي خاصة لعلاج الادمان (مستشفى الأمل).

وثمة أمر آخر يجب ألا يغيب عن أذهاننا أنه من الخطأ أن نفكر أن انحرافات السلوك هي كيانات مرضية منفصلة فالانحراف الجنسي يستجر الادمان على المخدرات والكحول، والدعارة كثيراً ما تتلازم مع السيكوباتية المقوضة، والاتجار بالمخدرات يتواكب مع السلوك الاجرامي والعنف، وهكذا فإن هذا التفاعل والتعايش بين اضطرابات السلوك والانحرافات تخلق مشكلات وتفرض استراتيجيات علاجية ووقائية متعددة الأنظمة سواء في المشافي النفسية أو في مراكز رعاية الصحة الأولية، ولعل الجدل في هذا الموضوع ينحصر في المدرسة العلاجية النفسية الأوفق الممكن اعتمادها في هذه المراكز الصحية لمعالجة هذه الاضطرابات السيكاترية ومن بينها علاج الادمان على الكحول والأدوية المخدرة.

وهذا هو موضوع البحث الذي نتكلم عنه

٢ - لماذا العلاج السلوكي والمعرفي هما الأوفق والأفضل؟

تنبع قوة العلاج السلوكي من منطقه (Wolpe 1986) ورغم السجل الحافل بنجاح العلاج السلوكي وتفوقه على المدارس العلاجية الأخرى في علاج العصابات النفسية

والادمان، والعادات السيئة الاجتماعية المضرة بالصحة النفسية والجسدية، إلا أن تدريس هذا العلاج لم يكن إلا على مستوى قليل في تدريس الطب النفسي في كليات الطب بسبب المفهوم غير الدقيق والمعلومات الخاطئة عنه (Wolpe 1973).

وقد انجلى هذا الفهم الضيق، وتوضحت الفوائد العلاجية الجمة لهذا النوع من العلاج من خلال الدراسة المستفيضة التي أجرتها جمعية الطب النفسي الأمريكية حيث أعلنت هذه الجمعية ما مفاده أن العلاج السلوكي يقدم الكثير والكثير من الخدمات للطب النفسي الاجتماعي والسريري (الكلينيكي) الحديث (Wolpe 1986) ثم ان نتائج العلاج السلوكي في علاج القضايا النفسية وغيرها قد لبثت تماماً التوقعات النظرية.

فنسبة نجاح هذا النوع من العلاج سواء على مستوى الشفاء السريري أو التحسن الملموس لمختلف أنواع الاضطرابات النفسية والادمان على المخدرات والكحول هي بحدود ٨٠٪ من الحالات مع احتراس قليل من الانتكاس، في حين أن نسبة النجاح في العلاج التحليلي الديناميكي وغيره من العلاجات الكلاسيكية لا تتعدى ٤٠ - ٥٠٪، وأوضح غلاس (Glass) ان العلاج السلوكي يتفوق على العلاج النفسي الديناميكي بمستوى أهمية هو (٠,٠٠١) وبالطبع فإن أحسن

النتائج وأفضلها في العلاج السلوكي تأتي من وراء الممارس المختص الماهر، وخبرته العميقة في الفروق الفردية.

على مستوى منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرقي البحر المتوسط، فقد أوصى تقريرها^(١) باعتماد العلوم السلوكية في الخدمات الصحية في البلدان النامية، وحدد هذا التقرير فوائد العلاج السلوكي في ميادين الأمراض البدنية والنفسية اضافة الى تسمية التقنيات التي يتضمنها هذا العلاج ويستخدمها فذكر علاج التوتر النفسي والعلاج التأملي Meditation واعادة تركيب البنية المعرفية -Cognitive Restruc Turing Therapy والتنويم الذاتي، والعلاج التخيلي، وإزالة التحسس المنهجي والتغذية البيولوجية الراجعة، وغيرها من الأنظمة التي تدخل ضمن اطار العلاج السلوكي

كما تطرق المؤتمر العالمي للصحة والادمان الذي انعقد في الدمام بالمملكة العربية السعودية في بداية هذا العام ١٤١٠هـ - ١٩٨٩م الى أهمية العلاج السلوكي ودوره الريادي في معالجة الادمان.

١ - هذا التقرير أعدته المجموعة الاستشارية في اجتماعاتها التي انعقدت في مدينة الاسكندرية من ٢ - ٥ ايلول عام ١٩٥٨م برئاسة الدكتور حسين عبدالرزاق الجزائري المدير الاقليمي لهذه المنظمة.

هذا غيظ من فيض من الشواهد والدلالات على تربع العلاج السلوكي اليوم في الولايات المتحدة الأمريكية بخاصة على عرش مدارس العلاج النفسي، وقد لا يكون الوقت بعيداً أن تجد العلاج النفسي التحليلي، وقد ترك الساحة كلها تقريباً للعلاج السلوكي، وليهبه كرسي الجدارة والصدارة في العلاج النفسي، فإذا كانت مراكز الرعاية الصحية الأولية والمشافي النفسية في العالم العربي اليوم، تأخذ بالنظام العلاجي المتكامل في علاج الأمراض النفسية والادمان على المخدرات والكحول، وأن الاختصاصي النفسي له دوره البارز في هذا التكامل العلاجي، فإن الطب النفسي السلوكي هو المؤهل الوحيد من بين جميع أنظمة العلاج النفسي في هذه المؤسسات العلاجية ليكون النظام المعتمد الذي يؤهل فيه الاختصاصي النفسي، وأن الفجوة الكبيرة في علاج المخدرات وحتى الأمراض النفسية في هذه المؤسسات الطبية العلاجية في العالم العربي هي في عدم توفر الاختصاصات في العلاج الطبي النفسي السلوكي، فالطب السيكاتري لا يقدم للمدمن في أفضل أحواله سوى اسعافه من السمية الحادة من المخدرات والكحول، وأيضاً تخليصه من السمية الزمنة وأعراض سحب المخدر أو الكحول، سواء في المشافي النفسية في مراكز رعاية الصحة الأولية.

أما الكف والامتناع الدائمان، ولنقل الفطام المستمر من الكحول أو المخدر وتخليص المريض المدمن من مستنقع إدمانه، فهذا بيد الاختصاصي النفسي والمهني، والاختصاصي الاجتماعي السيكا تري، ونحن هنا لا نقلل من مكانة العلاج الدوائي السيكا تري بقدر ما نلح على الدعامة الأساسية في علاج الادمان وهو العلاج السيكولوجي المبدل لسلوك المدمن ولبنيته المعرفية نحو الادمان، وإعادة ادخاله مرة ثانية الى الحياة، ولكن بسلوكيات وآليات تعاملية جديدة مع موترات الحياة، وصعوباتها التي كانت سبب وعلة ادمانه (Ellis, 1986).

ان ما ذكرناه هو الجواب على السؤال الذي طرحناه لماذا العلاج السلوكي والمعرفي هما الأوفق والأفضل والمرشحان الوحيدان في مشافي الطب النفسي وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية دون غيرهما من المدارس العلاجية

ولعل شرحي للخطط العامة لعلاج الادمان بالطرق السلوكية المعرفية ما يضيف على هذا العلاج كل القناعة في تبنيه وتأهيل الاختصاصيين السريريين على ممارسته في تلك المؤسسات الصحية

٣ - أسباب الادمان على المخدرات:

ان أسباب الادمان على المخدرات أو الكحول هو

موضوع شائك معقد متداخل فيه افتراضات لا حصر لها، الأ
أن معظم الباحثين هم على اتفاق فيما بينهم أنه لا يوجد سبب
واحد وراء نزوعات الادمان بل عوامل معقدة متداخلة يكون
فيها (الدواء المخدر - والمدمن - والبيئة الاجتماعية)، هذا
الثالث هو عنصر التداخل والتشابك والتأثير المتبادل وركائزه،
ولا ننسى أيضاً وجود عوامل ثانوية تتدخل في الادمان من بينها
عنصر الترويج لها.

أ - المدمن:

لا توجد خصائص نموذجية وصفات شخصية مرضية
معينة للمدمن قبل إصابته بالادمان، فجميع أنماط الشخصيات
قد تستعمل المخدرات وتتناول الكحول ولكن بمقادير متفاوتة،
ومع ذلك هناك نسبة معينة من هؤلاء المدمنين غير مستقرين
انفعالياً، ولديهم نزوعات عصابية، كما وتوجد من بينهم قصة
ادمان في أفراد الأسرة حيث نكون هنا أمام استعداد ارثي
تركيبى لتعاطي الكحول أو المخدرات.

وهؤلاء تكون مسألة علاجهم قائمة على استمرار كبح
نزواتهم طوال حياتهم والسيطرة عليها، أما البقية فتعود
أسباب الادمان الى قصص تشرد، وحرمان، ونشأة غير سوية،
وتمزق أسري، وخلافات زوجية، وما الى ذلك من عوامل بيئية

باعثة على الشدات والتوترات والقلق والاضطراب النفسي، واعتلال الشخصية الاجتماعي، أو ما يسمى بالاعتلال الاجتماعي (السيكوباتية).

ب - العوامل المرتبطة بالمادة المخدرة:

ان خصائص الدواء وتأثيراته لها دورها على نموذج استعماله، فالتبغ مثلاً والحشيش (القنب الهندي) يمكن استعمالهما لفترات طويلة ومع ذلك في مقدور الفرد التوقف عن استعمالها دون معاناة مضية وصعوبة كبيرة، ولكن هناك بالمقابل مواداً مخدرة أكثر قوة في احداث التعود، وفي الادمان السيكولوجي والفسولوجي معاً، أو سيكولوجي لوحده كالمورفين، والهيروين، والأمفيتامينات والكوكايين. ثم ان القوانين السائدة في انتاج المخدر، وبيعه، ووصفه طبياً هذه الأمور ترتبط مباشرة في سوء استخدام هذه الأدوية المخدرة.

٤ - العلاج السلوكي - المعرفي للادمان:

أود أن أركز هنا على الخطوات الأساسية في العلاج السلوكي للادمان على المخدرات أو الكحول، فالاستراتيجيات العلاجية السلوكية التي سأذكرها تصلح لعلاج الادمان على المخدرات والكحول معاً.

قبل كل شيء ان المسئول عن هذا العلاج في مراكز رعاية الصحة الأولية هو السيكولوجي المهني المؤهل لهذا النوع من العلاج وهذا السيكولوجي يعمل ضمن نطاق الهيئة الطبية المشرفة على مركز رعاية الصحة الأولية أو في المشافي النفسية على أساس التكامل العلاجي .

في هذه المراكز المتطورة يؤهل الطبيب العام General Practitioner على علاج الاضطرابات السيكاترية بتصانيفها المختلفة، ومن ضمنها الاضطرابات السيكاترية الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات، اضافة الى الانسمامات المزمنة، وتناط بالطبيب النفسي علاج الحالات المترقية من الأعراض الذهانية والعصاب الوسواسي الجبري الحاد، والانسمامات الحادة بالمخدر أو الكحول.

لذا فإن السيكولوجي يتكامل في علاجه للادمان مع الطبيب العام المؤهل في هذه المراكز وتلك المشافي ومع الطبيب النفسي، وغالباً ما تنصب الاستراتيجية العلاجية المتكاملة في علاج الادمان المزمّن على المخدرات أو الكحول على تزامن سحب الكحول أو المخدر تدريجياً أو فجأة مع التغطية الدوائية والعلاج النفسي السلوكي، وأحياناً يبدأ العلاج النفسي السلوكي بعد سحب المخدر نهائياً والتغطية الدوائية، وهذا ما يفضل غالباً لأن تأثير الأدوية النفسية تضعف من اطفاء

الاشراطات الكلاسيكية السلبية وتثبط من وعي المريض وردود أفعاله ازاء المنبهات الاشرطية المراد التصدي لها والسيطرة عليها، كما تبطى - من تعلم الاسترخاء، حيث تعكس أغذية التغذية الراجعة البيولوجية استرخاءً كاذباً لم يتم بسيطرة المريض على تفكيره وعضلاته بل حدث تحت تأثير الاسترخاء الدوائي، فالأدوية النفسية عموماً تعيق من عملية التعلم، ان هذا لا يعني عدم مشاركة الدواء والعلاج النفسي السلوكي .

وناحية أخرى نركز عليها هي أن علاج الادمان بالطرق النفسية لا يمكن اطلاقاً أن يعطي أكله وثماره إلا اذا رغب المريض جاداً في العلاج والتخلص من إدمانه .

فالعلاج النفسي السلوكي للمدمن هو رحلة فيها معاناة ومناهضة نزوع شرب الكحول أو تعاطي المخدر من جانب المريض، أي أن هناك خبرة مؤلمة، عليه أن يتحملها كيما يتخلص في نهاية المطاف من قوة هذا النزوع وألم عدم اشباعه، لذا فإن من استراتيجيات العلاج النفسي السلوكي توعية المدمن ازاء الكوارث النفسية والاجتماعية والمهنية والصحية التي يتعرض لها بفعل الادمان وذلك من خلال تثقيفه بكل وسائل التعليم والتثقيف لخلق الوعي، وتبديل بنيته المعرفية نحو المواد المخدرة أو الكحول وبالتالي تنفيره منها .

٣ - نظرية البرت اليس (العلاج العقلاني - الانفعالي) للادمان :

تعد مدرسة البرت أليس (Albert Ellis) المنسوبة الى هذا العالم السيكولوجي الكبير، وصاحب نظرية العلاج الانفعالي العقلاني Rational - Emotive Theory احدى المدارس الكبيرة المشهورة في العالم وبخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي لا نظير لها في تاريخ العلاج النفسي المعاصر، وهذه الشهرة جاءت بفعل شمولية وتكامل هذا الأسلوب العلاجي وذياع صيته في الأوساط العلاجية السلوكية (Heppner And Corey 1985) وهذا النمط من العلاج يصلح لعلاج جميع الاضطرابات العصابية، وتبديل السلوكيات والعادات الضارة وفي العلاج الأسري والجنسي وعلاج الادمان.

ويتميز هذا العلاج كما قلنا بتكامله، بحيث أنه يعد منظومة علاجية قائمة بذاتها تستخدم جميع الوسائل والطرق العلاجية السلوكية المعروفة مثل الاسترخاء والعلاج التخيلي، والتأمل، وإزالة التحسس والتنويم، والتغذية البيولوجية الراجعة، والطرق الأخرى في تبديل واعادة تركيب البنية المعرفية Cognitive Restructuring وما يستجر هذا التبديل من تبديل السلوك والانفعال، استند (ألبرت أليس) في ابتداع

منظومته العلاجية الرائدة على مقولة الفيلسوف اليوناني الرواقي
أبيقطيطس Epictetus

«إن الحوادث الخارجية أو الداخلية لا تحمل في طياتها أي
معنى، ولكن تفسير الافراد لهذه الحوادث وما يتوقعونه حيالها
هما سبب اضطرابهم النفسي» ورفع (البرت) شعار علاجه الذي
يقول:

«لا لسيغموند فرويد. نعم لأبيقطيطس».

ومن المعروف أن ألبرت أليس في باكورة حياته بعدما
حصل على دكتوراه في علم النفس السريري (الاكلينيكي من
جامعة كولومبيا في نيويورك عام ١٩٤٥م) إنشداً الى التحليل
النفسي الفرويدي في ممارساته العلاجية، ولكن لم يلبث أن تخلى
عنه عندما وجد أن الارشاد الذي يقف فيه المرشد في الموقف
الايجابي في تفسير مشكلات المريض هو أكثر نفعاً وفائدة من
العلاج النفسي التحليلي السلبي الموقف، وأقصر مدة وأكثر
تنمية للقدرات النفسية الكامنة المتصدية للمواقف السلبية.

ب - سمات وخصائص النظرية - العقلانية الانفعالية:

تركز هذه النظرية على أهمية المعتقد أو التفكير الخاطيء:
Irrational Beliefs في الاضطراب النفسي، فالمعتقد هو الذي
يحدث الانفعال والسلوك غير الملائمين، بعكس النظرية

التحليلية التي تركز على ماضي الفرد وخبراته الانفعالية الراضة المتوارية في اللاشعور والتي تعد سبب اضطرابه النفسي.

ثم إن المعتقد أو التفكير يترجم عادة الى أحداث مع الذات التي تستجر بدورها وتخلق الموقف الانفعالي والسلوك وأنه بدون تبديل هذه المكونات المعرفية (أي البنية الفكرية) يستحيل تبديل الانفعال والسلوك.

ثم ان النظرية المعرفية الفكرية Cognitive التي نحن بصدددها لا تغفل أهمية العوامل البيئية والبيوكيميائية والارثية في تأثيراتها على السلوك، والعاطفة عند الانسان، إلا أنها من جهة أخرى تلح الحاحاً قوياً على أهمية القدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الانسان بحيث أنه إذا استطاع تفجيرها واستغلالها، فإنه يستطيع أن يبدل من تفكيره الخاطيء المسبب لمرضه النفسي أو ادمانه على الكحول والمخدرات فتبديل السلوك يصدر عن تبديل الأفكار الخاطئة المسببة لاضطراب السلوك والانفعال.

هذا ويمكننا تلخيص هذه النظرية العلاجية بالمخطط

التالي:

الانتقاد الذي وجه اليك من صديق أو شخص خلال اجتماع ما .

B تأويلك وتفكيرك ومعتقدك، وتوقعاتك حيال هذا الانتقاد .
C رد فعلك ازاء ما تمخض عنه من معتقد وتأويل وهو الغضب والسلوك الاندفاعي .

الآن لنعاين ما حدث في B الذي أحدث رد الفعل C ثم تأويل الحادثة A وهو الانتقاد عندك فأخذ صورة الحديث التالي مع الذات :

- لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد .
- الذي انتقدي هو انسان ظالم غير محق .
- يجب عليه ألا يوجه اليّ هذا الانتقاد .
- أنا انسان مرفوض .
- أنا انسان ضعيف الحجة، لا قيمة لكلامي أمام الناس .

هذه الأفكار الخاطئة التي قلتها لنفسك والتي ترجمت معتقدك هي التي أحدثت سلوك الغضب والانفعال .

ترى ماهي الأفكار الخاطئة التي تسبب للانسان الكدر والتعاسة، والشعور بالصغارة، والقلق، والخوف وجميع العواطف السلبية التي نراها في الاضطراب النفسي وفي التفكير الادماني؟

يمكننا حصر الأفكار اللاعقلانية بالتالي :

١ - الأفكار الحتمية التي تستعمل فيها الصيغ والعبارات التالية:

يجب ان يكون كذا. يتعين أن أعمل كذا. يجب أن أحصل على كذا. يجب أن أمتلك كذا

أي انك تفرض على ذاتك مطالب يجب تحقيقها بدون وجود بدائل في حال عدم تحقيق ما فرضته على ذاتك. ان هذا معناه انك حولت الرغبة الى حاجة.

وحيث أنك لا تستطيع أن تتحكم بقوانين الحياة، ولا تستطيع أن تحول اللون الأخضر الى أحمر، وغير قادر على السيطرة على الحوادث الخارجية، وقد تفشل في الوصول الى ما فرضته على نفسك، فإن هذا معناه انزلقت في الإحباط النفسي عند الفشل، وما يترتب عنه من الاصابة بالاكئاب ومشاعر اليأس وفقدان العون، وهنا تبدأ السيرة المرضية فتخطو نحو المرض النفسي من خلال الغلو في فرض هذه الحتميات على نفسك والفشل في تحقيقها.

٢ - بالمقولات التي تبالغ في وصف الحوادث وتضخم وقعها في النفس، انه لأمر مريع. شيء مخيف. أمر لا أستطيع تحمله شيء فوق قدرتي وامكانياتي. هذه المقولات تترجم العواطف الى كارثة وكان الفرد يقول $2 + 2 = 400$ بدلاً من ٤، وهذا التفكير الكارثي يسد في وجهك القدرة على تحمل

الموقف ويضعف تحملك وقدرتك على التصدي للموقف والسيطرة عليه، وهذا التفكير يؤدي الى الانفعالات والسلوكيات السلبية وكالهروب والفرع والقنوط. وكما يتم تصحيح المعتقد الخاطيء نضيف الحرفين E و D ف D تعني مناهضة المعتقد أو الفكرة الخاطئة وتصويب الفكر و E هو الانفعال الجديد الذي ظهر بفعل تصحيح التفكير، واذا عدنا الى المثال السابق فإننا نترجم D بالكلام الذاتي المناهض لـ B التالي:

- لماذا اعتبر أنه أمر مخيف اذا ما ارتكبت خطيئة؟
- لماذا يجب عليّ ألاّ أرتكب هذه الخطيئة؟
- لماذا اذا ارتكبت خطيئة عليّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل؟

أما E فهي نتيجة التساؤل في D حيث تصبح E وهو الجواب.

انه ليس بالموقف السييء، انه ليس بالأمر المخيب للأمل، انه ليس بالأمر الكارثي، أنا أستطيع تحمل ذلك وامتنعه، وهنا تبدل الانفعال في هذا الدحض والتساؤل نلخص العملية كلها بالتالي:

A حادثة خارجية أو داخلية (منبه) غير سار
B أنت تقوم الحادثة وتستخدم عبارات كارثية أو مهزمة للذات

(يجب، مخيف، لا أتحمّل).

C أنت تزرع تبعاً لما تمخض عن هذا التقويم، الانفعال الناتج.

D الدحض يكون بالتساؤل (لماذا أمر مخيف، أو لماذا يجب عليّ كذا).

E الجواب انه ليس بالموقف السيء يجب أن أتحمّله.

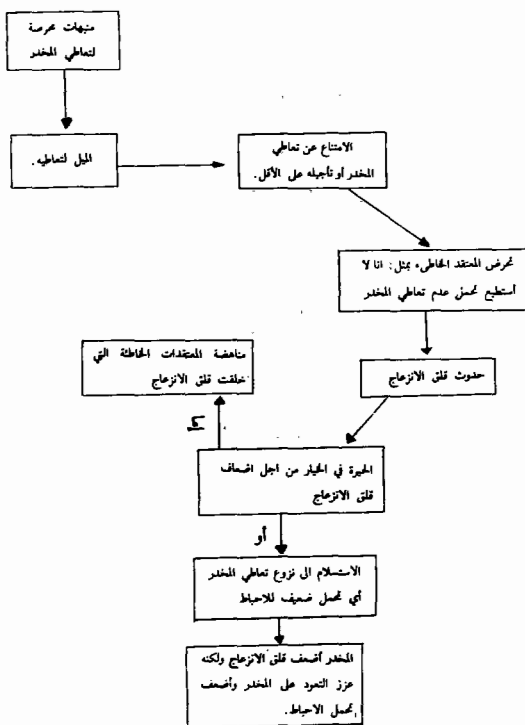
ان العلاج الانفعالي العقلاني الذي يعطي أ نموذجاً وتفسيراً للاضطراب الانفعالي الذي يعترى الانسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعّالة التي تساعد المرضى على تعلم مساعدة أنفسهم لإيقاف تعاطي المخدر أو المسكر، يسهم اسهاماً فعّالاً في تنمية عملية التخلص من المخدر.

وهكذا فالمرضى المدمن الذي صمم على تبديل أفكاره ومعتقده من المخدر، وثابر بجِدٍ وانتظام على مكافحة أفكاره الانهزامية التي يوحىها المخدر ويزينها له كأفضل وسيلة للهروب من متاعبه وتوتراته، وتبديلها بأخرى ايجابية، ووقف صامداً في وجه الاحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المخدر، وكابر بقوة على تحمّل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه له بفعل توقف تعاطي المخدر، مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تثيرها وتأججها نزوعات الادمان والأنا

الضعيفة، نقول إن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون
 المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يخلصه من الادمان.
 لنرى بعد ذلك أنموذج الكف والتحمل المنخفض
 للاحباط في الادمان على المخدرات أو الكحول.

أنموذج آلية الكف عن تعاطي المخدر أو الكحول
 والتحمل المنخفض للاحباط

Astinence and Low Frustration Tolerance



نلاحظ هنا في هذا النموذج المجالات الحساسة التي يتدخل فيها العلاج العقلاني الانفعالي للابقاء على الكف ورفع عتبة تحمل الاحباط عند المدمن:
ان تحريض المعتقد الخاطيء والذي يتجلى بالحديث مع الذات بالصورة التالية:

- أنا غير قادر على تحمل الامتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر.

- يتعذر عليّ ممارسة العمل والتكيف معه بدون مخدر.
- لا أمتلك القدرة الكافية والقوة للوقوف في وجه غواية المخدر.

- تبدو الحياة صعبة جداً عليّ بدون مخدر. وهكذا.

هذه الأفكار الخاطئة تخفض من عتبة تحمل الامتناع أو ككتمان الكف عن تعاطي المخدر عند المتعالج فيحدث ما نسميه بقلق الانزعاج Dicomfor Atanxiety ويقف المدمن هنا على مفترق الطرق، فإما أن يستسلم لهذا القلق فيلجأ الى المخدر من أجل تخفيفه وازالته، وبالتالي يزول قلق الانزعاج مؤقتاً ويتعزز الميل نحو الكحول أو المخدر، ويتزايد ضعفه في قدرته على الكف، ويفقد الثقة بالنفس وما يتبع ذلك من الشعور بالصغار وتحقير الذات، وما يثيره من قلق الذي يعود فيغذي بدوره الميل نحو المخدر بفعل هذه التغذية الراجعة، أو

أنه يضعف قلق الانزعاج بمناهضته للأفكار الخاطئة اللاعقلانية التي ذكرنا أمثلة عنها، وبالتالي يزداد تحمله للاجباط.

ج - خطوات العلاج السلوكي:

ان العلاج المعرفي هنا يتركز على تزويد المدمن بالمهارات والتدريبات البيئية في رصد الحوادث المحرصة أي A للتعرف على المنبهات المثيرة لتزوع الميل نحو المخدر أو المسكر، وأيضاً رصد الأفكار الخاطئة التي تخفض من عتبة التحمل للاجباط وتثير قلق الانزعاج حيث يتدرب على مكافحتها والتصدي لها وتبديلها كـما يبدل C انفعالاته ويبقى في حالة كـف.

- في المرحلة التالية يدرّب المعالج المدمن المتعالج على رصد الموترات الخارجية حيث يجعله يتعامل معه بالعلاج التخيلي وهو مسترخٍ لازالة التحسس منها وفق تقنيته ازالة التحسس المنهجي التي ابتدعها الطبيب السيكا تري المعروف فولبي (Wolpe 1956) ومن ثم مواجهتها كما تظهر له في واقع الحياة.

- يدرّب المدمن على تقنية الاسترخاء لاضعاف التوترات النفسية المحرصة للميل نحو الادمان، ويجعله يستخدم هذا الاسترخاء وفي مواجهة المواقف المتوترة.

- ومن أجل تعزيز الأنا، وتقوية آليات التعامل الايجابية مع المواقف المؤثرة واضعاف الانفعالات السلبية، وخلق توقعات

ايجابية يدرّب المتعالج على استخدام التنويم الذاتي Self-Hypnosis المترافق بمقولات ايجابية تخدم الأهداف التي ذكرناها، ومن المعلوم أن قوة التنويم الذاتي العلاجي أمر ثابت في تعديل السلوك والتوقعات (Golden 1988 and Seligman 1983).

- ولما كان محتوى التفكير والصيغ التي يستخدمها المدمن لها صلة قوية في تحديد نوعية المعتقد والأفكار الخاطئة، فإنه يتدرّب على الاحتراس من استخدام الأحاديث مع الذات وأنواع التفكير المتضمن صيغ الجبر والتحويل التي سبق وذكرناها.

- ثم ان المدمن إنسان كان يستخدم المخدر كوسيلة للتعامل مع المشكلات التي تصادفه (رأينا نموذجاً من الأحاديث مع الذات بهذا الخصوص).

وبفعل فقدانه لهذه التغطية، يدرّب على مواجهة المؤثرات والمواقف الباعثة على القلق وتنمية مهارات هذا التعامل Coping Skills وفق الأساليب السلوكية القائمة على التعلم وإزالة التحسس والتلقيح ضد التوتر Stress Inoculation Training ولا ننسى أبداً أن العلاج الدوائي النفسي المستمر للمدمن يعد أداة تعامل سلبية مع المؤثرات، يحرم المدمن من مواجهتها والسيطرة عليها.

- وبما ان المدمن منذ الأساس يعاني متاعب بيئية ونفسية، فإن العلاج السلوكي يساعده على تحديد هذه المتاعب وفق لائحة هرمية ترصد فيها هذه المتاعب من الأقل ازعاجاً الى الأكثر توتراً، ومن ثم يتم التعامل مع هذه المتاعب والمنبهات السلبية بالطرق السلوكية السالفة الذكر حيث يتعلم الأساليب التعاملية المتصدية، واكتساب مهارات المواجهة وازالة تحسسه منها، لتكون هذه الأساليب الركن الوقائي والعلاجي في تعامله مع كل متاعبه المستقبلية، وبهذا يكون العلاج السلوكي المبدل الحقيقي لأساليب تعامله السابقة السلبية التي قادتته الى الادمان.

- وحيث ان المريض المدمن قد يصادفه النكس فيعود الى تناول المخدر او الكحول، فإن العلاج يعد المدمن سلفاً الى مواجهة هذه النكس والتصدي له، والتفتيش عن أسباب هذا الانتكاس من خلال الأفكار الخاطئة المسئولة عن ذلك، وتبديلها ومناهضتها وشد عزيمته من جديد بتجاوز هذا النكس والعودة الى الكف والامتناع. Abstinence وهذا يكون بالتغلب على التفكير الثنائي الذي يحمله المدمن والمسمى Dichotomous Thinking والقائم على المعتقد القائل Nore or all addiction أي أما الكف النهائي الذي لا نكس فيه ولا عودة الى المخدر، أو الكحول أو الانغماس فيه والتهالك عليه والاستمرار في تناوله وتعاطيه.

- ولما كان المدمن يعيش ضمن محيط أسرته في غالب الأحيان، فهناك ما نسميه بالمعين Enabler الذي يرتبط بالمدمن (الزوجة، الأم، الأخ، الصديق. وغيرهم).

وان المعين دوماً بما يبيده من سلوك يستهدف فيه حماية المدمن من عواقب ادمانه الاجتماعية والقانونية والاقتصادية والمهنية، يقدم له العون المالي، ويساعده على تعزيز ادمانه بصورة غير مباشرة وبدون قصد من خلال ابعاده عن تحمل النتائج السلبية لادمانه، والتعلم منها ومعاناة سلبياتها، فإن العلاج يتركز في ابعاد هذا المعين عن حياة المدمن ومنعه من تقديم أي عون له كئياً يجعله يتحمل نتائج إدمانه السلبية، ويعترف أن لديه مشكلة ترتبت عن ادمانه، ويطلب العلاج، اذ من المعلوم أن المدمن غالباً لا يشعر بوجود مشكلة في ادمانه بسبب هذه الحماية وتلك التغطية الأسرية.

- ثم ان العلاج السلوكي من خلال المتابعة العلاجية التي عادة ما تستمر لمدة سنتين بزيارات متباعدة متباعدة مرة واحدة كل ستة أشهر، وارتباط المريض بالمدمن بالمعالج خلال هذه الفترة لمتابعة استمراريته على الكف وعلاج حالات النكس الطارئة، يقدم الخدمات الموثوقة التي تكفل بتحرير المريض من إفسار الادمان، واعادة تأهيله وادخاله الى المجتمع ثانية كعضو معافي منتج.