الفصـــل العاشـــر

التعامل مع الفرد الذي يقدم العون للمريض المدمن

من البدهي أن الكحولي أو المدمن موجود ضمن محيط أسري في معظم الأحيان. وهذا المحيط إما أن يكون أسرته ـ زوجته وأولاده ـ وإما عائلته: أبويه واخوانه وأخواته أو أقرانه. وهنا نجد أن مسألة الاضطراب الكحولي لا تكون عادة محصورة بالمريض بل تمتد مشكلة الاضطراب لتلف وتؤثر أيضاً على من يحيط به من أقربائه وأفراد أسرته. وهؤلاء يفرض عليهم المرض الادماني الذي يعاني منه أحد أفراد الأسرة الألم، والمعاناة، لأنهم يجدون أن واحداً ممن يلوذ بهم يدمر ذاته، ويدفع بنفسه الى الهلاك نتيجة الادمان على المسكرات أو المخدرات.

إن أي واحد يلتصق بالمدمن سواء أكان من أصوله في القرابة أو من أفراد أسرته يعرف تماماً السلوك العدواني والمؤذي الذي يبديه المريض المدمن إزاء من يحيط به من أحبائه ومريديه، وكيف يبدد ويمتص موارد ومصادر أفراد أسرته لارضاء ولعه الادماني فيقعد ملوماً محسوراً على صنيعه. وهكذا نجد أن أجواء أسرة المدمن تلفها دوماً غمامات القلق، والخوف، والبؤس، وفقدان الطمأنينة من جراء سلوك المدمن تجاه من يلوذ به من فظاظة لفظية، وثورات الغضب الجنوني، والايذاء الجسدي الذي ينزله 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 (وهي موجودة في الولايات المتحدة الأمريكية) التي تعنى بعلاج الكحولي، تقدم الارشاد النفسي لأفراد أسرة الكحولي بايجاد زمر وجماعات ضمن برامجها الارشادية العلاجية يتم فيها العلاج والارشاد على أساس ما نسميه بالجماعات التي تقدم العون لذاتها وبنفسها Self-help groups خاصة بازواج وأولاد الكحوليين أو المدمنين على المخدرات. وفي هذا الفصل سنتكلم عن الأزواج الذين يعيشون مع أقرانهم المدمنين.

وصنفت كثير من الدراسات التي تناولت باسهاب المشكلات الأسرية عند المدمنين أن الادمان عموماً هو مرض أسري (Paoline 1975, Brown 1985). ويسمى الأفراد من زوجات وأولاد أو الأقرباء أو الأصدقاء الذين يقدمون العون المباشر للمدمن بحكم عيشهم معه وارتباطهم به بالأعوان Enablers. وعادة ما تقوم وظيفة هؤلاء الأعوان الذين يلوذون بالمدمن على تشجيعه وحفزه بطرق لا شعورية ورقيقة، وغالباً ما تكون سلوكيات هؤلاء الأعوان متسمة بالمغالطات والمظاهر الخداعة Fallacy في تعاملهم مع المدمنين.

وفي بعض الأحيان نجد أن بعض أعضاء الأسر هم بواقع الحال أعوان المدمن، ويكونون مدمنين أيضاً ـ ويشاركون المدمن في ادمانه ـ فإن القليل من الأبحاث قد تطرقت الى هذا الموضوع في ميدان فهم هؤلاء الأعوان وتبديل سلوكهم الادماني. في هذا الفصل سنوضح دور العلاج العقلاني ـ الانفعالي في مسألة الأعوان enahless، والطرق التي تساعد هؤلاء بالخروج عن دورهم.

١ ـ أنماط شخصيات الأعوان :

الأعـوان هم الأفراد الـذين يبـدون أنهم يقـدمـون العـون الى الكحولي أو المدمن للاستمرار في ادمانه . هناك عدة طـرق يلجأ اليهـا هؤلاء الأعـوان لتسهيـل استمـرار الادمـان . الأولى تقـديم المـال الى المـدمن لشراء مـادة إدمانـه (الكحـول أو المخـدر)، أو بمشـاركتـه في تعـاطي الكحـول أو المـادة المخـدرة . وهـذا النـوع من شخصيـات الأعوان يدعم دعمـاً مكشوفـاً لعادات الادمـان عند المـدمن من هذه الأسرة، ونسمي هذا النوع من المعين بـالمشترك أو الضـالع في تخليـد الادمان عند المدمن وتعزيزه .

أمـا النموذج الثـاني المعين، فهـو على نقيض النمـوذج الأول، يعـارض سلوك المدمن قـريبه أو محبـوبه في شـربـه للخمـر أو تعـاطي المخـدر، ويشن حملة مكشوفـة ضده بغيـة ردعه عن الشـرب والتخلي عنـه، نسمي هذا النـوع من المعين المنقـذ من الشر Messiah . وهـذا المنقذ يحاول منع المدمن من الولوج في الاختـلاطات والنتـائج المؤذيـة للادمان، وانقاذه من شروره . ويسعى هذا المنقذ الى انقاذ المدمن من الـورطات التي يقـع فيها نتيجـة ادمانـه كخسارة العمـل، أو تبديد أمـواله ووصـوله الى درجـة العوز وذلـك بمده بـالعون المـالي أو بدفـع ديونه . وإذا صادف أن تصرف المـدمن تصرفـاً عدوانيـاً مزريـاً قبيحاً معيّراً من الناس أو ضد معينه ومنقذه نجد أن هذا المنقذ يتحمـل هذا السلوك ويبـرره بكونـه سلوكاً صـادراً تحت تأثـير الخمـر أو المخـدر، ويسعى الى انقـاذ هذه العـلاقـة من أن تمس بـأي سـوء لاعتقـاده أن المدمن هو بحاجة اليه .

ولعل تأثير سلوك المنقذ هو في عزل محبوبه المدمن من تأثيرات الادمان. فهذا السلوك يمنع المدمن أو متعاطي الكحول من أن يعيش أو أن يخبر ويتعامل مع التأثيرات الطبيعية العقابية أو نتائج السلوك الادماني. أي بتعبير آخر مثل هذه الحماية تحجب عن المدمن تعرضه للعقوبات الطبيعية التي تعترض طريقه بفعل انغماسه في السلوك الادماني، وتمنعه من تعلم ما يردعه أو يضبط سلوكه الادماني. وهذا بدوره ما يجعل المدمن مستمراً في ادمانه نتيجة هذه الحماية وذلك العطف والتغطية العاطفية الضارة له، أما النموذج الثالث فهو ما نسميه بالمعاني الصامت الساكتSilent sufferers. فهذا المعين المعاني الصامت لا يحاول تبديل سلوك المدمن، ولا يتدخل في عملية انقاذه إذا ما وقع في مأزق أو ورطة نتيجة سلوكه الادماني. وكل ما هناك فإنه يبصر ويسكت فلا يحرك ساكناً لا بالقول ولا بالفعل، كما لا يمده بالعون المادي، ولا ينبري لديونه فيتطوع بتسديدها. يمتص الألم والكوارث التي يشاهدها تحل بالمدمن.

إن المعاني الصامت في هذا الموقف الذي يتخذه، يماثل سابقه الذي وصفناه أيضاً. فإذا كان النموذج الثاني السابق يقدم الحماية فيعطل بذلك اكتساب الخبرات الراضة من جانب المدمن التي تكون بمثابة قصاص لسلوكه الادماني، فإن النموذج المعاني الصامت أيضاً يعطل خبرات المدمن والنتائج الطبيعية التي تترتب عن ادمانه نتيجة التظاهر من جانب المعاني الصامت أن ما يفعله المدمن لا ينطوي على أي خطأ. فهو بسلوكه يتآمر بصورة غير مباشرة مع المدمن في انكار المشكلة الادمانية، ويطرح صورة له ايحائية بسكوته، أن العالم من

حوله هو بخير وسلامة. وننوه أن مثل هذه الشخصية المحيطة بالمريض المدمن تكون غالباً على درجة كبيرة من القدرة على التحمل والصبر وامتصاص الألم والتصرف تصرفاً انكارياً.

٢ ـ التعرف على شخصية المعاون Enahler:

في كثير من الأحيان، ورغم خبرة المعالج السريرية الواسعة يفطن خلال سير العلاج أن أحد أفراد أسرة المتعالج أو صديقته أو محبوبته يشاركه الادمان. كما ويندهش المعالج أحياناً أن المريض المتعالج لا يبدي رغبة ولا استعداداً بذكر أن من يتعامل معه من هذه الفئات هو مدمن. ومثل هذه المواقف نرى فيها كثيراً من المشاكل الأسَرية، حالات ادمان زوج أو زوجته، حالات سوء معاملة أولاد واهمالهم. حالات اضطراب اكتئابي وخيم عند الاناث. خصومات بين أفراد الأسرة الواحدة تفضي الى انقطاع الاتصال بين بعض أفرادها لأشهر وقد تدوم لسنين. حالات أزمات مالية أسرية حادة. حالات اضطرابات سلوكية عند الأولاد حيث يرفض الأبوان في الانخراط بالعملية العلاجية. وعادة الأب الذي يفرض الانخراط يتحول الى الكحولية في بعض المواقف. حالات خصومات زوجية عنيفة، يرفض الزوج أو الزوجة العلاج الزوجي. وبالطبع ليست جميع أنماط العائلات التي تكتنف أجواءها المتاعب والمشكلات يعاني من سلوك الادمان بأنواعه المختلفة. ويجب الا يتوقع المعالج أن يجد في كل مشكلة أسرية قصة ادمان تحكي ذاتها. ولكن أيضاً بالمقابل كثيراً ما تفوته حتى المعالج الخبير المتمرس ملاحظة مشكلات ادمان في أسرة ما. وأن نتاج العلاج بدون ادراك هذه الناحية، هو مكافأة

المعين على سلوكه المجهول عنـد المعالـج . والنتيجة التي تتمخض عن ذلك هو الرهان على المزيد من المعاناة من جانب المدمن المتعالج بفعل عدم التعرف على هوية من يقدم العـون في محيطه وحيـاته . وبـالطبـع فإن كثيراً من الأعوان لا يدركون نتائـج صنيعهم . سواء أكـان المعاني الصامت، أم المنقذ الفعال الذي يقدم حمايـة للمدمن بـدون أن يشعر بصنيعه السلبي . . لعل الطريقة الوحيدة للخروج من هذا المأزق هو في أن يسأل المعالج المتعالج المريض، ومنـذ بدايـة العلاج وحتى لـو لم يـذكر المـريض خـلال القصـة الاستقصـائيـة لادمـانـه، عن نـوعيـة الأشخـاص الذين يحيـطون بـه، ومنهم من يتعـاطى المخـدر، أو عن نوعية الشخصيـة التي تتعامـل معه . أو بـأن يتبع خـطوة بخطوة لأيـة مسألة ادمان يذكرها المريض المدمن فيـطرح أسئلة نوعيـة تكشف عن وجـود أي شخص ضمن محيـطه الأسـري أو الصـداقي، وكميـة أو حجم الشرب، وتواتره .

وغـالباً مـا نجـد أن في مقـدرو المعـالـج أن يكشف من حـول المريض وهوياتهم السلوكية وذلك من خلال معرفة العلاقات المتبـادلة الشخصيـة التي يلعبها المعـين، ومن ثم التعمق بـالأسئلة التي تتنـاول تعاطي المخدر أو الكحول عند أشخاص آخرين . وهنا نجد أن أولاد الكحوليين غالباً ما يتزوجون كحوليـين، وهكذا فـإن الأعوان الـذين يحيطون بالمريض قد يكون لهم سمات الشخصيـة ذاتها التي هي عنـد أولاد الكحـوليـين الكبـار (Brown 1985) . وهــذه السمـات يستخلص منها التالي لتكون :

أ ـ المطلب في ضبط الآخرين ومحيطهم بكليته .

ب ـ الخوف من تأكيد الذات أو الهيمنة مصحوبة بمطلب شديد للحب والقبول واللذان يعبر عنهما بالجهود المتكررة المبذولة لارضاء الآخرين، فالمرضى الذين يظهرون أنماط السلوك المذكورة قد ينخرطون ويتعاملون مع أشخاص آخرين مدمنين. واستناداً الى هذا الافتراض يتعين على المعالج أن يطرح أسئلة عن الأشخاص الآخرين الذين يحيطون بالمريض المتعالج.

٣ ـ لماذا نساعد المعين:

قد يتساءل القارىء بعدما علم أن الأعوان الذين يحيطون بالمريض المدمن لا يقدمون عملياً أي عون نافع له، بل على العكس فهم الذين يحجبون عنه العون من خلال التغطية أو السكوت أو الانخراط معه في الادمان ثم هل أن العلاج الناجح يستوجب اشراك أفراد المريض في العلاج فيدربون ويثقفون حيال دورهم؟ وهل أن التعامل مع المعين هو الاستراتيجية الأولى للوصول الى المريض؟

الجواب هو أن علاج المعين كيما يتوقف عن تقديم العون للمريض هو بهدف أن يكون أداة لعلاج الادمان. إن مثل هذا الاتجاه الذي يوحيه الجواب المذكور يبدو مغرياً ومعقولا لأول وهلة، الاّ أنه في نظر رواد العلاج السلوكي أمثال البرت أليس خاطىء لسببين، السبب الأول هو أن المعين كائن بشري في حقوقه، ويحتاج الى مساعدة كيما يوجه توجيهاً صحياً ومرضياً بصرف النظر عن علاقاته بالمدمن. وأن استخدامه كأداة لعلاج المدمن على الكحول أو المخدر هذا الاستخدام يسيء الى هذا الحق البشري. ولعل الأكثر

أهمية في هذا الموضوع أن يعرف المعين عدة أمور:

أ ـ كيف تكون حال فلسفته للحياة بالنسبة لهذا الدور غير المثيب اللامكافىء إذا كان يلعب الدور نفسه مع أشخاص آخرين في حياتهم.

ب ـ كيف بامكانه ايجاد فلسفة جديدة في الحياة تقود الى علاقات شخصية تبادلية مع الناس تكون أكثر ارضاء ونفعاً. ولطالما أن الأعوان يساعدون المدمنين الذين هم في رعايتهم وملاحظتهم على بقائهم مدمنين، فيبدو أن الأمر سهل بالنسبة اليهم (وحتى لدى بعض المعالجين) أن يستنتجوا خطأ أن الأعوان مسؤولون عن تبديل سلوك الكحولي أو متعاطي المخدر.

وواقع الأمر أن المعين الذي يساعد المدمن على التمسك بادمانه فهذا لا يعني حكماً أن المعين يسبب الادمان وهو علته. وقد يقال إنه من خلال تبديل سلوك المعين إزاء المدمن غالباً ما نتمكن من تبديل سلوك المدمنين تبعاً لذلك. الاَّ أنه من جهة أخرى إن تبديل سلوك المعين لا يترتب عنه بصورة آلية، وبالضرورة، بل وحتى بالسهولة المتصورة تبديل سلوك المدمن. فالمعين بالأصل هو غير مسؤول عن ادمان الكحولي أو متعاطي المخدر. ولأن سلوك المعين يسهم فقط في ابقاء المدمن على ادمانه، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن المعين يضبط المدمن ويسيطر عليه، ولا يتضمن أيضاً أن هذا المعين هو مسؤول.

إن كثيراً من الأعوان يأخذون على عاتقهم مسؤولية من يرتبطون فيهم ويحبونهم من المدمنين، ومن خلال جعل المعين يأخذ دوراً هاماً في عملية علاج المدمن، فإن المعالج بهذه الحالة يعبر عن

اعتقاده أن المعين هو مسؤول. ومثل هذه الرسالة التي يحمِّلها للمعين يجعل هذا الأخير في حالة متزايدة من الشعور بالاثم، ويجعله يبذل قصارى جهده لجعل صديقه أو قريبه المحبوب المدمن الذي يرتبط به ممتنعاً عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر. وهذا ما يترتب عنه أن يفعل المزيد بما سبق وفعله في الماضي.

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

١ ـ ما أن يتوقف المعين عن تقديم الدعم، أو الانقاذ، أو التحمل والانكار لمشكلة المدمن، فإن هذا الأخير سيكون مكشوفاً غير محمي من مواجهة النتائج الطبيعية والعقوبات التي يتلقاها نتيجة سلوكه الادماني.

٢ ـ ما أن يحدث ذلك، فإن المدمن والحالة هذه سيدفع من ذاته ثمن هفواته وزلاته والمتاعب التي تواجهه نتيجة سلوكه الادماني، وبالتالي فإن حياته تسوء وتتراكم مآسيه ومعاناته.

٣ ـ ما أن تسوء حياته وتزداد متاعبه وتتراكم ويغرق فيها فإنه قد يتعامل مع ادمانه تعاملا أكثر اسرافاً واغراقاً ليخفف واهماً من معاناته وضنكه وكربه.

٤ ـ وهنا يواجه النتائج الطبيعية التي تترتب عن هذا الاسراف والاغراق في تعاطي المسكر أو المخدر، حيث يتهاوى ويهبط هبوطاً حلزونياً في مأزق الانسمام الكحولي المستمر. وفي هذا

الهبوط والتهاوي سيصل الى أسفل الهاوية فيصطدم بها.

وفي اعتقاد كثير من المعالجين أن الاصطدام بقعر الهاوية وأسفلها هو بداية الصحوة والخطوة الأولى نحو الشفاء. فالمدمن لم يعد والحالة هذه قادراً على انكار وجود مشكلة عنده، ويحفز على ايقاف المسكر أو المخدر بفعل صدمة قعر الهاوية. ومع اصطدامه بقعر الهاوية وبسحب دعم المعين له وتحييد دوره، فإن هذا الأخير، بدوره البعيد، يساعد المدمن بالبدء في السير نحو الشفاء. ولسوء الحظ أن تردي المدمن الى هذا الدرك الأسفل يثير عند المعين مشاعر المسؤولية تجاه المدمن، وحيث أن سحب دعم المعين يجعل من سقوط المدمن الحلزوني أكثر تسارعاً، فإن هذا السقوط يمكن ايقافه بفعل عودة المعين الى دعم المدمن. وإذا ما صدف وطغى الشعور بالاثم على نفسية المعين، والخوف، والحسد والغيرة وغير ذلك من المشاعر المنافية المضطربة بفعل معاناة الكحولي الصديق، فإن المعين يخرج من محنته النفسية واضطرابه الانفعالي من خلال انقاذ صديقه الكحولي أو المدمن ومد يد العون ليعود فيلعب دور المعين. وفي رأي رواد العلاج السلوكي أن مثل هذه القضية يمكن التعامل معها بالطرق التالية:

أ ـ يمكن افهام الأعوان أن جهودهم الرامية ـ حسبما يظنون ـ الى إنقاذ من يحبونهم من المدمنين لن تبدل من سلوكهم الادماني. ويتم ذلك من خلال مراجعة أنموذج الحوادث في العلاقات بين الطرفين مراجعة مستمرة. وبهذا يمكن اقناعهم أنهم إذا كانوا لا يرغبون في تقديم العون لهؤلاء الاحباء المدمنين من أجل الاقلاع عن ادمانهم، فإن أفضل ما يفعلونه هو التوقف عن تقديم «العون

لهم» والابقاء بعيدين عنهم.

ب ـ ويمكن أيضاً أن نساعد هؤلاء الأعوان بافهامهم أن صنيعهم هذا يؤدي الى هبوط محبيهم هبوطاً حلزونياً مستمراً، وجعلهم في حالة سوء بصورة مضطردة وذلك خلال فترة قصيرة جداً.

جـ ـ وأيضاً نساعد هؤلاء الأعوان على الادراك والتبصر أنه لا يوجد ما يضمن أن هذا التردي الوخيم في أحوال محبيهم قد يكون بداية الطريق نحو الشفاء من الادمان.

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

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

فالاستمرارية في الدور المعين لا تساعد المحبوب المدمن، بل بالعكس تجعله مع بقية أفراد أسرته يعاني الألم. وإذا اختار المعين هذا الدور ورغب في الاستمرارية فمعنى ذلك أنه يضحي بالفوائد التي تعود على المريض وعلى أفراد أسرته معاً، أي بابقائه في قوقعه

ومستنقع ادمانه بدون أن يوصله الى قعر الهاوية فيحرمه من الصحو ومعاناة نتائج ادمانه.

إن من واجب المعالج أن يوضح للأعوان ما يترتب عن دورهم من مخاطر على المدمنين الذين يرعونهم فيما إذا استمروا في مساندتهم الايجابية أو السلبية لهم. وأن أفضل عون يقدمونه الى ما يحيطونهم بالرعاية هو أن يعوا أفكارهم الخاطئة التي تسبب لهم الاضطرابات الانفعالية:

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

٤ ـ المعتقدات الخاطئة عند الأزواج الأعوان والخليلات:

تؤمن النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن معظم الأفراد الذين يبقون على علاقات مدمرة مخربة مع المدمنين على المخدرات أو الكحول فلأنهم يعانون من انفعالات سلبية مضطربة تمنعهم هجر أو اعادة النظرة بالعلاقة غير المرضية، وأن كثيراً من أصحاب النظريات والمعالجين يفرضون أن الأعوان الزوجات أو الخليلات يكونون عادة شركاء في الادمان مع أزواجهن (ليس هذا الأمر ضرورياً في

المجتمعات الشرقية، والافتراض هنا مستوحى من العرف الثقافي الغربي ـ المؤلف ـ). إن هذه الفكرة توحي لنا بالاعتقاد أن المرأة غالباً ما تختار خليلها الذي يعاني من مشكلة الادمان، إما لأن هذا الصديق هو مدمن أو لأن الاثنين لديهما حاجة لا شعورية لكي يبقيا مدمنين.

وبالطبع لا نجد في هذاالافتراض ما يعيننا على الأخذ به وذلك للأسباب التالية:

أولها: أن كثيراً من المعينات الزوجات يخترن الخليل قبل أن تتفاقم مشكلته الادمانية. وهذا ما يجعل في الأمر صعوبة في اختبار صحة مفهوم الشريك المرتبط Codependence. وثانيها: أنه بالرغم من نفور كثير من المعالجين من استخدام تعبير الشريك المرتبط، فإن الخبرات السريرية تشير الى أن كثيراً من الأفراد ينتقلون في علاقاتهم من شخص مدمن الى الآخر.

وبالطبع إن بعض النسوة اللاتي ينخرطن انخراطاً متكرراً مع أحبائهن أو أزواجهن المدمنين فإنهن في هذا الانخراط يرتبطن بسلوك مخرب للذات. وأيضاً تدل الخبرات السريرية أن بعض النسوة المعينات يرفضن التخلي عن العلاقة المخربة اليائسة مع الفرد المدمن. وأن هؤلاء المعينات عادة ما يدخلن في أدوار الشريك أو المعاينة الصامتة.

أ ـ قيمة الذات والحاجة الى الحب:

تفترض النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن كثيراً من النسوة يبقين على علاقة مستمرة مع الكحوليين أو المدمنين على المخدرات

بفعل فقدانهن للطمأنينة، والخوف الشديد من البقاء لوحدهن منعزلات بحيث يتمسكن بأفكارهن الخاطئة التي تقنعهن أن هذا أفضل ما يكونن عليه. وبما أنهن يعتقدن بكونهن كائنات بشرية لا وزن لهن ولا قيمة، ولا يحتضنهن أي انسان آخر جيد المسلك والسيرة الاجتماعية، فإنهن يبدين شكوكهن في الدخول في أية علاقة مثل هذه العلاقة السوية مع أشخاص يؤمن أنه لابد وأن يرفضن عاجلا أو آجلا من قبل هؤلاء الأشخاص الأسوياء عندما يكتشفون انحطاط قيمتهن الذاتية.

ولكن حينما يدخلن في علاقة مع شخص مدمن، يشعرن بالطمأنينة، وعلى الأقل، أن الذي يعاملهن معاملة سيئة، يعلم بما تكن عليه النسوة من فقدان الكرامة والاعتبار للذات، ورغبتهن بالاستمرار رغم العلاقة المهينة الكائنة بينهما، فهن لا يرغبن مع ذلك، أن يعشن لوحدهن منعزلات.

وباعتقادهن أيضاً أنه حتى لو كانت العلاقة سيئة فهي أفضل من أن لا تكون هناك علاقة اطلاقاً. وعلى هذا فهن يتحملن جميع أنواع السلوك المهين، القاسي، الشرس الصادر عن المدمن الخليل أو الزوج لأنهن التعيسات اللاتي لا يجدن من يؤويهن سوى هذا الصنف من الرجال، والا بقين وحيدات معزولات تأكلهن العزلة، ويغتالهن المرض النفسي. إن علاج هذا الصنف من النسوة يتركز أفضل ما يتركز على مسألة اعتبار الذات والحاجة الى الحب والارتباط. فالمعالج الذي يتبع مدرسة العلاج العقلاني ـ الانفعالي يسعى الى إغراء هؤلاء النسوة على مناهضة هذه الأفكار الخاطئة التي تعشعش في أذهانهن،

وتوجه حياتهن لتكون في هـذا البؤس الذي مـا بعده بؤس، وفي هـذا الارتباط الزري الذي ما بعده زراء. فلا مجال لهذا الاعتقـاد الخاطىء بأنهن وضيعات فـاقدات اعتبـار الذات والمكـانة الاجتمـاعية الـلائقة بـالانسان. ويجب عليهن أن يتخلين عن فكـرتهن أنهن يقبلن المعاملة السيئـة خوفـاً من أن يعشن منعزلات، وعليهن أن ينفصلن عن هـذه العلاقة الباثولوجية (المرضية).

يتعين على المعالج أن يتعامل مع مسألـة اعتبار الـذات المعتورة عنـد هذه النسـوة وحالمـا يناهضن الأفكـار الخاطئـة ويستطعن قبـول ذواتهن، فإن الخطوة الثانية تكون بطرح قضية العزلـة والخوف منهـا. وهنا يلجأ المعالج الى جميع الوسـائل العـلاجية السلوكيـة الراميـة الى ازالة الخوف من هـذه العزلـة، بحيث يستطيـع أن يوصلهن في نهايـة المطاف الى اعادة نظرهن في العلاقة القائمة الراهنـة مع المـدمن. وقد يحتجن أيضاً الى تنمية مهاراتهن الاجتماعية في تأكيـد الذات، وتعلم تقنية حل المشكلات.

وأن السبب في اعـداد هؤلاء النسـوة المعتـورات «الأنـا» كيـما يصبحن أكثر ثقة بأنفسهن، وقادرات على العيش لوحدهن وذلك قبل اعادة النظر بالعلاقة القائمـة مع المـدمن هو أن المـدمن قد يهـدد بترك الدار كوسيلة من أجل ارهاب المرأة كيما تعود عن قرارهـا فتخضع الى ارادتـه. وفي هذا المـوقف تحتاج المـرأة المعينـة الى جلسـات داعمـة، وجميع أنماط التقنيـات العلاجيـة التي يمكن للمعالـج أن يدربهـا عليها كيما تتحدى مخاوفها من الهجر والترك. وعليها أن تقاوم الانهيار خلال

ظهـور الأزمة. ويتعـين عليها أيضـاً أن تخلق الفرصـة لاعادة معـاينة نقاشها في علاقتها مع من تعينه.

وإذا قيض وأفلحت في انهاء هذه العلاقة فإن مهمـة المعالـج لم تنته بعد. إذ لما كانت بحاجة الى الحب، وعاشت لفترة طويلة بمشاعر المهانة الذاتية وفقدان اعتبار الذات، فقد تخامرهـا الأفكار، وتشـدها تلك المشـاعـر التي وصفنـاهـا الى البحث عن عـلاقـة أخـرى مـاثلة للسـابقة. وهـذا ما يستـوجب ابقاءهـا على عـلاج ومتابعـة لفترة من الزمن.

ب ـ المطالب المفروضة على الذات بهدف ضبط المدمن:

إن المعينـات اللاتي يلعبن دور المنقـذات بروح انسـانية ايمـانية دينيـة في علاقـاتهن مع المـدمنـين غـالبـاً مـا يعتقـدن أنهن مسؤولات بالدرجة الأولى عن شفاء المدمن المرتبـطن به، وعـادة ما يفـرضن على ذواتهن الشعور بالمطالبة بضرورة ضبط سلوك أصحابهن المدمنين ضد تعاطي المخدر أو الخمر، بصرف النظر عن عدد مـرات الانتكاسـات التي تلحق بهؤلاء المـدمنين. فـلا يفتـأن بـالالحـاح والمـلاحقـة لضبط السلوك الادمـاني بدون كلل ولا ملل. إنهن يفـرضن عـلى ذواتهن مـا سبق وذكرناه من أوامر جبريـة. يجب ضبط هذا السلوك. ومثـل هذه النسوة يحملن معتقدات خاطئة من نوع آخر غير التي ذكرناها، وهـذه المعتقـدات تدور حـول الطبيعـة النبيلة في حمـل أعبـاء هـذا الـواجب الانسـاني الـذي يبـارك فيـه الأخـلاق والـدين. وفي اعتقـادهن أنهن يحملن هـذه المسؤولية ليعبـرن من خلالهـا عن حبهن لهـذا الـزوج أو

الصديق. وكلما أمعن في اساءة معاملته لهن، أو تعاظمت مرات انقاذهن له، أو تفانين في بذل الجهود للجمه عن المسكر أو المخدر، كلما زادت عندهن البراهين له على شدة محبتهن له. وكأن مثل هذه التصرفات والأعمال الغيرية البالغة في المثالية تضفي عليهن مشاعر الارتياح بكونهن يقدمن قرابين وشواهد له على صدق اخلاصهن ووفائهن، وبكلمة أكثر وضوحاً كلما عانين وكابدن من الكحولية، كانت تضحياتهن أكبر وأعظم في انقاذ هذا المحبوب من غائلة الادمان.

إن علاج أمثال هذه النسوة يتركز أساساً على التخلي عن ادراك عظمة وكبر المسؤولية في ضبط المدمن. فلا يوجد من يستطيع السيطرة على سلوك الآخرين وتبني هذا المعتقد. إذ مهما بذلت من جهود مضنية من قبلهن، ومهما تسامت نفوسهن في التضحيات بلا حساب، فإن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يستطيعون ضبط سلوكهم بأنفسهم، وهذا ما يجب ترديده على مسامعهن 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 الادماني ليجدن أن كل جهودهن باءت بالفشل.

ولعل أفضل فلسفة علاجية عملية يمكن تطبيقها على هؤلاء النسوة هي أن يطلب منهن مراجعة ما جنين من فوائد في هذه العلاقة. هل كانت العلاقة قائمة على منافع متبادلة للطرفين؟

لقد كن يلعبن في الواقع دور الأبوين نحو المدمن أو دور كونه ولداً. وأن المسرة الوحيدة التي جنينها من هذه العلاقة هي مسرة

حاجتهن العصابية الى الضبط والسيطرة أو لعب دور الأبوين.

وبهذه العلاقة العصابية لم يحصلن على أي مطلب علاقة رومانسية كما عادة يفتش عنها غيرهن السويات.

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

ومرة ثانية نلح على أن تتعلم المعينات على قبول ذواتهن الأمر الذي غالباً ما يساعدهن على التخلي عن هذا الدور العقيم.

٥ ـ المعتقدات الخاطئة التي نجدها عند الآباء:

غالباً ما ينخرط آباء المدمنين في شؤون هؤلاء ليكونوا أعواناً لهم ونقصد المراهقين الأبناء المدمنين، أو الأحداث اليافعين وذلك بطريقة أكثر وضوحاً وعلانية من الأزواج أو المحبين. وغالباً ما نرى أن الآباء يعدون أنفسهم المسؤولين مباشرة عن سلوكيات أبنائهم المدمنين في تغطية مصاريفهم، والأموال التي يبددونها على العبث واللهو، وشراء المخدرات، وتسديد الديون التي تترتب عن هذا العبث والسلوكيات الشاردة، وتوكيل المحامين للدفاع عن السلوكيات والأعمال المنافية للشرائع القانونية التي يرتكبها هؤلاء الأحداث أو المراهقون، وأكثر من ذلك نرى الآباء وهم يؤمنون قوت أبنائهم المدمنين وسكناهم. وفي هذا الصنيع يعتقدون أنهم يحمونهم

من غـائلة العوز والاحتيـاج والتشرد، وينقـذونهم من المرض والمهـانة والازدراء الاجتماعي.

وبالتأكيـد إن معظم الآبـاء لا يدركـون حق الادراك علاقـاتهم القائمة مـع أولادهـم المدمنـين. وكل مـا في الأمر أن الآبـاء لا يجدون حسب اعتقادهم أنهم يستفيدون من التوقف عن تقديم هـذا العون، فإذا ما أحجموا عن انقاذ أولادهم من شـرور الكحول أو المخـدرات فإنهم سيعانون من نتائج هذا التمنع.

لهذه الأسباب تبـرز الحاجـة لأن يثقف المعالـج الأبوين اللذين يقومان بدور المعين لأبنائهما المدمنين ويبصرهما كيف أن هذا العون انما يسيء الى الـولد المـدمن، ويدفعـه الى الاستمرار في ادمـانـه. وليعلم المعـالج أنـه سيقابـل اعتراضـات من جانب الأبـوين ان التوقف عن مساعدة ولدهما لا يحسن من حياتهما وأوضاعهما. بل سيرد الآبـاء على هـذه المطالب والنصـائح بكـونها ضد نـزوعاتهم وأدوارهـم كـآبـاء في واجباتهم تجاه أولادهم، وأنهم عـلى استعداد لقبـول المعانـاة من أجل انقاذهم.

إن أفضل حوار ونقاش يمكن للمعالج أن ينخرط فيهما مع آبـاء المـدمنين لكي يقتنعـوا بـالعـدول عن هـذه الأدوار الـداعمـة المنقـذة المساندة لأولادهم المدمنين هو اتخاذه مـوقفاً سلطويـاً، فيقول لهؤلاء؛ إن التـأثير الايجـابي الوحيـد الـذي لـه الفعـاليـة عـلى سلوك أولادهم الادماني هو في التوقف عن تقديم أي غـوث أو دعم لهم. فالانقـاذ أو الغـوث هما اللذان يخلدان السلوك الادمـاني، وأن عليهم أن يتحملوا

بصبر مراقبة أولادهم المدمنين وهم يصطدمون في قعر الهاوية في انهيارهم الحلزوني المتسارع، وهم بدون عون ولا اسعاف، وذلك لمصلحة أولادهم.

قد يقبل الآباء هذه الحقيقة، الاَّ أنهم في الوقت نفسه ما زالوا على استعداد ضمنياً لتقديم العون لأولادهم حالما يشاهدونهم وقد قاربوا على الاصطدام بقعر الهاوية والدرك الأسفل بدافع انفعالاتهم المضطربة. وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات الانفعالية من نوع قلق الأنا ego anxiety، أو قلق الانزعاج، أو مشاعر الاثم (Digiuseppe 1983).

إن أمثال هؤلاء الآباء الذين يعانون من «قلق الأنا» غالباً ما يعتقدون أن قيمتهم كبشر تقرر بالكيفية التي يكون عليها سلوك أولادهم. فإذا كان أولادهم يعيشون المتاعب والمشاكل، فمعنى هذا أن هناك أخطاء تربوية 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 ومهاجمته عملياً وفلسفياً. فعلى المستوى العملي يمكن للمعالج أن يتحدى أي انسان يكون مسؤولا مسؤولية مطلقة وكاملة عن الطريقة التي نما وتطور فيها الفرد، وله 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 الى فرض تدخلهم قسراً بشؤون سلوك أولادهم هو أمر على غاية من الصعوبة وهم على درجة كبيرة من الضعف في تحمل الألم سواء في مشاهدة معاناة أولادهم أو في تحمل سلوكهم عند التدخل في أمرهم قسراً. ولعل البديل عن هذا المعتقد الذي يتسم بتحمل ضعيف للاحباط 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 حرمانهم من ادمانهم أو انكارهم لرغباتهم (Digiuseppe 1983).

وغالباً ما يعتقد الآباء أنهم إذا ما عقدوا العزم على مواجهة أولادهم بالتدخل قسراً أو إذا ما توقفوا عن تقديم العون لهم، فإن أولادهم سيتعرضون الى اضطرابات انفعالية عنيفة بحيث يتعذر شفاؤهم. ولعل الذي يمكن أن يطرحه المعالج على هؤلاء الآباء هو ماذا يتوقعون أسوأ مما آل اليه أمر أولادهم؟. لذا فإنه من الأهمية بمكان الأ يقتصر التصدي للتحمل المنخفض للاحباط عند هؤلاء الآباء فقط ولكن أيضاً مهاجمة معتقداتهم، أن أولادهم لا يستطيعون تحمل الاحباط.