

الفصل الثاني عشر

المهارات التي يجب أن يمتلكها المعالج

في هذا الفصل سنأتي على ذكر بعض الأفكار والمقترحات لأولئك الذين يتعاملون مع هذا النمط من العلاج من المعالجين في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية . وبكل تأكيد إن التعامل مع المدمنين هو عمل قاس يحتاج الى صبر وأناة وحاس ، ومتابعة . ولكن يكون صعباً جداً هذا التعامل عندما يعتقد المعالج بهذه الصعوبة .

والقيام بالعمل الصعب يحتاج الى التمكن الفعال بأرضية العلاج العقلاني - الانفعالي مع المدمنين . اضافة الى خلق مجموعة من المواقف المنطقية والواقعية ازاء هذا العمل من جانب المعالج .

١ - مواقف المعالج :

يشير العلامة البرت أليس (١٩٨٥) الى أن المعالج باستطاعته أن يكون هو نفسه زبوناً صعباً ويسبب لنفسه بعض الصعوبات والمتاعب عند التعامل مع المدمنين الصعبين . إذ بإمكان المعالج أن يزعج نفسه بمعتقدات خاطئة حيال ذاته ، وبالمتعالجين وبمشكلاتهم وبطبيعة نتائج عمله العلاجي . واذا ما سار في هذا الطريق ، فإن المشاعر المضطربة الناتجة من شأنها أن تعيق الأداء الفعال - وتجعل عمله أكثر صعوبة مما هو عليه في الواقع ، وترتب عن ذلك فقدان

التدريجي لاعتبار واحترام ذاته وللزبائن المتعاجلين أيضاً. وعندما يأخذ بهذا الطريق المدمر لذاته، فإنه يعطي أ نموذجاً لمرضاه المتعاجلين التحمل المنخفض للاحباط، والسلوك الذي يفرض على الذات المطالب. وتجنب الازعاج، وهي السلوكيات الجوهرية السلبية التي يسعى المعالج الى تبديلها عند المدمنين.

ولعل أفضل طريقة فعالة التي يتحرر فيها المعالج من صعوباته الذاتية هو أن يتعلم التعرف على أفكاره الخاطئة والعمل على مناهضتها وتبديلها، كما يعمل تماماً في التعرف على مثل هذه الأفكار عند زبائنه وتبديلها. وأن ما ينطبق من مقولات خاطئة يفرضها على نفسه مثل «الوجوب Shoulds» ذات الصفة المطلقة وغيرها من الالزاميات التي ذكرناها يجب أن تكون ضمن منظوره فلا يسمح لها بالسيطرة على أفكاره.

لقد حدد البرت أليس عدداً من المعتقدات الخاطئة التي عادة ما يحملها المعالجون في نفوسهم، بحيث أن هذه المعتقدات إذا ما تركت بدون تبديل من شأنها أن تقود الى علاج غير فعال، وفشلهم في مهمتهم وعملهم. من أحد هذه المعتقدات اللاواقعية الخاطئة مثلاً «يجب أن أكون ناجحاً في علاجي لجميع زبائني المرضى المدمنين» فحمل مثل هذا المعتقد، وبخاصة إذا ما نكس المدمن بعد معالجته، فإنه سيلصق تهمة الفشل بذاته. والواضح أنه يستحيل أن يكون المعالج ناجحاً في علاجه لكل مدمن في تحليصه من عاداته السلوكية الادمانية أو الاستمرار في التحرر من الادمان.

فالنكس في طريق الشفاء هو بمثابة قاعدة وليس هو استثناء .
وأن القاء المعالج اللوم على ذاته بسبب الفشل أو النكس لا يخلق
الازعاج فقط ولكن هو عمل مضاد للعلاج ذاته . كما وأن الدفاع عن
ذاته بسبب هذا الفشل بأن يلقي تبعة فشله على المريض ذاته هو
اجراء لامنتظمي خاطيء . وهذا من شأنه تعقيد المشكلة . ثم إن ذم
المريض بسبب هذا الفشل يقود الى الغضب ضده الأمر الذي
يفضي الى قطع العلاقة العلاجية .

وفكرة خاطئة قد يحملها المعالج هي : «يجب أن أكون معالجاً
بارزاً مشهوراً ، وأحسن من أي معالج آخر معروف» . ومثل هذا
المعتقد يجعل مسألة النجاح العلاجي أو فشله أكثر حدة . فالمطلب أن
المريض الكحولي إذا نجح في التحرر من ادمانه سينظر اليك على
أساس معالج فذ قدير من قبل المعالجين الآخرين ، وهذا ما يقودك الى
عدم المرونة ، الأمر الذي لا يساعد المرضى تعلم التفكير المستقل
المنطقي القديم . وثمة جانب سلبي آخر في هذا المطلب هو اعتمادك
عاطفياً على الزبون المتعالج وعقابيله معاناة الاكتئاب وزوال الوهم .

إن الكحوليين أصلاً على درجة مناسبة من الحساسية لهذا النوع
من الارتباط بالآخرين ويردون (يستجيبون) على علاجك بالمقاومة ،
ويطرق عدوانية وصادة . وعندما ترفع من ذاتك الى صفة التمييز
وعلو الشأن (أي أنا أحسن من الآخرين) ، وتحول هذه الرغبة الى
مطلب ، فإنك ستدخل في طريق المتاعب العلاجية .

ثم إذا ما ابتغيت أيضاً حاجة المريض للاعتراف بأنك معالج

ماهر، فإنك أيضاً تقع في قبضة الغم والكرب، والارتباط العاطفي به مما يسيء الى العملية العلاجية. وإذا كان تفكيرك أو معتقدك الخاطيء يدور حول: «يجب أن أكون على درجة كبيرة من الاحترام ومحبوياً من قبل جميع زبائني فأنت ستكون في مشكلة عندما يتصرفون معك تصرفاً غير لائق ولا مؤدب».

ولا تنسى أنه إذا كان بعض زبائنك الذين يريدونك هم أكثر انفتاحاً نحو تأثيرك، فإن قلة من الذين يتعاطون المخدر أو المسكر قد يكرهونك للعديد من الأسباب. وفضلاً عن ذلك فإن المرضى الذين يحبونك حقاً هم أقل رغبة في الاعتراف بهفواتهم، وأن علاقتك قد تعيق من تأمين العلاج الجيد. هذا ورغم أن المريض وأنت مرتاحان الى مثل هذه العلاقة، إلا أنه ولا واحد منكما سيستفيد من هذا الشكل من الارتباط لمدة طويلة. وهناك سوء تصور آخر يحمله بعض المعالجين يتمثل في الاعتقاد التالي الخاطيء: «بما أنني أعمل كل ما في وسعي، وأبذل كل جهدي كمعالج يتعين أيضاً على المتعالج أن يكون متساوياً معي في هذا العمل والجهد والمسؤولية، وعليه أن ينصت اليّ بكل اهتمام، ويدفع نفسه دائماً الى التبديل».

إن هذا المطلب نحو زبائنك من المدمنين والمرضى معناه عملياً ضمان اضطراب الوظيفة الانفعالية. ومن ثم تلح عليهم أن يكونوا متحررين بجزء من مجموعة أعراضهم الرئيسية ونقصد التحمل المنخفض للاحباط والتمرد حيث أن هذه العلة هي جوهر سبب ادمانهم.

وبالطبع من المرغوب بالنسبة للمعالج والمريض أن يعمل

بجدية وبتصميم وبعزم إلا أنه ليس من الضرورة أن يكون كذلك عدد كبير من المرضى على هذه الصورة من الايجابية المطلوبة . وأن ذم هؤلاء المرضى على هذه المواقف التي يتخذونها من العلاج غير المتناسبة مع جهد المعالج الذي يبذله ، هذا الذم يسيء الى العلاج . إن رفض المدمن وادانته على ضعف حافزه نحو العلاج هو موقف سابق كان يقفه المعالجون نحو الكحولية والادمان على المخدرات . أما المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني - الانفعالي فهو يتفاعل مع المتعالج المدمن لحفزه وليس لذمه وادانته لمشكلاته التي جاء من أجل حلها .

وناحية أخرى على المعالج ألا يعمم أفكاره ومواقفه على جميع المدمنين لأن هذا يؤدي الى الضيق الشخصي والعلاج غير الفعال ، فعندما يعتقد أن جميع متعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية هم معارضون ، مجادلون مثبطون الدوافع مرتبطون بالغير ، فإن المعالج بهذه المعتقدات المعممة يقود ذاته الى نهاية ميته . ومثل هذه المعتقدات لا تشجع على الاستبصار الانفعالي أو التغيير الطويل الأمد في سلوك المتعالج .

٢ - المراقبة الذاتية من أجل علاج أفضل وأداء علاجي :

هنا يحسن أن نتكلم عن المواقف والمهارات التي تكون أكثر ملاءمة نحو علاج أفضل مع مرضى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية . لقد وصف العلامة البرت أليس (١٩٨٥م) ما يعتقدده لبعض الصفات النوعية الايجابية للمعالجين الفعالين . وهذه الصفات هي التالية المبينة في الجدول :

صفات المعالج الفعال

- ١ - الاهتمام الجاد والحيوي في مساعدة زبونه المريض ، والعمل بطاقة لانجاز هذا الاهتمام .
- ٢ - القبول اللامشروط للمريض كفرد، بينما يسعى الى معاكسة ومناهضة الأفكار السلبية الانهزامية ، وتحسين مشاعره وسلوكه .
- ٣ - واثق من قدرته العلاجية بدون أن يكون متفاخراً أو متصلباً يعتقد اعتقاداً قوياً بالتقنيات الرئيسية التي يأخذ بها .
- ٤ - يتصف بثقافة علاجية نظرية متسعة الأفاق وممارسة وخبرة جيدتين تتسمان بالمرونة وبالعلمية ، وهو منفتح دوماً لاكتساب مهارات جيدة .
- ٥ - فعال في الاتصال والتعليم مع زبائنه المرضى لخلق طرق جديدة من التفكير عندهم .
- ٦ - لديه القدرة والقابلية في تعامله مع اضطراباته وتحسينها ومعافى من القلق والاكتئاب ، والشعور بالصغارة والميل الى الاستجداء .
- ٧ - هو صبور، ومثابر، وصادق، ويعمل بجد في محاولاته العلاجية .
- ٨ - يتمتع بالصفات الأخلاقية المهنية، وبروح المسؤولية، ويستخدم العلاج لمنفعة المريض وليس بهدف لمنفعته الذاتية ومصالحته .
- ٩ - هو مهني وله مكانته في الوسط العلاجي ، ومع ذلك فهو قادر على الاحتفاظ بالمشاعر الانسانية، والتلقائية العفوية، والتوظيف الشخصي بما يعمل به .
- ١٠ - هو مشجع ومحفز، ومتفائل ويظهر هذه الخصال لمرضاه ويقدر التبديل مهما كان صعباً . وهو دوماً في كل الأوقات يدفع المرضى

بقوة لتبديل سلوكهم .

١١ - لا يقدم العون للمرضى لكي يشعروا بالتحسن وازالة
أعراضهم فقط بل أيضاً يحاول مساعدتهم لخلق تبدلات عميقة
في المواقف مما يمكنهم في الابقاء على التحسن، والاستمرار بهذا
التحسن، وزوال الاضطراب مستقبلاً .

١٢ - هو حريص على تقديم العون لكافة المرضى، وبحرية وبطوعية
يمكن تحويل المريض الى معالجين آخرين عندما يشعر أنه لا
يستطيع تقديم العون، كما ولا يكون ضعيف الانخراط مع
المريض ولا مفرط الانخراط به . ويسعى باخلاص للتغلب على
مواقفه المتحيزة ضد المريض التي تسيء الى علاجه .

١٣ - يمتلك قدرة الملاحظة الكافية والحساسية تجاه الآخرين، والذكاء
الجيد، والحكم السليم للحيلولة دون أن يندفع المريض لاتخاذ
قرارات طائشة غير حكيمة، ولا أن يؤذي ذاته .

مراقبة المعالج لذاته في تقرباته العلاجية نحو مرضى الادمان على
المخدرات والمؤثرات العقلية

الأسئلة التي يطرحها على ذاته :

١ - هل أنا راض عن مساعدة مريضى مساعدة حماسية ومستمرة حتى
لو لم يبد اهتماماً في مساعدة نفسه؟

٢ - هل أنا واثق من قدرتي على تقديم العون للمريض وهل أومن
حقاً في النفع السريري وعلمياً برهنت على فعالية الطرق
والتقنيات التي انتقيتها في معالجته؟

- ٣ - هل أعطيت المريض حقه من الاهتمام والاعتبار في الطرق والأساليب العلاجية التي طبقتها عليه، وأنا راغب في تعلم الجديد من هذه الطرق وتطبيقها إذا اتضح لي أن ما اخترت من الطرق لم تكن مفيدة بالصورة المرجوة في معالجة المريض؟
- ٤ - هل أنا متحرر من التحيز النمطي الخفي أو الظاهر أو التفكير الدوغماتي (العقدي) حيال المريض ومن مشكلته الادمانية؟
- ٥ - هل أن اتصالي مع المريض مجد وفعال في المقدرات التي أستخدمها وفي مستوى التجريد، والنمط التفكيرى، وبالطريقة التي أتفاعل بها مع المريض؟
- ٦ - هل أنا فعلا وبأمانة أقبل المريض كإنسان، وبصرف النظر عن السلوك العفن الفج الذي يظهره نحو الآخرين ونحوي؟
- ٧ - هل أحتفظ بالصبر، والثابرة، وبالعمل الدؤوب تجاه المريض رغم رفضه الظاهر أو استجابته الضعيفة ازاء الجهود التي أبذلها من أجله؟
- ٨ - هل أنا أشجع واحفز جهود المريض في الوقت الذي امتنع عن لومه على فشله وذلك من أجل تحسين صورة قبوله لذاته؟
- ٩ - هل أتصرف صراحة أو ضمناً تصرفاً أخلاقياً، ومهنيًا، ومناسباً وبصورة محترمة، وبطريقة خالية من التهجم ازاء المريض؟
- ١٠ - هل أعترف صراحة بأي موقف سلبي ومشاعر منافية نحو المريض أو بجهودى العلاجية بحيث أسعى إما الى ازالة هذه السلبيات من نفسي أو أشير الى المريض بالذهاب الى معالج آخر متوخياً منفعتة؟

أ نموذج خطوات علاجية مثالية

نبين هنا خطوات الجلسة العلاجية النموذجية وفق أسلوب

مثالي :

الجلسة _____ التاريخ _____

- ١ - تقويم وجود انفعالات مضطربة أو سلوكيات .
- ٢ - الكشف عن قابلية التكيف لانفعالات المريض وسلوكياته .
- ٣ - تقويم وجود ونوع التفكير الخاطيء .
- ٤ - الكشف عن التكيفية الخاصة بجهاز معتقد المريض .
- ٥ - ايضاح الحوادث أو المنبهات المنشطة للعمليات المعرفية .
- ٦ - عرض الافتراض حول معنى المعتقد الخاطيء وآليته للمريض .
- ٧ - تعليم المريض الربط القائم بين ب — ث (أي المعتقد المسبب للانفعال أو السلوك) .
- ٨ - تعليم المريض الفرق بين المعتقدات الخاطئة والصائبة الصحيحة .
- ٩ - عرض المعتقدات الصائبة البديلة عن المعتقدات الخاطئة .
- ١٠ - شرح فلسفة مناهضة المعتقدات الخاطئة .
- ١١ - شرح التخيل العقلائي - الانفعالي .
- ١٢ - تحديد الواجبات البيتية والتمارين الواجب انجازها .
- ١٣ - تقويم انفعالات المريض ، وأفكاره وسلوكياته التي تبرز عندما يحاول المريض تنفيذ تمارينه البيتية .
- ١٤ - المناهضة التجريبية للأفكار الخاطئة .
- ١٥ - تعليم تكرار الأحاديث مع الذات .

١٦ - مساعدة المريض على توليد الحلول البديلة للمشكلات العملية .

١٧ - مساعدة المريض على تقويم الفعالية للحلول البديلة .

١٨ - التكرار السلوكي للحلول الجديدة للمشكلات العملية الميدانية .

١٩ - التدريب على الاسترخاء أو التخيل الاسترخائي .

أعط درجات لمحاولات المريض في تنفيذ تمارينه البيتية التي

أعطيت له في الجلسة السابقة وفق السلم التالي :

١ - لم ينفذ تدريباته البيتية .

٢ - نفذ جزءاً من تمارينه البيتية .

٣ - أنجز بعض تمارينه البيتية .

٤ - أنجز معظم تمارينه البيتية .

٥ - أنجز كاملاً تمارينه البيتية .

التعليقات :

المراجع

- 1- Bandura, A. (1982) Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*. 97 (2) 122-147.
- 2- Bard, J. (1980) *Rational-Emotive Therapy in Practice*, Champaign, IL:Research Press.
- 3- Beck, A. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International University.
- 4- Ellis, A. (1979) *Rational-Emotive Therapy: Research Data That Support Thechnical and Personality Hypotheses*.
- 5- Ellis A. (1980) *Rational-Emotive Therapy and Cognitive Behavior Therapy*. *Cognitive Therapy and Research* 4, 325-340.
- 6- Marlatt, G.A. (1983) *The Controlled Drinking Controversy*. *American Psychologist* (10) 1097-1110.
- 7- Vaillant, G.E. and Milosfsky (1982). *The Ethiology of Alcoholism. A Prospective Study*, *American Psychologist*, 37, 494-503.
- 8- Wolpe, J. (1982) *the Practice of Behavior Therapy* New York, Pergamon.