

الفصل الرابع

قواعد واعتبارات علاجية عامة

ستكلم في هذا الفصل عن قواعد وقضايا علاجية هامة يجب الأخذ بها ومراعاتها عند الأخذ بأسلوب العلاج الانفعالي - العقلاني في علاج الادمان . فهذا الأسلوب يعطي أفضل النتائج العلاجية الناجحة عندما يعي المعالج أن النظرية لوحدها مهما تم زركشتها زركشة مقنعة ومتألقة، لا تعطي بالضرورة النتائج المرضية المرجوة منها علاجياً . فالفعل الدؤوب والديناميكي الذي يصدر عن النظرية هو الذي يؤدي الى تبديل السلوك الادماني، ويكثل العمل العلاجي بالنجاح . وهذا ما يجب أن يضعه المعالج نصب عينيه عند تعامله العلاجي مع الادمان عموماً . إن أغلب الكحوليين بحسهم وفطرتهم يدركون أنه لا مناص من أن يبدلوا من أنماط حياتهم إذا أرادوا حقاً وفعلاً التخلص من آفة الادمان الكحولي . ولكن بفعل أسباب معقدة يعجزون عن الانعتاق من هذا الاسار الادماني والتحرر منه .

يقوم العلاج الانفعالي - العقلاني ليس فقط على مساعدة المريض المدمن على وعي أفكاره الخاطئة المضللة التي تقوده نحو احتساء الخمر وتعاطيه والولوع به ولكن أيضاً تزويده بالتقنيات النوعية والخبرات والمهارات التي تساعد على تبديل أفكاره ومعتقداته (ازاء الخمر أو المادة المخدرة)، وسلوكه ومشاعره . وأيضاً بكل ما يرتبط بالمشكلات التي تفرزها الحياة في وجهه وبتعبير آخر على المعالج

أن يعمم تقنية تبديل أفكار ومعتقدات المريض نحو سلوكه الادماني وأيضاً نحو المشكلات الأخرى التي تعترض حياته .

١ - بدء العلاج :

إن العلاج الانفعالي - العقلاني ، كأى نمط من أنماط العلاجات النفسية الأخرى ، يتم في سياق العلاقة الشخصية المتبادلة . فالسمات النوعية لهذه العلاقة ينظر إليها عادة بكونها غير ضرورية وليست كافية لاجداث تبديل السلوك المطلوب ، فمسألة هذه العلاقة تقوم أساساً على درجة تقبل المتعالج والقناعة التي ترسخت في ذهنه كىما يبذل الجهود الذاتية النوعية ليبدل في سلوكه الادماني ، وبدون درجة معينة من التحالف والتفاعل الوفاقي بين المتعالج والمتعالج - فإن الجهود الدؤوبة لاجداث التبديل في السلوك عند المتعالج قد لا تكون على المستوى المطلوب .

ومما لاشك فيه أن الكحوليين وغيرهم الذين يتعاطون المواد المحدثه للادمان لا بد وأنهم تلقوا الكثير من الارشادات والنصائح في حياتهم من قبل الأفراد المحيطين بهم بأنه يترتب عليهم تبديل السلوك الادماني . وهؤلاء رغم قناعتهم ومعرفتهم أن هذا التبديل هو لصالحهم ، ويخدم حياتهم الصحية والنفسية والاجتماعية ، إلا أنهم لا يعتقدون العزم الصادق ، ولا يتخذون القرار الحاسم ، للتخلص من آفتهم الادمانية . لذا فإن من أسس العلاج الانفعالي - العقلاني اقامة علاقة بين المريض والمتعالج تشجع وتعزز افصاح المدمن عن حقيقة افكاره ومشاعره والتعبير بدقة عن سلوكه بحيث يتمخض عن هذه

العلاقة التبادلية استبصار المريض بذاته والقيام بأداء نوعي يخدم الغرض العلاجي .

إن البدء بالعلاج الفعال يتوقف على سمات شخصية المريض ، ومن ضمنها خبراته الماضية والعلاجات السابقة التي تلقاها ، وتفكيره الحالي ازاء مشكلاته التي يعانيتها وهذا كله يستغرق وقتاً وجهداً من جانب المعالج .

تدل الدراسات الخاصة بالعلاج الانفعالي - العقلائي (Wallen, Wessler 1980) إن المرضى الذين يطبق عليهم هذا النمط من العلاج يكونون أكثر انفتاحاً وصراحة واستجابة عندما تنشأ بين المعالج والمتعالج الثقة المتبادلة .

ويمكن القول أن العلاج الانفعالي - العقلائي من مميزاته أن العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج تقوم على الأسس التالية :
أ - القبول غير المشروط للمريض من جانب المتعالج .
ب - اعطاء البرهان على أن المعالج سيبدل قصارى جهده لفهم مريضه .

ج - البرهان على أن المعالج مصمم على مساعدة المريض على تبديل سلوكه الادماني .

بالنسبة لبعض الكحوليين وبخاصة أولئك الذين عانوا الانتكاس العديد من المرات لا بد من الأخذ بالتوصيات الثلاث السالفة الذكر . ثم إن من خصائص العلاج الانفعالي - العقلائي الناجح أن العلاقة القائمة بين المريض والمعالج تشجع على الثقة ،

والتوقعات الايجابية، والثقة بخبرات المعالج وقبول المريض رغم جميع مشكلاته. وفي إطار هذا الجو، تزول عند المريض المقاومة فيفتح على المعالج ليفصح عن أفكاره الخاصة، ومشاعره وسلوكياته وافعاله، وهكذا يتم اتخاذ القرار وتحديد الأهداف العلاجية. والأهم من كل ذلك تحمل المسؤوليات لتحقيق هذه الأهداف. ولعل العقبة الكؤود التي تقف حجر عثرة في اقامة مثل هذه العلاقة الايجابية تكمن في لا منطقية المعالج ذاته (أليس ١٩٨٥). وأنه لمن السهولة بمكان استسلام الفرد وخضوعه لمستوى تحمل ضعيف للاحباط أو «لرغبة مريضة» لتحقيق انجاز ناجح ازاء مرضى عانوا الانتكاس مراراً وتكراراً. الأ أنه من خلال الرفض العنيد من جانب المعالج القاء تبعه الفشل في العلاج على المريض أو الالحاح عليه بابدء استجابة ايجابية ازاء العلاج فإنه أي المعالج يستطيع اقامة علاقة علاجية مع المريض سليمة وقوية.

٢ - اقامة علاقة ايجابية تعاونية :

تتجه الجلسات العلاجية الأولى نحو تحديد هوية المشكلة ونوعيتها، وتقويم أبعاد الكحولية عند المريض والأهم من ذلك اقامة علاقة تعاونية.

ورغم أن معظم المعالجين يسعون الى اقامة علاقة عمل مع المرضى من خلال الاهتمام بما يفصحون عنه ومشاركتهم لعواطفهم، فإن تقنية العلاج الانفعالي - العقلاي تجد أن هذه العلاقة هي جانب واحد من تقنياتها الذي يمكن الأخذ به والعمل بوحيه لتحسين العلاقة العلاجية المفيدة الايجابية. والأكثر أهمية في هذه التقنية العلاجية التي

نحن بصدددها هي الجهود التي يبذلها المعالج مع مرور الوقت كيما يبرهن للمريض أنه مقبول كفرد، أسوة بأي فرد آخر في المجتمع، حتى لو كان مدمناً، فلا ينتقص ذلك من قيمته واحترام شخصيته.

والهام أيضاً هو انخراط المعالج انخراطاً كاملاً في سعيه نحو فهم المريض ومساعدته على تحقيق التبدل السلوكي الأولي المطلوب. ومن خلال التنقيب عن معلومات تفصيلية وطرح استراتيجيات تبديل السلوك النوعية، فإن هذا مما يخلع على المريض الشعور بأن المعالج جاد في تقديم عونه الصادق والفعال له. وبالتأكيد فإنه من خلال الانصات وطرح الأسئلة والتعليق والتعليم المباشر يصبح المعالج أكثر انخراطاً مع المريض ومع مشكلاته. ومثل هذا الانخراط يعكس العلاج بكونه جهوداً تعاونية متبادلة. فتبديل سلوك المريض هو نتيجة تعاون قائم بين المريض والمعالج معاً وجهود مشتركة.

ورغم أن المشكلات التي يطرحها المتعالج تبدو صعبة، إلا أنه لا يوجد ما يثبت على أنها مستعصية غير قابلة للحل شريطة التعاون المتبادل على تجاوزها. ومن ناحية أخرى يسعى معظم الكحوليين والمدمنين على المخدرات الى تبديل سلوكهم بمساعدهم الخاص وبدون عون. إلا أن هذا السعي غالباً ما يفشل، أو يصيبون به قليلاً من النجاح. ومن خلال البرهان على أن تبديل السلوك يأتي من الجهود المشتركة، فإن المعالج والحالة هذه يرسخ الاعتقاد عند المريض بالتوقعات الايجابية حيال امكانية حدوث التبدل السلوكي المطلوب.

وبالطبع لا توجد في العلاج معادلة سحرية حتمية يتأق عنها

شفاء المريض من مشكلاته . الأ أن الجهود الفعالة التعاونية بين الطرفين تساعد على خلق المعتقد عن المريض بإمكانية تبديل سلوكه الادماني .

٣ - أهمية تجنب التعميم واطلاق الأحكام المسبقة :

إن المصدقية والثقة الناتجتين عن اقامة علاقة علاجية بين المريض والمعالج لا تعنيان امكانية خلق افتراضات مبكرة سابقة لأوانها أو اطلاق التعميمات حيال المشكلات الادمانية عند المريض .

فالقول إن جميع المدمنين الكحوليين أو المدمنين على المواد المخدرة لديهم شخصية تركيبية معينة أو نشأوا في عائلة مضطربة غير سوية ليس أمراً تقره التجربة ولا يوجد ما يبرهن على ذلك فقط، ولكن أيضاً يمكن أن يفسر من جانب المريض على أساس أحكام سلبية وفيها طابع التحقير.

وفي الوقت الذي نرى أن الخبرة السريرية ونتائج الابحاث والدراسات ترشدنا الى وجود مشكلات مشتركة غالباً ما تصاحب الادمان على المخدرات والمسكرات، الأ أن تشجيع المدمنين على الافصاح عن ذواتهم من خلال أسئلة متزنة ودقيقة توجه الى هؤلاء المرضى واثارة حوار معهم يوجهه المعالج نحو أفضل الطريق الذي يوصل الى تبديل سلوكياتهم الادمانية هو الأصوب . . فنظرة المريض الى مشكلته هي التي تبدو هامة . وبصرف النظر عن مدى دقة وعدم منطقية معتقداته وتشوהاتها، فإن عملية تبديل السلوك الطويلة الأمد تبدو أكثر فعالية .

وبالطبع يواجه المعالجون كثيراً من الحالات عند علاجهم للمدمنين تشكك بإمكانية تقديم العون المجدي لهم بفعل انعدام النزوع عند المدمنين نحو تبديل سلوكهم الادماني أو نتيجة مقاومتهم للعلاج . فنجد من يقول أن الكحوليين يعوزهم الدافع نحو العلاج ، أو أن الشخصيات المدمنة تقاوم العلاج ولا يتوفر فيها الدافع نحو المعالجة . ولا نشك أبداً أن مثل هذه الشخصيات تخلق روح الاحباط عند المعالجين ، إلا أنه لا يوجد برهان يدعم تعميم ادعاءاتهم على جميع المدمنين .

وأكثر من ذلك إن المعالج الذي يحمل هذا المعتقد السلبي ازاء المدمن الذي لا يستند على بينة علمية تميز التعميم يلحق أذى كبيراً بأمثاله . وأنه لا جدوى والحالة هذه من تحليل البنية المعرفية عند المدمن كيما نكتشف خلل معتقده ازاء الكحول الذي هو لب العلاج الانفعالي - العقلاني . وأن مثل هذا الاتجاه المتشائم الذي يجمله أمثال هذا المعالج يجعل توقعاته دوماً سلبية ازاء العلاج ونتائجه ويسلبه الجهد الواجب أن يبذله من أجل تبديل السلوك الادماني .

وأكثر من ذلك فإن تعميم هذا الاتجاه التشاؤمي العلاجي من شأنه أن يجعل المعالج يرفض المريض المدمن ، ولا يتعامل مع مشكلاته .

٤ - التعرف على المشكلات الأساسية والكشف عنها :

يتطلب من المعالج الذي يأخذ بتقنية العلاج الانفعالي - العقلاني أن يبذل جهده الكبير من أجل الكشف عن المشكلات

الأساسية وذلك في الجلسات العلاجية الأولى، كأن يطرح على المريض الأسئلة التالية: ماهي المشكلة التي ترغب أن أساعدك على تجاوزها وحلها؟ لماذا أنت هنا الآن؟ ما نوعية المساعدة التي ترغبها في هذا الوقت؟ إن مثل هذه الأسئلة تساعد على تحديد العلاقة العلاجية، وبالتالي التعرف على نوعية العون الواجب تقديمه للمريض. ثم إن عملية تحديد اهتمامات المريض تزود بمعلومات هامة عن مفاهيم ووجهات نظر المريض لمشكلاته، أي كيف ينظر الى المشكلات التي تعترضه وأيضاً نظرتة الى تعاطي المواد المخدرة. وفي الوقت الذي يكون التعرف على المشكلات هو بمثابة رؤية القسم البارز الذي يطفو على سطح البحر من الجبل الجليدي، فإن عملية طرح مثل هذه الأسئلة والاجابة عليها ضمن اطار أفكار الاحالة، هذه العملية تشكل الأدوار الأولية للعلاقة التبادلية.

وخلال ذلك يسعى المعالج ليكون مهتماً بوجهات نظر المريض ازاء مشكلاته، ويدفعه الى الكشف، وتحديد وتبديل هذه الأفكار بحيث أن هذا الدفع يمكنه من التوجه نحو التقدم تقدماً ثابتاً ودائماً. في الاجابة على الأسئلة المتعلقة بالشيء الذي يلبي رغبات المريض في الوقت الراهن، يجد المعالج الكثير من المعلومات النافعة المفيدة التي تظهر وتبرز. فمثلاً قد يقول المريض/ المريضة: «تعتقد زوجتي أنني أتعاطى الخمرة بكثرة» ومثل هذه المقولة يمكن أن تشير حواراً مع المريض من أجل اعادة توجيه انتباهه نحو ما يعتقد حياًل شربه، وما هو المقدار الذي يعتقد أنه كبير في الشرب، وماذا يحدث إذا ما أقبل على الشرب والى ما هناك من أسئلة.

وإن التأكيد هنا يتركز على إيجاد مقياس للسيطرة من أجل تحديد المشكلات ضمن إطار المريض ذاته كخطوة أولى نحو حل هذه المشكلات. ومن غير الحكمة حتى لو كان الأمر يتعلق بخلق وفاق مع المريض الراض، أن يوافق المعالج تحديد المريض لمشكلته أنها تكمن في شخص آخر. وهذا من شأنه تشجيعه على خلق توقعات تهزم الذات وتضعفها وتبدد أهداف العلاج. ففي مثلنا الذي ذكرناه فقد يستطيع المريض الحصول على ربح ثانوي بجعل زوجته تبدل توقعها من تعاطيه لشرب الخمرة (أي جعلها تقبل واقعه وتحمله) ومثل هذا الأمر يترتب عنه مضیعة للوقت وللجهود إضافة الى استمرارية مشكلة الادمان.

ومن الأهمية بمكان ان يهتم المعالج بخلق أواصر الوفاق مع المريض، وتجنب أن يلعب دور الحاكم والفيصل. ولكن أيضاً أن يصحح منذ البدء خطأ التصورات وسوء فهمة حول هدف العلاج اللذين قد يحملها المريض.

٥ - تقديم عون التوجيه الذاتي :

بينما يعمد المعالج الى خلق الأجواء المناسبة الرامية الى تعزيز التوقعات الايجابية عند المريض حيال امكانية تحرره، من ادمانه، وذلك من خلال التفاعل الفعال معه، إضافة الى اثاره حوارات نوعية تهدف الى تحديد المشكلات الأساسية التي يعانيتها فإنه من الأهمية بمكان تدريب المريض على تطبيق النظرية الانفعالية - العقلانية بهدف أن يقدم لذاته العون وبنفسه. فمنذ البداية يتوقع المتعالج أن ينخرط

في عمل تبديل سلوكه بشكل موصوف من أجل السير قدماً نحو تحقيق التقدم في تبديل السلوك .

يتعين على المعالج أن يضع مخططاً لترشيد جهود المتعالج وابقائه نشطاً فعالاً في تنفيذ هذا البرنامج ولكن عليه الا ينسى أنه ينتظر منه ما يجب أن يفعله من أجل شفائه .

وبالطبع لا يكون مفيداً أن يقول المعالج للمريض المدمن: «عليك أن تشفي ذاتك بذاتك ولكن من الخطأ أيضاً أن يقول له «أنا الذي سأشفيك» لأنه يضعه في هذا الموقف في وضعية سلبية لا يعده كيما يبذل جهداً، وهو أساس العلاج . إذ لو أن المريض كان في مقدوره أن يقلع عن المسكر أو المخدر بنفسه لما التمس علاج المعالج . ولو أن المعالج اكتشف الدواء أو العلاج الفعال لشفاء المدمن لزال الادمان، وتوقفت علاجاته، ولم يعد يشاهد مدمناً يطرق باب عيادته، واكتفى بالعيش بما سيحصل عليه من جائزة نوبل (على حد تعبير الدكتور البرت أليس).

ولعل الطريقة المثلى الفعالة هي أن تُعلم المدمن التوجيه الذاتي الذي يمكن أن يساعد ذاته بنفسه بهذا التوجيه وبطريقة مباشرة، وهذا يمكن تحقيقه بأن يطرح أسلوب علاجه على المريض بالصورة التالية:

«تقوم مهنتي العلاجية على تعليم المرضى على كيفية تبديل طريقة تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم . والشئ الذي تعلمته من خلال ممارستي لهذه المهنة العلاجية أنني لا أستطيع جعل الناس

يبدلون التفكير والسلوك والمشاعر لأنني لا أملك القدرة الساحرة التي تجعلهم يبدلون تفكيرهم وسلوكهم، إلا أنني وجدت الكثير من المرضى الذين هم في مثل حالتك ان في مقدورهم تبديل تفكيرهم وسلوكهم عندما يتعلموا طرق تبديل التفكير من قبل المعالج، وهنا يكمن دوري وتبدو مهمتي معك، أي أن أرشدك وأساعدك علي تبديل تفكيرك ومشاعرك وسلوكك .

كما أعلمك كيف تساعد نفسك، عليك من وقت الى آخر أن تنفذ بعض التدريبات والوظائف اليومية، وأطلب منك أن تفتح سجلا تسجل فيه أفكارك ومشاعرك وتصرفاتك بين فترات زيارتك العلاجية، كما عليك أن تقرأ الكتب المفيدة التي اقترحها عليك أو الاستماع الى تسجيلات صوتية، ومن ضمنها التسجيلات التي نجريها خلال الجلسات .

ومن خلال الالتزام بأداء هذه النشاطات قد نبتدع معاً من الطرق الأخرى المفيدة تكون كلها بهدف تحقيق غرض واحد هو ممارسة تبديل السلوك المطلوب . والذي اعتقده أنك ستحصل على ضالتك المنشودة بتبديل السلوك المطلوب في الوقت الذي ستجد أن هذا يتطلب صبراً وجهداً أو حتى ازعاجاً، وبالتأكيد إذا ما التزمت بأداء ما نتفق عليه من تمارين وواجبات فإن التحسن والوصول الى الهدف سيكون سريعاً .

وبالطبع ليس كل المرضى سيستوعبون هذه التعليمات عندما تطرحها طرحاً مباشراً، إلا أن أفكار هذه المقولة (التعليمات) يمكن

بطريقة غير مباشرة تلقينها على مراحل ومن خلال المناقشات التي تدور مع المريض في سياق الجلسات العلاجية .

وقد يبدي بعض الكحوليين الحجاج ليرهنوا للمعالج أن حياتهم هي ملكهم وأنهم يحتاجون الى ارشاد . هنا على المعالج أن يقدم الارشاد، وهم يتحملون تبعات النتائج السلبية التي قد تدفعهم مستقبلا لصحوة من أجل التبديل والتفكير به . وثمة حكمة هامة في هذا الصدد هي أن على المعالج أن يعلم أن جميع أنماط العلاج تقوم على مساعدة المريض لذاته ، Self-help .

٦ - على المعالج أن يخلق التوقعات الايجابية وتحديد الحدود :

يتعين على المعالج عند بدء العلاج أن يعير انتباهه الى أهمية خلق التوقعات الواقعية الايجابية عند المريض ، اضافة الى تحديد حدود الخدمات العلاجية التي سيقدمها له . ومن الأهمية بمكان ، بادىء ذي بدء أن يسبر المعالج توقعات المريض المدمن بخصوص تبديل سلوكه الادماني وذلك من خلال طرح مثل السؤال التالي عليه ، «ما هي محاولاتك السابقة حيال شربك (أو تعاطي المادة المخدرة) في الماضي؟» ومن المعروف أن معظم المدمنين غالباً ما سبق واتخذوا قرارات بالاقلاع عن الادمان في الماضي . بل وقد يكونون قد أصابوا بعض النجاحات المحدودة لبعض من الوقت، ولكن لسوء حظهم أن هذه النجاحات لم تلبث أن انهارت وتلاشت . ولا مرأ أن الرغبة في التبديل لا تكون كافية لوحدها لاحدائه وخلقه ، الأ أن المثابرة والكد في مناهضة النزوع والافكار الخاطئة التي تغري المدمن

على كسر تصميمه على الاقلاع عن الادمان مما جوهر التقدم العلاجي .

ويخطيء كثير من المدمنين ان اعتقدوا أنه مجرد معرفتهم بمشاكلتهم ووعيهم لها بتعبير بسيط كأن يقولوا مثلاً: «أرغب في إيقاف المشروب أو المادة المخدرة»، يترتب على هذه الرغبة أو المطلب حدوث الحل المطلوب، وجوابنا على هذا المطلب، وهذا ما سبق وتكلمنا عن ذلك، إن تعبيرى «السهل» و«البسيط» ليسا مترادفين. إذ يندر أن يكون سهلاً تبديل أنماط تفكير مزمن لا شعوري وآلي ويأخذ مجرى العادة. وقل الشيء نفسه أيضاً بالنسبة للسلوك والمشاعر. ويمكن حفز المريض على وعي حقيقة هامة هي أن تتباحث معه في جهوده السابقة - إن وجدت - والتي بذلها لتبديل سلوكه الادمانى. ولعل أفضل طريقة يلجأ اليها المعالج الذي يتبنى مدرسة العلاج الانفعالي - العقلاني هي أن يفسر للمريض المدمن آلية الادمان (التي شرحناها في الشكل رقم ١) كيما يدرك المريض أن تبديل السلوك ليس بالسهولة التي يتصورها، ويعلل له أسباب فشله في الماضي في الاقلاع عن ادمانه والتخلص من عادته. وثمة أمر آخر جدير بالذكر هو (ويتعلق بالتوقعات) التوضيح للمريض حدود العلاج. فالمدمنون عموماً (على المسكرات أو المخدرات) قد يتوقعون الكثير والكثير من المعالج (كأن لديه عصا سحرية تشفي)، لذا لا بد له من أن يبين للمريض حدود امكانيات العلاج.

تدلنا الخبرات السريرية الكثيرة لرواد علاج الادمان على أن المدمنين تتناهم أزمات متكررة في حياتهم عندما يواجهون

الانتكاسات بعد اقلاعهم عن تعاطي الكحول . . ولنعلم أن المدمنين عموماً الذين يتعاطون المواد المبدلة للعقل (النفس) غالباً ما تكون محاكماتهم العقلية ضعيفة، وتعوزهم السيطرة على الذات وضبطها، وينحون باللائمة على الغير فيحملونهم النتائج السلبية لآخطائهم وسقطاتهم ، ثم ان لديهم مشاعر قوية بالارتباط بالغير إذا ما قدمت لهم المساعدة والعون . ويتتابهم الغضب إذا امتنعت عن تقديم هذا العون، لذا فعلى المعالج أن يضع حدوداً لمستوى العون الذي يقدمه للمريض وعلى الأخير أن يعرف هذه الحدود فلا يتجاوزها .

وقد درجت بعض المؤسسات العلاجية في الولايات المتحدة الأمريكية على اعطاء المريض تصريحاً خطياً يتضمن الأساليب العلاجية التي ستقدم الى هؤلاء المرضى، والأوقات التي تخصص لعلاجهم، والسياسات المتعلقة باتصالات المرضى بالمعالجين وذلك كله بهدف توضيح أبعاد وحدود العلاج الذي يتلقونه .

٧ - قضايا ومسائل التقييم :

مما لاشك فيه أن عملية تقويم مرضى الادمان ومشكلاتهم هي جزء هام من مراحل العلاج الأولي، وهي اجراء جوهري من أجل القيام بتخطيط علاجي فعّال . ففي أسلوب العلاج الانفعالي - العقلاني تبدو عملية التقويم هذه مختلفة عن اجراءات التقويم التقليدية التي نشاهدها في القياس النفسي أو الاختبارات التشخيصية النفسية .

ففي العلاج الانفعالي - العقلاني يركز التقويم على اجراء سريري منهجي يستهدف التعرف على ما يكلم المريض ذاته من أفكار سلبية تهزم الذات (Self-defeating thoughts)، وعلى مشاعر المريض المدمن وسلوكه، أي بتعبير آخر يسبر المعالج نوعية تفكير المدمن، ومشاعره وسلوكه وأفعاله، وهذا التقويم يكون مستمراً وعملية لا تتوقف.

يعمد المعالج الى أخذ المعلومات من المريض . ويتم وضع الافتراضات حيال الأفكار غير السوية النوعية ونتائجها على المستوى الانفعالي والسلوكي، ومن ثم يطرح المزيد من الأسئلة وتجمع المعلومات بغرض التثبت من الافتراضات والتصورات التي وضعها المعالج أو نفيها، وإذا ثبت له عدم صحة افتراضاته البدائية حينئذ يتعين عليه استبدالها ومتابعة تقصي مدى صحتها.

ويفضل عادة البدء باختبار الغرض وتقويمه وذلك بمعاينة السؤال الأول المطروح في الجلسة الأولى وهو: «ما هي المشكلة التي ترغب في أن أقدم لك العون من أجل ازالتها؟» وهذا السؤال يتشعب ويتوضح كما يتم تحديد المشكلة بأبعادها أي شدتها استمراريتها والاختلافات التي تصاحبها. ويجمع المعالجون السلوكيون أن هذا النوع من التقويم يقود بذاته نحو التوافق والتوقعات المعقولة، والتعاون العلاجي بين المريض والمعالج . ذلك لأن المريض يبصر ويجس أن المعالج يسعى بكل جهده في محاولة فهمه واستيعاب مشكلته . ثم إن هذا التقرب التقويمي يظهر للمريض الى أي حد تكون المعلومات منطقية التي يمكن استغلالها والاستعانة بها للكشف

عن تفكيره ومعتقداته الخاطئة، وهذا ما يشجعه على تطبيق ما يتعلمه لحل مشكلاته.

ولانشك أن المعلومات التي ذكرها الطبيب الذي أحال المريض الى الطباة النفسية السلوكية هي مفيدة ولكنها تفتقر الى المعلومات الخاصة بالتقويم الأولى والافتراضات. وأن أفضل ما يفعله المعالج عند أخذ القصة المرضية والتي تعد جزءاً من تقويم الحالة هو جمع هذه القصة بأسلوب الاستبيان Questionnaire (أسئلة الورقة أو القلم) اما قبل الجلسة الأولى العلاجية أو بين الجلستين الأوليين. وهذه المعلومات تكون مفيدة في توليد الفرضيات عند المعالج بالنسبة لشكاويه المرضية.

وليعلم المعالج أن المعلومات التي تتضمن العمر، والمهنة، والوضعية الأسرية، والزوجية، والقصة الجنسية، والعلاجات السابقة جميعها تكون مفيدة وذات قيمة. ووفقاً لما سبق وذكرنا حول القصة الطبيعية للكحولية أو الادمان على المخدرات فإن الوقوف على بعض هذه الحقائق واستجلاء أمرها قد تخلق في ذهن المعالج الفرضيات التي بموجبها يمكن توجيه الحوار خلال الجلسات العلاجية الأولى، واطافة الى ذلك، فإن مؤالفة المعالج من سمات علاجه وخصائصه تولد ذاتها بعض الافتراضات التقويمية. ثم أن الحاجة الى رصد المعلومات عن قصة الحالة وسيرها وكافة ما يتعلق بموضوعات الجلسات العلاجية، هذه الأمور هي جزء من عملية العلاج.

٨ - قصة الادمان على الكحول أو المادة المخدرة:

بفعل الطبيعة المتعددة الأبعاد للكحولية وأيضاً المشكلات

المرتبطة بتعاطي المواد المخدرة وبفعل عجز الكحولي عن رؤية الربط بين تعاطيه الكحول والنتائج الوخيمة التي تترتب عن هذا الادمان، فلا بد والحالة هذه من اجراء تقويم للقصة الادمانية عند المريض من جميع جوانبها الشخصية والاجتماعية والأسرية .

وهذه القصة يجب أن تكون شاملة كاملة لا انتقاص فيها، أي بتعبير آخر معاينة عقابيل واختلاطات الادمان على صحته الطبية، وتكيفه الاجتماعي والمهني والأسري والزوجي والدراسي . . وغير ذلك .

ورغم وجود الأدوات والأجهزة المعينة الحديثة التي يستطيع المعالج استخدامها للحصول على تلك المعلومات (اختبارات التقويم أو مقاييس تفرزها الحواسب الالكترونية) إلا أنه يكتفي عادة بالقصة السريرية للمشكلة الكحولية . تقدم القصة السريرية الكحولية عادة للمعالج المعيار الذي يقيس بموجبه شدة المشكلة الادمانية والتي عادة ماتكون عوناً للمعالج من أجل وضع الغرض وتحديد هدف العلاج، ثم إن القصة بحد ذاتها توحى للمريض أن العلاج يتوقف على مدى اهتمامه في سرد قصته بأمانة . وبالتحديد عاداته في اضعاف ذاته وارادته أمام الكحول أو المادة المخدرة، وهذه هي أهم ناحية يكشفها المدمن خلال سرد قصته، وخلال هذا السرد يمكن أن يوجه المدمن المريض الى اظهار اهتمامه بمشكلته بطريقة أخرى يطرحها المعالج بحيث تساعد على التغلب على ميله في انكاره رؤية مشكلة وتعمد تجاهلها بكونها لا ترتبط بالمشروب . ومن خلال معرفة نوع المتاعب التي سببها الكحول أو تعاطي المخدر للمريض المدمن، فإنها ستكون

مستقبلاً بمثابة، أي خلال سير العلاج، نقطة تذكره بالتكاليف الباهظة التي دفع ثمنها المريض نتيجة ادمانه، وهذا ما يساعد العملية العلاجية في دحض الأفكار اللاعقلانية التي كانت تتحكم في أهواء المدمن وتجره الى تعاطي الخمرة أو المادة الادمانية .

ونذكر المعالج أنه من خلال أخذ القصة الادمانية من المريض، وما استجرت من مشكلات صحية وعقائيل سيئة أسرية ومهنية واجتماعية عليه، فإنه يتعين على المعالج ألا يتخذ أحكاماً ولا يصدر آراء بحق المدمن بالقدر المستطاع، فمثلاً إن السؤال التالي؛ «ما هو المقدار الذي تشربه من الخمرة؟» يمكن طرحه بالصورة التالية: متى شربت في آخر مرة؟ أو أن يسأله أيضاً: هل سبق وامتنعت عن شرب الكحول خلال قيادة السيارة؟ ومن الأسئلة التي لها علاقة بعلاقاته الأسرية يمكن أن تكون على الصورة التالية: «هل سبق ونبهتك زوجتك أو أن أولادك لفتوا أنظارك الى أنك تشرب كثيراً؟».

ثم ان أسئلة من هذا القبيل: «هل سبق وطلب منك طبيبك أن تتوقف عن الشرب؟» قد تستجر سلسلة من الأسئلة ذات العلاقة بذلك السؤال وترتبط بقضايا صحية، أما الأسئلة المرتبطة بالحياة المعاشية والدخل والعمل فيمكن أن تطرح على الشكل التالي: «هل سبق وذهبت الى العمل وكنت مغبولاً؟» أو «هل سبق وأنذرت بالفصل عن العمل نتيجة شربك؟».

أما المشكلات المرتبطة بضبط الذات والقدرة في السيطرة عليها فيمكن أن تسبر بالصورة التالية: «هل سبق وشربت أكثر مما عزمتم

عليه شربه؟» أو «هل سبق وحاولت أن تلجم ذاتك وتتوقف عن الشرب ولكن وجدت صعوبة كبيرة أو استحالة هذا الكف؟».

وبالطبع ان الأسئلة التي ذكرناها هي نماذج فقط على ما يمكن أن يطرحه المعالج في عملية تقويمه للنتائج الاجتماعية والطبية والمهنية والأسرية والاجتماعية التي تترتب عن ادمان الخمر أو المواد المخدرة. إن المعالج الحديث العهد في المهنة أو المعالج غير الضليع بمهنته (الغمر) قد يعتمد على الاختبارات والمقاييس الخاصة بالقصة الادمانية على المسكرات كمقياس مشكلة شرب الكحول لفيالانت (١٩٨٣) أو اختبار فولغرو وبارتز (١٩٨٢). ومرة ثانية نذكر أن الهدف من الحصول على قصة الادمان عند المريض ليست هي لأغراض البحث أو للوصول الى تشخيص قطعي لا لبس فيه، ولكن الهدف هو جمع المعلومات الخاصة بالنتائج السلبية التي تترتب عن اقبال المريض على شرب الكحول أو المادة المخدرة.

٩ - التقويم المعرفي :

اضافة الى عملية استقصاء القصة الادمانية عند المريض والتعرف على مشكلات المريض المدمن التي نجمت عن تعاطي الكحول أو المادة المخدرة فإن الجانب الأكثر أهمية في عملية التشخيص والعلاج البدئيين هو تحديد نوعية الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المريض نحو المخدر أو المسكر وسوء اضطراب الوظيفة المعرفية (الادراكية)، والانفعالات المنافية التي يعيشها المريض والتي تخلد أنموذج قهر الذات والتزامها وسلبيتها

وضعها أمام المخدر أو المسكر .

في الفصول الثلاثة (الخامس والسادس والتاسع) سنفصل
باسهاب بعض أنماط الأفكار الخاطئة اللاعقلانية وما يتبعها عادة من
انفعالات ومشاعر منافية سلبية والتي غالباً ما يعيشها المدمنون
ومتعاطو المخدرات وتكون محور تفكيرهم التي توهم ارادتهم وتجعلهم
مستسلمين الى ادمانهم . وتدلل الخبرات السريرية الى أن بعض
المعتقدات الخاطئة تبدو مهيمنة على أذهان الكحوليين بحيث تمنعهم
من المباشرة بالعلاج، وهذا ما يجب على المعالج أن يوليه الاهتمام .

على المعالج أن يتوقع وجود مقدار هام من شدة العرض -Symptom stress
عند الكحوليين والمدمنين على المخدرات، لذا عليه أن
يسمع ما يفضي به المدمن من لعنات وادانات ضد ذاته نتيجة تورطه
في الخمرة أو المادة المخدرة . وأيضاً عليه أن يكتشف ما يعانیه من قلق
الانزعاج وتحمله الضعيف للاجباط . ونبه المعالج الى حقيقة هامة
هي أن المعتقدات التي تبدل سلوكياته الادمانية تبدو بالنسبة الى
المدمن قاسية شديدة الوطأة عليه، ويترتب عنها مستويات طاغية من
الانزعاج، لذا فإنه من الأهمية بمكان أن ننبه المدمن الى ذلك كيما
يتوقع سلفاً أن معركته مع معتقداته الخاطئة التي هي سبب مشكلته
الادمانية ليست سهلة، وعلى المعالج أن يكتشفها بالسرعة المطلوبة
«أي المعتقدات الخاطئة» .

والامر الثالث في هذا الموضوع هو أن المعتقدات والأفكار التي
تدور حول اليأس وفقدان العون، والارتباط بالغير والانتكال عليهم

يجب أيضاً الكشف عنها وتحديدتها من قبل المعالج من أجل منفعة المداخلة العلاجية البدائية .

وبالطبع فإن المعتقدات والأفكار الخاطئة التي تستجر الكدر على المريض وتتجلى في هذا النوع ليست وحيدة بل قد توجد أفكار أخرى ضارة مؤذية لا منطقية مختلفة لها أهميتها أيضاً، وهذه أيضاً يجب أن يشملها الكشف والتعرف عليها وبالتالي دحضها والتصدي لها، فهذه القضايا إذا لم يعرها المعالج انتباهه ولم يكتشفها فإنه يعيق الى حد كبير التقدم العلاجي ، وقد تفضي الى أن يفقد المريض أملة فيقطع العلاج ويتوقف عنه .

١٠ - تحديد هدف العلاج :

من أسس العلاج الانفعالي - العقلاني أنها تشجع المعالج على الانخراط انخراطاً فعالاً ومباشراً مع المرضى من أجل وضع أهداف علاجية واقعية ومثل هذا الجانب من العلاج هو من الأهمية بمكان في التعامل مع المريض الذي يبدي درجة كبيرة من المقاومة ضد العلاج أو الأفكار، وفي غالب الأحيان عندما تصاب المداخلة العلاجية بالفشل، فإن الذي يحدث هو أن المعالج يسند فشل العلاج الى ضعف حوافز المريض ومواقفه غير الايجابية اللافعالة تجاه العلاج، في حين يُحمل المريض بالمقابل فشل العلاج نتيجة اليأس على عاتق المعالج (Miller 1985). إلا أن الواقع هو في كون الاثنان يشتركان في هذا الفشل ويتحملان مسؤولياته بالتساوي نتيجة عدم الاتفاق على أهداف علاجية قابلة للتطبيق .

وعندما نجد ضعف التقدم العلاجي فهذا يعكس في واقع الأمر وجود قرار ضمني أو واضح أن أهداف العلاج هي غير ضرورية وناقصة وغير ملائمة أو يتعذر تحقيقها. وإذا كان الأمر على هذا المراد، فإن الاتفاق على الأهداف من شأنه أن يجعل التقرب العلاجي أكثر واقعية ونجاعة، وبذل الجهود الرامية الى إعادة توجيه المعالجة التي تم الأخذ بها.

إن المجال الهام في تحديد الهدف العلاجي يكون في مناقشة القضية المتعلقة بالسيطرة على نزوع الشرب وضبطه Miller, Marlot 1983. ولعل السؤال المطروح في هذا الخصوص هو: هل السيطرة على شرب الكحول هي الهدف أم الاقلاع عنه نهائياً؟ الجواب هو في الأبحاث التي تناولت هذه القضية تناولا موسعاً فخلصت الى ما مفاده أن الامتناع النهائي أو السيطرة على حد معين من الشرب إنما يتوقف الى حد كبير على سمات وخصائص الشخصية للمريض المتعالج. وواقع الأمر أن عدداً كبيراً من الأفراد قد يرتدون ليتناولوا شرب الكحول بصورة معتدلة وبدون أن تظهر عليهم أعراض التسمم الكحولي. إلا أنه من ناحية أخرى هناك اتفاق تتسع دائرة أفراده من الباحثين على أن تحديد الهدف العلاجي على أساس ضبط الشرب والسيطرة على كمية الحجم المشروب من الكحول عند بعض الأفراد لا يلبي الهدف العلاجي الناجح. كما أن نفعه السريري محدود. وهذه المجموعة من الأفراد تتسم عادة بتعود شديد بدني فيزيولوجي على الكحول اضافة على عجزهم في السيطرة على المقدار الذي يحدونه من الكحول، وسنهم متقدم، وقصة ادمانهم مزمنة. أما

الشباب الذين لم يظهر عليهم التعود البدني للكحول بدرجة كبيرة، وليس لديهم اختلاطات جسمية نجمت عن تناول الكحول، ولديهم استقرار اجتماعي ومهني مقبولان نسبياً، فقد يكون تناول الكحول بصورة معتدلة هدف العلاج. ولا شك أن تقويم هذا الموقف من حيث تحديد الهدف العلاجي بالامتناع النهائي عن تعاطي الكحول أو السماح بالشرب الخفيف المعتدل هذا التقويم يعود الى تقديرات المعالج ذاته التي تعتمد عادة على قصة المريض وسمات شخصيته والحالة البدنية العامة وغير ذلك من المتحولات الأخرى التي ذكرناها.

ويحسن أن نضيف أنه ضمن اطار العمل باستراتيجية العلاج الانفعالي - العقلاني يمكن أن تتم مناقشة الأهداف إذا كانت المعلومات التي تم جمعها خلال سير العلاج تدعم عملية تبديل السلوك الادماني. فسواء أكان الهدف في العلاج هو ضبط الذات خلال الشرب أو الامتناع عنه كلياً، فإن تقنيات العلاج الانفعالي - العقلاني وفلسفتها تكون واحدة في كلتا الحالتين. والشيء الهام دوماً هو أن ينخرط المريض المتعالج ويكون له دوره في تحديد أهداف العلاج. وأن تحليل الفائدة أو الخسارة عند المتعالج من الحالتين السابقتين يمكن اجراؤه والمثال التالي يوضح القصد:

فرد مدمن يعاني من آفة كبدية نتيجة تهالكه على شرب الخمر يومياً، وقصة ادمانه مزمنة، وترتب عن هذه العادة السيئة حدوث مشكلات ومتاعب في أجواء أسرته وعمله. فهذه الحالة تستوجب امتناع المدمن المتعالج امتناعاً كلياً عن تعاطي الخمرة وذلك كهدف علاجي أساسي، ولعل أفضل الطرق وأنجعها والتي أعطت نتائج

مشجعة (تجارب الدكتور محمد حجار العلاجية ١٩٨٨) في مثل هذه الحالة أن تثقف المدمن المتعالج وتضع بين يديه القراءات العلمية التي تبرز أخطار الخمر على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية والأسرية، فمثل هذه القراءات تعزز الى حد كبير وتدعم العلاج فتحفز المتعالج على رفع وتيرته التعاونية للتخلص من نزوعه الادماني أو السيطرة عليه شريطة أن يكون جاداً في العلاج. ولعل الشخصيات الحساسة الوسواسية هي أكثر ما تستفيد من هذه القراءات المنفرة المكروهة للخمر. ومن ثم يتبعها تحليل الربح - الخسارة الناجم عن تعاطي الخمرة اعتدالاً أو الامتناع عنها نهائياً، ومن خلال هذا التحليل الذي يشترك فيه المتعالج والذي يتناول مخاطر الخمرة ومساوئها بالنسبة للمتعالج، ومن ثم الوصول مع هذا الأخير الى اتفاق حول أهداف العلاج ولولفترة تجريبية على الأقل، فان الهدف الأخير والنهائي يمكن تحديده بعد تلك الفترة التجريبية للهدف البدائي الأولي، وهذه الأهداف إما أن تكون الامتناع أو الشرب المعتدل الخاضع للسيطرة وال ضبط.

ويترجم الهدف المتخذ (أي هنا الشرب المعتدل) بالانقاص في حجم الكحول المشروب، وفي الزمن الذي يقضيه المدمن في تناول الخمر، وفي عدد المرات التي يتناول فيها الكحول أسبوعياً. وبالطبع فإن الاتفاق على هذا البرنامج العلاجي يستوجب امانة من جانب المتعالج وصدقاً في رصد سلوكه في الشرب الجديد المتفق عليه لفترة من الزمن قبل أن يقرر أن هذا السلوك الجديد قد تعزز وتثبت. وواضح أن هذا النهج قد لا يكون عملياً بالنسبة للمدمنين المحترفين

في الشرب والذين كانوا يتعاطون الخمر بكميات كبيرة . ولعل الأسلوب الأفضل والأكثر واقعية هو في أن يفظم المدمن عن الكحول وذلك لتدريبه على ضبط الذات، ومن ثم يسمح له بالشرب المعتدل تدريجياً الى الحد المسموح به . وأيضاً نعود ونكرر أن السماح بالشرب المعتدل دوماً محفوف بالخطر بالنسبة للأشخاص الذين اتسم سلوكهم الحياتي بضعف السيطرة على الذات، والأفضل هو الكف النهائي عن المشروب في جميع الأحوال (محمد حجار ١٩٨٨).

هناك ما يجعلنا نطرح السؤال التالي : «لماذا يبدو تحديد الهدف العلاجي هاماً جداً في علاج مرضى الادمان على الكحول أو المخدرات؟» إن الخبرات السريرية دلت على أن المدمنين قبل التماسهم العلاج قاموا بمحاولات شخصية كلت بالفشل للكف عن تعاطي الكحول أو المادة المخدرة . فقراراتهم بالامتناع أو الكف لم تكن مصحوبة بعزم أكيد، وتصميم غير قابل للتراجع لتبديل سلوكهم الادماني . وهنا يكون الهدف المتفق عليه بين المعالج والمتعالج لا يعدو كونه اتفاقاً مادياً ملزماً للسير في طريق القرار القاضي بتبديل السلوك مع التدريبات والتمارين التي تدعم هذا التبديل . وازافة الى ذلك فإن وضع الهدف من جهة علاجية له طابع يختلف عن القرار الفردي من حيث الموقف من تبديل السلوك والالتزام به . وتدل أيضاً الدراسات السريرية الى أن الأفراد (عند تحديد الهدف معهم والاتفاق عليه)، يفتقون قدراتهم الكامنة ويطلقونها نحو تحقيق الهدف بينما لا تكون لديهم مثل هذه العزائم والقدرات لو فرضوا على أنفسهم لوحدهم (Bandura 1982).

تتزايد الفعالية الذاتية وتتعاظم من خلال النجاح في تحقيق الأهداف المرسومة العلاجية المتفق عليها، والأهداف أكثر تحقيقاً وانجازاً عندما ينخرط المتعالج في رسمها والاشتراك في وضعها. وتدل الأبحاث التي تناولت مسألة التبديل العلاجي الخاص بضبط سلوكيات الطعام وفرط الأكل، إن المشاركة بوضع الهدف بين المعالج والمتعالج من شأنها تحسين هذا السلوك وتنظيمه أو تبديله (Oxford 1985).

وهذا الأمر يبدو هاماً نظراً لأن المسؤولية بالتدبر الذاتي وزيادة الفعالية الذاتية Self-efficacy هما موضوعان هامين في العلاج الانفعالي - العقلائي. فوضع الهدف من قبل المعالج والمتعالج يمكن استخدامه لتعزيز تفكير المتعالج إن التنظيم الذاتي الفعال Effective Self-regulation، ومسئولية التوجيه الذاتي هما أمران قابلان للتحقيق والتطبيق. وقد يبدو هذا الأمر أكثر أهمية عند بعض المرضى من الآخرين، فالمرضى الذين يشكون من اكتئاب شديد، ويأس، وتقريع للذات هم بحاجة الى جهود موجهة حية نشطة لمساعدتهم على تعزيز الاعتقاد عندهم إن في مقدورهم تحمل المسؤوليات وقبولها بغرض تحقيق فعالية المعالجة أولاً، وثانياً على المدى البعيد، لكي يتدبروا بأنفسهم مسألة ادمانهم اضافة الى التعقيدات السلوكية والعاطفية التي تنأت من الادمان. وننبه بخصوص مسألة تحديد الهدف العلاجي الأ يلجأ المعالج الى اكراه المتعالج لقبول الهدف الذي يقترحه الأول، وفي حال اختلاف وتباين الآراء بين الاثنین حيال الأهداف العلاجية على المعالج اختيار أحد الطرق التالية:

- أ - التعامل مع المريض من أجل تخفيض مستوى الكحول أو الحجم الذي يتناوله .
- ب - رفض علاجه .
- ج - السعي لتبديل هدف المريض من العلاج .

ويفضل اختيار الطريق الأول لا لأنه هو المرغوب، بل لأنه أفضل الطرق ذلك لأن الحلين الأخيرين لا يبدوان مفيدين . فالهدف الثاني لا يفرز فقط عند المريض التفكير الثنائي المتضاد ولكن أيضاً يكون الرفض خالقاً للعدوان والحقده في نفسية المريض ضد المعالجين النفسيين لأنهم رفضوا معالجته .

أما الخيار الثالث فباعتمادنا أنه لا يكون مرغوباً ذلك لأنه يؤدي الى فقدان التوافق بين المريض والمعالج حيث يظل الاثنان ضمن الاطار المتضارب في الأهداف فلا يؤدي ذلك الى تعاون علاجي . فالخيار الأول هو الأنجع لأنه يقبل المريض ويسعى الى تبديل تفكير المريض حيال الكحول وتوقعاته حيال الكحول .

وليعلم المعالج أن الأهداف العلاجية المرسومة للمريض ليست جامدة مصوغة بقوالب غير قابلة للتعديل أو منحوتة على حجر، فالمريض قد يتبنى في نهاية الأمر هدف الاقلاع نهائياً عن الكحول أو عن تعاطي المخدر عندما يدرك أن الشرب المعتدل (وهو الهدف الأول المتفق عليه) بدا له أمراً مخادعاً غير عملي .

ويرى العلامة البرت أليس أن أفضل ما يلجأ اليه هو أن يتفق الاثنان على تجربة عندما يختلفان في هدف العلاج . وهنا يسعى

المتعالج ليكون ناشطاً في جمع المعلومات والوقائع لاثبات أن هدفه ووجهة نظره هي الواقعية أو بالعكس. إذ أن التجارب والخبرات السريرية أكدت أن المدمنين يجدون صعوبات كبيرة في تبديل سلوكهم الادماني نحو الكحول في الوقت الذي ما زالوا يتعاطون الكحول، لذا فإن أفضل علاج لهم هو الفطام نهائياً عن الكحول. وعلى أقل تقدير في بداية العلاج، وهذا التوقف النهائي لا يعني بالضرورة أن يوافق عليه جميع المرضى، فإذا ما قيص للمريض أن يتبنى هدف ضبط شربه، خلاف رأي المعالج ونصحه له، هنا يستحب أن يكون هدف المريض بمثابة تجربة إما تقود الى فوائد نوعية أو بالعكس تؤزم المشكلات المرتبطة عادة بالاستمرار في تناول الكحول. وقد يجد القارئ إن في قبول هذه التجربة معناه انصياع المعالج الى آراء المتعالج، فلا يوجد إذن معنى لمفهوم العلاج طالما أن المعالج لا دور له في توجيه المتعالج نحو الهدف الأفضل له.

الواقع أن هذا الأمر ليس على هذا النحو، فالمعالج يجب أن يوضح للمريض المتعالج أن ما اختاره المريض هو هدف غير واقعي (أما الاستمرار لا يؤذيه أو بالعكس)، ولكن لصالح العلاج ويهدف تقديم العون للمريض فإن المعالج يرغب في الاستمرار بالتعامل مع المريض وفق النحو الذي اقترحه شريطة أن يكون أميناً صادقاً في تقديم النتائج التي تترتب عن التجربة المقترحة. وهنا يجدر أن يأخذ المبادرة المعالج فيطلب من المريض أن يرصد نتائج تجربته القائمة على الشرب المعتدل، فيقتفي أثر هذه التجربة بما تظهره من حسنات وسيئات وذلك وفق سجل يفتح لهذا الغرض يتكفل المتعالج برصد

النتائج بنفسه ، اضافة الى تنظيم عقد بين الاثنين حيال هذه التجربة . فإذا لم يلتزم المريض بما تعهد به في العقد المبرم فإن هذا الخطأ لا بد من مواجهته بحزم في العلاج . وهنا على المعالج أن يقترح هدفاً مناسباً يتفق عليه بعدما فشل المريض بالالتزام بتعهده .

ونبهه الى أن تبني موقف معمم من جانب المعالج يظنه هو الأسلوب الأنجع الواجب تطبيقه في كل الحالات (أي وضع أهداف مسبقة علاجية) على المدمنين المرضى وذلك في بدء العلاج مثل هذا التبني قد يترتب عنه عند بعض المرضى ايقاف علاجهم باكراً وانغماسهم في تسميم ذواتهم وتخريب عضويتهم لفترة غير محددة من الوقت . ومن واجب المعالج أنه عندما يصادف مرضى قدموا اليه من أجل علاجهم ولديهم معضلات شديدة ترتبت عن الادمان وتعاطي المشروب ، فإن الهدف الأولي والرئيسي الواجب أن يحققه هو جعل المدمن يوقف سوء استخدامه للكحول أي ايقاف الكحول . ومن ثم يلتفت الى علاج الاختلاطات الصحية والطبية والسيكولوجية والاجتماعية التي نجمت عن هذا الادمان وليس العكس ، أي معالجة الاختلاطات أولاً .

وفي كثير من الاستراتيجيات العلاجية (وهذا خطأ طبعاً) أن يتوجه المعالج الى شخصية المريض المدمن ويتعامل مع مشكلات تعامله ووسائل دفاعه المعتورة بهدف زيادة مهاراته ووسائل دفاعه ضد الموترات والتصدي لها . صحيح أنه يكسبه بذلك مهارات تعاملية تكيفية أفضل ويتضاءل القلق عنده بفضل هذه المهارات التعاملية

المكتسبة ولكنه يظل مستمراً في تناول الكحول تناوفاً باتولوجياً (مرضياً).

فلا استراتيجية الصحيحة العلاجية هي التوجه أولاً إلى الإدمان بمهاجمته لا إيقافه . وقد يتساءل بعض المعالجين فيما إذا كانت الحكمة تقضي باستمرار التعامل مع المرضى الذين ما فتئوا يسيئون استخدام الكحول أو المخدر، ويتمادون في تعاطيه . هناك من يجيب على التساؤل، إن التعامل مع أمثال هؤلاء معناه أن المعالج يسهم في عملية إنكار المتعالج لمشكلته .

الحقيقة أن الأمر ليس على هذا النحو بالضرورة فالمرضى قد يستبصر فيرى شفاءه من خلال عملية تطورية . أي بتعبير آخر إنه من خلال الاستمرار في التعامل العلاجي مع هذا المريض الناكس المرتد إلى شربه فإننا بذلك نكسبه وعياً أكبر واستبصاراً أقوى بالأسباب التي تجعله ناكساً نحو شربه . أي بكلمة أخرى نجعله يعي أنموذج تحمله الضعيف جداً للاحتياط الناجم عن الكف المؤقت للشرب، ويفهم فهماً أفضل قلق الانزعاج الناجم عن هذا التحمل الضعيف للاحتياط الذي تولده الأفكار الخاطئة التي يحملها تجاه المشروب . وعلى المعالج أن يرنو في علاجه دوماً إلى تحقيق التقدم العلاجي والاحتياط عليه، وليس على كمال وضع الأهداف العلاجية والوصول إليها .