

الفصل التاسع

الاجراءات العلاجية للمدمنين على الكحول والمخدرات بتقنية العلاج العقلاني - الانفعالي

إن المتخصصين السيكولوجيين المحترفين الذين عالجوا الاعداد الكبيرة من مرضى الادمان على المخدرات والكحول يعرفون أنه لا يقتصر علاج هؤلاء فقط وبكل بساطة على تبديل المعتقدات الخاطئة وما تستجد من اضطرابات انفعالية وسلوكية، وذلك خلال جلسات علاجية تقتصر فقط على هذا المعتقد الخاطيء الكئي يحصلوا على تبديل رئيس في حياة هؤلاء المرضى، بل هناك الى جانب ذلك مشكلات يحملها هؤلاء عبر سنين طويلة نتيجة الادمان وتكون جزءاً من متاعبهم اليومية . وخلال عملية تطور هذه المشكلات وتعاضلها، نجد مشكلات أخرى تظهر وتنشأ مثل وجود ميول سابقة نحو أفكار قاهرة للذات، ومشاعر وتصرفات فيها طابع المبالغة . وفي الوقت الذي يكون الهدف العلاجي الأول هو تبديل سلوك المريض الادماني اللاتكفي من أجل ضمان التقدم العلاجي الآخر . كما وأن تبديل الحديث مع الذات، والافتراضات التحتية غير الظاهرة التي تؤدي الى الادمان هما أمر هام جداً، نجد الى جانب ذلك قضايا ومشكلات أخرى غالباً تمس مسأ وثيقاً العلاج وتؤثر على مسيره .

وهذه المشكلات أو القضايا تتضمن مشكلات مهنية، وصعوبات طبية أو مشكلات أسرية . أما القضايا الأخرى هي

انخراط المريض في رهوط وزمر تساعد ذاتها، وعلاج المشكلات
السيكاثرية والسيكولوجية التي تعترض الشفاء من الادمان وتعقده .

في فهم جميع هذه المشكلات وما تستجرها من علاجات نجد
أن المنظور العقلاي - الانفعالي للاضطراب الذي يصيب الانسان
يبدو عملياً وقابلاً للتطبيق .

١ - مراحل المعالجة :

بغرض تقديم قضايا علاجية وتدبرية مختلفة متنوعة وذلك وفق
أسلوب العلاج العقلاي - الانفعالي لصالح مرضى الادمان على
الكحول والمخدرات، من المفيد مراجعة العملية العلاجية على
المستوى النموذجي .

لأغراض وصفية يمكننا تصور العلاج على مستوى مراحل أو
خطوات . وننوه هنا الى ناحية هامة هي أن ليس كل حالة علاجية
بالضرورة تتقدم من حالة الى حالة أخرى بنفس الطريقة أو بالمعدل
ذاته . ولكن في سياق هذه العملية العلاجية تطبق التقنيات
السلوكية، والانفعالية، والمعرفية التي سبق وذكرناها في هذا الكتاب .

ونحن بشرحنا للعملية العلاجية، لا ننسى ما وضحناه هنا في
اللوحة رقم (١١) والتي تمثل ملخصاً للأطوار الرئيسية للعلاج
العقلاي - الانفعالي لمرضى الادمان على الكحول والمخدرات اضافة
الى النقاط الأكثر أهمية والأهداف في كل مرحلة من مراحل العلاج
الرئيسية، ونقصد الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية الواجب دمجها
وربط بعضها ببعض .

إن المرحلة الأولى للعلاج تتضمن خلق التحالف العلاجي بين المعالج والمريض، وتقويم وتحديد طبيعة المشكلة، والمشاركة في وضع أهداف العلاج الأولى. أما المرحلة الثانية فتحوي على تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية لمساعدة المريض على تبديل ارتباطه اللاتكفي بالكحول مساعدة نوعية. ونوه هنا إلى أن الاستراتيجيات السالفة الذكر تختلف وفقاً للفروق الفردية المصادفة عند المرضى.

ونقصد اختلاف سمات شخصياتهم واستجاباتهم. ومهما يكن من أمر يشجع المريض على ممارسة ضبط أكبر على نزوعه الإدماني نحو الشرب بواسطة تعليمه التقنيات الضابطة للمنبهات المثيرة للسلوك الإدماني، والتعاقد السلوكي (أي إبرام عقد بين المعالج والمتعالج)، ومناهضة الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي تدعم إدمانه وتكرس نزوعه نحو المدمن أو المسكر.

أما المرحلة الثالثة من العلاج فتتضمن رصد التقدم العلاجي وإعادة تقويم الأهداف. وفي هذه المرحلة أيضاً منظور تطويري لشفاء المريض والتعامل مع مختلف المشكلات السلوكية والانفعالية في الوقت الذي يستمر في تزويد المريض بالدعم للحفاظ على التقدم العلاجي الذي حصل عليه، أي في الفطام عن الكحول أو المخدر.

وما أن يتم تحقيق الاستقرار في الكف عن تعاطي الكحول أو المخدر، توجه الجهود نحو مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قد تنتاب المريض والتي تدفعه عموماً إلى الخط من ذاته، وما يترتب على ذلك من نتائج سلبية سلوكية وانفعالية. وما أن يقترب العلاج نحو مرحلته

النهائية بنجاح، فإن معظم هذه المرحلة تركز لازالة المشكلات المرتبطة بقبول الذات وتحسين النظرة نحو الذات كفلسفة وقائية ضد الادمان. وهنا يمكن مناقشة المريض بجملة من مشكلات التكيف الانفعالية.

٢ - التدبير العلاجي :

لعل القضية العملية التي غالباً ما تبرز عند التعامل العلاجي مع المدمنين هي قضية الانتكاس Relapse. فالأبحاث «الطولانية» التي تناولت هذه القضية ابانت أن الكحولي (وغيره من المدمنين) خلال كامل سيره مع مشكلاته الكحولية هو عرضة لكثير من حالات النكس أو الانتكاسات. وهذه الانتكاسات تعد بمثابة قاعدة وليست أموراً استثنائية شاذة. ورغم ذلك، ففي بعض الأساليب العلاجية التقليدية نادراً ما تناقش مسألة الانتكاس بدعوى الخوف من أن هذه المناقشة تعد بمثابة الضوء الأخضر الذي يعطى للمريض للتهاون في صرامة كفه عن المشروب أو المخدر، أو لنقل تشجيعه أو اعطاءه الأذن والسماح له في اختبار نفسه ازاء قدرته على الاستمرار في الكف والامتناع عن المشروب أو المخدر.

الأ أن الفكر العلاجي الحديث، وهو العلاج العقلاني- الانفعالي يرى الانتكاس كحوادث ذات قيمة ثقافية كبيرة بالنسبة للمدمن المريض. ويتعين عليه الأ ينظر الى الانتكاسات من زاوية الفشل والعجز، بل من زاوية وقائع يمكن أن تحدث، ومن ثم تدريبه على تجاوز هذه الانتكاسات بعزيمة جديدة غير محبطة، وبالتالي العودة

الى الكف ثانية . فالانتكاس هو كبوة ولا يعني أنه غير قادر على الوقوف ثانية معافى .

تناقش مسألة الانتكاسات التي من الممكن أن يصادفها المريض من زوايا ومقولات واقعية ونقصد أن الانتكاسات هي بالتأكيد ظواهر سلوكية - معرفية غير مرغوبة على الاطلاق من جانب المريض ، ويجب مقاومتها وتجنبها والانتكاس لا يعني اطلاقاً أن أساليب المعالجة فيها أخطاء أو كانت فاشلة من جانب المعالج أو أن المريض لم يبذل جهده الكافي في تدبير ذاته بتحسين ظروفه . ولعل التفسير الأكثر عقلانية وصواباً والذي يمكن طرحه فيما يخص الانتكاس هو أن بعض التبدلات المعرفية أو السلوكية أو الاثنين معاً عند المريض لم تستكمل بعد لتأخذ شوطها النهائي الايجابي .

إضافة الى ذلك فأنت كمعالج يتعين عليك أن تطرح الانتكاس الى المريض كنتيجة من نتائج الخيار حتى لو كان هذا الخيار ليس على مستوى الوعي أو الأمر الظاهر . ونادراً ما يكون الانتكاس نتيجة النزوع غير المسيطر عليه نحو الشرب أو تعاطي المخدر، رغم أن المريض ينظر الى هذا الانتكاس من هذا المنظار . ولكن سبب الانتكاس في واقع الأمر، وهذا غالباً ما يحدث هو الشدة Stress أو الاضطرابات الانفعالية النوعية التي تخرض النزوع نحو الشرب وتقويه ، سواء أكانت هذه الاضطرابات مباشرة أو غير مباشرة . لذلك فإن المعلومات الهامة يمكن أن يتزود بها كل من المريض والمعالج معاً من خلال الثمين الحقيقي والمخلص الأمين لخبرة الانتكاس التي عاناها المريض . وعلى هذا يتوجب على المعالج أن يناقش بصراحة

تامة احتمالات حدوث الانتكاس وكيفية التعامل معه بدون أن يكون في هذا النقاش وفي مضمونه أي فهم من جانب المريض على اعطاء الضوء الأخضر لحدوثه، أو التشجيع عليه، أو على حتمية حدوثه.

ويذكر القارىء ما أتينا على تفصيله في الفصل الخامس من هذا الكتاب، ونقصد مسألة ما أسمىناه بتأثير خرق قرار الامتناع عن تعاطي الكحول أو المخدر (Cordon 1985) وهذه ظاهرة يجربها المريض عندما يرتكب زلة أو هفوة بعودته الى الشرب أو تعاطي المخدر، حيث يباشر في تهويل معنى هذه الزلة، ويعدها بمثابة كارثة، فلا يقدر على العودة من جديد الى الكف بسبب ايمانه بخسارة ارادته وعزمه على الكف والامتناع، وفقدانه السيطرة على نفسه، واهانة كبيرة لاعتبار الذات أو الفعالية الذاتية.

إن مسألة الانتكاس يمكن أن تناقش مع المريض بطريقة حوارية في بداية المعالجة، ويفسر للمريض الذي خرق العقد مع ذاته فأخطأ بحق نفسه فعاد الى الشرب أو تعاطى المخدر واختار الادمان بينما كان الهدف مثلا الشرب المعتدل المراقب أو الامتناع التام، نقول تستطيع أن تفسر له أنه يسير على خط فاصل دقيق بين تجاهل الخطأ الذي وقع فيه، ودم الذات ولعننها وتحقيرها.

وليعلم المعالج أن عليه أن ينتهز كل فرصة خلال سياق العلاج في تشجيع المريض على الافصاح عن زلاته وهفواته في الشرب ويصارحه بها، كيما يتعلم الأسباب من هذا الزلات، ويتساعد مع المعالج في ازالة أسباب هذه الزلات. ويشجع المتعالج أيضاً على

تفسير معنى الزلة من أجل تجنبها، أي تجنب ما أسميناه بالتأثير الخارق لقرار الكف عن شرب الخمر أو تعاطي المخدر.

وأكدت التجارب السريرية أن التأثير الخارق للكف له نتائجه وأبعاده الخطيرة أحياناً على سلوك المريض المدمن . فالعلاج يتوقف عندما يشعر المريض أنه لاقى الفشل التام بحيث إنه لم يعد في استطاعته أن يواجه المعالج ويعود إليه وأن العلاج برمته NSF من أساسه فأضحى في موضع اليأس، وعليه والحالة هذه أن يعود الى تدمير ذاته بالامعان في الشرب والتهالك عليه .

يتضمن العلاج مسألة اعطاء تدريبات بيتية ينفذها المتعالج بين الجلسات العلاجية . وهذا جزء هام من العلاج العقلائي - الانفعالي . ويتعين على المعالج أن يخلق عند المريض المدمن . من خلال كلامه معه، توقعات ايجابية نحو مزيد من التحسن إذا ما أنجز واجباته البيتية بين الجلسات العلاجية . وحسب مستوى التفاعل والالتزام القائمين ازاء العلاج، في مقدور المعالج اعطاء وظائف وواجبات بيتية للمريض لانجازها مثل قراءة كتيب أو نشرة، أو الاستماع الى شريط صوتي، ومن ثم يوسع هذه النشاطات لتكون نوعية، وتمارين مفصلة عندما يتقدم العلاج .

ومن الأهمية بمكان أن يفحص المعالج ما أنجزه المتعالج من واجباته البيتية المحددة له، ومدى اقباله عليها والتزامه بانجازها . ومثل هذا الاهتمام الذي يبديه المعالج بالواجبات البيتية يعطي الانطباع الى المتعالج بكون هذه الواجبات هي جزء هام من العلاج،

وبالتالي تزود المعالج بالمعلومات عن مدى انخراط المريض بالعملية العلاجية وتحمسه نحوها، إضافة الى مدى امتلاك المتعالج للمهارات الأساسية التي يشجع على كسبها في العلاج.

وليعلم المعالج أن الأنماط المعرفية التي هي على درجة كبيرة من التفصيل والتوضيح في الوظائف البيتية لا تكون نافعة جداً عند معظم الكحوليين والمدمنين على المخدرات وبخاصة في بداية العلاج، إذ لم يكونوا بعد معدين لانجاز مثل هذه الوظائف ولا هم قادرون على فهمها واستيعابها، لذا يستحسن أن تكون الوظائف ملائمة لقدرة المريض. ومستوى ثقافته وذكائه، وأيضاً درجة رغبته في انجازها بين الجلسات العلاجية، كما ويجب أن تكون واقعية، وعملية وقابلة للانجاز.

هناك قضية هامة تبرز خلال العلاج عندما تبدو المعالجة غير ناجحة. وفشل المعالجة المعتمدة عادة ما يظهر بعد جلسات علاجية قليلة، أو بعد فترة نجاح علاج مقبول عند المريض الذي حدد هدف علاجه بأن يشرب باعتدال. في هذا الموقف على المعالج أن يقوم الحالة فيما إذا كان الشكل الأكثر تحديداً أو تكثيفاً من العلاج هو الذي يحقق النجاح العلاجي الأفضل. وقد يكون هذا الشكل هو وضع المريض في برنامج علاجي ينفذ في المستشفى أي برنامج إعادة تأهيل، أو في إزالة السمية الكحولية بإقامته لمدة قصيرة في المستشفى.

وجدير بالذكر أن الدراسات السريرية لا تشير بوضوح الى كون البرنامج إعادة التأهيل المتعددة الأبعاد Multidimensional أو

المكثفة هي بالضرورة أكثر فعالية من أشكال المداخلات العلاجية الأقل من الأولى (Miller 1985). الأ أنه بالنسبة لبعض الأفراد، وبخاصة أولئك الذين يجدون صعوبة في البقاء ضمن مجتمعاتهم وهم ما زالوا ممتنعين عن تعاطي الكحول أو المخدرات، فإن الخيارات الأخرى العلاجية يجب أن تكون موضع فحص وتدقيق وموزونة. وعلى المعالج أن يلفت نظر المدمن الى أنه إذا لم يمتنع عن تعاطي الخمر فلا بد من إحالته الى مصح خاص بالأدمان، ومثل هذه التنبيه قد يحفز المتعالج ليكون حكيماً لاجمأ ذاته. وليعلم المعالج أن المصححات الخاصة باعادة تأهيل المدمنين تكون سهلة ولكن ليست بالطريقة السهلة بالنسبة للمرضى المدمنين على الكحول أو المخدرات النشطين في ادمانهم ليتابعوا العلاج والسير قدماً نحو الامام. فهؤلاء عندما يدخلون هذه المصححات النوعية، يكونون في مأمن من الاغراءات والمنبهات المثيرة كنزوعات شربهم، وبعيدين عن المسئوليات المهنية والأسرية. ولكن ما أن يخرجوا من هذه المصححات حتى تنبثق عندهم طرق جديدة من التفكير، والمشاعر، والسلوكيات وهم في أجواء محيطهم الطبيعي. وفي هذه الحالة يتابع علاجهم على أساس مرضى عيادات. تنبع مسألة هامة تواجه المعالج هي الصورة التي يجب أن تكون عليها علاقاته مع الأفراد الذين يلوذون بالمرضى المدمن من أفراد أسرته والجهاز القضائي. وأرباب عمله. إذ أن هؤلاء لهم علاقة مباشرة بالمرضى المعالج ويتابعون سيرته العلاجية وحالته.

إن الأسلوب العملي والشائع هو الاهتمام بهؤلاء ولكن بدون

المساس اطلاقاً بالسرية وبحقوق المريض المتعالج بالحفاظ على المعلومات الخاصة به، فلا يكشفها الى أحد إلا باذنه وبموافقته . فتلك أمور من جوهر اخلاقيات المهنة ونواميس ممارستها . وهنا لابد وفي بداية المعالجة، أن يستأذن من المريض ليعلمه عن المعلومات التي يوافق على الكشف عنها عند الطلب الى الآخرين الذين يلوذون به ويرتبطون بحياته، وبأية ظروف يراها مناسبة للكشف عما يرغبه من معلومات عن حالته وسير علاجه .

وفي الوقت الذي نرى أن مريضاً قد يسره أن تنخرط زوجته انخراطاً تاماً في مسألة علاجه وبدون حدود أو تحفظ، نرى مريضاً آخر على نقيض ذلك يرفض رفضاً تاماً مثل هذا الانخراط . لذا فإن مسألة استئذان المريض عن نوعية المعلومات التي يمكن أن يكشف عنها الى الأفراد المحيطين به هي هامة ويجب أن تتم في باكورة العلاج . ومع ذلك فإن من واجب المعالج أن يناقش المريض انطلاقاً من مصلحته وسير علاجه، أن يحدد بعض الأشخاص الذين يمكن أن ينخرطوا في اطار العلاج من أجل تقديم العون اليه كطرف ثالث في العملية العلاجية .

٣ - توقف العلاج :

إن السؤال المطروح هو: متى يكون مناسباً إيقاف العلاج؟ على المستوى المثالي يتخذ هذا القرار باتفاق مشترك بين المعالج والمتعالج . إذ عندما تتقدم المعالجة وتسير في طريقها المرسوم المخطط لها، فإن طوراً من العلاج المكثف المشدد الذي يبتغي مساعدة

المريض على تعلم إيقاف تعاطي الكحول أو المخدر، والبقاء على هذا الإيقاف يتبعه انتقاء لأهداف علاج جديدة تتوخى تقديم العون للمريض بغية تعلم تبديل حديث مع ذاته، وأفكاره اللاعقلانية التي تقود الى اضطراب الوظيفة السلوكية والانفعالية. وما أن يأخذ هذا الطور العلاجي أبعاده المطلوبة حتى يقل تواتر البرنامج العلاجي، أو يتم إعادة هيكلته حسب الحاجة الراهنة. يشجع المريض على اختيار ما يرغب من عمل، وأيضاً التعامل مع مختلف التقنيات العملية الخاصة بحل المشكلات الانفعالية ضمن اطار عمل العلاج العقلاي - الانفعالي.

وهنا عندما يتثبت توقف المريض عن تعاطي الكحول أو المخدرات ويتحقق هذا التبديل في السلوك المطلوب لفترة مقبولة من الزمن، وغالباً ما تكون المدة بحدود تسعة أشهر أو أكثر، فإن توجيه العلاج يمكن نقله الى تنمية شخصية المريض في التدبر الذاتي العقلاي بأمره والى نشاطاته التي تغني وتزيد من قبوله لذاته. وفي مثل هذا السيناريو العلاجي المثالي تقريباً فإن القرار بإيقاف العلاج يأخذ مجرى في بداية الأمر من العلاج المنتظم الى العلاج المتقطع الذي يقوم على اجراء اتصالات علاجية حسب الطلب. وأن توقف العلاج توفيقاً تاماً يأتي في اعقاب انتهاء العملية التطويرية والمنطقية التي أضحت الأسلوب الجديد في حياة المريض والتي هيمنت على كامل العملية العلاجية.

وعلى المستوى الواقعي فإن اتخاذ القرار بإيقاف العلاج أو الاحالة الى الجهات الأخرى (أي المريض) يحدث عادة لعديد من

الأسباب . ففضايا ايقاف المعالجة توابكبا بعض الظروف التالية :

في بعض الأحيان يوقف المريض المعالجة بموافقته لأسباب غير نوعية ولا واضحة محددة . وفي حالات أخرى توقف المعالجة نتيجة تأثير بعض المشكلات العملية أو بسبب رغبة المريض باختيار معالجة أخرى أو بإمكانية مساعدة ذاته .

في سيناريو آخر توقف المعالجة نظراً لعدم الوصول الى النتيجة العلاجية المرجوة . ومرة أخرى قد توقف المعالجة بأسلوب دون المثالية من جانب المريض بسبب انسحابه منها .

عندما يقرر المريض ايقاف علاجه بعد سلسلة من الجلسات الأولية ، وبعد أن يحدث التبدل المنشود أو بجزء منه ازاء سلوكه الادماني اللا تكيفي اضافة الى اكتسابه مهارات التدبر الذاتي المنطقي (أي قدرته على السيطرة وتبديل الأفكار اللاعقلانية علة ادمانه) ، قد يقرر أن علاجه استكمل وبلغ الغرض المنشود ، لذا فإنه أصبح ليس بحاجة الى العلاج . وهنا يتعين على المعالج مراجعة ومعاينة تفكير المريض مراجعة واضحة وبصورة مادية ، حيال ايقاف العلاج ، وبدون أن يسأله عن الحكم الخاص بتقدمه العلاجي ، يعد المعالج لائحة بالأهداف التي بقيت بدون انجاز ، ويتوجب الوصول اليها . وفي هذا السياق يجب الا يغيب عن ذهن المعالج المعالجات السابقة للمريض اضافة الى جهوده الذاتية غير الناجحة في محاولاته للتخلص من ادمانه ، وهنا يتضح له (أي للمعالج) فيما إذا كان المريض في حكمه بايقاف المعالجة هو أمر سابق لأوانه في ضوء تلك الأهداف العلاجية التي يتم الوصول اليها بعد قصته الادمانية السابقة ، أم أنه

مصيب في تقديراته بايقاف العلاج، فإذا اتضح له أن الايقاف هو سابق لأوانه فعليه أن يفند للمريض هذا الأمر. وننبه الى أهمية اعطاء المريض الذي يقرر ايقاف علاجه الخيار باعادة معالجته عند ظهور أية علامات صعوبات الكف عن الامتناع. وأنه لمفيد حقاً أن يراجع المعالج بعض العلامات مع المريض المتعالج التي قد تدفعه الى العودة ثانية الى العلاج. وإذا أدرك المعالج أن قرار المريض بايقاف معالجته هو أمر في غير مصلحته وسابق لأوانه، عليه أن يجعله يوافق على لقاءات علاجية متابعة Follow up، والاتصال به هاتفياً. وغير ذلك من النشاطات النوعية بتواريخ مستقبلية متفق عليها.

وعلى المعالج أن يظهر للمتعالجين أنه مؤمن واثق بالاعتماد على ذواتهم، وأن أية صعوبات قد يواجهونها مستقبلاً لا تعني أبداً الفشل.

وفي بعض الأحيان يمكنك تأطير هذه الكلام بالاشارة الى أن الكحولية لا تشفى ولكن يتم تدبرها والسيطرة عليها. وفي الوقت الذي يجهد المعالج في بذل الجهود الرامية الى تبصير المريض تبصيراً واقعياً بأي انتقاص وراء قراره بايقاف العلاج، فإنه يكون من المناسب أن يكون التقرب متضمناً الاحترام لوجهات النظر المختلفة إن برزت خلال النقاش.

في بعض الأحيان يقطع المريض المعالجة اعتقاداً منه بعدم جدواها وضعف فعاليتها، أو أنها بدت غير ضرورية، أو أنها متعارضة مع بعض العلاجات التي تقدمها جماعات تنخرط في علاج

جماعي يقوم بأصوله على مساعدة الذات Self-helpgroup . ومرة ثانية نيبب بالمعالج أن يتكلم مع المريض حيال قراره من كل الجوانب السلبية والايجابية كيما يدرك الى أي حد كان قراره صحيحاً أو ناقصاً، ومما لاشك فيه أن العلاج يخلق للمريض بعض الانزعاج، وأن هذا الانزعاج، قد يدفع بعضهم الى ايقافه، بخاصة إذا كانت الجلسات الأولية العلاجية لم يشعروا فيها أنها قدمت لهم شيئاً من النجاح والتقدم بالنسبة لمفهومهم وتقديراتهم الذاتية . وليعلم المعالج أنه إذا تمكن من خلق توقعات معقولة ومناسبة عند المريض وأوضح له أن العلاج يحتاج الى جهود وصبر وحشد جهوده (المريض) للتغلب على مشكلته بدون أن يقدم ضمانات علاجية فيها شفاء مضمون وسحري، فإن المريض والحالة هذه سيظل مثابراً على المعالجة في معظم الاحتمالات . وإذا أوضح للمريض أيضاً أن العلاج العقلاني - الانفعالي لا يتعارض اطلاقاً مع العلاج الجماعي الذي يقدم العون العلاجي الذاتي، فإنه يكون قد حفزه الى الأخذ بالعلاج الذي يمارسه والاستمرار فيه .

وكما ذكرنا فإن توقف المرضى عن العلاج غالباً ما يجدون في مبررات هذا الانقطاع عدم وصولهم الى الهدف (أو الاهداف) الذي ينشدونه من العلاج . وأن هذه الأهداف التي يضعونها ويصبون الى تحقيقها غالباً ما تكون غير منطقية ولا عقلانية في مثل رغبتهم في الاستمرار في الشرب على الأ يعانوا من النتائج السلبية للكحول . أو التفتيش عن شفاء سحري لمشاكل متعددة ترتبت عن الكحول . وأيضاً يتوقف المتعالجون عن الاستمرار في العلاج لأسباب شخصية

بحة، مثل عدم ارتباطهم بشخصية المعالج، أو تأثيرهم بآراء عامة الناس ان العلاج قد يكون مؤذياً وضاراً وغير ضروري .

والمعالج الفطين هو الذي يسبر أسباب ترك المريض العلاج لأنه قد يحصل على معلومات مفيدة للتعامل مع مرضى مماثلين مستقبلاً . من ناحية أخرى، نجد أنه ليس صحيحاً أن المرضى الذين ينقطعون عن العلاج يكون بسبب الانتكاس الذي أصابهم . أي بتعبير آخر أن الانتكاس ذاته هو الذي أضعف عزيمتهم عن الاستمرار . فعملية المتابعة العلاجية في هذه الحالات قد تكون مفيدة في تبديل أخطاء مفاهيمهم وتصوراتهم عن معنى الانتكاس . الأمر الذي قد يدفعهم لالتماس العلاج مرة ثانية . وقد تعوزنا المعلومات الاحصائية عن معرفة نسب الانتكاس، إلا أن في اعتقادنا كمعالجين أن عدد الانتكاس ينخفض الى حد كبير إذا ما تمكن المعالج من وضع هدف العلاج، وشرح العلاج العقلاني - الانفعالي شرحاً مفيداً مقنعاً للمريض (طبعاً حسب مستواه الثقافي) ونقصد توضيح الطبيعة التوجيهية التي يتميز بها هذا النوع من العلاج، وأيضاً ببذل جهد لخلق أهداف واقعية عند المريض وتوقعات مؤملة .

تبرز مشكلة أخرى هي عندما يتم إيقاف المعالج بعد رفض المريض تحويله الى جهة علاجية أخرى، وتبع ذلك تفهقر حالة المريض رغم علاجه على مستوى مريض خارج المستشفى (أي عيادي) . وهنا تقضي الحكمة والواقع أن يقوم المعالج فيما إذا كانت الطريقة العلاجية المتبعة التي عالج بها المريض هي كافية وفعالة في علاج مشكلاته . وكما ذكرنا في هذا الفصل، عندما تسوء حالة

المريض ويعاني من انتكاسات متكررة، ويتعرض الى متاعب أسرية ومهنية ناجمة عن تهالكه على الخمرة وادمانه، فإن احالته الى مصدر علاجي آخر هو الحل الواجب أن يختاره ويقرره المعالج، ونقصد بالمصدر العلاجي المستشفى الخاص في علاج الادمان التخصصي حيث تكون هناك برامج علاجية مشددة صارمة وموجهة، وعلى المستوى النظري يظل مثل هذا المريض يستفيد من علاج خارج المستشفى (أي العلاج في العيادة)، ولكن الاختلاطات التي يعاني منها تفرض التماس علاج في تلك المصحات العلاجية.

إن استمرار العلاج في العيادة (خارج المستشفى) من قبل المعالج رغم تراجع المريض وتقهره قد يخلق عنده الاعتقاد، وعند غيره ممن يحيطون به بعدم جدوى هذه المعالجة وضرورة التماس معالجة أخرى عند غيره، أو بالعكس تكون المعالجة فعالة من حيث الأساس ولكن لم يستفد منها المريض. من جهة أخرى يحسن تحديد أهداف العلاج النوعي، ومن ثم مراقبة ورصد التقدم الذي أحرزه المريض رصداً منتظماً وبخاصة أولئك المرضى الذين يعانون من أشكال حادة من الكحولية أو اضطرابات ترتبط بتعاطي المخدرات. وينصح المعالج بالأخذ بالمبادئ العامة التالية عند الاقرار متى وكيف يجب أن يتم إيقاف معالجة المريض:

أ - حيثما الأهداف العلاجية قد تم الاتفاق عليها (بين المريض والمتعالج) حينئذ فإن الانقطاع عن العلاج بقرار يتم بين الاثنین بعد تحقيق الكثير من هذه الأهداف أو بعض منها.

ب - إن قطع المعالجة بعدما تم بذل جهود بدائية فعالة وذلك نتيجة

الرغبة القوية في انهاء العلاج التي يديها المتعالج والتدبر بذاته هذا الانهاء يمكن الاتفاق عليه على أن يشجع باجراء زيارات متابعة يحدد أوقاتها وتواريخها المتعالج .

جـ - عندما يقرر المتعالج انهاء العلاج لأنه لم يحصل على الفائدة العلاجية المرجوة أو لعدم قناعته بالطرق التي يتعالج بها أو لتعارضها مع العلاجات الأخرى القائمة على العون الذاتي، على المتعالج أن يتبنى طرقاً عملية ومادية في مناقشته لهذا القرار الذي اتخذته المتعالج . وفي كل الأحوال، وهذا ما يجب الا يغيب عن ذهن المتعالج اطلاقاً، ان القرار بانهاء العلاج يعود أولاً وأخيراً الى رأي المتعالج ، ودور المتعالج فقط هو التبصير والنصح والارشاد .

الخلاصة :

غالباً ما تكون قضايا اجراء العلاج هامة جداً في التدبير العلاجي للكحولية ولغيرها من المواد المحدثه للادمان والتعود (المؤثرات العقلية). وهذا الأمر تتضح أهميته بخاصة عند المرضى الذين يعانون من أشكال حادة من الاضطرابات نظراً لأنه غالباً ما يترافق مع هذه الاضطرابات اختلاطات متعددة. وهذه الاختلاطات لا تظهر بين ليلة وضحاها، لذا فإن المعالجة الفعالة تكون طويلة .

ويهدف تقديم العون للمرضى من أجل تبديل أفكارهم ومشاعرهم، وسلوكياتهم التي هي موطن اضطرابهم الكحولي أو الادماني وجوهر علتهم، فإنه من المفيد جداً توجيه المرضى نحو تحقيق تقدم في أحوالهم وليس الوصول الى الكمال . لهذا فإن المثابرة على انجاز المراحل المتعددة من العملية العلاجية هي أمر مطلوب .

ففي الطور البدئي الأولي يتعين الالتفات على اقامة علاقة علاجية اغرائية مقنعة جذابة بين المريض والمعالج ، وتحديد أهداف العلاج، والبدء في تعليم المريض كيف يتصدى لأفكاره الخاطئة المسببة لاضطرابه الانفعالي الذي بدوره يجرس النزوع نحو شرب الخمر أو تعاطي المخدر لضعاف قلق الانزعاج . في الأطوار التالية العلاجية، وبخاصة بعد أن يتمكن المريض من اكتسابه السيطرة الاشرافية على سلوكه الادماني، ينتقل العلاج الى تعليم المريض التدبير العلاجي الذاتي الانفعالي - العقلاني للمنبهات الفكرية، والانفعالية والسلوكية والموقفية التي تحرض على الميل نحو المخدر أو الكحول وتنشطه .

وفي المراحل النهائية يتناول العلاج حل المشكلات الانفعالية والعملية لمساعدة المريض على الابقاء مفطوماً ممتنعاً عن الكحول أو المخدر اضافة الى اعادة تبديل وتنظيم حياته، وتغيير تفكيره الخاطيء التحتي الذي يسهم اسهاماً كبيراً في النزوع نحو تعاطي المخدر أو الكحول بالدرجة الأولى .

إن المنظور المتطور للعلاج يقتضي التخطيط المشترك بين المريض والمعالج في تحديد أهداف العلاج وتقويمه . ولا بد من الاقرار والقبول للحقيقة التالية هي أن قضايا تدبر (علاج) الحالة المرضية والاختلاطات التي تواكب عادة الادمان عموماً وبخاصة في الحالات الحادة، يجب أن تكون ضمن توقعات المعالج وفي منظوره، ويجب أن يدرك المعالج أن العلاج النفسي بذاته ولوحده لا يترتب عنه الشفاء الكامل من الادمان على الكحول أو المخدر.

وبينما نرى أن العلاج العقلاني - الانفعالي قادر على الاسهام اسهاماً كبيراً في علاج الادمان على الكحول والمخدرات، فقد يكون ليس العلاج الوحيد الذي يحتاجه المريض أو ينجو فيه من أجل حصوله على تبديل السلوك الادماني والابقاء على هذا التبديل في حياته اليومية . لذا فإن المعالج الواعي الحذر يشجع المريض أن يكتشف ويحاول التفتيش عن كل السبل والوسائل الأخرى التي تقدم له العون عن تبديل سلوكه الادماني وامساكه عن المخدر والكحول دوماً من خلال تبديل أسلوب حياته السابق كلياً .

وما أن تتحقق أهداف العلاج من خلال المراحل العلاجية

الأنفة الذكر يتوجه الاهتمام الى إيقاف العلاج أو تبديل الاجراء (الأسلوب) العلاجي . ففي الحالات الشديدة الحادة، فإن احالة المريض الى مؤسسات علاجية مختصة بعلاج الادمان بغرض تحقيق علاج مكثف وأكثر نوعية هو أمر يجب أن يراعى ويؤخذ بعين الاعتبار.

وبينما نجد أن إيقاف العلاج من جانب المريض هو أمر شائع، إلا أن نسبة من يقررون ترك العلاج وهجره يمكن تخفيضها من خلال أسلوب الهدف الموجه، والتوقعات الواقعية لما يمكن أن يصادفها المتعالج وباللجوء الى الطرق الأكثر فعالية المتوفرة، وبالحد من الاختلاطات الكثيرة للمشكلات التي يبرزها المريض ويظهرها، وأخيراً بمراجعات ما تم احرازه من تقدم علاجي بصورة دورية .