

الفصل العاشر

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 - زوجته وأولاده - وإما عائلته: أبويه وإخوانه 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 إلى 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 يبذل ويمتص موارد ومصادر أفراد أسرته لارضاء ولعه الادماني فيقعده 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، والإيذاء 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 أقربانهم المدمنين.

وصنفت كثير من الدراسات التي تناولت باسباب 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 ورفيقة، وغالباً ما تكون سلوكيات هؤلاء الأعوان متممة بالمغالطات والمظاهر الخداعة Fallacy في تعاملهم مع المدمنين.

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

١ - أنماط شخصيات الأعوان :

الأعوان هم الأفراد الذين يبدون أنهم يقدمون العون الى الكحولي أو المدمن للاستمرار في ادمانه . هناك عدة طرق يلجأ اليها هؤلاء الأعوان لتسهيل استمرار الادمان . الأولى تقديم المال الى المدمن لشراء مادة إدمانه (الكحول أو المخدر) ، أو بمشاركته في تعاطي الكحول أو المادة المخدرة . وهذا النوع من شخصيات الأعوان يدعم دعماً مكشوفاً لعادات الادمان عند المدمن من هذه الأسرة ، ونسبي هذا النوع من المعين بالمشترك أو الضالع في تخليد الادمان عند المدمن وتعزيزه .

أما النموذج الثاني المعين ، فهو على نقيض النموذج الأول ، يعارض سلوك المدمن قربه أو محبوبه في شربه للخمر أو تعاطي المخدر ، ويشن حملة مكشوفة ضده بغية ردعه عن الشرب والتخلي عنه ، نسبي هذا النوع من المعين المنقذ من الشر Messiah . وهذا المنقذ يحاول منع المدمن من الولوج في الاختلاطات والنتائج المؤذية للادمان ، واثقاه من شروره . ويسعى هذا المنقذ الى انقاذ المدمن من الورطات التي يقع فيها نتيجة ادمانه كخسارة العمل ، أو تبديد أمواله ووصوله الى درجة العوز وذلك بمده بالعون المالي أو بدفع ديونه . وإذا صادف أن تصرف المدمن تصرفاً عدوانياً مزرياً قبيحاً معيراً من الناس أو ضد معينه ومنقذه نجد أن هذا المنقذ يتحمل هذا السلوك ويبرره بكونه سلوكاً صادراً تحت تأثير الخمر أو المخدر ، ويسعى الى انقاذ هذه العلاقة من أن تمس بأي سوء لاعتقاده 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 يجرب ويتعامل مع التأثيرات الطبيعية العقابية أو نتائج السلوك الادماني. أي بتعبير آخر مثل هذه الحماية تجلب 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 الساكت Silent 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 يمد يده بالعون المادي، ولا ينبري لديونه فيتطوع بتسديدها. يمتص الألم والكوارث التي يشاهدها تحل بالمدمن.

إن المعاني الصامت في هذا الموقف الذي يتخذه، مماثل 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 يتأمر بصورة غير مباشرة مع المدمن في انكار المشكلة الادمانية، ويطرح صورة له ايمائية 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 - التعرف على شخصية المعاون Enahler :

في كثير من الأحيان، ورغم خبرة المعالج السريرية الواسعة يفتن خلال سير العلاج أن أحد أفراد أسرة المتعالج أو صديقه 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 الأسرية، حالات ادمان زوج أو زوجته، حالات سوء معاملة أولاد وإهمالهم. 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 عند المعالج . والنتيجة التي تتمخض عن ذلك هو الرهان على المزيد من المعانة من جانب المدمن المتعالج بفعل عدم التعرف على هوية من يقدم العون في محيطه وحياته . وبالطبع فإن كثيراً من الأعوان لا يدركون نتائج صنيعهم . سواء أكان المعاني الصامت ، أم المنقذ الفعال الذي يقدم حماية للمدمن بدون أن يشعر بصنيعه السلبي . . لعل الطريقة الوحيدة للخروج من هذا المأزق هو في أن يسأل المعالج المتعالج المريض ، ومنذ بداية العلاج وحتى لولم يذكر المريض خلال القصة الاستقصائية لادمانه ، عن نوعية الأشخاص الذين يحيطون به ، ومنهم من يتعاطى المخدر ، أو عن نوعية الشخصية التي تتعامل معه . أو بأن يتبع خطوة بخطوة لأية مسألة ادمان يذكرها المريض المدمن فيطرح أسئلة نوعية تكشف عن وجود أي شخص ضمن محيطه الأسري أو الصداقي ، وكمية أو حجم الشرب ، وتواتره .

وغالباً ما نجد أن في مقدرو المعالج أن يكشف من حول المريض وهوياتهم السلوكية وذلك من خلال معرفة العلاقات المتبادلة الشخصية التي يلعبها المعين ، ومن ثم التعمق بالأسئلة التي تتناول تعاطي المخدر أو الكحول عند أشخاص آخرين . وهنا نجد أن أولاد الكحوليين غالباً ما يتزوجون كحوليين ، وهكذا فإن الأعوان الذين يحيطون بالمريض قد يكون لهم سمات الشخصية ذاتها التي هي عند أولاد الكحوليين الكبار (Brown 1985) . وهذه السمات يستخلص منها التالي لتكون :

أ - المطلب في ضبط الآخرين ومحيطهم بكليته .

ب - الخوف من تأكيد الذات أو الهيمنة مصحوبة بمطلب شديد للحب والقبول والالذان يعبر عنها 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 - لماذا نساعد المعين :

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

الجواب هو أن علاج المعين كما يتوقف عن تقديم العون للمريض هو بهدف أن يكون أداة لعلاج الادمان . إن مثل هذا الاتجاه الذي يوحيه الجواب المذكور يبدو مغريباً ومعقولاً لأول وهلة، إلا أنه في نظر رواد العلاج السلوكي أمثال البرت أليس خاطيء لسبيين، السبب الأول هو أن المعين كائن بشري في حقوقه، ويحتاج الى مساعدة كما يوجه توجيهاً صحياً ومرضياً بصرف النظر عن علاقته 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 - كيف تكون حال فلسفته للحياة بالنسبة لهذا الدور غير المثير
اللامكافئ إذا كان يلعب الدور نفسه مع أشخاص آخرين في
حياتهم .

ب - كيف بإمكانه إيجاد 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 تتمكن من تبديل
سلوك المدمنين تبعاً لذلك . إلا 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 يحملها 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 ولمساعده 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 - 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 - 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 - ما أن تسوء حياته وتزداد متاعبه وتتراكم ويغرق فيها فإنه قد يتعامل مع ادمانه تعاملأ أكثر اسرافاً واغراقاً ليخفف واهماً من معاناته وضمنكه وكربه .

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

الهبوط والتهايوي 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 بالبداية 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 وطفى الشعور باللائم على نفسية المعين، والخوف، والحسد والغيرة وغير ذلك من المشاعر المنافية المضطربة بفعل معاناة الكحولي الصديق، فإن المعين يخرج من محتته 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 - يمكن افهام الأعوان أن جهودهم الرامية - حسبما يظنون - الى إنقاذ من يجسونهم من المدمنين لن تبذل من سلوكهم الادماني . ويتم ذلك من خلال مراجعة أمثودج 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 - ويمكن أيضاً أن تساعد هؤلاء الأعوان بافهامهم أن صنيعهم هذا يؤدي الى هبوط محبيهم هبوطاً حلزونيا مستمراً، وجعلهم في حالة سوء بصورة مضطربة وذلك خلال فترة قصيرة جداً .

ج - وأيضاً تساعد 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 - 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 - 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 وخالانهم ، 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 وورغب في الاستمرارية فمعنى ذلك أنه يضحى بالفوائد التي تعود على المريض وعلى أفراد أسرته معاً ، أي بابقائه في قوقعه

المجتمعات الشرقية، والافتراض هنا مستوحى من العرف الثقافي الغربي - المؤلف -). إن هذه الفكرة توحى 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 هذا الافتراض 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 - قيمة الذات والحاجة الى الحب:

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

بفعل فقدانهم للطمأنينة، والخوف الشديد من البقاء لوحدهم 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 يمتنهن أي إنسان آخر جيد المسلك والسيارة الاجتماعية، فإنهن يبدن شكوكهن في الدخول في أية علاقة مثل هذه العلاقة السوية مع أشخاص يؤمن أنه لا بد وأن يرفض عاجلاً أو آجلاً 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 إطلاقاً. 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، والابقين وحيدات معزولات تأكلهن العزلة، ويغتالهن المرض النفسي. إن علاج هذا الصنف من النسوة يتركز أفضل ما يتركز على مسألة اعتبار الذات والحاجة إلى الحب والارتباط. فالمعالج الذي يتبع مدرسة العلاج العقلاني - الانفعالي يسعى إلى إغراء هؤلاء النسوة على مناهضة هذه الأفكار الخاطئة التي تعشش في أذهانهن،

وتوجه حياتهن لتكون في هذا البؤس الذي ما بعده بؤس، وفي هذا الارتباط الزري الذي ما بعده زراء. فلا مجال لهذا الاعتقاد الخاطيء بأنهن وضيعات فاقدرات اعتبار الذات والمكانة الاجتماعية اللائقة بالانسان. ويجب عليهن أن يتخلين عن فكرتهن أنهن يقبلن المعاملة السيئة خوفاً من أن يعشن منعزلات، وعليهن أن ينفصلن عن هذه العلاقة الباثولوجية (المرضية).

يتعين على المعالج أن يتعامل مع مسألة اعتبار الذات المعتورة عند هذه النسوة وحالما يناهضن الأفكار الخاطئة ويستطعن قبول ذواتهن، فإن الخطوة الثانية تكون بطرح قضية العزلة والخوف منها. وهنا يلجأ المعالج الى جميع الوسائل العلاجية السلوكية الرامية الى ازالة الخوف من هذه العزلة، بحيث يستطيع أن يوصلهن في نهاية المطاف الى اعادة نظرهن في العلاقة القائمة الراهنة مع المدمن. وقد يحتاج أيضاً الى تنمية مهارتهن الاجتماعية في تأكيد الذات، وتعلم تقنية حل المشكلات.

وأن السبب في اعداد هؤلاء النسوة المعتورات «الأناء» كيما يصبحن أكثر ثقة بأنفسهن، وقادرات على العيش لوحدهن وذلك قبل اعادة النظر بالعلاقة القائمة مع المدمن هو أن المدمن قد يهدد بترك الدار كوسيلة من أجل ارهاب المرأة كيما تعود عن قرارها فتخضع الى ارادته. وفي هذا الموقف تحتاج المرأة المعينة الى جلسات داعمة، وجميع أنماط التقنيات العلاجية التي يمكن للمعالج أن يدرّبها عليها كيما تتحدى مخاوفها من الهجر والترك. وعليها أن تقاوم الانهيار خلال

ظهور الأزمة . ويتعين عليها أيضاً أن تخلق الفرصة لاعادة معاينة نقاشها في علاقتها مع من تعينه .

وإذا قيص وأفلحت في انهاء هذه العلاقة فإن مهمة المعالج لم تنته بعد . إذ لما كانت بحاجة الى الحب، وعاشت لفترة طويلة بمشاعر المهانة الذاتية وفقدان اعتبار الذات، فقد تخامرها الأفكار، وتشدها تلك المشاعر التي وصفناها الى البحث عن علاقة أخرى مماثلة للسابقة . وهذا ما يستوجب ابقائها على علاج ومتابعة لفترة من الزمن .

ب - المطالب المفروضة على الذات بهدف ضبط المدمن :

إن المعينات اللاتي يلعبن دور المنقذات بروح انسانية ايمانية دينية في علاقاتهن مع المدمنين غالباً ما يعتقدن أنهن مسؤولات بالدرجة الأولى عن شفاء المدمن المرتبطن به، وعادة ما يفرضن على ذواتهن الشعور بالمطالبة بضرورة ضبط سلوك أصحابهن المدمنين ضد تعاطي المخدر أو الخمر، بصرف النظر عن عدد مرات الانتكاسات التي تلحق بهؤلاء المدمنين . فلا يفتأن بالالحاح والملاحقة لضبط السلوك الادماني بدون كلل ولا ملل . إنهن يفرضن على ذواتهن ما سبق وذكرناه من أوامر جبرية . يجب ضبط هذا السلوك . ومثل هذه النسوة يحملن معتقدات خاطئة من نوع آخر غير التي ذكرناها، وهذه المعتقدات تدور حول الطبيعة النبيلة في حمل أعباء هذا الواجب الانساني الذي يبارك فيه الأخلاق والدين . وفي اعتقادهن أنهن يحملن هذه المسؤولية ليعبرن من خلالها عن حبهن لهذا الزوج أو

الصديق . وكلما أمعن في اساءة معاملته لمن ، أو تعاطفت 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 المحسوب 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 ولدأ . 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 بالصدقة؟ 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 - 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 المحيين . وغالباً ما نرى أن الآباء يعدون أنفسهم المسؤولين مباشرة عن سلوكيات أبنائهم المدمنين في تغطية مصاريفهم ، والأموال التي يبذونها 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 غائلة العوز والاحتياج والتشرد، وينقذونهم من المرض والمهانة والازدراء الاجتماعي .

وبالتأكيد إن معظم الآباء لا يدركون حق الإدراك علاقاتهم القائمة مع أولادهم المدمنين . وكل ما في الأمر أن الآباء لا يجدون حسب اعتقادهم أنهم يستفيدون من التوقف عن تقديم هذا العون، فإذا ما أحجموا عن انقاذ أولادهم من شرور الكحول أو المخدرات فإنهم سيعانون من نتائج هذا التمتع .

هذه الأسباب تبرز الحاجة لأن يثقف المعالج الأبوين اللذين يقومان بدور المعين لأبنائهما المدمنين ويصبرهما كيف أن هذا العون إنما يسيء إلى الولد المدمن، ويدفعه إلى الاستمرار في إدمانه . وليعلم المعالج أنه سيقابل اعتراضات من جانب الأبوين إن التوقف عن مساعدة ولدهما لا يحسن من حياتهما وأوضاعهما . بل سيرد الآباء على هذه المطالب والنصائح بكونها ضد نزواتهم وأدوارهم كآباء في واجباتهم تجاه أولادهم، وأنهم على استعداد لقبول المعاناة من أجل انقاذهم .

إن أفضل حوار ونقاش يمكن للمعالج أن ينخرط فيهما مع آباء المدمنين لكي يقتنعوا بالعدول عن هذه الأدوار الداعمة المنقذة المساندة لأولادهم المدمنين هو اتخاذ موقفاً سلطوياً، فيقول لهؤلاء؛ إن التأثير الإيجابي الوحيد الذي له الفعالية على سلوك أولادهم الإدماني هو في التوقف عن تقديم أي غوث أو دعم لهم . فالانقاذ أو الغوث هما اللذان يخلدان السلوك الإدماني، 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، إلا أنهم في الوقت نفسه ما زالوا
على استعداد ضمناً لتقديم العون لأولادهم حالما يشاهدونهم وقد
قاربوا على الاصطدام بقعر الهاوية والدرك الأسفل بدافع انفعالهم
المضطربة . وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات الانفعالية من نوع قلق
الأننا ego anxiety، أو قلق الانزعاج، أو مشاعر الاثم (Digiuseppe
1983).

إن أمثال هؤلاء الآباء الذين يعانون من «قلق الأننا» 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 مسؤولاً 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 ما جوبهوا 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.