

الفصل الثالث

الادمان من وجهة نظر النظرية الانفعالية - العقلانية

إن غرضنا من هذا الفصل هو طرح أنموذج السلوك الادماني، والقاء أضواء عليه من جميع الجوانب بهدف مساعدة المعالج الذي يأخذ بهذا النوع من العلاج ويعيش مبدأه، لتطوير استراتيجيات معالجة وإحكام فعاليتها. وفي معرض شرحنا لهذا الأنموذج الادماني سوف لن نفصل تفصيلاً موسعاً في الاطار الكلي الجامع لنشوء وأسباب السلوك الادماني بقدر ما نأتي على ذكر نظرية استمرار العَرَض المرضي الادماني ومسألة تبديل هذا العَرَض.

والجدير بالذكر أن المتحولات (العوامل) السيكلوجية والسلوكية والمعرفية هي واحدة ومتماثلة في جميع أنواع الادمان وبشتى ضروبه وألوانه سواء أكان الادمان على الخمر أم الدواء - أو المخدر، وهذا ما أكدته الدراسات والمعاینات الحديثة اليوم (Brownell, Mar- 1986, Wilson, Lat)، وناصرتها في هذا التأكيد المؤسسة الوطنية الأمريكية لسوء استخدام الأدوية (Levison 1983).

١ - علم السببيات Etiology

في اعتقاد العلماء والباحثين أن النظريات المطروحة حالياً في حلبة العلم، ومعطيات الأبحاث الجارية الرامية الى اماطة اللثام عن مسببات الادمان على الكحول والاضطرابات الأخرى ليست كافية

ولا مستكملة أسبابها وتطورها بما تمكن المعالج من وضع خطته العلاجية على أسس فعالة ومضمونة النتائج . فنظريات الأسباب (السببيات) يمكن أن تؤخذ كذرائع ، وليس كأمر يترتب عنه تبديل حادثة أو نتيجة . ذلك لأن العوامل المسببة المفترضة هي على درجة كبيرة من العمق والتعقيد ، ومتشعبة وبيولوجية (Schuckit 1981) . فالمعالجون العاملون في ميدان الصحة النفسية المهنيون والذين يتعاملون مع المدمنين على مستوى العلاج قد يجدون في معطيات نظريات السببية القائمة بعض العون والأمل بحيث أن جهودهم العلاجية تقدم عوناً للمريض ملموساً وحقيقياً .

٢ - العوامل البيولوجية :

هناك برهان أخذ في التنامي والتعاظم يؤكد على ضلوعية العوامل البيولوجية في مسألة الادمان على الكحول ، اضافة الى التأثيرات الحضارية الثقافية (McClearn1981, Critchlow) . وفي رأي بعض المعالجين أن ضلوعية العوامل البيولوجية في هذه المسألة تؤدي منطقياً الى التشاؤم في علاج الكحولية . ولا مراء ، ان النظرية الانفعالية - العقلانية نفترض دوماً أن الكائنات الانسانية هي عضويات حيوية بيولوجية وان علم الأمراض النفسي الخاص بهذه الكائنات هو في أغلب الأحيان يعود بجذوره الى علم بيولوجيا هذه الكائنات (Ellis 1976) . ولكن هذا لا يمنع من أن نجد بعض البشر هم أكثر ميلا الى التفكير اللاعقلاني من غيرهم ، أولديهم عتبة منخفضة في تحمل القلق ، والاكتئاب ، والغضب وسيطرة أقل على

نزواتهم أو ضعف في تحمل الاحباط . وهذا أيضاً ما ينطبق على مسألة الادمان، إذ هناك ما يبرر الافتراض أن بعض الأفراد في جبلتهم الاستعدادات البيولوجية الارثية للادمان على المسكر والمواد المؤثرة على العقل (المبدلة للتفكير). إلا أن المضامين المنطقية لمثل هذه السببية البيولوجية لا تعني اليأس وفقدان الأمل من علاج المدمن بقدر ما تعني أهمية الاحاح على بذل جهد ارادي أكبر للتغلب على الادمان من جانب المتعالج . لهذا فإن النظرية الانفعالية - العقلانية تقول ان السلوك برمته تحدده عوامل متعددة لذا فإن المرضى الذين في مكنوناتهم الاستعداد الأري المسبق البيولوجي والقوي للوقوع في براثن مشكلة نوعية، كالادمان على المخدرات والمسكرات، يتعين عليهم الاستعانة بقواهم السيكولوجية الكامنة في نفوسهم للتغلب على تأثير العنصر البيولوجي الارثي للمشكلة .

والحق يقال : انه اذا كانت حقيقة أن في الكحوليين العنصر البيولوجي الارثي في الميل الى الخمرة، أو النزوع نحوها والرغبة فيها فما هي إذن مضامين العلاج؟ تجيب النظرية الانفعالية - العقلانية على هذا التساؤل بالقول : إن علينا أن نواجه الانتكاسات مراراً وتكراراً عند معالجة الادمان على المسكرات وتكون في منظورنا دوماً . فالكحوليون إذن لا يحتاجون فقط الى بذل جهد أكبر بل أيضاً الى المزيد من الجلسات العلاجية قبل أن ينعطف سلوكهم الادماني ليأخذ المجرى نحو التحسن والسيطرة . ثم علينا أن نتوقع أيضاً أن الجهود المبذولة لكبح المد النزوعي البيولوجي والسيطرة عليه قد تكون دائمة ومستمرة طوال الحياة من جانب المريض الذي وقع في براثن

الادمان، لذا يتعين أن نعلم المرضى ألا يتوقعوا «الشفاء التام» والتخلص نهائياً من هذا النزوع الملح نحو المخدرات أو المسكرات، بل أن يغالبوا هذا النزوع طوال حياتهم ليجعلوه في أدنى حد من النشاط والدفع، أي بتعبير آخر أن يقبلوا حقيقة واقعهم ونظرتهم ويشهروا حراهم دوماً في وجه هذا النزوع البيولوجي .

٣ - الشروخ الكائنة في الشخصية :

إن معظم العاملين في ميدان العلاج النفسي التقليدي ينطلقون في علاجهم من الافتراض الذي يقول أن الكحولية والادمان على الأدوية المخدرة في أشخاصها مشكلات ومتاعب في الشخصية على مستوى اللاشعور، وأن علاج هذه المتاعب التحتية المحرصة على الادمان يكفي لتخليص المريض المدمن من ادمانه .

لقد تصدى لهذا الافتراض كل من فيلانت وميلوفسكي (١٩٨٢) فدحضاه في نقطتين . . النقطة الأولى هي أن العلاج النفسي التقليدي فشل فشلاً ذريعاً في تخليص المدمن من سلوكه الادماني . بل أكثر من ذلك فقد حال دون إيقاف الشرب عند بعض الكحوليين . والنقطة الثانية أن كثيراً من متاعب الشخصية ومشكلاتها هي نتيجة لتعاطي الشرب وليست المتاعب ذاتها سببت الشرب أو الكحولية . ويمكن القول أن هذا الدحض لفيلانت وميلوفسكي للنظرية العلاجية النفسية التقليدية السيكوديناميكية إضافة إلى أن الكحول ذاته هو سبب المشكلات الشخصية والاجتماعية والأسرية التي تعصف بالمدمن، هذا الافتراض هو مقبول اليوم لدى الكثيرين

من السيكلوجيين العاملين في حقل علاج الادمان .

الأ أن اعادة النظر بمقولة فيلانت وميلوفسكي قد تمت حديثاً جداً من قبل كل من زوكر وكومبرج (١٩٨٦) حيث اتضح لهما وجود شرح في علم منهجية هذه المقولة . فالدراسات التي أعادت النظر بمعطيات فيلانت وغيرها ترى أن الأفراد الذين يدمنون على الكحول يشكون من مشكلات ضعف السيطرة على دوافعهم يظهر منذ باكورة حياتهم، وأيضاً مشكلات ناجمة عن عدم تكيفهم مع كل ما هو سلطة .

وبينما نجد أن الأبحاث المهمة بالعلاقة الكائنة بين مشكلات السلوك التي تظهر في باكورة الحياة والسلوك الادماني قد تكون معينة مفيدة في الوقاية من الادمان، فإن النظرية الانفعالية - العقلانية ترى أن هذا الجدال يجب ألا يعار له أي اهتمام، ولا يقام له وزن وذلك لصالح ذلك المدمن الذي الآن في محنة الادمان على المسكر أو غيره من المواد المخدرة .

فعلى مستوى الممارسة السريرية (الكلينكية) فنحن نواجه عادة بمرضى لهم قصة مشكلات فقدان ضبط الذات وضعف السيطرة في وجه النزوعات أو غير ذلك من مشكلات الشخصية، اضافة الى شريحة من المرضى فشلوا في انضاج شخصياتهم، وذلك نتيجة الخبل الكحولي الذي عاشوه لعدة سنين . فقضية مسببات الكحول أو المخدرات لا ترتبط كثيراً بالكيفية التي يجب أن تعالج بها كحولية المرضى في المراحل الأولى من العلاج ولا تكون ضرورة لتعلمنا أين

يتعين علينا أن نتدخل لنجعلهم يكفون عن تعاطي المادة المخدرة أو الاستمرار في الكف، فالعلاج في أساسه هنا يتركز على النظرية التي توضح كيف يبقى المدمن على سلوكه مستقراً أو ثابتاً راکناً الى هذا الادمان، وهذه أهم ناحية في العلاج .

إن المرضى الذين يتلقون العلاج ضد الادمان والذين لديهم مشكلات نفسية ما قبل المرض بالادمان غالباً ما ينزعون الى سلوك مماثل في الميادين الأخرى من حياتهم، فالمريض غير القادر على ضبط سلوكه الادماني ودوافعه في الشرب فانه ينزع الى سلوك فيه ما يهزم الأنا والذات، أي انهزامي أيضاً أمام المشكلات الأخرى الحياتية Self defeating impulses . - وأيضاً نجد أن الفرد غير المستقل الشخصية، المرتبط بالغير والذي يتجنب المسؤوليات باللجوء الى الشرب كآلية هروبية، فإنه غالباً ما ينحو على هذا النحو في سلوكه ازاء المسؤوليات الأخرى الحياتية التي تواجهه . وهكذا نجد أن الهدف الأول في الاستراتيجية العلاجية القائمة على النظرية الانفعالية - العقلانية هو في التركيز على ما نسميه بالمعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن المريض ازاء ادمانه على الكحول أو المخدرات والتي تجعله مرتبطاً بسلوكه الادماني أسيراً له . ومن ثم ينتقل التركيز العلاجي الى المشكلات السلوكية الأخرى عندما تظهر وعادة ما تظهر . وثمة ناحية أخرى جديرة بالذكر هي أن أنماط السلوك المضطرب التي تخلق الشخصية المدمنة تتظاهر بتفكير لا عقلائي مماثل . وهكذا فإن المعالجين المختصين بالعلاج الانفعالي - العقلاني يعقدون الأمل (وليس بالضرورة أن يتوقعوا) أي من خلال علاجهم شخصية المدمن

بايقاف تعاطيه للمخدر أو المسكر، وجعله يناهض معتقداته الخاطئة في الخمرة، هذه النتيجة سيتعمم أثرها ونفعها لتحسين التفكير المنطقي العلاقي الجديد عند هذا المريض فيشمل المجالات الأخرى من حياة هذا المريض. أي بكلمة أخرى ان تصحيح معتقداته الخاطئة لا ينحصر فقط في مجال ادمانه، بل أيضاً في أنماط تفكيره الجديد الذي انبثق عن هذا التصحيح للمعتقد أو التفكير ليحسن تكيفه في مشكلاته الأخرى الحياتية التي تعترضه.

وهكذا فإن المرضى الذين يعانون مشكلات بالشخصية ناجمة عن تعاطيهم المسكر أو المادة المخدرة لفترة طويلة تقدر بالسنين، يكون العلاج العقلاقي العاطفي متركزاً عادة على ناحيتين هامتين، الأولى علاج الادمان ذاته بالكف عن تعاطي المسكر. والثانية معالجة مشكلات الشخصية التي ترسبت عن تعاطي المخدر أو المسكر (أي الاختلاطات). ومثالنا على ذلك المريض الذي لم يتعلم التغلب على خوفه من الجنس الآخر (النسوة)، وسبب هذه الاعاقة التعليمية انه دوماً في حالة سكر وتخدير وبذلك لم يزل تحسسه من هذا الخوف من رفضه من قبل الجنس الآخر، ولا تعلم المهارات الاجتماعية الملائمة للتغلب على هذا الخوف في هذه الحالة لا يعتمد المعالج أولاً الى التعامل مع هذا الخوف الذي بدوره إذا ما تمت ازالته يتوقف عن تعاطي المشروب أو المخدر، ولكن يتعامل مع الادمان ذاته فيوقفه، ومن ثم مساعدة المريض بعد ذلك على تعلم الطرق الجديدة في العلاقات الجنسية والاجتماعية التي تضعف مخاوفه وتمده بالمهارات الاجتماعية المتعلمة الجديدة.

٤ - أهمية التحمل المنخفض للاحباط :

تفترض النظرية العقلانية - الانفعالية العلاجية أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للاحباط، وهذا ما نجده بخاصة في الادمان. وقد طرح العلامة السيكولوجي المعروف أليس Ellis (وهو صاحب النظرية العقلانية - الانفعالية وعرايها) تعبيراً جديداً أسماه قلق الانزعاج discomfort/anxiety أو اضطراب الانزعاج في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعترى المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع ادمانه وهواه وبفعل التحمل المنخفض للاحباط الناجم عن امتناعه عن الشرب أو تناول المخدر. ويتصف هذا القلق المزعج في توقع المدمن للألم والانزعاج وعدم المسرة والكدر. وهذه المشاعر كما ذكرنا هي محصلة المعتقد الخاطيء الذي يحمله المدمن بكون الألم أو الانزعاج هما أمران لا يمتثلان من قبله. ويتعين عليه عدم تحملهما، بل ولا يستطيع ذلك، وهذا المعتقد نراه صراحة وواضحاً عند المدمنين. ومن المناسب هنا توضيحاً لهذه الناحية الحساسة الهامة في علاج الادمان، أن نذكر ونتعرف على أنماط المعتقدات الخاطئة المختلفة التي يولدها المدمن في تفكيره وتكون منعطف العلاج عنده.

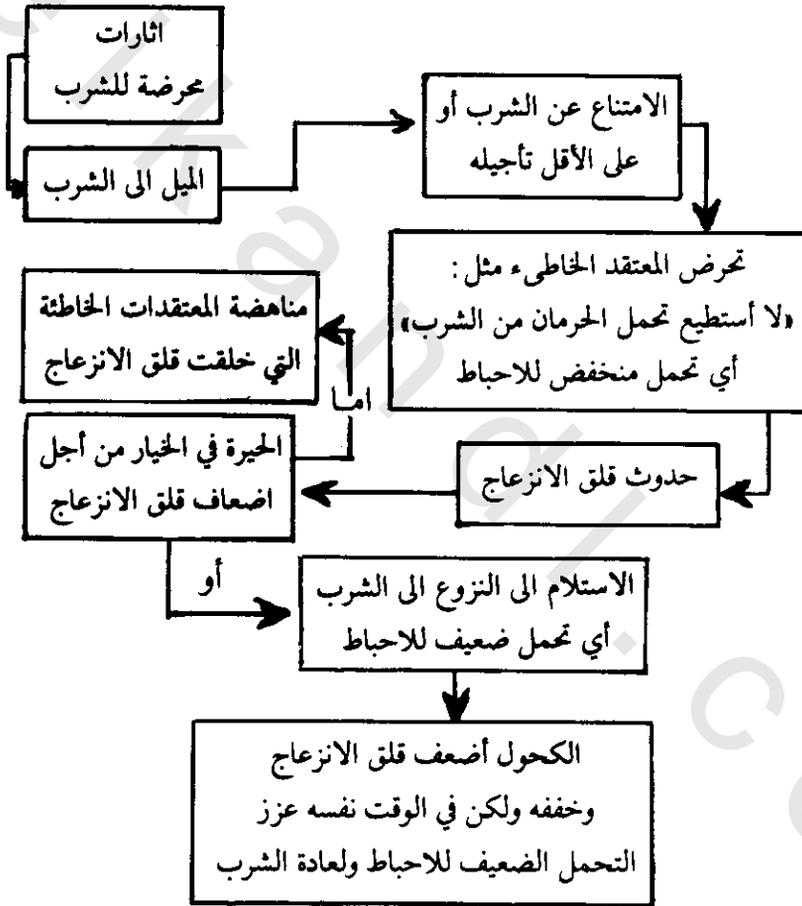
أ - التحمل المنخفض للاحباط يفتت ارادة الكف عن تعاطي المخدر أو المسكر:

لعل الديناميكية المعرفية الأولية التي تولد الادمان وتبقي على وجوده هي ما نسميها أنموذج التحمل المنخفض للكف أو الامتناع (أنظر الشكل رقم ١). فمعظم الأفراد الذين تعترتهم مشكلات ترتبط بالعجز عن السيطرة على النزوعات والدوافع ينطبق عليهم

تفسيرات الشكل رقم (١) بصرف النظر عن نوعية مادة الادمان (المسكر أو المخدر أو الدواء المحدث للتعود). فهؤلاء ينغمسون بلا ضبط ذاتي في شرب المسكرات وتناول الطعام، وتعاطي الهيروين والأفيون والأدوية النفسية، والتهافت على الجنس، والقمار، والمغامرات العاطفية الطائشة.

الشكل رقم (١)

الكف وأنموذج التحمل المنخفض للاجباط



تبدأ الديناميكية الموضحة في الشكل رقم (1) عندما يتعرض المدمن الى المثيرات والمنبهات التي تحرض عنده الميل الى الشرب أو المخدر (السلوك الادمانى المخرب)، وقد تكون المنبهات أو المثيرات رائحة الخمر المنبعثة من الخمارة، أو المنبعثة من قطعة حلوى ممزوجة بالخمر، أو رؤية شخص يتعاطى الخمرة وغيرها . . أو الجلوس مع شاربى الخمرة. هنا يتصارع الميل مع الامتناع عن تلبية الميل. وأن القرار الذي يتخذه المدمن الذي يتعرض الى اغواء الخمرة يعد هنا الحادثة المنشطة activating event في نظريتنا التي شرحناها بملخصها A B C S، إذ أن الحرمان المؤقت أو الكف الذي يفرضه المدمن على نفسه بعدم شرب الكحول أو تعاطي المخدرات يلحق به أو يتبعه عادة شعور بتحمل منخفض للاحباط يصدر عما يدور في ذهنه من أفكار ومعتقدات نابغة من غواية الخمرة وارتباطه بها، أي المعتقدات الخاطئة irrational beliefs وهذه المعتقدات التي تجول وتطوف في فكره عادة تأخذ الصور التالية من الأحاديث مع الذات:

- أنا غير قادر على تحمل الامتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر.
- يتعذر عليّ ممارسة عملي والتناغم معه.
- لا أمتلك الارادة الكافية والقوة للوقوف في وجه غواية المخدر أو الخمرة.

- يصعب عليّ تحمل حرمان الرغبة في الشرب.
- سأكون انساناً محروماً حرماناً قاسياً إذا لم أشرب الخمرة.
- تبدو الحياة صعبة جداً عليّ لذا فالخمرة هي عزائي وسلواي.
- للتغلب على مصاعب حياتي، فالخمرة هي ملاذي التي استيعين بها.

- أضيع على نفسي المسرات إذا كنت في جو أنس ومتعة ولا أشرب فيه الخمرة أو أتعاطي المخدر.

- عندما أكون متألماً متكدراً لا بد من اضعاف معاناتي بالخمرة.

إن مثل هذه الأفكار الخاطئة التي يحملها المدمن ويعتقد فيها تكون مصدر اضطرابه النفسي وبؤرة ضعف تحمله للكف عن تعاطي المشروب أو المخدر وبالتالي معاناته لما أسمىناه بالقلق المزعج وذلك وفق الشرح الذي سبق وذكرناه في المعادلة ABC (أنظر الفصل الأول).

إن في مقدور المدمنين وبمساعدة المعالج السلوكي التغلب على هذا التحمل الضعيف للاحباط الناجم عن الكف المؤقت عن الخمرة أو المخدر بالعديد من الطرق:

١ - باستطاعتهم الانتظار والتريث وكبح النفس عن المخدر أو المسكر الى أن يخف الحاح الميل نحوه وتضعف قوته . ولكن بما أنهم يعززون في نفوسهم هذا المطلب الطفلي لجلب الراحة لأنفسهم بتعاطي الخمرة، فإن هذه الطريقة لا تحل مشكلتهم في أغلب الأحيان .

٢ - مناهضة الأفكار الخاطئة التي ذكرنا أنموذجاً عنها والتصدي لها والتي تسبب للمدمن قلق الانزعاج . ومثل هذا التصدي سيكون قاسياً ويحتاج الى معاناة من جانب المدمن حتى يتمكن من اضعاف هذه المعتقدات والسيطرة عليها واستبدالها بأحداث ايجابية توجهه نحو سلوك جديد يناهض تعاطي المخدر وحينئذ

يضعف قلق الانزعاج وترتفع عتبة التحمل للاحباط، وهذه هي أفضل طريقة وأنجعها.

ومرة أخرى نذكر القارئ أن الآلية التي يتعرض لها المدمن وفق الشكل الأول الذي ذكرناه وشرحنا خطواته هي واحدة في جميع حالات الادمان بصرف النظر عن المادة أو الدواء الذي أدمن عليه المدمن، لذا فإن الاستراتيجية العلاجية في الادمان عموماً تقوم على مساعدة المدمن في التغلب على المعتقدات الخاطئة، ورفع عتبة تحمله للاحباط الناجم عن الكف، وإزالة قلق الانزعاج.

ولعل السبب في كون الوقوع في براثن الادمان على المسكر أو المادة المخدرة نوعاً سهلاً وتمسك المدمن بادمانه هو أنه أخذ المخدر أو الشرب لتهدئة واضعاف قلق الانزعاج هو أسرع وأسهل بالنسبة للمدمن من اتباع الأسلوب العلاجي السلوكي في التغلب على هذا القلق الذي يحتاج الى وقت وجهد واردة ومعاناة فيما إذا اختار العلاج السلوكي. والاستراتيجية العلاجية السلوكية تفرض عليه، كيميائياً التغلب على قلق الانزعاج العديد من الطرق، اعتناق الفلسفة المناهضة لمعتقداته وتبديلها بأخرى ايجابية مقوية ومدعمة للأنا، والصمود في وجه النزوع نحو المخدر أو المسكر، تشتيت أفكاره فلا يركزها على موضوع ادمانه، أي إيجاد بدائل حياتية سارة تجعله مع الوقت يجد فيها المسرات البديلة عن السكر والخمرة، تقوية السيطرة الذاتية على نزوعه، عدم الاستجابة الى المنبهات والمثيرة للنزوع نحو الادمان ومقاومتها. وبالطبع فهذه الاستراتيجية العلاجية برمتها

تحتاج الى وقت كئما تحدث تبديل البنية المعرفية وبالتالي تغير السلوك الادماني . وخلال هذه الفترة ولى أن تثمر هذه الاستراتيجية العلاجية وتحدث التحول السلوكي المطلوب يتعين على المدمن أن يتحمل قلق الانزعاج . ثم لا ننسى أن الأفراد الذين بطبيعتهم يتصفون بعبئة ضعيفة في تحمل الاحباط في حياتهم ، ووقعوا في براثن الادمان ، هؤلاء يجدون مشقة كبيرة في تحمل قلق الانزعاج ، وبالتالي فإن أخذهم الاستراتيجية العلاجية التي وصفناها وشرحناها لا يكون أخذاً جدياً ، وغالباً ما تكون معالجتهم صعبة وتحتاج الى جهد كبير ودعم من جانب المعالج .

٥ - المشكلات التي تعترض التعرف على أنموذج الامتناع عن الكحول وضعف عبئة التحمل :

رغم أن ديناميكية الامتناع ومستوى التحمل الضعيف للاحباط تبدو سهلة الفهم ، فإن المعالجين الذين يأخذون بمبادئ العلاج الانفعالي - العقلاني غالباً ما يتجاهلون هذه الآلية الديناميكية خلال مداخلاتهم العلاجية لتبديل السلوك الادماني . ويرى الدكتور أليس Ellis (صاحب هذا النمط من العلاج ومبتدعه) إن الأغرار المبتدئين في هذا النمط من العلاج من المعالجين تفوتهم هذه الديناميكية في العلاج . ويرى أليس أن هذا الاغفال لهذه الديناميكية من قبل هؤلاء المعالجين يعود الى سببين ، السبب الأول (Ellis 1979) إن قلق الانزعاج الناجم كما رأينا عن تحمل منخفض للاحباط كثيراً ما يصعب التعبير عنه لغوياً أو تحديد هويته ، ولادراك هذا الاحساس أو الشعور بالانزعاج يمكنك القيام بالتجربة التالية :

اختر شيئاً مولعاً به لدرجة تشعر أنه جزء من مسرتك، كالطعام، والكحول أو الدخان أو غير ذلك من العادات. تخيل المتعة الكبيرة التي تحصل عليها من خلال تعاطيك لذائذ هذه العادة. الآن قل لذاتك الى أي حد تشعر بالاحباط والكدر والألم إذا ما حرمت من تعاطي هذه اللذة أو فطمت نفسك عنها. بعد ذلك حدد الشعور بدقة الذي يتتابك من خلال تخيل هذا الحرمان أو الفطام. ماذا تسميه هذا الشعور؟

الواقع أن هذا التدريب لو طلبنا الى العديد من الناس أو المعالجين أن يمارسوه ومن ثم نطلب منهم في نهاية الأمر تحديد - بدقة لغوياً - ما يشعرون به من خلال هذا الحرمان أو الفطام لجاءت اجاباتهم مختلفة متباينة، البعض يسميه الوله، وآخرون الحرمان أو الجزع أو الاضطراب، والكثير منهم يسمونه بالشعور السلبي أو المزعج، ولحسم هذا التباين في تسمية هذا الاحساس أطلق عليه ليس اسم قلق الانزعاج discomfort/anxiety . وإذا قيض للمرضى أن يكونوا عاجزين عن التعبير عن هذا الشعور، أو لم يضعوا هذا الشعور المزعج فإن المعالج والحالة هذه قد لا يتجه الى تقصي الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي ولدت هذا الشعور السلبي عند المدمن .

والسبب الثاني الذي يجعل المعالج لا يفتن الى هذه الديناميكية المعرفية (الفكرية) هو من الاستراتيجية التي يستخدمها في مساءلة المرضى . فعندما يبدي المدمن الى المعالج أنه تعاطى المخدر أو المسكر، فإن هذا الأخير يفتش عن محتويات المقولة ABC (أي الحادثة المحرصة لتعاطي المادة المخدرة A، والعمليات الفكرية من توقعات

وتقوميات B، وأخيراً الاستجابة الانفعالية C) وذلك قبل البدء بعملية مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية. فالمعالج يسأل المدمن عن ما يتنابه من مشاعر. ولكن بما أن المدمن كان وقد تناول المسكر أو المخدر فإن مشاعره الحالية هي إما بالمسرة أو بالاثم وتوبيخ الذات، بينما تكون مشاعر قلق الانزعاج قد زالت بفعل تناول المسكر، فالمدمن سرعان ما يلجأ الى تلبية نزوعه نحو المسكر أو المادة المخدرة ما أن يشعر بقلق الانزعاج، لذا فهذا الشعور سرعان ما يزول بعد تناول المسكر. وكل ما في الأمر أنه يعبر عن الشعور بالاثم لقاء تلبية النزوع نحو الشرب الى المعالج، وهنا يلجأ المعالج الى ارشاد المدمن المريض الى مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قادته الى الشعور بالاثم. وبالطبع ليس خطأ مناهضة الأفكار الخاطئة التي أدت الى مشاعر الاثم، وهذا ما سنذكره بعد قليل. الأ أن الاستراتيجية العلاجية في هذه الحالة لم تمس جوهر المشكلة، وقد يترتب عنها أن المعالج قد لا يشعر بتبكيث الضمير ازاء فترة الشرب.

تقنيات الكشف عن التحمل الضعيف للاحباط:

هناك عدة وسائل نستطيع من خلالها الكشف عن وجود ديناميكية التحمل الضعيف للاحباط الذي ترتب عن الامتناع عن تناول المسكر أو المخدر، وهذه الطرق هي:

أ- الاستعلام من المريض حيال ما يشعر به عندما يكف عن تناول المادة المسكرة أو سؤاله عن شعوره عندما يكون في موقف لا يتوفر فيه المسكر أو المادة المخدرة التي تعود على تعاطيها، فقد يقاوم أو يرفع كتفيه ولكن عليك بالالحاح عليه ليكشف عن هذا الشعور.

ب - حاول أن تعيد صياغة تعبيره عن مشاعره عند تعرضه للكف التي تكشف عن وجود ما اصطلحنا عليه من تسمية وهو قلق الانزعاج . وعلمه أن يستعمل هذا التعبير، تطلب منه أن يتخيل أنه قدم له المسكر الذي يولع فيه وأن يبدي في الوقت نفسه مقاومة بعدم تناوله، اتركه يتخيل هذا الموقف الذي يتصارع فيه النزوع الادماني مع الامتناع والكف . قل له ان ما يشعر به هو الان هو قلق الانزعاج، في المرة القادمة اسأل المدمن (على المسكر، أو الكوكايين أو الأفيون . .) عن شعوره واحساسه قبل تناول ما أدمن عليه، وما الشيء الذي كان يفكر به قبل تلبية ولعه ونزوعه الادماني؟ هنا يمكن للمعالج أن يركز على الطلب منه بمناهضة ما كان يفكر به وتدريبه على كيفية تصحيح هذا التفكير الذي هو جوهر ديناميكية تبديل سلوكه الادماني .

٦ - الانسمام كطريقة للتعامل الهروبي مع الموقف :

هناك ديناميكية تفكيرية (معرفية) شائعة هي لجوء المدمن الى تعاطي مادة الادمان من أجل الهروب من متاعبه التي تواجهه، وأن هذا السلوك يقوده الى الانسمام بالمادة المخدرة أو المسكرة كأسلوب في التعامل مع مواجهة المصاعب (الشكل رقم ٢) .

من المعروف أن الكحول يحدث الشعور بالاسترخاء . وأن توقع الشارب له حسب ما تعلمه من محيطه الثقافي الذي يعيش فيه هو فيه تأثيره الاسترخائي على جملة العصبية . يتوقع المدير التنفيذي في شركة مثلا أن يأخذ كأس ويسكي بعد جلسة عاصفة مع رؤوسيه

لترتاح أعصابه، والمتعاطي الحشيش النشوة بعد تعاطي هذه المادة. هذا ورغم أن المعتقد الثقافي الشائع حول تأثيرات الكحول والأفيون وغيرهما من المواد بكونها مهدئة مرخية، وقد تكون كذلك فتشير استجابات فيزيولوجية مُرضية، إلا أن تأثيرات هذه المواد لا تكون دوماً حقيقية على المستوى الفيزيولوجي أي تثير الاسترخاء، ومثالنا على ذلك تدخين لفافة التبغ، فالمدخن يتوقع من السجارة عندما يدخنها أنها تجلب له الهدوء بينما هي في الواقع على المستوى الفيزيولوجي منبهة للجملعة العصبية الودية فتزيد من ضربات القلب وسرعة التنفس. فالتوقع أذن كثيراً ما لا يتوافق مع حقيقة التأثير الفيزيولوجي في مسألة تأثيرات المواد المخدرة، وأيضاً مثلاً الكحول، فهو يُنظر إليه من قبل الشارب كمادة مهدئة للاسترخاء إلا أن من أحد تأثيراته الفيزيولوجية هو زيادة ضربات القلب، وهذا ما يناقض الاسترخاء على المستوى الفيزيولوجي. فالكحوليون يضللون ذواتهم بأن الكحول مزيل للكرب والتوتر، فهم يشعرون بقسط بسيط من الاسترخاء، والامر ذاته نراه في المواد الأخرى المؤثرة على العقل والعاطفة، عدا الأدوية الخاصة كمضادات للقلق، فهي على المستوى الفيزيولوجي تكون مركنة مهدئة كالفاليوم مثلاً. فالمدمنون على مثل هذه الأدوية المهدئة يكون الادمان حقاً على دواء بخاصية مركنة ليس فيه عنصر الإيحاء أو التوقع. إن العلاج الانفعالي - العقلاني يُعلم المتعالجين أن في مقدورهم تبديل عواطفهم وانفعالاتهم المزعجة وذلك من خلال مناهضة معتقداتهم الخاطئة التي تجلب عليهم الكدر والغم والتعاسة. ورغم الفعالية بهذا النوع من العلاج إلا أنه لا

من وجود عملية تعزيز سلبي تجري وتنشط، فالتعزيز من خلال اللجوء الى الكحول أو المادة المخدرة هو بازالة الألم، وفي هذه الحالة فإن ازالة الألم النفسي والانزعاج الناجمين عن المحرضات الأصلية المنشطة (تنشيط الميل الى تعاطي المخدر والكف المؤقت عن تناول المادة المخدرة) اضافة الى ازالة «شدة العرض»، وذلك باللجوء الى المخدر أو المسكر يعدان بمثابة معزز سلبي الذي يزيد من احتمال ظهور الآلية الادمانية مرة أخرى.

والحق يقال أن المدمن لا يلجأ الى الدواء المخدر أو المسكر حتماً في الحصول على اللذة بذاتها ولكن من أجل ازالة المشاعر السلبية والكرب التي تبدوله غريبة في بادئ الأمر، وأن بعض المدمنين يقرون أنهم يتعاطون الأدوية المخدرة والكحول لمثل هذه الأغراض.

إن التحليل السلوكي لنمط استخدام المادة المسكرة عند أي مدمن نجد فيه أن المدمن في كل مرة يلجأ فيها الى تناول المادة المخدرة أو المسكرة يكون اما من أجل مواجهة الموقف المزعج أو تحت تأثير ضواغط العمل وشداته. وتشير أبحاث مارلات (١٩٨٣) إلى أن معظم المدمنين ينتكسون عندما تعترضهم مواقف مزعجة مثيرة لقلقهم واضطرابهم. وغالباً ما يطالعنا المدمنون بأقوالهم التي تفيد أنهم يلجأون الى المادة المخدرة أو المسكرة وذلك من أجل الحصول على ما يخدر مشاعرهم واحساسهم أو كوسيلة للهروب. وعلى هذا نجد أن تعاطي المخدر يلعب دور الهدف المعزز تعزيزاً سلبياً (الهروب أو التخدير). فهو يساعدهم مؤقتاً ولفترة على تجنب

الضيق والكرب، أو الهروب منها.

إن تعاطي الكحول أو المواد المخدرة الأخرى الانسمامية بغرض تخفيف الضيق الناجم عن القلق الأصلي وأيضاً شدة العرض نقول أن مثل هذا التعاطي له تأثيرات سلبية متعددة.

أ - يعزز معتقدات المدمن أنه غير قادر على تحمل الانزعاج الانفعالي .
ب - يعزز عادة الشرب من أجل حل المشكلات الانفعالية .

ج - يعزز عادة الاستجابة للحوادث الباعثة على التوتر باللجوء الى المسكرات أو المخدرات كوسيلة للهروب أو تخفيف التوتر النفسي .

د - يمنع المريض المدمن من تعلم الاستراتيجيات الفعالة التي تتصدى للحوادث المثيرة للتوتر أو المحرصة على شرب الكحول .

وهكذا نجد أن الكحول أو المواد المخدرة تشل قدرات الفرد في تعلم المهارات الفعالة القادرة على التصدي لمشكلات الحياة والتكيف معها .

أ - الصعوبات التي تعترض الكشف عن الانسمام كأنموذج تعامل مع الشدات :

لعل المشكلة الكبرى التي تقف حائلاً في وجه الكشف عن المعتقدات الخاطئة التحتية عند المدمن هي في ميله الى انكار وجود مشكلة عنده، وغالباً ما يكون أفراد أسرة المدمن وأيضاً المعالج على معرفة بألية الانكار هذه التي يظهرها المدمن المريض .

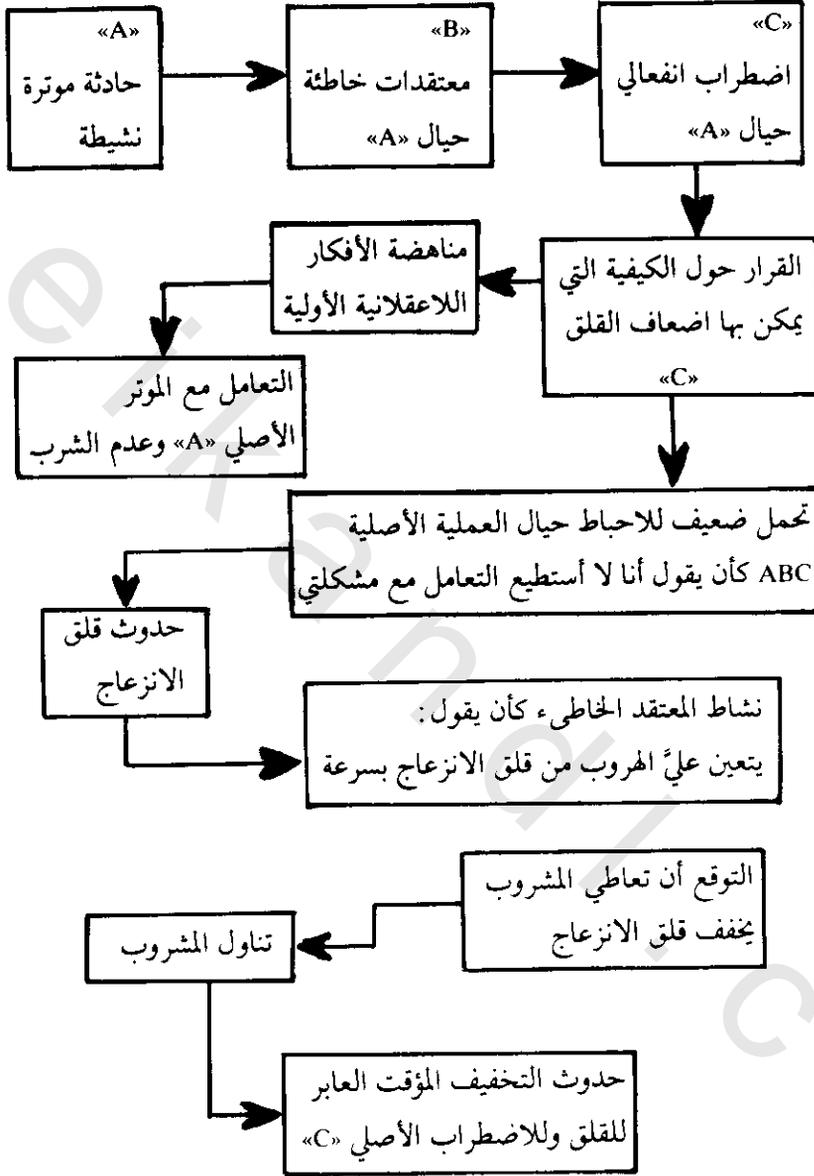
إن الانسمام كأغموذج تعامل مع الشدات عند المدمن يفسر لنا كيف يعمل هذا الانكار. فالمرىض يتمسك بانكاره في وجود مشكلة عنده ليس لأن مدركاته مشوهة للواقع فقط، ولكن أيضاً لأنه ينظر الى نفسه نظرة لا تشوبها أية مشكلة. لا يشعر بوجود مشكلة عنده لأن تحمله الضعيف للاحباط سرعان ما يتخلص منه بالتماس الشرب للخمرة (أو المخدر) وبالتالي الهروب من قلق الانزعاج، فهو يهرب الى الشعور بالخبل وانعدام التعامل والاحساس وتبلد العاطفة ازاء ما يصادفه من متاعب حياتية. وواقع الأمر أن المدمن لا ينكر حقاً المشكلة بقدر كونه لا يشعر بوجودها. ثم أن المدمنين يعجزون عن تنمية أي شعور بالتحدي والتنافس الاجتماعي أو المهني، ولكن بفعل آلية الانكار، فإنهم يستمرون في ممارسة أعمالهم. وفي هذه الممارسة لأعمالهم ينظرون الى ذواتهم نظرة خاطئة مزيفة بكونهم يؤديون عملاً جيداً في الميادين التي يعملون بها، في الوقت الذي هم غير ذلك.

تطالعنا الدراسات بظاهرة تحدث ضمن نطاق أسرة المريض هي وجود من يساعده على تجنب مواجهة متاعبه وأن هذه المساعدة بدورها تقود الى انكار المشكلة وعدم ادراك وجودها وهذا المساعد من أفراد أسرة المدمن يحدد الكثير من المتاعب التي نجمت عن انغماس المدمن بالخمرة أو المخدر. وفي اعتقادنا أن هذه الآلية تتطابق مع مقولة فيلانت (١٩٨٣) بأن الكحولية غالباً ما تقود الى حدوث اضطرابات الشخصية. فمثلاً إن شارب الخمرة يعتقدون أنهم لا يتحملون تبادل المشاجرات لذلك فهم يفرون الى الشرب في كل مرة

يتشاجرون مع زوجاتهم . ويفعل هذا الفرار والسلبية والانهازمية فإنهم لا يحلون مشكلاتهم ولا أية قضية من قضاياهم الانفعالية في علاقاتهم مع الغير، ومع مرور الوقت يصبحون منعزلين اجتماعياً عن أقرانهم وحتى أفراد أسرهم وأصحابهم . وإذا انتهى بهم المطاف الى الطلاق فلا يجدون بدائل يقيمون معها علاقات صحية جديدة . ويفعل انعزالهم اجتماعياً تظهر عليهم أعراض شبه الفصام نتيجة فشلهم في تعلم التألف والتحاور مع الناس . وبما أن المخمور غالباً ما يعجز عن التعلم وهو في حالة سكر فإنه والحالة هذه يصبح فقير الخبرة الاجتماعية، ويتوقف نمو نضجه الاجتماعي . وإضافة الى ذلك فإن تأذي الخلايا الدماغية بفعل تعاطي الخمر يزيد من تفكيره الاخرق اللامنطقي وتعاضم هذياناته المشوهة للواقع فيقترب كلما أزعن للشرب وتهالك عليه من حدوث الاعتلال الدماغي والاصابة بالعتة العقلي، ولكن لا يوجد في المسألة مشكلة عند المدمن .

يتعين على المعالج الذي يتبع استراتيجية العلاج الانفعالي - العقلاني الأ يتعامل مع انكار الكحولي لمشكلته التي يوطرها بكلمة «الانكار» نظراً لأن هذا الانكار بحد ذاته يعد ادراكاً خاطئاً . والأكثر نجاعة بالنسبة للمعالج والأحسن نفعاً هو أن ينفذ الى عمق هذه التشوهات في مدركاته للواقع التي يسببها قلق الانزعاج ذاته وأيضاً لهروبه، وبالتالي مساعدته على أن ينظر الى صعوباته الحقيقية التي طمسها بمساعدة من يساعده من أفراد أسرته .

الشكل رقم (٢)
الانسمام كأغودج للتعامل مع المواقف الصعبة



ب - التقنيات الرامية الى الكشف عن الانسمام وتعريفه كأنموذج
للتعامل :

لعل الطريقة الفعالة المجدية التي تجعل المدمن يدرك وجود
قصورات في ذاته في التعامل مع مشكلاته هي اعفاء من يساعده من
أفراد أسرته من الدور الذي يلعبه مع المدمن . وما أن يتم مثل هذا
الاعفاء واخلاء الساحة من وجه المدمن حتى يجد الأخير أن هناك
الكثير من الصعوبات والأخطاء التي كان في مقدوره أن يتجاهلها
وينكر وجودها بدأت تتراكم في وعيه وتتحداه .

وأن رد الفعل الأولي الذي يظهره هو أن يتصرف تصرفاً مختلفاً
عن السابق . يشعر لأول مرة الى أي حد كان معينه الذي نحى عن
دوره يحميه ويعميه عن الواقع . وفي هذا الموقف وبفعل هذه التعرية
التي جعلته يواجه لوحده متاعبه التي كانت وراء مدركاته بفعل
مساعدته المعين المستقيل ، فإنه يقبل على شرب الكحول والاكثار منه
والافراط بتعاطيه كرد فعل سلبي ازاء الصورة الجديدة التي يواجهها .
والحق أن العديد من المشكلات أو الحوادث المحرصة لانزعاجاته
ستعاضم وتتضخم في وجهه ، بحيث يدرك أنه لا يوجد من يعينه على
حمايته منها . وما أن تتزايد مشكلاته وتزداد سوءاً حتى يجد نفسه مرة
ثانية أمام المخدر أو المسكر كوسيلة للهروب والتجنب . وهكذا يتزايد
الوقت الذي يصرفه في تعاطي المخدر أو المسكر ويكبر حجم
استهلاكه للمادة المسكرة . وباستفحال التأثير السلبي للمسكر على
أدائه تتزايد مشكلاته ومتاعبه الحياتية وانحطاط تعامله معها ، وبالتالي

يتعاطم كدره وقلقه من جراء بروز المزيد من المحرضات الناشطة لقلقه وفي نهاية الأمر نجده وقد غُلب على أمره، وحطمته ثقل المشكلات المتراكمة على كاهله. فقد يفقد عمله، أو ينفص عنه من حوله أو تنحط مكانته الاجتماعية، ويعاني البؤس وعسر لقمة العيش. أو قد يحط به الرحال في هذه الرحلة التعيسة ليكون بين قضبان السجن، وفي هذا الموقف يدرك أنه لا يستطيع أن يمعن بالمزيد من الهروب من الواقع بواسطة الخمرة، فيقر ويعترف أن لديه مشكلة وقد يطلب العون لمساعدته.

وبالطبع إن اتباع مثل هذه الاستراتيجية الاغراقية بالمسكر أو المخدر لدفع المدمن الى الصحو من خلال هذا الاغراق والاضعاف المتزايد لخداعه الذاتي من شأنها أن تدفع المدمن الى وعي قصوراته الذاتية في التعامل مع متاعبه الخارجية. ولنعلم أن مثل هذا الاغراق لا يكتب له النجاح إلا إذا انسحب المعين من الساحة، وترك المدمن لوحده يعاني متاعبه بدون عون.

والحقيقة أن ليس جميع المدمنين يحتاجون الى تعريضهم لأزمة الاغراق التي ذكرناها حتى يعترفوا بمشكلاتهم ويقروا بوجودها، ويدخلوها في وعيهم ويقينهم. فهناك استراتيجيات أخرى يمكن أن يلجأ اليها المعالجون لمساعدة المدمنين على وعي مشكلاتهم. من هذه الاستراتيجيات هي مراجعة العوارض التي انتابت المدمنين، ونقصد عوارض الشرب أو تعاطي المخدر. فإذا كان سبب هذه العوارض هو محرضات متوترة تعرضوا لها، وكان الانسمام بالكحول هو أداة الهروب والمواجهة لهذه المحرضات، فإن المزيد من الأسئلة تبدو هامة

بالنسبة للمعالج وعليه أن يطرحها على نفسه، وهذه الأسئلة هي : أن يتصور المدمن وهو يتعرض الى الموترات ولكن بدون أن يكون بين يديه أية وسيلة للوصول الى الخمرة أو المادة المخدرة، كيف يشعر المدمن في هذا الموقف؟ وبم يفكر؟

كما وعلى المعالج أن يشد انتباهه الى الأشياء التي يفكر بها مستقبلا، وما يعتقد حيال الاضطراب الانفعالي الذي يتأتى من الموترات والمحرضات Activating events، اضافة الى المعتقدات اللامنطقية الخاطئة التي تثيرها هذه الموترات .

ينتبه المعالج الى أهمية الأخذ بالاستراتيجية الاضافية الخاصة بالاحباطات والفشل التي عاناها المريض المدمن . إذ عليه أن يفتش عن نوعية المتاعب والمشكلات الرئيسية التي واجهها المدمن، فقد يكون سبب الاحباط أو الفشل قصوره في مهنته وعمله، أو عدم اكمال دراسته، أو كراهيته للفحوص والدراسة . ثم عليه أن يعرف الأسباب التي حالت دون حل المشكلات التي عاناها، وحالما يقر المتعالج المدمن بوجود حلول لمشكلاته العملية، فإن على المعالج أن يستعلم عن الموانع التي حالت دون الأخذ بهذه الحلول، وبماذا يشعر المتعالج إذا حاول الأخذ بها؟ وغالباً ما يجد المعالج أن المريض مازال لا يعي مشكلاته، وبالتالي يلفت نظره الى أن التحمل الضعيف للاحباط هو الذي يمنعه من محاولته لانتقاء الهدف أو الوصول اليه . وعلى المعالج هنا أن ينبه المريض كيف أن شكاويه لا تتوافق مع جهده الضعيف للتغلب على مشكلاته العملية، وبالتالي يلح عليه كيف يتجنب الحلول بفعل معاناته لقلق الانزعاج .

يعطي نتائج سريعة التي يرنو اليها عادة المتعالج المريض . وكما يعطي هذا العلاج ثماره ونجاحاته المرجوة يتعين على المتعالج أن يدأب على ممارسة تمارين مناهضة للأفكار اللاعقلانية أينما شعر بالانزعاج ، وهذا يعني أن الشعور بالانزعاج سبق وانتابه قبل المباشرة بالتعامل معه بألية التصدي للأفكار اللاعقلانية .

إن العلاج الانفعالي - العقلاي يفترض أن معظم الأفراد الذين يشكون من اضطرابات ادمان لديهم أفدح مشكلة وأعظمها خطورة . وهذه المشكلة الفادحة تتجلى في عدم قدرتهم على ضبط الذات والصبر وتحمل الازعاج حتى يتعلموا الطرق الفعالة الكفيلة بتخلصهم من ادمانهم . وواقع الأمر أن الاضطراب الانفعالي الذي يعانيه في المكان C (أي الاستجابة الانفعالية) من المعادلة ABC ، هذا الاضطراب يصبح العنصر المنشط المحرض ، أي (A) لسلسلة من المعتقدات والأفكار الخاطئة ، وبالتالي تبرز مشكلة انفعالية جديدة ، ويسمى العلاج الانفعالي - العقلاي هذه العملية المحرصة للأفكار اللاعقلانية عند المدمن والتي تزيد من اضطرابه النفسي «بشدة العرض» Symptom stress أو الاضطراب الانفعالي الثانوي Secondary Emotional Disorder (Wallen, Wester 1980). فعند مرضى الادمان تظهر شدة العرض بصورة جامحة طاغية ، إذ يبدو هؤلاء عاجزين عن تحمل مشاعر الاكتئاب والقلق ، والغضب التي تعصف بهم ، وما أن تستحكم بشعورهم هذه الاضطرابات نراهم وقد تملكتهم الأفكار اللاعقلانية المعززة لتناول المخدر أو المسكر لتخلق قلق الانزعاج أو تنحط قدراتهم على تحمل الاحباط أمام

اضطراباتهم النفسية السالفة الذكر (الاكتئاب، القلق الى غير ذلك . . .)، وهكذا إن محتوى تفكيرهم اللاعقلاني يدور حول الموضوعات التالية :

- لا أستطيع تحمل هذا الانزعاج .
- يجب أن أزيل الكدر وأحيله الى سعادة .
- يجب ألا أكون مكروباً .
- لا يفترض أن أكون منزعجاً .
- أنا ضعيف جداً أمام مشاعر الكرب فلا أتحملها .

إذن إن هذه المعتقدات الخاطئة ازاء الادمان تقود الى - كما ذكرنا - ما أسميناه بقلق الانزعاج، والكحوليون في مقدورهم تجنب هذا القلق وذلك بمناهضة تلك المعتقدات الخاطئة، وأن الطريق الأقصر والأسرع لازالة هذا القلق الذي يرونه عادة ويلتمسون بلوغه هو تناول المسكر أو المخدر، وأن مثل هذا الطريق الأسهل لا يخدم فقط قلق الانزعاج الثانوي ولكن أيضاً الاضطراب الانفعالي الأصلي الذي حرض العرض .

يعد التوتر المعزز السلبي والذي بدوره يزيد الاحتمال أن السلوك الادماني سيعود الى الظهور ثانية في المستقبل، ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن في اللجوء الى الانسمام الادماني كأسلوب تعامل مع قلق الانزعاج لا تكون المادة المخدرة أو المسكرة ذات تعزيز ايجابي . فالنشوة التي تلازم تعاطي الكحول وترفع من معنويات الشارب المدمن لا يكون سببها التمتع بالمشاعر التي يحسها آتياً ويشعر بها إنه في حالة سرور وانسراح، فالمدمن في هذا الموقف يشعر بنوع

٦ - الانسمام الكحولي يساوي فقدان قيمة الذات والصفارة :

يشعر الكثير من المدمنين أنهم مغلوبون على أمرهم ، وأسيرو نوع من السلوك غير قادرين على الافلات من اساره وعقاله . وما أن يقعوا في حبائل الادمان على المخدرات أو الكحول حتى يجدوا أنفسهم أن قيمة ذواتهم قد تضاءلت وأضحوا عديمي الرفعة الاجتماعية . وأن مثل هذا التفكير يقودهم الى معاناة مشاعر الاثم والاكئاب . فالمدمن يشرب الخمرة أو يتعاطى المخدر من أجل ازالة الاكتئاب الذي يمسك به ويطوق مسراته ، ويؤنب ذاته على تهالكه على المسكر أو المخدر . وبالطبع ليس جميع المدمنين تعترهم مثل هذه المشاعر والأفكار السلبية ، الأ أن شريحة كبيرة من هؤلاء تصنف بما نسميه بأنموذج الانسمام الذي يؤدي الى فقدان اعتبار الذات ، وهذا الانموذج يوضحه الشكل رقم (٣) .

ويلاحظ أن هؤلاء الأفراد ما أن يصحوا من عارضة الشرب ، فغالباً ما يواجهون بمشاعر سلبية نتيجة شربهم ، بكوارث تلحق بهم . كأن يفقدوا عملهم وخسارة دراستهم الجامعية أو المدرسية ، وبالانتقادات أو التحقير اللذين يوجهان اليهم . وفي هذه المواقف لا مناص من أن يختاروا إما قبول ذواتهم بارتكابها أخطاء هامة والاعتراف بهذه الأخطاء نتيجة تهالكهم على الخمرة أو تعاطي المخدر ، أو أنهم يدينون أنفسهم ويقرعونها لما أقدمت عليه من آثام (تحقير الذات ولومها) . ودلت الملاحظات السريرية والسلوكية على أن كثيراً من الكحوليين والمدمنين على المخدرات الذين يتسمون

بشخصيات عُصابية يستغلون كل عارضة من عوارض الانسمام الكحولي أو الادماني التي يفرقون في أتونها لتكون لهم فرصة لمعاقة ذواتهم. ولعل صورة المعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تحدث في هذه الديناميكية المعرفية (الفكرية) هي على شكلين؛ في الشكل الأول هو المطلب المطلق الذي بموجبه يقرر المدمن أنه لن يتعاطى المخدر أو المسكر مهما كانت الظروف والموترات التي قد تحقق به حاضراً ومستقبلاً. وحيث أن أمثال هؤلاء لم يسبق أن فرضوا على ذواتهم مثل هذا الجبر العقيدي فإنهم يستنتجون من ذلك أنهم أناس لا قيمة لهم، وهذه المشاعر الدونية والصغارة أتت من هذا الجبر الاعتقادي الذي لا دليل عليه.

أما الصورة الثانية من لا منطقية الأفكار والمعتقد فتصدر عن التفكير الثنائي الفرع، إذ ينظر المدمن الى ذاته إما أنه شارب للخمرة، أو غير شارب. فإذا ما أخذ رشفة خمر أو نشق حفنة من الكوكايين، فإنه والحالة هذه شارب الخمرة أو متعاطي المخدر. لذا نجد أن الخط الفاصل بين الادمان وغير الادمان هو دقيق غير مرن وصلب. فعندما يقرر متعاطي الكحول أو المخدر الامتناع عن تناول المادة التي تعود على تعاطيها، يجد نفسه وقد وقع في ورطة وتعرض للمخاطر، فإن ظل ممتنعاً محجماً فهو بذلك غير متعاط للمخدر أو المسكر، أما إذا مال الى تناولها وأخذ منها جرعة فهو متعاط، وعندما يعطي لنفسه هوية المدمن المتعاطي، فإنه يصبح غير قادر على فطم نفسه والتخلي عن ادمانه.

وعاين كل من مارلات وغوردن (١٩٨٥) الكثير من الدراسات والمعانيات السريرية فاتضح لهما أن هذا التفكير الثنائي Dichotomous reasoning أو الصفة التي يلصقها بنفسه المدمن يزيدان من الاحتمال بأن أية هفوة أو زلة جديدة في العودة الى شرب الخمرة، أو تناول المخدر يترتب عنها الانتكاس الكامل Total relapse وقد سمى أليس Ellis هذه الظاهرة الانتكاسية «تأثير خرق الامتناع أو الفطام عن تعاطي المسكر أو المخدر» abstinence violation effect ، ذلك أنه بمجرد خرق هذا الالتزام في الامتناع نجد عند المدمن عودته الى تعاطي مسرته الادمانية . وما أن يعطي المدمن لنفسه صفة المدمن حتى نجد اليأس والخور يطغيان على نفسه لأنه غير قادر على الهروب من دائه وادمانه .

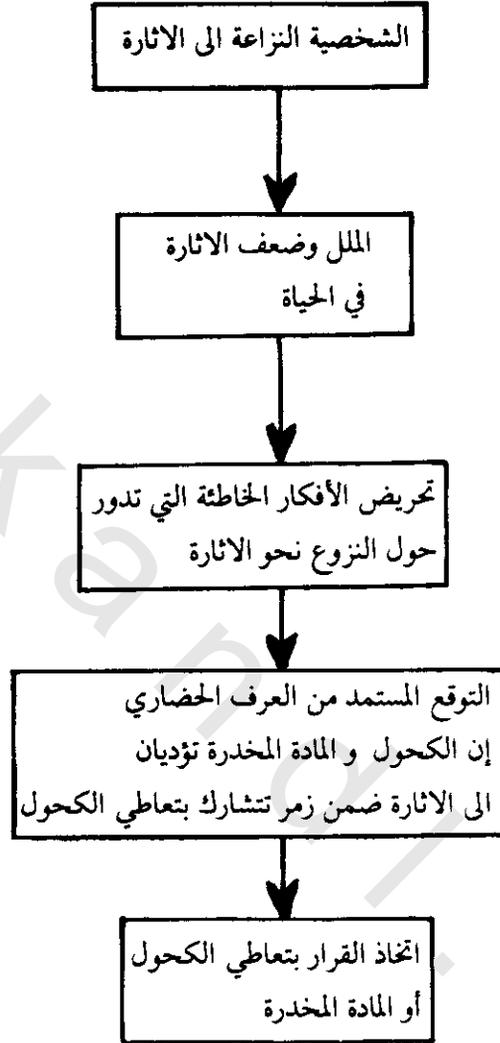
٧ - مطلب الاثارة :

منذ أكثر من ٢٥ سنة لاحظ الباحثون وجود علاقة بين الكحولية والسيكوباتية (Gluek, Mccord 1960) . ويعتقد بعض الباحثين أن السيكوباتية هي الأولية والتي تقود الى الكحولية (Robins 1966) . في حين باعتقاد الآخرين من الباحثين أن اعراض السيكوباتية تنجم عن الكحولية (فيلانت ١٩٨٠) . وفي رأي Schuckitt شوكتيت (١٩٧٣) أن مثل هذه التفسيرات ليست قاطعة إذ أن هناك احتمالين في تفسير هذا التلازم بين السيكوباتية والكحولية ، الاحتمال الأول أن الادمان على الكحول أو المخدر هو عرض لشخصية تتسم بسلوك مضاد للمجتمع ، والاحتمال الثاني أن متعاطي الكحول أو المخدر يظهران أعراضاً مضادة للمجتمع ،

وذلك نتيجة لارتباطهم الأولي بالمخدرات والمسكرات . ووجد فيلانت (١٩٨٣) إن أفراد عينة دراساته من الكحوليين ينتمون الى هذين التصنيفين اللذين ذكرناهما . وهذه النتائج تبدو هامة بالنسبة للمعالج السريري الذي يتعامل مع الكحوليين والمدمنين على المواد المخدرة حيث قد يصادف أن الكثير منهم غالباً ما يكونون سيكوباتيين . فإذا كان المدمن بأصله وتركيبه سيكوباتي فإن ما يتساءله الفرد عن الآلية في السيكوباتية التي تؤدي الى الادمان .

يرى بعض أصحاب النظريات أن السيكوباتي ينزع الى مستويات عالية من الاثارة والرغبة في العيش دائماً في حالة اثارة . وهذا النزوع يكون مصحوباً بضعف في ضبط الذات والسيطرة عليها (Hare 1986) . وتفترض النظرية الانفعالية - العقلانية أن هذا المطلب العالي الاثارة الذي يرنو اليه السيكوباتي وينزع الى الوصول اليه ليس كافياً ليوثقه في حبال الادمان . ولكن إذا ما صاحب هذا المطلب عند السيكوباتي خضوعه لتفكير لاعقلاني يضعف من تحمله للضجر والملل ، ورتابة الحياة ، فإن الادمان وتهالكه عليه سيكون طريقه . ومثل هذا الخليط من السيكوباتية وسيطرة الأفكار اللاعقلانية المضعفة لتحمله ومقاومته للحياة السلبية الخالية من الاثارة هو الذي يخلق عنده ما أسماه أليس بقلق الانزعاج عندما تكون الاثارة في نقطتها الدنيا ويعاني من ضعف تحمل الملل ورتابة العيش . ويضاف الى ذلك توقع هذا السيكوباتي أن الخمرة أو المخدر من شأنها اضعاف هذه المشاعر السلبية . ويشرح لنا أليس هذه الآلية وفقاً للنظرية الانفعالية - العقلانية بالشكل رقم (٤) .

الشكل رقم (٤)
أ نموذج الحاجة الى الاثارة



يتعين على المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلائي - الانفعالي أن يشجع السيكوباتي المدمن على مناهضة تفكيره اللاعقلاني وخطأ

معتقده، أن حياته يجب أن تكون مثيرة خالية من الملل والضجر، وبالتالي تقديم العون له على تحمل روتينية الحياة، والملل والضجر، الانفعالات الملازمة لحياة الانسان .

إن الاستراتيجيات التجريبية قادرة على مساعدة السيكوباتي على أن يتعلم الطرق الأقل تقويضاً وتدميراً في ارضاء واشباع رغباته نحو بلوغ الاثارات وكسر مشاعر السلبية والملل . عليهم أن يتعلموا أن المتعة وقضاء الأوقات السارة من خلال اللقاءات الجماعية التي يتم فيها شرب الخمر والتسامر والعبث لا تكون كنتيجة من نتائج تعاطي الكحول، ولكن أيضاً عليهم أن يتحملوا النتائج الوخيمة من خلال هذه المعاوضة الضارة المؤذية بكسر الملل بمتعة الخمر أو تعاطى المادة المخدرة .