

الفصل الخامس أسلوب تبديل التفكير الادماني

يفترض أسلوب العلاج الانفعالي - العقلاني في علاجه للمدمنين على المسكرات والمخدرات أن الأفكار الهازمة للذات Self-defeating thoughts، وما تستجره حكماً من مشاعر وعواطف وسلوكيات سلبية، هذه الأفكار هي الهادمة للذات وحياة المدمن والمقوضة لأركان معيشته .

ويمكن القول أن التفكير ذاته وليس الشرب هو الذي يقود متعاطي الكحول أو المادة المخدرة إما الى الاقلاع عن هذا الولوج الادماني أو الامعان فيه والاسراف في تعاطيه والغرق في ويلاته وشروبه .

وإذا أمعنا النظر بارشادات وشعارات ومنشورات المؤسسات العالمية لمكافحة المسكرات والمخدرات لوجدنا ارتباطاً مكيناً بين أنماط التبديل للأفكار الآلية التي تراود المدمن وسلطان المعتقدات المهيمنة على تفكير المدمن من جهة والشفاء من الادمان من جهة أخرى .

والشيء البات القاطع في هذا الصدد - وهنا يكمن لب العلاج وجوهه - ان ما يكلم به المدمن ذاته من مقولات حول مشكلته (الأحاديث الضمنية مع الذات)، والمشاعر المنافية التي يجس بها في محاولته للتعبير عن مشكلته الادمانية، والأهم من كل ذلك ما يقوله

عن ذاته (تقويم الذات)، حيال مشكلته هذه الأمور هي جوهر معتقداته حيال المسكر أو المادة المخدرة وهذا ما يحاول العلاج الانفعالي - العقلاني مساعدة المدمن المريض على تبديلها وتغييرها.

في هذا الفصل سنركز على ما نسميه «بالتفكير الادماني» أي معتقدات المدمن وما يحدث به ذاته عن مشكلة ادمانه Self-statements أي بكلمة أخرى سنتكلم عن:

١ - مشكلته المرتبطة بالكحول أو الأدوية الأخرى ذات التأثير الادماني.

٢ - الاضطرابات الانفعالية التي تخلدها المشكلة وتبقيها ناشطة فاعلة اضافة الى الانفعالات المعتورة المشوهة التي تظهر من خلال محاولته تبديل سلوكه الادماني.

٣ - المعتقدات التي يحملها والأحداث التي تدور بينه وبين ذاته عن نفسه.

وقبل الانطلاق في تفسير ما ذهبنا اليه يحسن أولاً أن نعاين بعض الأمور العامة المرتبطة بالتصدي للتفكير الادماني ومناهضته بهدف تبديله، ومن ثم نخرج نحو شرح التقنيات النوعية التي بواسطتها نستعين في تدريب المدمن على تبديل معتقداته الادمانية، وأخيراً سنطرح على القارئ بعض الأفكار الخاصة بالمحتوى النوعي للتفكير الادماني وأنماط مناهضة هذا المحتوى.

١ - قضايا عامة خاصة بالتصدي للتفكير الادماني:

ليعلم القارئ أن التفكير الادماني على غرار الأنماط الأخرى

من التفكير اللامنطقي غالباً ما نراه آلياً لا شعورياً معزز التعلم، ويمارسه المدمن ممارسة مستمرة. وبسبب هذه السمات للتفكير الادماني تبرز صعوبة تبديله وتصويبه ومقاومة تغييره من قبل المدمن، وثمة أمر آخر في هذا الخصوص هو أن الكحوليين وغيرهم من رهوط الادمان على المواد الأخرى غالباً لا يُعَوَّن الارتباط الكائن بين تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكياتهم، لهذا السبب ينصح في باكورة التعامل العلاجي مع المدمن اظهار هذا الترابط الغائب عن منظوره ووعيه.

وهذا الترابط يمكن اظهاره بالمحادثة ومن خلال اعطاء أمثلة حية والخبرة الذاتية التي يعيشها المدمن خلال سياق المعالجة. ونجد في بعض الأحيان أن بعض المرضى يميلون الى التعرف على الآلية النفسية الكائنة وراء تعاطيهم الكحول أو المادة المخدرة. وهذا ما يجب أن ينتهجه المعالج في مساعدة المدمن المريض على أن يأخذ مبادرة مسؤوليته الذاتية في التعرف على الأفكار الهازمة للذات ومن ثم التصدي لها ومناهضتها بهدف تبديلها بأفكار ايجابية معززة لأننا ومقوية للفعالية الذاتية. وغالباً ما نجد أن المرضى يصيهم التقدم إذا ما تم الفات نظرهم الى هذه العملية وتعليمهم اياها.

ولا مرء أن مناهضة الأفكار اللامنطقية المزلقة نحو تعاطي المشروب أو المادة المخدرة وذلك بمنهج منطقي وتجريبي عملي وفلسفي هذه المناهضة تعطي أكلها وثمارها في تصويب البنية المعرفية عند المدمن وتصحيحها.

وفي هذا الكتاب سنعمد الى تبسيط هذه العملية التصحيحية للفكر الخاطيء اللامنطقي وذلك من خلال تقديم أمثلة عن المعتقدات الخاطئة التي غالباً ما يحملها المدمن . وتكون جوهر بلائه بالادمان ، والامعان في تعاطيه وتحليد سلوكه الادماني . وبالطبع فالأمثلة التي سنذكرها لا تعد المثل الذي يحتذى به فتؤخذ كما هي في ميدان التطبيق ، وتطبق على كل حالة ، فهي لا تتعدى كونها أسلوباً توضيحياً ينير الطريق أمام المعالج ليبتدع على منوالها وذلك وفقاً للحالات الفردية المختلفة ، واستناداً الى تحليل المعتقدات الخاطئة التي يحملها الفرد المدمن ، والتي عادة ما تختلف في المحتوى من شخص الى آخر . وعادة ما نجد أن المعالج يفضل الأنماط المختلفة والاعتماد على أسلوبه الخاص واللغة التي يراها مناسبة ، اضافة الى فهمه ووعيه لفردية المريض الخاصة به . وبصرف النظر عن الصياغة الانيقة لتعابير المناهضة للفكر الخاطيء التي يعدها للمريض كيما يستخدمها في تمارينه اليومية ، فإنه من الأهمية بمكان الالتفات الى قدرة المريض اللغوية وأنموذج تفكيره عند هذه الصياغة . وأن التعارض الشديد بين الأفكار المطروحة من قبل المعالج حيال صياغة التعابير المناهضة للمعتقد الخاطيء وبين المتعالج لا تؤدي نتيجة مرضية في هذا الجهد .

يتبنى العالم السيكولوجي الشهير البرت أليس أسلوباً مرناً ودائماً لدحض الأفكار الخاطئة مع الأخذ بالاعتبار التحفظات التي أتينا على ذكرها في صياغة الأسلوب . فالملاحظ وفقاً للخبرات السريرية أن بعض المرضى يظهرون استجابة جيدة ازاء أشكال المناهضة للمعتقد التي تأخذ صورة تعليمية وتوجيهية ، وتدريسية في

حين نرى آخرين يبدون استجابة آنية للتمارين البيتية المعطاة لهم ،
ويستفيدون منها ، وآخرون وهم عادة يجدون الفائدة عند فهم خداع
وتضليلات تقويماتهم وتأويلاتهم . وثمة مرضى يتقنون ممارسة تبديل
الحديث مع ذواتهم كوسيلة مضادة لمعتقداتهم الخاطئة المتصلبة .
ونافذة القول أنه من الأهمية بمكان أن يشرح للمرضى بطريقة مباشرة
ومفهومة ارتباط أفكارهم بمشاعرهم وسلوكياتهم . وأن تبديل السلوك
هو منوط جوهرياً بفهم هذا الترابط اولا ، وثانياً بتبديل التفكير الذي
يؤثر على السلوك والعاطفة معاً .

يلجأ المعالج الى اظهار للمرضى كيف في مقدورهم ايقاف هذا
السلوك التخريبي وذلك من خلال تبديل التفكير الأخرق اللامنطقي
الذي يعزز فيهم السلوك الادماني واثارة الانفعالات السلبية الممضة .
تتم عملية مناهضة الأفكار اللامنطقية المؤذية مباشرة وبصورة نوعية
وذلك من خلال مراقبة عواطف المرضى في الجلستين الأولى والثانية .
وهنا يسأل المعالج المريض عن مشاعره في لحظة مناهضة أفكاره
الخاطئة ومن ثم يحاول الكشف عن تفكيره . ومثل هذه الخبرة الأنية
تقدم دليلاً للمعالج على هذا الترابط بين التفكير والانفعال
والسلوك .

ويجدر الذكر هنا أنه من المفيد جداً أن يسرد المعالج للمريض
خبراته والحالات العلاجية التي عالجها وأمثلة التي توضح لهذا الأخير
هذا الترابط وبصورة تعليمية . وعندما يطرح المعالج مثل هذه الأمثلة
والشواهد عليه أن يسأله دائماً فيما إذا شعر أو فكر بمثل هذه الأمثلة ،

وهذا من شأنه مساعدته على الاستبصار بتفكيره ومراقبة ما يطوف في ذهنه من أحاديث مع الذات وأفكار خاطئة لم يسبق أن وعاهها سابقاً .

على المعالج أن يشجع المرضى على التحدث مع ذواتهم بأمور تتعلق بشرب الخمر أو تعاطي المادة المخدرة، ومن المفيد أيضاً في أغلب الأحيان تزويد المتعالج ببعض المعايير للحكم فيما إذا كان تفكيره حساساً أو غير حساس، أي بتعبير آخر منطقي أو غير منطقي .

ويمكننا هنا الأخذ بقواعد العلامة مولتسبي Moultsby الخاصة بالتفكير المنطقي (مولتسبي ١٩٧٩) حيث سنحاول تعديلها نسبياً، وهذه القواعد هي التالية بخصوص التفكير المنطقي :

أ - يقوم على حقائق .

ب - يساعد الناس على حماية أنفسهم من أذى محتمل الوقوع .

ج - يساعدهم على تحقيق أهدافهم القصيرة والطويلة المدى .

د - يساعد على حمايتهم من اثاره الخصومات والصراعات مع الآخرين .

هـ - يسبغ عليهم الاحساس بالمشاعر الايجابية التي يرغبونها .

ونجد في بعض الأحيان أن نفرأ من المرضى المدمنين يجدون بعض الصعوبات في الأخذ بالقواعد الأنفة الذكر . وهنا يجدر بالمعالج أن يطبق هذه القواعد على تفكير المرضى من هذا القبيل . والمهم بالنسبة للمرضى أن يكتشفوا قدرتهم في التعرف على تفكيرهم الآلي، ومن ثم اختباره فيما إذا كان حساساً ومساعداً معيناً . وأخيراً العمل

على تبديل هذه التفكير الآلي الأوتوماتيكي اللاشعوري بتفكير أكثر نفعاً وإيجابية . وبالطبع إن هذه العناصر الأساسية في تحليل التفكير والتعرف عليه يجب أن تكون موضوع تمارين وتدريبات متكررة ينفذها المتعالج بإرشاد المعالج ليصل الى القناعة بضرورة تغيير تفكيره الآلي واستبداله بأخر أكثر نجاعة واغناء ونفعاً كيما يبدل أيضاً مشاعره التي يتحكم تفكيره بنوعها .

ويحسن بنا الآن بعد هذه النظرة المفصلة الخاصة بتحليل البنية المعرفية (التفكير) ، والقواعد الناظمة في اعادة تركيبها وتبديلها، أن نعاين الأمور العامة (الاعتبارات) الخاصة بعملية مناهضة الأفكار المؤذية المعرفية لتعاطي الخمرة أو المادة المخدرة والممكن أن يعتمد عليها المعالج في باكورة التفاعل العلاجي .

١ - بما أن مناهضة الأفكار المنافية هي جوهر العلاج الانفعالي - العقلاني لذا فإن من الأهمية بمكان الاسراع في التعامل مع هذه الأفكار وذلك بالتعرف عليها وتحديد هويتها ونوعيتها وبالتالي تبديلها بأحاديث مع الذات ايجابية تبذل هذا التفكير الكحولي الادماني . إن هذا ما يساعد في خلق التوقع باستمرار هذه العملية والانخراط بعمق في العملية العلاجية من جانب المتعالج وبالتالي يكون أكثر استفادة من هذا العلاج .

٢ - يباشر بالمناهضة لتلك الأفكار المنافية في الجلسات الأولى العلاجية وذلك عن طريق الاظهار للمريض المتعالج الارتباط التفاعلي الكائن بين الأفكار والانفعالات والسلوك أو الفعل ، وما أن يتم التعرف على الأفكار الخرقاء الخاطئة التي تثير النزوع نحو الشرب

أو تعاطي المادة المخدرة حتى تبدأ معركة هذه المناهضة وتتعمق أذيات تلك الأفكار.

٣ - هناك العديد من التقربات والاستراتيجيات الممكنة الأخذ بها لمناهضة الأفكار المؤذية والتي تتضمن الحوار والتقربات التي تستشعر المتعالج بها. والملاحظ في الممارسة السريرية أن معظم المعالجين أصحاب الخبرات في هذا الميدان يوجدون نمطاً خاصاً من التفاعل مع المرضى بهدف تعظيم وتصعيد عملياتهم الكفاحية النضالية ضد أفكارهم الإدمانية. وبالطبع ننبه هنا إلى أهمية كون الاستراتيجية المعتمدة مرنة متوافقة مع مشكلات المريض ومشاعره وقدرته اللفظية.

٤ - كما تكون عملية المناهضة مقنعة بالنسبة للمتعالج يتعين إشراك المريض بهذه العملية بأسرع ما يمكن. ويكون هذا الانخراط خلال الجلسات حيث يتم سبر الأفكار الآلية اللاشعورية النوعية وعلاقتها بالانفعال والسلوك الراهنين. وعملية الكشف هذه يمكن أن تتم من خلال التخيل، أي الطلب من المتعالج أن يتخيل آخر موقف أو عارضة شرب للكحول وبواعثها وكيف كان يحدث نفسه في الموقف الباعث للتوتر قبل إقباله على شرب الكحول أو ما يتوقعه من شرب نتيجة مشكلة.

ويمكن القول أنه نتيجة للعادات الفكرية المترسخة النزاعة نحو تعاطي الكحول وما يترتب عنها من مشاعر وسلوك متصلبين وبالتالي مقاومة كل تبديل لهذا النموذج من التفكير والشعور والسلوك من قبل المريض المتعالج، فإن هذا الأخير قد يستفيد

من المناهضة المقنعة الحية (Dryden 1984, Ellis 1985) .

٥ - في بعض الأوقات يواجه المعالج أن محاولاته الرامية الى ابراز أفكار المريض (من خلال المحادثة والحوار) المضعفة لذاته ولارادته لا يصيبها النجاح . وهنا يفضل أن يسأله فيما إذا كان مصيباً في تعامله معه من أجل مصلحته وفائدته ونفعه، وأمثال هذا المريض يكونون عادة من الطبع العنيد الصلب، المعارض والمتسم بالعدوان السلبي الموجه لكل سلطة . وأن الامعان في اقناعه بعقلانية عمل المعالج يزيده مقاومة وعناداً . ولعل في مثل هذه الحالة أن يعود المعالج الى الوراثة قليلا حيث الأسس . . فيستعرض أهداف المريض عند التماسه العلاج، ويراجع معه العقابيل السلبية التي نجمت عن تعاطيه الخمر في الماضي، وما سيواجهه مستقبلا من هذه العقابيل، وأيضاً محاسن ضبط ذاته وتناول كميات أقل من الكحول أو الاقلاع عنه نهائياً . وأخيراً أن يعرض عليه مناهضات لأفكاره اللاعقلانية بسيطة وعملية بطريقة غير مباشرة . ومرة أخرى على المعالج أن يتحلى بالصبر ولو كان يتكلم مع المريض بما هو في مصلحته . وعليه أن يكون مقنعاً في العرض والشرح والتحليل بحيث يهيء الجوول للمريض أن يتبنى في نهاية الأمر مسئولية مناهضة أفكاره المدمرة لذاته بنفسه .

٦ - هناك بعض مرضى الكحولية أو المخدرات يتوقعون من العلاج الكشف عن متاعبهم بحيث يستطيعون فيما بعد الاستمرار في تناول الكحول تناولاً عادياً سوياً، فإذا كان المعالج يتعامل مع مريض يعالج خارج المستشفى (مثلا في مركز رعاية الصحة

الأولية) ويشرح له أهداف العلاج واجراءاته فإن مثل هذا التوقع يجب اعادة تصحيحه .

٢ - استراتيجيات مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية :

في رأي ديجيوسبي (Digiuseppe 1986) أن عملية تبديل معتقد المتعالج المدمن هي معقدة لأنها تتطلب تحقيق الأهداف الثلاثة، الهدف الأول هو خلق تكريه فكري كبير عند المتعالج وذلك من خلال حشد براهين تثبت هذا التكريه (براهين فلسفية ومنطقية وتجريبية عملية) لمعتقداته الخاطئة، والهدف الثاني هو أن يبرهن المتعالج أن أفكار المتعالج الخاطئة لا تحل مشكلته، بل هي أفكار مضلة. والهدف الثالث اعادة تركيب البنية المعرفية عند المتعالج من خلال خلق معتقد صائب والبرهنة أن هذا المعتقد الجديد القويم هو الذي يقدم له النفع العلاجي وفيه من البراهين الايجابية ما تدحض المعتقد الخاطيء الذي كان يحمله .

وفي وسعنا الآن أن نطرح تسع استراتيجيات لتكون في عداد ترسانة المتعالج حيث بواسطتها يمكنه تحقيق الأهداف الثلاثة الأنفة الذكر:

١ - يناهض المتعالج الأفكار اللاعقلانية الخاطئة لاطهار ضلالها المنطقي .

٢ - يحاول المتعالج الافتراض أن المعتقد الزائف هو حقيقة ومن ثم يفتش عن الاستدلالات والشواهد التي تؤكد صحة هذا المعتقد، وتختبره تجريبياً .

- ٣ - يساعد المعالج المتعالج على أن يختبر قدرة المعتقد الخاطيء الزائف على تفسير حوادث الحياة الهامة، أي بتعبير آخر هل المعتقد الخاطيء يتضمن ارتباطاً دقيقاً بالحوادث؟
- ٤ - يساعد المعالج المتعالج على معرفة فيما إذا كان التمسك بالمعتقد الخاطيء يساعده أم يلحق به الضرر.
- ٥ - تكرر الخطوات من واحدة الى أربع مراراً تكراراً لمساعدة المتعالج على بلوغ الاعتقاد أن تفكيره الخاطيء هو فعلاً خاطيء زائف ومدمر للذات.
- ٦ - يساعد المعالج المتعالج على بناء معتقد منطقي جديد كبديل عن المعتقد الخاطيء.
- ٧ - يفتش المعالج عن معتقدات جديدة صائبة بهدف دحض وهم المعتقد الخاطيء.
- ٨ - يسعى المعالج الى استخلاص الاستدلالات من المعتقدات المنطقية الصائبة ومن ثم يختبر هذه الاستدلالات لاطهار فيما إذا كان المعتقد الصائب يقود الى تكهنات أكثر دقة حيال الحوادث الخارجية من المعتقد الخاطيء.
- ٩ - يقدم المعالج العون الى المتعالج كيما يتنبأ كيف أن التحول الى معتقد جديد صائب منطقي يؤثر على سلوكه، ومن ثم يعاين فيما إذا كانت تبديل السلوك هو الأكثر نفعاً وفائدة من السلوك الناجم عن المعتقد الخاطيء.
- من ناحية أخرى يطالعنا فريمان (Freeman 1987) بالتقنيات التالية التي يمكن اعتمادها والأخذ بها لمناهضة أفكار المدمن الخاطئة:

أ - المساءلة عن البيّنة والبرهان: يعاين المعالج البرهان المنطقي أو التجريبي فيها إذا كانت أحاديث المتعالج مع ذاته هي حقيقة أم خلاف ذلك .

ب - المعتقدات المدمرة للأنا: يساعد المعالج المريض على ادراك نتائج توقعاته المبالغ فيها والمضخمة .

ج - الموازنة بين المحاسن والمساوىء: يطلب المعالج من المتعالج اعداد لائحة بمحاسن ومساوىء معتقده النوعي الخاطيء الذي يتعامل معه ويؤمن به .

د - تحويل السبيء الى ميزة: يحاول المعالج البحث عن الأمور الجيدة المستحسنة التي تخرج من الحادثة السيئة وتفرز منها .

هـ - إظهار التشويه وتسميته: يعلم المعالج المتعالج تسمية وتأطير نوعية العمليات الفكرية اللاعقلانية المشوهة ويساعده على ادراكها ووعيتها .

و - المعنى الفطري: عند المرضى معان خاصة للكلمات وأن لفت نظر المعالج الى أن المعنى هو شيء عُرفي، الأمر الذي يساعد المتعالج على عدم القناعة والايمان بأفكاره الخاطئة .

ز - إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها: يجهد المعالج على مساعدة المريض المتعالج بتحسين فهمه ونظراته وتأويله للحوادث، وهذا ما يمكن الأخير من التوقف عن أفكاره التي تدم ذاته وتقرعها .

ح - معاينة الخيارات والبدائل: في مقدور المرضى المدمنين الاقلاع عن التفكير الضيق والمتصلب إذا ما نجحوا في اقناع ذواتهم

بوجود طرق مختلفة من التفكير والسلوك ازاء المواقف التي تواجههم .

ط - النتائج الوهمية : غالباً ما يعتقد المدمنون على الكحول أو المخدرات أنهم سيتعرضون الى شيء مخيف إذا ما احجموا عن تعاطي الكحول أو المخدر، على المعالج أن يطلب اليهم تخيل - بدقة - ما قد يحدث لهم، الأمر الذي يساعدهم على ادراك خطأ هذا الوهم، وأيضاً يستطيع أن يوغل في جعل هذا التخيل الكارثي المخيف أمراً ليس فقط غير محتمل الوقوع بل أيضاً ازالة تحسسه منه تخيلياً .

ي - التناقض والمبالغة : هنا يطلب من المتعالج أن يتمادى في فكرته ويبالغ في تخيل وتصور نتائجها حتى نهايتها في التضخيم، وهنا يدرك المتعالج سخف فكرته عند مناقشة هذه المبالغة والتضخيم .

ك - التخيل البديل : يشجع المتعالج على ممارسة استخدام معتقدات منطقية جديدة في مواجهة محرضات موترة مزعجة .

ل - لعب الدور بالكلام : يلعب المرضى أدوار ذاتهم غير المنطقية ويناقشونها لصالح أفكارهم العجاء اللامنطقية مع المعالج ومثل هذا الدور غالباً ما يجعلهم استبصار عدم وجود دعم لهذا المنطق .

م - التكرارات المعرفية : يطلب من المرضى استخدام الأحاديث مع الذات والتعبير الايجابية المنطقية .

٣ - التفكير الكحولي والادمانى :

الكحوليون والمدمنون على المخدرات يعانون من سوء تأويل وتفكير لا منطقي للحوادث الخارجية البيئية، ولعلاقاتهم الاجتماعية وحتى لتفاعلاتهم مع ذواتهم. فهذه التشوهات والاعتقالات والأخطاء الفكرية المعتقدية تتضمن استدلالات واستنتاجات خاطئة تعسفية تكون متضاربة مع الواقع والبرهان والبيّنة، وتتسم بطابع التعميم على الأشياء والحوادث، وبالمغالاة والتضخيم للمعنى أو لأهمية الأشياء النوعية الخاصة، اضافة الى تفكير ثنائي Dichotomous فيرى الكحولي المحيط والعالم من حوله من منظور إطار متطرف. وأكثر من ذلك، فالكحوليون يقومون تقويمياً خاطئاً وغير منطقي للحوادث الخارجية، ويبالغون في استنتاجاتهم السلبية أو أنهم يعمدون الى تعميم المعنى الخاص بذواتهم كأشخاص.

إن العلاج الانفعالي - العقلاني يعلم الكحولي أو المدمن ويدربه (عندما يكون مضطرباً متوتراً) أن ينفذ الى عمق تفكيره اللامنطقي اللاعقلاني كيما يكتشف ما نسميه بالمطالبة المفرطة المبالغ فيها التي تلف مثل هذا التفكير وتكون ملازمة له. فالكحولي أو المدمن يفرض على ذاته تعابير فيها طابع الجبر والالزام مثلاً: يجب should لابد must في تفسيراته لتفاعلاته مع العالم الذي يحيط به ومع ذاته أيضاً. وعلى غرار الأفراد الآخرين يفسر تفسيراً خاطئاً أداءه وانجازاته من حيث الثمين والقيمة لهذه الاداءات والانجازات. بل ويفكر تفكيراً سلبياً كارثياً مع وتيرة عالية من المبالغة حيال يأسه وقنوطه ومشاعره السلبية الحاضرة والمستقبلية أيضاً. وأن الذي يجعل

الكحولي أو المدمن على المخدر يفكر بصورة ما تفكيراً مختلفاً عن الآخرين هو سيطرة المعتقدات الخاطئة حيال ولعه الادماني، وحيال أيضاً مشاعره الانزعاجية، والسيطرة الذاتية والقيمة حيال ذاته. ثم أن التفكير الكحولي ينظر اليه من زاوية عدة مواضيع متفاعلة متداخلة، فعدد كبير من الكحوليين يجربون مشاعر الضيق والكرب بفعل معتقداتهم المذنبية للذات، الهازمة لها أمام اغراءات الخمرة أو المادة المخدرة.

ثم بعد مضي بعض الوقت على العلاج نجد أن المرضى يعيشون خبرات لا تكيفية اضافة الى النظر نظرة خاطئة غير صحيحة الى مشاعر الانزعاج التي تلم بهم وتتأبهم فيبدلون جهودهم لتغييرها أو تبديلها. وأخيراً ما أن يفلح هؤلاء المرضى بايقاف المشروب والشرب ويتغلبون على تفكيرهم الخاطيء حينئذ نراهم وقد بدأوا يركزون على مشاعرهم المشوهة لآليات تعاملهم Coping مع الحياة اليومية، ويحسون بمشاعر الضعف والصغارة والدونية لأن تعاملهم ضعيف ناقص غير فعال. وبالطبع فإن هذه السلبية وتلك الصعوبات تصدر بالدرجة الأولى عن تفكيرهم اللاعقلاني الخاطيء حيال قيمة الانسان، وعن ما يفرضون على ذواتهم من مطالب بصيغ جبرية بما يجب أن تكون عليه حياتهم كأفراد وبشر، ومن خلال تدني الشعور بقيمة ذواتهم Self-worth، وسيطرة قلق الذات يترتب عنها الانتكاس.

ولفهم أوضح لما أتينا على ذكره سنتناول بالتفصيل في هذا الفصل التصانيف الرئيسية الثلاثة للتفكير الكحولي مع سرد أمثلة،

ومن ثم طرح بعض المناقشات والأحاديث مع الذات المناهضة للمعتقدات الخاطئة، وسنعرض أيضاً بعض سمات وخصائص التفكير الكحولي فيما بعد.

المعتقدات الخاطئة التي يؤمن بها ازاء الكحول:

ما أن يتنامى ويتزايد حجم شرب الكحول عند المدمن حتى يتزايد أيضاً المعتقد الخاطيء وضلال التفكير حيال الكحول. وهذه الضلالات الفكرية والمعتقدات المؤذية الخاطئة تأخذ شكل الأفكار الآنية الآلية وذلك رداً واستجابة على المحرضات، والمنبهات الانفعالية، أو المواقف الخارجية البيئية التي تثير النزوع نحو شرب الكحول وتخلق الآلية التي سبق وشرحناها في الشكل رقم (١) السابق، اضافة الى وجود بعض الافتراضات التحتية العاملة في اللاشعور حول محاسن الكحول التي يجنيها من وراء احتسائه وما يكلفه تبديل السلوك والعادات من جهود مضمينة يتعين عليه أن يكابرها. وأن اللوحة رقم (٦) تعطينا أمثلة عن هذه المعتقدات المضللة الخاطئة ويقابلها الأفكار المناهضة لها.

سمات التفكير الكحولي اللوحة رقم (٥)

١ - الوصف النوعي لهذه السمات:

- آلية لاشعورية لا يعيها المريض المدمن.
- محتوى متصلب غير مرن.
- متعزز، مترسخ التعلم.
- ثنائي الطابع Dichotomous.

- له صفة التعميم واللامنطقية .
- غير تجريبي وفيه طابع المطلق .
٢ - محتوى هذا التفكير والمواضيع التي تطوف فيه :
- الانكار: لا يكون الكحول أو المخدر مشكلة في نظر الكحولي أو المدمن .

- الكحول أو المادة المخدرة هما الأسلوب الأمثل والأفضل لحل المتاعب والمشكلات النفسية الانفعالية .
- تحمل ضعيف للاحباط، وحاجات محددة ذاتية لمستويات عالية من الاثارة والمسرّة .
- قلق الانزعاج، يتعين تجنب جميع المشاعر السلبية بأي ثمن كان .
- تبديل السلوك الادماني هو صعب جداً لذلك يدرك المدمن أنه يائس بئس عديم القيمة الذاتية .
- يشوب تفكير المدمن مشاعر ذم الذات، والاثم والحجل لأنه مدمن .

يبدو انكار وجود مشكلة عند المريض المدمن الجزء الرئيسي من هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة التي ذكرناها . ويتضمن هذا الانكار الاعتقاد بانتفاء وجود مشكلة عند المريض، وشكل ما من المعتقد الملتوي الذي يضعف الوعي عنده بأهمية المشكلات أو ذم الآخرين أو بوجود سوء حظ يجانبه مع ظروف سيئة تحيط به . ثم إن الأفكار التي تنجذب نحو تعاطي الكحول أو المادة المخدرة عادة ما ترتبط بمسألة انخفاض تحمل المريض للاحباط .

وكثيراً ما نجد أن الكثيرين من الكحوليين يستمرون في تعاطي

الشرب، رغم ادراكهم ومعرفتهم الحقة أن الكحول يؤدي صحتهم البدنية والنفسية وينكب حياتهم الاجتماعية، ويعطل رزقهم. والذي عادة يمنعهم من الارتداد والاقلاع عن سلوكهم الادماني هو معاناتهم لمشكلة قلق الانزعاج ومنغصات التوقف عن تعاطي المسكر أو المخدر.

ونجد عدداً من الافتراضات التحتية أو الخرافات حول الكحول وهذه الخرافات هي معتقدات حول ما يفعله الخمر في شاربه. فكثير من الناس وبخاصة أولئك الذين تعوزهم المهارات التعاملية الاجتماعية مع الغير، أو ينجلون، يميلون الى الخمرة أو المخدر لأنهم يعتقدون أنها مزيلة لخلجهم الاجتماعي أو تجعلهم في علاقاتهم الاجتماعية أكثر نجاحاً وتكيفاً. ولعل مرد هذا الى اعتقادهم الخاطيء طبعاً، انهم لا يستطيعون تحمل معاناة الانزعاج الذي يتأق في محاولاتهم للتغلب على خلجهم أو قلق الرفض بدون عون المخدر أو المسكر. وناحية أخرى وهي تتعلق بالتعلم الاجتماعي، ان الذين يتعاطون الكحول يعتقدون أن كل فرد في بعض الجماعات أو الرهوط الاجتماعية الاقتصادية يشرب بكثرة لذا فإذا كان يرغب أن يكون من أعضاء هذا الرهط فعليه اذن أن يحاكيهم في شرب الكحول.

وأكثر من ذلك هناك معتقد شائع بين المدمنين إن المدمن يصنف في عداد الرجولة المكتملة، وثمة خرافة معتقد آخر بصدد الكحولية أن المدمن يزيد من قدرته وسيطرته الجنسية خلال الجماع الجنسي. وخرافة أخرى أن الكحول هو حاجة ضرورية للاسترخاء

وازالة التوتر النفسي .

اللوحة رقم (٦)

المعتقدات الخاطئة الشائعة حيال الكحول والمخدرات
وتقابلها البدائل المنطقية الصائبة

المعتقد الخاطيء	المعتقد العقلاني الصائب المناهض للأول
١ - شرب الخمر أو تعاطي المخدر ليس مشكلة اطلاقاً بالنسبة الي حتى لو فقدت السيطرة على ذاتي مرة لفترة بسيطة ، هناك أشخاص آخرون الذين لديهم مشكلة بالطريقة التي أشرب فيها .	١ - إن فقدان السيطرة هو أول علامة لبدء المشكلة ، وإذا كان شربي يُعد مشكلة هامة بالنسبة للآخرين فعاجلاً أو آجلاً سأكون أنا ضحية المشكلة .
٢ - أحتاج الى شرب الخمر كيميأسترخي .	٢ - هناك وسائل أفضل وأكثر صحة للحصول على الاسترخاء .
٣ - أنا لا أتحمل ما لا أستطيع أن أحصل عليه ، إذ أن هذا الأمر قاس شديد الثقل على نفسي .	٣ - قد لا ترغبه ولكن تحملت حرمانه في الماضي ويمكنك الآن أيضاً تحمل هذا الحرمان .
٤ - الوقت الوحيد الذي أشعر فيه مرتاحاً هو عند ما أكون منتشياً بالخمر .	٤ - قد يكون قاسياً ان أتعلم الارتياح والغبطة اجتماعياً بدون تعاطي المخدر أو الخمر ، إلا أن معظم الناس يكونون مرتاحين منطقيين بدون تعاطي المخدر أو الخمر .

المعتقد الخاطيء	المعتقد العقلاني الصائب المناهض للأول
٥ - من الصعب جداً إيقاف الخمر والامتناع عن شربه، أتحمل فقدان الأصدقاء والملل والضجر، ولكن لا أشعر إطلاقاً بالارتياح بدون الخمرة أو المخدر.	٥ - بينما أخسر بعض الشيء بفعل اقلاعي عن الخمر أو المخدر، ويأخذ ذلك من وقتي وجهدي ولكن إذا لم أقلع عنه فإن نتائجه وأخطاره ستكون أسوأ بكثير مما أفقده.
٦ - الناس الذين لا يشربون الخمر أو لا يستطيعون شربه يخربهم الاحباط ويقضي على سعادتهم.	٦ - أين البرهان على هذه المقولة؟ حاول أن تجالس وتستفسر من أولئك الذين لا يشربون فيها إذا كانوا فاقدى السعادة ويعانون الاحباط لأهم لا يشربون.
٧ - حالما تتوقف عن شرب الخمر أو تشعر بالنشوة بفعل تأثير الخمر ستجد أن كل شيء انتهى، انك ستعود الى حيث بدأت، وأن جميع جهودك التي بذلتها ستفقدك الى فشل تام، ومرة تكون فيها مخموراً عليك دائماً أن تكون كذلك.	٧ - إن الهفوة أو الزلة تكون خبرة تعلم جديد نحو الشفاء والمعافاة، والهفوة ليست فشلاً، ولكن نكسة تشعرك بضرورة معرفة الاتجاه الصحيح السليم الواجب أن تسلكه وهذا هو خيارك.

ومما لا شك فيه أن مناهضة تلك الأفكار والخرافات حيال تأثيرات الخمرة ومنافعها الوهمية الزائفة هذه المناهضة غالباً ما تكون فعالة ومجدية كخطوات علاجية أولية في مساعدة المدمنين على تبديل سلوكهم الادمانى وعاداتهم الضارة المؤذية لصحتهم في جميع أبعادها. ومن أخطاء معتقدات الكثير من الكحوليين أن المواقف التي تشير كرههم وتوتراتهم النفسية أفضل ما تعالج بشرب الكحول. وبالطبع

فإن ما هو غير المنظور التحتي في هذه الرغبة هو المعتقد الخاطيء القائل أنه يتعين عليهم تناول المشروب لازالة التوتر والكرب، وأن مقاومة هذا المعتقد ومحقه يستوجبان اعادة تأطير Reframing الحاجة «كرغبة» أو مسألة تفضيل، وبالطبع ولا إنسان يحتاج الى شرب الكحول بصرف النظر عن المقدار الذي يحتاجه .

وغالباً ما نجد أن حاجات الكحولي مرتبطة بقلق الانزعاج الذي يفرضه ما يجب أن يحصل عليه . والملاحظ أنه في كثير من الظروف والمناسبات يتحمل الكحوليون الاحباط لعدم تعاطيهم المشروب عندما يرغبون في ذلك، وأن ما ذكرناه من مقولات مناهضة في اللوحة (رقم ٦) تبدو ناجعة في معاكسة النتائج السلبية لتعاطي المشروب .

وفي مقدور المعالج أن يربط ذلك بفكرة المتعة الطويلة المدى أو القصيرة المثيرة للرغبة نحو الكحول Cues والمنشطة للمعتقد الخاطيء بالحاجة الى الشرب، وأن طالب المشروب لا يتحمل عدم اشباع هذه الحاجة، نقول يمكن أن يربطه بالمقابل بالنتائج الوخيمة التي تترتب على استمراره في شرب الكحول، وهذه النتائج الوخيمة على المدى الطويل لا تكون اطلاقاً في صالح المدمن .

وأن لجوء المعالج الى اتخاذ الحوادث الكارثية التي ألت بالمدمن نتيجة تعاطيه الكحول مثل حوادث الطرقات والطرود من العمل، والخصام الزوجي هذه الحوادث تكون بمثابة مرآة تعكس للمدمن وتثبت في وعيه نتائج شرب الخمر التي غالباً ما يسعى الى انكارها وتجاهلها وعدم ربطها بشرب الخمر . وهنا يمكن للمعالج تبصير

المدمن بافكاره الخاطئة حيال حاجته للخمر وقدرته على عدم تحمل الامتناع والكف عن تناوله، في مقدور المعالج أيضاً معاكسة الخرافات الثقافية الشائعة السائدة عن مشكلات الكحول بصورة مباشرة ومقرونة بالشواهد الحسية، وبخاصة في باكورة العلاج، وهذه المعتقدات الخرافية غالباً ما تزود بأرضية العمل لعملية الانكار والنكران.

في بعض الأحيان يواجه المعالج مدمنين يعتقدون أن العلاج العقلاني والتبرير هما نفس الشيء. فينكرون وجود مشكلة ادمان عندهم لأن «الرجال الحقيقيين» يفترض أن يشدوا بالوثاق والرباط. فجميع رجال الأعمال الذين يشغلون مناصب ذات مسؤوليات (رؤساء التنفيذ) يشربون الخمر مع الطعام، أو يتناولون الجعة للاسترخاء بعد يوم مضمّن موتر. وليعلم المعالج أنه وراء هذه المقولات التي ينطق بها المدمن توجد أحاديث خاصة لا واعية مع الذات التي تنشط عندما لا يتوفر الكحول عند المدمن ولا يكون في متناول يديه. ومثالنا على الحديث مع الذات المنشط لشرب الكحول هو: أنه لأمر مخيف وشيء لا يحتمل بالنسبة لي أن لا أجد مشروباً أو التوقف عن تناوله. ويحسن بالمعالج أن يطلب من المرضى الكحوليين اعطاء البرهان على صحة هذه المقولة أو المعتقد، وفي مقدور المعالج أن يظهر للمدمن أن تبديل سلوك الشرب سيعود عليه بفوائد جمة غير منظورة. ولعل أهم منطق خاطيء يتعين مناهضته ومكافحته قد يحمله الكحولي ويؤمن به هو أن تبديل سلوكه الادماني هو أمر مستحيل. وليعلم الكحولي والمعالج معاً أن المفاهيم المنطقية الرامية

الى تعزيز السيطرة على الذات، والتوقعات الايجابية نجو تبديل السلوك الادماني هما عناصر أساسية وجوهرية في العلاج الفعال.

وغالباً ما يجد المعالج من خلال نقاشه العلاجي مع المريض المدمن أنه يعرف وجود عدد من الشاربين للخمرة تمكنوا من الكف عن شربه والسيطرة على ذواتهم، وهذا أمر يجب أن يستغله المعالج لمقارنة سلوكه مع هؤلاء بغية حفزه دوماً على الابقاء على امتناعه عن الخمرة أو السيطرة المستمرة على نزوعه نحو الخمرة. مثال «أنظر الى خالد الذي ذكرته لي الذي استمر يشرب لمدة عشرين سنة ومع ذلك أفلح عن تعاطي الخمر وتخلص منه، وبدل سلوكه تبديلاً جذرياً، فلماذا أنت لا تكون مثله، وما الذي يمنعك من السيطرة على شرب الكحول؟

وفي بعض الأحيان يستحسن أن يلجأ المعالج الى عدم التركيز على صعوبات الكف عن الشرب التي يواجهها المدمن بينما يلح كثيراً أن يثبت في ذهنه مضار الخمرة ونتائجها السيئة على صحته البدنية والعقلية وحياته الاجتماعية وعمله وعلاقاته الأسرية والزوجية وغير ذلك من السلبيات التي تترتب عن الاستمرار في تعاطي الخمر. وغالباً ما يحتاج المدمن المتعالج الى تذكيره بالنتائج السلبية لشرب الخمر بطريقة مقبولة لا تتضمن طابع التحقير أو الاذلال، بحيث يرى أن الأمر هو ضمن خياراته. فاما أن يستمر في الشرب لتدمير حياته بكل أبعادها، أو استرداد حياته محترماً معافى، فعلا في المجتمع. وهنا يتعين على المعالج أن يبذل قصارى جهده ويضع كل ثقله العلمي لجعل المدمن المريض يختار طريق الكف والاقلاع عن

المخدر أو المسكر. وليعلم المعالج أنه في تعامله مع الكحوليين النشطين في الشرب، قد يختار طرقاً أخرى مثل ادخاله المستشفى الخاص لفظمه عن الشرب أو المخدر لفترة معينة يضاف الى ذلك اعداد برنامج لاعادة تأهيله، أو زيادة الجلسات العلاجية أو الأخذ بجميع هذه السبل. وهنا يستطيع المعالج أن يؤكد للمدمن المريض أنه إذا اختار طريق معاناة النتائج التي تترتب عن تبديل السلوك وليس الامعان والمضي في الشرب وما يؤول اليه الأمر من نتائج كارثية ما حقة تلحق بالمدمن، فإنه بلاشك سيلقى من المعالج كل دعم واهتمام.

وما من شك ومن خلال الخبرات السريرية الطويلة لن يجد المعالج من المدمنين المتعالمين ما يفيد بالقول أن ايقاف شرب الخمر هو عملية سهلة يسيرة. ومع ذلك فإن معظم المدمنين الجادين في العلاج يفلحون في التغلب على نزوعهم وسلوكهم الادماني. وأن ما كانوا يتصورونه سابقاً أمراً مستحيلاً أو صعباً جداً، يجدونه خلاف ما كانوا يتوقعون. واستناداً الى القرار البدئي الذي سيتخذه المعالج المدمن حيال الكيفية التي يرغبها في تبديل سلوكه الادماني، يكون من المناسب النصح العملي الواقعي حيال الطريقة التي يمكن أن يتبعها المتعالج لتجنب الكحول. ويتحقق هذا المطلب بالسير المتزامن مع مناهضة الأفكار اللاعقلانية المضعفة للكف وفق الأسلوب العلاجي الذي يتكلم عنه هذا الكتاب، أي العلاج الانفعالي - العقلائي، وبالاستنارة بالطريقة التي ذكرناها في اللوحة رقم (٦) من مناهضة تلك الأفكار.

وليعلم المعالج أن الخطوة الأولى لتعلم مثل هذه الاستراتيجيات العملية هي محاكاة أولئك الذين أفلحوا في الاقلاع عن المخدر، إذ من خلال الانصات الى هؤلاء والسماع منهم الطرق التي اتبعوها في الجهاد ضد نزوعهم الادماني، وجعل المريض المدمن يحتك بهم ويعاشرهم بهدف العلاج من شأن ذلك انجاح الاستراتيجيات العلاجية واكسابها الزخم العلاجي اللازم. هناك استراتيجية أخرى تقضي بالاستعانة بقوة التخيل، ففي مقدور المعالج حث المدمن المتعالج وتشجيعه على تخيل النتائج الكارثية التي تترتب على ادمانه، مثلاً تخيل ما حدث له في آخر شرب والنتائج التي تترتب على ذلك وما يمكن أن يحدث له مستقبلاً ان تكرر شربه.

وأكثر من ذلك فإنه من المفيد جداً أن يشجع المتعالج على قراءات علمية يجددها له المعالج تتناول أضرار الخمر صحياً وعقلياً، ومن ثم يطلب منه أن يتخيل بعد جلسة استرخائية، ما قرأه من أضرار مع التشديد على الإيحاء الذاتي (التنويم الذاتي) المعزز لهذه المخاوف، كما ويطلب منه أن يعد لوائح يكتب عليها وبجمل كبيرة مقتضبة أضرار الخمر، وتعليقها على الجدران في الأماكن البارزة في عمله أو داره (الاشراط المنفر السلبي تجاه الخمر) ويطبق هذا البرنامج لمدة ١٥ يوماً إضافة الى الاستراتيجيات الأخرى الواردة في هذا الكتاب، فمثل هذه الأساليب العلاجية المتعددة الجوانب، إذا ما تم تطبيقها بعناية وبفعالية مع توقعات ايجابية من جانب المتعالج، فإنها تعزز بعضها بعضاً وتعطي نتائج جيدة (محمد حجار ١٩٨٨م)، وتخلق ردعاً قوياً منفراً ضد الكحول. ويكون من النافع أيضاً

تسجيل أضرار الخمرة على شريط صوتي وأن يسمعه المتعالج كل يوم ثلاث مرات، وبخاصة إذا استخدم هذا الشريط خلال جلسة استرخائية وتنويم ذاتي Self-Hypnosis (محمد حجار ١٩٨٨) لمدة ١٥ يوماً. وللدرك المعالج أن معظم الناس الذين يتسمون باضطرابات نزوعية غالباً ما يفشلون في تخيل وتصور النتائج السلبية لسلوكياتهم ويحتاجون عادة الى كثير من التمرين لتنمية هذه المهارة التخيلية.

ومن التقنيات التخيلية العلاجية أيضاً هي أن يُطلب من المتعالج تخيل مواقف سبق وأثارت عنده النزوع نحو الشرب، ومن ثم يعاين ويرصد بخياله ما يدور في خلدته وتفكيره من أفكار خاطئة نزاعة نحو الشرب مثل «يتعين عليّ أن أشرب» ومن ثم نطلب منه أن يناهض هذا المعتقد بقوة وبفعالية بحيث يبدل هذا المعتقد الخاطيء بما يجعله يرفض الشرب. ومن الأهمية بمكان أن يتجنب المتعالج المدمن الأفراد المدمنين والأمكنة والأشياء التي كانت مقترنة بالمشروب، وهذه النصيحة العلاجية قد تكون صعبة التطبيق والأخذ بها من قبل المدمن المتعالج نظراً لأن هذه النصيحة تفرض عليه تحويل علاقاته الصداقية نحو أشخاص جدد، وخلق صداقات جديدة. ومن المناسب أن يخصص المعالج بعض الجلسات لارشاد المدمن على كيفية اختيار الصداقات الجديدة. وقد يتطلب هذا الأمر أن يسير عند المتعالج معتقداته الخاطئة وانفعالاته المضطربة حيال البدء بالنشاطات الاجتماعية، ومن ثم مساعدته على دحض هذه المعتقدات غير الصحيحة وتصويب وترشيد هذه النشاطات.

أما المرضى الذين يشكون في مخاوف اجتماعية، ويبقون

بعيدين عن خلق صداقات جديدة، ويظلون على صداقاتهم القديمة، فإن العدوى الاجتماعية تتغلب على جهودهم الرامية الى الكف عن شرب الخمر أو تناول المخدر، وهذه حقيقة يجب أن يضعها المعالج نصب عينيه، وينبه المتعالج الى هذه الناحية الهامة، أي بتعبير آخر يتعين على المعالج أن يشجع المتعالج المدمن على ازالة هذه السلبيات الاجتماعية المنشطة والمخلدة لتعاطي المشروب أو المخدر.

وثمة أمر هام هو أن يتعلم المريض المدمن أن يمتلك كل القوة الذاتية بالامتناع عن تعاطي المشروب في الحفلات التي يقدم فيها المشروب وفي المواقف الأخرى الجديدة بحيث ينسق مع ذاته باللجوء دوماً الى مناهضة أي نزوع أو أفكار تهدم مقاومته نحو الخمرة أو المخدر. ومن المناسب أن يتدرب المتعالج تخليلاً على هذه المواقف التي تثير فيه النزوع نحو الشرب مسبقاً ومقاومة أفكاره النزاعة نحو تعاطي الخمر وذلك كاجراء تطعيمي وقائي ضد الخمر أو المخدر. وإننا إذ نذكر للمعالج الطرق العديدة التي يمكن أن يطبقها في هذا الميدان العلاجي، فعليه ألا يلجم ابداعاته الذاتية في ايجاد سبل أخرى مماثلة وتنساق وفق الأسس العلاجية التي ذكرناها والتي تؤدي الى تكريره المدمن على الخمر أو المادة المخدرة، وتبديل سلوكه الادماني حين تعرضه لمحرضات مثيرة لنزوع الشرب أو تعاطي المخدر. ولعل من أهم مميزات المعالجة الثقافية المنفرة للخمر أو المخدر التي يقدمها المعالج للمريض المتعالج، وثقيفه بالطرق والأساليب العلاجية السلوكية المقرونة بالتدريبات اليومية أنها تخلق عند المتعالج المهارات الذاتية لعلاج نفسه بنفسه، وخلق القدرات الذاتية وتفجيرها كيما

يساعد نفسه وبقواه الذاتية على انتشال ذاته من مستنقع الادمان وأضراره. ويعزز مثل هذا التعليم الذاتي خبرات النجاح التي يلمسها المتعالج وتكون من نتاج جهوده الشخصية المقرونة بإرشادات المعالج، وهذا هو سر عظمة العلاج المعرفي السلوكي ولغز نجاحاته. فالمتعالج يظل خلال مدة العلاج يعيش خبرات التبديل من خلال الجهود الذاتية التي يبذلها والتي تنعكس عليه بمزيد من الثقة بالذات وتقوية الأنا وتطوير الفعالية الذاتية (محمد حجار ١٩٨٨م).

وعلينا كمعالجين أن نشجع المرضى المتعالمين وبخاصة أولئك الذين يواجهون يومياً الصعوبات الحياتية أن يتعايشوا تماماً مع قرارهم بالامتناع عن تعاطي المشروب أو المخدر وأن يستعينوا دوماً بأولئك الذين يدعمون هذا الامتناع.

٤ - طرق الوقاية من النكس:

في بعض مراحل العلاج من المناسب بل والحكمة تقتضي ذلك أن يتطرق المعالج الى قضية الانتكاس مع المريض. وعندما يحاول المتعالج تبديل سلوكه الادماني ويفشل في ذلك فإن مزيداً من الأفكار الخاطئة اللاعقلانية حيال الانتكاس الذي يعانيه المريض تزيد من تعقيد حالته وتنشط. فمثلاً يعتقد المريض خاطئاً أن هذا الفشل لا يمكن تصليحه وأنه واقع لا محالة في نزوع نحو الشرب لا يمكن كفه أو لجمه. بل وقد ينشط الحديث السلبي الذاتي الذي يقول لذاته فيه «تبديل السلوك هو أمر صعب جداً، وأن الانزعاج الذي يواكب المحاولة بايقاف الشرب، ومن ثم الفشل في تحقيق هذا المطلب

والعودة ثانية الى محاولة أخرى أمر يشق عليّ تحمله والسير فيه ، وقد
أسمى مارلات (١٩٨٣) هذه الظاهرة الناكسة بتأثير خرق قرار
الامتناع عن الشرب .

وحيث أن المدمنين عادة ما يتتابهم التفكير الثنائي المتناقض ،
فغالباً ما ينظرون الى ذواتهم إما أنهم مدمنون أو غير مدمنين ممتنعون ،
فهم في أحد هذين التصنيفين يقعون ولا يوجد حد ثالث بين هذين
الحدين . فإذا كان لا يشرب فهو ممتنع ، وأما إذا كان يشرب فهو
شارب غير ممتنع ، ولذلك فلا جدوى من حتى المحاولة بايقاف
الشرب . إن مثل هذا التفكير المنقسم الثنائي الحدين يجعل من
الانتكاس كبير الاحتمال . والكف عن رشفة خمر أو أكثر يتسم
بصعوبة أكبر ، لهذا تبدو الحكمة النظر الى كل اغراء نحو الشرب هو
محض محاولة وتجربة . إذ قد تخسر مرة المعركة مع ذاتك وقد تربحها في
المرة الأخرى . وإذا قيص أن خسرت مرة وطاوعت ذاتك ونزوتك
بأخذ كأس خمر فيجب الا ينظر الشارب الى ذاته أنه مقهور باستعداد
تركيبى الى أنه سيفشل أيضاً في المرة الثانية ، بكبت نزوعه نحو الخمر
ولجمه . بل بالعكس على المعالج أن يظهر للمتعالج المريض المدمن
أنه يستطيع أن يتعلم في كل رشفة تنزع نفسه الى أخذها الأسباب
التي أدت الى الاستجابة لنزوع الشرب ومن ثم محققها وازالتها أي
التعامل مع النزوع من جديد وبأسلوب جديد لقهره .

وبالطبع عندما ينتكس المريض فيشرب ناقضاً قراره بالامتناع
والكف عن الشرب ، حينئذ يتعين مناهضة الأفكار التي واكبت التأثير
الذي خرق الامتناع . ولا داعي اطلاقاً للتشاؤم واليأس من جانب

المعالج والمريض معاً حيال هذا النكس، فقصص كثير من المدمنين أبانت لنا أن الكثير من الانتكاسات والتعثرات رافقت مسيرة علاجهم في الاقلاع عن الخمر أو المخدر حتى الوصول الى ثبات في الكف والتخلص من الادمان. ويحسن أن يظهر المعالج للمريض هذا السير عند كثير من مرضى الادمان خلال علاجهم، لذا فإن الهفوات والزلات بمطاوعة النزوع نحو الشرب لأمر ما يجب الا يفرض تبديل هدف العلاج ألا وهو الوصول الى التخلص من الشرب أو المخدر. ولا أن تعطي هذه الهفوات العابرة البرهان للمتعالج أنه غير قادر على الوصول الى ذلك الهدف في المحاولات المستقبلية الأخرى، شريطة أن يعقد العزم على أن يبذل جهداً أكبر ويستبصر استبصاراً أكثر بأسباب هذا النكس وبالتالي ازالتها بالصورة التي شرحناها في هذا الفصل. إن هذا كله يعني أن المريض لم يصل بعد الى الهدف المنشود ويتعين عليه أن يعمل بجهد أكبر ويناضل بعزيمة أكثر قوة ليتخطى الصعوبات النفسية والمعرفية التي تعيق وصوله الى ذاك الهدف.

إن بعض المرضى يعترضهم الاحباط من جراء انتكاساتهم فيلتمسون علاجات أسهل وذات تأثيرات سحرية ليتخلصوا من آفة الادمان. وحيث أنه لا توجد طرق سحرية سهلة لتبديل السلوك الادماني المتأصل الجذور، العميق التربة فإنه يتعذر على هؤلاء العثور على العلاج البديل الذي يتصورونه ويصبون اليه.

ومرة ثانية ننبه الى أهمية تثقيف المدمن المتعالج حول واقعية التخلص. من أية عادة والعثرات التي تصاحب هذا التخلص، ومن المناسب أن يشرح المعالج للمتعالج ما أتينا على ذكره مما أسميناه

«التأثير الخارق للكف أو الامتناع عن الشرب» وذلك قبل أن يداهمه النكس وذلك للحفاظ على زخم اندفاعه فلا يعتريه اليأس بفعل ما يعتقد أنه الامتناع التام أو الشرب وعدم القدرة على الامتناع (التفكير المنقسم الثنائي عند المدمن)، وليشرح له أنه قد يفكر بالشرب إذا وجد نفسه في موقف يغريه بالشرب فلا يقاوم، وأن اللوحة رقم (٧) تعطينا مثالا وأنموذجاً لأنماط التفكير القاهر للذات الذي يقود الى هفوة الشرب ثانية.

اللوحة رقم (٧)

التفكير القاهر للذات الذي يؤدي الى النكس
والتفكير المعاكس المناهض للأول

التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس	التفكير القاهر للذات
١ - رغم أن عدم الشرب هو صعب علي بالتأكيد إلا أنني صمدت في وجهه فامتنعت ساعات بل وأياماً وأساييع وبإمكانني أن أستمر في التصدي له والصمود في وجهه، علي الأ أسوغ لنفسي بحاجتي الى ما أرغب تحقيقه، وفي الوقت الذي أرغب أن أشرب، إلا أنني لا أرغب بالعقابيل المؤذية التي تترتب عن تلبية هذه الرغبة.	١ - الامتناع عن الشرب هو قسوة ما بعدها قسوة، أنا عاجز على تحمل ما امتنع عنه.

التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس	التفكير القاهر للذات
<p>٢ - لم يصدف أن مات انسان نتيجة الملل والسأم وفي الوقت الذي أرغب بمزيد من الاثارة في حياتي إلا ان ثمن استمرار الصحبة مع رفاق الشرب والخمرة هو العودة الى الشرب ثانية، فإذا كنت حقاً بحاجة الى اضعاف الملل والسأم عليّ أن أجد منافذ جديدة المبددة للسأم وما أكثرها في الحياة.</p>	<p>٢ - احتاج الى مزيد من الاثارة في حياتي، أشعر بالكرب الشديد لأنني لم أشاهد رفاقي في الشرب وهذا أمر يزعجني، سأذهب لأتمتع برفقتهم في منهل الشرب ولكن سوف لن أشرب.</p>
<p>٣ - أين البرهان الذي يدل على أن امتناعي عن الشرب يجعلني صغيراً لا وزن لي ولا قيمة، وأن الذين يشربون هم أصحاب القيمة أو الجاه؟ انا لا أستطيع أن أركض فأقطع ميلاً واحداً بأربع دقائق، وإذا كنت عاجزاً عن ذلك فهل هذا يعني أنني ضعيف فاقد اعتبار الذات؟ وفي الوقت الذي لا تبدو لي الأشياء كبيرة بالصورة التي أتصورها فلا نفع من ذم ذاتي، والاشفاق عليها، بل بالعكس إن مثل هذا الحديث مع الذات السليبي يجلب عليّ الكدر والسوء وسيء الى حالتي، لأ تذكر آخر مرة شربت فيها، هل أسبغ هذا</p>	<p>٣ - أنا مسكين فقير حقاً يجب أن أكون صغيراً لا وزن لي ولا قيمة بفعل امتناعي عن شرب الخمر، في الوقت الذي يتمتع الكثير فيه، لا شيء يجري في الطريق الصحيح بالنسبة اليّ، فما نفع ذلك إذن؟ كيف في مقدور الشرب أن يجعل من حياتي سوءاً؟</p>

التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس	التفكير القاهر للذات
<p>الشرب على حياتي شعوراً أفضل أو أنه دفعني ذاك الشرب الى مزيد من الشرب والامعان في تعاطيه الأمر الذي وضعني في موقف سيء .</p> <p>٤ - الواقع أنني أكره الأسلوب الذي يعاملونني به، عليّ أن أمسك نفس وأتعلم ذلك، ولكن معاقبتهم بالطريقة التي أفكر بها هي ليست المناسبة الملائمة، ثم من الذي يُعاقب إذا ما لجأت الى شرب الخمرة؟ أنا الذي أعاقب نفسي .</p> <p>٥ - شرب الخمرة لا يمنعي من الخروج عن طوري والتصرف الأرعن الأحمق والشرب يرميني في آخر الطريق لأكون في موضع عبث الناس، والاحتقار، فالانزعاج والكرب يمكن ازالتهما بدون اللجوء الى الشرب، فالبشر لا يخرجون عن طورهم بمجرد أنهم لم يحصلوا على ما يرغبون .</p>	<p>٤ - يتعين الا يعاملوني بهذه الطريقة، سأريهم من هو المدير أو الرئيس، سأضع حداً لهم، ما عليّ إلا أن أغرق نفسي بشرب الخمر حيث سيجدون أنه لا مفر من الاعتذار والتأسف على صنيعهم ضدي .</p> <p>٥ - أشعر بالانزعاج الشديد والضيق، إذا لم أشرب، سأخرج عن طوري، أنا متأكد أنه من الأفضل أن أكون غموراً على الخروج عن طوري .</p>

لا توجد حتمية في أن الهفوة أو النكسة العابرة يترتب عنها حدوث كارثة . وأفادنا غرينوود (١٩٨٥) بأن الانتكاس حالما يحدث، فإن أفضل ارشاد يتلقاه الناكس الذي ارتد الى الخمرة هو أن يقبل

هذا الواقع وأن يناضل من أجل أن يستقيم ثانية، ويعود الى ضبط سلوكه الادمانى من أن يذم الناكس المريض نفسه ويلوم ذاته، ويباشر على التوبالبحث معرفياً عن التفكير المسبب للناكس كيما يتصدى له، ويناهضه وبالتالي يحقه ويزيله، وليس العودة الى الوراء الى الماضي.

يرى كل من مارلات وغوردون (١٩٨٥) أن الانتكاس هو نتيجة العوامل المعرفية والموقفية Situational and cognitive، وأن اللوحة رقم (٨) تمثل لائحة للاستراتيجيات المانعة للانتكاس. يتضمن منع الانتكاس مساعدة الكحولي المتعالج تعلم التعرف على المواقف التي تعد مخاطر تهدد بالانتكاس، ومن ثم التعامل معها، اضافة الى تعلم التوقعات الأكثر واقعية، أو تامين النتائج الناجمة عن العودة ثانية الى شرب الكحول كأسلوب يتعود عليه المريض كيما يتعامل تعاملًا متصدياً ناجحاً مع مثل هذه المواقف.

وليعلم المعالج أن منع الانتكاس يتضمن تطبيق استراتيجيات نوعية وشاملة كلية، ومن بين الاستراتيجيات العلاجية النوعية التي أوصى بها كل من مارلات وغوردون هي:

١ - التدريب على ضبط الذات ومراقبتها كيما يتعرف المريض على المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس، وبالتالي ايقاظ النزوع نحو الشرب.

٢ - التدريب على تقنيات الاسترخاء.

٣ - اغناء التخيل الفعال.

٤ - التدريب السلوكي وتوليد الأفكار الايجابية اللذان يمكنانه من التعامل بنجاح مع المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس.

٥ - النقاش التعليمي الثقيفي عن التأثيرات الطويلة المدة التي قد تجذب المريض نحو تعاطي الخمر.

٦ - التعاقد السلوكي مع المريض كيما يخفض من سلوكه الذي يعرضه لمخاطر الانتكاس.

٧ - تكرار وحفظ على ما يجب أن يفعله حينما ينكس على عقبه فيشرب.

٨ - اعادة بناء بنيتها المعرفية Cognitive Restructuring لوقايتها من تأثير خرق قرار الامتناع عن شرب الخمر الذي يمنع المريض من المحاولة ثانية لتبديل سلوكه الادماني ويدفعه الى الامعان بشرب الخمر بدون ضبط ولا قيد.

ويرى أيضاً كل من مارلات وغوردون (١٩٨٥) إن تلك الممارسة ضمن اطار استراتيجيات ضبط الذات الأكثر شمولية هي أيضاً تعد من الطرق المانعة للانتكاس . وأن هذه التقنيات أو تلك الاستراتيجيات هي مفيدة في اعداد المريض المدمن لمواجهة المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس (العلاج الواقعي التمنيحي) وبالتالي رفع مستوى تحمله للاحباط.

ويما أن الانتكاس ذاته غالباً يتضمن عنصر الخلاعة نحو المسرة الذاتية، لذا فإن مارلات وغوردون يؤمنان بأهمية أنموذج الحياة المتوازن القائم بين الملزمات التي يفرضها المريض على ذاته shoulds، والمسرة الذاتية «أي الرغبات Wants» لأن مثل هذا الانموذج المتوازن بين الرغبات واللتزميات يقدم الوقاية الأولية من الانتكاس . وعلى

هذا يطلب من المرضى المدمنين المتعالجين رصداً كتابياً لنشاطاتهم اليومية وتقويمها وفق مكوناتها من حيث الرغبات واللزوميات . والهدف من ذلك هو زيادة النشاطات المسلية للذات والسارة لها وليس تضمينها بما يهزم الذات ويقهرها Self-defeating . واطافة الى ذلك يشجع المريض على ايجاد سبل متعية بديلة عن الخمر، وعادات حسنة ايجابية . وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات أيضاً التعلم على وصف بدقة الولوج أو الدوافع «كإشارات إنذار» بحيث حالما يشعر به المدمن المتعالج عليه أن يتصدى له بالكلام الذاتي العقلاني المناهض وبثبتي الانتباه أو بالتجنب، وبالنشاط المعاكس . وأخيراً باتخاذ القرار الواعي المستوحى والموجه من مصالح المريض على المدى البعيد . ومن خلال مساعدة المريض على اجراء توازن في أنموذج حياته الجديدة والتعامل مع نزواته التي تدفعه الى شرب الخمر حالما تظهر في ساحة تفكيره بهدف تعزيز الصمود واغناء الذات وتقويمها وليس بالايحاءات والأحاديث القاهرة للذات ، فإن الظروف والشروط التي تقود الى الانتكاس يمكن تجنبها .

اللوحة رقم (٨)

تقنيات منع الانتكاس والوقاية منه

- التعرف على المواقف الخطرة التي تثير النزوع نحو الشرب .
- تنمية استراتيجيات التعامل الناجح مع تلك المواقف مثل الاسترخاء، والالحاح على الذات بالامتناع عن تناول الشرب في هذه المواقف .

- إعادة بناء التفكير المعرفي وصياغته من جديد في حالة حدوث التأثير الحارق لقرار الامتناع عن الشرب بحيث تكون هذه الصياغة الجديدة تقوم على الاعتقاد أن الهفوة أو الزلة باحتساء الخمر ثانية ليست انتكاسه بل زلة أو هفوة عابرة سرعان ما يمكن تجنبها ثانية بدراسة الموقف الذي أحدث هذه الزلة، وإعادة بناء التفكير الذي يناهض المعتقد الخاطيء المسئول عن هذه الزلة .

- العمل على خلق أسلوب جديد من الحياة قائم على التوازن بين اللزوميات shoulds والرغبات Wants بحيث تكون الأخيرة هي الأكثر هيمنة في هذا النمط الجديد بينما الأولى تكون في حدها الدنيا .

- إعادة التفكير بالقرارات المتخذة والأهداف أي النتائج القصيرة المدى مقابل النتائج البعيدة المدى في مسألة الامتناع عن الخمر أو المخدر .

- خلق عادات جديدة ايجابية أو بدائل بحيث تنحو الميول نحو ارضاء الذات بالمسرات وليس بالأحاديث مع الذات وبالطرق التي تقهر الذات، أي خلق الفعالية الذاتية وانتهاج الطرق التي تقوي الذات وتصلب من فعاليتها .

- التعامل مع الانتكاس بالأساليب السلوكية القائمة على لعب الدور والتكرار Rehearsal التي تدعم الايجابية والمناهضة لعوامل الانتكاس الخارجية والمعرفية (التدريب السلوكي اليومي) .

- العمل على التعامل مع الانتكاس بأسلوب مخطط .

٥ - مناهضة المعتقدات الخاطئة الخاصة بالانفعالات المضطربة :

تدل الخبرات السريرية (Ellis 1988) أن مرضى الادمان على المخدرات والكحول تعتر بهم العديد من المعتقدات الخاطئة أو ما يمكن تسميته بالأفكار المضطربة حيال خبراتهم وتجاربهم الانفعالية . وهذه الاضطرابات بجزء منها تندرج ضمن تصنيف قلق الانزعاج الذي سبق وشرحناه في الفصول السابقة والذي يصدر عن المعتقد بكون الاحباط هو أمر مخيف كرهه ولا يمكن تحمله ، لذا يجزم المريض ويعقد العزم على ألا يصيبه ثانية، ولا يدعه ينفذ الى نفسه . ومن المعلوم أيضاً أن كثيراً من الكحوليين والمدمنين على المخدرات يعانون ويخبرون مثل هذا النوع من القلق حيال كثير من الانفعالات المضطربة، إذ يظهرون الخوف من الانزعاج الانفعالي ويسعون الى تجنبه وتجنبه والمصحوب بانفعالات سلبية مثل الغضب والشعور بالذنب والاكتئاب . وعادة لا تتعدى وسائل دفاعهم تعلم تكرار محدود لبعض الاستراتيجيات التعاملية غير الفعالة ضد هذه المشاعر السلبية القوية . كما وأنهم يتعاملون مع كثير من المشكلات الانفعالية باللجوء الى الخمر والكحول، وبفعل هذه السبل التي يتخذونها كوسائل لازالة مشاعرهم السلبية يمكننا الافتراض أن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يشكلون قلق الانزعاج ويكون هذا القلق يشغل بالهم ويهدد أمنهم النفسي عندما يتوقفون لسبب ما عن تعاطي المشروب أو المخدر، أو عندما يواجهون العاطفة السلبية . ولا مراء أن الهدف الرئيسي للعلاج يتركز في تقديم العون لهم بغية تبديل آلية التعامل الأساسية التي يتمسكون بها عندما يواجهون

المتاعب الانفعالية وهي اللجوء الى شرب الخمر أو تعاطي المخدر، لذا فإن العلاج يكون في تدريب المدمن على الأخذ باستراتيجيات تعاملية بديلة مع المصاعب الانفعالية . وحالما يدرك المتعالج المريض وجود طرق تعاملية مع المتاعب غير اللجوء الى الشرب أو المخدر حينئذ يمكن للمعالج أن يثير مع المتعالج مسألة القلق والخوف اللذين يعدان بخبرة انفعالية حتمية أمام المشكلات القوية .

وعادة يوصف الكحوليون بالأفراد الذين يتسمون بسلوك اندفاعي في ردود أفعالهم الانفعالية . ورغم أن هذا الوصف لا يأخذ صفة التعميم على كل الكحوليين، إلا أن الكثير منهم هم على درجة كبيرة من الرد الانفعالي العنيف وتعلموا مع مرور الوقت أن يخافوا من انفعالاتهم .

في بعض الأحيان يشق على الكحوليين وصف حالاتهم الانفعالية القوية . وكما تتم مناهضة الانفعالات السلبية مناهضة فعالة والتي تولدها الافكار اللاعقلانية الخاطئة، لابد من تحديد هذه الانفعالات وأن تكون واضحة في وعي المريض المتعالج . ومن المفيد في بعض الأحيان مساعدة المريض على تطوير لغته ليحسن التعبير الدقيق عن انفعالاته وعواطفه (زيادة مفردات اللغة) هذا الى جانب التشجيع الكثير والدعم النفسي مما يعطي للمتعالج وبصورة غير مباشرة الأسلوب في مناهضة انزعاجه حيال علاجه صراحة، ويعلمه أن الحياة ليست مفروشة بالورود وعليه مواجهة مشكلاته وأن الانزعاج الحاصل يمكن أن ينحل لوحده على المدى الطويل .

من ناحية أخرى يمكن تعلم المريض الزبون أن مشاعره مستمدة من طبيعة الانسان وتركيبه كإنسان، لذا فهي حتمية التكوين والوجود، وبخاصة عندما يمر المريض في طور إعادة التكيف الطبيعي الذي يحدث نتيجة التوقف عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر، إضافة الى الاثمان الأخرى التي يدفعها الاجتماعية والعاطفية المصحوبة نتيجة الشرب.

ثم ان تشجيع المتعالج المدمن على التحدث عن مخاوفه حيال الانزعاج من مواجهة عواطفه وانفعالاته، هذا التشجيع يكون معيناً ومفيداً. ويجد المعالج في بعض الأحيان أن نقرأ من المدمنين المتعالجين يصنفون ذواتهم متبلدي العواطف، بينما نجد أنهم عندما يتكلمون عن مواقفهم الحياتية وسلوكياتهم نجدهم على نقيض ذلك يتسمون بانفجارات انفعالية، وبثورات الغضب الشديد حيال احباطات زهيدة تتابعهم، إضافة الى اصابتهم باكتئابات من حين الى آخر عندما يفكرون بمشكلاتهم، يمكن تدريب هؤلاء على مناهضة الخوف من الانفعال جنباً الى جنب مع تعليمهم طرق التدبر بالانفعال ذاتياً بحيث يتمكنون ليس فقط من السيطرة على مخاوفهم من الانزعاج حيال عواطفهم المضطربة ولكن أيضاً يتعلمون التدبر بالاضطرابات الانفعالية لتكون خفيفة. إن اللوحة رقم (٩) تشرح لنا مختلف أنواع المعتقدات الخاطئة المصاحبة للاضطراب الانفعالي ويقابلها الأحاديث مع الذات المنطقية العقلانية المعاكسة والمناهضة لتلك المعتقدات.

إن الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية المعتورة المضطربة والتي نجدها عند كثير من المدمنين على الخمر أو المخدر ترافقها عادة

مشكلات ناجمة عن الغضب المفرط غير الملائم والعدوان، إضافة الى وجود قصص حياتية متسمة بالضعف والفقير في التعامل مع الشدات والتوترات والقلق .

ومن الأهمية بمكان أن يشرح المعالج للمريض نظرية ABC المفسرة للعلاج الانفعالي - العقلاني (Ellis 1988) بحيث يربطها بالمواقف والانفعالات وذلك خلال عملية العلاج، ومن خلال تدريب المريض على التحليل الفكري الذاتي وفق نظرية ABC وكيف تتم عملية مناهضة الأفكار، فإنه من المناسب اما استخدام العناصر التي تبرز خلال المعالجة أو العوارض من episodes (جمع عارضة) الانفعالية التي عاناها المريض في الأيام القليلة الماضية من العلاج .

وبالطبع فإن مناقشة هذه العناصر الانفعالية بصورة مباشرة وبأكبر قدر ممكن من التفاصيل، وفي الوقت نفسه تشجع المريض على وصف الأحاديث التي كان يحدث بها ذاته عندما كان يشعر بتلك العناصر الانفعالية، فإن هذا كله من شأنه أن يزود بالمعلومات الآنية الملائمة لمناهضة تلك الأفكار التي ولدت الانفعالات . ومثل هذه الأمثلة التي يخلقها المعالج في الجلسة العلاجية من خلال شرح نظرية ABC وأسلوب التعرف على الأفكار الخاطئة وما يرافقها من انفعالات ترتبط بهذه الأفكار، فإن المعالج يتخذ من هذا التدريب العملي ليكون مثالا نافعا في المستقبل القريب عندما يستمر المريض في مواجهة المثيرات (المنبهات) الموقفية والانفعالية الناجمة عن التفكير الخاطيء اللاعقلاني الخاص بشرب الخمر أو تعاطي المخدر.

ولا نبالغ القول أن التقنيات المناهضة والتقربيات العلاجية الخاصة بالتعامل مع الانفعالات مثل الغضب والقلق والتوتر الانفعالي هي موضحة تمام الوضوح في الممارسة لفن العلاج الانفعالي - العقلاني .

اللائحة رقم (٩)

المعتقدات الشائعة الخاطئة حيال الانزعاج الانفعالي والمعتقدات البديلة المناهضة لتلك المعتقدات

المعتقد البديل العقلاني المناهض	المعتقد الخاطيء
١ - لا أرغب أن أكون متزعجاً طبعاً ولكن أستطيع أن أقاوم الانزعاج .	١ - أن أكون متزعجاً هذا أمر مرعب لا يمكن تحمله .
٢ - مشاعري هي في الواقع غير سارة ولكنها ليست خطيرة على صحتي .	٢ - هذه المشاعر خطيرة، قد أخرج عن طوري ويختل عقلي منها فلا أشفى أبداً .
٣ - المشاعر السيئة وغير السارة لوحدها لا تجبرني على تعاطي الشرب إذا ما اخترت طريق الامتناع عن الشرب .	٣ - إن المشاعر التي تتتابني هي خطيرة إذ قد تجبرني على تعاطي المشروب .
٤ - أين البرهان على أن الحياة بدون شرب ولا أدوية مخدرة أو مهدئة تبدو دائماً سهلة ومريحة؟ وعليّ وهذا أمر طبيعي ومنطقي ، أن أتوقع أن تتتابني	٤ - يتعين عليّ ألا أتعامل مع هذه المشاعر المزعجة ، وقبل كل شيء إما أن أشرب أو أن لا أشرب .

المعتقد الخاطيء	المعتقد البديل العقلاني المناهض
٥ - يجب عليّ أن أضبط ذاتي في كل الأوقات .	المشاعر السيئة والكدر في الوقت الذي أسعى لتبديل سلوكي الادماني . ٥ - لا أستطيع أن أكون قادراً على ضبط ذاتي في كل الأوقات وبصورة مطلقة ولكن إذا ما تعرفت وحددت الأمور التي تزعجني، وحاولت أن أتعلم وأفكر بصورة أكثر حساسية فبإمكانني تبديل مشاعري السلبية .

٦ - مناهضة المعتقدات الخاطئة حول الذات :

ما من شك أن من العوامل الهامة والرئيسية التي تعقد بل وتعيق استخدام العلاج العقلاني - الانفعالي عند الكحوليين أو المدمنين هي المعتقدات الخاطئة حول الذات . ومن جملة هذه المعتقدات الخاطئة الاعتقاد بصغارة الذات وانحطاطيتها نظراً لتعاطيهم الخمر أو المخدر، وضعف الأداء، وعجزهم عن التعامل مع المشاعر القوية الجامحة تعاملًا ناجحاً . وأمثال هؤلاء إذا طلبنا منهم أن يقوموا ذواتهم ويثمنوها نجد عندهم الميول القوية نحو التقويم السلبي . وليعلم المعالج أن الأفراد الذين لديهم قصة ادمان مزمنة ويعانون من اختلاطات ناجمة عن هذا الادمان يتعين عليهم أن يبدلوا معتقداتهم المحقرة لذواتهم إن أرادوا أن يقلعوا عن ادمانهم ويتغلبوا على عادة الادمان المؤذية الضارة .

يمكن تشجيع المتعالجين بصورة مباشرة على الحديث عن ذواتهم والقيمة أو المرتبة التي يصفون بموجبها ذواتهم وذلك عن طريق طرح الأسئلة عليهم والحوار المرتبطين بما يكلمون ذواتهم عن أنفسهم وبخاصة في المواقف التي تدعو للاجتماع. ففي بداية الجلسات العلاجية يمكن أن يضمن المعالج اجراء نقاش عام مع المتعالج عن ماذا يفكر الكحولي أي الحديث عن سوء التأويل وسوء التصور لذاته وعن ماذا تعنيه مشكلة الكحول بحيث يمكن مكافحة مثل هذه التأويلات والتصورات الخاطئة ومناهضتها^(١). ولتعلم المعالج أن الكحوليين كثيراً ما يماثلون بقية البشر عندما يبدأون بتعاطي الخمر، فكلما أمعنوا وطالت مدة شربهم للخمر تزايدت مشكلات الكحول واختلاطاتهم على جميع الأصعدة (السلوكية والصحية والنفسية والاجتماعية والأسرية)، ومثل هذه المعلومات يمكن استثمارها من أجل مناهضة التصور أو الفكرة التي تقول أن الكحوليين هم لا محالة واقعون في متاعبهم، لا يقدرّون على التخلص من ادمانهم. فهناك آلاف وآلاف الكحوليين الذين استردوا صحتهم وتخلصوا من ادمانهم. وهذا ما يثبت أنه في الوقت الذي يعد الفرد كحولياً، إلا أنه إذا ما عزم على ممارسة التمارين الخاصة بالضبط الاشرطي لسلوكه ونزوعه الادماني، وهذا بلاشك في تناول قدرته وارادته، فإنه سينجح كما نجح غيره من المدمنين في التخلص من ادمانه.

ولابد من التنويه هنا الى مسألة كثيراً ما تزعم الكحوليين والمدمنين على المخدرات هي الاهتمام المفرط المشالي بالسيطرة على

١- راجع الفصول السابقة بهذا الصدد.

الذات. فبعض الكحوليين يصرون على قدرتهم بالتوقف عن تعاطي المشروب إذا ما رغبوا ذلك، ولكنهم لا يرغبون اتخاذ هذا القرار الآن. وهذا الموقف يمكن أن يُعبر عنه بالصيغة التالية: انهم إما يمتلكون السيطرة التامة على ذواتهم أولاً يمتلكونها ومثل هذا الاعتقاد بالذات يجب مقاومته، والتباحث مع المريض حياله. والحوار المناهض لهذا المعتقد حيال الذات هو أنه لا توجد كائنات انسانية تمتلك السيطرة المطلقة على ذواتهم، وعلى الأشخاص الآخرين، أو على الدنيا. وبالتحديد فإن الكائنات البشرية هي ليست معصومة عن الخطأ وناقصة غير كاملة. فالكمال هو لله عز وجل وحده دون سواه، والعصمة من الخطأ هي من صفات خالق الكون. وإذا كان هناك استعداد مسبق لظهور مشكلات بفعل الكحول على أساس كونها بيولوجية، فإن الأمر لا يكون منطقياً أن نعزو الأسباب التي يعانيها فرد يشرب الكحول الى وجود علة في قوة ارادته أو في السيطرة على الذات.

ومن المشاهد أن المعالجين يركزون على مساعدة المرضى على ربط التدبر بمشكلاتهم الكحولية الى عوامل السيطرة الذاتية الداخلية، كأن يطلبوا منهم مثلاً أن يصرحوا كيف يتكلمون مع ذواتهم، وإلى أي حد يتعاملون تعاملًا جيداً وناجحاً مع المثيرات العاطفية والموقفية التي تشجع وتغري بشرب الكحول أو تعاطي المادة المخدرة. وبمعنى أوسع وأشمل كيف يكونون قادرين على اثابة حياتهم بدون الاعتماد على شرب الكحول أو تعاطي الدواء المخدر. وباختصار فإن ما نضيفه بدقة هنا هو أنه بينما يميل المريض الى أن

يربط سبب ادمانه بعوامل خارجية فيجب الا ينسى أيضاً أن يتعلم ربط التدبر باضطرابه بالعوامل والحوادث الداخلية التي لها علاقة بالسيطرة الذاتية بمثل المواقف المتبدلة المتغيرة والجهود الشخصية الرامية الى الشفاء .

وناحية أخرى جديرة بالذكر هي أن المرضى لا يتخذون فقط مواقف تقرهم من الكمال بالنسبة لادمانهم على الخمر وما يرتبط به من مشكلات تتأق عن تعاطيهم لها ولكن أيضاً غالباً ما نجد عندهم مطلباً جبرياً بالنسبة للناس والعالم الذي هو من حولهم . وأن مناهضة «ذاك المطلب المشابه للمطلب الالهي» بطرق متعددة هو أمر علاجي هام . على المستوى المثالي يطلب الكحولي أن تكون لديه «قوى الاله» في السيطرة على الذات . وإذا لم يمتلك مثل هذه القوى فهو إذن انسان محبط لا قيمة له ولا وزن فاقد العون بانس أمام العالم المتخبط . وبالطبع إن مثل هذا المطلب لا يمكن أن يمتلكه فهو انسان وليس إلهاً ، وأن محاولاته الرامية الى اتقان السيطرة على الذات اتقاناً كاملاً مثالياً أو السيطرة على الآخرين ، أو على العالم هي محاولات خيالية عجماء ، بلهاء خرافية لا يكون مصيرها الا الفشل والاحباط واليأس ، وهذا ما يقوده الى لعن ذاته ولومها وذمها وقدحها .

ومن خلال توعية المريض المتعالج الى هذا المعتقد الخرافي (السيطرة التامة والكاملة على الذات أو على الآخرين) ومن ثم اعادة تحديد معنى السيطرة على الذات من التعريف المطلق الى التعريف النسبي ، فإن المعالج يقدم نفعاً كبيراً الى المريض المتعالج .

إن اللوحة رقم (١٠) تحدد لنا عدداً من المعتقدات الخاطئة

والأحاديث مع الذات التي تدور حول ذوات المدمنين وعن مفاهيمهم الخاصة بقوة السيطرة على الذات، ويقابلها الأحاديث مع الذات المنطقية البديلة عن الأولى.

ونوه الى أن الأحاديث مع الذات المناهضة المضادة للوم الذات وذمها هي نوع من فلسفة قبول الذات. ومن خلال تطبيق أسلوب العلاج الفكري - الانفعالي على الكحوليين والمدمنين على المخدرات من المناسب أن ينتهز المعالج الفرصة كيما يثير المسائل المتعلقة بقبول الذات ما أن تظهر خلال المعالجة. وغالباً ما يسمع المعالج من المرضى المدمنين المقولات التي تعود باللوم والتحقير لذواتهم لأنهم لم يبذلوا جهودهم أكثر مما ينبغي من أجل التوقف عن الشرب وفي تعلم التدبير الذاتي بالعلاج الانفعالي - العقلاني أو الفكري.

ومثل هذه المقولات المضادة للذات التي يظهرها المتعالجون خلال سير العلاج تزود بالفرص المناسبة للتحديث مع هؤلاء المرضى عما نسميه بفلسفة قبول الذات التي تقوم على تقويم السمات الشخصية، وأيضاً الأداء والانجازات وليس تقويم ذواتهم بكليتها.

وتدل الخبرات السريرية على أن هذه مسألة تبدو صعبة بالنسبة لكثير من الناس وبخاصة عند الكحوليين ومدمني المخدرات في استيعابها، إلا أنه من المناسب وعلى المدى البعيد، أن يستطيع المتعالج التوقف عن تقويم ذاته وينصب تقويمه على عمله وأدائه وذلك بغرض الحد من اضطراباته الانفعالية مستقبلياً.

ومن ناحية أخرى إن قبول الذات غير المشروط يقدم للمتعالج

في أغلب الأحيان برنامج الوقاية من الاكتئاب الأولي . ونحن نعلم أن الاكتئاب غالباً ما يترافق مع الانتكاس والارتداد الى شرب الكحول، لذا فإنه من المناسب أن يتضمن العلاج الانفعالي - العقلاني مسألة قبول الذات عند المريض المتعالج المدمن .

وعلى المعالج أن يجهد في انتهاز كل فرصة كيما يعلم المريض المتعالج ويرشده الى مناهضة الصاق المريض بذاته أو ادانة نفسه بأسباب الفشل وتحقيرها وذمها وبالأس والفشل . وعلى المعالج أن يحفز المتعالج على التعامل مع المشكلة وليس اتخاذ مواقف سيادة - Mas- tery attitude . فحتى الأشخاص الأكثر حكمة وعقلانية في البشر يدون في بعض الأوقات غير منطقيين . ويكمن مفتاح العلاج وسره هو في تمكين المريض بالتعامل Coping مع انسانيته ولكن بدون ذمها، تقريعها وتحقيرها وكأنه معصوم عن الخطأ، وليعلم المتعالج أن القصة التاريخية للادمان عند المدمن ترتبط بانسان وذلك قبل أن يلج في مشكلات الادمان ومتاعبه واختلاطاته . وسيظل المدمن كانسان غير معصوم عن الخطأ حتى بعد توقفه عن تعاطي مادة ادمانه، لذا فإن تشجيع المريض على اتخاذ موقف تحمل لا خطائه وقبول ذاته من شأنه أن يخفف عنه الكثير من الاختلاطات الانفعالية والصعوبات المستقبلية . ولعل الموقف الأمثل الواجب أن يتعزز في معتقد المتعالج المدمن هو أن يقبل ذاته قبولاً غير مشروط، أي بتعبير آخر أن يقبل ذاته في الخطأ والصواب، في الانتكاس وفي تصحيح الانتكاس، ومثل هذا القبول هو نقطة جوهرية جداً في السير العلاجي نحو الشفاء .

اللوحة رقم (١٠)

المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها

من معتقدات صائبة بديلة مناهضة

المعتقد الخاطيء	المعتقد البديل العقلاني
١ - يجب عليّ أن أسيطر على ذاتي في الشرب أو في تعاطي المخدر.	١ - أشعر بحفز شديد بالتدبر بمسألة شربي للكحول وعليّ أن لا أنسى فأنا لست إنساناً كاملاً .
٢ - الناس الذين ارتكبوا أعمالاً نجيفة تماثل أعمالهم أشخاص سيئون، وسيظلون على هذه الصفة.	٢ - السلوك السيء لا يقابله ولا يعادله شخص سيء . وهذا السلوك السيء هو من خصائص الانسان غير المعصوم عن الخطأ، وعند ذم الذات فكأنك تطلب أن تكون الذات معصومة عن الخطأ، وهذه صفة غير موجودة في البشر.
٣ - لتحظى بقيمة في مضممار مجتمعك يجب أن تكون محبوباً ومقبولاً من كل فرد، وحيث أنني أقلعت عن عادة الادمان لذا عليّ أن أجهد أكثر من أي وقت مضى لارضاء الناس.	٣ - لا يمكنك أن تقوم الفرد بمعيار من يجبههم أو يكرههم، فالمثل يقول ارضاء الناس غاية لا تدرك .
٤ - أنا انسان محطم وفاقد القيمة الذاتية والاعتبار في مجتمعي بسبب ادماي.	٤ - انا لست محطماً ولا فاقد اعتبار الذات بل أنا شخص مخطيء فقط .

المعتقد الخاطيء	المعتقد البديل العقلاني
هـ - أنا مقرر لأن أبرهن لهم من أنا .. سيرون ذلك قريباً.	هـ - أنا لا أستطيع أن أبرهن على وزني وكل ما أفعله سأحسن سلوكي.