

الفصل الثامن

التقنيات السلوكية النوعية التي يستخدمها العلاج

العقلاني - الانفعالي في علاج المدمنين

كما سبق وذكرنا، أن العلاج العقلاني - الانفعالي العام وغير المختص هو في الواقع مرادف للعلاج السلوكي المعرفي (Cognitive behavioral therapy) لذلك فهذا العلاج يستخدم الكثير من الطرق والأساليب العلاجية السلوكية الشائعة الاستعمال التي تطبق على المدمنين على الكحول أو المخدرات (Bellack, Hersen, Ellis 1985).

إن الطرق السلوكية التالية لا تقدم فقط العون والمساعدة للمدمنين لكي يقلعوا عن إدمانهم وشفائهم منه، ولكنها أيضاً تضعف إلى حد كبير منطقهم وتفكيرهم اللاعقلاني غير الصحيح وما يصاحب عادة مثل هذا التفكير الخاطيء من انفعالات وعواطف منافية.

نذكر هنا بعض التقنيات العلاجية السلوكية التي يمكن أن يأخذ بها المعالج الذي يتبع أسلوب العلاج العقلاني - الانفعالي في ميدان علاج الإدمان بأشكاله المختلفة.

١ - ازالة التحسس ميدانياً (على الواقع) Vivo desensitization :

غالباً ما نطبق في العلاج السلوكي والعلاج المعرفي - السلوكي طريقة الدكتور النفسي العالمي الشهيرة، والذي إليه يرجع الفضل في خلق الثورة العلاجية السلوكية العملاقة هو جوزيف ولبى Joseph

Wolpe . وهذه الطريقة أسماها ازالة التحسس المنهجي Systematic Desensitization أو التثبيط المتبادل (Wolpe 1956) Reciprocal Prohibition وهذه الطريقة هي تخيلية الى حد كبير، وتعتمد على تقنيات الاسترخاء. ويفضل العلاج العقلاني - الانفعالي تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، أي في واقع الحياة كما تبدو المشكلة ويعيشها المريض في حياته. ولكن هذا لا يعني أن العلاج العقلاني - الانفعالي يرفض ازالة التحسس تخيلياً على طريقة جوزيف ولبي. فالتخيل هام جداً، وله التأثير نفسه في ازالة التحسس ميدانياً في كثير من الحوادث. وحتى العلاج التخيلي في ازالة التحسس كثيراً ما يكون تمهيداً جوهرياً لازالة التحسس كما تبدو المشكلة في واقع الحياة. ولطالما نحن في الكلام عن علاج الادمان بمواده المختلفة وأشكاله الادمانية، فإن التقنية التي نحن بصددنا ونقصد العلاج العقلاني - الانفعالي تفضل أن يكون ازالة التحسس عند المدمن من مشكلته بالتطبيق الميداني، وأيضاً في علاج الأمراض الأخرى (Ellis, Harper, Becker 1982). ونحن نعلم أن العلاج التخيلي يحتاج الى حد مقبول من القدرة التخيلية عند المتعالج ليستطيع ازاله التحسس من مشكلته تخيلياً، بينما ازالة التحسس ميدانياً لا تحتاج الى قدرة تخيلية مناسبة لانجاح العملية العلاجية. وعلى الرغم من أن العلاج العقلاني - الانفعالي يشجع المرهوبين (المصابين بمرض الرهاب) بالمجازفة في الركب بالمصاعد (رهاب المصاعد) أو في السير أو الجلوس في الأماكن المكتظة بالناس (رهاب الساحة) حيث تكون مخاوفهم من هذه المواقف هي غير عقلانية، إلا أن هذا العلاج لا يشجع المدمنين

الذين يخافون - على مستوى الواقع - في الشرب أو الذهاب الى المتدييات والحانات التي تباع الخمر، والجلوس هناك مع رفاقهم وزمرتهم من الرهوط المدمنة. بل على نقيض ذلك، ينصح هؤلاء بالابتعاد عن رهوطهم المدمنة التي عاشروها وانساقوا معها في تدعيم وتعزيز عادات شرب الكحول أو تعاطي المخدر لأنهم يكونون عرضة للانتكاس.

وفي الوقت نفسه، عندما يتوقف المدمن عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر، ويبدى استعداداه للتعامل مع قلقه الأصلي ومخاوفه التي قادته الى الادمان، حينئذ فإن العلاج العقلاني - الانفعالي يلجأ الى تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، فيشجع المدمن على ازالة وتخفي قلقه ومخاوفه (أي مواجهتها وإزالة التحسس منها كما تظهر في واقع الحياة). وهكذا ففي مقدور المعالج تشجيع المريض المتعالج بالتفتيش عن عمل يكسب به قوته، أو الذي يعاني القلق في التكلم أمام الجمهور أو الناس أن يخاطر فيقدم على التفتيش عن عمل أو التكلم مع الجمهور الى أن يدرك أن هذه الأشياء التي يتحداها ويتصدى لها (مخاوفه) قد خفف تحسسه وقلقه منها. وعلى المعالج أن يتذكر دوماً، عند تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، إن المدمنين الذين يتعالجون هم عرضة للضعف والخور، وبالتالي قد ينكسون نحو الشرب ثانية أكثر من غيرهم من المرضى غير المدمنين. لذا يتعين عليه أن يعالجهم بعناية ورقة وبتعريض أقل عنفاً (يقصد هنا التعريض القاسي للموقف المخوف) من أولئك غير المدمنين.

٢ - ازالة التحسس الاغراقي بدون تدرج Implosive : Desensitization

يميل العلاج العقلاني - الانفعالي الى ازالة التحسس الميداني ازالة اغراقية، أي من خلال تعريض المدمن للموقف الذي يثير توتره وتخوفه تعريضاً دفعة واحدة وبدون تدرج Flooding or implosive . مثلاً، إن المريض المدمن الذي يخاف ركوب المصعد الكهربائي، عليه أن يبقى فيه صعوداً وهبوطاً بحدود ٢٠ مرة يومياً، أو يركب المصاعد الكهربائية بالمعدل نفسه من المرات بحيث يتمكن ويسرعة وفعاليتها من اضعاف خوفه وبالتالي يقاوم مخاوفه اللاعقلانية . وكما ذكرنا سابقاً فيما يخص ازالة التحسس ميدانياً، أن هذه التقنية التعريضية للموقف المخوف، أي التعريض بدون تدرج، تبدو قاسية عنيفة بالنسبة للمدمنين الكحوليين أو المخدرين نظراً لأنهم ضعفاء الأنا، ودرجة تحملهم للشدات تكون منخفضة (تحمل ضعيف للاحباط)، لذا يجب استخدام هذه التقنية بحذر وبحكمة، والا يفضل التعريض التخيلي أو المتدرج الميداني، وعموماً فإن المرضى الذين أبدوا رغبتهم في تجربة هذا التعرض العلاجي، والذين قطعوا شوطاً جيداً في الامتناع عن الشرب أو تناول المخدر، أو لفترة طويلة نسبياً، في امكان المعالج أن يستخدم هذه التقنية .

ويضرب لنا الدكتور أليس مثالا على فعالية العلاج الاغراقي :
إمرأة كحولية ظلت لمدة سنة تقريباً ممتنعة عن تناول الكحول، ولكنها مازالت تعاني من الخوف من التكلم في الصف خلال اعطاء الدروس أمام الطلاب . أعطيت لها تدريبات بأن ترفع يدها للكلام

والتعليق عدة مرات خلال محاضرات في علم النفس . وعندما أجبرت على تنفيذ هذه التدريبات رغم شعورها بالقلق ، استطاعت التخلص من خوفها المرضي وذلك خلال فترة ستة أسابيع ومن ثم تطوعت من تلقاء ذاتها بتعريض ذاتها لهذا الموقف بحيث تمكنت أيضاً من أن تحمد خوفها من الذهاب الى حفلات الرقص وغير ذلك من النشاطات والهوايات الجماعية .

٣ - التعزيز والعقوبة :

يستخدم العلاج السلوكي وأيضاً العلاج العقلاني - الانفعالي أساليب الاشرط الاجرائي والتعزيز لمساعدة المرضى المدمنين على الاقلاع عن ادمانهم والابقاء على هذا الكف بصورة مستمرة (Ber-nard1986) ووفق الأسلوب العلاجي المنهجي المتبع مع المرضى المدمنين ، تبرم العقود بين المعالجين والمتعالجين فلا يسمح للآخرين عادة بممارسة نشاطات سارة الا بمعرفة وارشاد المعالج ، مثل قضاء عطلة سارة وغيرها وذلك بعد كفهم عن تعاطي الكحول (أو المادة المخدرة) . إن مثل هذا الاجراء غالباً ما يساعد المدمن ، ولكن ليس بالقدر من التعزيز الذي يساعد عادة المرضى غير المدمنين . ذلك أن كثيراً من المدمنين يحصلون على كثير من المسرة الآنية وراحة مؤقتة من القلق عندما يقبلون على تعاطي الكحول أو المخدر (وخاصة الكوكايين أو الهيروين) ، لذا فإنهم لا يميلون الى لذة بديلة عن الخمر بسبب الفوائد والمسرات العديدة التي يحققها لهم الخمر عند شربه . لذا فإن كثيراً من التعزيزات العادية التي يستخدمها المعالج في علاج

العصابات النفسية قد لا تكون مفيدة ولا مجدية إذا ما طبقتها في علاج
الادمان .

ومع ذلك فإن في مقدور المعالج عند ابرام العقد العلاجي مع
المتعالم المريض المدمن، أن يتضمن العقد السماح له بالذهاب الى
منتجعات الاستجمام، والقراءة والاستمتاع بالموسيقى، أو النشاطات
الأخرى التي يميل إليها ويحبها بعد اقلاعه عن الكحول أو المخدر .

في بعض الأحيان تكفي مثل هذه التعزيزات التي تأتي كإثابة
للمريض على الكف عن الشرب أو المخدر، أما إذا لم تكن مثل هذه
التعزيزات كافية، ففي امكان المعالج اللجوء الى التقنيات الأخرى
الخاصة بالعلاج العقلاني - الانفعالي المذكورة في هذا الكتاب .

لعل أفضل طرق الاثابة والتي غالباً ما يلجأ إليها المعالج عند
علاج المدمنين الصعبين شريطة أن يقبلوا هذه الطريقة، بانزال
عقوبات صارمة بحقهم ينفذونها إذا ما عادوا الى شرب الخمر أو
تعاطي المخدر . وهذه العقوبة تقضي بدفع مبلغ معين من المال الى
جهة معينة (لجنة خيرية، أحد أفراد أسرة المريض وغير ذلك) شريطة
أنه يراقب المعالج تنفيذ هذه العقوبة فلا يترك ذلك الى ذمة المريض
ووجدانه . تنفذ هذه العقوبة مباشرة بعد نكسه وعوده الى الشرب أو
تناول المخدر . والعقوبة نفسها يمكن تطبيقها على المدمنين عند علاج
مشكلاتهم الأخرى، فمثلا يطلب من المتعالم المدمن أن يحرق أمام
المعالج مبلغاً من المال يحدده هذا الأخير في كل مرة يرفض التفتيش
عن العمل، أو الانخراط في المجتمع أو الالتحاق بدورة تثقيفية أو

مهنية هامة . وبهذا نجد أن المعالج يطبق العقوبات المناسبة للتعامل مع قلق الأنا عند المريض المدمن، وقلق الانزعاج وذلك من أجل محاربة ومناهضة الأنماط المختلفة من سلوك الاحجام غير السوي، وبخاصة السلوك الذي يلتصق التصاقاً هاماً بالادمان . كما أن في مقدور المعالج مناهضة تصغير الذات وتحقيرها حيال ادمان المريض (وازاء أي شيء آخر) وذلك من خلال تعزيز المريض ذاته ببعض الأشياء السارة بعد أن يمتنع عن هذا التصغير، ومعاينة ذاته بشدة إن هو عاد الى ذم نفسه في كل مرة .

٤ - منع حدوث الاستجابة :

وجد العديد من المعالجين السلوكيين أنه في حال وجود نزوعات جبر قوية Compulsion عند مرضى الادمان فإن أفضل تقنية يمكن اتباعها هي أسلوب منع حدوث الاستجابة ؛ أي رصد المدمنين والسيطرة عليهم لفترة من الزمن بحيث يجدون أنه من المستحيل أن يتعامل المدمنون من جديد مع المسكرات أو المخدرات (Marlatt, 1985).

إن العلاج العقلاني - الانفعالي يشجع على تطبيق هذه التقنية، وبخاصة إذا ما فشلت التقنيات الأخرى في منع المريض من التوقف عن تعاطي المخدر أو المسكر، والابقاء على اقناعه (Ellis 1981).

تطبق تقنية منع حدوث الاستجابة بأن يوافق المريض على ادخاله الى المستشفى حيث يراقب مراقبة شديدة كيما لا تصل اليه أية

مادة مخدرة أو مسكرة، وحتى إذا ما طبقت هذه التقنية في داره فأيضاً يوضع تحت المراقبة الشديدة فلا يستطيع الحصول على مطلبه من المخدر أو المسكر. وتكون المراقبة إما من قبل أفراد أسرته أو الهيئة المشرفة على علاجه لعدة أيام أو أسابيع. وعندما يخضع الى هذا النوع من الحرمان المراقب الفعال، فإنه قد يصبح قادراً على الكف عن التعاطي من خلال مراقبة ذاتية.

٥ - منع حدوث الانتكاس :

يمكن الأخذ بطريقة مارك توين Mark Twain التي تعالج الادمان على الدخان (التبغ) في علاج الادمان بعد تعديلها لتكون المقولة بدلا عن التبغ: «أنه لمن السهل التوقف عن التدخين، طبقتها مئات المرات». إن منع الانتكاس هو جزء هام من العلاج العقلاني - الانفعالي في برنامج المضاد للكحولية وللادمان على المخدرات (Ellis, 1986). من المعلوم أن مسألة منع حدوث النكس Relapse هي مسألة معرفية، انفعالية وسلوكية. فعلى المستوى المعرفي يتعين على المعالج تعليم المدمن واعداده مسبقاً لامكانية مواجهة الانتكاسات وذلك بمعاينة أفكاره اللاعقلانية التي هي سبب النكس ورصد هذه الأفكار مثلا كأن يقول ذاته «أستطيع تطبيع ذاتي لتأخذ قليلا من المشروب أو المخدر». وبالتالي يتعين عليه مناهضة هذا المعتقد الخاطيء بما يدحضه.

أما على المستوى الانفعالي فعلى المعالج دفع مريضه على استخدام الأحاديث مع الذات التعاملية المنطقية تعاملها فعلا مثلا

«بسهولة أنكس فأعود الى السكر إذا لم أكن محترساً دوماً وبصورة مستمرة». على المستوى السلوكي، يشجع المعالج المريض على استخدام العديد من التقنيات التالية:

أ- ضبط المنبهات والمحرضات: الابتعاد دوماً عن أصدقاء الخمر والمخدرات وعدم مصاحبتهم ومجالستهم. وأيضاً هجر الحانات نهائياً وأمكنة بيع المخدرات والمسكرات. وغير ذلك من الأشخاص والأمكنة المنبهة لنزوع الشرب أو تناول المخدر.

ب- اللجوء الى التعزيز: السماح بممارسة بعض المسرات كوسائل تعزيز لمنع الانتكاس.

ج- فرض العقوبات: اللجوء الى انزال عقوبات قاسية بحق المريض المدمن في كل مرة ينتكس فيشرب أو يتعاطى المخدر.

د- إيجاد البدائل: خلق وسائل ومنافذ تسلية ومسرة لتحويل دون التفكير بالمخدر أو المسكر (أي نشاطات ممتعة بديلة عن مسرة الخمر).

هـ- استخدام التشتيتات البدنية: ونقصد هنا جعل المدمن يمارس الاسترخاء، وتمارين التنفس الاسترخائية، والرياضة وغير ذلك من النشاطات البدنية التي تبعده وتشتت ذهنه عن الدافع نحو الشرب أو تناول المخدر، كما وأن هذه النشاطات تحول انتباه المدمن عن مراقبة قلق الأنا، وقلق الانزعاج وعن تقرير الذات وادانتها بسبب الشرب أو تعاطي المخدر.

و- تناول الدواء التنفسي. إذا تطلب الوضع، على المعالج أن ينصح بتناول المريض المتعالج ولفترة عابرة، وتحت مراقبة طبية، الأدوية

المضادة للقلق والمضادة للاكتئاب التي تساعده على التخفيف من الميل الى الانتكاس.

٦ - التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات :

عني العلاج العقلاني - الانفعالي منذ بدء ظهوره كعلاج حديث في الأخذ بتقنيات التدريب على اكتساب المهارات. وبخاصة المهارات الاجتماعية في سياق مراحل علاج مرضى النفوس أو ضحايا المخدرات والمسكرات (Ellis 1956, 1979). والسبب في ذلك يعود الى أن هذا النوع من العلاج لا يعني فقط عناية شاملة بتبديل معتقدات المريض اللاعقلانية ونتائجه الوظيفية السيئة السلوكية والانفعالية، ولكن أيضاً يهتم بالمواقف المحرصة الباعثة على الأفكار اللامنطقية، أي الحوادث المنشطة الخارجية وتدريب المتعالج على تبديل هذه المحرضات أو الحوادث المنشطة التي نرسم اليها كما تعلم بالحرف (A).

ثم إن هذا العلاج غالباً ما يعلم مرضى الادمان محل اكتساب مهارات التفاعل والاتصال مع الغير، وتأكيد الذات، والمهارات الاجتماعية والوالدية وغير ذلك من التدريبات التأهيلية. واطافة الى ذلك يتعين على المعالج تدريب المريض المدمن على أسلوب حل المشكلة واتخاذ القرار. مثلاً كيف يمكن الاحتفاظ بعمله، واختيار المهنة الملائمة الجيدة، وأي مشكلات أخرى تعترض حياته وتستوجب حلها باتخاذ القرار الملائم. وناقلة القول كلما درب المعالج مريضه على طرق حل مشكلاته والموترات التي تعترضه وسلحه

بالمهارات التعاملية التكيفية مع كل ما يعترضه من متاعب حياتية،
أضعف عنده التوترات والمحرضات التي هي المسبولة عن نكسه
وتعاطيه الخمرة، وهذا ما نسميه بالتقنيات الرامية الى تلقيحه ضد
التوترات والشدات Stress Inoculation Therapy .