

٥٢٦٧٧٦

جامعة أسيوط
كلية التربية في أسيوط
قسم علم النفس التعليمي

الإنتاجات الحديثة في العلاج العقلاني - الإنفعالي

إعداد
دكتور / حمدي شاهر محمود
أستاذ علم النفس المساعد (صحة نفسية)
١٤١٨ هـ - ١٤١٩ هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلية أسيوط
كلية التربية بأسيوط
قسم علم النفس التعليمي

الاتجاهات الحديثة
في
الإرشاد العقلاني - الانفعالي
لعلاج المدمنين

إعداد

دكتور / حمدي شاکر محمود
أستاذ مساعد علم النفس (صحة نفسية)

١٤١٩هـ - ١٩٩٩م

مقدمة

إن معظم الممارسين للعلاج النفسي التقليدي أو السيكوديناميكي ينطلقون في علاجهم من اللاشعور، وهو منطلق قد دحضته بعض الاتجاهات العلاجية الحديثة حين أوضحت أن العلاج النفسي التقليدي فشل فشلاً ذريعاً في تخليص المدمنين من سلوكهم الإدماني ، كما حال دون إيقاف التعاطي عند بعضهم ، كما أوضحت أن كثيراً من المتاعب والتوترات والمشكلات الناجمة عن الإدمان هي ناتجة عن الإدمان وليست المتاعب ذاتها هي سبب الإدمان حيث يؤكد العلاج العقلاني الانفعالي على أن طريقة إدراك الإنسان للأحداث في حياته وليس الأحداث بحد ذاتها هي المسؤولة عن المشكلات الانفعالية والصعوبات النفسية التي يعاني منها ، مما يؤكد على أن انفعالات الإنسان تنشأ من طريقة تفكيره ، ولا تضطرب مشاعره بسبب الأشياء المحيطة به فحسب ، وإنما بسبب نظرتة إلى تلك الأحداث Ellis (م: ٨٠ : ١٩٠) .

وتؤكد نظرية العلاج العقلاني - الانفعالي (RET) في الشخصية على أن الكائن الإنساني يخلق إلى حد كبير وليس كلية العواقب والاضطرابات ، والمشكلات ، لذاته بنفسه، وأنه يولد ولديه نزعة للقيام بذلك (م: ٣ : ١٨٣) ، والمشكلات لا تنتج عن ضغوط خارجية ولكن عن أفكار لاعقلانية يتمسك بها الإنسان و تؤدي به إلى أن يملئ رغباته ويصر على الاستجابة لها .

عليه فإن إعادة النظر في تلك الافتراضات يشير إلى أن الأفراد الذين يدمنون المخدرات يشكون من مشكلات تدني السيطرة على دوافعهم منذ حياتهم الباكرة مما يجعل لذلك علاقة بالسلوك الإدماني ، فاللذين لديهم مشكلات نفسية مثل الإدمان غالباً ما ينزعون إلى سلوك مماثل في مجالات أخرى من حياتهم، والمضطرب غير القادر على ضبط سلوكه الإدماني والاستسلام لدوافعه فإنه غالباً ما ينزع إلى سلوكيات انهزامية أمام مشكلات حياتية أخرى .

إن جوهر استراتيجيات العلاج العقلاني توجب التفرقة بين الوقاية والعلاج فمسببات إدمان المخدرات لا ترتبط كثيراً بالكيفية التي يجب أن يعالج بها المدمن ، والتركيز على الأفكار غير العقلانية ، والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن لإدمانه ويعززها بمحيثته الداخلي ، وأفكار أخرى ضارة مؤذية لا منطقية ومناهضة المدمن لمعتقداته الخاطئة عن الإدمان .

فالفكرة الأساسية أن الإنسان عقلائي ولا عقلائي ، وأن اضطراباته نتيجة تفكيره بطريقة غير منطقية وغير عقلانية ، وأنه يمكن أن يخلص نفسه من معظم تعاسته إذا تعلم أن ينمي تفكيره العقلاني إلى أقصى درجة وأن يخفض تفكيره غير العقلاني إلى أقل درجة (م: ٤ : ١١٨) .

و المدمنون يأتون إلى العلاج وهم يبحثون عن التغيير لأن إنكارهم للواقع ، والانخراط الذاتي ، واللامسؤولية لم يخفف ما بهم من آلام ، وأدركوا بحسهم وفطرتهم أنه لا مناص من استبدال أنماط حياتهم .

المقصود بالعلاج العقلاني - الانفعالي

العلاج العقلاني - الانفعالي (RET) Rational - Emotive Therapy هو محاولة إدخال المنطق والعقل في إرشاد وعلاج المدمنين والمتعاطين للمخدرات ومساعدتهم وتعليمهم كيف يتعرفون على أفكارهم غير العقلانية ،

وكيف ينظمون تفكيرهم ويغيرونه بأسلوب عقلائي مباشر موجه يستخدم فنيات وتقنيات معرفية ، وانفعالية ، وسلوكية لمساعدة المدمن لتصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي .

أهداف العلاج العقلائي - الانفعالي في علاج المدمنين

يهدف العلاج العقلائي - الانفعالي إلى مساعدة المتعاطين والمدمنين في التعرف على أفكارهم غير العقلانية التي تسبب ردود فعل غير مناسبة لديهم ، وحثهم على مناهضة أفكارهم غير المنطقية ومحاربتها ، والتخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلي المنطقي ، وإعادة تنظيم الذات والمعتقدات ، وإزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المتعاطي ، وتقليل لوم الذات ولوم الآخرين والظروف ، وتقبل التغيير والكف والتحسين من الانتكاس .

أسس العلاج العقلائي - الانفعالي

يقوم العلاج العقلائي - الانفعالي على أساس عدة مسلمات خاصة بطبيعة الإنسان وتفسير سلوكه وتحديد مصدر اضطرابه ومنها:-

- ١- الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان ، ويؤثر كل منهما في الآخر ، والتفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضاً تأثيراً وتأثراً .
- ٢- الإنسان ما بين عقلائي وغير عقلائي ، والسلوك العقلائي يؤدي إلى الصحة والسعادة .
- ٣- السلوك العصابي ينتج عن التفكير غير العقلائي وغير المنطقي ، والعصابي هو شخص أفكاره غير عقلانية ، عاجز انفعالياً ، سلوكه مدمر للذات .
- ٤- الإنسان يعبر عن فكره رمزياً ولغوياً ، وكل من الفكر والانفعال يتضمنان الكلام مع الذات في شكل جمل مستدخلة ، وإذا كان الفكر مضطرباً صاحبه انفعال مضطرب وكان الفرد يحدث نفسه دائماً بالفكر غير المنطقي ويترجمه في شكل سلوك .
- ٥- تفكير الإنسان هو الذي يلون المدركات يجعلها حسنة أو رديئة ، نافعة أو ضارة مطمئنة أو مهددة .
- ٦- الأفكار السالبة أو الهازمة للذات والتي تقوم على أساس غير عقلائي يمكن مناهضتها ودحضها وتعديلها إلى موجبة وإعادة تنظيمها عقلياً ومنطقياً .

عملية العلاج العقلائي - الانفعالي

هي عملية تعليم المدمن التفكير العقلائي بأسلوب نشط وتتضمن العملية علاج اللاعقل بالعقل ، والخرافة بالعلم والحقيقة ، واللامنطق بالمنطق وتمثل مهمة المعالج في مساعدة المدمن على التخلص من الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية واستبدالها بأفكار عقلانية ومنطقية ، من خلال تقنيات علاجية كالحوار الذاتي ، والمناقشات ، والمواجهة الدرامية ، ولعب الأدوار ، وتقليل الحساسية ، والتحسين التدريجي ، ومهاجمة مشاعر الخجل والفكاهة كأسلوب

علاجي ، ومناهضة المعتقدات الخاطئة ، وتشيت البنية المعرفية ، والثقافة النفسية ، والواجبات البيئية ، والتدريب على المهارات الاجتماعية .

- نظرية ABC في السلوك والشخصية

وذلك لتحديد دور الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية في الاضطرابات الانفعالية ، ويقصد بالرمز "A" **Activating Experience Or Event** ، أي الحادث مثل وفاة ، رسوب ، صدمة نفسية، الفشل . والحادث أو الخبرة المنشطة في حد ذاتها لا تحدث الاضطراب السلوكي .

أما "B" فتعني " **Belief System** " ، أي نظام المعتقدات " والأفكار التي يستخدمها الفرد لوصف وتفسير الحادث أو الخبرة ، حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات (لدى الفرد) ونظام المعتقدات قد يكون عقلانياً **Rational (rB)** (أحداث متوقعة، ومتمثل حدوثها في الحياة) ، أو غير عقلاني **Irrational (iB)** (أحداث غير متوقعة ، وغير محتملة) فإذا تضمن نظام المعتقدات معتقدات غير عقلانية تتعلق بالخبرة المنشطة أو الحادثة أدى ذلك إلى نتيجة انفعالية .

أما "C" فتعني **Consequence** " أي نتيجة" والنتيجة قد تكون عقلانية **Rational (rC)** (صبر - رضا - تعديل) ، أو غير عقلانية **Irrational (iC)** (الحزن - عدم الرضا - القلق) .

فإذا حدث أن شعر الفرد بخبرة انفعالية معينة (C) كالحزن أو الخوف أو تقريع الذات نتيجة لحادث معين (A) كالفشل في الدراسة ، أو الإنذار بطي القيد فإنه ربما يظهر أن الفشل أو التقصير (A) هو السبب المباشر لانفعال القلق (C) إلا أن الأمر وفقاً للنظرية ليس كذلك ، فبالرغم من أن النتائج الانفعالية (C) تبدو مرتبطة بالحادث (A) إلا أنها ليست نتيجة مباشرة له ، بل هي نتيجة طريقة إدراكه لها و أفكاره اللاعقلانية التي يتمسك بها وتؤدي به إلى الاستجابة لها . Ellis 1990 (م ٩٣ : ٢٣ - ٢٥) .

الإدمان في نظرية العلام العقلاني - الانفعالي

لما كانت العمليات المعرفية، والانفعالية ، والسلوكية مترابطة و متفاعلة متداخلة فإنها متماثلة في جميع أشكال الإدمان وضروبه .

١- علم السببيات Etiology

براهين النظريات المطروحة في حلبة الإدمان ، ونتائج الأبحاث والدراسات الرامية إلى إمطة اللثام عن مسيباته ، ذرائع لا يترتب عليها تبديل الحادثة أو تغيير النتيجة ، وكلها ليست كافية لتمكين المعالج من وضع برامج علاجية فاعلة مضمونة النتائج .

فأسباب إدمان المخدرات متشابكة ومتضافرة لتحمل في طياتها القشة التي قصمت ظهر البعير ويمكن للمعالجين الأخذ بهذه الأسباب عند تأجيل المدمن للانخراط في حياته الاجتماعية والمهنية ، متوهماً أن الإدمان يساعده فترة مؤقتة على الهرب من التوتر إلا أن له تأثيرات سلبية متعددة حيث يعزز الإدمان بالنسبة للمدمن أنه غير قادر على تحمل

الانزعاج والخوف ، ويعوق المدمن من تعلم مهارات وطرق فعالة لمواجهة مشكلات الحياة ، فهو يعتقد أنه لا يحتمل مشاجرات زوجته أو أسرته فيهرع إلى المخدرات في كل حدث وليس ذلك حلاً للمشكلة .

٢- العوامل البيولوجية

تنامي الأدلة الرامية إلى ضلوع العوامل البيولوجية والثقافية في الإدمان ، وتفترض نظرية العلاج العقلاني - الانفعالي أن الكائنات الإنسانية عضويات حيوية بيولوجية ذات مَدَّ نزوعي بيولوجي Ellis 1979 (٨م) وهذا لا يمنع أن يكون بعض البشر أكثر نزوعاً إلى التفكير اللاعقلاني والمعتقدات الخاطئة وهو أمر ينسحب على الإدمان فبعض البشر في جبلتهم الاستعدادات البيولوجية الإراثية والنزوع الملح نحو الإدمان ، إلا أن هذه التقنيات لا تلقي بظلال من اليأس والإحباط أو تفقد الأمل في علاج المدمنين بقدر ما تعني ضرورة الإصرار على مضاعفة الجهد لانعطاف السلوك الإدماني نحو السيطرة والتحسين .

علاوة على أن الحكم بأن جميع المدمنين لديهم محددات شخصية معينة ، أو أنهم نشأوا في أسرة مهلهلة مفككة مضطربة ليس أمراً تؤيده التجربة ولا يوجد ما يبرهن على ذلك التعميم بل ربما يفسر من قبل المدمن على أنها أحكام تشير إلى النبذ ولفظ المدمن وتحقيره .

من هنا فإن نظرية العلاج العقلاني - الانفعالي توضح أن السلوك برمته تحدده عوامل متعددة لذا فإن المضطربين الذين في جبلتهم الاستعداد الإراثي للوقوع في براثن الإدمان أو السقوط في الهاوية يتعين عليهم الاستعانة بقواهم السيكلوجية الكامنة للسيطرة على تأثير الإرث البيولوجي للمشكلة وهو ما يجعل المعالجين والمدمنين في استنفار مستمر ليظهر حراهم في وجه المد والنزوع البيولوجي .

٣- الإدمان كوسيلة هروبية من المواقف المقلقة

توجد شائعة معرفية غير عقلانية متعلمة بطريقة خاطئة تتبلور في اللجوء إلى الإدمان كوسيلة هروبية محدثة للاسترخاء من المتاعب والمشاكل مما يقود إلى الإدمان كطريقة مهدئة بديلة للتعامل مع المشاكل ، فالمدمنون يضللون ذواتهم بأن الإدمان يزيل التوتر ويجلب الهدوء وهو اعتقاد خاطيء ، فالمخدرات على المستوى الفسيولوجي منبهة تزيد ضربات القلب ، وحركات التنفس وهذا ما يناقض اعتقاد المدمن في الاسترخاء .

فالمدمن لا يلجأ إلى الإدمان للحصول على اللذة بذاتها ولكن من أجل إزالة مشاعر السلبية والدونية وتخفيف الضيق والتوتر الناجم عن القلق الأصلي وما أن يتحكم في مشاعره إلا وتراه يمتلك الأفكار غير العقلانية المعززة للإدمان على أنه الطريق الأقصر والأسرع لإزالة الانزعاج المحرض للعرض .

وجوهر العلاج العقلاني - الانفعالي أن يوضح للمدمنين أن بإمكانهم تبديل انفعالاتهم المقلقة والمحبطة من خلال مناهضة ودحض أفكارهم ومعتقداتهم غير العقلانية وغير المنطقية التي تجلب الكدر والضيق ، وتعلم المهارات الفعالة القادرة على التصدي لمشكلات الحياة .

٤- إمكانية الكشف عن المعتقدات الخاطئة والأفكار غير العقلانية لدى المدمنين

غالباً ما ينزع إلى إنكار المشكلة وعدم إدراك وجودها ويتمسك بإنكاره ليس لأن إدراكه محرفة أو أن معرفياته مشوهة متناقضة مع الواقع ، أو أن المشكلة سرابية ، بل لأنه ينظر لذاته نظرة لا تشوبها مشكلة فهو ينكر وجود مشكلة بقدر كونه لا يشعر بوجودها لأن تحملها الهش للشعور بها ، وإحساسه المتبلد لما يواجهه من مشكلات حياثيه سرعان ما يتبدد بالتعاطي .

مما يوجب على المعالج العقلاني التعامل مع إنكار المدمن لمشكلته لأن الإنكار في حد ذاته يعد إدراكاً محرفاً وخاطئاً، وأن ينفذ إلى أعماق التشوهات في مدركات المدمن الحياتية ومساعدته للنظر والتعامل مع الوقائع والأحداث المطموسة والأنموذج التالي يوضح كيفية التعامل مع المواقف والأحداث الصعبة .

٥- إدمان المخدرات يساوي فقدان قيمة الذات

المدمن يصبح قلقاً أو يجعل نفسه كذلك ، وحين يصبح مكتئباً فإنه يجعل نفسه مكتئباً لكونه مكتئباً.... وهكذا يدور في حلقة مفرغة تتضمن اتهامه لذاته لأدائه الرديء، وشعوره بالذنب لعدم الرضا عن نفسه وبتهم ذاته حين يفشل في محاولة العلاج ، وحين يصبح أكثر اضطراباً ويخلص أنه لا خلاص من حالته (م ٣ : ١٨٧) .

فبعض المدمنين يعترفهم شعور بأنهم مغلوبون على أمرهم و أنهم ضحية تجارب خاطئة غير قادرين على الفكاهة من عقابها حتى يجدون أنفسهم وقد تضاءلت ذواتهم وتدنّت مكانتهم الاجتماعية ، و لا يلبث تفكيرهم أن يقودهم إلى مشاعر الإثم والمعاناة ، و لا مناص من اللجوء إلى المخدرات من أجل إزالة تلك المشاعر التي تبتد كل المسرات .

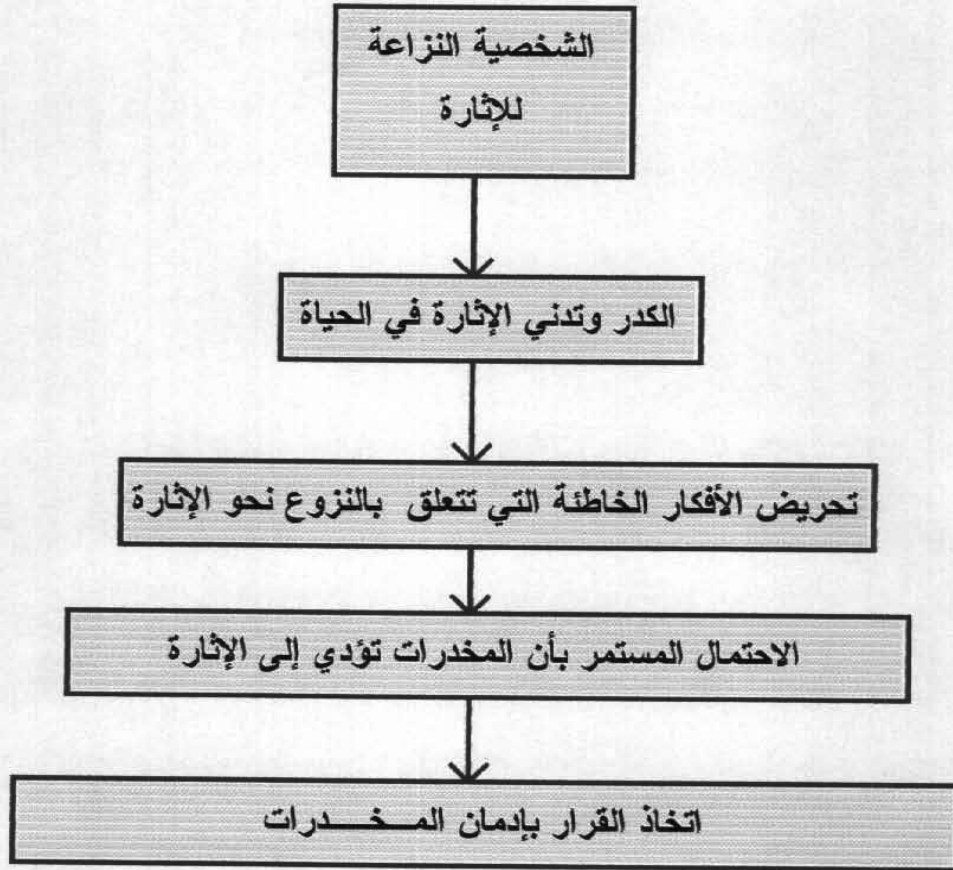
وشريحة من المدمنين ما أن يصحوا من أعراض الإدمان إلا ويقعوا في كوارث تتمثل في ترك الدراسة أو فقدان العمل ، ويواجهون وابلأ من العزوف والانتقادات التي على أثرها إما قبول ذواتهم والاعتراف بأخطائهم ، أو أنهم يقرعون ذواتهم ومعاقبتها لما أقدمت عليه واقرّفت من آثام ومثل هذه المعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تمثلت في الافتراضات الجبرية على الذات تشعرهم بالعجز والدونية وأنه لا قيمة لهم .

٦- النزوع للإثارة

يعتقد بعض الباحثين أن أعراض الشخصية السيكوباتية تنجم عن إدمان المخدرات (Vaillant 1982 م ١١) : (٣٧) وهو اعتقاد غير دقيق فالعلاقة بين السيكوباتية وإدمان المخدرات يمكن أن يفسر على أن الإدمان هو عرض لشخصية تتسم بسلوك مضاد للمجتمع ومن ناحية أخرى فإن من المحتمل أن يكون المدمنون لديهم أعراض سلوكية مضادة لكل ما هو سلطة مما يوضح أن معظم المدمنين سيكوباتيين ينزعون إلى مستويات أعلى من الإثارة يصاحبها تدني في ضبط الذات .

و تفترض نظرية العلاج العقلاني - الانفعالي أن مايرنو إليه السيكوباتيون من إثارة ليس كافياً للوقوع في برائن الإدمان ، وفي حالة ما إذا صاحب المطالب العالية للإثارة خضوع للأفكار غير العقلانية والمعتقدات الخاطئة وغير المقبولة يضعف من سيطرته على التوتر أو تحمله للخوف فإن النزوع إلى تعاطي المخدرات هو طريقه المفضل والأتمودج التالي يوضح ذلك .

أ نموذج النزوع للإثارة كما يراه "إيليس"



مما يوجب على المعالج العقلاني أن يشجع المدمن السيكوباتي على دحض أفكاره غير العقلانية وتعلم المهارات الحياتية التي تساعد على تحمل الحياة وكسر مشاعر السلبية وتحمل النتائج الوخيمة .

الاتجاهات الحديثة في العلاج العقلاني - الانفعالي لمدمني المخدرات

العمل الدؤوب للمعالج العقلاني يؤدي إلى التعرف على الأفكار غير المنطقية التي تقود إلى التعاطي وتسليح المدمن بالفنيات والطرق والمهارات التي تؤهله لتبديل مشاعره وأفكاره وتصرفاته .

١- بدء العلاج الفعال

العلاج العقلاني - الانفعالي شأنه شأن العلاجات النفسية الأخرى يكتب له النجاح في إطار العلاقات الإنسانية القائمة على التعميم والتفاعل والوفاق وبذل قصارى الجهد من قبل المعالج والمسترشد ، فيوضح المعالج العقلاني أثناء سير العملية العلاجية أن المعالج لا يجعل الناس سعداء ، وإنما الذي يجعلهم كذلك هو السلوك المسؤول .

وبالرغم من أن العلاج العقلاني ينظر إلى نوعية العلاقة بين المعالج والمدمن على أنها علاقة قد يسيء الأخير فهمها لذلك فهي ليست كافية لإحداث تغيير في السلوك الإدماني إلا أن الباحث يرى أنها ضرورية لإقناع المدمن واستنفار جهوده الذاتية ، وتعزز إمكاناته في إفصاح المدمن عن واقع مشكلته، وحقيقة مشاعره ، فتزول مقاومته، وينفتح على المعالج ليفصح عن أفعاله وسلوكياته مما يترتب عليه استبصار المسترشد للعلاقة بين أسباب إدمانه ونتائجه فيتعلم الدرس ، ويتخذ القرار الحاسم لتبديل السلوك الإدماني ، خاصة وأن بعض المدمنين تلقوا الكثير من النصائح من قبل المهتمين بهم ، بالإضافة إلى قناعتهم بأن هذه النصائح والإرشادات للكف والإقلاع عن الإدمان لصالحهم إلا أنه لم يتوافر لديهم النية الصادقة والقرار العقلاني وباختصار فإن نزوع المدمن بإيجابية نحو العلاج عندئذ يستطيع إقامة علاقة قوية وفاعلة .

٢- العلاج التعاوني بين المعالج والمدمن

جوهر المقابلات العلاجية المبدئية أو الأولية يتجه نحو تحديد طبيعة المشكلة لدى المدمنين التي قد تبدو مهمة صعبة إلا أنه لا يوجد ما يثبت أنها مستعصية أو غير قابلة للحل ، والأهم هو إقامة علاقة ليست علاقة عمل فحسب بل علاقة مودة وألفة تفصح عن التعاون المتبادل بين المعالج والمدمن لإيجاد التحالف العلاجي ، مع مراعاة أنه بغياب الألفة والمودة تصبح العلاقة أقل فعالية .

فالعلاقة التعاونية تثبت بمرور الوقت أن المدمن مقبول من منطلق كونه إنسان خطأ في حين أن الإدمان كارثة توجب على المدمن تحقيق التبديل السلوكي، علاوة على أن الإنصات الجيد من قبل المعالج وطرحه المباشر للأسئلة يشعر المدمن بمجدية العلاج ، واستعداد المعالج في تقديم المساعدة والعون وتحقيق الأهداف ، وبالرغم من أن بعض المدمنين قد سعوا لتبديل سلوكهم الإدماني من تلقاء أنفسهم إلا أن هذا المسعى قليل النجاح لأن الجهود الإيجابية المشتركة كافية لإقناع المدمن بإمكانية الإقلاع عن المخدرات وتبديل السلوك الإدماني المطلوب ، خاصة وأن المدمنين لديهم مشاعر قوية للارتباط بالغير إذا ما قدمت لهم المساعدة ، ويتابعهم التوتر إذا ما حجت عنهم تلك المساعدة ، والمهم أن يضع المعالج حداً لمستوى العون والمساعدة الذي يقدمه للمدمن ، والذي بدوره يجب أن يعرف هذه الحدود أو المستويات فلا يتعدها حيث برهنت نتائج الدراسات على أن إقامة العلاقة يفتق قدرات كل من المعالج والمدمن نحو تحقيق الأهداف

Bandura 1982 (٦م : ١٢٤) .

٣- الحذر من التعميم وتجنب الأحكام المسبقة

العلاقة التعاونية والثقة المتبادلة بين المعالج والمدمن لا تبرهن عن إمكانية صياغة افتراضات سابقة لأوانها ، كما أن القول بأن المدمنين نشأوا في أسر مضطربة أو مهلهلة لا يوجد ما يؤيده بصفة مطلقة ، أو أن المدمنين ينعدم لديهم النزوع نحو تبديل سلوكهم الإدماني لتدني دافعيتهم نحو العلاج وارتفاع مقاومتهم له والمعالج الذي يحمل كذلك المعتقدات غير العقلانية ويعمم الإدعاءات غير المنطقية يلحق الأذى والضرر والإحباط بأقرانه و يسلب الجهد الواجب

أن يكرس من أجل تعديل السلوك الإدماني المطلوب بل قد يصل إلى أبعد من ذلك في رفض المدمن وعدم طرح استراتيجيات تعديل السلوك النوعية .

٤- التعرف على المشكلات الجوهرية

تقنيات العلاج توجب على المعالج بذل قصارى جهده في البحث والتنقيب عن المشكلات الجوهرية خلال المقابلات العلاجية المبدئية أو الأولية كأن يطرح المعالج على المدمن أسئلة من مثل ما خطورك؟ وهل عندك أفكار عن كيفية إمكان تفادي هذه المشكلة؟ وما نوعية المساعدة التي تحتاجها الآن؟ وغيرها من الأسئلة التي تبرز على الأقل الأحداث البارزة على سطح البحر من الجبل الجليدي ومفهوم المدمن عن مشكلته .

ومن المهم على المعالج دعم أو اصر الوفاق مع المدمن وأن يصحح خطأ تصوراته ومعتقداته حول سوء فهمه لأهداف العلاج فقد يقول المدمن إن زوجتي تعتقد أنني أتعاطى المخدرات بكثرة ؟ وهنا يريد المدمن أن يشير إلى أن مشكلته تكمن في زوجته وهي توقعات مختلفة غير منطقية تقهر الإرادة وتهزم الذات .

٥- تدريب المدمن على أن يقدم لنفسه وبنفسه

العلاج النفسي علاج تعليمي تأهيلي يعتقد مجدوى المثل القائل " لاتعطني سمكة ولكن علمني كيف أصطاد" ويؤكد العلاج العقلاني على أن الإنسان يمكن أن يقبل نفسه تماماً فقط لأنه حي فقط لأنه موجود ، والمعالج يعلم أن جميع أنماط العلاج تقوم على مساعدة المسترشد لذاته ، انطلاقاً من أن الخبرة العلاجية ليست ما يقدمه المعالج للمدمن ولكن الخبرة العلاجية هي مرور المدمن بالموقف العلاجي والتفاعل معه .

ولما كان " إيليس " قد اتخذ عدة أهداف لصحة العقل مثل توجيه المسترشد نفسه بنفسه ، والتحمل بالاهتمام بالنفس ، وقبول اللاحتمي والمرونة وقبول الذات كما هي Ellis 1973 (م ٧) فإن المعالج يعتمد بدوره إلى خلق الأجواء العلاجية الرامية إلى تدعيم التوقعات الإيجابية لدى المدمن حيال إمكانية إقلاعه عن المخدرات وإكسابه وعياً أكبر واستبصاراً أقوى وتبديل السلوك الإدماني .

وعليه فلا يقول المعالج للمدمن عليك أن تشفي نفسك بنفسك ، ولا يقول إن شفاءك على يدي لأن ذلك يضعه في موقف سلبي علاوة على أن المدمن لو كان في مقدوره ذلك لما التمس العلاج .

٦- خلق توقعات واقعية إيجابية

من المفيد عند بدء العلاج أن يعطي المعالج أهمية لوجود التوقعات الإيجابية عند المدمن بخصوص تبديل سلوكه الإدماني والتباحث معه في جهوده السابقة لا سيما وأن بعض المدمنين قد اتخذوا قرارات سابقة للإقلاع عن الإدمان كتب لبعضها النجاح بعض الوقت ولكن ما لبثت أن انهارت لأن الرغبة في الإقلاع ليست كافية لوحدها بل لا بد معها من المثابرة والإصرار على بذل مزيد من الجهد لدحض النزوع والأفكار غير العقلانية والمعتقدات الخاطئة التي تهيء المدمن للتنازل عن إرادته في تبديل السلوك الإدماني .

ونظراً لأن بعض المدمنين يتوقعون من المعالج الكثير كأن لديه عصا سحرية تشفي من يشاء ، في أي وقت يشاء فإن على المعالج أن يوضح للمدمن حدود إمكانياته العلاجية، ويعلمه كيف يفحص نظراته عن نفسه وعن الآخرين وأن يستفيد من نفسه عن أفكاره لكي يحتفظ بالأفكار الطيبة وتفنيده الأفكار التي تؤدي إلى السلبية Ellis and Harper (٨٥ : ١٣) .

٧- استخدام الطرق العلمية في التقويم

يرتكز العلاج العقلاني - الانفعالي على طرق علمية منهجية مستمرة تأخذ المعلومات من المدمن مباشرة من مثل البيانات العامة الخاصة بالعمر والأسرة والعلاجات السابقة مفيدة وذات قيمة كما أن استجلاء أمرها قد يخلق في ذهن المعالج الفرضيات التي بموجبها يكون الحوار كجزء من العلاج وطرح وإبل من الأسئلة تثبت أو تدحض افتراضات المعالج وفي حالة ما إذا ثبت عدم صحة افتراضاته يتعين عليه استبدالها بافتراضات بديلة ومتابعتها لمعرفة مدى صحتها ، إن مثل هذا النوع من التقويم يقود نحو توقعات أكثر منطقية وواقعية ، علاوة على التعاون المتبادل بين المعالج والمدمن الذي يتلمس محاولات المعالج لفهم واستيعاب مشكلته فيعزز لديه تطبيق ما تعلمه لحل مشكلاته مقتنعاً أن معركته مع أفكاره غير العقلانية ومعتقداته الخاطئة التي هي سبب تعاطيه المخدرات ليست أمراً هيناً .

٨- استقصاء القصة الإدمانية

بفعل طبيعة ودوافع التعاطي والإدمان المعقدة ، وسمات الشخصية المرتبطة أو النزاعة له ، وعجز المدمن عن استبصار الربط بين التعاطي ونتائجه الوخيمة فإن ذلك يتطلب إجراء تقويم شامل متكامل للقصة الإدمانية من جوانبها الشخصية والزوجية أو الأسرية والاجتماعية والمهنية والتعليمية باستخدام الحاسبات وفتيات القصة الإكلينيكية التي توحى للمدمن أن العلاج يتحدد بمدى اهتمامه بسرد قصته بصدق لا سيما ما يتعلق بمحاولات تقريع وقهر الذات وإضعاف إرادتها أمام المخدرات .

والمعالج بما لديه من فنيات ومهارات يمكن أن يعيد طرح المشكلة بطريقة حوارية إقناعية تمكن المدمن من التغلب على نزوعه لإنكار وجود مشكلة أو تعمد تجاهلها أو أنها لا ترتبط بتعاطي المخدرات ، ومن خلال التركيز على المتاعب والمشكلات يدرك المدمن حجم التكاليف الباهظة التي دفع ثمنها نتيجة تعاطيه للمخدرات ، مما يمكن العملية العلاجية من مجابهة المعتقدات الخاطئة ودحض الأفكار غير العقلانية التي كانت وراء غواية التعاطي .

وخلال سير القصة الإدمانية ينزل المعالج العقلاني سبباً أو ابلاً من الأسئلة التي تجدد بروز الأخطار الصحية والأسرية والمهنية والاجتماعية من مثل : هل طلب طبيبك من قبل التوقف عن تعاطي المخدرات ؟ هل سبق وأن نبهتك أسرته أو نصحتك زوجتك بخطورة إدمانك ؟ هل سبق وأن ذهبت إلى عملك مخموراً ؟ هل تلقيت إنذاراً بالفصل من دراستك؟ هل سبق وأن تعاطيت أكثر مما ترغب؟ هل حاولت كبح جماح ذاتك وتوقفت عن التعاطي ولكن وجدت صعوبة ؟ وغيرها من الأسئلة التي يطرحها المعالج لتقويم النتائج الاجتماعية والطبية والمهنية والأسرية وأخيراً فإن الهدف من الحصول على قصة الإدمان ليس لأغراض البحث العلمي والدراسة والحصول على تشخيص لا

لبس فيه ولكن الهدف الجوهرى هو جمع المعلومات الخاصة بالنتائج السلبية التي ترتبت على إقبال المدمن لتعاطي المخدرات .

٩- التقويم المعرفى

بجانب استقصاء القصة الإدمانية والتعرف على آثار الإدمان فإن الجانب الأكثر أهمية في تقويم المدمنين هو تحديد نوعية المعتقدات الخاطئة والأفكار غير العقلانية التي يحملها المدمن نحو المخدرات واضطراب الوظائف الانفعالية والإدراكية التي يعيشها المدمن والتي تؤدي إلى قهر الذات وانهزاميتها أمام المخدرات وتهيمن على أذهانهم وتجعلهم مستسلمين لإدمانهم كما أن المعتقدات التي تبديل سلوكيات المدمن تبدو بالنسبة له شديدة الصعوبة وهذا ما يجب أن يدركه المعالج الذي يسعى في RET أن يجعل المدمنين يرون جميع الخيارات التي يملكونها حقيقة مثالية مما يساعدهم على توليد هذه الخيارات بأنفسهم .

١٠- تحديد أهداف العلاج

يدفع العلاج العقلاني - الانفعالي المعالج والمدمن إلى الانخراط في صياغة أهداف ضرورية علاجية واقعية تحقق السيطرة على النزوع إلى تعاطي المخدرات ، بحيث تحقق هذه الأهداف مع المدمن الذي يبدي درجة من المقاومة للعلاج، وحينما تتعرض المدخلات العلاجية للفشل يطرح المعالج أسباب الفشل إلى تدني دافعية المدمن ومواقفه غير المرضية تجاه العلاج ، بالمقابل يحمل المدمن نتيجة اليأس على كاهل المعالج والحقيقة أن كل من المعالج والمدمن يشتركان في أسباب الفشل لعدم اتفاقهم على أهداف علاجية قابلة للإنجاز ملموسة النتائج الإيجابية .

ومن المرتكزات الأساسية في العلاج العقلاني - الانفعالي أن يخطط كل من المعالج والمدمن للأهداف العلاجية بحيث تعزز لدى المدمن التوجيه والتنظيم الذاتي الفعّال كما أن هذه الأهداف ليست بالقول الفصل أو مصاغة في قوالب غير قابلة للتعديل بل في حالة تباين الآراء بين المدمن والمعالج حيال الأهداف العلاجية فالتوقف النهائي لا يعني بالضرورة أن يوافق عليه جميع المدمنين فإنهما يتفقان على تجربة جديدة شريطة أن يكون المدمن صادقاً في تقديم النتائج التي تترتب على التجربة المقترحة .

استراتيجيات العلاج العقلاني الانفعالي لتبديل السلوك الإدماني

تفترض استراتيجيات العلاج العقلاني - الانفعالي أن الإنسان يتسبب إلى حد كبير في العواقب والأزمات ، وأن اضطرابات البشر ناتجة عن عقائدهم وتقييمهم للأمور وليس من الأحداث نفسها Ellis 1990 (٩م) كما نفترض أن الأفكار غير العقلانية الهازمة للذات وليس تعاطي المخدرات هو الذي يقود المدمنين إلى الهاوية وعليه فإن العلاج يتطلب التصدي للتفكير الإدماني ومجابهته ومناهضته بهدف تبديله علاوة على التغيير الجذري للمعريفات بهدف الإقلال من نظرة المدمن الهازمة للذات وإكسابه فلسفة حياتية أكثر واقعية .

١- تحليل البنية المعرفية للمدمن

يتسم التفكير الإدماني بالآلية واللاإرادية واللامنطقية واللاعقلانية يترابط فيه التفكير والانفعال والتصرف وعليه تكمن صعوبة تبديله وهو ما يظهره الحوار الجيد خلال سير المعالجة ليأخذ من المدمن زمام المبادرة في الكشف عن الأفكار الهازمة للذات المزلفة للإدمان ومن ثم مجابتهها بطريقة منهجية منطقية عملية تصوب البناء المعرفي للمدمن بهدف تبديلها بأفكار معززة للأنا .

وقد تتداخل الأفكار اللاعقلانية مع استعدادات المدمن لتعلم مهارات جديدة وعليه يعتمد المعالج إلى تقديم نماذج توضيحية تعليمية توجيهية للمعتقدات الخاطئة المهلهلة التي يحملها أي مدمن حتى وإن اختلفت في محتواها من شخص لآخر وتكون مصدر تعاسته وكآبته واستمرارية سلوكه الإدماني فيشرح المعالج بطريقة تدريسية ارتباك أفكار المدمن بمشاعره وسلوكه وأن تبديل ذلك السلوك يتوقف على ذلك الترابط .

وفي حالة طرح المعالج لخبراته مع الحالات العلاجية السابقة فإنه يهدف إلى مساعدة المدمن على التحدث مع ذاته ومراقبة ما يدور في ذهنه من أفكار وأحاديث مع الذات واستبصار الأفكار غير العقلانية التي يسبق له إدراكها وتحليل البنية المعرفية وتحديد نوعية الأفكار المنافية ومناهضتها من خلال المحادثة والحوار والتخيل كأن يتخيل آخر موقف تعاطى فيه المخدرات وبواعثها وبماذا يحدث نفسه قبل إقباله على التعاطي .

٢- لحض الأفكار غير العقلانية لدى المدمن

إن تبديل معتقدات المدمن غير العقلانية المدمرة للأنا معضلة معقدة تتطلب حشد الأدلة المنطقية عن طريق الهجوم المباشر والفوري الذي يسفّه معتقدات المدمن الخاطئة وتنظيم البنية المعرفية من خلال ممارسة المدمن لمعتقدات منطقية جديدة في مواجهة المعززات المزعجة والمثيرة للتعاطي واستخدام الأحاديث مع الذات ولعبه لأدوار ذاته غير المنطقية ودراستها لصالح أفكاره غير العقلانية مع المعالج ، واستخدام المبالغة والتناقض ليتدأى في فكرته و يباليغ في تخيل نتائجها حتى يدرك عدم صحة فكرته وكم فرض على ذاته أفكاراً فيها طابع الجبر والإلزام .

٣- تحصين المدمن من الانتكاس

عندما يحاول المدمن الإقلاع عن التعاطي وتبديل سلوكه الإدماني ويفشل في ذلك فإن مزيداً من الأفكار اللاعقلانية تزيد حالته سوءاً وتعقيداً ويعد ذلك الفشل كارثة لا يمكن علاجها وتبديل السلوك أمر صعب .

وعلى المعالج أن يعلم المدمن أنه لا داعي إطلاقاً لليأس أو الإحباط فكثير من المدمنين تعثرت مسيرة علاجهم وانتكسوا ولكن لم يترتب على ذلك كارثة بل ناضلوا من أجل الاستقامة ثانية وحتى لا يحدث الانتكاس تطبق استراتيجيات شاملة تتضمن التدريب على ضبط الذات ومراقبتها ، وتقنيات الاسترخاء ، وتوليد الأفكار الإيجابية والنقاش التوجيهي ، وإعادة البنية المعرفية ، والتوازن بين الرغبات واللزمات ، وتعزيز الصمود، وتجنب المشيرات التي تقود إلى الانتكاس .

٤- مناهضة المعتقدات الخاطئة الخاصة بالانفعالات المضطربة

أسفرت النتائج أن المدمنين تعزيتهم معتقدات خاطئة وأفكار لاعقلانية يتمخض عنها الإحباط حيال تجاربهم الانفعالية ومن هذه الأفكار • فكرة أنك يجب أن تحصل على ماتريد، أو أنك يجب أن ترى الأشياء فظيعة ومدمرة ورهيبة ، أو أن التعاسة تأتي من الضغوط الخارجية وأنت لاتستطيع السيطرة عليها، أو أن أحداثك ماثلة أمام عينيك وأن ذلك سيظل طول عمرك؟ كما يتسم المدمنون بسلوك اندفاعي وأن ردود أفعالهم بشكل عام سريعة وتشوبها الرعونة Ellis 1990 (٩م) •

عليه يحدد المعالج المعتقدات الخاطئة والانفعالات السالبة التي تولدها لتكون واضحة لدى المدمن حتى يسهل إدراكها ثم يناهضها ، علاوة على تطوير لغة المدمن وإكسابه إمكانية التعبير الدقيق عن انفعالاته ، وتشجيعه على التحدث عن مخاوفه وانزعاجاته ، وتدريبه على التحليل الفكري الذاتي وفق نظرية ABC وكيفية استخدام التقنيات العلاجية لمناهضة للإدمان والمقاومة للانتكاس وهذا يعني أن كلاً من المعالج والمدمن يبحث عن الاحتميات والسلبيات ليحدد من أيها يشكو ويعاني المدمن •

٥- مناهضة المعتقدات الخاطئة الخاصة بالذات

من الصعوبات التي تواجه المدمن ويعمل لها العلاج العقلاني - الانفعالي ألف حساب هي المعتقدات الخاطئة حول الذات الخبئة المحترقة عاجزة عن التعامل مع المشاعر الجاحمة والأضواء الخاطفة النزاعة للمخدرات التي تخطف البصر قبل أن تنير الطريق عندئذ يتطلب إثابة هؤلاء المدمنين للحديث عن ذواتهم وهويتهم المحترقة غير المحدودة العالم وذلك من خلال المناقشات والأسئلة لاسيما ما يتعلق بالمواقف التي تتصل بالإحباط وسوء القصور الذاتي والتأويلات غير العقلانية والخاطئة عن الذات من هنا فإن علاج RET يركز على قبول الذات كما هي Self Acceptance وبدون شروط فيقبل المدمن ذاته ووجوده وحياته بدون شروط أو متطلبات ، والسيطرة التامة والكاملة على الذات دون إلصاقها بالتهم أو إدانتها أو تحقيرها أو اليأس منها لفسلها ، ويكمن لب العلاج في تمكين المدمن من التعامل مع إنسانيته بإنسانية أيضاً دون تقييدها وكأنه معصوم من الخطأ ، وأن يتحمل الاعتراف بالخطأ ويدرك أنه سيظل غير معصوم من الخطأ فيقبل ذاته في مواطن القوة والضعف أو النجاح وال فشل •

التقنيات المعرفية التطبيقية في العلاج العقلاني - الانفعالي

أولاً : بعض التقنيات المعرفية التطبيقية في العلاج العقلاني - الانفعالي

إن معرفتنا لانتقاد أنفسنا مهمة جداً ، لأننا يجب أن نتعلم كيف نوجه انتقاداتنا للنشاطات التي يمكن تصحيحها ، وإلا فإننا يمكن أن نكون قاسين جداً على أنفسنا وهذا قد يؤدي إلى الفشل لذلك فإن العلاج العقلاني يتضمن بعض التقنيات المعرفية لمناهضة الأفكار غير العقلانية والسلوكيات الخاطئة (٩م : ١٥٠) ، وإعادة البنية المعرفية المنطقية لإحداث تغييرات سلوكية أفضل ومن هذه التقنيات النوعية المعرفية التطبيقية •

١- مناهضة المعتقدات الخاطئة

جوهر العلاج العقلاني - الانفعالي مناهضة المعتقدات والأفكار اللاعقلانية مناهضة ماحقة ساحقة تؤول إلى إزعاج المدمن حيال تعاطيه للمخدرات وبذلك فإن المدمن يتحرك نحو تبني النهج المضاد وهو الواقعية والعقلانية فالعملية العلاجية من وجهة نظر RET عملية نشيطة مباشرة مجابهة تقوم على مبدأ السؤال العلمي والتحدي و المناقشة Ellis 1990 (٩م) .

ومن أهم تقنيات المناهضة :-

أ - مناهضة تعابير الإلزام

- المعتقد الخاطيء: يجب على أن أكون قادراً على إدمان أو تعاطي المخدر بالمقدار الذي أرغبه وإلا فإنني أعاني من صعوبات .

المناهضة لماذا يجب عليّ ، وهذه صيغة فيها الإلزام .

- المعتقد الخاطيء : لأنني أرغب فيه .

المناهضة : لماذا يستوجب عليك أن تحصل على ماترغبه؟

- المعتقد الخاطيء : لأنني أشعر بارتياح أفضل مما عليه الآن .

المناهضة : قدم دليلاً على أنك تشعر بارتياح أفضل من خلال تعاطي المخدرات .

- المعتقد الخاطيء : أمر حسن أن يشعر الفرد بالارتياح .

المناهضة : إنه أمر حسن ولكن إن كان كذلك أين الدليل ؟

عندئذ لا يجد المدمن دليلاً عقلانياً وعليه يقول المعالج عليك أن تقنع ذاتك .

ب - مناهضة تضخيم الحوادث

حيث يستخدم المدمن تعبيرات تحمل في طياتها المبالغة والتحويل من مثل كارثة ، مرعب، مريع، مفزع كأن يقول المدمن إنه لأمر مفزع إذا لم أتعاطي المخدرات عندئذ أشعر بالرعب ، ولناهضة هذا التضخيم نطرح التساؤل التالي ما الذي يجعل ذلك الأمر مرعباً؟ وإذا كان الإقلاع عن التعاطي أمراً مؤلماً أو صعباً إلا أنه غير مستحيل ومن ناحية أخرى أليس تعاطي المخدرات أكثر إيلاًماً ورعباً؟

٢- تخيل المعتقدات الخاطئة

المدمن يخاطب نفسه بألفاظ وأفكار عقلانية وغير عقلانية تمثل مقدمات خاطئة ونزوع لخبرات خيالية مشوهة تبرز الانحراف الحاد عن الإدراك المقبول للموقف ومن أهم الأمور التي يركز عليها المعالجون في RET هو مساعدة المدمن أو متعاطي المخدرات على تخيل المعتقدات الخاطئة وما يترتب عليها على الصعيد الشخصي والأسري والمهني والاجتماعي ، ويردها ويناقشها مع ذاته ، ثم يرى نفسه وهو يشعر بالندم والعزم على تغيير وتعديل الحديث مع الذات مما يهيء المدمن للسيطرة على مشكلاته و مناهضتها ويمكن تسجيل ذلك على شريط صوتي مع التركيز على

الأحاديث الإيجابية المشجعة للذات كأن يردد المتعاطي طالما أنا أدركت الخطر وتبت إلى الله وعدت إليه معتمداً عليه
فإني أتوقف لا محالة .

٣- فتح سجل لكتابة مشاعر السعادة والألم

يسعى المعالجون في RET فتح سجل للمتعاطي لكتابة مشاعر الآلام والأحزان والآثام التي ترتبت على تعاطيهم للمخدرات وما يمكن أن يترتب على إقلاعهم من مكاسب وعليهم أن يدركوا أن من الآلام التبعية **Dependence** وتعني التعلق المرضي بمادة التعاطي ، وعدم القدرة على التخلص من تعاطيها ، وتولد ثمة قدرة موهومة مزعومة تدفع إلى الاستهانة بالحياة ومتطلباتها ، وعدم المبالاة بالمسئوليات والعجز عن أداء الواجبات ، والخوف والشعور بالاضطهاد والحوادث ، وفقدان كل ما هو حسن وضياع الشباب والشعور بالذنب والتفكير في الانتحار وانتشار الرذيلة ، والإحساس بالدونية والانفصال، والبعد عن الواقع والمصلحة النهائية هي معصية الخالق وغضبه والطرده من رحمته و الدخول في قائمة الاكثائيين أو الفصامين الذهانيين وانهايار الحياة العائلية و تدمير الأسرة وتشرد الأولاد إلى أن يأتي الموت والفناء (م: ٢٨٩-٢٩٠) .

كما أن عليهم أن يدركوا أن الإيجابيات حفظ الدين ، والبدن ، والنفس ، وتوفير المال ، والإنجاز الحسن ، والعيش لمدة أطول ، والاستمتاع بالنوم والعمل والراحة والشعور بالسعادة .

٤- تشييت البنية المعرفية

لما كان العلاج العقلاني الانفعالي يرى أن البيئة المعرفية للمدمن تعلوها الشوائب لأنها قائمة على أفكار غير عقلانية مشتقة من مقدمات خاطئة فإن العملية العلاجية العقلانية تنصب على إنهاك استجابات المدمن وتشيت ذهنه و ممارسة التمارين الرياضية بما يحقق الاسترخاء وتخفيف التوتر والقلق ومناهضة المعتقدات غير العقلانية النزاعة لتعاطي المخدرات ، واستدعاء معوقاته لإدراك العلاقة بين الأفكار الآلية غير المتعلقة ونتائجها .

٥- الثقافة النفسانية في العلاج العقلاني - الانفعالي

من تقنيات العلاج العقلاني - الانفعالي الملائم للمدمنين التثيف النفسي من خلال الوسائط الإعلامية ، والاستعانة بالكتب والنشرات ، والمطويات ، والأشرطة الصوتية العلاجية التي تساعد المدمن على التخلص من صراعاته وإحباطاته والتي غالباً ما تكون العامل المباشر للتحمل المتدني والنكوص أو الارتداد والانتكاس لتعاطي المخدرات الأمر الذي ينجم عنه تحقير وتقريع الذات ، وعلية فإن المدمنين يركزون على هذه المناشط عند ممارستها بدلاً من التفكير في هزيمة الذات .

٦- التكتيفات والواجبات البيئية لتعديل أو تبديل البنية المعرفية

من تقنيات العلاج العقلاني - الانفعالي أداء المدمن لبعض الواجبات البيئية التي تتمثل في قراءة بعض الكتب ، ومراجعة المدمن لجلسة أو جلسات العلاج بتصور نفسه يعيدها، والتعرف على بعض الأفكار غير المنطقية وتدوينها، كما يشرح المعالج العقلاني للمدمن كيفية استخدام نظرية ABC ليناقدس ويتحرى الأفكار التي سبقت الإثارة والنزوع

لتعاطي المخدرات وبخاصة تلك التي فرضت الحتميات أو وجوب تعاطي المخدرات ، وتسجيل ذلك في سجله
ومناهضتها •

ثانياً : بعض التقنيات الانفعالية في العلاج العقلاني - الانفعالي للمدمنين

تعتقد نظرية العلاج العقلاني - الانفعالي أن المدمنين يتمسكون بأفكارهم ومعتقداتهم غير المنطقية وغير العقلانية التي عززت بالحدث الداخلي وما ارتبط به من انفعالات وعواطف سلبية ، وعليه فإن العلاج العقلاني - الانفعالي يرى أن تلك الأفكار غير العقلانية هي المتغيرات الحاسمة وجوهر العلاج ، التي يتعين إزالتها لكي يكون العلاج فعالاً وناجحاً وحتى على الأقل أن يكون ممكناً وهذا يتطلب تقنيات دراماتيكية انفعالية فاعلة تقنع المدمن بالتخلي عن انفعالاته ، واجتثاث الإدمان من جذوره ، وتصحيح انفعالات المدمن أو استبدالها بانفعالات أكثر جدوى ومن هذه التقنيات الانفعالية :-

١- تدريبات للهجوم على مشاعر الخجل

تعد مشاعر الخجل وخلق الانزعاج والخوف والانسحاب وغيرهم من المشاعر المحبطة والهروبية لب العصاب وتشكيل الهوية الفاشلة ، حيث يهرع المدمنون إلى الانتكاس وبعض العاديين إلى التعاطي كحيلة عقلية دفاعية لتخفيف حدة التوتر والصراع النفسي •

وفي ذلك يعد RET من أفضل أنواع العلاج استخداماً للتمرينات المهاجمة لمشاعر الخجل ، وتحقير وتقريع الذات الناجم عن الشعور بالضياع ، والإحساس بالدونية ، والنبد الاجتماعي ، وتدني الإرادة ، والفشل في السيطرة على السلوك الإدماني •

ومن هذه التدريبات أن المعالج في RET يطلب من المدمن أن يتصرف بطريقة يشعر معها بالخزي والخجل لتنفيذ مطلب أو موقف مخجل بالنسبة له ، ويلاحظ ويتحرى المدمن ليكتشف أن تصرفاته ليست محل إنشغال أو اهتمام الآخرين ، وماهي إلا نتيجة مقدمات خاطئة و نزوع خبرات خيالية مشوهة تبرز الانحراف الحاد عن الإدراك المقبول وعليه فلا داعي للخجل •

وكذلك فإن من التمرينات المناهضة لمشاعر الخجل والتي يمكن للمدمن ممارستها كواجبات بيتية ((يغمض المدمن عينيه ويتخيل موقفاً يعده مخجلاً يدعو إلى التهكم والسخرية (وهو عند الأسوياء ليس كذلك) وهو ليس من المعتاد أن يفعله ، ويتخيل القيام به أمام الآخرين عندئذ يتخيل المدمن تنفيذ الموقف أمام الآخرين ويتجاوب مع انفعالاته مع ملاحظة تهكم الآخرين وهو لا يشعر بالخجل ويقاوم الانزعاج)) يحاول المدمن تكرار تمرينات من هذا القبيل ويسجل في كل مرة نقاط الإيجاب إلى أن تزول مشاعر الخجل •

٢- التخيل العقلائي - الانفعالي

ينزع الإنسان بشكل عام إلى أن يكون مثالياً ساعياً للكمال والتمام ، ناقداً ومحققاً للذات ومتوجهاً نحو الآخرين (م ٣ : ١٨٣)، هذا المبدأ النزوعي يقوي دافعية المدمن لسعيه للعلاج والالتزام به وتنفيذ المخطط العلاجي ، واتخاذ خطوات عملية لم تكن باستطاعته من قبل .

فأدخل Ellis 1990 (٩م : ٨١) على تقنيات التخيل العقلائي عدة تعديلات لتلائم جوهر العلاج ، وعليها بات المعالجون في RET يستخدمون التخيلات العقلية الانفعالية من المدمنين ، تعرف المرحلة الأولى بالتخيلات السلبية والمرحلة الثانية بالتخيلات الإيجابية بحيث يمكن للمدمن أن يتعلم استخدام التمرين التالي ((يغمض عينيه ويتخيل أسوأ ما يمكن أن يتعرض له من تعاطي المخدرات على مستوى زوجته ، وأولاده ، وأسرته ، وعائلته ، وزملائه في الدراسة أو العمل)) ، بعدها يستمع المعالج لمشاعر المدمن التي انتابته خلال التمرين وبعده ، ثم ينتقل به من المشاعر القاسية جداً إلى المشاعر المقبولة، لتكون المشاعر الجديدة مشاعر انزعاج وندم ، وليس كارثة أو كآبة حتى تتبدل الانفعالات والعواطف الكارثية إلى المقبولة والعقلانية .

٣- الأحاديث الإيجابية مع الذات

يستخدم المعالج العقلائي مع المدمنين زخم من الأحاديث مع الذات يكررها المدمن بلباقة إيجابية بحيث تدخل في شعوره وبخس بصحتها ويعتقد في فاعليتها وجدواها ومن هذه الأحاديث ، لست في حاجة لتلبية جميع رغباتي، ولكن يمكن أن أفضل فقط الذي استحسنه من رغباتي ، إن من الأمور السيئة أن يعاملني الآخرون بما يرغبون وليس بالأسلوب الذي أرغبه ، ليدرك المدمن أن الإنسان العقلائي هو الذي يكون واقعياً يحاول تحقيق ما يريد إذا أمكن ، ويحاول تغيير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما لأنه كما يقول الشاعر:

ما كل ما يتمنى المرء يدركه * تأتي الرياح بما لا تشتهي السفن

٤- الحوار الفعّال مع الذات

المعالجون العقلائيون هم معلمون يأخذون بأيدي مسترشدتهم من الضعف ، واللامسئولية إلى القوة والمسئولية ، ومن اللانجاز والألم إلى الإنجاز والسرور ، ولكي يبقى العرض خارج دائرة علم المدمن ووعيه ، يعكف RET ليهن للمدمنين أنه رغم ارتكابهم أخطاء عديدة إلا أنهم لم يكونوا أبداً عرضة للازدراء والتعنيف بسبب هذه الأخطاء، ويسعى المعالج إلى تعليم المدمن كيف يخلق حواراً فعلاً نافذاً مع ذاته ليناقد أحاديثه الداخلية اللاعقلانية مناقشة عقلانية إقناعية فمثلاً :

الحديث اللاعقلاني : لو أنني تعاطيت المخدرات مع أصدقائي ولو صدفة لم تكن هناك كارثة .

الحديث العقلائي: إنها مشكلة من يعرف مدى النتيجة السيئة التي ستلم بي ؟ هل الجنون أم المرض أم تخلي

الأصدقاء ، والأسرة ، وضياع الوقت والمال

٥- القبول غير المشروط للذات Unconditional Acceptance

اعتاد المعالج في RET على تعليم المدمن بصورة مباشرة قبول ذاته فهو واحد من البشر الذين ليسوا بأنبياء ، وليسوا شياطين ، وعليه قبول شخصيته كإنسان غير معصوم من الخطأ مما يجعل المدمن واعياً بتطرفه في نقد ذاته ، ويزيد من موضوعيته تجاه عدم التعقل في تحطيم الذات ، وكل ما من شأنه إقناع المدمن بأنه مقبول بالرغم من سماته الحالية ، ولكن غير المقبول هو السلوك الإدماني فهو سلوك مرفوض تهدف المدخلات العلاجية إلى تعديله كما يبرهن للمدمن مثالية المعالج وإنسانيته فيقبل على المشاركة العلاجية بصدق و بجدية وهو شرط من شروط العلاج ، الذي يعلم المدمن أن قيمته وتقديره لذاته هي رسالة للآخرين لتقييم ذاته فتصبح قيمته من تقييم الناس لذاته ، وأفضل مستوى لتقييم الذات أن يدرك المدمن أنه إنسان مقبول لأنه موجود ويتمتع بما يمكن أن يجعله مقبولاً .

٦- لعب الدور Role playing

هذه التقنية الفاعلة والفعالة في العلاج العقلاني - الانفعالي في تعبير المدمن عن مشاعره وانفعالاته وتفرغها ، ومناهضة المعتقدات الخاطئة قناعة من المعالج بأن الأفكار الالاعقلانية والمعتقدات الخاطئة هي المسئولة عن الإدمان وتعاطي المخدرات ، وبناء على هذه التقنية يقوم المدمن بتمثيل سلوكي لكيفية مناهضة هذه الأفكار غير العقلانية إلى أن يتقن القيام بدور الناقد العنيف لمشاعر الخزي والدونية ، ولهذا فوائده المزدوجة التشخيصية والعلاجية وتعبئة المدمن لكل قواه أثناء التمثيل يُجسد مشاعره ، ويأخذ بالمنطلقات المنطقية والشعور بمشاعر غيره وعواطفهم نحوه ، مما يساعد المدمن على التصرف بفاعلية في الحياة ، ودعم السلوك التكيفي المقبول والمستهدف علاجياً .

٧- الدعاية كأسلوب علاجي

يلجأ المعالج في RET إلى استخدام المرح والنكات والدعاية والفكاهة التعليمية التي تظهر للمدمن سخافة أفكاره وتصرفاته والتي تثير اضطرابه وانتكاسه فاضطراب المدمن قد يعود بدرجة كبيرة إلى كونه ينظر إلى أفكاره نظرة صارمة ومبالغة بحيث يعقد الشعور بالدعاية أو الفكاهة ويتعثر في الأسلوب الملائم لحياته Ellis 1990 (م: ٩٠ : ١٠٧) ونظراً لما تتضمنه الدعاية من انفعال قوي ، ومراجعة للبنية العقلية المعرفية ، والأفكار الانهزامية الذاتية فإن المعالجين يعدونها تقنية علاجية مضادة للاضطراب المؤدي والمصاحب للإدمان .

ثالثاً: بعض التقنيات السلوكية في العلاج العقلاني - الانفعالي للمدمنين

تهدف التقنيات السلوكية العلاجية التي تنطلق من أن الكائن الإنساني إذا فكّر وعمل بقدر كاف لفهم ومناقضة نظم معتقداته فإنه يستطيع التوصل إلى تعبيرات هامة مهدئة وشفافية من نزاعاته المشيرة للاضطراب (م: ٣ : ١٨٣) إلى إضعاف وتدني الأفكار غير العقلانية والمعتقدات غير المنطقية وما يصاحب ذلك من توترات وصراعات ، علاوة على مساعدة المدمنين على أن يقلعوا عن التعاطي والكف عن الإدمان ومن هذه التقنيات السلوكية العلاجية .

١- إزالة الحساسية التدريجي

التخلص المنظم أو التدريجي من الحساسية يزيل الخوف لأن الخوف لا يتوافق مع الاسترخاء الذي يمكن تبسيطه بحيث يمكن للمدمن تبني مجموعة عقلية للاسترخاء عن طريق التعليمات الذاتية ، وفي هذه الحالة فإن الخبرة المولدة للقلق تصبح مؤشراً للمواجهة وللأداء وإزالة المخاوف والانهماك في الأعمال المفيدة (م : ١٥٦) .

وتعد هذه التقنية طريقة تخيلية تعتمد على الاسترخاء لإزالة التحسس كما هو في الواقع ، وبالرغم من أن جدواها تتحدد بمدى إمكانية المدمن التخيلية إلا أنها لا تستخدم الغمر أو الإفاضة كما هو في إزالة الحساسية أو الفوبيا الاجتماعية التي تكون فيها المخاوف غير عقلانية فيذهب المدمن إلى الحانات أو رفاق التعاطي والإدمان بل العكس فيرتكز العلاج في ابتعاد المدمن عن انساق خلفهم وخاصة وأنه عرضة للانتكاس .

٢- إزالة الحساسية بالغمر

يستخدم العلاج العقلاني - الانفعالي التقنيات التعويضية كالغمر والإفاضة لإزالة التحسس الميداني من خلال دفع المدمن لموقف أو حدث يثير مخاوفه و بالتالي يقاوم مخاوفه اللاعقلانية إلى أن تتلاشى هذه المخاوف وتنطفيء (م : ١٦٤) .

٣- التعزيز والعقوبة

إذا حصل الكائن الإنساني على مساعدة للخلاص من تفكيره المتتوي وانفعاله وسلوكه غير المناسبين عن طريق معالج موجه إيجابي فإنه يغير معتقداته الخالقة للأعراض بقدر أكبر (م ٣ : ١٨٣) من هذا المنطلق يستعين المعالج في RET بالإشراف الإجرائي والتعزيز لمساعدة المدمن على الإقلاع عن التعاطي ، والاستمرار في الكف وفقاً للخطة العلاجية ، وبالرغم من أن بعض المدمنين يعدون تعاطي المخدرات هو المعزز الأولي إلا أن المعالج قد يسمح له بالاستجمام والقراءة والانخراط في العمل وغيرها من النشاطات المحببة مقابل إقلاعه عن التعاطي ، وإذا ما عاود التعاطي تسحب المميزات ، وقد توقع عقوبات يشرف المعالج على تنفيذها .

٤- كف الاستجابة من الظهور

المعالجون في RET يعلمون المدمنين كيف يتحكمون بدوافعهم ومثيراتها مما يجعل احتمالية تصرفاتهم غير المقبولة قليلة وبهذا فإن هدف هذه التقنية هو إعادة بناء الوسط المحيط بهم حتى لا يتعرضوا لأي مثير يحفزهم على التصرف غير المقبول .

وفي حالة عدم جدوى التقنيات السابقة ، والنزوع الجبري للتعاطي ترصد نشاطات المدمن ، وسيطر على تصرفاته كأن يوافق على دخوله المصححة أو تحت ملاحظة الأسرة وكلما تمضي فترة دون تعاطي يدرك أن معتقداته حول نتائج ذلك خاطئة وغير صحيحة ، علاوة على أن هذا الحرمان المراقب الفعّال قد يؤهله ليصبح قادراً على الإقلاع عن تعاطي المخدرات حتى يتم الفطام الإدماني ويتحقق الكف والاستقرار .

٥- منع حدوث الانتكاس

بالرغم من الاستبصار الذي يكتسبه المسترشد ، وفهمه للأحداث الماضية وقدرته على الربط بينها وبين اضطراباته الانفعالية الحاضرة ، إلا أنه نادراً ما يتخلص من الأعراض التي يشكو منها ، وحين يتخلص منها فإنه لا يزال يحتفظ بالنزعة إلى خلق أعراض جديدة (م: ٣: ١٨٣) .

وإذا كان الانتكاس ظاهرة سلوكية معرفية غير مرغوبة من قبل المدمن والمعالج فإن العلاج العقلاني — الانفعالي يعطي جلَّ اهتمامه لمنع حدوث الانتكاس لأن منعكس النكوص إلى التعاطي عملية معرفية وانفعالية وسلوكية ، وعلى الصعيد المعرفي يعد الانتكاس حادثة ذات دلالة ثقافية كبيرة ، وينصب العلاج على تعليم المدمن أسلوب مواجهة الانتكاس من خلال أفكاره اللاعقلانية ، وعلى الصعيد الانفعالي يتعلم المدمن إدارة الحديث مع ذاته المنطقية ، وأخيراً فعلى المستوى السلوكي يتم ضبط المهينات ، وتعزيز المدمن من خلال مشاهدة الأفلام والموضوعات المحبة والسباحة للوقاية من الانتكاس ، وتوقيع العقوبة في حالة الانتكاس ، وقد يناقش كل ذلك مع المدمن بطريقة حوارية تشجع المدمن على الإفصاح عن زلاته وهفواته .

٦- التدريب على المهارات الاجتماعية

لما كان الفشل في الاندماج مع الأفراد يولد دائرة الفشل ، وانعدام الاندماج يؤدي إلى إنكار المسؤولية ، وهذا يبعد الفرد بشكل كبير عن اندماجه مع الآخرين ، وأخيراً يؤدي إلى الانخراط الذاتي والبحث عن الراحة من أم أو معاناة الفشل من خلال ذاته ، والانخراط الفرد مع ذاته يأخذ شكل أعراض فيزيائية واجتماعية ونفسية مثل الكبت ، والمخاوف الاجتماعية ، والسلوك اللاجتماعي ، وإدمان المخدرات .

والأساس المنطقي لهذه التقنية هو أنه إذا كان الإنسان يستطيع أن يتصرف بصورة فعالة فسوف تكون عنده ميول ضعيفة جداً أو منعدمة لتكوين أفكار لا عقلانية

ترجو الحجة ولم تسلك مسالكها * إن السفينة لا تجري على اليبسي

وعليه فإن المعالج العقلاني يركز على تقنيات التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية التعاملية التكيفية لما لذلك من شمولية تبدأ من تبديل الأفكار اللاعقلانية وآثارها على المواقف المنشطة علاوة على أن المهارات الاجتماعية تساعد المدمن على تأهيل الذات ، وتحليل المشكلات ، واتخاذ القرارات ، وكل ما يعترض حياة المدمن .

التوصيات

١- أهمية تضمين البرامج التربوية والإرشادية والعلاجية التي تقدم للمتعلمين والمسترشدين مهارات الإرشاد والعلاج العقلاني — الانفعالي كاستراتيجية تعليمية ، وقائية ، علاجية من الاضطرابات والانحرافات بشكل عام ومن الإدمان بشكل خاص علاوة على تحقيق النمو السوي .

٢- أن يتسلح المعالج النفسي بالثقافة الواسعة ، والطلاقة اللفظية ، والقدرة على التعليم ، والحوار والاستجواب ، والشرح ، والتفسير ، والإقناع ﴿ اذعُ إِلَى سَبِيلِ رَبِّكَ بِالْحِكْمَةِ وَالْمَوْعِظَةِ الْحَسَنَةِ وَجَادِلْهُمْ بِالَّتِي

﴿ وَبِأَحْسَنِ ﴾ النحل ١٢٥ . علاوة على المودة وتقبل المسترشد وإقامة علاقات إيجابية ﴿ وَلَوْ كُنْتَ فَظًا غَلِيظًا
الْقَلْبِ لَأَنفَضُوا مِنْ حَوْلِكَ... ﴾ آل عمران ١٥٩ .

٣- مناهضة الأفكار والاتجاهات و المعتقدات غير العقلانية خلال فترات التنشئة والتخلص منها بالإقناع العقلي
المنطقي، وإعادة تنظيم البنية المعرفية العقلية العقائدية بأفكار واتجاهات معقولة أو مقبولة وتحقيق المرونة العقلية وتقبل
التغيير وإعادة تدويره إلى التفكير العلمي ، والتحكم في انفعالاته وسلوكياته عقلياً ومنطقياً ﴿ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ
حَتَّىٰ يَغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ ﴾ الرعد ١١ .

مراجع الدراسة

- ١- حمدي شاكر محمود (١٩٩٨) ، التوجيه والإرشاد الطلابي للمرشدين والمعلمين ، حائل ، دار الأندلس .
- ٢- حمدي شاكر محمود (١٩٩٨) ، مبادئ علم نفس النمو في الإسلام ، حائل ، دار الأندلس .
- ٣- لويس كامل مليكة (١٩٩٠) ، العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الكويت ، دار القلم .
- ٤- محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨٩) ، تيارات جديدة في العلاج النفسي ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- ٥- نادر فهمي الزيود (١٩٩٨) ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، عمان ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
- 6- Bandura , A . (1982) . Self -Efficacy Mechanism in Human Agency , American psychologist , 97 (2) 122-127 .
- 7- Ellis , A . (1973) . Humanistic psychotherapy :The Rational - Emotive Approach New York ; Julian press and Mc Graw Hill paperacks .
- 8- ELLIS, A . & HARPER , R.(1979) . A new guide to Rational living . (Reved). Englewoos Cliffs , NJ : Prentive - hall : and Hollywood,CA: Wilshire Books.
- 9- ELLIS , A .(1990) Rational and Irritinal Beliefs In Counseling Psychology. Journal of rational emotive therapy , New York , Vol .8(4) 221-233 .
- 10- Hajzler ,D .& Bernard, M.(1991) Areview of rational emotive education outcome studies . School Psycholog review , Vol .6(1) 27-49 .
- 11- Vaillant , G .E ,and Milosfsky (1982)The Ethiology of Alcoholism Aprospective study , American psychologist ,37,494 -503 .