

الأدمان 09-03-2008

191- خلاصة مقدمـة مـلـف الإدمان (5)

مراجعات ومواقف، وملامح المخرج

مقدمة

أود أن أؤكد من جديد أنني لم أستوح رؤيتي لهذه الظاهرة بالصورة التي أقدمها بها، إلا من خلال انطباعاتي طوال بضعة عقود من الممارسة الإكلينيكية، وقد ترتب على ذلك أنني أعدت النظر بشكل شامل في معظم المواقف التي تتناول الظاهرة من الزوايا المختلفة وفيما يلي بعض ذلك:

أولاً: الموقف الطبي

تبدو ظاهرة الإدمان من وجهة نظر أغلب الأطباء، وكأنها ظاهرة طبية في المقام الأول، وبالتالي فهي تحتاج إلى علاج بواسطة طبيب، في مستشفى عادة، يا حبذا لو كان مغلقاً، وبواسطة عقاقير بديلة، أو شافية.. الخ.

وللأسف- فقد تبين بالممارسة - أن كل ذلك يحتاج إلى وقفة مراجعة في أكثر من اتجاه، ومن بعض ذلك:

- 1- إن المدمن ربما يقبل على الإدمان - كما ذكرنا - (يومية الإدمان، ومنظومة القيم 2-3-2008) توكياً للمرض النفسي القادم، أو المهدد، أو المنذر بمعنى: إن الإدمان قد يكون إجهاضاً للمرض في البداية، قبل أن يكون إعلاناً لمرض في ذاته، فكأن الإدمان من هذا المنطلق يبدأ كبديل للمرض النفسي القادم أو البادئ أو المهدد، قبل أن يصبح مرضاً مستقلاً في ذاته، بذاته، وعلى ذلك ينبغي أن يقل الحماس للمبادرة باعتباره مشكلة طبية منفصلة؟
- 2- إن الاضطراب الغالب مع، وخلف، الإدمان، هو من نوع اضطراب الشخصية (دون العصاب أو الذهان)، وهذا النوع، في عمقه، يعتبر مشكلة اجتماعية (وقانونية أحياناً) أكثر منه مشكلة طبية. ولا يوجد - إذن - ما يبرر غلبة التطبيب على غيره من سبل المعالجة.
- 3- إن الإدمان قد يأخذ شكل ما هو بديل التطبيب مما سمي "التداوى الذاتي"، وقد أشرنا إلى ذلك سابقاً (يومية ما الذي "تقوله" ظاهرة الإدمان؟ 5-3-2008)، ربما وصل الأمر

إلى اكتشاف عملية انتقائية يمكن رصدها بالنسبة لاختيارات المدمنين على اختلاف أمراضهم النفسية الكامنة أو الظاهرة على سبيل التداوى الذاتى الانتقائى بهذه المادة دون تلك، لذلك المرض دون غيره، (مثل الهيروين للإكتئاب مثلا)، إذا بالغنا فى قبول هذا الاحتمال على علاته فإنه قد يجدر بنا - منطقا - أن نقبل فكرة أن الإدمان أحيانا يكون طبا بديلا قبل أن يصبح مرضا بديلا، لكنه طب له أعراض جانبية تصل أحيانا إلى أن تكون ألعتن من المرض المراد شفاؤه.

4- إن اندفاعات الطب النفسى المعاصر نحو ما يسمى بالنموذج الطبى (وهو فى الحقيقة: النموذج الكيمىائى الميكنى الكمى) هو موقف -كما ألحنا سابقا- قد يساهم فى نشر ظاهرة الإدمان، لا فى التقليل منها. ذلك لأن هذا النموذج الطبى المزعوم يؤكد -بشكل مباشر وغير مباشر- على ضرورة **الإدمان الكيمىائى (الطبى)** بوجه خاص، وإن اختلفت المسميات، وتفاوتت المضاعفات، يفعل ذلك تحت عناوين **العلاجات الطويلة المدى، أو حتى العلاج مدى الحياة، وما شابه.**

5- إن استغلال ضعف الثقافة الطبية عموما بإيهام الناس والمدمنين بحلول طبية سحرية تقوم بغسيل الدم تحت تحدير عام لبضع ساعات (أحيانا تسمى علاج الإدمان بالجراحة حيث تزرع "كبسولة ما" تحت الجلد.. تحت تحدير عام)، ثم يُبلغ المعالج (الجراح!!) المدمن بعد أيام أنه رجع "نظيفا" كما ولدته أمه، كل هذا يمارس تحت اسم الطب، ومع أنه له أصول تحت ما يسمى "إزالة التسمم السريع"، فإن مجتمعنا الذى ينبهر لأى حل سريع، يعتبر أن هذا هو "غاية المراد"، ونهاية المطاف، ونحن ندرج هذا تحت بند الموقف الطبى لأن الذى يقوم به "أطباء"، وهو أمر يحتاج وقفة حاسمة وتثقيف ممتد، وضمان حية.

إذن ماذا؟

نحن نحتاج إلى تعديل جذرى لهذا الموقف الطبى، ومن ذلك:

1- ينبغى تحديد وضع مشكلة الإدمان بالنسبة للممارسة الطبية، باعتبار أن **الطب الدوائى يتناول بعض مضاعفات الإدمان العاجلة دون جوهرها الراسخ.**

2- ينبغى أن نقف موقفا نقديا شاملا فى مواجهة هذه الشائعات شبه العلمية التى تقول بأن **الحياة العصرية، تحتاج أول ما تحتاج إلى مهدئات كيمىائية عصرية!!!!**

3- (حتى قال لنا بعض الزملاء فى أحد الاجتماعات وهو يخلط الجد بالهزل، أنه بعد غلاء اللحوم يمكن لمن لا يجد الكيلو بكذا أن يستبدله بقرص "أتيفان" بعشرة قروش مثلا، أو أن على الحكومة أن تضع المهدئات مع ماء الشرب مثل الكلور.... الخ).

4- على الطبيب - بما يثله - أن يضع نصب عينيه المقاييس الإيجابية التي يقيس بها نتائج مهمته العلاجية، ولا يقتصر على مواصلة تحليل البول والتجسس على الدم!! .

قبل التعاطى وبعد الانقطاع لمدد طويلة، فلا يكتفى بقياساته وتقديراته أثناء التعاطى ثم حول فترة الانقطاع .

5- على الطبيب ألا يستدرج إلى مهرجانات الترهيب والترغيب الإعلامية والدينية، وأن يجذر الاطمئنان لما تقوم به من **تقويف فاشل لمن وقع في مستنقع الإدمان فلم يعد يجيفه شئ.**

أى أنه على الطبيب أن يقود الإعلام ما استطاع إلى الوجهة السليمة وهو يؤكد على ضرورة تناول الموقف من **جذوره بالبحث عن ما تعنيه الظاهرة عامة، ثم ما تقوم به لكل فرد على حدة، وكيف نستفيد من كل ذلك.**

6- بالنسبة لإزالة التسمم السريع، ينبغى أن يوضح الأمر لمن اختاره أن المسألة ليست غسيل دم، ولا علاج جراحى، وأنها - لمن اختارها - ينبغى ألا تكون إلا الخطوة الأولى في برنامج ممتد.

7- وأخيراً، فعلى الطبيب ألا **يكتم مشاهداته الإكلينيكية منتظراً تقييمها كمياً بمنهج علمى محدد،** منحه قد يجتزلها أو يشوهها، بل إن واجبه الأول أن يقدمها إلى الباحثين المنهجيين - في صورة فروض عاملة، كما يقدمها إلى التربويين والسياسيين في صورة شهادة من جوف المعمة، ليس له حق كتمانها، ولو في صورتها الفجة .

ثانياً: الموقف "البحث علمى"

تكاد ظاهرة الإدمان - مثل الكثير من الظواهر النفسية - أن تكون غير قابلة للبحث بالطرق التقليدية، ولعل هذا من أهم الأسباب التي جعلت نتائج الأبحاث عاجزة عن الإسهام الحقيقى في مواجهة الظاهرة، لدرجة أننى ألتحت إلى احتمال أنها قد تخدع المهتمين بالظاهرة إذا ركزت الأبحاث على جوانب ثانوية، أو أجريت من خلال القياس بمقاييس ظاهرة، لا تسبرغور الظاهرة كلها، ولا تهتم بلغتها أو معانيها أو مراميها ..

ومن أهم ما يوقعنا فيه المنهج العلمى التقليدى السائد ما يلى:

1- إننا نعتمد في الحصول على المعلومات على تقييم لفظى في أغلب الأحوال

2- إننا نهتم بالنتائج العاجلة، وأحياناً ما نرضى بها

3- إننا نهتم بالتغيرات والآثار الكمية (دون، أو لدرجة أقل من، النتائج الكيفية)

4- إننا نركز على اختفاء ظاهرة ما (أو أعراض ما) دون أن نبحت- في نفس اللحظة- عن مواكبة هذا الاختفاء مع تحريك أعراض وسامات قد تكون أخفى وأخطر.

5- إننا نركز تركيزا مبالغاً فيه ونحن نبحث عن أسباب الظاهرة، (السببية الختمية) وهو أمر ليس هينا مهما بدا الترابط ظاهرا ومؤكداً بين متغير وآخر، لأنه مع التعقيد التكتيفي للظاهرة البشرية يكاد يستحيل في مجال الشخصية واضطرابها تحديد السبب أو الأسباب التي أدت إلى هذا الانحراف أو ذاك السلوك، وكل ما يمكن الإشارة إليه -دون يقين- في أغلب الأحيان- هو تزامن أو تتابع أو ترابط متغيرين لدرجة أو لأخرى.

وحتى يقوم نشاط البحث العلمي، في بلدنا هذا، في وقتنا هذا، بما نتوقع منه في الإسهام في توجيه مسارنا ومعالجة صعوباتنا بالنسبة لظاهرة الإدمان خاصة، لا بد وأن نراعى الاختلاف الجوهرى بين ظهور هذه الظاهرة في مجتمعاتنا وبين ظهورها في مجتمعات أخرى مختلفة.

وأشير هنا إلى بعض التنبيهات الواجب الالتفات إليها بشكل أو بآخر في هذا الصدد:

1) لا ينبغي أن يقتصر النشاط البحثي على نسخ المنهج الشائع والمتاح، مجرد أنه محكم أو ممكن أو مستورد.

2) لا ينبغي أن تُقرأ النتائج قراءة تعلن ترابطاً ما بين متغير واحد، ونتيجة محدودة، إذ لا بد ليكون البحث العلمي موضوعياً ونافعاً، أن نحسن صياغة "جملة مفيدة" من هذه الأجدية، وهذه الجملة المفيدة لا يمكن أن تتكون إلا من خلال وعى بشرى موضوعى أمين مبدع مهتم

3) إن البحث العلمي عامة، وفي مثل هذه الظاهرة خاصة يحتاج إلى باحثين أخلاقيين سياسيين في المقام الأول، وهذا لا يتفق مع الإشاعة شبه المنهجية التي تصر بشكل نظري مثالي على ضرورة حياد الباحث، وانفصال ذاته وتحيزاته عن موضوع البحث، فالمطلوب من الباحث هو أن يكون صاحب موقف يرصد به تحيزاته ويخفف منها، لا ينكرها أو يتنكر لها، ومادام هو صاحب موقف معلن أو خفي، فلا بد من إعداده ليكون موقفه في اتجاه بناء الإنسان والتأكيد على الموضوعية.

4) لا بد إذن من تنشئة باحثين على وعى سياسى (بالمعنى الأشمل للكلمة)، وبالالتزام أخلاقى يجعلهم مؤرقين شخصياً إذ يواجهون الظاهرة - تقشفاً حضارياً -، وبانتماء إيماني يسمح بالإبداع ويمجد أولويات ومستويات التوافق بمركية دائبة.

5) من خلال مثل هؤلاء الباحثين يمكن أن تتخلق مناهج جديدة للبحث العلمي، لا تستبعد الانطباعات الذاتية (أهمها الإكلينيكية) ولكنها تضعها في موضعها المناسب في سياق الجهاد المعرفى الأكبر، ويتم تقييم المصادقية من خلال مصادقية الباحث والأداة ليس فقط في مجال البحث ودخل حدوده، وإنما في مختلف أنواع وجودهم الإنساني.

6) كل ذلك سوف يسمح لنا باستلهاام الفروض النابعة من الممارسة الإكلينيكية، ومن الظواهر الاجتماعية والسياسية والدينية على حد سواء، فروضاً تتشكل من عمق

اختصاص السلطة دون الناس، و كل نظام له شكل خاص في التأكيد على وسائل وأشكال تنظيم هذه الحركة بين السلطة والناس، وطبيعة التمثيل بينهما، وكل ذلك هو الذى يعطى معنى لما أسميته العمل السياسى فى هذا المقام.

رابعاً: الموقف الدينى

لا بد أن نفرق ابتداءً بين الاستخدام السطحى للدين وبين التدين الحقيقى الذى يمضى على أرجل: عبادات، وخلقاء، ومعاملات، وجهادا داخليا وخارجيا فى حوار متصل، فى ظل ممارسة طبيعية ليس لها سقف، وجهاد أكبر ليس له نهاية، بمعنى أنه لا بد أن نفرق بين استعمال اللغة الدينية، وبين اتباع التعليمات الدينية، ثم سلوك السبل الإيمانية، ففى الحالة الأولى تكثر الأصوات وتقل الممارسة، وفى الحالة الثانية تزيد الممارسة وتصبح خيرا طبيبا فاعلا نافعا ومتحركا، وفى الحالة الثالثة يتواصل الإبداع "إليه" دون توقف.

على أن هذه التفرقة ليست تفضيلا لأحد الجوانب، لكنها دعوة لتتكامل الصورة السلوكية والتنظيمية العباداتية، مع الموقف الإيمانى الحياتى الأعمق فى دوره الإبداعى الخلاق.

أهمية هذا التوضيح هو التأكيد على الاستفادة مما هو دين وتدين وإيمان على مستويات متعددة، حرصا على النفع الحقيقى من كل ما هو دين حقيقى، وإيمان حركى متصل.

كذلك يحسن التنبيه على أن المدمن بوجه خاص لا يستجيب للإفراط فى الحديث باللغة الدينية المباشرة، بقدر ما يمكن أن يقتدى بسلوك ظاهر يُحتذى بشكل غير مباشر.

كذلك فقد تشيع صورة تسكينىة للتدين ربما تأتى بنتيجة عاجلة حسنة الشكل، ولكن ينبغى النظر فى حقيقة مدى فاعليتها، وطول بقائها، إذا ما تذكرنا مستويات حاجات من يلجأ إلى الإدمان وهو يبحث عن تغيير فى الوعى وتحريك له وليس مجرد تسكين، كما أنه أيضا يبحث عن المعنى، وعن الامتداد، وعن الحق بما يشبه الثورة فى البداية، وكل هذه القيم يمكن أن يحصل عليها من جهاد إيمانى حقيقى يقرب وجوده الجاف المنقطع (كالجسم الغريب فى الكون) إلى وجود نام ممتد فى التناسق الكونى والمعنى الحقيقى.

إن تنمية الجانب الإبداعى فيما هو إيمان، هو أمر جوهري وأساسى، ليس فى مقاومة ظاهرة الإدمان فحسب، وإنما فى المسار الحضارى والتطورى بشكل عام.

وفى حدود ممارستى الإكلينيكىة السالفة الذكر أشير إلى أن حضور معالج نشط (فى العلاج النفسى مثلا) بشكل حركى قادر، يحاول أن يصل الحاضر بالتوجه الآتى إلى ما بعد حدود الإنسان الفرد، فيما يتعلق بالإيمان بالغيب بوجه خاص، هذا الحضور له أثر لا يمكن التقليل منه فى عرض بدائل صحية حقيقىة تملأ وعى الآخر بالمعنى والامتداد والتناسق معاً، إذ لا يكتفى بالتسكين والتحميس والوعود فحسب.

هذه الممارسة الأعمق للجهاد هي متصلة بالمرحج المقترح لهذا المأزق التطوري، الذي أحد مظاهره مشكلة الإدمان.

إذن ماذا؟

1- ينبغي أن نتذكر حكاية أن الدين مخدر للشعوب، وأن لها أصلاً ناتجاً من سوء استعمالنا للدين بمعنى التسكين والتطمين السطحي من جهة، ثم القمع والحد دون الإبداع ودون حركية الوعي من جهة أخرى، ومع ذلك يمكن أن يكون لها معنى آخر بمعنى أنه يمكن أن يحل الدين بشكل أو بآخر محل المخدرات كمرحلة بادئة، شرط أن يبدأ يبدأ التحرك منه: جهادا وسعيا إلى الوعي الفائق المرادف لحركية الإيمان "عُودا إلى الأصل".

2- إن كثيرا من القيم الدينية الإيجابية يمكن أن نجد ما يقابلها في برامج التأهيل الممتد.

3- إن تحريك الوعي بالسعي الإيماني قد يعد بتغيير إبداعي يحقق نقلات وجدل بين مستويات الوعي نحو الوعي الفائق بما يغني عن الحاجة إلى هذه التشكيلات الكيماوية الخطرة.

4- إن ممارسة التأهيل مع مدمنين من أديان مختلفة يتجهون إلى نفس الوجهة يمكن أن يكون مجالا - ولو لاشعوريا - لممارسة الجدل الحقيقي بين الناس المختلفين، بدلا عن مزاج الحوار السطحي المزعوم بين الأديان.

الخلاصة والمرحج والنمو والإيقاع الحيوي

فيما يلي أعرض نتيجة ماوصلنا إليه، وقد تخلق منه نوع من التصور الغرضي النابع من الواقع الإكلينيكي للخروج من هذا المأزق على الوجه التالي:

إما أن نستسلم ونحن نعلن أن ظاهرة الإدمان بما وصلت إليه من هذا العنف التدمري تعلن نهاية مرحلة بيولوجية في تاريخ الجنس كأحد مظاهر التمداد في الاستغراق في مقومات انتحار البشرية، مع تذكر أن ثمة ظواهر أخرى أخطر وأقدر على فناء الجنس (مثل الحروب، وتغير المناخ، وتلوث البيئة)، ومع ذلك، فهي مازالت في متناول إيجابيات الإنسان وفي حدود سيطرة قدراته حتى اللحظة الراهنة.

وإما أن نعتبر أنها نذير يعلن خطأ في المسار يطلق صيحته بهدف التنبيه إلى ضرورة احترام حاجات الإنسان غير المشبعة (السابق الإشارة إلى بعضها مما ظهر في الممارسة الإكلينيكية) وبالتالي فإن هذا النذير يدعونا إلى محاولة إشباعها بوسائل أكثر إيجابية وأقدر استمرارا.

وهذا هو الأرجح، وهو ما أفضله وأقرأه على الوجه التالي:

1- إن الإنسان في مرحلته الحالية - أكثر من أي وقت مضى - قد ملك أدوات معرفة أكثر فأكثر: معرفة نفسه وخارجه على حد سواء، فأصبح مهددا بجرعة من الوعي لم يتهيأ لها بقدرات تستطيع استيعابها في حركة إبداعية مناسبة.

