

لمحة حول مرحلة الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان وطرق الوقاية منها
**Glance about the relapse stage in people recovering from addiction
 and some ways to prevent it**

أ. أمينة زوجي، باحثة في علم الاجتماع، جامعة محمد الخامس الرباط-المغرب

ملخص: تهدف هذه المقالة، إلى تسليط الضوء على مرحلة الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان، والتي تعد جزءاً مهماً من سيرورة العلاج، وليست فشلاً له كما يعتقد الكثيرون، لهذا يجب الوعي بها من طرف المدمن وأسرته لتجنب الإحباط والإحساس بالإخفاق، كما يجب أخذها بعين الاعتبار من طرف مراكز علاج الإدمان، وسوف نحاول من خلال هذه المقالة التطرق إلى أسباب الانتكاسة وأعراضها وخصائص الأشخاص المعرضين للوقوع فيها، وكذا طرق الوقاية منها عبر استعراض بعض النماذج التدخلية التي تهتم بتغيير السلوك وتغيير نمط العيش لتجنب الانتكاسة.

الكلمات المفتاحية: الانتكاسة، الإدمان، النماذج التدخلية.

Abstract: This article aims to highlight the stage of relapse in people recovering from addiction. In which relapse does not mean failure of treatment, but is an important stage in treatment process, so the addicted person and his family must be aware of the relapse stage to avoid frustration and sense of failure. This article tries to address the causes of the relapse, its symptoms and the characteristics of the people at risk, as well as some intervention models designed to change behavior and change lifestyle to avoid relapse.

Keywords: relapse, addiction, intervention models.

مقدمة

رغم محاولة الكثير من الشباب والمراهقين التخلص من الإدمان ومقاومته عن طريق العلاج، سواء من خلال التوقف عن التعاطي بشكل تطوعي، أو عبر اللجوء إلى مركز لعلاج الإدمان، إلا أن ما يعرف بالانتكاسة أو كابوس العودة إلى تعاطي المخدرات مرة ثانية يظل يطارد الكثيرين، فالانتكاسة مرحلة خطيرة في رحلة العلاج، وهي تعد من أسوأ ما يمكن أن يحصل للمدمن المعافي، بسبب الإحساس بالفشل الذي يعقبها، ذلك أن المدمن المنتكس وأسرته يعتقدون أن العلاج لم ينفذ، وبالتالي لا جدوى من إعادة المحاولة مرة أخرى (خربوش، 2012)؛ مما يؤثر على الحالة النفسية للمدمن، ويساهم في عودته إلى التعاطي بمعدلات أسرع مما سبق، إذ إن الشخص الذي يتعرض للانتكاسة بعد الإقلاع عن المخدرات، غالبا ما يعود إلى التعاطي بشكل أكبر مما كان عليه، ويفقد الحماس والرغبة في العلاج مرة أخرى، وينتابه الإحساس بالإخفاق والشعور بالذنب، ويستسلم لفكرة خضوعه للإدمان مدى الحياة، وهنا يتحول الإدمان من مجرد سلوك إلى نمط عيش، ووضعية يطبعها الوصم الاجتماعي.

يجمع معظم المتدخلين في مجال علاج ومكافحة الإدمان، على أن نسب الشفاء التام متدنية جدا، وتشير الأبحاث إلى أن ما بين 40% و 90% من الأشخاص المدمنين على الكحول أو المخدرات سيواجهون انتكاسة واحدة على الأقل بعد تلقي المساعدة (Gormley et Laventure, 2012)، بل إن احتمال التعرض للانتكاسة يكون متوقعا، سواء خلال العلاج داخل مركز إعادة تأهيل المدمنين، أو بعد التعافي ومغادرة المركز، حيث تكون "الثلاثة أشهر الأولى من العلاج مفصلية في الشفاء التام من الإدمان أو الانتكاسة من جديد" (خربوش، 2012).

لهذا ينبغي التعامل مع مرحلة الانتكاسة كجزء من العلاج وليست مجرد أثر سلبي لعدم فعالية العلاج، وقد عمل العديد من الباحثين والمتدخلين في مجال الإدمان على تطوير برامج علاجية خاصة باحتواء مرحلة الانتكاسة من أجل مساعدة المدمن على تجاوزها ومواجهتها، وسوف نعمل في هذه الورقة على تقديم نموذجين من هذه البرامج التدخلية، والتي كان لها أثر مهم في هذا المجال.

مشكلة البحث:

نحاول في هذا البحث التطرق لمشكلة الانتكاسة باعتبارها مرحلة حرجة وأساسية في سيرورة علاج الإدمان، وذلك بدراسة أسبابها وأعراضها وخصائص الأشخاص المعرضين لها، وكذا طرق الوقاية منها، عبر عرض بعض البرامج التدخلية المشهورة في الغرب، والتي أثبتت فعاليتها في هذا المجال، والتي تنطلق من كون الإدمان لا ينحصر في الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة، أو الكحول لفترة طويلة، بل هو عملية تغيير السلوك ونمط العيش.

تعريف الانتكاسة:

تعرف الانتكاسة أو ما يمكن تسميته أيضا بالارتكاس، على أنها عودة المدمن إلى تعاطي المخدرات بعد نجاحه في الانقطاع عن استعمالها لفترة معينة، وتعرف كذلك بأنها تلك النوبات الدورية التي تنتاب المدمن المتوقع من حين لآخر للعودة لما كان عليه، وهي أيضا تعبر عن الإخفاق في المحافظة على تغيير السلوك وليس فشلا تاما في تغيير السلوك (أميم، 2012).

ونجد من ضمن أبرز التعريفات في هذا الصدد، تعريف كل من مارلات Marlatt وكوردون Gordon، واللذان يريان أن الانتكاسة عامة هي: "القطيعة أو التراجع عند محاولة شخص تعديل سلوك ما، وهي فيما يخص تعريف الانتكاسة على الكحول والمخدرات حالة عود المدمن المتعافى إلى نمط الحياة القديمة، حيث تبدأ حياته بالتدهور من جديد(خربوش، 2012).

بينما يشير كارسون Carson وزملاءه، إلى أن أعراض الانتكاسة، هي عودة أعراض الاضطراب بعد نوبة تحسن قصيرة، ويشير شونج ولوبيز إلى أن الانتكاسة تعرف عمليا بأنها أي استخدام للكحول أو المخدرات خلال 30 يوماً بعد تنفيذ الخطة العلاجية(الغديان، 2012).

من خلال كل ما سبق، يمكننا صياغة تعريف إجرائي للانتكاسة بكونها تلك المرحلة التي يشعر فيها المدمن المتعافى بالحاجة الشديدة إلى المادة الإدمانية (كحول أو مخدرات)، بعد فترة من نجاحه في الانقطاع عن تعاطيها، وتصبح فكرة التعاطي تراوده إلى أن يستسلم لها بعد مقاومة نفسية كبيرة، ويمكن لهذه المرحلة أن تحدث في أي وقت سواء أثناء العلاج أو بعده.

أسباب الانتكاسة:

للانتكاسة عدة أسباب لا يمكن حصرها، فقد تكون هذه الأسباب متعلقة بالشخص نفسه، وقد ترتبط بطريقة العلاج، كما يمكن أن ترتبط بظروف الشخص المنتكس، ويخلص واين سكينر Wayne Skinner (خربوش، 2012) أسباب الانتكاسة فيما يلي:

-الاشتياق إلى المخدر؛

-محاولة اختبار القدرة على السيطرة على الرغبة في التعاطي؛

-ضغوط رفاق التعاطي؛

-اضطراب العلاقات بالآخرين، والمشكلات الأسرية؛

-فضلا عن الآلام النفسية والبدنية والوهن الذي قد يتعرض لها المدمن.

إذن فالشخص الذي يحاول التعافي من المخدرات، يجب أن يكون بمنأى عن التعرض إلى جميع أشكال الانفعالات والضغوطات النفسية، لأنها تجعله في حالة توتر، وبالتالي قد يفكر في اللجوء إلى تجريب تعاطي المخدرات كميكانيزم دفاعي للتخفيف من حدة التوتر.

أما ميشرا S. P. Mishra وريسler R. A. Ressler فيعزيان العوامل المؤدية للانتكاسة إلى عوامل تتعلق بمهارات الشخص، على غرار قصور الشخص في مهارات التعامل مع الضغوط الاجتماعية، وضعف في مهارات التعامل مع المواقف الصعبة، وعدم القدرة على بناء العلاقات مع الآخرين، ثم عوامل أسرية واجتماعية تتمثل في عدم وجود أنظمة الدعم نتيجة الابتعاد عن الأصدقاء وتوتر العلاقة مع الوالدين، ثم عوامل نفسية تتمثل في الشعور بالعزلة، وضعف التحكم في الاندفاعات، والشعور بالذنب(الغديان، 2012).

أما العاملون بمراكز تأهيل المدمنين في مدينة سلا والرباط في المغرب، فقد صرحوا لنا خلال بعض المقابلات التي قمنا بها خلال بحثنا في الموضوع، أن الأسباب المؤدية للانتكاسة، انطلاقاً من تجربتهم المهنية، تتجلى في عدم الانتظام في أخذ الدواء، وعدم احترام المواعيد، ومصاحبة فترة العلاج بمشاكل نفسية، وعدم كفاية الدعم العائلي، إضافة إلى تنوع الاستهلاك والذي قد يكون

سبباً في فشل العلاج وحدث الانتكاس، كما يمكن أن يشكل عدم القدرة على التأقلم مع الوضع الجديد عامل من عوامل الانتكاسة، فضلاً عن طول مدة استعمال المخدر.

كما يعتبر البعض أن أسباب الانتكاسة تتمثل في اعتماد البرامج العلاجية على علاج "الأثار الإنسحابية" فقط، مقابل إهمال عنصر التأهيل الاجتماعي، بمعنى إهمال تنمية المهارات الاجتماعية للمدمن، ومهارات اتخاذ القرار ومهارة التعامل مع الضغوط، إلى جانب عدم الإلمام أو تجاهل التشخيص الاجتماعي للإدمان على المخدرات (الغديان، 2012).

من خلال ما سبق نستنتج أن الانتكاسة هي عملية معقدة، قد تحدث في أي وقت، وقد تساهم في حدوثها عدة عوامل، منها ما هو داخلي يرتبط بالحالة النفسية للشخص المدمن وطريقة تدبيره لانفعالاته الايجابية والسلبية، وعوامل خارجية يمكن إجمالها في مدى تفاعل ودعم الوسط الأسري، ومدى ملائمة البرنامج العلاجي لحالة المدمن، ومن الضروري أن يكون هناك تكامل في العلاج بين الشخص المدمن وأسرته والمتدخلين في بيئة العلاج، على أن تكون هناك قطيعة مع ماضي الإدمان، بمعنى القطيعة مع كل ما يرتبط بالإدمان سواء كان ذلك أشخاص أو أماكن.

المراحل التي يمر منها الشخص المنتكس:

قبل حدوث الانتكاسة، فمن الضروري أن نعلم أن الشخص المقنع، يمر من ثلاث مراحل أساسية، تتخللها مجموعة من الأعراض التي من المفترض الوعي بها لتجنب هذه الانتكاسة: المرحلة الأولى: تسمى الانتكاسة العاطفية أو الانفعالية Emotional Relapse، وفي هذه المرحلة لا يفكر الأفراد خلالها في استخدام المخدرات، ولكنهم يتذكرون انتكاسهم الأخير ولا يريدون تكرار ذلك، لكن مشاعرهم وسلوكياتهم تهيئهم للانتكاس؛ ولأن الأشخاص لا يفكرون بوعي خلال هذه المرحلة، فإن الإنكار هو جزء كبير من الانتكاس الشعوري، وتتمثل أعراض هذه المرحلة في العزلة والتوقف عن الذهاب إلى لقاءات العلاج أو الذهاب دون المشاركة، واتباع عادات غذائية سيئة، وعدم الانتظام في النوم (Melemis, 2015).

المرحلة الثانية: تسمى مرحلة الانتكاسة الذهنية، وتتميز هذه المرحلة بوجود حرب داخلية في ذهن الشخص، بين التفكير في التعاطي وعدم التعاطي، ومع تعمق الأفراد في الانتكاسة الذهنية، تتقلص مقاومتهم المعرفية للانتكاسة، وتزداد حاجتهم إلى الهروب، ومن أعراض هذه المرحلة: الاشتياق إلى المخدرات أو الكحول، التفكير في الأشخاص والأماكن المرتبطة بالإدمان، التفكير في مخطط أفضل للتحكم في استخدام المخدرات، والتقليل من عواقب استخدام المخدرات في الماضي أو التباهي بماضي الإدمان (Melemis, 2015).

المرحلة الثالثة: تسمى بالانتكاسة الجسدية أو البدنية، وهي تحدث عندما يبدأ الفرد في استخدام المخدرات أو الكحول مرة أخرى (Melemis, 2015)، وتتميز بكون الأفكار التي تسيطر على الشخص المقنع في مرحلتين السابقتين، تجعله يشعر بالآلام جسدية فعلية تجعله يفكر في التعاطي للتخلص من هذا الألم، ويرى فيها الشخص أن التعاطي مره أخرى هو الحل الأمثل لتسكين هذه الآلام النفسية وقد يرى أن مرة واحدة تكفي (موقع فيدو، 2018).

على الشخص المقنع، الذي أنهى العلاج حديثاً، أن يكون على إطلاع بهذه المراحل، لكي يكون واعياً بها وقادراً على التنبؤ بوقوع بعض أعراض الانتكاسة من أجل الاحتراس من الوقوع فيها،

وهي عملية ليست سهلة، باعتبار أن هذه المراحل تحدث بشكل تلقائي وقد لا ينتبه إليه الشخص المعني، غير أن تكوين ثقافة حول أعراض الانتكاسة ومراحلها يجعله قادراً على التحكم فيها وتجاوزها، كما أن الشخص المقلع عليه تجنب التفكير في محاولة الامتناع عن التعاطي مدى الحياة، لأن التفكير في المدى البعيد يرهق الشخص، ويحمله مسؤولية كبيرة، وفي المقابل عليه تحديد مدى قصير كأسبوع أو يوم أو يومين. كما يجب محاولة تشتيت ذهن لتجنب التفكير في الإدمان، وتجنب العزلة، والبحث عن أشياء ممتعة للقيام بها.

الأشخاص المعرضون إلى خطر الانتكاسة:

من خلال الملاحظات التي قمنا بها، في إطار البحث في موضوع الانتكاسة، يتبين لنا أن هناك أشخاص معرضون إلى خطر الانتكاسة أكثر من غيرهم، نظراً لمجموعة من الخصائص والظروف التي قد تؤثر في عملية نجاح العلاج، أو ضمان استمراريته؛ ويمكن القول إن الفقراء معرضون إلى خطر الانتكاسة أكثر من الأغنياء، باعتبار أن الأشخاص الميسورون يستطيعون تتبع العلاج بشكل منتظم، ويمكنهم تغيير مكان إقامتهم، وإجراء التعديلات المناسبة على حياتهم، ويمكنهم ملء الفراغ ببعض الهويات والأنشطة النافعة، في حين يظل الفقراء عرضة لنفس الظروف الاجتماعية والاقتصادية، التي أدت إلى إدمانهم.

ونجد أيضاً أن الأفراد الذين يجبرون على ترك المواد المخدرة، لهم قابلية كبيرة للعودة إلى الإدمان، مقارنة مع الأشخاص الذين يتركونها عن قناعة، ونجد أن الأطفال والمراهقين هم أكثر عرضة للانتكاسة، مقارنة مع الأشخاص البالغين، نظراً لعدم نضجهم وعدم إدراكهم لخطورة الإدمان، كما أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية ومشاكل اجتماعية، والذين يستعملون أكثر من مخدر، والذين أدمنوا لمدة طويلة يكونون أكثر عرضة للانتكاس من غيرهم.

طرق الوقاية من الانتكاسة:

تضم الأدبيات العلمية في مجال علاج الإدمان، العديد من النماذج التدخلية التي تهتم بعلاج الإدمان والوقاية من الانتكاسة، وقد اخترنا في هذا المقال التركيز على كل من نموذج مارلات للوقاية من الانتكاسة ونموذج مراحل التغيير.

أولاً. نموذج مارلات:

ينطلق هذا النموذج من فكرة أن الانتكاسة، من أكثر النتائج شيوعاً لأي علاج لتعاطي المخدرات، وهو أيضاً يعد من بين أهم هذه النماذج التي تم تطويرها.

يرتكز نموذج مارلات على النظرية المعرفية السلوكية (Marlatt and Gordon, 1985)، حيث يعتمد على تحديد حالات أو وضعيات الخطر المرتفعة التي تجعل الشخص المقلع عن المخدرات، عرضة للانتكاس، بمعنى عرضة للعودة إلى الإدمان بعد التعافي، فقد قام ألان مارلات Alan Marlatt في دراسته الأولية بدراسة الأشخاص الذين سبق وأن تعرضوا للانتكاسة، وذلك بتحفيزهم على وصف وضعيتهم التي تسببت لهم في الانتكاس (Service correctionnel Canada, 1996)؛ حيث حصل على معلومات تفصيلية ونوعية من حوالي

سبعين شخصاً من مدمني الكحول، فيما يتعلق بالحالات الأولية التي أدت بهم إلى الشروع في شرب الكحول، خلال التسعين يوماً الأولى بعد مغادرتهم لمركز تأهيل المدمنين. وانطلاقاً من أعمال مارلات Marlatt ، بُنيت ما يسمى بـ "قائمة حالات تعاطي المخدرات" (Larimer, Palmer, and Marlatt, 1999, p153)، والتي حددها مارلات Marlatt في ثماني فئات أو أنواع، حيث يعتبر أن خمس فئات تتعلّق بالظروف الشخصية للمدمن، في حين أن الفئات الثلاث الأخرى تنطوي على وجود الآخرين (Service correctionnel Canada , 1996).

تتمثّل الخمس وضعيات عالية الخطورة المرتبطة بالشخص المدمن فيما يلي:

-حالة انفعالية سيئة مثل الغضب، والقلق، والاكتئاب، والإحباط، والملل.

-حالة بدنية سيئة مثل الاحساس بالصداع أو الأرق.

-حالة انفعالية حسنة مثل حضور بعض الاحتفالات والتعرض لبعض المؤثرات كمشاهدة الإعلانات والدعاية المرتبطة بالكحول أو مشاهد التعاطي في الأفلام.

-شهوة وإغراء؛ مثل مشاهدة زجاجة الخمر.

-اختبار القدرة على التحكم في الذات؛ ويحدث ذلك من خلال الذهاب عمداً إلى حانة للشرب، أو مكان يبيّ فيه التعاطي، لمعرفة ما إذا كان يمكنه مقاومة الإغراء.

أما بالنسبة للوضعيات عالية الخطورة الثلاث الأخرى فتتعلق بـ:

-صراع أو خصومة شخصية أو نزاع مع أشخاص آخرين.

-وجود ضغط اجتماعي وغالباً ما يحدث إذا كان الشخص محاطاً بأشخاص يتعاطون للكحول أو المخدرات، ويقومون بإغرائه ودعوته للتعاطي سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.

-لحظات سعيدة مع آخرين قد تحدث عند مشاهدة مباراة كرة القدم أو المشاركة في مناسبة عامة سعيدة، مما يثير حماسة الشخص ويدخله في حالة انفعالية قد تذكره بالتعاطي.

تقوم المقاربة العلاجية المبنية على نموذج مارلات Marlatt للوقاية من الانتكاسة، على دراسة نمط حياة المدمن، وتقييم الخصائص البيئية والعاطفية للوضعيات، التي من المحتمل أن تكون مرتبطة بالانتكاس، وتفرض استراتيجية العلاج للوقاية من الانتكاسة، الدخول في تعاقد ما بين المتدخل والمدمن، يبيّ خلاله إعداد بطاقة يومية للحذر، يبيّ فيها وضع قائمة تضمّ المناسبات التي يلجأ فيها المدمن في الغالب إلى التعاطي، وتحديد مجموعة من المتناقضات التي تبرز إيجابياً استهلاك المخدرات وسلبياته، وتعداد تكاليف الاستمرار في التعاطي أو الانقطاع، ثمّ تحديد التدابير التي يجب اتخاذها من طرف المدمن لضمان حد أقصى أو أدنى للوقاية.

وفي هذا الإطار، يتدرّب المدمن على الاعتماد على استراتيجية توازن القرار، والتي يتمكن من خلالها "وزن فوائد وسلبيات الاستهلاك، سواء قصير أو طويل الأمد، ثمّ فوائد وعيوب الامتناع عن التعاطي" (Aubin, Meunier, Berghout, 2004, p81).

ثانياً. نموذج مراحل التغيير:

تم تطوير هذا النموذج من طرف علماء نفس أمريكيين، وهما جيمس بروشاسكا James O. Prochaska وكارلو ديكلمونت carlo diclemente، واللذان توصلا إلى أنّ الشخص المدمن

يُمَرُّ من خمس مراحل أساسية في سيرورته العلاجية، وتشتمل كل مرحلة على مجموعة من الأنشطة التي يتعيَّن استيفؤها قبل المرور إلى المرحلة الموالية (Prochaska et al, 2003)، ويحتمل أن تشكل الانتكاسة آخر مرحلة ضمن هذه السيرورة العلاجية، وبالتالي فهي جزء لا يتجزأ من العملية العلاجية، وفيما يلي نقدم لمحة موجزة عن هذه المراحل:

مرحلة ما قبل التأمل Le stade de la pré contemplation: في هذه المرحلة يقاوم الشخص المدمن فكرة الاعتراف بكونه يعاني من بعض المشاكل، ولا يرى أنه يحتاج إلى تغيير سلوكه (Prochaska et al., 2003)، وليست لديه نية لتغيير سلوكه. ولانتقال من هذه المرحلة، يجب أن يصبح الشخص أكثر وعياً بمشكلته، وذلك بمساعدته على الوقوف على الجوانب السلبيَّة للسلوك، وفوائد التغيير بالنسبة إليه (Begun et al., 2001; Prochaska et al, 1992).

مرحلة التأمل Le stade de la contemplation: في هذه المرحلة يصبح الشخص مدركاً أنَّ لديه مشكلة، ويصبح لديه استعداد للبحث عن حل لها، ويسعى إلى التغلب عليها، غير أنه يكون غير مستعد للمرور إلى الفعل، حيث يسيطر عليه الإحساس بالتناقض (Prochaska et al, 2003)؛ لأنه يرى الجوانب السلبيَّة في سلوكه من جهة، والمكاسب التي قد يجنيها في حالة التغيير؛ ومن جهة أخرى، فهو يشعر بالقلق إزاء ما سيفقده والطريقة التي يمكن أن يتَّمم بها هذا التغيير. لهذا فهذه المرحلة تحتاج إلى وقت بحسب طول أو قصر حالات التردد لدى الشخص.

وللتغلب على الصُّعوبات المرتبطة بهذه المرحلة، يوصي بروشاسكا وديكلومونت بضرورة قيام الشخص بالموازنة بين مزايا وعيوب سلوكه، وتقييم الخيارات المتاحة أمامه، واتخاذ قرار حازم لمباشرة الخطوات الأولى نحو التغيير.

مرحلة التحضير أو الاستعداد Le stade de la préparation: في هذه المرحلة يصبح الشخص على استعداد للانخراط في التغيير (Prochaska et al, 2003)، حيث يبدأ بالاستفسار عن بعض الجوانب والأفعال الداعمة لتغيير سلوكه، ولكن في هذه المرحلة، تبقى جهوده غير كافية للسيطرة الكاملة على السلوك الذي يسعى إلى تغييره. وتتمثل المهمة الرئيسة لهذه المرحلة في تعزيز القرار وتحديد الجهود الأولى للتغيير، بمعنى تحديد الأهداف والأولويات فضلاً عن صياغة التزام أو تعاهد لمتابعة خطة عمل محددة، وهذه الإجراءات هي الطرق المفيدة للتقدم إلى المرحلة التالية.

مرحلة الفعل Le stade de l'action: يمكن وصف هذه المرحلة بكونها الأكثر نشاطاً في عمليَّة التغيير، حيث إنَّ الشخص يقوم بمراجعة معارفه، ومواقفه ومعتقداته، ويقوم بإعادة بناء بيئته من أجل حل مشاكله وتحقيق النَّجاح، إذ يصبح الشخص قادراً على القضاء نهائياً على السلوك غير المرغوب فيه، أو تثبيت اكتساب السلوك المرغوب فيه على مدى فترة طويلة من الزمن، ويجب أن يعترف المحيط بهذه الجهود المبذولة (Prochaska et al, 2003).

مرحلة الثبيت Le stade de maintien: تثبيت السلوك المعدل هو أمر مهم، فحينما يصل الشخص إلى التَّغييرات المطلوبة، يصبح التحدي بالنسبة إليه هو الحفاظ على هذه المكتسبات على المدى الطويل، وتشتمل هذه المرحلة على محطة مهمة تتمثل في استقرار السلوك والوقاية من الانتكاسة (Prochaska et Norcross, 1999)، لأنَّ الشخص قد يواجه بعض الإغراءات التي

تجعله عرضة للعودة إلى السلوكيات القديمة، مما يجعله مطالباً بالاستمرار في بذل مجهودات للحفاظ على التغيير الإيجابي.

في رحلة العلاج حسب هذا النموذج، فإن الشخص الذي يحاول التعافي من الإدمان يجب أن يصبح قادراً على توقع العقبات التي يمكن أن تؤدي به إلى الانتكاسة، مثل فترات من الاكتئاب، والقلق، والغضب، والملل، والشعور بالوحدة، والإجهاد أو الضيق، وفي حال تمكن الشخص من اجتياز جميع هذه المراحل بنجاح، فسيكون قادراً على تغيير سلوك الإدمان، وعدم العودة إلى السلوكيات القديمة.

نتائج الدراسة:

-التشافي من الإدمان لا يتحقق بمجرد مغادرة مراكز علاج الإدمان أو مرور فترة مهمة على الانقطاع، بل إن الشخص يكون عرضة للانتكاسة في أي وقت.

-إن علاج الإدمان لا يمكن أن يتم بطريقة تلقائية، بمجرد الامتناع المادي عن تعاطي المادة المخدرة، واستبدالها ببعض العقاقير الطبية، بل يجب أن يخضع المدمن إلى برنامج أو نموذج علاجي متكامل وشامل.

-البرنامج العلاجي الفعال هو الذي يزود الشخص المتعافي من الإدمان بآليات تمكنه من فهم حالته ومواجهة مختلف الظروف التي يمكن أن تجعله يفكر في العودة إلى الإدمان.

-يفترض في البرنامج العلاجي الذي يخضع إليه المدمن أن يستهدف مساعدة الشخص على تغيير سلوكياته التي كانت سبباً في إدمانه، وبالتالي قابليته لتغيير نمط عيشه.

-يجب على المحيط الاجتماعي أن ينخرط في البرنامج العلاجي لضمان مستوى دعم فعال للمدمن.

خلاصة:

إن مسألة علاج الإدمان هي مسألة معقدة، وتستدعي اهتمام كبير من طرف مختلف المعنيين، انطلاقاً من الشخص المدمن نفسه، مروراً بأسرته ومحيطه، وصولاً إلى مراكز تأهيل المدمنين بكل ما تضمه من أطر طبية وأخصائيين نفسيين ومساعدين اجتماعيين، فالشخص لا يتمثل للشفاء كلياً بمجرد الانقطاع عن المادة المخدرة، وإنما الشفاء يتمثل في قدرته على تغيير سلوكه وتغيير نمط حياته الذي كان يعتمد بالدرجة الأولى على المخدرات، لأن غياب نمط حياة جديد يعني أن العوامل التي سبقت وأن أدت به إلى الإدمان، مازالت قائمة، وستؤدي به حتماً إلى الانحدار نحو الإدمان من جديد. لهذا وجب تضافر جهود جميع المتدخلين لتأهيل المدمن نفسياً واجتماعياً من أجل الوقاية من الانتكاسة. ويوصي أيضاً بعض المتخصصين إلى جانب تتبع خطوات العلاج بشكل مضبوط واحترام الجرعات والمواعيد الطبية، بالاهتمام بالجانب الروحي والقيام بكل ما من شأنه توفير نوع من الراحة النفسية والروحية للمدمن، والاهتمام بالجانب الاجتماعي عن طريق بناء علاقات إيجابية مع المحيط، والعودة إلى ممارسة الحياة الاجتماعية والمهنية بشكل عادي.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك نماذج تدخلية عديدة تم تطويرها في الولايات المتحدة الأمريكية من أجل مراقبة الحالات التي تتطلب تغيير السلوكيات ونمط الحياة، مثل نموذج المقابلة التحفيزية

ونموذج مينيسوتا، وقد تم تبنيها في دول أخرى نظراً للنتائج المهمة التي تحققت، ونرى أنه من الضروري تبني مثل هذه النماذج في مراكز علاج الإدمان في الدول العربية.

قائمة المراجع:

1. سليمان بن عبدالرزاق الغديان(2012)، الانتكاسة للمتعافين: المفاهيم والعوامل المؤدية وطرق مواجهة العود للتعاطي، مداخلة بندوة جامعة القاضي عياض بمراكش حول عوامل الانتكاسة لدى مدمني المخدرات، موقع جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
2. عبد الودود خربوش(2012)، التجربة المغربية في علاج الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، مداخلة بندوة جامعة القاضي عياض بمراكش حول الانتكاسة لدى مدمني المخدرات، موقع جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
3. عبد الجليل أميم(2012)، برنامج RPT للوقاية من انتكاسة المخدرات. مداخلة بندوة جامعة القاضي عياض بمراكش حول عوامل الانتكاسة لدى مدمني المخدرات، موقع جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
4. موقع فيديو الانترنت، الوقاية من انتكاسة الإدمان، تم الاطلاع عليه بتاريخ 21 مارس 2015، الساعة 21. <http://www.feedo.net/Addiction>
5. Amélie Gormley et Myriam Laventur (2012), Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute: point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant, *santé et société*, vol. 11, no 2.
6. Begun, A. L., Shelley, G., Strodthoff, T., & Short, L.(2001), Adopting a stages of change approach for individuals who are violent with their intimate partners, Dans R. A. Geffner, & A.
7. H.J. Aubin, N. Meunier, C. Berghout(2004), les thérapies cognitivo-comportementales de l'alcoolisme Cognitivo-behavioral therapies of alcoholism, La lettre de l'hépatogastroentérologue - n° 2 - vol. VII - mars-avril.
8. Marlatt G. A., Gordon J. R.(1985), Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, New York: Guilford Press.
9. Mary E. Larimer, Rebekka S. Palmer, and G. Alan Marlatt(1999), Relapse Prevention: Marlatt's Cognitive-Behavioral Model, Vol. 23, No. 2.
10. Service correctionnel Canada(1996), Revue de la littérature sur les techniques de traitement en toxicomanie, Ottawa : Solliciteur générale du Canada.
11. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C.(2003), In search of how people change: applications to addictive behaviors, Dans P. Salovey, & A. J. Rothman (dir), *Social Psychology of Health. Key Readings* (pp. 63-77). New York and Hove: Psychology Press.
12. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S.(1992), Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research, *British Journal of Addiction*, 87 , 825-828.

13. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999), *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis (4th Ed.)*. Pacific Grove, CA, USA: Brooks/Cole Publishing Co

14. A Relapse Prevention Plan: The Tools of Recovery, <http://www.addictionsandrecovery.org/relapse-prevention>, consulté à 23 Mars 2015 à 18 heures.

15. Steven M. Melemis (2015), Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery, *YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE* 88.