

مساهمة في دراسة الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات

رتاب وسيلة طالبة دكتوراه

أ.د. تغليت صلاح الدين

جامعة محمد لمين دباغين . سطيف 2

الملخص:

لقد نالت ظاهرة الإدمان على المخدرات حظا وافرا من البحث والتقصي والاهتمام من طرف الباحثين والمهتمين، وبالمقابل تم إغفال ظاهرة الانتكاسة التي تبقى بحاجة إلى مزيدا من الأبحاث، كونها تشكل عقبة حقيقية تحول دون إمكانية تحقيق العلاج لأهدافه المرجوة، فنجاح هذا الأخير مرهونا بعدم انتكاس المدمن وعودته إلى التعاطي مجددا بعد انتهاء فترة العلاج، الشيء الذي يتطلب تضامير الجهود بين العلماء والباحثين والأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين والأطباء وغيرهم من الفاعلين في الميدان. الكلمات المفتاحية: المخدرات، الإدمان، الانتكاسة.

Abstract:

The phenomenon of drug addiction had gained a big amount of research , investigation and attention by researchers and interested people , by contrast the phenomenon of setback that remains in need for further research, because it constitutes a real obstacle to the possibility of achieving the desired objectives of treatment, the success of the latter subject is pawned to no addict relapse and his return to take again drugs after the end of the treatment period, the thing that requires the concerted efforts of scientists , researchers, psychologists , social workers, doctors and other actors in the field.

Key words : Drug, Addiction, Relapse.

1- مقدمة البحث وإشكاليته:

لم تكن المخدرات وليدة هذا العصر، فقد عرفها الإنسان منذ عصور قديمة، إذ استخدمت كطقوس دينية عند بعض القبائل، كما استخدمت لمعالجة بعض الأمراض عند مجتمعات أخرى، وبالرغم من أثارها السلبية لم يكن يُنظر إليها على أنها مشكلة صحية.

أما في عصرنا هذا فالإدمان على المخدرات يعتبر من أكثر المشكلات التي تهدد سلامة المجتمعات، وتعوق ازدهارها الاقتصادي، وتستنفذ الكثير من مواردها وتقضي على الكثير من طاقاتها، وتعطل الكثير من قدرات أفرادها وتوجههم إلى ارتكاب جنح وجرائم بشعة. فضلاً عن أنها تتصدر قائمة المشكلات النفسية والطبية².

ولكونها تنسم بالتشعب والتعقيد، فهي تحظى باهتمام متزايد من طرف مراكز البحوث المتخصصة ومن قبل العلماء والخبراء وأولي الأمر على حد سواء³.

وبالرجوع إلى التراث العلمي (الأجنبي والعربي) نجد أن ظاهرة الإدمان قد حظيت بقدر وافر من الاهتمام جسدهته الدراسات والبحوث الكثيرة التي تناولت جملة من القضايا المتعلقة بهامن بينها :

- أسباب ودوافع الإدمان.
- المواد المخدرة أنواعها، أضرارها.
- النظريات المفسرة للإدمان.

² محمد حسن غانم، 2007، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، ص13.

³ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، ط1، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ص 03.

– الإدمان والاضطرابات المصاحبة.

– بعض المتغيرات المتعلقة بالإدمان.

– طرق العلاج.

إلا أنه من الملاحظ، بحسب العديد من الدراسات والإحصائيات، أن القضاء على الظاهرة بشكل نهائي بات هدفاً صعب المنال، ذلك لتدني نسب التعافي الكامل لدى المدمنين، بل أصبح من المعتاد لدى العديد من المتعافين التعرض للانتكاسة، أو العود لتعاطي المخدرات بعد فترة وجيزة من الشفاء، واللافت للنظر هنا هو أن ارتفاع نسبة الانتكاسة يظهر عند الحالات التي خضعت لعلاج طبي غير مقترن بتكفل نفسي.

لقد بلغت معدلات الانتكاسة نسباً مرتفعة لتصل خلال العام الأول من انقضاء فترة العلاج إلى 95% من المعتمدين المتعافين، منها 50% من معدلات الانتكاسة تحدث خلال الثلاثة شهور الأولى، في حين أن 70% من نسبها تحدث خلال الشهور الستة الأولى بعد العلاج⁴.

وقد أشارت إحصائية محلية غير منشورة عن مجمع الأمل الطبي للصحة النفسية بالرياض، بأن نسبة المنتكسين لعام 1995 بلغت (62%) وعام 1996 و1997 بلغت (64%)، كما بلغت عام 2000 (51%) فيما بلغت عام 2002 (53%) وبلغ عدد المنتكسين المتعالجين 9352 من أصل 16403، تلقوا العلاج بمجمع الأمل بالرياض ما بين عام 1995 وعام 2002 أي بنسبة (57%) من مجموع المتعالجين⁵.

⁴ السليم محمد، 2007، علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالانتكاسة، الرياض، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، ص02.

⁵ عبد الودود خربوش، 2012، التجربة المغربية في علاج الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، ندوة مراكش، جامعة القاضي عياض، مراكش المغرب، ص01، 02.

نستخلص مما سبق أن ظاهرة العود إلى الإدمان أو التعاطي أو ما يسمى بالانتكاسة باتت أشدَّ خطراً وانتشاراً، حيث أن جهود مؤسسات العلاج والتأهيل والمصحات والمستشفيات المتخصصة وحجم التكاليف المادية أصبح لا جدوى منه في غياب تحكم دقيق وفعال للظاهرة، ذلك أن قضية العود إلى الإدمان أو الانتكاسة تتطلب، واستراتيجيات علمية للتعامل معها من خلال برامج تدريبية تطبق على مستوى مؤسسات المتابعة والرعاية اللاحقة بحوثاً مكثفة.

واللافت للانتباه هو أن معظم الدراسات التي تناولت الموضوع كانت قد ركزت على إدمان المخدرات محددة عوامله ومسبباته. كما أشرنا سابقاً. إلا أنها أغفلت ظاهرة العود للإدمان والعوامل المسببة له⁶.

وفي هذا الصدد أشار connnors et Maosto عام 1996م إلى مجموعة من الدراسات كانت بمثابة البداية لأبحاث العود للإدمان منها دراسة Litman 1979 وأبحاث Ludwing عام 1974 ودراسات Marlett عام 1978 وأبحاث Marlett et Gordon عام 1980 وكلها سعت للتعرف على محددات العود و العوامل المؤثرة فيه⁷.

تلت ذلك دراسات أخرى حديثة في مجال الانتكاسة، نذكر بعضها فيما يلي:

• **دراسة جونسن (1994):** كشفت أنه من أهم العوامل التي تؤدي إلى الانتكاسة العوامل الانفعالية السلبية، كالغضب، الخوف، الاكتئاب، اليأس⁸.

⁶ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 14.

⁷ نفس المرجع السابق، ص 90.

⁸ قماز فريدة، 2009، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، ص 11.

• **دراسة مدحت عبد الحميد أبو زيد (1998):** وهي دراسة مقارنة بين ذوي الانتكاس المرتفع وذوي الانتكاس المنخفض⁹.

• **دراسة ملهوتراو باسيو (1999):** هدفت إلى مقارنة اتجاهات مدمنين الكحول وعائلاتهم نحو العود إلى الإدمان، وتوصلت إلى عدم وجود اختلاف في اتجاهاتهم نحو العود إلى الإدمان، كما بينت بأن كل من الحالة النفسية، تغير المزاج، القدرة والاستعداد من أهم العوامل التي تزيد من احتمالات العود¹⁰.

• **دراسة ستيف وبل ومايك (2000):** بينت بأن زيادة الفعالية الذاتية لها تأثير كبير في الحد من العود للإدمان¹¹.

• **دراسة ميشيل ودونكن ونادين (2002):** بحثت في العوامل التي تساعد على عدم العود للإدمان على مادة الهيروين، توصلت إلى نجاح برامجها المطبقة وأوصت بالعلاج الذاتي مع المدمنين¹².

• **دراسة هانري (2006):** توصلت إلى أن المنتكسين لا يملكون القدرة على فهم المشاعر الانفعالية وإدارتها والسيطرة عليها¹³.

وبالرغم من هذه الدراسات القيمة تبقى ظاهرة الانتكاسة بحاجة إلى مزيد من البحث والتقصي لأنها لم توفى حقها بالنظر إلى أهميتها العلمية، وهذا ما حفزنا لإجراء هذا البحث كمساهمة منا في دراسة الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، كخطوة أولى تليها في المستقبل خطوة ثانية تتمثل في اقتراح

⁹ مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، الإرتكاس العقاقيري، مرجع سابق ص 06.

¹⁰ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 92.

¹¹ نفس المرجع، ص 92.

¹² نفس المرجع، ص 91 - 92.

¹³ يوسف بن سطاتم العنزي، 2010، الذكاء الانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ص 92.

بروتوكول علاجي وقائي للحد من تفشي ظاهرة الانتكاسة والتصدي لها بين فئة المدمنين المتعالجين.

2- أهمية البحث:

يستمد البحث الحالي أهميته من أهمية الموضوع المطروح، كونه يبحث في موضوع لا يقل أهمية عن موضوع التعاطي ألا وهو الانتكاسة والعود إلى الإدمان بعد التعافي والعلاج، وفي هذا العود تأثير كبير على أساليب وبرامج العلاج المختلفة المتبعة في المؤسسات المتخصصة، كما أنه وفي الوقت ذاته يعتبر من أهم وأبرز أعراض الإدمان حيث أنه يهدد كيان المدمن ويرعبه بصفة دائمة، فهو بمثابة إنذار الفشل لديه، وعلامة العجز عنده وأحيانا يعني له الخوف من الغد الذي قد يتضمن الارتكاس أو الموت.

رغم هذه الأهمية يبقى موضوع الانتكاسة برأينا بعيدا عن كل بحث علمي حديث يستوفيه حقه خاصة على الصعيد العربي.

3- تحديد وضبط مفاهيم البحث:

3-1 . المخدرات:

لغة: كلمة مخدر مشتقة أصلا من الفعل خدر، الذي يعني كل ما يؤدي إلى الفتور والكسل والإسترخاء والضعف ، والثقل في الأعضاء وقد يمنع الأكل قليلا أو كثيرا¹⁴.

اصطلاحا: المخدر هو نتاج طبيعي من أصل نباتي، حيواني، معدني أو تركيبى قادر على أن يغير سلوك من يستهلكه ويولد تبعية وإدمانا¹⁵.

¹⁴ فتحي الدردار، 2005، الإدمان في الجزائر، دار الإقتان، ص 37.

3-2 الإدمان:

لغة: الإدمان مصدر الفعل أدمن والمقصود اعتياد وتعود واعتماد الإنسان على شيء معين بغض النظر عن نفع أو ضرر هذا الشيء¹⁶.

اصطلاحاً:

تعريف منظمة الصحة العالمية:

الإدمان هو: "الحالة النفسية أو العضوية التي تنتج عن تفاعل العقار في جسم الإنسان"¹⁷.

تعريف Denis et all: الإدمان هو سلوك تبعية بالنسبة لواحدة أو عدة مواد نفسية منشطة¹⁸.

هو أيضاً حالة تعود قوية وملحة وقهرية مزمنة، تدفع المدمن لتعاطي مادة معينة من المواد المخدرة، وبصورة متكررة، ومستمرة مع الميل إلى زيادة الجرعة من وقت لآخر، لأن التأثير الذي يحصل من استعمال الجرعة يقل، بالإضافة إلى صعوبة الإقلاع عنها كون الفرد أصبح معتمداً نفسياً وجسدياً على العقار¹⁹.

3-3 الانتكاسة:

عادة ما يتداول الباحثون مصطلحات كالعود والعودة والانتكاسة بمعنى واحد، ويُعتبر العود أشهر تلك المصطلحات يليه مصطلح الانتكاسة والذي يعد

¹⁵ نوربار سيلامي وآخرون، ترجمة وجيه أسعد، 2005، المعجم الموسوعي في علم النفس، ج5، سوريا، منشورات وزارة الثقافة، ص21.

¹⁶ فتحي الدردار، 2005، مرجع سابق، ص18.

¹⁷ حسين علي فايد، 2005، سيكولوجية الإدمان، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر، ص36.

¹⁸ Denis R et All, 2005, Dictionnaire des drogues et des dépendances, paris, Larousse Bordas.

¹⁹ رشوان، حسين عبد الحميد، علم الاجتماع الجنائي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2005.

مصطلحا حديثاً نسبياً وإن كان مصطلح العود أكثر استخداماً في مختلف أنواع الانحراف والجرائم²⁰.

حيث استعمل مصطلح العود في بداياته الأولى في التراث الغربي في مجال السلوكيات الإجرامية والانحرافية، وظهر ذلك من خلال دراسة Glueck عام 1921.

منذ ذلك الحين والدراسات تتوالى لظاهرة العود للانحراف، وبدأ الاهتمام بدراستها في التراث العربي عام 1965، من خلال دراسة الألفي بعنوان "العود إلى الجريمة والاعتقاد على الإجرام"²¹.

بينما اقتصر مفهوم الانتكاسة على الانحراف في تعاطي وإدمان المخدرات وكل ما له صلة بعلاج الاعتماد، وفيما يلي توضيح لبعض الجوانب النظرية المتعلقة بمفهوم الانتكاسة:

تعريف الانتكاسة:

ـ لغة:

أ/ الانتكاسة: عرفها الفيروز آبادي بأنها تعني "تكسه أي قلبه على رأسه، والنكس والنكاس، يضمهما: عودة المرض بعد النقاهة"²².

ب/ العود: يقال إنه عاد لمّا فعل، أي أنه فعله مرة أخرى، ويكفي الرجوع للشيء مرة واحدة ليسمى الفعل عوداً²³.

أما في اللغة الإنجليزية الانتكاسة (Relapse) مشتقة في الأصل من المصطلح اللاتيني (Relapi) الذي يعني السقوط أو الانزلاق²⁴.

²⁰ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 25.

²¹ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 89-90.

²² يوسف بن سطات العنزي، 2010، مرجع سابق، ص 65.

²³ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 25.

_ اصطلاحا:

تعددت التعاريف بتعدد الباحثين والدارسين لظاهرة الإدمان على المخدرات ومختلف السلوكات الانحرافية، فهناك من ينظر إليها من جانب قانوني، وهناك من ينظر إليها من جانب اجتماعي، ونحن سنحاول التعرض لهذه الآراء والتوجهات مع التركيز على الاتجاه النفسي في دراسة وتحليل الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات بصفة خاصة.

وسنعرض بعضها باختصار:

1/ الانتكاسة أو ما يطلق عليها في الأدبيات النفسية بالارتكاس هو تلك النوبات الدورية التي تنتاب المدمن المتوقف من حين لآخر العود لما كان عليه، كذلك هي إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك وليس فشلاً تاماً في تغيير السلوك، ولها مسميات في اللغات الأجنبية. فهي Relapse في الأدبيات النفسية الإنجليزية و Rueckfall بالنسبة للناطقين باللغة الألمانية و Rechute بالنسبة للغة الفرنسية. وكلها تعني الرجوع إلى الوراء²⁵.

فالانتكاسة هي عودة المعتمد على المواد المخدرة إلى استعمال هذه المواد، بعد نجاحه في الانقطاع عنها لفترة محدودة، سواء كان ذلك الانقطاع نتيجة خضوعه لعلاج أو أجبر على تركها بسبب ظروف خارجية كانتقله إلى بيئة جديدة لا تتوفر فيها المادة المخدرة.

لذا تختلف دوافع وأسباب العود من مريض لآخر وفقاً للظروف التي يمر بها المريض بعد علاجه وخروجه من المستشفى.

Marlatt and Gordon, Relapse prevention, Theoretical Rationale, ²⁴ overview of the model in new York, Guilford press, 1985.

²⁵ عبد الجليل أميم، 2009، برنامج RPT للوقاية من المخدرات، ص 03.

ويعني الارتكاس ذلك العرض العام والشامل من أعراض الاعتماد عموماً أو الاعتماد العقائري خصوصاً، وهو عملية ديناميكية ومتطورة ومؤثرة وهو حدث مباشر أو غير مباشر وهو قرار بشكل أو بآخر، وهو نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة وهو هدف يسعى المدمن المتوقف أو المعتدل مع معالجه للنيل منه والوقاية منه²⁶.

فالارتكاس إذن هو العودة إلى التعاطي من جديد بعد فترة من الانقطاع والتوقف²⁷.

وتُعرف الانتكاسة بظهور أعراض مرض ما بعد فترة من الشفاء، فهي عملية تقليدية وسلسلة من الأحداث التي يعقبها أو لا يعقبها عودة إلى المستويات الأولية للسلوك الهادف فهي بذلك السقوط أو الإنزلاق (Slide).²⁸

كما تعني الانتكاسة العود إلى استخدام المادة الإدمانية بعد التعافي استخداماً منتظماً، أما إذا كان العود لمدة محدودة والاستخدام لمرة واحدة أو عدد محدود من المرات فيعرف هذا بالإنزلاق أو الانتكاسة الصغيرة.

ونعرف العود بأنه حالة الشخص الذي عاد لتعاطي المخدرات بعد علاجه منها، ويكون العائد للإدمان هو الشخص الذي عاد للتعاطي مرة بعد

²⁶ مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، الإرتكاس العقائري، مرجع سابق ص5.

²⁷ المرجع السابق، ص 1.

²⁸ Marlatt G. A (1985) Relapse prevention: (héareticalRationale et Overivn of the model In: marlatt J. R (Eds), Relapse prevention, New york: Guil jordpress, p 31.

أخرى بعد علاجه من الإدمان وتم خروجه من مؤسسة علاجية بعد تلقيه برنامجاً علاجياً²⁹.

والجدير بالذكر أنه لا بد من التمييز بين التوقف عن التعاطي وبين التعافي حيث أن التوقف يعني امتناع الشخص عن التعاطي بالصدفة أو لسبب معين وبالتالي غالباً ما يكون محكوم بالفشل والنتيجة الحتمية هي العود مرة أخرى.

أما التعافي فيكون التوقف فيه مبرمجاً تحت إشراف معالج خبير ومتخصص، كما يفيد أيضاً التعافي أن الشخص المدمن يجد تغييراً في مناح حياته إلى الأفضل وذلك بإعداده لمرحلة يكون قادراً فيها على التفاعل والتواصل مع محيطه من جديد³⁰.

4-3 بعض المفاهيم المرتبطة بالانتكاسة:

هناك بعض المفاهيم التي لها علاقة وطيدة بالانتكاسة ك:

أ . الهفوة Lapse :

هي عبارة عن نوبة أولية لتعاطي العقار بعد انقطاع وتشافي أو استخدام معتدل وتكرارها يعني الارتكاس وتعني الكبوة أو الانزلاق.

ب . الكبوة الأمامية Prolapse :

وهي مشتقة من الأصل اللاتيني (Prolabi) وتعني الانزلاق إلى الأمام وهي مرحلة تعقب الهفوة وتتوسط الارتكاس والتشافي ويمكن تجاوزها إلى مرحلة التشافي إذا استطاع الفرد استجماع قواه مرة ثانية.

ج . الانهيار التام Collapse :

²⁹ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 27.

³⁰ عبد الودود خربوش، 2012، مرجع سابق، ص 04.

مشتق من الأصل اللاتيني collabi ويعني السقوط التام، ويتميز بتكرار حدوث الارتكاس وفقدان السيطرة وقد يؤدي إلى أمراض خطيرة أو الموت³¹.

4- تصنيفات وأشكال الانتكاسة:

للانتكاسة أصناف عديدة وأشكال مختلفة، تتباين نسبياً فيما بينها وفقاً لاختلاف العوامل المحيطة بها، و نذكر منها :

4 . 1 / الانتكاسة من حيث العائد: Outcome

أ/ الانتكاسة المفيدة الصحية: (Health Relapse) ويعدّ هذا النوع مفيد نسبياً، قد ينفع المتعافي إذا كان في حاجة إلى تعلم شيء جديد عن ذاته واعتماده دون إلحاق ضررّ ومن ثم تكون سبباً في تقوية وتدعيم الشفاء.

ب/ الانتكاسة الضارة غير الصحية: Unhealthy Relapse وهي الأكثر ضرراً وشيوعاً، إذ قد تؤدي بالمتعافي جراء جرعة زائدة إلى الموت أو على الأقل الاكتئاب، وفقدان الأمل وفقدان الثقة في الذات وانخفاض الدافعية نحو العلاج، والاستسلام للتعاطي كنوع من الانتحار البطيء.

4 . 2 / الانتكاسة من حيث الشدة: (Severity)

أ/ انتكاسة يمكن تجنبها: (Aviodable Relapse): كونها أقل شدة وأقل كثافة، و يمكن تحاشيها بشيء من مهارات التأقلم والمواجهة والتكيف.

ب/ انتكاسة لا يمكن تجنبها: (Unaviodable Relapse): وهي مصحوبة برغبة عارمة، ومواقف خطيرة ومثيرات متعددة مع ضعف الكفاءة الشخصية، وقصور في استخدام مهارات التأقلم والمواجهة والتكيف.

4 . 3 / الانتكاسة من حيث الطبيعة: (Nature)

أ/ الانتكاسة الفعلية: (wetRelepse)

³¹ مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، الارتكاس العقاقيري، مرجع سابق ص 6 - 7.

وتتعلق بالاعتیاد الكيميائي، وتعني العودة إلى استخدام العقار، فهي انتكاسة عقاقيرية (Drug Relapse).

ب/ الانتكاسة الجافة: (Dry Relapse): تتعلق بالاعتیاد الكيميائي وعودة إلى السلوكيات الاعتيادية السابقة دون استخدام عقاقير وتعرف أيضا بالانتكاسة السلوكية. (Behavioral Relapse).³²

4-4- الانتكاسة من حيث التخطيط: (planning)

أ/ إرتكاس مخطط مسبقاً: (planned Relapse)

يكون بعد فترة من التوقف أو الاستخدام المعتدل بتخطيط مسبق من حيث الموعد، المكان، اتخاذ التدابير اللازمة عن قصد وتعتمد ورغبة.

ب/ إرتكاس غير مخطط: (Non planned Relapse)

لا يسبقه تخطيط وإنما قد يؤدي ارتفاع الاشتياق وتعرض الفرد لضغوط مختلفة مع ضعف المقاومة إلى الإرتكاس.

4-5- الانتكاسة من حيث التكرار: (Frequent Relapse)

تكون لدى الأفراد الذين يتعرضون لإرتكاسات بصورة متكررة، ونقل الفترة الزمنية بين كل إرتكاس وآخر.³³

4-6 الانتكاسة من حيث التعدد: (Grossing)

أ/ الانتكاسة الثابتة: Fixed Relapse

تعني معاودة تعاطي المادة الاعتمادية الأصلية المفضلة لفترات طويلة دون تغييرها والثبات عليها.

ب/ الانتكاسة المتعددة: (Gross Relapse)

³² يوسف بن سطات العنزي، 2010، مرجع سابق، ص 68.

³³ مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، الإرتكاس العقاقيري، مرجع سابق ص 11.

وتعني معاودة التعاطي باستخدام مادة اعتمادية أخرى شبيهة بالمادة الاعتمادية المعتادة.

4-7 / الانتكاسة من حيث المضمون: (Content)

أ/ الانتكاسة الكلية: (Full Blown: Relapse):

أي تناول المتعافي للمادة الاعتمادية لمدة طويلة بالجرعات المعتادة أو أكثرمنها والاستمرار في ذلك.

ب/ الانتكاسة الجزئية: (Partial Relapse)

أي تناول المتعافي المادة الاعتمادية لمدة يوم أو يومين عدة مرات، ثم التوقف لفترة طويلة جداً³⁴.

من حيث الطبيعة	فعلية	جافة
من حيث الشدة	ضعيفة	قوية
من حيث التخطيط	مخططة	غير مخططة
من حيث العائد	ضارة	مفيدة
من حيث التكرار	متكررة	نادرة
من حيث التعدد	ثابتة	متعددة
من حيث المضمون	كلية	جزئية

الشكل رقم (01): أشكال الانتكاسة المصدر: إعداد الباحثة

³⁴ Young E, The role of Incest Issues in relapse journal of psychoactive drugs, vol20, 1990.

5- المؤشرات أو العلامات المنذرة بحدوث الانتكاسة :

يرى أبو زيد 1998، أن هناك مؤشرات وعلامات منذرة تعتبر بمثابة ناقوس الخطر والإنذار بحدوث الانتكاسة، وهي متعددة ومتباينة في الوقت ذاته وتظهر تلك المؤشرات في مراحل التعافي وخاصة المراحل المبكرة أو في مرحلة الاعتدال في التعاطي وسنسرده باختصار أهم تلك المؤشرات :

5-1/ مؤشرات معرفية: تتمثل في ضعف القدرة على اتخاذ القرارات

الإيجابية، وضعف القدرة على التخطيط البناء، ضعف القدرة على التفكير المنطقي، قلة التركيز، تفكير إرتكاسي وشروء وأفكار انهزامية، بالإضافة إلى سيطرة ذكريات التعاطي وتخيل نشوة العقار.

5-2/ مؤشرات نفسية: (انفعالية، مزاجية، وجدانية)، ومنها: الشعور

بالأسف الذاتي والميول والمشاعر الخاصة بالوحدة، الانفعال المصطنع وتجدد المعاناة النفسية، تغيرات المزاج وأحلام اليقظة، فقدان الرضا عن الحياة وفقدان الثقة بالنفس، الشعور بالتوتر وعدم الاستقرار والعدوانية. والإحساس بقوة خفية تدفع إلى معاودة التعاطي³⁵.

5-3/ مؤشرات علاجية: تتمثل في نقص الاعتناء بالذات، انخفاض

الدافعية للعلاج وقلة حضور اجتماعات برامج المتابعة، انقطاع عن الاجتماعات التوعيمية، حضور غير منتظم للحصص العلاجية وكذلك تناول عقاقير طبية للتأقلم وفقدان متزايد أو تام للبناء اليومي أي يظهر لديه عجز في أداء وظائفه اليومية....

وكذلك خلق الاشتياق الذاتي ذهنياً أو حسياً .

³⁵ يوسف بن سطات العنزي، 2010، مرجع سابق، ص 78-79

4-5 / مؤشرات جسمية/ فيزيقية: غالبًا ما تظهر على شكل تعب واضطراب في شهية الطعام والنوم، ومشكلات صحية، نقص الاهتمام بالنظافة الشخصية واضطراب النشاط الجنسي وحالات تمارض لجلب انتباه الآخرين .

5-5 / مؤشرات سلوكية:

كعودة أو زيادة السلوكات القهرية وتكرار الشكوى وفقدان الاهتمام والميل نحو اللامبالاة، تكرار الغياب والتأخر والتعطل واختلاق الأعذار ، اضطراب سلوكات الإنفاق والاستهلاك وزيادة التورط المالي والسلوك الإهمالي³⁶.

5-6- مؤشرات اجتماعية:

كمحاولات الاتصال مع أصدقاء قدامى لازالوا مدمنين، ضعف أداء الواجبات الاجتماعية، إثارة المشاكل، مشكلات العمل، فشل في التواصل الاجتماعي³⁷.

6- أعراض الانتكاسة:

تشتمل متلازمة أو تناذر (Syndrome) الانتكاسة على:

6-1 سوء الوظيفة الداخلية: وفيها:

- ضعف فكري وانفعالي.
- مشكلات ذاكرة، نوم وتآزر.
- انعصاب / ضغط مرتفع.

6-2 سوء الوظيفة الخارجية: وفيها:

- عودة الإنكار، التحاشي والدفاعية.

³⁶ يوسف بن سطات العنزي، المرجع السابق، ص 79.

³⁷ تيايبية عبد الغاني، 2015، مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، رسالة دكتوراه علم النفس العيادي، جامعة سطيف 2، الجزائر، ص 94.

-بناء أزمة، جمود وتشوش واستجابات مبالغ فيها.

3-6 فقدان الضبط: وفيها:

-اكتئاب وفقدان السيطرة على السلوك.

- فقدان الضبط.

- نوبات إرتكاس³⁸.

7 - خصائص (بروفيل) المدمن المنتكس:

يحتوي بروفيل المدمن المنتكس على العديد من السمات الشخصية التي

تميزه عن غيره نذكر منها:

-اللامبالاة بالعواقب، الأنانية المفرطة، الهروب من المسؤولية، السلبية،

التعامل مع الواقع من خلال العقار، الانهزامية، العدوانية، وضعف كل من

الإرادة والأنا... ولقد أجريت دراسات عديدة في هذا الصدد منها . على سبيل

المثال لا الحصر. دراسة ميلر (1991)، وذلك للكشف عن سمات شخصية

المنتكس، حيث أسفرت نتائجها على ما يلي:

-الاندفاعية والشخصية السيكوباتية.

-اضطرابات وجدانية ونقص التوجه نحو الهدف³⁹

كذلك دراسة يوسف بن سطاتم العنزي 2010 حول الذكاء الانفعالي

والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين، وكان من بين

نتائجها انخفاض معدّل الذكاء الانفعالي لدى فئة المنتكسين بالإضافة إلى

تميزهم بوجهة ضبط خارجية مقارنة بأقرانهم غير المنتكسين .

³⁸ مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، الإرتكاس العقائري، مرجع سابق، ص 14.

³⁹ مدحت عبد الحميد أبو زيد، المرجع السابق، ص 13.

8- أسباب الانتكاسة: لقد اختلف العلماء في إعطاء أسباب موحدة وتفسيرات شاملة لظاهرة العود إلى الإدمان (الانتكاسة) كل حسب مرجعيته وسنذكر بعضها باختصار:

1- جاء في دليل معلومات عن الإدمان، أن هناك العديد من العوامل التي قد تفجر الانتكاسة، وهي تختلف من شخص إلى آخر، أهمها:

- حالة عاطفية سلبية : غضب، حزن، صدمة أو ضغط نفسي.
- إرهاق أو وهن جسدي . فيزيقي :أعراض الفطام (الانسحاب) وآلام جسدية.

- حالة عاطفية إيجابية.

- رغبة قوية، صراعات، وضغوط اجتماعية⁴⁰.

2- اتضح من خلال دراسة محمد حسن غانم " المدمنون وقضايا الإدمان " أن أسباب الإنتكاسة من وجهة نظر المدمنين تتمثل في :

- عدم السيطرة على الشوق بنسبة 18,52% ،عدم التغيير في الواقع الخارجي بنسبة 12,59% وإلحاح الأصدقاء المدمنين والفشل في حل المشكلات، إفراط أو تفريط في ثقة الأهل و أخيرا عدم الاقتناع بالكف عن الإدمان بنسبة 2,96%.⁴¹

3- لقد وجد "محمد السليم" 2007، أن هناك اتفاقًا واضحًا بين نتائج العديد من الدراسات المحلية والعالمية، إذ أن أهم دوافع التعاطي هي أصدقاء

⁴⁰ -Marilyn Herier et autres, 2010, Centre de toxicomanie et de santé mentale. La Toxicomanie guide d'information p41.

⁴¹ محمد حسن غانم، 2007، مرجع سابق، ص 46 - 47.

السوء، والتفكك الأسري ونقص المساندة الاجتماعية، ووفرة المال، وضعف الرقابة الأسرية، بالإضافة إلى ضعف الوازع الديني وغيرها⁴².

وبمراجعة العديد من الدراسات مثل دراسة جوسوب وآخرون gossop et al, 1989، ودراسة برادلي وآخرون 1992، نجد أن أسباب الانتكاسة لا تختلف كثيرا عن أسباب التعاطي فلو كان هناك عشرة أسباب للتعاطي تمت معالجتها فإن سببا واحدا كفيلا بحدوث الانتكاسة⁴³.

كما يمكن الإشارة إلى بعض المواقف التي تدفع إلى الانتكاسة والمتمثلة في:

1- المواقف المتعلقة بالحالة المزاجية:

تعد المواقف الخاصة بالحالات المزاجية ذات خطورة عالية بالنسبة إلى الإنتكاس ومنها حالات المزاج السالبة (الغضب، الحزن، الاكتئاب، الإحباط، الملل، القلق) وحالات المزاج الايجابية (الثقة الزائدة، الشعور بالسيادة)⁴⁴.

2- الإنهزامية وضعف تقدير الذات:

في هذه الحالة يظهر للمدمن أنه شخص مقهور لا قيمة له فيتدنى مستوى تقديره لذاته تدريجيا، مع الشعور بالألم حيال هذا الأمر، فيلجأ إلى المخدر ليخفف آلامه، خاصة إذا لم يتم إكساب المدمن مهارات التأقلم وكذا عدم توفره

⁴² السليم محمد، 2007، مرجع سابق، ص 52.

⁴³ عبد الله الزهراني، 2010 العلاقة بين مواضع الانتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمني الكبتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى جدة، رسالة ماجستير جامعة أم القرى، السعودية.

⁴⁴ تيايبي عبد الغاني، 2015، مرجع سابق، ص 85.

على اهتمامات وهوايات فإن مشاعر الضيق سوف تتغلب عليه ولن يجد أمامه سوى العودة للمخدرات⁴⁵.

3-مواقف الضغوط الاجتماعية:

وهو شعور الفرد بعوامل خارجية ضاغطة تولد له الإحساس بالتوتر وتفقد التوازن ومن أشهرها:

-الخروج من إجهاد الضغوط بالتوجه مباشرة إلى المخدر.

-توفر الظروف المثيرة لنشوة التعاطي مما يوقظ عند المدمن المتوقف لهفة الإدمان فيصعب عليه مقاومة هذا الضغط ويقع في الانتكاس.

-موقف الأسرة اتجاه المدمن من مراقبة ولوم وشك من شأنها أن توقع المدمن في قبضة الانتكاسة.

4-مواقف ذات طبيعة علاجية:

وتتمثل في الشعور المبكر بالشفاء، والإحساس بعدم جدوى العلاج وما يصاحبه من انخفاض في الدافعية وارتفاع في المقاومة، وكذا التقبل المشروط للعلاج وعدم اتباع الخطة العلاجية⁴⁶.

5-المواقف المتعلقة بالمخدر:

5-1-توفر العقار المخدر في محيط المدمن المتعالج من حيث توصل لانج وماكيو إلى إثبات فعالية مدى توفر المخدر في الشارع على إنتكاس المدمن⁴⁷.

Maintenance stratégies Marlah G.A.Gordon, JR. Relapse prevention : ⁴⁵ in the tratment of addictive bihaviors, new york : gwilford press 1985, p 40.

⁴⁶ تيايبية عبد الغاني، 2015، مرجع سابق، ص 87-88.

⁴⁷ Lange, WR, Mecume BA. Advanced Alchol & substance Abuse, vol. N° (2) 1990 ; p 51.

5-2- الإشتياق أو الشعور بالهفّة:

يعد الإشتياق من أهم العوامل المحدثة للإنتكاسة، يظهر على شكل نوبات ويدفع بالمدمن إلى الإنتكاس وقد يكون مفروضا على المدمن المتعافي أو يظهر برغبة من المدمن كاستنكار المواقف والأماكن المحرّضة على الإدمان⁴⁸.

9- النظريات المفسرة لحدوث الإنتكاسة:

تعددت الاتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة الإدمان بشكل عام ولظاهرة الانتكاسة بشكل خاص، ويمكن القول أن التفسيرات النظرية للانتكاسة خرجت من الاتجاهات النظرية المفسرة لسلوك الانحراف عموما وسلوك الإدمان على وجه الخصوص، خاصة فيما يتعلق بالاتجاهات النفسية والاجتماعية⁴⁹. ومن الواضح أنه هناك الكثير من التفسيرات يمكن تصنيفها ضمن اتجاهين رئيسيين وهما:

أولا/ الاتجاه العصبي الفيزيولوجي.

ثانيا/ الاتجاه السيكلولوجي.

ونستعرض أبرزها باختصار:

أولا: الاتجاه العصبي الفيزيولوجي:

مفاده أن الاختلالات التي يعاني منها الفرد تعود إلى عطب أصاب بعض أعضائه، قد يكون هذا العطب ناتج عن تلف بفعل الإصابة بمرض أو بفعل دخول سموم، كالكحوليات ويتضمن هذا الاتجاه عدّة نظريات تتمثل في:

أ/ نظرية العطب العصبي: (Neurological Impairment)

Marllat, GA & Brret.K.Relapse prevontion American psychiatric press 1994 p.290.

⁴⁹ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 69.

اقترحها كل من جورزكي وميلر (Gorski & Miller)، حيث عرفا الانتكاسة بأنها " عملية تحدث داخل المريض المعتمد، وتظهر من خلال نمط تطوري للسلوك الذي يسمح

لأعراض المرض بالظهور من جديد لدى شخص استطاع في السابق أن يتخلص من تلك الأعراض"، حيث أن أعراض ما بعد الانسحاب الحاد تؤثر على العمليات المعرفية، وتحدث تلفاً في التفكير التجريدي والتركيز والذاكرة وتزيد من الانفعالية والنتيجة العصبية هي التي تدفع الشخص إلى الانتكاسة.

ب/ النظرية الكيميائية العصبية (Neurochemical Theory)

تفسر الانتكاسة بشكل جزئي . في ضوء التغيرات الفيزيائية ومقاومة الأغشية العصبية في الدماغ والذي ينتج عنه نقص الدوبامين ويظهر في صورة الاشتياق والذي بدوره يؤدي إلى الانتكاسة⁵⁰.

ج/ النظرية النفسحيوية: (psychobiological)

وفيها يقترح " لودنج " Ludwing (1974)، أن الأساس في العود إلى الإدمان هو الاشتياق والاشتهاء للمادة المخدرة لما له من طبيعة نفسية ومعرفية وفيزيولوجية وسلوكية وعصبية متعددة الأبعاد، فضلاً عن الاعتمادية التي تعتبر من أبرز عوامل الانتكاسة⁵¹.

ثانياً: الاتجاه السيكلوجي:

اختلفت آراء ووجهات نظر السيكلوجيين في تفسير الإدمان والانتكاسة وذلك وفق عدة توجهات نظرية أهمها:

1- نظرية التحليل النفسي: psychoanalytical Theory

⁵⁰ يوسف بن سطات العنزي، 2010، مرجع سابق، ص 72.

⁵¹ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 71.

ترى أن الأصل في ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة والسرور، عن طريق المخدر وللتخفيف من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن، وتفسره كذلك بأنه:

-تعويض عن إحباط شديد ينتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.

-تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة، سلوك ناتج عن تنشئة اجتماعية خاضعة.

كما أورد عكاشة (1992)، بعض الأسباب النفسية الموجودة لدى المدمن منها وجود مرض نفسي، كالقلق، الاكتئاب، ضعف تكوين الشخصية، زيادة الاعتمادية والقابلية للاستهواء من طرف رفقاء السوء...⁵²

2- نظرية الإشرط الكلاسيكي:

فسرت دافعية الاشتياق من حيث أن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة مثل: رائحة العقار، رؤية الكؤوس، أوراق التبغ الإبر، أو صديق مستمر بالتعاطي، أو مكان التعاطي. وهي كلها قادرة على استدعاء حالة الدافعية للتعاطي بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته. ويفسر هذا النموذج الصعوبة التي يجدها المعتمدون المتعافون في الابتعاد عن التعاطي في بيئاتهم التي تطور فيها اعتمادهم للعقار⁵³.

3- نظرية فستنجر: Festenger

⁵² يوسف بن سطات العنزي، 2010، مرجع سابق، ص 72 - 73.

⁵³ المرجع السابق، ص 74.

حسب " فستنجر " فإن الارتكاس يحدث نتيجة للتعزيز السلبي الذي يحدث عند المتوقف عن الإدمان الذي اعتاد أن يتغلب على صراعاته وشعوره بالذنب بالتعاطي، ففي حالة ما إذا واجه موقفًا يحتوي على صراعات جديدة وشعور بالذنب فإنه سرعان ما يرتكس لأن لديه تعزيزًا سلبيًا سابقًا في التخلص من الصراعات والذنب بأن يتعاطى العقار من جديد⁵⁴.

4- نظرية ويكلر Wikler. A

لاحظ ويكلر أن الأعراض الانسحابية لدى معتمدي الهروين تظهر من جديد بعد مرور عدة أشهر من زوال الأعراض الفيزيولوجية الانسحابية، وهذه الأعراض تشجع المعتمد وتدفعه للتعاطي من جديد تخفيفًا للآلام هذه الأعراض، وقد اقترح نظريته ذات العاملين لتفسير الانتكاسة في ضوء أن تكرار التعرض لمثير بيئي يمكن أن يصبح مثيرًا شرطياً يتسبب في ظهور الأعراض الانسحابية التي تؤدي نشاطًا إجرائيًا لتعاطي العقار الذي سيخفف من آلام الأعراض، وبذلك تزداد احتمالية سلوك التعاطي واستمراره في المستقبل من جديد⁵⁵.

كما أشار " ستولرمان " Stolerman (1991)، أن التناول السلوكي يتمثل في أن العقاقير الإدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية في شكل مكافآت في تجارب شرطية⁵⁶.

5- نظرية مارلت Marlatt المواقف الشديدة:

⁵⁴ مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، مرجع سابق، ص 15.

⁵⁵ Corty and Coon, The extinction of Naturally occurring conditioned reactions in Psychoactive substance Users, Anaog studies, addictive behaviors, vo20,1995.

⁵⁶ قماز فريدة، 2009، مرجع سابق، ص 56 - 57.

يُعَدُّ مارلت مؤسس النظرية العقلية المعرفية، ويرى أن العود للإدمان يتأثر بثلاثة عوامل هي: البيئة، الشخص العائد والمؤسسة، حيث قام بتطبيق برنامجًا قارن من خلاله بين ثلاث مجموعات من المدمنين، وتوصل إلى أن الضغوط الحياتية غير المتوقعة كحالات الوفاة والخلافات الزوجية، لها دور كبير في العود⁵⁷.

كذلك يفسر مارلت Marlilat العود للإدمان على الفرضيات الآتية:

1/ المواقف الشديدة واستجابة الأفراد لها تعد من أهم العوامل المحرصة على العود أو الإنتكاسة.

2/ عدم معرفة المدمن كيفية التعامل مع المواقف البيئية الطبيعية يزيد من احتمالية العودة للإدمان.

3/ العودة للإدمان ناتج عن مواجهة المواقف الضاغطة في الحياة⁵⁸.

6- نظرية الكفاءة الذاتية: Self-Efficacy Theory

ويرجع أصلها إلى البرت باندورا Bandura, A. (1986)، والتي اشتقت أساسًا من منحى التعلم الاجتماعي المعرفي، ويدور فحواها حول الموقف ذي الخطورة العالية للارتكاس أين يتم حدوث عملية معرفية خاصة بالخبرات السابقة والماضية والتي تتحول إلى حكم، أو توقع خاص بكفاءة المدمن المتوقف أو المعتدل، ومدى قدرته على مواجهة الموقف، والتأقلم معه. هذا الحكم الذاتي الشخصي هو الذي يحدد تناول العقار من جديد أي (الارتكاس) أم لا⁵⁹.

7- نظرية الحاجة إلى القوة:

⁵⁷ عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، مرجع سابق، ص 74.
⁵⁸ عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، 2011، المخدرات والمؤثرات العقلية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ط1، الرياض، ص 193.
⁵⁹ مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، الإرتكاس العقاقيري، مرجع سابق ص 24.

تفسر هذه النظرية العودة للإدمان كنتيجة لمحاولات الشخص المتعاطي التعويض عن قوته الإجتماعية بقوة أخرى مصطنعة⁶⁰.

10- علاج الانتكاسة:

يثير علاج الأشخاص المدمنين على المخدرات العديد من الاستشكالات، فبالرغم من المجهودات المبذولة في سبيل ذلك لم يتمكن المختصين من إيجاد حل لمشكلة الانتكاسة هذه المشكلة التي تظهر في مرحلة ما بعد العلاج، حيث أن معظم المدمنين المتعالجين يعودون إلى التعاطي من جديد بعد مرور فترة من التوقف، وهو خلق صعوبات جمة للمشتغلين بعلاج الاعتماد على المواد المخدرة وللمنتكسين أنفسهم⁶¹.

- منع الانتكاس بعد علاج الإدمان:

مدمن المخدرات معرض للانتكاس والعود لاستخدامها مرة أخرى بعد المعالجة ولتجنب ذلك ينصح المختصون والخبراء إتباع الخطوات التالية:
- تجنب الحالات عالية الأخطار مثل عدم الذهاب مرة أخرى إلى الحي الذي تم استخدامه للحصول على المخدرات والابتعاد عن أصدقاء السوء.
- الحصول على الفور على مساعدة إذا تم استخدام المخدرات مرة أخرى.
- الالتزام بخطة العلاج⁶².

ولتقادي الانتكاسة لابد من تضافر الجهود بين المختصين والخبراء والعمل على توعية المدمن وعائلته بخطر الانتكاسة ووضع المزيد من البرامج الوقائية والعلاجية والتدريبية التي تقوم أساساً على فهم جيد لمعنى وخطر الانتكاسة،

⁶⁰ الدخيل عبد العزيز، 2005، إدمان الكحول المشكلات والحلول، الرياض، مؤسسة الملك خالد الخيرية ص 46

⁶¹ عبد الله بن أحمد الزهراني، 2010، مرجع سابق، ص 3.

⁶² سامي الرحيلي، علاج الإدمان، <http://ar.Wikipedia.org>

ومتابعة المدمن بعد انتهاء فترة علاجه، والوقوف على أهم مسببات عودته إلى الإدمان، حيث نذكر على سبيل المثال لا الحصر بعض البرامج التي هدفت إلى التخفيف والوقاية من الانتكاسة كبرنامج:

RPT للوقاية من انتكاسة المخدرات 2009 بألمانيا لصاحبيه HartmutKlos,Wilfried Goergen وقام بترجمته الدكتور أميم عبد الجليل، هدف هذا البرنامج إلى إحداث نوع من التراكم المعرفي في هذا المجال وعمل من خلال تنسيقه بين المقاربات السيكلولوجية والاجتماعية وبين التجربة الواقعية للمنتكس على بناء برنامج للوقاية من الانتكاسة تكون من 16 وحدة وتميز بخصائص مركزية كالتنظيم، التركيب، الاستباقية، المقاربة العلاجية النفسية التربوية، المواجهة المستقبلية وعدم التركيز على الحالة المرضية في حاضرها... إلخ⁶³.

-التجربة المغربية في علاج الانتكاسة:

عادة ما يهدف علاج الإدمان على المخدرات أو الكحول إلى وقف التعاطي، وسحب الأعراض والوقاية من الانتكاسة، إلا أن فشل هذا العلاج يلزم الفريق المعالج تطبيق بروتوكول علاج خاص بالعودة للإدمان من جديد. وفيما يلي سوف نتناول باختصار ما تضمنه مثل هذه البروتوكولات من طرائق علاجية مستوحاة من نماذج دولية وهي:

-مجموعات الدعم.

-النموذج النمائي (Gorski) للتعافي.

-نموذج (Marlatt) لتوقيف الإدمان.

-النموذج البنائي لتعديل السلوك.

⁶³ عبد الجليل أميم، 2009، برنامج RPT للوقاية من المخدرات، ص 2 - 6.

-نموذج تقليل الأضرار والوقاية من الانتكاسة⁶⁴.

الإنكاسة ليست كارثة بل هي حدث ينبغي أخذه بعين الاعتبار عند خضوع المدمن لبرامج علاجية والهدف الحقيقي لهذه البرامج هو منع حدوث الإنكاسة⁶⁵.

- اقتراحات وتوصيات:

من خلال إنجاز هذه الورقة البحثية والاطلاع على الظروف والمسببات المتعلقة بظاهرة الإدمان عموماً، والانتكاسة على وجه الخصوص، ارتأينا تقديم بعض الاقتراحات والتوصيات وهي كما يلي:

-تشجيع البحث في مجال الانتكاسة.

-ترجمة التراث العلمي الغربي للتعرف أكثر على ماهية الانتكاسة.

-تصميم وإعداد برامج قائمة على نتائج الدراسات السابقة.

-تكثيف تدريب الأخصائيين على تطبيق هذه البرامج في المراكز المتخصصة.

-العمل على إجراء دراسات طويلة تتبعية للمدمنين على المخدرات بعد خروجهم من المراكز لمعرفة مدى التحسن لديهم.

-القيام بدراسة تربط بين العلاج النفسي الجماعي وخفض العود إلى تعاطي المخدرات بعد الإقلاع عنها.

-إعداد وتصميم برامج تقوم على خصائص المدمن المنتكس وعوامل عودته إلى التعاطي بطريقة العلاج الجماعي.

⁶⁴ عبد الودود خربوش، 2012، مرجع سابق، ص 6 - 7.

⁶⁵ السيد رأفت السيد أحمد (2011)، المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى معتمدي المواد المؤثرة نفسياً، دراسات عربية في علم النفس، مج 10، ص 291

الخاتمة

يتضح من خلال ما سبق أن ظاهرة الإدمان تتسم بالتشعب والتعقيد والاضطرار الفادح بالحياة من مختلف جوانبها الاجتماعية والاقتصادية والصحية، فهي آفة خطيرة تهدد حياة الأفراد بالتشرد والضياع والمجتمعات بالانهيار والتلاشي والاضمحلال.

وإن كانت ظاهرة الإدمان قد نالت قدرًا وافيا من البحث والتقصي، تبقى ظاهرة الانتكاسة بحاجة إلى مزيدا من الدراسات العلمية، كونها تشكل عقبة حقيقية تحول دون إمكانية تحقيق العلاج لأهدافه المرجوة، إذ يبقى نجاح هذا الأخير مرهونا بعدم انتكاس المدمن وعودته إلى التعاطي مجددا بعد انتهاء فترة العلاج، الشيء الذي يتطلب تضافر الجهود بين العلماء والباحثين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء وغيرهم من الفاعلين في الميدان.

وفي الأخير نرجو أننا قد وفّقنا من خلال هذه الورقة البحثية إلى لفت الانتباه إلى قضية هامة وحساسة في مجال التكفل بالمدمنين المنتكسين، آمليين تدارك بعض النقائص في أساليب العلاج والوقاية من هذا الوباء الفتاك.

تمت بحمد الله وشكره

قائمة المصادر و المراجع

أ/ العربية:

- 1- الدخيل عبد العزيز، 2005، إدمان الكحول المشكلات والحلول، مؤسسة الملك خالد الخيرية، الرياض.
- 2- السليم محمد، 2007، علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالإنكاسة من المنومين بمجمع الأمل، الرياض، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

- 3-المغربي سعد، 1984، ظاهرة تعاطي الحشيش دراسة نفسية واجتماعية، ط2، دار الراتب العالمية، بيروت.
- 4-تيايبية عبد الغاني، مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، رسالة دكتوراه، علم النفس العيادي، جامعة سطيف 2، الجزائر.
- 5-حسين علي فايد، 2005، سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طيبة للنشر، القاهرة.
- 6-رشوان، حسين عبد الحميد، 2005، علم الاجتماع الجنائي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- 7-عبد الإله عبد الله المشرف بن علي الجوادي، 2011، المخدرات والمؤثرات العقلية، جامعة نايف للعلوم العربية والأمنية، ط1، الرياض.
- 8-عبد الجليل أميم، 2009، برنامج RPT للوقاية من المخدرات.
- 9-عبد العزيز بن علي الغريب، 2006، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، ط1، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- 10-عبد الله بن أحمد الزهراني، 2010، العلاقة بين مواضع الإبتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمنين الكيتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى الأم بجدة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى بمكة المكرمة.
- 11-عبد الودود خربوش، 2012، التجربة المغربية في علاج الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، ندوة مراكش، جامعة القاضي عياض، مراكش المغرب.
- 12-فتحي الدردار، 2005، الإدمان في الجزائر، دار الإقتان.

- 13-قماز فريدة، 2009، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- 14-محمد حسن غانم، 2007، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- 15-مدحت عبد الحميد أبو زيد، 1998، الإرتكاس العقاقيري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- 16-نوربار سيلامي وآخرون، ترجمة وجيه أسعد 2005، المعجم الموسوعي في علم النفس، ج5، سوريا، منشورات وزارة الثقافة.
- 17-يوسف بن سطاتم العنزي، 2010، الذكاء اللانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

ب المراجع الاجنبية:

- 1-Corty and Coon, The extinction of Naturally occurring conditioned reactions in Psychoactive substance Users, Anaog studies, addictive behaviors, vo20, 1995.
- 2-Denis R et AM, 2005, Dictionnaire des drougres et des dépendances paris, la rouse, bordas.
- 3-Lange, WR, Mecume BA. Advanced Alchol & substance Abuse, vol. N° (2) 1990.

- 4-Marilun Herie est autres, La Toxicomanie guide d'information, 2007/2010. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- 5-Marlatt G.A.Gordon, JR. Relapse prevention Maintenance stratégies in the tratment of addictive bihaviors, new york : gwilford press 1985
- 6-Marllat, GA & Brret.K.Relapse prevontion American psychiatric press 1994.
- 7-Marllatt G. A (1985) Relapse prevention: (héaretical Rationale et Overivn of the model In: marlatt J. R (Eds), Relapse prevention, New york: Guil jordpress.
- 8-Young E, The role of Incest Issues in relapse journal of psychoactive drugs, vol20, 1990.