المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات
International Journal of Research and Studies Publishing
ISSN: 2709-7064
المجلد الثالث - الإصدار السابع والثلاثون
تأريخ الإصدار: 20 نوفمبر 2022 م

الانتكاسة بعد التعافي من إدمان المخدرات (الأسباب، الأبعاد، الوقاية)

Relapse after Recovery from Drug Addiction (Causes, Dimensions, Prevention)

إعداد:

الباحث/ إبراهيم محمد سعد الحمداني

اخصائي اجتماعي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

Email: abomhhmad@hotmail.com

الباحثة/ جيهان موسى الجميعة

أخصائي تمريض، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحثة/ بشاير منصور الغنيم

أخصائي تمريض، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحثة/ العنود ابراهيم الوحيشي

أخصائي تمريض، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ عبد الله بن عبد الله صالح التميمي

أخصائي اجتماعي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ علي سعد محمد الشكره

أخصائي نفسي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ محمد عبد الفتاح صالح الطويلعي

طبيب أسنان، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ طلال محمد حسني هاشم

دبلوم أشعة، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الباحث/ عبد الله مبارك المغيرة

مراقب وبائيات، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية

الملخص:

يناقش البحث الإدمان و أسبابه و كذلك أنواع المخدرات و طرق العلاج و كذلك يتعرض بشكل تفصيلي للانتكاسة و عوامل الخطر المؤدية لها و يهدف كذلك الى تعريف الانتكاسة و شرح نموذج الوقاية من الانتكاسة و كيفية تقليل فرص حدوثها و تعد أهمية البحث من حيث خطورة الإدمان على المجتمع و على الأشخاص حيث أن الإدمان يقضي على سلامة و صحة المجتمع و كذلك خطورة الانتكاسة على رجوع المتعافي للإدمان مرة أخرى حيث أن الإنسان المتعافي الطالب للعلاج اذا حدثت له انتكاسة فقد يصبح مدمن مرة أخرى و هي اخطر و اصعب المراحل التي يتعرض لها المدمن في طريق العلاج و ينتهج البحث المنهج التحليلي لعرض المشكلة و شرح لنموذج الوقاية منها، وكما خلص البحث لبعض النتائج تعتبر أهمها تميل الدراسات التي أجريت حتى الآن إلى دعم فعالية الأساليب المعرفية السلوكية القائمة على نموذج الوقاية من الانتكاسة في الحد من تكرار نوبات الانتكاسة وكذلك فإن الجمع بين نموذج الوقاية من الانتكاسة وأدوية علاج الإدمان قد يؤدي الى نتائج أفضل، وقد خلص البحث لبعض التوصيات منها: المزيد من السعي المسؤولين في المنشآت المعنية بعلاج المدمنين، لوضع خطط ذات أهداف بعيدة وقصيرة المدى في الحد من الانتكاسة كما اوصي البحث بضرورة مراجعة الأدبيات السابقة والخاصة بنماذج الوقاية من الانتكاسة ومناقشتها والسعي إلى تطويرها وتوظيفها بالشكل الأمثل في عملية علاج المدمنين. وكذلك يجب التعاون مع الجهات الصحية والإعلامية في نشر ثقافة السلوك الإيجابي والى من شأنه إبعاد الأفراد عن الإدمان كأحد الممارسات الجذرية للحد من الإدمان. وكذلك العمل على تهيئة الكوادر في التخصصات النفسية والاجتماعية وتدريبها للحصول على الكفاية اللازمة لإدارة الوقاية من الانتكاسة في المؤسسات العلاجية للمدمنين، أو المراكز الداعمة.

الكلمات المفتاحية: انتكاسة، تعافي، إدمان المخدرات، الوقاية.

Relapse after Recovery from Drug Addiction (Causes, Dimensions, Prevention)

By: Ibrahim Mohammad Saad Al-Hamdani[1], Jehan Musa Al-Jumaiah[2], Bashayer Mansor Alghunaim[3], ALanoud Ibrahim Alwahishi[4], Abdullah S Altamimi[5], Ali Saad Mohammad Al-Shkarah[6], Mohammed Abdulfattah Saleh Altawyli[7], Talal Mohammed Hashem[8], Abdullah Mubarak Abdullah Almughyirah[9]

Social Worker, Ministry of Health, Saudi Arabia[1]

Nursing specialist, Ministry of Health, Saudi Arabia [2,3,4]

Social Worker, Ministry of Health, Saudi Arabia[5]

Psychiatrist, Ministry of Health, Saudi Arabia[6]

Dentist, Ministry of Health, Saudi Arabia[7]

Diploma in Radiology, Ministry of Health, Saudi Arabia[8]

Epidemiological Supervisor, Ministry of Health, Saudi Arabia[9]

Abstract:

The research discusses addiction and its causes, as well as the types of drugs and methods of treatment, as well as exposing in detail to the relapse and the risk factors leading to it. And on people, as addiction destroys the safety and health of society, as well as the danger of relapse on the recovery of the recoverer to addiction again, as the recovering person is seeking treatment, if he has a relapse, he may become addicted again, which is the most dangerous and difficult stages that the addict is exposed to on the way to treatment The research adopts the analytical method to present the problem and explain the prevention model, and as the research concluded for some results, the most important of which are the studies conducted so far tend to support the effectiveness of cognitive-behavioral methods based on the relapse prevention model in reducing the recurrence of relapse episodes.

Prevention of relapse and drug addiction treatment may lead to better results, and the research concluded with some recommendations, including: More efforts by officials in facilities concerned with the treatment of addicts, to develop plans with far goals and cut short The study recommended the need to review and discuss previous literature on relapse prevention models and seek to develop and employ them optimally in the process of treating addicts. It is also necessary to cooperate with health authorities and the media in spreading a culture of positive behavior that will keep individuals away from addiction as one of the radical practices to reduce addiction. As well as working on preparing cadres in psychological and social specialties and training, them to obtain the necessary competence to manage relapse prevention in treatment institutions for addicts, or support centers.

Keywords: Relapse, Recovery, Drug addiction, Prevention.

1. مقدمة

إن ما يواجهه العالم في الآونة الأخيرة من ظروف مأساوية وجائحة وبائية خطيرة ألقت بأحمالها على الأوضاع الحياتية عامة والاقتصادية والمعيشية والاجتماعية على وجه الخصوص، لعله كان عاملًا في زيادة ظاهرة الإدمان على المخدرات.

فحسب ما يذكره تقرير المخدرات العالمي 2021 الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أن تأثيرات الجائحة قد زادت من مخاطر المخدرات، ويضيف التقرير أن حوالي 275 مليون شخص تعاطوا المخدرات في جميع أنحاء العالم في العام الماضي، في حين عانى أكثر من 36 مليون شخص من اضطرابات تعاطي المخدرات.

ووفقا لآخر التقديرات العالمية، فإن حوالي 5.5 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل في العام الماضي، في حين أن 36.3 مليون شخص، أو 13 في المائة من العدد الإجمالي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات، 2021).

وعلى الرغم من خطورة ظاهرة إدمان المخدرات وتبعاته إلا أن من أصعب ما يمر به الشخص المدمن بعد التعافي ظاهرة "الانتكاسة" ولعلها أخطر وأصعب ما يواجهه المدمن بعد أو خلال مراحل العلاج أو بعد التعافي، فكثير من الأشخاص المدمنين يحضرون إلى مصحات ومراكز علاج الإدمان من أجل طلب العلاج وتعد تلك الخطوة من أهم الخطوات التي يخطوها المدمن باتخاذ قرار التوقف عن تعاطي تلك السموم من المخدرات.

وتكمن أهمية تلك الخطورة في الرغبة والإرادة الأكيدة من المدمن في الاقلاع عن تعاطي المخدرات وهي الخطوة الأولى في العلاج وعليها يعتمد نجاح العلاج من عدمه، ولكن قد يتعرض المدمن في هذه المرحلة إلى ظروف معينة سواء كانت نفسية أو اقتصادية أو اجتماعية تجعله يصاب بالانتكاسة والعودة إلى ماضيه في تعاطي المواد المخدرة ومن هنا تكون مصيبة الانتكاسة والعودة إلى طريق تعاطي المخدرات مرة أخرى، ولعل تلك المرحلة من أصعب ما يمر به الشخص المريض.

لذا فمن المحتم والواجب على السلطات والجهات المعنية بعلاج المدمنين وتقليص ظاهرة الإدمان، النظر في الآليات المتبعة، وإيجاد الحلول المبتكرة للحيلولة دون وجود الانتكاسة التي من شأنها تعزيز الإدمان لا علاجه.

1.1. أهداف البحث

1- تعريف الإدمان وأسباب الإدمان وأنواع المخدرات
2- شرح طرق التعافي وعلاج الادمان
3- تعريف الانتكاسة وعوامل الخطر المؤدية لها
4- كيفية الوقاية من الانتكاسة وتقليل فرص حدوثها
5- توضيح نموذج الوقاية من الانتكاسة وكيفية استخدامه للحد من الانتكاسة.

2.1. أهمية البحث

تعد الانتكاسة هي الأكثر خطورة على المتعافي حيث يمكن من إرجاعه مرة أخرى للإدمان ولعلها أخطر وأصعب ما يوجهه المدمن بعد أو خلال مراحل العلاج أو بعد التعافي، حيث انها من الممكن إرجاع المتعافي لنقطة الصفر ومن هنا ظهرت أهمية نموذج الوقاية من الانتكاسة وتطبيقاته.

3.1. منهج البحث:

ينتهج البحث منهج التحليلي حيث تم تحليل المشكلة الرئيسية وهي الإدمان وكذلك مشكلة الانتكاسة وتحليلها وتحليل عوامل الخطر وطرق الوقاية.

4.1. مدخل إلى البحث:

تناقش الورقة البحثية التي بين أيدينا الانتكاسة كعامل سلبي يحول بين المدمن وطريقه للتعافي والإقلاع عن تعاطي المخدرات، وتتعرض الورقة إلى بحث بعض المفاهيم والمصطلحات المتعلقة بهذا الموضوع والرجوع إلى الأدبيات السابقة التي تعاملت مع ذات الموضوع والاهتمام، فتطرح أسباب الإدمان والتعاطي، وتبين منطلقات ودوافع ظهور "الانتكاسة" وكيفية الوقاية منها.

كما وتتطرق الورقة إلى نموذج الوقاية الذي من شأنه الحد من ظاهرة إدمان المخدرات والسعي إلى الإمساك بخيوط المشكلة والوصول إلى منابعها ومسبباتها، وتقدم الورقة في ختامها مجموعة من التوصيات من شأنها طرح أفكار مبتكرة قد تساعد القائمين والمسؤولين على علاج الإدمان ومكافحته، وتضيف جهدًا جديدًا للجهد العلمي المعني بهذا الشأن.

2. الإطار النظري:

أولاً: المخدرات: التعاطي- الإدمان (الأسباب والظواهر)

الإدمان:

حالة تستعبد الشخص وتجعله عبدا ذليلا خاضعا لها معتمدا عليها نفسيا وهي بذرة المرض النفسي والجسدي كما أنه انتحار بطيء وذلك نتيجة الإدمان المستمر على مادة أو أكثر من المواد المخدرة "المخدرات" يتضاعف هذا الاستعمال في وقت قصير ينتج عنها أكبر الاضرار التي من الممكن ان تؤدي إلى التهلكة فيفقد المدمن عقله ويعجز عن القيام بواجباته اليومية حتى إذا فكر في التوقف عن إدمان المخدرات تظهر عليه اعراض انسحابية قاتلة (الدليل الإرشادي - مستشفى إشراق، 2020).

برامج العلاج من الإدمان

برامج العلاج: وتشمل الدورات التعليمية التي تركز على حصول المدمن على العلاج الداعم ومنع الانتكاس ويمكن تحقيق ذلك في جلسات فردية أو جماعية أو أسرية (موقع وزارة الصحة السعودية، 2020).

المشورة: أخذ المشورة من مستشار نفسي بشكل منفرد أو مع الأسرة، أو من طبيب نفسي يساعد على مقاومة إغراء إدمان المخدرات واستئناف تعاطيها. علاجات السلوك يمكن أن تساعد على إيجاد وسائل للتعامل مع الرغبة الشديدة في استخدام المخدرات، وتقترح استراتيجيات لتجنب ذلك ومنع الانتكاس، وتقديم اقتراحات حول كيفية التعامل مع الانتكاس إذا حدث.

تقديم المشورة ينطوي أيضا على الحديث عن عمل المدمن، والمشاكل القانونية، والعلاقات مع العائلة والأصدقاء. أخذ المشورة مع أفراد الأسرة ويساعدهم ذلك على تطوير مهارات اتصال أفضل مع المدمن حتى يكونوا أكثر دعمًا له.

جماعات المساعدة الذاتية: هذه الجماعات موجودة من أجل الأشخاص المدمنين على المخدرات ورسالتهم هي أن الإدمان هو مرض مزمن وهناك خطر للانتكاس، وأن العلاج الداعم والمستمر والذي يشمل العلاج بالأدوية وتقديم المشورة واجتماعات جماعات المساعدة الذاتية ضروري لمنع الانتكاس مرة أخرى. يساعد الطبيب المعالج على تحديد موقع هذه الجماعات.

علاج الانسحاب: أعراض انسحاب المخدرات تختلف باختلاف نوع المخدرات المستخدمة وتشمل الأرق، التقيؤ، التعرق، مشكلات في النوم، الهلوسة، التشنجات، آلام في العظام والعضلات، ارتفاع ضغط الدم ومعدل ضربات القلب ودرجة حرارة الجسم، الاكتئاب ومحاولة الانتحار.

والهدف من علاج الانسحاب (إزالة السموم) هو وقف تناول المخدرات بسرعة وأمان، ويشمل ذلك (المركز العربي، 2019):

1. خفض جرعة المخدرات تدريجيًا.
2. استبداله بمواد أخرى مؤقتا يكون له آثار جانبية أقل حدة، مثل الميثادون أو البوبرينورفين.
3. بالنسبة لبعض الناس قد يكون آمنًا الخضوع لعلاج الانسحاب في العيادات الخارجية، والبعض الآخر قد يتطلب الدخول إلى المستشفى.

تقييم مدمن المخدرات صحيًا: ينبغي لبرامج العلاج تقييم مدمني المخدرات لوجود فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، أو التهاب الكبد الوبائي ب و ج، أو مرض السل أو الأمراض المعدية الأخرى.

علامات الشخص المدمن

- التغير المفاجئ في نمط الحياة كالغياب المتكرر والانقطاع عن العمل أو الدراسة.
- تدني المستوى الدراسي أو تدني أدائه في العمل.
- الخروج من البيت لفترات طويلة والتأخر خارج البيت ليلًا. التعامل بسرية فيما يتعلق بخصوصياته.
- تقلب المزاج وعدم الاهتمام بالمظهر. الغضب لأتفه الأسباب. التهرب من تحمل المسؤولية واللامبالاة. الإسراف وزيادة الطلب على النقود.
- تغيير مجموعة الأصدقاء والانضمام إلى "شلة" جديدة. الميل إلى الانطواء والوحدة.
- فقدان الوزن الملحوظ نتيجة فقدان الشهية.

أنواع المخدرات

تختلف أنواع المخدرات وأشكالها حسب طريقة تصنيفها؛ فبعضها يصنف على أساس تأثيرها، وبعضها الآخر يصنف على أساس طرق إنتاجها أو حسب لونها، وربما بحسب الاعتماد (الإدمان) النفسي والعضوي.

وتتفاوت أنواع المواد المخدرة في درجة تأثيرها وطريقة عملها على الجهاز العصبي للإنسان، مثل:

- الحشيش والماريجوانا.
- المخدرات المهدئة.
- المخدرات المنشطة مثل: الكوكايين.
- المواد المهلوسة مثل (إل. إس. دي).
- المواد المستنشقة (العطرية) مثل الصمغ.
- المسكنات والمهدئات الطبية مثل المورفين.

الأسباب التي تؤدي إلى وقوع الأفراد في مصيدة الإدمان

- عدم الوعي الكافي لاستدراك اضرار الكحول.
- مجالسة أصحاب السوء.
- التفكك الأسري.

- انشغال الآباء عن الأبناء وعدم وجود رعاية كافية لهم داخل المنزل.
- عدم المعرفة الكافية بالأخطار التي تسببها المواد المخدرة.
- ضعف الوازع الديني والتنشئة الاجتماعية غير السليمة.
- البطالة وقلة العمل بين الشباب.
- الثراء الفاحش التبذير.
- عدم وجود حوار بين أفراد الأسرة الواحدة.

أعراض الإدمان

1. الأعراض المصاحبة لتعاطي الحشيش والماريجوانا:
   - شعور عال بالإدراك البصري والسمعي والذوق.
   - ضعف الذاكرة وصعوبة التركيز والتناسق الحركي.
   - زيادة ضغط الدم ومعدل ضربات القلب.
   - احمرار العينين.
   - زيادة الشهية.
   - جنون العظمة.

2) الأعراض المصاحبة لتعاطي المنشطات (الأمفيتامين والكوكايين والميثيل فينيديت):
   - النشوة والتهيج.
   - الاكتئاب والأرق.
   - احتقان الأنف وأضرار تلحق بالغشاء المخاطي للأنف.
   - فقدان الوزن.
   - زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم ودرجة الحرارة.
   - جنون العظمة.

3) الأعراض المصاحبة لتعاطي المهدئات باربيتيورات والبنزوديازيبين:
   - نعاس ودوخة.
   - مشاكل في الذاكرة.
   - اكتئاب.
   - تباطؤ في التنفس وانخفاض ضغط الدم.
   - ارتباك وصعوبة التناسق الحركي.

4) الأعراض المصاحبة لتعاطي المسكنات المخدرة (الهيروين والمورفين والكودايين):
   - انخفاض الشعور بالألم.
   - ارتباك.

- تباطؤ في التنفس.
- إمساك.

آثار ومضاعفات إدمان المخدرات

- المشـاكل صـحية: يؤدي إدمان المخدرات إلى حدوث مشـاكل صـحية بدنية وعقلية ويعتمد ذلك على نوع المخدرات المستخدمة.
- فقدان الوعي والغيبوبة والموت المفاجئ وخاصـة عند أخذ جرعات عالية أو إذا تم الجمع بين أنواع المخدرات أو الكحول.
- الإصابة بالأمراض المعدية مثل الإيدز سواء من خلال العلاقات الجنسية المحرمة أو عن طريق مشاركة الإبر.
- التعرض لحوادث السير في حالة السكر.
- الانتحار.
- المشاكل الأسرية والخلافات الزوجية بسبب التغيرات السلوكية التي تطرأ على مدمن المخدرات.
- مسائل قانونية حيث أن إدمان المخدرات يؤدي إلى السرقة وقيادة السيارة تحت تأثير المخدرات وغيرها.
- مشاكل مالية: إدمان المخدرات يؤدي إلى إنفاق المال بلا حساب وذلك لشرائها فيضع المدمن تحت وطأة الدين وتقوده إلى سلوكيات غير قانونية وغير أخلاقية.

العلاج من المخدرات

يعتقد البعض أن إزالة التسـمم من المخدرات كافية للشـفاء، لكن يتعين حفز المرضـى لمواصـلة العلاج وإعادة التأهيل (مايو كلينيك، 2020).

وعلى هيئة العلاج أن تبذل كل ما تستطيع لدعم وتعزيز رغبة المريض في أن يظل متحرراً من المخدر، وقبوله بسهولة إذا ارتد للمخدرات وعاد للبرنامج.

إن اتباع أسـلوب الوعظ والإرشـاد في إبلاغ الشـخص المدمن على المخدرات كم هو مخجل وان إدمان المخدرات لن يحقق الكثير.

إذا استطاعت هيئة العلاج أن تفهم ما يعنيه استعمال المخدرات بالنسبة للفرد، فإنها ستكون في وضع أفضل لمساعدة المدمنين.

أن الجوانب الطبية في العلاج من الإدمان لا يجب أن تغنى عن النهج الأخرى التي يمكن أن تساعد المريض على تعديل إدراكه لذاته، وإدراكه للآخرين ولسلوكه. فعلى سبيل المثال، ينبغي النظر لإزالة التسمم، كمقدمة لهذه النهج الأخرى

يجب أن تتكامل التخصصات العلاجية وتتحدد وصولاً إلى النتيجة المطلوبة، وهي الشفاء التام وليس الشفاء الجزئي أو المحدود؛ ذلك أن الشفاء الحقيقي لا يكون مقصوراً فقط على علاج أعراض الانسحاب المخدر ثم ترك المدمن بعد ذلك لينتكس، إنما يجب أن نصل معه إلى استرداد عافيته الأصلية من وجوهها الثلاثة، الجسدية والنفسية والاجتماعية، مع ضمان عودته الفعالة إلى المجتمع ووقايته من النكسات في مدة لا تقل عن ستة أشهر في الحالات الجديدة، أو سنة أو سنتين في الحالات التي سبق لها أن عانت من نكسات متكررة.

منع الانتكاس بعد علاج الإدمان

مدمن المخدرات معرض للانتكاس والعودة لاستخدامها مرة أخرى بعد المعالجة، ولتجنب ذلك يجب اتباع الخطوات التالية:

1. تجنب الحالات عالية الأخطار مثل عدم الذهاب مرة أخرى إلى الحي الذي تم استخدامه للحصول على المخدرات والابتعاد عن أصدقاء السوء.
2. الحصول على الفور على مساعدة إذا تم استخدام المخدرات مرة أخرى.
3. الالتزام بخطة العلاج الخاصة: قد يبدو وكأن المريض يتعافى وأنه لا يحتاج للحفاظ على اتخاذ خطوات للبقاء خاليًا من الإدمان، ولكن لا ينبغي التوقف عن رؤية الطبيب النفسي، والذهاب إلى اجتماعات فريق الدعم الخاص به أو تناول الدواء الموصوف؛ حيث إن الفرصة في البقاء خاليًا من الإدمان كبيرة إذا تمت متابعة العلاج بعد الشفاء من إدمان المخدرات.

مشاكل ما بعد العلاج

1. الرغبة في العودة لها وذلك الشعور يستمر معه لمدة عدة أشهر بعد العلاج. ذلك الإحساس والرغبة في العودة للمخدرات هو نتيجة لتعوده لمدة طويلة عليه وتعوده على مجموعة من أصدقاء ومجموعة من الأماكن يذهب إليها، وهو يحتاج للإرادة حتى يؤثر في هذه المجموعات لا أن يتأثر بها مرة أخرى
2. مشاكل التأقلم مع الحياة واكتساب طرق جديدة للإشباع بعيدا عن المخدرات وهذه تحتاج منه إلى تعلم أنماط جديدة من السلوك وتحمل ظروف الحياة والتأقلم مع المشاكل ومواجهتها.
3. في خلال هذه الفترات الأولى من التأقلم وتعلم أنماط جديدة من السلوك فأن حدوث آلام أو مشاكل أو توترات شديدة مع عدم اكتمال تعلمه للصبر عليها
4. هناك أيضا الحاجة لعلاقات جديدة تدفعه إلى الاعتماد على النفس أكثر من اعتماده على الآخرين واعتماده على المخدرات غير أن ذلك يحتاج للوقت ويأتي ببطء ويحتاج لفترة طويلة وصبر وإصرار (relief egy, 2020).
5. كما أن علاقات ذلك الشخص بعد تركه للمخدرات مع أصدقائه والمحيطين به تتعرض لمشاكل كثيرة نتيجة لتركه لرفقاء السوء ونظرته الجديدة لهم مما يدفع بهم إلى الهجوم عليه في مسيرته الجديدة بهدف تحطيمهم لثقته في نفسه وفي قدرته على الاستمرار بعيدا عن المخدرات مما قد يؤثر في مسيرته حيث تكون شخصيته هشة في هذه الفترة بالإضافة إلى ضغوط الأهل.

ثانياً: الانتكاسة: المفهوم، والعوامل

الانتكاسة

في الطب الباطني، الانتكاس أو النكوص هو تكرار لحالة سابقة (طبية عادة). على سبيل المثال، غالبًا ما يظهر التصلب المتعدد والملاريا ذروة النشاط وأحيانًا فترات طويلة جدًا من السكون، يتبعها الانتكاس أو الانتكاس.

في الطب النفسي، يعد الانتكاس أو استعادة سلوك البحث عن المخدرات شكلاً من أشكال الانتعاش التلقائي الذي ينطوي على تكرار استخدام العقاقير المرضية بعد فترة من الامتناع عن التعاطي. غالبًا ما يُلاحظ الانتكاس لدى الأفراد الذين طوروا إدمانًا للمخدرات أو أي شكل من أشكال الاعتماد على المخدرات.

عوامل الخطر

توافر مستقبلات الدوبامين D2

يلعب توافر مستقبل الدوبامين D2 دورًا في الإدارة الذاتية وتقوية تأثيرات الكوكايين والمنشطات الأخرى. توافر مستقبلات D2 له علاقة عكسية بضعف التأثيرات المعززة للدواء. مع محدودية مستقبلات D2، يصبح المستخدم أكثر عرضة للتأثيرات المعززة للكوكايين. من غير المعروف حاليًا ما إذا كان من الممكن الاستعداد لتوافر مستقبلات D2 المنخفضة؛ ومع ذلك، فإن معظم الدراسات تدعم فكرة أن التغييرات في توافر مستقبلات D2 هي نتيجة، وليست مقدمة، لاستخدام الكوكايين.

وقد لوحظ أيضًا أن مستقبلات D2 قد تعود إلى المستوى الموجود قبل التعرض للعقاقير خلال فترات طويلة من الامتناع عن تعاطي المخدرات، وهي حقيقة قد يكون لها آثار في علاج الانتكاس (Czoty & others, 2005).

الهرمية الاجتماعية

التفاعلات الاجتماعية، مثل تشكيل التسلسل الهرمي للسيطرة الخطية، تلعب أيضًا دورًا في التعرض لتعاطي المخدرات. تشير الدراسات إلى وجود اختلاف في توافر مستقبلات D2 ضمن التسلسل الهرمي الاجتماعي بالإضافة إلى اختلاف في وظيفة الكوكايين لتعزيز الإدارة الذاتية في هذه المجموعات. تُظهر الفئات المهيمنة اجتماعيًا توافرًا أعلى لمستقبلات D2 وتفشل في الحفاظ على الإدارة الذاتية (Czoty & others, 2004).

المحفزات

يتأثر تعاطي المخدرات والانتكاس بشدة بعدد من العوامل بما في ذلك العوامل الدوائية وحجم الجرعة والكيمياء العصبية للدواء نفسه بالإضافة إلى بيئة المتعاطي والتاريخ المرتبط بالعقار. عادة ما تبدأ إعادة استخدام المخدرات بعد فترة من عدم الاستخدام أو الامتناع عن طريق واحد أو مجموعة من المحفزات الثلاثة الرئيسية: الإجهاد، وإعادة التعرض للدواء أو تحضير الدواء، والإشارات البيئية. قد تحفز هذه العوامل استجابة كيميائية عصبية في متعاطي الدواء تحاكي الدواء وبالتالي تؤدي إلى إعادة الحالة إلى حالتها الطبيعية (Murnane & Howell, 2001) قد تؤدي هذه الإشارات إلى رغبة قوية أو نية في استخدام الدواء، وهو شعور أطلق عليه Abraham Wikler في عام 1948. الميل إلى الرغبة الشديدة يتأثر بشدة بمحفزات الانتكاس الثلاثة وهو الآن علامة مميزة مقبولة للاعتماد على المواد (Wikler, 1948). الإجهاد هو أحد أقوى المحفزات لإعادة تعاطي المخدرات لأن إشارات التوتر تحفز الرغبة الشديدة وسلوك البحث عن المخدرات أثناء الامتناع عن تعاطي المخدرات. كما أن الرغبة الشديدة في الإجهاد تنبئ بوقت الانتكاس. وبالمقارنة، يُظهر الأفراد المدمنون قابلية متزايدة للتأثر بالضغوط مقارنة بالضوابط غير المدمنة. من أمثلة الضغوطات التي قد تحفز على العودة إلى الوضع السابق مشاعر الخوف أو الحزن أو الغضب أو الضغوط الجسدية مثل صدمة القدم أو ارتفاع مستوى الصوت أو حدث اجتماعي (Breese & others, 2011). يؤدي التحريض على تعاطي المخدرات إلى تعريض المستخدم الممتنع عن تعاطي المخدرات إلى المواد المسببة للإدمان، مما يؤدي إلى إعادة سلوك البحث عن المخدرات إلى وضعه السابق والإدارة الذاتية للمخدرات (McClung & others, 2010). المنبهات التي لها ارتباط سابق بدواء معين أو مع استخدام هذا الدواء يمكن أن تؤدي إلى الرغبة الشديدة في العودة إلى الحالة السابقة. تتضمن هذه الإشارات أي عناصر أو أماكن أو أشخاص مرتبطين بالعقار (Larimer & Marlatt, 1999).

العلاج

يعتبر علاج الانتكاس تسمية خاطئة إلى حد ما لأن الانتكاس بحد ذاته يعتبر فشلًا في العلاج؛ ومع ذلك، توجد ثلاث طرق رئيسية تُستخدم حاليًا لتقليل احتمالية الانتكاس الدوائي. وتشمل هذه العلاجات الدوائية، والتقنيات السلوكية المعرفية، وإدارة الطوارئ. تتمثل الأهداف الرئيسية لعلاج الاعتماد على المواد ومنع الانتكاس في تحديد الاحتياجات التي تم تلبيتها سابقًا باستخدام الدواء وتطوير المهارات اللازمة لتلبية تلك الاحتياجات بطريقة بديلة (السيد، 2011).

العلاج الدوائي

يتم استخدام العديد من الأدوية لتحقيق الاستقرار لدى المدمن، وتقليل الاستخدام الأولي للمخدرات، ومنع إعادة الدواء إلى وضعه السابق. يمكن للأدوية تطبيع التغيرات طويلة المدى التي تحدث في المخ والجهاز العصبي نتيجة تعاطي المخدرات لفترات طويلة. طريقة العلاج هذه معقدة ومتعددة الأوجه لأن الهدف الدماغي للرغبة في استخدام الدواء قد يكون مختلفًا عن الهدف الذي يسببه الدواء نفسه. يعد توافر العديد من مستقبلات الناقلات العصبية، مثل مستقبل الدوبامين D2، والتغيرات في قشرة الفص الجبهي الأوسط أهدافًا بارزة للعلاج الدوائي لمنع الانتكاس لأنها مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالانتكاس الناجم عن الأدوية، والناجم عن الإجهاد، والناجم عن الإشارات. يمكن إعادة تنظيم استعادة المستقبلات عن طريق إعطاء مضادات المستقبلات، في حين أن العلاجات الدوائية للتكيفات العصبية في قشرة الفص الجبهي الإنسي لا تزال غير فعالة نسبيًا بسبب نقص المعرفة بهذه التكيفات على المستوى الجزيئي والخلوي (Smit & others, 2010).

التقنيات السلوكية المعرفية

تركز الأساليب السلوكية المختلفة لعلاج الانتكاس على السلائف والنتائج المترتبة على تعاطي المخدرات والعودة إلى وضعها السابق. تتضمن التقنيات السلوكية المعرفية (CBT) تكييف بافلوفيان والتكييف الفعال، والذي يتميز بالتعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي، من أجل تغيير الإدراك والأفكار والعواطف المرتبطة بسلوك تعاطي المخدرات.

يتمثل النهج الرئيسي للعلاج السلوكي المعرفي في التعرض للإشارة، حيث يتعرض المستخدم الممتنع مرارًا وتكرارًا لأكثر المحفزات بروزًا دون التعرض للمادة على أمل أن تفقد المادة تدريجياً قدرتها على تحفيز سلوك البحث عن المخدرات. من المرجح أن يقلل هذا النهج من شدة الانتكاس بدلاً من منع حدوثه تمامًا. طريقة أخرى تعلم المدمنين آليات التأقلم الأساسية لتجنب استخدام المخدرات غير المشروعة. من المهم معالجة أي قصور في مهارات التأقلم، وتحديد الاحتياجات التي من المحتمل أن تحث على البحث عن المخدرات، وتطوير طريقة أخرى للوفاء بها (Kadden, 2002).

الوقاية من الانتكاس

يحاول منع الانتكاس تجميع العوامل التي تساهم في الانتكاس في فئتين عريضتين: المحددات المباشرة والسوابق السرية. المحددات الفورية هي المواقف البيئية والعاطفية المرتبطة بالانتكاس، بما في ذلك المواقف عالية الخطورة التي تهدد إحساس الفرد بالسيطرة، واستراتيجيات المواجهة، وتوقعات النتائج. السوابق السرية، وهي عوامل أقل وضوحًا تؤثر على الانتكاس، تشمل عوامل نمط الحياة مثل مستوى التوتر والتوازن، والحوافز والرغبة الشديدة.

يعلم نموذج منع الانتكاس المدمنين توقع الانتكاس من خلال التعرف على المحددات الفورية المختلفة والتعامل معها والتعامل معها. يُظهر نموذج RP أكبر نجاح في علاج إدمان الكحول ولكن لم يتم إثبات تفوقه على خيارات العلاج الأخرى (حسن، 2014).

إدارة الطوارئ

على عكس الأساليب السلوكية المذكورة أعلاه، تركز إدارة الطوارئ على عواقب استخدام المخدرات بدلاً من السلائف. يتم تعزيز سلوك المدمن، من خلال المكافأة أو العقوبة، على أساس القدرة على الامتناع عن التدخين.

أحد الأمثلة الشائعة لإدارة الطوارئ هو نظام الرمز المميز أو القسيمة، حيث تتم مكافأة الامتناع عن تعاطي المخدرات برموز أو قسائم يمكن للأفراد استردادها مقابل عناصر بيع بالتجزئة مختلفة (خربوش، 2012).

الوقاية من الانتكاسة

مقدمة

تعدّ الوقاية من الانتكاسة عنصرًا مهمًا في علاج إدمان المخدرات. ويقترح نموذج الوقاية من الانتكاسة الذي اقترحه Marlatt and Gordon أن كل المحددات المباشرة (على سبيل المثال، المواقف عالية الخطورة، ومهارات التأقلم، وتوقعات النتائج، وتأثير الامتناع عن التعاطي) والسوابق السرية (على سبيل المثال، عوامل نمط الحياة والحث والرغبة الشديدة) يمكن أن تسهم بشكل أو بآخر في حدوث الانتكاسة.

ويشتمل نموذج الوقاية من الانتكاسة أيضًا على العديد من استراتيجيات التدخل المحددة والعالمية التي تسمح للمعالج والعميل بمعالجة كل خطوة من عملية الانتكاسة. تشمل التدخلات المحددة تحديد مواقف محددة عالية الخطورة لكل عميل وتعزيز مهارات العميل للتعامل مع تلك المواقف، وزيادة الكفاءة الذاتية للعميل، والقضاء على الخرافات المتعلقة بتأثيرات المخدرات، وإدارة الهفوات، وإعادة هيكلة تصورات العميل لعملية الانتكاسة.

وتشتمل الاستراتيجيات العالمية على موازنة أسلوب حياة العميل ومساعدته على تطوير إدمان إيجابي، واستخدام تقنيات التحكم في التحفيز وتقنيات إدارة الحث، وتطوير خرائط طريق الانتكاسة، وقد قدمت العديد من الدراسات الدعم النظري والعملي لنموذج الوقاية من الانتكاسة.

تحدث الانتكاسة، أو العودة إلى تعاطي المخدرات بكثرة بعد فترة من الامتناع عن التعاطي أو الاستخدام المعتدل للمخدر، لدى العديد من مدمني المخدرات الذين خضعوا لعلاج الإدمان، وغالبًا ما تصور مناهج علاج إدمان المخدرات التقليدية الانتكاسة كحالة نهائية، وهي نتيجة سلبية تعادل فشل العلاج.

وبالتالي، فإن هذا المنظور لا يأخذ في الاعتبار سوى نتيجة علاج ثنائية التفرع - أي أن الشخص إما ممتنع أو منتكس. في المقابل، تؤكد العديد من نماذج الانتكاسة التي تستند إلى النظريات الاجتماعية المعرفية أو السلوكية على الانتكاسة كعملية انتقالية، وهي سلسلة من الأحداث التي تتكشف بمرور الوقت (Annis 1986 ؛ Litman et al. 1979 ؛ Marlatt and Gordon 1985).

ووفقًا لهذه النماذج، تبدأ عملية الانتكاســة قبل أول تعاطٍ للمخدرات بعد المعالجة وتســتمر بعد الاســتخدام الأولي، ويوفر هذا التصور إطارًا مفاهيميًا أوسع للتدخل في عملية الانتكاسة لمنع أو تقليل نوبات الانتكاسة وبالتالي تحسين نتائج العلاج.

ونحن هنا بصــدد تقديم نموذج واحد مؤثر لأســباب وجذور الانتكاســة والتدابير العلاجية التي يمكن اتخاذها لمنع أو الحد من الانتكاسة بعد الانتهاء من العلاج (الكندري، 2014).

نموذج الوقاية من الانتكاس الذي طوره مارلات وجوردون (Marlatt and Gordon, 1985) والذي اســتخدم على نطاق واسع في السنوات الأخيرة، وكان محور بحث كبير ومهم. ونستعرض في الآتي العديد من المحفزات الفورية والسرية للانتكاسة والتي اقترحها نموذج الوقاية من الانتكاســة، بالإضــافة إلى العديد من اســتراتيجيات التدخل المحددة والعامة التي قد تســاعد المرضى على تجنب المواقف التي تسبب الانتكاسة والتعامل معها. كما وسنقدم لاحقًا الدراسات التي قدمت الدعم لصحة نموذج الوقاية من الانتكاسة.

نظرة عامة على نموذج الوقاية من الانتكاسة

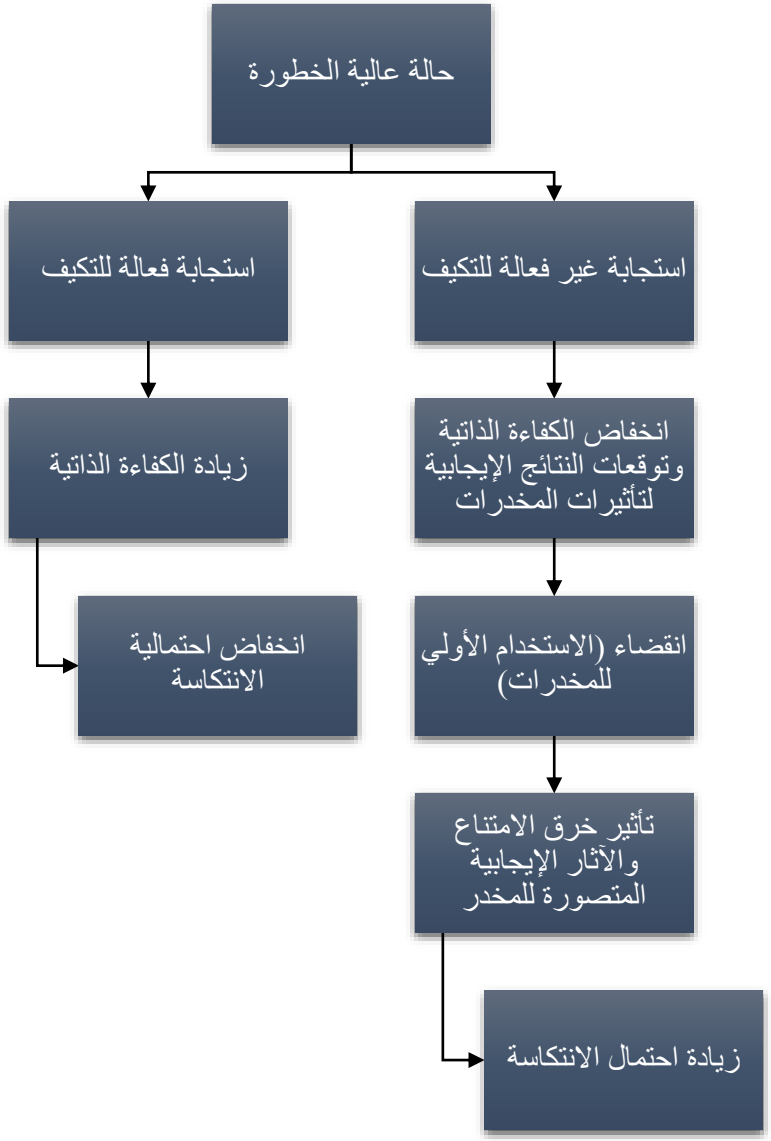
يعتمد نموذج مارلات وجوردون (1985) للوقاية من الانتكاسة على علم النفس المعرفي الاجتماعي ويتضمن نموذجًا مفاهيميًا للانتكاس ومجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية لمنع أو الحد من نوبات الانتكاسة (للحصول على وصف مفصل للتطور والأسس النظرية ومكونات المعالجة لنموذج الوقاية من الانتكاسة، انظر Dimeff and Marlatt 1998؛ Marlatt 1996؛ Marlatt and Gordon 1985). ويتمثل أحد الجوانب المركزية للنموذج في التصنيف التفصيلي (أي التصنيف) للعوامل أو المواقف التي يمكن أن تعجل أو تساهم في نوبات الانتكاسة. بشكل عام، يفترض نموذج الوقاية من الانتكاسة أن هذه العوامل تنقسم إلى فئتين: المحددات المباشرة (على سبيل المثال، المواقف عالية الخطورة، ومهارات التأقلم لدى الشخص، وتوقعات النتائج، وتأثير الامتناع عن التعاطي) والسوابق السرية (على سبيل المثال، اختلالات نمط الحياة والحث والرغبة الشديدة)، وتبدأ مناهج العلاج القائمة على نموذج الوقاية من الانتكاسة بتقييم الخصائص البيئية والعاطفية للمواقف التي يحتمل أن تكون مرتبطة بالانتكاسة (أي المواقف عالية الخطورة).

بعد تحديد هذه الخصائص، يتجه عمل المعالج إلى الأمام من خلال تحليل استجابة المتعاطي لهذه المواقف، وكذلك إلى الوراء لفحص عوامل نمط الحياة التي تزيد من تعرض المتعاطي للمواقف عالية الخطورة، وبناءً على هذا الفحص الدقيق لعملية الانتكاسة، يقوم المعالج بعد ذلك بوضع استراتيجيات لاستهداف نقاط الضعف في الذخيرة المعرفية والسلوكية للمتعاطي وبالتالي تقليل مخاطر الانتكاسة.

المحددات الفورية للانتكاسة

- **المواقف عالية الخطورة**

يفترض المفهوم المركزي لنموذج الوقاية من الانتكاسة أن المواقف عالية الخطورة تعمل في كثير من الأحيان كمحفزات فورية لتعاطي المخدرات الأولي بعد الامتناع (انظر الشكل (1).



الشكل (1). النموذج السلوكي المعرفي لعملية الانتكاسة يفترض دورًا مركزيًا في المواقف عالية الخطورة واستجابة المتعاطي لتلك المواقف.

ووفقًا للنموذج، يجب أن يبدأ الشخص الذي بدأ تغييرًا في السلوك، مثل الامتناع عن تعاطي المخدرات، في تجربة زيادة الكفاءة الذاتية أو التمكن من سلوكه، والذي يجب أن ينمو مع استمراره في الحفاظ على التغيير. ومع ذلك، يمكن أن تشكل بعض المواقف أو الأحداث تهديدًا لإحساس الشخص بالسيطرة، وبالتالي، التعجيل بأزمة الانتكاس. بناءً على بحث حول مسببات الانتكاسة لدى مدمني المخدرات الذين تلقوا علاجًا للمرضى الداخليين، صنفت مارلات (1996) الخصائص العاطفية والبيئية والشخصية للمواقف التي تسبب الانتكاسة والتي وصفها المشاركون في الدراسة، ووفقًا لهذا التصنيف، يمكن أن تلعب عدة أنواع من المواقف دورًا في نوبات الانتكاسة، على النحو التالي:

- **الحالات العاطفية السلبية:** مثل الغضب والقلق والاكتئاب والإحباط والملل، والتي يشار إليها أيضًا بالمواقف عالية الخطورة بين الأشخاص، والتي ترتبط بأعلى معدل للانتكاسة (Marlatt and Gordon 1985). وقد تكون هذه الحالات العاطفية ناتجة عن التصورات الشخصية في المقام الأول لمواقف معينة (على سبيل المثال، الشعور بالملل أو الوحدة بعد العودة إلى من العمل إلى منزل فارغ) أو بسبب ردود الفعل على الأحداث البيئية والحياتية (على سبيل المثال، الشعور بالغضب من التسريح الوشيك في العمل).
- **المواقف التي تنطوي على شخص آخر أو مجموعة من الناس**: أي المواقف الشخصية عالية الخطورة، وخاصة الصراع بين الأشخاص (على سبيل المثال، النزاع مع أحد أفراد الأسرة)، وتؤدي أيضًا إلى مشاعر سلبية يمكن أن تعجل من الانتكاسة. وفي الواقع فقد كانت الحالات العاطفية السلبية الشخصية وحالات الصراع بين الأشخاص بمثابة محفزات لأكثر من نصف جميع حلقات الانتكاسة في تحليل مارلات (1996).
- **الضغط الاجتماعي:** بما في ذلك الإقناع اللفظي أو غير اللفظي المباشر والضغط غير المباشر (على سبيل المثال، التواجد حول أشخاص آخرين يتعاطون المخدرات)، في أكثر من 20 بالمائة من نوبات الانتكاسة في دراسة مارلات (1996).
- **الحالات العاطفية الإيجابية**: على سبيل المثال: الاحتفالات، والتعرض للمنبهات أو الإشارات المتعلقة بالمخدرات (على سبيل المثال، مشاهدة أفلام تروّج لنوع من المخدرات)، واختبار التحكم الشخصي للفرد (على سبيل المثال، استخدام "قوة الإرادة" للحد من التعاطي)، كما تم تحديد الرغبة الشديدة غير المحددة على أنها من المواقف عالية الخطورة والتي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاسة.

- **التكيّف**

على الرغم من أن نموذج الوقاية من الانتكاسة يعتبر الموقف عالي الخطورة سببًا للانتكاسة الفورية، إلا أن استجابة الشخص للموقف هي التي تحدد ما إذا كان سيواجه هفوة (أي البدء في التعاطي). يعتبر سلوك التكيف لدى الشخص في موقف شديد الخطورة محددًا بالغ الأهمية للنتيجة المحتملة، وبالتالي فإن الشخص الذي يمكنه تنفيذ استراتيجيات التكيّف الفعالة (على سبيل المثال، استراتيجية سلوكية، مثل ترك الموقف، أو استراتيجية معرفية، مثل الحديث الذاتي الإيجابي) يكون أقل عرضة للانتكاسة مقارنة بشخص يفتقر إلى تلك المهارات. علاوة على ذلك، يُفترض أن الأشخاص الذين تعاملوا بنجاح مع المواقف عالية الخطورة يعانون من إحساس متزايد بالكفاءة الذاتية (أي تصور شخصي للسيطرة على موقف محفوف بالمخاطر) (باندورا 1977؛ مارلات وآخرون 1995، 1999؛ مارلات وجوردون 1985). على العكس من ذلك، يرى الأشخاص ذوو الكفاءة الذاتية المنخفضة أنفسهم أنهم يفتقرون إلى الدافع أو القدرة على مقاومة الإدمان في المواقف عالية الخطورة.

- **توقعات النتائج**

أظهرت الأبحاث بين طلاب الجامعات أن أولئك الذين يتعاطون المخدرات أكثر يميلون إلى أن تكون لديهم توقعات أعلى فيما يتعلق بالآثار الإيجابية للتعاطي (أي، توقعات النتائج) وقد يتوقعون فقط الآثار الإيجابية المباشرة بينما يتجاهلون أو يستبعدون العواقب السلبية المحتملة للتعاطي المفرط (كاري، 1995).

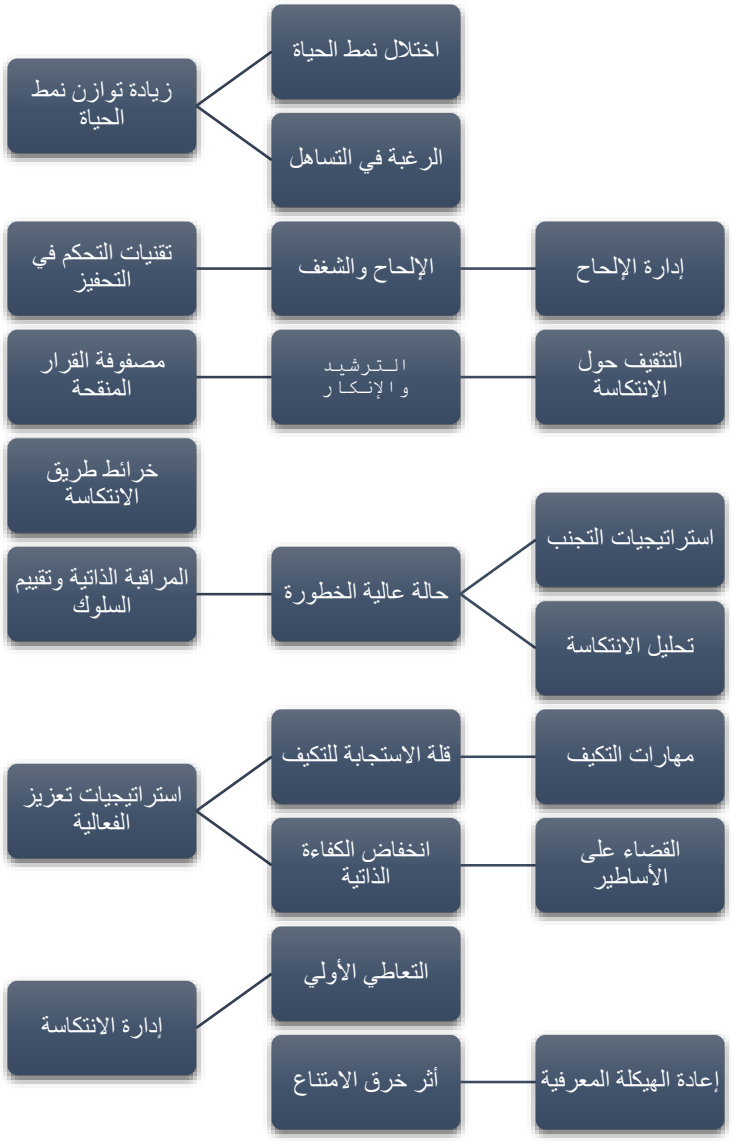
وقد تصبح مثل هذه النتائج الإيجابية المتوقعة بارزة بشكل خاص في المواقف عالية الخطورة، عندما يتوقع الشخص أن تعاطي المخدرات يساعده أو يساعدها على التعامل مع المشاعر السلبية أو الصراع (أي عندما يكون التعاطي بمثابة "علاج ذاتي"). في هذه المواقف، يركز المتعاطي بشكل أساسي على توقع الإشباع الفوري، مثل تقليل التوتر، وإهمال العواقب السلبية المحتملة المتأخرة.

- **تأثير انتهاك الامتناع**

يوجد فرق حاسم بين الانتهاك الأول لهدف الامتناع (أي الانقطاع الأولي) والعودة إلى التعاطي غير المنضبط أو التخلي عن هدف الامتناع (أي الانتكاسة الكاملة). وقد وصف مارلات وجوردون (1980، 1985) نوعًا من رد الفعل من قبل المتعاطي على سلوك سلبي يسمى تأثير انتهاك الامتناع، والذي قد يؤثر على ما إذا كان الانقطاع يؤدي إلى الانتكاسة. ويركز رد الفعل هذا على الاستجابة العاطفية للمتعاطي للانقطاع الأولي وعلى الأسباب التي ينسب إليها السقوط. ومن المرجح أن يعاني الأشخاص الذين يعزون السقوط إلى فشلهم الشخصي من الشعور بالذنب والمشاعر السلبية التي يمكن أن تؤدي بدورها إلى زيادة التعاطي كمحاولة أخرى لتجنب أو الهروب من الشعور بالذنب أو الفشل. علاوة على ذلك، فإن الأشخاص الذين ينسبون السقوط إلى عوامل داخلية مستقرة وعالمية خارجة عن سيطرتهم (على سبيل المثال، "ليس لدي قوة إرادة ولن أتمكن أبدًا من التوقف عن التعاطي") هم أكثر عرضة للتخلي عن محاولة الامتناع (وتجربة انتكاسة كاملة) من الأشخاص الذين يعزون الانقطاع إلى عدم قدرتهم على التعامل بشكل فعال مع موقف معين عالي الخطورة. على عكس المجموعة السابقة من الناس، تدرك المجموعة الأخيرة أن المرء بحاجة إلى "التعلم من أخطاء الغير"، وبالتالي، قد يطورون طرقًا أكثر فاعلية للتعامل مع المواقف المحفزة المماثلة في المستقبل.

السوابق السرية للحالات عالية الخطورة

على الرغم من أنه يمكن تصور المواقف عالية الخطورة على أنها المحددات المباشرة لنوبات الانتكاسة، إلا أن عددًا من العوامل الأقل وضوحًا تؤثر أيضًا على عملية الانتكاسة. وتتضمن هذه السوابق السرية عوامل نمط الحياة، مثل مستوى الإجهاد العام، فضلاً عن العوامل المعرفية التي قد تعمل على الجاهزية النفسية للانتكاسة، مثل التبرير والإنكار والرغبة في الإشباع الفوري (أي الحوافز والرغبة الشديدة) (انظر الشكل 2). يمكن أن تزيد هذه العوامل من تعرض الشخص للانتكاس من خلال زيادة تعرضه لمواقف عالية الخطورة وتقليل الدافع لمقاومة التعاطي المخدر في المواقف عالية الخطورة.



الشكل (2). السوابق السرية والمحددات الفورية للانتكاسة واستراتيجيات التدخل لتحديد ومنع أو تجنب تلك المحددات.

في كثير من الحالات، تحدث الهفوات الأولية في المواقف عالية الخطورة وغير المتوقعة تمامًا والتي غالبًا ما يكون المتعاطي غير مستعد لها. ومع ذلك، في عمليات الإعداد الانتكاسية، قد يكون من الممكن تحديد سلسلة من القرارات أو الاختيارات السرية، كل منها على ما يبدو غير منطقي، والتي تعمل مجتمعة على إعداد الشخص للمواقف التي تنطوي على مخاطر عالية للغاية. وقد سميت هذه الخيارات "على ما يبدو قرارات غير ذات صلة" (AIDs)، لأنه قد لا يتم الاعتراف صراحةً بأنها مرتبطة بالانتكاسة ولكنها مع ذلك تساعد في تقريب الشخص من شفا حفرة الانتكاسة. أحد الأمثلة على مثل هذا النوع من المحفزات هو قرار الشخص الممتنع عن تعاطي المخدرات شراء جرعة أو حبوب من المخدر "فقط في حالة عدم وجود زوار له والبقاء وحيدًا"،

ويفترض Marlatt and Gordon (1985) أن مثل هذه القرارات قد تمكن الشخص من تجربة الآثار الإيجابية الفورية للتعاطي مع التنصل من المسؤولية الشخصية عن حادثة الانقطاع (كيف يمكن لأي شخص أن يتوقع مني ألا أتعاطى عندما يكون هناك مخدر في المنزل؟).

- **عوامل نمط الحياة**

اقترح Marlatt and Gordon (1985) أن السوابق السرية الأكثر ارتباطًا بمخاطر الانتكاس تتضمن درجة التوازن في حياة الشخص بين المطالب الخارجية المتصورة (أي "ما ينبغي توفره") والأنشطة التي يتم تحقيقها أو الاستمتاع بها داخليًا (على سبيل المثال، "الرغبات"). قد يعاني الشخص الذي تمتلئ حياته بالمطالب من إحساس دائم بالتوتر، والذي لا يمكن أن يولد حالات عاطفية سلبية وحسب، وبالتالي خلق مواقف عالية الخطورة، بل ويعزز أيضًا رغبة الشخص في المتعة وتبريرها أو عقلانيتها وقانونيتها بأن التساهل له ما يبرره ("أنا مدين لنفسي بالمتعة وجرعة من المخدر"). في حالة عدم وجود أنشطة ممتعة أخرى غير التعاطي، قد يرى الشخص أن تعاطي المخدرات هو الوسيلة الوحيدة للحصول على المتعة أو الهروب من الألم.

- **الإلحاح والرغبة الشديدة**

يمكن أن تأخذ الرغبة في الإشباع الفوري أشكالًا عديدة، وقد يشعر بها بعض الناس على أنها رغبة شديدة في تعاطي المخدرات، وعلى الرغم من أن العديد من الباحثين والأطباء يفكرون في الحوافز والرغبة الشديدة في الحالات الفسيولوجية في المقام الأول، فإن نموذج الوقاية من الانتكاسة يقترح أن كل من الحوافز والرغبة الشديدة يتم تحفيزها بواسطة محفزات نفسية أو بيئية. قد تؤدي الرغبة الشديدة المستمرة، بدورها، إلى تآكل التزام المتعاطي بالحفاظ على الامتناع عن تعاطي المخدرات مع زيادة رغبته أو رغبتها في الإشباع الفوري، وقد تؤدي هذه العملية إلى جاهزيته للانتكاسة أو زيادة تعرض المتعاطي لمواقف عالية الخطورة غير متوقعة. على الرغم من أنهما غالبًا ما يتم استخدامهما بالتبادل، إلا أن المصطلحين "الحث" و "الرغبة الشديدة" يمكن أن يرتبطا بمعانٍ مميزة. وهكذا، عرّف مارلات وجوردون (1985) الحث باعتباره دافعًا مفاجئًا نسبيًا للانخراط في فعل مثل تعاطي المخدرات، في حين يتم تعريف الرغبة الشديدة على أنها الرغبة الذاتية في تجربة آثار أو عواقب مثل هذا الفعل. ومع ذلك، قد تتوسط نفس العمليات في كل من الإلحاح والرغبة الشديدة. تم اقتراح عمليتين من هذا القبيل:

(1) التكيف الناتج عن المحفزات المرتبطة بالإشباع الماضي.
(2) العمليات المعرفية المرتبطة بالإشباع المتوقع (أي التوقعات للآثار الممتعة الفورية لتعاطي المخدرات).

استراتيجيات تدخل نموذج الوقاية من الانتكاسة

يشتمل نموذج الوقاية من الانتكاسة على مجموعة متنوعة من الأساليب المعرفية والسلوكية المصممة لاستهداف كل خطوة في عملية الانتكاسة (انظر الشكل 2). تتضمن هذه الأساليب استراتيجيات تدخل محددة تركز على المحددات المباشرة للانتكاسة وكذلك استراتيجيات الإدارة الذاتية التي تركز على السوابق السرية للانتكاسة، وتنقسم كل من الاستراتيجيات المحددة والعالمية إلى ثلاث فئات رئيسية:

- التدريب على المهارات.
- إعادة الهيكلة المعرفية.
- موازنة نمط الحياة.

- **استراتيجيات التدخل المحددة الهدف**

من استراتيجيات التدخل المحددة:

- تحديد المواقف عالية الخطورة والتعامل معها وتعزيز الكفاءة الذاتية، والقضاء على الأساطير والتأثيرات الوهمية للعقارات والمخدرات.
- إعادة الهيكلة المعرفية وهي تعليم المتعاطين توقع إمكانية الانتكاسة والتعرف على والتعامل مع المواقف عالية الخطورة.

تركز هذه الاستراتيجيات أيضًا على تعزيز وعي العميل بردود الفعل المعرفية والعاطفية والسلوكية من أجل منع السقوط والاتجاه نحو إلى الانتكاسة. تتمثل الخطوة الأولى في هذه العملية في تعليم المعالجين والمتعاطين نموذج الوقاية من الانتكاسة ومنحهم "صورة شاملة" عن عملية الانتكاسة. فعلى سبيل المثال، يمكن للمعالج استخدام استعارة "تغيير السلوك" وتشبيهها برحلة تتضمن كلاً من الطرق السهلة والصعبة تتضمن العديد من "علامات الطريق" (على سبيل المثال، "إشارات التحذير") لتوفير التوجيه. وفقًا لهذا الاستعارة، فإن تعلم توقع المواقف عالية الخطورة والتخطيط لها أثناء التعافي من إدمان المخدرات يعادل وجود خريطة طريق جيدة، وصندوق أدوات مجهز جيدًا، وخزان وقود وعزيمة ممتلئ، وإطار احتياطي في حالة جيدة لرحلة موفقة.

- **تحديد المواقف عالية الخطورة والتعامل معها**

للتنبؤ والتخطيط وفقًا للمواقف عالية الخطورة، يجب على الشخص أولاً تحديد المواقف التي قد يواجه فيها صعوبة في التكيف و / أو الرغبة المتزايدة في التعاطي. يمكن تحديد هذه المواقف باستخدام مجموعة متنوعة من استراتيجيات التقييم. على سبيل المثال، يمكن للمعالج إجراء مقابلة مع المتعاطي حول الهفوات السابقة أو نوبات الانتكاسة أو التخيلات من أجل تحديد المواقف التي يواجه فيها المتعاطي أو قد يواجه صعوبة في التكيف. يمكن أن تساعد العديد من استبانات التقرير الذاتي أيضًا في تقييم المواقف التي كان المتعاطون فيها عرضة للتعاطي بكثرة في الماضي بالإضافة إلى الكفاءة الذاتية للمتعاطين لمقاومة التعاطي في المستقبل في هذه المواقف (Annis 1982a ؛Annis and Davis 1988). علاوة على ذلك، يتم تشجيع المتعاطين الذين لم يبدأوا الامتناع بعد على المراقبة الذاتية لسلوكهم في التعاطي - على سبيل المثال، من خلال الاحتفاظ بسجل مستمر للمواقف والعواطف والعوامل الشخصية المرتبطة بالتعاطي أو الرغبة به. يتيح هذا السجل للمتعاطين أن يصبحوا أكثر وعياً بالمسببات المباشرة للتعاطي. حتى في المتعاطين الذين أصبحوا ممتنعين بالفعل، لا يزال من الممكن استخدام المراقبة الذاتية لتقييم المواقف التي تكون فيها الحوافز أكثر انتشارًا. بمجرد تحديد المواقف عالية الخطورة للشخص، يمكن استخدام نوعين من استراتيجيات التدخل لتقليل المخاطر التي تشكلها تلك المواقف. تتضمن الإستراتيجية الأولى تعليم المتعاطي التعرف على إشارات التحذير المرتبطة بالخطر الوشيك - أي الإشارات التي تشير إلى أن المتعاطي على وشك الدخول في موقف شديد الخطورة.

قد تشـــمل إشـــارات التحذير التي يجب التعرف عليها، على ســـبيل المثال، التوتر والافتقار إلى توازن نمط الحياة والتوقعات الإيجابية القوية حول التعاطي. نتيجة لتحديد تلك الإشـــارات التحذيرية، قد يكون المتعاطي قادرًا على اتخاذ بعض الإجراءات المراوغة (على سبيل المثال، الهروب من الموقف) أو ربما تجنب الموقف شديد الخطورة تمامًا. تتضمن الاستراتيجية الثانية، التي ربما تكون أهم جانب في نموذج الوقاية من الانتكاسة، تقييم الدافع الحالي للمتعاطي وقدرته على التعامل مع مواقف محددة عالية المخاطر ومن ثم مساعدته على تعلم المزيد من مهارات التكيف الفعالة. يمكن أن تكون مهارات التكيف ذات الصلة ذات طبيعة سلوكية أو معرفية ويمكن أن تشمل كلا الإستراتيجيتين للتعامل مع مواقف محددة عالية الخطورة (على سبيل المثال، رفض تعاطي المخدرات في المواقف الاجتماعية ومهارات الاتصـــال الحازمة) والاســـتراتيجيات العامة التي يمكن أن تحســـن التعامل مع المواقف المختلفة (على سبيل المثال، التأمل وإدارة الغضب والتحدث الإيجابي عن النفس).

قد يكون تقييم مهارات التعامل الحالية لدى المتعاطي مهمة صـــعبة. يمكن للاســـتبانات مثل اختبار الثقة بالموقف (Annis 1982b) تقييم مقدار الكفاءة الذاتية التي يتمتع بها الشـــخص في التعامل مع مواقف مخاطر تعاطي المخدرات. ولا تشـــير هذه التدابير بالضرورة، مع ذلك، إلى ما إذا كان المتعاطي قادرًا بالفعل أو مستعدًا لاستخدام مهارات التكيف الخاصة به في موقف شـــديد الخطورة. لزيادة احتمالية قدرة المتعاطي على الاســـتفادة من مهاراته أو مهاراتها عند الحاجة، يمكن للمعالج اســـتخدام أساليب مثل لعب الأدوار وتطوير ونمذجة خطط مواجهة محددة لإدارة المواقف المحتملة عالية المخاطر.

- **تعزيز الكفاءة الذاتية**

نهج آخر للوقاية من الانتكاسة وتعزيز التغيير السلوكي هو استخدام إجراءات تعزيز الفعالية - أي، الاستراتيجيات المصممة لزيادة إحساس المتعاطي بالسيطرة والقدرة على التعامل مع المواقف الصعبة دون انقطاع. واحدة من أهم استراتيجيات تعزيز الفعالية المســـتخدمة في الوقاية من الانتكاســـة هي التركيز على التعاون بين المتعاطي والمعالج بدلاً من العلاقة النموذجية بين الطبيب والمريض "من أعلى إلى أســـفل". في نموذج الوقاية من الانتكاســـة، يتم تشـــجيع المتعاطي على تبني دور الزميل وأن يصـــبح مراقبًا موضـــوعيًا لســـلوكه. عند تطوير الشـــعور بالموضـــوعية، يكون المتعاطي أكثر قدرة على النظر إلى تعاطيه للمخدرات على أنه سلوك إدماني وقد يكون أكثر قدرة على قبول مسؤولية أكبر عن سلوك التعاطي وعن الجهد المبذول لتغيير هذا السلوك. كما يتم تعليم المتعاطين أن تغيير العادة هو عملية اكتساب المهارات وليس اختبارًا لقوة إرادة الفرد. فعندما يكتسب الشـــخص المتعاطي مهارات جديدة ويشـــعر بالنجاح في تنفيذها، يمكنه أو يمكنها رؤية عملية التغيير على أنها مشـــابهة للمواقف الأخرى التي تتطلب اكتساب مهارة جديدة. تتضمن إستراتيجية تحسين الفعالية الأخرى تقسيم المهمة الإجمالية لتغيير السلوك إلى مهام فرعية أصـــغر وأكثر قابلية للإدارة ويمكن معالجتها واحدة تلو الأخرى (باندورا 1977). وبالتالي، بدلاً من التركيز على هدف نهائي بعيد (على ســـبيل المثال، الحفاظ على الامتناع عن تعاطي المخدرات)، يتم تشـــجيع العميل على تحديد أهداف أصـــغر وأكثر قابلية للإدارة، مثل التعامل مع موقف قادم شـــديد الخطورة أو تحقيقه خلال اليوم دون انقطاع. نظرًا لأن زيادة الكفاءة الذاتية مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بتحقيق الأهداف المحددة مسبقًا، فإن الإتقان الناجح لهذه المهام الفردية الصغيرة هو أفضل اســـتراتيجية لتعزيز مشـــاعر إتقان الذات. يمكن للمعالجين أيضًـــا تعزيز الكفاءة الذاتية من خلال تزويد المتعاطين بالتعليقات المتعلقة بأدائهم في المهام الجديدة الأخرى، حتى تلك التي تبدو غير مرتبطة بتعاطي المخدرات.

بشكل عام، يمكن للنجاح في إنجاز المهام البسيطة (على سبيل المثال، الحضور للمواعيد في الوقت المحدد) أن يعزز إلى حد كبير شعور المتعاطي بالكفاءة الذاتية. كما يمكن أن يحفز هذا النجاح بعد ذلك جهود المتعاطي لتغيير نمط تعاطيه وزيادة ثقته في أنه سيكون قادرًا على إتقان المهارات اللازمة للتغيير بنجاح.

- **القضاء على الأساطير والتأثيرات الوهمية للمخدرات**

تعد مواجهة المفاهيم الخاطئة للمتعاطي حول تأثير المخدرات جزءًا مهمًا من الوقاية من الانتكاسة، ولتحقيق هذا الهدف، يقوم المعالج أولاً بإثارة التوقعات الإيجابية للمتعاطي حول تأثيرات المخدرات باستخدام الاستبانات الموحدة أو المقابلات السريرية.

غالبًا ما تستند التوقعات الإيجابية فيما يتعلق بتأثيرات المخدرات إلى الأساطير أو التأثيرات الوهمية لها (أي التأثيرات التي تحدث لأن المتعاطي يتوقعها، وليس لأن المخدرات تسبب هذه التغيرات الفسيولوجية). على وجه الخصوص، أظهر بحث ضخم أن التأثيرات الإيجابية المتصورة للمخدرات على السلوك الاجتماعي غالبًا ما يتم التوسط فيها من خلال التأثيرات الوهمية للمخدرات، الناتجة عن كل من التوقعات والبيئة التي يحدث فيها التعاطي (مارلات و Rohsenow 1981). بعد ذلك، يمكن للمعالج معالجة كل توقع، باستخدام إعادة الهيكلة المعرفية (التي ستتم مناقشتها لاحقًا في هذا المبحث) والتعليم حول نتائج البحث. يمكن للمعالج أيضًا استخدام أمثلة من تجربة المتعاطي الخاصة لتبديد الخرافات وتشجيع المتعاطي على التفكير في العواقب الفورية والمؤجلة لتعاطي المخدرات. حتى عندما تكون التأثيرات الإيجابية المتصورة للمخدرات مبنية على تأثيرات المخدرات الفعلية، فغالبًا ما تكون التأثيرات الفورية فقط إيجابية (مثل النشوة)، بينما تكون التأثيرات المتأخرة سلبية (مثل النعاس)، لا سيما عند تناول جرعات أعلى من المخدر. إن طرح أسئلة مصممة على المتعاطين لتقييم التوقعات لكل من العواقب الفورية والمتأخرة للتعاطي مقابل عدمه (أي باستخدام مصفوفة القرار) (انظر الجدول، ص 157) يمكن أن يكون مفيدًا في كل من استحضار التوقعات وتعديلها. باستخدام مثل هذه المصفوفة، يمكن للمتعاطي أن يقرن قائمته الخاصة بالنتائج السلبية المتأخرة مع الآثار الإيجابية المتوقعة.

- **إدارة السقوط**

على الرغم من الاحتياطات والاستعدادات، فإن العديد من العملاء الملتزمين بالامتناع عن تعاطي المخدرات سيواجهون فترة عصيبة بعد البدء في الامتناع. تركز استراتيجيات إدارة السقوط على إدارة الفترات الزمنية ومكافحة تأثير انتهاك الامتناع عن التعاطي لمنع حدوث انتكاسة لا يمكن السيطرة عليها. تتضمن إدارة الفترات الزمنية التعاقد مع المتعاطي للحد من مدى تعاطيه للمخدرات، والاتصال بالمعالج في أقرب وقت ممكن بعد انقضاء الوقت، وتقييم الموقف بحثًا عن أدلة على العوامل التي أدت إلى حدوث الانقطاع. في كثير من الأحيان، يزود المعالج المتعاطي بتعليمات بسيطة للرجوع إليها في حالة السقوط. تؤكد هذه التعليمات على أهمية التوقف عن تعاطي المخدرات وترك الموقف المحرض على الانتكاس. ويتم تقديم إدارة الفترات الزمنية للامتناع على أنها مجموعة أدوات "والاستعداد للطوارئ" من أجل "رحلتهم" نحو الامتناع عن التعاطي والإدمان. قد لا يحتاج العديد من المتعاطين أبدًا إلى استخدام خطة إدارة السقوط الخاصة بهم، ولكن الإعداد المناسب يمكن أن يقلل بشكل كبير من الضرر في حالة حدوث تلك الهفوة.

- **إعادة الهيكلة المعرفية**

تُستخدم إعادة الهيكلة المعرفية، أو إعادة الصياغة، طوال عملية العلاج والوقاية من الانتكاسة لمساعدة المتعاطين في تعديل سماتهم وتصوراتهم لعملية الانتكاسة. على وجه الخصوص، تعد إعادة الهيكلة المعرفية عنصرًا حاسمًا في التدخلات لتقليل تأثير انتهاك الامتناع. وبالتالي، يتم تعليم المتعاطين إعادة صياغة تصورهم للثغرات بحيث لا ينظرون إليها على أنها إخفاقات أو مؤشرات على نقص قوة الإرادة ولكن كأخطاء أو أخطاء في التعلم تشير إلى الحاجة إلى زيادة التخطيط للتعامل بشكل أكثر فاعلية في المواقف المماثلة في المستقبل. ويأخذ هذا المنظور في الاعتبار الهفوات وفرص التعلم الرئيسية الناتجة عن التفاعل بين التكيّف والمحددات الظرفية، وكلاهما يمكن تعديلهما في المستقبل. ويمكن أن تساعد إعادة صياغة هذه الحلقات في تقليل ميل المتعاطين إلى رؤية الهفوات كنتيجة لفشل شخصي أو ضعف أخلاقي وإزالة التوقعات التي تتحقق ذاتيًا والتي تقول إن الانقطاع سيؤدي حتمًا إلى الانتكاسة.

استراتيجيات التحكم الذاتي في نمط الحياة

على الرغم من أن استراتيجيات التدخل المحددة يمكن أن تعالج المحددات المباشرة للانتكاسة، فمن المهم أيضًا تعديل عوامل نمط الحياة الفردية والسوابق السرية التي يمكن أن تزيد من التعرض أو تقلل المقاومة للمواقف عالية الخطورة. تم تصميم استراتيجيات ضبط النفس العالمية لتعديل نمط حياة المتعاطي لزيادة التوازن وكذلك لتحديد مع السوابق السرية للانتكاسة (مثل إشارات الإنذار المبكر والتشوهات المعرفية وعمليات الانتكاسة) والتعامل معها.

- **أسلوب الحياة المتوازن والإدمان الإيجابي**

يعد تقييم عوامل نمط الحياة المرتبطة بزيادة التوتر وانخفاض توازن نمط الحياة أول خطوة مهمة في تعليم استراتيجيات الإدارة الذاتية العالمية. يمكن إنجاز هذا التقييم من خلال الأساليب التي يقوم فيها المتعاطون بمراقبة أنشطتهم اليومية بأنفسهم، وتحديد كل نشاط على أنه "حاجة" أو "أمر ينبغي فعله" أو مزيج من الاثنين معًا. يمكن للمتعاطين أيضًا إكمال مقاييس التقييم الموحدة، مثل مقياس المتاعب اليومية والمرتفعة (Delongis et al. 1982)، لتقييم الدرجة التي يتصورون فيها أن ضغوطات حياتهم يتم موازنتها من خلال أحداث الحياة الممتعة. أفاد العديد من المتعاطين أن الأنشطة التي وجدوها ممتعة ذات يوم (على سبيل المثال، الهوايات والتفاعلات الاجتماعية مع العائلة والأصدقاء) قد تم استبدالها تدريجيًا بتعاطي المخدرات كمصدر للترفيه والإشباع. لذلك، تتضمن إحدى استراتيجيات الإدارة الذاتية العالمية تشجيع المتعاطين على متابعة الأنشطة الترفيهية التي كانت مرضية في السابق وغير متاحة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام مناهج تدريب محددة على المهارات المعرفية والسلوكية، مثل التدريب على الاسترخاء وإدارة الوقت، لمساعدتهم على تحقيق توازن أكبر في نمط الحياة، ومساعدة المتعاطي على تطوير "إدمان إيجابي" (Glaser 1976) كأنشطة مثل (التأمل أو التمرين أو اليوجا) التي لها تأثيرات إيجابية طويلة المدى على الحالة المزاجية والصحة والتكيف فهي طريقة أخرى لتعزيز توازن نمط الحياة. وغالبًا ما تزداد الكفاءة الذاتية نتيجة لتطوير الإدمان الإيجابي، والذي يرجع إلى حد كبير إلى تجربة اكتساب مهارات جديدة بنجاح من خلال أداء النشاطات المفيدة.

- **تقنيات التحكم في التحفيز**

على الرغم من أن تحقيق نمط حياة أكثر توازناً قد يقلل من مخاطر الرغبة الشديدة في تعاطي المخدرات، إلا أن الرغبة الشديدة قد تنجم عن التعرض للمنبهات المرتبطة سابقاً بعادة التعاطي. وتعد تقنيات التحكم في التحفيز بسيطة نسبيًا ولكنها استراتيجيات فعالة يمكن استخدامها لتقليل الرغبة الشديدة في الاستجابة لمثل هذه المحفزات، خاصة خلال فترة الامتناع المبكر. وببساطة، فإن هذه الأساليب تشجع المتعاطي على إزالة جميع العناصر المرتبطة مباشرة بتعاطي المخدرات من منزله ومكتبه وسيارته. وهذا يشمل التخلص، مؤقتًا على الأقل، من جميع أشكال وأنواع المخدرات، بما في ذلك تلك التي يتم الاحتفاظ بها عادةً لـ "السهرات والاحتفالات". كما يجب على المتعاطين الذين اعتادوا إخفاء المخدرات بذل جهود متضافرة لتذكر وإزالة هذه المخدرات من جميع أماكن الإخفاء المحتملة، لأن هذه المخدرات المخفية أو المنسية يمكن أن تكون بمثابة إغراء قوي عندما يتم العثور عليها "بالصدفة" بعد فترة من الرصانة والامتناع. قد تشمل العناصر الأخرى الأكثر دقة والتي قد تكون بمثابة إشارات مشروطة للتعاطي كرسي غرفة المعيشة المفضل أو الموسيقى التي يستمع إليها المتعاطي عادةً أثناء الاسترخاء في المساء مع العديد من مشروباته المفضلة. في هذه الحالات، قد يكون التغيير المؤقت في عادات الجلوس أو الاستماع مفيدًا بينما يطور المتعاطي استراتيجيات بديلة للتكيف. وبالمثل، قد تكون بعض الأحداث الاجتماعية أو المواقف الأخرى عالية الخطورة مرتبطة بالإفراط في التعاطي إلى حد أنها قد تحفز على الرغبة الشديدة أو الإدمان الشديد، لا سيما في المراحل المبكرة من الامتناع عن التعاطي. وفقًا لذلك، فإن الأساليب التي تزود العميل بمجموعة من استراتيجيات التجنب لرفض الدعوات أو ترك المواقف الخطرة أو تجنب الأماكن أو الأحداث التي تنطوي على مشاكل يمكن أيضًا أن تكون بمثابة تدابير للتحكم في التحفيز.

- **تقنيات إدارة الإلحاح**

حتى مع وجود إجراءات فعالة للتحكم في المنبهات وتوازن أفضل في نمط الحياة، لا يمكن لمعظم المتعاطين تجنب الشعور بالرغبة الشديدة فب التعاطي بشكل كامل. لذلك، يتمثل أحد الجوانب المهمة في نموذج الوقاية من الانتكاسة في تعليم المتعاطين توقع وقبول ردود الفعل هذه كاستجابة مشروطة "طبيعية" لمحفز خارجي. وفقًا لهذا النهج، يجب على العميل عدم التماهي مع الدافع أو اعتباره مؤشرًا على "رغبته" في التعاطي. بدلاً من ذلك، يتم تعليم المتعاطي أن يصف الدافع على أنه استجابة عاطفية أو فسيولوجية لمحفز خارجي في بيئته كان مرتبطًا سابقًا بتعاطي المخدرات، على غرار كلب بافلوف، الذي استمر في اللعاب عند صوت الجرس الذي يؤذن بوقت الطعام المشار إليه سابقا. في أحد التدخلات السريرية التي تعتمد على هذا النهج، يتم تعليم المتعاطي تصور الرغبة على شكل موجة، ومشاهدتها وهي ترتفع وتنخفض كمراقب ولا يتم "محوها" بواسطتها. تُعرف تقنية التصوير هذه باسم "تصفح الإلحاح" وتشير إلى تصور الرغبة الشديدة على أنها موجة ترتفع ثم تخبو. عند القيام بذلك، يتعلم المتعاطي أنه بدلاً من البناء اللامتناهي للوصول إلى أعلى ارتفاع، فإن الحوافز والرغبة الشديدة تصل إلى الذروة وتهدأ بسرعة إذا لم يتم التصرف بناءً عليها. يتم تعليم المتعاطي ألا يكافح ضد الموجة أو الاستسلام لها، وبالتالي يتم "جرفه" أو "غرقه" من قبل الإحساس، ولكن يتخيل "ركوب الموجة" على لوح ركوب الأمواج. مثل تصور الدوافع والرغبة الشديدة كنتيجة لمحفز خارجي، تعزز هذه الصور الانفصال عن الدوافع والرغبة الشديدة وتعزز الطبيعة المؤقتة والخارجية لهذه الظواهر.

- **خرائط الطريق للانتكاسة**

أخيرًا، يمكن للمعالجين مساعدة المتعاطين الخاضعين للعلاج في تطوير خرائط طريق الانتكاسة - أي التحليلات السلوكية المعرفية للمواقف عالية الخطورة - التي تؤكد على الخيارات المختلفة المتاحة للعملاء لتجنب هذه المواقف أو التعامل معها بالإضافة إلى عواقبها. يمكن أن يكون مثل هذا "التخطيط" للنتائج المحتملة المرتبطة بالخيارات المختلفة على طول الطريق مفيدًا في تحديد الوجهة المنشودة. على سبيل المثال، إذا كانت الخلافات مع الزوج السابق تمثل موقفًا شديد الخطورة، فيمكن للمعالج أن يساعد المتعاطي على رسم عدة سيناريوهات محتملة للتفاعل مع الزوج السابق، بما في ذلك احتمال التعجيل بالحل في كل سيناريو محتمل. ويمكن للمعالج بعد ذلك المساعدة في تحديد استجابات المواجهة التي يمكن استخدامها لتجنب السقوط في كل نقطة في التفاعل.

الدعم النظري والعملي لنموذج الوقاية من الانتكاسة

قامت العديد من الدراسات على مدار العقدين الماضيين بتقييم الموثوقية والصلاحية التنبؤية لنموذج الوقاية من الانتكاسة بالإضافة إلى فعالية تقنيات العلاج القائمة على هذا النموذج. كان أحد الجهود البحثية الأخيرة واسعة النطاق لتقييم نموذج الوقاية من الانتكاسة هو مشروع الانتكاس المتماثل والتمديد (RREP)، الذي تم تمويله من قبل المعهد الوطني للتعاطي والإدمان (Lowman et al. 1996). قام مشروع البحث التعاوني هذا بتقييم موثوقية تصنيفات المراجعين للمواقف عالية الخطورة باستخدام تصنيف مارلات وتقييم ما إذا كان الموقف السابق يمكن أن يتنبأ بنوبات الانقطاع المستقبلية. كما هو موضح سابقًا في هذه الورقة،

وسعى تصنيف الانتكاسة الأصلي إلى تصنيف المنبهات البيئية أو العاطفية المرتبطة بالعودة الأولية للتعاطي من أجل تعزيز الفعالية طويلة المدى لعلاج النفور. احتوى التصنيف الناتج على ثلاثة مستويات من تصنيف المواقف عالية الخطورة مع زيادة الخصوصية لمساعدة الأطباء في الحصول على معلومات مفصلة حول الأسباب الكامنة وراء كل نوبة انتكاسة. في دراسة RREP، تم تدريب باحثين من ثلاثة مواقع للدراسة على ترميز حلقات الانتكاسة. ثم قام الباحثون بترميز حلقات الانتكاس الرئيسية أو الأساسية التي وصفها المشاركون في الدراسة عند دخولهم العلاج في مواقع الدراسة. تناولت الدراسة ثلاثة محاور رئيسية هي:

- تحديد الموثوقية بين المقيمين في ترميز حلقة الانتكاسة، أي ما إذا كان باحثون مختلفون قد قاموا بترميز حلقة انتكاسة معينة بطريقة متطابقة أو مشابهة.
- تقييم ما إذا كانت نوبات الانتكاسة الرئيسة قد تنبأت بأنواع نوبات الانتكاسة التي أبلغ عنها المشاركون في الدراسة بعد خضوعهم للعلاج (Maisto et al. 1996؛ Stout et al. 1996).
- سعى البحث حول نموذج الوقاية من الانتكاسة إلى ما بعد التصنيف من خلال تقييم الطرق البديلة لتقييم المواقف عالية الخطورة وكذلك تقييم المساهمة النسبية للتأثير السلبي، وتأثير خرق الامتناع عن التعاطي، والتكيف، والتوقعات بشأن احتمالية الانتكاسة.

وتشير النتائج التي تم الإبلاغ عنها في دراسة RREP إلى أن تصنيف الانتكاس الأصلي لنموذج الوقاية من الانتكاسة له موثوقية معتدلة فقط بين المقيّمين عند أعلى مستوى من الخصوصية، على الرغم من أن موثوقية الفئات الأكثر عمومية (على سبيل المثال، التأثير السلبي والضغط الاجتماعي) كانت أفضل. كانت الصلاحية التنبؤية للنموذج متواضعة أيضًا؛ ومع ذلك، فشل تعريف نوبات الانتكاسة الرئيسة المستخدمة في هذه الدراسات في توضيح ما إذا كانت حلقات تغيير طوعية أو مجرد عودة إلى التعاطي بعد فترة قصيرة من الامتناع، والتي لا تمثل محاولة جادة للإقلاع عن تعاطي المخدرات. لذلك، لا تمثل دراسات RREP اختبارًا جيدًا للصلاحية التنبؤية للتصنيف. ومع ذلك، توفر الدراسة دعمًا جيدًا نسبيًا للجوانب الأخرى لنموذج الوقاية من الانتكاسة. فعلى سبيل المثال، وجد ميلر وزملاؤه (1996) أنه على الرغم من أن مجرد التعرض لمواقف محددة عالية الخطورة فإن لك لا ينبئ بالانتكاسة، فإن الطريقة التي تعامل بها الناس مع تلك المواقف تنبأت بقوة بانتكاسة لاحقة أو استمرار الامتناع عن التعاطي. علاوة على ذلك، في تلك الدراسة، حدثت غالبية نوبات الانتكاسة بعد العلاج أثناء المواقف التي تنطوي على حالات عاطفية سلبية، وهو اكتشاف تم تكراره في دراسات أخرى (Cooney et al.1997؛ McKay 1999؛ Shiffman 1992). أخيرًا، تدعم نتائج Miller وزملاؤه (1996) دور تأثير انتهاك الامتناع في التنبؤ بالمشاركين الذين سيتعرضون لانتكاسة كاملة بعد الانقطاع الأولي. على وجه التحديد، كان المشاركون الذين لديهم إيمان أكبر بنموذج مرض إدمان المخدرات والتزام أعلى بالامتناع المطلق (الذين كانوا على الأرجح يعانون من الشعور بالذنب بعد امتناعهم) أكثر عرضة للانتكاس في تلك الدراسة. وفي مراجعة حديثة للأدبيات حول مسببات الانتكاسة، خلص Dimeff and Marlatt (1998) أيضًا إلى وجود دعم كبير لفكرة أن تأثير خرق الامتناع عن التعاطي يمكن أن يعجل من الانتكاسة.

كما قامت العديد من مقالات المراجعة والتحليلات الحديثة بفحص فعالية العلاجات القائمة على نموذج الوقاية من الانتكاسة في منع الانتكاسة (Dimeff and Marlatt 1998؛ Rawson et al. 1993؛ Carroll 1996؛ Irvin et al. 1999).

تم تسليم العلاجات القائمة على الوقاية من الانتكاسة المضمنة في تلك التحليلات كعلاجات قائمة بذاتها لبدء الامتناع عن تعاطي المخدرات وكمساعدات لبرامج العلاج الأخرى. على الرغم من أن المراجعات تختلف في منهجيتها وفي معاييرها لتضمين أو استبعاد علاجات معينة، فإن الاستنتاجات المتعلقة بالفعالية الكلية لنهج الوقاية من الانتكاسة متشابهة. يمكن تلخيص النتائج على النحو التالي:

- تميل الدراسات التي أجريت حتى الآن إلى دعم فعالية الأساليب المعرفية السلوكية القائمة على نموذج الوقاية من الانتكاسة في الحد من تكرار نوبات الانتكاسة وكذلك شدة نوبات الانتكاسة بين الأشخاص الذين استأنفوا تعاطي المخدرات بعد العلاج (إيرفين وآخرون 1999). كانت فعالية نموذج الوقاية من الانتكاسة كبيرة بشكل خاص في الدراسات التي قارنت معدلات الانتكاسة في المرضى قبل وبعد العلاج أو التي قارنت المرضى الذين يتلقون العلاج القائم على الوقاية من الانتكاسة مع الذين لا يتلقون أي علاج.
- على الرغم من فوائده، فإن العلاج القائم على الوقاية من الانتكاسة لا يرتبط بمعدلات أعلى للامتناع مقارنة بأساليب العلاج الأخرى (Carroll 1996؛ Irvin et al. 1999). ومع ذلك، غالبًا ما يرتبط العلاج المستند إلى الوقاية من الانتكاسة بانخفاض معدلات التعاطي أقل بين المرضى الذين عانوا من الانتكاسة (على سبيل المثال، Chaney et al. 1978).

- يرتبط نموذج الوقاية من الانتكاسة بـ "تأثيرات الظهور المتأخر" - أي أن التأثيرات المهمة لصالح الوقاية من الانتكاسة مقارنة بأساليب العلاج الأخرى والتي غالبًا ما توجد فقط في نقاط المتابعة اللاحقة (أي بعد عام واحد أو أكثر من العلاج) (Carroll 1996). قد تنجم هذه الفعالية المتأخرة عن حقيقة أن الأمر يستغرق وقتًا لتعلم مهارات جديدة وبالتالي تصبح تأثيرات الوقاية من الانتكاسة أكثر وضوحًا مع اكتساب المرضى ممارسة وخبرة ومهارات إضافية.
- على الرغم من تطبيق الوقاية من الانتكاسة مع بعض النجاح في العديد من السلوكيات المسببة للإدمان، إلا أن تأثيرات الأساليب القائمة على الوقاية من الانتكاسة تكون أكبر في علاج إدمان أو تعاطي المخدرات المتعددة (Irvin et al. 1999).
- الجمع بين الوقاية من الانتكاسة والأدوية (على سبيل المثال، ديسلفرام أو نالتريكسون) لعلاج إدمان المخدرات يؤدي إلى نتائج أفضل مقارنة مع الوقاية من الانتكاسة وحدها أو الدواء وحده (Irvin et al. 1999).

3. خلاصة

يتمحور نموذج الوقاية من الانتكاسة حول تصنيف مفصل للعواطف والأحداث والمواقف التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث هفوات وانتكاسات تصيب المتعاطي. يتضمن هذا التصنيف كلاً من محددات الانتكاسة الفورية والسوابق السرية، والتي تزيد بشكل غير مباشر من تعرض الشخص للانتكاسة. استنادًا إلى تصنيف محددات الانتكاسة والمواقف عالية الخطورة المقترحة في نموذج الوقاية من الانتكاسة، تم تطوير العديد من مكونات العلاج التي تهدف إلى مساعدة التعافي من تعاطي المخدرات مع المواقف عالية الخطورة. من المحتمل أن تؤدي نتائج البحث الأخير، ولا سيما دراسة RREP، إلى تعديلات على النموذج الأصلي للوقاية من الانتكاسة، لا سيما فيما يتعلق بتقييم المواقف عالية الخطورة بالإضافة إلى تصور السوابق السرية والفورية للانتكاسة. بشكل عام، ومع ذلك، تدعم نتائج الأبحاث والدراسات المتعلقة بهذا الشأن كلاً من النموذج العام لعملية الانتكاسة وفعالية استراتيجيات العلاج القائمة على النموذج.

4. التوصيات

في سبيل تعزيز ممارسة الوقاية من الانتكاس نسرد بعض التوصيات هاهنا على الشكل التالي:

1. السعي وبذل الجهود الرسمية من المسؤولين في المنشآت المعنية بعلاج المدمنين، لوضع خطط ذات أهداف بعيدة وقصيرة المدى في الحد من الانتكاسة.
2. مراجعة الأدبيات السابقة والخاصة بنماذج الوقاية من الانتكاسة ومناقشتها والسعي إلى تطويرها وتوظيفها بالشكل الأمثل في عملية علاج المدمنين.
3. التعاون مع الجهات الصحية والإعلامية في نشر ثقافة السلوك الإيجابي والي من شأنه إبعاد الأفراد عن الإدمان كأحد الممارسات الجذرية للحد من الإدمان.
4. تهيئة الكوادر في التخصصات النفسية والاجتماعية وتدريبها للحصول على الكفاية اللازمة لإدارة الوقاية من الانتكاسة في المؤسسات العلاجية للمدمنين، أو المراكز الداعمة.

5. ابتكار مناهج في الكليات والتخصصات النفسية والاجتماعية من شأنها تأهيل الطلبة والمختصين من التعامل مع حالات المدمنين المنتكسين بكفاية عالية في سبيل الحد من ظاهرة الانتكاسة.

5. المراجع

1.5. المراجع العربية

"مبادئ علاج الإدمان من المخدرات 2020 - دليل استرشادي". مستشفى إشراق.

" مكافحة المخدرات والإدمان - المخدرات والإدمان. الآثار والمضاعفات. وخطوات العلاج. www.moh.gov.sa .

6" خطوات فعالة لعلاج إدمان المخدرات نهائيا | الكابين العربي". المركز العربي. 2019-01-21.

" إدمان المخدرات (اضطراب تعاطي المواد المخدرة) - التشخيص والعلاج Mayo Clinic - مايو كلينك . www.mayoclinic.org.

" س ما هي المدة الكافية لعلاج الادمان من المخدرات ...؟."relief egy

داليا علي حسن (2014). برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من الشباب مدمني البانجو في مرحلة التعافي. مجلة الإرشاد النفسي، (37)، ٥٩-584.

داليا يوسف البيسي وحسين حسن طاحون وشيرين محمد دسوقي (2015). برنامج تدريبي قائم على الصلابة النفسية لخفض الضغوط النفسية لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي. مجلة كلية التربية ببورسعيد،

عبد الودود خربوش (2012) .التجربة المغربية في علاج الانتكاسة لدى مدمني المخدرات. ندوة مراكش، المغرب.

رأفت السيد أحمد (2011). المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى معتمدي المواد المؤثرة نفسيا. مجلة دراسات عربية، 10 (٢)، 291-308.

الكندري، هيفاء (2014). العوامل هيفاء يوسف التي تساعد على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات من المتعافين المنتكسين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي. مجلة العلوم الاجتماعية بالكويت، ع (2)، 11-47.

على حسن فقيه (1994). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج حالات الإدمان على الهيروين. رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

2.5. المراجع الأجنبية

Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA (1999). "Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model". Alcohol Res Health. 23 (2): 151–60.

Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST (February 2006). "A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders". Addiction. 101 (2): 192–203.

ANNIS, H.M. Inventory of Drinking Situations. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation, 1982.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84(2): 191–215, 1977.

CAREY, K.B. Alcohol-related expectancies predict quantity and frequency of heavy drinking among college students. Psychology of Addictive Behaviors 9(4):236–241, 1995.

MARLATT, G.A.; AND GORDON, J.R. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In: Davidson, P.O., and Davidson, S.M., eds. Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. New York: Brunner/Mazel, 1980. pp. 410–452.

Doi: doi.org/10.52133/ijrsp.v4.37.8