

التربية الصحية والعلاجية

للتكفل بالمدمنين على المخدرات والوقاية من الانتكاسة

أ.سايل حدة وحيدة

جامعة الجزائر 2

ملخص

إن اعتبار الإدمان على المخدرات مشكلة الصحة العمومية أصبح أمرا لا جدال فيه، نحاول من خلال هذه الدراسة التحليلية عرض أنجع التقنيات العلاجية المصممة للتكفل بالمدمنين في إطار التربية الصحية والتربية العلاجية بهدف مساعدتهم على التحكم في تعاطي المخدرات ثم الامتناع عنها والوقاية من الانتكاسة، تعتمد هذه الطرق العلاجية الحديثة على تنمية دافعية المدمن باستمرار لضمان التريث لديه والمثابرة على العلاج والامتناع عن المخدرات وتغيير أسلوب حياته وتحسين نوعيتها لتصبح صحية يعتمد فيها على التعامل الفعال مع ظروف حياته وحلّ المشكلات بدلا من استعمال المواد السامة لتحقيق نفس النتائج، هكذا يساهم الأخصائي النفسي في تقليص تكلفة علاج المضاعفات والأمراض المترتبة عن الإدمان وبالتالي في خفض ميزانية المخصصة للصحة. الكلمات المفتاحية: الإدمان، التربية الصحية، التربية العلاجية، العلاج المعرفي السلوكي

Résumé :

Considérant l'addiction aux drogues comme un problème de santé publique ne pose plus une polémique, nous tenterons, à travers cette étude analytique, de présenter les techniques thérapeutiques conçues pour la prise en charge des toxicomanes dans le contexte de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique dont l'objectif est en premier lieu de les aider à maîtriser leur consommation et par la suite, à s'abstenir des drogues et prévenir la rechute. Ces méthodes thérapeutiques récentes se basent essentiellement sur l'amélioration de la motivation du toxicomane afin d'assurer sa persévérance en thérapie, son abstinence aux drogues, le changement de son mode de vie et l'amélioration de sa qualité en saine et ce, en adoptant un coping efficace face aux circonstances de vie et la résolution de problèmes au lieu d'utiliser des produits toxiques pour aboutir aux mêmes résultats. De ce fait, le psychologue contribue à réduire le coût en matière de prise en charge des complications et des maladies conséquentes à la toxicomanie et à réduire ainsi le budget alloué de la santé.

Mots clés : Addiction, Education pour la santé, Education thérapeutique, Thérapie cognitive-comportementale.

مقدمة

نجد من بين الاهتمامات الأساسية للصحة العمومية مشكلة تعاطي المخدرات التي تحتل مكانة غاية في الأهمية بحيث سجل حسب (Dubois & Broers, 2003) ارتفاع ثابت للمشكلات الطبية الاجتماعية مرتبطة بتعاطي المخدرات والكحول وهي تسبب أمراضا جسدية خطيرة وقد تؤدي إلى الوفاة المبكرة وكذا اضطراب العلاقات الاجتماعية والتورط مع جماعات منحرفة وغيرها من التعقيدات.

وبخصوص تحديد ما إذا كانت ظاهرة الإدمان مرضا أم نزعة انحراف، أشار Ridouh (2003) إلى أن عبارة *toxicomanie* أصلها يجمع بين كلمتين، *toxi* بمعنى تسمم و *manie* بمعنى الخبل والهيجان، كما تشير عبارة *addiction* إلى سلوك متكرر تجاه المخدرات، و بهذا يحمل الإدمان صفة المرض. وإذا اتجهنا إلى الإدمان ككونه مرض، يمكن أن نطرح مسألة العلاج، علاج مرض الإدمان، فعندما يطلب المدمن الفحص فهو يعترف بشكل ما أنه مريض يحتاج إلى المساعدة، على الأقل بسبب أعراض الانسحاب

والالتهابات التابعة للإدمان وفي نفس السياق، أشار Sueur (2004) إلى تساؤلات التي تدور حول علاقة المجتمع مع متعاطي المخدرات والمدمنين عليها والتي تدور حول مظهر السمية *toxicité* الذي يميز الإدمان بالتالي فهو يعتبر مرضا ومنه ينبغي الاهتمام بالصحة وعليه الوقاية وعلاج الشخص المدمن.

في الجزائر، تشير إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان إلى ارتفاع نسبة الأشخاص المتورطين في جنح وجرائم ذات صلة بالحيازة واستهلاك والمتاجرة في المخدرات وهي في تزايد مستمر بحيث تم توقيف 9701 شخصا سنة 2010، ليرتفع إلى 10574 سنة 2011، ثم إلى 16791 سنة 2012، و19167 سنة 2013 و سجل توقيف 1852 في شهر جانفي 2014. وفي نفس السياق تم نص قانون 18-04 المؤرخ في ديسمبر 2004 المعدل والمتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، بالإضافة إلى القمع فهو يَحث على ضرورة خفض الطلب بالتركيز على مساعدة وعلاج المتعاطين. ولتحقيق هذا الغرض تم فتح 30 مراكز متخصصة في علاج المدمنين على كامل التراب الوطني لتسهيل عمل الفاعلين في هذا المجال، منها مراكز وسيطية لعلاج المدمنين ومراكز علاج إزالة التسمم. وحاليا، أصبح الأمر يتطلب تكوين الأخصائيين النفسانيين في مجال الصحة والإدمان وتعزيز البحث الابدعولوجي لخصر عوامل الخطر وتطوير برامج وقائية مناسبة لمشكلة الإدمان وعلاج المدمنين للحد من المشكلات الصحية الأكثر خطرا التابعة للإدمان.

أصبحت في مصالح علاج المدمنين على المخدرات والكحول مشكلات الملائمة العلاجية *d'observance au traitement* والتخلي المبكر عن العلاج والانتكاسة متكررة ومعروفة وقد تحدث مع بداية العلاج، وكما هو معروف، يتوقف نجاح العلاج على الحفاظ والاستمرار فيه كما أشار إليه (McLellan, Alterman, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky et al., 1994; Simpson, Joe, Brown, 1997) واستنادا إلى هذه المعطيات يبدو ضروريا تشجيع التدخلات العلاجية المدعّمة للاستمرار في العلاج وتحترم في نفس الوقت طلب واستقلالية المريض بالاعتماد على تشجيع الدافعية لديه.

اهتم الباحثون ببناء برامج علاجية وتقنيات تقدير لسلوك الإدمان على المخدرات تركز أساسا على تقنيات سلوكية ومعرفية تساعد المدن على تنمية الدافعية للعلاج وتحمل الامتناع عن المخدرات وتغيير سلوكه بتعلم أسلوب حياة مناسب، يتميز بالحفاظ على الصحة والتحكم في أحداث الحياة الضاغطة وكذا حل المشكلات الاجتماعية كأسلوب تعامل مع الضغوط اليومية، تجدر الإشارة إلى توقف نتيجة العلاج الايجابية على طلب المدمن ودافعيته الداخلية ورغبته في التحسن وتحمل أعراض الامتناع والمثابرة في مقاومة الانتكاسة بمساعدة العاملين في المراكز العلاجية للمدمنين من أخصائيين نفسانيين وأطباء. ينطلق علاج الإدمان بإزالة التسمم أو علاج الانسحاب لمدة محدودة في الزمن، ثم يقترح للمدمن علاج نفسي في إطار تربية علاجية، ومن أكثر العلاجات فعالية نجد العلاج المعرفي السلوكي المزود بتقنيات تقدير وعلاج تستحق الاهتمام.

1- إزالة التسمم (علاج الانسحاب)

مباشرة بعد التحاق المدمنين بمراكز علاج المدمنين عن طريق توجيه الأطباء لهم بصفة عامة وأحيانا بطلب من المدمن نفسه أو عن طريق مراكز إصغاء أو عن طريق سلطة قضائية، يدوم العلاج لمدة 21 يوما (Centre de soins aux toxicomanes de Blida, 2006). تشمل أعراض انسحاب المخدرات، القلق الشديد والأرق والتقيؤ والتعرق واضطرابات النوم والهلاوس والتشنجات وآلام في العظام والعضلات وارتفاع ضغط الدم ومعدل ضربات القلب ودرجة حرارة الجسم والاكتئاب ومحاولة الانتحار، وهي تختلف باختلاف أنواع المخدرات المستعملة، تتطلب تدخل المختصين من الأطباء في مرحلة أولى، بغية وصف أدوية مناسبة تساعد المدمن على تحمل مناسب لأعراض الانسحاب وتجاوزها.

عند الالتحاق بمراكز علاج المدمنين سواء كانت خارجية أو استشفائية، يتم تقييم مدمني المخدرات عن طريق إجراء فحوصات طبية تؤكد وجود أو عدم وجود لفيروس نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" أو التهاب الكبد الوبائي أو مرض السل أو الأمراض المعدية الأخرى.

يهدف علاج الانسحاب (إزالة التسمم) إلى مساعدة المدمن على التوقف عن تعاطي المخدرات بسرعة وأمان، هي عملية تتم تحت المراقبة الطبية بإتباع مراحل متمثلة في:

—تعويض المخدرات بمواد أخرى مؤقتا يكون لها آثار جانبية أقل حدة، يتم وصف علاج للمريض يتمثل في أدوية نفسية، مضادات الاكتئاب، مضادات القلق، مضادات الألم، ومضادات التشنج...الخ.

ويوصف العلاج في أول يوم بعد الالتحاق بالمركز ويمكن تعديله حسب طلب وحالة المفحوص، وتتم المساندة النفسية من طرف الأخصائيين النفسيين بتسجيل ملاحظات حول المفحوص طيلة مدة العلاج في المركز، كما يتم إجراء تحاليل طبية قبل أو أثناء العلاج في المستشفى أو خارجه في حالة رفض المدمن للعلاج الداخلي.

ينصح الأطباء المدمنين في طور العلاج بأفضل وسيلة لمنع الإدمان على المخدرات وهي عدم تناول المخدرات على الإطلاق، واستخدام الحذر عند تناول أي دواء يسبب الإدمان، فقد يصف الطبيب أدوية لتخفيف الألم أو البنزوديازيبين لتخفيف القلق أو الأرق وللتخفيف من التوتر أو التهيج. يصف الأطباء هذه الأدوية بجرعات آمنة ويتم مراقبة استخدامها بحيث لا يحصل المريض على جرعة كبيرة جدًا أو لفترة طويلة جدًا. إذا كان المريض يشعر بحاجة إلى أخذ جرعة أكبر من الجرعة الموصوفة من الدواء ينبغي عليه طلب فحص طبي.

وبعد انتهاء فترة الاستشفاء يقترح الفريق الطبي تتبع "العمل المدمن" لبضعة أشهر لتعزيز التوقف عن تعاطي المخدرات، وفي حالة الانتكاسة، يمكن للمدمن الاستفادة من العلاج مرة أخرى داخل المركز، أو عن طريق الفحص الخارجي.

2- التربية الصحية للمدمنين لأجل تخفيض الأخطار الناجمة عن الإدمان

ترتكز التربية الصحية *l'éducation pour la santé* على رؤية شاملة للصحة والمرض، تقع التربية الصحية في سياق منطق الثقافة الصحية للصحة العمومية (Thomas, 2003 ; Van Ballekom, 2008) وهي تخص بالمعنى الواسع المرض والسلوك الصحي وغط حياة الشخص المريض.

يتم ذلك في إطار علاقة شراكة بين الأشخاص وأقاربهم والمتدخلين من المعالجين، ينبغي تركيز التدخل التربوي حول مشاريع الأشخاص وذويهم، هي عملية تعلم مشترك مستمر يدرك فيها هؤلاء الأشخاص كأفراد مكتملين، مميزين، معقدين لا يمكن استبعادهم عن عالمهم، يتعلق الأمر بنشاط تفاعلي يهدف إلى تحقيق الرفاهية للأشخاص وأقاربهم، تهتم بقيمتهم ومعتقداتهم وقناعاتهم، فهم يشاركون في مشروع العلاج إذا كان يتوافق مع رؤيتهم للأشياء والواقع الخاص بهم ليصبحوا وكلاء صحتهم وشركاء الفرقة الطبية بنفس درجة المحترفين، يتم التعاون المتبادل لحل الصعوبات وتحسين تكيفهم ومساعدتهم على تغيير مشروع حياتهم، هو تكفل مركز حول الشخص المريض وأقاربه.

تتعلق تربية المريض في المقام الأول بالسلوك الصحي الذي ينبغي تجنبه والأمراض التي ينبغي تجنبها والمرتبطة بتأثيرات المرض على المهنة والمشاريع الحياتية للشخص المريض، ترتبط التأثيرات بتغيرات الحياة والسلوك التابع للعلاج والوقاية من التعقيدات المحتملة ومن الانتكاسة (Thomas, 2003 ; Van Ballekom, 2008).

قد يخلّف الاستعمال السيئ أو التعاطي للمخدرات آثارا جسمية وانفعالية ونفسية أو اجتماعية بالنسبة للمتعاطي ومحيطه القريب والبعيد وهو استعمال لا يرتبط فقط بالكمية المستعملة في المرة الواحدة أو بال تكرار لتعاطي معتدل أو متحكم فيه لبعض المواد، تشير المخاطر إلى الخطورة الخاصة بالمادة وآثارها على الصحة ونتائجها الاجتماعية.

المخاطر الصحية: يكون الاستعمال سيئ حين يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية وتعقيدها بأمراض معينة بالخصوص الموت المبكر. المخاطر الاجتماعية: هي مخاطر الحياة اليومية يكون فيها الاستعمال السيئ في الوضعيات التي يؤدي فيها التعاطي وتأثيراته إلى إحداث خطر ويؤدي إلى نتائج سلبية على الذات وعلى الغير.

تتعلق التربية الصحية للمدمنين (Sueur, 2004) بالوسائل الخاصة التي يمكن تقديمها للمدمن من المعارف حول حالة التبعية لديه والنتائج الصحية لتسممه وحول المخاطر المتعلقة بصحته والمميزات الخاصة للمواد التي يتعاطاها والظروف التي يتعاطى فيها. وتهدف إلى الوقاية وتخفيض المخاطر وتأثيرات المخلفات السلبية المرتبطة بالتسمم وكذا إمكانية التغيير لتجاوز الانسحاب والتحكم في ديناميكية التسمم بواسطة العلاجات التي تسمح بتحقيق التغيير.

تتم تربية المدمن حول مسألة خطر المخدرات والمؤثرات العقلية على حالته الصحية وبشكل خاص زيادة الجرعة المميتة والأمراض الجسمية التابعة للإدمان وارتباطه بالأمراض العقلية والانحراف والتفكك الاجتماعي والتهميش، يتمثل الخطر في السياق الشرعي وسلوك الخطر الذي يشكله الإدمان، تتمثل الجرعة الزائدة في عدم تحمل الجسم للمادة التي يتعاطاها الفرد بكمية معينة والتي قد ينتحر باستعمالها، وقد يتمثل الخطر في الإصابة بالأمراض الوبائية، بمرض السيدا SIDA والتهاب الكبد عن طريق استعمال المادة المخدرة بواسطة حقن غير معقمة (استعمال خطير).

هل تتغير تربية المدمن سلوكه في اتجاه تحكم أحسن يخفف من الخطر المرتبط بالإدمان؟ إذ لا يمكن القضاء على ظاهرة الإدمان نهائياً يمكن تربية المدمنين وتلقيهم معارف حول خطورة سلوكهم الإدماني الذي قد ينجر عنه مخاطر متعددة من الإصابة بالأمراض إلى الموت المفاجئ المحتمل لهذا يتم تعليمهم لطرق خفض المخاطر يجعل تعاطيهم مراقب ومتحكم فيه إلى حد ما، كتوفير لهم حقن معقمة ووصف أدوية مناوبة كالمثادون *méthadone* لتفادي استعمال المخدرات التي تباع في السوق السوداء غير متحكم في تركيبها (*ecstasy, codéine, Temgésic et autres opiacés détournés*) ينبغي ممارسة مراقبة خارجية اجتماعية تساعد المدمن على التحكم الذاتي في إدمانه والمواد الإدمانية.

3- التربية العلاجية للمدمنين لأجل تنمية الدافعية للعلاج والوقاية من الانتكاسة

3-1- التربية العلاجية

تعتبر التربية العلاجية *l'éducation thérapeutique* مجموعة من الممارسات تهدف إلى مرافقة ومساعدة المريض على اكتساب مهارات لأجل التسيير النشط لمرضه بنفسه بمساعدة المختصين (*Ministère de la Santé et des Services Sociaux*) (Québec, 2006) وتنمي التربية العلاجية الاهتمام بالطرق العلاجية المتنوعة والمراقبة وكذا المراقبة الذاتية للعوامل البيولوجية والوقاية لتجنب التعقيدات (Thomas, 2003) وتهدف إلى جعل المريض ماهر في مساهمته في الحفاظ أو تحسين نوعية حياته، ومن بين محاسنها تأخير ظهور تعقيدات المرض إلى أقصى حد والتخفيف من تبعيته للمعالجين وتعلم التعايش اليومي مع الظرف الجديد.

3-2- تنمية الدافعية للعلاج لدى المدمنين

طور (Miller et Rollnick, 2002, p. 25) المقابلة المركزة على الدافعية *entretien motivationnel* وهي عبارة عن أسلوب علاجي مركز حول المريض وهو موجه يهدف إلى رفع مستوى الدافعية الداخلية للتغيير عن طريق الكشف وحلّ التناقض، يشير الباحثان إلى أسلوب علاجي للإشارة إلى أن هذه المقابلة ليست شكل من أشكال العلاج ولا تقنية ولكنها طريقة تعاون مع المريض مستوحاة من تناول Carl Rogers تهدف إلى تعزيز الدافعية الداخلية وتغيير السلوك غير المتكيف عن طريق التركيز على العميل وهي تركز على خمسة أبعاد:

- إظهار التعاطف: محاولة فهم معاش العميل بدون مواعظ، حضور متعاطف يساعد العميل على التفتح والكشف عن الذات،
- تبيان الاختلافات: الحديث عن النتائج ومساعدته على الوعي بمشاعره المتناقضة والاختلافات المدركة والمعبر عنها من قبل العميل بين الوضعية الحالية والوضعية المرغوبة قد تفتح المجال لحصر إيجابي يؤدي إلى التغيير،
- تجنب تقديم الحجج لاعتبارها غير منتجة وتعزز المقاومة والإنكار،

■ التعامل مع المقاومة، إذا كان العميل يقاوم بشدة الاقتراحات أو التفسيرات، ينبغي تفادي التأكيد قد تتغير الآراء مع مرور الوقت،

■ تشجيع الشعور بالمهارة الشخصية، والإشارة إلى الجهود والنجاح ومجالات الإتقان والتأثير الجيد للأفكار والأعمال التي قام بها العميل.

حدد Prochaska و Narcross و Di Clemente (1994) نقلا عن (Centre Dollard Cormier, 2014) ميكانيزمات التغير انطلاقا من عدة تناولات علاجية والمتمثلة في:

■ الوعي *La prise de conscience*

■ التدفق الانفعالي *L'émergence émotionnelle*

■ السياق المتحمل للتغير *Le contexte supportant le changement*

■ الالتزام الشخصي *L'engagement personnel*

■ العلاقات المساعدة *Les relations aidantes*

■ التقييم الذاتي *L'autoévaluation*

■ التعزيز *Le renforcement*

■ التحكم في المحيط *Le contrôle de l'environnement*

■ الأعمال التعويضية *Les activités de substitution*

وان كان تناول هؤلاء الباحثون لا يفسر مصدر السلوك الادماغي ولماذا ومتى يتغير البعض وليس البعض الآخر إلا أنه اتخذ منعرجا مهما في التدخل العلاجي مقارنة بالتناول القديم للدافعية وعليه:

■ ينبغي أن يركز التدخل العلاجي أكثر على قوى ومهارات الفرد بدلا عن التركيز على صعوباته وحدوده

■ ينبغي تكييف العلاجات مع احتياجات الفردية وليس تطبيق طريقة معيارية

■ على المعالجين اتخاذ موقفا إنسانيا أكثر ومتعاطف عوض عن موقف تسيطر فيه السلطة والقوة والانضباط

■ يشارك الفرد الذي يطلب المساعدة في العملية العلاجية، أهدافها واستراتيجياتها بدلا عن الخضوع للاقتراحات المقدمة من طرف المعالج.

ويتم التغير عبر مراحل حددّها الباحثون ويمكن للمعالج اتخاذ الإجراءات المناسبة لمساعدة المدمن على التغير وتقبل العلاج وفقا للمرحلة التي يتواجد فيها وهي كما يلي:

مرحلة ما قبل التفكير *Précontemplation*

- بناء علاقة ثقة

- التعرف على إدراك الفرد لنفسه ولتعاطيه

- مساعدة الفرد للتساؤل والشك حول إدراكه الحالي من المشكل

- محاولة تحديد بورتري للفرد خارج سلوك المشكل

- تجنب المواجهة التي تعزز المقاومة والرفض

مرحلة التفكير *contemplation*

- تنمية وعي العميل

- بعث التفاؤل لديه تجاه التغير وتحديد الخوف من الفشل

- الحصول على أكبر قدر من المعلومات حول مظهري التعاطي (الايجابيات والسلبيات)

- مساعدة العميل على تجاوز هذا التعارض

مرحلة التحضير *Préparation*

- تحمل الدافعية

- تزويده بفرص النجاح والتغيير

مرحلة العمل *Action*

- تعزيز سلوكيات جديدة

- مساندة الدافعية تجاه نتائج التغيير الصعبة: الوحدة، فقدان الأصدقاء، استجابات سلبية للمحيط، فقدان المتعة.....

- تسهيل الطريقة وليس اختبار الدافعية

مرحلة تثبيت النتائج *Maintenance*

- تدعيم التغيرات وتعزيز عادات جديدة في الحياة

- الوقاية من الرجوع إلى الوراء

- استعمال الانتكاسة كطريقة تعلم

- إعادة تاطير الأحداث المفجرة خلال مرحلة الانتكاسة

أصبحت مسألة تنمية الدافعية لدى المدمنين في طور العلاج جدّ ضرورية لإنجاحه وضمان الامتناع عن التعاطي عن طريق المقابلات التحفيزية بعيدا عن الموعظة بإتباع الخطوات المذكورة.

3-3- العلاج المعرفي السلوكي للإدمان على المخدرات

لماذا العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الإدمان؟ الجواب أصبح معروفا، فهو يعتبر علاجا قصير المدة ومختصر ومكثف لجميع الحالات ويركز على قواعد امريقية قوية لعلاج الادمان على الكوكايين مثلا، وأصبحت نتائجه مؤكدة وفعالة على أصعب الحالات من المدمنين.

يشير *Karila و Reynaud (2012)* إلى أن العلاج المعرفي السلوكي منظم ومركز حول هدف محدد وحول حلّ المشكلات الآتية التي يواجهها المدمنين في طور العلاج وهم يحاولون التحكم في التعاطي، كما يعتبر علاجا مرنا يمكن أن يستفيد منه المدمنين سواء مقيمين بالمستشفى أو عن طريق المقابلات الخارجية.

يرتكز العلاج بشكل عام على تقنيتين أساسيتين: التحليل الوظيفي والتدريب على المهارات، تم تطبيقه على مدمني الكوكايين والمواد المنشّطة، في بداية العلاج يركز التحليل الوظيفي *l'analyse fonctionnelle* على تحديد الأفكار والانفعالات والظروف السابقة والتابعة للتعاطي، بالتالي فهو يساعد على تحديد وضعيات الخطر العالي التي تدفع الفرد لتعاطي المخدرات (كصعوبة مواجهة المشكلات العلائقية أو حب تخريب المخاطر للشعور بالمرح أو للبحث عن تحديد الانفعالات من أحاسيس) ومع تقدم العلاج يحدّد التحليل الوظيفي الوضعيات الأكثر صعوبة في المواجهة بالنسبة للمريض.

يساهم التدريب على المهارات *l'entraînement aux compétences* في كفّ تعلم العادات القديمة المرتبطة بسوء استعمال المخدرات عن طريق تعلم مهارات وعادات أقل "سّمية" فحين يصبح التعاطي مرضي إلى درجة تستدعي العلاج، يستعمل المدمن المخدر كوسيلة وحيدة لتفسير المشكلات العلائقية والشخصية لكونه لم يتعود على وضع استراتيجيات مكتسبة وفعالة لمواجهة التحديات ومشكلات الحياة في سن الرشد، وحتى لو اكتسب البعض منها سابقا فاستعماله لتعاطي المخدرات كميكانيزم تعامل أساسي يجعله لا يستعملها بسبب أسلوب حياته الادماني الذي يتميز بالبحث المتكرر عن المخدرات لتفادي أعراض الانسحاب، ناهيك عن المشكلات المرتبطة بأمراض أخرى كالمرض العقلي والاكتئاب والحصص (*Karila & Reynaud, 2012, p. 5*).

المدمنون على المخدرات هم أفراد يواجهون المشكلات باستمرار لهذا فهم بحاجة لتدريب معرفي سلوكي يهدف في البداية إلى التحكم في التعاطي ثم يوجه إلى المشكلات الصعبة في حياة المدمن.

طور السلوكيون علاجاً نفسياً سلوكياً للإدمان يشمل تقنيات علاجية متنوعة، تهدف إلى:

■ إطفاء الإشارات الكلاسيكية السلبية

■ تحفيز وعي المريض بردود أفعاله إزاء المنبهات الإشرافية المراد التصدي لها والسيطرة عليها

■ تدريب المريض المدمن، في إطار العلاج السلوكي، على تقنية الاسترخاء لإضعاف التوترات النفسية المحرّضة

للميل نحو الإدمان، ويجعله يستخدم هذا الاسترخاء في مواقف التوتر.

توصل *O'BRIEN* و *Childress* و *McHellan* وآخرون (1986) إلى نتائج ذات دلالة، تتعلق بمظاهر الإشراف الكلاسيكي للإدمان على المخدرات، وانصبت دراساتهم على البحث عن إمكانية جعل حالات المزاج الداخلي، كمثير شرطي للربّة الملحة والانسحاب لدى مفحوصين، تعرضوا لإزالة التسمم بواسطة الـ *Métheadone*. و قام *Childress* وزملائه، بتدريب سبعة مدمنين على الأفيون، عن طريق استعمال التخيل والتنويم الذاتي، على استثارة الغضب والقلق والاكتئاب والمرح، ثم قدر المفحوصون، درجة الرغبة الملحة والامتناع، وتبين للباحثين أن الاكتئاب والقلق بشكل خاص، يعملان كمثير شرطي لتجارب الامتناع والرغبة الملحة عند هؤلاء المدمنين، بينما يخفّض تحيّل المرح، تجارب الامتناع والرغبة الملحة (*Platt, Husband & Taube, 1991*).

وأشار *Golden* و *Seligman* (1983) إلى تدريب المتعالم من الإدمان، بغرض تعزيز الأنا وتقوية آليات التعامل الإيجابية مع المواقف المؤثرة وإضعاف الانفعالات السلبية، وخلق توقعات إيجابية على استخدام التنويم الذاتي، ترفقه مقولات إيجابية تخدم الأهداف (التي تم عرضها)، ومن المعلوم أن قوة التنويم الذاتي العلاجي أمر ثابت في تعديل السلوك والتوقعات (أبحاث الحلقة العلمية لثلاثة عشر، 1991، ص 103).

ولكن لا يكفي الاعتماد على التقنيات السلوكية لوحدها في العلاج، لأنه لتغيير توقعات المدمن إزاء المواد المستخدمة في الإدمان على أكتاف الراحة وإزالة التوتر، ينبغي تغييرها بعلاج من نوع آخر يمكن إدماجه مع التقنيات العلاجية السلوكية وهو العلاج المعرفي كما يشير إليه *Bandura* صاحب نظرية التعلم الاجتماعي.

تطور خلال السنوات العديدة الماضية، العلاج المعرفي بشكل ملفت للانتباه، اهتم عموماً بعدد كبير من الاضطرابات النفسية وانطلاقاً من أسسه النظرية، طور *Albert Ellis* العلاج الانفعالي العقلاني، كما جاء في (الحجار، 1992، ص 77) وهو يتركز على:

- تزويد المدمن بالمهارات والتدريبات المتزلية في رصد الحوادث المحرّضة، للتعرف على المنبهات المثيرة للتزوع أو الميل نحو المسكر أو المخدر،

- رصد الأفكار الخاطئة التي تخفّض من عتبة تحمل الإحباط، وتثير قلق الانزعاج، بحيث يتدرب على مكافحتها والتصدي لها وتبديلها،

- تغيير الانفعالات للإبقاء على حالة الكفّ،

ويهدف هذا العلاج إلى مساعدة المدمن، إما على التوقف نهائياً عن التعاطي وإما السيطرة على مادة الإدمان، يتوقف ذلك على شخصية الفرد وتاريخه مع الإدمان إلى غير ذلك.

طبق *Beck* و *Emery* (1977) منذ بداية مراحل تطور العلاج المعرفي، هذا النوع من العلاج على المدمنين على المخدرات، وأدجت فيها تقنيات سلوكية ومعرفية (*Milan, 1986*) ويهدف هذا النوع من العلاج إلى:

- ضرورة تنظيم وقت المرضى، وكسر الروابط بين المتعاطين والأشخاص والأماكن أو الأشياء التي ترتبط بتعاطي المخدرات.

- تعزيز كفاءة البحث عن المخدر وتصحيح التشوهات المعرفية إلى جانب كسر الارتباط بين الرغبة الملحة والقلق، نقلا عن (Baranacki, Christoph & Kurcias, 1992).

يعتمد العلاج المعرفي على تحقيق الامتناع الكلي، كهدف لعلاج المدمنين، فالأفراد ينجحون في العلاج ويمتنعون عن تعاطي المخدرات، يطورون معتقدات تحكم جديدة مثل "يمكنني العيش دون التعاطي"، وإذا تعذر تحقيق هذا الهدف لدى بعض الأفراد، يعمل العلاج على تخفيض تحقيق مستوى الاعتماد على المخدرات، وفي كلتا الحالتين يهدف العلاج المعرفي إلى العمل المستمر لمساعدة الأفراد لتجنب أكبر عدد ممكن من الأضرار التي قد تترتب عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

وفي سياق علاقة الإدمان بالضغط والتعامل وعلاج حل المشكلة *le stress et le coping et la thérapie de résolution de problèmes*، أشار Novacek و Raskin و Hogan (1991) لأسباب تعاطي المخدرات عند الشباب والتي تتمثل في لجوء الكثير منهم إلى استعمالها حين يجدون صعوبات في التكيف مع تجارب الحياة اليومية، وهم غير قادرين على التحكم في انفعالاتهم السلبية أو على تطوير صور إيجابية نحو ذاتهم. واستنادا لـ Pentz (1985) نقلا عن (Karwacki & Bradley, 1996) حين يستعمل الأفراد المخدرات للتعامل، يحدث لديهم كفاء في تعلم أو ممارسة سلوكيات تعامل أكثر تكيفا وتنوعا، ويكون هذا صحيحا بالنسبة للمهارات العامة للتعامل كحل المشكلة. في هذا الصدد، توصلت دراسة ساييل (2008) إلى الكشف عن إستراتيجيات التعامل المرتبطة بسلوك تعاطي المخدرات، أجريت على عينة 200 سجين من الذكور تتراوح أعمارهم بين 20 و 31 سنة. بينت نتائجها إلى أن متعاطي المخدرات يستعملون إستراتيجيات تعامل مركزة حول المشكلة بشكل أقل من غير المتعاطين ويلجأ هؤلاء الأفراد إلى استعمال إستراتيجيات التعامل المركزة حول الانفعال وبشكل خاص إستراتيجية (الهروب/التجنب) وأخذ مسافة، ورغم أن لديهم روح المواجهة إلا أنهم يفتقرون لإستراتيجية التخطيط لحل المشكلة وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي التي تساعد على إيجاد المعلومة المناسبة بمساعدة الآخرين وخفض الضغط بطريقة إيجابية، فهم أفراد يظهرون قابلية التأثير بالأحداث الضاغطة وفقدان السيطرة عليها فيستعملون المخدرات لتخفيض التوتر الناتج عنها، يتعلمون طريقة لتخفيض التوتر كلما استدعت الضرورة، فتعزز لديهم تدريجيا هذه الطريقة للتعامل مع ما يواجهونه من صعوبات حياتية، لذلك يصعب الإقلاع عنها.

ويعتبر Jaffee و D'zurilla (2009) حل المشكلة كمؤشر قوي ينبأ بالسلوكيات كالانحراف وتعاطي المخدرات، كما يوجد ارتباط قوي بين الاتجاه السلبي نحو المشكلة والاعتداء على الغير، وبين الانحراف وتعاطي الماريخوانا، كما يوجد ارتباط قوي بين أسلوب الاندفاعية واللامبالاة وبين هذه السلوكيات.

ويعتبر حل المشكلة الاجتماعية، كعملية توجه ذاتي معرفي سلوكي، يحاول بواسطتها الأفراد، الكشف عن الحلول لمشكلات خاصة يواجهونها في الحياة اليومية، وهي عملية توجه محاولات الأفراد في التعامل مع الضغوط بتغيير المشكلة نفسها أو استجاباتهم لها أو الاثنين معا، وبسبب وجود صعوبات لدى بعض الأفراد في التعامل مع أحداث الحياة، مثلما هو الحال عند المدمنين على المخدرات، طوّرت برامج علاجية خاصة بهدف تدريبهم على حل المشكلات بفعالية، مما يساعدهم على اكتشاف الجوانب الإيجابية للمشكلات عن طريق فهم طبيعتها ووضع الحلول البديلة لتنفيذها في الواقع، بالتالي تحقيق فائدة ومكسب عن طريق حلّها، وإدراك فعالية الذات وتحقيق الاستقلالية بدلا من استعمال المخدرات لتحقيق نفس الغرض، فهي عملية ترفع من احتمال اختيار أحسن سلوك لإنجاز الهدف المرغوب.

تعتبر التدخلات التي تدمج التدريب على التحكم الذاتي والمهارات الاجتماعية، وتسيير الضغط، وحل المشكلة الذي يركّز على المميزات الاجتماعية المعرفية، ذات أهمية كبيرة في تحقيق الشفاء والتعامل مع المشكلات الاجتماعية والشخصية والصحية التابعة للتعاطي، نقلا عن (Herrick & Elliott, 2001).

قامت سايل (Sail, 2014) بتدريب 08 مدمنين على المخدرات على برنامج علاجي لحل المشكلة الاجتماعية لـ *D'zurilla* وأتباعه، تم التدريب عبر 16 حصة أسبوعية وفعلاً، أظهر أغلبية المدمنون درجات منخفضة في الاتجاه الايجابي نحو المشكلة، يتعلق الأمر بغياب المعتقدات الايجابية التي تنشّط أداء حلّ- المشكلة، لا يترثون ولا يثابرون في إيجاد الحلول، لا يلتزمون بالجهد والوقت لتحقيق ذلك، ولا يعتقدون أنهم سوف ينجحون إذا كرروا المحاولات، يذكرونا هذا في غياب الاعتقاد بفعالية النتيجة وهو من بين العوامل التي تعطل حلّ المشكلة.

تعلم المدمنون من خلال التدريب الاتجاه الايجابي نحو المشكلة لتعزيز معتقدات الدافعية التي تحث على الاجتهاد والمثابرة في التفكير لإيجاد أنجع الطرق لتغيير الوضعية الضاغطة أو لتخفيض التوتر والانفعالات السلبية، كما تعلموا مراحل حل المشكلة العقلائي، كيفية تحديد المشكلة واقتراح الحلول البديلة وأخذ القرار وتنفيذ الحلّ في الواقع، وكانت نتائج التدريب ايجابية تدل على فعاليته، برهن المدمنون أنهم قادرين على تسيير ما يحدث لهم وعلى الاعتماد على أنفسهم وعلى إمكانية التحكم في الأحداث وكيفية تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي من خلال التعامل مع المحيط.

هكذا تم تحسين طرق التعامل البناءة، الاتجاه الايجابي نحو المشكلة، وتعزيز حلّ-المشكلة العقلائي، وتعليمهم المثابرة، التفكير، الالتزام بالجهد والوقت واعتبار المشكلات كعادية وكفرض للتطور وتحقيق الفائدة، مع تعليمهم تخفيض الضغط الانفعالي لتسهيل أداء حلّ المشكلة تم تدريبهم على الاسترخاء، ومنهم من دعم هذا العمل بطرق أخرى كالرياضة وممارسة الهواية وغيرها. وعبر أفراد المجموعة عن حاجتهم لمثل هذا التدريب، الذي اكتشفوا من خلاله لإمكانيات لديهم، كانوا يعتقدون أنهم لا يملكونها، وهي محاولة الاستعانة بكل الطرق، الايجابية، والتفكير والمثابرة لتحقيق الأهداف والتوافق مع متطلبات الحياة.

أصبح بديها أن مدمني المخدرات الذين يأتون للعلاج لديهم صعوبات في حلّ-المشكلة والمهارات الاجتماعية الضرورية للتعامل بفعالية، وانه إذا تمكن المعالج أو كان لدى العيادي إمكانية تعليمهم تقنيات أو اتجاهات جديدة للتعامل مع هذه الصعوبات، فمن المحتمل جدا أن تكون نتيجة العلاج مشجعة، كما يتطلب الأمر تدريب المدمنين على تقنيات أخرى مثل الاسترخاء لتخفيض الضغط لديهم.

3-4- الوقاية من الانتكاسة

اقترح *Marlatt* و *Gordon* نموذج الانتكاسة وأشارا إلى العوامل التي تثير العودة لتعاطي المخدرات بعد العلاج، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات تلك التي أطلقا عليها عبارة "وضعية الخطر العالي" *High- risk situation*، التي تعرف على أنها كل وضعية تهدد قدرة الفرد على التحكم وتزيد من خطر الانتكاسة.

ترتبط الانتكاسة باستجابة الفرد لأول تجربة له مع المخدرات، فإذا انسب تورطه في التعاطي إلى فشله أو فقدانه التحكم، ينخفض لديه توقع نجاح المقاومة في الوضعيات ذات الخطر العالي مستقبلاً--لا كما تعزز الاستجابة الانفعالية الملونة بتوبيخ الذات أو الشعور بالذنب، الاستمرار في التعاطي التابع للاستعمال الأول للمخدرات (Myers, Brown, & Mott, 1993).

من المؤكد أن مدمن المخدرات هو فرد يعاني من اضطرابات نفسية وحالة سلوكية تعود عليها ويسير بها حياته اليومية، وبعد إزالة التسمم يتطلب الأمر منه الصبر والمثابرة وممارسة التحكم في ميوله ومشاكله ومحيطه الاجتماعي لتفادي العودة إلى تعاطي المخدرات والانتكاسة، فبعد مغادرته لمركز علاج المدمنين أو بعد استفادته من العلاج الطبي الخارجي، يعود للتفاعل مع هذا المحيط الذي يشكل مصدر ضغوط مختلفة، هي بمثابة مثيرات منشّطة قد تدفع ببعض الأفراد الذين لديهم الاستعداد على تعاطي المخدرات.

عائنه *Marlatt* و *Gordon* (1985) الكثير من الدراسات والفحوص العيادية، فأتضح لهما أن التفكير الثنائي *Dichotomus reasoning* أو الصفة التي يلصقها المدمن بنفسه يزيدان من الاحتمال بأن أية هفوة أو زلة جديدة في العودة إلى الشرب أو تعاطي

المخدر يترتب عليها الانتكاسة الكاملة *total relapse*، وقد سمي *Ellis* هذه الظاهرة الانتكاسية: تأثير خرق الامتناع عن تعاطي المخدر *Abstinence violation*، نقلا عن (Bandura, 2003).

وأشار نموذج الانتكاسة لـ *Marlatt* إلى المثيرات الاجتماعية والانفعالية التي تسهل الرجوع إلى تعاطي المخدرات، وهناك من الباحثين من أضاف عوامل خاصة بالوضعيات التي تشمل إطار ذكريات تأثير التعاطي السابق للمخدرات (Heather & Stallard, 1989).

قد يتعرض المدمن إلى مثيرات داخلية تتمثل في الانفعالات (كالخصر، الاكتئاب، الإحباط، الضجر، الغضب والوحدة)، وأحاسيس جسدية (كالألم، التعب، الجوع، الانسحاب) وكذا مثيرات الخارجية وهي مؤشرات تحدث في المحيط تشمل الصراعات مع الآخرين، وسهولة الحصول على المخدرات المفضلة، وإنجاز المهمة (حين يستعمل المخدرات للاحتفال بالمناسبات) بالإضافة إلى تأثير الأقران المتعاطين للمخدرات، الاتصال بتجار المخدرات أو الاتصال ببعض المناطق من المدينة، هي عوامل تسرع من عودة المدمن إلى التعاطي من جديد، يتعين عليه التعرف عليها للتحكم فيها والحفاظ على حالة الامتناع، ومن المؤكد أن هذه العملية ليست بسيطة ولكن بمساعدة الأخصائيين وطلب المساعدة الاجتماعية، يتمكن المدمن من حماية نفسه والحفاظ على توازنه والتخلي عن استعمال المواد السامة.

خلاصة وآفاق

حاولنا من خلال هذا العرض الإلمام بالطرق المعتمدة لمساعدة المدمن على المخدرات على العلاج والتغير نحو الأحسن والاهتمام بصحته النفسية والجسدية مع اعتبار التعقيدات الصحية المحتملة وذلك في إطار تربية صحية وعلاجية تشجع لديه تنمية الدافعية باستمرار ومساعدته عند الحاجة والأزمات الحياتية المحتملة لتفادي الانتكاسة، ولأجل تحقيق هذا الهدف، ينبغي أن يستمر الممارسون في حقل علاج المدمنين في اقتراح كل الطرق المناسبة لمراقبة ومساعدة المدمن على الاستمرار في الامتناع عن التعاطي، وبشكل خاص عدم التخلي عن مساعدته في وقت مبكر وتسخير كل الوسائل التكنولوجية المتطورة وذلك لكون الإدمان، كأي مرض مزمن، عامل خطر يهدد المدمن في كل لحظة طوال حياته.

ولاختبار مدى فعالية هذه التقنيات لدى المدمنين بالجزائر، يمكن إجراء دراسة نموذجية لدى عينة من المدمنين وتدريبهم لاكتساب سلوكيات جديدة وتنمية الدافعية ومساعدتهم على تسير حياتهم بعيدا عن تعاطي المخدرات والتمتع بصحة مناسبة. كما يمكن تدريب الأخصائيين العاملين في مراكز علاج المدمنين على ممارسة هذه التقنيات المصممة أساسا لعلاج الإدمان بمختلف أنواعه.

المراجع

1. أبحاث الحلقة العلمية الثالثة عشر (1991). دور الرعاية الصحية في علاج مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض، السعودية: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. الحجار محمد حمدي. (1992). العلاج النفسي للإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية. الرياض، السعودية: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. سابل حدة وحيدة. (2008). استراتيجيات التعامل " coping " لدى المدمنين على المخدرات. مجلة الدراسات النفسية و التربوية. العدد 03. الجزائر. جامعة البليدة، ص ص 281-203. وزارة العدل. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. (2010). الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة. على الخط حصريا http://www.onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/. الجزائر.
2. وزارة العدل. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. (2011). الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة. على الخط حصريا http://www.onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/. الجزائر.

3. وزارة العدل. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2012)، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة، على الخط حصريا http://www.onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/. الجزائر.
4. وزارة العدل، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2013)، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة، على الخط حصريا http://www.onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/. الجزائر.
5. وزارة العدل، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2014)، نشاطات مكافحة المخدرات والإدمان عليها، الحصيلة الإحصائية لشهر جانفي. على الخط حصريا http://www.onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/. الجزائر.
6. Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment de l'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
7. Baranacki, K.B.A, Christoph, P.C, & Kurcias, J.S. (1992). Therapist techniques used during the cognitive therapy of opiate-dependent. *Journal of Substance Abuse Treatment*. USA, 9, 221-228.
8. Centre Dollard Cormier (CA). (2014). La motivation, quelque chose qui se construit (Jeu pathologique; Toxicomanie; Alcoolisme) juillet 12th, 2014 | Publié par crisostome dans Entretien motivationnel. En ligne <http://psychocriminologie.free.fr/?cat=40>. Consulté le 09 out 2015.
9. Centre de soins aux toxicomanes de Blida. (2006). *Bilan épidémiologique de six années d'activité (2001-2006)*.
10. Dubois, J.A., Broers, B. (2003). *Enseignement de la médecine de l'addiction : de la sensibilisation à la spécialisation*. *Revue Médicale Suisse*, 61, 1793-1798.
11. Heather, N & Stallard, A. (1989). Does the Marlatt model underestimate the importance of conditioned craving in the relapse process? In M. Gossop(ed), *relapse and addictive behaviour* (pp180-208), London : Travistock/ rontledge.
12. Herrick, S.M & Elliott, T.R. (2001). Social problem solving abilities and personality disorders characteristics among dual- diagnosed persons in substance abuse treatment, *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1, 75-92.
13. Jaffee, W.B., & D'zurilla, T.J. (2009). *Personality, problem solving and adolescent substance use*. *Behavior Thérapy*, 40, 93-101.
14. Karila, L., Reynaud , M. (2012). *Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale. Troubles liés à l'usage de cocaïne ou de drogues stimulantes*. Paris : Médecine sciences publications Lavoisier.
15. Karwacki, S.B., Bradley, J.R. (1996). Coping, drinking motives: goal attainment expectancies and family models in relation to alcohol use among college students. *Journal of Drug Addiction*. Vol26, n°3, 243-255.
16. McLellan, A.T., Alterman, A.I., Metzger, D.S., Grissom, G.R., Woody, G.E., Luborsky, L., et al. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1141-1158.
17. Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York : The Guilford Press.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Plan opérationnel en télésanté pour le Québec*. vol. I : 38 p. En ligne : http://www.medicine.mcgill.ca/RUIS/Docs/telesante/Plan_op_telesante.pdf.
19. Myers, M.G., Brown, S.A., & Mott, M.A. (1993). Coping as predictor of adolescent substance abuse. treatment outcome. *Journal of Substance Abuse*. Vol 5, n°15, 15-29.
20. Novaceck, J., Raskin, R., & Hogan, R. (1991). Why do adolescent use drugs: age, sex and user differences. In *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (15), 475-492.
21. Platt, J., Husband, S., & Taube, D. (1991). Major psychotherapeutic modalities for heroin addiction: a brief overview .In *International Journal of the Addictions*, 25(12A), 1452-1477.
22. Ridouh, B. (2003). Faut-il traiter? Où faut-il gérer? In ACTES, *Toxicomanie et sida*. *Revue bimestrielle* (décembre 2003), 1, 4-11.
23. Sail, H.O. (2014). *Efficacité sur l'entraînement à la résolution de problèmes chez les toxicomanes*. 8ème congrès de l'Association Francophone de la Psychologie de la Santé. Organisé les 5-7 décembre 2014 à l'université de Liège- Belgique.
24. Simpson, D.D., Joe, G.W., Brown, B.S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* , 11, 294-307.
25. Sueur, C. (2003). Éduquer le toxicomane. *Psychotropes*. 2004/2 Vol. 10, 47-79.
26. Thomas, G. (2003). *L'éducation du patient. Structuration, organisation et développement*. Bruxelles : Edition Kluwer.