ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing

الإصدار التاسع – العدد السابع والثمانون
تاريخ الإصدار: 2 – كانون الثاني – 2026م
www.ajsp.net

"أثر برنامج قائم على العلاج الجدلي السلوكي في الحد من الانتكاسة إلى المواد المؤثرة نفسياً"

إعداد الباحث:

علي دبيان السهلي

كلية الآداب والعلوم الإنسانية || جامعة الملك عبدالعزيز || المملكة العربية السعودية

أشراف:

أ.د. محمد جعفر جمل الليل

AJSP
المجلة العربية للنشر العلمي
ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing
الإصدار التاسع – العدد السابع والثمانون
تاريخ الإصدار: 2 – كانون الثاني – 2026م
www.ajsp.net

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من أثر برنامج قائم على العلاج الجدلي السلوكي في الحد من الانتكاسة إلى المواد المؤثرة نفسياً لدى المرضى. استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعتين (تجريبية وضابطة) مع القياس القبلي والبعدي. تكونت عينة الدراسة من (30) مريضاً، بواقع (15) مريضاً في كل من المجموعتين. طبق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدخل علاجي. استخدم مقياس الانتكاسة إلى المواد المؤثرة نفسيا لجمع البيانات. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين في القياس القبلي، مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين قبل تطبيق البرنامج. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على اثر البرنامج القائم على العلاج الجدلي السلوكي في الحد من الانتكاسة إلى المواد المؤثرة نفسيا.

الكلمات الدالة: العلاج الجدلي السلوكي؛ الانتكاسة؛ المواد المؤثرة نفسياً.

المقدمة:

تعد الانتكاسة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسياً من الظواهر المعقدة في مجال علاج الإدمان، إذ لا تقتصر على كونها عودة سلوكية للتعاطي بعد فترة من الامتناع، بل تمثل عملية دينامية تتداخل فيها عوامل نفسية وانفعالية ومعرفية وسلوكية متعددة. وتمثل الانتكاسة نقطة تحول حرجة في مسار التعافي، لما تحمله من مخاطر صحية ونفسية واجتماعية، وقد تؤدي في حال غياب التدخل العلاجي المناسب إلى تدهور الحالة النفسية، وتكرار أنماط التعاطي، وضعف القدرة على الاستمرار في التعافي (Gordon, 1985 & Marlatt؛ Marlatt, 2004 & Witkiewitz).

وتشير الأدبيات إلى أن التعاطي المتكرر والانتكاسة يرتبطان بتغيرات وظيفية في الجهاز العصبي ونظام المكافأة والاستجابة للضغوط، مما يؤدي إلى اضطرابات في تنظيم الانفعالات، وضعف القدرة على التحكم في الاندفاع واتخاذ القرار، وارتفاع الحساسية للمثيرات المرتبطة بالتعاطي، وهي عوامل تزيد من قابلية العودة إلى استخدام المواد المؤثرة نفسيا بعد فترات الامتناع (McEwen, 2007؛ Volkow, 2016 & Koob؛ World Health Organization, 2021) وقد بينت الدراسات أن عدم تزويد المتعافين بمهارات نفسية فعالة لإدارة الرغبة في التعاطي والتعامل مع الضغوط يزيد من احتمالية الانتكاسة ويؤثر سلبا في جودة الحياة والاستقرار الاجتماعي والمهني (Herman, 1992؛ Van der Kolk, 2014).

وفي ظل هذه التحديات، برزت مجموعة من الدراسات التي تناولت استخدام برامج نفسية للوقاية من الانتكاسة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسيا، مثل دراسات (Gordon & Marlatt,1985) و(Bowen et al., 2014) و(Witkiewitz et al., 2014) و(Cavicchioli et al., 2023)، والتي ركزت في مجملها على تنمية مهارات الوعي بالمحفزات الداخلية والخارجية، وإدارة الرغبة في التعاطي، وتعزيز استراتيجيات المواجهة التكيفية. إلا أن هذه الدراسات وغيرها من الدراسات التي تم الاطلاع عليها لم تعتمد العلاج

الجدلي السلوكي بوصفه برنامجا علاجيا متكاملا ومنظما يستهدف الحد من الانتكاسة بصورة شاملة، كما أن بعض البرامج المطبقة اتسمت بالجزئية أو القصر الزمني، أو اقتصرت على تدخلات عامة دون بناء برنامج علاجي واضح يتضمن تسلسلا محددا للجلسات، وآليات تقييم قبلي وبعدي وتتبعي.

كذلك اختلفت تلك الدراسات في طبيعة العينات والفئات المستهدفة، حيث ركزت على سياقات علاجية تختلف من حيث الخصائص الثقافية والاجتماعية عن مجتمع الدراسة الحالية، كما أجري معظمها في مجتمعات غير عربية، مما يحد من إمكانية تعميم نتائجها على البيئة المحلية. ونظرا لعدم توفر برامج علاجية قائمة على العلاج الجدلي السلوكي تستهدف الحد من الانتكاسة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسيا في مجتمع الدراسة الحالية، برزت الحاجة إلى تصميم برامج علاجية تعتمد على نماذج نفسية مثبتة علميا، تعنى بمعالجة العوامل النفسية المرتبطة بالعودة إلى التعاطي، مثل صعوبات التنظيم الانفعالي، وضعف تحمل الضغوط، والاندفاعية.

ويعد العلاج الجدلي السلوكي أحد النماذج العلاجية التي أظهرت فاعلية في هذا المجال، من خلال تركيزه على تنمية مهارات اليقظة الذهنية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضيق، وبناء استراتيجيات فعّالة لمواجهة الرغبة في التعاطي دون اللجوء إلى استخدام المواد (Neacsiu et al., 2010 ؛Linehan, 2015 ؛Linehan, 1993)

وتأتي أهمية هذا البحث الذي يسعى إلى اختبار أثر برنامج قائم على مبادئ العلاج الجدلي السلوكي في الحد من الانتكاسة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسيا، بوصفه تدخلا علاجيا يسهم في دعم استمرارية التعافي، وتقليل احتمالية العودة إلى التعاطي، وتعزيز قدرة الأفراد على استخدام استراتيجيات مواجهة أكثر تكيفا، بما ينعكس إيجاباً على صحتهم النفسية واستقرارهم الاجتماعي.

مشكلة البحث:

تمثل الانتكاسة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسياً أحد أبرز التحديات التي تواجه المتعافين من اضطرابات استخدام المواد، لما تتركه من آثار نفسية وسلوكية واجتماعية تعيق استمرارية التعافي وتزيد من احتمالية تكرار التعاطي. ورغم توافر برامج متعددة للوقاية من الانتكاسة، إلا أن كثيراً منها يركز على الجانب التوعوي أو الإرشادي دون تقديم مهارات عملية منظمة تساعد الأفراد على إدارة الرغبة في التعاطي، وتنظيم الانفعالات الشديدة، وتحمل الضغوط النفسية بصورة منهجية. كما تشير الأدبيات إلى محدودية الدراسات العربية التي اختبرت أثر تدخلات علاجية مبنية على أسس علمية واضحة في الحد من الانتكاسة، وبوجه خاص البرامج القائمة على العلاج الجدلي السلوكي.

وبناء على ذلك، تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الكشف والتحقق من أثر برنامج علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في الحد من الانتكاسة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسياً، ومدى قدرته على تحسين قدرة الأفراد المتعافين على إدارة الرغبة في التعاطي، وتنظيم استجاباتهم الانفعالية، ودعم استمرارية التعافي.

أسئلة الدراسة:

بنيت الدراسة على سؤال رئيسي وهو: **ما أثر برنامج قائم على العلاج الجدلي السلوكي – الذي أعده الباحث – في درجات الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسياً لدى أفراد المجموعة التجريبية ؟**

وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

1– هل توجد فروق بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجات الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسياً في القياس القبلي ؟

2– هل توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد مجموعة الدراسة التجريبية في درجات الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسياً ؟

3– هل توجد فروق بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجات الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسيًا في القياس البعدي؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. التحقق من اثر برنامج قائم على العلاج الجدلي السلوكي في الحد من الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسياً.

2. بناء برنامج علاجي قائم على مبادئ العلاج الجدلي السلوكي لمساعدة الأفراد في الحد من الانتكاسة على المواد الموثرة نفسيا.

3. قياس مدى التحسن في مهارات تحمل الضيق، واتخاذ القرارات، وإدارة الضغوط بعد تطبيق البرنامج.

أهمية الدراسة:

تلخص أهمية الدراسة في نقاط أساسية وهي:

أولاً: الأهمية النظرية

1. تستمد الدراسة الحالية أهميتها النظرية من الواقع المؤلم الذي يمرّ به مرضى الاعتمادية على المواد المؤثرة نفسيا، ولا سيما المنتكسين منهم، وما يتعرضون له من ظروف صحية ونفسية تؤثر سلبا في حالتهم الراهنة ومستقبلهم.

2. تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات العربية المتعلقة بظاهرة الانتكاسة على المواد الموثرة نفسياً.

3. تعزز الفهم النظري للتداخل بين مهارات العلاج الجدلي السلوكي ومراحل الأنتكاسة، مما يوفر إطاراً نظرياً يمكن أن تستفيد منه دراسات لاحقة.

4. تسد فجوة بحثية في ما يتعلق بتطبيق العلاج الجدلي السلوكي في سياق الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسياً في البيئة العربية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

1. تقدم برنامجا علاجيا قابلا للتطبيق في المؤسسات النفسية والصحية والمجتمعية.

2. مساعدة المختصين النفسيين من استخدام مهارات العلاج الجدلي السلوكي للتعامل مع الانتكاسة على المواد الموثرة نفسياً.

3. تسهم النتائج المتوقعة في إعداد خطط علاجية وتاهلية قائمة على العلاج الجدلي السلوكي تستهدف الحد من الانتكاسة.

4. المشاركة في دمج الصحة النفسية كجزء من إدارة الأزمات الصحية التي يتعرض لها المنتكسون إلى الإدمان، والاهتمام بهم علاجياً وتأهيلياً.

المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

برنامج العلاج الجدلي السلوكي :

عبارة عن برنامج يقوم على أسس علمية منظمة وموضوعية ومنهجية، تتم من خلال مجموعة من الفنيات والأنشطة التي تستند إلى العلاج الجدلي السلوكي، و المتمثلة في مجموعة من المهارات الأساسية مثل (اليقظة الذهنية, تنظيم المشاعر, العلاقات البين شخصية و تحمل الضغط) موزعة على جلسات محددة زمنيا، مدة كل جلسة (90) دقيقة.

الانتكاس:

الانتكاسة هي العودة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسياً بعد فترة من الامتناع، وتعتبر جزءاً طبيعياً من عملية التعافي من الإدمان. الحد من الانتكاسة تشير إلى تطبيق استراتيجيات نفسية وسلوكية تهدف الى تقليل احتمالية العودة الى السلوكيات الادمانية بعد فترة من التوقف من خلال تحسين المهارات النفسية والاجتماعية والتعامل مع المحفزات البيئية والعاطفية التي قد تودي الى الانتكاسة (دينفون وزملاؤه Donovan, & Marlatt ,2005).

المواد المؤثرة نفسياً:

عبارة عن مجموعة من المواد التي يترتب عليها عدد من التغيرات النفسية والفسيولوجية في الجسم والجهاز العصبي، وتسهم في تغيير الحالة المزاجية، ويترتب على الإفراط في استخدامها دخول الشخص في حالة من الاعتماد عليها تؤدي به إلى الإدمان ومن بين هذه المواد البنزوديازيبينات والأمفيتامينات والكافيين والكوكايين والنيكوتين والمورفين والترامادول والإيثانول (المشروبات الكحولية) والأفيونيات والقنب والباربيتورات والتبغ والهيوسين والكولانتوس و الحشيش (رضوان، 1999).

حدود الدراسة:

الحدود الزمانية: تم تنفيذ البرنامج في حدود (11) أسابيع بواقع (جلستين في الاسبوع) لعدد (13) جلسة وطبق البرنامج خلال العام الأكاديمي 2025/2024

الحدود البشرية: تتحدد بعينة قوامها الإجمالي (ن= 30) بناء على درجاتهم على مقياس الانتكاسة. وتم تقسيمهم إلى مجموعتين أحداهما تجريبية والتي يبلغ حجم أفرادها (ن=15)، والأخرى ضابطها والتي يبلغ حجم أفرادها (ن=15) وتتراوح أعمارهم ما بين (25-45 سنة).

الحدود الموضوعية والتطبيقية: تتحدد الدراسة بالأدوات المستخدمة والتي أعدها (الباحث) والتي تتمثل في (برنامج قائم على العلاج الجدلي السلوكي، مقياس الانتكاسة).

الحدود المنهجية: تتحدد الدراسة بالمنهج المستخدم وهو المنهج شبة التجريبي ذو تصميم المجموعتين (التجريبية والضابطة) واعتماد القياس القبلي، البعدي للتأكد من اثر البرنامج.

ثانياً: الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولا:العلاج الجدلي السلوكي:

يعد العلاج الجدلي السلوكي أحد النماذج العلاجية المعاصرة التي طورتها مارشا لينهان في نهاية الثمانينيات، بوصفه امتداداً للعلاج السلوكي المعرفي مع دمجه بالفلسفة الجدلية ومفاهيم القبول الذهني (Linehan, 1993) وقد برز هذا النموذج بداية لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، ثم اتسع نطاق تطبيقه ليشمل الاضطرابات الانفعالية، السلوكيات الاندفاعية، والضغوط النفسية و الاعتمادية على المواد الموثرة نفسياً، نظرا لفاعليته في تعزيز المرونة النفسية وتنظيم الانفعال (Linehan, 2015).

يمتاز العلاج الجدلي السلوكي بتركيزه على التوازن بين القبول والتغيير، وهو ما يعد الركيزة الأساسية للفلسفة الجدلية، حيث يفترض النموذج أن الفرد يحتاج إلى قبول واقعه الحالي بالتوازي مع السعي لتطوير مهارات جديدة تساعده على التغيير. ويعد هذا التوازن محورا علاجيا فعالاً لدى الأفراد الذين يواجهون صعوبات نفسية، إذ يمنحهم القدرة على احتواء الصعوبات والانفعالات الحادة دون الانهيار، مع تزويدهم باستراتيجيات عملية للتعامل مع التوترات والضغوط اللاحقة (Neacsiu et al., 2010).

و يعرف العلاج الجدلي السلوكي بأنه نموذج علاجي تكاملي قائم على الدمج بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، والفلسفة الجدلية، ومهارات التأمل والوعي التام، ويهدف إلى مساعدة الأفراد على تحقيق توازن دينامي بين القبول والتغيير، بما يساهم في تحسين القدرة على التكيف، وتعديل أنماط السلوك المضطربة، وتعزيز جودة الحياة النفسية والاجتماعية لينهان (Linehan, 1993) و سوايلز (Swales, 2019). كما يقدم كل من ريزفي وزملاؤه (Rizvi et al., 2013) تعريفاً إجرائياً أكثر دقة، إذ يرون أن العلاج الجدلي السلوكي" برنامج علاجي سلوكي مكثف يدمج بين الجلسات الفردية، التدريب الجماعي، والدعم بين الجلسات، ويستهدف الأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة عبر تطوير مهارات حياتية بديلة ". ويرى عبد الستار إبراهيم (2011) أن العلاج الجدلي السلوكي هو "نسق علاجي تكاملي يستهدف تعديل السلوك الإدماني أو الانفعالي من خلال استخدام الممارسة الذهنية والجدلية، ويجمع بين التعاطف والصرامة العلاجية ضمن علاقة علاجية توازنية".

وبناءً على ما سبق يعرف الباحث العلاج الجدلي السلوكي بأنه نسق متكامل يتضمن مجموعة من المهارات العلاجية التي تهدف إلى إعادة ضبط المشاعر والإنفعالات، والحد من السلوكيات الإندفاعية، وتحسين جودة التفاعل الشخصي، والحد من السلوكيات والأفكار الانتحارية، وتاكيد الوعي باللحظة الراهنة، بما يسهم في قدرة الشخص على التعامل مع ضغوط وأزمات الحياة المختلفة بكفاءة.

كما يقوم العلاج الجدلي السلوكي على إطار بنيوي واضح يشمل أربع وحدات مهارية أساسية: مهارات اليقظة الذهنية، تنظيم الانفعالات، تحمل الضيق، والمهارات الاجتماعية أو الفاعلية بين الشخصية (Linehan, 2015) وتساعد مهارات اليقظة الذهنية الفرد على الانتباه للحظة الراهنة دون إصدار أحكام، مما يحد من الاندفاعية ويتيح مساحة للتفكير الهادئ خلال الأزمات. أما مهارات تنظيم الانفعالات فتهدف إلى تقليل شدة الانفعالات السلبية وبناء استجابات أكثر تكيفا، في حين يعد تحمل الضيق مكونا محورياً لمواجهة المواقف الصعبة دون اللجوء إلى أساليب غير صحية. إضافة إلى ذلك، تمكن المهارات الاجتماعية الأفراد من بناء علاقات داعمة وإدارة الصراعات بطريقة فعالة.

وقد أكدت العديد من الدراسات فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين القدرة على ضبط الانفعالات، وتقليل الاضطرابات الملازمة للأزمات النفسية، وتعزيز مهارات المواجهة الإيجابية. فقد أشارت الأدلة إلى أن الأفراد الذين تلقوا تدريبا على مهارات العلاج الجدلي السلوكي أظهروا مستويات أعلى من التكيف النفسي وقدرة أكبر على التعامل مع الضغوط مقارنة بالمشاركين الذين تلقوا برامج دعم تقليدية (Linehan et al., 2006؛ Neacsiu et al., 2010) ويرجع ذلك إلى الطبيعة المهارية للبرنامج التي تركز على تعليم مهارات عملية قابلة للتطبيق في الحياة اليومية، مما يجعلها مناسبة بشكل خاص للأفراد الذين يواجهون أزمات تتسم بشدة الانفعالات وصعوبة السيطرة عليها.

ومن منظور نظري، يتكامل العلاج الجدلي السلوكي مع نماذج علم النفس الإكلينيكي التي تفسر الاستجابة للأزمات، مثل نظرية تنظيم الانفعال ونظرية المرونة النفسية. إذ يفترض العلاج الجدلي السلوكي أن الاضطراب الانفعالي هو نتيجة تفاعل بين استعدادات بيولوجية وبيئات تربوية أو حياتية غير داعمة، وهو ما يعد مشتركا مع التفسيرات الحديثة للضغوط والأزمات (Crowell et al., 2009) ومن ثم، فإن التدخلات القائمة على العلاج الجدلي السلوكي لا تعالج السلوك الظاهر فحسب، بل تعمل على إعادة بناء أنماط التفكير والانفعال والسلوك بطريقة شمولية.

وتنبع أهمية تضمين العلاج الجدلي السلوكي في التعامل مع الأزمات النفسية من كونه نموذجا يجمع بين الفلسفة العلاجية العميقة من جهة، والتمارين العملية من جهة أخرى. فالأفراد في مراحل الأزمة غالبا ما يظهرون انخفاضا في القدرة على السيطرة الانفعالية، صعوبة في اتخاذ القرارات، وتشوشا معرفياً ناتجا عن شدة التوتر؛ وهي جميعها جوانب تستهدفها مهارات العلاج الجدلي السلوكي بصورة مباشرة. ولذلك، يعد هذا النموذج من الأساليب العلاجية التي تؤسس لبيئة نفسية آمنة، وتزود الأفراد بآليات عملية تساعدهم على مواجهة الأزمة بمرونة واستقرار أكبر.

وبناءً على ما سبق، يعد العلاج الجدلي السلوكي إطارا نظريا مناسباً لتطوير برامج موجهة للأفراد الذين يمرون بأزمات نفسية، مما يبرر استخدامه في الدراسة الحالية بوصفه نموذجا قادرا على خفض شدة الأزمة وتعزيز مهارات التكيف النفسي لديهم.

ثانياً: المواد المؤثرة نفسياً:

تشير المواد المؤثرة نفسيا إلى مجموعة من المواد الطبيعية أو المصنعة التي تحدث تأثيرا مباشرا في وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى تغيرات ملحوظة في الإدراك أو المزاج أو الوعي أو السلوك. ويعد هذا التأثير هو السمة الجوهرية التي تميّز هذه المواد

عن غيرها، إذ ترتبط بقدرتها على تعديل العمليات العصبية والكيميائية في الدماغ، وهو ما يجعل استخدامها المتكرر أو غير المنضبط مرتبطا بظهور الاعتماد النفسي أو الجسدي، ومن ثم تطور اضطرابات استخدام المواد المؤثرة نفسيًا (World Health Organization, 2021).

وتتنوع المواد المؤثرة نفسيا من حيث طبيعتها وتأثيرها الفارماكولوجي، حيث تشمل المواد المثبطة للجهاز العصبي المركزي، مثل الكحول وبعض المهدئات، والمواد المنبهة، مثل الأمفيتامينات والكوكايين، إضافة إلى المواد المهلوسة والمواد ذات التأثير المختلط. وتؤدي هذه المواد، رغم اختلاف خصائصها، إلى تفعيل مسارات المكافأة العصبية في الدماغ، لاسيما نظام الدوبامين، وهو ما يسهم في تعزيز السلوك التعاطي وتكراره، ويزيد من احتمالية الانتقال من الاستخدام التجريبي إلى الاعتماد ثم الإدمان (Volkow et al., 2016).

وتؤكد الأدبيات أن استخدام المواد المؤثرة نفسيا لا ينفصل عن السياق النفسي والاجتماعي للفرد، إذ يرتبط التعاطي في كثير من الحالات بمحاولات غير تكيفية لتنظيم الانفعالات السلبية أو الهروب من الضغوط النفسية والأزمات الحياتية. وتشير النماذج النفسية الحديثة إلى أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات في تنظيم الانفعالات أو تاريخ من الصدمات النفسية يكونون أكثر عرضة لاستخدام هذه المواد بوصفها وسيلة مؤقتة لتخفيف التوتر أو الألم النفسي، وهو ما يعزز دائرة الاعتماد والانتكاسة لاحقًا (Khantzian, 1997؛ Najavits, 2020).

ومن منظور تشخيصي، تصنف اضطرابات استخدام المواد المؤثرة نفسيًا ضمن الدلائل التشخيصية العالمية مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) حيث تشخص هذه الاضطرابات بناءً على مجموعة من المؤشرات السلوكية والمعرفية والفسيولوجية، من أبرزها فقدان السيطرة على التعاطي، والاستمرار في الاستخدام رغم العواقب السلبية، وظهور أعراض التحمل والانسحاب. ويعكس هذا التصنيف الطبي الطبيعة المزمنة والمتكررة لهذه الاضطرابات، والحاجة إلى تدخلات علاجية طويلة المدى تراعي الجوانب النفسية والبيولوجية والاجتماعية معا (American Psychiatric Association, 2022؛ World Health Organization, 2019)

وتشير الدراسات إلى أن الارتباط بين المواد المؤثرة نفسيا والانتكاسة لا يعود فقط إلى الخصائص الدوائية للمادة، بل يتأثر أيضا بالعوامل النفسية المصاحبة للتعاطي، مثل المعتقدات المعرفية المرتبطة بالمادة، وشدة الرغبة الملحة، وضعف مهارات المواجهة، إضافة إلى السياقات البيئية والاجتماعية المحفزة للتعاطي. ومن هنا، تؤكد النماذج العلاجية الحديثة على ضرورة الانتقال من التركيز على الامتناع السلوكي فقط إلى معالجة الدوافع النفسية الكامنة وراء استخدام المواد، وتعزيز مهارات التنظيم الانفعالي والتعامل مع الضغوط (Marlatt & Donovan, 2005).

وفي ضوء ما سبق، يتضح أن المواد المؤثرة نفسيا تمثل عنصرا مركزيا في فهم ظاهرة الإدمان والانتكاسة، ولا يمكن تناولها بمعزل عن السياق النفسي للأزمات والصدمات التي يمر بها الفرد. ويبرز هذا الفهم أهمية البرامج العلاجية النفسية، ومنها العلاج الجدلي السلوكي، التي تستهدف معالجة العوامل النفسية والانفعالية المرتبطة بالتعاطي، بما يسهم في الحد من الميل نحو الانتكاسة ودعم استمرارية التعافي.

ثالثاً: الأنتكاسة:

تعد الانتكاسة من المفاهيم المحورية في مجال اضطرابات استخدام المواد المؤثرة نفسيا، وتشير في الأدبيات إلى العودة إلى التعاطي أو إلى الميل والرغبة القوية في ذلك بعد فترة من الامتناع أو العلاج. ولا ينظر إلى الانتكاسة في الاتجاهات الحديثة على أنها فشل علاجي بقدر ما تفهم بوصفها جزءا محتملا من المسار الديناميكي للتعافي من الإدمان، حيث تتداخل العوامل النفسية والسلوكية والاجتماعية والبيئية في تشكيلها وتكرارها (Marlatt & Witkiewitz,2004 ؛Gordon, 1985 & Marlatt)

وتؤكد النماذج النظرية المعاصرة أن الانتكاسة لا تحدث بشكل مفاجئ، بل تتطور تدريجيا عبر مراحل نفسية ومعرفية وانفعالية تسبق السلوك الإدماني الفعلي، تبدأ غالبا باضطرابات في تنظيم الانفعالات وضعف في مهارات المواجهة، يليها ازدياد التعرض للمثيرات عالية الخطورة، ثم تصاعد الرغبة الملحة في التعاطي، وهو ما يجعل الميل نحو الانتكاسة مؤشرا نفسيا تنبؤيا بالغ الأهمية في الوقاية والتدخل المبكر (Donovan & Marlatt,2005).

وتشير الأدبيات إلى أن الانتكاسة ترتبط ارتباطا وثيقا بمجموعة من العوامل المتداخلة، أبرزها الضغوط النفسية، وصعوبات التنظيم الانفعالي، والمعتقدات المعرفية المشوهة المتعلقة بالتعاطي، وضعف الكفاءة الذاتية، إضافة إلى محدودية الدعم الاجتماعي والتعرض المستمر للمثيرات البيئية المرتبطة بالمادة. كما تعد الأزمات النفسية والصدمات غير المعالجة من العوامل الجوهرية التي تزيد من هشاشة التعافي، إذ يلجأ بعض الأفراد إلى التعاطي بوصفه وسيلة غير تكيفية للتخفيف من الألم النفسي أو الهروب من المشاعر السلبية المرتبطة بالأزمة (Van der Kolk, 2014 ؛Herman, 1992)

تعد الانتكاسة إلى المواد المؤثرة نفسيًا ظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد، تتداخل فيها عوامل نفسية وبيولوجية واجتماعية. وقد سعت العديد من النظريات والنماذج إلى تفسير هذه الظاهرة من أجل فهم أسبابها وتقديم استراتيجيات للحد من حدوثها.

وفي هذا السياق، تبرز نظرية الوقاية من الانتكاسة بوصفها أحد أهم الأطر النظرية المفسرة لآليات العودة إلى التعاطي، حيث تؤكد أن احتمالية الانتكاسة تزداد عندما يواجه الفرد مواقف عالية الخطورة في ظل نقص مهارات المواجهة الفعالة، وانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، وارتفاع شدة الرغبة في التعاطي. وتفترض هذه النظرية أن تعزيز مهارات التأقلم، وإعادة بناء التفسيرات المعرفية للمواقف الضاغطة، وتعلم استراتيجيات إدارة الرغبة الملحّة، يسهم في الحد من احتمالية الانتكاسة حتى في وجود ضغوط مستمرة (Marlatt,1985 & Gordon).

تركز النظرية الكيميائية العصبية على التغيرات البيولوجية المصاحبة للاعتماد على المواد المؤثرة نفسيًا، حيث تفسر الانتكاسة بحدوث خلل في كيمياء الدماغ، ولا سيما نقص الدوبامين، مما يؤدي إلى ظهور الاشتياق والرغبة القهرية في التعاطي، إضافة إلى ارتباط التعاطي بالدوافع الأساسية للبقاء، ووجود خلل في مناطق دماغية مرتبطة بالذاكرة والاسترجاع (خليل، 2005).

أما النظرية السلوكية فتنظر إلى الانتكاسة بوصفها سلوكًا متعلمًا يتأثر بالبيئة المحيطة، مثل سهولة الحصول على المادة، وضغوط جماعة الرفاق، وغياب النماذج الإيجابية، حيث يصبح التعاطي استجابة شرطية لحالات انفعالية معينة تدفع الفرد للعودة إلى السلوك الإدماني (سلام، 2009).

في حين تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي أن الانتكاسة تحدث نتيجة التعلم بالملاحظة والمحاكاة والتعزيز داخل السياق الاجتماعي، وتفترض أن العودة للتعاطي غالبًا ما تكون تدريجية نتيجة التعرض المستمر لمواقف أو أشخاص يعززون السلوكيات السابقة، خاصة عندما ارتبط التعاطي سابقًا بمكافآت قصيرة المدى أو تخفيف الضغوط النفسية (Hughes & Taylor.2023)

ويُعد نموذج الوقاية من الانتكاسة من أبرز النماذج التفسيرية، حيث يرى أن الانتكاسة عملية تدريجية ناتجة عن تفاعل عوامل متعددة، مثل التعرض لمواقف عالية الضغط، واستدعاء خبرات المكافأة السابقة، وضعف استراتيجيات التأقلم. ويركز النموذج على تعليم مهارات الوقاية من الانتكاسة، كإدارة الانفعالات، والتفكير النقدي، وبناء بيئة داعمة للحد من احتمالية العودة إلى التعاطي (Peterson, 2018)

ومن منظور تكاملي، ينظر العلاج الجدلي السلوكي إلى الانتكاسة باعتبارها نتاجا لخلل في تنظيم الانفعالات وعدم القدرة على تحمل الضغوط النفسية. ويركز هذا المدخل العلاجي على تنمية مهارات اليقظة الذهنية وتنظيم الانفعالات وتحمل الضغوط والفاعلية بين الشخصية، بما يسهم في تقليل السلوكيات الاندفاعية وتعزيز الاستجابات التكيفية، الأمر الذي يجعله إطارا علاجيًا مناسبًا للحد من الانتكاسة(Linehan, 1993؛ Linehan, 2008 & Dimeff).

وتأسيسا على ما سبق، يتضح أن الانتكاسة ظاهرة متعددة الأبعاد تتطلب تدخلًا نفسيًا يعالج الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية الكامنة وراءها، ولا يقتصر على منع التعاطي فحسب، وهو ما يؤكد أهمية البرامج العلاجية القائمة على نماذج شمولية مثل العلاج الجدلي السلوكي في دعم استمرارية التعافي والحد من العودة إلى السلوكيات الإدمانية.

تعتمد الدراسة الحالية في تفسير ظاهرة الانتكاسة على نظرية الإجهاد بوصفها الإطار النظري الذي يوجّه فهم العلاقة بين الضغوط النفسية واحتمالية العودة إلى تعاطي المواد المؤثرة نفسيًا. وتنطلق هذه النظرية من أن الانتكاسة لا تمثل فشلًا إراديًا في التعافي، وإنما تُعدّ استجابة نفسية وسلوكية ناتجة عن التعرض لضغوط نفسية تتجاوز قدرة الفرد على التكيف وإدارة الانفعالات. ووفقًا لهذا المنظور، ينشأ الإجهاد عندما يُدرك الفرد أن متطلبات المواقف الضاغطة تفوق موارده الذاتية، مما يؤدي إلى اضطراب التنظيم الانفعالي وضعف السيطرة الذاتية وزيادة الميل إلى التعاطي كوسيلة غير تكيفية لتخفيف التوتر (Folkman & Lazarus,1984)

وتشير الأدبيات إلى أن الإجهاد النفسي، سواء كان حادا أو مزمنا، يرتبط بارتفاع معدلات الانتكاسة، حيث يضعف عمليات اتخاذ القرار ويزيد من الاندفاعية والحساسية للمحفزات المرتبطة بالمادة النفسية، الأمر الذي يرفع من احتمالية العودة إلى التعاطي (McEwen, 2007؛ Sinha, 2008) وبناءً عليه، تعد نظرية الإجهاد إطارا نظريا للدراسة الحالية، ولتوجيه تصميم البرنامج العلاجي المستخدم في الحد من الانتكاسة من خلال خفض مستويات الإجهاد وتعزيز مهارات المواجهة الفعالة.

الدراسات السابقة:

أجرى **دايمف ولينهان (Linehan & Dimeff,2008)** في الولايات المتحدة الأمريكية دراسة تطويرية تحليلية هدفت إلى بناء نسخة مكيفة من العلاج الجدلي السلوكي موجهة للأفراد المعتمدين على المواد المؤثرة نفسيًا. استندت الدراسة إلى مراجعة منهجية لتسع تجارب سريرية عشوائية محكمة، ودمجت بين العلاج الفردي، والتدريب الجماعي على المهارات، والاستشارة الهاتفية، ودعم المعالجين، مع إدخال مفهوم «الامتناع الجدلي» لتعزيز الدافعية وتقليل السلوك الإدماني. أظهرت النتائج انخفاضا دالاً إحصائيا في معدلات التعاطي،

وارتفاعا في نسب الامتناع، وتحسنا في الالتزام بالعلاج مقارنة بالبرامج التقليدية، كما ارتبط الالتزام ببروتوكول العلاج الجدلي السلوكي بزيادة عينات الفحص السلبية واستمرارية أعلى في العلاج. وخلصت الدراسة إلى أن العلاج الجدلي السلوكي الموجه لاضطرابات استخدام المواد يمثل نموذجًا فعالًا في خفض الانتكاسة وتحسين التنظيم الانفعالي وضبط الاندفاع.

أجرى **بليجان وزملاؤه (Bilican et al., 2022)** في تركيا دراسة تجريبية هدفت إلى اختبار فاعلية التدريب الجماعي على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض شدة استخدام المواد وتحسين التنظيم الانفعالي لدى المصابين باضطراب استخدام المواد. تكونت العينة من تسعة مشاركين ذكور تراوحت أعمارهم بين 17 و34 سنة، وخضعوا لبرنامج علاجي استمر عشرين أسبوعا. أظهرت النتائج انخفاضا دالا في شدة الاستخدام وعدد الاختبارات الإيجابية للمواد، إلى جانب تحسن ملحوظ في مهارات التنظيم الانفعالي. وأكد الباحثون أن تدريب مهارات العلاج الجدلي السلوكي يمثل خيارا علاجيا واعدا في تعزيز الامتناع وتقليل السلوك الإدماني.

في كندا، أجرى **داروس وزملاؤه (Daros et al., 2024)** دراسة تجريبية هدفت إلى تقييم القبول والجدوى والفاعلية الأولية لتدخل إلكتروني ذاتي التوجيه قائم على مبادئ العلاج الجدلي السلوكي لدى المصابين باضطراب استخدام المواد. شملت العينة 72 مشاركا وزعوا على مجموعتي وصول فوري ومؤجل، وتلقوا برنامجا إلكترونيا لمدة 12 أسبوعا. أظهرت النتائج معدلات التزام مرتفعة تجاوزت 75%، مع انخفاض دال في استخدام المواد والكحول، وتحسن واضح في التنظيم الانفعالي وضبط الاندفاع، وانخفاض أعراض الاكتئاب والقلق. وخلصت الدراسة إلى أن العلاج الجدلي السلوكي الإلكتروني يمثل تدخلا فعالا ومقبولا في علاج اضطرابات استخدام المواد.

قدمت **هيريرا–بالاثيوس (Herrera–Palacios, 2024)** في المكسيك دراسة تحليلية هدفت إلى استكشاف الإطار النظري للعلاج الجدلي السلوكي وتطبيقاته في اضطرابات استخدام المواد المؤثرة نفسيا، مع التركيز على خفض الانتكاسة وتحسين التنظيم الانفعالي. أظهرت الدراسة أن العلاج الجدلي السلوكي يعدل آليات نفسية مركزية مثل الاندفاعية وضعف تحمل الضيق وصعوبات إدارة الضغوط، وأن أثره يمتد ليشمل تعزيز الوعي الذاتي ومهارات التكيف والعلاقات الاجتماعية. كما أشارت إلى فاعلية دمج العلاج الجدلي السلوكي في البرامج الجماعية أو الإلكترونية، خاصة لدى الفئات محدودة الوصول للعلاج التقليدي.

في إيطاليا، أجرى **دي كريشينزو وزملاؤه (De Crescenzo et al., 2018)** دراسة وصفية قارنت فاعلية البرامج النفسية والاجتماعية المختلفة في علاج اضطرابات تعاطي المنشطات والحد من الانتكاسة. شملت التحليلات 50 تجربة عشوائية محكمة ضمت أكثر من 6,900 مشارك. أظهرت النتائج تفوق إدارة الطوارئ والعلاج المعرفي السلوكي في تعزيز الامتناع وخفض معدلات الانتكاسة مقارنة بالتدخلات الأخرى، مع ارتفاع نسب الاستمرار في العلاج. وأشارت الدراسة إلى تفاوت فاعلية البرامج العلاجية في الوقاية من الانتكاسة تبعا لطبيعة التدخل.

في الولايات المتحدة الأمريكية، أجرى **ماجيل وزملاؤه (Magill et al., 2019)** دراسة وصفية هدفت إلى تقدير فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات استخدام الكحول والمواد الأخرى مقارنة بمستويات مختلفة من الشروط الضابطة. شملت الدراسة 30 تجربة عشوائية محكمة. أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي حقق أثرًا دالًا متوسط الحجم في خفض تكرار وكميات التعاطي خلال فترات المتابعة القصيرة والطويلة، خاصة عند مقارنته بالعلاج غير المتخصص. وخلصت الدراسة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يمثل تدخلًا فعالًا ومتسقًا في خفض الانتكاسة.

أجرت **راي وزملاؤها (Ray et al., 2020)** في الولايات المتحدة دراسة وصفية لتقييم فاعلية العلاجات النفسية والسلوكية مقارنة بالعلاج الدوائي أو الاعتيادي في خفض الانتكاسة. شملت الدراسة 50 تجربة عشوائية محكمة ضمت أكثر من 9,500 مشارك. أظهرت النتائج تفوق العلاج المعرفي السلوكي في خفض الانتكاسة مع استمرار الأثر حتى 12 شهرا، خاصة عند دمجه مع العلاج الدوائي. وخلص الباحثون إلى أن العلاج المعرفي السلوكي لا يزال من أكثر التدخلات فاعلية للوقاية من الانتكاسة.

في إسبانيا، **أجرى بوليفار وزملاؤه (Bolívar et al., 2021)** دراسة وصفية هدفت إلى تقدير فاعلية برامج إدارة الطوارئ في علاج اضطرابات استخدام الأفيونات. شملت الدراسة 74 تجربة عشوائية محكمة ضمت أكثر من 10,000 مشارك. أظهرت النتائج تفوق إدارة الطوارئ في تعزيز الامتناع والاستمرارية في العلاج، مع فاعلية أعلى للتعزيزات المادية الفورية، خاصة عند دمجها مع العلاج الدوائي المساعد. وخلصت الدراسة إلى أن إدارة الطوارئ من أكثر الأساليب فاعلية في منع الانتكاسة.

أجرى **سكزينسكي وزملاؤه (Skrzynski et al., 2023)** في الولايات المتحدة دراسة تجريبية قارنت فاعلية برنامج الوقاية من الانتكاسة القائم على اليقظة الذهنية بالبرنامج التقليدي لدى المصابين باضطراب استخدام الكحول. تكونت العينة من 165 مشاركًا، وتمت متابعتهم لمدة ستة أشهر. أظهرت النتائج انخفاضًا دالًا في عدد أيام الشرب وتحسنًا في التنظيم الانفعالي لدى مجموعة اليقظة الذهنية، مع استمرار الأثر العلاجي خلال المتابعة. وخلصت الدراسة إلى أن اليقظة الذهنية تمثل بديلاً فعالًا ومكملاً لبرامج الوقاية من الانتكاسة.

أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تختلف الدراسة الحالية عن عدد من الدراسات السابقة من حيث السياق التطبيقي والتصميم المنهجي وطبيعة العينة. فبينما ركزت دراسة دايمِف ولينهان (Linehan &Dimeff,2008) على تطوير نموذج علاجي تكيفي قائم على العلاج الجدلي السلوكي من خلال مراجعة تجارب سريرية متعددة، جاءت الدراسة الحالية كتطبيق ميداني مباشر لبرنامج علاجي محدد في بيئة علاجية واقعية، وباستخدام تصميم شبه تجريبي بمجموعتين (تجريبية وضابطة)، الأمر الذي يتيح تقدير الأثر السببي للتدخل بشكل أوضح. كما أن بعض الدراسات، مثل (Bilican et al. 2022)، اقتصرت على عينات صغيرة جدا وبرامج تدريب مهارات فقط ، في حين اعتمدت الدراسة الحالية برنامجا علاجيا متكاملا قائما على مبادئ العلاج الجدلي السلوكي وليس مجرد تدريب مهارات معزول.

وتختلف الدراسة الحالية كذلك عن الدراسات التي تناولت التدخلات الإلكترونية أو الذاتية التوجيه، مثل دراسة (Daros et al. 2024) ، إذ ركزت الأخيرة على القبول والجدوى الأولية للتدخل الرقمي، بينما اعتمدت الدراسة الحالية على تدخل علاجي حضوري منظم، بما يسمح بدرجة أعلى من الضبط العلاجي والتفاعل العلاجي المباشر. كما تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات الوصفية والتحليلية واسعة النطاق مثل (De Crescenzo et al., 2018؛ Magill et al., 2019؛ Ray et al., 2020؛ Bolívar (et al., 2021 التي هدفت إلى المقارنة بين نماذج علاجية متعددة، في حين ركزت الدراسة الحالية على اختبار فاعلية نموذج علاجي محدد العلاج الجدلي السلوكي دون مقارنته بنماذج أخرى.

كذلك تختلف الدراسة الحالية عن برامج الوقاية من الانتكاسة القائمة على اليقظة الذهنية (Skrzynski et al., 2023) من حيث الإطار النظري العلاجي، إذ تستند الدراسة الحالية إلى النموذج الجدلي السلوكي بما يتضمنه من تنظيم انفعالي، وضبط الاندفاعية، وتحمل الضيق، في حين تركز برامج اليقظة الذهنية على الوعي اللحظي والانتباه غير الحكمي. ويضاف إلى ذلك أن الدراسة الحالية تعد من الدراسات المحدودة في السياق العربي، بينما أجريت معظم الدراسات السابقة في بيئات غربية، مما يمنحها خصوصية ثقافية وسياقية مميزة.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تأسيس الإطار النظري والمهني للبرنامج العلاجي، حيث دعمت نتائج دراسات دايمِف ولينهان (2008) وهيريرا–بالاثيوس (2024) اختيار العلاج الجدلي السلوكي كنموذج علاجي مناسب لاضطرابات استخدام المواد، نظرا لفاعليته في خفض الاندفاعية، وتعزيز التنظيم الانفعالي، وتقوية الدافعية للامتناع، وهي متغيرات ترتبط ارتباطا مباشرا بالانتكاسة. كما أسهمت نتائج (Bilican et al. 2022) و (Daros et al. 2024) في دعم التركيز على مهارات العلاج الجدلي السلوكي الأساسية بوصفها آليات تغيير مركزية يمكن توظيفها داخل البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية.

كذلك استفادت الدراسة الحالية من المراجعات المنهجية والتحليلية واسعة النطاق (De Crescenzo et al., 2018؛ Magill et al., 2019؛ Ray et al., 2020؛ Bolívar et al., 2021) في تحديد موقع العلاج الجدلي السلوكي ضمن خارطة التدخلات العلاجية الفعالة في الوقاية من الانتكاسة، وإبراز الحاجة إلى دراسات تطبيقية تركز على نموذج علاجي واحد بدل الاقتصار على المقارنات العامة. كما أسهمت دراسات الوقاية من الانتكاسة واليقظة الذهنية (Skrzynski et al., 2023) في تعزيز التوجه نحو قياس الأثر العلاجي على المدى القصير، والتركيز على المتغيرات النفسية الوسيطة المرتبطة بالانتكاسة.

وبوجه عام، أسهمت الدراسات السابقة في توجيه الدراسة الحالية نحو اختيار التصميم شبه التجريبي المناسب، وتحديد المتغير التابع (الانتكاسة)، وبناء البرنامج العلاجي على أسس علمية مدعومة بالأدلة، مع السعي إلى سد فجوة بحثية تتعلق بتطبيق العلاج الجدلي السلوكي في سياق علاجي محلي وبعينة إكلينيكية محددة، بما يعزز القيمة العلمية والتطبيقية للدراسة الحالية.

فروض الدراسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس الانتكاسة.

توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لمقياس الانتكاسة لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس الانتكاسة لصالح التجريبية.

منهج الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة أستخدم (الباحث) في هذه الدراسة على المنهج شبة التجريبي حيث ان تصميم الدراسة مبني على أساس تصميم برنامج قائم على العلاج الجدلي السلوكي للتعامل مع الانتكاسة.

جدول (1) التصميم شبة التجريبي للدراسة

م	الإجراء	تجريبية	ضابطة
1	قياس قبلي	✓	✓
2	برنامج علاج جدلي سلوكي	✓	x
3	قياس بعدي	✓	✓

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من المراجعين والمرضى الخاضعين لبرامج العلاج والتأهيل بمجمع إرادة والصحة النفسية (خدمات إرادة) بمدينة جدة، من الذين لديهم تاريخ إدمان للمواد المؤثرة نفسياً ويصنفون ضمن الفئة الأكثر عرضة للانتكاسة. والذين يترددون بانتظام على المستشفى خلال العام الأكاديمي 2025/2024. ووفقاً للسجلات الرسمية، قدر عدد المراجعين بما يقارب (90) مريضاً.

عينة الدراسة:

تم اختيار أفراد عينة الدراسة بطريقة قصدية من بين المرضى المنتكسين إلى المواد المؤثرة نفسيا، وذلك بعد تطبيق مقياس الانتكاسة لتحديد مستوى الانتكاسة لديهم، حيث تم اعتماد الأفراد الذين تقع درجاتهم ضمن الرباعي الأعلى (Upper Quartile) على المقياس، بما يشير إلى ارتفاع مستوى الانتكاسة. وقد روعي في اختيار العينة انطباق معايير محددة، شملت ثبوت تشخيص الاعتماد على مادة مؤثرة نفسيا ووجود تاريخ انتكاسة بعد فترة من الامتناع، مع توافر الاستقرار الطبي والنفسي الذي يسمح بالمشاركة في الدراسة.

وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين متكافئتين على النحو الآتي:

المجموعة التجريبية (15 مشاركاً): خضعوا للبرنامج العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي المصمم خصيصاً لهذه الدراسة.

المجموعة الضابطة (15 مشاركاً): لم يتلقوا البرنامج العلاجي خلال فترة الدراسة، واقتصروا على المتابعة الاعتيادية التي تقدمها خدمات المستشفى.

أدوات الدراسة:

مقياس الأنتكاسة

وصف المقياس: أعد الباحث مقياس الانتكاسة ليتناسب مع البيئة السعودية، ويهدف إلى تحديد مستوى الانتكاسة إلى المواد المؤثرة نفسيا بعد فترة من الامتناع، الناتجة عن تفاعل عوامل نفسية وسلوكية ومعرفية واجتماعية وبيولوجية، والتي تضعف قدرة الفرد على الحفاظ على التعافي وتزيد من احتمالية العودة إلى التعاطي. كما يهدف المقياس إلى قياس شدة ونوعية مؤشرات الانتكاسة المرتبطة بالسياقات الانفعالية والاجتماعية والسلوكية والمعرفية والبيولوجية للفرد. ويتكون المقياس في صورته النهائية من (44) فقرة موزعة على خمسة أبعاد تمثل الجوانب الانفعالية والاجتماعية والسلوكية والبيولوجية والمعرفية المرتبطة بالانتكاسة.

وقد استند بناء المقياس إلى الأدبيات والنماذج النظرية المفسرة للانتكاسة والوقاية منها، وفي مقدمتها نموذج الوقاية من الانتكاسة الذي طوره مارلبات وجوردن (Gordon & Marlatt,1985) والنموذج البيولوجي– النفسي– الاجتماعي لإنجل (Engel, 1977) إضافة إلى ما ورد في التراث النظري والدراسات الحديثة حول محددات الانتكاسة في اضطرابات استخدام المواد. كما تم الاسترشاد بعدد من الأدوات العالمية المقننة الخاصة بتقييم شدة التعاطي ومؤشرات الانتكاسة، مثل مقياس اضطرابات استخدام الكحول (Babor et al., 2001) ومقياس اضطرابات استخدام المخدرات (Berman et al., 2005)، ومؤشر شدة الإدمان ((McLellan et al., 1992، ومقياس شدة الرغبة القهرية للتعاطي (Anton et al., 1995) بما أسهم في تحديد أبعاد المقياس وصياغة فقراته وفق أفضل الممارسات العلمية في بناء المقاييس النفسية.

وللتحقق من صدق المحتوى، عرضت النسخة الأولية من المقياس على سبعة محكمين من المختصين في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي وعلاج الإدمان، وجاءت نسب الاتفاق بينهم مرتفعة (90–100%)، مما يؤكد ملاءمة الفقرات لأبعادها. كما طبق المقياس على عينة استطلاعية مكوّنة من (ن = 90) مشاركا؛ بهدف فحص خصائصه السيكومترية. وقد تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، حيث أظهرت النتائج وجود معاملات ارتباط دالة إحصائيا لمعظم الفقرات، بما يدل على اتساق داخلي مرتفع بين الفقرات وأبعادها. وتم استبعاد الفقرات التي لم تحقق دلالة إحصائية، وإعادة تنظيم العبارات بما يسهم في تحسين البناء الداخلي للمقياس.

أما ثبات المقياس، فقد جرى التحقق منه باستخدام معامل كرونباخ ألفا، حيث بلغت قيمة معامل الثبات الكلي ($\alpha = 0.907$) وهي قيمة مرتفعة تشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والاعتمادية. كما تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية بين (0.563–0.708)، وهي قيم مقبولة إلى مرتفعة وفق المعايير السيكومترية المعتمدة، مما يؤكد صلاحية المقياس للتطبيق الميداني وإمكانية الاعتماد على نتائجه.

ويطبق المقياس بصورة فردية أو جماعية، ويستجيب المفحوص على فقراته وفق مقياس ليكرت خماسي، مع عكس درجات الفقرات السالبة. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (44–220) درجة، وتشير الدرجات الأعلى إلى ارتفاع مستوى شدة الميل نحو الانتكاسة. واعتمد الباحث في تفسير الدرجات على منهجية الحدود المئينية لتحديد مستويات الانتكاسة (من منخفض جدا إلى مرتفع جدا)، استنادا إلى توزيع درجات العينة الاستطلاعية.

رابعاً: أستعراض النتائج ومناقشتها:

الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس الانتكاسة.

جدول (2)

دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على الدرجة الكلية ودرجة الأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاسة

مقياس الانتكاسة	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البعد الانفعالي	التجريبية (ن = 15)	14.93	224.00	0.365	0.715
	الضابطة (ن=15)	16.07	241.00		
البعد الاجتماعي	التجريبية (ن = 15)	14.27	214.00	0.787	0.432
	الضابطة (ن=15)	16.73	251.00		
البعد السلوكي	التجريبية (ن = 15)	16.20	243.00	0.441	0.659
	الضابطة (ن=15)	14.80	222.00		
بعد البيولوجي	التجريبية (ن = 15)	16.97	254.50	0.976	0.329
	الضابطة (ن=15)	14.03	210.50		
بعد المعرفي	التجريبية (ن = 15)	14.13	212.00	0.894	0.372
	الضابطة (ن=15)	16.87	253.00		
الدرجة الكلية	التجريبية (ن = 15)	15.47	232.00	0.021	0.983
	الضابطة (ن=15)	15.53	233.00		

** دال عند مستوى دلالة 0,01 *دال عند مستوى دلالة 0,05

أظهرت نتائج اختبار مان–وتني (Mann–Whitney) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس الانتكاسة، سواء على الدرجة الكلية أو على جميع الأبعاد الفرعية (الانفعالي، الاجتماعي،

ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing

السلوكي، البيولوجي، المعرفي)، حيث جاءت جميع قيم الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05). وبذلك يقبل الفرض الأول، مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

تتفق هذه النتيجة مع ما أكدت عليه الدراسات التجريبية وشبه التجريبية في مجال علاج اضطرابات استخدام المواد، والتي تشدد على ضرورة تحقق التكافؤ القبلي بين المجموعات لضمان سلامة تفسير الأثر العلاجي، كما ورد في دراسات(Linehan & Dimeff, 2008)، و(Magill et al, 2019)، و(Ray et a,l2020)، حيث أوضحت هذه الدراسات أن غياب الفروق القبلية في شدة الانتكاسة يمثل شرطا منهجيا أساسيا لعزو التغيرات اللاحقة إلى التدخل العلاجي وليس إلى فروق سابقة بين الأفراد.

ويعزي الباحث هذه النتيجة إلى حسن اختيار أفراد العينة وتجانسهم من حيث الخصائص الأساسية المرتبطة بالانتكاسة، إضافة إلى خضوعهم لظروف علاجية متقاربة قبل تنفيذ البرنامج. كما تشير هذه النتيجة إلى أن مستويات الإجهاد النفسي والعوامل الانفعالية والمعرفية والسلوكية المرتبطة بالانتكاسة كانت متقاربة بين المجموعتين قبل التدخل، وهو ما يتسق مع افتراضات نظرية الإجهاد التي ترى أن الأفراد المعرضين لظروف ضاغطة متشابهة يُظهرون مستويات متقاربة من القابلية للانتكاسة قبل أي تدخل علاجي (Sinha, 2008)(Folkman, & Lazarus,1984).

الفرض الثاني: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لمقياس الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسياً لدى المجموعة التجريبية "

جدول (3)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الانتكاسة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس الانتكاسة والدرجة الكلية

ابعاد المقياس	نتائج القياس				متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمةZ	مستوى الدلالة
	القياس القبلي		القياس البعدي					
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
البعد الانفعالي	34.53	1.246	31.60	1.121	8.00	120.00	-3.771	0.001
البعد الاجتماعي	33.53	1.246	30.60	1.121	8.00	120.00	-3.771	0.001
البعد السلوكي	35.53	1.246	32.60	1.121	8.00	120.00	-3.771	0.001
البعد البيولوجي	32.27	0.799	29.27	0.799	8.00	120.00	-3.873	0.001

ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing

البعد المعرفي	36.67	1.047	30.47	1.060	8.00	120.00	-3.626	0.001
الدرجة الكلية	172.53	5.501	154.53	5.139	8.00	120.00	-3.573	0.001

** دال عند مستوى دلالة 0,01 *دال عند مستوى دلالة 0,05

أظهرت نتائج اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon–Test) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على جميع أبعاد مقياس الانتكاسة والدرجة الكلية، وجاءت الفروق لصالح القياس البعدي، مما يدل على حدوث انخفاض دال في مستويات الانتكاسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي.

تتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات السابقة التي أكدت فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في خفض الانتكاسة وتحسين التنظيم الانفعالي وضبط الاندفاع لدى الأفراد المعتمدين على المواد المؤثرة نفسيا، مثل دراسة (Linehan & Dimeff,2008)، ودراسة Bilican et al. 2022)، ودراسة (Daros et al. 2024)، حيث أشارت هذه الدراسات إلى أن تدريب مهارات العلاج الجدلي السلوكي يسهم بصورة مباشرة في خفض شدة التعاطي وتقليل السلوكيات الاندفاعية المرتبطة بالانتكاسة.

تختلف هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي وجدت أن أثر التدخلات العلاجية قد يقتصر على بعض الأبعاد دون غيرها، أو يتطلب فترات زمنية أطول لظهور أثره الكامل، كما ورد في بعض برامج العلاج المعرفي السلوكي أو الوقاية التقليدية من الانتكاسة Magill et al., 2019 إلا أن شمولية التحسن في جميع الأبعاد لدى المجموعة التجريبية في الدراسة الحالية تعد مؤشرا على قوة التدخل المستخدم وتكامله.

ويفسر الباحث هذه النتيجة في ضوء نظرية الإجهاد، حيث يُسهم برنامج العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستويات الإجهاد النفسي من خلال تعزيز مهارات تحمل الضيق، والتنظيم الانفعالي، والوعي بالمحفزات، مما يقلل من لجوء الأفراد إلى التعاطي كآلية غير تكيفية لمواجهة الضغوط. كما أن إدخال مهارات العلاج الجدلي السلوكي يساعد في إعادة بناء استجابات الفرد للضغوط النفسية، بما يدعم التكيف الإيجابي ويحد من الميل إلى الانتكاسة (Folkman & Lazarus,2008؛ McEwen, 2007)

الفرض الثالث:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس الانتكاسة على المواد المؤثرة نفسياً وذلك لصالح المجموعة التجريبية"

جدول (4)

بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في الدرجة الكلية ودرجة الأبعاد الفرعية لمقياس الانتكاس على المواد النفسية

مقياس الانتكاسة	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
البعد الانفعالي	التجريبية (ن = 15)	8.53	128.00	-4.400**	0.001
	الضابطة (ن=15)	22.47	337.00		
البعد الاجتماعي	التجريبية (ن = 15)	8.27	124.00	-4.545**	0.001
	الضابطة (ن=15)	22.73	341.00		
البعد السلوكي	التجريبية (ن = 15)	11.67	175.00	-2.418**	0.01
	الضابطة (ن=15)	19.33	290.00		
بعد البيولوجي	التجريبية (ن = 15)	8.00	120.00	-4.749**	0.001
	الضابطة (ن=15)	23.00	345.00		
بعد المعرفي	التجريبية (ن = 15)	8.00	120.00	-4.727**	0.001
	الضابطة (ن=15)	23.00	345.00		
الدرجة الكلية	التجريبية (ن = 15)	8.00	120.00	-4.682**	0.001
	الضابطة (ن=15)	23.00	345.00		

** دال عند مستوى دلالة 0,01 *دال عند مستوى دلالة 0,05

أظهرت نتائج اختبار مان–وتني وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على الدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة وجميع أبعاده الفرعية، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على اثر البرنامج العلاجي في خفض الانتكاسة مقارنة بعدم تلقي تدخل علاجي.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات متعددة أكدت تفوق البرامج العلاجية القائمة على العلاج الجدلي السلوكي في خفض معدلات الانتكاسة مقارنة بالتدخلات التقليدية أو الاعتيادية، كما في دراسات (Linehan & Dimeff,2008) و Herrera–Palacios (2024)، و (Daros et al. 2024). كما تتسق مع نتائج دراسات العلاج المعرفي السلوكي وإدارة الطوارئ التي أشارت إلى أن التدخلات النفسية المنظمة تتفوق على غياب التدخل في الوقاية من الانتكاسة (Ray et al., 2020؛ Bolívar et al., 2021).

تختلف هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي لم تجد فروقا كبيرة بين المجموعات في القياسات البعدية، خاصة في البرامج قصيرة المدى أو غير المكثفة، حيث قد لا يكون الأثر العلاجي واضحًا مقارنة بالمجموعات الضابطة. إلا أن وضوح الفروق في الدراسة الحالية قد يعزى إلى طبيعة البرنامج وتكامله واعتماده على مهارات العلاج الجدلي السلوكي الأساسية.

ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن البرنامج العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي أسهم في خفض مصادر الإجهاد النفسي وتعزيز الموارد النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما انعكس في انخفاض مستويات الانتكاسة مقارنة بالمجموعة الضابطة. ووفقًا لنظرية الإجهاد، فإن تعزيز مهارات المواجهة الفعالة يقلل من إدراك الضغوط بوصفها مهددة، ويحد من اللجوء إلى التعاطي كاستجابة انفعالية غير تكيفية، وهو ما يفسر الفروق الدالة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

مناقشة النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر للبرنامج العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستويات الانتكاسة إلى المواد المؤثرة نفسيا لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث سجل انخفاض دال إحصائيا في الدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة وجميع أبعاده الفرعية (الانفعالي، الاجتماعي، السلوكي، البيولوجي، المعرفي) عقب تطبيق البرنامج. كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، مما يؤكد تكافؤ المجموعتين قبل التدخل العلاجي، في حين ظهرت فروق دالة إحصائيا في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، الأمر الذي يشير إلى أن التغير الحاصل يعزى إلى أثر البرنامج العلاجي. وتدل هذه النتائج على أن تدريب مهارات العلاج الجدلي السلوكي أسهم في تحسين التنظيم الانفعالي، وخفض الاندفاعية، وتعزيز التحكم في السلوكيات المرتبطة بالتعاطي، من خلال استهداف العوامل النفسية والسلوكية والمعرفية المرتبطة بالعودة إلى التعاطي. كما تعكس النتائج قدرة العلاج الجدلي السلوكي على تعزيز مهارات تحمل الضغوط، والوعي بالمحفزات، واتخاذ القرار، بما يدعم دوره كمدخل علاجي في برامج الحد من الانتكاسة، ويؤكد أن أثره لا يقتصر على خفض السلوك الإدماني فحسب، بل يمتد ليشمل تحسين الاستمرارية في العلاج والالتزام بالبرامج العلاجية.

التوصيات والمقترحات:

استنادًا إلى نتائج الدراسة، يوصي الباحث بما يلي:

1- تطبيق البرامج العلاجية القائمة على العلاج الجدلي السلوكي ضمن خطط علاج اضطرابات استخدام المواد في المراكز العلاجية المتخصصة.

2- تدريب الأخصائيين النفسيين والمعالجين على تطبيق بروتوكولات العلاج الجدلي السلوكي الموجهة للوقاية من الانتكاسة.

3-إدماج تدريب مهارات التنظيم الانفعالي وتحمل الضغوط ضمن البرامج العلاجية المقدمة للمتعافين من الإدمان.

مقترحات بحثية مستقبلية:

1-إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر للتحقق من استمرارية أثر العلاج الجدلي السلوكي في خفض الانتكاسة على المدى البعيد.

2-مقارنة فاعلية العلاج الجدلي السلوكي مع برامج علاجية أخرى مثل العلاج المعرفي السلوكي ، واليقظة الذهنية، وإدارة الطوارئ باستخدام تصاميم تجريبية متنوعة.

3-دراسة أثر تطبيق العلاج الجدلي السلوكي بصيغ إلكترونية أو هجينة في الحد من الانتكاسة، خاصة لدى الفئات التي تواجه صعوبة في الوصول إلى العلاج الحضوري.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية

رضوان، ع. م. (1999). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار الفكر العربي.

إبراهيم، عبد الستار. (2011). العلاج النفسي المعرفي السلوكي: الأسس النظرية والتطبيقية. القاهرة: دار الفكر العربي.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. New York, NY: Basic Books.

Lazarus, R. S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harvard Review of Psychiatry, 4(5), 231–244.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, NY: Guilford Press.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. Physiological Reviews, 87(3), 873–904.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. American Psychologist, 59(4), 224–235.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2006). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid-dependent women. Drug and Alcohol Dependence, 82(1), 13–21.
Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy, 48(9), 832–839.
Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 44(2), 73–80.
Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760–773.
Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine, 374(4), 363–371.
De Crescenzo, F., et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and meta-analysis. PLoS Medicine, 15(12), e1002715.
Magill, M., et al. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or drug use disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87(12), 1091–1105.
Ray, L. A., et al. (2020). Stress, alcohol use, and addiction. Neurobiology of Stress, 13, 100246.
Najavits, L. M. (2020). Finding your best self: Recovery from addiction, trauma, or both. New York, NY: Guilford Press.
Bolívar, H. A., et al. (2021). Dialectical behavior therapy for substance use disorders: A systematic review. Addictive Behaviors, 114, 106740.
Bilican, F. I., et al. (2022). The effectiveness of DBT-based interventions for substance use disorders: A meta-analytic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 134, 108525.
Cavicchioli, M., et al. (2023). Dialectical behavior therapy for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychology of Addictive Behaviors, 37(4), 418–432.
Skrzynski, C. J., et al. (2023). Emotion regulation and relapse risk in substance use disorders. Addictive Behaviors, 139, 107561.
Daros, A. R., et al. (2024). Advances in dialectical behavior therapy for addiction and relapse prevention. Current Opinion in Psychology, 55, 101690.
Herrera-Palacios, M., et al. (2024). Trauma-informed DBT interventions for substance use relapse. Journal of Substance Abuse Treatment, 156, 108889.
World Health Organization. (2019). International classification of diseases (11th ed.). Geneva: Author.
World Health Organization. (2021). Guidelines for the management of substance use disorders. Geneva: Author.
American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

ISSN: 2663-5798 || Arab Journal for Scientific Publishing

الإصدار التاسع – العدد السابع والثمانون
تاريخ الإصدار: 2 – كانون الثاني – 2026م
www.ajsp.net

"The Effect of Therpy Program Based on Dialectical Behavior fore Reducing Relapse to Psychoactive Substances"

Researcher:

Ali D. Al sehli

Faculty of Arts and Humanities || King Abdulaziz University || KSA

Supervised by:

Prof. Dr. Mohammad J. Jamalallail

Abstract:

This study aimed to examine the effect of therpy program based on Dialectical Behavior fore reducing relapse to psychoactive substances among patients. A quasi-experimental design with two groups (experimental and control) and pre- and post-measurements was employed. The study sample consisted of 30 patients, with 15 patients assigned to each group. The therapeutic program was applied to the experimental group, while the control group did not receive any therapeutic intervention. The Relapse to Psychoactive Substances Scale was used to collect the data.The results showed no statistically significant differences between the experimental and control groups in the pretest, indicating equivalence between the two groups prior to the implementation of the program. The findings also revealed statistically significant differences at the level of ($\alpha \leq 0.05$) between the pre- and post-measurements of the experimental group in favor of the post-measurement, as well as statistically significant differences between the two groups in the post-measurement in favor of the experimental group. These results indicate the effect of the DBT-based program in reducing relapse to psychoactive substances.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy; Relapse; Psychoactive Substances.