



**فعالية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينة من
المتعافين بمستشفى الامل بجدة**

إعداد

أ / عبدالرحمن موسى الزهراني

باحث دكتوراه

كلية التربية - جامعة الملك عبدالعزيز

د / صالح يحيى الغامدي

أستاذ علم النفس الارشادي

كلية التربية - جامعة الملك عبدالعزيز

فعالية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينة من المتعافين بمستشفى الأمل بجدة

المستخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى بحث فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينة من المتعافين بمستشفى الأمل بجدة. استخدمت هذه الدراسة مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (DERS-16) لبجوربييرج وآخرون (Bjureberg, et al, 2016) والمترجم إلى اللغة العربية من قبل (أحمد، سفيان، وأمين، 2019)، وبرنامج العلاج السلوكي الجدلي المعد من قبل الباحث. استخدمت هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي لتحقيق أهداف الدراسة مع إجراء اختبار قبلي وبعدي وتتبعي لدى عينة تكون من (11) فردا من الذكور المتعافين من الإدمان لمدة (16) أسبوعا بواقع (90) دقيقة.

أشارت النتائج الى فاعلية برنامج العلاج السلوكي الجدلي (DBT) بدلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في تحسين التنظيم الانفعالي (عدم قبول الانفعالات السلبية، صعوبة الانخراط في السلوك الموجه نحو الهدف، صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية عند الشعور بالضيق، محدودية الوصول إلى استراتيجيات تنظيم الانفعالات الفعالة ، نقص الوضوح الانفعالي)، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي في التنظيم الانفعالي لدى افراد المجموعة التجريبية.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي الجدلي، التنظيم الانفعالي، المتعافين من الإدمان.

مقدمة:

تحاول المجتمعات والدول السيطرة على المخدرات، إلا ان نسبة استخدام المخدرات في ارتفاع، حيث اشارت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022) أن هناك ١٨٠ ألف حالة وفاة في عام ٢٠١٩ وكان سببها المباشر هو إدمان المخدرات، وتقدر المنظمة أن هناك ما يقارب ٣٥ مليون شخص يعانون من ادمان المخدرات عالمياً، وما يقارب ٢٦٩ مليون شخص قد استخدموا المخدرات في السنوات الماضية من حياتهم.

وتعد مشكلة تعاطي المخدرات من أكبر التحديات المتزايدة في أنحاء العالم وتتسبب في مجموعة من المشاكل الصحية مع ارتفاع معدلات الامراض والوفيات لديهم، ويزداد الامر تعقيدا بسبب تعاطي أكثر من نوع من المخدرات مما يجعل علاجهم صعبا ويمثل تحديا كبيرا. (Ibrahim, Hussain, Alnasser, Almohandes, & Sarhandi, 2018)

ويؤكد كل من (خليفة، ٢٠١٧؛ Bassiony, 2013) من ان المشكلات الاسرية، وضغوطات الاقران، والقلق، وحب الاستكشاف، وضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة للتعامل مع الضغوطات النفسية، تعد من اهم أسباب تعاطي المخدرات والانتكاسات أيضا. ويناقش (Sinha, 2012) أن هناك توافق بين نتائج الدراسات التجريبية وتصوير الدماغ والملاحظات السريرية والتي تشير الى ان الخلل في الانفعالات والاستجابات للضغوطات احد الأسباب التي تلعب دورا كبيرا في التحفيز لتعاطي المخدرات. ويتفق (Maffei, Cavicchioli, Movalli,) (Cavallaro & Fossati, 2018) أن المزاج والانفعالات السلبية هي أبرز العوامل التي تحدد الاشتياق للمخدر والانتكاسات.

و في مراجعة (Vafaie & Kober, 2022) المنهجية والتي اشتملت على ٢٣٧ دراسة و ٥١٧٨٨ مشاركا، والتي وجدت ارتباط كبير بين محفزات المخدرات، و الاشتياق القوي في تناول وتعاطي المخدرات لاحقا ومن ثم الانتكاس.

فيما اشار وايس وآخرون (Weiss, et al., 2022) إلى أن صعوبة تنظيم الانفعالات مرتبط ارتباطا كبيرا باستخدام المخدرات. فيما حددت العديد من الدراسات أوجه القصور في

تنظيم الانفعالات كمؤشرات قوية لمخاطر تعاطي المخدرات. (Wilens, Martelon, Anderson, Shelley–Abrahamson, & Biederman, 2013; Cheetham, et al., 2015; Holtmann, et al., 2011)

فيما يرى العلاج الجدلي السلوكي (DBT) أن الخلل في تنظيم الانفعالات يقود إلى الاندفاعات الخطرة لدى متعاطي المخدرات، ويستهدف العلاج تنظيم الانفعالات كآلية أساسية للتغيير. (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011) وبعد الهدف الأساسي من العلاج الجدلي السلوكي هو مساعدة العملاء في بناء حياة تستحق العيش، ففي البداية كان هذا النوع من العلاج مختص بعلاج الافراد الذين لديهم سلوكيات انتحاريه مزمنة ثم تطور بعد ذلك الى استخدامه في العديد من الاضطرابات النفسية ومنها ادمان المخدرات. (Ward–Ciesielski, Limowski, & Krychiw, 2020)

وعلى الرغم من أن هناك العديد من الدراسات التي حددت فاعلية العلاج السلوكي الجدلي الا أن هناك حاجة ماسة الى مزيد من الدراسات لتقييم فاعلية برامج العلاج السلوكي الجدلي (Harned et al, 2009) وفي السنوات الأخيرة اصبح العلاج السلوكي الجدلي علاجاً مستقلاً لمساعدة مرضى الإدمان (Valentine, et al, 2019) ويهدف التدريب على المهارات في العلاج السلوكي الجدلي الى زيادة السلوكيات الموجهة نحو الأهداف وذلك من خلال التركيز على اربع مهارات رئيسية وهي اليقظة العقلية، التنظيم الانفعالي، العلاقات البين شخصية، تحمل الضغوط. (Salsman, 2020) وبشكل عام هناك بحوث قليلة حول التدريب فقط على مهارات العلاج السلوكي الجدلي (Flynn, et al, 2019)

ولا تزال المجتمعات في حاجة ماسة الى دراسات تختص للتعرف على الطرق والأساليب البحثية والعلاجية الحديثة، وهذه الدراسة تهدف الى أهمية استحداث برامج ارشادية وعلاجية مستندة على التوجهات الحديثة في العلاج النفسي والذي من أهمها العلاج الجدلي السلوكي في مستشفيات الامل بالمملكة العربية السعودية لتحسين التنظيم الانفعالي وخفض مستويات الاشتياق للمخدر لدى المتعافين من إدمان المخدرات .

مشكلة الدراسة:

تعد ظاهرة الإدمان من أكثر الظواهر انتشارا وتعقيدا مما شكلت هاجسا كبيرا للمجتمعات العالمية. فأضرار المخدرات الصحية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية والأمنية لا تقتصر على المتعاطي فقط، بل تطال الاسر والمجتمعات والحكومات.

وتشير دراسة (Ibrahim, Hussain, Alnasser, Almohandes, & Sarhandi, 2018) التي تم اجراؤها في مركز تأهيل المدمنين، والتي اثبتت ان ٧٣٪ من المرضى تتراوح أعمارهم بين ٢١-٤٠ عاما، ٦٠٪ منهم يستخدمون اكثر من مادة مخدرة في نفس الوقت، واطهرت الدراسة ان هناك زيادة في استخدام المواد المتعددة والامفيتامين. فيما اكدت دراسة كلا من (Alibrahim, Elawad, (Saquib, Rajab, Saquib, & AlMazrou, 2020) (Ibrahim, Hussain, Alnasser, Misau, Shaikh, & Allam, 2012) (Almohandes, & Sarhandi, 2018) Bassiony, 2013) أن اضطرابات تعاطي المخدرات في تزايد مستمر في المملكة العربية السعودية بالرغم من التوجه الحكومي القوي لمحاربة المخدرات من خلال السيطرة وفرض العقوبات على ترويج المخدرات بين أفراد المجتمع، ومن خلال تقديم الرعاية الصحية المجانية المتمثلة في مستشفيات الامل.

فيما قامت العديد من الدراسات باستخدام العلاج الجدلي السلوكي لعلاج عينات من النساء المصابات بالشخصية الحدية، واستخدام المخدرات، ومحاولات الانتحار، واضطرابات الاكل، وتنظيم الانفعالات لدى النساء المصابات بالشخصية الحدية، ولدى طلاب وطالبات الجامعة ممن لديهم اكتئاب مع او بدون قلق ولديهم ادمان شرب الكحوليات بكثرة.

(Linehan, et al., 1999; Linehan, et al., 2002; Van den Bosch, Verheul, Schippers, & van den Brink, 2002; Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & van den Brink, 2005; Harned, et al., 2008; Courbasson, Nishikawa, & Dixon, 2012; Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011; Whiteside, 2011; Navarro-Haro, et al., 2018)

ومن خلال استعراض الادب البحثي السابق كانت اغلب العينات مكونة من النساء فقط وممن لديهم شخصية حدية ولم تبحث الدراسات السابقة مدى فاعلية تحسين التنظيم الانفعالي وخفض الاشتياق للمخدر لدى المدمنين المتعافين الذكور العاديين باستخدام العلاج الجدلي السلوكي. ونظرا لتفشي ظاهرة الإدمان بين افراد المجتمع، وعدم وجود دراسة عربية - حسب علم الباحث - بحثت فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تنظيم الانفعالات والاشتياق للمخدر، ستحاول هذه الدراسة الإجابة على السؤال الرئيس التالي:

ما فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينة من المتعافين من الإدمان بمستشفى الامل بجدة ويتفرع من التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي بعد تطبيق البرنامج؟
- هل توجد فروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينة من المتعافين بمستشفى الامل بجدة.

أهمية الدراسة:

- تعد الدراسة الحالية إضافة جديدة للدراسات السابقة في نفس موضوعها حيث تساهم في الكشف عن الدور المحتمل لفاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينة الدراسة.
- مساعدة المدمنين المتعافين على اكتساب العديد من المهارات التي تساعد على مواجهة وبناء حياة جيدة تستحق العيش بعيدا عن المخدرات.
- إمكانية الاستفادة من البرنامج العلاجي في العديد من الأبحاث المشابهة المرتبطة بالإدمان وغيره من الاضطرابات النفسية.

مصطلحات الدراسة:

العلاج الجدلي السلوكي: Dialectical Behavior Therapy

هو منهج علاجي يهدف الى مساعدة الناس لبناء حياة تستحق العيش وتعلم الجمع بين إمكانية التغيير وتقبل الأشياء من خلال اربع مهارات أساسية، اليقظة العقلية، العلاقات البين شخصية، تنظيم الانفعالات، تحمل الضغط. (لينهان، ٢٠٢٠)

ويعرف اجرائيا بأنه برنامج علاجي منظم يستند على التدريب على أربع مهارات رئيسة وتشمل مهارات اليقظة الذهنية، مهارات تنظيم الانفعالات، مهارات العلاقات الفعالة، ومهارات تحمل الضغوط، والذي تم تطبيقه على افراد العينة خلال فترة زمنية محددة ، وذلك بهدف تحسين التنظيم الانفعالي وخفض مستوى الاشتياق للمخدر لدى افراد العينة.

التنظيم الانفعالي: Emotional Regulation

تنظيم الانفعالات هي عمليات متعددة الأوجه تتضمن الوعي وفهم الانفعالات من خلال تحديدها وتصنيفها، وقبول الانفعالات بشقيها السلبي والايجابي بدلا من قمعها، والقدرة على التحكم في السلوكيات الاندفاعية والتصرف وفقاً للأهداف المرغوبة عند وجود الانفعالات السلبية، والقدرة على استخدام استراتيجيات تنظيم الانفعالات المناسبة ظاهرياً بمرونة لتعديل الاستجابات العاطفية حسب الرغبة من أجل تلبية الأهداف الفردية والمتطلبات الظرفية. (Gratz and Romer, 2004) ويعرف اجرائيا بالدرجة التي حصل عليها المتعافي من خلال اجابته على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي المختصر لبجوربييرج وآخرون (Bjureberg, et al, 2016) وترجمة (عبادي، سفيان، و أمين، 2019) والمستخدم في هذه الدراسة.

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية: فعالية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي وخفض مستوى الاشتياق للمخدر.

الحدود الزمانية: تم تطبيق هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 1446-1445 هـ.

الحدود المكانية: تم تطبيق هذه الدراسة في مستشفى الامل بجدة.
الحدود البشرية: عينة من المدمنين المتعافين.

الاطار النظري

العلاج الجدلي السلوكي: Dialectical Behavior Therapy

مؤخرا ظهرت العديد من العلاجات النفسية الحديثة والتي أُطلق عليها مسمى الموجة الثالثة. تمثلت الموجة الأولى او الجيل الأول في العلاج السلوكي والموجة الثانية أو الجيل الثاني في العلاج السلوكي المعرفي والموجة الثالثة شملت عددا من العلاجات النفسية الحديثة مثل العلاج ما وراء المعرفي، العلاج القائم على اليقظة الذهنية، العلاج القائم على المخططات، العلاج بالقبول والالتزام، والعلاج السلوكي الجدلي وهو محور موضوع الباحث في هذه الدراسة. نشأ العلاج السلوكي الجدلي (DBT) من محاولات تطبيق مبادئ العلاج السلوكي المعرفي في علاج الأفراد ذوي ميول الانتحار الشديدة بالاعتماد على التجربة والخطأ. (Linehan & Wilks, 2015) (Ward-Ciesielski, Limowski & Krychiw, 2020) حيث بدأ تطبيق العلاج السلوكي الجدلي في أوائل الثمانينات (1980) بسلسلة من الملاحظات والمناقشات العلاجية من قبل فريق بحثي يلاحظ الجلسات الأسبوعية، وبعد كل جلسة يتم مناقشة سلوك مارشا لينهان وسلوك المرضى. هدفت ملاحظات الفريق العلاجي الى الحفاظ على التقنيات المفيدة وتطبيقها في الجلسات العلاجية اللاحقة وتجنب غير المفيد. ففي اثناء تطوير العلاج تم استخدام العلاج السلوكي المعرفي وعددا من الإجراءات غير المرتبطة بالعلاج السلوكي المعرفي مثل التشجيع على قبول الانفعالات والمواقف بدلا من تغييرها كما في تقاليد الزن. (Linehan, 1993)

في اول تجربة نجحت لينهان وزملاؤها في جمع وتحديد العملاء الأكثر شدة وانتحارا من مستشفيات المنطقة المحلية، وكان جل ما يركز عليه هذا العلاج هو بناء حياة تستحق العيش،

حيث ركزت المسودة الأولى الكاملة لدليل العلاج بشكل أساسي على تحسين السلوكيات الانتحارية، ومع ذلك فإن تمويل المنح الفدرالية الأمريكي يتطلب ان تقتصر أبحاث العلاج على تشخيص الاضطراب النفسي، ونتيجة لذلك ركزت التجارب السريرية الأولى التي أجريت على علاج الانتحار المزمّن الذي يستوفي أيضا معايير اضطراب الشخصية الحدية. العلاج السلوكي الجدلي هو علاج نمطي هرمي يتكون من مزيج من العلاج النفسي الفردي، والمهارات الجماعية، والتدريب، والتدريب عبر الهاتف، وفريق استشاري للمعالج. هذه النمطية المتأصلة والبنية الهرمية للعلاج السلوكي الجدلي جعلته قادرا وبسهوله نسبية على تطبيق وتكييف العلاج على مجموعات واضطرابات مختلفة. في هذا العلاج يتم تطوير او تعديل مهارات جديدة بحسب ما يحتاج الوضع الطبي او البحثي. هناك جهود ودراسات لتنفيذ العلاج السلوكي الجدلي كعلاج مستقل، مما أدى الى الحاجة الى مزيد من البحوث لتقييم كيفية عمل المهارات ولمن.

(Linehan & Wilks, 2015; Salsman & Linehan, 2006)

الإدمان: Addiction

على مدى القرن الماضي، كان العلماء الذين يدرسون المخدرات واستخدامها يؤمنون بالأساطير والاعتقادات الخاطئة حول طبيعة الإدمان. فعندما بدأ العلماء في دراسة السلوك الإدماني في الثلاثينيات، كان يُعتقد أن الأشخاص الذين يعانون من الإدمان هم أشخاص يعانون من نقص في الأخلاق والإرادة مما شكلت هذه الآراء استجابة المجتمع لاستخدام المخدرات، حيث تم التعامل معها على أنها فشل أخلاقي بدلاً من أنها مشكلة صحية، وأدى إلى التركيز على العقوبة بدلاً من الوقاية والعلاج. اليوم، بفضل العلم، تغيرت الآراء والنظرة لاضطرابات استخدام المواد بشكل كبير حيث غيرت الاكتشافات حول الدماغ الفهم لاستخدام المتكرر والقهري للمخدرات ومكنت العلماء من الاستجابة بفعالية للمشكلة من خلال تطوير طرق فعالة للوقاية والعلاج تقلل من الأضرار التي تتبع استخدام المخدرات على الأفراد والعائلات والمجتمعات. (NIDA, 2021)

وفقاً لتقرير المخدرات العالمي الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات

والجريمة، فإن ما يقدر بنحو ٢٧٥ مليون شخص تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ عامًا، أو واحد من كل ١٨ شخصًا، قد تعاطوا المواد مرة واحدة على الأقل، وتشير التقديرات إلى أن من بين أولئك الذين تعاطوا المخدرات، عانى ١٣ ٪ منهم من سوء استخدام المخدرات. ومن المتوقع أنه بحلول عام ٢٠٣٠ سيزداد عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على مستوى العالم بنسبة ١١٪. من المتوقع حدوث زيادة أكبر للمتعاطين خصوصًا في البلدان النامية بسبب عوامل مثل النمو السكاني الأسرع، والشباب، والتوسع الحضري السريع. ويقدر أن تعاطي المخدرات تسبب في ٤٩٤٠٠٠ حالة وفاة 70% من هذه الوفيات بسبب سوء استخدام المواد الأفيونية وعلى رأسها الترامادول. (UNODC, 2021) أما عن أكثر المخدرات انتشارًا على الصعيد المحلي فتشير وزارة الصحة (MOH, 2019) أن مادة الحشيش تأتي في المرتبة الأولى تليها حبوب الكبتاجون ثم مادة الهيروين.

التعريفات:

كثيرًا ما ارتبطت كلمة الإدمان بالمخدرات والذي هو صلب موضوع البحث الحالي. ولكن هناك فرق بين إدمان المواد كالمخدرات والذي هو اضطراب عصبي نفسي يتميز برغبة متكررة في الاستمرار في تناول المخدرات على الرغم من العواقب الوخيمة، وبين الإدمان غير المادي (أو الإدمان السلوكي) مثل المقامرة المرضية وإدمان الطعام وإدمان الإنترنت وإدمان الهاتف المحمول. (Zou, et al, 2017)

تجدر الإشارة أن عبارة إدمان المخدرات (Drug Addiction) لا يتم تطبيقها كمصطلح تشخيصي في الدليل التشخيصي الخامس DSM-5، وعلى الرغم من أنها شائعة الاستخدام في العديد من الدول لوصف المشاكل الشديدة المتعلقة بالاستخدام القهري والمعتاد للمواد. يستخدم مصطلح اضطراب تعاطي المخدرات (Substance Use Disorder) الأكثر حيادية لوصف نطاق واسع من الاضطراب، من الشكل الخفيف إلى الحالة الشديدة من الانتكاس المزمن، والنمط القهري لتعاطي المخدرات، ويختار بعض الأطباء استخدام عبارة "إدمان المخدرات" هذه الصياغة تم حذفها من المصطلحات التشخيصية الرسمية لاضطراب تعاطي المخدرات DSM-

5 بسبب تعريفها غير المؤكد ودلالاتها السلبية المحتملة. (APA, 2022)

يعتبر الإدمان على المخدرات اضطراب مزمن له آثار نفسية واجتماعية وجسدية واقتصادية عميقة ويؤدي الى تدمير شخصية الافراد. (Ahrnavard & Miri, 2018) وتعد المخدرات مواد كيميائية تغير في توازن المخ الكيميائي وافرازات الجسد الداخلية من هرمونات وغيرها مما يؤثر كثيرا على انفعالات وسلوك المتعاطي. (العواد، ٢٠١٦)

ويرى (الرويلي، ٢٠١١) ان الإدمان "سلوكا اجتماعيا يمارسه الفرد في البداية اما برغبته وارادته واما نتيجة لضغوط اجتماعية واقتصادية ونفسية تدفعه الى التعاطي، ومع استمراره في ممارسة هذا السلوك بصفة منتظمة يصبح غير قادرا على الاستغناء عن المواد المخدرة التي يتعاطاها ومن ثم يفقد رغبته وارادته وقدرته على العمل والإنتاج، وهو الامر الذي يدفعه الى الحصول على المخدرات بأي وسيلة، ومن ثم زيادة الجرعة التي يتناولها من وقت لآخر، ومن ثم عدم القدرة عن الاستغناء لان التوقف يحدث اعراضا انسحابية على المدمن، كما يحدث اثارا سلبية على الصعيدين النفسي والاجتماعي".

تصنيف الدليل التشخيصي للأمراض النفسية الخامس:

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM-5)، الذي نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي، يتم تصنيف اضطرابات استخدام المواد استنادًا إلى المادة المستخدمة. ينظم الـ DSM-5 هذه الاضطرابات في عدة فئات، كل منها يتميز بمعايير تشخيصية خاصة به.

فيما يلي الفئات الرئيسية لاضطرابات استخدام المواد في الـ DSM-5:

1. اضطرابات الكحول (Alcohol-Related Disorders)
2. اضطرابات الكافيين (Caffeine -Related Disorders)
3. اضطرابات القنب (Cannabis -Related Disorders)
4. اضطرابات المواد المسببة للهلوسة (Hallucinogen-Related Disorders)
5. اضطرابات استنشاق المذيبات (Inhalant-Related Disorders)

6. اضطرابات المواد الأفيونية (Opioid-Related Disorders)
7. اضطرابات المهدئات والمنومات والمضادة للقلق (Sedative, Hypnoticor,)
- (Anxiolytic -Related Disorders)
8. اضطرابات المنشطات (Stimulant-Related Disorders)
9. اضطرابات التبغ (Tobacco-Related Disorders)
10. اضطرابات استخدام المواد الأخرى (أو المجهولة) (Other or Unknown)
- (Substance-Related Disorders)

بالنسبة لكل اضطراب استخدام مادة، يحدد الـ DSM-5 معايير محددة تتعلق بأنماط استخدام المشكلة، مما يؤدي إلى تدهور إكلينيكي بارز. تشمل هذه المعايير وجود التحمل، والانسحاب، وفقدان السيطرة، الاشتياق الشديد، وإهمال الأنشطة الأخرى، واستمرار الاستخدام على الرغم من التبعات السلبية. (APA, 2013)

ويرى الباحث أن المخدرات بتصنيفاتها المختلفة تؤثر بشكل كبير على الجهاز العصبي ووظيفته. حيث تعمل المخدرات على زيادة أو تقليل النشاط وتغيير الإدراك والمزاج. ففهم آليات العمل والآثار الجانبية المحتملة لفئات المخدرات المختلفة أمر أساسي لتطوير برامج ارشادية وقائية لتوعية وحماية افراد المجتمع من ضرر وخطر المخدرات، او برامج علاجية للتخفيف من الإدمان والانتكاسة لمن لديهم سوء استخدام والتي من أهمها العلاج السلوكي الجدلي المستخدم في هذه الدراسة.

معايير الدليل التشخيصي الخامس المعدل لاضطرابات استخدام المواد

اضطرابات الاستخدام وفقاً للمعايير الخاصة بـ DSM-5-TR لتمييز شدة اضطراب الفرد تشمل مجموعة واسعة من المشاكل التي تنشأ عن استخدام المواد، وتغطي ١١ معياراً مختلفاً:

1. تناول المادة بكميات أكبر أو لفترات أطول مما هو محدد مسبقاً.
2. الرغبة في الحد من استخدام المادة أو التوقف عنها، ولكن بدون القدرة على ذلك.

3. قضاء الكثير من الوقت في الحصول على المادة واستخدامها واستعادة الوعي من تأثيرها.
4. الاشتياق الشديد والحاجة الملحة في استخدام المادة.
5. عدم القدرة على القيام بما يجب القيام به في العمل أو المنزل أو المدرسة بسبب استخدام المادة.
6. الاستمرار في استخدام المادة حتى عندما تسبب مشاكل في العلاقات الاجتماعية.
7. التخلي عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية المهمة بسبب استخدام المادة.
8. الاستمرار في استخدام المادة مرارًا وتكرارًا، حتى عندما يتعرض الفرد للخطر.
9. الاستمرار في استخدام المادة، حتى عندما يعلم الفرد أن لديه مشكلة جسدية أو نفسية قد تكون ناتجة عن المادة أو ازدادت سوءًا بسببها.
10. الحاجة المتزايدة إلى المادة للحصول على التأثير المرغوب (التحمل).
11. الإصابة بأعراض الانسحاب التي يمكن تخفيفها عن طريق تناول المزيد من المادة.

(2023, Hartney)

يعد ضعف السيطرة على استخدام المواد أول مجموعة معايير (المعايير ١-٤). الإعاقة الاجتماعية هي المجموعة الثانية من المعايير (معايير ٥-٧). الاستخدام الخطير للمادة هو المجموعة الثالثة من المعايير (المعايير ٨-٩). المعايير الدوائية هي المجموعة النهائية (معايير ١٠ و١١).

تتيح المعايير الخاصة بـ DSM-5 للممارسين الطبيين تحديد مدى شدة مشكلة اضطراب الاستخدام، حسب عدد الأعراض المتميزة.

- خفيف: تشير اثنتان أو ثلاثة أعراض إلى وجود اضطراب خفيف للاستخدام.
- متوسط: تشير أربعة أو خمسة أعراض إلى وجود اضطراب متوسط للاستخدام.
- شديد: تشير ستة أو أكثر من الأعراض إلى وجود اضطراب شديد للاستخدام. (McLellan,

(2017)

التنظيم الانفعالي: Emotion Regulation

يعتبر تنظيم الانفعالات من أهم المفاهيم الحديثة والمطروحة مؤخرا في المجال النفسي، والذي طالما كان له ارتباط وثيق بصحة الافراد النفسية، فاستخدم الافراد للتنظيم الانفعالي الإيجابي يؤدي الى صحة نفسية جيدة. واستخدام التنظيم الانفعالي السلبي له ارتباط بالعديد من الاضطرابات النفسية والتي سيتطرق إليها الباحث لاحقا.

يعرف الخميس (2018) الانفعالات هي حالات شعورية معقدة تكون مصحوبة بتغيرات جسدية تحدث لدى الفرد استجابة للمنبهات. وتوصف هذه الانفعالات بالانفعالات الإيجابية، مثل مشاعر الفرح والسرور، وبعضها يوصف بالانفعالات السلبية، مثل الحزن، والخوف، والغضب.

واما تنظيم هذه الانفعالات فيشير ثمبسون (Thompson, 1994) الى ان التنظيم الانفعالي يتكون من سلسلة من العمليات الخارجية والداخلية المسؤولة عن مراقبة وتقييم وتعديل ردود الفعل الانفعالية لتحقيق الأهداف الشخصية.

ويصف قروس التنظيم الانفعالي بانها العملية التي يؤثر فيها الافراد على الانفعالات التي لديهم ووقتها وكيف يمرون بها وكيف يعبرون عنها بشكل واع او غير واع. (Gross,1999, 2015)

ويعرف (Aldao, 2013) تنظيم الانفعالات بأنها عملية يقوم من خلالها الأفراد بتعديل تجاربهم الانفعالية والتعبير عنها وفسولوجية والمواقف التي تثير هذه الانفعالات من أجل إنتاج استجابات مناسبة للمطالب المتغيرة باستمرار التي تطرحها البيئة.

واما الضبع وشلبي (2015) فيصفان التنظيم الانفعالي بأنه طريقة معرفيه للتعامل مع المعلومات التي تثير الانفعالات السلبية الناتجة عن الضغوط، واحداث الحياة السالبة وذلك لتخفيف حدة تأثير هذه الانفعالات.

وترى لينيهان ان تنظيم الانفعالات يتميز بالقدرة على منع السلوك الاندفاعي وغير المناسب المرتبط بالانفعالات السلبية أو الإيجابية القوية، وتنظيم الذات للعمل المتناسق في خدمة هدف خارجي (أي التصرف بطريقة لا تعتمد على الحالة المزاجية)، وتهدئة الذات من أي

إثارة فسيولوجية تسببها الانفعالات القوية، وإعادة تركيز الانتباه في وجود انفعال قوي.
(Linehan, 2014)

ويعرف الباحث التنظيم الانفعالي بأنه قدرة الفرد على التحكم في انفعالاته السلبية والايجابية المستثارة داخليا او خارجيا والتعبير عنها بما يتوافق مع اهدافه وبيئته.

أهداف التنظيم الانفعالي:

يشير (Gross, 1998; 2015) ان أحد اهم جوانب التنظيم الانفعالي الأساسية هو تنشيط استخدام هدف ما للتأثير على الانفعال. وهذه الاهداف ربما تكون:

- اما لتغيير الانفعالات من سلبية الى ايجابية وذلك مثل تنظيم الغضب لتفادي الشعور السلبي به.

- او يكون تغيير الانفعال من اجل تحقيق هدف مهم اخر ويشار اليه كهدف فعال وذلك مثل تنظيم الغضب لجعل وجهة نظر المرء فعالة في مناقشة ما.

- او قد يكون الهدف للتأثير على الانفعالات الداخلية (عواطف الشخص ذاته) او للتأثير على الانفعالات الخارجية (تنظيم عواطف الاخرين) وقد يترتب على ذلك زيادة او انخفاض في الانفعالات سواء كانت ايجابية او كانت سلبية.

وتشير (Aldao, 2013) الى أن الهدف من تنظيم الانفعالات ليس القضاء على الانفعالات "الغير متكيفة" واستبدالها بأخرى "قابلة للتكيف" ولكن بدلاً من ذلك التأثير على تفاعلات كل انفعال من أجل إنتاج استجابات تكيفية للبيئة. على سبيل المثال، إذا كان شخص ما قلقاً للغاية بشأن تقديم عرض تقديمي في العمل، فقد يؤدي هذا الانفعال الشديد إلى استجابة القتال أو الهروب وبالتالي عدم قدرة ذلك الشخص على البقاء أمام الجمهور. على العكس من ذلك، إذا كان هذا الشخص نفسه لا يعاني من أي قلق على الإطلاق بشأن الإلقاء، فلن يواجه صعوبات، بل وقد يقوم بإشراك الجمهور. لذلك، في ذلك الوقت بالذات، بالنسبة لذلك الفرد، هناك قدر من القلق الذي سيتم تفعيله بما يكفي، ولكنه ليس شديداً لدرجة أنه سيؤدي إلى التخشب أو الفرار. الهدف من العملية التنظيمية هو الوصول إلى المستويات المثلى لديناميكيات

الانفعالات، بحيث يمكن للانفعالات تسهيل الاستجابة المناسبة لمتطلبات البيئة المتغيرة باستمرار.

صعوبات التنظيم الانفعالي

يُعرف ضعف التنظيم الانفعالي بأنه عدم القدرة ، حتى عند بذل أفضل الجهود ، لتغيير أو تنظيم الإشارات الانفعالية ، والخبرات ، والأفعال ، والاستجابات اللفظية، والتعبيرات غير اللفظية. فخصائص عدم تنظيم الانفعالات تتضمن الكثير من التجارب الانفعالية المؤلمة، وعدم القدرة على تنظيم الاثارة الانفعالية الشديدة، ومشاكل في تحويل الانتباه بعيداً عن الإشارات الانفعالية، التشوهات والفسل المعرفي في معالجة المعلومات، وعدم السيطرة على السلوك الاندفاعية المرتبطة بالانفعالات الإيجابية والسلبية القوية، وصعوبات في تنظيم وتنسيق الأنشطة لتحقيق أهداف لا تعتمد على الحالة المزاجية أثناء الاثارة العاطفية، والميل إلى التجمد أو الانفصال تحت الضغط العالي جداً. (Linehan, 2014)

و يمكن تصور تنظيم الانفعالات على أنه يشمل (أ) الوعي وفهم الانفعالات ، (ب) قبول الانفعالات ، (ج) القدرة على التحكم في السلوكيات الاندفاعية والتصرف وفقاً للأهداف المرغوبة عند تجربة الانفعالات السلبية ، و (د) القدرة على استخدام استراتيجيات تنظيم الانفعالات المناسبة ظاهرياً بمرونة لتعديل الاستجابات العاطفية حسب الرغبة من أجل تلبية الأهداف الفردية والمتطلبات الظرفية، ويشير الغياب النسبي لأي من هذه القدرات أو جميعها إلى وجود صعوبات في تنظيم العاطفة ، أو خلل في تنظيم الانفعالات. (Gratz and Romer, 2004)

واما عن أسباب الضعف في التنظيم الانفعالي فيشير موفيت وزملاؤه (Moffitt, et al, 2011) في دراستهم الطولية المكونة من ألف طفل تم دراستهم من الولادة حتى عمر 32 عاماً، والتي اسفرت نتائجها أن ضبط النفس في الطفولة ينبئ بصحة بدنية ونفسية جيدة، وان الضعف في ضبط النفس ارتبط بمشاكل استخدام المخدرات والكحول لاحقاً. وكذلك الصعوبات والإساءة في الطفولة كان مرتبطاً أيضاً بضعف تنظيم الانفعالات. (Miu et al, 2022) فيما افترضت

لينيهان في النظرية البيولوجية الاجتماعية أن ضعف التنظيم الانفعالي ينشأ بسبب الاستعداد البيولوجي للمشاعر الشديدة والبيئة الغير داعمه.

ادمان المخدرات والتنظيم الانفعالي:

غالبًا ما تتطور اضطرابات استخدام المواد كنتيجة لتعاطي المخدرات والكحول بشكل متكرر في محاولة للتكيف مع أعراض الصحة النفسية ، والتي من المفارقات أن تجعل أعراض الصحة النفسية أسوأ بمرور الوقت، لذلك من المهم اكتساب فهم أعمق للعمليات الانفعالية الكامنة وراء كل من استخدام المخدرات الأولي والمرضي. (Dingle et al, 2018)

فقد حدد الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) معايير تشخيصيه للإدمان ومنها الاشتياق الشديد في تعاطي المخدرات، وهذا المعيار نشأ من تراكم الابحاث التي ربطت بشكل مباشر بين الرغبة في تعاطي المخدرات والانتكاسة. حيث ان الرغبة او اللهفة او الاشتياق (Craving) تعد ميزه اساسيه في ادمان المخدرات، وان تنظيم الرغبة هو شكل محدد من اشكال تنظيم الانفعالات التي يمكن ان تقلل بشكل مباشر من تعاطي المخدرات. (Kober, 2014)

فيما يرى (Weiss et al,2022) الى ان هناك ارتباط كبير بين التنظيم الانفعالي واستخدام المواد، وأشاروا الى ان القدرة على تنظيم الانفعالات بشكل عام اكثر ارتباطا باستخدام المواد المخدرة من استراتيجيات تنظيم الانفعالات. ودراسة (Wilcox, Pommy & Adinoff, 2016) أن ضعف تنظيم الانفعالات ساهم في تطوير وشدة اضطرابات تعاطي المخدرات. وبينت دراسة (Stellern, 2023) أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات (SUDs) لديهم مستويات أعلى من الانفعالات السلبية. ودراسة (Dingle et al, 2018) والتي أظهرت أن معاناة مستخدمي المخدرات من ضعف الوعي والتعبير وتنظيم الانفعالات. وتشير دراسة (Fox et al, 2007) إلى استمرار مشاكل السيطرة على الانفعالات في مجموعة الامتناع عن تعاطي الكوكايين ، مما يشير إلى أن الأفراد في التعافي المبكر من الاعتماد على الكوكايين قد يكونون أكثر عرضة للانتكاس عند التعامل مع الضغوطات. فيما قارن (Fox, 2014)

(Hong & Shnha, 2008) بين الافراد المعتمدين على الكحول والذين يشربون الكحول في المناسبات الاجتماعية، ووجدوا أن المعتمدين على الكحول لديهم صعوبات أكبر في فهم وتنظيم انفعالاتهم والتحكم فيها. وابلغ المرضى المعتمدين على الكحول عن اختلافات كبيرة في الوعي العاطفي والتحكم في الانفعالات خلال الأسبوع الأول من العلاج، حيث لوحظت تحسينات كبيرة في الوعي ووضوح العاطفة بعد ٥ أسابيع من الامتاع. واستخلصت النتائج الى أن المشاكل في التحكم بالانفعالات لدى المدمنين الممتنعين قد تساهم في زيادة القابلية للانتكاسة.

فيما ناقش كوبر (Kober, 2014) دور صعوبة تنظيم الانفعالات في ادمان المخدرات حيث اشار الى ان عدم تنظيم الانفعالات في مرحله الطفولة والمراهقة، وعدم القدرة على تنظيم الانفعالات بشكل فعال في لحظات محده، قد يكون عامل مسبب لزياده استخدام المخدرات لاحقا، حيث أن تناول المخدرات مثل الكحول والكوكايين والمارجوانا يؤدي الى زياده التأثيرات الجيدة للمخدرات وزياده التعزيز الايجابي للاستخدام واحتماليه تعاطي المخدرات في المستقبل، غالبا ما يتوقع المدمنين بشكل ايجابي نحو تعاطي مثل(سأشعر بالسعادة اذا شربت الكحول) وبعبارة اخرى ان الافراد الذين يعانون من مشاعر وانفعالات مؤلمه هم اكثر عرضه للبحث عن المخدرات واستخدامها.

وأشارت نتائج دراسة (Zareban et al, 2017) إلى أن الأشخاص المعتمدين على المخدرات لديهم اختلاف كبير عن الأفراد غير المتعاطين في خمسة جوانب ، وهي عدم قبول الاستجابات العاطفية ، وصعوبة الانخراط في السلوكيات الموجهة نحو الهدف ، وصعوبة التحكم في الانفعالات ، والوصول المحدود إلى استراتيجيات تنظيم الانفعالات ، وعدم الوضوح الانفعالي.

و يؤكد (Stellern et al, 2023) أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات يواجهون صعوبات أكبر في تنظيم العواطف مقارنة بالأشخاص الذين لا يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات.

وفي مراجعة (Aldao, Hoeksema, Schweizer (2010) التحليلية التي درسوا فيها

العلاقة بين استراتيجيات (القبول والتجنب وحل المشكلات وإعادة التقييم والاجترار والقمع) وبين (القلق والاكتئاب واضطرابات الاكل والاضطرابات المتعلقة باستخدام المواد) ووجدوا ان استراتيجية الاجترار لها تأثير كبير واستراتيجية التجنب وحل المشكلات والقمع لها تأثير متوسط واستراتيجية القبول وإعادة التقييم لها تأثير خفيف على القلق والاكتئاب واضطرابات الاكل والاضطرابات المتعلقة باستخدام المواد.

فرضيات الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدى على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي لدى المتعافين من الإدمان بمستشفى الامل بجدة.
- لا توجد فروق بين ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتتبعي على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج لدى المتعافين من الإدمان بمستشفى الامل بجدة.

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة:

من اجل تحقيق اهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي للمجموعة التجريبية الواحدة وذلك لملاءمته لموضوع الدراسة وابعادها وأهدافها، مع اجراء اختبار قبلي وبعدى وتتبعي، والتي طبق عليها الباحث العلاج السلوكي الجدلي لتحسين التنظيم وفقا للتصميم البحثي كما موضح في الجدول التالي:

| القياس القبلي | التدخل العلاجي | القياس البعدى | القياس التتبعي |
|---------------|----------------|---------------|----------------|
| O1 | X | O2 | O3 |

عينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من المتعافين من الإدمان المترددين على مستشفى الأمل بجدة، ممن تم تشخيصهم من قبل الفريق المعالج بالمجمع، والذي تكون عددهم من (70) شخص من الذكور الراشدين.

العينة التجريبية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (15) فردا من الذكور المتعافين من التعاطي المترددين على مستشفى الأمل بجده، والذين تم اختيارهم قصديا من بين افراد مجتمع الدراسة الذين طبقت عليهم أدوات الدراسة والمتمثلة بمقياسي صعوبات التنظيم ، وتم اختيار المتعافين من الإدمان الذين حصلوا على اعلى الدرجات في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي بعد اخذ موافقتهم على المشاركة في الدراسة. فيما تمثلت شروط اختيار العينة فيما يلي: أن يكون المدمن المتعافي لديه الاستعداد للمشاركة في البرنامج، أن يكون في مرحلة التعافي في مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر، أن يكون من المرضى المتابعين في مستشفى الأمل، سلامة المتعافي من أي اعراض ذهانية، قدرة المشارك على فهم ما يطلب منه، عدم الانتكاسة اثناء البرنامج، أن يكون عمر المتعافي ما بين (20-45)، الحصول على درجات مرتفعة على مقياسي صعوبات التنظيم الانفعالي، ومقياس تقدير حدة اللهفة. وقد أكمل البرنامج حتى نهايته (11) فرد من المتعافين.

أدوات الدراسة:

أولا: مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي:

Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The)

(DERS-16

وصف المقياس:

استخدم الباحث مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي المترجم لبجوربييرج وآخرون (2016, et al, Bjureberg) والذي يعد صورة مختصرة من مقياس صعوبات التنظيم

الانفعالي ل (2004, Gratz and Roemer). قام (أحمد، سفيان، وأمين، 2019) بترجمة المقياس إلى اللغة العربية، واعداد الصدق والثبات، وتقنيه على البيئة السعودية والمصرية على عينة قوامها (464). ويشتمل مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي المختصر على (16) عبارة موزعة على خمسة أبعاد رئيسية كالتالي: عدم قبول الانفعالات السلبية (عدم القبول) ويتكون من ثلاث عبارات، صعوبة الانخراط في السلوك الموجه نحو الهدف (الأهداف) ويتكون من ثلاث عبارات، صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية عند الشعور بالضيق (الاندفاع) ويتكون من ثلاث عبارات، محدودية الوصول إلى استراتيجيات تنظيم الانفعالات الفعالة (الاستراتيجيات) ويتكون من خمس عبارات، نقص الوضوح الانفعالي (الوضوح) ويتكون من عبارتين. والاجابة عن المقياس تتم في خمس مستويات (دائما - معظم الوقت - أحيانا - نادرا - أبدا) وتتراوح درجات الاستجابة على العبارات على التوالي (5-4-3-2-1) حيث يقوم المشاركون بتقييم مدى انطباق كل عنصر عليهم على مقياس ليكرت بتدرج خماسي، وتشير الدرجة (1) إلى الخيار (أبداً)، و الدرجة (2) إلى الخيار (نادرا)، و الدرجة (3) إلى الخيار (أحيانا)، و الدرجة (4) إلى الخيار (معظم الوقت)، و الدرجة (5) إلى الخيار (دائما). وتتراوح الدرجات الإجمالية في اختبار DERS-16 من 16 إلى 80، وتعكس الدرجات الأعلى مستويات أكبر من عدم تنظيم الانفعالات.

تصحيح المقياس:

الاجابة على المقياس تتم في خمس مستويات (دائما - معظم الوقت - أحيانا - نادرا - أبدا) وتتراوح درجات الاستجابة على العبارات على التوالي (5-4-3-2-1)، وتشير الدرجة المرتفعة على الصعوبات في تنظيم الانفعالات.

قام (أحمد، سفيان، وأمين، 2019) بحساب الاتساق الداخلي من خلال معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والبعد الذي تنتمي اليه، وقد بلغت معاملات الارتباط للعبارات ما بين (0.76 - 0.94) على الأبعاد الخمسة للمقياس، مما يشير إلى ارتباط المفردات بالبعد الذي تنتمي اليه. وتحقق مترجمي المقياس من الصدق الظاهري بعرضه على عدد من المتخصصين

في اللغة الإنجليزية وعلم النفس. كما تحققوا من الصدق العالمي حيث وجد ان المقياس يتمتع بتشعبات عاملية مرتفعة على ابعاده، حيث أسفر التحليل العالمي عن خمس عوامل تراوحت جذورها الكامنة ما بين (4.34) للعامل الأول، و(1.87) للعامل الخامس، بنسبة تباين كلي بلغ (92.10). فيما قام مترجمي المقياس بحساب ثبات المقياس عن طريق إعادة الاختبار، وعن طريق معامل الفا كرونباخ حيث تراوحت درجات معامل ثبات الفا كرونباخ ما بين (0.76- 0.86) وبدرجة كلية بلغت (0.89)، وثبات التجزئة النصفية بدرجة كلية بلغت (0.87).

صدق أدوات الدراسة

قام الباحث بالتأكد من صدق أداة الدراسة من خلال ما يأتي:

صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة:

بعد التأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة قام الباحث بتطبيقها ميدانياً، على عينة استطلاعية قوامها (٣٠) من المتعافين من المخدر، ومن ثم قام الباحث بحساب الصدق من خلال:

طريقة الاتساق الداخلي Internal Consistency Validity:

قام الباحث بإيجاد معاملات الارتباط بين كل بعد من فقرات الاستبانة ودرجة الاستبانة الكلية، كما يوضح ذلك الجدول التالي:

جدول (١): معاملات الارتباط بيرسون بين درجة الفقرة والدرجة الكلية لاستراتيجيات التنظيم

الانفعالي (ن = ٣٠)

| م | الفقرات | معامل ارتباط الفقرة | |
|------------|------------------------------------|---------------------|------------------------|
| | | بإجمالي البعء | بإجمالي المقياس ككل |
| عدم القبول | | | |
| ١ | شعوري بالضيق، يجعلني أحجل من نفسي. | **0.885 | **٠.٧١٨ |
| ٢ | شعوري بالضيق، يجعلني أشعر بالضعف. | **0.819 | **٠.٥٨٣ |

| | | | |
|----------------------|---------|--------------------------------------------------------------------|----|
| **٠.٧٦٤ | **0.842 | شعوري بالضيق، يجعلني غير راض عن نفسي. | ٣ |
| الأهداف | | | |
| **٠.٧٨٣ | **0.938 | عندما أكون متضايقا، أجد صعوبة في إنجاز العمل بصورة صحيحة. | ٤ |
| **٠.٨٤٦ | **0.970 | عندما أكون متضايقا، أجد صعوبة في التركيز على أشياء أخرى. | ٥ |
| **٠.٨٩٤ | **0.945 | عندما أكون متضايقا، أجد صعوبة في التفكير في أي شيء آخر. | ٦ |
| الاندفاع | | | |
| **٠.٧٤٠ | **0.984 | عندما أكون متضايقا، أفقد السيطرة على اعصابي. | ٧ |
| **٠.٧٥٤ | **0.977 | عندما أكون متضايقا، أشعر بأنني فاقد السيطرة على اعصابي. | ٨ |
| **٠.٧٤٢ | **0.957 | عندما أكون متضايقا، أجد صعوبة في السيطرة على تصرفاتي. | ٩ |
| الاستراتيجيات | | | |
| **٠.٦٨٧ | **0.831 | عندما أكون متضايقا، أعتقد أنني سأظل على هذه الحالة لفترة من الزمن. | ١٠ |
| **٠.٨٠٥ | **0.787 | عندما أكون متضايقا، أعتقد أن الأمر سينتهي إلى الاكتئاب الحاد. | ١١ |
| **٠.٧٣٦ | **0.874 | عندما أكون متضايقا، أعجز عن القيام بأي شيء لتحسين حالتي. | ١٢ |
| **٠.٨٣٧ | **0.803 | عندما أكون متضايقا، أشعر بالسوء تجاه نفسي. | ١٣ |
| **٠.٧٤٦ | **0.753 | عندما أكون متضايقا، تكون انفعالاتي لا تطاق. | ١٤ |

| الوضوح | | | |
|---------|---------|--------------------------|----|
| **0.762 | **0.983 | لدي صعوبة في فهم مشاعري. | ١٥ |
| **0.819 | **0.983 | أنا مشوش حول شعوري. | ١٦ |

** دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١). * دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

يتضح من بيانات الجدول (١) أن درجة كل فقرة من الفقرات مرتبطة بإجمالي درجة البعد ودرجة المقياس الكلية بشكل عام، وقد تراوحت قيم معامل ارتباط فقرات صعوبات التنظيم الانفعالي بالدرجة الكلية له بين (٠.٥٨٣ و ٠.٨٩٤)، وهي قيم مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١). ما يعني أن جميع الأبعاد تنتمي للمقياس، وبذلك تعد صالحة لقياس ما وضعت من أجله.

جدول (٢) يبين مصفوفة معاملات ارتباط ابعاد مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي

بالدرجة الكلية له

| الدرجة الكلية | ابعاد المقياس |
|---------------|---------------|
| **0.815 | عدم القبول |
| **0.884 | الأهداف |
| **0.763 | الاندفاع |
| **0.941 | الاستراتيجيات |
| **0.805 | الوضوح |

ثبات مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي:

قام الباحث بقياس ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's

Alpha (α) والجدول التالي يوضح معامل الثبات للمقياس

جدول (3) معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي

| معامل ألفا | عدد الفقرات | ابعاد المقياس |
|------------|-------------|---------------|
| 0.803 | 3 | عدم القبول |
| 0.946 | 3 | الأهداف |
| 0.970 | 3 | الاندفاع |
| 0.869 | 5 | الاستراتيجيات |
| 0.964 | 2 | الوضوح |
| 0.950 | 16 | الدرجة الكلية |

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول () ان قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس تراوحت ما بين (0.803 – 0.970)، وقيمة ألفا كرونباخ للمقياس ككل تساوي (0.950) وهذا يعني أن معامل الثبات مرتفع.

البرنامج العلاجي:

مصادر بناء البرنامج:

استند الباحث في تصميمه للبرنامج على العلاج السلوكي الجدلي والذي قامت بتطويره مارشا لينهان والفت فيه ثلاثة كتب رئيسيه شرحت في الكتاب الأول الأسس التي قامت بها لتطوير هذا العلاج (Linehan, 1993) والكتاب الثاني دليل التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي (Linehan, 2014) والكتاب الثالث أوراق العمل لتطبيق هذا النوع من العلاج (Linehan, 2014)، بالإضافة الى الاطلاع العديد من المراجع والبحوث (Aghasi & Atashpour, 2017; Wilks, et al, 2018; Maffei, Cavicchioli, Movalli, Cavallaro & Fossati, 2018; Flynn, et al, 2019; Rady et al, 2021; Axelrod, Perepletkhikova, Holtzman, & Sinha, 2011; McCay, et al., (2015; Buono et al, 2021

صدق المحكمين

قام الباحث بعرض البرنامج العلاجي على عدد من المحكمين من عدة جامعات محلية بالإضافة الى متخصصين في علم النفس الإكلينيكي والارشادي بوزارة الصحة. وقد تم الاخذ بأراء المحكمين والملاحظات والتعديلات المهمة التي ساهمت في تطوير البرنامج بما يتناسب مع طبيعة افراد العينة وخصائصها في البيئة السعودية.

أهداف البرنامج العلاجي:**الهدف العام للبرنامج العلاجي:**

يتمثل الهدف العام للبرنامج العلاجي في تحسين التنظيم الانفعالي للمخدر، من خلال تدريب المتعافين عددا من المهارات تتمثل في اليقظة الذهنية وتنظيم الانفعالات وتحمل الضغوط والعلاقات البين شخصية، تمكنهم هذه المهارات من استمرارية التعافي والتعامل مع مخاطر الانتكاسة والعودة للإدمان.

الفئة المستهدفة في البرنامج:

تكونت عينة البحث التجريبية في هذا البرنامج من (11) متعافيا من الإدمان في مستشفى الامل بجدة.

أسلوب تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج بشكل جمعي، بالإضافة الى عدد من الجلسات الفردية لبعض الحالات الخاصة او ممن لديهم خجل عن التعبير عن بعض المواقف والصدمات التي حصلت لهم ولم يكن لديهم الرغبة بالحديث عنها امام المجموعة.

مكان تطبيق البرنامج:

تم عقد جلسات البرنامج في غرفة الاجتماعات بجناح الرعاية الممتدة بمستشفى الامل بجدة.

مراحل تنفيذ البرنامج العلاجي:

- تحكيم البرنامج العلاجي.
- تحديد عينة الدراسة.
- عمل القياس القبلي للمشاركين في الدراسة.
- الالتقاء بالمشاركين وتزويدهم بفكرة عن البرنامج العلاجي واخذ موافقاتهم المسبقة على المشاركة.
- تطبيق برنامج العلاج السلوكي الجدلي خلال (16) جلسة بواقع (90) دقيقة لكل جلسة.
- عمل القياس البعدي لدى المشاركين وتقييم مدى فاعلية العلاج لدى افراد العينة.
- عمل القياس التتبعي وتقييم مدى احتفاظ المشاركين بمكتسبات البرنامج العلاجي.

جدول (8) جلسات العلاج السلوكي الجدلي

| محتوى البرنامج العلاجي | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الجلسة والزمن | العنوان | اهداف الجلسة | الفنيات والأساليب المستخدمة |
| الأولى ٦٠ دقيقة | تعارف وتمهيد للبرنامج | <ul style="list-style-type: none"> - بناء علاقة مهنية بين الباحث والمتعافين قائمة على الالفة والتقبل والمشاركة الوجدانية وعدم اصدار الاحكام. - التعرف على اهداف البرنامج العلاجي، ووقت الجلسات ومدتها ومكان انعقادها. - التعاقد السلوكي مع المشاركين في البرنامج - افتراضات العلاج السلوكي الجدلي. | <ul style="list-style-type: none"> تمارين كسر الجمود، الحوار والمناقشة، الاتفاق بين الباحث والمشاركين، مهارات المقابلة العلاجية (انصات، استيضاح، طرح الأسئلة، التفسير). |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <p>المناقشة والحوار، أوراق العمل، مهارة تحليل السلوك، أوراق عمل.</p> | <p>- التعريف بالاشتياق للمخدر واسبابه وطرق التعامل معها. - العلاقة بين الأفكار والسلوك والانفعالات. - التعريف بخطوات تحليل التسلسل لحل المشكلات.</p> | <p>التقريب النفسي</p> | <p>الجلسة الثانية ٩٠ دقيقة</p> |
| المهارة الأولى: اليقظة العقلية | | | |
| | <p>- التعريف بمفهوم اليقظة الذهنية وفوائدها. - تعريف المتعافين بمهارة العقل الحكيم.</p> | <p>مفهوم اليقظة الذهنية</p> | <p>الجلسة الثالثة ٩٠ دقيقة</p> |
| <p>الحوار والمناقشة، المحاضرة، التعزيز الإيجابي، التغذية الراجعة، مهارة العقل الحكيم، مهارة ماذا، مهارة كيف، النشاط المنزلي.</p> | <p>- تعريف المتعافين بمهارة ماذا (What Skills) من خلال الملاحظة، والوصف، وعدم الحكم. - تدريب المتعافين على مهارة ماذا وتعميمها في حياتهم اليومية.</p> | <p>العقل الحكيم ومهارة ماذا</p> | <p>الجلسة الرابعة ٩٠ دقيقة</p> |
| <p>الرجعة، مهارة العقل الحكيم، مهارة ماذا، مهارة كيف، النشاط المنزلي.</p> | <p>- تعريف المتعافين بمهارة كيف (How Skills) من خلال عدم الحكم، والانتباه على مهمة واحدة (الانتباه الأوحده)، والتركيز على السلوك الفعال. - تدريب المتعافين على مهارة كيف وتعميمها في حياتهم اليومية.</p> | <p>مهارة كيف</p> | <p>الجلسة الخامسة ٩٠ دقيقة</p> |
| المهارة الثانية: تنظيم الانفعالات | | | |
| | <p>- أن يتعرف المتعافين على الانفعالات واهميتها، ووظائفها وأهدافها. - أن يتعرف المتعافين على نموذج وصف الانفعالات وكيفية تسمية الانفعالات.</p> | <p>فهم الانفعالات وتسميتها</p> | <p>الجلسة السادسة ٩٠ دقيقة</p> |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <p>الحوار والمناقشة، المحاضرة، استخدام المجاز، التعزيز الإيجابي، لعب الأدوار، التغذية الراجعة، وصف الانفعالات وتسميتها، مهارات تغيير الاستجابة الانفعالية، مهارات التحكم في تأثير التفكير الانفعالي، مهارة اليقظة الذهنية للمشاعر الحالية، النشاط المنزلي.</p> | <p>- أن يتدرب المتعافي على مهارات تغيير الاستجابات الانفعالية (تقييم الحقائق، الفعل المعاكس لتغيير الانفعالات، حل المشكلة) وتطبيقها في الحياة اليومية.</p> | <p>تطوير الاستجابة الانفعالية</p> | <p>الجلسة السابعة ٩٠ دقيقة</p> |
| <p>- أن يتعرف المتعافين على كيفية تراكم الانفعالات الإيجابية قصيرة الأمد. - أن يتعرف المتعافين على كيفية تراكم الانفعالات الإيجابية طويلة الأمد.</p> | <p>التحكم في تأثير التفكير الانفعالي</p> | <p>الجلسة الثامنة ٩٠ دقيقة</p> | |
| <p>- تعريف المتعافين بمهارة البناء المتقن. - أن يتعرف المتعافين على مهارة التعامل المبكر. - العناية بالتفكير من خلال العناية بالجسم.</p> | <p>التحكم في تأثير التفكير الانفعالي</p> | <p>الجلسة التاسعة ٩٠ دقيقة</p> | |
| <p>- أن يتدرب المتعافين على مهارة اليقظة الذهنية للمشاعر الحالية.</p> | <p>التعامل مع الانفعالات الصعبة</p> | <p>الجلسة العاشر ٩٠ دقيقة</p> | |
| المهارة الثالثة: تحمل الضغوط | | | |
| <p>الحوار والمناقشة، قصة، المحاضرة، التعزيز الإيجابي، الاسترخاء، استخدام المجاز، التغذية الراجعة، مهارات النجاة من الازمة، لعب الأدوار،</p> | <p>- أن يتعرف المتعافين على مهارة الفوائد والاضرار للإدمان. - أن يتدرب المتعافين على كيفية تغيير كيمياء الجسم - أن يتدرب المتعافين على استخدام مهارة توقف (STOP)</p> | <p>النجاة من الازمات</p> | <p>الجلسة الحادية عشرة ٩٠ دقيقة</p> |
| <p>- أن يتدرب المتعافين على مهارة التشتيت أثناء الضغوط.</p> | <p>النجاة من الازمات</p> | <p>الجلسة الثانية عشرة</p> | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| النشاط المنزلي. | - أن يتعلم المتعافي على كيفية تهدئة الذات وقت الضغط. - أن يتعرف المتعافي على مهارة تحسين جودة اللحظة الحالية. | | ٩٠ دقيقة |
| الحوار والمناقشة، قصة، التعزيز الإيجابي، الاسترخاء، استخدام المجاز ، التغذية الراجعة، مهارات تقبل الواقع، النشاط المنزلي. | - مساعدة المتعافين على فهم مهارة القبول المطلق وكيفية الاستفادة منها في الحياة الواقعية. - أن يتعرف المتعافين على مهارة التحول الذهني. | تقبل الواقع | الجلسة الثالثة عشرة ٩٠ دقيقة |
| مهارات تقبل الواقع، النشاط المنزلي. | - أن يتدرب المتعافين على مهارة الاستعداد - اليقظة الذهنية للأفكار الحالية. | تقبل الواقع | الجلسة الرابعة عشرة ٩٠ دقيقة |
| المهارة الرابعة: العلاقات الفعالة | | | |
| الحوار والمناقشة، قصة، التعزيز الإيجابي، الاسترخاء، استخدام المجاز ، التغذية الراجعة، مهارات العلاقات الفعالة ، لعب الأدوار، النشاط المنزلي. | - أن يتعرف المتعافي على الأهداف الفعالة للحصول على ما يرغب. (DEAR (MAN - أن يتعرف المتعافي على الأهداف الفعالة للحفاظ على العلاقة (GIVE). - أن يتعرف المتعافي على الأهداف الفعالة للحفاظ على احترام الذات (FAST). | مهارات العلاقات الفعالة | الجلسة الخامسة عشرة ٩٠ دقيقة |
| الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، القياس البعدي. | منع الانتكاسة وانهاء البرنامج والقياس البعدي | الختام | الجلسة السادسة عشرة ٦٠ دقيقة |

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

للإجابة عن أسئلة الدراسة قام الباحث باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات وتمثلت الأساليب الإحصائية فيما يلي:

١. معامل ارتباط بيرسون (Pearson) لمعرفة صدق الاتساق الداخلي لفقرات المقياس.
٢. معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's alpha) لمعرفة مدى ثبات المقياس.
٣. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعرفة متوسط استجابات أفراد العينة لأبعاد الدراسة.
٤. اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) للمقارنة بين الاختبارين القبلي والبعدى والاختبارين البعدى والتتبعي للمجموعة التجريبية.
٥. تم حساب حجم تأثير العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وخفض مستوى الاشتياق للمخدر من خلال المعادلة $R = Z / \sqrt{N}$

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: التحقق من صحة الفرض الأول ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الأول على أنه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات رتب درجات القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي لصالح التطبيق البعدى لدى المتعافين من الإدمان بمستشفى الأمل بجدة. لتوضيح الفروق بين متوسطات رتب درجات التطبيق القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في مقياس التنظيم الانفعالي، استخدم الباحث اختبار ولوكوكسون "Wilcoxon Test" للمجموعات المرتبطة في حالة الإحصاء اللابارامترى (نظراً لأن حجم المجموعة التجريبية = ١١ أي أقل من ٣٠)، وحساب حجم الأثر للبرنامج العلاجي والمعبر عنه بالمعادلة $r = Z / \sqrt{n}$ وفقاً لتومتشاك و تومتشاك (Tomczak & Tomczak, 2014) ويوضح الجدول التالي قيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في لمقياس التنظيم الانفعالي.

جدول (9) قيم (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة
التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي

| أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي | القياس س | المتوسط سط | الانحراف ف المعيار ي | الرتب | عدد الرتب | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة | حجم الأثر (R) | حجم التأثير |
|-------------------------------------|-------------|---------------|-------------------------------|---------|--------------|----------------|----------------|--------|------------------|---------------------|----------------|
| عدم القبول | قبلي | ١٣.٤ | ١.٧٥ | السالبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | - | ٠.٠١ | ٠.٨ | كبير |
| | بعدي | ٦.٥٥ | ١.٢٩ | الموجبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | ٢.٩٦ | ٠.٠١ | ٠.٨ | كبير |
| الأهداف | قبلي | ١٣.٧ | ٠.٩٠ | السالبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | - | ٠.٠١ | ٠.٨ | كبير |
| | بعدي | ٦ | ١.١٨ | الموجبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | ٢.٩٦ | ٠.٠١ | ٠.٨ | كبير |
| الاندفاع | قبلي | ١٣ | ١.٠٩ | السالبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | - | ٠.٠١ | ٠.٨ | كبير |
| | بعدي | ٦ | ١.٠٩ | الموجبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | ٢.٩٤ | ٠.٠١ | ٠.٨ | كبير |
| الاستراتيجيات | قبلي | ٢٢.٥ | ١.٠٣ | السالبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | - | ٠.٠١ | ٠.٧ | كبير |
| | بعدي | ٧.٧٣ | ١.٤٨ | الموجبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | ٢.٤٩ | ٠.٠١ | ٠.٧ | كبير |

| الوضوح | قبلي | ٧.٤٥ | ٠.٩٣ | السالبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | كبير | |
|---------------|------|------|------|---------|----|---|----|------|------|
| | | | | | | | | ٠.٠١ | ٠.٨ |
| الدرجة الكلية | قبلي | ٧٠.١ | ٢.٩٩ | السالبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | - | ٠.٠١ |
| | بعدي | ٢٩.٦ | ٢.٥٨ | الموجبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | ٢.٩٣ | ٠.٨ |
| الوضوح | قبلي | ٣.٣٦ | ٠.٩٢ | الموجبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | - | ٠.٠١ |
| | بعدي | ٤ | ٤ | الموجبة | ١١ | ٦ | ٦٦ | ٢.٩٤ | ٠.٨ |

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

جاءت قيم "Z" = (-٢.٩٦٥، -٢.٩٦٦، -٢.٩٤٣، -٢.٤٩١، -٢.٩٤٩، -٢.٩٣٧)

وهي قيم دالة احصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي، مما يشير لوجود فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي لصالح القياس البعدي، وهذا يشير إلى الانخفاض في أبعاد مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي لدى المجموعة التجريبية.

كما جاءت قيم حجم التأثير للعلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى عينه من المتعافين المترددين على مستشفى الامل، حيث جاءت قيم حجم التأثير تساوي (٠.٨٩٤ - ٠.٨٩٤ - ٠.٨٨٧ - ٠.٧٥١ - ٠.٨٨٩ - ٠.٨٨٥). فحسب ما أشار اليه تومتشاك وتومتشاك (Tomczak & Tomczak, 2014) و كوهين (Cohen, 2988) أن حجم الأثر يكون مرتفعاً اذا كانت قيمة (R) تساوي (0.05 واكثر) ويكون حجم الأثر متوسط اذا تراوحت قيمة (R) بين (0.30 إلى اقل من 0.05) ويكون ضعيف اذا كانت قيمة (R) بين (0.10 إلى اقل من 0.30) و يلاحظ من نتائج الجدول أعلاه أن قيم حجم الأثر اعلى من (0.05) مما يشير إلى وجود تأثير مرتفع للبرنامج العلاجي للقياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي في تحسين

التنظيم الانفعالي.

ومن ثم نقبل الفرض الأول الذي ينص على "توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات رتب درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي لصالح التطبيق البعدي لدى المتعافين من الإدمان بمستشفى الامل بجدة.

يتضح من نتائج الفرض الأول وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي الجدلي على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي لصالح التطبيق البعدي مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي لدى المتعافين من الإدمان بمستشفى الامل.

و تتوافق نتائج هذا الفرض مع أسس العلاج السلوكي الجدلي، الذي يركز على التحكم في السلوكيات اللاكيفية والضارة بتحسين تنظيم الانفعالات المشار اليه في النظرية البيولوجية الاجتماعية والتي تفترض ان خلل تنظيم الانفعالات ينتج عن استعداد بيولوجي للانفعالات الشديدة والتي إذا أستحضرت تزداد سوءا بسبب تجارب معينه في البيئة الاجتماعية، هذا الخلل في تنظيم الانفعالات تم ربطه بالعديد من الاضطرابات النفسية والسلوكيات التدميرية كاستخدام المخدرات وذلك هروبا من الانفعالات التي لا يحتملها الفرد (Linehan, 2014)

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011) والتي اشارت الى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي والحالة المزاجية وانخفاض معدل التعاطي والاكتئاب، و نتائج دراسة (Goodman, et al., 2014) والتي اظهرت فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وخفض نشاط اللوزة الدماغية، و دراسة (RAMAZANZADEH, MORADI, & MOHAMMADKHANI, 2016) والتي اشارت الى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي والوظائف التنفيذية وانخفاض مخاطر التعاطي للمخدرات. وتتفق مع نتائج دراسة (Maffei, Cavicchioli, Movalli, Cavallaro & Fossati,)

2018) والتي عالجت صعوبات التنظيم الانفعالي والتعاطي باستخدام العلاج السلوكي الجدلي. كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Wilks, et al, 2018) والتي أظهرت نتائجها تحسن في التنظيم الانفعالي وانخفاض في نوبات شرب الكحوليات المفرط. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Flynn, et al, 2019) والتي اشارت الى تحسن التنظيم الانفعالي واليقظة الذهنية وانخفاض شرب الكحوليات والاستجابات اللا تكيفية. كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Rady et al, 2021) والتي اشارت الى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين صعوبات التنظيم الانفعالي لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية واستخدام المخدرات.

ويمكن عزو فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي الى اكتساب المتعافين للعديد من مهارات العلاج السلوكي الجدلي المكثفة والشاملة في تنظيم الانفعالات واليقظة الذهنية وتحمل الضغوط مهارات العلاقات الفعالة. حيث يعتبر العلاج السلوكي المعرفي أسلوب علاجي شامل فعال للغاية في تقليل صعوبات التنظيم الانفعالي، وفرضيته الأساسية هي أن العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية تنشأ من مزيج من الضعف البيولوجي تجاه الانفعالات الشديدة، بالإضافة الى البيئة الغير داعمة والتي تقشل في تعليم استراتيجيات تكيف غير صحية. هذا وقد هدف هذا البرنامج الى التقليل من المعاناة والضعف الانفعالي لدى المتعافين من الإدمان والذي يعد له دورا كبيرا في التحفيز للتعاطي كما يشير (Sinha, 2012) ويرى الباحث ان هناك العديد من المهارات التي تدرّب عليها المتعافين من الإدمان قد تعزى الى فاعلية البرنامج، من الجلسة السادسة الى الجلسة العاشرة، والتي يستهدف بها العلاج السلوكي الجدلي تنظيم الانفعالات من خلال التدريب على فهم الانفعالات ووصفها وتسميتها مما ساهم في فهم ما يشعرون به ولماذا يشعرون بتلك الانفعالات بدلا من ان تطغى عليهم الانفعالات الشديدة والتي قد يبحث المتعافي على تخديرها وتجنبها من خلال العودة الى استخدام أساليب مواجهة انفعالية غير صحية وتجنبه وفورية النتائج كالتعاطي. هذا الفهم للانفعالات أدى الى التحسن الواضح والملموس في بعد الوضوح في المقياس المستخدم في هذه

الدراسة، حيث أن الوضوح في فهم والوعي بالانفعالات أولى خطوات التغيير في تنظيم الانفعالات وتقبلها وليس مقاومتها والذي يعتبر من أساسيات العلاج الجدلي. ويؤكد Aldao, Hoeksema, Schweizer (2010) مدى الارتباط بين استخدام المخدرات و عدم الفهم للانفعالات والاعتراف بطبيعتها والتعبير عنها وقمعها. ودراسة (Dingle et al, 2018) والتي أظهرت أن معاناة مستخدمي المخدرات من ضعف الوعي والتعبير وتنظيم الانفعالات.

أحد الطرق التي يستهدف بها العلاج السلوكي الجدلي تنظيم الانفعالات من خلال التدريب على ممارسة اليقظة الذهنية، و التي تتضمن بناء وعي يركز على الحاضر لأفكار الفرد ومشاعره واحاسيسه الجسدية بدون الحكم عليها، فمن خلال ممارسة اليقظة الذهنية يتعلم المتعافين مراقبة انفعالاتهم عند ظهورها دون الاستجابة لها بشكل تلقائي، وباستخدام العقل الحكيم بدلا من العقل العاطفي الذي قد يقود الى نتائج غير متوقعة والى انتكاسات متكررة. هذا الوعي المتزايد وقبول الانفعالات قد يقلل من شدة ومدة الانفعالات بدلا من محاولة التحكم فيها، فيما تجلى تقبل الانفعالات لدى المتعافين من خلال التحسن في بعد عدم التقبل.

كما يمكن تفسير نتائج هذا الفرض الى اكتساب المتعافين مهارات متعددة تتدرج تحت تنظيم الانفعالات مثل تقييم الحقائق وحل المشكلات والافعال المعاكسة والتي اظهر المشاركون مدى استفادتهم منها، حيث يقوم المتعافي بفعل عكس ما تحته الانفعالات على القيام به، والتي تعد فعالة في المواقف التي تكون فيها الردود الانفعالية شديدة جدا، وهذه المهارة هي نوع من العلاج بالتعرض الى المحفزات الصعبة دون الهروب منها ومعاكستها (Neacsiu, Ward- Ciesielski & Linehan, 2012)

ويمكن عزو نتيجة هذا الفرض الى مهارات تراكم الانفعالات الإيجابية والعناية بالجسم والبناء المتقن لزيادة الثقة بالنفس، والتي تساهم في التقليل من الانتكاس العاطفي الذي يتميز كما وصفه (Melemis, 2015) بكبت الانفعالات، والانعزال، وعادات الاكل والنوم السيئة، وضعف الرعاية الذاتية، فعندما يظهر الافراد ضعف الرعاية الذاتية ويعيشون انتكاسة عاطفية، فإن ذلك يشعرهم بعدم الارتياح وزيادة القلق والانزعاج والتوتر، ويبدأون في التفكير باستخدام

المخدرات فقط للهروب من واقعهم. وترى لينيهان ان تنظيم الانفعالات يتميز بالقدرة على منع السلوك الاندفاعي وغير المناسب المرتبط بالانفعالات السلبية أو الإيجابية القوية، وتنظيم الذات للعمل المتناسق في خدمة هدف خارجي (أي التصرف بطريقة لا تعتمد على الحالة المزاجية)، وتهدة الذات من أي إثارة فسيولوجية تسببها الانفعالات القوية، وإعادة تركيز الانتباه في وجود انفعال قوي. (Linehan, 2014)

ثانياً: التحقق من صحة الفرض الثاني ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الثاني على أنه لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج.

لتوضيح الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي، استخدم الباحث اختبار ولكوكسون "Wilcoxon Test" للمجموعات المرتبطة في حالة الإحصاء اللابارامترية (نظراً لأن حجم المجموعة التجريبية = 11 أي أقل من 30)، ويوضح الجدول التالي قيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين التطبيق البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي.

جدول (10) يوضح قيم (Z) ودلالاتها الإحصائية للفروق التطبيق البعدي والتتبعي للمجموعة

التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي

| أبعاد مقياس التنظيم الانفعالي | القياس | المتوسط | الانحراف المعياري | الرتب | عدد الرتب | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|-------------------------------|--------|---------|-------------------|-----------|-----------|-------------|-------------|--------|---------------|
| عدم القبول | بعدي | 6.55 | 1.293 | السالبة | 5 | 5 | 25 | 0.99 | غير |
| | تتبعي | 6 | 1.414 | الموجبة | 3 | 3.67 | 11 | 1 | دالة |
| | | | | المتعادلة | 3 | - | - | | |
| الأهداف | بعدي | 6 | 1.183 | السالبة | 6 | 6.42 | 38.5 | 0.49 | غير |

| | | | | | | | | | |
|----------|------|------|------|---|-----------|-------|------|-------|---------------|
| دالة | ٤ | ٢٧.٥ | ٥.٥ | ٥ | الموجبة | ١.٧٤٨ | ٥.٦٤ | تتبعي | |
| | | - | - | - | المتعادلة | | | | |
| غير دالة | ٠.٢٥ | ٢٥ | ٤.١٧ | ٦ | السالبة | ١.٠٩٥ | ٦ | بعدي | الاندفاع |
| | | ٣٠ | ٧.٥ | ٤ | الموجبة | ١.٥٥٥ | ٦.٢٧ | تتبعي | |
| | | - | - | ١ | المتعادلة | | | | |
| غير دالة | ٠.٦٧ | ٤٠.٥ | ٦.٧٥ | ٦ | السالبة | ١.٤٨٩ | ٧.٧٣ | بعدي | الاستراتيجيات |
| | | ٢٥.٥ | ٧.٥ | ٥ | الموجبة | ١.٥٠٨ | ٧.٤٥ | تتبعي | |
| | | - | - | - | المتعادلة | | | | |
| غير دالة | ١.٨٠ | ٨ | ٤ | ٢ | السالبة | ٠.٩٢٤ | ٣.٣٦ | بعدي | الوضوح |
| | | ٣٧ | ٥.٢٩ | ٧ | الموجبة | ٠.٨٣١ | ٤.٠٩ | تتبعي | |
| | | - | - | ٢ | المتعادلة | | | | |
| غير دالة | ٠.١٠ | ٢٦.٥ | ٤.٤٢ | ٦ | السالبة | ٢.٥٨ | ٢٩.٦ | بعدي | الدرجة الكلية |
| | | ٢٨.٥ | ٧.١٣ | ٤ | الموجبة | ٣.٦٤٣ | ٢٩.٤ | تتبعي | |
| | | - | - | ١ | المتعادلة | | | | |

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

جاءت قيم "Z" = (٠.٩٩١، ٠.٤٩٤، ٠.٢٥٩، ٠.٦٧٧، ١.٨٠٩، ٠.١٠٣)، وهي قيم غير دالة احصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١، مما يشير لعدم وجود فرق بين متوسطات رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي.

بيبة في مقياس التنظيم الانفعالي

وبالتالي فإنه يتم قبول الفرضية التي تشير إلى أنه لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين

البعدي والتتبعي على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج. ويتبين من ذلك ان افراد المجموعة التجريبية المتعافين احتفظوا بمكتسبات العلاج بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، وهو ما يؤكد الدلالة العلمية وحجم الاثر للبرنامج في تنمية مهارات العلاج السلوكي الجدلي، حيث أن تطوير مهارات تنظيم الانفعالات الفعالة ربما سمح للمشاركين في الدراسة بالتوقف عن سلوكيات تنظيم الانفعالات الأقل فعالية. بالإضافة الى تحسن قدرتهم على الاهتمام بانفعالاتهم والتعرف عليها وفهمها، والبقاء متحكمين عند تجربة الانفعالات السلبية. يتوافق هذا التفسير مع الاسس النظرية للعلاج السلوكي الجدلي الذي يركز في الاساس على بناء حياة تستحق العيش (Linehan, 2014) من خلال اكساب المتعافين العديد من المهارات و التدرب عليها وتطبيقها في الحياة اليومية وذلك يعزز من استمراريتهما والاحتفاظ بها بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

وقد اتفقت نتيجة الفرض الحالي مع الادبيات البحثية السابقة كدراسة (Axelrod, 2011) والتي هدفت الى بحث التحسن في تنظيم الانفعالات وفحص العلاقة بين التحسن في تنظيم الانفعالات ومشاكل تعاطي المخدرات بعد العلاج باستخدام العلاج الجدلي السلوكي لدى عينة من النساء. وأشارت النتائج إلى هناك تحسنا في تنظيم الانفعالات وحسين الحالة المزاجية وانخفاض معدل تعاطي المخدرات بعد الانتهاء من تطبيق التدخل العلاجي. كما اتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Rady et al, 2021) والتي بحثت فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين صعوبات التنظيم الانفعالي لدى المرضى الذين يعانون من الاضطراب المزاجي، الشخصية الحدية واضطراب تعاطي المخدرات. وظهرت النتائج تحسن كبير في مجموعة العلاج السلوكي الجدلي حتى بعد الانتهاء من العلاج بأربعة أشهر. وتتفق مع دراسة (Wilks, et al, 2018) التي بحثت فاعلية التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي على الانترنت عند عدد من الافراد الذين لديهم أفكار انتحارية وضعف في تنظيم الانفعالات، وادمان الكحوليات، أظهرت النتائج أن هناك تحسنا في تنظيم الانفعالات وانخفاضا في مستوى تعاطي الكحوليات مقارنة بالعينة الضابطة

بعد التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي.

توصيات الدراسة:

- الاهتمام بالتدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي للأخصائيين النفسيين وتشجيعهم على استخدامها مع العملاء.
- توصي هذه الدراسة بالتدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي المدارس والجامعات كإجراء وقائي للتعامل مع أحداث الحياة بدلا استخدام المخدرات كآلية للتكيف.
- توصي هذه الدراسة على تدريب مهارات تنظيم الانفعالات المستمدة من العلاج السلوكي الجدلي في الرعاية اللاحقة بمستشفى الامل.

البحوث المستقبلية:

- المقارنة بين العلاج السلوكي الجدلي المعرفي المبني على اليقظة الذهنية في تحسين الانفعالات وخفض الاشتياق للمخدر.
- المقارنة بين العلاج بالقبول والالتزام والعلاج السلوكي الجدلي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المدمنين.

المراجع:

- أنور الحمادي. (٢٠١٥). خلاصة الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. بيروت، لبنان: الدار العربية للعلوم ناشرون.
- الخميس، خالد عبدالله (٢٠١٨) اساسيات علم النفس العصبي. ط٣. مكتبة جرير، الرياض
- سلمان محمد العواد. (٢٠١٦). الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمدمني المفيتامين ومدمني الحشيش. مجلة الخدمة الاجتماعية، الصفحات ٩٥-١٢٣.
- الشيمي، نجلاء فتحي (٢٠١٩) تنظيم الانفعال وعلاقته بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة. المؤسسة العربية للبحوث العلمي والتنمية البشرية ٢٣. ٢٤١ - ٢٦٥.

- عطا مناحي الرويلي. (٢٠١١). ادمان المخدرات وتعاطيها في المجتمع السعودي: عواملها واثارها واساليب مواجهتها. حوليات اداب عين شمس، الصفحات ٢٣٣-٢٥٥.
- فاطمة خليفة خليفة. (٢٠١٧). فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لى عينة من مرضى الإدمان السعوديين بجدة. مجلة جامعه الملك عبدالعزيز - الاداب والعلوم الإنسانية، ٢٥(٢)، الصفحات ٢١٥-١٣٥.
- مارشا لينهان. (٢٠٢٠). التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي. عمان، الاردن: دار الفكر.

- Ahrnavard, S., & Miri, M. R. (2018). A comparative study of the effectiveness of group-based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers. *Psicologia: Reflexão e Crítica*(31).
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), pp. 155-172.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Alibrahim, O., Elawad, N., Misau, Y. A., Shaikh, T. M., & Allam, N. (2012). Drug dependence and psychotic symptoms: a retrospective study of adolescents who abuse drugs at Al-Amal Hospital in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Public health in Africa*, 3(1).
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance

- dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(1), pp. 37-42.
- Bassiony, M. (2013). Substance use disorders in Saudi Arabia. *Journal of Substance use*, 18(6), pp. 450-466.
 - Cheetham, A., Allen, N. B., Schwartz, O., Simmons, J. G., Whittle, S., Byrne, M. L., & Lubman, D. I. (2015). Affective behavior and temperament predict the onset of smoking in adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), p. 347.
 - Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* 2nd ed.(Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates).
 - Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(5), pp. 434-449.
 - Dingle, G. A., Neves, D. D. C., Alhadad, S. S., & Hides, L. (2018). Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 186-202
 - Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., ... & Mooney, B. (2019). Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction science & clinical practice*, 14, 1-10.
 - Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine

- abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2-3), 298-301
- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Hong, K. I., & Sinha, R. (2007). Stress-induced and alcohol cue-induced craving in recently abstinent alcohol-dependent individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3), 395-403.
 - Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive behaviors*, 33(2), 388-394
 - Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addictive Behaviors*, 44, 14-21.
 - Garland, E. L., Froeliger, B., Zeidan, F., Partin, K., & Howard, M. O. (2013). The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2597-2607.
 - Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., & Hazlett, E. A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 57, pp. 108-116.
 - Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.

- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), pp. 551–573.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214–219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), pp. 281–291.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation*, 2, 3–20.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), pp. 1–26.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), p. 1068.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009, August). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy

- versus community treatment by experts. In Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, 40th, Nov, 2006, Chicago, IL, US; Portions of this paper were presented at the aforementioned conference. (No. 1, p. 35). Educational Publishing Foundation.
- Hartney, Elizabeth . (2023). The symptoms used to diagnose substance use disorders. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders-21926#citation-1>
 - Holtmann, M., Buchmann, A. F., Esser, G., Schmidt, M. H., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2011). The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: A longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), pp. 139-147.
 - Ibrahim, Y., Hussain, S., Alnasser, S., Almohandes, H., & Sarhandi, I. (2018). Patterns and sociodemographic characteristics of substance abuse in Al Qassim, Saudi Arabia: a retrospective study at a psychiatric rehabilitation center. *Annals of Saudi medicine*, 15(1), pp. 1-12.
 - Kober, H., (2014). Emotion regulation in substance use disorders. *Handbook of emotion regulation*, 2, 428-46.
 - Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.-
 - Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
 - Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior

- therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97–110.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12–step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. 67(1), pp. 13–26.
 - Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug–dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), pp. 279–292.
 - Maffei, C., Cavicchioli, M., Movalli, M., Cavallaro, R., & Fossati, A. (2018). Dialectical behavior therapy skills training in alcohol dependence treatment: findings based on an open trial. *Substance Use & Misuse*, 53(14), 2368–2385.
 - McCay, E., Carter, C., Aiello, A., Quesnel, S., Langley, J., Hwang, S., & Karabanow, J. (2015). Dialectical Behavior Therapy as a catalyst for change in street–involved youth: A mixed methods study. *Children and Youth Services Review*, 58, pp. 187–199.
 - McLellan, A. T. (2017). Substance misuse and substance use disorders: why do they matter in healthcare?. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 128, 112.
 - Melemis, S. M. (2015). Relapse prevention and the five rules of recovery. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 325–332.

- Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balazsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 93, 102141
- MOH. (2019). Retrieved from <https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/AddictionandDrugs/Pages/default.aspx>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2021). Theories of drug addiction: Biopsychosocial model. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/theories-drug-addiction>.
- National Institute on Drug Abuse. (2018). DrugFacts: Inhalants. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/inhalants>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). Drugs, brains, and behavior: The science of addiction. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>
- National Institute on Drug Abuse. (2021). DrugFacts: Understanding Drug Use and Addiction. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
- Navarro-Haro, M. W., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., & Garcia-Palacios, A. (2018). Dialectical behavior therapy

- in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), pp. 636–649.
- Neacsiu, A. D., Ward–Ciesielski, E. F., & Linehan, M. M. (2012). Emerging approaches to counseling intervention: Dialectical behavior therapy. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 1003–1032.
 - Petry, N. M., & Stitzer, M. L. (2002). Contingency management: Using motivational incentives to improve drug abuse treatment. West Haven, CT: Yale University Psychotherapy Development Center.
 - Rady, A., Abdelkarim, A., Ivanoff, A., & Molokhia, T. (2021). Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy for Emotion Dysregulation in Patients with Dual Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Current Psychiatry Research and Reviews Formerly: Current Psychiatry Reviews*, 17(2), 105–119.
 - RAMAZANZADEH, F., MORADI, A., & MOHAMMADKHANI, S. (2016). Effectiveness training emotion regulation skills in emotional schema and substance use profile of adolescents at risk.
 - Salsman, N. L. (2020). Dialectical behavior therapy for individuals with substance use problems: theoretical adaptations and empirical evidence. In *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 141–174).
 - Salsman, N., & Linehan, M. M. (2006). Dialectical–behavioral therapy for borderline

- personality disorder. *Primary Psychiatry*, 13(5), 51.
- Saquib, N., Rajab, A. M., Saquib, J., & AlMazrou, A. (2020). Substance use disorders in Saudi Arabia: a scoping review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), pp. 1–12.
 - Sinha, R. (2012). How does stress lead to risk of alcohol relapse? *Alcohol research: current reviews*, 34(4), p. 432.
 - Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30–47
 - Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25–52.
 - Tomczak, M., & Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size.
 - Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 1–20.
 - Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), pp. 1231–1241.

- Van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive behaviors*, 27(6), pp. 911-923.
- Van Dijk, S. (2013). DBT made simple: A step-by-step guide to Dialectical Behavior Therapy. New Harbinger Publications.
- Velasquez, M. M., Ingersoll, K. S., & Sobell, M. B. (2019). Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual. Guilford Publications.
- Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725.
- Volkow, N. D., & Skolnick, P. (2012). New medications for substance use disorders: challenges and opportunities. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 290-292.
- Volkow, N. D., Wise, R. A., & Baler, R. (2017). The dopamine motive system: implications for drug and food addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(12), 741-752.
- Ward-Ciesielski, E. F., Limowski, A. R., & Krychiw, J. K. (2020). History and overview of dialectical behavior therapy. In *Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 3-30). Academic Press.
- Weiss, N. H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Forkus, S. R., Schick, M. R., & Contractor, A. A. (2022). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 230, p. 109131.
- WHO. (2022). منظمة الصحة العالمية. Retrieved from <https://www.who.int/health->

topics/drugs–psychoactive#tab=tab_1

- Wilcox, C. E., Pommy, J. M., & Adinoff, B. (2016). Neural circuitry of impaired emotion regulation in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 344–361
- Zou, Z., Wang, H., d’Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of substance and non–substance addiction. *substance and non–substance addiction*, 21–41
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41–54.