Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) **Original Article**

December-January 2025, Volume 13, Issue 5

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Mentalization-Based Therapy on Social Isolation of Female Students with Internet Addiction

Fatemeh Sadat Hedayati [1], Shohreh Ghorban Shiroudi[2*], Javad Khalatbari[3]

1. Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2- Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3- Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Corresponding author: Shohreh Ghorban Shiroudi: Associate Professor, Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
E-mail: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

Received: 2025/10/04 Accepted: 2025/11/20

Abstract

Introduction: Problematic Internet use plays an important role in increasing social isolation in adolescents. Given the importance of this issue, this study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mentalization-based therapy on social isolation in female students with Internet addiction.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period of two months. The statistical population of this study was female high school students in Abarkooh city (Yazd province) in 2024. 45 people were selected from two schools using a non-random sampling method and randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). A social isolation questionnaire and an internet addiction test were used to collect data. Each of the treatment groups received the interventions as a group during 8 treatment sessions. A repeated measures analysis of variance test was used for statistical analysis.

Results: Findings: The results showed that in the cognitive-behavioral group (MD= 16.66, P= 0.01) and the mentalization-based treatment group (MD = 27.66, P= 0.01), there was a significant difference between pre-test and post-test scores (P< 0.05); however, there was no significant difference between pre-test and post-test scores in the control group (MD= 0.13, P= 0.10) (P> 0.05). In the cognitive-behavioral group (MD= 17.27, P=0.01) and the mentalization-based treatment group (MD= 28.47, P= 0.01), there was a significant difference between pre-test and follow-up scores (P< 0.05); but there was no significant difference between pre-test and follow-up scores in the control group (MD= 0.73, P = 0.10) (P> 0.05). Additionally, there was no significant difference between post-test and follow-up scores in the cognitive-behavioral group (MD = 0.60, P = 0.95) and the mentalization-based treatment group (MD= 0.80, P = 0.10), indicating stability of changes in the treatment groups. Furthermore, there was a significant difference between the two treatment groups of cognitive-behavioral therapy and mentalization-based treatment (MD= 8.13, P= 0.03). In fact, mentalization-based treatment had a greater effect than cognitive-behavioral therapy on reducing social isolation.

Conclusion: Overall, it can be concluded that cognitive behavioral therapy and mentalization-based therapy interventions were effective in reducing social isolation; however, the effect of mentalization-based therapy was greater than that of cognitive behavioral therapy.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Mentalization-based therapy, Social isolation, Internet addiction.

نشریه روان پرستاری **مقاله پژوهشی**

آذر و دی ۱۴۰۴، دوره ۱۳، شماره ۵

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انزوای اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت

فاطمه السادات هدایتی[۱]، شهره قربان شیرودی [۲*]، جواد خلعتبری[۳]

۱-گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

نویسنده مسئول: شهره قربان شیرودی، دانشیار، گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۲ تاریخ پذیرش : ۱۴۰۴/۸/۲۹

چکیده

مقدمه: استفاده آسیب‌زا از اینترنت نقش مهمی در افزایش انزوای اجتماعی نوجوانان دارد. با توجه به اهمیت این موضوع این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انزوای اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر ابرکوه (استان یزد) در سال ۱۴۰۴ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس از دو مدرسه انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه انزوای اجتماعی و آزمون اعتیاد به اینترنت استفاده شد. هر یک از گروه‌های درمانی طی ۸ جلسه درمانی، مداخلات را به‌صورت گروهی دریافت کردند. از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر جهت تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در گروه شناختی-رفتاری (MD=۱۶/۶۶، P=۰/۰۱)، و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MD=۲۷/۶۶، P=۰/۰۱) بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل (MD=۰/۱۳، P=۱/۰۰) تفاوت معنادار وجود ندارد (P>۰/۰۵)؛ در گروه شناختی-رفتاری (MD=۱۷/۲۷، P=۰/۰۱)، و گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MD=۲۸/۴۷، P=۰/۰۱) بین نمرات پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پیش آزمون و پیگیری گروه کنترل (MD=۰/۷۳، P=۱/۰۰) تفاوت معنادار وجود ندارد (P>۰/۰۵). همچنین بین پس آزمون و پیگیری گروه شناختی-رفتاری (MD=۰/۶۰، P=۰/۹۵)، و گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MD=۰/۸۰، P=۱/۰۰) تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه های درمانی است. علاوه بر این بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معناداری وجود داشت (MD=۸/۱۳، P=۰/۰۳) در واقع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری بر کاهش انزوای اجتماعی داشته است.

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کاهش انزوای اجتماعی موثر بوده است؛ اما اثر درمان مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به درمان شناختی رفتاری بیشتر بوده است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، انزوای اجتماعی، اعتیاد به اینترنت.

مقدمه

اعتیاد به اینترنت به وضعیتی گفته می‌شود که فرد به‌طور افراطی و غیرقابل‌کنترل از اینترنت، شبکه‌های اجتماعی، بازی‌های آنلاین یا سایر فعالیت‌های مجازی استفاده می‌کند، به‌گونه‌ای که این رفتار بر جنبه‌های مختلف زندگی او تأثیر منفی می‌گذارد (۱, ۲). اعتیاد به اینترنت در نوجوانان می‌تواند آسیب‌زا باشد زیرا اغلب منجر به صرف زمان بیش از حد در فضای آنلاین می‌شود که به قیمت از دست دادن تعاملات اجتماعی در دنیای اجتماعی است، تعاملاتی که برای رشد اجتماعی سالم بسیار مهم هستند (۱). به طور کلی شیوع اعتیاد به اینترنت در پسران بیشتر از دختران است، با این حال در سال‌های اخیر شیوع اعتیاد به اینترنت در دختران نوجوان رو به افزایش بوده و مطالعات مختلف شیوع آن را در دختران بین ۱/۹ تا ۲۰/۲ درصد گزارش کرده‌اند (۳–۵). نوجوانان ممکن است روابط زندگی واقعی، مسئولیت‌های خانوادگی و وظایف تحصیلی را نادیده بگیرند که منجر به مهارت‌های اجتماعی ضعیف و ارتباطات عاطفی ضعیف می‌شود. محیط مجازی می‌تواند حس کاذبی از همراهی ایجاد کند که فاقد عمق و حمایت عاطفی است و تعامل اجتماعی واقعی را کمتر جذاب می‌کند (۶). در نتیجه، نوجوانان ممکن است احساس تنهایی و افسردگی را تجربه کنند و وابستگی آنها به اینترنت را بیشتر تقویت کنند. با گذشت زمان، این چرخه می‌تواند آنها را از همسالان و شبکه‌های اجتماعی دنیای بیرونی جدا کند و توانایی آنها را برای مقابله با چالش‌های اجتماعی مختل کند (۷). غفلت از فعالیت‌های اجتماعی دنیای بیرونی، فرصت‌های رشد همدلی و مهارت‌های ارتباطی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، اعتیاد به اینترنت می‌تواند خواب و سلامت جسمی را مختل کند و سلامت کلی و انرژی مشارکت اجتماعی را کاهش دهد. همچنین انزوای اجتماعی، پریشانی روانشناختی را تشدید می‌کند و یک حلقه بازخورد ایجاد می‌کند که کناره‌گیری از جامعه را عمیق‌تر می‌کند (۸).

انزوای اجتماعی به وضعیتی گفته می‌شود که فرد از برقراری ارتباط و تعاملات اجتماعی معنادار با همسالان، خانواده یا جامعه محروم است یا چنین ارتباطهایی را تجربه نمی‌کند (۹). به عبارت دیگر این وضعیت با احساس تنهایی، طرد شدن و جدایی از شبکه‌های اجتماعی دنیای بیرونی که برای رشد عاطفی و روانی ضروری هستند، مشخص می‌شود (۱۰). پیامدهای انزوای اجتماعی عمیق است و با افزایش خطرات افسردگی، اضطراب و عزت نفس پایین، بر سلامت روان نوجوانان تأثیر می‌گذارد. همچنین توسعه مهارت‌های اجتماعی لازم برای روابط آینده و موفقیت تحصیلی را مختل می‌کند (۱۱). از نظر جسمی، نوجوانان منزوی ممکن است به دلیل حمایت و انگیزه ناکافی برای مراقبت از خود، از سلامت ضعیفی رنج ببرند. انزوای اجتماعی می‌تواند تاب‌آوری را کاهش دهد و مقابله با استرس را دشوارتر کند (۱۲).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که رویکردهای متعددی برای کاهش انزوای اجتماعی از جمله مداخلات دارویی، مشاوره فردی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان‌های گروهی به کار گرفته شده‌اند (۱۳). با این حال، هر یک از این روش‌ها دارای محدودیت‌هایی نیز هستند. درمان دارویی عمدتاً به کاهش علائم پریشانی روانی می‌پردازد، اما به‌دلیل عدم تمرکز بر عوامل شناختی و بین‌فردی، در بهبود پایدار ارتباطات اجتماعی ناکافی به نظر می‌رسند (۱۳). آموزش مهارت‌های اجتماعی با هدف تقویت رفتارهای ارتباطی مفید هستند، اما به علت عدم اصلاح باورهای پایه‌ای و هیجانات مرتبط با انزوا، اغلب اثرات کوتاه‌مدت دارند (۱۴). مشاوره فردی و درمان‌های گروهی نیز با وجود مزایایی، محدودیت‌هایی در تعمیم مهارت‌ها به محیط‌های واقعی و پایداری نتایج دارند (۹, ۱۵).

در این زمینه، درمان شناختی–رفتاری و درمان ذهنی‌سازی به‌عنوان دو رویکرد مبتنی بر شواهد، توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده‌اند (۱۶, ۱۷). درمان شناختی–رفتاری یکی از روش‌های مبتنی بر شواهد است که به منظور اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و بهبود رفتارهای مشکل‌ساز تدوین شده است (۱۸). این رویکرد با تمرکز بر شناسایی باورهای منفی و تحریف‌های شناختی مرتبط با خود و دیگران، به افراد کمک می‌کند تا این افکار را بازسازی کرده و جایگزین‌های منطقی‌تر و سازنده‌تری برای آن‌ها بیابند (۱۹). در حوزه انزوای اجتماعی، درمان شناختی–رفتاری به نوجوانان آموزش می‌دهد چگونه مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجان خود را تقویت کنند، اضطراب‌های مربوط به تعاملات اجتماعی را کاهش دهند و رفتارهای مقابله‌ای موثری در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی دشوار به‌کار گیرند (۱۸–۲۰). در این زمینه مطالعات موسوی و همکاران (۲۰) Rossetti و همکاران (۱۶) اثربخشی درمان شناختی–رفتاری را بر انزوای اجتماعی در نوجوانان نشان داده‌اند.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز بر تقویت توانایی فرد در فهم و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران تمرکز دارد (۲۱)؛ به عبارت دیگر، این روش به افراد کمک می‌کند

تـا نیت‌هـا، افـکار، احساسـات و انگیزه‌هـای خـود و اطرافیـان را بهتـر درک کننـد (۲۲). ایـن توانایـی، کـه بـه عنـوان ذهنی‌سـازی شـناخته می‌شـود، نقـش کلیـدی در تنظیـم هیجانـات و برقـراری ارتباطـات میان‌فـردی سـالم دارد (۲۳). در مواجهـه بـا انـزوای اجتماعـی، درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی می‌توانـد بـه افـراد کمـک کنـد تـا درک عمیق‌تـری از رفتارهـای خـود و دیگـران پیـدا کننـد، تعارضـات اجتماعـی را بهتـر مدیریـت نماینـد و بهبـود قابـل توجهـی در کیفیـت روابـط اجتماعـی خـود تجربـه کننـد (۱۷). پژوهش‌هـا نشـان می‌دهنـد کـه اصـلاح ظرفیـت تأملـی نوجوانـان نقـش مهمـی در بهبـود مهارت‌هـای تعاملـی و اجتماعـی دارد؛ کـه بـه واسـطه درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی محقـق می‌شـود (۱۷, ۲۴).

مقایسـه درمـان شـناختی رفتـاری و درمـان مبتنی بر ذهنی‌سـازی بـرای کاهـش انـزوای اجتماعـی در میـان نوجوانـان مبتـلا بـه اعتیـاد بـه اینترنـت بسـیار مهم اسـت. بـا وجـود اثربخشـی درمان شـناختی-رفتاری در کاهـش انـزوای اجتماعـی از طریـق اصـلاح الگوهـای فکـری منفـی و تقویـت مهارت‌هـای مقابلـه‌ای (۲۵)، ایـن روش ممکـن اسـت بـه انـدازه کافـی بـه ابعـاد عمیق‌تـر عاطفـی مرتبـط بـا درک حـالات ذهنـی خـود و دیگـران نپـردازد، کـه نقـش مهمـی در کیفیـت تعامـلات اجتماعـی دارد. از سـوی دیگـر، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـا تمرکـز بـر بهبـود ظرفیـت تأملـی و فهـم عواطـف و نیت‌هـای خـود و دیگـران، می‌توانـد تعارضـات و سـوءتفاهم‌های بین‌فـردی را کاهـش داده و کیفیـت روابـط را ارتقـا دهـد، امـا ممکـن اسـت کمتـر بـه تغییـر مسـتقیم الگوهـای فکـری و رفتارهـای مقابلـه‌ای بپـردازد (۲۴). در واقـع درمـان شـناختی رفتـاری مسـتقیماً بـه باورهـای ناکارآمـد می‌پـردازد و رفتـار سـازگارانه را آمـوزش می‌دهـد (۲۶)، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی عملکـرد تأملـی و درک اجتماعـی را هدف قـرار می‌دهـد و از خودآگاهـی و تـاب‌آوری عمیق‌تـر پشـتیبانی می‌کنـد (۲۷).

مقایسـه ایـن مداخـلات بـه متخصصـان بالینـی کمـک می‌کنـد تـا موثرتریـن رویکـرد را بـرای ایـن جمعیـت، متناسـب بـا نیازهـای فـردی، انتخـاب کننـد. تحقیقـات نشـان می‌دهـد کـه ارزیابـی ایـن درمان‌هـا در کنـار هـم، مکانیسـم‌های متمایـزی را برجسـته می‌کنـد کـه ممکـن اسـت بـه طـور متفاوتـی بر انـزوای اجتماعـی در نوجوانـان تأثیـر بگـذارد. چنیـن مقایسـه‌ای همچنیـن بـرای پیشـبرد راهبردهـای درمانـی متناسـب بـا شـرایط مراجعین، بهینه‌سـازی و نتایـج بلندمـدت ضـروری اسـت. در مجمـوع بـا وجـود شـواهد گسـترده در اثربخشـی درمـان شـناختی-رفتاری و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی به‌طـور جداگانـه، تاکنـون پژوهشـی در ایـران ایـن دو رویکـرد را در زمینـه نوجوانـان دختـر بـا اعتیـاد بـه اینترنـت مقایسـه نکـرده اسـت. بـر ایـن اسـاس پژوهـش حاضـر بـا هـدف مقایسـه اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری و درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی بـر انـزوای اجتماعـی دانش‌آمـوزان دختـر بـا اعتیـاد بـه اینترنـت انجـام شـد.

روش کار

پژوهـش حاضـر نیمـه آزمایشـی بـا طـرح پیـش آزمون-پـس آزمـون و گـروه کنتـرل بـا دوره پیگیـری دو مـاه بـود. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش دانش‌آمـوزان دختـر مقطـع متوسـطه دوم شـهر ابرکـوه (اسـتان یـزد) در سـال ۱۴۰۴ بودنـد. حجـم نمونـه بـا اسـتفاده از جـدول کوهـن بـا انـدازه اثـر ۰/۵ و تـوان آزمـون ۰/۸۵ برابـر ۱۵ نفـر بـرای هـر گـروه بـرآورد شـد کـه از بیـن افـراد دارای مـلاک هـای ورود بـه پژوهـش، ۴۵ نفـر بـا روش نمونـه گیـری غیرتصادفـی در دسـترس از دو مدرسـه انتخـاب و در سـه گـروه آزمایـش ۱ (۱۵ نفـر)، آزمایـش ۲ (۱۵ نفـر) و کنتـرل (۱۵ نفـر) بـه صـورت تصادفـی (قرعـه کشـی) جایگزیـن شـدند. مـلاک ورود بـه پژوهـش شـامل اعـلام آمادگـی بـرای شـرکت در پژوهـش، کسـب نمـره ۵۰ یـا بیشـتر در آزمـون اعتیـاد بـه اینترنـت، دامنـه سـنی ۱۵ الـی ۱۸ سـال در نظـر گرفتـه شـد کـه بـه روش خوداظهـاری ثبـت شـد. معیارهـای خـروج هـم عبـارت از غیبـت بیـش از دو جلسـه در حیـن مداخـلات، دریافـت هرگونـه مداخلـه روانشـناختی طـی شـش مـاه گذشـته، سـابقه اختـلالات روانشـناختی شـدید (اختـلالات سـایکوتیک، اختـلال افسـردگی اساسـی و اختـلالات دو قطبـی)، تجربـه سـوگ در شـش مـاه گذشـته، سـابقه مصـرف مـواد مخـدر یـا الـکل، عـدم تمایـل بـه ادامـه شـرکت در جلسـات درمانـی، و نقـل مـکان از موقعیـت جغرافیایـی بـود.

پرسشـنامه انـزوای اجتماعـی (Social Isolation Questionnaire; SIQ): بـه منظـور بررسـی و سـنجش انزوای اجتماعـی از پرسـش‌نامه چلپـی و امیرکافـی در سـال ۱۳۸۳ کـه دارای ۱۹ سـؤال اسـت، اسـتفاده شـد. شـیوهٔ نمـره گـذاری بـر اسـاس طیـف لیکـرت پنـج درجـه ای اسـت کـه گزینـه هـای آن کامـلاً مخالفـم (نمـرهٔ ۱) تـا کامـلاً موافقـم (نمـرهٔ ۵) طراحـی شـده و نمـرهٔ ۱ نشـان دهنـدهٔ کمتریـن میـزان انـزوای اجتماعـی و نمـرهٔ ۵ بازگوکننـدهٔ بیشـترین میـزان انـزوای اجتماعـی اسـت. دامنـه نمـرات بیـن ۱۹ تـا ۹۵ اسـت و نمـرات بالاتـر نشـان دهنـده انـزوای اجتماعـی بیشـتر اسـت (۲۸). در پژوهـش گوهـری و همـکاران روایـی محتوایـی، صـوری و ملاکـی ایـن پرسشـنامه در سـالمندان مقیـم مراکـز سـالمندان شـهرهای اردبیـل و کرمـان مناسـب ارزیابـی شده‌اسـت و بـه منظـور سـنجش پایایـی همسـانی دورنـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـای کرونبـاخ را ۰/۷۷

گـزارش کردنـد (۲۹).

آزمـون اعتیـاد بـه اینترنـت (Internet Addiction Test; IAT): ایـن آزمـون بـا ۲۰ سـوال توسـط Young در سـال ۱۹۹۸ طراحـی شـده اسـت (۳۰)، نمره‌گـذاری ایـن آزمـون بـر اسـاس طیـف لیکـرت ۵ درجـه‌ای از کامـلا مخالفـم (نمـره ۱) ای کامـلا موافقـم (نمـره ۵) اسـت، دامنـه نمـرات بیـن ۲۰ الـی ۱۰۰ قـرار اسـت. نمـرات بیـن ۲۰ تـا ۳۰ نشـان‌دهنده سـطح عـادی اسـتفاده از اینترنـت؛ ۳۱ تـا ۴۹ سـطح خفیـف؛ ۵۰ تـا ۷۹ سـطح متوسـط؛ و ۸۰ تـا ۱۰۰ سـطح شـدید در نظـر گرفتـه شـد (۳۰). در مطالعـه Keser و همـکاران (۳۱) در نوجوانـان ۱۲ تـا ۱۷ سـال ضریـب پایایـی آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۰ و ضریـب اسـپیرمن بـراون ۰/۸۶ محاسـبه شـد. همچنیـن همبسـتگی بیـن گویـه-کل ۰/۳۸ تـا ۰/۶۹ بدسـت آمـد. در نمونـه ایرانـی قـادری و همـکاران ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۷۷ و روایـی ملاکـی در دانش‌آمـوزان دختـر و پسـر مقطـع متوسـطه دوم شـهر آشـتیان بـا سـیاهه انعطاف‌پذیـری شـناختی را ۰/۳۱ بدسـت آوردنـد (۳۲).

مداخله‌ها

۱- مداخلـه درمـان شـناختی رفتـاری: درمـان شـناختی رفتـاری بـه مـدت هشـت هفتـه (۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه ای گروهـی) بـر اسـاس پروتـکل Beck طراحـی شـده اسـت (۳۳)، همچنیـن ایـن پروتـکل در ایـران اسـتفاده شـده اسـت (۳۴). خلاصـه محتـوا در جـدول ۱ ارائـه شـده اسـت.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوا
اول	درمانگـر یـک اتحـاد درمانـی ایجـاد کـرد و ارزیابـی اولیـه را انجـام داد. اصـول درمـان معرفـی شـد و ارتبـاط بیـن افـکار، احساسـات و رفتارهـا بـا اسـتفاده از مثلـث درمـان توضیـح داده شـد. مراجـع نگرانی‌هـای اصلـی و اهـداف درمانـی را شناسـایی کـرد.
دوم	بـه مراجـع راهنمایـی شـد تـا افـکار منفـی خـودکار، بـه ویـژه آنهایـی کـه بـه تجربیـات گذشـته مرتبـط بودنـد را تشـخیص دهـد. درمانگـر یـک دفترچـه ثبـت افـکار را ارائـه داد و مراجـع تمریـن کـرد تـا موقعیت‌هـا، افـکار، احساسـات و رفتارهـا را یادداشـت کنـد.
سوم	درمانگـر بـه مراجـع کمـک کـرد تـا تحریف‌هـای شـناختی (مثـلاً تعمیـم بیـش از حـد، فاجعه‌سـازی) را شناسـایی کنـد. از تکنیک‌هـای پرسشـگری سـقراطی بـرای مقابلـه بـا افـکار غیرمنطقـی و جایگزینـی آنهـا بـا گزینه‌هـای متعادل‌تـر اسـتفاده شـد.
چهارم	درمانگـر و مراجـع فعالیت‌هایـی را کـه قبـلاً از آنهـا اجتنـاب می‌کردنـد، شناسـایی کردنـد و یـک برنامـه‌ی سـاختارمند بـرای افزایـش مشـارکت ایجـاد کردنـد. مراجـع، مشـارکت مجـدد در وظایـف معنـادار و لذت‌بخـش را تمریـن کـرد و تغییـرات خلقـی را پیگیـری نمـود.
پنجم	مراجـع در مـورد رفتارهـای اجتنابـی و الگوهـای نشـخوار فکـری صحبـت کـرد. از راهبردهـای شـناختی و تکنیک‌هـای ذهن‌آگاهـی بـرای کمـک بـه تغییـر توجـه از تفکـر بی‌فایـده گذشـته‌محور بـه آگاهـی متمرکـز بـر حـال اسـتفاده شـد.
ششم	مراجـع رویدادهـای گذشـته کـه از نظـر احساسـی مهـم بودنـد را بررسـی کـرد. درمانگـر از تکنیک‌هـای مواجهـه خیالـی یـا روایـت (در صـورت لـزوم) بـرای کمـک بـه مراجـع در کاهـش پریشـانی و دسـتیابی بـه دیدگاه‌هـای جدیـد اسـتفاده کـرد.
هفتم	مراجـع اسـتراتژی‌های مقابلـه‌ای ماننـد تنفـس عمیـق، آرامـش پیشـرونده عضلانـی و توقـف فکـر را تمریـن کـرد. مهارت‌هـا بـرای مدیریـت پاسـخ‌های عاطفـی مرتبـط بـا محرک‌هـای گذشـته مـرور و تقویـت شـدند.
هشتم	رونـد درمـان خلاصـه شـد. درمانگـر پیشـرفت‌ها را برجسـته کـرد، مهارت‌هـای آموخته‌شـده را تقویـت کـرد و رشـد مراجـع را جشـن گرفـت. یـک برنامـه بلندمـدت مـورد بحـث قـرار گرفـت و درمـان رسـماً بـه پایـان رسـید.

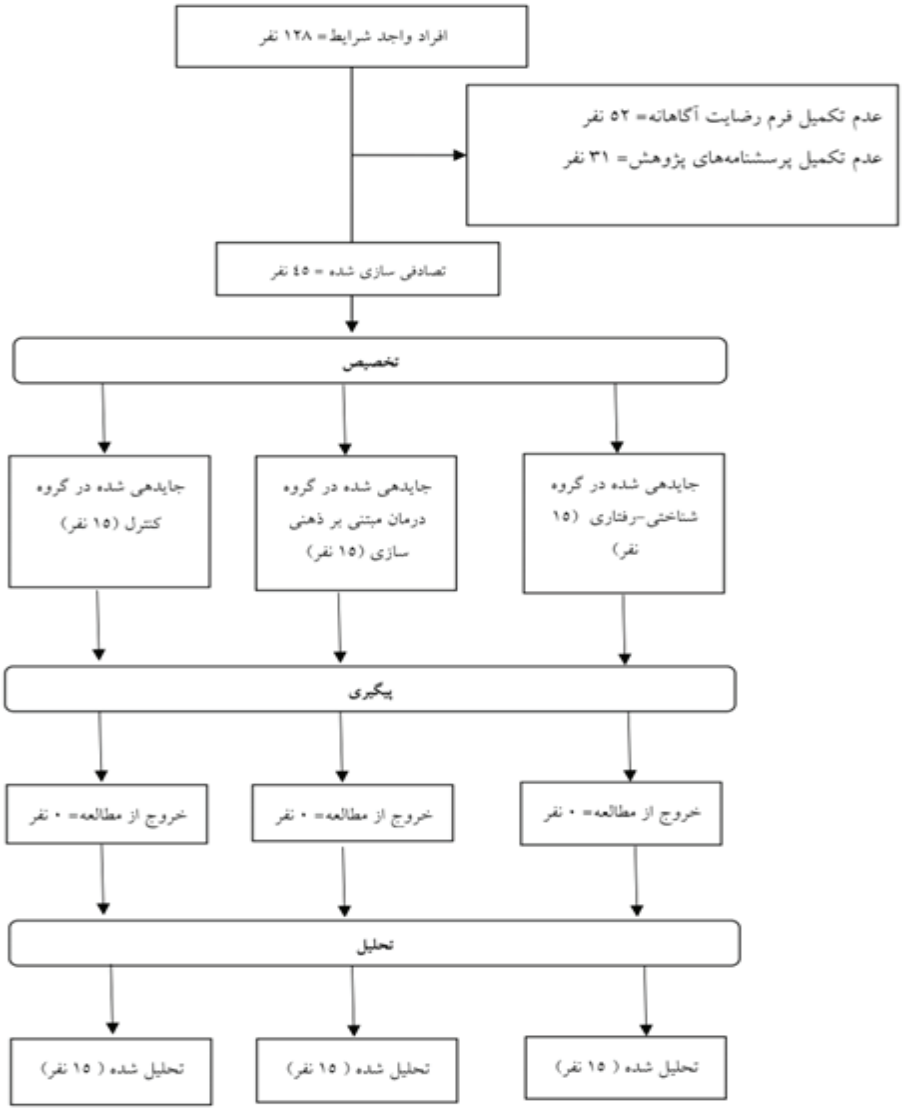
۲- درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی: درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی بـر اسـاس Bateman & Fonagy طـی ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه ای بـه صـورت گروهـی اجـرا شـد (۲۲)؛ همچنیـن قبـلا ایـن پروتـکل در ایـران توسـط قـادری نـژاد و همـکاران اجـرا شـده اسـت (۳۵). در ادامـه خلاصـه هـر یـک از جلسـات در جـدول ۲ ارائـه شـده اسـت.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

جلسه	محتوا
اول	مـروری بـر سـاختار و اهـداف جلسـات و قوانیـن اصلـی. بیـان ابعـاد و مزایـای ذهنی‌سـازی. بیـان اهـداف جلسـه. شـاخص‌های ذهنی‌سـازی ضعیـف و خـوب. مشـکلات در ذهن‌خوانـی خـود و دیگـران. مشـکلات تنظیـم هیجـان و تکانش‌گـری و حساسـیت بیـن فـردی. شفاف‌سـازی تفسـیرهای شـرکت‌کنندگان از سـوی رهبـر گـروه. ارائـه تکلیـف خانگـی.
دوم	مـروری بـر بحـث جلسـه قبـل و بررسـی تکالیـف. بیـان اهـداف جلسـه. چگونگـی برخـورد بـا هیجانـات و احساسـات. تفسـیر علامت‌هـای هیجانـی درونـی در خودمـان و حـالات هیجانـی در دیگـران. خودتنظیمـی احساسـات و اینکـه چگونـه دیگـران می‌تواننـد بـه تنظیـم احساسـات مـا کمـک کننـد. نحـوه مدیریـت کـردن احساسـات غیرذهنـی ناراحت‌کننـده. ارائـه تکنیـک آرامیدگـی.
سوم	مـرور مطالـب جلسـه قبـل و بررسـی تکالیـف. بیـان مشـخصات و اهـداف اختصاصـی درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی. آمـوزش و تمریـن ذهنی‌سـازی در گـروه. ارائـه تکلیـف خانگـی.
چهارم	مـروری بـر بحـث جلسـه قبـل و بررسـی تکالیـف. اهمیـت ایجـاد ارتبـاط بـا دیگـران و انجـام فعالیـت گروهـی. ارائـه آمـوزش در مـورد دوره و درمـان افسـردگی و اختـلال مـرزی.

پنجم	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تایید مشکلات مطرح‌شده اعضای گروه. شفاف‌سازی مباحث مطرح شده توسط درمانگر.
ششم	کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آنها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح شده از سوی گروه.
هفتم	آموزش ذهنی‌سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال.
هشتم	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان. پایان دادن درمان.

جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه انجام شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اعتیاد به اینترنت و پرسشنامه انزوای اجتماعی بود که به‌صورت حضوری و خوداظهاری توسط شرکت‌کنندگان در محل مدارس تکمیل گردید. پژوهشگر پس از اخذ رضایت آگاهانه از دانش‌آموزان و والدین آن‌ها، پرسشنامه‌ها را بین افراد واجد شرایط توزیع کرد. پس از انتخاب اعضاء افراد با استفاده از تخصیص تصادفی به روش قرعه‌کشی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند تا از هم‌ترازی نسبی گروه‌ها اطمینان حاصل شود. به‌دلیل ماهیت مداخله روان‌شناختی گروهی، امکان کورسازی کامل شرکت‌کنندگان و درمانگر وجود نداشت؛ با این حال ارزیاب داده‌ها که نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها را انجام می‌داد، از نوع گروه‌بندی شرکت‌کنندگان آگاه نبود. پژوهش در فضای مدرسه (اتاق مشاوره یا کلاس اختصاصی) اجرا شد. ارائه‌دهنده مداخله دانشجوی دکتری روان‌شناسی بود که دوره‌های آموزشی مربوط به درمان‌های شناختی-رفتاری و ذهنی‌سازی را گذرانده و تحت نظارت استاد راهنما و سوپروایزر بالینی فعالیت داشت. در شکل ۱ نمودار کانسورت ارائه شده است.



شکل ۱: نمودار کانسورت

بـه شـرکت‌کنندگان اطمینـان داده شـد کـه هویـت آنـان در هیچ‌یـک از بخش‌هـای پژوهـش ذکـر نخواهـد شـد و شـرکت در پژوهـش کامـلاً داوطلبانـه بـود. بـرای کسـب رضایـت آگاهانه، جلسـه‌ای توجیهـی برگـزار شـد و فـرم رضایت‌نامـه بـه همـراه پرسشـنامه جمعیت‌شـناختی میـان شـرکت‌کنندگان توزیـع شـد تـا اجـازه کتبـی حضـور در جلسـات درمانـی از شـرکت‌کنندگان و والدیـن آن‌هـا نیـز اخـذ شـود. بـه منظـور حفـظ محرمانگـی، بـرای هـر شـرکت‌کننده کـدی اختصـاص داده شـد تـا حریـم خصوصـی آنـان تضمیـن گـردد. پـس از اجـرای حضـوری پیـش آزمـون، اعضـای گـروه هـای مداخلـه تحـت آمـوزش قـرار گرفتنـد و سـپس از هـر دو گـروه پـس آزمـون و پـس از گذشـت دو مـاه مجـددا آزمـون پیگیـری اجـرا شـد. تحلیـل داده هـا در نـرم افـزار آمـاری SPSS نسـخه ۲۴ بـا اسـتفاده از آزمـون آمـاری تحلیـل واریانـس انـدازه گیـری مکـرر انجـام شـد.

یافته‌ها

در ایـن مطالعـه در هـر یـک از گـروه هـا ۱۵ نفـر مشـارکت داشـتند. همـه شـرکت‌کنندگان دختـر بودنـد. میانگیـن و انحـراف معیـار اعتیـاد بـه اینترنـت گـروه درمـان شـناختی رفتـاری (۱۴/۰۹±۵۷/۱۱)، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی (۱۶/۴۳±۵۶/۲۸) و کنتـرل (۱۴/۸۸±۵۵/۲۹) تقریبـا مشـابه بـود (F=۱/۸۹، P=۰/۴۳). میانگیـن و انحـراف معیـار سـنی گـروه درمـان شـناختی رفتـاری (۵۳/۹۲±۱۵/۰)، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی (۰/۹۶±۱۵/۹۳) و کنتـرل (۱/۰۶±۱۶/۱۳) تقریبـا مشـابه بـود (F=۱/۴۵، P=۰/۲۵). در جـدول ۳ شـاخص هـای گرایـش مرکـزی متغیـر انـزوای اجتماعـی و نرمـال بـودن توزیـع داده هـا ارائـه شـده اسـت.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر انزوای اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
انزوای اجتماعی	پیش آزمون	درمان شناختی رفتاری	۵۴/۶۷	۷/۹۸	۰/۹۴	۰/۴۲
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۵۳/۹۳	۱۰/۱۱	۰/۹۴	۰/۴۲
		کنترل	۵۳/۸۰	۹/۶۴	۰/۹۵	۰/۵۴
	پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	۳۸/۰۰	۱۱/۶۶	۰/۹۵	۰/۵۷
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۲۶/۲۷	۶/۵۹	۰/۹۱	۰/۱۵
		کنترل	۵۳/۹۳	۹/۵۰	۰/۹۳	۰/۲۵
	پیگیری	درمان شناختی رفتاری	۳۷/۴۰	۱۰/۹۱	۰/۹۶	۰/۷۵
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۲۵/۴۷	۵/۸۹	۰/۸۹	۰/۰۸
		کنترل	۵۳/۰۷	۹/۹۰	۰/۹۵	۰/۵۹

در جـدول ۳ نتایـج نشـان مـی دهـد کـه گـروه هـای مداخلـه نسـبت بـه کنتـرل در طـول مراحـل سـنجش تغییـرات بیشـتری در متغیـر انـزوای اجتماعـی داشـته اسـت؛ در واقـع رونـد تغییـرات در گـروه هـای مداخلـه کاهشـی بـوده اسـت؛ همچنیـن رونـد کاهـش در گـروه درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی در پـس آزمـون و پیگیـری نسـبت بـه درمـان شـناختی و رفتـاری بیشـتر بـوده اسـت. همچنیـن نتایـج آزمـون شـاپیرو ویلـک نشـان داد، داده هـا در مراحـل مختلـف سـنجش بـه تفکیـک گـروه هـا دارای توزیـع نرمـال اسـت (P>۰/۰۵)؛ بـر ایـن اسـاس مـی تـوان از آزمـون هـای پارامتـری اسـتفاده کـرد. جهـت بررسـی همگونـی خطـای واریانـس هـا از آزمـون لـون اسـتفاده شـد، نتایـج نشـان داد کـه خطـای واریانـس هـا در متغیـر انـزوای اجتماعـی بـه تفکیـک مراحـل سـنجش (P=۰/۱۲، F=۲/۱۴) همگـون مـی باشـد؛ امـا نتایـج آزمـون ام باکـس نشـان داد کـه ماتریـس کوواریانـس هـا در حالـت چندمتغیـره برقـرار نیسـت (P<۰/۰۵)؛ بـر ایـن اسـاس گـزارش مقـدار F بـر اسـاس شـاخص اثـر پیلایـی انجـام خواهـد شـد کـه در ایـن حالـت از همـه معتبرتـر اسـت. نتایـج آزمـون کرویـت موچلـی بـا حضـور گـروه کنتـرل نشـان داد کـه مقادیـر متغیـر انـزوای اجتماعـی (P=۰/۰۱، W=۲۸/۹۷) معنـادار اسـت، بـر ایـن اسـاس گـزارش شـاخص F در آزمـون تحلیـل واریانـس نیـاز بـه اصـلاح دارد و بـر اسـاس اپسـیلون هیـون فلـدت گـزارش خواهـد شـد. بـا توجـه بـه برقـراری پیـش فـرض هـای آزمـون تحلیـل واریانـس انـدازه گیـری مکـرر و رعایـت برخـی از ملاحظـات ذکـر شـده در اصـلاح و گـزارش F، جهـت آزمـون مقایسـه اثربخشـی مداخلـه هـا در مراحـل سـنجش و مقایسـه آن هـا از ایـن آزمـون اسـتفاده شـده اسـت. در جـدول ۴ نتایـج

آزمـون تحلیـل واریانـس انـدازه گیـری مکـرر مختلـط (میکـس آنـوا) ارائـه شـده اسـت.

جدول ٤: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیر انزوای اجتماعی

اثر	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۷	۶۸/۸۳	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۷۷	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۶۸/۸۳	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۷۷	۱
	اثر هتلینگ	۳/۳۵	۶۸/۸۳	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۷۷	۱
	بزرگترین ریشه روی	۳/۳۵	۶۸/۸۳	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۷۷	۱

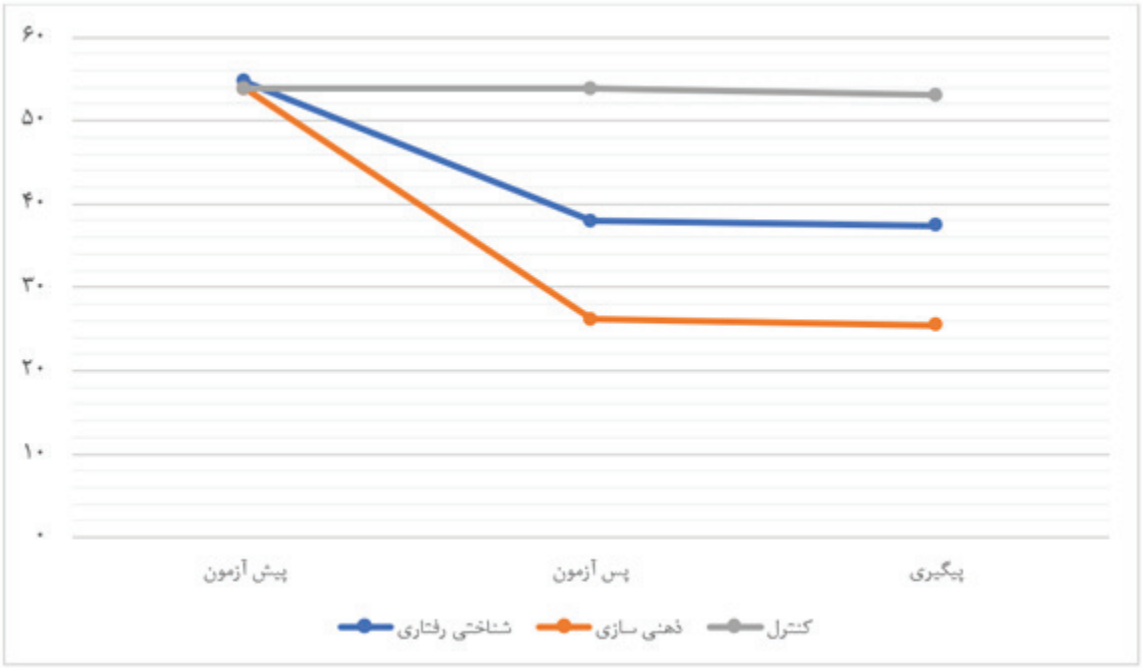
در جـدول فـوق نتایـج آزمـون تحلیـل واریانـس انـدازه گیـری مکـرر مختلـط (میکـس آنـوا) ارائـه شـده اسـت؛ نتایـج ارزیابـی درون گروهـی نشـان مـی دهـد نشـان داد کـه بیـن نمـرات پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیـری در ترکیـب گـروه هـا و متغیـر وابسـته بـه طـور همزمـان (P=۰/۰۱، F=۶۸/۸۳، ۰/۷۷=اثرپیلایـی) تفـاوت معنـاداری وجـود داشـت. به عبارتـی یافتـه هـای فـوق حاکـی از آن اسـت کـه رونـد تغییـر معنـاداری در میانگیـن متغیـر مـورد بررسـی در مراحـل ارزیابـی مشـاهده شـده و میـزان تغییـرات مربـوط بـه متغیـر طـی مراحـل ارزیابـی در سـه گـروه مـورد مطالعـه متفـاوت بـوده اسـت، امـا دقیـق مشـخص نسـیت کـه در کـدام یـک از گـروه هـا ایـن چنیـن بـوده اسـت، بـرای بررسـی دقیـق رونـد تغییـرات در ادامـه، نتایـج تـک متغیـره در متـن میکـس آنـوا ارائـه خواهـد شـد.

جدول ٥: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن میکس آنوا برای انزوای اجتماعی در سه مرحله اندازه گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
انزوای اجتماعی	زمان	۶۸۶۳/۲۱	۱/۴۱	۴۸۳۴/۹۷	۱۱۴/۰۶	۰/۰۱	۰/۷۳	۱
	زمان*گروه	۳۹۰۶/۸۷	۲/۸۳	۱۳۷۶/۱۵	۳۲/۴۶	۰/۰۱	۰/۶۱	۱
	خطا	۲۵۲۷/۲۴	۵۹/۶۲	۴۲/۳۹				
	بین گروهی	۷۶۳۲/۶۴	۲	۳۸۱۶/۳۲	۱۹/۰۸	۰/۰۱	۰/۴۷	۱

جدول ٦: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین گروهی متغیر انزوای اجتماعی

مراحل سنجش		درمان شناختی رفتاری		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی		کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۱۶/۶۶	۰/۰۱	۲۷/۶۶	۰/۰۱	۰/۱۳	۱/۰۰
پیش آزمون	پیگیری	۱۷/۲۷	۰/۰۱	۲۸/۴۷	۰/۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۶۰	۰/۹۵	۰/۸۰	۱/۰۰	۰/۸۷	۰/۹۴
مقایسه بین گروهی		شناختی-رفتاری * کنترل		ذهنی‌سازی * کنترل		شناختی-رفتاری * ذهنی‌سازی	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۰/۲۴	۰/۰۱	۱۸/۳۸	۰/۰۱	۸/۱۳	۰/۰۳



شکل ۲: روند تغییر نمرات در سه گروه در مراحل سنجش

نتایج جدول و شکل فوق گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در مقابل نشان داد که در گروه های درمانی نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه های درمانی از پس آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می توان گفت که هر دو درمان به طور معنادار در طول زمان باعث کاهش انزوای اجتماعی شده اند. به عبارت دیگر کاهش میانگین ۲۸/۴۷ نمره‌ای در گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به ۱۷/۲۷ نمره‌ای در گروه شناختی رفتاری نشانگر بهبود قابل توجه در عملکرد اجتماعی است. نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه های درمان شناختی رفتاری و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود داشت و همچنین بین گروه های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر کاهش انزوای اجتماعی تا مرحله پیگیری داشته‌اند؛ همچنین بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معناداری وجود داشت (P=۰/۰۳) در واقع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتر نسبت به درمان شناختی رفتاری بر کاهش انزوای اجتماعی داشته است.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انزوای اجتماعی در دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت موثر بود؛ همچنین بین درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انزوای اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت تفاوت معنادار وجود داشت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر بیشتری بر انزوای اجتماعی داشت.

یافته اول نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر انزوای اجتماعی در دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت موثر بود؛ این یافته با پژوهش‌های Rossetti و همکاران (۱۶)، سید موسوی و همکاران (۲۰) و Osborn و همکاران (۳۶) همسو است. در بررسی پیشینه مطالعه ناهمسویی یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان شناختی رفتاری در کاهش انزوای اجتماعی مؤثر است زیرا به افراد کمک می‌کند تا افکار و باورهای منفی که در کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی نقش دارند را شناسایی و به چالش بکشند. افرادی که انزوای اجتماعی را تجربه می‌کنند، اغلب ادراکات تحریف‌شده‌ای مانند ترس از طرد شدن یا احساس ناکافی بودن دارند که درمان شناختی رفتاری از طریق بازسازی شناختی به آنها می‌پردازد. با جایگزینی این افکار ناسازگار با افکار واقع‌بینانه‌تر و مثبت‌تر، افراد

اعتماد به نفس لازم برای شرکت در موقعیت‌های اجتماعی را به دست می‌آورند (۳۶). درمان شناختی رفتاری همچنین مهارت‌های مقابله‌ای عملی مانند حل مسئله و ارتباط قاطعانه را آموزش می‌دهد که روابط بین فردی را تقویت می‌کند. از طریق تکنیک‌های مواجهه تدریجی، افراد می‌توانند گام به گام با اضطراب اجتماعی خود روبرو شوند و بر آنها غلبه کنند. علاوه بر این، درمان شناختی رفتاری هدف‌گذاری و مشارکت فعال در فعالیت‌های معنادار را تشویق می‌کند و حس تعلق و هدف را تقویت می‌کند. این رویکرد ساختاریافته، افراد را قادر می‌سازد تا رفتارها و احساسات خود را کنترل کنند. در نتیجه، آنها کاهش تنهایی و افزایش ارتباط اجتماعی را تجربه می‌کنند (۲۰). ماهیت مبتنی بر شواهد درمان شناختی رفتاری تضمین می‌کند که تکنیک‌های آن به طور سیستماتیک در جمعیت‌های مختلف اعمال و مؤثر هستند. در نهایت، درمان شناختی رفتاری تغییرات پایداری را ایجاد می‌کند که به افراد کمک می‌کند تا شبکه‌های اجتماعی سالم‌تر و رضایت‌بخش‌تری ایجاد کنند.

یافته دوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انزوای اجتماعی در دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت موثر بود؛ این یافته با پژوهش‌های Jensen و همکاران (۱۷)، Dangerfield & Brotnow Decker (۲۳) و Smits و همکاران (۳۷) همسو است. در بررسی پیشینه مطالعه ناهمسویی یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش انزوای اجتماعی مؤثر است زیرا بر افزایش توانایی فرد در درک و تفسیر افکار، احساسات و رفتارهای خود و همچنین دیگران تمرکز دارد. انزوای اجتماعی اغلب ناشی از سوءتفاهم‌ها و مشکلات در ارتباط با دیگران است که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مستقیماً با بهبود آگاهی هیجانی و همدلی به آن می‌پردازد. با تقویت درک بهتر از حالات روانی، افراد قادر به هدایت تعاملات اجتماعی پیچیده و ایجاد روابط معنادار می‌شوند (۲۷). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا هیجانات خود را تنظیم کنند و واکنش‌های تکانشی مانند کناره‌گیری یا پرخاشگری را که می‌تواند به ارتباطات اجتماعی آسیب برساند، کاهش دهند. این رویکرد درمانی همچنین اعتماد و دلبستگی ایمن را که برای ایجاد پیوندهای نزدیک با دیگران ضروری است، ارتقا می‌دهد. از طریق تأمل و گفتگوی هدایت‌شده، مراجعین یاد می‌گیرند که موقعیت‌ها را از دیدگاه‌های مختلف ببینند و سوءتفسیرهایی را که منجر به درگیری یا انزوا می‌شوند، کاهش دهند (۲۳). همچنین افراد با مهارت‌های ارتباطی قوی‌تر، اعتماد به نفس بیشتری برای حضور فعال در موقعیت‌های اجتماعی پیدا می‌کنند. این روند به مرور باعث افزایش تعاملات اجتماعی و کاهش احساس تنهایی می‌شود. از آنجا که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر درک توانایی فهم حالات ذهنی خود و دیگران تمرکز دارد، برای افرادی که مشکلات ارتباطی مزمن یا شدید دارند، مؤثرتر است و می‌تواند با پرداختن به عوامل زمینه‌ساز انزوای اجتماعی، به بهبود پایدار در بهزیستی اجتماعی بینجامد (۱۷). یافته سوم نشان داد که بین درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انزوای اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر بیشتری بر انزوای اجتماعی داشت. در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که همسو یا ناهمسو با یافته حاضر باشد؛ بر این اساس مقایسه نتایج با محدودیت همراه است. در تبیین می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مکانیسم‌های روانشناختی عمیق‌تر زیربنایی مشکلات بین فردی را هدف قرار می‌دهد (۲۷). در حالی که درمان شناختی رفتاری در درجه اول بر شناسایی و بازسازی افکار و رفتارهای تحریف‌شده تمرکز دارد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توانایی فرد را در درک و تفسیر احساسات، نیات و دیدگاه‌های خود و دیگران افزایش می‌دهد. این مهارت که به عنوان ذهنی‌سازی شناخته می‌شود، برای ایجاد روابط معنادار و مبتنی بر اعتماد ضروری است، که اغلب در افراد منزوی اجتماعی وجود ندارد (۳۶). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا احساسات شدید را تنظیم کنند و به جای واکنش‌های تکانشی، متفکرانه پاسخ دهند و از درگیری‌ها و سوءتفاهم‌هایی که منجر به کناره‌گیری بیشتر می‌شوند، جلوگیری کنند. همچنین همدلی و پیوندهای دلبستگی را تقویت می‌کند و حس ارتباط و امنیت را پرورش می‌دهد (۲۳).

در حالی که درمان شناختی رفتاری به تغییر باورها و الگوهای فکری می‌پردازد و نقش مهمی در کاهش علائم ایفا می‌کند (۲۰)، ممکن است به اندازه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به فرآیندهای روان‌شناختی عمیق‌تر و درک حالات ذهنی خود و دیگران نپردازد (۳۸). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت خودآگاهی و درک بین‌فردی،

بهبودهـای پایدارتـر و عمیق‌تـری ایجـاد می‌کنـد و بـه ویـژه بـرای افـرادی کـه مشـکلات اجتماعـی مزمـن یـا شـدید دارنـد، مؤثـر اسـت (۱۷). بنابرایـن، به‌کارگیـری درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی در محیط‌هـای آموزشـی می‌توانـد به‌عنـوان مداخلـه‌ای پیشـگیرانه در کاهـش انـزوای اجتماعـی نوجوانـان دارای اعتیـاد بـه اینترنـت پیشـنهاد شـود.

از محدودیت‌هـای ایـن پژوهـش می‌تـوان بـه نمونه‌گیـری در دسـترس، حجـم نمونـه انـدک، عـدم کنتـرل هم‌پراکندگـی متغیرهـای جمعیت‌شـناختی (ماننـد وضعیـت اقتصـادی و تحصیلـی والدیـن)، ثبـت معیارهـای ورود بـه روش خوداظهـاری، نبـود پیگیـری بلندمـدت (بیـش از دو مـاه)، و نبـود پیشـینه پژوهـش مناسـب جهـت مقایسـه دو مداخلـه اشـاره کـرد کـه تعمیـم نتایـج را بـا دشـواری همـراه می‌سـازد. پیشـنهاد می‌شـود در مطالعـات آینـده ایـن محدودیت‌هـا پوشـش داده شـود. در زمینه کاربـردی، توصیـه می‌شـود جهـت کاهـش انـزوای اجتماعـی در دانش‌آمـوزان مبتـلا بـه اعتیـاد بـه اینترنـت، بـا توجـه بـه شـرایط موجـود، یکـی از مداخـلات درمـان شـناختی رفتـاری یـا درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سازی در مـدارس بـه کار گرفتـه شـود. بـا ایـن حـال بـا توجـه بـه کارایـی و پایـداری بالاتـر درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی، ایـن درمـان می‌توانـد در اولویـت قـرار گیـرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌هـای پژوهـش نشـان داد کـه هـر دو رویکـرد درمـان شـناختی-رفتاری و درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی بـر انـزوای اجتماعـی دانش‌آمـوزان دختـر مبتـلا بـه اعتیـاد بـه اینترنـت مؤثـر بودنـد. همچنیـن بیـن اثربخشـی ایـن دو روش تفـاوت معنـاداری وجـود داشـت؛ به‌طوری‌کـه درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی نسـبت بـه درمـان شـناختی-رفتاری تأثیـر بیشـتری بـر انـزوای اجتماعـی نشـان داد.

نتایـج ایـن پژوهـش از منظـر کاربـردی اهمیـت ویـژه‌ای بـرای روان‌شناسـان، مشـاوران مـدارس و برنامه‌ریـزان نظـام آموزشـی دارد. از آنجـا کـه اعتیـاد بـه اینترنـت در میـان نوجوانـان به‌ویـژه دختـران در حـال افزایـش اسـت، اسـتفاده از مداخـلات مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی و درمـان شـناختی-رفتاری می‌توانـد روشـی مؤثـر بـرای پیشـگیری و کاهـش پیامدهـای روانـی و اجتماعـی آن باشـد.

پیشـنهاد می‌شـود در مـدارس، مراکـز مشـاوره و کلینیک‌هـای روان‌شـناختی، کارگاه‌هـا و دوره‌هـای آموزشـی مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی جهـت ارتقـای مهارت‌هـای هیجانـی، همدلـی، خودآگاهـی و تعامـل سـازنده بیـن دانش‌آمـوزان اجـرا شـود. بـا توجـه بـه نتایـج ایـن مطالعـه، درمـان مبتنـی بـر ذهنی‌سـازی می‌توانـد نسـبت بـه درمـان شـناختی-رفتاری در اولویـت اجـرا قـرار گیـرد، زیـرا از پایـداری اثـر بیشـتری بـر انـزوای اجتماعـی برخـوردار اسـت. همچنیـن پیشـنهاد می‌شـود در پژوهش‌هـای آینـده از روش‌هـای نمونه‌گیـری تصادفـی و حجـم نمونـه بزرگ‌تـر اسـتفاده شـود و متغیرهایـی ماننـد وضعیـت اقتصـادی، و کیفیـت روابـط خانوادگـی کنتـرل شـوند.

سپاسگزاری

مقالـه حاضـر برگرفتـه از رسـاله دکتـری نویسـنده اول (خانـم فاطمـه السـادات هدایتـی) تحـت عنـوان « مقایسـه و اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری و درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی بـر شایسـتگی هیجانـی، انـزوای اجتماعـی، تنیدگـی تحصیلـی و بهزیسـتی تحصیلـی دانـش آمـوزان دختردرگیـر اعتیـاد رفتـاری (اعتیـاد بـه اینترنـت) مقطـع متوسـطه دوم» در رشـته مشـاوره دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد تهـران شـمال در دانشـکدگان تعلیـم و تربیـت اسـلامی اسـت کـه بـا کـد ۴۰۱۱۵۷۲۱۶۰۲۰۰۶ در تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۲۱ بـه تصویـب رسـیده اسـت. همچنیـن ایـن پژوهش در کمیتـه اخـلاق دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد تهـران شـمال بـا شناسـه IR.IAU.TNB.REC.1404.064 در تاریـخ ۱۴۰۴/۲/۳۰ تاییـد شـده اسـت. بدیـن وسـیله از تمامـی شـرکت‌کنندگان و افـرادی کـه در اجـرای ایـن پژوهـش مـا را یـاری نمودنـد، تقدیـر و تشـکر بـه عمـل مـی آوریـم.

تضاد منافع

هیچگونـه تعـارض منافعـی بیـن نویسـندگان ایـن مقالـه وجـود نـدارد.

References

1. Ye XL, Zhang W, Zhao FF. Depression and internet addiction among adolescents: a meta-analysis. Psychiatry research. 2023;326:115311. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115311
2. Chadha Y, Patil R, Toshniwal S, Sinha N, Toshniwal SS. Internet addiction management: A comprehensive review of clinical interventions and modalities. Cureus. 2024;16(3): 1-11. https://doi.org/10.7759/cureus.55466.
3. Di Nicola M, Ferri VR, Moccia L, Panaccione I, Strangio AM, Tedeschi D, Grandinetti P, Callea A, De-Giorgio F, Martinotti G, Janiri L. Gender differences and psychopathological features associated with addictive behaviors in adolescents. Frontiers in psychiatry. 2017; 8:256. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00256.
4. Xin M, Xing J, Pengfei W, Houru L, Mengcheng W, Hong Z. Online activities, prevalence of Internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. Addictive behaviors reports. 2018 ;7:14-8. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.10.003.
5. Ha YM, Hwang WJ. Gender differences in internet addiction associated with psychological health indicators among adolescents using a national web-based survey. International Journal of Mental Health and Addiction. 2014 ;12(5):660-669. https://doi.org/10.1007/s11469-014-9500-7.
6. Mosayebie S, Safarpour F, Saadat S. The relationship between Family Organized Cohesiveness and Cyberbullying: The Mediation Role of Emotional Maturity and Emotional Self-Awareness in Female adolescents. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2024;13(7):241-50. http://frooyesh.ir/article-1-4971-en.html.
7. Tian Y, Qin N, Cao S, Gao F. Reciprocal associations between shyness, self-esteem, loneliness, depression and Internet addiction in Chinese adolescents. Addiction Research & Theory. 2021;29(2):98-110. https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1755657.
8. Al-Kandari YY, Al-Sejari MM. Social isolation, social support and their relationship with smartphone addiction. Information, Communication & Society. 2021;24(13):1925-43. https://doi.org/10.1080/1369118X.2020.1749698.
9. Welch V, Ghogomu ET, Dowling S, Barbeau VI, Al-Zubaidi AA, Beveridge E, Bondok M, Desai P, Doyle R, Huang J, Hussain T. In-person interventions to reduce social isolation and loneliness: An evidence and gap map. Campbell Systematic Reviews. 2024;20(2):e1408. https://doi.org/10.1002/cl2.1408.
10. Albanese NC, Poggini S, Reccagni A, Barezzi C, Salciccia C, Poleggi A, Branchi I. Adolescent social isolation induces sex-specific behavioral and neural alterations. Psychoneuroendocrinology. 2025;172:107264. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107264.
11. Pitcairn SR, Ortelli OA, Weiner JL. Effects of early social isolation and adolescent single prolonged stress on anxiety-like behaviors and voluntary ethanol consumption in female Long Evans rats. Alcohol: Clinical and Experimental Research. 2024;48(8):1586-99. https://doi.org/10.1111/acer.15397.
12. Shi J, Ma G, Liu X, Jin Y. Social isolation and adolescents' psychological wellbeing during the COVID-19 epidemic: the mediating effect of loneliness and the moderating effect of resilience. Current Psychology. 2024;43(19):17163-74. https://doi.org/10.1007/s12144-024-05637-x.
13. Taheri Zadeh Z, Rahmani S, Alidadi F, Joushi S, Esmaeilpour K. Depresssion, anxiety and other cognitive consequences of social isolation: drug and non-drug treatments. International journal of clinical practice. 2021;75(12):e14949. https://doi.org/10.1111/ijcp.14949.
14. Mardoukhi D, Hashemi T, Khanjani Z. Effectiveness of emotional-social skills traning in psychological distress and social isolation by moderating the coping styles in symptoms of depressed adolescents. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10;9(6):109-21. http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.9.6.105.
15. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC public health. 2011;11(1):647. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647.
16. Rossetti MG, Perlini C, Girelli F, Zovetti N, Brambilla P, Bressi C, Bellani M. Developing a brief telematic cognitive behavioral therapy for the treatment of social isolation in young adults. Frontiers in Psychology. 2024;15:1433108. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1433108.
17. Jensen SL, Bo S, Vilmar JW. What is behind the

closed door? A case illustration of working with social isolation in adolescents using Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment (AMBIT). Journal of Clinical Psychology. 2021;77(5):1189-204. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1206511.

18. Cawthorne T, Käll A, Bennett S, Baker E, Andersson G, Shafran R. The development and preliminary evaluation of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for chronic loneliness in young people. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2023;51(5):414-31. https://doi.org/10.1017/S1352465823000231.
19. Bekker MJ, Griffiths KM, Barrett PM. Improving accessibility of cognitive behavioural therapy for children and adolescents: Review of evidence and future directions. Clinical Psychologist. 2020;21(3):157-164 .https://doi.org/10.1111/cp.12099.
20. Seyed Mousavi SK, Pourmohseni Koluri F, Ghaffari A, Taklavi S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on social isolation and anxiety sensitivity of adolescent girls with misophonia. Clinical Psychology Studies. 2024;15(56):1-6. https://doi.org/10.22054/jcps.2025.82658.3153.
21. Forgács B. Meaning as mentalization. Frontiers in Human Neuroscience. 2024;18:1384116. https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1384116.
22. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016.
23. 23. Dangerfield M, Brotnow Decker L. Mentalization based treatment of youth on the psychotic spectrum: clinical profiles and outcomes for youth in the ECID. Frontiers in Psychiatry. 2023 J;14:1206511. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1206511.
24. Maleki B. Effectiveness of mentalization-based therapy on the aggression and emotional regulation difficulties of depressed male adolescents. Current Psychology. 2025;44(16):13924-32. https://doi.org/10.1007/s12144-025-08131-0.
25. Alavi SS, Ghanizadeh M, Mohammadi MR, Jannatifard F, Esmaili Alamuti S, Farahani M. The effects of cognitive-behavioral group therapy for reducing symptoms of internet addiction disorder and promoting quality of life and mental health. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2021;43:47-56. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0010
26. Naami A, Zargar Y, Davoodi I, Farnia V, Salemi S, Tatari F, Khanegi M. Comparison of trauma-focused cognitive-behavioral therapy and theory of mind on increasing social competence among abused children. Journal of Education and Health Promotion. 2020;9(1):81. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_380_19.
27. Svernell M, Dwyer Hall H. Co-Constructing Mentalizing Contexts in Therapeutic Work with Adolescents-Exploring Resilience in Social Support Networks. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy. 2024;23(1):96-107. https://doi.org/10.1080/15289168.2024.2307276.
28. Chalabi M,Amir Kafi M. Multilevel analysis of social isolation. Iranian Journal of Sociology, 2004; 5(2): 3-31. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1383.5.2.1.0.
29. Gohari F, Qamari H, Sheykholeslami A. The effectiveness of computer-based cognitive rehabilitation on the social isolation of the elderly with death anxiety living in elderly centers. Social Psychology Research. 2025;14(56):15-32. https://doi.org/10.22034/spr.2025.452125.1942.
30. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychology & behavior. 1998;1(3):237-44.https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237.
31. Keser H, Eşgi N, Kocadağ T, Bulu Ş. Validity and Reliability Study of the Internet Addiction Test. Mevlana International Journal of Education. 20131;3(4).207-222. https://doi.org/10.13054/mije.13.51.3.4.
32. Ghaderi Z, Moeinan D. Presenting a prediction model of Internet addiction based on the brain-behavioral system with the mediation of cognitive flexibility in adolescents. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2024;13(4):183-92. http://frooyesh.ir/article-1-4788-fa.html.
33. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Publications; 2020.
34. Asghari F, Akbari B, Shadman R, Saadat S. The effect of cognitive-behavioral training on quality of life and aggression among drug addicted prisoners. Journal of Research and Health. 2016;5(4):77-86. http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-916-en.html.
35. Qadernejad M, Etemadnia M, Farshbaf Mani

Sefat F. The Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2023;11(12):153-62. http://frooyesh.ir/article-1-3944-fa.html.

36. Osborn T, Weatherburn P, French RS. Interventions to address loneliness and social isolation in young people: A systematic review of the evidence on acceptability and effectiveness. Journal of adolescence. 2021;93:53-79. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.09.007.
37. Smits ML, Luyten P, Feenstra DJ, Bales DL, Kamphuis JH, Dekker JJ, Verheul R, Busschbach
38. Allen JG, Fonagy P, editors. The handbook of mentalization-based treatment. John Wiley & Sons; 2006. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470712986.

38. Allen JG, Fonagy P, editors. The handbook of mentalization-based treatment. John Wiley & Sons; 2006. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470712986.