



Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Difficulty in Emotion Regulation and Impulsivity in Female Students with Nomophobia Syndrome

Shahrzad Jamshidniya¹, Saeed Moshtaghi^{2*}

1- M.A. Student, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

2- Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Corresponding author: Saeed Moshtaghi, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Email: moshtaghisaeed@iau.ac.ir

Received: 2026/02/16

Accepted: 2026/07/1

Abstract

Introduction: Nomophobia syndrome, like any other phobia, requires attention and treatment, especially among adolescents. The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and dialectical behavior therapy on difficulty in emotion regulation and impulsivity in adolescents with symptoms of nomophobia syndrome.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a two-month follow-up, including a control group. The statistical population included all female high school students in Dezful in the academic year 2025-26. A sample of 60 eligible individuals was selected based on inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to three groups of 20. The Difficulty in Emotion Regulation and Impulsivity Scale was used to collect data. Emotion-focused therapy and dialectical behavior therapy were each administered separately in 8 90-minute group sessions. Data analysis was performed using repeated-measures analysis of variance and a Bonferroni post hoc test in SPSS version 25.

Results: The findings showed that there was a significant difference between the three groups for the variables of difficulty in emotion regulation ($P=0.05$, $F=4.62$, $\eta^2=0.18$) and impulsivity ($P=0.05$, $F=4.62$, $\eta^2=0.18$). The findings from the Bonferroni post hoc test showed that the scores of difficulty in emotion regulation and impulsivity in the intervention groups were significantly improved compared to the control group in the pre-test, post-test, and follow-up ($P<0.01$); however, there was no significant difference between the two treatment groups in the post-test and follow-up scores ($P<0.05$).

Conclusions: According to the research findings, it can be concluded that both emotion-focused therapy and dialectical behavior therapy were able to have a positive effect on improving difficulty in regulating emotions and impulsivity in adolescents with nomophobia syndrome. Therefore, specialists, researchers, and therapists in this field can use these interventions as effective options for these individuals.

Keywords: Nomophobia, Emotion-Focused Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Emotion Regulation, Impulsivity.



مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری دانش آموزان دختر دارای علائم نوموفوبیا

شهرزاد جمشیدنیا^۱، سعید مشتاقی^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

نویسنده مسئول: سعید مشتاقی، استادیار گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
ایمیل: moshtaghisaee@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

چکیده

مقدمه: سندروم نوموفوبیا مانند هر فوبیای دیگری نیازمند توجه و درمان به ویژه در بین قشر نوجوان دارد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری نوجوانان دارای علائم سندروم نوموفوبیا بود.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری دو ماه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دانش آموز دختر مقطع متوسطه دوم شهر دزفول در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بودند. نمونه ای به حجم ۶۰ نفر از افراد واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود و خروج به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری گمارده شدند. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری جهت جمع آوری داده ها استفاده شدند. درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی هر یک به صورت مجزا طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به شکل گروهی اجرا شدند. تحلیل داده ها به روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی با نرم افزار SPSS-25 انجام شد. یافته ها: یافته ها نشان داد که بین سه گروه برای متغیر دشواری در تنظیم هیجان ($\eta^2=0/18, F=4/62, P=0/05$) و تکانشگری ($\eta^2=0/18, F=4/62, P=0/05$) تفاوت معناداری وجود داشت. یافته های حاصل از آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که نمره دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری در گروه های مداخله در مقایسه با گروه کنترل نسبت به پیش آزمون در پس آزمون و پیگیری به طور معنی دار بهبود یافته است ($P<0/01$)؛ اما بین دو گروه درمانی در نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که هر دو درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی توانستند تاثیر مثبتی در بهبود دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری نوجوانان دارای سندروم نوموفوبیا داشته باشند. از این رو متخصصین، پژوهشگران و درمانگران این حوزه می توانند از این مداخله ها به عنوان گزینه موثر در این افراد استفاده کنند. **کلیدواژه ها:** نوموفوبیا، درمان هیجان مدار، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجان، تکانشگری.

مقدمه

نوجوانان و جوانان قرار گرفته است (۱). برخی از پژوهشگران بیان می کنند که تلفن همراه احتمالاً بزرگ ترین اعتیاد غیردارویی در قرن بیست و یکم است و افزایش استفاده و نفوذ آن در عادات و رفتارها و سبک زندگی روزانه افراد

امروزه تلفن همراه هوشمند به دلیل جذابیت و امکان دسترسی نسبتاً آسان، سریع و کم هزینه به سایت ها و شبکه های مختلف بسیار مورد توجه افراد به ویژه

تغییرات نسبتاً زیادی را به وجود آورده است (۲). از جمله تاثیرات منفی استفاده از تلفن همراه، ترس از عدم دسترسی به گوشی است که به این نوع ترس، بی موبایل هراسی یا سندروم نوموفوبیا گفته می شود. نوموفوبیا اگرچه در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-5) بحث نشده است؛ اما بر اساس ویرایش چهارم به عنوان یک فوبیای خاص مشخص شده که ویژگی های بالینی متفاوتی از جمله «استفاده مرتب و مفرط از تلفن همراه هوشمند، به همراه داشتن همیشگی گوشی حتی هنگام خوابیدن، تحمل فشار روانی و اضطراب در مواقعی که گوشی در اختیارشان نباشد و یا وقتی که شارژ باتری آن ها پایان می یابد و یا زمانی که پوشش شبکه ای ندارند» را دارا می باشد (۳). یکی از متغیرهایی که می تواند با انواع اعتیادها و البته وابستگی اعتیادگونه به تلفن همراه هوشمند ارتباط داشته باشد، تنظیم هیجان است (۲). تنظیم هیجان به توانایی شناسایی و تشخیص، درک و پذیرش هیجانات و استفاده از راهبردهای سازگارانه برای تغییر حالات هیجانی، کنترل رفتار در مواقع پریشانی و مدیریت تجربیات هیجانی سخت و گذرا اشاره دارد (۴) و فقدان هر یک یا همه این توانایی ها نشان دهنده وجود دشواری در تنظیم هیجان است (۵). نتایج یک فراتحلیل نشان داد افرادی که توانایی مدیریت و تنظیم هیجانات خود را ندارند برای کاهش هیجانات منفی خود به سمت رفتارهای تکانشی و اعتیادی گرایش پیدا می کنند (۶). پژوهش های داخلی و خارجی نشان داده اند که بین بدتنظیمی هیجان و رفتارهای اعتیادآور مانند اعتیاد به اینترنت (۷) و (۸)؛ اعتیاد به بازی آنلاین (۹) و (۱۰)؛ استفاده مشکل زا و اعتیادی از شبکه های اجتماعی (۱۱) و (۱۲) رابطه معناداری وجود دارد و دشواری در تنظیم هیجان باعث افزایش این گونه رفتارهای اعتیادی می شود.

از دیگر متغیرهای مرتبط با استفاده مشکل زا از تلفن همراه و به طبع آن سندروم نوموفوبیا، تکانشگری است که برای درک بسیاری از رفتارهای مشکل زا اهمیت زیادی دارد (۱۳). تکانشگری خود با بدتنظیمی هیجانی مرتبط است و به معنای آمادگی برای ارائه واکنش های سریع و بدون برنامه به محرک های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای

منفی آن برای خود و دیگران تعریف می شود (۱۴). پژوهشگران رابطه مثبت و قوی بین تکانشگری و نوموفوبیا در دانش آموزان (۱۵) و دانشجویان (۱۶) گزارش کرده اند. در مطالعات داخلی نیز بین گرایش به اعتیاد و تکانشگری دانش آموزان (۱۷)، همچنین، بین دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری با استفاده مشکل زای از تلفن همراه (۱۸) و بین دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری با رفتارهای پرخطر در نوجوانان (۱۹) رابطه قوی گزارش شده است.

جهت کاهش سندروم نوموفوبیا مداخلات روان شناختی مختلفی به کار رفته که از نمونه های داخلی می توان به درمان شناختی-رفتاری (۲۰)، ذهن آگاهی نوجوان محور (۲۱)، آموزش مهارت های زندگی (۲۲)، درمان فراتشخیصی یکپارچه (۲۳) اشاره کرد که همگی حکایت از موثر بودن این مداخلات دارد. بر اساس مطالعات کارآزمایی، درمان هیجان مدار می تواند یک درمان مرجع برای بهبود مشکلات هیجانی که اغلب زیربنای رفتارهای اعتیادی است، باشد (۲۴). برخی شواهد پژوهشی موجود حاکی از آن است که استفاده از رویکرد درمانی هیجان مدار می تواند موجب استفاده بیشتر از راهبردهای شناختی سازگار در تنظیم هیجان و در مقابل موجب کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار گردد (۲۵). این درمان نشان داده که بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان موثر است (۲۶). همچنین نتایج یک مطالعه داخلی حاکی از اثربخشی این درمان بر تکانشگری، سازگاری اجتماعی و اعتیاد به شبکه های اجتماعی در نوجوانان بود (۲۷) و به طور مشابهی مطالعه ای دیگر اثربخشی درمان هیجان مدار را بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری نوجوان دارای اعتیاد به اینترنت مورد تایید قرار داد (۲۸). از دیگر درمان های موثر که برای طیف وسیعی از اختلالات روان شناختی به کار می رود، رفتاردرمانی دیالکتیکی است که شامل چهار بخش مداخله ای «ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و مهارت های ارتباط مؤثر» می باشد که در این بین دو مؤلفه اول، پذیرش و تنظیم هیجانی را بر عهده دارند و دو مؤلفه دیگر بر روی تغییر رفتار تأثیر می گذارند (۲۹). اثربخشی این درمان بر تکانشگری و تنظیم هیجان نیز موثر

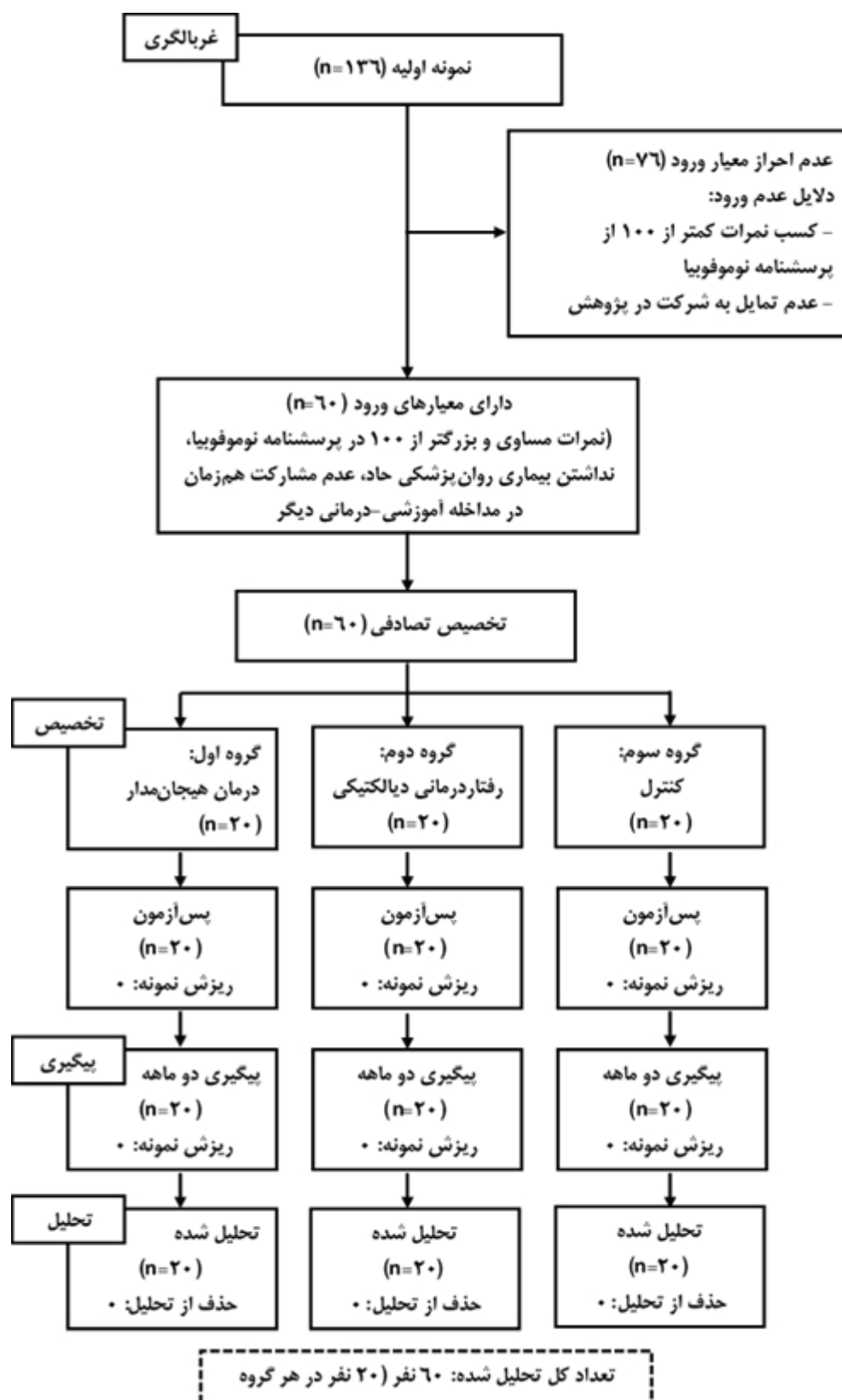
هیجان مدار با رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری دانش آموزان دختر نوجوان دارای علائم سندروم نوموفوبیا اجرا شد.

روش کار

مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر دزفول که دارای نشانگان سندروم نوموفوبیا بودند، تشکیل می داد. حجم نمونه در نرم افزار G*Power با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵، توان ۰/۹۰، اندازه اثر ۰/۲۵ با اندازه گیری مکرر برابر با ۶۰ نفر برآورد شد و به صورت دردسترس از دو مدرسه انتخاب شدند. سپس، به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دانش آموز دختر مقطع متوسطه (بازه سنی ۱۵-۱۸ سال)، رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، وجود علائم نوموفوبیا (کسب بالاترین نمرات از پرسشنامه نوموفوبیا)، عدم ابتلا به بیماری روان شناختی و روان پزشکی حاد (مطابق با خوداظهاری داوطلب و پرونده دانش آموز) و عدم مشارکت هم زمان در مداخله آموزشی- درمانی دیگر بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل و همکاری به شرکت در مداخله، رخداد حوادثی نظیر مرگ یکی از نزدیکان یا سایر رویدادهای تنش زا در حین پژوهش، دریافت یا لزوم تجویز هرگونه دارو روان پزشکی یا مشاوره روان درمانی در طول پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه بود. لازم به ذکر است در هیچ کدام از گروه های افت آزمودنی نداشتیم. در شکل ۱ نمودار کانسورت ارائه شده است.

گزارش شده است (۳۰). در نمونه مطالعات داخلی، آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکانشگری دانشجوین دختر دارای اعتیاد به گوشی های هوشمند مثبت ارزیابی شد (۳۱). همچنین، نتایج یک مطالعه حاکی از اثربخش بودن رفتاردرمانی دیالکتیکی آنالین بر احساس تنهایی و اعتیاد اینترنتی دانشجوین بود (۳۲).

در این پژوهش این فرضیه مفهوم سازی شده است تا نقش هر دو مداخله درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری نوجوانان دارای سندروم نوموفوبیا مورد آزمون قرار گیرد. بر اساس مدل های نظری تنظیم هیجان، تکانشگری تا حد زیادی پیامد ناتوانی در مدیریت هیجان های منفی است. بنابراین، هر دو رویکرد هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی با هدف قرار دادن سازوکارهای زیربنایی مشترک، یعنی نقص در تنظیم هیجان، می توانند به کاهش رفتارهای تکانشی نیز منجر شوند. در واقع، زمانی که نوجوان مهارت های لازم برای شناخت، پذیرش و مدیریت هیجان های خود را فراگیرد، احتمال واکنش های عجولانه و استفاده وسواس گونه از تلفن همراه کاهش می یابد. هر دو رویکرد مستقیماً بر عوامل روان شناختی مؤثر در تداوم نوموفوبیا، یعنی دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری، تمرکز دارند. انتظار می رود این مداخلات با ارتقای مهارت های تنظیم هیجان، افزایش تحمل پریشانی، کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود سازگاری روان شناختی، شدت علائم نوموفوبیا و پیامدهای منفی ناشی از آن را کاهش دهند. از این رو، بررسی اثربخشی این دو رویکرد می تواند شواهد علمی ارزشمندی برای طراحی برنامه های پیشگیرانه و درمانی ویژه نوجوانان در حوزه وابستگی به تلفن همراه و نوموفوبیا فراهم آورد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان



شکل ۱: نمودار کانسورت

جهت گردآوری داده‌ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت:

پرسشنامه نوموفوبیا (Nomophobia questionnaire):

این پرسشنامه توسط بیلدریم و کوریا در سال ۲۰۱۵ به منظور ارزیابی شدت نوموفوبیا و شناسایی ابعاد آن ساخته شد (۳۳). این پرسشنامه متشکل از ۲۰ گویه است که افراد بر اساس یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۱ برای کاملاً مخالف تا ۷ برای کاملاً موافق) به هر یک از این گویه‌ها پاسخ می‌دهند. نمرات ۲۰ و کمتر نشانه عدم وجود نوموفوبیا، نمره بیشتر از ۲۰ و کمتر از ۶۰ نوموفوبیای خفیف، نمره مساوی و بزرگتر از ۶۰ و کمتر از ۱۰۰ نوموفوبیای متوسط و نمره مساوی یا بزرگتر از ۱۰۰ نشان دهنده نوموفوبیای شدید است. سازندگان روایی هم زمان پرسشنامه نوموفوبیا را با به دست آوردن همبستگی بالا بین این پرسشنامه و پرسشنامه درگیری با تلفن همراه، مطلوب گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کردند (۳۳). در ایران سیاح و همکاران در سال ۱۳۹۶ این پرسشنامه را اعتباریابی کردند (۳۴). روایی پرسشنامه با روش تحلیل عامل اکتشافی بررسی شد که در بین جامعه ایرانی ۴ عامل استخراج شد که بیش از ۴۸/۱ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه نیز ۰/۸۱ گزارش شد (۳۴). در مطالعه حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale):

این پرسشنامه چندبعدی توسط رومر و گرانز در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است که سطوح نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در شش خرده مقیاس ارزیابی می‌کند (۳۵). پاسخ دهی در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است و گویه‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. ابعاد شش گانه این مقیاس شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۵ گویه)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۶ گویه)، دشواری در کنترل تکانه (۶ گویه)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (۸ گویه)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ گویه) و فقدان وضوح هیجانی (۵ گویه) است. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و نمرات بالا در هر خرده مقیاس و نمره کل بیانگر دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. روایی همگرا پرسشنامه با مقیاس تنظیم خلق و خو منفی برابر با ۰/۶۹ گزارش شد که نشان دهنده روایی قابل قبول این پرسشنامه بود.

سازندگان، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۳ و خرده مقیاس‌های آن را بزرگ‌تر از ۰/۸۰ گزارش کردند که نشان دهنده همسانی درونی مقیاس است (۳۵). این مقیاس در ایران توسط کرمانی مامازندی و طالع پسند در سال ۱۳۹۷ در بین جامعه دانشجویی شهر سمنان اعتباریابی شد (۳۶). به گزارش این پژوهش، روایی سازه مقیاس با روش تحلیل عامل تاییدی آزمون شد و الگوی ۶ مولفه‌ای مقیاس در جامعه ایرانی تایید شد. همچنین، ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۰/۷۵)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۰/۷۴)، دشواری در کنترل تکانه (۰/۶۸)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (۰/۶۶)، فقدان آگاهی هیجانی (۰/۷۳) و فقدان وضوح هیجانی (۰/۶۳) گزارش شدند. ضریب پایایی نمره کل مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس تکانشگری بارات (Barratt Impulsiveness Scale):

این ابزار توسط پاتون و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است و دارای ۳۰ گویه است (۳۷). این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً مخالفم (نمره ۴) نمره گذاری می‌شود؛ دامنه نمرات در این مقیاس بین ۳۰ الی ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده تکانشگری بیشتر است. این مقیاس شامل سه مولفه تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه ریزی است. روایی سازه این مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شده است؛ نتایج نشان داد که سه عامل ۰/۷۸ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. همچنین، سازندگان ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل را ۰/۸۸ محاسبه کردند (۳۷). در ایران خلوتی و همکاران در سال ۱۴۰۲ روایی مقیاس را به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کردند. سه عامل استخراج شده ۰/۶۷ درصد واریانس مقیاس را تبیین کرد. همچنین، همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد (۳۸). در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. در گروه مداخله ۱ «درمان هیجان مدار» پروتکل درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و ۲ بار در هفته اجرا شد. جهت بررسی روایی محتوایی جلسات، دستور کار جلسات با پژوهش‌های مرتبط موجود داخلی (۲۰) مطابقت داده شد. خلاصه جلسات درمان هیجان مدار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات پروتکل درمان گروهی هیجان مدار

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی کلی با افراد و ذکر اهداف درمان، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان محور، کشف تعاملات مشکل دار، ارزیابی شیوه برخورد آنها با مشکلات مربوط به تلفن همراه، کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی (اجرای پیش آزمون)
دوم	نوجوان بر شناخت الگوهای عاطفی ناسازگار، به ویژه آنهایی که منجر به رفتارهای تکانشی میشوند، تمرکز کرد. تاکید بر احساس کامل هیجان به جای اجتناب از آن بود. درمانگر نوجوان را راهنمایی کرد تا احساسات زیربنایی در زمینه استفاده از تلفن همراه، ارزیابی میزان ترس آنها از افشای رازها را بررسی کنند.
سوم	مشخص کردن الگوهای استفاده از تلفن همراه، پذیرش احساس تصدیق شده، کشف نایمنی دلبستگی، کمک به بازتر بودن و خود افشایی افراد و پیوستگی درمان. از تکنیک هایی برای تعمیق آگاهی عاطفی برای کاهش پاسخ های تکانشی استفاده شد.
چهارم	نوجوان استراتژی هایی را برای تبدیل احساسات طاقت فرسا به پاسخ های سازگارانه آموخت. مهارت های تنظیم هیجان از طریق تمرین های تجربی تمرین شد. درمانگر از توسعه خوددلسوزی و تکنیک های آرامش بخش برای مدیریت پریشانی حمایت کرد.
پنجم	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی افراد بر مبنای دلبستگی، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، عمق بخشیدن ارتباط شخصی باتجربه هیجانی، بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی. نوجوان تجربیات مرتبط با دلبستگی را که بر اختلال تنظیم هیجان و تکانشگری تأثیر می گذارد، بررسی کرد.
ششم	نوجوان درگیر نقش آفرینی و نمایش های عملی برای ابراز ایمن احساسات آسیب پذیر مربوط به خانواده و زمینه های اجتماعی شد. این امر به کاهش اجتناب هیجانی و تکانشگری کمک کرد. درمانگر صداقت عاطفی را تشویق و استراتژی های عاطفی ایمن را تقویت کرد.
هفتم	نوجوان مهارتهای خوداندیشی را تقویت کرد و در موقعیت های چالش برانگیز از استراتژی های مقابله عاطفی جدید استفاده کرد. درمانگر به تثبیت الگوهای تنظیم هیجان سازگار کمک کرد. اهداف بر حفظ پیشرفت در کاهش تکانشگری و علائم نوموفوبیا متمرکز بودند.
هشتم	درمانگر پیشرفت را بررسی و ظرفیت هیجانی و پاسخ های متفکرانه نوجوان را تقویت کرد. یک برنامه پیشگیری از عود با تاکید بر استفاده مداوم از مهارت های درمان هیجان مدار تدوین شد. نوجوان افزایش کنترل بر رفتارهای تکانشی و بهبود خلق و خو را گزارش کرد. (اجرای پس آزمون)

در گروه مداخله ۲ «رفتاردرمانی دیالکتیکی» پروتکل درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس کتاب تکنیک های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک کی و همکاران (۳۹) و تحقیقات مرتبط پیشین (۳۱) طراحی شد و به صورت گروهی و ۲ بار در هفته اجرا شد. در جدول ۲ خلاصه جلسات پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی آمده است.

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات پروتکل درمان گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی و ارائه خلاصه ای از اهداف، آموزش مهارتهای تحمل آشفتگی بنیادین: انواع توجه برگردانی، نمونه هایی از فعالیت های لذت بخش و انواع خود آرامش بخشی. (اجرای پیش آزمون)
دوم	آموزش راهبردهای تحمل آشفتگی پیشرفته: آموزش تمرین های تصویرسازی مکان امن، تکنیک زندگی در زمان حال، تکنیک افکار مقابله ای خود تشویق گرایانه و تکنیک خودگویی تاییدگرایانه و ارائه نمونه های از این عبارات.
سوم	آموزش تکنیک های توجه آگاهی بنیادین: درمانگر، دستورالعمل تمرین «یک دقیقه ای» را برای شرکت کنندگان توضیح داد تا آنها بتوانند در آینده و با انجام این تمرین درک بهتری از زمان داشته باشند، آموزش تکنیک تجربه درونی-بیرونی و مراقبه مهرورزی.
چهارم	آموزش مهارتهای توجه آگاهی پیشرفته: توضیح درباره ذهن خردمند و شهود، صحبت درباره برچسب ها و قضاوت ها.
پنجم	آموزش نظم بخشی هیجانی بنیادین: آموزش شناسایی هیجان ها بدون قضاوت درباره آنها و کمک گرفتن از تمرین های افکار مقابله ای و ناهمجوشی فکر و هیجان جهت تعادل آفرینی بین افکار و احساسات.
ششم	آموزش نظم بخشی هیجانی پیشرفته: توضیحات توجه آگاهانه به هیجان ها بدون قضاوت درباره آنها به علاوه تکنیک عمل کردن خلاف ایمان شدید هیجانی و همچنین تکنیک حل مساله.
هفتم	آموزش روش های بنیادین ارتباط موثر: صحبت درباره خواسته ها و بایدها جهت برقراری تعادل بین این دو مفهوم و آموزش مهارت های کلیدی بین فردی به طور مثال شناسایی نیازها، مهارت نه گفتن و عمل کردن طبق ارزش ها.
هشتم	آموزش روش های پیشرفته ارتباط موثر: آگاهی بخشی درباره تعدادی از حقوق مشروع انسان ها، توضیح پیش نویس های جسارت مندی و راهکارهای یک مذاکره اثربخش، آموزش داده ش. مروری بر تمرینات و رفع اشکال و گرفتن بازخورد از اعضا. (اجرای پس آزمون)

روش اجرا در پژوهش حاضر از این قرار بود که در ابتدا یک پیش آزمون بر روی اعضای گروه آزمون و کنترل اجرا گردید و پرسشنامه های پژوهش میان آنها توزیع شد. سپس برای اعضای گروه آزمون، «درمان هیجان مدار» و

پژوهش شدند. همچنین این پژوهش در کمیته ملی اخلاق تایید و شناسه دریافت نموده است. تحلیل داده ها به روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن-فرونی با نرم افزار SPSS-25 انجام شد.

یافته ها

میانگین سن شرکت کنندگان گروه آزمایش $18/11 \pm 1/52$ و در گروه گواه برابر با $18/0 \pm 1/37$ بود. تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سنی وجود نداشت و گروه ها همگن بودند ($p > 0/05$). در جدول ۲ شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه و پیش آزمون و پس آزمون و دوره پیگیری آمده است.

«رفتاردرمانی دیالکتیکی» به صورت گروهی اجرا گردید و اعضای گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. سپس بر روی اعضای گروه آزمون و کنترل یک پس آزمون اجرا گردید و مجدداً پس از دو ماه آزمون پیگیری اجرا شد. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش و به منظور حفظ حقوق شرکت کنندگان، توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه شرکت کنندگان ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش تصریح گردید. همچنین، به همه آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می ماند و داده هایی که انتشار می یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می شود. پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی، افراد وارد

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک ۳ گروه و ۳ مرحله تحقیق

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دشواری در تنظیم هیجان	هیجان مدار	۱۰۰/۱۹	۱۹/۳۷	۸۴/۴۹	۱۶/۵۸	۸۳/۲۷	۱۵/۳۲
	دیالکتیکی	۹۹/۷۸	۲۱/۰۷	۸۶/۶۱	۱۸/۷۱	۸۷/۵۰	۱۷/۱۳
	گواه	۱۰۱/۱۲	۲۲/۲۴	۱۰۰/۳۷	۲۰/۹۳	۱۰۰/۸۱	۲۲/۱۱
تکانشگری	هیجان مدار	۸۲/۳۰	۸/۷۴	۶۶/۹۲	۹/۷۲	۳۱/۶۷	۶۱/۷
	دیالکتیکی	۸۱/۷۳	۹/۲۷	۶۴/۶۲	۹/۰۹	۲۲/۶۵	۲۰/۱۰
	گواه	۸۲/۶۷	۹/۴۴	۸۱/۵۱	۸/۳۲	۰۵/۸۲	۸۸/۹

که همگونی خطای واریانس ها در گروه ها برقرار است ($F=0/83, P=0/47$). همچنین، نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در سه گروه همگون است ($P > 0/05$). نتایج آزمون کورویت موجلی نشان داد که پیش فرض کورویت نیز برقرار است ($F=1/05, P=0/24$); بر این اساس شاخص درجه آزادی در گزارش F نیاز به اصلاح ندارد.

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین متغیر دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری در گروه های درمانی در پس آزمون و پیگیری کاهش یافته (روند کاهشی دلالت بر بهبود دو متغیر دارد); اما در گروه کنترل تقریباً ثابت است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون شاپیروویلک استفاده شد؛ نتایج نشان داد که داده ها دارای توزیع نرمال است ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین نشان داد

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F مقدار	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
دشواری در تنظیم هیجان	بین آزمودنی	گروه	۶۸۷/۶۵۶	۲	۳۴۳/۸۳	۴/۶۲۵	۰/۰۱۵	۰/۱۸۳	۰/۷۶۴
	درون آزمودنی	اثر زمان	۳۳۱/۱۲۶	۱/۱۴	۲۹۰/۵۶۵	۴۸/۴۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶	۱/۰۰۰
	بین آزمودنی	اثر زمان*گروه	۱۴۲/۵۲۰	۲/۲۸	۶۲/۵۳۰	۱۰/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۹۹۰
تکانشگری	بین آزمودنی	گروه	۱۱۲۰/۳۱۱	۲	۵۶۰/۱۵۶	۷/۰۸۱	۰/۰۰۲	۰/۲۵۲	۰/۹۱۲
	درون آزمودنی	اثر زمان	۹۳۲/۱۳۱	۱/۴۳	۶۵۳/۵۴۱	۶۱/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۴	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان*گروه	۴۲۵/۸۲۲	۲/۸۵	۱۴۹/۲۷۷	۱۴/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱	۱/۰۰۰

نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر دو متغیر دشواری در تنظیم هیجان ($F=10/422$ ، $p<0/01$) و تکانشگری ($F=14/032$ ، $p<0/01$) معنادار است، که نشان می دهد تغییرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری در هر یک از گروه ها معنادار بوده است. در ادامه برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بن فرونی (Bonferroni) استفاده شده که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردید.

بر اساس نتایج جدول ۴ در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمره متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان ($F=4/625$ ، $p<0/05$) و تکانشگری ($F=7/081$ ، $p<0/05$) در گروه های «هیجان مدار» و «رفتاردرمانی دیالکتیکی» و گروه گواه تفاوت معناداری دارد. بر اساس نتایج در تحلیل های درون آزمودنی نیز اثر اصلی زمان معنادار است که نشان می دهد، بین میانگین دو متغیر دشواری در تنظیم هیجان ($F=48/445$ ، $p<0/01$) و تکانشگری ($F=61/422$ ، $p<0/01$) در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش در سه سطح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه ها	مرحله	تفاوت میانگین	سطح معناداری
دشواری در تنظیم هیجان	هیجان مدار	پیش آزمون	۱۵/۷۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۶/۹۲	۰/۰۰۱
		پس آزمون	۱/۲۲	۰/۲۳۸
	دیالکتیکی	پیش آزمون	۱۳/۱۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۲/۲۸	۰/۰۰۱
		پس آزمون	-۰/۸۹	۰/۶۶۹
تکانشگری	هیجان مدار	پیش آزمون	۱۵/۳۸	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۴/۹۹	۰/۰۰۱
		پس آزمون	-۰/۳۹	۰/۸۴۸
	دیالکتیکی	پیش آزمون	۱۷/۱۱	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۶/۵۱	۰/۰۰۱
		پس آزمون	-۰/۶۰	۰/۷۳۵

تکانشگری دانش آموزان نوجوان دارای سندروم نوموفوبیا تاثیر معنادار داشته اند و اثرات درمان ها در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است و تفاوت معناداری بین دو روش درمان مشاهده نشده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت اثربخشی درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری دانش آموزان نوجوان دارای سندروم نوموفوبیا بود. یافته های پژوهش و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر بیانگر تایید اثربخشی این دو درمان بود و همچنین نتایج آزمون بن فرونی نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش درمانی وجود نداشت. این یافته با مطالعاتی که اثربخشی مداخلات روان درمانی بر متغیرهای تاثیرگذار بر سندروم

نتایج نشان داد که تفاوت میانگین نمره متغیر دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین، پیش آزمون با دوره پیگیری در گروه «درمان هیجان مدار» و گروه «رفتاردرمانی دیالکتیکی» معنادار است ($p<0/01$). اما تفاوت میانگین نمره پس آزمون و دوره پیگیری در این گروه ها معنادار به دست نیامده است ($p>0/05$). بر این اساس می توان گفت در اثرات درون گروهی در گروه «درمان هیجان مدار» و همچنین «رفتاردرمانی دیالکتیکی» میانگین نمره دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری در مرحله پس آزمون و دوره پیگیری نسبت به پیش آزمون تغییر داشته است و در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون نیز نمره ثبات نشان می دهند. در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت، «درمان هیجان مدار» و «رفتاردرمانی دیالکتیکی» در مرحله پس آزمون در بهبود متغیر دشواری در تنظیم هیجان و

منفی به افراد آموزش می دهد، که می تواند به کاهش رفتارهای تکانشی کمک کند. به عبارتی درمان هیجان مدار به طور موثرتری باعث می شود افراد از چارچوب رفتارها و افکار فعلی خارج شوند و با استفاده از تکنیک سو و زیان، بازداری قشری اختیاری و استفاده از باورهای مخالف شرایط جدید، گزینه های بیشتری را تجربه نمایند. سندروم نوموفوبیا یک رفتار تکانشگری است و از این رو درمان هیجان مدار می تواند بر این کاهش این رفتار اثر مثبتی داشته باشد. همچنین، یافته ها حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری نوجوانان دانش آموز دارای سندروم نوموفوبیا بود. این یافته نیز با مطالعات کریمی امام وردیخان و همکاران (۳۰) و نجارپور استادی و همکاران (۳۱) که اثربخشی این درمان بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت را نشان داده بودند، همسو بود. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت که رفتاردرمانی دیالکتیکی در چهار حیطه عمده تاثیرگذار است. یکی از این حیطه ها، ذهن آگاهی است. یادگیری فنون ذهن آگاهی، از حواس پرتی افراد جلوگیری می کند. حواس پرتی می تواند منجر به بروز مشکلات عیدیه ای شود که از جمله آنها ناتوانی فرد در توقف تفکر درباره گذشته یا آینده، عدم داشتن برنامه مدون و منظم و فقدان تمرکز بر انجام تکالیف مهم فعلی است. در واقع اهداف فنون ذهن آگاهی، توانایی دیدن رویدادها و مواجهه با افکار، بدون قضاوت درباره آنها است. در این صورت می توان اظهار داشت که فرد به صورت عاقلانه رفتار کرده و نسبت به اجرای رفتارهای آسیب زا همچون استفاده وابسته گونه به گوشی و سندروم نوموفوبیا تجدیدنظر نماید. در مجموع ذهن آگاهی کمک می کند تا نوجوان بتواند به طور موثری هیجانات خود را تنظیم نماید و به برنامه ریزی بر انجام امور مهم و جاری زندگی روزمره مثل تکالیف درسی خود تمرکز کند. در نتیجه، ضمن اجرای رفتارهای سودمند، از اجرای رفتارهای تکانشی زیان بار مثل وابستگی به گوشی خودداری کند. از دیگر حیطه هایی که این درمان بر آن موثر است، مهارت های بین فردی است. افراد دارای سندروم نوموفوبیا به دلیل استفاده بیش از حد از گوشی، آگاهانه یا ناآگاهانه با اعضای خانواده و آشنایان درگیری شده، از آنها جدا می شوند و در نتیجه حمایت اجتماعی مورد نیاز را به ویژه در مواقعی که به دیگران نیاز دارند، از دست می دهند. پس، کسب مهارت در حیطه روابط بین فردی

نوموفوبیا را نشان داده بودند (۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳)، هم راستا است. همچنین، نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجان با مطالعات سیوندیان و فلاح زاده (۲۵)، ثانی و همکاران (۲۶) و داوودی و همکاران (۲۱) همسو است. همه این مطالعات نشان دادند که درمان هیجان مدار بر کاهش بدتنظیمی هیجانی موثر است. در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهبود تنظیم هیجان نوجوانان دارای سندروم نوموفوبیا می توان گفت که درمان هیجان مدار باعث به وجود آمدن تجارب نوینی در طول جلسات درمانی می گردد که موجب به چالش کشیدن الگوهای ذهنی فرد گشته و در نتیجه نوجوان راهکارهای جدید برای تنظیم هیجان را آزموده و تا رسیدن به راهکارهای موثر ادامه می دهد (۲۱). از طرف دیگر اعتباربخشی به هیجانات که جزئی از درمان هیجان مدار می باشد باعث می شود نوجوان احساس پذیرش و در نتیجه آرامش کند. همچنین، درمان هیجان مدار با انعکاس، پذیرش و شفاف سازی تجربیات ناخوشایند، باعث می شود نوجوان بتواند تجربیات خود را از نو سازمان بخشیده و تحمل بیشتری در قبال تجربیات ناخوشایند داشته باشد (۲۶). در کل می توان گفت در درمان هیجان مدار با برطرف کردن چرخه های منفی هیجانی و سازمان دهی اطلاعات مورد نیاز در جهت برقرار پیوندهای عاطفی و هیجانی جدید در نوجوانان دارای سندروم نوموفوبیا، آزمودنی های پژوهش می توانند در شیوه های تنظیم هیجان خویش دخل و تصرف کرده و الگوی جدیدی از تنظیم هیجان را که سازگاری بیشتری با محیط و شرایط فرد دارد، ارائه دهد. همچنین، نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان هیجان مدار بر تکانشگری با مطالعات چگنی و همکاران (۲۷) که تاثیر این درمان را بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به شبکه های اجتماعی و همچنین، شجاعیان و همکاران (۲۸) که اثربخشی این درمان را بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت نشان داده بودند؛ همسو است. در تبیین این یافته باید گفت، تکانشگری با واکنش پذیری هیجانی بیشتر مرتبط است و درمان هیجان مدار با کمک به افراد در شناسایی و مدیریت احساسات خود می تواند تأثیر مثبتی بر کاهش رفتارهای تکانشی داشته باشد (۲۸). در درمان هیجان مدار هیجانات در راس درمان قرار داشته و یک چارچوب منحصر به فرد برای کار با فرایندهای هیجانی ارایه می دهد. برای مثال تکنیک-های مؤثری برای مدیریت استرس و احساسات

دارای سندروم نوموفوبیا آموزش داده شود.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمانی مورد بررسی، تأثیر مثبتی بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری نوجوانان دارای سندروم نوموفوبیا داشته اند و از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشده است. بنابراین، هر دو رویکرد می توانند به عنوان مداخلات مؤثر برای بهبود تنظیم هیجان و کاهش تکانشگری این نوجوانان مورد استفاده قرار گیرند. در حوزه کاربردی برگزاری کارگاه های آموزشی برای مشاوران مدارس درباره اصول درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی به منظور افزایش آگاهی و بهبود مهارت های مشاوره پیشنهاد می شود. همچنین، ایجاد برنامه های حمایتی برای نوجوانان دارای سندروم نوموفوبیا با هدف بهبود مهارت های تنظیم هیجان به منظور بهبود دشواری در تنظیم هیجان و تکانشگری پیشنهاد می شود.

سیاسگزار

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و با راهنمایی نویسنده دوم و دارای تأییدیه کمیته اخلاق پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول با کد شماره IR.IAU.D.REC.1404.083 می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش که بدون همکاری آنها انجام این پژوهش مقدور نبود، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Zhang Y, Qi Y, Ma Y. The associations between social support and problematic mobile phone use among children and adolescents: a three-level meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*. 2025 Jan;54(1):158-75. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-02055-x>
2. Salepaki A, Zerva A, Kourkouridis D, Angelou

می تواند به آنها کمک کند تا به سمت اجتماع و به اصطلاح، با دیگران بودن حرکت کنند و در صورت بروز تعارضات بین فردی، به نحو مطلوبی آنها را مدیریت کنند. حیطه دیگری که در رفتاردرمانی دیالکتیکی مدنظر است، فنون تنظیم هیجان است. افراد ضمن آشنایی با هیجانات اولیه و ثانویه با اتخاذ راهبردهای مقابله ای مناسب می توانند بر دشواری در تنظیم هیجان فائق آیند و در واقع این درمان به یکی از مشکلات عمده افراد دارای سندروم نوموفوبیا که بحث تنظیم هیجانات است، کمک شایانی می کند. در نهایت این درمان با آموزش فنون تحمل پریشانی به افراد کمک می کند تا با وقایع پریشان کننده، مناسب تر مقابله کنند. با توجه به این که نوجوانان دارای سندروم نوموفوبیا به شدت وسوسه استفاده از گوشی را دارند، بنابراین، فنون این روش درمانی، به آن ها کمک می کند ضمن زندگی در زمان حال و در نتیجه فاصله گرفتن از اضطراب ها با استفاده از فنون توجه برگردانی و حواس پرتی، توجه خود را به موضوعات مهم تر زندگی روزمره، غیر از گوشی هوشمند و فعالیت های مرتبط با آن معطوف سازند.

محدودیت های مطالعه حاضر روش نمونه گیری هدفمند بود که بر روی دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهر دزفول که دارای سندروم نوموفوبیا بودند، انجام شد؛ پس تعمیم نتایج به سایر موارد باید با احتیاط باشد. پیشنهاد می شود مطالعه ای در حجم نمونه وسیع تر و بر روی دو جنس انجام گیرد. همچنین، پیشنهاد می شود این روش های درمانی با سایر روش های درمانی مثل شناختی-رفتاری، اکت و... نیز مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به اثربخش بودن این دو روش، پیشنهاد می شود این درمان ها (درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی) مورد توجه و استفاده مشاوران مدارس و روان درمانگران در حوزه کودک و نوجوان قرار گیرد و مهارت ها و فنون درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی دیالکتیکی که بسیار کم هزینه و ساده هستند به نوجوانان

- I. Unplugging Youth: Mobile Phone Addiction, Social Impact, and the Call for Digital Detox. *Psychiatry International*. 2025 Jan 6;6(1):4. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010004>
3. Al-Mamun F, Mamun MA, Kaggwa MM, Mubarak M, Hossain MS, ALmerab MM, Muhit M, Gozal D, Griffiths MD, Sikder MT. The prevalence of nomophobia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*. 2025

- Jul 1; 349:116521. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116521>
4. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion*. 2020; 20(1):1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
5. Kim HS, Vieira JL, Parmar PK, Hodgins DC, Shead, NW, Keough MT. Emotion dysregulation mediates the relationship between adverse childhood experiences and problematic gaming. *Addictive Behaviors* 2023; 136, 107473. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107473>
6. González-Roz A, Caetano Y, Krotter A, Salazar-Cedillo A, Gervilla E. Emotional dysregulation in relation to substance use and behavioral addictions: Findings from five separate meta-analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2024; 24(3):100502. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100502>
7. Basharpour S, ahmadi S. The Role of Dysfunctional Attitudes and Emotion Dysregulation in Predicting the Addictive Use of the Internet in Adolescents by Presenting an Approach Based on Artificial Neural Network: A Descriptive Study. *JRUMS* 2024; 23(2):90-103 [Persian]. <https://doi.org/10.61186/jrums.23.2.90>
8. Liu W, Huang J, Li YL, Gao X, Xu ZY, Li YH. The impact of emotional abuse on Internet addiction in Chinese children: the sequential mediation roles of emotional dysregulation and regulatory emotional self-efficacy. *Frontiers in Psychology*. 2025 Feb 5; 16:1517489. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1517489>
9. Zerehsaz E, Ghasemi M, Sajjadian I. The mediating role of difficulty in emotion regulation in the relationship between insecure attachment and Internet gaming disorder in students. *Rooyesh* 2025; 14(5):111-20. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-6096-en.html>
10. Lin S, Tan L, Chen X, Liao Z, Li Y, Tang Y, Shen H. Emotion dysregulation and Internet gaming disorder in young people: Mediating effects of negative affect and metacognitions. *Journal of Affective Disorders* 2023; 341, 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.077>
11. Monemi A, Zeinali A. The Role of Difficulty in Emotion Regulation and Impulsivity (Five Factor Model) in Predicting Problematic Mobile Use in Adolescents. *Rooyesh* 2022; 11(1), 1-12. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-3304-en.html>
12. Saladino V, Verraastro V, Cannavò M. et al. Emotion dysregulation and problematic social media use: the role of need fulfillment and fear of missing out. *Curr Psychol* 2024; 43, 22200-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06005-5>
13. Zhu J, Jiang Y, Chen Y, Huang L, Bao Z, Zhang W. High impulsivity, low self-control and problematic mobile phone use: the effect of poor sleep quality. *Current Psychology*. 2021 Jul;40(7):3265-71. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00259-0>
14. Andrade FR, Bonfada Collares Machado A, Vásquez Hidalgo SD, Thalheimer G, de Almeida RM. Adolescent Substance use in Brazil and Ecuador: Unpacking the Roles of Impulsivity and Emotional Symptoms. *American Journal of Health Education* 2024; 55(6):431-44. <https://doi.org/10.1080/19325037.2024.2338461>
15. Saputri SD, Murdiana S. The Relationship between Impulsive Behavior and Nomophobic Tendencies in Students in Makassar City. *Journal of Correctional Issues*. 2023 Jun 30;6(1):47-58. <https://doi.org/10.52472/jci.v6i1.229>
16. El-Ashry AM, El-Sayed MM, Elhay ES, Taha SM, Atta MH, Hammad HA, Khedr MA. Hooked on technology: examining the co-occurrence of nomophobia and impulsive sensation seeking among nursing students. *BMC nursing*. 2024 Jan 3;23(1):18. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01683-1>
17. Ghamari-Givi H, Mojarad A. Prediction of Tendency to Addiction Using Attachment Style and Impulsivity. *JHC* 2016; 18 (1) :17-27. [Persian] <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-433-en.html>
18. Monemi A, Zeinali A. The Role of Difficulty in Emotion Regulation and Impulsivity (Five Factor Model) in Predicting Problematic Mobile Use in Adolescents. *Rooyesh*. 2022; 11(1):1-12. [Persian] .
19. Karami M, Alijani F, Pouyamanesh J, Fathi Aghdam G. The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relationship Between Impulsivity, Novelty Seeking, and High-Risk Behaviors in Adolescents. *Journal of Modern Psychological Researches* 2025; 20(80):76-88. [Persian].
20. Davoudi R, Manshaee G. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Emotion focused therapy and Adolescent-

- centered Mindfulness Therapy on Nomophobia Symptoms and Sleep Quality of Girls with Nomophobic Symptoms. IJPN 2019; 7 (5) :62-71 [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1400-en.html>
21. Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness with Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation among Adolescents Girl with Nomo-Phobia. JHPM 2019; 8 (4) :16-25 [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-1014-en.html>
22. Sedighi arfaee F, Tabesh R. The effectiveness of life skills training on loneliness and social competence of girl adolescents with symptoms of nomophobia. Rooyesh 2021; 9(12):33-42. [Persian].
23. Soltanian M, Farhadi H. The effectiveness of integrated trans diagnostic therapy on mental well-being, emotional adequacy and emotional self-efficacy in high school adolescents with symptoms of nomophobia. Res Behav Sci 2025; 22(4): 666-76. [Persian] <https://www.sid.ir/paper/1554739/en>
24. Marren C, Mikoška P, O'Brien S, Timulak L. A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022 Sep;29(5):1611-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
25. Sivandian M, Falahzade H. The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation and coping strategies of women with somatic symptom. Journal of Education and Health Promotion 2025; 14(1):205-17 https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1358_23
26. Sani FF, Salehi M, Rafiepoor A, Khalatbari J. Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Alexithymia and Difficulty in Emotion Regulation. Iranian Journal of Health Psychology; Vol. 2024;7(4).
27. Chegeni M, Sheykhan R, Sepahvand T. The efficacy of emotion-focused therapy on impulsivity, social adjustment, and social media addiction in adolescents attempting suicide. I. Journal of Research in Psychological Health. 2025; 18(4):14-28. [Persian] https://rph.khu.ac.ir/files/site1/user_files_235642/mohammadalisepahvandi-A-10-3694-2-b2f83ac.pdf
28. Shojaeian S, Khajevand Khoshli A, Asadi J, Azizi L S. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on mindfulness with emotion-oriented therapy on cognitive flexibility and impulsivity in adolescents with Internet addiction. NPWJM 2023; 11(40):3-14. [Persian]
29. Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. American journal of psychotherapy. 2015 Apr;69(2):97-110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
30. Karimi Imam Vardikhan, S, Hassanzadeh R, Olia Emadian S. Examining the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Impulsivity, Emotion Regulation, Rumination, and Self-Criticism in Individuals with Trichotillomania. Health Nexus 2024, 2(1), 57-65. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.1.7>
31. Najarpour Ostad S, Akbari B, Khalatbari J, Babapour Kheiraldin J. The Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy Techniques Training and Quality of Life Therapy in Impulsivity among Female Undergraduate Students with Smartphones Addiction. Journal of Modern Psychological Researches 2019; 14(54): 151-174. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_9408.html?lang=en
32. Abdollahi P S, Kamkar A, Khosravi S. Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Loneliness and Internet Addiction in students. Rooyesh 2023; 12(10):191-200. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-4596-en.html>
33. Yildirim C, Correia AP. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. Computers in Human Behavior 2015; 49:130-37. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059>
34. Sayyah S, Ghadami A, Azadi F. Psychometric properties of the Nomophobia questionnaire (NMP-Q) among Iranian students. Ravansanji 2017; 6(23): 7-25. [Persian] <https://sanad.iau.ir/Journal/ps/Article/1111996/FullText>
35. Gratz KL, Roemer L. 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 2004; 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

36. Kermani-Mamazandi Z, Talepasand S. Psychometric Characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University Students. *Journal of Instruction and Evaluation* 2018; 42(11):117-42. [Persian] <https://sanad.iau.ir/en/Article/972741?FullText=FullText>
37. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology* 1995; 51(6):768-74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8778124> [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
38. Khalvati M, Harouni GG, Ghazanfarpour M, Asgari M, Hadinezhad P, Khosravifar S, Babakhanian M. Cultural adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS) in a population of Iranian drug and alcohol addicts. *Environment and Social Psychology* 2024; 9(6):20-24. <https://doi.org/10.54517/esp.v9i6.2042>
39. McKay M, Wood JC. The dialectical behavior therapy diary: monitoring your emotional regulation day by day. New Harbinger Publications; 2011 Mar 1.