



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

Fatemeh Sadat Hedayati<sup>1</sup>, Shohreh Ghorban Shiroudi<sup>2\*</sup>, Javad Khalatbari<sup>3</sup>

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](mailto: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.



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

فاطمه السادات هدایتی<sup>۱</sup>، شهره قربان شیروودی<sup>۲\*</sup>، جواد خلعتبری<sup>۳</sup>

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 شیروودی، دانشیار، گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.  
ایمیل: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۲

### 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 نمونه‌گیری 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 به صورت گروهی دریافت کردند. از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری 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 ( $MD=۲۷/۶۶$ )، 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 گروه‌های 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 ذهنی‌سازی بر کاهش انزوای اجتماعی موثر بوده است؛ اما اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان شناختی رفتاری بیشتر بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، انزوای اجتماعی، اعتیاد به اینترنت.

## مقدمه

اعتیاد به اینترنت به وضعیتی گفته می‌شود که فرد به‌طور افراطی و غیرقابل کنترل 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). به‌طور 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 به دلیل 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 به کار 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

با اعتیاد به اینترنت مقایسه نکرده است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر انزوای اجتماعی دانش‌آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون 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. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری 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 (قرعه‌کشی) جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، کسب نمره ۵۰ یا بیشتر در آزمون اعتیاد به اینترنت، دامنه سنی ۱۵ الی ۱۸ سال در نظر گرفته شد که به روش خوداظهاری ثبت شد. معیارهای خروج هم عبارت از غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، سابقه اختلالات روانشناختی شدید (اختلالات سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات دو قطبی)، تجربه سوگ در شش ماه گذشته، سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی، و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود.

پرسشنامه انزوای اجتماعی (Social Isolation Questionnaire; SIQ): به منظور بررسی و سنجش انزوای اجتماعی از پرسش‌نامه چلیپی و امیرکافی در سال ۱۳۸۳ که دارای ۱۹ سؤال است، استفاده شد. شیوه نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای است که گزینه‌های آن کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) طراحی شده و نمره ۱ نشان‌دهنده کمترین میزان انزوای اجتماعی و نمره ۵ بازگوکننده بیشترین میزان انزوای اجتماعی است. دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده انزوای اجتماعی بیشتر است (۲۸). در پژوهش گوهری و همکاران روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه در سالمندان مقیم مراکز سالمندان شهرهای اردبیل و کرمان مناسب ارزیابی شده است و به منظور سنجش پایایی همسانی دورنی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۷

تا نیت‌ها، افکار، احساسات و انگیزه‌های خود و اطرافیان را بهتر درک کنند (۲۲). این توانایی، که به عنوان ذهنی‌سازی شناخته می‌شود، نقش کلیدی در تنظیم هیجانات و برقراری ارتباطات میان‌فردی سالم دارد (۲۳). در مواجهه با انزوای اجتماعی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک عمیق‌تری از رفتارهای خود و دیگران پیدا کنند، تعارضات اجتماعی را بهتر مدیریت نمایند و بهبود قابل توجهی در کیفیت روابط اجتماعی خود تجربه کنند (۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اصلاح ظرفیت تأملی نوجوانان نقش مهمی در بهبود مهارت‌های تعاملی و اجتماعی دارد؛ که به واسطه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی محقق می‌شود (۱۷، ۲۴).

مقایسه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کاهش انزوای اجتماعی در میان نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت بسیار مهم است. با وجود اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش انزوای اجتماعی از طریق اصلاح الگوهای فکری منفی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای (۲۵)، این روش ممکن است به اندازه کافی به ابعاد عمیق‌تر عاطفی مرتبط با درک حالات ذهنی خود و دیگران نپردازد، که نقش مهمی در کیفیت تعاملات اجتماعی دارد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تمرکز بر بهبود ظرفیت تأملی و فهم عواطف و نیت‌های خود و دیگران، می‌تواند تعارضات و سوءتفاهم‌های بین‌فردی را کاهش داده و کیفیت روابط را ارتقا دهد، اما ممکن است کمتر به تغییر مستقیم الگوهای فکری و رفتارهای مقابله‌ای بپردازد (۲۴). در واقع درمان شناختی رفتاری مستقیماً به باورهای ناکارآمد می‌پردازد و رفتار سازگارانه را آموزش می‌دهد (۲۶)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی عملکرد تأملی و درک اجتماعی را هدف قرار می‌دهد و از خودآگاهی و تاب‌آوری عمیق‌تر پشتیبانی می‌کند (۲۷).

مقایسه این مداخلات به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا موثرترین رویکرد را برای این جمعیت، متناسب با نیازهای فردی، انتخاب کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که ارزیابی این درمان‌ها در کنار هم، مکانیسم‌های متمایزی را برجسته می‌کند که ممکن است به طور متفاوتی بر انزوای اجتماعی در نوجوانان تأثیر بگذارد. چنین مقایسه‌ای همچنین برای پیشبرد راهبردهای درمانی متناسب با شرایط مراجعین، بهینه‌سازی و نتایج بلندمدت ضروری است. در مجموع با وجود شواهد گسترده در اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌طور جداگانه، تاکنون پژوهشی در ایران این دو رویکرد را در زمینه نوجوانان دختر

گزارش کردند (۲۹).

**آزمون اعتیاد به اینترنت (Internet Addiction Test; IAT):**

این آزمون با ۲۰ سوال توسط Young در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است (۳۰)، نمره‌گذاری این آزمون بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) ای کاملاً موافقم (نمره ۵) است، دامنه نمرات بین ۲۰ الی ۱۰۰ قرار است. نمرات بین ۲۰ تا ۳۰ نشان‌دهنده سطح عادی استفاده از اینترنت؛ ۳۱ تا ۴۹ سطح خفیف؛ ۵۰ تا ۷۹ سطح متوسط؛ و ۸۰ تا ۱۰۰ سطح شدید در نظر گرفته شد (۳۰). در مطالعه Keser و همکاران (۳۱) در نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ سال ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب اسپیرمن براون ۰/۸۶

محاسبه شد. همچنین همبستگی بین گویه-کل ۰/۳۸ تا ۰/۶۹ بدست آمد. در نمونه ایرانی قادری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و روایی ملاکی در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم شهر آشتیان با سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی را ۰/۳۱ بدست آوردند (۳۲).

**مداخله‌ها**

**۱- مداخله درمان شناختی رفتاری:** درمان شناختی رفتاری به مدت هشت هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای گروهی) بر اساس پروتکل Beck طراحی شده است (۳۳)، همچنین این پروتکل در ایران استفاده شده است (۳۴). خلاصه محتوا در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری**

جلسات	محتوا
اول	درمانگر یک اتحاد درمانی ایجاد کرد و ارزیابی اولیه را انجام داد. اصول درمان معرفی شد و ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارها با استفاده از مثلث درمان توضیح داده شد. مراجع نگرانی‌های اصلی و اهداف درمانی را شناسایی کرد.
دوم	به مراجع راهنمایی شد تا افکار منفی خودکار، به ویژه آنهایی که به تجربیات گذشته مرتبط بودند را تشخیص دهد. درمانگر یک دفترچه ثبت افکار را ارائه داد و مراجع تمرین کرد تا موقعیت‌ها، افکار، احساسات و رفتارها را یادداشت کند.
سوم	درمانگر به مراجع کمک کرد تا تحریف‌های شناختی (مثلاً تعمیم بیش از حد، فاجعه‌سازی) را شناسایی کند. از تکنیک‌های پرسشگری سقراطی برای مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزینی آنها با گزینه‌های متعادل‌تر استفاده شد.
چهارم	درمانگر و مراجع فعالیت‌هایی را که قبلاً از آنها اجتناب می‌کردند، شناسایی کردند و یک برنامه‌ی ساختارمند برای افزایش مشارکت ایجاد کردند. مراجع، مشارکت مجدد در وظایف معنادار و لذت‌بخش را تمرین کرد و تغییرات خلقی را پیگیری نمود.
پنجم	مراجع در مورد رفتارهای اجتنابی و الگوهای نشخوار فکری صحبت کرد. از راهبردهای شناختی و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای کمک به تغییر توجه از تفکر بی‌فایده گذشته‌محور به آگاهی متمرکز بر حال استفاده شد.
ششم	مراجع رویدادهای گذشته که از نظر احساسی مهم بودند را بررسی کرد. درمانگر از تکنیک‌های مواجهه خیالی یا روایت (در صورت لزوم) برای کمک به مراجع در کاهش پریشانی و دستیابی به دیدگاه‌های جدید استفاده کرد.
هفتم	مراجع استراتژی‌های مقابله‌ای مانند تنفس عمیق، آرامش پیشرونده عضلانی و توقف فکر را تمرین کرد. مهارت‌ها برای مدیریت پاسخ‌های عاطفی مرتبط با محرک‌های گذشته مرور و تقویت شدند.
هشتم	روند درمان خلاصه شد. درمانگر پیشرفت‌ها را برجسته کرد، مهارت‌های آموخته‌شده را تقویت کرد و رشد مراجع را جشن گرفت. یک برنامه بلندمدت مورد بحث قرار گرفت و درمان رسماً به پایان رسید.

**۲- درمان مبتنی بر ذهنی سازی:** درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اساس Bateman & Fonagy طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی اجرا شد (۲۲)؛ همچنین قبلاً این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران اجرا شده است (۳۵). در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران اجرا شده است (۳۵). در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی**

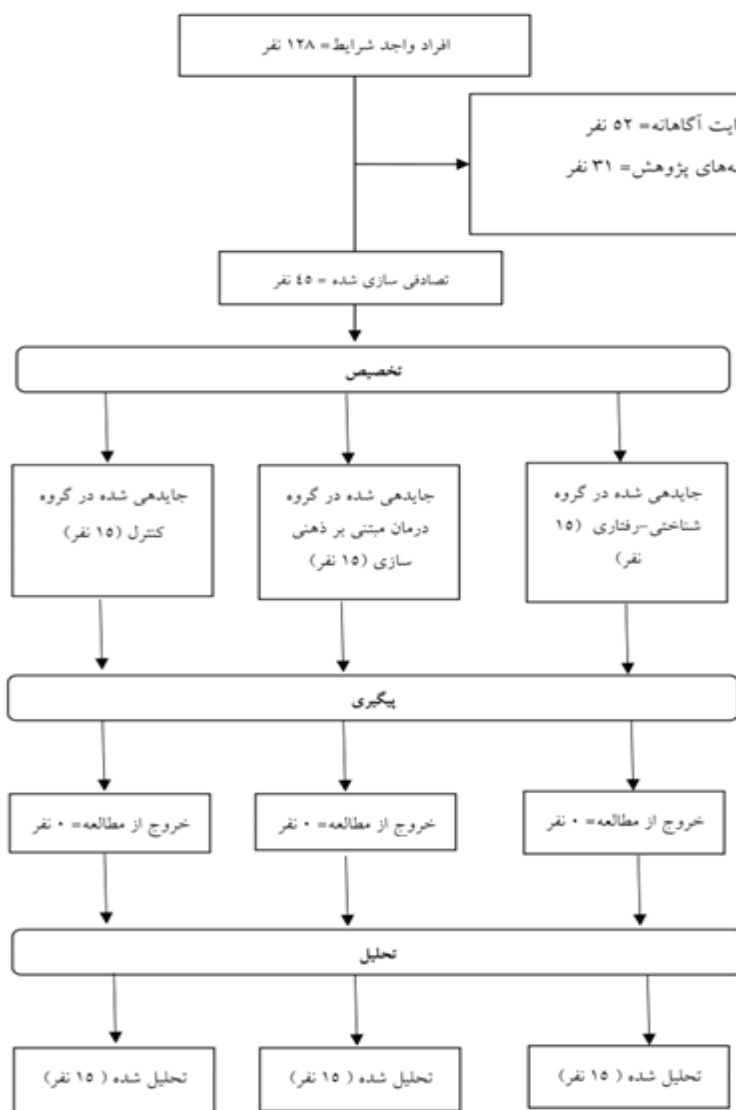
جلسه	محتوا
اول	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی. بیان اهداف جلسه. شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب. مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران. مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری و حساسیت بین فردی. شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی.
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه. چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات. تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران. خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند. نحوه مدیریت کردن احساسات غیرذهنی ناراحت‌کننده. ارائه تکنیک آرامی‌گی.
سوم	مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی. آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه. ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و انجام فعالیت گروهی. ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی و اختلال مرزی.

## فاطمه السادات هدایتی و همکاران

پنجم	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تایید مشکلات مطرح شده 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.

شود. به دلیل 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.

جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه انجام شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اعتیاد به اینترنت و پرسشنامه انزوای اجتماعی بود که به صورت 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



شکل ۱: نمودار کانسورت

### یافته‌ها

در این مطالعه در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند. همه شرکت‌کنندگان دختر بودند. میانگین و انحراف معیار اعتیاد به اینترنت گروه درمان شناختی رفتاری (۵۷/۱۱±۱۴/۰۹)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۵۶/۲۸±۱۶/۴۳) و کنترل (۵۵/۲۹±۱۴/۸۸) تقریباً مشابه بود (P=۰/۴۳، F=۱/۸۹). میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان شناختی رفتاری (۱۵/۰±۵۳/۹۲)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۱۵/۹۳±۰/۹۶) و کنترل (۱۶/۱۳±۱/۰۶) تقریباً مشابه بود (P=۰/۲۵، F=۱/۴۵). در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر انزوای اجتماعی و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که هویت آنان در هیچ‌یک از بخش‌های پژوهش ذکر نخواهد شد و شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود. برای کسب رضایت آگاهانه، جلسه‌ای توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه به همراه پرسشنامه جمعیت‌شناختی میان شرکت‌کنندگان توزیع شد تا اجازه کتبی حضور در جلسات درمانی از شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها نیز اخذ شود. به منظور حفظ محرمانگی، برای هر شرکت‌کننده کدی اختصاص داده شد تا حریم خصوصی آنان تضمین گردد. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از گذشت دو ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

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
		درمان شناختی رفتاری	۳۸/۰۰	۱۱/۶۶	۰/۹۵	۰/۵۷
	پس آزمون	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۲۶/۲۷	۶/۵۹	۰/۹۱	۰/۱۵
		کنترل	۵۳/۹۳	۹/۵۰	۰/۹۳	۰/۲۵
		درمان شناختی رفتاری	۳۷/۴۰	۱۰/۹۱	۰/۹۶	۰/۷۵
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۲۵/۴۷	۵/۸۹	۰/۸۹	۰/۰۸
	پیگیری	کنترل	۵۳/۰۷	۹/۹۰	۰/۹۵	۰/۵۹

نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار نیست ( $P < ۰/۰۵$ )؛ بر این اساس گزارش مقدار F بر اساس شاخص اثر پیلایی انجام خواهد شد که در این حالت از همه معتبرتر است. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر انزوای اجتماعی ( $W=۲۸/۹۷$ ،  $P=۰/۰۱$ ) معنادار است، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و بر اساس اسپیلون هیون فلدت گزارش خواهد شد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و رعایت برخی از ملاحظات ذکر شده در اصلاح و گزارش F، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر انزوای اجتماعی داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهش یافته است؛ همچنین روند کاهش در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به درمان شناختی و رفتاری بیشتر بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است ( $P > ۰/۰۵$ )؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر انزوای اجتماعی به تفکیک مراحل سنجش ( $F=۲/۱۴$ ،  $P=۰/۱۲$ ) همگون می‌باشد؛ اما

آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: 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

معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

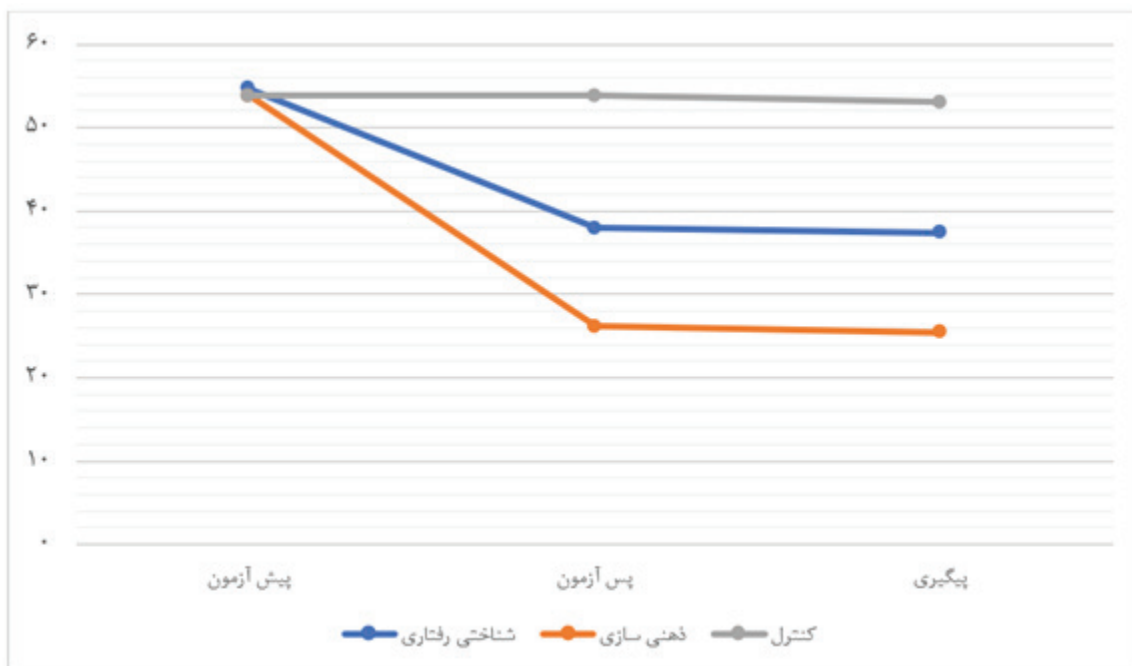
در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیر وابسته به طور همزمان ( $P=0/01$ ،  $F=68/83$ ،  $\eta^2=0/77$ ) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر

جدول ۵: 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 ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر انزوای اجتماعی

مراحل سنجش	درمان شناختی رفتاری		درمان مبتنی بر ذهنی سازی		کنترل	
	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش 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		ذهنی سازی* کنترل		شناختی-رفتاری* ذهنی سازی	
	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

### 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

نتایج جدول و شکل فوق‌گویی این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ )، اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد ( $P < 0/05$ )؛ اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به طور معنادار در طول زمان باعث کاهش انزوای اجتماعی شده‌اند. به عبارت دیگر کاهش میانگین نمره‌ای در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی 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 گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت و همچنین بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل ( $P = 0/01$ ) 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 ( $P = 0/03$ ) در واقع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر بیشتر نسبت به درمان شناختی رفتاری بر کاهش انزوای اجتماعی داشته است.

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 تأثیر 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 بین فردی،

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 مؤثر بود؛ این یافته با پژوهش‌های Jensen و همکاران (۱۷)، Dangerfield & Brotnow Decker (۲۳) و Smits و همکاران (۳۷) همسو است. در بررسی پیشینه مطالعه ناهمسوئی 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

مؤثر برای پیشگیری و کاهش پیامدهای روانی و اجتماعی آن باشد.

پیشنهاد می‌شود در مدارس، مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر ذهنی‌سازی جهت ارتقای مهارت‌های هیجانی، همدلی، خودآگاهی و تعامل سازنده بین دانش‌آموزان اجرا شود. با توجه به نتایج این مطالعه، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند نسبت به درمان شناختی-رفتاری در اولویت اجرا قرار گیرد، زیرا از پایداری اثر بیشتری بر انزوای اجتماعی برخوردار است. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر استفاده شود و متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی و کیفیت روابط خانوادگی کنترل شوند.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول (خانم فاطمه السادات هدایتی) تحت عنوان «مقایسه و اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شایستگی هیجانی، انزوای اجتماعی، تنیدگی تحصیلی و بهزیستی تحصیلی دانش‌آموزان دختر درگیر اعتیاد رفتاری (اعتیاد به اینترنت) مقطع متوسطه دوم» در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال در دانشکده‌گان تعلیم و تربیت اسلامی است که با کد ۴۰۱۱۵۷۲۱۶۰۲۰۰۶ در تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۲۱ به تصویب رسیده است. همچنین این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال با شناسه IR.IAU.TNB.REC.1404.064 در تاریخ ۱۴۰۴/۲/۳۰ تایید شده است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

### تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

بهبودهای پایدارتر و عمیق‌تری ایجاد می‌کند و به ویژه برای افرادی که مشکلات اجتماعی مزمن یا شدید دارند، مؤثر است (۱۷). بنابراین، به‌کارگیری درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در محیط‌های آموزشی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای پیشگیرانه در کاهش انزوای اجتماعی نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت پیشنهاد شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه اندک، عدم کنترل هم‌پراکندگی متغیرهای جمعیت‌شناختی (مانند وضعیت اقتصادی و تحصیلی والدین)، ثبت معیارهای ورود به روش خوداظهاری، نبود پیگیری بلندمدت (بیش از دو ماه)، و نبود پیشینه پژوهش مناسب جهت مقایسه دو مداخله اشاره کرد که تعمیم نتایج را با دشواری همراه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این محدودیت‌ها پوشش داده شود. در زمینه کاربردی، توصیه می‌شود جهت کاهش انزوای اجتماعی در دانش‌آموزان مبتلا به اعتیاد به اینترنت، با توجه به شرایط موجود، یکی از مداخلات درمان شناختی رفتاری یا درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در مدارس به کار گرفته شود. با این حال با توجه به کارایی و پایداری بالاتر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، این درمان می‌تواند در اولویت قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انزوای اجتماعی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اعتیاد به اینترنت مؤثر بودند. همچنین بین اثربخشی این دو روش تفاوت معناداری وجود داشت؛ به‌طوری‌که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری بر انزوای اجتماعی نشان داد.

نتایج این پژوهش از منظر کاربردی اهمیت ویژه‌ای برای روان‌شناسان، مشاوران مدارس و برنامه‌ریزان نظام آموزشی دارد. از آنجا که اعتیاد به اینترنت در میان نوجوانان به‌ویژه دختران در حال افزایش است، استفاده از مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی-رفتاری می‌تواند روشی

## 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/fpsy.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, Orтели 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. Depression, 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 training 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/fpsy.2023.1206511>.
18. Cawthorne T, Käll A, Bennett S, Baker E, Andersson G, Shafraan 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. Seyyed 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. 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/fpsy.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](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, Sheykhosslami 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*. 2013;1;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>.