رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۱۲، مهر ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(7), 2025

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت

Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mentalization-based therapy on emotional-social competence of female students with internet addiction

فاطمه السادات هدایتی
گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
شهره قربان شیرودی (نویسنده مسئول)
گروه خانواده و مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
جواد خلعتبری
گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Fatemeh Sadat Hedayati
Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Shohreh Ghorban Shiroudi *
Department of Family and Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Shohrehghsh@iau.ir
Javad Khalatbari
Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت انجام شد. 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) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شایستگی هیجانی-اجتماعی (ESCQ؛ زو و ای، ۲۰۱۲) و آزمون اعتیاد به اینترنت (IAT؛ یانگ، ۱۹۹۶) استفاده شد. هر یک از گروه‌های درمانی طی ۸ جلسه درمانی، مداخلات را به‌صورت گروهی دریافت کردند. از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌آزمون شایستگی هیجانی-اجتماعی با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که هر دو درمان نسبت به گروه کنترل تغییرات معناداری در شایستگی هیجانی-اجتماعی ایجاد کردند (P<۰/۰۵)؛ ضمن اینکه مشخص شد تفاوت معناداری بین دو مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی وجود نداشت (P>۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اثربخشی یکسانی بر افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی افراد داشته است.

واژه‌های کلیدی: *اعتیاد به اینترنت، شایستگی، درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and mentalization-based therapy (MBT) on the emotional-social competence of female students with Internet addiction. The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test, and included a control group with a two-month follow-up period. 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: experimental 1 (15 people), experimental 2 (15 people), and control (15 people). The Emotional-Social Competence Questionnaire (ESCQ; Zhou & Ee, 2012) and the Internet Addiction Test (IAT; Young, 1996) were used to collect data. Each of the treatment groups received the interventions as a group during 8 treatment sessions. Repeated measures analysis of variance was used for statistical analysis. The results showed that the pre-test of social-emotional competence was significantly different from the post-test and follow-up scores (P<0.05). The results also indicated that both treatments produced significant changes in social-emotional competence compared to the control group (P<0.05); while it was found that there was no significant difference between the two interventions of CBT and MBT (P<0.05). In fact, both treatments had the same effect on increasing social-emotional competence. Overall, it can be concluded that both CBT and MBT interventions had the same effectiveness in increasing individuals' social-emotional competence.

Keywords:*, Internet Addiction, Competence, Cognitive Behavioral Therapy, Mentalization-Based Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : تیر ۱۴۰۴** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

مقدمه

اعتیاد به اینترنت در بین نوجوانان به دلیل تأثیر گسترده آن بر رشد ذهنی، جسمی و اجتماعی آنها، به عنوان یک مشکل مهم و منبع آسیب شناخته می‌شود. استفاده بیش از حد از اینترنت می‌تواند با منحرف کردن دانش‌آموزان از اهداف تحصیلی و ایجاد اختلال در تمرکز، منجر به عملکرد تحصیلی ضعیف‌تر شود (بینا واجارگاهی و همکاران، ۱۴۰۳؛ سیست[1] و همکاران، ۲۰۲۱). نوجوانان ممکن است در معرض آزار و اذیت سایبری، محتوای نامناسب یا مهاجمان آنلاین قرار گیرند که این امر باعث افزایش پریشانی روانشناختی و اضطراب آنها می‌شود (مصیبی و همکاران، ۱۴۰۳). استفاده بیش از حد از اینترنت اغلب منجر به اختلالات خواب و سبک زندگی ناسالم، مانند کاهش فعالیت بدنی می‌شود که می‌تواند به چاقی و مشکلات سلامتی مرتبط با آن منجر شود (لیو[2] و همکاران، ۲۰۲۱). اعتیاد به اینترنت همچنین می‌تواند احساس تنهایی و کناره‌گیری از روابط دنیای واقعی را افزایش دهد و مانع توسعه مهارت‌های اجتماعی ضروری شود که در نتیجه می‌تواند احساس شایستگی هیجانی و اجتماعی نوجوانان را تضعیف کند (ختچرین[3] و همکاران، ۲۰۲۱).

اعتیاد به اینترنت در نوجوانان با تأثیر بر حوزه‌های مختلف روانی، اجتماعی و تحصیلی آنها، حس شایستگی را به طور قابل توجهی تضعیف می‌کند (یو و ژیو[4]، ۲۰۲۱). استفاده بیش از حد از اینترنت می‌تواند فرصت‌های تعاملات اجتماعی را کاهش دهد و باعث شود نوجوانان احساس انزوا و عدم اثربخشی در روابط دنیای واقعی و فعالیت‌های گروهی داشته باشند. این کناره‌گیری اجتماعی می‌تواند اعتماد به نفس و مهارت‌های اجتماعی را از بین ببرد و احساس شایستگی آن‌ها را تضعیف کند (لی[5] و همکاران، ۲۰۲۴). در این نوجوانان شایستگی هیجانی اغلب مختل می‌شود، زیرا نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت در تنظیم هیجان‌ها و مقابله با احساسات منفی مشکل دارند که این امر باور آنها به توانایی‌های خود را بیشتر کاهش می‌دهد (چن[6] و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌های حوزه نوروساینس نشان می‌دهد که اعتیاد به اینترنت تغییراتی در نواحی مغز مرتبط با توجه، تصمیم‌گیری و کنترل تکانه را مختل می‌کند که توانایی نوجوانان را در تعیین و دستیابی به اهداف تضعیف می‌کند و در نتیجه احساس شایستگی نوجوانان را کاهش می‌دهد (لی[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ مندز[8] و همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهشی نشان داده شد که اعتیاد به اینترنت به سبب کاهش تاب‌آوری نقش موثری بر کاهش حس شایستگی دارد؛ چرا که درگیری مداوم آنلاین باعث اجتناب از چالش‌ها و شکست‌های زندگی واقعی می‌شود و از تقویت تاب‌آوری و مهارت‌های حل مسئله که برای حس شایستگی ضروری است، جلوگیری می‌کند (المولا[9] و همکاران، ۲۰۲۵).

با توجه به تاثیر عمیقی که اعتیاد به اینترنت بر سلامت روان و عملکرد تحصیلی نوجوانان دارد (لی و همکاران، ۲۰۲۴) و همچنین شیوع روزافزون اضطراب، افسردگی، اختلال در تنظیم هیجان و چالش‌های رفتاری در میان این نوجوانان، نیاز فوری به مداخلات روانشناختی مؤثر را برجسته می‌کند. مداخله زودهنگام می‌تواند احتمال تداوم مشکلات روانی مزمن تا بزرگسالی را کاهش دهد و در نتیجه نتایج بلندمدتی را به همراه داشته باشد (هه[10] و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بر این اساس اجرای مداخلات روانشناختی به‌هنگام از اهمیت بالایی برخوردار است.

در این راستا بررسی پیشینه نشان داد که درمان شناختی رفتاری (CBT) می‌تواند نقش موثری بر احساس شایستگی داشته باشد (متولی جویباری و همکاران، ۱۴۰۳). از طریق درمان شناختی رفتاری، افراد یاد می‌گیرند که باورهای خودشکن را تغییر دهند و خودارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تر و مثبت‌تری را توسعه دهند. ماهیت ساختارمند درمان شناختی رفتاری اهداف روشن و پیشرفت قابل اندازه‌گیری را فراهم می‌کند که حس تسلط را تقویت می‌کند. افراد با تمرین مهارت‌های حل مسئله و مقابله، تاب‌آوری ایجاد می‌کنند و احساس می‌کنند که در مدیریت چالش‌ها توانمندتر هستند (سالمی و همکاران، ۱۳۹۵). درمان شناختی رفتاری اغلب شامل مداخلات رفتاری است که به افراد اجازه می‌دهد توانایی‌های خود را در موقعیت‌های واقعی زندگی آزمایش کنند و شایستگی خود را بیشتر تأیید کنند. همچنین به آنها کمک می‌کند تا ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار را درک کنند و خودآگاهی و کنترل را افزایش دهند (ناکو[11] و

1 Siste
2 Liu
3 Khatcherian
4 Yu & Zhou
5 Lee
6 Chen
7 Li
8 Méndez
9 Almulla
10 He
11 Nakao

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

همکاران، ۲۰۲۱). برگوال[1] و همکاران (۲۰۲۳) در یک کارآزمایی بالینی نشان دادن که درمان شناختی رفتاری طی مراحل پیگیری به‌طور معنادار منجر به افزایش شایستگی در افراد تحت مداخله نسبت به گروه کنترل شده است.

همچنین در مطالعات پیشین شواهد امیدوارکننده‌ای از تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) در بهبود شایستگی (کارتورد[2] و همکاران، ۲۰۱۳)، عزت نفس (مصطفوی و همکاران، ۲۰۲۴) و خودکارآمدی (شوارزر[3] و همکاران، ۲۰۲۵) وجود دارد. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند با تقویت توانایی نوجوانان در درک افکار، احساسات و نیات خود و دیگران، مداخله‌ای ارزشمند برای افزایش حس شایستگی آنها باشد (کارتورد[4] و همکاران، ۲۰۱۳). با تقویت مهارت‌های ذهنی‌سازی، این درمان به افراد کمک می‌کند تا تجربیات هیجانی گیج‌کننده و تعاملات اجتماعی را درک کنند، که می‌تواند شک به خود را کاهش داده و درک واضح‌تری نسبت به خود داته باشند (هاجک گراس[5] و همکاران، ۲۰۲۴). همانطور که نوجوانان یاد می‌گیرند که به طور مؤثرتری در مورد دنیای درونی خود تأمل کنند، در مدیریت چالش‌های عاطفی و موقعیت‌های بین فردی اعتماد به نفس پیدا می‌کنند. این خودشناسی بهبود یافته منجر به تنظیم بهتر هیجان‌ها و پاسخ‌های سازگارانه‌تر به استرس می‌شود. به نوبه خود، تعاملات موفق و کنترل هیجانی و حس توانایی را تقویت می‌کند (مالکی، ۲۰۲۵).

مقایسه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای افزایش شایستگی در میان نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت بسیار مهم است. نوجوانانی که با اعتیاد به اینترنت درگیر هستند، اغلب خودتنظیمی مختل، مشکلات بین فردی و خودکارآمدی پایین را تجربه می‌کنند که همگی شایستگی را تضعیف می‌کنند (لیو و همکاران، ۲۰۲۵). درمان شناختی رفتاری بر شناسایی و بازسازی افکار و رفتارهای ناسازگار تمرکز دارد و ابزارهای عملی برای اصلاح استفاده مشکل‌ساز از اینترنت و تقویت حس تسلط بر اعمال خود ارائه می‌دهد (علوی و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توانایی درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران را افزایش می‌دهد که می‌تواند تنظیم هیجانی و عملکرد بین فردی که عناصر اساسی شایستگی است را بهبود می‌بخشد (مالکی، ۲۰۲۵). در حالی که درمان شناختی رفتاری مستقیماً به باورهای ناکارآمد می‌پردازد و رفتار سازگارانه را آموزش می‌دهد (سالمی و همکاران، ۱۳۹۵)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی عملکرد تأملی و درک اجتماعی را هدف قرار می‌دهد و از خودآگاهی و تاب‌آوری عمیق‌تر پشتیبانی می‌کند (کارتورد و همکاران، ۲۰۱۳). مقایسه این مداخلات به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا موثرترین رویکرد یا ترکیب آگاهانه 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 شایستگی در نوجوانان تأثیر بگذارد. چنین مقایسه‌ای همچنین برای پیشبرد استراتژی‌های درمانی متناسب با شرایط مراجعین، بهینه‌سازی نتایج بلندمدت و اطمینان از اینکه بهبودها به شایستگی در دنیای واقعی و عملکرد انطباقی برای نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت تبدیل می‌شوند، ضروری است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-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. 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) به‌صورت تصادفی 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، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، عدم سابقه اختلالات روانشناختی شدید (اختلالات سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات دو قطبی)، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل در نظر گرفته شد که به روش خوداظهاری ثبت شد. معیارهای خروج هم عبارتند از شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به

1 Bergvall
2 Karterud
3 Schwarzer
4 Karterud
5 Hajek Gross

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

صورت همزمان و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی، تجربه سوگ در طول درمان، نیاز به خدمات روان‌درمانی فردی و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود. ملاحضات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نشد و شرکت در پژوهش اختیاری بود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد؛ تا اجازه کتبی جهت حضور در جلسات درمانی را از یکی از والدین دریافت کنند. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پرورپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال با شناسه IR.IAU.TNB.REC.1404.064 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه شایستگی هیجانی-اجتماعی (ESCQ)[1]: این پرسشنامه در سال ۲۰۱۲ توسط زو و ای[2] در دانشگاه سنگاپور طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال است و بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای از کاملا مخالفم (نمره ۱) الی کاملا موافقم (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌شود؛ دامنه نمرات بین ۲۵ الی ۱۵۰ است و نمرات بیشتر نشان دهنده شایستگی هیجانی-اجتماعی بیشتر است (زو و ای، ۲۰۱۲). روای ملاکی این پرسشنامه با پرسشنامه عزت نفس ۰/۶۶ و پایایی به روش بازآزمایی با فاصله ۱۴ روز ۰/۷۱ محاسبه شده است (زو و ای، ۲۰۱۲). در نمونه ایرانی پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی ملاکی با مقیاس خودکارآمدی تحصیلی ۰/۴۸ محاسبه شده است (قدرتی و همکاران، ۱۴۰۳). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۷۷ محاسبه شده است.

آزمون اعتیاد به اینترنت (IAT)[3]: این آزمون با ۲۰ سوال توسط یانگ[4] (۱۹۹۶) طراحی شده است، نمره‌گذاری این آزمون بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملا مخالفم (نمره ۱) ای کاملا موافقم (نمره ۵) است، دامنه نمرات بین ۲۰ الی ۱۰۰ قرار می‌گیرد (یانگ، ۱۹۹۶). دامنه نمرات بی ۰ تا ۳۰ نشان‌دهنده سطح عادی استفاده از اینترنت در نظر گرفته می‌شود؛ نمرات ۳۱ تا ۴۹ نشان‌دهنده وجود سطح خفیفی از اعتیاد به اینترنت است؛ ۵۰ تا ۷۹ نشان‌دهنده وجود سطح متوسطی از اعتیاد به اینترنت است؛ و نمرات ۸۰ تا ۱۰۰ نشان‌دهنده وابستگی شدید به اینترنت است (یانگ، ۱۹۹۶). روایی این آزمون به روش ملاکی بر اساس نمرات مصاحبه ساختاریافته اعتیاد به اینترنت ۰/۷۹ و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شده است (یانگ، ۱۹۹۶). در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و روایی ملاکی با سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۳۱ محاسبه شده است (قادری و معینان، ۱۴۰۳). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۷۹ محاسبه شده است.

مداخله درمان شناختی رفتاری: درمان شناختی رفتاری به مدت هشت هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی) بر اساس پروتکل بک[5] و همکاران (۲۰۲۰) طراحی شده است، این پروتکل در ایران توسط میرزایی و همکاران (۱۴۰۲) استفاده شده است. 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.

1 Emotional-Social Competence Questionnaire (ESCQ)
2 Zhou & Ee
3 Internet Addiction Test (IAT)
4 Young
5 Beck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

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.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس بتمن و فوناگی[1] (۲۰۱۶) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شد؛ همچنین قبلا این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران (۱۴۰۱) اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

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 آرامیدگی.
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.
پنجم	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تایید مشکلات مطرح‌شده اعضای گروه. شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده توسط درمانگر.
ششم	کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آنها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح‌شده 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.

یافته ها

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

1 Bateman & Fonagy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر شایستگی هیجانی-اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها		مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره شاپیرو ویلک	معناداری شاپیرو ویلک
شایستگی اجتماعی	هیجانی-	پیش آزمون	درمان شناختی رفتاری	۶۵/۱۳	۱۰/۰۶	۰/۹۵	۰/۴۴
			درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۶۹/۹۳	۱۳/۸۰	۰/۹۵	۰/۵۴
			کنترل	۶۱/۶۰	۱۳/۳۲	۰/۹۶	۰/۶۶
		پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	۸۶/۵۳	۷/۸۴	۰/۹۵	۰/۴۸
			درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۸۷/۶۰	۷/۸۰	۰/۹۰	۰/۱۱
			کنترل	۶۲/۴۷	۱۱/۵۱	۰/۹۴	۰/۳۸
		پیگیری	درمان شناختی رفتاری	۸۶/۰۷	۷/۸۸	۰/۹۵	۰/۵۷
			درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۸۷/۱۳	۹/۷۱	۰/۹۵	۰/۵۵
			کنترل	۶۲/۰۷	۱۱/۵۴	۰/۹۴	۰/۴۲

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر شایستگی هیجانی-اجتماعیداشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله افزایشی 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 شایستگی هیجانی-اجتماعی به تفکیک مراحل سنجش (P=۰/۴۴، F=۱/۲۳) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر شایستگی هیجانی-اجتماعی (P=۰/۶۲، W=۰/۷۰) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر شایستگی هیجانی-اجتماعی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۴	۱۰۹/۴۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۴	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۱۰۹/۴۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۴	۱
	اثر هتلینگ	۵/۳۳	۱۰۹/۴۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۴	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۵/۳۳	۱۰۹/۴۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۴	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۰۹/۴۲، ۰/۸۴=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر 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 نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای شایستگی هیجانی-اجتماعی در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
شایستگی	زمان	۵۱۴۴/۰۱	۲	۲۵۷۲/۰۱	۲۵۷۲/۲۱	۰/۰۱	۰/۸۲	۱
هیجانی-	زمان*گروه	۲۳۸۴/۳۸	۴	۵۶۹/۰۹	۴۳/۱۶	۰/۰۱	۰/۶۷	۱
اجتماعی	خطا	۱۱۶۰/۲۷	۸۴	۱۳/۸۱				
	بین گروهی	۶۰۲/۳۲	۲	۳۰۱/۱۶	۴۵/۲۱	۰/۰۱	۰/۶۸	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر شایستگی هیجانی-اجتماعی (P=۰/۰۱، F=۴۵/۲۱، η=۰/۶۸) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر شایستگی هیجانی-اجتماعی

مراحل سنجش		درمان شناختی رفتاری		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی		کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۱/۴۰	۰/۰۱	۱۷/۶۶	۰/۰۱	۰/۸۶	۰/۸۲
پیش‌آزمون	پیگیری	۲۰/۹۳	۰/۰۱	۱۷/۲۰	۰/۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۷	۱/۰۰	۰/۴۷	۱/۰۰	۰/۴۰	۱/۰۰
مقایسه بین گروهی		شناختی-رفتاری * کنترل		ذهنی‌سازی * کنترل		شناختی-رفتاری * ذهنی‌سازی	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۷/۲۰	۰/۰۱	۱۹/۵۱	۰/۰۱	۲/۳۱	۱/۰۰

نتایج جدول 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 گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵)؛ اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی شده‌اند. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود داشت و همچنین بین گروه‌های 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 افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی تا مرحله پیگیری داشته‌اند؛ همچنین بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۱/۰۰) در واقع هر دو درمان اثر یکسانی بر افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان شناختی رفتاری تاثیر معناداری بر افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های متولی جویباری و همکاران (۱۴۰۳)، سالمی و همکاران (۱۳۹۵) و برگوال و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان شناختی رفتاری با کمک به افراد در شناسایی و اصلاح باورهای تحریف‌شده‌ای که خودکارآمدی را تضعیف می‌کنند، حس شایستگی را در آنها افزایش می‌دهد (یانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۲). طبق مدل نظری درمان شناختی رفتاری، باورهای ناسازگارانه در احساس درماندگی و عزت نفس پایین نقش دارند. افراد از طریق تکنیک‌های ساختاریافته‌ای مانند بازسازی شناختی، یاد می‌گیرند که این افکار را به چالش بکشند و آنها را با باورهای

1 Yang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

واقع‌بینانه‌تر و توانمندسازتر جایگزین کنند (نوربری[1] و همکاران، ۲۰۲۴). راهبردهای رفتاری، مانند مواجهه تدریجی و تعیین هدف، فرصت‌هایی را برای تجربیات تسلط فراهم می‌کنند که درک توانایی شخصی را تقویت می‌کند. با موفقیت افراد در مدیریت وظایف و تنظیم هیجان‌ها، اعتماد به نفس آنها افزایش می‌یابد (کراسزکسی[2] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان شناختی رفتاری همچنین خودنظارتی و حل مسئله را گسترش می‌دهد که حس کنترل بر زندگی فرد را افزایش می‌دهد. این موفقیت‌های مکرر، اسنادهای درونی را برای نتایج مثبت تقویت می‌کند (چن[3] و همکاران، ۲۰۰۶)؛ همه این مکانیزم‌های زیربنایی در کنار یکدیگر می‌توانند نقش موثری بر بهبود شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت داشته باشند.

یافته دوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر معناداری بر افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های مالکی (۲۰۲۵)، شوارزر و همکاران (۲۰۲۵)، مصطفوی و همکاران (۲۰۲۴) و کارتورد و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت توانایی افراد در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران، حس شایستگی آنها را افزایش می‌دهد. پایه نظری درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در نظریه دلبستگی و روانشناسی تحولی نهفته است و تأکید می‌کند که ظرفیت ذهنی‌سازی برای تنظیم مؤثر هیجان‌ها و عملکرد بین فردی بسیار مهم است. وقتی افراد می‌توانند به طور دقیق در مورد افکار، احساسات و نیات خود تأمل کنند، وضوح و کنترل بیشتری بر رفتار خود به دست می‌آورند (تبن و سولز[4]، ۲۰۲۴). این ظرفیت تأملی، تکانشگری را کاهش داده و خودآگاهی را افزایش می‌دهد و منجر به پاسخ‌های سازگارانه‌تر در موقعیت‌های چالش‌برانگیز می‌شود. هرچه افراد تعاملات اجتماعی و تجربیات هیجانی را بهتر هدایت کنند، احساس اثربخشی و توانایی بیشتری می‌کنند (سلامینوس و دبان[5]، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی همچنین یک رابطه درمانی ایمن را تقویت می‌کند که اعتماد به فرآیندهای ذهنی فرد را الگوسازی و تقویت می‌کند. با گذشت زمان، این امر منجر به خودکارآمدی و تاب‌آوری بیشتر می‌شود (چلوچ-دوئک و فناگی[6]، ۲۰۲۵). در مجموع می‌توان گفت که این درمان با بهبود درک خود و دیگران، افراد را قادر می‌سازد تا پیچیدگی‌های زندگی را با تسلط بیشتر مدیریت کنند. در نهایت، حس پایداری از شایستگی درونی را پرورش می‌دهد.

یافته سوم نشان داد که هر دو مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اثر یکسانی در افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت داشته است. 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 از دیدگاه نظری، هم درمان شناختی رفتاری و هم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی فرآیندهای روانشناختی اصلی را که بر حس شایستگی فرد تأثیر می‌گذارند، هدف قرار می‌دهند. درمان شناختی رفتاری بر شناسایی و بازسازی افکار و رفتارهای ناسازگار تمرکز دارد که به افراد کمک می‌کند تا با ارتقای راهبردهای مقابله‌ای سازگار و مهارت‌های حل مسئله، خودکارآمدی خود را ایجاد کنند (علوی و همکاران، ۲۰۲۱). به طور مشابه، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ظرفیت فرد را برای درک حالات روانی خود و دیگران افزایش می‌دهد و عملکرد بین فردی و تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد (مالکی، ۲۰۲۵). هر دو درمان بر خودآگاهی و تأمل تأکید دارند که حس درونی قوی‌تری از کنترل و عاملیت را پرورش می‌دهد. افراد از طریق تمرین مکرر یاد می‌گیرند که چالش‌ها را به طور مؤثرتری مدیریت کنند و باور خود را به توانایی‌های خود تقویت کنند (بوشنر[7] و همکاران، ۲۰۲۵؛ کارتورد و همکاران، ۲۰۱۳). در حالی که درمان شناختی رفتاری بر بازسازی شناختی تأکید دارد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر افزایش عملکرد تأملی متمرکز است، هر دو در نهایت هدفشان افزایش تسلط و اعتماد به نفس است. این هدف مشترک، تأثیر مشابه آنها را تبیین می‌کند که چرا هر دو نقش یکسانی بر شلیستگی هیجانی-اجتماعی داشته‌اند. همچنین اتحاد درمانی، که در هر دو مدل وجود دارد، نقش مهمی در تقویت عزت نفس افراد نیز ایفا می‌کند. بنابراین، با وجود تکنیک‌های مختلف، هر دو از طریق خودشناسی و توانمندسازی، شایستگی را افزایش می‌دهند.

در مجموع می توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر مشابه ای بر شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر با اعتیاد به اینترنت داشته است. بنابراین، می‌توان استنباط کرد که هر یک از رویکردهای درمانی می‌توانند به طور مؤثر برای افزایش شایستگی هیجانی-اجتماعی دانش آموزان دختر که با اعتیاد به اینترنت دست و پنجه نرم می‌کنند،

1 Norbury
2 Krzeczkowski
3 Chen
4 Theben & Sulz
5 Salaminios & Debbané
6 Chelouche-Dwek & Fonagy
7 Buschner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

مورد استفاده قرار گیرند و مزایای قابل توجهی در نتایج درمان ارائه دهند. نمونه‌گیری در دسترس، ثبت معیارهای ورود به روش خوداظهاری، عدم کنترل وضعیت اقتصادی خانواده دانش‌آموزان و عدم وجود پیشینه پژوهش جهت مقایسه دو مداخله از محدودیت‌های این پژوهش است که تعمیم نتایج را مختل می‌سازد؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این محدودیت‌ها پوشش داده شود. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که جهت بهبود حس شایستگی در دانش‌آموزان مبتلا به اعتیاد به اینترنت متناسب با شرایط موجود از یکی از مداخلات درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی استفاده در مدارس شود.

منابع

بینا واجارگاهی، الف.، اکبری، ب.، و حمزه‌پور حقیقی، ط. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اهمال‌کاری تحصیلی و خود مهارگری دانش‌آموزان دختر دارای اعتیاد به اینترنت. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۹)، ۱۰۱-۱۱۰. http://frooyesh.ir/article-1-5267-fa.html

سالمی، ص.، نعامی، ع.، زرگر، ی.، و داوودی، الف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزاردیده. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۶*(۲۳)، ۱-۱۴. https://www.socialpsychology.ir/article_62988.html

قادرنژاد، م.، اعتماد نیا، م.، فرشباف، م.، و صفت، ف. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *رویش روان شناسی، ۱۱* (۱۲)، ۱۶۲-۱۵۳.http://frooyesh.ir/article-1-3944-fa.html

قادری، ز.، و معینان، د. (۱۴۰۳). ارائه مدل پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر اساس سیستم مغزی رفتاری با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۴)، ۱۹۲-۱۸۳.http://frooyesh.ir/article-1-4788-fa.html

قدرتی، ز.، سرایی، ع. الف.، و بخشی پور، الف. (۱۴۰۳). الگوی ساختاری رابطه شایستگی هیجانی-اجتماعی و درگیری تحصیلی با پیشرفت تحصیلی: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر بجنورد. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۶)، ۱۸۰-۱۷۱. http://frooyesh.ir/article-1-5282-fa.html

متولی جویباری، ف.، بخشی‌پور جویباری، ب.، و عباسی، ق. (۱۴۰۳). اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری بر شایستگی اجتماعی و امتناع از مدرسه کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. *طلوع بهداشت، ۲۳* (۲)، ۹۹-۸۱. http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3634-fa.html

مصیبی، ش.، صفرپور، ف، و سعادت، س. (۱۴۰۳). رابطه انسجام خانواده و قلدری سایبری با نقش میانجی بلوغ عاطفی و خودآگاهی هیجانی در دختران نوجوان. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۷)، ۲۵۰-۲۴۱.http://frooyesh.ir/article-1-4971-fa.html

میرزایی، پ.، صادقی وادقانی، ف.، و میزابی اصل، م. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود عملکرد شناختی و روانشناختی مبتلایان به دیابت بهبود یافته کرونا. *رویش روان شناسی، ۱۲* (۴)، ۱۶۷-۱۷۶.http://frooyesh.ir/article-1-4328-fa.html

Alavi, S. S., Ghanizadeh, M., Mohammadi, M. R., Jannatifard, F., Esmaili Alamuti, S., & Farahani, M. (2021). 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*, *43*, 47-56. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0010

Almulla, M. O., Alismail, A. M., Mahama, I., & Almulla, A. A. (2025). Resilience as a predictor of internet addictive behaviours: a study among Ghanaian and Saudi samples using structural equation modelling approach. *BMC psychology*, *13*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02383-y

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.

Bergvall, H., Ghaderi, A., Andersson, J., Lundgren, T., Andersson, G., & Bohman, B. (2023). Development of competence in cognitive behavioural therapy and the role of metacognition among clinical psychology and psychotherapy students. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *51*(3), 200-213. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36691810/

Buschner, A., Makiol, C., Huang, J., Mauche, N., & Strauss, M. (2025). Comparison of cognitive behavioral therapy and third-wave-mindfulness-based therapies for patients suffering from depression measured using the Beck-Depression-Inventory (BDI): A systematic literature review and network-meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *379*, 88-99. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.104

Chelouche-Dwek, G., & Fonagy, P. (2025). Mentalization-based interventions in schools for enhancing socio-emotional competencies and positive behaviour: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, *34*(4), 1295-1315. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02578-5

Chen, C., Yang, C., & Nie, Q. (2021). Social-emotional learning competencies and problematic internet use among Chinese adolescents: A structural equation modeling analysis. *International journal of environmental research and public health*, *18*(6), 3091. https://doi.org/10.3390/ijerph18063091

Chen, S. Y., Jordan, C., & Thompson, S. (2006). The effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on depression: The role of problem-solving appraisal. *Research on Social Work Practice*, *16*(5), 500-510. https://doi.org/10.1177/1049731506287302

Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *54*(2), 317-337. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38279664/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

He, I. L., Liu, P., Wong, M. C., Chu, C. H., & Lo, E. C. (2024). Effectiveness of psychological intervention in improving adolescents' oral health: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, *150*, 105365. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.105365

Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M. S., Johansson, P. N., Schluter, C. (2013). The MBT adherence and competence scale (MBT-ACS): development, structure and reliability. *Psychother. Res.* 23, 705–717. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22916991/

Khatcherian, E., Zullino, D., De Leo, D., & Achab, S. (2022). Feelings of loneliness: understanding the risk of suicidal ideation in adolescents with internet addiction. A theoretical model to answer to a systematic literature review, without results. *International journal of environmental research and public health*, *19*(4), 2012. https://doi.org/10.3390/ijerph19042012

Krzeczkowski, J. E., Schmidt, L. A., & Van Lieshout, R. J. (2021). Changes in infant emotion regulation following maternal cognitive behavioral therapy for postpartum depression. *Depression and anxiety*, *38*(4), 412-421. https://doi.org/10.1002/da.23130

Lee, H. S., Choi, M., & Na, E. Y. (2024). Reciprocal longitudinal effects among Korean young adolescent'negative peer relationships, social withdrawal, and smartphone dependence. *Heliyon*, *10*(3), e25188. https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(24)01219-2

Li, W., Gleeson, J., Fraser, M. I., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Sahdra, B. (2024). The efficacy of personalized psychological interventions in adolescents: a scoping review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1470817. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1470817

Li, Z., Zhang, W., Du, Y., Zhu, W., & Soo, M. (2024). The impact of anger on intertemporal decision-making in individuals with internet addiction: an fNIRS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *21*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s00406-024-01882-0

Liu, C., Liu, Z., & Yuan, G. (2021). Associations between cyberbullying perpetration, sleep quality, and emotional distress among adolescents: a two-wave cross-lagged analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *209*(2), 123-127. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001267

Liu, W., Huang, J., Li, Y. L., Gao, X., Xu, Z. Y., & Li, Y. H. (2025). 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*, *16*, 1517489. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1517489

Maleki, B. (2025). Effectiveness of mentalization-based therapy on the aggression and emotional regulation difficulties of depressed male adolescents. *Current Psychology*,*12*, 1-9. https://doi.org/10.1007/s12144-025-08131-0

Méndez, M. L., Padrón, I., Fumero, A., & Marrero, R. J. (2024). Effects of internet and smartphone addiction on cognitive control in adolescents and young adults: A systematic review of fMRI studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *159*, 105572. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105572

Mostafavi, E., & Rahimlooei Aghdam, H. (2024). Comparison of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Impulsivity, and Self-Esteem in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, *5*(8), 16-25. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.8.3

Nakao, M., Shirotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, *15*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w

Norbury, A., Hauser, T. U., Fleming, S. M., Dolan, R. J., & Huys, Q. J. (2024). Different components of cognitive-behavioral therapy affect specific cognitive mechanisms. *Science Advances*, *10*(13), eadk3222. https://www.science.org/doi/full/10.1126/sciadv.adk3222

Salaminios, G., & Debbané, M. (2021). *A mentalization-based treatment framework to support the recovery of the self in emerging psychosis during adolescence*. Routledge.

Schwarzer, N. H., Link, P. C., Nolte, T., Turner, A., Kirsch, H., Langnickel, R., & Gingelmaier, S. (2025). Mentalising and self-efficacy–disentangling their impact on well-being and symptom severity in novice special education teachers. *European Journal of Special Needs Education*, *40*(3), 588-603. https://doi.org/10.1080/08856257.2024.2402167

Siste, K., Hanafi, E., Sen, L. T., Murtani, B. J., Christian, H., Limawan, A. P., & Adrian. (2021). Implications of COVID-19 and lockdown on internet addiction among adolescents: data from a developing country. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 665675. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.665675

Theben, L., & Sulz, S. K. (2024). What is mentalization supporting therapy (MST)?: a metacognitive-psychotherapeutic approach based on developmental psychology. *European Psychotherapy: Scientific Journal for Psychotherapeutic Research and Practice*, *15*(2023/2024), 31-64. https://edoc.ku.de/id/eprint/34940/

Yang, J., Lo, W. L. A., Zheng, F., Cheng, X., Yu, Q., & Wang, C. (2022). Evaluation of cognitive behavioral therapy on improving pain, fear avoidance, and self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain Research and Management*, *2022*(1), 4276175. https://doi.org/10.1155/2022/4276175

Young, K. S. (1998). *Caught in the net: How to recognize the sings of internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley and sons.

Yu, L., & Zhou, X. (2021). Emotional competence as a mediator of the relationship between internet addiction and negative emotion in young adolescents in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, *16*(6), 2419-2438. https://doi.org/10.1007/s11482-021-09912-y

Zhou, M., & Ee, J. (2012). Development and validation of the social emotional competence questionnaire (SECQ). *International Journal of Emotional Education*, *4*(2), 27-42. https://psycnet.apa.org/record/2013-21656-002

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]