



اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و اعتیاد به اینترنت

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مآئده معین‌الدینی ^{id}

فرح لطفی کاشانی* ^{id}

عبدالله شفیع‌آبادی ^{id}

lotfi.kashani@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۹۹/۱۰/۲۹

دریافت: ۹۹/۰۸/۱۷

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و اعتیاد به اینترنت بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه و جامعه آماری همه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان منطقه یک شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود که ۶۰ دانش‌آموز با نمره بالا در اعتیاد به اینترنت به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) به صورت تصادفی کاربردی شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه اعتیاد به اینترنت (یانگ، ۱۹۹۹) و سبک‌های دفاعی اندروز، سینگ و بوند (۱۳۹۳) بود و گروه آزمایشی اول هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه درمان یکپارچه‌نگر بسته درمانی لطفی کاشانی و وزیری (۱۳۹۴) و گروه آزمایشی دوم رفتار درمانی دیالکتیک بسته درمانی لینهان، را دریافت کردند؛ داده‌ها با استفاده از تحلیل اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد مداخله رفتار درمانی دیالکتیک بر نمره اعتیاد به اینترنت ($P=0/001, F=61/21$)، مؤلفه رشد یافته ($P=0/046, F=4/28$)، مؤلفه رشد نیافته ($P=0/017, F=6/34$) و مؤلفه نوروتیک ($P=0/041, F=4/51$) و مداخله درمان یکپارچه‌نگر بر نمره اعتیاد به اینترنت ($P=0/001, F=54/07$)، مؤلفه رشد یافته ($P=0/009, F=10/09$)، مؤلفه رشد نیافته ($P=0/003, F=6/80$) و مؤلفه نوروتیک ($P=0/041, F=13/44$) و مؤلفه نگرانی بر اساس این یافته‌ها مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بوده است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان دیالکتیک و درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و کاهش اعتیاد به اینترنت شرکت‌کنندگان پژوهش نسبت به گروه گواه اثربخش بوده ولی بین دو درمان تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: درمان یکپارچه‌نگر، رفتار درمانی دیالکتیک، سبک‌های دفاعی، اعتیاد به اینترنت

فصلنامه علمی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>
دوره ۱ | شماره ۴ | صص ۱۲۴-۱۰۵
زمستان ۱۳۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(معین‌الدینی، لطفی کاشانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۹)

در فهرست منابع:

معین‌الدینی، مآئده، لطفی کاشانی، فرح. و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و اعتیاد به اینترنت. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، (۴): ۱۲۴-۱۰۵.

مقدمه

اینترنت و شبکه‌های اجتماعی^۱ مختلف تبدیل به ابزارهای محبوبی شده و جهت برقراری ارتباط و تبادل اطلاعات، به عنوان برجسته‌ترین منبع اطلاعاتی از آن استفاده می‌شود (آپاریسو- مارتینز، پیریا- مورنیو، رویز- رابیو و همکاران، ۲۰۲۰؛ فیرت، توروس و استابس، ۲۰۱۹). در واقع، جوامع امروزی به طور فزاینده‌ای بر فناوری متمرکز شده است؛ بنابراین مردم به تدریج به آن وابسته می‌شوند خصوصاً در رابطه با اینترنت و تلفن‌های همراه (بروکس، وانگ و اسنایدر، ۲۰۲۰). از این رو، دستگاه‌های فناوری، توانسته است بازی‌های ویدیویی و خرید آنلاین را در دسترس بیشتر افراد قرار داده و حتی بازارها را مطلوب‌تر و گسترده‌تر از قبل کند (ساهو، گاندهی، شارما، ۲۰۱۹)؛ لذا موارد اعتیاد با اشتراک‌گذاری بیشتر در دستگاه‌های چندرسانه‌ای افزایش می‌یابد؛ هرچه امکانات ارائه به آن‌ها، در حال توسعه بوده و اعتیاد به آن نیز با سرعت خطرناکی پیش می‌رود (رودریگز، ۲۰۲۰). این اعتیاد طی دهه گذشته رشد چشمگیری داشته است و از انواع دیگر اعتیاد پیشی گرفته است (یوربانووا، ۲۰۱۹).

اعتیاد به اینترنت^۲ به طور فزاینده‌ای به عنوان یک مشکل مهم بهداشت روان شناخته می‌شود (لن، لی، چی، هی و یانگ، ۲۰۱۹). پژوهش‌های متعددی در رابطه با سبب‌شناسی و اختلال‌های همبود با اعتیاد به اینترنت انجام گرفته که بعضی از این پژوهش‌ها نشان دادند افراد مبتلا، سطح بالایی از نشانه‌های اختلال نقص توجه را دارند که آن را به عنوان یکی از دلایل احتمالی اعتیاد به اینترنت در نظر گرفته‌اند (دالبوداک و اورن، ۲۰۱۴). همچنین افراد وابسته به اینترنت نسبت به افراد عادی دارای سطوح بالاتری از نشانه‌های افسردگی هستند به طوری که هر چقدر استفاده از اینترنت بالاتر باشد، نشانه‌های افسردگی نیز بیشتر است (ساندرز فیلد، دیاگو و کاپلان، ۲۰۱۵). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که اعتیاد به اینترنت با مکانیسم‌های دفاعی^۳ افراد نیز رابطه دارد (برودی و کارسون، ۲۰۱۴). مکانیسم‌های دفاعی به عنوان فرایندهای روانی تعریف می‌شوند که از افراد در برابر آگاهی از خطرات درونی و بیرونی محافظت می‌کند (مو، ۲۰۱۸). در واقع مکانیسم‌های دفاعی عبارت است از واکنش‌های ناهشیار «من»^۴، به عنوان قسمتی از شخصیت به منظور کاهش اضطراب از طریق تغییر مسیر در ادراک واقعیت. «من» از طریق این فرایندها سعی می‌کند تا اضطراب‌های ناشی از تعارض بین «نهاد» و «فرامن» را برطرف سازد. اگر چه این مکانیسم‌های دفاعی قسمتی از «من» هستند؛ اما از جنس خود که تعقلی و منطقی است ساخته نشده‌اند، بلکه مایه‌ای احساسی، عاطفی و مجازی دارند و عمدتاً ناهشیار هستند (ویشکین، ۲۰۱۴).

اندروز، سینگ و بوند، ۱۹۹۳ بر اساس طبقه‌بندی سلسله مراتبی وایلنت مکانیسم‌های دفاعی را به سه سبک دفاعی رشد یافته^۵، روان آزاده^۶ و رشد نایافته^۷ تقسیم کرده‌اند؛ مکانیسم‌های دفاعی در ناپخته‌ترین

1. internet and social networks
2. addiction to Internet
3. defense mechanisms
4. ego
5. mature
6. neurotic
7. immature

سطح، واقعیت را انکار می‌کنند و واقعیت خیالی ابداع می‌کنند. مکانیسم‌های دفاعی مانند انکار^۱ و خیال‌پردازی^۲، از همه ناپخته‌ترند زیرا فرد نمی‌تواند حتی واقعیت بیرونی را تشخیص دهد. در سطح دوم پختگی، دفاع‌هایی چون فرافکنی^۳ قرار دارند که به موجب آن، فرد واقعیت را تشخیص می‌دهد ولی با دور انداختن جنبه‌های ناراحت کننده آن از خود، با آن کنار می‌آید. در سطح سوم پختگی، رایج‌ترین دفاع‌ها، از جمله دلیل‌تراشی^۴ و واکنش وارونه^۵ قرار دارند. این مکانیسم‌ها با اضطراب کوتاه‌مدت به نحو مؤثری برخورد می‌کنند؛ اما در درازمدت فایده‌ای برای سازگاری ندارند. دفاع‌های سطح چهارم، سازگارترین و پخته‌ترین دفاع‌ها هستند و مکانیسم‌هایی چون والایش^۶ و شوخ‌طبعی^۷ را شامل می‌شود و زمانی که افراد نتوانند با رویدادهای منطقی و مستقیم، اضطراب و مشکلات خود را کنترل کنند به رویدادهای غیرمستقیم از جمله مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شوند (میراندا و اوزا، ۲۰۱۵). علاوه بر این افرادی که در تجربه هیجان‌نا مشگل دارند، دست به دفاع‌هایی غیرانطباقی می‌زنند که موجب آغاز و تداوم علائم می‌شود. از طرف دیگر یکی از نشانه‌های اصلی که در عملکرد بیماران روان آزرده و اختلالات شخصیت انعکاس می‌یابد، سطح پایین استحکام من و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته است (سینک و آناند، ۲۰۱۵). بنا بر نظر میراندا و لوزا (۲۰۱۵) ویژگی منحصر به فرد شخصیت هر انسان عمدتاً از طریق مکانیسم‌های دفاعی او تعیین می‌شود و از آنجایی که دفاع‌ها واکنش فرد را به تعارضات عاطفی برخواسته از تنیدگی‌های درونی و بیرونی تعدیل می‌کنند؛ بنابراین نقش مهمی در رشد شخصیت و سازگاری با محیط دارند. شواهد تجربی مؤید نقش تعیین‌کننده فرایندهای ناهشیار در شکل‌گیری هیجان‌ها هستند و نشان داده‌اند که فرایندهای ناهشیار در تنظیم هیجان‌ها نیز فعالیت دارند؛ بنابراین نقش مکانیسم‌های دفاعی را در اعتیاد به اینترنت نباید نادیده گرفت.

یکی از درمان‌هایی که به نظر می‌رسد می‌تواند در رابطه با کاهش وابستگی افراطی به اینترنت تأثیر به‌سزایی داشته باشد، درمان یکپارچه نگر است. روزانزویگ (۱۹۳۶؛ به نقل از بارلو، ۲۰۱۴) اولین کسی بود که در مورد رویکرد عوامل مشترک در روان‌درمانی صحبت کرد. نظریه‌پردازان حوزه عوامل مشترک معتقدند، علیرغم اینکه درمان‌های مختلف در روان‌درمانی از لحاظ نظری با هم تفاوت‌های آشکاری دارند ولی حاوی عوامل مشترکی هستند (لطفی‌کاشانی، ۱۳۹۵). درمان یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک (رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی و نظم‌بخشی رفتار) است. این عوامل مشترک به عنوان عناصر بنیادی درمان توسط درمان‌گر به کار بسته می‌شود و اثربخشی درمان را تعیین می‌کنند. پژوهش‌هایی در زمینه روان‌درمانی یکپارچه‌نگر صورت گرفته است که نشان می‌دهد این درمان موجب کاهش آسیب‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، حرمت خود در افراد شده است (پوزش، لطفی و

-
1. denial
 2. fantasy
 3. projection
 4. rationalization
 5. reaction formation
 6. sublimation
 7. humor

وزیری، ۱۳۹۱). در واقع درمان یکپارچه‌نگر سعی دارد در طی فرایند درمان، شرایطی فراهم نماید که فرد نسبت به تجارب، نیازها و هیجاناتش آگاهی یابد؛ در واقع فراهم آوردن تجربیات جدید برای درمانجو جز مهمی از درمان است که باعث تغییر شیوه تفکر افراد در مورد خودشان می‌شود (لطفی کاشانی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۱۲ درصد از چرایی بهبودی به رابطه درمانی مربوط می‌شود؛ چرا که در یک رابطه درمانی، زمینه لازم برای آگاهی‌افزایی، ایجاد امید و انتظار درمان و نظم‌بخشی رفتار پدید می‌آید؛ بنابراین ایجاد آگاهی در کنار رابطه درمانی همدلانه، همچنین امید در بیماران می‌تواند به نظم‌بخشی رفتار این افراد، کمک قابل توجهی کند (شریفی نیا، ۱۳۹۲).

از دیگر درمان‌های مؤثر در کاهش استفاده آسیب‌شناختی از اینترنت می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیک^۱ اشاره کرد. تمرکز رفتار درمانی دیالکتیک، حول یادگیری، به‌کارگیری و تعمیم توانش‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به فرد برای شکستن و فائق آمدن بر این چرخه معیوب است (آدیل، ۲۰۱۴؛ بورنای، ۲۰۱۵). این درمان بر سه پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذن استوار است. در این درمان به افراد آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسند و از طریق ترکیب و تلفیق آن‌ها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابند (سوالز و هیرد، ۲۰۰۹). این درمان با اعتباربخشی به درد هیجانی، کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی و افزایش توانش‌های رفتاری همچون تنظیم هیجان، اثربخشی بین‌فردی، تحمل آشفتگی و توجه آگاهی، به مدیریت بدتنظیمی‌ها و درمان نشانه‌های اختلال می‌پردازد؛ همچنین بسیاری از موضوعات اصلی مرتبط با دوره نوجوانی همچون خلق تغییرپذیر و ارتباطات ناپایدار در رفتار درمانی دیالکتیک مورد توجه قرار می‌گیرد (راتوس و میلر، ۲۰۰۲؛ آمستر، ۲۰۰۸).

در واقع رفتار درمانی دیالکتیک با تمرکز بر تنظیم هیجانی از طریق انتخاب راهبردهای مقابله‌ای و راهبردهای هیجانی از بازگشت وابستگی جلوگیری می‌کند. مهارت‌های آموزش داده شده در رفتار درمانی دیالکتیک برای مسائلی مانند مهارت‌های شناسایی محرک‌ها، کنترل میل و مدیریت احساسات، انگیزه برای تغییر، انگیزه برای ادامه درمان و توجه آگاهی در موقعیت‌های پرخطر استفاده می‌شوند. رفتار درمانی دیالکتیک روی رفتارهای ناسازگار فرد به عنوان یک عمل برای تنظیم یا از بین بردن احساسات ناخواسته تمرکز می‌کند و از طریق کمک به فرد برای رسیدن به هدف‌ها، تنظیم بهتر هیجان‌ها، مواجهه با احساس، افزایش حس هویت شخصی، بهبود قضاوت، بهبود مهارت‌های مشاهده‌ای و کاهش احساس بحران در زندگی و با مهارت‌های توجه آگاهی، کارآمدی بین‌فردی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی مؤثر واقع می‌شود (بکستیت و همکاران، ۲۰۱۵). در این راستا آندرادا و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌شود. همچنین والچ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند افرادی که توجه آگاهی بیشتری داشتند، مکانیسم‌های مقابله‌ای مثبت‌تری را استفاده می‌کردند. براون و رایان (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که توجه آگاهی در درمان دیالکتیک پیش‌بینی کننده رفتارهای خودتنظیمی بیشتر و عاطفه مثبت بیشتر است و تأثیر قابل توجهی

1. dialectical behavior therapy

در درمان اعتیاد به مواد و اعتیاد به اینترنت دارد؛ بنابراین با توجه گرایش بالای جوانان و نوجوانان به اینترنت و همچنین نیاز امروزه بشر به دنیای فناوری، جای خالی شیوه‌های درست مدیریتی برای استفاده از ابزارهای فن مدرن احساس می‌شود و گاهی استفاده بی‌رویه از آن‌ها افراد را مبتلا به گرایش‌های اعتیاد گونه می‌کند که خود یک مشکل و معضل به دیگر معضلات افراد اضافه می‌کند؛ در نتیجه وجود شیوه یا رویکردی که تأثیرگذار و سرعت بیشتری در کاهش این اعتیاد جوانان داشته باشد می‌تواند باری بزرگی از دوش خانواده‌ها و نوجوانان بردارد. تاکنون شیوه‌های زیادی در درمان و کاهش این مشکلات ارائه شده ولی مقایسه این شیوه‌ها با هم نیز می‌تواند ما را به ارائه یک شیوه مؤثرتر و که هزینه‌تر برساند؛ بنابراین، هدف این پژوهش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و اعتیاد به اینترنت به دنبال پاسخ به سؤال‌های پژوهش زیر است:

۱. آیا بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و اعتیاد به اینترنت نوجوانان در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و اعتیاد به اینترنت در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان یکپارچه‌نگر در سبک‌های دفاعی و اعتیاد به اینترنت نوجوانان در مرحله پیگیری تفاوت وجود دارد؟

روش

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان منطقه یک شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. ابتدا از بین این دانش‌آموزان که در آزمون اعتیاد به اینترنت نمره بالایی کسب کرده بودند، ۶۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی انتخاب شده و در سه گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. پرسشنامه اعتیاد به اینترنت (یانگ، ۱۹۹۹) و سبک‌های دفاعی (اندروز، سینگ و بوند، ۱۹۹۳) به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. سپس هر دو گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) درمان یکپارچه‌نگر و رفتار درمانی دیالکتیک دریافت کردند ولی گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ^۱ (۱۹۹۹): این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای، از ۱ (به ندرت) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری شده است. با توجه به اینکه به صورت ۶ درجه لیکرت است حداکثر نمره برای هر ماده ۶ و حداقل ۱ است. دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ است که نمره بیشتر نشان‌دهنده وابستگی بیشتر به اینترنت است و نمره کمتر از ۲۰ نشان‌دهنده عدم وابستگی

1. Young Internet Addiction Test

(غیر کاربر)، نمره ۲۰-۴۰ نشان‌دهنده کاربر طبیعی، نمره ۵۰-۷۹ نشان‌دهنده اعتیاد خفیف (افراد در معرض خطر) و نمره ۷۰-۱۰۰ نشان‌دهنده اعتیاد شدید است. یانگ و جاکسون (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹ گزارش کردند که حاکی از اعتبار پرسشنامه است. در ایران قاسم‌زاده (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ و درگاهی (۱۳۸۶) نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای این پرسشنامه گزارش کردند.

۲. پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۱ (۱۹۹۳): این پرسشنامه توسط اندروز، سینگ و بوند، ساخته شده و دارای ۴۰ ماده ۹ گزینه‌ای از کاملاً موافق (نمره نه) تا کاملاً مخالف (نمره یک)، است و سه سبک دفاعی رشد یافته، روان آزوده و رشد نیافته را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رشد یافته، روان آزوده و رشد نیافته فرم فارسی در یک نمونه دانشجویی، برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۳، برای دانشجویان پسر برابر ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۴ و برای دانشجویان دختر برابر ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ بود که نشانه همسانی درونی رضایت‌بخش برای فرم ایرانی پرسشنامه سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود. همچنین اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۲، آزمودنی‌های پسر ۰/۸۱ و آزمودنی‌های دختر ۰/۸۴ محاسبه شد (بشارت، شریفی و ایروانی، ۱۳۸۰).

۳. پروتکل رفتار درمانی دیالکتیک لینهان (۲۰۰۷): این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته درمانی لینهان (۲۰۰۷) مفهوم‌سازی و به شرح زیر انجام شد

جلسه اول: تعیین ساختار جلسات، قوانین و مقررات، توضیح در مورد تعریف دیالکتیک، اصول و روش‌های تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.

جلسه دوم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل: روش‌های مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب‌رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، ترک موقعیت و...، تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش بخشی، تدوین طرح آرمیدگی، ارائه تکلیف.

جلسه سوم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.

جلسه چهارم: مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه مهارت‌های بنیادین توجه آگاهی: آشنایی با مهارت‌ها، تمرین بی‌توجهی، اهمیت مهارت‌های توجه آگاهی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.

جلسه پنجم: مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه مهارت‌های پیشرفته توجه آگاهی: پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوت‌ها و برچسب‌ها، قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه توجه آگاهی، آگاهی از موانع اجرای تمرینات، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.

1. defense styles questionnaire

جلسه ششم. مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی: هیجان‌ها و نحوه عمل آن‌ها، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌ها، افزایش هیجان‌های مثبت، رویارویی با هیجان، حل مسئله، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.

جلسه هفتم. مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر: رفتار منفعل - پرخاشگرانه، تناسب خواسته‌های من و آن‌ها، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌آموزی، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.

جلسه هشتم. مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های پیشرفته ارتباط مؤثر: شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، پیش‌نویس‌های جرات مندی، گوش دادن جرات‌مندانه، نه گفتن، چگونگی مذاکره، نحوه تحلیل مشکلات بین فردی، پایان جلسات.

۴. پروتکل درمان یکپارچه‌نگر. این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته درمانی لطفی و وزیری (۱۳۹۴) مفهوم‌سازی و به شرح زیر انجام شد:

جلسه اول. معرفی و آشنایی کلی با قالب جلسات، ایجاد رابطه درمانی، تعریف اعتیاد به اینترنت، بررسی انتظارات اعضاء از روند درمان گروهی.

جلسه دوم. ادامه روش نسازی تأثیر بیماری و پیامدهای روان‌شناختی آن (آگاهی‌افزایی و برقراری رابطه درمانی)، مرور جلسه گذشته و گرفتن بازخورد از اعضای گروه (رابطه درمانی و ایجاد امید) درخواست از اعضای گروه در بیان تجارب درونی خود (آگاهی‌افزایی)، همدلی و انعکاس احساسات توسط درمانگر (برقراری رابطه درمانی)، دورنمایی از مشکل موجود فراهم کردن و کشف موضع بیمار نسبت به مشکلیش (آگاهی‌افزایی)، مقابله با فاجعه‌سازی (ایجاد امید) و جمع‌بندی جلسه و در نهایت ارائه تکلیف.

جلسه سوم. بررسی تکالیف (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجارب از هفته گذشته تاکنون (ایجاد امید و انتظار درمان)، لایه‌برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند (آگاهی‌افزایی) و پیدا کردن عنصر اصلی احساس ناخوشایند و بررسی نقش افکار و رفتار (آگاهی‌افزایی و ایجاد امید و انتظار درمان)، به دست آوردن انگیزه برای تغییر پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری و استرس‌های زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)، تکلیف خانگی برای شناخت رفتار آگاهانه و جمع‌بندی جلسه و تکلیف خانگی برای شناخت رفتار آگاهانه.

جلسه چهارم. مرور تکالیف جلسه قبل (تجربیات دنیای آگاهانه و خیالی)، کار بر روی حوزه‌های آسیب‌زای افراد و تلاش برای درک و فهمیدن گرایش به سمت اینترنت و موبایل، در نظر گرفتن «خود» به‌عنوان عامل اصلی رفتار، تعریفی از فیزیولوژی مغز و نقش آن در هیجانات.

جلسه پنجم. بررسی ترس‌های پنهان، آشنایی با مفهوم پریشانی و راهکارهای ارائه آن. نظم‌بخشی رفتار، توجه به خواست نوجوان، تلاش برای کسب لذت توسط خود و بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان) آموزش جرات مندی جهت برون‌ریزی صحیح عواطف و بهبود روابط بین فردی (نظم‌بخشی

اندیشه، احساس و رفتار)، آموزش شیوه‌های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی و زندگی روزمره (نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار) و جمع‌بندی جلسه و ارائه تکلیف جهت اجرا.

جلسه ششم، شناخت پاسخ‌های انعکاسی در موقعیت‌ها، شناخت چرخه ارتباط، ایجاد توانایی در توصیف رفتار و بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، کسب توانایی جهت کنترل ذهن و افکار ناخوشایند، زندگی در لحظه و به دست آوردن آرامش، بیان منطق ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی، تمرین زندگی در حال با استفاده از حواس پنج‌گانه، آموزش تمرین تنفس و ثبت آن، آموزش آرمیدگی (آگاهی افزایی، نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار) ارائه تکلیف و تأکید بر انجام آن در طی هفته.

جلسه هفتم، بررسی سه فاکتور مهم در ایجاد همدلی: ۱- توصیف رفتار ۲- بیان احساس ۳- بیان درخواست، تغییر در سبک زندگی، آموزش مهارت کنترل خشم و آموزش ابراز وجود. بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد (ایجاد امید و انتظار درمان)، ادامه تمرین فن‌های ذهن آگاهی برای تغییر رفتارهای انعکاسی، نشخوارها و افزایش اطلاعات تا مراجع امکان پاسخ مناسب را به محرک‌ها داشته باشد (آگاهی افزایی و نظم‌بخشی)، دیدن و پذیرش واقعیت‌ها و تجربه تماشای آنچه در حال رخ دادن است، تجربه کامل احساسات، مسیریابی ناپهنجار اضطراب، روشن کردن و خنثی‌سازی واکنش‌های دفاعی و خود تبرئه ساز، تقویت بخشیدن به آگاهی سالم (آگاهی افزایی و نظم‌بخشی) و جمع‌بندی جلسه و ارائه تکلیف.

جلسه هشتم، بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، تعیین اهداف و ارزش‌های بیمار در زندگی، بیان تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف، روشن‌سازی ارزش‌ها، بیان آسیب‌شناسی ارزش‌ها، درخواست از بیماران تا اهداف و ارزش‌های خود را فهرست کنند (آگاهی افزایی و ایجاد امید)، بررسی آنچه در زندگی بیمار ارزش است و چگونگی برخورد با ارزش‌ها (آگاهی افزایی و نظم‌بخشی) ارائه تکلیف: تهیه لیست ارزش‌ها و نمره‌گذاری آن و در نهایت جمع‌بندی جلسات، ارائه تمرینات دائمی برای بهبود و کاهش هیجان و اجرای پس‌آزمون.

شیوه اجرا. ابتدا پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ (۱۹۹۹) بین دانش‌آموزانی که در دوره متوسطه تحصیل می‌کردند، توزیع شده و پس از جمع‌آوری، نمرات بسیار پایین و بسیار بالای آن مشخص شده و از میان آن تعداد ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در ۳ گروه گمارش شدند. سپس جلسات درمانی مبتنی بر درمان یکپارچه‌نگر و رفتار درمانی دیالکتیک هر کدام به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه برای گروه‌های آزمایش به شرح ذیل برگزار شد و گروه گواه نیز در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌های این پژوهش با روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک ۱۶/۱۵ (۲/۵۶)، گروه آزمایشی درمان یکپارچه نگر ۱۶/۳۳ (۲/۷۸) و گروه گواه برابر با ۱۶/۵۴ (۲/۹۰) بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اعتیاد به اینترنت	رفتار درمانی دیالکتیک	۸۷/۶۱	۵/۷۸۲	۶۷/۳۳	۷/۶۳۱	۶۷/۳۹	۷/۴۵۳
	درمان یکپارچه نگر	۸۶/۶۷	۵/۶۵۷	۶۸/۲۲	۵/۸۵۷	۶۷/۲۳	۵/۶۲۱
	گواه	۸۷/۳۵	۵/۸۵۲	۸۸/۱۸	۵/۸۰۱	۸۷/۸۲	۵/۴۲۳
رشد	رفتار درمانی دیالکتیک	۲۶/۳۳	۶/۳۵۲	۲۹/۲۲	۵/۵۴۷	۲۹/۴۴	۵/۳۷۱
	درمان یکپارچه نگر	۳۰/۲۲	۴/۵۴۷	۲۱/۹۴	۴/۵۳۱	۲۱/۵۶	۴/۳۲۸
	گواه	۲۹/۰۰	۵/۶۳۵	۲۹/۲۴	۴/۰۳۹	۲۸/۳۴	۳/۷۳۴
رشد	رفتار درمانی دیالکتیک	۲۵/۸۳	۵/۷۳۲	۲۳/۹۴	۴/۹۰۵	۲۳/۸۳	۴/۷۰۶
	درمان یکپارچه نگر	۲۴/۱۱	۵/۱۶۷	۲۷/۰۰	۴/۱۸۷	۲۶/۹۴	۳/۷۳۳
	گواه	۲۴/۷۶	۴/۵۷۶	۲۴/۴۷	۵/۰۸۸	۲۵/۴۷	۵/۰۸۸
نوروتیک	رفتار درمانی دیالکتیک	۲۲/۹۴	۵/۸۹۶	۲۱/۸۳	۴/۸۰۵	۲۲/۰۶	۴/۲۰۷
	درمان یکپارچه نگر	۲۲/۱۷	۵/۰۲۱	۲۴/۲۲	۴/۲۷۸	۲۴/۷۸	۴/۲۲۳
	گواه	۲۲/۱۲	۴/۷۰۲	۲۱/۸۲	۴/۹۵۳	۲۳/۰۰	۴/۸۳۵

نتایج جدول ۱ نشان داد که میانگین نمره‌های اعتیاد به اینترنت در هر دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در قیاس با گروه گواه کاهش داشته است. همچنین نتایج جدول فوق نشان داد که میانگین نمره‌های سبک‌های دفاعی در هر دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در قیاس با گروه گواه کاهش داشته است.

جدول ۲ نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

گروه		آزمون کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
متغیر	آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری	معناداری
اعتیاد به اینترنت	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۸۷	۰/۰۶	۰/۰۰۱	
درمان یکپارچه نگر	۰/۱۸	۰/۱۰	۰/۱۲	۰/۸۷	۰/۰۶	۰/۰۰۱	
گواه	۱۲	۰/۲۰	۱/۳۴	۰/۲۷	۰/۰۹	۰/۰۰۱	
رشد یافته	۰/۱۱	۰/۲۰	۱/۳۴	۰/۲۷	۰/۰۹	۰/۰۰۱	

				۰/۲۰	۰/۰۸	درمان یکپارچه نگر	
				۰/۲۰	۰/۰۸	گواه	
۰/۰۰۳	۰/۱۲	۰/۸۷	۰/۱۳	۰/۰۵۳	۰/۲۱	رفتار درمانی دیالکتیک	رشد نیافته
				۰/۰۹	۰/۲۱	درمان یکپارچه نگر	
				۰/۱۹	۰/۱۷	گواه	
۰/۰۰۷	۰/۲۰	۰/۲۸	۱/۰۳	۰/۲۰	۰/۱۴	رفتار درمانی دیالکتیک	نوروتیک
				۰/۲۰	۰/۱۲	درمان یکپارچه نگر	
				۰/۲۰	۰/۱۳	گواه	

با توجه به جدول ۲، آمار Z آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. همچنین یافته‌ها نشان داد که آماره f آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای وابسته (نگرش به انتخاب همسر و ترس از ازدواج) معنادار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است. برای بررسی مفروضه کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها از آزمون موخلی در مجذور خی بارتلت استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره مجذور خی بارتلت در همه متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار شده است؛ بنابراین در تحلیل واریانس درون‌گروهی از تصحیح گرین هاوس گیسر استفاده شد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های تکراری گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر بر اساس اصلاح گرین هاوس گیسر

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
اعتیاد به اینترنت	رفتار درمانی	مراحل مداخله	۲۲۴۰/۱۶	۱/۰۳	۲۱۶۷/۵۴	۵۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	دیالکتیک	مراحل × گروه	۲۵۴۵/۹۹	۱/۰۳	۲۴۶۳/۴۶	۵۹/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	بین گروهی	بین گروهی	۴۹۰۳/۶۰	۱	۴۹۰۳/۶۰	۶۱/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	درمان	مراحل مداخله	۱۸۴۶/۷۲	۱/۱۵	۱۶۰۵/۷۳	۱۷۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴
	یکپارچه نگر	مراحل × گروه	۲۱۲۴/۹۷	۱/۱۵	۱۸۴۷/۶۷	۲۰۵/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	بین گروهی	بین گروهی	۴۷۱۹/۴۰	۱	۴۷۱۹/۴۰	۵۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	رفتار درمانی	مراحل مداخله	۲۶۳/۶۱	۱/۷۹	۱۴۶/۸۰	۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳
رشد یافته	دیالکتیک	مراحل × گروه	۵۵۵/۷۲	۱/۷۹	۳۰۹/۴۷	۲۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	بین گروهی	بین گروهی	۲۳۷/۴۳	۱	۲۳۷/۴۳	۴/۲۸	۰/۰۴۶	۰/۱۱
	درمان	مراحل مداخله	۱۱۱۳/۸۹	۱/۷۵	۶۳۴/۰۵	۲۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	یکپارچه نگر	مراحل × گروه	۴۸۲/۵۸	۱/۷۵	۲۷۴/۶۹	۱۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	بین گروهی	بین گروهی	۲۴۶/۴۵	۱	۲۴۶/۴۵	۱۰/۰۹	۰/۰۰۳	۰/۲۳
	رفتار درمانی	مراحل مداخله	۳۳۵/۲۷/۳۷۹۴	۱/۵۰	۲۲۳/۴۵	۶۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷
رشد	دیالکتیک	مراحل × گروه	۳۰۶/۸۴	۱/۵۰	۲۰۴/۴۴	۶۱/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵

۰/۱۶	۰/۰۱۷	۶/۳۴	۴۰۹/۲۰	۱	۴۰۹/۲۰	بین گروهی	نیافته
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۲۰/۹۹	۱۳۷/۰۹	۱/۱۸	۱۶۲/۱۶	مراحل مداخله	درمان
۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۷/۳۵	۱۱۳/۲۹	۱/۱۸	۱۳۴/۰۱	مراحل × گروه	یکپارچه نگر
۰/۱۷	۰/۰۱۴	۶/۸۰	۳۸۴/۹۷	۱	۳۸۴/۹۷	بین گروهی	
۰/۱۴	۰/۰۱۴	۵/۶۵	۸/۶۰	۱/۳۳	۱۱/۴۵	مراحل مداخله	رفتار درمانی
۰/۱۷	۰/۰۰۷	۶/۷۸	۱۰/۳۲	۱/۳۳	۱۳/۷۴	مراحل × گروه	دیالکتیک
۰/۱۲	۰/۰۴۱	۴/۵۱	۲۹۷/۷۴	۱	۲۹۷/۷۴	بین گروهی	نوروتیک
۰/۸۴	۰/۰۰۱	۱۸۱/۱۹	۱۴۲۸/۶۳	۱/۴۹	۲۱۴۱/۹۳	مراحل مداخله	درمان
۰/۸۲	۰/۰۰۱	۱۵۱/۳۹	۱۱۹۳/۷۳	۱/۴۹	۱۷۸۹/۷۴	مراحل × گروه	یکپارچه نگر
۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۳/۴۴	۶۳۱/۳۷	۱	۶۳۱/۳۷	بین گروهی	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله رفتار درمانی دیالکتیک بر نمره اعتیاد به اینترنت ($P= ۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۰/۶۵، مؤلفه رشد یافته ($P= ۰/۰۴۶$) با اندازه اثر ۰/۱۱، مؤلفه رشد نیافته ($P= ۰/۰۱۷$) با اندازه اثر ۰/۱۶ و مؤلفه نوروتیک ($P= ۰/۰۱۴$) با اندازه اثر ۰/۱۲ و مداخله درمان یکپارچه نگر بر نمره اعتیاد به اینترنت ($P= ۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۰/۶۲، مؤلفه رشد یافته ($P= ۰/۰۰۳$) با اندازه اثر ۰/۲۳، مؤلفه رشد نیافته ($P= ۰/۰۱۴$) با اندازه اثر ۰/۱۷ و مؤلفه نوروتیک ($P= ۰/۰۰۱$) با اندازه اثر ۰/۲۹ مؤثر بوده است.

جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

متغیرها		مرحله (I)		رفتار درمانی دیالکتیک		درمان یکپارچه‌نگر		گروه گواه	
				خطای	میانگین‌ها	خطای	میانگین‌ها	خطای	میانگین‌ها
				معیار	(I-J)	معیار	(I-J)	معیار	(I-J)
اعتیاد به	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۵/۳۳**	۲/۱۹	۱۶/۵۸**	۱/۶۶	۰/۴۴	۰/۳۰	خطای
اینترنت	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۴/۵۰**	۲/۴۱	۱۶/۰۸**	۱/۵۹	۰/۶۰	۰/۴۳	معیار
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۸۳	۰/۴۴	۰/۵۰	۰/۳۵	۰/۵۰	۰/۴۰	
رشد	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۷/۶۱**	۰/۳۴	۸/۲۷**	۰/۵۶	۱/۰۰	۰/۷۱	
یافته	پیگیری	پیش‌آزمون	۷/۲۶**	۱/۶۱	۷/۷۰**	۰/۵۹	۰/۶۵	۰/۵۶	
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۷۹	۰/۳۴	۰/۹۱	۰/۵۷	۰/۶۳	۰/۲۸	
رشد	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۵۸**	۰/۳۹	۴/۴۹**	۰/۳۸	۰/۷۰	۰/۳۳	
نیافته	پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۹۷*	۰/۷۱	۱/۹۰*	۰/۴۹	۰/۳۸	۰/۱۷	
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۷۱	۰/۳۲	۱/۶۳	۰/۴۱	۰/۴۹	۰/۱۴	
نوروتیک	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۱۴**	۰/۱۸	۳/۴۳**	۰/۱۹	۰/۵۶	۰/۲۴	
	پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۴۲*	۰/۲۹	۱/۸۰*	۰/۲۰	۰/۵۰	۰/۳۷	
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۵۸	۰/۱۱	۰/۶۹	۰/۱۳	۰/۴۴	۰/۳۰	

* $P < ۰/۰۵$ ** $P < ۰/۰۱$

جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک و درمان یکپارچه‌نگر و گروه گواه نشان می‌دهد که تفاوت در متغیرهای اعتیاد به اینترنت، سبک دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و نورتیک ($P=0/001$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است. درحالی‌که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($P=0/54$).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داده شد که بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون اعتیاد به اینترنت، سبک‌های دفاعی (رشد یافته، رشد نیافته، روان آزاده) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان در کاهش استفاده آسیب‌شناختی از اینترنت و موبایل مؤثر بوده ولی بین این دو درمان تفاوت معناداری یافت نشده است. این یافته با یافته‌های مک کی (۱۳۹۳)، کرچنر (۲۰۱۴)، عزیزی (۱۳۸۹)، وزیری (۱۳۹۵) و آقاسی (۱۳۹۵) همسویی دارد.

در تبیین اثربخشی این دو درمان می‌توان گفت بی‌تردید نتایج به دست آمده را نمی‌توان حاصل یک عامل خاص در این درمان‌ها دانست. عامل اصلی، تأثیر و مفید بودن گروه‌درمانی در مقایسه با درمان انفرادی است زیرا گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک برسند که دیگران نیز مانند آنان مشکلاتی دارند (بهمنی، ۱۳۹۲)؛ اما در اثرگذاری هر یک از درمان‌ها به تفکیک می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: در واقع درمان یکپارچه‌نگر سعی دارد در طی فرایند درمان، شرایطی فراهم کند که فرد نسبت به تجارب، نیازها و هیجاناتش آگاهی یابد. در واقع فراهم آوردن تجربیات جدید برای فرد جزء مهمی از درمان است که باعث تغییر شیوه تفکر افراد در مورد خودشان می‌شود (برادی و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۱۲ درصد از چرایی بهبودی به رابطه درمانی مربوط می‌شود. چرا که در یک رابطه درمانی، زمینه لازم برای آگاهی‌افزایی، ایجاد امید و انتظار درمان و نظم‌بخشی رفتار پدید می‌آید (لطفی‌کاشانی و وزیری، ۱۳۹۵)؛ بنابراین ایجاد آگاهی در کنار رابطه درمانی همدلانه، همچنین امید در افراد می‌تواند به نظم‌بخشی رفتار این افراد، کمک قابل توجهی کند.

همچنین طبق استدلال لطفی‌کاشانی (۱۳۹۵) عوامل مشترک در این درمان، فرایند نظام‌داری ایجاد می‌کنند که ویژه رویکرد خاصی نیست. در این فرآیند طی برقراری رابطه درمانی و به کارگیری اصول یادگیری و نظم‌بخشی رفتار زمینه برای ایجاد امید و انتظار درمان و افزایش آگاهی در مراجع مهیا می‌شود و به بهبودی مراجع و کنترل وضعیت موجود می‌انجامد. روند بهبود و درمان این چهار عامل نشان می‌دهد که در یک رابطه درمانی مناسب برای درمانجو، فرصت مناسبی فراهم می‌شود تا احساس و رفتاری که پیش از این به آن آگاه نبوده را بشناسند. این درمانجو به بینشی نوین درباره وضعیت فعلی خود می‌رسد و از افکار، احساسات و رفتار خود آگاهی بیشتری می‌یابد زیرا بخشی از مشکلات به دلیل عدم بینش و عدم آگاهی از وضعیت و افکار خود فرد است. به این دلیل این درمان می‌تواند با ایجاد آگاهی از وضعیت موجود مشکلات به وجود آمده را کنترل کند. در این فرآیند با ایجاد امید و انتظار بهبودی، به عنوان بخش مهمی

از درمان، روحیه درمانجو بهبود می‌یابد و در نهایت ایجاد تغییرات رفتاری در درمانجو میسر می‌شود و زمینه برای بهبود یا تنظیم پاسخ‌های فرد فراهم می‌کند (لطفی کاشانی، وزیری، ۱۳۹۵). در مورد اثرگذاری درمان دیالکتیک بر کاهش استفاده از اینترنت می‌تواند به این نکته اشاره کرد که تمرکز رفتار درمانی دیالکتیک، حول یادگیری، به‌کارگیری و تعمیم توانش‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به فرد برای شکستن و فائق آمدن بر این چرخه معیوب است (بورنووالووا و دافترس، ۲۰۰۷). این درمان بر سه پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذن استوار است. در این درمان به افراد آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسند و از طریق ترکیب و تلفیق آن‌ها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابند (سوالز و هیرد، ۲۰۰۹). پروتکل درمانی استاندارد رفتار درمانی دیالکتیک، شامل مهارت‌های اساسی است که با درمان مشکلات اعتیادآور مرتبط هستند. این درمان با اعتباربخشی به درد هیجانی، کاهش رفتارهای تهدیدکننده زندگی و افزایش توانش‌های رفتاری همچون تنظیم هیجان، اثربخشی بین‌فردی، تحمل آشفتگی و توجه آگاهی، به مدیریت بدتنظیمی‌ها و درمان نشانه‌های اختلال می‌پردازد. همچنین بسیاری از موضوعات اصلی مرتبط با دوره نوجوانی همچون خلق تغییرپذیر و ارتباطات ناپایدار در رفتار درمانی دیالکتیک مورد توجه قرار گرفت (میلر و راتوس، ۲۰۰۲). در واقع رفتار درمانی دیالکتیک با تمرکز بر تنظیم هیجانی از طریق انتخاب راهبردهای مقابله‌ای و راهبردهای هیجانی از بازگشت وابستگی جلوگیری می‌کند زیرا تنظیم هیجان می‌تواند به کاهش هیجان‌های منفی و اضطراب منجر شده و مهارت‌های آموزش داده شده در رفتار درمانی دیالکتیک برای مسائلی مانند مهارت‌های شناسایی محرک‌ها، کنترل میل و مدیریت احساسات، انگیزه برای تغییر، انگیزه برای ادامه درمان و توجه آگاهی در موقعیت‌های پرخطر استفاده می‌شوند. رفتار درمانی دیالکتیک روی رفتارهای ناسازگار فرد به عنوان یک عمل برای تنظیم یا از بین بردن احساسات ناخواسته تمرکز می‌کند (کرچنر، ۲۰۱۴). در این راستا والچ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند که افرادی که توجه آگاهی بیشتری داشتند، سبک‌های مقابله‌ای مثبت‌تری را استفاده می‌کردند. براون و رایان (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که توجه آگاهی پیش‌بینی کننده رفتارهای خودتنظیمی بیشتر و عاطفه مثبت بیشتر است، تأثیر قابل توجهی در درمان اعتیاد به مواد و اعتیاد به اینترنت دارد.

اما این یافته که تفاوت معناداری در کاهش اعتیاد به اینترنت بین این دو درمان یافت نشد را می‌توان با دلایل زیر تبیین کرد: وجود عوامل مشترک در هر دو درمان مثل نظم‌بخشی رفتار که در هر دو درمان یکپارچه نگر و درمان دیالکتیک می‌توان به آن اشاره کرد، در واقع در رفتار درمانی دیالکتیک که ترکیبی برگرفته از درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری مبتنی بر یادگیری است با کاربرد مهارت‌های توجه آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در افراد، زمینه مناسبی را برای تغییر فراهم سازد و در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر بنیادهای مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به کارگیری آموخته‌ها و تعمیم مهارت‌های خاص باعث جلوگیری از چرخه معیوب رفتاری این افراد شده و از تجربه‌های هیجانی و آزارنده آن‌ها می‌کاهد و با تغییر رفتار که حتی بدون ارتباط با میزان غیر انطباقی

بودن آن‌ها تقویت شده، باعث می‌شود تا آن‌ها مهارت‌های رفتاری جدیدی را برای خود برگزینند، تجارب هیجانی خود را بشناسند، تحمل ناکامی خود را افزایش دهند و آن را در محیط واقعی زندگی به اجرا درآورند. می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک، با افزایش توانمندی‌های فرد از طریق آموزش مهارت‌های جدید با مهارت‌هایی که به طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش، اطمینان از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش خود درمانگر مسیر جدیدی را در درمان اعتیاد به اینترنت فراهم نموده است (آندرادا، ۲۰۱۴). لازم به ذکر است که نمونه‌گیری در دسترس، افت آزمودنی و نبود اطلاعات کافی در مورد روش‌های مؤثر بر اعتیاد به اینترنت از محدودیت‌های این پژوهش بوده است.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از تمامی دانش آموزان منطقه ۱ تهران، مدیران و کارکنان همکاری کننده که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به تصویب رسیده است و همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آقاسی، آفرین، آتش پور، حمید. (۱۳۹۱). تأثیر مداخله مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اختلالات اعتیادی به مواد افیونی متامفتامین. *مجله سلامت جامعه*، ۱۰(۲): ۱۱-۲۳
- بشارت، محمد، علی، شریفی، ماندانا، ایروانی، محمود. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی. *مجله روانشناسی*. ۳(۵): ۲۷۷-۲۸۹

- پوزش، فریبا، لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان چهار عاملی بر کاهش پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- جعفری ندوشن، محمد، علی پور ندوشن، خدیجه. (۱۳۹۱). همبستگی اعتیاد به اینترنت با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۶ (۲۳): ۸۶-۹۰
- شریفی نیا، محمدحسین. (۱۳۹۲). *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه با معرفی رویکرد درمان یکپارچه توحیدی*. تهران: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
- عزیزی، علیرضا، علی میرزایی، آزاده، شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی تحمل پریشانی و تنظیم احساسات با وابستگی دانش آموزان به سیگار. *حکیم بهار*، ۱۳ (۱)، ۸-۱۱.
- قاسم‌زاده، لیلی، شهرآرای، مهرناز، مرادی، علی‌رضا. (۱۳۸۶). بررسی نرخ شیوع اعتیاد به اینترنت در دختران دبیرستانی شهر تهران و مقایسه دختران معتاد و غیر معتاد به اینترنت در متغیرهای تنهایی، عزت‌نفس و مهارت‌های اجتماعی. *فصل‌نامه مطالعات فرهنگی-دفاعی زنان*، ۳ (۱)، ۲۸-۷.
- لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۵). گریز از آگاهی: بحثی در درمان یکپارچه‌نگر. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۰ (۴۰): ۷۷-۸۸
- مک‌کی، متیو، وود، جفری و برنتلی، جفری. (۱۳۹۳). *تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی*. ترجمه: حسن حمیدپور، زهرا اندوز و حمید جمعه پور (۱۳۹۳). تهران: ارجمند.
- وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۷ (۲۸): ۲۷-۳۶

References

- Adiele, I., amp; Olatokun, W. (2014). Prevalence and determinants of Internet addiction among adolescents. *Computers in Human Behavior*, 31, 100-110.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22(2): 211-221.
- Andrada D, Neacsiu A, Jeremy W, Eberle R, Kramer R, Wiesmann T, Linehan M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*; 59(12): 40-51.
- Andrews G, Singh M, Bond M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *J Nery Ment Dis*. 181 (4):246-220
- Barlow, D. (2014). *Clinical Handbook of psychological disorders*. New York: Guilford press
- Beckstead, D. J., Lambert, M. J., DuBose, A. P., & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Journal Addictive behaviors*, 51, 84-87.
- Brody S, Carson CM. (2014). Brief report: self-harm is associated immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *Journal of Adolescence*. 35(3): 765-7.

- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18 (7), 211–237
- Burnay, J., Billieux, J., Blairy, S., amp; Laroi, F. (2015). Which psychological factors influence Internet addiction? Evidence through an integrative model. *Computers in Human Behavior*, 43, 28-34.
- Cacioppo, M., Barni, D., Correale, C., Mangialavori, S. Danioni, F., Gori.A. (2019). Do attachment styles and family functioning predict Adolescents' Problematic Internet Use? A relative weight analysis, *Journal of child and family studies*, 28(5), 1263-1271.
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Ugurlu, H., & Yildirim, F. G. (2014). Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(4), 272-278.
- Kirchner, N.C. (2014). *Taking a Mindful Approach to Substance Abuse Treatment through Dialectical Behavior Therapy Techniques*. Unpublished Dissertation, Thesis of Master of Science Degree in counselor Education, Winona State University.
- Lin, P.-H., Lee, Y.-C., Chen, K.-L., Hsieh, P.-L., Yang, S.-Y., Lin, Y.-L. (2019). the relationship between sleep quality and internet addiction among female college students. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 599. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00599>
- Miller, A.L. & Rathus, J. H. & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior therapy with suicidal Adolescents*. NewYork/London: Guilford Press.
- Miranda, B. and Louza, M.R. (2015). The physician`s ouality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 63(5): 22-29.
- Mo, PK, Chan VW, Chan SW, Lau J. T (2018), The role of social support on emotion dysregulation and Internet addiction among Chinese adolescents: A structural equation model. *Addictive behaviors*, 82; 86-93.
- Sanders CE, Field TM, Diego M, Kaplan M. (2000). The relationship of internet use to depression and social isolation. *Adolescence*, 35:237-42
- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-Strength and Self-Concept among Adolescents: A Study on Gender Differences. *The International Journal of Indian Psychology*, 3, 46-54.
- Swales, M, A., Heard, H. L. (2009). *Dialectical Behavior Therapy*. New York: Routledge.
- Vishkin A, Bigman Y, Tamir M. (2014). Religion, emotion regulation, and well-being. *Religion and spirituality across cultures*, 247-69.
- Walach, H.; Buchheld, N.; Butenmuller, V.; Kleinknecht, N. & Schmidh, S. (2006), "Measuring mindfulness- the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)", *Personalityand Individual differences*, 40. 1543-1555.
- Yang, S.; & Tung, C. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computr Human Behav*, 23, 79-96

پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ

ردیف	سوالات	بندرت	گاهی اوقات	اغلب	بیشتر اوقات	همیشه
۱	چند وقت یکبار برای زمانی طولانی‌تر از آنچه که دوست داشتی، در اینترنت می‌مانی؟	۱	۲	۳	۴	۵

۲	چند وقت یکبار از انجام کارهای خانه صرف نظر می‌کنی تا زمان بیشتری را در اینترنت بمانی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳	چند وقت یکبار هیجان بودن در اینترنت را به گذراندن وقت خود با همسر یا دوست نزدیک ترجیح می‌دهی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۴	چند وقت یکبار به دنبال ایجاد ارتباط جدیدی با کاربران اینترنتی هستی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۵	چند وقت یکبار افراد خانواده‌ات از مدت زمانی که در اینترنت صرف می‌کنی ابراز ناراحتی می‌کنند؟	۱	۲	۳	۴	۵
۶	چند وقت یکبار مقدار زمانی که در اینترنت صرف می‌کنی موجب انجام ندادن تکالیفت می‌شود؟	۱	۲	۳	۴	۵
۷	چند وقت یکبار قبل از انجام هر کار ضروری، ایمیل خود را چک می‌کنی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۸	چند وقت یکبار پرداختن به اینترنت، موجب ایجاد مشکل در کارت می‌شود؟	۱	۲	۳	۴	۵
۹	چند وقت یکبار، وقتی اطرافیان می‌پرسند در اینترنت چکار می‌کنی، حالت پنهان‌کاری می‌گیری؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	چند وقت یکبار سعی می‌کنی خودت را دست افکار آزاردهنده در زندگی با کار اینترنت خلاص می‌کنی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	چند وقت یکبار، دوباره وارد اینترنت شدن را زودتر از زمانی که قصد داشتی، شروع می‌کنی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	چند وقت یکبار می‌ترسی که زندگی‌ات بدون اینترنت ملال‌آور، بوج و بدون شادی خواهد بود؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	هر چند وقت یکبار زمانی که در اینترنت هستی و کسی مزاحمت شود، ناراحت می‌شوی و به طور ناگهانی فریاد می‌زنی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	چند وقت یکبار خوابت را به خاطر اینکه شب تا دیر وقت در اینترنت هستی از دست می‌دهی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	چند وقت یکبار وقتی که در اینترنت نیستی احساس می‌کنی که بدجوری فکرت در پی آن است و هوس رفتن به اینترنت داری؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	هر چند وقت یکبار به خودت می‌گویی «فقط چند دقیقه دیگر» موقع رفتن به اینترنت است؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	هر چند وقت یکبار سعی می‌کنی مدت زمانی را که در اینترنت هستی را کوتاه کنی، اما نتوانستی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	هر چند وقت یکبار سعی می‌کنی مدت زمان در اینترنت بودن را از دیگران پنهان کنی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	هر چند وقت یکبار صرف کردن وقت بیشتر در اینترنت را بر بیرون رفتن با دیگران ترجیح می‌دهی؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	هر چند وقت یکبار احساس می‌کنی که وقتی در اینترنت نیستی افسرده یا عصبی هستی، در حالی که این احساس‌ها وقتی به اینترنت می‌روی از بین می‌روند؟	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه سبک‌های دفاعی

ردیف	سوالات	کاملاً موافقم	موافقم	تا حدی موافقم	کمی موافقم	نه موافقم نه مخالفم	کمی مخالفم	تا حدی مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	با کمک کردن به دیگران ارضاء می‌شوم و محرومیت از این کار موجب غمگین شدنم می‌شود	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۲	می‌توانم یک مشکل را تا زمانی که فرصت مناسبی برای پرداختن به آن پیدا کنم از ذهنم دور کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۳	با انجام فعالیت‌های سازنده و خلاق (از قبیل نقاشی یا نجاری) با اضطرابم مقابله می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۴	می‌توانم برای هر کاری که انجام می‌دهم دلایل خوبی پیدا کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۵	می‌توانم به آسانی به خودم بخندم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۶	دیگران تمایل دارند با من بدرفتاری کنند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۷	اگر کسی پولم را بزند یا بدزد، ترجیح می‌دهم به او کمک شود تا این که مورد تنبیه قرار گیرد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۸	به عقیده دیگران من تمایل دارم واقعیات ناخوشایند را نادیده بگیرم انگار که وجود ندارد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۹	خطرات را نادیده می‌گیرم انگار که یک سوپرمن هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۰	به توانایی خودم در این که دیگران را سرجای خودشان مینشانم، می‌بالم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۱	وقتی چیزی آزارم دهد اغلب به صورت انفجاری عمل می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۲	وقتی کارها بر وفق مرادم پیش نمی‌روند دچار بیماری جسمی می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۳	در بیان احساساتم خیلی خوددار هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۴	از رؤیا پردازی‌هایم بیشتر از زندگی واقعی‌ام لذت می‌برم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۵	استعدادهای ویژه‌ای دارم که به من اجازه می‌دهد بدون هیچ مشکلی در زندگی قدم بردارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۶	وقتی کارها بر وفق مرادم پیش نمی‌روند، همیشه دلایل قانع کننده‌ای وجود دارند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۷	بیشتر در خیال‌بافی‌هایم مسائل را حل‌وفصل می‌کنم تا در زندگی واقعی خودم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۸	از هیچ چیز هراسی ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱۹	گاهی فکر می‌کنم یک فرشته‌ام و گاهی فکر می‌کنم یک شیطان هستم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۲۰	وقتی آزرده شوم، آشکارا پرخاشگر می‌شوم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۲۱	همیشه حس می‌کنم یک فردی می‌شناسم که مثل فرشته نگهبان است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۲۲	تا جایی که به من مربوط می‌شود، مردم یا خوب هستند یا بد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۲۳	اگر رئیس‌م اذیتم کند، ممکن است من با ارتکاب اشتباه یا کندتر کردن کارم با او تلافی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۲۴	یک فردی می‌شناسم که قادر به انجام هر کاری است و مطلقاً منصف و عادل است.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۲۵	اگر آزادسازی احساساتم با آنچه که انجام می‌دهم تداخل نماید، می‌توانم احساساتم را حبس نمایم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۲۶	معمولاً قادر هستم جنبه‌های با مزه (خنده‌دار) یک گرفتاری دردناک را ببینم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۲۷	وقتی باید کاری را انجام دهم که آن را دوست ندارم سردرد می‌گیرم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۲۸	اغلب با افرادی که بی‌تردید باید از آن‌ها عصبانی باشم، خوش رفتاری می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۲۹	مطمئنأ در زندگی دچار بدبختی می‌شوم. وقتی می‌خواهم با یک موقعیت دشوار روبرو شوم سعی می‌کنم آن را تجسم کنم و راه‌هایی برای مقابله با آن طرح‌ریزی کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۰	پزشکان هیچ‌گاه واقعاً مشکل مرا نمی‌فهمند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۱	بعد از دعوا بر سر حق خودم، تمایل پیدا می‌کنم به خاطر جسارت خودم عذرخواهی کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۲	وقتی غمگین یا مضطرب هستم، خوردن باعث می‌شود حال بهتری پیدا کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۳	اغلب، دیگران به من می‌گویند که احساساتم را نشان نمی‌دهم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۴	اگر بتوانم از قبل پیش‌بینی کنم که دارم دچار اندوه می‌شوم، بهتر می‌توانم با آن مقابله کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۵	هیچ‌گاه به هر میزان هم که اظهار ناراضی می‌کنم، پاسخ قانع‌کننده‌ای دریافت نمی‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۶	اغلب با وجود این که یک موقعیت به نظر می‌رسد باید هیجانات نیرومندی را در من ایجاد کند، من چیزی لمس نمی‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۷	چسبیدن به کارهای در دست اقدام، مرا از احساس غمگینی و اضطراب دور می‌کند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۸	اگر دچار بحران شوم، فرد دیگری که همان مشکل را داشته جستجو می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۳۹	چنانچه تفکر پرخاشگرانه‌ای داشته باشم، دوست دارم آن را یک‌جوری جبران کنم.

The effectiveness of dialectical behavior therapy compared to integrative psychotherapy in defensive styles and internet addiction

Maedeh. Moeinedini¹, & Farah. Lotfi Kashani^{*2} & Abdollah. Shafie Abadi³

Abstract

Aim: This study is aimed to determine the comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy with integrated psychotherapy in defensive styles and Internet addiction. **Method:** The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and one-month follow-up with the control group. And the statistical population consisted of all high school students in district one of Tehran province 2017-2018. In this population, 60 students with high scores in Internet addiction were purposefully selected and were placed randomly in two study groups and one control group (20 people in each group). The research tools included the Internet Addiction Test (Young, 1999) and the defense styles of Andrews, Singh, and Bond (2014). The first study group received eight sessions of 90 minutes and one session per week of integrated psychotherapy package of Lotfi, Kashani, and Vaziri (2015), and the second study group received dialectical behavioral therapy package of Linehan (1987). The data were analyzed using repeated measures analysis. **Results:** The results showed that dialectical behavior therapy intervention is effective on Internet addiction score ($F = 61.21, P = 0.001$), developed component ($F = 4.28, P = 0.046$), underdeveloped component ($F = 6.6, P = 0.017$) and neurotic component ($F = 4.51, P = 0.041$). And integrated psychotherapy intervention is effective on Internet addiction score ($F = 54.07, P = 0.001$), developed component ($F = 10.09, P = 0.003$), underdeveloped component ($F = 6.80, P = 0.041$) and neurotic component ($F = 13.44, P = 0.001$). This effect has been stable in the follow-up stage. **Conclusion:** According to the results, it can be concluded that both dialectical therapy and integrated psychotherapy were effective in defense styles and reducing Internet addiction of the participants of the research compared to the control group. But there is no significant difference between the two therapies.

Keywords: Integrative Psychotherapy, Dialectical behavior therapy, Defense styles, Internet addiction

1. PhD Student, Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
lotfi.kashani@gmail.com

3. Professor of Counseling Department, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran