

مقایسه رفتار درمانی دیالکتیک با درمان یکپارچه‌نگر در تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی در کاهش استفاده پاتولوژیک از اینترنت

مأنده معین‌الدینی^۱
فرح لطفی‌کاشانی^۲
عبدالله شفیعی‌آبادی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه رفتار درمانی دیالکتیک با درمان یکپارچه‌نگر در تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی در کاهش استفاده پاتولوژیک از اینترنت بود. این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان منطقه یک شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند که از بین آنها افرادی که در تست اعتیاد به اینترنت نمره بالایی کسب کرده بودند، ۶۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه اعتیاد به اینترنت (یانگ، ۱۹۹۹)، تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و سبک‌های دفاعی (اندروز، سینگ و بوند، ۱۹۹۳) به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه به کار گرفته شد. سپس هر دو گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) درمان یکپارچه‌نگر (بسته درمانی لطفی - وزیری، ۱۳۹۴) و رفتار درمانی دیالکتیک (بسته درمانی لینهان، ۱۹۸۷) دریافت کردند ولی گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. نتایج تحلیل آماری به روش مانکوا نشان داد که هر دو درمان دیالکتیک و درمان یکپارچه‌نگر در کاهش اعتیاد به اینترنت شرکت‌کنندگان پژوهش نسبت به گروه گواه اثربخش بوده ولی بین دو درمان تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: درمان یکپارچه‌نگر، رفتار درمانی دیالکتیک، تنظیم هیجان، مکانیسم‌های دفاعی، استفاده پاتولوژیک از اینترنت

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول: lotfi.kashani@gmail.com)
۳. گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد به اینترنت^۱ به عنوان دغدغه بیش از حد نسبت به استفاده از اینترنت، افکار مکرر در مورد محدود کردن و کنترل استفاده از اینترنت و ناتوانی برای از بین بردن میل شدید نسبت به اینترنت، تعریف شده است (کاسپیو و همکاران، ۲۰۱۹). کارایر (۲۰۱۹) معتقد است نوجوانان معتاد به اینترنت مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند، سطح بالاتری از الکسی تایمیا دارند و والدین آنها عاطفه پایینتری دارند. حداقل داشتن ۴ مورد از علائم زیر برای تشخیص اعتیاد به اینترنت، ضروری است: احساس داشتن اشتغال ذهنی به اینترنت، احساس نیاز برای استفاده از اینترنت با افزایش مقدار استفاده به منظور کسب رضایت، نداشتن توانایی برای مهار خود در استفاده از اینترنت، داشتن احساس ناآرامی و تحریک‌پذیری هنگام تلاش برای قطع یا توقف استفاده از اینترنت، استفاده از اینترنت به عنوان راهی برای فرار از مشکلات یا تسکین دادن خلق، دروغ گفتن به اعضای خانواده یا دوستان به منظور مخفی ساختن مقدار گرفتار شدن به اینترنت (مو و چان، ۲۰۱۸).

همچنین اعتیاد به اینترنت، به عنوان استفاده اجباری و افراطی از این ابزار معرفی شده که فرد در صورت محروم شدن از آن بسیار تحریک‌پذیر می‌شود و رفتارهای توأم با بدخلقی نشان می‌دهد (آلن، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی در رابطه با سبب‌شناسی و اختلال‌های همبود با اعتیاد به اینترنت انجام گرفته است و بعضی از این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا، سطح بالایی از نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی^۲ 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 و هر چقدر استفاده از اینترنت بالاتر باشد، نشانه‌های افسردگی نیز بیشتر است (ساندرز، فیلد، دیاگو و کاپلان، ۲۰۰۰). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنظیم هیجان، یک انگیزه اساسی و مهم برای اعتیاد به اینترنت است (کاسپیو، ۲۰۱۹). طبق مدل فرایندی گراس (۲۰۰۷) افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجان متنوعی استفاده می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای سازش‌نایافته^۳ شامل نشخوار فکری^۴، سرزنش خود^۵، سرزنش دیگران^۶، فاجعه‌نمایی^۷ و راهبردهای سازش‌یافته^۸ شامل تمرکز مجدد مثبت^۹، ارزیابی مجدد مثبت^{۱۰}، پذیرش^{۱۱}، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۲} و توسعه دیدگاه^{۱۳} اشاره کرد (فونیکس، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان، به عنوان راهبردهای شناختی برای پاسخ به رویدادهای تنیدگی‌زا و مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می‌شود (گراس،

1. Internet Addiction
2. attention deficit /hyperactivity disorder
3. unadaptive
4. rumination
5. self-blame
6. other-blame
7. catastrophizing
8. adaptive
9. positive refocusing
10. positive reappraisal
11. acceptance
12. refocus on planning
13. adopt a view

(۲۰۰۷). در واقع، راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان تأثیر مخربی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی نوجوان‌ها و بزرگسالان جوان دارد (ویشکین، ۲۰۱۴). بنابراین، راهبردهای تنظیم هیجان در میزان تمایل افراد به استفاده از اینترنت نیز نقش دارند؛ به عنوان مثال، شواهد حاکی از آن است که افراد با سطوح بالای اعتیاد به اینترنت به احتمال زیاد مشکلات هیجانی را با استفاده از اینترنت فرونشانی کرده و از آن فرار می‌کنند، زیرا استفاده از اینترنت می‌تواند راهی برای فرار از واقعیت‌های تنیدگی‌زا و احساسات منفی فراهم نماید (کاسیو و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج تحقیقات کارر و آکدامیر (۲۰۱۹) و چان (۲۰۱۶) نشان داد که بین اعتیاد به اینترنت و دشواری در تنظیم هیجان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. بدین صورت که افراد با افزایش ناتوانی در تنظیم هیجان‌هایشان مستعد اعتیاد به اینترنت می‌شوند. در واقع تنظیم هیجان با اعتیاد به اینترنت، پیامدهای خلقی، رفتاری و بین‌فردی مرتبط است. بنابراین امکان دارد که راهبردهای تنظیم هیجان عاملی مهم در تمیز افراد دارای اعتیاد به اینترنت باشد. افزون بر این، افرادی که در تنظیم هیجان نقص دارند ممکن است به تنظیم هیجان‌های منفی به واسطه لذت بردن از فعالیت‌هایی که لذت آنی را ارائه می‌دهند، بپردازند که نمونه‌ای از این فعالیت‌ها می‌تواند مشغولیت با اینترنت باشد (چان، ۲۰۱۶).

از طرفی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌است که اعتیاد به اینترنت با مکانیسم‌های دفاعی 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»، 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 «فرمان» را برطرف سازد. اگر چه این مکانیسم‌های دفاعی قسمتی از «من» هستند، اما از جنس خود که عقلی و منطقی است ساخته نشده‌اند، بلکه مایه‌ای احساسی، عاطفی و مجازی دارند و عمدتاً ناهشیار هستند (ویشکین، ۲۰۱۴). اغلب روان‌شناسان اندروز، سینگ و بوند (۱۹۹۳) بر اساس طبقه‌بندی سلسله مراتبی وایلنت مکانیسم‌های دفاعی را به ۳ سبک دفاعی رشدیافته^۱، روان‌آزده^۲ و رشد نایافته^۳ تقسیم کرده‌اند. مکانیسم‌های دفاعی در ناپخته‌ترین سطح، واقعیت را انکار می‌کنند و واقعیت خیالی ابداع می‌کنند. مکانیسم‌های دفاعی مانند انکار^۴ و خیال‌پردازی^۵، از همه ناپخته‌ترین زیرا فرد نمی‌تواند حتی واقعیت بیرونی را تشخیص دهد. در سطح دوم پختگی، دفاع‌هایی چون فرافکنی^۶ قرار دارند که به موجب آن، فرد واقعیت را تشخیص می‌دهد ولی با دور انداختن جنبه‌های ناراحت‌کننده آن از خود، با آن کنار می‌آید. در سطح سوم پختگی، رایج‌ترین دفاع‌ها، از جمله دلیل‌تراشی^۷ و واکنش وارونه^۸ 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

1. mature
2. neurotic
3. immature
4. denial
5. fantasy
6. projection
7. rationalization
8. reaction formation

والایش^۱ و شوخ‌طبعی^۲ 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. علاوه بر این افرادی که در تجربه هیجانات مشکل دارند، دست به دفاع‌هایی غیرانطباقی می‌زنند که موجب آغاز و تداوم علائم می‌شود. از طرف دیگر یکی از نشانه‌های اصلی که در عملکرد بیماران روان‌آزرده و اختلالات شخصیت انعکاس می‌یابد، سطح پایین استحکام من و مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته است (سینکو 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. روزانزوایگ (۱۹۳۶؛ به نقل از لطفی و وزیری، ۱۳۷۵) 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 و وزیری، ۱۳۷۵). 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، حرمت‌خود در افراد شده است (پوزش، لطفی و 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 (پروچاسکا^۳، ۱۳۸۵). 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 (لطفی‌کاشانی و وزیری، ۱۳۹۵).

از دیگر درمان‌های مؤثر در کاهش استفاده پاتولوژیک از اینترنت می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیک^۴ اشاره کرد. تمرکز رفتار درمانی دیالکتیک، حول یادگیری، بکارگیری و تعمیم توانش‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به فرد برای شکستن و فایق آمدن بر این چرخه معیوب است (آدیل، ۲۰۱۴ و بورنای، ۲۰۱۵). این درمان بر سه پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذن استوار است. در این درمان به افراد آموخته می‌شود تضادهای

1. sublimation

2. humor

3. Prochaska

4. dialectical behavior therapy

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 (بکسیت 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 ریان (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که توجه آگاهی در درمان دیالکتیک پیش‌بینی کننده رفتارهای خودتنظیمی بیشتر و عاطفه مثبت بیشتر است و تأثیر قابل توجهی 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 تکنولوژی، جای خالی شیوه‌های درست مدیریتی برای استفاده از ابزارهای تکنیکی مدرن احساس می‌شود و گاهی استفاده بی‌رویه از آنها افراد را مبتلا به گرایش‌های اعتیادگونه 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 ارایه شده ولی مقایسه این شیوه‌ها با هم نیز می‌تواند ما را به ارایه یک شیوه موثرتر و که هزینه‌تر برساند. بنابراین، با توجه اثربخشی هر دو درمان مورد نظر در این پژوهش و جهت ارایه یک درمان موثرتر این سؤال اصلی مطرح می‌شود که آیا بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان یکپارچه‌نگر در تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی نوجوانان در کاهش استفاده پاتولوژیک از اینترنت تفاوتی وجود دارد؟

روش

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان منطقه یک شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند. ابتدا از بین این دانش‌آموزان که در تست 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)، تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) 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.

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 نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پروتکل رفتار درمانی دیالکتیک لینهان (۲۰۰۷)	پروتکل درمان یکپارچه نگر (لطفی و وزیری، ۱۳۹۴)
تعیین ساختار جلسات، قوانین و مقررات، توضیح در مورد تعریف دیالکتیک، اصول و روش‌های تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشجاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی، ارائه تکلیف برای جلسه بعد	معرفی و آشنایی کلی با قالب جلسات، ایجاد رابطه درمانی، تعریف اعتیاد به اینترنت، بررسی انتظارات اعضا از روند درمان گروهی
مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل: روش‌های مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، ترک موقعیت و... تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش بخشی، تدوین طرح آرمیدگی، ارائه تکلیف	زمینه‌های ایجاد اعتیاد، نقش مهارت‌های لازم در جهت آگاهی افزایی، آموزش مقدماتی
مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله ای جدید، تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری، ارائه تکلیف برای جلسه بعد	تمرین گریز از آگاهی، بررسی تفاوت‌های افراد براساس رویکرد تکاملی، زمینه‌های شناختی براساس سود شخصی، تکلیف خانگی برای شناخت رفتار آگاهانه.
مرور تکالیف جلسه قبل، اهمیت مهارت‌های توجه آگاهی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد	مرور تکالیف جلسه قبل (تجربیات دنیای آگاهانه و خیالی)، کار بر روی حوزه‌های آسیب زای افراد و تلاش برای درک و فهمیدن گرایش به سمت اینترنت و موبایل، در نظر گرفتن "خود" بعنوان عامل اصلی رفتار، تعریفی از فیزیولوژی مغز و نقش آن در هیجان‌ها.
مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه مهارت‌های پیشرفته توجه آگاهی: پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوتها و برجسبها، قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه توجه آگاهی، آگاهی از موانع اجرای تمرینات، ارائه تکالیف برای جلسه بعد	بررسی ترس‌های پنهان، آشنایی با مفهوم پریشانی و راهکارهای ارائه آن. نظم بخشی رفتار، توجه به خواست نوجوان، تلاش برای کسب لذت توسط خود.
مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم بخشی: هیجانها و نحوه عمل آنها، مهارت‌های نظم بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجانهای سالم، کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجانها، افزایش هیجانهای مثبت، رویارویی با هیجان، حل مسئله، ارائه تکالیف برای جلسه بعد	شناخت پاسخهای انعکاسی در موقعیتها، شناخت چرخه ارتباط، ایجاد توانایی در توصیف رفتار.
مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین ارتباط موثر: رفتار منفعل-پرخاشگرانه، تناسب خواسته‌های من و آنها، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت آموزی، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد	بررسی سه فاکتور مهم در ایجاد همدلی: ۱- توصیف رفتار ۲- بیان احساس ۳- بیان درخواست، تغییر درسبک زندگی، آموزش مهارت کنترل خشم و آموزش ابراز وجود.
مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های پیشرفته ارتباط موثر: شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، پیش‌نویسهای جسارتمندی، گوش دادن جسارتمندانه، نه گفتن، چگونگی مذاکره، نحوه تحلیل مشکلات بین فردی، پایان جلسات.	جمع بندی جلسات، ارائه تمرینات دایمی برای بهبود و کاهش هیجان

ابزارهای پژوهش

الف: پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ (۱۹۹۹): این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای، از ۱ (به ندرت) تا ۶ (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 (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.

ب: پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی^۱ (۲۰۰۳): این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده است که دارای ۱۰ ماده و دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (۶ ماده) و خرده‌مقیاس فرونشانی (۴ ماده) تشکیل شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹، برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل پرسشنامه ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). در ایران نیز قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده (۱۳۹۱) اعتبار این پرسشنامه را بر اساس همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی ملاکی مطلوب گزارش کرده‌اند.

ج: پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۲ (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 رشدیافته، روان‌آزرده و رشدناپافته را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدناپافته 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).

1. Emotion Regulation Questionnaire

2. Defense Styles Questionnaire

یافته ها

جدول ۱. شاخص های توصیفی نمرات گروه در اعتیاد به اینترنت

انحراف معیار	میانگین	گروه	
۵/۷۸۱	۸۷/۶۱	پیش آزمون اعتیاد به اینترنت	رفتار درمانی دیالکتیک
۷/۶۳۱	۶۷/۳۳	پس آزمون اعتیاد به اینترنت	
۵/۶۵۷	۸۶/۶	پیش آزمون اعتیاد به اینترنت	درمان یکپارچه نگر
۵/۸۵۷	۶۸/۲۲	پس آزمون اعتیاد به اینترنت	
۵/۵۸۲	۸۷/۳۶	پیش آزمون اعتیاد به اینترنت	گواه
۵/۸۰۱	۸۸/۱۸	پس آزمون اعتیاد به اینترنت	
۶/۳۵۲	۲۶/۳۳	پیش آزمون رشد یافته	رفتار درمانی دیالکتیک
۵/۵۴۷	۲۹/۲۲	پس آزمون رشد یافته	
۵/۷۳۲	۲۵/۸۳	پیش آزمون رشد نیافته	
۴/۹۰۵	۲۳/۹۴	پس آزمون رشد نیافته	
۵/۸۹۶	۲۲/۹۴	پیش آزمون نوروتیک	
۴/۸۰۵	۲۱/۸۳	پس آزمون نوروتیک	
۵/۵۴۷	۲۹/۲۲	پیش آزمون رشد یافته	درمان یکپارچه نگر
۴/۵۳۱	۲۱/۹۴	پس آزمون رشد یافته	
۵/۱۶۷	۲۴/۱۱	پیش آزمون رشد نیافته	
۴/۱۸۷	۲۷/۰۰	پس آزمون رشد نیافته	
۵/۰۲۱	۲۲/۱۷	پیش آزمون نوروتیک	
۴/۲۷۸	۲۴/۲۲	پس آزمون نوروتیک	
۵/۶۳۵	۲۹/۰۰	پیش آزمون رشد یافته	گواه
۴/۰۳۹	۲۹/۲۴	پس آزمون رشد یافته	
۴/۵۷۶	۲۴/۷۶	پیش آزمون رشد نیافته	
۵/۰۸۸	۲۴/۴۷	پس آزمون رشد نیافته	
۴/۷۰۲	۲۲/۱۲	پیش آزمون نوروتیک	
۴/۹۵۳	۲۱/۸۲	پس آزمون نوروتیک	

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات گروه در تنظیم شناختی هیجان

انحراف معیار	میانگین	گروه
۲/۰۳۶	۷/۱۶	پیش‌آزمون ارزیابی مجدد
۱/۷۵۷	۷/۱۷	پس‌آزمون ارزیابی مجدد
۲/۰۳۶	۲/۸۳	پیش‌آزمون فرونشانی
۱/۷۵۷	۲/۸۴	پس‌آزمون فرونشانی
۲/۰۳۶	۷/۱۸	پیش‌آزمون ارزیابی مجدد
۲/۲۷۰	۵/۲۸	پس‌آزمون ارزیابی مجدد
۲/۰۴۶	۲/۸۰	پیش‌آزمون فرونشانی
۲/۲۷۰	۴/۷۲	پس‌آزمون فرونشانی
۱/۷۶۹	۳/۵۹	پیش‌آزمون ارزیابی مجدد
۱/۷۵۹	۳/۲۹	پس‌آزمون ارزیابی مجدد
۱/۷۷۰	۶/۴۱	پیش‌آزمون فرونشانی
۱/۷۶۰	۶/۷۱	پس‌آزمون فرونشانی

جدول ۱ و ۲ نشان می‌دهند که میانگین و انحراف نمرات گروه رفتار درمانی دیالکتیک در پیش‌آزمون اعتیاد به اینترنت به ترتیب برابر با ۸۷/۶۱ و ۵/۷۸۱ و در پس‌آزمون ۶۷/۳۳ و ۷/۶۳۱ است. میانگین و انحراف نمرات گروه درمان یکپارچه نگر در پیش‌آزمون اعتیاد به اینترنت به ترتیب برابر با ۸۶/۶۷ و ۵/۶۵۷ و در پس‌آزمون ۶۸/۲۲ و ۵/۸۵۷ است. میانگین و انحراف نمرات گروه گواه در پیش‌آزمون اعتیاد به اینترنت به ترتیب برابر با ۸۷/۳۶ و ۵/۵۸۲ و در پس‌آزمون ۸۸/۱۸ و ۵/۸۰۱ است. کجی و کشیدگی توزیع نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در فاصله دو انحراف معیار قرارداد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس اثرات درمان بر متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
گروه	اعتیاد به اینترنت	۱۷۵۲/۵۰۷	۲	۸۷۶/۲۵۳	۲۱/۶۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
	رشد یافته	۳۹۰/۵۶۹	۲	۱۹۵/۲۸۵	۱۰/۴۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۸
	رشد نیافته	۱۱۲/۷۷۴	۲	۵۶/۳۸۷	۴/۷۱۰	۰/۰۱۵	۰/۱۹۵
	نوروتیک	۳۴/۵۶۸	۲	۱۷/۲۸۴	۶/۸۲۰	۰/۰۰۳	۰/۲۵۹
خطا	اعتیاد به اینترنت	۱۵۷۶/۵۷۵	۳۹	۴۰/۴۲۵			
	رشد یافته	۷۳۰/۵۳۲	۳۹	۱۸/۷۳۲			
	رشد نیافته	۴۶۶/۸۵۳	۳۹	۱۱/۹۷۱			
	نوروتیک	۹۸/۸۴۴	۳۹	۲/۵۳۴			
کل	اعتیاد به اینترنت	۶۱۳۵/۹۱۵	۴۶				
	رشد یافته	۱۳۲۲/۸۵۱	۴۶				
	رشد نیافته	۱۰۷۷/۹۵۷	۴۶				
	نوروتیک	۹۱۶/۴۲۶	۴۶				

جدول ۳، نشان می دهد که بین گروه های درمانی در پس آزمون اعتیاد به اینترنت، مکانیسم دفاعی رشد یافته، رشد نیافته، نوروپیک، به ترتیب تفاوت معنی داری وجود دارد.

$$(F_{(2,39)}=21.676, p<.001, \eta^2=.526), (F_{(2,39)}=10.425, p<.001, \eta^2=.348)$$

$$(F_{(2,39)}=4.710, p<.015, \eta^2=.195), (F_{(2,39)}=6.820, p<.003, \eta^2=.259)$$

$$(F_{(2,39)}=5.692, p<.008, \eta^2=.236) (F_{(2,39)}=5.682, p<.007, \eta^2=.226)$$

جدول ۴. مقایسه های پسینی در اثرات درمان بر متغیرهای پژوهش

وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای معیار	معناداری
پس آزمون اعتیاد به اینترنت	رفتار درمانی دیالکتیک	درمان یکپارچه نگر	-۲/۳۲۲	۲/۳۷۸	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه نگر	رفتار درمانی دیالکتیک	۲/۳۲۲	۲/۳۷۸	۰/۰۰۱
پس آزمون رشد یافته	رفتار درمانی دیالکتیک	گواه	-۱۹/۹۱۹	۳/۱۶۹	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه نگر	گواه	۱۷/۵۹۶	۳/۰۲۱	۰/۰۰۱
پس آزمون رشد یافته	رفتار درمانی دیالکتیک	درمان یکپارچه نگر	۶/۲۱۰	۱/۶۱۹	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه نگر	گواه	۳/۱۹۹	۱/۱۵۷	۰/۰۰۱
پس آزمون رشد نیافته	رفتار درمانی دیالکتیک	رفتار درمانی دیالکتیک	-۶/۲۱۰	۱/۶۱۹	۰/۰۰۱
	درمان یکپارچه نگر	گواه	۷/۴۰۹	۲/۰۵۶	۰/۰۰۳
پس آزمون رشد نیافته	رفتار درمانی دیالکتیک	درمان یکپارچه نگر	-۳/۹۷۲	۱/۲۹۴	۰/۰۱۲
	درمان یکپارچه نگر	گواه	۴/۲۵۶	۱/۷۲۴	۰/۰۳۵
پس آزمون نوروپیک	رفتار درمانی دیالکتیک	رفتار درمانی دیالکتیک	۳/۹۷۲	۱/۲۹۴	۰/۰۱۲
	درمان یکپارچه نگر	گواه	۱/۷۱۵	۱/۶۴۴	۰/۹۱۰
پس آزمون نوروپیک	رفتار درمانی دیالکتیک	درمان یکپارچه نگر	-۲/۱۹۹	۰/۵۹۵	۰/۰۰۲
	درمان یکپارچه نگر	گواه	۳/۲۸۵	۰/۷۹۳	۰/۰۴۰
	رفتار درمانی دیالکتیک	رفتار درمانی دیالکتیک	۲/۱۹۹	۰/۵۹۵	۰/۰۰۲
	درمان یکپارچه نگر	گواه	۳/۹۱۴	۰/۷۵۶	۰/۰۰۳

جدول ۴، نشان می دهد که میانگین نمرات گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در پس آزمون اعتیاد به اینترنت (۶۷/۳۱۹) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه گواه (۸۷/۲۳۷) است ولی با میانگین گروه درمان یکپارچه نگر (۶۹/۶۴۱) تفاوت معنی داری ندارد. میانگین گروه درمان یکپارچه نگر (۶۹/۶۴۱) نیز به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه گواه (۷/۲۳۷) است. میانگین نمرات گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در پس آزمون رشد یافته (۲۸/۳۹۵) به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه درمان یکپارچه نگر (۲۲/۱۸۵) است ولی با میانگین گروه گواه (۲۹/۵۹۴) تفاوت معنی داری ندارد. میانگین گروه درمان یکپارچه نگر (۲۲/۱۸۵) نیز به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه گواه است. میانگین نمرات گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در پس آزمون رشد نیافته (۲۳/۱۲۵) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه درمان یکپارچه نگر (۲۷/۰۹۶) است ولی با میانگین گروه گواه (۲۵/۳۸۱) تفاوت معنی داری ندارد. میانگین گروه درمان یکپارچه نگر نیز تفاوت معنی داری با میانگین گروه گواه ندارد. میانگین نمرات گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در پس آزمون نوروپیک (۲۱/۶۳۵) به طور معنی

داری کمتر از میانگین گروه درمان یکپارچه نگر (۲۳/۸۳۴) است ولی با میانگین گروه گواه (۲۲/۹۲۰) تفاوت معنی داری ندارد. میانگین گروه درمان یکپارچه نگر نیز تفاوت معنی داری با میانگین گروه گواه ندارد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داده شد که بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون اعتیاد به اینترنت، مکانیسم دفاعی (رشد یافته، رشد نیافته، نوروپیک) و تنظیم شناختی (ارزیابی مجدد و فرونشانی) تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان در کاهش استفاده پاتولوژیک از اینترنت موثر بوده ولی بین این دو درمان تفاوت معناداری یافت نشده است. این یافته با یافته‌های مک کی (۱۳۹۳)، کرچنر (۲۰۱۴)، عزیززی (۱۳۸۹)، وزیرزی (۱۳۹۵) و آقاسی (۱۳۹۵) همسویی دارد.

در تبیین اثربخشی این دو درمان می‌توان گفت بی‌تردید نتایج بدست آمده را نمی‌توان حاصل یک عامل خاص در این درمانها دانست. عامل اصلی، تاثیر و مفید بودن گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی است زیرا گروه درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک برسند که دیگران نیز مانند آنان مشکلاتی دارند (عسگری، بهمنی و قاسمی، 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 هیجانانش 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، ۱۹۸۰). 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 وزیرزی، ۲۰۱۵). 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 (۱۳۷۵) عوامل مشترک در این درمان، فرایند نظام داری ایجاد می‌کنند که ویژه‌ی رویکرد خاصی نسیت. در این فرآیند طی برقراری رابطه‌ی 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 رابطه‌ی 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 درباره‌ی 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، روحیه‌ی درمانجو بهبود می‌یابد و در نهایت ایجاد تغییرات رفتاری در درمانجو میسر می‌شود و زمینه برای بهبود یا تنظیم پاسخ‌های فرد فراهم می‌کند (لطفی‌کاشانی، وزیرزی، ۱۳۹۵).

در مورد اثرگذاری درمان دیالکتیک بر کاهش استفاده از اینترنت می‌تواند به این نکته اشاره کرد که

تمرکز رفتار درمانی دیالکتیک، حول یادگیری، بکارگیری و تعمیم توانش‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به فرد برای شکستن و فایق 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 (راتوس و میلر، ۲۰۰۲).

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 (کرچنر، ۲۰۰۴). این درمان از طریق کمک به فرد برای رسیدن به هدف‌ها، تنظیم بهتر هیجان‌ها، مواجهه با احساسات، 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. 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 (۲۰۰۷) در پژوهش خود دریافتند که افرادی که توجه آگاهی بیشتری داشتند، مکانیسم‌های مقابله‌ای مثبت‌تری را استفاده می‌کردند. براون و ریان (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.

رفتار درمانی دیالکتیک برخلاف درمان‌های دیگر که تنها بر روی یک مشکل تمرکز دارند، درمانی چندبعدی و چندجانبه است که برای بدتنظیمی‌های بالا، راهبردهای متناسبی را ارائه کرده است. رفتار درمانی دیالکتیک بر روی هدایت بیمار برای تفکر دیالکتیکی درباره موقعیتش، تعادل بین راهبردهای پذیرش و تغییر، تأیید افکار و تجارب بیمار، جابه‌جایی توجه از نشانه‌های درونی به نشانه‌های بیرونی، تعادل بین توانش‌ها و راهبردهای متمرکز بر رفتار و متمرکز بر هیجان، تفسیر بدون سرزنش از رفتار و احساسات، آموزش توانش‌های کنار آمدن جدید و تعادل بین توجه به نشانه‌های تهدید و نشانه‌های ایمنی، تمرکز می‌کند که مجموعه این عوامل باعث اثربخشی این درمان می‌گردد (میلر و راتوس، ۲۰۱۵).

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 نظم بخششی 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 توجیه آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی در افراد، زمینه‌ی 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 چرخه‌ی 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 در آورند. 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).

منابع

- آقاسی، آفرین، آتش پور، حمید. (۱۳۹۱). تاثیر مداخله مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر وسوسه مردان با اختلالات اعتیادی به مواد افیونی مت‌آفتماین. مجله سلامت جامعه، دوره ۱۰، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۵، صفحه ۲۳-۱۱
- بشارت، محمد. علی، شریفی، ماندانا، ایروانی، محمود. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی. مجله روانشناسی. دوره ۵، شماره ۳ (پیاپی ۱۹) ص ۲۸۹-۲۷۷
- پروچاسکا، جیمز؛ نورکراس، جان. سی (۱۳۸۵). نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، انتشارات رشد
- 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): ۹۰-۸۶
- عزیزی، علیرضا، علی میرزایی، آزاده، شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی تحمل پریشانی و تنظیم احساسات با وابستگی دانش‌آموزان به سیگار. حکیم بهار، ۱۳ (۱)، ۱۱-۸.
- عسگری، علی، بهمنی، بهمن، قاسمی مقدم، کبری. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی زناشویی (سبک اولسون) بر افزایش رضامندی زنان متأهله. دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت. (۲۰): ۸، ۱۰-۱
- قاسمی‌پور، عبدالله، ایللیگی، رضا، و حسنزاده، شهرناز. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان، ۷۲۴-۷۲۲
- قاسمزاده، لیلی، شهرآرای، مهرناز، مرادی، علی‌رضا. (۱۳۸۶). بررسی نرخ شیوع اعتیاد به اینترنت در

دختران دبیرستانی شهر تهران و مقایسه دختران معتاد و غیرمعتاد به اینترنت در متغیرهای تنهایی، عزت نفس و مهارت‌های اجتماعی. فصل‌نامه مطالعات فرهنگی - دفاعی زنان، ۳(۱)، ۷-۲۸.

لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۷۵). بررسی تعیین سهم عوامل مشترک در روان‌درمانی. پایان‌نامه دکترا. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

مک‌کی، متیو. وود، جفری و برنتلی، جفری. 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. اندیشه و رفتار، ۷(۲)، ۲۷-۳۶.

- 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
- 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.
- Bornovalova, M. A. Daughters, S. B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*. 27, 923-943.
- 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; Laroï, 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.
- Chang, MK, Law, SP. (2015). Factor structure for young internet addiction test: A confirmatory study. *Comput Human Behav*.10(16):1-23.

- Chen, L., amp; Nath, R. (2016). Understanding the underlying factors of Internet addiction across cultures: A comparison study. *Electronic Commerce Research and Applications*, 17, 38-48.
- 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.
- Gross, J. J. (2007). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology (JP)*. 2002; 39(3): 281-291.
- Jung, Y. Sh. (2019). Christian Spirituality and Smartphone Addiction in Adolescents: A Comparison of High-Risk, Potential-Risk, and Normal Control Groups. *Journal of religion and health*, 58(4), 1272-1285.
- Karaer Y, Akdemir D (2019), Parenting styles, perceived social support and emotion regulation in adolescents with internet addiction. *Comprehensive psychiatry*. Jul; 92:22-27
- 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.
- Miller, A.L. & Rathus, J. H. & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior therapy with suicidal Adolescents*. NewYork/London: Guilford Press.
- Miranda, B, 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.
- Phoenix, KH. Mo., Virginia, WY. Chan., Samuel, W. Chan., Joseph, TF. Lau. (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.; Buttenmuller, V.; Kleinknecht, N. & Schmidth, 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.