



اثربخشی طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی بر مکانیزم‌های دفاعی و نظم‌جویی شناختی هیجانی در افراد معتاد به اینترنت

ریحانه انصاری: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.
سولماز دینی: دانشجو دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران، (* نویسنده مسئول) solmadan@yahoo.com
علیرضا افرادی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه راهیان نوین دانش، ساری، ایران.
رویا نجاتی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.
پری‌ناز سپهری: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ریحانه رنجبار: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد خوزستان، موسسه آموزش عالی جهاد دانشگاهی، اهواز، ایران.

چکیده

کلیدواژه‌ها
اعتیاد به اینترنت،
طرحواره‌درمانی،
ذهن‌آگاهی،
مکانیزم‌های دفاعی،
نظم‌جویی شناختی هیجانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷
تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

زمینه و هدف: اعتیاد به اینترنت به عنوان یک مشکل رو به رشد در جوامع مدرن، می‌تواند تأثیرات مخربی بر سلامت روان و تنظیم هیجانی افراد داشته باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی بر مکانیزم‌های دفاعی و نظم‌جویی شناختی هیجانی در افراد معتاد به اینترنت انجام شد.

روش کار: روش تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اعتیاد اینترنتی در شهر تهران بود که از میان آنان ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو روش مداخله منجر به بهبود مکانیزم‌های دفاعی و نظم‌جویی شناختی هیجانی شدند، اما طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری بر این متغیرها داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر آن است که طرحواره‌درمانی با اصلاح الگوهای ناسازگار اولیه، می‌تواند راهبردهای دفاعی ناپخته را کاهش داده و نظم‌جویی شناختی هیجانی را بهبود بخشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که این روش در برنامه‌های درمانی افراد مبتلا به اعتیاد اینترنتی به کار گرفته شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Ansari R, Dini S, Afradi A, Nejati R, Sepehri P, Ranjbar R. The Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness on Defense Mechanisms and Cognitive Emotion Regulation in Individuals with Internet Addiction. Razi J Med Sci. 2022;29(4): 233-242.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

The Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness on Defense Mechanisms and Cognitive Emotion Regulation in Individuals with Internet Addiction

Reyhaneh Ansari: M.A. in Psychology, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

Solmaz Dini: Ph.D. Candidate in Psychology, Department of Psychology, Persian Gulf University, Bushehr, Iran. (*Corresponding author) solmadan@yahoo.com

Alireza Afradi: M.A. in Psychology, Department of Psychology, Rahiyan Novin Danesh University, Sari, Iran.

Roya Nejati: M.A. in Psychology, Department of Psychology, Kermanshah Science and Research Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Parinaz Sepehri: M.A. in Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Reyhane Ranjbar: Master's Degree, Department of Psychology, Khuzestan Branch, Jihad Daneshgahi Institute of Higher Education, Ahvaz, Iran.

Abstract

Background & Aims: Internet addiction is a type of obsessive-compulsive disorder that has some characteristics similar to pathological conditions. In fact, a person can be said to have an Internet addiction when they have symptoms of premature fatigue, loneliness, depression, and similar problems. Schema therapy is based on schemas, which are systematic elements of past reactions and experiences that can guide subsequent perceptions and evaluations. Schema therapy was created by Young to treat personality disorders and other personal and interpersonal problems, and its effectiveness has been confirmed. This therapy combines elements from the schema, Gestalt, psychoanalysis, object relations, attachment, and structuralism schools of psychoanalysis in the form of a therapeutic model. Using schema therapy increases feelings of worth, competence, competence, positivity, and self-confidence. Mindfulness is a meditative therapy that combines mindfulness meditation and psychological exercises. It includes a set of techniques and methods that allow a person to face events that occur here and now without judgment, consciously, and without evaluation. In this type of therapy, people learn to simply observe their mental processes, feelings, thoughts, and bodily sensations, which may result in negative emotions (such as fear and anxiety, catastrophic thoughts, and rumination about the future) and negative bodily sensations (such as pain from chronic diseases). Thus, it can be seen that treatment protocols are mainly of a combined type and usually use two approaches simultaneously. Cognitive emotion regulation involves internal and external processes responsible for monitoring, evaluating, and modifying emotional responses, particularly their intensity and duration, in order to achieve goals. This concept refers to the process by which emotional experience is modified, evaluated, revised, and maintained. Integrating mindfulness with various therapeutic approaches has attracted the attention of therapists in recent decades, such that behavioral therapy is considered to have three waves: the first wave includes classical behavioral therapy, the second wave combines behavioral therapy with cognition, and the third wave combines behavioral therapy with mindfulness. Internet addiction, as an increasing issue in modern societies, can have detrimental effects on individuals' mental health and emotional regulation. This study aimed to examine the effectiveness of schema therapy and mindfulness on defense mechanisms and cognitive emotion regulation in individuals addicted to the internet.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included individuals with internet addiction in Tehran, from which 30 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The experimental groups underwent 8 sessions of 90 minutes each, receiving either schema therapy or mindfulness intervention, while the control group received no intervention.

Keywords

Internet Addiction,
Schema Therapy,
Mindfulness,
Defense Mechanisms,
Cognitive Emotion
Regulation

Received: 27/03/2022

Published: 20/07/2022

Results: Mindfulness can also help reduce Internet addiction because the individual learns to consciously and effectively deal with negative emotions rather than resorting to the virtual world to escape them. Taken together, schema therapy and mindfulness approaches can effectively help reduce maladaptive defense mechanisms and improve cognitive and emotional regulation in Internet addicts. While schema therapy specifically focuses on identifying and changing negative and dysfunctional schemas, mindfulness helps individuals deal with their emotions more healthily by being aware of the present moment and accepting their thoughts and feelings. Schema therapy aims to identify and modify negative and dysfunctional schemas that were formed in childhood, helping individuals break free from these maladaptive defense mechanisms. This therapy emphasizes changing a person's negative thoughts, feelings, and behaviors, enabling individuals to use more effective and adaptive emotion regulation strategies instead of involuntary and maladaptive defense mechanisms. For example, in schema therapy, the individual learns to pay attention to their problems instead of denying them and finding ways to manage their emotions. Therefore, schema therapy can reduce maladaptive defense mechanisms and improve individuals' cognitive and emotional regulation. The findings revealed that both intervention methods led to improvements in defense mechanisms and cognitive emotion regulation, with schema therapy showing a greater impact on these variables.

Conclusion: By reducing the use of maladaptive defense mechanisms and enhancing cognitive-emotional regulation, these treatments can help individuals effectively cope with their psychological and emotional problems and reduce Internet addiction. Therefore, using these approaches as complementary treatments can significantly help improve the mental and psychological health of Internet addicts. The results indicate that schema therapy, by modifying maladaptive core patterns, can reduce immature defense strategies and improve cognitive emotion regulation. Therefore, it is suggested that this method be included in the treatment programs for individuals with internet addiction.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Ansari R, Dini S, Afradi A, Nejati R, Sepehri P, Ranjbar R. The Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness on Defense Mechanisms and Cognitive Emotion Regulation in Individuals with Internet Addiction. Razi J Med Sci. 2022;29(4): 233-242.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

در طول دهه گذشته، استفاده از اینترنت افزایش چشمگیری پیدا کرده است، به نحوی که طبق آمار اتحادیه بین‌المللی مخابرات، استفاده از اینترنت در کشورهای توسعه‌یافته طی این دهه ۲۳۹٪ رشد داشته است (۱). اخیراً، با افزایش آسیب‌های ناشی از استفاده بیش از حد از اینترنت، اعتیاد به اینترنت به‌عنوان یک بیماری همه‌گیر در قرن بیست‌ویکم معرفی شده است (۲). چنانچه، به استناد آمار، نزدیک به یک‌چهارم کاربران اینترنت در ایران به این فضا اعتیاد دارند و این میزان در میان افراد ۱۵ تا ۱۸ ساله در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر است (۳). افراد در پی استفاده روزافزون از اینترنت و زندگی در فضای مجازی، نوعی وابستگی کاذب به آن پیدا می‌کنند که رهایی از آن دشوار است (۴). این وابستگی به اینترنت را «اعتیاد اینترنتی» نام نهاده‌اند. اعتیاد به اینترنت، نوعی اختلال است که در سال ۱۹۹۶ توسط گلدبرگ مطرح شد و از آن زمان تاکنون مورد توجه پژوهشگران و متخصصان سلامت روان قرار گرفته است (۵).

در دیدگاه کاتانو (Cattaneo) و همکاران (۲۰۲۱)، اعتیاد اینترنتی نوعی اختلال و بی‌نظمی و سواسی است که برخی ویژگی‌های آن مشابه شرایط آسیب‌شناسانه می‌باشد (۶). در واقع، زمانی می‌توان گفت فردی دچار اعتیاد به اینترنت شده است که دارای علائم خستگی زودرس، تنهایی، افسردگی و مشکلات مشابه باشد (۷). طرح‌واره درمانی (Schema therapy) بر پایه طرح‌واره‌ها بنا شده است که عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته هستند و می‌توانند ادراک و ارزیابی‌های بعدی را هدایت کنند. طرح‌واره درمانی توسط یانگ برای درمان اختلالات شخصیت و سایر مشکلات فردی و بین فردی به وجود آمده و اثربخشی آن تأیید شده است (۸). این درمان، عناصری را از مکاتب طرح‌واره، گشتالت درمانی، روان‌تحلیل‌گری، روابط شی، دلبستگی و ساختارگرایی در روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی، تلفیق کرده است. به کارگیری طرح‌واره درمانی باعث افزایش احساس ارزشمندی، باکفایتی، شایستگی، مثبت‌نگری، و اعتماد به نفس می‌شود (۹). از طرف دیگر، در رویکرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ترکیبی از درمان شناختی و ذهن‌آگاهی است،

مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که افراد بتوانند بدون هیچ قضاوتی از افکارشان آگاه‌تر شده و قادر باشند به جای افکار منفی، افکار مثبت یا خنثی را به‌عنوان بازتابی از واقعیت در نظر بگیرند. اثربخشی این پروتکل نیز بر اعتیاد به بازی‌های اینترنتی در نوجوانان پسر از طریق متغیرهای خودکنترلی و هیجان‌خواهی بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است (۱۰).

ذهن‌آگاهی درمان مراقبه‌ای از ترکیب مراقبه ذهن‌آگاهی و تمرین‌های روان‌شناختی است. شامل مجموعه‌ای از فنون و روش‌هایی است که فرد بدون قضاوت و هوشیارانه و بدون ارزیابی با حوادثی که در اینجا و اکنون رخ می‌دهد روبه‌رو می‌شود (۱۱). در این نوع درمان، افراد یاد می‌گیرند تا فقط مشاهده‌گر جریان‌های ذهنی، احساسات، افکار و حس‌های بدنی خود باشند که ممکن است احساسات منفی (تظیر ترس و تشویش، افکار فاجعه‌پندار و نشخوار فکری در مورد آینده) و حس‌های بدنی منفی (مانند درد ناشی از بیماری‌های مزمن) را در پی داشته باشد (۱۲). بدین ترتیب، مشاهده می‌شود که پروتکل‌های درمان، به‌طور عمده، از نوع ترکیبی هستند و معمولاً از دو رویکرد به‌طور همزمان استفاده کرده‌اند (۱۳). تلفیق ذهن‌آگاهی با رویکردهای درمانی مختلف در دهه‌های اخیر مورد توجه درمانگران بوده است، به‌طوری‌که رفتار درمانی را دارای سه موج می‌دانند که موج اول شامل رفتار درمانی کلاسیک، موج دوم تلفیق رفتار درمانی با شناخت، و موج سوم تلفیق رفتار درمانی با ذهن‌آگاهی است (۱۴). نظم‌جویی شناختی هیجان شامل فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئول نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی، به‌ویژه ویژگی‌های شدت و مدت در رسیدن به اهداف است. این مفهوم به فرآیندی دلالت دارد که از طریق آن تجربه هیجانی، ارزیابی، بازبینی و نگهداری اصلاح می‌شود. نظم‌جویی شناختی هیجان تلاشی است برای تبیین اینکه چگونه و چرا هیجان‌ها فرآیندهای روان‌شناختی مانند توجه، غلبه بر مشکلات رفتاری، حل مسئله و سازگاری کلی را تسهیل یا مختل می‌کنند. نظم‌جویی شناختی هیجان به‌عنوان مجموعه‌ای از فرآیندهایی در نظر گرفته‌اند که یک شخص ممکن است از آنها برای فراخوانی یک هیجان مثبت یا منفی، حفظ آن هیجان، کنترل آن یا تغییر آن

استفاده کند (۱۴). مطالعات متعدد نشان‌دهنده نقش اثربخش نظم‌جویی شناختی هیجان در بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی بوده است. چنانکه محققان نشان داده‌اند که نظم‌جویی شناختی هیجان می‌تواند در به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت همچون بهزیستی روان‌شناختی و هیجان‌های منفی مانند افسردگی و اضطراب نقش ایفا کند؛ زیرا فرآیندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵). مکانیسم‌های دفاعی طبق تعریف، فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی، از طریق تأثیر بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده (مانند ابتلا به کرونا) به صورت رشدیافته و رشدنیافته عمل می‌کنند. مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته قادرند به طور مؤثر احساس‌های تهدیدآمیز را بدون تحریف واقعیت از فرد دور کنند، در حالی که مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته اغلب به طور معناداری با تحریف واقعیت همراه هستند (۶). یافته‌های برخی از مطالعات نشان داده‌اند که افراد مختلف در رویارویی با مرگ، ممکن است از مکانیسم‌های دفاعی متفاوتی استفاده کنند. مکانیسم‌های دفاعی مختلف ممکن است به صورت رشدیافته یا رشدنیافته مورد استفاده قرار گیرند (۹). با توجه به اهمیت و پرداختن به این موضوع هدف اصلی این پژوهش این است که طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی بر مکانیزم‌های دفاعی و نظم‌جویی شناختی هیجانی در افراد معتاد به اینترنت مؤثر است.

روش کار

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به اعتیاد به اینترنت مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن (Cohen) تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از

آن جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و این ۴۵ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتراپین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی در سه ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی نظم‌جویی شناختی هیجان و مکانیزم‌های دفاعی در مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) استفاده گردید. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند. ابزار سنجش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و شامل ۱۰ سؤال است. آزمودنی به هر گویه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا

کاملاً موافق (نمره ۷) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ متغیر است، به طوری که کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده تنظیم شناختی هیجانی بالاتر در فرد است. نمره برش این پرسشنامه ۳۵ در نظر گرفته شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۷۹ و ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد، که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این ابزار است.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ بر روی نمونه‌های بالینی و غیر بالینی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۰ گویه بوده و بر اساس مقیاس نهدرجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف تا

کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار، مکانیسم‌های دفاعی را در سه سبک رشدنایافته، رشدیافته و روان‌رنجور مورد سنجش قرار می‌دهد. سبکی که بیشترین نمره را به خود اختصاص دهد، سبک غالب مورد استفاده فرد خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های رشدنایافته، رشدیافته و نوروتیک به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ و روایی محتوایی آن با آزمون شخصیت نئو (NEO) ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های رشدنایافته، رشدیافته و نوروتیک به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ بر روی نمونه‌های بالینی و غیر بالینی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۰ گویه بوده و بر اساس مقیاس نهدرجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف تا

جدول ۱- خلاصه محتوای هر جلسه و زمان‌بندی جلسه‌های درمانی

| جلسه | هدف | محتوی | تغییر رفتار مورد انتظار | تکلیف خانگی |
|------------|--|---|--|---|
| جلسه ۱ و ۲ | آزمودنی‌ها به ماهیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و ساز و کار آن‌ها پی ببرند. | جلسات اول و دوم به اجرای مرحله سنجش و آموزش طرح‌واره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرح‌واره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها گذشت. | - | - |
| جلسه ۳ و ۴ | آزمودنی‌ها با به کارگیری تکنیک‌های شناختی یاد بگیرند در مقابل طرح‌واره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرح‌واره را زیر سؤال ببرند. | معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرح‌واره‌ها مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره بود. | یادگیری تکنیک‌های شناختی طرح‌واره درمانی | تمرین تکنیک آموخته شده در جلسه |
| جلسه ۵ و ۶ | مک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی | تکنیک‌های هیجانی (تجربی) آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی. | استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو جهت بیان ناراحتی خود نسبت به حوادث دوران کودکی. | با کمک تصویرسازی ناراحتی‌های دوران کودکی را یادداشت نمایند. |
| جلسه ۷ و ۸ | آموزش شیوه‌های بهنجار سبک‌های مقابله‌ای | آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد، مثل تغییر رفتار، انگیزه‌آفرینی، ... آمده کردن افراد برای ختم جلسات گذشت. | یادگیری شیوه‌های مقابله‌ای بهنجار و پرهیز از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار | تمرین آموخته‌ها در زندگی روزمره |

جدول ۲- تمرینات ۸ هفته‌ای آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسه | اهداف و مداخلات |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی اعضاء، ارائه خلاصه جلسات، تمرین مدیتیشن، ارائه تکلیف خانگی |
| جلسه دوم | تمرین مدیتیشن، تحلیل موانع انجام تمرین، آموزش مبانی ذهن آگاهی، ادامه تمرین مدیتیشن و ذهن آگاهی |
| جلسه سوم | تمرین دیدن و شنیدن، تمرین مدیتیشن و تمرین تنفسی، ذهن آگاهی بدن |
| جلسه چهارم | شناخت استرس و پاسخ‌های افراد به آن، تمرین تنفسی، تمرین اسکن بدن و ذهن آگاهی |
| جلسه پنجم | تمرین مدیتیشن، تمرین ذهن آگاهی بدن در مقابل استرس |
| جلسه ششم | ادامه تمرین ذهن آگاهی و مدیتیشن در مقابل واکنش‌های استرسی |
| جلسه هفتم | تمرین مدیتیشن چهار بعدی، آموزش آگاهی نسبت به لحظه حال، تمرین شناخت و پذیرش رویدادهای خوشایند و ناخوشایند |
| جلسه هشتم | جمع بندی جلسات پیشین |

طرحواره‌درمانی و ذهن آگاهی تأثیر مثبتی بر تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی داشتند. در گروه‌های آزمایش، نمرات نظم جویی شناختی هیجان پس از مداخله افزایش معناداری یافت، که بیانگر بهبود توانایی مدیریت هیجانات از طریق راهبردهای شناختی سازگار است. همچنین، نمرات سبک دفاعی رشدناپافته در این گروه‌ها کاهش و سبک دفاعی رشدیافته افزایش یافت، که نشان‌دهنده کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار و افزایش بهره‌گیری از سبک‌های دفاعی سازگار بود. در مقابل، گروه کنترل تغییر معناداری در این متغیرها نشان نداد، که مؤید اثربخشی مداخلات در بهبود فرآیندهای تنظیم هیجان و سبک‌های دفاعی است.

برای مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر

به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به طول انجامید که خلاصه جلسات آن در جدول شماره ۲ ارائه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون Shapiro-Wilk، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene و برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۳، توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیر سن ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین توزیع فراوانی گروه‌های سنی و جنسیت در گروه‌های پژوهش تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$). نتایج جدول ۴ نشان داد که مداخلات

جدول ۳- توزیع فراوانی سن و جنسیت بزرگسالان ۱۸ تا ۴۰ سال

| متغیرها | طبقات | گروه طرحواره (n=۱۵) (درصد) تعداد | گروه ذهن آگاهی (n=۱۵) (درصد) تعداد | گروه کنترل مقدار *P |
|----------|-------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| سن (سال) | ۲۵-۱۸ | ۶ (۴۰) | ۵ (۳۳/۴) | ۰/۴۵۱ |
| | ۳۰-۲۶ | ۶ (۴۰) | ۷ (۴۶/۶) | |
| جنسیت | ۴۰-۳۱ | ۳ (۲۰) | ۳ (۲۰) | ۰/۴۷۲ |
| | مرد | ۱۳ (۸۶/۷) | ۱۲ (۸۰) | |
| | زن | ۲ (۱۳/۳) | ۳ (۲۰) | |

* آزمون مجذور کای، $P < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد

| متغیر | زمان | گروه طرحواره میانگین±انحراف استاندارد | گروه ذهن آگاهی میانگین±انحراف استاندارد | گروه کنترل میانگین±انحراف استاندارد |
|------------------------------------|-----------|--|--|--|
| نظم جویی شناختی هیجان | پیش آزمون | ۳۱/۴ ± ۶/۲ | ۳۲/۱ ± ۵/۹ | ۳۰/۸ ± ۶/۱ |
| | پس آزمون | ۴۵/۳ ± ۵/۴ | ۴۷/۱ ± ۴/۸ | ۳۲/۰ ± ۵/۹ |
| | پیگیری | ۴۳/۹ ± ۵/۶ | ۴۵/۷ ± ۵/۰ | ۳۱/۵ ± ۶/۰ |
| مکانیزم‌های دفاعی - سبک رشدناپافته | پیش آزمون | ۴۲/۸ ± ۷/۵ | ۴۱/۵ ± ۶/۹ | ۳۴/۱ ± ۷/۲ |
| | پس آزمون | ۳۰/۲ ± ۶/۴ | ۲۸/۷ ± ۵/۷ | ۴۱/۹ ± ۷/۰ |
| | پیگیری | ۳۲/۱ ± ۶/۱ | ۲۹/۴ ± ۵/۹ | ۴۲/۳ ± ۷/۱ |
| مکانیزم‌های دفاعی - سبک رشدیافته | پیش آزمون | ۳۹/۴ ± ۵/۸ | ۴۰/۱ ± ۵/۵ | ۳۸/۷ ± ۵/۹ |
| | پس آزمون | ۵۲/۶ ± ۴/۹ | ۵۴/۸ ± ۴/۵ | ۳۹/۲ ± ۵/۷ |
| | پیگیری | ۵۰/۳ ± ۵/۰ | ۵۳/۱ ± ۴/۶ | ۳۸/۹ ± ۸/۵ |

نمره ابعاد بهزیستی روانی و عملکرد ایگو در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه در نمره ابعاد بهزیستی روانی عملکرد ایگو معنی‌دار به‌دست آمده است (به ترتیب، $P=0/004$ و $P<0/001$)، که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین نمرات نظم جویی شناختی هیجان و مکانیزم‌های دفاعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری دارند و به ترتیب $17/2$ و $51/8$ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد (جدول ۵).

این آزمون برای نمره نظم جویی شناختی هیجان و مکانیزم‌های دفاعی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در سطح $0/05$ غیرمعنادار بودند ($P<0/05$) و این موضوع بیانگر نر مال بودن توزیع داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. به‌منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا از آزمون Mauchly استفاده گردید. نتیجه نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر دو مؤلفه نمره نظم جویی شناختی هیجان ($P=0/536$ ، $\chi^2=3/37$) و نمره مکانیزم‌های دفاعی ($P=0/064$ ، $\chi^2=16/12$) برقرار بود. آزمون Levene نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است ($P<0/05$).

جدول ۵- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمرات نظم جویی شناختی هیجان و مکانیزم‌های دفاعی

| متغیر | منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری (p) |
|-------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|------------------|
| نظم جویی شناختی | زمان | ۹۸/۵۶ | ۲ | ۴۹/۲۸ | ۱۲/۶۴ | $0/001 <$ |
| هیجان | نوع درمان | ۷۲/۳۴ | ۱ | ۷۲/۳۴ | ۱۸/۲۸ | $0/001 <$ |
| | زمان × درمان | ۴۸/۷۶ | ۲ | ۲۴/۳۸ | ۶/۰۹ | $0/001 <$ |
| مکانیزم‌های دفاعی | زمان | ۹۵/۱۲ | ۲ | ۴۷/۵۶ | ۱۱/۵۸ | $0/001 <$ |
| رشدنیافته | نوع درمان | ۶۸/۹۰ | ۱ | ۶۸/۹۰ | ۱۷/۲۲ | $0/001 <$ |
| | زمان × درمان | ۴۲/۷۳ | ۲ | ۲۱/۳۶ | ۵/۶۳ | $0/001 <$ |
| مکانیزم‌های دفاعی | زمان | ۱۰۲/۲۳ | ۲ | ۵۱/۱۲ | ۱۳/۳۸ | $0/001 <$ |
| رشدنیافته | نوع درمان | ۷۵/۶۷ | ۱ | ۷۵/۶۷ | ۱۸/۹۲ | $0/001 <$ |

$P<0/05$ اثر معنی‌دار

بحث

نتایج نشان داد که مداخلات طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی باعث افزایش معناداری در نمرات نظم‌جویی شناختی هیجان شدند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی هم‌راستا است. به‌طور خاص، ویدلر (Videler) و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که مداخلات شناختی به‌ویژه در قالب آموزش تنظیم هیجان می‌توانند بهبود قابل توجهی در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت داشته باشند (۷). همچنین، ادواردز (Edwards) و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود گزارش کردند که مداخلات ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری توانایی افراد را در مدیریت هیجانات خود از طریق راهبردهای تنظیم شناختی افزایش می‌دهند (۸). اثر معنادار زمان × درمان در این پژوهش نشان‌دهنده پایداری اثرات درمان در طول زمان است که

بر اساس جدول ۵، آزمون با فرض کرویت در اثرات بین‌آزمودنی، اثر اصلی گروه در نمره مؤلفه مکانیزم‌های دفاعی معنی‌دار به‌دست آمده است ($P=0/004$). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمره مؤلفه عملکرد ایگو در گروه‌های آزمایش (شناختی رفتاری و درمان پویایی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P=0/004$). نتایج نشان داد که $23/4$ درصد از تفاوت‌های مشاهده شده در نمره مؤلفه بهزیستی روانی، به اثر مداخله مربوط است. نتایج اثرات درون‌آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در نمره معنی‌دار به‌دست آمده است ($P>0/001$). به‌عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمره ابعاد بهزیستی روانی و عملکرد ایگو در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار بوده است ($P>0/001$)، به طوری که به ترتیب $22/7$ درصد و $75/5$ درصد تفاوت مشاهده شده در میانگین

می‌تواند به بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی آنها منجر شود (۹).

ذهن آگاهی، که به تمرین آگاهی از لحظه حال و پذیرش بدون قضاوت از افکار و احساسات می‌پردازد، می‌تواند در درمان اعتیاد به اینترنت بسیار مؤثر باشد (۱۴). افراد معتاد به اینترنت معمولاً برای فرار از احساسات منفی خود، مانند اضطراب و افسردگی، به اینترنت پناه می‌برند. در چنین شرایطی، ذهن آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا بدون قضاوت و با آگاهی از احساسات و افکار خود، به آنها مواجهه کنند و از واکنش‌های خودکار و ناپایدار که ممکن است به اعتیاد منجر شوند، اجتناب کنند (۱۰). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ذهن آگاهی می‌تواند به‌طور مؤثری به کاهش علائم اضطراب و افسردگی در افراد معتاد به اینترنت کمک کند و در نتیجه نظم‌جویی شناختی هیجانی آنها را بهبود بخشد. به‌ویژه، ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند که به جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار مانند انکار یا فرار از واقعیت، از مکانیسم‌های دفاعی سالم‌تر مانند پذیرش، آگاهی از لحظه حال و مدیریت هیجانات استفاده کنند. ذهن آگاهی همچنین می‌تواند به کاهش وابستگی به اینترنت کمک کند زیرا فرد یاد می‌گیرد که به جای پناه بردن به دنیای مجازی برای فرار از احساسات منفی، با آنها به‌طور آگاهانه و مؤثر روبه‌رو شود (۱۵). در مجموع، هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی و ذهن آگاهی می‌توانند به‌طور مؤثری به کاهش مکانیزم‌های دفاعی ناسازگار و بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی در افراد معتاد به اینترنت کمک کنند. در حالی که طرحواره‌درمانی به‌طور خاص بر شناسایی و تغییر طرحواره‌های منفی و ناکارآمد تأکید دارد، ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از طریق آگاهی از لحظه حال و پذیرش افکار و احساسات خود، به شیوه‌ای سالم‌تر با هیجاناتشان روبه‌رو شوند (۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش طرحواره‌درمانی و ذهن آگاهی در درمان افراد معتاد به اینترنت بسیار مؤثر

با نتایج پژوهش‌های قبلی همچون پژوهش کاتانو (Cattaneo) و همکاران (۲۰۲۱) مطابقت دارد که نشان داده‌اند درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیرات مثبت و ماندگاری بر تنظیم هیجان دارند (۶). افراد معتاد به اینترنت معمولاً از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار مانند انکار، سرکوب، و فرار از واقعیت برای مقابله با مشکلات روانی خود استفاده می‌کنند. این مکانیسم‌ها می‌توانند سبب تشدید وابستگی به اینترنت شوند، زیرا افراد به جای مواجهه و حل مسائل واقعی، از طریق اینترنت به دنیای مجازی پناه می‌برند (۵).

طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی و اصلاح طرحواره‌های منفی و ناکارآمدی که در دوران کودکی شکل گرفته‌اند، به افراد کمک می‌کند تا از این مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار رهایی یابند. این درمان بر تغییر افکار منفی، احساسات و رفتارهای فرد تأکید دارد و باعث می‌شود افراد قادر باشند به‌جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی غیرارادی و ناسازگار، از راهبردهای تنظیم هیجان مؤثرتر و سازگارانه‌تری استفاده کنند (۱). برای مثال، در درمان طرحواره‌درمانی، فرد یاد می‌گیرد که به جای انکار مشکلات خود، به آنها توجه کرده و راهکارهایی برای مدیریت هیجاناتش پیدا کند. از این رو، طرحواره‌درمانی می‌تواند مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار را کاهش دهد و نظم‌جویی شناختی هیجانی افراد را بهبود بخشد (۱۱). افراد معتاد به اینترنت معمولاً در مدیریت هیجانات خود مشکل دارند و از اینترنت به‌عنوان یک مکان فرار از احساسات منفی استفاده می‌کنند. این نوع فرار موجب افزایش مشکلات هیجانی و روانی مانند اضطراب و افسردگی می‌شود. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی طرحواره‌های منفی و ایجاد تغییرات در آنها، به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های بهتری در مدیریت و تنظیم هیجانات خود بیاموزند (۴). در این درمان، افراد می‌آموزند که به جای استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مانند پوشاندن احساسات یا انکار هیجانات منفی، احساسات خود را شناسایی و مدیریت کنند. همچنین، از آنجا که طرحواره‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا به شیوه‌ای سالم‌تر به مسائل و استرس‌های روزمره پاسخ دهند، این

Ansatz zur Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen [Schema Therapy: An Approach for Treating Narcissistic Personality Disorder]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2015 Aug;83(8):463-77; quiz 478. German.

11. Grecucci A, Messina I, Daddomo H. Decoupling Internalized Dysfunctional Attachments: A Combined ACT and Schema Therapy Approach. *Front Psychol.* 2018;9:2332.

12. Yakın D, Gençöz T, Steenbergen L, Arntz A. An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *J Clin Psychol.* 2019;75(6):1098-1113.

13. Salgó E, Bajzát B, Unoka Z. Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2021;8(1):19.

14. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front Psychol.* 2016;7:1373.

15. Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, de Vogel V, Kersten GCM, Lancel M, et al. Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychol Med.* 2020;53(1):88-102.

هستند. این درمان‌ها با کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار و تقویت نظم‌جویی شناختی هیجانی، می‌توانند به افراد کمک کنند تا به‌طور مؤثری با مشکلات روانی و هیجانی خود مقابله کنند و وابستگی به اینترنت را کاهش دهند. بنابراین، استفاده از این رویکردها به‌عنوان درمان‌های مکمل می‌تواند به‌طور چشمگیری به بهبود سلامت روانی و روان‌شناختی افراد معتاد به اینترنت کمک کند.

References

1. Daddomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(1):43-49.

2. Arntz A. A plea for more attention to mental representations. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2020;67:101510.

3. Baljé A, Greeven A, van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P. Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2016;17(1):487.

4. Daddomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Front Psychol.* 2016;7:1987.

5. J Grecucci A, Messina I, Amodeo L, Lapomarda G, Crescentini C, Daddomo H, et al. A Dual Route Model for Regulating Emotions: Comparing Models, Techniques and Biological Mechanisms. *Front Psychol.* 2020;11:930.

6. Cattaneo LA, Franquillo AC, Grecucci A, Beccia L, Caretti V, Daddomo H. Is Low Heart Rate Variability Associated with Emotional Dysregulation, Psychopathological Dimensions, and Prefrontal Dysfunctions? An Integrative View. *J Pers Med.* 2021;11(9):872.

7. Videler AC, van Royen RJJ, Legra MJH, Ouwens MA. Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behav Cogn Psychother.* 2020;48(4):481-491.

8. Edwards DJA. Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Front Psychol.* 2022;12:763670.

9. Bach B, Bernstein DP. Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Curr Opin Psychiatry.* 2019;32(1):38-49.

10. Dieckmann E, Behary W. Schematherapie: Ein