



Comparing The Effectiveness Of Quality Of Life Therapy And Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment On Isolation And Alexithymia In Adolescents With Symptoms Of Internet Addiction

Fatemeh Najjarzadegan¹ , Hadi Farhadi^{2*} , Mohsen Golparvar³

1. Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: f.najjarzadegan@iau.ir

2. Corresponding Author, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: hadifarhadi@iau.ac.ir

3. Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: mgolparvar@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 10 Sep 2025

Revised: 25 Nov 2025

Accepted: 15 Dec 2025

First Published: 21 Jun 2026

Keywords:

Alexithymia,
Isolation,
Internet Addiction,
Quality of Life Therapy,
Unified Protocol For
Transdiagnostic Treatment.

ABSTRACT

The present study was conducted to investigate the comparing the effectiveness of quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment on isolation and alexithymia in adolescents with symptoms of internet addiction. The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study consisted of high school students with symptoms of Internet addiction in Isfahan in the academic year 2023-2024. In this research, 49 adolescent with symptoms of Internet addiction were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (16 people in the first experimental group, 17 in the second experimental group, and 16 in the control group). The adolescents in the experimental groups received the quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment during eight weeks. Internet Addiction Scale (IDS), Isolation Questionnaire (IQ) and Alexithymia Questionnaire (AQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software. The results showed that quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment have significant effect on the isolation ($p < 0.0001$) and alexithymia ($p < 0.0001$) in adolescents with symptoms of Internet addiction. The results of the follow-up test also showed that there was no significant difference between the effectiveness of the present interventions in the isolation variable. However, in the alexithymia variable, unified protocol for transdiagnostic treatment was more effective than quality of life therapy. Based on the results of the present study, two interventions, quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment, can be used to reduce isolation and alexithymia in adolescents with symptoms of Internet addiction.

Cite this article: Najjarzadegan, N., Farhadi, H., Golparvar, M. (2026). comparing the effectiveness of quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment on isolation and alexithymia in adolescents with symptoms of internet addiction. *Journal of Applied Psychological Research*, (In press/ Accepted). Doi: 10.22059/japr.2026.402157.645345



Publisher: University of Tehran Press

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.402157.645345>

© The Author(s).



مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر انزوای هیجانی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت

فاطمه نجارزادگان^۱، هادی فرهادی^{۲*}، محسن گلپور^۳

۱. گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: f.najarzadegan@iaui.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: hadifarhadi@iaui.ac.ir

۳. گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: mgolparvar@iaui.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۴

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۳/۳۱

کلیدواژه‌ها:

اعتیاد به اینترنت،

انزوای هیجانی،

درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر،

کیفیت زندگی درمانی،

ناگویی هیجانی

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر انزوای هیجانی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان دوره دوم متوسطه دارای علائم اعتیاد به اینترنت شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۴۹ نوجوان دارای علائم اعتیاد به اینترنت با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۶ نفر در گروه آزمایش اول، ۱۷ در گروه آزمایش دوم و ۱۶ نفر در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه‌های آزمایش کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را طی هشت هفته دریافت نمودند. در این پژوهش از مقیاس اعتیاد به اینترنت (IAS)، پرسشنامه انزوای هیجانی (IQ) و پرسشنامه ناگویی هیجانی (AQ) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS²³ تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر انزوای هیجانی ($P < 0.001$) و ناگویی هیجانی ($P < 0.001$) نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت تأثیر معنادار دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که در متغیر انزوای هیجانی تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی مداخلات حاضر وجود ندارد، اما در متغیر ناگویی هیجانی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر نسبت به کیفیت زندگی درمانی اثربخشی بیشتری داشته است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان از دو مداخله کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در جهت کاهش انزوای هیجانی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت بهره برد.

استناد: نجارزادگان، ف.، فرهادی، ه.، گلپور، م. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر انزوای هیجانی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (انتشار آنلاین/ پذیرش شده). doi: 10.22059/japr.2026.402157.645345

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.402157.645345>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

تصور رایج بر این است که اکثر افراد دوران نوجوانی را همراه با ناپایداری‌های روانی و هیجانی به‌خوبی سپری می‌کنند، اما پژوهش‌های انجام‌شده در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که تعداد نوجوانانی که نشانه‌های مرتبط با آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را تجربه می‌کنند، رو به افزایش است (هاگیش^۱، ۲۰۲۵). در این دوره، نوجوانان با عوامل متعددی که استرس‌زا هستند مواجه می‌شوند و این مسئله می‌تواند زمینه‌ساز رفتارهای غیرعادی در آن‌ها شود (لو و همکاران^۲، ۲۰۲۴). یکی از انواع آسیب‌های نوظهور در نوجوانان که گریبانگیر بسیاری از آنان شده است، اعتیاد به اینترنت^۳ است (مسائل و فرهادی، ۲۰۲۱). در جهان امروز، اینترنت نه تنها به عنوان یک ابزار ارتباطی، بلکه به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی انسان‌ها شناخته می‌شود. اینترنت در زمینه‌هایی همچون دستیابی به اطلاعات پژوهشی، برقراری ارتباطات انسانی، تفریح و سرگرمی، خرید کالا و خدمات و همچنین دریافت اخبار، نقش بسیار مهمی در زندگی ایفا می‌کند؛ تا جایی که برخی افراد عملاً بدون دسترسی به اینترنت قادر به ادامه زندگی عادی نیستند (فرناندز-مارتینز و همکاران^۴، ۲۰۲۳). جذابیت‌های اینترنت به ویژه برای نوجوانان و جوانان از اهمیت بیشتری برخوردار است، چرا که آنان به دلایل مرتبط با امور تحصیلی، شغلی و شرایط سنی، استفاده بیشتری از اینترنت دارند (کافی‌نیا و فرهادی، ۱۳۹۹) و همین استفاده مستمر و مشغولیت ذهنی با تمامی ابعاد این پدیده، می‌تواند عواقب قابل توجهی به همراه داشته باشد (یانگ و همکاران^۵، ۲۰۲۳).

پدیده اعتیاد به اینترنت، کارکردهای روان‌شناختی، ارتباطی، اجتماعی و هیجانی دانش‌آموزان را نیز با اختلال مواجه می‌سازد (چن و همکاران^۶، ۲۰۱۷). بر اساس پژوهش‌های صورت‌گرفته، دانش‌آموزان معتاد به اینترنت از توانایی کافی در برقراری روابط اجتماعی برخوردار نبوده و از سطح آسیب‌پذیری بالا و سلامت روان پایین رنج می‌برند (کاسار و ایاز-الکایا^۷، ۲۰۲۲). علاوه بر این، یافته مطالعه یوسنس و یوزر^۸ (۲۰۱۸) حاکی از آن است که وابستگی به اینترنت در نوجوانان موجب سردی روابط بین‌فردی، خانوادگی، دوستانه و اجتماعی شده و همچنین تغییراتی در هویت فردی و اجتماعی آنان ایجاد می‌کند. این فرآیند به کاهش تعاملات اجتماعی و گرایش به انزوا^۹ در نوجوانان می‌انجامد (اوزر و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۳). به طور مثال، نتایج تحقیق نیازی و همکاران (۱۳۹۸) نشان می‌دهد که اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای و اینترنت می‌تواند موجب پیدایش یا تشدید علائم انزوایطلبی در نوجوانان شود. انزوا به عنوان یک ناهنجاری رفتاری، از جمله چالش‌های جدی کودکان و نوجوانان در حوزه اعتیاد به اینترنت محسوب می‌شود. نوجوانان منزوی اگرچه برای اطرافیان خود مزاحمتی ایجاد نمی‌کنند، اما ممکن است به دلیل رنج ناشی از احساس ناامنی و بی‌کفایتی، به دنیای درونی خود پناه ببرند (تئومیدا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۳). اگرچه تمامی کودکان و نوجوانان منزوی به اختلالات روانی مبتلا نمی‌شوند، اما تعدادی از آنها قربانی این بیماری خواهند شد (اوزر و همکاران، ۲۰۲۳). به هر حال، این واقعیت که برخی از کودکان و نوجوانان منزوی به بزرگسالانی ناشاد و از نظر اجتماعی ناکارآمد تبدیل می‌شوند، به خودی خود دلیل محکمی برای اهمیت دادن به این مسئله رفتاری است (چاندلر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۲). فردی که درگیر انزوا می‌شود، گاهی چنان در تنهایی فرو می‌رود که گویی از هویت خود فاصله گرفته است. در حقیقت، انزوا نوعی حالت عصبی یا نارسایی عصبی محسوب می‌شود که در برخی موارد می‌تواند به عنوان یک سازوکار روانی و انتخابی برای تطابق با شرایط توسط فرد به کار رود (لای و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۴).

1. Haghigh
2. Lu et al.
3. internet addiction
4. Fernández-Martínez et al.
5. Yang et al.
6. Chen et al.
7. Kacar et al.
8. Yücens & Üzer
9. Isolation
10. Özer et al.
11. Tomida et al.
12. Chandler et al.
13. Lai et al.

علاوه بر آسیب به ارتباطات اجتماعی و شکل‌گیری انزوا در نوجوانان دچار اعتیاد به اینترنت، این روند نظم‌بخشی هیجانی^۱ را نیز مختل می‌سازد (لاکانی و اکبری، ۱۴۰۰). به تدریج، خودآگاهی هیجانی^۲ (کافی‌نیا و فرهادی، ۱۳۹۹) و پردازش سازگاران هیجان‌ها نیز در ایشان دچار اختلال می‌گردد (خوشخو و عیسی‌زادگان، ۱۴۰۱) و در نهایت می‌توان بروز نشانه‌های ناگویی هیجانی^۳ را در این گروه پیش‌بینی نمود. ناگویی هیجانی به درک محدود از حالت‌های عاطفی خود و دیگران اشاره دارد. افرادی که با این ویژگی توصیف می‌شوند، ارتباط ناچیزی بین ابعاد شناختی و تجربی هیجان با جنبه‌های بیانی، رفتاری و نوروفیزیولوژیکی آن برقرار می‌کنند (کنانگیل و همکاران، ۲۰۲۳). این خصوصیت با بی‌نظمی هیجانی و در مواردی با بروز اختلالات روان‌تنی و بیماری‌های جسمی مرتبط است. این سازه مشتمل بر سه بخش اصلی است: مشکل در شناسایی احساسات^۵، دشواری در بیان و توصیف عواطف^۶، و گرایش به تفکر عینی و خارج‌مدار^۷ (اوبید و همکاران، ۲۰۲۱). این ویژگی‌ها که هسته اصلی ناگویی هیجانی را شکل می‌دهند، نشان‌دهنده کاستی‌هایی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات محسوب می‌شوند (اوزدمیر و همکاران، ۲۰۲۵). به نظر می‌رسد در چنین شرایطی فرد قادر به ابراز هیجان‌های خود نیست، زیرا از وضعیت خلقی و عاطفی خویش آگاهی ندارد (ویلس و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه، تنش درونی ایجادشده می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روان‌شناختی و آسیب‌پذیری هیجانی قرار دهد (آیاچ و چالاه، ۲۰۲۵).

با توجه به اهمیت بهبود ابعاد روان‌شناختی، هیجانی، شناختی و اجتماعی نوجوانان مبتلا به اعتیاد اینترنتی، استفاده از مداخلات هدفمند ضروری به نظر می‌رسد. در این زمینه، کیفیت زندگی درمانی به عنوان یک روش مداخله‌ای جامع و اثربخش مطرح می‌باشد. اثربخشی بالینی این رویکرد در مطالعات متعددی از جمله پژوهش‌های حسینی و همکاران (۱۴۰۳)، نوروزی و همکاران (۱۴۰۲)، نجارپور استادی و همکاران (۱۴۰۰)، یزدی و همکاران (۱۳۹۹)، نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸) و یوسف‌وند و همکاران (۱۳۹۶) مورد تأیید قرار گرفته است. چنانکه این پژوهشگران نشان داده‌اند که کیفیت زندگی درمانی قادر است کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان، احساس تنهایی و عزت‌نفس دانش‌آموزان، مهارت‌های ارتباطی، اعتیاد به فضای مجازی، رضایت زناشویی و خودنظم‌جویی هیجانی زوجین و در نهایت تاب‌آوری تحصیلی و خودتأمین‌یافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین پژوهش‌های بین‌المللی از جمله کارنی و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۹) و یو و همکاران^{۱۳} (۲۰۲۲) نیز بر نقش مؤثر بهبود کیفیت زندگی در ارتقای مؤلفه‌های روانی افراد تأکید داشته‌اند. کیفیت زندگی درمانی که توسط فریش^{۱۴} (۲۰۰۶) توسعه یافته، با تلفیق رویکرد شناختی-رفتاری و روان‌شناسی مثبت‌نگر و بهره‌گیری از تکنیک‌هایی چون استعاره، تن‌آرامی و مراقبه، درصدد تأثیرگذاری بر جنبه‌های مختلف روان‌شناختی نوجوانان برمی‌آید (رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷). این رویکرد اگرچه از نظر فنون وابسته به روش‌های شناختی-رفتاری است، اما از حیث فلسفی متکی بر اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌باشد. کیفیت زندگی درمانی به عنوان یک روش کل‌نگر، به سلامت روان در بستر زندگی روزمره توجه دارد و می‌کوشد کلیه ابعاد مرتبط با این عامل را در چارچوب کیفیت زندگی بهبود بخشد (نجارپور و همکاران، ۱۴۰۰). در این روش درمانی، اصول و مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که به مراجعان کمک می‌کند نیازها، اهداف و آرزوهای خود را در حوزه‌های ارزشمند زندگی شناسایی، پیگیری و محقق سازند (یزدی و همکاران، ۱۳۹۹). هدف اصلی کیفیت زندگی درمانی، افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای از طریق غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است. در این چارچوب، مراقبت از خود معادل با غنای درونی در نظر گرفته می‌شود که به عنوان احساس

1. Emotion Regulation
2. Emotional self-awareness
3. alexithymia
4. Kenangil et al.
5. Difficulty in Identifying feelings
6. Difficulty in describing feelings
7. Externally oriented thinking
8. Obeid et al.
9. Ozdemir et al.
10. Willis et al.
11. Ayache, Chalah
12. Carney et al.
13. Yu et al.
14. Frisch

آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزمره به شیوه‌ای اندیشمندانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌گردد (فریش، ۲۰۰۶).

درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به عنوان یکی دیگر از رویکردهای درمانی کارآمد در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌های پژوهش‌های متعددی از جمله پان و همکاران^۱ (۲۰۲۵)، مهردادفر و همکاران^۲ (۲۰۲۳)، کندی و همکاران^۳ (۲۰۲۳)، شاو و همکاران^۴ (۲۰۲۰)، ساندین و همکاران^۵ (۲۰۲۰)؛ اصلی‌آزاد و همکاران (۱۴۰۴)؛ شرفی و همکاران (۱۴۰۲)؛ گوهری و همکاران (۱۴۰۲)؛ قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) نشان می‌دهد که این رویکرد بر عملکرد فردی، هیجانی و اجتماعی، مشکلات ارتباطی و هیجانی، شایستگی اجتماعی-هیجانی و ادراک خودکارآمدی، مهارت‌های عاطفی-اجتماعی و تعامل والد-فرزند و افسردگی و اضطراب کودکان و نوجوانان از اثربخشی قابل توجهی برخوردار است. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با بهره‌گیری از هیجان و تنظیم هیجانی به عنوان پایه‌های اصلی فرآیند درمانی، بر تجربه هیجانی و پاسخ سازگارانه به هیجان‌ها تأکید دارد (اخهارت و همکاران^۶، ۲۰۱۹). این رویکرد با تلفیق متغیرهای مشترک درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات هیجانی و استفاده از آخرین دستاوردهای علمی در حوزه هیجان همچون پردازش هیجانی، مدیریت هیجانی و ابراز سازگارانه هیجانات، درصدد هدف قرار دادن فرآیندهای اصلی زیربنایی اختلالات هیجانی و روانی برمی‌آید (شرمان و انریچ-مای^۷، ۲۰۲۰). اگرچه این درمان ریشه در درمان شناختی-رفتاری دارد، اما بر پردازش هیجانی و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانات تأکید ویژه‌ای می‌ورزد (اصلی‌آزاد و همکاران، ۱۴۰۴). هدف غایی این درمان، کسب مهارت‌های لازم توسط مراجعان برای مدیریت کارآمد هیجان‌ها و شناخت‌های منفی و کاهش تأثیرات نامطلوب آنهاست. در این پارادایم درمانی، افکار، رفتارها و احساسات در تعامل پویا و متقابل با یکدیگر قرار داشته و هر یک به نوبه خود در شکل‌دهی به تجربیات هیجانی نقش اساسی ایفا می‌کنند (کندی و همکاران، ۲۰۱۹).

انتخاب و مقایسه این دو مداخله مبتنی بر تبیین‌های نظری متمایز اما مکملی است که هر یک از رویکردها در مورد ماهیت و درمان اعتیاد به اینترنت و پیامدهای آن ارائه می‌دهند. از یک سو، کیفیت زندگی درمانی با تمرکز بر بهبود ادراک کلی فرد از رضایت در حیطه‌های مختلف زندگی، رویکردی فراتر از نشانه‌زدایی و معطوف به ارتقای بهزیستی جامع را دنبال می‌کند. این رویکرد بر این فرض استوار است که اعتیاد به اینترنت و پیامدهای آن مانند انزوایی و ناگویی هیجانی، ریشه در نارضایتی پایه‌ای از کیفیت زندگی دارد. در مقابل، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، با هدف قرار دادن فرآیندهای روانشناختی فراتشخیصی و هسته‌ای مشترک بین اختلالات (مانند اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی)، به ریشه‌یابی و اصلاح مکانیسم‌های زیربنایی این مشکلات می‌پردازد. بنابراین، مقایسه این دو رویکرد در واقع مقایسه یک مداخله متمرکز بر ارتقای رضایت و بهزیستی کلی با یک مداخله متمرکز بر تغییر مکانیسم‌های فراتشخیصی ناسازگار است. این مقایسه از آن جهت دارای اهمیت بالینی است که می‌تواند مشخص کند آیا پرداختن به رضایت کلی زندگی برای تغییر این مشکلات کافی است، یا مداخله در مکانیسم‌های عمیق‌تر روانشناختی ضروری‌تر و مؤثرتر است. پاسخ به این پرسش می‌تواند به درمانگران در انتخاب مداخله مبتنی بر علت‌شناسی مشکل و تدوین پروتکل‌های درمانی هدفمندتر یاری رساند.

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به گسترش روزافزون دسترسی به فناوری‌های دیجیتال، پدیده اعتیاد به اینترنت به یکی از چالش‌های عمده سلامت روان در نوجوانان تبدیل شده است. این وضعیت نه تنها الگوهای ارتباطی را دگرگون ساخته، بلکه با ایجاد اختلال در عملکردهای روانی-اجتماعی، پیامدهای ناگواری را به همراه دارد. مطالعات متعددی نشان می‌دهند که نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت، سطوح بالایی از انزوایی و ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند که خود به عنوان عوامل خطر برای اختلالات درونی‌سازی شده عمل می‌کنند. انزوایی، این افراد را در چرخه معیوب تنهایی و

1. Pan et al.
2. Mehrdadfar et al.
3. Kennedy
4. Shaw et al.
5. Sandin et al.
6. Eckhardt et al.
7. Sherman, Ehrenreich-May

پناه‌بردن به فضای مجازی گرفتار می‌سازد و ناگویی هیجانی، توانایی آنان را در پردازش و تنظیم هیجانات به شدت محدود می‌نماید. بنابراین، توجه علمی به این حوزه و طراحی مداخلاتی که به طور همزمان به هر دو این مؤلفه‌ها بپردازند، به یک ضرورت تبدیل شده است. از سوی دیگر، با وجود توسعه رویکردهای درمانی نوین، شکاف پژوهشی محسوسی در مقایسه مستقیم اثربخشی مداخلاتی که به طور یکپارچه به این مشکلات می‌پردازند، مشاهده می‌شود. کیفیت زندگی درمانی با تمرکز بر ارتقای ابعاد مختلف رفاه ذهنی و عینی، رویکردی امیدبخش برای بهبود نگرش نوجوانان نسبت به خود و زندگی‌شان ارائه می‌دهد. در مقابل، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، با هدف قرار دادن فرآیندهای فراتشخیصی زیربنایی مشترک در اختلالات هیجانی، رویکردی اقتصادی و کارآمد را ترویج می‌کند. مقایسه نظام‌مند این دو مداخله می‌تواند مشخص کند کدام یک برای جمعیت خاص نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت، که با ترکیبی از چالش‌های بین‌فردی و درون‌فردی دست و پنجه نرم می‌کنند، نتایج بهتری دارد. یافته‌های چنین پژوهشی می‌تواند مبنای علمی مستحکمی برای تدوین پروتکل‌های درمانی هدفمند و ارائه راهکارهای عملی به درمانگران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان نوجوانان فراهم آورد. بنابراین، با در نظر گرفتن اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در کاهش مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی افراد و همچنین با توجه به خلأ پژوهشی ناشی از نبود مطالعات مشابه، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر انزوای و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت است.

۲. روش

۱-۲. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل دادند که در مقطع دوم متوسطه مشغول به تحصیل بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و ۶۰ نوجوان دارای علائم اعتیاد به اینترنت انتخاب شدند. بدین منظور، از میان نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۶ به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس ۸ مدرسه دخترانه دوره دوم متوسطه از این ناحیه که همکاری لازم را داشتند، برگزیده شدند. دانش‌آموزان این مدارس با استفاده از پرسشنامه اعتیاد به اینترنت مورد غربالگری قرار گرفتند و تنها نوجوانانی که نمره بالاتر از ۶۰ در این پرسشنامه کسب کرده بودند، وارد پژوهش شدند. سپس ۶۰ نوجوان دختر واجد شرایط به صورت تصادفی در سه گروه (۲۰ نفر در گروه آزمایش اول، ۲۰ نفر در گروه آزمایش دوم و ۲۰ نفر در گروه گواه) جایگزین شدند. نوجوانان گروه‌های آزمایش، به ترتیب مداخلات کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون اجرا شد و به منظور اطمینان از پایداری نتایج، مرحله پیگیری پس از دو ماه انجام گرفت. در طول فرایند مداخله، ۴ نوجوان از گروه آزمایش اول، ۳ نوجوان از گروه آزمایش دوم و ۴ نوجوان از گروه گواه از ادامه همکاری انصراف دادند. در نهایت، ۴۹ نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نفر در گروه آزمایش اول، ۱۷ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۶ نفر در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت دختر، سن ۱۵ تا ۱۸ سال (تحصیل در پایه‌های دهم، یازدهم یا دوازدهم)، کسب نمره بالاتر از ۶۰ در پرسشنامه اعتیاد به اینترنت، رضایت نوجوان و والدین برای مشارکت، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی یا روان‌شناختی حاد یا مزمن (بر اساس پرونده سلامت و مشاوره) و عدم دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری یا انجام ندادن تکالیف، عدم تمایل به ادامه مشارکت، وقوع حوادث پیش‌بینی‌نشده مؤثر و مصرف داروهای روان‌پزشکی بودند.

۲-۲. ابزارهای سنجش

۲-۲-۱. **مقیاس اعتیاد به اینترنت^۱ (IAS):** مقیاس اعتیاد به اینترنت توسط یانگ^۲ (۱۹۹۹) طراحی شد و به عنوان ابزاری معتبر برای سنجش اعتیاد اینترنتی مورد استقبال گسترده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (به ندرت تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده اعتیاد به اینترنت محسوب می‌شود. یانگ (۱۹۹۹) پایایی درونی این ابزار را بالاتر از ۰/۹۲ گزارش کرده و روایی بازآزمایی آن نیز معنادار ذکر شده است. همچنین روایی صوری پرسشنامه توسط ایشان بسیار بالا ارزیابی شده است. در نمونه ایرانی، علوی و همکاران (۱۳۸۹)؛ به نقل از نفریه طالخونچه و همکاران، ۱۴۰۳) روایی محتوایی و همگرایی مطلوب، پایایی بازآزمایی ($r=0/82$)، همسانی درونی ($\alpha=0/88$) و تنصیف ($r=0/72$) را تأیید کردند. مطالعه نفریه طالخونچه و همکاران (۱۴۰۳) نیز پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را برای این مقیاس گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مناسب ابزار است.

۲-۲-۲. **پرسشنامه ناگویی هیجانی^۳ (AQ):** پرسشنامه ناگویی هیجانی توسط بگبی و همکاران^۴ (۱۹۹۴) طراحی شد و مشتمل بر ۲۰ گویه است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۵ (۷ سوال: سوالات ۱ تا ۷)، دشواری در توصیف احساسات^۶ (۵ سوال: سوالات ۸ تا ۱۲) و تفکر معطوف به بیرون^۷ (۸ سوال: سوالات ۱۳ تا ۲۰) است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر ناگویی هیجانی است. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) روایی محتوایی این پرسشنامه را ۰/۸۷ و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش صبغی و مهدی‌زادگان (۱۳۹۸) پایایی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد و روایی سازه آن نیز ۰/۸۶ گزارش گردید. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه ناگویی هیجانی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد قابل قبول ابزار است.

۲-۲-۳. **پرسشنامه انزواطلبی^۸ (IQ):** پرسشنامه انزواطلبی توسط چلی و کافی (۱۳۸۳) طراحی شده و شامل ۱۹ گویه در چهار مؤلفه تنهایی اجتماعی^۹ (شامل ۶ سوال: سوالات ۱ تا ۶)، عجز^{۱۰} (شامل ۴ سوال: سوالات ۷ تا ۱۰)، یأس اجتماعی^{۱۱} (شامل ۵ سوال: سوالات ۱۱ تا ۱۵) و کاهش تحمل اجتماعی^{۱۲} (شامل ۴ سوال: سوالات ۱۶ تا ۱۹) است. این ابزار بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر است. بر خلاف جهت‌گیری معمول در پرسشنامه‌ها، در این ابزار نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح پایین‌تر انزواطلبی و نمره پایین‌تر حاکی از انزواطلبی بیشتر است. مدرسی یزدی (۱۳۹۳) روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه را تأیید کرده و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مطلوب ابزار است.

1. Internet Addiction Scale
2. Young
3. Alexitimia Questionnaire
4. Bagby et al.
5. Difficulty identifying emotions
6. Difficulty describing feelings
7. Outward thinking
8. Isolation Questionnaire
9. Social loneliness
10. helplessness
11. social despair
12. decreased social tolerance

۳-۲. روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع مرتبط آموزش و پرورش و مدیران مدارس و تکمیل فرآیند نمونه‌گیری، تعداد ۶۰ نوجوان دختر دارای علائم اعتیاد به اینترنت به شیوه تصادفی در سه گروه مساوی (۲۰ نفره) شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش اول مداخله کیفیت زندگی درمانی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی هشت هفته دریافت نمودند، همچنین گروه آزمایش دوم تحت مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با همان تعداد جلسات و مدت زمان قرار گرفتند. گروه گواه در طول این دوره هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، آزمون پس‌آزمون اجرا شد و به منظور اطمینان از پایداری نتایج، مرحله پیگیری پس از دو ماه انجام گرفت. در طول فرآیند مداخله، ۱۱ نفر از شرکت‌کنندگان (۴ نفر از گروه آزمایش اول، ۳ نفر از گروه آزمایش دوم و ۴ نفر از گروه گواه) از ادامه پژوهش انصراف دادند که در نهایت تعداد ۴۹ نفر (۱۶ نفر در گروه آزمایش اول، ۱۷ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۶ نفر در گروه گواه) در پژوهش باقی ماندند.

۳-۲-۱. پروتکل کیفیت زندگی درمانی

پروتکل کیفیت زندگی درمانی بر اساس مدل **فریش (۲۰۰۶)** و مطابق با مطالعه **نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸)** اجرا شد که پیشتر اثربخشی آن برای نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت تأیید شده است. این پروتکل توسط پژوهشگر اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات کیفیت زندگی درمانی (فریش، ۲۰۰۶؛ به نقل از نجارزادگان و فرهادی، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	ایجاد پایه‌های نظری و رابطه درمانی و اجرای ارزیابی پایه	در جلسه اول مداخله، ابتدا اعضای گروه با یکدیگر آشنا شده و رابطه مبتنی بر همکاری و اعتماد متقابل شکل گرفت. اهداف کلی گروه تشریح گردید و قوانین جلسات شامل توجه کامل به مباحث و انجام تمرین‌های مربوطه به صورت شفافیت بیان شد. سپس شرکت‌کنندگان با مفاهیم پایه کیفیت زندگی درمانی از طریق ارائه تصویر درختی شانزده حوزه کیفیت زندگی آشنا شدند. در ادامه، میزان رضایت هر یک از اعضا در این شانزده حوزه مورد بررسی و ثبت قرار گرفت. هدف نهایی دوره و منطق درمانی آن به طور کامل برای شرکت‌کنندگان تبیین شد و در پایان، به عنوان تکلیف منزل، از هر فرد خواسته شد تا توانمندی‌ها و نقاط قوت شخصی خود را در حدود یک صفحه مکتوب کند. این فعالیت به منظور تقویت خودآگاهی و شناسایی منابع درونی افراد طراحی شده بود.
جلسه دوم	عینی‌سازی و عملیاتی‌سازی مفهوم کیفیت زندگی و آغاز فرآیند برنامه‌ریزی برای ارتقای آن	در جلسه دوم، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد. سپس کیفیت زندگی و رضایت از زندگی تعریف گردید و مقیاس کیفیت زندگی اجرا شد که بر اساس میزان رضایت شرکت‌کنندگان نمره‌گذاری گردید. اعضای گروه با پنج راهکار کلیدی برای دستیابی به رضایت از زندگی آشنا شدند و برای هر یک از حیطه‌های شانزده‌گانه، پنج بعد رضایت مشخص شده و حیطه‌ها به منظور عملکرد بهتر رتبه‌بندی شدند. در ادامه، ابعاد کیفیت زندگی درمانی همراه با پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی معرفی گردید. شرکت‌کنندگان از طریق کار بر روی شرایط عینی و تغییر نگرش، به دنبال افزایش رضایت از زندگی مبتنی بر این اصول بودند. اهداف در شانزده بعد زندگی مورد ارزیابی قرار گرفت و تمرین "کیک شادمانی" اجرا شد. همچنین علل نارضایتی در هر حیطه به دقت بررسی گردید. به عنوان تکلیف، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا کاربرگ نظارت هرووزه بر ابعاد زندگی را تکمیل کرده و کیک شادمانی خود را ترسیم نمایند. در پایان، اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت برای هر حیطه تعریف شد و تکلیف منزل شامل نوشتن نامه‌ای به اشخاص مهم برای ابراز قدردانی تعیین گردید. این فعالیت‌ها با هدف تقویت نگرش مثبت و افزایش رضایت از زندگی طراحی شده بودند.
جلسه سوم	بازسازی شناختی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار و باورهای ناسازگارانه به عنوان یکی از موانع اصلی کسب رضایت از زندگی	در جلسه سوم، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد و تکالیف انجام شده توسط اعضا مورد بررسی قرار گرفت. سپس گروه آزمایش با عوامل تأثیرگذاری همچون کیفیت ارتباطات خانوادگی، سطح حمایت و پذیرش اعضای خانواده آشنا شدند. در ادامه، چند نفر از اعضا به صورت داوطلبانه افکار خود را بر روی تابلو نوشتند و فرآیند جایگزینی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی به گروه آموزش داده شد. اصول و فرض‌های زیربنایی افکار مورد تحلیل قرار گرفت و باورهای محوری افکار غیرمنطقی شناسایی شد. همچنین تکنیک‌های به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی به صورت عملی تمرین شد. در پایان، تکلیف منزل شامل ثبت روزانه داده‌های مربوط به استرس و طرح پرسش‌های ذهنی برای بررسی افکار تعیین گردید. این فعالیت با هدف افزایش خودآگاهی و اصلاح الگوهای فکری ناسازگار طراحی شد.

جلسه	هدف	شرح جلسه
جلسه چهارم	تعمیق و کاربردی‌سازی مفاهیم کیفیت زندگی از طریق تمرکز بر سه محور بنیادین غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی	در جلسه چهارم، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد و تکالیف انجام شده توسط اعضا مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. سپس شرکت‌کنندگان با سه محور اساسی بهبود کیفیت زندگی یعنی غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی آشنا شدند. غنای درونی به طور مشروح تعریف شده و ابعاد مختلف آن همراه با راه‌های دستیابی به آن معرفی گردید. در ادامه، نیمرخ روانی هر یک از اعضا مورد بررسی قرار گرفت و چگونگی تحلیل و بهبود کیفیت آن آموزش داده شد. کیفیت زمان به عنوان محور دوم تعریف شده و فنون کاربردی برای رسیدن به آن ارائه گردید. همچنین هدف‌گذاری واقع‌بینانه به عنوان سومین ریشه از مدل پنج‌ریشه‌ای (S) مورد تأکید قرار گرفت. در بخش عملی جلسه، بر تغییر اولویت‌بندی مسائل مهم زندگی و افزایش رضایت در حوزه‌هایی که پیش‌تر سطح رضایت پایینی داشتند کار شد. در پایان، تکلیف منزل شامل تکمیل کاربرگ اهداف درازمدت در حیطه‌های مختلف زندگی تعیین گردید تا شرکت‌کنندگان بتوانند آموخته‌های جلسه را در عمل پیاده‌سازی کنند. این جلسه با هدف تقویت خودآگاهی و بهبود برنامه‌ریزی زندگی طراحی شده بود.
جلسه پنجم	تکمیل چارچوب نظری و عملی مداخله با آموزش سه رکن نهایی (کیفیت زمان، معنای زندگی و اصول شانزده‌گانه) و یکپارچه‌سازی تمامی آموخته‌ها در یک برنامه عملیاتی منسجم	در جلسه پنجم، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد و تکالیف انجام شده توسط اعضا مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. سپس شرکت‌کنندگان با سایر فنون کیفیت زمان و همچنین مفهوم معنای زندگی و راهکارهای دستیابی به آن آشنا شدند. در ادامه، راه‌های عملی برای افزایش رضایت از زندگی آموزش داده شد و معنای زندگی به همراه راه‌های تحقق آن به طور مشروح تعریف گردید. اهداف معنا‌آفرین و نقش آن‌ها در ارتقای کیفیت زندگی مورد بحث قرار گرفت. همچنین شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی با تأکید بر این نکته که این اصول قابلیت تغییر رضایت از ابعاد مختلف زندگی را دارا می‌باشند، به صورت جامع آموزش داده شد. در پایان، تکلیف منزل شامل تهیه فهرستی از اصول شادمانی تعیین گردید تا شرکت‌کنندگان بتوانند با به‌کارگیری این اصول، رضایت خود از زندگی را افزایش دهند. این جلسه با هدف تقویت مهارت‌های مدیریت زندگی و افزایش رضایت کلی از زندگی طراحی شده بود.
جلسه ششم	تحکیم و نهادینه‌سازی آموخته‌ها با تأکید ویژه بر مدیریت مؤثر هیجانات منفی و تثبیت نگرش سازنده به عنوان پایه‌ای برای تغییر پایدار	در جلسه ششم، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد و تکالیف انجام شده توسط اعضا مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. سپس شرکت‌کنندگان با پنج بعد رضایت از زندگی و راهکارهای کاهش عاطفه منفی آشنا شدند. مروری جامع بر مدل پنج‌گانه رضایت انجام گرفت و فنون تغییر نگرش و کاهش عاطفه منفی به همراه منطق زیربنایی آن‌ها به طور مشروح توضیح داده شد. تمرین‌های عملی مرتبط با تغییر نگرش و تنظیم عاطفه به صورت گام‌به‌گام آموزش داده شده و توسط اعضا تمرین گردید. در ادامه، اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی با تأکید بر کاربرد عملی آن‌ها در افزایش رضایت از زندگی ادامه یافت. در پایان جلسه، تکلیف منزل شامل انجام تمرین‌های مراقبه آگاهانه تعیین گردید تا شرکت‌کنندگان بتوانند مهارت‌های کسب شده در زمینه تنظیم هیجانی و افزایش آگاهی را در زندگی روزمره خود به کار گیرند. این جلسه با هدف تقویت توانایی مدیریت هیجانات منفی و ارتقای رضایت از زندگی طراحی شده بود.
جلسه هفتم	تثبیت مهارت‌های اکتسابی با تأکید بر انعطاف‌پذیری در هدف‌گذاری و تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی به عنوان پایه‌های بلندمدت رضایت از زندگی	در جلسه هفتم، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد و تکالیف انجام شده توسط اعضا مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. سپس شرکت‌کنندگان با پنج بعد رضایت از زندگی و راهکارهای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی آشنا شدند. در ادامه، فنون تغییر اهداف و تعدیل آن‌ها با توجه به شرایط واقعی زندگی آموزش داده شد. همچنین راهکارهای اصلاح اولویت‌ها و تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌های زندگی به صورت عملی مورد بحث و تمرین قرار گرفت. آموزش اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی با تأکید بر جنبه‌های کاربردی آن ادامه یافت. در پایان، تکلیف منزل شامل به‌کارگیری اصول شادکامی و ثبت روزانه افکار به شیوه‌ای خردمندانه تعیین گردید. این فعالیت با هدف تقویت خودنظارتی و ارتقای کیفیت زندگی طراحی شد.
جلسه هشتم	خلاصه‌سازی، یکپارچه‌سازی و تعمیم تمامی آموخته‌های دوره به زندگی روزمره برای تضمین تداوم و پایداری نتایج پس از پایان مداخله	در جلسه هشتم، ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل ارائه شد و تکالیف انجام شده توسط اعضا مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. سپس شرکت‌کنندگان با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی آشنا شدند. در ادامه، آموزش تعمیم مدل CASIO به تمامی ابعاد زندگی و چگونگی به‌کارگیری اصول درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در شرایط واقعی ارائه گردید. این بخش شامل تمرین‌های عملی برای یکپارچه‌سازی آموخته‌ها در زندگی روزمره بود. در پایان دوره، جمع‌بندی جامعی از تمامی مباحث مطرح شده در هشت جلسه ارائه شد و تأکید گردید که شرکت‌کنندگان می‌توانند با تداوم به‌کارگیری این اصول، کیفیت زندگی خود را به صورت پایدار بهبود بخشند. به عنوان آخرین تکلیف، از اعضا خواسته شد برنامه فعالیت روزانه خود را بر اساس اصول آموخته شده طراحی و اجرا نمایند. این جلسه با هدف تثبیت آموخته‌ها و تسهیل انتقال آن‌ها به زندگی واقعی طراحی شده بود.

۳-۲-۲. پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر

پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر نیز بر اساس مدل بارلو و همکاران^۱ (۲۰۱۸؛ ترجمه قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی، ۱۴۰۰) تنظیم گردید که کیفیت بالینی آن نیز در پژوهش [قاسم‌زاده و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) مورد تأیید قرار گرفته است. این پروتکل توسط یک متخصص دارای گواهینامه درمانگری درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸؛ به نقل از قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	افزایش انگیزه نوجوانان	در جلسه اول، مصاحبه انگیزشی به منظور جلب مشارکت و همکاری نوجوانان در طول دوره درمان انجام شد. در این راستا، منطق درمان و اهداف کلی مداخله به صورت شفاف برای شرکت‌کنندگان تبیین گردید. همچنین بستر مناسبی برای ایجاد ارتباط مبتنی بر اعتماد و همکاری میان اعضای گروه فراهم آمد. در ادامه، اهداف درمانی به صورت مشترک تعیین شده و انتظارات از شرکت‌کنندگان در طول دوره به وضوح بیان شد. این جلسه با هدف ایجاد انگیزه و تعهد در نوجوانان برای مشارکت فعال در فرآیند درمان طراحی شده بود.	-
دوم	ارائه آموزش روانی و هیجانی	در جلسه دوم، ابتدا هیجان‌های اولیه و ثانویه به شرکت‌کنندگان معرفی شده و تفاوت‌های بین این دو نوع هیجان به طور مبسوط توضیح داده شد. سپس فرآیند ردیابی تجارب هیجانی در موقعیت‌های مختلف زندگی آموزش داده شد. در ادامه، مدل سه‌مولفه‌ای تجارب هیجانی (شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری) به صورت جامع ارائه گردید و ارتباط بین این مولفه‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین مدل درک هیجانات و رفتارهای برخاسته از آنها به صورت عملی آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان با استفاده از مثال‌های عینی به تمرین این مدل پرداختند. این جلسه با هدف افزایش خودآگاهی هیجانی و درک بهتر ارتباط بین هیجانات و رفتارها طراحی شده بود. در پایان، تکلیف منزل شامل ثبت تجارب هیجانی روزانه و تحلیل آنها بر اساس مدل‌های آموزش داده شده تعیین گردید.	تمرین شناسایی هیجانات اولیه و ثانویه
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	در جلسه سوم، مشاهده و بررسی تجارب هیجانی (شامل هیجانات و واکنش‌های مرتبط با آنها) با به‌کارگیری تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب با سطح شناختی نوجوانان مورد توجه قرار گرفت. در این جلسه، شرکت‌کنندگان با استفاده از تمرین‌های عملی ذهن‌آگاهی، توانایی خود را در مشاهده غیرقضاوتی هیجانات و واکنش‌های هیجانی تقویت نمودند. همچنین با بهره‌گیری از استعاره‌های قابل درک و متناسب با دنیای نوجوانی، درک بهتری از فرآیندهای هیجانی کسب کردند. این جلسه با هدف ارتقای مهارت‌های نظارت بر هیجانات و افزایش پذیرش تجارب هیجانی طراحی شده بود. در پایان، تکلیف منزل شامل تمرین روزانه تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و ثبت مشاهدات مربوط به تجارب هیجانی تعیین گردید.	انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی در منزل

^۱. Barlow et al.

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی و شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	در جلسه چهارم، ابتدا به ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل افکار و هیجانات پرداخته شد و روابط پیچیده بین این دو مؤلفه مورد بررسی قرار گرفت. شرکت کنندگان با شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه و افکار خودکار منفی آشنا شده و زمینه‌های مشترک الگوهای تفکر ناکارآمد در آنان تحلیل گردید. سپس تکنیک‌های ارزیابی مجدد شناختی به صورت عملی آموزش داده شد و با استفاده از بازی‌های فکری و گروهی متناسب با فضای نوجوانی، انعطاف‌پذیری تفکر در موقعیت‌های مختلف تمرین گردید. در ادامه، راهبردهای مختلف اجتناب از هیجانات و تأثیرات پارادوکسیکال آن بر تجربیات عاطفی مورد بحث قرار گرفت. همچنین پیامدهای انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی به صورت مبسوط تبیین شد. این جلسه با هدف تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی و کاهش اجتناب تجربی طراحی شده بود. در پایان، تکلیف منزل شامل ثبت موقعیت‌های اجتناب هیجانی و تحلیل تأثیرات آن تعیین گردید.	یادداشت پنج رفتاری که متأثر از تأثیر متقابل افکار و هیجان‌ها هستند. مشخص کردن ده مورد از انکار هیجانی و یادداشت آن در طول هفته
پنجم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	در جلسه پنجم، شرکت کنندگان با شناسایی و تحلیل رفتارهای ناشی از عواطف در تعاملات اجتماعی با همسالان آشنا شدند. این جلسه بر درک تأثیر متقابل رفتارهای هیجانی بر تجارب عاطفی فرد و اطرافیان تمرکز داشت. شرکت کنندگان از طریق تمرین‌های عملی و بحث‌های گروهی، هیجان‌های ناسازگارانه که منجر به رفتارهای نامناسب در روابط بین فردی می‌شوند را شناسایی کردند. همچنین زمینه‌های بروز هیجانات مثبت و رفتارهای سازنده در تعاملات اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. تکنیک‌های جایگزینی رفتارهای ناسازگار با پاسخ‌های سازنده آموزش داده شد و نقش پذیرش هیجانی در بهبود کیفیت روابط بین فردی تبیین گردید. این جلسه با هدف ارتقای مهارت‌های مدیریت هیجانات در بافت اجتماعی و بهبود کیفیت تعاملات بین فردی طراحی شده بود. در پایان، تکلیف منزل شامل ثبت تجربیات تعاملی با همسالان و تحلیل هیجان‌های مرتبط با آن تعیین گردید.	یادداشت ده مورد از هیجانات ناسازگارانه که در طول هفته بر رفتار آنان تأثیر گذاشته است.
ششم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	در جلسه ششم، بر افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی تمرکز شد. شرکت کنندگان از طریق تمرینات عمیق مقابله‌ای، توانایی خود را در شناسایی و پردازش احساسات بدنی مرتبط با هیجانات تقویت نمودند. این جلسه شامل آموزش تکنیک‌های مبتنی بر توجه به حس‌های فیزیکی بدن (مانند تنش عضلانی، ضربان قلب، تنفس) و ارتباط آنها با حالت‌های هیجانی بود. تمرینات منظمی برای افزایش تحمل نسبت به علائم بدنی ناخوشایند طراحی شد که شامل تنفس دیافراگمی، اسکن بدن و ریلکسیشن پیشرونده عضلانی بود. شرکت کنندگان یاد گرفتند چگونه این علائم را بدون قضاوت مشاهده کرده و پاسخ‌های سازگارانه‌تری به آنها ارائه دهند. این جلسه با هدف تقویت یکپارچگی ذهن-بدن و کاهش اجتناب از تجارب بدنی ناخوشایند طراحی شده بود. در پایان، تکلیف منزل شامل تمرین روزانه تکنیک‌های آگاهی از احساسات بدنی و ثبت پاسخ‌های هیجانی مرتبط تعیین گردید.	تمرین احساس‌های بدنی با استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
هفتم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	در جلسه هفتم، شرکت‌کنندگان با منطق علمی رویارویی هیجانی و ضرورت مواجهه تدریجی با محرک‌های هیجان‌انگیز آشنا شدند و به صورت گام‌به‌گام فرآیند تهیه سلسله‌مراتب ترس و شناسایی الگوهای اجتناب مقابله‌ای هیجانی را به شیوه‌ای بصری و عینی فراگرفتند. این جلسه شامل آموزش راهبردهای مقابله‌ای برای پذیرش و مدیریت احساسات مخرب از طریق تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرینات ذهن‌آگاهی برای مشاهده بدون قضاوت هیجانات، و بازسازی شناختی پاسخ‌های هیجانی بود. هدف اصلی این جلسه کاهش اجتناب هیجانی و افزایش تاب‌آوری در مواجهه با تجارب ناخوشایند از طریق مواجهه تدریجی و سیستماتیک با محرک‌های اضطراب‌آور بود. در پایان، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا سلسله‌مراتب شخصی ترس‌های خود را تهیه کرده و مواجهه تدریجی با سطوح پایین‌تر این سلسله‌مراتب را به عنوان تکلیف منزل اجرا نمایند.	تمرین پذیرش روانی و احساسی و یادداشت تأثیرات آن بر رفتار نوجوان.
هشتم	آموزش راهبرد بازداري و ابرازگري هیجانی	در جلسه هشتم و پایانی، شرکت‌کنندگان با شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداري هیجانی و بررسی پیامدهای عاطفی آن آشنا شدند. این جلسه شامل آموزش عملی مواجهه کنترل‌شده با محرک‌های هیجانی، تکنیک‌های ابراز هیجان سازنده، و اصلاح رفتار از طریق تقویت تقویت‌کننده‌های محیطی بود. همچنین روش‌های تخلیه هیجانی سالم، آرام‌سازی (آرمیدگی) و عمل متضاد (عمل معکوس) به عنوان راهکارهای مدیریت هیجانات آموزش داده شد. در پایان دوره، جمع‌بندی جامعی از تمامی مباحث ارائه شد و بر تداوم به‌کارگیری مهارت‌های کسب‌شده در زندگی روزمره تأکید گردید. این جلسه با هدف تثبیت آموخته‌ها و توانمندسازی نوجوانان در مدیریت هیجانات به صورت مستقل طراحی شده بود.	-

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید. در سطح آمار استنباطی، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ (با حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) بررسی شد. سپس برابری واریانس‌ها با آزمون لوین^۲ و پایایی فرض کرویت داده‌ها با آزمون موچلی^۳ (با حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) تأیید گردید. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و به منظور مقایسه‌های زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام پذیرفت.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

یافته‌های جمعیت شناختی سن و تحصیلات افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

^۱. Shapiro-Wilk test

^۲. Levine test

^۳. Mauchly's test

^۴. Mixed variance analysis

^۵. Bonferroni follow-up test

جدول ۳. یافته‌های جمعیت شناختی سن و تحصیلات افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه

متغیر جمعیت شناختی سن				
گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون f	
			آماره f	درجه آزادی
			معناداری	
گروه کیفیت زندگی درمانی	۱۶/۸۶	۱/۳۲	۶/۲۳	۳
گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر	۱۶/۶۷	۱/۲۲	۰/۶۹	
گروه گواه	۱۶/۱۰	۱/۵۶		

یافته‌های دموگرافیک پژوهش در جدول ۳ نشان داد که میانگین سنی نوجوانان در گروه آزمایش کیفیت زندگی درمانی ۱۶/۸۶ سال، در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر ۱۶/۷۶ سال و در گروه گواه ۱۶/۱۰ سال بوده و نتایج تحلیل واریانس یک طرفه حاکی از عدم تفاوت معنادار بین میانگین سنی گروه‌ها بود.

جدول ۴. یافته‌های جمعیت تحصیلات افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه

تحصیلات	گروه‌ها	فراوانی	درصد	آزمون خی دو	
			فراوانی	مقدار خی دو	درجه آزادی
				معناداری	
دهم	گروه کیفیت زندگی درمانی	۵	۳۱/۲۵	۵۰	۲
	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر	۴	۲۳/۵۳		
	گروه گواه	۳	۱۸/۷۵		
یازدهم	گروه کیفیت زندگی درمانی	۸	۴۷/۰۶	۵۶/۲۵	۲
	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر	۹	۵۶/۲۵		
	گروه گواه	۳	۱۸/۷۵		
دوازدهم	گروه کیفیت زندگی درمانی	۵	۲۹/۴۱	۲۵	۲
	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر	۴	۲۵		

جدول شماره ۴ نشان داد از نظر توزیع پایه تحصیلی، در گروه کیفیت زندگی درمانی ۳۱/۲۵ درصد پایه دهم، ۵۰ درصد پایه یازدهم و ۱۸/۷۵ درصد پایه دوازدهم؛ در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر ۲۳/۵۳ درصد پایه دهم، ۴۷/۰۶ درصد پایه یازدهم و ۲۹/۴۱ درصد پایه دوازدهم؛ و در گروه گواه ۱۸/۷۵ درصد پایه دهم، ۵۶/۲۵ درصد پایه یازدهم و ۲۵ درصد پایه دوازدهم قرار داشتند که بر اساس نتایج آزمون خی دو، بین توزیع پایه تحصیلی گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

میانگین و انحراف استاندارد انزو اطلبی و ناگویی هیجانی در گروه‌های آزمایش کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر و گروه گواه در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد انزواطلبی و ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های این دو متغیر در دو گروه آزمایش و گروه گواه

گروه ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انزواطلبی	۵۸/۶۲	۷/۰۹	۴۸/۱۸	۷/۸۱	۵۱/۱۲	۷/۵۷
	۵۸/۹۴	۷/۳۵	۴۷/۳۵	۷/۵۲	۵۰/۴۷	۷/۱۸
	۶۰/۰۶	۸/۰۷	۶۲/۶۸	۸/۴۸	۶۸/۶۸	۸/۲۸
زیرمقیاس‌های انزواطلبی	۱۷/۰۶	۳/۹۸	۱۴/۱۲	۲/۳۰	۱۴/۸۷	۲/۰۹
	۱۸/۰۵	۳/۲۲	۱۴/۷۶	۲/۲۵	۱۵/۴۷	۲/۹۰
	۱۸/۱۲	۲/۹۹	۱۸/۳۷	۲/۲۱	۱۸/۳۱	۲/۸۸
	۱۴/۸۷	۲/۳۶	۱۲/۱۸	۲/۴۲	۱۲/۹۳	۲/۲۸
	۱۴/۷۶	۲/۰۷	۱۱/۷۶	۲/۸۱	۱۲/۸۸	۲/۷۳
	۱۴/۵۰	۲/۵۰	۱۵	۲/۳۳	۱۴/۷۵	۲/۲۰
	۱۵/۴۳	۲/۹۶	۱۲/۸۷	۲/۳۰	۱۳/۶۸	۲/۸۱
	۱۵/۰۵	۲/۹۸	۱۲/۰۵	۲/۵۹	۱۲/۹۴	۲/۴۳
	۱۶	۲/۰۶	۱۶/۷۵	۲/۲۰	۱۶/۵۰	۲/۱۶
	۱۱/۲۵	۲/۹۴	۹	۲/۴۲	۹/۶۲	۲/۳۰
	۱۱/۰۵	۲/۱۰	۸/۷۶	۱/۹۸	۹/۱۷	۲/۲۷
	۱۱/۴۳	۲/۹۳	۱۲/۵۶	۲/۰۶	۱۲/۱۲	۲/۸۵
ناگویی هیجانی	۶۵/۳۷	۷/۲۵	۵۳/۴۳	۸/۸۳	۵۵/۸۷	۷/۳۲
	۶۱/۸۲	۸/۹۰	۴۶/۴۷	۸/۴۴	۴۹/۵۸	۸/۴۱
	۶۶/۰۶	۹/۲۵	۶۷/۲۵	۹/۷۴	۶۷/۷۵	۹/۷۷
زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی	۲۱/۸۷	۴/۶۶	۱۷/۲۵	۴/۷۱	۱۸/۳۷	۴/۲۴
	۲۰/۹۴	۴/۱۳	۱۵/۴۷	۵/۶۰	۱۶/۵۳	۴/۱۵
	۲۱/۸۷	۴/۱۵	۲۲/۱۸	۴/۷۹	۲۲/۶۲	۴/۰۹
	۱۷/۳۷	۴/۵۳	۱۳/۹۳	۳/۲۵	۱۴/۵۶	۳/۹۶
	۱۶/۴۷	۳/۳۹	۱۲/۲۳	۳/۴۴	۱۳/۲۳	۳/۰۹
	۱۸/۳۱	۳/۶۹	۱۸/۶۸	۳/۳۶	۱۸/۵۶	۳/۴۸
	۲۶/۱۲	۴/۷۳	۲۲/۲۵	۴/۴۲	۲۲/۹۲	۴/۳۰
	۲۴/۴۱	۴/۱۴	۱۸/۷۶	۴/۴۱	۱۹/۸۲	۴/۳۲
	۲۵/۸۷	۴/۵۱	۲۶/۳۷	۴/۱۸	۲۶/۵۶	۴/۱۹

نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که مداخلات انجام‌شده در هر دو گروه آزمایشی منجر به کاهش قابل ملاحظه‌ای در میانگین نمرات انزواطلبی و ناگویی هیجانی شده است. در مقابل، گروه گواه تغییر محسوسی در هیچ یک از متغیرها تجربه نکرده است. این یافته‌ها به وضوح نشان می‌دهد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه، تأثیر مثبت و کاهشی بر علائم انزواطلبی و ناگویی هیجانی داشته‌اند. در بخش بعدی، با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی، معناداری آماری این تغییرات و همچنین مقایسه میزان اثربخشی دو مداخله مورد بررسی دقیق‌تر قرار خواهد گرفت.

۳-۳. بررسی پیش فرض‌های آزمون پارامتریک

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در انزواطلبی ($F=0/10$; $P=0/20$) و ناگویی

هیجانی ($F=0/17$; $P=0/18$) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در انزوآطلبی ($F=0/32$; $P=0/48$) و ناگویی هیجانی ($F=0/49$; $P=0/33$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در انزوآطلبی ($Mauchlys W=0/92$; $P=0/32$) و ناگویی هیجانی ($Mauchlys W=0/90$; $P=0/14$) رعایت شده است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۶: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی متغیرهای انزوآطلبی و ناگویی هیجانی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
انزوآطلبی	زمان	۲	۵۵۱/۰۱	۶۴/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	عضویت گروهی	۲	۱۵۰۱/۲۶	۲۰/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۲۶۶/۷۹	۳۱/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
خطا		۹۲	۷۸۲/۸۳	۸/۵۱			
تنهایی اجتماعی	زمان	۲	۵۳/۲۸	۵۲/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
	عضویت گروهی	۲	۱۱۰/۵۸	۱۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۱۶/۹۴	۱۶/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۱
خطا		۹۲	۹۲/۶۴	۱			
عجز	زمان	۲	۳۸/۳۲	۵۲/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
	عضویت گروهی	۲	۳۷/۷۰	۱۹/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۱۵/۶۸	۲۱/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
خطا		۹۲	۶۶/۹۶	۰/۷۲			
یأس اجتماعی	زمان	۲	۳۳/۱۷	۳۹/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
	عضویت گروهی	۲	۱۳۷/۴۱	۲۴/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۱۷/۸۹	۲۱/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
خطا		۹۲	۷۹/۳۰	۰/۸۳			
کاهش تحمل اجتماعی	زمان	۲	۱۸/۱۳	۳۰/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۱
	عضویت گروهی	۲	۸۱/۶۹	۲۰/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۱۶/۶۲	۲۸/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
خطا		۹۲	۵۴/۳۴	۰/۵۹			
ناگویی هیجانی	زمان	۲	۱۰۱۵/۴۱	۹۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
	عضویت گروهی	۲	۲۵۹۲/۰۱	۲۹/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۳۵۹/۵۹	۳۲/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
خطا		۹۲	۱۰۳۱/۸۲	۱۱/۲۱			
دشواری در شناسایی احساسات	زمان	۲	۱۳۹/۵۱	۶۱/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
	عضویت گروهی	۲	۲۶۷/۵۵	۲۳/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۴۷/۳۷	۲۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
خطا		۹۲	۲۰۹/۷۲	۲/۲۸			
دشواری در توصیف احساسات	زمان	۲	۸۰/۸۰	۶۱/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
	عضویت گروهی	۲	۲۶۷/۶۹	۲۳/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
	تعامل زمان و گروه	۴	۲۷/۱۳	۲۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
خطا		۹۲	۱۲۱/۵۸	۱/۳۲			
زمان		۲	۱۲۲/۷۴	۶۴/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱

تفکر	عضویت گروهی	۶۸۸/۴۶	۲	۳۴۴/۲۳	۲۶/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
معطوف به	تعامل زمان و گروه	۱۹۲/۴۳	۴	۴۸/۱۱	۲۵/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
بیرون	خطا	۱۷۴/۱۴	۹۲	۱/۸۹				

نتایج حاصل جدول شماره ۶ بیانگر آن بود که عامل زمان (مراحل سه گانه ارزیابی شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) اثر معناداری بر نمرات انزوایی با اندازه اثر ۵۸ درصد ($\eta^2 = 0.58$)، تنهایی اجتماعی با اندازه اثر ۵۳ درصد ($\eta^2 = 0.53$)، عجز با اندازه اثر ۵۳ درصد ($\eta^2 = 0.53$)، یأس اجتماعی با اندازه اثر ۴۶ درصد ($\eta^2 = 0.46$)، کاهش تحمل اجتماعی با اندازه اثر ۴۰ درصد ($\eta^2 = 0.40$)، ناگویی هیجانی با اندازه اثر ۶۶ درصد ($\eta^2 = 0.66$)، دشواری در شناسایی احساسات با اندازه اثر ۵۷ درصد ($\eta^2 = 0.57$)، دشواری در توصیف احساسات با اندازه اثر ۵۷ درصد ($\eta^2 = 0.57$) و تفکر معطوف به بیرون با اندازه اثر ۵۸ درصد ($\eta^2 = 0.58$) در نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت داشته است. همچنین عامل عضویت گروهی (دریافت مداخله کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر) تأثیر معناداری بر نمرات انزوایی با اندازه اثر ۴۹ درصد ($\eta^2 = 0.49$)، تنهایی اجتماعی با اندازه اثر ۴۵ درصد ($\eta^2 = 0.45$)، عجز با اندازه اثر ۴۸ درصد ($\eta^2 = 0.48$)، یأس اجتماعی با اندازه اثر ۵۲ درصد ($\eta^2 = 0.52$)، کاهش تحمل اجتماعی با اندازه اثر ۴۹ درصد ($\eta^2 = 0.49$)، ناگویی هیجانی با اندازه اثر ۵۶ درصد ($\eta^2 = 0.56$)، دشواری در شناسایی احساسات با اندازه اثر ۵۰ درصد ($\eta^2 = 0.50$)، دشواری در توصیف احساسات با اندازه اثر ۵۱ درصد ($\eta^2 = 0.51$) و تفکر معطوف به بیرون با اندازه اثر ۵۳ درصد ($\eta^2 = 0.53$) نشان داد. علاوه بر این، اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز برای انزوایی با اندازه اثر ۵۷ درصد ($\eta^2 = 0.57$)، تنهایی اجتماعی با اندازه اثر ۴۲ درصد ($\eta^2 = 0.42$)، عجز با اندازه اثر ۴۸ درصد ($\eta^2 = 0.48$)، یأس اجتماعی با اندازه اثر ۴۸ درصد ($\eta^2 = 0.48$)، کاهش تحمل اجتماعی با اندازه اثر ۵۵ درصد ($\eta^2 = 0.55$)، ناگویی هیجانی با اندازه اثر ۵۸ درصد ($\eta^2 = 0.58$)، دشواری در شناسایی احساسات با اندازه اثر ۴۷ درصد ($\eta^2 = 0.47$)، دشواری در توصیف احساسات با اندازه اثر ۴۷ درصد ($\eta^2 = 0.47$) و تفکر معطوف به بیرون با اندازه اثر ۵۲ درصد ($\eta^2 = 0.52$) معنادار بود. توان آماری ۱۰۰ درصدی محاسبه شده نیز حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری مطلوب در این پژوهش بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بیانگر وجود تفاوت معنادار بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و همچنین پیش آزمون با پیگیری در هر دو متغیر وابسته بود، در حالی که بین نمرات پس آزمون و پیگیری در هیچ یک از متغیرها تفاوت معناداری مشاهده نشد که این امر نشان دهنده پایداری اثرات مداخلات در دوره پیگیری دو ماهه است. این الگوی نتایج به صورت سیستماتیک در هر سه گروه مورد مطالعه مشاهده گردید. نتایج مربوط به بررسی کفایت حجم نمونه در این پژوهش نشان داد که توان آماری محاسبه شده معادل ۱۰۰ درصد بوده که حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کافی بودن حجم نمونه است. این سطح از توان آماری نشان می دهد که پژوهش حاضر از قدرت کافی برای شناسایی اثرات واقعی مداخلات برخوردار بوده و احتمال بروز خطای نوع دوم (پذیرش نادرست فرض صفر) در آن به حداقل ممکن رسیده است. همچنین این یافته مؤید آن است که حجم نمونه انتخاب شده (۴۹ نفر) برای تحلیل های آماری انجام شده کاملاً مناسب بوده و نتایج به دست آمده از اعتبار آماری لازم برخوردار هستند. این سطح از توان آماری همچنین اطمینان می دهد که در صورت وجود تفاوت های واقعی بین گروه ها، آزمون های آماری مورد استفاده قادر به شناسایی این تفاوت ها بوده اند. جدول ۷ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است

جدول ۷: تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	معناداری
انزوایی	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۴۶	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۴/۷۸	۰/۵۸	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیش آزمون	-۶/۴۶	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۶۸	۰/۹۰	۰/۱۱

۰/۰۰۰۱	۰/۲۶	۱/۹۹	پس آزمون	تنهایی اجتماعی	پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۱۹	۱/۵۳	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۲۶	-۱/۹۹	پیش آزمون		
۰/۰۹	۰/۱۴	-۰/۴۶	پیگیری		پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۲۱	۱/۷۳	پس آزمون	عجز	پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۱/۱۹	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۲۱	-۱/۷۳	پیش آزمون		
۰/۰۸	۰/۲۹	-۰/۵۴	پیگیری		پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۲۳	۱/۶۰	پس آزمون	یأس اجتماعی	پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۱/۱۲	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۲۳	-۱/۶۰	پیش آزمون		
۰/۱۱	۰/۱۹	-۰/۴۸	پیگیری		پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۱۸	۱/۱۴	پس آزمون	کاهش تحمل اجتماعی	پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۴	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۱۸	-۱/۱۴	پیش آزمون		
۰/۱۱	۰/۰۹	-۰/۲۰	پیگیری		پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	۸/۷۰	پس آزمون	ناگویی هیجانی	پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۶/۶۸	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	-۸/۷۰	پیش آزمون		
۰/۰۸	۰/۸۸	-۱/۰۱	پیگیری		پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۳/۲۶	پس آزمون	دشواری در شناسایی احساسات	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۳۴	۲/۳۸	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	-۳/۲۶	پیش آزمون		
۰/۰۹	۰/۳۹	-۰/۸۷	پیگیری		پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۲/۴۳	پس آزمون	دشواری در توصیف احساسات	پیش آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۲۵	۱/۹۳	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	-۲/۴۳	پیش آزمون		
۰/۱۲	۰/۳۰	-۰/۵۰	پیگیری		پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۳	پس آزمون	تفکر معطوف به بیرون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۳۱	۲/۳۶	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	-۳	پیش آزمون		
۰/۱۱	۰/۳۴	-۰/۶۴	پیگیری		پس آزمون

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی مندرج در جدول ۷ نشان دهنده وجود تفاوت‌های آماری معنادار بین مراحل سه‌گانه سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیرهای وابسته پژوهش است. به طور مشخص، مقایسه زوجی نمرات انزوایابی، تنهایی اجتماعی، عجز، یأس اجتماعی، کاهش تحمل اجتماعی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون نشان داد که میانگین نمرات این متغیرها در هر دو گروه آزمایشی (کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. این در حالی است که در گروه گواه هیچ تغییر معناداری مشاهده نشد. همچنین، عدم وجود تفاوت آماری معنادار بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرها و در هر دو گروه آزمایشی، حاکی از ماندگاری اثرات مداخلات در دوره پیگیری دو ماهه بود. حال در ادامه در جدول ۶ مقایسه زوجی میانگین نمرات انزوایابی، تنهایی اجتماعی، عجز، یأس اجتماعی، کاهش تحمل اجتماعی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون شرکت

کنندگان بر حسب گروه‌های پژوهش (گروه آزمایش کیفیت زندگی درمانی، گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و گروه گواه) با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه می‌شود.

جدول ۶: بررسی تفاوت‌های دو به دو (آزمون تعقیبی بونفرونی) جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (درمان کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر)

متغیر	گروه مبنا (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
انزوای طلبی	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۰/۳۹	۱/۶۲
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۸/۸۳	۱/۶۵
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	-۰/۳۹	۱/۶۲
تنهایی اجتماعی	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	-۹/۲۲	۱/۶۲
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۰/۷۴	۰/۶۷
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	-۲/۹۱	۰/۶۸
عجز	گروه درمان فراتشخیصی	گروه کیفیت زندگی درمانی	۰/۷۴	۰/۶۷
	یکپارچه‌نگر	گروه گواه	-۲/۱۷	۰/۶۷
	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۰/۱۹	۰/۷۱
یأس اجتماعی	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۱/۴۱	۰/۷۲
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	-۰/۱۹	۰/۷۱
	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	-۱/۶۱	۰/۷۱
کاهش تحمل اجتماعی	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۰/۶۴	۰/۶۳
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۲/۴۱	۰/۶۴
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	-۰/۶۴	۰/۶۳
ناگویی هیجانی	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	-۳/۰۶	۰/۶۳
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	۰/۲۹	۰/۷۰
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	-۲/۰۸	۰/۷۱
دشواری در شناسایی احساسات	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	۰/۲۹	۰/۷۰
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	-۲/۳۷	۰/۷۰
	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۵/۶۰	۱/۶۷
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۸/۷۹	۱/۳۷
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	۵/۶۰	۱/۳۷
	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	-۱۴/۳۹	۱/۶۷
	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۱/۵۲	۰/۳۳
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۳/۰۶	۰/۳۵
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی	-۱/۵۲	۰/۳۳
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۴/۵۸	۰/۳۳
	یکپارچه‌نگر	گروه کیفیت زندگی درمانی		
	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر		

متغیر	گروه مبنا (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معداری
دشواری در توصیف احساسات	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۰/۹۲	۰/۰۱
		گروه گواه	۰/۹۵	۰/۰۰۱
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه کیفیت زندگی درمانی	۰/۹۲	۰/۰۱
	یکپارچه‌نگر	گروه گواه	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
تفکر معطوف به بیرون	گروه کیفیت زندگی درمانی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۰/۹۱	۰/۰۱
		گروه گواه	۰/۹۴	۰/۰۱
	گروه درمان فراتشخیصی	گروه کیفیت زندگی درمانی	۰/۹۱	۰/۰۱
	یکپارچه‌نگر	گروه گواه	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱

همانگونه که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات انزواطلبی، تنهایی اجتماعی، عجز، یأس اجتماعی و کاهش تحمل اجتماعی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت در گروه آزمایش کیفیت زندگی درمانی و گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر از نظر آماری معنادار نبوده و این یافته نشان می‌دهد که از نظر اثربخشی بر کاهش انزواطلبی، تنهایی اجتماعی، عجز، یأس اجتماعی و کاهش تحمل اجتماعی بین دو مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد. در مقابل، مقایسه هر دو گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت‌های آماری معناداری را نشان داد که حاکی از برتری هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل است. در مورد متغیرهای ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون نتایج حاکی از وجود تفاوت آماری معنادار بین دو گروه آزمایشی بود، به گونه‌ای که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با توجه به اندازه اثر بزرگ‌تر در مقایسه با کیفیت زندگی درمانی، اثربخشی بیشتری در کاهش ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون نشان داد. این یافته‌ها به طور کلی نشان می‌کند که در حالی که هر دو مداخله در کاهش انزواطلبی و زیرمقیاس‌های آن (تنهایی اجتماعی، عجز، یأس اجتماعی و کاهش تحمل اجتماعی) اثربخشی یکسانی دارند، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در حوزه ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون) برتری معناداری از خود نشان می‌دهد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر انزواطلبی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت انجام شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که هر دو مداخله به صورت معناداری منجر به کاهش انزواطلبی و ناگویی هیجانی در مقایسه با گروه گواه شده‌اند. در خصوص متغیر انزواطلبی، اگرچه هر دو رویکرد درمانی اثربخشی قابل توجهی نشان دادند، اما بین میزان تأثیر کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. در مقابل، در حوزه ناگویی هیجانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با توجه به ماهیت جامع‌تر و تأکید بر مکانیسم‌های فراتشخیصی نظیر تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، برتری آماری معناداری نسبت به کیفیت زندگی درمانی داشت. این نتایج حاکی از آن است که اگرچه هر دو مداخله در کاهش نشانگان مرتبط با اعتیاد اینترنتی مؤثر هستند، اما انتخاب درمان باید با توجه به نوع نشانه‌شناسی و اهداف درمانی صورت پذیرد.

یافته اول مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کاهش انزواطلبی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو است. همانطور که [حسینی و همکاران \(۱۴۰۳\)](#) نشان دادند، کیفیت زندگی درمانی بر بهبود کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان مؤثر است. [نوروزی و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) نیز دریافتند که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس زنان اثرگذار است. [نجارزادگان و فرهادی \(۱۳۹۸\)](#) گزارش کردند که کیفیت زندگی درمانی بر ارتقای مهارت‌های ارتباطی، کاهش اعتیاد به فضای مجازی، بهبود رضایت زناشویی و تقویت

خودنظم‌جویی هیجانی زوجین تأثیر دارد. همچنین [یو و همکاران \(۲۰۲۲\)](#) در یافته‌های خود نشان دادند که بهبود کیفیت زندگی در ارتقای شرایط خانوادگی و اجتماعی سازگاران نقش بسزایی ایفا می‌کند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت کیفیت زندگی درمانی با اتکا بر نظریه‌های شناختی-رفتاری، بر این اصل استوار است که ادراک فرد از رضایت در حیطه‌های مختلف زندگی (همچون سلامت، روابط بین فردی و محیط) محرک اصلی رفتار و هیجانات اوست ([رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷](#)). بر اساس این دیدگاه، نوجوانان معتاد به اینترنت به دلیل نقص در ارزیابی و تفسیر مثبت از زندگی خود، به فضای مجازی پناه می‌برند که این امر به تدریج منجر به کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی واقعی می‌شود. این مداخله با هدف‌گیری مستقیم این ارزیابی‌های منفی و کمک به نوجوان برای شناسایی و تقویت حوزه‌های رضایت‌بخش زندگی، چارچوب فکری او را بازسازی می‌کند. در نتیجه، با بهبود ادراک کلی از کیفیت زندگی، انگیزه برای جستجوی پاداش در دنیای مجازی کاهش یافته و تمایل برای برقراری ارتباطات معنادار در دنیای واقعی افزایش می‌یابد. از منظر نظریه تعیین هدف و خودتعیین‌گری، کیفیت زندگی درمانی بستری را فراهم می‌آورد که در آن نیازهای اساسی روان‌شناختی شامل شایستگی، استقلال و احساس تعلق خاطر ارضا می‌شوند ([نجارزادگان و فرهادی، ۱۳۹۸](#)). نوجوانی که در دام اعتیاد به اینترنت گرفتار شده، اغلب در ارضای این نیازها در محیط واقعی با شکست مواجه شده است. این مداخله با تمرکز بر تعیین اهداف شخصی و معنادار در حوزه‌های عینی و ذهنی زندگی، حس شایستگی و کنترل فرد (استقلال) را تقویت می‌کند. همچنین، با تأکید بر بهبود کیفیت روابط با خانواده و همسالان، به طور مستقیم به ارضای نیاز به تعلق خاطر می‌پردازد. ارضای این نیازها، انگیزه درونی نوجوان را برای مشارکت فعال در بافت اجتماعی افزایش داده و وابستگی او به محیط مجازی را که تنها جایگزین مصنوعی و ناکارآمدی برای این نیازهاست، کاهش می‌دهد. در نهایت، بر اساس چارچوب نظریه سیستم‌های اکولوژیک، فرد در مرکز سیستم‌های پیچیده و درهم‌تنیده‌ای قرار دارد که بر بهزیستی او تأثیر می‌گذارند. کیفیت زندگی درمانی با در نظرگیری تمامی این سطوح (از درون فردی گرفته تا خانوادگی، اجتماعی و محیطی)، یک مداخله همه‌جانبه و سیستمی ارائه می‌دهد ([حسینی و همکاران، ۱۴۰۳](#)). این رویکرد به نوجوان کمک می‌کند تا نه تنها بر نگرش‌ها و باورهای درونی خود (سیستم خرد)، بلکه بر بهبود کیفیت تعاملات در محیط‌های مستقیم زندگی خود مانند خانواده و مدرسه (سیستم میانی) نیز تمرکز کند. هنگامی که نوجوان بتواند کیفیت زندگی خود را در این سیستم‌های به هم پیوسته به طور همزمان ارتقا دهد، احساس رضایت کلی افزایش یافته و جایگاه خود را در شبکه اجتماعی واقعی مستحکم‌تر می‌بیند. در نتیجه، احساس انزوای طلبی که ناشی از قطع ارتباط با این سیستم‌ها بود، کاهش می‌یابد و فرد خود را بخشی فعال و مرتبط از محیط اطرافش می‌پندارد.

یافته دوم مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. همانطور که [یوسفوند و همکاران \(۱۳۹۶\)](#) نشان دادند، کیفیت زندگی درمانی در افزایش تاب‌آوری تحصیلی و خودتأمین‌یافتگی دانش‌آموزان دختر افسرده مؤثر است. [رضایی و فرهادی \(۱۳۹۷\)](#) نیز دریافتند که این مداخله بر کاهش احساس تنهایی و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت تأثیر معناداری دارد. [یزدی و همکاران \(۱۳۹۹\)](#) گزارش کردند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به طور قابل توجهی بهزیستی روان‌شناختی افراد را بهبود می‌بخشد. [نجارپور استادی و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نیز اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را در کاهش احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند نشان دادند. در سطح بین‌المللی، پژوهش‌ها تأیید کردند که بهبود کیفیت زندگی می‌تواند به پردازش شناختی و هیجانی کارآمدتر منجر شود ([کارنی و همکاران، ۲۰۱۹](#)). در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که کیفیت زندگی درمانی با تأکید بر بازسازی شناخت‌ها و نگرش‌های فرد نسبت به خود و زندگی، به طور مستقیم به یکی از مؤلفه‌های اصلی ناگویی هیجانی، یعنی دشواری در شناسایی و توصیف هیجانات می‌پردازد ([یزدی و همکاران، ۱۳۹۹](#)). این مداخله با آموزش مهارت‌های ارزیابی واقع‌بینانه‌تر از موقعیت‌های زندگی و تشویق به بازنگاری شناختی، ظرفیت فرد برای درک و نام‌گذاری حالت‌های درونی خود را افزایش می‌دهد. هنگامی که نوجوان یاد می‌گیرد چگونه کیفیت زندگی خود را در حیطه‌های مختلف (مانند روابط و سلامت) ارزیابی و بهبود بخشد، به طور همزمان توانایی شناختی لازم برای پردازش و تمایز هیجاناتش را نیز کسب می‌کند. در نتیجه، این فرآیند شناختی، ابهام هیجانی که از

ویژگی‌های بارز ناگویی هیجانی است را کاهش می‌دهد. از منظر نظریه خودتعیین‌گری، ناگویی هیجانی اغلب با نقص در تنظیم هیجانات که ریشه در عدم ارضای نیازهای روان‌شناختی اساسی دارد، مرتبط دانسته می‌شود. کیفیت زندگی درمانی با ایجاد بستری برای ارضای نیازهای شایستگی، استقلال و ارتباط، زیربنای لازم برای رشد مهارت‌های تنظیم هیجان را فراهم می‌سازد (یوسف‌وند و همکاران، ۱۳۹۶). هنگامی که نوجوان در نتیجه این مداخله، احساس کند بر محیط خود کنترل بیشتری دارد (استقلال)، در انجام امور زندگی کارآمد است (شایستگی) و با دیگران در ارتباط معنادار است (تعلق)، ظرفیت روانی بیشتری برای مواجهه سازگارانه با هیجانات پیدا می‌کند. این امر به طور مستقیم بر مؤلفه دیگر ناگویی هیجانی، یعنی دشواری در تنظیم هیجانات تأثیر می‌گذارد و اجازه می‌دهد هیجانات به جای بروز از طریق علائم جسمانی یا رفتارهای اجتنابی مانند فرورفتن در اینترنت، به شیوه‌ای سالم مدیریت شوند. در نهایت، بر اساس چارچوب نظریه یکپارچه‌نگر زیستی-روانی-اجتماعی، ناگویی هیجانی یک پدیده چندبعدی است که تحت تأثیر تعامل عوامل درونی و بیرونی شکل می‌گیرد (ویلس و همکاران، ۲۰۲۵). کیفیت زندگی درمانی به دلیل ماهیت جامع خود، به طور همزمان بر تمامی این ابعاد تأثیر می‌گذارد. این رویکرد از یک سو با بهبود رفاه ذهنی و سلامت روان (بعد روانی)، و از سوی دیگر با هدف قرار دادن کیفیت روابط بین‌فردی و حمایت اجتماعی (بعد اجتماعی)، بستر محیطی لازم برای تمرین و بیان هیجانات را فراهم می‌کند (نجارپور استادی و همکاران، ۱۴۰۰). این بهبود کلی در عملکرد و رضایت از زندگی، بار هیجانی منفی فرد را کاهش داده و فضای روانی امنی ایجاد می‌کند که در آن، فرد می‌تواند بدون ترس از قضاوت یا شکست، به کاوش و بیان هیجانات خود بپردازد. بنابراین، این مداخله با نگاهی سیستمی، ظرفیت‌های فرد را برای خروج از چرخه ناگویی هیجانی و اعتیاد به اینترنت تقویت می‌نماید.

سومین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش انزوای نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو بود. [پان و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) در یافته‌های خود نشان دادند که این درمان می‌تواند منجر به بهبود عملکرد فردی، هیجانی و اجتماعی نوجوانان شود. [ساندین و همکاران \(۲۰۲۰\)](#) نیز گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر قادر به کاهش مشکلات هیجانی و اجتماعی کودکان و نوجوانان است. [کندی و همکاران \(۲۰۱۹\)](#) دریافتند که این مداخله طی دوره‌ای دو ماهه می‌تواند مشکلات ارتباطی و هیجانی کودکان و نوجوانان را کاهش دهد. در پژوهش‌های داخلی، [اصلی‌آزاد و همکاران \(۱۴۰۴\)](#) نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری توانسته بر شایستگی اجتماعی-هیجانی و ادراک خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به بیماری دیابت تأثیر مثبت بگذارد.

بی‌تردید، اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش انزوای نوجوانان را می‌توان بر اساس هسته اصلی این رویکرد، یعنی تمرکز بر فرآیندهای فراتشخیصی تبیین نمود. این درمان بر این اصل استوار است که اختلالات گوناگون روان‌شناختی، از جمله اعتیاد به اینترنت و پیامدهای آن مانند انزوای اجتماعی، ریشه در مکانیسم‌های شناختی-هیجانی مشترکی دارند. یکی از این مکانیسم‌های کلیدی، اجتناب تجربه‌ای است که به صورت چرخه معیوبی عمل می‌کند ([ساندین و همکاران، ۲۰۲۰](#)). نوجوان برای فرار از هیجانات ناخوشایند یا موقعیت‌های استرس‌زا به فضای مجازی پناه می‌برد، اما این اجتناب، به نوبه خود منجر به تقویت احساس تنهایی و قطع ارتباط با محیط واقعی می‌شود. درمان فراتشخیصی با هدف قرار دادن مستقیم این الگوی اجتناب، به نوجوان می‌آموزد که چگونه به جای فرار، با هیجانات و افکار دشوار خود حاضر شده و ظرفیت تحمل آن‌ها را افزایش دهد. این تغییر بنیادین در رابطه فرد با تجربیات درونی، وابستگی به فضای مجازی را به عنوان پناهگاه کاهش داده و جرأت ورزی برای مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، تبیین این اثربخشی را می‌توان در چارچوب مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی جستجو کرد که از اهداف محوری این درمان است. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به جای مبارزه با محتوای افکار و هیجانات، بر ایجاد انعطاف در پاسخ‌دهی به آن‌ها تأکید دارد ([پان و همکاران، ۲۰۲۵](#)). نوجوان مبتلا به اعتیاد به اینترنت، در دام الگوهای رفتاری خشک و خودکار گرفتار شده است که در آن اینترنت تنها راه حل مقابله‌ای محسوب می‌شود. این درمان با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ذهن آگاهی و جداسازی شناختی، به فرد کمک می‌کند تا از حالت خودکار خارج شده و نسبت به افکار و احساسات خود آگاهی لحظه‌به‌لحظه پیدا کند. با افزایش این آگاهی و پذیرش، نوجوان آزادی عمل بیشتری برای انتخاب پاسخ‌های رفتاری سازگارانه‌تر می‌یابد. در نتیجه، به جای واکنش تکانشی و پناه بردن به انزوا، می‌تواند به طور آگاهانه

اقدام به برقراری ارتباط و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی نماید. در نهایت، این یافته را می‌توان بر مبنای رویکرد سیستمی و توجه این درمان به زمینه‌های بین فردی مشکل تبیین کرد. اگرچه درمان فراتشخیصی بر فرآیندهای درونی تمرکز دارد، اما به وضوح به ارتباط متقابل این فرآیندها با سیستم بین فردی فرد اعتراف می‌کند ([کندی و همکاران، ۲۰۱۹](#)). انزوایی و اعتیاد به اینترنت، هر دو، هم علت و هم معلول اختلال در روابط هستند. این مداخله با بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش واکنش‌پذیری، نوجوان را برای تعاملات سازنده‌تر آماده می‌سازد. هنگامی که فرد یاد می‌گیرد چگونه هیجانات خود را به شکل موثرتری مدیریت کند، در موقعیت‌های اجتماعی کمتر دچار اضطراب یا ناامیدی می‌شود. این امر، پیامدهای مثبت تعاملات را افزایش داده و بازخوردهای مثبت از محیط اجتماعی دریافت می‌کند. بنابراین، یک چرخه مثبت به جای چرخه معیوب قبلی شکل می‌گیرد که در آن، ارتباط موفق با دیگران، خود به عنوان عاملی تقویت‌کننده، تمایل به انزوا را تضعیف و احساس تعلق و ارتباط را جایگزین آن می‌نماید.

یافته چهارم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو بود. بر همین اساس، [مهردادفر و همکاران \(۲۰۲۳\)](#) نشان دادند که این درمان بر مهارت‌های عاطفی-اجتماعی و تعامل والد-کودک در کودکان مدرسه‌ای مؤثر است. [کندی و همکاران \(۲۰۲۳\)](#) نیز دریافتند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر منجر به افزایش ادراک توانمندی درونی و هیجانی کودکان می‌شود. [شاو و همکاران \(۲۰۲۰\)](#) گزارش کردند که این مداخله می‌تواند نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی و مشکلات هیجانی کودکان را کاهش داده و در مقابل، سلامت روانی و هیجانی آنان را بهبود بخشد. [اظهارت و همکاران \(۲۰۱۹\)](#) نیز در یافته‌های خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به شکلی مؤثر مشکلات هیجانی کودکان را کاهش می‌دهد. در پژوهش‌های داخلی، [شرفی و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) اثربخشی این درمان را بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر تأیید کرده‌اند.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش ناگویی هیجانی را می‌توان بر اساس مفهوم بنیادین اجتناب تجربه‌ای در مدل فراتشخیصی تبیین نمود. ناگویی هیجانی به عنوان شکلی از اجتناب از هیجانات پریشان‌کننده درونی عمل می‌کند، به گونه‌ای که فرد به جای مواجهه و پردازش هیجانات، به طور ناخودآگاه آنها را مسدود یا تحریف می‌کند ([اوبید و همکاران، ۲۰۲۱](#)). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با هدف قرار دادن این مکانیسم فراتشخیصی، به نوجوان می‌آموزد که چگونه به جای اجتناب، با حالت‌های هیجانی خود حاضر شود و آنها را به عنوان پدیده‌های گذرا بپذیرد. این فرآیند "مواجهه هیجانی" به تدریج حساسیت‌زدایی شده و توانایی فرد برای شناسایی و تحمل هیجانات را افزایش می‌دهد. در نتیجه، ظرفیت شناختی لازم برای پردازش و تمایز هیجانات که پیش از این در سایه اجتناب قرار داشت، توسعه می‌یابد. از منظر نظریه ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به نوجوان کمک می‌کند تا از حالت تلفیق با هیجانات خارج شود ([کندی و همکاران، ۲۰۲۳](#)). در ناگویی هیجانی، فرد درگیر هیجاناتش می‌شود بدون آنکه بتواند آنها را به عنوان پدیده‌های مجزا مشاهده کند ([کنانگیل و همکاران، ۲۰۲۳](#)). این درمان با آموزش مهارت‌های گسلش شناختی، به فرد می‌آموزد که افکار و هیجانات، واقعیت مطلق نیستند، بلکه تنها رویدادهای ذهنی گذرا هستند. این فاصله روانشناختی ایجاد شده، فضای لازم برای بازتاب و شناسایی هیجانات را فراهم می‌سازد. همچنین، با پرورش ذهن‌آگاهی، نوجوان یاد می‌گیرد بدون قضاوت، هیجانات خود را در لحظه حاضر مشاهده کند که این امر به طور مستقیم بر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی شامل دشواری در شناسایی و توصیف احساسات تأثیر می‌گذارد. در چارچوب نظریه تنظیم هیجان، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به تقویت راهبردهای انعطاف‌پذیر تنظیم هیجان می‌پردازد. ناگویی هیجانی منعکس‌کننده نقص در سیستم تنظیم هیجان است که منجر به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرکوب یا اجتناب می‌شود (این درمان با ارائه مجموعه‌ای از راهبردهای تنظیم هیجان از جمله بازنگاری شناختی، پذیرش و حل مسئله، گنجینه رفتاری-هیجانی فرد را گسترش می‌دهد ([اصلی‌آزاد و همکاران، ۱۴۰۴](#)). هنگامی که نوجوان ابزارهای متنوعی برای مدیریت هیجانات در اختیار داشته باشد، کمتر به سرکوب هیجانی که ویژگی اصلی ناگویی هیجانی است متوسل می‌شود. این توانمندسازی در نهایت منجر به شکل‌گیری الگوهای سازگارانه‌تری در پردازش و ابراز هیجانات می‌شود که هسته اصلی ناگویی هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد. این درمان از تکنیک‌هایی برخوردار است که هیجانات افراد را متعادل می‌سازد. از

جمله این تکنیک‌ها می‌توان به بازشناسی و بازآرایی هیجان‌ها، آموزش آگاهی و دانش هیجانی، یادگیری مشاهده تجربه هیجانی، آشنایی با راهبردهای اجتناب تجربه‌ای و آگاهی از اثرات منفی اجتناب تجربه‌ای، آشنایی و شناسایی رفتارهای اجتماعی و محیطی ناشی از هیجان و روبرو شدن با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره کرد که هر یک می‌توانند اثری متفاوت بر روابط اجتماعی کودکان و نوجوانان داشته باشند (اُخهارت و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین می‌توان بیان نمود که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با بهره‌گیری از تکنیک‌ها و فرایندهای تنظیم هیجان سبب می‌شود نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت به بازآرایی و بازشناسی هیجانات و به ویژه هیجان‌ها و شناخت‌های منفی و مخرب خود پرداخته و این هیجان‌ها را در درون خویش مورد پذیرش قرار دهند تا از میزان تنش روانی و هیجانی خود بکاهند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در مقایسه با کیفیت زندگی درمانی، اثربخشی بیشتری در کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت داشته است. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با هدف قرار دادن فرایندهای زیربنایی مشترک در اختلالات هیجانی، از قبیل اجتناب هیجانی و شناختی، نارسایی در تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی، به طور مستقیم بر هسته اصلی مشکل ناگویی هیجانی متمرکز می‌شود. این درمان بر خلاف رویکردهای سنتی که هر اختلال را به صورت مجزا مورد هدف قرار می‌دهند، با ارائه مجموعه‌ای یکپارچه از فنون (مانند بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه، ردیابی تجارب هیجانی و مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند به جای اجتناب از آنها) به افراد کمک می‌کند تا درک و بیان هیجانات خود را بهبود بخشند. از آنجا که ناگویی هیجانی اغلب با دشواری در شناسایی، توصیف و تمایز بین هیجانات مشخص می‌شود، این تمرکز مستقیم بر آموزش آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان، علت اصلی اثربخشی بیشتر این درمان محسوب می‌شود. علاوه بر این، این درمان با پرداختن به مکانیسم‌های فراتشخیصی مانند تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با هیجانات منفی ناشی از اعتیاد به اینترنت، راهبردهای سازگارانه‌تری را به کار گیرند. در نتیجه، این درمان نه تنها به نشانه‌های خاص اختلال بلکه به ریشه‌های مشترک ناگویی هیجانی می‌پردازد و بهبودی پایدارتری را ایجاد می‌کند. در نهایت باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به دلیل انعطاف‌پذیری ذاتی و قابلیت تطبیق با اختلالات همزمان، بهتر می‌تواند با پیچیدگی‌های بالینی نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت کنار بیاید. در حالی که کیفیت زندگی درمانی ممکن است بر بهبود کلی کیفیت زندگی از طریق افزایش رضایت از حوزه‌های مختلف زندگی متمرکز باشد، درمان فراتشخیصی به طور خاص بر کاهش اجتناب هیجانی و افزایش پذیرش هیجانات که از عوامل کلیدی در ناگویی هیجانی هستند، تأکید می‌کند. این ویژگی‌ها باعث می‌شود درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برای جمعیت مورد مطالعه که از مشکلات هیجانی پیچیده رنج می‌برند، مناسب‌تر باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که از جمله آن‌ها می‌توان به محدود بودن دامنه پژوهش به نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر انزوای هیجانی، و همچنین عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی اشاره کرد. محدودیت دیگر مربوط به ابزارهای پژوهش بود. در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی استفاده شد. اگرچه این پرسشنامه‌ها از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بودند، اما ماهیت خودگزارش‌دهی همواره با احتمال خطاهایی همچون تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی‌پسند، سوگیری در یادآوری یا عدم شناخت کافی شرکت‌کنندگان از حالت‌های درونی خود همراه است. استفاده از روش‌های مکمل مانند مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته یا گزارش‌های والدین و معلمان می‌توانست داده‌های غنی‌تری را فراهم آورد. به منظور افزایش قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در آینده در شهرها و مناطق مختلف با فرهنگ‌های گوناگون، بر روی دیگر گروه‌های سنی و جنسیتی (به ویژه پسران)، و نیز بر روی جامعه‌های خاصی از دختران نظیر آنان که دارای تعامل ناکارآمد با والدین هستند یا دختران اجتماع‌گریز اجرا گردد. همچنین کنترل عوامل محیطی و خانوادگی در پژوهش‌های آتی می‌تواند به درک بهتر نقش این متغیرها در اثربخشی مداخلات کمک کند. با توجه به اثربخشی معنادار هر دو مداخله کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در کاهش انزوای هیجانی، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی، بسته‌های آموزشی شامل برشورها و کتابچه‌های علمی برای مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره به‌ویژه مراکز وابسته به آموزش و

پرورش تهیه شود. این محتوای آموزشی می‌تواند متخصصان را در به‌کارگیری مؤثر این مداخلات در جهت کاهش نشانگان مورد بحث یاری رساند. اجرای عملی این مداخلات نه تنها می‌تواند به کاهش انزوایی و ناگویی هیجانی بینجامد، بلکه از طریق بهبود عملکرد هیجانی و اجتماعی، زمینه ارتقای عملکرد تحصیلی و خانوادگی نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت را نیز فراهم خواهد آورد.

۵. تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) بود. بدین وسیله از تمام نوجوانان حاضر در پژوهش، مسئولین آموزش و پرورش ناحیه شش شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

۶. ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت نوجوانان دارای علائم اعتیاد به اینترنت برای شرکت در مداخلات کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به نوجوانان حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، یکی از مداخلات کیفیت زندگی درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به نوجوانان حاضر در هر سه گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1403.215 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان ثبت گردیده است.

۷. حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

۸. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- اصلی آزاد، م.، فرهادی، ط.، و اشکیوس، م. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر شایستگی اجتماعی - هیجانی و ادراک خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به بیماری دیابت نوع ۱. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مقالات آماده انتشار*.
https://mjms.mums.ac.ir/article_26554.html?lang=fa
- بارلو، ف.، سائور - زاولا، ل.، الارد، ب.، بنتلی، ب.، و کاسلو، ر. (۱۴۰۰). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان (کتاب تمرین). ترجمه سوگند قاسم زاده و سالک ابراهیمی. تهران: انتشارات ابن سینا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۸).
- چلبی، م.، و امیر کافی، م. (۱۳۸۳). تحلیل چندسطحی انزوای اجتماعی، *مجله جامعه شناسی ایران*، ۵ (۳۱)، ۳۱-۳.
- <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1383.5.2.1.0>
- حسینی، ف.، عابدی، م.، و گرجی، ی. (۱۴۰۳). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت تعامل والد-نوجوان و سازگاری نوجوانان. *پژوهش‌های کاربردی روان شناختی*، ۱۵ (۱)، ۷۳-۸۹.
<https://doi.org/10.22059/japr.2024.338701.644189>
- خوشخو، ر.، و عیسی زادگان، ع. (۱۴۰۱). همبستگی سنخ‌های شبانه روزی، سبک‌های دلبستگی و پردازش هیجانی با اعتیاد به اینترنت در بین دانش آموزان دبیرستانی دختر شهر ارومیه. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱ (۲)، ۷۰-۵۹.
<http://dx.doi.org/10.22034/JHPM.11.2.59>
- رضایی، س.، و فرهادی، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر احساس تنهایی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹ (۱)، ۳۷-۴۹.
<https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.540477>

- شرفی، م.ر.، جعفری، د.، و بهرامی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱(۱)، ۱۳۸-۱۵۰. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1461-fa.html>
- صباغی، س.، و مهدی زادگان، ا. (۱۳۹۹). مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبعی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۰)، ۷۶۵-۷۷۲. <http://psychologicalscience.ir/article-1-355-fa.html>
- قاسم زاده، س.، نقش، ز.، غلامی فشارکی، م.، و شفیع، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک: یک مطالعه تجربی. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۹(۴)، ۷۱-۸۰. <http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.4.71>
- یوسفوند، م.، قدم پور، ع.، فرزادیان، ع.ا.، حسوند، ب.، و یوسفوند، م. (۱۳۹۶). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در تغییر سطح تاب آوری تحصیلی و خودتمایزیافتگی دانش آموزان دختر افسرده، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۴(۳)، ۹۰-۷۷. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-250-fa.html>
- کافی نیا، ف.، و فرهادی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر خودآگاهی هیجانی و توانش حل مسأله دانش آموزان دارای اعتیاد به اینترنت *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۵)، ۱۱۱-۱۲۰. <http://psychologicalscience.ir/article-1-344-fa.html>
- گوهری، ش.، حسینی المدی، س.ع.، و افکاری، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور بر ناگویی هیجانی کودکان طلاق با دشواری در خودنظم دهی هیجانی. *پژوهش های کاربردی روان شناختی*، ۱۴(۲)، ۱۹۶-۱۷۹. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.343642.644274>
- لاکانی، ن.، و اکبری، ب. (۱۴۰۰). اثربخشی تنظیم شناختی هیجان بر نظم جویی هیجانی، انعطاف پذیری شناختی و شادی ذهنی دانشجویان معتاد به اینترنت: یک مطالعه راهنما. *سلامت اجتماعی*، ۱(۳)، ۴۵۷-۴۶۷. <https://doi.org/10.22037/ch.v8i3.31233>
- مدرسی یزدی، ف. (۱۳۹۳). *بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی، انزوای اجتماعی دختران مجرد بالای ۳۰ سال شهر یزد، پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد.*
- نجارپور استادی، س.، اکبری، ب.، خلعتیری، ج.، و باباپور خیرالدین، ج. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی های هوشمند. *پژوهش های نوین روان شناختی*، ۱۶(۶۲)، ۳۲-۴۵. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.62.3.8.45>
- نجارزادگان، ف.، و فرهادی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی کیفیت زندگی درمانگری بر مهارت های ارتباطی، اعتیاد به فضای مجازی، رضایت زناشویی و خودنظم جویی هیجانی در زوجین. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۴)، ۲۵۶-۲۴۷. <http://psychologicalscience.ir/article-1-252-fa.html>
- نفریه طالخونچه، ا.، فرهادی، ه.، و منشئی، غ. (۱۴۰۳). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی نوجوانان با اعتیاد به اینترنت بر هیجان خواهی و روابط با همسالان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۲(۳)، ۵۰۲-۴۸۷. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1790-fa.html>
- نوروزی، م.، نشاط دوست، ح.ط.، و جعفری، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افسردگی و عزت نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو. *فصلنامه پوست و زیبایی*، ۱۴(۲)، ۸۲-۹۱. <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5665-fa.html>
- نیازی، م.، شفای مقدم، ا.، و حسن زاده، ز. (۱۳۹۸). رابطه اعتیاد به بازی های رایانه ای و انزوایی نوجوانان؛ مطالعه موردی دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۵. *تحقیقات فرهنگی ایران*، ۱۲(۱)، ۸۵-۱۰۸. <https://doi.org/10.22035/jicr.2019.380>
- یزدی، م.، صفاری نیا، م.، و زارع، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *پژوهش های نوین روان شناختی*، ۱۵(۶۰)، ۶۱-۴۴. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1399.15.60.4.8>

References

- Asli Azad, M., Farhadi, T., & Ashkbos, M. (2025). The Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Social-Emotional Competence and Self-Efficacy Perception of Adolescents with Type 1 Diabetes. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences, Articles in Press*, https://mjms.mums.ac.ir/article_26554.html?lang=en (In Persian)
- Ayache, S.S., & Chalah, M.A. (2025). Alexithymia in multiple sclerosis: past, present and future. *Frontiers Human Neuroscience*, 19, 1552-1558. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2025.1552494>
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Barlow, F., Sauver-Zavala, L., Allard, B., Bentley, B., & Kaslow, R. (2021). Integrated Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Childhood Emotional Disorders (Workbook). Translated by Sogand Ghasemzadeh and Salek Ebrahimi. Tehran: Ibn Sina Publications. (Date of publication in the original language, 2018). (In Persian)
- Carney, T., Yager, J., Maguire, S., & Touyz, S.W. (2019). Involuntary Treatment and Quality of Life. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 299-307. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.011>
- Chalabi, M., Amir Kafi, M. (2004). Multilevel analysis of social isolation, Iranian Journal of Sociology, 5(2), 3-31. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1383.5.2.1.0> (In Persian)
- Chandler, C.M., Shaykin, J.D., Peng, H., Pauly, J.R., Nixon, K., & Bardo, M.T. (2022). Effects of voluntary adolescent intermittent alcohol exposure and social isolation on adult alcohol intake in male rats. *Alcohol*, 104, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2022.07.008>
- Chen, Z., Poon, K., & Cheng, C. (2017). Deficits in recognizing disgust facial expressions and Internet addiction: Perceived stress as a mediator. *Psychiatry Research*, 254, 211-217. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.057>
- Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K.D., Grange, D., & Ehrenreich-May, J. (2019). An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorder*, 34, 154-165. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0267-x>
- Fernández-Martínez, E., Sutil-Rodríguez, E., & Liébana-Presa, C. (2023). Internet Addiction and Emotional Intelligence in university nursing students: A cross-sectional study. *Heliyon*, 9(9), 19482. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19482>
- Frisch, M.I.B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press. <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch27>
- Ghasemzadeh, S., Naghsh, Z., Gholami Fesharaki, M., & Shafiee, E. (2021) The effectiveness of transdiagnostic treatment program on improving the quality of life and reducing depression in children with type 1 diabetes: An Experimental Study. *Shefaye Khatam*, 9(4), 71-80. <http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.4.71> (In Persian)
- Gohari, S.H., Almadani, S.A., & Afkari, F. (2023). Efficacy of Child-Oriented Unified Trans-Diagnostic Treatment for Alexithymia in Divorce-Engaged Children with Emotional Self-Regulation Difficulties. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(2), 194-179. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.343642.644274> (In Persian)
- Haghish, E.F. (2025). Differentiating adolescent suicidal and nonsuicidal self-harm with artificial intelligence: Beyond suicidal intent and capability for suicide. *Journal of Affective Disorders*, 378, 381-391. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.015>
- Hoseini, F., Abedi, M.R., & Gorgi, Y. (2024). Effectiveness of Quality-of-Life Therapy on the Quality of Parent-Adolescent Interaction and Adolescent Adjustment, *The Journal of Applied Psychological Research*, 15(1), 89-73. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.338701.644189> (In Persian)

- Kacar, D., & Ayaz-Alkaya, S. (2022). The effect of traditional children's games on internet addiction, social skills and stress level. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.04.007>
- Kafi Nia, F., & Farhadi, H. (2020). The effectiveness of group cognitive - behavioral therapy on emotional self - awareness and problem - solving skill of students with internet addiction. *Journal of Psychological Science*, 19(85), 111-120. <http://psychologicalscience.ir/article-1-344-en.html> (In Persian)
- Kenangil, G., Demir, M., Tur, E., & Domac, F. (2023). Alexithymia, depression, and cognition in patients with Parkinson's disease. *Acta Neurologica Belgica*, 123, 85-91. <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01581-2>
- Kennedy, S.M., Bilek, E.L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, 43(3), 330-360. <https://doi.org/10.1177/0145445517753940>
- Kennedy, S.M., Wilkie, D.P., Henry, L., Moe-Hartman, J., President, K., Townson, K., Anthony, L.G., & Hawks, J.L., (2023). The Unified Protocols for Children and Adolescents in Partial Hospitalization: Using Implementation Science Frameworks to Guide Adaptation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 367-383. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.04.006>
- Khoshkhoo, R., & Issazadegan, A. (2022). Correlation between Circadian Types, Attachment Styles and Emotional Processing Styles with Internet Addiction among the High School Girl Students of Urmia City. *Journal of Health Promotion Management*, 11(2), 59-70. <http://dx.doi.org/10.22034/JHPM.11.2.59> (In Persian)
- Lai, E. T., Chau, A. K. C., Ho, I. K., Hashimoto, H., Kim, C., Chiang, T., Chen, Y., Marmot, M., & Woo, J. (2024). The impact of social isolation on functional disability in older people: A multi-cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 125, 1055-1059. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105502>
- Lakani, N., & Akbari, B. (2021). The Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation on Emotional Regulation, Cognitive Flexibility, and Mental Happiness among Students with Internet-addicted: A Pilot Study. *Community Health*, 8(3), 457-467. <https://doi.org/10.22037/ch.v8i3.31233> (In Persian)
- Lu, J., Ye, Y., Lou, J., Zhu, H., & Zhou, X. (2024). Associations between unintentional injuries and deliberate self-harm behaviors of children and adolescents: A school-based cross-sectional survey. *General Hospital Psychiatry*, 86, 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.12.003>
- Masaeli, N., & Farhadi, H. (2021). Prevalence of Internet-based addictive behaviors during COVID-19 pandemic: a systematic review, *Journal of Addictive Diseases*, 214, 214-219. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1895962>
- Mehrdadfar, M., Ghasemzadeh, S., Ghobari-Bonab, B., Hasanzadeh, S., & Vakili, S. (2023). Effectiveness of unified protocols for online transdiagnostic treatment on social-emotional skills and parent-child interaction in school-aged children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 167, 111490. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111490>
- Modaresi Yazdi, F. (2014). Investigating the social and cultural factors of social isolation of single girls over 30 years old in Yazd city, thesis for a master's degree in sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University. (In Persian)
- Nafarieh Talkhouncheh, A., Farhadi, H., & Manshaee, G. (2024). The Effectiveness of Reality Therapy Based on the Quality of Life of Adolescents with Internet Addiction on Sensation Seeking and Relationships with Peers. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 22(3), 487-502. <http://dx.doi.org/10.48305/22.3.9> (In Persian)
- Najarpour Ostadi, S., Akbari, B., Khalatbari, J., & Babapour, J. (2021). Effectiveness of Quality of Life Therapy and Dialectical Behavioral Therapy in Loneliness among Female Undergraduate Students with Smartphones Addiction, *Journal of Modern Psychological Researches*, 16(62), 32-45. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.62.3.8> (In Persian)

- Najarzadegan, F., & Farhadi, H. (2019). The effectiveness of quality of life therapy on communication skills, addiction to cyberspace, marital satisfaction, and emotional self regulation in couples. *Journal of Psychological Science*, 18(74), 247-256. <http://psychologicalscience.ir/article-1-252-en.html> (In Persian)
- Niazi, M., Shafaei, S., & Hasanzadeh, Z. (2019). The Relationship between Addiction to Computer Games and Isolation of adolescents: A Case Study of Junior High School Students in Kashan in 1395. *Journal of Iranian Cultural Research*, 12(1), 85-108. <https://doi.org/10.22035/jicr.2019.380> (In Persian)
- Norouzi, M., Neshat Doust, H., & Jafari, F. (2023). The effectiveness of improving the quality of life therapy on depression and self-esteem in women with vitiligo. *Journal of Dermatology and Cosmetic*, 14(2), 82-91. <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5665-en.html> (In Persian)
- Obeid, S., Haddad, C., Fares, K., Malaeb, D., Sacre, H., Akel, M., Salameh, P., & Hallit, S. (2021). Correlates of emotional intelligence among Lebanese adults: the role of depression, anxiety, suicidal ideation, alcohol use disorder, alexithymia and work fatigue. *BMC Psychology*, 9(18), 177-182. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00525-6>
- Ozdemir, E., Xiao, Z., Griffiths, H., & MacBeth, A. (2025). Alexithymia in Schizophrenia and Psychosis Vulnerability: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 81(6), 410-424. <https://doi.org/10.1002/jclp.23788>
- Özer, D., Altun, O.S., & Avşar, G. (2023). Investigation of the relationship between internet addiction, communication skills and difficulties in emotion regulation in nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.004>
- Pan, M., Liu, X., Gao, X., Fu, Z., Liu, L., Li, H., Wang, Y., & Qian, Q. (2025). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents in China: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 56(1), 145-161. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.05.003>
- Rezaei, S., & Farhadi, H. (2018). Effectiveness of quality of life therapy on internet addiction, loneliness, and self-esteem of female second grade high school students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 19(1), 49-37. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.540477> (In Persian)
- Sabaghi, S., & Mahdi Zadegan, I. (2020). Compare social desirability and alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students. *Journal of Psychological Science*, 19(90), 765-772. <http://psychologicalscience.ir/article-1-355-en.html> (In Persian)
- Sandín, B., Julia, G., Valiente, M., & Espinosa, V. (2020). Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. *International Journal Environment Research Public Health*, 17(22), 8306-8039. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228306>
- Sharafi, M., Jafari, D., & Bahrami, M. (2023) Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on the Depression and Anxiety Symptoms of Adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 21(1), 138-150. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1461-en.html> (In Persian)
- Shaw, A.M., Halliday, E.R., & Ehrenreich-May, J. (2020). The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100552. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100552>
- Sherman, J.A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy*, 51(6), 869-881. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002>
- Tomida, K., Shimoda, T., Nakajima, C., Kawakami, A., & Shimada, H. (2023). Classification of social isolation and factors related to loneliness and life satisfaction among socially isolated individuals. *Geriatric Nursing*, 54, 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.09.011>

- Willis, M.L., Miller, M.J., More, A., & Garcia, X.P. (2025). Alexithymia and facial expression recognition: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 391, 1199953. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119953>
- Yang, Y., Ma, Y., Zhou, R., Ji, T., & Hou, C. (2023). Internet gaming addiction among children and adolescents with non-suicidal self-Injury: A network perspective. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100609. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100609>
- Yazdi, M., Saffarinia, M., & Zare, H. (2021). Effectiveness of Quality-based Therapy and Emotion-based Therapy in Psychological well-being of Patients with Type 2 diabetes. *Journal of Modern Psychological Researches*, 16(60), 44-61. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1399.15.60.4.8> (In Persian)
- Young, K.S. (1999). 'Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, and Treatment'. reproduced from VandeCreel, L. , Jackson, t.,L (e.d.), 1999 'Innovations in Clinical Practice' Professional Resource Press. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=534601>
- Yousefvand, M., Ghadampour, E., Farokhzadian, A., Hassanvand, B., & Yousefvand, M. (2017). Effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on the academic resilience and self-differentiation in depressed girls high school students of Khorramabad second academic year1395-96. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 4(3), 77-90. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-250-en.html> (In Persian)
- Yu, Y., Shen, M., Niu, L., Liu, Y., Xiao, S., & Tebes, J.K. (2022). The relationship between clinical recovery and personal recovery among people living with schizophrenia: A serial mediation model and the role of disability and quality of life. *Schizophrenia Research*, 239, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.043>
- Yücens, B., & Üzer, A. (2018). The relationship between internet addiction, social anxiety, impulsivity, self-esteem, and depression in a sample of Turkish undergraduate medical students. *Psychiatry Research*, 267, 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.033>

Comparing the Effectiveness of Quality of Life Therapy and Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Isolation and Alexithymia in Adolescents with Symptoms of Internet Addiction

Extended Abstract

Aim

Not all addictions are always limited to drugs, and people may also suffer from behavioral addictions. In fact, this type of addiction can mean a strong dependence on performing certain behaviors and activities, which may have negative effects on people's lives and cause problems for the person (Thege et al., 2023); because most people who suffer from behavioral addiction, do the task more intensely each time to get more pleasure from the previous time, which can be problematic (Kulkarni, O'Brien, Gu, 2023). One type of behavioral addiction is Internet addiction (Masaeli, Farhadi, 2021). Today, the Internet is known not only as a means of communication, but also as a part of human life. The Internet plays a significant role in our lives in receiving information on research issues, human communication, entertainment, purchasing goods and services, and receiving news. So much so that some people practically cannot live without the Internet (Fernández-Martínez, Sutil-Rodríguez, Liébana-Presa, 2023). The attractions of the Internet are of greater importance to everyone, especially adolescents and young people, because they use the Internet more due to their educational, career, and age issues (Kafinia and Farhadi, 2020), and this continuous use and being entertained by all the details of this phenomenon can have consequences (Yang et al., 2023). The phenomenon of Internet addiction also damages the psychological, communicative, social and emotional processes of students (Chen, Poon, Cheng, 2017). Studies have shown that students with Internet addiction do not have the necessary skills in social relationships and suffer from high psychological and emotional vulnerability and low mental health (Kacar, Ayaz-Alkaya, 2022). The results of other studies have also shown that Internet addiction in adolescents causes cold interpersonal, family, friendly and social relationships and also causes changes in the individual and social identity of adolescents (Yücens, Üzer, 2018). This trend reduces social connections and isolation of adolescents (Özer, Altun, Avşar, 2023). The emergence of Internet addiction in adolescents, in addition to reducing the adolescents' relationship with their parents, also causes their emotional regulation to be disrupted (Lakani, Akbari, 2021), and over time, emotional self-awareness (Kafinia and Farhadi, 2020) and normal emotional

processing are also damaged (Khoshkhoo, Issazadegan, 2022), and as a result, it can be expected that these adolescents will develop symptoms of alexithymia (Ghasemzadeh et al., 2021). According to this the present study was conducted to comparing the effectiveness of quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment on isolation and alexithymia in adolescents with symptoms of internet addiction.

Methodology

The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study was made up of adolescents with symptoms of Internet addiction in Isfahan city in the academic year of 2023-2024, who were studying in the second period of secondary school. In this research, 60 adolescent with symptoms of Internet addiction were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (20 people in the first experimental group, 20 in the second experimental group, and 20 in the control group). The adolescents in the experimental groups received the quality of life therapy (Frisch, 2006) and unified protocol for transdiagnostic treatment (Barlow et al, 2018) during eight weeks. After the intervention, 4 adolescents in the first experimental group, 3 adolescents in the third experimental group, and 4 students in the control group withdrew from the study. Accordingly, 49 adolescents with symptoms of Internet addiction remained in the study (16 adolescents with symptoms of Internet addiction in the first experimental group, 17 adolescents with symptoms of Internet addiction in the third experimental group, and 16 adolescents with symptoms of Internet addiction in the control group). Internet Addiction Scale (IDS) (Young, 1999), Isolation Questionnaire (IQ) (Chalabi and Kafi, 2004) and Alexithymia Questionnaire (AQ) (Bagby et al, 1994) were used in the present study. In this study, two levels of descriptive and inferential statistics were used to analyze the data. At the descriptive statistics level, mean and standard deviation were used. At the inferential statistics level, Shapiro-Wilk test was used to check the normality of the distribution of variables (optimal limit greater than 0.05), Levine test was used to check the equality of variances (optimal), Mauchly analysis was used to check the sphericity hypothesis of the research data (optimal limit greater than 0.05), and mixed variance analysis and Bonferroni post hoc test were used to test the hypotheses. Statistical results were analyzed using SPSS-23 statistical software.

Results

The results of Table 1 indicated that the time factor (three assessment stages including pre-test, post-test and follow-up) had a significant effect on the scores of isolationism with an effect size of 58% ($\eta^2 = 58\%$) and alexithymia with an effect size of 66% ($\eta^2 = 66\%$) in adolescents with symptoms of Internet addiction. Also, the group membership factor (receiving quality of life intervention and integrative transdiagnostic treatment) showed a significant effect on the scores of isolationism with an effect size of 49% ($\eta^2 = 49\%$) and alexithymia with an effect size of 56% ($\eta^2 = 56\%$). In addition, the interaction effect between time and group was also significant for isolationism with an effect size of 57% ($\eta^2 = 57\%$) and alexithymia with an effect size of 58% ($\eta^2 = 58\%$). The calculated statistical power of 100% also indicated the adequacy of the sample size and the desired statistical precision in this study. The results of the post hoc test in Table 2 also showed that the difference between the mean scores of isolationism of adolescents with symptoms of Internet addiction in the experimental group of quality of life therapy and the experimental group of unified protocol for transdiagnostic treatment was not statistically significant, and this finding indicates that there is no significant difference between the two interventions. In the case of the variable of alexithymia, the results indicated a statistically significant difference between the two experimental groups, such that unified protocol for transdiagnostic treatment showed greater effectiveness in reducing alexithymia due to the larger effect size compared to quality of life therapy.

Table 1. Analysis of mixed variance analysis for examining within and between group effects on isolation and alexithymia variables.

variables		Sum of Squares	df	Means Square	F	Sig	Partial Eta Squared	Observed Power
isolation	Factor1	1490.18	2	745.09	86.24	<.001	0.65	1
	Groups	2957.85	2	1478.92	22.21	<.001	0.50	1
	Factor*group	937.15	4	324.28	27.12	<.001	0.54	1
	error	974.82	92	8.64				
alexithymia	Factor1	911.27	2	455.62	61.32	<.001	0.57	1
	Groups	3002.53	2	1501.26	20.22	<.001	0.49	1
	Factor*group	699.10	4	174.77	23.52	<.001	0.51	1
	error	683.52	92	7.43				

Table 2: Examining pairwise differences to compare the effects of the experimental groups (quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment) using the Bonferroni post hoc test

variables	Base group		Difference in averages	Standard deviation error	sig
isolation	quality of life therapy	unified protocol for transdiagnostic treatment	1.40	1.18	0.23
		Control group	-10.20	1.25	0.0001
	unified protocol for transdiagnostic treatment	quality of life therapy	1.40	1.18	0.23
		Control group	-8.80	1.18	0.001
alexithymia	quality of life therapy	unified protocol for transdiagnostic treatment	4.66	1.93	0.01
		Control group	-6.33	1.91	0.001
	unified protocol for transdiagnostic treatment	quality of life therapy	-4.66	1.93	0.01
		Control group	-10.99	1.93	0.0001

Conclusion

The first finding of the present study, which is based on the effectiveness of quality of life therapy on the isolation and alexithymia of adolescents with symptoms of Internet addiction, was consistent with the results of Najarzagadan, Farhadi (2019), Yu et al. (2022), Najarpour Ostadi et al. (2021) and , Carney et al (2019) studies. In explaining this finding, it can be said that quality of life therapy, relying on cognitive-behavioral theories, is based on the principle that an individual's perception of satisfaction in various areas of life (such as health, interpersonal relationships, and the environment) is the main driver of his behavior and emotions in (Frisch, 2006). According to this view, adolescents addicted to the Internet take refuge in cyberspace due to a deficiency in the positive evaluation and interpretation of their lives, which gradually leads to withdrawal from real social interactions. This intervention rebuilds the adolescent's intellectual framework by directly targeting these negative evaluations and helping them identify and strengthen the satisfying areas of life (Yousefvand et al., 2017). As a result, by improving the overall perception of quality of life, the motivation to seek rewards in the virtual world decreases and the desire to establish meaningful connections in the real world increases, which leads to a decrease in isolation and alexithymia.

The second finding of the present study, which is based on the effectiveness of protocol for transdiagnostic treatment on the isolation and alexithymia of adolescents with symptoms of Internet addiction, was consistent with the results of Pan et al. (2025), Sandin et al. (2020), Asli-Azad, Farhadi, and Ashkebos (2025), Mehrdadfar et al. (2023) and Kennedy et al. (2023) research. In explaining the present finding, it should be said that one of the basic techniques of protocol for transdiagnostic treatment is to assess cognitive and emotional processes through which adolescents become aware of the interaction between thoughts and emotions. This process allows automatic maladaptive evaluations to be identified. Therefore, it can be said that this technique in protocol for transdiagnostic treatment can make adolescents with symptoms of Internet addiction aware of the inefficient and abnormal cognitive, emotional, and social processes that lead to the destruction of adaptive processing of emotions. By revising cognitive and emotional processes and setting aside thoughts and emotions that are harmful to social and environmental interactions, they will experience more adaptive social behaviors and, in this way, by improving social interactions and communication, they will also experience less isolation and alexithymia.

The final finding of the study showed that protocol for transdiagnostic treatment was more effective than quality of life therapy on alexithymia in adolescents with symptoms of Internet addiction. In explaining this finding, it should be said that protocol for transdiagnostic treatment focuses directly on the core of the alexithymia problem by targeting the underlying processes common to emotional disorders, such as emotional and cognitive avoidance, failure in emotion regulation, and alexithymia (Mehrdadfar et al., 2023). This therapy helps individuals improve their understanding and expression of their emotions. Since alexithymia is often characterized by difficulty in identifying, describing, and distinguishing between emotions, this direct focus on training in emotional awareness and emotion regulation is the main reason for the greater effectiveness of this therapy.

The present study was subject to several limitations. These include the restriction of the study's scope to adolescents with symptoms of internet addiction in the city of Isfahan, the lack of control over environmental, familial, and social variables influencing social isolation and alexithymia, as well as the non-use of random sampling. Another limitation pertained to the research instruments. Data were collected using self-report questionnaires. Although these questionnaires demonstrated acceptable validity and reliability, the self-report nature is inherently susceptible to biases such as social desirability, recall bias, or participants' insufficient self-

awareness of their internal states. The utilization of complementary methods, such as structured clinical interviews or reports from parents and teachers, could have provided richer data. To enhance the generalizability of the findings, it is recommended that future research be conducted in diverse cities and regions with varying cultures, on different age and gender groups (particularly boys), and on specific populations of girls, such as those with dysfunctional parent-child interactions or socially withdrawn girls. Furthermore, controlling for environmental and familial factors in future studies could contribute to a better understanding of the role these variables play in the efficacy of interventions. Given the significant efficacy of both quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment in reducing social isolation and alexithymia, it is suggested that on a practical level, educational packages—including brochures and scientific booklets—be developed for counselors, psychologists, and therapists at counseling centers, especially those affiliated with the Ministry of Education. This educational content can assist professionals in effectively employing these interventions to reduce the symptoms in question. The practical application of these interventions can not only lead to a reduction in social isolation and alexithymia but also, through the improvement of emotional and social functioning, pave the way for enhancing the academic and familial performance of adolescents exhibiting symptoms of internet addiction.

Key words: Adolescents, Alexithymia, Isolation, Internet Addiction, Quality of Life Therapy, Unified Protocol For Transdiagnostic Treatment

Ethical considerations

In order to comply with research ethics, consent was obtained from adolescents with symptoms of Internet addiction to participate in quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment interventions. They were also informed about all stages of the research. In addition, adolescents in the control group were assured that after completing the research process, they would receive one of the quality of life therapy and unified protocol for transdiagnostic treatment interventions free of charge. Also, adolescents in all three experimental and control groups were assured that their information would remain confidential with the researcher and that they did not need to include their details in the questionnaires. The present study was registered with the ethics code IR.IAU.KHUISF.REC.1403.215 at the Islamic Azad University, Isfahan Branch.

Acknowledgments

This article was derived from the first author's doctoral dissertation at the Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan) Branch. We would like to express our gratitude to all the adolescents participating in the research and to the education officials of the sixth district of Isfahan who fully cooperated in carrying out the research.

Conflict of Interest

No government or private organization has financially supported this research. In this study, no conflict of interest was reported by the authors.