رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۱، شماره پیاپی ۹۲، بهمن ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(11), 2024

اثربخشی مدل تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت

The effectiveness of the integrated model of acceptance and commitment and schema therapy on the feeling of loneliness and social problem solving of people with Prolong Grief Disorder

پگاه دوستی
گروه روان شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
دکتر پیمان دوستی (نویسنده مسئول)
گروه روان شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر امیرحسین یاوری
گروه روان شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

Pegah Dousti
Department Of clinical psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.
Dr. Peyman Dousti*
Department Of psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
peyman.dousti@gmail.com
Dr. Amirhossein Yavari
Department Of clinical psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

چکیده
هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افرادی بود که طبق معیارهای DSM 5-TR، اختلال سوگ طولانی مدت را تجربه می‌کردند و طی فراخوان در سال ۱۴۰۱ به کلینیک پذیرش و تعهد تهران مراجعه کردند. از جامعه مذکور، تعداد ۲۰ نفر از افرادی دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره گمارش شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار، تحت مداخله درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی قرار گرفتند. گروه گواه تا پایان جلسات هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های احساس تنهایی (UCLA) راسل و کوترونا (۱۹۸۰) و حل مساله اجتماعی (SPSI-R) دزوریلا و نزو (۱۹۹۰) بود. به منظور تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوورایانس چند متغیری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه در سطح P<۰/۰۵ تفاوت معناداری وجود دارد. از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که این درمان، می‌تواند یک شیوه کارآمد برای کار با افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت باشد.

واژه‌های کلیدی: *احساس تنهایی، اختلال سوگ طولانی مدت، حل مساله اجتماعی، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی.*

Abstract
This research aimed to investigate the effectiveness of the integrated model of acceptance and commitment and schema therapy on the feeling of loneliness and social problem-solving of people with Prolong Grief Disorder. This research was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research included all the people with Prolong Grief Disorder according to DSM 5-TR criteria and referred to the Acceptance and Commitment Psychological Clinic in Tehran in 2022. From the mentioned population, 20 people who met the criteria for entering the research were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two groups of 10 people. The subjects of the experimental group were subjected to the integrated model of acceptance and commitment and schema therapy for 10 sessions of 120 minutes once a week. The control group did not receive any intervention. The research tools included the loneliness questionnaire of Russell & Cutrona (1980) and the social problem-solving questionnaire of D'zurilla & Nezu (1990). To analyze the data, multivariate covariance analysis was used. The findings showed that in the experimental group, the average scores of the post-test compared to the pre-test had changed (P<0.05). From these findings, we can conclude that this method can be an efficient way to work with people with Prolong Grief Disorder.

Keywords: *Feeling of loneliness, Prolong Grief Disorder, Social problem solving, The integrated model of acceptance and commitment and schema therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : شهریور ۱۴۰۲** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

مقدمه

سوگ[1]، نه یک هیجان است، و نه آن چیزی که به عنوان افسردگی شناخته می‌شود، بلکه یک وضعیت روان‌شناختی ناخوشایند، اما بهنجار است که افراد در پاسخ به هر فقدانی از خود نشان می‌دهند (هریس، ۲۰۲۱: ترجمه حسینی نیا و دوستی، ۱۴۰۱). با این حال، سوگ همیشه بهنجار نیست و گاهی چهره نابهنجار به خود می‌گیرد، به طوری که در نسخه تجدید نظر شده از نگارش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2]، در فصل مربوط به اختلالات مرتبط با تروما، برای چهره نابهنجار سوگ، یک اختلال جدید به نام اختلال سوگ طولانی مدت[3] معرفی شده است. اختلال سوگ طولانی مدت، یک واکنش سوگ به شکل ناسازگار و طولانی مدت است که پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه (برای کودکان و نوجوانان حداقل ۶ ماه) از زمان فقدان فردی که سوگوار با او رابطه نزدیک داشته است، قابل تشخیص می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[4]، ۲۰۲۲). این موضوع در حالی است که تجربه فقدان و سوگ با مشکلاتی در سلامت روان از جمله افسردگی، خشم، استرس، نا امیدی، کاهش تمرکز حل مساله و احساس تنهایی همراه است (فیث لیدل[5] و همکاران، ۲۰۲۳؛ د لا و فرناندز[6]، ۲۰۲۲؛ دیویس[7] و همکاران، ۲۰۲۰).

احساس تنهایی تجربه‌ای از حالت منفی هیجانی است که ناشی از برآورده نشدن نیازهای اجتماعی فرد می‌باشد (کانلی[8] و همکاران، ۲۰۱۷) و در بسیاری از موارد، سبب تشدید مشکلات فردی می‌شود که در نهایت بهداشت روان افراد را به خطر می‌اندازد (سیمییچارون[9] و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین احساس تنهایی باعث می‌شود افراد در برخی از جنبه‌های مهم زندگی از جمله در حل مسائل اجتماعی نیز با مشکلات اساسی روبرو شوند (گنتینا و چن[10]، ۲۰۱۹). حل مسئله اجتماعی از جمله فرآیندهای شناختی سطح بالا محسوب می‌شود که فرد می‌تواند در شرایط استرس‌زا و مشکلات، بهترین راه حل را پیدا کند (ایلماز و تراش[11]، ۲۰۱۹). افرادی که مهارت بالاتری در حل مسائل اجتماعی دارند، پریشانی عاطفی کمتری را متحمل می‌شوند و از تاب آوری بالاتری برخوردارند (ثوما[12] و همکاران، ۲۰۲۰؛ رومانو[13] و همکاران، ۲۰۱۹). فقدان مهارت‌های حل مسائل اجتماعی در افرادی که فقدان را تجربه می‌کنند، می‌تواند با افسردگی، استرس و افکار خودکشی رابطه داشته باشد (اسمیت[14] و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، برخی دیگر از پژوهش‌های صورت گرفته بر روی سوگ، بیانگر آن است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نقش قابل توجهی در خصوص نحوه عبور از سوگ و تنظیم هیجان مرتبط با آن از جمله شیوه رویارویی مناسب با احساس تنهایی و مشکلات مربوط به حل مساله بازی می‌کنند (دیدم و اوکان جم[15]، ۲۰۲۲) که در مجموع همه موارد ذکر شده موجب گشته است، امروزه توجه برخی پژوهشگران به پژوهش در خصوص تجربه فقدان و سوگ جلب شود (فیث لیدل و همکاران، ۲۰۲۳؛ دل پالسیوگونزالز[16] و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶) و به بررسی اثربخشی شیوه‌های مختلف روان‌درمانی برای متغیرهای مربوط به فقدان و سوگ بپردازند (هانگ[17] و همکاران، ۲۰۱۹). در این بین، پذیرش و تعهد درمانی و طرحواره درمانی دو روش درمانی است که برخی یافته‌های پژوهشی از اثربخشی آنها حمایت می‌کند (دیویس و همکاران، ۲۰۲۰؛ هان[18] و همکاران، ۲۰۱۹؛ دیدم و اوکان جم[19]، ۲۰۲۲؛ تیم و هلند[20]، ۲۰۱۷؛ وست[21]، ۲۰۰۰).

1. grief
2. DSM5-TR
3. prolong grief disorder
4. American Psychiatric Association
5. Faith Leidl
6. de la & Fernández
7. Davis
8. Canli
9 .Simcharoen
10. Gentina & Chen
11 .Yilmaz & Tras
12. Thoma
13. Romano
14. Schmidt
15. Didem & Okan Cem
16. Del Palacio-González
17. Huang
18. Han
19. Didem & Okan Cem
20. Thimm & Holland
21. West

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

با این حال، هرچند که یافته‌های پژوهشی از اثربخشی این دو درمان به تنهایی حمایت می‌کنند، استفاده از یک مدل تلفیق شده از آنها درحالی است که در یک نگاه ابتدایی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پارادایم‌های متفاوتی را به کار می‌گیرند. برای مثال، طرحواره درمانی، وزن قابل توجهی به تجربیات اولیه زندگی اجتماعی می‌دهد و بیان می‌دارد آنها منجر به ایجاد خاطرات عمدتاً ضمنی می‌شوند که این خاطرات در زمینه‌های خاص دوباره فعال می‌شوند و اغلب از طریق استراتژی‌های ناکارآمد مدیریت می‌شوند و طرحواره درمانگر به دنبال اصلاح این خاطرات طبقه بندی شده به عنوان الگوها است (هیث و استارتاپ[1]، ۲۰۲۰). در همین حال، درمان پذیرش و تعهد (ACT)، با هدف تغییر واکنش‌های ما مرتبط با تاریخچه یادگیری و ایجاد انعطاف‌پذیری بیشتر با در نظر گرفتن آنچه در لحظه کنونی رخ می‌دهد، است (هیز[2]، ۲۰۱۹). علیرغم پارادایم‌های متفاوت این دو درمان، کوزینو و نگو[3] (۲۰۱۳) بیان کردند که امکان ترکیب این رویکردها وجود دارد و الگوی ادغام شده‌ای از این دو درمان را ارایه دادند. کوزینو و نگو (۲۰۱۳) بیان کردند همانطور که طرحواره ها از طریق واکنش‌های جسمانی، افکار، عواطف و گرایش‌های کنشی آشکار می شوند، تلاش برای تغییر رابطه بین فرد و این تجربیات خصوصی از طریق استفاده از ذهن آگاهی، مفاهیم فلسفی و تکنیک‌های برگرفته از ACT امکان پذیر است (کوزینو و نگو، ۲۰۱۳). گرکوچی[4] و همکاران (۲۰۱۸) نیز، مدل مشابهی با آنچه کوزینو و نگو (۲۰۱۳) بیان کرده بودند را ارایه دادند و عنوان کردند که هدف یک رویکرد ترکیبی از ST و ACT به منظور رفع مشکلات مربوط به فرزندپروری، از طریق درک و محدودیت قوانین در رابطه با والدین است که از یک طرف طبق طرحواره درمانی یک پس زمینه مفهومی مانند والدین ناکارآمد برای درک روابط فعلی وجود دارد که از گذشته درونی شده است و از سوی دیگر ACT و مهارت‌های توجه‌آگاهی استراتژی‌هایی را ترسیم می‌کنند که به فرد کمک می‌کند تا واکنش‌های خوکار خود را مشاهده کند، رابطه خود را با آنها تغییر دهد و به شیوه‌ای آگاهانه‌تر عمل کند (گرکوچی و همکاران ، ۲۰۱۸). دیگر پژوهشگران نیز، در خصوص درمان ادغام شده‌ی بین ST و ACT یا رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی بیان کردند که این مدل در خصوص برخی وضعیت‌های بالینی و غیر بالینی می‌تواند مؤثر باشد (آمارو[5] و همکاران، ۲۰۱۰; گوجانی[6] و همکاران، ۲۰۱۷).

بر این اساس و با توجه به تجربه احساس تنهایی (دی ستتسیو و همکاران[7]، ۲۰۲۰) و کاهش مهارت حل مساله اجتماعی به هنگام شرایط پرتنش (ایلماز و تراش، ۲۰۱۹) مانند فقدان و سوگ، یک بخش ضروری در بهبود شرایط افراد درگیر در اختلال سوگ طولانی مدت، توجه به این دو متغیر می‌باشد. این در حالی است یافته‌های پژوهشی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سوگ (دیدم و اوکان جم، ۲۰۲۲) و به دنبال آن الگوهای تکرار شونده‌ای که از گذشته حمل می‌شوند (هیث و استارتاپ، ۲۰۲۰) را بیان می‌کنند. از سوی دیگر افزایش آگاهی از فرایندهای ذهنی و اقدام‌های موثری که به وسیله مهارت‌های ACT به افراد آموزش داده می‌شود (هیز، ۲۰۱۹)، ضرورتی است که از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی، برای احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد درگیر در اختلال سوگ طولانی مدت استفاده شود.

از آنجایی که مداخله نکردن در احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت ممکن است مشکلاتی در آینده برای این افراد ایجاد کند و آسیب‌هایی به آنها و جامعه تحمیل شود، مطالعه بر روی این جامعه با استفاده از یک رویکرد درمانی جدید بر روی احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی، دارای اهمیت می‌باشد. لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی در افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که طبق معیارهای DSM 5-TR، اختلال سوگ طولانی مدت (سوگواری بیش از ۱۲ ماه) را تجربه می‌کردند و طی فراخوان در بازه زمانی دی تا اسفند ۱۴۰۱ به کلینیک روان‌شناسی پذیرش و تعهد مراجعه کردند که پس از ارزیابی اولیه طی مصاحبه، شرکت کنندگان برای

1 . Heath & Startup
2. Hayes
3. Cousineau & Ngo
4. Grecucci
5. Amaro
6. Gojani
7. Di Stasio

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

غربالگری معیارهای این پژوهش، به پرسشنامه‌های احساس تنهایی راسل و کوترونا[1] (۱۹۸۰) و حل مساله اجتماعی دزوریلا و نزو[2] (۱۹۹۰) پاسخ دادند. از جامعه مذکور، بر اساس فرمول کوهن و دستورالعمل هاول[3] (۲۰۱۴) در خصوص کفایت حجم نمونه، تعداد ۲۰ نفر از افرادی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب، و به شکل تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارش شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت طبق معیارهای DSM 5-TR، تجربه احساس تنهایی بر اساس پاسخ به پرسشنامه راسل و کوترونا با کسب نمره بیشتر از ۵۰، توانایی پایین حل مساله اجتماعی بر اساس پاسخ به پرسشنامه دزوریلا و نزو و کسب نمره کمتر از ۸۰، و نداشتن اختلال روانشناختی قابل تشخیص دیگر طی مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM 5-TR بود. ملاک‌های خروج از این پژوهش شامل دریافت یک مداخله روان‌شناختی دیگر حین جلسات، عدم رضایت جهت ادامه همکاری در پژوهش و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک بار، تحت مداخله درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی قرار گرفتند. گروه گواه تا پایان جلسات هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، اما پس از پایان مداخلات و به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله همین درمان قرار گرفت. سایر اصول اخلاقی این پژوهش شامل کسب اطلاعات درباره روند کار و محرمانه بودن اطلاعات بود. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کوورایانس چند متغیری با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس احساس تنهایی[4] (UCLA): مقیاس احساس تنهایی راسل و کوترونا (۱۹۸۰) با هدف اندازه گیری احساس تنهایی ساخته شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه می‌باشد و نمره‌گذاری آن در یک طیف لیکرت چهار درجه ای از هرگز (۱ نمره) تا همیشه (۴ نمره) می‌باشد. دامنه نمره ها بین ۲۰ تا ۸۰ است و میانگین نمرات ۵۰ می‌باشد. روایی این ابزار به روش همبستگی، میان نمرهٔ احساس تنهایی و نمرهٔ آزمون افسردگی بک، ضریب همبستگی ۰/۶۲ به دست آمده است. این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد مسن اجرا شده است، و دامنه آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است و ضریب اعتبار بازآزمایی به فاصله یک سال برابر ۰/۷۸ گزارش شده است (راسل و کوترونا، ۱۹۸۰). در نسخه فارسی، ضریب همسانی درونی این ابزار ۰/۷۸ و پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ توسط میردریکوند (۱۳۷۸) ۰/۸۱ گزارش شد. ضریب پایایی این ابزار در پژوهش حاضر، ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه حل مساله اجتماعی[5] (SPSI-R): پرسشنامه حل مساله اجتماعی توسط دزوریلا و نزو (۱۹۹۰) با هدف اندازه گیری مهارت فرد در حل مسئله اجتماعی ساخته شد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی از نوع لیکرت و دارای ۲۵ سوال است. شیوه نمره گذاری این ابزار از گزینه‌های به هیچ وجه (۱ امتیاز) تا خیلی زیاد (۵ امتیاز) می‌باشد که حد پایین نمره ۲۵ و حد بالای نمره ۱۲۵ می‌باشد. دزوریلا و همکاران (۲۰۰۲) ضریب آلفای این ابزار را بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. روایی این ابزار به روش روایی همگرا، بین ۰/۳۲ تا ۰/۸۵ گزارش شد. در نسخه فارسی این ابزار، روایی به دست آمده به روش همسانی درونی توسط مخبری و همکاران (۱۳۸۹) برابر با ۰/۸۵ گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ نیز به وسیله مخبری و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر، ۰/۸۲ به دست آمد.

خلاصه جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در جدول ۱ آورده شده است که بر گرفته از الگوی دوستی (۱۴۰۲) می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان

جلسه	شرح
اول	در این جلسه اعضا به یکدیگر معرفی شدند، اهداف و قوانین گروه مطرح شد و از اعضا خواسته شد تا تجربه خود را از فقدان و سوگ همراه آن با یکدیگر به اشتراک بگذارند. در پایان جلسه از اعضا خواسته شد تا طی هفته در خصوص تجربه سوگ ناشی از فقدان خود، احساس تنهایی و مشکلاتی که در حل مسایل اجتماعی برای آنها پیش آمده است فکر کنند و یادداشت کنند که این احساس‌ها شبیه چه احساس‌هایی از گذشته‌های دور آنها می‌باشد؟

1. Russell & Cutrona
2. D'zurilla & Nezu
3. Howell
4. loneliness scale
5. social problem solving

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

دوم در این جلسه ابتدا اعضا در خصوص تجربه‌ای که طی هفته به دست آوردند به گفتگو پرداختند. سپس رهبر گروه در خصوص ذهنیت‌های طرحواره‌ای به اعضای گروه توضیح داد و بیان کرد که تجربه‌ای که ما در هر لحظه از ذهنیت فعال شده خودمان داریم، ریشه‌ای از گذشته‌های دورمان دارد. در انتهای جلسه به اعضا تمرین داده شد تا ذهنیت‌های طرحواره‌ای خود را زیر نظر بگیرند و طی هفته ثبت کنند که چه رویدادی منجر به فعال شدن کدام ذهنیت شد، این ذهنیت چه افکار و احساس‌هایی داشت و آیا این ذهنیت منجر به فعال شدن ذهنیت‌های دیگری نیز شده است یا خیر؟

سوم در این جلسه، ابتدا اعضای گروه تجارب خود از جلسه گذشته را با یکدیگر به اشتراک گذاشتند. در ادامه، رهبر گروه در خصوص ذهنیت بزرگسال سالم توضیحاتی ارایه داد و بیان کرد که این ذهنیت چگونه مانند یک پدر و مادر خوب عمل می‌کند. ذهنیت بزرگسال سالم، از ذهنیت کودک آسیب پذیر حمایت می‌کند، برای ذهنیت‌های کودک عصبانی و کودک تکانه‌ای، حد و مرزهای واقع بینانه رفتاری می‌گذارد و به خواسته‌های ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد و والدین ناکارآمد تن نمی‌دهد. در انتهای جلسه از اعضا خواسته شد تا طی هفته تمرین‌های بازوالدین کودک درون شامل نامه از بزرگسال سالم به کودک آسیب پذیر و گفتگو با صدای بلند با کودک آسیب پذیر را انجام دهند.

چهارم در این جلسه، ابتدا اعضای گروه تجربه هفته گذشته خود را با یکدیگر به اشتراک گذاشتند. سپس رهبر گروه به بیان این موضوع پرداخت که چطور تن دادن به خواسته‌های ذهنیت محافظ بی تفاوت، موجب قطع ارتباط صمیمانه ما با افراد نزدیک زندگی‌مان می‌شود و چطور ذهنیت کودک آسیب پذیر احساس تنهایی می‌کند. همچنین رهبر گروه بیان کرد که چطور کودک تکانه‌ای می‌تواند مشکلاتی را در مسایل اجتماعی مختلف برایمان ایجاد کند. در انتهای جلسه رهبر گروه از اعضا خواست تا طی هفته الگوهای رفتاری ناکارآمد خود را شناسایی کنند و یادداشت کنند که این الگوها عمدتا به دلیل فعال بودن کدام ذهنیت طرحواره‌ای رخ می‌دهند.

پنجم در این جلسه، ابتدا اعضای گروه تجارب خود را با یکدیگر به اشتراک گذاشتند. رهبر گروه مباحث جلسات پیشین را بررسی کرد، سپس به مفهوم ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود. همچنین رهبر گروه تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف را مطرح کرد و از اعضا خواست تا در این خصوص با یکدیگر به گفتگو بپردازند. در انتهای جلسه، رهبر گروه از اعضا خواست تا پرسشنامه ارزش‌های زندگی را تکمیل کنند و هر کس به تنهایی در خصوص هر حوزه ارزشی، ابتدا فکر کند و سپس با دیگر اعضا به گفتگو بپردازد.

ششم در ابتدای این جلسه، اعضای گروه تجربه خود را از تمرین هفته گذشته بیان کردند. سپس رهبر گروه اعضا را دعوت کرد تا آنها در این خصوص که چه چیزی مانع آنهاست تا بتوانند مطابق با ارزش‌های خود زندگی کنند، به بحث بپردازند. در ادامه رهبر گروه تفاوت بین موانع درونی (افکار و احساس‌ها) و موانع بیرونی را بیان نمود. سپس رهبر گروه به بیان این موضوع پرداخت که چطور ذهن ما انواع افکار را می‌سازد و چطور این افکار همانند همان ذهنیت‌های طرحواره‌ای است و ما می‌توانیم به خواسته‌های آنها تن ندهیم، در حالی که هنوز این افکار حضور دارند. در انتهای جلسه از اعضا خواسته شد تا طی هفته حضور افکار خود را زیر نظر بگیرند، و در صورت امکان سعی کنند بدون قلاب شدن در افکار، رفتاری خلاف الگوهای رفتاری ناکارآمد خود و مطابق با ارزش‌هایشان انجام دهند، حتی اگر افکار همچنان حضور دارند.

هفتم در ابتدای جلسه، اعضا به گفتگو در خصوص تجربه‌شان پرداختند. سپس رهبر گروه توضیح داد که برخی مواقع ما انسان‌ها درگیر طوفان‌های فکری و هیجانی می‌شویم و همانطور که قایق‌ها در شهرهای ساحلی لنگر می‌اندازند تا با طوفان به هر سویی نروند، اما با لنگر انداختن نمی‌توانند طوفان را پایان دهند، ما نیز می‌توانیم هنگام طوفان فکری و هیجانی، لنگر بیاندازیم، هرچند این لنگر به طوفان پایان نمی‌دهد، اما ما را از غرق شدن در افکار و هیجان‌هایمان نجات می‌دهد. سپس رهبر گروه تمرین لنگر انداختن با فرمول ACE را به اعضا بیان کرد. این تمرین یکی از تمرین‌های مایندفولنس است که در ACT مورد استفاده قرار می‌گیرد. در بخش اول تمرین افراد می‌آموزند که چطور نسبت به افکار و احساس‌های خود گشوده باشند و به جای مبارزه با آنها، از نگاه یک خود متعالی آنها را نظاره کنند. در بخش دوم تمرین افراد می‌آموزند که چطور به شکل آگاهانه و غیر تکانه‌ای، کنترل بدن خود را به دست بگیرند و در بخش سوم تمرین، افراد تلاش می‌کنند تا اعمالی آگاهانه، مفید و هدفمند را انجام دهند. این جلسه با تمرین لنگر انداختن به پایان رسید.

هشتم در ابتدای این جلسه، اعضا تجارب خود را از هفته گذشته بررسی کردند. در ادامه رهبر گروه اعضا را با مفهومی به نام خود به عنوان ناظر آشنا کرد و بیان نمود که این مفهوم چگونه در برخی جهات شبیه مفهوم ذهنیت بزرگسال سالم می‌باشد. همچنان اعضا تشویق شدند تا فضایی برای احساس‌های ناخوشایند ذهنیت کودک آسیب پذیر در نظر بگیرند، از او حمایت کنند، برای ذهنیت کودک عصبانی و تکانه‌ای حد و مرزهای واقع بینانه رفتاری بگذارند، به خواسته‌های ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد و والدین ناکارآمد تن ندهند، و مطابق با خواسته‌های بزرگسال سالم و بر اساس ارزش‌های خود حرکت کنند. همچنین یک بار دیگر درباره خروج از الگوهای رفتار ناکارآمد و زندگی بر اساس ارزش‌ها صحبت شد و به این نکته که چطور ما انسان‌ها تمایل داریم الگوهای همیشگی خود را تکرار کنیم، اشاره شد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

نهم و دهم	جلسات نهم و دهم با هدف پایداری نتایج صورت گرفتند. طی این جلسات یک بار دیگر تمام جلسات گذشته مرور شد و اعضا تجربه‌های خود را با یکدیگر به اشتراک گذاشتند. در این جلسه اعضا برای ادامه زندگی‌شان بدون ادامه فعالیت این گروه و اتمام جلسات، آماده شدند.

یافته ها

تعداد شرکت کنندگان در این پژوهش ۲۰ نفر بود که در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۲/۷ با انحراف استاندارد ۱/۲۸ و میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه گواه ۳۳/۱ با انحراف استاندارد ۱/۰۷ بود. در گروه آزمایش، ۲ نفر از شرکت کنندگان را مردان و ۸ نفر را زنان تشکل داده بودند. ۷ نفر از افراد حاضر در گروه آزمایش دارای مدرک کارشناسی و ۳ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. همچنین گروه گواه متشکل از ۱ نفر مرد و ۹ نفر زن بود. در گروه کنترل، ۶ نفر دارای مدرک کارشناسی، ۳ نفر دارای دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۱ نفر دارای مدرک دکتری بود.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی پژوهش

متغیر	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
احساس تنهایی	آزمایش	پیش آزمون	۵۳/۹۰	۲/۶۰
		پس آزمون	۴۶/۶۰	۲/۹۵
	کنترل	پیش آزمون	۵۲/۶۰	۲/۹۵
		پس آزمون	۵۲/۰۰	۲/۹۴
حل مساله اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۷۰/۰۰	۵/۳۵
		پس آزمون	۱۰۴/۹۰	۳/۲۸
	کنترل	پیش آزمون	۷۱/۰۷	۵/۳۵
		پس آزمون	۷۴/۵۰	۶/۰۷

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، میانگین نمره احساس تنهایی در پس آزمون کاهش پیدا کرده است که در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نمی‌شود. همچنین در خصوص متغیر حل مساله اجتماعی نیز، میانگین پس آزمون در گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است که در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نمی‌شود.

به منظور بررسی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد که در متغیر احساس تنهایی، سطح معناداری ۰/۲۰۰ و حل مساله اجتماعی ۰/۰۸۰ می‌باشد. همچنین آماره F در متغیر احساس تنهایی، ۰/۰۰۷ با سطح معناداری ۰/۹۳۵ و در متغیر حل مساله اجتماعی، مقدار آماره F، ۰/۴۱۸ با سطح معناداری ۰/۵۲۶ می‌باشد. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که مقدار F برای متغیر احساس تنهایی۰/۰۰۷ با سطح معناداری ۰/۹۳۵ و برای متغیر حل مساله اجتماعی ۰/۴۱۸ با سطح معناداری ۰/۵۲۶ به دست آمد. بررسی آزمون ام باکس نشان داد که مقدار F برابر با ۱/۶۵۶ در سطح معناداری ۰/۱۷۴ می‌باشد و نشان دهنده همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها است. همچنین بررسی شیب خط رگرسیون نشان داد بین پیش آزمون و مداخله صورت گرفته در متغیر احساس تنهایی F=۲/۸۴۵ با سطح معناداری ۰/۲۸۳ و متغیر حل مساله F=۳/۸۹۶ با سطح معناداری ۰/۱۰۳ تعاملی وجود ندارد. با توجه به رد نشدن پیش فرض‌ها (P>۰/۰۵) انجام تحلیل‌های پارامتریک بلامانع بود. جدول ۳ به بررسی شاخص‌های اعتباری چند متغیری می‌پردازد.

جدول ۳. آزمون‌های چند متغیری برای دو گروه در احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی

	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	میزان اثر
اثر پیلایی	۰/۹۸۹	۶۸۲/۲۴۱	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

لامبدای ویلکز	۰/۰۱۱	۶۸۲/۲۴۱	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
اثر هتلینگ	۹۰/۹۶۵	۶۸۲/۲۴۱	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
بزرگترین ریشه روی	۹۰/۹۶۵	۶۸۲/۲۴۱	۲	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد با کنترل پیش آزمون، و با توجه به سطح معناداری لامبدای ویلکز (P<۰/۰۵)، حداقلیکی از متغیرها در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد و ۶۳ درصـــد از این تفاوت، مربوط به مداخله درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی است. در جدول ۴، به تحلیل کوورایانس چند متغیره پرداخته شده است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	میزان اثر
پیش آزمون	احساس تنهایی	۱۱۱/۵۹	۱	۱۱۱/۵۹	۲۸۴/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	حل مساله اجتماعی	۲۲۰/۱۸	۱	۲۲۰/۱۸	۱۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲
گروه	احساس تنهایی	۲۱۰/۲۲	۱	۲۱۰/۲۲	۵۳۵/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	حل مساله اجتماعی	۴۱۱۸/۱۲	۱	۴۱۱۸/۱۲	۳۳۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	احساس تنهایی	۶/۲۷	۱۶	۰/۳۹			
	حل مساله اجتماعی	۱۹۸/۲۴	۱۶	۱۲/۳۹			
مجموع	احساس تنهایی	۴۸۹۱۲/۰۰	۲۰				
	حل مساله اجتماعی	۱۶۵۹۷۲/۰۰	۲۰				

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی، منجر به تفاوت معنادار در متغیرها بین دو گروه شده است و بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت اثربخش بوده است (p<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت انجام شد. یافته‌ی اول پژوهش نشان داد با کنترل اثر پیش آزمون، درمان تلفیق شده‌ی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر احساس تنهایی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت اثر بخش بوده است. در مقایسه این یافته با دیگر پژوهش‌ها، جستجوی پژوهشگر نتوانست پژوهشی دقیقا مشابه پژوهش صورت گرفته را پیدا کند. با این حال، این یافته از حیث اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی با یافته‌های غفاری چراتی و همکاران (۱۴۰۰)، ابوسعیدی مقدم و همکاران (۱۳۹۹)، صمدی کاشان و همکاران (۱۳۹۸) و عسگری و همکاران (۱۳۹۸) و از حیث اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی با یافته‌های نیکوگفتار و سنگانی (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، زمانی که طرحواره‌های فرد پیرامون نیازِ به اندازه کافی خوب ارضا نشده‌ی دلبستگی ایمن شکل می‌گیرد، احساس‌ها و باورهایی را پیرامون ترس از دست دادن، ترس از تنها ماندن، احساس نخواستنی بودن و مواردی از این دست را تجربه می‌کند که برای مثال می‌توان به طرحواره‌های رها شدگی یا محرومیت عاطفی اشاره کرد. همچنین ممکن است به طور پیوسته ذهنیت کودک آسیب دیده برای فرد فعال شود و انواعی از احساس‌های ملال انگیز را پیرامون احساس تنهایی یا نداشتن حمایت تجربه کند. در گروه درمانی انجام شده به روش درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، ابتدا طرحواره‌های فعال این افراد شناسایی شد. سپس با استفاده از تکنیک‌های حوزه پذیرش و تعهد از جمله ذهن آگاهی و خود به عنوان ناظر سعی شد که افراد حاضر در گروه نسبت به طرحواره های فعال‌شان که احساس تنهایی را دامن می‌زند، آگاهی پیدا کنند و متوجه شوند که تجربه احساس‌های فعلی آنها شبیه چه احساس هایی در گذشته است. همچنین افراد متوجه شدند که ذهنیت‌های فعال شده در هر لحظه ریشه در گذشته‌های دور آنها دارد، و با تمرین شناسایی ذهنیت ها و همچنین تمرین‌های بازوالدینی حد و مرز دار (شامل نامه از بزرگسال

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

سالم به کودک آسیب پذیر و گفتگوی ذهنیت‌ها) طی جلسات توانستند بیاموزند که بزرگسال سالم چگونه می‌تواند مانند یک پدر و مادر خوب عمل کند، به ذهنیت‌های کودکانه رسیدگی کند و به خواسته‌های ذهنیت های مقابله‌ای ناکارآمد تن ندهد. بدین طریق نه تنها تلاش بر این بود تا سوگ طولانی مدت افراد ترمیم بلکه آنها توانستند نسبت به طرحواره‌های فعال‌شان که آنها را در این سوگ با احساس تنهایی نگه می‌داشت، گسلش ایجاد کنند. در مرحله بعد با شناسایی ارزش ها و تبدیل آنها به گام های کوچک رفتاری برای اینکه افراد را در این مسیر متعهد نگه دارد، موانع درونی و بیرونی (افکار و احساس ها) شناسایی شد و با آموزش مهارت‌هایی مثل لنگر انداختن و مچ ذهن را گرفتن افراد یاد گرفتند چطور می توانند از این موانع گسلش کنند تا به جای چسبیدن و گیر افتادن در افکار و احساسات ناکارآمد، بتوانند در حل مسئله اجتماعی و ایجاد پاسخ کارآمد نسبت به تجربه پیش آمده توانمند شوند. به عبارت دیگر این رویکردها روش‌های مؤثری را برای مدیریت تجربه‌های هیجانی در زمان حال و کاهش واکنش‌پذیری به طرحواره‌های ناکارآمد ترسیم می‌کنند (کوزینو و نگو، ۲۰۱۳)

یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد با کنترل اثر پیش آزمون، درمان تلفیق شده‌ی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر حل مساله اجتماعی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت اثر بخش بوده است. در مقایسه این یافته با دیگر پژوهش‌ها می‌توان گفت که از حیث استفاده از درمان ادغام شده‌ی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی برای حل مساله با یافته‌های گرکوچی و همکاران (۲۰۱۸)، ون وریسویک و همکاران (۲۰۱۶) و کوزینو و نگو (۲۰۱۳) همسو می‌باشد. در تبیین اثر بخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر حل مساله اجتماعی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت، می‌توان گفت، طرحواره ها یکی از مولفه های بنیادین اندیشه هستند که به ما امکان می دهند تا مقادیر زیادی از اطلاعات را سامان دهی کنیم (مورفی و همکاران، ۲۰۱۸) و ما را برای پیش بینی رخ دادها و دسته بندی اطلاعات محیطی توانا می‌سازند (بلیست و همکاران، ۲۰۱۵). در عین حال طرحواره‌ها مانند یک فیلتر بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه و همچنین اطلاعات موجود در حافظه عمل می‌کنند و شکل گیری معانی جدید را در ذهن ممکن می سازد (وگل و همکاران، ۲۰۱۸). زمانی که شکل گیری طرحواره‌ها پیرامون نیازهای عاطفی اساسی به اندازه کافی خوب ارضا نشده دوره‌ی کودکی باشد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شود. در عین حال، طرحواره‌هایی که پیرامون به اندازه کافی خوب ارضا نشدن نیاز به استقلال، هویت و کفایت تشکیل می‌شوند، نقش اساسی‌ای در پایین بودن مهارت حل مساله اجتماعی بازی می‌کنند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز، مانند تمام طرحواره‌ها نیازمند موقعیت‌های فعال ساز هستند و تجربه سوگ و فقدان نیز می‌تواند به عنوان یک راه انداز، برای مثال فعال کننده طرحواره شکست یا وابستگی عمل کند. درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی به افراد کمک کرد تا از یک سو از یک پس زمینه مفهومی به شکل خاطرات ضمنی‌ای که از گذشته‌های دور می‌آیند و در موقعیت‌هایی خاص فعال می‌شوند و افکار، رفتار و هیجان‌های ما را کنترل می‌کنند آگاه شوند. از سوی دیگر به افراد کمک کرد که پاسخ‌های متفاوتی نسبت به این تجارب داشته باشند و در مسیر تغییر رفتار و امتحان امکان‌ها و موقعیت‌های جدید در زندگی قدم بردارند. به عبارتی در این درمان برخی از تمرین‌ها حول محور آگاهی از طرحواره‌ها و تشخیص لحظه‌ای ذهنیت‌های طرحواره‌ای فعال به همراه اجازه دادن به افکار و احساس‌ها برای حضور بدون جنگیدن با آنها بود و برخی دیگر از تمرین‌ها در جهت روشن سازی ارزش‌ها و ترسیم فردی که شرکت کنندگان می‌خواستند باشند بود. این مهارت‌ها به آنها کمک می‌کرد تا بدون پیروی از الگوهای قدیمی و همیشگی رفتاری‌شان، به همراه یک نوع ارتباط جدید با افکار و احساس‌هایشان، در جهت تغییر رفتار قدم بردارند.

این پژوهش مانند دیگر مطالعات، دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. از جمله این محدودیت‌ها، حجم کم نمونه، روش نمونه گیری هدفمند و عدم وجود دوره پیگیری بود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، مدل تلفیقی درمان پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی را برای گروه های بیشتری با نمونه گیری هدفمند و همچنین با دوره های پیگیری شش ماهه و یک ساله انجام دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود این پروتکل در دیگر جوامع و متغیرها نیز، مورد آزمون قرار دهند. در کاربرد یافته‌های این پژوهش می‌توان استفاده از این مدل را در مراکزی که به شکل تخصصی با افراد دارای سوگ کار می‌کنند، پیشنهاد کرد.

منابع

ابوسعیدی مقدم، ن.، ثناگوی محرر، غ.، شیرازی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۴(۱). ۳۵- ۵۴. https://doi.org/10.52547/apsy.14.1.35

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

دوستی، پ. (۱۴۰۲). *اثربخشی مدل ادغام شده‌ی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و حل مساله اجتماعی افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان: ایران.

صمدی کاشان، س.، حاج حسینی، م.، به پژوه، ا.، زمانی زارچی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی، *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۱۰ (۱)، ص ۷۳-۸۲. https://doi.org/10.22059/japr.2019.271752

عسگری، ا.، جمهری، ف.، تاجری، ب.، برماس، ح.، حکمی، م. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سبک های اسنادی همسران معتادین، *فصلنامه علمی-پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر*، پیاپی (۴۴)، ص ۱۲۳-۱۵۰. https://sanad.iau.ir/fa/Article/609672

غفاری چراتی، ع.، قنادزادگان، ح.، حسن زاده، ر.، عباسی، ق. (۱۴۰۰). اثربخشی مهارتهای مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش اجتماعی و احساس تنهایی در بانوان، *فصلنامه خانواده و پژوهش*، شماره ۵۱، ص ۱۰۷-۱۲۰. http://dorl.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.2.7.8

مخبری، ع.، درتاج، ف.، دره کردی، ع. (۱۳۸۹). بررسی شاخص های روان سنجی و هنجاریابی پرسشنامه توانایی حل مساله اجتماعی. *اندازه گیری تربیتی*، ۱(۴)، ۵۵-۷۲. https://sid.ir/paper/384020/fa

میردریکوند، ف. (۱۳۷۸). *بررسی رابطه احساس تنهائی با عملکرد تحصیلی، اضطراب ، افسردگی و عزت نفس در دانش آموزان پس مدارس راهنمایی شهرستان پلدختر*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

نیکوگفتار، م.، سنگانی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و سلامت عمومی زنان مطلقه، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۱ (۲)، ص ۱-۱۲. https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.570365.1385

هریس، ر. (۲۰۲۱). *وقتی زندگی ضربه سختی می‌زند: عبور از سوگ و فقدان*. ترجمه حسینی نیا، ن.، دوستی، پ. (۱۴۰۱). انتشارات امین نگار: تهران.

Amaro, H., Magno-Gatmaytan, C., Meléndez, M., Cortés, D. E., Arevalo, S., and Margolin, A. (2010). Addiction treatment intervention: an uncontrolled prospective pilot study of Spiritual Self-Schema therapy with Latina women. *Substance Abuse*. 31, 117–125. https://doi.org/10.1080/08897071003641602

American Psychiatric Association. (2022). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM 5-TR)*, American Psychiatric Association: Washington.

Canli, T., Wen, R., Wang, X., Mikhailik, A., Yu, L., Fleischman, D., Bennett, D. A. (2017). Differential transcriptome expression in human nucleus accumbens as a function of loneliness. *Molecular psychiatry*, 22(7), 1069. https://doi.org/10.1038/mp.2016.186

Cousineau, P., Ngo, T. L. (2013). Schema therapy - ACT - mindfulness, *Sante Ment Que*, 38(2):195-213. https://doi.org/10.7202/1023996ar

Davis, EL., Deane, FP., Lyons, GC., Barclay, GD., Bourne, J., Connolly, V. (2020). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology* ;25(3):322-339. https://doi.org/10.1177/1359105317715091

de la, L., Fernández, P. (2022). Loneliness, Grief and the (Un)Caring State, *Journal of American Studies in Italy*, 7, 12-31. https://doi.org/10.13135/2612-5641/6801

Del Palacio-González, A., Clark, D. A., O'Sullivan, L.F. (2017). Distress severity following a romantic breakup is associated with positive relationship memories among emerging adults, *Emerging Adulthood*, 5(4): 259-267. https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/2167696817704117

Didem, K. D., Okan, C. Ç. (2022) The role of sense of coherence and emotion regulation difficulties in the relationship between early maladaptive schemas and grief, *Death Studies*, 46:6, 1372-1380. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1936295

Di Stasio, M. R., Rinaldi, C., Sciaraffa, J., Cheong, C. (2020). The Relationship Between Indirect Aggression and Loneliness for Emerging Adults: What Does Interpersonal Competence Have to Do with Wellbeing?. *Alberta Journal of EducationalResearch*, 66(1),1-5. https://doi.org/10.11575/ajer.v66i1.56664

D'zurilla,T.J., Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory (SPS i). *Psychological Assessment A Joural of Consulting and Clinical Psychology*, 2,156-163. https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.156

Faith Leidl, B., Fox-Davis, D., Walker, F. O,. Gabbard, J., Marterre, B. (2023). Layers of Loss: A Scoping Review and Taxonomy of HD Caregivers' Spiritual Suffering, Grief/Loss and Coping Strategies, *Journal of Pain and Symptom Management*, 65 (1), 29-50. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.09.010

Gentina, E., Chen, R. (2019). Digital natives' coping with loneliness: Facebook or face-to-face?, *Information & Management*, 56(6), 1031-1038. https://doi.org/10.1016/j.im.2018.12.006

Gojani, P. J., Masjedi, M., Khaleghipour, S., and Behzadi, E. (2017). Effects of the schema therapy and mindfulness on the maladaptive schemas hold by the psoriasis patients with the psychopathology symptoms. *Adv. Biomed*. Res. 6:4. https://doi.org/10.4103/2277-9175.190988

Grecucci, A., Messina, I., Dadomo, H. (2018). Decoupling Internalized Dysfunctional Attachments: A Combined ACT and Schema Therapy Approach, *Frontiers in Psychology*, 9, 1-3. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02332

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

Han, Jing., Liu, Jun-E., Su, Ya-Li., Qiu, Hui. (2019), Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on illness cognition in breast cancer patients, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 73-81. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.003

Hayes, S. (2019). *A Liberated Mind How to Pivot Toward What Matters*, Newyork: an imprint of Penguin Random House.

Heath, G., Startup, H. (2020). *Creative Methods in Schema Therapy*, Routledge: New York.

Howell, D. (2014). *Fundamental Statistics for the Behavioral Sciences, Eighth Edition*. Jon-David Hague.

Huang, F. Y., Hsu, A. L., Hsu, L. M., Tsai, J. S., Huang, C. M., Chao, Y. P., Hwang, T. J. and Wu, C. W. (2019). Mindfulness Improves Emotion Regulation and Executive Control on Bereaved Individuals: An fMRI Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 54(12), 1-10. https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00541

Murphy, C., Barry, M., Nic Gabhainn, S. (2018). Programme Implementation in Schools: Conceptualisations from Irish Teachers. *Health Education*, 118 (6), p483-498. https://doi.org/10.1108/HE-11-2017-0062

Romano, M., Moscovitch, D. A., Ma, R., Huppert, J. D. (2019). Social problem solving in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 68, .102152. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102152

Russell, D. W.,& Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale:Concurrent and Discriminant Validity Evidence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 427-480. https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472

Simcharoen, S., Pinyopornpanish, M., Haoprom, P., Kuntawong, P., Wongpakaran,N.,&Wongpakaran,T.(2018). Prevalence, associated factors and impact of loneliness and interpersonal problems on internet addiction: A studyin Chiang Maimedical students. *Asian Journal of Psychiatry*,31, 2-7. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.12.017

Schmidt, T., Roser, P., Juckel, G., Brüne, M., Suchan, B., & Thoma, P. (2016). Social cognition and social problem solving abilities in individuals with alcohol use disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 38(9), 974-990. https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1180346

Thoma, P., Sonnenburg, S., Marcinkowski, N., Juckel, G., Edel, M. A., & Suchan, B. (2020). Social problem solving in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry research*, 285, 112721. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112721

Thimm, J. C., & Holland, J. M. (2017). Early maladaptive schemas, meaning making, and complicated grief symptoms after bereavement. *International Journal of Stress Management*, 24(4), 347–367. https://doi.org/10.1037/str0000042

Vogel, Susanne; Kluen, Lisa Marieke; Fernández, Guillén; Schwabe, Lars. (2018). Stress Leads to Aberrant Hippocampal Involvement When Processing Schema-Related Information. *Learning & Memory*, v25 n1. p21-30. https://doi.org/10.1101/lm.046003.117

West, W. (2000), *Psychotherapy & spirituality : Crossing the line be- tween therapy and religion*. London: SAGE Publications. https://www.google.com/books/edition/Psycho- therapy_Spirituality/0Gl-4xLiua8C?hl=en&gbpv=

Yilmaz, M., & Tras, Z. (2019). The Investigation of Risk-Taking Behavior in Adolescents in Terms of Attachment Styles and Social Problem-Solving. *Asian Journal of Education and Training*, 5(2), 343-348. http://dx.doi.org/10.20448/journal.522.2019.52.343.348

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]