MEJDS. 2024; 14:117.

Published online 2024 Dec. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Cognitive Restructuring Therapy and Emotion-Focused Psychotherapy on Loneliness and Sensitivity to Rejection Among People with Spinal Cord Injury

Hasani H[1], *Ghazanfari A[2], Sharifi T[2]

Author Address
1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran;
2. Associate Professor of Psychology, Department of Counseling & Psychology, Faculty of Humanities Sciences, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.
***Corresponding Author E-mail**: a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

Received: 2024 January 21; **Accepted**: 2024 April 22

Abstract

Background & Objectives: Creating a spinal injury and forming a lesion can affect all aspects of an individual's life, and this impact is more pronounced on the psychological, emotional, and social aspects of life. One of the psychological consequences of a spinal injury is the feeling of loneliness. In individuals with spinal injuries, the feeling of loneliness can lead to premature physiological aging, cardiovascular diseases, and psychological problems such as depression. Therefore, paying attention to the feeling of loneliness in individuals with spinal injuries is essential. Additionally, another common psychological issue in individuals with spinal injuries is the feeling of rejection. Most individuals with spinal injuries are more sensitive to the emotional reactions of others, which creates a kind of attention bias toward rejection. As a result, this group of individuals is more sensitive to rejection than others. Heightened sensitivity to rejection may lead to an increase in feelings of loneliness. Therefore, identifying effective intervention approaches to improve loneliness and sensitivity to rejection in individuals with spinal injuries will be very beneficial.

Methods: This quasi–experimental research employed a pretest–posttest and follow–up design with a control group. The statistical population of the present study included all people with spinal cord injuries living in Lordegan and Khanmirza cities, Iran, in 2023. With the purposeful sampling method, 45 people were selected and randomly assigned to two test groups and one control group. Data collection tools included the Social–Emotional Loneliness Scale (DiTommaso et al., 2004) and the Interpersonal Sensitivity Questionnaire (Boyce & Parker, 1989). Emotion–focused psychotherapy was performed face–to–face in nine 90–minute sessions (two sessions per week). Cognitive restructuring therapy was also performed in person in 8 sessions of 90 minutes (two sessions per week). Data analysis was done using analysis of variance with repeated measures and Tukey's post hoc test in SPSS v21 software.

Results: In the repeated measures analysis of variance, the within–subject effect on the loneliness variable indicates that a significant change has occurred over time (from pretest to follow–up) in the overall loneliness score ($p<0.001$) and the overall rejection sensitivity score ($p<0.001$). The follow–up Tukey test results also indicated a significant difference in the overall loneliness score between cognitive restructuring therapy ($p=0.016$) and emotion–focused psychotherapy ($p=0.004$) compared to the control group at the posttest stage. However, the two interventions did not differ significantly in terms of effectiveness on the overall loneliness score ($p=0.145$). In the follow–up stage, the difference between the two interventions and the control group remained stable, indicating the stability of the results obtained in the overall loneliness score ($p<0.05$). A significant difference was also observed in the overall rejection sensitivity score between cognitive restructuring therapy ($p=0.042$) and emotion–focused psychotherapy ($p<0.001$) compared to the control group at the posttest stage, indicating the effectiveness of these two interventions. Emotion–focused psychotherapy was more effective than cognitive restructuring therapy in the rejection sensitivity score ($p=0.015$). The effectiveness of emotion–focused psychotherapy on rejection sensitivity was stable ($p<0.05$); however, cognitive restructuring therapy did not show stability in the overall rejection sensitivity score ($p=0.060$).

Conclusion: According to the results, two interventions have a significant impact on improving the feelings of loneliness and sensitivity to rejection in individuals with spinal cord injuries. Furthermore, emotion–focused therapy is more effective than cognitive restructuring therapy in improving feelings of loneliness and sensitivity to rejection. Moreover, the effectiveness of both interventions in reducing feelings of loneliness and sensitivity to rejection is sustainable.

Keywords: Cognitive restructuring, Emotion–Focused psychotherapy, Loneliness, Sensitivity to rejection, Spinal cord injury.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۱۱۷.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی

هادی حسنی[۱]، *احمد غضنفری[۲]، طیبه شریفی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران؛

۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ بهمن۱۴۰۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۳اردیبهشت۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: افراد دارای ضایعهٔ نخاعی ازنظر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی دچار مشکل هستند. این پژوهش باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی شهرستان‌های لردگان و خانمیرزا در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، مقیاس احساس تنهایی اجتماعی ـ عاطفی (دی‌توماسو و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسش‌نامهٔ حساسیت بین‌فردی (بایس و پارکر، ۱۹۸۹) بود. روان‌درمانی هیجان‌مدار در نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای و درمان بازسازی شناختی در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌شکل حضوری اجرا شد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: در نمرهٔ کلی احساس تنهایی تفاوت دو گروه آزمایش با گروه گواه در پس‌آزمون معنادار بود ($p<۰/۰۵$)؛ اما دو مداخله تفاوت معناداری ازنظر میزان اثربخشی بر نمرهٔ کلی احساس تنهایی نداشت ($p>۰/۰۵$). در نمرهٔ کلی احساس تنهایی، نتایج پس‌آزمون در پیگیری ثابت بود که پایداری نتایج هر دو مداخله را نشان داد ($p<۰/۰۵$). در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی، تفاوت دو گروه آزمایش با گروه گواه در پس‌آزمون معنادار شد ($p<۰/۰۵$). در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی، روان‌درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری درمقایسه با درمان بازسازی شناختی داشت ($p=۰/۰۱۵$). اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار بر حساسیت به طردشدگی پایدار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما درمان بازسازی شناختی در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی پایدار نبود ($p=۰/۰۶۰$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج، استفاده از روان‌درمانی هیجان‌مدار برای بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بازسازی شناختی، روان‌درمانی هیجان‌مدار، احساس تنهایی، حساسیت به طردشدگی، ضایعهٔ نخاعی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

آسیب نخاعی[1]، آسیب به هر قسمت از نخاع یا اعصاب در انتهای کانال نخاعی است که اغلب باعث تغییرات دائمی در قدرت و حس و سایر عملکردهای بدن در محل آسیب می‌شود (۱). اکثر آسیب‌های نخاعی به‌دلیل ضربه به ستون مهره‌ها به‌وجود می‌آید و درنتیجه، بر توانایی نخاع برای ارسال و دریافت پیام از مغز به سیستم‌های بدن که عملکردهای حسی و حرکتی و خودکار را کنترل می‌کنند، تأثیر می‌گذارد. در بسیاری از بیماران، ضایعات نخاعی نیاز به درمان فیزیکی و کاردرمانی طولانی‌مدت دارد؛ به‌خصوص اگر با فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی[2] تداخل داشته باشد (۲). ایجاد آسیب در نخاع و شکل‌گیری ضایعه، همهٔ جنبه‌های زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و این اثرگذاری بر جنبه‌های روانی و عاطفی و اجتماعی زندگی فرد، بیشتر محسوس است (۳). یکی از پیامدهای ضایعهٔ نخاعی به‌دلیل محدودیت‌های ذکرشده، احساس تنهایی[3] است.

تنهایی، احساسی انسانی است که برای هر فرد می‌تواند پیچیده و نیز منحصربه‌فرد باشد. حدود ۸۰ درصد از افراد کمتر از هیجده سال و ۴۰درصد از بزرگسالان بیشتر از ۶۵ سال گزارش می‌دهند که حداقل گاهی اوقات تنها هستند (۴). تنهایی مترادف با انزوای اجتماعی ادراک‌شده[4] است؛ نه انزوای عینی اجتماعی. تنهایی به‌منزلهٔ احساسی ناراحت‌کننده با این تصور همراه است که نیازهای اجتماعی فرد ازطریق کمیت یا به‌ویژه کیفیت روابط اجتماعی فرد برآورده نمی‌شود (۵). بی‌توجهی به تنهایی، عواقب جدی برای شناخت، احساس، رفتار و سلامتی دارد؛ برای مثال، احساس تنهایی پس از کنترل سن، جنس، بیماری‌های مزمن، مصرف الکل، سیگار و محدودیت‌های عملکردی، میزان مرگ‌ومیر را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد (۶). افزون‌براین، در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، احساس تنهایی ممکن است موجب پیری فیزیولوژیک زودرس، بیماری‌های قلبی‌عروقی و مشکلات روان‌شناختی[5] ازجمله افسردگی شود (۷)؛ درنتیجه، توجه به احساس تنهایی در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

یکی دیگر از مشکلات روان‌شناختی شایع در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، احساس طردشدگی[6] است (۸). در اغلب افراد دارای ضایعهٔ نخاعی حساسیت به واکنش‌های هیجانی اطرافیان بیشتر است که نوعی سوگیری توجه درقبال طرد ایجاد می‌کند؛ درنتیجه، این گروه از افراد به طردشدن حساس‌تر از دیگران هستند. احساس طردشدن توسط یک دوست، عضو خانواده یا اطرافیان، تجربهٔ دردناک شایعی است؛ اما برخی از افراد، این طردشدن را بسیار شدیدتر از دیگران احساس می‌کنند و همچنین از طردشدن توسط اطرافیان خود دارای ترس اغراق‌آمیزی هستند. به این ترس اغراق‌آمیز از طردشدن، حساسیت به طردشدگی گفته می‌شود (۹). افرادی که حساسیت به طرد زیادی دارند، اغلب نشانه‌های اجتماعی خوش‌خیم یا خفیف منفی (مانند پاسخ‌ندادن فوری یک شریک به پیامی تلفنی) را به‌عنوان علامت طرد آشکار تفسیر می‌کنند. با چنین رفتاری افراد دارای حساسیت به طردشدگی ممکن است دیگران را از خود دور کنند (۱۰)؛ درنتیجه، زیادبودن حساسیت به طردشدگی امکان دارد به افزایش احساس تنهایی در آن‌ها بینجامد.

ازاین‌رو، شناسایی رویکردهای مداخله‌ای اثربخش به‌منظور بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی بسیار سودمند خواهد بود. باتوجه به برجستگی وجه شناختی[7] در سازه‌های احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی، به‌نظر می‌رسد درمان بازسازی شناختی[8] رویکردی مؤثر برای بهبود این سازه‌ها در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی باشد. بازسازی شناختی، فرایند روان‌درمانی مبتنی‌بر یادگیری برای شناسایی و مقابله با افکار غیرمنطقی یا ناسازگار شناخته‌شده به‌عنوان تحریف شناختی (مانند تفکر همه یا هیچ، تفکر جادویی، تعمیم بیش‌ازحد، بزرگ‌نمایی) است (۱۱). این رویکرد از راهبردهای بسیاری مانند پرسش سقراطی، ثبت افکار و تصویرسازی هدایت‌شده استفاده می‌کند و در بسیاری از انواع درمان‌ها ازجمله درمان شناختی‌رفتاری و رفتاردرمانی هیجانی‌منطقی به‌کار می‌رود (۱۲).

در این رویکرد، ابتدا موقعیت برانگیزانندهٔ هیجان ناخوشایند و سپس، افکار و احساسات ایجادشده در آن موقعیت، شناسایی می‌شود و با تفسیر مجدد موقعیت، یک فکر جایگزین و متعادل‌تر به‌وجود می‌آید (۱۳). شواهد نشان داد، درمان بازسازی شناختی راهبردی مؤثر برای بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی است؛ برای مثال، اوگوزی و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند، تکنیک بازسازی شناختی در کاهش احساس طردشدگی مؤثر است (۱۴). تیکی و مالو در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان بازسازی شناختی بر کاهش احساس تنهایی اثربخش است (۱۵).

علاوه‌بر برجستگی وجه شناختی در سازه‌های احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی، جنبهٔ هیجانی این سازه‌ها نیز شایان توجه است؛ لذا، به‌نظر می‌رسد استفاده از رویکردهای مبتنی‌بر هیجان[9] در بهبود این سازه‌ها اثرگذار باشد. یکی از رویکردهای مبتنی‌بر هیجان، روان‌درمانی هیجان‌مدار[10] است که شامل عناصر درمان تجربی (مانند درمان فردمحور و گشتالت درمانی)، درمان سیستمیک و نظریهٔ دلبستگی می‌شود (۱۶). رویکرد مذکور بر این فرض استوار است که هیجان‌های انسان با نیازهای انسان ارتباط دارند و بنابراین، هیجان‌ها دارای پتانسیل سازگارانه و انطباقی هستند که درصورت فعال‌شدن و کارکردن ازطریق این پتانسیل سازگارانه، می‌توانند به افراد کمک کنند و حالات هیجانی مشکل‌ساز و روابط بین‌فردی را تغییر دهند (۱۷). واکاوی ادبیات پژوهشی مبین آن بود که روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی اثربخش است؛ به‌طوری‌که کونولی‌ـ زابوت و همکاران نشان دادند، روان‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود احساس طردشدگی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد (۱۸). تامسون و گیرز در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند موجب کاهش احساس

---

1. Spinal cord injury
2. Daily life activity
3. Loneliness
4. Perceived social isolation
5. Psychological problems
6. Rejection
7. Cognitive aspect
8. Cognitive Restructuring Therapy
9. Emotion-based approachs
10. Emotion-Focused Psychotherapy

تنهایی در دانشجویان شود (۱۹).
با بررسی پیشینهٔ پژوهش، اطلاعات کافی درزمینهٔ مقایسهٔ اثربخشی این دو درمان ازنظر سازه‌های بررسی‌شده وجود ندارد. همچنین، مطالعه‌ای یافت نشد که نشان دهد کدام درمان بر سازه‌های بررسی‌شده دارای اثربخشی بیشتری است. درجهت رفع این خلأهای اطلاعاتی و نیز درراستای شناسایی درمانی کارآمد و اثربخش‌تر برای بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی شهرستان‌های لردگان و خانمیرزا در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها براساس گزارش ادارهٔ بهزیستی شهرستان‌های لردگان و خانمیرزا ۱۵۲ نفر بود. به‌منظور تعیین حجم نمونه، نرم‌افزار PASS نسخهٔ ۲۰۲۱ و بستهٔ محاسباتی مقایسهٔ میانگین‌ها به‌کار رفت و باتوجه به میانگین و انحراف معیار گزارش‌شده برای متغیر احساس تنهایی برای افراد دارای ضایعهٔ نخاعی در مطالعهٔ رابینسون‌ـ ولن و همکاران (۲۰)، با توان ۰/۹۰ و خطای ۰/۰۵، حجم نمونهٔ لازم سیزده نفر به‌ازای هر گروه محاسبه شد. برای جلوگیری از کاهش توان آزمون به‌دلیل ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه پانزده نفر در نظر گرفته شد. درمجموع در این مطالعه، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط در دو گروه آزمایشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار و یک گروه گواه شرکت کردند. افراد دارای ضایعهٔ نخاعی به‌شیوهٔ نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند از فهرست تحت پوشش ادارهٔ بهزیستی شهرستان‌های لردگان و خانمیرزا وارد مطالعه شدند. محتوای جلسات درمان بازسازی شناختی در جدول ۱ و روان‌درمانی هیجان‌مدار در جدول ۲ ارائه شده است. لازم به‌ذکر است، روایی پروتکل و محتوای جلسات دو مداخله و نیز متناسب‌سازی آن برای جامعهٔ هدف زیر نظر سه نفر از متخصصان روان‌شناسی و مشاوره صورت پذیرفت. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، با گمارش تصادفی ساده و قرعه‌کشی، افراد دارای ضایعهٔ نخاعی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. لازم به‌ذکر است، افراد نمونه براساس احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی غربالگری شدند و صرفاً افرادی شرایط حضور در مطالعه را داشتند که نمرهٔ آن‌ها از میانگین نظری پرسش‌نامه (عدد ۷۲ در پرسش‌نامهٔ حساسیت بین‌فردی[1] (۲۱) و عدد ۳۵ در پرسش‌نامهٔ احساس تنهایی اجتماعی‌ـ عاطفی[2] (۲۲)) بیشتر بود. قبل و بعد از اجرای درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار و نیز دو ماه بعد از پایان مداخله، پرسش‌نامه‌های پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه توزیع و تکمیل شد. بعد از اینکه شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند، پیش از اجرای مداخله‌ها، پرسش‌نامه‌ها در پیش‌آزمون بین شرکت‌کنندگان گروه‌ها توزیع شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت مدادکاغذی بود.
در این مطالعه برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس احساس تنهایی اجتماعی‌ـ عاطفی: برای سنجش احساس تنهایی، از فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی‌ـ عاطفی استفاده شد (۲۲). دی‌توماسو و همکاران در سال ۲۰۰۴ این مقیاس را براساس تقسیم‌بندی ویس، طراحی و تهیه کردند. مقیاس شامل چهارده گویه و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی است. احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌های تنهایی رمانتیک و تنهایی خانوادگی به‌دست می‌آید. درمقابل هر گویه، طیف پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ قرار دارد. تمامی گویه‌ها به‌جز گویهٔ ۱۴ به‌شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شود و کسب نمرهٔ بیشتر در هریک از زیرمقیاس‌های این ابزار، نشان‌دهندهٔ احساس تنهایی بیشتر در آن بُعد است (۲۲). سازندگان مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کردند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد (۲۲). به‌منظور هنجاریابی این مقیاس در جامعهٔ ایرانی، جوکار و سلیمی ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های احساس تنهایی رمانتیک و اجتماعی و خانوادگی را به‌ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۸۴ و ۰/۷۸ به‌دست آورند که بیانگر همسانی درونی آیتم‌های پرسش‌نامه است (۲۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسش‌نامه به‌منظور بررسی همسانی درونی ۰/۷۶ به‌دست آمد.

ـ پرسش‌نامهٔ حساسیت بین‌فردی: برای سنجش حساسیت به طردشدگی، پرسش‌نامهٔ حساسیت بین‌فردی بایس و پارکر (۲۱) به‌کار رفت. این پرسش‌نامه توسط بایس و پارکر در سال ۱۹۸۹ برای سنجش حساسیت بین‌فردی یا حساسیت به طرد اجتماعی ابداع شد. پرسش‌نامه ۳۶ سؤال و پنج زیرمقیاس دارد. پاسخ به هر سؤال آن در مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، موافقم=۳، کاملاً موافقم=۴) است. نمرهٔ بیشتر، حساسیت بیشتر به طردشدگی را نشان می‌دهد. پنج زیرمقیاس شامل آگاهی بین‌فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کم‌رویی و عزت‌نفس شکننده است (۲۱). مطالعات درخصوص این ابزار شواهد روان‌سنجی خوبی را به‌همراه داشت؛ به‌طوری‌که همسانی درونی و پایایی بازآزمایی و اعتبار هم‌گرا و اعتبار واگرای زیادی گزارش شد. بایس و پارکر ضریب اعتبار نمرهٔ کل را ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۶ به‌دست آوردند (۲۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی توسط محمدیان و همکاران بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی بعد از دو هفته بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ به‌دست آمد (۲۴). آلفای کرونباخ پرسش‌نامه به‌منظور بررسی همسانی درونی در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بود.

ـ درمان بازسازی شناختی براساس پروتکل بازسازی شناختی کلارک (۲۵) اجرا شد. انجام این درمان در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای دو جلسه در هفته به‌شکل حضوری صورت گرفت (جدول ۱).

[1]. Interpersonal Sensitivity Questionnaire

[2]. Social-Emotional Loneliness Scale

جدول ۱. درمان بازسازی شناختی براساس پروتکل کلارک

جلسه	محتوای جلسه
اول	بررسی مراحل اول و دوم بازسازی شناختی، تمرکز بر محتوای ذهن و تمایز بین افکار و احساسات، ارائهٔ توضیحاتی درخصوص خودگویی‌ها و برگهٔ تفکر، ارائهٔ خلاصه‌ای از جلسهٔ اول و تکالیفی مبنی‌بر ثبت افکار در برگهٔ تفکر
دوم	آموزش نحوهٔ ردیابی افکار، بررسی ارتباط افکار با باورها و چگونگی دستیابی به باورهای اصلی به‌شیوهٔ نردبانی و ارائهٔ مثال‌های مختلف، توضیحاتی درخصوص نحوهٔ تهیهٔ نقشهٔ شناختی از باورها
سوم	تبیین خطاهای شناختی و نحوهٔ به‌چالش کشیدن آن‌ها، بررسی شواهد، بررسی مزایا و معایب، بررسی نتایج مثبت و منفی و نیز آزمودن باورها، نحوهٔ شکل‌گیری و جایگزین‌کردن باورهای فعلی با باورهای مخالف
چهارم	آشنایی با مفهوم استرس و بحث راجع به استرس‌های مرتبط با ضایعهٔ نخاعی ازجمله دوست‌یابی، کسب هویت و...، آشنایی با علائم و شیوه‌های مقابله با استرس، آشنایی با تکنیک توقف فکر و نقش آن در کاهش استرس و برخورد مؤثر با مشکلات پیرامونی
پنجم	آموزش چرخهٔ تعاملی استرس، آموزش راهبرد بیان احساس آموزش آرمیدگی عضلانی
ششم	بحث درخصوص چیستی انتقاد و علت لزوم انتقاد، تفاوت انتقاد سازنده و انتقاد غیرسازنده، افکار و نگرش‌های مثبت و منفی که به‌دنبال انتقاد افراد احساس می‌کنند، تمرین در نحوهٔ کنارآمدن با انتقاد دیگران، شیوه‌های مناسب تفکر و بررسی نظرات و انتقادات دیگران
هفتم	بحث درخصوص هیجان خشم، مهارت مدیریت خشم و فواید آن، بحث راجع به نحوهٔ کنترل خشم خود، بحث راجع به حل تعارضات و نحوهٔ برخورد با پرخاشگری دیگران، بحث راجع به بررسی و پیگیری جرئتمندانه در مواجهه با خشم خود و دیگران، بحث درخصوص چگونگی مدیریت افکار در موقعیت‌های توأم با خشم و پرخاشگری
هشتم	بحث درخصوص تعریف و اهمیت مهارت حل مسئله و نقش آن در مقابله با مشکلات، بررسی موانع حل مسئله، آموزش مراحل پنج‌گانهٔ حل مسئله و ارائهٔ مثال‌های ملموس در هر مرحله، تمرین درخصوص مراحل حل مسئله با اعضا، معرفی انواع روش‌های حل مسئلهٔ مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، بررسی جایگاه تفکر در هریک از این شیوه‌ها

ـ از پروتکل روان‌درمانی هیجان‌مدار جانسون (۲۶) برای روان‌درمانی هیجان‌مدار به‌صورت حضوری استفاده شد. اجرای این مداخله در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای دو جلسه به‌شکل حضوری بود که به‌طور اجمالی محتوای هر جلسه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. جلسات روان‌درمانی هیجان‌مدار براساس پروتکل جانسون

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و برقراری رابطهٔ درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات افراد از درمان، اجرای پیش‌آزمون
دوم	تشخیص چرخهٔ تعاملی منفی و ایجاد شرایطی برای آشکارکردن چرخهٔ تعاملی منفی افراد، ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی، آشنایی با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین‌فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری
سوم	دستیابی به احساسات شناسایی‌نشدهٔ زیربنای موقعیت‌های تعاملی، تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس‌های دلبستگی، اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دلبستگی آن‌ها، تمرکز بر هیجانات ثانوی آشکارشده در چرخهٔ تعاملی و کاوشگری در آن‌ها برای دستیابی به هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث درزمینهٔ هیجانات اولیه، پردازش آن‌ها و افزایش آگاهی افراد از هیجانات اولیه و شناخت‌های داغ، از نو قاب‌گیری مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مُراجع در بیان هیجانات و نشان‌دادن رفتارهای دلبستگی، آگاهی‌دادن دربارهٔ تأثیر ترس و سازوکارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه در بافت و زمینهٔ دلبستگی
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌های انکارشده از خود، جلب توجه افراد به‌شیوهٔ تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکارشده و افزایش پذیرش تجربهٔ تصحیحی
پنجم	آگاه‌کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات فرد و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی‌بودن آن‌ها
ششم	آگاه‌کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات فرد و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی‌بودن آن‌ها
هفتم	تسهیل بیان نیازها، خواسته‌ها، انتظارات و ایجاد درگیری هیجانی، توسعهٔ تجارب هیجانی اولیه درزمینهٔ دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن
هشتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین افراد و پایان‌دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
نهم	تقویت تغییرات صورت‌گرفته طی درمان، برجسته‌کردن تفاوت‌های ایجادشده بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی، شکل‌گیری رابطه براساس پیوندی ایمن بدون‌آسیب واردشدن به آن‌ها هنگام بحث دربارهٔ مشکلات و جست‌وجوی راه‌حل‌ها، ارزیابی تغییرات، اجرای پس‌آزمون در گروه

با رعایت مفروضه‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی به‌کار رفت. افزون‌براین، برای مقایسهٔ اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر متغیرهای وابسته و نیز مراحل مختلف سنجش از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. لازم به‌ذکر است، قبل از اجرای آزمون‌های آمار استنباطی، آزمون کلموگروف‌اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، آزمون لون، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی مصوب کمیتهٔ اخلاق کشوری در این مطالعه رعایت شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ انجام شد و سطح معناداری ۰/۰۵ بود.لازم به‌ذکر است، فرایند اجرای پژوهش حاضر در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد IR.IAU.SHK.REC.1402.068 در ۲خرداد۱۴۰۲ به‌تصویب رسید.

۳ یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش درمان بازسازی شناختی و گروه آزمایش روان‌درمانی هیجان‌مدار و گروه گواه به‌ترتیب ۹/۸۱±۳۰/۰۷ و ۷/۷۱±۲۹/۸۰ و ۷/۳۸±۲۸/۴۰ سال بود. به‌منظور سنجش همتابودن گروه‌های بررسی‌شده ازنظر میانگین سنی از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج نشان داد، بین گروه‌ها تفاوت معناداری ازلحاظ میانگین سن وجود نداشت (p=۰/۹۱۸). همچنین، اکثر افراد در گروه‌ها مرد بودند. به‌منظور سنجش همتابودن دو گروه ازنظر توزیع جنسیت از آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد. نتایج مشخص کرد، بین گروه‌ها تفاوت معناداری ازلحاظ جنسیت وجود نداشت (p=۰/۷۵۷). اکثر افراد سه گروه بین ۲۶تا۳۰ سال سن داشتند. اکثر افراد در گروه‌های بررسی‌شده دارای تحصیلات دیپلم بودند. به‌منظور سنجش همتابودن دو گروه ازنظر میزان تحصیلات، آزمون کای‌اسکوئر به‌کار رفت. نتایج نشان داد، بین گروه‌ها تفاوت معناداری ازلحاظ میزان تحصیلات وجود نداشت (p=۰/۶۱۲). اکثر افراد در گروه‌های بررسی‌شده، ازنظر وضعیت تأهل مجرد بودند. به‌منظور سنجش همتابودن دو گروه ازلحاظ وضعیت تأهل از آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد. نتایج مشخص کرد، بین گروه‌ها تفاوت معناداری ازنظر وضعیت تأهل وجود نداشت (p=۰/۹۴۲). میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	روان‌درمانی هیجان‌مدار		درمان بازسازی شناختی		گواه	
		M	SD	M	SD	M	SD
تنهایی رمانتیک	پیش‌آزمون	۱۴/۸۰	۲/۶۷	۱۴/۰۷	۲/۷۳	۱۵/۰۷	۲/۵۷
	پس‌آزمون	۱۴/۴۰	۲/۵۰	۱۳/۸۰	۲/۶۵	۱۴/۹۳	۲/۴۳
	پیگیری	۱۴/۴۲	۲/۵۱	۱۳/۸۰	۲/۶۵	۱۵/۲۰	۲/۳۰
تنهایی خانوادگی	پیش‌آزمون	۱۷/۷۸	۲/۲۹	۲۱/۰۷	۳/۲۴	۱۷/۶۰	۲/۲۶
	پس‌آزمون	۱۵/۰۰	۱/۸۱	۲۰/۴۰	۲/۷۹	۱۷/۶۷	۲/۳۵
	پیگیری	۱۵/۱۳	۱/۸۸	۲۰/۵۳	۳/۰۹	۱۷/۸۰	۲/۳۰
تنهایی اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۰/۹۳	۳/۳۹	۱۸/۲۰	۲/۶۷	۲۱/۱۳	۳/۰۹
	پس‌آزمون	۱۸/۶۰	۳/۳۹	۱۶/۴۷	۲/۳۵	۲۰/۸۷	۲/۸۵
	پیگیری	۱۸/۶۷	۳/۴۹	۱۶/۶۰	۲/۳۲	۲۰/۸۰	۲/۹۳
نمرهٔ کلی احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۵۳/۶۱	۵/۸۵	۵۳/۳۳	۳/۹۲	۴۸/۲۰	۵/۴۱
	پس‌آزمون	۴۸/۰۰	۵/۳۰	۵۰/۶۶	۳/۶۱	۵۰/۹۳	۳/۶۱
	پیگیری	۴۸/۲۰	۵/۴۱	۵۰/۹۳	۳/۶۰	۵۳/۸۱	۵/۳۶
آگاهی بین‌فردی	پیش‌آزمون	۱۸/۲۷	۲/۰۱	۱۸/۲۳	۱/۸۷	۱۸/۵۳	۱/۵۴
	پس‌آزمون	۱۶/۴۰	۱/۲۴	۱۸/۰۷	۱/۷۱	۱۸/۴۰	۱/۵۰
	پیگیری	۱۶/۳۳	۱/۱۱	۱۷/۹۳	۱/۵۳	۱۸/۳۳	۱/۴۹
نیاز به تأیید	پیش‌آزمون	۲۳/۸۷	۴/۳۲	۲۴/۵۳	۲/۴۴	۲۴/۳۳	۴/۲۵
	پس‌آزمون	۲۱/۰۷	۳/۱۹	۲۴/۰۰	۲/۲۶	۲۴/۴۷	۴/۲۷
	پیگیری	۲۱/۰۱	۳/۲۰	۲۴/۱۳	۲/۳۲	۲۴/۵۳	۴/۲۴
اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	۲۱/۸۷	۲/۴۱	۲۰/۵۳	۱/۲۴	۲۱/۷۳	۲/۲۵
	پس‌آزمون	۱۹/۹۳	۱/۷۱	۱۸/۹۳	۱/۱۰	۲۱/۴۷	۱/۹۹
	پیگیری	۲۰/۲۰	۲/۱۴	۱۹/۰۷	۱/۱۰	۲۱/۴۰	۱/۹۵
کم‌رویی	پیش‌آزمون	۲۱/۲۷	۲/۳۱	۲۳/۰۷	۱/۲۸	۲۱/۰۷	۲/۱۲
	پس‌آزمون	۱۹/۲۰	۱/۶۵	۲۱/۴۷	۱/۸۰	۲۱/۲۰	۲/۱۴
	پیگیری	۱۹/۲۷	۱/۵۸	۲۱/۵۳	۱/۷۶	۲۱/۱۳	۲/۰۶
عزت‌نفس شکننده	پیش‌آزمون	۱۲/۲۷	۲/۰۱	۱۱/۵۳	۱/۵۹	۱۲/۴۰	۱/۹۵
	پس‌آزمون	۱۲/۰۷	۱/۸۷	۱۱/۲۷	۱/۲۸	۱۲/۴۰	۱/۹۵
	پیگیری	۱۲/۲۰	۲/۰۴	۱۱/۲۷	۱/۲۸	۱۲/۴۷	۱/۸۸
نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی	پیش‌آزمون	۹۷/۵۳	۶/۸۳	۹۷/۹۳	۴/۰۲	۹۸/۰۷	۶/۱۱
	پس‌آزمون	۸۸/۶۷	۵/۴۶	۹۳/۷۳	۴/۴۹	۹۷/۹۳	۶/۳۴
	پیگیری	۸۸/۹۳	۵/۸۳	۹۳/۹۳	۴/۵۷	۹۷/۸۷	۶/۱۸

به‌منظور مقایسهٔ اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون حداقل تفاوت معنادار استفاده شد. استفاده از این آزمون‌ها مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی بررسی شد. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف‌اسمیرنف نشان داد، داده‌های دو گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای بررسی‌شده در مراحل مختلف سنجش با منحنی نرمال تفاوت معناداری نداشت و توزیع داده‌ها نرمال بود ($p>۰/۰۵$). آزمون لون برای بررسی مفروضهٔ برابری واریانس‌های خطا نشان داد، مفروضهٔ برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار بود ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون ام‌باکس بیانگر آن بود که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر بود ($p>۰/۰۵$). باتوجه به اینکه فرض کرویت در آزمون موچلی تأیید نشد ($p<۰/۰۵$)، در نتایج درون‌گروهی، نتایج آزمون گرین‌هاوس‌ـ گیسر به‌کار رفت؛ بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز بود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	آمارهٔ F	مقدار p	اندازهٔ اثر
تنهایی رمانتیک	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۱/۸۵۱	۰/۱۸۱	۰/۰۴۲
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۰/۸۱۵	۰/۴۴۹	۰/۰۳۷
	تعامل زمان × گروه	۱/۵۰۴	۰/۲۳۴	۰/۰۶۷
تنهایی خانوادگی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۲۷/۰۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۱۴/۴۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
	تعامل زمان × گروه	۲۰/۰۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۹
تنهایی اجتماعی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۰/۷۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۶/۵۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۸
	تعامل زمان × گروه	۱۱/۲۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۹
نمرهٔ کلی احساس تنهایی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۹۸/۸۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۲/۱۷۳	۰/۱۲۶	۰/۰۹۴
	تعامل زمان × گروه	۳۵/۶۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
آگاهی بین‌فردی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۲۸/۶۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۵
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۳/۶۱۵	۰/۰۳۶	۰/۱۴۷
	تعامل زمان × گروه	۱۳/۱۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۵
نیاز به تأیید	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۱۹/۸۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۲/۳۸۲	۰/۱۰۵	۰/۱۰۲
	تعامل زمان × گروه	۱۶/۶۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
اضطراب جدایی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۳۹/۱۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۳
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۵/۱۳۱	۰/۰۱۰	۰/۱۹۶
	تعامل زمان × گروه	۵/۰۵۸	۰/۰۱۱	۰/۱۹۴
کم‌رویی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۴۷/۹۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۳
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۵/۱۵۶	۰/۰۱۰	۰/۱۹۷
	تعامل زمان × گروه	۱۴/۰۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
عزت‌نفس شکننده	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۱/۰۰۹	۰/۳۲۱	۰/۰۲۳
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۱/۵۰۱	۰/۲۳۵	۰/۰۶۷
	تعامل زمان × گروه	۱/۱۹۸	۰/۳۱۲	۰/۰۵۴
نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۲۲۶/۳۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۳
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۴/۸۰۰	۰/۰۱۳	۰/۱۸۶
	تعامل زمان × گروه	۷۳/۳۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۷

براساس نتایج جدول ۴، اثر درون‌آزمودنی در متغیر احساس تنهایی مبین آن بود که در طول زمان (از پیش‌آزمون تا پیگیری) تغییر معناداری در نمرهٔ کلی احساس تنهایی ($p<۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های تنهایی خانوادگی ($p<۰/۰۰۱$) و تنهایی اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$) ایجاد شد. همچنین، اثر درون‌آزمودنی در متغیر حساسیت به طردشدگی مبین آن بود که در طول زمان (از پیش‌آزمون تا پیگیری) تغییر معناداری در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی ($p<۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های آگاهی بین‌فردی ($p<۰/۰۰۱$)، نیاز به تأیید ($p<۰/۰۰۱$)، اضطراب جدایی ($p<۰/۰۰۱$) و کم‌رویی ($p<۰/۰۰۱$) به‌وجود آمد. برای تعیین اثر گروه و مقایسهٔ گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش از آزمون تعقیبی توکی

استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌های آزمایش با گروه گواه در زمان‌های مطالعه

متغیر	زمان سنجش	گروه مطالعه	روان‌درمانی هیجان‌مدار		درمان بازسازی شناختی	
			تفاوت میانگین	مقدار p	تفاوت میانگین	مقدار p
تنهایی رمانتیک	پس‌آزمون	گواه	۰/۵۳۳ـ	۰/۵۶۷	۱/۱۳۳ـ	۰/۲۲۷
		درمان بازسازی شناختی	۰/۶۰۰ـ	۰/۵۲۰	–	–
	پیگیری	گواه	۰/۸۰۰ـ	۰/۳۸۴	۱/۴۰۰ـ	۰/۱۳۱
		درمان بازسازی شناختی	۰/۶۰۰ـ	۰/۵۱۳	–	–
تنهایی خانوادگی	پس‌آزمون	گواه	۲/۶۶۷ـ	۰/۰۰۳	۲/۷۳۳	۰/۰۰۳
		درمان بازسازی شناختی	۵/۴۰۰	<۰/۰۰۱	–	–
	پیگیری	گواه	۲/۶۷۷ـ	۰/۰۰۵	۲/۷۳۳	۰/۰۰۴
		درمان بازسازی شناختی	۵/۴۰۰	<۰/۰۰۱	–	–
تنهایی اجتماعی	پس‌آزمون	گواه	۲/۲۶۷ـ	۰/۰۳۸	۴/۴۰۰ـ	<۰/۰۰۱
		درمان بازسازی شناختی	۲/۱۳۳	۰/۰۵۱	–	–
	پیگیری	گواه	۲/۱۹۶ـ	۰/۰۴۳	۴/۲۰۰ـ	<۰/۰۰۱
		درمان بازسازی شناختی	۲/۰۶۷ـ	۰/۰۶۲	–	–
نمرهٔ کلی احساس تنهایی	پس‌آزمون	گواه	۵/۴۶۷ـ	۰/۰۰۴	۱/۸۰۰ـ	۰/۰۱۶
		درمان بازسازی شناختی	۲/۶۶۷ـ	۰/۱۴۵	–	–
	پیگیری	گواه	۵/۶۰۰ـ	۰/۰۰۴	۱/۷۳۶ـ	۰/۰۱۸
		درمان بازسازی شناختی	۲/۷۳۳	۰/۱۳۲	–	–
آگاهی بین‌فردی	پس‌آزمون	گواه	۲/۰۰۰ـ	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۳ـ	۰/۵۴۵
		درمان بازسازی شناختی	۱/۶۶۷	۰/۰۰۴	–	–
	پیگیری	گواه	۲/۰۰۰ـ	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۰ـ	۰/۴۳۶
		درمان بازسازی شناختی	۱/۶۰۰	۰/۰۰۳	–	–
نیاز به تأیید	پس‌آزمون	گواه	۳/۴۰۰ـ	۰/۰۰۸	۰/۴۶۷ـ	۰/۷۰۵
		درمان بازسازی شناختی	۲/۹۳۳	۰/۰۲۱	–	–
	پیگیری	گواه	۳/۵۳۳ـ	۰/۰۰۶	۰/۴۰۰ـ	۰/۷۴۵
		درمان بازسازی شناختی	۳/۱۳۳	۰/۰۱۴	–	–
اضطراب جدایی	پس‌آزمون	گواه	۱/۵۳۳ـ	۰/۰۱۴	۲/۵۳۳ـ	<۰/۰۰۱
		درمان بازسازی شناختی	۰/۹۹۹ـ	۰/۱۰۳	–	–
	پیگیری	گواه	۱/۲۰۰ـ	۰/۰۷۴	۲/۳۳۳ـ	<۰/۰۰۱
		درمان بازسازی شناختی	۱/۱۳۳ـ	۰/۰۹۱	–	–
کم‌رویی	پس‌آزمون	گواه	۲/۰۰۰ـ	۰/۰۰۶	۰/۲۶۷	۰/۷۰۰
		درمان بازسازی شناختی	۲/۲۶۷	۰/۰۰۲	–	–
	پیگیری	گواه	۱/۸۶۷ـ	۰/۰۰۷	۰/۴۰۰	۰/۵۴۹
		درمان بازسازی شناختی	۲/۲۶۷	<۰/۰۰۱	–	–
عزت‌نفس شکننده	پس‌آزمون	گواه	۰/۳۳۳ـ	۰/۶۰۰	۱/۱۳۳ـ	۰/۰۸۰
		درمان بازسازی شناختی	۰/۸۰۰ـ	۰/۲۱۲	–	–
	پیگیری	گواه	۰/۲۶۷ـ	۰/۶۸۱	۱/۲۰۰ـ	۰/۰۷۰
		درمان بازسازی شناختی	۰/۹۳۳ـ	۰/۱۵۵	–	–
نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی	پس‌آزمون	گواه	۹/۲۶۷ـ	<۰/۰۰۱	۴/۲۰۰ـ	۰/۰۴۲
		درمان بازسازی شناختی	۵/۰۶۷	۰/۰۱۵	–	–
	پیگیری	گواه	۸/۹۳۳ـ	<۰/۰۰۱	۳/۹۳۳ـ	۰/۰۶۰
		درمان بازسازی شناختی	۵/۰۰۰	۰/۰۱۸	–	–

براساس نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۵، در پس‌آزمون (p=۰/۲۲۷) و پیگیری (p=۰/۱۳۱) گروه درمان بازسازی شناختی تفاوت معناداری با گروه گواه در مؤلفهٔ تنهایی رمانتیک نداشت. همچنین، گروه روان‌درمانی هیجان‌مدار در پس‌آزمون (p=۰/۵۶۷) و پیگیری (p=۰/۳۸۴) دارای تفاوت معناداری با گروه گواه در مؤلفهٔ تنهایی رمانتیک نبود. در نمرهٔ کلی احساس تنهایی (p=۰/۰۱۶) و مؤلفه‌های تنهایی خانوادگی (p=۰/۰۰۳) و تنهایی اجتماعی (p<۰/۰۰۱) تفاوت گروه درمان بازسازی شناختی با گروه گواه در

پس‌آزمون معنادار شد. به‌علاوه در نمرهٔ کلی احساس تنهایی (p=۰/۰۰۴) و مؤلفه‌های تنهایی خانوادگی (p=۰/۰۰۳) و تنهایی اجتماعی (p=۰/۰۳۸) تفاوت گروه روان‌درمانی هیجان‌مدار با گروه گواه در پس‌آزمون معنادار شد. مقایسهٔ دو گروه آزمایش نشان داد، در پس‌آزمون و پیگیری، روان‌درمانی هیجان‌مدار تأثیر بیشتری درمقایسه با درمان بازشناسی شناختی بر مؤلفهٔ تنهایی خانوادگی داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما در پس‌آزمون، دو مداخله تفاوت معناداری ازنظر میزان اثربخشی بر مؤلفهٔ تنهایی اجتماعی (p=۰/۰۵۱) و نمرهٔ کلی احساس تنهایی (p=۰/۱۴۵) نداشت. در مؤلفه‌های مذکور نتایج پس‌آزمون در پیگیری ثابت بود که پایداری نتایج را نشان داد (p<۰/۰۵).

در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی (p=۰/۰۴۲) و مؤلفهٔ اضطراب جدایی (p<۰/۰۰۱) تفاوت گروه درمان بازسازی شناختی با گروه گواه در پس‌آزمون معنادار شد که نشان‌دهندهٔ اثربخشی این مداخله بود. در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی (p<۰/۰۰۱) و مؤلفهٔ اضطراب جدایی (p=۰/۰۱۴) تفاوت گروه روان‌درمانی هیجان‌مدار با گروه گواه در پس‌آزمون معنادار شد که نشان‌دهندهٔ اثربخشی این مداخله بود. در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی روان‌درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری درمقایسه با درمان بازسازی شناختی داشت (p=۰/۰۱۵). همچنین، روان‌درمانی هیجان‌مدار دارای تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های آگاهی بین‌فردی (p<۰/۰۰۱) و نیاز به تأیید (p=۰/۰۰۸) و کم‌رویی (p=۰/۰۰۶) بود؛ اما تأثیر درمان بازسازی شناختی بر این مؤلفه‌ها معنادار نشد (p>۰/۰۵) که بیانگر اثربخشی بیشتر روان‌درمانی هیجان‌مدار بر این مؤلفه‌ها درمقایسه با درمان بازسازی شناختی بود. در مؤلفه‌های آگاهی بین‌فردی و نیاز به تأیید و کم‌رویی، نتایج پس‌آزمون در پیگیری ثابت بود که پایداری نتایج روان‌درمانی هیجان‌مدار را نشان داد (p<۰/۰۵). اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار در مؤلفهٔ اضطراب جدایی (p=۰/۰۷۴) و اثربخشی درمان بازسازی شناختی در نمرهٔ کلی حساسیت به طردشدگی (p=۰/۰۶۰) پایدار نبود.

۴ بحث

این مطالعه باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی انجام شد. نتایج مشخص کرد، در متغیر احساس تنهایی تفاوت دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه معنادار بود که اثربخش‌بودن دو مداخله را نشان می‌دهد؛ افزون‌براین، روان‌درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری درمقایسه با درمان بازسازی شناختی بر احساس تنهایی داشت. بین پایداری اثربخشی درمان بازسازی شناختی و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ به‌علاوه در زیرمقیاس‌های احساس تنهایی، دو مداخله تأثیر معناداری بر مؤلفهٔ تنهایی رمانتیک نداشت. همچنین نتایج نشان داد، دو مداخله بر مؤلفهٔ تنهایی اجتماعی اثربخش بود و بین پس‌آزمون و پیگیری آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت؛ درنتیجه، بین پایداری اثربخشی دو مداخله بر مؤلفهٔ تنهایی اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در پیشینهٔ پژوهشی مطالعه‌ای باهدف مقایسهٔ این دو مداخله بر احساس تنهایی یافت نشد؛ بااین‌حال، شواهدی مبنی‌بر اثربخشی هریک از این مداخله‌ها بر احساس تنهایی وجود دارد. درزمینهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی، غفاری شهیر و همکاران دریافتند، درمان هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی اثربخش است (۲۷). فاطمی اصل و همکاران نشان دادند، زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی تأثیر دارد (۲۸). تامسون و گیرز گزارش کردند، روان‌درمانی هیجان‌مدار برای غلبه بر احساس شرم و تنهایی دانشجویان اثربخش است (۱۹). درزمینهٔ اثربخشی درمان بازسازی بر احساس تنهایی، تیکی و مالو درمان بازسازی شناختی مبتنی‌بر اصول درمان شناختی‌رفتاری را برای بهبود احساس تنهایی مؤثر دانستند (۱۵).

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود احساس تنهایی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی می‌توان اظهار داشت، این مداخله به افراد کمک می‌کند بهترین نسخه از خود را در روابط نشان دهند و احساس تنهایی را به‌حداقل برسانند. این روش درمانی معتقد است هیجانات افراد تأثیر درخورتوجهی بر رفتارها و روابط انسان‌ها دارند. احساس تنهایی معمولاً ناشی‌از ارتباطات نامناسب و ناکافی با دیگران است. وقتی افراد نتوانند به‌درستی هیجانات خود را درک کنند و آن‌ها را به دیگران انتقال دهند، ممکن است ارتباطات آن‌ها با دیگران متأثر شود و احساس تنهایی بیشتری را تجربه کنند (۱۹). در روان‌درمانی هیجان‌مدار، تمرکز بر فهمیدن و تنظیم هیجانات است. این روش به افراد کمک می‌کند هیجانات خود را بهتر درک کنند و راه‌های سالم برای مدیریت آن‌ها را بیاموزند. با این کار، آن‌ها قادر خواهند بود بهترین تصمیمات را در مواجهه با هیجانات خود بگیرند و رفتارهای سازنده‌تری را در روابط خود انتخاب کنند. با بهبود مهارت‌های هیجانی، افراد قادر خواهند بود بهترین نسخه از خود را در روابط نشان دهند و احساس تنهایی را به‌حداقل رسانند. این روش درمانی به افراد کمک می‌کند ارتباطات بهتری با دیگران برقرار سازند و از حمایت هیجانی آن‌ها بهره‌مند شوند (۲۷). در تبیین اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود مؤلفه‌های تنهایی اجتماعی و تنهایی خانوادگی می‌توان اظهار داشت، آموزش پیوند و دلبستگی ایمن در روان‌درمانی هیجان‌مدار به افراد کمک می‌کند مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی خود را تقویت کنند و روابط ایمن و معنادارتری را با دیگران برقرار سازند. این آموزش شامل یادگیری مهارت‌هایی مانند شناخت و بیان احساسات، تعامل مؤثر، حل مسئله در روابط، تعامل با دیگران و ایجاد حمایت اجتماعی است (۱۹). با تقویت مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، افراد می‌توانند بهبودی درخورتوجهی در تنهایی اجتماعی و خانوادگی خود تجربه کنند. آموزش پیوند و دلبستگی ایمن، به افراد کمک می‌کند روابط ایمن و معنادارتری با دیگران برقرار سازند و احساس حمایت و ارتباط اجتماعی قوی‌تری داشته باشند (۲۸). افراد دارای ضایعهٔ نخاعی نیز با آموزش مهارت‌های لازم برای تعامل با دیگران، به‌نحو شایسته‌تری قادر هستند حمایت اجتماعی و خانوادگی لازم را فراهم آورند و به این واسطه، احساس تنهایی اجتماعی کمتری را تجربه خواهند کرد. به‌نظر می‌رسد اثربخشی بیشتر روان‌درمانی

هیجان‌مدار درمقایسه با درمان بازسازی شناختی، به‌دلیل نقشی است که مدیریت هیجان در تسهیل تعاملات اجتماعی دارد و به افراد دارای ضایعهٔ نخاعی کمک می‌کند روابط معنادارتری با اجتماع بسازند و کمتر احساس تنهایی اجتماعی کنند.

افزون‌براین، درتبیین اثربخشی پایدار روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، به‌نظر می‌رسد با نقشی که مدیریت هیجانات ناخوشایند در تشدید تنش‌های بین‌فردی دارد، بتوان نتایج حاصل را تبیین کرد. یکی از مهارت‌های مهم مدیریت هیجان، تشخیص و درک هیجانات است. با آموزش این مهارت، افراد قادر خواهند بود هیجانات خود و اعضای خانواده را بهتر شناسایی کنند. این شناخت عمیق‌تر از هیجانات، به فرد کمک می‌کند بهتر درک کند که چگونه هیجانات ممکن است بر رفتار و واکنش‌های او و سایرین تأثیر داشته باشد. این درک فرد را یاری می‌کند در مواجهه با هیجان‌های منفی، به‌جای واکنش‌های ناسازگارانه، به انتخاب راهکارهای سازنده‌تری بپردازد و در تعاملات بین‌فردی بهتر عمل کند (۲۹). این عملکرد سازگارانه حمایت بین‌فردی پایداری را برای افراد دارای ضایعهٔ نخاعی فراهم می‌آورد و تنهایی خانوادگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان به افراد دارای ضایعهٔ نخاعی کمک می‌کند در تعاملات بین‌فردی همدلی بیشتری نشان دهند و به‌جای انتقاد و سرزنش، انتظارات بجا و منطقی از اطرافیان داشته باشند. این نوع فهم و همدردی می‌تواند سبب تقویت روابط بین‌فردی شود و بهبودی پایداری در تنهایی اجتماعی و تنهایی خانوادگی ایجاد کند.

در تبیین اثربخشی درمان بازسازی شناختی در بهبود احساس تنهایی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی می‌توان اظهار داشت، درمان بازسازی شناختی، روشی درمانی است که براساس اصول روان‌شناسی شناختی عمل می‌کند. این روش درمانی به افراد کمک می‌کند الگوهای منفی و نادرست در تفکر و باورهای خود را شناسایی کنند و تغییر دهند (۱۵). درزمینهٔ احساس تنهایی در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، درمان بازسازی شناختی به چندین روش به کاهش احساس تنهایی کمک می‌کند. افراد دارای ضایعهٔ نخاعی ممکن است باورهای منفی دربارهٔ خود و دیگران و جامعه داشته باشند که می‌تواند به احساس تنهایی منجر شود. درمان بازسازی شناختی به افراد کمک می‌کند به شناسایی این باورهای منفی بپردازند و آن‌ها را با باورهای مثبت و سازنده جایگزین کنند (۳۰)؛ برای مثال، ممکن است افراد دارای ضایعهٔ نخاعی باور داشته باشند که هیچ‌کس علاقه‌مند به ارتباط با آن‌ها نیست. درمان بازسازی شناختی به آن‌ها کمک می‌کند این باور را تغییر دهند و باورهای مثبتی را مانند «من ارزشمندم و ارتباطات معناداری می‌توانم برقرار کنم» در نظر بگیرند. این افراد ممکن است در مواجهه با ضایعهٔ نخاعی خود الگوهای منفی فکری را تجربه کنند که امکان دارد به احساس تنهایی منجر شود. درمان بازسازی شناختی به افراد کمک می‌کند این الگوهای منفی را شناسایی کنند و آن‌ها را با الگوهای مثبت و سازنده جایگزین نمایند (۳۱)؛ به‌طورکلی، درمان بازسازی شناختی می‌تواند با تغییر باورهای منفی، الگوهای منفی فکری و توسعهٔ مهارت‌های ارتباطی، به کاهش احساس تنهایی در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی کمک کند. در تبیین پایداری اثربخشی درمان بازسازی شناختی بر تنهایی اجتماعی به‌نظر می‌رسد اصلاح خطاهای شناختی (جلسهٔ سوم) نقش تعیین‌کننده‌ای در این زمینه داشته است. اصلاح چرخهٔ خطاهای شناختی بهبود پایدار تعاملات اجتماعی را به دو روش مهم تسهیل می‌کند: اولاً، با درک و تشخیص خطاهای شناختی خود، فرد قادر است بهبودهای لازم را در رفتارها و واکنش‌های اجتماعی خود ایجاد کند و شبکهٔ اجتماعی پیرامون خود را گسترش دهد؛ دوماً، با ارتقای فهم و شناخت خود دربارهٔ خطاهای شناختی، فرد بهتر درک می‌کند که دیگران نیز ممکن است با خطاهای مشابهی مواجه شوند و این امر می‌تواند به کاهش تنهایی اجتماعی منجر شود (۳۲). افراد مبتلا به ضایعهٔ نخاعی وقتی با خطاهای شناختی آشنا شدند، توانستند راهکارهایی برای اصلاح و بهبود رفتارهایی پیدا کنند که باعث طرد آن‌ها ازسوی دیگران بود؛ درواقع، اگر فرد متوجه شود عملکرد دیگران را به‌طور نادرست تفسیر می‌کند، می‌تواند روش‌هایی را بیاموزد تا تفسیر مثبت‌تری از تعاملات اجتماعی خود داشته باشد. این آگاهی، بهبودی درخورتوجهی در تعاملات اجتماعی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی ایجاد می‌کند و ازآنجاکه اصلاح باورها معمولاً ماندگار است، اثربخشی پایداری در کاهش تنهایی اجتماعی آن‌ها داشت.

افزون‌براین نتایج مشخص کرد، در متغیر حساسیت به طردشدگی تفاوت دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه معنادار بود که اثربخش‌بودن هریک از مداخله‌ها را نشان می‌دهد؛ همچنین، روان‌درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری درمقایسه با درمان بازسازی شناختی بر حساسیت به طردشدگی داشت. نتایج نشان داد، درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های آگاهی بین‌فردی و نیاز به تأیید و کم‌رویی تأثیر داشت و اثربخشی آن در پیگیری پایدار بود؛ اما درمان بازسازی شناختی تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های آگاهی بین‌فردی و نیاز به تأیید و کم‌رویی نداشت؛ به‌علاوه در مؤلفهٔ اضطراب جدایی، هردو مداخله اثربخش بود و اثربخشی آن‌ها در پیگیری پایدار بود؛ افزون‌براین، دو مداخله دارای تأثیر معناداری بر مؤلفهٔ عزت‌نفس شکننده نبود. در پیشینهٔ پژوهشی مطالعه‌ای باهدف مقایسهٔ این دو مداخله یافت نشد؛ بااین‌حال، شواهدی مبنی‌بر اثربخشی هریک از این مداخله‌ها بر حساسیت به طردشدگی وجود دارد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار بر طردشدگی، افسر و همکاران نشان دادند، درمان هیجان‌مدار بر ادراک طردشدگی زنان با اختلال شخصیت مرزی مؤثر است (۳۳). کونولی‌ـ زابوت و همکاران دریافتند، روان‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس طردشدگی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد (۱۸). تیمولاک و همکاران گزارش کردند، روان‌درمانی هیجان‌مدار دارای تأثیر معناداری بر بهبود احساس طردشدن در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است (۳۴). درمقابل، نتایج مطالعهٔ اوگوزی و همکاران نشان داد، تکنیک بازسازی شناختی در کاهش احساس طردشدگی در بین دانش‌آموزان مؤثر است (۱۴).

در تبیین اثربخشی درمان بازسازی شناختی بر حساسیت به طردشدگی می‌توان اظهار داشت، یکی از مؤلفه‌های این درمان، شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی (جلسهٔ سوم) است که در بهبود حساسیت به

طردشدگی بسیار تأثیر دارد. اصلاح خطاهای شناختی می‌تواند در بهبود حساسیت به طردشدگی مؤثر باشد. خطاهای شناختی به‌معنای تفکرات نادرست و تصورات غلطی است که امکان دارد در ذهن افراد شکل بگیرد. این خطاها باعث ایجاد و تقویت احساسات منفی مانند نگرانی و استرس و افسردگی می‌شود و درنتیجه حساسیت به طردشدگی را تشدید می‌کند (۱۴). بعد از شناسایی خطاهای شناختی، افراد مبتلا به ضایعهٔ نخاعی آن‌ها را با واقعیت مقایسه کردند. این مقایسه به آن‌ها کمک کرد قابل اعتماد بودن تفکرات خود را براساس اطلاعات صحیح و مطمئن بررسی کنند و به این نتیجه برسند که بسیاری از تفکراتشان بر ادراکات نادرست یا افراطی استوار است. پس از شناسایی خطاهای شناختی و ارزیابی واقعیت، می‌توانند به تغییر تفکرات بپردازند. این مسئله شامل تغییر نگرش و تغییر باورها و تفکرات منفی به مثبت و سازنده است (۳۵). افراد مبتلا به ضایعهٔ نخاعی نیز با تغییر باورها و تفکرات منفی که دربارهٔ طرد و روابط بین‌فردی داشتند، حساسیت به طردشدگی خود را کاهش دادند. این مسئله، نیازمند تمرین است که با ارائهٔ تکالیف از افراد درخواست شد به تمرین مهارت‌های آموخته‌شده بپردازند.

در تبیین اثربخشی پایدار درمان بازسازی شناختی بر بهبود اضطراب جدایی به‌نظر می‌رسد، آموزش بیان احساسات و تجربیات نقش درخورتوجهی در بهبود این اضطراب داشته باشد. وقتی فرد قادر است به‌درستی و با اعتمادبه‌نفس احساسات و تجربیات خود را بیان کند، او احساس می‌کند پذیرفته شده است و این نوع پذیرش می‌تواند اضطراب جدایی را کاهش دهد. یکی از دلایل اصلی اضطراب جدایی، نگرانی از طرد و پذیرش‌نشدن ازسوی اطرافیان است. آموزش بیان احساسات و تجربیات به فرد کمک می‌کند بهتر درک کند که احساسات و تجربیاتش تضمین‌کنندهٔ روابط پایدار با دیگران است (۳۵). این درک به افراد دارای ضایعهٔ نخاعی اعتمادبه‌نفس بیشتری می‌دهد و آن‌ها را قادر می‌سازد با اطمینان بیشتری در تعاملات اجتماعی خود عمل کنند و اضطراب کمتری برای جدایی از افراد نزدیک داشته باشند. علاوه‌براین، در تبیین اثربخشی پایدار درمان بازسازی شناختی بر بهبود کم‌رویی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی به‌نظر می‌رسد، آموزش آگاهی از باورها و مهارت‌های مقابله با استرس در بهبودی این مؤلفه‌ها تأثیرگذار است. آموزش آگاهی از باورها و مهارت‌های مقابله با استرس به فرد کمک می‌کند بهتر درک کند که باورها و افکار منفی می‌تواند مانع از پیشرفت و رشد در روابط اجتماعی شود. این آگاهی، فرد را یاری می‌کند باورهای منفی خود را شناسایی کند و آن‌ها را با باورهای مثبت و سازنده جایگزین نماید (۱۴). با آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، فرد قادر خواهد بود با فشارها و مواجهه با وضعیت‌های استرس‌زا در موقعیت‌های اجتماعی بهتر کنار بیاید. با آموزش این مهارت‌ها، فرد قادر است استرس‌های اجتماعی را به‌طور پایدار کاهش دهد و به‌جای کم‌رویی، به توسعهٔ روابط جدید بپردازد (۳۵). به‌طور خلاصه، آموزش آگاهی از باورها و مهارت‌های مقابله با استرس می‌تواند بهبودی درخورتوجهی در کم‌رویی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی ایجاد کند؛ زیرا آن‌ها قادر خواهند بود باورها و افکار منفی خود را شناسایی کنند و تغییر دهند و مهارت‌های مقابله با استرس را در موقعیت‌های اجتماعی به‌کار برند.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود حساسیت به طردشدگی به‌نظر می‌رسد، با آموزش‌هایی که افراد دارای ضایعهٔ نخاعی دربارهٔ نقش هیجان در تعاملات بین‌فردی دریافت کردند (جلسهٔ دوم)، مهارت‌های آموخته‌شده در این زمینه نقش مهمی در کاهش حساسیت به طردشدگی داشته است. آگاهی از هیجانات در تعاملات بین‌فردی به شخص کمک می‌کند بهترین راه را برای مدیریت و پاسخ‌گویی به این هیجان‌های ناخوشایند در روابط بین‌فردی پیدا کند. این آگاهی می‌تواند با شناسایی هیجان‌های خود و دیگران، بهبودی چشمگیری در حساسیت به طردشدگی در پی داشته باشد (۳۳). ازسوی‌دیگر، درمان هیجان‌مدار بر پیوندهای ارتباطی نیز تمرکز دارد (جلسات هفتم و نهم) و تلاش می‌کند به افراد آموزش دهد روابط قوی و معنادار با دیگران داشته باشند. درمان هیجان‌مدار به فرد کمک می‌کند منابع حمایتی را جست‌وجو کند و وقتی فرد دارای احساس حمایت و حضور دوستان و خانواده است، احساس تنهایی و ناامنی کاهش می‌یابد؛ این امر می‌تواند بهبودی درخورتوجهی در حساسیت به طردشدگی به‌همراه داشته باشد (۱۸).

در تبیین اثربخشی بیشتر روان‌درمانی هیجان‌مدار درمقایسه با درمان بازسازی شناختی به‌نظر می‌رسد دلیل این تفاوت، تمرکز بیشتر روان‌درمانی هیجان‌مدار بر تجربه و احساسات فرد باشد. این روش به فرد کمک می‌کند با تشخیص و درک بهتر احساسات خود، بتواند راه‌های سالم‌تری برای مدیریت آن‌ها پیدا کند (۳۴). این تمرینات، فرد را یاری می‌کند با احساسات منفی خود بهتر آشنا شود و راه‌هایی برای مدیریت آن‌ها به‌غیر از احساس طردشدگی بیابد. افزون‌براین حساسیت به طردشدگی، نوعی هیجان ناخوشایند تلقی می‌شود که با آگاهی از این هیجان و راه‌اندازهای آن در طول روان‌درمانی هیجان‌مدار، افراد دارای ضایعهٔ نخاعی بهتر می‌توانند با احساس طردشدگی مواجه شوند؛ ازاین‌رو، اثربخشی بیشتر روان‌درمانی هیجان‌مدار درمقایسه با درمان بازسازی شناختی توجیه‌پذیر است. در تبیین اثربخشی پایدار روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود آگاهی بین‌فردی می‌توان به نقش آموزش شناسایی و آگاهی از هیجانات اشاره کرد. آموزش شناسایی و آگاهی از هیجانات، بهبودی درخورتوجهی در آگاهی بین‌فردی ایجاد می‌کند. با آموزش این مهارت‌ها، فرد قادر خواهد بود بهترین راه‌حل‌ها را برای مدیریت هیجانات خود و نیز درک هیجانات دیگران پیدا کند. با افزایش آگاهی بین‌فردی، فرد قادر است بهتر درک کند که هیجانات دیگران چگونه در او تأثیر می‌گذارند و چگونه می‌تواند به آن‌ها واکنش نشان دهد (۳۳). این آگاهی، بهبودی چشمگیری در ارتباطات فردی و ارتباطات میان‌فردی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی به‌دنبال دارد و به آن‌ها کمک می‌کند بهتر با دیگران همدردی کنند و روابط مثبت‌تری برقرار سازند. در تبیین اثربخشی پایدار روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود مؤلفهٔ نیاز به تأیید افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، به‌نظر می‌رسد آموزش نقش هیجانات در تعاملات بین‌فردی در جلسات روان‌درمانی هیجان‌مدار تأثیرگذار است. نیاز به تأیید به‌معنای وابستگی به نظرات و تأیید دیگران است و امکان دارد به‌دلیل کمبود اعتمادبه‌نفس باشد. با آموزش نقش هیجانات در تعاملات بین‌فردی، شخص بهتر درک

می‌کند که تأیید دیگران برای ارزش و اعتبار شخصی او ضروری نیست و هیجاناتش نباید به‌طور مستقیم به تأیید دیگران وابسته باشد. این آگاهی، فرد را به‌سمت استقلال و خودپذیری سازش‌یافتهٔ پایدار سوق می‌دهد (۱۸)؛ درنتیجه، آموزش نقش هیجانات در تعاملات بین‌فردی می‌تواند مهارت افراد دارای ضایعهٔ نخاعی را در مواجههٔ سازگارانه با انتقادات و نظرات منفی تقویت کند. با یادگیری راهکارهای سازنده برای مدیریت هیجانات و تمرین مکرر آن‌ها، افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، بهتر با نقدها و نظرات منفی مواجه می‌شوند و به‌جای تأییدطلبی، نظرات خود را بدون‌تنش بیان می‌کنند.

در تبیین اثربخشی پایدار روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود اضطراب جدایی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی به‌نظر می‌رسد، ارائهٔ جلساتی درزمینهٔ آموزش دلبستگی و پیوند ایمن در روان‌درمانی هیجان‌مدار مؤثر است. آموزش پیوند و دلبستگی ایمن به فرد کمک می‌کند الگوهای ارتباطی سالم و ایمن را درک کند و بتواند به‌طور سالم و مؤثر با دیگران ارتباط برقرار سازد. این آموزش شامل یادگیری مهارت‌های ارتباطی سازنده، تقویت اعتمادبه‌نفس و اعتماد به دیگران و توسعهٔ روابط معنادار و پایدار است (۳۴). با آموزش پیوند و دلبستگی ایمن، افراد دارای ضایعهٔ نخاعی بهتر درک می‌کنند که ارتباطات مهم و نزدیک با دیگران می‌تواند ایمن و پایدار باشد و ازدست‌دادن این ارتباطات در کوتاه‌مدت به آن‌ها آسیب نمی‌رساند. این آگاهی به افراد دارای ضایعهٔ نخاعی کمک می‌کند بهبودی پایداری در اضطراب جدایی داشته باشند و به‌جای آن، بر ارتباطات معنادار و ایمن تمرکز کنند. در تبیین اثربخشی پایدار روان‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود کم‌رویی به‌نظر می‌رسد، این مداخله بااستفاده از روش‌های مختلفی مانند آگاهی از هیجانات، تنظیم هیجانی و تمرینات مدیریت هیجانی، به افراد کمک می‌کند الگوهای نامناسب و ناکارآمد در مدیریت هیجانات خود را تغییر دهند و در تعاملات بین‌فردی مؤثرتر عمل کنند. با آموزش مهارت‌های مدیریت هیجانی، فرد می‌تواند بهترین راهکارها را برای مدیریت هیجانات خود پیدا کند. این آموزش شامل شناخت هیجانات، تشخیص نیازهای هیجانی، تنظیم هیجانی، تغییر الگوهای منفی در مدیریت هیجانات و ارتقای مهارت‌های ارتباطی است. با این آموزش‌ها، فرد می‌تواند بهبودی درخورتوجهی در مدیریت هیجانات خود و کاهش کم‌رویی تجربه کند (۳۶). روان‌درمانی هیجان‌مدار به افراد دارای ضایعهٔ نخاعی کمک می‌کند الگوهای نامناسب و ناکارآمد در رفتارها و واکنش‌های خود در موقعیت‌های اجتماعی را شناسایی کنند و آن‌ها را تغییر دهند. با این روش‌ها، افراد دارای ضایعهٔ نخاعی می‌توانند بهبودی پایداری در کم‌رویی خود تجربه کنند و به‌جای کم‌رویی، رفتارهای سازنده و مؤثرتری را در تعامل با دیگران انتخاب نمایند.

یافته‌های پژوهش حاضر محدود به افراد دارای ضایعهٔ نخاعی بود و تعمیم آن به افراد با سایر معلولیت‌های حرکتی با محدودیت همراه است. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، کنترل‌نشدن متغیر متداخل اثرگذار بر متغیرهای وابسته مانند میزان و شدت معلولیت بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی هیجان‌مدار، روشی موفق در بهبود احساس تنهایی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی است و به‌نحوی تغییرات ساختاری و پایدار انجام می‌دهد؛ لذا توصیه می‌شود این برنامهٔ مداخله‌ای در قالب جلسات گروه‌درمانی برای افراد دارای ضایعهٔ نخاعی در مراکز بهزیستی برگزار شود. در پژوهش حاضر مشخص شد، روان‌درمانی هیجان‌مدار بر حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی اثربخش است؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود رویکرد مذکور توسط مشاوران مراکز بهزیستی به‌عنوان راهبردی مؤثر برای کنترل احساس طردشدگی در افراد دارای ضایعهٔ نخاعی استفاده شود. باتوجه به نتایج پژوهش حاضر و اثربخش‌بودن درمان بازسازی شناختی بر احساس تنهایی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی، توصیه می‌شود مسئولان نظام سلامت و سازمان بهزیستی، بیش از گذشته در جریان نقش و اهمیت مداخلات روان‌شناختی در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی قرار گیرند و دوره‌هایی مطابق با روش آموزشی اجراشده در پژوهش حاضر به‌منظور بهبود احساس تنهایی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی برگزار کنند. باتوجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان بازسازی شناختی بر حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی اثربخش است و با درنظرگرفتن این نکته که طردشدگی نقش مهمی در سلامت روانی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی دارد، پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌درمانگران فعال در مراکز بهزیستی، بااستفاده از رویکردهای مداخله‌ای همچون درمان بازسازی شناختی، حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی را کاهش دهند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، دو مداخله تأثیر معناداری بر بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی دارد؛ علاوه‌براین، روان‌درمانی هیجان‌مدار درمقایسه با درمان بازسازی شناختی دارای اثربخشی بیشتری در بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی است؛ همچنین، اثربخشی هردو مداخله بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی پایدار است. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده، استفاده از روان‌درمانی هیجان‌مدار برای بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی افراد دارای ضایعهٔ نخاعی توصیه می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از مدیریت ادارهٔ بهزیستی شهرستان‌های لردگان و خانمیرزا به‌دلیل هماهنگی انجام‌شده برای ارتباط با افراد نمونه و همچنین، افراد شرکت‌کننده در این مطالعه که با صبر و بردباری با پژوهشگران همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی مصوب کمیتهٔ اخلاق کشوری در پژوهش حاضر رعایت شد. لازم به‌ذکر است، فرایند اجرای این مطالعه در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد IR.IAU.SHK.REC.1402.068 در ۲خرداد۱۴۰۲ به‌تصویب رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم مساوی در طراحی و اجرا و نگارش تحقیق داشتند.

منابع مالی

این پژوهش بدون‌حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

References

1. Noble BT, Brennan FH, Wang Y, Guan Z, Mo X, Schwab JM, et al. Thoracic VGluT2+ spinal interneurons regulate structural and functional plasticity of sympathetic networks after high-level spinal cord injury. J Neurosci. 2022;42(17):3659–75. https://doi.org/10.1523/jneurosci.2134-21.2022
2. Wang SY, Hong SR, Tan JY. Five different lives after suffering from spinal cord injury: the experiences of nurses who take care of spinal cord injury patients. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1058. https://doi.org/10.3390/ijerph19031058
3. Tulsky DS, Kisala PA. Overview of the spinal cord injury-functional index (SCI-FI): structure and recent advances. Arch Phys Med Rehabil. 2022;103(2):185–90. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.10.006
4. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, Van Buskirk J, Bauman A, et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;376:e067068. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068
5. Verity L, Yang K, Nowland R, Shankar A, Turnbull M, Qualter P. Loneliness from the adolescent perspective: a qualitative analysis of conversations about loneliness between adolescents and childline counselors. J Adolesc Res. 2024;39(5):1413–43. https://doi.org/10.1177/07435584221111121
6. Hawkley LC. Loneliness and health. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):22. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00355-9
7. Hards E, Loades ME, Higson-Sweeney N, Shafran R, Serafimova T, Brigden A, et al. Loneliness and mental health in children and adolescents with pre-existing mental health problems: a rapid systematic review. Br J Clin Psychol. 2022;61(2):313–34. https://doi.org/10.1111/bjc.12331
8. Angel S, Kroll T. Sex life during the first 10 years after spinal cord injury: a qualitative exploration. Sex Disabil. 2020;38(1):107–21. https://doi.org/10.1007/s11195-020-09620-9
9. Maiolatesi AJ, Clark KA, Pachankis JE. Rejection sensitivity across sex, sexual orientation, and age: measurement invariance and latent mean differences. Psychol Assess. 2022;34(5):431–42. https://doi.org/10.1037/pas0001109
10. Jittayuthd S, Karl A. Rejection sensitivity and vulnerable attachment: associations with social support and PTSD symptoms in trauma survivors. Eur J Psychotraumatol. 2022;13(1):2027676. https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2027676
11. Mayasari S, Mujiyati, Adiputra S. Cognitive restructuring techniques in developing student self-compassion. Journal of Positive School Psychology. 2022;6(3):2564–75.
12. Wang Y, Wei L. Multilingual learning and cognitive restructuring: the role of audiovisual media exposure in Cantonese–English–Japanese multilinguals' motion event cognition. International Journal of Bilingualism. 2023;27(3):331–48. https://doi.org/10.1177/13670069221085565
13. Neacsiu AD, Beynel L, Graner JL, Szabo ST, Appelbaum LG, Smoski MJ, et al. Enhancing cognitive restructuring with concurrent fMRI-guided neurostimulation for emotional dysregulation–a randomized controlled trial. J Affect Disord. 2022;301:378–89. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.053
14. Oguzie AE, Ani D, Obi B, Onyegirim B. Effect of cognitive restructuring technique on fear tendency among secondary school students in Owerri Municipal Council of Imo state. International Journal of Advanced Research and Publications. 2018;2(1):34–8.
15. Theeke LA, Mallow JA. The development of LISTEN: a novel intervention for loneliness. Open J Nurs. 2015;5(2):136–43. https://doi.org/10.4236/ojn.2015.52016
16. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. Canadian Journal of Behavioural. 2022;54(2):152–62. https://doi.org/10.1037/cbs0000317
17. Tamminen KA, Watson JC. Emotion focused therapy with injured athletes: Conceptualizing injury challenges and working with emotions. J Appl Sport Psychol. 2022;34(5):958–82. http://dx.doi.org/10.1080/10413200.2021.2024625
18. Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, Coleman N. Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. J Contemp Psychother. 2020;50(2):113–22. https://doi.org/10.1007/s10879-019-09439-2
19. Thompson S, Girz L. Overcoming shame and aloneness: emotion-focused group therapy for self-criticism. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2020;19(1):1–11. https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618370

20. Robinson-Whelen S, Taylor HB, Feltz M, Whelen M. Loneliness among people with spinal cord injury: exploring the psychometric properties of the 3-Item Loneliness Scale. Arch Phys Med Rehabil. 2016;97(10):1728–34. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.008
21. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. Aust N Z J Psychiatry. 1989;23(3):341–51.
22. DiTommaso E, Brannen C, Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. Educ Psychol Meas. 2004 Feb;64(1):99–119. https://doi.org/10.1177/0013164403258450
23. Jowkar B, Salimi A. Psychometric properties of the short form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA-S). International Journal of Behavioral Sciences. 2012;5(4):311–7. [Persian] https://www.behavsci.ir/article_67748.html
24. Mohammadian Y, Mahaki B, Lavasani F, Dehghani M, Vahid M. The psychometric properties of the persian version of interpersonal sensitivity measure. J Res Med Sci. 2017;22(1):10. https://doi.org/10.4103/1735-1995.199093
25. Clark DA. Cognitive restructuring. In: Hofmann SG; editor. The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy. Wiley; 2013. https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt02
26. Johnson SM. Emotionally focused couple therapy. In: Gurman AS, Lebow JL, Snyder DK; editors. Clinical handbook of couple therapy. New York: The Guilford Press; 2015.
27. Ghafari Shahir M, Asadpour E, Zahrakar K. Comparison effect of cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on loneliness in married women victims of domestic violence. Advances in Cognitive Sciences. 2021;23(1):95–105. [Persian] http://dx.doi.org/10.30514/icss.23.1.95
28. Fatemi Asl S, Goudarzi M, Karimi Sani P, Boostanipour A. The effect of emotionally-focused couple therapy (EFCT) on loneliness of hurt women from infidelity in Salmas city. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2019;20(2):48–57. [Persian] https://sanad.iau.ir/journal/jsrp/Article/665274?jid=665274
29. Zamani Zarchi MS, Sayadi M, Safarpour F. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on perceived social support and feeling of loneliness among infertile couples. Journal of Psychological Science. 2020;19(87):313–20. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/psychosci.19.87.313
30. Käll A, Jägholm S, Hesser H, Andersson F, Mathaldi A, Norkvist BT, et al. Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: a pilot randomized controlled trial. Behav Ther. 2020;51(1):54–68. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.001
31. Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An evaluation of a low-intensity cognitive behavioral therapy mhealth-supported intervention to reduce loneliness in older people. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(7):1305. https://doi.org/10.3390/ijerph16071305
32. Kamali M, Etemadi A, Sharifi Daramadi P. The effectiveness of group cognitive therapy based on michael frey's model on the irrational beliefs and loneliness of students. Journal of Psychological Studies. 2018;14(3):97–112. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3613.html?lang=en
33. Afsar M, Hasani F, Farzad V, Golshani F. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and Mentally Focused schema therapy on the perception of rejection in women with borderline personality disorder. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2021;64(3):3167–77. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_19612.html?lang=en
34. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, Greenberg LS. Emotion-focused therapy for generalized anxiety. Psychotherapy. 2017;54(4):361–66.
35. Carbone DJ. Using cognitive therapies to treat unstable attachment patterns in adults with childhood histories of social rejection. J Aggress Maltreat Trauma. 2010;19(1):105–34. https://doi.org/10.1080/10926770903485991
36. Moeeni F, Hosseini Arian N, Karbasi T, Toozandehjani H, Rahnejat A, Donyavi V. Effectiveness of emotion-focused therapy on feelings of rejection, marital adjustment and emotional regulation in women affected by domestic violence. Nurse and Physician within War. 2022;10(36):6–15. [Persian] http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-899-en.html