

شناخت، رفتار، یادگیری

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر درد ذهنی و تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی مراجعه کننده به کلینیک های روان شناسی شهرستان تنکابن

سیما پاکدل سبزل، الهه صادقی*

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی شخصیت، مؤسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران

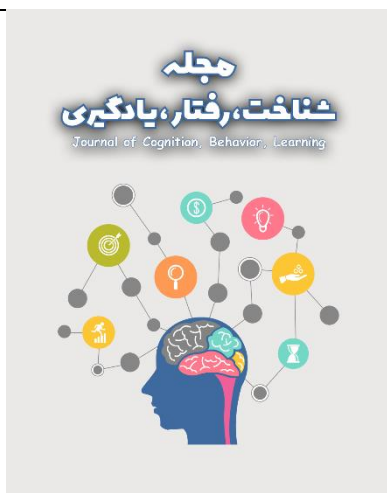
* ایمیل نویسنده مسئول: sadeghi@aihe.ac.ir

تاریخ چاپ: ۱۴۰۶/۰۴/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۲۴

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۴/۱۱

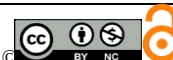


شیوه استناددهی: پاکدل سبزل، سیما، و صادقی، الهه. (۱۴۰۶). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر درد ذهنی و تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی مراجعه کننده به کلینیک های روان شناسی شهرستان تنکابن. *شناخت، رفتار، یادگیری*، ۱۸، (۳)، ۱-۱۸.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر درد ذهنی و تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی مراجعه کننده به کلینیک های روان شناسی شهرستان تنکابن انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان دارای افکار خودکشی مراجعه کننده به کلینیک های روان شناسی شهرستان تنکابن در سال ۱۴۰۵ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نفر با استفاده از نمونه گیری در دسترس همراه با غربالگری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای طرحواره درمانی گروهی را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل طی این مدت مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده ها شامل مقیاس درد ذهنی اورباخ و همکاران و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل کوواریانس تک متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس از کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای درد ذهنی و تحمل پریشانی معنادار بود ($F(۲,۲۵)=۴۲.۲۴۸, p<۰.۰۰۱, \eta^2=۰.۷۷۳, Pillai's Trace=۰.۷۷۲$). همچنین، تحلیل های تکمیلی نشان دادند که طرحواره درمانی گروهی موجب کاهش معنادار درد ذهنی و افزایش معنادار تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر متغیرهای مورد بررسی تأیید شد. طرحواره درمانی گروهی می تواند با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه، تقویت حالت بزرگسال سالم، کاهش الگوهای مقابله ای ناکارآمد و بهبود ظرفیت مواجهه با هیجان های منفی، به کاهش درد ذهنی و افزایش تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی کمک کند. بر این اساس، استفاده از این رویکرد به عنوان یک مداخله روان شناختی مکمل در مراکز بالینی و مشاوره ای مرتبط با افراد دارای افکار خودکشی قابل توجه است.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی گروهی، درد ذهنی، تحمل پریشانی، افکار خودکشی، زنان.



Effectiveness of Group Schema Therapy on Mental Pain and Distress Tolerance in Women with Suicidal Ideation Attending Psychology Clinics in Tonekabon

Sima Pakdel Sabzgol¹, Elahe Sadeghi^{2*}

1. M.A., Department of Personality Psychology, Aindegan Institute of Higher Education, Tonekabon, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Aindegan Institute of Higher Education, Tonekabon, Iran

*Corresponding Author's Email: sadeghi@aihe.ac.ir

Submit Date: 2026-07-02

Revise Date: 2026-09-15

Accept Date: 2026-10-05

Publish Date: 2027-05-22

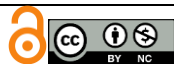
Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of group schema therapy on mental pain and distress tolerance in women with suicidal ideation attending psychology clinics in Tonekabon. This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of women with suicidal ideation attending psychology clinics in Tonekabon in 2026. Thirty eligible women were selected through convenience sampling combined with purposive screening and were randomly assigned to experimental and control groups, with 15 participants in each group. The experimental group received group schema therapy in ten 90-minute sessions, whereas the control group received no intervention during the study period. Data were collected using the Orbach Mental Pain Scale and the Simons and Gaher Distress Tolerance Scale. Data analysis was conducted using multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance in SPSS version 27. The multivariate analysis of covariance, after controlling for pretest scores, demonstrated a significant group effect on the combined dependent variables of mental pain and distress tolerance (Pillai's Trace=0.772, $F(2,25)=42.248$, $p<0.001$, $\eta^2=0.772$). Follow-up analyses further indicated that group schema therapy significantly reduced mental pain and significantly increased distress tolerance in the experimental group compared with the control group. Thus, the study hypothesis regarding the effectiveness of group schema therapy on the investigated psychological outcomes was supported. Group schema therapy appears to be an effective psychological intervention for reducing mental pain and enhancing distress tolerance among women experiencing suicidal ideation. By modifying early maladaptive schemas, strengthening the healthy adult mode, reducing dysfunctional coping patterns, and improving the capacity to experience and regulate negative emotions, this intervention may reduce psychological suffering and promote more adaptive responses to emotional distress. Accordingly, group schema therapy may be considered a useful complementary intervention in psychological and counseling settings serving individuals with suicidal ideation.

Keywords: Group schema therapy, mental pain, distress tolerance, suicidal ideation, women.



How to cite: Pakdel Sabzgol, S., Sadeghi, E. (2027). Effectiveness of Group Schema Therapy on Mental Pain and Distress Tolerance in Women with Suicidal Ideation Attending Psychology Clinics in Tonekabon. *Cognition, Behavior, Learning*, 4(3), 1-18.



مقدمه

افکار خودکشی یکی از جدی‌ترین نشانه‌های آسیب‌پذیری روان‌شناختی است و در بسیاری از موارد در بستری از رنج هیجانی شدید، احساس بن‌بست، ناامیدی، خودسرزنشگری، کاهش ظرفیت حل مسئله و ناتوانی در تحمل هیجان‌های منفی شکل می‌گیرد. در میان زنان، به‌ویژه زنانی که برای دریافت خدمات روان‌شناختی مراجعه می‌کنند، افکار خودکشی می‌تواند بازتابی از تعامل پیچیده میان تجارب بین‌فردی آسیب‌زا، الگوهای شناختی منفی، هیجان‌های تنظیم‌نشده و احساس ناتوانی در تغییر شرایط باشد. از این منظر، صرف تمرکز بر کاهش نشانه‌های سطحی ممکن است برای تبیین و درمان این وضعیت کافی نباشد و لازم است ساختارهای عمیق‌تر شناختی و هیجانی که تجربه فرد را سازمان می‌دهند نیز مورد توجه قرار گیرند. پژوهش‌های انجام‌شده درباره گرایش به خودکشی نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در شکل‌گیری الگوهای پایدار خودارزیابی منفی، ناامیدی، احساس طردشدگی و آسیب‌پذیری هیجانی نقش مهمی داشته باشند و در کنار ضعف منابع درون‌روانی، احتمال بروز افکار و تمایلات خودآسیب‌رسان را افزایش دهند (Seddighi Arfaei & Hajian, 2023). همچنین، در دانشجویان دارای افکار خودکشی، نشانه‌هایی مانند افسردگی، تکانشگری و فعال‌شدن طرحواره‌های ناسازگار از جمله متغیرهایی بوده‌اند که در مداخلات روان‌شناختی هدف قرار گرفته‌اند (Hataminejad et al., 2024). بنابراین، بررسی مداخلاتی که به‌طور هم‌زمان بتوانند بر ریشه‌های شناختی-هیجانی رنج روان‌شناختی و ظرفیت تحمل هیجان‌های منفی اثر بگذارند، از اهمیت بالینی ویژه‌ای برخوردار است.

یکی از متغیرهای محوری در تجربه افراد دارای افکار خودکشی، درد ذهنی است. درد ذهنی به تجربه‌ای شدید، فراگیر و گاه تحمل‌ناپذیر از رنج روان‌شناختی اشاره دارد که می‌تواند مجموعه‌ای از احساسات مانند ناامیدی، شرم، گناه، تنهایی، بی‌ارزشی، درماندگی و احساس گسست از دیگران را دربرگیرد. برخلاف درد جسمانی که معمولاً دارای منشأ فیزیولوژیک نسبتاً مشخصی است، درد ذهنی در سطح تجربه درونی و ادراک فرد از خود و شرایط زندگی شکل می‌گیرد و می‌تواند به صورت احساس فشار روانی عمیق، ناتوانی در تحمل وضعیت موجود و فقدان راه فرار ادراک شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درد ذهنی با متغیرهایی مانند سبک‌های دلبستگی، ترس از صمیمیت و تجربه شکست‌های هیجانی ارتباط دارد و این امر نشان می‌دهد که کیفیت روابط بین‌فردی و الگوهای درونی‌شده از روابط می‌توانند در شدت تجربه رنج روانی نقش داشته باشند (Shishefar et al., 2020). از سوی دیگر، بررسی‌های انجام‌شده در زمینه اضطراب و تجربه درد نیز نشان داده‌اند که درد ذهنی می‌تواند در کنار سازه‌هایی مانند آگاهی درون‌بدنی و الگوهای توجهی-شناختی، بخشی از تجربه پیچیده آسیب روان‌شناختی را تبیین کند (Neshveh & Farghadani, 2021). بر این اساس، درد ذهنی را می‌توان یکی از شاخص‌های مهم شدت رنج درونی در افرادی دانست که با افکار خودکشی مواجه‌اند.

اهمیت درد ذهنی در زمینه خودکشی از آن جهت بیشتر می‌شود که تجربه شدید و مداوم رنج درونی می‌تواند احساس تحمل‌ناپذیری زندگی را تقویت کند. هنگامی که فرد قادر نباشد برای رنج روانی خود معنایی بیابد، آن را تنظیم کند یا به چشم‌اندازی برای تغییر شرایط دست یابد، احتمال شکل‌گیری افکار مرتبط با پایان دادن به زندگی افزایش می‌یابد. در افرادی با سابقه اقدام به خودکشی نیز کاهش درد ذهنی یکی از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی محسوب می‌شود و پژوهش‌هایی که از رویکردهای شناختی برای این گروه استفاده کرده‌اند، نشان داده‌اند که تغییر شیوه پردازش تجربه‌های دردناک می‌تواند با کاهش احساس گناه و درد ذهنی همراه باشد (Valian et al., 2024). همچنین، نتایج مطالعات مربوط به بیماران دارای شرایط جسمانی مزمن نشان داده است که مداخلات شناختی-هیجانی می‌توانند به کاهش درد ذهنی و هم‌زمان بهبود منابع مقابله‌ای کمک کنند (Seyed Ali Tabar & Zadhasan, 2023). بنابراین، درک و درمان درد ذهنی در زنان دارای افکار خودکشی می‌تواند به عنوان یکی از مسیرهای اصلی کاهش فشار روان‌شناختی و بهبود سازگاری هیجانی در نظر گرفته شود.

متغیر مهم دیگری که در تجربه افراد دارای افکار خودکشی نقش دارد، تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی، تنش‌زا و ناخوشایند بدون اقدام فوری برای اجتناب، سرکوب، فرار یا کاهش آنها از طریق رفتارهای ناسازگارانه اشاره دارد. افراد دارای تحمل پریشانی پایین معمولاً هیجان‌های منفی را شدیدتر، غیرقابل کنترل‌تر و غیرقابل تحمل‌تر ارزیابی می‌کنند و ممکن است در

مواجهه با فشار روانی به رفتارهای تکانشی، اجتنابی یا خودآسیب‌رسان روی آورند. از این منظر، تحمل پریشانی صرفاً یک ویژگی منفعل نیست، بلکه نوعی ظرفیت تنظیمی محسوب می‌شود که تعیین می‌کند فرد تا چه اندازه می‌تواند در شرایط هیجانی دشوار باقی بماند و بدون واکنش ناسازگارانه، تجربه خود را پردازش کند. یافته‌های پژوهشی در نوجوانان ایرانی نشان داده‌اند که تحمل پریشانی می‌تواند در ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای خودآسیب‌رسان نقشی میانجی ایفا کند؛ به عبارت دیگر، طرحواره‌های ناسازگار ممکن است از طریق کاهش توان تحمل هیجان‌های منفی، خطر خودآسیبی را افزایش دهند (Babaeifard et al., 2024). این یافته بر پیوند نظری و تجربی میان طرحواره‌ها، تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر تأکید می‌کند.

پژوهش‌های دیگر نیز اهمیت تحمل پریشانی را در طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی تأیید کرده‌اند. برای نمونه، مداخلات مبتنی بر طرحواره و درمان‌های هیجان‌محور توانسته‌اند تحمل پریشانی را در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بهبود بخشند (Bayat et al., 2025). همچنین، طرحواره‌درمانی در دانشجویان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب اجتماعی با افزایش تحمل پریشانی و بهبود عزت‌نفس همراه بوده است (Jobanian et al., 2025). در دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان نیز درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی توانسته است تحمل پریشانی، خودکارآمدی تحصیلی و تاب‌آوری تحصیلی را بهبود بخشد (Moradpour & Bavi, 2025). این نتایج نشان می‌دهد که تحمل پریشانی یک سازه فراتشخیصی است و در گروه‌های مختلف بالینی و غیربالینی می‌تواند هدف مهمی برای مداخلات روان‌شناختی باشد. با توجه به اینکه زنان دارای افکار خودکشی معمولاً با شدت بالایی از هیجان‌های منفی مواجه هستند، ارتقای تحمل پریشانی می‌تواند نقش مهمی در کاهش واکنش‌های تکانشی و افزایش ظرفیت مواجهه سازگارانه با رنج درونی داشته باشد.

در این میان، طرحواره‌درمانی یکی از رویکردهایی است که از منظر نظری و بالینی ظرفیت مناسبی برای مداخله هم‌زمان بر درد ذهنی و تحمل پریشانی دارد. طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که بخش مهمی از مشکلات روان‌شناختی پایدار از طرحواره‌های ناسازگار اولیه ناشی می‌شوند؛ طرحواره‌هایی عمیق، فراگیر و نسبتاً پایدار که معمولاً در نتیجه برآورده‌نشدن نیازهای هیجانی اساسی در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرند و در بزرگسالی در موقعیت‌های خاص فعال می‌شوند. این طرحواره‌ها می‌توانند ادراک فرد از خود، دیگران و آینده را تحت تأثیر قرار دهند و به شکل‌گیری الگوهای ماندگار احساس نقص و شرم، رهاشدگی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی، شکست و آسیب‌پذیری منجر شوند. نتایج مطالعات مربوط به رفتارهای خودآسیب‌رسان نیز نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افزایش خطر خودآسیبی ارتباط دارند (Shi et al., 2023). همچنین، در دانشجویان، حالت‌های طرحواره‌ای دوران کودکی در رابطه میان روابط منفی والد-فرزند و رفتارهای خودآسیب‌رسان غیرخودکشی نقش میانجی داشته‌اند (Bang & Lee, 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهد که الگوهای طرحواره‌ای می‌توانند یکی از مسیرهای بنیادی در شکل‌گیری و تداوم آسیب‌های هیجانی و رفتاری باشند.

از دیدگاه طرحواره‌درمانی، افراد زمانی دچار مشکلات پایدار هیجانی می‌شوند که طرحواره‌های ناسازگار آنها در موقعیت‌های خاص فعال شده و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب، تسلیم یا جبران افراطی به کار گرفته شوند. برای مثال، زنی که طرحواره نقص/شرم یا رهاشدگی در او فعال است ممکن است تجربه‌های بین‌فردی روزمره را به صورت تأییدی بر بی‌ارزشی یا ترک‌شدن خود تفسیر کند و در نتیجه، درد ذهنی شدیدی را تجربه نماید. اگر هم‌زمان تحمل پریشانی او پایین باشد، احتمال دارد برای رهایی فوری از این تجربه‌های هیجانی به اجتناب، رفتارهای تکانشی یا افکار خودکشی روی آورد. مداخلات طرحواره‌محور تلاش می‌کنند این چرخه را از طریق افزایش آگاهی نسبت به طرحواره‌ها، اصلاح باورهای هسته‌ای، تجربه مجدد هیجان‌ها در بستری ایمن، بازوالدینی محدود و تقویت «بزرگسال سالم» تغییر دهند. اثربخشی این رویکرد در افزایش تحمل پریشانی در گروه‌های مختلف گزارش شده است؛ برای نمونه، طرحواره‌درمانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد موجب بهبود تحمل پریشانی و کاهش خودانتقادی شده است (Mohamadi & Jabalameli, 2024). همچنین، در زنان سرپرست خانوار، طرحواره‌درمانی با بهبود تنظیم شناختی-هیجانی، افزایش تحمل پریشانی و ارتقای کیفیت زندگی همراه بوده است (Sadri Damirchi et al., 2026).

شواهد موجود درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان‌های مبتنی بر طرحواره بر تحمل‌پریشانی به‌طور قابل توجهی گسترش یافته است. در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، طرحواره‌درمانی موجب بهبود تحمل‌پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان و برخی مؤلفه‌های سبک فرزندپروری شد (Rajaeizadeh & Khayatan, 2025). همچنین، در نوجوانان افسرده فاقد پدر، طرحواره‌درمانی علاوه بر کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس، تحمل‌پریشانی را بهبود بخشید (Fereydooni & Sheykhani, 2024). در زنان مبتلا به نشانه‌های وسواس نیز مقایسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با طرحواره‌درمانی نشان داده است که مداخله بر تنظیم هیجان و عدم تحمل‌پریشانی اثرگذار است (Zareei et al., 2024). افزون بر این، تلفیق طرحواره‌درمانی با مواجهه و پیشگیری از پاسخ در زنان مبتلا به وسواس شست‌وشو نیز توانسته است تحمل‌پریشانی و نشانه‌های وسواسی را بهبود بخشد (Yoshizadeh et al., 2023). این نتایج نشان می‌دهد که کار بر الگوهای طرحواره‌ای می‌تواند ظرفیت فرد برای ماندن در تماس با هیجان‌های ناخوشایند و تحمل آنها را افزایش دهد.

درمان‌های مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی نیز شواهد مشابهی ارائه کرده‌اند. در زنان تحت درمان دارویی برای پسوریازیس، مقایسه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی هیجانی نشان داده است که هر دو رویکرد می‌توانند بر استرس ادراک‌شده و تحمل‌پریشانی اثر داشته باشند (Talayry & Bavi, 2023). همچنین، در بیماران مبتلا به سرطان پستان، طرحواره‌درمانی هیجانی بر نگرش نسبت به مرگ و تحمل‌پریشانی اثرگذار گزارش شده است (Talebi et al., 2023). در نوجوانان پسر دارای رفتارهای پرخطر نیز طرحواره‌درمانی هیجانی توانسته است راهبردهای تنظیم هیجان، تحمل‌پریشانی و حل مسئله اجتماعی را بهبود بخشد و رفتارهای پرخطر را کاهش دهد (Khayabani, 2024). این شواهد از این دیدگاه حمایت می‌کنند که پرداختن به ساختارهای عمیق هیجانی و شناختی، به‌جای تمرکز صرف بر نشانه‌های سطحی، می‌تواند ظرفیت تحمل هیجان و کنترل واکنش‌های ناسازگارانه را افزایش دهد.

در کنار تحمل‌پریشانی، یکی دیگر از نقاط قوت بالقوه طرحواره‌درمانی در این است که می‌تواند به صورت مستقیم‌تر بر رنج عمیق درونی و درد ذهنی نیز اثر بگذارد. اگر درد ذهنی را حاصل تعامل باورهای هسته‌ای منفی، خاطرات هیجانی آسیب‌زا، احساس بی‌ارزشی، شکست و طردشدگی بدانیم، مداخله در سطح طرحواره‌ای می‌تواند به بازسازی تجربه فرد از خود و روابط بین‌فردی کمک کند. بازسازی شناختی، تصویرسازی مجدد، کار با ذهنیت‌های طرحواره‌ای و بازوالدینی محدود از جمله فوونی هستند که امکان تجربه مجدد رویدادهای دردناک در بستری اصلاحی را فراهم می‌کنند. در نتیجه، فرد ممکن است به تدریج احساس کنترل بیشتری بر هیجان‌های خود پیدا کند و شدت تجربه رنج روانی کاهش یابد. یافته‌های مربوط به مداخلات شناختی-هیجانی در افراد دارای سابقه خودکشی نشان می‌دهند که کاهش درد ذهنی می‌تواند همراه با تغییر در خودآزمایی، احساس گناه و ادراک فرد از رنج باشد (Valian et al., 2024). همچنین، در بیماران مبتلا به سرطان پستان، کاهش درد ذهنی در پی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان می‌دهد که این سازه نسبت به درمان‌های روان‌شناختی حساس است (Seyed Ali Tabar & Zadhasn, 2023).

با وجود شواهد رو به افزایش درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تحمل‌پریشانی، تنظیم هیجان، افسردگی و متغیرهای مرتبط، مطالعاتی که به‌طور هم‌زمان اثر این مداخله را بر درد ذهنی و تحمل‌پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی بررسی کرده باشند، محدود هستند. بخش مهمی از پژوهش‌های پیشین بر بیماران مبتلا به افسردگی (Bayat et al., 2025)، نوجوانان افسرده (Fereydooni & Sheykhani, 2024)، افراد دارای نشانه‌های وسواس (Yoshizadeh et al., 2023; Zareei et al., 2024)، دانشجویان دارای مشکلات اضطرابی یا تحصیلی (Jobanian et al., 2025; Moradpour & Bavi, 2025) یا بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی تمرکز داشته‌اند (Talayry & Bavi, 2023; Talebi et al., 2023). در عین حال، مطالعات مرتبط با خودکشی و خودآزمایی بیشتر بر نقش پیش‌بینی‌کننده طرحواره‌ها، حالت‌های طرحواره‌ای و ضعف تحمل‌پریشانی تمرکز کرده‌اند (Babaeifard et al., 2024; Bang & Lee, 2024; Shi et al., 2023). این شکاف نشان می‌دهد که هنوز نیاز به بررسی مستقیم یک مداخله طرحواره‌محور در زنان دارای افکار خودکشی و سنجش هم‌زمان دو پیامد مهم درد ذهنی و تحمل‌پریشانی وجود دارد.

از سوی دیگر، انتخاب قالب گروهی برای اجرای طرحواره درمانی می‌تواند از نظر درمانی مزایای ویژه‌ای داشته باشد. فضای گروهی امکان مشاهده شباهت تجربه‌های هیجانی، دریافت بازخورد بین‌فردی، اصلاح احساس تنهایی و شرم و تمرین الگوهای ارتباطی سالم‌تر را فراهم می‌کند. برای زنانی که با افکار خودکشی، درد ذهنی و احساس انزوای روان‌شناختی مواجه‌اند، تجربه پذیرش و درک شدن در گروه می‌تواند به کاهش احساس طردشدگی و تقویت منابع مقابله‌ای کمک کند. در چنین بستری، فعال شدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناسازگار نه تنها در سطح شناختی بررسی می‌شود، بلکه در تعامل واقعی میان اعضا نیز قابل مشاهده و اصلاح است. این امر می‌تواند به تدریج موجب کاهش اجتناب هیجانی، افزایش تحمل پریشانی و تقویت حالت بزرگسال سالم شود. نتایج پژوهش‌های مختلف در زمینه مداخلات طرحواره‌ای گروهی و هیجانی نیز نشان داده‌اند که این نوع درمان‌ها می‌توانند در ارتقای ظرفیت‌های تنظیم هیجان و کاهش الگوهای ناکارآمد مؤثر باشند (Rajaeizadeh & Khayatan, 2025; Sadri Damirchi et al., 2026).

در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهد که زنان دارای افکار خودکشی ممکن است هم‌زمان با سطوح بالای درد ذهنی، تحمل پریشانی پایین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای تنظیم هیجان ناکارآمد مواجه باشند و این متغیرها می‌توانند یکدیگر را تقویت کنند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شکل‌دهی به تفسیرهای منفی از خود و روابط، شدت درد ذهنی را افزایش می‌دهند؛ تحمل پریشانی پایین نیز ظرفیت فرد برای مواجهه با این تجربه‌های هیجانی را کاهش می‌دهد و احتمال استفاده از پاسخ‌های اجتنابی یا خودآسیب‌رسان را بیشتر می‌کند. در مقابل، طرحواره درمانی با تلفیق فنون شناختی، هیجانی، تجربی و بین‌فردی می‌تواند هم به اصلاح ساختارهای بنیادین شناختی-هیجانی و هم به افزایش ظرفیت تحمل و تنظیم هیجان کمک کند. از آنجا که پژوهش‌های پیشین هر یک بخشی از این روابط را تأیید کرده‌اند، اما بررسی یکپارچه اثر طرحواره درمانی گروهی بر درد ذهنی و تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی همچنان نیازمند شواهد تجربی بیشتری است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر درد ذهنی و تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهرستان تنکابن بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر درد ذهنی و تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهرستان تنکابن انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره شهرستان تنکابن در سال ۱۴۰۵ بود. با توجه به ماهیت جامعه مورد مطالعه و ضرورت دسترسی میدانی به افراد واجد شرایط، نمونه‌گیری به صورت در دسترس همراه با غربالگری هدفمند انجام شد. بدین منظور، ابتدا تعدادی از کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره فعال در شهرستان تنکابن به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس زنان مراجعه‌کننده‌ای که دارای افکار خودکشی بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند. در مرحله غربالگری، شرکت‌کنندگان مقیاس درد ذهنی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) را تکمیل کردند. از میان افراد غربال شده، ۳۰ زن که در مقیاس درد ذهنی نمره‌ای بالاتر از میانگین و در مقیاس تحمل پریشانی نمره‌ای پایین‌تر از میانگین، با ملاک حداقل یک انحراف معیار بالاتر یا پایین‌تر از میانگین، کسب کرده بودند، به صورت هدفمند به عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان با استفاده از روش گمارش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند، به طوری که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن افکار خودکشی بر اساس مصاحبه بالینی اولیه یا گزارش کلینیک روان‌شناسی، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، داشتن تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تعهد به حضور در جلسات درمانی و عدم دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌درمانی در طول اجرای پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات طرحواره درمانی، شروع هم‌زمان هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر یا ایجاد تغییر عمده در درمان روان‌پزشکی طی

دوره پژوهش، عدم تکمیل ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون یا پس‌آزمون و انصراف داوطلبانه در هر مرحله از مطالعه بود. پس از دریافت مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولان مراکز درمانی، اهداف و فرایند پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان اخذ گردید. هر دو گروه پیش از آغاز مداخله، ابزارهای پژوهش را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله طرحواره‌درمانی گروهی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در طول این مدت هیچ مداخله‌ای از سوی پژوهشگر دریافت نکرد. پس از پایان دوره درمان، هر دو گروه مجدداً با استفاده از همان ابزارها مورد ارزیابی پس‌آزمون قرار گرفتند. در تمام مراحل پژوهش اصول اخلاقی شامل محرمانگی اطلاعات، رضایت آگاهانه، اختیار شرکت یا انصراف از پژوهش در هر زمان و ارجاع افراد پرخطر به متخصص مربوطه رعایت شد.

مقیاس درد ذهنی اورباخ و همکاران: مقیاس درد ذهنی توسط اورباخ و همکاران در سال ۲۰۰۳ با هدف اندازه‌گیری شدت و ابعاد مختلف درد ذهنی طراحی شد. این ابزار دارای ۴۴ گویه است و اعتباریابی اولیه آن بر روی ۲۵۵ دانشجویانجام شد. تحلیل عاملی اکتشافی در مطالعه اولیه، ۹ خرده‌مقیاس شامل تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی/بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک‌زدگی یا بهت، ازخودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی یا بی‌معنایی را شناسایی کرد. خرده‌مقیاس تغییرناپذیری از گویه‌های ۱۰، ۴۴، ۲۲، ۲۶، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۴۳ و ۲۹، فقدان کنترل از گویه‌های ۶، ۳۶، ۳۳، ۳۱، ۱۳، ۲، ۲۸، ۹، ۵ و ۲۱، خودشیفتگی/بی‌ارزشی از گویه‌های ۷، ۱۲، ۱، ۱۶ و ۱۸، آشفتگی هیجانی از گویه‌های ۱۴، ۳۵، ۳، ۸ و ۱۱، خشک‌زدگی از گویه‌های ۱۱، ۱۹ و ۴، ازخودبیگانگی از گویه‌های ۱۷، ۲۳ و ۱۵، سردرگمی از گویه‌های ۲۰، ۲۴ و ۲۷، فاصله‌گیری اجتماعی از گویه‌های ۳۷، ۲۵، ۴۰ و ۴۲ و پوچی از گویه‌های ۴۱، ۳۹ و ۳۸ تشکیل شده است. در مطالعه اورباخ و همکاران، ضرایب پایایی بازآزمایی این مقیاس در دامنه ۰۰۷۹ تا ۰۰۹۴ گزارش شد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های تغییرناپذیری و فقدان کنترل ۰۰۹۵، خودشیفتگی/بی‌ارزشی و آشفتگی هیجانی ۰۰۹۳، خشک‌زدگی ۰۰۸۵، ازخودبیگانگی ۰۰۷۹، سردرگمی و فاصله‌گیری اجتماعی ۰۰۸۰ و پوچی ۰۰۷۵ گزارش شده است. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار توسط کرمی و همکاران در سال ۱۳۹۷، تحلیل عاملی اکتشافی شش عامل را شناسایی کرد که در مجموع ۶۶۰۴۰ درصد از واریانس درد ذهنی را تبیین می‌کردند و نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز ساختار ۴۴ گویه‌ای مقیاس را در قالب شش عامل تأیید کرد. در همان مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰۰۹۶۶ و برای عوامل پوچی و بی‌ارزشی ۰۰۹۵۲، سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰۰۸۹۳، فقدان کنترل ۰۰۸۷۷، تغییرناپذیری ۰۰۸۷۲، فاصله‌گیری اجتماعی/ازخودبیگانگی ۰۰۸۶۹ و ترس از تنهایی ۰۰۶۱۷ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این ابزار بود.

مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر: مقیاس تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ به‌عنوان یک ابزار خودگزارشی برای ارزیابی توانایی افراد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی طراحی شد. این مقیاس شامل ۱۵ گویه و چهار خرده‌مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است. خرده‌مقیاس تحمل که میزان توانایی فرد در تحمل پریشانی هیجانی را ارزیابی می‌کند، با گویه‌های ۱، ۳ و ۵؛ خرده‌مقیاس جذب که میزان درگیر شدن فرد با هیجان‌های منفی را می‌سنجد، با گویه‌های ۲، ۴ و ۱۵؛ خرده‌مقیاس ارزیابی که بیانگر ارزیابی ذهنی فرد از پریشانی است، با گویه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ و خرده‌مقیاس تنظیم که میزان تلاش فرد برای کاهش یا تسکین پریشانی را بررسی می‌کند، با گویه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴ سنجیده می‌شود. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» انجام می‌شود و گزینه‌ها به‌ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند؛ گویه ۶ نیز به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر تحمل پریشانی است. سیمونز و گاهر در مطالعه اولیه، ضرایب پایایی مناسبی برای خرده‌مقیاس‌ها و ضریب آلفای کرونباخ ۰۰۸۲ را برای کل مقیاس گزارش کردند و شواهد مطلوبی نیز در زمینه روایی ملاکی و همگرایی این ابزار ارائه شد. در مطالعه اسماعیلی‌نسب در سال ۱۳۹۳، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰۰۸۶ و ضریب روایی محتوایی آن ۰۰۸۴ گزارش شد که بیانگر برخورداری نسخه فارسی ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب است.

مداخله طرحواره‌درمانی گروهی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۶) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و محتوای جلسات به‌صورت تدریجی بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان، کاهش درد ذهنی و افزایش تحمل پریشانی متمرکز

بود. در جلسه نخست، پس از آشنایی اعضا، ایجاد فضای ایمن، تنظیم قرارداد درمانی و تبیین اهداف و منطق طرحواره درمانی، مشکلات شرکت کنندگان در قالب مدل طرحواره صورت بندی شد و مفاهیمی مانند نیازهای هیجانی ارضانده، طرحواره ها و سبک های مقابله ای معرفی گردید؛ همچنین از شرکت کنندگان خواسته شد موقعیت های همراه با درد ذهنی و پریشانی شدید را ثبت کنند. در جلسه دوم، مفهوم طرحواره های ناسازگار اولیه، ریشه های تحولی آنها و ارتباط تجربه های اولیه زندگی با احساس بی ارزشی، ناامیدی و رنج درونی بررسی و طرحواره هایی مانند نقص/شرم، رهاشدگی، بی اعتمادی، محرومیت هیجانی و آسیب پذیری شناسایی شد. جلسه سوم به فنون شناختی، بررسی اعتبار طرحواره ها، شناسایی خطاهای شناختی، بازتعریف افکار ناکارآمد و شناسایی سبک های مقابله ای ناسازگار مانند اجتناب، تسلیم و جبران افراطی اختصاص یافت. در جلسه چهارم، ذهنیت های طرحواره ای شامل کودک آسیب پذیر، منتقد تنبیه گر و بزرگسال سالم معرفی و نیازهای هیجانی ارضانده و ارتباط آنها با درد ذهنی بررسی شد و تمرین هایی برای تجربه و بیان هیجان های سرکوب شده انجام گرفت. در جلسه پنجم، آموزش مهارت های ارتباطی سالم، ابراز هیجان، پاسخ دهی سازگانه به هیجان های شدید و کاهش اجتناب هیجانی در دستور کار قرار گرفت. جلسه ششم بر تکنیک های تجربی و تصویرسازی ذهنی برای مواجهه با تجربه های رنج آور گذشته، کاهش شدت هیجانی خاطرات مرتبط با درد ذهنی و تقویت حضور بزرگسال سالم متمرکز بود. در جلسه هفتم، با استفاده از ایفای نقش و گفت و گوی میان ذهنیت های کودک آسیب پذیر، منتقد درونی و بزرگسال سالم، مهارت های مقابله با پریشانی هیجانی تمرین شد. در جلسه هشتم، نامه نگاری درمانی با هدف کاهش خودسرزنشگری و افزایش خودحمایتی، تمرین رفتارهای مراقبتی، تقویت حالت بزرگسال سالم و افزایش تحمل هیجان های منفی بدون اجتناب انجام شد. در جلسه نهم، رفتارهای ناسازگار مرتبط با اجتناب هیجانی و واکنش های تکانشی شناسایی و برای الگوشکنی رفتاری، جایگزینی پاسخ های سالم و افزایش تدریجی تحمل پریشانی برنامه ریزی شد. در جلسه دهم، مفاهیم و مهارت های آموخته شده مرور، حالت بزرگسال سالم تقویت، راهکارهای مدیریت درد ذهنی و هیجان های شدید جمع بندی و یک برنامه فردی برای حفظ دستاوردهای درمان و پیشگیری از عود تدوین شد. شرکت کنندگان در طول جلسات تکالیف خانگی مرتبط با هر جلسه را انجام دادند، در حالی که گروه کنترل طی دوره اجرای مداخله هیچ گونه مداخله روان شناختی از سوی پژوهشگر دریافت نکرد.

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، شاخص هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان و نمرات متغیرهای درد ذهنی و تحمل پریشانی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون محاسبه شد. پیش از انجام تحلیل های استنباطی، مفروضه های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس، از جمله نرمال بودن توزیع داده ها، همگنی واریانس ها، همگنی ماتریس های کوواریانس و وجود رابطه خطی میان متغیرهای هم پراش و متغیرهای وابسته بررسی شد. سپس برای بررسی اثر کلی عضویت گروهی بر ترکیب متغیرهای وابسته درد ذهنی و تحمل پریشانی، با کنترل نمرات پیش آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در ادامه، برای تعیین اثر مداخله به طور جداگانه بر هر یک از متغیرهای درد ذهنی و تحمل پریشانی، تحلیل کوواریانس تک متغیره به کار رفت. سطح معناداری آزمون های آماری ۰۰۰۵ در نظر گرفته شد و تمامی تحلیل ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام گرفت.

یافته ها

بررسی ویژگی های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۳۴،۲۷ سال با انحراف معیار ۷،۱۸ و میانگین سن شرکت کنندگان گروه کنترل ۳۵،۱۳ سال با انحراف معیار ۶،۹۴ بود. از نظر سطح تحصیلات، در گروه آزمایش از مجموع ۱۵ شرکت کننده، ۴ نفر (۲۶،۶۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر، ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر (۱۳،۳۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در گروه کنترل نیز از مجموع ۱۵ شرکت کننده، ۵ نفر (۳۳،۳۳ درصد) دارای

تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۵ نفر (۳۳،۳۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر (۱۳،۳۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای درد ذهنی و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین	پیش‌آزمون انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار
درد ذهنی	آزمایش	۱۴۷،۶۷	۶،۴۵۱	۱۳۴،۹۹	۶،۸۳۴
درد ذهنی	کنترل	۱۴۶،۵۹	۹،۴۴۸	۱۴۳،۶۰	۹،۴۵۷
تحمل پریشانی	آزمایش	۳۴،۴۰	۲،۷۲۹	۴۰،۶۴	۳،۶۶۵
تحمل پریشانی	کنترل	۳۴،۷۷	۴،۱۱۱	۳۴،۹۸	۵،۵۴۰

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین درد ذهنی در گروه آزمایش از ۱۴۷،۶۷ با انحراف معیار ۶،۴۵۱ در پیش‌آزمون به ۱۳۴،۹۹ با انحراف معیار ۶،۸۳۴ در پس‌آزمون کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل میانگین این متغیر از ۱۴۶،۵۹ با انحراف معیار ۹،۴۴۸ به ۱۴۳،۶۰ با انحراف معیار ۹،۴۵۷ تغییر کرد. همچنین، میانگین تحمل پریشانی در گروه آزمایش از ۳۴،۴۰ با انحراف معیار ۲،۷۲۹ در پیش‌آزمون به ۴۰،۶۴ با انحراف معیار ۳،۶۶۵ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل میانگین تحمل پریشانی از ۳۴،۷۷ با انحراف معیار ۴،۱۱۱ به ۳۴،۹۸ با انحراف معیار ۵،۵۴۰ رسید. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که پس از اجرای طرحواره‌درمانی گروهی، درد ذهنی در گروه آزمایش کاهش و تحمل پریشانی افزایش یافته است، در حالی که تغییرات گروه کنترل محدودتر بوده است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، مفروضه‌های آماری مربوط بررسی شد. نتایج نشان داد که میان نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش و نمرات پس‌آزمون هر یک از متغیرهای درد ذهنی و تحمل پریشانی رابطه خطی وجود داشت؛ بنابراین، مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیر هم‌پراش و متغیرهای وابسته برقرار بود. همچنین، آزمون باکس معنادار نبود و در نتیجه مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که تفاوت واریانس‌های دو گروه برای درد ذهنی در پس‌آزمون معنادار نبود ($F=2.173, p=0.081$) و برای تحمل پریشانی نیز تفاوت معناداری در واریانس‌ها مشاهده نشد ($F=0.152, p=0.699$)؛ بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود. علاوه بر این، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای تمامی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون درد ذهنی و تحمل پریشانی در هر دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نبود و مقادیر سطح معناداری از ۰،۰۵ بیشتر بود؛ بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها نیز تأیید شد. بر این اساس، مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای درد ذهنی و تحمل پریشانی

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	p	اندازه اثر
اثر پیلای	۰،۷۷۲	۴۲،۲۴۸	۲	۲۵	<۰،۰۰۱	۰،۷۷۲
لامبدای ویلکز	۰،۲۲۸	۴۲،۲۴۸	۲	۲۵	<۰،۰۰۱	۰،۷۷۲
اثر هاتلینگ	۳،۳۸۰	۴۲،۲۴۸	۲	۲۵	<۰،۰۰۱	۰،۷۷۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳،۳۸۰	۴۲،۲۴۸	۲	۲۵	<۰،۰۰۱	۰،۷۷۲

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در ترکیب خطی متغیرهای درد ذهنی و تحمل پریشانی وجود داشت. بر اساس اثر پیلای، اثر عضویت گروهی از نظر آماری معنادار بود ($Pillai's Trace=0.772, F(2,25)=42.248, p<0.001, \eta^2=0.772$). نتایج لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی نیز همین نتیجه را تأیید کردند. مقدار اندازه اثر ۰،۷۷۲ نشان می‌دهد که ۷۷،۲ درصد از واریانس ترکیب متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر پیش‌آزمون با عضویت در گروه مرتبط بوده است. همچنین، میانگین‌های تعدیل‌شده نشان داد که میانگین درد ذهنی پس از کنترل پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۱۳۴،۴۹۱ و در گروه کنترل ۱۴۴،۰۹۴ بود، در حالی که میانگین تعدیل‌شده تحمل پریشانی در گروه آزمایش ۴۰،۸۹۲ و در گروه

کنترل ۳۴,۷۳۰ به دست آمد. بنابراین، یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی گروهی با کاهش درد ذهنی و افزایش تحمل‌پیشانی در زنان دارای افکار خودکشی همراه بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر درد ذهنی و تحمل‌پیشانی در زنان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهرستان تنکابن انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در ترکیب متغیرهای درد ذهنی و تحمل‌پیشانی تفاوت معناداری وجود داشت. مقدار اثر پیلای برابر با ۰,۷۷۲ و مقدار F برابر با ۴۲,۲۴۸ بود که در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ معنادار شد و اندازه اثر ۰,۷۷۲ نیز نشان داد که بخش قابل توجهی از تغییرات متغیرهای وابسته با عضویت در گروه و دریافت مداخله مرتبط بوده است. همچنین، میانگین‌های تعدیل‌شده نشان داد که درد ذهنی در گروه آزمایش پس از مداخله کمتر از گروه کنترل و تحمل‌پیشانی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بود. بر این اساس، می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی گروهی توانسته است به‌طور هم‌زمان موجب کاهش درد ذهنی و افزایش تحمل‌پیشانی در زنان دارای افکار خودکشی شود. این یافته از نظر بالینی نیز حائز اهمیت است، زیرا نشان می‌دهد مداخله در سطح ساختارهای عمیق شناختی و هیجانی می‌تواند نه‌فقط یک نشانه منفرد، بلکه چند مؤلفه مرتبط با آسیب‌پذیری روان‌شناختی را به‌صورت هم‌زمان تحت تأثیر قرار دهد.

یافته مربوط به اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر کاهش درد ذهنی را می‌توان در چارچوب نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و تداوم رنج روان‌شناختی تبیین کرد. زنان دارای افکار خودکشی ممکن است در موقعیت‌های بین‌فردی یا هیجانی دشوار، طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، ره‌اشدگی، محرومیت هیجانی، شکست یا بی‌اعتمادی را فعال کنند و در نتیجه، تجربه خود را به‌صورت تهدیدکننده، ناامیدکننده و غیرقابل تغییر ادراک نمایند. فعال‌شدن این طرحواره‌ها می‌تواند احساس بی‌ارزشی، تنهایی، درماندگی و ناامیدی را تشدید کند و در نهایت شدت درد ذهنی را افزایش دهد. در پژوهش سدیقی عرفایی و حاجیان نیز نقش قدرت ایگو و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گرایش به خودکشی نوجوانان مورد تأکید قرار گرفت و نشان داده شد که ساختارهای طرحواره‌ای می‌توانند با آسیب‌پذیری نسبت به افکار و تمایلات خودکشی ارتباط داشته باشند (Seddighi Arfaei & Hajian, 2023). همچنین، شی و همکاران نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افزایش خطر خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی در دانشجویان همراه هستند (Shi et al., 2023). بنابراین، کاهش درد ذهنی پس از طرحواره‌درمانی را می‌توان پیامد کاهش شدت فعال‌سازی این طرحواره‌ها و بازنگری در تفسیرهای منفی و مطلق‌گرایانه از خود و روابط دانست. در همین راستا، یافته پژوهش حاضر با نتایج مطالعاتی که بر پیوند میان حالت‌های طرحواره‌ای و رفتارهای خودآسیب‌رسان تمرکز کرده‌اند نیز همسو است. بنگ و لی نشان دادند که حالت‌های طرحواره‌ای کودک در رابطه میان روابط منفی والد-فرزند در دوران کودکی و رفتار خودآسیب‌رسان غیرخودکشی در دانشجویان نقش میانجی دارند (Bang & Lee, 2024). این یافته نشان می‌دهد که تجربه‌های هیجانی اولیه تنها به‌صورت خاطرات گذشته باقی نمی‌مانند، بلکه می‌توانند در قالب حالت‌های هیجانی و شناختی فعال در بزرگسالی بازتولید شوند. در طرحواره‌درمانی، کار با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، منتقد تنبیه‌گر و تقویت بزرگسال سالم به فرد کمک می‌کند تا در مواجهه با تجارب دردناک، به‌جای تسلیم در برابر خودانتقادی و احساس درماندگی، پاسخ‌های حمایت‌گرانه‌تر و تنظیم‌شده‌تری ایجاد کند. در پژوهش حاضر نیز استفاده از تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی، بازسازی شناختی، گفت‌وگوی بین ذهنیت‌ها و بازوالدینی محدود احتمالاً موجب شده است شرکت‌کنندگان تجربه‌های دردناک خود را به شیوه‌ای متفاوت پردازش کنند و از شدت رنج روانی آنان کاسته شود.

کاهش درد ذهنی مشاهده‌شده در پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعاتی که مداخلات روان‌شناختی را بر درد ذهنی بررسی کرده‌اند نیز قابل تبیین است. ولیان و همکاران نشان دادند که هیپنوتراپی شناختی در افراد دارای سابقه خودکشی می‌تواند موجب کاهش درد ذهنی و احساس گناه شود (Valian et al., 2024). همچنین، سیدعلی‌تبار و زادحسن گزارش کردند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درد ذهنی،

تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است (Seyed Ali Tabar & Zadhasn, 2023). اگرچه ماهیت مداخلات در این مطالعات با پژوهش حاضر متفاوت است، وجه مشترک آنها تمرکز بر بازنگری در تجربه‌های شناختی و هیجانی و تغییر نحوه مواجهه فرد با رنج درونی است. افزون بر این، نشوه و فرغدانی نشان دادند که درد ذهنی با فرایندهای شناختی-توجهی و آگاهی درون‌بدنی ارتباط دارد (Neshveh & Farghadani, 2021) و شیشه‌فر و همکاران نیز نقش سبک‌های دلبستگی و ترس از صمیمیت را در پیش‌بینی درد ذهنی گزارش کردند (Shishefar et al., 2020). این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کنند که درد ذهنی پدیده‌ای چندبعدی است و اصلاح الگوهای شناختی، هیجانی و بین‌فردی می‌تواند در کاهش آن مؤثر باشد.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی گروهی موجب افزایش تحمل پریشانی در زنان دارای افکار خودکشی شد. این یافته با مجموعه قابل توجهی از مطالعات پیشین همسو است. صدری دمیچی و همکاران گزارش کردند که طرحواره‌درمانی در زنان سرپرست خانوار موجب بهبود تنظیم شناختی-هیجانی، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی شد (Sadri Damirchi et al., 2026). همچنین، رجایی‌زاده و خیاتان نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان و سبک‌های فرزندپروری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأثیرگذار است (Rajaeizadeh & Khayatan, 2025). جوبانیان و همکاران نیز اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر عزت‌نفس و تحمل پریشانی در دانشجویان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب اجتماعی گزارش کردند (Jobanian et al., 2025). همسویی نتایج این پژوهش‌ها با یافته حاضر نشان می‌دهد که افزایش تحمل پریشانی یکی از پیامدهای نسبتاً پایدار مداخلات طرحواره‌محور در گروه‌های مختلف بالینی است.

در تبیین افزایش تحمل پریشانی می‌توان گفت که افراد دارای تحمل پریشانی پایین معمولاً تجربه‌های هیجانی منفی را غیرقابل تحمل، تهدیدکننده و نیازمند پایان فوری ادراک می‌کنند. در چنین شرایطی، اجتناب، سرکوب، رفتارهای تکانشی یا کناره‌گیری می‌توانند به‌عنوان راهبردهای کوتاه‌مدت برای کاهش پریشانی به کار روند، اما در بلندمدت موجب تثبیت احساس ناتوانی در مواجهه با هیجان می‌شوند. طرحواره‌درمانی با شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و جایگزینی آنها با پاسخ‌های سالم‌تر، به فرد کمک می‌کند تا به‌تدریج در تماس با هیجان‌های منفی باقی بماند و بدون توسل فوری به رفتارهای اجتنابی، آنها را تحمل و تنظیم کند. در این زمینه، بابایی‌فرد و همکاران نشان دادند که تحمل پریشانی در ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودآسیب‌رسانی در نوجوانان ایرانی نقش مهمی دارد (Babaeifard et al., 2024). این یافته به‌طور مستقیم از این تبیین حمایت می‌کند که کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار و افزایش ظرفیت تحمل پریشانی می‌تواند مسیرهای منتهی به رفتارهای خودآسیب‌رسان را تضعیف کند.

یافته پژوهش حاضر با نتایج بیات و همکاران نیز همسو است که نشان دادند طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند تحمل پریشانی و دشواری‌های تنظیم هیجان را در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بهبود دهند (Bayat et al., 2025). همچنین، مرادپور و باوی نشان دادند که طرحواره‌درمانی هیجانی بر تحمل پریشانی، خودکارآمدی تحصیلی، اضطراب امتحان و تاب‌آوری تحصیلی در دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان مؤثر بوده است (Moradpour & Bavi, 2025). فریدونی و شیخان نیز گزارش کردند که طرحواره‌درمانی موجب افزایش تحمل پریشانی و عزت‌نفس و کاهش افسردگی در نوجوانان افسرده فاقد پدر شد (Fereydooni & Sheykhani, 2024). این شواهد نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی از طریق اثرگذاری بر لایه‌های عمیق‌تر شناختی و هیجانی می‌تواند ظرفیت فرد برای تحمل موقعیت‌های دشوار را افزایش دهد؛ ظرفیتی که در زنان دارای افکار خودکشی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا تجربه هیجان‌های شدید و احساس بن‌بست از عناصر مهم وضعیت روان‌شناختی آنان محسوب می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر همچنین با مطالعات انجام‌شده بر افراد دارای نشانه‌های وسواس هم‌جهت است. زارعی و همکاران در مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی نشان دادند که این مداخلات بر تنظیم هیجان و عدم تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس مؤثر هستند (Zareei et al., 2024). یوشی‌زاده و همکاران نیز گزارش کردند که تلفیق طرحواره‌درمانی با مواجهه و

پیشگیری از پاسخ موجب بهبود تحمل پریشانی و کاهش نشانه‌های وسواس در زنان مبتلا به وسواس شست‌وشو شد (Yoshizadeh et al., 2023). این نتایج حاکی از آن است که تحمل پریشانی نه تنها در افکار خودکشی، بلکه در طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی که با اجتناب هیجانی و رفتارهای تکراری ناسازگارانه همراه‌اند، متغیری اساسی محسوب می‌شود.

در پژوهش محمدی و جبل‌عاملی نیز طرحواره‌درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد مؤثر گزارش شد (Mohamadi & Jabalameli, 2024). این یافته از چند جهت با نتایج پژوهش حاضر قابل مقایسه است؛ نخست آنکه هر دو مطالعه در جمعیت زنان انجام شده‌اند و دوم آنکه هر دو بر نقش طرحواره‌درمانی گروهی در افزایش تحمل پریشانی تمرکز دارند. فضای گروهی ممکن است از طریق فراهم کردن فرصت اشتراک تجربه، دریافت بازخورد، کاهش احساس انزوا و مشاهده راهبردهای مقابله‌ای دیگران، به تقویت تحمل هیجانی کمک کند. در زنان دارای افکار خودکشی، که ممکن است احساس تنهایی، طردشدگی و عدم درک‌شدن نقش مهمی در رنج روانی آنها داشته باشد، تعامل گروهی می‌تواند نقش اصلاحی بیشتری ایفا کند و در کنار تکنیک‌های اصلی طرحواره‌درمانی، ظرفیت تحمل هیجان‌های منفی را تقویت نماید.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات حوزه طرحواره‌درمانی هیجانی نیز همسو است. خیابانی نشان داد که طرحواره‌درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، حل مسئله اجتماعی و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان پسر اثرگذار است (Khayabani, 2024). طلایی و باوی نیز گزارش کردند که طرحواره‌درمانی هیجانی در زنان مبتلا به پسوریازیس تحت درمان دارویی موجب بهبود تحمل پریشانی و کاهش استرس ادراک‌شده می‌شود (Talavy & Bavi, 2023). همچنین، طالبی و همکاران اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی را بر نگرش نسبت به مرگ و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان گزارش کردند (Talebi et al., 2023). این مطالعات نشان می‌دهند که مداخله در سطح طرحواره‌های هیجانی می‌تواند ادراک فرد از هیجان‌های منفی و نحوه پاسخ‌دهی به آنها را تغییر دهد و از این طریق سطح تحمل پریشانی را افزایش دهد.

اثر هم‌زمان مداخله بر درد ذهنی و تحمل پریشانی را می‌توان از منظر رابطه متقابل این دو سازه نیز تبیین کرد. هرچه فرد درد ذهنی شدیدتری را تجربه کند، احتمال بیشتری دارد که هیجان‌های منفی را غیرقابل تحمل بداند و برای رهایی فوری از آنها به راهبردهای اجتنابی متوسل شود. از سوی دیگر، پایین بودن تحمل پریشانی موجب می‌شود فرد نتواند تجربه‌های دردناک را بدون واکنش تکانشی یا اجتنابی تحمل کند و در نتیجه، چرخه رنج درونی تشدید شود. طرحواره‌درمانی با کاهش شدت باورهای بنیادین منفی، اصلاح ذهنیت‌های ناکارآمد، تقویت بزرگسال سالم و افزایش توانایی فرد برای تحمل هیجان‌های ناخوشایند، احتمالاً این چرخه را در هر دو جهت تضعیف می‌کند. از همین رو، مشاهده هم‌زمان کاهش درد ذهنی و افزایش تحمل پریشانی در گروه آزمایش از نظر نظری قابل انتظار است. یافته‌های حاتمی‌نژاد و همکاران درباره اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر طرحواره‌های ناسازگار، تکانشگری و افسردگی در دانشجویان دارای افکار خودکشی نیز نشان می‌دهد که مداخله در سطح مؤلفه‌های عمیق شناختی و هیجانی می‌تواند به تغییر شاخص‌های مهم مرتبط با خطر خودکشی منجر شود (Hataminejad et al., 2024).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند از طریق سازوکارهای متعددی شامل شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کاهش خودانتقادی و احساس بی‌ارزشی، اصلاح سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی، افزایش آگاهی و بیان هیجان، تقویت حالت بزرگسال سالم، ایجاد تجربه‌های هیجانی اصلاحی و افزایش ظرفیت ماندن در تماس با هیجان‌های منفی، هم درد ذهنی را کاهش دهد و هم تحمل پریشانی را افزایش دهد. همسویی این نتایج با مجموعه‌ای از پژوهش‌های داخلی و خارجی درباره طرحواره‌ها، خودآسیب‌رسانی، درد ذهنی و تحمل پریشانی نشان می‌دهد که رویکرد طرحواره‌درمانی می‌تواند در کار با زنان دارای افکار خودکشی دارای ظرفیت درمانی قابل توجهی باشد (Babaeifard et al., 2024; Bang & Lee, 2024; Rajaeizadeh & Khayatan, 2025; Sadri Damirchi et al., 2026). با این حال، تفسیر نتایج باید در چارچوب ویژگی‌های طراحی پژوهش و محدودیت‌های نمونه انجام شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه به زنان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهرستان تنکابن اشاره کرد که تعمیم نتایج به مردان، افراد غیرمراجعه‌کننده، سایر گروه‌های سنی و جمعیت‌های ساکن در مناطق جغرافیایی دیگر را محدود می‌کند. حجم نمونه نسبتاً کوچک نیز از دیگر محدودیت‌ها بود و ممکن است بر دقت برآورد اثر مداخله تأثیر گذاشته باشد. همچنین، پژوهش فاقد مرحله پیگیری بود و در نتیجه درباره پایداری اثرات طرحواره‌درمانی در بلندمدت نمی‌توان با قطعیت اظهار نظر کرد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز ممکن است نتایج را در معرض سوگیری پاسخ، تمایل به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب و تفاوت در برداشت شرکت‌کنندگان از گویه‌ها قرار داده باشد. افزون بر این، برخی متغیرهای بالینی و زمینه‌ای مانند شدت افسردگی و اضطراب، سابقه اقدام به خودکشی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، کیفیت روابط خانوادگی و میزان حمایت اجتماعی به‌طور کامل کنترل نشدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، شامل مردان، گروه‌های سنی مختلف و افراد دارای افکار خودکشی از مناطق جغرافیایی متفاوت بررسی شود. همچنین، استفاده از طرح‌های پژوهشی با دوره‌های پیگیری یک‌ماهه، سه‌ماهه، شش‌ماهه و در صورت امکان طولانی‌تر می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره دوام اثرات درمان فراهم کند. مقایسه طرحواره‌درمانی گروهی با سایر مداخلات مؤثر مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان دیالکتیکی رفتاری نیز می‌تواند به تعیین اثربخشی نسبی این رویکرد کمک کند. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، خودانتقادی، ناامیدی، سبک‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز برای روشن‌تر شدن سازوکارهای اثر درمان پیشنهاد می‌شود.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و درمانگران فعال در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره، در کنار ارزیابی شدت افکار خودکشی، به مؤلفه‌هایی مانند درد ذهنی، تحمل پریشانی، طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای نیز توجه کنند. استفاده از طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مکمل در برنامه‌های درمانی زنان دارای افکار خودکشی در نظر گرفته شود، به‌ویژه در شرایطی که احساس بی‌ارزشی، ره‌اشدگی، شرم، خودسرزنشگری و ناتوانی در تحمل هیجان‌های شدید برجسته باشد. توصیه می‌شود درمانگران از ترکیبی از فنون شناختی، تجربی، تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش، بازوالدینی محدود و الگوشکنی رفتاری استفاده کنند و در تمام مراحل درمان، ارزیابی مستمر خطر خودکشی، تدوین برنامه ایمنی و ارجاع فوری افراد پرخطر به خدمات تخصصی و اورژانسی را در اولویت قرار دهند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Suicidal ideation represents a serious manifestation of psychological vulnerability and is commonly associated with intense emotional suffering, hopelessness, negative self-evaluation, impaired emotion regulation, and difficulty tolerating aversive internal experiences. Among women seeking psychological services, suicidal thoughts may emerge within a complex network of interpersonal difficulties, adverse emotional experiences, maladaptive beliefs, and ineffective coping strategies. From a schema-based perspective, persistent psychological difficulties may be rooted in early maladaptive schemas that organize individuals' perceptions of themselves, others, and the future and become activated under stressful interpersonal or emotional circumstances. Previous evidence has indicated that early maladaptive schemas are associated with suicidal tendencies and may contribute to the development and persistence of self-destructive thoughts and behaviors (Seddighi Arfaei & Hajian, 2023). Similarly, research among students with suicidal ideation has demonstrated

the relevance of maladaptive schemas, impulsivity, and depressive symptoms as important psychological intervention targets ([Hataminejad et al., 2024](#)). Studies of nonsuicidal self-injury have further indicated that maladaptive schemas and schema modes may provide important pathways through which early negative relational experiences contribute to self-harming behaviors ([Bang & Lee, 2024](#); [Shi et al., 2023](#)).

One of the clinically important psychological experiences associated with suicidal ideation is mental pain. Mental pain refers to an intense and pervasive experience of inner psychological suffering characterized by feelings such as hopelessness, worthlessness, guilt, loneliness, helplessness, and perceived inability to escape from an intolerable internal state. It is not limited to a single emotional symptom but involves a multidimensional subjective experience influenced by cognitive, emotional, and interpersonal processes. Evidence has shown that subjective or mental pain is associated with attachment patterns, fear of intimacy, and painful interpersonal experiences ([Shishefar et al., 2020](#)). Other findings have suggested that mental pain is related to cognitive-attentional processes and internal awareness, highlighting its complex psychological nature ([Neshveh & Farghadani, 2021](#)). Psychological interventions targeting maladaptive cognitive and emotional processing may therefore reduce mental pain. For instance, intervention studies among individuals with a history of suicide and among patients facing serious physical illness have reported improvements in mental pain following psychological treatment ([Seyed Ali Tabar & Zadhasn, 2023](#); [Valian et al., 2024](#)).

Distress tolerance constitutes another critical variable in understanding individuals experiencing severe emotional suffering. It refers to the perceived and actual capacity to experience negative emotional states without immediately attempting to escape, suppress, or terminate them through maladaptive responses. Low distress tolerance can cause individuals to perceive anxiety, sadness, shame, or psychological tension as unbearable and may facilitate impulsive or avoidant coping. In populations at risk of self-harm, this process may be particularly important. Early maladaptive schemas have been linked to self-injury through transdiagnostic processes that include distress tolerance, suggesting that individuals whose schemas are strongly activated may have greater difficulty remaining in contact with painful emotions without engaging in maladaptive responses ([Babaeifard et al., 2024](#)). Evidence from several clinical and educational populations also supports the modifiability of distress tolerance through schema-focused interventions. Schema therapy has improved distress tolerance in women heads of households, mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder, students with ADHD and social anxiety, and depressed adolescents ([Fereydooni & Sheykhan, 2024](#); [Jobanian et al., 2025](#); [Rajaeizadeh & Khayatan, 2025](#); [Sadri Damirchi et al., 2026](#)). Comparable improvements have been reported following emotional schema therapy in individuals with depression, test anxiety, risky behaviors, psoriasis, and breast cancer ([Bayat et al., 2025](#); [Khayabani, 2024](#); [Moradpour & Bavi, 2025](#); [Talayry & Bavi, 2023](#); [Talebi et al., 2023](#)). Schema-based approaches have also been effective in improving distress tolerance among women with substance-dependent spouses and individuals with obsessive-compulsive symptoms ([Mohamadi & Jabalameli, 2024](#); [Yoshizadeh et al., 2023](#); [Zareei et al., 2024](#)).

Schema therapy may be particularly appropriate for women with suicidal ideation because it integrates cognitive, emotional, experiential, behavioral, and interpersonal techniques to modify deeply rooted dysfunctional patterns. By identifying early maladaptive schemas, challenging dysfunctional beliefs, addressing unmet emotional needs, strengthening the healthy adult mode, and replacing avoidance, surrender, and overcompensation with adaptive coping, schema therapy may simultaneously reduce the intensity of mental pain and increase the ability to tolerate negative affect. Group delivery may additionally provide corrective interpersonal experiences, normalization, peer feedback, and opportunities to practice healthier emotional expression. Despite increasing evidence regarding schema therapy and distress tolerance, relatively limited research has simultaneously examined mental pain and distress tolerance among women with suicidal

ideation. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of group schema therapy on mental pain and distress tolerance in women with suicidal ideation attending psychology clinics in Tonekabon.

Methods and Materials

The study was applied in purpose and employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of women with suicidal ideation attending psychology clinics and counseling centers in Tonekabon in 2026. Convenience sampling combined with purposive screening was used because of the specific clinical characteristics of the target population and the necessity of direct access to eligible participants. Following preliminary screening, 30 women who met the inclusion criteria and demonstrated relatively elevated mental pain and reduced distress tolerance were selected. Participants were then randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Inclusion criteria comprised the presence of suicidal ideation based on an initial clinical interview or clinic report, being between 25 and 55 years of age, willingness to participate and provide informed consent, commitment to attend the intervention sessions, and not receiving another concurrent psychotherapy intervention. Exclusion criteria included absence from more than two treatment sessions, initiation of another psychological intervention or a major change in psychiatric treatment during the study, incomplete completion of pretest or posttest measures, and voluntary withdrawal.

Mental pain was assessed using the 44-item Orbach Mental Pain Scale, which evaluates different dimensions of psychological suffering. Distress tolerance was assessed using the 15-item Distress Tolerance Scale, which includes the dimensions of tolerance, absorption, appraisal, and regulation, with higher overall scores representing greater distress tolerance. Both instruments were administered to the experimental and control groups before and after the intervention.

The experimental group participated in ten 90-minute group schema therapy sessions based on the schema therapy framework. The intervention began with therapeutic orientation, establishment of a safe group environment, case conceptualization, and education regarding unmet emotional needs, schemas, and coping styles. Subsequent sessions addressed the developmental origins of maladaptive schemas; identification of schemas such as defectiveness/shame, abandonment, mistrust, emotional deprivation, and vulnerability; cognitive restructuring; identification of avoidance, surrender, and overcompensation; and strengthening of the healthy adult mode. Emotional expression, adaptive communication, imagery-based experiential techniques, mode dialogues, role-playing, limited reparenting, therapeutic letter writing, self-supportive behaviors, behavioral pattern breaking, and distress-tolerance practice were incorporated. The final session focused on consolidation, relapse prevention, and development of an individualized maintenance plan. The control group received no intervention from the researcher during the study period. Ethical considerations included informed consent, confidentiality, voluntary participation and withdrawal, and referral of participants considered at elevated risk to appropriate professionals.

Data were analyzed using SPSS version 27. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation. Prior to inferential analysis, normality, homogeneity of variances, homogeneity of covariance matrices, and linear relationships between covariates and dependent variables were assessed. Multivariate analysis of covariance was used to examine the overall intervention effect on mental pain and distress tolerance after controlling for pretest scores.

Findings

The mean age of participants in the experimental group was 34.27 years ($SD=7.18$), whereas the mean age in the control group was 35.13 years ($SD=6.94$). Descriptively, mental pain in the experimental group decreased from a pretest mean of 147.67 ($SD=6.451$) to a posttest mean of 134.99 ($SD=6.834$). In the control group, the corresponding means were 146.59 ($SD=9.448$) and 143.60 ($SD=9.457$). Distress tolerance in the experimental

group increased from 34.40 (SD=2.729) at pretest to 40.64 (SD=3.665) at posttest, whereas in the control group it changed from 34.77 (SD=4.111) to 34.98 (SD=5.540).

The statistical assumptions required for covariance analysis were satisfied. Levene's tests were nonsignificant for posttest mental pain ($F=2.173$, $p=0.081$) and distress tolerance ($F=0.152$, $p=0.699$), supporting homogeneity of variances. Shapiro-Wilk tests were nonsignificant across pretest and posttest scores in both groups, indicating acceptable normality. The homogeneity of covariance matrices and linearity assumptions were also satisfied.

After adjustment for pretest scores, the estimated mean of mental pain was 134.491 in the experimental group and 144.094 in the control group. The adjusted mean of distress tolerance was 40.892 in the experimental group and 34.730 in the control group. Multivariate analysis of covariance demonstrated a statistically significant overall difference between the experimental and control groups across the combined dependent variables. Pillai's Trace was 0.772, $F(2,25)=42.248$, $p<0.001$, with an effect size of 0.772. Wilks' Lambda was 0.228, Hotelling's Trace was 3.380, and Roy's Largest Root was 3.380, with all corresponding multivariate tests significant at $p<0.001$. The pattern of adjusted means indicated that group schema therapy was associated with lower mental pain and higher distress tolerance compared with the control condition.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that group schema therapy was effective in reducing mental pain and increasing distress tolerance among women with suicidal ideation. The substantial multivariate effect suggests that the intervention influenced a broader pattern of psychological functioning rather than producing only a minor change in one isolated outcome. This result can be explained by the central assumption of schema therapy that persistent emotional suffering is maintained by deeply rooted maladaptive schemas, schema modes, and ineffective coping responses. When painful interpersonal or emotional situations activate schemas related to abandonment, defectiveness, emotional deprivation, mistrust, or vulnerability, individuals may experience intense negative affect and interpret their distress as uncontrollable or unbearable. Schema therapy directly targets these processes.

The reduction in mental pain may have resulted from several therapeutic mechanisms. Cognitive restructuring enabled participants to identify and reconsider rigid negative beliefs about themselves, relationships, and the future. Experiential techniques allowed painful memories and emotions to be revisited within a safer psychological context, potentially reducing their affective intensity. Limited reparenting and strengthening of the healthy adult mode may also have reduced self-criticism and increased self-support. In a group context, receiving acceptance and feedback from others may further weaken beliefs associated with rejection, worthlessness, or emotional isolation. Collectively, these processes can alter the meaning attributed to distressing experiences and reduce the pervasive psychological suffering represented by mental pain.

The improvement in distress tolerance can similarly be understood through changes in emotional avoidance and coping. Individuals with low distress tolerance often respond to negative emotional states with attempts to escape or suppress them immediately. Such responses may temporarily reduce discomfort but reinforce the belief that negative emotions are dangerous or intolerable. During schema therapy, participants repeatedly identified emotional triggers, remained in contact with difficult feelings, practiced adaptive responses, engaged in imagery and role-play, and replaced avoidance or impulsive reactions with healthier coping behaviors. Repeated exposure to manageable emotional experiences may have increased confidence in the capacity to withstand distress without engaging in dysfunctional responses.

The simultaneous reduction in mental pain and improvement in distress tolerance is especially meaningful because these variables may reinforce one another. Severe mental pain can make emotional states appear intolerable, while poor distress tolerance may amplify subjective suffering by promoting avoidance, helplessness, and urgent attempts to escape negative experiences. By modifying schemas and improving

emotional coping at the same time, group schema therapy may interrupt this reciprocal cycle. Strengthening the healthy adult mode can provide participants with a more supportive internal stance, while behavioral pattern breaking can translate cognitive and emotional changes into healthier actions.

Overall, the findings indicate that group schema therapy can be considered a promising psychological intervention for women experiencing suicidal ideation, particularly when their clinical presentation includes intense mental pain and limited capacity to tolerate distress. The group format may provide additional benefits by reducing perceived isolation, creating corrective interpersonal experiences, and allowing participants to observe and practice adaptive responses within a structured therapeutic environment. Nevertheless, the findings should be interpreted in light of the relatively small sample, restriction of participants to women attending psychology clinics in one geographical area, reliance on self-report measures, absence of a follow-up assessment, and incomplete control of potentially influential clinical variables such as depression severity, previous suicide attempts, medication use, family relationships, and social support. Future studies should therefore employ larger and more diverse samples, incorporate follow-up assessments, compare schema therapy with other evidence-based psychological interventions, and investigate mediating mechanisms such as emotion regulation, hopelessness, self-criticism, maladaptive coping styles, and changes in specific schemas. In conclusion, group schema therapy was associated with a significant reduction in mental pain and an increase in distress tolerance among women with suicidal ideation, supporting its potential utility as a complementary component of comprehensive psychological care for this high-risk population.

References

- Babaeifard, M., Akbari, M., Mohammadkhani, S., Hasani, J., Shahbazian, R., & Selby, E. A. (2024). Early Maladaptive Schemas, Distress Tolerance and Self-Injury in Iranian Adolescents: Serial Mediation Model of Transdiagnostic Factors. *BJPsych Open*, 10(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.708>
- Bang, S.-K., & Lee, E. H. (2024). Mediating Effects of Child Schema Mode in the Relationship Between Negative Parent-Child Relationships in Childhood and Non-Suicidal Self-Injurious Behavior in College Students. *Environment and Social Psychology*, 9(9). <https://doi.org/10.59429/esp.v9i9.3064>
- Bayat, M., Basharpour, S., Aghajani, S., & Mikaeili, N. (2025). Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Emotion Regulation Difficulties in Individuals with Major Depressive Disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(150), 59-81.
- Fereydooni, F., & Sheykhani, R. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Depression, Self-Esteem, and Distress Tolerance in Fatherless Depressed Adolescents. *Jayps*, 5(8), 87-96. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.8.10>
- Hataminejad, M., Sadri Damirchi, E., Akhavi Samarin, Z., Jafari Moradloo, M., & Norouzi Homayoun, M. R. (2024). Comparison of the Effectiveness of Narrative Therapy and Emotionally Focused Therapy on Early Maladaptive Schemas, Impulsivity, and Depression in Students with Suicidal Ideation. *Psychological studies*, 20(3), 7-23. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/m/article_8008.html?lang=en
- Jobanian, F., Khanzadeh, A. H., Khosrojauid, M., & Shakerinia, I. (2025). Effectiveness of Schema Therapy on Self-Esteem and Distress Tolerance in Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Social Anxiety. *Empowering Exceptional Children*, 16(2), 62-74.
- Khayabani, F. (2024). *The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotion Regulation Strategies, Distress Tolerance, Social Problem Solving, and Reducing Risky Behaviors in Adolescent Boys in Kashmar County* [Master's Thesis in General Psychology, Islamic Azad University, Sabzevar Branch].
- Mohamadi, M., & Jabalameli, s. (2024). The Effectiveness of Group Schema Therapy on Self-Criticism and Distress Tolerance in Women with Substance-Dependent Spouses. *etiadpajohi*, 17(70), 221-244. <https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.221>
- Moradpour, A., & Bavi, S. (2025). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Academic Self-Efficacy, Test Anxiety, Distress Tolerance, and Academic Resilience in Students with Test Anxiety. *Educational Research in Medical Sciences*, 14(14), e162438. <https://doi.org/10.5812/ermsj-160978>
- Neshveh, F., & Farghadani, A. (2021). Dental Anxiety: The Predictive Role of Cognitive-Attentional Syndrome, Subjective Pain, and Interoceptive Awareness. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 10(11), 159-168. Original article is in Persian.

- Rajaeizadeh, M. S., & Khayatan, F. (2025). Effectiveness of Schema Therapy on Distress Tolerance, Resilience, Emotion Regulation, and Parenting Styles in Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 14(2), 123-134.
- Sadri Damirchi, E., Noroozi Homayoon, M., & Lester, D. (2026). Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive-Emotional Regulation, Distress Tolerance and Quality of Life in Women as Heads of Households. *Journal of Family Relations Studies*, 6(3), 37-46.
- Seddighi Arfaei, F., & Hajian, S. (2023). The Role of Ego Strength and Early Maladaptive Schemas in Suicidal Tendency among Adolescents in Isfahan. *Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education*, 5(57).
- Seyed Ali Tabar, S. H., & Zadhasn, Z. (2023). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Mental Pain, Distress Tolerance and Psychological Hardiness in Breast Cancer Patients. *Health Nexus*, 1(1), 56-63. <https://doi.org/10.61838/hn.1.1.9>
- Shi, Y., Song, Y., Wang, L., Liu, J., & Chen, I. J. (2023). Early Maladaptive Schemas and the Risk of Nonsuicidal Self-Injury in College Students: A Retrospective Study. *Medicine*, 102(47), e35584. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035584>
- Shishefar, H., Fard, F. D., & Niknam, M. (2020). Prediction of Subjective Pain Based on Attachment Styles in Girls With Emotional Failure Experience: The Mediating Role of Fear of Intimacy. *Jayps*, 1(1), 406-416. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.1.1.37>
- Talayry, A., & Bavi, S. (2023). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy and emotional schema therapy on perceived stress and distress tolerance of women undergoing drug treatment with psoriasis in Ahvaz city. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 11(5), 40-52. <https://ijpn.ir/article-1-2197-fa.html>
- Talebi, G., Rezaei, J. H., Bagherian, S. R., & Oreyzi, H. (2023). Effectiveness of emotional schema therapy on death attitude and distress tolerance of breast cancer patients.
- Valian, S., Akbari, H., & Mirani, A. (2024). The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Subjective Pain and Guilt in Individuals With a History of Suicide. *Jayps*, 5(9), 8-14. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.9.2>
- Yoshizadeh, M., Dokaneifard, F., & Zare Bahramabadi, M. (2023). Effectiveness of Integrating Schema Therapy with Exposure and Response Prevention on Distress Tolerance and Symptoms in Women with Washing Obsessive-Compulsive Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 12(3), 85-96.
- Zareei, M. B., Bahrainian, S. A. M., Ahi, Q., & Mansouri, A. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy on emotion regulation and distress intolerance of women with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Research in Psychological Health*, 17(4), 82-105. <https://rph.khu.ac.ir/article-1-4421-en.html>