



Journal Website

Article history:

Received 25 June 2025

Revised 14 October 2025

Accepted 21 October 2025

Initial Published 09 November 2025

Final Publication 09 April 2026

## Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 1, pp 1-19



E-ISSN: 2981-1759

# Comparison of Emotional Schemas and Suicidal Ideation in Patients with Severe and Mild Chronic Pain, With and Without Pain Acceptance

Sanaz. Salamati<sup>1</sup>, Alireza. Shokrgozar<sup>2\*</sup>, Arezo. Tarimoradi<sup>2</sup>, Saeed. Mahmoodinia<sup>1</sup>, Masoumeh Zhian Bagheri<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

<sup>2</sup> Department of Clinical Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

\* Corresponding author email address: Dralirezashokgozar@iau.ac.ir

### Article Info

### ABSTRACT

#### Article type:

Original Research

#### How to cite this article:

Salamati, S., Shokrgozar, A., Tarimoradi, A., Mahmoodinia, S., & Zhian Bagheri, M. (2026). Comparison of Emotional Schemas and Suicidal Ideation in Patients with Severe and Mild Chronic Pain, With and Without Pain Acceptance. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(1), 1-19.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

**Objective:** This study aimed to compare emotional schemas and suicidal ideation among patients with chronic musculoskeletal pain based on pain intensity and pain acceptance levels.

**Methodology:** A causal-comparative (ex post facto) design was used. The statistical population consisted of patients with chronic pain visiting Rasoul Akram Hospital Pain Clinic in Tehran during spring 2024. A total of 160 participants were selected via purposive sampling and classified into four groups of 40 based on pain intensity (severe/mild) and pain acceptance (with/without acceptance). Data collection tools included the Chronic Pain Questionnaire (Mohammadian, 1995), Chronic Pain Acceptance Questionnaire (Mesgarian, 2011), Emotional Schema Questionnaire (Leahy et al., 2019), and Beck Scale for Suicidal Ideation (Mohammadifar et al., 2017). Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and Bonferroni post hoc tests.

**Findings:** Results indicated significant main effects of pain intensity and pain acceptance on emotional schemas and suicidal ideation ( $p < 0.01$ ). Patients with severe pain and low acceptance reported higher negative emotional schemas and suicidal ideation than those with mild pain and high acceptance. The interaction between pain intensity and acceptance was significant, showing that higher acceptance mitigates the negative impact of severe pain on emotional-cognitive outcomes. Suicidal ideation prevalence was 40% in the severe/no-acceptance group and 10% in other groups.

**Conclusion:** Pain intensity and acceptance are critical determinants of emotional regulation and suicidal ideation in chronic pain patients. Enhancing pain acceptance and implementing interventions targeting maladaptive emotional schemas can improve psychological adjustment and reduce suicidal risk in this population.

**Keywords:** Chronic pain, Pain intensity, Pain acceptance, Emotional schemas, Suicidal ideation

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Chronic pain has increasingly been recognized as a multidimensional phenomenon that extends beyond physical suffering to encompass complex emotional, cognitive, and social dimensions ([Grant et al., 2025](#)). While biomedical models have traditionally viewed pain as a mere physiological response to tissue damage, recent interdisciplinary research emphasizes that chronic pain often persists in the absence of direct physical pathology, reflecting intricate biopsychosocial interactions ([Okifuji & Benham, 2011](#)). Chronic musculoskeletal pain, in particular, has been associated with elevated emotional dysregulation, hopelessness, and even suicidal ideation ([Miller et al., 2023](#)). Thus, understanding how psychological mechanisms—especially emotional schemas and pain acceptance—interact with pain intensity is vital for improving clinical and therapeutic outcomes.

Emotional schemas, as conceptualized by Leahy and colleagues, refer to enduring cognitive–affective frameworks that influence how individuals interpret, express, and regulate their emotions ([Ghasemkhanloo et al., 2021](#)). When these schemas are maladaptive, individuals tend to catastrophize their emotions, perceive negative affect as threatening, and resort to ineffective regulation strategies. Empirical evidence shows that maladaptive emotional schemas are common in individuals suffering from chronic pain and are strongly associated with depression, anxiety, and suicidality ([Saariaho et al., 2015](#); [Voderholzer et al., 2013](#)). In this view, the chronic pain experience becomes entangled with dysfunctional emotional responses, amplifying both perceived pain intensity and psychological distress ([De Filippis et al., 2021](#)).

Pain acceptance, on the other hand, is a core construct in third-wave psychological therapies such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT). It refers to the ability to experience pain without excessive avoidance or attempts to control it, instead focusing on engaging in valued life activities despite persistent discomfort ([Ahmadi & Valizadeh, 2021](#)). Studies indicate that higher levels of pain acceptance predict better adjustment, reduced negative affect, and lower suicidal ideation in chronic pain populations ([Landi et al., 2023](#); [Valian et al., 2024](#)). Acceptance allows patients to reinterpret their pain experience, fostering psychological flexibility and enhancing emotional resilience ([Aghili, 2022](#)).

Within this conceptual framework, the intersection between pain intensity, emotional schemas, and suicidality becomes crucial. Research demonstrates that patients with more severe pain often show intensified maladaptive emotional schemas—particularly those related to helplessness, self-blame, and catastrophizing ([Farsa et al., 2022](#)). Such cognitive–emotional distortions increase the likelihood of hopelessness and suicidal thoughts, particularly when emotional regulation resources are depleted ([Bagiyan Kulehmarzi et al., 2023](#)). Furthermore, the moderating role of pain acceptance has been highlighted as a protective psychological mechanism that buffers the negative effects of pain severity on mental health outcomes ([Ahmadi & Valizadeh, 2021](#)).

Cross-cultural studies have confirmed the universality of these mechanisms while acknowledging contextual differences. For instance, research in Iranian samples found that both emotional schemas and early maladaptive schemas mediated the relationship between chronic pain and psychological distress ([Goharrizi Zandi, 2023](#)). Similarly, studies from Western contexts confirmed that persistent pain correlates with emotion dysregulation and suicidal ideation ([Miller et al., 2023](#); [Shor et al., 2023](#)). Notably, the prevalence of suicide attempts among chronic pain patients is two to three times higher than in the general population

(Okifuji & Benham, 2011), underscoring the urgent need for research integrating emotional and acceptance-based variables.

Recent developments in clinical psychology advocate for treatments that integrate emotional schema modification and acceptance training to reduce maladaptive emotional processing in chronic pain populations (Kamalian et al., 2020; Rahmati et al., 2021). Emotional schema therapy (EST) in particular has been effective in improving emotional awareness, reducing depression, and enhancing emotional maturity among individuals facing long-term pain (Aghili, 2022; Ghasemkhanloo et al., 2021). Given these findings, the present study was designed to extend prior evidence by comparing emotional schemas and suicidal ideation among patients with severe vs. mild chronic musculoskeletal pain, further distinguishing groups with vs. without pain acceptance.

### **Methods and Materials**

This research employed a causal-comparative (ex post facto) design. The statistical population comprised all patients suffering from chronic musculoskeletal pain who attended the Pain Clinic of Rasoul Akram Hospital in Tehran during the spring of 2024. A purposive sampling strategy was used to select 160 participants, who were subsequently classified into four equal groups of 40 based on pain intensity (severe vs. mild) and pain acceptance (with acceptance vs. without acceptance).

The study utilized four standardized instruments:

1. Chronic Pain Questionnaire (Mohammadian, 1995) to assess pain intensity.
2. Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (Mesgarian, 2011) to evaluate acceptance levels.
3. Emotional Schema Questionnaire (ESQ) (Leahy et al., 2019) to measure maladaptive and adaptive emotional schemas.
4. Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) (Mohammadifar et al., 2017) to evaluate suicidal thoughts and intentions.

Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA), univariate ANOVA, and Bonferroni post-hoc tests. Normality and homogeneity of variances were confirmed via Shapiro–Wilk and Levene’s tests before conducting inferential analyses.

### **Findings**

Descriptive results indicated that participants in the severe pain / no-acceptance group exhibited the highest mean scores in negative emotional schema subscales (negative evaluation of emotions, cognitive reactivity to emotion) and suicidal ideation, whereas those in the mild pain / with-acceptance group demonstrated the lowest scores across all negative domains.

MANOVA results revealed statistically significant main effects of pain intensity and pain acceptance on emotional schemas and suicidal ideation ( $p < 0.01$ ). Specifically:

- Patients with severe pain reported significantly higher negative emotional schemas than those with mild pain.
- Participants with low pain acceptance showed greater emotional maladaptation and suicidal thoughts compared with those exhibiting high acceptance.
- The interaction effect between pain intensity and pain acceptance was also significant ( $p < 0.01$ ), indicating that high acceptance mitigated the negative emotional and cognitive consequences of severe pain.

The Bonferroni post-hoc tests confirmed that differences between all four groups were significant. For suicidal ideation, the severe/no-acceptance group's mean score was notably higher than the severe/acceptance group (mean difference = 12.3,  $p < 0.001$ ) and the mild/acceptance group (mean difference = 14.8,  $p < 0.001$ ). Similarly, emotional schema scores (negative evaluation and cognitive reactivity) followed the same pattern, confirming that pain acceptance acts as a psychological buffer.

Overall, these findings suggest that both pain intensity and pain acceptance are crucial determinants of emotional regulation patterns and suicidal thinking in chronic pain patients. Those with higher acceptance display more adaptive emotional processing and lower cognitive reactivity to pain experiences.

### **Discussion and Conclusion**

The present findings underscore the pivotal role of pain intensity and pain acceptance in shaping emotional schemas and suicidal ideation among individuals suffering from chronic pain. The results corroborate previous literature indicating that chronic pain is not only a sensory experience but also a profound emotional and cognitive condition (Miller et al., 2023; Okifuji & Benham, 2011). In line with earlier studies, patients with severe pain exhibited more maladaptive emotional schemas—such as perceiving emotions as uncontrollable or shameful—which in turn elevated their risk for suicidal thoughts (Saariaho et al., 2015; Voderholzer et al., 2013).

Furthermore, consistent with the biopsychosocial model of pain (Grant et al., 2025), the findings highlight that psychological acceptance significantly moderates the adverse impact of pain intensity on emotional well-being. Individuals capable of accepting pain without excessive avoidance appeared to maintain a more adaptive emotional schema organization, which fostered resilience against psychological distress and self-destructive ideation (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Valian et al., 2024). This aligns with studies demonstrating that acceptance reduces emotional struggle, shifts attention from pain control to valued life goals, and consequently improves overall adjustment (Aghili, 2022; Farsa et al., 2022).

The results also align with research showing that maladaptive schemas such as helplessness and guilt are potent mediators between chronic pain and suicidal ideation (Bagiyan Kulehmarzi et al., 2023; De Filippis et al., 2021). These schemas may develop through prolonged experiences of uncontrollable pain, reinforcing feelings of entrapment and hopelessness. Similarly, attachment-related maladaptive schemas—such as fear of abandonment or dependence—were found to exacerbate pain perception and emotional suffering (Goharrizi Zandi, 2023). In this light, emotional schema therapy could be viewed as a promising approach for targeting these cognitive-affective mechanisms.

In practical terms, pain acceptance emerged as a strong protective factor. Consistent with prior evidence from ACT-based interventions, higher acceptance corresponds with lower emotional suppression, reduced catastrophizing, and enhanced mental health (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Landi et al., 2023). Thus, therapeutic programs that cultivate acceptance and self-compassion may attenuate the cycle of pain, emotional dysregulation, and suicidality.

Additionally, this study supports the notion that emotional schema modification and acceptance training can act synergistically. Schema-focused interventions, which challenge maladaptive beliefs about emotions, may facilitate the internalization of acceptance as a coping strategy (Kamalian et al., 2020; Rahmati et al., 2021). As a result, integrating these therapeutic modalities may yield superior outcomes for chronic pain patients.

From a theoretical standpoint, the findings enrich the understanding of emotional–cognitive interplay in chronic pain disorders, extending the existing evidence base to a non-Western population. The significant interaction between pain intensity and acceptance highlights the dynamic and transactional nature of pain experiences: physical sensations and psychological processes continuously shape each other, influencing both mental health and behavioral responses ([Grant et al., 2025](#); [Shor et al., 2023](#)).

In conclusion, this study demonstrates that maladaptive emotional schemas and suicidal ideation are markedly higher among patients with severe pain and low acceptance. Conversely, fostering pain acceptance appears to reduce emotional vulnerability and suicidal thinking. The implications extend to clinical practice, suggesting that interventions aimed at restructuring emotional schemas and enhancing acceptance may substantially improve psychological well-being in chronic pain populations.

Future research should employ longitudinal and experimental designs to clarify causal pathways among these constructs, assess cultural moderators, and evaluate the effectiveness of integrated emotional-schema-and-acceptance-based interventions.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۴ تیر ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۲۲ مهر ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۲۹ مهر ۱۴۰۴

اولین انتشار در تاریخ ۱۸ آبان ۱۴۰۴

انتشار نهایی در تاریخ ۲۰ فروردین ۱۴۰۵

## پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۵، شماره ۱، صفحه ۱۹-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

# مقایسه طرحواره‌های هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن شدید و خفیف با و بدون پذیرش درد

ساناز سلامتی<sup>۱</sup>، علیرضا شکرگزار<sup>۲</sup>، آرزو تارمرادی<sup>۳</sup>، سعید محمودینیا<sup>۱</sup>، معصومه ژیان باقری<sup>۱</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.  
۲. گروه روانشناسی سلامت بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

\*ایمیل نویسنده مسئول: Dralirezashokgozar@iau.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

سلامتی، ساناز، شکرگزار، علیرضا، تارمرادی، آرزو، محمودینیا، سعید، ژیان باقری، معصومه. (۱۴۰۵). مقایسه طرحواره‌های هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن شدید و خفیف با و بدون پذیرش درد. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۵(۱)، ۱۹-۱.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

**هدف:** هدف این پژوهش، مقایسه طرحواره‌های هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی و اسکلتی بر اساس شدت درد و میزان پذیرش درد بود. **روش‌شناسی:** پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان رسول اکرم تهران در بهار ۱۴۰۳ بود. از میان مراجعان، ۱۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در چهار گروه ۴۰ نفری بر اساس شدت درد (شدید/خفیف) و میزان پذیرش درد (با پذیرش/بدون پذیرش) طبقه‌بندی شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه دردهای مزمن (محمیدیان، ۱۳۷۴)، پرسشنامه پذیرش درد مزمن (مسگریان، ۱۳۹۰)، پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی (لیهی و همکاران، ۲۰۱۹) و مقیاس افکار خودکشی (محمیدی‌فر و همکاران، ۱۳۹۶) بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد شدت درد و پذیرش درد اثر معناداری بر افکار خودکشی و طرحواره‌های هیجانی دارند ( $p < 0.01$ ). بیماران دارای درد شدید و بدون پذیرش درد، نمرات بالاتری در طرحواره‌های هیجانی منفی و افکار خودکشی داشتند. اثر متقابل شدت درد و پذیرش درد نیز معنادار بود؛ به این معنا که افزایش پذیرش درد در بیماران با درد شدید باعث کاهش چشمگیر افکار خودکشی و ارزیابی منفی هیجانات شد. همچنین، شیوع افکار خودکشی در گروه درد شدید و بدون پذیرش ۴۰٪ و در سایر گروه‌ها حدود ۱۰٪ گزارش شد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که شدت درد و میزان پذیرش درد نقش تعیین‌کننده‌ای در تنظیم هیجانی و بروز افکار خودکشی در بیماران مزمن دارند. ارتقای پذیرش درد و مداخلات شناختی-هیجانی مبتنی بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند در کاهش افکار خودکشی و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌گان:** درد مزمن، پذیرش درد، شدت درد، طرحواره‌های هیجانی، افکار خودکشی

## مقدمه

درد مزمن، یکی از چالش‌های عمده‌ی نظام‌های سلامت در قرن بیست‌ویکم است و به‌عنوان تجربه‌ای پیچیده و چندبعدی، ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی انسان را درگیر می‌کند. این پدیده نه‌تنها نشانه‌ای از آسیب جسمی نیست، بلکه اغلب به‌صورت تجربه‌ای ذهنی و عاطفی ظاهر می‌شود که تداوم آن می‌تواند عملکرد روانی و اجتماعی فرد را مختل سازد. پژوهش‌های بین‌المللی نشان داده‌اند که میانگین شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال جهان بین ۱۸ تا ۲۵ درصد برآورد شده و سهم قابل‌توجهی از ناتوانی‌های جسمی و روانی ناشی از آن است (Grant et al., 2025). در ایران نیز، بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک، روند فزاینده‌ای در میزان بروز و مزمن‌شدن درد به‌ویژه در میان زنان و سالمندان مشاهده می‌شود (Yousefzadeh et al., 2020).

با گسترش رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، نگاه به درد مزمن از یک علامت صرفاً جسمانی به یک پدیده‌ی روان‌تنی و میان‌فردی تغییر یافته است. مدل‌های نوین بر این نکته تأکید دارند که نحوه‌ی تفسیر هیجانی و شناختی افراد از درد، نقشی اساسی در شدت تجربه و پیامدهای روان‌شناختی آن دارد (Okifuji & Benham, 2011). به بیان دیگر، شیوه‌ی ادراک و تنظیم هیجان، نحوه‌ی مقابله با درد و کیفیت زندگی بیماران را تعیین می‌کند. ازاین‌رو، بررسی فرایندهای شناختی و هیجانی در بیماران مزمن به‌ویژه در ارتباط با افکار خودکشی اهمیت ویژه‌ای یافته است.

از میان سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با درد، «طرحواره‌های هیجانی» به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های کلیدی در تداوم درد، اضطراب و افسردگی شناخته شده‌اند (Ghasemkhanloo et al., 2021). این مفهوم به الگوهای درونی‌شده‌ای اشاره دارد که فرد بر اساس تجارب هیجانی گذشته شکل داده و بر نحوه‌ی درک، تفسیر و ابراز احساسات تأثیر می‌گذارد. طبق نظریه لیهی، افراد دارای طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، تمایل دارند احساسات خود را تهدیدآمیز و غیرقابل‌کنترل درک کرده و در نتیجه از راهبردهای ناکارآمدی چون اجتناب یا سرکوب هیجان بهره ببرند (Voderholzer et al., 2013). در بستر درد مزمن، چنین الگوهایی می‌توانند منجر به افزایش تمرکز بر نشانه‌های بدنی و تداوم چرخه‌ی ادراک منفی از درد شوند (Saariaho et al., 2015).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم، سطوح بالاتری از طرحواره‌های هیجانی منفی و دشواری در تنظیم هیجان دارند. به‌عنوان نمونه، مطالعه‌ای در فنلاند نشان داد بیماران دارای درد مزمن با سطوح بالای آلکسیتیمیا و طرحواره‌های ناسازگار، احساس ناتوانی بیشتری در کنترل هیجانات خود دارند و این امر رابطه‌ی مستقیمی با شدت ادراک درد و تمایل به اجتناب از فعالیت‌های روزمره دارد (Saariaho et al., 2015). یافته‌های مشابهی در پژوهش‌های بالینی دیگر نیز تأیید شده است؛ به‌گونه‌ای که الگوهای شناختی-هیجانی ناسازگار با افزایش درد، افسردگی و افکار خودکشی همبستگی بالایی دارند (De Filippis et al., 2021).

درد مزمن نه‌تنها تجربه‌ای جسمانی بلکه پدیده‌ای عمیقاً هیجانی و معنامحور است. هنگامی که درد به بخش پایداری از زندگی فرد تبدیل می‌شود، احساس درماندگی، افسردگی و بی‌معنایی افزایش می‌یابد و این وضعیت می‌تواند خطر افکار یا رفتارهای خودکشی را بالا ببرد (Bagiyan Kulehmarzi et al., 2023; Okifuji & Benham, 2011). از منظر روان‌پویشی، درد مزمن گاه به‌عنوان نمادی از تعارضات هیجانی حل‌نشده تبیین می‌شود که در صورت فقدان راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، به ناامیدی و تمایل به مرگ منتهی می‌شود. در این میان، مفهوم «پذیرش درد» به‌عنوان سازوکاری محافظتی در برابر چنین پیامدهایی مورد توجه قرار گرفته است (Ahmadi & Valizadeh, 2021).

پذیرش درد، به معنای درآغوش کشیدن تجربه‌ی درد بدون تلاش برای حذف یا اجتناب از آن است. برخلاف راهبردهای کنترل‌محور، پذیرش درد به فرد اجازه می‌دهد که انرژی روانی خود را از مبارزه بی‌ثمر با درد به سوی فعالیت‌های معنادار هدایت کند. مطالعات تجربی



متعددی نشان داده‌اند که افزایش سطح پذیرش درد با کاهش اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی همراه است (Landi et al., 2023; Valian et al., 2024). در واقع، پذیرش درد به‌عنوان یکی از اصول درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان طرحواره‌ای هیجانی، نقش کلیدی در بهبود سازگاری بیماران دارد (Aghili, 2022; Ahmadi & Valizadeh, 2021).

در پژوهش‌های داخلی، کارآمدی مداخلات هیجانی در بیماران مبتلا به درد مزمن تأیید شده است. برای نمونه، درمان طرحواره‌های هیجانی سبب کاهش افسردگی و تنظیم بهتر هیجان در بیماران افسرده شد (Ghasemkhanloo et al., 2021). همچنین در مطالعه‌ای دیگر، آموزش گروهی درمان هیجانی منجر به افزایش بلوغ عاطفی و بهبود تعامل‌های بین‌فردی زنان دارای درد مزمن گردید (Aghili, 2022). از سوی دیگر، الگوهای شناختی-هیجانی ناکارآمد و اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن، نقش میانجی مهمی بین علائم اضطرابی و شدت درد دارند (Farsa et al., 2022). این یافته‌ها نشان می‌دهند که اصلاح طرحواره‌های هیجانی نه تنها در تنظیم هیجانات بلکه در کاهش تجربه‌ی درد و جلوگیری از بروز افکار آسیب‌رسان مؤثر است.

شواهد پژوهشی اخیر حاکی از آن است که هم‌پوشانی قابل توجهی بین درد مزمن، اضطراب، افسردگی و خودکشی وجود دارد (Miller et al., 2023). بیمارانی که به دلیل درد مزمن دچار اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی خود می‌شوند، اغلب احساس بی‌ارزشی و انزوا دارند که این احساسات می‌تواند بستر بروز افکار خودکشی را فراهم کند (Landi et al., 2023; Shor et al., 2023). در مطالعه‌ای بر بیماران مبتلا به درد مزمن پس از جراحی، ۳۲ درصد از شرکت‌کنندگان علائم اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی شدید و ناامیدی را گزارش کردند که با افزایش شدت درد همبستگی داشت (Miller et al., 2023).

در سال‌های اخیر، نقش طرحواره‌های هیجانی در آسیب‌شناسی افکار خودکشی بیش از پیش مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد افرادی که درگیر طرحواره‌های هیجانی ناسازگار نظیر خودانتقادگری، تعمیم منفی و درک هیجان به‌عنوان ضعف هستند، مستعد تجربه‌ی سطوح بالاتری از درد روانی و افکار خودکشی‌اند (Bagiyan Kulehmarzi et al., 2023). از دیدگاه شناختی-هیجانی، ناکارآمدی در تنظیم احساسات دردزا و عدم پذیرش آنها، موجب تشدید پریشانی ذهنی و تقویت افکار خودتخریبی می‌شود (Landi et al., 2023; Valian et al., 2024).

پژوهش‌های متعددی بر ارتباط میان تجربه‌ی درد، طرحواره‌های اولیه و الگوهای دلبستگی نیز تأکید کرده‌اند. مطالعه‌ی اخیر نشان داد که شدت درد می‌تواند از طریق واسطه‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی ناایمن افزایش یابد (Goharrizi Zandi, 2023). یافته‌های مشابهی در بیماران با درد مزمن و اختلال وسواس فکری-عملی نیز مشاهده شده است، به‌طوری‌که ساختار طرحواره‌ای مشترکی از احساس گناه، خودسرزنی و کنترل هیجانات در هر دو گروه وجود دارد (Voderholzer et al., 2013). این داده‌ها نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر اصلاح طرحواره می‌توانند از طریق تعدیل الگوهای شناختی و هیجانی، به کاهش شدت درد و علائم همراه با آن کمک کنند.

از سوی دیگر، برخی تحقیقات به جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی درد پرداخته‌اند. مدیریت درد در جوامع روستایی یا فرهنگ‌هایی که بیان هیجانات منفی کمتر پذیرفته شده است، معمولاً دشوارتر است (Grant et al., 2025). در چنین بافت‌هایی، سرکوب احساسات و ناتوانی در بیان هیجان می‌تواند الگوهای ناسازگار طرحواره‌ای را تشدید کرده و فرد را در معرض خطر بیشتر برای افسردگی و افکار خودکشی قرار دهد. از نظر بالینی، بررسی رابطه‌ی میان شدت درد، پذیرش درد و ساختارهای هیجانی در بیماران مزمن می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره‌ی پیشگیری از خودکشی فراهم سازد. شواهد نشان می‌دهد افرادی که سطوح بالاتری از پذیرش درد دارند، حتی در صورت تجربه‌ی درد شدید، احتمال کمتری برای بروز افکار خودکشی نشان می‌دهند (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Farsa et al., 2022). این امر احتمالاً ناشی

از افزایش خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری هیجانی و توانایی فاصله‌گیری از افکار منفی است. به بیان دیگر، پذیرش درد می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر فشارهای روانی ناشی از درد مزمن عمل کند (Landi et al., 2023; Valian et al., 2024).

در زمینه‌ی روان‌سنجی، مطالعات جدید ابزارهای دقیق‌تری برای سنجش علائم مرتبط با درد و تمایلات خودکشی فراهم کرده‌اند. برای مثال، نسخه‌ی ایتالیایی «فهرست خودگزارش علائم» توانسته میان نشانه‌های واقعی درد و علائم شبیه‌سازی‌شده تمایز قائل شود، که به بهبود دقت تشخیص در بیماران مبتلا به درد مزمن و فیبرومیالژیا کمک کرده است (Ribatti et al., 2025). چنین ابزارهایی، مسیر پژوهش‌های آینده را در فهم دقیق‌تر ارتباط میان متغیرهای شناختی-هیجانی و درد مزمن هموار ساخته‌اند.

در بعد مداخله‌ای نیز، اثربخشی درمان‌های نوین مانند هیپنوتراپی شناختی و درمان‌های هیجانی گروهی بر کاهش احساس گناه، افزایش تحمل درد و کاهش پریشانی روانی در بیماران مزمن تأیید شده است (Kamalian et al., 2020; Valian et al., 2024). همچنین، رویکردهای طرحواره‌درمانی هیجانی در مدیریت خشم، اضطراب و افکار خودکشی نتایج امیدبخشی داشته‌اند (Aghili, 2022; Rahmati et al., 2021). این مداخلات با هدف اصلاح الگوهای فکری-هیجانی ناسازگار و ارتقای درک مثبت از احساسات طراحی شده‌اند و می‌توانند کیفیت زندگی بیماران را به‌طور معناداری بهبود بخشند.

در جمع‌بندی مطالعات، می‌توان نتیجه گرفت که درد مزمن پدیده‌ای چندوجهی است که با اختلال در تنظیم هیجانات، کاهش پذیرش و شکل‌گیری طرحواره‌های منفی همراه است. این عوامل در تعامل با یکدیگر نه تنها شدت تجربه‌ی درد را افزایش می‌دهند، بلکه احتمال بروز افکار خودکشی را نیز بالا می‌برند (De Filippis et al., 2021; Shor et al., 2023). بر این اساس، پژوهش حاضر با تکیه بر پیشینه نظری و تجربی موجود، در پی پاسخ به این پرسش است که آیا شدت درد و میزان پذیرش آن می‌تواند تفاوت معناداری در طرحواره‌های هیجانی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به درد مزمن ایجاد کند؟

## مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) بود و با هدف مقایسه طرحواره‌های هیجانی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن شدید و خفیف با و بدون پذیرش درد انجام گرفت. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی و اسکلتی مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان رسول اکرم (ص) شهر تهران در فصل بهار سال ۱۴۰۳ بود. انتخاب شرکت‌کنندگان بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت و در نهایت ۱۶۰ نفر که معیارهای ورود را دارا بودند در مطالعه شرکت کردند. این معیارها شامل تجربه درد مزمن به مدت بیش از شش ماه، سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، و عدم ابتلا به اختلالات روان‌پریشی یا ناتوانی شناختی بود. شرکت‌کنندگان پس از مصاحبه مقدماتی بالینی توسط متخصص درد و روان‌شناس بالینی، بر اساس شدت درد و میزان پذیرش درد در چهار گروه ۴۰ نفری طبقه‌بندی شدند: گروه درد شدید با پذیرش، درد شدید بدون پذیرش، درد خفیف با پذیرش، و درد خفیف بدون پذیرش. پیش از آغاز جمع‌آوری داده‌ها، اهداف پژوهش به‌صورت کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی آن‌ها دریافت گردید. اطلاعات جمع‌آوری‌شده به‌صورت محرمانه نگهداری شد و تمامی مراحل پژوهش مطابق با اصول اخلاقی اعلام‌شده توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، انجام گرفت.

برای سنجش متغیرهای پژوهش از چهار ابزار استاندارد استفاده شد که بیش‌تر اعتبار و پایایی آن‌ها در مطالعات ایرانی و بین‌المللی تأیید شده بود.



برای ارزیابی شدت درد از پرسشنامه درد مزمن محمدیان (۱۳۷۴) استفاده گردید. این ابزار یکی از شناخته‌شده‌ترین مقیاس‌های سنجش شدت و تداوم درد در بیماران ایرانی است و شامل چندین سؤال درباره میزان درد، مدت زمان درگیری با درد، تأثیر آن بر فعالیت‌های روزمره و خواب می‌باشد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام شد و میانگین نمرات به‌عنوان شاخص شدت درد در نظر گرفته شد. در پژوهش‌های داخلی، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه بیش از ۰.۸۴ گزارش شده است که بیانگر پایایی مطلوب آن در ارزیابی بیماران مبتلا به درد مزمن است.

برای سنجش میزان پذیرش درد، از پرسشنامه پذیرش درد مزمن (Chronic Pain Acceptance Questionnaire – CPAQ) نسخه بومی‌سازی‌شده توسط مسگریان (۱۳۹۰) استفاده شد. این ابزار شامل دو خرده‌مقیاس اصلی «پیوستگی فعالیت» و «تمایل به تجربه درد» است که میزان پذیرش فرد نسبت به تجربه درد و توانایی ادامه فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد را می‌سنجد. هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتر پذیرش درد است. نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی سازه و همگرایی مطلوبی برخوردار است و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بین ۰.۸۱ تا ۰.۸۹ گزارش شده است.

برای بررسی طرحواره‌های هیجانی از پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی (Emotional Schema Questionnaire – ESQ) تدوین‌شده توسط لیاهی و همکاران (۲۰۱۹) استفاده گردید. این ابزار شامل مجموعه‌ای از گویه‌ها است که ۱۴ طرحواره هیجانی سازگار و ناسازگار را دربرمی‌گیرد. این طرحواره‌ها شامل ارزیابی‌های شناختی از هیجان‌هایی نظیر ناتوانی در کنترل احساسات، تمایل به اجتناب هیجانی، بی‌اعتمادی هیجانی و احساس شرم از بروز هیجان‌ها هستند. نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد در ایران به کار رفته و از روایی محتوایی و همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. شرکت‌کنندگان میزان موافقت خود را با هر گزاره بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای مشخص کردند. نمره بالاتر در خرده‌مقیاس‌های منفی، بیانگر وجود طرحواره‌های هیجانی ناسازگارتر بود.

برای سنجش افکار خودکشی، از مقیاس افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicidal Ideation – BSSI) که در ایران توسط محمدی‌فر و همکاران (۱۳۹۶) هنجاریابی شده است، استفاده شد. این ابزار ۲۱ سؤال دارد که تمایلات، افکار و قصد‌های خودکشی را می‌سنجد. هر سؤال بر مقیاس سه‌درجه‌ای از صفر (عدم وجود فکر) تا دو (شدت زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس توان تمایزگذاری بالایی میان افراد با خطر پایین و بالا برای خودکشی دارد و در پژوهش‌های ایرانی ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۸۷ گزارش شده است. پاسخ‌دهندگان با اطمینان از محرمانگی اطلاعات، پرسشنامه‌ها را به‌صورت خودگزارشی تکمیل کردند.

در تمام پرسشنامه‌ها پیش از شروع جمع‌آوری داده‌ها، فرم‌ها در یک پیش‌آزمون مقدماتی با ۲۰ نفر از بیماران بررسی شد تا از وضوح و قابل‌فهم بودن گویه‌ها اطمینان حاصل شود. هیچ‌گونه تغییر ساختاری در ابزارها اعمال نگردید و تنها دستورالعمل‌ها برای وضوح بیشتر در زبان فارسی بازنویسی شدند.

#### تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شدند و تمامی تحلیل‌ها در سطح معناداری ۰.۰۵ انجام گرفت. در مرحله نخست، داده‌ها از نظر توزیع نرمال و وجود مقادیر پرت بررسی شدند. برای اطمینان از نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. سپس برای مقایسه گروه‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) بهره گرفته شد تا اثر شدت درد (شدید/خفیف) و میزان پذیرش درد (با/بدون پذیرش) بر متغیرهای وابسته یعنی طرحواره‌های هیجانی و افکار

خودکشی بررسی شود. در صورت معنادار بودن اثرات اصلی یا متقابل، از آزمون تعقیبی بونفرونی (Bonferroni Post Hoc) جهت مقایسه‌های جفتی استفاده گردید.

به منظور کنترل اثرات احتمالی متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن و جنس، تحلیل کوواریانس در برخی مدل‌ها اجرا شد. همچنین برای ارزیابی اندازه اثر، شاخص  $\eta^2$  Eta Squared محاسبه شد تا سهم نسبی هر عامل در تبیین واریانس متغیرهای وابسته مشخص گردد. در نهایت، یافته‌ها به صورت میانگین، انحراف معیار و آماره‌های F گزارش شدند و نمودارهای مقایسه‌ای برای نمایش تفاوت گروه‌ها ترسیم گردیدند. تمامی تحلیل‌ها بر مبنای اصول آمار استنباطی و با رعایت فرضیات آزمون‌های پارامتریک انجام شد تا از صحت و دقت استنتاج‌های آماری اطمینان حاصل شود.

## یافته‌ها

در این بخش ابتدا نتایج آمار توصیفی و سپس آمار استنباطی گزارش می‌گردد.

### جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در چهار گروه

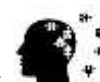
| متغیر/خرده‌مقیاس‌ها        | گروه ۱: درد شدید بدون پذیرش | گروه ۲: درد شدید با پذیرش | گروه ۳: درد خفیف بدون پذیرش | گروه ۴: درد خفیف با پذیرش |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| افکار خودکشی               | ۱۰.۱ ± ۷.۵                  | ۹.۳ ± ۵.۸                 | ۸.۹ ± ۶.۵                   | ۷.۸ ± ۵.۷                 |
| طرحواره‌های هیجانی         | ۵.۳ ± ۲.۵                   | ۴.۵ ± ۲.۰                 | ۴.۸ ± ۲.۳                   | ۴.۱ ± ۱.۹                 |
| ارزیابی منفی احساسات       | ۵.۹ ± ۲.۶                   | ۵.۳ ± ۲.۱                 | ۴.۹ ± ۲.۴                   | ۴.۶ ± ۲.۰                 |
| واکنش شناختی منفی به هیجان | ۱۰.۴ ± ۵.۲                  | ۸.۶ ± ۴.۲                 | ۹.۳ ± ۴.۸                   | ۸.۲ ± ۳.۹                 |
| نمره کل                    |                             |                           |                             |                           |

گروه‌هایی که پذیرش درد بالاتری دارند (گروه ۲ و گروه ۴)، به طور معناداری نمرات بالاتری در مقابله مسئله‌مدار و نمرات پایین‌تری در مقابله اجتناب‌مدار و هیجان‌مدار دارند. میانگین نمرات گروه‌های بدون پذیرش (گروه ۱ و گروه ۳) بالاتر از گروه‌های با پذیرش درد است، که نشان‌دهنده ارتباط بین پذیرش درد و کاهش شدت افکار خودکشی است. نمرات طرحواره‌های هیجانی در گروه‌های با پذیرش درد پایین‌تر بوده که نشان‌دهنده مدیریت بهتر احساسات و هیجانات در این گروه‌ها است.

### جدول ۲

نتایج آزمون نرمال بودن برای متغیرهای وابسته در هر گروه

| متغیر/خرده‌مقیاس‌ها        | گروه ۱ (Sig.) | گروه ۲ (Sig.) | گروه ۳ (Sig.) | گروه ۴ (Sig.) |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| افکار خودکشی               | ۰.۰۹۵         | ۰.۰۸۸         | ۰.۱۰۳         | ۰.۰۹۹         |
| ارزیابی منفی احساسات       | ۰.۱۰۴         | ۰.۰۷۹         | ۰.۱۱۸         | ۰.۱۴۸         |
| واکنش شناختی منفی به هیجان | ۰.۱۲۸         | ۰.۰۹۱         | ۰.۱۱۰         | ۰.۱۳۳         |
| طرحواره‌های هیجانی         | ۰.۱۰۷         | ۰.۰۸۶         | ۰.۱۲۳         | ۰.۱۳۸         |



نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد با توجه به سطح معناداری (Sig.) بزرگتر از ۰.۰۵ در تمام گروه‌ها، نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید می‌شود. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در چهار گروه تأیید گردید. نتایج نشان داد اثر اصلی شدت درد (شدید/خفیف) و پذیرش درد (با پذیرش/بدون پذیرش) بر متغیرهای وابسته معنادار است (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵). اثر متقابل شدت درد و پذیرش درد نیز معنادار است، به این معنا که شدت درد و پذیرش درد به‌طور هم‌زمان بر متغیرهای وابسته تأثیر می‌گذارند.

### جدول ۳

آزمون‌های تک‌متغیره (ANOVA) برای متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته               | منبع واریانس | میانگین مجزورات | F     | سطح معناداری |
|----------------------------|--------------|-----------------|-------|--------------|
| ارزیابی منفی احساسات       | شدت درد      | ۴۵.۲۱           | ۷.۳۴  | ۰.۰۰۱        |
|                            | پذیرش درد    | ۵۸.۳۷           | ۹.۸۵  | ۰.۰۰۰        |
|                            | شدت × پذیرش  | ۳۵.۷۴           | ۵.۹۴  | ۰.۰۰۲        |
| واکنش شناختی منفی به هیجان | شدت درد      | ۳۹.۱۸           | ۶.۲۹  | ۰.۰۰۲        |
|                            | پذیرش درد    | ۴۶.۸۱           | ۸.۱۴  | ۰.۰۰۰        |
|                            | شدت × پذیرش  | ۲۹.۴۵           | ۴.۹۸  | ۰.۰۰۵        |
| افکار خودکشی               | شدت × پذیرش  | ۳۱.۳۹           | ۵.۲۳  | ۰.۰۰۳        |
|                            | شدت درد      | ۸۷.۲۸           | ۱۳.۲۳ | ۰.۰۰۰        |
|                            | پذیرش درد    | ۷۳.۴۱           | ۱۱.۱۲ | ۰.۰۰۰        |
|                            | شدت × پذیرش  | ۵۹.۲۹           | ۹.۰۱  | ۰.۰۰۰        |

تمامی متغیرهای وابسته تحت تأثیر شدت درد، پذیرش درد و تعامل این دو متغیر قرار دارند (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵).

### جدول ۴

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته               | مقایسه گروه‌ها                    | میانگین تفاوت | سطح معناداری |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------|
| ارزیابی منفی احساسات       | شدید/بدون پذیرش - شدید/با پذیرش   | ۴.۸           | ۰.۰۰۲        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/بدون پذیرش | ۲.۱           | ۰.۰۳۴        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/با پذیرش   | ۶.۳           | ۰.۰۰۰        |
| واکنش شناختی منفی به هیجان | شدید/بدون پذیرش - شدید/با پذیرش   | ۴.۶           | ۰.۰۰۳        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/بدون پذیرش | ۱.۹           | ۰.۰۴۵        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/با پذیرش   | ۵.۸           | ۰.۰۰۰        |
| افکار خودکشی               | شدید/بدون پذیرش - شدید/با پذیرش   | ۱۲.۳          | ۰.۰۰۰        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/بدون پذیرش | ۵.۲           | ۰.۰۰۴        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/با پذیرش   | ۱۴.۸          | ۰.۰۰۰        |

نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین گروه‌های دارای پذیرش و بدون پذیرش در هر دو شدت درد (شدید و خفیف) وجود دارد. پذیرش درد با نمرات کمتر در متغیرهای منفی (مانند افکار خودکشی، ارزیابی منفی احساسات و مقابله اجتناب‌مدار) و



نمرات بالاتر در متغیرهای مثبت (مانند مقابله مسئله‌مدار) مرتبط است. تفاوت بین گروه‌های شدید و خفیف نیز معنادار است و افراد با درد خفیف نمرات بهتری دارند.

## جدول ۵

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

| اثر                 | آماره Wilks' Lambda | F    | df Hypothesis | df Error | Sig.  |
|---------------------|---------------------|------|---------------|----------|-------|
| شدت درد             | ۰.۷۱۵               | ۵.۲۳ | ۲             | ۱۵۵      | ۰.۰۰۰ |
| پذیرش درد           | ۰.۶۸۴               | ۶.۹۵ | ۲             | ۱۵۵      | ۰.۰۰۰ |
| شدت درد × پذیرش درد | ۰.۷۵۲               | ۴.۱۲ | ۲             | ۱۵۵      | ۰.۰۰۲ |

نتایج نشان داد اثر اصلی شدت درد (شدید/خفیف) و پذیرش درد (با پذیرش/بدون پذیرش) بر متغیرهای وابسته معنادار است (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵). اثر متقابل شدت درد و پذیرش درد نیز معنادار است، به این معنا که شدت درد و پذیرش درد به‌طور هم‌زمان بر متغیرهای وابسته تأثیر می‌گذارند.

## جدول ۶

آزمون‌های تک‌متغیره (ANOVA) برای متغیرهای وابسته

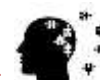
| متغیر وابسته               | منبع واریانس | میانگین مجزورات | F    | سطح معناداری |
|----------------------------|--------------|-----------------|------|--------------|
| ارزیابی منفی احساسات       | شدت درد      | ۴۵.۲۱           | ۷.۳۴ | ۰.۰۰۱        |
|                            | پذیرش درد    | ۵۸.۳۷           | ۹.۸۵ | ۰.۰۰۰        |
|                            | شدت × پذیرش  | ۳۵.۷۴           | ۵.۹۴ | ۰.۰۰۲        |
| واکنش شناختی منفی به هیجان | شدت درد      | ۳۹.۱۸           | ۶.۲۹ | ۰.۰۰۲        |
|                            | پذیرش درد    | ۴۶.۸۱           | ۸.۱۴ | ۰.۰۰۰        |
|                            | شدت × پذیرش  | ۲۹.۴۵           | ۴.۹۸ | ۰.۰۰۵        |

تمامی متغیرهای وابسته تحت تأثیر شدت درد، پذیرش درد و تعامل این دو متغیر قرار دارند (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵).

## جدول ۷

نتایج آزمون تعقیبی بوئنفرونی برای متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته               | مقایسه گروه‌ها                    | میانگین تفاوت | سطح معناداری |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------|
| ارزیابی منفی احساسات       | شدید/بدون پذیرش - شدید/با پذیرش   | ۴.۸           | ۰.۰۰۲        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/بدون پذیرش | ۲.۱           | ۰.۰۳۴        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/با پذیرش   | ۶.۳           | ۰.۰۰۰        |
| واکنش شناختی منفی به هیجان | شدید/بدون پذیرش - شدید/با پذیرش   | ۴.۶           | ۰.۰۰۳        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/بدون پذیرش | ۱.۹           | ۰.۰۴۵        |
|                            | شدید/بدون پذیرش - خفیف/با پذیرش   | ۵.۸           | ۰.۰۰۰        |



نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین گروه‌های دارای پذیرش و بدون پذیرش در هر دو شدت درد (شدید و خفیف) وجود دارد. پذیرش درد با نمرات کمتر در متغیرهای ارزیابی منفی احساسات و واکنش شناختی منفی به هیجان مرتبط است. تفاوت بین گروه‌های شدید و خفیف نیز معنادار است و افراد با درد خفیف نمرات بهتری دارند.

## جدول ۸

تحلیل واریانس چندمتغیره

| اثر                 | آماره Wilks' Lambda | F    | df Hypothesis | df Error | Sig.  |
|---------------------|---------------------|------|---------------|----------|-------|
| شدت درد             | ۰.۶۸۲               | ۶.۷۹ | ۳             | ۱۵۴      | ۰.۰۰۰ |
| پذیرش درد           | ۰.۶۴۳               | ۸.۴۵ | ۳             | ۱۵۴      | ۰.۰۰۰ |
| شدت درد × پذیرش درد | ۰.۷۲۴               | ۴.۷۶ | ۳             | ۱۵۴      | ۰.۰۰۲ |

نتایج نشان داد اثر اصلی شدت درد (شدید/خفیف) و پذیرش درد (با پذیرش/بدون پذیرش) بر متغیرهای وابسته معنادار است (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵). اثر متقابل شدت درد و پذیرش درد نیز معنادار است، به این معنا که شدت درد و پذیرش درد به‌طور هم‌زمان بر متغیرهای وابسته تأثیر می‌گذارند.

## جدول ۹

آزمون‌های تک‌متغیره (ANOVA) برای متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته | منبع واریانس | میانگین مجزورات | F     | سطح معناداری |
|--------------|--------------|-----------------|-------|--------------|
| افکار خودکشی | شدت درد      | ۸۷.۲۸           | ۱۳.۲۳ | ۰.۰۰۰        |
|              | پذیرش درد    | ۷۳.۴۱           | ۱۱.۱۲ | ۰.۰۰۰        |
|              | شدت × پذیرش  | ۵۹.۲۹           | ۹.۰۱  | ۰.۰۰۰        |

تمامی متغیرهای وابسته تحت تأثیر شدت درد، پذیرش درد و تعامل این دو متغیر قرار دارند (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵).

## جدول ۱۰

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته | مقایسه گروه‌ها                    | میانگین تفاوت | سطح معناداری |
|--------------|-----------------------------------|---------------|--------------|
| افکار خودکشی | شدید/بدون پذیرش - شدید/با پذیرش   | ۱۲.۳          | ۰.۰۰۰        |
|              | شدید/بدون پذیرش - خفیف/بدون پذیرش | ۵.۲           | ۰.۰۰۴        |
|              | شدید/بدون پذیرش - خفیف/با پذیرش   | ۱۴.۸          | ۰.۰۰۰        |

نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین گروه‌های دارای پذیرش و بدون پذیرش در هر دو شدت درد (شدید و خفیف) وجود دارد. پذیرش درد با نمرات کمتر در متغیر افکار خودکشی مرتبط است. تفاوت بین گروه‌های شدید و خفیف نیز معنادار است و افراد با درد خفیف نمرات بهتری دارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به درد مزمن که از شدت درد بالاتری رنج می‌برند و در عین حال فاقد پذیرش درد هستند، در مقایسه با بیماران دارای درد خفیف و پذیرش بالا، سطوح بالاتری از طرحواره‌های هیجانی منفی و افکار خودکشی را تجربه می‌کنند. این یافته با پژوهش‌های متعدد داخلی و بین‌المللی هم‌راستا است که بر ارتباط مستقیم بین شدت درد، اختلال در تنظیم هیجان و تمایل به رفتارهای خودتخریب‌گر تأکید داشته‌اند (Landi et al., 2023; Miller et al., 2023; Okifuji & Benham, 2011). در واقع، هر چه تجربه درد پایدارتر و مزمن‌تر شود، فرد احساس کنترل کمتری بر بدن و زندگی خود پیدا می‌کند و این احساس درماندگی، عامل اصلی افزایش افکار خودکشی است (Bagiyan Kulehmarzi et al., 2023).

از منظر شناختی-هیجانی، یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که شدت درد، ادراک فرد از خود و محیط را به‌طور قابل توجهی تغییر می‌دهد و موجب شکل‌گیری طرحواره‌های هیجانی ناسازگار مانند بی‌اعتمادی هیجانی، خودانتقادگری و درک هیجان به‌عنوان ضعف می‌شود. این نتایج با مدل‌های نظری مطرح‌شده در آثار (Saariaho et al., 2015) و (Voderholzer et al., 2013) هم‌خوانی دارد که بیان می‌کنند بیماران مبتلا به درد مزمن در تنظیم هیجان و تفکیک تجربه‌های عاطفی از درد جسمی ناتوان هستند. در چنین شرایطی، افکار خودکشی نه به‌عنوان میل واقعی به مرگ، بلکه به‌عنوان تلاشی برای رهایی از رنج و توقف درد تجربه می‌شود.

مطالعه‌ی حاضر همچنین نشان داد که «پذیرش درد» نقش تعدیل‌کننده‌ی مهمی در رابطه بین شدت درد و شاخص‌های روانی دارد. بیماران دارای سطح بالای پذیرش درد، حتی در صورت تجربه درد شدید، نمرات پایین‌تری در افکار خودکشی و طرحواره‌های هیجانی منفی داشتند. این یافته، هم‌راستا با پژوهش‌های (Ahmadi & Valizadeh, 2021) و (Farsa et al., 2022) است که تأکید دارند پذیرش درد باعث تغییر جهت تمرکز شناختی از کنترل غیرممکن درد به سوی مدیریت زندگی و مشارکت در فعالیت‌های معنادار می‌شود. در چارچوب درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان طرحواره‌ای هیجانی، چنین تغییری به کاهش واکنش‌های منفی هیجانی و افزایش کیفیت زندگی منجر می‌شود (Aghili, 2022; Valian et al., 2024).

از دیدگاه بالینی، این نتایج نشان می‌دهد که درد مزمن، صرفاً تجربه‌ای فیزیولوژیک نیست، بلکه به شدت تحت تأثیر الگوهای شناختی و هیجانی درونی‌شده است. یافته‌های (De Filippis et al., 2021) و (Miller et al., 2023) نیز نشان داده‌اند که بیماران دارای ادراک منفی از بیماری و هیجان‌های سرکوب‌شده، بیشتر مستعد پریشانی روانی و رفتارهای پرخطر هستند. به همین ترتیب، پژوهش (Shor et al., 2023) بر روی جانبازان بازگشته از جنگ نشان داد که هم‌ابتلائی درد مزمن، PTSD و اختلال خواب، به‌صورت قابل توجهی با افکار خودکشی و افت عملکرد اجتماعی مرتبط است. در نتیجه، تأثیر متقابل درد و هیجان در پیش‌بینی رفتارهای خودتخریب‌گر غیرقابل چشم‌پوشی است.

از سوی دیگر، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که شدت درد می‌تواند از طریق فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش ظرفیت پذیرش، موجب افزایش افکار خودکشی شود. این نتیجه با مدل علی-تبیینی پژوهش (Goharizi Zandi, 2023) هم‌راستا است که بیان می‌کند سبک‌های دلبستگی ناایمن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند رابطه‌ی میان شدت درد و نشانه‌های روانی را میانجی‌گری کنند. در پژوهش (Saariaho et al., 2015) نیز مشاهده شد که افراد دارای آلکسیثیمیا بالا (ناتوانی در شناسایی و ابراز هیجان) درد خود را شدیدتر تجربه می‌کنند و در مواجهه با آن، احساس ناتوانی بیشتری دارند.

یکی از نتایج مهم این پژوهش، معناداری اثر متقابل شدت درد و پذیرش درد بر طرحواره‌های هیجانی است. به عبارت دیگر، اثر شدت درد بر ادراک هیجانی افراد، وابسته به میزان پذیرش آنهاست. این نتیجه با یافته‌های (Ahmadi & Valizadeh, 2021) و (Valian et al., 2024)



هم‌راستاست که نشان دادند افزایش پذیرش درد می‌تواند نقش محافظتی در برابر احساس گناه، افسردگی و تمایل به خودکشی داشته باشد. همچنین پژوهش (Aghili, 2022) نشان داد آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی در زنان مبتلا به درد مزمن، منجر به افزایش بلوغ عاطفی و کاهش هیجانات منفی می‌شود.

به‌طور کلی، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بیماران با درد شدید و پذیرش پایین، بیشتر مستعد واکنش‌های هیجانی منفی و طرحواره‌های ناسازگار هستند. این نتیجه را می‌توان با مدل‌های شناختی-هیجانی درد تبیین کرد که بر نقش تفکر فاجعه‌ساز، اجتناب تجربه‌ای و سرکوب احساسات تأکید دارند (Farsa et al., 2022; Ghasemkhanloo et al., 2021). براساس این مدل‌ها، افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار، در مواجهه با درد تمایل دارند از درگیری ذهنی و عاطفی با آن اجتناب کنند و این امر منجر به تشدید چرخه درد-افسردگی می‌شود. در همین راستا، درمان‌های مبتنی بر اصلاح طرحواره‌ها می‌توانند به‌طور غیرمستقیم از شدت درد و افکار خودکشی بکاهند.

از سوی دیگر، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش (Rahmati et al., 2021) در مورد اثربخشی درمان هیجانی بر کاهش خشم و افکار خودکشی در مردان نیز هم‌خوان است. درمان طرحواره‌ای هیجانی از طریق بازسازی باورهای بنیادین درباره‌ی احساسات، به بیماران می‌آموزد که هیجانات منفی، تهدیدآمیز یا نشانه ضعف نیستند بلکه تجربه‌ای طبیعی و قابل تنظیم‌اند. چنین بازسازی شناختی، احساس کنترل و کارآمدی هیجانی را افزایش داده و موجب کاهش پریشانی روانی می‌شود.

تأثیرپذیری متقابل درد، هیجان و افکار خودکشی در پژوهش‌های جدید نوروسایکولوژیک نیز مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه (Ribatti et al., 2025) مشخص شد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا یا دردهای مزمن، الگوهای خاصی از نشانه‌های هیجانی و شناختی را گزارش می‌کنند که با سطوح بالاتر حساسیت به درد و تحریف شناختی همراه است. همچنین، بررسی‌های (Miller et al., 2023) نشان داده‌اند که در بیماران دارای درد مزمن پس از جراحی، اختلالات روانی زمینه‌ای مانند اضطراب و وسواس فکری، شدت ادراک درد و افکار خودکشی را افزایش می‌دهد.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر، نقش تعیین‌کننده پذیرش در کاهش اثرات منفی درد بر سلامت روان است. این یافته در هم‌راستایی با پژوهش‌های (Grant et al., 2025) و (Landi et al., 2023) قرار دارد که نشان دادند افراد دارای پذیرش بالا، حتی در شرایط دردناک و محدودکننده، از راهبردهای مقابله‌ای فعال و مؤثر استفاده می‌کنند. در این افراد، باورهای مرتبط با کنترل درونی و خودکارآمدی هیجانی قوی‌تر بوده و این امر از بروز ناامیدی و خودتخریبی جلوگیری می‌کند.

در تبیین روان‌شناختی نتایج، می‌توان گفت که پذیرش درد، موجب تغییر مسیر پردازش شناختی و هیجانی از اجتناب به رویارویی فعال می‌شود. بیماران با پذیرش بالا، به جای تلاش برای حذف درد، بر ارزش‌ها و فعالیت‌های معنادار تمرکز می‌کنند و این امر با بهبود کیفیت زندگی و کاهش تمایل به خودکشی همراه است (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Valian et al., 2024). این یافته همچنین با نظریه‌ی «سازگاری روانی در مواجهه با رنج» هم‌خوان است که بر نقش بازتفسیر شناختی و پذیرش در ارتقای سلامت روانی تأکید دارد (Aghili, 2022). در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرحواره‌های هیجانی و افکار خودکشی دو متغیر وابسته به شدت درد و میزان پذیرش آن هستند. تعامل این متغیرها به درک جامع‌تری از پویایی‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن منجر می‌شود. یافته‌های مشابهی در پژوهش‌های (De Filippis et al., 2021) و (Shor et al., 2023) نیز گزارش شده است که بیان می‌کنند تجربه طولانی‌مدت درد، به فرسایش هیجانی، اختلال در تصویر خود و تمایل به رهایی از رنج از طریق مرگ منجر می‌شود.

این پژوهش نیز همانند سایر مطالعات روان‌شناختی دارای محدودیت‌هایی است. نخست، استفاده از طرح علی-مقایسه‌ای مانع از استنباط قطعی روابط علی میان متغیرها می‌شود و تنها می‌توان درباره‌ی همبستگی میان شدت درد، پذیرش و متغیرهای هیجانی سخن گفت.



دوم، جمع‌آوری داده‌ها از یک مرکز درمانی خاص در تهران، تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و مناطق جغرافیایی را محدود می‌کند. سوم، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی و اثرات مطلوب‌نمایی اجتماعی همراه باشد. همچنین، متغیرهای مداخله‌گر مانند حمایت اجتماعی، مصرف دارو یا ویژگی‌های شخصیتی بررسی نشده‌اند که ممکن است در نتایج نقش داشته باشند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از طرح‌های طولی و مداخله‌ای استفاده کنند تا روابط علی میان شدت درد، طرحواره‌های هیجانی و افکار خودکشی به‌طور دقیق‌تر بررسی شود. همچنین بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، خودشفقت‌ورزی و سبک‌های دلبستگی می‌تواند مدل تبیینی جامع‌تری ارائه دهد. به‌کارگیری روش‌های ترکیبی (کمی-کیفی) نیز می‌تواند درک عمیق‌تری از تجربه ذهنی بیماران فراهم آورد. پیشنهاد دیگر، بررسی تفاوت‌های جنسیتی، فرهنگی و اجتماعی در نحوه‌ی شکل‌گیری طرحواره‌های هیجانی در بیماران مزمن است.

در حوزه‌ی بالینی، می‌توان از نتایج این پژوهش برای طراحی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش، آموزش تنظیم هیجان و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده کرد. آموزش مهارت‌های پذیرش درد به بیماران و خانواده‌های آنان می‌تواند از تشدید پریشانی هیجانی و بروز افکار خودکشی پیشگیری کند. همچنین، ادغام مداخلات هیجانی در برنامه‌های توان‌بخشی درد، و آموزش متخصصان حوزه درد نسبت به نشانه‌های هشداردهنده روانی، می‌تواند گام مهمی در ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران باشد.

## تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.



## References

- Aghili, M., Hasan Nezhad, Zahar, Asghari, Arezou. (2022). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy Group Training on Sexual Self-Concept, Emotional Maturity and Interactive Patterns of Women with Chronic Pain. *The Women and Families Cultural-Educational*, 17(61), 199-219. [https://cwfs.ihu.ac.ir/article\\_207728.html?lang=en](https://cwfs.ihu.ac.ir/article_207728.html?lang=en)
- Ahmadi, V., & Valizadeh, H. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Life and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 7(2), 166-153. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6370.1528>
- Bagiyan Kulehmarzi, M. J., Yaztappeh, J. S., Khanjani, S., Abasi, I., Rajabi, M., & Mojahed, A. A. (2023). Study of Early Life Experiences, Temperament, Character, and Psychological Pain in Suicide Attempters and Normal Individuals. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 10(1). <https://doi.org/10.5812/mejrh-126887>
- De Filippis, S., Erbuto, D., Gentili, F., Innamorati, M., Lester, D., Tatarelli, R., Martelletti, P., & Pompili, M. (2021). Mental turmoil, suicide risk, illness perception, and temperament, and their impact on quality of life in chronic daily headache. *The Journal of Headache and Pain*, 9(6), 349-357. <https://doi.org/10.1007/s10194-008-0072-4>
- Farsa, F. A., Shahabizadeh, F., Hashemi, M., & Dadkhah, P. (2022). Presenting a Model of Pain Outcomes in Patients With Chronic Low Back Pain Based on Mood and Anxiety Symptoms and Emotional Schemas: The Mediating Role of Experiential Avoidance and Self-Compassion. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 40-54. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.5.40>
- Ghasemkhanloo, A., Atadokht, A., & Sabri, V. (2021). The effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with major depressive disorder [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(3), 76-88. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.3.76>
- Goharizi Zandi, G., Ghorban Jahromi, Reza, Robatmili, Somaye, Zare Bahramabadi, Mahdi. (2023). Causal Model of Pain Intensity Based on Attachment Styles Mediated by Early Maladaptive Schemas in Patients with Chronic Pain. *Psychological Achievements*, 30(1), 315-332. <https://doi.org/10.22055/psy.2022.40920.2856>
- Grant, A. R., Westhorp, G., Mardon, A. K., White, M., Hibbert, P., Karran, E. L., Roeger, C., & Moseley, G. L. (2025). How Is Chronic Pain Managed in Rural Australia? A Qualitative Study Exploring Rural Healthcare Professional and Consumer Experiences. *Australian Journal of Rural Health*, 33(1). <https://doi.org/10.1111/ajr.70000>
- Kamalian, T., Mirzahoseini, H., & Monirpoor, N. (2020). Comparison of the effectiveness of Emotional Schema Therapy with Self-Differentiation Method on marital burnout in women. *Applied Psychology*, 14(1), 9-33. <https://doi.org/10.52547/apsy.14.1.9>
- Landi, G., Grossman-Giron, A., Bitan, D. T., Mikulincer, M., Grandi, S., & Tossani, E. (2023). Mental Pain, Psychological Distress, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Emergency: the Moderating Role of Tolerance for Mental Pain. *International journal of mental health and addiction*, 21(2), 1120-1131. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00646-4>
- Miller, B. T., Scheman, J., Petro, C. C., Beffa, L. R. A., Prabhu, A. S., Rosen, M. J., & Krpata, D. M. (2023). Psychological disorders in patients with chronic postoperative inguinal pain. *Hernia*, 27(1), 35-40. <https://doi.org/10.1007/s10029-022-02662-2>
- Okifuji, A., & Benham, B. (2011). Suicidal and Self-Harm Behaviors in Chronic Pain Patients. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 16(2), 57-77. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2011.00065.x>
- Rahmati, R., Taklavi, S., & Mousazadeh, T. (2021). The effects of emotional schema therapy on anger and suicidal ideation in men with extramarital relations. *MEJDS*, 11, 128-128. <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.213>
- Ribatti, R. M., Merten, T., Lanciano, T., & Curci, A. (2025). Detecting simulated symptoms in chronic pain and fibromyalgia: A two-study evaluation of the Italian version of the Self-Report Symptom Inventory. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/23279095.2025.2475951>
- Saariaho, A., Saariaho, T., Mattila, A. K., Karukivi, M., & Joukamaa, M. (2015). Alexithymia and Early Maladaptive Schemas in Chronic Pain Patients. *Scandinavian journal of psychology*, 56(4), 428-437. <https://doi.org/10.1111/sjop.12226>
- Shor, R., Borowski, S., Zerkowitz, R. L., Pineles, S. L., Copeland, L. A., Finley, E. P., Perkins, D. F., & Vogt, D. (2023). The Transition to Civilian Life: Impact of Comorbid PTSD, Chronic Pain, and Sleep Disturbance on Veterans' Social Functioning and Suicidal Ideation. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 15(8), 1315-1323. <https://doi.org/10.1037/tra0001271>
- 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>
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., Schlegl, S., & Zeeck, A. (2013). A Comparison of Schemas, Schema Modes and Childhood Traumas in Obsessive-Compulsive Disorder, Chronic Pain Disorder and Eating Disorders. *Psychopathology*, 47(1), 24-31. <https://doi.org/10.1159/000348484>
- Yousefzadeh, M., Hashemi, S. M., Talebi, H., Neshat-Doost, H., Taheri, M., & Momenzadeh, S. (2020). Compare the Effectiveness of Cognitive- Behavior Therapy and Schema Therapy on reducing the cognitive error of pain catastrophizing and increase of pain self- efficacy in Tehranian Patients with Chronic Low Back Pain. [https://www.researchgate.net/publication/344187563\\_Compare\\_the\\_Effectiveness\\_of\\_Cognitive-\\_Behavior\\_Therapy\\_and\\_Schema\\_Therapy\\_on\\_reducing\\_the\\_cognitive\\_error\\_of\\_pain\\_catastrophizing\\_and\\_increase\\_of\\_pain\\_self-\\_efficacy\\_in\\_Tehranian\\_Patients\\_with\\_Chron](https://www.researchgate.net/publication/344187563_Compare_the_Effectiveness_of_Cognitive-_Behavior_Therapy_and_Schema_Therapy_on_reducing_the_cognitive_error_of_pain_catastrophizing_and_increase_of_pain_self-_efficacy_in_Tehranian_Patients_with_Chron)

