

Comparing the Effectiveness of Contextual Schema Therapy and Emotion-Focused Therapy on Frustration Tolerance and Stress Symptoms among Welfare Clients with Noncongenital Spinal Cord Injury in Mashhad

1. Somayyeh Fayyaz[✉]: Department of Psychology, Toj.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
2. Ali Akbar Saremi*[✉]: Department of Psychology, Toj.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
3. Mohammad Rajabi[✉]: Department of Psychology, Toj.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

*Corresponding Author's Email: saremi@iau.ac.ir

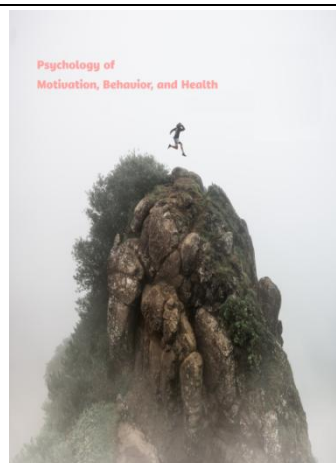
Received: 2026-03-31

Revised: 2026-06-28

Accepted: 2026-07-06

Initial Publish: 2026-07-08

Final Publish: 2027-04-21



Abstract

Introduction and Aim: Noncongenital spinal cord injury may lead not only to physical disability but also to significant psychological consequences, including reduced frustration tolerance and increased stress symptoms. This study aimed to compare the effectiveness of contextual schema therapy and emotion-focused therapy on frustration tolerance and stress symptoms among welfare clients with noncongenital spinal cord injury in Mashhad.

Methodology: This study used a three-group quasi-experimental design with pre-test, post-test, three-month follow-up, and a control group. The statistical population included individuals with noncongenital spinal cord injury covered by the Welfare Organization of Mashhad. A total of 36 participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria and were then randomly assigned to contextual schema therapy, emotion-focused therapy, and control groups, with 12 participants in each group. Data were collected using Harrington's Frustration Discomfort Scale and the Stress Symptoms Questionnaire developed by Khodayarifard and Parand. Data were analyzed using mixed repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc tests in SPSS-23.

Findings: Mixed repeated-measures ANOVA showed significant effects of time, time by group interaction, and between-group differences for frustration tolerance: $F=202.11$, $p=0.001$, $\eta^2=0.86$; $F=68.03$, $p=0.001$, $\eta^2=0.81$; and $F=5.96$, $p=0.01$, $\eta^2=0.27$, respectively. Significant effects were also found for stress symptoms: time effect, $F=56.86$, $p=0.001$, $\eta^2=0.63$; time by group interaction, $F=15.18$, $p=0.001$, $\eta^2=0.48$; and between-group effect, $F=13.02$, $p=0.001$, $\eta^2=0.44$. Bonferroni comparisons indicated significant differences between the intervention groups and the control group for the outcome variables, while direct comparisons between the two active treatments were not statistically significant.

Conclusion: Both contextual schema therapy and emotion-focused therapy were effective in improving psychological outcomes among individuals with noncongenital spinal cord injury, and the treatment effects remained stable at the three-month follow-up. Overall, contextual schema therapy appears suitable for improving frustration tolerance, while emotion-focused therapy may be particularly useful for reducing stress symptoms.

Keywords: Contextual schema therapy; emotion-focused therapy; frustration tolerance; stress symptoms; noncongenital spinal cord injury; welfare clients.

How to Cite: Fayyaz, S., Saremi, A. A., & Rajabi, M. (2027). Comparing the Effectiveness of Contextual Schema Therapy and Emotion-Focused Therapy on Frustration Tolerance and Stress Symptoms among Welfare Clients with Noncongenital Spinal Cord Injury in Mashhad. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(1), 1-18.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Noncongenital spinal cord injury is a life-altering condition that produces profound physical, functional, psychological, and social consequences. Beyond motor impairment, sensory disruption, pain, and reduced independence, individuals with spinal cord injury frequently experience emotional distress, uncertainty about the future, social role disruption, and difficulties in adapting to new limitations (Ahuja et al., 2017; Wang et al., 2021). Research has shown that spinal cord injury is associated with vulnerability to posttraumatic stress, anxiety, negative appraisal, depressive symptoms, and psychological distress, indicating that rehabilitation should not be limited to physical recovery but must also address psychological adaptation (Pollock et al., 2017). Biological consequences such as oxidative stress and secondary injury mechanisms may further intensify the burden of this condition and contribute to prolonged adjustment difficulties (Lin et al., 2021). Within this context, frustration tolerance and stress symptoms are two clinically important psychological variables. Frustration intolerance is associated with emotional dysregulation, anger, psychological helplessness, perceived stress, and depressive symptoms (Abouei & Amiri, 2019; Barari Bazyar Khili & Ebrahimi, 2021; Karamipour et al., 2022). Stress, as a multidimensional response involving cognitive, emotional, behavioral, and physiological components, can become persistent when individuals perceive their coping resources as insufficient for managing demanding life events (Taylor, 2018). Therefore, people with noncongenital spinal cord injury may require psychological interventions that target both deep cognitive-emotional patterns and active emotional distress.

Contextual schema therapy and emotion-focused therapy are two relevant approaches for this population. Schema therapy focuses on early maladaptive schemas, coping modes, unmet emotional needs, and the development of the healthy adult mode, making it suitable for individuals whose frustration intolerance is rooted in rigid beliefs, vulnerability, shame, perceived failure, or maladaptive coping patterns (Farrell et al., 2017; Stevens & Roediger, 2020). Recent findings have supported the effectiveness of contextual schema therapy and schema-based interventions in improving emotion regulation, reducing painful somatic symptoms, increasing frustration tolerance, and modifying maladaptive schemas (Emam Zamani et al., 2023; Mohamadzadeh & Banisi, 2025; Taj Iliayifar et al.,

2025). Evidence also suggests that early maladaptive schemas and intolerance of uncertainty play important roles in psychological disorders involving chronic worry and emotional distress (Riley et al., 2026; Veisi et al., 2026). Emotion-focused therapy, on the other hand, directly targets emotional awareness, emotional processing, emotional expression, and transformation of maladaptive emotional responses. Studies have shown its effectiveness in improving psychological capital, posttraumatic growth, distress tolerance, resilience, parenting self-efficacy, quality of life, social adjustment, and frustration tolerance across different clinical and nonclinical populations (Ebrahimi et al., 2022; Farhoudi Manesh, 2025; Hasani Rad et al., 2025; Mikaeili et al., 2025; Zamiri & Zamani, 2019). Comparative evidence also indicates that emotion-focused therapy and mode-focused schema therapy may differ in their effects depending on the target problem and population (Afsar et al., 2021). Moreover, emotion management training has been shown to reduce aggression in patients with spinal cord injury, highlighting the clinical value of emotion regulation interventions in this group (Khosravi Nia et al., 2020). Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of contextual schema therapy and emotion-focused therapy on frustration tolerance and stress symptoms among welfare clients with noncongenital spinal cord injury in Mashhad.

Methodology

This study was conducted using a three-group quasi-experimental design with pre-test, post-test, three-month follow-up, and a control group. The statistical population included all individuals with noncongenital spinal cord injury covered by the Welfare Organization of Mashhad. The approximate population size was 700 individuals. Based on power analysis for a quasi-experimental design, 36 participants were selected as the final sample. Participants were chosen through purposive sampling according to the inclusion criteria and were then randomly assigned to three equal groups: contextual schema therapy, emotion-focused therapy, and control, with 12 participants in each group.

The inclusion criteria were age between 20 and 45 years, education above high school diploma, diagnosis of noncongenital spinal cord injury during the past year, absence of severe psychological disorders according to the psychological records of the client, absence of severe chronic pain caused by tumor, severe vertebral fracture, infection, or cancer, no use of psychoactive substances or psychiatric medication, absence of other major physical or

psychological disorders interfering with the research process, not being hospitalized, living with family, and absence of speech or intellectual disability. The exclusion criterion was absence from more than two treatment sessions.

Data were collected using Harrington's Frustration Discomfort Scale and the Stress Symptoms Questionnaire developed by Khodayarifard and Parand. Harrington's Frustration Discomfort Scale consists of 35 items and measures the level of frustration tolerance in achieving goals. It includes four subscales related to emotional intolerance, discomfort intolerance, achievement frustration, and entitlement or intolerance of injustice and dissatisfaction. Items are scored on a five-point Likert scale. The Stress Symptoms Questionnaire consists of 50 items and assesses cognitive, emotional, behavioral, and physical symptoms of stress. Responses are scored on a six-point Likert scale ranging from absence of symptoms to very severe symptoms.

The contextual schema therapy protocol was implemented in 12 sessions for the first experimental group. The sessions included establishing a therapeutic relationship, introducing the contextual schema therapy model, exploring life history, identifying early maladaptive schemas, recognizing coping modes, teaching self-soothing and emotional regulation techniques, using imagery and mode work, applying cognitive techniques to weaken dominant schemas, working with the vulnerable child mode, practicing chair work, strengthening the healthy adult mode, using empathic confrontation, training assertiveness and emotion regulation, reality-testing therapeutic changes, and transferring treatment gains to real-life contexts to prevent relapse.

The emotion-focused therapy protocol was also implemented in 12 sessions for the second experimental group. The sessions included establishing a therapeutic relationship, assessing stress and frustration intolerance, conceptualizing the problem, identifying negative interaction cycles, exploring current emotions, teaching emotional labeling, distinguishing emotions from one another, identifying thoughts accompanying emotions, evoking painful experiences, normalizing emotions, deepening emotional engagement, expressing primary emotions, reconstructing interactions, symbolizing wishes, increasing emotional acceptance, working with emotional invalidation, expressing needs, developing adaptive strategies, compassionate self-validation, identifying maladaptive emotional beliefs, creating

positive interpersonal cycles, adopting a nonjudgmental stance toward emotions, experiencing emotions as waves, and reviewing treatment gains.

Findings

The final sample included 36 participants assigned to three groups of 12. The mean age of participants was 34.08 ± 6.60 in the contextual schema therapy group, 35.25 ± 7.56 in the emotion-focused therapy group, and 32.67 ± 8.16 in the control group. Descriptive findings showed that the mean scores of frustration tolerance and stress symptoms decreased from pre-test to post-test in both experimental groups, while the control group showed no substantial change. The reduction was maintained at the three-month follow-up, indicating the relative stability of treatment effects over time.

Before conducting the main analysis, the assumptions of mixed repeated-measures analysis of variance were examined. The Kolmogorov-Smirnov test confirmed the normal distribution of the data for both frustration tolerance and stress symptoms across the study groups. Levene's test indicated homogeneity of variances at the pre-test stage. Box's M test and Mauchly's test were also examined. Since the assumption of sphericity was not met, the Greenhouse-Geisser correction was used for the within-subject and interaction effects.

The mixed repeated-measures ANOVA showed significant effects for frustration tolerance. The time effect was significant, $F=202.11$, $p=0.001$, $\eta^2=0.86$, indicating meaningful changes across pre-test, post-test, and follow-up. The time by group interaction was also significant, $F=68.03$, $p=0.001$, $\eta^2=0.81$, showing that the pattern of change over time differed across the three groups. The between-group effect was significant as well, $F=5.96$, $p=0.01$, $\eta^2=0.27$, indicating significant differences among the contextual schema therapy, emotion-focused therapy, and control groups.

For stress symptoms, the results also showed significant effects. The time effect was significant, $F=56.86$, $p=0.001$, $\eta^2=0.63$, indicating significant changes across the three measurement stages. The time by group interaction was significant, $F=15.18$, $p=0.001$, $\eta^2=0.48$, demonstrating that stress symptoms changed differently across the groups over time. The between-group effect was also significant, $F=13.02$, $p=0.001$, $\eta^2=0.44$, indicating significant differences among the three groups.

Bonferroni post-hoc comparisons showed that contextual schema therapy had a stronger effect on

frustration tolerance compared with the control group, with a mean difference of -12.97 and $p=0.006$. However, the difference between contextual schema therapy and emotion-focused therapy on frustration tolerance was not statistically significant, with a mean difference of -4.31 and $p=0.81$. For stress symptoms, the comparison between contextual schema therapy and the control group was significant, with a mean difference of -28.17 and $p=0.003$. The comparison between contextual schema therapy and emotion-focused therapy was not statistically significant, with a mean difference of 6.72 and $p=0.53$. Overall, the inferential findings confirmed that both interventions were effective compared with the control condition, with contextual schema therapy showing a more prominent pattern of improvement in frustration tolerance and emotion-focused therapy showing a more favorable pattern in reducing stress symptoms.

Discussion and Conclusion

The present findings demonstrate that both contextual schema therapy and emotion-focused therapy were effective in improving psychological outcomes among welfare clients with noncongenital spinal cord injury. The significant time effects showed that participants' scores changed meaningfully from pre-test to post-test and follow-up. More importantly, the significant time by group interactions indicated that these improvements were not merely the result of repeated measurement or passage of time, but were associated with the therapeutic interventions received by the experimental groups. The stability of changes at the three-month follow-up further suggests that both interventions produced effects that continued beyond the immediate completion of treatment.

The stronger pattern of improvement in frustration tolerance following contextual schema therapy can be explained by the nature of this intervention. Frustration intolerance is often linked to rigid beliefs, maladaptive schemas, emotional vulnerability, and ineffective coping modes. In people with noncongenital spinal cord injury, sudden changes in bodily functioning and independence may activate beliefs related to helplessness, vulnerability, injustice, defectiveness, or failure. Contextual schema therapy directly targets these deeper patterns and helps clients identify their maladaptive modes, understand the origins of their reactions, challenge dominant schemas, and strengthen the healthy adult mode. Through techniques such as imagery, chair work, empathic confrontation, and cognitive restructuring,

participants may have developed a more adaptive capacity to tolerate limitations, delays, losses, and everyday frustrations.

The reduction of stress symptoms, especially the favorable pattern observed in the emotion-focused therapy group, can be explained by the direct focus of this approach on emotional processing. Stress symptoms in individuals with spinal cord injury often involve unprocessed fear, grief, anger, shame, uncertainty, and anxiety. Emotion-focused therapy provides a structured and safe therapeutic space for clients to identify, express, regulate, and transform painful emotional experiences. By helping participants label emotions, differentiate primary and secondary emotional responses, validate their emotional needs, and replace avoidance with emotional processing, this intervention likely reduced the cognitive, emotional, behavioral, and physical components of stress.

Overall, the findings suggest that the two interventions are not mutually exclusive but may be differentially useful depending on the dominant clinical need of the client. Contextual schema therapy may be especially appropriate when the primary difficulty involves frustration intolerance, maladaptive schemas, rigid beliefs, or ineffective coping modes. Emotion-focused therapy may be especially helpful when the dominant problem involves stress symptoms, emotional avoidance, unresolved distress, and difficulty processing painful emotional experiences. Therefore, psychological services for individuals with noncongenital spinal cord injury should move beyond general supportive counseling and include structured, evidence-informed therapeutic protocols tailored to the specific psychological profile of each client.

In conclusion, both contextual schema therapy and emotion-focused therapy significantly improved the psychological condition of individuals with noncongenital spinal cord injury compared with the control group, and the treatment effects were maintained at the three-month follow-up. Contextual schema therapy showed a stronger practical pattern for improving frustration tolerance, whereas emotion-focused therapy appeared particularly useful for reducing stress symptoms. These findings support the integration of targeted psychological interventions into rehabilitation and welfare services for people with noncongenital spinal cord injury.

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و نشانگان استرس معلولین بهزیستی با ضایعه نخاعی غیرمادرزادی شهر مشهد

۱. سمیه فیاض^{ID}: گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
۲. علی اکبر صارمی^{ID*}: گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
۳. محمد رجبی^{ID}: گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: saremi@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۱ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۵ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۴/۱۷ انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱

چکیده

مقدمه و هدف: ضایعه نخاعی غیرمادرزادی می‌تواند افزون بر محدودیت‌های جسمانی، با پیامدهای روان‌شناختی مهمی مانند کاهش تحمل ناکامی و افزایش نشانگان استرس همراه باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و نشانگان استرس در معلولین تحت پوشش بهزیستی دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی شهر مشهد بود.

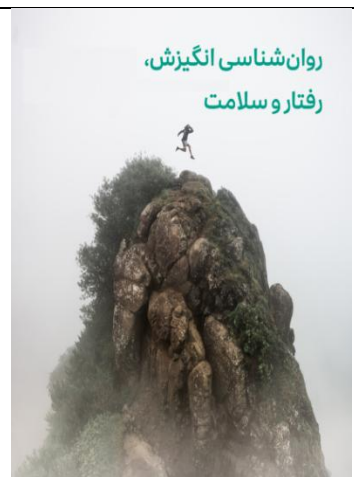
روش‌شناسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و سه گروهی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل معلولین دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر مشهد بود. نمونه پژوهش شامل ۳۶ نفر بود که به‌صورت هدفمند انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در سه گروه طرحواره‌درمانی بافتاری، درمان هیجان‌مدار و گروه گواه، هر گروه ۱۲ نفر، جایگزین شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل مقیاس تحمل ناکامی هرینگتون و پرسشنامه نشانگان استرس خدایاری فرد و پرند بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد اثر زمان، اثر تعامل زمان و گروه، و اثر بین‌گروهی برای تحمل ناکامی معنادار بود؛ به‌ترتیب $F=20.21$, $p=0.001$, $\eta^2=0.86$; $F=68.03$, $p=0.001$, $\eta^2=0.81$; $F=5.96$, $p=0.01$, $\eta^2=0.27$. همچنین برای نشانگان استرس نیز اثر زمان، تعامل زمان و گروه، و اثر بین‌گروهی معنادار بود؛ به‌ترتیب $F=56.86$, $p=0.001$, $\eta^2=0.63$; $F=15.18$, $p=0.001$, $\eta^2=0.48$; و $F=13.02$, $p=0.001$, $\eta^2=0.44$. آزمون بونفرونی نشان داد تفاوت گروه درمانی با گروه گواه در تحمل ناکامی و نشانگان استرس معنادار بود، اما مقایسه مستقیم دو درمان فعال معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار در بهبود وضعیت روان‌شناختی معلولین دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی مؤثر بودند و آثار درمانی در پیگیری سه‌ماهه تداوم داشت. بر اساس الگوی نتایج، طرحواره‌درمانی بافتاری می‌تواند برای بهبود تحمل ناکامی و درمان هیجان‌مدار برای کاهش نشانگان استرس گزینه‌های درمانی مناسبی باشند.

کلیدواژه‌گان: طرحواره‌درمانی بافتاری؛ درمان هیجان‌مدار؛ تحمل ناکامی؛ نشانگان استرس؛ ضایعه نخاعی غیرمادرزادی؛ معلولین بهزیستی.

روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: فیاض، سمیه، صارمی، علی‌اکبر، رجبی، محمد. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و نشانگان استرس معلولین بهزیستی با ضایعه نخاعی غیرمادرزادی شهر مشهد. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۱)، ۱۸-۱.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

عصبی، زمینه‌ساز فشار روانی پایدار، فرسودگی هیجانی و دشواری در سازگاری شوند (Lin et al., 2021). بنابراین، بررسی مداخلاتی که بتوانند هم به تنظیم تجربه هیجانی و هم به اصلاح الگوهای شناختی ناکارآمد در این گروه کمک کنند، از اهمیت بالینی و پژوهشی ویژه‌ای برخوردار است.

یکی از متغیرهای مهم در سازگاری روان‌شناختی افراد دارای ضایعه نخاعی، تحمل ناکامی است. تحمل ناکامی به توانایی فرد برای مواجهه با موانع، محدودیت‌ها، شکست‌ها، تأخیرها و شرایط ناخوشایند بدون فروپاشی هیجانی یا رفتاری اشاره دارد. فردی که تحمل ناکامی پایین دارد، موقعیت‌های دشوار را غیرقابل تحمل، تهدیدکننده و فراتر از ظرفیت خود ارزیابی می‌کند و در نتیجه ممکن است به اجتناب، خشم، ناامیدی، درماندگی یا رفتارهای ناسازگارانه روی آورد. این مسئله در افراد دارای ضایعه نخاعی اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا آنان پس از آسیب، مکرراً با محدودیت‌هایی مواجه می‌شوند که پیش از آن بخشی از زندگی روزمره آنان نبوده است. کاهش استقلال حرکتی، وابستگی به دیگران، محدودیت در اشتغال، کاهش مشارکت اجتماعی، تغییر در تصویر بدنی و تجربه مداوم موانع محیطی می‌تواند آستانه تحمل ناکامی را کاهش دهد و فرد را در برابر فشارهای روانی آسیب‌پذیرتر سازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عدم تحمل ناکامی با مشکلات جسمانی و هیجانات منفی مانند خشم پنهان ارتباط دارد و این هیجان‌ها می‌توانند نقش واسطه‌ای در تداوم مشکلات روان‌شناختی و جسمانی ایفا کنند (Karamipour et al., 2022). همچنین میان تحمل ناکامی، نقص در تنظیم شناختی هیجان، تنیدگی ادراک شده و نشانگان افسردگی رابطه معناداری گزارش شده است؛ به این معنا که ضعف در تحمل ناکامی می‌تواند فرد را در برابر تجربه‌های هیجانی منفی و نشانه‌های افسردگی آسیب‌پذیرتر کند (Abouei & Amiri, 2019).

از سوی دیگر، نشانگان استرس یکی از پیامدهای شایع و مهم در افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی است. استرس تجربه‌ای هیجانی، شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری است که هنگام مواجهه فرد با رویدادهای تهدیدکننده یا فراتر از منابع مقابله‌ای او ایجاد می‌شود (Taylor, 2018). در ضایعه نخاعی، استرس فقط واکنشی موقت به حادثه نیست، بلکه می‌تواند به صورت پایدار در جریان سازگاری با

ضایعه نخاعی غیرمادرزادی یکی از جدی‌ترین آسیب‌های عصبی - حرکتی است که معمولاً پس از حوادث، ضربه‌ها، بیماری‌ها یا عوامل اکسایبی ایجاد می‌شود و پیامدهای آن فقط به محدودیت‌های حرکتی و جسمانی محدود نمی‌ماند، بلکه ابعاد گسترده‌ای از زندگی روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی و عملکردی فرد را نیز درگیر می‌کند. ضایعه نخاعی به عنوان آسیبی به طناب نخاعی می‌تواند موجب اختلال در انتقال پیام‌های عصبی، کاهش یا فقدان حرکت، اختلال حسی، درد، وابستگی عملکردی و کاهش استقلال فردی شود و به همین دلیل، از مهم‌ترین چالش‌های توان‌بخشی و سلامت روان در جوامع مختلف به شمار می‌آید (Ahuja et al., 2017). اگرچه پیشرفت‌های پزشکی در مدیریت حاد ضایعه نخاعی، مراقبت‌های جراحی، دارویی و توان‌بخشی موجب افزایش بقا و بهبود نسبی کیفیت مراقبت از این بیماران شده است، اما بسیاری از افراد پس از تجربه این آسیب همچنان با پیامدهای پایدار جسمانی و روانی مواجه می‌شوند؛ پیامدهایی که می‌توانند مسیر زندگی فرد را به طور بنیادین دگرگون کنند (Wang et al., 2021). از این منظر، ضایعه نخاعی غیرمادرزادی فقط یک رخداد پزشکی نیست، بلکه بحرانی زیستی - روانی - اجتماعی است که فرد را ناگزیر می‌کند با تغییرات ناگهانی در بدن، نقش‌های اجتماعی، هویت شخصی، روابط بین فردی و انتظارات آینده خود مواجه شود.

در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران به پیامدهای روان‌شناختی ضایعه نخاعی افزایش یافته است، زیرا شواهد نشان می‌دهد تجربه این آسیب می‌تواند با آشفتگی روانی، اضطراب، افسردگی، استرس، ارزیابی‌های منفی، احساس درماندگی و کاهش سازگاری همراه باشد. مرور نظام‌مند عوامل خطر و آسیب‌پذیری در افراد دارای ضایعه نخاعی نشان داده است که نشانگان استرس پس از آسیب نخاعی تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، هیجانی، شناختی و محیطی قرار دارد و عواملی مانند خلق منفی، اضطراب، پریشانی، ارزیابی منفی از آینده و تجربه درد می‌توانند شدت علائم روان‌شناختی را افزایش دهند (Pollock et al., 2017). افزون بر این، آسیب نخاعی با فعال شدن فرآیندهای التهابی، استرس اکسیداتیو و تغییرات زیستی ثانویه همراه است و همین تغییرات می‌توانند علاوه بر پیامدهای

محدودیت‌های جدید، نگرانی درباره آینده، ترس از وابستگی، احساس از دست دادن نقش‌های قبلی و تجربه درد یا ناتوانی مزمن ادامه پیدا کند. افراد دارای ضایعه نخاعی ممکن است در حوزه‌های شناختی با افکار مزاحم، نگرانی، تمرکز ضعیف و ارزیابی‌های منفی روبه‌رو شوند؛ در حوزه هیجانی دچار اضطراب، اندوه، خشم یا ناامیدی شوند؛ در حوزه رفتاری از تعاملات اجتماعی، درمان یا فعالیت‌های روزمره اجتناب کنند؛ و در حوزه جسمانی نشانه‌هایی مانند تنش بدنی، اختلال خواب، خستگی و درد را تجربه نمایند. در همین زمینه، اثربخشی آموزش مدیریت هیجان در کاهش پرخاشگری بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نشان داده است که کار با هیجان‌ها و آموزش شیوه‌های سازگارانه‌تر برای تجربه و بیان هیجانات می‌تواند برای این گروه بالینی سودمند باشد (Khosravi Nia et al., 2020).

ارتباط میان تحمل ناکامی و نشانگان استرس را می‌توان در بستر تنظیم هیجان و سازگاری شناختی توضیح داد. فردی که ناکامی را غیرقابل تحمل می‌داند، در مواجهه با محدودیت‌ها و موانع ناشی از ضایعه نخاعی، احتمالاً رویدادها را فاجعه‌آمیزتر ارزیابی می‌کند و در نتیجه سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌نماید. پژوهش‌های مرتبط با بیماران مزمن نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی می‌تواند درماندگی روان‌شناختی و کاهش تحمل ناکامی را پیش‌بینی کند (Barari & Bazyar Khili & Ebrahimi, 2021). این یافته بیانگر آن است که ناتوانی در شناسایی، نام‌گذاری و پردازش هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر ناکامی و استرس آسیب‌پذیرتر کند. همچنین مطالعات جدید در حوزه طرحواره‌ها و اضطراب نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل عدم قطعیت می‌توانند در تداوم اضطراب و آشفتگی شناختی نقش داشته باشند (Riley et al., 2026). از این رو، در افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی، هم ساختارهای شناختی عمیق و هم فرایندهای هیجانی فعال می‌توانند در کاهش تحمل ناکامی و افزایش نشانگان استرس نقش آفرینی کنند.

یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند برای اصلاح ریشه‌های شناختی و هیجانی مشکلات روان‌شناختی به کار رود، طرحواره‌درمانی بافتاری یا طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت است. طرحواره‌درمانی در اصل به‌منظور درمان مشکلات مزمن و الگوهای

پایدار ناکارآمد شکل گرفت و با تلفیق عناصر شناختی، هیجانی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای می‌کوشد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد را اصلاح کند (Farrell et al., 2017). در این رویکرد، مشکل فرد صرفاً در سطح نشانه‌ها بررسی نمی‌شود، بلکه درمانگر می‌کوشد الگوهای عمیق شکل‌گرفته در تاریخچه زندگی، نیازهای هیجانی ارضانگشته، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و شیوه‌های مقابله‌ای فرد را شناسایی و بازسازی کند. در ادبیات معاصر طرحواره‌درمانی، مفهوم ذهنیت اهمیت ویژه‌ای یافته است؛ زیرا ذهنیت‌ها حالت‌های فعال و قابل مشاهده‌ای از طرحواره‌ها، هیجان‌ها و سبک‌های مقابله‌ای هستند که در موقعیت‌های خاص فعال می‌شوند (Stevens & Roediger, 2020). این ویژگی باعث می‌شود طرحواره‌درمانی بافتاری برای افرادی که پس از آسیب نخاعی با احساس آسیب‌پذیری، شرم، درماندگی، خشم، اجتناب یا بی‌تفاوتی دفاعی روبه‌رو هستند، از نظر نظری و بالینی قابل توجه باشد.

شواهد پژوهشی نیز از کاربرد طرحواره‌درمانی در بهبود تحمل ناکامی و تنظیم هیجان حمایت می‌کند. اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نشان داده است که این رویکرد می‌تواند با اصلاح ذهنیت‌ها و الگوهای هیجانی، در کاهش نشانه‌های روان‌تنی و بهبود پردازش هیجان مؤثر باشد (Emam Zamani et al., 2023). همچنین در پژوهش‌های جدید، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تحمل ناکامی، تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان تأیید شده است (Mohamadzadeh & Banisi, 2025). در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی نیز طرحواره‌درمانی توانسته است تحمل ناکامی را افزایش داده و شرم درونی‌شده را کاهش دهد (Taj & Iliayifar et al., 2025). این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کنند که وقتی افراد بتوانند ذهنیت‌های ناکارآمد، نیازهای هیجانی سرکوب‌شده و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه خود را بشناسند و به تدریج ذهنیت بزرگسال سالم را تقویت کنند، ظرفیت بیشتری برای مواجهه با ناکامی، محدودیت و فشار روانی خواهند داشت.

در کنار طرحواره‌درمانی، درمان هیجان‌مدار نیز یکی از رویکردهای مهم و شواهدمحور در کار با مشکلات هیجانی، استرس و آشفتگی روان‌شناختی است. درمان هیجان‌مدار بر این اصل استوار است که

با توجه به ماهیت ضایعه نخاعی غیرمادرزادی، استفاده از رویکردهای درمانی که هم به هیجان‌های فعال و هم به طرحواره‌ها و ذهنیت‌های عمیق بپردازند ضروری به نظر می‌رسد. افراد پس از آسیب نخاعی ممکن است از یک سو با هیجان‌های شدید مانند ترس، خشم، اندوه، شرم و ناامیدی روبه‌رو شوند و از سوی دیگر، باورهای عمیقی درباره آسیب‌پذیری، ناکارآمدی، وابستگی، بی‌عدالتی و آینده نامطمئن در آنان فعال شود. مداخلات متمرکز بر عدم تحمل عدم قطعیت و طرحواره‌های هیجانی در بیماران دارای اضطراب فراگیر نشان داده‌اند که هدف قرار دادن فرایندهای شناختی - هیجانی مانند افکار ارجاعی، آمیختگی فکر و عمل و اجتناب شناختی می‌تواند در کاهش آشفتگی روانی مؤثر باشد (Veisi et al., 2026). بنابراین، در گروهی مانند معلولین دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی که هم با تهدیدهای واقعی جسمانی و هم با معانی روان‌شناختی عمیق ناشی از آسیب مواجه‌اند، مقایسه دو رویکرد طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار می‌تواند به روشن شدن این مسئله کمک کند که کدام رویکرد برای کدام نوع مشکل روان‌شناختی مناسب‌تر است.

با وجود اهمیت نظری و بالینی این موضوع، پژوهش‌های انجام‌شده درباره مداخلات روان‌شناختی در افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی محدود است و بیشتر مطالعات موجود یا بر پیامدهای جسمانی و توان‌بخشی متمرکز بوده‌اند یا به‌صورت جداگانه به متغیرهایی مانند استرس، پرخاشگری، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی پرداخته‌اند. از سوی دیگر، مقایسه مستقیم دو رویکرد طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار در این جمعیت می‌تواند از نظر تصمیم‌گیری درمانی اهمیت داشته باشد؛ زیرا ممکن است یک رویکرد برای اصلاح طرحواره‌ها، ذهنیت‌ها و تحمل ناکامی مناسب‌تر باشد، در حالی که رویکرد دیگر از طریق پردازش هیجان‌های دردناک و کاهش اجتناب هیجانی، در کاهش نشانگان استرس اثربخشی بیشتری نشان دهد. چنین مقایسه‌ای می‌تواند به درمانگران، مشاوران مراکز توان‌بخشی و متخصصان سلامت روان کمک کند تا مداخلات خود را بر اساس نیاز غالب مددجو طراحی کنند و از به‌کارگیری یکسان و غیرهدفمند درمان‌ها پرهیز نمایند.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و نشانگان استرس در معلولین

هیجان‌ها نه تنها نشانه مشکل، بلکه منبع اطلاعات، معنا، نیاز و تغییر درمانی هستند. در این رویکرد، درمانگر به مراجع کمک می‌کند هیجان‌های اولیه و ثانویه خود را شناسایی کند، از اجتناب یا سرکوب هیجانی فاصله بگیرد، تجربه‌های دردناک را در فضای درمانی امن پردازش کند و معانی هیجانی جدیدی بسازد. اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش سرمایه روان‌شناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز نشان داده است که این درمان می‌تواند در جمعیت‌های دارای بیماری مزمن و تجربه آسیب‌زا به تقویت منابع روانی و بازسازی معنای تجربه کمک کند (Ebrahimi et al., 2022). همچنین درمان شناختی هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر مثبت داشته است و این یافته نشان می‌دهد مداخله بر فرایندهای هیجانی می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی افراد درگیر با شرایط مزمن و فشارزا را بهبود بخشد (Zamiri & Zamani, 2019).

مطالعات جدیدتر نیز کارآمدی درمان‌های مبتنی بر هیجان را در افزایش تحمل پریشانی، تاب‌آوری و تحمل ناکامی نشان داده‌اند. درمان هیجان‌مدار توانسته است تحمل پریشانی و تاب‌آوری را در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های پرخاشگری بهبود بخشد (Hasani Rad et al., 2025). همچنین اثربخشی این رویکرد بر خودکارآمدی والدینی و تحمل پریشانی در مادران دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن گزارش شده است که بر نقش تنظیم هیجان در ارتقای سازگاری روان‌شناختی تأکید دارد (Mikaeili et al., 2025). افزون بر این، درمان هیجان‌مدار زوجی بر عملکرد جنسی و تحمل ناکامی زنان شاغل تأثیر داشته است و این امر نشان می‌دهد که مداخله‌های هیجان‌محور می‌توانند علاوه بر کاهش آشفتگی، ظرفیت تحمل فشارها و ناکامی‌های ارتباطی و فردی را افزایش دهند (Farhodi Manesh, 2025). در همین راستا، مقایسه درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت در زنان دارای اختلال شخصیت مرزی نشان داده است که هر دو رویکرد در کار با الگوهای هیجانی و بین‌فردی اهمیت دارند، اما ممکن است بر اساس ماهیت متغیر هدف، اثربخشی متفاوتی نشان دهند (Afsar et al., 2021).

تحت پوشش بهزیستی دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی شهر مشهد بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی سه‌گروهی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه معلولین دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر مشهد تشکیل دادند که تعداد آنان حدود ۷۰۰ نفر گزارش شد. حجم نمونه با استفاده از روش تحلیل توان و بر مبنای اجرای یک مطالعه نیمه‌آزمایشی محاسبه گردید. در این محاسبه، سطح آزمون ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸۰، ضریب همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۰/۸۰ و نسبت اندازه اثر مناسب برابر با ۲ در نظر گرفته شد. بر این اساس، حجم نمونه مورد نیاز ۳۶ نفر برآورد گردید که شامل ۱۲ نفر در گروه طرحواره‌درمانی بافتاری، ۱۲ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۱۲ نفر در گروه گواه بود. شرکت‌کنندگان ابتدا به روش هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و سپس با روش جایگزینی تصادفی در سه گروه پژوهش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن تحصیلات بالاتر از دیپلم، ابتلا به ضایعه نخاعی غیرمادرزادی طی یک سال اخیر، نداشتن مشکلات روان‌شناختی شدید بر اساس پرونده روان‌شناسی مددجو، نداشتن درد مزمن شدید ناشی از تومور، شکستگی شدید مهره‌ها، عفونت یا سرطان، عدم مصرف مواد روان‌گردان و داروهای روان‌پزشکی، نداشتن هم‌زمان سایر اختلالات جسمانی یا روانی مؤثر بر روند پژوهش، بستری نبودن، زندگی در کنار خانواده، و نداشتن معلولیت گفتاری یا ذهنی بود. ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی در نظر گرفته شد. پس از انتخاب و جایگزینی شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های تحمل‌ناکامی و نشانگان استرس در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه برای هر سه گروه اجرا شد.

مقیاس تحمل‌ناکامی هرینگتون در سال ۲۰۰۵ با هدف سنجش میزان تحمل‌ناکامی افراد در مسیر دستیابی به اهداف طراحی شد. این ابزار دارای ۳۵ گویه است و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند.

نمره‌گذاری پرسشنامه از ۱ تا ۵ انجام می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که نمره ۱ به گزینه «کاملاً مخالفم» و نمره ۵ به گزینه «کاملاً موافقم» اختصاص می‌یابد. این مقیاس چهار خرده‌مقیاس دارد که شامل تحمل‌نداشتن عاطفی، نداشتن تحمل ناراحتی، نبود تحمل اهداف پیشرفت، و تحمل نکردن بی‌عدالتی و ناخشنودی است. آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش هرینگتون ۰/۸۵ گزارش شده است. این مقیاس در ایران توسط رحیمی و همکاران ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شده است. در بررسی آنان، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴ و برای مؤلفه‌های تحمل‌نداشتن عاطفی، نداشتن تحمل هیجانی، پیشرفت و استحقاق به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۰، ۰/۵۲ و ۰/۷۰ گزارش شد. همچنین شاخص‌های روایی همسانی درونی برای کل مقیاس و مؤلفه‌های آن در سطح قابل قبول گزارش شده است.

پرسشنامه نشانگان استرس خدایاری فرد و پرند در سال ۱۳۸۹ برای سنجش نشانگان استرس طراحی شده و دارای ۵۰ گویه است. این پرسشنامه چهار دسته از نشانگان استرس، یعنی نشانگان شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی را اندازه‌گیری می‌کند. در تدوین اولیه ابزار از منابعی مانند DSM-IV، پژوهش‌های پیشین و آزمون نشانگان استرس مازلیج استفاده شده است. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل نشانه‌ها و شرایط جسمانی، مسائل عاطفی، مسائل شناختی و مسائل رفتاری است. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای شامل «اصلاً وجود ندارد»، «خیلی کم»، «کم»، «متوسط»، «زیاد» و «خیلی زیاد» انجام می‌شود. همه گویه‌ها به صورت مثبت طراحی شده‌اند و نمره‌گذاری آن‌ها از صفر تا ۵ صورت می‌گیرد. پس از نمره‌گذاری، نمرات مربوط به هر خرده‌مقیاس با یکدیگر جمع می‌شوند. حد پایین نمره صفر، حد متوسط نمرات ۱۶۶ و حد بالای نمرات ۲۵۰ در نظر گرفته شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمی، عاطفی، شناختی و رفتاری به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه نیز توسط متخصصان و کارشناسان تأیید شده است. همچنین در پژوهش رفیعی شفیق و همکاران، پایایی پرسشنامه برای نمره کل نشانگان استرس ۰/۸۰ و برای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ به دست آمده است.

آموزش داده شد، تمایز هیجان‌ها از یکدیگر مورد توجه قرار گرفت و افکار همراه با هیجان‌ها شناسایی شد. در جلسه چهارم، پاسخ‌های هیجانی کلیدی، فراخوانی تجربه دردناک، به اشتراک گذاشتن تجربه‌های ناخوشایند و بهنجارسازی هیجان‌ها بررسی شد. جلسه پنجم بر ابراز هیجان‌ها، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای شیوه‌های تعامل و شناسایی هیجان‌ها زیربنایی اولیه متمرکز بود. در جلسه ششم، بازسازی تعاملات، نمادگذاری آرزوها، عمق‌بخشی به احساسات، کاوش در هیجان‌ها، گذرا بودن هیجان‌ها و افزایش توان پذیرش هیجان‌ها و احساسات مختلف دنبال شد. جلسه هفتم به پذیرش وضعیت‌های جدید، ساختن روایت مثبت، فضا‌سازی برای هیجان‌ها، مفهوم اعتبارزدایی و استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین اختصاص داشت. در جلسه هشتم، بیان خواسته‌ها و نیازها، ردیابی و انعکاس هیجانی، مواجهه با تحمل ناکامی، طراحی راهبردهای سازگارانه‌تر و اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن انجام شد. جلسه نهم بر کمک به فرد برای تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای فردی، شناسایی باورهای غلط هیجانی، شناسایی خاستگاه‌های مختلف باورهای هیجانی و ارائه الگویی از هیجان به بیمار متمرکز بود. در جلسه دهم، طراحی تعاملات بین‌فردی با دیگران، جایگزینی چرخه تعاملات مثبت و کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات تمرین شد. جلسه یازدهم به اتخاذ موضعی بدون قضاوت نسبت به هیجان‌ها، تجربه کردن هیجان‌ها به صورت موج و القای هیجان اقدام متضاد اختصاص یافت. در جلسه دوازدهم نیز مطالب جلسات توسط فرد خلاصه و مرور شد و از طریق گفت‌وگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، بازگرداندن تغییرات به زندگی فرد مورد تأکید قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌های پژوهش ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای تحمل ناکامی و نشانگان استرس در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد. سپس به منظور بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار بر متغیرهای وابسته، از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه‌های آماری بررسی شدند؛ به این ترتیب که نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کالموگروف - اسمیرنوف، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین، همگنی ماتریس‌های کوواریانس با آزمون M باکس،

پروتکل طرحواره‌درمانی بافتاری در ۱۲ جلسه برای گروه آزمایش اول اجرا شد. در جلسه نخست، رابطه درمانی مبتنی بر همدلی و پذیرش شکل گرفت، اهداف درمانی تبیین شد، مدل طرحواره‌درمانی بافتاری معرفی گردید و قوانین جلسات توضیح داده شد. در جلسه دوم، تاریخچه زندگی مددجو بررسی شد و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و تشویق به ابراز نیازها مورد توجه قرار گرفت. در جلسه سوم، ریشه‌های طرحواره‌ها، ذهنیت‌های مقابله‌ای، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای بررسی شد. جلسه چهارم به ایجاد آمادگی برای تغییر و آموزش تکنیک‌های خودتسکینی، آرمیدگی و مهارت‌های تنظیم هیجان در هنگام بحران اختصاص یافت. در جلسه پنجم، ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها، شناسایی و نام‌گذاری ذهنیت‌ها، تصویرسازی ذهنی و پیوند با ذهنیت طرحواره‌ای بررسی شد. در جلسه ششم، مذاکره بین ذهنیت‌ها و استفاده از تکنیک‌های شناختی برای بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب انجام گرفت. جلسه هفتم بر ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و تکنیک صندلی خالی برای مذاکره بین ذهنیت‌ها متمرکز بود. در جلسه هشتم، الگوی ذهنیت بزرگسال سالم معرفی شد و جایگزینی ذهنیت بزرگسال سالم به جای ذهنیت محافظ بی‌تفاوت مورد تمرین قرار گرفت. جلسه نهم به رویاروسازی همدلانه مددجو با تحمل ناکامی و نشانگان استرس، ابراز نیازها و تبیین منطق استفاده از تکنیک‌های درمانی اختصاص داشت. در جلسه دهم، حذف ذهنیت نادرست و آموزش چهار گام برای تنظیم هیجان در زمینه ابراز وجود و جرئت‌مندی متناسب با موقعیت انجام شد. در جلسه یازدهم، تکنیک رویاروسازی همدلانه، واقعیت‌آزمایی تغییرها و بررسی فهرست مزایا و معایب ذهنیت‌های ناکارآمد به کار گرفته شد. در جلسه دوازدهم نیز بر انتقال دستاوردهای درمان به محیط واقعی زندگی، تثبیت تغییرات و پیشگیری از عود تأکید شد.

پروتکل درمان هیجان‌مدار نیز در ۱۲ جلسه برای گروه آزمایش دوم اجرا شد. در جلسه نخست، رابطه درمانی برقرار شد و ماهیت استرس و عدم تحمل ناکامی، مفهوم‌سازی مشکل، منطق درمان و قوانین جلسات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. جلسه دوم به کشف تعاملات مشکل‌دار، تشخیص چرخه تعاملات منفی و بررسی احساس فعلی مددجو اختصاص یافت. در جلسه سوم، برجسب‌زنی هیجانی

۶/۶۰ ± ۳۴/۰۸ و گروه آزمایش ۲ شامل ۷/۵۶ ± ۳۵/۲۵ و گروه گواه با میانگین ۸/۱۶ ± ۳۲/۶۷ بود و نشان دهنده این مطلب است که این سه گروه با هم از نظر متغیر سن همگن هستند. از نظر تحصیلاتی بیشترین تعداد تحصیلات در گروه آزمایش ۱ با فراوانی ۵ نفر (۴۱٪/۷) کارشناسی و در گروه آزمایش ۲ و گروه گواه با فراوانی ۶ نفر (۵۰٪) دیپلم بیشترین فراوانی را تشکیل دادند. بودند. جدول شماره (۱) شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تحمل ناکامی و نشانگان استرس را در معلولین بهزیستی با ضایعه نخاعی غیر مادرزادی نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیر تحمل ناکامی و نشانگان استرس

متغیرها	گروه	میانگین انحراف استاندارد	
		قبل از مداخله	بعد از مداخله
تحمل ناکامی	طرحواره درمانی	۱۰۸/۱۷ ± ۱۲/۲۹	۷۹/۷۵ ± ۸/۷۵
	هیجان مدار	۱۰۵/۱۷ ± ۹/۵۲	۸۸/۳۳ ± ۹/۳۵
	گواه	۱۰۱/۴۲ ± ۱۱/۱۶	۱۰۲/۳۳ ± ۹/۱۴
نشانگان استرس	طرحواره درمانی	۱۱۲/۵۸ ± ۲۰/۹۳	۸۰/۰۰ ± ۱۲/۹۱
	هیجان مدار	۱۱۰/۴۲ ± ۲۰/۱۱	۶۸/۶۷ ± ۸/۰۱
	گواه	۱۰۷/۴۲ ± ۱۶/۹۳	۱۰۸/۱۷ ± ۱۶/۲۱

همچنان که در جدول شماره (۱) ملاحظه می‌شود میانگین در گروه‌های آزمایش طرحواره درمانی بافتاری و درمان هیجان مدار در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در متغیر تحمل ناکامی و نشانگان استرس کاهش نشان می‌دهد و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است ولی در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری و درمان هیجان مدار بر نمرات تحمل ناکامی و نشانگان استرس از روش تحلیل واریانس مختلط (مکرر) استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس مختلط بررسی شد. در این راستا آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد داده‌های دو متغیر تحمل ناکامی و نشانگان جدول ۲. آزمون M باکس جهت بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها

و مفروضه کرویت با آزمون موجلی ارزیابی شد. با توجه به عدم تأیید مفروضه کرویت، در تحلیل اثرات درون‌گروهی و تعامل زمان و گروه از اصلاح گرین‌هاوس - گایزر استفاده شد. همچنین برای مقایسه‌های زوجی و بررسی تفاوت میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر گروه نمونه شرکت کننده در طرح پژوهش ۳۶ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش ۱ و ۱۲ نفر گروه آزمایش ۲ و ۱۲ نفر گروه گواه) با جنسیت زن و مرد بودند. میانگین سن گروه آزمایش شامل

Box's M	تحمل ناکامی	نشانگان استرس
۲۴.۵۴	۹۹.۴۰	
۱.۷۷	۷.۱۸	
۱۲	۱۲	
۵۲۷۷.۴۶	۵۲۷۷.۴۶	
۰.۰۴	۰.۰۰۱	

نگرفت (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱). همچنین واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت موجلی استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ذکر گردیده است.

نتایج جدول شماره (۲) نشان می‌دهد آزمون M باکس معنادار شده است. اگر معناداری کم‌تر از ۰/۰۰۱ باشد نشان دهنده آن است که در تمامی گروه‌ها، ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته، مساوی نیست. اگر مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ باشد و تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها برابر باشند، می‌توان آن را در نظر جدول ۳. آزمون کرویت موجلی بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها شاخص	تحمل ناکامی	نشاندگان استرس
df	۲	۲
Mauchly's W	۰.۳۷	۰.۱۳
sig	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱

(هومن، ۱۳۸۰). خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول شماره (۴) ارائه شده است.

همانگونه که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست ($P > 0.05$). بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیزر استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری بدست آید

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات تحمل ناکامی و نشاندگان استرس با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	Eta
تحمل ناکامی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۵۱۳۳۱.۳۵	۱.۲۲	۴۳۵۵.۲۵	۲۰۲.۱۱	۰.۰۰۱	۰.۸۶
	تعامل آزمون* گروه	۳۵۸۸.۸۲	۲.۴۵	۱۴۶۵.۸۷	۶۸.۰۳	۰.۰۰۱	۰.۸۱
	بین گروهی	۳۱۴۳.۱۳	۲	۱۵۷۱.۵۷	۵.۹۶	۰.۰۱	۰.۲۷
نشاندگان استرس	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱۴۲۲۹.۲۴	۱.۰۷	۱۳۳۱۴.۱۵	۵۶.۸۶	۰.۰۰۱	۰.۶۳
	تعامل آزمون* گروه	۷۵۹۷.۵۱	۲.۱۴	۳۵۵۴.۴۴	۱۵.۱۸	۰.۰۰۱	۰.۴۸
	بین گروهی	۱۱۰۳۶.۵۲	۲	۵۵۱۸.۲۶	۱۳.۰۲	۰.۰۰۱	۰.۴۴

مدار) بر نمرات متغیرهای تحمل ناکامی و نشاندگان استرس تأثیر داشته است، بطوری که گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه موجب کاهش نمرات متغیرهای تحمل ناکامی و نشاندگان استرس شده است، همچنین این روند در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است که نشان از پایداری درمان‌های (طرحواره درمانی بافتاری و هیجان‌مدار) است. جدول (۵) آزمون بونفرونی در تفاوت دو گروه نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج جدول شماره (۴) برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ برای متغیرهای تحمل ناکامی و نشاندگان استرس معنادار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای تحمل ناکامی و نشاندگان استرس در دو گروه طرحواره درمانی بافتاری و هیجان‌مدار و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمان (طرحواره درمانی بافتاری و هیجان‌مدار) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در اثربخشی بین درمان‌ها

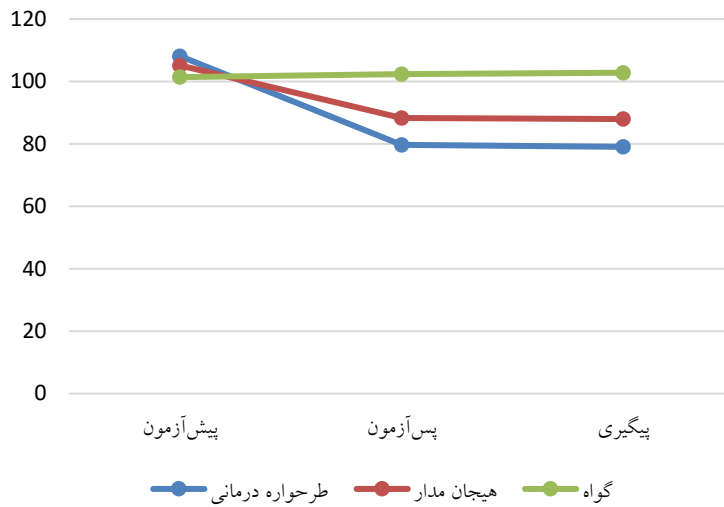
تحمل ناکامی	طرحواره	هیجان‌مدار	MD	Sd.E	Sig
تحمل ناکامی	طرحواره	هیجان‌مدار	-۴.۳۱	۳.۸۳	۰.۸۱
		گواه	-۱۲.۹۷	۳.۸۳	۰.۰۰۶
نشاندگان استرس	طرحواره	هیجان‌مدار	۶.۷۲	۴.۸۶	۰.۵۳
		گواه	-۲۸/۱۷	۴.۸۶	۰.۰۰۳

بیشتری داشته است. نمودار تعاملی میانگین‌های تعدیل شده نمرات متغیر تحمل ناکامی و نشاندگان استرس در دو گروه طرحواره درمانی

جدول (۵) نشان می‌دهد طرحواره درمانی بافتاری بر متغیر تحمل ناکامی و درمان هیجان‌مدار بر متغیر نشاندگان استرس اثربخشی

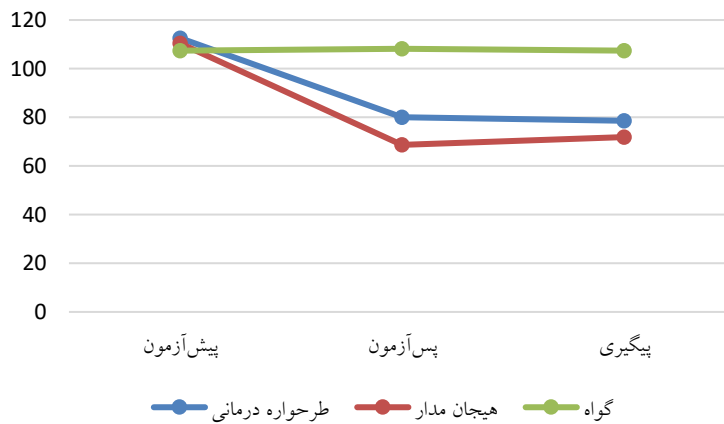
بافتاری و هیجان مدار در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمودار شماره (۱) و (۲) نمایش داده شده است.

تحمل ناکامی



شکل ۱. میانگین تعدیل شده نمرات تحمل ناکامی در دو گروه طرحواره درمانی بافتاری و درمان هیجان مدار و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

نشانگان استرس



شکل ۲. میانگین تعدیل شده نمرات نشانگان استرس در دو گروه طرحواره درمانی بافتاری و درمان هیجان مدار و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

تعامل زمان و گروه و اثر بین‌گروهی برای هر دو متغیر تحمل ناکامی و نشانگان استرس معنادار بوده است؛ به این معنا که تغییرات مشاهده‌شده در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری داشته و هر دو درمان توانسته‌اند در مقایسه با عدم دریافت مداخله، موجب بهبود وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها شوند. به‌طور مشخص، در متغیر

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری و درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و نشانگان استرس در معلولین تحت پوشش بهزیستی دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی شهر مشهد انجام شد. نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد که اثر زمان، اثر

تحمل ناکامی، اثر زمان، تعامل زمان و گروه و تفاوت بین گروهی معنادار بود و اندازه اثرهای به‌دست‌آمده نشان دادند که بخش قابل توجهی از تغییرات این متغیر به مداخله‌های اجراشده مربوط بوده است. همچنین در متغیر نشانگان استرس نیز اثر زمان، تعامل زمان و گروه و اثر بین‌گروهی معنادار گزارش شد و نتایج نشان داد که کاهش نشانگان استرس در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه معنادار بوده است. افزون بر این، تداوم تغییرات در مرحله پیگیری سه‌ماهه بیانگر آن بود که اثرات درمانی صرفاً محدود به پایان جلسات مداخله نبوده و در فاصله زمانی پس از درمان نیز تا حد مطلوبی حفظ شده است.

یافته نخست پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری بر بهبود تحمل ناکامی در افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی از نظر نظری قابل تبیین است. ضایعه نخاعی غیرمادرزادی معمولاً یک رخداد ناگهانی، تهدیدکننده و دگرگون‌کننده زندگی است که فرد را با محدودیت‌های جسمانی، وابستگی عملکردی، تغییر نقش‌های اجتماعی، اختلال در تصویر بدنی و ابهام نسبت به آینده مواجه می‌سازد (Ahuja et al., 2017; Wang et al., 2021). چنین شرایطی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار مرتبط با آسیب‌پذیری، بی‌کفایتی، وابستگی، شکست، محرومیت هیجانی و بی‌عدالتی را فعال کند و فرد در مواجهه با ناکامی‌های روزمره، آستانه تحمل پایین‌تری نشان دهد. طرحواره‌درمانی بافتاری با تمرکز بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و نیازهای هیجانی برآورده‌نشده، به مراجع کمک می‌کند ریشه‌های عمیق واکنش‌های ناکام‌ساز خود را بشناسد و به‌جای پاسخ‌های اجتنابی، تسلیم‌شونده یا جبران‌افراطی، از الگوی بزرگسال سالم استفاده کند (Farrell et al., 2017; Stevens & Roediger, 2020). بنابراین، کاهش نمرات تحمل ناکامی در گروه طرحواره‌درمانی بافتاری را می‌توان نتیجه اصلاح ذهنیت‌های ناکارآمد، افزایش آگاهی از نیازهای هیجانی و تقویت پاسخ‌های سازگاران در برابر محدودیت‌ها دانست.

این یافته با مطالعات پیشین همسو است. در پژوهشی، اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و کاهش نشانه‌های جسمانی دردناک در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شد و نشان داده شد که تغییر در ذهنیت‌ها می‌تواند هم بر پردازش هیجانی و هم

بر نشانه‌های جسمانی اثرگذار باشد (Emam Zamani et al., 2023). همچنین یافته‌های مربوط به اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تحمل ناکامی، تنظیم هیجان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند با تغییر ساختارهای شناختی - هیجانی زیربنایی، ظرفیت افراد را برای تحمل شرایط ناخوشایند افزایش دهد (Mohamadzadeh & Banisi, 2025). در مطالعه دیگری نیز طرحواره‌درمانی موجب بهبود تحمل ناکامی و کاهش شرم درونی‌شده در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی شد که این امر بر نقش طرحواره‌درمانی در اصلاح واکنش‌های هیجانی شدید و تحمل‌ناپذیری ناکامی تأکید دارد (Taj Iliayifar et al., 2025). از این منظر، نتایج پژوهش حاضر با ادبیاتی همخوان است که نشان می‌دهد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های ناکارآمد می‌توانند در کاهش تحمل ناکامی، افزایش آشفتگی هیجانی و تداوم مشکلات روان‌شناختی نقش داشته باشند.

در تبیین بیشتر این یافته باید گفت تحمل ناکامی، متغیری صرفاً رفتاری نیست، بلکه با ارزیابی‌های شناختی، باورهای بنیادین، تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای پیوند دارد. هنگامی که فرد باور دارد نباید با رنج، محدودیت یا محرومیت مواجه شود، یا هر مانع را نشانه شکست شخصی و بی‌عدالتی می‌داند، احتمالاً در برابر ناکامی واکنش شدیدتری نشان می‌دهد. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که عدم تحمل ناکامی با مشکلات جسمانی و خشم پنهان رابطه دارد و خشم می‌تواند در پیوند میان ناکامی و مشکلات روان‌تنی نقش واسطه‌ای ایفا کند (Karamipour et al., 2022). همچنین رابطه تحمل ناکامی، نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک‌شده با نشانگان افسردگی گزارش شده است که بیانگر پیوند نزدیک ناکامی، تنظیم هیجان و پریشانی روان‌شناختی است (Abouei & Amiri, 2019). پژوهش‌های مرتبط با نارسایی هیجانی نیز نشان داده‌اند که دشواری در شناسایی و بیان هیجان‌ها می‌تواند درماندگی روان‌شناختی و کاهش تحمل ناکامی را پیش‌بینی کند (Barari & Bazyar Khili & Ebrahimi, 2021). بنابراین، طرحواره‌درمانی بافتاری از طریق پرداختن به باورهای بنیادین، ذهنیت‌های هیجانی و شیوه‌های مقابله‌ای، می‌تواند مسیرهای شناختی و هیجانی مؤثر بر تحمل ناکامی را به‌طور هم‌زمان هدف قرار دهد.

است که بر اهمیت هیجان در تنظیم پاسخ‌های استرسی تأکید دارد (Mikaeili et al., 2025).

در زمینه ضایعه نخاعی، کاهش نشانگان استرس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا مطالعات نشان داده‌اند که آسیب نخاعی علاوه بر پیامدهای جسمانی، می‌تواند با اختلالات هیجانی، اضطراب، افسردگی، پریشانی و استرس پس از سانحه همراه باشد (Pollock et al., 2017). از سوی دیگر، فرآیندهای زیستی مانند استرس اکسیداتیو و پاسخ‌های التهابی پس از آسیب نخاعی نیز می‌توانند وضعیت جسمی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهند (Lin et al., 2021). پژوهش‌های انجام‌شده بر بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نشان داده‌اند که آموزش مدیریت هیجان می‌تواند پرخاشگری را در این بیماران کاهش دهد و این موضوع نشان می‌دهد که تنظیم هیجان یکی از مسیرهای مهم مداخله در این گروه است (Khosravi Nia et al., 2020). بنابراین، یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش نشانگان استرس را می‌توان در امتداد شواهدی دانست که نقش پردازش هیجانی، پذیرش هیجان و بازسازی پاسخ‌های هیجانی را در کاهش آشفتگی روان‌شناختی تأیید می‌کنند.

مقایسه دو درمان نشان می‌دهد که هر دو رویکرد بر متغیرهای هدف مؤثر بوده‌اند، اما احتمالاً مسیرهای اثرگذاری آن‌ها متفاوت است. طرحواره‌درمانی بافتاری بیشتر از طریق اصلاح ساختارهای شناختی - هیجانی عمیق، تغییر ذهنیت‌های مقابله‌ای، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و بازسازی الگوهای دیرپای ناکارآمد عمل می‌کند، در حالی که درمان هیجان‌مدار بیشتر از طریق تجربه و پردازش مستقیم هیجان‌های دردناک، کاهش اجتناب هیجانی و تبدیل هیجان‌های ناسازگار به هیجان‌های سازگار اثر می‌گذارد. نتایج پژوهش افسر و همکاران نیز نشان داد که درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت می‌توانند در متغیرهای هیجانی و بین‌فردی اثربخش باشند، اما تفاوت اثربخشی آن‌ها ممکن است به ماهیت متغیر وابسته و مسئله غالب مراجع بستگی داشته باشد (Afsar et al., 2021). همچنین پژوهش‌های مربوط به درمان هیجان‌مدار زوجی نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند بر تحمل ناکامی نیز اثرگذار باشد، اما اثر اصلی آن از مسیر بازسازی تجربه هیجانی و رابطه‌ای قابل فهم است (Farhoudi Manesh, 2025). در مقابل، مطالعات جدید درباره نقش

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار نیز در کاهش نشانگان استرس افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی اثربخش بوده و بر اساس الگوی میانگین‌ها، کاهش نشانگان استرس در گروه درمان هیجان‌مدار برجسته‌تر از گروه طرحواره‌درمانی بافتاری مشاهده شد. این یافته از نظر نظری قابل انتظار است؛ زیرا درمان هیجان‌مدار مستقیماً بر شناسایی، تجربه، پردازش، نمادگذاری و بازسازی هیجان‌ها تمرکز دارد. افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی اغلب با مجموعه‌ای از هیجان‌های شدید مانند ترس، خشم، اندوه، شرم، درماندگی، ناامیدی و اضطراب مواجه می‌شوند و اگر این هیجان‌ها سرکوب، اجتناب یا به‌صورت ناکارآمد بیان شوند، می‌توانند به افزایش نشانگان استرس منجر گردند. از دیدگاه روان‌شناسی سلامت، استرس تجربه‌ای چندبعدی است که مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی را در بر می‌گیرد و زمانی شدت می‌یابد که فرد منابع مقابله‌ای خود را ناکافی ارزیابی کند (Taylor, 2018). درمان هیجان‌مدار با فراهم کردن فضای امن برای تجربه هیجان، تمایزگذاری میان هیجان‌های اولیه و ثانویه، کاهش اجتناب هیجانی و ساخت معنای جدید از تجربه آسیب‌زا، می‌تواند شدت پاسخ‌های استرسی را کاهش دهد.

این نتیجه با یافته‌های مطالعات پیشین هماهنگ است. درمان هیجان‌مدار در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی و رشد پس از سانحه شده است؛ یافته‌ای که نشان می‌دهد این رویکرد برای افرادی که با بیماری مزمن و رویدادهای تهدیدکننده زندگی مواجه‌اند، می‌تواند به بازسازی روان‌شناختی و سازگاری پس از آسیب کمک کند (Ebrahimi et al., 2022). همچنین درمان شناختی هیجان‌مدار توانسته است کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی را افزایش دهد که بیانگر نقش پردازش هیجانی در بهبود سازگاری با شرایط مزمن و فشارزا است (Zamiri & Zamani, 2019). یافته‌های مربوط به اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای نشانه‌های پرخاشگری نیز نشان می‌دهد که کار مستقیم با هیجان‌ها می‌تواند ظرفیت افراد را برای تحمل آشفتگی و پاسخ‌دهی سازگاران افزایش دهد (Hasani Rad et al., 2025). همچنین اثربخشی این درمان بر خودکارآمدی والدینی و تحمل پریشانی در مادران دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن گزارش شده

پردازش تجربه دردناک، بیان نیازها، اعتباربخشی دلسوزانه به خویش و جایگزینی تعاملات مثبت احتمالاً توانسته است شدت نشانگان استرس را کاهش دهد. بنابراین، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته می‌توانند در کنار درمان‌های پزشکی و توانبخشی، نقش مهمی در ارتقای سازگاری روان‌شناختی معلولین دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی ایفا کنند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه حجم نمونه نسبتاً محدود بود و هرچند بر اساس محاسبات آماری تعیین شد، استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند قدرت آزمون و تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد. دوم آنکه نمونه پژوهش فقط از میان معلولین تحت پوشش بهزیستی شهر مشهد انتخاب شد و ممکن است ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی، خانوادگی و خدماتی این گروه با سایر شهرها و مراکز متفاوت باشد. سوم آنکه مدت پیگیری سه ماه بود و اگرچه برای بررسی پایداری اولیه درمان مناسب است، اما برای نتیجه‌گیری درباره ماندگاری بلندمدت اثرات درمانی کافی نیست. همچنین برخی متغیرهای مداخله‌گر مانند شدت ضایعه نخاعی، سطح آسیب، میزان حمایت خانوادگی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، درد مزمن، کیفیت خدمات توانبخشی و تفاوت‌های شخصیتی آزمودنی‌ها به‌طور کامل کنترل نشدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این مطالعه با حجم نمونه بزرگ‌تر و در شهرها و مراکز توانبخشی مختلف تکرار شود تا امکان تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین انجام پژوهش‌هایی با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات درمانی فراهم کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی علاوه بر تحمل ناکامی و نشانگان استرس، متغیرهایی مانند کیفیت زندگی، امید، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، تصویر بدنی، درد ادراک‌شده و سازگاری خانوادگی را نیز بررسی کنند. همچنین مقایسه این دو درمان با سایر رویکردهای موج سوم، طراحی مداخله‌های تلفیقی مبتنی بر طرحواره و هیجان، و بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، اجتناب شناختی و ذهنیت‌های مقابله‌ای می‌تواند به درک دقیق‌تر سازوکار اثرگذاری درمان‌ها کمک کند.

طرحواره‌های ناسازگار و عدم تحمل عدم قطعیت در اضطراب فراگیر نشان می‌دهند که وقتی مسئله فرد بیشتر با باورهای ریشه‌ای، ارزیابی‌های تهدیدآمیز و ساختارهای شناختی پایدار مرتبط باشد، درمان‌های طرحواره‌محور می‌توانند اهمیت بیشتری پیدا کنند (Riley et al., 2026).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با ادبیات مربوط به درمان‌های متمرکز بر عدم تحمل عدم قطعیت و طرحواره‌های هیجانی همخوان است. در پژوهشی، اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی و مداخلات شناختی - رفتاری متمرکز بر عدم تحمل عدم قطعیت بر افکار ارجاعی، آمیختگی فکر و عمل و اجتناب شناختی در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأیید شد (Veisi et al., 2026). این یافته از این نظر با پژوهش حاضر ارتباط دارد که افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی نیز ممکن است با عدم قطعیت گسترده درباره آینده جسمانی، استقلال، روابط، اشتغال و کیفیت زندگی مواجه باشند. بنابراین، کاهش استرس و افزایش تحمل ناکامی در این افراد مستلزم مداخله در سطح هیجان‌های فعال، باورهای ناکارآمد، اجتناب شناختی و ذهنیت‌های مقابله‌ای است. مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که هیچ‌یک از دو درمان به‌صورت مطلق بر دیگری برتری ندارد، بلکه انتخاب مداخله باید با توجه به مسئله غالب مددجو انجام گیرد؛ برای مشکلاتی که با ناکامی، طرحواره‌های عمیق و ذهنیت‌های ناکارآمد پیوند بیشتری دارند، طرحواره‌درمانی بافتاری می‌تواند مناسب‌تر باشد و برای مشکلاتی که با استرس، اجتناب هیجانی و آشفتگی عاطفی برجسته‌تر همراه‌اند، درمان هیجان‌مدار می‌تواند اولویت بیشتری داشته باشد.

از نظر بالینی، تداوم اثرات در مرحله پیگیری سه‌ماهه نشان می‌دهد که هر دو مداخله توانسته‌اند فراتر از کاهش موقت نشانه‌ها، تغییراتی نسبتاً پایدار در شیوه مواجهه آزمودنی‌ها با تجربه‌های هیجانی و موقعیت‌های ناکام‌کننده ایجاد کنند. در طرحواره‌درمانی بافتاری، تمرین‌هایی مانند شناسایی ذهنیت‌ها، مذاکره میان ذهنیت‌ها، تکنیک‌های صندلی خالی، رویاروسازی همدلانه و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم احتمالاً به آزمودنی‌ها کمک کرده است تا تجربه ضایعه نخاعی را کمتر به‌صورت نشانه‌ای از شکست یا بی‌کفایتی ادراک کنند. در درمان هیجان‌مدار نیز برچسب‌زنی هیجانی، بهنجارسازی هیجان‌ها،

- Afsar, M., Hasani, F., Farzad, V., & Golshani, F. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mode-Focused Schema Therapy on Perceived Rejection in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences, Faculty of Medicine*, 64(3), 3167-3177.
- Ahuja, C. S., Schroeder, G. D., Vaccaro, A. R., & Fehlings, M. G. (2017). Spinal Cord Injury: What Are the Controversies? *Journal of Orthopaedic Trauma*, 31, S7-S13. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000000943>
- Barari Bazyar Khili, Z., & Ebrahimi, S. (2021). Predicting Psychological Helplessness and Frustration Tolerance Based on Alexithymia in Women with Breast Cancer. *Iran Journal of Nursing*.
- Ebrahimi, S., Ahmadi, K., & Farrokhi, N. (2022). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Capital and Posttraumatic Growth in Women with Multiple Sclerosis. *Journal of nursing education*, 11(3), 85-96.
- Emam Zamani, Z., Rahimian Boogar, E., & Mashhadi, A. (2023). The Effectiveness of Contextual Schema Therapy on Emotion Regulation and Painful Somatic Symptoms in Individuals with Social Anxiety Disorder: A Single-Case Study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(3), 1-16.
- Farhoudi Manesh, A. A.-S. (2025). *The impact of emotion-focused couples therapy on sexual function and frustration tolerance in working women*
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2017). *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs* (M. Hedayati & A. Samimi, Trans.). Arjmand Book.
- Hasani Rad, S., Bavi, S., & Heidari, A. (2025). The Efficacy of Emotion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Resilience in Female Students with Aggression Symptoms. *Women's Health Bulletin*, 12(2), 137-145. <https://doi.org/10.30476/whb.2025.104405.1319>
- Karamipour, M., Ghasemipour, Y., & Ariyapouran, S. (2022). The Relationship Between Intolerance of Frustration and Physical Problems: The Mediating Role of Hidden Anger. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 20(3), 459-467.
- Khosravi Nia, D., Alamardani Soumeh, S., Esmailnejad, A., & Azadi, S. (2020). The Effectiveness of Emotion Management Training on Aggression in Patients with Spinal Cord Injury. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 5(22), 43-51.
- Lin, J., Xiong, Z., Gu, J., Sun, Z., Shuai, J., Fan, D., & Li, W. (2021). Sirtuins: Potential Therapeutic Targets for Defense Against Oxidative Stress in Spinal Cord Injury. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2021, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2021/7207692>
- Mikaeili, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Parenting Self-Efficacy and Distress Tolerance in Mothers with Insecure Attachment Styles. *Journal of Family Relations Studies*, 5(3), 1-11. <https://doi.org/10.22098/jfrs.2025.17963.1255>
- Mohamadzadeh, F. V. H., & Banisi, P. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Frustration Tolerance, Emotional Regulation, and Maladaptive Early Schemas in Students. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 6(2), 1-10.
- Pollock, K., Dorstyn, D., Butt, L., & Prentice, S. (2017). Posttraumatic Stress Following Spinal Cord Injury: A Systematic Review of Risk and Vulnerability Factors. *Spinal Cord*, 55(9), 800-811. <https://doi.org/10.1038/sc.2017.45>

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، توان‌بخشی و خدمات روان‌شناختی به‌زیستی از مداخله‌های ساختاریافته روان‌شناختی در کنار خدمات پزشکی و توان‌بخشی برای افراد دارای ضایعه نخاعی غیرمادرزادی استفاده کنند. در مواردی که مشکل اصلی مددجو کاهش تحمل ناکامی، احساس شکست، درماندگی، شرم، بی‌عدالتی یا فعال شدن الگوهای پایدار ناکارآمد است، طرحواره‌درمانی بافتاری می‌تواند گزینه مناسبی باشد. در مقابل، برای مددجویانی که با نشانگان استرس، آشفتگی هیجانی، اجتناب از تجربه‌های دردناک، اضطراب و فشار عاطفی شدید مواجه‌اند، درمان هیجان‌مدار می‌تواند کاربرد بیشتری داشته باشد. همچنین توصیه می‌شود درمانگران پیش از انتخاب مداخله، ارزیابی اولیه دقیقی از نیاز غالب مددجو انجام دهند و مداخله را متناسب با سطح آسیب، منابع حمایتی، توان شناختی و شرایط جسمانی فرد طراحی کنند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Abouei, & Amiri. (2019). The Relationship of Frustration Tolerance, Deficits in Cognitive Emotion Regulation, and Perceived Stress with Depressive Symptoms. *Journal of Disability Studies*, 9, 79.

- Riley, J. A., Wilson, E. J., Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2026). Exploring the role of early maladaptive schemas and intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 199-217. <https://doi.org/10.1111/bjc.70012>
- Stevens, B. A., & Roediger, E. (2020). *Breaking Negative Relationship Patterns: A Schema Therapy Self-Help and Support Book* (J. Najmabadizadeh, M. Mottaghian, & M. J. Piramen, Trans.). Gisoom.
- Taj Iliayifar, S. G., Alipanah, S., Majidpour, Z., Ghanbarnezhad, M., Aghayee, N., & Pourmohammad ghouchani, K. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Frustration Tolerance and Internalized Shame in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(4), 103-116. <https://doi.org/10.61838/qecp.111>
- Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology* (M. Badiie Aval, M. Rafiei Shafigh, & Z. Seyedzadeh, Trans.). Far-Angizesh Publications.
- Veisi, S., Bahrami, A., Ghaffari, M., Ahmadifar, M., Ramezanpour, A., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2026). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Interventions Focused on Intolerance of Uncertainty on Referential Thoughts, Thought-Action Fusion, and Cognitive Avoidance in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Cognition, Behavior, Learning*, 1-12. <https://journalcbl.com/index.php/jcbl/article/view/384>
- Wang, T. Y., Park, C., Zhang, H., Rahimpour, S., Murphy, K. R., Goodwin, C. R., & Abd-El-Barr, M. M. (2021). Management of Acute Traumatic Spinal Cord Injury: A Review of the Literature. *Frontiers in Surgery*, 8, 698736. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.698736>
- Zamiri, A., & Zamani, S. (2019). The Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive Therapy on Quality of Life and Social Adjustment in Mothers of Children with Intellectual Disability. *Lifestyle Journal with a Health-Oriented Approach*, 3, 11-20.