

Comparing the Effectiveness of Contextual Schema Therapy and Schema Mode Therapy on Mental Health in Individuals with Migraine

1. Rasool Norouzieh[✉]: PhD Student, Department of Counseling, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran
2. Mehdi Ghasemi Motlagh^{✉*}: Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran
3. Seyed Hossein Mirzaei[✉]: Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

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

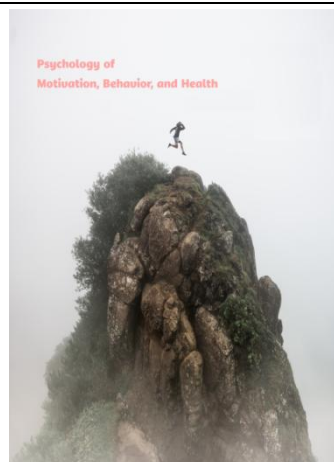
Received: 2026-04-29

Revised: 2026-07-23

Accepted: 2026-07-30

Initial Publish: 2026-08-04

Final Publish: 2027-04-21



Abstract

Introduction and Aim: Migraine is associated not only with disabling physical symptoms but also with considerable psychological consequences, including anxiety, depression, impaired social functioning, and reduced mental health. This study aimed to compare the effectiveness of schema mode therapy and contextual schema therapy in improving the mental health of individuals with migraine.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population consisted of individuals with migraine of psychological origin who attended counseling and psychological treatment centers in Mashhad, Iran, in 2024. Thirty-six eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three 12-member groups: schema mode therapy, contextual schema therapy, and control. Each experimental group received eight weekly 90-minute intervention sessions, whereas the control group was placed on a waiting list. Data were collected at pretest, posttest, and follow-up using the 28-item General Health Questionnaire. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc comparisons in SPSS version 24.

Findings: The main effects of time and group and the time-by-group interaction were statistically significant for overall mental health and its dimensions of somatic symptoms, anxiety, social dysfunction, and depression ($p < 0.01$). Pairwise comparisons indicated that both schema mode therapy and contextual schema therapy produced significant improvements in overall mental health and all its dimensions compared with the control group ($p < 0.05$). No statistically significant differences were found between the two intervention groups for overall mental health or any of its dimensions ($p > 0.05$). In both experimental groups, changes from pretest to posttest and from pretest to follow-up were significant, whereas differences between posttest and follow-up were not significant, indicating that the therapeutic improvements were maintained over the three-month follow-up period.

Conclusion: Schema mode therapy and contextual schema therapy are both effective and comparably efficient interventions for improving mental health in individuals with migraine. Depending on patients' individual characteristics, maladaptive schema patterns, and therapeutic preferences, either approach may be used as a complementary psychological intervention alongside conventional medical and pharmacological treatments for migraine.

Keywords: Migraine, Schema Mode Therapy, Contextual Schema Therapy, Mental Health.

How to Cite: Norouzieh, R., Ghasemi Motlagh, M. G., & Mirzaei, S. H. (2027). Comparing the Effectiveness of Contextual Schema Therapy and Schema Mode Therapy on Mental Health in Individuals with Migraine. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(1), 1-21.



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

Migraine is a prevalent and disabling neurological disorder characterized by recurrent headache attacks that may be accompanied by nausea, vomiting, photophobia, phonophobia, cognitive difficulties, and substantial restrictions in daily functioning. Although migraine has a clear neurobiological basis, its clinical expression and associated disability are influenced by psychological, behavioral, interpersonal, and environmental factors. Consequently, migraine should not be understood solely as an episodic pain condition, but as a multidimensional disorder capable of affecting occupational performance, family relationships, social participation, emotional stability, and general well-being (Al-Hassany et al., 2023). The unpredictability of attacks, fear of recurrence, difficulty planning daily activities, and repeated disruption of personal responsibilities may expose patients to persistent psychological pressure and reduce their perceived control over life.

The biopsychosocial model provides a comprehensive framework for understanding the complexity of migraine. According to this perspective, biological vulnerability interacts with emotional arousal, cognitive interpretations, coping behaviors, interpersonal relationships, and environmental demands in determining the severity and consequences of the disorder (Grazzi et al., 2022). Psychological factors do not imply that migraine is imaginary or exclusively psychogenic; rather, they influence how pain is interpreted, managed, and integrated into daily life. Catastrophic interpretations of bodily sensations, excessive attention to early symptoms, avoidance of social or occupational activities, and fear of triggering an attack may intensify perceived disability. The clinical application of the biopsychosocial model therefore supports the integration of psychological interventions with routine neurological and pharmacological care (Rosignoli et al., 2022).

Mental health is one of the most important psychological outcomes affected by migraine. Recurrent or chronic attacks may be accompanied by somatic distress, anxiety, sleep disturbance, impaired social functioning, hopelessness, and depressive symptoms. Evidence indicates that patients with chronic migraine experience poorer mental health outcomes and greater psychosocial impairment than individuals without recurrent headache disorders (Merill & Gibbons, 2023). Moreover, the relationship

between pain and psychological distress is reciprocal. Greater pain severity may increase anxiety, depression, helplessness, and functional impairment, while emotional distress may reduce pain tolerance, increase physiological arousal, and amplify attention to bodily symptoms (Penzian & Irby, 2024). The comorbidity of migraine and depression has therefore encouraged the development of multidimensional models that consider the interaction of bodily processes, cognition, emotion, behavior, and context (Gazerani, 2025).

Schema therapy offers a potentially useful framework for addressing these psychological processes. Early maladaptive schemas are enduring patterns of memories, emotions, cognitions, and bodily sensations that develop when basic emotional needs are not adequately met. Schemas such as vulnerability to harm or illness, defectiveness and shame, dependence and incompetence, emotional deprivation, abandonment, and emotional inhibition may influence how patients interpret and respond to migraine symptoms (Young et al., 2010). For example, a patient with a vulnerability schema may perceive the onset of headache as evidence of imminent catastrophe, whereas a patient with a defectiveness schema may interpret reduced functioning during an attack as proof of personal weakness. Schema activation may therefore intensify anxiety, self-criticism, avoidance, and social withdrawal.

Schema mode therapy focuses on temporary emotional, cognitive, and behavioral states that become activated in particular situations. In patients with migraine, the vulnerable child mode may involve fear, helplessness, loneliness, or an urgent need for protection, while the punitive or demanding parent mode may generate self-blame and criticism for being unable to function normally. Maladaptive coping modes may appear as emotional avoidance, withdrawal, excessive medication use, surrender, or overcontrol. Schema mode therapy seeks to identify these states, reduce the influence of dysfunctional modes, support the vulnerable child, and strengthen the healthy adult mode through cognitive, experiential, behavioral, and relational techniques (Farrell et al., 2014). Previous research has shown that mode-focused schema therapy can improve emotion regulation and mental health in patients with migraine (Ahmadi & Vahedi, 2022).

Contextual schema therapy represents an integrative development of schema therapy that emphasizes the interaction between schemas and the patient's current environment. Rather than examining maladaptive

patterns only in relation to childhood experiences, this approach explores how contemporary relationships, situational triggers, avoidance behaviors, and emotional responses activate and maintain schemas in everyday life (Roediger et al., 2018). Contextual schema therapy also incorporates principles associated with acceptance, mindfulness, cognitive defusion, psychological flexibility, and committed action. These processes help patients alter their relationship with distressing thoughts and feelings rather than attempting to eliminate all unpleasant internal experiences (Hayes et al., 2019). Such an approach may be particularly relevant to migraine because excessive efforts to control pain, avoid triggers, or prevent all emotional discomfort can restrict daily activities and reinforce disability.

Evidence from chronic pain research supports the application of schema-based and contextual interventions. Contextual therapies have been associated with increased pain acceptance and reduced emotional avoidance in patients with chronic pain (Yousefi, 2021). Contextual schema therapy has also improved quality of life among patients with migraine, indicating that its effects may extend to physical, psychological, and social dimensions of functioning (Gol et al., 2024). Group schema therapy has been found to improve resilience and subjective well-being and reduce hopelessness in patients with chronic pain (Koushanfar et al., 2025). Similarly, an integrated intervention combining acceptance and commitment therapy with schema therapy reduced perceived stress, hopelessness, and suicidal ideation among women with chronic pain (Azhdari et al., 2025). Schema therapy has consequently been proposed as a promising direction for behavioral and psychological management of migraine (Guler, 2025).

Despite these findings, direct comparisons between schema mode therapy and contextual schema therapy remain limited. Both approaches target maladaptive schemas, self-critical internal states, emotional dysregulation, and dysfunctional coping, but they differ in their principal therapeutic emphasis. Schema mode therapy gives greater attention to momentary modes and the relationships among vulnerable, critical, coping, and healthy parts of the self, whereas contextual schema therapy places stronger emphasis on current contexts, experiential avoidance, psychological flexibility, and behavioral change in real-life situations. The General Health Questionnaire provides a multidimensional assessment of somatic symptoms, anxiety, social dysfunction, and depression and has demonstrated acceptable psychometric properties in Iranian samples (Naeiniyan

et al., 2014). Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of schema mode therapy and contextual schema therapy in improving mental health among individuals with migraine.

Methodology

The study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population included individuals with migraine and notable psychological components who attended counseling and psychological treatment centers in Mashhad, Iran, during 2024. Participants were initially screened using the 28-item General Health Questionnaire. Individuals whose scores were at least one standard deviation above the sample mean, indicating poorer mental health, were invited to participate in a clinical assessment. Migraine diagnosis was confirmed according to the International Classification of Headache Disorders criteria and by a neurologist. Eligible participants had migraine with or without aura, an average pain intensity of at least 4 out of 10 during the previous three months, stable migraine medication for at least three months, no severe psychiatric disorder requiring immediate treatment, no substance abuse, sufficient motivation to attend group sessions, an age range of 18 to 55 years, and at least a high school diploma.

Thirty-six eligible participants provided written informed consent and were randomly assigned to schema mode therapy, contextual schema therapy, or control groups, with 12 participants in each group. Exclusion criteria included absence from more than two sessions, development of an acute psychological crisis, diagnosis of another psychiatric condition requiring treatment priority, changes in medication or headache diagnosis, substance use during the study, withdrawal from participation, or failure to complete posttest or follow-up assessments.

Mental health was measured using the 28-item General Health Questionnaire. The instrument comprises four seven-item subscales assessing somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction, and severe depression. Items are rated on a four-point Likert scale, producing a total score ranging from 0 to 84. Higher scores indicate poorer mental health. The questionnaire was administered at pretest, immediately after treatment, and three months after completion of the interventions.

The schema mode therapy group received eight weekly 90-minute group sessions. The protocol included therapeutic alliance building, psychoeducation about the biopsychosocial nature of

migraine, identification of schemas and coping styles, recognition of vulnerable child and critical parent modes, imagery work, limited reparenting, chair work, emotional regulation, interpersonal mentalizing, behavioral pattern breaking, strengthening of the healthy adult mode, and relapse prevention.

The contextual schema therapy group also received eight weekly 90-minute sessions. Treatment included contextual case formulation, identification of schema triggers in current life situations, exploration of developmental origins, emotional imagery, reduction of critical mode responses, acceptance of distressing experiences, modification of avoidance patterns, development of adaptive interpersonal behaviors, distress tolerance, self-compassion, strengthening of the healthy adult mode, and relapse-prevention planning. Both interventions were delivered by the same therapist, who had at least five years of clinical experience in cognitive-behavioral and schema-based therapies. The control group received no psychological intervention during the study and remained on a waiting list.

Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measures analysis of variance in SPSS version 24. Normality was examined using the Shapiro–Wilk test, homogeneity of variances using Levene’s test, and sphericity using Mauchly’s test. Bonferroni post hoc comparisons were applied to identify differences between groups and measurement occasions. Statistical significance was set at 0.05, and partial eta squared was reported as the measure of effect size.

Findings

The participants consisted of 36 individuals equally distributed across the three study groups. Mean ages in the schema mode therapy, contextual schema therapy, and control groups were 33.73, 33.75, and 36.33 years, respectively. The schema mode therapy group included five women and seven men, the contextual schema therapy group included seven women and five men, and the control group included six women and six men.

Descriptive findings indicated substantial reductions in mental health questionnaire scores in both intervention groups. In the schema mode therapy group, the mean total mental health score decreased from 64.92 at pretest to 47.33 at posttest and remained at 48.00 at follow-up. In the contextual schema therapy group, the corresponding mean decreased from 66.33 to 47.92 and then to 46.92. The control group showed no stable improvement, with means of

67.25, 63.25, and 67.25 across the three assessments. Similar improvement patterns were observed for somatic symptoms, anxiety, social dysfunction, and depression in both treatment groups.

The assumptions required for repeated-measures analysis were adequately satisfied. Shapiro–Wilk tests were nonsignificant for all variables across the three groups, and Levene’s tests supported homogeneity of variances at pretest, posttest, and follow-up. Where necessary, corrected degrees of freedom were used.

Repeated-measures analysis demonstrated significant effects of time, group, and the time-by-group interaction for total mental health. The effect of time was $F=62.74$, $p<0.001$, with a partial eta squared of 0.65. The group effect was $F=12.15$, $p<0.001$, with a partial eta squared of 0.42, and the interaction effect was $F=11.45$, $p<0.001$, with a partial eta squared of 0.41.

Significant time, group, and interaction effects were also found for all subscales. For somatic symptoms, the interaction was $F=26.08$, $p<0.001$, partial eta squared=0.61. For anxiety, the interaction was $F=11.19$, $p<0.001$, partial eta squared=0.40. For social dysfunction, the interaction was $F=19.19$, $p<0.001$, partial eta squared=0.53. For depression, the interaction was $F=27.40$, $p<0.001$, partial eta squared=0.62.

Bonferroni comparisons showed that both schema mode therapy and contextual schema therapy produced significantly lower total mental health scores than the control condition. Both interventions also outperformed the control group in somatic symptoms, anxiety, social dysfunction, and depression. However, no statistically significant difference was found between the two intervention groups for the total score or any subscale. Within-group comparisons showed significant improvement from pretest to posttest and from pretest to follow-up in both intervention groups. Differences between posttest and follow-up were generally nonsignificant, indicating maintenance of treatment gains over three months. No significant changes were observed across the three assessments in the control group.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both schema mode therapy and contextual schema therapy were effective in improving mental health among individuals with migraine. The significant time-by-group interactions indicated that the observed changes were not attributable merely to repeated measurement or the passage of time. Instead, participants who received

either psychological intervention showed greater reductions in somatic distress, anxiety, social dysfunction, and depressive symptoms than those in the control group.

Schema mode therapy may have improved mental health by helping patients recognize the emotional and cognitive states activated by pain. Identifying vulnerable, critical, and avoidant modes may have reduced confusion about emotional reactions and increased the capacity to respond through a healthier and more balanced mode. Techniques such as imagery, chair work, limited reparenting, emotional validation, and behavioral pattern breaking may have reduced self-criticism, helplessness, and catastrophic interpretations of migraine symptoms. As patients became better able to understand the relationship between pain, emotional needs, and coping reactions, their anxiety and depressive symptoms may have decreased.

Contextual schema therapy may have produced improvement by helping patients recognize how present-day situations, interpersonal interactions, and avoidance patterns maintained psychological distress. Acceptance-based and context-sensitive techniques may have reduced the need to control every internal sensation or avoid all potentially difficult situations. Increased psychological flexibility could allow patients to remain involved in valued activities despite uncertainty about migraine attacks. Reductions in avoidance and greater use of adaptive interpersonal behavior may therefore explain improvements in social functioning and emotional well-being.

Both treatments also reduced somatic symptom scores. This finding does not imply that psychological intervention eliminated the neurological basis of migraine. Instead, treatment may have altered the psychological amplification of bodily symptoms by reducing hypervigilance, catastrophic interpretation, emotional arousal, and maladaptive coping. Improved regulation of anxiety and increased perceived control

may have changed how physical sensations were experienced and reported.

The absence of a significant difference between the two interventions is likely related to their shared therapeutic foundations. Both approaches identify maladaptive schemas, reduce the influence of the critical mode, support the vulnerable part of the patient, strengthen healthy adult functioning, and replace dysfunctional coping patterns. Their differences concern therapeutic emphasis rather than entirely distinct mechanisms. Schema mode therapy focuses more directly on internal states and emotional parts, whereas contextual schema therapy emphasizes present contexts, acceptance, and flexible action. These different pathways may nevertheless produce comparable improvements in general mental health.

The stability of treatment gains at follow-up is clinically important. Both interventions included relapse-prevention planning, identification of triggers, reinforcement of emotional regulation skills, and development of healthier responses to pain. The absence of substantial deterioration between posttest and follow-up suggests that participants continued to apply the acquired skills after treatment ended.

In conclusion, schema mode therapy and contextual schema therapy were both effective in improving overall mental health and reducing somatic symptoms, anxiety, social dysfunction, and depression in individuals with migraine. Neither intervention demonstrated superiority over the other. Therefore, treatment selection may reasonably be based on patient characteristics, dominant schemas and modes, degree of experiential avoidance, interpersonal difficulties, treatment preference, and therapist expertise. Both approaches can be considered complementary psychological interventions alongside neurological and pharmacological treatment for migraine.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری با طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر سلامت روان افراد مبتلا به میگرن

۱. رسول نوروزیه^{ID}: دانشجوی دکتری مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۲. مهدی قاسمی مطلق^{ID}: گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۲. سید حسین میرزایی^{ID}: گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: mehdi.gasemi@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۱۳

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۸

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۰۹

چکیده

مقدمه و هدف: میگرن افزون بر نشانه‌های جسمانی، با پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌ای مانند اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و کاهش سلامت روان همراه است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری بر سلامت روان افراد مبتلا به میگرن انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به میگرن با منشأ روان‌شناختی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد در سال ۲۰۲۴ بود. تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، طرحواره درمانی بافتاری و گواه گمارده شدند. گروه‌های آزمایش، هریک هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله هفتگی دریافت کردند، درحالی‌که گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در سه مرحله گردآوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر زمان، عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه بر نمره کل سلامت روان و مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی معنادار بود ($p < 0.01$). مقایسه‌های زوجی نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه، موجب کاهش معنادار نمره کل سلامت روان و همه مؤلفه‌های آن شدند ($p < 0.05$). بین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری در هیچ‌یک از متغیرها تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$). همچنین، تغییرات حاصل از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش معنادار بود، اما تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که بیانگر پایداری آثار درمانی در دوره پیگیری سه‌ماهه است.

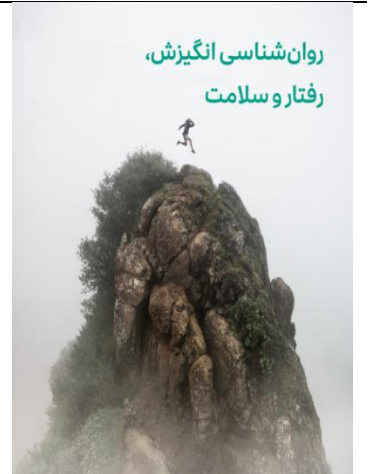
نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری، هر دو مداخلاتی اثربخش و با کارآمدی مشابه برای بهبود سلامت روان افراد مبتلا به میگرن هستند. این رویکردها می‌توانند بر اساس ویژگی‌های فردی، الگوهای طرحواره‌ای و ترجیحات بیماران، به عنوان مداخلات مکمل در کنار درمان‌های پزشکی و دارویی میگرن به کار گرفته شوند.

کلیدواژه‌گان: میگرن، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، طرحواره درمانی بافتاری، سلامت روان.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ 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.

روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: نوروزیه، رسول، قاسمی مطلق، مهدی، و میرزایی، سید حسین. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری با طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر سلامت روان افراد مبتلا به میگرن. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۱)، ۱-۲۱.

مقدمه

میگرن یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات عصبی است که با حملات عودکننده سردرد، حساسیت به نور و صدا، تهوع، اختلال در تمرکز و کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره شناخته می‌شود. این اختلال صرفاً یک تجربه گذرای درد نیست، بلکه می‌تواند عملکرد فرد را در حوزه‌های خانوادگی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی به‌طور گسترده مختل سازد. ماهیت دوره‌ای، پیش‌بینی‌ناپذیر و گاه مزمن حملات میگرن سبب می‌شود بیماران علاوه بر تحمل درد جسمانی، با نگرانی مداوم درباره زمان وقوع حمله بعدی، محدودیت در برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و احساس کاهش کنترل بر زندگی مواجه شوند. شواهد بالینی نشان می‌دهد که میگرن از یک‌سو تحت تأثیر سازوکارهای عصبی-عروقی، ژنتیکی و هورمونی قرار دارد و از سوی دیگر، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی می‌توانند در شروع، تشدید، تداوم و پیامدهای آن نقش مهمی ایفا کنند (Al-Hassany et al., 2023). از این‌رو، درک جامع این اختلال مستلزم عبور از تبیین‌های صرفاً زیست‌پزشکی و توجه هم‌زمان به تعامل میان عوامل زیستی، شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی است.

رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، میگرن را حاصل تعامل پیچیده‌ای میان آمادگی‌های زیستی، پردازش روان‌شناختی درد، هیجان‌های منفی، رفتارهای مقابله‌ای و شرایط محیطی می‌داند. در این چارچوب، شدت ناتوانی ناشی از میگرن الزاماً با شدت آسیب زیستی یکسان نیست، بلکه نحوه تفسیر فرد از درد، سطح اضطراب، انتظارات منفی، احساس درماندگی، کیفیت روابط اجتماعی و شیوه مدیریت محرک‌ها نیز در تعیین تجربه نهایی بیماری نقش دارند. هنگامی که درد به‌عنوان نشانه‌ای کنترل‌ناپذیر، خطرناک و ناتوان‌کننده تفسیر می‌شود، احتمال افزایش گوش‌به‌زنگی بدنی، اجتناب از فعالیت، انزوای اجتماعی و تشدید پریشانی روان‌شناختی بیشتر می‌شود (Grazzi et al., 2022). همچنین، کاربرد مدل زیستی-روانی-اجتماعی در میگرن نشان می‌دهد که محدود کردن درمان به کنترل دارویی حملات، برای پاسخ‌گویی به تمام ابعاد بیماری کافی نیست و مداخلات روان‌شناختی باید به‌عنوان بخشی از مدیریت جامع میگرن مورد توجه قرار گیرند (Rosignoli et al., 2022).

یکی از مهم‌ترین پیامدهای میگرن، آسیب به سلامت روان است. سلامت روان مفهومی چندبعدی است که صرفاً به فقدان اختلال روانی محدود نمی‌شود، بلکه توانایی فرد برای تنظیم هیجان، مقابله با فشارهای زندگی، ایفای نقش‌های اجتماعی، حفظ روابط رضایت‌بخش و تجربه احساس کفایت و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد. افراد مبتلا به میگرن، به‌ویژه در صورت تکرار و مزمن شدن حملات، ممکن است نشانه‌های جسمانی بیشتری را گزارش کنند، سطح بالاتری از اضطراب و افسردگی داشته باشند، از خواب نامناسب رنج ببرند و در انجام مسئولیت‌های اجتماعی و حرفه‌ای با اختلال مواجه شوند. بررسی پیامدهای روان‌شناختی در بیماران مبتلا به میگرن مزمن نشان داده است که این افراد در مقایسه با جمعیت عمومی، بیشتر در معرض افت سلامت روان، ناامیدی، کناره‌گیری اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند (Merill & Gibbons, 2023). بنابراین، سلامت روان نه‌تنها یکی از پیامدهای اصلی میگرن، بلکه متغیری تعیین‌کننده در شدت ادراک درد، میزان ناتوانی و پاسخ بیمار به درمان محسوب می‌شود.

رابطه میان درد میگرنی و سلامت روان، رابطه‌ای خطی و یک‌سویه نیست. افزایش شدت و فراوانی درد می‌تواند با کاهش خلق، افزایش اضطراب، احساس بی‌کفایتی و افت عملکرد اجتماعی همراه شود؛ در مقابل، اضطراب، افسردگی، تنش هیجانی و احساس فقدان کنترل نیز ممکن است آستانه تحمل درد را کاهش دهند و ادراک شدت حملات را افزایش دهند. به بیان دیگر، درد و پریشانی روان‌شناختی می‌توانند در قالب یک چرخه متقابل، یکدیگر را تقویت کنند. یافته‌های مربوط به ارتباط شدت درد با پیامدهای سلامت روان در بیماران مبتلا به میگرن نشان داده‌اند که هرچه درد شدیدتر و مداوم‌تر باشد، احتمال بروز نشانه‌های اضطرابی، افسردگی و اختلال در کارکرد روزانه افزایش می‌یابد (Penzian & Irby, 2024). این یافته‌ها ضرورت استفاده از مداخلاتی را برجسته می‌سازند که افزون بر کاهش نشانه‌های آشکار، الگوهای شناختی، هیجانی و رفتاری تداوم‌بخش رابطه میان درد و پریشانی را نیز هدف قرار دهند.

در سال‌های اخیر، همبودی میگرن و افسردگی به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم در درمان این بیماران مورد توجه قرار گرفته است. وجود افسردگی می‌تواند انگیزه بیمار برای پیگیری درمان، انجام

فعالیت‌های سازگاران و استفاده مؤثر از راهبردهای خودمراقبتی را کاهش دهد. از سوی دیگر، تجربه مکرر درد، محدودیت‌های ناشی از بیماری و پیش‌بینی ناپذیری حملات می‌تواند زمینه را برای شکل‌گیری احساس درماندگی، ناامیدی و کاهش مشارکت اجتماعی فراهم سازد. الگوهای جدید تبیین میگرد و افسردگی بر ضرورت درک بیمار در بستر تعامل میان بدن، ذهن، محیط و تجربه زیسته تأکید دارند و نشان می‌دهند که درمان مؤثر باید بتواند هم‌زمان سازوکارهای عصب‌شناختی، هیجانی، شناختی و زمینه‌ای را در نظر گیرد (Gazerani, 2025). این دیدگاه با نیاز به مداخلات چندبعدی و انعطاف‌پذیر در درمان بیماران مبتلا به میگرن همسو است.

در کنار عوامل هیجانی و محیطی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند نقش مهمی در آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به میگرن داشته باشند. طرحواره‌ها الگوهای عمیق، پایدار و فراگیری از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی هستند که در مراحل اولیه زندگی و در نتیجه ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند. طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی، رهاشدگی، نقص و شرم، وابستگی و بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، ایثار افراطی و بازداری هیجانی می‌توانند بر نحوه تفسیر فرد از درد و توانایی او برای مقابله با بیماری اثر بگذارند. برای مثال، فردی با طرحواره آسیب‌پذیری ممکن است هر نشانه جسمانی را علامت وقوع یک پیامد فاجعه‌آمیز بداند، درحالی‌که فردی با طرحواره نقص و شرم ممکن است محدودیت‌های ناشی از میگرن را نشانه ضعف شخصی تلقی کند. طرحواره درمانی با هدف شناسایی و اصلاح این الگوهای عمیق و تقویت شیوه‌های سازگاران‌تر پاسخ‌گویی به نیازهای هیجانی طراحی شده است (Young et al., 2010).

فعال شدن طرحواره‌ها معمولاً در قالب ذهنیت‌های طرحواره‌ای آشکار می‌شود. ذهنیت‌ها حالت‌های هیجانی، شناختی و رفتاری موقتی هستند که در پاسخ به موقعیت‌های خاص فعال می‌شوند و می‌توانند تجربه فرد را در لحظه سازمان‌دهی کنند. در افراد مبتلا به درد مزمن یا میگرن، ذهنیت کودک آسیب‌پذیر ممکن است با احساس ترس، درماندگی و نیاز شدید به حمایت همراه باشد؛ ذهنیت والد تنبیه‌گر یا منتقد می‌تواند به خودسرزنشگری، بی‌اعتبارسازی نیازها و شرم منجر شود؛ و ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار ممکن است

به شکل اجتناب، انزوا، تسلیم، مصرف افراطی دارو یا رفتارهای کنترل‌گرانه ظاهر شوند. در مقابل، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم به فرد کمک می‌کند تجربه درد را واقع‌بینانه‌تر ارزیابی کند، نیازهای خود را بشناسد، از مهارت‌های تنظیم هیجان استفاده کند و در برابر حملات میگرن پاسخ‌هایی انعطاف‌پذیرتر نشان دهد. رویکرد مبتنی بر ذهنیت در طرحواره درمانی به‌طور ویژه بر شناسایی، نام‌گذاری، اعتباربخشی و تعدیل این حالت‌ها تمرکز دارد (Farrell et al., 2014).

طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت از طریق ترکیب تکنیک‌های شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای، به بیمار کمک می‌کند میان درد جسمانی، هیجان‌های فعال‌شده، خاطرات گذشته، نیازهای هیجانی و واکنش‌های مقابله‌ای ارتباط برقرار کند. بازوالدینی حدودمرزدار، تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی صندلی‌ها، الگوشکنی رفتاری و آموزش تشخیص ذهنیت‌ها از جمله مؤلفه‌های اصلی این رویکرد هستند. در بیماران مبتلا به میگرن، این فنون می‌توانند به کاهش خودانتقادگری، بهبود درک و بیان نیازها، کاهش واکنش‌های تکانشی، افزایش تحمل هیجان و اصلاح تفسیرهای تهدیدآمیز از نشانه‌های جسمانی کمک کنند. یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده‌اند که طرحواره درمانی متمرکز بر ذهنیت می‌تواند تنظیم هیجان و سلامت روان بیماران مبتلا به میگرن را بهبود بخشد و از شدت پریشانی روان‌شناختی آنان بکاهد (Ahmadi & Vahedi, 2022). این شواهد نشان می‌دهد که پرداختن به ذهنیت‌های فعال در زمان درد می‌تواند یکی از مسیرهای مؤثر برای ارتقای سلامت روان در این بیماران باشد.

در کنار رویکرد مبتنی بر ذهنیت، طرحواره درمانی بافتاری به‌عنوان شکل یکپارچه‌تر و زمینه‌محور طرحواره درمانی مطرح شده است. این رویکرد بر این اصل تأکید دارد که طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها در خلأ فعال نمی‌شوند، بلکه بافت جاری زندگی، روابط بین‌فردی، محرک‌های محیطی، قواعد فرهنگی و الگوهای رفتاری فرد در فعال‌سازی و تداوم آن‌ها نقش دارند. در طرحواره درمانی بافتاری، درمانگر علاوه بر بررسی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، به این موضوع توجه می‌کند که فرد در شرایط فعلی چگونه با افکار، هیجان‌ها و موقعیت‌های دردناک رابطه برقرار می‌کند. هدف درمان

تنها حذف افکار یا احساسات منفی نیست، بلکه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربی، اصلاح الگوهای تعاملی و کمک به فرد برای انجام رفتارهای سازگارانه در حضور درد و هیجان‌های ناخوشایند است (Roediger et al., 2018).

طرحواره‌درمانی بافتاری از برخی اصول درمان‌های موج سوم، به‌ویژه پذیرش، ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی و اقدام متعهدانه، بهره می‌گیرد. در این چارچوب، تلاش افراطی برای کنترل یا حذف درد و هیجان‌های مرتبط با آن ممکن است به تشدید اجتناب، محدود شدن دامنه زندگی و افزایش حساسیت نسبت به نشانه‌های جسمانی منجر شود. آموزش پذیرش به بیمار کمک می‌کند بدون تسلیم شدن در برابر بیماری، حضور درد و هیجان‌های دشوار را بپذیرد و هم‌زمان در جهت ارزش‌ها و اهداف معنادار زندگی حرکت کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش کنترل ناکارآمد تجربه‌های درونی تأکید دارد (Hayes et al., 2019). ادغام این اصول با طرحواره‌درمانی می‌تواند به بیماران مبتلا به میگرن کمک کند تا ضمن شناسایی ریشه‌های عمیق الگوهای ناسازگار، پاسخ‌های مؤثرتری در بافت واقعی زندگی روزمره ایجاد کنند.

یکی از سازوکارهای مهم در طرحواره‌درمانی بافتاری، کاهش اجتناب هیجانی و افزایش پذیرش درد است. بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن برای جلوگیری از تجربه ناراحتی، فعالیت‌های اجتماعی، حرفه‌ای یا بدنی خود را محدود می‌کنند. اگرچه این اجتناب ممکن است در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش دهد، در بلندمدت به کاهش اعتمادبه‌نفس، افت عملکرد، افزایش تمرکز بر درد و تضعیف سلامت روان منجر می‌شود. شواهد نشان داده‌اند که درمان‌های بافتاری می‌توانند پذیرش درد را افزایش دهند و اجتناب هیجانی را در بیماران مبتلا به درد مزمن کاهش دهند (Yousefi, 2021). از این منظر، طرحواره‌درمانی بافتاری می‌تواند با تغییر رابطه فرد با درد، اصلاح الگوهای اجتنابی و افزایش مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند، به بهبود مؤلفه‌های مختلف سلامت روان کمک کند.

مطالعات انجام‌شده در زمینه میگرن نیز از ظرفیت درمانی رویکرد بافتاری حمایت کرده‌اند. در پژوهشی درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن،

بهبود معناداری در شاخص‌های جسمانی و روانی گزارش شد و نتایج نشان داد که این رویکرد می‌تواند محدودیت‌های ناشی از بیماری و پیامدهای منفی آن را کاهش دهد (Gol et al., 2024). اهمیت این یافته در آن است که کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به میگرن ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند و هر مداخله‌ای که بتواند انعطاف‌پذیری، مشارکت اجتماعی و تنظیم هیجان را بهبود بخشد، احتمالاً بر سلامت روان نیز اثر مثبت خواهد داشت. افزون بر این، طرحواره‌درمانی در حوزه میگرن به‌عنوان یک رویکرد امیدبخش برای آینده درمان‌های رفتاری سردرد مطرح شده است، زیرا می‌تواند به‌جای تمرکز صرف بر نشانه، ساختارهای عمیق و تداوم‌بخش پریشانی را هدف قرار دهد (Guler, 2025).

شواهد مربوط به درد مزمن نیز اهمیت مداخلات طرحواره‌محور را تقویت می‌کند. درد مزمن از نظر تجربه روان‌شناختی و محدودیت‌های عملکردی، شباهت‌های مهمی با میگرن عودکننده دارد و اغلب با کاهش تاب‌آوری، افزایش ناامیدی، افت بهزیستی و اختلال در سلامت روان همراه است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به درد مزمن را افزایش دهد و ناامیدی آنان را کاهش دهد (Koushanfar et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم می‌تواند به بازسازی منابع روان‌شناختی بیمار و افزایش توانایی او برای سازگاری با شرایط مزمن کمک کند.

همچنین، ادغام طرحواره‌درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند اثربخشی بیشتری در کاهش شاخص‌های منفی روان‌شناختی داشته باشد. در یک مطالعه گروهی بر زنان مبتلا به درد مزمن، مداخله تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی موجب کاهش استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی و ناامیدی شد (Azhdari et al., 2025). این نتایج از این فرض حمایت می‌کنند که ترکیب کار عمیق بر طرحواره‌ها با آموزش پذیرش، گسلش شناختی و اقدام متعهدانه می‌تواند هم سازوکارهای ریشه‌ای و هم فرایندهای جاری تداوم‌بخش پریشانی را تحت تأثیر قرار دهد. طرحواره‌درمانی بافتاری نیز بر همین همگرایی نظری استوار است و می‌کوشد ضمن توجه به گذشته تحولی فرد، پاسخ‌های او را در بستر فعلی زندگی تغییر دهد.

متناسب با ویژگی‌های بیماران و ادغام مؤثرتر درمان روان‌شناختی با مراقبت‌های پزشکی کمک کند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری بر سلامت روان و مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در افراد مبتلا به میگرن انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به میگرن با مؤلفه‌ها و علل روان‌شناختی تشکیل دادند که در سال ۲۰۲۴ به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند و بر اساس نتایج اولیه پرسشنامه سلامت عمومی انجام شد. بدین منظور، در مرحله نخست پرسشنامه سلامت عمومی در اختیار مراجعان مراکز مشاوره و روان‌شناسی قرار گرفت و افرادی که نمره آنان دست‌کم یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود و بر اساس شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه از سطح نامطلوب‌تری از سلامت روان برخوردار بودند، به‌عنوان افراد واجد شرایط اولیه شناسایی شدند. سپس با این افراد تماس گرفته شد و از آنان برای شرکت در مصاحبه بالینی اولیه دعوت به عمل آمد. در این مصاحبه، وجود میگرن بر اساس معیارهای تشخیصی و طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد، ویرایش سوم، بررسی شد. تشخیص نهایی میگرن با تأیید پزشک متخصص مغز و اعصاب و با توجه به نوع سردرد، شامل میگرن همراه با اورا یا بدون اورا، و شدت درد صورت گرفت. برای ورود به مطالعه لازم بود میانگین شدت سردرد شرکت‌کنندگان در سه ماه گذشته حداقل ۴ از ۱۰ در مقیاس دیداری درد باشد. پس از بررسی معیارهای لازم، توضیح اهداف و مراحل پژوهش، تشریح ماهیت جلسات درمانی و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، ۳۶ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، گروه طرحواره درمانی بافتاری و گروه گواه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل برخورداری از تشخیص سردرد میگرنی همراه با مؤلفه‌های روان‌شناختی بر اساس معیارهای ICHD-

با وجود اشتراک‌های نظری، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری از نظر نقطه تمرکز و مسیر تغییر تفاوت‌هایی دارند. رویکرد مبتنی بر ذهنیت بیشتر بر شناسایی حالت‌های فعال، تنظیم روابط میان کودک آسیب‌پذیر، والد منتقد و بزرگسال سالم و پردازش تجربی هیجان‌ها تأکید می‌کند. در مقابل، رویکرد بافتاری توجه بیشتری به رابطه فرد با تجربه درونی، شرایط فعال‌کننده طرحواره‌ها، اجتناب تجربی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تغییر رفتار در موقعیت‌های واقعی زندگی دارد. با این حال، هر دو رویکرد می‌کوشند خودانتقادگری را کاهش دهند، نیازهای هیجانی را اعتبار ببخشند، رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار را اصلاح کنند و ظرفیت بزرگسال سالم را افزایش دهند. این همپوشانی می‌تواند به اثربخشی مشابه دو رویکرد منجر شود، اما تفاوت در سازوکارهای تأکیدی آن‌ها ممکن است در برخی بیماران یا برخی ابعاد سلامت روان نتایج متفاوتی ایجاد کند.

سنجش سلامت روان در مطالعات مداخله‌ای نیازمند ابزاری معتبر و متناسب با ابعاد مختلف عملکرد روان‌شناختی است. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی امکان ارزیابی هم‌زمان علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی را فراهم می‌سازد و به همین دلیل برای بررسی پیامدهای روان‌شناختی میگرن مناسب است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در نمونه‌های ایرانی، اعتبار ساختاری، همسانی درونی و پایایی مطلوب آن را تأیید کرده است (Naeiniyan et al., 2014). استفاده از این ابزار امکان می‌دهد تأثیر مداخلات نه فقط بر یک نشانه خاص، بلکه بر الگوی گسترده‌تری از سلامت روان بررسی شود.

با وجود گسترش شواهد درباره نقش طرحواره‌ها، ذهنیت‌ها، پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به میگرن و درد مزمن، مطالعات مقایسه‌ای مستقیم میان طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری محدود است. بیشتر پژوهش‌ها هر رویکرد را به‌صورت جداگانه یا در مقایسه با گروه گواه بررسی کرده‌اند و هنوز مشخص نیست که آیا تأکید بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای نسبت به تأکید بر بافت و فرایندهای پذیرش‌محور، برتری بیشتری در بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به میگرن ایجاد می‌کند یا خیر. پاسخ به این مسئله می‌تواند به انتخاب آگاهانه‌تر مداخله، تدوین برنامه‌های درمانی

3 و تأیید پزشک متخصص مغز و اعصاب، داشتن میانگین شدت درد حداقل ۴ از ۱۰ در مقیاس دیداری درد طی سه ماه پیش از ورود به پژوهش، ثبات رژیم دارویی و عدم تغییر در نوع یا دوز داروهای تجویز شده برای میگرن در سه ماه گذشته، نداشتن سابقه مصرف مواد مخدر یا محرک بر اساس خود گزارش دهی و ارزیابی انجام شده در مصاحبه بالینی، نداشتن اختلال روان‌شناختی یا روان‌پزشکی شدید نیازمند مداخله فوری یا درمان مستقل، برخورداری از تمایل و انگیزه کافی برای شرکت در جلسات درمانی گروهی، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بود. بررسی فقدان اختلالات روان‌شناختی بالینی شدید از طریق مصاحبه تشخیصی ساختاریافته توسط مسئول فنی مرکز مشاوره، که روان‌شناس بالینی دارای حداقل پنج سال سابقه فعالیت حرفه‌ای بود، انجام شد. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بدون دلیل موجه در بیش از دو جلسه درمانی، بروز بحران روان‌شناختی حاد در طول اجرای مداخله، تشخیص یک اختلال روان‌پزشکی دیگر در جریان درمان که بر اساس نظر مسئول فنی مرکز نیازمند اولویت درمانی جداگانه بود، تغییر در رژیم دارویی میگرن یا تشخیص نوع جدیدی از سردرد در طول مطالعه، آغاز مصرف مواد مخدر یا محرک، انصراف شخصی از ادامه مشارکت و عدم تمایل به تکمیل ارزیابی‌های پس‌آزمون یا پیگیری بود.

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد و دریافت کد اخلاق، پژوهشگر با مراجعه به کلینیک‌ها و مراکز روان‌شناختی شهر مشهد و هماهنگی با مسئولان این مراکز، افراد دارای تشخیص میگرن را شناسایی کرد. اهداف پژوهش، مدت مداخلات، نحوه تخصیص به گروه‌ها، اصل محرمانگی اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و حق خروج از پژوهش در هر مرحله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. افراد واجد شرایط برای انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته، تأیید نهایی شرایط ورود و تکمیل پیش‌آزمون به کلینیک تخصصی خانه طرحواره‌درمانی در شهر مشهد دعوت شدند. پس از تخصیص تصادفی، دو گروه آزمایش مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. بلافاصله پس از پایان جلسه هشتم، مرحله پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و سه ماه پس از پایان مداخلات نیز شرکت‌کنندگان در مرحله پیگیری مجدداً ارزیابی شدند. برای

رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان کامل مراحل پژوهش، امکان دریافت مداخله درمانی برای اعضای گروه گواه نیز فراهم شد.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ با هدف غربالگری مشکلات روان‌شناختی شایع و ارزیابی وضعیت سلامت روان در جمعیت عمومی و نمونه‌های بالینی طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و چهار خرده‌مقیاس هفت‌سؤالی است. خرده‌مقیاس علائم جسمانی، سؤالات ۱ تا ۷، نشانه‌هایی مانند احساس ناخوشی، ضعف جسمانی، سردرد، احساس فشار و مشکلات مرتبط با وضعیت بدنی را بررسی می‌کند. خرده‌مقیاس اضطراب و بی‌خوابی، سؤالات ۸ تا ۱۴، نشانه‌هایی مانند نگرانی، تنش، بی‌قراری، اختلال خواب و احساس فشار روانی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی، سؤالات ۱۵ تا ۲۱، میزان توانایی فرد در انجام وظایف روزمره، تصمیم‌گیری، احساس مفید بودن و رضایت از عملکرد اجتماعی را ارزیابی می‌کند. خرده‌مقیاس افسردگی شدید، سؤالات ۲۲ تا ۲۸، نشانه‌هایی مانند ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، فقدان لذت، افکار منفی و نشانه‌های شدید افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌دهی به سؤالات بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت شامل «اصلاً»، «در حد معمول»، «بیشتر از حد معمول» و «خیلی بیشتر از حد معمول» انجام می‌شود و هر پاسخ از صفر تا سه نمره دریافت می‌کند. بنابراین، دامنه نمره کل پرسشنامه بین صفر تا ۸۴ و دامنه نمره هر خرده‌مقیاس بین صفر تا ۲۱ قرار دارد. نمره بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌های روان‌شناختی و وضعیت نامطلوب‌تر سلامت روان است. نقطه برش ۲۲ نیز برای شناسایی افراد مشکوک به مشکلات سلامت روان در نظر گرفته شده است. در پژوهش حاضر، نمره کل سلامت عمومی و نمرات مربوط به علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید به‌عنوان متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه اندازه‌گیری شدند.

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی در مطالعات مختلف تأیید شده است. بارکو و همکاران در سال ۲۰۲۵ ساختار چهارعاملی این پرسشنامه را در یک نمونه بالینی بررسی و تأیید کردند و ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰.۷۰ را برای خرده‌مقیاس‌های آن گزارش دادند. همچنین، ضرایب همبستگی

حاصل از اجرای اولیه و بازآزمایی پرسشنامه در فاصله زمانی مشخص بین ۰.۸۷ تا ۰.۹۰ گزارش شده است که نشان دهنده ثبات زمانی و پایایی بازآزمایی مطلوب ابزار است. در ایران، نائینیان و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۴۹۷ دانش آموز دبیرستانی، ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه را بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی آنان نشان داد که ساختار سه عاملی شامل سرزندگی و انرژی، اضطراب و علائم جسمانی و افسردگی، پس از حذف هشت سؤال، از برازش مناسبی برخوردار است و ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی در سطح قابل قبول تا مطلوب قرار دارند. محمدی و همکاران نیز در بررسی ویژگی‌های روان سنجی نسخه ۲۸ سؤالی در بیماران روان پزشکی ایرانی نشان دادند که چهار عامل زیربنایی پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردارند و شواهد مربوط به روایی ملاکی، روایی سازه و پایایی آن، کاربرد این ابزار را برای غربالگری سلامت عمومی در نمونه‌های ایرانی تأیید می‌کند. بر این اساس، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی به دلیل برخورداری از ساختار مشخص، سهولت اجرا، قابلیت سنجش هم‌زمان ابعاد مختلف نشانه‌های روان شناختی و ویژگی‌های روان سنجی مناسب در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت.

مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اساس پروتکل فارل و شاو طراحی و طی هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، اجرا شد. محتوای این مداخله بر ایجاد اتحاد درمانی، شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تشخیص و ردیابی ذهنیت‌های طرحواره‌ای، بازوالدینی حدودمرزدار، استفاده از فنون شناختی و تجربی، الگو شکنی رفتاری و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم استوار بود. در جلسه نخست، پس از آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، قوانین گروه و اهداف درمان توضیح داده شد و میگردن در قالب یک نظام زیستی، روانی و اجتماعی معرفی شد. سپس مفهوم طرحواره، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های اصلی شامل ذهنیت منتقد، کودک آسیب دیده و ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار آموزش داده شد و ارتباط میان هیجان‌ها، فعال شدن ذهنیت‌ها و بروز یا تشدید حمله میگردن مورد بحث قرار گرفت. در جلسه دوم، ارزیابی عمیق‌تر طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای انجام شد و طرحواره‌های فعال مانند محرومیت هیجانی، نقص و شرم، وابستگی و بی‌کفایتی، آسیب پذیری و بازداری هیجانی شناسایی شدند. برای آشکار سازی واکنش‌های

هیجانی مرتبط با درد از گفت‌وگوی هدایت شده، بررسی تجارب روزمره و فن ساده صندلی داغ استفاده شد و تفاوت میان ذهنیت ورزشی و واکنش تکانشی به شرکت کنندگان آموزش داده شد. جلسه سوم به آموزش ذهنیت ورزشی و تبیین رابطه آن با درد اختصاص یافت. در این جلسه، شرکت کنندگان آموختند میان تجربه مستقیم هیجان و تفکر بازتابی درباره احساسات خود و دیگران تمایز قائل شوند، در برابر محرک‌های درد مکث کنند و پاسخ فوری خود را به تأخیر اندازند. همچنین، با استفاده از تصویرسازی ذهنی، ریشه‌های تحولی ذهنیت کودک تنها بررسی و تمرین‌های مشاهده خود در لحظه فعال شدن درد انجام شد. در جلسه چهارم، کار مستقیم با طرحواره‌ها و هیجان‌های فعال شده دنبال شد. ذهنیت منتقد و نقش آن در تقویت ترس، درماندگی و خودسرزنشگری بررسی شد و شرکت کنندگان تمرین کردند هنگام درد تشخیص دهند که در ذهنیت کودک آسیب دیده، منتقد القاکننده ترس یا سایر ذهنیت‌های ناسازگار قرار دارند. در ادامه، ذهنیت بزرگسال سالم برای همدلی با کودک آسیب دیده، اعتباربخشی به هیجان‌ها و پاسخ گویی سازگاران به نیازهای برآورده نشده فعال شد. جلسه پنجم بر طرحواره‌های اصلی مرتبط با میگردن و اختلال در تنظیم هیجان تمرکز داشت. طرحواره‌هایی مانند بی‌اعتمادی و بد رفتاری، خویشن داری ناکافی، آسیب پذیری و محرومیت هیجانی بررسی شدند و شرکت کنندگان محدودیت گذاری واقع بینانه، خودمراقبتی، درخواست حمایت و پاسخ گویی به نیازهای ایمنی، آرامش و پذیرش را تمرین کردند. در جلسه ششم، ذهنیت ورزشی در روابط بین فردی و در موقعیت‌هایی که اعضای خانواده، همکاران یا کارفرمایان واکنش مناسبی به حمله میگردن نشان نمی‌دادند، تقویت شد. نقش آفرینی، تمرین بیان نیازها، برقراری ارتباط جرئت مندانه و استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای سازگار از فعالیت‌های اصلی این جلسه بود. جلسه هفتم به تغییر حالت ذهنی و مقابله فعال با محرک‌ها اختصاص یافت و شرکت کنندگان آموختند با استفاده از ذهنیت بزرگسال سالم، واکنش‌هایی مانند کناره گیری، انزوایی، پرخاشگری و واکنشی، درماندگی و مصرف بیش از اندازه دارو را کنترل کنند. در این جلسه، سؤالات خودبازتابی نظیر «اکنون چه احساسی دارم؟»، «چه طرحواره‌ای فعال شده است؟» و «کدام محرک محیطی یا بین فردی این حالت را ایجاد کرده است؟» تمرین شد. در جلسه هشتم، یکپارچه سازی آموخته‌ها، مرور طرحواره‌ها و

ذهنیت‌ها، تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و تدوین برنامه پیشگیری از عود انجام گرفت. شرکت‌کنندگان نشانه‌های هشداردهنده فعال شدن طرحواره‌ها را شناسایی کردند، برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر برنامه عملی تدوین کردند، پذیرش بدون قضاوت درد و کار با هیجان‌های ثانویه مانند خشم از بیماری را تمرین کردند و منابع حمایتی و اهداف آینده خود را مشخص ساختند. در پایان، بر تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و استفاده مستمر از مهارت‌های ذهنیت‌ورزی در مدیریت درد، هیجان‌ها و روابط بین‌فردی تأکید شد.

مداخله طرحواره‌درمانی بافتاری بر اساس پروتکل رودیگر، استیونس و بروکمن طراحی و در هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، اجرا شد. این رویکرد ضمن حفظ اصول بنیادی طرحواره‌درمانی، بر نقش بافت، موقعیت‌های جاری زندگی، محرک‌های محیطی، روابط بین‌فردی و الگوهای رفتاری کنونی در فعال‌سازی و تداوم طرحواره‌ها تأکید داشت. در جلسه نخست، شرکت‌کنندگان با اصول رویکرد بافتاری و چگونگی تعامل میان فرد، محیط، هیجان‌ها و محرک‌های میگرد آشنا شدند. پدیده میگرد در قالب یک فرایند چندعاملی توضیح داده شد و فرمول‌بندی اولیه هر فرد با تمرکز بر موقعیت‌ها، روابط و شرایطی که احتمال فعال شدن طرحواره‌ها و تشدید درد را افزایش می‌دادند، انجام گرفت. در جلسه دوم، مدل طرحواره‌ها و حالت‌های هیجانی آموزش داده شد و طرحواره‌هایی مانند نقص و شرم، وابستگی و بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری، محرومیت هیجانی و بازداري که در زمان حمله یا در نتیجه محدودیت‌های ناشی از میگرد فعال می‌شدند، شناسایی شدند. شرکت‌کنندگان نحوه پیوند میان افکار، احساسات، پاسخ‌های بدنی، رفتار و بافت وقوع حمله را بررسی کردند. در جلسه سوم، ریشه‌های بافتاری طرحواره‌ها از طریق مرور تجارب گذشته و محیط‌های اولیه رشد بررسی شد. تصویرسازی هدایت‌شده برای بازسازی موقعیت‌های مرتبط با شکل‌گیری طرحواره‌ها و شناسایی نیازهای هیجانی ارضاشده و ارضاننشده مورد استفاده قرار گرفت و ارتباط این تجارب با روابط و موقعیت‌های کنونی زندگی تحلیل شد. جلسه چهارم بر محدودسازی و جایگزینی پاسخ‌های ذهنیت منتقد تمرکز داشت. در این جلسه، شرکت‌کنندگان آموختند گفت‌وگوی درونی انتقادگر، فاجعه‌ساز یا تنبیه‌کننده را شناسایی کنند و از طریق تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، نیازهای هیجانی خود را در موقعیت فعلی به شیوه‌ای

واقع‌بینانه و سازگارانه پاسخ دهند. فنون اولیه تنظیم هیجان، فاصله‌گیری از افکار خودانتقادگر و پاسخ‌دهی شفقت‌آمیز به تجربه درد نیز تمرین شد. در جلسه پنجم، مداخله مستقیم هیجانی با طرحواره‌ها و ذهنیت‌های فعال در زمان حمله یا پیش از آن انجام گرفت. شرکت‌کنندگان از طریق گفت‌وگو میان ذهنیت‌ها، تصویرسازی، بازنویسی تجربه و جایگزینی پاسخ‌های طرحواره‌ای، شدت هیجان‌هایی مانند وحشت از درد، احساس ناتوانی، شرم و درماندگی را کاهش دادند. جلسه ششم به تغییر بافت‌ها، روابط و الگوهای رفتاری ناسازگار اختصاص یافت. در این جلسه، رفتارهایی که به حفظ طرحواره‌ها منجر می‌شدند، مانند اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی، محدود کردن افراطی فعالیت‌ها، وابستگی به دیگران، انزوا یا اجتناب از بیان نیازها، شناسایی شدند. سپس راهبردهای رفتاری جدیدی برای تعامل سازگارانه‌تر با محیط طراحی شد تا احتمال فعال شدن طرحواره‌ها و تشدید نشانه‌های روان‌شناختی کاهش یابد. شرکت‌کنندگان به تدریج با موقعیت‌های اجتناب‌شده مواجه شدند و الگوهای انعطاف‌پذیرتری را در روابط خانوادگی، شغلی و اجتماعی تمرین کردند. در جلسه هفتم، مهارت‌های تنظیم هیجان به صورت یکپارچه تمرین شد. تحمل پریشانی، شفقت به خود، پذیرش محدودیت‌های جسمانی، مراقبت از بخش کودک آسیب‌پذیر و پاسخ‌گویی سالم به نیازهای هیجانی از محورهای اصلی این جلسه بود. شرکت‌کنندگان آموختند بدون تشدید خودسرزنشگری یا اجتناب، تجربه درد را تحمل و مدیریت کنند و هم‌زمان رفتارهای ارزش‌محور و سازگارانه را ادامه دهند. در جلسه هشتم، پیشرفت‌های درمانی مرور و برنامه‌ای فردی برای حفظ دستاوردها و پیشگیری از عود تدوین شد. محرک‌های فردی و محیطی، موقعیت‌های پرخطر، نشانه‌های اولیه فعال شدن طرحواره‌ها و راهبردهای مقابله‌ای مناسب شناسایی شدند. همچنین، بر تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، مدیریت منظم محرک‌های میگرد، استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان و حفظ تعامل سازگارانه با محیط تأکید شد. هر دو پروتکل درمانی توسط یک درمانگر متخصص دارای حداقل پنج سال سابقه کار بالینی در حوزه درمان‌های شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی اجرا شدند. تعداد، مدت و توالی جلسات در دو گروه آزمایش یکسان بود تا اثر تفاوت در میزان تماس درمانی کنترل شود. گروه گواه طی

دوره مداخله هیچ درمان روان‌شناختی سازمان‌یافته‌ای دریافت نکرد و صرفاً در فهرست انتظار باقی ماند.

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش از شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. میانگین و انحراف معیار کل سلامت روان و خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه و به تفکیک سه گروه محاسبه شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش و ارزیابی تغییرات متغیرهای وابسته در طول زمان و میان گروه‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان اندازه‌گیری در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌گروهی و نوع گروه در سه سطح طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، طرحواره درمانی بافتاری و گواه به‌عنوان عامل بین‌گروهی در نظر گرفته شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه بهنجاری توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک، مفروضه همگنی واریانس‌ها در گروه‌ها با آزمون لوین و مفروضه کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون موچلی بررسی شد. در موارد نقض مفروضه

کرویت، درجات آزادی بر اساس اصلاحات آماری مناسب تعدیل شد. برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها و مقایسه تغییرات میان مراحل اندازه‌گیری و گروه‌های پژوهش، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. اندازه اثر تفاوت‌ها نیز با استفاده از مجذور اتای سهمی گزارش شد و سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر شامل ۳۶ فرد مبتلا به میگرن با مؤلفه‌های روان‌شناختی بودند که به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، طرحواره درمانی بافتاری و گواه قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌های طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، طرحواره درمانی بافتاری و گواه به ترتیب ۳۳.۷۳، ۳۳.۷۵ و ۳۶.۳۳ سال بود. از نظر جنسیت، گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت از ۵ زن معادل ۴۱.۷ درصد و ۷ مرد معادل ۵۸.۳ درصد تشکیل شده بود. در گروه طرحواره درمانی بافتاری، ۷ نفر معادل ۵۸.۳ درصد زن و ۵ نفر معادل ۴۱.۷ درصد مرد بودند. در گروه گواه نیز ۶ زن معادل ۵۰ درصد و ۶ مرد معادل ۵۰ درصد حضور داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سلامت روان و مؤلفه‌های آن در مراحل اندازه‌گیری به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون، میانگین	پیش‌آزمون، معیار	انحراف پس‌آزمون، میانگین	پس‌آزمون، معیار	انحراف پیگیری، میانگین	پیگیری، معیار
سلامت روان	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت	۶۴.۹۲	۱.۴۷	۴۷.۳۳	۱.۱۳	۴۸.۰۰	۱.۰۸
	طرحواره درمانی بافتاری	۶۶.۳۳	۱.۹۷	۴۷.۹۲	۱.۸۲	۴۶.۹۲	۲.۰۳
	گواه	۶۷.۲۵	۲.۱۲	۶۳.۲۵	۲.۱۲	۶۷.۲۵	۲.۲۴
علائم جسمانی	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت	۱۶.۵۰	۰.۷۸	۱۰.۵۰	۰.۴۶	۱۰.۵۸	۰.۴۶
	طرحواره درمانی بافتاری	۱۷.۰۰	۰.۷۹	۱۰.۰۸	۰.۶۹	۱۰.۲۵	۰.۷۱
	گواه	۱۴.۵۰	۱.۰۹	۱۵.۴۲	۱.۱۵	۱۵.۵۰	۱.۱۷
اضطراب	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت	۱۴.۳۳	۰.۸۳	۱۰.۶۷	۰.۷۳	۱۰.۵۸	۰.۶۵
	طرحواره درمانی بافتاری	۱۶.۳۳	۱.۰۸	۱۰.۸۳	۰.۶۳	۱۰.۴۲	۰.۹۹
	گواه	۱۵.۶۷	۰.۸۹	۱۵.۶۷	۰.۹۷	۱۵.۲۵	۰.۹۷
اختلال اجتماعی	عملکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت	۱۶.۰۸	۰.۷۳	۱۲.۷۵	۰.۶۱	۱۲.۷۵	۰.۵۶

طرحواره درمانی بافتاری	۱۶.۵۸	۰.۶۰	۱۳.۵۸	۰.۵۸	۱۳.۳۳	۰.۶۷
گواه	۱۸.۲۵	۰.۸۸	۱۸.۳۳	۰.۹۹	۱۷.۹۲	۱.۰۹
افسردگی ذهنیت	۱۸.۰۰	۰.۶۸	۱۳.۴۲	۰.۶۹	۱۴.۰۸	۰.۵۸
طرحواره درمانی بافتاری	۱۶.۴۲	۰.۸۱	۱۳.۴۲	۰.۷۸	۱۳.۹۲	۰.۷۳
گواه	۱۷.۸۳	۰.۷۸	۱۸.۰۰	۰.۶۹	۱۸.۵۸	۰.۶۵

میان پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش نشان‌دهنده ثبات نسبی آثار مداخلات در دوره پیگیری سه‌ماهه بود.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که سطح معناداری توزیع نمرات سلامت روان، علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در هر سه گروه بیشتر از ۰.۰۵ بود؛ بنابراین، فرض بهنجاری توزیع داده‌ها تأیید شد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که سطح معناداری مربوط به همگنی واریانس‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰.۰۵ بود؛ در نتیجه، مفروضه همگنی واریانس‌های گروه‌ها برقرار بود. بررسی مفروضه کرویت با آزمون موچلی نیز انجام شد و در مواردی که این مفروضه برقرار نبود، درجات آزادی با استفاده از اصلاح آماری مناسب تعدیل شد. بر این اساس، شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فراهم بود.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره کل سلامت روان در گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت از ۶۴.۹۲ در پیش‌آزمون به ۴۷.۳۳ در پس‌آزمون و ۴۸.۰۰ در مرحله پیگیری کاهش یافت. در گروه طرحواره درمانی بافتاری نیز میانگین این متغیر از ۶۶.۳۳ در پیش‌آزمون به ۴۷.۹۲ در پس‌آزمون و ۴۶.۹۲ در پیگیری کاهش پیدا کرد. با توجه به اینکه نمرات بالاتر پرسشنامه سلامت عمومی نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب‌تر سلامت روان است، کاهش نمرات بیانگر بهبود سلامت روان شرکت‌کنندگان بود. الگوی مشابهی در مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که میانگین نمرات تمامی مؤلفه‌ها در هر دو گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافت و این کاهش در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شد. در مقابل، در گروه گواه تغییر منظم و چشمگیری در نمره کل سلامت روان و مؤلفه‌های آن مشاهده نشد. همچنین، تغییرات محدود

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای سلامت روان و مؤلفه‌های آن

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
سلامت روان	زمان	۳۸۲۶.۹۶	۱.۲۸	۲۹۸۲.۵۷	۶۲.۷۴	<۰.۰۰۱	۰.۶۵
	گروه	۱۱۸۹.۳۷	۲.۰۰	۵۹۴.۶۸	۱۲.۱۵	<۰.۰۰۱	۰.۴۲
	زمان × گروه	۱۳۹۷.۵۹	۲.۷۸	۵۰۱.۵۳	۱۱.۴۵	<۰.۰۰۱	۰.۴۱
علائم جسمانی	زمان	۴۳۹.۴۰	۱.۰۵	۴۱۶.۲۰	۱۰۴.۹۴	<۰.۰۰۱	۰.۷۶
	گروه	۷۱.۳۷	۲.۰۰	۳۵.۶۸	۴.۸۲	۰.۰۱۵	۰.۲۲
	زمان × گروه	۲۱۸.۴۲	۲.۱۱	۱۰۳.۴۴	۲۶.۰۸	<۰.۰۰۱	۰.۶۱
اضطراب	زمان	۲۴۸.۷۲	۱.۲۳	۲۰۱.۴۳	۴۴.۷۲	<۰.۰۰۱	۰.۵۷
	گروه	۹۱.۵۵	۲.۰۰	۴۵.۷۷	۶.۱۷	۰.۰۰۵	۰.۲۷
	زمان × گروه	۱۲۴.۴۴	۲.۴۷	۵۰.۳۹	۱۱.۱۹	<۰.۰۰۱	۰.۴۰
اختلال عملکرد اجتماعی	زمان	۱۱۶.۴۶	۱.۴۶	۷۹.۳۸	۸۵.۸۳	<۰.۰۰۱	۰.۷۲
	گروه	۱۲۹.۵۶	۲.۰۰	۶۴.۷۸	۹.۶۷	<۰.۰۰۱	۰.۳۷
	زمان × گروه	۵۲.۰۹	۲.۹۳	۱۷.۷۵	۱۹.۱۹	<۰.۰۰۱	۰.۵۳

افسردگی	زمان	۱۲۰.۲۴	۱.۵۱	۷۹.۵۱	۷۱.۱۳	<۰.۰۰۱	۰.۶۸
گروه		۸۷.۲۶	۲.۰۰	۴۳.۶۳	۷.۷۷	۰.۰۰۲	۰.۳۲
زمان × گروه		۹۲.۶۴	۳.۰۲	۳۰.۶۳	۲۷.۴۰	<۰.۰۰۱	۰.۶۲

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر اصلی زمان بر نمره کل سلامت روان معنادار بود و ۶۵ درصد از تغییرات این متغیر با تغییر زمان اندازه گیری ارتباط داشت، $F=۶۲.۷۴$ ، $p<۰.۰۰۱$ ، $\eta^2=۰.۶۵$. اثر اصلی گروه نیز بر سلامت روان معنادار بود، $F=۱۲.۱۵$ ، $p<۰.۰۰۱$ ، $\eta^2=۰.۴۲$. افزون بر این، اثر تعامل زمان و گروه برای سلامت روان معنادار به دست آمد، $F=۱۱.۴۵$ ، $p<۰.۰۰۱$ ، $\eta^2=۰.۴۱$ ؛ بنابراین، الگوی تغییر سلامت روان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه یکسان نبود. اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر علائم جسمانی نیز معنادار بود و اندازه اثر تعامل برای این مؤلفه برابر با ۰.۶۱ به دست جدول ۳. نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	سطح معناداری
سلامت روان	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - طرحواره درمانی بافتاری	-۰.۶۴	۱.۰۰۰
	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - گواه	-۱۲.۵۰	<۰.۰۰۱
	طرحواره درمانی بافتاری - گواه	-۱۱.۸۶	۰.۰۰۱
علائم جسمانی	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - طرحواره درمانی بافتاری	۰.۰۸	۱.۰۰۰
	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - گواه	-۲.۹۴	۰.۰۳۷
	طرحواره درمانی بافتاری - گواه	-۳.۰۳	۰.۰۳۱
اضطراب	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - طرحواره درمانی بافتاری	-۰.۶۷	۱.۰۰۰
	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - گواه	-۳.۶۷	۰.۰۰۷
	طرحواره درمانی بافتاری - گواه	-۳.۰۰	۰.۰۳۳
اختلال عملکرد اجتماعی	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - طرحواره درمانی بافتاری	-۰.۶۴	۱.۰۰۰
	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - گواه	-۴.۳۱	۰.۰۰۱
	طرحواره درمانی بافتاری - گواه	-۳.۶۷	۰.۰۰۴
افسردگی	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - طرحواره درمانی بافتاری	۰.۵۸	۱.۰۰۰
	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت - گواه	-۲.۹۷	۰.۰۱۳
	طرحواره درمانی بافتاری - گواه	-۳.۵۶	۰.۰۰۲

نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که میانگین نمره کل سلامت روان در گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود، $p<۰.۰۰۱$. تفاوت میانگین

گروه طرحواره درمانی بافتاری و گروه گواه نیز در سلامت روان معنادار بود، $p=۰.۰۰۱$. در علائم جسمانی، هر دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری در مقایسه

تفاوت معناداری میان اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره‌درمانی بافتاری مشاهده نشد. تغییرات ایجاد شده در هر دو گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پیش‌آزمون به پیگیری معنادار بود، درحالی‌که نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چشمگیری نداشتند؛ بنابراین، آثار هر دو مداخله در دوره پیگیری سه‌ماهه حفظ شد.

یافته نخست پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت موجب بهبود معنادار سلامت روان افراد مبتلا به میگرن شد. این نتیجه با یافته‌های احمدی و واحدی همسو است که نشان دادند طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت می‌تواند تنظیم هیجان و سلامت روان بیماران مبتلا به میگرن را بهبود دهد (Ahmadi & Vahedi, 2022). میگرن تنها یک اختلال جسمانی یا عصبی نیست، بلکه تجربه‌ای چندبعدی است که نشانه‌های جسمانی، ارزیابی‌های شناختی، هیجان‌های منفی، روابط بین‌فردی و عملکرد اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Al-Hassany et al., 2023). هنگامی که فرد درد را غیرقابل کنترل، تهدیدکننده و نشانه ناتوانی شخصی تفسیر می‌کند، احتمال فعال شدن طرحواره‌هایی مانند آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، وابستگی و بی‌کفایتی، نقص و شرم و محرومیت هیجانی افزایش می‌یابد. فعال شدن این طرحواره‌ها می‌تواند به شکل ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، والد منتقد یا تنبیه‌گر و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار بروز یابد و بر شدت پریشانی روان‌شناختی بیفزاید.

در طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت، بیماران می‌آموزند حالت‌های هیجانی و شناختی فعال شده در هنگام درد را شناسایی، نام‌گذاری و از یکدیگر متمایز کنند. این فرایند به فرد کمک می‌کند به‌جای یکی دانستن خود با ترس، درماندگی یا خودانتقادگری، این تجربه‌ها را به‌عنوان حالت‌هایی موقتی و قابل مدیریت درک کند. تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، اعتباربخشی به کودک آسیب‌پذیر و محدود کردن صدای والد منتقد می‌تواند از شدت خودسرزنشگری، احساس ضعف و نگرانی درباره پیامدهای حمله میگرن بکاهد. فارل و همکاران تأکید می‌کنند که شناسایی و تعدیل ذهنیت‌های ناسازگار، استفاده از بازوالدینی حدودمرزدار و به‌کارگیری تکنیک‌های تجربی و رفتاری، ظرفیت فرد برای تنظیم هیجان و پاسخ‌گویی سالم به نیازهای روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (Farrell et al., 2014). از این منظر،

با گروه گواه نمرات پایین‌تری به دست آوردند و تفاوت‌ها به‌ترتیب در سطوح ۰.۰۳۷ و ۰.۰۳۱ معنادار بود. در اضطراب نیز تفاوت گروه طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت با گروه گواه، $p=0.007$ و تفاوت گروه طرحواره‌درمانی بافتاری با گروه گواه، $p=0.003$ ، معنادار بود. در اختلال عملکرد اجتماعی، هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه اثربخشی معناداری نشان دادند و سطوح معناداری به‌ترتیب برابر با ۰.۰۰۱ و ۰.۰۰۴ بود. همچنین، در افسردگی تفاوت گروه طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت با گروه گواه، $p=0.013$ و تفاوت گروه طرحواره‌درمانی بافتاری با گروه گواه، $p=0.002$ ، معنادار بود. بااین‌حال، تفاوت میان طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره‌درمانی بافتاری در نمره کل سلامت روان و هیچ‌یک از مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی معنادار نبود، $p>0.05$. این یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه به بهبود سلامت روان منجر شدند، اما از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. مقایسه‌های زمانی نیز نشان داد که در هر دو گروه آزمایش، تغییر نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پیش‌آزمون به پیگیری در نمره کل سلامت روان و مؤلفه‌های آن عمدتاً معنادار بود، درحالی‌که تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در بیشتر متغیرها معنادار نبود. این الگو بیانگر حفظ نسبی دستاوردهای درمانی در دوره پیگیری سه‌ماهه بود؛ در گروه گواه نیز تفاوت معناداری میان مراحل اندازه‌گیری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره‌درمانی بافتاری بر سلامت روان افراد مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج نشان داد که اثر زمان، عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه بر نمره کل سلامت روان و همه مؤلفه‌های آن شامل علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی معنادار بود. مقایسه‌های تعقیبی نیز نشان داد که هر دو رویکرد درمانی در مقایسه با گروه گواه، به کاهش معنادار نمرات سلامت روان و مؤلفه‌های آن منجر شدند. با توجه به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی، کاهش نمرات به معنای کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و بهبود سلامت روان بود. همچنین،

بهبود سلامت روان در گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت را می توان نتیجه کاهش سلطه ذهنیت های ناسازگار و افزایش دسترسی به پاسخ های بزرگسال سالم دانست.

این یافته همچنین با مبانی کلاسیک طرحواره درمانی هماهنگ است. بر اساس دیدگاه یانگ و همکاران، طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق و خودتداوم بخش هستند که نحوه ادراک فرد از خود، دیگران و رویدادهای تنش زا را سازمان دهی می کنند (Young et al., 2010). در بیماران مبتلا به میگرن، حمله درد می تواند به عنوان محرکی برای فعال شدن طرحواره های آسیب پذیری، شکست، انزوای اجتماعی یا وابستگی عمل کند. برای نمونه، فرد ممکن است به دلیل ناتوانی موقت در انجام وظایف روزمره، خود را ناکارآمد بداند یا تصور کند دیگران او را ضعیف و غیرقابل اعتماد می بینند. اصلاح این تفسیرها و جایگزینی آن ها با پاسخ های واقع بینانه و شفقت آمیز، احتمالاً موجب کاهش اضطراب، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی شده است.

یافته دوم نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری نیز سلامت روان و همه مؤلفه های آن را به طور معناداری بهبود داد. این نتیجه با پژوهش گل و همکاران همسو است که اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری را در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن گزارش کردند (Gol et al., 2024). همچنین، یوسفی نشان داد که درمان های بافتاری می توانند پذیرش درد را افزایش دهند و اجتناب هیجانی را در بیماران مبتلا به درد مزمن کاهش دهند (Yousefi, 2021). در طرحواره درمانی بافتاری، نشانه های بیمار نه به عنوان پدیده هایی جدا از محیط، بلکه در ارتباط با موقعیت های زندگی، روابط بین فردی، افکار، هیجان ها و الگوهای رفتاری جاری بررسی می شوند. این رویکرد به بیمار کمک می کند موقعیت هایی را که به فعال شدن طرحواره ها و تشدید درد یا پریشانی منجر می شوند، شناسایی کند و پاسخ های سازگارانه تری را در همان بافت ها به کار گیرد.

رویکرد بافتاری با بهره گیری از اصول پذیرش، ذهن آگاهی، گسلش شناختی و اقدام متعهدانه، رابطه فرد را با تجربه درد و افکار مرتبط با آن تغییر می دهد. در بسیاری از بیماران مبتلا به میگرن، تلاش افراطی برای کنترل درد، پیش بینی حملات یا اجتناب از موقعیت های احتمالی محرک، به محدود شدن فعالیت ها و افزایش تمرکز بر نشانه های بدنی

منجر می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این اصل استوار است که کنترل سخت گیرانه تجربه های درونی همیشه امکان پذیر یا سودمند نیست و فرد می تواند بدون حذف کامل درد یا افکار منفی، رفتارهایی هماهنگ با ارزش های خود انجام دهد (Hayes et al., 2019). بر این اساس، کاهش اجتناب از فعالیت های اجتماعی، پذیرش واقع بینانه محدودیت های جسمانی و تداوم رفتارهای ارزشمند می تواند عملکرد اجتماعی و خلق بیماران را بهبود دهد.

رویدگر و همکاران نیز طرحواره درمانی بافتاری را رویکردی تلفیقی می دانند که در آن طرحواره ها در بستر موقعیت های جاری و روابط واقعی فرد بررسی می شوند (Roediger et al., 2018). بیمار در این درمان می آموزد که چگونه یک محرک محیطی، مانند فشار شغلی، تعارض خانوادگی، کمبود خواب یا نگرانی از قضاوت دیگران، طرحواره مشخصی را فعال می کند و سپس چه زنجیره ای از افکار، هیجان ها و رفتارها شکل می گیرد. شناسایی این زنجیره و تغییر پاسخ رفتاری می تواند از تداوم چرخه درد، اجتناب و پریشانی جلوگیری کند. بنابراین، بهبود سلامت روان در گروه طرحواره درمانی بافتاری را می توان حاصل افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، کاهش اجتناب تجربی، اصلاح روابط ناسازگار و ایجاد رفتارهای مؤثرتر در موقعیت های واقعی زندگی دانست.

نتایج مربوط به بهبود علائم جسمانی نیز قابل توجه بود. هر دو مداخله توانستند نمرات علائم جسمانی را در مقایسه با گروه گواه کاهش دهند. بر اساس مدل زیستی-روانی-اجتماعی، ادراک علائم جسمانی تحت تأثیر برانگیختگی هیجانی، توجه انتخابی به نشانه های بدنی، تفسیرهای فاجعه آمیز و رفتارهای اجتنابی قرار دارد (Grazzi et al., 2022; Rosignoli et al., 2022). وقتی فرد نشانه های اولیه میگرن را علامتی از وقوع حمله ای غیرقابل کنترل بداند، اضطراب افزایش می یابد و توجه بیش از اندازه به بدن می تواند ادراک علائم را تشدید کند. هر دو درمان با کاهش تفسیرهای تهدیدآمیز، افزایش احساس کنترل روان شناختی و آموزش شیوه های سازگارانه تنظیم هیجان، احتمالاً موجب کاهش شدت تجربه شده علائم جسمانی شدند. این نتیجه به معنای حذف زیربنای عصبی میگرن نیست، بلکه نشان می دهد پردازش روان شناختی علائم بدنی قابل تعدیل است.

طرحواره‌درمانی بافتاری نیز از طریق بازگرداندن فرد به فعالیت‌های ارزشمند، کاهش اجتناب و ایجاد رفتارهای متعدهانه، احتمالاً احساس معنا، کفایت و امیدواری را افزایش می‌دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با شواهد مطالعات مرتبط با درد مزمن نیز همخوانی دارد. کوشانفر و همکاران نشان دادند که طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به درد مزمن را افزایش و ناامیدی آنان را کاهش دهد (Koushanfar et al., 2025). همچنین، اژدري و همکاران گزارش کردند که مداخله تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی در کاهش استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی و ناامیدی زنان مبتلا به درد مزمن مؤثر است (Azhdari et al., 2025). این یافته‌ها از این تبیین حمایت می‌کنند که مداخلات طرحواره‌محور، به‌ویژه هنگامی که با فرایندهای پذیرش و انعطاف‌پذیری ترکیب می‌شوند، می‌توانند منابع روان‌شناختی بیماران را تقویت و پیامدهای منفی درد مزمن را کاهش دهند.

عدم وجود تفاوت معنادار میان طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره‌درمانی بافتاری از دیگر نتایج مهم پژوهش بود. این یافته را می‌توان بر اساس همپوشانی نظری و تکنیکی دو رویکرد تبیین کرد. هر دو درمان بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار، کاهش قدرت والد منتقد، حمایت از کودک آسیب‌پذیر، تقویت بزرگسال سالم و اصلاح پاسخ‌های مقابله‌ای تأکید دارند. هرچند رویکرد مبتنی بر ذهنیت بیشتر بر حالت‌های لحظه‌ای و رابطه میان بخش‌های مختلف شخصیت تمرکز می‌کند و رویکرد بافتاری به موقعیت جاری، پذیرش و تغییر رفتار در محیط واقعی توجه بیشتری دارد، هسته تغییر در هر دو درمان مشابه است. از این رو، ممکن است هر دو از مسیرهای متفاوت به پیامد مشترکی مانند بهبود تنظیم هیجان و سلامت روان منجر شده باشند.

نبود تفاوت میان دو درمان می‌تواند به ویژگی متغیر وابسته نیز مربوط باشد. پرسشنامه سلامت عمومی ابزاری کلی برای سنجش نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی است و اگرچه ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی در نمونه‌های ایرانی دارد (Naeiniyan et al., 2014)، ممکن است نسبت به تفاوت‌های ظریف میان سازوکارهای دو مداخله حساسیت کافی نداشته باشد. احتمال

کاهش اضطراب در هر دو گروه درمانی نیز با ماهیت مداخلات همخوان بود. بیماران مبتلا به میگرن اغلب اضطراب انتظار را تجربه می‌کنند؛ یعنی حتی در دوره‌های بدون درد، درباره زمان و شدت حمله بعدی نگران هستند. شدت بیشتر درد نیز با پیامدهای نامطلوب‌تر سلامت روان، از جمله اضطراب و احساس فقدان کنترل، ارتباط دارد (Penzian & Irby, 2024). طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت از طریق شناسایی ذهنیت کودک ترسیده و کاهش قدرت والد منتقد، به بیمار کمک می‌کند ترس خود را درک و تنظیم کند. طرحواره‌درمانی بافتاری نیز با افزایش پذیرش، گسلش از افکار فاجعه‌آمیز و کاهش اجتناب، مانع تبدیل نگرانی به چرخه‌ای مداوم از گوش‌به‌زنگی و محدودیت رفتاری می‌شود. در نتیجه، بیماران می‌توانند نشانه‌ها و افکار مرتبط با حمله را بدون واکنش‌های افراطی مدیریت کنند.

در زمینه اختلال عملکرد اجتماعی نیز هر دو درمان مؤثر بودند. میگرن می‌تواند حضور منظم در محیط کار، مشارکت در فعالیت‌های خانوادگی و حفظ ارتباطات اجتماعی را دشوار سازد. تکرار غیبت، لغو برنامه‌ها و نگرانی از بروز حمله در جمع ممکن است به کناره‌گیری و احساس شرم منجر شود. بررسی پیامدهای سلامت روان در میگرن مزمن نشان می‌دهد که افت کارکرد اجتماعی یکی از ابعاد مهم ناتوانی این بیماران است (Merill & Gibbons, 2023). در رویکرد مبتنی بر ذهنیت، نقش‌آفرینی، آموزش بیان نیازها و درک واکنش‌های خود و دیگران می‌تواند کیفیت روابط را بهبود دهد. در رویکرد بافتاری نیز تغییر الگوهای اجتنابی و طراحی رفتارهای جدید برای مشارکت تدریجی در موقعیت‌های اجتماعی، به بیمار کمک می‌کند با وجود احتمال درد، زندگی خود را به‌طور کامل متوقف نکند.

هر دو مداخله در کاهش افسردگی نیز اثربخش بودند. تجربه مکرر درد، محدودیت در فعالیت‌ها و احساس ناتوانی می‌تواند زمینه‌ساز ناامیدی، کاهش لذت، خودسرزنشگری و خلق افسرده شود. مدل‌های جدید همبودی میگرن و افسردگی بر تعامل متقابل بدن، شناخت، هیجان و محیط تأکید دارند و درمان چندبعدی را ضروری می‌دانند (Gazerani, 2025). طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت با کاهش صدای والد تنبیه‌گر، پاسخ‌گویی به نیازهای کودک آسیب‌پذیر و تقویت خودشفقتی می‌تواند خلق افسرده را بهبود دهد.

دارد تفاوت دو درمان در متغیرهایی مانند ذهنی سازی، پذیرش درد، اجتناب تجربی، انعطاف پذیری روان شناختی، شدت ذهنیت والد منتقد یا نوع طرحواره های فعال آشکار شود، اما در یک شاخص کلی سلامت روان مشاهده نشود. همچنین، حجم نمونه محدود ممکن است توان آماری لازم برای تشخیص تفاوت های کوچک میان دو درمان را کاهش داده باشد.

حفظ تغییرات در دوره پیگیری سه ماهه نشان داد که آثار هر دو مداخله صرفاً به زمان اجرای جلسات محدود نبوده است. آموزش شناسایی طرحواره ها و ذهنیت ها، تمرین تنظیم هیجان، تغییر رفتارهای اجتنابی و تدوین برنامه پیگیری از عود می تواند به بیماران کمک کند مهارت های درمانی را پس از پایان جلسات نیز ادامه دهند. طرحواره درمانی به دلیل تمرکز بر الگوهای عمیق و تکرار شونده، ظرفیت ایجاد تغییرات نسبتاً پایدار را دارد. مطرح شدن طرحواره درمانی به عنوان رویکردی امیدبخش در درمان میگرن نیز بر همین ظرفیت برای پرداختن به عوامل زیربنایی و تداوم بخش مشکلات روان شناختی استوار است (Guler, 2025). ثبات نسبی نمرات میان پس آزمون و پیگیری را می توان نشانه درونی شدن بخشی از مهارت ها و استمرار استفاده از آن ها در زندگی روزمره دانست.

در مجموع، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و طرحواره درمانی بافتاری هر دو می توانند سلامت روان افراد مبتلا به میگرن را بهبود دهند و علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی را کاهش دهند. این نتایج با دیدگاهی همسو است که میگرن را اختلالی چندعاملی می داند و بر ضرورت ترکیب درمان های پزشکی با مداخلات روان شناختی تأکید می کند. با توجه به نبود تفاوت معنادار میان دو رویکرد، نمی توان یکی را به طور مطلق بر دیگری برتر دانست و انتخاب درمان می تواند بر اساس ویژگی های بیمار، نوع طرحواره ها، شدت اجتناب، الگوی روابط بین فردی، ترجیح درمانی و مهارت درمانگر انجام شود.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود. نخست، حجم نمونه محدود و انتخاب شرکت کنندگان از مراکز مشاوره و روان شناسی یک شهر، تعمیم نتایج به تمامی افراد مبتلا به میگرن را محدود می کند. دوم، نمونه گیری هدفمند ممکن است موجب شود افرادی با انگیزه بیشتر برای درمان وارد مطالعه شده باشند. سوم، سلامت روان

صرفاً با ابزار خود گزارشی ارزیابی شد و پاسخ ها ممکن است تحت تأثیر حافظه، برداشت شخصی یا مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشند. چهارم، دوره پیگیری سه ماهه برای ارزیابی پایداری بلندمدت نتایج کافی نبود. پنجم، اگرچه ثبات دارویی یکی از معیارهای ورود بود، کنترل کامل عوامل پزشکی، شدت حملات، الگوی خواب، حمایت اجتماعی و تغییرات سبک زندگی امکان پذیر نبود. همچنین، عدم استفاده از گروه درمان فعال دیگر و نبود ارزیابی مستقل از پابندی درمانگر به پروتکل ها از دیگر محدودیت های مطالعه بود.

پیشنهاد می شود پژوهش های آینده با حجم نمونه بیشتر، نمونه گیری چندمرکزی و مشارکت بیماران از شهرها و بافت های فرهنگی متفاوت انجام شوند. استفاده از دوره های پیگیری شش ماهه و یک ساله می تواند اطلاعات دقیق تری درباره ماندگاری آثار درمانی فراهم سازد. همچنین، پیشنهاد می شود در کنار پرسشنامه سلامت عمومی، شاخص هایی مانند شدت و فراوانی حملات میگرن، مصرف دارو، ناتوانی مرتبط با سردرد، کیفیت زندگی، پذیرش درد، اجتناب تجربی، ذهنی سازی و شدت ذهنیت های طرحواره ای سنجیده شوند. بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان، انعطاف پذیری روان شناختی و خودشفقتی و نقش تعدیل گر نوع میگرن، شدت اولیه درد و طرحواره غالب نیز می تواند سازوکارهای اثر هر درمان را روشن تر سازد. مقایسه این دو رویکرد با درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی یا درمان پزشکی معمول نیز پیشنهاد می شود.

از نظر کاربردی، مراکز درمان میگرن و کلینیک های روان شناسی می توانند ارزیابی سلامت روان و طرحواره های ناسازگار را در فرایند غربالگری بیماران وارد کنند. استفاده از طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت برای بیمارانی که خودانتقادگری شدید، نوسان های هیجانی و دشواری در شناخت حالت های درونی دارند، می تواند مناسب باشد؛ درحالی که طرحواره درمانی بافتاری برای بیمارانی که اجتناب گسترده، محدودیت فعالیت و درگیری شدید با محرک های محیطی دارند، گزینه مفیدی است. اجرای این مداخلات در قالب درمان گروهی می تواند هزینه ها را کاهش و دسترسی بیماران را افزایش دهد. همچنین، آموزش درمانگران در زمینه رابطه متقابل درد، طرحواره، هیجان و رفتار و هماهنگی میان روان شناسان، متخصصان

- Grazzi, L., Raggi, A., Leonardi, M., D'Amico, D., & Bussone, G. (2022). Applying a Biopsychosocial Model to Migraine: Rationale and Implications. *The Journal of Headache and Pain*, 23, 147. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01471-3>
- Guler, G. (2025). Is Schema Therapy for Migraine a New Hope for the Future? Workshop on Behavioural Approaches in Headaches, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Koushanfar, S., Ebrahimi, Y., & Monadi, K. (2025). The Effect of Group Schema Therapy on Resilience, Hopelessness, and Subjective Well-Being in Patients with Chronic Pain in Hamadan. *Journal of Anesthesia and Pain*, 16(4), 78-90.
- Merill, J., & Gibbons, R. (2023). Mental Health Outcomes in Chronic Migraine Patients. *Journal of psychosomatic research*, 165, 111-120.
- Naeiniyan, M. R., Nik-Azin, A., & Shaeiri, M. R. (2014). Factor Structure, Validity, and Reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 6(2), 45-58.
- Penzian, A., & Irby, M. (2024). Pain Severity and Mental Health Outcomes in Migraine Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 80(4), 345-358.
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual Schema Therapy: An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation, and Interpersonal Functioning*. Context Press.
- Rosignoli, C., Ornello, R., Onofri, A., Caponnetto, V., Grazzi, L., Raggi, A., Leonardi, M., & Sacco, S. (2022). Applying a Biopsychosocial Model to Migraine: Rationale and Clinical Implications. *The Journal of Headache and Pain*, 23, 147. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01471-3>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2010). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (H. Hamidpour & Z. Andouz, Trans.). Arjmand Publications.
- Yousefi, F. (2021). The Effectiveness of Contextual Therapies on Pain Acceptance and Reduction of Emotional Avoidance in Patients with Chronic Pain. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 45-62.

مغز و اعصاب و سایر اعضای تیم درمان می‌تواند به ارائه مراقبتی جامع‌تر و اثربخش‌تر برای بیماران مبتلا به میگرن منجر شود.

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. (کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد: IR.IAU.BOJNOURD.REC.1405.001)

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

- Ahmadi, P., & Vahedi, H. (2022). The Effectiveness of Mode-Focused Schema Therapy on Emotion Regulation and Mental Health in Patients with Migraine. *Journal of Modern Psychological Research*, 14(2), 45-71.
- Al-Hassany, L., Goadsby, P. J., & MaassenVanDenBrink, A. (2023). Migraine. *The lancet*, 401(10378), 874-888.
- Azhdari, S., Khani-Veyneh, H., & Ebadi, Z. (2025). The Effect of Group Therapy Based on an Integrated Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy Model on Perceived Stress, Suicidal Ideation, and Hopelessness in Women with Chronic Pain in Tehran. *Journal of Anesthesia and Pain*, 16(4), 65-77.
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The Schema Therapist's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118510018>
- Gazerani, P. (2025). Hybrid Digital-4E Model for Migraine and Depression Comorbidity. *Frontiers in Neurology*, 16, 1587296. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1587296>
- Gol, A., Aghamohammadian Sharbaf, H. R., Bigdeli, I., & Farid Hosseini, F. (2024). A Gender Comparison of the Effectiveness of Contextual Schema Therapy in Improving Quality of Life among Patients with Migraine. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 31(5), 681-692.