رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۲۴، مهر ۱۴۰۵
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(7), 2026*

# مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر علائم میگرن

# Comparison of the The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Schema Therapy on Migraine symptoms

**محمد مطلب زاده**
کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
**دکتر عزت اله احمدی** (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
**دکتر حسن بافنده قراملکی**
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

**Mohammad Motallebzadeh**
MSc in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
**Dr. Ezzatollah Ahmadi ***
Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. ahmadi.e@azaruniv.ac.ir
**Dr. Hassan Bafandeh Qaramaleki**
Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی بر علائم میگرن بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری شش ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه‌های تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ به علت سردردهای میگرنی به کلینیک های مغز و اعصاب مراجعه کرده بودند. ۴۵ دانشجو پس از غربالگری اولیه به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. شرکت‌کنندگان گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای و گروه طرحواره درمانی در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت مداخله قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه سردرد میگرن اهواز (AMQ) نجاریان (۱۳۷۶) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون فرونی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون شدت علائم میگرن در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۱). اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵). و نتایج در دوره پیگیری حفظ شدند. همچنین بین دو گروه آزمایش، تفاوت معناداری مشاهده نشد(p>۰/۰۵). بنابراین با توجه به اثربخشی یکسان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با برخورداری از دوره درمان کوتاه‌تر می‌تواند به‌عنوان گزینه‌ای کارآمدتر و مقرون‌به‌صرفه‌تر نسبت به طرحواره‌درمانی در مدیریت بالینی میگرن مطرح شود.

***واژه‌های کلیدی:*** *شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طرحواره‌درمانی، سردرد، میگرن، درد مزمن.*

## Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and schema therapy on migraine symptoms. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest control group design and a six-month follow-up period. The statistical population of this study consisted of students from universities in Tabriz who, during the academic year 2025-2026, had visited neurology clinics due to migraine headaches. After initial screening, 45 students were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 people per group). Participants in the mindfulness-based cognitive therapy group underwent intervention in 8 sessions of 60 minutes, and the schema therapy group in 10 sessions of 60 minutes. The instrument used was the Ahvaz Migraine Headache Questionnaire (AMQ) by Najarian (1997). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test. The results showed that there was a significant difference between the mean pretest and posttest scores of migraine symptom severity in the two experimental groups and the control group ($p < .01$). However, there was no significant difference between posttest and follow-up ($p > .05$), and the results were maintained during the follow-up period. Also, no significant difference was observed between the two experimental groups ($p > .05$). Therefore, given their equal effectiveness, mindfulness-based cognitive therapy, with its shorter treatment duration, can be considered a more efficient and cost-effective option than schema therapy in the clinical management of migraine.

***Keywords:*** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Schema Therapy, Headache, Migraine, Chronic Pain.*

**نوع مقاله:** کاربردی | **دریافت:** اردیبهشت ۱۴۰۵ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۵

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

## مقدمه

میگرن[1] یک اختلال مزمن و غالباً مادام‌العمر است که بیش از یک میلیارد نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرقی نمی‌کند فرد از کدام منطقه، فرهنگ یا وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی باشد. این اختلال با سردردهای تکرارشونده و دوره‌ای همراه است که اغلب با حساسیت به نور، صدا یا حرکت بروز می‌کند و می‌تواند با مجموعه‌ای از نشانه‌های عصبی دیگر نیز ظاهر شود (کوپولا [2] و همکاران، ۲۰۲۵). به طور کلی، میگرن به دو نوع مقاوم و مقاوم شدید[3] تقسیم می‌شود، میگرن مقاوم شامل افرادی است که با وجود مصرف دست‌کم سه درمان پیشگیرانه، هنوز در هر ماه حداقل هشت روز سردرد ناتوان‌کننده دارند و نوع مقاومِ شدید شامل کسانی است که هیچ درمان پیشگیرانه و حتی درمان‌های حاد مؤثر نبوده است (رابلی[4]، ۲۰۲۶). از نظر بالینی، میگرن به سه نوع اصلی تقسیم می‌شود: بدون اورا[5]، با اورا[6] و مزمن[7] که می‌تواند هر یک از دو نوع قبلی را در بر گیرد. تفاوت‌های فردی در فراوانی حملات، پاسخ به درمان، بیماری‌های همبود و حضور یا عدم حضور اورا، اهمیت طراحی برنامه درمانی شخصی‌سازی‌شده را نشان می‌دهد (راجی[8] و همکاران، ۲۰۲۴).

شیوع میگرن در زنان به‌ویژه پس از بلوغ بیشتر است، در کودکان پیش از بلوغ شیوع در دو جنس برابر است، اما پس از بلوغ در زنان افزایش می‌یابد و گزارش شده که شیوع در زنان بین ۳۳ تا ٪۴۳ و در مردان بین ۱۳ تا ٪۱۸ است. بیشترین بروز میگرن در میانسالی رخ می‌دهد و با افزایش سن کاهش می‌یابد، اگرچه مواردی در سالمندان نیز مشاهده شده است. بسیاری از افراد به جای مراجعه به پزشک، خوددرمانی را انتخاب می‌کنند که ممکن است باعث کم‌برآورد شدن شیوع واقعی شود (گرودزکا[9] و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود موفقیت‌های برخی درمان‌ها، سردردهای مزمن همچنان چالش‌برانگیز هستند و استفاده همزمان از درمان‌های دارویی پیشگیرانه و روش‌های غیردارویی مانند مداخلات روان‌شناختی توصیه می‌شود (شاهوردی و همکاران، ۲۰۲۴؛ باربانتی و نپی[10]، ۲۰۲۵).

در این میان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[11] یکی از رویکردهای نوین است که با تمرکز بر آگاهی لحظه به لحظه و ثبت افکار، اثربخشی خود را در کاهش درد مزمن و مشکلات روان‌شناختی نشان داده است (پلوسر و مارتین[12]، ۲۰۲۴؛ صادقی و همکاران، ۲۰۲۳). این روش با تقویت مهارت‌های پذیرش و مشاهده بدون قضاوت، فاجعه‌انگاری درد و اختلال عملکرد ناشی از آن را کاهش می‌دهد و افراد را قادر می‌سازد با افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با درد به شیوه‌ای سازگارانه‌تر تعامل داشته باشند (سگال[13] و همکاران، ۲۰۱۲؛ ایمانی، ۲۰۲۲). پژوهش ها نشان داده‌اند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش ناتوانی و بار روان‌شناختی ناشی از سردرد و میگرن مؤثر است. به عنوان مثال، دی[14] و همکاران (۲۰۱۴) گزارش کردند که این مداخله با افزایش پذیرش درد و کاهش فاجعه‌سازی شناختی، شدت و تداخل سردرد را کاهش می‌دهد. همچنین سنگ[15] و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به میگرن مزمن و اپیزودیک، ناتوانی مرتبط با میگرن و آشفتگی هیجانی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. افزون بر این، ولز[16] و همکاران (۲۰۲۱) بیان کردند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی با بهبود تنظیم هیجانی و کاهش بار شناختی درد، موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن می‌شود.

در کنار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طرحواره‌درمانی[17] رویکردی جامع و تلفیقی است که بر اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار اولیه مبتنی بر تجربه‌های کودکی تمرکز دارد (یانگ[18]، ۱۹۹۹؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه[19]، الگوهای پایدار و منفی تفکر و رفتار هستند که بر اساس تجارب ناخوشایند دوران کودکی شکل می‌گیرند و می‌توانند ادراک فرد از خود،

1 Migraine
2 Coppola
3 Resistant and refractory
4 Robblee
5 Without aura
6 with aura
7 chronic
8 Raggi
9 Grodzka
10 Barbanti & Nappi
11 Mindfulness-Based Cognitive Therapy
12 Ploesser & Martin
13 Segal
14 Day
15 Seng
16 Wells
17 Schema Therapy
18 Young
19 Early Maladaptive Schemas (EMS)

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

دیگران و جهان را تحت تأثیر قرار دهند. این طرحواره‌ها اغلب در برابر تغییر مقاوم بوده و بر ادراک، هیجان‌ها و رفتارهایی اثر می‌گذارند که زیربنای بسیاری از اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت درد و اختلالات روان‌تنی[1] مانند میگرن و سایر دردهای مزمن مرتبط هستند (ساریاهو[2] و همکاران، ۲۰۱۰). به‌ویژه طرحواره محرومیت هیجانی و ایثار ارتباط قوی با شدت درد دارند و می‌توانند موجب خستگی، سردرد و مشکلات روان‌تنی شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کارتر[3] و همکاران، ۲۰۱۳؛ یوسفی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرخی و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به درد مزمن نمرات بالاتری در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند و غالباً با طرحواره‌های نقص/شرم، محرومیت هیجانی، بازداری هیجانی، انزوای اجتماعی و اطاعت مواجه هستند (یونتار و اوزگان[4]، ۲۰۲۴). طرحواره‌درمانی با استفاده از فنون شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، امکان شناسایی و اصلاح این الگوها را فراهم می‌کند و به افزایش خودکارآمدی، کاهش اختلال هیجانی و مدیریت بهتر درد منجر می‌شود (یوسفی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرخی و همکاران، ۱۳۹۹؛ جمشیدی و همکاران، ۲۰۲۳).

به طور کلی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش آگاهی لحظه ای، کاهش نشخوار فکری و تنظیم پاسخ های استرس، نقشی کمکی در کاهش شدت، دفعات و ناتوانی ناشی از حملات میگرنی دارد (سنگ و همکاران، ۲۰۱۹). با این حال، محدودیت اصلی آن تمرکز بیشتر بر مدیریت توجه و پذیرش تجربه درد و توجه کمتر به الگوهای عمیق و پایدار شناختی-هیجانی در مزمن شدن درد است. در مقابل، طرحواره درمانی با تأکید بر شناسایی و تغییر طرحواره های ناسازگار اولیه و اصلاح سبک های مقابله ای هیجانی، از نظر نظری توان بیشتری برای اثرگذاری بر عوامل ریشه ای و مزمن ساز دردهای روان تنی مانند میگرن دارد (کارتر و همکاران، ۲۰۱۳؛ یوسف زاده و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرخی و همکاران، ۱۳۹۹)، اما در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، فرایندی طولانی مدت است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، مقایسه این دو رویکرد عمدتاً بر اساس تفاوت در سطح مداخله و نوع هدف درمانی انجام می شود که این تمایز در انتخاب درمان برای بیماران مبتلا به میگرن با الگوهای متفاوت شدت، مزمن بودن و نقش عوامل روانی- اجتماعی، اهمیتی اساسی دارد.

در مجموع، با توجه به شیوع روزافزون میگرن و بار ناتوان‌کننده آن بر کیفیت زندگی و عملکرد افراد، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که مدیریت این اختلال نیازمند تغییر جهت از درمان‌های صرفاً دارویی به سمت مداخلات جامع روان‌شناختی است؛ چراکه تجارب درد مزمن عمیقاً با ساختارهای شناختی، الگوهای پردازش هیجانی و چرخه‌های معیوب روان‌شناختی گره خورده‌اند (باربانتی و نپی ، ۲۰۲۵). در این راستا، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش پاسخ‌های اجتنابی، و طرحواره‌درمانی با تعدیل الگوهای ناسازگار اولیه، هر کدام از زاویه‌ای منحصربه‌فرد به مدیریت این چرخه‌ها می‌پردازند (پلوسر و مارتین، ۲۰۲۴؛ یونتار و اوزگان، ۲۰۲۴). با این حال، مرور پیشینه تحقیق حاکی از دو شکاف پژوهشی جدی است، اول اینکه علیرغم تفاوت‌های ساختاری این دو رویکرد، تاکنون در هیچ پژوهشی، اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی مورد مقایسه قرار نگرفته است. دوم اینکه جامعه دانشجویان به عنوان گروهی در معرض استرس‌های تحصیلی و اوج سن بروز حملات میگرن، در پژوهش‌های گذشته کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی بر علائم میگرن در جمعیت دانشجویی انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری شش‌ماهه بود. جامعه آماری شامل دانشجویانی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر تبریز مراجعه کرده بودند. تخمین اندازه نمونه به کمک نرم‌افزار جی پاور[5] ۳.۱ انجام شد. مقدار اندازه اثر متوسط برابر با ۰/۲۵ انتخاب شده که همه زیرگروه‌ها و مداخلات را پوشش دهد و بر این اساس و با توجه به سطح آلفای ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰، حداقل حجم نمونه ۴۲ نفر برآورد شد (کوهن، ۱۹۹۲). با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۴۵ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه

1 Psychosomatic disorders
2 Saariaho
3 Carter
4 Yontar & Ozgan
5 G-Power

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. معیارهای ورود شامل، دانشجو بودن، کسب نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه سردرد میگرنی اهواز (AMQ)، دامنه سنی بین ۱۹ تا ۲۸ سال، سابقه حداقل شش‌ماهه میگرن، عدم دریافت درمان مرتبط طی سه ماه گذشته و داشتن رضایت آگاهانه مکتوب از شرکت‌کنندگان بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، قرار گرفتن تحت روش درمانی دیگر به طور همزمان، حملات پانیک مکرر یا هرگونه وضعیت روانی که قضاوت بالینی را مختل کند، مصرف همزمان داروهای پیشگیرنده میگرن یا مسکن‌های مخدر، بروز عوارض جانبی ناشی از مداخله و انصراف از پژوهش بود. پس از اخذ مجوزها، تأییدیه کد اخلاق این پژوهش توسط دانشگاه شهید مدنی آذربایجان به شماره IR.AZARUNIV.REC.1404.011 به ثبت رسید. در ابتدا توضیحات مقدماتی در مورد هدف پژوهش و جلب مشارکت دانشجویان و اطمینان‌بخشی به شرکت‌کنندگان مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. سپس از همه شرکت‌کنندگان رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد. در طول جلسات نیز به شرکت‌کنندگان این اطمینان خاطر داده شد که هر زمان تمایل نداشته باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند. امکان دریافت رایگان هریک از مداخله‌ها برای گروه گواه، دیگر ملاحظه اخلاقی پژوهش حاضر بود. در نهایت داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شدند.

**ابزار سنجش**

**پرسشنامه سردرد میگرن اهواز[1](AMQ):** پرسشنامه میگرن اهواز توسط نجاریان (۱۳۷۶) باهدف سنجش شاخص‌های روان‌شناختی مرتبط با سردردهای میگرنی طراحی و اعتباریابی شده است. نسخه ابتدایی این ابزار شامل ۵۸ گویه بود که پس از تحلیل‌های اکتشافی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، به ۲۵ گویه نهایی تقلیل یافت. فرایند اعتباریابی پرسشنامه با مشارکت ۳۸۲ دانشجو از دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام شد. این ابزار دارای مقیاس چهاردرجه‌ای از نوع لیکرت شامل گزینه‌های هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات است که به ترتیب با مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند و حداقل نمره این پرسش‌نامه ۲۵ و حداکثر نمره آن ۱۰۰ می‌باشد. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه به‌منظور برآورد شیوع نشانه‌های میگرن، غربالگری اولیه، و انتخاب نمونه‌ها مورداستفاده قرار گرفت. نجاریان (۱۳۷۶) برای سنجش پایایی ابزار، از روش بازآزمایی (۶ هفته) و همسانی درونی استفاده کرده و ضرایب پایایی را به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش کرده است. همچنین شیرزادی و همکاران (۱۳۸۱) با بهره‌گیری از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای این ابزار به دست آورده است که بیانگر همسانی درونی مطلوب مقیاس است. برای بررسی روایی همگرا، نجاریان (۱۳۷۶) این پرسشنامه را با آزمون‌های افسردگی و اضطراب بیمارستانی، خرده مقیاس‌های هیستری، اضطراب و خودبیمارانگاری فرم کوتاه پرسش‌نامه چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا، و نیز مقیاس پرخاشگری اهواز همبسته کرده است. ضرایب همبستگی حاصل بین ۰/۳۴ تا ۰/۴۹ متغیر بوده و همگی در سطح معناداری ۰/۰۵ تأیید شده‌اند. همچنین، شیرزادی و همکاران (۱۳۸۱) با بررسی همبستگی این ابزار با مقیاس کمال‌گرایی اهواز، ضریب همبستگی $r = ۰/۵۰$ را گزارش کرده است که در سطح $p< ۰/۰۰۱$ معنادار بوده است. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۸۸ به‌دست آمد و نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار است. خلاصه پروتکل ها در جدول ۱ ارائه شده است.

**پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:** این مداخله بر پایه پروتکل سگال و همکاران (۲۰۱۲) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طی دوماه در کلینیک برگزار گردید. جلسات در اتاقی آرام و با نور ملایم و به صورت گروهی برگزار می‌شد. شرکت‌کنندگان هر جلسه در سکوت کامل به فعالیت‌های هدایت‌شده می‌پرداختند و در پایان هر جلسه، خلاصه‌ای از مباحث مطرح می‌شد و تکالیف خانگی برای جلسه بعدی توضیح داده می‌شد. جزیات محتوای این جلسات در جدول ۱ ارایه شده است.

**پروتکل جلسات طرحواره درمانی:** این مداخله بر پایه پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۶) طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طی ۲ نیم‌ماه در کلینیک برگزار گردید. جلسات در فضایی آرام و خصوصی و به صورت انفرادی برگزار می‌شد. مفاهیم به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شد و در طول جلسه، این تکنیک‌ها به کار گرفته می‌شد. در پایان هر جلسه، خلاصه‌ای از مباحث مطرح می‌شد و تکالیف خانگی برای جلسه بعدی توضیح داده می‌شد. جزیات محتوای این جلسات در جدول ۱ ارایه شده است.

**جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی**

| جلسه | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | طرحواره درمانی |
|---|---|---|
| اول | افزایش آگاهی از خودکاری ذهن، توجه به بدن، پایه‌گذاری مشاهده فراقضاوتی؛ با معرفی ذهن‌آگاهی، کشمش آگاهانه، اسکن بدن و مفهوم حضور لحظه‌ای. | برقراری اتحاد درمانی، اخذ تاریخچه (زندگی و میگرن)، معرفی طرحواره‌های اولیه و سبک‌های مقابله، تبیین محور استرس- سردرد؛ همراه با آموزش مدل طرحواره. |

1 Ahvaz Migraine Questionnaire (AMQ)

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

| | | |
|---|---|---|
| دوم | تقویت حضور لحظه‌ای، افزایش آگاهی از پیوند افکار-احساسات-بدن، کاهش حواس‌پرتی؛ با مرور تمرینات، اسکن بدن، مدیتیشن نشسته بر تنفس و ثبت تجارب خوشایند. | بررسی طرحواره‌های آسیب‌پذیری، معیارهای سختگیرانه، بازداری هیجانی، وابستگی و محرومیت هیجانی برای شناسایی طرحواره‌های اصلی. |
| سوم | آموزش تنظیم توجه، توقف فوری چرخه استرس، بازگردانی ذهن به اکنون؛ با فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، مدیتیشن نشسته، کشش آگاهانه و بررسی تجارب ناخوشایند. | بررسی تجارب کودکی و پیوند گذشته با واکنش‌های فعلی نسبت به درد جهت آگاهی از ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها. |
| چهارم | ایجاد فاصله شناختی از افکار، کاهش همسان‌سازی، افزایش انعطاف ذهنی؛ با آگاهی باز، مشاهده افکار و احساسات، اصل (افکار واقعیت نیستند) و تنفس در استرس. | بررسی تسلیم، اجتناب و جبران افراطی و پیامدهای آنها در میگرن به منظور شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد. |
| پنجم | کاهش اجتناب هیجانی، افزایش پذیرش درد و ناراحتی، تقویت تنظیم هیجان؛ با مواجهه با تجارب دشوار، پذیرش احساسات و حس‌های بدنی، و بررسی الگوهای اجتناب. | تصویرسازی ذهنی، بازپردازش خاطرات اولیه و تأمین نیازهای ارضا نشده برای فعال‌سازی تغییر هیجانی. |
| ششم | تغییر رابطه با افکار منفی، کاهش نشخوار ذهنی، افزایش ثبات توجه؛ با بررسی نشخوار و نگرانی، مشاهده افکار بدون درگیری، و حالت بودن در مقابل انجام دادن. | تکنیک گفت‌وگوی صندلی‌ها میان والد تنبیه‌گر، کودک آسیب‌پذیر و بزرگسال سالم جهت کاهش صدای منتقد درونی |
| هفتم | افزایش خودتنظیمی، پیشگیری از عود، تقویت رفتارهای سلامت‌محور؛ با شناسایی نشانه‌های هشدار، طراحی برنامه مراقبت از خود، فعالیت‌های تقویت خلق و ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره. | بازسازی شناختی باورهای ناتوانی، بیماری همیشگی و کمال‌گرایی برای اصلاح باورهای ناکارآمد |
| هشتم | تثبیت مهارت‌ها، افزایش خودکارآمدی، تعمیم به زندگی واقعی؛ با مرور کل دوره، تمرین ترکیبی ذهن‌آگاهی، تدوین برنامه بلندمدت و جمع‌بندی تجربه درمان. | تنظیم خواب، کاهش فشار کاری، استراحت سالم و ابراز هیجان به منظور تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار |
| نهم | | آموزش خودمراقبتی، مرزبندی و مدیریت استرس برای تقویت حالت بزرگسال سالم |
| دهم | | مرور طرحواره‌ها، نشانه‌های هشدار و برنامه نگهدارنده جهت تثبیت درمان و پیشگیری از عود |

## یافته ها

در پژوهش حاضر، ۴۵ شرکت‌کننده به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طرحواره‌درمانی و گروه کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برابر با (۲۳/۴۰ ± ۲/۳۱) سال، در گروه طرحواره‌درمانی برابر با (۲۲/۷۳ ± ۲/۴۸) سال و در گروه کنترل برابر با (۲۳/۲۰ ±۲/۵۰) سال بود. تفاوت میانگین سنی بین گروه‌ها از نظر آماری معنادار نبود (P=۰/۶۷۰). از نظر جنسیت، در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۹ نفر دختر (۶۰ درصد) و ۶ نفر پسر (۴۰ درصد)، در گروه طرحواره‌درمانی ۸ نفر دختر (۵۳/۳۳) و ۷ نفر پسر (۴۶/۰۷ درصد)، و در گروه کنترل ۷ نفر دختر (۴۶/۰۷ درصد) و ۸ نفر پسر (۵۳/۳۳ درصد) حضور داشتند. توزیع جنسیت بین سه گروه تفاوت معناداری نشان نداد (P=۰/۷۱۰).

**جدول ۲- مقایسه نمرات میگرن در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری**

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری ۶ ماهه | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| میگرن | شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۶۱/۲۶ | ۵/۳۱۱ | ۴۷/۹۳ | ۳/۹۹۰ | ۴۸/۸۹ | ۳/۸۶۳ |
| | طرحواره درمانی | ۶۴/۴۷ | ۵/۲۹۰ | ۵۵/۸۷ | ۳/۱۳۷ | ۵۶/۴۰ | ۲/۹۷۱ |
| | کنترل | ۶۱/۰۷ | ۳/۹۱۸ | ۶۱/۲۷ | ۵/۲۱۶ | ۶۱/۰۶ | ۴/۵۱۱ |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

باتوجه به اطلاعات جدول ۲، میانگین گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی در پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه برای متغیر میگرن نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است؛ ولی برای تعیین معناداری این کاهش از نظر آماری از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج بررسی مفروضه‌های آماری نشان داد که توزیع متغیر میگرن بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک نرمال است (p>۰/۰۱)، واریانس خطای گروه کنترل و دو گروه آزمایش بر اساس آزمون لون همسان است (p>۰/۰۵) و مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نیز به دلیل معنادار نبودن آزمون ام‌باکس (p>۰/۰۵) تایید شد، با این حال، معناداری آزمون موچلی (p<۰/۰۱) حاکی از نقض مفروضه کرویت بود که به همین دلیل، جهت تعدیل تورم خطای نوع اول و اصلاح درجات آزادی، از آزمون تصحیح گرین‌هاوس-گیسر برای تحلیل نهایی اثرات درون‌گروهی استفاده شد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گزارش شده است.

**جدول ۳- آزمون تحلیل واریانس برای بررسی اثرات بین گروهی و درون گروهی**

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| بین گروهی | گروه | ۱۷۱۴/۶۸۱ | ۲ | ۸۵۷/۳۴۱ | ۲۵/۹۶۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹۷ |
| | خطا | ۱۳۸۷/۴۲۲ | ۴۲ | ۳۳/۰۳۴ | - | - | - |
| درون گروهی | زمان | ۱۴۸۳/۷۹۳ | ۲ | ۷۴۱/۸۹۶ | ۶۴/۰۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۴ |
| | گروه × زمان | ۸۶۷/۶۳۰ | ۴ | ۲۱۶/۹۰۷ | ۱۸/۷۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷۱ |
| | خطا | ۹۷۳/۲۴۴ | ۸۴ | ۱۱/۵۸۶ | - | - | - |

بر اساس جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد اثر گروه بر شدت میگرن در مراحل مختلف اندازه‌گیری معنادار است (p<۰/۰۰۱) که بیانگر تفاوت معنادار میان گروه‌های پژوهش در شدت علائم میگرن است. همچنین اثر زمان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز معنادار بود (p<۰/۰۰۱) که نشان داد شدت میگرن در طول زمان به‌طور معناداری تغییر کرده است. افزون بر این، اثر تعاملی گروه × زمان نیز معنادار گزارش شد(p<۰/۰۰۱)، که نشان‌دهنده تفاوت الگوی تغییرات شدت میگرن در طول زمان میان گروه‌های مختلف است. به‌عبارت دیگر، مداخلات اجراشده توانسته‌اند روند کاهش علائم میگرن را به‌صورت افتراقی و معنادار تحت تأثیر قرار دهند. آنجایی که اثر تعامل بین زمان و گروه معنادار بود، این اثر با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴- آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه شدت علائم میگرن به صورت زوجی در سری زمانی**

| مرحله A | مرحله B | گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | | گروه طرحواره درمانی | | گروه کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین A-B | سطح معناداری | اختلاف میانگین A-B | سطح معناداری | اختلاف میانگین A-B | سطح معناداری |
| پیش آزمون | پس آزمون | -۸/۴۲۲ | ۰/۰۰۱ | -۶/۲۰۰ | ۰/۰۰۱ | -۲/۲۲۲ | ۰/۴۰۴ |
| پس آزمون | پیگیری | -۰/۴۱۷ | ۰/۰۶۲ | -۱/۶۶۷ | ۱ | -۱/۶۶۷ | ۱ |
| پیش آزمون | پیگیری | -۸/۳۱۷ | ۰/۰۰۱ | -۶/۲۰۰ | ۰/۰۰۱ | -۲/۲۲۲ | ۴۰۴ |

مقایسه‌های زوجی در جدول ۴ نشان داد که میانگین نمرات علائم میگرن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته و به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود (p<۰/۰۰۱). با این حال، بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵). این یافته‌ها حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی به‌طور معناداری در کاهش میانگین نمرات شدت میگرن در پس‌آزمون مؤثر بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری حفظ شده است. در گروه کنترل، تغییر معناداری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری یافت نشد (p>۰/۰۵). همچنین در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی، گروه‌ها مقایسه شد و نتایج نشان داد بین دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی از نظر کاهش علائم میگرن تفاوت معنادار وجود ندارد (p>۰/۰۵).

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش فعلی با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی در کاهش علائم میگرن انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که هر دو رویکرد درمانی در کاهش شدت و فراوانی حملات میگرن نسبت به گروه کنترل مؤثر بودند و شرکت‌کنندگان در هر دو گروه درمانی بهبود معناداری را تجربه کردند، همچنین نتایج در پیگیری ۶ ماهه ماندگار بود.

یافته اول پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری در کاهش میانگین شدت علائم میگرن در مرحله پس‌آزمون مؤثر است و این کاهش در مرحله پیگیری نیز ادامه یافت. این نتایج، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین دی و همکاران (۲۰۱۴)، آنهایِر و همکاران (۲۰۱۷)، سِنگ و همکاران (۲۰۱۹)، و وِلز و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین یافته می توان گفت افراد مبتلا به میگرن غالباً آگاهی هیجانی پایینی دارند، در تمایز و بیان هیجانات منفی مشکل دارند و تنش هیجانی را عمدتاً از طریق نشانه‌های جسمانی تخلیه می‌کنند (چروتی[1] و همکاران، ۲۰۱۶؛ گالی[2] و همکاران، ۲۰۱۷؛ یالوغ[3] و همکاران، ۲۰۱۰). برخلاف رویکردهای رفتاری سنتی که بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای عملی تمرکز دارند، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که به افراد کمک می‌کند رابطه خود با درد را بازتعریف کنند. این رویکرد با اتخاذ موضع مشاهده‌گر بدون قضاوت، پذیرش و بازارزیابی شناختی تجربه درد را تسهیل کرده و واکنش‌های دردناک و فرایندهای شناختی-هیجانی مرتبط را کاهش می‌دهد. مطالعات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی ظرفیت تنظیم شناختی و هیجانی در پاسخ به درد را افزایش و ادراک درد را تغییر می‌دهد، حتی در صورتی که فراوانی سردرد بدون تغییر باقی بماند (سِنگ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، شواهد عصبی و عصب‌روان‌شناختی نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند تغییرات ساختاری و کارکردی در نواحی قشری مغز مانند قشر اینسولا، پیش‌پیشانی و سینگولیت ایجاد کند، که پردازش درد و تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد (گوتینک[4] و همکاران، ۲۰۱۶؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۸). این بازتعریف تجربه درد می‌تواند تاب‌آوری روانی و کاهش بار روانی-فیزیولوژیک مرتبط با میگرن را افزایش دهد. با این حال، نتایج سیمشویزر[5] و همکاران (۲۰۲۲) با این یافته‌ها همسو نبود که ممکن است ناشی از تفاوت در ویژگی‌های نمونه، شدت کمتر اختلال در خط پایه، استفاده گسترده از داروهای مسکن، ابزارهای سنجش و محدودیت‌های طراحی پژوهش باشد.

یافته دوم پژوهش، نشان داد که طرحواره درمانی به طور معناداری در کاهش میانگین شدت علائم میگرن در مرحله پس‌آزمون مؤثر است و این کاهش در مرحله پیگیری نیز ادامه یافت. این یافته با نتایج پژوهش های فرخی و همکاران (۱۳۹۹)، جمشیدی و همکاران (۲۰۲۳)، مک‌کراکن[6] و همکاران، (۲۰۰۳)، مورنو[7] و همکاران، (۲۰۰۵) و ون‌ریکگهم[8] و همکاران، (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه حساسیت سیستم عصبی مرکزی به محرک‌های دردناک را افزایش می‌دهند و حتی محرک‌های با شدت کم را دردناک می‌کنند. این طرحواره‌ها الگوهای هیجانی و رفتاری خاصی را تقویت می‌کنند که ممکن است به راهبردهای ناسازگار مدیریت درد منجر شوند. برای مثال، ایثارگری باعث نادیده گرفتن نیازهای جسمی و روانی فرد به نفع حمایت از دیگران می‌شود، که در طول زمان به فرسودگی، استرس و کاهش توانایی پاسخ به درد می‌انجامد. معیارهای سخت‌گیرانه فشار روانی و کمال‌گرایی را افزایش و محرومیت هیجانی ظرفیت جستجوی حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد، که همه این‌ها می‌توانند شدت درد و اختلال عملکرد روانی-اجتماعی را افزایش دهند. در سطح عصبی، هیجانات منفی مزمن ناشی از این طرحواره‌ها تغییراتی در مدارهای کورتیکو-لیمبیک[9] ایجاد می‌کنند، حساسیت به درد را افزایش و کنترل شناختی بر تجربه درد را کاهش می‌دهند. مطالعه‌ای بر ۶۰۲ بیمار بزرگسال مبتلا به درد مزمن نشان داد این بیماران نمرات بالاتری در طرحواره‌های ناسازگار به‌ویژه محرومیت هیجانی دارند (ساریاهو و همکاران، ۲۰۱۰). طرحواره‌درمانی با اصلاح شناخت‌ها و باورهای فردی شدت درد را کاهش می‌دهد (کرانز[10] و همکاران، ۲۰۱۰) و با شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تغییرات شناختی، هیجانی و رفتاری ایجاد می‌کند که به کاهش استرس، بهبود تنظیم هیجان و مدیریت مؤثر

1 Cerutti
2 Galli
3 Yalug
4 Gotink
5 Simshäuser
6 McCracken
7 Morone
8 Van Ryckeghem
9 Corticolimbic circuits
10 Kranz

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

درد می‌انجامد. این درمان با کاهش فشارهای درونی ناشی از طرحواره‌ها، توانایی افراد در تشخیص نیازهای بدنی، استراحت کافی و بهره‌گیری از حمایت دیگران را افزایش می‌دهد (مک‌کراکن و همکاران، ۲۰۰۳؛ مورنو و همکاران، ۲۰۰۵؛ ون‌ریکگهم و همکاران، ۲۰۱۳).

در نهایت، یافته‌های پژوهش نشان داد بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با پژوهش‌های غنی زاده بالدرلو و همکاران (۲۰۲۵) و ساهور و همکاران (۲۰۲۴) همسو می‌باشد. در تبیین هم‌پوشانی اثر بخشی این دو مداخله می‌توان استدلال کرد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی، علی‌رغم بهره‌گیری از خاستگاه‌های نظری متفاوت، از طریق بازتنظیم مسیرهای عصبی- شناختی مشترک به فرآیند نهایی تعدیل ادراک درد و مهار حملات میگرن دست می‌یابند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق توسعه آگاهی لحظه‌به‌لحظه و پذیرش غیرقضاوت‌گرانه، سیستم پاسخ‌دهی هیجانی به تنش‌ها را تعدیل کرده و با بازتنظیم فعالیت شبکه حالت پیش‌فرض مغز، فرآیندهای خودارجاعی منفی و نشخوار فکری را مهار می‌کند (تیلور و همکاران، ۲۰۱۳). این رویکرد فرآیندمدار با ابطال چرخه فاجعه‌آمیزسازی درد، یک کنترل پایین به بالا و فیزیولوژیک را بر پردازش حسی درد اعمال کرده و به کاهش سریع شدت و فراوانی حملات می‌انجامد (سِنگ و همکاران، ۲۰۱۹). در مقابل، طرحواره‌درمانی با هدایت یک فرآیند کنترل بالا به پایین، سازه‌های عمیق‌تر سیستم شناختی یعنی طرحواره‌های ناسازگار اولیه را هدف قرار می‌دهد، چرا که فعال شدن این الگوهای ناکارآمدِ حاصل از تروماهای رشدی، به عنوان فیلترهای تفسیری معیوب عمل کرده و با تداوم‌بخشی به استرس روانی مزمن و بیش‌فعالی محور هورمونی پاسخ به تنش، وضعیت التهاب عصبی را در سیستم عروقی-عصبی مغز تشدید می‌کند (گولر آکسو و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، طرحواره‌درمانی از طریق تکنیک‌های تجربی و بازسازی باورهای هسته‌ای، پایداری اثرات درمانی را بر کیفیت زندگی بلندمدت مبتلایان تضمین می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در تحلیل نهایی، عدم تفاوت معنادار میان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی در کاهش علائم میگرن ناشی از آن است که هر دو رویکرد، علی‌رغم تفاوت در تکنیک‌ها، بر هسته مشترکِ عصب-روان‌شناختی درد یعنی تنظیم هیجان، کاهش فاجعه‌سازی و تعدیل پردازش شناختی-هیجانی اثر می‌گذارند، به‌طوری‌که ذهن‌آگاهی از طریق افزایش پذیرش تجربه درد و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش سبک‌های مقابله‌ای هیجانی ناسازگار، در نهایت به کاهش حساسیت مرکزی و ادراک درد منجر می‌شوند، بنابراین همپوشانی در سازوکارهای تنظیم هیجان می‌تواند علت اصلی مشابه بودن اثربخشی این دو درمان باشد (سنگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ سیمشویزر و همکاران، ۲۰۲۲؛ ساریاهو و همکاران، ۲۰۱۰).

/در مجموع، نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی توانستند به موجب کاهش معنادار شدت علائم میگرن در پس آزمون شوند و این نتایج در طی پیگیری ۶ ماهه حفظ شد. همچنین، هر یک از این دو درمان در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری را نشان دادند، در حالی که در مقایسه این دو روش با یکدیگر، تفاوت معناداری مشاهده نشد، بنابراین با توجه به اثربخشی یکسان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با برخورداری از دوره درمان کوتاه‌تر می‌تواند به‌عنوان گزینه‌ای کارآمدتر و مقرون‌به‌صرفه‌تر نسبت به طرحواره‌درمانی در مدیریت بالینی میگرن مطرح شود.

در این پژوهش، فقدان پیگیری طولانی‌مدت موجب شده است که امکان ارزیابی پایداری و تداوم آثار مداخلات روان‌شناختی میسر نباشد و قضاوت درباره ماندگاری اثرات درمان در افق زمانی فراتر از دوره مداخله با دشواری روبه‌رو شود. دوم، نمونه گیری هدفمند و همگنی نسبی نمونه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی، تعمیم نتایج به گروه‌های سنی مختلف و غیر دانشجویی، جمعیت‌های با شرایط بالینی پیچیده‌تر یا بافت‌های فرهنگی و جغرافیایی گوناگون را با محدودیت مواجه ساخته است. سوم، عدم استفاده از روش‌های پیشرفته نوروفیزیولوژیک نظیر تصویربرداری مغزی (مانند fMRI یاEEG ) امکان بررسی تغییرات نوروبیولوژیک زیربنایی و مکانیسم‌های عصبی- روان‌شناختی مؤثر در درمان میگرن را فراهم نکرده و کاوش در لایه‌های عمیق‌تر اثرات عصبی این مداخلات را با نقص روبه‌رو ساخته است. در پایان، برای پژوهش‌های آتی طراحی پژوهش‌هایی با دوره پیگیری بلندمدت به منظور سنجش ماندگاری اثرات درمان، استفاده از نمونه‌های متنوع‌تر از لحاظ سن، فرهنگ و ویژگی‌های بالینی جهت افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، به‌کارگیری روش‌های تصویربرداری مغزی و نوروفیزیولوژیک برای بررسی مکانیسم‌های عصبی مداخلات به منظور طراحی برنامه‌های درمانی جامع‌تر و زمینه‌محور پیشنهاد می‌گردد.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

## منابع

شیرزادی، ا. مهرابی‌زاده هنرمند، م. و حقیقی، ج. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای کمال‌گرایی،اضطراب صفت - حالت و افسردگی با سردرد میگرن در دانشجویان. *علوم تربیتی، ۹(۳)، ۱۰۹-۱۲۶*. https://doi.org/10.22055/edus.2002.16627

فرخی، ح. انصاری شهیدی، م. رضایی جمالویی، ح. ابراهیمی، ا. و عرب خردمند، ج. (۱۳۹۹). بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر پذیرش درد، خود کارآمدی درد، شدت درد وتنظیم هیجانی در بیماران تحت جراحی ستون فقرات. بیهوشی و درد، ۱۱(۴)، ۱۹-۲۹. https://sid.ir/paper/414550/fa

نجاریان، ب. (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه‌ای برای سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان. *علوم تربیتی، ۴(۲)، ۳۰-۴۳*. https://doi.org/10.22055/edus.1998.16109

Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G., & Cramer, H. (2017). Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, *166*(11), 799-807. https://doi.org/10.7326/M16-1997

Argyriou, A. A., Vikelis, M., Mantovani, E., Litsardopoulos, P., & Tamburin, S. (2021). Recently available and emerging therapeutic strategies for the acute and prophylactic management of cluster headache: a systematic review and expert opinion. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *21*(2), 235-248. https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1857240

Barbanti, P., & Nappi, R. E. (2025). Framing and Management of Migraines in Women: An Expert Opinion on Challenges, Current Approaches, and Future Multidisciplinary Perspectives. Healthcare (Basel, Switzerland), 13(2), 164. https://doi.org/10.3390/healthcare13020164

Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, *151*(2), 500-505. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034

Cerutti, R., Valastro, C., Tarantino, S., Valeriani, M., Faedda, N., Spensieri, V., & Guidetti, V. (2016). Alexithymia and psychopathological symptoms in adolescent outpatients and mothers suffering from migraines: a case control study. *The journal of headache and pain*, *17*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s10194-016-0640-y

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, *112*(1), 155. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.112.1.155

Coppola, G., Brown, J. D., Mercadante, A. R., Drakeley, S., Sternbach, N., Jenkins, A., Blakeman, K. H., & Gendolla, A. (2025). The epidemiology and unmet need of migraine in five european countries: results from the national health and wellness survey. BMC public health, 25(1), 254. https://doi.org/10.1186/s12889-024-21244-8

Day, M. A., Thorn, B. E., Ward, L. C., Rubin, N., Hickman, S. D., Scogin, F., & Kilgo, G. R. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *The Clinical journal of pain*, *30*(2), 152-161. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318287a1dc

Galli, F., Caputi, M., Sances, G., Vegni, E., Bottiroli, S., Nappi, G., & Tassorelli, C. (2017). Alexithymia in chronic and episodic migraine: A comparative study. *Journal of Mental Health*,*26*(3), 192–196. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124404

Ghanizadeh Balderloo, K. , Moheb, N. , Alivandi Vafa, M. and Azemoudeh, M. (2025). The Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, and Cognitive Flexibility in Patients with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Applied Psychological Research, 16(4), 119-138. https:doi.org/10.22059/japr.2025.356174.644559

Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. M. (2016). 8-week mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice–a systematic review. *Brain and cognition*, *108*, 32-41. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.07.001

Grodzka, O., Dzagoevi, K., Rees, T., Cabral, G., Chądzyński, P., Di Antonio, S., ... & European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). (2025). Migraine with and without aura—two distinct entities? A narrative review. *The Journal of Headache and Pain*, *26*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s10194-025-01998-1

Güler Aksu, G., Kayar, O., Tufan, A. E., Kütük, M. Ö., Sucu, D. H., Taşdelen, B., Toros, F., & Özge, A. (2022). Early maladaptive schemas differing according to sex may contribute to migraine among the youth. *Brain & development*, *44*(7), 427–437. https://doi.org/10.1016/j.braindev.2022.04.001

Imani, S. (2022). Comparing the Effectiveness of Congnitive-Behavioral Group therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on the Reduction of Risky Behaviors in Opium addicts. *Quarterly of Applied Psychology, 16 (2): 113, 134*, 2. https://doi.org/10.52547/apsy.2022.223221.1111

Jamshidi, S. S., Houman, F., & Asgari, P. (2023). Comparison of Effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Schema Therapy in Sleep Quality and Clinical Symptoms in Women with Migraine. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, *12*(4). https://doi.org/10.5812/jjcdc-136243

Kranz, D., Bollinger, A., & Nilges, P. (2010). Chronic pain acceptance and affective well-being: A coping perspective. *European Journal of Pain*, *14*(10), 1021-1025. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.03.010

McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain?. *Pain*, *105*(1-2), 197-204. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00202-1

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]

Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The journal of pain*, *9*(9), 841-848. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.04.003

Ploesser, M., & Martin, D. (2024). Mechanism of Action of Mindfulness-Based Interventions for Pain Relief-A Systematic Review. Journal of integrative and complementary medicine, 30(12), 1162–1178. https://doi.org/10.1089/jicm.2023.0328

Raggi, A., Leonardi, M., Arruda, M., Caponnetto, V., Castaldo, M., Coppola, G., ... & Martelletti, P. (2024). Hallmarks of primary headache: part 1–migraine. *The journal of headache and pain*, *25*(1), 189. https://doi.org/10.1186/s10194-024-01889-x

Robblee J. (2026). 2025 highlights in resistant and refractory migraine. Cephalalgia : an international journal of headache, 46(1), 3331024251401231. https://doi.org/10.1177/03331024251401231

Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2010). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian journal of pain*, *1*(4), 196-202. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2010.09.003

Sadeghi, A., Ghazanfari, A., Mashhadizadeh, S., & Sharifi, T. (2023). Comparison of psychological capital group training and mindfulness based cognitive therapy on pain catastrophizing in patients with migraine in Isfahan city. *Journal of Applied Family Therapy*, *3*(5), 511-527. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.5.30

Sahour, A., Mirzaian, B., & Heydari, S. (2024). Comparing the Effectiveness of schema therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Worry and psychological well-being in infertile women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 10(6), 175-189. http://jhpm.ir/article-1-1722-fa.html

Sait, A., Mitsikostas, D. D., Ji, L. M., Nooshin, Y., Shuu-Jiun, W., Messina, R., ... & Lipton, R. B. (2021). Tension-type headache (Primer). *Nature Reviews: Disease Primers*, *7*(1). https://doi.org/10.1038/s41572-021-00257-2

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press. ISBN 9781462537037.

Seng, E. K., Singer, A. B., Metts, C., Grinberg, A. S., Patel, Z. S., Marzouk, M., ... & Buse, D. C. (2019). Does mindfulness-based cognitive therapy for migraine reduce migraine-related disability in people with episodic and chronic migraine? A phase 2b pilot randomized clinical trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *59*(9), 1448-1467. https://doi.org/10.1111/head.13657

Shahverdi, Z. A., Dehghani, M., Ashouri, A., Manouchehri, M., & Mohebi, N. (2024). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta Psychologica*, *244*, 104176. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104176

Simshäuser, K., Pohl, R., Behrens, P., Schultz, C., Lahmann, C., & Schmidt, S. (2022). Mindfulness-based cognitive therapy as migraine intervention: a randomized waitlist controlled trial. *International journal of behavioral medicine*, 1-13. https://doi.org/10.1007/s12529-021-10044-8

Taylor, V. A., Daneault, V., Grant, J., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S., Courtemanche, J., Lavarenne, A. S., Marrelec, G., Benali, H., & Beauregard, M. (2013). Impact of meditation training on the default mode network during a restful state. *Social cognitive and affective neuroscience*, *8*(1), 4–14. https://doi.org/10.1093/scan/nsr087

Van Ryckeghem, D. M., De Houwer, J., Van Bockstaele, B., Van Damme, S., De Schryver, M., & Crombez, G. (2013). Implicit associations between pain and self-schema in patients with chronic pain. *PAIN®*, *154*(12), 2700-2706. https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.055

Wells, R. E., Burch, R., Paulsen, R. H., Wayne, P. M., Houle, T. T., & Loder, E. (2014). Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *54*(9), 1484-1495. https://doi.org/10.1111/head.12420

Wells, R. E., O'Connell, N., Pierce, C. R., Estave, P., Penzien, D. B., Loder, E., ... & Houle, T. T. (2021). Effectiveness of mindfulness meditation vs headache education for adults with migraine: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, *181*(3), 317-328. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7090

Yalug, I., Selekler, M., Erdogan, A., Kutlu, A., Dundar, G., Ankaralı, H., & Aker, T. (2010). Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*,*64*(3), 231–238. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02093.x

Yontar, G., & Ozgan, E. (2024). Early maladaptive schemas in female patients with migraine and tension-type headache. *Scientific Reports*, *14*(1), 3550. https://doi.org/10.1038/s41598-024-53816-4

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange. https://psycnet.apa.org/record/1999-02395-000

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. guilford press. ISBN 9781593853723.

Young, K. S., van der Velden, A. M., Craske, M. G., Pallesen, K. J., Fjorback, L., Roepstorff, A., & Parsons, C. E. (2018). The impact of mindfulness-based interventions on brain activity: A systematic review of functional magnetic resonance imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *84*, 424-433. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.08.003

Yousefzadeh, M., Hashemi, M., Talebi, H., NeshatDoost, H. T., Taheri, M., & Momenzadeh, S. (2020). Compare the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Schema Therapy on reducing the cognitive error of pain catastrophizing and increase of pain self-efficacy in Tehranian Patients with Chronic Low Back Pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, *11*(2), 26-43. https://sid.ir/paper/372203/en

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25 ]