Journal of Research in Psychological Health

December 2017, Volume 11, Issue 3

Effectiveness of Acceptance enhanced behavior therapy on Body Focused Repetitive Behavior Disorders (Trichotillomania, Skin Picking, Nail biting): A multiple baseline design with three month follow up

Paria Faroughi [1],Zeynab Khanjani* [2], Touraj Hashemi [3], Majied Mahmoud- Aliloo [4]

1 *Ph.D. student in Department of Psychology, Tabriz University. Tabriz, Iran*

2 *(corresponding author): Professor in Department of Psychology, Tabriz University. Tabriz, Iran.*

3 Professor in Department of Psychology, Tabriz University. Tabriz, Iran

4 Professor in Department of Psychology, Tabriz University. Tabriz, Iran

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Please cite to: Faroughi, P. Khanjani, Z. Hashemi, T. Mahmoud-Aliloo, M. (2017). Efficacy of AEBT in Reducing Symptoms of Body Focused Repetitive Behavior Disorders with three month follow up. *Journal of Research in Psychological Health*, 2017, 11(3), 13-26. [Persian]

Highlights

- Acceptance enhanced behavior therapy had significant effects in the reduction of symptoms of trichotillomania
- Acceptance enhanced behavior therapy had significant effects in the reduction of symptoms of skin picking
- Acceptance enhanced behavior therapy had significant effects in the reduction of symptoms of Nail biting

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]

Abstracts

Acceptance enhanced behavior therapy (AEBT) is a combination of Habit reversal and Acceptance–Commitment Therapy. In the present study the effectiveness of this treatment in reducing symptoms of patients with Body Focused Repetitive Behaviors (BFRBS) as kind of Trichotillomania, Skin picking and Nail biting disorder was examined. This study used multiple baseline design which was one of the single subject design. Treatment was conducted on the six patients (two patients for each disorder) through 10 sessions. after treatment session, patients were assessed after three months later. Data was gathered by Massachusetts Hospital – Hair pulling Scale, Skin Picking Scale questionnaire and Nail biting scale. Data were analyzed by using visual acuity chart, recovery rate and clinical significance. Findings showed that AEBT could be effective in the treatment of patients with BFRBS. The treatment caused significant reduction in the patient's symptoms and follow-up over three month revealed that the treatment effects were maintained. it seemed that adding acceptance based intervention to conventional behavioral therapy techniques could be effective in reducing Body focused repetitive behaviors problems.

Key word: AEBT, Trichotillomania, Skin Picking, Nail biting

[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

اثربخشی رفتاردرمانی پذیرش محور بر روی رفتارهای متمرکز بر بدن (وسواس موکنی، ناخن جویدن، کندن پوست): یک طرح خط پایه چند گانه با پیگیری سه ماهه

پریا فاروقی[۱]، زینب خانجانی[۲]، تورج هاشمی[۳]، مجید محمود علیلو [۴]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۲۲

یافته‌های اصلی

۱. رفتاردرمانی پذیرش محور اثر معنی‌داری بر کاهش علائم موکنی داشت

۲. رفتاردرمانی پذیرش محور اثر معنی‌داری بر کاهش علائم کندن پوست داشت

۳. رفتاردرمانی پذیرش محور اثر معنی‌داری بر کاهش علائم ناخن‌جویدن داشت

چکیده

رفتاردرمانی پذیرش محور ترکیب دو روش درمانی پذیرش - تعهد و بازداری از پاسخ است که در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثربخشی این نوع درمان در بهبود نشانه های بیماران مبتلا به رفتارهای متمرکز بر بدن از نوع موکنی ، کندن پوست آمیخته و ناخن جویدن مورد بررسی قرار گیرد .این پژوهش در چهارچوب طرح تک موردی از نوع از خطوط چندگانه پلکانی طی ۱۰ جلسه همراه با پیگیری سه ماهه بر روی شش بیمار (برای هر اختلال دو نفر) صورت گرفت .داده ها از طریق مقیاس های موکنی ماساچوست، کندن پوست کتن ، شدت ناخن جویدن مسلر و مالون جمع آوری شد .تحلیل داده ها با استفاده از نمودار دیداری، درصد بهبودی و معنی داری بالینی نشان داد که رفتاردرمانی پذیرش محور می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال موکنی ، کندن پوست و ناخن جویدن موثر باشد. درمان کاهش معنی داری را در نشانه ها ایجاد کرد و اثر درمانی تا سه ماه پیگیری ادامه یافتند. به نظر می رسد افزودن مداخلات مبتنی بر پذیرش به روش های سنتی رفتاردرمانی در کاهش نشانه های متمرکز بر بدن موثر است.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی پذیرش‌محور، موکنی، کندن پوست، ناخن‌جویدن

[۱] دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.Faroughi66@gmail.com

[۲] (نویسندهٔ مسئول) استاد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز. ایران. zeynabkhanjaani@gmail.com

[۳] استاد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز. ایران

[۴] استاد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز. ایران

*مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

مقدمه

رفتارهای متمرکز بر بدن[۱] BFRBs گروهی از رفتارهای مشکل‌ساز، مخرب و غیرکاربردیِ متمرکز بر بدن را در برمی‌گیرد. این رفتارها، عودکننده و ناخواسته بوده و اغلب به‌صورت کندن بخش‌هایی از بدن مثل مو، لب یا ناخن خود را نشان می‌دهند (۱). رفتارهای متمرکز بر بدن شامل کشیدن مو (TTM [۲])، کندن پوست (SPD)، کندن ناخن (NB [۳]) و لب و مکیدن انگشت است. اختلال موکنی، یک وضعیت روان‌شناختی ناتوان‌کننده است که با کشیدن مو مشخص و منجر به ازدست‌دادن مو و اختلال در عملکرد می‌شود (۲). کندن پوست پیش‌تر با عناوین کندن پوست پاتولوژیک[۴] یا اختلال کندن پوست نوروتیک توصیف می‌شد. این اختلال با رفتار خودتخریبی پوست (کندن، خراشیدن و...)، ناتوانی در کنترل رفتار و ناراحتی شایان‌توجه در DSM5 (ملاک های تشخیصی انجمن روانپزشکی امریکا) مشخص می‌شود (۳). ناخن‌جویدن به مفهوم قراردادن انگشتان داخل دهان و تماس بین دندان و ناخن با یکدیگر است و شامل کندن پشت و پوشش ناخن همراه با جراحت، خونریزی، قرمزی و عفونت انگشتان می‌شود (۴). درخصوص پیامدهای فیزیکی و روان‌شناختی این اختلالات می‌توان گفت موکنی مزمن منجر به ازدست‌دادن مو، آسیب ریشهٔ مو، خراش پوست سر و... می‌شود. کندن پوست مزمن زخم، عفونت ایجاد می‌کند و ناخن‌جویدن علاوه‌بر ناخن‌ها، به انگشتان، لثه و دندان‌ها آسیب می‌زند (۵). علاوه‌بر پیامد فیزیکی، پیامدهای روان‌شناختی این اختلالات مورد توجه است. افراد مبتلابه موکنی اغلب به‌دلیل نداشتن مو احساس غیرجذاب بودن دارند. یک مصاحبهٔ اینترنتی در سال ۲۰۰۶ با افراد مبتلابه این اختلال نشان داد اختلال این افراد با شغل و عملکرد تحصیلی، وظایف همسرداری و روابط بین‌فردی تداخل می‌کند (۲). در سال ۲۰۱۱ مصاحبهٔ اینترنتی با افراد مبتلابه کندن پوست نشان داد که علاوه‌بر شرم و احساس گناه در مورد ظاهر، اجتناب از برخورد اجتماعی دارند (۵). افراد مبتلابه ناخن‌جویدن ، کمرو و بی‌میل به نشان‌دادن دست‌های خود هستند (۶). در ملاک های تشخیصی انجمن روانپزشکی امریکا هر سه اختلال موکنی، کندن پوست و ناخن‌جویدن در طبقهٔ تشخیصی وسواس فکری‌عملی و اختلالات مرتبط قرار گرفته است (۳). اختصاص طیف وسواس فکری‌عملی، برای این سه اختلال نامعقول نیست؛ چون علامت عمل مکرر در این اختلالات با عادت تکراری جبری مشاهده‌شده در افراد وسواس فکری‌عملی شباهت دارد؛ به‌علاوه مثل افراد مبتلا به وسواس برای افراد مبتلابه اختلال کندن مو و پوست و ناخن، مقاومت علیه رفتار، علی‌رغم پیامد آزارنده سخت است (۷)؛ ولی بین وسواس فکری‌عملی و رفتارهای متمرکز بر بدن براساس پدیدارشناسی و محرک‌های محیطی تفاوت وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال رفتارهای متمرکز بر بدن مطرح می‌کنند که رفتار آن‌ها هنگام بیکاری یا با هیجانات خاصی رخ می‌دهد درمقابل وسواس فکری‌عملی با نشانه‌های خطر کثیفی، فعال می‌شود (۸)؛ از سویی بین رفتارهای خود آسیب‌رسان و اختلال موکنی و پوست‌کنی نیز تفاوت وجود دارد. یکی از معیارهای کلیدی برای تشخیص اختلال رفتارهای متمرکز بر بدن با توجه به کتابچهٔ راهنمای تشخیصی و آماری این است که فرد تلاش زیادی برای متوقف‌کردن عمل کندن انجام می‌دهد و به‌هیچ‌وجه قصد آسیب‌رساندن به پوست را ندارد؛ درحالی‌که در رفتارهای خودآسیب‌رسان، فرد عمداً به بدن خود آسیب می‌رساند (۳). بین سه اختلال موکنی ، کندن

[۱] Body Focused repetitive behavior
[۲] trichotillomania
[۳] Nail biting
[۴] dermatillomani

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

پوست ، ناخن‌جویدن ازنظر پدیده‌شناسی همپوشی وجود دارد. هر سه رفتار توسط نشانه‌های دیداری و لمسی، مثلاً موی فرفری، زخم پوستی یا ناخن شکسته و با حالت خاصی مثل تکیه‌دادن به میز با سر یا صورت نزدیک دست راه‌اندازی می‌شوند. هر سه رفتار زمانی‌که فرد تنهاست یا درگیر روابط بین‌فردی نیست یا زمانی‌که دست‌ها بیکار هستند، اجرا می‌شوند (۹). مطالعات درخصوص پدیده‌شناسی موکنی و کندن پوست مطرح می‌کنند که افراد درگیر در رفتارهای متمرکز بر بدن همیشه نسبت‌به عمل خود، آگاهی ندارند و رفتارهای متمرکز بر بدن روی طیفی از آگاهی کامل تا تقریباً ناآگاهی کامل قرار دارند (۱۰). مطالعات بسیاری (۱۱، ۱۲) مطرح کردند که افراد تریکوتیلومانیا و مبتلابه کندن پوست، دو نوع کندن متمرکز و خودکار دارند که سبک متمرکز با سبک رفتاری اجتناب تجربی[۱]منطبق است. اجتناب تجربی، تمایل فرد برای اجتناب از وقایع یا هیجانات منفی است (۱۳). بسیاری از کوشش‌های درمانی برای رفتارهای متمرکز بر بدن بر درمان شناختی‌رفتاری یا درمان‌های رفتاری این اختلالات متمرکز شده است. مداخلات رفتاری و شناختی برای اختلالات موکنی ، کندن پوست و ناخن‌جویدن معمولاً شامل آموزش معکوس‌سازی عادت[۲] (HRT) و ACT [۳] (درمان پذیرش و تعهد) می‌شود (۱۴). تکنیکی که متمرکز بر آگاهی خودتنظیمی و کنترل محرک و پاسخ رقیب است نام دارد (۱۵). بر این فرض مبتنی است که مشکلات روان‌شناختی توسط اجتناب تجربه‌ای یا تمایل فرد برای اجتناب، کنترل یا فرار از تجارب ناخواسته مثل افکار و احساسات به‌وجود می‌آید (۱۶). مطالعات نشان داده درمان پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن مؤثر است (۱۷).

[۱] experiential avoidance
[۲] Habit Reversal training (HRT)
[۳] Acceptance commitment therapy

توهیگ و وودز (۱۸) روش درمانی پذیرش و تعهد را با آموزش معکوس‌سازی عادت ترکیب و بدین‌وسیله شش بیمار مبتلابه موکنی را به‌طور موفقیت‌آمیزی درمان کردند. ترکیب پذیرش و تعهد و آموزش معکوس‌سازی عادت ، AEBT [۴] (رفتاردرمانی پذیرش محور)نام دارد. توهیگ و هایز، ماسودا (۱۹) مطرح کردند که این ترکیب نتایج درمانی را بهبود می‌بخشد و احتمال پایداری درمان را افزایش می‌دهد. در مطالعه‌ای تفاوت ترتیب ارائهٔ پذیرش و تعهد و آموزش معکوس‌سازی عادت در رفتاردرمانی پذیرش محور معنی‌دار نبوده است (۲۰)؛ همچنین مطالعات درخصوص اثربخشی رفتاردرمانی پذیرش محور بر افراد مبتلا به موکنی نشان می‌دهد که این روش در کاهش تعداد موهای کنده‌شده، تجربهٔ اجتناب و علائم اضطراب و افسردگی مؤثر است (۱۶،۱۸،۲۱) رفتاردرمانی پذیرش محور در کاهش فراوانی کندن پوست و ناخن‌جویدن نیز مؤثر بوده است (۲۰،۲۲). متأسفانه علی‌رغم شیوع بالای این اختلالات در اواخر نوجوانی، درخصوص درمان اختلالات مذکور در ایران پژوهشی صورت نگرفته است و با توجه به نویدبخشی رفتاردرمانی پذیرش محور در کاهش علائم اختلالات مذکور، سؤال پژوهشی حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی پذیرش محور بر کاهش نشانه‌های اختلال موکنی ، کندن پوست و ناخن‌جویدن در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتارهای متمرکز بر بدن است.

روش

پژوهش حاضر با توجه به اهداف پژوهش و محدودیت‌های اجرایی، از نوع طرح تجربی تک‌آزمودنی با خط پایهٔ چندگانهٔ پلکانی همراه با پیگیری است.

[۴] Acceptance enhanced behavior therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

الف) جامعه و نمونه

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی افراد مبتلابه موکنی، کندن پوست و ناخن‌جویدن بیمارستان محلاتی تبریز بود که براساس نمونه‌گیری هدفمند، افراد مظنون به این اختلالات با درنظرگرفتن شرط سنی (۱۸ تا ۲۵ سال) و هوش‌بهر و سطح اضطراب متوسط انتخاب شدند و بعد از تأیید روان‌پزشک، برای اطمینان بیشتر از مقیاس کندن مو (خط برش = ۱۷)، مقیاس کندن پوست (خط برش =۱۰) و ناخن جویدن (جویدن ناخن تمام ده انگشت) استفاده گردید. آزمودنی‌ها مبتلابه سایر اختلالات ازجمله شخصیت مرزی و وسواسی و... نبوده و از دارودرمانی هم استفاده نمی‌کردند. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده و آزمون فرضیه‌ها و سؤالات پژوهشی، با توجه به طرح پژوهشی از روش‌های آماری توصیفی، به‌ویژه میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های تحلیل چشمی و نموداری برای بررسی اثربخشی مداخله استفاده می‌شود. علاوه‌بر تحلیل نموداری و ترسیمی از شاخص تغییر پایا (RCI) برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه شده است؛ همچنین از درصد بهبودی، معناداری بالینی، اندازهٔ اثر، کلیت تغییر، ثبات، ایمنی، میزان پذیرش، اندازهٔ تغییر و عمومیت تغییر استفاده می‌شود.

ب) ابزار

۱- مقیاس موکنی بیمارستان ماساچوست[۱]: قوی‌ترین پرسشنامه برای سنجش اختلال موکنی، مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست است. این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی هفت‌ماده‌ای است که به‌صورت پنج‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و شدت کندن مو را در طول هفتهٔ گذشته ارزیابی می‌کند. نقطهٔ برش پیشنهادی، ۱۷ است و نمرهٔ بالاتر از ۱۷ نشانگر وجود اختلال است. این مقیاس فراوانی فشار را برای موکنی، شدت فشار، کنترل فشار، فراوانی موکنی، مقاومت دربرابر موکنی، کنترل موکنی، تنش و ناراحتی می‌سنجد. حداقل نمرهٔ اکتسابی صفر و حداکثر آن ۲۸ است و این مقیاس پایایی درونی مناسبی دارد (α=۰/۸۹) و در سنجش با آزمون‌های روان‌شناختی دیگر مثل اضطراب و افسردگی، پایایی آزمون-بازآزمون خوب (α=۰/۹۷)، اعتبار همگرا و واگرای قابل‌قبول داشت (۲۳).

۲- مقیاس کندن پوست[۲]: مقیاس دست‌کاری و کندن پوست (۲۴) یک مقیاس خودسنجی است که ۸ آیتم را در برمی‌گیرد و شامل میل و اصرار به کندن پوست، زمان صرف‌شده برای کندن، کنترل بر فشارهای پوست‌کنی، تداخل با عملکرد، رفتار اجتنابی و استرس مرتبط با رفتار کندن پوست می‌شود. هر آیتم به‌صورت پنج‌گزینه‌ای از صفر (هیچی) تا ۴ (شدید) نمره‌گذاری می‌شود و نمرهٔ کل بین ۰ تا ۲۴ است. نمرهٔ ۱۰ برای تشخیص کندن پوست است (۲۵) این مقیاس ثبات درونی متوسط (α=۰/۸۰) و اعتبار سازهٔ خوب دارد (۲۴). آلفای کرونباخ این مقیاس، در نمونهٔ ایرانی ۵۸/۱درصد گزارش شده است (۲۵).

۳- مقیاس ناخن جویدن: مسلر و مالون (۲۶) براساس این مقیاس بچه‌های مبتلابه این اختلال را در سه دسته قرار می‌دهند: کسانی‌که هیچ‌یک از انگشتان خود را نمی‌جوند (غیرممکن)، افرادی که هر ۱۰ انگشت خود را می‌جوند (حتمی) و کسانی که یک تا ۹ انگشت خود را می‌جوند نامشخص هستند. مطابق این مقیاس هر انگشت، نمره‌ای از ۰، ۱+،۲+،۳+ می‌گیرد. نمرهٔ صفر نشان می‌دهد که ناخن‌جویدن وجود ندارد. ۱+ ناخن‌جویدن ملایم، ۲+

[۱] Massachusetts General Hospital Hair pulling scale

[۲] skin picking scale

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

ناخن‌جویدن متوسط، ۳+ ناخن‌جویدن شدید را نشان می‌دهد. نمرهٔ ۱۰ انگشت، یک شاخص برای ناخن‌جویدن است. اعتبار درون‌سنجی این مقیاس در مطالعه (α=۰/۹۵) گزارش شده است (۲۷).

۴. *رفتاردرمانی پذیرش محور* : در چارچوب مدل رفتاردرمانی پذیرش محور براساس پروتکل گام‌به‌گام درمان وودز و توهیگ (۲۸) برای تریکوتیلومانیا، کندن پوست و ناخن‌جویدن در ده جلسه اجرا می‌گردد. وودز و همکاران (۲۸) ۱۰ جلسه درمان را به شکل پروتکلی حاوی بخش‌های جداگانه و گام‌به‌گام هر جلسه ارائه کرده‌اند؛ البته این پروتکل برای استفاده و اجرا روی تک‌تک آزمودنی‌های نوجوان، قابلیت تغییرپذیری ازنظر زمان صرف‌شده و میزان تکرار مفاهیم نمونه‌های ارائه‌شده را دارد (همان). جهت اجرای رفتاردرمانی پذیرش محور ، وودز معتقد است درمانگر باید در طول درمان از زبان قابل‌فهم برای نوجوان استفاده کند (۱۶). خلاصهٔ جلسات بدین‌شرح است:

جلسهٔ اول درخصوص علائم اختلال و رفتاردرمانی پذیرش محور با بیمار صحبت شد؛ برای اینکه بیمار، فهمی اولیه از بیماری خود پیدا کند؛ همچنین درمان معکوس‌سازی عادت و کنترل محرک، مرور موقعیت‌هایی که کندن را برمی‌انگیزد و مقدمه‌ای از تکلیف خودتنظیمی و بحث توقعات درمانگر صورت گرفت. در جلسهٔ دوم استراتژی‌های کنترل محرک و معکوس‌سازی عادت اجرا شد. در طول جلسهٔ سوم، درمانگر و بیمار تشخیص دادند چه چیز برای بیمار مهم است و مسیرهایی را مشخص کردند که کشمکش با تکانهٔ کندن، با کیفیت زندگی او تداخل می‌کند. در جلسهٔ چهارم، بحث درخصوص موانع ادراک‌شدهٔ تعقیب بهتر کیفیت زندگی ادامه پیدا کرد. این موانع از تلاش برای کنترل تجارب درونی ناخواسته ناشی می‌شود. بعد از تشخیص، به استراتژی‌هایی که بیمار برای کنترل تکانهٔ کندن و هیجانات، افکار و احساسات مرتبط با کندن به‌کار می‌برد، نبودِ اثربخشی نهایی و مشکلات ناشی از تلاش برای کنترل تکانه، هیجان، فکر و احساسات اشاره گردید. در جلسهٔ پنجم، زمان بیشتری صرف اینکه چطور یک نفر در دام تلاش برای کنترل تکانه می‌افتد، شد. از طریق تمرین‌های تجربی و استعاره‌ها، بیمار مشکلات موجود در کنترل یا سرکوب تجارب درونی را متوجه شد. راه‌های جدیدی، به‌غیراز رفتار عادتی، برای پاسخ به وقایع درونی مطرح گردید و بعد از ارتباط‌دادن این مشکلات به تلاش بیمار برای کنترل تجارب درونی از راه کندن، از او خواسته شد که احتمال تجربهٔ پذیرش وقایع درونی به‌عنوان پاسخ جایگزین را در نظر بگیرد. جلسه با مقدمه‌ای دربارهٔ ایجاد تعهد رفتاری به‌عنوان فرصتی برای تمرین پذیرش در جهت زندگی ارزشمند خاتمه یافت. در طول جلسهٔ ششم تا هفتم، شرکت‌کننده آموخت که وقایع درونی را به‌عنوان پاسخ‌های قابل‌مشاهده و نه واقعیت یا شیء واقعی تجربه کند. بیمار همچنین تشویق گردید با قرارگیری در معرض نشانه‌های مختلفی که محرک تکانهٔ کندن هستند، تکانه را بپذیرد. در جلسهٔ نهم، به بیمار دوباره فرصتی داده شد تا تکنیک‌های یادگرفته در درمان و مطالب جلسات قبل را مرور کند. جلسهٔ دهم، با مروری بر ارزش‌ها، پذیرش، ناهمجوشی و همچنین روش‌های معکوس‌سازی عادت خاتمه یافت. در جلسهٔ آخر فرایند پیشگیری از بازگشت، شامل بحث درخصوص بازگشت درمقابل لغزش، هشیاری از فرایند معکوس‌سازی عادت و کنترل محرک و بازگشت همجوشی و کنترل شناختی و هیجانی مطرح شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

ج) روش اجرای پژوهش

پس از کسب مجوزهای لازم، با مراجعه به بیمارستان محلاتی تبریز و درج آگهی، افراد مظنون به این اختلالات از طریق مصاحبهٔ تشخیصی پژوهشگر و روان‌پزشک انتخاب شدند و پس از حصول اطمینان دربارهٔ معیارهای ورود و انتخاب شرکت‌کننده‌ها، قبل از شروع مداخله، به‌منظور تعیین خط پایه، در دو مرحله پیش‌آزمون به‌عمل آمده و وضعیت بیماران ازلحاظ متغیرهای مورد نظر ارزیابی شد؛ سپس در جلسهٔ اول، بیمار اول وارد برنامهٔ درمانی گردید و پس از جلسهٔ دومِ بیمار اول، بیمار دوم نیز وارد طرح درمان شد. مراحل مداخله طی ۱۰ جلسه روی آزمودنی‌ها اجرا گردید. در جلسات سوم، پنجم، هفتم و دهم، ارزیابی میزان پیشرفت صورت گرفت؛ همچنین جهت پیگیری تأثیر درمان بر نشانگان در بلندمدت نیز یک ماه، دو ماه و سه ماه پس از مداخله، ارزیابی مجدد صورت گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های مربوط به تغییرات درمانی براساس پرسشنامهٔ ارائه‌شده، به‌صورت ترسیمی، بررسی شده است؛ همچنین اندازهٔ اثر، درصد بهبودی در مواردی که هدف، کاهش رفتار است و شاخص پایا مورد استفاده قرار گرفت. اندازهٔ اثر، صرفاً نمایانگر قدرت رابطهٔ بین دو مجموعهٔ متغیر است که در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی‌بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها است (d کوهن) محاسبه شد (۲۹). اندازهٔ اثر کمتر از ۰/۴۱، نشانگر عدم اثربخشی، ۰/۴۱-۱/۱۵، اثربخشی متوسط و ۱/۱۵-۲/۷۰، اثربخشی قوی است (۳۰). برای محاسبهٔ درصد بهبودی درزمینهٔ علائم بالینی از فرمول $\Delta A\% = AO-A1/AO$ استفاده شد (۳۱). در این فرمول، بهبودی ۵۰درصد یا بیشتر براساس فرمول معنی‌دار است؛ همچنین درصورتی‌که نمرهٔ فرد پس از مداخله پایین‌تر از نقطهٔ برش باشد، نتایج ازلحاظ بالینی معنی‌دار خواهد بود (۳۲). برای محاسبهٔ شاخص تغییر پایا، نمرهٔ پس از درمان یا پیگیری، از نمرهٔ پیش از درمان تفریق و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم می‌شود. در این پژوهش، اگر نتیجهٔ به‌دست‌آمده، بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری ۱/۹۶ باشد، می‌توان با ۹۵درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به‌دست‌آمده را به اثر مداخله نسبت داد؛ همچنین از ملاک‌های شش‌گانهٔ تغییر اینگرام، هیز و اسکات (۳۳) برای سنجش اثربخشی درمان استفاده می‌شود. ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی ارائه می‌گردد و سپس نتایج حاصل از این پژوهش براساس نمودار ۱ و جدول ۲ به شرح زیر ارائه می‌شود:

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

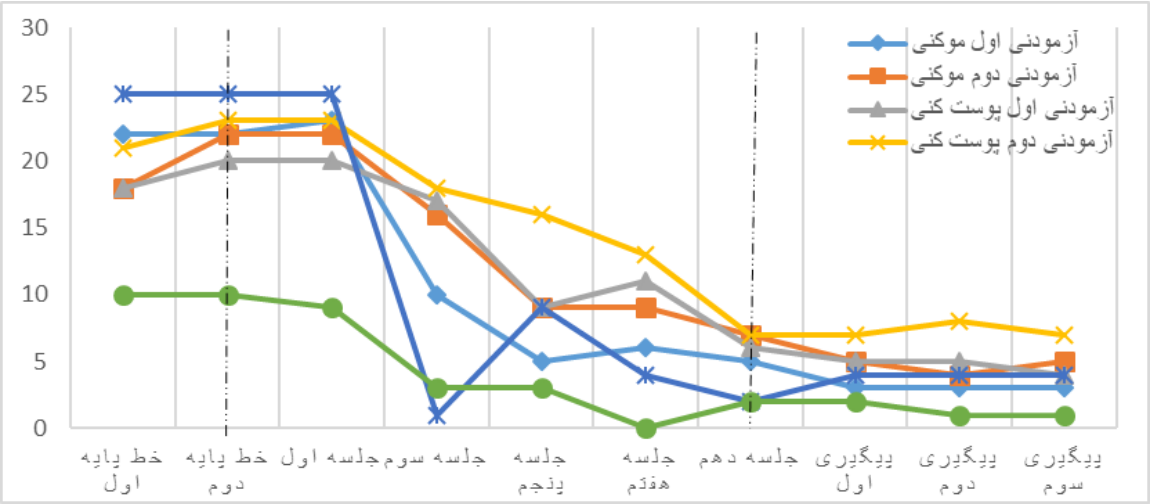
جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی

اختلال	آزمودنی	سن	جنس	میزان تحصیلات آزمودنی	سابقهٔ اختلال	هوش	مکان کندن
موکنی	اول	۲۰ساله	زن	کارشناسی	۶ سال	۱۱۱	موی سر، ابرو، مژه، آلت تناسلی
موکنی	دوم	۲۱ساله	زن	کارشناسی	۱۰ سال	۱۰۰	موی سر، آلت تناسلی
پوست‌کنی	سوم	۲۱ساله	زن	کارشناسی	۴ سال	۱۱۵	جوش صورت و پا و بدن
پوست‌کنی	چهارم	۲۰ساله	مرد	کارشناسی	۵ سال	۱۰۲	پوست سر، جوش صورت و بدن
ناخن جویدن	پنجم	۱۹ساله	مرد	دیپلم	۱۱ سال	۱۰۰	ناخن ۱۰ انگشت و اغلب انگشت شصت
ناخن جویدن	ششم	۲۱ساله	مرد	کارشناسی	۱۳ سال	۱۱۲	ناخن ۱۰ انگشت و اغلب انگشت شصت

جدول ۲. درصد بهبودی، شاخص پایا و اندازهٔ اثر

مراحل	موکنی		پوست‌کنی		ناخن‌جویدن	
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
خط پایهٔ اول	۱۸	۲۲	۲۱	۱۸	۱۰	۲۵
خط پایهٔ دوم	۲۲	۲۲	۲۳	۲۰	۱۰	۲۵
جلسهٔ اول	۲۲	۲۳	۲۳	۲۰	۹	۲۵
جلسهٔ سوم	۱۶	۱۰	۱۸	۱۷	۳	۱
جلسهٔ پنجم	۹	۵	۱۶	۹	۳	۹
جلسهٔ هفتم	۹	۶	۱۳	۱۱	۰	۴
جلسهٔ دهم	۷	۵	۷	۶	۲	۲
درصد بهبودی	۷۷٪	۶۸٪	۷۰٪	۶۹٪	۹۲٪	۸۰٪
بهبودی کلی	۷۳٪		۷۰٪		۸۶٪	
اندازهٔ اثر	۱/۵۴	۱/۲۲	۱/۱۲	۱/۱۲	۱/۴۶	۱/۵۷
شاخص پایا	-۳/۵۲		-۳/۰۲		-۴/۱۰	
پیگیری اول	۵	۳	۷	۵	۲	۴
پیگیری دوم	۴	۳	۸	۵	۱	۴
پیگیری سوم	۵	۳	۷	۴	۱	۴
درصد بهبودی	۸۶٪	۷۷٪	۸۰٪	۶۹٪	۸۴٪	۹۰٪
بهبودی کلی	۸۲٪		۷۵٪		۸۷٪	
شاخص پایا	-۴/۰۱		-۳/۶۲		-۴/۵	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]



نمودار ۱- شدت نشانه‌ها

یافته‌ها:

داده‌های جدول ۲ و نمودار ۱ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی پذیرش محور سبب کاهش علائم اختلال موکنی شده است؛ چراکه میزان بهبودی آزمودنی اول در طول درمان و پیگیری، به‌ترتیب ۷۷درصد و ۸۶درصد و برای آزمودنی دوم ۶۸درصد و ۷۷درصد بوده است. با توجه به اینکه شاخص پایا بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است و با توجه به درصد بهبودی، تغییر ایجادشده چشمگیر و ازلحاظ بالینی معنی‌دار است. همان‌طور که در نمودار ۱ دیده می‌شود شیب نمرهٔ آزمودنی اولِ مبتلابه موکنی، تا جلسهٔ اول نسبت‌به خط پایه، روندی صعودی داشته و پس‌ازآن نمرات این آزمودنی، تا جلسهٔ پنجم روندی نزولی طی کرده است. در جلسهٔ هفتم، علائم افزایش‌یافته و پس‌ازآن روند نزولی نمره تا پایان جلساتِ پیگیری حفظ شده است. شیب تغییرات از جلسهٔ اول تا پنجم، تند بوده و از جلسهٔ هفتم تا پایان پیگیری، تغییرات کند بوده است. شیب نمرهٔ موکنی آزمودنی دومِ مبتلابه موکنی، در جلسهٔ اول نسبت‌به خط پایه افزایش داشته، سپس نمرهٔ آزمودنی دوم طی جلسات سوم و پایانی روند کاهشی داشته که این روند کاهشی تا پیگیری دوم حفظ شده است. این تغییرات تا جلسهٔ پنجم، شیب تندی داشته و پس‌ازآن تغییرات کند بوده است. این نمودار بیانگر این است که از جلسهٔ اول تا انتهای درمان، علائم آزمودنی‌ها کاهشی چشمگیر داشته که این کاهش به‌طور مستمر، در دورهٔ پیگیری نیز دیده می‌شود. داده‌های جدول ۲ و نمودار ۱ نشان می‌دهند که میزان بهبودی آزمودنیِ اولِ مبتلابه پوست‌کنی، در طول درمان و پیگیری به‌ترتیب ۷۰درصد و ۸۰درصد و برای آزمودنی دوم ۶۹درصد و ۶۹درصد بوده است. همان‌طور که در نمودار ۲ دیده می‌شود، علائم آزمودنی اولِ مبتلابه پوست‌کنی، از جلسهٔ اول تا پنجم روند نزولی و شیب تندی داشته، از جلسهٔ پنجم تا هفتم علائم افزایش یافته و سپس کاهش علائم از جلسهٔ هفتم تا دورهٔ پیگیری حفظ شده است، دربارهٔ آزمودنی دومِ مبتلابه پوست‌کنی، از جلسهٔ اول تا پایان درمان تغییرات مستمر و کند بوده و روند نزولی داشته است. این نمودار بیانگر این است که از جلسهٔ اول تا انتهای درمان، علائم آزمودنی‌های مبتلابه پوست‌کنی، کاهشی چشمگیر یافته

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

است که این کاهش مستمر بوده و در دورهٔ پیگیری نیز دیده می‌شود. با توجه به اینکه در اختلال پوست‌کنی، شاخص پایا بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است و با توجه به درصد بهبودی (بزرگ‌تر از ۵۰درصد)، تغییر ایجادشده چشمگیر و ازلحاظ بالینی معنی‌دار است. داده‌های جدول ۲ و نمودار ۱ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی پذیرش محور سبب کاهش علائم ناخن‌جویدن شده است؛ چراکه میزان بهبودی آزمودنیِ اولِ مبتلابه ناخن‌جویدن، در طول درمان و پیگیری، به‌ترتیب ۹۲درصد و ۸۴درصد و برای آزمودنی دوم ۸۰درصد و ۹۰درصد بوده است. همان‌طور که در نمودار ۱ دیده می‌شود، شیب نمرهٔ آزمودنی اولِ مبتلابه ناخن‌جویدن، از جلسهٔ اول تا سومِ درمان، روند نزولی و تندی داشته و سپس از جلسهٔ سوم تا پنجم، علائم افزایش یافته و از جلسهٔ پنجم تا دهم کاهش علائم رخ داده است. دربارهٔ آزمودنی دوم، تغییرات کند و نزولی از جلسهٔ اول تا هفتم بوده، در جلسهٔ هفتم تا دهم علائم افزایش یافته و سپس به‌صورت تدریجی، علائم کاهش یافته است.

این نمودار بیانگر این است که از جلسهٔ اول تا انتهای درمان، علائم آزمودنی‌ها کاهشی چشمگیر یافته و در دورهٔ پیگیری نیز حفظ شده است. با توجه به اینکه شاخص پایا در اختلال ناخن‌جویدن بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است و با درنظرگرفتن درصد بهبودی (بزرگ‌تر از ۵۰درصد)، می‌توان گفت که تغییر ایجادشده بر اثر درمان، چشمگیر و ازلحاظ بالینی معنی‌دار است؛ همچنین با توجه به‌اندازهٔ اثر می‌توان گفت که رفتاردرمانی پذیرش محور درخصوص کاهش نشانه‌ها، برای چهار آزمودنیِ مبتلابه موکنی و ناخن‌جویدن اثربخشی متوسط به بالا و برای آزمودنی‌های مبتلابه پوست‌کنی اثربخشی متوسط داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، اثربخشی رفتاردرمانی پذیرش محور بر کاهش نشانه‌های موکنی، پوست‌کنی و ناخن‌جویدن با پیگیری سه‌ماهه بود. مقایسهٔ نمرات مراجعان در این سه آماج، حاکی از موفقیت رفتاردرمانی پذیرش محور در کاهش نشانه‌هاست. اینگرام و همکاران (۳۳) در بررسی اثربخشی کارایی درمان‌های روان‌شناختی، به شش متغیر اشاره کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید براساس این شش متغیر بررسی کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز در پرتو این شش متغیر بررسی می‌شود: ۱. اندازهٔ تغییر: چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ کاهش نشانه‌های موکنی، کندن پوست و ناخن‌جویدن، از آماج‌های اصلی درمان بودند. نتایج نشان می‌دهد رفتاردرمانی پذیرش محور در کاهش این آماج‌ها موفق بوده است و نمرات همهٔ آزمودنی‌ها در آن‌ها کاهش چشمگیری داشته است. درصد بهبودی هر سه آزمودنی، در مقیاس‌های موکنی بیمارستان ماساچوست، کندن پوست کتن، شدت ناخن‌جویدن مالون و مسلر، در پایان دورهٔ پیگیری سه‌ماهه کمتر از نقطهٔ برش مقیاس‌هاست که بر معناداری بالینی تغییرات نمرات تأکید دارد؛ همچنین شاخص تغییر پایا هر سه آزمودنی، بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است که نشانهٔ معناداری آماری تغییرات است. هر سه آزمودنی، پیش از دورهٔ درمانی، تشخیص اختلالات موکنی، کندن پوست و ناخن‌جویدن داشتند که پس از دورهٔ سه‌ماههٔ پیگیری و درمان، دارای ملاک‌های تشخیصی این اختلالات نبودند. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که تکنیک آموزش معکوس‌سازی عادت و پذیرش و تعهد در بستهٔ رفتاردرمانی پذیرش محور متمرکز بر حذف یا دشوارکردن رفتار آشکار، از طریق آموزش پاسخ رقیب، افزایش آگاهی و خودنظارتی و تمایل به تجربهٔ وقایع درونی است. وودز و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

همکاران (۲۱, ۲۸) مطرح می‌کنند که تمرین‌های رفتاردرمانی پذیرش محور از طریق کاهش اجتناب تجربی، همجوشی شناختی، چسبندگی به خود مفهوم‌پردازی شده و افزایش روشنی ارزش‌ها و اعمال کارامد، نشانه‌های نگرانی و انگیختگی فیزیولوژیکی قبل از کندن را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد که این کاهش انگیختگی، به‌نوبهٔ خود در کاهش علائم نقش اساسی دارد؛ چراکه این رفتارها به‌دنبال انگیختگی، تنش و ناتوانی در مدیریت هیجانات آغاز می‌شود. از سوی دیگر وودز و همکاران (۲،۲۱) دریافتند که کاهش علائم درنتیجهٔ رفتاردرمانی پذیرش محور با تغییر اجتناب تجربی مرتبط است. اجتناب تجربی دو مؤلفهٔ مرتبط باهم دارد: ۱) نبودِ تمایل به ارتباط با تجربهٔ درونی آزارنده ۲) انتخاب عملی که تجارب را تغییر دهد یا فرد را از آن رها می‌کند (۱۳). رفتاردرمانی پذیرش محور به فرد در پذیرش شرایطی که با آن روبه‌رو می‌شود، کمک کرده و سپس او را قادر می‌سازد به‌جای اجتناب، فعالانه درپی حل مشکلات خود باشد و درنهایت، دنبال عملی از قبیل موکنی، کندن پوست، ناخن‌جویدن، جهت تغییر افکار ناراحت‌کننده یا تجارب درونی آزارنده نباشد. ۲. کلیت تغییر: نتایج پژوهش نشان می‌دهند که مراجعان در پایان درمان، به ۷۳درصد بهبودی کلی در موکنی، ۷۰درصد بهبودی کلی در پوست‌کنی و ۸۶ درصد بهبودی کلی در ناخن‌جویدن دست‌یافته‌اند. به‌عبارتی رفتاردرمانی پذیرش محور به‌خوبی توانست نشانه‌ها را در این بیماران کاهش دهد. نگاهی اجمالی به درصدهای بهبودی کلی نشان می‌دهد که در پایان مرحلهٔ پیگیری، درصد بهبودی مراجعان افزایش داشته است. این درصد در پایان مرحلهٔ پیگیری، به‌ترتیب ۸۲، ۷۵، ۸۷ درصد بوده است. شاید این مسئله به این دلیل باشد که این درمان از طریق قراردادن رفتار مشکل‌زا در بافتار بزرگ‌تر ارزش‌ها و آرمان‌های زندگی، می‌تواند پس از درمان، انگیزهٔ مراجع را برای استفاده از تکنیک معکوس‌سازی عادت افزایش دهد و درنتیجه احتمال بازگشت علائم را کاهش دهد (۲۲). ترغیب مراجع به روشن‌کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر عزت‌نفس و خودکارآمدی مراجع می‌افزاید، او را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد. ۳. عمومیت تغییر: در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ مصاحبهٔ به‌عمل‌آمده پس از اتمام دورهٔ درمانی و در دوره‌های پیگیری نشان داد که ارتباط بین‌فردی آزمودنی‌ها با افراد خانوادهٔ خود، به‌ویژه والدین از جهت کمی و کیفی افزایش داشته است؛ همچنین از میزان فراوانیِ تعارضات و کشمکش‌های بین‌فردی آزمودنی‌ها با اعضای خانواده، خویشاوندان و دوستان کاسته شده است؛ همچنین نمرهٔ آزمودنی‌ها در مادهٔ ۷ مقیاس موکنی، مبنی‌بر تأثیر این اختلال بر غمگینی، بدخلقی و بی‌صبری نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها پس از درمان، خلق بهتری داشته‌اند؛ همچنین ماده‌های ۶، ۷ و ۸ مقیاس پوست‌کنی نشان می‌دهد که آزمودنی‌های آسیب جسمانیِ ناشی از پوست‌کنی، اجتناب از موقعیت‌های کمتری را داشتند و میزان عملکرد آن‌ها بهبود یافته است. درخصوص افراد مبتلابه ناخن‌جویدن، گزارش عملکرد تحصیلی و خلقی توسط خانواده، نشان‌دهندهٔ پیشرفت محسوس بر اثر درمان بود. دربارهٔ عمومیت تغییر می‌توان چند تبیین را عنوان نمود: الف- آزمودنی‌ها پس از بهبودی، به‌دلیل کاهش اضطراب و درگیری‌های درونی، رغبت بیشتری برای درگیری در سایر فعالیت‌ها داشتند. ب- اعتمادبه‌نفس آزمودنی‌ها، به‌دلیل غلبه بر رفتارهای موکنی، پوست‌کنی، ناخن‌جویدن افزایش یافته بود که

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

درنتیجه، خلق بهتری پس از درمان داشتند و کمتر با خانواده و دوستان درگیر می‌شدند. ج- رفتارهای متمرکز بر بدن، روزانه وقت زیادی را از آزمودنی‌ها می‌گرفت، آن‌ها پس از درمان زمان کافی برای آغاز و ادامهٔ فعالیت‌های ارزشمند زندگی خود داشتند. د- پس از بهبودی جراحات واردشده بر سر، پوست و ناخن، آزمودنی‌ها به‌جای اجتناب، تمایل بیشتری برای حضور در موقعیت‌های اجتماعی نشان می‌دادند که درنتیجه موجب ارتقای عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی آن‌ها شد. ه- تبیین دیگر، ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی در جریان درمان پذیرش و تعهد است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظهٔ حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون‌روانی است. شواهد روزافزون از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌عنوان مکانیسم تغییر در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد حمایت کرده‌اند (۳۴). ۴- میزان پذیرش: مشکلی که در برخی از گزارش‌های پژوهش پیش می‌آید این است که افت مراجعان را جزو نتایج درمان گزارش نمی‌کنند. آزمودنی‌های پژوهش حاضر تا پایان مرحلهٔ درمان، روند را ادامه دادند. یکی از دلایل این مسئله، انگیزهٔ بالای مراجعان برای شرکت در این طرح درمانی بود. اختلالات مذکور مشکلات جدیِ روان‌شناختی و پزشکی، برای آن‌ها به‌وجود آورده بود و به‌همین دلیل، درصدد درمان هرچه سریع‌تر و بهتر مشکلات خود بودند. ۵- ایمنی: آیا بر اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران افزایش یافته است؟ بررسی ماده‌های مقیاس‌های موکنی و پوست‌کنی حاکی از این است که مراجعان توانسته‌اند از شر نگرانی مرضی، اجتناب از موقعیت، خلق منفی پیش از کندن و ناراحتی پس از عمل کندن، رهایی یابند؛ اما بهتر است در پژوهش‌های آینده از ابزار استاندارد و جداگانه برای سنجش بهبودی اختلالات همبودی و نیز بهبود سلامت روانی افراد مبتلابه ناخن‌جویدن استفاده شود. طبق گزارش مراجعان، درمان موجب گرفتاری و دردسر آن‌ها نشد؛ اما بهتر است برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد به‌کار گرفته شود. ۶- ثبات: دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟ همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، روند کاهشی نمرات هر سه آزمودنی در پایان دورهٔ سه‌ماههٔ پیگیری در زیرمقیاس‌های موکنی، پوست‌کنی و ناخن‌جویدن همچنان ادامه یا ثبات داشته است و این موضوع در درصد بهبودی هر سه آزمودنی در این زیرمقیاس‌ها در پایان دورهٔ سه‌ماههٔ پیگیری نیز آشکار است؛ به عبارتی دیگر، تغییرات ایجادشده در پایان دورهٔ درمانی، در دورهٔ سه‌ماههٔ بعد از درمان، همچنان پایدار بوده و تداوم داشته است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

منابع

.

۱ Snorrason I, Ricketts EJ, Flessner CA, Franklin ME, Stein DJ, Woods DW. Skin picking disorder is associated with other body-focused repetitive behaviors: findings from an Internet study. Ann Clin Psychiatry. ۲۰۱۲;۲٤(٤):۲۹۲-۹.

۲. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. Behav Res Ther. ۲۰۰٦;٤٤(٥):٦۳۹-٥٦.

۳. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edn. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Inc; 2013.

٤. Roberts S, O'Connor K, Aardema F, Bélanger C. The impact of emotions on body-Focused repetitive behaviors: Evidence from a non-treatment-seeking sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2015;46:189-97.

٥. Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. J Anxiety Disord. 2011;25(1):88-95.

٦. Williams TI, Rose R, Chisholm S. What is the function of nail biting: an analog assessment study. Behav Res Ther. ۲۰۰۷;٤٥(٥):۹۸۹-۹٥.

۷. Bohne A, Keuthen N, Wilhelm S. Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. Ann Clin Psychiatry. 2005;17(4):227-۳۲.

۸. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: a current review. Clinical Psychology Review. 2010;30(2):181-۹۳.

۹. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE .Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. Am J Psychiatry. ۱۹۹۱;۱٤۸(۳):۳٦٥.

۱۰. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Cashin SE, Keuthen NJ, Board TLC-SA. The Milwaukee inventory for subtypes of trichotillomania-adult version (MIST-A): development of an instrument for the assessment of “focused” and “automatic” hair pulling. J Psychopathol Behav Assess. ۲۰۰۸;۳۰(۱):۲۰-۳۰.

۱۱. Christenson GA, Ristvedt SL, Mackenzie TB. Identification of trichotillomania cue profiles. Behav Res Ther. ۱۹۹۳;۳۱(۳):۳۱٥-۲۰.

۱۲. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009;40(1):127-35.

۱۳. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. J Clin Psychol. 2007;63(9):871-90.

۱٤. Bate KS, Malouff JM, Thorsteinsson ET, Bhullar N. The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: a meta-analytic review. Clinical Psychology Review. 2011;31(5):865-71.

۱٥. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. Biological psychiatry. ۲۰۰۷;٦۲(۸):۸۳۹-٤٦.

۱٦. Fine KM, Walther MR, Joseph JM, Robinson J, Ricketts EJ, Bowe WE, et al. Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. Cogn Behav Pract.. 2012;19(3):463-71.

۱۷. Irandoost F, Neshat doost HT, Nadi MA, Safary S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the rate of chronic pain and pain catastrophizing in women with chronic low back pain. rph. 2014;8(3):31-40.

۱۸. Twohig MP, Woods DW. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. Behavior Therapy. 2004;35(4):803-20.

۱۹. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]

commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. Behav Res Ther. ۲۰۰۶;٤٤(۱۰):۱۵۱۳-۲۲.

۲۰. Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. Behavior Modification. 2008;32(5):579-94.

۲۱. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, et al. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. J Clin Psychol. 2006;67(12):1877.

۲۲. Capriotti MR, Ely LJ, Snorrason I, Woods DW. Acceptance-enhanced behavior therapy for excoriation (skin-picking) disorder in adults: A clinical case series. Cogn Behav Pract 2015;22(2):230-9.

۲۳. O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, Ricciardi JN, Buttolph L, Jenike MA, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) hairpulling scale: 2. reliability and validity. Psychother Psychosom. 1995;64(3-٤):۱٤٦-۸.

۲٤. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. J Psychosom Res. ۲۰۰۱;۵۰(٦):۳۳۷-٤۱.

۲۵. Rabiei M, Kalantari M, Askari K, Bahrami F. Factor Structure, Validity and Reliability of the Skin Picking Scale Revised Version. Zahedan. J Res Med Sci.. ۲۰۱٤;۱٦(۹):٤۰-٤.

۲٦. Leung AK ,Robson LM. Nailbiting. Clinical pediatrics. 1990;29(12):690-2.

۲۷. Koritzky G, Yechiam E. On the value of nonremovable reminders for behavior modification: An application to nail-biting (Onychophagia). Behavior modification. ۲۰۱۱;۳۵(٦):۵۱۱-۳۰.

۲۸. Woods DW, Twohig MP. Trichotillomania: An ACT-enhanced behavior therapy approach therapist guide: Oxford University Press; 2008.

۲۹. Beeson PM, Robey RR. Evaluating single-subject treatment research: Lessons learned from the aphasia literature. Neuropsychology review. 2006;16(4):161-9.

۳۰. Ferguson CJ. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. Professional Psychology: Research and Practice. 2009;40(5):532.

۳۱. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. Clinical psychology review. ۲۰۰۱;۲۱(۳):٤۲۱-٤٦.

۳۲. Kazdin AE. The meanings and measurement of clinical significance. 1999.

۳۳. Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis: John Wiley & Sons Inc; 20.۰۰

۳٤. Imani M, Pourshahbazi M. Prediction of Borderline Personality Disorder Based On Psychological Flexibility Components: Acceptance and Action, Values and Cognitive Defusion. Journal of Research in Psychological Health, 2017, 10(4), 1-9 [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.4.0]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.13]