Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19 , Issue 1

The effectiveness of acceptance and commitment-based behavioral therapy on anxiety sensitivity and alexithymia in women with hair-picking disorder

Nora Dehghanpour[1], Tavakkol Musizadeh[2], Reza Kazemzadeh[3], Vakil Nazari[4]*

[1] *Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran*

[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran (Corresponding Author)*

Email: noradhr@yahoo.com

[3] *Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran*

[4] *Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran*

Citation: Dehghanpour, N., Musizadeh, T., Kazemzadeh, R., Nazari, V. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety sensitivity and alexithymia in patients with trichotillomania and excoriation disorder.. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (2):1-15[Persian].

Article Info:

Key words
Hair picking disorder, alexithymia, acceptance and commitment therapy, anxiety sensitivity.

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety sensitivity and alexithymia among patients with excoriation (skin-picking) and trichotillomania (hair-pulling) disorders. This semi-experimental study employed a pretest-posttest control group design. The sample consisted of ۳۰ patients diagnosed with excoriation and trichotillomania, selected through convenience sampling and randomly assigned to either the intervention group (n = ۱۵) or the control group (n = ۱۵). Data collection tools included the Anxiety Sensitivity Questionnaire and the Toronto Alexithymia Scale, which were administered at both pretest and posttest stages for both groups. The results indicated that Acceptance and Commitment Therapy significantly reduced anxiety sensitivity and alexithymia in the intervention group compared to the control group. By enhancing acceptance of internal experiences and reinforcing commitment to personal values, this therapeutic approach helps patients better cope with anxiety and emotions related to their disorders, thereby improving their quality of life. The findings support the efficacy of ACT in alleviating psychological difficulties associated with excoriation and trichotillomania disorders.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

اثر بخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و الکسی تایمیا در زنان مبتلا به اختلال پوست کنی و موکنی

نورا دهقانپور [1]، توکل موسی زاده*[2] ، رضا کاظم زاده [3]، وکیل نظری[4]

[۱] . دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

[۱] . استادیار ،گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول*).

Email: noradhr@yahoo.com

[۱] . استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

[۱] . استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

تاریخ دریافت
1403/10/14

تاریخ پذیرش نهایی
1404/3/31

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و الکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به اختلالات موکنی و پوست‌کنی بود. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل ۳۰ بیمار مبتلا به موکنی و پوست‌کنی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه حساسیت اضطرابی و مقیاس الکسی‌تایمیا بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل گردیدند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنادار حساسیت اضطرابی و الکسی‌تایمیا در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. این درمان با افزایش پذیرش تجارب درونی و تقویت تعهد به ارزش‌های زندگی، به بیماران کمک می‌کند تا بهتر با اضطراب و هیجانات مرتبط با بیماری خود مقابله کرده و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود یابد. یافته‌های پژوهش تأییدی بر کاربرد مؤثر این روش در کاهش مشکلات روان‌شناختی مرتبط با اختلالات موکنی و پوست‌کنی است.

واژگان کلیدی
اختلال پوست کنی و موکنی، الکسی تایمیا، رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، حساسیت اضطرابی.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

مقدمه

رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن، به مجموعه‌ای از رفتارهای خودآسیب‌رسان اطلاق می‌شود که فرد به طور ناخواسته و مکرر بخش‌هایی از بدن خود نظیر مو، پوست، ناخن یا لب را دستکاری می‌کند و معمولاً با احساس کاهش تنش و تسکین موقتی همراه است (هاوتون و همکاران، ۲۰۱۸). این رفتارها گرچه ممکن است در نگاه اول شبیه عادت‌های بی‌ضرری همچون جویدن ناخن یا بازی با مو به نظر برسند، اما در افراد مبتلا به اختلال، این رفتارها با کاهش کنترل رفتاری، احساس شرم، پشیمانی و بروز آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی همراه است (مدان و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این اختلالات که شامل کندن مو، کندن پوست، کندن ناخن، مکیدن انگشت یا گاز گرفتن لب می‌باشند، همگی در گروه اختلالات رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن طبقه‌بندی می‌شوند (اوکوموش و همکاران، ۲۰۲۳).

گرچه در گذشته این رفتارها به صورت اختلالات مجزا در نظر گرفته می‌شدند، اما بر اساس یافته‌های جدید، به دلیل شباهت‌های پدیدارشناختی، مبنای عصب‌زیستی مشترک و نقش تنظیم هیجان، به‌عنوان زیرگروه واحدی تحت عنوان «رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن» طبقه‌بندی می‌شوند (موریتز و همکاران، ۲۰۲۳). به بیان دیگر، این اختلالات همگی نوعی خودتنظیمی هیجانی ناسازگار محسوب می‌شوند که در پاسخ به تجربه حالات هیجانی منفی مانند اضطراب، تنش یا خشم، به‌صورت غیر ارادی و با هدف کاهش اضطراب رخ می‌دهند (اولیارویچ و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود شیوع نسبتاً بالای این اختلالات در میان جمعیت عمومی، پژوهش‌های علمی در این زمینه اندک است و بیشتر بیماران و خانواده‌های آن‌ها آگاهی محدودی از ماهیت اختلال دارند و تمرکز آن‌ها بیشتر بر پیامدهای رفتاری یا ظاهری این اختلال است تا عوامل زمینه‌ای و درمان‌های مؤثر (موریتز و همکاران، ۲۰۲۳).

از جمله عوامل درون‌روانی مهمی که در بروز و تداوم این اختلالات نقش دارند، ناگویی هیجانی یا ناتوانی در شناسایی، تمایز و ابراز هیجان‌هاست. ناگویی هیجانی یکی از ویژگی‌های بارز در بیماران روان‌تنی است که به جای پردازش و بیان احساسات، بیشتر به تبیین وقایع بیرونی و شکایت‌های جسمی می‌پردازند (سالس و همکاران، ۲۰۲۳). این ناتوانی در فرآیند پردازش هیجانات، می‌تواند سبب تشدید آسیب‌پذیری جسمانی شود، چراکه هیجانات سرکوب‌شده یا ناشناخته، از مسیرهای غیرمستقیم همچون علائم جسمی یا رفتارهای خودآسیب‌رسان همچون کندن پوست یا مو بروز پیدا می‌کنند (دیتزر و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی می‌تواند یکی از زمینه‌های مستعدکننده در تجربه و تکرار رفتارهای متمرکز بر بدن باشد، زیرا فرد به جای شناسایی و مواجهه با احساسات ناخوشایند، به رفتارهای رفتاری خاص برای کاهش آن‌ها روی می‌آورد (سالس و همکاران، ۲۰۲۳).

از دیگر متغیرهای مهم مرتبط با رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن، حساسیت اضطرابی است؛ یعنی گرایش به تفسیر منفی احساسات مرتبط با اضطراب و ترس از تجربه اضطراب (فیتزجرالد و همکاران، ۲۰۲۳). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، باور دارند که نشانه‌های اضطراب برای سلامت جسمی یا روانی آن‌ها خطرناک است و همین امر موجب شکل‌گیری دور باطل اجتناب، اضطراب و رفتارهای ناسازگارانه نظیر کندن پوست یا مو به عنوان راهکار مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود (اصنعانی و همکاران، ۲۰۲۰). سطوح بالای حساسیت اضطرابی، واکنش‌پذیری افراد را در برابر شرایط استرس‌زا افزایش داده و احتمال بروز رفتارهای اجتنابی یا تکراری متمرکز بر بدن را بالا می‌برد (فیتزجرالد و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، می‌توان حساسیت اضطرابی را یکی از عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش در اختلالات مربوط به رفتارهای متمرکز بر بدن دانست (اصنعانی و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به اهمیت متغیرهایی همچون ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در اختلالات رفتارهای متمرکز بر بدن، استفاده از درمان‌هایی که مستقیماً این ابعاد را هدف قرار می‌دهند، ضرورت دارد. یکی از رویکردهای نوین و مؤثر در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که در آن ترکیبی از پذیرش تجربه درونی، ذهن‌آگاهی و تعهد به ارزش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (ال رافیحی-فریرا و همکاران، ۲۰۲۰). این درمان با هدف کاهش اجتناب تجربه‌ای، افزایش آگاهی هیجانی و ارتقاء انعطاف‌پذیری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

روان‌شناختی، موجب کاهش رفتارهای ناسازگارانه و افزایش رفتارهای معنادار می‌شود (آپولیناریو-هاگن و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس این دیدگاه، سه مسئله اساسی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان‌شناختی نقش دارند: اجتناب از تجربه‌های درونی، نبود آگاهی از زمان حال، و بی‌تحرکی رفتاری نسبت به ارزش‌های فردی (ال رافیحی-فریرا و همکاران، ۲۰۲۰).

علاوه بر این، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی که هسته اصلی درمان پذیرش و تعهد را شکل می‌دهند، بر تمرکز آگاهانه بر لحظه حال، تنفس، احساسات و افکار بدون قضاوت تأکید دارند و از این طریق، به بیماران کمک می‌کنند تا واکنش‌های خودکار رفتاری خود را بازشناسی و اصلاح کنند (مارتین و همکاران، ۲۰۲۳؛ آرچ و همکاران، ۲۰۲۳). چنین مداخلاتی در مراکز درمانی مختلف جهان به‌عنوان درمان مکمل مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن در کاهش رفتارهای متمرکز بر بدن و بهبود کارکرد روان‌شناختی مورد تأیید قرار گرفته است (سانتیاگو-تورز و همکاران، ۲۰۲۳). در این درمان، افراد به‌جای قضاوت و کنترل تجربه، به تمرین پذیرش، دلسوزی با خود و تعهد به ارزش‌های شخصی ترغیب می‌شوند و همین امر موجب اصلاح تدریجی الگوهای رفتاری ناسازگار می‌گردد (آپولیناریو-هاگن و همکاران، ۲۰۲۰).

بنابراین، با توجه به نقش حساسیت اضطرابی و ناگویی هیجانی در بروز و تداوم اختلالات رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن، و نیز شواهد موجود در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب کاهش حساسیت اضطرابی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال کندن پوست و کندن مو شود؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل است. این نوع طراحی به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی، امکان مقایسه گروه مداخله و گروه کنترل را پیش و پس از اجرای متغیر مستقل فراهم می‌سازد و در پژوهش‌های مداخله‌محور کاربرد فراوان دارد.جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲–۱۴۰۱ بود. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از میان این جامعه به شیوه داوطلبانه و در دسترس انتخاب شد و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند.ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلال پوست‌کنی یا موکنی به مدت حداقل شش ماه، تشخیص اختلال بر اساس بررسی اولیه پژوهشگر و مصاحبه بالینی، دارا بودن تحصیلات حداقل در سطح دوره راهنمایی، داشتن سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال، نداشتن سابقه بیماری‌های شدید روان‌پزشکی یا اختلالات عصبی، نداشتن سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، عدم مصرف مواد مخدر یا داروهای روان‌گردان، توانایی و امکان شرکت در جلسات درمان گروهی، و تمایل به همکاری در تمام مراحل پژوهش.همچنین، ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش عبارت بودند از: غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، و عدم تمایل به ادامه حضور در روند درمان. لازم به ذکر است که کلیه شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات کافی درباره هدف پژوهش و نحوه انجام مداخله، رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند.به‌منظور گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی پایه شامل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی، از یک پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک استفاده شد که توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. این اطلاعات به‌عنوان داده‌های زمینه‌ای برای تحلیل ویژگی‌های نمونه و کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی

این پرسشنامه به منظور جمع‌آوری داده‌های پایه جمعیت‌شناختی طراحی شده است و شامل شاخص‌هایی چون سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی شرکت‌کنندگان می‌شود. علاوه بر این، پرسش‌هایی درباره

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

مصرف مواد اعتیادآور مانند الکل و سیگار نیز در این ابزار گنجانده شده است تا امکان کنترل متغیرهای مرتبط با سبک زندگی در تحلیل داده‌ها فراهم گردد.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index)

پرسشنامه‌ی حساسیت اضطرابی (ASI[1]) یک ابزار خودگزارشی است که توسط فلوید، گارفیلد و مارکز (۲۰۰۵) توسعه یافته و دارای ۱۶ گویه است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (از صفر به معنای «خیلی کم» تا ۴ به معنای «خیلی زیاد») طراحی شده و میزان ترس فرد از تجربه نشانه‌های اضطرابی را می‌سنجد. نمرات این پرسشنامه در بازه صفر تا ۶۴ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بالاتر حساسیت به اضطراب می‌باشد. ساختار عامل‌یافته این پرسشنامه شامل سه زیرمقیاس است: ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از فقدان کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از آشکار شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) (فلوید و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات روان‌سنجی نشان داده‌اند که این مقیاس از پایایی قابل قبول برخوردار است؛ به طوری که ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۸۰/۰ تا ۹۰/۰ گزارش شده است و اعتبار بازآزمایی آن پس از دو هفته ۷۵/۰ و پس از سه سال ۷۱/۰ است که نشان‌دهنده پایداری نسبی سازه حساسیت اضطرابی است. همچنین، در نمونه ایرانی پایایی مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی به ترتیب برابر با ۹۳/۰، ۹۵/۰ و ۹۷/۰ گزارش شده است (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۱؛ نیلنی و همکاران، ۲۰۲۰). روایی مقیاس از طریق همزمانی با پرسشنامه SCL-90 تأیید شده و ضریب همبستگی آن برابر با ۵۶/۰ گزارش شده است (ییلماز کوگار، ۲۰۲۲).

پرسشنامه الکسی تایمیا (ناگویی خلقی) (Toronto Alexithymia Scale)

نسخه ۲۰ ماده‌ای آن توسط تیلور، راین و باگبی در سال ۱۹۸۵ طراحی و در سال ۱۹۹۴ بازنگری شد (افشاری، ۱۳۸۷). این مقیاس سه زیرمقیاس اصلی دارد که شامل دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده) است (پریس و همکاران، ۲۰۲۴). نمره‌دهی پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) صورت می‌گیرد و با جمع نمرات ۲۰ ماده، نمره کلی محاسبه می‌شود. چهار ماده از این مقیاس به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کلی بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. در نمونه ایرانی، افشاری (۱۳۸۷) پایایی کلی مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۷۵/۰ و پایایی زیرمقیاس‌ها را به ترتیب ۷۲/۰ برای دشواری در تشخیص احساسات، ۷۳/۰ برای دشواری در توصیف احساسات و ۵۳/۰ برای تفکر عینی گزارش کرده است (لاریونوف و همکاران، ۲۰۲۴).

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پژوهشگر پس از دریافت تأییدیه اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و اخذ معرفی‌نامه رسمی جهت انجام پژوهش، به دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران مراجعه نمود. در این مرحله، اهداف و مراحل پژوهش به مسئولین مربوطه ارائه و پس از کسب موافقت، فرآیند نمونه‌گیری آغاز شد. محتوای آموزشی مداخله بر اساس رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و با استفاده از منابع علمی معتبر تدوین گردید. این مداخله به طور ویژه بر سازه‌های مرتبط با شدت علائم اختلال پوست‌کنی و موکنی، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی متمرکز بود.از بین ۱۰۵ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، تعداد ۳۰ نفر پس از اطلاع‌رسانی کامل و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه وارد مطالعه شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مداخلات درمانی توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی که آموزش‌های لازم را در زمینه روش درمانی پذیرش و تعهد دیده بود و تحت نظارت مستقیم پژوهشگر ارشد قرار داشت، به شکل گروهی برگزار گردید. جلسات درمانی شامل هشت جلسه هفتگی، هر جلسه به

[1] - Anxiety Sensitivity Index

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

مدت دو ساعت بود که صرفاً به گروه آزمایش ارائه شد؛ در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکرد. به دلایل اخلاقی، پس از پایان پژوهش، امکان دریافت درمان مشابه برای اعضای گروه کنترل فراهم شد.شرکت‌کنندگان در سه زمان‌بندی: پیش از مداخله (پیش‌آزمون)، پایان مداخله (پس‌آزمون) و سه ماه پس از مداخله (مرحله پیگیری) مورد ارزیابی قرار گرفتند تا اثرات کوتاه‌مدت و پایدار مداخله سنجیده شود.داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری مناسب تحلیل و آزمون‌های مربوطه برای بررسی تفاوت‌ها و اثربخشی مداخله انجام شد. خلاصه ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شد که در ادامه ذکر گردیده است (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳).

جدول ۱. ساختار پروتکل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	**معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق، توضیح مفاهیم مربوط به کاهش موکنی و پوست کنی، بررسی نوع خوردن در افراد (طبیعی و یا هیجانی غذا خوردن، آموزش خوردن ذهن آگاه) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته و خودکارآمدی پایین(آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)، به کار گیری تمرینات و کاربرگ های لازم جهت کنترل و کاهش موکنی و پوست کنی همچنین آموزش روانی درباره ماهیت بیماری موکنی و پوست کنی، عوامل زمینه ساز، آشکارکننده، تداوم بخش و بهبود دهنده آن و بررسی نقش اضطراب در این بیماری، سنجش موکنی و پوست کنی**
جلسه دوم	تنظیم قرارداد بین بیمار ودرمانگر جهت کاهش موکنی و پوست کنی،آشنایی با مفاهیم درمانی (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش و تعهد روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر: ۱)در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش و تعهد روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش و تعهد تجارب ذهنی، آموزش تکنیک های رفتاری مربوط به غذا خوردن متناسب، سنجش موکنی و پوست کنی.
جلسه سوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق. بررسی رژیم غذایی مناسب برای هر فرد با توجه به شاخص توده بدنی. سنجش موکنی و پوست کنی.
جلسه چهارم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزشها.
جلسه پنجم	ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها. سنجش موکنی و پوست کنی.
جلسه ششم	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزشها و تفهیم به افراد که چگونه ارزشها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش و تعهد " را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به خودکارآمدی در کاهش خوردن، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزشها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون کنترل قند و خودکارآمدی. آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارتها چطور کار می‌کنند. سنجش موکنی و پوست کنی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

جلسه هفتم	هدف جلسه کمک به افراد گروه که خود کارآمدی خود را مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش‌هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخابها در برابر قضاوتها /تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزشها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگ‌تر). کاهش موکنی و پوست کنی برای داشتن تصویر بدنی بهتر، سنجش موکنی و پوست کنی
جلسه هشتم	هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعالسازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیتهای خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزشهای بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ارزیابی عمل متعهدانه؛ آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارتهای آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن بهکار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT.ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود: ادامه جلسات می‌تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی. سنجش موکنی و پوست کنی

یافته ها

در این پژوهش اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه های حساسیت اضطرابی و الکسی تایمیا بر ۳۰ بیمار موکنی و پوست کنی – عروقی (۱۵ گروه کنترل، ۱۵گروه آزمایش) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲میانگین و انحراف استاندارد اطلاعات جمعیت شناختی این بیماران را به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد.

جدول۲: میانگین و انحراف معیار و کمینه و بیشنیه سن به تفکیک دو گروه

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	Sig
سن	رفتار درمانی	۱۵	۲۹/۸۰	۴/۴۹	۰/۴۷۰	۰/۶۲۰
	کنترل	۱۵	۲۸/۱۳	۴/۵۹		

	گروه		فراوانی	درصد
مؤلفه				
وضعیت تاهل	کنترل	متاهل	۱۵	۱۰۰
		مجرد	-	-
	آزمایش	متاهل	۱۵	۱۰۰
	رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	مجرد	-	-
تحصیلات	کنترل	لیسانس	۱۱	۹۱,۷
		فوق لیسانس	۴	۸,۳
		دکتری	-	-
	آزمایش	لیسانس	۸	۹۱,۷
	رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	فوق لیسانس	۴	۸,۳
		دانشگاهی	۴	-
درآمد	کنترل	متوسط	۱۵	۱۰۰
	آزمایش	متوسط	۱۵	۱۰۰
	رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد			

این پژوهش، میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با ۲۹/۸۰ سال با انحراف معیار ۴/۴۹ و در گروه کنترل برابر با ۲۸/۱۳ سال با انحراف معیار ۴/۵۹ به‌دست آمد. آزمون تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین سنی دو گروه وجود ندارد ، که این امر بیانگر همگنی گروه‌ها از نظر سن

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

است و اعتبار مقایسه‌های متعاقب را تضمین می‌کند. همچنین میانگین سن تشخیص بیماری در گروه کنترل (۲۲/۳۸ ± ۳/۵۰) و گروه آزمایش (۲۲/۳۹ ± ۳/۵۰) بود که آزمون تحلیل واریانس نیز عدم تفاوت معنی‌دار میان این دو گروه را نشان داد.بررسی سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت تأهل، تحصیلات و درآمد با استفاده از آزمون کای دو انجام شد که نتایج نشان داد تمامی آزمودنی‌ها در هر دو گروه متأهل بوده و از سطح تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس برخوردار بوده‌اند. همچنین وضعیت درآمدی هر دو گروه در طبقه متوسط قرار داشت. این یافته‌ها حاکی از تطابق قابل قبول ویژگی‌های پایه‌ای دو گروه نمونه است که امکان تبیین دقیق‌تر اثر مداخلات درمانی را فراهم می‌آورد.نرمال بودن داده‌ها پیش از آزمون فرضیه‌ها با آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که برخی متغیرها در مراحل مختلف از توزیع نرمال برخوردار نبودند ($p < ۰/۰۵$)، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود.

جدول۳: میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری الکسی تایمیا و حساسیت اضطرابی به تفکیک گروه کنترل و آزمون

متغیر وابسته	الکسی تایمیا			مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد				F=۳۵۱/۷۵۸
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	sig=۰/۰۰۱
میانگین	۵۸/۳۸	۳۱/۳۴	۳۹/۱۰	
انحراف معیار	۲/۱۷	۳/۵۲	۳/۲۴	
کنترل				مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۴۲۹/۶۸
میانگین	۵۸/۳۹	۵۸/۷۰	۵۸/۹۳	۰/۰۰۱
انحراف معیار	۵/۹۹	۱۰/۰۲	۷/۹۷	
حساسیت اضطرابی				مقایسه پس آزمون ها در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۱۶۷/۲۸۶
میانگین	۵۷/۷۹	۳۵/۸۸	۴۵/۳۹	sig=۰/۰۰۱
انحراف معیار	۰/۲۴	۰/۵۳	۰/۳۸	
کنترل				مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F=۱۶۳/۶۱۵
میانگین	۵۶/۷۶	۵۷/۷۷	۵۶/۷۹	sig=۰/۰۰۰۱
انحراف معیار	۰/۴۸	۰/۲۸	۰/۲۴	

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات الکسی‌تایمیا در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت که نشان‌دهنده همگنی نمونه‌ها پیش از مداخله است. با این حال، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد ($F=351.758$, $p<0.001$)، به گونه‌ای که گروه رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش قابل توجهی در میزان الکسی‌تایمیا را نشان داد. این امر حاکی از اثربخشی مداخلات و پایداری اثرات درمانی در طول زمان است.مشابه آن، برای متغیر حساسیت اضطرابی نیز در پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

گروه‌ها وجود نداشت، ولی در پس‌آزمون و پیگیری، گروه آزمایش کاهش معناداری در این مؤلفه نشان داد ($F=167.286, p<0.001$)این نتایج مؤید تاثیر مثبت و ماندگار رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران می‌باشد.

جدول۵: نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت بررسی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مورد بررسی

متغیر	آزمون	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	η2
الکسی تایمیا	Greenhouse-Geisser	۱۴۱۹۶/۲۶۹	۱/۲۰۶	۱۱۷۶۸/۸۴۹	۲۵۱/۶۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
حساسیت اضطرابی	Greenhouse-Geisser	۲۵/۲۰۰	۱/۷۳۷	۱۴/۵۰۵	۸۷/۴۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶

تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری با بررسی مفروضات آن (شامل آزمون کرویت بارتلت، آزمون ام باکس، آزمون موچلی و آزمون لون) انجام شد. نتایج آزمون کرویت بارتلت ($\chi^2=440.218, p<0.001$) نشان‌دهنده وجود همبستگی بین متغیرهای وابسته بود که پیش‌نیاز تحلیل چندمتغیری محسوب می‌شود. هرچند آزمون امباکس نشان داد مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس برقرار نیست ($BoxM=472.1, p<0.001$)، اما با توجه به حجم نمونه، این تخطی قابل تحمل است. مفروضه کرویت نیز رعایت نشده بود($p<0.001$) ، بنابراین از اصلاح گرین هاوس-گیسر استفاده گردید.

نتایج آزمون چندمتغیری نشان داد که اثر مداخله رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه عامل: عامل گروه ($F=210.108, p<0.001, \eta^2=0.971$)، عامل زمان ($F=194.589, p<0.001, \eta^2=0.987$)و تعامل زمان و گروه ($F=146.805, p<0.001, \eta^2=0.982$) معنی‌دار بوده است. این یافته‌ها تأیید می‌کند که این مداخله به طور موثر باعث کاهش نمرات الکسی‌تایمیا و حساسیت اضطرابی بیماران شده است.علاوه بر این، نتایج تحلیل اثر بین‌گروهی نیز تفاوت معنادار گروه آزمایش نسبت به کنترل را در متغیرهای الکسی‌تایمیا ($F=551.541, p<0.001$)و حساسیت اضطرابی ($F=229.349, p<0.001$)نشان داد که بیانگر اثربخشی مداخلات رفتاری و پایدار بودن نتایج درمانی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه بررسی تأثیر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به موکنی و پوست‌کنی بود. یافته کلی پژوهش نشان داد که اجرای مداخلات ACT به طور معناداری حساسیت اضطرابی و الکسی تایمیا را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش داد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت که رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر فرایندهای شناختی – هیجانی، به بیماران کمک می‌کند تا نه تنها به جای اجتناب از هیجانات ناخوشایند و اضطراب‌زا، آن‌ها را بپذیرند بلکه تعهد عملی به ارزش‌های مهم زندگی خود داشته باشند (وانگ و فنگ، ۲۰۲۳). این فرآیند، باعث می‌شود که بیماران به جای درگیری فکری بی‌ثمر با نگرانی‌های مرتبط با بیماری و عوارض آن، به شکل هوشیارانه و بدون قضاوت، تجربیات درونی خود را مشاهده و بپذیرند (اوی و استینمن، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، این پذیرش هوشیارانه با کاهش مقاومت هیجانی و شناختی همراه است که به کاهش حساسیت اضطرابی منجر می‌شود؛ چرا که بیماران دیگر به شکل غیرموثر و خود مخرب به اضطراب خود پاسخ نمی‌دهند بلکه با پذیرش و تعهد به مسیر درمان، کیفیت زندگی‌شان بهبود می‌یابد (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳). این یافته با نتایج پژوهش‌هایی همخوانی دارد که اثربخشی ACT را در کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن نشان داده‌اند (وانگ و فنگ، ۲۰۲۳؛ لای و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، کاهش الکسی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

تایمیا در این مطالعه می‌تواند به افزایش توانایی شناخت و بیان هیجانات مرتبط باشد که از مؤلفه‌های کلیدی بهبود سلامت روانی در بیماران مبتلا به مشکلات جسمانی-روان‌شناختی است (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش این بود که رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انگیزه درونی، آمادگی برای تغییر، مشارکت فعال بیماران در فرایند درمان و پایبندی بیشتر آن‌ها به برنامه‌های درمانی گردید. در تبیین این موضوع می‌توان اظهار داشت که یکی از اصول بنیادین ACT ایجاد حس خودمختاری و انتخاب آگاهانه در بیماران است که به آنان اجازه می‌دهد در عین مواجهه با دشواری‌ها، بر اساس ارزش‌های خود عمل کنند (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳). این خودمختاری درمانی باعث می‌شود بیماران به جای احساس اجبار یا فشار، به صورت داوطلبانه و فعال در فرایند درمان مشارکت نمایند که این امر مطابق با مدل‌های روان‌شناسی انگیزشی و خودتعیینی است (سانتیاگو-تورز و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، افزایش انگیزه درونی و پذیرش روان‌شناختی نقش کلیدی در حفظ تغییرات رفتاری بلندمدت دارد که بهبود پایبندی به درمان و افزایش موفقیت آن را تضمین می‌کند (اوی و استینمن، ۲۰۲۳). به علاوه، حمایت از احساس کارآیی شخصی بیماران در کنار تمرکز بر ارزش‌های فردی و برنامه‌ریزی هدفمند، موجب تقویت خودکارآمدی و کاهش مقاومت‌های روانی می‌شود که این امر در بهبود نتایج درمانی نقشی اساسی دارد (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳).

یافته بعدی نشان داد که استفاده از اصول همدلی، اجتناب از مباحثات کلامی و تنش‌زا، حمایت از کارآیی شخصی مراجع و همراهی با مقاومت‌های بیمار، باعث کاهش ترس و اضطراب بیماران نسبت به مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا شد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که برقراری یک فضای درمانی امن، حمایت‌گر و همدلانه، اثر تسکینی بر بیماران دارد و مقاومت روانی آنان را در برابر اضطراب و استرس‌های مرتبط با بیماری کاهش می‌دهد (سانتیاگو-تورز و همکاران، ۲۰۲۳). این امر به ویژه در درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های موکنی و پوست‌کنی که اغلب با اضطراب‌های شدید و تردیدهای فراوان در مواجهه با وضعیت خود روبرو هستند، اهمیت فراوانی دارد (اوی و استینمن، ۲۰۲۳). از منظر تئوریک، مواجهه سازگارانه با اضطراب با کاهش دو سوگرایی و تردید در بیمار ارتباط دارد که به وسیله تأکید ACT بر پذیرش بدون قضاوت و اجتناب هدفمند به دست می‌آید (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، این روش درمانی با تسهیل فرآیندهای روان‌شناختی، بیماران را قادر می‌سازد که به جای اجتناب یا مقاومت، با موقعیت‌های اضطراب‌زا روبه‌رو شده و عملکرد بهتری در زندگی روزمره خود داشته باشند (وانگ و فنگ، ۲۰۲۳).

علاوه بر این، یافته‌ها بیانگر نقش کلیدی تکنیک‌های روان‌شناختی، حمایت‌های روانی-اجتماعی و آموزش‌های لازم در بهبود وضعیت سلامت روان بیماران است. به طور خاص، درمان شناختی-رفتاری به ویژه نوع مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی گسترده‌ای در کاهش اختلالات خلقی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مزمن دارد (اودونوهو، ۲۰۲۳؛ وانگ و فنگ، ۲۰۲۳). از منظر علمی، این درمان‌ها با بازسازی الگوهای شناختی ناکارآمد و تنظیم هیجانی بهینه، توانمندسازی بیماران را در مقابله با عوارض روان‌شناختی بیماری فراهم می‌کنند که این امر موجب کاهش قابل توجه علائم افسردگی و اضطراب می‌شود (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، افزایش کیفیت ارتباط درمانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ایجاد شبکه‌های حمایتی اجتماعی در کنار مداخلات ACT باعث تقویت اثربخشی درمان و بهبود نتایج درازمدت می‌شود (لای و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی دیگر از نکات مهم در تبیین یافته‌ها آن است که یکی از عوامل افزایش اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری‌های موکنی و پوست‌کنی، درگیر شدن ذهنی مکرر و بی‌ثمر با افکار و نگرانی‌های مرتبط با بیماری و عوارض آن است. در این زمینه، تکنیک‌های ناامیدی خلاقانه به کار رفته در ACT سبب می‌شوند بیماران از چرخه‌های فکری منفی و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

کنترل‌ناپذیر فاصله گرفته و به جای مقاومت و اجتناب، پذیرش هوشیارانه و تعهد به مسیر زندگی مبتنی بر ارزش‌ها را تمرین کنند (اوی و استینمن، ۲۰۲۳). این فرآیند درمانی که با افزایش حضور ذهن و کاهش واکنش‌های هیجانی مفرط همراه است، موجب کاهش شدت اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود، که این موضوع با نتایج مطالعه لای و همکاران (۲۰۲۳) در زمینه آموزش ذهن‌آگاهی و بهبود کیفیت زندگی هم‌راستا است. این تکنیک‌ها همچنین به بیماران کمک می‌کنند تا رفتارهای جدید و سازگارانه جایگزین الگوهای رفتاری قدیمی و ناکارآمد خود نمایند و با کاهش درگیری‌های ذهنی، مدیریت بهتری بر هیجانات و رفتارهای خود داشته باشند (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳).در نهایت، گرچه رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مستقیم مهارت‌های ارتباطی را آموزش نمی‌دهد، اما با تمرکز بر بروز و پذیرش هیجانات، نقش تسهیل‌کننده در بهبود روابط بین‌فردی بیماران ایفا می‌کند. این اثر غیرمستقیم ناشی از کاهش مقاومت هیجانی و افزایش خودآگاهی هیجانی است که بیماران را قادر می‌سازد روابط خود را به شکلی بازتر و صمیمانه‌تر با دیگران برقرار کنند (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳؛ سانتیاگو-تورز و همکاران، ۲۰۲۳). از نظر نظری، این یافته با مدل‌های روان‌شناختی پذیرش و تعهد سازگار است که معتقدند افزایش خودآگاهی و پذیرش هیجانات، زمینه‌ساز بهبود مهارت‌های ارتباطی و کاهش تعارضات بین‌فردی می‌شود (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، وقتی بیماران بتوانند هیجانات خود را بدون قضاوت و اجتناب تجربه کنند، توانایی بیان نیازها و احساسات‌شان به صورت سازنده افزایش می‌یابد که این امر کیفیت روابط فردی را بهبود می‌بخشد (سانتیاگو-تورز و همکاران، ۲۰۲۳). در نتیجه، کاهش حساسیت اضطرابی و الکسی تایمیا نه تنها به بهبود سلامت روانی بیماران کمک می‌کند، بلکه باعث ارتقاء کارکردهای اجتماعی و میان‌فردی آنان نیز می‌شود که از اهداف کلیدی مداخلات روان‌شناختی محسوب می‌شود (وانگ و فنگ، ۲۰۲۳).

با وجود نتایج مثبت و قابل توجه این پژوهش، لازم است محدودیت‌های آن مورد توجه قرار گیرد تا در مطالعات آینده بهبود یابد. نخست اینکه نمونه انتخاب شده تنها شامل بیماران مبتلا به موکنی و پوست‌کنی بود و این امر محدودیت جدی در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی ایجاد می‌کند. برای درک جامع‌تر اثرات رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، توصیه می‌شود که مطالعات آتی نمونه‌های متنوع‌تر و بزرگ‌تری از جمعیت‌های مختلف را شامل شوند تا بتوان نتایج را در سطوح گسترده‌تر اعتبارسنجی کرد.دوم، طراحی پژوهش به گونه‌ای بود که اثرات بلندمدت درمان به طور دقیق قابل بررسی نبود و این امر نیازمند انجام مطالعات طولی و پیگیری‌های طولانی‌مدت است تا ماندگاری تأثیرات درمان و پایداری نتایج اثبات شود. همچنین، به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی در جمع‌آوری داده‌ها، احتمال بروز سوگیری پاسخ‌دهی و تأثیر عوامل شناختی و هیجانی بر گزارش‌ها وجود دارد که این امر می‌تواند دقت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. به همین دلیل استفاده از روش‌های ارزیابی چندجانبه و ترکیبی در مطالعات بعدی می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد.علاوه بر این، پژوهش حاضر بیشتر بر کاهش حساسیت اضطرابی و الکسی تایمیا تمرکز داشت و سایر ابعاد کیفیت زندگی، عملکرد روانی-اجتماعی و عوامل مرتبط به درمان کمتر مورد بررسی قرار گرفتند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، ابعاد وسیع‌تر و چندگانه کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران با رویکردهای مختلف و جامع‌تر بررسی شود تا بتوان تصویر کامل‌تری از تأثیرات درمان ارائه داد.در نهایت، محدود بودن نمونه به یک گروه خاص از بیماران با اختلالات رفتاری باعث شده که نتایج نتوانند به سایر اختلالات روانی و جسمانی تعمیم داده شوند؛ لذا توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی با توجه به گستردگی کاربرد رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرات آن را در بیماران با اختلالات متنوع و شرایط بالینی متفاوت ارزیابی کنند تا دامنه کاربرد و کارآمدی این مداخلات بهتر مشخص شود. این رویکرد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

می‌تواند کمک کند تا درک عمیق‌تر و کاربردی‌تر از مکانیزم‌ها و فرآیندهای درمانی این روش به دست آید و راهکارهای درمانی بهینه‌تری توسعه یابد.

تقدیر و تشکر

از تمامی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران و دانشجویانی که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

همچنین این مقاله برگرفته از رساله دکتری خانم نورا دهقانپور با عنوان بررسی و مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و الکسی تایمیا در زنان مبتلا به اختلال پوست کنی و موکنی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل می‌باشد.

References

Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., & Fritsche, L. (2020). Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: Integrating traditional with digital treatment approaches. Anxiety Disorders: Rethinking and Understanding Recent Discoveries, 291–329.

Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. Behavior Therapy, 54(6), 971–988.

Asnaani, A., Tyler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. Journal of Affective Disorders, 267, 86–95.

Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 149(5–6), 311.

El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Lotufo, F., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., Borges, D. S., & Conway, S. G. (2020). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: A pilot randomized controlled trial. Brazilian Journal of Psychiatry, 43(5), 504–509.

Evey, K. J., & Steinman, S. A. (2023). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) to treat adult obsessive-compulsive disorder (OCD). Behavior Therapy.

Fitzgerald, H. E., Lubin, R. E., Duncan, T., Hiserodt, M., & Otto, M. W. (2023). Underscoring the F in FoMO: How does anxiety sensitivity contribute to fear of missing out? Cognitive Behaviour Therapy, 52(1), 38–46.

Houghton, D. C., Alexander, J. R., Bauer, C. C., & Woods, D. W. (2018). Body-focused repetitive behaviors: More prevalent than once thought? Psychiatry Research, 270, 389–393.

Lai, L., Liu, Y., McCracken, L. M., Li, Y., & Ren, Z. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A three-level meta-analysis and a trial sequential analysis of randomized controlled trials. Behaviour Research and Therapy, 165, 104308.

Larionow, P., Preece, D. A., Khokhlova, O., & Iakovleva, M. V. (2024). Assessing alexithymia: Psychometric properties of the Russian version of the Perth Alexithymia Questionnaire.

Madan, S. K., Davidson, J., & Gong, H. (2023). Addressing body-focused repetitive behaviors in the dermatology practice. Clinics in Dermatology, 41(1), 49–55.

Martin, J. L., Carlson, G. C., Kelly, M. R., Song, Y., Mitchell, M. N., Josephson, K. R., McGowan, S. K., Culver, N. C., Kay, M. A., Erickson, A. J., & Saldana, K. S. (2023). Novel treatment based on acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for insomnia: A randomized comparative

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]

effectiveness trial in women veterans. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Moritz, S., Penney, D., Bruhns, A., Weidinger, S., & Schmotz, S. (2023). Habit reversal training and variants of decoupling for use in body-focused repetitive behaviors: A randomized controlled trial. Cognitive Therapy and Research, 47(1), 109–122.

Moritz, S., Penney, D., Missmann, F., Weidinger, S., & Schmotz, S. (2023). Self-help habit replacement in individuals with body-focused repetitive behaviors: A proof-of-concept randomized clinical trial. JAMA Dermatology, 159(9), 992–995.

O'Donohue, W. (2023). The scientific status of acceptance and commitment therapy: An analysis from the philosophy of science. Behavior Therapy, 54(6), 956–970.

Okumuş, H. G., & Akdemir, D. (2023.(

Dr.Soheila Rahmani, [04/28/2025 08:10ب.ظ]
Body focused repetitive behavior disorders: Behavioral models and neurobiological mechanisms. Turkish Journal of Psychiatry, 34(1), 50.

Preece, D. A., Petrova, K., Mehta, A., Sikka, P., & Gross, J. J. (2024). Alexithymia or general psychological distress? Discriminant validity of the Toronto Alexithymia Scale and the Perth Alexithymia Questionnaire. Journal of Affective Disorders.

Salles, B. M., Maturana de Souza, W., Dos Santos, V. A., & Mograbi, D. C. (2023). Effects of DBT-based interventions on alexithymia: A systematic review. Cognitive Behaviour Therapy, 52(2), 110–131.

Santiago-Torres, M., Mull, K. E., Sullivan, B. M., Rigotti, N. A., & Bricker, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy-based smartphone applications for cessation of tobacco use among adults with high nicotine dependence: Results from the iCanQuit randomized trial. Substance Use & Misuse, 58(3), 354–364.

Wang, J., & Fang, S. (2023). Effects of internet-based acceptance and commitment therapy (iACT) on adolescents: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Mental Health Promotion, 25(4).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1404.19.1.7.5]