Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 4

The Effectiveness of Self-Focused Compassion Therapy on Distress Tolerance and Alexithymia in Women with Hair Picking Disorder

Nora Dehghanpour[1], Tavakkol Musazadeh[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., Musazadeh, T., Kazemzadeh, R., Nazari, V. (2025). The Effectiveness of Self-Focused Compassion Therapy on Distress Tolerance and Alexithymia in Women with Hair Picking Disorder. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (3):1-16 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of self-focused compassion therapy on distress tolerance and alexithymia in women with skin picking and hair picking disorder in Tehran. This study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The research population included female students of Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, who were selected based on the inclusion criteria and purposive sampling method. A total of 45 eligible subjects were identified and after random assignment using a random number table, 30 subjects were replaced in two experimental (15 subjects) and control (15 subjects) groups. The experimental group received self-focused compassion therapy intervention, and the control group did not receive any intervention. Data collection tools included a demographic information questionnaire, a distress tolerance questionnaire, and an alexithymia questionnaire. Data were collected and analyzed in three stages: pre-test, post-test, and three-month follow-up. The results showed that there was no significant difference between the two groups in terms of distress tolerance and alexithymia at the pre-test stage, which indicated the initial homogeneity of the groups, but at the post-test and follow-up stage, a significant difference was observed between the two groups, indicating the effectiveness of self-focused compassion therapy in improving distress tolerance and reducing alexithymia in women with hair-picking disorder. Accordingly, it can be concluded that this therapeutic approach can be effective in reducing the severity of symptoms and improving the emotional indicators of these individuals.

Key words
Hair picking disorder, alexithymia, distress tolerance, self-focused compassion therapy.

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

اثر بخشی درمان شفقت ورزی متمرکز به خود بر تحمل پریشانی و الکسی تایمیا در زنان مبتلا به اختلال پوست کنی و موکنی

نورا دهقانپور[۱] ، توکل موسی زاده [۲]* ، رضا کاظم زاده [۳] ، وکیل نظری [۴]

۱.دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
۲. استادیار ،گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول*)Email: noradhr@yahoo
۳.استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
۴.استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۴/۰۳/۰۱
تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۴/۱۲/۰۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شفقت‌ورزی متمرکز بر خود بر تحمل پریشانی و الکسی‌تایمیا در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی در شهر تهران انجام شد. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران بود که بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در مجموع ۴۵ نفر واجد شرایط شناسایی شدند و پس از تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی، ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله درمان شفقت‌ورزی متمرکز بر خود را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه تحمل پریشانی و پرسشنامه الکسی‌تایمیا بود. داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه جمع‌آوری و تحلیل شدند. نتایج نشان داد در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه از نظر میانگین تحمل پریشانی و الکسی‌تایمیا تفاوت معناداری وجود نداشت که بیانگر همگنی اولیه گروه‌ها بود، اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد که حاکی از اثربخشی درمان شفقت‌ورزی متمرکز بر خود در بهبود تحمل پریشانی و کاهش الکسی‌تایمیا در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که این رویکرد درمانی می‌تواند در کاهش شدت علائم و ارتقای شاخص‌های هیجانی این افراد مؤثر باشد.

واژگان کلیدی
اختلال پوست کنی و موکنی، الکسی تایمیا، تحمل پریشانی، درمان شفقت ورزی متمرکز به خود.

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

مقدمه

رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن به مجموعه‌ای از رفتارهای عودکننده و غالباً مهارنشده اطلاق می‌شود که در آن فرد به‌طور مکرر بخشی از بدن خود را دستکاری یا تخریب می‌کند(کاشتسکی و همکاران، ۲۰۲۳). این رفتارها اگرچه در ظاهر ممکن است ساده یا عادتی به نظر برسند، اما در سطح بالینی با پریشانی روان‌شناختی قابل‌توجه، آسیب‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی و تحصیلی همراه هستند(استاین و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌های پدیدارشناختی نشان داده‌اند که رفتارهایی مانند موکنی، پوست‌کنی و ناخن‌جویدن، علی‌رغم تفاوت‌های ظاهری، از نظر کارکرد هیجانی و سازوکارهای زیربنایی شباهت‌های چشمگیری دارند و غالباً به‌عنوان راهبردهایی برای کاهش یا تنظیم تنش درونی به کار می‌روند (کلوسوفسکا و همکاران، ۲۰۲۴). بر همین اساس، در نظام‌های طبقه‌بندی نوین روان‌پزشکی، این اختلال‌ها در مجموعه اختلال‌های وسواسی–اجباری و اختلال‌های مرتبط با آن قرار گرفته‌اند.

در میان این رفتارها، اختلال موکنی با کندن مکرر موهای بدن مشخص می‌شود؛ رفتاری که می‌تواند هر ناحیه دارای مو را درگیر کند، اما بیشترین شیوع آن در پوست سر، ابروها و مژه‌ها گزارش شده است (اسنوراسون و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال پوست‌کنی نیز با کندن عودکننده پوست، معمولاً در نواحی صورت، دست‌ها و بازوها، شناخته می‌شود، هرچند در بسیاری از افراد چندین ناحیه بدن به‌طور همزمان درگیر است (اسنوراسون و همکاران، ۲۰۲۳). آغاز این اختلال‌ها غالباً در دوره نوجوانی و همزمان با تغییرات زیستی و هیجانی بلوغ رخ می‌دهد؛ دوره‌ای که نوسانات هیجانی، حساسیت به ارزیابی اجتماعی و تنش‌های درون‌فردی افزایش می‌یابد. پیامدهای این اختلال‌ها فراتر از آسیب‌های جسمانی نظیر زخم، عفونت یا ریزش مو است و شامل احساس شرم، کاهش عزت‌نفس، اجتناب اجتماعی و افت عملکرد تحصیلی نیز می‌شود(کلوسوفسکا و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، تبیین دقیق سازوکارهای زیربنایی این اختلال‌ها اهمیت بالینی و پیشگیرانه قابل‌توجهی دارد.

در سال‌های اخیر، چارچوب‌های نظری مبتنی بر تنظیم هیجان تبیین جامع‌تری از این اختلال‌ها ارائه کرده‌اند. بر اساس این دیدگاه، رفتارهای کندن نه رفتاری بی‌هدف، بلکه راهبردهایی ناکارآمد برای مدیریت تجربه‌های هیجانی ناخوشایند محسوب می‌شوند(کریستنسن و همکاران، ۲۰۲۳). بسیاری از مبتلایان پیش از انجام رفتار، افزایش تنش، اضطراب، بی‌قراری یا احساس ملال را تجربه می‌کنند و پس از انجام رفتار، کاهش موقتی در شدت این حالات را گزارش می‌دهند(گرانت و همکاران، ۲۰۲۴). این کاهش موقت تنش، از طریق تقویت منفی، احتمال تکرار رفتار را افزایش می‌دهد و به‌تدریج چرخه‌ای پایدار میان برانگیختگی هیجانی و رفتار کندن شکل می‌گیرد. در چنین چرخه‌ای، ضعف در شناسایی، فهم و تحمل هیجان‌ها نقش محوری ایفا می‌کند(کلوسوفسکا و همکاران، ۲۰۲۴).

در ادامه این چارچوب نظری، ناگویی هیجانی به‌عنوان یکی از متغیرهای کلیدی مطرح می‌شود. ناگویی هیجانی به دشواری در شناسایی و تمایزگذاری هیجان‌ها، ناتوانی در بیان کلامی احساس‌ها و گرایش به تمرکز بر جزئیات بیرونی به‌جای تجربه درونی اشاره دارد(زائورسکا و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که در این حوزه ضعف دارند، هیجان‌های خود را به‌صورت مبهم و نامشخص تجربه می‌کنند و در نتیجه، برانگیختگی هیجانی برای آنان تجربه‌ای آشفته و تهدیدکننده است(لی و همکاران، ۲۰۲۳). چنین وضعیتی می‌تواند فرد را به سوی راهبردهای رفتاری فوری برای کاهش تنش سوق دهد(احمدی و همکاران ،۲۰۲۳) . پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با شدت علائم در اختلال‌های موکنی و پوست‌کنی رابطه مثبت دارد و می‌تواند نقش میانجی در پیوند میان برانگیختگی هیجانی و رفتارهای آسیب‌رسان ایفا کند(زائورسکا و همکاران، ۲۰۲۳). بدین‌ترتیب، ناتوانی در فهم و نام‌گذاری هیجان‌ها، زمینه را برای توسل به رفتارهای بدنی به‌منظور تخلیه تنش فراهم می‌سازد(رسولی و همکاران ،۲۰۲۴).

با این حال، صرف ناتوانی در شناسایی هیجان‌ها برای تبیین کامل این رفتارها کافی نیست. عامل مهم دیگری که در این چرخه نقش دارد، میزان تحمل فرد در برابر تجربه هیجان‌های منفی است. تحمل پریشانی به توانایی فرد در تجربه و پذیرش حالات ناخوشایند بدون تلاش فوری برای اجتناب از آن‌ها اشاره دارد (میکاییلی و همکاران ،۲۰۲۴) . افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، هیجان‌های منفی

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

را غیرقابل‌تحمل ارزیابی می‌کنند و در مواجهه با آن‌ها به‌سرعت به رفتارهایی روی می‌آورند که موجب کاهش فوری تنش شود(حاجلو و همکاران ،۲۰۲۴) . شواهد پژوهشی حاکی از آن است که کاهش تحمل پریشانی با طیفی از رفتارهای تکانشی و خودآسیب‌رسان، از جمله رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن، ارتباط دارد (مورو و همکاران، ۲۰۲۳؛ هلمینن، ۲۰۲۳). بنابراین، هنگامی که ناگویی هیجانی بالا با تحمل پریشانی پایین همراه می‌شود، احتمال گرفتار شدن فرد در چرخه تکرارشونده رفتار کندن افزایش می‌یابد(میکاییلی و همکاران ،۲۰۲۴).

با توجه به نقش محوری این سازوکارهای هیجانی، انتظار می‌رود مداخلاتی که به‌طور مستقیم تنظیم هیجان را هدف قرار می‌دهند، اثربخشی پایدارتری داشته باشند. هرچند درمان‌های رفتاری و شناختی موجود در کاهش رفتار کندن تا حدی مؤثر بوده‌اند، اما میزان عود و تداوم آسیب‌های هیجانی نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر مهار رفتار بدون اصلاح الگوهای زیربنایی هیجانی ممکن است کافی نباشد (مورو، ۲۰۲۳). ازاین‌رو، توجه به رویکردهایی که نظام‌های هیجانی را در سطح عمیق‌تری تعدیل می‌کنند، ضرورت یافته است.

در این میان، درمان مبتنی بر شفقت که توسط پل گیلبرت طراحی و تدوین شده است، رویکردی است که بر پرورش نگرش مهربانانه، پذیرنده و غیرقضاوتگرانه نسبت به خود تأکید می‌کند(نف، ۲۰۲۳). در این رویکرد، فرد می‌آموزد در مواجهه با رنج، خطا یا ناکامی، به‌جای خودسرزنشی و انتقاد شدید، رویکردی حمایتگرانه و انسانی اتخاذ کند(راشفورث، ۲۰۲۳). از منظر نظری، پرورش شفقت می‌تواند با کاهش فعال‌سازی نظام تهدید و تقویت احساس ایمنی درونی، شدت برانگیختگی هیجانی را تعدیل کند(وانگ،۲۰۲۳). این تعدیل هیجانی زمینه را برای افزایش تحمل پریشانی و بهبود آگاهی هیجانی فراهم می‌سازد. هنگامی که فرد قادر باشد هیجان‌های منفی را در بستری امن و مهربانانه تجربه کند، نیاز به راهبردهای رفتاری فوری برای کاهش تنش کاهش می‌یابد(نف، ۲۰۲۳). به این ترتیب، شفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان سازوکاری تنظیمی عمل کند که جایگزین چرخه آسیب‌شناختی کندن شود.

با وجود اهمیت نظری این رویکرد، بررسی تجربی اثربخشی آن بر مؤلفه‌های هیجانی زیربنایی اختلال‌های موکنی و پوست‌کنی، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران، محدود است. افزون بر این، جمعیت دانشجویی به دلیل فشارهای تحصیلی، تحولات هویتی و حساسیت به ارزیابی اجتماعی، ممکن است در برابر اختلال‌های تنظیم هیجان آسیب‌پذیرتر باشند، با این حال پژوهش‌های متمرکز بر این گروه اندک است. این خلأ پژوهشی ضرورت بررسی مداخله‌ای را که بتواند به‌طور همزمان ناگویی هیجانی و تحمل پریشانی را تحت تأثیر قرار دهد، برجسته می‌سازد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شفقت‌ورزی متمرکز بر خود بر تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران انجام شده است. انتظار می‌رود این مداخله از طریق تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خود و ارتقای ظرفیت تنظیم هیجان، به تعدیل چرخه تنش و رفتارهای تکراری آسیب‌رسان بینجامد و زمینه‌ای برای توسعه مداخلات عمیق‌تر و پایدارتر در این حوزه فراهم آورد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در این طرح، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله و پس از اتمام آن، از نظر متغیرهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲–۱۴۰۱ تشکیل دادند. پس از اطلاع‌رسانی عمومی در سطح دانشگاه و انجام غربالگری اولیه، افرادی که نشانه‌های اختلال موکنی و پوست‌کنی را گزارش کردند، مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند. در نهایت، ۳۰ نفر که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس

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

به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. گمارش تصادفی به‌منظور کنترل اثر متغیرهای مزاحم و افزایش اعتبار درونی پژوهش انجام شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ابتلا به اختلال پوست‌کنی یا موکنی به مدت حداقل شش ماه بر اساس مصاحبه بالینی، داشتن حداقل تحصیلات دوره متوسطه اول، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، نداشتن سابقه بیماری‌های عصبی شناخته‌شده، نداشتن سابقه بستری روان‌پزشکی، عدم مصرف مواد روان‌گردان و توانایی حضور منظم در جلسات گروه‌درمانی بود. همچنین شرکت‌کنندگان می‌بایست تمایل آگاهانه برای حضور در پژوهش و همکاری در تمامی مراحل را اعلام می‌کردند.

ملاک‌های خروج از پژوهش برای گروه آزمایش شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرایند مداخله، انصراف از ادامه همکاری و بروز شرایط بالینی حاد در طول اجرای پژوهش بود. در گروه کنترل نیز در صورت عدم تکمیل ارزیابی‌های پس‌آزمون، داده‌های فرد از تحلیل نهایی حذف می‌شد.

پس از انتخاب و گمارش شرکت‌کنندگان، در مرحله پیش‌آزمون، هر دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله درمان شفقت‌ورزی متمرکز بر خود قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و در فهرست انتظار باقی ماند. جلسات درمانی به‌صورت گروهی برگزار شد و شامل هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بود که توسط درمانگر آموزش‌دیده در حوزه درمان مبتنی بر شفقت اجرا گردید. محتوای جلسات شامل آموزش مفاهیم شفقت به خود، آشنایی با نظام‌های هیجانی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، کاهش خودانتقادی، پرورش صدای درونی مهربان و تمرین‌های عملی برای مواجهه شفقت‌آمیز با هیجان‌های دشوار بود.

پس از پایان جلسات درمانی، مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و ابزارهای پژوهش مجدداً تکمیل گردید. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های آماری مناسب برای طرح‌های پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل مورد تحلیل قرار گرفت.

به‌منظور گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و سایر متغیرهای زمینه‌ای، از پرسشنامه مشخصات فردی استفاده شد که توسط شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون تکمیل گردید.

در تمامی مراحل پژوهش، ملاحظات اخلاقی رعایت شد؛ شرکت‌کنندگان پس از آگاهی از اهداف پژوهش، نحوه اجرای مداخله و محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند و اطمینان داده شد که می‌توانند در هر مرحله بدون پیامد منفی از پژوهش خارج شوند.

ابزار پژوهش

۱.پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی

هدف از این پرسشنامه، جمع آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همینطور سوالاتی در مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

۲. پرسشنامه تحمل پریشانی

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS)توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است که از ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) (۳ سوال)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی) (۳ سوال)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) (۶ سوال) و تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی) (۳ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان تحمل پریشانی هیجانی در افراد بکار می رود. تحمل پریشانی مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجانات ، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هر گونه عامل می باشد(گالیانو،۲۰۲۴). و تنظییم هیجان به عنوان فرآیندی که از طریق آن افراد هیجان هایشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود (کایادو،

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

۲۰۲۴). تحمل پریشانی ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان شناختی منفی، تعریف می‌شود و بدین صورت بیان شده است ۱. ظرفیت درک شده برای تحمل احساسات منفی و یادگیر حالت‌های آزارنده، مثلاً ناراحتی فیزیکی و ۲. عمل رفتاری حالت های درونی تحمل پریشانی که توسط انواع مختلف محرک تنش زا بوجود می‌آید(آنبرین، ۲۰۲۴). علوی (۱۳۸۸) در پایان نامه‌اش از این ابزار بهره گرفته است وی آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کرده است و گزارش کرده است که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا (۰/۷۱ = α) و خرده مقیاس ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ ، تنظیم ۰/۵۸) هستند(جوانمرد، ۲۰۲۴). . در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب و روایی سازه مطلوب ابزار در نمونه مورد مطالعه بود.

پرسشنامه الکسی تایمیا (ناگویی خلقی)

فرم اولیه مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ مادّه‌ای است که توسط تیلور، راین و باگبی در سال ۱۹۸۵ ساخته و در سال ۱۹۹۴ توسط باگبی، تیلور و پارکر تجدیدنظر و به فرم ۲۰ مادّه‌ای تبدیل شد. باگبی و دیگران (۱۹۹۴ نقل از افشاری، ۱۳۸۷) دریافتند که مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه عامل ساختاری است که با سازه ناگویی هیجانی همخوانی دارد(کای ایکس‌ال،۲۰۲۴).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ مادّه)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ مادّه) و تفکر عینی (شامل ۸ مادّه) است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره ۱ برای «کاملا مخالم» تا ۵ برای «کاملا موافق» است. در این مقیاس با جمع نمرات ۲۰ مادّه، یک نمره کلی به دست می‌آید. مادّه‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است .در اعتباریابی فرم ایرانی مقیاس ناگویی هیجانی، افشاری (۱۳۸۷) در نمونه ۸۰ نفری (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) از دانشجویان، از این مقیاس استفاده کرد و اعتبار آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۵، دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۳ و تفکر عینی ۰/۵۳ گزارش کرد(بگبی،۲۰۲۰). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه الکسی‌تایمیا با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و هر یک از خرده‌مقیاس‌ها محاسبه شد که نتایج نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار در نمونه مورد مطالعه بود. همچنین بررسی همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل، شواهدی از روایی سازه مقیاس در این پژوهش فراهم کرد و تأیید کرد که ابزار قابلیت اندازه‌گیری ناگویی هیجانی در جامعه هدف را دارا می‌باشد.

شیوه اجرای مداخله

پژوهشگر پس از کسب تأییدیه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و دریافت معرفی‌نامه برای انجام پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی، ضمن معرفی خود به مسئولین ذی‌ربط، اهداف و مراحل پژوهش را برای آن‌ها تشریح نمود. پس از اخذ موافقت رسمی، فرایند نمونه‌گیری آغاز شد. محتوای آموزشی مداخله بر اساس پروتکل درمان شفقت‌ورزی متمرکز بر خود و با توجه به سازه‌های مورد مطالعه شامل شدت علائم موکنی و پوست‌کنی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی طراحی گردید.

در مرحله غربالگری، شرکت‌کنندگان بالقوه با انجام مصاحبه‌های اولیه توسط پژوهشگر و بررسی ملاک‌های ورود شناسایی شدند. از بین این افراد، ۳۰ نفر واجد شرایط و مایل به شرکت در پژوهش، پس از ارائه توضیحات کامل در مورد اهداف و روند مطالعه و اخذ رضایت کتبی آگاهانه، وارد مطالعه شدند. سپس افراد به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند.

مداخله به‌صورت گروهی، طی هشت جلسه هفتگی دو ساعته، توسط پژوهشگر دکتری روانشناسی عمومی و با رعایت کامل اصول اخلاق پژوهش، از جمله محرمانگی و رضایت آگاهانه، اجرا شد. جلسات شامل آموزش مفاهیم شفقت به خود، شناسایی و پذیرش هیجان‌های منفی،

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

کاهش خودانتقادی و تمرین‌های عملی برای تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و تاب‌آوری در برابر پریشانی بود. ارزیابی شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. گروه کنترل در طول پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از پایان مطالعه تحت مداخله درمانی قرار گرفت.

جدول ۱. ساختار پروتکل درمان شفقت ورزی متمرکز به خود

جلسه	شرح جلسه	تکلیف
جلسه اول	معارفه و پذیرش شرکت‌کنندگان، معرفی اهداف و قوانین گروه، آشنایی با اختلال پوست و موکنی و پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی آن، نقش تحمل پریشانی و عوامل شفقت به خود در مدیریت اختلال، معرفی درمان مبتنی بر شفقت و ساختار جلسات، آموزش مفاهیم اولیه شفقت به خود و تمرین مراقبه	انجام تمرین مراقبه کوتاه روزانه، ثبت تجربه هیجانی
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، شناسایی اهداف، ارزش‌ها و حوزه‌های مهم زندگی، تمرین هدف‌یابی، آشنایی با شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش ثبت رخدادهای مطلوب و تمرین حضور ذهن در فعالیت‌های روزمره	تمرین حضور ذهن در فعالیت‌های روزمره، ثبت رخدادهای مثبت
جلسه سوم	تمرین وارسی بدن، تمرکز بر جریان تنفس و حضور ذهن، آموزش تکنیک‌های مبتنی بر شفقت برای تقویت امیدواری، آشنایی با فعالیت‌های تحمل پریشانی، فهم مشفقانه ترس‌ها و تهدیدها، آموزش مدل ذهن تکامل‌یافته و ذهن اجتماعی	تمرین وارسی بدن و ثبت هیجانات همراه با شفقت
جلسه چهارم	تمرین آگاهی مشفقانه نسبت به افکار، احساسات و رفتارها، مراقبه‌های نشسته و قدم زدن با حضور ذهن، ثبت رخدادهای نامطلوب، آموزش تغییر نگرش و شناسایی رفتارهای شروع‌کننده پوست و موکنی، مرور اصول شفقت	تمرین مراقبه و ثبت رخدادهای هیجانی نامطلوب، تمرین تغییر نگرش
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، آموزش اصول شفقت شامل خوش‌بینی، تعامل با دیگران، خلوت گزینی و تنفس آرام‌بخش، تمرین بخشش و نامه‌نگاری مبتنی بر شفقت، آموزش ایجاد رابطه همدلانه	تمرین نوشتن نامه مبتنی بر شفقت، تمرین مهارت‌های همدلی و بخشش
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، تمرین مراقبه نشسته و پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند بدون قضاوت، آموزش شمارش تنفس، ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی، آموزش آرامش‌سازی تنفسی و حمایت اجتماعی	تمرین مراقبه و پذیرش هیجانات، ثبت تجربه مواجهه با نیازهای درونی
جلسه هفتم	تمرین تنفس منظم، شناسایی ارتباط بین فعالیت‌ها و خلق، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط‌دهنده، مرور مهارت‌های مدیریت هیجانات	انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و ثبت اثر آن بر خلق
جلسه هشتم	تمرین وارسی بدن و تنفس، مرور کل دوره، آموزش روش‌های حفظ دستاوردهای یاد گرفته‌شده، طراحی برنامه تمرین خانگی، بررسی موفقیت‌ها و موانع، تکمیل پرسشنامه‌ها و پایان جلسات	ادامه برنامه تمرین خانگی و ثبت تجربه هیجانی

یافته‌ها

در این پژوهش اثر درمان شفقت‌ورزی متمرکز بر خود بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی و الکسی‌تایمیا در ۳۰ دانشجوی مبتلا به اختلال موکنی و پوست‌کنی بررسی شد. این نمونه شامل ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۸٫۸۰ ± ۴٫۴۹ و گروه کنترل ۲۹٫۵۹ ± ۴٫۶۲ سال بود و تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن وجود ندارد. همه شرکت‌کنندگان متأهل بودند، سطح تحصیلات عمدتاً در مقاطع لیسانس و فوق‌لیسانس قرار داشت و درآمد در هر دو گروه در طبقه متوسط بود. این همسانی در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که تفاوت‌های مشاهده‌شده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری می‌تواند به اثر درمان نسبت داده شود. در جدول ۲، مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای تحمل پریشانی و الکسی‌تایمیا

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

نشان داده شده است. این جدول امکان مشاهده اثر درمان و پایداری آن در طول زمان را فراهم می‌کند.

جدول ۲: اثر درون گروهی و بین گروهی درمان شفقت بر تحمل پریشانی و الکسی‌تایمیا

مرحله	متغیر	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	تحمل پریشانی	درمان شفقت	کنترل	۱٫۵۷۷-	۱٫۲۵۱	۰٫۲۱۳
پس‌آزمون	تحمل پریشانی	درمان شفقت	کنترل	۴۶٫۰۳۸	۲٫۰۸۴	۰٫۰۰۱
پیگیری	تحمل پریشانی	درمان شفقت	کنترل	۴۱٫۷۶۹	۱٫۶۸۸	۰٫۰۰۱
پیش‌آزمون	الکسی‌تایمیا	درمان شفقت	کنترل	۰٫۰۲۶	۰٫۱۰۷	۰٫۸۰۷
پس‌آزمون	الکسی‌تایمیا	درمان شفقت	کنترل	۱٫۸۹۰-	۰٫۱۲۰	۰٫۰۰۱
پیگیری	الکسی‌تایمیا	درمان شفقت	کنترل	۱٫۳۹۹-	۰٫۰۹۰	۰٫۰۰۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از مداخله، افزایش معنی‌داری در تحمل پریشانی و کاهش معنی‌دار در الکسی‌تایمیا داشت. اثر درمان در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است که نشان‌دهنده پایداری اثر مداخله است. در جدول ۳، نتایج آزمون‌های چندمتغیری اثر درمان بر گروه، زمان و تعامل گروه × زمان ارائه شده است. این جدول نشان می‌دهد که اثر درمان در طول زمان و در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار است.

جدول ۳: آزمون‌های چندمتغیری اثر درمان

آزمون	عامل	مقدار	F	سطح معنی‌داری	η^2
Pillai's Trace	گروه	۰٫۹۷۱	۱۰۸٫۲۱۰	۰٫۰۰۱	۰٫۹۷۱
Wilks' Lambda	گروه	۰٫۰۲۹	۱۰۸٫۲۱۰	۰٫۰۰۱	۰٫۹۷۱
Hotelling's Trace	گروه	۳۳٫۴۲۶	۱۰۸٫۲۱۰	۰٫۰۰۱	۰٫۹۷۱
بزرگترین ریشه روی	گروه	۳۳٫۴۲۶	۱۰۸٫۲۱۰	۰٫۰۰۱	۰٫۹۷۱
Pillai's Trace	زمان	۰٫۹۸۷	۱۹۴٫۵۸۹	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۷
Wilks' Lambda	زمان	۰٫۰۱۳	۱۹۴٫۵۸۹	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۷
Hotelling's Trace	زمان	۷۳٫۶۲۸	۱۹۴٫۵۸۹	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۷
بزرگترین ریشه روی	زمان	۷۳٫۶۲۸	۱۹۴٫۵۸۹	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۷
Pillai's Trace	زمان × گروه	۰٫۹۸۲	۱۴۶٫۸۰۵	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۲
Wilks' Lambda	زمان × گروه	۰٫۰۱۸	۱۴۶٫۸۰۵	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۲
Hotelling's Trace	زمان × گروه	۵۵٫۵۴۸	۱۴۶٫۸۰۵	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۲
بزرگترین ریشه روی	زمان × گروه	۵۵٫۵۴۸	۱۴۶٫۸۰۵	۰٫۰۰۱	۰٫۹۸۲

نتایج نشان داد که مداخله درمان شفقت بر هر دو متغیر اثر معنی‌دار بین گروهی، درون گروهی و تعامل زمان × گروه دارد. بنابراین، تغییرات مشاهده‌شده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل قابل توجه و مرتبط با اثر درمان است. در جدول ۴، نتایج اثر درون گروهی ارائه شده است تا اثر زمان بر هر دو متغیر بررسی شود.

جدول۴: نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت بررسی اثربخشی درمان شفقت به خود بر ابعاد مورد بررسی

آزمون	متغیر	مجموع مجذور	df	میانگین مجذور	F	سطح معنی‌داری	η^2
Greenhouse-Geisser	تحمل پریشانی	۱۴۱۹۶٫۲۶۹	۱٫۲۰۶	۱۱۷٫۸۴۹	۲۵۱٫۶۸۴	۰٫۰۰۱	۰٫۸۳۴

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

Greenhouse -Geisser	الکسی تایمیا	۲۵٫۲۰۰	۱٫۷۳۷	۱۴٫۵۰۵	۸۷٫۴۵۵	۰٫۰۰۱	۰٫۶۳۶

اثر زمان بر متغیرهای تحمل پریشانی و الکسی‌تایمیا معنی‌دار بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که تغییرات مثبت مشاهده‌شده در گروه آزمایش پس از مداخله، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری پایدار بوده است.

جدول ۵: مقایسه جف‌ا‌تی گروه‌ها در مراحل ارزیابی

مرحله	متغیر	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	تحمل پریشانی	درمان شفقت	کنترل	۱٫۵۷۷-	۱٫۲۵۱	۰٫۲۱۳
پس‌آزمون	تحمل پریشانی	درمان شفقت	کنترل	۴۶٫۰۳۸	۲٫۰۸۴	۰٫۰۰۱
پیگیری	تحمل پریشانی	درمان شفقت	کنترل	۴۱٫۷۶۹	۱٫۶۸۸	۰٫۰۰۱
پیش‌آزمون	الکسی‌تایمیا	درمان شفقت	کنترل	۰٫۰۲۶	۰٫۱۰۷	۰٫۸۰۷
پس‌آزمون	الکسی‌تایمیا	درمان شفقت	کنترل	۱٫۸۹۰-	۰٫۱۲۰	۰٫۰۰۱
پیگیری	الکسی‌تایمیا	درمان شفقت	کنترل	۱٫۳۹۹-	۰٫۰۹۰	۰٫۰۰۱

مقایسه جفتی نشان داد که گروه آزمایش پس از مداخله افزایش معنی‌دار در تحمل پریشانی و کاهش معنی‌دار در الکسی‌تایمیا داشته است و این اثر در مرحله پیگیری حفظ شده است، که نشان‌دهنده پایداری درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شفقت ورزی متمرکز به خود بر تحمل پریشانی و الکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به اختلال موکنی و پوست‌کنی طراحی و اجرا شد. یافته‌های کلی نشان داد که مداخله درمانی موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی و کاهش الکسی‌تایمیا در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد و این اثر در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید، که حاکی از پایداری و تداوم اثر مداخله در طول زمان است. این نتایج بیانگر توانایی درمان شفقت در ارتقای توانمندی‌های هیجانی و تنظیم روانشناختی بیماران مبتلا به اختلالات موکنی و پوست‌کنی است.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان شفقت ورزی متمرکز به خود موجب بهبود مدیریت هیجانات منفی در بیماران شد. افزایش تحمل پریشانی مشاهده شده می‌تواند ناشی از تقویت مهارت‌های خود-تسکینی، کاهش حساسیت نسبت به اضطراب و استرس، ارتقای خودآگاهی هیجانی و توانایی پذیرش تجربه‌های روانشناختی ناخوشایند باشد. این یافته با پژوهش‌های مکبث (۲۰۱۲)، هلمینن (۲۰۲۳) و لوئیس (۲۰۲۳) همسو است که نشان داده‌اند تمرین‌های شفقت باعث تقویت تاب‌آوری هیجانی و کاهش علائم روانشناختی منفی می‌شود. از منظر نظری، افزایش تحمل پریشانی از طریق درمان شفقت می‌تواند بیماران را قادر سازد تا تجربه‌های هیجانی منفی را بدون سرزنش یا اجبار بپذیرند و نسبت به تغییرات لازم در سبک‌های رفتاری و هیجانی متعهد شوند.

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر کاهش قابل توجه الکسی‌تایمیا در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. این کاهش می‌تواند ناشی از بهبود توانایی شناسایی، توصیف و پردازش هیجانات باشد، که از طریق تمرین‌های ذهن مشفق و خود-شفقت حاصل شد. بیماران پس از مداخله توانستند هیجانات منفی خود را بدون تلاش برای سرکوب یا اجبار به تغییر تجربه کنند و نسبت به خود و دیگران حساسیت کمتری نشان دهند. این یافته با پژوهش‌های باگبی و همکاران (۱۹۹۴) و نف (۲۰۲۳) همخوانی دارد، که نشان داده‌اند تمرین‌های شفقت باعث کاهش الکسی‌تایمیا و ارتقای پردازش هیجانی می‌شوند. از منظر مکانیکی، این اثر می‌تواند از طریق تغییر مسیرهای عصبی مرتبط با خودانتقادی و افزایش مسیرهای همدلی و پذیرش هیجانات توضیح داده شود.

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

پژوهش حاضر همچنین نشان داد که اثر درمان شفقت ورزی متمرکز به خود در طول زمان پایدار بوده است، به‌گونه‌ای که نتایج پس‌آزمون و پیگیری حاکی از حفظ تغییرات مثبت در تحمل پریشانی و کاهش الکسی‌تایمیا است. این یافته با مطالعات مکبث (۲۰۱۲) و لوئیس (۲۰۲۳) مطابقت دارد، که پایداری اثر درمان شفقت بر تاب‌آوری هیجانی و کاهش اضطراب را نشان داده‌اند. پایایی اثر درمان می‌تواند ناشی از تعهد درمانجویان به تمرین‌های منظم، تقویت رفتارهای مثبت، و استمرار حمایت اجتماعی در طول جلسات گروهی باشد، که منجر به تثبیت تغییرات رفتاری و هیجانی می‌شود.

مکانیزم اثر درمان شفقت ورزی متمرکز به خود را می‌توان از سه مسیر اصلی توضیح داد. نخست، تمرین‌های مشاهده و توصیف بدون قضاوت باعث می‌شوند بیماران تجربه‌های هیجانی ناخوشایند را به شکل واقعی و بدون سرزنش خود تجربه کنند. دوم، ایجاد هیجانات مثبت و مهارت‌های خود-تسکینی منجر به تقویت تاب‌آوری و کاهش حساسیت نسبت به محرک‌های استرس‌زا می‌شود. سوم، حمایت اجتماعی و تعامل گروهی موجب افزایش مشارکت فعال، کاهش اضطراب و ایجاد حس اعتماد و تعلق به فرآیند درمان می‌شود. این مکانیسم‌ها در نظریه شفقت درمانی به عنوان فرآیندهای کلیدی تنظیم هیجان، کاهش خودانتقادی و تقویت همدلی شناخته شده‌اند.

از دیدگاه کاربرد بالینی، درمان شفقت ورزی متمرکز به خود می‌تواند به عنوان رویکرد مکمل و مؤثر در مدیریت اختلالات موکنی و پوست‌کنی به‌کار گرفته شود. اجرای جلسات گروهی امکان تبادل تجربیات، تقویت حمایت اجتماعی و آموزش مهارت‌های خود-شفقت و توجه آگاهانه را فراهم می‌کند و بیماران را قادر می‌سازد تا تجربه‌های هیجانی منفی را بدون سرزنش یا اجبار مدیریت کنند. همچنین تغییر الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار و تقویت مهربانی نسبت به خود، به ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری هیجانی کمک می‌کند.

با وجود یافته‌های مثبت، این پژوهش محدودیت‌هایی دارد. نخست، حجم نمونه محدود بود که تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند با خطای اندازه‌گیری و سوگیری خودانتقادی همراه باشد. سوم، نمونه محدود به زنان دانشجو بود که باعث محدودیت تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بزرگتر، ابزارهای ارزیابی چندمنظوره و طراحی‌های شبه درمان یا پلاسیبو استفاده شود تا اثر انتظار و خطای خودگزارشی کاهش یابد. همچنین غربالگری بیماران با سطوح بالای الکسی‌تایمیا و اجرای مداخلات گروهی با امکان تبادل تجربه و حمایت اجتماعی، می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. اجرای این مداخلات برای سایر بیماران مزمن جسمی نیز می‌تواند به ارتقای تاب‌آوری روانی و سلامت روان جامعه کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از اصول اخلاقی در این پژوهش بود.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

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

References

Ahmadi, S. S. A. & Salmani, A. (2023). The relationship between harmful use of mobile phones and emotional-behavioral problems in self-harming adolescents: with the mediation of self-control. *Journal of Research in Psychological Health*, *19*(3), 1-15.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Journal of Psychosomatic Research, 131, 109940.

Cai, X. L., Ye, Q., Ni, K., Zhu, L., Zhang, Q., Yin, M., Zhang, Z., Wei, W., Preece, D. A., & Li, B. M. (2024). Chinese version of the Perth Alexithymia Questionnaire: Psychometric properties and clinical applications. General Psychiatry, 37.(۲)

Caiado, B., Santos, D., Pereira, B., Góis, A. C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2024). The factorial structure, psychometric properties and sensitivity to change of the Distress Tolerance Scale for children with emotional disorders. Children, 11(1), 115.

Christensen, R. E., Tan, I., & Jafferany, M. (2023). Recent advances in trichotillomania: A narrative review. Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica, 32(4), 151–157.

Crone, R. L., Brown, R. J., & Bell, T. (2023). 'Like I'd been listened to without actually saying words': Picturing the nurturer in compassion-focused therapy. Counselling and Psychotherapy Research.

Galiano, C. S., Andrea, A. M., Tung, E. S., Brown, T. A., & Rosellini, A. J. (2024). Psychometric properties of the Distress Tolerance Scale in a clinical sample. Psychological Assessment.

Grant, J. E., Collins, M., Chamberlain, S. R., & Chesivoir, E. (2024). Disorders of impulsivity in trichotillomania and skin picking disorder. Journal of Psychiatric Research, 170, 42–46.

Hajloo, N. S. (2024). A. & Sharei, A. The effectiveness of cognitive emotion regulation strategies training on cognitive processing and distress tolerance of female students with generalized anxiety. *Journal of Research in Psychological Health*, *18*(1), 1-15.

Helminen, E. C., Ducar, D. M., Scheer, J. R., Parke, K. L., Morton, M. L., & Felver, J. C. (2023). Self-compassion, minority stress, and mental health in sexual and gender minority populations: A meta-analysis and systematic review. Clinical Psychology: Science and Practice, 30(1), 26.

Javanmard, F., Abadi, A. S., & Poushineh, K. (2024). Predicting distress tolerance in the elderly based on experiential avoidance and spiritual intelligence. Applied Family Therapy Journal, 5(2), 11–18.

Kashetsky, N., Wong, A., Lam, J. M., Wong, S. M., & Mukovozov, I. M. (2023). Efficacy of N-acetylcysteine in trichotillomania (hair-pulling disorder), skin-picking disorder and onychophagia (compulsive nail-biting). Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 37.(۱)

Kłosowska, J., Sznajder, D., Antosz-Rekucka, R., Tuleja, A., & Prochwicz, K. (2024). Reliability, validity and factor structure of the Polish version of the Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale. Cognitive Therapy and Research, 48(1), 4–17.

Li, Y., Ju, R., Hofmann, S. G., Chiu, W., Guan, Y., Leng, Y., & Liu, X. (2023). Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. International Journal of Clinical and Health Psychology, 23(4), 100392.

Louis, J. M., & Reyes, M. E. (2023). Cognitive self-compassion (CSC) online intervention program: A pilot study to enhance the self-esteem of adolescents exposed to parental intimate partner violence. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 28(3), 1109–1122.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clinical Psychology Review, 32(6), 545–552.

Mikaeili, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Parenting Self-Efficacy and Distress Tolerance in Mothers with Insecure Attachment Styles. *Journal of Family Relations Studies*, *5*(3), 1-11.

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

Morrow, E., Zidaru, T., Ross, F., Mason, C., Patel, K. D., Ream, M., & Stockley, R. (2023). Artificial intelligence technologies and compassion in healthcare: A systematic scoping review. Frontiers in Psychology, 13, 971044.

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. Annual Review of Psychology, 74, 193–218.

Rasouli, M., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The Mediating Role of Reappraisal and Suppression of Emotional Experiences in the Relationship Between Personality Characteristics and Addiction Tendency. *Journal of Research in Psychological Health*, *18*(3), 1-14.

Rushforth, A., Durk, M., Rothwell-Blake, G. A., Kirkman, A., Ng, F., & Kotera, Y. (2023). Self-compassion interventions to target secondary traumatic stress in healthcare workers: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(12), 6109.

Snorrason, I., Kuckertz, J. M., Swisher, V. S., Pendo, K., Rissman, A. J., & Ricketts, E. J. (2023). Hair pulling disorder and skin picking disorder have relatively limited associations with negative emotionality: A meta-analytic comparison across obsessive-compulsive and related disorders. Journal of Anxiety Disorders.

Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2021). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: Toward DSM-V. Depression and Anxiety, 27(6), 611–626.

Unbrin, A., Khanum, S., Shahzadi, M., & Imtiaz, M. (2024). Associates of distress tolerance among adolescents: Role of anger, worry and sadness. Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences, 12(1), 79–86.

Veilleux, J. C. (2023). A theory of momentary distress tolerance: Toward understanding contextually situated choices to engage with or avoid distress. Clinical Psychological Science, 11(2), 357–380.

Wang, C. X., Pavlova, A., Boggiss, A. L., O'Callaghan, A., & Consedine, N. S. (2023). Predictors of medical students' compassion and related constructs: A systematic review. Teaching and Learning in Medicine, 35(5), 502–513.

Zaorska, J., Rydzewska, M., Kopera, M., Wiśniewski, P., Trucco, E. M., Kobyliński, P., & Jakubczyk, A. (2023). Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder. Frontiers in Psychiatry, 14, 1175664.

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