

Research Paper

Impact of Self-compassion Training on the Severity of Symptoms, Anxiety Sensitivity, and Distress Tolerance in Women with Dermatillomania and Trichotillomania



Sahar Keyvan Tabar¹ , *Mansoor Alimehdi¹

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Welfare and Health Social Sciences, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.



Citation Keyvan Tabar S, Alimehdi M. [Impact of Self-compassion Training on the Severity of Symptoms, Anxiety Sensitivity, and Distress Tolerance in Women with Dermatillomania and Trichotillomania (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5209.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5209.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5209.1>

Received: 20 Nov 2024

Accepted: 17 May 2025

Available Online: 03 Sep 2025

ABSTRACT

Objectives The present study aimed to determine the impact of self-compassion training on symptom severity, anxiety sensitivity, and distress tolerance (DT) in women with dermatillomania and trichotillomania.

Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design. Participants were 30 women with dermatillomania and trichotillomania referred to clinics in Tehran, Iran, in 2024. They were randomly assigned to intervention and control groups. Data collection tools included anxiety sensitivity index (ASI), DT scale (DTS), the Massachusetts general hospital hairpulling scale (MGH-HPS), and skin picking scale (SPS). The intervention group received self-compassion training based on Gilbert's protocol at eight sessions. The control group received no intervention. Data were analyzed using univariate and multivariate analysis of variance.

Results The intervention group showed a significant reduction in the mean scores of MGH-HPS, SPS, and ASI, and a significant increase in the mean score of DTS in the post-test and follow-up phases compared to the control group ($P < 0.05$).

Conclusion The self-compassion training is effective in reducing symptom severity, anxiety sensitivity, and improving DT in women with dermatillomania and trichotillomania.

Key words:

Self-compassion, Skin picking, Hair pulling, Anxiety sensitivity, Distress tolerance (DT)

* Corresponding Author:

Sahar Keyvan tabar, Assistant Professor.

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Welfare and Health Social Sciences, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 7276290

E-mail: limehdi.mansoor@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Body-focused repetitive behaviors (BFRBs) include excessive actions such as pulling, picking, or scratching, encompassing dermatillomania (skin picking), trichotillomania (hair pulling), lip/cheek biting, and nail-biting. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5), these behaviors are categorized under obsessive-compulsive disorder (OCD) and related disorders due to their repetitive nature, similar to compulsions observed in OCD. However, there are differences in their triggers and phenomenology, as BFRBs often occur during boredom or specific emotions, unlike OCD, which involves contamination fears. Dermatillomania involves excessive picking, causing open wounds that are prone to infection. It usually begins in adolescence and declines after age 20. Trichotillomania occurs in two styles: automatic (unconscious) and focused (intentional to reduce internal tension). Psychological factors such as anxiety sensitivity (AS) and distress tolerance (DT) significantly affect these disorders. AS refers to fear of anxiety-related sensations, and DT refers to the ability to endure negative emotional states. Low DT leads to maladaptive behaviors to temporarily escape discomfort.

Self-compassion therapy, a third-wave psychological intervention, emphasizes being kind and nonjudgmental toward oneself, recognizing shared human struggles. It has shown efficacy in treating depression, anxiety, and OCD by reducing distress and promoting psychological resilience. This study aims to examine the effectiveness of self-compassion therapy on the severity of symptoms, AS, and DT in women with dermatillomania and trichotillomania.

Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design. The study population consisted of female patients with dermatillomania and trichotillomania referred to psychology clinics in Tehran, Iran, in 2024. A total of 30 eligible patients were purposefully selected and randomly assigned to intervention (n=15) and control (n=15) groups. Inclusion criteria were the diagnosis of dermatillomania and trichotillomania based on the DSM-5 criteria, age 20-35 years, and having the disorder for at least six months. Data collection tools included Floyd et al.'s [23] anxiety sensitivity index (ASI), Simons and Gaher's DT scale (DTS), the Massachusetts general hospital hairpulling scale (MGH-HPS), and Keuthen et al.'s [28]

skin picking scale (SPS). The intervention group underwent eight 45-min sessions of self-compassion training based on Gilbert's protocol, while the control group received no intervention. The data were analyzed using the repeated measures ANOVA.

Results

The mean scores of the variables for the two groups are presented in Table 1. The results of repeated measures ANOVA for comparing two groups in SPS and MGH-HPS scores in the three phases of pre-test, post-test, and follow-up are reported in Table 2. Based on the findings, the difference between the two groups in the scores of SPS ($P=0.020$) and MGH-HPS ($P=0.002$) was significant in three phases. Approximately 17.9% and 28.3% of the differences in the SPS and MGH-HPS scores were related to the group factor, respectively. In addition, the main effect and the interaction effect of time and group were significant on all study variables ($P<0.05$). In other words, the difference in the SPS and MGH-HPS scores between the two groups over time was significant. Based on the findings, the differences between the two groups in the scores of ASI and DTS domains were also significant in three phases ($P<0.05$). The main effect and the interaction effect of time and group were also significant on all ASI and DTS domains ($P<0.01$).

Conclusions

The self-compassion training is effective in reducing symptoms and AS, and improving DT in women with dermatillomania and trichotillomania. The self-compassion programs should be used through organized workshops to improve DT and reduce AS in these women. Further research should be conducted using qualitative methods and exploring other psychological factors affecting the severity of dermatillomania and trichotillomania symptoms in women.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch (IR.IAU.TMU.REC.1403.108) and was registered by the Iranian Registry of Clinical Trials (ID: IRCT20241019063416N). Informed consent was obtained from all participants.

Table 1. Mean scores of the study variables for the two groups in the pre-test, post-test, and follow-up phases

Groups	Variables	Mean±SD		
		Pre-test	Post-test	Follow-up
Control	SPS	23.53±2.167	23.13±3.335	23.40±3.376
	MGH-HPS	21.13±2.503	21.20±2.651	21.60±2.849
	ASI- Physical concerns	23.20±2.859	22.53±2.532	22.47±2.774
	ASI- cognitive concerns	11.93±2.604	11.67±2.289	11.27±3.411
	ASI- social concerns	11.98±2.852	11.10±2.920	11.48±2.915
	ASI- total	47.12±5.736	45.30±4.921	45.21±6.897
	DTS- tolerance	7.67±2.820	7.79±2.772	7.40±2.558
	DTS- absorption	8.13±2.588	8.67±2.968	8.07±2.764
	DTS- appraisal	16.27±3.615	16.53±3.324	16.13±3.523
	DTS- regulation	6.40±2.197	6.87±2.167	6.67±2.380
	DTS- total	40.47±5.290	41.85±5.391	40.20±6.132
Intervention	SPS	23.67±2.024	19.67±2.225	20.07±2.314
	MGH-HPS	20.53±2.200	16.87±2.532	17.40±2.823
	ASI- Physical concerns	22.73±3.127	18.60±2.849	19±3.094
	ASI- cognitive concerns	10.80±3.167	7.73±2.631	8.07±3.369
	ASI- social concerns	11.10±2.753	6.63±2.459	7.11±2.298
	ASI- total	44.63±5.479	32.96±4.958	34.18±5.640
	DTS- tolerance	7.73±2.631	11.40±2.165	11.01±2.398
	DTS- absorption	8.93±1.981	12.87±2.066	12.13±1.642
	DTS- appraisal	17.60±2.694	21.73±3.305	21.07±2.890
	DTS- regulation	6.33±1.839	9.97±2.664	9.41±2.782
	DTS- total	43.80±7.514	57.97±6.121	55.48±7.052

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Table 2. Results of repeated measures ANOVA to compare groups regarding the SPS and MGH-HPS scores

Variables	Source	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	Sig.	Effect Size
SPS	Time	84.356	1.868	45.150	32.886	0.001	0.540
	Group	111.111	1	111.111	6.090	0.020	0.179
	Time×group	62.489	1.868	33.446	24.361	0.001	0.465
MGH-HPS	Time	52.356	1.778	29.439	35.736	0.001	0.561
	Group	208.544	1	208.544	11.064	0.002	0.283
	Time×group	67.289	1.778	37.836	45.928	0.001	0.621

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

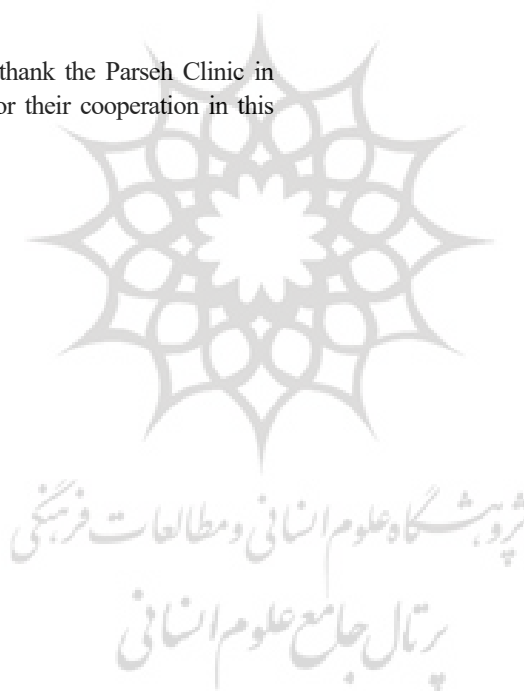
Conceptualization, methodology, investigation, review & editing, resources: Sahar Keyvan Tabar and Mansoor Alimehdi; Writing original draft: Sahar Keyvan Tabar; Supervision, and project administration: Mansoor Alimehdi.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Parseh Clinic in Tehran and all participants for their cooperation in this study.



This Page Intentionally Left Blank

پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی



اثر بخشی شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی

سحر کیوان تبار^۱، منصور علی‌مهدی^۲

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده بهزیستی و علوم اجتماعی سلامت، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Keyvan Tabar S, Alimehdi M. [Impact of Self-compassion Training on the Severity of Symptoms, Anxiety Sensitivity, and Distress Tolerance in Women with Dermatillomania and Trichotillomania (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5209.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5209.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5209.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۳۰ آبان ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۷ اردیبهشت ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۱۲ شهریور ۱۴۰۴

اهداف پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در افراد با اختلال پوست‌کنی و موکنی انجام شد.

مواد و روش‌ها این پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و کاربردی بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مراجعه‌کننده به کلینیک پارسه در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بود و مداخله در کلینیک پارسه انجام گرفت و درمان توسط روانشناس بالینی (نویسنده مسئول) ارائه شد. نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. پیش از آموزش شفقت به خود، پیش‌آزمون انجام شد و سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت آموزش شفقت به خود گیلبرت (۲۰۰۵) قرار گرفت. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از آموزش، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی هیجانی، مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست و مقیاس دست‌کاری و کندن پوست بودند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها نتایج نشان داد با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می‌شود که میانگین نمرات شدت علائم و حساسیت اضطرابی افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با افراد گروه کنترل، کاهش و میانگین نمرات تحمل پریشانی افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری بنابراین نتیجه گرفته می‌شود شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها:

شفقت‌ورزی، کندن پوست، موکشیدن، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی

* نویسنده مسئول:

دکتر منصور علی‌مهدی

نشانی: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشکده بهزیستی و علوم اجتماعی سلامت، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۶۲۹۰ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: alimehdi.mansoor@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

اختلال پوست‌کنی^۱ و موکنی^۲ از جمله اختلالات روان‌شناختی با رفتارهای تکراری و اجباری هستند که با شدت علائم بالا، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی پایین همراه هستند و اغلب به کاهش کیفیت زندگی، احساس شرم و خودسرزنی منجر می‌شوند. این ویژگی‌ها مدیریت این اختلالات را چالش‌برانگیز کرده و نیاز به مداخلات روان‌شناختی مؤثری را که بتوانند تنظیم هیجانی را بهبود بخشند و خودانتقادی را کاهش دهند، برجسته می‌سازد. شفقت‌ورزی متمرکز به خود^۳، رویکردی درمانی مبتنی بر نظریه‌های نف و گیلبرت، با تأکید بر پرورش مهربانی با خود، پذیرش بدون قضاوت و آگاهی ذهن‌آگاهانه از رنج‌های شخصی، به‌عنوان یک مداخله مناسب برای این اختلالات شناخته می‌شود.

این رویکرد از طریق مکانیسم‌های تغییر روان‌شناختی متعددی عمل می‌کند:

نخست، با جایگزینی خودانتقادی و شرم با خودمهربانی، به کاهش احساسات منفی و افزایش عزت‌نفس کمک می‌کند که می‌تواند دفعات و شدت رفتارهای اجباری را کاهش دهد؛

دوم، با تقویت آگاهی ذهن‌آگاهانه و پذیرش هیجانات، به افراد امکان می‌دهد تا به‌جای اجتناب یا سرکوب هیجانات منفی مانند اضطراب، آن‌ها را تحمل کرده و تنظیم هیجانی بهتری را تجربه کنند که به بهبود تحمل پریشانی منجر می‌شود؛

سوم، با کاهش فعال‌سازی سیستم تهدید (مبارزه یا گریز) و تقویت سیستم آرام‌سازی مغزی از طریق تمرین‌هایی مانند تصویرسازی مهربانانه و خودگفتاری مثبت، حساسیت اضطرابی را کاهش می‌دهد؛

نهایتاً، با پرورش دیدگاه غیرقضاوتی و متعادل، الگوهای شناختی ناکارآمد و افکار منفی تکراری را بازسازی کرده و شدت علائم را کم می‌کند.

شفقت‌ورزی متمرکز به خود با ایجاد یک فضای عاطفی امن، به افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی کمک می‌کند ارتباط سالم‌تری با خود و هیجانات‌شان برقرار کنند، رفتارهای اجباری را کاهش دهند و در نتیجه، شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی را بهبود بخشند. این رویکرد، با توجه به ماهیت عاطفی و شناختی این اختلالات، نه تنها به کاهش علائم کمک می‌کند، بلکه با ارتقای سلامت روان‌شناختی کلی، به‌عنوان یک مداخله مؤثر و پایدار در این حوزه مطرح است.

رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن^۴، رفتارهای بیش از حد تکراری هستند که با کشیدن، برداشتن یا خاراندن همراه می‌باشند که شامل درماتیلومانیا^۵ (کندن پوست) و تریکوتیلومانیا^۶ (کشیدن مو)، کلویتاداکسی^۷ (گاز گرفتن لب و گونه) و اونیکوفازیا^۸ (جویدن ناخن) است [۱]. بر طبق راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)^۹ انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۰}، اختلال موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن در طبقه وسواس فکری-عملی و اختلالات مرتبط قرار گرفته است [۲]. به نظر می‌رسد جای‌گذاری این سه اختلال در طیف وسواس فکری عملی نامعقول نیست، زیرا نشانه عمل تکراری در این اختلال‌ها با عادت تکرارشونده جبری مشاهده‌شده در افراد مبتلا به وسواس فکری عملی مشابهت دارد و در افراد مبتلا به وسواس مانند افراد مبتلا به موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن، پافشاری علیه رفتار برخلاف پیامد دردناک برایشان دشوار است [۲]؛ اما بین وسواس فکری عملی و رفتارهای متمرکز بر بدن برحسب پدیده شناختی و انگیزه‌های محیطی تفاوت وجود دارد و برطبق گفته افراد با اختلال رفتارهای متمرکز بر بدن، این رفتارها در مواقع بیکاری و یا همراه با هیجان‌های خاصی همراه است اما در وسواس فکری عملی با علائم اخطار کثیفی رخ می‌دهد [۳].

اختلال پوست‌کنی از رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن است که در آن فرد بیش از حد پوست بدن خود را می‌کند تا جایی که زخم‌های باز در سطح پوست به‌درستی بهبود نمی‌یابند و می‌توانند به عفونت منجر شوند [۴]. سن شروع این اختلالات بیشتر در اوایل نوجوانی می‌باشد و بعد از سن ۲۰ سالگی و حتی میان‌سالی شیوع کمتری دارد [۵]. بیمارانی که بخش زیادی از موهای سر، ابرو، مژه، سبیل، ریش و سایر نقاط بدن را به‌دلیل کندن مو از دست داده‌اند، تشخیص اختلال وسواس موکنی را می‌گیرند و وقتی که در نهایت درمان‌دهی هستند به دنبال درمان می‌روند [۶]. کشیدن مو به دو سبک، خودکار و متمرکز مفهوم‌پردازی شده است [۷]. کشیدن مو به‌صورت خودکار یعنی بدون تلاش آگاهانه انجام می‌شود و کشیدن خودکار اغلب در حین کارهای ثابت مثل تماشای تلویزیون، مطالعه یا رانندگی رخ می‌دهد و برعکس در کشیدن متمرکز با آگاهی و با هدف کاهش یا حذف یک نیاز و یا تجربه داخلی به‌صورت ناخواسته انجام می‌شود [۸].

4. Body-focused Repetitive Behaviors (BFRBs)

5. Dermatillomania

6. Trichotillomania

7. Cavitadaxia

8. Onychophagia

9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)

10. American Psychiatric Association (APA)

1. Skin-Picking Disorder

2. Trichotillomania

3. Self-Compassion

هست، از هیجانات منفی دوری کنند. اکثر تحقیقات تجربی رابطه تحمل پریشانی را با رفتارهای غیرانطباقی مورد بررسی قرار داده است [۱۶]. تحمل پریشانی توانایی تحمل حالات تجربی بد است [۱۵]. تحمل پریشانی شامل چندین فرایند خودتنظیمی شامل توجه، تنظیم هیجان و بازداری پاسخ است [۱۷]. افراد دارای عدم تحمل پریشانی، علی‌رغم پیامدهای بالقوه منفی درازمدت، بیشتر به رفتارهایی دست می‌زنند که پریشانی کوتاه‌مدت را کاهش می‌دهد [۱۵]. اکثر تحقیقات تجربی رابطه تحمل پریشانی را با رفتارهای غیرانطباقی مورد بررسی قرار داده است [۱۶].

در این پژوهش از درمان شفقت به خود به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم استفاده شده است. مفهوم شفقت به معنای تجربه‌پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به‌گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل‌تحمل‌تر نماید تعریف شده است [۱۸]. همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیرقضاوت‌گرانه در رابطه با آن‌ها است. علاوه‌براین، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزئی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند [۱۹]. همچنین شفقت به خود بر نوعی هیجان ویژه نسبت به خود یعنی خودگرمی و خود مهربانی تأکید می‌ورزد [۲۰]. مفهوم شفقت به معنای تجربه‌پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به‌گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل‌تحمل‌تر نماید تعریف شده است [۱۸]. درمان شفقت‌ورزی متمرکز به خود جزء درمان‌های روانشناسی موج سوم هست که توجه درمانگران مدرن را به خود جلب کرده است. به‌خصوص برای اختلالاتی همچون افسردگی، اضطراب، وسواس به کار گرفته شده است و انگیزه این درمان کاهش درد، رنج، اضطراب، پریشانی می‌باشد [۲۱].

این پژوهش می‌تواند به‌عنوان یک گام مهم در جهت بهبود عمومی سلامت روانی و جسمی افراد با اختلالات پوستی و مویی مورد توجه قرار گیرد و به دانشمندان و متخصصان در این حوزه کمک کند روش‌های بهتری برای مدیریت این اختلالات ارائه نمایند. افراد با اختلالات پوستی و مویی ممکن است با مشکلاتی همچون اضطراب، عصبانیت و کاهش تحمل پریشانی روبه‌رو شوند که می‌تواند بر عملکرد روزمره آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. شفقت‌ورزی به خود می‌تواند بهبودی در این امور ایجاد کند. همچنین ارتباط نزدیک بین سلامت روانی و سلامت جسمی شناخته شده است. افزایش شفقت و مراقبت به خود می‌تواند به بهبود سلامت جسمی افراد کمک کند و عوارض جسمی مرتبط با اختلالات پوستی و مویی را کاهش دهد. آگاهی از خود و احساسات خود یکی از مهم‌ترین عوامل برای مدیریت افضل اضطراب و پریشانی است. انجام این پژوهش می‌تواند به افراد کمک کند تا با درون خود ارتباط عمیق‌تری برقرار کنند و از خودآگاهی بیشتری برخوردار شوند. از دیگر ضرورت‌های این پژوهش این است که هر نوع پژوهشی از این نوع می‌تواند علاوه‌بر ایجاد یک پژوهش،

عوامل روانشناختی مختلفی بر شدت علائم اختلال موکنی و پوست‌کنی به‌صورت مستقیم و یا غیرمستقیم می‌تواند اثرگذار باشد. حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی از متغیرهای مهمی هستند که با علائم اختلال پوست‌کنی و موکنی ارتباط معنی‌داری دارند. حساسیت اضطرابی را می‌توان، ترسیدن از حالات و احساسات تجربه‌شده مرتبط با اضطراب تعریف کرد [۹]. ترس از احساسات بدنی را می‌توان تپش قلب مثال زد که می‌تواند احتمالاً ترس از بیماری را در فرد مبتلا افزایش دهد [۱۰]. متأسفانه درخصوص اختلال پوست‌کنی و موکنی مانند دیگر اختلالات مثل اختلالات خلقی و اضطرابی مطالعه وسیعی صورت نگرفته است. گرانت و همکاران در بررسی مقاله‌های چاپ‌شده پزشکی و روانشناختی درخصوص اختلال کندن مو و اختلال حرکت کلیشه‌ای، اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی نوع ۱ و تیک دریافتند علی‌رغم شیوع اختلالات مذکور، حجم مطالعات بر روی دو اختلال اسکیزوفرنی و دو قطبی بسیار بالاتر است و دلیل این کمبود توجه روشن نیست، اما نرخ شیوع این اختلالات و مسائل اجتماعی، تحصیلی ناشی از آن، فرصت توجه بیشتر در این حوزه را می‌طلبد. دلیل انتخاب موضوع تحقیقی با عنوان اختلالات کندن مو، پوست و افرادی است که از این اختلالات رنج می‌برند و همچنین پریشانی معنی‌داری که اختلالات مذکور برای این افراد و خانواده آن‌ها ایجاد می‌کند [۱۱].

یک مؤلفه که در افراد دچار اختلالات اضطراب از جمله پوست و موکنی دیده می‌شود، تحمل پریشانی^{۱۱} می‌باشد که شامل تمایل رفتاری برای مقاومت در برابر ناراحتی‌های خلقی است که معلول پریشانی هیجانی درک‌شده می‌باشد؛ بنابراین، عدم تحمل پریشانی یا پریشانی درک‌شده به‌صورت غیرقابل‌تحمل، غیرقابل‌قبول و غیر قابل‌کنترل مرتبط است [۱۲]. افراد با تحمل پریشانی پایین تلاش‌های زیادی مثلاً اجتناب کردن می‌کنند تا از این حالات هیجانی منفی رهایی یابند [۱۳]. حساسیت اضطرابی^{۱۲} توجه زیادی به‌عنوان عامل خطر در آسیب‌شناسی روانی اضطراب کسب کرده است. حساسیت اضطرابی بالا، یک مفهوم مرتبط در افراد مبتلا به انواع اختلالات وسواسی است [۱۴].

سیمونز و گاهر [۱۵] تحمل پریشانی را به‌عنوان «توانایی شخص برای تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی» معرفی می‌کنند. بنابراین اعتقاد بر آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پی‌آمد تجربه حالات هیجانی منفی تأثیر می‌گذارد، ازجمله اینکه افراد با تحمل پریشانی کم، به نظر می‌رسد بیشتر نسبت به استرس و پریشانی واکنش‌پذیرتر باشند. این افراد به نظر می‌رسد از توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف در پاسخ به پریشانی استفاده کنند و به‌عنوان یک پیامد، تلاش می‌کنند از طریق استفاده از راهبردهایی که هدفش کاهش سریع حالات هیجانی منفی

11. Tolerance of distress

12. Anxiety sensitivity

-افراد باید حداقل ۱۵ دقیقه در هفته مداخلات خودشفقت و سپاس‌گزاری انجام دهند.

ملاک‌های خروج

- عدم تمایل به ادامه همکاری (عدم خروج)،
- عدم شرکت در جلسات درمانی بیش از ۲ جلسه (عدم خروج)،
- عدم ابتلا به به اختلال وسواس فکری - عملی (عدم ورود).

ابزار

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه استفاده شده است که به قرار ذیل می‌باشد:

ابزار پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی^{۱۳} (ASI)

پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی یک پرسش‌نامه خودگزارش‌شده است که ۱۶ گویه دارد و براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به‌صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است [۲۲]. ساختار این پرسش‌نامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ و به‌مدت ۳ سال ۰/۷۱ نشان داده است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است [۲۳]. اعتبار آن در نمونه ایرانی براساس سه روش، همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به‌ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی براساس سه روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه علائم بالینی ۹۰ گویه‌ای «SCL-90» انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود [۲۴]. پایایی مقیاس مذکور در پژوهش مشهدی و همکاران [۲۵] با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با همین روش در پژوهش قاسمی (۱۳۹۱)، ۰/۸۹ گزارش شد [۲۶].

به پژوهش‌های مشابه پیوند و امکان مقایسه نتایج به‌دست‌آمده در ایران با دیگر پژوهش‌ها را فراهم سازد. باتوجه‌به مطالب عنوان‌شده، مطالعه حاضر اثربخشی شفقت‌ورزی مبتنی بر خود را بر شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در بین افراد با اختلالات موکنی و پوست‌کنی موردبررسی قرار داد.

روش

این پژوهش از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ اجرا و شیوه گردآوری داده‌ها نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در گروه آزمایش، شفقت‌ورزی متمرکز به خود به‌عنوان متغیر مستقل اعمال شده است تا تأثیر آن بر متغیرهای وابسته یعنی شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی بررسی شود. برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات لازم جهت انجام تحقیق از روش کتابخانه‌ای و روش میدانی استفاده گردیده است. در روش کتابخانه‌ای با مراجعه به کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع‌رسانی از کتب و مقالات فارسی و لاتین جهت تکمیل بخشی از تحقیق استفاده شده است و در قسمت میدانی پژوهش در این تحقیق به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ها استفاده شده است. ابزارهای این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ها از جمله پرسش‌نامه موکنی و پوست‌کنی، پرسش‌نامه حساسیت‌های اضطرابی و پرسش‌نامه تحمل پریشانی است. در پژوهش حاضر، جامعه مورد مطالعه متشکل از افراد دارای اختلال پوست‌کنی و موکنی بود که به کلینیک پارسه در نیمه اول سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند و مداخله در کلینیک پارسه انجام گرفت و درمان توسط نویسنده مسئول ارائه شد. باتوجه‌به ماهیت نیمه‌آزمایشی بودن پژوهش، نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از افراد دارای اختلال پوست‌کنی و موکنی بود که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) جای‌گذاری شدند. فراوانی مربوط به عضویت گروهی افراد نمونه نیز به این صورت است:

ملاک‌های ورود

-دریافت تشخیص اختلال موکنی، کندن پوست براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 و به‌وسیله مصاحبه تشخیصی که توسط خود پژوهشگر و روان‌پزشک انجام شد،

-دامنه سنی ۲۰-۳۵ سال،

-ابتلا به پوست‌کنی و موکنی به‌مدت حداقل ۶ ماه به تشخیص روانپزشک،

-لازم است آزمودنی‌ها در طول اجرای پژوهش از برنامه‌های روان‌درمانی و تغییر درمان‌های دارویی در خارج از مداخله آموزشی و درمانی پژوهش استفاده نکنند،

13. Anxiety Sensitivity Index

14. Symptom Checklist-90 (SCL-90)

ابزار پرسش‌نامه تحمل پریشانی هیجانی^{۱۵} (DTS)

پرسش‌نامه تحمل پریشانی هیجانی را سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ [۱۵] ساخته‌اند که از ۱۵ گویه و ۴ خرده‌مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) (۳ سؤال)، جذب (جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی) (۳ سؤال)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) (۶ سؤال) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) (۳ سؤال) تشکیل شده است که به‌منظور سنجش میزان تحمل پریشانی هیجانی در افراد به کار می‌رود. سیمونز و گاهر [۱۵] ضرایب آلفا برای این مقیاس را به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسش‌نامه دارای روایی ملاکی و هم‌گرای اولیه خوبی است. علوی در پایان‌نامه‌اش 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 ($\alpha=0/71$) و خرده‌مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶، تنظیم ۰/۵۸) هستند [۲۷].

ابزار پرسش‌نامه مقیاس موکنی، معرفی مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست^{۱۶} (MGH-HPS) کیتن و همکاران [۲۸]

یک مقیاس خودسنجی ۷ سؤالی می‌باشد که رفتارهای موکنی را می‌سنجد. مقیاس MGH-HPS فراوانی، شدت و کنترل میل و اصرار موکنی را در ۱ ماه گذشته می‌سنجد. این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. پاسخ‌دهندگان میزان توافق‌شان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (هیچ) تا (بی‌نهایت) گسترده است، نشان می‌دهند. (هیچ) نمره صفر و (بی‌نهایت) نمره ۴ می‌گیرد و در نمره کلی پرسش‌نامه نمره صفر فقدان علائم و نمره ۲۸ نهایت آسیب را نشان می‌دهد. نقطه برش پیشنهادی برای این ابزار در مطالعه سلز و همکاران [۲۹]، نمره ۱۷ می‌باشد و نمره بالای ۱۷ نشان‌دهنده تشخیص اختلال موکنی است. این مقیاس در هر دو گروه بالینی و غیربالینی استفاده شده است [۲۸، ۳۰]. همسانی درونی مطلوب^{۱۷} ($\alpha=0/89$) و پایایی از نوع بازآزمایی^{۱۸} موردقبول^{۱۹} ($r=0/97$) به‌وسیله پژوهش اوسالیوان و همکاران [۳۱] به دست آمده است. روایی همگرای^{۱۹} از مقیاس MGH-HPS حمایت می‌کند و نشان‌دهنده همگرایی بالای این مقیاس با مقیاس‌های سنجش اضطراب و افسردگی می‌باشد [۳۱]. در ایران نیز سلز و همکاران [۲۹] نسخه فارسی MGH-HPS هنجاریابی کرده‌اند.

نتایج آن‌ها نشان داده است که MGH-HPS در نمونه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است.

ابزار مقیاس دست‌کاری و کندن پوست^{۲۰}

مقیاس دست‌کاری و کندن پوست (کیتن و همکاران، ۲۰۱۶) [۳۲] یک مقیاس خودسنجی ۸ سؤالی است که علائم پوست‌کنی (مانند میل و اصرار به پوست‌کنی، زمان صرف‌شده برای پوست‌کنی، کنترل بر روی فشارهای پوست‌کنی، تداخل رفتارهای پوست‌کنی در عملکرد اجتماعی و شغل فرد، پریشانی مرتبط با پوست‌کنی و رفتار اجتنابی ناشی از پوست‌کنی) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۲۹]. سؤالات در یک طبقه لیکرت ۴ درجه رتبه‌بندی می‌شود و دامنه نمرات از صفر (فقدان علامت) تا ۴ (نهایت وجود علامت) است. دامنه نمره کلی نیز از (۰) تا (۳۲) است. نمره کلی ۸ نشان‌دهنده رنج از پوست‌کنی است و کسب نمره ۱۰ نشان‌دهنده اختلال پوست‌کنی است [۳۳]. همسانی درونی خوب ($\alpha=0/8$) و پایایی از نوع بازآزمایی موردقبول ($r=0/9$) به دست آمده است [۳۲]. مقیاس SPS دارای روایی همگراست و نشان‌دهنده همبستگی بالای این مقیاس با مقیاس‌های سنجش پوست‌کنی در نمونه‌های غیربالینی است [۳۴]. در ایران نیز راتیو و همکاران [۳۳] نسخه فارسی SPS را هنجاریابی کرده‌اند. نتایج آن‌ها نشان داده است که SPS در نمونه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است.

روش اجرای این پژوهش بدین صورت بود که در ابتدا و قبل از آموزش شفقت به خود، پیش‌آزمون بر روی هر ۲ گروه پژوهش صورت گرفت. در مرحله بعد گروه آزمایش در طول ۸ جلسه تحت آموزش شفقت به خود قرار گرفتند. در این مدت هیچ مداخله‌ای بر روی گروه کنترل انجام نگرفت. بعد از اتمام آموزش گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون بر روی هر ۲ گروه پژوهش انجام شد و یافته‌های آن با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با پیش‌آزمون مقایسه و جمع‌بندی می‌گردد. در این پژوهش از جلسات ۸ گانه ۴۵ دقیقه‌ای طبق بسته آموزشی گیلبرت و همکاران (۲۰۰۵) [۳۵] اجرا گردید. خلاصه‌ای از شرح جلسات آموزش شفقت به خود به‌صورت جدول شماره ۱ ارائه شده است.

به‌منظور آزمون استنباطی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دو راهه^{۲۱} (طرح آمیخته بین آزمودنی-درون آزمودنی) استفاده شده است.

15. Distress Tolerance Scale

16. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale

17. Internal consistency

18. Test-retest reliability

19. Convergent validity

20. Skin Picking Scale (SPS)

21. Two-way repeated measures ANOVA

جدول ۱. پروتکل آموزش شفقت به خود (برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت، [۵۳])

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع گوش سپردن به روایت‌های دانش‌آموزان و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی) توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن توصیف مختصری در خصوص کمرویی و خودناتوان‌سازی-تحصیلی	تمرین تنفس آرام بخش به دانش‌آموزان
۲	معرفی شفقت به خود و خود انتقادی	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا) تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن تعریف شفقت	پاسخ به این سؤال که چقدر به خودتان شفقت‌ورز هستید؟
۳	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آن‌ها	شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر
۴	معرفی تصویر سازی ذهنی	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن. آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر)	تمرین تصویرسازی ذهنی
۵	پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، پرورش خودشفقت-ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت آموزش نحوه تصویرپردازی در مورد خودشفقت‌ورز	تصویرپردازی ذهنی خود شفقت‌ورز
۶	آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز	«تصور کنید خود شفقت‌ورزتان به شما نامه‌ای می‌نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید»
۷	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش شفقت به خود	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ترس از شفقت به خود شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آن‌ها	تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آن‌ها
۸	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه	ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

یافته‌ها

میانگین و انحراف‌معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و کنترل در **جدول شماره ۲** ارائه شده است.

به‌منظور بررسی اثربخشی شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم در افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین‌گروهی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین‌گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک^{۲۲} انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض

یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی^{۲۳} استفاده شد. اگر معناداری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد، به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی برای متغیر شدت علائم اختلال پوست‌کنی و اختلال موکنی برقرار بود ($P > 0/05$). بنابراین از شاخص گرینهاوس-گیسر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیر شدت علائم اختلال پوست‌کنی و اختلال موکنی در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری در **جدول شماره ۳** گزارش شده است.

23. Mauchly's Sphericity Test

22. Shapiro-Wilk Test

جدول ۲. توصیف آماری نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیشگیری
کنترل	اختلال پوست‌کنی	۲۳/۵۳±۲/۱۶۷	۲۳/۱۳±۳/۳۳۵	۲۳/۴۰±۳/۳۷۶
	اختلال موکنی	۲۱/۱۳±۲/۵۰۳	۲۱/۲۰±۲/۶۵۱	۲۱/۶۰±۲/۸۴۹
	ترس از نگرانی‌های بدنی	۲۳/۲۰±۲/۸۵۹	۲۲/۵۳±۲/۵۳۲	۲۲/۴۷±۲/۷۷۴
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	۱۱/۹۳±۲/۶۰۴	۱۱/۶۷±۲/۲۸۹	۱۱/۳۷±۳/۴۱۱
	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۱۱/۹۸±۲/۸۵۲	۱۱/۱۰±۲/۹۲۰	۱۱/۴۸±۲/۹۱۵
	حساسیت اضطرابی	۴۷/۱۲±۵/۷۳۶	۴۵/۳۰±۴/۹۲۱	۴۵/۲۱±۵/۸۹۷
	تحمل	۷/۶۷±۲/۸۲۰	۷/۷۹±۲/۷۷۲	۷/۴۰±۲/۵۵۸
	جذب	۸/۱۳±۲/۵۸۸	۸/۶۷±۲/۹۶۸	۸/۰۷±۲/۷۶۴
	ارزیابی	۱۶/۲۷±۲/۶۱۵	۱۶/۵۳±۳/۳۳۴	۱۶/۱۳±۳/۵۲۳
	تنظیم	۶/۴۰±۲/۱۹۷	۶/۸۷±۲/۱۶۷	۶/۶۷±۲/۳۸۰
آزمایش	تحمل پریشانی	۴۰/۴۷±۵/۲۹۰	۴۱/۸۵±۵/۳۹۱	۴۰/۲۰±۵/۱۳۲
	اختلال پوست‌کنی	۲۳/۶۷±۲/۰۲۴	۱۹/۶۷±۲/۲۲۵	۲۰/۰۷±۲/۳۱۴
	اختلال موکنی	۲۰/۵۳±۲/۲۰۰	۱۶/۸۷±۲/۵۳۲	۱۷/۴۰±۲/۸۲۳
	ترس از نگرانی‌های بدنی	۲۲/۸۳±۳/۱۲۷	۱۸/۶۰±۲/۸۴۹	۱۹±۳/۰۹۴
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	۱۰/۸۰±۳/۱۶۷	۷/۷۳±۲/۶۳۱	۸/۰۷±۳/۳۶۹
	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۱۱/۱۰±۲/۷۵۳	۶/۶۳±۲/۴۵۹	۷/۱۱±۲/۲۹۸
	حساسیت اضطرابی	۴۴/۶۳±۵/۴۷۹	۳۲/۹۶±۴/۹۵۸	۳۴/۱۸±۵/۶۴۰
	تحمل	۷/۷۳±۲/۶۳۱	۱۱/۴۰±۲/۱۶۵	۱۱/۰۱±۲/۳۹۸
	جذب	۸/۹۳±۱/۹۸۱	۱۲/۸۷±۲/۰۶۶	۱۲/۱۳±۱/۶۴۲
	ارزیابی	۱۷/۶۰±۲/۶۹۴	۲۱/۸۳±۳/۳۰۵	۲۱/۰۷±۲/۸۹۰
	تنظیم	۶/۳۳±۱/۸۳۹	۹/۹۷±۲/۶۶۴	۹/۴۱±۲/۷۸۲
	تحمل پریشانی	۴۳/۸۰±۷/۵۱۴	۵۷/۹۷±۶/۱۲۱	۵۵/۴۸±۷/۰۵۲

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در **جدول شماره ۲**، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی^{۲۴} در **جدول شماره ۴** گزارش شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در **جدول شماره ۳** تفاوت بین نمرات اختلال پوست‌کنی ($P < ۰/۰۱$) و اختلال موکنی ($P < ۰/۰۱$) در سه مرحله از پژوهش معنادار است. نتایج نشان می‌دهد به ترتیب نزدیک به ۱۷/۹ و ۲۸/۳ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای اختلال پوست‌کنی و اختلال موکنی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنادار است ($P < ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنادار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت

24. Bonferroni

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در شدت علائم اختلال پوست‌کنی و موکنی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
اختلال پوست‌کنی	مراحل	۸۴/۳۵۶	۱/۸۶۸	۴۵/۱۵۰	۳۲/۸۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
	گروه‌ها	۱۱۱/۱۱۱	۱	۱۱۱/۱۱۱	۶/۰۹۰	۰/۰۲۰	۰/۱۷۹
	مراحل×گروه	۶۲/۴۸۹	۱/۸۶۸	۳۳/۴۴۶	۲۴/۳۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
اختلال موکنی	مراحل	۵۲/۳۵۶	۱/۷۷۸	۲۹/۴۳۹	۳۵/۷۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	گروه‌ها	۲۰۸/۵۴۴	۱	۲۰۸/۵۴۴	۱۱/۰۶۴	۰/۰۰۲	۰/۲۸۳
	مراحل×گروه	۶۷/۲۸۹	۱/۷۷۸	۳۷/۸۳۶	۴۵/۹۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$).
براین اساس نتیجه گرفته می‌شود شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر کاهش شدت علائم افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است. به‌منظور بررسی اثربخشی شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین‌گروهی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین‌گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در گروه شفقت‌ورزی متمرکز به خود تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۱$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود میانگین نمرات شدت علائم در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$) که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های کنترل و آزمایش در سه مرحله پژوهش در متغیر شدت علائم

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
کنترل	اختلال پوست‌کنی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۴۰۰	۰/۴۰۷	۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۴۶۱	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۳۶۷	۱
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰/۰۶۷	۰/۲۵۹	۱
	اختلال موکنی	پیش‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۶۷	۰/۳۱۴	۰/۴۴۶
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۰۰	۰/۳۵۶	۰/۸۱۳
	آزمایش	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴	۰/۴۰۷	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۶۰۰	۰/۴۶۱	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۰۰	۰/۳۶۷	۰/۸۵۵
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۶۶۷	۰/۲۵۹	۰/۰۰۱
	اختلال موکنی	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۱۳۳	۰/۳۱۴	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۵۳۳	۰/۳۵۶	۰/۴۳۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
ترس از نگرانی‌های بدنی	مراحل	۱۰۷/۷۵۶	۱/۵۴۶	۶۹/۷۱۵	۳۶/۵۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶
	گروه‌ها	۱۵۴/۷۱۱	۱	۱۵۴/۷۱۱	۷/۰۵۶	۰/۰۱۳	۰/۲۰۱
	مراحل×گروه	۵۳/۰۸۹	۱/۵۴۶	۳۴/۳۴۷	۱۸/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
ترس از نداشتن کنترل شناختی	مراحل	۵۶/۶۸۹	۱/۹۱۰	۲۹/۶۸۶	۲۱/۹۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	گروه‌ها	۱۷۰/۸۴۴	۱	۱۷۰/۸۴۴	۷/۳۰۲	۰/۰۱۲	۰/۲۰۷
	مراحل×گروه	۳۱/۶۲۲	۱/۹۱۰	۱۶/۵۶۰	۱۲/۲۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	مراحل	۱۲۳/۹۱۱	۱/۴۶۹	۸۴/۳۴۵	۳۱/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
	گروه‌ها	۲۳۵/۹۶۹	۱	۲۳۵/۹۶۹	۱۳/۰۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
	مراحل×گروه	۶۲/۵۸۲	۱/۴۶۹	۴۲/۵۹۹	۱۵/۶۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

نمود ($P < ۰/۰۵$)، بنابراین از شاخص گرینهاوس-گیسر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیر حساسیت اضطرابی در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری در **جدول شماره ۵** گزارش شده است.

یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معناداری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از $۰/۰۵$ باشد، به‌طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. نتایج آزمون ماچلی برای همه مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی برقرار

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های تحمل پریشانی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
تحمل	مراحل	۵۹/۹۶۸	۱/۹۶۱	۳۰/۵۸۵	۳۵/۴۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹
	گروه‌ها	۱۳۲/۱۳۹	۱	۱۳۲/۱۳۹	۷/۳۴۲	۰/۰۱۱	۰/۲۰۸
	مراحل×گروه	۶۲/۷۷۶	۱/۹۶۱	۳۲/۰۱۷	۳۷/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰
جذب	مراحل	۷۸/۸۶۷	۱/۶۳۷	۴۸/۱۸۴	۱۵/۳۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳
	گروه‌ها	۲۰۵/۵۱۱	۱	۲۰۵/۵۱۱	۱۷/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳
	مراحل×گروه	۵۵/۶۲۲	۱/۶۳۷	۳۳/۹۸۳	۱۰/۷۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷
ارزیابی	مراحل	۷۸/۸۴۰	۱/۷۴۴	۴۵/۱۹۵	۲۳/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵
	گروه‌ها	۳۲۹/۰۹۳	۱	۳۲۹/۰۹۳	۱۱/۶۸۷	۰/۰۰۲	۰/۲۹۴
	مراحل×گروه	۷۰/۰۹۴	۱/۷۴۴	۴۰/۱۸۱	۲۰/۸۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
تنظیم	مراحل	۷۱/۵۲۰	۱/۵۹۱	۴۴/۹۶۳	۲۲/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴
	گروه‌ها	۸/۵۲۱	۱	۸۳/۵۲۱	۶/۱۸۵	۰/۰۱۹	۰/۱۸۱
	مراحل×گروه	۴۵/۲۰۵	۱/۵۹۱	۲۸/۴۱۹	۱۴/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۷. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های کنترل و آزمایش در سه مرحله پژوهش در متغیر حساسیت اضطرابی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
کنترل	ترس از نگرانی‌های بدنی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۶۶۷	۰/۴۵۰	۰/۴۴۹
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۷۳۳	۰/۵۳۴	۰/۵۴۲
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۳۱۸	۱
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۲۶۷	۰/۳۷۱	۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۴۲۱	۰/۳۷۲
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۴۵۰	۱
آزمایش	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۸۸۱	۰/۶۱۴	۰/۴۸۷
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۵۰۵	۰/۵۷۷	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۳۷۵	۰/۳۳۳	۰/۸۰۶
	ترس از نگرانی‌های بدنی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۱۳۳	۰/۴۵۰	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۷۳۳	۰/۵۳۴	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۰۰	۰/۳۱۸	۰/۶۵۷
آزمایش	ترس از نداشتن کنترل شناختی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۰۶۷	۰/۳۷۱	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۷۳۳	۰/۴۲۱	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۳۳۳	۰/۴۵۰	۱
	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۴۷۰	۰/۶۱۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۹۸۹	۰/۵۵۷	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۸۱	۰/۳۳۳	۰/۴۷۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در **جدول شماره ۷** نشان می‌دهد که در گروه شفقت‌ورزی متمرکز به خود تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات حساسیت اضطرابی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/05$) که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). براین اساس نتیجه گرفته می‌شود شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر کاهش حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در **جدول شماره ۵** تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های ترس از نگرانی‌های بدنی ($P < 0/01$)، ترس از نداشتن کنترل شناختی ($P < 0/01$) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران ($P < 0/01$) در سه مرحله از پژوهش معنادار است. نتایج نشان می‌دهد به ترتیب نزدیک به ۲۰/۱، ۲۰/۷ و ۳۱/۸ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنادار است ($P < 0/01$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنادار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در **جدول شماره ۶**، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در **جدول شماره ۷** گزارش شده است.

جدول ۸. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های کنترل و آزمایش در سه مرحله پژوهش در متغیر تحمل پریشانی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
کنترل	تحمل	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰/۱۲۰	۰/۳۱۲	۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۳۴۳	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۸۷	۰/۳۵۱	۰/۸۴۱
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰/۵۲۳	۰/۴۲۷	۰/۶۶۷
	جذب	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۶۵۷	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۶۰۰	۰/۶۴۸	۱
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰/۲۶۰	۰/۵۴۳	۱
	ارزیابی	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۴۸۲	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۹۳	۰/۳۸۳	۰/۹۴۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰/۴۶۷	۰/۴۹۴	۱
آزمایش	تحمل	پیش‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۵۳۶	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۳۲۹	۱
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۶۶۷	۰/۳۱۲	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۲۷۳	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
	جذب	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۹۳	۰/۳۵۱	۰/۸۱۷
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۹۳۳	۰/۴۲۷	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۲۰۰	۰/۶۵۷	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۷۳۳	۰/۶۴۸	۰/۸۰۳
	ارزیابی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴/۱۳۳	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۴۶۷	۰/۴۸۲	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۳۸۳	۰/۳۷۸
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۶۴۰	۰/۴۹۴	۰/۰۰۱
	تنظیم	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۰۷۳	۰/۵۳۶	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۵۶۷	۰/۳۲۹	۰/۲۸۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معناداری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد، به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. نتایج آزمون ماچلی برای همه مؤلفه‌های تحمل پریشانی برقرار نبود ($P < ۰/۰۵$)، بنابراین از شاخص گرینهاوس-گیسر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه

به‌منظور بررسی اثربخشی شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو و ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض

دو گروه در متغیر تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری در **جدول شماره ۶** گزارش شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در **جدول شماره ۶** تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های تحمل ($P < 0/01$)، جذب ($P < 0/01$)، ارزیابی ($P < 0/01$) و تنظیم ($P < 0/01$) در سه مرحله از پژوهش معنادار است. نتایج نشان می‌دهد به ترتیب نزدیک به $29/4$ ، $38/3$ ، $20/8$ و $18/1$ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنادار است ($P < 0/01$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنادار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است. باتوجه به نتایج به دست آمده در **جدول شماره ۸**، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در **جدول شماره ۸** گزارش شده است.

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در **جدول شماره ۸** نشان می‌دهد که در گروه شفقت‌ورزی متمرکز به خود تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/05$) که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). براین اساس نتیجه گرفته می‌شود شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر افزایش تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در افراد با اختلال پوست‌کنی و موکنی انجام شد که نتایج نشان داد با مقایسه میانگین نمرات دو گروه مشاهده می‌شود که میانگین نمرات شدت علائم و حساسیت اضطرابی افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با افراد گروه کنترل کاهش و میانگین نمرات تحمل پریشانی افزایش یافته است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود شفقت‌ورزی متمرکز به خود بر شدت علائم،

حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش نشان داد شفقت به خود بر کاهش شدت علائم اثربخش است و موجب کاهش شدت علائم در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی شده است. این یافته با پژوهش‌های میرمعینی و همکاران [۳۶]، ملارد و همکاران [۳۷]، بومونت و همکاران [۳۸] و ویلسون و همکاران [۳۹] همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه باید چنین بیان کرد که شفقت‌ورزی متمرکز به خود، یک رویکرد درمانی است که شامل پرورش نوعی مهربانی، درک و پذیرش نسبت به خود است. این رویکرد در افراد با اختلال پوست‌کنی و موکنی می‌تواند تأثیر قابل توجهی داشته باشد. افراد مبتلا به این اختلال اغلب با احساسات منفی و قضاوت‌های انتقادی نسبت به خود دست‌وپنجه نرم می‌کنند. شفقت‌ورزی متمرکز به خود می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با این احساسات با مهربانی و درک بیشتری برخورد کنند [۴۰]. به جای انتقاد از خود، می‌توانند به خودشان بیاموزند که با نرمی و احترام رفتار کنند، گویی که یک دوست صمیمی با آن‌ها صحبت می‌کند. این رویکرد همچنین به آن‌ها کمک می‌کند تا توجه خود را از شدت علائم و عواقب آن‌ها به احساسات و نیازهای خودشان معطوف کنند. به این ترتیب، آن‌ها می‌توانند به جای سرزنش خود، درک بهتری از دلایل و محرک‌های رفتار خود به دست آورند. از طرف دیگر، شفقت‌ورزی متمرکز به خود به آن‌ها کمک می‌کند تا در زمان مواجهه با علائم، از استراتژی‌های سالم‌تر و مناسب‌تری استفاده کنند [۴۱]. به جای زور و خشونت به خود، می‌توانند با صبر و حوصله و مهربانی با خودشان برخورد کنند. در نتیجه، شفقت‌ورزی متمرکز به خود می‌تواند به زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی کمک کند تا با احساسات و نیازهای خود با درک و مهربانی بیشتری برخورد کنند و در نتیجه علائم آن‌ها کاهش یابد.

همچنین باتوجه به پایین‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با افراد گروه کنترل، نتیجه گرفته می‌شود شفقت‌ورزی متمرکز به خود مؤثر بوده و موجب کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی شده است. این یافته با پژوهش‌های ابوطالبی و همکاران [۴۲]، علی‌مهدی و همکاران [۲۱]، خدیری و همکاران [۴۳]، زمستانی و همکاران [۴۴]، باومگاردنر و همکاران [۴۵] و میرزاخانی و همکاران [۴۶] همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته باید بیان کرد که خودشفقت‌ورزی بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن و با هوشیاری (ذهن‌آگاهی) تأکید دارد [۴۷]. مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای

کورتیزول را کاهش دهد. می‌توان گفت یکی از عوامل مؤثر بر روی نشانگان اختلالات روانی سرزنش نکردن خود و همچنین در کنار آن مهربانی و دلسوزی کردن با خود است [۵۲].

شفقت به خود موجب آشکار شدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می‌شود که فرد را برای اقدام به تحول قادر می‌سازد و تغییر برای ارتقای بهزیستی را تشویق می‌کند خودشفقت‌ورزی بالا با بهزیستی روان‌شناختی همراه است و از افراد در مقابل اضطراب حمایت می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش به وضوح نشان داد آموزش شفقت‌ورزی متمرکز به خود، یک مداخله روان‌شناختی مؤثر برای بهبود علائم اختلالات پوست‌کنی و موکنی است. یافته‌های ما تأیید می‌کند این رویکرد درمانی نه تنها به کاهش مستقیم شدت علائم کمک می‌کند، بلکه با بهبود حساسیت اضطرابی و افزایش تحمل پریشانی به مکانیسم‌های زیربنایی این اختلالات نیز می‌پردازد. این اثربخشی از طریق تقویت سه عنصر کلیدی شفقت به خود، خودمهربانی، اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی، حاصل می‌شود. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش آموختند که چگونه به جای سرزنش و انتقاد از خود، با مهربانی با رنج‌های درونی‌شان برخورد کنند. این تغییر نگرش، به آن‌ها اجازه داد هیجانات منفی را به جای اجتناب یا سرکوب، تحمل کرده و به شیوه‌ای سازگارانه‌تر با آن‌ها کنار بیایند.

شفقت‌ورزی متمرکز به خود با ایجاد یک فضای امن روانی، به افراد مبتلا به اختلالات پوست‌کنی و موکنی کمک می‌کند از چرخه معیوب شرم، گناه و خودانتقادی رها شوند. با تمرکز بر پذیرش بدون قضاوت، این مداخله به افراد اجازه می‌دهد آسیب‌پذیری‌های خود را به عنوان بخشی طبیعی از تجربه انسانی بپذیرند. این فرآیند به کاهش چشمگیر حساسیت اضطرابی منجر می‌شود، چراکه ترس از احساسات بدنی و نگرانی‌های مرتبط با اضطراب کاهش می‌یابد. علاوه بر این، با تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی، ظرفیت افراد برای تحمل پریشانی‌های عاطفی افزایش می‌یابد و به جای توسل به رفتارهای تکراری و ناسازگارانه (مانند کندن پوست و مو) برای تسکین موقت، از راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری استفاده می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد شفقت‌ورزی متمرکز به خود می‌تواند یک رویکرد مکمل ارزشمند در کنار درمان‌های فعلی باشد و به ارتقای سلامت روان‌شناختی کلی این افراد کمک کند.

پژوهش حاضر به مانند تمامی پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود، از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش صرفاً افراد با اختلال پوست‌کنی و موکنی شهر تهران بود که باید در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. همچنین محدود شدن به استفاده از پرسش‌نامه و مقیاس به عنوان ابزار تحقیق و عدم استفاده از روش‌های دیگر

ناسالم می‌شوند، مشخصه احساسات مشترک انسانی است. ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به کارگیری این فرآیندها سبب کاهش رنج درونی، پریشانی روان‌شناختی و بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پوست و موکنی می‌شود.

همچنین باید اشاره کرد، از آنجایی که در مداخله آموزش خودشفقت‌ورزی، از تکنیک‌های آموزشی فرآیند تنظیم سیستم هیجانات و تأثیر آن بر سطوح هورمون‌های مغزی و تأثیر متعاقب آن در تغییر رفتار و سبک زندگی استفاده می‌شود [۴۸]، می‌توان انتظار تغییر فرآیندهای مرتبط با هیجان و شناخت همچون تحمل پریشانی را براساس آموزش خودشفقت‌ورزی داشت. چنان که با کمک آموزش خودشفقت‌ورزی، زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی می‌توانند با بهره‌گیری از ذهن‌آگاهی و مهارت‌های حل مسئله، چرخه معیوب خودانتقادی و انتظارات کمال‌گرایانه از خود را به چالش بکشند و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل‌دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کنند. بنابراین بهبود در سطح تحمل پریشانی در زن مبتلا به اختلال پوست و موکنی در اثر آموزش خودشفقت‌ورزی دور از انتظار نیست.

چنان که مشخص شده است شفقت به خود یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی، رفتاری، هیجانی و روان‌شناختی محسوب شده و موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود. آخرین یافته پژوهش حاضر بیانگر این بود که شفقت‌ورزی متمرکز به خود مؤثر بوده و موجب افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی شده است. این یافته با پژوهش‌های علی‌مهدی و همکاران [۲۱]، موسوی و همکاران [۴۹]، نیاستی و همکاران [۵۰]، کرمی و همکاران [۵۱]، باومگاردنر و همکاران [۴۵] و ملارد و همکاران [۳۷] همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته باید بیان کرد که در درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که از خود انتقاد نکنند، به آن‌ها گفته شد که گرچه مهم است که انگاره‌های روانی خود را به طور شفاف ببینند به همان اندازه هم مهم است که از خود به خاطر آن‌ها انتقاد نکنند و بهترین راه مقابله با انتقاد، درک کردن آن است و اینکه متوجه شوند که نقطه ضعف و عیب و ایراد داشتن بخشی از تجربه انسان بودن است. شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی یاد گرفتند که خود را کمتر سرزنش کنند و در مقابل مشکلاتی که سر راه آن‌ها قرار می‌گیرد با خود مهربانی و مهرورزی کنند. این مهربانی و دلسوزی کردن با خود سبب ترشح هورمون اکسیتوسین می‌شود که این هورمون از میزان ترس و اضطراب می‌کاهد و می‌تواند از فشار خون کم کند و

مانند مصاحبه و مشاهده و غیره که می‌توانست بر اعتبار این پژوهش بیفزاید. توصیه می‌شود سایر متغیرهای روان‌شناختی که بر شدت علائم افراد با اختلال پوست‌کنی و موکنی تأثیر دارند مورد بررسی قرار گرفته شود.

باتوجه به نوع پژوهش که کمی بوده است توصیه می‌شود با انجام یک مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر شدت علائم افراد با اختلال پوست‌کنی و موکنی شناسایی شوند و برنامه آموزشی مبتنی بر آن تدوین شود. براساس نتایج برای ارتقای تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی در بین دانشجویان مبتلا به اختلال پوست‌کنی و موکنی باید با آموزش‌های شفقت‌ورزی متمرکز به خود را ارائه داد.

پیشنهاد دیگر اینکه اقدامات سازمان‌یافته و مدونی توسط مراکز و سازمان‌های مرتبط با سلامت صورت گیرد و یک برنامه جامعه برای افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی و از طریق کارگاه‌های آموزشی توسط اساتید خبره، مجرب و کارآموده اجرا شود.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با شناسه اخلاق (IR.IAU.TMU.) 108.1403.REC در دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران تأیید و در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد (IRCT20241019063416N) ثبت شده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحقیق و بررسی، اعتبارسنجی، تحلیل، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته و منابع: همه نویسندگان؛ نگارش پیش‌نویس اولیه: سحر کیوان‌تبار؛ مدیریت پروژه و نظارت: منصور علی‌مهدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از جامعه آماری و خانواده محترم آن‌ها که با همکاری خود، داده‌های ارزشمندی را برای این مطالعه فراهم آوردند، قدردانی می‌کنند. به علاوه از مدیریت و کارکنان کلینیک پارسه در تهران که با فراهم کردن فضای مناسب، امکان اجرای این مداخله درمانی را فراهم ساختند، قدردانی می‌شود.

References

- [1] Moritz S, Scheunemann J, Jelinek L, Penney D, Schmotz S, Hoyer L, et al. Prevalence of body-focused repetitive behaviors in a diverse population sample- rates across age, gender, race and education. *Psychological Medicine*. 2024; 54(8):1552-8. [DOI:10.1017/S0033291723003392] [PMID]
- [2] Faroughi P, Khanjani Z, Hashemi T, Mahmoud-Aliloo M. [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 (Persian)]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017; 11(3):13-27. [DOI:10.29252/rph.11.3.13]
- [3] Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(2):181-93. [DOI:10.1016/j.cpr.2009.10.008] [PMID]
- [4] Khan S, Hughes S, Hill O. N-acetyl cysteine supplementation to alleviate skin picking disorder: A case report. *Cureus*. 2024; 16(2):e53440. [DOI:10.7759/cureus.53440]
- [5] Grant JE, Chamberlain SR. Characteristics of 262 adults with skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2022; 117:152338. [DOI:10.1016/j.comppsy.2022.152338] [PMID]
- [6] Hamid N, Bordbar M, Marashy SA. The effectiveness of habit reversal training with cognitive behavior therapy on quality of life and symptoms of trichotillomania patients. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2022; 44(2):116-26. [DOI:10.34172/mj.2022.021]
- [7] Flessner CA, Conelea CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Cashin SE. Styles of pulling in trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46(3):345-57. [DOI:10.1016/j.brat.2007.12.009] [PMID]
- [8] du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ. Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*. 2001; 42(4):291-300. [DOI:10.1053/comp.2001.24586] [PMID]
- [9] Georgiadis C, Schreck M, Gervasio M, Kemp J, Freeman J, Garcia A, et al. Disgust propensity and sensitivity in childhood anxiety and obsessive-compulsive disorder: Two constructs differentially related to obsessional content. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 76:102294. [DOI:10.1016/j.janxdis.2020.102294] [PMID]
- [10] McKay D, Yang H, Elhai J, Asmundson GJG. Anxiety regarding contracting COVID-19 related to interoceptive anxiety sensations: The moderating role of disgust propensity and sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 73:102233. [DOI:10.1016/j.janxdis.2020.102233] [PMID]
- [11] Grant JE, Collins M, Chamberlain SR, Chesivoir E. Disorders of impulsivity in trichotillomania and skin picking disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2024; 170:42-6. [DOI:10.1016/j.jpsy-chires.2023.12.011] [PMID]
- [12] Akbari M, Seydavi M, Firoozabadi MA, Babaeifard M. Distress tolerance and lifetime frequency of non-suicidal self-injury (NSSI): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2024; 31(1):e2957. [DOI:10.1002/cpp.2957] [PMID]
- [13] Hsu T, Thomas EBK, Welch EK, O'Hara MW, McCabe JE. Examining the structure of distress tolerance: Are behavioral and self-report indicators assessing the same construct? *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 27:143-51. [DOI:10.1016/j.jcbs.2023.02.001] [PMID]
- [14] Xie Q, Guan Y, Hofmann SG, Jiang T, Liu X. The potential mediating role of anxiety sensitivity in the impact of mindfulness training on anxiety and depression severity and impairment: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2023; 64(1):21-9. [DOI:10.1111/sjop.12860] [PMID]
- [15] Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29(2):83-102. [DOI:10.1007/s11031-005-7955-3]
- [16] Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010; 41(4):567-74. [DOI:10.1016/j.beth.2010.04.002] [PMID]
- [17] Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress Tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*. 2010; 19(6):406-10. [DOI:10.1177/0963721410388642] [PMID]
- [18] Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*. 2023; 74:193-218. [DOI:10.1146/annurev-psych-032420-031047] [PMID]
- [19] Miyagawa Y, Neff KD. How self-compassion operates within individuals: An examination of latent profiles of state self-compassion in the US and Japan. *Mindfulness*. 2023; 14(6):1371-82. [DOI:10.1007/s12671-023-02143-2]
- [20] Reilly EB, Stuyvenberg CL. A meta-analysis of loving-kindness meditations on self-compassion. *Mindfulness*. 2023; 14(10):2299-310. [DOI:10.1007/s12671-022-01972-x]
- [21] Alimehdi M, khosravi N. [The effectiveness of self-compassion training on anxiety sensitivity, uncertainty intolerance and psychological distress in people with social anxiety (Persian)]. *Clinical Psychology Achievements*. 2022; 8(1):1-14. [DOI:10.22055/jacp.2023.43478.1289]
- [22] Peterson RA, Plehn K. Measuring anxiety sensitivity. In: Taylor S, editor. *Anxiety Sensitivity*. New York: Routledge; 2014. [DOI:10.4324/9781410603326]
- [23] Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity index (ASI). In: Roemer L, Antony MM, Orsillo MS, editors. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001. [Link]
- [24] Beirami M, Akbari E, Qasempour A, Azimi Z. [An investigation of anxiety sensitivity, meta-worry and components of emotion regulation in students with and without social Anxiety (Persian)]. *Clinical Psychology Studies*. 2012; 3(8):40-69. [Link]
- [25] Mashhadi A, Gasempoor A, Akbari E, ElBeigi R, Hasanzadeh S. [The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of students social anxiety disorder (Persian)]. *Knowledge Research Applied Psychology*. 2013; 14(2):89-99. [Link]
- [26] Alavi SS. Psychometric properties of Young internet addiction test. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4(3):183-9. [Link]

- [27] Alavi SS, Alaghemandan H, Maracy MR, Jannatifard F, Eslami M, Ferdosi M. Impact of addiction to internet on a number of psychiatric symptoms in students of Isfahan Universities, Iran, 2010. *Int J Prev Med*. 2012; 3(2):122-7. [PMID]
- [28] Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, Savage CR, Borgmann AS, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: I. development and factor analyses. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995; 64(3-4):141-5. [DOI:10.1159/000289003] [PMID]
- [29] Selles RR, McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *General Hospital Psychiatry*. 2016; 41:29-37. [DOI:10.1016/j.genhosppsych.2016.04.001] [PMID]
- [30] Rahman SM, Jafferany M, Barkauskaite R. Habit-reversal training: a psychotherapeutic approach in treating body-focused repetitive behaviour disorders. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2023; 48(12):1310-6. [DOI:10.1093/ced/llad247]
- [31] O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, Ricciardi JN, Buttolph ML, Jenike MA, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 2. reliability and validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995; 64(3-4):146-8. [DOI:10.1159/000289004] [PMID]
- [32] Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. The Skin Picking Scale: Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50(6):337-41. [DOI:10.1016/S0022-3999(01)00215-X] [PMID]
- [33] Rautio D, Andrén P, Bjureberg L, Silverberg-Mörse M, Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L. Body-focused repetitive behavior disorders in children and adolescents: Clinical characteristics and treatment outcomes in a naturalistic setting. *Behavior Therapy*. 2024; 55(2):376-90. [PMID]
- [34] Grant JE, Chamberlain SR. Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 78:25-30. [DOI:10.1016/j.comppsy.2017.07.001] [PMID]
- [35] Gilbert P. *A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable & Robinson; 2010. [Link]
- [36] Mirmoeini P, Bayazi M, Khalatbari J. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on worry severity and loneliness among patients with multiple sclerosis. *Internal Medicine Today*. 2021; 27(4):534-49. [DOI:10.32598/hms.27.4.3426.1]
- [37] Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 326:168-92. [DOI:10.1016/j.jad.2023.01.010] [PMID]
- [38] Beaumont E, Hollins Martin CJ. A narrative review exploring the effectiveness of Compassion-Focused Therapy. *Counseling Psychology Review*. 2015; 30(1):21-32. [DOI:10.53841/bp-scrp.2015.30.1.21]
- [39] Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SW. Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2019; 10:979-95. [DOI:10.1007/s12671-018-1037-6]
- [40] Li Y, Ju R, Hofmann SG, Chiu W, Guan Y, Leng Y, et al. Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2023; 23(4):100392. [DOI:10.1016/j.ijchp.2023.100392] [PMID]
- [41] Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 69(8):856-67. [PMID]
- [42] Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejad H. [Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis (Persian)]. *Medical Sciences*. 2022; 32(1):92-101. [DOI:10.52547/iau.32.1.92]
- [43] Khedri M, Shiralinia K, Aslani K. [Effectiveness of Mindful Self-Compassion training on reducing rumination and perceived stress in adolescent girls (Persian)]. *Applied Psychology*. 2022; 16(2):223-01. [DOI:10.52547/apsy.2021.219957.1000]
- [44] Taher Pour M, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of compassion- focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in patients with eating disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2019; 26(4):505-13. [Link]
- [45] Baumgardner M, Benoit Allen K. Integrating cognitive-behavioral therapy with compassion-focused therapy for the treatment of social anxiety disorder: An evidence-based case study. *Clinical Case Studies*. 2024; 23(2):127-45. [DOI:10.1177/15346501231197403]
- [46] Mirzakhani M, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K, Khanjani S, Noorbala AA, Safaei Nodehi SR. [Effect of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and quality of life in patients with cancer: A clinical trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(2):142-55. [DOI:10.32598/ijpcp.29.2.4462.1]
- [47] Miller JT, Verhaeghen P. Mind full of kindness: Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence as vehicles for compassion. *BMC Psychology*. 2022; 10(1):188. [DOI:10.1186/s40359-022-00888-4] [PMID]
- [48] Ramsey A, Govind T, Lam JA, Palmer BW, Jeste DV, Lee EE. Self-compassion, but not compassion toward others, is associated with better physical health: A cross-sectional study. *Schizophrenia Research*. 2023; 255:17-23. [DOI:10.1016/j.schres.2023.03.017] [PMID]
- [49] Mousavi SM, Khajevand Khoshli A, Asadi J, Abdollahzadeh H. [Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus (Persian)]. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(99):453-60. [Link]
- [50] Niasti N, Shiroudi Sh, Khalatbari J, Tizdast T. [Determining the effectiveness of compassion-focused treatment package, emotion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance among adolescents with aggressive behaviors: A pilot study (Persian)]. *Community Health*. 2021; 8(3):496-508. [Link]
- [51] Karami P, Ghanifar MH, Ahi G. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and compassion-focused therapy in improving distress tolerance and self-compassion in women with experiences of marital infidelity. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 2024; 6(2):27-35. [DOI:10.61838/kman.jarac.6.2.4]
- [52] Esmaeili L, Amiri S, Reza Abedi M, Molavi H. [The effect of acceptance and commitment therapy focused on self-compassion on social anxiety of adolescent girls (Persian)]. *Clinical Psychology Studies*. 2018; 9(30):117-37. [DOI:10.22054/jcps.2018.8605]