Journal of Nurse and Physician within War/Winter 2024/ Eleventh Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.11.41.14

Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Impulsivity, Rumination and Self-Blame in Individuals with Trichotillomania

Shahrabano Karimi Imam Vardikhan [1]

Ramezan Hassanzadeh [2*]

Seyedeh Olia Emadian [3]

Abstract

Introduction: The present research was conducted with the aim of explaining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on impulsivity, rumination, and self-blame individuals with trichotillomania.

Methods: The method of the current research was semi-experimental with a pre-test, post-test and follow-up plan with a control group with its ethical code IR.IAU.SARI.REC.1401.240. The statistical population of this research was all those suffering from trichotillomania in districts 2 and 4 of Tehran city in 2022, among whom 18 participants were selected for each group using a non-random sampling method and were placed in two experimental and control groups in a simple random manner. The tools of this research included Barat impulsivity questionnaire by Barrat et al. (1990), Ruminative Responses Scale by Nolen Hoeksma et al. (1991) and Self-Blame Inventory by Gilbert et al. (2004). The experimental group received eight one-hour sessions of acceptance and commitment therapy, while the control group received no intervention. Data were analyzed using mixed analysis of variance (with repeated measures) and Bonferroni's post hoc test in SPSS version 26.

Finding: Acceptance and commitment therapy has an effect on impulsivity, rumination and self-blame and this effect continues in the follow-up phase.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy effectively reduces impulsivity, rumination and self-blame in individuals with trichotillomania, suggesting its potential as a valuable treatment modality for addressing psychological distress associated with this condition.

Key word: Acceptance and Commitment Therapy, Impulsivity, Rumination, Self-blame, Trichotillomania

Affiliations

1- Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari,Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

ORCID:0000-0002-4746-9362. Corresponding Author. Email: hasanzadehramzan@gmail.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari,Iran.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ زمستان ۱۴۰۲ / سال یازدهم

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.11 .41.14

بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری، نشخوار فکری و خودسرزنش‌گری در افراد مبتلا به اختلال وسواس موکنی

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری، نشخوار فکری و خودسرزنشگری در افراد مبتلابه اختلال وسواس موکنی بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و کداخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.SARI.REC.۱۴۰۱.۲۴۰ بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مبتلایان به اختلال وسواس موکنی در مناطق ۲ و ۴ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که از بین آن‌ها ۱۸ نفر برای هر گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی ساده قرارگرفتند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه تکانشگری بارات و همکاران (۱۹۹۰)، نشخوار فکری نولن هوکسما و همکاران (۱۹۹۱) و خودسرزنشگری گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) بود. گروه آزمایش هشت جلسه یک‌ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط (با اندازه‌گیری مکرر) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری، نشخوار فکری و خودسرزنشگری تأثیرگذار است واین تأثیر در مرحله پیگیری نیز ادامه دارد.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور موثری تکانشگری، نشخوار فکری و سرزنش خود را در افراد مبتلا به اختلال وسواس موکنی کاهش می‌دهد که پتانسیل آن را به‌عنوان یک روش درمانی ارزشمند برای پرداختن به پریشانی روانی مرتبط با این بیماری نشان می‌دهد.

کلیدواژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تکانشگری، نشخوار فکری، خودسرزنشگری، اختلال وسواس موکنی

شهربانو کریمی امام وردیخان[۱]
رمضان حسن‌زاده [۲*]
سیده علیا عمادیان[۳]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲- استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.نویسنده مسئول.
ارکید: ۹۳۶۲-۴۷۴۶-۰۰۰۲-۰۰۰۰ پست الکترونیک: hasanzadehramzan@gmail.com
۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

اختلال وسواس موکنی[1] وضعیتی است که در آن فرد نتواند در مقابل میل به کندن موهای سر خود یا جاهای دیگر بدن مقاومت کند(۱) و شیوع آن در جوامع مختلف بین ۵ تا ۱۲ درصد است(۲). افرادی که تشخیص اختلال وسواس مو کنی را دریافت میکنند، افرادی هستند که بخش زیادی از موهای سر، ابرو، مژه و سایر قسمت‌های بدنشان را به دلیل کندن موهای خود ازدست‌داده‌اند(۳). اختلال وسواس موکنی می‌تواند از یک عادت خفیف تا یک اختلال کنترل تکانه متغیر باشد(۴, ۵). رفتار تکانشی مزمن می‌تواند منجر به اختلالات روانی مانند اختلال وسواس موکنی شود (۶). تکانشگری شامل انجام عمل، تصمیمگیری و تمایل به انجام سریع اعمال بر پایه تکانه‌ها به‌جای تفکر است (۷). تکانشگری طیفی از رفتارها مانند ناتوانی در خودداری از پاسخ‌ها، عدم تحمل پاداش‌های تاخیری و تداوم پاسخ‌های بدون پاداش را در برمی‌گیرد(۸). افراد تکانش‌گر اغلب توسط پاداش‌ها و رضایت فوری هدایت می‌شوند که می‌تواند بر توانایی‌های تصمیم گیری آنها تأثیر بگذارد(۹). تکانشگری به عنوان یک عامل خطر برای نگرانی‌های سلامت مانند اعتیاد و چاقی برجسته می‌شود(۱۰).

یک عامل کلیدی در شرایطی مانند اختلال وسواس مو کنی، نشخوار فکری[2] است(۱۱). نشخوار فکری افکار و مقاوم عودکنندهای است که گرد موضوعی معمول دور می‌زند. این افکار به صورت غیرارادی وارد آگاهی می‌شود و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌کند(۱۲). فعال شدن باورهای فراشناختی در پاسخ به نشخوار فکری می‌تواند منجربه احساس ترس، اضطراب، گناه و پریشانی شود (۱۳). مشخص شده است که نشخوار نقش مهمی درشدت و سیر افسردگی دارد(۱۴). همچنین با افکار خودکشی مرتبط است(۱۵). بهنظر میرسد یکیدیگر از متغیرهایی که باعث گرایش افراد به اختلال وسواس موکنی و تشدید این اختلال می‌شود، خودسرزنش گری[3] باشد(۱۶). خودسرزنشگری به خودویرانگری روان‌شناختی و آگاهانه‌ای اطلاق می‌شودکه ناشی از ناتوانی مدارا کردن با تکانه‌های پرخاشگرانه درونفکنی شده فرد، برای تنبیه خود میباشد(۱۷). فرآیند سرزنش خود می‌تواند شامل انتقاد از خود، پذیرش شکست و متعهد شدن به تغییر در آینده باشد(۱۸). خودسرزنشگری می‌تواند منجر به پریشانی عاطفی و پایین آمدن احساس خودارزشمندی شود(۱۹). مطالعات صورت گرفته براساس مدلهای شناختی افسردگی، نقش خود سرزنشگری را به‌عنوان عوامل خطرساز افسردگی مشخص کردهاند(۲۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[4] درمانی در پرداختن به اختلال وسواس مو کنی با تمرکز بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌جای کاهش مستقیم علائم، نویدبخش است(۲۱). این درمان بر پذیرش درد، و داشتن یک زندگی ارزشمند بدون مقاومت تاکید دارد(۲۲) و درمانی است که افراد را قادر می‌سازد آنچه را که خارج از کنترل آن‌ها است بپذیرند و متعهد به اقداماتی شوند که زندگی آن‌ها را غنی‌تر می‌کند(۲۳). این رویکرد موضوعات اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مانند آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربیات، اجتناب از تجربیات و استفاده از استدلال را هدف قرار می‌دهد و هدف آن جایگزینی این موارد با استراتژی‌های سالم‌تر است (۲۱).

اختلال وسواس موکنی یک اختلال اغلب ناتوانکننده است و وجود تکانشگری، نشخوار فکری و خودسرزنشگری در افراد مبتلا به این اختلال می‌تواند پریشانی آنها را تشدید کند و مانع پیشرفت درمان شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله انعطاف‌پذیر و مبتنی بر شواهد است که بر انعطاف‌پذیری و پذیرش روان‌شناختی تأکید می‌کند، که به خوبی با ماهیت اختلال وسواس موکنی و فرآیندهای شناختی زیربنایی آن هماهنگ است. باتوجه به تأثیر اختلال وسواس موکنی و شیوع آن در سالهای اخیر، و همچنین شکاف پژوهشی در این حیطه، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری، نشخوار فکری و خودسرزنشگری در بیماران دارای وسواس موکنی انجام شد.

روش کار

کداخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.SARI.REC.۱۴۰۱.۲۴۰ بود. روش پژوهش آزمایشی و طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پسآزمون با گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به اختلال وسواس موکنی بودند و به مرکز تخصصی درمان پوست و مو در مناطق ۲ و ۴ شهر تهران مراجعه کردند. از بین جامعه آماری، تعداد ۳۶ نفر که ملاکهای ورود و خروج از مطالعه را دارا بودند، به‌صورت غیر تصادفی هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی ساده در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه میانگین باضریب اطمینان ۹۵ درصد، خطای آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد و احتمال ریزش ۰/۱۰ محاسبه شد که تعداد ۱۸ نفر برای هر گروه آزمایشی و کنترل برآورد گردید. ملاکهای ورود شامل «دارا بودن اختلال وسواس موکنی بر اساس تشخیص روان‌پزشک، رضایت فرد برای شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری طبی جدی و نداشتن اختلال عمده روان‌پزشکی و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان» و ملاکهای خروج شامل «غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله، عدم تمایل برای ادامه حضور در فرایند پژوهش و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در جلسات مداخله» بود. جهت رعایت اصول اخلاقی، گروه کنترل پس از اتمام پژوهش مداخله دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط(با اندازه‌گیری مکرر) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار

1.trichotillomania
2.rumination
3.self-blame
4. Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول ۱: محتوا و ساختار جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسه
اول	ارائه اطلاعات درباره کارکردهای روانی و انواع آن؛ مرور آموزش‌های مربوط به آن، آموزش روانی
دوم	ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد ارتباط ؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و غیره
چهارم	معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛
پنجم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت-های حسی مختلف
ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی افراد و تمرکز بر این ارزش‌ها استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
هفتم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛

گرفت. در ادامه ابزارهای پژوهش آماده است:

پرسشنامه تکانشوری بارات[1]: پرسشنامه تکانشگری توسط بارات[2] و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شد و دارای ۳۰ سؤال است. پرسش‌ها به‌صورت چهارگزینه‌ای هرگز=۱ تا همیشه=۴ تدوین شده‌اند.

مقیاس نشخوار فکری[3]: این مقیاس توسط نولن هوکسماو[4] در سال ۱۹۹۱ ساخته شدکه شامل ۲۲ آیتم هست و در مقیاسی ۴ درجه‌ای از ۱ تقریباً هرگز تا ۴، تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود.

مقیاس خودسرزنشگری[5]: مقیاس خودسرزنشگری توسط گیلبرت[6] و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شد و ۲۲ آیتم دارد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری میشوند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منطبق بر پژوهش‌های هیز[7] و همکاران (۲۴) به‌صورت ۸ جلسه هفتگی و ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط (با اندازه‌گیری مکرر) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها نشان داد که در گروه آزمایش ۷ زن (۳۸/۸ درصد) و ۱۱ مرد (۶۱/۱ درصد) و در گروه کنترل ۵ زن (۲۷/۷ درصد) و ۱۳ مرد (۷۲/۲ درصد) در این پژوهش حضور داشتند. همچنین از نظر تأهل در هر دو گروه، ۲ نفر (۱۱/۱ درصد) مجرد و ۱۶ نفر (۸۸/۹ درصد) متأهل حضور داشتند. سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش شامل ۴ نفر (۲۲/۲ درصد) زیر ۳۰ سال، ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) بین ۳۰ تا ۳۹ سال و ۶ نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۴۰ تا ۴۹ سال بودند. در گروه کنترل نیز ۳ نفر (۱۶/۷ درصد) زیر ۳۰ سال، ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) بین ۳۰ تا ۳۹ سال و ۵ نفر (۲۷/۷ درصد) بین ۴۰ تا ۴۹ سال حضور داشتند.

برای مقایسه گروه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از تحلیل واریانس، پیش فرض-های آن بررسی شدند. آزمون ام باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به‌درستی رعایت شده است. نتایج آزمون

1 Barat impulsivity questionnaire
2.Barat
3.Ruminative Responses Scale
4.Nolen-Hoeksema
5.Self-Blame Inventory
6.Gilbert
7.Hayes

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
نشخوار فکری	**زمان**	**۳۰۲/۰۰**	**۱/۲۷**	**۲۳۶/۷۲**	**۱۹۰/۹۳**	**۰/۰۰۱**	**۰/۸۴**
	زمان*گروه	**۳۰۸/۲۲**	**۱/۲۷**	**۲۴۱/۶۰**	**۱۹۴/۶۸**	**۰/۰۰۱**	**۰/۸۵**
	گروه	**۲۶۳/۵۱**	**۱**	**۲۶۳/۵۱**	**۵/۸۷**	**۰/۰۲۲**	**۰/۱۷**
خودسرزنش‌گری	**زمان**	**۳۵۲/۸۸**	**۱/۱۶**	**۳۰۳/۹۴**	**۷۷/۳۸**	**۰/۰۰۱**	**۰/۶۹**
	زمان*گروه	**۴۸۰/۰۷**	**۱/۱۶**	**۴۱۳/۴۹**	**۱۰۵/۲۸**	**۰/۰۰۱**	**۰/۷۵**
	گروه	**۸۰۵/۷۸**	**۱**	**۸۰۵/۷۸**	**۳۱/۶۶**	**۰/۰۰۱**	**۰/۴۸**
تکانشگری	**زمان**	**۳۹۱/۳۵**	**۱/۲۹**	**۳۰۱/۹۴**	**۲۳۵/۸۹**	**۰/۰۰۱**	**۰/۸۷**
	زمان*گروه	**۴۸۵/۵۷**	**۱/۲۹**	**۳۷۴/۶۴**	**۲۹۲/۶۸**	**۰/۰۰۱**	**۰/۸۹**
	گروه	**۲۴۴۶/۲۵**	**۱**	**۲۴۴۶/۲۵**	**۳۲/۸۰**	**۰/۰۰۱**	**۰/۴۹**

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری
نشخوار فکری	پذیرش‌وتعهد	پیش‌آزمون	۳/۸۸*	۳/۱۶*
		پس‌آزمون	-	-۰/۶۶*
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۴۴	۰/۴۹
		پس‌آزمون	-	۰/۵۸
خودسرزنش‌گری	پذیرش‌وتعهد	پیش‌آزمون	۳/۸۸*	۳/۷۷*
		پس‌آزمون	-	-۰/۱۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۵۴	۰/۶۶
		پس‌آزمون	-	۰/۶۱
تکانشگری	پذیرش‌وتعهد	پیش‌آزمون	۴/۱۹*	۳/۸۶*
		پس‌آزمون	-	-۰/۳۳*
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۵۹	۰/۶۷
		پس‌آزمون	-	۰/۸۴

چهارگانه تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان می‌دهد که شرط برابری واریانس‌های بینگروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است.

نتایج جدول ۲ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درونگروهی (زمان) و بین گروهی و همچنین تعامل گروه و زمان برای متغیرهای پژوهش معنادار است. همچنین برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و نتیجه آن بر روی سه متغییر طبق جدول زیر شرح داده شده

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

است.
نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و در مرحله پسآزمون و پیگیری، کمتر از پیشآزمون است. به‌عبارت‌دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بالا بر روی متغیرهای پژوهش داشته است. تفاوت معناداری بین نمرات دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری ازنظر نمرات متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود نداشت که به معنای پایداری اثرات درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری، نشخوار فکری و خودسرزنشگری در بیماران دارای وسواس موکنی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری، نشخوار فکری و خودسرزنشگری در افراد مبتلا به اختلال وسواس موکنی مؤثر است. نتایج این مطالعه با یافته‌های سپاس و همکاران (۲۵)، خسروانی و همکاران (۲۶)، مککریک[1] و همکاران(۲۷) و وین[2] و همکاران(۲۸) همسو است.
در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناختها مشخص کردن ارزشهای شخصی مرتبط با اهداف رفتاری صورت میگیرد و بیمار تشویق میشود تا در حالیکه به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستیشان، در هنگام ظهور بپذیرد(۲۹).
در طی فرآیند جلسات درمانی بیماران تشویق میشوند تا ضمن شناخت احساسات و هیجانات روانشناختی و زیستی خود، شناخت موقعیتها و عوامل مسبب بروز ناامیدی از درمان، شناخت رفتارها و اعمالی که هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش زا(مثل عود یا تشدید علائم بیماری) از خود نشان میدهند، مبارزه ی غیر سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند. در این رویکرد بیمار یاد می گیرد که بدون تلاش برای کنترل بر افکار مربوط به بیماری، به افکار مرتبط با بیماری اجازه حضور در ذهن دهد. هنگامی که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناکترین آنها کمتر تهدید کننده و قابل تحملتر به نظر میرسند، در عوض اعمال کنترلی غیر موثر کاهش مییابند. بدین ترتیب پیروی از رفتارهای تکانشگری کاهش مییابد(۳۰).
در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش (و نیز گسلش) ابزار اصلی برای مقابله با این افکار است، درحالی‌که در درمان شناختی رفتاری بازسازی شناختی مطرح می‌شود. هدف بازسازی شناختی، برخورد مستقیم با ارزیابی‌های سطح اول، به‌منظور اصلاح سیستم‌های باور عمیق‌تر و نیمه هشیار است و فرض بر این است که این باورها نقش مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌پذیری هیجانی ایفا می‌کنند)؛ اما از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازسازی شناختی در درمان شناختی –رفتاری بر محتوای شناخت تمرکز بسیار زیادی دارد(۳۱).
به دلیل انتخاب هدفمند شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلال وسواس موکنی تنها از دو منطقه در تهران و حجم پایین نمونه، توانایی تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های بزرگتر دارای محدودیت است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری در همین زمینه انجام شود تا بتوان با فراهم‌سازی امکان مقایسه، قدرت تعمیم نتایج را نیز افزایش داد. پیشنهاد می‌شود که تأثیر این مداخلات بر گروه‌ها و شهرهای دیگر نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه همکاران و شرکت کنندگان در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی داریم.

1.McCarrick
2.Wynne

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

References

1. Aris MA, Romali AL. Trichotillomania with Trichophagia and Trichobezoars: A Case Report. Borneo Journal of Medical Sciences (BJMS). 2023 Jan 31;17(1):46-51.
2. Lamothe H, Baleyte JM, Mallet L, Pelissolo A. Trichotillomania is more related to Tourette disorder than to obsessive-compulsive disorder. Brazilian Journal of Psychiatry. 2019 Sep 26;42:87-104.
3. Asplund M, Lenhard F, Andersson E, Ivanov VZ. Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for trichotillomania and skin-picking disorder in a psychiatric setting: A feasibility trial. Internet Interventions. 2022 Dec 1;30:100573.
4. Piquero-Casals J, Morgado-Carrasco D. Pubic trichotillomania in a beauty pageant contestant. International Journal of Trichology. 2020 May 1;12(3):142-3.
5. Bhat RR, Vellekkat F, Goutama IL, Gill PS, Kakar G, Jabeen H, Gireesh K, Sanker V, Gupta U. A case of trichotillomania and bulimia nervosa in a patient with adult onset attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Clinical Case Reports. 2023 Aug;11(8):e7800.
6. Sung A. Predictors of social estrangements.2020: 9(1).
7. Luxon AM, Chasson GS, Williams MT, Skinta MD, Galupo MP. Brooding Over the Closet: Differentiating Sexual Orientation Rumination and Sexual Orientation Obsessions. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2021 Jul 20.
8. Blanke ES, Neubauer AB, Houben M, Erbas Y, Brose A. Why do my thoughts feel so bad? Getting at the reciprocal effects of rumination and negative affect using dynamic structural equation modeling. Emotion. 2022 Dec;22(8):1773.
9. Sharma A, Hewege C, Perera C. How do Australian female consumers exercise their decision-making power when making financial product decisions? The triad of financial market manipulation, rationality and emotions. International Journal of Bank Marketing. 2023 Aug 24;41(6):1464-97.
10. Tunney RJ. Economic and social deprivation predicts impulsive choice in children. Scientific Reports. 2022 May 27;12(1):8942.
11. De La MQ, Ramírez AG, Viloria ND, Valera GG, Aparicio TJ, Adame CV, Lobo CD, Carrasco IS, Cerejeira JG, Barriga NN, Sexmero MM. My stomach is full. European Psychiatry. 2022 Jun;65(S1):S583-.
12. Luxon AM, Chasson GS, Williams MT, Skinta MD, Galupo MP. Brooding Over the Closet: Differentiating Sexual Orientation Rumination and Sexual Orientation Obsessions. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2021 Jul 20.
13. Blanke ES, Neubauer AB, Houben M, Erbas Y, Brose A. Why do my thoughts feel so bad? Getting at the reciprocal effects of rumination and negative affect using dynamic structural equation modeling. Emotion. 2022 Dec;22(8):1773.
14. Bean CA, Heggeness LF, Kalmbach DA, Ciesla JA. Ruminative inertia and its association with current severity and lifetime course of depression. Clinical Psychological Science. 2020 Nov;8(6):1007-16.
15. Wang S, Jing H, Chen L, Li Y. The influence of negative life events on suicidal ideation in college students: the role of rumination. International journal of environmental research and public health. 2020 Apr;17(8):2646.
16. Gilding AJ, Ho N, Pope E, Sibbald C. The Burden of Disease in Alopecia Areata: Canadian Online Survey of Patients and Caregivers. JMIR dermatology. 2022 Oct 6;5(4):e39167.
17. Jouriles EN, Johnson E, Rancher C, Johnson JL, Cook K, McDonald R. Adolescents who have been sexually abused: trauma symptoms and self-blame while waiting for treatment. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2022 Apr 30:1-0.
18. Thalib T, Aditya AM. Self-Blame and Tension Reduction: Self-Criticism Stability Study on

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

The Students. Nusantara Science and Technology Proceedings. 2022 Dec 5:23-8.
19. Strickland NJ, Tang KT, Wekerle C, Stewart SH. Fostering resilience and countering stigma: A qualitative exploration of risk and protective factors for negative psychological consequences among alcohol-involved sexual assault survivors. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy. 2022 Jul 28.
20. Tröster C, Van Quaquebeke N. When victims help their abusive supervisors: The role of LMX, self-blame, and guilt. Academy of Management Journal. 2021 Dec;64(6):1793-815.
21. Thompson EM, Destree L, Albertella L, Fontenelle LF. Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. Behavior Therapy. 2021 Mar 1;52(2):492-507.
22. Rauwenhoff JC, Bol Y, van Heugten CM, Batink T, Geusgens CA, van den Hout AJ, Smits P, Verwegen CR, Visser A, Peeters F. Acceptance and commitment therapy for people with acquired brain injury: Rationale and description of the BrainACT treatment. Clinical rehabilitation. 2023 Aug;37(8):1011-25.
23. Gibson Watt T, Gillanders D, Spiller JA, Finucane AM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for people with advanced progressive illness, their caregivers and staff involved in their care: A scoping review. Palliative Medicine. 2023 Sep;37(8):1100-28.
24. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 2013 Jun 1;44(2):180-98.
25. Sepas, L., Shaker dioulag, A., khademi, A. Comparison of the effectiveness of acceptance-based therapy and reality therapy on reducing anxiety sensitivity in women with MS in Urmia. Counseling Culture and Psycotherapy, 2022; 13(51): 85-113.
26. Khosrovani E, Sanagouye MG, Shirazi M, Rezaei M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Depression, and Lipid Profile of Patients with Type 2 Diabetes. 2022; 12 (51): 1-9.
27. McCarrick D, Prestwich A, Prudenzi A, O'Connor DB. Health effects of psychological interventions for worry and rumination: A meta-analysis. Health Psychology. 2021 Sep;40(9):617.
28. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2019 Mar 1;156(4):935-45.
29. Rauwenhoff JC, Bol Y, van Heugten CM, Batink T, Geusgens CA, van den Hout AJ, Smits P, Verwegen CR, Visser A, Peeters F. Acceptance and commitment therapy for people with acquired brain injury: Rationale and description of the BrainACT treatment. Clinical rehabilitation. 2023 Aug;37(8):1011-25.
30. Han B, Ma C, Liu Z, Jiang R, Zhang T, Wang Y, Chen H, Wen J, Huang Y. Perceived psychological feelings make important contributions to the symptoms of common mental disorders of medical staff during the COVID-19. Frontiers in Psychiatry. 2022 Jan 27;12:738610.
31. Martin JL, Carlson GC, Kelly MR, Song Y, Mitchell MN, Josephson KR, McGowan SK, Culver NC, Kay MA, Erickson AJ, Saldana KS. Novel treatment based on acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for insomnia: A randomized comparative effectiveness trial in women veterans. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2023 Aug 3.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]