

## Comparing the Effect of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Treatment on Psychological Well-Being among Individuals with Vitiligo Skin Disease: A Pilot Study

Rohallah Daneshi<sup>1</sup>, Fariba Hafezi<sup>2\*</sup>, Rezvan Homaei<sup>2</sup>

1. Department of Health Psychology, Khorramshahr- Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.
2. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

\* **Corresponding Author:** Fariba Hafezi, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Email:** hafezi@iauahvaz.ac.ir

**Received:** 25 October 2020

**Accepted:** 26 December 2020

**Published:** 13 January 2021

### How to cite this article:

Daneshi R, Hafezi F, Homaei H. Comparing the Effect of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Treatment on Psychological Well-Being among Individuals with Vitiligo Skin Disease: A Pilot Study. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2021; 8(1): 104-115. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v8i1.31261>.

### Abstract

**Background and Objective:** Vitiligo disease is one of the most common skin color disorders that can reduce the psychological well-being of individuals. The purpose of this study was to the comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) among the psychological well-being of individuals with vitiligo skin disease of Ahvaz.

**Materials and Methods:** This study was experimental with pre-test, post-test, follow-up, and a control group. The statistical population of the study consisted of all patients with vitiligo skin disease referred to dermatologists in dermatology and cosmetic clinics in Ahvaz in 2019. Using the purposeful sampling method, 45 persons were selected and randomly divided into two experimental groups and one control group, each group including 15 participants. In order to collect data, Ryff Psychological Well-being Questionnaire was used. The experimental groups underwent eight 90-minute sessions of schema therapy and ACT, but the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using covariance analysis via SPSS software version 22.

**Results:** In the acceptance and commitment group, the mean (SD) psychological well-being score increased from 46.8 (8) in the pre-test to 80.8 (7.9) in the post-test and 79.2 (7.7) in the follow-up stage,  $P < 0.001$ . In the schema therapy group, the mean (SD) psychological well-being score increased from 43.6 (7.5) in the pre-test to 77.6 (8.5) in the post-test and 76.1 (7.3) in the follow-up stage,  $P < 0.001$ . In the control group, the mean (SD) psychological well-being score increased from 44.4 (7.5) in the pre-test to 43.3 (9.2) in the post-test and 47 (6.7) in the follow-up stage, which was not statistically significant.

**Conclusion:** It can be concluded that ACT and schema therapy lead to an increase in people's psychological well-being with vitiligo skin disease, but there was no difference between the two treatments' effectiveness in well-being.

**Keywords:** Vitiligo skin disease; Psychological well-being; Schema therapy; Acceptance; Commitment therapy.

**Conflict of Interest:** None of the authors has any conflict of interest to disclose.

**Ethical publication statement:** We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

**Ethical code:** IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.015.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پوستی پیسی: یک مطالعه راهنما

روح الله دانشی<sup>۱</sup>، فریبا حافظی<sup>۲\*</sup>، رضوان همایی<sup>۲</sup>

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین الملل خرمشهر - خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

\* نویسنده مسئول: فریبا حافظی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Email: hafezi@iauhvaz.ac.ir

تاریخ پذیرش: دی ۱۳۹۹

تاریخ دریافت: آبان ۱۳۹۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری ویتیلیگو (برص یا پیسی) یکی از شایع‌ترین اختلالات رنگ دانه‌ای پوست محسوب می‌شود که می‌تواند بر کاهش بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیرگذار باشد. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (برص یا پیسی) اهواز بود.

**روش و مواد:** روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه به عنوان یک مطالعه راهنما بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (برص یا پیسی) مراجعه‌کننده به متخصصان پوست در کلینیک‌های پوست و زیبایی شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند. از این جامعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. بمنظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰۰۲) استفاده شد. گروه‌های آزمایشی تحت طرحواره درمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) بهزیستی روان‌شناختی از (۸) ۴۶/۸ در پیش‌آزمون به (۷/۹) ۸۰/۸ در پس‌آزمون و (۷/۷) ۷۹/۲ در مرحله پیگیری افزایش یافت ( $P < 0/001$ ). در گروه طرحواره درمانی میانگین (انحراف معیار) بهزیستی روان‌شناختی از (۷/۵) ۴۳/۶ در پیش‌آزمون به (۸/۵) ۷۷/۶ در پس‌آزمون و (۷/۳) ۷۶/۱ در مرحله پیگیری افزایش یافت ( $P < 0/001$ ). در گروه شاهد میانگین (انحراف معیار) بهزیستی روان‌شناختی از (۷/۵) ۴۴/۴ در پیش‌آزمون به (۹/۲) ۴۳/۳ در پس‌آزمون و (۶/۷) ۴۷ در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی‌دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (برص یا پیسی) می‌گردد اما بین اثربخشی دو درمان بر بهزیستی تفاوتی وجود نداشت.

**واژگان کلیدی:** بیماری ویتیلیگو، بهزیستی روان‌شناختی، طرحواره درمانی، درمان پذیرش و تعهد.

یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های بیماری‌های پوستی مربوط به اختلالات رنگ دانه‌ای است و در این بین، بیماری ویتیلیگو یکی از شایع‌ترین اختلالات رنگ دانه‌ای محسوب می‌شود (۱). تقریباً ۲-۵٪ از مردم جهان به ویتیلیگو دچار می‌شوند. این بیماری در هر زمانی از دوره کوتاهی بعد از تولد تا بزرگسالی ظاهر می‌شود. میانگین سنی شروع بیماری تقریباً ۲۰ سال است (۲). از یک سو، عوامل روان‌شناختی (نظیر تنش و احساسات منفی) می‌توانند سبب پیشرفت بیماری‌های پوستی (مانند خارش و ویتیلیگو) گردد و از سوی دیگر اختلال‌های روانی می‌توانند موجب بروز برخی بیماری‌های پوستی (نظیر ویتیلیگو، پسوریازیس و درماتیت آتوپیک) شوند (۳). تجربه علایم شدید مخصوصاً خارش، درد، احساس ناراحتی و به دنبال آن مشکلات روحی و روانی از جمله مواردی است که بیماران پوستی با آن دست به گریبان می‌باشند و جنبه‌های معمول زندگی تا فعالیت‌های اجتماعی، تفریحی و آموزشی ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند (۴). به همین دلیل، بهزیستی روانشناختی در بیماران پوستی در بسیاری از پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است (۵-۶). به این ترتیب، در این افراد، شدت بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی می‌تواند منجر به کاهش بهزیستی روان‌شناختی در آنان شود.

بهزیستی روان‌شناختی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می‌گردد و به بهبودی عاطفی برای توانایی لذت بردن از زندگی و گذراندن درد، ناامیدی و ناراحتی و رسیدن به سطحی از اعتقاد به شأن و ارزش خود و دیگران اشاره دارد (۷). هدف بسیاری از افراد در سرتاسر دنیا دستیابی به سلامتی و شادمانی بالاتر است، یعنی روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمدی که هدفشان پرورش دادن شناخت‌ها، احساس‌ها یا رفتار مثبت است (۸). بهزیستی روان‌شناختی ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی هیجانی) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی) است. بهزیستی روان‌شناختی به معنای نداشتن اختلال روانی نیست. مفهوم بهزیستی روان‌شناختی دربرگیرنده بهزیستی عینی، خودکارآمدی، خودمختاری و استقلال و توانایی بازشناسی هیجان‌هاست (۹).

بهبود و یا کاهش مشکلات بوجود آمده در اثر بیماری‌های پوستی در بیماران، با رویکردهای مختلف روان‌شناختی امکان‌پذیر است. یکی از این رویکردهای درمانی، طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی، تحولی بنیادین در شناخت درمانی است که توسط Young و با الهام از رویکرد شناخت درمانی بر اساس نظریهٔ دلبستگی به وجود آمد. به طور کلی، طرحواره‌ها از جمله متغیرهای زیربنایی هستند که از توان تبیینی بالایی برخوردارند، چرا که بسیاری از پردازش‌های شناختی، راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد تحت تأثیر این سازه زیربنایی قرار دارد (۱۰). طرحواره‌ها، الگو و طرح کلی برجسته از تجربهٔ شناختی-هیجانی یک واقعه است که تاریخ تجربه تشکیل آن می‌تواند حتی به پیش از شکل‌گیری زبان نوزادان بازگردد. بنابراین، طرحواره‌ها نقش مهمی در تداوم و تشدید مشکلات روان‌شناختی مزمن خواهند داشت و تغییر دادن یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار در فرایند روان درمانی می‌تواند به بهبود وضعیت زندگی افراد کمک شایانی نماید (۱۱).

طرحواره درمانی، درمانی نسبتاً جدید و یکپارچه است که برنامه منظمی را برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه جهت افزایش احساس ارزشمندی ارائه می‌کند و بر پایه درمان‌های شناختی رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی شکل گرفته است. این روش باعث می‌شود افراد در کنار یکدیگر احساس آرامش بیشتر و آسیب‌پذیری کمتری کنند و تمایل بیشتری برای ورود به جوامع و برقراری روابط اجتماعی داشته باشند (۱۲). پژوهش‌های مختلف به اثربخشی این روش درمانی بر بهبود بهزیستی روانی (هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی) مادران دارای فرزند اوتیسم (۱۳)، بهبود سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه (۱۴)، بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی (۱۵)، بهبود بهزیستی روان‌شناختی و پرخاشگری دانشجویان (۱۶) و بهبود سلامت روان افراد دارای اختلال شخصیتی (۱۷) اشاره داشته‌اند.

رویکرد دیگری که در جهت بهبود بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (برص یا پیسی) به کار می‌رود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است. هدف از این درمان، کمک به مراجع است تا در جهت ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار بکوشد و رنج خود را در زندگی بپذیرد (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با باز بودن نسبت

به سنت‌های قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری بیمار نه علت‌یابی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان می‌دهد که چرا هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی مضر است (۱۹). در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزاردهنده است (۲۰).

Glassman و همکاران (۲۱) معتقدند که تلاش‌های ناموفق ما برای غلبه یافتن یا جلوگیری از درد و رنج منجر به ناراحتی بسیار عمیق‌تر می‌شود و تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساساتمان است که می‌توانیم زندگی‌مان را نجات دهیم و نباید با تلاش مداوم برای تبدیل کردن روابطمان به چیزهایی که نیستند، اوضاع را پیچیده‌تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد. شش فرایند اصلی در قالب یک فرایند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) به عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر و پذیرش معرفی شده است که عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهدانه (۲۲). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این درمان بر افزایش شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی (۲۳)، بهبود بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری (۲۴)، افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۵)، بهبود نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۲۶)، افزایش بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان (۲۷) بوده است.

سالانه هزاران نفر به علت بیماری‌های پوستی چون آکنه، پسوریازیس، لوپوس، سالک و ویتیلیگو به متخصصان پوست مراجعه می‌کنند. اکثر این افراد دچار اختلالی در صورت و اندام‌هایی که پوشیده نیستند، بیش از سایر اندام‌ها افراد را دچار تنش روانی و پریشانی می‌کند (۲۸). به طور کلی، درصد بالایی از بیمارانی که به پزشکان متخصص پوست مراجعه می‌کنند، از نشانه‌ها و علائمی شکایت می‌نمایند که خود، ناخواسته آنها را به وجود آوردند، تصویر نادرستی از سلامت و زیبایی اندام‌ها در ذهن خود ساخته بودند و یا اینکه از خارش‌ها، دردها و سوزش‌هایی رنج می‌برند که همگی ریشه در روان‌شناسی آنها داشت (۲۹). با توجه به اثرات نامطلوب بیماری پوست ویتیلیگو (بَرص یا پیسی) و اثر آن بر بهزیستی روان‌شناختی و پیامدهای ناشی از آن، با تشخیص به موقع و با مداخلات مناسب توسط درمانگران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب ناشی از بیماری و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرص یا پیسی) کمک قابل توجهی داشت. هر یک از این دو درمان، به تنهایی برای مشکلات زناشویی و اثربخشی آنها بر بهزیستی روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است، اما برای پی بردن به این نکته که کدام یک از این دو درمان اثربخشی بیشتری دارند، پژوهشی انجام نشده است. بنابراین ضرورت دارد روش‌های درمانی مختلف مورد مقایسه قرار گیرند تا اثربخش‌ترین و مناسب‌ترین روش مداخله شناسایی شود. در نتیجه هدف پژوهشی حاضر، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرص یا پیسی) است.

## روش و مواد

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه به عنوان یک مطالعه راهنما بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرص یا پیسی) مراجعه کننده به متخصصان پوست در کلینیک‌های پوست و زیبایی شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند که تعداد آن‌ها ۹۰ نفر بود. از میان آنها، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰٪ برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. به این ترتیب که ملاک‌های ورود شامل، نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی، حضور در جلسات درمانی، داشتن حداقل سیکل و عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت در جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. بعد از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط و گزینش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر)، گروه آزمایشی اول تحت مداخله طرحواره درمانی، گروه آزمایشی دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه گواه تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایشی و گواه در

شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد. یک ماه پس از برگزاری مرحله پس آزمون، مرحله پیگیری انجام شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: ۱- کلیه شرکت کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمایند. ۲- این اطمینان به مشارکت کنندگان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. ۴- برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. همچنین بعد از اتمام جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آموزشی و اجرای مرحله پیگیری، جلسات درمانی به طور فشرده در جهت رعایت اصول اخلاقی بر روی گروه گواه نیز اجرا گردید. برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

**پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی:** پرسشنامه بهزیستی روانی توسط Ryff (۱۹۸۹) ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ سؤال است که در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، نمره گذاری می‌شود و شش عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را اندازه گیری می‌کند. مجموع نمرات این ۶ عامل، نمره کلی بهزیستی روانی را تشکیل می‌دهد. Ryff, Singer & Seltzer (۳۰) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند. در ایران، بیانی و همکاران (۳۱) در پژوهشی با هدف بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانی ریف در دانشجویان، همسانی درونی عوامل این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۶ گزارش کردند و برای بررسی ساختار عاملی پرسشنامه از تحلیل عاملی استفاده کردند که نتایج، حاکی از آن بود ساختار ۶ عاملی بهزیستی روانی ریف برازش خوبی با داده‌ها دارد. در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه بهزیستی روانی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۲ به دست آمده است.

**محتوای جلسات طرحواره درمانی:** دستورالعمل و تکنیک‌های طرحواره درمانی طی ۸ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. خلاصه ساختار جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

### جدول شماره ۱- شرح جلسات، دستورالعمل و تکنیک‌های طرحواره درمانی

جلسه	شرح جلسه
اول و دوم	به اجرای مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها گذشت. هدف از این دو جلسه مقدماتی این بود که آزمودنی‌ها به بهزیستی روان‌شناختی، ریشه‌های تحولی آنها و همچنین ساز و کار آن پی ببرند. در پایان دو جلسه اول ماهیت اختلال بیماری پوست ویتیلیگو طبق رویکرد طرحواره درمانی فرمول بندی شد. انجام پیش آزمون.
سوم، چهارم	معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره بود. هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سؤال ببرند.
پنجم و ششم	تکنیک‌های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به دیگران و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات با هدف کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی بود تا بیماران با استفاده از فنون تجربی مثل تصویر سازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی شان ابراز کنند و چرخه تداوم طرحواره را در سطح هیجانی بشکنند.
هفتم و هشتم	آموزش و اجرای تکنیک‌های الگو شکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد: مثل تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات خواهد گذشت. انجام پس آزمون.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس ساختار موجود در کتاب ACT برای مشکلات بین فردی (همراه با شیوهنامه درمان گروهی) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به شرح زیر انجام شد.

### جدول شماره ۲- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان
اول	آشنا کردن رهبر و اعضای گروه ه با یکدیگر، تبیین قوانین اساسی گروه (رضایت آگاهانه و رازداری)، آغاز جلسه با تمرین کوتاه ذهن آگاهی، آموزش روانی ده طرحواره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرحواره (تمثیل هیولا در مهمانی) و ارزیابی پیش از درمان. اجرای پیش آزمون.
دوم	بررسی کلی تکالیف جلسه اول و ارائه بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و گفتگو درباره ناامیدی سازنده به کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه.
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش بر اساس تمرین هیولاها در اتوبوس.
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی به منظور پیوستگی در رشد این مهارت، تمرکز روی گسلش شناختی و تمثیل‌های مربوط به آن.
ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی.
هفتم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به عنوان یک رفتار مقابله‌ای.
هشتم	روبارویی با رنج اولیه وابسته به طرحواره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل.
نهم	بازبینی بسیاری از موضوعات و مهارت‌های جلسه پیشین به عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید و آموزش مهارت‌های ارتباط.
دهم	آغاز جلسه با یک تمرین ذهن آگاهی گسترده، تمرین پاسخ‌های جایگزین مبتنی بر ارزش‌ها، بررسی موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی به منظور دنبال اعمال متعهدانه و ارزیابی پس از درمان. اجرای پس آزمون.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. جهت بررسی اثر زمان از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون Mbox و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS-22 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۴۵ فرد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (برص یا پیسی) که در سه گروه مداخله و گواه قرار داشتند انجام گرفت. گروه‌ها از لحاظ جنسیت با هم هم‌تا شدند و در هر سه گروه، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد جایگزین شدند. در گروه مداخله طرحواره درمانی، در گروه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و در گروه گواه حضور داشتند. میانگین (انحراف معیار) سنی گروه مداخله طرحواره درمانی به ترتیب ۳۳/۲ (۲/۸)، میانگین (انحراف معیار) سنی گروه مداخله مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب ۳۵/۱ (۳/۲) و میانگین (انحراف معیار) سنی گروه گواه به ترتیب ۳۲/۹ (۲/۱) به دست آمد. در جدول شماره ۳، مشخصات توصیفی میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در دو سطح اندازه‌گیری شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

## جدول شماره ۳- میانگین (انحراف معیار) متغیر وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و

## پیگیری

متغیر وابسته	سنجش	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
بهبودی	طرحواره درمانی	۴۳/۶ (۷/۵)	۷۷/۶ (۸/۵)	۷۶/۱ (۷/۳)	۰/۰۰۱
روانشناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۶/۸ (۸)	۸۰/۸ (۷/۹)	۷۹/۲ (۷/۷)	۰/۰۰۱
	گروه گواه	۴۴/۴ (۷/۵)	۴۳/۳ (۹/۲)	۴۷ (۶/۷)	۰/۲۷۵

در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) بهبودی روانشناختی از ۴۶/۸ (۸) در پیش آزمون به ۸۰/۸ (۷/۹) در پس آزمون و ۷۹/۲ (۷/۷) در مرحله پیگیری افزایش یافت ( $P < 0/001$ ). در گروه طرحواره درمانی میانگین (انحراف معیار) بهبودی روانشناختی از ۴۳/۶ (۷/۵) در پیش آزمون به ۷۷/۶ (۸/۵) در پس آزمون و ۷۶/۱ (۷/۳) در مرحله پیگیری افزایش یافت ( $P < 0/001$ ). در گروه شاهد میانگین (انحراف معیار) بهبودی روانشناختی از ۴۴/۴ (۷/۵) در پیش آزمون به ۴۳/۳ (۹/۲) در پس آزمون و ۴۷ (۶/۷) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. نتایج در مرحله پس آزمون و پیگیری به نسبت مرحله پیش آزمون نشان داد که بهبودی روانشناختی بیماران پس از ارائه درمان‌ها، افزایش یافته است. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها، به واسطه عدم معنی دار بودن  $Z$  کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیر بهبودی روانشناختی از توزیع بهنجار بودن تبعیت می‌کند ( $Z = 1/251, P = 0/318$ ). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایشی و گروه و گواه) از آزمون لوین استفاده شد که ( $F = 0/727$ ) و به دست آمد. نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که ( $F = 2/420$ ) و به دست آمد. معنی دار نبودن این تعامل، نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون است. بنابراین فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۴ آمده است.

## جدول شماره ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون بهبودی روانشناختی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا	اندازه اثر
بهبودی روانشناختی	۱۲۴۶۶/۵۳۶	۲	۶۲۳۳/۲۶۸	۱۵۸/۴۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۵	۱

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد، نسبت  $F$  تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر وابسته نشان می‌دهند که در متغیر بهبودی روانشناختی بین گروه‌های «طرحواره درمانی»، «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» و گواه تفاوت معنی دار دیده می‌شود. بنابراین حداقل یکی از درمان‌ها بر متغیر وابسته تأثیر معنی داری دارد. جهت پی بردن به اینکه کدام درمان مؤثر بوده و آیا بین درمان‌های مختلف تفاوت معنی دار وجود داشته است، از نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج حاصل را در جدول شماره ۵ مشاهده می‌کنید.

### جدول شماره ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	P
بهزیستی	طرحواره درمانی- گروه گواه	۳۴/۸۸۶	۲/۲۹۳	۰/۰۰۰۱
روان‌شناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) - گروه گواه	۳۵/۷۹۹	۲/۳۰۹	۰/۰۰۰۱
	طرحواره درمانی-درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۰/۹۱۳	۲/۳۲۵	۰/۸۶۸

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه طرحواره درمانی و گروه گواه در بهزیستی روان‌شناختی برابر ۳۴/۸۸۶ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده است. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه گواه در بهزیستی روان‌شناختی برابر ۳۵/۷۹۹ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نیز نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده است. به علاوه، تفاوت بین میانگین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۹۱۳ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در ادامه نتایج مرحله پیگیری ارائه شده است.

### جدول شماره ۶- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون بهزیستی روان‌شناختی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	اندازه اثر
بهزیستی روان‌شناختی	۹۱۵۱/۲۴۴	۲	۴۵۷۵/۶۲۲	۱۲۴/۱۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۸	۱

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر وابسته نشان می‌دهند که در متغیر بهزیستی روان‌شناختی بین گروه‌های «طرحواره درمانی»، «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)» و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. بنابراین حداقل یکی از درمان‌ها بر متغیر وابسته تأثیر معنی‌داری دارد. جهت پی بردن به اینکه کدام درمان مؤثر بوده و آیا بین درمان‌های مختلف تفاوت معنی‌دار وجود داشته است، از نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج حاصل را در جدول ۷ ارائه شده است.

### جدول شماره ۷- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در مرحله پیگیری

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	P
بهزیستی	طرحواره درمانی- گروه گواه	۲۹/۶۰۲	۲/۲۲۰	۰/۰۰۰۱
روان‌شناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) - گروه گواه	۳۰/۹۳۹	۲/۲۳۵	۰/۰۰۰۱
	طرحواره درمانی-درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۱/۳۳۷	۲/۲۵۱	۰/۷۱۲

همان‌طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه طرحواره درمانی و گروه گواه در بهزیستی روان‌شناختی برابر ۲۹/۶۰۲ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده است. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه گواه در بهزیستی روان‌شناختی برابر ۳۰/۹۳۹ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نیز نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده است. به علاوه، تفاوت بین میانگین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی برابر ۱/۳۳۷ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در مرحله پیگیری بر بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.



## بحث

مطالعه نشان داد در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) بهزیستی روانشناختی از (۸) ۴۶/۸ در پیش آزمون به (۷/۹) ۸۰/۸ در پس آزمون و (۷/۷) ۷۹/۲ در مرحله پیگیری افزایش یافت. در گروه طرحواره درمانی میانگین (انحراف معیار) بهزیستی روانشناختی از (۷/۵) ۴۳/۶ در پیش آزمون به (۸/۵) ۷۷/۶ در پس آزمون و (۷/۳) ۷۶/۱ در مرحله پیگیری افزایش یافت. در گروه شاهد میانگین (انحراف معیار) بهزیستی روانشناختی از (۷/۵) ۴۴/۴ در پیش آزمون به (۹/۲) ۴۳/۳ در پس آزمون و (۶/۷) ۴۷ در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود. همچنین، نتایج حاکی از این بود که بین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

مطالعه نشان درمان طرحواره درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرَص یا پیسی) مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش شهاب و همکاران (۳۲) مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به بیماری ام اس و پژوهش شاهمرادی و همکاران (۳۳) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو همسو بود. در تبیین این یافته می توان چنین اظهار داشت که در طرحواره درمانی راه های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می شوند و معمولاً با یافتن راه حل های مناسب برای مشکلات رضایت روانشناختی حاصل می شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می دهد. به این ترتیب، قابل کنترل بودن منابع هیجانی باعث می شود تا فرد سلامت روانی بهتری داشته باشد و بتواند مشکلات را با آرامش بهتری حل کند تجارب مثبت انباشته شده افراد در مقابله با شرایط استرس زا یا مشکلات، ادراک آنها از بیماریشان را تغییر می دهد و به احتمال زیاد به تعامل ها و رفتارهای مثبت منجر می شود. طرحواره درمانی با مطرح کردن نقش طرحواره ها و پاسخ های مقابله در مفهوم سازی مشکلات روانشناختی توانسته سهم بیشتری در تبیین مشکلات روانشناختی ایفا کند. از سوی دیگر، طرحواره درمانی با پرداختن به نقش مؤلفه های هیجانی در درمان توانسته رویکردهای کلاسیک رفتاری- شناختی را از توجه صرف به مؤلفه های شناختی و رفتاری نجات دهد (۳۳). این پژوهش بر حسب نمونه ای که وارد پژوهش شده شناسایی عوامل زیربنایی رفتار و شخصیت بیماران و آگاه کردن آنها از تأثیرگذاری این طرحواره های ناسازگار بر هیجانات و ادراک از بیماری، آنها را هشیار کرده که در برخوردهای بین فردی نقش این طرحواره ها را با دقت بیشتری در نظر بگیرند و از طرف دیگر مجهز کردن آنها نسبت به انتخاب شیوه صحیح پاسخ به مشکلات بوجود آمده توسط بیماری پوستی جلوگیری کرده و افراد را نسبت به راهکارهای صحیح تجهیز کنند.

یافته دیگر نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرَص یا پیسی) مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش Viskovich & Pakenham (۳۴) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان دانشجویان و پژوهش پورکاظم و عشقی نوگورانی (۳۵) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روانشناختی افراد تراجنسی همسو بود. پژوهشی به بررسی کاربردهای فنون درمان پذیرش و تعهد در روان درمانی بیماران مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرَص یا پیسی) صورت نگرفته است.

در تبیین این یافته باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. از جمله مهم ترین تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش ها و اعمال متعهدانه می باشد. ترغیب بیماران مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو به شناسایی ارزش ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش ها با وجود مشکلات باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیر کردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می شوند، رهایی یابند. فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می باشد. در این مولفه ها این امکان برای بیماران فراهم می گردد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرند و انجام این کار باعث می شود که آن تجربیات کمتر تهدید کننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند (۲۶). در توجیه این مسئله می توان گفت که چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی

است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند کمک می کند. بنابراین آموزش آن به بیماران مبتلا به بیماری بَرَص یا پیسی باعث می شود که آنان احساسات و نشانه های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به مسائل مربوط به بیماری خود می شود و در نتیجه سازگاری آنها بهبود می یابد.

دیگر یافته پژوهش نشان داد بین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان شناختی تفاوت معنی داری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش Quinlan و همکاران (۳۶) مبنی بر مقایسه درمان پذیرش و تعهد و مداخله طرحواره درمانی بر مشکلات بین فردی مراقبان بهداشت روان همسو بود. به طور کلی، شرکت در جلسات طرحواره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) زنان توانستند با همکاری درمانگر برای مشکلاتشان راه حل های مختلف پیدا کنند و این همکاری در یافتن راه حل ها و حل مشکلات بیماری، باعث افزایش بهزیستی روان شناختی در آنها گردید. به طور کلی، در رویکرد طرحواره درمانی با به چالش کشیدن طرحواره های ناسازگار و پاسخ های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ های مناسب و سالم تر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود بهزیستی روان شناختی و در نتیجه سلامت روانی در بیماران شود.

از طرفی، فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) موجب می شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آنها به عنوان یک رویداد و نه به عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد (۳۴). در همین راستا مطالعات صورت گرفته بیانگر آن هستند که ذهن آگاهی اثرات بسیاری را در کاهش رنج روان شناختی و ارتقای بهزیستی روانی بر جای می گذارد (۲۸). از آنجا که ابتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرَص یا پیسی) مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش های روان شناختی می تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می داند. همچنین درد، جزئی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، در برگزیده زمان حال و گام روبه جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تأکید است. با توجه به نتایج به دست آمده، می توان پیشنهاد داد در مراکز آموزشی و درمانی، مداخلات روان شناختی از جمله طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرَص یا پیسی) اجرا گردد. همچنین، انجام پژوهش های مشابه در دیگر فرهنگ ها و جوامع می تواند، تعمیم نتایج این پژوهش را امکان پذیر سازد.

### نتیجه گیری

مطالعه نشان داد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) منجر به افزایش بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو (بَرَص یا پیسی) می گردد اما بین اثربخشی دو درمان بر بهزیستی تفاوتی وجود نداشت.

### تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی می گردد. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.AHVAVZ.REC.1399.015 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

### REFERENCES

1. Bach B, Lee C, Mortensen EL, Simonsen E. How do DSM-5 personality traits align with schema therapy constructs?. Journal of personality disorders. 2016;30(4):502-29.

2. Bastonini E, Bellei B, Filoni A, Kovacs D, Iacovelli P, Picardo M. Involvement of non-melanocytic skin cells in vitiligo. *Experimental Dermatology*. 2019;28(6):667-73.
3. Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of pain and symptom management*. 2010;40(2):174-82.
4. Boniface K, Seneschal J, Picardo M, Taïeb A. Vitiligo: focus on clinical aspects, immunopathogenesis, and therapy. *Clinical reviews in allergy & immunology*. 2018;54(1):52-67.
5. Sisk DA. Mindfulness and its role in psychological well-being. *Psychology*. 2017;7(10):530-5.
6. Carter NT, Guan L, Maples JL, Williamson RL, Miller JD. The downsides of extreme conscientiousness for psychological well-being: The role of obsessive compulsive tendencies. *Journal of personality*. 2016;84(4):510-22.
7. Chan S. P077 Incongruity in detecting dog sensitized individuals between skin prick and specific dog IgE testing. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2017;119(5):S32.
8. Fish JA, Ettridge K, Sharplin GR, Hancock B, Knott VE. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*. 2014;23(3):413-21.
9. Hacker T, Stone P, MacBeth A. Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*. 2016;190:551-65.
10. Haeyen S. Strengthening the healthy adult self in art therapy: using schema therapy as a positive psychological intervention for people diagnosed with personality disorders. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:644.
11. Khanjani Z, Peymannia B, Hashemi T, Aghagolzadeh M. Relationship between the quality of mother-child interaction, separation anxiety and school phobia in children. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2014;25(3):231-40.
12. López A, Sanderman R, Ranchor AV, Schroevers MJ. Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*. 2018;9(1):325-31.
13. Maxwell M, Brevard J, Abrams J, Belgrave F. What's color got to do with it? Skin color, skin color satisfaction, racial identity, and internalized racism among African American college students. *Journal of Black Psychology*. 2015;41(5):438-61.
14. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*. 2015;71(4):283-301.
15. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989;57(6):1069.
16. Salzes C, Abadie S, Seneschal J, Whitton M, Meurant JM, Jouary T, Ballanger F, Boralevi F, Taieb A, Taieb C, Ezzedine K. The vitiligo impact patient scale (VIPs): development and validation of a vitiligo burden assessment tool. *Journal of Investigative Dermatology*. 2016;136(1):52-8.
17. Silverberg NB. Recent advances in childhood vitiligo. *Clinics in dermatology*. 2014;32(4):524-30.
18. Tanemura A, Yang L, Katayama I. Dysregulation of Circular Antigen-Specific T Cells Anergy in Autoimmune Vitiligo. *Journal of Cosmetics, Dermatological Sciences and Applications*. 2018;8(03):133.
19. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(3):456-79.
20. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):198.

21. Glassman LH, Forman EM, Herbert JD, Bradley LE, Foster EE, Izzetoglu M, Ruocco AC. The effects of a brief acceptance-based behavioral treatment versus traditional cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety: An exploratory trial examining differential effects on performance and neurophysiology. *Behavior modification*. 2016;40(5):748-76.
22. Ujiie H. Regulatory T cells in autoimmune skin diseases. *Experimental dermatology*. 2019;28(6):642-6.
23. Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M, Vilardaga JC, Atkins DC, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2016;77:52-61.
24. Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: the role of self-compassion and gratitude. *Mindfulness*. 2019;10(2):339-51.
25. Vowles KE, Sowden G, Hickman J, Ashworth J. An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. *Behaviour research and therapy*. 2019;115:46-54.
26. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*. 2016;11(6):e0158092.
27. Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. Efficiency of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Sexual Function in Women with Infertility History. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2019;27(4):250-9.
28. Demehri F, Saeedmanesh M, Jala N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on rumination and well-being in adolescents with general anxiety disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018;8:25-.
29. Sangani A, Dasht Bozorgi Z. The effectiveness of schema therapy on general health, ruminating and social loneliness of divorce women. *Journal of Psychological Achievements*. 2018;25(2):201-16.
30. Ryff CD, Singer BH, Seltzer MM. 12 Pathways through challenge: implications for well-being and health. *Paths to successful development: Personality in the life course*. 2002:302.
31. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008;14(2):146-51.
32. Shahab A, Ahadi H, Jomehri F, Kraskian-Mujembari A. The effectiveness of group emotional schema therapy on subjective, well-being, fatigue of patients with multiple sclerosis in Shiraz. 2020;10(38):77-96. [Full text in Persian]
33. Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjedi M. Comparing Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness- Based Cognitive Therapy on Maladaptive Schemas and General Health in Patients with Vitiligo. *JHPM*. 2019;7(6):42-52. [Full text in Persian]
34. Viskovich S, Pakenham KI. Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;76(6):929-51.
35. Pourkazem F, Eshghi Nogourani R. The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment to Improving Psychological Well-Being of Transsexual Individuals Esfahan. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018;5(1):29-41. [Full text in Persian]
36. Quinlan E, Deane FP, Crowe T. Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of contextual behavioral science*. 2018;9:53-62.

## مقیاس نشخوار ذهنی - تأمل

ردیف	بسیار موافق	تا حدودی موافق	نه مخالف نه موافق	تا حدودی مخالف	بسیار مخالف
۱					توجهم اغلب متمرکز بر جنبه‌هایی از خودم است که کاش می شد درباره آنها فکر نمی کردم.
۲					تفکر فلسفی یا نظری چندان برایم جذاب نیست.
۳					به نظر می رسد چیزهایی را که اخیرا گفته‌ام و انجام داده‌ام، دائما در ذهنم تکرار می شود.
۴					واقعا آدم اهل تأمل و تفکری نیستم.
۵					گاهی اوقات برایم مشکل است فکر کردن درباره خودم را کنار بگذارم.
۶					عاشق کاوش در جنبه های درونی خودم هستم.
۷					مدت ها پس از این که بحث و جدلی تمام می شود فکرم دائما به آن باز می‌گردد.
۸					مجنوب نگرش و احساسم درباره امور مختلف هستم.
۹					وقتی چیزی برایم رخ می دهد، تا مدتها پس از وقوع آن درباره اش فکر میکنم و به آن متمرکز می شوم.
۱۰					به تعمق و تفکر عمیق درباره خودم خیلی اهمیت نمی دهم.
۱۱					وقتم را با فکر کردن درباره چیزهایی که اتفاق افتاده و تمام شده، تلف نمی کنم.
۱۲					عاشق تحلیل این هستم که چرا کاری را انجام می دهم.
۱۳					اغلب ذهنم مشغول این می شود که در گذشته چطور در موقعیتی رفتار کرده ام.
۱۴					اغلب افراد می گویند من ادمی «عمیق» و اهل کاوش درون خودم هستم.
۱۵					اغلب مشغول ارزیابی مجدد آنچه انجام داده‌ام هستم.
۱۶					تحلیل کردن خود چندان برایم اهمیت ندارد.
۱۷					هیچگاه برای مدتی طولانی به فکر کردن و مشغولیت ذهنی خودم نمی پردازم.
۱۸					ذاتا آدم خیلی کنجکاوی در مورد خودم هستم و دوست دارم خودم را بشناسم.
۱۹					برایم خیلی راحت است افکار ناخواسته را از ذهنم خارج کنم.
۲۰					عاشق تفکر و تأمل درباره ماهیت و معنای امور مختلف هستم.
۲۱					اغلب به رویدادهایی از زندگیم فکر می کنم که دیگر نباید خودم را با آنها مشغول کنم.
۲۲					اغلب عاشق نگاه فلسفی به زندگیم هستم.
۲۳					وقت زیادی را به فکر کردن در خصوص لحظه هایی که مأیوس و شرمنده شده‌ام صرف می کنم.
۲۴					تأمل کردن درباره خود برایم جالب نیست.

ردیف	سؤالات (گویه ها)	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	در ساماندهی و طراحی برنامه های زندگی ام مشکل خاصی نداشته ام					
۲	آینده برای من بسیار مهیم است					
۳	یک رابطه معنی دار شخصی با خداوند دارم					
۴	من از زندگی ام راضی هستم					
۵	دنیايي را که در آن زندگی می کنم، به خوبی درک می کنم					
۶	من به آینده خوش بین هستم					
۷	معمولاً در ایجاد روابط گرم و نزدیک با دیگران موفق بوده ام					
۸	معتقدم خداوند در تمام مشکلات زندگی مرا کمک می کند					
۹	در بین دوستان و آشنایان، به عنوان فردی شاد شناخته می شوم					
۱۰	اگر شرایط سختی پیش آید، بر مشکل چیره می شوم					
۱۱	من مستقل تصمیم می گیرم و چندان به فشار دیگران تن نمی دهم					
۱۲	من جزء افرادی ام که در سراسر زندگی بدون هدف خاصی پرسه می زند					
۱۳	وقتی به مردم نگاه می کنم، می بینم که من از دیگران بیشتر ضعف دارم					
۱۴	فکر کردن درباره معنی و مفهوم زندگی و سرانجام آن، وقت تلف کردن است					
۱۵	من جزء افرادی هستم که دوست دارند چیزهای جدید را تجربه کنند					
۱۶	معنی وجودی خودم را درک می کنم					
۱۷	در کل، نگرش مثبت و خوشبینانه ای نسبت به انسان ها و زندگی دارم					
۱۸	ناراحتی ها و دلتنگی های من بیش از شادی هایم است					
۱۹	فکر می کنم زندگی اطرافیانم بهتر از من است					
۲۰	خواهی نشوی رسوا، هم رنگ جماعت باش					
۲۱	دوستانم مرا به عنوان فردی مهربان و اجتماعی می شناسند					
۲۲	در مورد خودم احساس خوب و مثبتی دارم					
۲۳	احساس می کنم زندگی من هدفمند و جهت دار است					
۲۴	معمولاً اگر خانواده یا دوستانم مخالف باشند، تصمیماتم را تغییر می دهم					
۲۵	اگر دوباره متولد شوم، دوست دارم همین گونه زندگی کنم					
۲۶	به نظر من دیگران در زندگی از من موفق ترند					
۲۷	شاید نتوانم بر زبان بیاورم ولی احساس می کنم آفرینش انسان و جهان دارای هدف و معنی است					
۲۸	به فعالیت هایی که دیدم مرا گسترش دهند، علاقه زیادی دارم					
۲۹	نمی توانم خودم را زیاد تغییر دهم، زندگی ام همین طور که هست خوب است					
۳۰	مشکلات و ناراحتی های زندگی ام را به امید فردا تحمل می کنم					
۳۱	زندگی ام سرشار از تغییراتی است که باعث می شود بصیرت و بینش بیشتری نسبت به زندگی پیدا کنم					
۳۲	ارتباط من با خدا، کمک می کند که احساس تنهایی نکنم					
۳۳	همیشه افرادی وجود دارند که بتوانم برای آینده روی آنها حساب کنم					
۳۴	همیشه چیزهایی در زندگی وجود دارد که مرا به هیجان درآورد					
۳۵	زندگی ام سرشار از تغییراتی است که در اختیار من نیست.					

ردیف	سؤالات (گویه ها)	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۳۶	در اکثر موارد، زندگی ام به اهداف و آرمان هایم نزدیک است					
۳۷	من به عقاید اطمینان می کنم، حتی اگر با افکار عمومی در تعارض باشد					
۳۸	من برای زندگی خود برنامه دارم					
۳۹	نمی دانم چه کسی هستم، از کجا آمده ام، و به کجا می روم					
۴۰	احساس می کنم روابط عمومی ام خوب نیست					
۴۱	پیدا کردن دوست و حفظ ارتباط با آن دشوار است					
۴۲	من جهان هستی را یک دستگاه به هم پیوسته و منسجم می دانم					
۴۳	من جزء افرادی هستم که آینده شان خیلی تیره است					
۴۴	دوست دارم اکثر خصوصیات خودم را تغییر بدهم					
۴۵	تغییر شرایط و موقعیت هایی که در آن قرار گرفته ام، دشوار نیست					
۴۶	ارتباط نزدیک با خدا موجب می شود که احساس خوشبختی کنم					
۴۷	در مورد موضوعات بحث برانگیز، من به راحتی عقاید خودم را بیان می کنم					
۴۸	شخصیت انسان در هر سنی می تواند رشد و تکامل یابد					
۴۹	از گفتگوهای گرم با دوستان و آشنایانم لذت می برم					
۵۰	هدف و معنی خاصی در خلقت موجودات عالم نهفته نیست					
۵۱	فکر می کنم اگر اتفاق خاصی نیفتد، آینده خوبی در انتظار من است					
۵۲	بیشتر ابعاد شخصیتم را دوست دارم					
۵۳	همه از من شادتر هستند					
۵۴	هیچ عاملی نمی تواند به تسلط من بر زندگی ام خدشه وارد کند					
۵۵	اگر بتوانم بیشتر زندگی کنم، تقریباً هیچ چیز را تغییر نخواهم داد					
۵۶	همیشه از خودم می پرسم، چرا اصلاً وجود دارم					
۵۷	زندگی ام گام برداشتن در مسیر اهدافی است که برای خود مشخص کرده ام					
۵۸	برای اینکه شبیه اطرافیانم شوم، گاهی طرز فکر و عمل کردنم را تغییر می دهم					
۵۹	اگر دوباره متولد شوم، دوست دارم همین طور که الان هستم باشم					
۶۰	بخش بزرگی از زندگی من به فعالیت های شادی بخش اختصاص دارد					
۶۱	برای رسیدن به اهدافی که برای زندگی ام طرح کرده ام، تلاش زیادی می کنم					
۶۲	شرایط زندگی ام می توانست بهتر از این باشد، ولی من از این وضعیت راضی ام					
۶۳	معتقدم خدا در تمام جوانب زندگی من حضور دارد					
۶۴	می توانم به دوستانم اطمینان کنم و آنها نیز می توانند به من اطمینان کنند					
۶۵	دیدگاه هایم در گذر سال ها تغییر و رشد یافته و این باعث خوشحالی من است					
۶۶	در نومییدی بسی امید است پایان شب سیه سپید است					
۶۷	این گفته درست است که: «شادی زندگی انسان را زیباتر می کند»					
۶۸	تاکنون به چیزهای مهمی که در زندگی ام می خواسته ام، دست یافته ام					
۶۹	هر چند زندگی ام پر مشغله است ولی همه جوانب زندگی ام را تحت کنترل دارم					
۷۰	معمولاً احساس دلتنگی می کنم، چیزهای شادی بخش در زندگی ام کم است					

ردیف	سؤالات (گویه ها)	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۷۱	مثل دیگران دارای نقاط ضعف و قوت ام ولی در کل به خودم اطمینان دارم					
۷۲	من سوار بر زندگی ام، نه زندگی سوار بر من					
۷۳	سعی می کنم زندگی ام دچار تغییر و تحول نگردد					
۷۴	در امور مختلف مشورت می کنم ولی به صورت مستقل تصمیم گیری می کنم					
۷۵	دوستانم برای اینکه زندگی جهت داری دارم، مرا ستایش می کنند					
۷۶	زمانی که با مشکلی رو به رو می شوم، سعی می کنم با خدا راز و نیاز کنم					
۷۷	به افرادی که زندگی هدفمند و جهت داری دارند، غبطه می خورم					



## پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن

ردیف	عبارات	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
۱	چنان افکار و تصورات مربوط به بدشکل بودن ظاهر مرا احاطه می کنند که تمام انرژی مرا صرف خودشان می کنند.					
۲	نگرانی های مربوط به بدشکلی ظاهر مرا ناراحت و نگرانتر می کند.					
۳	خجالت می کشم دیگران متوجه افکار و تصوراتی که مربوط به بدشکلی خودم دارم بشوند.					
۴	آن قدر به افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر ادامه می دهم تا بالاخره به نتیجه ای دست یابم.					
۵	نگرانی مربوط به بدشکلی ظاهر نمی گذارند که به کارها و وظایف اصلی ام برسم.					
۶	نمی دانم با وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر چه آینده ای در انتظار من است.					
۷	در مورد وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی در خودم نگران هستم.					
۸	من در مقابل افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر هیچ اراده ای ندارم.					
۹	همیشه مراقب واکنش دیگران در مورد بدشکلی ظاهر خودم هستم.					
۱۰	خیلی حواسم به مردم اطرافم است که ببینم بدشکلی ظاهر مرا چگونه برانداز می کنند.					
۱۱	بیشتر اوقات انرژی روانی من صرف افکار و تصورات راجع به بدشکلی ظاهر می شود.					
۱۲	بیشتر اوقات به خاطر بدشکلی ظاهر در خودم فروم یروم و متوجه اطرافم نیستم.					
۱۳	تصورات ذهنی مربوط به بدشکلی ظاهر مانع تمرکز و دقت من می شوند.					
۱۴	بیشتر اوقات غرق در افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر می شوم و به آنها ادامه می دهم.					
۱۵	خودم را بر اساس همین افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر ارزیابی می کنم.					
۱۶	وقتی که افکار مربوط به بدشکلی ظاهر پدیدار می شوند آنها را قبول می کنم.					
۱۷	من افکار و تصورات ذهنی مربوط به بدشکلی ظاهر را واقعی می دانم.					
۱۸	من با افکار و تصورات ذهنی مربوط به بدشکلی ظاهر مقابله نمی کنم و در آنها شک نمی کنم.					
۱۹	فکر می کنم که تصاویر و افکار مربوط به بدشکلی ظاهر حقیقت دارند.					
۲۰	وقتی که افکار مربوط به بدشکلی ظاهر وارد ذهنم می شوند خودم را در آینه نگاه می کنم و آنها را تصدیق می کنم.					
۲۱	تمام افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر به گونه ای است که گویی کاملاً واقعیت دارند.					
۲۲	تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهر به اندازه یک امر واقعی من را ناراحت می کند.					
۲۳	تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهر باعث می شوند تا من بیشتر مواظب ظاهر باشم.					
۲۴	وجود تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهر مرا متوجه بهتر کردن ظاهر می کنند.					
۲۵	وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر برای من بسیار خطرناک هستند.					
۲۶	وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر برای من وحشتناک و قابل کنترل نیستند					
۲۷	وجود افکار و تصورات مربوط به بدشکلی ظاهر ناراحتی می کند چون زیبایی برای من خیلی مهم است.					
۲۸	سعی می کنم تا با آرایش بدشکلی ظاهر را بهتر بکنم.					
۲۹	با گریم کردن سعی می کنم تا نقص ظاهر را بپوشانم.					
۳۰	خودم را تا جایی که بشود به خاطر بدشکلی ظاهر از دیگران دور نگه می دارم.					
۳۱	سعی می کنم بخاطر تصورات و افکار مربوط به بدشکلی ظاهر زیاد در مقابل دیگران ظاهر نشوم.					