

## بررسی اثربخشی ترکیب آموزش معکوس‌سازی عادت (HRT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نشانگان اختلال موکنی

پروین جمشیدیان قلعه شاهی<sup>۱\*</sup>

### چکیده

۱-دانشجوی دکترای روان‌شناسی.

زمینه و هدف: اختلال موکنی (Trichotillomania (TTM)) کندن مکرر مو تا حدی است که به از دست دادن قابل توجه آن منجر می‌شود. TTM با احساسات منفی و اجتناب از فعالیت‌های مهم اجتماعی همراه است. این پژوهش، با هدف بررسی اثربخشی ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با آموزش معکوس‌سازی عادت (HRT) بر کاهش نشانگان اختلال موکنی انجام شد.

روش بررسی: در این مقاله از آزمایش مورد منفرد (Single-Case Experiment) با طرح A-B به همراه پیگیری استفاده شد. با روش نمونه‌گیری هدفمند دو نفر انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها علاوه بر مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5، از چک‌لیست میلواکی برای انواع TTM، نسخه بزرگسالان و مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست استفاده شد. پروتکل هفت جلسه‌ای درمان ترکیبی ACT و HRT برای هر شرکت‌کننده به‌طور انفرادی اجرا شد. داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای شرکت‌کننده‌ها به‌طور جداگانه، روی نمودار رسم شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل دیداری نشان داد که ترکیب درمان ACT و HRT بر کاهش علائم اختلال موکنی در هر دو بیمار مؤثر بود و این دستاورد درمانی تا مرحله پیگیری حفظ شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که ترکیب رویکرد رفتاری متداول با رویکردی که اجزای شناختی و هیجانی رفتار را در نظر می‌گیرد به‌طور معناداری نشانگان اختلال TTM را کاهش می‌دهد. در نتیجه، درمانگران می‌توانند برای مؤثرتر کردن روند درمان اختلال TTM، معکوس‌سازی عادت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با هم ترکیب کنند.

کلید واژگان: آموزش معکوس‌سازی عادت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال موکنی.

۱-گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

\*نویسنده مسؤل:

پروین جمشیدیان قلعه شاهی؛ گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.  
تلفن: ۰۰۹۸۹۳۸۱۶۰۷۶۵۱

Email:  
jamshidian@yahoo.com

## مقدمه

گوارشی می‌شود و ناگزیر عمل جراحی را می‌طلبد (۵). یکی از متداول‌ترین درمان‌های TTM، آموزش معکوس-سازي عادت ((Habit Reversal Training (HRT) است که به‌عنوان یک رویکرد رفتاری برای درمان این اختلال پذیرفته شده است (۶). HRT مدت‌ها قبل از آنکه انواع فرعی TTM شناسایی شود، توسط آزرین، نان و فرانتر (Azrin, Nunn, & Frantz) (۱۹۸۰) ابداع شد. این شیوه آموزشی سه جزء اصلی دارد: الف) آموزش آگاهی (Awareness Training) که در آن به مراجعان کمک می‌شود تا نسبت به تمام برانگیزان‌های (Triggers) رفتار موکنی هوشیار باشند. ب) آموزش پاسخ‌های رقیب (Competing Response Training) که در آن بیمار می‌آموزد به‌جای رفتار موکنی، رفتارهای جایگزین و مغایر دیگری انجام دهد که ناهماهنگ با آن رفتار عادت‌ی است. ج) آموزش حمایت اجتماعی (Social Support Training) که در آن نزدیکان بیمار به او در حفظ برنامه درمانی کمک می‌کنند (۷).

با نگاهی دقیق به مطالعات انجام‌شده به‌نظر می‌رسد که HRT یا هر روش دیگری که برای از بین بردن الگوهای حرکتی عادت‌ی طراحی شده است، احتمالاً باید مرکز توجه هر مداخله برای TTM باشد، اما پژوهشگران دیگری نشان داده‌اند که TTM ممکن است در تعدادی از افراد به عمل اضافه کنترل کردن تجارب خصوصی آزارنده منجر شود که در واقع پاسخی به ترکیب مداخلاتی مثل توقف فکر (Thought Stopping) و بازسازی شناختی (Cognitive Restructuring) است؛ به‌طوری‌که یافته‌های اخیر بیان‌کرده‌اند که روابط بین رویدادهای خصوصی و رفتار موکنی ممکن است به‌وسیله متغیر سوم اجتناب تجربی (Experiential Avoidance) مورد میانجی‌گری قرار گیرد. برای مثال، در یک زمینه‌یابی اینترنتی با نام مستعار (Anonymous Internet Survey)، در ۲۳۶ شخصی

اختلال موکنی (Trichotillomania (TTM): Hair-Pulling Disorder) کندن مکرر مو تا حدی است که به از دست دادن قابل توجه آن منجر می‌شود. کندن مو ممکن است هر قسمتی از بدن که مو رشد می‌کند را شامل شود، اما رایج‌ترین نواحی سر، ابرو و پلک است؛ در حالی-که کندن موی زیر بغل، صورت و زهار کمتر رایج است. TTM بر اساس میزان آگاهی فرد از عمل موکنی به سه نوع تقسیم می‌شود: الف) خودکار (Automatic) که خارج از آگاهی و در طول فعالیت‌هایی مثل رانندگی یا تماشای تلویزیون اتفاق می‌افتد. ب) متمرکز (Focused) که در آن کندن مو آگاهانه‌تر است و به‌منظور خنثی‌سازی اضطراب یا تجارب درونی دیگر انجام می‌شود. ج) مخلوط (Mixed) که ترکیبی از هر دو را دربرمی‌گیرد. DSM-5 نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال TTM را در بزرگسالان و نوجوانان ۱ تا ۲ درصد اعلام می‌کند. این اختلال با نسبت ۱۰ به ۱ در زنان بیشتر از مردان است (۱). در DSM-IV اختلال کندن مو جزء اختلالات کنترل تکانه (Impulse Control Disorder) محسوب می‌شد، اما در DSM-5، به‌عنوان یک اختلال مستقل و در فصل اختلال وسواسی-اجباری (OCD) و اختلالات مرتبط با آن مطرح شده است؛ به-طوری‌که قبل از انتشار DSM-5، پژوهشگران تغییرات پیشنهادی آن را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که اختلالاتی مانند TTM و کندن پوست (Skin Picking) علایم اختلال طیف وسواسی-اجباری (Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder) را شامل می‌شود (۲). TTM با احساسات منفی بسیار از جمله انزوا، خجالت، شرمندگی و عزت نفس پایین همراه است، همچنین اجتناب از فعالیت‌های مهم مثل آزمون‌های پزشکی، سلمانی رفتن، ارتباطات اجتماعی و صمیمیت جنسی اتفاق می‌افتد (۳، ۴). در نمونه‌های شدید، هنگامی که مو خورده می‌شود، توده‌های مو در معده و روده منجر به مشکلات

خصوصی مثل اضطراب، تنش یا استرس است (۱۲). بدین ترتیب، یک درمان مؤثر برای TTM شامل روش‌هایی است که اجتناب تجربی را کاهش و پذیرش تجربی را افزایش می‌دهد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سه جزء اصلی در پی از بین بردن اجتناب تجربی است: الف) پذیرش رویدادهای خصوصی فرد، ب) گسلش (Defusion) از معنای تحت اللفظی زبان، ج) و انتخاب یک زندگی ارزشمند و حرکت به سمت آن. ACT برای رسیدن به اهداف درمانی خود، از تمرینات تجربی و استعاره‌ها استفاده می‌کند و در عین حال بر حرکت مراجع به سمت اهداف ارزشمندش تأکید می‌کند.

تاکنون پژوهشگران در سایر کشورها ترکیب دو رویکرد ACT و HRT را برای درمان اختلال TTM (۱۳) و همچنین برای درمان اختلال کندن پوست (۱۴) که اختلالی مشابه با TTM است، مورد استفاده قرار داده‌اند و کارآمدی آن را در بهبود و کاهش نشانگان این اختلالات تأیید کرده‌اند، اما با جستجو در منابع اطلاعات پژوهشی ایران (سایت‌های Magiran و SID) تحقیقی در خصوص اثربخشی این شیوه ترکیبی در درمان TTM یافت نشد. از این‌رو، با توجه به کمبود پژوهش در این زمینه و نظر به نویدبخشی این درمان در کاهش علائم اختلال TTM، این پژوهش، اثربخشی ترکیب درمان ACT و HRT را بر کاهش علائم اختلال کندن مو مورد بررسی قرار داد. دستاوردهای این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار درمانگران و پژوهشگران قرار دهد.

### روش بررسی

با توجه به اینکه در اختلال TTM، با تعداد کم افراد نمونه و خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها مواجه هستیم و این موارد از جمله محدودیت‌های طرح آموزش گروهی است، در این پژوهش از آزمایش مورد منفرد (Single-Case Experiment) استفاده شد. آزمایش‌های مورد

که ابتدا به TTM را ثبت کردند، در مورد اجتناب تجربی و شدت کندن مو اطلاعاتی جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد به همان اندازه که اشخاص اجتناب تجربی بیشتری را گزارش می‌کردند، رفتار موکنی شدیدتری را گزارش می‌دادند، مخصوصاً هنگامی که سعی می‌کردند با امیال کندن مو مبارزه کنند. بنابراین بین شدت TTM و اجتناب تجربی رابطه وجود دارد (۸). تحقیق دیگری نشان داد که اجتناب تجربی بین شناخت‌های وابسته به شرم، ترس‌های ارزیابی، عقاید منفی درباره ظاهر و شدت کندن مو، نقش واسطه‌ای دارد (۹). بنابراین به نظر می‌رسد که یک مداخله جامع برای TTM نباید فقط شامل HRT باشد، بلکه باید همچنین درمانی را دربرگیرد که مستقیماً اجتناب تجربی را نشانه می‌گیرد. درمان پیشنهادی برای هدف قرار دادن اجتناب تجربی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. هایس، ویلسون و استروسال (Hayes, Strosahl, & Wilson) استدلال کردند که بسیاری از اختلالات روانی، شکلی از اجتناب تجربی ناسالم است. آنها این پدیده را این‌گونه تعریف می‌کنند: "اجتناب تجربی هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد مایل نیست در تماس با تجارب خصوصی ویژه باقی بماند (برای مثال، حس‌های بدنی، هیجانات، افکار، خاطرات، پیش‌آمادگی‌های رفتاری) و برای تغییر شکل یا کاهش فراوانی این رویدادها و زمینه‌هایی که در آنها این رویدادها ظهور می‌یابند، اقدام می‌کند" (ص، ۵۸). در واقع، ACT مبتنی بر این فرض است که قسمت اعظم مسائل روان‌شناختی ناشی از اجتناب تجربی است؛ یعنی تمایل شخص به اینکه از تجارب خصوصی ناخواسته مثل افکار، امیال، یا هیجان‌ها دوری کند، سعی کند آنها را کنترل کند یا از آنها فرار کند (۱۰) و در TTM نیز عقیده بر این است که عمل موکنی این تجارب درونی را تنظیم می‌کند و خود کندن مو راهی برای دوری یا فرار از رویدادهای خصوصی آزارنده است (۱۱). برای مثال، در TTM از نوع متمرکز، برخی وظایف موکنی، دوری کردن یا تغییر دادن رویدادهای

در پژوهش حاضر از پروتکل هفت جلسه‌ای درمان ترکیبی ACT و HRT که توسط وودز و تووهیگ (Woods & Twohig) (۲۰۰۴) تدوین شده است (۱۳)، استفاده شد. جلسات اول تا چهارم، فقط شامل تمرینات ACT است و از جلسه پنجم آموزش‌های HR شروع می‌شود، با این حال، در سه جلسه آخر، همچنان بر پذیرش، گسلش و ارزش‌ها تأکید می‌شود. برای هر دو شرکت‌کننده، جلسات درمان به صورت مجزا و هفتگی توسط نویسنده مقاله اجرا شد.

جلسه اول: با توضیح درمان و مرور کلی و مختصر آن شروع شد. از بیمار خواسته شد که نسبت به شرکت در درمان تعهد داشته باشد و در هر ۷ جلسه شرکت کند و همچنین در مورد اثربخشی درمان، زود قضاوت نکند. سپس راهبردهای شرکت‌کننده برای کنترل رویدادهای خصوصی مورد بحث قرار گرفت. از شرکت‌کننده خواسته شد که تلاش‌هایش را برای کنترل امیال موکنی توصیف کند و میزان موفقیت‌آمیز بودن این تلاش‌ها را مورد بررسی قرار دهد. استعاره "انسان در چاه" (Man in the Hole) مطرح شد تا نشان داده شود که تلاش برای کنترل رویدادهای خصوصی مثل امیال، سرانجام بی‌اثر و ناموفق است. این استعاره، شرکت‌کننده را این‌گونه توصیف می‌کند که در چاهی افتاده (بازنمایی‌کننده کوشش‌های بیمار برای کاهش امیال موکنی) و تنها ابزار او برای بیرون آمدن، یک بیلچه است (ابزاری برای کاهش امیال). این استعاره توصیف می‌کند که چگونه تلاش‌های شرکت‌کننده بیشتر او را در چاه گیر می‌اندازد (بازنمایی‌کننده کوشش‌های آنها برای کاهش میل به موکنی) و آنها عمیقاً در چاه فرو می‌روند (پارادوکس اینکه چگونه کشمکش با امیال موکنی می‌تواند عملاً آنها را قوی‌تر کند و در طولانی‌مدت آنها را دور نمی‌کند). وظیفه این استعاره آن است که تمرکز شرکت‌کننده را برای کاهش و کنترل امیال موکنی کاهش دهد و به جای آن، او را به سمتی سوق دهد که بفهمد قدرت امیال چیزی

منفرد، طرح‌های تحقیقی شبه آزمایشی (Quasi-Experimental) هستند که در آنها با ارائه متغیر مستقل به آزمودنی‌ها، تغییر در متغیر وابسته چندین بار اندازه‌گیری می‌شود. در این پژوهش، از طرح A-B به همراه پیگیری استفاده شد. طرح AB شامل یک مرحله خط پایه (A) است که به دنبال آن درمان (B) می‌آید. اثربخشی درمان به وسیله مقایسه وضع مراجع در طی درمان با خط پایه تعیین می‌شود. روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful Sampling) بود. در این شیوه نمونه‌گیری با انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس خصوصیات یا صفاتی خاص، افرادی که واجد آن ملاک نیستند، حذف می‌شوند. در واقع، قصد پژوهشگر در چنین نمونه‌گیری، انتخاب کسانی است که با اهداف پژوهش همخوانی داشته باشند. از این رو، از بین دانشجویانی که در سال ۱۳۹۳ برای درمان اختلال موکنی خود به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، مراجعه کرده بودند، دو نفر از آنها که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: وجود اختلال TTM بر اساس ملاک‌های مطرح‌شده در DSM-5، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، و عدم استفاده از داروهای سایکوتروپیک (Psychotropic Drugs) حداقل دو هفته قبل از شروع درمان.

به منظور در نظر گرفتن ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران، یک رضایت‌نامه کتبی با ذکر این موارد تدوین شد: رعایت اصل رازداری، اولویت قرار دادن سلامت روان-شناختی شرکت‌کنندگان، در صورت عدم تمایل به ادامه درمان به درخواست بیمار احترام گذاشته شود و چنانچه هر بیمار دچار بحران یا مشکلی شد که به درمان دارویی نیاز داشته باشد از طرح پژوهش خارج شده و به روان‌پزشک ارجاع داده شود.

نتیجه، آن جمله در زبان خارجی تأثیر کمی بر رفتار می-گذارد. برای نشان دادن این موضوع به شرکت‌کننده، تمرین "شیر، شیر، شیر" به کار رفت. در این تمرین، شرکت‌کننده یک کلمه را به‌طور مکرر و با صدای بلند، بیان می‌کند؛ به-طوری‌که کلمه به‌عنوان یک «صدا» در نظر گرفته می‌شود؛ نه به‌عنوان یک کلمه با معنا. گسلسش مفید واقع می‌شود، به علت اینکه میل به کردن مو اغلب جزء کلامی دارد، درست مثل هنگامی که یک شرکت‌کننده فکر می‌کند: "اگر مویم را نکَنم، نمی‌توانم تمرکز کنم" یا "من نمی‌توانم در مقابل آن مقاومت کنم". تجربه اینکه کلمات هم واژه‌های با معنا هستند و هم صداهای بدون معنا، تجربه افکار را تسهیل می‌کند و به بیمار کمک می‌کند که در مقابل آنها واکنشی نشان ندهد. در پایان جلسه به شرکت‌کننده کمک شد تا به تمرین مشاهده امیال، افکار و دیگر تجارب خصوصی‌اش بپردازد و در عین حال عملاً پاسخی ندهد.

جلسه چهارم: ۲۰ دقیقه اول صرف تمرین ارتقای گسلسش از معنای تحت اللفظی زبان و پذیرش تجارب خصوصی شد، به این ترتیب که شرکت‌کننده به خودش رخصت می‌داد میل به موکنی افزایش یابد؛ در حالی‌که عملاً اقدام به موکنی نمی‌کرد. سپس جزء ارزش‌ها آغاز شد. شرکت‌کننده و درمانگر بحث کردند که آیا رفتار جاری فرد هماهنگ با ارزش‌هایش هست یا نه. در مورد فنون معکوس‌سازی عادت نیز توضیح مختصری داده شد.

جلسه پنجم: آموزش آگاهی شامل دو جزء است: توصیف پاسخ (Response Description) و تشخیص پاسخ (Response Detection). توصیف پاسخ شامل توصیف کلامی رفتار موکنی و رفتارهایی که درست قبل از کردن مو اتفاق می‌افتد، است. تشخیص پاسخ شامل شناسایی رفتار موکنی و رفتارهای مقدم بر آن (نشانه‌های هشداردهنده) است. توصیف و تشخیص پاسخ در هر دو نوع واقعی و شبیه‌سازی‌شده، انجام شدند. به‌طور کلی، در آموزش آگاهی، شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که آگاهی خود

فراتر از کنترل او است. بین جلسات اول و دوم از شرکت‌کننده خواسته شد که راهبردهای کنترل خود را مورد نظارت قرار دهد.

جلسه دوم: بر ناتوانی در کنترل رویدادهای شخصی شرکت‌کنندگان (و به‌طور کلی انسان‌ها) تمرکز شد و این واقعیت به‌طور تجربی با تمرینات دروغ‌سنج (Polygraph) و کیک شکلاتی نشان داده شد. در تمرین دروغ‌سنج از شرکت‌کننده خواسته شد که تصور کند به یک دستگاه دروغ‌سنج متصل است و اگر به‌مدت یک دقیقه بتواند مضطرب و پریشان نباشد، سه میلیون تومان جایزه می‌برد و در تمرین کیک شکلاتی از شرکت‌کننده خواسته شد به کیک شکلاتی گرم با رویه خامه‌ای روی آن، درست بعد از آنکه از فر بیرون می‌آید، فکر نکند. با انجام این تمرینات، اکثر شرکت‌کنندگان عصبی می‌شوند و به کیک شکلاتی فکر می‌کنند. بنابراین شرکت‌کنندگان متوجه می‌شوند که کسی کنترل کامل بر هیجان‌ها و افکار خود ندارد و سرانجام به جای سعی در کنترل امیال، پذیرش امیال شخص که در موکنی درگیر می‌شوند، پیشنهاد شد. به شرکت‌کننده گفته شد که میل زیاد برای نداشتن میل به موکنی، درست مثل وقتی است که سعی می‌کرد به کیک شکلاتی فکر نکند. بین جلسات دوم و سوم از شرکت‌کنندگان خواسته شد که در دفترچه‌ای تمایلات روزانه را در سه قسمت، یادداشت کنند: الف) توصیف زمانی که میل به موکنی را احساس می‌کردند، ب) عملی که در مقابل آن میل انجام می‌دادند، و ج) بررسی اینکه آیا این فعالیت در کاهش آن موفقیت‌آمیز بود یا نه.

جلسه سوم: بر گسلسش از معنای تحت اللفظی زبان متمرکز شد. تمرینات گسلسش به شرکت‌کننده کمک کرد تا زبان را در یک بافت غیر تحت اللفظی در نظر بگیرد. برای مثال، یک شخص فارسی‌زبان، یک جمله فارسی را تنها با معنای آن می‌شنود، اما همان شخص می‌تواند یک زبان خارجی را به‌عنوان صداهای ساده بدون معنا بشنود، و در

به موقع، ثابت قدم ماندن در تمرینات و تقویت انجام پاسخ-های رقیب است.

در این پژوهش جهت کسب اطلاعات مورد نیاز در مورد شرکت کنندگان یک جلسه مصاحبه تشخیصی قبل از شروع درمان، تدارک دیده شد و به منظور تشخیص نوع موکنی از چک لیست میلوکی برای انواع TTM- نسخه بزرگسالان، (Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version: MIST-A) استفاده شد. MIST-A دو نوع اصلی TTM یعنی موکنی متمرکز و خودکار را اندازه گیری می کند. این لیست شامل ۱۵ سؤال است که ۱۰ سؤال آن موکنی متمرکز و ۵ سؤال دیگر موکنی خودکار را می سنجد. هر سؤال از ۰ تا ۹ درجه بندی می شود و هر مقیاس نمره مربوط به خود را دارد. متوسط نمره بالینی در مقیاس متمرکز ۴۵/۳ است ( $SD=16/2$ ) و نمره بیشتر از ۹۰ در این مقیاس، فرد را در نوع متمرکز قرار می دهد. در مقیاس خودکار، متوسط نمره بالینی ۲۵/۷ است ( $SD=9/04$ ) و کسب نمره بیشتر از ۴۵، فرد را در نوع خودکار قرار می دهد. هر دو مقیاس همسانی درونی کافی و مناسب دارند (متمرکز:  $\alpha=0/77$  و خودکار:  $\alpha=0/73$ ) و اعتبار تفکیک کننده  $r=0/01$  بود (۱۵).

به منظور سنجش شدت اختلال در طی مراحل سه گانه، از مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست (The Massachusetts General Hospital (MGH) Hair-Pulling Scale) استفاده شد. MGH-HPS یک مقیاس خودسنجی شامل ۷ سؤال است که هر سؤال آن یک بعد از رفتار موکنی را می سنجد: (۱) فراوانی امیال (۲) شدت امیال (۳) توانایی کنترل امیال (۴) فراوانی موکنی (۵) تلاش برای مقاومت در مقابل موکنی (۶) میزان کنترل بر موکنی (۷) میزان پریشانی همراه با موکنی. هر سؤال روی طیف لیکرت ۵ درجه ای (از ۰ تا ۴) نمره گذاری می شود که ۰ بیانگر عدم وجود علائم و ۴ بیانگر علائم شدید است. به طور کلی، در این مقیاس، کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۲۸ است. این

را در مورد رفتار موکنی افزایش دهند که شامل مواردی است مثل: حرکت دست یا بازو، شناسایی نواحی رایج موکنی، و هر حرکت عاداتی دیگری که با موکندن تداعی می شود. هدف آن است که شرکت کننده بتواند رفتار موکنی و نشانه های هشداردهنده آن را با جزئیات شرح دهد. این آموزش ها در جلسه مطرح شد و از شرکت کننده خواسته شد که آنها را در بیرون از جلسه تمرین کند.

جلسه ششم: بعد از افزایش آگاهی، آموزش پاسخ های رقیب مطرح شد. از شرکت کننده خواسته شد چند پاسخ رفتاری جایگزین را که مغایر با رفتار موکنی است انتخاب کند. این پاسخ های جایگزین به نوعی با رفتار موکنی به رقابت می پردازند. برخی نمونه ها عبارتند از: گره کردن دست ها در یکدیگر، گذاشتن دست ها داخل جیب یا نگه داشتن یک شی. رفتار جایگزین باید هم مورد قبول خود فرد و هم از لحاظ اجتماعی مورد قبول باشد، باید بتوان آن را به آسانی انجام داد و همچنین موجب مشکلات اضافی نشود (مثلاً جویدن ناخن جایگزین کردن مو نشود). شرکت کننده یاد گرفت که به هنگام شروع رفتار موکنی یا نشانه های هشداردهنده، به مدت یک دقیقه، پاسخ های رقیب را انجام دهد. درمانگر، استفاده درست از پاسخ رقیب را شرح داد و از شرکت کننده خواست که همان را انجام دهد. در انتهای جلسه از مراجع خواسته شد که جلسه بعد، با یکی از اشخاص نزدیکش بیاید تا به آنها برای درمان در بیرون جلسه کمک کند.

جلسه هفتم: آموزش حمایت اجتماعی با هدف پایبندی به درمان مطرح شد. مسئولیت اولیه فرد حامی این بود که در موقع مناسب، به مراجع برای استفاده از پاسخ رقیب، یادآوری کند. از فرد حامی خواسته شد هنگامی که می بیند مراجع به درستی از پاسخ رقیب استفاده می کند او را تشویق و تمجید کند. به طور کلی، هدف استفاده از سیستم های حمایتی کمک به مراجع در افزایش آگاهی، یادآوری

می‌یابد و کاهش علائم در مراحل مداخله و پیگیری در مقایسه با شدید بودن علائم در خط پایه ثابت، بیانگر این نتیجه است.

بنا بر گزارش خود بیماران، شروع اختلال برای شرکت‌کننده شماره یک از سن ۱۱ سالگی و برای شرکت‌کننده شماره ۲ از سن ۷ سالگی بوده است. همچنین شرکت‌کننده شماره دو به‌طور نامنظم از دارو استفاده می‌کرده است که به هنگام مراجعه به مرکز، استفاده از آنها را کنار گذاشته بود.

نمودار شرکت‌کننده شماره یک نشان می‌دهد که نمرات مقیاس موکنی در موقعیت خط پایه ثابت و بالا بوده است، اما وقتی درمان ACT شروع می‌شود، نمرات به تدریج کاهش می‌یابد و با اضافه شدن درمان HRT کاهش بیشتری در نمرات دیده می‌شود و در پیگیری‌های یک (دوره یک-ماهه) و دو (دوره دو ماهه) این نتایج ماندگار می‌ماند.

در نمودار شرکت‌کننده شماره دو نیز نمرات ثابت و بالا در خط پایه مشاهده می‌شود که با آغاز درمان، نمرات شروع به کاهش می‌کند، در نمودار این شرکت‌کننده دیده می‌شود که در موقعیت مداخله با درمان ACT، نمرات فرد با اینکه کاهش یافته، ولی تقریباً ثابت است و به محض شروع درمان HRT نمرات به تدریج کاهش بیشتری پیدا می‌کند و این کاهش در نمرات در پی‌گیری‌های یک و دو ماهه نیز حفظ شده است.

مقیاس، پایایی درونی مناسبی دارد ( $\alpha=0/89$ ) و در سنجش با آزمون‌های روان‌شناختی دیگر مثل اضطراب و افسردگی، پایایی آزمون - بازآزمون خوب ( $r=0/97$ )، اعتبار همگرا و واگرای قابل قبول داشت (۱۶).

داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای هر شرکت‌کننده به‌طور جداگانه، روی یک نمودار رسم شد. با شروع جلسات درمانی، هر هفته سنجش از آزمودنی‌ها انجام می‌شد و دو مرحله پیگیری یک ماهه و دو ماهه برای اطمینان از ثبات اثرات متغیر مستقل اجرا گردید. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری استفاده شد که پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده‌های پژوهش مورد منفرد است.

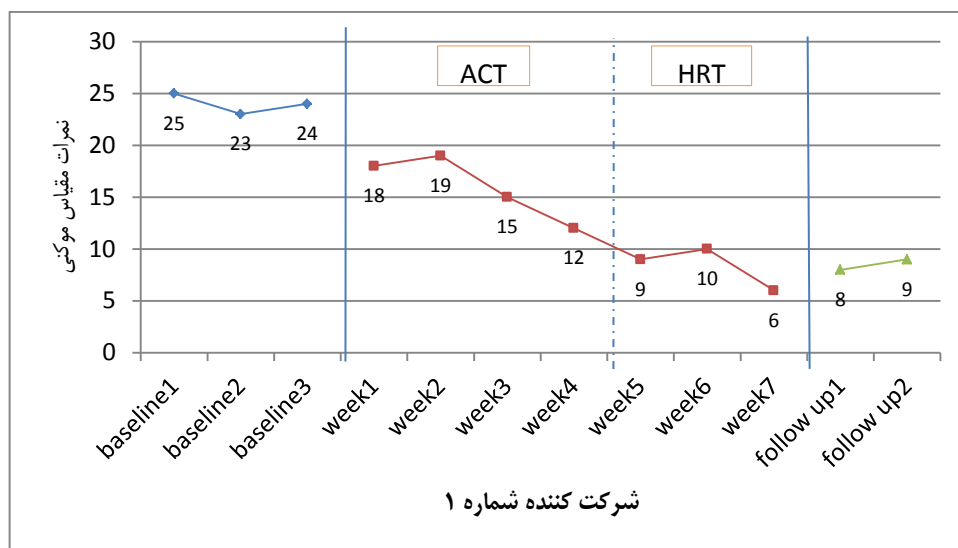
#### یافته‌ها

مشخصات دو شرکت‌کننده در جدول ۱ ارائه شده است. داده‌های گردآوری‌شده از سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر شرکت‌کننده روی نمودار رسم شد. سپس با تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی مورد تفسیر قرار گرفت.

همان‌طور که نمودارهای یک و دو نشان می‌دهند ترکیب درمان ACT و HRT بر کاهش علائم اختلال موکنی در هر دو بیمار مؤثر بوده و این دستاورد درمانی تا مرحله پیگیری حفظ شده است؛ به‌طوری‌که هیچ‌کدام از شرکت‌کننده‌ها به مرحله خط پایه بازگشت نکرده است. در هر دو بیمار با شروع HRT علائم به میزان بیشتری کاهش

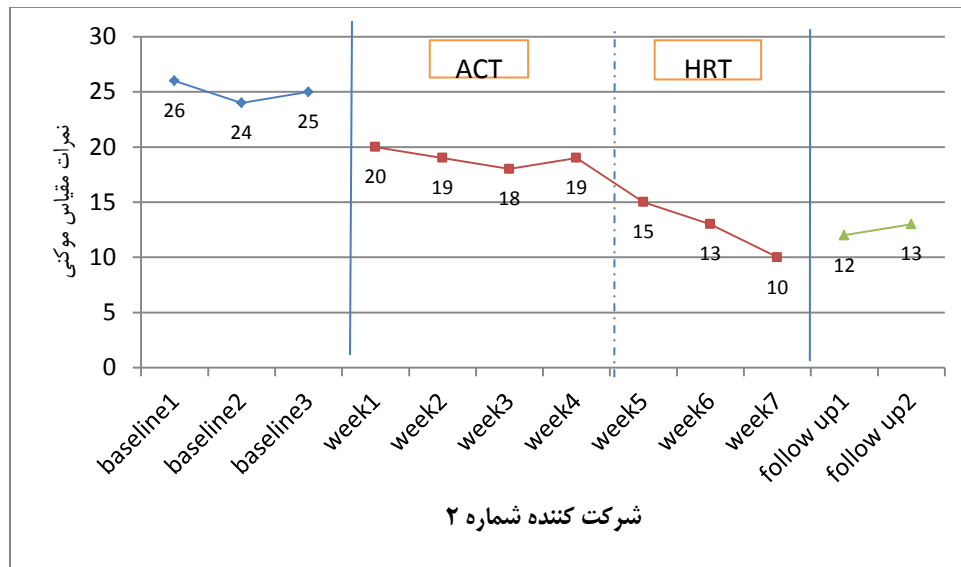
جدول ۱: مشخصات شرکت کنندگان

| شرکت کننده شماره ۲  | شرکت کننده شماره ۱ |                                     |
|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| مؤنث                | مؤنث               | جنسیت                               |
| ۲۷                  | ۲۲                 | سن                                  |
| مجرد                | مجرد               | وضعیت تأهل                          |
| حسابداری - کارشناسی | شیمی - کارشناسی    | رشته و مقطع تحصیلی                  |
| ۲۰                  | ۱۱                 | تعداد سال های ابتلا به اختلال موکنی |
| خودکار              | مخلوط              | نوع موکنی                           |
| سر                  | سر                 | محل موکنی                           |
| دارو درمانی         | هیچ                | درمان های قبلی برای اختلال موکنی    |



نمودار ۱: نمرات مقیاس موکنی شرکت کننده شماره ۱ در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری





نمودار ۲: نمرات مقیاس موکنی شرکت کننده شماره ۲ در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

## بحث

سال ۲۰۰۴ انجام شد. در مطالعه آنها درمان ترکیبی ACT و HRT در طی ۷ جلسه، برای ۶ بزرگسال مبتلا به TTM اجرا شد، و اثربخشی درمان با طرح خط پایه چندگانه مجزا (Separate Multiple Baseline Design) ارزیابی شد. اطلاعات خودبازنگری نشان داد که درمان در کاهش تعداد موهای کهنه شده موفقیت آمیز بود؛ به طوری که از بین ۶ شرکت کننده، در ۴ نفر از آنها به سطح نزدیک به صفر رسید و در پیگیری ۳ ماهه، از بین ۴ شرکت کننده، ۳ نفر از آنها این دستاورد درمانی را حفظ کردند (۱۳). بعد از انتشار مقاله تووهیگ و وودز پژوهش های دیگر با الهام گرفتن از کار آنها، با ایجاد تغییراتی در پروتکل درمان، این شیوه درمانی را تکرار کردند. برای مثال، در پژوهش وودز، وترنک و فلسنر (Wetterneck & Flessner, Woods) در سال ۲۰۰۶ گروه درمان ترکیبی ACT & HRT با گروه کنترل لیست انتظار مقایسه شد. ۲۵ شرکت کننده بزرگسال مبتلا به TTM (۱۲ نفر در گروه درمان و ۱۳ نفر در لیست انتظار) آزمایش را کامل کردند و نتایج نشان داد که در گروه مداخله شدت و فراوانی موکنی و

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی ترکیب آموزش معکوس سازی عادت با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال موکنی بود. به این منظور دو بیمار که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان ترکیبی ACT و HRT در کاهش نشانگان اختلال موکنی بود؛ به طوری که تحلیل دیداری نمودار در هر دو شرکت کننده نشان داد که بین موقعیت خط پایه با موقعیت های مداخله و پیگیری تفاوت بارزی وجود داشت و با شروع مداخله شدت نشانگان اختلال به تدریج کاهش یافت و این کاهش تا مراحل پیگیری ماندگار بود؛ به طوری که هیچ یک از شرکت کنندگان به موقعیت خط پایه بازگشت نکردند. یافته قابل توجه دیگر در این تحقیق، افزایش میزان اثربخشی به هنگام اضافه شدن درمان دوم بود.

نتایج این پژوهش با سایر پژوهش های انجام شده در مورد اثربخشی درمان ترکیبی ACT و HRT در کاهش نشانگان TTM، همسو است. اولین پژوهش در این زمینه توسط وودز و تووهیگ (Woods and Twohig) در

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر و مقایسه آن با سایر پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که ترکیب رویکرد رفتاری متداول (آموزش معکوس سازی عادت) با رویکردی که اجزای شناختی و هیجانی رفتار را در نظر می‌گیرد (ACT) به طور معناداری نشانگان اختلال TTM را کاهش می‌دهد. این یافته بر اهمیت هدف قرار دادن اجتناب تجربی در درمان TTM دلالت می‌کند. این نتایج بیانگر این واقعیت است که هر چند TTM به عنوان یک مشکل رفتاری، اغلب یک اختلال عادت‌ی در نظر گرفته می‌شود، اما مهم است که اجزای هیجانی و شناختی آن را نیز در نظر بگیریم. تأیید اثربخشی این شیوه درمان بر کاهش نشانگان اختلال TTM، برای کار بالینی و درمان این اختلال، نویدبخش است، زیرا با ترکیب این دو درمان، هم به جزء رفتاری این اختلال و هم به اجزای شناختی و هیجانی آن توجه می‌شود؛ از این رو، درمانگران برای مؤثرتر کردن روند درمان اختلال TTM می‌توانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معکوس سازی عادت را با هم ترکیب کنند.

قابل ذکر است که با توجه به شرایط و نوع اختلال، کم بودن افراد نمونه، و مؤنث بودن شرکت‌کنندگان از جمله محدودیت‌های این پژوهش است؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی در این زمینه با افراد مذکر و مؤنث و در صورت امکان با نمونه‌های بزرگتر انجام شود. با توجه به شباهت‌های اختلال کندن مو و پوست، پژوهشگران می‌توانند پروتکل درمان را برای سازگار شدن با اختلال کندن پوست تغییر دهند و سپس آن را به اجرا درآورند. پیشنهاد پژوهشی دیگر، بررسی تأثیر جابه‌جایی ترتیب ارائه درمان (اینکه ابتدا ACT اجرا شود یا HRT) است.

میزان تخریب کاهش معنادار داشت، و همچنین کاهش معنادار در اجتناب تجربی و نشانگان اضطراب و افسردگی در گروه درمان ترکیبی در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار دیده شد. به‌طور کلی، نتایج در پیگیری سه ماهه حفظ شدند (۱۷). در مطالعه فلاسنر و همکاران (Flessner) (۲۰۰۸) ترکیب ACT و HRT برای درمان اختلال‌های کندن مو و کندن پوست مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش آنها تأثیر جابه‌جایی توالی ارائه درمان نیز مورد مطالعه قرار گرفت؛ به طوری که در گروه اول (سه شرکت‌کننده) ابتدا HRT و سپس ACT اجرا شد و گروه دوم (دو شرکت‌کننده) ابتدا ACT و سپس HRT را دریافت کردند. نتایج با طرح خط پایه چندگانه نشان داد که این درمان ترکیبی برای هر پنج شرکت‌کننده تا حد زیادی کندن مو و پوست را کاهش داد و ترتیب اینکه ابتدا ACT اجرا شود یا HRT در سودمندی درمانی کوتاه‌مدت هیچ تفاوتی نداشت یا تفاوت کمی داشت (۱۸). کراسبی (Crosby) و همکاران در سال ۲۰۱۲، ترکیب ACT و HRT را در ۸ جلسه ارائه دادند و نتیجه‌گیری کردند که این شیوه درمانی برای TTM مؤثر واقع می‌شود؛ به طوری که هر ۵ شرکت‌کننده که قبل از درمان سطوح بالای کندن مو را گزارش دادند، درمان شدند و کاهش ۸۷/۸۸ درصدی در موکنی آنها اتفاق افتاد. در پیگیری سه ماهه، ۲ شرکت‌کننده فواید درمان را حفظ کردند (۱۹). فاین (Fine) و همکاران در سال ۲۰۱۲ نیز پروتکل درمان ترکیبی ACT و HRT را برای دو نوجوان اجرا کردند و هر دو مراجع دستاوردهای معنادار بالینی را گزارش دادند؛ به طوری که حداقل دو هفته رفتار موکنی قطع شد و گزارش‌های شخصی نیز کاهش در پریشانی و اختلال را نشان داد (۲۰).

### منابع

1-American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup>ed: United States: American Psychiatric Association; 2013.

- 2-Sulkowski ML, Mancil TL, Jordan C, Reid A, Chakoff E, Storch EA. Validation of a classification system of obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in a non-clinical sample. *Psychiatr Res* 2011Jul; 188(1):65-70.
- 3-Diefenbach G J, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P. Trichotillomania: Impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behav Res Ther* 2005Jul; 43(7): 869-84.
- 4-Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, "et al". The trichotillomania impact project (TIP): Exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *J Clin Psychiatry* 2006Dec; 67(12):1877-88.
- 5-Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: A current review. *Clin Psychol Rev* 2010Mar; 30(2): 181-93.
- 6-Van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, Hellenbrand I, Hendriks GJ. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: A randomized, waiting-list controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2003Mar; 60(5): 517-22.
- 7-Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Treatment of hairpulling (trichotillomania): A comparative study of habit reversal and negative practice training. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1980Mar; 11(1): 13-20.
- 8-Begotka AM, Woods DW, Wetterneck CT. The relationship between experiential avoidance and the severity of Trichotillomania in a nonreferred sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35(1): 17-24.
- 9-Norberg MM, Wetterneck CT, Woods DW, Conelea CA. Examination of the mediating role of psychological acceptance in relationships between cognitions and severity of chronic hairpulling. *Behavior Modification* 2007; 31: 367-81.
- 10-Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
- 11-Wetterneck CT, Woods DW. *Understanding Behavior Disorders: A Contemporary Behavioral Perspective*. Reno: Context Press; 2007.
- 12-Diefenbach GJ, Mouton-Odum S, Stanley MA. Affective correlates of trichotillomania. *Behav Res Ther* 2002; 40(11): 1305-15.
- 13-Twohig MP, Woods DW. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behav Ther* 2004; 35(4): 803-20.
- 14-Capriotti MR, Ely LJ, Snorrason I, Woods DW. Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Excoriation (Skin-Picking) Disorder in Adults: A Clinical Case Series. 2014. *Cognitive and Behavioral Practice*. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722914000108>. Accessed Jul-Aug 2, 2003.
- 15-Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Cashin SE, Keuthen NJ. The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (MIST-A): Development of an instrument for the assessment of 'focused' and 'automatic' hair pulling. *J Psychopathol Behav Assess* 2008 Mar; 30(1): 20-30.
- 16-O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, Ricciardi JN, Buttolph ML, "et al". The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 2. reliability and validity. *Psychother Psychosom* 1995; 64(3-4):146-8.
- 17-Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther* 2006May; 44(5): 639-56.
- 18-Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behav Modif* 2008Sep; 32(5): 579-94.
- 19-Crosby JM, Dehlin JP, Mitchell PR, Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal Training for the Treatment of Trichotillomania. *Cogn Behav Pract* 2012Nov; 19(4): 595-605.
- 20-Fine KM, Walther MR, Joseph JM, Robinson J, Ricketts EJ, Bowe WE, "et al ". Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. *Cogn Behav Pract* 2012Aug; 19(3): 463-71.

## Investigating the Effectiveness of Combination of Acceptance and Commitment Therapy with Habit Reversal Training in Reduction of Trichotillomania Symptoms

Parvin Jamshidian Qaleh Shahi<sup>1\*</sup>

1- Psychology Phd Student.

1-Department of Psychology,  
Islamic Azad University, Isfahan  
(Khorasgan) Branch, Isfahan,  
Iran.

\*Corresponding author:  
Parvin Jamshidian Qaleh Shahi;  
Department of Psychology,  
Islamic Azad University, Isfahan  
(Khorasgan) Branch, Isfahan,  
Iran.  
Tel: +989381607651  
Email: jamshidianp@yahoo.com

### Abstract

**Background and Objectives:** Trichotillomania disorder is a repetitive pulling of hair to the point of noticeable loss. TTM has been tied to a number of negative effects and avoidance of important activities. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of combination of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Habit Reversal Training (HRT) on reduction of trichotillomania symptoms.

**Subjects and Methods:** In this study single-case experiment with A-B design with follow up was used. Two patients were selected by purposeful sampling. In order to gather information and data, in addition to the diagnostic interview based on DSM-5, Milwaukee Inventory for subtypes of trichotillomania-Adult Version: MIST-A and The Massachusetts General Hospital (MGH) Hair-pulling Scale were used. Seven-session ACT plus HRT protocol was delivered for each participant individually. Data drawn in three phases of baseline, intervention and follow-up, for participants separately.

**Result:** Data were interpreted by visual analysis and result showed that the combination of ACT and HRT was effective in reducing TTM symptoms in both patients, and the treatment out come was maintained in follow-up phase.

**Conclusion:** The results showed a traditional behavioral approach (HRT) combined with an approach that addresses the cognitive and emotional components of the behaviour (ACT), significantly reduce TTM symptoms. Combined ACT with HRT is more treatment of TTM.

**Keywords:** Habit Reversal Training, Acceptance and Commitment Therapy, Trichotillomania.

► Please cite this paper as:

Jamshidian Qaleh Shahi P. Investigating the Effectiveness of Combination of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Habit Reversal Training (HRT) in Reduction of Trichotillomania Symptoms. *Jundishapur Sci Med J* 2015;14(5):455-466.

Received: Sep 29, 2014

Revised: May 23, 2015

Accepted: June 17, 2015