

اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی

نجمه حمید^۱، مریم بردبار^۲، سیدعلی مرعشی^۳

اختلال وسواس موکنی یا تریکوتیلومانیا از جمله اختلالات روانی است که به رغم اهمیت آن و شیوع نسبتاً بالایی که دارد تا بیست سال پیش کمتر مورد توجه متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته بود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان وارونه سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه، تعداد ۲۴ نفر از بیماران زن مبتلا به وسواس موکنی مشهود به صورت نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی های گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک ساعته مورد مداخله درمان وارونه سازی عادت قرار گرفتند. آزمودنی های گروه گواه هیچ گونه مداخله ای را طی این مدت دریافت نکرد. آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله با مقیاس وسواس موکنی و پرسشنامه کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی وجود دارد ($P < 0.001$). نتایج نشان داد که درمان وارونه سازی عادت تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و علائم وسواس موکنی داشته است. نتایج پژوهش از این امر حمایت می کند که درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت، تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی بیماران دارای وسواس موکنی دارد.

واژه های کلیدی: وسواس موکنی، درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت، کیفیت زندگی

مقدمه

افرادی که تشخیص اختلال وسواس موکنی را دریافت می کنند، بیمارانی هستند که بخش زیادی از موهای سر، ابرو، مژه و سایر قسمت های بدنشان را به دلیل موکنی از دست داده اند و در نهایت رنج و درماندگی به دنبال درمان می روند (گران و چامبرلین، ۲۰۱۶). اختلال وسواس موکنی، براساس

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسوول): n.hamid@scu.ac.ir

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم، از دسته اختلالات وسواس فکری- عملی طبقه بندی شده است. اختلال وسواس مو کنی یک اختلال روانپزشکی است که ویژگی اصلی آن کندن مو در قسمت های مختلف بدن است و به طور مزمن این اختلال با پیامدهای اجتماعی- روانی منفی در ارتباط است (گرسنبلیت، جارامیلوهوف، روتینن و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماران به خودشان صدمه می زنند و رنج می کشند، اما نمی توانند از رفتار خود تخریب گرشان دست بردارند و نشانه های منفی این اختلال و عوارض ناشی از آن منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می شود و این افراد کمتر از زندگی لذت می بردند.

کیفیت زندگی امروزه یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می آید. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است. با توجه به پیامدهای منفی اختلال وسواس مو کنی به نظر می رسد کیفیت زندگی از جمله متغیرهایی است که در وهله اول در این بیماران کاهش می باید و بر سایر جنبه های زندگی تأثیر می گذارد (جین و ماهور، ۲۰۱۶)؛ اما اختلال وسواس مو کنی، به رغم داشتن عوارض متعدد جسمانی، روان شناختی و اجتماعی، کمتر مورد تشخیص و درمان قرار گرفته است، به همین دلیل نیاز است تحقیقات متعددی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر آن و همچنین شیوه های نوین درمانی آن انجام گیرد.

یکی از شیوه های نوین درمان های روان شناختی که امروزه برای درمان تعدادی از بیماری های وسواس و اختلال تیک مورد توجه قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت می باشد (گران، ردن، لپینک و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان روش مناسبی برای کاهش دادن مشکلات اختلالات رفتاری و در نهایت رفع آنهاست. برای به کار بستن این تکنیک، تنها کاری که لازم است انجام شود این است که به بیمار کمک شود تا تغییرات شناختی در طرحوار های ذهنی وی ایجاد شود و موقعیت هایی که موجب تنش و پناه آوردن وی به کندن مو به عنوان مقابله ای در برابر استرس است شناسایی شده و طرق دیگری که موجب آرامش وی می شود اتخاذ کند و مسئله ای که قصد حلش وجود دارد، برعکس انجام شود و رفتارهای جدید جایگزین رفتارهای قبلی شود.

این درمان اگر چه جنبه رفتاری دارد، اما تحقیقات نشان داده است که در ذهنیت افراد نیز تغییراتی پس از انجام آن ایجاد می شود. اثربخشی این درمان در بسیاری از اختلالات نشان داده شده است و به نظر می رسد یکی از درمان های مؤثر برای شدت نشانه ها و علائم اختلال وسواس مو کنی نیز باشد. روش وارونه سازی عادت چهار مؤلفه اصلی دارد. در مؤلفه اول، فرد مبتلا به این اختلال از موقعیت های

موکنی آگاهی پیدا کند، رفتاری را که بدان عادت کرده توصیف نماید و زمان‌هایی که عادت رخ می‌دهد یا نزدیک است رخ دهد شناسایی کند. مؤلفه دوم، آموزش پاسخ جایگزین یا مغایر است که در آن مراجع یاد می‌گیرد تا یک وابسته ناکامل رفتاری برای موکنی یا پیشایندهای آن به کار گیرد. به عبارتی مراجع، رفتاری ناهماهنگ با رفتار عادت را می‌آموزد که از آن برای جلوگیری از بروز رفتار مختل استفاده می‌کند. مؤلفه سوم، حمایت اجتماعی می‌باشد که طی آن فرد مهم یا نزدیک‌ترین فرد به مراجع کمک می‌کند تا به شکل موفقیت‌آمیز از پاسخ‌ها یا رفتارهای جایگزین برای کنترل موکنی بهره جوید. درنهایت، درمانگر با فرد، تمام موقعیت‌هایی که عادت در آن اتفاق می‌افتد و این که چطور عادت ممکن است برای او ناراحتی و شرمساری به بار آورد را بررسی می‌کند که مؤلفه راهبردهای انگیزشی نامیده شده است (گرانث و همکاران، ۲۰۱۷).

تحقیقات نشان می‌دهد که اختلال وسواس موکنی زودتر از اختلالات اضطرابی آغاز می‌شود و موکنان در بعضی از افراد منجر به کاهش احساسات ناخوشایند و اضطراب‌آور می‌شود (فالکنسفین، موتن-اودوم، مانسیوتو و همکاران، ۲۰۱۶). بزرگسالان مبتلا به تریکوتیمالیا اغلب گزارش می‌دهند که در طول دوره‌های اضطراب‌کننده موی آن‌ها افزایش می‌یابد و در عوض کردن مو برای بسیاری از این افراد منجر به احساس شرم و خجالت و در نهایت اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی می‌شود که این شرایط منجر به اضطراب در موقعیت‌های نزدیک و اجتماعی می‌شود (چامبرلین و همکاران، ۲۰۱۸). در زمینه ارزیابی کیفیت زندگی برخی بر این باورند که شاخص‌های ذهنی در مقایسه با شاخص‌های عینی بهتر می‌توانند آسایش و رفاه بیماران را تعیین کنند (تولد، دی، بریتو و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات حاکی از این است که افسردگی همراه با اختلال‌کننده مو پیش‌بینی‌کننده پایین بودن کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این اختلال می‌باشد (فوننتل دوس سانتوس-ریپرو، کالاف و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به پیشینه‌های پژوهشی و در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال بودیم که آیا درمان وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به وسواس موکنی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۷ بود. از بین این افراد، تعداد ۲۴ نفر به شیوه در دسترس که دارای ملاک‌های

اختلال وسواس مو کتی بودند، در دامنه سنی ۱۰ تا ۳۵ سال انتخاب و به شرط تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه یکساعته در مداخله آموزشی وارونه سازی عادت شرکت کردند و در طی این مدت گروه گواه هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. ملاک های خروج از پژوهش داشتن بیماری جسمانی و روانی حاد؛ تمایل به خروج از پژوهش، مصرف داروهای روانگردان و سایکوتروپیک بود. همه آزمودنی های پژوهش پیش از شروع دوره آموزشی و پس از آن با استفاده از پرسشنامه مو کتی دانشگاه ماساچوست^۱ و پرسشنامه کیفیت زندگی^۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه کندن مو بیمارستان ماساچوست یک ابزار خود گزارشی ۷ ماده ای است که به صورت ۵ گزینه ای نمره گذاری می شود و نمره بالا در آن نشانگر وجود اختلال است. این مقیاس، فراوانی فشار برای مو کتی، شدت فشار، کنترل فشار، فراوانی مو کتی، مقاومت در برابر مو کتی، کنترل مو کتی، تنش و ناراحتی را می سنجد. حداقل نمره اکتسابی، صفر و حداکثر آن، ۲۸ است. این مقیاس پایایی درونی مناسبی دارد (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹) و در سنجش با آزمون های دیگر مثل اضطراب و افسردگی، پایایی آزمون - باز آزمون خوب (۰/۹۷) داشته است (هاقتون، مک فارلند، فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۶). این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است (گران و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (گران، ۲۰۱۹). فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال (ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشند) مورد ارزیابی قرار می دهد. ۲ سوال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می کند. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می باشد و امتیاز بالاتر نشان دهنده

1 Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale

2 WHOQOL-BREF

کیفیت زندگی بهتر است (شارما ، ۲۰۱۹). در ایران (نجات و همکاران، ۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و اعتبار به روش باز آزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند. همچنین اعتبار مقیاس کیفیت زندگی را در ایران (رحیمی، ۱۳۹۷) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۶۵ و کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۴ به دست آمد که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

شیوه ی اجرا

در این پژوهش گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱ ساعته و در هفته ای ۲ بار با استفاده از پروتکل آموزشی مورد آموزش وارونه‌سازی عادت قرار گرفت (ایزوبی و همکاران، ۲۰۱۸). در جدول شماره ۱ خلاصه پروتکل و جلساتی که آزمودنی‌های گروه آزمایش مورد آموزش قرار گرفتند ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه پروتکل پروتکل آموزشی مورد آموزش وارونه‌سازی عادت

جلسه	محتوای جلسه
اول	جلسه اول شامل معرفی افراد حاضر در طرح درمانی، ایجاد ارتباط مناسب، آموزش دهی روانی - اجتماعی در مورد ماهیت اختلال با استفاده از زبان متناسب با سطح افراد و به دست آوردن درک کلی از بیماری بود.
دوم	در جلسه دوم که افراد از سوی درمانگر راجع به جزئیات رفتارهایی که هدف درمان هستند اطلاعات بیشتری کسب کردند. در این جلسات هر نشانه گزارش شده، توسط آزمودنی به شکل عملیاتی به منظور ایجاد یک تصویر رفتاری دقیق تعریف شد. سپس از نظر شدت و عملکرد برای تمرکز درمان بر روی آن طبقه‌بندی شد.
سوم	در این جلسه آموزش تن آرامی انجام شد
چهارم	این جلسه با آموزش پاسخ متضاد ادامه خواهد یافت. افراد مبتلا به اختلال، رفتارهایی را یاد می‌گیرند که مخالف با رفتار هدف در درمان است. به گونه ای که آزمودنی یاد می‌گیرد رفتاری ناسازگار را برای حدود ۱ دقیقه (تا زمانی که نیاز به فرونشانی دارد) انجام دهد، مشروط به اینکه بتواند وقوع نشانه‌ها را پیش‌بینی کند. پاسخ رقیب ابتدا توسط درمانگر و سپس آزمودنی انجام می‌شود و این پاسخ‌ها باید مورد علاقه آزمودنی باشند.
پنجم	در این جلسه تمرین هایی به افراد داده می‌شود تا بتوانند آنچه در یادگیری پاسخ متضاد آموخته اند را در منزل با عنوان تکالیف خانگی انجام دهند.
ششم	در این جلسه روند انگیزشی افراد بررسی می‌شود. درمانگر باید انگیزه لازم در افراد مبتلا را ایجاد کرده و آن

را با کمک خود افراد افزایش دهد. عنصر اصلی این جلسه حمایت اجتماعی سایر اطرافیان مخصوصاً اعضای خانواده است که در این زمینه نیز باید آموزش ببینند.

در جلسه هفتم چگونگی تعمیم دهی فنون آموخته شده به افراد آموزش داده می‌شود. این کار می‌تواند با ایفای نقش توسط درمانگر و یا سایر افراد حاضر انجام شود. مراجع باید تصویری از توان کنترل خود بر سایر موقعیت‌های زندگی پیدا کنند.

در جلسه پایانی، بار دیگر مروری بر تکنیک‌های آموزش داده شده می‌شود و سپس مشکلات و مسائلی که ممکن است در طی اجرای فنون برای آزمودنی‌های افراد حاضر در طرح درمانی پیش آمده باشد بررسی می‌شود و به سوالات آن‌ها پاسخ داده خواهد شد.

داده‌های با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض‌های آن بررسی شد، اولین پیش فرض نرمال بودن توزیع بود. بررسی نرمال بودن نمرات متغیر وابسته در این پژوهش تأیید شد. دومین پیش فرض بررسی شده، پیش فرض همگنی (برابری) واریانس بود که با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که برای همه متغیرها پیش فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیر وابسته تأیید گردید.

یافته‌ها

جدول شماره ۲ مولفه‌های توصیفی نمرات موکنی و کیفیت زندگی برای آزمودنی‌های دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات موکنی و کیفیت زندگی
برای آزمودنی‌های دو گروه

گروه		گروه آزمایش (n=۱۲)		گروه گواه (n=۱۲)	
		M	sd	M	sd
موکنی	پیش آزمون	۲۳/۰۸	۳/۵۸	۲۲/۷۵	۲/۷۳
	پس آزمون	۱۶/۹۲	۲/۱۵	۲۱/۰۱	۳/۲۶
	پیش آزمون	۴۷/۰۸	۱۶/۱۳	۴۹/۱۶	۱۶/۱۹
	پس آزمون	۶۸/۷۵	۱۴/۲۴	۵۱/۷۵	۱۶/۹۲
کیفیت زندگی					

نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F = 0.74, p > 0.05$). بررسی پیش فرض شیب رگرسیون خطی هم برای بررسی تعامل کووریت‌ها (پیش آزمون‌ها) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنادار نبود و پیش فرض شیب رگرسیون خطی در داخل گروه‌ها رعایت شده است ($F = 1.05, p > 0.05$)؛ با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره، از شاخص‌های مندرج در جدول ۳ برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون به عنوان متغیر کووریت و نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات کیفیت زندگی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig.	مجدور انا (اندازه اثر)
پیش‌آزمون	۷۵۰۴/۱۹	۱	۷۵۰۴/۱۹	۵۵/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸
گروه	۲۲۱۰/۳۶	۱	۲۲۱۰/۳۶	۱۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴
خطا	۲۸۱۴/۹۷	۲۱	۱۳۴/۰۴			
کل	۹۳۶۴۰/۰۰	۲۴				

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری باید یادآور شد که مقدار شاخص کجی و کشیدگی برای نمره کیفیت زندگی در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۰۷- و ۱/۱۷- بود که نشان دهنده نرمال بودن این متغیر است؛ همچنین آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی (برابری) واریانس‌ها از لحاظ آماری معنادار نبود ($F = 0.004, p > 0.05$) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نتایج نشان داد این رابطه معنادار نیست و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون خطی در داخل گروه‌ها رعایت شده است ($F = 5.23, p > 0.05$)؛ بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری به منظور مقایسه دو گروه در نمرات کیفیت زندگی بلامانع بود. نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان می‌دهد

که اثر نمرات پیش آزمون معنادار می باشد ($F = 55/98, p < 0/001$). بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول فوق نشان می دهد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون کیفیت زندگی نیز معنادار می باشد ($F = 16/49, p < 0/001$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی های دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص های توصیفی در جدول ۴-۵، این تفاوت ها به گونه ای است که نمرات پس آزمون کیفیت زندگی برای آزمودنی های گروه آزمایش ($68/75$) به طور معناداری بیشتر از نمرات آزمودنی های گروه گواه ($51/75$) می باشد. به عبارتی این نتایج حاکی از تأیید فرضیه دوم پژوهش می باشد و درمان وارونه سازی عادت منجر به افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران اختلال وسواس موکنی می شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات موکنی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig.	مجدوراتا (اندازه اثر)
پیش آزمون	۴/۱۴	۱	۴/۱۴	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۲
گروه	۶۱/۲۰	۱	۶۱/۲۰	۷/۸۵	۰/۰۱	۰/۲۷
خطا	۱۶۳/۶۹	۲۱	۷/۷۹			
کل	۸۴۴۲/۰۰	۲۴				

قبل از ارایه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری باید یادآور شد که مقدار شاخص کجی و کشیدگی برای نمره موکنی در پس آزمون به ترتیب برابر با $0/57$ و $-0/92$ بود که نشان دهنده نرمال بودن این متغیر است؛ همچنین آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی (برابری) واریانس ها از لحاظ آماری معنادار نبود ($F = 2/15, p > 0/05$) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس ها می باشد. بررسی پیش فرض شیب رگرسیون خطی نیز نشان داد که بررسی تعامل کووریت (موکنی) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنادار نیست و پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون خطی در داخل گروه ها رعایت شده است ($F = 3/02, p > 0/05$)؛ بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری به منظور مقایسه دو گروه در نمرات موکنی بلامانع بود. نتایج این تحلیل در

جدول ۳ نشان می دهد که اثر نمرات پیش آزمون معنادار نمی باشد ($F = 0.53$, $p = 0.47$). بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون موکنی و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول فوق نشان می دهد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون موکنی معنادار می باشد ($F = 7.85$, $p = 0.01$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی های دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات موکنی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص های توصیفی در جدول ۲، این تفاوت ها به گونه ای است که نمرات پس آزمون موکنی برای آزمودنی های گروه آزمایش (۱۶/۹۲) به طور معناداری بیشتر از نمرات آزمودنی های گروه گواه (۲۱/۰۱) می باشد.

بحث و نتیجه گیری

در واقع نتایج نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش که درمان وارونه سازی عادت دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند از را می توان همسو با نتایج پژوهش هایی دانست که نشان داده اند این روش درمانی بر کاهش مشکلات عاطفی و تکانه ای بیماران و سواس موکنی مؤثر است (الکساندر و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش که درمان وارونه سازی عادت را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار بودند.

نتایج این یافته را می توان نزدیک با نتایج پژوهش های دیگری در این زمینه همخوان دانست (لی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ایزوبی و همکاران، ۲۰۱۸) که نشان داده اند آموزش وارونه سازی عادت منجر به کاهش مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی این بیماران می شود. در تبیین یافته های حاضر می توان به این نکته اشاره نمود که فنون وارونه سازی عادت می تواند در کنار کاهش علائم موکنی به کاهش اضطراب، رفتارهای مخرب و افزایش عملکرد اجتماعی منجر شود. با افزایش عملکرد اجتماعی، کاهش اضطراب و رفتارهای مخرب، کیفیت زندگی فرد نیز افزایش پیدا می کند. علاوه بر این نتایج این پژوهش نشان داد که درمان وارونه سازی عادت منجر به کاهش علائم این بیماری می گردد. به بیان دیگر، هر چه فرد از حمایت اجتماعی بیشتری در طی درمان و بعد از درمان برخوردار باشد میزان بهبودی بالاتری به دست خواهد آورد.

حمایت اجتماعی و برنامه های تقویتی می توانند فنون یاد داده شده مانند تن آرامی و پاسخ متضاد در فرد را تثبیت کنند و فرد علاوه بر بهره مندی از درمان در جهت کاهش موکنی، شرایط روانی بهتری نیز

کسب کند. همچنین نتایج حاصل نشان داد که درمان وارونه سازی عادت منجر به کاهش معنادار علایم بیماران اختلال وسواس موکنی می شود. بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها این فرضیه پژوهشی تأیید می شود که درمان وارونه سازی عادت منجر به کاهش معنادار علایم بیماران اختلال وسواس موکنی می شود. این یافته همسو با نتایج پژوهش های بسیاری در این زمینه است که نشان داده اند درمان وارونه سازی عادت تأثیر مثبتی بر کاهش علایم بیماران اختلال وسواس موکنی می شود (برگ، ۲۰۱۷، چاندران و همکاران، ۲۰۱۵).

در تبیین اثربخشی درمان وارونه سازی عادت بر علایم اختلال وسواس موکنی باید به این نکته اشاره نمود که مهمترین ویژگی های درمان وارونه سازی عادت، ایجاد خودآگاهی در فرد مبتلا به وسواس موکنی نسبت به عادت مختل، آموزش مهارت های مقابله ای مؤثر جایگزین، حفظ انگیزه و افزایش تعمیم پذیری رفتارهای جدید آموخته شده است. به ویژه ایجاد آگاهی و استفاده از پاسخ مغایر، نقش مؤثری در کاهش عادات مختل دارند (رحم و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش آگاهی، مراجع را وامیدارد تا نمونه های عادت نامطلوب را برای اجرای پاسخ مغایر شناسایی نماید. استفاده از پاسخ مغایر، دو کنش را به دنبال دارد، نخست جلوگیری از رفتار عادت و فراهم کردن رفتار مقابل برای جایگزین کردن آن است، کنش دوم این است که پاسخ مغایر ممکن است مانند تنبیه کننده عمل نموده و مانع بروز رفتار گردد (تیونگ و همکاران، ۲۰۱۵).

نویسندگان مقاله، مراتب سپاس خود را از مراکز درمانی شهر مشهد و بیماران شرکت کننده در این پژوهش و سایر همکاران در مرکز پژوهش دانشگاه فردوسی مشهد اعلام می دارند.

References

- Alexander, J. R., Houghton, D. C., Twohig, M. P., Franklin, M. E., Saunders, S. M., Neal-Barnett, A. M. & Woods, D. W. (2017). Clarifying the relationship between Trichotillomania and anxiety. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 13, 30-34.
- Berg, C. (2017). My Life with Trichotillomania. In *Critical Storytelling in Uncritical Times* (pp. 67-69). Sense Publishers, Rotterdam.
- Chamberlain, S. R., Harries, M., Redden, S. A., Keuthen, N. J., Stein, D. J., Lochner, C., & Grant, J. E. (2018). Cortical thickness abnormalities in trichotillomania: international multi-site analysis. *Brain imaging and behavior*, 12(3), 823-828.
- Chandran, N. S., Novak, J., Iorizzo, M., Grimalt, R., & Oranje, A. P. (2015). Trichotillomania in children. *Skin appendage disorders*, 1(1), 18-24.
- Falkenstein, M. J., Mouton-Odum, S., Mansueto, C. S., Golomb, R. G., & Haaga, D. A. (2016). Comprehensive behavioral treatment of trichotillomania: a treatment development study. *Behavior modification*, 40(3), 414-438.
- Fontenelle, L. F., dos Santos-Ribeiro, S., Kalaf, J., & Yücel, M. (2019). Electroconvulsive therapy for trichotillomania in a bipolar patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(1), 97-104.
- Gerstenblith, T. A., Jaramillo-Huff, A., Ruutiainen, T., Nestadt, P. S., Samuels, J. F., Grados, M. A., & Rasmussen, S. A. (2019). Trichotillomania comorbidity in a sample enriched for familial obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 94, 152123.

- Ghaderi, M., Ahi, Q., Vaziri, S., Mansouri, A., & Shahabizadeh, F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 96-103.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 868-874.
- Grant, J. E., Redden, S. A., Leppink, E. W., & Chamberlain, S. R. (2017). Trichotillomania and co-occurring anxiety. *Comprehensive psychiatry*, 72, 1-5.
- Grant, J. E., Redden, S. A., Leppink, E. W., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2016). Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry research*, 239, 68-71.
- Houghton, D. C., McFarland, C. S., Franklin, M. E., Twohig, M. P., Compton, S. N., Neal-Barnett, A. M., & Woods, D. W. (2016). DSM-5 Trichotillomania: Perception of adults with trichotillomania after psychosocial treatment. *Psychiatry*, 79(2), 164-169.
- Isobe, M., Redden, S. A., Keuthen, N. J., Stein, D. J., Lochner, C., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2018). Striatal abnormalities in trichotillomania: A multi-site MRI analysis. *NeuroImage: Clinical*, 17, 893-898.
- Jain, R., & Mahor, D. (2016). Trichobezoar in the absence of trichotillomania: a consequence of occupational hazard. *International Surgery Journal*, 3(3), 1630-1633.
- Lee, E. B., Homan, K. J., Morrison, K. L., Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior modification*, 44(1), 70-91.
- Lochner, C., Keuthen, N. J., Curley, E. E., Tung, E. S., Redden, S. A., Ricketts, E. J., & Stein, D. J. (2019). Comorbidity in trichotillomania (hair-pulling disorder): A cluster analytical approach. *Brain and behavior*, 9(12), e01456.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouee, N., Mohammad, S. R. (2006). Standardization of the World Organization Questionnaire, Iranian Translation and Psychometric Questionnaire. *Journal of School of Health and Institute of Health Research*, 4, 12-1.
- Rahimi, M. (2015). The Influence of Family Communication Patterns on the Quality of Life of a Group of Students, M.Sc. in Educational Psychology, Shiraz University, (Persian).
- Rehm, I. C., Nedeljkovic, M., Moulding, R., & Thomas, A. (2019). The Beliefs in Trichotillomania Scale (Bi TS): Factor analyses and preliminary validation. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 384-405.
- Sharma, V. (2019). Treatment of trichotillomania and subthreshold bipolar disorder with lithium. *Bipolar disorders*, 21(8), 803-805.
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(6), 611-626.
- Toledo, E. L., De, E. T. M., Brito, A. M., & Tavares, H. (2015). Group treatment for trichotillomania: cognitive-behavioral therapy versus supportive therapy. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(4), 447-455.
- Tung, E. S., Flessner, C. A., Grant, J. E., & Keuthen, N. J. (2015). Predictors of life disability in trichotillomania. *Comprehensive psychiatry*, 56, 239-244.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 57), pp.77-88, 2022

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Habit Reversal on Quality of Life and Symptoms of Trichotillomania

Hamid, Najmeh¹ ., Bardbar, Maryam² .,
& Marashi, Seyed Ali³

Received: 2021/05/06

Received: 2020/05/01

Trichotillomania, or hair-pulling disorder, is a psychological disorder that, despite its significance and relatively high prevalence, received limited attention from mental health professionals until two decades ago. The present study aimed to investigate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) combined with Habit Reversal Training (HRT) on the quality of life and symptoms of trichotillomania. For this purpose, a quasi-experimental study with a pre-test-post-test and control group design was conducted. Twenty-four female patients with trichotillomania in Mashhad were selected via convenience sampling and randomly assigned to either an experimental group (n=12) or a control group (n=12). The experimental group received an 8-session, one-hour HRT intervention. The control group received no intervention during this period. Participants were assessed before and after the intervention using the Trichotillomania Scale and the Quality of Life Questionnaire. Results from analysis of covariance (ANCOVA) revealed a significant difference between the experimental and control groups in terms of quality of life and trichotillomania symptoms ($P<0.01$). The findings indicate that HRT had a positive impact on both the quality of life and the symptoms of trichotillomania. This research supports the notion that CBT combined with HRT has a beneficial effect on the quality of life and symptoms of trichotillomania in affected patients.

Keywords: Trichotillomania, Cognitive Behavioral Therapy Combined with Habit Reversal, Quality of Life

¹Dept. of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
(Corresponding Author) n.hamid@scu.ac.ir

² Dept. of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

³ Dept. of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran