

تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش بر کاهش اضطراب و اجتناب تجربی رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن با پیگیری سه‌ماهه

نویسندگان:

زینب خانجانی^۱، تورج هاشمی^۱، مجید محمود علیلو^۱، پریا فاروقی^۱

۱- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.16, No.1, Spring 2018

چکیده:

مقدمه: رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن ((Body Focused Repetitive Behaviors(BFRBS)) عادت‌های تکرارشونده و به‌ظاهر غیرکاربردی متمرکز بر بدن هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش درمانی رفتار مبتنی بر پذیرش (Acceptance Enhanced Behavior Therapy) AEBT)) بر کاهش اضطراب و اجتناب تجربی اختلال‌های موکنی، کندن پوست آمیخته و ناخن جویدن در بیماران BFRBS با پیگیری سه‌ماهه بود.

روش کار: این پژوهش در چهارچوب طرح تک موردی با استفاده از طرح خطوط چندگانه پلکانی طی ۱۰ جلسه همراه با پیگیری سه‌ماهه بر روی شش بیمار (برای هر اختلال دو نفر) انجام شد. نمونه‌ها به روش هدفمند انتخاب و داده‌ها از طریق مقیاس‌های موکنی بیمارستان ماساچوست، کندن پوست، اضطراب بک، پذیرش و عمل و مقیاس ناخن جویدن مالون و مسلر جمع‌آوری شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که AEBT باعث کاهش اضطراب در بیماران مبتلابه اختلال موکنی، کندن پوست آمیخته و ناخن جویدن می‌شود. همچنین اجتناب تجربی در بیماران مبتلابه موکنی و کندن پوست کاهش یافت و نتایج در دوره پیگیری نیز حفظ شد ولی در خصوص اجتناب تجربی ناخن جویدن این کاهش معنادار نبوده است و نیاز به مطالعات بیشتری در این خصوص است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که AEBT می‌تواند در درمان نشانه‌های اضطرابی و اجتناب تجربی بیماران مبتلابه اختلال موکنی، کندن پوست و ناخن جویدن مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: AEBT، موکنی، کندن پوست، ناخن جویدن، اضطراب، اجتناب تجربی

Pars J Med Sci 2018;16(1):49-58

مقدمه:

نواحی کمتر متداول زیر بغل، صورت، ناحیه شرمگاهی و اطراف مقعد است [۲]. اختلال موکنی می‌تواند در هر سنی آغاز شود، ولی اغلب بین سن ۱۱ و ۱۳ سال اتفاق می‌افتد [۳]. ویژگی اصلی اختلال پوست‌کنی، کندن عودکننده پوست بدن است. رایج‌ترین نواحی که کنده می‌شوند صورت، دست‌ها و بازوها هستند، ولی خیلی از افراد پوست نواحی متعدد بدن را می‌کنند. میانگین سنی شروع پوست‌کنی سنین نوجوانی است و معمولاً هم‌زمان با شروع بلوغ یا در پی آن است [۲]. ناخن جویدن به مفهوم قرار دادن انگشتان داخل دهان و تماس بین دندان و ناخن با یکدیگر است و بیشتر افراد معمولاً از دندان‌ها به‌جای ناخن‌گیر

رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن شامل کندن مو (Trichotillomania (TTM))، کندن پوست (Skin Picking Disorder (SPD))، جویدن ناخن (Nail biting (NB))، کندن لب و مکیدن انگشت است. قبلاً این اختلال‌ها به‌عنوان واحدهای جدا از هم در نظر گرفته می‌شدند، ولی امروزه به این دلیل که همه آن‌ها متمرکز بر بدن و کندن بخش‌هایی از بدن بوده و عملکرد همه آن‌ها تنظیم هیجان است، زیر عنوان یک طبقه قرار می‌گیرند [۱]. ویژگی اصلی اختلال موکنی، کندن مکرر موی بدن است. موکنی می‌تواند در هر ناحیه بدن که مو رشد می‌کند روی دهد. رایج‌ترین نواحی کاسه سر، ابروها و پلک‌ها هستند، درحالی‌که

* نویسنده مسئول، نشانی: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: faroughi66@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۴۴۰۶۳۹۷۳

و درمان پذیرش- تعهد (Acceptance-commitment therapy (ACT)) است [۱۶] ترکیب آموزش بازداری از پاسخ و درمان پذیرش- تعهد، درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش (AEBT) نام دارد. توهیگ و هایز [۱۷] مطرح کردند که این ترکیب نتایج درمانی را بهبود می‌بخشد و احتمال پایداری درمان را افزایش می‌دهد. فاین، والتر، جوزف، راینسون، ریکتس و باو [۱۸] نیز پروتکل درمانی ترکیبی را روی دو نوجوان اجرا کردند و هر دو مراجع دست آورد معنادار بالینی را نشان دادند، به طوری که رفتار مومکنی و اضطراب قطع شد. مطالعات در خصوص اثربخشی روش AEBT بر روی افراد TTM نشان می‌دهد که این روش در کاهش تعداد مومهای کنده شده، تجربه اجتناب و علائم اضطراب و افسردگی مؤثر است [۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۱۶]. رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در کاهش اضطراب اختلال‌های کندن پوست و ناخن نیز مؤثر بوده است [۲۰، ۲۱، ۲۲، ۱۶]. آبراهامز [۲۳] ترکیب درمان بازداری از پاسخ و پذیرش- تعهد (رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش) را کلی‌ترین دیدگاه درمانی برای اختلال کندن پوست معرفی می‌کند.

نظر به این‌که در ایران در خصوص اضطراب، اجتناب تجربی اختلال‌های پوست‌کنی، مومکنی و ناخن جویدن و همچنین درمان‌های غیر دارویی آن‌ها مطالعه‌ای انجام نگرفته است و با توجه به ارتباط اضطراب و اجتناب با شدت نشانه‌ها در اختلال‌های مذکور و نیز اثرات سودمند روش AEBT، مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی این روش بر کاهش اضطراب و اجتناب تجربی اختلال کندن مو، کندن پوست و جویدن ناخن پرداخته است.

روش کار:

پژوهش حاضر با توجه به اهداف پژوهش و محدودیت‌های اجرایی از نوع مطالعه موردی با خط پایه چندگانه پلکانی همراه با پیگیری است. در بهار سال ۹۶ پس از کسب مجوزهای لازم با مراجعه به بیمارستان محلاتی تبریز و درج آگهی، بر اساس نمونه‌گیری هدفمند افراد مشکوک به این اختلال‌ها با در نظر گرفتن شرط سنی (۱۸ تا ۲۵ سال) و هوش‌بهر و سطح اضطراب متوسط انتخاب شدند و بعد از تأیید روان‌پزشک، برای اطمینان بیشتر از مقیاس کندن مو (خط برش = ۱۷)، مقیاس کندن پوست (خط برش = ۱۰) و ناخن جویدن (جویدن ناخن تمام ده انگشت) استفاده شد. ملاک خروج از مطالعه شامل ابتلا به سایر اختلال‌ها از جمله مصرف مواد، اختلال‌های جسمی، شخصیت مرزی و وسواسی و همچنین استفاده از دارودرمانی بود. بر اساس ملاک‌های ورود و خروج درکل شش بیمار (دو نفر زن مبتلا به مومکنی، دو نفر زن و مرد مبتلا به کندن پوست و دو مرد مبتلا به ناخن جویدن) انتخاب شدند و پس از حصول اطمینان درباره معیارهای ورود و انتخاب

استفاده می‌کنند. ناخن جویدن به‌عنوان رفتار متمرکز بر بدن شامل کندن پشت و پوشش ناخن همراه با جراحت و خونریزی و یا قرمزی و عفونت انگشتان در نظر گرفته می‌شود [۴]. هر سه اختلال مومکنی، کندن پوست و ناخن جویدن در DSM-5 در طبقه تشخیصی وسواس فکری- عملی و اختلال‌های مرتبط معرفی شده‌اند. بین سه اختلال مومکنی، کندن پوست و ناخن جویدن از نظر پدیدارشناسی همپوشانی وجود دارد. هر سه رفتار توسط نشانه‌های دیداری، لمسی (مثلاً موی فرفری، زخم پوستی و یا ناخن شکسته) و باحالت خاصی (تکیه دادن به میز با سر یا صورت نزدیک دست) راه‌اندازی می‌شوند. هر سه رفتار زمانی که فرد تنه‌است و یا درگیر روابط بین فردی نیست و یا زمانی که دست‌ها بیکار هستند اجرا می‌شوند [۵]. رخداد هم‌زمان نشانه‌های استرس یا اضطراب در افراد مبتلا به رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن شامل کندن پوست، کندن مو و ناخن جویدن و نقش بالقوه استرس به‌عنوان نشانه، تقویت‌کننده و یا متغیر نگه‌دارنده برای اختلال‌های کندن پوست و مو و ناخن مکرراً، در پژوهش‌ها مورد توجه قرار گرفته است [۶، ۷، ۸]. تقریباً ۳۰-۱۵ درصد افراد مبتلا به کندن پوست و ۵۴ درصد افراد مبتلا به کشیدن مو اظهار می‌کنند که آن‌ها در نتیجه استرس این عمل را انجام می‌دهند و یا زمانی که تحت استرس زیادی هستند عمل کندن مو یا پوست با شدت بیشتری صورت می‌گیرد [۹، ۱۰]. یکی دیگر از سازوکارهای احتمالی تغییر در درمان رفتارهای متمرکز بر بدن کاهش اجتناب تجربی (Experiential avoidance) است [۱۱]. اجتناب تجربی به معنای سعی بر اجتناب، خلاص شدن، سرکوب کردن یا فرار از تجربه‌های درونی ناخواسته است [۱۲]. افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند از خود تخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خود سرزنشی بیشتری استفاده می‌کنند [۱۳]. مطالعات از ارتباط اجتناب تجربی و اختلال‌های مومکنی و کندن پوست حمایت می‌کند [۱۴، ۱۵]. بگوتا و همکاران [۱۴] ارتباط اختلال مومکنی با اجتناب تجربی را متوسط و فلسنر و همکاران [۶] ارتباط بین اجتناب تجربی و کندن پوست را قوی ارزیابی کردند. نوربرگ، وترنک، وودز، کونلا [۱۵] دریافتند که اجتناب تجربی ارتباط بین شناخت‌های خاص و شدت کندن را میانجی‌گری می‌کند. به عبارت دیگر نشانه‌های نگرانی و انگیزتگی فیزیولوژیکی قبل از کندن به‌طور معناداری با شدت بیشتر مومکنی مرتبط است و این رابطه توسط اجتناب تجربی تعدیل می‌شود. بسیاری از کوشش‌های درمانی برای اختلال‌های رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن بر درمان شناختی- رفتاری یا درمان‌های رفتاری متمرکز شده‌اند. مداخله‌های رفتاری و شناختی برای اختلال‌های مومکنی، کندن پوست و ناخن جویدن معمولاً شامل آموزش بازداری از پاسخ ((Habit reversal therapy (HRT))

پرسشنامه اضطراب بک:**Beck Anxiety Inventory (BAI):**

بک و همکارانش [۲۹] پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسشنامه خود گزارشی است و برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. نمره کل در دامنه صفر تا ۶۳ قرار دارد و نمره ۱۶-۲۵ نشان‌دهنده اضطراب متوسط و نمره ۲۶-۶۳ نمایانگر اضطراب شدید است. ضریب همسانی درونی این آزمون ۰/۹۲ است و اعتبار این آزمون با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است [۳۰]. کاپوانی و موسوی [۳۱] در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در جمعیت بالینی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون - باز آزمون ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کردند.

پرسشنامه پذیرش و عمل:**Acceptance and Action Questionnaire (AAQ):**

این پرسشنامه خود گزارشی توسط هایز و همکاران [۳۲] طراحی شده و اجتناب تجربی از تجارب درونی ناخواسته را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه از همسانی درونی ۰/۷۰ و اعتبار هم‌زمان همگرا و افتراقی مطلوبی برخوردار است. نسخه اولیه آن ۳۲ پرسش و نسخه‌های بعدی به ترتیب ۱۶ و ۹ قسمتی است. آخرین نسخه این پرسشنامه ۱۰ قسمتی است. پاسخ‌ها در طیفی از هرگز درست نیست [۱] تا همیشه درست است [۷] قرار دارد [۳۳]. در پژوهش منتزع و موسوی [۳۴] آلفای کرونباخ ابزار ۰/۸۰ گزارش شده است.

مقیاس ناخن جویدن:

مالون و مسلر [۳۵] مقیاسی را برای سنجش شدت ناخن جویدن ارائه دادند. مطابق این مقیاس هر انگشت نمره‌ای از ۰ تا ۳ می‌گیرد. نمره صفر نشان می‌دهد که ناخن جویدن وجود ندارد. نمره ۱+ ناخن جویدن ملایم ۲+ ناخن جویدن متوسط، ۳+ ناخن جویدن شدید را نشان می‌دهد. نمره ۱۰ انگشت، یک شاخص برای ناخن جویدن است. اعتبار درون سنجی این مقیاس در مطالعه $\alpha=0/95$ گزارش شده است [۳۶].

روش AEBT:

شرکت‌کننده‌ها، قبل از شروع مداخله، به منظور تعیین خط پایه دو مرحله پیش‌آزمون به عمل آمد و وضعیت بیماران از لحاظ متغیرهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس در جلسه اول، بیمار اول وارد برنامه درمانی شد و پس از جلسه دوم بیمار اول، بیمار دوم نیز وارد طرح درمان شد. مراحل مداخله طی ۱۰ جلسه روی آزمودنی‌ها اجرا شد. در جلسات سوم، پنجم، هفتم و دهم ارزیابی میزان پیشرفت صورت گرفت. همچنین جهت پیگیری تأثیر درمان بر نشانگان در بلندمدت، نیز یک ماه، دو ماه و سه ماه پس از مداخله ارزیابی مجدد انجام شد.

مقیاس موکنی:**(MGH)Massachusetts general hospital hair pulling scale:**

قوی‌ترین پرسشنامه برای سنجش اختلال موکنی، مقیاس موکنی ماساچوست است [۲۴]. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی هفت ماده‌ای است که به صورت پنج گزینه‌ای نمره‌گذاری شده و شدت کردن مو را در طول هفته ارزیابی می‌کند. نقطه برش پیشنهادی ۱۷ است و نمره بالاتر از ۱۷ نشانگر وجود اختلال است. این مقیاس فراوانی فشار برای موکنی، شدت فشار، کنترل فشار، فراوانی موکنی، مقاومت در برابر موکنی، کنترل موکنی، تنش و ناراحتی را می‌سنجد. حداقل نمره اکتسابی صفر و حداکثر آن ۲۸ است و این مقیاس پایایی درونی مناسبی دارد ($\alpha=0/89$). همچنین این مقیاس با آزمون‌های روان‌شناختی دیگر مثل آزمون اضطراب و افسردگی بک، پایایی آزمون - باز آزمون خوب ($\alpha=0/97$)، اعتبار همگرا و واگرایی قابل قبول دارد [۲۵]. این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است [۲۶].

مقیاس کندن پوست (Skin Picking Scale (SPS):

مقیاس دست‌کاری و کندن پوست [۲۷] یک مقیاس خود سنجی است که هشت قسمت را دربرمی‌گیرد و شامل میل و اصرار به موکنی، زمان صرف شده برای کندن، کنترل بر فشارهای پوست‌کنی، تداخل با عملکرد، رفتار اجتنابی و استرس مرتبط با رفتار SPD را شامل می‌شود (هر قسمت به صورت پنج گزینه‌ای از صفر (هیچ) تا ۴ (شدید) نمره‌گذاری شده و نمره کل بین ۰ تا ۲۴ است. نمره ۱۰ برای تشخیص SPD است) [۲۸]. این مقیاس ثبات درونی متوسط ($\alpha=0/80$) و اعتبار سازه خوب دارد [۲۷]. آلفای کرونباخ این مقیاس در نمونه ایرانی ۵۸/۱ درصد گزارش شده است [۲۸].

تغییرپذیری از نظر زمان صرف شده، میزان تکرار مفاهیم و نمونه‌های ارائه‌شده را دارد [۳۷]. برای اجرای روش AEBT، دکتر ووودز معتقد است درمانگر باید در طول درمان از زبان قابل‌فهم برای نوجوان استفاده کند [۱۸]. خلاصه جلسات بدین شرح است [۳۷]:

درمان در چهارچوب روش AEBT بر اساس پروتکل گام‌به‌گام درمان دکتر ووودز و توهیگ [۳۷] برای کشیدن مو، کندن پوست و ناخن جویدن در ده جلسه اجرا می‌شود. ووودز و توهیگ [۳۷] ۱۰ جلسه درمان را به شکل پروتکلی حاوی بخش‌های جداگانه و گام‌به‌گام برای هر جلسه ارائه کرده‌اند. البته این پروتکل برای استفاده و اجرا روی تک‌تک آزمودنی‌های نوجوان قابلیت

جلسه	هدف	فعالیت
۱	آموزش مومکنی، مرور درمان، انتظارات و ارزیابی کنترل محرک	در خصوص علائم اختلال و درمان با بیمار صحبت می‌شود به طوری که بیمار فهم اولیه از بیماری خود داشته باشد، همچنین درمان معکوس سازی عادت و کنترل محرک، مرور موقعیت‌هایی که کندن را برمی‌انگیزد و مقدمه‌ای از تکلیف خودتنظیمی و بحث توقعات درمانگر صورت می‌گیرد.
۲	آموزش معکوس سازی عادت و فرآیند کنترل محرک	استراتژی‌های کنترل محرک و معکوس سازی عادت اجرا می‌گردد. معکوس سازی عادت دو بخش آموزش آگاهی و پاسخ رقیب دارد. آموزش آگاهی، آگاهی از رخداد عمل است و پاسخ رقیب، انجام عملی برخلاف تکانه کندن مثل مشت کردن انگشتان جهت جلوگیری از کندن می‌باشد.
۳	آشنایی با مفهوم ارزش	درمانگر و بیمار تشخیص می‌دهند چه چیز برای بیمار مهم است و مسیرهایی را مشخص می‌کنند که کشمکش با تکانه کندن باکیفیت زندگی بیمار تداخل می‌کند.
۴	آیا تکانه می‌تواند کنترل شود؟	این مسئله با درمان‌جو مطرح می‌شود که برای تعقیب ارزش‌های زندگی موانعی وجود دارد. این موانع از تلاش برای کنترل تجارب درونی ناخواسته ناشی می‌شود. بعد از تشخیص استراتژی‌هایی که بیمار برای کنترل تکانه کندن و هیجانات، افکار و احساسات مرتبط با کندن به کار می‌برد، عدم اثربخشی نهایی و مشکلات ناشی از تلاش برای کنترل تکانه، هیجان، فکر و احساسات اشاره می‌گردد.
۵	پذیرش	زمان بیشتری صرف این موضوع می‌شود که چطور یک نفر در دام تلاش برای کنترل تکانه می‌افتد. از طریق تمرین‌های تجربی و استعاره‌ها، بیمار مشکلات موجود در کنترل یا سرکوب تجارب درونی را متوجه می‌شود. راه‌های جدیدی (به‌غیر از رفتار عادت) برای پاسخ به وقایع درونی مطرح می‌گردد و بعد از ارتباط دادن این مشکلات به تلاش بیمار برای کنترل تجارب درونی از طریق کندن، از او خواسته می‌شود که احتمال تجربه پذیرش وقایع درونی به‌عنوان پاسخ جایگزین را در نظر بگیرد.
۶ و ۷	ناهم‌جوشی شناختی از معنای ضمنی زبان؛ شما تکانه نیستید.	شرکت‌کننده می‌آموزد که وقایع درونی را به‌عنوان پاسخ‌های قابل‌مشاهده و نه واقعیت یا شیء واقعی تجربه کند. بیمار همچنین تشویق می‌شود با قرارگیری در معرض نشانه‌های مختلف که محرک تکانه کندن هستند تکانه را بپذیرد.
۸	تمرین پذیرش و تعهد	در این جلسه بیمار فرصتی برای تمرین مفاد آموزشی جلسات قبل پیدا می‌کند. بیمار تشویق می‌شود که با قرارگیری در معرض نشانه‌های مختلف که محرک رفتار عادت هستند تکانه را بپذیرد.
۹	تمرین پذیرش و تعهد و مرور آن	بیمار فرصتی برای تمرین تکنیک‌های یادگرفته جلسات قبل پیدا می‌کند و مطالب جلسات قبل مرور می‌شود و تکنیک‌های پیشگیری از عود معرفی می‌شود.
۱۰	مرور و پیشگیری از بازگشت	در این جلسه مفهوم ارزش، پذیرش، ناهم‌جوشی و بازداری از پاسخ ارزیابی می‌شود. فرایند پیشگیری از بازگشت شامل بحث در خصوص بازگشت در مقابل لغزش، هشپاری از فرایند بازداری از پاسخ و کنترل محرک و بازگشت هم‌جوشی و کنترل شناختی و هیجانی انجام می‌گیرد.

شیوه اجرا:

قبل از شروع مداخله به‌منظور تعیین خط پایه، پیش‌آزمون به عمل آمد و وضعیت بیماران از لحاظ متغیرهای موردنظر مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس بیمار اول با تکمیل پرسشنامه‌ها وارد برنامه درمانی شد و پس از جلسه دوم بیمار اول، بیمار دوم نیز وارد طرح درمان شد. مراحل مداخله طی ۱۰ جلسه روی آزمودنی‌ها اجرا و در جلسات سوم، پنجم، هفتم و دهم ارزیابی میزان پیشرفت انجام گرفت. جهت پیگیری تأثیر درمان بر نشانگان در بلندمدت، نیز یک ماه، دو ماه و سه ماه پس از مداخله ارزیابی مجدد انجام شد. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده، آزمون فرضیه‌ها و سوالات

پژوهشی با توجه به طرح پژوهشی از روش‌های آماری توصیفی به‌ویژه میانگین و انحراف استاندارد، روش‌های تحلیل چسبی نموداری، درصد بهبودی و اندازه اثر برای بررسی اثربخشی مداخله استفاده شد. اندازه اثر صرفاً نمایانگر قدرت رابطه بین دو مجموعه متغیر است که در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها است (d کوهن)، محاسبه شد [۳۸]. اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشانگر عدم اثربخشی، ۰/۴۱-۱/۱۵ اثربخشی متوسط، ۱/۱۵-۲/۷۰ اثربخشی قوی را نشان می‌دهد [۳۹]. برای محاسبه درصد بهبودی در زمینه علائم بالینی از فرمول $AO-A1/AO = \Delta A\%$ استفاده شد [۴۰]. در این فرمول

تحصیلات آن‌ها دیپلم به بالا بوده و بهره‌های بالای ۱۰۰ داشتند.

با توجه به درصد بهبودی در طول درمان و دوره پیگیری (جدول ۲ و ۳)، روش AEBT موجب کاهش اضطراب در شش آزمودنی مبتلا به موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن و کاهش اجتناب تجربی در آزمودنی‌های مبتلا به موکنی و پوست‌کنی شده است. که این کاهش از لحاظ بالینی (بالاتر از ۵۰٪) معنادار بوده است. با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که روش AEBT در خصوص کاهش اضطراب برای پنج آزمودنی مبتلا به موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن اثربخشی متوسط به بالا و برای آزمودنی دوم مبتلا به پوست‌کنی اثربخشی متوسط داشته است. روش AEBT برای سه آزمودنی مبتلا به موکنی و پوست‌کنی اثربخشی متوسط به بالا و برای آزمودنی اول مبتلا به پوست‌کنی اثربخشی متوسط داشته است. بر اساس مندرجات جداول ۲ و ۳ و نیز نمودار ارائه شده (نمودار ۱ و ۲) روش AEBT موجب کاهش اضطراب و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به موکنی و پوست‌کنی و کاهش اضطراب در ناخن جویدن شده و این کاهش در دوره پیگیری نیز حفظ می‌شود.

بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر بر اساس فرمول معنادار است. همچنین در صورتی که نمره فرد پس از مداخله پایین‌تر از نقطه برش باشد (در پرسشنامه مربوط به اختلال، نمره پایینی کسب کند) نتایج به لحاظ بالینی معنادار خواهد بود [۴۱].

علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی از شاخص تغییر پایا (RCI) که اولین بار از سوی جیکیسون و تراکس [۴۲] برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده است، درصد بهبودی، معناداری بالینی، اندازه اثر و کلیت تغییر استفاده شد.

یافته‌ها:

در این پژوهش داده‌های مربوط به تغییرات درمانی (بر اساس پرسشنامه ارائه شده) به صورت ترسیمی مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین اندازه اثر و درصد بهبودی در مواردی که هدف، کاهش رفتار است نیز مورد استفاده قرار گرفت. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۱، همه آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۱۹-۲۱ سال قرار داشتند و

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

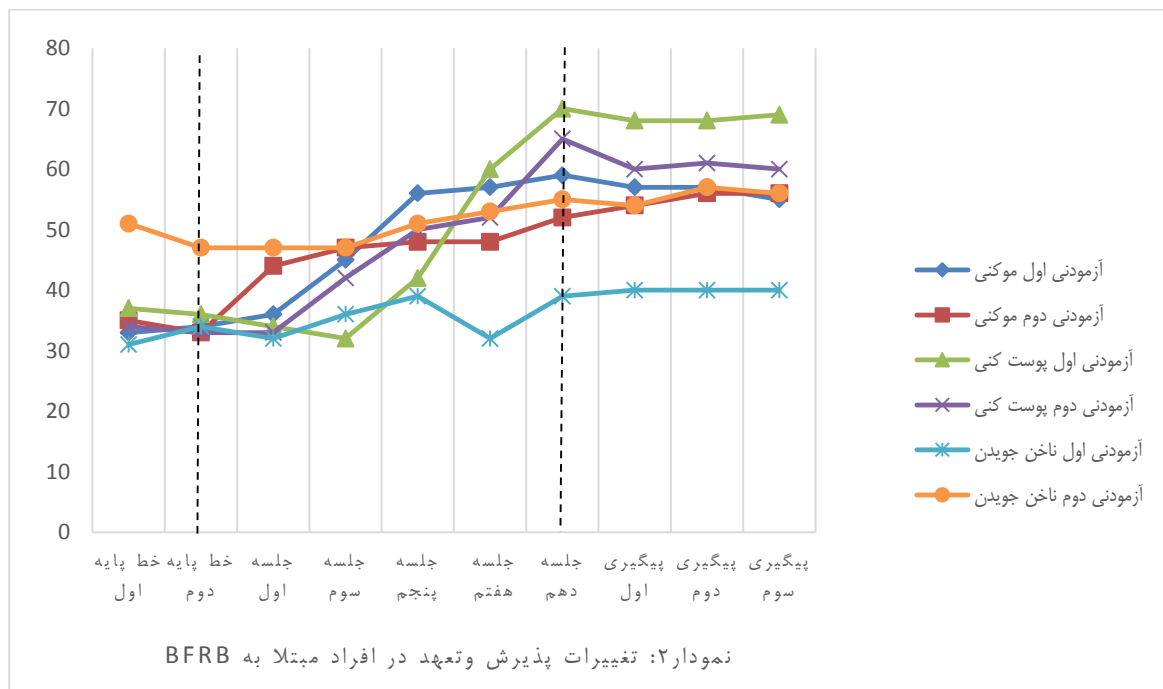
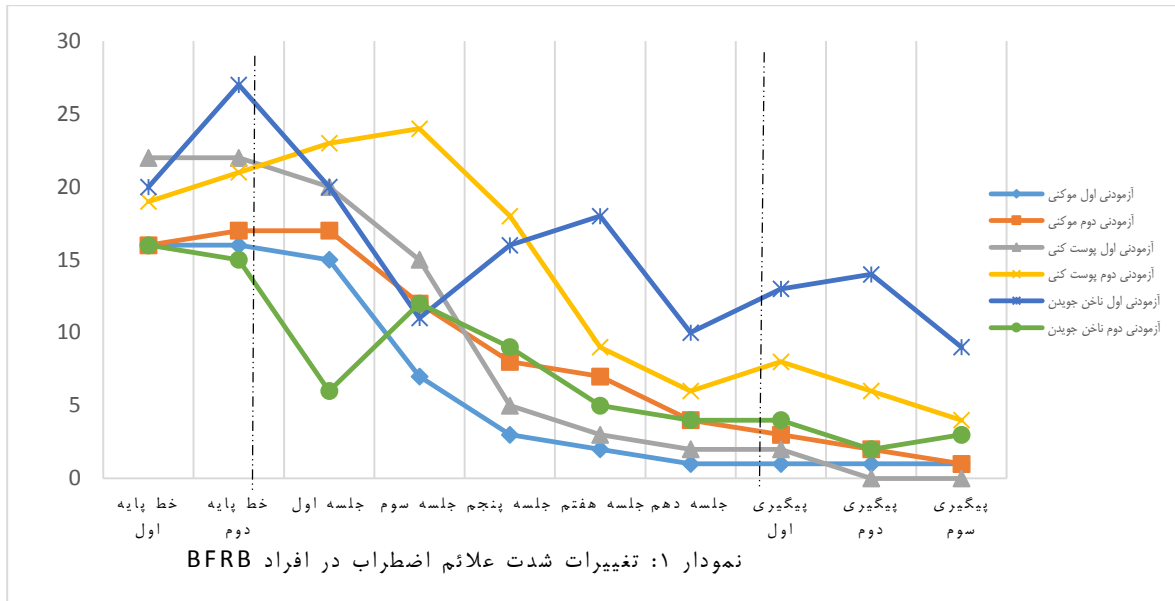
اختلال	آزمودنی	سن	جنس	میزان تحصیلات آزمودنی	سابقه اختلال	بهره‌های	مکان‌کندن
موکنی	اول	۲۰ ساله	زن	کارشناسی	۶ سال	۱۱۱	موی سر، ابرو، مژه، آلت تناسلی
موکنی	دوم	۲۱ ساله	زن	کارشناسی	۱۰ سال	۱۰۰	موی سر، آلت تناسلی
پوست‌کنی	سوم	۲۱ ساله	زن	کارشناسی	۴ سال	۱۱۵	جوش صورت و پا و بدن
پوست‌کنی	چهارم	۲۰ ساله	مرد	کارشناسی	۵ سال	۱۰۲	پوست سر، جوش صورت و بدن
ناخن جویدن	پنجم	۱۹ ساله	مرد	دیپلم	۱۱ سال	۱۰۰	ناخن ۱۰ انگشت و اغلب انگشت شصت
ناخن جویدن	ششم	۲۱ ساله	مرد	کارشناسی	۱۳ سال	۱۱۲	ناخن ۱۰ انگشت و اغلب انگشت شصت

جدول ۲: درصد بهبودی و اندازه اثر اجتناب تجربی در آزمودنی‌های مبتلا به موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن در ارزیابی نهایی

نوع اختلال	درصد بهبودی طول درمان		درصد بهبودی پیگیری		اندازه اثر
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	
اختلال موکنی	۷۳٪	۵۷٪	۶۷٪	۶۹٪	۱/۹۳
اختلال پوست‌کنی	۹۴٪	۹۶٪	۹۱٪	۸۱٪	۱/۲۲
ناخن جویدن	۱۴٪	۱۷٪	۱۷٪	۱۹٪	۱/۵۶

جدول ۳: درصد بهبودی اضطراب در آزمودنی‌های مبتلا به موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن در ارزیابی نهایی

نوع اختلال	درصد بهبودی طول درمان		درصد بهبودی پیگیری		اندازه اثر
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	
اختلال موکنی	۹۳٪	۷۶٪	۹۳٪	۹۴٪	۱/۲۹
اختلال پوست‌کنی	۹۰٪	۷۱٪	۱۰۰٪	۸۰٪	۱/۴۲
ناخن جویدن	۶۲٪	۷۳٪	۶۶٪	۸۰٪	۱/۷۱



بحث:

آموزش مهارتهایی مثل هم‌جوئی زدایی و پذیرش است. در جلسات AEBT، توجه به لحظه حاضر از طریق فرایند پذیرش تجارب افزایش می‌یابد. تماس با لحظه حاضر یعنی این که به‌طور خودآگاه رویدادهای بیرونی و درونی همان‌گونه که اتفاق می‌افتند تجربه شوند و تکانه و احساسات آزارنده، واقعی و جدی تلقی نشوند. بیمار در این جلسه‌ها متوجه می‌شود که درنهایت دو انتخاب دارد: الف) تجربه وقایع درونی (افکار و احساسات) و پرهیز

یافته‌ها حاکی از آن بود که روش AEBT موجب کاهش اضطراب در اختلال‌های موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن می‌شود. یافته حاضر با مطالعات [۶، ۳۷، ۱۷، ۱۸، ۴۳، ۴۴، ۲۳، ۴۵، ۲۰، ۲۱، ۷، ۴، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹] که هر کدام به نحوی بر اثربخشی AEBT بر کاهش اضطراب در این اختلال‌ها اشاره دارند هم‌سوئی دارد. هدف روش AEBT در خصوص کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال‌های مذکور، توقف کشمکش علیه تجارب درونی از طریق

در فرد مبتلا به ناخن جویدن نمی‌شود. این مطلب با یافته‌های [۴]، ۲۱، ۱۱، ۵۳] که بر ارتباط بین ناخن جویدن و اجتناب تجربی تأکید دارند ناهم‌سو است. کلیه آزمودنی‌های این پژوهش در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۲ سال قرار داشتند و هم‌بودی با سایر اختلال‌های کنترل‌شده بود، درحالی‌که در پژوهش‌های قبلی عامل سن و هم‌بودی با سایر اختلال‌های کنترل نشده که این خود می‌تواند تا هم‌سوئی نتیجه این پژوهش را توجیه کند.

نتیجه‌گیری:

به‌طور کلی در پژوهش حاضر یافته‌ها به‌خوبی نشان دادند که به‌کارگیری مداخله AEBT موجب کاهش شدت علائم اضطراب در افراد مبتلا به موکنی، پوست‌کنی و ناخن جویدن و کاهش اجتناب در دو اختلال موکنی و پوست‌کنی می‌شود. از آنجائی که این روش نوین بوده و کمتر درمانگران با آن آشنا هستند با برگزاری کارگاه‌های آموزشی می‌توان این روش درمانی را به درمانگرانی که رویکرد پذیرش و تعهد دارند و همچنین درمانگرانی که رویکردهای درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دارند آموزش داد تا برای درمان این دسته از اختلال‌ها از آن استفاده کنند.

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در مطالعه و کارکنان بیمارستان محلاتی تبریز که تا پایان روند درمان با این‌جانب همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع:

هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

از کندن هنگام درگیری در فعالیت‌های معنا بخش زندگی، (ب) جنگ با وقایع درونی، کندن برای کنترل این تجارب و در نتیجه دور ماندن از ارزش‌های زندگی [۳۷]. بیمار در این جلسه‌ها متوجه می‌شود که تلاش او برای کنترل افکار آزارنده مرتبط با موکنی، آن‌ها را قوی‌تر می‌کند و از این‌رو نمی‌تواند افکار خود را کنترل کند، ولی می‌تواند عکس‌العمل‌اش را نسبت به این افکار تغییر دهد [۱۸]. ترغیب بیمار به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در راستای ارزش‌ها، با وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر عزت‌نفس و خودکارآمدی مراجع می‌افزاید، او را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد [۵۰]. یافته دیگر این پژوهش نشان داد که روش AEBT موجب کاهش اجتناب تجربی در اختلال‌های موکنی و پوست‌کنی می‌شود. این مطلب با یافته‌های [۳۷، ۱۷، ۲۱، ۱۵، ۱۴، ۵۲، ۵۱، ۱۳] که مطرح می‌کنند مشکل زیربنایی افراد مبتلا به موکنی و کندن پوست اجتناب تجربی است و AEBT سبب کاهش اجتناب می‌شود هم‌راستا است. هرچقدر فرد تلاش زیادی برای اجتناب از تجارب اولیه ناخوشایند داشته باشد، در واکنش به هیجان یا تکانه منفی بیشتر تمایل به کندن دارد [۳۷]. اولاً، با بازداری از پاسخ، آگاهی افراد از رفتار عادت‌ی به‌سادگی بدی رفتار را بیشتر نشان می‌دهد، ثانیاً خود نظارتی یک تنبیه ملایم برای رفتار عادت‌ی است. بر اساس منطق AEBT، اجتناب تجربی منجر به رفتار موکنی و کندن پوست می‌شود، از این‌رو با کاهش اجتناب تجربی، علائم موکنی و کندن پوست کاهش می‌یابد [۴۵]. به‌طور خلاصه، درمان مبتنی بر AEBT، به فرد در پذیرش شرایطی که با آن روبرو می‌شود کمک می‌کند و سپس فرد به‌جای اجتناب، فعالانه قادر به جستجوی راه‌حل برای مشکلات می‌شود [۵۱]. یافته دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر AEBT سبب کاهش اجتناب تجربی

References:

1. Rego S. Beating Body-Focused Repetitive Behaviors: A Two-Pronged Approach [Internet]. 2012 April. Available from: URL <https://adaa.org/sites/default/files/Rego%20194.pdf>.
2. Mohammadi Y. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders: DSM 5. Iran: Ravan; 2014. (Persian)
3. Weiss T. Trichotillomania (hair-pulling disorder): cause, symptoms & treatment. 2015 Jul. Available from: URL <https://www.disabled-world.com/health/dermatology/hair/trichotillomania.php>.
4. Roberts S, O'Connor K, Aardema F, et al. The impact of emotions on body-Focused repetitive behaviors: Evidence from a non-treatment-seeking sample. J Behav Ther Exp Psychiatry 2015; 46: 189- 97.
5. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. Am J Psychiatry 1991; 148(3):365.
6. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, et al. 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; 30(1):20-30.

7. Ghanizadeh A, Shekoochi H. Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC Res Notes* 2011;4(1):116.
8. Singal A, Daulatabad D. Nail tic disorders: manifestations, pathogenesis and management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017;83(1):19.
9. Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, et al. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord* 2011;25(1):88-95.
10. Calikusu C, Kucukgoncu S, Tecer Ö, et al. Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences. *Behav Modif* 2012;36(1):49-66.
11. Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier S, et al. Emotion regulation and trichotillomania: a comparison of clinical and nonclinical hair pulling. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39(1):32-41.
12. Aminzadeh A. ACT in plain language. Admission and commitment therapy. Iran: Arjomand; 2016. (persian)
13. Karekla M, Panayiotou G. Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42(2):163-70.
14. 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.
15. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, et al. 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; 30(1):20-30.
16. Norberg MM, Wetterneck CT, Woods DW, et al. Experiential avoidance as a mediator of relationships between cognitions and hair-pulling severity. *Behav Modif* 2007;31(4):367-81.
17. 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.
18. Fine KM, Walther MR, Joseph JM, et al. Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. *Cogn Behav Pract* 2012; 19(3):463-71.
19. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther* 2006;44(5):639-56.
20. Capriotti MR, Ely LJ, Snorrason I, et al. Acceptance-enhanced behavior therapy for excoriation (skin-picking) disorder in adults: A clinical case series. *Cogn Behav Pract* 2015;22(2):230-9.
21. Snorrason I, Woods DW. Nail picking disorder (onychotillomania): A case report. *J Anxiety Disorders* 2014;28(2):211-4.
22. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, et al. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *J Clin Psychiatry* 2006;67(12):1877.
23. Abrahams T. Acceptance And Commitment Therapy (Act) For Excoriation Disorder [cited 2015 sept]. Available at: URL: [https:// www .skin pick .com/act-for-excoriation-disorder](https://www.skinpick.com/act-for-excoriation-disorder).
24. Rabiei M •Ghasemi F. Description and treatment of obsessive-compulsive trichotillomania. Iran: Arjomand; 2016. (persian)
25. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) hairpulling scale: 1. development and factor analyses. *Psychother Psychosom* 1995;64(3-4):141-5.
26. Saatchi M •Kamkar K, Asgharian M. Psychological tests. 3th ed. Iran: Virayesh editors; 2014. (persian)
27. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, et al. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosomatic Res* 2001;50(6):337-41.
28. Rabiei M, Nikfarjam M, Khoramdel K, et al. Factor Structure•Validity and Reliability of the Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale. *J Psychol Behav Sci* 2014; 3(1):12-16.
29. Beck AT, Epstein N, Brown G, et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol* 1988; 56(6): 893–897.
30. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, et al. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40(1):127-35.
31. Abdollah Zadeh Jeddi A. Adoption and commitment-based treatment for reducing depression and anxiety syndromes and avoiding the experience of patients with depression disorder with a follow-up of six months [dissertation]. Tabriz: Tabriz Univ: Faculty of Educational Sciences and Psychology; 2015.150. (persian)
32. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec* 2004;54(4):553-78.
33. Abbasi I •Fati L •Moloodi R •et al. Psychometric Properties of the Persian Acceptance and Practice Questionnaire. Iran: Psychological Models; 2012. (persian)
34. MontazazN •Mousavi A, Hamidpour H. Fear and Avoidance of Internal Experiences in General Anxiety Disorder. *J Contemp Psychol* 2010; 5: 727-725.
35. Leung AK, Robson LM. Nailbiting. *Clin Pediatr* 1990;29(12):690-2.
36. Koritzky G, Yechiam E. On the value of nonremovable reminders for behavior modification: an application to nail-biting (onychophagia). *Behav modif* 2011;35(6):511-30.
37. Woods DW, Twohig MP. Trichotillomania: An ACT-enhanced behavior therapy approach therapist guide. Oxford University Press; 2008.
38. Beeson PM, Robey RR. Evaluating single-subject treatment research: Lessons learned from the aphasia literature. *Neuropsychol Rev* 2006;16(4):161-9.
39. Ferguson CJ. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Res Pract* 2009; 40(5):532.
40. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*. 2001;21(3):421-46.
41. Kazdin AE. The meanings and measurement of clinical significance. *J consult clin psychol* 1999;67: 337-339.
42. Hashemi Z. The Effect of Integrative Behavioral Couple Therapy on Improving Psychological Problems of Depressed Couples [dissertation]. Tabriz:

- Tabriz Univ: Faculty of Educational Sciences and Psychology; 2015.122. (persian)
43. Jamshidian Qala Shahi P. Effect of Intravenous Inverse Training (HRT) on Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on Reducing trichotillomniia Syndrome. *Jundishapur J Med Sci* 2015; 14(4): 456-466. (persian)
 44. Crosby JM, Dehlin JP, Mitchell PR, et al. Acceptance and commitment therapy and habit reversal training for the treatment of trichotillomania. *Cognit Behav Pract* 2012;19(4):595-605.
 45. Woods D, Snorrason I, Espil F. cognitive behavioral therapy in adults. *Am Psychiatr Publishing* 2012;11: 76-188.
 46. Duke DC, Bodzin DK, Tavares P, et al. The phenomenology of hairpulling in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23(8):1118-25.
 47. Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, et al. Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. *J Psychopathol Behav Assess* 2006; 28(3): 177-85
 48. Mansueto CS, Thomas AM, Brice AL. Hair pulling and its affective correlates in an African-American university sample. *J Anxiety Disord* 2007;21(4):590-9.
 49. Bohne A, Keuthen N, Wilhelm S. Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17(4):227-32.
 50. Juneja A, Juneja A, Sultan A. Nail Biting: A body focused repetitive behaviour case report. *J Behav Health* 2016;5(1):33-7.
 51. Behrooz B •Heydarizadeh N, JalalianS, Boalie F. The Effectiveness of Admissions and Commitment Therapy on Reducing the Severity of Obsessive-Compulsive Disorder Syndrome and Depression: Single Case Study. *J Health Research* 2015; 9:18-28.(Persian)
 52. Wetterneck CT, Woods DW. A contemporary behavior analytic model of trichotillomania. *Understanding behavior disorders: A Contemp Behav Perspect* 2007:157-80.
 53. Teng EJ, Woods DW, Marcks BA, Twohig MP. Body-focused repetitive behaviors: The proximal and distal effects of affective variables on behavioral expression. *J Psychopathol Behav Assess* 2004;26(1):55-64.

Efficacy of AEBT in Reducing Anxiety and Experimental Avoidance of Body Focused Repetitive Behavior Disorders with Three Month Follow up

Zeynab Khanjani¹, Touraj Hashemi¹, Majied Mahmood Aliloo¹, Paria Faroughi^{1*}

Received: 2017/12/11

Revised: 2018/9/04

Accepted: 2018/7/05

1. Dept of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.16, No.1, Spring 2018

Pars J Med Sci 2018;16(1):49-58

Abstract:

Introduction:

Body-focused Behaviors (BFRBS) are repetitive, body-centered and non-functional habits. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of AEBT therapy in reducing anxiety and experiencing avoidance of mixed trichotillomania, skin picking disorder and nail biting with a three-month follow-up.

Materials and Methods:

This study was conducted with a single-subject experimental design, multiple step-line and follow-up on six patients (two patients for each disorder) in 10 sessions over three months. Samples were selected purposefully. Data was collected through Massachusetts Hospital – Hair Pulling Scale, Skin Picking Scale, Beck Anxiety Inventory, Acceptance and Action Questionnaire and Malone- Massler Nail biting scale.

Results:

The results of this study showed that Acceptance Enhanced Behavioral Therapy can reduce anxiety in patients with trichotillomania, skin picking and nail biting, as well as experimental avoidance in patients with trichotillomania and skin picking decreased and the results were maintained during the follow-up period, but the reduction of experimental avoidance in nail biting was not significant and requires further studies on this subject.

Conclusion:

The results of this study showed that AEBT can effectively treat anxiety symptoms and experimental avoidance of patients with trichotillomania, skin picking and nail biting disorders.

Keyword: AEBT, Trichotillomania, Skin Picking, Nail Biting, Anxiety, Experimental Avoidance

* Corresponding author Email: faroughi66@gmail.com