مقایسه تأثیر درمان شناختی– رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت علایم وسواس موکنی: پژوهش مورد منفرد

مریم حریری[۱]، غلامرضا منشئی[۲]، حمید طاهر نشاط دوست[۳]، محمدرضا عابدی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavior therapy یا CBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy یا ACT) و دارودرمانی بر شدت علایم وسواس موکنی انجام شد.

مواد و روش‌ها: شرکت کنندگان مطالعه را ۸ زن و یک مرد بالای ۱۶ سال که مبتلا به اختلال وسواس موکنی بودند، تشکیل داد که به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه آزمایشی درمان CBT (۳ نفر)، درمان ACT (۳ نفر) و دارودرمانی (۳ نفر) قرار گرفتند. در تحقیق حاضر از روش پژوهشی مورد منفرد A-B استفاده گردید. پس از سه جلسه خط پایه، مداخله آغاز شد و برای روش CBT و ACT هر کدام ده جلسه انفرادی ۶۰ دقیقه‌ای هفتگی و برای دارودرمانی نیز ده جلسه هر دو هفته یک بار برگزار شد. یک ماه پس از مداخله، مراجعان در سه جلسه به فاصله یک ماه تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از مقیاس Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale یا MGH-HPS) استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و حاکی از آن بود که روش CBT و پس از آن روش ACT بیشترین تأثیر را بر کاهش شدت علایم اختلال وسواس موکنی داشت و دارودرمانی کمترین تأثیر را در این زمینه نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر روش‌های CBT و ACT بر شدت علایم اختلال موکنی، می‌توان از این دو شیوه برای درمان افراد مبتلا به این اختلال بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دارودرمانی، وسواس موکنی، مورد منفرد

ارجاع: حریری مریم، منشئی غلامرضا، نشاط دوست حمید طاهر، عابدی محمدرضا. **مقایسه تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت علایم وسواس موکنی: پژوهش مورد منفرد.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۹۳-۴۸۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۵/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۴

مقدمه

کلمه تریکوتیلومانیا (Trichotillomania) از ریشه واژه یونانی Thrix به معنای مو و Tillen به معنای کندن و Mania به معنای یک نوع رفتار جبری و وسواس‌گونه گرفته شده است (۱). تریکوتیلومانیا در Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition (DSM-IV) جزء اختلالات کنترل تکانه طبقه‌بندی شده بود، اما در پنجمین ویرایش، در گروه اختلالات وسواسی- اجباری قرار گرفت. افراد مبتلا به این اختلال، به طور قابل توجهی موی قسمتی از بدن مانند سر، ابرو، مژه‌ها و یا سایر قسمت‌های بدن خود را می‌کنند. این افراد قبل از اقدام به موکنی یا در حین تلاش برای مقاومت در برابر موکنی، احساس فشار می‌کنند و با کندن مو، احساس رضایت و راحتی دارند. البته احساس تنش قبل از اقدام به موکنی و احساس راحتی پس از آن به طور قطع در تمام این بیماران وجود ندارد (۲).

نتایج مطالعات متعدد حاکی از احتمال تأثیر سوء اختلال موکنی بر کارکرد فیزیکی و روانی فرد مبتلا می‌باشد. ریزش مو را می‌توان مهم‌ترین پیامد فیزیکی این اختلال دانست که ممکن است منجر به زخم‌های پوستی و عفونت شود. گروهی از بیماران که موی خود را می‌بلعند، مستعد تریکوبزوار (Trichobezovars) هستند که می‌تواند بی‌اشتهایی، تهوع، کاهش وزن و شاید مرگ را در پی داشته باشد (۳). علاوه بر مشکلات ذکر شده، در این اختلال فرد به دلیل اجتناب از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی و مکان‌های عمومی، با مشکلات اجتماعی مواجه می‌شود (۴).

طبق نتایج مطالعات طولی صورت گرفته، بهبود خود به خودی وسواس موکنی بسیار نادر است. در متون بالینی، به استفاده از رویکردهای درمانی مختلف برای تریکوتیلومانیا از جمله دارودرمانی، رفتاردرمانی، هیپنوتراپی، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavior therapy یا CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy یا ACT) اشاره شده و کارایی آن‌ها طی پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (۵).

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان
۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: غلامرضا منشئی Email: smanshaee@yahoo.com

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]

کانون توجه پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی سه روش دارودرمانی، CBT و ACT بود. دارودرمانی روشی است که رویکردی زیست پزشکی در سبب‌شناسی اختلالات روانی دارد (۶). طبق نتایج به دست آمده از مطالعات متعدد، استفاده از داروهای ضد افسردگی حتی در شرایطی که علایم بالینی افسردگی مشاهده نمی‌شود نیز در درمان این اختلال مؤثر می‌باشد (۴).

درمان دیگری که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، روش CBT و تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری می‌باشد. در این درمان، بیماران الگوهای تحریف شده و رفتارهای ناکارامد خود را تشخیص می‌دهند و از طریق بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری به دقت سازمان یافته، برای تغییر این افکار تحریف شده و ناکارامد خود اقدام می‌نمایند (۷). تحقیقات صورت گرفته اثربخشی بالاتر روش CBT را نسبت به درمان‌های دارویی نشان می‌دهند (۸).

روش‌های شناختی مانند چالش با افکار خوداینند منفی و تکنیک‌های رفتاری مانند خودنظارتی (Self-monitoring)، افزایش آگاهی، معکوس کردن عادت (Habit-reversal) و کنترل محرکی (Stimulus control) از جمله تکنیک‌هایی هستند که در اغلب پروتکل‌های درمان CBT به آن‌ها اشاره شده است (۴).

یکی دیگر از شیوه‌های درمان تریکوتیلومانیا، روش ACT است. در این درمان به بیماران مبتلا به این اختلال کمک می‌شود بدون عمل کردن، اصرار و اضطرار موکنی خود را بپذیرند و اجتناب را به پذیرش تغییر دهند (۹). در این نوع درمان، فرض بر این است که بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی برای بسیاری از افراد آزار دهنده است و مدام در تلاش برای تغییر این تجارب درونی یا رهایی از آن می‌باشند، اما این تلاش‌ها برای کنترل، بی‌تأثیر است و بر عکس تشدید احساسات، هیجانات و افکاری را در پی دارد که فرد به دنبال اجتناب از آن‌ها می‌باشد.

با وجود مطالعات متعدد در مورد تأثیر مطلوب روش ACT بر برخی اختلالات روانی، درباره تأثیر این درمان بر تریکوتیلومانیا پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. Twohig و Woods (۱۰)، Woods و همکاران (۱۱) و Crosby و همکاران (۱۲) به بررسی تأثیر درمان ACT در ترکیب با روش CBT برای تریکوتیلومانیا پرداختند، اما در پژوهش‌های آنان به نقش جداگانه این دو درمان اشاره نشد. تحقیق Verhoeven و Malinowski به مقایسه اثربخشی روش‌های ACT و CBT و بررسی کارایی این دو روش به طور جداگانه پرداخت. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که درمان ACT دارای نرخ عود (بازگشت) پایین‌تری در مقایسه با روش CBT می‌باشد و می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان تریکوتیلومانیا باشد. علاوه بر این، روش ACT با هدف قرار دادن انعطاف‌پذیری کلی روان‌شناختی فردی به جای تمرکز صرف بر مؤلفه‌های کلیدی یک اختلال، می‌تواند علاوه بر کاهش علایم رفتار مشکل‌ساز، اثرات جانبی مثبتی هم برای بیماران به همراه داشته باشد (۹).

با توجه به آنچه بیان شد، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال بود که آیا تفاوت معنی‌داری بین تأثیر روش‌های CBT، ACT و دارودرمانی در کاهش شدت علایم موکنی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش را کلیه مراجع کنندگان به کلینیک تماشا در شهر اصفهان در سال ۹۴-۱۳۹۳ که بر اساس مصاحبه بالینی مطابق با معیارهای DSM-V تشخیص وسواس موکنی دریافت کرده بودند، تشکیل دادند و از میان آن‌ها، ۹ نفر از افراد ۱۶ سال به بالا به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه آزمایشی روش CBT (۳ نفر)، روش ACT (۳ نفر) و دارودرمانی (۳ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن اختلال وسواس موکنی بر اساس تشخیص روان‌پزشک، تمایل فرد به شرکت در آزمایش و سن بالای ۱۶ سال و معیارهای خروج نیز عبارت از وجود بیماری سایکوز به تشخیص روان‌پزشک، وجود اختلال دوقطبی با تشخیص روان‌پزشک، سوء مصرف مواد با تشخیص روان‌پزشک و شرکت در برنامه درمانی دیگر هم‌زمان با اجرای پژوهش بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، پس از انتخاب آزمودنی‌ها و ارایه اطلاعات درباره هدف پژوهش و بیان اصل رازداری در مورد اطلاعاتی که در اختیار پژوهشگر می‌گذارند، به آن‌ها حق انتخاب شرکت یا رد شرکت در پژوهش داده شد.

در مطالعه حاضر از طرح تجربی مورد منفرد (تک آزمودنی) A-B استفاده شد. علت انتخاب این روش، تعداد کم افراد مورد نظر برای شرکت در پژوهش و خاص بودن آزمودنی‌ها بود. در مقابل، پژوهش‌های موردی به شکل میدانی اجرا می‌شوند و مبتنی بر داده‌های کیفی می‌باشند. برخی پژوهشگران به اشتباه آزمایش مورد منفرد را نسخه ساده طرح‌های گروهی تلقی می‌کنند. پژوهشگران طرح‌های منفرد به اندازه پژوهشگرانی که آزمایش‌های گروهی انجام می‌دهند، پایایی درونی و بیرونی را مورد توجه قرار می‌دهند (۱۳). در این طرح‌ها تنها یک آزمودنی در یک زمان مورد مطالعه قرار می‌گیرد و تغییرات حاصل از مداخله، در ارتباط با همان فرد ارزیابی می‌شود؛ یعنی در اجرای این طرح‌ها آزمودنی هر دو نقش آزمایش و شاهد را ایفا می‌کند. به طور کلی هدف از این طرح‌ها، تعیین تأثیر یک مداخله بر آزمودنی‌ها به صورت انفرادی و یافتن رابطه علت و معلولی بین متغیرهای مستقل و وابسته است. کاهش یا افزایش متغیر وابسته در اثر ارایه یا حذف متغیر مستقل، رابطه علت و معلولی بین متغیر مستقل و وابسته را اثبات می‌نماید.

طرح مطالعه حاضر دارای سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری بود که در مرحله خط پایه رفتار مورد بررسی که به آن رفتار آماج (Target behavior) گفته می‌شود، مدتی تحت شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار گرفت؛ به این صورت که پیش از آغاز مداخله، همه شرکت کنندگان به مدت سه جلسه پی‌درپی فقط مقیاس Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH-HPS) یا Massachusetts را تکمیل نمودند و هیچ مداخله‌ای در این سه جلسه صورت نگرفت. پس از سه جلسه خط پایه، مرحله آزمایشی اجرا شد که طی آن تأثیر متغیر مستقل بر رفتار آماج مورد توجه بود و شامل ده جلسه انفرادی درمان CBT برای گروه اول، ده جلسه درمان ACT برای گروه دوم هر یک به مدت ۶۰ دقیقه هفتگی و دارودرمانی نیز به صورت ده جلسه دو هفته یک‌بار بود. در مرحله پیگیری، مشاهده مجدد رفتار تغییر یافته بر اثر عمل آزمایشی در شرایط طبیعی صورت می‌گیرد. به این منظور، پس از پایان جلسات، سه جلسه پیگیری به فاصله یک ماه از آخرین جلسه درمان و با فاصله یک ماه اجرا گردید.

پس از طی مراحل فوق، نتایج هر سه مرحله به صوررت نمودار رسم شد و تجزیه و تحلیل نهایی نتایج انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (Visual analysis) نمودارها، شاخص روند (Trending)، ثبات (Stability)، درصد داده‌های غیر همپوش (Percentage of non-overlapping data یا PND) و درصد داده‌های همپوش (Percentage of Overlapping data یا POD) استفاده گردید.

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]

جدول ۱. نمرات شدت علایم اختلال موکنی در درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی در گروه اول

روش	جلسات										
	خط پایه			مداخله				پیگیری			
CBT	۱۶	۱۳	۲۰	۱۷	۳	۲	۱	۰	۰	۰	۰
ACT	۱۶	۸	۱۴	۹	۷	۹	۸	۶	۵	۷	۴
دارودرمانی	۲۶	۲۴	۲۵	۲۳	۲۷	۲۳	۲۱	۲۴	۲۰	۲۰	۱۸

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

بدین منظور پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور افقی و محفظه ثبات (Stability envelope) روی خط میانه ترسیم شد. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، روش دو نیم کردن (Split-middle) مورد استفاده قرار گرفت؛ یعنی داده‌های هر موقعیت دو نیم شد و هر نیمه هم خود به دو نیم تقسیم شد. سپس خطی که نقاط میانی هر دو نیمه را به هم وصل می‌کرد، کشیده شد و محفظه ثبات نیز بر روی این خط ترسیم گردید. پس از رسم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های مربوط به تحلیل درون موقعیتی (Within condition analysis) و بین موقعیتی (Between condition analysis) مانند تغییر سطح، روند و PND محاسبه شد.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در ادامه به تفصیل بیان شده است.

پرسش‌نامه MGH-HPS: این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی ۷ ماده‌ای است که هر ماده آن بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (از صفر تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمره آزمودنی در دامنه‌ای بین صفر تا ۲۸ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر اختلال می‌باشد. این مقیاس فراوانی اصرار و میل برای موکنی، شدت میل، کنترل بر موکنی، کنترل بر فشارها، فراوانی موکنی، مقاومت در برابر موکنی و تنش و ناراحتی همراه با موکنی را در طی یک هفته قبل می‌سنجد. پرسش‌نامه MGH-HPS روایی و اعتبار قابل قبولی را نشان داده است. پایایی این مقیاس در پژوهش O'Sullivan و همکاران به روش Cronbach's alpha، ۰/۸۹ و به روش بازآزمایی ۰/۹۷ گزارش شد (۱۴). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی در مطالعه Keuthen و همکاران نشان داد که این مقیاس از دو عامل جداگانه شدت (Severity) و مقاومت (Resistance) و کنترل تشکیل شده است. ضرایب همسانی درونی گزارش شده در پژوهش آن‌ها برای کل مقیاس، عامل اول و عامل دوم به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۰ به دست آمد (۱۵).

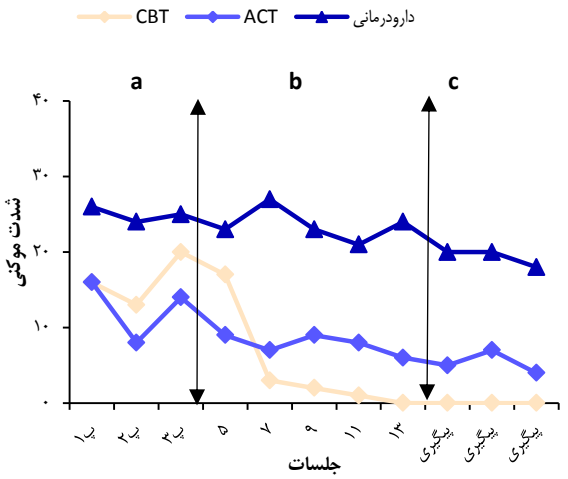
یافته‌ها

داده‌های شدت علایم اختلال موکنی در روش‌های CBT، ACT و دارودرمانی طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در گروه اول در جدول ۱ آمده است. یافته‌های جدول ۱ در شکل ۱ نیز نشان داده شده است.

جدول ۲ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی گروه اول را نشان می‌دهد.

متغیرهای تحلیل دیداری بین موقعیتی گروه اول در جدول ۳ آمده است.

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری گروه دوم در جدول ۴ ارایه شده است. یافته‌های جدول ۴ نیز در شکل ۲ آمده است.



شکل ۱. تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه اول

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

جدول ۵ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی گروه دوم را نشان می‌دهد.

جدول ۲. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه اول

روش	گروه	میانه	میانگین	تغییر نسبی	تغییر مطلق
CBT	A	۱۶	۱۶/۳۳	+۲	+۴
	B	۲	۴/۶۰	-۹/۵	-۱۷
	C	۰	۰	۰	۰
ACT	A	۱۴	۱۲/۶۶	-۱	-۲
	B	۸	۷/۸۰	-۱	-۳
	C	۵	۵/۳۳	-۰/۵	-۱
دارودرمانی	A	۲۵	۲۵/۰۰	-۰/۵	-۱
	B	۲۳	۲۳/۶۰	-۲/۵	+۱
	C	۲۰	۱۹/۳۳	-۱	-۲

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]

جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری بین موقعیتی خط پایه و مداخله برای تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه اول

B/A	تغییر میانه	تغییر میانگین	تغییر نسبی	تغییر مطلق	PND (درصد)
CBT	۲/۱۶	۴/۶/۱۶/۳۳	۱۰/۱۶/۵	۱۷/۲۰	۸۰
ACT	۸/۱۴	۷/۸/۱۲/۶۶	۸/۱۱	۹/۱۴	۴۰
دارودرمانی	۲۳/۲۵	۲۳/۶/۲۵	۲۵/۲۴/۵	۲۳/۲۵	۶۰

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy; PND: Percentage of non-overlapping data

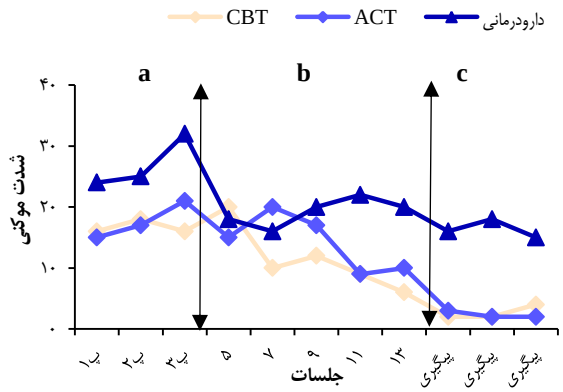
متغیرهای تحلیل دیداری بین موقعیتی گروه دوم در جدول ۶ ارایه شده است.

جدول ٤. نمرات شدت علایم اختلال موکنی در درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی در گروه دوم

روش	جلسات										
	خط پایه			مداخله				پیگیری			
CBT	۱۶	۱۸	۱۶	۲۰	۱۰	۱۲	۹	۶	۲	۲	۴
ACT	۱۵	۱۷	۲۱	۱۵	۲۰	۱۷	۹	۱۰	۳	۲	۲
دارودرمانی	۲۴	۲۵	۳۲	۱۸	۱۶	۲۰	۲۲	۲۰	۱۶	۱۸	۱۵

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

داده‌های شدت علایم اختلال موکنی در روش‌های CBT، ACT و دارودرمانی درگروه سوم در جدول ۷ آمده است. یافته‌های جدول ۷ نیز در شکل ۳ نشان داده شده است.



شکل ۲. تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه دوم

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه دوم

روش	گروه	میانه	میانگین	تغییر نسبی	تغییر مطلق
CBT	A	۱۶	۱۶/۶۶	۰	۰
	B	۱۰	۱۱/۴۰	-۷/۵	-۱۴
	C	۲	۲/۶۶	+۱	+۲
ACT	A	۱۷	۱۷/۶۶	+۳	+۶
	B	۱۵	۱۴/۲۰	-۸	-۵
	C	۲	۲/۳۳	-۰/۵	-۱
دارودرمانی	A	۲۵	۲۷/۰۰	+۴	+۸
	B	۲۰	۱۹/۲۰	+۴	+۲
	C	۱۶	۱۶/۳۳	-۰/۵	-۱

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

داده‌های جدول ۸ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی گروه سوم را نشان می‌دهد.

جدول ٦. متغیرهای تحلیل دیداری بین موقعیتی خط پایه و مداخله برای تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه دوم

B/A	تغییر میانه	تغییر میانگین	تغییر نسبی	تغییر مطلق	PND (درصد)
CBT	۱۰/۱۶	۱۱/۴/۱۶/۶۶	۱۵/۱۷	۲۰/۱۶	۱۰۰
ACT	۱۵/۱۷	۱۴/۲/۱۷/۶۶	۱۷/۵/۱۹	۱۵/۲۱	۴۰
دارودرمانی	۲۰/۲۵	۱۹/۲/۲۷	۱۷/۲۸/۵	۱۸/۳۲	۱۰۰

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

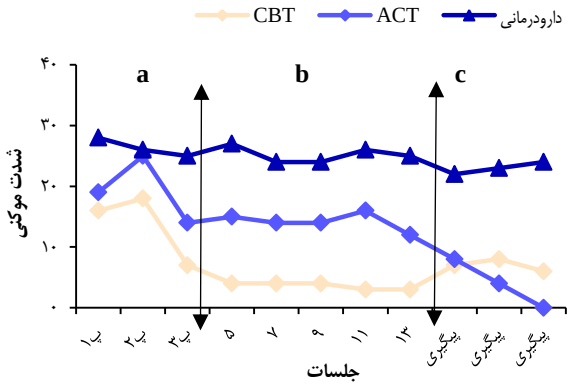
متغیرهای تحلیل دیداری بین موقعیتی گروه سوم در جدول ۹ آمده است.

جدول ۷. نمرات شدت علایم اختلال موکنی در درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی در گروه سوم

روش	جلسات										
	خط پایه			مداخله				پیگیری			
CBT	۱۶	۱۸	۱۶	۲۰	۱۰	۱۲	۹	۶	۲	۲	۴
ACT	۱۵	۱۷	۲۱	۱۵	۲۰	۱۷	۹	۱۰	۳	۲	۲
دارودرمانی	۲۴	۲۵	۳۲	۱۸	۱۶	۲۰	۲۲	۲۰	۱۶	۱۸	۱۵

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]



شکل ۳. تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه سوم

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

نتایج جدول ۹ برای هر سه گروه حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری و پس از آن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیشترین تأثیر را بر کاهش شدت علایم اختلال وسواس موکنی داشت و دارودرمانی کمترین تأثیر را در این زمینه نشان داد.

جدول ۸. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه سوم

روش	گروه	میانه	میانگین	تغییر نسبی	تغییر مطلق
CBT	A	۱۶	۱۳/۶۶	-۴/۵	-۹
	B	۴	۳/۶۰	-۱	-۱
	C	۷	۷/۰۰	-۰/۵	-۱
ACT	A	۱۹	۱۹/۳۳	+۲/۵	-۵
	B	۱۴	۱۴/۲۰	-۰/۵	-۳
	C	۴	۴/۰۰	-۴	-۸
دارودرمانی	A	۲۶	۲۶/۳۳	-۵/۱	-۳
	B	۲۵	۲۵/۲۰	۰	-۲
	C	۲۳	۲۳/۰۰	+۱	+۲

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر روش‌های CBT، ACT و دارودرمانی بر کاهش شدت علایم وسواس موکنی بود. به طور کلی نتایج مطالعه نشان داد که تأثیر درمان CBT بیشترین تأثیر را بر کاهش شدت علایم اختلال وسواس موکنی داشت و روش ACT از لحاظ تأثیر بر کاهش شدت علایم، با اختلاف کمی در رتبه بعدی قرار گرفت و اختلاف معنی‌داری بین این دو درمان مشاهده نشد. کمترین تأثیر نیز به دارودرمانی اختصاص یافت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رابطه با تأثیر درمان CBT بر علایم اختلال وسواس موکنی، نتایج تحقیقات متعدد بیانگر آن است که روش CBT بر کاهش علایم اختلال وسواس موکنی اثربخش است که با نتایج تحقیقات ربیعی و همکاران (۱۶) و میکائیل منیع (۱۷) در ایران و van Minnen و همکاران (۱۸)، Tolin و همکاران (۱۹)، Diefenbach و همکاران (۲۰)، Crosby و همکاران (۱۲)، Woods و همکاران (۱۱) و Twohig و Woods (۱۰) مشابهت داشت.

جدول ۹. متغیرهای تحلیل دیداری بین موقعیتی خط پایه و مداخله برای تأثیر درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی بر شدت موکنی در گروه سوم

B/A	تغییر میانه	تغییر میانگین	تغییر نسبی	تغییر مطلق	PND (درصد)
CBT	۴/۱۶	۳/۶/۱۳/۶۶	۴/۱۲/۵	۴/۷	۱۰۰
ACT	۱۴/۱۹	۱۴/۲/۱۹/۳۳	۱۴/۵/۲۲	۱۵/۱۴	۲۰
دارودرمانی	۲۵/۲۶	۲۵/۲/۳۳/۲۶	۲۵/۵/۲۵/۵	۲۷/۲۵	۴۰

CBT: Cognitive behavior therapy; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

در رابطه با تأثیر بیشتر روش CBT نسبت به دارودرمانی در کاهش علایم اختلال موکنی نیز نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات Bloch و همکاران (۲۱) همسو بود. نتایج فراتحلیل آنان نشان داد که واکنش معکوس نسبت به درمان دارویی با کلومیپرامین برتری دارد. کلومیپرامین در قیاس با دارونما مؤثرتر بود؛ در حالی که هیچ شاهدی دال بر این که Serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRI) نسبت به دارونما در درمان تریکوتیلومانیا مؤثرتر است، وجود نداشت (۲۱).

van Minnen و همکاران در پژوهش خود به مقایسه روش CBT با فلوکستین و لیست انتظار برای افراد مبتلا به تریکوتیلومانیا پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از آن بود که Hormone replacement therapy (HRT) (به عنوان یک مؤلفه هسته‌ای CBT) نسبت به فلوکستین یا لیست انتظار برتری دارد (۱۸).

Ninan و همکاران در اولین کارآزمایی کنترل شده خود که به طور مستقیم به مقایسه مداخلات دارویی با روان‌درمانی می‌پرداخت، کلومیپرامین و روش CBT را با هم مقایسه نمودند. در مطالعه آن‌ها ۶ بیمار تکمیل کننده درمان کلومیپرامین به مدت ۹ هفته، با ۵ بیمار تکمیل کننده CBT که ۹ جلسه درمانی را به صورت هفتگی دریافت می‌کردند، مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج نشان داد که روش CBT تغییرات بیشتری را در شدت موکنی و اختلالات همراه آن ایجاد می‌کند (۲۲).

دو تحقیق به بررسی اثربخشی روش درمانی ACT در درمان تریکوتیلومانیا پرداخت. Woods و همکاران به این نتیجه رسیدند که گروهی از بیماران تریکوتیلومانیا که با روش ACT درمان شده بودند، در مقایسه با گروه لیست انتظار کاهش چشمگیری در شدت موکنی، رتبه‌بندی اختلال موهای کنده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]
www.mui.ac.ir

شده و مقیاس اجتناب تجربی از خود نشان دادند و این نتایج نشان می‌دهد که وضعیت گروه ACT بهتر از گروه لیست انتظار است (۱۱).

درمان‌های رفتار موکنی شامل معکوس کردن عادت، ایجاد حساسیت پنهان، نظارت بر خود و تعدد اعصاب می‌باشد. بیشترین گزارش‌های رفتاری بر مطالعات موردی انفرادی تمرکز دارند. رویکرد شناختی- رفتاری گزارش‌های محدودی درباره اثربخشی و حفظ طولانی مدت نتایج درمان ارایه نموده است. Mouton و Stanley گزارش کردند که ۸۰ درصد از بیماران علایم بهبود را نشان دادند، اما بعد از یک دوره پیگیری ۹ ماهه، تنها ۴۰ درصد از آن‌ها توانسته‌اند وضعیت بهبود را حفظ کنند (۲۳).

با توجه به نتایج تحقیق حاضر، روش ACT بر کاهش علایم اختلال وسواس موکنی اثربخش بود که این یافته با نتایج تحقیقات Crosby و همکاران (۱۲)، Woods و همکاران (۱۱) و Twohig و Woods (۱۰) همخوانی داشت. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، دارودرمانی کمترین تأثیر را در کاهش علایم اختلال وسواس موکنی نشان داد که با یافته‌های تحقیقات Nowacka و همکاران (۲۴)، Flessner و همکاران (۸) که به مقایسه دوسوکور کلومیپرامین و دسیپرامین پرداختند (۸)، Ninan و همکاران که مداخلات دارویی را با روان‌درمانی مقایسه نمودند (۲۲) و Bloch و همکاران که درمان دارویی و رفتاری را مورد استفاده قرار دادند (۲۱)، همسو بود.

با توجه به نتایج به دست آمده، دو روش CBT و ACT اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشت و در تبیین نحوه چگونگی عملکرد این دو درمان می‌توان گفت که راهبرد و اصول درمانی در این دو روش متفاوت است، اما نتایج درمانی تفاوت قابل توجهی بین این دو درمان نشان نمی‌دهد. دلایلی که در ادامه بیان شده است، تبیین کننده این مطلب می‌باشد.

- یکی از اهداف اصلی و بینابینی در مدل CBT، کمک به بیمار برای اجتناب از تعمیم و عام کردن تجارب ناخوشایند درونی است. در این روش به فرد آموزش داده می‌شود که از تعمیم دوری کند، اما در مدل ACT، اصل بر پذیرش این افکار است. در این مدل با استفاده از امثال و تجارب قبلی فرد، به او نشان داده می‌شود که هرگز در فرار از این تجارب درونی موفق نبوده است و فرار از آن‌ها موجب تشدید آن‌ها می‌شود.

- در مدل CBT، فرد تشویق می‌گردد تا به احساسات یا افکار همراه با آن موقعیت فکر کند و تلاش کند آینده را بر اساس تجارب قبلی پیش‌بینی نماید، اما در درمان ACT مراجع یاد می‌گیرد که پیش‌بینی‌های قبلی او عموماً همخوانی با واقعیت نداشته است و افکار و احساسات او بیش از این که یک واقعیت تمام عیار از زندگی یا هویت او باشند، یک «فکر» یا «احساس» هستند. در واقع، زندگی او همواره به این دلیل دردناک بوده است که افکار، احساسات یا خاطرات خود را آسیب‌رسان‌تر از آنچه بوده‌اند، برآورد کرده است (۲۵). بنابراین، باید بیاموزد که چگونه در زمان حال زندگی کند و ارتباط مناسب‌تری با تجارب درونی خود برقرار نماید.

- در مدل CBT همواره شاهد آن هستیم که تجارب احساسی قبلی به تجارب فعلی یا عبارات معرف آن‌ها متصل شده‌اند و این اتصال موجب می‌گردد که افراد نتوانند با بسیاری از تجارب خود ارتباط برقرار نمایند و آن‌ها را به گونه منحصر به فردی تعبیر و تفسیر کنند و بدون این که خود دلیل آن را بدانند، از مسایل معمولی اجتناب نمایند. در روش ACT این اتصال از بزرگ‌ترین موانع درمان تلقی می‌گردد (۲۶) و درمانگر تلاش می‌کند با تکنیک‌های مختلف این اتصال احساسی را از بین ببرد.

- در مدل CBT به طور مداوم به محتوای افکار و احساسات و خاطرات توجه و تلاش می‌گردد تا تغییراتی در نحوه برداشت فرد و تعبیر و تفسیر او از وقایع ایجاد شود، اما درمانگر در روش ACT بیش از این که به این محتوا توجه کند، این افکار را به عنوان یک محتوا در«خود» فرد می‌بیند و تلاش دارد به فرد نشان دهد که وجود او از این افکار جدا است و این افکار در وجود او جریان دارند نه این که بخشی از وجود او را تشکیل دهند. این امر موجب کاهش اتصال افکار و کاهش قبح و ارزش آن‌ها می‌گردد.

درمان دارویی به تنهایی تأثیر چندانی در بهبود بیماران نداشت. بنابراین، به نظر می‌رسد که برای ارتقای اثربخشی درمان مبتلایان به اختلالات وسواسی- اجباری، علاوه بر اعمال دارو بهتر است رویکردهایی همچون روش‌های CBT و ACT به عنوان مؤلفه هسته‌ای در جهت کاهش علایم در این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کارکنان محترم کلینیک مشاوره تماشا اصفهان و همچنین، شرکت کنندگان پژوهش که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Adamec CA. Impulse control disorders. New York, NY: Chelsea House; 2008.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 5th ed. Washington, DC: APA; 2000.
3. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P. Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. Behav Res Ther 2005; 43(7): 869-84.
4. Franklin ME, Tolin DF. Treating trichotillomania: Cognitive-behavioral therapy for hairpulling and related problems. New York, NY: Springer; 2007.
5. Franklin ME, Zagrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. Expert Rev Neurother 2011; 11(8): 1165-74.
6. Seligman MEP, Rosenhan DL. Abnormal psychology: Psychopathology. Trans. Seyed Mohammadi Y. 12th ed. Tehran, Iran: Arasbaran Publications; 2011. [In Persian].
7. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2012. [In Persian].
8. Flessner CA, Penzel F, Keuthen NJ. Current treatment practices for children and adults with trichotillomania: Consensus among experts. Cogn Behav Pract 2010; 17(3): 290-300.

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]

9. Verhoevenn J, Malinowski O. Trichotillomania: A comparison of CBT and ACT in causal reasoning and treatment outcome stability. Nijmegen, Netherlands: Behavioural Science Institute, Radboud University Nijmegen; 2011.

10. 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.

11. 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.

12. Crosby JM, Dehlin JP, Mitchell PR, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy and habit reversal training for the treatment of trichotillomania. Cogn Behav Pract 2012; 19(4): 595-605.

13. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: An introduction. 8th ed. Boston, MA: Pearson; 2006.

14. O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, Ricciardi JN, Buttolph ML, Jenike MA, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 2. reliability and validity. Psychother Psychosom 1995; 64(3-4): 146-8.

15. Keuthen NJ, Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Stein DJ, Cashin SE. Factor analysis of the Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale. J Psychosom Res 2007; 62(6): 707-9.

16. Rabiei M, Nikfarjam M, Movassagh MT, Goldoz-Khayat N. The effectiveness of metacognitive-cognitive-behavioral intervention on severity of the symptoms of hair pulling disorder. Journal of Behavioral Sciences 2014; 7(4): 373-8. [In Persian].

17. Michaeli Manee F. The effect of habit reversal training (HRT) on trichotillomania (TTM). J Kermanshah Univ Med Sci 2013; 17(6): 370-80. [In Persian].

18. 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 2003; 60(5): 517-22.

19. Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. Cogn Behav Ther 2007; 36(3): 129-44.

20. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Maltby N, Crocetto J. Group treatment for trichotillomania: behavior therapy versus supportive therapy. Behav Ther 2006; 37(4): 353-63.

21. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. Biol Psychiatry 2007; 62(8): 839-46.

22. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. J Clin Psychiatry 2000; 61(1): 47-50.

23. Mouton SG, Stanley MA. Habit reversal training for trichotillomania: A group approach. Cogn Behav Pract 1996; 3(1): 159-82.

24. Nowacka A, Florkowski A, Broniarczyk-Czarniak M, Lacisz J, Orzechowska A. Is trichotillomania a disorder of the obsessive-compulsive spectrum? A case report. Postepy Psychiatrii i Neurologii 2013; 22(4): 279-87.

25. Zettle R. ACT for Depression: A Clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. 1st ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010.

26. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and commitment therapy (theories of psychotherapy). Washington, DC: American Psychological Association; 2012.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]

A Comparative Study of Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Pharmacotherapy on Trichotillomania Symptoms Severity: A Single-Subject Research

Maryam Hariri[1], Gholamreza Manshaei[2], Hamid Taher Neshat-Doost[3], Mohammadreza Abedi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The purpose of the present study was to compare the effect of cognitive behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT), and pharmacotherapy on severity of trichotillomania (TTM) symptoms.

Methods and Materials: The participants consisted of 8 women and 1 man of over 16 years of age with TTM. The subjects were chosen through convenience sampling and randomly divided into 3 groups of equal size (CBT, ACT, and pharmacotherapy groups). The present single-subject study was conducted using the A-B design. The baseline consisted of 3 sessions, and the intervention consisted of 10 weekly sessions of CBT and ACT once a week for 60 minutes and 10 pharmacotherapy sessions once every 2 weeks. One month after the intervention, the subjects participated in 3 follow-up sessions (once a month). Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH-HPS) was used to collect data.

Findings: The findings of this study were analyzed based on visual analysis and descriptive statistical indicators. The results demonstrated that CBT and ACT were, respectively, more effective on the reduction of TTM symptoms severity and pharmacotherapy was the least effective.

Conclusions: Considering the effectiveness of CBT and ACT on severity of TTM symptoms, the use of these therapies to reduce TTM symptoms is recommended.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Pharmacological Treatment, Trichotillomania, Single-Subject

Citation: Hariri M, Manshaei G, Neshat-Doost HT, Abedi M. **A Comparative Study of Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Pharmacotherapy on Trichotillomania Symptoms Severity: A Single-Subject Research.** J Res Behav Sci 2016; 14(4): 486-93.

Received: 19.08.2016 Accepted: 14.11.2016

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Gholamreza Manshaei, Email: smanshaee@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.10.8]