

The effectiveness of habit reversal training with cognitive behavior therapy on quality of life and symptoms of trichotillomania patients

Najmeh Hamid^{*}, Maryam Bordbar, Seyed Ali Marashy

Department of Clinical Psychology, College of Educational Sciences and Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

ARTICLE INFO**Article History:**

Received: 26 Oct 2021

Accepted: 22 Jan 2022

ePublished: 1 May 2022

Keywords:Trichotillomania,
Cognitive behavior
therapy, Reversal
Training, Quality of life**Abstract**

Background. The aim of this research was to investigate the effect of Habit Reversal Training with cognitive behavior therapy quality of life and Symptoms of Trichotillomania patients. This quasi-experimental study was designed with pretest-posttest and control group.

Methods. The statistical population consisted of all female patients with trichotillomania disorder referring to the Mashhad medical clinics. A sample of 24 subjects meeting the criteria for entering the research, were selected based on availability and matched for age, educational status, not suffering from acute physical and mental disorders and other criteria considered in this research. Then, they were randomly divided into two experimental (12) and control (12) groups. The participants in the two groups completed the items in the Massachusetts General Hospital (MGH) Hair pulling Scale and quality of life questionnaire before and after the intervention. The experimental group received habit reversal training with cognitive behavior therapy for 8 sessions of 1 hour, while the control group did not receive such training. The data were analyzed by ANCOVA & MANCOVA test using SPSS-21.

Results. The results showed that habit reversal training with cognitive behavior therapy had a significant positive effect on quality of life and symptoms of trichotillomania in the experimental group in comparison with pretest and control groups ($P < 0.001$), so that the experimental group showed less symptoms of trichotillomania after the intervention and showed higher quality of life.

Conclusion. According to the results of this study, it can be concluded that habit reversal training with cognitive behavior therapy has a positive effect on quality of life and symptoms of trichotillomania of patients with trichotillomania. Therefore, habit reversal training may be considered as one of the main treatments for this disorder.

Practical Implications. Patients with Trichotillomania (TTM) have a high level of stress, which is often alleviated by the habit of hair loss. Cognitive-behavioral therapy combined with habit reversal has a positive effect on the quality of life of patients with Trichotillomania (TTM). Cognitive-behavioral therapy combined with habit reversal has a positive effect on symptoms of patients with Trichotillomania (TTM). The use of cognitive-behavioral with habit reversal interventions to strengthen the will of Trichotillomania (TTM) patients with drug therapy is recommended.

How to cite this article: Hamid N, Bordbar M, Marashy S A. The effectiveness of habit reversal training with cognitive behavior therapy on quality of life and symptoms of trichotillomania patients. 2022;44(2):116-126. doi: 10.34172/mj.2022.021. Persian.

*Corresponding author; Email: n.hamid@scu.ac.ir

© 2022 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Extended Abstract

Background

Trichotillomania (TTM) is a serious mental disorder. People diagnosed with trichotillomania (TTM) are patients who have lost a large part of their scalp, eyebrows, eyelashes, and other parts of their body by pulling their hair out, and who eventually seek treatment after utmost helplessness and suffering. After pulling the hair, the person will feel remorse and guilt, to the extent that he/she often decides to leave the action, but will fail. It seems that the quality of life is one of the variables that decrease in these patients in the first place as other aspects of their life are affected. One of the new psychological therapies considered currently for the treatment of several obsessive-compulsive and tic disorders is cognitive-behavioral therapy with habit reversal. Habit reversal training (HRT) is one of the most important treatment methods and has been the first systematic method to treat this disorder and other habitual problems such as tic and nail-biting.

Methods

This study was conducted using an experimental design with pre-test, post-test, and a control group, and the protocol of the study was approved with the code of ethics IR.AJUMS.REC.1396.820. the research population consisted of all female patients with trichotillomania (TTM). A total of 24 patients were selected as a pilot sample and without estimating the sample size. The inclusion criteria were having trichotillomania (TTM), being diagnosed with the disorder following the criteria set out in the DSM-5 and the Massachusetts General Hospital (MGH) Hair pulling Scale, being 20 to 35 years old, no use of psychotropic medication at least two weeks before the treatment, and giving informed consent to participate in the study. The exclusion criteria were having acute physical and mental illnesses, unwillingness to participate in the study, and use of psychedelic and psychotropic drugs during treatment and two weeks before receiving the habitual reversal training intervention. The participants were selected through convenience

sampling and randomly assigned to intervention and control groups each with 12 members. The experimental group attended the habit reversal training intervention for 8 one-hour sessions. However, the members of the control group did not receive any intervention. The participants in the two groups completed the items in the Massachusetts General Hospital (MGH) Hair pulling Scale and quality of life questionnaire before and after the intervention. Data were analyzed by SPSS-21 using univariate and multivariate analysis of covariance (ANOVA) before and after the intervention.

Results

The data of this study were analyzed in two parts: descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate and multivariate analysis of covariance) using SPSS statistical software (version 24). Before using the multivariate analysis of covariance test, its defaults were checked, the first assumption being that the distribution was normal. The normality of dependent variable scores was confirmed in this study. The second assumption examined was the assumption of homogeneity (equality) of variance, which was examined using the Leven test, the results of which confirmed the assumption of homogeneity of variance for the dependent variable. The results showed that there was a significant difference between quality pre-test scores and post-test scores of this variable. Furthermore, the results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of quality of life and symptoms of trichotillomania (TTM) ($P < 0.001$). The mean quality of life in the experimental group significantly increased compared to the pretest and control groups, but the mean of Mokni obsessive-compulsive disorder syndrome significantly decreased. Habit reversal treatment had a positive effect on quality of life and symptoms of trichotillomania (TTM). After the intervention, the participants in the experimental group showed fewer symptoms of obsessive-compulsive disorder

and a higher quality of life. Also, the results showed that after controlling the pre-test scores, the effect of the group on the post-test scores of quality of life was significant ($P < 0.001$). In other words, there was a significant difference between the participants of the experimental and control groups in the mean scores of quality of life in the post-test stage. According to the descriptive indicators, these differences are such that the post-test quality of life scores for the participants in the experimental group were significantly higher than the scores of the participants in the control group. In other words, these results confirmed the hypothesis of the study that the treatment of habit reversal leads to a significant increase in the quality of life of patients diagnosed with trichotillomania (TTM). Habit reversal training had a significant positive effect on quality of life, and symptoms of trichotillomania in experimental group in comparison with pretest and control group, so that the experimental group showed fewer symptoms of trichotillomania after the intervention and showed higher quality of life.

Conclusion

Studies show that symptoms of trichotillomania (TTM), associated with hair loss is a predictor of poor quality of life in people with the disorder. Habit reversal training can be introduced as an effective technique to reduce TTM disorder and improve its psychological consequences. Since symptoms of anxiety and stress associated with TTM may persist for a long time in the patient and adversely affect all aspects of his/her life, habit reversal training, in addition to drug therapies can be used by specialists and psychotherapists to treat female patients with trichotillomania (TTM). According to the results of the present study, it was found that cognitive-behavioral therapy with habit reversal has a positive effect on quality of life and symptoms of obsessive-compulsive disorder syndrome in patients with TTM disorder. Therefore, it is recommended that treatment of habit reversal be considered as one of the main treatments for this disorder.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانه‌های اختلال وسواس موکنی (TMM)

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

گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۰/۸/۴
پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲
انتشار برخط: ۱۴۰۱/۰۲/۱۱

کلید واژه‌ها:

وسواس موکنی، درمان شناختی رفتاری، وارونه سازی عادت، کیفیت زندگی

چکیده

زمینه. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی انجام گرفت.

روش کار. این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود که جامعه آماری آن را تمام بیماران زن مبتلا به وسواس موکنی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های درمانی مشهد تشکیل داد که از بین این افراد، تعداد ۲۴ نفر - که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند - به صورت در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک ساعته تحت درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت قرار گرفتند و آزمودنی‌های گروه گواه تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای در طی این مدت قرار نگرفتند. همه آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله مقیاس وسواس موکنی و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکووا) و چند متغیره (مانکووا) توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری میان گروه آزمایش و گواه از لحاظ کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی وجود دارد ($P < 0.001$). میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش، اما میانگین نشانگان اختلال وسواس موکنی به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و علائم وسواس موکنی داشت به طوری که آزمودنی‌های گروه آزمایش بعد از مداخله، علائم وسواس موکنی کمتر و کیفیت زندگی بیشتری را نشان دادند.

نتیجه‌گیری. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مشخص شد که درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت، تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و نشانگان اختلال وسواس موکنی بیماران با وسواس موکنی دارد. بنابراین توصیه می‌شود درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت، جزو درمان‌های اصلی این اختلال قرار گیرد.

پیامدهای عملی. بیماران مبتلا به اختلال وسواس موکنی (TMM)، تنش فراوانی دارند که برای تخفیف آن، عادت ناسازگار کردن مو را به طور مکرر به کار می‌برند. درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت، تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران با وسواس موکنی (TMM) دارد. درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت، تاثیر مثبتی بر نشانگان اختلال وسواس موکنی بیماران با وسواس موکنی (TMM) دارد. استفاده از مداخلات شناختی رفتاری جهت اصلاح رفتار و تقویت اراده بیماران مبتلا به وسواس موکنی (TMM) در کنار درمان‌های دارویی توصیه می‌شود.

مقدمه

به دلیل موکنی از دست داده‌اند و در نهایت رنج و درماندگی به دنبال درمان می‌روند.^۱ اختلال وسواس موکنی، بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم (DSM-5)، در دسته اختلالات وسواس فکری-عملی طبقه‌بندی شده است. اختلال وسواس موکنی یک اختلال روانپزشکی است که ویژگی اصلی آن کردن مو در قسمت‌های مختلف بدن است و به‌طور

اختلال وسواس موکنی یا تریکوتیلومانیا- که به اختصار TMM نامیده می‌شود- از اختلالات روانی است که با وجود اهمیت آن و شیوع نسبتاً بالایی که دارد تا بیست سال پیش کمتر مورد توجه متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته بود. افرادی که تشخیص اختلال وسواس موکنی را دریافت می‌کنند، بیمارانی هستند که بخش زیادی از موهای سر، ابرو، مژه و سایر قسمت‌های بدنشان را

* نویسنده مسؤل: ایمیل: n.hamid@scu.ac.ir

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

که عادت رخ می‌دهد یا نزدیک است رخ دهد شناسایی کند. مولفه دوم، آموزش پاسخ جایگزین یا مغایر است که در آن مراجعه‌کننده یاد می‌گیرد تا یک وابسته ناگهانی رفتار برای موکنی یا پیشایندهای آن به کار گیرد. به عبارتی مراجعه‌کننده، رفتاری ناهماهنگ با رفتار عادت را می‌آموزد که از آن برای جلوگیری از بروز رفتار مختل استفاده می‌کند. مولفه سوم، حمایت اجتماعی است که طی آن فرد مهم یا نزدیک‌ترین فرد به مراجعه‌کننده کمک می‌کند تا به شکل موفقیت‌آمیز از پاسخ‌ها یا رفتارهای جایگزین برای کنترل موکنی بهره جوید. در نهایت، درمانگر با فرد، تمام موقعیت‌هایی که عادت در آن اتفاق می‌افتد و این‌که چطور عادت ممکن است برای او ناراحتی و شرمساری به بار آورد را بررسی می‌کند که مولفه راهبردهای انگیزشی نامیده شده است.^۵ تحقیقات نشان می‌دهد که اختلال وسواس موکنی زودتر از اختلالات اضطرابی آغاز شده و موکنان در بعضی از افراد منجر به کاهش احساسات ناخوشایند و اضطراب آور می‌شود.^۶ بزرگسالان مبتلا به تریکوتیلومانیا اغلب گزارش می‌دهند که در طول دوره‌های اضطراب، کندن موی آن‌ها افزایش می‌یابد و در عوض کندن 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.^۷ به‌طور کلی شاخص‌های کیفیت زندگی، همان برداشت ذهنی و قضاوت فردی هر شخص از وضعیت زندگی خودش است و به عوامل درونی وابسته است. شاخص‌های ذهنی بر این مبنا طرح‌ریزی شده‌اند که کیفیت زندگی مفهومی ذهنی، چند بعدی و پیچیده است و فرآیندی است که علاوه بر برآورده کردن نیازهای حیاتی، جنبه‌هایی را که باعث شکوفایی می‌گردد نیز شامل می‌شود. 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.^۸ مطالعات حاکی از این است که افسردگی همراه با اختلال کندن مو پیش‌بینی‌کننده پایین بودن کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این اختلال است.^۹

روش کار

طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمام بیماران زن مبتلا به وسواس موکنی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های درمانی شهرستان مشهد تشکیل داد که از بین این افراد، تعداد ۲۴ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش مانند وجود اختلال وسواس موکنی بر اساس ملاک‌های مطرح‌شده در DSM-5 و پرسشنامه کندن مو

مزمین این اختلال با پیامدهای اجتماعی‌روانی منفی در ارتباط است.^۲ این بیماران به خودشان صدمه می‌زنند و رنج می‌کشند، اما نمی‌توانند از رفتار خودتخریب‌گشان دست بردارند و نشانه‌های منفی این اختلال و عوارض ناشی از آن منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود و این افراد کمتر از زندگی لذت می‌برند. کیفیت زندگی امروزه یکی از پیامدهای مهم سلامتی است. 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 می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. با توجه به پیامدهای منفی اختلال وسواس موکنی به نظر می‌رسد کیفیت زندگی از متغیرهایی است که در وهله اول در این بیماران کاهش می‌یابد و بر سایر جنبه‌های زندگی تاثیر می‌گذارد؛^۳ اما اختلال وسواس موکنی، با وجود داشتن عوارض متعدد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی، کمتر مورد تشخیص و درمان قرار گرفته است. به همین دلیل نیاز است تحقیقات متعددی در جهت شناخت عوامل موثر بر آن و همچنین شیوه‌های نوین درمانی آن انجام گیرد.^۴ یکی از شیوه‌های نوین درمان‌های روان‌شناختی که امروزه برای درمان تعدادی از بیماری‌های وسواس و اختلال تیک مورد توجه قرار گرفته، درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت است.^۵ 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 طرحواره ذهنی وی ایجاد شود و موقعیت‌هایی که موجب تنش و پناه آوردن وی به کندن مو به عنوان مقابله‌ای در برابر استرس می‌شود شناسایی شده و راه‌های دیگری که موجب آرامش وی می‌شود اتخاذ کند و مسئله‌ای که قصد حل آن وجود دارد، برعکس انجام شود و رفتارهای جدید جایگزین رفتارهای قبلی شود.^۶ این درمان اگر چه جنبه رفتاری دارد، اما تحقیقات نشان داده است که در نگرش افراد نیز تغییراتی پس از انجام آن ایجاد می‌شود. اثربخشی این درمان در بسیاری از اختلالات نشان داده شده است و به نظر می‌رسد یکی از درمان‌های موثر برای شدت نشانه‌ها و علائم اختلال وسواس موکنی نیز باشد.^۱ با توجه به اهمیت این درمان در اختلال موکنی و کمبود پژوهش‌های ایرانی در این زمینه، این پژوهش به بررسی تاثیر درمان وارونه‌سازی عادت بر بیماران مبتلا به اختلال وسواس موکنی پرداخته است. روش وارونه‌سازی عادت چهار مولفه اصلی دارد. در مولفه اول، فرد مبتلا به این اختلال از موقعیت‌های موکنی آگاهی پیدا کند، رفتاری را که به آن عادت کرده توصیف کند و زمان‌هایی

سوال دارد) ارزیابی می‌کند. ۲ سوال اول نیز فقط حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. پس از انجام محاسبه‌های 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 بوده و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است.^{۱۳} در ایران^{۱۴} 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 بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. همچنین اعتبار مقیاس کیفیت زندگی را در ایران^{۱۵} سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸، سلامت جسمی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۶۵ و کیفیت محیط زندگی ۰/۷۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۴ به دست آمد که نشان می‌دهد این ابزار پایایی مطلوبی دارد. در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

شیوه اجرا

در این پژوهش گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱ ساعته و در هفته‌ای ۲ بار با استفاده از پروتکل آموزشی، مورد آموزش شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت قرار گرفت.^{۱۶} در جدول ۱ به طور خلاصه پروتکل و جلساتی که آزمودنی‌های گروه آزمایش مورد آموزش قرار گرفتند آورده شده است. داده‌های این پژوهش در دو قسمت آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره) با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد و اولین پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع بود. بررسی طبیعی بودن نمرات متغیر وابسته در این پژوهش تایید شد. دومین پیش‌فرض بررسی شده، پیش‌فرض همگنی (برابری) واریانس بود که با استفاده از آزمون لوین ارزیابی شد و طبق نتایج آن برای همه متغیرها پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیر وابسته تایید شد.

بیمارستان ماساچوست (MGH-HS)، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، عدم استفاده از داروهای سایکوتروپیک در حداقل دو هفته قبل از شروع درمان و تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیماری جسمانی و روانی حاد، تمایل داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، مصرف داروهای روانگردان و سایکوتروپیک در مراحل درمان و دو هفته قبل از درمان بود. افراد نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک ساعته در مداخله آموزشی شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت شرکت کردند و در طی این مدت گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. همه آزمودنی‌های پژوهش پیش از شروع دوره آموزشی و پس از آن با استفاده از پرسشنامه موکنی دانشگاه ماساچوست و پرسشنامه کیفیت زندگی ارزیابی شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کندن مو بیمارستان ماساچوست

(The Massachusetts General Hospital (MGH) Hair Pulling Scale)

این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۷ ماده‌ای است که به صورت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالا در آن 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. این مقیاس پایایی درونی مناسبی دارد (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹) و در سنجش با آزمون‌های دیگر مثل اضطراب و افسردگی، پایایی آزمون- باز آزمون خوب (۰/۹۷) داشته است.^{۱۰} این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است.^{۱۱} در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب پرسشنامه است. در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است.^{۱۲} فرم کوتاه این پرسشنامه ۲۶ سوال دارد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال (به ترتیب ۷، ۶، ۳ و ۸

جدول ۱. خلاصه پروتکل و جلسات درمان‌شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت

جلسه	محتوای جلسه
اول	جلسه اول شامل معرفی افراد حاضر در طرح درمانی، ایجاد ارتباط مناسب، آموزش‌دهی روانی اجتماعی در مورد ماهیت اختلال با استفاده از زبان متناسب با سطح افراد و به دست آوردن درک کلی از بیماری خواهد بود.
دوم	جلسه دوم مربوط به آموزش آگاهی خواهد بود، به‌صورتی که افراد از سوی درمانگر راجع به جزئیات رفتارهایی که هدف درمان هستند اطلاعات بیشتری کسب کنند. در این جلسات هر نشانه گزارش شده توسط آزمودنی به شکل عملیاتی برای ایجاد یک تصویر رفتاری دقیق تعریف می‌شود. سپس از نظر شدت و عملکرد برای تمرکز درمان بر روی آن طبقه‌بندی خواهد شد.
سوم	در این جلسه آموزش تن‌آرامی انجام خواهد شد، به شکلی که فرد در جایی مناسب و راحت قرار می‌گیرد و در یک فضای ساکت و آرام شروع به ایجاد انقباض و انبساط در تمامی عضلات خود از سر تا انگشتان پا می‌کند.
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. به‌گونه‌ای 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 تمرین‌هایی به افراد داده می‌شود تا بتوانند آنچه در یادگیری پاسخ متضاد آموخته‌اند 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.
هفتم	در جلسه هفتم چگونگی تعمیم‌دهی فنون آموخته شده به افراد آموزش داده می‌شود. این کار می‌تواند با ایفای نقش توسط درمانگر و یا سایر افراد حاضر انجام شود. مراجعه‌کننده باید تصویری از توان کنترل خود بر سایر موقعیت‌های زندگی پیدا کند.
هشتم	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.

یافته‌ها

شیب‌های رگرسیون، نتایج نشان داد این رابطه معنی‌دار نیست و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون خطی در داخل گروه‌ها رعایت شده است ($F=0/23, P>0/05$)؛ بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه دو گروه در نمرات کیفیت زندگی بدون مشکل بود. نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر نمرات پیش‌آزمون معنی‌دار است ($F=00/98, P<0/001$) و بین نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی نیز معنی‌دار است ($F=16/49, P<0/001$) و بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به شاخص‌های توصیفی در جدول ۲، این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش ($68/70$) به طور معنی‌داری بیشتر از نمرات آزمودنی‌های گروه گواه ($01/70$) است. این نتایج حاکی از تایید فرضیه پژوهش بوده و درمان وارونه‌سازی عادت منجر به افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی بیماران اختلال وسواس موقنی می‌شود. قبل از ارایه 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 $0/57$ و $-0/92$ بود که نشان‌دهنده طبیعی بودن این متغیر است. همچنین آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض همگنی (برابری) واریانس‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($F=2/10, P>0/05$) و این به معنای برقراری پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها است. بررسی

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 ($F=0/74, P>0/05$)، $BOX M=2/04$) بررسی پیش‌فرض شیب رگرسیون خطی هم برای بررسی تعامل کوواریانس (پیش‌آزمون‌ها) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنی‌دار نبود و پیش‌فرض 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 معنی‌داری 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 معنی‌داری وجود دارد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون به عنوان متغیر کوواریانس و نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارایه شده است. قبل از ارایه 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 $0/07$ و $-0/17$ بود که نشان‌دهنده طبیعی بودن این متغیر است؛ همچنین آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض همگنی (برابری) واریانس‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($F=0/04, P>0/05$) و این به معنای برقراری پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها است. همچنین برای بررسی پیش‌فرض همگنی

بحث

نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش که درمان وارونه‌سازی عادت را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکرده بودند کیفیت زندگی بیشتری داشتند. اگرچه تاکنون پژوهشی به صورت مستقیم به بررسی تاثیر درمان وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی بیماران با وسواس موکنی نپرداخته است، با این حال نتایج این فرضیه را می‌توان نزدیک با نتایج پژوهش‌های دیگری در این زمینه همخوان دانست^{۱۱} که نشان داده‌اند آموزش وارونه‌سازی عادت منجر به کاهش مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی این بیماران می‌شود. در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که فنون وارونه‌سازی عادت می‌تواند 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 می‌کند. علاوه بر این نتایج این پژوهش نشان داد که درمان وارونه‌سازی عادت منجر به کاهش علائم این بیماری می‌گردد و هر چه فرد حمایت اجتماعی بیشتری در طی و بعد از درمان داشته باشد، میزان بهبودی بالاتری به دست خواهد آورد. حمایت اجتماعی و برنامه‌های تقویتی می‌توانند فنون یاد داده شده مانند تن آرامی و پاسخ متضاد در فرد را تثبیت کنند و فرد علاوه بر بهره‌مندی از درمان در جهت کاهش موکنی، شرایط روانی بهتری نیز کسب کند. همچنین نتایج حاصل نشان داد که درمان وارونه‌سازی عادت منجر به کاهش معنی‌دار علائم بیماران اختلال وسواس موکنی می‌شود. بر اساس نتایج تحلیل داده‌ها این فرضیه پژوهشی تایید می‌شود که درمان وارونه‌سازی عادت منجر به کاهش معنی‌دار علائم بیماران اختلال وسواس موکنی می‌شود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های بسیاری در این زمینه است که نشان داده‌اند درمان وارونه‌سازی عادت تاثیر مثبتی بر کاهش علائم بیماران اختلال وسواس موکنی می‌شود.^{۱۲} در تبیین اثربخشی درمان وارونه‌سازی عادت بر علائم اختلال وسواس موکنی باید به این نکته اشاره کرد که مهم‌ترین ویژگی‌های درمان وارونه‌سازی عادت، ایجاد خودآگاهی در فرد مبتلا به وسواس موکنی نسبت به عادت مختل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای موثر جایگزین، حفظ انگیزه و افزایش تعمیم‌پذیری رفتارهای جدید آموخته شده است. به ویژه ایجاد آگاهی و استفاده از پاسخ مغایر، نقش موثری در کاهش عادات مختل دارند.^{۱۸} آموزش آگاهی، مراجعه‌کننده را وا می‌دارد تا نمونه‌های عادت نامطلوب را برای اجرای پاسخ مغایر شناسایی کند. استفاده از پاسخ مغایر، دو کنش را به دنبال دارد، نخست جلوگیری از رفتار عادت و فراهم کردن رفتار مقابل برای جایگزین کردن آن و

پیش فرض شیب رگرسیون خطی نیز نشان داد که با بررسی تعامل کووریت (موکنی) با متغیر مستقل (گروه) این رابطه معنادار نیست و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون خطی در داخل گروه‌ها رعایت شده است ($F=3/02, P>0/05$)؛ بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه دو گروه در نمرات موکنی مشکلی نداشت. نتایج این تحلیل در جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر نمرات پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($F=0/53, P=0/47$) و بین نمرات پیش‌آزمون موکنی و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معنی‌داری وجود ندارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون موکنی معنی‌دار است ($F=7/85, P=0/01$) و بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات موکنی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به شاخص‌های توصیفی در جدول ۲، این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که نمرات پس‌آزمون موکنی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش (۱۶/۹۲) به طور معنی‌داری بیشتر از نمرات آزمودنی‌های گروه گواه (۲۱/۰۱) است.

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

گروه متغیر مرحله	گروه آزمایش (n=12)		گروه گواه (n=12)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون موکنی	۲۳/۰۸	۳/۵۸	۲۲/۷۵	۲/۷۳
پس‌آزمون موکنی	۱۶/۹۲	۲/۱۵	۲۱/۰۱	۳/۲۶
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۴۷/۰۸	۱۶/۱۳	۴۹/۱۶	۱۶/۱۹
پس‌آزمون کیفیت زندگی	۶۸/۷۵	۱۴/۲۴	۵۱/۷۵	۱۶/۹۲

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

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مجزوراتا (اندازه اثر)
پیش‌آزمون گروه	۷۵۰۴/۱۹	۱	۷۵۰۴/۱۹	۵۵/۹۸	۰/۰۱	۰/۶۸
خطا کل	۲۲۱۰/۳۶	۲۱	۲۲۱۰/۳۶	۱۶/۴۹	۰/۰۱	۰/۴۴
	۲۸۱۴/۹۷	۲۱	۱۳۴/۰۴			
	۹۳۶۰/۰۰	۲۴				

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات موکنی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجزوراتا (اندازه اثر)
پیش‌آزمون گروه	۴/۱۴	۱	۴/۱۴	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۲
خطا کل	۶۱/۲۰	۲۱	۶۱/۲۰	۷/۸۵	۰/۰۱	۰/۲۷
	۱۶۳/۶۹	۲۱	۷/۷۹			
	۸۴۴۲/۰۰	۲۴				

پسایندهای آن می‌تواند با بهبود توانایی خودنظارتی موجب کاهش علایم موکنی شود.

قدردانی‌ها

نویسندگان از دانشگاه فردوسی مشهد، مراکز درمانی شهر مشهد، بیماران شرکت کننده در این پژوهش و سایر همکاران در مرکز پژوهش دانشگاه فردوسی مشهد تشکر می‌کنند.

مشارکت پدیدآوران

نجمه حمید، مریم بردبار، سیدعلی مرعشی طراحی، اجرا و تحلیل نتایج مطالعه را بر عهده داشتند. همچنین مقاله را تالیف کرده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده‌اند.

منابع مالی

بخشی از هزینه مالی این پژوهش از طریق گرنت معاونت پژوهشی دانشگاه شهیدچمران اهواز تامین شده است.

دسترس پذیری داده‌ها

داده‌های موجود در این تحقیق در صورت درخواست معقول از پدیدآور رابط آرایه می‌گردد و فایل آن موجود است.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر حاصل بخشی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی در دانشگاه شهید چمران اهواز با کد EE/1400.2.24.14543/scu.ac.ir است که به تصویب معاونت محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه رسیده است.

تعارض منافع

مؤلف اظهار می‌دارد که منافع متقابلی از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارد.

دوم این که پاسخ مغایر ممکن است مانند تنبیه کننده عمل کرده و مانع بروز رفتار گردد.^{۲۰،۱۹} در همین راستا پژوهشگران، آموزش آگاهی و خودنظارتی را مهم‌ترین عامل اثرگذاری این روش می‌دانند، زیرا بیشتر رفتارهای مربوط به اختلالات عادت و کنترل تکانه خارج از آگاهی فرد رخ می‌دهد و بنابراین افزایش آگاهی نسبت به وقوع رفتار، پیشایندها و پسایندهای آن می‌تواند با بهبود توانایی خود نظارتی موجب کاهش علایم موکنی شود. آموختن پاسخ مغایر موجب می‌شود رفتار مختل عادت فرصت کمتری برای بروز پیدا کرده و در صورت بروز بیشتر تنبیه کننده و غیرموثر باشد تا کارآمد. در حقیقت، فرد مبتلا به اختلال وسواس موکنی با شرکت در جلسات آموزش معکوس کردن عادت، دو مهارت اساسی را می‌آموزد: (۱) وقوع هر عادت را شناسایی کرده و تمیز دهد و (۲) از پاسخ مغایر که موجب بازداری عادت نامناسب می‌شود بهره جوید.^{۲۱-۲۳}

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش که درمان وارونه‌سازی عادت را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه که این آموزش را دریافت نکردند، کیفیت زندگی آنها افزایش و علایم وسواس موکنی هم در آنها کاهش یافت. همچنین نتایج حاصل نشان داد که درمان وارونه‌سازی عادت منجر به کاهش معنی‌دار علایم بیماران اختلال وسواس موکنی می‌شود. مهم‌ترین ویژگی‌های درمان وارونه‌سازی عادت، ایجاد خودآگاهی در فرد مبتلا به وسواس موکنی نسبت به عادت مختل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای موثر جایگزین، حفظ انگیزه و افزایش تعمیم‌پذیری رفتارهای جدید آموخته شده است. به ویژه ایجاد آگاهی و استفاده از پاسخ مغایر، نقش موثری در کاهش عادات مختل دارند. آموزش آگاهی، مراجعه‌کننده را وا می‌دارد تا نمونه‌های عادت نامطلوب را برای اجرای پاسخ مغایر شناسایی کند. آموزش آگاهی و خودنظارتی را مهم‌ترین عامل اثرگذاری این روش می‌دانند، زیرا بیشتر رفتارهای مربوط به اختلالات عادت و کنترل تکانه خارج از آگاهی فرد رخ می‌دهد و بنابراین افزایش آگاهی نسبت به وقوع رفتار، پیشایندها و

References

- Adler KA, Adler NR, Moylan S, Kanaan RA. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions for the Management of Trichotillomania in Children and Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*. 2020;29(4):913-20. doi: 10.1007/s10826-019-01678-0
- Cavic E, Valle S, Chamberlain SR, Grant JE. Sleep quality and its clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2021;105:152221. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152221

3. Gerstenblith TA, Jaramillo-Huff A, Ruutiainen T, Nestadt PS, Samuels JF, Grados MA, et al. Trichotillomania comorbidity in a sample enriched for familial obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2019;94:152123. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.152123
4. Jain R, Mahor D. Trichobezoar in the absence of trichotillomania: a consequence of occupational hazard. *International Surgery Journal*. 2016;3(3):1630-3. doi: 10.18203/2349-2902.isj20162761
5. Jafferany M, Mkhoyan R, Stamu-O'Brien C, Carniciu S. Non pharmacological treatment approach in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Dermatologic Therapy*. 2020;33(4):e13622. doi: 10.1111/dth.13622
6. Eshaghzadeh S, Mashhadi A, Nasoohabad MS, Kimiaee SA, Bordbar MF, Eshaghzadeh M. The effect of cognitive therapy combined with drug therapy in reducing the symptoms of trichotillomania. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*. 2020;10(S1). (Persian).
7. Falkenstein MJ, Mouton-Odum S, Mansueto CS, Golomb RG, Haaga DA. Comprehensive behavioral treatment of trichotillomania: a treatment development study. *Behavior Modification*. 2016;40(3):414-38. doi: 10.1177/0145445515616369
8. Farhat LC, Olfson E, Nasir M, Levine JL, Li F, Miguel EC, et al. Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. *Depression & Anxiety*. 2020;37(8):715-27. doi: 10.1002/da.23028
9. Chamberlain SR, Harries M, Redden SA, Keuthen NJ, Stein DJ, Lochner C, et al. Cortical thickness abnormalities in trichotillomania: international multi-site analysis. *Brain imaging and behavior*. 2018;12(3):823-8. doi: 10.1007/s11682-017-9746-3
10. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, Savage CR, Borgmann AS, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) hair pulling scale: 1. development and factor analyses. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995;64(3-4):141-5. doi: 10.1159/000289003
11. Everett GJ, Jafferany M, Skurya J. Recent advances in the treatment of trichotillomania (hair-pulling disorder). *Dermatologic Therapy*. 2020;33(6):e13818. doi: 10.1111/dth.13818
12. Acevedo N, Bosanac P, Pikoos T, Rossell S, Castle D. Therapeutic Neuro stimulation in Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Systematic Review. *Brain Sciences*. 2021;11(7):948. doi: 10.3390/brainsci11070948
13. Cavic E, Valle S, Chamberlain SR, Grant JE. Sleep quality and its clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2021;105:152221. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152221
14. Nejat S, Montazary A, Holakooyee K, Majdzadeh SR. Standardization of (WHOQOL-BREF) in Iran. *Health Research Journal*. 2006, 4(4):1-12. (Persian).
15. Rahimi M. The Influence of Family Communication Patterns on the Quality of Life of a Group of Students, M.Sc. in Educational Psychology, Shiraz University, 2015. (Persian).
16. Torales J, Díaz NR, Barrios I, Navarro R, García O, O'Higgins M, et al. Psych dermatology of skin picking (excoriation disorder): A comprehensive review. *Dermatologic Therapy*. 2020;33(4):e13661. doi: 10.1111/dth.13661
17. Sharma V. Treatment of trichotillomania and subthreshold bipolar disorder with lithium. *Bipolar disorders*. 2019;21(8):803-5. doi: 10.1111/dth.13661
18. Snorrason I, Beard C, Peckham AD, Björgvinsson T. Trans diagnostic dimensions in obsessive-compulsive and related disorders: associations with internalizing and externalizing symptoms. *Psychological Medicine*. 2020;6:1-9. doi: 10.1017/s0033291720000380
19. Uhlmann A, Dias A, Taljaard L, Stein DJ, Brooks SJ, Lochner C. White matter volume alterations in hair-pulling disorder (trichotillomania). *Brain Imaging & Behavior*. 2020;14(6):2202-9. doi: 10.1007/s11682-019-00170-z
20. Wetterneck C, Singh RS, Woods DW. Hair pulling antecedents in trichotillomania: Their relationship with experiential avoidance. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2020;84(1):35-52. doi: 10.1521/bumc_2020_84_01
21. Lee EB, Homan KJ, Morrison KL, Ong CW, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior Modification*. 2020;44(1):70-91. doi: 10.1177/0145445518794366

22. Gul M, Aqeel M. Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*. 2021;26(4):413-9. doi: 10.1080/14659891.2020.1846803
23. Torales J, Ruiz Diaz N, Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Barrios I, García O, et al. Hair-pulling disorder (Trichotillomania): Etiopathogenesis, diagnosis and treatment in a nutshell. *Dermatologic Therapy*. 2021;34(1): e13466. doi: 10.1111/dth.14366