

اثربخشی درمان تنظیم هیجانی بر شدت علائم، اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال کندن مو

سارا شریفی پور^۱

دکتر محمدحسن دوازده‌امامی^۱

دکتر مریم بختیاری^۱

دکتر ابوالفضل محمدی^۲

دکتر محسن صابری^۳

زمینه و هدف: اختلال کندن مو اختلال مزمنی است که مشخصه‌ی آن کندن مکرر مو است که کمابیش سبب ازدست‌دادن مو می‌شود. این اختلال با وجود داشتن عوارض متعدد جسمانی، اقتصادی و اجتماعی کمتر مورد تشخیص و درمان قرار گرفته است. در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان تنظیم هیجانی بر شدت علائم موکنی، اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال کندن مو می‌پردازیم.

روش اجرا: در این پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس ۶ نفر انتخاب شدند و از پرسش‌نامه‌های علائم کندن مو MGH-HPS، افسردگی، اضطراب، استرس DASS-21، کیفیت زندگی WHOQOL-26 و دشواری در تنظیم هیجان DERS استفاده شد. پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس به‌صورت هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برای هر شرکت‌کننده به‌صورت انفرادی اجرا شد. داده‌ها از طریق تحلیل چسبی، درصد بهبودی، آزمون ناپارامتری فریدمن و آزمون مقایسه‌های جفتی ویلکاکسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: درمان تنظیم هیجان در کاهش علائم اختلال کندن مو، افسردگی، اضطراب، استرس، دشواری در تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال کندن مو مؤثر است.

نتیجه‌گیری: درمان تنظیم هیجان به‌طور معناداری مشکلات هیجانی و علائم کندن مو را در افراد مبتلا به وسواس کندن مو بهبود می‌بخشد، در نتیجه درمانگران می‌توانند از این درمان به‌عنوان یک درمان مؤثر برای اختلال کندن مو استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال کندن مو، درمان تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۶، دوره ۸ (۲): ۱۱۰-۱۰۰

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر محمدحسن دوازده‌امامی

تهران، بزرگراه شهید چمران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روان‌شناسی بالینی
پست الکترونیک:

emami@sbmu.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

اضطراب در موقعیت‌های صمیمانه شود^۴. تحقیقات نشان می‌دهد که اکثر افراد مبتلا به اختلال کندن مو احساساتی از قبیل نداشتن جذابیت فیزیکی، افسردگی، شرم و احساس کم‌ارزش بودن خود را گزارش می‌کنند^۵. در کل جمعیت، برآورد شیوع ۱۲ ماهه برای اختلال کندن مو در بزرگسالان و نوجوانان ۱٪ تا ۲٪ است. زنان بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند که نسبت آن تقریباً ۱۰:۱ است. این برآورد احتمالاً نسبت جنسیتی واقعی این اختلال را نشان می‌دهد، هر چند ممکن است بیانگر درمان‌های متفاوت براساس جنسیت

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم (DSM-5) اختلال کندن مو (تریکتیلومانیا) جزو دسته اختلالات وسواس فکری-عملی (OCD) طبقه‌بندی شده است. ویژگی اصلی اختلال کندن مو کندن مکرر موی خویشتن است^۱. اختلال کندن مو به‌طور مزمن با پیامدهای اجتماعی روانی منفی در ارتباط است^۲. کندن مو می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی^۳ و موجب

پوست و زیبایی، تابستان ۱۳۹۶، دوره ۸، شماره ۲

ارتقای اثربخشی درمان‌های وجود از سوی دیگر، سبب شده است که پژوهشگران به نقش هیجان و تنظیم آن در ایجاد، سیر و تداوم اختلال‌های روانی توجه فزاینده‌ای داشته باشند^{۱۰} و با توجه به مطالعه‌ای که تنظیم هیجان را در اختلال کندن مو بررسی کردند، نشان داده شد که افرادی که شدیدتر موهای خود را می‌کنند، هیجان‌ات منفی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند^{۱۱} به نقش تنظیم هیجان در این اختلال پی می‌بریم.

پژوهش‌ها از فرضیه‌ی تنظیم هیجان در مورد اختلال کندن مو حمایت کرده‌اند^{۱۲}. به‌طور کلی، این یافته‌ها از اهمیت بالقوه‌ی پرداختن به تنظیم هیجان در افراد مبتلا به کندن مو حمایت می‌کند^{۱۳}. با توجه به اینکه، افراد مبتلا به اختلال کندن مو نقص‌هایی را در تنظیم هیجان‌های خود گزارش کردند، بنابراین هدف قراردادن این افراد مبتلا جهت بهبود تنظیم هیجان‌اتشان در طول درمان امری ضروری است^{۱۴}.

مدل تنظیم هیجان (Emotion Regulation) پیشنهاد می‌کند که افراد مبتلا به BFRB یک نقص عمومی در تنظیم هیجان‌اتشان دارند بنابراین، با این رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن درگیر می‌شوند تا هیجان‌اتشان را آرام کنند و در نتیجه این رفتار تقویت می‌شود.

در مطالعه‌ای که تفاوت تنظیم هیجان افراد BFRB را با گروه کنترل مقایسه کردند، نتایج نشان داد که اکثریت افراد مبتلا به BFRB گزارش کردند که این رفتارشان توسط اضطراب (۷۸٪)، تنش (۷۰٪) و کلافگی (۵۲٪) راه‌اندازی می‌شود؛ بنابراین، نتایج، این مفهوم بالینی را می‌رساند که تنظیم هیجان (ER) می‌تواند به‌عنوان یک هدف، درمانی سودمند برای BFRB باشد^{۱۵}.

روش اجرا

طرح این مطالعه، طرح آزمایشی تک‌آزمودنی، با تکرار A-B همراه با خط پایه‌ی چندگانه و دوره‌ی

یا نگرش‌های فرهنگی در رابطه با ظاهر نیز باشد (مثل پذیرش هنجاری بی‌مویی در مردان). در بین کودکان مبتلا به اختلال کندن مو، پسرها و دخترها به‌طور برابری این اختلال را نشان می‌دهند^۱.

با توجه به بلندمدت‌بودن و مزمن‌بودن آن، اختلال کندن مو درمان‌نشده می‌تواند باعث اختلال در عملکرد بیماران شود و عوارض خطرناکی را برای زندگی و سلامتی افراد در پی داشته باشد. به‌علت ماهیت مبهم علائم، اغلب این بیماری توسط متخصصان نادیده گرفته می‌شود و اکثر بیماران از آشکار کردن علائم این بیماری می‌ترسند و با اکراه به دنبال کمک‌های حرفه‌ای می‌روند^۲.

مطالعات حاکی از این است که اختلال کندن مو به‌طور خاص، هم‌پوشانی قابل توجهی با اختلالات افسردگی، اضطرابی، اعتیاد و دیگر رفتارهای تکرارشونده‌ی متمرکز بر بدن (Body-Focused Repetitive Behavior [BFRB]) نشان داده است و اینکه افسردگی همراه با اختلال کندن مو پیش‌بینی‌کننده‌ی پایین‌بودن کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این اختلال می‌باشد^۳. از جهت دیگر محققان زیادی به این نتیجه دست یافته‌اند که رفتارهای خود آسیب‌رسان (غیرخودکشی) Non-Suicidal Self-Injury رابطه‌ی نزدیکی با تجارب هیجانی دارند. مدل اجتناب از تجارب هیجانی تبیین می‌کند که رفتارهای خود آسیب‌رسان به‌علت کاهش یا حذف تجربه‌های هیجانی ناخوشایند تقویت می‌شوند^۴. هم‌چنین طبق مطالعات Grant و همکاران افراد مبتلا به اختلال کندن مو که هم‌زمان علائم اضطرابی را داشتند، علائم شدیدتری را تجربه می‌کردند و امکان ابتلای هم‌زمان به افسردگی نیز در آنها بیشتر بود^۵.

پیشرفت‌هایی که اخیراً در علوم پایه‌ی روان‌شناختی، درباره‌ی هیجان صورت گرفته است از یک‌سو و احساس ضرورت جهانی برای عرصه‌ی مفهوم‌پردازی‌های جامع‌تر از اختلال‌های روانی و

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 نمره‌ی اکتسابی، صفر و حداکثر آن، ۲۸ است و پژوهش‌های متعدد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول آن می‌باشند. این مقیاس در نمونه‌ی بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است.^{۱۶}

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21):

فرم کوتاه مقیاس‌های DASS از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت شدت/فراوانی علامت مطرح‌شده در سؤالات مذکور را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) درجه‌بندی کند. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که خرده‌مقیاس‌های DASS دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب است.^{۱۷}

Lovibond و Lovibond ضرایب همسانی درونی سه خرده‌مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در یک مطالعه با جمعیت غیربالینی، ضرایب همسانی درونی سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ و در مطالعه‌ای با جمعیت بالینی ضرایب همسانی درونی همین سه خرده‌مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۹ و ۰/۹۳ گزارش شده است.^{۱۸}

ویژگی‌های روان‌سنجی (اعتبار و پایایی) این پرسش‌نامه در بین نمونه‌های بالینی و غیربالینی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه با یک نمونه‌ی غیربالینی، ضرایب آلفای کرونباخ هر سه خرده‌مقیاس بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده است و ضرایب بازآزمایی با فاصله‌ی سه هفته برای مقیاس افسردگی ۰/۸۴، برای مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و برای مقیاس استرس ۰/۹۰ به‌دست آمده است.^{۱۹}

پیگیری است. برای نمونه‌گیری در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. طی فراخوان اینترنتی از افراد ساکن تهران که دارای ملاک‌های اختلال کندن مو بودند و تمایل به همکاری در این درمان را داشتند خواسته شد تا اعلام آمادگی کنند. برای این منظور، پس از مراجعه‌ی حضوری افراد، با آنها مصاحبه شد و افرادی که واجد شرایط ملاک‌های ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلال وسواس کندن مو، سن بین ۱۸ تا ۶۰، قادر به تکلم و برقراری ارتباط بودن، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلال‌های سایکوتیک، اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی شدید و مزمن. در آخر، تعداد ۶ نفر از مراجعان پس از جلب رضایت‌شان در درمان شرکت کردند.

در ابتدا از مراجعان شرکت‌کننده در درمان رضایت‌نامه‌ی کتبی گرفته شد. در مرحله‌ی A یا خط پایه، آمج‌های درمانی (افسردگی، اضطراب، استرس، شدت علائم موکنی، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان) به فاصله‌ی دو هفته اندازه‌گیری شد تا دو خط پایه که مبنای مقایسه را تشکیل می‌دهند فراهم شوند. سپس، در مرحله‌ی B مداخله‌ی درمانی تنظیم هیجان براساس مدل گراس به مدت ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) اجرا شد. در انتهای جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم آمج‌های درمانی به‌صورت اجرای پرسش‌نامه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از اتمام درمان نیز آمج‌ها ۲ ماه بعد مورد ارزیابی مجدد واقع شدند. اثربخشی مطالعه، براساس روند پاسخ‌های هر آزمودنی در مراحل خط پایه، مراحل درمان و مرحله‌ی پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت. ابزارهای تحقیق در این پژوهش عبارتند از:

مقیاس اختلال کندن مو (MGH-HPS):

مقیاس کندن مو بیمارستان عمومی ماساچوست یک مقیاس خودسنجی ۷ گویه است که به‌صورت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی بالا در آن

متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شد^{۲۳}. مقیاس انتظار تعمیم یافته‌ی تنظیم هیجانی منفی (Negative Mood Regulation) (NMR) expectancy questionnaire به عنوان الگویی در تدوین این مقیاس به کار گرفته شده است. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می باشد. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را نشان داد. نتایج حاکی از این است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار می باشد. هر شش مقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. هم چنین DERS دارای همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسش نامه پذیرش عمل (Acceptance and Action Questionnaire) (AAQ) هایز و همکارانش دارد^{۲۳}. براساس داده های حاصل از عزیزی، میرزایی و شمس میزان آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۹۲ برآورد شد^{۲۴}.

برای توصیف و تحلیل داده ها از روش های زیر استفاده شد:

- ♦ تحلیل چشمی: در این تحلیل که به صورت دیداری انجام می گیرد، از رسم نمودار استفاده می گردد؛ به این صورت که فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر قرار می گیرد^{۲۵}.
- ♦ تعیین معنی داری تفاوت میانگین نمرات کل افراد در مرحله ی پیش و پس از درمان با پیگیری، به کمک آزمون ناپارمتری فریدمن و آزمون مقایسه های جفتی ویلکاکسون.
- ♦ تعیین درصد بهبودی، با استفاده از فرمول $A\% = \frac{AO - AI}{AO}$ = مشکل آماجی در جلسه پیش از درمان؛ AI = مشکل آماجی در جلسه پس از درمان (یا پیگیری) و $A\%$ = درصد بهبودی^{۲۶}.

مقیاس کیفیت زندگی (WHOQOL-26):

کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی طرحی بود که برای اولین بار در سال ۱۹۹۱ اجرا شد. هدف این طرح ایجاد ابزاری بین المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. این ابزار ادراک افراد را نسبت به سیستم های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی های خود ارزیابی می کند. WHOQOL ابزارهایی هستند که در تعدادی از مراکز در سراسر دنیا استفاده شده، بنابراین به طور گسترده آزمایش و بررسی شده اند^{۲۰}.

WHOQOL کوتاه شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ی ۱۰۰ آیتمی این پرسش نامه برگرفته شده است. این پرسش نامه ۴ حیطه ی وسیع را اندازه گیری می کند که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط. علاوه بر این موارد این پرسش نامه، سلامت عمومی را نیز می تواند ارزیابی کند. آیتم های پرسش نامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه ای ارزیابی می شود. نمره ی بالاتر نشان دهنده ی کیفیت زندگی بهتر است. در بررسی آیتم های نسخه ی کوتاه پرسش نامه ی WHOQOL نشان داده شد که نمره ی ۴ حیطه بسیار شبیه نسخه ی بلند WHOQOL می باشد. این شباهت تا ۹۵٪ گزارش شده است^{۱۰}. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روان سنجی فرم کوتاه پرسش نامه ی WHOQOL نشان دهنده ی اعتبار افتراقی، اعتبار محتوای پایایی درونی (آلفای کرونباخ، سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) و پایایی test-retest مناسبی است^{۲۱،۲۲}.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان Roemer و Gratz (DERS):

مقیاس اولیه ی دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خود گزارش دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. آیتم های این مقیاس براساس گفت و گوهای

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۶ بیمار مؤنث مبتلا به اختلال کندن مو مورد بررسی و درمان قرار گرفتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و توصیفی این افراد در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

نمودار تغییر نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های شدت علائم کندن مو، افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان در طی جلسات خط پایه، درمان و پیگیری در اشکال ۱ تا ۶ آمده است. نتایج حاکی از کاهش نمرات شدت علائم کندن مو، افسردگی، اضطراب، استرس و دشواری در تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌باشد؛ البته این بهبودی در جلسه‌ی پیگیری به نسبت کمتر می‌باشد.

طبق شکل ۱ در مقیاس شدت علائم کندن مو در تمامی بیماران شاهد کاهش شدت علائم کندن مو در جلسه‌ی پیگیری نسبت به جلسات خط پایه هستیم. فقط در بیمار ششم با توجه به درصد بهبودی به دست آمده می‌توان گفت در جلسه‌ی پیگیری در شدت علائم کندن موعود داشته است.

یافته‌های شکل ۲ روند تغییر نمرات را در خرده‌مقیاس افسردگی پرسش‌نامه‌ی DASS-21 نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود همه‌ی بیماران، در روند درمان، کاهش نمره‌ی افسردگی را نشان داده‌اند که این بهبودی تا مرحله‌ی پیگیری حفظ شد. شکل ۳ نشان‌دهنده‌ی روند کاهش نمره‌ی اضطراب در

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

بیمار	سن (سال)	وضعیت تاهل	سطح تحصیلات	مدت (ابتلا سال)	مکان کندن مو
۱	۳۳	متاهل	لیسانس	۲۰	سر
۲	۲۹	متاهل	فوق لیسانس	۱۰	مژه و ابرو
۳	۳۰	متاهل	فوق دیپلم	۲۰	سر
۴	۲۲	مجرد	لیسانس	۱۵	سر
۵	۲۹	متاهل	لیسانس	۱۶	مژه
۶	۴۰	متاهل	فوق دیپلم	۲۳	سر

همه‌ی افراد شرکت‌کننده در درمان ERT می‌باشد. پیشرفت درمانی حاصل‌شده تا مرحله‌ی پیگیری حفظ شده است. یافته‌های شکل ۴ حاکی از این است که در ۵ شرکت‌کننده از ۶ شرکت‌کننده کاهش نمره‌ی استرس در روند جلسات درمانی و پیگیری نشان داده می‌شود. درصد‌های بهبودی بیماران اول تا پنجم نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان تنظیم هیجان است.

طبق شکل ۵ در همه‌ی بیماران اندکی افزایش شیب نمودار در مقیاس کیفیت زندگی مشاهده می‌شود. در پیگیری دو ماهه نیز افزایش نمره‌ی کیفیت زندگی نسبت به جلسات خط پایه نشان داده می‌شود. شیب نزولی شکل ۶ کاهش در نمره‌ی دشواری در تنظیم هیجان را نشان می‌دهد. فقط در بیمار ششم افزایش نمره‌ی دشواری تنظیم هیجان در جلسه‌ی پیگیری نسبت به جلسات خط پایه دیده می‌شود ولی در کل نتایج نشان‌دهنده‌ی تأثیرگذاری مثبت درمان تنظیم هیجان روی دشواری‌های تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال کندن مو می‌باشد.

درصدهای بهبودی حاصل‌شده در هر مقیاس در جلسات پس از درمان و پیگیری نیز در جدول ۲ خلاصه شده است. مرور کلی درصد‌های بهبودی نیز حاکی از اثربخشی درمان تنظیم هیجان روی بیماران مبتلا به اختلال کندن مو می‌باشد. در مراجع ششم این بهبودی نسبی می‌باشد، به‌خصوص در مورد شدت علائم کندن مو در جلسه‌ی پیگیری که عود دیده می‌شود و درصد بهبودی منفی شده است.

در ادامه برای تعیین معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات کل افراد در مرحله‌ی پیش از درمان و پس از درمان با پیگیری و مقایسه‌های جفتی پرداخته می‌شود که بدین‌منظور از آزمون ناپارامتریک فریدمن و آزمون تعقیبی ویلکاکسون استفاده گردیده است. طبق جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون فریدمن نشان داد که روند کاهنده‌ی معناداری در مقایسه‌های شدت علائم کندن مو، افسردگی، اضطراب، استرس، دشواری تنظیم

جدول ۲: میزان بهبودی هر مقیاس در جلسات پس از درمان و پیگیری

کد فرد	پس از مومن کندن مو	پیگیری کندن مو	پس از مومن افسردگی	پیگیری افسردگی	پس از مومن اضطراب	پیگیری اضطراب	پس از مومن استرس	پیگیری استرس	پس از مومن کیفیت زندگی	پیگیری کیفیت زندگی	پس از مومن تنظیم هیجان	پیگیری تنظیم هیجان
۱	٪۸۶	٪۷۷	٪۶۷	٪۴۴	٪۵۰	٪۵۰	٪۶۹	٪۵۶	٪۹	٪۵	٪۳۶	٪۳۴
۲	٪۴۴	٪۵۰	٪۳۳	٪۱۷	٪۵۷	٪۴۳	٪۵۷	٪۶۴	٪۱۱	٪۱۷	٪۳۴	٪۴۳
۳	٪۱۰۰	٪۶۱	٪۸۶	٪۸۶	٪۵۰	٪۱۰۰	٪۷۳	٪۸۰	٪۴	٪۱۴	٪۵۸	٪۴۸
۴	٪۴۳	٪۲۴	٪۶۴	٪۸۲	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۶۳	٪۶۳	٪۴۸	٪۳۳	٪۴۱	٪۳۰
۵	٪۵۴	٪۱۵	٪۷۳	٪۶۴	٪۱۷	٪۶۷	٪۳۳	٪۵۶	٪۴۸	٪۳۳	٪۲۳	٪۲۵
۶	٪۶۵	٪-۶	٪۳۸	٪۳۱	٪۴۶	٪۳۸	٪۱۸	٪-۲۷	٪۱۰	٪۱۶	٪۱۲	٪

افراد پس از پایان درمان نیز ادامه داشته است.

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه درمان تنظیم هیجان در کاهش شدت علائم کندن موی افراد مبتلا به اختلال وسواس کندن مو تأثیرگذار بوده است. نتایج تحلیل چشمی حاصل از این پژوهش نشان می دهد که مداخله‌ی درمانی تنظیم هیجان بر کاهش شدت علائم کندن مو مؤثر بوده است. هم چنین، طبق نمره‌ی به دست آمده در جلسه‌ی پیگیری که دوماه پس از درمان اجرا شد، علائم کاهش یافته پابرجا بود هر چند به نسبت جلسات درمانی نمره‌ی شدت علائم کندن مو

جدول ۴: آزمون ویلکاکسون برای مقیاس‌ها در پژوهش

مقیاس	خط پایه‌ی اول و پس از مومن (جلسه‌ی ۸)	خط پایه‌ی اول و پیگیری	پس از مومن و پیگیری
شدت کندن مو	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۴
افسردگی	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۴
اضطراب	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۷
استرس	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۷۸
کیفیت زندگی	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۷۵
دشواری تنظیم هیجان	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۲

هیجان وجود دارد و هم چنین روند افزایشنده‌ی معناداری در نمره‌ی کیفیت زندگی وجود دارد.

همان طور که نتایج جدول ۴ نشان می دهد در تمام موارد بین میانگین نمرات شدت علائم موکنی در جلسه‌ی خط پایه با جلسات پیگیری و پیش‌آزمون و بین جلسه‌ی پس‌آزمون با پیگیری اختلاف معناداری وجود دارد. در بقیه‌ی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی، دشواری تنظیم هیجان نیز بین میانگین نمرات در جلسات پیش‌آزمون با جلسه‌ی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. تنها موردی که اختلاف وجود ندارد بین پس‌آزمون و پیگیری است. این نتایج نشان دهنده‌ی اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر کاهش شدت علائم موکنی، افسردگی، اضطراب، استرس، دشواری تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی در بیماران است. در مورد شدت علائم موکنی این کاهش از جلسه‌ی پس‌آزمون تا پیگیری نیز معنادار است؛ یعنی به صورت کلی نمره‌ی کندن موی

جدول ۳: آزمون فریدمن مقیاس‌ها در طول پژوهش

متغیر	معداری آزادی	درجه‌ی آزادی	مربع کای	تعداد
شدت کندن مو	۰/۰۰۲	۶	۲۰/۵۰۹	۶
افسردگی	۰/۰۰	۶	۲۹/۴۷۳	۶
اضطراب	۰/۰۰	۶	۲۴/۳۱۵	۶
استرس	۰/۰۰۱	۶	۲۳/۷۵۶	۶
کیفیت زندگی	۰/۰۰۳	۶	۱۹/۵۶۴	۶
دشواری تنظیم هیجان	۰/۰۰۱	۶	۲۳/۳۳۵	۶

هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس زنان مبتلا به سرطان سینه پرداخته بود، کاهش معناداری در نمرات استرس بیماران تحت درمان دیده شد که این نتیجه با یافته‌ی به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی حاضر هماهنگ است.^{۳۸} این یافته با نتایج حاصل از مطالعه‌ی مظاهری و همکاران و دوازده‌امامی و همکاران همسو است.^{۳۹،۴۰}

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که درمان تنظیم هیجان با آگاه‌نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها، می‌تواند نقش مهمی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی داشته باشد، همان‌طور که تحقیقات قبلی نشان داده است که سطوح بالای هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش دارد.^{۴۱} مطالعات طولی نیز به این نتیجه رسیده‌اند که مهارت‌های تنظیم هیجانی، وضعیت سلامت روانی فرد را در دوره‌های بعدی زندگی پیش‌بینی می‌کند.^{۴۲} علاوه‌بر این، مطالعات تصویربرداری حاکی از آن است که تنظیم هیجانی موفق و سازگارانه، نقاطی را در مغز درگیر می‌کند که این نقاط در افرادی که از مشکلات روانی رنج می‌برند، آسیب دیده است.^{۴۳} هم‌چنین، بررسی‌ها نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب‌رساندن به خود و بهبود سلامت عمومی دارد.^{۴۴} آگاهی از هیجان‌های کلامی و غیرکلامی و ارزیابی آن‌ها در خود یا دیگران، می‌تواند موجب تمایل به پاسخ‌دهی ارادی در جهت تعدیل و استفاده از هیجان‌ها شود.^{۴۵}

نتایج پژوهش حاضر حاکی از معناداربودن روند کاهنده در شدت علائم کندن مو، افسردگی، اضطراب، استرس و دشواری در تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال کندن مو بوده است. این یافته بر اهمیت هدف قراردادن درمان تنظیم هیجان روی اختلال کندن مو دلالت می‌کند. این نتایج بیانگر این است که هرچند اختلال کندن مو به‌عنوان یک اختلال عاداتی در نظر گرفته می‌شود، اما مهم است

کمی افزایش داشت؛ اما با این وجود در مرحله‌ی پیگیری نسبت به مرحله‌ی خط پایه کاهش چشمگیر مشاهده شد که نشان از بهبودی در افراد بود. مرور درصدهای بهبودی حاکی از اثربخشی درمان تنظیم هیجان می‌باشد، فقط در مراجع ششم شدت علائم کندن مو در جلسه‌ی پیگیری عود کرد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که کاربرد تکنیک‌های تنظیم هیجان باعث افزایش احساس کارآمدی در افراد مبتلا به اختلال کندن مو و افزایش انگیزه‌ی آن‌ها در مدیریت بیماری‌شان می‌گردد.

تاکنون پژوهش موردی منفرد با استفاده از درمان ERT بر روی اختلال وسواس کندن مو انجام نشده است، اما بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه‌ی ERT حاکی از کارایی این درمان برای اختلالات بالینی است.^{۲۷} نتایج این پژوهش با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های جمشیدیان، Haaland, Flessner و همکاران، Crosby, Fine, Woods و Twohig که اثربخشی درمان ترکیبی ACT و HRT را روی افراد مبتلا به اختلال کندن مو و کندن پوست انجام دادند، همسو می‌باشد.^{۲۸-۳۳} هم‌چنین نتیجه‌ی این مطالعه با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی Heeren و همکاران که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی را روی افراد مبتلا به اختلال کندن مو انجام دادند همسو می‌باشد.^{۳۴} شایان ذکر است که در درمان ACT نیز توجه ویژه‌ای به تنظیم هیجان می‌شود.^{۳۵} نتیجه‌ی حاصل‌شده از این پژوهش با مطالعه‌ی Menin و Fresco همسو می‌باشد. شواهد نشان داد که اختلال در تنظیم هیجان در نگهداری اختلال اضطراب فراگیر و علائم افسردگی نقش دارد.^{۳۶}

هم‌چنین نتایج حاصل‌شده با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی صبحی و همکاران که اثربخشی درمان تنظیم هیجان را روی نشانه‌های استرس، افسردگی و اضطراب کار کرده بودند، همسو می‌باشد.^{۳۷} در مطالعه‌ی شصت‌فولادی که به تأثیر آموزش گروهی تنظیم

مراجعان احساس بهتری نسبت به خود داشته باشند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان تنظیم هیجان باعث کاهش شدت علائم موکنی، افسردگی، اضطراب، استرس، دشواری در تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال کندن مو می‌شود. این شیوه‌ی درمانی از نظر زمانی کوتاه‌مدت و مقرون‌به‌صرفه و از نظر اثرات درمانی اثربخش است.

درمان تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان یک روشی ساختاریافته و هدفمند برای افراد مبتلا به اختلال کندن مو مؤثر و سازگار باشد. براساس نتایج امید بخش پژوهش حاضر می‌توان اقدام به پژوهش‌هایی در مقیاس گسترده‌تر کرد.

تشکر و قدردانی

در انتها صمیمانه از افراد شرکت‌کننده در درمان که در اجرای این پژوهش مشارکت نمودند تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

References

1. Seyyed Mohammadi Y. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association (APA). 5th ed: Tehran: Rvan 2013: 347-76. (Persian)
2. Woods DW, Fuqua RW, Outman RC. Evaluating the social acceptability of persons with habit disorders: The effects of topography, frequency, and gender manipulation. *J Psychopathol Behav Assess* 1999; 21: 1-8.
3. 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: 1877.
4. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, et al. Trichotillomania: a current review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 181-93.
5. Stemberger RM, Thomas AM, Mansueto CS, et al. Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 97-104.
6. Gawłowska-Sawosz M, Wolski M, Kamiński A, et al. Trichotillomania and trichophagia-diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 127-43.
7. Houghton DC, Maas J, Twohig MP, et al. Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Res* 2016; 239: 12-9.
8. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther* 2006; 44: 371-94.
9. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Chamberlain SR. Trichotillomania and co-occurring anxiety. *Compr Psychiatry* 2017; 72: 1-5.

که اجزای هیجانی و شناختی آن‌را نیز در نظر بگیریم. بنابراین ارتقای مهارت‌هایی که برای تنظیم هیجان به‌کار می‌رود، می‌تواند بهبودی مشکلات بیماران را هدف قرار دهد. شواهد تجربی زیادی مبنی بر اینکه مهارت‌های تنظیم هیجانی در ایجاد، حفظ و درمان اختلالات روانی درگیر هستند، وجود دارند و مشکلات آسیب‌شناسی روانی متعددی به‌علت نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانی می‌باشند^{۴۶}.

افراد مبتلا به اختلال کندن مو که در این پژوهش شرکت کردند، دچار ناامیدی زیادی برای درمان خود بودند و در درمان این مشکل احساس ناتوانی زیادی داشتند و به‌علت محدودیت‌هایی که در اثر این اختلال برای آن‌ها ایجاد می‌شد احساس ناراحتی زیادی را تجربه می‌کردند. انجام گام‌به‌گام تکنیک‌های تنظیم هیجان به‌خصوص آگاهی از هیجان‌ها به کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت در روند جلسات درمانی کمک بسزایی کرد و باعث می‌شد که

10. Mohammadi A, Zargar F, Omidi A, et al. An introduction to the third generation of cognitive-behavioral therapies. 1st ed. Tehran: Arjmand; 2015: 293-325. (Persian)
11. Siwiec S, McBride DL. Emotional regulation cycles in trichotillomania (hair-pulling disorder) across subtypes. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2016 ; 10: 84-90.
12. 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: 32-41.
13. Curley EE, Tung ES, Keuthen NJ. Trait anger, anger expression, and anger control in trichotillomania: Evidence for the emotion regulation model. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2016; 9: 77-81.
14. Weidt S, Zai G, Drabe N, Delsignore A, et al. Affective regulation in trichotillomania before and after self-help interventions. *J Psychiatr Res* 2016; 75: 7-13.
15. Flessner CA, Lochner C, Stein DJ, et al. Age of onset of trichotillomania symptoms: investigating clinical correlates. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 896-900.
16. Saetchi M, Kamkar K, Asgarian M. Psychological tests. 3rd Ed. Tehran: Wiraiesh; 2013: 80-73. (Persian)
17. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, et al. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther* 1997; 35: 79-89.
18. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33: 335-43.
19. Shaeiri MR, Atrifard M, Asghari A. Psychometric properties of a Persian language version of the Illness Attitude Scale in non-clinical Iranian populations. *Stress and Health* 2008; 24: 99-107. (Persian)
20. World Health Organization. WHOQOL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9), 1993.
21. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004; 13: 299-310.
22. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.
23. Gratz KL, Roemer E. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: developmental, factor structure, and validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 62: 41-54.
24. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal* 2010; 13: 11-8.
25. Barlow DH, Hersen M. Single case experimental designs; strategies for studying behavior change. *Arch Gen Psych* 1987: 114-97.
26. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 421-46.
27. Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, et al. Emotion regulation therapy: A mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Front Psychol* 2017; 8: 98.
28. Jamshidian P. Investigating the Effectiveness of combination of acceptance and commitment therapy with habit reversal training in reduction of trichotillomania symptoms. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2015; 14: 455-66. (Persian)

29. Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification* 2008; 32: 227-30.
30. Haaland ÅT, Eskeland SO, Moen EM, et al. ACT-enhanced behavior therapy in group format for trichotillomania: An effectiveness study. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2017; 12: 109-16.
31. Crosby JM, Dehlin JP, Mitchell PR, et al. Acceptance and commitment therapy and habit reversal training for the treatment of trichotillomania. *Cogn Behav Pract* 2012; 19: 595-605.
32. Fine KM, Walther MR, Joseph JM, et al. Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. *Cogn Behav Pract* 2012; 19: 463-71.
33. Twohig MP, Woods DW. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behav Ther* 2004; 35: 803-20.
34. Heeren A, Busana C, Coussement C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for trichotillomania: A Bayesian case-control study. *Psychologica Belgica* 2015; 55: 118-22.
35. Hayes SC, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst* 1994; 17: 289-303.
36. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depress Anxiety* 2015; 32: 614-23.
37. Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, et al. Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, stress and depression symptoms among university students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2015; 3: 5-13. (Persian)
38. Shastfooladi M, Manshaei GR. The Effectiveness of emotion regulation group training on perceived stress in women with breast cancer in Isfahan. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2016; 14-22. (In Persian)
39. Davazdahemami MH, Mphamadkhani P, Dolatshahi B, et al. Cognitive-behavioral stress management training in skin picking (excoriation) disorder. *Int J Biol Pharmacy and Allied Sciences* 2015; 4: 129-42.
40. Mazaheri M, Mohammadi N, Daghaghzadeh H, et al. The effectiveness of emotion regulation intervention on emotional problems and quality of life among patients with functional gastrointestinal disorders. *Govareh* 2014; 19: 109-17. (Persian)
41. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims. *Arak University of Medical Sciences Journal* 2012; 15: 107-18. (Persian)
42. Aldao A. The future of emotion regulation research: capturing context. *Perspect Psychol Sci* 2013; 8: 155-72.
43. Ochsner KN, Gross JJ. Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Curr Dir Psychol Sci* 2008; 17: 153-8.
44. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006; 37: 25-35.
45. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85: 348.
46. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health* 2002; 6: 275-81.

The efficacy of emotion regulation therapy on symptom's severity, anxiety, depression, stress and quality of life in individuals with trichotillomania

Sara Sharifipour¹
 Mohammad Hassan
 Dvazdahemami, PhD¹
 Maryam Bakhtiari, MD¹
 Abolfazl Mohamadi, MD²
 Mohesn Saberi, MD³

1. Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background and Aim: Trichotillomania (hair pulling disorder) is a chronic disorder, characterized by frequent hair pulling leading to hair loss. This disorder despite having multiple physical, economic and social consequences, is less likely to be diagnosed and treated. In the present study, we investigated the efficacy of emotion regulation therapy (ERT) on symptom's severity, anxiety, depression, stress and quality of life in individuals with trichotillomania.

Methods: Six patients were selected by available sampling method, and Massachusettes General Hospital (MGH-HPS) scale, Depression, Anxiety, Stress-DASS-21 scale, WHOQOL-26 Quality of Life questionnaire, and DERS Emotion Regulation questionnaire were used. Gross 8-session protocol (each session 90 minutes) was delivered on a weekly basis for each participant individually. Data were analyzed by visual analysis, percent of recovery, Freidman nonparametric test and Wilcoxon test.

Results: ERT lead to significant reduction in symptoms of hair pulling, depression, anxiety, stress, difficulty in regulating emotion and improved quality of life in patients with trichotillomania.

Conclusion: ERT significantly improves emotional problems and symptoms of hair pulling in the patients with trichotillomania. As a result, this treatment can be used as an effective treatment for this disorder.

Keywords: trichotillomania, emotion regulation therapy, depression, anxiety, stress, quality of life

Received: Aug 21, 2017 Accepted: Sep 11, 2017

Dermatology and Cosmetic 2017; 8 (2): 100-110

Corresponding Author:
 Mohammad Hassan Dvazdahemami, MD

Department of Clinical Psychology,
 Shahid Beheshti University of Medical
 Sciences, Vhamran Highway, Tehran, Iran
 Email: emami@sbmu.ac.ir

Conflict of interest: None to declare