

Original Article

The Effectiveness of AEBT Therapy on Reducing Symptoms of focused and automatic Trichotillomania and Skin picking in Adolescents with three-month Follow-up

Zeynab Khanjani¹, Touraj Hashemi¹, Majied Mahmoud Aliloo¹, Paria Faroughi^{2*}

¹Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

²Ph.D. student in Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: Faroughi66@gmail.com

Received: 2 November 2017 Accepted: 19 December 2017 First Published online: 18 November 2019
Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2019 December-2020 January; 41(5):34-43

Abstract

Background: Trichotillomania and skin picking appear to be compulsory and chronic. The present study attempts to investigate the effectiveness of this type of treatment in improving the symptoms of adolescents.

Methods: This study used single case design scheme of multi stepped on four patients (two patients for each disorder) with 10 sessions over the course of three month follow up. Data was gathering through Skin Picking, trichotillomania Scale, Milwaukee Inventory for Subtypes of Skin Picking and hair pulling.

Results: The intervention had significant effects in the reduction of symptoms of focused and automatic skin picking and trichotillomania and follow-up over three month revealed that the treatment effects were maintained.

Conclusion: The AEBT could be effective in treating patients with trichotillomania and skin picking, and follow-up over three month revealed that the treatment effects were maintained.

Keyword: Effectiveness, Trichotillomania, Skin Picking

How to cite this article: Khanjani Z, Hashemi T, Mahmoud-Aliloo M, Faroughi P. [The Effectiveness of AEBT Therapy on Reducing Symptoms of focused and automatic Trichotillomania and Excoriations in Adolescents with three-month Follow-up]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2019 December-2020 January; 41(5):34-43. Persian.

مقاله پژوهشی

اثربخشی روش درمانی AEBT بر کاهش نشانه‌های کندن مو و پوست متمرکز و اتوماتیک در نوجوانان

زینب خانجانی^۱، تورج هاشمی^۱، مجید محمود علیلو^۱، پریا فاروقی^{۲*}^۱گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران^۲دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسوول: ایمیل: Faroughi66@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۶/۸/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۲۸ انتشار برخط: ۱۳۹۸/۸/۲۷

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز. آذر و دی ۱۳۹۸؛ ۴۱(۵): ۳۳-۴۳

چکیده

زمینه: اختلال موکنی و کندن پوست کندن اجباری و مزمن پوست و مو است که در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثربخشی درمان AEBT در بهبود نشانه‌های نوجوانان مبتلا به این اختلالات مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش دارای کد اخلاقی (IR.TBZMED.REC.1396.686) است.

روش کار: این پژوهش در چهارچوب طرح تک موردی با استفاده از طرح خطوط چندگانه پلکانی طی ۱۰ جلسه همراه با پیگیری سه ماهه بر روی چهار بیمار (برای هر اختلال دو نفر) صورت گرفت. داده‌ها از طریق مقیاس‌های کندن پوست کتن، مقیاس موکنی و پرسش‌نامه میلواکی برای انواع کندن پوست و مو جمع‌آوری شد.

یافته: تحلیل داده‌ها با استفاده از نمودار چشمی، درصد بهبودی و اندازه اثر نشان داد که مداخله به عمل آمده تغییرات معنادار و قابل توجهی در کاهش نشانه‌های موکنی و کندن پوست اتوماتیک و متمرکز ایجاد کرده است و کاهش نشانه‌ها در دوره پیگیری سه ماهه حفظ شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که AEBT می‌تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال موکنی، کندن پوست موثر باشد و اثر درمانی تا سه ماه پیگیری ادامه یافتند.

کلید واژه‌ها: اثربخشی، موکنی، پوست کنی

نحوه استناد به این مقاله: خانجانی ز، هاشمی ت، محمود علیلو م، فاروقی پ. اثربخشی روش درمانی AEBT بر کاهش نشانه‌های کندن مو و پوست متمرکز و اتوماتیک در نوجوانان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز. ۱۳۹۸؛ ۴۱(۵): ۳۳-۴۳

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی 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.

مقدمه

دو اختلال موکنی، کندن پوست در (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) در طبقه تشخیصی وسواس فکری-عملی و اختلالات مرتبط معرفی شده‌اند (۱). بین دو اختلال موکنی، اختلال کندن پوست از نظر پدیده‌شناسی همپوشانی وجود دارد. هر دو رفتار توسط نشانه‌های دیداری، لمسی (مثلا موی فروری، زخم پوستی یا ناخن شکسته) و با حالت خاصی (تکیه دادن به میز یا سر یا صورت نزدیک دست) راه‌اندازی می‌شوند و زمانی که فرد تنه‌است و یا درگیر روابط بین‌فردی نیست و یا زمانی که دست‌ها بیکار هستند اجرا می‌شوند (۲). اختلال موکنی یک وضعیت روانشناختی ناتوان کننده است که با کشیدن مو مشخص می‌شود و منجر به از دست دادن مو و اختلال در عملکرد می‌شود (۳). اختلال کندن پوست قبلا با عنوان کندن پوست پاتولوژیک یا اختلال کندن پوست نوروتیک توصیف می‌شد، این اختلال با رفتار خودتخریبی پوست (کندن، خراشیدن و ...)، ناتوانی برای کنترل رفتار و ناراحتی قابل توجه مشخص می‌شود (۱).

مطالعات پدیدارشناسی مطرح می‌کند که افراد مبتلا به کندن پوست و مو از نظر ابعاد پدیدارشناسی متفاوتند و به عبارت دیگر زیرگروه‌های متفاوتی دارند (۴، ۵). در مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۳۴ فرد بزرگسال مبتلا به کندن پوست ۲۴ درصد آن‌ها گزارش کردند که از کندن پوست آگاهی کامل دارند و ۷۶ درصد مطرح کردند که عمل کندن خارج از آگاهی رخ می‌دهد (۶). این یافته منجر شد که آرنولد، اچنباچ، مک الوری (۷) اختلال کندن پوست را در سه زیر گروه قرار دهند: سبک اجباری که با آگاهی کامل رخ می‌دهد و در پاسخ به هیجانات یا فکر وسواسی شدید رخ می‌دهد، سبک تکانشی که با آگاهی کمی رخ می‌دهد و سبک ترکیبی که ویژگی هر دو را دارد. والتر و همکاران (۵) پرسش‌نامه میلوآکی برای ابعاد مختلف (متمرکز و اتوماتیک) کندن پوست و کریستسون و همکاران (۲) ابعاد اتوماتیک و متمرکز را برای اختلال کندن مو مطرح کردند. کشیدن اتوماتیک با عمل کشیدن مو که اساسا خارج از آگاهی رخ می‌دهد توصیف می‌شود و شامل موقعیت‌هایی است که فرد درگیر فعالیت‌هایی است (مثلا تماشای تلویزیون، خواندن کتاب، گوش دادن به موزیک) اما از عمل کشیدن آگاهی ندارد. کشیدن متمرکز به عمل موکنی با کیفیت اجباری مشخص می‌شود و در پاسخ به حالت‌های هیجانی منفی (مثلا اضطراب، استرس، خشم و...) اتفاق می‌افتد. مطالعات مطرح می‌کند که کشیدن متمرکز احتمالا تلاشی برای کاهش سطح عاطفه منفی یا تجارب آزارنده (اضطراب، استرس، و...) می‌باشد (۳). مطالعات نشان داده است که بیشتر افراد مبتلا به اختلال کندن مو درجات مختلفی از هر دو نوع را تجربه می‌کنند و شیوع نسبی این دو سبک تا حدی نامشخص است (۸). کریستسون و همکاران (۲) دریافتند که ۵ درصد از ۶۰

نفر مبتلا به موکنی مزمن، موکنی از نوع اتوماتیک دارند. در مقابل دوتویت و همکاران (۹) دریافتند که ۳۲ درصد از ۴۲ فرد بزرگسال مبتلا به موکنی سبک اتوماتیک دارند و هر دو محقق شیوع ۱۵ درصد را برای نوع متمرکز و ۸۰ درصد برای نوع آمیخته را گزارش کردند. کمتر از ۰/۰۱ درصد افراد فقط از نوع اتوماتیک یا متمرکز هستند و لذا الگوهای مختلفی از تعامل این دونوع کشیدن یا کندن به وجود می‌آید کسانی که تجارب منفی بیشتری دارند بیشتر از موکنی متمرکز برای تنظیم هیجانات منفی استفاده می‌کنند و این احتمال مطرح است که سطح بالای موکنی متمرکز و علائم روانشناختی با متغیر سومی به نام اجتناب تجربی مرتبط است و فرد با سبک اجتنابی بیشتر درگیر موکنی متمرکز است (۸). والتر، فلسنر، کونلا و وودز (۵) در مطالعه خود دریافتند بین سبک کندن پوست متمرکز و اجتناب تجربی ارتباط وجود دارد. سطح بالای کندن پوست متمرکز با شدت پوست‌کنی و اضطراب و افسردگی و اجتناب تجربی بیشتر مرتبط است در حالی که سبک اتوماتیک با این متغیرها مرتبط نیست. نظریه پذیرش و تعهد بر این فرض مبتنی است که مشکلات روانشناختی این بیماران توسط اجتناب تجربه‌ای و یا تمایل فرد برای اجتناب، کنترل یا فرار از تجارب ناخواسته مثل افکار، احساسات به وجود می‌آید (۱۰). اجتناب تجربی تمایل فرد با اجتناب از وقایع یا هیجانات منفی است (مثلا تمایل به کندن برای رهایی از اضطراب یا استرس). اجتناب تجربی دو مولفه مرتبط به هم دارد: (۱) عدم تمایل به ارتباط با تجربه درونی آزارنده (۲) انتخاب عملی که تجارب را تغییر دهد یا فرد را از آن رها می‌کند (۱۱). مطالعات از ارتباط اجتناب تجربی موکنی و اختلال کندن پوست حمایت می‌کند (۱۲). به عبارت دیگر هر چه قدر فرد تلاش زیادی برای اجتناب از تجارب اولیه ناخوشایند دارد در واکنش به هیجان یا تکانه منفی بیشتر تمایل به کندن دارد (۱۳). درمان (Acceptance Enhanced behavioral therapy, AEBT) ترکیبی از درمان پذیرش و تعهد و پاسخ رقیب است. محققان بر مبنای مشاهدات بالینی مطرح می‌کنند که نتیجه درمان با تغییر محتوای درمان متناسب با نوع کشیدن ارتقا می‌یابد (۴، ۱۴). افرادی که سبک موکنی یا پوست‌کنی آن‌ها از نوع اتوماتیک است به مداخلات رفتاری مثلا (Habit reversal therapy, HRT) (آموزش پاسخ رقیب) بیشتر پاسخ می‌دهند که آگاهی مراجع را افزایش می‌دهد و پاسخ عادی از طریق آموزش پاسخ رقیب کاهش می‌یابد (۵، ۱۵، ۱۶). به طور معکوس، هیجانات منفی تجربه شده قبل و بعد از کشیدن که در نوع متمرکز بارز است با مداخلات شناختی- رفتاری یا مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد بهتر نتیجه می‌دهد (۵، ۱۷، ۱۸) و نهایتا دیدگاه تلفیقی AEBT (پذیرش همراه با ارتقای رفتاری) سودمندی بیشتری برای هر دو نوع موکنی و پوست‌کنی متمرکز و اتوماتیک داشته است (۳، ۵، ۱۴) وودز و

صرفاً نمایانگر قدرت رابطه بین دو مجموعه متغیر است که در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها است (d کوهن)، محاسبه شد (۱۹). اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشانگر عدم اثربخشی، ۰/۴۱-۱/۱۵ اثربخشی متوسط، ۱/۱۵-۲/۷۰ اثربخشی قوی را نشان می‌دهد (۲۰). برای محاسبه درصد بهبودی در زمینه علایم بالینی از فرمول $\Delta A\% = AO-AI/AO$ استفاده شد (۲۱) در این فرمول بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر بر اساس فرمول معنی‌دار است. هم‌چنین در صورتی که نمره فرد پس از مداخله پایین‌تر نقطه برش باشد، نتایج به لحاظ بالینی معنی‌دار خواهد بود (۲۲).

به دلیل این‌که این پژوهش از نوع پژوهش‌های اخلاقی است بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و کمیته اخلاق علوم پزشکی (به نقل از حسینیان، ۱۳۸۵) رعایت گردید. در پژوهش حاضر رضایت‌نامه کتبی از افراد در این خصوص که شرکت در این تحقیق اختیاری بوده و جهت ارتقای سلامت می‌باشد گرفته شد.

پرسش‌نامه مبلواکی برای انواع تریکوتیلومانیا

(The Massachusetts General Hospital Hair pulling Scale, MIST-A):

از این پرسش‌نامه به منظور بررسی انواع موکنی (موکنی) استفاده می‌شود. نخستین نسخه این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی ۲۴ آیتمی می‌باشد. هر آیتیم از صفر (درست نیست) تا ۹ (برای تمام موهای من صادق است) نمره‌گذاری می‌شود. سپس فلسنر، کونلا، وودز، فرانکلین، کنن و کاشین (۲۳) از طریق تحلیل عاملی، نسخه ۱۵ آیتیمی این پرسش‌نامه (شامل ۱۰ آیتیم مربوط به نوع متمرکز و ۵ آیتیم نوع اتوماتیک) را ارائه دادند. دامنه نمره در نوع متمرکز از ۰ تا ۹۰ و در نوع اتوماتیک از صفر تا ۴۵ می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که هر دو نوع به ترتیب روایی درونی (۰/۷۳)، $\alpha = 0/77$ و اعتبار سازه خوبی دارند از سوی دیگر این دو نوع به یکدیگر مرتبط نیستند ($r = 0/01$) (۸). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۳، برای مقیاس متمرکز ۰/۶۵ و اتوماتیک ۰/۶۸ به دست آمد.

از پرسش‌نامه (Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking, MIDAS) به منظور بررسی انواع (کندن پوست) اختلال کندن پوست استفاده می‌شود. والتر، فلسنر، کونلا، وودز (۵) نسخه ۱۲ آیتیمی این مقیاس را ارائه دادند که ابعاد اتوماتیک و متمرکز کندن پوست را نشان می‌دهد. ۶ آیتیم مربوط به متمرکز و ۶ آیتیم دیگر مربوط به نوع اتوماتیک می‌باشد، آیتیم‌ها از ۱ (درست نیست) تا ۵ (برای تمام عمل کندن پوست صادق است) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره در هر کدام از ۶ تا ۳۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان می‌دهد که عمل کندن اتوماتیک یا متمرکز است. روایی درونی این مقیاس

همکاران (۳) مطرح کردند که HRT مداخله موثری برای افراد با سبک موکنی اتوماتیک است ولی اثر کمتری بر سبک متمرکز دارد. هم‌چنین HRT اثر متوسطی بر افراد مبتلا به هر دو نوع سبک موکنی دارد. ما مبتنی بر مطالعه وودز و همکاران (۱۳) که AEBT را برای افراد مبتلا به کندن متمرکز و اتوماتیک پیشنهاد می‌کنند مطالعه ای را با عنوان بررسی اثربخشی AEBT بر کاهش نشان‌های موکنی و کندن پوست اتوماتیک و متمرکز انجام دادیم. با توجه به این‌که در ایران چنین مطالعه‌ای صورت نگرفته است یافته‌های این پژوهش وسیله‌ای برای ارتقای حوزه دانش در خصوص اختلالات مذکور می‌باشد. هم‌چنین به والدین، بیماران و محققان در خصوص درمان غیردارویی این اختلالات کمک می‌کند و زمینه‌های پژوهشی بیشتری در این حوزه را برای محققان فراهم می‌کند. با توجه به این‌که بهترین طرح برای مطالعات موردی طرح خط پایه چندگانه است و امکان بررسی تجربی اثربخشی مداخلات درمانی را با موارد فردی فراهم می‌آورد بنابراین فرضیه‌های این پژوهش در چارچوب یک مطالعه آزمایشی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در این گونه طرح‌ها، شرایط آزمودنی به دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌گردد.

روش کار

پژوهش حاضر با توجه به اهداف پژوهش و محدودیت‌های اجرایی از نوع طرح تجربی تک موردی (Single-subject design) با خط پایه چندگانه پلکانی همراه با پیگیری می‌باشد. براساس نمونه‌گیری در دسترس افراد مظنون به این اختلالات با در نظر گرفتن شرط سنی (۱۸ تا ۲۵ سال) و هوشبهر و سطح اضطراب متوسط انتخاب شدند و بعد از تایید روانپزشک، برای اطمینان بیشتر از مقیاس کندن مو (خط برش = ۱۷)، مقیاس کندن پوست (خط برش = ۱۰) استفاده گردید. شرکت‌کننده‌ها نباید مبتلا به سایر اختلالات از جمله شخصیت مرزی و وسواسی و... بودند و از دارودرمانی استفاده نمی‌کردند. جهت تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده و آزمون فرضیه‌ها و سوالات پژوهشی با توجه به طرح پژوهشی از روش‌های آماری توصیفی به ویژه میانگین و انحراف استاندارد، روش‌های تحلیل چشمی نموداری برای بررسی اثربخشی مداخله استفاده گردید. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیم از درصد بهبودی، معناداری بالینی، اندازه اثر، کلیت تغییر، ثبات، ایمنی، میزان پذیرش، اندازه تغییر، عمومیت تغییر استفاده گردید. در این پژوهش داده‌های مربوط به تغییرات درمانی (براساس پرسش‌نامه ارائه شده) به صورت ترسیم مورد بررسی قرار گرفته‌اند. هم‌چنین اندازه اثر، درصد بهبودی (درموردی که هدف، کاهش رفتار است) مورد استفاده قرار گرفت. اندازه اثر

کنترل تجارب درونی از طریق کندن، از او خواسته شد که احتمال تجربه پذیرش وقایع درونی به عنوان پاسخ جایگزین را در نظر بگیرد. جلسه با مقدمه‌ای در خصوص ایجاد تعهد رفتاری به عنوان فرصتی برای تمرین پذیرش در جهت زندگی ارزشمند خاتمه یافت. در طول جلسه ششم تا هفتم، شرکت کننده آموخت که وقایع درونی را به عنوان پاسخ‌های قابل مشاهده و نه واقعیت یا شی واقعی تجربه کند. بیمار هم‌چنین تشویق گردید با فرارگیری در معرض نشانه‌های مختلف که محرک تکانه کندن هستند تکانه را بپذیرد. در جلسه نهم به بیمار دوباره فرصتی داده شد تا تکنیک‌های یادگرفته در درمان و مطالب جلسات قبل را مرور کند. جلسه دهم با مروری بر ارزش‌ها، پذیرش، ناهمجوشی، و هم‌چنین روش‌های HRT و SC خاتمه یافت. در جلسه آخر فرایند پیشگیری از بازگشت شامل بحث در خصوص بازگشت در مقابل لغزش، هشپاری از فرایند HRT و کنترل محرک و بازگشت هم‌جوشی و کنترل شناختی و هیجانی مطرح گردید.

در این پژوهش داده‌های مربوط به تغییرات درمانی (براساس پرسش‌نامه ارائه شده) به صورت ترسیمی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. هم‌چنین اندازه اثر، درصد بهبودی (درموردی که هدف، کاهش رفتار است) مورد استفاده قرار گرفت. اندازه اثر صرفاً نمایانگر قدرت رابطه بین دو مجموعه متغیر است که در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها است (d کوهن)، محاسبه شد (۱۹). اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشانگر عدم اثربخشی، ۰/۴۱-۱/۱۵ اثربخشی متوسط، ۱/۱۵-۲/۷۰ اثر بخشی قوی را نشان می‌دهد (۲۰). برای محاسبه درصد بهبودی در زمینه علائم بالینی از فرمول $\Delta A\%$ یا AO-AI/AO استفاده شد (۲۱). در این فرمول بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر بر اساس فرمول معنی‌دار است. هم‌چنین در صورتی که نمره فرد پس از مداخله پایین‌تر نقطه برش باشد، نتایج به لحاظ بالینی معنی‌دار خواهد بود (۲۲).

یافته‌ها

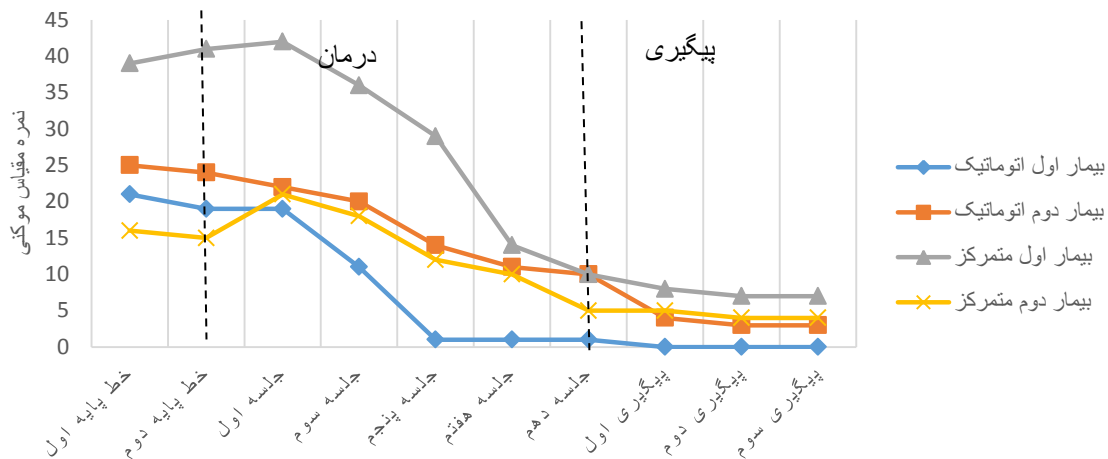
در ابتدا برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در جدول ۱ ارائه می‌شود و در ادامه نتایج سنجش‌های مطالعه ارایه می‌گردد.

برای اتوماتیک $\alpha = 0/06$ و متمرکز $\alpha = 0/80$ می‌باشد این مقیاس اعتبار سازه خوبی دارد (۵) آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۷، برای مقیاس متمرکز ۰/۸۰ و اتوماتیک ۰/۷۶ به دست آمد.

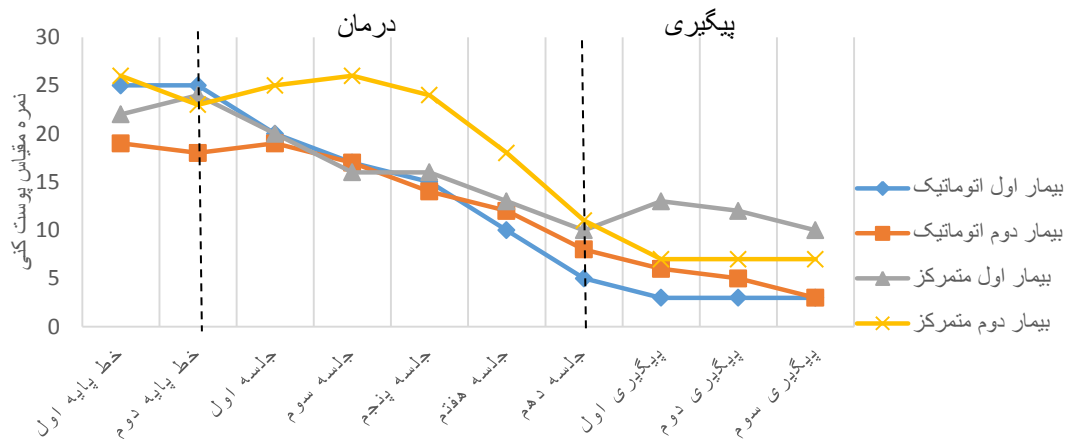
درمان در چهارچوب مدل AEBT براساس پروتکل گام به گام درمان دکتر وودز و توهیگ (۱۳) برای تریکوتیلومانی، کندن پوست در ده جلسه اجرا می‌گردد. وودز و توهیگ (۱۳) ده جلسه درمان را به شکل پروتکلی حاوی بخش‌های جداگانه و گام به گام هر جلسه ارائه کرده‌اند البته این پروتکل برای استفاده و اجرا روی تک تک نوجوانان قابلیت تغییرپذیری از نظر زمان صرف شده، میزان تکرار مفاهیم و نمونه‌های ارائه شده را دارد (۱۳). جهت اجرای درمان AEBT دکتر وودز معتقد است درمانگر باید در طول درمان از زبان قابل فهم برای نوجوان استفاده کند (۱۰). خلاصه جلسات بدین شرح است (۱۳): جلسه اول در خصوص علائم اختلال و درمان AEBT با بیمار صحبت شد به طوری که بیمار فهم اولیه از بیماری خود داشته باشد، هم‌چنین درمان معکوس‌سازی عادت و کنترل محرک، مرور موفقیت‌هایی که کندن را برمی‌انگیزد و مقدمه‌ای از تکلیف خود تنظیمی و بحث توقعات درمانگر صورت گرفت. در جلسه دوم استراتژی‌های کنترل محرک و معکوس‌سازی عادت اجرا شد. در طول جلسه سوم، درمانگر و بیمار تشخیص دادند چه چیز برای بیمار مهم است و مسیرهایی را مشخص کردند که کشمکش با تکانه کندن با کیفیت زندگی او تداخل می‌کند. در جلسه چهارم بحث در خصوص موانع ادراک شده تعقیب بهتر کیفیت زندگی ادامه پیدا کرد. این موانع از تلاش برای کنترل تجارب درونی ناخواسته ناشی می‌شود. بعد از تشخیص استراتژی‌هایی که بیمار برای کنترل تکانه کندن و هیجانات، افکار و احساسات مرتبط با کندن به کار می‌برد، عدم اثربخشی نهایی و مشکلات ناشی از تلاش برای کنترل تکانه، هیجان، فکر و احساسات اشاره گردید. در جلسه پنجم زمان بیشتری صرف این‌که چطور یک نفر در دام تلاش برای کنترل تکانه می‌افتد صرف شد. از طریق تمرین‌های تجربی و استعاره‌ها، بیمار مشکلات موجود در کنترل یا سرکوب تجارب درونی را متوجه شد. راه‌های جدیدی (به غیر از رفتار عادت) برای پاسخ به وقایع درونی مطرح گردید و بعد از ارتباط دادن این مشکلات به تلاش بیمار برای

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی

مکان کندن	هوش	سابقه اختلال	میزان تحصیلات	جنس	سن	بیمار	اختلال
موی سر، ابرو، مژه، آلت تناسلی	۱۱۱	۶ سال	کارشناسی	زن	۲۰ ساله	اول	موکنی
موی سر، آلت تناسلی	۱۰۰	۱۰ سال	کارشناسی	زن	۲۱ ساله	دوم	موکنی
جوش صورت و پا و بدن	۱۱۵	۴ سال	کارشناسی	زن	۲۱ ساله	سوم	پوست کنی
پوست سر، جوش صورت و بدن	۱۰۲	۵ سال	کارشناسی	مرد	۲۰ ساله	چهارم	پوست کنی



نمودار ۱: نشانه‌های موکنی اتوماتیک و متمرکز در خط پایه، جلسات درمان و پیگیری



نمودار ۲: نشانه‌های کندن پوست متمرکز و اتوماتیک در خط پایه، جلسات درمان و پیگیری

جدول ۲: درصد بهبودی

اندازه اثر		درصد بهبودی کلی		درصد بهبودی		اختلال
بیمار دوم	بیمار اول			بیمار دوم	بیمار اول	
۰/۴۳	۱/۰۴	٪۷۰	٪۶۶	٪۷۵	٪۹۴	موکنی متمرکز
۱/۴۵	۱/۴۳	٪۷۶	٪۵۸	٪۹۴	٪۵۸	موکنی اتوماتیک
۰/۶۳	۱/۶۰	٪۵۵	٪۵۲	٪۵۸	٪۵۸	کندن پوست متمرکز
۱/۰۸	۱/۵۵	٪۶۷	٪۵۵	٪۸۰	٪۸۰	کندن پوست اتوماتیک

رفتار کندن نداشتند. در هر جلسه پیگیری، طی یک دوره ۳ ماهه، آن‌ها گزارش دادند که هیچ‌گونه بازگشت به رفتار کندن وجود نداشته است. علاوه بر کاهش مقیاس‌ها، سایر شاخص‌های بهبود بالینی نیز مشخص شد (اگرچه به طور رسمی ارزیابی نشده است). این شاخص‌ها عبارت بودند از: (۱) شرمساری در مورد عادت کاهش یافته بود (به عنوان مثال بدون کرم و کلاه گیس احساس آرامش بیشتری می‌کردند)، (۲) کم‌تر احساسات خودارزیابی منفی

جدول ۲ نشان می‌دهد اندازه اثر برای موکنی خودکار (برای هر دو بیمار) بالاتر از حد متوسط (اندازه اثر $\leq 1/15$) و برای موکنی متمرکز (برای هر دو بیمار متوسط $\leq 1/15$) اثر اندازه $\leq 0/41$ بود. اندازه اثر برای بیمار دوم کندن پوست متمرکز و اتوماتیک متوسط بود، اما برای بیمار اول مبتلا به پوست‌کنی متمرکز و اتوماتیک بالاتر از حد متوسط بود (اندازه اثر $\leq 1/15$) و پس از ۱۰ جلسه هر دو بیمار مبتلا به موکنی و پوست‌کنی ادعا کردند که

داشتند (۳) تاثیر روانی اجتماعی کاهش پیدا کرد (به عنوان مثال، علارغم آسیب وارده به پوست و مو می توانستند با دوستانشان شنا کنند).

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، اثربخشی روش درمانی AEBT بر کاهش نشانه‌های موکنی، پوست‌کنی متمرکز و اتوماتیک با پیگیری سه ماهه بود. مقایسه نمرات مراجعان در این سه آماج حاکی از این است که AEBT در کاهش نشانه‌ها موفق بوده است. اینگرام، هیز و اسکات (۲۴) در بررسی اثربخشی کارآیی درمان‌های روانشناختی به شش متغیر، اشاره کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس این شش متغیر بررسی کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز در پرتو این شش متغیر بررسی می‌شوند: اندازه تغییر: چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ کاهش نشانه‌های موکنی، کندن پوست اتوماتیک و متمرکز از آماج‌های اصلی درمان بودند. نتایج نشان می‌دهند درمان AEBT در کاهش این آماج‌ها موفق بوده است و نمرات همه نوجوانان کاهش چشمگیری داشته است. درصد بهبودی هر دوفرد در مقیاس‌های انواع موکنی و پوست‌کنی و در پایان دوره پیگیری سه ماهه کمتر از نقطه برش مقیاس‌ها است که به معنای معناداری بالینی تغییرات نمرات است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که تکنیک HRT/SC و ACT در بسته درمانی AEBT، متمرکز بر حذف یا دشوار نمودن رفتار آشکار از طریق آموزش پاسخ رقیب، افزایش آگاهی و خودنظارتی و تمایل به تجربه وقایع درونی است. این مطلب با یافته‌های وودز و همکاران (۱۳) و فاین و همکاران (۱۰) که بر اثربخشی پروتکل AEBT بر موکنی متمرکز و اتوماتیک اشاره دارند هم‌سو است. پروتکل AEBT ترکیبی از HRT و ACT است (۷). مبتنی بر ادبیات موجود در خصوص اثربخشی HRT بر رفتارهای متمرکز بر بدن از جمله موکنی، آموزش پاسخ رقیب مولفه اساسی است (۲۵). آموزش آگاهی نیز در اثربخشی HRT موثر است برخی محققان دریافته‌اند که خودنظارتی با افزایش آگاهی به تنهایی در کاهش رفتار عاداتی کافی است (۲۶). در این خصوص حداقل دو تبیین پیشنهاد شده است: اولاً آگاهی افراد از رفتار عاداتی به سادگی بدی رفتار را بیشتر نشان می‌دهد ثانیاً خودنظارتی یک تنبیه ملایم برای رفتار عاداتی است. منطبق استفاده از ACT نیز این است که اجتناب تجربی منجر می‌شود رفتار کردن مو یا پوست و ناخن در پاسخ به تجارب دردآور به کار برده شود بنابراین اعتقاد بر این است که کاهش اجتناب تجربی علائم را کاهش می‌دهد. موکنی نوع اتوماتیک بدون آگاهی و نوع متمرکز همراه با عاطفه منفی و آگاهی است. HRT مناسب برای نوع اتوماتیک است ولی HRT حالت‌های درونی ناخوشایند را هدف قرار نمی‌دهد و لذا کمتر برای نوع متمرکز موثر است (۱۸، ۲۷).

(۲۸). ACT الگوی اجتناب تجربه‌ای بیمار را می‌شکند و رفتارهای مرتبط با ارزش و هدف زندگی را افزایش می‌دهد و تمرین‌هایی را به بیمار می‌دهد که کنترل محرک‌های آزارنده درونی را کاهش می‌دهد (۲۹). و لذا برای نوع متمرکز مناسب است (۱۳). با توجه به این‌که درمان حاضر ترکیبی از HRT و ACT است لذا برای هر دو نوع موکنی متمرکز و اتوماتیک مناسب است. یافته دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر AEBT سبب کاهش پوست‌کنی متمرکز می‌شود. این یافته هم‌سو با مطالعه (۱۴، ۲۹) کاپریوتی و همکاران در مطالعه خود دریافته‌اند که بیشترین اثربخشی پروتکل AEBT بر نوع متمرکز به دلیل تاثیر آن بر تمایلات ناخواسته، افکار و هیجاناتی است که از کندن متمرکز ناشی می‌شود. آن‌ها در تبیین این مساله عنوان نمودند که ACT در بسته درمانی AEBT الگوی اجتنابی را در هم می‌شکند و فراوانی رفتارهایی که با ارزش‌های فرد همراستاست را افزایش می‌دهد و با تمرین‌های تجربی کنترل محرک‌های آزارنده درونی را کمتر می‌کند و آن‌ها را در بافتی قرار می‌دهد که نیازی به کنترل رفتار فرد نداشته باشند (۲۹) یافته دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر AEBT سبب کاهش پوست‌کنی اتوماتیک می‌شود این مطلب با یافته کاپریوتی و همکاران (۲۹). ناهمخوان ولی با یافته (۵، ۱۳، ۱۴) که مطرح می‌کنند بسته درمانی مبتنی بر AEBT برای نوع اتوماتیک موثر است همراستاست. در تبیین این مساله می‌توان عنوان نمود که HRT متمرکز بر از هم گسیختن رفتار آشکار کندن پوست است و لذا برای نوع اتوماتیک مناسب است (۲۹). تکنیک HRT/SC در بسته درمانی AEBT، متمرکز بر حذف یا دشوار نمودن رفتار آشکار از طریق آموزش پاسخ رقیب و نیز افزایش آگاهی و خودنظارتی است آموزش آگاهی برای اختلال کندن شامل تشخیص سلسله اتفاقاتی است که با محرک رفتاری آغاز می‌شود و منجر به راه‌اندازی عادت می‌شود و با تقویت کننده‌های پس از عمل کندن یا کشیدن به اوج می‌رسد (۳۰). هدف از آموزش آگاهی کمک به مراجع برای تشخیص عادت و علائم هشدار است، خودنظارتی ضروری است چون HRT اساساً یک فرایند خودمدیریتی است که از مراجع می‌خواهد پاسخ رقیب را زمان رخداد رفتار مشکل‌زا به کار برد (۳۱). بیشترین موفقیت HRT مبتنی بر آموزش آگاهی است و افزایش آگاهی در مراجع به شیوه‌های مختلف انجام می‌گیرد (۳۰). آگاهی افراد از رفتار عاداتی به سادگی بدی رفتار را بیشترین نشان می‌دهد ثانیاً خودنظارتی یک تنبیه ملایم برای رفتار عاداتی (۲۶). هم‌چنین پاسخ رقیب نیز اجرای پاسخ قبلی را دشوار می‌کند. علت ناهم‌سویی یافته حاضر با مطالعه کاپریوتی و همکاران (۲۹) که دریافته‌اند بیشترین اثربخشی پروتکل AEBT بر نوع متمرکز است این است که پژوهش آن‌ها عامل همبودی، سطح اضطراب، سن و هوش‌بهر افراد شرکت‌کننده را کنترل نکرده بود و این عوامل می‌تواند ناهم‌سویی را توجیه کند. کلیت تغییر: نتایج پژوهش نشان

سلامت روانی و جسمی بیماران افزایش یافته است؟ بررسی ماده‌های مقیاس‌های موکنی، پوست‌کنی حاکی از این است که مراجعان توانستند از شر نگرانی مرضی، اجتناب از موقعیت، خلق منفی پیش از کندن و ناراحتی پس از عمل‌کندن، غمگینی‌رهایی یابند. اما بهتر است در پژوهش‌های آینده از ابزار استاندارد و جداگانه برای سنجش بهبودی اختلالات همبودی و نیز بهبود سلامت روانی افراد مبتلا به موکندن و کندن پوست استفاده شود. طبق گزارش مراجعان، درمان موجب گرفتاری و دردسر آن‌ها نشد، اما بهتر است برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد به کارگرفته شود. ثبات: دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟ همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است روند کاهشی نمرات هر دو نفر در پایان دوره سه ماهه پیگیری در زیرمقیاس‌های موکنی، پوست‌کنی همچنان ادامه یا ثبات داشته است و این موضوع در درصد بهبودی هر دو نفر در این زیرمقیاس‌ها در پایان دوره سه ماهه پیگیری نیز آشکار است. به عبارتی دیگر، تغییرات ایجاد شده در پایان دوره درمانی، در طی دوره سه ماهه بعد از درمان همچنان پایدار بوده و تداوم داشته است.

نتیجه‌گیری

به طور کلی در پژوهش حاضر یافته‌ها به خوبی نشان داد که به کارگیری مداخله AEBT (ترکیب ACT و HRT) بر نوجوانان مبتلا به موکنی اتوماتیک و متمرکز و هم‌چنین پوست‌کنی متمرکز و اتوماتیک موجب کاهش قابل ملاحظه در شدت علائم می‌گردد ولی با توجه به این‌که تحقیقات AEBT به‌خصوص در ایران در اول راه هستند لذا با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش حاضر توصیه می‌شود که بررسی‌های بیشتری در این حوزه صورت پذیرد.

محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش نمونه فقط شامل نوجوانان بزرگتر (۱۸-۲۵ سال) بودند که از نظر هوشی در طبقه (۱۰۰-۱۱۵) و از نظر اضطراب متوسط (نمره ۱۶-۲۵) قرار داشتند لذا قابلیت تعمیم به سایر گروه‌های سنی و شرایط هوشی و اضطرابی را ندارد. از سوی دیگر اگرچه منطق ترکیب ACT و HRT مبنی بر انواع کندن اتوماتیک و متمرکز است ولی تاثیر مجزای HRT و ACT بر نوع اتوماتیک و متمرکز بررسی نشده است.

پیشنهادات

مطالعه حاضر پیشنهاد می‌کند که مطالعات در خصوص انواع سبک‌های موکنی و پوست‌کنی احتمالاً منجر به پیشرفت در فهم ماهیت اختلال بینجامد که این ارتقای دانش به ما در طرح‌ریزی درمان مناسب کمک می‌کند.

می‌دهند که مراجعان در پایان درمان، به ۷۰ درصد بهبودی کلی در موکنی متمرکز، ۷۶ درصد بهبودی کلی در موکنی اتوماتیک، ۵۵ درصد بهبودی کلی در پوست‌کنی متمرکز و ۶۷ درصد بهبودی کلی در پوست‌کنی اتوماتیک دست یافته‌اند. به عبارتی AEBT به خوبی توانست نشانه‌ها را در این بیماران کاهش دهد نگاهی اجمالی به در صداهای بهبودی کلی نشان می‌دهد که در پایان مرحله پیگیری، درصد بهبودی مراجعان افزایش داشته است. شاید این مسئله به این دلیل باشد که این درمان از طریق قرار دادن رفتار مشکل‌زا در بافتار بزرگتر ارزش‌ها و آرمان‌های زندگی، می‌تواند پس از درمان، انگیزه مراجع را برای استفاده از تکنیک HRT افزایش دهد و در نتیجه احتمال بازگشت علائم را کاهش دهد (۲۹). ترغیب مراجع به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر عزت نفس و خودکارآمدی مراجع می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی‌رهایی بخشد. عمومیت تغییر: در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ مصاحبه به عمل آمده پس از اتمام دوره درمانی و در دوره‌های پیگیری نشان داد که ارتباط بین فردی این نوجوانان با افراد خانواده خود، بویژه والدین از جهت کمی و کیفی افزایش داشته است هم‌چنین از میزان فراوانی تعارضات و کشمکش‌های بین فردی با اعضای خانواده، خویشاوندان و دوستان کاسته شده است در خصوص عمومیت تغییر می‌توان چند تبیین را عنوان نمود: الف- افراد پس از بهبودی، به دلیل کاهش اضطراب و درگیری‌های درونی رغبت بیشتری برای درگیری در سایر فعالیت‌ها داشتند ب- اعتماد به نفس افراد به دلیل غلبه بر رفتارهای موکنی، پوست‌کنی افزایش یافته بود که در نتیجه خلق بهتری پس از درمان داشتند و کمتر با خانواده و دوستان درگیر می‌شدند ج- کندن وقت زیادی را از آن‌ها می‌گرفت، آن‌ها پس از درمان زمان کافی برای آغاز و ادامه فعالیت‌های ارزشمند زندگی خود داشتند د- پس از بهبودی جراحات وارد شده بر سر، پوست، این نوجوانان به جای اجتناب، تمایل بیشتری برای حضور در موقعیت‌های اجتماعی نشان می‌دادند که در نتیجه موجب ارتقای عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی آن‌ها گردید. میزان پذیرش: مشکلی که در برخی از گزارش‌های پژوهش پیش می‌آید این است که افت مراجعان را جزو نتایج درمان گزارش نمی‌کنند. آزمودنی‌های پژوهش حاضر تا پایان مرحله درمان، روند را ادامه دادند. یکی از دلایل این مساله انگیزه بالای مراجعین برای شرکت در این طرح درمانی بود، اختلالات مذکور مشکلات جدی (روانشناختی و پزشکی) برای آن‌ها به وجود آورده بودند و به همین دلیل درصدد درمان هرچه سریع‌تر و بهتر مشکلات خود بودند. ایمنی: آیا در اثر درمان،

قدردانی

این مطالعه در بیمارستان محلاتی تبریز و کلینیک خصوصی سایر و با حمایت‌های ریاست محترم این مراکز انجام گرفته است که بدین وسیله مراتب تشکر خود را از آن مرکز و تمام بیمارانی که تا پایان روند درمان با اینجانب همکاری داشتند اعلام می‌داریم. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری با عنوان اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ بر کاهش نشانه‌های موکنی، کندن پوست و ناخن جویدن با پیگیری سه ماهه به شماره ۹۸۶ پ است.

ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه در کمیته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز استان آذربایجان شرقی به شماره مرجع ۵/۹۷۵۰۴ و با کد اخلاقی IR.TBZMED.REC.1396.686 به تایید رسیده است.

منافع متقابل

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

منافع مالی

منابع مالی ندارد.

مشارکت مولفان

ز. خ. ت. ه و همکاران طراحی، اجرا و تحلیل نتایج مطالعه را به عهده داشتند. هم‌چنین پ. ف مقاله را تالیف نموده و ز. خ. نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده است.

References

- Association A P. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Inc; 2013.
- Christenson G A, Mackenzie T B, Mitchell J E. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *The American journal of psychiatry* 1991; **148**(3): 365. doi: 10.1176/ajp.148.3.365
- Woods D W, Wetterneck C T, Flessner C A. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour research and therapy* 2006; **44**(5): 639-656. doi: 10.1016/j. brat.2005. 05.006
- Diefenbach G, Mouton-Odum S, Stanley M. Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy* 2002; **40**(11): 1305-1315. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00006-2
- Walther M R, Flessner C A, Conelea C A, Woods D W. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2009; **40**(1): 127-135. doi: 10.1016/j. jbt.2008.07.002
- Arnold L M, McElroy S L, Mutasim D F, Dwight M M, Lamerson C L, Morris E M. Characteristics of 34 adults with psychogenic Excoriation. *The Journal of clinical psychiatry* 1998; **59**(10): 509-514. doi: 10.4088/jcp.v59n 1003
- Arnold L M, Auchenbach M B, McElroy S L. Psychogenic Excoriation. *CNS drugs* 2001; **15**(5): 351-359. doi: 10.2165/00023210-200115050-00002
- Flessner C A, Woods D W, Franklin M E, Cashin S E, Keuthen N J, Board TLC-SA. The Milwaukee inventory for subtypes of trichotillomania-adult version (MIST-A): development of an instrument for the assessment of "focused" and "automatic" hair pulling. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2008; **30**(1): 20-30. doi: 10.1007/ s10862-007-9073-x
- du Toit P L, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein D J. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Comprehensive Psychiatry* 2001; **42**(3): 247-56. doi: 10.1053/comp.2001.23134
- Fine K M, Walther M R, Joseph J M, Robinson J, Ricketts E J, Bowe W E, et al. Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; **19**(3): 463-471. doi: 10.1016/j. cbpra.2011. 10.002
- Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology* 2007; **63**(9): 871-890. doi: 10.1002/jclp.20400
- Flessner C A, Woods D W. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior modification* 2006; **30**(6): 944-963. doi: 10.1177/0145445506294083
- Woods D W, Twohig M P. *Trichotillomania: An ACT-enhanced behavior therapy approach therapist guide*. Oxford University Press, 2008.
- Flessner C A, Busch A M, Heideman P W, Woods D W. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification* 2008; **32**(5): 579-594. doi: 10.1177/0145445507313800
- Azrin N, Nunn R. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour research and therapy* 1973; **11**(4): 619-628. doi: 10.1016/0005-7967(73)90119-8
- Tolin D F, Franklin M E, Diefenbach G J, Anderson E, Meunier S A. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. *Cognitive behaviour therapy* 2007; **36**(3): 129-144. doi: 10.1080/16506070701223230

17. Hayes S C, Strosahl K D, Wilson K G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*, Guilford Press; 1999.
18. Walther M R, Ricketts E J, Conelea C A, Woods D W. Recent advances in the understanding and treatment of trichotillomania. *Journal of cognitive psychotherapy* 2010; **24**(1): 46. doi: 10.1891/0889-8391.24.1.46
19. Beeson P M, Robey R R. Evaluating single-subject treatment research: Lessons learned from the aphasia literature. *Neuropsychology review* 2006; **16**(4): 161-169. doi: 10.1007/s11065-006-9013-7
20. Ferguson C J. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice* 2009; **40**(5): 532. doi: 10.1037/a0015808
21. Ogles B M, Lunnen K M, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review* 2001; **21**(3): 421-446. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00058-6
22. Kazdin A E. The meanings and measurement of clinical significance. 1999.
23. Flessner C A, Conelea C A, Woods D W, Franklin M E, Keuthen N J, Cashin S E. Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behaviour Research and Therapy* 2008; **46**(3): 345-357. doi: 10.1016/j.brat.2007.12.009
24. Ingram R E, Hayes A, Scott W. *Empirically supported treatments: A critical analysis*. John Wiley & Sons Inc; 2000.
25. Miltenberger R G, Fuqua R W, McKinley T. Habit reversal with muscle tics: Replication and component analysis. *Behavior Therapy* 1985; **16**(1): 39-50. doi: 10.1016/s0005-7894(85)80054-x
26. Grant J E, Stein D J, Woods D W, Keuthen N J. *Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors*. American Psychiatric Pub; 2012.
27. Falkenstein M J. Clinical Aspects of Hair Pulling, Skin Picking, and Nail Biting. *Current Treatment Options in Psychiatry* 2016; **3**(4): 375-384. doi: 10.1007/s40501-016-0096-3
28. Flessner C A, Woods D W, Franklin M E, Keuthen N J, Piacentini J, Cashin S E, et al. The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version (MIST-C) Initial Development and Psychometric Properties. *Behavior Modification* 2007; **31**(6): 896-918. doi: 10.1177/0145445507302521
29. Capriotti M R, Ely L J, Snorrason I, Woods D W. Acceptance-enhanced behavior therapy for Excoriation (skin-picking) disorder in adults: A clinical case series. *Cognitive and behavioral practice* 2015; **22**(2): 230-239. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.01.008
30. Sulkowski M L, Jacob M L, Storch E A. Exposure and response prevention and habit reversal training: commonalities, differential use, and combined applications. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2013; **43**(3): 179-185. doi: 10.1007/s10879-013-9234-z
31. Luiselli J K. *Behavioral Health Promotion and Intervention in Intellectual and Developmental Disabilities*. Springer; 2016.