MEJDS. 2022; 12:30.

Published online 2022 May. **Original Article**

Comparing the Effect of Habit Reversal and Hypnotherapy on Increasing the Self-Esteem of Students with Trichotillomania (Hair Pulling Disorder) and Reducing Their Symptoms

Shafaei J[1], *Narimani M[2], Abolghasemi A[3], Taklavi S[4]

Author Address
1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Guilan, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, Ardebil Branch, Islamic Azad University, Ardebil, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** m_narimani1341@yahoo.com

Received: 10 May 2020; **Accepted:** 11 July 2020

Abstract

Background & Objectives: Trichotillomania (hair pulling disorder) is a psychological disorder that its treatment is one of the most challenging clinical and mental health issues. Despite various physical and social problems, especially psychological problems such as high anxiety and low self-esteem in people with trichotillomania, It is less commonly diagnosed and treated. To treat trichotillomania, various interventions based on different approaches have been proposed, including cognitive-behavioral therapies such as habit reversal and hypnotherapy. Because of few experimental and theoretical studies in this field, as well as the occurrence of psychological problems in students and their outcomes in adulthood, the present study compared the effect of habit reversal and hypnotherapy on increasing the self-esteem of students with trichotillomania and reducing their symptoms.

Methods: The present research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all students referred to the Counseling Center and the Psychological Clinic of the Education Administration of Bilesvar City, Iran, to treat their trichotillomania in 2018-2019. Then, 45 eligible volunteers were randomly selected and divided into two experimental groups (habit reversal and hypnotherapy) and one control group (each group of 15 individuals). The inclusion criteria were a psychiatrist's diagnosis of trichotillomania based on the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*-Fifth Edition (DSM-5) criteria, aged 10 to 18 years, attending all intervention sessions, and not under psychological treatment at least one month before the intervention. The exclusion criteria included having a personality disorder or bipolar disorder, using psychotropic drugs or any other intervention one month before the study, and being unwilling to continue treatment. The Self-Esteem Questionnaire (Coopersmith, 1981) and the Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania–Adult Version (MIST-A) (Flessner et al., 2008) were used to gather information in the pretest and posttest for three groups. Habit reversal therapy interventions in nine sessions and hypnotherapy in eight sessions were performed only for the experimental groups. The obtained data were sorted through descriptive statistics, including mean and standard deviation, and analyzed by inferential statistics, including 1-way analysis of variance, the Chi-square test, multivariate analysis of covariance, and Tukey post hoc test in SPSS software. The significance level for all tests was set at 0.05.

Results: By controlling the effect of pretest scores, the scores of focused trichotillomania (p=0.013) and automatic trichotillomania (p=0.017) in the two experimental groups decreased compared to the control group. Also, the score of the self-esteem variable in the two experimental groups increased compared to the control group (p=0.021). In addition, the hypnotherapy method had a more significant decreasing effect on the focused trichotillomania (p=0.027) and the automatic trichotillomania (p=0.026) compared to the habit reversal method. Hypnotherapy also had a more significant effect on self-esteem than the habit reversal method (p=0.024).

Conclusion: Based on the research findings, two methods of habit reversal therapy and hypnotherapy have a significant effect on reducing the symptoms of trichotillomania and increasing self-esteem in students with hair pulling. However, the hypnotherapy method is more effective in reducing the symptoms of trichotillomania and increasing self-esteem in students with hair pulling than the habit reversal.

Keywords: Habit reversal, Hypnotherapy, Self-esteem, Trichotillomania, Students.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۳۰.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن

جلال شفائی[۱]، *محمد نریمانی[۲]، عباس ابوالقاسمی[۳]، سمیه تکلوی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۲. استاد ممتاز، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد گیلان، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m_narimani1341@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ تیر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: درمان وسواس موکندن به‌عنوان نوعی اختلال روان‌شناختی، از موضوعات چالش‌برانگیزتر بالینی و بهداشت روانی است؛ بنابراین هدف مطالعهٔ حاضر مقایسهٔ اثربخشی معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزانی تشکیل دادند که به‌منظور حل اختلال وسواس موکندن به مراکز مشاوره و کلینیک روان شناختی ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهرستان بیله‌سوار در سال تحصیلی ۹۸ـ۱۳۹۷ مراجعه کردند. ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط داوطلب به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی) و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). مداخلات درمانی معکوس‌سازی عادت در نُه جلسه و هیپنوتراپی در هشت جلسه صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس (کوپر اسمیت، ۱۹۸۱) و چک‌لیست میلواکی برای خرده‌انواع اختلال وسواس موکندن (فلسنر و همکاران، ۲۰۰۸) به‌کار رفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون کای‌دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی در سطح معنادار ی ۰/۰۵ به‌وسیلهٔ نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، در دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، میزان نمرات متغیرهای وسواس موکنی متمرکز (p=۰/۰۱۳) و وسواس موکنی خودکار (p=۰/۰۱۷) کاهش یافت و میزان نمرات متغیر عزت‌نفس افزایش یافت (p=۰/۰۲۱). به‌علاوه، روش هیپنوتراپی اثر کاهشی بیشتری بر متغیرهای وسواس موکنی متمرکز (p=۰/۰۲۷) و وسواس موکنی خودکار (p=۰/۰۲۶) درمقایسه با روش معکوس‌سازی عادت داشت. روش هیپنوتراپی نیز اثر افزایشی بیشتری بر میزان عزت‌نفس درمقایسه با روش معکوس‌سازی عادت داشت (p=۰/۰۲۴).

نتیجه‌گیری: دو روش درمانی معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی بر کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت‌نفس در دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن اثربخشی دارند؛ اما روش هیپنوتراپی در مقایسه با روش معکوس‌سازی عادت، اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت‌نفس در دانش‌آموزان مذکور دارد.

کلیدواژه‌ها: معکوس‌سازی عادت، هیپنوتراپی، عزت‌نفس، وسواس موکندن، دانش‌آموزان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

۱ مقدمه

اختلال وسواس موکندن[1] نوعی اختلال روان‌شناختی به‌شمار می‌رود که باوجود بروز مشکلات متعدد جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و به‌خصوص مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب زیاد و عزت‌نفس کم و... در افراد، کمتر تشخیص داده شده و درمان شده است (۱). اختلال وسواس موکندن در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] باعنوان «اختلالات وسواسی‌اجباری و اختلالات مرتبط با آن» مطرح می‌شود (۲). مطالعات شیوع‌شناسی نشان می‌دهد، حدود ۱ درصد از جمعیت کلی و بیش از ۱۰ درصد از جمعیت دانش‌آموزی به اختلال وسواس موکنی دچار هستند و این تعداد در بین زنان بیش از مردان است (۳). این اختلال با علائمی که به‌همراه دارد، مشکل درخورتوجهی در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی و فعالیت‌های معمولی اجتماعی یا روابط شخص به‌وجود می‌آورد؛ همچنین به‌وسیلهٔ افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از سوی فرد بی‌معنا و ناپذیرفتنی و مقاومت‌ناپذیر است باعث کاهش کیفیت زندگی، عزت‌نفس کم، افسردگی و اضطراب در افراد دچار اختلال موکنی می‌شود (۴)؛ به‌طوری‌که به‌اعتقاد فنبرگ و همکاران (۵) و سیسون و همکاران (۶)، بسیاری از افراد دچار اختلال وسواس موکنی دارای علائم روان‌شناختی مانند احساس تنش و عزت‌نفس ضعیف هستند و همیشه دیدی منفی به خود دارند. در بسیاری از کودکان نیز اختلال وسواس موکندن با بستری‌شدن در بیمارستان با مداخلات طبی، مشکلات خانه یا مشکلات مدرسه شروع می‌شود (۷).

در راستای درمان افراد دچار اختلال وسواس موکنی، طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح شده است که ازجمله می‌توان به درمان‌های شناختی‌رفتاری[3] مانند معکوس‌سازی عادت[4] و هیپنوتراپی[5] اشاره کرد. روش آموزش معکوس‌سازی عادت که در جدول ۱ شرح کامل آن مشاهده می‌شود، از درمان‌های بسیار متداول اختلال وسواس موکندن به‌شمار می‌رود که توسط آزرین و همکاران ابداع شده است (۸). این شیوهٔ آموزشی سه جزء اصلی دارد که عبارت است از: آموزش آگاهی[6]؛ آموزش پاسخ‌های رقیب[7]؛ آموزش حمایت اجتماعی[8] . قاعدهٔ اصلی در برگردان عادت، به‌صورت فریبنده‌ای ساده است: وقتی میل به انجام عادتی دارید، خود را وادار کنید تا به فعالیتی مشغول شوید که از نظر جسمی شما را از انجام آن عادت باز می‌دارد؛ چراکه ماهیچه‌های درگیر فعالیت پیشگیرانه، با ماهیچه‌های درگیر در انجام آن عادت، متعارض هستند؛ ازاین‌رو به‌عنوان پاسخ معارض دربرابر وسواس موکندن، حرکتی را انتخاب کنید که دست شما را از حرکت به‌طرف سر، صورت یا چشم‌ها باز دارد (۸). پژوهشگرانی همچون موریس و همکاران (۹) و شاره (۱۰) آموزش آگاهی و خودنظارتی را عامل مهم‌تر اثرگذاری این روش معکوس‌سازی عادت می‌دانند؛ زیرا بیشتر رفتارهای مربوط به اختلالات عادتی و کنترل تکانه خارج از آگاهی فرد رخ می‌دهد؛ بنابراین افزایش آگاهی دربارهٔ وقوع رفتار، پیشایندها و پسایندهای آن می‌تواند با بهبود خودنظارتی موجب کاهش علائم اختلال وسواس موکندن شود و آموختن پاسخ مغایر فرصت کمتری برای بروز رفتار مختل عادتی می‌دهد و در صورت بروز بیشتر تنبیه‌کننده و غیرمؤثر است تا کارآمد. پژوهش رحمان و همکاران نشان داد، میزان وسواس موکنی در بیماران تحت مداخلهٔ معکوس‌سازی عادت به‌طور چشمگیری کاهش یافته است (۱۱). هنکل و همکاران در درمان وسواس موکنی بر مداخلهٔ زودهنگام به‌منظور کاهش تأثیرات روانی‌اجتماعی وسواس تأکید داشتند (۱۲). سان و همکاران در تحقیقی بر چهل‌ویک کودک دریافتند، مداخلهٔ معکوس‌سازی عادت در کاهش میزان اضطراب و رفتار موکنی نقش مؤثری دارد (۱۳). لی و همکاران در پژوهشی نشان دادند، روش معکوس‌سازی عادت با هدف قراردادن رفتار تحریکی باعث کاهش وسواس موکنی می‌شود (۱۴).

علاوه‌بر روش معکوس‌سازی عادت، اخیراً روش هیپنوتراپی نیز به‌عنوان روشی درمانی توجه بسیاری را در این زمینه جلب کرده است. مداخلهٔ هیپنوتیزمی، ازطریق کاهش استرس و اضطراب که نقش مهمی در شروع اختلال وسواس موکنی افراد مبتلا دارد، می‌تواند موجب تخفیف علائم این اختلال شود (۱۵). از سوی دیگر مداخلهٔ هیپنوتیزم با تأثیر بر ذهن ناخودآگاه و ایزوله‌کردن افکار مزاحم که باعث رفتار بی‌اختیار و مکرر در این افراد می‌شود، می‌تواند نقص کنترل این مراکز را درمان کند (۱۶). طبق الگوی شنفلت که شرح هشت‌جلسه‌ای آن در جدول ۲ آمده است، مداخلهٔ هیپنوتیزم با ایجاد تصویرسازی تلقینات آرامش، آسودگی و رهایی از تنش عضلانی و با بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی و همچنین با استفاده از تقریب‌های متوالی اضطراب با اتصال عمیق‌تر موقعیت اضطراب‌زا با تصاویر آرام‌کننده، به کاهش اضطراب ایجادشده در موقعیت موکنی کمک می‌کند؛ به‌عبارتی ضمن کاهش سطح اضطراب، رفتارهای خودکار و ناآگاهانهٔ کندن مو را کم می‌کند و و بینش فرد را به رفتار موکنی افزایش می‌دهد (۱۷)؛ بااین‌حال بسیاری از پژوهشگران و متخصصان بالینی همچون فری‌دیت و همکاران (۱۸)، فرهات و همکاران (۱۹) و زالسمان و همکاران (۲۰) به این نتیجه دست یافتند که هیپنوتیزم، اثری هم‌افزایی به‌ویژه زمانی که با درمان شناختی‌رفتاری همراه است، در درمان وسواس موکنی به‌وجود می‌آورد. صادقی معتقد است، تلقینات هیپنوتیزمی با کنترل سطح اضطراب نه‌تنها باعث کاهش علائم وسواس موکنی می‌شود، بلکه عزت‌نفس، خودکارآمدی و خودانگارهٔ فرد را ارتقا می‌بخشد (۲۱). مطالعات بادله و همکاران (۲۲) و کاستنلوا و

1. Trichotillomania
2. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders-Fifith Edition (DSM-5)
3. Cognitive Behavioral Therapy
4. Habit reversal
5. Hypnotherapy
6. Awareness training
7. Competing response training
8. Social support training

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

همکاران (۲۳) مشخص کرد، هیپنوتیزم می‌تواند به افزایش عزت‌نفس در کودکان کمک کند. ناصح در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که هیپنوتراپی، اضطراب افراد را کاهش می‌دهد (۲۴). والنتین و همکاران نیز در فراتحلیلی نشان دادند، میزان تأثیر هیپنوتیزم در هنگام مداخله با سایر روش‌های درمانی مؤثرتر از زمانی است که به‌منزلهٔ درمانی مستقل استفاده می‌شود (۲۵).

باتوجه به بررسی انجام‌شده، تاکنون تحقیقات اندکی در داخل و خارج از کشور در زمینهٔ ارزیابی و مقایسهٔ اثربخشی دو روش درمانی هیپنوتراپی و معکوس‌سازی عادت صورت گرفته است و خلأ تجربی و نظری در این حیطه کاملاً محسوس است. کودکان مبتلا به وسواس موکندن در سن رشد قرار دارند و برنامه‌ها و مداخلات اثربخشی به این شکل تاحدی آن‌ها را توانمند می‌سازد و از رشد و عود مشکلات آنان جلوگیری می‌کند. باتوجه به بروز سایر مشکلات روان‌شناختی در دانش‌آموزان و پیشرفت‌نکردن آن‌ها، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با بهره‌گیری طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزانی تشکیل دادند که به‌منظور حل اختلال وسواس موکندن به مراکز مشاوره و کلینیک روان‌شناختی ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهرستان بیله‌سوار در سال تحصیلی ۹۸ـ۱۳۹۷ مراجعه کردند. بدین‌ترتیب حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (۲۶) و تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط داوطلب به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی (معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی) و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تشخیص روان‌پزشک مبنی‌وجود اختلال وسواس موکنی براساس ملاک‌های مطرح‌شده در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)؛ دامنهٔ سنی ۱۰ تا۱۸ سال؛ حضور در تمامی جلسات؛ دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی حداقل یک ماه قبل از مداخله. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل وجود اختلال شخصیت یا دوقطبی، مصرف داروهای روان‌گردان یا هرگونه مداخلهٔ دیگر یک ماه قبل از پژوهش و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ درمان بود. لازم به ذکر است در این پژوهش نویسندگان تمامی نکات اخلاقی را شامل رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی و انتشارندادن نتایج افراد نمونه به‌طور خصوصی، رعایت کردند.

برای گردآوری داده‌ها، ابزارها و درمان‌های زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس[1] : این پرسش‌نامه براساس تجدیدنظر بر مقیاس راجرز و دیموند (۱۹۴۵) توسط کوپر اسمیت در سال ۱۹۸۱، تهیه شد و به‌منظور سنجش احساس ارزشمندی دانش‌آموزان و دانشجویان در زمینه‌های اجتماعی و تحصیلی استفاده می‌شود (۲۷). این پرسش‌نامهٔ ۵۸ماده‌ای مشتمل بر پنج موضوع است که شامل انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده، خود و آینده می‌شود؛ همچنین دارای چهار خرده‌مقیاس زیر است: عزت‌نفس عمومی: بلی: ۱، ۴، ۱۹، ۲۷، ۳۸، ۳۹، ۴۳، ۴۷ خیر: ۳، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۴، ۲۵، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۴۸، ۵۱، ۵۵، ۵۶، ۵۷؛ عزت‌نفس خانوادگی: بلی: ۹، ۲۰، ۲۹ خیر: ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۴۴؛ عزت‌نفس اجتماعی: بلی: ۵، ۸، ۱۴، ۲۸ خیر: ۲۱، ۴۰، ۴۹، ۵۲؛ عزت‌نفس شغلی/تحصیلی: بلی: ۳۳، ۳۷، ۴۲، ۴۶ خیر: ۲، ۱۷، ۲۳، ۵۴؛ مقیاس دروغ: بلی: ۳۲، ۳۶، ۴۱، ۴۵، ۵۰، ۵۳، ۵۸ است. سؤالات این پرسش‌نامهٔ دوگزینه‌ای با گزینه‌های «بلی» و «خیر» و شیوهٔ نمره‌گذاری آن به‌صورت صفر و یک است. همچنین هشت سؤال این ابزار، دروغ‌سنج است و در محاسبهٔ نمرهٔ کل، نمرهٔ این هشت سؤال منظور نمی‌شود. حداقل نمره‌ای که هر فرد بگیرد، صفر و حداکثر ۵۰ خواهد بود. به این صورت فردی که در آزمون نمرهٔ بیشتر از ۲۵ کسب کند، دارای عزت‌نفس زیاد و فردی که کمتر از این مقدار به‌دست آورد، دارای عزت‌نفس کم است (۲۷). کوپر اسمیت ضرایب بازآزمایی پرسش‌نامه را ۰/۸۸ گزارش کرد (به نقل از ۲۸). روایی و پایایی این ابزار بارها در مطالعات ایرانی مختلف محاسبه شد؛ به‌طوری‌که در پژوهش پورسینا، ضریب پایایی با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد که از نظر آماری معنادار بود. پس از اجرای پژوهش برای کل نمونه نیز ضریب پایایی برابر با ۰/۷۹ بود (۲۹).

ـ چک‌لیست میلواکی برای خرده‌انواع اختلال وسواس موکندن[2]: در این پژوهش، چک‌لیست میلواکی استفاده شد که فلسنر و همکاران آن را در سال ۲۰۰۸ به‌منظور تشخیص نوع موکنی در انواع اختلال وسواس موکنی نسخهٔ بزرگسالان ساختند (۳۰). چک‌لیست میلواکی دو نوع اصلی اختلال موکنی (متمرکز و خودکار) را اندازه‌گیری می‌کند. این ابزار شامل پانزده سؤال است که ده سؤال آن موکنی متمرکز و پنج سؤال دیگر موکنی خودکار را می‌سنجد. هر سؤال از صفر تا ۹ درجه‌بندی می‌شود. متوسط نمرهٔ بالینی در خرده‌مقیاس متمرکز ۴۵/۳ است (SD=۱۶/۲) و نمرهٔ بیشتر از ۹۰ در این خرده‌مقیاس، فرد را در نوع متمرکز قرار می‌دهد. در خرده‌مقیاس خودکار، متوسط نمرهٔ بالینی ۲۵/۷ است (SD=۹/۰۴) و کسب نمرهٔ بیشتر از ۴۵، فرد را در نوع خودکار قرار می‌دهد. پایایی چک‌لیست میلواکی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شد (۳۰).

ـ در درمان معکوس‌سازی عادت از الگوی آزرین و همکاران (۸) و در روش هیپنوتراپی از الگوی شنفلت (۱۷) استفاده شد.

در جداول ۱ و ۲، به‌ترتیب محتوای نُه جلسه درمان معکوس‌سازی عادت و هشت جلسه مداخلهٔ هیپنوتراپی ذکر شده است.

1. Self-Esteem Inventory

2. Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania–Adult Version (MIST-A)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

جدول ۱. جلسات درمان معکوس‌سازی عادت

جلسهٔ اول	انجام پیش‌آزمون‌ها، برقراری رابطه با بیمار، بررسی باورهای بیمار دربارهٔ اختلال
جلسهٔ دوم	سنجش و ارزیابی همه‌جانبهٔ مشکل: در این مرحله تمام اطلاعات مربوط به رفتار موکنی (مثل حرکات دست و اقدامات عملی برای کندن مو)، پیشایندهای و پسایندهای آشکار و پنهان و تقویت‌کننده‌های احتمالی بررسی شدند. ثبت پیشایندهای و پسایندهای آشکار و پنهان و تقویت‌کننده‌های احتمالی آموزش داده شد.
جلسهٔ سوم	آموزش ابتدایی خودنظارتی: به آزمودنی نحوهٔ نظارت بر رفتار موکنی و چگونگی ثبت رخداد این رفتار آموزش داده شد. چک‌لیستی درخصوص رخداد رفتار موکنی به مُراجع ارائه شد و او موظف شد تا بلافاصله پس از وقوع رفتار تمام مسائل مربوط به آن را ثبت کند (مانند زمان، مکان، احساسات قبل و بعد از وقوع، کاری که فرد پس از کندن مو با آن می‌کند).
جلسهٔ چهارم	آموزش آگاهی: هدف این جلسه افزایش آگاهی مُراجع از فرایند موکنی بود؛ زیرا عمل موکنی عمدتاً به‌شکل ناهشیار صورت می‌گیرد؛ ازاین‌رو از مُراجع خواسته شد که دقیقاً عمل موکنی را با تمام جزئیات توصیف کند. دربارهٔ تمام روش‌ها و موقعیت‌های عمل سؤال شد و در زمینهٔ آن بحث صورت گرفت. همچنین موقعیت‌ها و رفتارهای موکنی شبیه‌سازی شد. در طول این عمل درمانگر مرتب فرایند شبیه‌سازی را قطع کرد تا مُراجع را وادار کند دربارهٔ احساسات و افکار درگیر در شروع، ادامه و پایان رفتار بیندیشد و به نکات پنهان ولی مهم توجه کند.
جلسهٔ پنجم	آموزش رفتار مغایر: با مُراجع درخصوص رفتاری که می‌تواند جایگزین رفتار و حرکات موکنی کند، توافق شد. موقعیت موکنی مجدداً شبیه‌سازی شد و به‌جای آن رفتار مغایر اجرا شد. آزمودنی رفتار مغایر را چندین‌بار تکرار کرد.
جلسهٔ ششم	آموزش حمایت اجتماعی: در این مرحله به یاور آموزش داده شد تا استفاده از رفتار مغایر را به‌موقع یادآوری کند و برای بهره‌گیری از رفتار مغایر مورد تشویق و تأیید قرار دهد؛ ازاین‌رو در طول جلسه تمرینات و اجرای عمل مغایر ازطریق شبیه‌سازی موقعیت موکنی با یاور تمرین شد.
جلسهٔ هفتم	آموزش آرام‌سازی: اجرای روش آرام‌سازی در موقعیت‌های تنش‌زا روی آزمودنی‌ها صورت گرفت. سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد تعداد و رفتارهای موکنی در تمام موقعیت‌های خارج از جلسه را ثبت کنند.
جلسهٔ هشتم	جلسهٔ تکمیلی: ضمن مرور جلسهٔ پیش و تکالیف انجام‌شده توسط فرد، از آزمودنی خواسته شد به بررسی گزارش‌های رفتار موکنی در خارج از جلسه بپردازد؛ همچنین پیشرفت‌ها و میزان کاهش رفتار موکنی و مشکلات احتمالی در اجرای رفتار مغایر، آرام‌سازی یا سایر مشکلات فرد را بررسی کند و برای جلسهٔ بعدی گزارش دهد.
جلسهٔ نهم	جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون: ضمن بررسی روند تغییرات درنهایت پس‌آزمون اجرا شد.

جدول ۲. جلسات مداخلهٔ هیپنوتراپی

جلسهٔ اول	آشنایی و معرفی درمانگر و هدف هیپنوتراپی و تعداد جلسات آن، معرفی اعضا به یکدیگر و بیان انتظاراتشان از هم، بیان قواعد گروه: در این مرحله ضمن آشنایی آزمودنی‌ها با هدف درمان، مباحثی درخصوص روند مداخله و تعداد جلسات ارائه شد.
جلسهٔ دوم	توضیح هیپنوتراپی و اصلاح باورهای نادرست دربارهٔ هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها: از آزمودنی‌ها خواسته شد آرامش ازطریق تصویر ذهنی هدایت‌شده (تمرین آرام‌سازی) را تمرین کنند، تلقین هیپنوتیزمی: همچنین به‌دنبال تصویرسازی تلقینات آرامش، آسودگی و رهایی از تنش عضلانی آموزش و القا داده شد.
جلسهٔ سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی مرتبط با وسواس موکنی، بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی: برای بازسازی شناختی در حالت خلسه با القای جملات مثبت و اصلاح‌کنندهٔ خطاهای شناختی اضطراب‌زا برای مُراجع خودگویی‌های کارآمد جایگزین شناخت‌ها و خودگویی‌های ناکارآمد اضطراب‌زا شد.
جلسهٔ چهارم	بیان ارتباط افکار باور و رفتار، پیامد رفتاری ناشی‌از باورهای مرتبط اختلال موکنی به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی: به آزمودنی‌ها با استفاده از تقریب‌های متوالی اضطراب با اتصال عمیق‌تر موقعیت اضطراب‌زا با تصاویر آرام‌کننده به کاهش اضطراب ایجادشده در موقعیت موکنی کمک شد.
جلسهٔ پنجم	بررسی شواهد و معنایی افکار خودآیند توسط اعضای گروه به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی: در این مرحله ضمن معنابخشی به وجود افکار خودکار موکنی مُراجعان در حالت خلسه به القای اینکه توانایی‌هایشان در مواجهه با اضطراب به‌وجودآمده افزایش می‌یابد، امیدوار شدند.
جلسهٔ ششم	ایجاد باور جایگزین به‌همراه تلقینات لازم در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی: در این مرحله به تغییر باور و ارتباط افکار وسواس موکنی با هیجانات اضطراب‌زای طبقه‌بندی‌شده مبتنی‌بر باورهای بنیادین آزمودنی پرداخته شد.
جلسهٔ هفتم	بیان ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به‌همراه تلقینات هیپنوتیزمی مربوط در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی: مُراجع آموزش دید که در حالت خلسه به تلقین‌های هیپنوتیک بهتر پاسخ دهد و اینکه هیپنوتراپی، مهارتی یادگرفتنی است.
جلسهٔ هشتم	تقویت افکار مثبت در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی، جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون: در این مرحله ضمن تقویت افکار مثبت به‌وجودآمدهٔ آزمودنی‌ها در حالت خلسه، به آماده‌سازی اعضای گروه برای پایان‌دادن به جلسات در حالت خلسهٔ هیپنوتیزمی پرداخته شد. درنهایت جلسه با اجرای پس‌آزمون خاتمه یافت.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

داده‌های جمع‌آوری‌شده ازطریق شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون کای‌دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری (با رعایت پیش‌فرض‌های آن از طریق آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون و لامبدای ویلکز) و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در جدول ۳، توزیع فراوانی متغیرهای سن و جنسیت در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه ارائه شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی سن و جنسیت در گروه‌های بررسی‌شده

		جنسیت				میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها	
		پسر		دختر			
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
گروه	گواه	۶	۴۰/۰۰	۹	۶۰/۰۰	۱۴/۳۶	۲/۲۶
	معکوس‌سازی عادت	۵	۳۳/۳۳	۱۰	۶۶/۶۷	۱۵/۳۱	۲/۴۸
	هیپنوتراپی	۷	۴۶/۶۶	۸	۵۳/۳۴	۱۵/۲۴	۳/۰۸
	کل	۱۸	۴۰/۰۰	۲۷	۶۰/۰۰	۱۵/۴۳	۲/۴۴

براساس جدول ۳، درصد بیشتری از آزمودنی‌ها دختر بودند و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و کای‌دو، به‌ترتیب نشان داد که تفاوت بین گروه‌ها به‌لحاظ سن (p=۰/۱۴۸) و جنسیت (p=۰/۳۱۲) معنادار نبود.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار در مقیاس‌های وسواس موکنی و عزت‌نفس

		گروه											
		معکوس‌سازی عادت				هیپنوتراپی				گواه			
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مؤلفه‌های	متمرکز	۷۶/۲۴	۶/۸۳	۶۴/۹۸	۵/۰۹	۷۶/۲۲	۶/۶۳	۶۴/۲۴	۵/۰۸	۷۸/۱۰	۶/۳۳	۷۹/۰۱	۶/۵۴
وسواس	خودکار	۴۱/۰۴	۵/۷۱	۳۳/۷۲	۴/۳۴	۳۹/۴۱	۵/۲۱	۳۲/۸۲	۴/۱۴	۴۱/۱۳	۵/۴۱	۴۲/۱۳	۵/۳۱
موکنی	کل	۵۸/۳۶۴	۴/۰۲	۴۹/۳۵	۴/۶۲	۵۷/۸۲	۴/۶۷	۴۸/۵۳	۴/۰۳	۴/۰۴	۴/۷۹	۶۱/۶۰	۴/۸۹
عزت‌نفس		۲۳/۱۱	۲/۳۴	۳۳/۴۷	۴/۸۲	۲۲/۸۹	۲/۳۴	۳۹/۲۰	۳/۶۳	۲۳/۱۹	۳/۳۲	۲۳/۱۲	۳/۲۲

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرها در سه گروه ارائه شده است. براساس نتایج، میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای وسواس موکنی متمرکز و خودکار و همچنین متغیر عزت‌نفس درمقایسه با پیش‌آزمون، در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه به‌ترتیب کاهش و افزایش یافته است.

برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده‌شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. باتوجه به مقدار احتمال آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای وسواس موکنی متمرکز، وسواس موکنی خودکار و عزت‌نفس که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، نرمالیتی توزیع این متغیرها رد نشد (p>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون لون مشخص کرد، مقدار آماره برای متغیرهای وسواس موکنی متمرکز، وسواس موکنی خودکار و عزت‌نفس معنادار نبود (p>۰/۰۵). این مطلب بیانگر آن بود که واریانس خطای این متغیرها در سه گروه متفاوت بود و واریانس‌ها باهم برابر بود. علاوه‌براین از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرها استفاده شد و نتایج آزمون معنادار بود (۰/۱۴=لاندای ویلکز، p=۰/۰۰۱)؛ یعنی بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار وجود داشت.

همان‌طورکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات متغیرهای وسواس موکنی متمرکز (p=۰/۰۱۳) و وسواس موکنی خودکار (p=۰/۰۱۷) در دو گروه آزمایش (معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی) درمقایسه با گروه گواه کاهش یافت. همچنین با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات متغیر عزت‌نفس در دو گروه آزمایش (معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی) درمقایسه با گروه گواه افزایش یافت (p=۰/۰۲۱).

براساس جدول ۶، روش هیپنوتراپی اثر کاهشی بیشتری بر متغیر وسواس موکنی متمرکز (با مقدار تفاوت میانگین ۴/۸۳) (p=۰/۰۲۷) و بر متغیر وسواس موکنی خودکار (با مقدار تفاوت میانگین ۴/۶۴) (p=۰/۰۲۶) درمقایسه با روش معکوس سازی عادت دا شت. بعد از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

روش هیپنوتراپی، روش معکوس‌سازی عادت دارای اثر کاهشی به‌ترتیب بر متغیرهای وسواس موکنی متمرکز (با مقدار تفاوت میانگین ۳/۴۵) (p=۰/۰۲۱) و وسواس موکنی خودکار (با مقدار تفاوت میانگین ۳/۶۴) (p=۰/۰۲۰) بود. همچنین روش هیپنوتراپی اثر افزایشی بیشتری بر میزان عزت‌نفس (با مقدار تفاوت میانگین ۷/۹۶) (p=۰/۰۲۴) درمقایسه با روش معکوس‌سازی عادت داشت. بعد از روش هیپنوتراپی، روش معکوس‌سازی عادت دارای اثر افزایشی بر متغیر عزت‌نفس (با مقدار تفاوت میانگین ۴/۸۳) (p=۰/۰۱۹) بود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مبنی‌بر تأثیر معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی بر مؤلفه‌های متغیر وسواس موکنی و متغیر عزت‌نفس

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
وسواس موکنی متمرکز	گروه	۱۶۸/۲۱	۲	۸۴/۳۰	۱۱۷/۳۵	۰/۰۱۳	۰/۵۴
	پیش‌آزمون	۱۱۲/۴۰	۲	۶۰/۴۲	۵۹/۳۳	۰/۳۱۷	
وسواس موکنی خودکار	گروه	۱۶۰/۶۷	۲	۷۵/۳۸	۵۱/۸۰	۰/۰۱۷	۰/۶۴
	پیش‌آزمون	۱۵۰/۱۴	۲	۳۵/۴۶	۲۴/۷۹	۰/۱۳۸	
عزت‌نفس	گروه	۱۸۰/۶۷	۲	۹۵/۳۸	۶۱/۸۰	۰/۰۲۱	۰/۶۹
	پیش‌آزمون	۱۷۰/۱۴	۲	۵۵/۴۶	۳۴/۷۹	۰/۱۳۴	

جدول ۶. نتایج آزمون توکی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین وسواس موکنی متمرکز و وسواس موکنی خودکار و عزت‌نفس در گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین گروه‌ها			
		معکوس‌سازی عادت	هیپنوتراپی	گواه	مقدار احتمال
وسواس موکنی متمرکز	هیپنوتراپی	۲/۵۱	----	۴/۸۳	۰/۰۲۷
	معکوس‌سازی عادت	---	۲/۵۱	۳/۴۵	۰/۰۲۱
وسواس موکنی خودکار	هیپنوتراپی	۲/۶۹	----	۴/۶۴	۰/۰۲۶
	معکوس‌سازی عادت	---	۲/۶۹	۳/۶۴	۰/۰۲۰
عزت‌نفس	هیپنوتراپی	۲/۴۷	---	۷/۹۶	۰/۰۲۴
	معکوس‌سازی عادت	---	۲/۴۷	۴/۸۳	۰/۰۱۹

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم اختلال وسواس موکندن و افزایش عزت‌نفس در دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود.

یافته‌های این تحقیق نشان داد، روش معکوس‌سازی عادت و روش هیپنوتراپی درمقایسه با گروه گواه بر بهبود وسواس موکنی متمرکز و وسواس موکنی خودکار، اثربخش بودند. این نتیجه با یافته‌های مطالعات لی و همکاران (۱۴)، فری‌دیت و همکاران (۱۸)، صادقی (۲۱) و ناصح (۲۴) همخوانی دارد که نشان دادند معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی بر بهبود انواع وسواس موکنی متمرکز و خودکار اثربخش هستند؛ به‌طوری‌که این مداخلات ازطریق کاهش استرس و اضطراب که نقش مهمی در شروع اختلال وسواس موکنی افراد مبتلا دارد، می‌توانند موجب تخفیف علائم این اختلال شوند. همچنین پژوهش‌های رحمان و همکاران (۱۱) و لی و همکاران (۱۴) مشخص کرد، روش معکوس‌سازی عادت با هدف قراردادن رفتار تحریکی باعث کاهش وسواس موکنی می‌شود. هنکل و همکاران نیز در درمان وسواس موکنی بر مداخلهٔ زودهنگام به‌منظور کاهش تأثیرات روانی‌اجتماعی وسواس تأکید داشتند (۱۲). سان و همکاران در تحقیقی بر چهل‌ویک کودک نشان دادند، مداخلهٔ معکوس‌سازی عادت در کاهش میزان اضطراب و رفتار موکنی نقش مؤثری دارد (۱۳). درخصوص علت اثربخشی معکوس‌سازی عادت، محققان معتقد هستند که ویژگی مهم‌تر آن ایجاد خودآگاهی در فرد مبتلا به اختلال وسواس موکنی دربارهٔ عادت مختل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر جایگزین، حفظ انگیزه و افزایش تعمیم‌پذیری رفتارهای جدید آموخته‌شده است؛ به‌ویژه ایجاد آگاهی و استفاده از پاسخ مغایر، نقش مؤثری در کاهش عادات مختل دارد (۱۳). نگرش ما به این موضوع این‌گونه است که آموزش آگاهی، مُراجع را وادار می‌کند تا عادت نامطلوب موکنی را برای اجرای پاسخ مغایر شناسایی نماید. استفاده از پاسخ مغایر ضمن جلوگیری از رفتار عادتی و فراهم‌کردن رفتار مقابل برای جایگزین‌کردن آن، مانند تنبیه‌کننده عمل می‌کند و مانع بروز رفتار می‌شود. همچنین بیشتر رفتارهای مربوط به اختلال وسواس موکنی خارج از آگاهی فرد رخ می‌دهد که افزایش آگاهی دربارهٔ وقوع رفتار، پیشایندها و پسایندهای آن می‌تواند با بهبود توانایی خودنظارتی موجب کاهش علائم اختلال موکندن شود. آموختن پاسخ مغایر فرصت کمتری برای بروز رفتار موکنی می‌دهد که در صورت بروز بیشتر تنبیه‌کننده است. به‌عبارتی فرد مبتلا به اختلال وسواس موکنی دو مهارت اساسی را می‌آموزد که عبارت است از: وقوع هر عادت را شناسایی کند و تمیز دهد و از پاسخ مغایر که سبب بازداری عادت نامناسب می‌شود، بهره جوید (۱۲).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

از نظر شنفلت، هیپنوتیزم به‌عنوان روشی درمانی جایگزین می‌تواند ضمن کاهش سطح اضطراب، رفتارهای خودکار و ناآگاهانهٔ کندن مو را کم کند و بینش فرد را به رفتار موکنی افزایش دهد (۱۷). در همین راستا مداخلهٔ هیپنوتراپی با کاهش اضطراب، ایزولهٔ افکار ناخواسته و ایجاد محیطی امن، در کاهش علائم اختلال وسواس موکندن بسیار مؤثر است؛ به‌طوری‌که در این حالت به فردی که «وسواس موکنی» دارد، نمی‌گوییم «موهایت را نکن»؛ زیرا این شیوه ممکن است به‌صورت معکوس، توجه بیشتری را معطوف به عادت کندن مو کند. به‌جای استفاده از روش نهی، شیوهٔ جدیدی عرضه می‌شود که طی آن از چارچوب «کندن یا نکندن مو» به چارچوب «احترام به بدن» تغییر موضع می‌دهیم. باتوجه به ماهیت مزمن بیماری «وسواس موکنی» لازم است فرد با استفاده از مداخلهٔ هیپنوتراپی، اثرات درمان را پایدار و همیشگی کند؛ به‌عبارتی تمرکز قوی بر «زمینهٔ ذهنی احترام به بدن» درقبال «حس اجبار به کندن مو» ایجاد شود و بدین‌ترتیب فرد به‌طور خودکار، رفتارش از «کندن مو» به‌سمت «احترام به بدن» تغییر جهت می‌دهد (۱۵). از سوی دیگر مداخلهٔ هیپنوتیزم با تأثیر بر ذهن ناخودآگاه و ایزوله‌کردن افکار مزاحم که باعث رفتار بی‌اختیار و مکرر در این افراد می‌شود، می‌تواند نقص کنترل این مراکز را درمان کند (۱۸). حال می‌توان نتیجه گرفت که روش‌های معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن تأثیر بسزایی دارد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد، روش معکوس‌سازی عادت و روش هیپنوتراپی درمقایسه با گروه گواه در افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن اثربخش بودند. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات دیگر مثل شاره (۱۰)، فرهات و همکاران (۱۹) و گیل زالسمان و همکاران (۲۰) همخوانی دارد؛ به‌طوری‌که روش‌های معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی به‌ویژه زمانی‌که باهم همراه می‌شود، اثری هم‌افزایی به‌وجود می‌آورد. موریس و همکاران آموزش آگاهی و خودنظارتی را عامل مهم‌تر اثرگذاری این روش معکوس‌سازی عادت می‌دانند (۹).

در تبیین اثربخشی روش معکوس‌سازی عادت می‌توان به آموزش آگاهی در این روش اشاره کرد که در آن افراد مبتلا به وسواس موکنی می‌آموزند به‌صورت روزانه میزان فراوانی و شدت وسواس موکنی خود را ثبت کنند؛ همچنین قادر باشند افکار و احساسات را پیش از بروز وسواس موکنی نظارت و کنترل کنند. از عوامل مهم دیگر که می‌تواند ضمن کاهش وسواس موکنی، میزان عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکنی را بهبود بخشد، میزان دریافت حمایت اجتماعی است که شامل حمایت اعضای خانواده، معلمان، همسالان و دوستان می‌شود. حمایت اجتماعی، فنون یاد داده‌شده مانند خودآگاهی و پاسخ متضاد در فرد را تثبیت می‌کند و میزان عزت‌نفس را افزایش می‌دهد (۱۰). متخصصان بالینی همچون بادله و همکاران (۲۲) و کاستنلوا و همکاران (۲۳) نشان دادند، هیپنوتیزم می‌تواند به افزایش عزت‌نفس در کودکان کمک کند. صادقی معتقد بود، تلقینات هیپنوتیزمی با کنترل سطح اضطراب نه‌تنها باعث کاهش علائم وسواس موکنی می‌شود، بلکه عزت‌نفس، خودکارآمدی و خودانگارهٔ فرد را ارتقا می‌بخشد (۲۱).

طرفداران هیپنوتراپی اعتقاد دارند، تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزم بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند افکار متقاعدکننده را راحت‌تر بپذیرد که نه‌تنها منجربه ادراکی جدید در مواجهه با مسائل و مشکلات روان‌شناختی می‌شود بلکه با بهبود عملکرد شخصی، عزت‌نفس را نیز در افراد افزایش می‌دهد (۲۵). همچنین در حالت هیپنوتراپی ذهن بیمار بسیار انعطاف‌پذیر می‌شود و می‌توان آن را به‌شکل مدنظر تغییر داد؛ بنابراین استفاده از تلقین‌های هیپنوتیزمی در حالت خلسه، به افزایش عزت‌نفس افراد کمک می‌کند (۱۶). در همین راستا می‌توان گفت، مداخلهٔ هیپنوتراپی نیز با کاهش اضطراب و ایزولهٔ افکار ناخواسته، ایجاد همدلی، ارتباطات عمیق انسانی و استفاده از مفاهیم عمیق وجودی باعث افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس موکنی می‌شود؛ ازاین‌رو می‌توان بیان کرد که هیپنوتراپی و روش معکوس‌سازی عادت بر افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن تأثیر بسزایی دارد. همچنین براساس یافته‌های پژوهش حاضر، روش هیپنوتراپی درمقایسه با روش معکوس‌سازی عادت، اثربخشی بیشتری بر کاهش متغیرهای وسواس موکنی متمرکز و خودکار و افزایش متغیر عزت‌نفس در دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن داشت.

به‌طورکلی روش‌های درمانی هیپنوتراپی و معکوس‌سازی عادت می‌توانند روی بازسازی شناختی، آموختن پاسخ مغایر، حمایت اجتماعی، آموزش آرام‌سازی عضلات، ایزولهٔ افکار ناخواسته و رویارویی و درگیری با موقعیت‌های اضطراب‌زا تأثیرگذار باشد. به‌نظر می‌رسد، این آموزش‌ها با ابعاد مختلف اختلال موکنی تناسب دارد و آن‌ها را هدف قرار می‌دهد و به همین دلیل برای درمان این اختلال کاملاً مؤثر واقع می‌شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ ازجمله اینکه به‌دلیل مشکلات ناشی‌از محدودیت زمانی و امکانات، هر دو روش درمانی توسط یک پژوهشگر صورت گرفت. بهتر بود که این درمان‌ها توسط دو درمانگر دیگر که از اهداف پژوهش اطلاعی نداشتند، اجرا شود. پیشنهاد می‌شود، در حوزهٔ این روش‌ها برای دستیابی به وحدت کل از لحاظ تهیهٔ بستهٔ درمانی، فعالیت‌های پژوهشی بیشتری صورت گیرد و اینکه کاربرد روش‌های درمانی هیپنوتراپی و معکوس‌سازی عادت همراه با سایر درمان‌های روان‌شناختی بر سایر اختلالات اجرا شده و در تحقیقات آینده ارائه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که دو روش درمانی معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی دارای تأثیر معناداری بر کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت‌نفس در دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن هستند؛ اما در مقام مقایسه، روش هیپنوتراپی در مقایسه با روش معکوس‌سازی عادت، اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت‌نفس در دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از داوطلبان شرکت‌کننده در پژوهش و تمامی عزیزانی که به هر نحو ما

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

را در اجرای این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش نویسندگان تمامی نکات اخلاقی را شامل رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی و انتشارندادن نتایج افراد نمونه به‌طور خصوصی، رعایت کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسندهٔ اول مقاله است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انجام شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. França K, Kumar A, Castillo D, Jafferany M, Hyczy da Costa Neto M, Damevska K, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder): Clinical characteristics, psychosocial aspects, treatment approaches, and ethical considerations. Dermatologic Therapy. 2019;32(4):12622. doi:10.1111/dth.12622
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. American Psychiatric Association; 2013.
3. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. Psychiatric Clinics of North America. 2014;37(3):301–17. doi:10.1016/j.psc.2014.05.005
4. Franklin ME, Zagrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. Expert Review of Neurotherapeutics. 2011;11(8):1165–74. doi:10.1586/ern.11.93
5. Fineberg NA, Apergis-Schoute AM, Vaghi MM, Banca P, Gillan CM, Voon V, et al. Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2018;21(1):42–58. doi:10.1093/ijnp/pyx088
6. Cisoń H, Kuś A, Popowicz E, Szyca M, Reich A. Trichotillomania and trichophagia: modern diagnostic and therapeutic methods. Dermatol Ther. 2018;8(3):389–98. doi:10.1007/s13555-018-0256-z
7. Meunier SA, Tolin DF, Franklin M. Affective and sensory correlates of hair pulling in pediatric trichotillomania. Behav Modif. 2009;33(3):396–407. doi:10.1177/0145445508326260
8. Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Treatment of hairpulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1980;11(1):13–20. https://doi.org/10.1016/0005-7916(80)90045-2
9. Morris Sarah H, Zickgraf Hana F, Dingfelder Hilary E, Franklin Martin E. Habit reversal training in trichotillomania: guide for the clinician. Expert Review of Neurotherapeutics. 2013;13(9):1069–77. doi:10.1586/14737175.2013.827477
10. Shareh H. A preliminary investigation of metacognitive therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. Behav Cogn Psychother. 2018;46(1):1–20. doi:10.1017/S1352465817000546
11. Rahman O, McGuire J, Storch EA, Lewin AB. Preliminary randomized controlled trial of habit reversal training for treatment of hair pulling in youth. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2017;27(2):132–9. doi:10.1089/cap.2016.0085
12. Henkel ED, Jaquez SD, Diaz LZ. Pediatric trichotillomania: review of management. Pediatr Dermatol. 2019;36(6):803–7. doi:10.1111/pde.13954
13. Sun D, Reziwan K, Wang J, Zhang J, Cao M, Wang X, et al. Auricular acupressure improves habit reversal treatment for nail biting. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2019;25(1):79–85. doi:10.1089/acm.2018.0063
14. Lee MT, Mpavaenda DN, Fineberg NA. Habit reversal therapy in obsessive compulsive related disorders: a systematic review of the evidence and CONSORT evaluation of randomized controlled trials. Front Behav Neurosci. 2019;13:79. doi:10.3389/fnbeh.2019.00079
15. Rafiee M, Shirani S. Barrasiye asar bakhshiye hypnotherapy bar bimaran mobtala be Trichotillomania (ekhtelale Kandan mou) [Evaluation of the efficacy of hypnotherapy on patients with trichotillomania (hair densification disorder)]. In: Third National Conference on Psychology and Behavioral Sciences [Internet]. Tehran: Narcish Information Institute; 2015. pp:996–1004. [Persian]
16. Saeidmanesh M, Sedaghatpur Haghighi M. Effect of hypnosis therapy on anxiety and self-esteem among stuttering children. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2017;7:61. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-880-en.html
17. Shenefelt PD. Use of hypnosis, meditation, and biofeedback in dermatology. Clinics in Dermatology. 2017;35(3):285–91. doi:10.1016/j.clindermatol.2017.01.007
18. Fredette C, El-Baalbaki G, Neron S, Palardy V. Using hypnosis in the treatment of anxiety disorders: pros and cons. In: Durbano F, editor. New insights into anxiety disorders. Croatia: Intech; 2013. doi:10.5772/53768

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]

19. Farhat LC, Olfson E, Li F, Telang S, Bloch MH. Identifying standardized definitions of treatment response in trichotillomania: a meta-analysis. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2019;89:446–55. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.10.009
20. Zalsman G, Hermesh H, Sever J. Hypnotherapy in adolescents with trichotillomania: three cases. American Journal of Clinical Hypnosis. 2001;44(1):63–8. doi:10.1080/00029157.2001.10403457
21. Sadeghi M. Asar bakhshi hypnothism darmani bar behbood tan engare manfi, ezzat nafs, afsordegi va ezterab dar zanan moraje'e konande be bashgahe varzeshi [Effect of hypnotherapy on improving self-esteem, negative body image, depression, and anxiety in women referring to the health club] [Thesis for MSc]. [Kermanshah, Iran]: Kermanshah University of Medical Sciences; 2016, pp:89–93. [Persian]
22. Badeleh M, Fathi M, Aghamohammadian HR, Badeleh MT. The effect of group cognitive behavioral hypnotherapy on increasing self-esteem of adolescents. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2013;10(1):17–24. [Persian] http://nmj.goums.ac.ir/article-1-313-en.html
23. Castelnau P, Albert G, Chabbi C, Gilles C, Deseille-Turlotte G, Schweitzer E, et al. Self-esteem reinforcement strategies in ADHD: comparison between hypnosis and art-therapy. European Journal of Paediatric Neurology. 2017;21:e143. doi:10.1016/j.ejpn.2017.04.1290
24. Naseh H. Asarbakhshiye khod hypnotism bar kaheshe ezterab va afzayeshe ezzat nafs daneshjooyan mashhad [The effectiveness of self-hypnosis on reducing anxiety and increasing self-esteem of dental students in Mashhad] [Thesis for MSc]. [Shahrood, Iran]: Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Shahrood; 2017, pp:91–3. [Persian]
25. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2019;67(3):336–63. doi:10.1080/00207144.2019.1613863
26. Delavar A. Mabani Nazari va amali pazhouhesh dar oloome ensani va ejtemaee [theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences]. Tehran: Roshd Publications; 2019.
27. Coopersmith, S. Self-esteem inventories. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1981.
28. Narimani M, Ahadi B. Azmoon haye shakhsiyat [Personality tests]. Ardebil: Mohaghegh Ardebili Publications; 2010. [Persian]
29. Poursina M. Barrasi va moghayeseye ezzat nafs, asdordegi va pishraft tahsili danesh amoozan pesar khanevade haye talagh va aadi dar maghta'e rahnama'i shahr Tehran [Evaluation and comparison of self-esteem, depression and academic achievement of male students of divorced and normal families in middle school in Tehran] [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]: Tarbiat Moallem University; 2003, pp:66–9. [Persian]
30. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Cashin SE, Keuthen NJ, Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board (TLC-SAB). The Milwaukee Inventory for Subtypes of tTichotillomania-Adult Version (MIST-A): development of an instrument for the assessment of "focused" and "automatic" hair pulling. J Psychopathol Behav Assess. 2008;30(1):20–30. doi:10.1007/s10862-007-9073-x

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-07-12]