

# Comparing the Effectiveness of Aversion Therapy and Hypnotherapy on Reducing Symptoms and Increasing the Self-esteem of Students with Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder)

Shafaei J<sup>1</sup>, \*Narimani M<sup>2</sup>, Abolghasemi A<sup>3</sup>, Taklavi S<sup>4</sup>

## Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Ardabil branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;

2. Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran;

3. Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran;

4. Associate Professor, Department of Psychology, Ardebil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

\*Corresponding Author Email: [narimani@uma.ac.ir](mailto:narimani@uma.ac.ir)

Received: 2022 January 5; Accepted: 2022 February 13

## Abstract

**Background & Objectives:** Trichotillomania (hair-pulling disorder) is a psychological disorder whose 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. Prevalence studies showed that about 1% of the total population and more than 10% of the student population suffer from trichotillomania, which was higher among female students. Therefore, due to the shortage of experimental and theoretical research in this field, as well as the occurrence of psychological problems in students and their lack of development in adulthood, the present study compared the effect of aversion therapy and hypnotherapy on reducing symptoms and increasing the self-esteem of students with trichotillomania (hair-pulling disorder).

**Methods:** The present research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all students who had been referred to counseling centers and the psychological clinic of the Education Department of Bilesvar County to solve their trichotillomania disorder in 2018–2019. Of whom, 45 eligible volunteers were randomly selected and divided into two experimental groups (aversion therapy and hypnotherapy) and one control group (Each group of 15 individuals). The inclusion criteria were as follows: a psychiatrist's diagnosis of trichotillomania disorder based on the DSM-5 criteria, the age range of 10 to 18 years, attendance at all meetings, and not receiving psychological treatments at least one month before the intervention. The exclusion criteria were not attending meetings or receiving any other intervention and unwillingness to continue treatment. One experimental group received aversion therapy in 6 sessions, and the other received hypnotherapy in 8 sessions. The Coopersmith Self-Esteem Questionnaire (Coopersmith, 1967) and the Massachusetts General Hospital Hair-Pulling Scale (Keuthen et al., 1995) were used for data collection. The obtained data were analyzed using descriptive (mean, standard deviation, frequency, and percentage) and inferential statistics (1-way analysis of variance, Chi-square test, Tukey's test, and multivariate and univariate analysis of covariance) in SPSS version 16. The significance level of statistical tests was set at 0.05.

**Results:** The results showed that by controlling the effects of the pretest, the impact of the groups was significant, and the mean scores of the hair-pulling variable in the two experimental groups (hypnotherapy and aversion therapy) were significantly lower in the posttest compared to the control group ( $p=0.013$ ). Also, the mean scores of the self-esteem variable in the two experimental groups (hypnotherapy and aversion therapy) increased significantly in the posttest compared to the control group ( $p=0.021$ ). In the paired comparison of the studied groups, there was a significant difference in the mean scores of the variables of hair pulling and self-esteem between the experimental groups with the control group ( $p<0.001$ ). Also, a significant difference was observed between the experimental groups' average scores of the mentioned variables ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Based on research findings, aversion therapy and hypnotherapy are effective in reducing trichotillomania symptoms and increasing the self-esteem of students with trichotillomania. However, hypnotherapy is more effective in reducing trichotillomania symptoms (focused and automatic) and increasing self-esteem than aversion therapy.

**Keywords:** Aversion therapy, Hypnotherapy, Self-esteem, Trichotillomania, Students.

## مقایسه اثربخشی انزجاردرمانی و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت نفس دانش آموزان مبتلا به وسواس موکندن

جلال شفائی<sup>۱</sup>، \*محمد نریمانی<sup>۲</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>، سمیه تکلوی<sup>۴</sup>

### 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، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛

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

\*رایانامه نویسنده مسئول: [narimani@uma.ac.ir](mailto:narimani@uma.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۵ دی ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ بهمن ۱۴۰۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** وسواس موکندن نوعی اختلال روان‌شناختی است که درمان آن از موضوعات چالش برانگیزتر بالینی و بهداشت روانی به‌شمار می‌رود؛ بنابراین هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی انزجاردرمانی و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزانی تشکیل دادند که به‌منظور حل اختلال وسواس موکندن به مراکز مشاوره و کلینیک روان‌شناختی اداره آموزش و پرورش شهرستان بيله‌سوار در سال ۹۸-۱۳۹۷ مراجعه کردند. تعداد ۴۵ نفر از دانش‌آموزان واجد شرایط به‌طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند و در دو گروه آزمایش (انزجاردرمانی و هیپنوتراپی) و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). یک گروه آزمایش انزجاردرمانی را در شش جلسه و گروه آزمایش دیگر هیپنوتراپی را در هشت جلسه دریافت کرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپراسمیت (کوپراسمیت، ۱۹۶۷) و مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست (کیتن و همکاران، ۱۹۹۵) به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه، کای دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری و آزمون تعقیبی توکی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

**یافته‌ها:** با کنترل اثرات پیش‌آزمون، اثر گروه‌ها معنادار بود و میانگین نمره‌های متغیرهای وسواس موکنی و عزت‌نفس در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون درمقایسه با گروه گواه، به‌طور معناداری به‌ترتیب کاهش ( $p=0/013$ ) و افزایش ( $p=0/021$ ) یافت. در میانگین نمره‌های متغیرهای وسواس موکنی و عزت‌نفس بین هریک از گروه‌های آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ( $p<0/001$ )؛ همچنین در میانگین نمره‌های متغیرهای مذکور بین گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری مشاهده شد ( $p<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، مداخلات هیپنوتراپی و انزجاردرمانی در کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکنی کارآمد است؛ اما هیپنوتراپی درمقایسه با انزجاردرمانی در کاهش علائم وسواس موکنی (متمرکز و خودکار) و افزایش عزت‌نفس تأثیر بیشتری دارد.

**کلیدواژه‌ها:** انزجاردرمانی، هیپنوتراپی، عزت‌نفس، وسواس موکندن، دانش‌آموزان.

اختلال وسواس موکندن<sup>۱</sup> نوعی اختلال روان‌شناختی<sup>۲</sup> به‌شمار می‌رود که با وجود بروز مشکلات متعدد جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و به‌ویژه مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب زیاد و عزت‌نفس ضعیف و... در افراد، کمتر مورد تشخیص و درمان قرار گرفته است (۱). اختلال وسواس موکندن در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> با عنوان «اختلالات وسواسی اجباری» و اختلالات مرتبط با آن» مطرح می‌شود (۲). مطالعات شیوع‌شناسی نشان داد، 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 در خوروتوجهی در روند معمولی و طبیعی زندگی و 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 کم‌شدن کیفیت زندگی، عزت‌نفس ضعیف، افسردگی و اضطراب در افراد دچار اختلال موکنی می‌شود (۴)؛ به‌طوری‌که فیبرگ و همکاران (۵) و سیسون و همکاران (۶) معتقد بودند، بسیاری از افراد دچار اختلال وسواس موکنی دارای علائم روان‌شناختی از جمله احساس تنش و عزت‌نفس ضعیف هستند و همیشه دیدی منفی به خود دارند. در بسیاری از کودکان نیز اختلال وسواس موکندن با بستری شدن 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 از جمله می‌توان به درمان‌های شناختی‌رفتاری<sup>۵</sup> مانند انزجاردرمانی<sup>۶</sup> و هیپنوتراپی<sup>۷</sup> اشاره کرد. مداخلهٔ انزجاردرمانی فن همراه‌کردن یک محرک نامطبوع، با رفتارهای ناسازگار و غیرعادی است؛ به‌طوری‌که در این فن از محرک‌های تنبیه‌کننده مثل داروها و شوک الکتریکی و تصاویر منجرکننده برای رفتارهایی مثل ترک عادت استفاده می‌شود؛ به‌عبارتی روش انزجاردرمانی، نوعی کاربرد اصل منع متقابل است؛ منع‌کردن یک چیز با یک چیز دیگر به‌منظور از بین بردن عادت شرطی در زمینهٔ تفکر و حرکات. روش‌های درمانی انزجاری یا بی‌زاری‌آور برای از بین بردن رفتارهایی استفاده می‌شود که خود آن‌ها تقویت‌کننده هستند و به‌آسانی تن به خاموشی نمی‌دهند (۸). پژوهشگرانی همچون باقرزاده شهیدی و همکاران (۹) و فلسنر (۱۰) اعتقاد داشتند، روش انزجاردرمانی بیشتر در بیمار حالت شرطی انزجاری به‌وجود می‌آورد که ممکن است نتواند لزوماً در همهٔ اوقات جلوی افکار منفی افراد وسواسی را بگیرد؛ به این صورت که وقتی بیمار افکار وسواسی به ذهنش می‌آید و اضطراب افزایش می‌یابد، محرک‌های انزجاردرمانی باعث می‌شود که تفکر و تجسم بیمار دربارهٔ افکار وسواسی قطع شود و علائم بیماری بهبود یابد. پژوهش نصیری و کارسازی نشان داد، حساسیت انزجاری ضمن

کاهش میزان رفتارهای وسواسی می‌تواند نقش مهمی در پیش‌بینی و علت‌شناسی اختلالات وسواسی و ترس‌ها ایفا کند (۱۱). دشنپنده و مهتا نیز از شوک ۵۰ ولت به‌منزلهٔ درمانی انزجاری در طول درمان جلسات ساختاری کشیدن مو برای کاهش تریکوتیلومانیا (کشیدن اجباری مو) در یک دانشجوی نوزده‌سالهٔ دانشگاهی و یک مدیر ۳۲ ساله استفاده کردند که پس از دو جلسه در هفته به‌مدت ۱۵ تا ۲۰ هفته علائم رفتار وسواسی موکنی در مدیر حذف شد و در دانشجو بسیار کاهش یافت (۱۲). محمودی و همکاران دریافتند، درمان شناختی و انزجاری درمقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری بر بهبود انواع واری‌کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی اثربخش است (۱۳). محمود علیلو و همکاران در پژوهشی مشخص کردند، روش انزجاردرمانی با هدف قرار دادن سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتاری باعث کاهش رفتارهای وسواسی می‌شود (۱۴).

علاوه‌بر روش انزجاردرمانی، اخیراً روش هیپنوتراپی نیز به‌عنوان روشی درمانی توجه بسیاری را در این زمینه جلب کرده است. مداخلهٔ هیپنوتیزمی از طریق کاهش استرس و اضطراب که نقش مهمی در شروع اختلال وسواس موکنی افراد مبتلا دارد، می‌تواند موجب تخفیف علائم این اختلال شود (۱۵). ازسوی دیگر مداخلهٔ هیپنوتیزم با تأثیر بر ذهن ناخودآگاه و ایزوله‌کردن افکار مزاحم که باعث رفتار بی‌اختیار و مکرر در این افراد می‌شود، نقص کنترل این مراکز را درمان می‌کند (۱۶). طبق الگوی شفقت، مداخلهٔ هیپنوتیزم با ایجاد تصویرسازی تلقینات آرامش، آسودگی و رهایی از تنش عضلانی و با بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی بر آشفتگی هیجانی<sup>۸</sup> 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 کاهش داده و بینش فرد را به رفتار موکنی افزایش می‌دهد (۱۷)؛ با این حال بسیاری از پژوهشگران و متخصصان بالینی همچون فردت و همکاران (۱۸) و فرهنگ و همکاران (۱۹) و زالسمن و همکاران (۲۰) به این نتیجه دست یافتند که هیپنوتیزم، اثری هم‌افزایی در درمان وسواس موکنی به‌وجود می‌آورد؛ به‌ویژه زمانی که با درمان شناختی‌رفتاری همراه شود. همچنین صادقی معتقد بود، تلقینات هیپنوتیزمی با کنترل سطح اضطراب نه‌تنها باعث کاهش علائم وسواس موکنی می‌شود، بلکه عزت‌نفس و خودکارآمدی و خودانگارهٔ فرد را نیز ارتقا می‌بخشد (۲۱). بادله و همکاران (۲۲) و کاستنلوا و همکاران (۲۳) مشخص کردند، هیپنوتیزم می‌تواند به افزایش عزت‌نفس در کودکان کمک کند. ناصح در پژوهشی دریافت، هیپنوتراپی اضطراب افراد را کاهش می‌دهد (۲۴). والننتین و همکاران در فراتحلیلی نشان دادند، میزان تأثیر هیپنوتیزم در هنگام مداخله با سایر روش‌های درمانی مؤثرتر از زمانی است که به‌عنوان درمانی مستقل استفاده می‌شود (۲۵). باتوجه به شیوع و افزایش رو به رشد اختلال وسواس موکنی و پیامدهای مخرب آن در زندگی افراد، ضرورت دارد که درمان کارآمدتر شناسایی

۵. Cognitive Behavioral Therapy

۶. Aversion Therapy

۷. Hypnotherapy

۸. Emotional distress

۱. Trichotillomania

۲. Psychological Disorder

۳. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

۴. Obsessive compulsive disorders

و استفاده شود. همچنین باتوجه به بروز سایر مشکلات روان‌شناختی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال موکنی و پیشرفت نکردن آن‌ها که در سن رشد قرار دارند، برنامه‌ها و مداخلات روان‌شناختی اثربخشی همچون انزجاردرمانی و هیپنوتراپی تاحدی آن‌ها را توانمند کرده و از رشد و عود مشکلات آنان جلوگیری خواهد کرد؛ به‌طورکلی زمانی این امر امکان‌پذیر است که مقایسه اثربخشی درمان‌های مختلف صورت گیرد و درمان کارآمدتر شناسایی شود؛ ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی انزجاردرمانی و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزانی تشکیل دادند که به‌منظور حل اختلال وسواس موکندن به مراکز مشاوره و کلینیک روان‌شناختی اداره آموزش و پرورش شهرستان بيله‌سوار در سال ۹۸-۱۳۹۷ مراجعه کردند. در طرح‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی حداقل تعداد پیشنهادی برای هر گروه پانزده نفر است (۲۶)؛ بدین‌ترتیب تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط داوطلب به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (انزجاردرمانی و هیپنوتراپی) و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تشخیص روان‌پزشک مبنی بر وجود اختلال وسواس موکنی براساس ملاک‌های مطرح‌شده در DSM-5؛ دامنه سنی ۱۰ تا ۱۸ سال؛ حضور در تمامی جلسات؛ دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی حداقل یک ماه قبل از مداخله. معیارهای خروج، حضورنداشتن در جلسات یا دریافت هرگونه مداخله دیگر و تمایل نداشتن به ادامه درمان بود. لازم به ذکر است، نویسندگان تمامی

نکات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی و منتشرنشده نتایج افراد نمونه به‌طور خصوصی را در این پژوهش رعایت کردند. ابزارها و جلسات درمانی زیر برای گردآوری داده‌ها به‌کار رفت.

– پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپراسمیت<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۶۷ براساس تجدیدنظر کوپراسمیت روی مقیاس راجرز و دیموند<sup>۲</sup> (۱۹۵۴) تهیه شد و برای سنجش احساس ارزشمندی دانش‌آموزان و دانشجویان در زمینه‌های اجتماعی و تحصیلی استفاده می‌شود (۲۷). این پرسش‌نامه ۵۸ ماده‌ای شامل پنج موضوع انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده، خود و آینده است و چهار خرده‌مقیاس عزت‌نفس عمومی، عزت‌نفس خانوادگی، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس شغلی/تحصیلی و مقیاس دروغ دارد. ازآنجاکه سؤالات این پرسش‌نامه، دوگزینه‌ای با گزینه‌های بلی و خیر است، نمره‌گذاری آن به‌شیوه صفر (خیر) و یک (بلی) انجام می‌گیرد. همچنین هشت سؤال این مقیاس دروغ‌سنج است و در محاسبه نمره کل، نمره این هشت سؤال منظور نمی‌شود. بدیهی است حداقل نمره کسب‌شده توسط هر فرد صفر و حداکثر ۵۰ خواهد بود. به این صورت فردی که در این آزمون نمره بیشتر از ۲۵ کسب کند، دارای عزت‌نفس قوی و فردی که کمتر از این مقدار به‌دست آورد، دارای عزت‌نفس ضعیف است (۲۷). کوپراسمیت ضرایب بازآزمایی این پرسش‌نامه را ۰/۸۸ گزارش کرد (۲۷). روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط پژوهشگرانی از جمله جوانبخت و همکاران (۲۸) و ثابت (۲۹) محاسبه شد؛ به‌طوری‌که در پژوهش ثابت ضریب پایایی پرسش‌نامه با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ ۰/۷۹۶ به‌دست آمد و از نظر آماری معنادار بود. پس از اجرای پژوهش برای کل نمونه نیز ضریب پایایی برابر با ۰/۷۹۲ محاسبه شد (۲۹).

### جدول ۱. جلسات انزجاردرمانی

جلسه اول	انجام پیش‌آزمون‌ها، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افکار و اعمال وسواس موکنی، برقراری رابطه‌ای خوب با بیمار، توضیح اساسی بیماری وسواس موکنی و مبنای درمان انزجاری (بر مبنای شرطی‌سازی کلاسیک)
جلسه دوم	مشخص‌کردن محل گذاشتن الکتروود (دستگاه الکترووشوک) با استفاده از مطالعات طب سوزنی (کف دست)، قراردادن الکتروود روی کف دست بیمار و هم‌زمان با آن درخواست از بیمار مبنی بر فکرکردن وی درباره موضوعات افزایش‌دهنده اضطرابش و هم‌زمان شوک‌دادن به او
جلسه سوم	بررسی افکار و اعمال وسواس موکنی جلسات قبلی، مجدد کاهش دادن اضطراب با استفاده از تجسم و افزایش دادن اضطراب شخص بیمار و استفاده از شوک
جلسه چهارم	بررسی افکار و اعمال وسواس موکنی جلسات قبلی، مجدد کاهش دادن اضطراب با استفاده از تجسم و افزایش دادن اضطراب شخص بیمار و استفاده از شوک (تعویض الکتروود روی دو دست)
جلسه پنجم	بررسی افکار و اعمال وسواس موکنی جلسات قبلی، مجدد کاهش دادن اضطراب با استفاده از تجسم و افزایش دادن اضطراب شخص بیمار و استفاده از شوک (تعویض الکتروود روی دو دست)
جلسه ششم	جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون

فشار، کنترل فشار، فراوانی موکنی، مقاومت در برابر موکنی، کنترل موکنی، تنش و ناراحتی را می‌سنجد. حداقل نمره اکتسابی، صفر و حداکثر آن، ۲۸ است (۳۰). کیتن و همکاران ضرایب بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۰). پایایی این مقیاس در پژوهش آسالیوان و همکاران به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به‌روش بازآزمایی

– مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست<sup>۳</sup>: مقیاس موکنی بیمارستان عمومی ماساچوست کیتن و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است (۳۰). این مقیاس، ابزاری خودگزارشی هفت‌ماده‌ای است که به‌صورت پنج‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و نمره بیشتر در آن بیانگر وجود اختلال است. این مقیاس، فراوانی فشار برای موکنی، شدت

3. Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH-H)

1. Coopersmith Self-Esteem Inventory (SEI)

2. Rogers & Dimond

و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار بودند. همچنین روایی محتوایی این بسته‌های آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری و حداقل پنج سال سابقه کار بالینی تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. خلاصه‌ای از جلسات انزجاردرمانی (شش جلسه) و هیپنوتراپی (هشت جلسه) طبق جدول‌های ۱ و ۲ به ترتیب ارائه شده است.

۰/۹۷ به دست آمد (۳۱). همچنین در پژوهش ربیعی و همکاران این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ بود (۳۲).

– جلسات انزجاردرمانی و هیپنوتراپی: در درمان انزجاردرمانی از مدل ژانگ و همکاران (۸) و در روش هیپنوتراپی از الگوی شنفلت (۱۷) استفاده شد که روایی این پروتکل‌ها توسط سازندگان آن به تأیید رسید.

#### جدول ۲. جلسات مداخله هیپنوتراپی

جلسه 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.
جلسه دوم	توضیح هیپنوتراپی و اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها
جلسه سوم	از آزمودنی‌ها خواسته شد تا آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت‌شده (تمرین آرام‌سازی) را تمرین کنند؛ تلقین هیپنوتیزی: همچنین به دنبال تصویرسازی تلقینات آرامش، آسودگی و رهایی از تنش عضلانی القا و آموزش داده شد.
جلسه سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی مرتبط با وسواس موقنی، بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه هیپنوتیزی برای بازسازی شناختی در حالت خلسه با القای جملات مثبت و اصلاح‌کننده خطاهای شناختی اضطراب‌زا برای مراجع، خودگویی‌های کارآمد جایگزین شناخت‌ها و خودگویی‌های ناکارآمد اضطراب‌زا شد.
جلسه چهارم	بیان ارتباط افکار و باور و رفتار، پیامد رفتاری ناشی از باورهای مرتبط با اختلال موقنی به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه هیپنوتیزی به آزمودنی‌ها با استفاده از تقریب‌های متوالی اضطراب با اتصال عمیق‌تر موقعیت اضطراب‌زا با تصاویر آرام‌کننده به کاهش اضطراب به وجود آمده در موقعیت موقنی کمک شد.
جلسه پنجم	بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضای گروه به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه هیپنوتیزی در این مرحله ضمن معنابخشی به وجود افکار خودکار موقنی، مراجعان در حالت خلسه به القای اینکه توانایی‌هایشان در مواجهه با اضطراب ایجاد شده افزایش یافته است، امیدوار شدند.
جلسه ششم	ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزی در این مرحله به تغییر باور و ارتباط افکار و وسواس موقنی با هیجان‌ات اضطراب‌زای طبقه‌بندی شده مبتنی بر باورهای بنیادین آزمودنی پرداخته شد.
جلسه هفتم	بیان ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات هیپنوتیزی مربوط در حالت خلسه هیپنوتیزی مراجع آموزش دید که در حالت خلسه به تلقین‌های هیپنوتیک بهتر پاسخ دهد و اینکه هیپنوتراپی، مهارتی قابل یادگیری است.
جلسه هشتم	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه هیپنوتیزی، جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون در این مرحله ضمن تقویت افکار مثبت به وجود آمده آزمودنی‌ها در حالت خلسه، به آماده‌سازی اعضای گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه هیپنوتیزی پرداخته شد و در نهایت جلسه با اجرای پس‌آزمون خاتمه یافت.

داده‌های به دست آمده از طریق شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، بود.

انحراف معیار، درصد، فراوانی) و آمار استنباطی شامل آزمون‌های

تحلیل واریانس یک‌طرفه، کای دو، شاپیرو-ویلک، لون، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری و آزمون توکی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ و گروه‌های ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه (توزیع سن و جنسیت آزمودنی‌ها) به تفکیک گروه‌های آزمایش (انزجاردرمانی و هیپنوتراپی) و گروه گواه ارائه شده است.

جدول ۳. توزیع سن و جنسیت آزمودنی‌های مطالعه شده به تفکیک سه گروه

گروه	جنسیت		میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها	
	پسر	دختر	میانگین	انحراف معیار
گواه	تعداد ۶	درصد ۴۰/۰۰	تعداد ۹	درصد ۶۰/۰۰
انزجاردرمانی	تعداد ۵	درصد ۳۳/۳۳	تعداد ۱۰	درصد ۶۶/۶۷
هیپنوتراپی	تعداد ۷	درصد ۴۶/۶۶	تعداد ۸	درصد ۵۳/۳۴
کل	تعداد ۱۸	درصد ۴۰/۰۰	تعداد ۳۰	درصد ۶۰/۰۰

باتوجه به جدول ۳، بیشتر آزمودنی‌ها دختر بودند و نتایج به ترتیب آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه و کای دو نشان داد، تفاوت بین

گروه‌ها به لحاظ سن ( $p=0/148$ ) و جنسیت ( $p=0/312$ ) معنادار نبود.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وسواس موکنی و عزت نفس به تفکیک گروه‌های مطالعه شده

متغیر	انزجاردرمانی		هیپنوتراپی		گروه
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
وسواس موکنی	انحراف	۴/۱۲	انحراف	۴/۰۱	پس‌آزمون
	میانگین	۵۶/۱۸	میانگین	۴۳/۲۱	
عزت نفس	انحراف	۲/۳۱	انحراف	۳/۶۳	پس‌آزمون
	میانگین	۲۳/۱۳	میانگین	۲۳/۱۹	

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرها را در سه گروه نشان می‌دهد؛ همان‌طور که نتایج مشخص کرد، میانگین نمرات پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه برای متغیر وسواس موکنی کاهش و برای متغیر عزت نفس افزایش چشمگیر یافته است. برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده شده، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری به کار رفت. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. با توجه به اینکه مقدار احتمال این آزمون برای متغیرهای وسواس موکنی و عزت نفس بزرگ‌تر از  $0/05$  بود، توزیع نرمال این متغیرها رد نشد. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد، مقدار آماره برای متغیرهای وسواس موکنی و عزت نفس معنادار نبود ( $p>0/05$ ). این امر مشخص می‌کند، واریانس خطای این متغیرها در سه گروه متفاوت نبود و واریانس‌ها با هم برابر بود؛ علاوه بر این از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرها استفاده شد و نتایج آزمون ( $0/14=$  لامبدای ویلکز،  $p=0/001$ ) معنادار بود؛ بدین معنا که بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرها اختلاف معنادار وجود داشت.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی تأثیر انزجاردرمانی و هیپنوتراپی بر متغیرهای وسواس موکنی و عزت نفس

متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
وسواس موکنی	اثر گروه	۵۱/۷۶	۰/۰۱۳	۰/۵۸
	اثر پیش‌آزمون	۲۳/۷۱	۰/۱۲۳	
عزت نفس	اثر گروه	۶۱/۴۰	۰/۰۲۱	۰/۶۴
	اثر پیش‌آزمون	۳۲/۷۶	۰/۱۲۴	

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با کنترل اثرات پیش‌آزمون، اثر گروه‌ها معنادار بود و میانگین نمره‌های متغیر وسواس موکنی در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافت ( $p=0/013$ )؛ همچنین میانگین نمره‌های متغیر عزت نفس در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری افزایش یافت ( $p=0/021$ )؛ بدین معنا که روش‌های انزجاردرمانی و هیپنوتراپی بر کاهش وسواس موکنی و افزایش عزت نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکنی تأثیر گذاشت. برای بررسی تفاوت در هر یک گروه‌ها از آزمون توکی استفاده شد که نتایج در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین نمره‌های متغیرهای وسواس موکنی و عزت نفس در گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	مقدار احتمال
وسواس موکنی	انزجاردرمانی	گواه	$<0/001$
	هیپنوتراپی	گواه	$<0/001$
عزت نفس	انزجاردرمانی	گواه	$<0/001$
	هیپنوتراپی	گواه	$<0/001$

نتایج آزمون توکی در جدول ۶ نشان می‌دهد، نمره متغیر وسواس موکنی در گروه انزجاردرمانی و گروه هیپنوتراپی پس از مداخله درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافت ( $p<0/001$ )؛ بنابراین انزجاردرمانی و هیپنوتراپی بر کاهش نمره وسواس موکنی مؤثر بود؛ اما درمقایسه انزجاردرمانی و هیپنوتراپی نتایج مشخص کرد، هیپنوتراپی تأثیر بیشتری درمقایسه با انزجاردرمانی بر کاهش نمره متغیر وسواس موکنی داشت ( $p<0/001$ )؛ همچنین نمره متغیر عزت نفس در گروه انزجاردرمانی و گروه هیپنوتراپی پس از مداخله درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری افزایش یافت ( $p<0/001$ ). در مقایسه انزجاردرمانی و هیپنوتراپی نتایج نشان داد، هیپنوتراپی تأثیر

بیشتری درمقایسه با انزجاردرمانی بر افزایش نمره عزت نفس داشت ( $p < 0.001$ ).

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی انزجاردرمانی و هیپنوتراپی بر کاهش علائم و افزایش عزت نفس دانش آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود. یافته‌های این تحقیق نشان داد، روش‌های انزجاردرمانی و هیپنوتراپی درمقایسه با گروه گواه بر بهبود انواع وسواس موکنی اثربخش بود. یافته مذکور با نتایج مطالعات پیشین همخوانی دارد؛ به طوری که نصیری و کارسازی دریافتند، حساسیت انزجاری ضمن کاهش میزان رفتارهای وسواسی، نقش مهمی در عادت‌زدایی رفتارهای مرتبط با رفتارهای وسواسی ایفا می‌کند (۱۱). ماتیس و همکاران مشخص کردند، مداخلات روان‌شناختی از طریق کاهش استرس و اضطراب که نقش مهمی در شروع اختلال وسواس موکنی افراد مبتلا دارد، می‌تواند موجب تخفیف علائم این اختلال شود (۳۳). همچنین نوتین و همکاران نشان دادند، روش انزجاردرمانی با هدف قراردادن رفتار تحریکی باعث کاهش وسواس موکنی می‌شود (۳۴). بایر نیز در درمان وسواس موکنی بر مداخله زودهنگام به منظور کاهش علائم وسواس تأکید داشت و اینکه رفتارهای تحریکی زیرپوستی عملاً پس از بیست‌وهشت روز از طریق روش‌های انزجاردرمانی و خودکنترلی متوقف شدند (۳۵). قمری‌گیوی و همکاران معتقد بودند، انزجاردرمانی با الکتروشوک تأثیر کاهشی بر اضطراب بیماران دارد؛ بدین ترتیب زمانی که بیمار افکار وسواسی به ذهنش می‌آید و اضطراب افزایش پیدا می‌کند، شوک باعث می‌شود تفکر و تجسم بیمار درباره افکار وسواسی قطع شود؛ به طوری که دریافت شوک بعد از جلسات متعدد همراه با افکار وسواسی موکنی به شکل محرک منجرکننده عمل می‌کند و در بیمار به صورت شرطی کلاسیک درمی‌آید و هر وقت بیمار فکری وسواسی به ذهنش خطور کند، متوقف می‌شود (۱۳). محمود علیلو و همکاران دریافتند، انزجاردرمانی با هدف قراردادن سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتاری باعث عادت‌زدایی در بیمار می‌شود؛ یعنی اینکه قبلاً عادت داشت افکار وسواسی مرتبط با موکندن را تجسم کند که شوک سبب می‌شود این افکار نتواند تجسم شود (۱۴). ناحیه آتاتومیک هدف، در درمان وسواس موکنی و مقاوم به درمان، بازوی قدامی کپسول داخلی یا به طور اختصاصی تر کپسول شکمی/استریاتوم شکمی است. این ناحیه گره مرکزی در مدارهای عصبی است که تصور می‌شود حلق و اضطراب را تنظیم می‌کند (۱۲). همچنین نتایج تحقیق باقرزاده شهیدی و همکاران نشان داد، تحریک الکتریکی دست بیماران دارای وسواس سبب تحریک کپسول داخلی و هسته دمی قدامی می‌شود و در نهایت اضطراب و علائم وسواس از جمله وسواس موکنی را به طور درخور توجهی کاهش می‌دهد؛ از این رو در درمان وسواس موکنی اگر از انزجاردرمانی استفاده شود، معمولاً محرک ناخوشایند یعنی شوک الکتریکی به عنوان محرک ناخوشایند اعمال می‌شود (۹).

از نظر شغفلت، هیپنوتیزم به منزله روشی درمانی جایگزین می‌تواند ضمن کاهش سطح اضطراب، رفتارهای خودکار و ناآگاهانه کردن مو را کاهش و بینش فرد را به رفتار موکنی افزایش دهد (۱۷). در همین

راستا مداخله هیپنوتراپی با کاهش اضطراب، ایزوله افکار ناخواسته و ایجاد محیطی امن، در کاهش علائم اختلال وسواس موکندن بسیار مؤثر است؛ به طوری که در این حالت به فرد دارای «وسواس موکنی»، نمی‌گوییم «موهیت را نکن»؛ زیرا این شیوه ممکن است به صورت معکوس، توجه بیشتری را معطوف عادت کردن مو کند و به جای استفاده از روش نهی، شیوه جدیدی عرضه می‌شود که طی آن از چارچوب «کندن یا نکنند مو» به چارچوب «احترام به بدن» تغییر موضع می‌دهیم (۱۶). باتوجه به ماهیت مزمن بیماری «وسواس موکنی» لازم است فرد با استفاده از مداخله هیپنوتراپی، اثرات درمان را پایدار و همیشگی کند؛ به عبارتی تمرکز قوی بر «زمینه ذهنی احترام به بدن» درقبال «حس اجبار به کندن مو» ایجاد شود و بدین ترتیب فرد به طور خودکار، رفتارش از «کندن مو» به سمت «احترام به بدن» تغییر جهت می‌دهد (۱۵). از سوی دیگر مداخله هیپنوتیزم با تأثیر بر ذهن ناخودآگاه و ایزوله کردن 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، انزجاردرمانی و هیپنوتراپی در کاهش علائم دانش آموزان مبتلا به وسواس موکندن تأثیر بسزایی دارد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد، انزجاردرمانی و هیپنوتراپی درمقایسه با گروه گواه در افزایش عزت نفس دانش آموزان مبتلا به وسواس موکندن اثربخش است که با یافته‌های پیشین همخوانی دارد؛ به طوری که محمود علیلو و همکاران دریافتند، روش انزجاردرمانی با هدف قراردادن سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتاری باعث کاهش رفتارهای وسواسی می‌شود (۱۴). زالسمن و همکاران نشان دادند، روش‌های انزجاردرمانی و هیپنوتراپی به ویژه زمانی که باهم همراه می‌شوند، اثری هم‌افزایی به وجود می‌آورند (۲۰). به اعتقاد کراوهر، درمان بیزاری الکتریکی تقریباً فوری علائم مرتبط با کندن موهای زائد را از بین برد، به استثنای عود جزئی در زمان استرس؛ به طوری که رفتار بیمار نیز به طور درخور توجهی در سایر جهات مطلوب تغییر کرد (۳۶). در همین راستا در تبیین اثربخشی روش انزجاردرمانی قمری‌گیوی و همکاران دریافتند، زمانی که بیمار افکار وسواسی به ذهنش می‌آید و اضطراب افزایش پیدا می‌کند، شوک به صورت محرک منجرکننده سبب می‌شود تفکر و تجسم بیمار درباره افکار وسواسی قطع شود (۱۳). در واقع برای بیمار عادت‌زدایی رخ می‌دهد؛ یعنی اینکه قبلاً عادت داشت افکار وسواسی مرتبط با موکندن را تجسم کند و شوک موجب می‌شود این افکار نتواند تجسم شود (۱۴). فرهنگ و همکاران در فراتحلیلی درباره درمان‌های مرتبط با اختلال موکنی نشان دادند، افکار مرتبط با ترس از آغازگری و امتناع از تلاش با افزایش سطح اضطراب، سبب کاهش حس ارزشمندی و به تبع آن عزت نفس می‌شود (۱۹).

یافته‌های پژوهش بادله و همکاران در خصوص اثربخشی روش هیپنوتراپی بیانگر آن بود که هیپنوتیزم می‌تواند به افزایش عزت نفس در کودکان کمک کند (۲۲). همچنین صادقی معتقد بود، تلقینات هیپنوتیزمی با کنترل سطح اضطراب نه تنها باعث کاهش علائم وسواس موکنی می‌شود، بلکه عزت نفس و خودکارآمدی و خودانگاره فرد را ارتقا می‌بخشد (۲۱). طرفداران هیپنوتراپی اعتقاد دارند، تعلیق تفکر

انتقادی در حالت هیپنوتیزم بیمار را تلقین پذیرتر می‌کند تا بتواند افکار متقاعدکننده را راحت‌تر بپذیرد. این امر نه تنها منجر به 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 به شکل مدنظر تغییر داد؛ بنابراین استفاده از تلقین‌های هیپنوتیزمی در حالت خلسه، به افزایش عزت‌نفس افراد کمک می‌کند (۱۶). در همین راستا می‌توان گفت، مداخله هیپنوتراپی نیز با کاهش اضطراب و ایزوله افکار ناخواسته، ایجاد همدلی، ارتباطات عمیق انسانی و استفاده از مفاهیم عمیق وجودی باعث افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس موکنی می‌شود؛ از این رو می‌توان گفت، هیپنوتراپی و انزجاردرمانی بر افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکنند تأثیر بسزایی دارد. به‌طور کلی روش‌های درمانی هیپنوتراپی و انزجاردرمانی می‌تواند روی ترس از آغازگری و امتناع از تلاش، آموختن عادت‌زدایی، تفکر و تجسم بیمار، آموزش آرام‌سازی عضلات، ایزوله 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 به‌همین دلیل برای درمان این اختلال کاملاً مؤثر واقع می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله اینکه به دلیل مشکلات ناشی از محدودیت زمانی و امکانات، هر دو روش درمانی توسط یک پژوهشگر صورت گرفت؛ از این رو بهتر است این درمان‌ها توسط دو درمانگر دیگر که از اهداف پژوهش اطلاعی ندارند، اجرا شود. پیشنهاد می‌شود در حوزه این روش‌ها برای دستیابی به وحدت کل از لحاظ تهیه بسته درمانی، فعالیت‌های پژوهشی بیشتری صورت گیرد و اینکه کاربرد روش‌های درمانی هیپنوتراپی و انزجاردرمانی همراه با سایر درمان‌های روان‌شناختی بر سایر اختلالات اجرا گردد و در تحقیقات آینده ارائه شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، دو روش درمانی انزجاردرمانی و هیپنوتراپی تأثیر معناداری بر کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکنی دارد و انتخاب روش درمانی مناسب به شرایط محیطی و امکانات مراکز درمانی و نیز نیازهای کودکان برحسب شدت و فراوانی مشکلات به‌وجودآمده مربوط می‌شود. همچنین براساس نتایج پژوهش، در مقام

مقایسه، هیپنوتراپی درمقایسه با انزجاردرمانی ضمن کاهش میزان اضطراب با ایزوله افکار ناخواسته، آرام‌سازی عضلانی و هدف قراردادن رفتارهای تحریکی، در کاهش علائم وسواس موکنی (متمرکز و خودکار) و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکنی مؤثرتر است؛ ولی برای تعیین میزان قوی بودن یافته‌ها، انجام تحقیقات بیشتری لازم است.

## ۶ تشکر و قدردانی

از داوطلبان شرکت‌کننده در پژوهش و تمامی عزیزانی که به هر نحو ما را در اجرای این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

### دسترسی به داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد.

### منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

### مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از بخشی از نتایج رساله دکتری نویسنده اول مقاله در رشته روان‌شناسی عمومی گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی است که با کد ۶۲۲۷۸۲۲۲ تصویب شد. نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان اساتید راهنما و نویسنده چهارم به‌عنوان استاد مشاور، نویسنده اول را یاری کردند. نویسنده اول در گردآوری داده‌ها و تدوین و تهیه گزارش نقش مجری داشت. تدوین ایده اولیه، مفهوم‌سازی و گردآوری داده‌های کیفی و تدوین برنامه درمانی بر عهده نویسندگان دوم و سوم بود. نویسنده چهارم آنالیز داده‌ها را انجام داد. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

## 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. *Dermatol Ther.* 2019;32(4):e12622. <https://doi.org/10.1111/dth.12622>
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5<sup>th</sup> edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. *Psychiatr Clin North Am.* 2014;37(3):301–17. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.005>
4. Franklin ME, Zgrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Review of Neurotherapeutics.* 2011;11(8):1165–74. <https://doi.org/10.1586/em.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. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2018;21(1):42–58. <https://doi.org/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 (Heidelb)*. 2018;8(3):389–98. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1177/0145445508326260>
8. Zhang ZJ, Wang XY, Tan QR, Jin GX, Yao SM. Electroacupuncture for refractory obsessive-compulsive disorder: a pilot waitlist-controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(8):619–22. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b05fd1>
9. Bagherzadeh-Shahidi S, Sepehrmanesh Z, Omidi A. The effect of aversion therapy in a case with conversion disorder associated with mood and obsessive-compulsive disorders. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2013;17(3):312–18. [Persian] <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1948-en.html>
10. Flessner CA. Cognitive-behavioral therapy for childhood repetitive behavior disorders: tic disorders and trichotillomania. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20(2):319–28. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.007>
11. Nasiri M, Karsazi H. Predicting the obsessive-compulsive disorder and phobias based on components of disgust sensitivity. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2020;15(59):142–55. [Persian]
12. Deshpande SN, Mehta M. Aversion therapy in the treatment of trichotillomania. *Journal of Personality and Clinical Studies*. 1989;5(2):242–44.
13. Ghamarigivi H, Mahmoodi H, Narimani M. Efficacy of the cognitive and aversion therapy methods in the treatment symptoms of obsessive-compulsive disorder. *J Res Behave Sci*. 2015;13(3):441–51. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-418-en.html>
14. Mahmood Alilou M, Bakhshipour Roudsari A, Nasiri M. Structural relationships between behavioral brain systems, disgust sensitivity, and obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018;23(4):466–79. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.466>
15. Rafiei M, Shirani S. Barrasi asar bakhshi hipno therapy bar bimaran mobtala be trichotillomania (ekhtelal kandan moo) [Effectiveness of hypnotherapy in patients with trichotillomania (hair pulling disorder)]. In: *The Third National Conference of Psychology and Behavioral Sciences* [Internet]. Tehran, Narcish Information Institut; 2014. [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. <https://doi.org/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*. InTech; 2013. <https://doi.org/10.5772/53768>
19. Farhat LC, Olfson E, Li F, Telang S, Bloch MH. Identifying standardized definitions of treatment response in trichotillomania: a meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;89:446–55. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.10.009>
20. Zalsman G, Hermesh H, Sever J. Hypnotherapy in adolescents with trichotillomania: three cases. *Am J Clin Hypn*. 2001;44(1):63–8. <https://doi.org/10.1080/00029157.2001.10403457>
21. Sadeghi M. Asar bakhshi hipnotizm darmani bar behbood tan engareye manfi, ezzat nafs, afsordegi va ezterab dar zanan moraje konande be bashgah 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; 2017. [Persian]
22. Badeleh M, Fathi M, Aghamohamadian 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. *Eur J Paediatr Neurol*. 2017;21:e143. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2017.04.1290>
24. Naseh H. Asar bakhshi khod hipnotizm darmani bar kaheshe ezterab va afzayeshe ezzat nafs daneshjooyan dandan pezheshki mashhad [The effectiveness of self-hypnosis on reducing anxiety and increasing self-esteem of dental students in Mashhad] [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]: Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University; 2017. [Persian]
25. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *Int J Clin Exp Hypn*. 2019;67(3):336–63. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>

26. Delavar A. Mabani nazari va amali pazhouhesh dar olum ensani va ejtemaei [Basis of theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences]. Tehran: Roshd Pub; 2014. [Persian]
27. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: W.H. Freeman & Company; 1967.
28. Javanbakht M, Ziaee SA, Homam SM, Rahnama A. Effect of Ramadan fasting on self-esteem and mental health of students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010;11(4):266–73. [Persian] [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_1130.html?lang=en](https://jfmh.mums.ac.ir/article_1130.html?lang=en)
29. Sabet M. Barrasiye amali boodan etebar revaei va narm yabi test ezzat nafs kooper smith dar manategh 19 gane Tehran [Investigating the practicality of the validity of the Cooper Smith self-esteem test in 19 districts of Tehran] [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]: Allameh Tabatabai University; 2008. [Persian]
30. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, Savage CR, Borgmann AS, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hair-pulling Scale: 1. development and factor analyses. *Psychother Psychosom*. 1995;64(3–4):141–5. <https://doi.org/10.1159/000289003>
31. O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, Ricciardi JN, Buttolph L, Jeni MA, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hair-pulling Scale: 2. reliability and validity. *Psychother Psychosom*. 1995;64(3–4):146–8. <https://doi.org/10.1159/000289004>
32. Rabiei M, Nikfarjam M, Khoramdel K, Movassagh MT. Factor structure, validity and reliability of the massachusetts general hospital Hair Pulling Scale. *Psychology and Behavioral Sciences*. 2014;3(1):12–14.
33. Mathes BM, Van Kirk N, Elias JA. Review of psychotherapeutic approaches for OCD and related disorders. *Curr Treat Options Psych*. 2015;2(3):284–96. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0052-7>
34. Nuttin BJ, Gabriëls LA, Cosyns PR, Meyerson BA, Andréewitch S, Sunaert SG, et al. Long-term electrical capsular stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Neurosurgery*. 2003;52(6):1263–74. <https://doi.org/10.1227/01.neu.0000064565.49299.9a>
35. Bayer CA. Self-monitoring and mild aversion treatment of trichotillomania. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1972;3(2):139–41. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(72\)90015-8](https://doi.org/10.1016/0005-7916(72)90015-8)
36. Crawford DA. Aversion therapy in the treatment of trichotillomania: a case study. *Behav Psychother*. 1988;16(1):57–63. <https://doi.org/10.1017/S0141347300008508>