

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 J¹, *Narimani M², Abolghasemi A³, Taklavi S⁴

Author Address

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Ardebil Branch, Islamic Azad University, Ardebil, 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.

مقایسه اثربخشی معکوس سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت نفس دانش آموزان مبتلا به وسواس موکندن

جلال شفائی^۱، *محمد نریمانی^۲، عباس ابوالقاسمی^۳، سمیه تکلیوی^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.

*اربابانامه نویسنده مسئول: m_narimani1341@yahoo.com

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

چکیده

زمینه و هدف: درمان وسواس موکندن به عنوان نوعی اختلال روان‌شناختی، از موضوعات چالش برانگیزتر بالینی و بهداشت روانی است؛ بنابراین هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی معکوس سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت نفس دانش آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دانش آموزانی تشکیل دادند که به منظور حل اختلال وسواس موکندن به مراکز مشاوره و کلینیک روان شناختی اداره آموزش و پرورش شهرستان بيله سوار در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مراجعه کردند. ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط داوطلب به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (معکوس سازی عادت و هیپنوتراپی) و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). مداخلات درمانی معکوس سازی عادت در نه جلسه و هیپنوتراپی در هشت جلسه صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. به منظور جمع آوری داده‌ها پرسش نامه عزت نفس (کوپر اسمیت، ۱۹۸۱) و چک لیست میلواکی برای خرده انواع اختلال وسواس موکندن (فلسنر و همکاران، ۲۰۰۸) به کار رفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون کای دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی در سطح معناداری ۰/۰۵ به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: با کنترل اثر نمرات پیش آزمون، در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، میزان نمرات متغیرهای وسواس موکنی متمرکز ($p=0/013$) و وسواس موکنی خودکار ($p=0/017$) کاهش یافت و میزان نمرات متغیر عزت نفس افزایش یافت ($p=0/021$). به علاوه، روش هیپنوتراپی اثر کاهشی بیشتری بر متغیرهای وسواس موکنی متمرکز ($p=0/027$) و وسواس موکنی خودکار ($p=0/026$) در مقایسه با روش معکوس سازی عادت داشت. روش هیپنوتراپی نیز اثر افزایشی بیشتری بر میزان عزت نفس در مقایسه با روش معکوس سازی عادت داشت ($p=0/024$).

نتیجه گیری: دو روش درمانی معکوس سازی عادت و هیپنوتراپی بر کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت نفس در دانش آموزان مبتلا به وسواس موکندن اثربخشی دارند؛ اما روش هیپنوتراپی در مقایسه با روش معکوس سازی عادت، اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم وسواس موکنی و افزایش عزت نفس در دانش آموزان مذکور دارد.

کلیدواژه‌ها: معکوس سازی عادت، هیپنوتراپی، عزت نفس، وسواس موکندن، دانش آموزان.

معکوس‌سازی عادت می‌دانند؛ زیرا بیشتر رفتارهای مربوط به اختلالات عادت 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 و سواس موکندن شود و آموختن پاسخ مغایر فرصت کمتری برای بروز رفتار مختل عادت می‌دهد و در صورت بروز بیشتر تنبیه‌کننده و غیرمؤثر است تا کارآمد. پژوهش رحمان و همکاران نشان داد، میزان سواس موکنی در بیماران تحت مداخلهٔ معکوس‌سازی عادت به‌طور چشمگیری کاهش یافته است (۱۱). هنکل و همکاران در درمان سواس موکنی بر مداخلهٔ زود هنگام به‌منظور کاهش تأثیرات روانی-اجتماعی و سواس 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 سواس موکنی می‌شود (۱۴).

علاوه‌بر روش معکوس‌سازی عادت، اخیراً روش هیپنوتراپی نیز به‌عنوان روشی درمانی توجه بسیاری را در این زمینه جلب کرده است. مداخلهٔ هیپنوتیزی، از طریق کاهش استرس و اضطراب که نقش مهمی در شروع اختلال و سواس 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 شفقت 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 آشفتنگی هیجانی به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلصهٔ هیپنوتیزی 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؛ به عبارتی ضمن کاهش سطح اضطراب، رفتارهای خودکار و ناآگاهانهٔ کندن مو را کم می‌کند و و بینش فرد را به رفتار موکنی افزایش می‌دهد (۱۷)؛ باین حال بسیاری از پژوهشگران و متخصصان بالینی همچون فری‌دیت و همکاران (۱۸)، فرهات و همکاران (۱۹) و زالسمن و همکاران (۲۰) به این نتیجه دست یافتند که هیپنوتیزم، اثری هم‌افزایی به‌ویژه زمانی که با درمان شناختی‌رفتاری همراه است، در درمان سواس موکنی به‌وجود می‌آورد. صادقی معتقد است، تلقینات هیپنوتیزی با کنترل سطح اضطراب نه‌تنها باعث کاهش علائم و سواس موکنی می‌شود، بلکه عزت‌نفس، خودکارآمدی و خودانگارهٔ فرد را ارتقا می‌بخشد (۲۱). مطالعات بادله و همکاران (۲۲) و کاستنلو و

اختلال و سواس موکندن^۱ 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 و سواس موکندن در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ باعنوان «اختلالات و سواسی‌اجباری 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 و سواس موکنی دچار هستند و این تعداد در بین زنان بیش از مردان است (۳). این اختلال با علائمی که به‌همراه دارد، مشکل درخوردوجهی 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 فنیبرگ و همکاران (۵) و سیسون و همکاران (۶)، بسیاری از افراد دچار اختلال و سواس موکنی دارای علائم روان‌شناختی مانند احساس تنش و عزت‌نفس ضعیف هستند و همیشه دیدی منفی به خود دارند. در بسیاری از کودکان نیز اختلال و سواس موکندن با بستری‌شدن در بیمارستان با مداخلات طبی، مشکلات خانه یا مشکلات مدرسه شروع می‌شود (۷).

در راستای درمان افراد دچار اختلال و سواس موکنی، طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح شده است که ازجمله می‌توان به درمان‌های شناختی‌رفتاری^۳ مانند معکوس‌سازی عادت^۴ و هیپنوتراپی^۵ اشاره کرد. روش آموزش معکوس‌سازی عادت که در جدول ۱ شرح کامل آن مشاهده می‌شود، از درمان‌های بسیار متداول اختلال و سواس 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^۶؛ آموزش پاسخ‌های رقیب^۷؛ آموزش حمایت اجتماعی^۸. قاعدهٔ اصلی در برگردان عادت، به‌صورت فریبده‌ای ساده است: وقتی میل به انجام عادت داری، خود را وادار کنی تا به‌فعالیتی مشغول شوی 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 و سواس موکندن، حرکتی را انتخاب کنی 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

5. Hypnotherapy

6. Awareness training

7. Competing response training

8. Social support training

1. Trichotillomania

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

3. Cognitive Behavioral Therapy

4. Habit reversal

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). والناتین 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 پیشرفت نکردن آن‌ها، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با بهره‌گیری طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزانی تشکیل دادند که به‌منظور حل اختلال وسواس موکندن به مراکز مشاوره و کلینیک روان‌شناختی ادارهٔ آموزش و پرورش شهرستان بيله‌سوار در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ 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 مبنی وجود اختلال وسواس موکنی براساس ملاک‌های مطرح‌شده در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)؛ دامنهٔ سنی ۱۰ تا ۱۸ سال؛ حضور در تمامی جلسات؛ دریافت نکردن 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 تمایل نداشتن به ادامهٔ درمان بود. لازم به ذکر است در این پژوهش نویسندگان تمامی نکات اخلاقی را شامل رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی و انتشار ندادن نتایج افراد نمونه به‌طور خصوصی، رعایت کردند.

برای گردآوری داده‌ها، ابزارها و درمان‌های زیر به‌کار رفت.

– پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس^۱: 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 پرسش‌نامه ۵۸ ماده‌ای 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).

– چک‌لیست میلوکی برای خرده‌انواع اختلال وسواس موکندن^۲: در این پژوهش، چک‌لیست میلوکی 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 میلوکی 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 میلوکی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شد (۳۰).

– 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 جلسهٔ درمان معکوس‌سازی عادت و هشت جلسهٔ مداخلهٔ هیپنوتراپی ذکر شده است.

جدول ۱. جلسات درمان معکوس سازی عادت

جلسه اول	انجام پیش‌آزمون‌ها، برقراری رابطه با بیمار، بررسی باورهای بیمار درباره اختلال
جلسه دوم	سنجش و ارزیابی همه‌جانبه 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.
جلسه سوم	آموزش ابتدایی خودنظارتی: به آزمودنی نحوه نظارت بر رفتار موکنی و چگونگی ثبت رخداد این رفتار آموزش داده شد. چک‌لیستی درخصوص رخداد رفتار موکنی به مراجع 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).
جلسه چهارم	آموزش آگاهی: هدف این جلسه افزایش آگاهی مراجع از فرایند موکنی بود؛ زیرا عمل موکنی عمدتاً به شکل ناهشیار صورت می‌گیرد؛ از این رو از مراجع خواسته شد که دقیقاً عمل موکنی را با تمام جزئیات توصیف کند. درباره تمام روش‌ها و موقعیت‌های عمل سؤال شد و در زمینه آن بحث صورت گرفت. همچنین موقعیت‌ها و رفتارهای موکنی شبیه‌سازی شد. در طول این عمل درمانگر مرتب فرایند شبیه‌سازی را قطع کرد تا مراجع را وادار کند درباره احساسات و افکار درگیر در شروع، ادامه و پایان رفتار بیندیشد و به نکات پنهان ولی مهم توجه کند.
جلسه پنجم	آموزش رفتار مغایر: با مراجع درخصوص رفتاری که می‌تواند جایگزین رفتار و حرکات موکنی کند، توافق شد. موقعیت موکنی مجدداً شبیه‌سازی شد و به جای آن رفتار مغایر اجرا شد. آزمودنی رفتار مغایر را چندین بار تکرار کرد.
جلسه ششم	آموزش حمایت اجتماعی: در این مرحله به یاور آموزش داده شد تا استفاده از رفتار مغایر را به موقع یادآوری کند و برای بهره‌گیری از رفتار مغایر مورد تشویق و تأیید قرار دهد؛ از این رو در طول جلسه تمرینات و اجرای عمل مغایر از طریق شبیه‌سازی موقعیت موکنی با یاور تمرین شد.
جلسه 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.
جلسه هشتم	جلسه تکمیلی: ضمن مرور جلسه 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 جلسه بعدی گزارش دهد.
جلسه نهم	جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون: ضمن بررسی روند تغییرات درنهایت پس‌آزمون اجرا شد.

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: از آزمودنی‌ها خواسته شد آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت‌شده (تمرین آرام‌سازی) را تمرین کنند، تلقین هیپنوتیزمی: همچنین به دنبال تصویرسازی تلقینات آرامش، آسودگی و رهایی از تنش عضلانی آموزش و القا داده شد.
جلسه سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفته‌گی هیجانی مرتبط با وسواس موکنی، بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفته‌گی هیجانی به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه هیپنوتیزمی: 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 باور و رفتار، پیامد رفتاری ناشی از باورهای مرتبط اختلال موکنی به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه 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.
جلسه پنجم	بررسی شواهد و معنایی افکار خودآیند توسط اعضای گروه به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه هیپنوتیزمی: در این مرحله ضمن معنابخشی به وجود افکار خودکار موکنی مراجعان در حالت خلسه به القای اینکه توانایی‌هایشان در مواجهه با اضطراب به‌وجودآمده افزایش می‌یابد، امیدوار شدند.
جلسه ششم	ایجاد باور جایگزین به‌همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزمی: در این مرحله به تغییر باور و ارتباط افکار وسواس موکنی با هیجان‌ات اضطراب‌زای طبقه‌بندی‌شده مبتنی بر باورهای بنیادین آزمودنی پرداخته شد.
جلسه هفتم	بیان ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به‌همراه تلقینات هیپنوتیزمی مربوط در حالت خلسه هیپنوتیزمی: مراجع آموزش دید که در حالت خلسه به تلقین‌های هیپنوتیک بهتر پاسخ دهد و اینکه هیپنوتراپی، مهارتی یادگرفته‌ی است.
جلسه هشتم	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه هیپنوتیزمی، جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون: در این مرحله ضمن تقویت افکار مثبت به‌وجودآمده آزمودنی‌ها در حالت خلسه، به آماده‌سازی اعضای گروه برای پایان‌دادن به جلسات در حالت خلسه هیپنوتیزمی پرداخته شد. درنهایت جلسه با اجرای پس‌آزمون خاتمه یافت.

داده‌های جمع‌آوری شده از طریق 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 نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل 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 بررسی شده

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

براساس جدول ۳، درصد بیشتری از آزمودنی‌ها دختر بودند و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و کای‌دو، به ترتیب نشان داد که تفاوت بین گروه‌ها به لحاظ سن ($p=0/148$) و جنسیت ($p=0/312$) معنادار نبود.

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

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

گروه بر متغیرها استفاده شد و نتایج آزمون معنادار بود ($p=0/14$) لانداوی ویکلز، ($p=0/001$)؛ یعنی بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار وجود داشت.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات متغیرهای وسواس موکنی متمرکز ($p=0/013$) و وسواس موکنی خودکار ($p=0/017$) در دو گروه آزمایش (معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی) در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت. همچنین با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات متغیر عزت‌نفس در دو گروه آزمایش (معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی) در مقایسه با گروه گواه افزایش یافت ($p=0/021$).

براساس جدول ۶، روش هیپنوتراپی اثر کاهشی بیشتری بر متغیر وسواس موکنی متمرکز (با مقدار تفاوت میانگین $4/83$) ($p=0/027$) و بر متغیر وسواس موکنی خودکار (با مقدار تفاوت میانگین $4/64$) ($p=0/026$) در مقایسه با روش معکوس‌سازی عادت داشت. بعد از

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 در مقایسه با پیش‌آزمون، در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه به ترتیب کاهش و افزایش یافته است.

برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده‌شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. با توجه به مقدار احتمال آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای وسواس موکنی متمرکز، وسواس موکنی خودکار و عزت‌نفس که بزرگ‌تر از $0/05$ بود، نرمالیتی توزیع این متغیرها رد نشد ($p>0/05$). همچنین نتایج آزمون لون مشخص کرد، مقدار آماره برای متغیرهای وسواس موکنی متمرکز، وسواس موکنی خودکار و عزت‌نفس معنادار نبود ($p>0/05$). این مطلب بیانگر آن بود که واریانس خطای این متغیرها در سه گروه متفاوت بود و واریانس‌ها باهم برابر بود. علاوه بر این از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین معناداری اثر

روش هیپنوتراپی، روش معکوس سازی عادت دارای اثر کاهش یافته به ترتیب بر متغیرهای وسواس مومنی متمرکز (با مقدار تفاوت میانگین ۳/۴۵) ($p=0/021$) و وسواس مومنی خودکار (با مقدار تفاوت میانگین ۳/۶۴) ($p=0/020$) بود. همچنین روش هیپنوتراپی اثر افزایشی بیشتری بر میزان عزت نفس (با مقدار تفاوت میانگین ۷/۹۶) ($p=0/024$) در مقایسه با روش معکوس سازی عادت داشت. بعد از روش هیپنوتراپی، روش معکوس سازی عادت دارای اثر افزایشی بر متغیر عزت نفس (با مقدار تفاوت میانگین ۴/۸۳) ($p=0/019$) بود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مبنی بر تأثیر معکوس سازی عادت و هیپنوتراپی بر مؤلفه‌های متغیر وسواس مومنی و متغیر عزت نفس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
وسواس مومنی متمرکز	گروه	۲	۸۴/۳۰	۱۱۷/۳۵	۰/۰۱۳	۰/۵۴
	پیش‌آزمون	۲	۶۰/۴۲	۵۹/۳۳	۰/۳۱۷	
وسواس مومنی خودکار	گروه	۲	۷۵/۳۸	۵۱/۸۰	۰/۰۱۷	۰/۶۴
	پیش‌آزمون	۲	۳۵/۴۶	۲۴/۷۹	۰/۱۳۸	
عزت نفس	گروه	۲	۹۵/۳۸	۶۱/۸۰	۰/۰۲۱	۰/۶۹
	پیش‌آزمون	۲	۵۵/۴۶	۳۴/۷۹	۰/۱۳۴	

جدول ۶. نتایج آزمون توکی برای مقایسه دوه‌دوی میانگین وسواس مومنی متمرکز و وسواس مومنی خودکار و عزت نفس در گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین گروه‌ها		
		هیپنوتراپی	معکوس سازی عادت	مقدار احتمال
وسواس مومنی متمرکز	هیپنوتراپی	---	۲/۵۱	۰/۰۲۷
	معکوس سازی عادت	۲/۵۱	---	۰/۰۲۱
وسواس مومنی خودکار	هیپنوتراپی	---	۲/۶۹	۰/۰۲۶
	معکوس سازی عادت	۲/۶۹	---	۰/۰۲۰
عزت نفس	هیپنوتراپی	---	۲/۴۷	۰/۰۲۴
	معکوس سازی عادت	۲/۴۷	---	۰/۰۱۹

۴ بحث

در خصوص علت اثربخشی معکوس سازی عادت، محققان معتقد هستند که ویژگی مهم‌تر آن ایجاد خودآگاهی در فرد مبتلا به اختلال وسواس مومنی درباره عادت مختل، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر جایگزین، حفظ انگیزه و افزایش تعمیم‌پذیری رفتارهای جدید آموخته شده است؛ به ویژه 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، مراجع را وادار می‌کند تا عادت نامطلوب مومنی را برای اجرای پاسخ مغایر شناسایی نماید. استفاده از پاسخ مغایر ضمن جلوگیری از رفتار عادت و فراهم کردن رفتار مقابل برای جایگزین کردن آن، مانند تنبیه‌کننده عمل می‌کند و مانع بروز رفتار می‌شود. همچنین بیشتر رفتارهای مربوط به اختلال وسواس مومنی خارج از آگاهی فرد رخ می‌دهد که افزایش آگاهی درباره وقوع رفتار، پیش‌بینی‌ها و پس‌اندازهای آن می‌تواند با بهبود توانایی خودنظارتی موجب کاهش علائم اختلال مومنی شود. آموختن پاسخ مغایر فرصت کمتری برای بروز رفتار مومنی می‌دهد که در صورت بروز بیشتر تنبیه‌کننده است. به عبارتی فرد مبتلا به اختلال وسواس مومنی دو مهارت اساسی را می‌آموزد که عبارت است از: وقوع هر عادت را شناسایی کند و تمیز دهد و از پاسخ مغایر که سبب بازدارنده عادت نامناسب می‌شود، بهره جوید (۱۲).

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معکوس سازی عادت و هیپنوتراپی در کاهش علائم اختلال وسواس مومنی و افزایش عزت نفس در دانش‌آموزان مبتلا به وسواس مومنی بود. یافته‌های این تحقیق نشان داد، روش معکوس سازی عادت و روش هیپنوتراپی در مقایسه با گروه گواه بر بهبود وسواس مومنی متمرکز و وسواس مومنی 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 معکوس سازی عادت و هیپنوتراپی بر بهبود انواع وسواس مومنی متمرکز و خودکار اثربخش هستند؛ به طوری که این مداخلات از طریق کاهش استرس و اضطراب که نقش مهمی در شروع اختلال وسواس مومنی افراد مبتلا دارد، می‌توانند موجب تخفیف علائم این اختلال شوند. همچنین پژوهش‌های رحمان و همکاران (۱۱) و لی و همکاران (۱۴) مشخص کرد، روش معکوس سازی عادت با هدف قراردادن رفتار تحریکی باعث کاهش وسواس مومنی می‌شود. هنکل و همکاران نیز در درمان وسواس مومنی بر مداخله زودهنگام به منظور کاهش تأثیرات روانی اجتماعی وسواس تأکید داشتند (۱۲). سان و همکاران در تحقیقی بر چهل و یک کودک نشان دادند، مداخله معکوس سازی عادت در کاهش میزان اضطراب و رفتار مومنی نقش مؤثری دارد (۱۳).

از نظر شغلت، هیپنوتیزم به عنوان روشی درمانی جایگزین می‌تواند ضمن کاهش سطح اضطراب، رفتارهای خودکار و ناآگاهانه کردن مو را کم کند 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 فردی که «وسواس موکنی» دارد، نمی‌گوییم «موهیت را نکن»؛ زیرا این شیوه ممکن است به صورت معکوس، توجه بیشتری را معطوف به عادت کردن مو کند. 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. با توجه 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 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 در مقایسه با گروه گواه در افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان مبتلا به وسواس موکندن اثربخش بودند. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات دیگر مثل شماره (۱۰)، فرها و همکاران (۱۹) و گیل زالماسان و همکاران (۲۰) همخوانی دارد؛ به طوری که روش‌های معکوس‌سازی عادت و هیپنوتراپی به ویژه زمانی که باهم همراه می‌شود، اثری هم‌افزایی به وجود 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 به صورت 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 داده شده 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 نه تنها باعث کاهش علائم وسواس موکنی می‌شود، بلکه عزت‌نفس، 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 که 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 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 در مقایسه 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.

به طور کلی روش‌های درمانی هیپنوتراپی و معکوس‌سازی عادت می‌توانند روی بازسازی شناختی، آموختن پاسخ مغایر، حمایت اجتماعی، آموزش آرام‌سازی عضلات، ایزوله افکار ناخواسته و رویارویی و درگیری با موقعیت‌های اضطراب‌زا تأثیرگذار باشد. به نظر 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؛ از جمله اینکه به دلیل مشکلات ناشی از 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 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 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

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

رضایت برای انتشار
این امر غیر قابل اجرا است.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش نویسندگان تمامی نکات اخلاقی را شامل رضایت آگاهانه به صورت کتبی و انتشارن دادن نتایج افراد نمونه به طور خصوصی، رعایت کردند.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسنده اول مقاله است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انجام شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی 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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.005)
4. Franklin ME, Zangrabbe 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](https://doi.org/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](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*. 2018;8(3):389–98. doi:[10.1007/s13555-018-0256-z](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. doi:[10.1177/0145445508326260](https://doi.org/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](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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](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*. Croatia: Intech; 2013. doi:[10.5772/53768](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. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2019;89:446–55. doi:[10.1016/j.pnpbp.2018.10.009](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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, asdordeg 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](https://doi.org/10.1007/s10862-007-9073-x)