

## اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش شدت نشانگان اختلال وسواس موکنی و افسردگی: پژوهش مورد منفرد

بهروز بهروز<sup>۱\*</sup>، نسرين حیدری زاده<sup>۲</sup>، ستاره جلالیان<sup>۳</sup>، فاطمه بوالی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۳۰

### خلاصه

**مقدمه:** درمان اختلال وسواس موکنی (TTM) از چالش انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش شدت نشانگان موکنی و افسردگی در یک مورد مبتلا به اختلال وسواس موکنی بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش از نوع مورد منفرد (Single-subject design) با طرح A-B می‌باشد. مراجع دختری ۲۰ ساله بود که براساس مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-V، پرسشنامه‌های اختلال موکنی (MGH-HS) و افسردگی بک-فرم کوتاه (BDI-S) و نظر روان‌پزشک تشخیص قطعی اختلال موکنی را دریافت نمود. پس از موقعیت خط پایه (Base Line)، مداخله آغاز شد و شرکت کننده ۸ جلسه مداخله درمانی هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای را دریافت نمود و یک ماه پس از پایان جلسات مداخله، دو سری پرسشنامه در دو ماه متوالی به عنوان مرحله پیگیری اجرا و تکمیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها براساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری نشان داد، در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه مداخله در کاهش شدت نشانگان اختلال وسواس موکنی (TTM) و افسردگی مؤثر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** روش ACT مؤثر بوده و از آن می‌توان در مراکز درمانی جهت کاهش نشانگان وسواس موکنی و افسردگی استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، اختلال وسواس موکنی، افسردگی، پژوهش مورد منفرد

۱- مدرس، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Behrouz.psych64@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲

۲- مربی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، کرمانشاه، ایران.

۴- مدرس، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علمی- کاربردی قوه قضائیه، بوشهر، ایران.

## مقدمه

اختلال وسواس موکندن (Trichotillomania) نوعی اختلال روان‌شناختی است که علی‌رغم داشتن عوارض متعدد جسمانی، اقتصادی و اجتماعی، کمتر مورد تشخیص و درمان قرار گرفته است [۱]. اختلال TTM در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 5) تحت عنوان "اختلالات وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن" مطرح شده است [۲-۳]. این اختلال معمولاً به یک یا دو جای بدن محدود شده و غالباً، فرد موی سر خود را می‌کند [۲].

افرادی تشخیص این اختلال را دریافت می‌کنند که قبل یا به هنگام تلاش برای مقاومت در برابر کردن مو احساس فشار و تنش نموده و یا با کردن مو احساس رضایت و آسودگی کنند [۱]. گرچه بیماری وجود دارند که احساس تنش و فشار قبل از اقدام به موکندی و احساس راحتی پس از آن را ندارند [۳]. این اختلال می‌تواند در کودکان نیز وجود داشته باشد اما معمولاً در ۹ الی ۱۳ سالگی شروع می‌شود [۴]. اختلال وسواس موکندی (TTM) با اختلالات اضطرابی، خلقی و استرس پس‌آسیبی (Post-Traumatic Stress Disorder) همپوشانی قابل توجهی دارد [۵] و براساس "آگاهی فرد از عمل کردن مو" بر سه نوع خودکار، متمرکز و ترکیبی تقسیم می‌شود. نوع نخست، به شکل ناآگاهانه و خارج از هشیاری انجام شده و موقعیتهایی را در بر می‌گیرد که فرد با فعالیتی نشسته یا حالتی غیرمتحرک (مانند مطالعه) درگیر است و زمانی متوجه موکندی می‌شود که این کار را انجام داده است. کردن موی متمرکز، رفتاری است اجباری و فرد آن را در پاسخ به حالت‌های هیجانی منفی (مانند خشم و استرس) انجام می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که موکندی متمرکز، نشانه‌ای از کوشش فرد برای کاهش سطوح هیجانات منفی یا مدیریت و تنظیم تجربیات خصوصی آزارنده می‌باشد. در نوع ترکیبی، فرد به دو شکل خودکار و متمرکز، عمل موکندی را انجام می‌دهد [۶].

در راستای درمان TTM، طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح گردیده است. از جمله می‌توان به درمان‌های دارویی و مداخلات غیردارویی (درمان

شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy) اشاره نمود [۷، ۲]. با وجود شواهد محکمی که در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناخته شده استاندارد و معمول وجود دارد، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد بکارگیری آن‌ها (مثلاً، CBT)، برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به اختلالات بالینی خاص دشوار است و اغلب این مداخلات حتی با دقیق‌ترین برنامه‌ریزی و اجرا نیز با پاسخ درمانی مناسبی رو به رو نمی‌شوند [۸]. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها یعنی مدل‌های مبتنی بر پذیرش (Based Acceptance Models) مواجه هستیم [۹]. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) می‌باشد [۱۰]. در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است [۱۱].

در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش پیدا کنند. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی‌اش را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه [۸]. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار غیرمنطقی، افکار وسواسی، فلش بک‌ها، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی باشند [۱۰-۸].

شخصی، خانوادگی یا موقعیتی، از خدمات مطلوب بهره‌مند می‌شوند [۱۶]. تقریباً ۲۰ درصد کودکان و نوجوانی که اختلالات مزمن و بالینی دارند، در طول زندگی با مشکلات چشمگیری مواجه می‌شوند. آن‌ها معمولاً تحصیلات خود را به اتمام نمی‌رسانند و غالباً به مشکلات اجتماعی یا روان‌شناختی مبتلا می‌شوند که اکثر جنبه‌های زندگی‌شان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد [۱۷]. در این خصوص، هر چند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد، پیشگیری ثانویه (مداخلات درمانی) می‌تواند مشکلات روانی-اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را به‌طور چشمگیری کاهش دهد. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش شدت نشانگان اختلال وسواس موکنی و افسردگی در یک دختر ۲۰ ساله انجام شد.

### مواد و روش‌ها

گاهی در محیط‌های بالینی و آموزشی امکان استفاده از طرح‌های گروهی که نیازمند تکرار یا حذف متغیر مستقل هستند، وجود ندارد. تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها و ناهمگن بودن افراد نمونه از دلایلی می‌باشد که نمی‌توان از طرح‌های گروهی استفاده کرد. در این مواقع که پژوهشگر با چنین قید و بندهای اخلاقی و عملی رو به‌رو می‌شود، طرح‌های مورد منفرد (Single-subject designs) تنها الگوی ارزیابی مناسب برای بالینگر است [۱۸]. روش پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مورد منفرد با طرح A-B می‌باشد (N=۱). در این گونه طرح‌ها، آزمودنی‌ها می‌توانند از ۱ تا ۲۰ نفر باشند ولی اکثراً کار با هر کدام از آزمودنی‌ها به‌صورت انفرادی صورت می‌گیرد. طرح A-B شامل دو موقعیت آزمایشی است. به‌طور کلی، موقعیت اول (A) خط پایه (Base Line) است. در موقعیت دوم (B) یک مداخله درمانی اجرا می‌شود و سپس، متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. موقعیت خط پایه (یا موقعیت کنترل) رفتار هدف را قبل از اجرای هر روش درمانی اندازه‌گیری می‌کند. در طرح A-B وقتی در ادامه خط روند ثابت، خط پایه با شروع مداخله تغییری ناگهانی و فوری در متغیر وابسته ایجاد می‌شود، نمایش تجربی متقاعد کننده‌ای از تغییر رفتار در طول زمان ارائه می‌دهد [۱۸].

در حالی که شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات متعدد روان‌شناختی رو به افزایش است، اما تقریباً پژوهش‌های بسیار اندکی این روش درمانی را در درمان اختلال TTM به‌ویژه در کودکان و نوجوانان مبتلا بررسی کرده‌اند [۹]. Toledo و همکاران [۱۲] نشان دادند که شدت اختلال وسواس موکنی (TTM)، اضطراب و سازگاری اجتماعی در بیمارانی که تحت ۸ جلسه درمان CBT گروهی قرار داشتند، نسبت به گروه دیگر که فقط درمان حمایتی دریافت کردند، در مراحل آزمایش و پیگیری کاهش بیشتری یافته است ( $p < 0/05$ ). مطالعه Rehm و همکاران [۱۳] نیز حاکی از اثربخشی بالای ACT بعد از ۱۰ جلسه درمان هفتگی بر TTM نوجوانان بود و این تأثیر در پیگیری ۳ ماهه حفظ گردید. A-Tjak و همکاران [۱۴] نیز نشان دادند که شدت علائم PTSD، اضطراب و استرس در بیماران تحت ۸ جلسه درمان ACT نسبت به گروهی که در لیست انتظار قرار داشتند، گروه دارونما و گروهی که درمان‌های شناخته شده استاندارد و معمول (TAU) دریافت کردند، در مراحل آزمایش و پیگیری کاهش بیشتری یافته بود ( $p < 0/05$ )؛ اما بین نتایج درمانی حاصل از ACT و CBT تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

دوران نوجوانی یک زمان حیاتی برای پیشگیری، درمان و ارتقاء سلامت در افراد و همچنین، حمایت از خانواده‌های در معرض خطر به‌منظور جلوگیری از شروع زودرس برخی از اختلالات و جلوگیری از شدت یافتن آن‌ها می‌باشد. بیشتر پژوهش‌ها در سال‌های اخیر، پیرامون کاهش و درمان نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی در بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به‌دست آمده از مدل‌ها و درمان‌های بزرگسالان قابل تعمیم به کودکان و نوجوانان نیستند، بنابراین، باید نظریه‌های درمانی در این گروه سنی به گونه‌ای مستقل و با اذعان به تنوع فرهنگی و سن تحولی آن‌ها بررسی شود [۱۵].

از دیگر سو، درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال روان‌شناختی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. امروزه کمتر از ۱۰ درصد نوجوانانی که مشکلات بهداشت روانی دارند، در زمینه اختلالات ناشی از عوامل

حداکثر آن، ۳۹ می‌باشد [۲۰]. Rajabi [۲۱] ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب تنصیف را ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (Visual Analysis) نمودارها و شاخص روند (Trending)، ثبات (Stability)، درصد داده‌های غیرهمپوش (Percentage of Non-overlapping Data) و درصد داده‌های همپوش (Percentage of Overlapping Data) استفاده شده است [۱۸]. اگر در طرح‌های مورد منفرد تفاوت بین داده‌ها در خط پایه و موقعیت آزمایشی، دارای این ملاک‌ها باشد، می‌توان اظهار داشت که تفاوت معنی‌دار است: ۱. تغییر در میانگین نمرات (در جهت دلخواه) بین موقعیت‌های مجاور. ۲. بین موقعیت‌ها همپوشی وجود نداشته باشد یا کم باشد. ۳. تغییرپذیری کم در موقعیت درمان نسبت به کنترل مؤثر کمتر [۱۸].

در این پژوهش مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی (World Medical Association Declaration of Helsinki) رعایت شد بدین صورت که، در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را معرفی و پس از مصاحبه بالینی و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، تأکید نمود که اطلاعات وی محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون نام و نشان از وی منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل باشد می‌تواند از مطالعه خارج شود، تا مراجع با رضایت کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کند. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، نسخه بسط یافته از طرح درمان ACT می‌باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط بورد مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته است [۸]. محتوای جلسات درمانی به‌طور سازمان یافته اجرا شد. در نهایت کل برنامه درمانی از ۸ جلسه ۲ ساعته طی ۸ جلسه هفتگی و یک‌ماه پس از پایان جلسات مداخله، دو سری پرسشنامه در دو ماه متوالی به‌عنوان مرحله پیگیری اجرا و تکمیل شد. طرح درمانی جلسات به اختصار این‌گونه بود: جلسه اول؛ آشنایی با درمانگر و طرح کلی درمان و جلسات جلسه دوم و سوم؛ آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جدا سازی

بنابراین، در پژوهش حاضر ۳ جلسه اول فقط پرسشنامه‌ها توسط مراجع تکمیل می‌شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای جهت بهبود صورت نگرفت؛ پس از آن مداخله به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته (۱۲۰ دقیقه‌ای) طی ۸ جلسه هفتگی در یکی از اتاق‌های مرکز درمانی در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ آغاز گردید؛ و یک ماه پس از پایان جلسات مداخله، دو سری پرسشنامه در دو ماه متوالی به عنوان مرحله پیگیری اجرا و تکمیل شد.

شرکت کننده این پژوهش یک دختر ۲۰ ساله بود که براساس مصاحبه بالینی بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-V، پرسشنامه‌های تکمیلی و تشخیص قطعی به‌وسیله روان پزشک حاضر در مرکز، وجود اختلال TTM در مورد وی تأیید شد. این مراجع به صورت اختیاری و داوطلبانه به دلیل مشکل موکنی که منجر به کمبود چشم‌گیر مو در قسمت‌هایی از ناحیه بالا و سمت چپ سر وی شده بود، به پژوهشگر مراجعه کرد. برای اطمینان از عدم وجود مشکلات پوستی در مناطق درگیر موکنی، مراجع توسط متخصص پوست و مو مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد، هیچ مشکل طبی ندارد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

**پرسشنامه اختلال موکنی (Massachusetts general hospital hairpulling scale (MGH-HS):** این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی ۷ ماده‌ای است که به صورت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالا در آن نشانگر وجود اختلال است. این مقیاس، فراوانی فشار برای موکنی، شدت فشار، کنترل فشار، فراوانی موکنی، مقاومت در برابر موکنی، کنترل موکنی، تنش و ناراحتی را می‌سنجد. حداقل نمره اکتسابی، صفر و حداکثر آن، ۲۸ است و پژوهش‌های متعدد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول آن می‌باشند [۱۹]. این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است [۲۰].

**پرسشنامه افسردگی بک - فرم کوتاه (Beck depression short inventory (BDI-S):** این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی ۱۳ ماده‌ای است که به صورت ۴ گزینه‌ای از (۰) تا (۳) نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالا در آن نشانگر وجود اختلال است. حداقل نمره اکتسابی، صفر و

شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) و تمرین‌های مربوطه. در جلسات بعدی؛ ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز شد و سپس، در ادامه به مراجع نحوه پاسخ‌گویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها آموزش داده شد. در ۳ جلسه پایانی عمدتاً بر تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله مراجع و درمانگر پرداخته شد.

### یافته‌ها

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول شماره ۱ آمده است. برای تحلیل دیداری نمودارها، پس از رسم نمودار برای پرسشنامه در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات (Stability Envelope) روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصد، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارد [۱۸]. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، در

موقعیت خط پایه از روش آزادی عمل و در موقعیت مداخله از روش دونیم کردن استفاده شد؛ و محفظه ثبات خط روند براساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد.

پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد، نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایینتر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست [۱۸].

جدول ۱- نمرات پرسشنامه اختلال وسواس موکنی و افسردگی

متغیرها	خط پایه												
	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۵	جلسه ۶	جلسه ۷	جلسه ۸	جلسه ۱ (ماه اول)	جلسه ۲ (ماه دوم)	پیگیری		
وسواس موکنی	۲۸	۲۵	۲۴	۲۷	۲۲	۲۵	۲۳	۲۰	۱۸	۱۹	۲۰	۱۹	
افسردگی	۲۹	۲۳	۲۹	۱۵	۲۱	۱۹	۲۲	۲۰	۱۸	۱۶	۲۰	۲۲	۱۹

جدول شماره ۲، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های اختلال TTM طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد؛ شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای مراجع تغییر روند در جهت هدف پژوهش را نشان می‌دهند (خانه ۲ سمت چپ). همچنین، شاخص‌های تغییر سطح بین موقعیتی (خانه ۳ سمت چپ) تغییرات را نشان می‌دهند.

نتایج جدول شماره ۲، برای مراجع نشان داد که مداخله درمانی پذیرش و تعهد (ACT) در درمان اختلال وسواس موکنی (TTM) مؤثر می‌باشد (PND برای آزمودنی ۷۵


درصد بود). بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی بین داده‌های دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که ACT بر کاهش نشانگان TTM مؤثر بوده و فرضیه اول این پژوهش تأیید شد.

جدول شماره ۳، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای داده‌های افسردگی طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد: شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای مراجع تغییر روند در جهت هدف پژوهش را نشان می‌دهند (خانه ۲ سمت چپ جدول ۳). همچنین، شاخص‌های

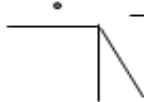
باشد (PND برای آزمودنی ۷۵ درصد بود). بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی بین داده‌های دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که ACT بر علائم افسردگی مؤثر بوده و فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شد.

تغییر سطح بین موقعیتی (خانه ۳ سمت چپ جدول ۳) تغییرات را نشان می‌دهند. نتایج جدول شماره ۳، برای مراجع نشان داد که مداخله درمانی پذیرش و تعهد (ACT) در درمان افسردگی مؤثر می

جدول ۲- متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی/بین موقعیتی برای اختلال وسواس موکنی

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
B	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A				
-	تغییرات روند	۸	3	طول موقعیت‌ها
	۲۰۱- تغییر جهت	-	-	سطح
مثبت	۲۰۲- اثر وابسته به هدف	۲۰	۲۵	۳۰۱- میانه
با ثبات	۲۰۳- تغییر ثبات	۲۱/۵	۲۵/۶۰	۳۰۲- میانگین
به با ثبات				
-	۱- تغییر در سطح	۱۸-۲۷	۲۴-۲۸	۳۰۳- دامنه تغییرات
۲۵ به ۲۴/۵	۳۰۱- تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	۳۰۴- دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
۲۴ به ۲۳	۳۰۲- تغییر مطلق	-	-	تغییر سطح
۲۵ به ۲۱	۳۰۳- تغییر میانه	۱۸/۵-۲۴/۵	-	۴۰۱- تغییر نسبی
۲۱/۵	۴۰۳- تغییر میانگین	۱۸/۷۵-۲۴/۲۵	۲۴-۲۸	۴۰۲- تغییر مطلق
۲۵/۵۰				
	همپوشی داده‌ها	-	-	روند
٪۷۵	۴۰۱- PND	نزولی	نزولی	۵۰۱- جهت
٪۲۵	۴۰۲- POD	با ثبات	با ثبات	۵۰۲- ثبات
		خیر	خیر	۵۰۳- مسیرهای چندگانه

جدول ۳- متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی/بین موقعیتی برای افسردگی

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
B	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
A				
-	تغییرات روند	۸	۳	طول موقعیت‌ها
•	۲.۱- تغییر جهت	-	-	سطح
				
مثبت	۲.۲- اثر وابسته به هدف	۱۸/۵	۲۹	۳.۱- میانه
بی ثبات	۲.۳- تغییر ثبات	۱۹/۲۵	۲۷	۳.۲- میانگین
به بی ثبات				
-	۱- تغییر در سطح	۱۵-۲۷	۲۳-۲۹	۳.۳- دامنه تغییرات
۲۹ به ۲۱	۳.۱- تغییر نسبی	بی ثبات	بی ثبات	۳.۴- دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
۲۹ به ۱۵	۳.۲- تغییر مطلق	-	-	تغییر سطح
۲۹ به ۱۹/۵	۳.۳- تغییر میانه	۱۸-۱۹/۲۵	-	۴.۱- تغییر نسبی
۱۹	۴.۳- تغییر میانگین	۲۲-۱۵	۲۹-۲۹	۴.۲- تغییر مطلق
۲۷				
	همپوشی داده‌ها	-	-	روند
٪۷۵	PND-۴.۱	نزولی	شیب صفر	۵.۱- جهت
٪۲۵	POD-۴.۲	بی ثبات	-	۵.۲- ثبات
		خیر	بله	۵.۳- مسیرهای چندگانه

بحث

های پیشین از جمله؛ Hayes و همکاران [۱۱]، و Zarling و همکاران [۲۲] همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش Thomas و همکاران [۲۳] نشان داد بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مقاوم به درمان‌های دارویی و CBT در گروه آزمایش تحت درمان ACT در مراحل آزمایش و پیگیری ۶ ماهه نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری نمرات بهتری کسب و نتایج درمانی مناسب‌تری را گزارش کردند ( $p < 0/05$ ). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مراجع در خط پایه روند نزولی اندکی داشته است. با شروع مداخله، وی در علائم TTM روند نزولی نشان داد و این کاهش در نمرات در مرحله پیگیری باقی ماند. شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله درمانی ACT در کاهش نشانگان TTM با ۷۵ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش شدت نشانگان اختلال وسواس موقنی (TTM) و افسردگی در یک دختر ۲۰ ساله انجام شد. نتایج تحلیل دیداری نشان داد که مداخله درمانی ACT بر کاهش شدت نشانگان TTM و افسردگی مؤثر بود. همچنین، طبق جلسات پیگیری که تا دو ماه پس از درمان ادامه یافت، علائم کاهش یافته پابرجا بود. اگرچه تاکنون پژوهش مورد منفردی با استفاده از درمان ACT بر روی اختلال وسواس موقنی انجام نشده است، اما بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه ACT حاکی از کارآیی این درمان برای اختلالات بالینی می‌باشد [۹]. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش

کاهش معنی دار نشانگان TTM افزایش یافت و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یافت، نتیجه می‌گیریم که متغیر "پذیرش" و "افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها" در درمان نشانگان TTM و افسردگی به روش درمانی ACT، به‌عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند.

از امتیازات بارز ACT آن است که به فرد فرصت تمرین و یادگیری مهارت‌های جدید مانند کاهش اجتناب تجربی، افزایش پذیرش روانی و تماس با "زمان حال" می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد بلکه، به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجهه گردد. فرآیند دیگری که در ACT بر آن تأکید می‌شود، "تأکید بر عمل متعهدانه" است. ترغیب مراجع به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر عزت‌نفس و خودکارآمدی مراجع می‌افزاید، او را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی‌رهایی بخشد. مقایسه گزارش‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات خارج از کشور، همخوانی بین این مطالعات مبنی بر مؤثر بودن این مداخله درمانی بر اختلالات بالینی و نیز مؤثر بودن آن را در پیشگیری در سطوح مختلف نشان می‌دهد و این نتیجه‌گیری می‌تواند اعتبار بالای ACT را نشان دهد.

**نتیجه‌گیری:** همخوانی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات خارج از کشور، اثر بخشی این مداخله درمانی بر اختلالات روان‌شناختی را تأیید می‌کند. لذا به نظر می‌رسد این روش با توجه به زمان کم، هزینه اندک و عملی بودن آن، روشی اقتصادی و مؤثر برای درمان اختلالات عادت‌ی و وسواسی به شمار می‌رود که می‌توان از آن در موقعیت‌های متفاوت و برای مشکلات متعدد بالینی و مزمن استفاده کرد.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به نوع طرح پژوهش، محدودیت در نمونه آن اشاره نمود. همچنین، پرسشنامه‌ها که در فرآیند درمان اجرا می‌شد توسط درمانگر رویت می‌شد و ممکن است، بر روند درمان تأثیر

در راستای درمان TTM، طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح گردیده است. اکثر رویکردهای درمانی برای این اختلال، درمان‌های بلندمدت مانند حساسیت‌زدایی تدریجی، مواجهه و اجتناب از پاسخ (Exposure and Reaction Prevention Therapy) و آموزش معکوس کردن عادت (Habit Reversal Training) و بعضاً با عوارض متعدد جانبی مانند داروهای بازجذب سروتونین را در نظر گرفته‌اند [۷، ۳]؛ لذا این درمان کوتاه‌مدت (۸ جلسه درمانی) نشان داد که مداخله ACT در درمان TTM مؤثر است اما برای افزایش کارایی می‌توان همزمان درمان دارویی را نیز انجام داد.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که نمره افسردگی مراجع در خط پایه روند ثابتی داشته است. با شروع درمان، تغییری ناگهانی و سریع (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطابق جدول ۳) در داده‌ها ایجاد شده است، که ناشی از یک حادثه مثبت در زندگی وی در هنگام اجرای پرسشنامه (جلسه چهارم درمان) بود اما پس از آن وی روندی نزولی در جهت کاهش افسردگی نشان داد که تا مرحله پیگیری باقی ماند. کاهش میانه افسردگی از ۲۹ (افسردگی متوسط) در موقعیت خط پایه به ۱۹/۵ (افسردگی خفیف) در موقعیت مداخله نشان دهنده اثر بخش بودن مداخله است. شاخص PND نشان می‌دهد مداخله ACT در کاهش افسردگی با ۷۵ درصد اطمینان مؤثر بوده است. نتایج به‌دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله؛ Graham و همکاران [۲۴]، Thorpe و همکاران [۲۵] و Caldwell و همکاران [۲۶] همسو می‌باشد.

در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی ACT بر کاهش شدت نشانگان TTM و افسردگی می‌توان گفت با توجه به مشاهدات بالینی محقق و با مراجعه به پروتوکل درمانی در این پژوهش متوجه می‌شویم که علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجع نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی و سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌های گذشته و استقبال وی از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، چون متغیر "پذیرش روانی" پیش از



### سهام نویسندگان

بهر روز بهروز: طرح ریزی و اجرای مداخله درمانی ACT، نوشتن، جمع بندی و نتیجه گیری مقاله.

نسرین حیدری زاده، ستاره جلالیان و فاطمه بوالی: معرفی مراجع، تجزیه و تحلیل داده ها و همکاری در ویرایش مقاله.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری زوج محترم که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می نمایند.

گذاشته باشد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده به منظور کاستن از سوگیری های احتمالی، از دو پژوهشگر استفاده شود. به دلیل عدم امکان بررسی جامع پیشینه مراجع، بنچ مارک (Benchmark) بررسی نشد؛ که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی بنچ مارک نیز بررسی گردد. همچنین، به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی این پژوهش، در تعمیم یافته های آن باید جانب احتیاط را رعایت نمود. بنابراین استفاده از این مداخله در مراکز درمانی موجود در کشور و مقایسه آن با درمان دارویی چه به صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می گردد.

### تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### References

1. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: a current review. *Clinical Psychology Review* 2010;30(2):181-93.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock, *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (Trans. Farzin Rezaei). 11<sup>nd</sup> ed. Tehran: Arjmand; 2015: 320-32.[Persian]
3. Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: Dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian journal of dermatology* 2013;58(1):44-8.
4. Jimenez XF, Salerno KE, Funk MC. Trichotillomania and Trauma: Dissociation and Alexithymia in a Case of Pregnancy Denial. *The Journal of nervous and mental disease* 2015;203(12):971-4.
5. Flaherty DC, Aguilar F, Pradhan B, Grewal H. Rapunzel syndrome due to ingested hair extensions: Surgical and psychiatric considerations. *International journal of surgery case reports* 2015;17:155-7.
6. Moritz S, Rufer M. Movement decoupling: A self-help intervention for the treatment of trichotillomania. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 2011;42(1):74-80.
7. Goulding J. N-acetylcysteine in trichotillomania: further thoughts. *British Journal of Dermatology* 2015;172(6):1683-4.
8. Anvari MH. (dissertation). The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain index, stress, anxiety, depression, catastrophizing & life satisfaction in patients with chronic pain. Isfahan: University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences & Psychology;2013.67-74.[Persian]
9. Kemani MK, Hesser H, Olsson GL, Lekander M, Wicksell RK. Processes of change in acceptance and commitment therapy and applied relaxation for long-standing pain. *European Journal of Pain* 2016;20(4):521-31.
10. Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, Buck S, Hansson-Malmlof J, et al. Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy for Psychological Distress Experienced by People With Hearing Problems: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *American journal of audiology* 2015;24(3):307-10.
11. Hayes S, Hogan M, Dowd H, Doherty E, O'Higgins S, Gabhainn SN, et al. Comparing the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of an internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention with a waiting list control among adults with chronic pain: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open* 2014;4(7):1-15.

12. Toledo EL, Muniz EDT, Brito AMC, de Abreu CN, Tavares H. Group treatment for trichotillomania: cognitive-behavioral therapy versus supportive therapy. *The Journal of clinical psychiatry* 2014;76(4):1,478-55.
13. Rehm I, Moulding R, Nedeljkovic M. Psychological treatments for trichotillomania: Update and future directions. *Australasian Psychiatry* 2015; 22(1):365-8.
14. Davis M, Morina N, Powers M, Smits J, Emmelkamp P. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2014;84(1):30-6.
15. Clarke DE, Wilcox HC, Miller L, Cullen B, Gerring J, Greiner LH, et al. Feasibility and acceptability of the DSM-5 Field Trial procedures in the Johns Hopkins Community Psychiatry Programs. *International journal of methods in psychiatric research* 2014;23(2):267-78.
16. Mash EJ, Wolfe DA. *Abnormal child psychology* (Trans. Mozafari Maki Abadi M and Feroghedin Adel A). 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Roshd; 2015: 292-9.[Persian]
17. Behrouz B, Pour FSH, Khazaie H, Kalantari M, Farhadi M, Behrouz B. The effect of cognitive-behavioral stress management on symptoms of grief and post traumatic stress disorder among Afghani migrant bereaved adolescent girls. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)* 2013;17(7):414-22 .[Persian]
18. Farahani HA, Abedi A, Aghamohammadi S, Kazemi Z. *Methodology of single case series in behavioural sciences and medicine*. 1<sup>nd</sup> ed. Tehran: Danzhe; 2013: 23-59.[Persian]
19. Diefenbach GJ, Tolin DF, Crocetto J, Maltby N, Hannan S. Assessment of trichotillomania: a psychometric evaluation of hair-pulling scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2005;27(3):169-78.
20. Saetchi M, Kamkar K, Asgarian M. *Psychological Tests*. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Wiraiesh; 2013: 73-80.[Persian]
21. Rajabi G. Psychometric properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). *Journal of Iranian Psychologists* 2005;1(4):291-8.[Persian]
22. Zarling A, Lawrence E, Marchman J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of consulting and clinical psychology* 2015;83(1):199-212.
23. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):198.
24. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies* 2014; 13(3):230-48.
25. Thorpe CT, Fahey LE, Johnson H, Deshpande M, Thorpe JM, Fisher EB. Facilitating healthy coping in patients with diabetes a systematic review. *The Diabetes Educator* 2012; 39(1):33-52.7
26. Caldwell JM, Patterson-Kane L. The Treatment of Comorbid Anxiety in a Male With Poorly Controlled Diabetes in a Very Remote Primary Health Care Service. *Clinical Case Studies* 2013; 13(3):250-64.

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Decreasing the Intensity of the Symptoms of Trichotillomania and Depression: A Single Case Study

Behrouz B<sup>1\*</sup>, Heidarizadeh N<sup>2</sup>, Jalalian S<sup>3</sup>, Bavali F<sup>4</sup>

1-Lecturer, Dept. of Psychology and Educational Sciences, University of Payame Noor, Tehran, Iran. (Corresponding author)

Email: Behrouz.psycho64@yahoo.com, Tel: 09185522062

2-Lecturer Dept. of Psychology and Educational Sciences, University of Payame Noor, Tehran, Iran.

3-M.A Counseling, Islamic Azad University, Science and Research Branch Kermanshah, Iran.

4-Lecturer, Dept. of Psychology, University of Scientific and Applied of Judiciary, Busher, Iran.

Received: 21 November 2015

Accepted: 28 April 2016

**Introduction:** Treatment of trichotillomania is one of the most challenging clinical and mental health topics. The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on decreasing the intensity of the symptoms of trichotillomania and depression.

**Materials and Methods:** The research was single-case design by A-B. A 20-year-old female client diagnosed with trichotillomania on the basis of clinical interview based on DSM-V, trichotillomania questionnaire (MGH-HS), and beck depression short form (BDI-S), and also definite diagnosis of psychiatrists received was the subject of this study. After the position of the baseline, the intervention began. The subject was exposed to 8 sessions of two hour intervention program. A month after the intervention sessions, two sets of questionnaires were administered in 2 consecutive months and was completed as a follow-up phase.

**Results:** The results of this study based on the visual analyses indicators and descriptive statistics showed that in the follow-up phase, compared to the baseline, the intervention was effective in reduction of trichotillomania and depression.

**Conclusions:** Acceptance and commitment therapy is effective and it can be applied in therapy centers in order to decrease the intensity of the symptoms of trichotillomania and depression.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Trichotillomania, Depression, Single Case Study

---

### Please cite this article as follows:

Behrouz B, Heidarizadeh N, Jalalian S, Bavali F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Decreasing the Intensity of the Symptoms of Trichotillomania and Depression: A Single Case Study. *Community Health journal* 2015; 9(3): 18-28

**Funding:** No grant has supported the present study.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Ethical approval:** The ethical committee of Kermanshah University approved the study.