

Original Article

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

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

¹Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

Keyword: Effectiveness, Trichotillomania, Skin Picking

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

مقاله پژوهشی

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

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

* نویسنده مسئول: ایمیل: Faroughi66@gmail.com

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

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز. آذر و دی ۱۳۹۸؛ ۴۱(۵): ۳۴-۴۳

چکیده

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

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

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

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

کلید واژه‌ها: اثربخشی، موکنی، پوست کنی

نحوه استناد به این مقاله: خانجانی ز، هاشمی ت، محمود علیلو م، فاروقی پ. اثربخشی روش درمانی AEBT بر کاهش نشانه‌های کندن مو و پوست متمرکز و اتوماتیک در نوجوانان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز. ۱۳۹۸؛ ۴۱(۵): ۳۴-۴۳

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

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

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

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

صرفاً نمایانگر قدرت رابطه بین دو مجموعه متغیر است که در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها است (d کوهن)، محاسبه شد (۱۹). اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشانگر عدم اثربخشی، ۰/۴۱-۱/۱۵ اثربخشی متوسط، ۱/۱۵-۲/۷۰ اثربخشی قوی را نشان می‌دهد (۲۰). برای محاسبه درصد بهبودی در زمینه علائم بالینی از فرمول $\Delta A\% = AO-A1/AO$ استفاده شد (۲۱) در این فرمول بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر بر اساس فرمول معنی‌دار است. هم‌چنین در صورتی که نمره فرد پس از مداخله پایین‌تر نقطه برش باشد، نتایج به لحاظ بالینی معنی‌دار خواهد بود (۲۲).

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

پرسش‌نامه مبلوکی برای انواع تریکوتیلومانیا

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

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

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

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

روش کار

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

برای اتوماتیک $\alpha = 0/76$ و متمرکز $\alpha = 0/80$ می باشد این مقیاس اعتبار سازه خوبی دارد (۵) آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس $0/87$ ، برای مقیاس متمرکز $0/80$ و اتوماتیک $0/76$ به دست آمد.

درمان در چهارچوب مدل AEBT براساس پروتکل گام به گام درمان دکتر وودز و توهیگ (۱۳) برای تریکوتیلومانی، کندن پوست در ده جلسه اجرا می گردد. وودز و توهیگ (۱۳) ده جلسه درمان را به شکل پروتکلی حاوی بخش های جداگانه و گام به گام هر جلسه ارائه کرده اند البته این پروتکل برای استفاده و اجرا روی تک تک نوجوانان قابلیت تغییرپذیری از نظر زمان صرف شده، میزان تکرار مفاهیم و نمونه های ارائه شده را دارد (۱۳). جهت اجرای درمان AEBT دکتر وودز معتقد است درمانگر باید در طول درمان از زبان قابل فهم برای نوجوان استفاده کند (۱۰). خلاصه جلسات بدین شرح است (۱۳): جلسه اول در خصوص علائم اختلال و درمان AEBT با بیمار صحبت شد به طوری که بیمار فهم اولیه از بیماری خود داشته باشد، هم چنین درمان معکوس سازی عادت و کنترل محرک، مرور موقعیت هایی که کندن را برمی انگیزد و مقدمه ای از تکلیف خود تنظیمی و بحث توقعات درمانگر صورت گرفت. در جلسه دوم استراتژی های کنترل محرک و معکوس سازی عادت اجرا شد. در طول جلسه سوم، درمانگر و بیمار تشخیص دادند چه چیز برای بیمار مهم است و مسیرهایی را مشخص کردند که کشمکش با تکانه کندن با کیفیت زندگی او تداخل می کند. در جلسه چهارم بحث در خصوص موانع ادراک شده تعقیب بهتر کیفیت زندگی ادامه پیدا کرد. این موانع از تلاش برای کنترل تجارب درونی ناخواسته ناشی می شود. بعد از تشخیص استراتژی هایی که بیمار برای کنترل تکانه کندن و هیجانات، افکار و احساسات مرتبط با کندن به کار می برد، عدم اثربخشی نهایی و مشکلات ناشی از تلاش برای کنترل تکانه، هیجان، فکر و احساسات اشاره گردید. در جلسه پنجم زمان بیشتری صرف این که چطور یک نفر در دام تلاش برای کنترل تکانه می افتد صرف شد. از طریق تمرین های تجربی و استعاره ها، بیمار مشکلات موجود در کنترل یا سرکوب تجارب درونی را متوجه شد. راه های جدیدی (به غیر از رفتار عاداتی) برای پاسخ به وقایع درونی مطرح گردید و بعد از ارتباط دادن این مشکلات به تلاش بیمار برای

کنترل تجارب درونی از طریق کندن، از او خواسته شد که احتمال تجربه پذیرش وقایع درونی به عنوان پاسخ جایگزین را در نظر بگیرد. جلسه با مقدمه ای در خصوص ایجاد تعهد رفتاری به عنوان فرصتی برای تمرین پذیرش در جهت زندگی ارزشمند خاتمه یافت. در طول جلسه ششم تا هفتم، شرکت کننده آموخت که وقایع درونی را به عنوان پاسخ های قابل مشاهده و نه واقعیت یا شی واقعی تجربه کند. بیمار هم چنین تشویق گردید با قرارگیری در معرض نشانه های مختلف که محرک تکانه کندن هستند تکانه را بپذیرد. در جلسه نهم به بیمار دوباره فرصتی داده شد تا تکنیک های یادگرفته در درمان و مطالب جلسات قبل را مرور کند. جلسه دهم با مروری بر ارزش ها، پذیرش، ناهم جوشی، و هم چنین روش های HRT و SC خاتمه یافت. در جلسه آخر فرایند پیشگیری از بازگشت شامل بحث در خصوص بازگشت در مقابل لغزش، هشاری از فرایند HRT و کنترل محرک و بازگشت هم جوشی و کنترل شناختی و هیجانی مطرح گردید.

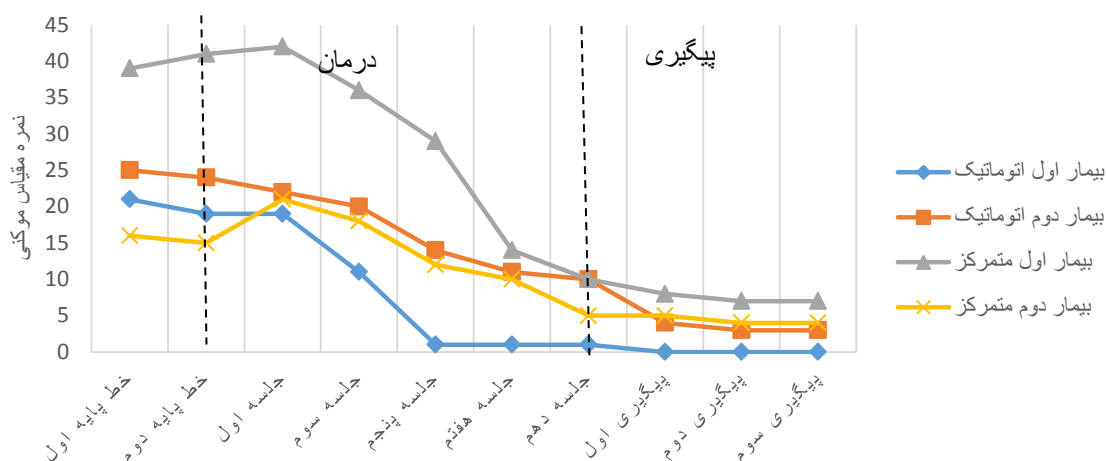
در این پژوهش داده های مربوط به تغییرات درمانی (براساس پرسش نامه ارائه شده) به صورت ترسیمی مورد بررسی قرار گرفته اند. هم چنین اندازه اثر، درصد بهبودی (در مواردی که هدف، کاهش رفتار است) مورد استفاده قرار گرفت. اندازه اثر صرفا نمایانگر قدرت رابطه بین دو مجموعه متغیر است که در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده ها است (d کوهن)، محاسبه شد (۱۹). اندازه اثر کمتر از $0/41$ نشانگر عدم اثربخشی، $0/41 - 1/15$ متوسط، $1/15 - 2/70$ اثر بخشی قوی را نشان می دهد (۲۰). برای محاسبه درصد بهبودی در زمینه علائم بالینی از فرمول $\Delta A\% = AO - A1/AO$ استفاده شد (۲۱). در این فرمول بهبودی 50% یا بیشتر بر اساس فرمول معنی دار است. هم چنین در صورتی که نمره فرد پس از مداخله پایین تر نقطه برش باشد، نتایج به لحاظ بالینی معنی دار خواهد بود (۲۲).

یافته ها

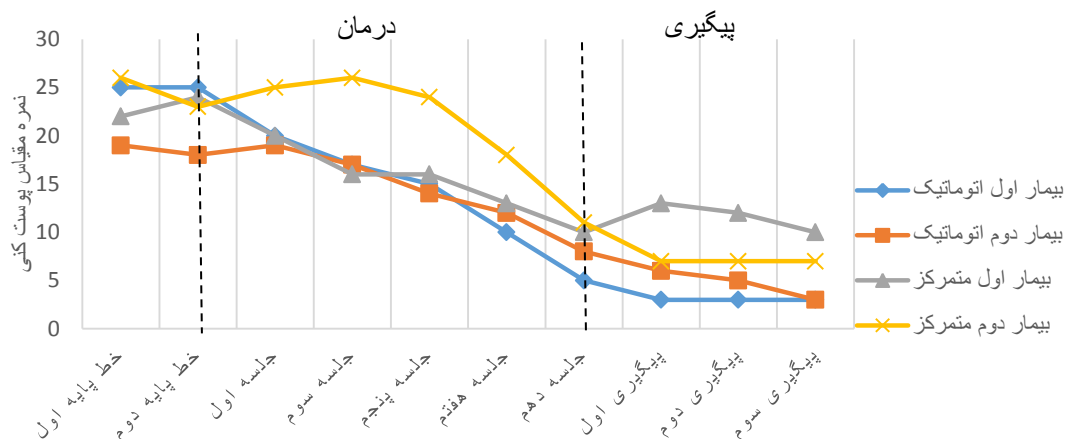
در ابتدا برخی ویژگی های جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در جدول ۱ ارائه می شود و در ادامه نتایج سنجش های مطالعه ارایه می گردد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی

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



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



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

جدول ۲: درصد بهبودی

اختلال		درصد بهبودی		درصد بهبودی کلی		اندازه اثر
موکنی متمرکز	بیمار اول	٪۷۵	بیمار دوم	٪۷۰	بیمار اول	بیمار دوم
موکنی اتوماتیک	٪۹۴	٪۵۸	٪۷۶	٪۱۰۴	۰/۴۳	۱/۴۵
کندن پوست متمرکز	٪۵۸	٪۵۲	٪۵۵	٪۱۶۰	۰/۶۳	۱/۰۸
کندن پوست اتوماتیک	٪۸۰	٪۵۵	٪۶۷	٪۵۵	۱/۰۸	

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

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

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

بحث

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

(۲۸). ACT الگوی اجتناب تجربه ای بیمار را می شکند و رفتارهای مرتبط با ارزش و هدف زندگی را افزایش می دهد و تمرین هایی را به بیمار می دهد که کنترل محرک های آزارنده درونی را کاهش می دهد (۲۹). و لذا برای نوع متمرکز مناسب است (۱۳). با توجه به این که درمان حاضر ترکیبی از HRT و ACT است لذا برای هر دو نوع موکنی متمرکز و اتوماتیک مناسب است. یافته دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر AEBT سبب کاهش پوست کنی متمرکز می شود. این یافته هم سو با مطالعه (۱۴، ۲۹) کاپریوتی و همکاران در مطالعه خود دریافتند که بیشترین اثربخشی پروتکل AEBT بر نوع متمرکز به دلیل تاثیر آن بر تمایلات ناخواسته، افکار و هیجاناتی است که از کندن متمرکز ناشی می شود. آن ها در تبیین این مساله عنوان نمودند که ACT در بسته درمانی AEBT الگوی اجتنابی را در هم می شکند و فراوانی رفتارهایی که با ارزش های فرد همراستاست را افزایش می دهد و با تمرین های تجربی کنترل محرک های آزارنده درونی را کمتر می کند و آن ها را در بافتی قرار می دهد که نیازی به کنترل رفتار فرد نداشته باشند (۲۹) یافته دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر AEBT سبب کاهش پوست کنی اتوماتیک می شود این مطلب با یافته کاپریوتی و همکاران (۲۹). ناهمخوان ولی با یافته (۵، ۱۳، ۱۴) که مطرح می کنند بسته درمانی مبتنی بر AEBT برای نوع اتوماتیک موثر است همراستاست. در تبیین این مساله می توان عنوان نمود که HRT متمرکز بر از هم گسیختن رفتار آشکار کندن پوست است و لذا برای نوع اتوماتیک مناسب است (۲۹). تکنیک HRT/SC در بسته درمانی AEBT، متمرکز بر حذف یا دشوار نمودن رفتار آشکار از طریق آموزش پاسخ رقیب و نیز افزایش آگاهی و خودنظارتی است آموزش آگاهی برای اختلال کندن شامل تشخیص سلسله اتفاقاتی است که با محرک رفتاری آغاز می شود و منجر به راه اندازی عادت می شود و با تقویت کننده های پس از عمل کندن یا کشیدن به اوج می رسد (۳۰). هدف از آموزش آگاهی کمک به مراجع برای تشخیص عادت و علائم هشدار است، خودنظارتی ضروری است چون HRT اساساً یک فرایند خودمدیریتی است که از مراجع می خواهد پاسخ رقیب را زمان رخداد رفتار مشکل زا به کار برد (۳۱). بیشترین موفقیت HRT مبتنی بر آموزش آگاهی است و افزایش آگاهی در مراجع به شیوه های مختلف انجام می گیرد (۳۰). آگاهی افراد از رفتار عاداتی به سادگی بدی رفتار را بیشترین نشان می دهد ثانیاً خودنظارتی یک تنبیه ملایم برای رفتار عاداتی (۲۶). هم چنین پاسخ رقیب نیز اجرای پاسخ قبلی را دشوار می کند. علت ناهم سویی یافته حاضر با مطالعه کاپریوتی و همکاران (۲۹) که دریافتند بیشترین اثربخشی پروتکل AEBT بر نوع متمرکز است این است که پژوهش آن ها عامل همبودی، سطح اضطراب، سن و هوش بهر افراد شرکت کننده را کنترل نکرده بود و این عوامل می تواند ناهم سویی را توجیه کند. کلیت تغییر: نتایج پژوهش نشان

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

نتیجه‌گیری

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

محدودیت‌های پژوهش

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

پیشنهادات

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

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

قدردانی

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

ملاحظات اخلاقی

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

منافع متقابل

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

منافع مالی

منابع مالی ندارد.

مشارکت مولفان

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

References

1. Association A P. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Inc; 2013.
2. Christenson G A, Mackenzie T B, Mitchell J E. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *The American journal of psychiatry* 1991; **148**(3): 365. doi: 10.1176/ajp.148.3.365
3. Woods D W, Wetterneck C T, Flessner C A. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour research and therapy* 2006; **44**(5): 639-656. doi: 10.1016/j. brat.2005.05.006
4. Diefenbach G, Mouton-Odum S, Stanley M. Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy* 2002; **40**(11): 1305-1315. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00006-2
5. Walther M R, Flessner C A, Conelea C A, Woods D W. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2009; **40**(1): 127-135. doi: 10.1016/j. jbt.2008.07.002
6. Arnold L M, McElroy S L, Mutasim D F, Dwight M M, Lamerson C L, Morris E M. Characteristics of 34 adults with psychogenic Excoriation. *The Journal of clinical psychiatry* 1998; **59**(10): 509-514. doi: 10.4088/jcp.v59n1003
7. Arnold L M, Auchenbach M B, McElroy S L. Psychogenic Excoriation. *CNS drugs* 2001; **15**(5): 351-359. doi: 10.2165/00023210-200115050-00002
8. Flessner C A, Woods D W, Franklin M E, Cashin S E, Keuthen N J, Board TLC-SA. The Milwaukee inventory for subtypes of trichotillomania-adult version (MIST-A): development of an instrument for the assessment of "focused" and "automatic" hair pulling. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2008; **30**(1): 20-30. doi: 10.1007/s10862-007-9073-x
9. du Toit P L, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein D J. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Comprehensive Psychiatry* 2001; **42**(3): 247-56. doi: 10.1053/comp.2001.23134
10. Fine K M, Walther M R, Joseph J M, Robinson J, Ricketts E J, Bowe W E, et al. Acceptance-enhanced behavior therapy for trichotillomania in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; **19**(3): 463-471. doi: 10.1016/j. cbpra.2011.10.002
11. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology* 2007; **63**(9): 871-890. doi: 10.1002/jclp.20400
12. Flessner C A, Woods D W. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior modification* 2006; **30**(6): 944-963. doi: 10.1177/0145445506294083
13. Woods D W, Twohig M P. *Trichotillomania: An ACT-enhanced behavior therapy approach therapist guide*. Oxford University Press, 2008.
14. Flessner C A, Busch A M, Heideman P W, Woods D W. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification* 2008; **32**(5): 579-594. doi: 10.1177/0145445507313800
15. Azrin N, Nunn R. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour research and therapy* 1973; **11**(4): 619-628. doi: 10.1016/0005-7967(73)90119-8
16. Tolin D F, Franklin M E, Diefenbach G J, Anderson E, Meunier S A. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. *Cognitive behaviour therapy* 2007; **36**(3): 129-144. doi: 10.1080/16506070701223230

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