



Case Report

Trichotillomania Disorder in a Child with Intellectual Disability and the Efficacy of Habit-Reversal Training Techniques: A Case Report

Abolghasem Yaghoobi (Ph.D)^{*1} , Khosro Rashid (Ph.D)² , Leila Ali Bolandi³ 

¹ Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu -Ali Sina University, Hamadan, Iran. ² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu -Ali Sina University, Hamadan, Iran. ³ Ph.D Candidate in Educational Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu -Ali Sina University, Hamadan, Iran.

Abstract

Trichotillomania disorder, or hair pulling disorder, is a condition in which patients unconsciously engage in hair-pulling, which reinforces compulsive hair pulling behaviors, culminating in conscious and deliberate hair pulling. Behavioral therapy is a common treatment approach for this disorder. Habit-reversal training (HRT) is a particularly effective treatment method for children with intellectual disabilities who exhibit this disorder. This case report presents the efficacy of HRT in reducing trichotillomania-associated severity and distress. The patient was a 13-year-old girl with intellectual disability who met the diagnostic criteria for trichotillomania according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). She received eight sessions of HRT techniques over one month. The Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale (MGH-HPS) was employed to measure the severity and distress of the hair pulling behavior. Given the patient's intellectual disability (intelligence quotient [IQ]=65) and limited ability to respond to self-report questions about the nature of self-interests, the parent-report version of the scale was used both during the treatment and the one-month follow-up. The effectiveness of the intervention was evaluated using visual analysis of graphs, percentage of improvement, effect size, and photographs of the eyebrow hair pulling before and after treatment. The results indicated that the HRT significantly reduced both the severity (effect size=1.75) and distress (effect size=1.77) of the trichotillomania disorder, and the patient exhibited a high percentage of improvement. The one-month follow-up demonstrated that the results were maintained.

Keywords: Trichotillomania, Intellectual Disability, Child, Habit

*Corresponding Author: Abolghasem Yaghoobi (Ph.D), E-mail: yaghoobi@basu.ac.ir



Received 13 Nov 2023

Final Revised 6 Jul 2024

Accepted 7 Jul 2024

Published Online 23 Dec 2024

Cite this article as: Yaghoobi A, Rashid K, Ali Bolandi L. [Trichotillomania Disorder in a Child with Intellectual Disability and the Efficacy of Habit-Reversal Training Techniques: A Case Report]. J Gorgan Univ Med Sci. 2024; 26(4): 78-84. [Article in Persian]

 10.21859/JGorganUnivMedSci.26.4.78





Introduction

Trichotillomania disorder, or hair pulling disorder, is a condition in which patients considerably engage in pulling out of their own hair, typically from the scalp, eyebrows, eyelashes, or other body areas. Prior to or while resisting the urge to hair pulling, these individuals often experience a sense of tension or stress, which is relieved by the act of hair pulling. However, not all of these patients undoubtedly experience tension before hair pulling and a feeling of relief afterwards. Trichotillomania is a mental health disorder characterized by the persistent urge to pull out one's hair, often culminating in dysfunction or distress.

Trichotillomania was previously classified as an impulse control disorder according to the diagnostic criteria outlined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV); however, in the fifth edition (DSM-V), it was reclassified as an obsessive-compulsive disorder.

Numerous studies have indicated a potential negative impact of trichotillomania on both physical and psychological functioning of patients. Hair loss is a primary physical consequence of this disorder, which may culminate in skin lesions and infections. A group of patients who ingest their hair are at risk of developing trichobezoar, which can result in anorexia, nausea, weight loss, and potentially death. Beyond the mentioned complications, individuals with trichotillomania often experience social difficulties due to avoidance of various social situations and public places.

According to longitudinal studies, spontaneous remission of trichotillomania is exceedingly rare. Clinical literature highlights the use of various therapeutic approaches for trichotillomania, including pharmacotherapy, behavioral therapy, hypnotherapy, cognitive-behavioral therapy (CBT), and acceptance and commitment therapy (ACT).

CBT techniques have demonstrated efficacy in treating trichotillomania, with habit-reversal training (HRT) being the most prominent. HRT involves self-monitoring of behaviors, enhancement of coping strategies, increased social support, and relaxation therapy.

Behavioral interventions for trichotillomania generally consist of three core components: Awareness training, stimulus control, and competing response training. Awareness training involves techniques to improve the patient's awareness of hair pulling and to better anticipate the urge to pull. Stimulus control employs various methods to reduce the likelihood of the behavior's initiation. In competing response training, at the first sign of an urge to pull, the patient is taught to engage in a behavior that is physically incompatible with hair pulling for a brief period. Awareness training may involve the use of visual cues, such as large stop signs in locations where the urge to pull is likely to occur. Stimulus control is another crucial component of HRT for trichotillomania. Hair pulling often occurs in a specific situational context, for example, while watching television. Over time, this context often serves as a stimulus for the habit. Stimulus control (e.g., wearing gloves) has been rated as one of the most beneficial techniques in the treatment of trichotillomania. Competing responses, the third major component of HRT, encompass response manipulation and behavioral corrections. Competing responses involve manipulating objects, such as stress balls or stretchy toys. Competing response behaviors should be practiced repeatedly. This article reports on the efficacy of HRT in reducing the severity and distress of trichotillomania.

Case Presentation

The patient, a 13-year-old girl with intellectual disability, was a second-grade student at a special education school and exhibited significant hair loss in the eyebrow area. Based on Wechsler, Leiter, and Goodenough Intelligence Scales, her intelligence quotient (IQ) was determined to be 65. The patient was the firstborn in a family of four. Her younger brother, who had an IQ of 38 and was considered trainable, received more parental attention. As a result, the patient in question received less parental attention. A clinical interview with the patient's father, conducted using the DSM-V, confirmed the presence of trichotillomania. To rule out any underlying dermatological conditions in the affected areas, the patient was examined by a dermatologist. No clinical skin or hair disorders were identified.

The Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale (MGH-HPS) is a 7-item self-report measure, rated on a 5-point Likert scale, that assesses the severity and distress of hair-pulling urges and behaviors (specifically, eyebrow hair pulling) over the past week. A cut-off score of 17 is used, with higher scores indicating the presence of the disorder. The scale measures the intensity of pressure and distress associated with resisting against hair pulling urges. Given the cognitive characteristics of the student, who had an IQ of 65 and was unable to reliably respond to self-report questions about the nature of self-interests, the parent-report version of the MGH-HPS was employed. This questionnaire, based on a Likert scale, allows for the assessment of severity and distress. Its reliability and validity have been established. Scores on each item range from 0 to 10, with 0 indicating the absence of the disorder and 10 indicating the most severe form. This scale has been adapted and validated in Iranian clinical samples. The reliability and validity of this questionnaire have been calculated in Iranian studies, with internal consistency coefficient of Cronbach's alpha of 0.792. The HRT protocol was adapted from Franklin and Tolin's article. HRT techniques were administered to the patient individually over eight sessions. Therapy sessions were conducted twice a week (45 minutes each) for one month. The subject was reassessed using the parent-report version of the MGH-HPS at sessions 2, 4, 6, 8, and one month post-treatment.

The implementation of HRT caused a significant reduction in the severity and distress associated with trichotillomania, culminating in a high percentage of symptom improvement. The patient demonstrated a sustained improvement in symptoms throughout the treatment and during a one-month follow-up period.

Conclusion

The efficacy of HRT techniques in reducing the severity and distress associated with trichotillomania in the eyebrow region of the investigated child with intellectual disability was demonstrated.

Ethical Statement

The rationale for treatment was explained to the parents following a diagnostic interview, collecting data from parents, and direct observation of behavior in a clinical setting. Subsequently, they participated in the study after expressing their consent and signing a written informed consent form.

Conflicts of Interest

No conflict of interest.

Acknowledgement

The authors would like to thank the patient who participated in this study and her family. We would also like to thank the esteemed management of the Modarres Exceptional Education Center for their cooperation in conducting this study.

The implementation of HRT techniques was efficient in reducing the severity and distress associated with trichotillomania in the child with intellectual disability, and a high rate of improvement was observed in the patient.



گزارش مورد

اختلال تریکوتیلومانیا کودک ناتوان ذهنی و اثربخشی آموزش فنون وارونه سازی عادت: گزارش یک مورد

دکتر ابوالقاسم یعقوبی*^۱، دکتر خسرو رشید^۲، لیلا علی بلندی^۳

۱ استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. ۲ دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. ۳ دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

چکیده

در اختلال تریکوتیلومانیا (*Trichotillomania disorder*) یا بیماری موکنی، بیماران ناآگاهانه اقدام به کنندن موهای خود نموده که به تقویت تکانه‌های موکنی در آنها منتهی می‌شود و پس از آن آگاهانه به موکنی می‌پردازند. یکی از روش‌های درمانی برای این اختلال رفتاردرمانی است. وارونه‌سازی عادت از موثرترین درمان‌ها برای اختلالات تریکوتیلومانیا کودک ناتوان ذهنی است. در این مقاله اثربخشی آموزش فنون وارونه‌سازی عادت در کاهش شدت و پریشانی تریکوتیلومانیا گزارش شده است. بیمار دختری ۱۳ ساله ناتوان ذهنی مبتلا به تریکوتیلومانیا بود. بیمار با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-5 در طرح درمان قرار گرفت و آموزش فنون وارونه‌سازی عادت را طی هشت جلسه، به مدت یک‌ماه دریافت کرد. ابزار سنجش، مقیاس موکنی بیمارستان ماساچوست بود که شدت و پریشانی موکنی را اندازه‌گیری می‌کند. بنا به ویژگی‌های ذهنی دانش‌آموز که دارای هوشبهر ۶۵ بود و قادر به پاسخگویی مطمئن به پرسش‌های مربوط به ماهیت تمایلات مربوط به خود نبود؛ لذا از مقیاس موکنی بیمارستان ماساچوست شامل گزارش والدین استفاده شد و در طی درمان و پیگیری یک‌ماهه از این مقیاس استفاده گردید. از شاخص‌های بازبینی نمودارها، درصد بهبودی، اندازه اثر و عکس موکنی ابرو قبل و بعد از درمان استفاده شد. آموزش فنون وارونه‌سازی عادت، سبب کاهش شدت (اثربخشی در مقیاس ۱/۷۵) و پریشانی (اثربخشی در مقیاس ۱/۷۷) اختلال تریکوتیلومانیا گردید و بیمار توانست میزان درصد بهبودی بالایی را نشان دهد و پیگیری یک‌ماهه بعد از اتمام درمان، حاکی از ماندگاری این نتیجه بود.

واژه‌های کلیدی: تریکوتیلومانیا، ناتوانی ذهنی، کودک، عادت

* نویسنده مسؤول: دکتر ابوالقاسم یعقوبی، پست الکترونیکی: yaghoobi@basu.ac.ir

نشانی: همدان، چهار باغ شهید مصطفی احمدی روشن، دانشگاه بوعلی سینا، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، تلفن ۰۸۱-۳۱۴۰۰۰۰۰

وصول ۱۴۰۲/۸/۲۲ اصلاح نهایی ۱۴۰۳/۴/۱۶ پذیرش ۱۴۰۳/۴/۱۷ انتشار ۱۴۰۳/۱۰/۳

مقدمه

در اختلال تریکوتیلومانیا (*Trichotillomania disorder*) یا بیماری موکنی، مبتلایان به‌طور قابل توجهی موی قسمتی از بدن مانند سر، ابرو، مژه‌ها و یا سایر قسمت‌های بدن خود را می‌کنند. این افراد قبل از اقدام به موکنی یا در حین تلاش برای مقاومت در برابر موکنی، احساس فشار نموده و با کنندن مو، احساس رضایت و راحتی دارند. البته احساس تنش قبل از اقدام به موکنی و احساس راحتی پس از آن به‌طور قطع در تمام این بیماران وجود ندارد.^۱ تریکوتیلومانیا یک بیماری بهداشت روانی است که با کشیدن مداوم موهای فرد مشخص می‌شود که اغلب منجر به اختلال عملکرد یا پریشانی می‌گردد.^۲

واژه تریکوتیلومانیا (*Trichotillomania*) از ریشه واژه یونانی Thrix به معنای مو و Tillen به معنای کنندن و Mania به معنای یک نوع رفتار جبری و وسواس‌گونه گرفته شده است.^۳ تریکوتیلومانیا با

توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) جزو اختلالات کنترل تکانه طبقه‌بندی شده بود؛ اما در ویرایش پنجم (DSM-V) در گروه اختلالات وسواسی - اجباری قرار گرفت.^۳

نتایج مطالعات متعدد حاکی از احتمال اثر سوء اختلال موکنی بر کارکرد فیزیکی و روانی فرد مبتلا است. ریزش مو از مهم‌ترین پیامد فیزیکی این اختلال است که ممکن است منجر به زخم‌های پوستی و عفونت شود. گروهی از بیماران که موی خود را می‌بلعند؛ مستعد تریکوبیزوار (*Trichobezoar*) هستند که می‌تواند بی‌اشتهایی، تهوع، کاهش وزن و شاید مرگ را در پی داشته باشد.^۴ علاوه بر مشکلات ذکر شده، در این اختلال فرد به دلیل اجتناب از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی و مکان‌های عمومی با مشکلات اجتماعی مواجه می‌شود.^۵

طبق نتایج مطالعات طولی صورت گرفته، بهبود خودبه‌خودی وسواس موکنی بسیار نادر است. در متون بالینی، به استفاده از

والدین توجه کمتری به بیمار مورد مطالعه داشتند. براساس مصاحبه بالینی با پدر بیمار، بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-5، وجود اختلال تریکوتیلومانیا تایید شد. برای اطمینان از عدم وجود مشکلات پوستی در مناطق درگیر موکنی، دانش آموز توسط متخصص پوست و مو ویزیت شد و هیچ مشکلی بالینی در زمینه بیماری پوست و مو وجود نداشت.

مقیاس موکنی ماساچوست، یک ابزار خود گزارشی ۷ ماده‌ای است که به صورت پنج گزینه‌ای نمره گذاری می‌شود و شدت و پریشانی تکانه‌ها و رفتار موکنی (به شکل کندن موی ابرو) را در طی هفته گذشته ارزیابی می‌کند. نقطه برش ۱۷ است و نمره بالاتر نشانگر وجود اختلال است. این مقیاس شدت فشار و پریشانی مقاومت در برابر موکنی را می‌سنجد.^{۱۲} بنا به ویژگی‌های ذهنی دانش آموز که دارای هوشبهر ۶۵ بود و قادر به پاسخگویی مطمئن به پرسش‌های مربوط به ماهیت تمایلات مربوط به خود نبود؛ لذا از مقیاس موکنی بیمارستان ماساچوست شامل گزارش والدین^{۱۱} استفاده شد. این پرسشنامه براساس اندازه‌گیری لیکرت است و امکان سنجش شدت و پریشانی را فراهم می‌آورد. روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است.^{۱۲} نمره هر کدام از این مقیاس از صفر تا ۱۰ را شامل شده که در پایین‌ترین نمره (نمره صفر) نشانه عدم وجود اختلال و در بالاترین نمره (نمره ۱۰) نشانه شدیدترین حالت اختلال است.^{۱۳، ۱۴} این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا شده است.^{۱۵} روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات ایرانی محاسبه شده است.^{۱۶، ۱۷} و ضریب پایایی پرسشنامه با روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹۲ محاسبه شده است.^{۱۷}

پس از انجام مصاحبه تشخیصی، کسب اطلاعات از والدین و مشاهده مستقیم رفتار در موقعیت بالینی، منطبق درمان برای والدین شرح داده شد. سپس آنها پس از اعلام رضایت و امضاء رضایت‌نامه کتبی، در مطالعه شرکت کردند و روند درمان به‌طور انفرادی دنبال شد. گاهی در محیط‌های بالینی و آموزشی، امکان استفاده از گروهی که طرح‌های نیازمند تکرار یا حذف متغیر مستقل است؛ وجود ندارد. تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها و ناهمگن بودن افراد نمونه از دلایلی است که نمی‌توان از طرح‌های گروهی استفاده نمود. در این مواقع که پژوهشگر با چنین قید و بندهای اخلاقی و عملی روبروست؛ طرح منفرد تنها الگوی ارزیابی مناسب است.

پروتکل درمانی وارونه‌سازی عادت با استفاده از مقاله Franklin و Tolin تهیه شد.^۵ آموزش فنون وارونه‌سازی عادت طی هشت جلسه برای بیمار مورد مطالعه به صورت انفرادی اجرا شد (جدول یک). جلسات درمان دوبار در هفته (مدت زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه)، به مدت یک ماه اجرا شد. آزمودنی در جلسات دوم، چهارم، ششم،

رویکردهای درمانی مختلف برای تریکوتیلومانیا از جمله دارودرمانی، رفتاردرمانی، هیپنوتراپی، درمان شناختی - رفتاری (Cognitive behavior therapy: CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) اشاره شده است.^۲

تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری، اثربخشی در معالجه تریکوتیلومانیا را نشان داده‌اند و برجسته‌ترین آن، وارونه‌سازی عادت (Reversal Technique Training) است. وارونه‌سازی عادت شامل کنترل خود بر رفتارها، بهبود راهکارهای مقابله با استرس، افزایش حمایت اجتماعی و آرامش درمانی است.^۶

مداخلات رفتاری برای تریکوتیلومانیا به‌طور کلی شامل سه عنصر اصلی آموزش آگاهی، کنترل محرکی و آموزش پاسخگویی رقیب است. در آموزش آگاهی، تکنیک‌ها برای بهبود آگاهی بیمار در مورد کشیدن و کندن مو و بهتر از این نیاز به پیش کشیدن است. برای کنترل محرکی، روش‌های مختلفی است تا احتمال شروع رفتار کاهش داده شوند. در آموزش پاسخگویی رقیب، بیمار در اولین علامت کشیدن مو یا اصرار به کندن مو، آموزش داده می‌شود تا درگیر رفتاری شود که از نظر جسمی برای مدت زمانی کوتاه با کشیدن مو ناسازگار باشد.^۶ آموزش آگاهی، ممکن است شامل استفاده از وسایل بصری باشد. یادآوری مانند علائم توقف بزرگ در مکان‌هایی که در آن تمایل کشیدن و کندن مو رخ می‌دهد. کنترل محرکی، یکی دیگر از اجزای مهم برگردان عادت برای تریکوتیلومانیا است. موکنی اغلب در محیطی با زمینه مخصوص به‌طور مثال هنگام تماشای تلویزیون رخ می‌دهد. با گذشت زمان، این زمینه اغلب به عنوان محرکی برای این عادت عمل می‌کند. کنترل محرکی (به‌طور مثال پوشیدن دستکش) در درمان موکنی به‌عنوان یکی از مفیدترین راهکارها درجه‌بندی شده است.^۷ پاسخ‌های رقابتی، سومین مؤلفه اصلی برگردان رفتار شامل دستکاری پاسخ‌ها و تصحیحات رفتاری است. رقابت پاسخ‌ها، شامل دستکاری اشیاء مانند توپ‌های استرس یا اسباب‌بازی‌های لاستیکی کششی است. رفتارهای واکنشی رقابتی بایستی به‌طور تکرار مکرر انجام شود.^۸ در این مقاله اثربخشی آموزش فنون وارونه‌سازی عادت در کاهش شدت و پریشانی تریکوتیلومانیا گزارش شده است.

معرفی بیمار

بیمار دختری ۱۳ ساله، دچار ناتوانی ذهنی، محصل کلاس دوم مدرسه ویژه و دچار کاهش چشمگیر مو در ناحیه ابرو بود. بیمار براساس مقیاس‌های هوشی Goodenough و Leiter، Wechsler^{۹-۱۱} هوشبهری معادل ۶۵ داشت.

بیمار فرزند اول خانواده ۴ نفری بود که فرزند دوم خانواده پسری تربیت‌پذیر با هوشبهر ۳۸ بود و به دلیل مراقبت بیشتر از فرزند دوم،

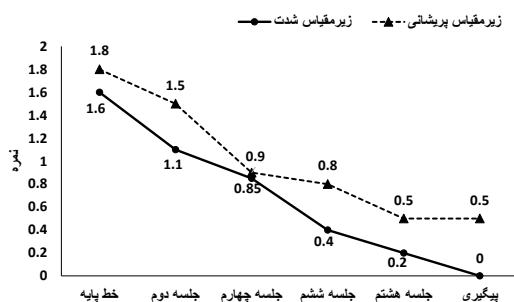
نمودار یک آمده است. تصویر ناحیه ابروی بیمار قبل و بعد از اجرای آموزش فنون وارونه سازی عادت با رویش ابرو، در شکل یک قابل مشاهده است.

هشتم و یک ماه پس از پایان درمان، مجدداً توسط همان ابزار مقیاس موکنی از نوع گزارش والدین، ارزیابی شد.

جدول ۱: شرح محتوی جلسات آموزش فنون وارونه سازی عادت در درمان تریکوتیلومانیا

جلسه	شرح جلسه
اول	ایجاد ارتباط مناسب، آموزش دهی روانی اجتماعی در مورد ماهیت موکنی با استفاده از زبان متناسب با سطح تحول کودک و به دست آوردن خط پایه از نشانه‌ها.
دوم	مربوط به ارتقاء آگاهی است که اولین مرحله در آموزش برگردان رفتار است. یکی از روش‌های استفاده شده برای ارتقاء آگاهی وانمودسازی است. از دانش آموز خواسته شد تا زنجیره موکنی را در جلسه درمان به نمایش بگذارد. استفاده از نشانه‌های دیداری مانند علامت ایست بزرگ به رنگ قرمز در جاهایی از محل زندگی که در معرض دید باشد. همچنین استفاده از نشانه شنیداری مانند بستن یک یادآور صدادر به میچ دست به نحوی که به محض بالا بردن دستش صدای آن را بشنود و از صدای بلند آن بازخورد بگیرد.
سوم	جلسه با آموزش پاسخ متضاد ادامه یافت. قاعده اصلی در برگردان عادت این است که از بیمار خواسته شود؛ وقتی میل به انجام عادت دارد؛ خود را به فعالیتی مغایر با آن عادت مشغول دارد؛ فعالیتی که او را از انجام آن عادت باز دارد. به طور مثال در صورتی که دانش آموز تحت فشار موکنی است؛ یک شیء نسبتاً نرم مانند کاموا یا توپ نرم را بفشارد.
چهارم	تمرین‌هایی به دانش آموز با حضور مادر وی داده شد تا بتواند آنچه در یادگیری پاسخ متضاد آموخته را در منزل با عنوان تکالیف خانگی انجام دهد.
پنجم	آموزش تن آرامی انجام شد. به شکلی که فرد در جایی مناسب و راحت قرار گرفت و در یک فضای ساکت و آرام شروع به ایجاد انقباض و انبساط در تمامی عضلات خود از سر تا انگشتان پا نمود. از این راهبرد برای کاهش تنش‌های جسمانی و اضطراب که برانگیخته کننده موکنی است؛ استفاده شد.
ششم	راهبردهای خودمراقبتی آموزش داده شد. با توجه به پیامد از دست دادن ابرو، آموزش خودمراقبتی سبب توجه فرد به خود و نیز اهمیت دادن بیشتر به خود شده که منجر به تقویت عزت نفس می‌شود.
هفتم	از آنجایی که نشانه‌های موکنی در محیط روی می‌دهد و شکل‌گیری عادت موکنی به زمینه یا محیطی که در آن رخ می‌دهد؛ وابسته است؛ لذا کنترل یا تغییر آن نیز به کنترل محرک‌های محیطی که عادت در آن محیط کسب شده؛ بستگی دارد.
هشتم	در جلسه پایانی، بار دیگر مروری بر تکنیک‌های آموزش داده شده انجام شد. سپس مشکلات و مسائلی که ممکن است طی اجرای فنون برای دانش آموز و مادر وی، در طرح درمانی پیش آمده باشد؛ بررسی و به پرسش‌های آنان پاسخ داده شد.

جدول ۲: شاخص‌های تغییرات روند درمانی، اندازه اثر و درصد بهبودی بیمار مبتلا به اختلال تریکوتیلومانیا		
زیرمقیاس‌ها	درصد بهبودی	اندازه اثر
شدت	۰/۸۷	۱/۷۵
پریشانی	۰/۷۲	۱/۷۷



نمودار ۱: الگوی تغییر نمرات زیر مقیاس‌های شدت و پریشانی بیمار مبتلا به اختلال تریکوتیلومانیا



شکل ۱: تصویر ابروی بیمار قبل و بعد از اجرای آموزش فنون وارونه سازی عادت

بحث

آموزش فنون وارونه سازی عادت در کاهش شدت و پریشانی تریکوتیلومانیا در ناحیه ابروی کودک ناتوان ذهنی مورد مطالعه موثر ارزیابی شد. این یافته همسو با مطالعاتی است که کارایی و اثربخشی آموزش وارونگی رفتار در درمان تریکوتیلومانیا را مورد تایید قرار داده‌اند.^{۱۹،۳۶}

در مطالعه Woods و Houghton اثر درمانی سه روش استفاده از کلومیپرامین، استفاده از هیدروکسی‌زین و شیوه رفتاردرمانی در درمان تریکوتیلومانیا، ۱۵ مراجع ۵ ساله و بالاتر در ۳ گروه ۵ نفری به مدت شش هفته مورد بررسی قرار گرفت و شدت اختلال در گروه رفتاردرمانی بیش از دو گروه دیگر به طور معنی داری کاهش یافت.^{۲۰} در مطالعه موردی Grant و همکاران که روی یک زن ۲۳ ساله انجام شد که از سن ۱۴ سالگی شروع به کشیدن ابروهای خود کرده بود و این کشش به سمت موهای سرش تغییر کرده و در طی ۱۳ سال

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. همچنین برای تحلیل نتایج، شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر (فرمول D کوهن) به کار رفت.^{۱۸}

یکی از اقدامات هدفمند بسیار مفید برای مقایسه شدت تریکوتیلومانیا قبل از درمان و تغییراتی درمانی، استفاده از عکس است که یک ارزیابی واقعی از موفقیت درمان را فراهم می‌کند.^{۱۹،۳۷} بیمار بعد از پذیرش رضایت‌نامه کتبی از سوی پدر و نیز اجازه در خصوص گرفتن عکس، در طرح درمانی قرار گرفت. لذا برای ارزیابی تغییرات، قبل و بعد از درمان از آزمودنی عکس گرفته شد.

آموزش فنون وارونه سازی عادت، سبب کاهش شدت و پریشانی تریکوتیلومانیا گردید و بیمار توانست میزان درصد بهبودی بالایی را نشان دهد (جدول ۲). روند بهبودی طی اجرای آموزش فنون وارونه سازی عادت و ماندگاری آن در پیگیری یک ماهه در

دفعات موکنی خود به میزان ۹۰ درصد بکاهد. به نظر می‌رسد که شروع اختلال موکنی در کودکی یا نوجوانی باشد و مطالعات در مورد اطفال ناکامل است؛ اما عود در بزرگسالی شایع است.^۲ اگرچه در DSM5 تریکوتیلومانیا با OCD گروه‌بندی شده است؛ اما ممکن است کمتر از آنچه در ابتدا تصور می‌شد؛ مشترک باشد. در واقع روش درمان تریکوتیلومانیا که شامل برگشت عادت است؛ کاملاً متفاوت از مواردی است که برای درمان OCD استفاده می‌شود.^{۲۲}

همسو با یافته مطالعه حاضر، در مطالعه Woods و Houghton اثر مثبت آموزش برگردان رفتار در درمان تریکوتیلومانیا تایید شده است.^{۲۳} همچنین در مطالعه Tay و همکاران^{۲۴} و مطالعه Rogers و همکاران^{۲۵} اثر مفید برگردان عادت در کاهش علائم تریکوتیلومانیا گزارش شده است.

توصیه می‌شود در صورتی که بیمار کودک است؛ آموزش فنون وارونه‌سازی عادت و این آگاهی متناسب با سن تحولی وی باشد و والدین نیز به‌طور کامل در جریان طرح درمانی قرار داشته باشند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که آموزش فنون وارونه‌سازی عادت در کاهش شدت و پریشانی اختلال تریکوتیلومانیا در کودک ناتوان ذهنی اثربخش بوده و درصد بهبودی بالایی در بیمار مشاهده گردید.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از بیمار شرکت کننده در مطالعه و خانواده وی صمیمانه تشکر می‌نماییم. همچنین از مدیریت محترم مرکز آموزشی استثنایی مدرس یک که در زمینه اجرای این مطالعه با ما همکاری داشتند؛ سپاسگزاریم. بین نویسندگان تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 2000. doi: 10.1176/appi.books.9780890423349.
2. Franklin ME, Zragrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. Expert Rev Neurother. 2011 Aug;11(8):1165-74. doi: 10.1586/ern.11.93.
3. Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Treatment of hairpulling (Trichotillomania): A comparative study of habit reversal and negative practice training. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1980;11:13-20. doi: 10.1016/0005-7916(80)90045-2.
4. Caixeta LF, Lopes DB. Trichotillomania in a dementia case. Dementia & Neuropsychologia. 2011;5:58-60. doi: 10.1590/S1980-57642011DN05010011.
5. Franklin ME, Tolin DF. Treating Trichotillomania: Cognitive-Behavioral Therapy for Hairpulling and Related Problems (Series in Anxiety and Related Disorders). 1st ed. New York: Springer. 2007.
6. Grant JE, Dougherty DD, Chamberlain SR. Prevalence, gender correlates, and co-morbidity of trichotillomania. Psychiatry Res. 2020 Jun;288:112948. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112948.

گذشته به یک روال روزمره تبدیل شده بود. درمان وارونه‌سازی عادت برای وی اجرا شد که توانست شدت کشیدن مو را کاهش دهد.^۶ تریکوتیلومانیا با سطح قابل توجهی از پریشانی همراه است و رفتاردرمانی با تکنیک‌های طراحی شده مانند وارونه‌سازی عادت، نشان‌دهنده یک مسیر امیدوارکننده در درمان تریکوتیلومانیا است.^{۲۱} نظر کارشناسان با استفاده از تاریخچه درمان رفتاری، در حمایت از آموزش برگردان عادت، به عنوان گزینه اول درمان تریکوتیلومانیا، همگرا است.^{۲۲}

برخی از عادت‌ها به این دلیل ادامه می‌یابند که بدون توجه و آگاهی، انجام می‌شوند.^{۲۳} به نظر می‌رسد این منطبق در تبیین اختلال موکنی و دیگر اختلالات کنترل تکانه مناسب باشد. بیماران آموزش می‌بینند که در صورت احساس فشار ناشی از تکانه‌های موکنی به رفتارهای متضاد روی آورند. این فعالیت‌ها بایستی حداقل به مدت سه تا پنج دقیقه انجام شوند که برای کودکان ۳۰ ثانیه و برای نوجوانان یک دقیقه توصیه می‌شود. قاعده اصلی در برگردان عادت آن است که وقتی بیمار میل به انجام عادت دارد؛ خود را به فعالیتی مغایر با آن عادت مشغول دارد که این روش پاسخ معارض نامیده می‌شود. زیرا عضلات را وا می‌دارد تا حرکتی مخالف میل فرد انجام شده و بیمار را از انجام عادت باز دارد. اگر پاسخ یا رفتار معارض به موقع و بجا انجام شود؛ دیگر تمایلی به موکنی نخواهد بود. در واقع برای ماهیچه‌ها غیرممکن است که در یک زمان، در دو فعالیت متضاد درگیر شوند. با تداوم تمرین و به تدریج، ماهیچه‌ها عادت نامناسب موکنی را فراموش کرده و بیمار خواهد توانست حرکت دست‌هایش را متوقف کند.^{۲۴} گزارش شده است که بیماران تنها با ارتقای آگاهی و انجام یک پاسخ معارض توانسته‌اند از فراوانی

7. Grant JE, Redden SA, Medeiros GC, Odlaug BL, Curley EE, Tavares H, et al. Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety. Int J Psychiatry Clin Pract. 2017 Nov;21(4):302-306. doi: 10.1080/13651501.2017.1314509.
8. Keuthen NJ. Help for Hair Pullers: Understanding and Coping with Trichotillomania. 1st ed. Oakland, California, US: New Harbinger Publications. 2001.
9. Nazari M, Sharifi Daramadi P, Asgari M, Afroz Gh, Gasemzadeh S. [Diagnostic Validity of the Fifth Integrated Version of Wechsler's IQ Scale for Children with Learning Disabilities]. JOEC. 2022;22(4):11-20. [Article in Persian]
10. Tabatabaei Kashani E, Farmarzi S. [Construction and Validation of the Leiter International Performance Scale Software for 3 to 6 Year Old Children of Isfahan]. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2019;19(4):82-92. doi: 10.30486/jrsp.2018.545639. [Article in Persian]
11. Jafari A, Delavar A. [Normalizing Goodenough's Draw A Person (OAP) intelligence test on 6 to 11-year-old pupils in Saveh city]. Educational Psychology. 2006;2(5):1-20. doi: 10.22054/jep.2006.5985. [Article in Persian]
12. Keuthen NJ, Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Stein DJ, Cashin SE. Factor analysis of the Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale. J Psychosom Res. 2007

- Jun;62(6):707-709. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.12.003.
13. Peris TS, Piacentini J, Vreeland A, Salgari G, Levitt JG, Alger JR, et al. Neurochemical correlates of behavioral treatment of pediatric trichotillomania. *J Affect Disord.* 2020 Aug;273:552-61. doi: 10.1016/j.jad.2020.04.061.
 14. Rogers K, Banis M, Falkenstein MJ, Malloy EJ, McDonough L, Nelson SO, et al. Stepped care in the treatment of trichotillomania. *J Consult Clin Psychol.* 2014 Apr;82(2):361-67. doi: 10.1037/a0035744.
 15. Shafaei J, Narimani M, Abolghasemi A, Taklavi S. [Comparing the Effectiveness of Aversion Therapy and Hypnotherapy on Reducing Symptoms and Increasing the Self-esteem of Students with Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder)]. *MEJDS.* 2023;13:18. [Article in Persian]
 16. Javanbakht M. [Effect of Ramadan fasting on self-esteem and mental health of students]. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2009;11(44):266-73. doi: 10.22038/jfmh.2009.1130. [Article in Persian]
 17. Sabet M. [Investigating the practicality of the validity of the Cooper Smith self-esteem test in 19 districts of Tehran]. M.Sc Thesis. Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. 2008. [Persian]
 18. Delavar A. [Possibilities and statistics in psychology and educational sciences]. 14th ed. Tehran: Javaneh Roshd. 2007:p: 425. [Persian]
 19. Morris SH, Zickgraf HF, Dingfelder HE, Franklin ME. Habit reversal training in trichotillomania: guide for the clinician. *Expert Rev Neurother.* 2013 Sep;13(9):1069-77. doi: 10.1586/14737175.2013.827477.
 20. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. *Psychiatr Clin North Am.* 2014 Sep;37(3):301-17. doi: 10.1016/j.psc.2014.05.005.
 21. Lee EB, Homan KJ, Morrison KL, Ong CW, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial of Adults and Adolescents. *Behav Modif.* 2020 Jan;44(1):70-91. doi: 10.1177/0145445518794366.
 22. Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics.* 2004 May;113(5):e494-8. doi: 10.1542/peds.113.5.e494.