

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



۱۳۵۰

دانشگاه اراک

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه علوم تربیتی و روانشناسی

رشته روانشناسی

پروژه عملی درس شیوه های اصلاح و تغییر رفتار

اختلال وسواس موکنی

نام استاد:

آقای دکتر سعید موسوی پور

نام دانشجو:

مریم فلاح

سال تحصیلی:

۱۴۰۰-۱۴۰۱

فهرست

اختلال موکنی	۱
تاریخچه	۱
ملاک های تشخیصی DSM-5	۲
ویژگی های تشخیصی	۲
اختلالات همراه با اختلال وسواس موکنی	۳
تشخیص افتراقی	۳
عوارض ناشی از ابتلا به اختلال موکنی	۴
شیوع	۴
سیر اختلال وسواس موکنی	۵
سبب شناسی	۶
درمان	۶
روش کار	۹
مصاحبه	۹
پرسشنامه ۱	۱۰
نمره گذاری	۱۱
گام های اساسی درمان وسواس موکنی	۱۲
محتوای جلسات	۱۴
پرسشنامه ۲	۱۵
منابع	۱۸

نمودارها

نمودار ۱ ۱۲

نمودار ۲ ۱۷

اختلال موکنی

اختلال کندن مو (تری کوتیلومانی) جزو دسته اختلالات وسواس فکری — عملی (OCD) طبقه بندی شده است. ویژگی اصلی اختلال کندن مو کندن مکرر موی خویشتن است. اختلال موکنی یک وضعیت روانشناختی ناتوان کننده است که با کشیدن مو مشخص می شود و منجر به از دست دادن مو و اختلال در عملکرد می شود.

این اختلال برای افرادی مقرر می شود که موی خود را در پاسخ به احساس تنش یا میل شدید فزاینده می کنند. درواقع افرادی که تشخیص اختلال وسواس موکنی را دریافت می کنند، بیمارانی هستند که بخش زیادی از موهای سر، ابرو، مژه و سایر قسمت های بدنشان را به دلیل موکنی از دست داده اند و در نهایت رنج و درماندگی به دنبال درمان می روند. آنها بعد از کندن موی خود احساس آرامش، لذت یا ارضا می کنند. این افراد از رفتار غیر قابل کنترل خود ناراحت هستند و ممکن است زمینه های اجتماعی، شغلی و زمینه های دیگر عملکرد آنها به خاطر این اختلال مختل شوند.

اختلال کندن مو به طور مزمن با پیامد های اجتماعی روانی منفی در ارتباط است. کندن مو می تواند منجر به اجتناب از فعالیت های اجتماعی و تفریحی و موجب اضطراب در موقعیت های صمیمانه شود. تحقیقات نشان می دهد که اکثر افراد مبتلا به اختلال کندن مو احساساتی از قبیل نداشتن جذابیت فیزیکی، افسردگی، شرم و احساس کم ارزش بودن خود را گزارش می کنند.

کریستنسون و همکاران، ابعاد اتوماتیک و متمرکز را برای اختلال کندن مو مطرح کردند. کشیدن اتوماتیک با عمل کشیدن مو که اساسا خارج از آگاهی رخ می دهد، توصیف می شود و شامل موقعیت هایی است که فرد درگیر فعالیت هایی 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 می شود و در پاسخ به حالت های هیجانی منفی (مثلا اضطراب، استرس، خشم و ...) اتفاق می افتد. مطالعات نشان داده است که بیشتر افراد مبتلا به اختلال کندن مو درجات مختلفی از هر دو نوع را تجربه می کنند و شیوع نسبی این دو سبک تا حدی نامشخص است.

تاریخچه

موکنی برای اولین بار به وسیله هالوپیا (۱۹۸۹) توصیف شد. هالوپیا اختلال وسواس موکنی را یک اختلال روانپزشکی می دانست که به وسیله میل غیر قابل کنترل به موکنی مشخص می شود.

نام این بیماری از ریشه Thrix به معنای مو، Tillein به معنای کندن و Mania به معنای جنون گرفته

شده است. اختلال وسواس موکنی در DSM-IV-TR به عنوان یک طبقه از اختلالات کنترل تکانه طبقه بندی می شود. با تازگی محققان و نظریه پردازان برآن اند که اختلال موکنی بیشتر شبیه به اختلالات وسواسی هستند تا به اختلالات کنترل تکانه، به همین دلیل در طبقه بندی DSM-5 اختلال موکنی در طبقه وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن دسته بندی می شوند.

ملاک های تشخیصی DSM-5

- ۱- موکنی مکرر که به بی مویی منجر می شود.
- ۲- اقدامات مکرر برای کاهش دادن یا متوقف کردن موکنی.
- ۳- موکنی موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد می شود.
- ۴- موکنی یا بی مویی ناشی از بیماری های جسمانی دیگر نیست (مثل بیماری پوستی).
- ۵- موکنی با نشانه های اختلال روانی دیگر (مثل اقداماتی برای بهبود بخشیدن به نقص یا عیب خیالی در ظاهر، در اختلال بدشکلی بدن) بهتر توجیه نمی شود.

ویژگی های تشخیصی

ویژگی اصلی اختلال موکنی، کندن موی مکرر خویشتن است. موکنی می تواند در هر ناحیه بدن که مو رشد می کند روی دهد؛ رایج ترین نواحی کاسه سر، ابروها، و پلک ها هستند، در حالی که نواحی کمتر متداول، زیر بغل، صورت، ناحیه شرمگاهی و اطراف مقعد است. نواحی موکنی ممکن است با گذشت زمان تغییر کنند.

موکنی ممکن است به صورت دوره های کوتاه روی دهد، که در طول روز یا در طول دوره های نه چندان مکرر، اما مداوم پراکنده شده باشند به طوری که به مدت چند ساعت ادامه یابند و این موکنی ممکن است به مدت چند ماه یا چند سال دوام داشته باشد. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است به صورت کاملاً پخش شده مو کنی کنند (یعنی، موهای تکی را از تمام نواحی بکنند طوری که بی مویی به صورت آشکار قابل رؤیت نباشد. به گونه ای دیگر، ممکن است افراد سعی کنند بی مویی خود را پنهان یا استتار کنند (مثلاً با استفاده از لوازم آرایش، روسری، یا کلاه گیس). افراد مبتلا به اختلال موکنی تلاش های مکرری برای کاهش دادن موکنی یا متوقف کردن آن انجام می دهند.

موکنی ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر ایجاد می کند.

اصطلاح ناراحتی، عواطف منفی را شامل می شود که ممکن است توسط فرد مبتلا به اختلال موکنی تجربه شود، مثل احساس نداشتن کنترل، شرمندگی و خجالت.

اختلالات همراه با اختلال وسواس موکنی

مطالعات نشان میدهند که در اکثر موارد اختلال وسواس موکنی حداقل با یک مورد از مشکلات روان شناختی دیگر مانند مشکلات اضطرابی و خلقی همایند هستند. البته قابل ذکر است که جهت این روابط مشخص نیست و هنوز به طور دقیق مشخص نشده است که مشکلات روان شناختی دیگر مقدم بر وسواس موکنی هستند یا نتیجه آن می باشند. تولین و همکارانش (۲۰۰۶) در مطالعه خود روی کودکان و نوجوانان نشان دادند که تنها ۱۸ نفر از ۴۸ نفر (۳۸٪)، معیارهای یک اختلال همراه را برآورده کردند. آنها متوجه شدند که اختلالات اضطرابی رایج ترین بیماری های همراه با اختلال موکنی هستند. مطالعات اخیر نشان داده است که در بزرگسالان تقریباً در ۸۲ درصد موارد این اختلال با یک اختلال دیگر (مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی، OCD، PTSD، اختلال وابستگی به مواد و اختلالات کنترل تکانه همایندی دارد).

تشخیص افتراقی

اختلال وسواس موکنی با کندن مکرر و اجباری مو مشخص می شود که باعث اختلال نسبی در عملکرد فردی-اجتماعی-شغلی و خانوادگی فرد می شود و ناشی از یک اختلال دیگر یا مصرف مواد و یا تغییرات تحولی نیست.

اختلال وسواس موکنی می تواند با اختلال بدشکلی بدن اشتباه گرفته شود. وجه افتراق این دو اختلال در این است که در اختلال بدشکلی بدن ممکن است موکنی وجود داشته باشد ولی هدف موکنی در این دو اختلال متفاوت است، در اختلال بدشکلی بدن فرد برای برطرف کردن زشتی ادراک شده موهای خود را می کند ولی در اختلال وسواس موکنی فرد به طور مکرر موهای خود را می کند و هدف برطرف کردن زشتی خود نیست. همچنین در اختلال بدشکلی بدن موکنی ارادی تر و آگاهانه تر انجام می شود.

اختلال وسواس موکنی دارای ویژگی هایی است که آن را از OCD متمایز می کند، مانند اینکه به طور کلی به جای تقویت منفی، توسط تقویت مثبت حفظ و نگه داری می شود. برای مثال فرد مبتلا به وسواسی-اجباری بیشتر اوقات رفتارها و تشریفات اجباری خاصی را انجام می دهد تا از حضور افکار و تمایلات اذیت کننده در ذهن جلوگیری کند در حالی که در وسواس موکنی فرد با رفتار موکنی حواس خود را از افکار مزاحم برداشته و به طور موقت احساس خوشایندی می کند. گرایش به تک رفتار اجباری در بیماران مبتلا به اختلال

وسواس موکنی برخلاف انواع مختلف تشریفات در افراد مبتلا به OCD هست. در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تقریباً برای هر رفتار اجباری یک شناخت اذیت کننده وجود دارد مانند کسی که شستشوی زیاد را به دلیل وجود افکار نجس و پاکی انجام می دهد. در حالی که برای رفتار موکنی افکار مشخص اذیت کننده وجود ندارد. علاوه بر این در بیماران وسواسی-اجباری به طور معمول طیف وسیعی از رفتارهای اجباری و تشریفات، رفتارهای ایمنی و اجتنابی دیده می شود. در حالی که در بیماران مبتلا به موکنی مشکل اصلی موکنی، اجباری و افراطی هست.

موکنی در اختلالات رشدی مانند اوتیسم نیز دیده می شود. البته قابل ذکر است که موکنی در اختلالات رشدی به صورت رفتار قالبی دیده می شود، رفتار قالبی یکی از علائم اوتیسم است که به صورت تکراری، غیر ارادی و ساده تر خود را نشان می دهد. درحالی که موکنی در اختلال وسواس موکنی، پیچیدگی دارد و به طور معمول به دنبال تنش روانشناختی و ذهنی رخ می دهد و کاملاً غیر ارادی نیست.

گاه به طور طبیعی در دوره ای از زندگی مانند دوران نوجوانی وسواس موکنی موقتی رخ می دهد و پایدار نیست و به طور معمول آسیب جدی در عملکرد فرد در پی ندارد و با هدف زیبا سازی خود و تقویت اعتماد به نفس انجام می شود که این مورد نباید با اختلال وسواس موکنی اشتباه گرفته شود.

عوارض ناشی از ابتلا به اختلال موکنی

افراد مبتلا به این اختلال در زمینه های مختلف زندگی، از صمیمیت جنسی گرفته تا فعالیت های اجتماعی، معاینات پزشکی، و آرایشگری اختلال قابل ملاحظه ای را تجربه می کنند. امکان دارد که آنها همچنین به دامنه ای از نشانه های جسمانی از جمله شکل گیری گوی های مو (توده متراکم مو در معده) مبتلا شوند که در دستگاه معده-روده ای آنها قرار می گیرند و موجب دل درد، تهوع و استفراغ، ضعف و کاهش وزن می شوند.

آنها همچنین می توانند دچار عفونت پوستی، درد یا خونریزی کاسه سر و نشانگان تونل کارپال شوند. از لحاظ روانشناختی، امکان دارد که آنها از عزت نفس پایین، خجالت و شرمندگی، خلق افسرده، تحریک پذیری و جرو بحث رنج ببرند.

اختلال آنها در اوایل عمر آشکار می شود و تا اواسط و اواخر بزرگسالی ادامه می یابد.

شیوع

شیوع طول عمر وسواس موکنی حدود یک درصد برآورد شده است. محققان به تازگی به این نتیجه رسیده اند که شیوع وسواس موکنی رو به افزایش است و حتی حدود ۳ درصد نیز برآورد شده است.

در یک مطالعه شیوع شناسی مبتنی بر نمونه ای از ۲۱۸ بزرگسال، ۰/۴ از افراد مورد بررسی، موکنی فعلی یا گذشته را گزارش کرده اند، اگرچه لزوماً معیارهای تشخیصی را برآورد نمی کرد.

متوسط سن شروع اختلال موکنی را ۱۳ سالگی گزارش کرده اند. این اختلال بیشتر در سنین نوجوانی رخ می دهد. شیوع اختلال وسواس موکنی در جنس مونث بیشتر از جنس مذکر است. حدود ۹۰ درصد مبتلایان را خانم ها تشکیل می دهند ولی به نظر می رسد مردان به خاطر عدم مراجعه برای درمان در مطالعات حضور نداشته اند. کریستنسون پیل و میچل (۱۹۹۱) میزان شیوع طول عمر اختلال موکنی را ۱/۵ درصد برای مردان و ۳/۴ درصد برای زنان گزارش کرده اند. گزارش شده است که این بیماری در پسر بچه ها شایع تر از دختر بچه ها است، حال آن که افراد بالغ جنس مونث بیش از جنس مذکر مبتلا می شوند. عادت کردن مو به طور تدریجی و ناآگاهانه در بیمار شروع می شود و ممکن است تا جایی که منجر به کردن تمام موهای سر شود ادامه یابد.

سیر اختلال وسواس موکنی

به نظر می رسد اختلال وسواس موکنی بزرگسالی ریشه در موکنی دوران کودکی دارد. اکثر بیماران بزرگسال گزارش می کنند که شروع موکنی آنها در اواخر کودکی یا اوایل نوجوانی بوده است. یک مطالعه در نمونه کودکان مبتلا به موکنی نشان داد که حدود نیمی از شرکت کنندگان، یک دوره متناوب را گزارش کردند (دوره بدون علامت حداقل ۳ ماهه) و بقیه شرکت کنندگان هیچ دوره بهبودی علائم را گزارش نکردند. همخوان با این مطالعه، تولین و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که ۴۸٪ از نمونه کودکان حداقل یک دوره بهبودی کامل علائم که حداقل دو هفته طول کشیده بود گزارش کردند. منیر، تولین، دیفنباخ و برادی (۲۰۰۵) از ۳۵ بزرگسال و نوجوان مبتلا به اختلال موکنی (محدوده ۵۷-۱۷ سال) خواستند رفتارهای موکنی خود و ارتباط وقایع زندگی به صورت گذشته نگر در هر سال از زندگی را توصیف کنند. میانگین سن شروع ۱۳ سال بود، ۸۹٪ از بیماران شروع در دوران کودکی یا نوجوانی را گزارش کردند. نزدیک به نیمی (۴۹٪) از آنها ابتدا به یک دوره بیماری مزمن با هیچ دوره بهبودی علائم را توصیف کردند که حداقل نوسان در شدت علائم داشتند. ۲۹٪ آنها یک دوره نوسان اما بدون بهبودی را نشان دادند.

یکی از اولین چیزهایی که ما را در شروع به کار بالینی با بیماران وسواس موکنی دچار مشکل می کند، ناهمگونی این اختلال است. اگرچه معیارهای تعریفی DSM-5 برای تشخیص اختلال وسواس موکنی، به طور مشخص ارائه شده است و به متخصص بالینی انتظاری از اینکه اختلال وسواس موکنی چیست به دست می دهد ولی اختلال وسواس موکنی علائم و آسیب شناسی واحدی ندارد. عقیده بر این است که اختلال وسواس موکنی یک اختلال چند علیتی است و کارکردها و نیازهای مختلفی را برای افراد مختلف برآورده می کند.

سبب شناسی

توارث پذیری نقش مهمی در اختلال موکنی دارد، به طوری که میزان آن ۸۰ درصد برآورد شده است. ناهنجاری هایی در ژن روی کروموزوم ۱ معروف به SLTRK1 ممکن است در این اختلال نقش داشته باشند؛ این ژن با اختلال توره نیز ارتباط دارد. پژوهشگران ناهنجاری هایی را در SAPAP3 ژنی که با گلوتامیت ارتباط دارد، نیز پیدا کرده اند که به نوبه خود در اختلال وسواس فکری-عملی دخالت دارد. تصور می شود که انتقال دهنده های عصبی سروتونین، دوپامین و گلوتامیت به نوبه خود در شکل گیری اختلال موکنی نقش دارند. تحقیقات تصویر برداری از مغز افراد مبتلا به اختلال موکنی حکایت دارند که امکان دارد آنها در گذرگاه های عصبی مغز که در ایجاد و متوقف کردن عادت های حرکتی مشارکت دارند، ناهنجاری هایی نیز داشته باشند؛ به نظر می رسد که این گذرگاه ها در تنظیم کردن عاطفه نیز درگیر باشند.

مطابق با این ناهنجاری ها در عملکرد انتقال دهنده های عصبی و مغز، مدل تنظیم اختلال موکنی حکایت دارد که افراد مبتلا به این اختلال، وقتی کم تحریک شده باشند، جویای حالت مطلوب برانگیختگی هیجانی هستند که تحریک بیشتر برای آنها تامین می کند، و وقتی زیاد تحریک شده باشند، آرام می شوند. در عین حال، موکنی ممکن است آنها را از حالت عاطفی منفی به حالت عاطفی مثبت ببرد.

درمان

درمان های دارویی: درمان های دارویی گوناگون برای اختلال موکنی، داروهای ضد افسردگی، داروهای ضد روانپریشی نامتعارف، لیتیوم و نالترکسون را شامل می شوند. از بین اینها، به نظر می رسد که نالترکسون نتایج بسیار نوید بخشی دارد. با این حال، نتایج تحقیقات کنترل شده، قطعی نیستند و به نظر نمی رسد که مصرف این داروها را وقتی به ضرر عوارض جانبی آنها تمام شود، که می توانند چاقی، دیابت، مسمومیت عصبی، دلیریوم، بیماری مغزی، رعشه و پرکاری تیروئید را شامل شوند، توجیه کند.

مطالعات زیست شناسی بر روی نمونه حیوانی و انسانی نشان می دهد که انتقال دهنده های عصبی نورا پی نفرین، دوپامین و سروتونین با اختلال موکنی ارتباط دارند.

بازدارنده های بازجذب سروتونین: سروتونین یا هیدروکسی تریپتامین نوعی انتقال دهنده های عصبی از نوع مونوآمینه اسید بیوژنیک است. به لحاظ بیوشیمی از مشتقات تریپتوفان است. سروتونین به طور اهم در دستگاه گوارش، پلاکت ها، و سیستم عصبی مرکزی حیوانات و همین طور انسان یافت شده است. این ماده نزد افکار عمومی به عنوان جاری کننده «احساس خوب» شناخته شده است. تقریباً ۹۰٪ از سروتونین موجود در بدن انسان در سلول های انتروکرومافین که به صورت پراکنده در غشای دستگاه گوارش موجودند متمرکز است و

در آنجا موجب تنظیم تحرکات روده می گردد. مقادیر کمتری از سروتونین با شبکه عصبی سروتونرژیک سیستم اعصاب مرکزی سنتز شده و کارکرد های گوناگونی می یابد، این کارکرد ها شامل تنظیم در حالات

روحي، اشتها و خواب می شود. سروتونین همچنین دارای عملکرد های شناختی، مانند تأثیرات بر حافظه و یادگیری نیز است. مدولاسیون سروتونین در سیناپس ها به عنوان عملکرد اصلی برای چندین کلاس مختلف از داروهای ضدافسردگی شناخته شده است. مطالعات مختلف نشان داده است که استفاده از داروهای نسل جدید ضدافسردگی (سیتالوپرام و ايسیتالوپرام)، حتی در غیاب علائم بالینی افسردگی، برای درمان وسواس موکنی مؤثر می باشند. داروهای بسیاری در درمان این اختلال به کار گرفته شده است که بیشترین آنها متعلق به دسته دارویی بازدارنده باز جذب سروتونین (SSRI) است.

معروف ترین دارو در این دسته فلوکستین یا پروزاک است. برخی بیماران با استفاده از این دارو به کلی کنند مو را کنار گذاشته اند و برخی نیز آن را بی اثر دانسته اند.

داروهای آنتاگونیستی بر روی گیرنده های دوپامین: دوپامین یکی از مهمترین انتقال دهنده ها عصبی در مراکز عصبی است و بسیاری از بیماری های عصبی و روانی به اختلال در ترشح و عملکرد آن مربوط است. دوپامین برحسب نوع گیرنده هایی که در آن اثر می کند، ممکن است تحریک کننده و یا بازدارنده باشد. در نواحی مختلفی از مغز، نورون های دوپامینرژیک شناخته شده اند که یکی از آنها هسته سیاه در مغز میانی است. دوپامین از انتهای آکسون این نورونها به درون اجسام مخاط در قاعده مغز آزاد می شود.

مطالعه کنترل شده وان امرنجین و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که داروی ضد روان پریشی اولانزاپین در کاهش علائم اختلال وسواس موکنی مفید است. اثر ضد روان پریشی اولانزاپین از طریق اثرات آنتاگونیستی آن بر روی گیرنده های دوپامین و سروتونین اعمال می شود. اولانزاپین همچنین موجب مهار باز جذب سروتونین و دوپامین، در انتهای پیش سیناپسی اعصاب دستگاه عصبی مرکزی (CNS) می شود. اکثر داروهای ضد روان پریشی گیرنده های دوپامینی (به خصوص گیرنده D2) را بلوک می نمایند. اولانزاپین جزء داروهای آتیپیک جدید (شامل ریسپریدون، کوئتیاپین، سرتیندول و (اولانزاپین) است که تمایل زیادی بر اثرگذاری برگیرنده HT2a5 دارند. مطالعات نشان می دهد که داروی لیتيوم آنتی مینک نیز در کاهش علائم وسواس موکنی مؤثر است.

گیرنده های مرفین: در دستگاه عصبی مرکزی برای مرفین گیرنده های ویژه ای وجود دارد. این گیرنده ها در غشاء نورون ها قرار دارند و تصور می شود که مرفین با نشستن روی این گیرنده ها بعضی از اثرات خود را اعمال می کند. در حیوانات آزمایشگاهی دو ماده پتیدی به نام های متیونین آنکفالین و لوسن آنکفالین به دست آمده که روی گیرنده های مرفین در مغز می نشیند و اثرات مشابه مرفین دارند. شاید این مواد پتیدی

واسطه شیمیائی نورون های مغز باشند که روی گیرنده های مرفین اثر کرده و اثرات بخصوصی از جمله تعدیل حس درد و هیجان را به عهده دارند. آندروفین ها (آلفا، بتا، گاما و تتا آندروفینها) مواد پتیدی هستند. از نظر

ساختمان شیمیائی با آنکفالین ها کمی تفاوت دارند و در هیپوفیز روی گیرنده های مرفین می نشینند و بعضی از اثرات مرفین مثل آزاد کردن ADH را نشان می دهند. مطالعه موردی دی سوسا (۲۰۰۸) روی ۱۴ کودک و نوجوان مبتلا به اختلال وسواس موکنی که متوسط سن آنها ۹ سال بود انجام شد. نتایج مطالعه او نشان داد که درمان داروی نالتریکسون به طور معناداری علائم موکنی آنها را کاهش می دهد. داروی

نالتریکسون یک آنتاگونیست اوپیدی است که برای ترک اعتیاد استفاده می شود. همچنین مطالعه کنترل شده به وسیله گرت، اودلاگ و شریبر (۲۰۱۴) روی ۵۱ بزرگسال مبتلا به وسواس موکنی با متوسط سن ۳۷ سال انجام شد. نتایج مطالعه آنها نشان داد که درمان نالتریکسون علائم موکنی آنها را کاهش نداد ولی انعطاف پذیری شناختی آنها را بهبود بخشید.

درمان شناختی: درمان آموزش وارونه سازی عادت (HRT) موثرترین رویکرد به درمان اختلال موکنی محسوب شده است. این روش نه تنها از عوارض جانبی دارو پیشگیری می کند، بلکه در کاهش دادن نشانه های موکنی بسیار موفقیت آمیز است. با این حال، برای افرادی که در برابر درمان مقاوم هستند، ترکیب دارو و HRT ممکن است ضروری باشد.

در HRT فرد پاسخ جدیدی مثل گره کردن مشتش را یاد می گیرد که با عادت موکنی رقابت می کند. ویژگی اصلی این است که این پاسخ جدید با عادت ناخوشایند، ناسازگار است. وقتی HRT چند دهه قبل برای اولین بار ابداع شد، فقط برای یک جلسه ارایه می شد. از آن زمان به بعد، متخصصان بالینی طول درمان را بیشتر

کرده اند و چند مؤلفه شناختی، از جمله نظارت کردن بر خود و بازسازی شناختی را به آن افزوده اند. برای مثال درمانجویان یاد می گیرند با تحریف های شناختی خویش مانند عقاید کمال گرایانه خود مبارزه کنند. معلوم شده است که ترکیب کردن درمان پذیرش و تعهد با HRT نیز موجب تسکین نشانه های موکنی می شود. درمان شناختی-رفتاری می تواند در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال موکنی مفید باشد. در یک تحقیق، ۷۷ درصد از افرادی که تحت درمان قرار گرفتند، بعد از شش ماه بدون نشانه مانده بودند.

روش وارونه ساز عادت چهار مولفه اصلی دارد.

۱- در مولفه اول، فرد مبتلا به این ختلال از موقعیت های موکنی آگاهی پیدا می کند، رفتاری که به آن عادت کرده است توصیف می کند یا زمان هایی که عادت رخ می دهد یا نزدیک است رخ دهد شناسایی می کند.

۲- مولفه دوم، آموزش پاسخ جایگزین یا مغایر است که در آن مراجعه کننده یاد می گیرد تا یک وابسته ناکامل

رفتاری برای موکنی یا پیشایندهای آن به کار بگیرد. به عبارتی مراجعه کننده، رفتاری ناهماهنگ با رفتار عادت را می آموزد که از آن برای جلوگیری از بروز رفتار مختل استفاده می کند.

۳- مولفه سوم، حمایت اجتماعی است که طی آن فرد مهم یا نزدیک ترین فرد به مراجعه کننده کمک می کند تا به شکل موفقیت آمیز از پاسخ ها یا رفتارهای جایگزین برای کنترل موکنی بهره جوید.

۴- در نهایت، درمانگر با فرد، تمام موقعیت هایی که عادت در آن اتفاق افتاده می افتد و این که عادت چطور ممکن است برای او ناراحتی و شرمساری به بار آورد را بررسی می کند که مولفه راهبرد های انگیزشی نامیده شده است.

روش کار

پژوهش حاضر با هدف شناسایی اختلال موکنی و کاهش و درمان آن انجام شده است.

نمونه حاضر خانم ۴۵ ساله، دارای مدرک لیسانس و متاهل است که با مصاحبه و تست تشخیص مبتلا به اختلال موکنی گرفته است.

در این تحقیق اختلال موکنی با استفاده از پرسشنامه ۷ سوالی کیتن و همکاران (۱۹۹۵) سنجیده می شود و نمره ای که آزمودنی ها بر اساس طیف لیکرت از این پرسشنامه دریافت می کنند وضعیت اختلال موکنی را مشخص می کند.

کیتن و همکاران (۱۹۹۵) روایی محتوایی پرسشنامه را مناسب و پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آورده اند. در ایران ربیعی و همکاران (۲۰۱۴) پایایی و روایی پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده اند.

مصاحبه

۱- به طور معمول با کدام دست موهای خود را می کنید؟

پاسخ: دست راست

۲- به طور معمول در چه موقعیت هایی موی خود را می کنید؟

پاسخ: هنگام صحبت با تلفن، تماشای تلویزیون، کار کردن با تلفن همراه

۳- وقتی شروع به کندن موهای خود می کنید، بدن شما به طور معمول در چه موقعیتی قرار دارد؟

پاسخ: تنش و استرس و نگرانی

۴- به طور معمول اول مژه ها، یا موهای ابرو یا موی سر خود را می کشید؟

پاسخ: اول موی سر

۵- به طور معمول در چه زمانی، چه حالتی و در حضور چه کسانی بیشتر موکنی دارید؟

پاسخ: زمانی که با تلفن صحبت می کنم یا تلویزیون می بینم یا در فکر هستم و تنها هستم.

پرسشنامه ۱

۱- به طور متوسط در روز، اصرار شما بر مو کنی چه مقدار است؟

هیچ ☐ کم ☐ زیاد ☒ خیلی زیاد ☐ بی نهایت ☐

۲- به طور متوسط در روز، شدت و قدرت اصرار شما بر مو کنی چه قدر است؟

هیچ ☐ کم ☐ زیاد ☒ خیلی زیاد ☐ بی نهایت ☐

۳- به طور متوسط در روز، شما بر اصرار و میل بر کندن مو چه مقدار کنترل دارید؟

همیشه بر اصرارها و امیال مو کنی خود کنترل داشته ام یا اصلا میلی بر مو کنی نداشتم. ☐

اکثر اوقات قادر بوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال موکنی پرت کنم. ☐

بعضی از اوقات قادر بوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال موکنی پرت کنم. ☐

به ندرت قادر بوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال موکنی پرت کنم. ☒

هرگز قادر نبوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال مو کنی پرت کنم. ☐

۴- به طور متوسط در روز، چند وقت یک بار شما واقعا مو کنی دارید؟

هیچ ☐ کم ☐ زیاد ☒ خیلی زیاد ☐ بی نهایت ☐

۵- به طور متوسط در روز، چند وقت یک بار تلاش می کردید که مو کنی واقعی خود را متوقف کنید؟

در این هفته هیچ مو کنی ای نداشتم. ☐

تقریباً اکثر اوقات سعی کردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. □

بعضی اوقات سعی کردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. □

به ندرت سعی کردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ●

تقریباً هرگز سعی نکردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. □

۶- به طور متوسط در روز، چند وقت یک بار واقعا موفق بر توقف مو کنی می شوید؟

در این هفته هیچ مو کنی ای نداشتم. □

تقریباً اکثر اوقات قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. □

بیشتر اوقات قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. □

بعضی اوقات قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. □

به ندرت قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ●

۷- موکنی می تواند در بعضی از افراد احساس خلقی بی صبری یا غمگینی ایجاد کند. در طول هفته گذشته، در شما ناراحتی مرتبط با موکنی چه قدر بوده است؟

هیچ □ کم □ زیاد ● خیلی زیاد □ بی نهایت □

نمره گذاری

سوالات پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج درجه ای (بی نهایت نمره ۴، خیلی زیاد نمره ۳، زیاد نمره ۲، کم نمره ۱، هیچ نمره ۰) نمره گذاری می شود. در نمره کلی پرسشنامه، صفر فقدان علائم و نمره ۲۸ نهایت آسیب را نشان می دهد. نقطه برش پیشنهادی برای این ابزار در مطالعه ربیعی و همکاران (۱۳۹۳)، نمره ۱۷ است و نمره بالای ۱۷ نشان دهنده تشخیص اختلال موکنی است.

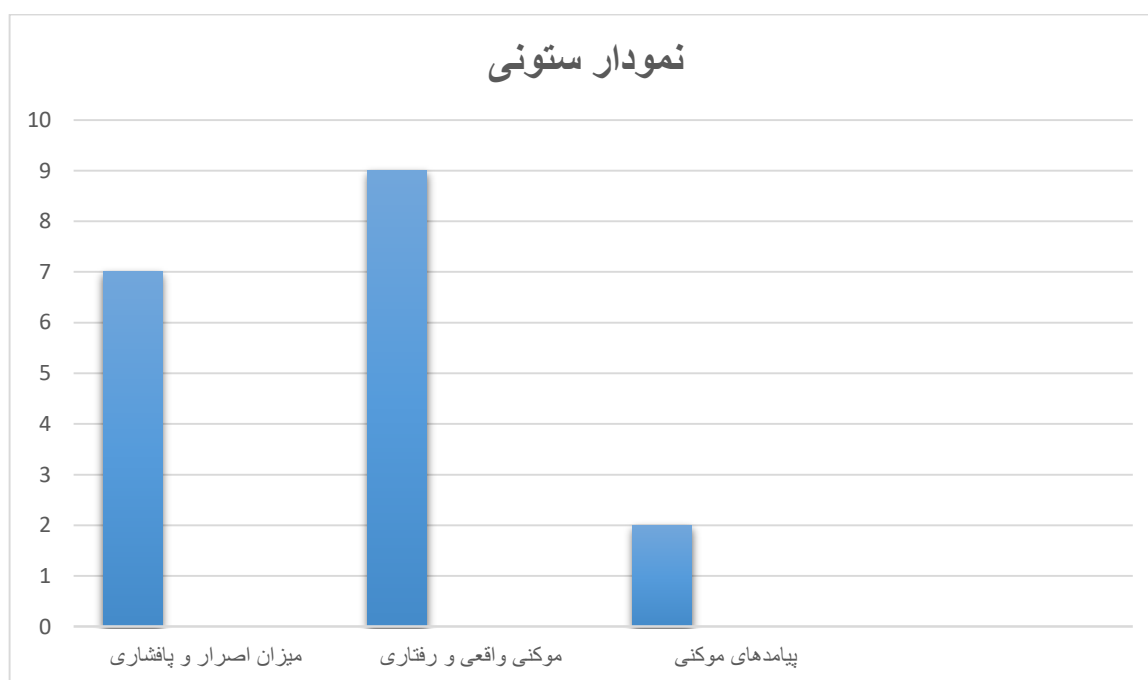
میزان اصرار و پافشاری: ۷ (سوالات ۱ تا ۳)

موکنی واقعی و رفتاری: ۹ (سوالات ۴ تا ۶)

پیامدهای موکنی: ۲ (سوال ۷)

نمره آزمودنی در این پرسشنامه، ۱۸ شده است بنابراین مبتلا به اختلال موکنی می باشد.

نمودار ۱



گام های اساسی درمان وسواس موکنی

۱- آموزش آگاهی درمورد موکنی: اولین مؤلفه در آموزش آگاهی برای بیماران مبتلا به وسواس موکنی، آموزش جهت ثبت دفعاتی است که موی خود را می کنند. به بیماران گفته می شود که هر بار، بلافاصله پس از این که موهای خود را کندن تاریخ، ساعت، موقعیت، احساسات و مدت زمان آن را یادداشت کنند. به بیماران گفته می شود که همیشه یک دفترچه کوچک در دسترس داشته باشند. یادداشت کردن تمامی اطلاعات فوق را درست پس از اتمام موکندن انجام دهند و به حافظه خود اعتماد نکنند. برخی از افراد اظهار می دارند که در بعضی مواقع، همین عمل ساده ثبت اطلاعات، باعث کاهش فراوانی این عادت می شود. درمانگران به طور

معمول این فرآیند را خودپایی یا پایش خلق می نامند. مرحله بعدی در آموزش آگاهی همانند کنترل هرگونه عادت، کسب آگاهی نسبت به اولین مرتبه وقوع آن عادت است وقتی بیمار به مدتی طولانی به عادت مشغول است، نسبت به انجام آن عمل آگاهی کمی دارد.

۲- یادگیری پاسخ معارض: وقتی بیمار میل به انجام عادت موکنی دارد، بایستی خود را وادار کند تا به فعالیتی مشغول شود که از نظر جسمی او را از انجام آن عادت موکنی باز می دارد. اگر فرد ماهیچه هایی را که درگیر انجام عادت موکنی می باشد به یک کار دیگر مشغول کند باعث می شود که میل به موکنی نیز از ذهن فرد بیرون رود. به عنوان پاسخ معارض در برابر وسواس موکنی، بایستی حرکتی انتخاب شود که دست فرد را از حرکت به طرف سر، صورت یا چشم ها بازدارد. سپس به مدت دو دقیقه تا زمانی که این میل فروکش کند در همین وضعیت بماند. به طور معمول میل به موکنی و پوست کنی به صورت آبی رخ می دهد و بعد از گذر زمان فروکش می کند.

۳- اجرا و تمرین پاسخ معارض: بی شک عملی شدن پاسخ معارض با موکنی امری دشوار است، چراکه رفتار موکنی یک عادت شده است و تقریباً خارج از آگاهی فرد انجام می شود. با این وجود همان طور که رفتار موکنی یاد گرفته شده و تبدیل به عادت گردیده است، رفتار معارض با موکنی هم می تواند جایگزین موکنی گردد. البته قابل ذکر است که رفتارهای جایگزین نیاز به تمرین طولانی مدت دارد و ممکن است فرد در این فرایند بارها شکست بخورد و ناامید شود ولی زمانی این کار نتیجه بخش خواهد بود که فرد با وجود شکست، تمرین خود را ادامه دهد. اجرا و تمرین رفتار معارض موکنی باید بعد از ثبت پیشایندهای موکنی انجام شود. اگر فرد به طور کامل آگاه باشد که پیشایندهای موکنی کدام اند، آماده تر است تا رفتارهای معارض موکنی را انجام دهد.

۴- کاهش و حل پیشایندهای موکنی: بی شک موکنی با پیشایندهای درونی و بیرونی بی شماری مرتبط است و توجه به این امر بخش بزرگی از درمان را شامل می شود. عوامل درونی می تواند شامل محتوای شناخت، هیجانات و کارکرد زیستی و عوامل بیرونی هم شامل محرک های مرتبط باشد. اگر فرد عوامل پیشاینده موکنی را بشناسد، هم آگاهی دهنده و هم کمک کننده است تا جهت حل آنها حرکت کند. برای مثال اگر فرد بداند زمانی که هیجان حسادت و افکار خودکم بینی دارد بیشتر در دام موکنی می افتد، خود این دانستن و آگاهی کمک می کند که اگر بخواهد می تواند رفتار جایگزین موکنی را انتخاب کند. علاوه براین، اگر فرد بداند که یکی از علت های موکنی او هیجان حسادت و افکار خود کم بینی است در جهت حل این مشکل بر می آید و زمانی که فرد علت را حل کند، تمایل به موکنی نیز کاهش می یابد.

۵-آموزش درحال زیستن: یکی از بهترین درمان ها برای اختلال موکنی آموزش در حال بودن است. در این روش به بیماران آموزش داده می شود که به جای پاسخ به افکار منفی در محرک ها و فعالیت های بیرونی غرق شوند، به بیمار آموزش داده می شود که خوب ببیند، خوب گوش دهد و به محرک های دریافتی توجه داشته باشد. به مراجع آموزش داده می شود که هنگام غذا خوردن به مزه، طعم، میزان غذا و صحبت های به عمل آمده هنگام غذا خوردن توجه داشته باشد. توجه به بیرون باعث می شود که ذهن فرد آرام گیرد و همین عمل باعث کاهش موکنی می گردد.

۶- هیپنوتراپی: هیپنوتیزم، با مکانیسم های مختلفی به درمان تریکوتیلومانیا کمک می کند. همان طور که پیش تر بیان شد، کندن مو در شرایط استرس زا، ناراحتی و اضطراب، تشدید می شود. بنابراین هیپنوتیزم به عنوان یک روش مؤثر در کاهش استرس و اضطراب، می تواند موجب تخفیف علائم تریکوتیلومانیا شود.

هیپنوتیزم با تأثیر بر ذهن ناخودآگاه می تواند این اختلال را درمان نماید. برای این کار، درمانگر بیمار را در حالت هیپنوتیزمی قرار می دهد و سپس با تلقین های ویژه ای، کنترل ذهن بر رفتارها و افکار را بهبود می بخشد. بدین ترتیب شخص متوجه می شود که روزه روز بهتر و مؤثرتر از قبل قادر است رفتارهای را تحت کنترل خود درآورد. به کمک هیپنوتیزم، تمرکز قوی بر «احترام به بدن» که بسیار قدرتمندتر از «حس اجبار به کندن مو» است، ایجاد می گردد. هیپنوتیزم، ذهن را برای ارتباطی سالم تر با بدن برنامه ریزی می کند.

محتوای جلسات

بیمار طی ۶ هفته به صورت هفته ای یک جلسه مورد بررسی قرار گرفت.

در ابتدا سعی شد اعتماد بیمار جلب شود تا به همکاری رضایت دهد. سپس درمورد این بیماری و تعداد جلسات و زمان برگزاری آن با بیمار توافق انجام شد.

در مرحله بعدی با بیمار مصاحبه شد و پرسشنامه را تکمیل کرد. سپس بر اساس مصاحبه و پرسشنامه مشخص شد فرد مبتلا به اختلال وسواس موکنی است بنابراین تحت نظارت قرار گرفت و هر جلسه تمریناتی برای کاهش اختلال خود انجام می داد. فرد مبتلا موظف بود هر جلسه نتایج تمرینات خود را گزارش دهد و سپس به ادامه تمرینات می پرداختیم.

در جلسه آخر که تمرینات به پایان رسیده بود و فرد با موفقیت این تمرینات را پشت سر گذاشته بود، مجدد پرسشنامه را جهت بررسی پیشرفت روند کار تکمیل کرد.

پرسشنامه ۲

۱- به طور متوسط در روز، اصرار شما بر مو کنی چه مقدار است؟

هیچ ☐ کم ☒ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐ بی نهایت ☐

۲- به طور متوسط در روز، شدت و قدرت اصرار شما بر مو کنی چه قدر است؟

هیچ ☐ کم ☒ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐ بی نهایت ☐

۳- به طور متوسط در روز، شما بر اصرار و میل بر کندن مو چه مقدار کنترل دارید؟

همیشه بر اصرارها و امیال مو کنی خود کنترل داشته ام یا اصلا میلی بر مو کنی نداشتم. ☐

اکثر اوقات قادر بوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال مو کنی پرت کنم. ☒

بعضی از اوقات قادر بوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال مو کنی پرت کنم. ☐

به ندرت قادر بوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال مو کنی پرت کنم. ☐

هرگز قادر نبوده ام حواس خود را از اصرارها و امیال مو کنی پرت کنم. ☐

۴- به طور متوسط در روز، چند وقت یک بار شما واقعا مو کنی دارید؟

هیچ ☒ کم ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐ بی نهایت ☐

۵- به طور متوسط در روز، چند وقت یک بار تلاش می کردید که مو کنی واقعی خود را متوقف کنید؟

در این هفته هیچ مو کنی ای نداشتم. ☐

تقریبا اکثر اوقات سعی کردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ☒

بعضی اوقات سعی کردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ☐

به ندرت سعی کردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ☐

تقریبا هرگز سعی نکردم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ☐

۶- به طور متوسط در روز، چند وقت یک بار واقعا موفق بر توقف مو کنی می شوید؟

در این هفته هیچ مو کنی ای نداشتم. ☐

تقریبا اکثر اوقات قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ●

بیشتر اوقات قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ☐

بعضی اوقات قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ☐

به ندرت قادر بودم که با میل بر مو کنی مقاومت کنم. ☐

۷- موکنی می تواند در بعضی از افراد احساس خلقی بی صبری یا غمگینی ایجاد کند. در طول هفته گذشته، در شما ناراحتی مرتبط با موکنی چه قدر بوده است؟

هیچ ● کم ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐ بی نهایت ☐

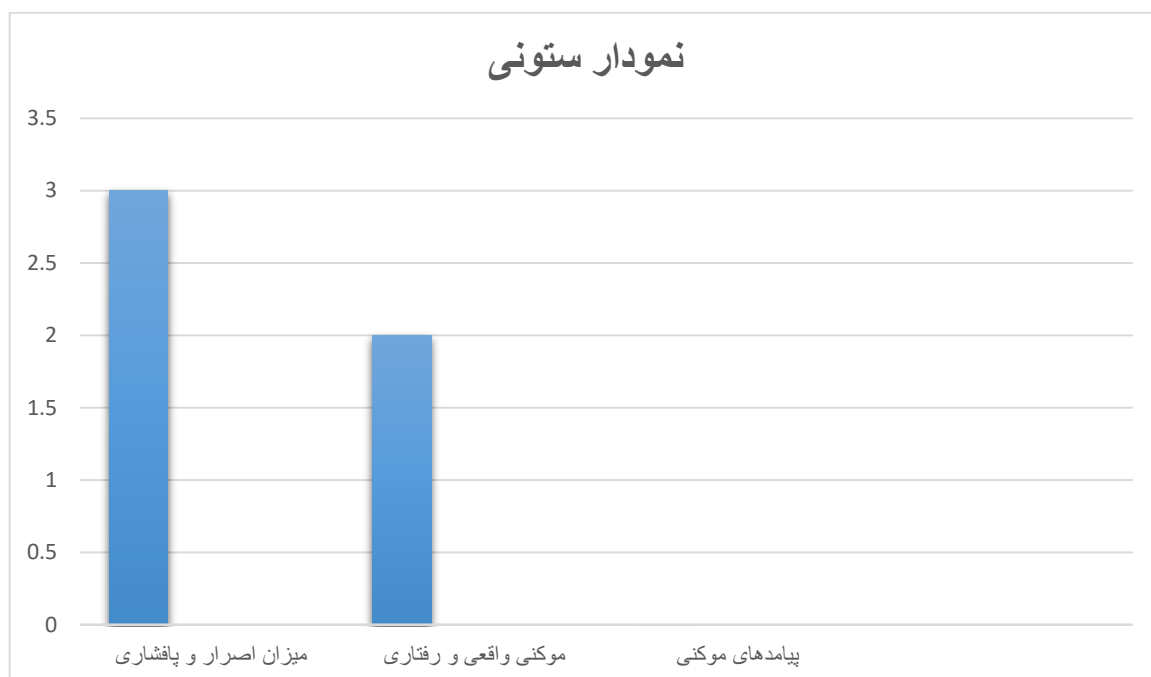
میزان اصرار و پافشاری: ۳ (سوالات ۱ تا ۳)

موکنی واقعی و رفتاری: ۲ (سوالات ۴ تا ۶)

پیامدهای موکنی: ۰ (سوال ۷)

مجموع = ۵

بعد از درمان و جلساتی که برگزار شد میزان اصرار و پافشاری فرد بر موکنی، موکنی واقعی و رفتاری و پیامدهای موکنی وی کاهش چشمگیری داشت.



منابع

کراس، س و پی. هالچین، ر. (۲۰۱۴). آسیب شناسی روانی: دیدگاه های بالینی درباره اختلالات روانی (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: روان.

ربیعی، مهدی و قاسمی، فاطمه. (۱۳۹۵). توصیف و درمان وسواس موکنی. تهران: ارجمند.

شریفی پور، سارا؛ دوازده امامی، محمدحسن؛ بختیاری، مریم؛ محمدی، ابوالفضل و صابری، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان تنظیم هیجانی بر شدت علائم، اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال کندن مو. نشریه پوست و زیبایی، ۱(۲)، ص ۱۱۰-۱۰۰.

حمید، نجمه؛ بردبار، مریم و مرعشی، سید علی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانه های اختلال وسواس موکنی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۴۴(۲)، ص ۱۲۶-۱۱۶.

خانجانی، زینب؛ هاشمی، تورج؛ محمود علیلو، مجید و فاروقی، پریا. (۱۳۹۸). اثربخشی روش درمانی AEBT بر کاهش نشانه های کندن مو و پوست متمرکز و اتوماتیک در نوجوانان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز، ۴۱(۵)، ص ۴۳-۳۴.

