



The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on the Tolerance of Ambiguity, Childhood Trauma, and External Shame in Women with Trichotillomania Disorder

Farzin Bagheri Sheykhangafshe^{1*} , Vahid Savabi Niri² , Saba Azizrousta² ,
Faranak Saeedi Moghadam³ , Ali Fathi-Ashtiani⁴ 

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

3. Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Zarrinshahr Branch, Zarrinshahr, Iran.

4. Department of Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: farzinbagheri@modares.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 05 Sep 2024

Revised: 12 Nov 2024

Accepted: 18 Nov 2024

Published: 02 Oct 2025

Keywords:

Ambiguity Tolerance, Childhood Trauma, Dialectical Behavior Therapy (DBT), External Shame, Trichotillomania.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the efficacy of group Dialectical Behavior Therapy (DBT) in the treatment of ambiguity tolerance, childhood trauma, and external humiliation in women with trichotillomania. The research method was conducted using a quasi-experimental pretest-posttest design, which included a control group. Women diagnosed with trichotillomania in Tehran in 2024 comprised the research population. Based on inclusion criteria, 34 women were randomly assigned to the experimental and control groups. The Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale (MGH), the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale (MSTAT-I), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and the External Shame Scale (ESS) were employed to evaluate the groups. Participants completed the research questionnaires once more after eight 90-minute group DBT sessions for the experimental group. SPSS-27 was employed to conduct multivariate covariance analysis (MANCOVA) on the data. The findings suggested that DBT significantly increased ambiguity tolerance and decreased physical abuse, emotional abuse, physical neglect, emotional neglect, sexual abuse, and external shame in women with trichotillomania ($P < 0.01$). Dialectical Behavior Therapy facilitates the management of negative emotions via the acquisition of skills in emotional regulation, distress tolerance, and mindfulness, thereby allowing individuals to exert greater control over their actions without resorting to compulsive behaviors such as hair-pulling.

Cite this article: Bagheri Sheykhangafshe, F., Savabi Niri, V., Azizrousta, S., Saeedi Moghadam, F., & Fathi-Ashtiani, A. (2025). The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on the Tolerance of Ambiguity, Childhood Trauma, and External Shame in Women with Trichotillomania Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 69-87. doi:10.22059/japr.2025.381624.644998



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381624.644998>

© The Author(s).

The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on the Tolerance of Ambiguity, Childhood Trauma, and External Shame in Women with Trichotillomania Disorder

Extended Abstract

Aim

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is an anxiety disorder characterized by intrusive, repetitive thoughts (obsessions) and compulsive behaviors (compulsions) that individuals feel unable to control, despite recognizing them as irrational (Phillips et al., 2024). Among compulsive behaviors, trichotillomania—or hair-pulling disorder—is one of the most common subtypes (American Psychiatric Association, 2022). Trichotillomania involves recurrent hair pulling, typically from the scalp, eyebrows, or eyelashes, leading to hair loss, thinning, or bald patches, with significant psychological and social consequences (Roos et al., 2023; Wilton et al., 2020). Unlike many compulsions in OCD, hair pulling may occur automatically, without obsessive thoughts (Houghton et al., 2015). Epidemiological studies report higher prevalence in women, though increasing in men over time, with onset around 7–17 years, and 80% of cases co-occurring with other psychiatric disorders such as OCD, anxiety, depression, ADHD, or trauma (Snorrason et al., 2022; Grant et al., 2020; Thomson et al., 2022).

Low tolerance of uncertainty—a difficulty coping with ambiguous situations—is a key factor in OCD and trichotillomania, often triggering compulsive behaviors as a maladaptive coping mechanism (Pascual-Vera et al., 2021; Hillman et al., 2022). Repeated hair pulling provides temporary relief from anxiety but reinforces a cycle of tension and compulsive behavior (Williams & Levinson, 2021; Gray et al., 2024). Childhood trauma—including physical, emotional, or sexual abuse and neglect—further exacerbates compulsive behaviors, contributing to low self-esteem, anxiety, and self-injurious tendencies (Destree et al., 2021; Grant et al., 2024; Crowe et al., 2023). Individuals with trichotillomania often experience external shame due to visible hair loss, which intensifies social anxiety and isolation, perpetuating compulsive behaviors (McKay, 2023).

Although several interventions exist, many patients struggle to achieve sustained improvement. Dialectical behavior therapy (DBT) is an evidence-based approach initially developed for borderline personality disorder, now applied to OCD and related disorders due to its focus on emotion regulation, distress tolerance, and interpersonal effectiveness (Shamsudeen & Kannekanti, 2023). DBT teaches patients to observe and regulate emotions nonjudgmentally, reduce compulsive behaviors, and develop adaptive coping strategies, including mindfulness and distress tolerance skills (McHugh & Gold, 2024; Sabra et al., 2024). Group-based DBT also improves social functioning and self-perception, helping reduce external shame and isolation (Farhat et al., 2020; Capel et al., 2024).

Given the prevalence and significant psychosocial impact of trichotillomania, identifying effective treatments is crucial for reducing psychological distress, improving social functioning, and enhancing quality of life. This study aims to examine the effects of group-based DBT on (1) tolerance of uncertainty, (2) childhood trauma, and (3) external shame among women with trichotillomania.

Methodology

This study employed a quasi-experimental design with a pre-test–post-test structure and a control group. The statistical population comprised individuals who visited psychology and counseling clinics in District 11 of Tehran in 2024. Based on the inclusion criteria, 34 women diagnosed with trichotillomania by clinical psychologists were selected through convenience sampling. Sample size estimation using G*Power software (version 3.1.9.2) indicated 17 participants per group. After recruitment, participants were randomly assigned (by lottery) to either the experimental group (17 participants) or the control group (17 participants).

Inclusion criteria were: a confirmed diagnosis of trichotillomania, no use of psychiatric medications, age between 18 and 40 years, and the absence of other psychological disorders (as verified by medical records). Exclusion criteria included missing more than two therapy sessions, worsening of trichotillomania symptoms, or receiving other psychological interventions. Following approval and consent from clinic officials, researchers selected 34 women with trichotillomania through convenience sampling and randomly allocated them into two equal groups of 17 participants each.

Participants were assessed using the Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH) (Keuthen et al., 1995), the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale (MSTAT-I) (McLain, 1993), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 2003), and the External Shame Scale (ESS) (Goss et al., 1994). After receiving a general explanation of the study and providing informed consent, participants were enrolled. DBT, developed by Linehan (1993), was used to treat women with trichotillomania. Group DBT sessions were conducted over eight sessions (two 90-minute sessions per week) at a psychology clinic. Data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) in SPSS-27. The Chi-square test was applied to compare demographic characteristics across groups, ensuring a minimum frequency of three in each category. The Shapiro-Wilk test was used to assess the normality of quantitative variables in both experimental and control groups during pre-test and post-test phases. A significance level of 0.05 was applied to all statistical analyses.

Findings

The mean age of participants in the experimental group was 31.48 ± 5.93 years, while the control group had a mean age of 30.94 ± 6.02 years. Chi-square tests revealed no significant differences between the experimental and control groups in terms of hair-pulling areas, education, or marital status ($P > 0.05$). To evaluate the effectiveness of DBT on ambiguity tolerance, childhood trauma, and external shame in women with trichotillomania, Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was employed. Levene's test indicated equal variances across groups for ambiguity tolerance, childhood trauma, and external shame. Box's M test confirmed the equality of covariance matrices between the experimental and control groups (Box's $M = 34.96$, $F = 0.95$, $p = 0.539$), supporting the assumption of homogeneity. Bartlett's test of sphericity indicated significant relationships among the variables ($\chi^2 = 194.05$, $df = 27$, $p < 0.05$).

Wilks' Lambda test showed a significant effect of the independent variable on the dependent variables ($F = 7.157$, $p = 0.001$) with a large effect size of 0.72, suggesting a substantial impact of DBT on the measured outcomes. The statistical power of 1 further indicates a high likelihood of detecting this effect. Univariate covariance analyses revealed significant differences at the 0.001 level for ambiguity tolerance ($F = 47.67$), physical abuse ($F = 30.04$), emotional abuse ($F = 30.78$), physical neglect ($F = 55.32$), emotional neglect ($F = 36.74$), sexual abuse ($F = 50.34$), and external shame ($F = 59.71$). Effect size calculations indicated that 65% of the variance in ambiguity tolerance, 54% in physical abuse, 55% in emotional abuse, 69% in physical neglect, 59% in emotional neglect, 67% in sexual abuse, and 70% in external shame were attributable to the treatment. Overall, these results demonstrate that DBT significantly increased ambiguity tolerance and reduced childhood trauma and external shame in women with trichotillomania.

Conclusion

This study examined the effectiveness of group-based Dialectical Behavior Therapy (DBT) on intolerance of uncertainty, childhood trauma, and external shame in women with trichotillomania. Findings indicated significant improvements in tolerance of uncertainty following DBT, consistent with prior research (Wheaton & Ward, 2020; Knowels & Olatunji, 2023; Pascual-Vera et al., 2021; Hillman et al., 2022; Williams & Levinson, 2021). DBT equips individuals with skills to face ambiguous and stressful situations without resorting to hair-pulling behaviors, enhancing emotion regulation and acceptance through mindfulness and distress tolerance techniques (Shamsudeen & Kannekanti, 2023; Francazio et al., 2017; Hillman et al., 2022).

The therapy also demonstrated significant reductions in symptoms of childhood trauma—including physical and emotional abuse, neglect, and sexual abuse—aligning with previous studies (Crowe et al., 2023). By modifying the processing of traumatic experiences, DBT strengthens adaptive coping, reduces automatic emotional responses, and facilitates cognitive-emotional integration, thereby improving overall quality of life and reducing compulsive hair-pulling behaviors (Bennt & Ryznar, 2024; Farhat et al., 2020).

Moreover, DBT effectively decreased external shame in participants, supporting findings from Laving et al. (2023), and Szentágotai-Tátar et al. (2020). Mindfulness, acceptance, and emotion regulation techniques help patients manage shame constructively, improve self-perception, and enhance interpersonal functioning (Keuthen et al., 2010; Jones et al., 2018). Improved interpersonal skills and self-acceptance reduce anxiety, social isolation, and compulsive behaviors triggered by fear of negative evaluation.

Overall, DBT promotes adaptive coping with uncertainty, mitigates the impact of childhood trauma, and reduces external shame, contributing to symptom reduction, improved daily functioning, and enhanced quality of life for women with trichotillomania.

Limitations include the exclusion of men, a sample limited to Tehran, reliance on self-report questionnaires, and lack of long-term follow-up. Future studies should include larger, more diverse samples, longer follow-up periods, and comparisons with other treatment modalities to enhance generalizability and clinical applicability.

Keywords: Ambiguity Tolerance, Childhood Trauma, Dialectical Behavior Therapy (DBT), External Shame, Trichotillomania.

Ethical Considerations

This study adhered to the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki. Before the intervention, the research objectives were fully explained to participants. To ensure confidentiality and ethical compliance, participants were informed that data would be analyzed only in aggregate form. All relevant guidelines from the Committee on Publication Ethics (COPE) were strictly followed.

Acknowledgments and Funding

We sincerely thank all participants for their time and effort in contributing to this research. We also extend our gratitude to the healthcare centers that supported recruitment of individuals with trichotillomania. Special appreciation goes to the professors and experts whose insights greatly enriched this study. Notably, this research was conducted without any financial support from external organizations. The study would not have been possible without the invaluable support and collaboration of all involved.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest related to this study.

Cite this article: Bagheri Sheykhangafshe, F., Savabi Niri, V., Azizrousta, S., Saeedi Moghadam, F., & Fathi-Ashtiani, A. (2025). The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on the Tolerance of Ambiguity, Childhood Trauma, and External Shame in Women with Trichotillomania Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 69-87. doi:10.22059/japr.2025.381624.644998



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381624.644998>

© The Author(s).



اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی

فرزین باقری شیخانگشسه^{۱*}، وحید صوابی نیری^۲، صبا عزیز روستا^۲، فرانک سعیدی مقدم^۳،
علی فتحی آشتیانی^۴

۱. گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
 ۲. گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
 ۳. گروه روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، واحد زرین شهر، زرین شهر، ایران.
 ۴. گروه روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
- *نویسنده مسئول: دکتری روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: farzinbagheri@modares.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۱۰

کلیدواژه ها:

اختلال وسواس موکنی، تحمل ابهام،
ترومای دوران کودکی، رفتاردرمانی
دیالکتیکی، شرم بیرونی.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی انجام شد. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مبتلا به وسواس موکنی تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. با توجه به ملاک های ورود به پژوهش ۳۴ زن به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جای دهی شدند. گروه ها با پرسشنامه های کندن مو بیمارستان ماساچوست (MGH)، تحمل ابهام (MSTAT-I)، ترومای دوران کودکی (CTQ) و شرم بیرونی (ESS) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (DBT) برای گروه آزمایش، شرکت کنندگان بار دیگر به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم افزار SPSS-27 تحلیل شدند. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری موجب افزایش تحمل ابهام، و کاهش آزار جسمی، آزار عاطفی، بی توجهی فیزیکی، غفلت عاطفی، سوءاستفاده جنسی و شرم بیرونی در زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی شده است ($P < 0/01$). رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی به افراد کمک می کند احساسات منفی را بدون نیاز به رفتارهای وسواسی مانند موکنی مدیریت کنند و کنترل بیشتری بر رفتارهای خود داشته باشند.

استناد: باقری شیخانگشسه، ف، صوابی نیری، و، عزیز روستا، ص، سعیدی مقدم، ف، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۴۰۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۶(۳)، ۸۷-۶۹

doi:10.22059/japr.2025.381624.644998

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.381624.644998>

© نویسندگان



۱. مقدمه

اختلال وسواس فکری-اجباری^۱ یکی از اختلالات اضطرابی است که با افکار مزاحم و تکراری (وسواس‌های فکری) و انجام رفتارهای اجباری و تکراری (اعمال اجباری) مشخص می‌شود. افراد مبتلا به وسواس اغلب درگیر الگوهای فکری و عملی می‌شوند که به نظر خودشان غیرمنطقی است، اما توانایی کنترل آن را ندارند (فیلیپس و همکاران^۲، ۲۰۲۴). در میان رفتارهای اجباری، موکنی یا تریکوتیلومانیا^۳ به عنوان یکی از شایع‌ترین زیرشاخه‌های رفتارهای مرتبط با وسواس شناخته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۲۲). وسواس موکنی، یک اختلال روان‌شناختی است که با کشیدن مکرر موهای بدن، به ویژه موهای سر، ابروها و مژه‌ها مشخص می‌شود (راس و همکاران^۵، ۲۰۲۳). این رفتار به ازدست‌دادن مو، نازک‌شدن، یا طاسی در نواحی خاص منجر می‌شود و می‌تواند تأثیرات روانی و اجتماعی قابل توجهی بر فرد بگذارد (ویلتون و همکاران^۶، ۲۰۲۰). اختلال موکنی نیز مانند وسواس، شامل رفتارهای تکراری و مقاومت‌ناپذیر است. در وسواس، این رفتارها اغلب به منظور کاهش اضطراب انجام می‌گیرد؛ درحالی‌که در موکنی، کشیدن مو می‌تواند به احساس آرامش یا تسکین موقت منجر شود. هردو اختلال شامل یک چرخه وسواس و اجبار است که در آن فرد ابتدا احساس تنش یا اضطراب می‌کند و سپس با انجام یک عمل (مثل کشیدن مو) به کاهش موقت این تنش می‌پردازد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

برخلاف بسیاری از رفتارهای اجباری در وسواس که با افکار تکرارشونده هدایت می‌شوند، کشیدن مو در اختلال موکنی همواره با افکار وسواسی همراه نیست؛ این رفتار می‌تواند خودکار و بدون آگاهی کامل از جانب فرد رخ دهد (هافتون و همکاران^۷، ۲۰۱۵). براساس مطالعات انجام‌شده، اختلال موکنی در زنان شیوع بیشتری دارد، اما به مرور زمان در مردان نیز زیاد گزارش شده است (اسنوراسون و همکاران^۸، ۲۰۲۲). در این زمینه، تامسون و همکاران^۹ (۲۰۲۲) در پژوهشی فراتحلیل با بررسی ۳۰ مطالعه شیوع ۱/۱۴ درصدی را برای اختلال موکنی گزارش کردند که در زنان کمی بیشتر بود. یافته‌های پژوهشی گرت، دوگرتی و چمبرلین^{۱۰} (۲۰۲۰) حاکی از شیوع ۱/۷ درصدی موکنی در بین هزار نفر از بزرگسالان آمریکایی است. میانگین سن شروع موکنی ۱۷/۷ سال است و ۸۰ درصد از این افراد دچار یک اختلال روانی (وسواس، اضطراب، افسردگی، بیش‌فعالی و تروما) هستند.

تحمل ابهام^{۱۱} یا توانایی فرد در مواجهه با شرایط نامطمئن و ناشناخته بدون تجربه اضطراب شدید، یکی از چالش‌های اساسی در بسیاری از اختلالات وسواسی است. در افراد مبتلا به موکنی، تحمل کم ابهام می‌تواند عامل اصلی در بروز و ادامه رفتارهای اجباری باشد (پاسکوال-ورا و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱). زنان با تحمل کم ابهام تمایل دارند که عدم قطعیت و موقعیت‌های مبهم را به عنوان تهدیدهای جدی تجربه کنند و در نتیجه، رفتارهایی را از خود نشان دهند که هدف آن کاهش این احساسات ناخوشایند است (هیلمن و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۲). بیماران مبتلا به وسواس موکنی اغلب تحمل کمی در برابر ابهام و عدم قطعیت دارند (نیسیرایو و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۴). این افراد ممکن است کشیدن مو را به عنوان راهی برای کاهش اضطراب یا تنش ناشی از موقعیت‌های مبهم و پیش‌بینی‌ناپذیر انجام دهند. این رفتار، هرچند موقتاً موجب آرامش می‌شود، در بلندمدت می‌تواند به چرخه‌ای از اضطراب و کشیدن مداوم موها منجر شود (ویلیامز و لوینسون^{۱۵}، ۲۰۲۱).

1. obsessive-compulsive disorder

2. Phillips et al.

3 Trichotillomania

4. American Psychiatric Association

5. Roos et al.

6. Wilton et al.

7. Houghton et al.

8. Snorrason et al.

9. Thomson et al.

10. Grant, Dougherty, & Chamberlain

11. ambiguity tolerance

12. Pascual-Vera et al.

13. Hillman et al.

14. Nisyrariou et al.

15. Williams & Levinson

در بیماران با تحمل ابهام پایین، ترس از ناشناخته‌ها می‌تواند سبب افزایش نیاز به کنترل و قطعیت شود. در وسواس موکنی، این نیاز ممکن است به شکل رفتارهای تکراری مانند کشیدن مو ظاهر شود. این رفتارها، به‌رغم اینکه ممکن است ریشه در تلاش برای مقابله با احساسات ناخوشایند داشته باشند، اغلب به افزایش سطح کلی اضطراب و کاهش تحمل ابهام منجر می‌شوند (گری و همکاران^۱، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که تحمل کم ابهام یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای رفتارهای اجباری است. در تحقیقات مربوط به وسواس موکنی مشخص شده که افراد ضعیف‌تر در تحمل ابهام به احتمال بیشتری به این رفتار دچار می‌شوند (پینچیوتی و همکاران^۲، ۲۰۲۱). در این راستا، نتایج پژوهش‌های ویتون و وارد^۳ (۲۰۲۰) حاکی از ارتباط معنادار میان اختلالات وسواسی و عدم تحمل ابهام در بیماران است. یافته‌های مطالعه ناولز و اولاتونجی^۴ (۲۰۲۳) نیز مشخص کرد عدم تحمل ابهام موجب ایجاد، تشدید و باقی‌ماندن نشانگان اختلال وسواس در بیماران می‌شود.

تجربیات آسیب‌زا و استرس‌زای دوران کودکی به‌شدت بر سلامت روانی و توانایی تنظیم احساسات فرد در سال‌های بعدی زندگی اثر می‌گذارند. بسیاری از افراد که این نوع تروماها را تجربه کرده‌اند، به رفتارهای اجباری مانند موکنی روی می‌آورند تا با استرس و اضطراب ناشی از این تجربیات مقابله کنند (دستری و همکاران^۵، ۲۰۲۱). ترومای دوران کودکی^۶ شامل آزار جسمی^۷، آزار عاطفی^۸، بی‌توجهی فیزیکی^۹، غفلت عاطفی^{۱۰} و سوءاستفاده جنسی^{۱۱} است که اثرات عمیقی بر روان فرد می‌گذارد (پیراس و اسپاللتا^{۱۲}، ۲۰۲۰). آزار جسمی و عاطفی می‌تواند موجب ایجاد اضطراب شدید، کاهش عزت‌نفس و افزایش رفتارهای خودآسیب‌رسان مانند موکنی شود. بی‌توجهی فیزیکی و غفلت عاطفی به احساس ناامنی، تنهایی و بی‌ارزشی می‌انجامد و فرد ممکن است برای تسکین این احساسات به رفتارهایی مانند موکنی روی آورد (گورگولو^{۱۳}، ۲۰۲۰). سوءاستفاده جنسی نیز با تأثیرات شدید روانی می‌تواند به اضطراب و رفتارهای وسواسی-اجباری مثل موکنی منجر شود؛ زیرا این رفتار موقتی اضطراب فرد را کاهش می‌دهد و حس کنترل ایجاد می‌کند (گرنٹ و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۴).

بسیاری از افراد با سابقه ترومای دوران کودکی، احساس شرم و خودپنداره منفی دارند. این احساسات می‌توانند تمایل به خودآسیب‌زنی یا رفتارهای خودتخریبی مانند کشیدن مو را تشدید کنند؛ زیرا فرد ممکن است از این طریق به دنبال مجازات خود یا کاهش احساسات منفی مرتبط با ترومای گذشته باشد (کروی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۳). بررسی‌های انجام‌شده مشخص کرده‌اند که ترومای دوران کودکی می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات مرتبط با وسواس، از جمله وسواس موکنی، را بسیار افزایش دهد. این پژوهش‌ها بیانگر این هستند که تجربه ترومای دوران کودکی به‌طور مستقیم با افزایش رفتارهای اجباری و تکراری در زندگی بزرگسالی مرتبط است (آیتاک و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۹). در این زمینه، هافتون و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند بیماران که در دوران کودکی خود حوادث آسیب‌زا و تروماتیک تجربه کرده بودند، وسواس موکنی شدیدتری دارند. نتایج پژوهش اوزتین و همکاران^{۱۷} (۲۰۱۵) نیز مشخص کرد بیماران دارای وسواس موکنی و پوست‌کنی در مقایسه با گروه سالم نمرات بالایی را در ترومای دوران کودکی و اختلال استرس پس از ضربه گزارش کرده‌اند.

1. Gray et al.
2. Pinciotti et al.
3. Wheaton & Ward
4. Knowles & Olatunji
5. Destree et al.
6. childhood trauma
7. physical abuse
8. emotional abuse
9. physical neglect
10. emotional neglect
11. sexual abuse
12. Piras & Spalletta
13. Görgülü
14. Grant et al.
15. Crowe
16. Aytac et al.
17. Özten et al.

یکی از ابعاد مهم در تجربه افراد مبتلا به موکنی، شرم بیرونی^۱ است (مک کی^۲، ۲۰۲۳). موکنی که به صورت اجباری و مکرر اتفاق می افتد، اغلب تغییراتی ظاهری (مانند طاسی، نازک شدن مو یا آسیب های پوستی) ایجاد می کند که ممکن است فرد را در معرض نگاه ها و قضاوت های منفی دیگران قرار دهد. این مواجهه با قضاوت دیگران، احساس شرم بیرونی را تقویت می کند و می تواند عاملی برای افزایش اضطراب و انزوای اجتماعی شود (نوبل و همکاران^۳، ۲۰۱۷). شرم بیرونی به احساس شرم و خجالتی اشاره دارد که فرد در نتیجه ارزیابی ها، انتقادات یا قضاوت های دیگران تجربه می کند (سینتاگوتای-تاتار و همکاران^۴، ۲۰۲۰). شرم بیرونی می تواند سبب شود دختران مبتلا به وسواس موکنی بیش از حد به ظاهر خود حساس شوند (وینگاردن و رنشاو^۵، ۲۰۱۵). این حساسیت می تواند به اضطراب اجتماعی منجر شود؛ زیرا فرد نگران است که دیگران به طور منفی او را قضاوت کنند. نگرانی های موجود اغلب موجب انزوا و اجتناب از موقعیت های اجتماعی می شود که خود می تواند به افزایش استرس و تشدید رفتارهای اجباری مانند کشیدن مو بینجامد (هوازن و همکاران^۶، ۲۰۲۱).

پژوهش ها اتفاق نظر دارند که شرم بیرونی می تواند با شدت اختلال وسواس موکنی بسیار مرتبط باشد. افرادی که شرم بیرونی بیشتری دارند، معمولاً علائم شدیدتری از اختلال را نشان می دهند و پاسخ دهی کمتری به درمان های استاندارد دارند. این یافته ها اهمیت پرداختن به شرم بیرونی در مداخلات درمانی را برجسته می کند (سینتاگوتای-تاتار و همکاران، ۲۰۲۰). در این زمینه، نتایج مطالعه فراتحلیل لاوینگ و همکاران^۷ (۲۰۲۳) مشخص کرد بیماران مبتلا به وسواس شرم درونی و بیرونی زیادی دارند که موجب تشدید علائم و افکار وسواسی در آن ها می شود. بوتسی و همکاران^۸ (۲۰۱۶) نیز دریافتند هیجان و عواطف نقش بسزایی در ایجاد وسواس موکنی ایفا می کند و بیماران پس از انجام اعمال وسواسی غم، اندوه و شرم زیادی را گزارش می کنند.

اگرچه روش های درمانی مختلفی برای وسواس موکنی وجود دارد، اما بسیاری از بیماران همچنان در یافتن راه حل های درمانی کارآمد که به بهبود پایدار منجر شود، دچار مشکل هستند. رفتاردرمانی دیالکتیکی^۹ یک رویکرد درمانی جامع و مبتنی بر شواهد است که برای درمان اختلال شخصیت مرزی ایجاد شد، اما به دلیل مؤثر بودنش در تنظیم هیجانات، به کاربردن آن در اختلالات دیگری مانند وسواس نیز صورت گرفت (بودینت و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر ترکیب پذیرش و تغییر، به افراد کمک می کند تا مهارت هایی برای مدیریت هیجانات، تحمل پریشانی و بهبود روابط بین فردی کسب کنند (شمسودین و کانهکانتی^{۱۱}، ۲۰۲۳). این شیوه درمان از تکنیک های خاصی برای کمک به افراد در شناسایی، پذیرش و تنظیم هیجانات منفی استفاده می کند؛ تکنیک هایی که می تواند رفتارهای اجباری برای تسکین هیجانی را کاهش دهد (کیوتن و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۰). یکی از مؤلفه های کلیدی رفتاردرمانی دیالکتیکی، آموزش مهارت های تحمل پریشانی است. این مهارت ها به افراد می آموزند که چگونه در لحظات سخت و اضطرابزا، بدون توسل به رفتارهای ناسازگار مانند کشیدن مو، با موقعیت ها کنار بیایند. این تکنیک ها شامل راهبردهای مختلفی مانند نفس کشی، تمرکز ذهن و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت است (شاره^{۱۳}، ۲۰۱۸). تمرکز ذهن یکی از مؤلفه های اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی است که به بیماران کمک می کند تا به شیوه ای غیرقضاوتی و با آگاهی کامل از احساسات، افکار و رفتارهای خود برخورد کنند (مک هاف و گلد^{۱۴}، ۲۰۲۴). در اختلال وسواس موکنی، تمرکز ذهن

1. external shame

2. Mackay

3. Noble et al.

4. Szentágotai-Tátar et al.

5. Weingarden & Renshaw

6. Houazene et al.

7. Laving et al.

8. Bottesi et al.

9. dialectical behavior therapy

10. Baudinet et al.

11. Shamsudeen & Kannekanti

12. Keuthen et al.

13. Shareh

14. McHugh & Gold

می‌تواند به افراد کمک کند تا آگاهی بیشتری از رفتارهای خودآسیب‌زننده داشته باشند و به‌تدریج بتوانند این رفتارها را کنترل کنند (سابرا و همکاران، ۲۰۲۴).

بسیاری از زنان مبتلا به اختلال وسواس موقنی به‌دلیل شرم بیرونی و ترس از قضاوت دیگران، در روابط بین‌فردی دچار مشکل می‌شوند. رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های بهبود روابط بین‌فردی و ارتباط مؤثر، به افراد کمک می‌کند تا اعتمادبه‌نفس و خودپندارهٔ بهتری داشته باشند و از انزوای اجتماعی که می‌تواند علائم را تشدید کند، جلوگیری کنند (فرهات و همکاران، ۲۰۲۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور خاص بر کاهش رفتارهای اجباری تمرکز دارد. با ترکیب راهبردهای پذیرش و تغییر، رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد می‌آموزد که چگونه رفتارهای اجباری خود را به‌تدریج کاهش دهند و راه‌های سالم‌تری برای مقابله با استرس و ابهام پیدا کنند (بنت و رایزنار، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند در کاهش رفتارهای اجباری، بهبود تحمل ابهام و کاهش احساس شرم در افراد مبتلا به اختلال وسواس موقنی مؤثر باشد (کاپل و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی نه‌تنها در کاهش شدت علائم مؤثر است، بلکه به بهبود کلی کیفیت زندگی و روابط اجتماعی بیماران نیز کمک می‌کند (فرانزیو و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان با ارائهٔ یک چارچوب ساختاریافته و مؤثر، ابزارهایی را فراهم می‌آورد که می‌تواند به افراد مبتلا به وسواس موقنی کمک کند تا با چالش‌های روان‌شناختی خود مقابله کنند و بهبود یابند (جونز و همکاران، ۲۰۱۸).

دربارهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم اختلال وسواس موقنی مطالعات مختلفی انجام شده است که حاکی از اثربخش بودن این درمان است (سابرا و همکاران، ۲۰۲۴). در این زمینه، شمسودین و کانتکانتی (۲۰۲۳) در پژوهشی دریافتند رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت معناداری موجب کاهش علائم و شدت وسواس موقنی در بیماران می‌شود. کاپل و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی مروری مداخلات روان‌شناختی مؤثر در کاهش و بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال موقنی را بررسی کردند. نتایج نشان داد درمان‌های شناختی رفتاری، پذیرش و تعهد، وارونه‌سازی عادت و رفتاردرمانی دیالکتیکی از مؤثرترین روش‌های درمانی برای اختلال وسواس موقنی هستند. یافته‌های مطالعهٔ کیوتن و همکاران^۷ (۲۰۱۰، ۲۰۱۱، ۲۰۱۲) نیز مشخص کرد رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت معناداری موجب کاهش شدت و تعداد دفعات کشیدن مو در بیماران می‌شود، هیجان و احساسات بیماران را تنظیم می‌کند و بیماران بهتر می‌توانند با اطرافیان خود ارتباط برقرار کنند. همچنین پیگیری‌های سه‌الی شش‌ماهه حاکی از اثربخشی ماندگار و طولانی رفتاردرمانی دیالکتیکی است.

اختلال وسواس موقنی اغلب با مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، و استرس همراه است. این اختلال می‌تواند به انزوای اجتماعی و اختلال در عملکردهای شغلی و تحصیلی بسیاری از بیماران منجر شود؛ بنابراین، یافتن روش‌های درمانی مؤثر می‌تواند به کاهش بار روانی و اجتماعی ناشی از این اختلال کمک کند و زنان مبتلا به وسواس موقنی را به زندگی فعال‌تر و رضایت‌بخش‌تر بازگرداند. با توجه به شیوع نسبی اختلال وسواس موقنی و تأثیرات منفی آن بر خانواده و جامعه، درمان مؤثر این اختلال می‌تواند به بهبود سلامت روانی جامعه به‌طور کلی کمک کند. ارتقای درمان‌های موجود و معرفی روش‌های جدید به بهبود رضایت فردی و اجتماعی افراد مبتلا و کاهش هزینه‌های روان‌شناختی و درمانی مرتبط با این اختلال می‌انجامد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی این سؤالات انجام گرفت:

- آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام زنان مبتلا به اختلال وسواس موقنی مؤثر است؟
- آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر ترومای دوران کودکی زنان مبتلا به اختلال وسواس موقنی مؤثر است؟
- آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موقنی مؤثر است؟

1. Sabra et al.
2. Farhat et al.
3. Bennett & Ryznar
4. Capel et al.
5. Francazio et al.
6. Jones et al.
7. Keuthen et al.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره منطقه ۱۱ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. دلیل انتخاب این منطقه دسترسی آسان‌تر پژوهشگران به مراکز مشاوره و روان‌شناسی و نیز هماهنگی با این مراکز برای نمونه‌گیری و پیگیری شرکت‌کنندگان در طول مطالعه بود. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، ۳۴ نفر از زنانی که توسط مقیاس کندن مو کیوتن و همکاران (۱۹۹۵) وسواس موکنی داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای محاسبه دقیق‌تر حجم نمونه، از نسخه ۳.۱.۹.۲ نرم‌افزار G*Power، با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد کمتر از ۲ درصد استفاده شد. حجم نمونه اولیه در هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد که با احتساب احتمال افت ده‌درصدی، درنهایت ۱۷ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شدند. پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان پژوهش به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گواه (۱۷ نفر) جای‌دهی شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص وسواس موکنی توسط مقیاس مربوطه، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰، نداشتن اختلال و مشکل روانی دیگر (بررسی پرونده بیمار) بود. براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم-متن تجدیدنظرشده^۱، این اختلال از سایر اختلالات مشابه مانند وسواس فکری-جبری، اختلالات خودآسیب‌رسان و رفتارهای مرتبط متمایز شد. در این ارزیابی، به نشانه‌های خاص وسواس موکنی مانند احساس تنش قبل از کندن مو و تسکین پس از آنکه از خصوصیات بارز این اختلال است، توجه ویژه‌ای صورت گرفت. غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان، تشدید بیماری و دریافت سایر مداخلات روانی معیارهای خروج از پژوهش حاضر بودند.

۲-۲. روش اجرا مداخله درمانی

پس از هماهنگی‌ها و اخذ رضایت از مسئولان کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر تهران، پژوهشگران با مراجعه به کلینیک مناطق ۱۱ شهر تهران، ۳۴ خانم مبتلا به وسواس موکنی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی با کمک قرعه‌کشی در دو گروه ۱۷ نفری شامل گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابتدا توضیحاتی کلی به زنان داده شد و پس از اخذ رضایت از آن‌ها، شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند. به منظور بررسی و درمان زنان مبتلا به وسواس موکنی از رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان^۲ (۱۹۹۳) استفاده شد. شمسودین و کانکنانی (۲۰۲۳) با استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۱۹۹۳) توانستند علائم اختلال وسواس موکنی را در بیماران کاهش دهند. بارانی و فولادچنگ (۱۴۰۱) نیز در ایران اثربخشی این درمان را تأیید کردند. به کمک یک متخصص، رفتاردرمانی دیالکتیکی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی (هر هفته دو جلسه) در کلینیک خدمات روان‌شناسی انجام گرفت. در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳)

جلسه	مهارت	محتوای هر جلسه
۱	مقدمه	پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا شدند. به اعضای گروه توضیح داده شد که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا است.
۲	آموزش هشیاری فراگیر	علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونه هشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت‌کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود ذهن‌آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
۳	آموزش هشیاری فراگیر	مهارت‌های چه چیز و چگونه به‌طور عملی در گروه تمرین شد. از آنجا که این تمرین‌ها هسته مرکزی رفتاردرمانی دیالکتیکی محسوب می‌شود، ابتدا آموزش داده می‌شود.
۴	آموزش تنظیم هیجانی	در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل

جلسه	مهارت	محتوای هر جلسه
		تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
۵	آموزش تنظیم هیجانی	مشارکت‌کنندگان بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب‌زدن به آن‌ها را که سبب افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌شود، آموزش دیدند.
۶	آموزش تنظیم هیجانی	ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری از هیجان‌های منفی پرداخته شد.
۷	آموزش تحمل پریشانی	بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت‌کردن حواس و نیز خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه آموزش داده شد.
۸	آموزش تحمل پریشانی	ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه‌شدن با ناکامی یا احساس موکنی از راهبردهای بقا در بحران به‌صورت عملی در گروه تمرین شد. همچنین مشارکت‌کنندگان چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان را فراگرفتند.

۲-۳. ابزارهای سنجش

۲-۳-۱. چک‌لیست جمعیت‌شناختی

این چک‌لیست شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و ناحیه موکنی و سواسی بود.

۲-۳-۲. مقیاس کندن مو بیمارستان ماساچوست^۱ (MGH)

این مقیاس یک ابزار خودگزارشی هفت‌گویه‌ای است که به‌صورت پنج‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالا در آن نشانگر اختلال و سواس موکنی است (کیوتن و همکاران، ۱۹۹۵). این مقیاس فراوانی فشار برای موکنی، شدت فشار، کنترل فشار، فراوانی موکنی، مقاومت در برابر موکنی، کنترل موکنی، تنش و ناراحتی را می‌سنجد. حداقل نمره قابل کسب صفر و حداکثر ۲۸ است. این مقیاس از پایایی درونی مناسبی برخوردار است (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹) و در مقایسه با آزمون‌های دیگر مثل اضطراب و افسردگی، پایایی آزمون-بازآزمون خوبی (۰/۹۷) داشته است (کیوتن و همکاران، ۱۹۹۵). مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است (حمید و همکاران، ۱۴۰۱). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای این مقیاس به‌دست آمد.

۲-۳-۳. مقیاس تحمل ابهام^۲ (MSTAT-I)

این مقیاس توسط مک‌لین^۳ (۱۹۹۳) طراحی شد. پرسشنامه تحمل ابهام نوع اول، ۲۲ گویه داشت و بعدها نسخه سیزده‌گویه‌ای آن با عنوان پرسشنامه تحمل ابهام نوع دوم ساخته شد. مک‌لین پایایی درونی مناسبی را برای هر دو فرم گزارش کرد. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از بسیار مخالفم (۱) تا بسیار موافقم (۵) است. دامنه نمرات ۱۳ تا ۶۵ است که کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده تحمل بیشتر ابهام است. مک‌لین (۱۹۹۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرد و روایی صوری آن را با توجه به نظرات خبرگان ۰/۷۶ به‌دست آورد. در داخل کشور نیز محمدی و همکاران^۴ (۲۰۲۲) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۸ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای مقیاس عدم تحمل ابهام گزارش شد.

۲-۳-۴. پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۵ (CTQ)

پرسشنامه ترومای دوران کودکی اولین بار توسط برنستین و همکاران^۶ با هدف تعیین تروما و آسیب دوران کودکی طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم آن با ۵۳ مورد ارائه شد. درنهایت آخرین نسخه آزمون با ۳۴ مورد در سال ۱۹۹۸ طراحی و پیشنهاد شد. پس از تغییراتی، نسخه فعلی ۲۸ موردی که به نسخه کوتاه نیز معروف است، ساخته شد (برنستین و همکاران، ۲۰۰۳). پاسخ‌ها در مقیاس

1. Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH)

2. Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale (MSTAT-I)

3. McLain

4. Mohammadi et al.

5. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

6. Bernstein et al.

پنج درجه‌ای از نوع لیکرت با توجه به فراوانی وقوع تجربیات به صورت هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص می‌شود. این پرسشنامه عوامل سوءاستفاده را می‌سنجد که براساس پنج گویه، شامل آزار جسمی، آزار عاطفی، بی‌توجهی فیزیکی، غفلت عاطفی و سوءاستفاده جنسی تنظیم شده است. در امتیازدهی، گویه‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای هر خرده‌مقیاس نمره‌ای از ۵ تا ۲۵ به دست می‌آید که نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترومای بیشتر در دوران کودکی است. برنستین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد. پایایی این پرسشنامه با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (برنستین و همکاران، ۲۰۰۳). حمیدی نژاد و همکاران (۱۴۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ و مطلوب محاسبه کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و مؤلفه‌های این مقیاس ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ به دست آمد.

۲-۳-۵. مقیاس شرم بیرونی^۱ (ESS)

این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۱۸ گویه‌ای است که توسط گروس و همکاران^۲ (۱۹۹۴) برای اندازه‌گیری شرم بیرونی ساخته شده و از پرسشنامه شرم درونی اقتباس شده است. هر گزینه شامل مواردی مانند «دیگران مرا در سطح خودشان نمی‌بینند» و «فکر می‌کنم دیگران می‌توانند عیب‌های مرا بفهمند» است که با استفاده از روش لیکرت با نمره‌های صفر (هرگز)، ۱ (به ندرت)، ۲ (گاهی)، ۳ (اغلب) و ۴ (تقریباً همیشه) برای هر گزینه نمره‌گذاری می‌شود. به پاسخ‌دهندگان آموزش داده می‌شود که به احساسات بیان شده در هر گزینه براساس فراوانی پاسخ دهند. به منظور به دست آوردن نمره کلی شرم بیرونی، نمره‌های تمامی سؤال‌ها با هم جمع می‌شود (دامنه نمرات ۱۸ تا ۷۲). نمرات بالاتر نشان‌دهنده شرم بیرونی بیشتر است. پایایی این ابزار بالا است؛ به گونه‌ای که آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و پایایی بازآزمایی پنج‌هفته‌ای آن ۰/۹۲ گزارش شده است. این پرسشنامه همبستگی متوسط با ارزیابی منفی از ترس و همبستگی بالاتر با سایر ابزارهای اندازه‌گیری شرم در جمعیت‌های بالینی و دانشجویان داشته است (گروس و همکاران، ۱۹۹۴). حیدریان و همکاران (۱۴۰۲) ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۸ گزارش کردند. در مطالعه پیش‌رو نیز ضریب آلفای ۰/۸۳ برای مقیاس شرم بیرونی به دست آمد. در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ مناسب ۰/۸۷ برای این مقیاس گزارش شد.

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۳ با نرم‌افزار SPSS-27 تحلیل شدند. برای این منظور، با توجه به وجود حداقل سه فراوانی در هر سطح یا طبقه برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها از آزمون مجذور کا و برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک^۴ استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

1. External Shame Scale (ESS)

2. Goss et al.

3. multivariate analysis of covariance

4. Shapiro-Wilk

جدول ۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه (۳۴ نفر)

متغیرها	سطوح	آزمایش: تعداد (درصد)	گواه: تعداد (درصد)	مقدار *P
منطقه مکنی	موی سر	۷ (۴۱/۲)	۸ (۴۷/۱)	۰/۲۶۶
	ابروها	۶ (۳۵/۳)	۵ (۲۹/۴)	
	پلک	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۳/۵)	
تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۳/۵)	۳ (۱۷/۶)	۰/۱۹۷
	کارشناسی	۸ (۴۷/۱)	۸ (۴۷/۱)	
	ارشد	۵ (۲۹/۴)	۶ (۳۵/۳)	
تأهل	مجرد	۹ (۵۲/۹)	۱۰ (۵۸/۸)	۰/۴۰۸
	متأهل	۸ (۴۷/۱)	۷ (۴۱/۲)	

*آزمون مجذور کای، $P < ۰/۰۵$ اختلاف معنادار

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران گروه آزمایش $۳۱/۴۸ \pm ۵/۹۳$ سال و بیماران گروه گواه $۳۰/۹۴ \pm ۶/۰۲$ سال بود. براساس نتایج جدول ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر منطقه مکنی، تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معناداری ندارند ($P > ۰/۰۵$).

۳-۲. توصیف شاخص‌های پژوهش

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
وسواس مکنی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۶۴	۲/۶۵	۰/۱۱۵	۰/۰۸۹
		گواه	۱۷/۳۳	۲/۰۴	۰/۱۰۹	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۱	۲/۷۱	۰/۰۹۸	۰/۰۶۱
		گواه	۱۷/۰۶	۲/۸۱	۰/۱۱۶	۰/۰۵۴
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۱/۴۷	۱/۸۴	۰/۰۹۴	۰/۰۵۷
		گواه	۳۱/۵۸	۱/۸۰	۰/۱۱۵	۰/۰۸۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۴/۵۲	۲/۴۰	۰/۰۸۴	۰/۰۵۳
		گواه	۳۱/۳۵	۱/۸۰	۰/۰۹۲	۰/۰۷۸
آزار جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۵۲	۱/۲۳	۰/۰۹۰	۰/۰۵۷
		گواه	۱۸/۴۱	۱/۱۷	۰/۱۱۷	۰/۰۶۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۶۴	۲/۲۳	۰/۰۷۸	۰/۰۵۴
		گواه	۱۸/۶۴	۱/۶۹	۰/۰۹۳	۰/۰۶۱
آزار عاطفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۷	۱/۰۶	۰/۱۱۴	۰/۰۸۱
		گواه	۱۷/۳۵	۱/۳۲	۰/۰۸۱	۰/۰۷۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۴/۴۷	۱/۹۷	۰/۰۹۵	۰/۰۶۶
		گواه	۱۷/۵۸	۱/۰۳	۰/۱۰۲	۰/۰۷۹
بی‌توجهی فیزیکی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۴۷	۱/۰۶	۰/۰۹۹	۰/۰۵۳
		گواه	۱۹/۳۵	۱/۱۰	۰/۰۸۶	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۸۲	۲/۰۸	۰/۰۷۸	۰/۰۵۲
		گواه	۱۹/۵۸	۱/۰۱	۰/۰۹۶	۰/۰۶۹
غفلت عاطفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۴۱	۱/۳۲	۰/۰۹۷	۰/۰۸۵
		گواه	۱۸/۲۹	۱/۵۵	۰/۰۸۴	۰/۰۵۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۳۵	۲/۰۳	۰/۰۸۸	۰/۰۶۷
		گواه	۱۸/۵۲	۱/۱۹	۰/۰۷۶	۰/۰۵۹
سوءاستفاده جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰/۷۶	۱/۳۴	۰/۱۱۱	۰/۰۷۰
		گواه	۲۰/۸۸	۱/۲۶	۰/۱۰۹	۰/۰۶۲

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
شرم بیرونی	پس آزمون	آزمایش	۱۷/۱۸	۱/۳۲	۰/۰۸۶	۰/۰۵۵
		گواه	۲۰/۶۴	۱/۲۴	۰/۰۸۲	۰/۰۶۸
	پیش آزمون	آزمایش	۵۸/۸۲	۲/۰۶	۰/۰۷۹	۰/۰۶۲
		گواه	۵۸/۶۴	۲/۲۶	۰/۱۱۶	۰/۰۸۷
	پس آزمون	آزمایش	۵۴/۸۲	۲/۷۲	۰/۰۹۷	۰/۰۸۰
		گواه	۵۸/۸۳	۲/۰۶	۰/۰۸۴	۰/۰۵۳

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون-پس آزمون نمرات تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موقتی در گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ($P > 0.05$).

۳-۳. بررسی پیش فرض های آزمون های پارامتریک

برای اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موقتی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد واریانس تحمل ابهام ($F_{1, 33} = 3.68$; $p = 0.064 > 0.05$)، ترومای دوران کودکی ($F_{1, 33} = 2.50$; $p = 0.123 > 0.05$) و شرم بیرونی ($F_{1, 33} = 2.74$; $p = 0.109 > 0.05$) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز مشخص کرد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($F_{1, 33} = 3.96$; $p = 0.053 > 0.05$). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است. در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی نشان داد رابطه بین آن ها معنادار است ($\chi^2 = 19.4$; $df = 27$; $p < 0.05$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. شایان ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بررسی شد. تعامل این پیش آزمون ها و پس آزمون ها با متغیر مستقل معنادار نیست که حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است ($P > 0.05$).

۳-۴. آزمون فرضیه ها

با توجه به برقراری مفروضه های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۲۵	۷/۱۵۷	۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۷۵	۷/۱۵۷	۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون اثر هنتلینگ	۲/۶۳۷	۷/۱۵۷	۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۲/۶۳۷	۷/۱۵۷	۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته است. به عبارت دیگر گروه های آزمایش و گواه حداقل در یکی از موارد تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۲ درصد از کل واریانس های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد، اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تحمل ابهام	۸۴/۹۶۵	۱	۸۴/۹۶۵	۴۷/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
آزار جسمی	۸۳/۲۷۹	۱	۸۳/۲۷۹	۳۰/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۴
آزار عاطفی	۹۰/۰۸۳	۱	۹۰/۰۸۳	۳۰/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
بی‌توجهی فیزیکی	۱۲۱/۰۶۶	۱	۱۲۱/۰۶۶	۵۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
غفلت عاطفی	۹۲/۵۸۸	۱	۹۲/۵۸۸	۳۶/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
سوءاستفاده جنسی	۹۰/۹۳۴	۱	۹۰/۹۳۴	۵۰/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
شرم بیرونی	۱۳۸/۱۳۳	۱	۱۳۸/۱۳۳	۵۹/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۰

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای تحمل ابهام ($F=47/67$)، آزار جسمی ($F=30/04$)، آزار عاطفی ($F=30/78$)، بی‌توجهی فیزیکی ($F=55/32$)، غفلت عاطفی ($F=36/74$)، سوءاستفاده جنسی ($F=50/34$)، و شرم بیرونی ($F=59/71$) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۶۵ درصد از تحمل ابهام، ۵۴ درصد از آزار جسمی، ۵۵ درصد از آزار عاطفی، ۶۹ درصد از بی‌توجهی فیزیکی، ۵۹ درصد از غفلت عاطفی، ۶۷ درصد از سوءاستفاده جنسی و ۷۰ درصد از شرم بیرونی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است. در نتیجه می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور معناداری سبب افزایش تحمل ابهام و کاهش ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی شده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی انجام شد. نتایج نشان داد زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی پس از دریافت رفتاردرمانی دیالکتیکی نمرات بالاتری را در تحمل ابهام گزارش کرده‌اند. این یافته‌ها در راستای مطالعات ویتون و وارد (۲۰۲۰)، ناولز و اولاتونجی (۲۰۲۳)، پاسکوال-ورا و همکاران (۲۰۲۱)، هیلمن و همکاران (۲۰۲۲) و ویلیامز و لوینسون (۲۰۲۱) قرار دارد. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود توانایی این افراد در مواجهه با شرایط نامشخص و استرس‌زا است که به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در بروز و تشدید وسواس موکنی شناخته می‌شود.

در تبیین نتایج می‌توان اذعان داشت در اختلال وسواس موکنی، افراد تمایل دارند به‌صورت افراطی به کندن مو به‌عنوان راهی برای کاهش اضطراب یا استرس بپردازند. این رفتار به‌نوعی راهبردی اجتنابی برای مقابله با احساسات ناخوشایند و عدم تحمل ابهام است. با دریافت رفتاردرمانی دیالکتیکی، این افراد مهارت‌هایی را می‌آموزند که می‌تواند به افزایش تحمل ابهام و پذیرش شرایط نامطمئن کمک کند، بدون اینکه به رفتارهای آسیب‌زا مانند کندن مو متوسل شوند. افزایش تحمل ابهام ممکن است ناشی از تقویت توانایی افراد در تنظیم هیجانات و افزایش پذیرش موقعیت‌های استرس‌زا از طریق مهارت‌های ذهن‌آگاهی باشد. این مهارت‌ها به مراجعان کمک می‌کند تا بدون قضاوت و واکنش سریع، با احساسات و افکار خود مواجه شوند و در نتیجه، نیاز به استفاده از رفتارهای مخرب کاهش می‌یابد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک روش درمانی شامل تکنیک‌های متنوعی مانند آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، آگاهی و ذهن‌آگاهی، و مهارت‌های ارتباطی است. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا به شیوه‌ای مؤثرتر با مشکلات خود مواجه شوند و اضطراب و تنش ناشی از عدم قطعیت در ذهن آن‌ها کاهش یابد (شمسودین و کاننکانتی، ۲۰۲۳).

به‌ویژه مهارت‌های ذهن‌آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران می‌آموزد تا بدون قضاوت و با توجه به لحظه حال به موقعیت‌های دشوار نگاه کنند که می‌تواند به بهبود تحمل ابهام کمک کند (فرانزیو، و همکاران، ۲۰۱۷). مهارت‌های تنظیم هیجان و آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک می‌کند تا با احساسات و افکار منفی خود به شکل سازنده‌تری

برخورد کنند (هیلمن و همکاران، ۲۰۲۲). این مهارت‌ها به‌طور خاص می‌تواند به افزایش تحمل ابهام منجر شود؛ زیرا به بیماران کمک می‌کند تا با استرس و اضطراب ناشی از عدم قطعیت به‌طور مؤثرتر مقابله کنند. علاوه‌براین، مهارت‌های ارتباطی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک می‌کند تا روابط خود را بهبود بخشند و در موقعیت‌های اجتماعی با اعتمادبه‌نفس بیشتری عمل کنند که می‌تواند به تقویت احساس کنترل و کاهش اضطراب ناشی از ابهام کمک کند (جونز و همکاران، ۲۰۱۸). افزایش تحمل ابهام در بیماران مبتلا به اختلال وسواس موکنی پس از درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به معنای بهبود در عملکرد روزمره و کاهش علائم مرتبط با اختلال باشد. این بهبود ممکن است به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارد و به آن‌ها امکان دهد تا با مشکلات و چالش‌های زندگی به شیوه‌ای سازنده‌تر و مؤثرتر روبه‌رو شوند (بودینت و همکاران، ۲۰۲۱).

از دیگر سو، یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخش بودن رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش ترومای دوران کودکی (آزار جسمی، آزار عاطفی، بی‌توجهی فیزیکی، غفلت عاطفی و سوءاستفاده جنسی) زنان مبتلا به وسواس موکنی بود. این نتایج با مطالعات هافتون و همکاران (۲۰۱۶)، اوزتین و همکاران (۲۰۱۵)، کروی و همکاران (۲۰۲۳) و دستری و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

درواقع این درمان با تغییر نحوه پردازش تجربیات تروماتیک در ذهن، به کاهش اثرات ترومای دوران کودکی کمک می‌کند. این درمان با تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، به افراد یاد می‌دهد که پاسخ‌های هیجانی شدید و واکنش‌های خودکار به خاطرات آزاردهنده را کاهش دهند. همچنین با ایجاد تحمل بیشتر در برابر احساسات ناخوشایند و آموزش راهبردهای مقابله‌ای سالم، افراد را از الگوهای اجتنابی مانند سرکوب یا انکار دور می‌کند. به این ترتیب، رفتاردرمانی دیالکتیکی نه‌تنها به کاهش شدت علائم مرتبط با ترومای گذشته کمک می‌کند، بلکه فرایند بازسازی شناختی و هیجانی را تسهیل می‌کند تا فرد بتواند تجربیات آسیب‌زا را بهتر پردازش و ادغام کند. به عبارت دیگر، با استفاده از تکنیک‌های پذیرش، تنظیم هیجانی، مهارت‌های بین‌فردی و تقویت خودپنداره، رفتاردرمانی دیالکتیکی به کاهش تأثیرات ترومای دوران کودکی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم اختلال وسواس موکنی کمک کرده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با ارائه راهبردهای مؤثر برای تنظیم هیجانات و پذیرش احساسات دشوار، به بیماران کمک کرد تا با زخم‌های ناشی از آزار جسمی و عاطفی دوران کودکی بهتر کنار بیایند. تمرکز ذهن و مهارت‌های پذیرش در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک کرد تا احساسات منفی مرتبط با این آزارها را مؤثرتر مدیریت کنند (بنت و رایزنار، ۲۰۲۴).

رفتاردرمانی دیالکتیکی با تقویت مهارت‌های روابط بین‌فردی و خودپذیری، به کاهش اثرات بی‌توجهی فیزیکی و غفلت عاطفی کمک کرد. این مهارت‌ها به زنان دارای وسواس موکنی کمک کرد تا احساس تعلق و ارزشمندی را در روابط خود تجربه کنند که می‌تواند به کاهش اثرات منفی غفلت عاطفی و بی‌توجهی فیزیکی منجر شود (کروی و همکاران، ۲۰۲۳). رفتاردرمانی دیالکتیکی با ارائه فضای امن برای پردازش تجربیات دشوار و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، به دختران کمک کرد تا با تأثیرات منفی سوءاستفاده جنسی کنار بیایند. مهارت‌های پردازش احساسات و پذیرش در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران این امکان را داد که با این تجربیات به شیوه‌ای سالم‌تر و سازگارانه‌تر برخورد کنند (سابرا و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین با استفاده از تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیماران می‌آموزند خود را مثبت‌تر ببینند و به خودپنداره‌ای سالم‌تر دست یابند. این تقویت در خودپذیری و عزت‌نفس به کاهش تأثیرات منفی ترومای دوران کودکی کمک می‌کند و موجب می‌شود بیماران با احساسات منفی و تجربیات دردناک گذشته خود به شیوه‌ای سازگارانه‌تر برخورد کنند (فرهات و همکاران، ۲۰۲۰). تکنیک‌های پذیرش در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک می‌کند تا احساسات گناه و شرم ناشی از ترومای دوران کودکی را بپذیرند و با آن‌ها مؤثرتر کنار بیایند. کاهش این احساسات منفی سبب بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران دچار وسواس موکنی می‌شود (شاره، ۲۰۱۸).

از طرفی دیگر، نتایج این پژوهش مشخص کرد رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت معناداری موجب کاهش شرم بیرونی زنان دچار وسواس موکنی می‌شود. این یافته‌ها در راستای مطالعات لایوینگ و همکاران (۲۰۲۳)، بوتسی و همکاران (۲۰۱۶) و سیزنتاگوتایی-تاتار و همکاران (۲۰۲۰) قرار داشت.

رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به کاهش شرم بیرونی در زنان مبتلا به وسواس موکنی کمک کند؛ زیرا این درمان به افراد می‌آموزد که هیجانات منفی مانند شرم را به شیوه‌ای سازنده مدیریت کنند. رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و پذیرش بدون قضاوت، به مراجعان کمک می‌کند تا خود را به شکلی مهربان‌تر و کمتر انتقادی ببینند. همچنین با تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی، فرد می‌آموزد که به جای ترس از ارزیابی منفی دیگران، با موقعیت‌های ناراحت‌کننده به شیوه‌ای منطقی و متعادل برخورد کند که این امر تجربه شرم بیرونی را کاهش می‌دهد. شرم بیرونی به عنوان یکی از عوامل کلیدی در بروز و تشدید اختلالات روان‌شناختی، به شدت با خودپنداره منفی و ترس از قضاوت دیگران مرتبط است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از تکنیک‌های خاص خود در زمینه‌های پذیرش، تغییر، و مهارت‌های بین فردی، به بیماران کمک کرده است تا با احساسات شرم‌آور و منفی خود به شیوه‌ای سازگارانه‌تر و مؤثرتر برخورد کنند (فرانزیو، و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از تکنیک‌های کلیدی رفتاردرمانی دیالکتیکی، مهارت پذیرش است که بیماران به کمک آن با احساسات و تجربیات منفی خود به شیوه‌ای غیرقضاوتی و بدون مقاومت مواجه می‌شوند (شمسودین و کانکاتی، ۲۰۲۳).

درمورد شرم بیرونی، پذیرش سبب می‌شود بیماران احساسات شرم‌آور خود را به عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرند و از تلاش برای انکار یا سرکوب آن پرهیز کنند. این روش احساس شرم را کاهش می‌دهد و خودپذیری را بهبود می‌بخشد (کیوتن و همکاران، ۲۰۱۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی همچنین به زنان دارای وسواس موکنی آموزش می‌دهد که چگونه تغییرات مثبتی در رفتار و تفکر خود ایجاد کنند. این تغییرات شامل استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت احساسات منفی و بهبود روابط بین فردی است (لایوینگ و همکاران، ۲۰۲۳). با کاهش شرم بیرونی و بهبود مهارت‌های ارتباطی، بیماران قادر به ایجاد روابط سالم‌تر و کاهش احساسات منفی ناشی از قضاوت دیگران هستند (جونز و همکاران، ۲۰۱۸). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر تقویت عزت نفس و بهبود خودپنداره، شرم بیرونی را کاهش می‌دهد. با تقویت مهارت‌های خودپذیری و افزایش اعتمادبه نفس، بیماران قادر به مقابله با تأثیرات منفی قضاوت دیگران و احساسات شرم‌آور هستند. این بهبود در عزت نفس می‌تواند به کاهش نگرانی‌ها و اضطراب‌های مرتبط با شرم بیرونی کمک کند (سیزنتاگوتایی-تاتار و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور خاص بر تقویت مهارت‌های بین فردی تمرکز دارد که برای کاهش شرم بیرونی اهمیت زیادی دارد. بیماران با یادگیری نحوه برقراری ارتباط مؤثر و بیان نیازها و احساسات خود به شیوه‌ای سالم، قادر به کاهش احساسات شرم و انزوا هستند. این مهارت‌ها شامل گوش دادن فعال، ابراز احساسات به شیوه‌ای غیرتهدیدآمیز، و مهارت‌های حل تعارض است که به تقویت روابط اجتماعی و کاهش شرم بیرونی کمک می‌کند (بنت و رایزنار، ۲۰۲۴).

این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله عدم بررسی مردان، جامعه آماری محدود به شهر تهران، عدم پیگیری بلندمدت و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی مواجه بود که ممکن است تعمیم‌پذیری و دقت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین کنترل نشدن برخی متغیرهای مخدوش‌کننده مانند حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی می‌تواند بر نتایج تأثیر بگذارد. برای بهبود مطالعات آینده، پیشنهاد می‌شود مطالعات با حجم نمونه بزرگ‌تر و پیگیری طولانی مدت انجام شود، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با سایر روش‌های درمانی مقایسه شود و پژوهش‌ها روی گروه‌های متنوع‌تری صورت گیرد تا نتایج قابل تعمیم و کاربردی‌تر باشد.

۵. ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت اصول اخلاقی مندرج در اعلامیه هلسینکی انجام شده است. پیش از انجام مداخله، اهداف پژوهش به طور کامل و جامع برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی و حفظ محرمانگی اطلاعات، به

بیماران اطمینان داده شد که داده‌ها صرفاً به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. علاوه بر این، تمامی دستورالعمل‌های کمیته اخلاق در انتشار به طور دقیق رعایت شده است.

۶. سیاست‌گذاری و حمایت مالی

از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش که با صرف وقت و انرژی خود به ما در جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. همچنین از مراکز درمانی که ما را در جذب افراد مبتلا به اختلال وسواس موکنی همراهی کردند، سپاسگزاریم. قدردانی ویژه‌ای نیز از استادان و متخصصانی داریم که با نظرات سازنده خود مسیر این پژوهش را هموار کردند. این تلاش، بدون حمایت و همراهی این عزیزان ممکن نبود. پژوهش پیش‌رو بدون حمایت مالی انجام شده است.

۷. تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- بارانی، ح. و فولاد چنگ، م. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۳ (۱)، ۲۸۷-۳۰۴. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.311088.643658>
- حمید، ن.، بردبار، م. و مرعشی، س. ع. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانه‌های اختلال وسواس موکنی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۴۴ (۲)، ۱۱۶-۱۲۶. <https://doi.org/10.34172/mj.2022.021>
- حمیدی نژاد، ن.، دولتشاهی، ب. و باقری، ف. (۱۴۰۲). پیش‌بینی رفتارهای آشفته خوردن براساس کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی: ارائه مدل تبیینی با نقش میانجی شرم درونی‌شده. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴ (۳)، ۲۵۶-۲۳۹. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.332315.644044>
- حیدریان، س.، مهرابی زاده هنرمند، م.، داودی، ا. و امیدیان، م. (۱۴۰۲). رابطه علی شرم بیرونی، خودانتقادی و ترس از شفتت به خود با خودجرمی در میان دانشجویان: نقش میانجی‌گر افسردگی و درگیری عاطفی خانواده. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴ (۴)، ۱۳۱-۱۱۳. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.335304.644119>

References

- American Psychiatric Association (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aytac, H. M., Berkol, T. D., Özarslan, Z., & Aydin, N. (2019). A common possible genetic etiology in trichotillomania and posttraumatic stress disorder comorbidity: A case report. *Alpha Psychiatry*, 20(1), 110-112. <https://doi.org/10.5455/apd.302189>
- Barani, H., & Fooladchang, M. (2022). The efficacy of teaching dialectical behavior therapy skills on anxiety and depression symptoms in students. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(1), 287-304. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.311088.643658> (In Persian)
- Baudinet, J., Stewart, C., Bennett, E., Konstantellou, A., ... & Simic, M. (2021). Radically open dialectical behavior therapy adapted for adolescents: A case series. *BMC Psychiatry*, 21, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03460-3>
- Bennett, L. P., & Ryznar, R. (2024). A review of behavioral and pharmacological treatments for adult trichotillomania. *Psychology International*, 6(2), 509-530. <https://doi.org/10.3390/psycholint6020031>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

- Bottesi, G., Cerea, S., Ouimet, A. J., Sica, C., & Ghisi, M. (2016). Affective correlates of trichotillomania across the pulling cycle: Findings from an Italian sample of self-identified hair pullers. *Psychiatry Research*, 246, 606-611. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.080>
- Capel, L. K., Woolley, M. G., & Twhig, M. P. (2024). Psychosocial treatment of trichotillomania: A review. *Cognitive and Behavioral Practice*, In Press, Corrected Proof. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2024.05.003>
- Crowe, E., Staiger, P. K., Bowe, S. J., Rehm, I., Moulding, R., Herrick, C., & Hallford, D. J. (2023). The association between trichotillomania symptoms and emotion regulation difficulties: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 346, 88-99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.010>
- Destree, L., Brierley, M. E. E., Albertella, L., Jobson, L., & Fontenelle, L. F. (2021). The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 142, 345-360. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.08.017>
- Farhat, L. C., Olfson, E., Nasir, M., Levine, J. L., Li, F., Miguel, E. C., & Bloch, M. H. (2020). Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 37(8), 715-727. <https://doi.org/10.1002/da.23028>
- Francazio, S. K., Murphy, Y. E., & Flessner, C. A. (2017). Psychological treatment of trichotillomania. In J. S. Abramowitz, D. McKay, & E. A. Storch (Eds.), *The Wiley handbook of obsessive-compulsive disorders* (pp. 1009-1022). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118890233.ch57>
- Görgülü, S. A. (2020). Trichotillomania treatment based on trauma: Case report. *Archives of Clinical and Medical Case Reports*, 4, 158-163. <https://doi.org/10.26502/acmcr.96550181>
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713-717. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X)
- Grant, J. E., Collins, M., Chamberlain, S. R., & Chesivoir, E. (2024). Disorders of impulsivity in trichotillomania and skin picking disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 170, 42-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.12.011>
- Grant, J. E., Dougherty, D. D., & Chamberlain, S. R. (2020). Prevalence, gender correlates, and comorbidity of trichotillomania. *Psychiatry Research*, 288, 112948. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112948>
- Gray, E., Sweller, N., & Boag, S. (2024). Child abuse and neglect and obsessive-compulsive personality traits: Effects of attachment, intolerance of uncertainty, and metacognition. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17, 1189-1209. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00644-3>
- Hamid, N., Bordbar, M., & Marashy, S. A. (2022). The effectiveness of habit reversal training with cognitive behavior therapy on quality of life and symptoms of trichotillomania patients. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 44(2), 116-126. <https://doi.org/10.34172/mj.2022.021> (In Persian)
- Hamidinejad, N., Dolatshahi, B., & Bagheri, F. (2023). Predicting disordered eating behaviors based on perfectionism and childhood trauma: Presenting an explanatory model with mediated role of internalized shame. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(3), 239-256. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.332315.644044> (In Persian)
- Heydarian, S., Mehrabizadeh Honarmand, M., Davoudi, I., & Omidian, M. (2023). the causal relationship between external shame, self-criticism and fear of self-compassion and self-injury in students: The mediating role of depression and family emotional involvement. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(4), 113-131. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.335304.644119> (In Persian)
- Hillman, S. R., Lomax, C. L., Khaleel, N., Smith, T. R., & Gregory, J. D. (2022). The roles of intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity and distress tolerance in hoarding disorder compared

- with OCD and healthy controls. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 50(4), 392-403. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000108>
- Houazene, S., Aardema, F., Leclerc, J. B., & O'Connor, K. (2021). The role of self-criticism and shame in body-focused repetitive behaviour symptoms. *Behaviour Change*, 38(1), 10-24. <https://doi.org/10.1017/bec.2020.16>
- Houghton, D. C., Balsis, S., Stein, D. J., Compton, S. N., Twohig, M. P., Saunders, S. M., ... & Woods, D. W. (2015). Examining DSM criteria for trichotillomania in a dimensional framework: Implications for DSM-5 and diagnostic practice. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.011>
- Houghton, D. C., Mathew, A. S., Twohig, M. P., Saunders, S. M., ... & Woods, D. W. (2016). Trauma and trichotillomania: A tenuous relationship. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.09.003>
- Jones, G., Keuthen, N., & Greenberg, E. (2018). Assessment and treatment of trichotillomania (hair-pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clinics in Dermatology*, 36(6), 728-736. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.008>
- Keuthen, N. J., O'Sullivan, R. L., Ricciardi, J. N., Shera, D., ... & Baer, L. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) hairpulling scale: 1. development and factor analyses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(3-4), 141-145. <https://doi.org/10.1159/000289003>
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Welch, S. S., Taylor, C., ... & Jenike, M. A. (2010). Pilot trial of dialectical behavior therapy-enhanced habit reversal for trichotillomania. *Depression and Anxiety*, 27(10), 953-959. <https://doi.org/10.1002/da.20732>
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Fama, J., Altenburger, E., ... & Welch, S. S. (2012). DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(3), 106-114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26165460/>
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Falkenstein, M. J., Meunier, S., Timpano, K. R., Jenike, M. A., & Welch, S. S. (2011). DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3-and 6-month follow-up results. *Depression and Anxiety*, 28(4), 310-313. <https://doi.org/10.1002/da.20778>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2023). Intolerance of uncertainty as a cognitive vulnerability for obsessive-compulsive disorder: A qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 317-330. <https://doi.org/10.1037/cps0000150>
- Laving, M., Foroni, F., Ferrari, M., Turner, C., & Yap, K. (2023). The association between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 28-52. <https://doi.org/10.1111/bjc.12392>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford. <https://psycnet.apa.org/record/1995-98090-000>
- Mackay, C. E. (2023). Trichotillomania: A perspective synthesised from neuroscience and lived experience. *BMJ Mental Health*, 26(1), e300795. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300795>
- McHugh, S. A., & Gold, A. L. (2024). Be curious, not judgmental: A DBT emotion regulation handout for changing unwanted emotions. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 40(10), 1-5. <https://doi.org/10.1002/cbl.30815>
- McLain, D. L. (1993). The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educational and Psychological Measurement*, 53(1), 183-189. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001020>
- Mohammadi, H., Afshar-Zanjani, H., Goli, F., Kashtli, A. H., & Abolmaali, K. (2022). Role of traumatic events and motivational structure in ambiguity tolerance of irritable bowel syndrome. *Middle East Journal of Digestive Diseases*, 14(4), 452-461. <https://doi.org/10.34172/mejdd.2022.307>
- Nisyraiou, A., Simou, M., & Simos, G. (2024). A cross-sectional study of how harm avoidance, incompleteness and intolerance of uncertainty contribute to obsessive-compulsive disorder in

- university students. *Psychiatry International*, 5(1), 121-133. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010009>
- Noble, C. M., Gnilka, P. B., Ashby, J. S., & McLaulin, S. E. (2017). Perfectionism, shame, and trichotillomania symptoms in clinical and nonclinical samples. *Journal of Mental Health Counseling*, 39(4), 335-350. <https://doi.org/10.17744/mehc.39.4.05>
- Özten, E., Sayar, G. H., Eryılmaz, G., Kağan, G., Işık, S., & Karamustafalıoğlu, O. (2015). The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1203-1210. <https://doi.org/10.2147/NDT.S79554>
- Pascual-Vera, B., Belloch, A., Ghisi, M., Sica, C., & Bottesi, G. (2021). To achieve a sense of rightness: The joint role of Not Just Right Experiences and Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100627. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100627>
- Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2021). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102417. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102417>
- Phillips, K. A., Rodriguez, C.B., Harding, K.B., Fallon, B.B., Stein, D. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder related disorders: hypochondriasis, hoarding disorder, olfactory reference disorder, body dysmorphic disorder, trichotillomania, excoriation disorder. In: A. Tasman, M. B, Riba, R, D. Alarcón, & T. G. Schulze (eds.). *Tasman's Psychiatry* (pp. 1-44). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9_24-1
- Piras, F., & Spalletta, G. (2020). Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder. In: G. Spalletta, D. Janiri, F. Piras, & G. Sani (eds) *Childhood Trauma in Mental Disorders* (pp. 287-312). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8_14
- Roos, A., Fouche, J. P., Stein, D. J., & Lochner, C. (2023). Structural brain network connectivity in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Brain Imaging and Behavior*, 17(4), 395-402. <https://doi.org/10.1007/s11682-023-00767-5>
- Sabra, M. A. A., Al Kalaldehy, M., Alnaeem, M. M., & Zyoud, A. H. (2024). The efficacy of using psychotherapy interventions to minimize symptoms of trichotillomania and trichophagia: A scoping review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54, 143-154. <https://doi.org/10.1007/s10879-023-09604-8>
- Shamsudeen, S., & Kannekanti, P. (2023). Dialectical behaviour therapy enhanced habit reversal training: A clinical case of childhood-onset trichotillomania in an adult with impulsive personality features. *Clinical Case Studies*, 22(5), 468-483. <https://doi.org/10.1177/15346501231189552>
- Shareh, H. (2018). A preliminary investigation of metacognitive therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(1), 1-20. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000546>
- Snorrason, I., Ricketts, E. J., Stein, A. T., Thamrin, H., Lee, S. J., Goldberg, H., ... & Björgvinsson, T. (2022). Sex differences in age at onset and presentation of trichotillomania and trichobezoar: A 120-year systematic review of cases. *Child Psychiatry & Human Development*, 53, 165-171. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01117-y>
- Szentágotai-Táti, A., Nechita, D. M. & Miu, A. C. (2020). Shame in anxiety and obsessive-compulsive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 22, 16. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1142-9>
- Thomson, H. A., Farhat, L. C., Olfson, E., Levine, J. L., & Bloch, M. H. (2022). Prevalence and gender distribution of trichotillomania: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 153, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.058>
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive-compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74-84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.010>

- Wheaton, M. G., & Ward, H. E. (2020). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(5), 357-364. <https://doi.org/10.1037/per0000396>
- Williams, B. M., & Levinson, C. A. (2021). Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 101-111. <https://doi.org/10.1002/erv.2807>
- Wilton, E. P., Flessner, C. A., Brennan, E., Murphy, Y., Walther, M., Garcia, A., ... & Freeman, J. B. (2020). A neurocognitive comparison of pediatric obsessive-compulsive disorder and trichotillomania (hair-pulling disorder). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 733-744. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00627-6>