



The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on 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 Iran.
2. Department of 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. 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: 20 Jan 2025

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

ABSTRACT

The present study aimed to determine the effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy (DBT) on ambiguity tolerance, childhood trauma, and external shame in women with trichotillomania. The research method followed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of women with trichotillomania in Tehran in 2024. Based on inclusion criteria, 34 women were randomly assigned to experimental and control groups. The groups were assessed using 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). After 8 sessions of 90-minute group DBT sessions for the experimental group, participants completed the research questionnaires again. Data were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA) with SPSS-27. The results indicated that DBT significantly increased ambiguity tolerance and reduced physical abuse, emotional abuse, physical neglect, emotional neglect, sexual abuse, and external shame in women with trichotillomania ($P < 0.01$). By teaching skills in emotional regulation, distress tolerance, and mindfulness, Dialectical Behavior Therapy helps individuals manage negative emotions without resorting to compulsive behaviors like hair-pulling, enabling them to achieve greater control over their actions.

Cite this article: Bagheri Sheykhangafshe, F., Savabi Niri, V., Azizrousta, S., Saeedi Moghadam, F., & Fathi-Ashtiani, A. (2024). The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Tolerance of Ambiguity, Childhood Trauma, and External Shame in Women with Trichotillomania Disorder, *Journal of Applied Psychological Research*, (Accepted Manuscript). 1-23. doi: 10.22059/japr.2025.381624.644998





اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام، ترومای دوران کودکی و شرم

بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی

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

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۳. گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، واحد زرین شهر، زرین شهر، ایران.

۴. گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: farzinbagheri@modares.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

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 پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مبتلا به وسواس موکنی تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۴ زن به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. گروه‌ها با پرسشنامه‌های کندن مو بیمارستان ماساچوست (MGH)، تحمل ابهام (MSTAT-I)، ترومای دوران کودکی (CTQ) و شرم بیرونی (ESS) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (DBT) برای گروه آزمایش، مجدداً شرکت‌کنندگان به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره توسط SPSS-27 تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث افزایش تحمل ابهام، و کاهش آزار جسمی، آزار عاطفی، بی‌توجهی فیزیکی، غفلت عاطفی، سوء استفاده جنسی و شرم بیرونی در زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی شده است ($P < 0/01$). رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی، به افراد کمک می‌کند احساسات منفی را بدون نیاز به رفتارهای وسواسی مانند موکنی مدیریت کنند و کنترل بیشتری بر رفتارهای خود داشته باشند.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

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

استناد: باقری شیخانگفته، ف.، صوابی نیری، و.، عزیز روستا، ص.، سعیدی مقدم، ف.، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تحمل ابهام،

ترومای دوران کودکی و شرم بیرونی زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (پذیرش شده)، ۲۳-۱. 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 منجر به از دست دادن مو، نازک شدن، یا طاسی در نواحی خاص می‌شود و می‌تواند تأثیرات روانی و اجتماعی قابل توجهی بر فرد بگذارد (ویلتون و همکاران^۶، ۲۰۲۰). مانند وسواس، اختلال موکنی شامل رفتارهای تکراری و مقاومت‌ناپذیر است. در وسواس این رفتارها اغلب به منظور کاهش اضطراب انجام می‌شوند، در حالی که در موکنی، کشیدن مو می‌تواند به احساس آرامش یا تسکین موقت منجر شود. هر دو اختلال شامل یک چرخه وسواس و اجبار است، جایی که 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 به واسطه افکار تکرارشونده هدایت می‌شوند، کشیدن مو در اختلال موکنی همیشه با افکار وسواسی همراه نیست؛ این رفتار می‌تواند خودکار و بدون آگاهی کامل از جانب فرد رخ دهد (هافتون و همکاران^۷، ۲۰۱۵). بر اساس مطالعات انجام شده اختلال موکنی در زنان شیوع بالاتری 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 داشت. میانگین سن شروع موکنی ۱۷/۷ سال بود و ۸۰ درصد از این افراد از یک اختلال روانی (وسواس، اضطراب، افسردگی، بیش‌فعالی و تروما) رنج می‌بردند.

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 پایین ابهام می‌تواند عامل اصلی در بروز و ادامه رفتارهای اجباری باشد (پاسکوال-ورا و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱). زنان با تحمل ابهام پایین 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 نسبت به ابهام و عدم قطعیت دارند (نیسیرایو، سیمو و سیموس^{۱۴}، ۲۰۲۴). این افراد ممکن است کشیدن مو را به عنوان راهی برای کاهش اضطراب یا تنش ناشی از

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, Simou & Simos

موقعیت‌های مبهم و غیرقابل پیش‌بینی 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، ۲۰۲۱).

در بیماران با تحمل ابهام پایین، ترس از ناشناخته‌ها می‌تواند باعث 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، به رغم 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، اسویلر و بوگ، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که تحمل ابهام پایین یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای رفتارهای اجباری است. در تحقیقات مربوط به وسواس موکنی، مشخص شده که افراد با تحمل ابهام پایین‌تر به احتمال بیشتری به این رفتار دچار می‌شوند (پینچیوتی، ریمان و آبراموویتز، ۲۰۲۱). در این راستا، نتایج پژوهش‌های ویتون و وارد^۴ (۲۰۲۰) حاکی از ارتباط معنادار میان اختلالات وسواسی و عدم تحمل ابهام در بیماران دارد. یافته‌های مطالعه ناولز و اولاتونجی^۵ (۲۰۲۳) نیز مشخص کرد عدم تحمل ابهام موجب ایجاد، تشدید و باقی ماندن نشانگان اختلال وسواس در بیماران می‌شود.

تجربیات آسیب‌زا و استرس‌زای دوران کودکی به شدت بر سلامت روانی و توانایی تنظیم احساسات فرد در سال‌های بعدی زندگی اثر می‌گذارند. بسیاری از افراد که این نوع ترومای‌ها را تجربه کرده‌اند، به رفتارهای اجباری مانند موکنی روی می‌آورند تا با استرس و اضطراب ناشی از این تجربیات مقابله کنند (دستری و همکاران، ۲۰۲۱). ترومای دوران کودکی^۷ شامل آزار جسمی^۸، آزار عاطفی^۹، بی‌توجهی فیزیکی^{۱۰}، غفلت عاطفی^{۱۱} و سوء استفاده جنسی^{۱۲} است که اثرات عمیقی بر روان فرد می‌گذارد (پیراس و اسپاللتا، ۲۰۲۰). آزار جسمی و عاطفی می‌تواند باعث ایجاد اضطراب شدید، کاهش عزت نفس و افزایش رفتارهای خودآسیب‌رسان مانند موکنی شود. بی‌توجهی فیزیکی و غفلت عاطفی منجر به احساس ناامنی، تنهایی و بی‌ارزشی شده و فرد ممکن است برای تسکین این احساسات به رفتارهایی مانند موکنی روی آورد (گورگولو، ۲۰۲۰). سوء استفاده 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 داده و حس کنترل ایجاد می‌کند (گرت و همکاران، 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، ۲۰۲۳). بررسی‌های انجام شده مشخص کرده‌اند که ترومای دوران کودکی می‌تواند به‌طور قابل توجهی خطر ابتلا به اختلالات مرتبط با وسواس، از جمله وسواس موکنی، را 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، ۲۰۱۹). در این زمینه، هافتون و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند

1. Williams & Levinson
2. Gray, Sweller & Boag
3. Pinciotti, Riemann & Abramowitz
4. Wheaton & Ward
5. Knowles & Olatunji
6. Destree et al
7. Childhood Trauma
8. Physical Abuse
9. Emotional Abuse
10. Physical Neglect
11. Emotional Neglect
12. Sexual Abuse
13. Piras & Spalletta
14. Gorgulu
15. Crowe
16. Aytac et al

بیمارانی که در دوران کودکی خود حوادث آسیب‌زا و تروماتیک تجربه کرده بودند از شدت وسواس موکنی بیشتری رنج می‌بردند. نتایج پژوهش [اوزتین و همکاران^۱ \(۲۰۱۵\)](#) نیز نشان داد 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 کردند.

یکی از ابعاد مهم در تجربه افراد مبتلا به موکنی، شرم بیرونی^۲ است [\(مک‌کی^۳، ۲۰۲۳\)](#). موکنی که به صورت اجباری و مکرر اتفاق می‌افتد، اغلب تغییراتی ظاهری (مانند طاسی، نازک شدن مو، یا آسیب‌های پوستی) ایجاد می‌کند که ممکن است فرد را در معرض نگاه‌ها و قضاوت‌های منفی از سوی دیگران قرار دهد. این مواجهه با قضاوت دیگران، احساس شرم بیرونی را تقویت کرده و می‌تواند عاملی برای افزایش اضطراب و انزوای اجتماعی شود [\(نوبل و همکاران^۴، ۲۰۱۷\)](#). شرم بیرونی به احساس شرم و خجالتی اشاره دارد که فرد در نتیجه ارزیابی‌ها، انتقادات یا قضاوت‌های دیگران تجربه می‌کند [\(آرورا، دیانا-میرلا و میو^۵، ۲۰۲۰\)](#). شرم بیرونی می‌تواند باعث شود که دختران مبتلا به وسواس موکنی بیش از حد نسبت به ظاهر خود حساس شوند [\(وینگاردن و رنشاو^۶، ۲۰۱۵\)](#). این حساسیت می‌تواند به اضطراب اجتماعی منجر شود، زیرا فرد نگران است که دیگران به طور منفی او را قضاوت کنند. نگرانی‌های موجود اغلب باعث انزوا و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود، که خود می‌تواند به افزایش استرس و تشدید رفتارهای اجباری مانند کشیدن مو بیانجامد [\(هوازن و همکاران^۷، ۲۰۲۱\)](#).

پژوهش‌ها اتفاق نظر دارند که شرم بیرونی می‌تواند به‌طور قابل توجهی با شدت اختلال وسواس موکنی مرتبط باشد. افرادی که شرم بیرونی بیشتری را تجربه می‌کنند، معمولاً علائم شدیدتری از اختلال را نشان می‌دهند و پاسخ‌دهی کمتری به درمان‌های استاندارد دارند. این یافته‌ها اهمیت پرداختن به شرم بیرونی در مداخلات درمانی را برجسته می‌کند [\(سزنتاگوتای، نچیتا و میو^۸، ۲۰۲۰\)](#). در این زمینه، نتایج مطالعه فراتحلیل [لاوینگ و همکاران^۹ \(۲۰۲۳\)](#) مشخص کرد بیماران مبتلا به وسواس از شرم درونی و بیرونی بالایی رنج می‌برند که موجب تشدید علائم و افکار وسواسی در آنها می‌شود. [بوتسی و همکاران^{۱۰} \(۲۰۱۶\)](#) نیز دریافته‌اند هیجان و عواطف نقش بسزایی در ایجاد وسواس موکنی ایفا می‌کند و بیماران پس از انجام اعمال وسواسی غم، اندوه و شرم قابل توجهی را گزارش می‌کنند.

اگرچه روش‌های درمانی مختلفی برای وسواس موکنی وجود دارد، اما بسیاری از بیماران همچنان در یافتن راه‌حل‌های درمانی کارآمد که به بهبود پایدار منجر شود، دچار مشکل هستند. رفتاردرمانی دیالکتیکی^{۱۱} یک رویکرد درمانی جامع و مبتنی بر شواهد است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی توسعه یافت، اما به دلیل مؤثر بودن آن در بهبود مشکلات مربوط به تنظیم هیجان، به کار بردن آن در اختلالات دیگری مانند وسواس نیز گسترش یافته است [\(بودینت و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱\)](#). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر ترکیب پذیرش و تغییر، به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌هایی برای مدیریت هیجان، تحمل پریشانی و بهبود روابط بین‌فردی کسب کنند [\(شمسودین و کاننکانتی^{۱۳}، ۲۰۲۳\)](#). رفتاردرمانی دیالکتیکی از تکنیک‌های خاصی برای کمک به افراد در شناسایی، پذیرش، و تنظیم هیجان منفی استفاده می‌کند. این تکنیک‌ها می‌توانند به کاهش نیاز به رفتارهای اجباری

1. Özten et al
2. External Shame
3. Mackay
4. Noble et al
5. Aurora, Diana-Mirela & Miu
6. Weingarden & Renshaw
7. Houazene et al
8. Szentágotai-Táatar, Nechita & Miu
9. Laving et al
10. Bottesi et al
11. Dialectical Behavior Therapy
12. Baudinet et al
13. Shamsudeen & Kannekanti

برای تسکین هیجانی کمک کنند ([کیوتن و همکاران^۱، ۲۰۱۰](#)). یکی از مولفه‌های کلیدی رفتاردرمانی دیالکتیکی آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی است. این مهارت‌ها به افراد می‌آموزد که چگونه در لحظات سخت و اضطراب‌زا بدون توسل به رفتارهای ناسازگار مانند کشیدن مو، با موقعیت‌ها کنار بیایند. این تکنیک‌ها شامل استراتژی‌های مختلفی مانند تکنیک‌های نفس‌کشی، تمرکز ذهن، و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت است ([شاره^۲، ۲۰۱۸](#)). تمرکز ذهن یکی از مولفه‌های اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی است که به بیماران کمک می‌کند تا به شیوه‌ای غیر قضاوتی و با آگاهی کامل از احساسات، افکار، و رفتارهای خود برخورد کنند ([مک‌هاف و گلد^۳، ۲۰۲۴](#)). در اختلال وسواس موکنی، تمرکز ذهن می‌تواند به افراد کمک کند تا آگاهی بیشتری از رفتارهای خودآسیب‌زننده داشته باشند و به تدریج بتوانند این رفتارها را تحت کنترل درآورند ([سابرا و همکاران^۴، ۲۰۲۴](#)).

بسیاری از زنان با اختلال وسواس موکنی به دلیل شرم بیرونی و ترس از قضاوت دیگران، در روابط بین‌فردی خود دچار مشکل می‌شوند. رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های بهبود روابط بین‌فردی و ارتباط مؤثر، به افراد کمک می‌کند تا اعتماد به نفس و خودپنداره بهتری داشته باشند و از انزوای اجتماعی که می‌تواند به تشدید علائم منجر شود، جلوگیری کنند ([فرهات و همکاران^۵، ۲۰۲۰](#)). رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور خاص بر روی کاهش رفتارهای اجباری تمرکز دارد. با ترکیب استراتژی‌های پذیرش و تغییر، رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد می‌آموزد که چگونه رفتارهای اجباری خود را به تدریج کاهش دهند و راه‌های سالم‌تری برای مقابله با استرس و ابهام پیدا کنند ([بنت و رایزنار^۶، 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 موکنی مؤثر باشد ([کاپل و همکاران^۷، ۲۰۲۴](#)). پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که رفتاردرمانی دیالکتیکی نه تنها در کاهش شدت علائم مؤثر است، بلکه به بهبود کلی کیفیت زندگی و روابط اجتماعی بیماران نیز کمک می‌کند ([فرانزیو، مورفی و فلسنر^۸، ۲۰۱۷](#)). رفتاردرمانی دیالکتیکی با ارائه یک چارچوب ساختاریافته و مؤثر، ابزارهایی را فراهم می‌آورد که می‌تواند به افراد مبتلا به وسواس موکنی کمک کند تا با چالش‌های روان‌شناختی خود مقابله کنند و بهبود یابند ([جونز، کیوتن و گرینبرگ^۹، ۲۰۱۸](#)).

در رابطه با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم اختلال وسواس موکنی مطالعات مختلفی انجام شده است که حاکی از اثربخش بودن این درمان دارند ([سابرا و همکاران^۳، ۲۰۲۴](#)). در این زمینه، [شمسودین و کانکانتی \(۲۰۲۳\)](#) در پژوهشی دریافتند رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت معناداری موجب کاهش علائم و شدت وسواس موکنی در بیماران می‌شود. [کاپل و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) در پژوهشی مروری مداخلات روان‌شناختی مؤثر در کاهش و بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال موکنی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج به‌دست آمده نشان داد درمان‌های شناختی رفتاری، پذیرش و تعهد، وارونه‌سازی عادت و رفتاردرمانی دیالکتیکی از جمله مؤثرترین روش‌های درمانی برای اختلال وسواس موکنی هستند. یافته‌های مطالعه [کیوتن و همکاران \(۲۰۱۰، ۲۰۱۱، ۲۰۱۲\)](#) نیز مشخص کرد رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت معناداری موجب کاهش شدت و تعداد دفعات کشیدن مو در بیماران گردید، هیجان و احساسات بیماران تنظیم شد و بهتر می‌توانستند با اطرافیان خود ارتباط برقرار نمایند. همچنین پیگیری‌های ۳ الی ۶ ماهه حاکی از اثربخشی ماندگار و طولانی رفتاردرمانی دیالکتیکی داشت.

1. Keuthen et al
2. Shareh
3. McHugh & Gold
4. Sabra et al
5. Farhat et al
6. Bennett & Ryznar
7. Capel et al
8. Francazio, Murphy & Flessner
9. Jones, Keuthen & Greenberg

اختلال وسواس موکنی 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 کرده و زنان مبتلا به وسواس موکنی را به زندگی فعال‌تر و رضایت‌بخش‌تر بازگرداند. با توجه به شیوع نسبی اختلال وسواس موکنی و تأثیرات منفی آن بر خانواده و جامعه، درمان مؤثر این اختلال می‌تواند به بهبود سلامت روانی جامعه به طور کلی کمک کند. ارتقاء درمان‌های موجود و معرفی روش‌های جدید می‌تواند به بهبود رضایت فردی و اجتماعی افراد مبتلا و کاهش هزینه‌های روان‌شناختی و درمانی مرتبط با این اختلال بیانجامد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی این سؤالات انجام شد:

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

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش افراد مراجعه کننده 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 جهت نمونه‌گیری و پیگیری شرکت‌کنندگان در طول مطالعه بوده است. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۴ نفر از زنانی که توسط مقیاس کندن مو [کیتون و همکاران \(۱۹۹۵\)](#) تشخیص وسواس موکنی را داشتند با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. همچنین، 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 گردید، که با احتساب احتمال افت ۱۰ درصدی، در نهایت ۱۷ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. 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 سال، نداشتن اختلال و مشکل روانی دیگر (بررسی پرونده بیمار) بود. براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم-متن تجدید نظر شده^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 آن که از خصوصیات بارز این اختلال است، توجه ویژه‌ای شد. 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 مسئولین کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره شهر تهران، پژوهشگران با مراجعه به کلینیک مناطق ۱۱ شهر تهران، ۳۴ خانم مبتلا به وسواس موکنی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی با کمک قرعه‌کشی در دو گروه مساوی ۱۷ نفری شامل گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. در 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**^۱ (۱۹۹۳) استفاده شد. **شمسودین و کاننکانتی** (۲۰۲۳) با استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی **لینهان** (۱۹۹۳) توانستند علائم اختلال وسواس موقنی را در بیماران کاهش دهند. **بارانی و فولادچنگ** (۱۴۰۱) نیز در داخل کشور ایران اثربخشی این درمان را تایید کردند. پژوهشگر با کمک یک متخصص، رفتاردرمانی دیالکتیکی را طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای گروهی در کلینیک خدمات روانشناسی انجام داد. در جدول شماره 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	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشپاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست.
۲	آموزش هشپاری فراگیر	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونه هشپاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
۳	آموزش هشپاری فراگیر	مهارت‌های چه چیز و چگونه به طور عملی در گروه تمرین شد. چون این تمرین‌ها هسته مرکزی رفتاردرمانی دیالکتیکی محسوب می‌شود، بنابراین در 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 تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
۵	آموزش تنظیم هیجانی	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ها می‌گردد، آموزش داده شد.
۶	آموزش تنظیم هیجانی	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد.
۷	آموزش تحمل پریشانی	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل: (۱) مهارت‌های پرت کردن حواس و (۲) خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه پرداخته شد.
۸	آموزش تحمل پریشانی	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های به‌سازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس موقنی از راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت.

۲-۳. ابزارهای سنجش

۲-۳-۱. چک‌لیست جمعیت‌شناختی

این چک‌لیست شامل سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، و منطقه موقنی وسواسی بود.

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

این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۷ گویه‌ای است که به صورت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالا در آن نشانگر وجود اختلال وسواس 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 آن 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). این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است (حمید، بردبار و مرعشی، ۱۴۰۱). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای این مقیاس به دست آمد.

۲-۳-۳. مقیاس تحمل ابهام^۲ (MSTAT-I)

این مقیاس توسط مک‌لین^۳ در سال ۱۹۹۳ طراحی شد. پرسشنامه تحمل ابهام نوع اول، نسخه ۲۲ گویه بود و بعدها نسخه ۱۳ گویه‌ای 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 ۵ درجه‌ای لیکرت از بسیار مخالفم (۱) تا بسیار موافقم (۵) است. دامنه نمرات بین ۱۳ تا ۶۵ است که کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده تحمل ابهام بالاتر است. مک‌لین (۱۹۹۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرد و روایی صوری آن را باتوجه به نظرات خبران در این زمینه ۰/۷۶ به دست آورد. در داخل کشور نیز، محمدی و همکاران (۲۰۲۲) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۸ به دست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای مقیاس عدم تحمل ابهام گزارش شد.

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

پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنستین و همکاران^۵ با هدف تعیین تروما و آسیب دوران کودکی طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم آن با ۵۳ مورد ارائه شد. در نهایت 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 ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت با توجه به فراوانی وقوع تجربیات به صورت هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص می‌شود. این پرسشنامه عوامل سوء استفاده را می‌سنجد که بر اساس ۵ گویه، شامل آزار جسمی، آزار عاطفی، بی‌توجهی فیزیکی، غفلت عاطفی و سوء استفاده جنسی تنظیم شده است. در امتیازدهی، گویه‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای هر خرده مقیاس نمره‌ای از ۵ تا ۲۵ به دست می‌آید که نمرات بالاتر نشان دهنده تجربه ترومای بیشتر دوران کودکی است. برنستین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با 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 شده است. پایایی این پرسشنامه با دو روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (برنستین و همکاران، ۲۰۰۳). حمیدی نژاد و همکاران (۱۴۰۲)

1. Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale
 2. Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale
 3. McLain
 4. Childhood Trauma Questionnaire
 5. Bernstein et al

ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و مولفه‌های این مقیاس بین 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، گیلبرت و آلان^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 ۰= هرگز، ۱= به ندرت، ۲= گاهی اوقات، 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 می‌شوند (دامنه نمرات بین ۱۸ تا ۷۲). نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالای شرم بیرونی است. پایایی این ابزار بالا است به گونه‌ای که آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و پایایی بازآزمایی ۵ هفته‌ای 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 مناسی (۰/۸۷) برای این مقیاس گزارش شد.

۲-۴. روش تحلیل اطلاعات

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

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

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

متغیرها	سطوح	آزمایش		*مقدار P
		تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	
منطقه موکنی	موی سر	۷ (۴۱/۲)	۸ (۴۷/۱)	۰/۲۶۶
	ابروها	۶ (۳۵/۳)	۵ (۲۹/۴)	
	پلک	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۲/۵)	
تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۳/۵)	۳ (۱۷/۶)	۰/۱۹۷
	کارشناسی	۸ (۴۷/۱)	۸ (۴۷/۱)	
تاهل	ارشد	۵ (۲۹/۴)	۶ (۳۵/۳)	۰/۴۰۸
	مجرد	۹ (۵۲/۹)	۱۰ (۵۸/۸)	
	متاهل	۸ (۴۷/۱)	۷ (۴۱/۲)	

1. External Shame Scale
2. Goss, Gilbert & Allan
3. multivariate analysis of covariance
4. Shapiro-Wilk

*آزمون مجذور کای، $P < 0/05$ اختلاف معنادار

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران گروه آزمایش $31/48 \pm 5/93$ سال و بیماران گروه گواه $30/94 \pm 6/02$ سال بود. بر اساس نتایج جدول شماره ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر منطقه موکنی، تحصیلات و وضعیت تاهل تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

۲-۳. 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 موکنی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۶۴	۲/۶۵	-/۱۱۵	-/۰۸۹
	گواه		۱۷/۳۳	۲/۰۴	-/۱۰۹	-/۰۷۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۱	۲/۷۱	-/۰۹۸	-/۰۶۱
	گواه		۱۷/۰۶	۲/۸۱	-/۱۱۶	-/۰۵۴
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۱/۴۷	۱/۸۴	-/۰۹۴	-/۰۵۷
	گواه		۳۱/۵۸	۱/۸۰	-/۱۱۵	-/۰۸۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۴/۵۲	۲/۴۰	-/۰۸۴	-/۰۵۳
	گواه		۳۱/۳۵	۱/۸۰	-/۰۹۲	-/۰۷۸
آزار جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۵۲	۱/۲۳	-/۰۹۰	-/۰۵۷
	گواه		۱۸/۴۱	۱/۱۷	-/۱۱۷	-/۰۶۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۶۴	۲/۲۳	-/۰۷۸	-/۰۵۴
	گواه		۱۸/۶۴	۱/۶۹	-/۰۹۳	-/۰۶۱
آزار عاطفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۷	۱/۰۶	-/۱۱۴	-/۰۸۱
	گواه		۱۷/۳۵	۱/۳۲	-/۰۸۱	-/۰۷۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۴/۴۷	۱/۹۷	-/۰۹۵	-/۰۶۶
	گواه		۱۷/۵۸	۱/۰۳	-/۱۰۲	-/۰۷۹
بی‌توجهی فیزیکی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۴۷	۱/۰۶	-/۰۹۹	-/۰۵۳
	گواه		۱۹/۳۵	۱/۱۰	-/۰۸۶	-/۰۷۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۸۲	۲/۰۸	-/۰۷۸	-/۰۵۲
	گواه		۱۹/۵۸	۱/۰۱	-/۰۹۶	-/۰۶۹
غفلت عاطفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۴۱	۱/۳۲	-/۰۹۷	-/۰۸۵

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
		گواه	۱۸/۲۹	۱/۵۵	۰/۰۸۴	۰/۰۵۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۵/۳۵	۲/۰۳	۰/۰۸۸	۰/۰۶۷
		گواه	۱۸/۵۲	۱/۱۹	۰/۰۷۶	۰/۰۵۹
سوء استفاده جنسی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۷۶	۱/۳۴	۰/۱۱۱	۰/۰۷۰
		گواه	۲۰/۸۸	۱/۲۶	۰/۱۰۹	۰/۰۶۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۷/۱۸	۱/۳۲	۰/۰۸۶	۰/۰۵۵
		گواه	۲۰/۶۴	۱/۲۴	۰/۰۸۲	۰/۰۶۸
شرم بیرونی	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 موکنی در گروه آزمایش و گواه در جدول شماره 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. لذا 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 موکنی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس تحمل ابهام ($F_{1,37} = 3.68, p = 0.064 > 0.05$)، ترومای دوران کودکی ($F_{1,37} = 12.3 > 0.05, p = 0.001$) و شرم بیرونی ($F_{1,37} = 2.50, p = 0.109 > 0.05$) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($\text{Box M} = 34.96, F = 0.95, p = 0.539 > 0.05$). 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 که رابطه بین آنها معنادار است ($\chi^2 = 194.05, df = 27, p < 0.05$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون ها و پس آزمون ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است ($P > 0.05$).

۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول شماره ۴).

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

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	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 بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۶۳۷	۷/۱۵۷	۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

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

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون 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
سوء استفاده 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 شماره ۵، آماره F برای تحمل ابهام ($F=۴۷/۶۷$)، آزار جسمی ($F=۳۰/۰۴$)، آزار عاطفی ($F=۳۰/۷۸$)، بی‌توجهی فیزیکی ($F=۵۵/۳۲$)، غفلت عاطفی ($F=۳۶/۷۴$)، سوء استفاده جنسی ($F=۵۰/۳۴$)، و شرم بیرونی ($F=۵۹/۷۱$) در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری 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 سوء استفاده جنسی و ۷۰ درصد از شرم بیرونی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث 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 مطالعه حاضر نشان داد زنان مبتلا به اختلال وسواس موکنی پس از دریافت رفتاردرمانی دیالکتیکی نمرات بالاتری را در تحمل ابهام گزارش کردند. این یافته‌ها در راستای مطالعات انجام شده توسط [ویتون](#)

و وارد، ۲۰۲۰؛ ناولز و اولاتونجی، ۲۰۲۳؛ پاسکوال-ورا و همکاران، ۲۰۲۱؛ هیلمن و همکاران، ۲۰۲۲؛ 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 به عنوان یکی از عوامل کلیدی در بروز و تشدید وسواس موکنی شناخته می‌شود.

در تبیین نتایج به‌دست آمده می‌توان اذعان داشت، در اختلال وسواس موکنی، افراد تمایل دارند به صورت افراطی به کندن مو به عنوان راهی برای کاهش اضطراب یا استرس پاسخ دهند. این رفتار به نوعی راهبرد اجتنابی برای مقابله با احساسات ناخوشایند و عدم تحمل ابهام است. با دریافت رفتاردرمانی دیالکتیکی، این افراد مهارت‌هایی را می‌آموزند که می‌تولند 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 ذهن آگاهی باشد. این مهارت‌ها به مراجعان کمک می‌کنند 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 به عنوان یک روش درمانی شامل تکنیک‌های متنوعی مانند آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، آگاهی و ذهن آگاهی، و مهارت‌های ارتباطی است. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا به شیوه‌ای مؤثرتر با مشکلات خود مواجه شوند و به کاهش اضطراب و تنش ناشی از عدم قطعیت کمک کنند (شمسودین و کانکانتی، ۲۰۲۳).

به‌ویژه، مهارت‌های ذهن آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران می‌آموزد تا بدون قضاوت و با توجه به لحظه‌حال 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 به طور خاص می‌تواند به افزایش تحمل ابهام منجر شود، زیرا به بیماران کمک می‌کند تا با استرس و اضطراب ناشی از عدم قطعیت به طور مؤثرتر مقابله کنند. علاوه بر این، مهارت‌های ارتباطی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران کمک می‌کند تا روابط خود را بهبود بخشند و در موقعیت‌های اجتماعی با اعتماد به نفس 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 روبرو شوند (بودینت و همکاران، ۲۰۲۱).

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

در واقع 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 نه تنها به کاهش شدت علائم مرتبط با ترومای گذشته کمک می‌کند، بلکه فرآیند بازسازی شناختی و هیجانی را تسهیل می‌کند تا فرد بتواند تجربیات آسیب‌زا را بهتر پردازش و ادغام کند. به عبارتی دیگر، با استفاده از تکنیک‌های پذیرش، تنظیم هیجانی، مهارت‌های

بین فردی و تقویت خودپنداره، رفتاردرمانی دیالکتیکی به کاهش تأثیرات ترومای دوران کودکی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم اختلال وسواس موقنی کمک کرده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با ارائه استراتژی‌های مؤثر برای تنظیم هیجان‌ها 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 به‌طور 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 موقنی 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 سوء استفاده 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 (سایرا و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، با استفاده از تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیماران می‌آموزند که خود را به‌طور مثبت‌تری ببینند و به خودپنداره‌ای سالم‌تر دست یابند. این تقویت در خودپذیری و عزت نفس به کاهش تأثیرات منفی ترومای دوران کودکی کمک می‌کند و باعث 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 به‌طور مؤثرتری کنار بیایند. کاهش این احساسات منفی باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران دچار وسواس موقنی می‌شود (شاره، ۲۰۱۸).

از طرفی دیگر، نتایج این پژوهش مشخص کرد رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت معناداری موجب کاهش شرم بیرونی زنان دچار وسواس موقنی می‌شود. این یافته‌ها در راستای مطالعات لاونینگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ بوتسی و همکاران، ۲۰۱۶؛ آرووا و همکاران، ۲۰۲۰؛ سیزنتاگوتایی و همکاران، ۲۰۲۰ قرار داشت.

رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به کاهش شرم بیرونی در زنان مبتلا به وسواس موقنی کمک کند، زیرا این درمان به افراد می‌آموزد که هیجان‌ها منفی مانند شرم را به شیوه‌ای سازنده مدیریت کنند. رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ذهن آگاهی 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 به کاهش تجربه شرم بیرونی منجر می‌شود. شرم بیرونی به‌عنوان 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 بین‌فردی، 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 به بیماران کمک می‌کند تا با احساسات و تجربیات منفی خود به شیوه‌ای غیرقضاوتی و بدون مقاومت مواجه شوند (شمسودین و کانکاتی، ۲۰۲۳).

در مورد شرم بیرونی، پذیرش به بیماران کمک می‌کند تا احساسات شرم‌آور خود را به‌عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرند و از تلاش برای انکار یا سرکوب آنها پرهیز کنند. این روش به کاهش احساسات شرم و بهبود خودپذیری کمک می‌کند (کیوتن و همکاران، ۲۰۱۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی همچنین به زنان دارای وسواس موقنی آموزش می‌دهد که چگونه تغییرات مثبت در رفتار و تفکر خود ایجاد کنند. این تغییرات شامل استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت احساسات منفی و بهبود روابط

بین فردی است (لاوینگ 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، به کاهش شرم بیرونی کمک می‌کند. با تقویت مهارت‌های خودپذیری و افزایش اعتماد به 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 (سینتاگوتایی 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 طولانی‌مدت انجام شوند، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با سایر روش‌های درمانی مقایسه شود، و پژوهش‌ها بر روی گروه‌های متنوع‌تری صورت گیرد تا نتایج قابل تعمیم‌تر و کاربردی‌تر باشند.

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 داده‌های جمع‌آوری شده صرفاً به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. علاوه بر این، تمامی دستورالعمل‌های کمیته اخلاق در انتشار به‌طور دقیق رعایت شده است.

۶. سیاست‌گذاری

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش که با صرف وقت و انرژی خود به ما در جمع‌آوری داده‌های موردنیاز یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. همچنین از مراکز درمانی که ما را در جذب افراد مبتلا به اختلال وسواس موقنی همراهی کردند، سپاسگزاریم. قدردانی ویژه‌ای نیز از اساتید و متخصصانی داریم که با نظرات سازنده خود مسیر این پژوهش را هموار کردند. این تلاش، بدون حمایت و همراهی شما عزیزان ممکن نبود.

۷. حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

۸. تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- بارانی، ح؛ 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>
- باقری شیخانگفشه، ف؛ رضازاده خلخالی، ف؛ صوابی نیری، و؛ ذوالفقارنیا، مریم؛ میکالانی، ن. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلامبتلاء به پرخوری عصبی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۳)، ۲۳-۴۰. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695>
- حمید، ن؛ بردبار، م؛ مرعشی، س.ع. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با وارونه‌سازی عادت بر کیفیت زندگی و نشانه‌های اختلال وسواس موقتی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۴۴(۲)، ۱۱۶-۱۲۶. <https://doi.org/10.34172/mj.2022.021>
- حمیدی نژاد، ن؛ دولتشاهی، ب؛ باقری، ف. (۱۴۰۲). پیش‌بینی رفتارهای آشفته خوردن بر اساس کمالگرایی و ترومای دوران کودکی: ارائه مدل تبیینی با نقش میانجی شرم درونی شده. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۳)، ۲۳۹-۲۵۶. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.332315.644044>
- حیدریان، س؛ مهربانی زاده هنرمند، م؛ داودی، ا؛ 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)، ۱۱۳-۱۳۱. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.335304.644119>

References

- Aurora, S. T., Diana-Mirela, N., & Miu, A. C. (2020). Shame in Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 22(4), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1142-9>
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text Revision Dsm-5-tr. Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 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. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 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. doi: 10.22059/japr.2022.311088.643658 (In Persian)
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Rezazadeh Khalkhali, F., Savabi Niri, V., Zolfagharnia, M., & Mikelani, N. (2024). The Efficacy of Schema Therapy on Rumination, Depression, and Personality Function of Women with Bulimia Nervosa. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(3), 23-40. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695> (In Persian)
- Baudinet, J., Stewart, C., Bennett, E., Konstantellou, A., Parham, R., Smith, K., ... & 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., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & 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., & Twohig, M. P. (2024). Psychosocial Treatment of Trichotillomania: A Review. *Cognitive and Behavioral Practice*. <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. *The Wiley handbook of obsessive-compulsive disorders*, 2, 1009-1022. <https://doi.org/10.1002/9781118890233.ch57>
- Gorgulu, S. A. (2020). Trichotillomania treatment based on trauma: Case report. *Archives of Clinical and Medical Case Reports*, 4(1), 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*, 1-21. <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., Franklin, M. E., Compton, S. N., ... & 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., Savage, C. R., Borgmann, A. S., ... & 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., Falkenstein, M., Heekin, M., ... & 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., Falkenstein, M. J., Sprich, S. 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://doi.org/10.1556/jba.1.2012.003>
- 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.
- 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. <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*, 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. I., Harding, K. J., Fallon, B. A., & Stein, D. J. (2024). Obsessive-Compulsive Disorder Related Disorders: Hypochondriasis, Hoarding Disorder, Olfactory Reference Disorder, Body Dysmorphic Disorder, Trichotillomania, Excoriation Disorder. In *Tasman's Psychiatry* (pp. 2153-2196). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51366-5_24

- Piras, F., & Spalletta, G. (2020). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder. *Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach*, 287-312. 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(2), 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*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01117-y>
- Szentágotai-Táatar, A., Nechita, D. M., & Miu, A. C. (2020). Shame in anxiety and obsessive-compulsive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-9. <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. <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>

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

Extended Abstract

Aim

Trichotillomania is a psychological disorder characterized by repeatedly pulling body hair, particularly from the scalp, eyebrows, and eyelashes (Roos et al., 2023). This behavior results in hair loss, thinning, or bald patches in specific areas and can have significant psychological and social effects on the individual (Wilton et al., 2020). In the latest classification by the American Psychiatric Association (2013), this disorder is categorized under obsessive-compulsive and related disorders. Similar to obsessive-compulsive disorder (OCD), trichotillomania involves repetitive and irresistible behaviors. In OCD, these behaviors are often performed to reduce anxiety, whereas in trichotillomania, hair-pulling can lead to temporary relief or a sense of calm (Snorrason et al., 2022). Both disorders involve a cycle of obsession and compulsion, where an individual first feels tension or anxiety and then performs an action (like hair-pulling) to alleviate this tension temporarily (Grant, Dougherty & Chamberlain, 2020). Unlike many compulsive behaviors in OCD that are driven by repetitive thoughts, hair-pulling in trichotillomania is not always associated with obsessive thoughts; this behavior can occur automatically and without the individual's full awareness (Thomson et al., 2022). This study aimed to determine the effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy (DBT) on ambiguity tolerance, childhood trauma, and external shame in women with Trichotillomania.

Methodology

The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test approach, featuring a control group. The statistical population consisted of individuals referred to psychology and counseling clinics in District 11 of Tehran in 2024. Based on the inclusion criteria, 34 women diagnosed with trichotillomania by the center's psychologists were selected using convenience sampling. Sample size determination using G*Power software version 3.1.9.2 suggested 17 participants per group. After sampling, participants were randomly assigned (through lottery) into the experimental group (17 participants) and the control group (17 participants). Inclusion criteria included a diagnosis of trichotillomania, no use of psychiatric medications, an age range of 18 to 40 years, and no other psychological disorders (as confirmed by patient records). Exclusion criteria were missing more than two therapy sessions, worsening of trichotillomania symptoms, and receiving other psychological interventions. After coordinating with and obtaining consent from clinic officials, researchers visited psychology and counseling clinics in District 11 of Tehran to select 34 women with trichotillomania through convenience sampling, randomly assigning them into two equal groups of 17 participants each.

The groups were assessed using the Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH), the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale (MSTAT-I), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and the External Shame Scale (ESS). Participants were provided with a general overview of the study, and after obtaining their consent, they were enrolled. DBT, as developed by Linehan (1993), was used to assess and treat women with trichotillomania. The DBT sessions were conducted in groups over 8 sessions (two 90-minute sessions per week) at a psychology clinic. The data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) in SPSS-27. The Chi-square test compared demographic information across groups, ensuring a minimum frequency of 3 in each category. The Shapiro-Wilk test was employed to assess the normality of the frequency distribution of quantitative variables in the experimental and control groups during the pre-test and post-test phases. A significance level of 0.05 was set for all statistical tests.

Findings

The mean and standard deviation of the age of patients in the experimental group were 31.48 ± 5.93 years, and in the control group, they were 30.94 ± 6.02 years. The Chi-square test results indicated no significant differences between the experimental and control groups concerning the hair-pulling area, education, and marital status ($P > 0.05$). To evaluate the effectiveness of DBT on ambiguity tolerance, childhood trauma, and external shame in women with trichotillomania, MANCOVA was used. Levene's test showed equal variances for ambiguity tolerance, childhood trauma, and external shame across groups. Box's 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 homogeneity assumption. Bartlett's test of sphericity indicated significant relationships among the variables ($\chi^2 = 194.05$, $df = 27$, $p < 0.05$).

The results of Wilks' Lambda test indicated that the effect of the independent variable on the dependent variables was significant ($F = 7.157$, $p = 0.001$) with an effect size of 0.72, suggesting a substantial impact of the treatment on the variables studied. The statistical power of 1 also indicates a high capability of the test to detect this effect. The results of the univariate covariance analysis showed that the F-statistic was significant 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 ($F = 59.71$). These findings indicate significant differences between the groups in these variables. Moreover, the calculated effect sizes revealed 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 impact of the independent variable. In conclusion, it can be stated that dialectical behavior therapy significantly increased ambiguity tolerance and reduced childhood trauma and external shame in women with trichotillomania.

Conclusion

The present study investigated the effectiveness of DBT on ambiguity tolerance, childhood trauma, and external shame in women with trichotillomania. Findings showed that DBT significantly increased ambiguity tolerance and reduced childhood trauma and external shame.

Trichotillomania is often used as a coping mechanism for anxiety or stress (Baudinet et al., 2021). DBT enhances emotional regulation and mindfulness skills, allowing patients to handle uncertainty and stressful situations more effectively (Shamsudeen & Kannekanti, 2023; Francazio et al., 2017). These skills helped patients respond constructively to negative emotions and anxiety, improving ambiguity tolerance (Hillman et al., 2022; Jones et al., 2018).

DBT also provides strategies for coping with emotional scars from childhood trauma, including physical neglect and emotional abandonment, by fostering interpersonal skills and self-acceptance (Bennett & Ryznar, 2024; Crowe et al., 2023; Sabra et al., 2024). Patients learned to perceive themselves more positively and develop a healthier self-concept (Farhat et al., 2020). DBT's acceptance techniques empowered patients to manage guilt and shame associated with childhood trauma more effectively (Shareh, 2018). Moreover, DBT helped patients adopt positive behavioral changes, such as improved coping and interpersonal skills, reducing external shame (Laving et al., 2023). By enhancing self-acceptance and confidence, DBT enables patients to confront judgment and feelings of shame (Szentágotai-Tătar et al., 2020). The therapy also strengthened communication and conflict-resolution skills, contributing to healthier social relationships (Bennett & Ryznar, 2024).

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

Ethical Considerations

This study complied with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki. Before the intervention, the research objectives were fully and comprehensively explained to the participants. Additionally, to ensure ethical considerations and confidentiality, participants were assured that the collected data would be analyzed only in aggregate form. Furthermore, all relevant Committee on Publication Ethics (COPE) guidelines were strictly adhered to.

Acknowledgments and Financial Support

We sincerely thank all the participants for their time and effort in contributing to the data collection for this research. Our gratitude also extends to the healthcare centers that supported us in recruiting individuals with trichotillomania. Special appreciation goes to the professors and experts whose insightful feedback greatly enriched this study. It is worth noting that this research was conducted without receiving any financial support from any organization. This work would not have been possible without your invaluable support and collaboration.

Conflict of Interest

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

Accepted Manuscript