

العلاج السلوكي التكاملي لهوس نتف الشعر دراسة حالة

A Compréhensive Model for Behavioral Treatment of
Trichotillomania Case Studyجعفر صباح^{1*} ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، Sabah.djafer@univ-biskra.dz

تاريخ الارسال: 2023-09-21	تاريخ القبول: 2024-05-12	تاريخ النشر: 2023-12-12	المؤلف المرسل: جعفر صباح
---------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

الملخص:

تبين الدراسة الحالية مدى أهمية العلاج السلوكي التكاملي في علاج اضطراب هوس نتف الشعر لفتاة تبلغ العمر 12 سنة تعاني منذ سنة ونصف من هذا الاضطراب والذي أدى إلى فقدانها للشعر في فروة الرأس. ولتحقيق أهداف الدراسة إعتمدنا على العلاج السلوكي التكاملي الذي طوره Mansueto & all والمتضمن أربعة مراحل أولا مرحلة التحليل الوظيفي لسلوك نتف الشعر، ثم مرحلة تحديد الطرق المستخدمة، وثالثا مرحلة إختيار الإستراتيجيات العلاجية وتنفيذها وأخيرا مرحلة التقييم المناسبة في خفض شدة نتف الشعر. بعد القيام بالتحليل الوظيفي مع الحالة قمنا بتطبيق الإستراتيجيات العلاجية المناسبة لكل طريقة .

وقد جاءت نتائج الدراسة إيجابية فبعد عشر حصص أسبوعية ظهر تحسن كبير في شدة نتف الحالة لشعرها وتوقفه تقريبا وكنتيجة لذلك إختفت مناطق الصلع وعاد الشعر للنمو بشكل طبيعي وهذا ما إنعكس إيجابيا على الحالة ومزاجها وحسن علاقاتها الاجتماعية .

الكلمات المفتاحية: هوس نتف الشعر ، العلاج السلوكي التكاملي

Abstract :

The current study highlights the importance of a comprehensive model for behavioral intervention in the treatment of trichotillomania for a 12-year-old girl who has been suffering from this disorder for a year and a half, leading to hair loss in her scalp. To achieve the study's objectives, the

* المؤلف المرسل: جعفر صباح

comprehensive Behavioral Therapy developed by Mansueto & all was employed, consisting of four stages: firstly, the Functional Analysis of hair-pulling behavior, followed by the identification of the modalities used, then the selection and implementation of therapeutic strategies, and finally, the appropriate assessment stage to reduce the severity of hair-pulling.

After conducting the functional analysis with the case and understanding the modalities used in hair-pulling, as well as the antecedents and consequences of the behavior, appropriate therapeutic strategies were applied to each modalites. The study yielded positive results, with significant improvement observed after ten weekly sessions, as the severity of hair-pulling decreased, hair regrowth occurred, and balding areas disappeared, positively affecting the individual's condition, mood, and social relationships

Keywords:. trichotillomania . A Comprehensive Model for Behavioral Treatment

مقدمة

هوس نتف الشعر هو اضطراب يتسبب في تكرار نتف الشعر في مناطق مختلفة من الجسم كفروة الرأس، الحواجب اللحية والرموش وغيرها، ورغم جهود المريض للتوقف إلا أنه لا يستطيع مقاومة الرغبة في نزع الشعر. ويعتبر هذا الإضطراب كرد فعل مرضي للضغوط النفسية. فعادة ما يسبق عملية النتف حالة من التوتر والضييق يليها شعور بالراحة أو المتعة بعد حدوث السلوك. يتسبب هذا الإضطراب في أضرار نفسية إجتماعية وجسدية كتلف أنسجة الجلد والصلع وتشوه في شكل الجسم مما يؤثر على صورة الذات لدى المريض إضافة إلى تدني تقدير الذات ومشاعر الذنب والعجز لعدم قدرته على التوقف عن هذا السلوك وهو ما ينعكس سلبا على علاقات المريض الشخصية والاجتماعية ويؤدي إلى ضعف نشاطه التعليمي والمهني .

1. الإشكالية :

عرف الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM هوس نتف الشعر بأنه إضطراب في العادات والدوافع. يسبب هذا الاضطراب مشكلات متعددة فهو يؤدي إلى فقدان نسبة كبيرة من الشعر التي تصل لحد الصلع وتكرار النتف يؤدي إلى تلف فروة الرأس. يترافق إضطراب هوس نتف الشعر لدى البالغين مع إضطرابات المزاج والقلق وتعاطي المخدرات وإضطرابات الشخصية 1.

وقد ادرج في النسخة الخامسة للدليل الإحصائي للإضطرابات العقلية DSM5 ضمن إضطراب الوسواس القهري .ولهوس نتف الشعر ثلاث أشكال الإندفاعي كإستجابة لرغبة ملحة للتنف، القهري كإستجابة للشعور بالضيق الشديد والتلقائي أي بدون تركيز ويكون أثناء إنشغال المريض بمهام أخرى كمشاهدة التلفاز أو المذاكرة. يمكن أن يكون المرض عرضيا ولكنه عادة مزمن ويصعب علاجه على أساس المضاعفات الطبية المحتملة ومن المهم أن يكون التشخيص دقيقا ومبكرا. 2

بغض النظر عن التسمية التشخيصية ، تظهر مواقع وطرق السحب تباينا فرديا كبيرا. يمكن نزع الشعر من أي منطقة في الجسم ولكن يتم نتفه بشكل شائع شعرة واحدة في كل مرة من فروة الرأس والرموش والحواجب. عادة ما يتم التنف بالأصابع ،ولكن أيضا يتم استخدام أدوات مثل الملقط أو الفرش أو الأمشاط. في كثير من الأحيان ، ينخرط أولئك الذين لديهم هوس نتف الشعر في مجموعة متنوعة من سلوكيات ما بعد الشد بما في ذلك التلاعب بالشعر المنزوع باستخدام الفم أو اليدين أو الوجه أو مضغ الشعر أو تناوله. 3

ويؤدي تناول لشعر المتكرر لدى بعض المرضى أو ما يعرف بداء المشعرات Tricophagia إلى تكون كرة شعر في المعدة وإنسدادها مما يعرضه لخطر الموت ما يتطلب تدخل جراحي مستعجل..

وجدت بعض الدراسات أن المرضى الذين يعانون من أكل الشعر trichophagia هم أكثر خطورة من المرضى الذين لا يأكلون الشعر ، هذا السلوك قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة لاحقا ويمكن أن يؤثر على نتائج العلاج ، ولهذا ينصح الأطباء بالحذر عند إكتشاف. 4

تعتبر الدراسات التي تناولت هوس نتف الشعر قليلة مقارنة بالإضطرابات الأخرى وقد يرجع ذلك لإنكار الكثير من المرضى لمشكلتهم ومحاولة إخفائها ، وتفادي المرضى لطلب المساعدة النفسية ولجوئهم بشكل أكبر لأطباء الجلد .

وتقدر بعض الدراسات نسبة الانتشار بـ 1% إلى 2 % من الافراد الذين يعانون من إضطراب هوس نتف الشعر. 5 وينتشر هوس نتف الشعر بين مختلف الفئات العمرية سواء أطفال أو راشدين وبين الذكور والإناث ولكن بشكل أكبر لدى الإناث .

غالبا ما يبدأ نتف الشعر أو يتم التعرف عليه في مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة بمتوسط عمر يبدأ في 13 سنة على الرغم من البداية المبكرة إلا أن الآراء لم تتفق حول مسببات نتف الشعر .وقد تم تقديم تفسيرات مختلفة ، بما في ذلك النظر إليها على أنها سمة من سمات اضطراب الوسواس القهري 6 .

وقد تكون بداية التنف بعد أحداث ضاغطة أسرية أو إجتماعية كالإنفصال عن أحد الوالدين أو الشريك ،ولادة أخ الإلتقال إلى منزل جديد أو مشاكل دراسية... والبعث أشار إلى دور الإكتئاب والتوتر بحيث يلجأ الفرد إلى نزع الشعر كنوع من تفريغ المشاعر السلبية .وقد تكون للهرمونات دورا في حدوث الإضطراب خاصة وان كثير من الحالات تظهر في أواخر الطفولة وفي بداية سن المراهقة .

تساهم العوامل الوراثية في ظهور هوس نتف الشعر والمتمثلة في طفرات وراثية في الجين SLITRK1، الذي يلعب دورا في تطور القشرة ونمو الخلايا العصبية. كما وجد أن البروتين SAPAP3 موجودا في 4.2٪ من حالات هوس نتف الشعر والمرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري 7.

وبالنسبة للجانب العصبي فقد أجريت دراسة نيورولوجية لـ (Samuel R & all 2008) أستخدم فيها المسح عن طريق الرنين المغناطيسي MRI لاستقصاء الفروق في المادة الرمادية والبيضاء لعينة شملت 18 مريض يعانون من هوس نتف الشعر و19 فرد سليم كمجموعة ضابطة تبين وجود ارتباط هوس نتف الشعر بتغيرات في المادة الرمادية في الدارات العصبية المرتبطة بتعلم العادات والإدراك وتنظيم الإنفعالات .

في حين أن أسباب هوس نتف الشعر غير معروفة، فإن النظرية السلوكية الحديثة تشير إلى أن سلوك النتف يستمر نتيجة للتعزيز السلبي بحيث يحدث إنخفاض ولكن بشكل مؤقت في شدة السلوك الغير مرغوب والمرتبط بالنتف 8.

تختلف طرق علاج هوس نتف الشعر وهذا حسب عمر المريض وشدة الإضطراب ومدته ومدى وعيه وأهداف نتف الشعر . وتشمل العلاجات الادوية التي تستهدف الآليات البيولوجية المرتبطة بالسلوك القهري والإندفاعي، والعلاجات النفسية السلوكية كالتدريب على عكس العادة HRT وهو يستهدف الإستجابات الحركية .

وقد أثبت بعض الباحثين فاعلية الحزمة الإستراتيجيات المعرفية السلوكية المعرفية المتضمنة عكس العادة، والسيطرة على التحفيز، والاسترخاء، والتقنيات المعرفية 2

تستهدف العلاجات النفسية المتعددة لهوس نتف الشعر مكونات القلق المختلفة. مثلا تميل نماذج العلاج السلوكي الشامل COMB إلى استهداف الأعراض الفسيولوجية للقلق عبر بعض التقنيات مثل التنفس العميق، وتستهدف نماذج العلاج السلوكي المعرفي (CBT) الإدراك والمشاعر المولدة للقلق من خلال تقنيات مثل إعادة البنية المعرفية، (فيما تستهدف نماذج العلاج السلوكي للموجة الثالثة ما وراء المعرفة لتجربة القلق عبر تقنيات مثل اليقظة الذهنية 9.

وقد طور منسيو وآخرون Mansueto & all 1997 نموذجا علاجيا يسمى بالعلاج السلوكي التكاملي COMB وهو يحدد العوامل المختلفة أو الطرق التي تحافظ على نتف الشعر لكل فرد بشكل محدد. وتشمل الطرق الحسية (المحفزات اللمسية أو البصرية أو الفموية) ، والمعرفية (الأفكار التي تسبب أو تسهل أو تحافظ على نتف الشعر) ، والوجدانية (كالغضب، التوتر أو القلق) ، والحركية (العادات الحركية) ، و البيئية (أماكن أو مواقف التي تحفز نزع الشعر).

قدم الكنشتاين al. (2016) alkenstein & al. معطيات أولية وواعدة تدعم صلاحية وجدوى ومقبولية العلاج السلوكي التكاملي COMB. فقد لاحظوا بشكل واضح أن هذا العلاج أدى إلى إنخفاض في شدة اعراض هوس نتف الشعر وضعفها مع تحسن في نوعية الحياة للمرضى . وقد اظهر 38٪ من المشاركين في مرحلة ما بعد العلاج (أي بعد 12 أسبوع) تحسنا ملحوظا وهذا يشمل ايضا 11٪ من المشاركين في المتابعة لمدة 3 أشهر. على الرغم من استخدام العلاج السلوكي التكاملي حاليا إلا انه لا يزال بحاجة إلى اختبار فعاليته بشكل علمي ومنهجي . 10

إنطلاقاً مما سبق ولحاجة مرضى هوس نتف الشعر لعلاج يخفف من معاناتهم فقد جاءت هذه الدراسة للمساهمة في التعرف على فاعلية العلاج السلوكي التكاملي في علاج هذا الإضطراب .ومنه نطرح التساؤل التالي:

ما مدى فاعلية العلاج السلوكي التكاملي في التخفيف من أعراض هوس نتف الشعر لدى فتاة مراهقة ؟.

2.أهداف البحث :

التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي التكاملي لدى فتاة مراهقة مصابة بهوس نتف الشعر .

3. أهمية البحث :

- تتمثل أهمية هذه الورقة البحثية في تناول احد الإضطرابات النفسية التي لم تلقى الإهتمام الكافي بالرغم من إنتشارها بين فئات مختلفة وخاصة الشباب وهو إضطراب هوس نتف الشعر.
- تناول هوس نتف الشعر بالدراسة الميدانية نظراً لما لاحظناه من ندرة الدراسات والبحوث حول هذا الإضطراب خاصة في البيئة المحلية .
- المساهمة في تسليط الضوء على العلاج السلوكي الشامل ويمكن للنفسانيين الإستفادة منه في علاج هوس نتف الشعر.

4. مفاهيم الدراسة

1.4. هوس نتف الشعر: Trichotillomania

حسب (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013) يتمثل هوس نتف الشعر في سحب الشعر القهري الذي يؤدي إلى تساقط الشعر ،ويصنف حالياً على أنه اضطراب مرتبط بالوسواس القهري.13

لتشخيص هذا الإضطراب يجب أن يخبر الفرد عن زيادة الشعور بالتوتر قبل نتف الشعر والإحساس بالراحة والمتعة بعد ذلك .المناطق الشائعة للنتف تشمل فروة الرأس ، الحواجب الرموش ومناطق العانة ولكن قد يتم سحب الشعر من مناطق أخرى من الجسم 8 . ويتم تشخيص الإضطراب حسب معايير DSM5.

معايير التشخيص هوس نتف الشعر حسب DSM5:

- نتف المرء المتكرر لشعره والذي يؤدي إلى فقدانٍ للشعر.
- محاولات متكررة لإنقاص أو إيقاف نتف الشعر.
- يسبب نتف الشعر إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى
- لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل من خلال حالة طبية أخرى (مثل حالة جلدية).
- لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (محاولات لتحسين عطلٍ متصور أو تشوه بالمظهر باضطراب تشوه شكل الجسد) 12

2.4. العلاج السلوكي التكاملي لـ Mansueto & all:

النموذج السلوكي التكاملي هو نموذج مفاهيمي تم تطويره من أجل معالجة العوامل المختلفة التي تعمل على إستمرار ننف شعر عند كل مريض . تم تصميمه لتوفير استراتيجيات علاجية تستهدف العوامل التمييزية من خلال تصنيف معلومات التقييم والتدخلات العلاجية وفقا ل طرق ننف الشعر 13 ويشمل أربع أولا مراحل مرحلة التقييم الوظيفي ،ثانيا تنظيم المعلومات ،ثالثا تحديد وإختيار الإستراتيجيات العلاجية ،رابعا التقييم

5. النموذج الشامل للعلاج السلوكي لهوس ننف الشعر :

طور هذا النموذج مانسيتو وآخرون Mansueto ويتضمن علاج منظم في أربع مراحل متضمنة 10 خطوات هذا النموذج يقدم دليلا لتنظيم العلاج الفردي والمركز للعلاج السلوكي لهوس ننف الشعر متضمنا مجموعة من الإستراتيجيات التي تهدف لخفض عملية نزع الشعر . بالرغم من أنه لم يتم التعرف بعد عن عوامل ظهور هوس ننف الشعر ،إلا أنه من الواضح أن التعلم والخبرة تلعب دورا هاما في ظهور شكل الإضطراب لكل فرد . هذه المقاربة العلاجية تعتمد على قوة التعلم والخبرة لتمكين الفرد من تغيير السلوكيات الننف المعتادة ،بالإضافة إلى ما يصاحبها من الأفكار والمشاعر .2

المرحلة الأولى : التقييم والتحليل الوظيفي :

تهدف هذه المرحلة لجمع المعلومات ،تحليل قبل أثناء وبعد كل سلوك ننف للشعر وما يقابله من طرق معرفية وجدانية حسية حركية وبيئية ،فنحول السلوكات إلى طرق Modalitis .

الخطوة رقم 01:

يتم فيها توجيه المريض والإتفاق مع المعالج لإستهداف إضطراب هوس ننف الشعر بشكل محدد فقد يكون هوس الننف مصاحبا لإضطرابات أخرى كالقلق وغيرها، إضافة إلى معانات المريض من ضعف تقدير الذات ومشاعر الذنب وضعف العلاقات مع الآخرين ،وفي بعض الحالات قد يكون الاتفاق على علاج هذه المشكلات كأولوية . يعتمد نجاح علاج هوس ننف الشعر بشكل أساسي على العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل إضافة إلى التثقيف النفسي وتقييم المشكلة من خلال التحليل الوظيفي وهذا ما يستدعي من العميل المشاركة الجادة في العلاج وبذل كل جهده لإنجاحها .

الخطوة رقم 02 :المكونات الوظيفية

في هذه المرحلة يتم التعرف على العوامل الوجدانية البيئية والحسية والمعرفية والحركية التي تعمل كمحفزات لعملية الننف .فتحديد هذه العوامل له أهمية كبيرة في تحديد الإستراتيجيات العلاجية لاحقا .

يعتمد العلاج السلوكي التكاملي على التحليل الوظيفي لسلوك نتف الشعر ويشمل السوابق: أي الإشارات التي تحفز الرغبة في النتف والمثيرات التمييزية التي تسهل عملية النتف، وتقييم السلوكيات الفعلية التي ينطوي عليها النتف. والمترتبات التي يسببها النتف والتي يترتب عليها إما إستمرارا النتف أو كسر هذه الرابطة و التوقف عن نوبة النتف 2

أولا: السوابق: يتم تحديد الإشارات التي تؤدي إلى رغبة المريض في نزع الشعر .

- **الإشارات الخارجية:** يمكن أن تتضمن العوامل البيئية أي الأماكن التي يحدث فيها السحب غالبا (على سبيل المثال ، غرفة النوم الحمام) ،الأدوات المستخدمة في عملية النتف (كإستخدام المريا أو الملاقط)،وقد يكون السحب يدويا .

الإشارات الداخلية:وتتمثل في العوامل الداخلية التي تحفز نزع الشعر .

- الحالات الإنفعالية التي يشعر بها المريض وتؤدي إلى نزع الشعر مثل مشاعر القلق والملل والإحباط.

- الأحاسيس البصرية أو اللمسية ، مثل لون وملمس الشعر .

- الإشارات المعرفية والمتمثلة في طريقة إدراك الخلل في الشعر كالرغبة في ان يكون له نفس الطول او نفس اللون .أي الإنتقاء المعرفي.

ثانيا سلوكيات النتف: والذي تمر بثلاث مراحل ،مرحلة تحضيرية للأدوات والمكان الذي تتم فيه عملية للنتف ثم تحديد منطقة معينة من الجسم أو القيام بمسح بصري لنوع الشعر المستهدف .المرحلة الثانية يتم فيها إزالة الشعر بطريقة محددة،المرحلة الثالثة تتضمن التخلص من الشعر أو الإحتفاظ به او قضمه أو بلعه أو اللعب به ولفه حول الاصابع او تمريره على الوجه كتحفيز ذاتي .

ثالثا النتائج : يوجد نوعين من النتائج الإيجابية أو السلبية .

- الإيجابية عندما تتحقق النتائج المرغوبة كالهروب من الأفكار المزعجة وإزالة التوتر أو إزالة الشعر الخشن ،جذب الإنتباه بالنسبة للأطفال .وهي تحافظ على سلوك نتف الشعر

-أما النتائج السلبية فتتمثل في الحالة الإنفعالية الشعور بالذنب ونظرة الآخرين و قد تؤدي لإنهاء نوبة النتف .

الخطوة رقم 03: المراقبة الذاتية :

بالرغم من أن الخطوة السابقة تقدم معلومات واسعة على دورة نتف الشعر إلا انها غير كافية لتحديد الإستراتيجيات العلاجية الفعالة لهذا يتم جمع معلومات إضافية مفصلة لكل حالة .

في هذه المرحلة يقدم للمريض نموذج المراقبة الذاتية لسلوك النتف في شكل جدول والذي يوفر معلومات أكثر دقة وتفصيل عن سلوك النتف فالمراقبة الذاتية هي جانب حاسم من جوانب العلاج السلوكي لنتف الشعر .

هناك العديد من المتغيرات المحتملة التي يجب مراقبتها (كتوقيت النتف والمدة المستغرقة، قوة الرغبة ، درجة الوعي ، قوة جهود المقاومة ...)، و لهذا يجب على المعالج أن يقوم بتدريب العميل على استخدام نماذج المراقبة بشكل دقيق .تجدر الإشارة إلى أن المراقبة الذاتية يمكن أيضا أن تلعب دورا كاستراتيجية علاجية مثل الطريقة الحركية أو لتعزيز الامتثال للعلاج

2 .

المرحلة الثانية تنظيم المعلومات

في هذه المرحلة يتم تنظيم المعلومات المستمدة من التحليل الوظيفي لتحديد الطرق الواجب إستهدافها وتنظيم استراتيجيات علاجية محددة. يمكن تحديد العوامل الحاسمة التي تجعل المريض مستمرا في التنف.

الخطوة رقم 04 تحديد الطرائق المحتملة الواجب إستهدافها .

يتم تنظيم معلومات التحليل السلوكي إلى أربعة طرق داخلية (معرفية، وجدانية، حسية، حركية) إضافة الى المكون الخارجي البيئي ،تحديد الطرائق يساهم في توجيه المعالج لإختيار الإستراتيجيات العلاجية المناسبة .

فالمحفزات الحسية كالحكة وملمس الشعر الخشن مثلا تستخدم معها إستراتيجيات حسية .

المحفزات الوجدانية كالقلق نستخدم معها استراتيجيات وجدانية أو معرفية .

طرائق التنف الحركية نستخدم معها استراتيجياتحركية كربط الشعر .

وإذا كانت الافكار هي المسبب للتنف مثل الحواجب غير متساوية فالإستراتيجية المعرفية هي الأنسب .

أما إذا كان العنصر المهم يحدث في البيئة كالحمام والمرأة فالإستراتيجيات البيئية هي المناسبة .وبالتالي فلكل مريض نظام علاج يتشكل حسب التحليل الوظيفي الخاص به .

الخطوة رقم 05 :إختيار الطرق المحتملة التي يجب إستهدافها .

بعد تحديد طرق محددة على شبكة المراقبة الذاتية لكل مكون من مكونات التحليل الوظيفي، يمكن تحديد الطرق البارزة والتي تلعب دورا مهما في نط التنف لحالة معينة .أي تحديد أبرز الطرق سواء كانت معرفية او حركية او حسية .

بالنسبة للعديد من الأفراد لديهم أساليب متعددة للتنف فتحديد تلك الأكثر شيوعا والأكثر قابلية للتغيير هو مفيد في إختيار إستراتيجيات العلاج المبدئية .

المرحلة الثالثة :تحديد وإختيار الإستراتيجيات العلاجية

يتم إختيار الإستراتيجيات العلاجية التي تستهدف العناصر المضطربة حسب نتائج التحليل الوظيفي لسلوك تنف الشعر وخاصة الطرق المستخدمة في ذلك .ويمكن إستخدام أكثر من إستراتيجية حسب طرق التنف المستخدمة .

الخطوة رقم 06 تحديد الإستراتيجيات العلاج المحتملة ضمن الطرائق المستهدفة

أولا : الطرق المعرفية تستخدم الأساليب المعرفية كالتعديل المعرفي إذا كانت عملية سحب الشعر ترجع لأفكار الفرد مثل التخلص من الشعر الخشن أو ذو اللون المختلف أو تنف القليل فقط من الشعر .

ثانيا : الطرق الحسية : تتضمن إستراتيجيات الإلهاء الإستبدال و الإطفاء لمن لديهم الحاجة للإثارة الحسية .في هذه الحالة يمكن توفير بدائل للعناية بالذات كالتدليك الرأس و حمام الدافئ .ومن بين الأساليب المفيدة لتقليل الإشتارة الحسية يمكن تمشيط الشعر مرات عديدة في اليوم أو غسل الشعر بقوة ،وللمريض الذي يقوم بقضم الشعر يمكن أن يستبدلها بتناول الأطعمة التي تعطيه نفس الشعور كالاطعمة المقرمشة .وقد يتم اللجوء للأدوية والمراهم الموضعية في حالة الحكّة .

ثالثا :الطرق الوجدانية :إذا كانت المشاعر السلبية كالقلق والتوتر محفزات لتنف الشعر يمكن إستخدام أساليب التنظيم الذاتي الإنفعالي مثل تمارين التنفس والإسترخاء العضلي والنشاط الرياضي ، كما يمكن التدريب على إستخدام مهارات توكيد الذات وحل المشكلات لمعالجة المصادر الخارجية للوجدان السلبي .ويكون التعرض الواقعي أو التخيلي مفيدا إذا إرتبطت المشاعر السلبية القوية بوجود شعر غير مرغوب .

رابعا: الطرق الحركية: ترتبط الطرائق الحركية بقلّة الوعي لعملية التنفّ أي أن حركة التنفّ هي عادة حركية قوية تتم بشكل أو طريقة آلية .

ولزيادة الوعي لتلامس اليد بالشعر تستخدم المراقبة الذاتية للتنفّ، أو إرتداء ضمادات لأطراف للأصابع أو دعامات للكوع .ويمكن إستخدام طرق أخرى مثل التسيّجات التي تعيق تنفّ الشعر أو إبقائه مبللا وتعد الحرف اليدوية التي تشغل اليدين أو الرسم مفيدة أحيانا . في حال كانت الطرق الحركية هي المهيمنة يمكن إستخدام تقنية عكس العادة .

خامسا: الطراق البيئية في هذه الحالة إذا كانت الإشارات البيئية محفز قوي لتنفّ الشعر يمكن تفادي الأماكن والأدوات المستخدمة في هذه العملية اكالملاقط و المرايا . ز أن يبقى وجيد أو أنه البيئة تعطيه إهتمام من الممكن إستخدام أساليب الثواب و العقاب.

الخطوة رقم 07 تحديد الإستراتيجيات الخاصة التي من المرجح أن يستخدمها العميل، ونظرا لعددتها الكبير فمن الضروري منح العميل إختيار الإستراتيجية المناسبة له . في كثير من الحالات سيتم إستخدام العديد من الإستراتيجيات (كالإسترخاء و التنفس للتخفيف من التوتر ووضع ضمادات على أطراف الأصابع)

المرحلة الثالثة : الخطوة رقم 08 تدريب العميل على إستخدام الإستراتيجيات العلاجية وتنفيذها لمدة أسبوع على الأقل

المرحلة الرابعة: التقييم

الخطوة رقم 09 تقييم فعالية الإستراتيجية وهذا باستخدام المراقبة الذاتية لتنفّ الشعر . لتحديد أي من الإستراتيجيات التي أدت إلى تخفيض عملية التنفّ .

الخطوة رقم 10 : تحديد وتنفيذ الخطوة التالية في العلاج

تعمل نتائج التقييم على الحفاظ على الإستراتيجيات الفعالة أو إجراء تعديلات عليها أو إضافة إستراتيجيات أخرى أو التخلي عن الأقلها فعالية .

6. خطة سير العلاج

الحالة فتاة تبلغ من العمر 12 سنة تلميذة في المتوسط تقيم مع عائلتها المتكونة من 5 أفراد مستواهم المعيشي فوق المتوسط ذكائها جيد . بدأت بنتفّ الشعر في عمر العاشرة بعد إصابتها بقمل الرأس والذي كان يسبب لها حكة في فروة الرأس فكانت تنزع الشعر وتتأمل الجذور ضنا منها انه بيض القمل وأستمرت معها هذه العادة بالرغم من تخلصها من القمل فالتنفّ يخفف من حدة التوتر والغضب الذي تشعر بها إذا حدثت لها مواقف مزعجة في المدرسة ومع زميلاتها أو مع أسرّتها . رغم تخلص الحالة من القمل إلا أنّها تعودت على نزع الشعر وهذا ما أحدث لها نوع من الراحة . فإنشغال الحالة بنزع الشعر واللعب بها خفض من حالة التوتر التي تشعر بها أو إحساسها بالملل الذي كانت تشعر به خلال العطلة الصيفية . أستمر هذا السلوك لمدة سنة كاملة مما أحدث فراغات واضحة في فروة الرأس وهذا أدى إلى تجنب الإصدقاء والأقارب ، وتسبب للحالة بنظرة سلبية لذاتها فأصبحت إنطوائية تميل للإنعزال لكي لا يتم ملاحظة الفراغات في فروة الرأس كما تأثرت نتائجها الدراسية حسب ما ذكرته الأم.

بدراسة التاريخ السابق للحالة لم يتبين وجد تاريخ عائلي مرتبط بالاضطرابات النفسية كما أن الحالة لا تعاني من اضطرابات نفسية أخرى مما جعلنا نركز مباشرة على علاج هوس نتف الشعر .

تم تسيير الجلسات مع الحالة حسب دليل العلاج السلوكي التكاملي المكون من أربعة مراحل والمقسم إلى عشر خطوات ، و هي كالتالي :

المرحلة 1: التقييم والتحليل الوظيفي

الخطوة الأولى: الجلسة الأولى هدفت لجمع معلومات عن الحالة الاعراض الحالية وتاريخ الطفولة .

الخطوة الثانية: تحديد المكونات الوظيفية.

الحصة الأولى : الهدف من الحصة الأولى هو جمع البيانات عن الحالة وأعراض الإضطراب والذي إستعنا فيه بمقياس ماساتشوستس لنتف الشعر (MGH) والبحث في تاريخ الحالة المرضي وبشكل خاص بداية ظهور الإضطراب والعوامل التي تؤدي على إستمراره . وهذا لتشخيص الإضطراب بشكل صحيح وحسب محاور DSM .

1- جمع البيانات : الأعراض الحالية

الحالة تقوم بنتف الشعر بشكل يومي وهذا بالمنطقة العليا لفروة الرأس بسبب الحكمة حسب قولها ، مما أدى إلى فقدان الشعر في هذه المنطقة والتهابها أحيانا لإستمرارها بحكها حتى تحدش الجلد ، فهي تركز على هذه المنطقة فقط لان نزع الشعر فيها لا يسبب الألم عكس المناطق الأخرى من فروة الرأس فتعتبرها حساسة ومؤلمة .

بالرغم من محاولاتها المتكررة تجدد الحالة صعوبة في التوقف عن نزع الشعر ، فهو يخفف من حدة التوتر والغضب الذي تشعر بها إذا حدث لها مواقف مزعجة في المدرسة مع زميلاتها أو مع أسرهما .

وأحيانا تقوم بنزع الشعر عند شعورها بالملل . وهذا أدى إلى ظهور فراغات واضحة في فروة الرأس مما تسبب لها بضيق شديد وأثر على علاقاتها مع الآخرين ، فأصبحت تتفادى النشاطات خارج المنزل وتفضل الإنعزال . كما تأثرت نتائجها الدراسية وقد أدت هذه العادة إلى شعورها بالذنب لتسببها في تشوه شكل شعرها وعدم قدرتها على التوقف .

- الحالة لاتعاني الحالة من سوابق مرضية أو أي إضطراب غير أن الأم لاحظت تغير مزاج البنت خاصة مع ظهور علامات البلوغ . كما تبين أن الحالة لديها تقدير ذات منخفض وسريعة الإنفعال.

- البيانات السابقة تنطبق على تشخيص هوس نتف الشعر حسب معايير DSM 5

- لا يوجد أكل للشعر

- نظرا لحالة التوتر لدى الحالة قمنا بتدريها على التنفس البطني والإسترخاء ، كما أجرينا تثقيف نفسي عن

الإضطراب وتقديم واجب منزلي تسجل فيها المواقف التي يحدث فيها النتف خلال اسبوع والاسباب المباشرة له

كما قمنا بتصوير شعر المريضة لمراقبة التطورات في سلوك النتف والأضرار على فروة الرأس.

الجلسة الثانية :

في هذه الجلسة تمت مناقشة الواجب المنزلي وبشكل خاص الأسباب المباشرة وشكل سلوك نزع الشعر وعوامل الإستمرار في ذلك ،وتبين أن الحالة تقوم بالتنف بشكل كبير إذا حدثت لها مواقف مزعجة في المدرسة أو بسبب ضغوط الدراسة والملل أو إذا تشاجرت مع إخوتها وتكون غالبا قبل النوم .

- مرات التنف يوميا من مرة إلى ثلاث مرات حسب درجة التوتر والأحداث اليومية

- أماكن التنف داخل المنزل غالبا على سريرها ليلا قبل النوم أو في الحمام

- إختيار الشعر الخشن والأماكن غير مؤلمة

الإجراءات المتخذة:عمل تعليم نفسي (عن الإضطراب والتركيز على أهمية السوابق ،شكل سلوك التنف والنتائج في تطور الاضطراب) قمنا بتثقيف نفسي أنه مرض تعلمته حكاية القمل والشعور بالراحة

- الإستمرار في التدريب على التنفس والإسترخاء

-الواجب المنزلي :تقديم جدول المراقبة الذاتية

الجلسة الثالثة و الرابعة :

-تمت مراجعة جدول المراقبة الذاتية مع الحالة ومناقشة مواقف نزع الشعر والتعرف بالتفصيل على السوابق وسلوك التنف ونواتجه.

لاحظنا أن الجانب الوجداني هو الأكثر تكرارا في عملية التنف (الملل ، التوتر ، الغضب) وبعده الحسي (إحساس الحكمة في فروة الرأس) .وأثناء المقابلة لاحظنا بروز الجانب الحركي فالحالة يدها دائما تتجه للراس وتقوم بحك منطقة معينة لم تكن على وعي بها ،كما تم التأكيد على فكرة المراقبة الذاتية لجمع المزيد من المعلومات .

الموقع :حالات التنف كانت غالبا قبل النوم في السرير وأحيانا في الحمام ..

النشاط : التحضير للنوم أو أثناء قيامها بالواجبات الدراسية

قوة الرغبة :في الأغلب قوية

درجة الوعي : منخفضة جدا

المشاعر المسيطرة :توتر، غضب ،ملل.

الأفكار: لا توجد أفكار بارزة

الأحاسيس أحيانا توجد حكة .

موضع التنف وسط فروة الرأس .

درجة المقاومة لاتوجد (أي مقاومة الرغبة في التنف)

مرات السحب : مرات عديدة في اليوم

وبالتالي فإن الجانب الوجداني للتنف هو الأقوى وبعدها الجانب الحسي ثم الحركي أما المعرفي والبيئي ضعيف .

لم تظهر الحالة أفكار سلبية نحو الشعر وشكله ولونه. كما أن الحالة تتخلص مباشرة من الشعر المنزوع .

ملاحظة : لجعل اليدين منشغلتين إقترحنا ممارسة الرسم أو ضغط كرة إسفنجية عند الغضب مع الإستمرار في تمارين التنفس و الإسترخاء خاصة عند تغير مزاج الحالة .

- استكمال التعليم النفسي خصوصا في علاقة سوابق عملية التنف والسلوك التنف والالواح أي طرق التنف ونتائجه .

- استكمال جدول الرصد نظرا لأهمية المراقبة الذاتية

الجلسة الخامسة والسادسة

في هذه المرحلة تمت مراجعة جدول المراقبة الذاتية ومناقشة بعض الملاحظات حول البعد الوجداني أي القلق والتوتر قبل نزع الشعر، وتبين أن الحالة تشعر بأن المحيطين بها لا يقدرونها ولا يهتمون بآرائها كما أنها تعاني من بعض الصعوبات الدراسية خاصة اللغات الأجنبية ، وأيضاً الجانب الحركي قرب اليد دائما بجانب الرأس مما يسهل التنف بشكل لاواعي. وبالتالي تم تقديم تعليم نفسي لشرح دور هذه الاليات في إستمرارا عملية التنف والتأكيد على تمارين التنفس والإسترخاء وممارسة الرياضة إن أمكن مع شغل اليدين بالرسم أو نشاط محبب لديها .

- بعد جمع المزيد من المعلومات تم ملأ مخطط المكونات والمداخل (الإستراتيجيات) للتعرف على طرق التنف السائدة وهي بالترتيب الوجدانية (دائما توتر وغضب) بدرجة قوية .

الحسية (الحكمة في فروة الرأس - فحص الشعر بعد التنف) بدرجة قوية

الحركية (قرب اليد اليمنى من الشعر) بدرجة متوسطة

البيئية (السرير) بدرجة ضعيفة

المعرفية (أحيانا الشعر الخشن) . ضعيفة

الواجب المنزلي ملا جداول المراقبة لمواقف التنف الجديدة .

الجلسة السابعة

تم تحديد التقنيات العلاجية المناسبة مع الطرق السائدة وفقا للترتيب التالي (وجداني ، حسي ، حركي ، بيئي) وتم تحديد التقنيات العلاجية التالية وتدريب الحالة عليها .

الإستراتيجيات العلاجية تمثلت في الإستراتيجيات الوجدانية كتمارين الإسترخاء، التنفس البطني في حال الشعور بالضغط و التوتر .التدريب على توكيد الذات.

الإستراتيجيات الحسية : للتخفيف من الحكمة في فروة الرأس* إقترحنا غسيل الشعر المتكرر وتدليك فروة الرأس .

الإستراتيجيات الحركية : وضع ضمادات على أطراف الأصابع ، ربط الشعر بطريقة تصعب الوصول للشعر وهذا لمنع الإستجابة . إستخدام زيوت وكريمات للشعر ليصبح التحكم فيه صعبا نوعا ما .

شد قبضة اليد ،الضغط على كرة مطاطية كإستجابة متنافسة ،مع وضع شريط مطاطي سميك على معصم اليد لزيادة الوعي عند البدء بعملية التنف .

الإستراتيجيات المعرفية إستخدمنا التصحيح المعرفي مزايا وعيوب نزع الشعر لزيادة وعي الحالة .

الجانب البيئي تفادي البقاء منعزلة .إستخدام السري فقط للنوم .

الثواب كمكافئة عند التوقف عن نزع الشعر السماح لها بإستخدام جهاز اللوح الذكي ولمدة محددة . .

الواجب المنزلي : جدول المراقبة الذاتية

الجلسة الثامنة حتى نهاية العلاج

إستخدام التقنيات العلاجية التي تم الإتفاق عليها في الجلسات السابقة .وبنفس الترتيب المتفق عليه مع الحالة بما يناسبها .

الإستعانة بالأهل وخاصة الأم لمساعدة الحالة على تنفيذ التقنيات العلاجية وتشجيعها على ممارسة أنشطة يدوية ورياضية وعدم تركها في غرفة وحدها لمدة طويلة .ربط علاقة قوية مع الأم وعمل تدليك لفروة الرأس بإستخدام بعض الزيوت وهو ما إستحسنته الحالة .

مناقشة الصعوبات في تطبيق التقنيات والإستراتيجيات

الجلسة الأخيرة

مراجعة الواجبات المنزلية فإستمرار المراقبة الذاتية تعتبر من عوامل رفع الوعي لعملية التنف وملاحظة إنخفاض الحاجة لنزع الشعر وإستبدالها بالتقنيات المقترحة سابقا.إضافة على مناقشة الصعوبات في تطبيق هذه التقنيات . تصوير فروة الراس وملاحظة عودة نمو الشعر غير الحصص المختلفة كعامل مراقبة وأيضا كعامل تحفيز ذاتي .

- عمل خطة وقائية تشمل قائمة التجنبات

إقتراح المتابعة كل ثلاث شهور.

تطرقنا في هذه الدراسة إلى حالة فتاة تعاني من هوس نتف الشعر لمدة عام ونصف. فبالرغم من أنها مدة قصيرة إلا أنها أحدثت ضررا في فروة الرأس وصلع في أعلى الرأس. استخدمنا مع الحالة العلاج السلوكي التكاملي وتظهر أهمية هذا العلاج في تحليل السلوك النتف وسوابقه ثم نتائجه والتركيز على المراقبة الذاتية التي تسمح بتحديد طرق النتف وأكثرها إستخداما سواء كانت وجدانية حسية حركية معرفية أو بيئية ثم وضع إستراتيجيات علاجية الملائمة لكل طريقة.

بالنسبة للحالة إستخدمنا معها التحليل الوظيفي لسلوك النتف ومنه تم إستنباط أهم الطرق المستخدمة وهي الطرق الوجدانية الحركية و. البيئية ومنه طبقنا معها الإستراتيجيات المناسبة.

الجلسات كانت منتظمة أسبوعيا وبعد 10 حصص تخلصت الحالة من سلوك النتف نهائيا مع استمرارنا في المراقبة لاحقا لمنع الإنتكاسة.

تبقى هذه النتائج وفعالية العلاج السلوكي التكاملي لعلاج هوس نتف الشعر في حدود الحالة المدروسة وخصوصيتها كعمر الحالة ومدة الإضطراب التي لم تتجاوز العام والنصف كما أن الحالة لا تعاني من إضطرابات أخرى، وقد أسهم التوجه الإيجابي للحالة في العملية العلاجية والدعم الأسري وخاصة من الأم في تحسن الأعراض بشكل ملحوظ كما أن الإضطراب لم تسبقه أحداث ضاغطة وهي عوامل يجب أخذها بعين الإعتبار في تطبيق هذا العلاج مع الحالات المماثلة فنجاح العلاج يتطلب تشخيص دقيق للحالة وبحث معمق في تاريخها والتركيز على التحليل الوظيفي المفصل والدقيق وتشخيص الإضطرابات المصاحبة كالقلق والإكتئاب ... وتحديد أولويات العلاج لهذه الإضطرابات حسب كل حالة.

المراجع.

1-David F. Tolin ; Gretchen J. Diefenbach , Christopher A. Flessner ,Martin E. Franklin , Nancy J. Keuthen ,Phoebe Moore , John Piacentini ,Dan J. Stein , Douglas W. Woods , **The Trichotillomania Scale for Children: Development and Validation Child Psychiatry Hum Dev** (2008) P 331-349

DOI 10.1007/s10578-007-0092-3

2- Mansueto Charles S., Ruth Goldfinger Golomb, Amanda McCombs Thomas and Ruth M. Townsley Stemberger **A Comprehensive Model for Behavioral Treatment of Trichotillomania Cognitive and Behavioral Practice** 6, 23-43, 1999

3- douglas w woods, Christopher A. Flessner , Martin E . Franklin, **The Trichotillomania impact project (TIP) Exploring Phenomenology Funcotional Impairment and treatment utilization J Clin Psychiatry** 1877-1888 2006

https://www.med.upenn.edu/ctsa/assets/user-content/documents/WoodsFranklin_TIP_2006.pdf

4- Ikhlef Fayçal Walid **Atypical presentation of Trichotillomania: a case report with review of the literature.** Batna J Med Sci **2021**;8(2):182-184.

<https://doi.org/10.48087/BJMScr.2021.8220>

5-Khadija Drissi Touzani1,&, Zineb Lamari1 , Fouad Chraibi1 , Meryem Abdellaoui1 , Idriss enatiya Andaloussi1 **Trichotillomania involving the eyelashes: about a case**

Pan African Medical Journal. **2017**; 28:142

doi:10.11604/pamj.2017.28.142.13822

6- Brandy L. Kell & Victoria E. Kress **Trichotillomania: Behavioral Assessment and Treatment** Interventions International Journal of Behavioral Consultation and Therapy Volume2 ,no1 2006

7- Zimová J, Zimová P. **Trichotillomania: Bizzare Patern of Hair Loss at 11-Year-old Girl.**

Acta Dermatovenereol Croat. 2016 Jun;24(2):150-3. PMID: 27477178.

8- Himle, M. B., Flessner, C. A., & Woods, D. W. **Advances in the behavior analytic treatment of trichotillomania and Tourette's Syndrome.**Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 1(1), 57-64. 2004 <https://doi.org/10.1037/h0100282>

9 – Jennifer R. Alexander^a, David C. Houghton^b, Michael P. Twohig^c , Martin E. Franklin^d, Stephen M. Saunders^a, Angela M. Neal-Barnette^e, Scott N. Compton^f , and Douglas W. Woods^a **Clarifying the Relationship between Trichotillomania and Anxiety**

Published in final edited form as: J Obsessive Compuls Relat Disord. 2017 April ; 13: 30-34.

doi:10.1016/j.jocrd.2017.02.004

10-Bottesi G, Ouimet AJ, Cerea S, Granziol U, Carraro E, Sica C and Ghisi M **Comprehensive Behavioral Therapy of Trichotillomania: A Multiple-Baseline Single-Case** Experimental Design. Front. Psychol. 11:1210. 2020

doi: 10.3389/fpsyg.2020.01210

11- Samuel R. Chamberlain, Lara A. Menzies, Naomi A. Fineberg, Natalia del Campo, John Suckling, Kevin Craig, Ulrich Müller, Trevor W. Robbins, Edward T. Bullmore and Barbara J. Sahakian. **Grey matter abnormalities in trichotillomania: morphometric magnetic resonance imaging study** The British Journal of Psychiatry (2008) 193, 216-221.

doi: 10.1192/bjp.bp.107.048314

12- أنور الحمادي معايير DSM-5-TR

13- Martha J. Falkenstein, Suzanne Mouton-Odum, Charles S. Mansueto, Ruth Goldfinger Golomb, and David A. F. Haag . **Comprehensive Behavioral Treatment of Trichotillomania: A Treatment Development Study** Behavior Modification · 1-25 2015

DOI: 10.1177/0145445515616369