



Original Article

## Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the level of Attention in Girl students with Obsessive-Compulsive Disorder

Haleh Amighi<sup>1</sup>, PhD Candidate; Hossein Ebrahimi Moghadam<sup>1\*</sup>, PhD; Leila Kashani Vahid<sup>2</sup>, PhD

<sup>1</sup>Department of Psychology, Islamic Azad University of Rodahan, Rodahan, Iran

<sup>2</sup>Department of Psychology and Education of Exeptaional Children, Islamic Azad University of Science and Research Branch, Tehran, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: December 08, 2023

Accepted: May 28, 2024

#### \*Corresponding Author:

Hossein Ebrahimi Moghadam, PhD;  
Department of Psychological,  
Islamic Azad University of Rodahan,  
Rodahan, Iran

Email: hem\_psy@yahoo.com

### Abstract

**Introduction:** Adolescent Obsessive-compulsive disorder includes all disturbing thoughts that, in the worst possible case, involve them (especially girls) repeatedly. The present study aimed to compare the impact of dialectical behavior therapy (DBT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) on attention in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

**Methods:** In this quasi-experimental research, employing a pretest-posttest-follow up (2 months) control group design, the study population comprised girls diagnosed with OCD from the first and second level secondary schools in districts 1 and 3 of Tehran, Iran, during 2022. Through convenience sampling, a total of 45 (15 people in each group) participants were randomly selected and allocated to the experimental and control groups. In order to collect data, the Maudsley's Obsessive Compulsive Inventory (1977) and the Rosvold's Continuous Performance Test (1956) were employed. The CBT and DBT (8 sessions of 90 minutes each) were administered to experimental groups 1 and 2, respectively. The analysis of the collected data was conducted using SPSS22, employing the method of multivariate mixed analysis of variance.

**Findings:** The results showed that both methods CBT and DBT improved subscales of omission error (MD=-8.112, -8.252), commission error (MD=-1.269, -2.6), reaction time (MD=-17.227, -11.256) in girls with OCD when compared to the control group ( $P<0.05$ ). Moreover, it was found that the method of CBT works better than DBT in the case of commission errors, but this result is the opposite in the reaction time.

**Conclusion:** Considering the psychological vulnerability of obsessive-compulsive girls, CBT and DBT packages can be used to improve their psychological level.

**Keywords:** Attention; Cognitive Behavioral Therapy; Dialectical behavior therapy; Obsessive-compulsive disorder

#### Please cite this article as:

Amighi H, Ebrahimi Moghadam H, Kashani Vahid L. Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the level of Attention in girl students with Obsessive-Compulsive Disorder. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(2): 256-270. doi: 10.30476/smsj.2025.100916.1464.



## مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>


## مقاله پژوهشی

## مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر میزان توجه دانش آموزان دختر مبتلا به وسواس فکری-اجباری

هاله آمیغی<sup>۱</sup>، حسین ابراهیمی مقدم<sup>۱</sup>، لیلا کاشانی وحید<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران  
<sup>۲</sup>گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

## اطلاعات مقاله

## تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۸

## نویسنده مسئول:

حسین ابراهیمی مقدم،

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن،

رودهن، ایران

پست الکترونیکی: hem\_psy@yahoo.com

## چکیده

**مقدمه:** وسواس فکری نوجوانان دربرگیرنده تمامی افکار مزاحمی است که در بدترین حالت ممکن به صورت مکرر آن‌ها (به خصوص دختران) را درگیر می‌کند. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی-رفتاری بر توجه افراد مبتلا به وسواس فکری انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری (۲ ماهه) و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دختران مبتلا به وسواس فکری در مقطع متوسطه اول و دوم مناطق ۱ و ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آن‌ها ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل جای‌دهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های وسواس فکری-اجباری مادزلی (۱۹۷۷) و آزمون عملکرد پیوسته رازولد و همکاران (۱۹۵۶) استفاده شد. در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ به ترتیب، بسته‌های درمان شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک (هر بسته ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) اجرا شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک سبب بهبود زیرمقیاس‌های خطای حذف (به ترتیب با  $-۸/۲۵۲$  و  $-۸/۱۱۲$ ،  $MD = -۱/۲۶۹$  و  $-۲/۶$ )، خطای ارتکاب ( $MD = ۱۱/۷۵۶$  و  $۱۷/۲۲۷$ ) و زمان عکس‌العمل ( $P < ۰/۰۵$ )؛ همچنین، نتایج روش‌های درمان شناختی-رفتاری با رفتاردرمانی دیالکتیک در خطای ارتکاب و زمان عکس‌العمل متفاوت بودند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به آسیب‌پذیری روانی دختران مبتلا به وسواس فکری اجباری می‌توان از بسته‌های درمان شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک جهت بهبود سطح روان‌شناختی آنان بهره برد.

**کلمات کلیدی:** توجه، درمان شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیک، وسواس فکری-اجباری

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

آمیغی، ه، ابراهیمی مقدم، ح، کاشانی وحید، ل. مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر میزان توجه دانش آموزان دختر مبتلا به وسواس فکری-اجباری. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۲، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۲۵۶-۲۷۰.

تمایل دارند (۱۲). یکی از گیج‌کننده‌ترین ویژگی‌های اختلال وسواس فکری-اجباری این است که بیماران قادر به استفاده از اطلاعات خارجی موجود برای مقابله با افکار و ترس‌های منفی خود نیستند؛ لذا، از نظر عصب‌شناسی، این اختلال می‌تواند نشان‌دهنده عدم تعادل بین سیستم‌های مغزی باشد که از حالت‌های توجه متمرکز درونی<sup>۳</sup> و تمرکز بیرونی<sup>۴</sup> استفاده می‌کنند (۱۳، ۱۴). هالیون<sup>۵</sup> و همکاران نیز طی پژوهشی اذعان داشته‌اند که در افرادی که اختلال وسواس فکری اجباری دارند، نقص در کنترل توجه منجر به هجوم افکار و عدم توانایی مقابله در این بیماران می‌گردد؛ چراکه، توجه در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری اجباری نسبت به محرک‌های مرتبط با تهدید و گزینش اطلاعات مرتبط با تهدید، بیشتر از محرک‌های خنثی است (۱۵).

تاکنون روش‌های درمانی مختلف جهت بهبود علائم افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری به کار گرفته شده است. بعضی شواهد بیانگر آن است که درمان افکار وسواسی به‌مراتب دشوارتر از درمان اعمال وسواسی است، در چنین مواردی درمان‌های شناختی و رفتاری (رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی- رفتاری) احتمالاً بتواند نرخ بهبودی را افزایش دهد، زیرا رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۶</sup> که توسط لینهان<sup>۷</sup> با نگرشی کاملاً انسان‌مدار و دلسوزانه ابداع شده است، بر مهارت‌آموزی (مهارت‌های تحمل‌پریشانی، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و روابط بین فردی) و پذیرش و اعتباربخشی هیجان‌ها تأکید می‌کند (۱۶). رفتاردرمانی دیالکتیک که به تعادل آفرینی بین تغییر و پذیرش می‌پردازد، به افراد مبتلا به وسواس فکری اجباری می‌آموزد که رفتارهایی که باعث رنجش بیشترشان می‌شود را تغییر دهند و همزمان خودشان را با تمام نقاط ضعف و قدرت خود بپذیرند. ارزش‌هایشان را کشف کنند، در تحمل شرایط استرس‌زا از آن‌ها کمک بگیرند و با اعمال متعهدانه و پیاده‌سازی قصدهای خود شرایط مطلوب‌تری را تجربه نمایند (۱۷). شواهد نشان می‌دهند این رویکرد در درمان مشکلات هیجانی، درمان اختلال شخصیت، درمان رفتارهای خود آسیب‌رسان و کاهش تکانشگری، حافظه و توجه موفقیت‌آمیز بوده است (۱۸).

یکی دیگر از درمان‌های رایج، درمان شناختی- رفتاری است درمان شناختی- رفتاری از سه جزء، یعنی مواجهه‌سازی (پاسخ‌های اضطرابی بیمار با قرار گرفتن

بسیاری از متخصصان حوزه رفتار و روانشناسان، بر این اعتقادند که دوره نوجوانی، حساس‌ترین، بحرانی‌ترین و مهم‌ترین دوره رشد هر انسانی است (۱). علت آمار بالای آسیب‌های نوجوانی، عدم پختگی در فرایندهای شناختی در این سن است که دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی محسوب می‌شود (۲). اختلال وسواس فکری- اجباری<sup>۱</sup> یکی از اختلال‌های جدی و مزمن گروه سنی کودکان و نوجوان است که می‌تواند آن‌ها را با چالش مواجه کند (۳). به‌موجب این اختلال فرد، افکار خاصی (وسواس فکری) را مکرراً تجربه می‌کند یا نیازمند به انجام مکرر اعمال خاصی (وسواس اجباری) است (۴). این اختلال با شیوع بالا (۱ تا ۳ درصد) اغلب ناتوان‌کننده است (۵). نتایج نیز حاکی از آن است که دختران و زنان بخصوص در دوره بزرگسالی نسبت به مردان بیشتر در معرض این اختلال قرار می‌گیرند و احتمالاً علت اصلی آن را می‌توان در فیزیولوژی و مسئولیت آن‌ها یافت (۶).

وسواس فکری شامل افکار، تکانه‌ها یا تصاویر مکرر و پایدار است که به شکلی نامناسب و مزاحم تجربه می‌شوند و مانع حل مسئله به‌صورت سازگارانه می‌گردند و عاطفه منفی ایجاد می‌نماید. وسواس فکری پیامدهای آسیب‌زایی همچون حل مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری رفتاری مؤثر و کاهش تمرکز و شناخت آشفته را در پی دارد (۷). شک و بلاتکلیفی جزء رایج‌ترین انواع وسواس فکری محسوب می‌شوند. در این میان، ترس از کثیفی و آلودگی و افکار وسواسی درباره کثیف بودن خود بیشتر در دختران و زنان متداول است (۸)؛ مطالعات نشان داده‌اند که تفکر منفی تکراری به‌صورت مستقیم منجر به فرسودگی تحصیلی این افراد می‌شود (۹). به هر ترتیب چنانچه اختلال مذکور تحت درمان قرار نگرفته باشد، روند آن معمولاً مزمن است و علائم اغلب به‌صورت سینوسی افزایش و کاهش می‌یابند (۱۰).

یکی از متغیرهایی که نقشی برجسته در بروز و تداوم اختلال وسواس فکری- اجباری دارد، میزان توجه<sup>۲</sup> است (۱۱). اختلال وسواس فکری- اجباری به‌طور متمرکز شامل توجه متمرکز و ناکارآمد به بازنمایی‌های حسی و حرکتی است که معمولاً بدون مراقبت هستند. از آنجاکه این بازنمایی‌های حسی و حرکتی محتوایی دارند که پیامدهای فاجعه‌بار را پیش‌بینی می‌کنند، بیماران به شرکت در رفتارها و تشریفات ذهنی که برای جلوگیری از این پیامدها یا تولید اطلاعات دقیق‌تر طراحی شده‌اند،

3. Internally focused

4. Externally focused

5. Hallion

6. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

7. Linehan

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

2. Attention

بیشتر به سازه‌های شناختی و رفتاری به صورت توأمان مدنظر است. همچنین توجه و کنترل وسواس فکری نیز به وسیله عملکرد اجرایی خودتنظیمی می‌تواند با مسدود کردن راه‌هایی برای یافتن منابع توجه، پاسخ‌های سازگارانه ایجاد کند.

هدف این پژوهش با توجه به تأثیر کنترل توجه در اختلالات هیجانی به‌ویژه در اختلال وسواس فکری-اجباری، پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر میزان توجه دختران دانش‌آموز مبتلا به وسواس فکری تفاوت وجود دارد؟

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. متغیر مستقل در این پژوهش درمان شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بود و متغیر وابسته میزان توجه بود.

### جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دختران دانش‌آموزان (۸۵۰ نفر) مبتلا به وسواس فکری در مقطع متوسطه اول و دوم مناطق ۱ و ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که در زمان نمونه‌گیری در مدارس مقطع متوسطه این مناطق تهران مشغول به تحصیل بودند. شرکت‌کنندگان مطالعه از بین این افراد و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند.

### معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل دختران مبتلا به وسواس فکری؛ (کسب نمره برش ۱۵ در پرسشنامه) دامنه سنی بین ۱۳ تا ۱۸ سال (محصل در مقطع متوسطه ۱ و ۲)، رضایت شخصی، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از وسواس فکری و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه دریافت درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته، غیبت بیش از ۲ جلسه در فرایند درمان و عدم پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها بود.

### حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جهت انتخاب نمونه پس از اخذ مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش از بین مدارس دخترانه مقطع متوسطه

در موقعیت اضطرابی و مواجهه با آن کاهش می‌یابد، جلوگیری از پاسخ (با مشخص شدن عادت‌های افراد وسواسی جهت کاهش اضطراب، وی به خودداری از تشریفات وسواسی تشویق می‌شود)، و درمان شناختی (فرد یاد می‌گیرد که ضمن شناسایی شناخت‌های برانگیزاننده اضطراب دوباره آن‌ها را بازسازی کند) تشکیل شده است (۱۹). یکی از عوامل ایجادکننده افکار و اعمال وسواسی در افراد، ضعف در راه‌اندازی مهارت‌های شناختی است (۲۰)؛ در همین راستا درمان شناختی رفتاری در اختلال وسواس فکری اجباری برای شکستن پیوند خودکار بین افکار وسواسی و اعمال اجباری وارد عمل می‌شود، همچنین به فرد می‌آموزد که در زمان اضطراب از انجام دادن اعمال اجباری خودداری کند (۲۱)، به این ترتیب درمان شناختی رفتاری (با همراه داشتن مواجهه و پیشگیری) را می‌توان خط اول درمان اختلال وسواس فکری-اجباری دانست (۲۲)، چراکه این درمان می‌تواند بر مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی افراد مؤثر باشد (۲۳-۲۵).

افراد با توجه به خود، تمرکز را از محیط اطراف برداشته و بر خود معطوف می‌کنند، حال اگر محتوای افکارشان منفی باشند، این سبک توجه باعث ایجاد هیجان منفی می‌شود و در توانایی فرد جهت حل مسئله به صورت کارآمد تداخل ایجاد می‌نماید و این گونه توجه ظرفیت شناختی آن‌ها را اشغال می‌کند و آن‌ها نمی‌توانند توجه خود را از محرک‌های تهدیدآمیز منحرف کنند و بر عملکرد مناسب به صورت متناسبی تمرکز نمایند. این امر منجر به نقص عملکرد و افت کارکرد شناختی بیمار می‌شود (۲۶). لذا در این پژوهش برای مبتلایان به اختلال وسواس که دو جنبه شناختی-رفتاری (فکری-اجباری) دارند به بررسی دو شیوه درمانی شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی پرداخته شد. این مطالعه هر دو جنبه را پوشش داد و البته در کنار شباهت‌های دو شیوه (صحبت درباره افکار منفی و چالش‌های زندگی، خودآگاهی، ارزیابی مجدد رفتار خود تخریب‌گر و شکل‌گیری عادات بهتر) تفاوت‌هایی (تأکیدات اصلی، هدف درمان، پذیرش، تکنیک‌ها، رابطه درمانی) نیز دیده شد (۲۷) که شاید بتواند منجر به برتری یک شیوه درمان نسبت به دیگری در کنترل توجه شود.

در مطالعات پیشین علت وقوع و افزایش اعمال اجباری بیشتر به نقشی که این اعمال در کاهش اضطراب دارند، نسبت داده می‌شد که این امر نارضایتی‌هایی در برداشت، ولی امروزه برای تبیین وسواس فکری، توجه

• **آزمون عملکرد پیوسته<sup>۱۷</sup> (CPT):** این آزمون توسط رازولد<sup>۱۸</sup> و همکاران در سال ۱۹۵۶ طراحی شد (۳۲). این آزمون در ابتدا برای سنجش ضایعه مغزی بکار می‌رفت و هم‌اکنون به‌عنوان متداول‌ترین ابزار آزمایشگاهی در سنجش مراقبت شناخته می‌شود و در ارزیابی فزون‌کنشی همراه با نارسائی توجه کاربرد فراوان دارد. در این پژوهش به‌منظور سنجش توجه از فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته هادیان فر استفاده شد (۳۳). این فرم که از طریق رایانه اجرا می‌شود و شامل ۱۵۰ عدد یا تصویر فارسی به‌عنوان محرک است. از این تعداد، ۳۰ محرک (۲۰ درصد) به‌عنوان محرک هدف و ۸۰ درصد باقی‌مانده به‌عنوان محرک غیر هدف در نظر گرفته می‌شوند. مدت‌زمان ارائه هر محرک ۲۰۰ هزارم ثانیه و فاصله بین ۲ محرک یک ثانیه است. مدت‌زمان اجرای آزمایش با احتساب مرحله تمرینی که به‌منظور درک بیشتر آزمودنی قبل از اجرای مرحله اصلی صورت می‌گیرد ۲۰۰ ثانیه است. در این آزمون دو نوع خطای حذف<sup>۱۹</sup> و خطای ارتکاب<sup>۲۰</sup> نمره‌گذاری می‌شود. خطای حذف هنگامی رخ می‌دهد که آزمونی به محرک هدف پاسخ ندهد و خطای ارتکاب نیز هنگامی رخ می‌دهد که آزمودنی به محرک غیر هدف پاسخ دهد. لازم به ذکر است که نمره‌گذاری این آزمون بر اساس سیستم کامپیوتری صورت می‌گیرد و هر چه میزان زمان واکنش، خطای حذف و خطای ارائه پاسخ کاهش یابد و میزان پاسخ صحیح افزایش یابد، نشانه بهبود توجه مداوم خواهد بود. لرک<sup>۲۱</sup> روایی با روش باز آزمایشی را برای خطای حذف بین ۰/۵۸ تا ۰/۶۱ و برای خطای ارتکاب بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۶ گزارش کرد (۳۴) در پژوهش ایرانی نیز ضریب پایایی این آزمون را از طریق باز آزمایشی بافاصله زمانی ۲۰ روز روی ۴۳ دانش‌آموز پسر دبستانی برای قسمت‌های مختلف در دامنه‌ای بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ به دست آوردند که تمام ضرایب محاسبه‌شده در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند. همچنین، محققان فوق از طریق روایی‌سازی ملاکی برای این آزمون روایی مطلوبی گزارش کرده‌اند. روایی آزمون با شیوه روایی‌سازی ملاکی از طریق مقایسه گروه بهنجار (۳۰ دانش‌آموز پسر دبستانی) و بیش فعالی همراه با نارسایی توجه (۲۵ دانش‌آموز پسر دبستانی) انجام گرفت. مقایسه آماری میانگین دو گروه در قسمت‌های مختلف آزمون، تفاوت معناداری را بین عملکرد این دو گروه نشان داد (۳۱).

17. Continuous Performance Test  
18. Rosvold  
19. Omission Error  
20. Commission Error  
21. Learth

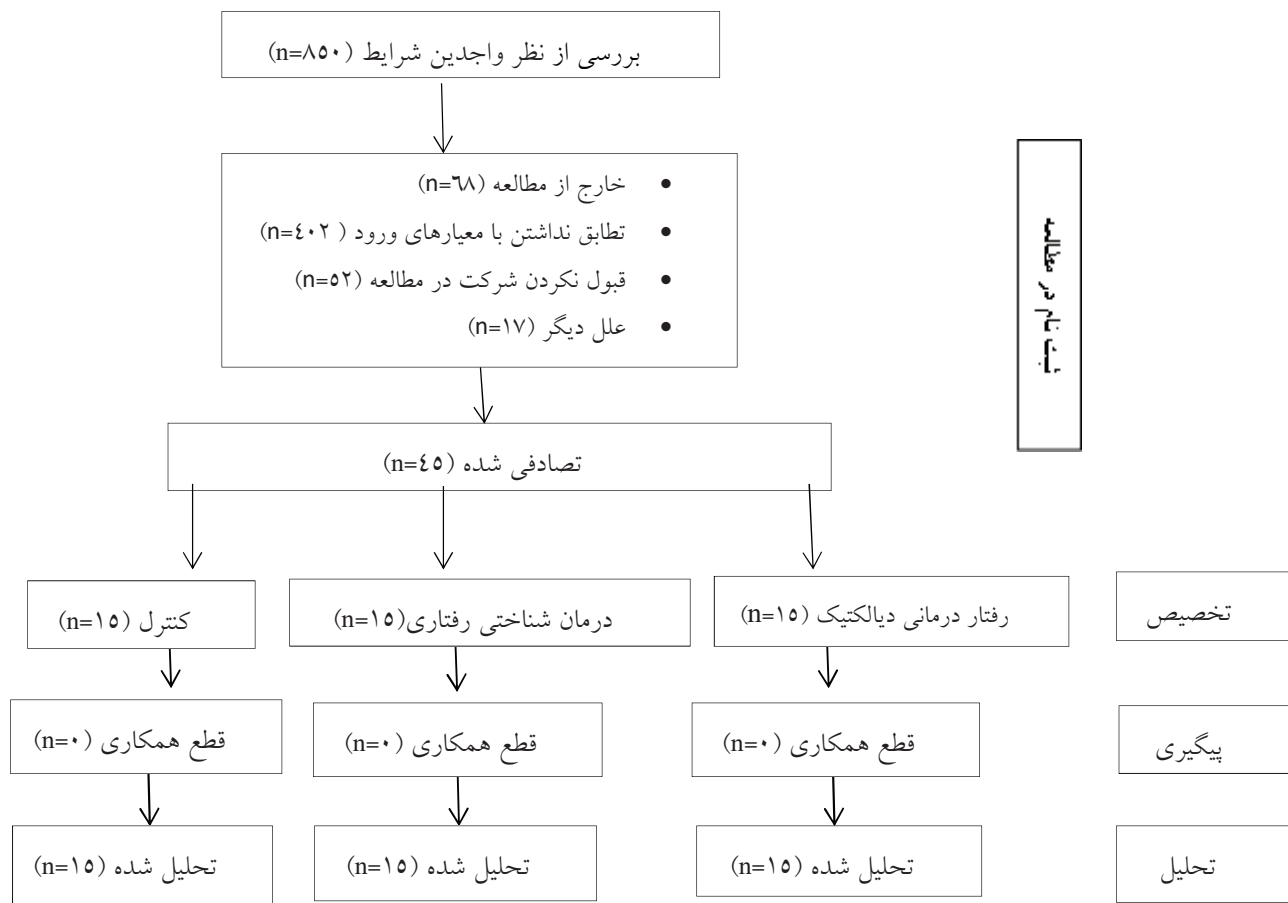
مناطق ۱ و ۳ شهر تهران ۴ مدرسه (تقوی‌نیا و کوشش دوره متوسطه اول؛ روشنگران و شوق پرواز دوره متوسطه دوم) انتخاب شدند. پس از هماهنگی با مسئولان مدارس به دانش‌آموزان جهت شرکت در کار پژوهشی فراخوان داده شد، سپس افراد بر اساس پرسشنامه وسواس فکری-مادزلی<sup>۸</sup> غربال شدند. با توجه به آنکه دلاور (۲۸) حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های نیمه آزمایشی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر بود، نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر دختر دانش‌آموز مقطع اول و دوم متوسطه مبتلابه وسواس فکری بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از این ۴ مدرسه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (هرکدام ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

### ابزار گردآوری داده‌ها

• **فرم اطلاعات جمعیت شناختی:** این چک‌لیست شامل سن و پایه تحصیلی بود.

• **پرسشنامه وسواسی جبری مادزلی (MOCI):** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط هاجسون و راجمن<sup>۹</sup> به‌منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی معرفی شد (۲۹). این ابزار که یک پرسشنامه خودسنجی ۳۰ سؤالی صحیح-غلط است، شامل یک نمره کل و چهار زیرمقیاس واریسی<sup>۱۰</sup> (۹ سؤال)، شستشو<sup>۱۱</sup> (۱۱ سؤال)، کندی/تکرار<sup>۱۲</sup> (۷ سؤال) و تردید/وظیفه‌شناسی<sup>۱۳</sup> (۷ سؤال) است. به هر پاسخی که با نمره کلید هم‌خوانی دارد نمره یک و در غیر این صورت نمره صفر تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه طوری طراحی شده است که یک فرد کاملاً وسواس دقیقاً به نیمی از سؤالات جواب مثبت و به نیم دیگر جواب منفی می‌دهد. دامنه نمره بین صفر تا ۳۰ است که در آن نمره بالاتر به معنای وسواس فکری-اجباری بیشتر است. هاجسون و راجمن<sup>۱۴</sup> (۳۰) پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را به روش ضریب آلفای کرونباخ<sup>۱۵</sup> به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ و روایی همگرای آن را ۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران پایایی برای کل مقیاس ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواس اجباری بیل براون<sup>۱۶</sup> ۰/۸۷ برآورد شد (۳۱). در این پژوهش نیز پایایی برای کل مقیاس ۰/۷۸ برآورد شد.

8. Maudsley Obsessive – Compulsive Inventory  
9. Rachman & Hadson  
10. Checking  
11. Washing  
12. Slowness/Repetition  
13. Doubting/Conscientiousness  
14. Hadson & Rachman  
15. Cronbach's Alpha Coefficient  
16. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)



شکل ۱. نمودار کانسورت

و اخذ رضایت از آن‌ها، پژوهش آغاز شد. پژوهشگران درمان شناختی-رفتاری را در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای و رفتاردرمانی دیالکتیک در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای توسط متخصص روانشناس در کلینیک روانشناسی انجام دادند (در دامنه زمانی حداکثر ۴ ماه). در (جدول ۱ و جدول ۲) شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارائه شده است.

### تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون مجذور کای<sup>۲۴</sup> با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌ها از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک<sup>۲۵</sup>، برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون لوین<sup>۲۶</sup>، برای بررسی کرویت<sup>۲۷</sup> متغیرهای پژوهش آزمون W موخلی<sup>۲۸</sup>، برای بررسی همگنی کوواریانسها از آزمون

در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خطای حذف بین ۰/۶۸ و برای خطای ارتکاب بین ۰/۷۱ به دست آمد.

### برنامه مداخله‌ای

پس از نمونه‌گیری در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل بسته درمان شناختی-رفتاری راکمن<sup>۲۳</sup> (۳۵) در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای و رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان<sup>۲۳</sup> (۳۶) در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش استفاده شد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد.

### روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌ها و مراجعه به مدارس منتخب، با اجرای آزمون وسواس فکری-اجباری ۴۵ نفر از دختران مقطع متوسطه اول و دوم مبتلا به وسواس فکری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (شکل ۱). در ابتدا، توضیحاتی کلی به افراد داده شد و پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج

24. Chi- Square test

25. Shapiro-Wilks

26. Levine test

27. Sphericity

28. W-Mauchy,s test

22. Rochman 's Cognitive Behavioral Therapy Protocol

23. Linehan's Dialectical Behavior Therapy Protocol

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری راکمن

| جلسه  | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | معارفه، بیان قوانین و صحبت درباره وظایف و مسئولیت‌های هر بیمار و مشاور و از هریک از مراجعین خواسته شد که مشکلات و اهداف خود را برای درمان بیان کنند. همچنین درباره تلاش‌های موفق و ناموفقی که پیش‌ازاین برای مقابله با این مشکل انجام داده بودند صحبت کنند. صحبت درباره چپستی وسواس، توضیح درباره سبک زندگی با اختلال وسواس بیان این موضوع که با ادامه سبک زندگی مبتنی بر فرونشاندن موجبات تقویت رفتار وسواس‌گونه خواهند شد، تعریف اصطلاحات مهم |
| دوم   | آموزش روان‌شناختی، مدل شناختی رفتاری و توضیح چرخه اثرگذاری تفکر-احساس-عمل همراه با مثال و معرفی انواع تحریف‌های شناختی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| سوم   | توجه به افکار و باورهای قبل از وسواس یا موضوعات مؤثر بر توجه آزمودنی‌ها، توجه به افکار خودکار قبل از هیجانات، توجه به نشانه‌های جسمانی و هیجانی بعد از باورها، توجه به رفتارهای بعد از افکار                                                                                                                                                                                                                                                    |
| چهارم | توجه بیشتر به افکار منفی قبل از وسواس، تمثیل اقیانوس و پیکان عمودی برای شناسایی طوره‌ها، انجام تمرین‌های رفتاری در این خصوص، بررسی خودگویی‌های اعضا در حین دچار شدن به وسواس و تغییر آن، شناسایی و تغییر و تعدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار خودگویی‌های                                                                                                                                                                                         |
| پنجم  | پیگیری افکار خودکار برای شناسایی باورهای بنیادی و به تبع آن رفتارهای ناسازگار، شناسایی باورهای بنیادی ناکارآمد، شناسایی رابطه بین افکار ناسازگار با هیجانات و رفتارهای ناسازگار و منفی، تغییر افکار ناکارآمد از طریق کند کردن روند فکر کردن منفی و جایگزین کردن افکار منطقی و کارآمد، توجه به تغییرات رفتاری و هیجانی بعد از تغییر افکار، آموزش رفتاری کنترل وسواس                                                                              |
| ششم   | ادامه شناسایی باورهای بنیادی و تغییر در آن، آموزش شیوه‌های رفتاری مانند صحبت کردن و مذاکره درباره وسواس، ریلکسیشن، به تعویق انداختن واکنش، تمرکز بر تنفس که باعث آرام‌سازی در حین تجربه وسواس خواهد شد، آموزش راه‌حل‌های گوناگون برای حل مسئله موقعیت‌های اضطراب‌انگیز، آموزش نحوه واکنش رفتاری به موقعیت‌های برانگیزاننده وسواس                                                                                                                |
| هفتم  | ادامه آموزش روان‌شناختی، پیشگیری از افکار وسواسی و مواجهه با آن‌ها و تفکر جایگزین نرمال، یادداشت‌برداری از افکار و تشخیص تحریف‌های ذهنی                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| هشتم  | بررسی پیشرفت و رسیدن اعضا به اهداف، آموزش چگونگی یاد گرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا، بررسی احساسات اعضا در خصوص تمام شدن جلسات، شناسایی افراد و موقعیت‌های حامی در زندگی آن‌ها، توجه به اینکه تغییرات تدریجی است نه آنی                                                                                                                                                                                                      |

جدول ۲. خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان

| جلسه  | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالت ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست. در این جلسه پیش‌آزمون گرفته شد.                       |
| دوم   | در این جلسه علاوه بر تمرین حالت ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونگی هشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.                                                           |
| سوم   | مهارت‌های چه چیزی و چگونگی به‌طور عملی در گروه تمرین شد، چون این تمرین‌ها هسته مرکزی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود.                                                                                                                             |
| چهارم | در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.                                                                                                                                                            |
| پنجم  | در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد، آموزش داده شد.                                                                                                                          |
| ششم   | در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد.                                                                                                                       |
| هفتم  | در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت کردن حواس و خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه پرداخته شد.                                                                                                                                          |
| هشتم  | در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه‌شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به‌صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت. در این جلسه پس‌آزمون اجرا گردید. |

دختران دانش‌آموز مبتلا به وسواس فکری با کنترل اثر پیش‌آزمون و بررسی ماندگاری اثر استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ام‌باکس<sup>۲۹</sup> و از تحلیل واریانس آمیخته (تحلیل واریانس مختلط بین-درون آزمودنی‌ها)، برای ارزیابی درمان‌های شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بر میزان توجه

جدول ۳. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌های آزمایشی و گواه در دانش آموزان دختر

| متغیرها     | سطوح         | شناختی رفتاری<br>تعداد (درصد) | دیالکتیک<br>تعداد (درصد) | کنترل<br>تعداد (درصد) | سطح معناداری |
|-------------|--------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| دامنه سنی   | ۱۳ تا ۱۵ سال | ۱۰ (۳۷)                       | ۹ (۳۳/۳)                 | ۸ (۲۹/۶)              | ۰/۷۵۶        |
|             | ۱۶ تا ۱۸ سال | ۵ (۲۷/۸)                      | ۶ (۳۳/۳)                 | ۷ (۳۸/۹)              |              |
| پایه تحصیلی | متوسطه اول   | ۱۰ (۳۷)                       | ۱۰ (۳۷)                  | ۸ (۲۹/۶)              | ۰/۷۰۵        |
|             | متوسطه دوم   | ۵ (۲۷/۸)                      | ۵ (۲۷/۸)                 | ۷ (۳۸/۹)              |              |

### ملاحظات اخلاقی

- برای رعایت نکات اخلاقی پژوهش، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان و مسئولین مدرسه جلب شد؛
- به شرکت‌کنندگان امکان داده شد که هر زمان تمایل از پژوهش انصراف دهند؛
- همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش به صورت گروهی تحلیل قرار می‌شود و اطلاعات فردی‌شان کاملاً محرمانه خواهد ماند.
- اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.TNB. REC.1401.084 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد تهران شمال ثبت شده است.

### یافته‌ها

در این مطالعه از پرسشنامه وسواس فکری- اجباری مادزلی فقط جهت غربال گروه نمونه استفاده شد و نهایتاً میانگین نمرات وسواس فکری- اجباری در دو گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری (۱۷/۵۳)، گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۷/۳۳) و برای گروه کنترل (۱۷/۳۳) به دست آمد. نتایج آزمون مجذور کای<sup>۳۰</sup> نشان داد که گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل از نظر سن و پایه تحصیلی تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول ۳). میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری نمره مؤلفه‌های توجه افراد مبتلابه وسواس فکری در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در (جدول ۴) ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در سه گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای مؤلفه‌های توجه معنی‌دار نیست، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیر نرمال است (جدول ۴).

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بر توجه دانش‌آموزان دختر از

تحلیل آمیخته استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس (در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، نتایج آزمون کرویت موخلی برای بررسی مفروضه کرویت و نتایج آزمون ام باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ نشان داد هر سه مفروضه مطرح‌شده رعایت شده است. لذا نتایج تحلیل واریانس آمیخته (تحلیل واریانس مختلط بین-درون آزمودنی‌ها) نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری توجه در گروه‌های مورد مطالعه در (جدول ۵) ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته نمرات مؤلفه‌های توجه نشان می‌دهد که میزان تفاوت گروهی در گروه‌های مورد مطالعه معنی‌دار بود ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان می‌دهد که اعمال درمان‌های گروهی شناختی- رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک در هر سه مؤلفه توجه (خطای حذف، خطای ارتکاب و زمان عکس‌العمل) در عملکرد آزمودنی‌ها در سه بازه زمانی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ایجاد کرده ( $P < 0/01$ ) و نتایج اثر تعاملی گروه\*زمان در مؤلفه‌های توجه معنی‌دار بود ( $P < 0/01$ ) که بیانگر وجود تغییرات عملکرد آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه بازه زمانی اندازه‌گیری است. نتایج حاصل از این تغییرات مؤلفه‌های توجه در گروه‌های مطالعه و سه مرحله زمانی در (شکل ۲) و نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی<sup>۳۱</sup> برای بررسی تفاوت میانگین توجه گروه‌های مطالعه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در (جدول ۶) ارائه شده است.

همان‌طور که در مجموعه (شکل ۲) مشاهده می‌شود، در نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل سه مؤلفه توجه تا حدودی به یکدیگر نزدیک است، اما با اعمال درمان شناختی رفتاری و یا رفتاردرمانی دیالکتیک روی گروه آزمایشی همان‌طور که مشخص است شاهد کاهش معنادار نمرات در هر سه مؤلفه توجه در مرحله

31. Bonferroni post hoc test

30. Chi-square test

رفتاردرمانی دیالکتیک تغییرات بیشتری را (بهبود روند این متغیرهای روان‌شناختی) نسبت به میانگین نمرات شرکت‌کننده‌ها در گروه با درمان شناختی رفتاری نشان داده است (اختلاف میانگین=  $1/331$  و  $P<0/01$ )؛ این در حالی است که در مؤلفه زمان عکس‌العمل نتیجه معکوس است

پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی هستیم درحالی‌که تغییر چندان محسوسی در نمرات آن‌ها در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. لازم به ذکر است همان‌طور که از مجموعه نمودارها و (جدول ۶) مشخص است در مرحله پس‌آزمون نمرات خطای ارتکاب (مشکل در کنترل تکانه) در گروه

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی و کنترل

| متغیر          | گروه‌ها   | نوع آزمون | میانگین | انحراف معیار | شاپیرو ویک |              |
|----------------|-----------|-----------|---------|--------------|------------|--------------|
|                |           |           |         |              | آماره      | سطح معناداری |
| شناختی رفتاری  | پیش‌آزمون | پیش‌آزمون | ۱۴/۴۷   | ۲/۶۶         | ۰/۸۹۳      | ۰/۰۷۴        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۶/۷۳    | ۱/۴۸         | ۰/۹۰۴      | ۰/۱۱         |
|                |           | پیگیری    | ۶/۲     | ۱/۹۷         | ۰/۹۱۹      | ۰/۱۸۹        |
| خطای حذف       | دیالکتیک  | پیش‌آزمون | ۱۴/۲    | ۲/۱۸         | ۰/۸۹       | ۰/۰۵۴        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۶/۴۷    | ۱/۶          | ۰/۹۰۹      | ۰/۱۳۲        |
|                |           | پیگیری    | ۵/۳۳    | ۱/۴          | ۰/۸۸       | ۰/۰۵         |
| کنترل          | پیش‌آزمون | پیش‌آزمون | ۱۴/۹۳   | ۲/۸۶         | ۰/۹۲۴      | ۰/۲۲۴        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۱۵/۰۷   | ۲/۱۲         | ۰/۹۲۶      | ۰/۲۳۶        |
|                |           | پیگیری    | ۱۴/۸۷   | ۱/۲          | ۰/۸۹       | ۰/۰۵۴        |
| شناختی رفتاری  | پیش‌آزمون | پیش‌آزمون | ۵/۵۳    | ۱/۵          | ۰/۸۹       | ۰/۰۵۴        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۴/۴۷    | ۱/۳۵         | ۰/۹۵۵      | ۰/۶۰۶        |
|                |           | پیگیری    | ۴/۴     | ۱/۲۴         | ۰/۸۸       | ۰/۰۵         |
| خطای ارتکاب    | دیالکتیک  | پیش‌آزمون | ۶/۴     | ۱/۴          | ۰/۹۴       | ۰/۳۷۹        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۳/۶     | ۰/۹۸         | ۰/۸۹۶      | ۰/۰۸۲        |
|                |           | پیگیری    | ۳/۲۷    | ۰/۸          | ۰/۸۸       | ۰/۰۵         |
| کنترل          | پیش‌آزمون | پیش‌آزمون | ۶/۴     | ۱/۳۵         | ۰/۹۶       | ۰/۶۹۲        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۶/۲     | ۱/۱۵         | ۰/۹۳۶      | ۰/۳۳۵        |
|                |           | پیگیری    | ۶/۲۷    | ۱/۱۶         | ۰/۹۲۹      | ۰/۲۶۲        |
| شناختی رفتاری  | پیش‌آزمون | پیش‌آزمون | ۳۶۰/۴۷  | ۱۶/۹۹        | ۰/۹۲۲      | ۰/۲۰۵        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۳۴۴/۱۳  | ۱۵/۰۸        | ۰/۸۹۶      | ۰/۰۸۲        |
|                |           | پیگیری    | ۳۴۱/۸   | ۱۳/۴۶        | ۰/۸۸       | ۰/۰۵         |
| زمان عکس‌العمل | دیالکتیک  | پیش‌آزمون | ۳۵۸/۲   | ۱۵/۷۴        | ۰/۸۸۹      | ۰/۰۶۴        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۳۷۴/۶   | ۱۴/۴۸        | ۰/۹۰۴      | ۰/۱۱۱        |
|                |           | پیگیری    | ۳۴۵/۸۷  | ۱۶/۰۲        | ۰/۹۳۱      | ۰/۲۸۱        |
| کنترل          | پیش‌آزمون | پیش‌آزمون | ۳۶۰/۷   | ۱۵/۵۸        | ۰/۹۲۴      | ۰/۲۱۹        |
|                |           | پس‌آزمون  | ۳۶۱/۶   | ۱۶/۲۸        | ۰/۹۲       | ۰/۱۹۴        |
|                |           | پیگیری    | ۳۶۲/۲۷  | ۱۵/۲۴        | ۰/۹۴۲      | ۰/۴۰۷        |

(اختلاف میانگین =  $5/501$  و  $P < 0/01$ )، اما در مؤلفه خطای حذف بین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی (درمان شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک) تفاوت خاصی دیده نمی‌شود (اختلاف میانگین =  $0/14$  و  $P > 0/05$ )؛ در

مرحله پیگیری نیز در گروه‌های آزمایشی ماندگاری اثر (تغییرات نمرات پیگیری نسبت به پس‌آزمون) داریم؛ اما در گروه کنترل تغییرات در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) محسوس به نظر نمی‌آید.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مؤلفه‌های توجه در گروه‌های مطالعه و سه مرحله زمانی

| مؤلفه‌های توجه | F       | درجه آزادی ۱ و ۲ | سطح معناداری | مجذور آتا |
|----------------|---------|------------------|--------------|-----------|
| گروه           | ۶۰/۸۸۷  | ۲ و ۴۲           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۷۴۴     |
| خطای حذف       | ۱۶۸/۲۷۴ | ۱ و ۴۲           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۸۹۱     |
| گروه* زمان     | ۲۷/۷۴۲  | ۴ و ۸۲           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۵۷۵     |
| گروه           | ۱۳/۸۶۶  | ۲ و ۴۲           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۳۹۸     |
| خطای ارتکاب    | ۳۳/۷۸۴  | ۲ و ۴۱           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۶۲۲     |
| گروه* زمان     | ۹/۰۹    | ۴ و ۸۲           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۳۰۷     |
| گروه           | ۳/۱۰۳   | ۲ و ۴۲           | ۰/۰۵۵        | ۰/۱۲۹     |
| زمان عکس‌العمل | ۵۷/۰۲۹  | ۲ و ۴۱           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۷۳۶     |
| گروه* زمان     | ۱۴/۶۶۷  | ۴ و ۸۲           | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۴۱۷     |

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرونی توجه گروه‌های مطالعه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

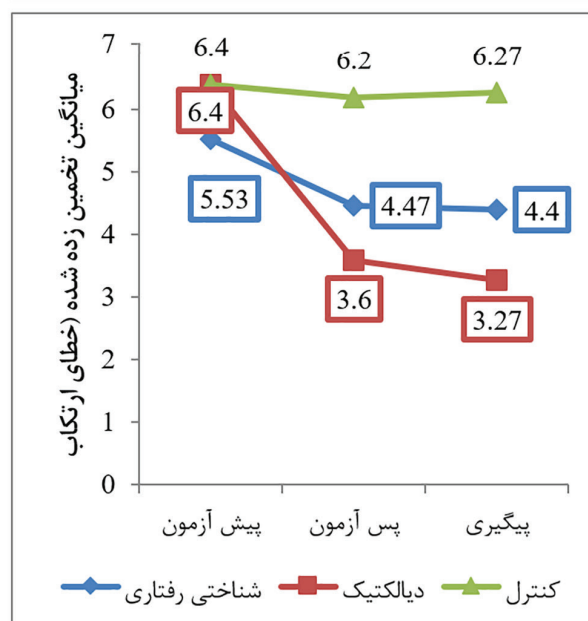
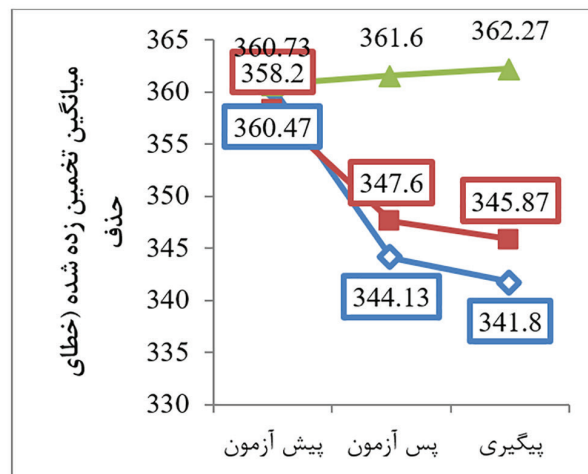
| متغیر       | مراحل          | گروه‌ها                            | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | معناداری |
|-------------|----------------|------------------------------------|---------------|----------------|----------|
| خطای حذف    | پس‌آزمون       | شناختی رفتاری-کنترل                | -۸/۱۱۲        | ۰/۴۶۵          | ۰/۰۰۰۱   |
|             |                | رفتاردرمانی دیالکتیک-کنترل         | -۸/۲۵۲        | ۰/۴۶۷          | ۰/۰۰۰۱   |
|             |                | شناختی رفتاری-رفتاردرمانی دیالکتیک | -۰/۱۴         | ۰/۴۶۴          | ۱        |
|             | پیگیری         | شناختی رفتاری-کنترل                | -۲/۷۷۷        | ۱/۰۸۹          | ۰/۰۴۴    |
|             |                | رفتاردرمانی دیالکتیک-کنترل         | -۳/۴۵۵        | ۱/۱۱۷          | ۰/۰۱۱    |
|             |                | شناختی رفتاری-رفتاردرمانی دیالکتیک | ۰/۶۷۸         | ۰/۴۸۷          | ۰/۵۱۵    |
| خطای ارتکاب | پس‌آزمون       | شناختی رفتاری-کنترل                | -۱/۲۶۹        | ۰/۳۴           | ۰/۰۰۲    |
|             |                | رفتاردرمانی دیالکتیک-کنترل         | -۲/۶          | ۰/۳۳           | ۰/۰۰۰۱   |
|             |                | شناختی رفتاری-رفتاردرمانی دیالکتیک | ۱/۳۳۱         | ۰/۳۴           | ۰/۰۰۱    |
|             | پیگیری         | شناختی رفتاری-کنترل                | -۰/۸۷۶        | ۰/۳۷۲          | ۰/۰۷     |
|             |                | رفتاردرمانی دیالکتیک-کنترل         | -۱/۵۱۴        | ۰/۴۳۲          | ۰/۰۰۳    |
|             |                | شناختی رفتاری-رفتاردرمانی دیالکتیک | ۰/۶۳۸         | ۰/۳۳۱          | ۰/۱۸۲    |
|             | زمان عکس‌العمل | شناختی رفتاری-کنترل                | -۱۷/۲۲۷       | ۱/۹۱۷          | ۰/۰۰۰۱   |
|             |                | رفتاردرمانی دیالکتیک-کنترل         | -۱۱/۷۵۶       | ۱/۹۲۱          | ۰/۰۰۰۱   |
|             |                | شناختی رفتاری-رفتاردرمانی دیالکتیک | -۵/۵۰۱        | ۱/۹۲۱          | ۰/۰۲     |
|             |                | شناختی رفتاری-کنترل                | -۳/۹۲۱        | ۱/۳۹۲          | ۰/۰۲۲    |
|             |                | رفتاردرمانی دیالکتیک-کنترل         | -۳/۱۳۸        | ۱/۳۴۴          | ۰/۰۷۴    |
|             |                | شناختی رفتاری-رفتاردرمانی دیالکتیک | -۰/۷۸۳        | ۱/۲۶           | ۱        |

شناختی رفتاری سبب بهبود مؤلفه‌های سه‌گانه توجه در افراد مبتلا به وسواس فکری نسبت گروه کنترل شده است که البته در مؤلفه خطای ارتکاب عملکرد شیوه رفتاردرمانی دیالکتیک بهتر از درمان شناختی رفتاری بوده است درحالی‌که در مؤلفه زمان عکس‌العمل نتیجه معکوس است؛ اما در خطای حذف دو شیوه درمانی تفاوت معناداری باهم نداشتند.

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر میزان توجه دانش آموزان دختر مبتلابه وسواس فکری بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر دو روش مداخله‌ای؛ درمان شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک توانسته‌اند در بهبود مؤلفه‌های توجه افراد مبتلا به وسواس فکری تأثیر معناداری داشته باشند و سبب افزایش میزان توجه در آن‌ها شوند. به‌علاوه، مشخص شد که تأثیر این دو روش مداخله‌ای تا دو ماه پس از پایان جلسات آموزشی نیز، دوام داشته است. در مقام مقایسه بین روش‌های مداخله‌ای مورد بررسی تفاوت معناداری مشاهده نشده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش وایت و همکاران<sup>۳۲</sup> (۲۵) مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر توجه و نتایج پژوهش‌های عبدالقادی و همکاران (۱۸) مبتنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود سطح توجه بیماران همسو بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان توجه می‌توان اذعان داشت که توجه فرایند پیچیده‌ای است که به‌طورمعمول به مجموعه گسترده‌ای از مهارت‌ها، فرایندها و وضعیت‌های شناختی اطلاق می‌شود. بر اساس شواهد موجود توجه می‌تواند مدالیت‌های بینایی<sup>۳۳</sup>، شنوایی و لامسه را به خود اختصاص دهد. امروزه توجه به‌طور روزافزون، سوگیری در پردازش عصبی اطلاعات تلقی می‌شود. محرک‌ها برای بازنمایی و حضور در میدان نرون‌های گیرنده حسی<sup>۳۴</sup> باهم رقابت می‌کنند و توجه با ایجاد سوگیری در این بازنمایی باعث می‌شود. فقط محرک‌های خاصی موردتوجه قرار گیرند. مفهوم توجه به‌طور سنتی با نظریه منابع و ایده اصلی آن، یعنی محدود بودن ظرفیت موجود زنده برای پردازش اطلاعات ارتباط دارد. ازاین‌رو اطلاعاتی انتخاب و پردازش می‌شوند که موردتوجه قرار



شکل ۲. تغییرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های توجه در سه بازه زمانی مختلف

در مرحله پیگیری بین گروه‌های آزمایشی ماندگاری اثر دیده شد؛ اما در گروه کنترل تغییرات در سه بازه زمانی محسوس به نظر نمی‌آید بنابراین می‌توان اذعان داشت که هر دو روش رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان

32. White & et al

33. Visual modalities

34. Sensory receptor neurons

گیرند، درحالی که درون داده‌هایی که موردتوجه قرار نگرفته‌اند از حیطه آگاهی خارج می‌شوند. توجه انتخابی (متمرکز) به فرایند تمرکز منابع بر جنبه‌های خاصی از همه دروندادها اشاره دارد (۳۷)؛ بنابراین با اینکه توجه شامل مدالیته‌های مختلفی است اما می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری باعث ارتقای عملکرد توجه در فرد می‌شود. درمان شناختی-رفتاری بر عملکرد و ساختار مغز به خصوص نواحی پیش پیشانی تأثیرگذار است و این ناحیه از مغز مربوط به ادراک کنترل است، تأثیرگذاری بر این نقطه می‌تواند منجر به بهبود علائم سوگیری توجه گردد و در این درمان، فرد یاد می‌گیرد با کنترل افکارش بر این ناحیه از مغز تأثیر بگذارد و چون این تأثیرگذاری به دلیل یادگیری اتفاق می‌افتد، هر زمان که فرد اراده کند می‌تواند با تغییر زیربنایی در افکار و باورهای خود و جایگزین کردن شناخت‌های مثبت و به چالش کشیدن افکار منفی، سطح سوگیری توجه خود را تغییر دهد (۳۸).

در درمان شناختی رفتاری وسواس باور بر این است که در بیمار مبتلابه وسواس علاوه بر اینکه رفتارهای وسواسی شرطی‌سازی و تقویت شده است، باورهای جزم‌اندیشانه و ناکارآمدی وجود دارد که این باورها به‌خودی‌خود اضطراب برانگیز هستند؛ لذا اگر افکار وسواسی منجر به کسب نتایج مطلوب مانند داشتن احساس خوب و کاهش تنش شود، تداوم و توجه به آن می‌تواند به‌عنوان یک شیوه ترجیحی برای کسب همان نتایج باشد. در این راستا هدف درمان شناختی رفتاری، بهبود بیمار با استفاده از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش‌های چندوجهی در زمینه‌های مختلف است که افزایش سطح اطمینان به خود در افراد یک حس کنترل بیشتر در رفتارهای خودکار برایشان ایجاد می‌کند که می‌تواند تغییر مطلوبی در ساختار انگیزشی آن‌ها ایجاد کند چراکه از سطح کنترل توجه مطلوب‌تری برخوردار هستند. با توجه به آنچه بیان شد، می‌توان اذعان داشت که این تکنیک‌ها در بهبود بعد روانی کیفیت زندگی بیماران اثربخش است؛ چراکه در شیوه درمانی شناختی-رفتاری با شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت افراطی در افراد مبتلابه وسواس فکری-اجباری و جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی تمرکز می‌شود (۳۹).

در تبیین دیگر می‌توان گفت که در شیوه رفتاردرمانی دیالکتیک که از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده است و از مؤلفه‌های مهم مدل‌های درمان روان شناختی به

شمار می‌رود برافزایش توانمندی‌های فرد از طریق آموزش مهارت‌های جدید یا مهارت‌هایی که به‌طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش فرد از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت درمان تداخل می‌کند (مانند هیجان‌ها، شناخت‌ها، رفتار آشکار و ...) تأکید می‌شود (۱۹). در میان تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک، ذهن آگاهی به‌عنوان مهم‌ترین تکنیک رفتاردرمانی مانند افزایش کنترل توجه، آگاهی یافتن احساسات، فکرها، هیجانات و احساس‌های بدنی مشاهده و توصیف رویدادها و اتفاقاتی چون تجربه کردن افکار و احساسات بدون داوری و ارزیابی تمرکز بر یک محرک در زمان حال و توجه کردن مجدد به محرک خاص در زمانی که حواس پرت می‌شود، اشاره دارد؛ به‌موجب این مهارت فرد حوادث زمان حال را با میزان ناراحتی کمتری ادراک می‌کند؛ وقتی توجه فرد به زمان حال است دیگر درگیر افکار مزاحم تکراری گذشته نمی‌شود (این در حالی است که بیشتر مشکلات روانی از تمرکز برگزیده ناشی می‌شود)؛ چراکه می‌آموزند که خود رفتارهایی که موجب ناراحتی می‌شود را تغییر دهند و همزمان تمام کاستی‌ها و نقاط قوتشان را پذیرفته و با کشف ارزش‌های خود امکان تحمل شرایط نامطلوب را فراهم آورند. از سویی می‌آموزند که با بهره‌گیری از راهبرد توجه برگردانی ذهنشان را از درگیری با افکار وسواسی حفظ کند.

در میان مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک، مهارت تنظیم هیجان نیز زمینه کاهش سوگیری توجه در نزد افراد مبتلابه اختلال وسواس فکری را فراهم می‌آورد؛ چراکه، در این درمان فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت هیجانی خودآگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف بروز هیجانات و رفتار بر اساس آن‌ها متمرکز نمایند. بر این اساس هیجان‌های ناسازگار جای خود را به مدیریت هیجانی، تأمل و انعطاف‌پذیری در پاسخ هیجانی می‌دهند که به سبب آن استرس ناشی از عدم موفقیت در کنترل فکر کاهش می‌یابد و در بیمار وسواسی بهبودی حاصل می‌شود. در این راستا، مهارت ذهن آگاهی هم افراد را از انجام رفتارها و واکنش‌های خودکار و توجه بیش‌ازحد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد. در این شیوه درمانی با تأکید بر فعالیت‌ها و تمرینات بدنی روی انجام تمرینات نشست، مراقبه، قدم زدن و برخی از تمرینات یوگا تأکید می‌شود (۴۰). درواقع تأکید اصلی این درمان خودکنترلی توجه است؛ چون متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب را به وجود می‌آورد (۱۴).

در سایر مناطق انجام شود و جهت تعمیم‌پذیری نتایج بهتر است پژوهش در سایر نقاط کشور نیز انجام گیرد.

- توصیه می‌شود که نتایج این پژوهش با سایر درمان‌ها مقایسه شود.

- با توجه به تأیید اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بر میزان توجه، پیشنهاد می‌شود که درمانگران برای افزایش سطح توجه افراد با وسواس فکری این دو درمان را مدنظر قرار دهند. در این راستا مشاوران مدارس نیز می‌توانند نوجوانان نیازمند درمان را برای گذراندن این دوره درمانی جهت بهبود و اصلاح سطح توجه به مراکز درمان روان‌شناختی معرفی کنند.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شیوه‌های درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک بر افزایش سطح توجه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری مؤثر است، بنابراین می‌توان از این روش در جهت بهبود توجه این افراد بهره برد.

### تشکر و قدردانی

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

به هر ترتیب رفتاردرمانی دیالکتیک فرد را قادر می‌سازد با پذیرش حالات خود بدون قضاوت و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند (حل مسئله) از میزان سوگیری توجه خود بکاهد. به هر ترتیب، از هدف‌های مهم رفتاردرمانی دیالکتیک تعادل آفرینی بین تغییر و پذیرش است. مهارت پذیرش بنیادین به افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و اجباری می‌آموزد تا رفتارهایی را که موجب رنج بیشترشان می‌شود، تغییر دهند و همزمان خودشان را با تمام نقاط ضعف و قوت خویش بپذیرند ارزش‌هایشان را کشف کنند و در تحمل شرایط استرس را از آن‌ها کمک گیرند و با اعمال متعهدانه و پیاده‌سازی قصدهای خود به زندگی رضایت‌بخش‌تری دست یابند. استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق‌گرایانه موجب افزایش اعتمادبه‌نفس و انگیزه برای پرهیز از اعمال وسواسی می‌شود. از طرفی مهارت‌های توجه برگردانی از افکار موجب می‌شود فرد در هنگام هجوم افکار وسوسه‌انگیز بتواند توجه خود را به تصاویر ذهنی خلاق و نوآیین منعطف کند و ذهن خود را از درگیری بیشتر با افکار وسواسی بازدارد.

### محدودیت‌های پژوهش

- گروه نمونه به دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول و دوم مناطق ۱ و ۳ شهر تهران محدود بود.
- در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی مرحله پیگیری دو ماه پس از درمان انجام شد که فاصله نسبتاً کمی برای بررسی اثرات بلندمدت درمان‌های صورت گرفته است.

### پیشنهادهای پژوهش

- پیشنهاد می‌شود که این پژوهش روی پسران و

### منابع

1. Kennedy B, Ruqing C, Valdimarsdottir U, Montgomery S, Fang F, Fall K. Childhood Bereavement and Increased Sensitivity to Stress in Late Adolescence. *Adolesc Health*. 2018;63(1):108-114. [Persian].
2. Burke, L. developmental psychology from adolescence to the end of life; Translated by Sayed Yahya Mohammadi. Tehran: Arsbaran Publications; 2021. [Persian].
3. Storch EA, McGuire JF, Schneider SC, Small BJ, Murphy TK, Wilhelm S, et al. Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2019;64:92-8.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing. 2013.
5. Fernandez de la Cruz L, Isomura K, Lichtenstein P, Ruck C, Mataix-Cols D. Morbidity and mortality in obsessive-compulsive disorder: A narrative review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;136:104602.
6. Pajouhinia S, Abavisani Y, Rezazadeh Z. Explaining the obsessive-compulsive symptoms based on cognitive flexibility and social cognition. *Practice in Clinical*

- Psychology. 2020;8(3):233-42.
7. Ghodratollahifard M, Chinaveh M, Aminimanesh S. The Mediating Role of Anxiety Tolerance and Cognitive Emotion Regulation Concerning Childhood Injuries and the Obsessive-Compulsive Personality Disorders Symptoms in Nurses. *Sadra Medical Journal*. 2021;9(3):271-84.
8. Onaral G. Effectiveness of third wave therapies for treatment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2021;13(2):292-331.
9. Garratt-Reed D, Howell J, Hayes L, Boyes M. Is perfectionism associated with academic burnout through repetitive negative thinking? *PeerJ*. 2018;6:e5004.
10. Jani S, Hajloo N, Narimani M. Comparing the Effectiveness of Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Ambiguity Tolerance and Threat Sensitivity in Married Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2023;20(2):77-89.
11. BEHZADPOOR S, SOHRABI F, BORJALI A, MOTAHARI ZS. Comparative Study of Attentional control and rumination in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and normal people. 2013.
12. Levy N. Obsessive-compulsive disorder as a disorder of attention. *Mind & Language*. 2018;33(1):3-16.
13. Stern ER, Muratore AF, Taylor SF, Abelson JL, Hof PR, Goodman WK. Switching between internally and externally focused attention in obsessive-compulsive disorder: Abnormal visual cortex activation and connectivity. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2017;265:87-97.
14. Asem S, Khanjani Z. Prediction of Attention-deficit, Risk-taking, and Decreased Delay Discounting Based on Motivational Deficits and Impaired Time Perception in Children with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Sadra Medical Journal*. 2023;11(4):401-16.
15. Hallion LS, Tolin DF, Diefenbach GJ. Enhanced cognitive control over task-irrelevant emotional distractors in generalized anxiety disorder versus obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2019;64:71-8.
16. Carmel A, Comtois KA, Harned MS, Holler R, McFarr L. Contingencies create capabilities: Adjunctive treatments in dialectical behavior therapy that reinforce behavior change. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2016;23(1):110-20.
17. Khayeri B, Mirmahdi R, Akouchekian S, Heydari H, Aleyasin SA. The effectiveness of emotion-focused therapy and dialectical behavior therapy on reducing obsessive-compulsive symptoms in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Isfahan Medical School*. 2019;37(517):145-53.
18. Abdolghaddri M, Narimani M, Atadokht A, Abolghasemi A. Comparing the effect of positive psychotherapy and dialectical behavior therapy on memory and attention in multiple sclerosis patients. *NeuroQuantology*. 2019;17(12):1-8.
19. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Mann G, Adkins J, Merlo LJ, et al. Cognitive-behavioral therapy for PANDAS-related obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary waitlist controlled open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(10):1171-8.
20. Ghazanfari F, Amiri F, Zangi Abadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and meta cognitive treatment on improvement of the symptoms in women with obsessive-compulsive disorder in Khorramabad city. *Middle Eastern J Disabil Stud*. 2015;5:160-8.
21. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):236-46.
22. Chosak A, Marques L, Fama J, Renaud S, Wilhelm S. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(1):7-17.
23. Moonen AJH, Mulders AEP, Defebvre L, Duits A, Flinois B, Kohler S, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial. *Mov Disord*. 2021;36(11):2539-48.
24. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(4):413-21.
25. White LK, Sequeira S, Britton JC, Brotman MA, Gold AL, Berman E, et al. Complementary Features of

- Attention Bias Modification Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*. 2017;174(8):775-84.
26. Hofmann SG, Barlow, DH. Social phobia (social anxiety disorder). In DH Barlow, editor. *Anxiety and Its Disorder: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. 2nd. ed. New York: The Guilford Press. 2002. p. 454-77.
27. Bass C, van Nevel J, Swart J. A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(2):4.
28. Delavar A. Theoretical and scientific foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd. 2006. [Persian].
29. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behavior and cognitive therapy today*: Elsevier; 1998. p. 209-22.
30. Rachman SJ, Hadson RJ. *Obsessive-compulsive*. New Yourk: Englewood Cliffs; 1980.
31. Yousefi N, Monirpoor N. The role of alexithymia and irrational beliefs in predicting obsessive-compulsive disorder in people with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2022;10(12):159-68.
32. Beck LH, Bransome ED, Jr., Mirsky AF, Rosvold HE, Sarason I. A continuous performance test of brain damage. *J Consult Psychol*. 1956;20(5):343-50.
33. Hadianfard H, Najarian B, Shokrkon H, MEHRABIZADEH HM. Construction and validation of the Farsi version of The Continuous Performance Test. 2001;4(16):388-404. [Persian].
34. Leark RA, Greenberg LM, Kindschi CL, Dupuy TR, Hughes SJ. Test of variables of attention continuous performance test. The TOVA Company. 2007.
35. Rochman S. The treatment of obsession. Translated by Afrouz Gh, Ghorbankhani M. Tehran: Arjmand Publication; 2016. [Persian].
36. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford press; 1993.
37. Nosofsky RM, Hu M. Category structure and region-specific selective attention. *Mem Cognit*. 2023;51(4):915-29.
38. Ghanbari E, Asgari P. Comparison of the effectiveness of tDCS and CBT treatments on Attention Bias in overweight people. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2020;63(1):2208-197.
39. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):52.
40. Montazeri S, Aghaei Jashoghani A, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral management based on mindfulness and treatment based on acceptance and commitment on psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Sadra Medical Journal*. 2018;7(1):59-74.