رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۴، شماره پیاپی ۷۳، تیر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(4), 2022

پیش‌بینی شدت نشانگان وسواسی- جبری بر اساس تجارب تروماتیک دوران کودکی: نقش میانجی‌گری شرم[1]

Predicting the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms Based on Traumatic Childhood Experiences: The Mediating Role of Shame

میلاد شیرخانی
دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف (نویسنده مسئول)
استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
دکتر مجید معینی‌زاده
استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

Milad Shirkhani
M. A. Student of Clinical Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
Dr. Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf *
Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
aghamohammadian@um.ac.ir
Dr. Majid Moeenizadeh
Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

چکیده
هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی شدت نشانگان وسواسی- جبری براساس تجارب تروماتیک دوران کودکی از طریق نقش میانجی‌گری شرم بود. طرح کلی پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه بزرگ‌سالان ۱۸ تا ۵۰ ساله ساکن شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بودند که دسترسی مناسبی به اینترنت و فضای مجازی داشتند. از این میان، ۳۴۰ نفر به روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس‌های وسواس یل- براون (Y-۱۹۸۹ BOCS-)، تجارب تروماتیک دوران کودکی برنستاین و همکاران (CTQ-۲۰۰۳) و شرم درونی‌شده کوک (ISS-۱۹۹۳) جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین تجارب تروماتیک دوران کودکی و شرم با شدت نشانگان وسواسی-جبری همبستگی معناداری (P<۰/۰۱) وجود دارد. همچنین نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل پژوهش حاضر از برازش خوبی برخوردار بوده و نقش میانجی‌گری شرم در رابطه تجارب تروماتیک دوران کودکی با شدت نشانگان وسواسی-جبری (χ2/df≤ ۳ و سطح معناداری ۰/۰۰۱) معنادار بود. براساس یافته‌های این پژوهش، تجارب تروماتیک دوران کودکی می‌توانند از طریق تعامل با شرم، شدت نشانگان وسواسی- جبری را پیش‌بینی کرده و در آن نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی *تجارب تروماتیک دوران کودکی، شـــرم، نشـــانگان وسواسی- جبری.*

Abstract
The aim of this study is to predict the severity of obsessive-compulsive symptoms based on traumatic childhood experiences through the mediating role of shame. The general design of the present study is the descriptive correlation of structural equations. The statistical population of this study is adults, aged 18 to 50 -who are living in Mashhad in 1400 - they have proper access to the Internet. Among them, 340 people were selected as a sample by the available method. Data were collected using the Yale-Brown Obsessive Scale (Y-BOCS-1989), the traumatic childhood experiences of Bernstein et al. CTQ-2003), and Cook's Internalized Shame (ISS-1993). Data analysis is performed using the structural equation modeling method using SPSS software version 26 and AMOS version 24. Findings showed that there is a significant correlation between childhood traumatic experiences and shame with the severity of obsessive-compulsive symptoms (P <0.01). Also, the results of structural equation modeling showed that the model of the present study has an acceptable fitness and the mediating role of shame in the relationship between childhood traumatic experiences and the severity of obsessive-compulsive symptoms ($\chi^2/df \leq 3$) and significance level 0.001) was significant. Based on the findings of this study, traumatic childhood experiences are able to predict and affect the severity of obsessive-compulsive symptoms through interaction with shame.

Keywords: *Traumatic Childhood Experiences, Shame, Obsessive-Compulsive Symptoms.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : بهمن ۱۴۰۰** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۱**

[1] این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

مقدمه

اختلال وسواسی- جبری[1]، با افکار، تکانه‌ها و تمایلاتی که به صورت ناخواسته و تکراری برای فرد مزاحمت ایجاد می‌کنند و همچنین رفتارهای وسواسی که در پاسخ به این افکار انجام می‌شوند؛ تعریف می‌گردد. اختلال وسواسی-جبری چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی است و شیوع طول عمر ۱.۳ درصد دارد (ساچس و ارفورث[2]، ۲۰۱۸؛ فاوکت و پاور[3]، ۲۰۲۰). شایع‌ترین اختلالات هم‌بود با اختلال وسواسی-جبری به ترتیب اختلال افسردگی اساسی[4] (۱۵ درصد)، اختلال اضطراب اجتماعی[5] (۱۴ درصد) و اختلال اضطراب فراگیر[6] (۱۳ درصد) است (ون اودسدن[7] و همکاران، ۲۰۲۰).

در شکل‌گیری وسواس، عوامل متنوعی از جمله عوامل زیستی و روانی دخیل هستند. از لحاظ زیستی در اختلال وسواسی-جبری کژکاری‌هایی درعملکرد سیستم سروتونرژیک و دوپامینرژیک مغز وجود دارد، همچنین افزایش فعالیت مغزی در مدار قشری-استریاتال-تالامیک- قشری شامل قشر اوربیتوفرونتال، کودیت و شنکج قدامی سینگولیت وجود دارد (نورمن[8] و همکاران، ۲۰۱۶؛ براین[9] و همکاران، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر از لحاظ روانی عواملی مانند فرزندپروری والدین، پویایی‌های خانواده، شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه[10]و تجارب تروماتیک دوران کودکی[11] در نظر گرفته شده‌اند (راکیه و اربای[12]، ۲۰۱۸). منظور از تجارب تروماتیک دوران کودکی هر نوع بی‌توجهی و یا سوء استفاده جسمی، روحی، جنسی یا اجتماعی است که موجب به خطر افتادن ایمنی و سلامت وی خواهد شد. در دوران کودکی و در زمانی‌که فرد بیشترین آسیب‌پذیری را دارد، این تجارب ممکن است تغییرات نوروبیولوژیکی را برای فرد رقم زده و منجر به افزایش احتمال ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی همچون اختلال وسواسی- جبری در بزرگسالی گردد (نورمن و همکاران، ۲۰۱۶؛ آبراموویتز[13]، ۲۰۱۸). در همین راستا پیراس و اسپالتا[14] (۲۰۲۰) نشان دادند که آسیب دوران کودکی نوعی آسیب‌پذیری نسبت به عوامل استرس‌زا ایجاد می‌کند. بنابر این تعامل این تجربه با عوامل استرس‌زا، ویژگی‌های شخصیتی و ژنوتیپ افراد منجر به ابتلا به OCD و نشانگانی همچون وسواس آلودگی، شستشو، تقارن و احتکار خواهد شد.

از طرفی دیگر امروزه نقش هیجانات در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی نشان داده شده‌است. یکی از دردناک‌ترین این هیجانات، هیجان شرم[15] است. شرم یک هیجان خودآگاه و دردناک است که به طور معمول در موارد تخلفات شخصی یا شکست‌ها تجربه شده و با این باور برای فرد همراه است که دارای خصوصیاتی است که این خصوصیات نامطلوب و ناخوشایند هستند (چو[16] و همکاران، ۲۰۱۸). این شرم باعث می‌شود که فرد ارزیابی‌هایی منفی از خود داشته باشد و این ارزیابی‌ها به حس عمیقی از حقارت، ناتوانی و بی‌ارزشی منجر می‌گردد. زمانی‌که شرم به صورت بیش از حد و گسترده تجربه شود، فرد دیگر هیچ اعتمادی به خودش نداشته و با طیف گسترده‌ای از اختلالات هیجانی و رفتاری همچون اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وسواسی- جبری دست و پنجه نرم می‌کند (موریس و میسترز[17]، ۲۰۱۵). زنتاگوتای تاتار[18] و همکاران (۲۰۲۰) نیز بیان داشتند که در جوامع گوناگون بسته به فرهنگ وسبک‌فرزندپروری آن‌ها ارتباط میان هیجان شرم و علائم OCD متفاوت است.

1. obsessive-compulsive disorder
2. Sachs & Erfurth
3. Fawcett & Power
4. major depressive disorder
5. social anxiety disorder
6. generalized anxiety disorder
7. Van Oudheusden
8. Norman
9. Bruin
10. early maladaptive schema
11. childhood traumatic experiences
12. Rukiye & Erbay
13. Abramowitz
14. Piras & Spalletta
15. Shame
16. Chou
17. Muris & Meesters
18. Szentágotai-Tătar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

گرینبرگ و گلدمن[1] (۲۰۱۹) نشان دادند که هیجان زیربنایی در افکار با محتوای خودانتقادی (مانند سرزنش، عذاب وجدان، احساس گناه و ...)، هیجان دردناک شرم است. این شرم در اختلال وسواسی- جبری تاحدی زیاد شده که فرد دچار پریشانی می‌گردد و خودش را بیش از حد مسئول و رقم‌زننده اتفاقات بد می‌داند. به عنوان مثال فرد با خودش می‌گوید: "من توانایی کافی ندارم، بنابراین باید بسیار تلاش کنم و مراقب باشم تا کارها درست انجام شود و از آسیب رساندن به دیگران جلوگیری کنم" (پتروچی و چلی[2]، ۲۰۱۹).

نکته بسیار مهم اما نقش تجارب تروماتیک دوران کودکی در شکل‌گیری شرم است. یکی از مهم‌ترین نیازهای هر فرد در تعامل با والدین و دیگری‌های مهم[3] زندگی، نیاز به تأیید شدن، اعتبار گرفتن و دیده‌شدن است. اگر این نیاز به صورت نامشروط از جانب والدین برآورده نشود، فرد حس عمیقی از عدم استقلال و ناتوانی را تجربه می‌کند. بنابراین در هر کاری خودش را ناتوان و نیازمند حضور دیگران می‌داند. ایشان در انجام کارها فاقد عزت‌نفس بوده و خودش را نیز سرزنش می‌کند (دیلون[4] و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیلور رابینسون[5] و همکاران، ۲۰۱۸).

همان‌گونه که ذکر شد، براساس ادبیات پژوهش حاضر تجارب تروماتیک دوران کودکی نقش بسزایی در شکل‌گیری مولفه‌های شرم و نشانگان وسواسی- جبری دارد. همچنین مولفه شرم می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم نشانگان OCD نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. باتوجه به اهمیت بسیار بالای متغیر نشانگان وسواسی- جبری و شناسایی دقیق عوامل موثر بر شکل‌گیری و تداوم آن، همچنین بررسی سهم و میزان اثر هر متغیر و روابط آشکار و پنهان میان آن‌ها، در پژوهش حاضر متغیرهای تجارب تروماتیک دوران کودکی و شرم در کنار هم قرار گرفتند. به همین دلیل پژوهش حاضر به بررسی نقش میانجی‌گری شرم در رابطه شدت نشانگان وسواسی- جبری براساس تجارب تروماتیک دوران کودکی، از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری می‌پردازد. نتایج این پژوهش می‌تواند در جهت شناخت بهتر عوامل موثر بر شکل‌گیری و تداوم نشانگان وسواسی- جبری و همچنین پیشگیری از آن، از طریق آموزش‌هایی به والدین و خانواده‌ها مفید باشد. از این رو، هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی شدت نشانگان وسواسی- جبری براساس تجارب تروماتیک دوران کودکی از طریق نقش میانجی‌گری شرم بود.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بزرگسالان ایرانی دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال ساکن شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بودند که در زمان نمونه‌گیری، دسترسی مناسبی به اینترنت و فضای مجازی داشتند. از این میان بر اساس نوع روش آماری مورد استفاده در پژوهش، احتساب ۲۵٪ ریزش و اندازه اثر ۰/۱۵ و توان آزمون ۰/۹۵ از طریق نرم افزار G-power، حداقل حجم نمونه ۳۰۰ نفر تعیین گردید؛ اما با هدف افزایش شباهت نمونه حاضر با جامعه هدف، بهبود توان آزمون و افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، تعداد ۳۴۰ نفر به روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین به این علت که این پژوهش در زمان شیوع ویروس کرونا و عدم دسترسی حضوری به افراد انجام گرفته است نمونه‌گیری از طریق پرسشنامه اینترنتی صورت گرفته است. داده‌های پژوهش از بین تمامی بزرگسالانی که علاقه‌مند و داوطلب شرکت در پژوهش بودند از طریق پرسشنامه آنلاین (فرم گوگل بین آبان و آذر ۱۴۰۰) که در فضاهای اینستاگرامی، تلگرامی و واتس آپی به اشتراک گذاشته شد، جمع‌آوری شد. معیارهای در نظر گرفته شده برای ورود به پژوهش بر اساس گزارش خود فرد، شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل، عدم ابتلا به مشکلات حاد پزشکی و روان‌پزشکی و تمایل به شرکت در پژوهش بود و معیارهای خروج نیز شامل ناقص پرکردن پرسشنامه‌ها بود. بنابراین لینک پژوهش به صورت سراسری پخش شد و سپس در اختیار افرادی که ابراز تمایل کرده و همچنین ملاک‌های لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند؛ ارسال گردید تا در هر زمان که فرصت داشتند؛ پرسشنامه را تکمیل نمایند. جهت حفظ اصل رازداری، اطلاعات به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها، بدون نام و نشانی از آزمودنی‌ها جمع‌آوری شد تا هویت آزمودنی‌ها محفوظ بماند و فقط در اختیار دست‌اندرکاران این تحقیق باشد. همچنین جلب اعتماد و اطمینان آزمودنی‌ها برای مشارکت در پژوهش و آزاد بودن در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، از جمله ملاحظات دیگری بود که

1. Greenberg & Goldman
2. Petrocchi & Cheli
3. Significant others
4. Dillon
5. Taylor-Robinson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

در این پژوهش سعی شد رعایت گردد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد: در این بخش از افراد اطلاعات شخصی شامل جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و راه برقراری ارتباط مجدد برای ارسال یافته‌های پژوهش گرفته شد.

پرسشنامه وسواس یل- براون (Y-BOCS[1]): این مقیاس نخستین بار در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن[2] و همکاران تهیه شده است. مقیاس وسواس یل- براون شدت علائم وسواسی-جبری را مورد سنجش قرار می‌دهد و در مورد بیمارانی به کار می‌رود که به سوالات مصاحبه بالینی اولیه در رابطه با وسواس پاسخ داده‌اند. مقیاس یل- براون شاخص بالینی یک پرسشنامه ۱۰ آیتمی است که هر آیتم از صفر تا ۴ در رابطه با شدت، فراوانی، مدت زمان علائم و میزان مقاومت بیمار در انجام تشریفات درجه بندی می شود. آیتم‌های ۱ تا ۵ به بررسی افکار وسواسی و آیتم‌های ۶ تا ۱۰ به بررسی رفتار وسواسی می‌پردازد. نمره کل وسواس در این پرسشنامه از طریق جمع گویه‌ها به دست آمده و در چهار طبقه دسته‌بندی می‌گردد. نمره صفر تا ۹ وسواس بسیار خفیف، نمره ۱۰ تا ۱۵ وسواس نسبتا خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵ وسواس متوسط و نمره بیش از ۲۵ وسواس بسیار شدید تفسیر می‌گردد. ضریب پایایی بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). دیکون و آبراموویتز[3] (۲۰۰۵) نیز ضریب همبستگی مقیاس یل- براون را با پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس فکری- عملی ۰/۴۵، مقیاس باورهای براون ۰/۳۴، پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۶، مقیاس اضطراب زونگ ۰/۳۸ و مقیاس ناتوانی شیهان ۰/۵۵ به دست آوردند. این ضرایب بیانگر اعتبار خوب و بالای این مقیاس است. در ایران نیز راجزی اصفهانی و همکاران در سال ۱۳۹۰ روایی و پایایی نسخه فارسی را بررسی و گزارش کردند که آلفای کرونباخ ۰/۹۵، ضریب همبستگی برای دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی نیز ۰/۹۹ به دست آمد (راجزی‌اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۷ گزارش شد.

پرسشنامه تجارب تروماتیک دوران کودکی (CTQ[4]): این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط برنستاین[5] و همکاران به منظور سنجش آسیب ها و ترومای دوران کودکی طراحی و توسعه داده شده‌است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوء استفاده و غفلت دوران کودکی بوده و پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی (سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی) را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس ترومای دوران کودکی دارای ۲۸ سوال است که ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه‌های اصلی پرسشنامه به‌کار رفته و ۳ سوال آن نیز برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند؛ استفاده می‌گردد (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ است. بنابراین دامنه نمره‌ای که هر فرد در کل پرسشنامه کسب می‌کند بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج‌گانه و همچنین اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش گردید (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۹۲ گزارش شد.

پرسشنامه شرم (ISS[6]): این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط کوک[7] به منظور سنجش تجربه هیجانی شرم تهیه شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی بوده و برای سنجش میزان فقدان عزت نفس و کمرویی افراد استفاده می‌گردد. این مقیاس دارای ۳۰ گویه بوده و

1. Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale
2. Goodman
3. Deacon & Abramowitz
4. Childhood Trauma Questionnaire
5. Bernstein
6. Internalized shame scale
7. Cook

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

نمره‌گذاری آن در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا ۴ انجام می‌گیرد. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی بوده و نمره پایین نیز بیانگر اعتماد به نفس بالاست (کوک، ۱۹۹۳). کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کمرویی و فقدان عزت‌نفسِ مقیاس شرم را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و همچنین روایی همزمان را ۰/۷۵ و ۰/۷۹ گزارش کرد. در ایران نیز رجبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۶۹ گزارش گردید.

یافته ها

در ابتدا به ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه پرداخته شد. از ۳۴۰ نمونه مورد مطالعه تعداد ۹۸ نفر (۲۸/۸ درصد) مرد و ۲۴۲ نفر (۷۱/۲ درصد) زن بودند. سن افراد دامنه‌ای از ۱۸ تا ۵۰ بود که میانگین و انحراف استاندارد آن به ترتیب ۲۹/۳۲ و ۹/۳۸ به دست آمد. از بین این تعداد شرکت‌کننده ۵۰ نفر (۱۴/۷ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۰ نفر (۲/۹ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۱۴۱ نفر (۴۱/۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۱۳۹ نفر (۴۰/۹ درصد) نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین از بین شرکت‌کنندگان ۲۱۷ نفر (۶۳/۸ درصد) مجرد و ۱۲۳ نفر (۳۶/۲ درصد) متأهل بودند.

جدول ۱. نتایج آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط میان متغیرهای پژوهش

	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
تجارب تروماتیک دوران کودکی											
۱. سوء استفاده جسمی	۱۰/۲۸	۴/۸۵	۱								
۲. سوء استفاده جنسی	۸/۴۹	۴/۴۰	۰/۷۴***	۱							
۳. سوء استفاده عاطفی	۹/۹۸	۴/۶۱	۰/۶۲***	۰/۴۳***	۱						
٤. غفلت جسمی	۹/۰۱	۴/۱۳	۰/۷۳***	۰/۶۰***	۰/۵۳***	۱					
٥. غفلت عاطفی	۱۳/۶۷	۵/۱۴	۰/۶۱***	۰/۳۷***	۰/۵۸***	۰/۴۸***	۱				
٦. نمره کل شرم	۴۹/۸۹	۲۱/۶۵	۰/۵۸***	۰/۴۳***	۰/۵۲***	۰/۵۱***	۰/۴۹***	۱			
۷. عزت نفس	۲۵/۶۵	۹/۴۹	۰/۵۲***	۰/۳۶***	۰/۴۸***	۰/۴۶***	۰/۴۶***	۰/۹۶***	۱		
۸. کمرویی	۲۴/۲۳	۱۲/۷۵	۰/۶۰***	۰/۴۵***	۰/۵۳***	۰/۵۳***	۰/۴۸***	۰/۹۸***	۰/۸۹***	۱	
۹. شدت نشانگان وسواسی- جبری	۹/۷۶	۵/۸۱	۰/۵۱***	۰/۴۳***	۰/۴۹***	۰/۴۸***	۰/۴۶***	۰/۶۲***	۰/۶۰***	۰/۶۱***	۱

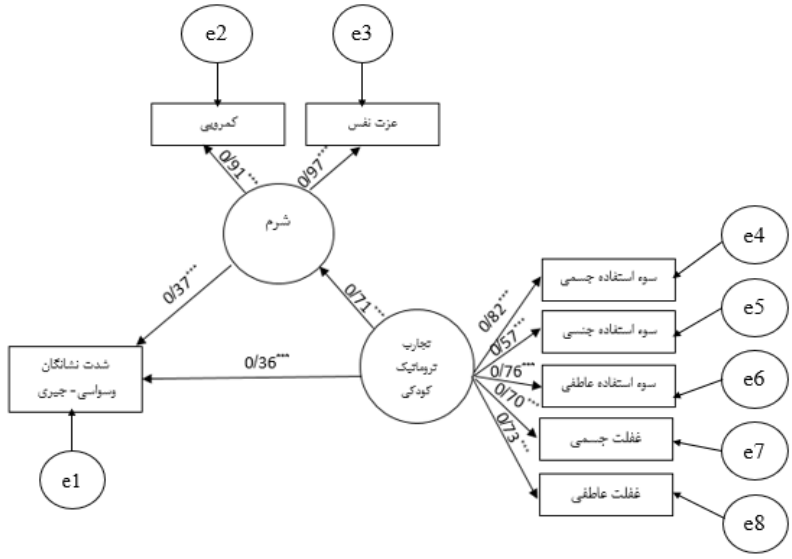
*** P< ۰/۰۱

نتایج به‌دست آمده در جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیر شدت نشانگان وسواسی- جبری با تمام مولفه‌های متغیرهای تجارب تروماتیک دوران کودکی و همچنین شرم رابطه معناداری دارد (p< ۰/۰۱). به منظور بررسی مدل پیشنهادی پژوهش از مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد که پیش از آن، ابتدا مفروضه های نرمال بودن، هم خطی چندگانه و استقلال خطاها مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب بیان می شود.

یکی از مفروضه‌های مهم مدل معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع متغیرها است. جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از ضریب کجی و ضریب کشیدگی استفاده می‌گردد. ضریب کجی برای متغیرها به ترتیب سوء استفاده جسمی ۰/۷۷، سوء استفاده جنسی ۱/۱۵، سوء استفاده عاطفی ۰/۷۷، غفلت جسمی ۱/۰۱، غفلت عاطفی ۰/۲۱، کمرویی ۰/۵۷، عزت نفس ۰/۶۳ و شدت نشانگان وسواسی- جبری ۰/۶۳ به دست آمد. ضریب کشیدگی نیز برای متغیرها به ترتیب سوء استفاده جسمی ۰/۳۸-، سوء استفاده جنسی ۰/۱۳-، سوء استفاده عاطفی ۰/۲۶-، غفلت جسمی ۰/۰۲-، غفلت عاطفی ۰/۳۷-، کمرویی ۰/۲۶-، عزت نفس ۰/۳۷- و شدت نشانگان وسواسی- جبری ۰/۲۴ به دست آمد. بنابراین با توجه به اینکه شاخص‌های کجی و کشیدگی در بازه ۱+ و ۱- قرار دارند، توزیع متغیرها در پژوهش نرمال است. همچنین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

جهت بررسی هم‌خطی چندگانه، از آماره تحمل و شاخص تورم واریانس استفاده می‌گردد. آماره تحمل به ترتیب سوء استفاده جسمی ۰/۲۳، سوء استفاده جنسی ۰/۴۱، سوء استفاده عاطفی ۰/۵۱، غفلت جسمی ۰/۵۳، غفلت عاطفی ۰/۴۳، کمرویی ۰/۴۷ و عزت نفس ۰/۵۰ به دست آمد. باتوجه به اینکه مقادیر به‌دست آمده برای متغیرهای مستقل همگی بیشتر از ۰/۴۰ بود که حاکی از عدم هم‌خطی معنادار بین متغیرهای مستقل است. شاخص تورم واریانس نیز به ترتیب سوء استفاده جسمی ۴/۲۸، سوء استفاده جنسی ۲/۴۰، سوء استفاده عاطفی ۱/۹۵، غفلت جسمی ۱/۸۷، غفلت عاطفی ۲/۲۸، کمرویی ۵/۷۶ و عزت نفس ۵ به دست آمد. . از طرفی نیز مقدار به‌دست آمده برای آزمون دوربین- واتسون ۲/۳۳ به دست آمد و در محدوده مورد قبول (۱/۵ تا ۲/۵) قرار داشت که حاکی از استقلال و عدم همبستگی مقادیر خطا بود.



شکل.۱ مدل نهایی (کلیه روابط درسطح ۰/۰۰۱>p* معنادار هستند)**

جدول ۲. پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم

مسیرها	برآورد غیراستاندارد	برآورد استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
تجارب تروماتیک دوران کودکی به شرم	۲/۲۲	۰/۷۱	۰/۱۷	۱۳/۰۴	۰/۰۰۱
تجارب تروماتیک دوران کودکی به شدت نشانگان وسواسی- جبری	۰/۵۲	۰/۳۶	۰/۱۰	۴/۹۳	۰/۰۰۱
شرم به شدت نشانگان وسواسی- جبری	۰/۱۷	۰/۳۷	۰/۰۳	۵/۵۴	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، اثر کل مسیرهای تجارب تروماتیک دوران کودکی به شرم (۰/۷۱)، تجارب تروماتیک دوران کودکی به شدت نشانگان وسواسی- جبری (۰/۳۶)، شرم به شدت نشانگان وسواسی- جبری (۰/۳۷) معنادار است. به منظور برآورد معناداری مسیر غیرمستقیم از بوت استراپ در نرم افزار آموس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

جدول ۳. نتایج بوت استراپ برای آزمون روابط غیرمستقیم

مسیر	مقدار استاندارد	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
تجارب تروماتیک دوران کودکی به شدت نشانگان وسواسی- جبری با میانجی گری شرم	۰/۲۷	۰/۰۶	۰/۱۵	۰/۴۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ آمده است، مسیر تجارب تروماتیک دوران کودکی به شدت نشانگان وسواسی- جبری با میانجی گری شرم (β =۰/۲۷؛p<۰/۰۵) و حد پایین فاصله اطمینان ۰/۱۵ و حد بالای آن ۰/۴ است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فواصل اطمینان قرار می‌گیرد، این رابطه میانجی‌گر معنادار است. بنابراین، شرم توانسته است نقش میانجی‌گری را در رابطه بین تجارب تروماتیک دوران کودکی به شدت نشانگان وسواسی- جبری ایفا نماید.

جدول ۴. شاخص های برازندگی مدل نهایی پژوهش

شاخص برازش	χ2	df	χ2/df	RMSEA	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI
حد مطلوب			≤ ۲	≤۰/۰۸	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹
مدل نهایی	۳۱/۲۹	۱۵	۲/۰۸	۰/۰۵	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۸

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازندگی مدل شامل شاخص مجذور خی دو (χ^2= ۳۱/۲۹)، مجذور خی دو نسبی (χ^2/df =۲/۰۸)، شاخص نیکویی برازش (GFI =۰/۹۷)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI =۰/۹۴)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI =۰/۹۹)، شاخص برازندگی افزایش (IFI=۰/۹۹)، شاخص برازندگی توکر- لویس (TLI = ۰/۹۸) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA = ۰/۰۵) حاکی از برازش مدل شده است. بنابراین، مدل نهایی از برازندگی مطلوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین نقش میانجی‌گری شرم در رابطه میان تجارب تروماتیک دوران کودکی و شدت نشانگان وسواسی- جبری انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطه تجارب تروماتیک دوران کودکی با شدت نشانگان وسواسی- جبری معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیراس و اسپالتا (۲۰۲۰)، حسینی و سلیمانی (۲۰۱۹)، کروسکا[1] و همکاران (۲۰۱۸) و راکیه و اربای (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که تجارب تروماتیک دوران کودکی بسته به شدت و فراوانی دفعاتی که برای فرد رخ می‌دهند بر حافظه، عاطفه، شناخت و حواس فیزیکی فرد تأثیر گذاشته و به آن آسیب می‌زنند. در افرادی که تجارب تروماتیک را در دوران کودکی تجربه می‌کنند، نوعی فقدان اعتماد به خود و عدم احساس ارزشمندی درونی شکل می‌گیرد؛ بنابراین در رویدادهای مختلف به آنچه که انجام داده‌اند، اعتماد نداشته و به درستی اعمال خود شک کرده و دائما درستی و یا نادرستی آن را بررسی مجدد می‌کنند تا مبادا مرتکب اشتباهی نشوند، زیرا رخ دادن این اشتباه را مساوی با رو به رو شدن با رویدادی بسیار فاجعه آمیز می‌دانند. ویژگی بارز در این افراد این است که بار هیجانی اشتباه کردن خود و رخ دادن رویداد فاجعه آمیز را مشابه بار هیجانی همان رویداد آسیب زا در دوران کودکی خود می‌دانند، بنابراین دائما تلاش می‌کنند که با انجام "رفتارهای وسواسی" از رو به رو شدن با این درد عمیق هیجانی "اجتناب" کنند، اما از این نکته غافلند که از اجتناب به یک "دور باطل" و معیوب تبدیل شده و میزان درد و به تناسب آن شدت نشانگان وسواسی- جبری ایشان را افزایش می‌دهد (کروسکا و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا می‌توان گفت که تجارب تروماتیک دوران کودکی ضربه‌ای به فرد می‌زند که از لحاظ درونی نمی‌تواند نسبت به تجارب جدید زندگی خود گشودگی داشته باشد، در نتیجه افکار در درون ذهن ایشان به صورت چرخه‌ای معیوب شدت گرفته و منجر به شکل‌گیری وسواس خواهد شد. از طرفی دیگر می‌توان بیان داشت که رخ دادن تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی باعث شکل‌گیری نوعی "گوش به زنگی" در فرد می‌گردد که در کوتاه مدت برای وی بسیار مطلوب

1. Kroska

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

است؛ زیرا از رخ دادن مجدد آسیب جلوگیری نموده و نقش محافظتی دارد، اما این ویژگی محافظتی به مرور زمان به دلیل ماهیت "اجتنابی" که دارد، مانع تجربه کردن دنیای پیرامون شده و در نتیجه تبدیل به ویژگی‌های وسواسی و آسیب‌شناسی روانی می‌گردد.

از طرفی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطه شرم نیز با شدت نشانگان وسواسی- جبری معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های زنتاگوتای تاتار و همکاران (۲۰۲۰)، چو و همکاران (۲۰۱۸)، وین گاردن[1] و همکاران (۲۰۱۶) و هنینگ فست[2] و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که شرم یک ویژگی مسلط شخصیتی است که حاصل گسترش زیاد و طولانی شدن "بی‌اعتباری" به درون شخصیت فرد است. غلبه شرم بر شخصیت فرد، با رشد دفاع‌ها و رفتارهای عادتی، به واکنش‌هایی ثابت و پایدار تبدیل شده که رفتارهای فرد در روابط گوناگون را تعیین می‌نمایند. شرم باعث می‌شود که فرد، احساس ناقص بودن، فقدان قدرت و ارزشمندی شخصی کرده و در نتیجه قضاوت اخلاقی در فرد مختل گردد. این افراد در موقعیت‌های گوناگون دائما نگرانند که بیش از پیش بی‌اعتبار شده و بنابراین دچار قضاوت‌های شخصی منفی می‌گردند که ثمره این قضاوت‌ها احساس نقص و عدم ارزشمندی بیشتر است، پس با انجام افکار و رفتارهای آیینی و وسواسی تلاش می‌کنند تا از این احساس بی‌ارزشی اجتناب کنند، اما از این غافل هستند که ثمره این اجتناب‌ها شکست در بازداری رفتاری بوده و در نتیجه این نگرانی نه تنها کاهش پیدا نمی‌کند، بلکه لحظه به لحظه و روز به روز نیز بیشتر افزایش شده و تجربه شرم در فرد عمیق‌تر می‌گردد. افزایش این شرم نیز به نوبه خود باعث افزایش افکار و رفتارهای وسواسی می‌گردد (وین گاردن و همکاران، ۲۰۱۶). افراد دارای نشانگان وسواسی- جبری احساس می‌کنند که هر آنچه که در ذهنشان در حال رخ دادن است، اگر به آن توجه نکنند حتما در دنیای واقعی نیز رخ می‌دهد و فاجعه بزرگی اتفاق می‌افتد. افرادی که شرم را تجربه می‌کنند، به دلیل عدم اعتمادی که نسبت به خود دارند، در زمان رخ دادن چنین افکاری در درون خویش، نوعی مسئولیت‌پذیری افراطی پیدا کرده و با انجام رفتارهای آیینی تلاش می‌کند تا از شکل‌گیری آسیب‌ها جلوگیری کند، اما غافل از این است که با این کار به خودپنداره خویش آسیب می‌زند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان می‌دهد که تجارب تروماتیک دوران کودکی با شرم رابطه معناداری دارد. این یافته با پژوهش‌های لسانی و همکاران (۲۰۲۱)، کیلی[3] و همکاران (۲۰۱۸) و زنتاگوتای تاتار و میو[4] (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که تجارب تروماتیک دوران کودکی از جمله تجربه طرد شدن، عدم تأیید و محرومیت اجتماعی باعث نقض شدن بخشی از هویت فرد شده و سازمان Self وی را با نوعی خلأ ناشی از پذیرفته نشدن و تأیید نشدن رو به رو می‌سازد. این خلأ به نوبه خود باعث شکل‌گیری یک احساس منفی نسبت به خود و همچنین خود انگاره ضعیف شده که فرد احساس حقارت، پذیرفته نشدن و شرمی عمیق را تجربه می‌کند. این احساس پذیرفته نشدن باعث می‌گردد که فرد در تعاملات میان‌فردی آینده نیز به دلیل نگرانی از اینکه باز هم از جانب دیگران پذیرفته نشود؛ ترجیح دهد تا در آن موقعیت قرار نگرفته و انزوا و تنهایی را انتخاب می‌کند، اما غافل از این است که این احساس انزوا و تنهایی به خودی خود باعث شدت گرفتن احساس شرم وی می‌گردد. چنین افرادی اعتماد به نفس ندارند، آسیب‌پذیرند و به لحاظ اجتماعی اضطراب و ترس را تجربه می‌کنند. همه این موارد ممکن است باعث شود افراد نسبت به انتقاد یا قضاوت‌ها بیشتر آسیب‌پذیر شده و شرم بیشتری را تجربه نمایند. در همین راستا می‌توان بیان داشت که تجارب تروماتیک دوران کودکی منجر به این می‌گردد تا فرد نتواند در رویدادهای گوناگون از استراتژی‌های سازگارانه تنظیم هیجانی استفاده نماید. فرد دائما با فاجعه‌سازی در رویدادها، به این فکر می‌کند که این رویدادها منفی و چقدر بد هستند؛ بنابراین نمی‌تواند موقعیت‌ها را به درستی ارزیابی کرده و احساس شکست می‌کند. این احساس شکست باعث می‌شود که وی خودش را مبنی بر ناتوانی و شکست، بیشتر سرزنش کرده که "من بد هستم" و ثمره این سرزنش، تجربه عمیقی از شرم است (لسانی و همکاران، ۲۰۲۱). تجارب تروماتیک دوران کودکی عموما در هنگامی رخ می‌دهند که ایگو هنوز به عنوان یک مرکز راهبردی گسترش نیافته است. این اتفاق باعث از دست دادن هویت و عدم تمایز درون خود می‌گردد و نتیجه این عدم تمایز، تجربه احساس شکل نایافته‌ای از آشفتگی و شرم است (زنتاگوتای تاتار و میو، ۲۰۱۶).

اما یافته مهم پژوهش حاضر نقش میانجی‌گری شرم در رابطه تجارب تروماتیک دوران کودکی با شدت نشانگان وسواسی- جبری بود. این یافته با پژوهش کیلی و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت در دوران کودکی و به دلیل آن‌که هنوز شخصیت انسان به درستی و کامل شکل نگرفته است، کودک بسیار در برابر رخدادهای پیرامونش آسیب‌پذیر است. تجارب تروماتیک

1. Weingarden
2. Hennig-Fast
3. Kealy
4. Szentágotai-Tătar & Miu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

دوران کودکی عموما به صورت غیرمنتظره رخ داده و با ایجاد یک ترس و وحشت، زخمی روانی ایجاد می‌نماید. جای این زخم بر روی سازمان روان باقی‌مانده و زندگی را به مخاطره می‌اندازد. رخ دادن تجارب تروماتیک دوران کودکی باعث از دست رفتن اعتبار درونی فرد نیز می‌گردد، زیرا وی در برابر فرد متجاوز توانی برای کنترل اوضاع ندارد و کل باورهایش ناگهان فرو می‌ریزد. از دست رفتن این اعتبار منجر به شکل‌گیری یک خلأ درونی می‌گردد که منجر به تجربه دردناک شرم نیز خواهد شد. این شرم آن‌قدر برای فرد دردناک است که سازمان روان وی ترجیح می‌دهد آن را سرکوب کرده و با آن رو به رو نشود؛ زیرا رو به رویی با آن، یعنی زنده شدن تمام آن تجربه تروماتیک که برای وی رخ داده است. ثمره این اتفاق، ایجاد یک آشفتگی ثانویه (مبتنی بر ترس) برای فرد است که مبادا اتفاقی بیفتد که دوباره با بی‌اعتباری‌اش رو به رو شود، بنابر این با انجام رفتارهای افراطی تلاش می‌کند تا موقعیت‌های پیرامونش به صورتی کاملا صحیح و دقیق اتفاق افتاده و احتمال اشتباه به حداقل برسد. این رفتارهای افراطی فرد را در برابر ابتلا به نشانگان وسواسی- جبری آسیب‌پذیر کرده و به مرور زمان آن‌قدر زیاد می‌شود که فرد تنها راه دستیابی به آرامش را انجام این رفتارهای وسواسی می‌داند. با این حال انجام این رفتارها تنها به صورت کوتاه‌مدت آرامش را به همراه دارد؛ زیرا در حقیقت انجام این رفتارها لحظه به لحظه باعث افزایش احساس بی‌اعتباری در درون وی و به تبع آن افزایش نشانگان OCD می‌گردد. انسان زمانی فکر یا رفتار خود را متوقف می‌نماید که یک احساس درونی به وی بگوید: "کافی است". افرادی که سابقه‌ای از تجارب تروماتیک دارند، به دلیل احساس خلأ و همچنین شرمی که در درون خود احساس می‌کنند، هیچ زمان احساس رضایت درونی نسبت به خود را احساس نمی‌کنند و شرم را تجربه می‌نمایند. بنابراین دائما تلاش می‌کنند تا با انجام رفتارهایی به این احساس رضایت برسند؛ زیرا در درون خود پیامی در خصوص تکمیل شدن کارها یا کافی بودن رفتارها و اعمال دریافت نمی‌کنند، پس نمی‌توانند جلوی این رفتارها و افکار را گرفته و به اختلال وسواسی- جبری مبتلا می‌گردند.

پژوهش حاضر با نشان دادن نقش واسطه‌ای شرم در میزان اثر تجارب تروماتیک دوران کودکی، نشانگان وسواسی- جبری را پیش‌بینی می‌کنند. بنابراین، مداخلاتی مبتنی بر معرفی پیشگیری‌هایی در رابطه با سبک فرزندپروری والدین و اهمیت دوران کودکی فرزندان در جهت کاهش تجارب تروماتیک دوران کودکی افراد، نتایج مثبتی با خود به دنبال داشته و می‌تواند به عنوان برنامه‌های پیشگیری و درمانی در نظر گرفته شود تا به افراد در کاهش و بهبود نشانگان وسواسی- جبری کمک کند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج آن موردتوجه قرار بگیرد. برای مثال یکی از محدودیت‌های این پژوهش این است که نمونه پژوهش به علت شیوع کرونا ویروس و اعمال فاصله اجتماعی به‌صورت پرسشنامه اینترنتی گرفته‌شده است و درنتیجه افرادی که به فضای مجازی و اینترنت دسترسی نداشته‌اند وارد این پژوهش نشده‌اند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری آن اشاره کرد؛ نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس بوده است. محدودیت دیگر آن عدم ارزیابی سابقه روان‌پزشکی افراد است. به همین منظور پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی سعی شود تا این محدودیت‌ها مرتفع گردد.

این پژوهش با کد اخلاق IR.UM.REC.1400.153 مورد تائید کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد بوده و مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است. در انتها از تمامی اساتیدی که در این پژوهش یاری رسان بودند، تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش که در فرآیند نمونه‌گیری و تکمیل پرسشنامه‌ها و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

ابراهیمی، ح؛ دژکام، م؛ ثقه‌السلام، ط (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، صص. ۲۷۵-۲۸۲. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html

حسینی، ک؛ سلیمانی، ا (۱۳۹۸). نقش تمییزی تروما کودکی و تحریف‌های شناختی در تبیین علائم بالینی اختلال وسواسی- جبری. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۵۴)، صص. ۱۷-۲۶. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1710.html

راجزی اصفهانی، س؛ متقی‌پور، ی؛ کامکاری، ک؛ ظهیرالدین، ع؛ جان‌بزرگی، م (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی- اجباری یل- براون. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۴)، صص. ۲۹۷-۳۰۳. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-fa.html

رجبی، غ؛ عباسی، ق (۱۳۹۰). بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با کمرویی در دانشجویان. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۲)، صص. ۱۷۱-۱۸۲. https://tpccp.um.ac.ir/article_29766.html

لسانی، س؛ شاهقلیان، م؛ سرافراز، م؛ عبداللهی، م (۱۴۰۰). پیش‌بینی نارسیسیزم آسیب‌شناختی براساس آسیب‌های دوران کودکی و به واسطه نقص در شفقت به خود و احساس شرم، *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۰(۹۷)، صص. ۷۷-۸۷. http://psychologicalscience.ir/article-1-917-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]

Abramowitz, J. S. (2018). Presidential address: are the obsessive-compulsive related disorders related to obsessive-compulsive disorder? A critical look at DSM-5's new category. *Behavior Therapy*, 49(1), 1-11. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.002.

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.

Bruin, W., Denys, D., & Van Wingen, G. (2019). Diagnostic neuroimaging markers of obsessive-compulsive disorder: Initial evidence from structural and functional MRI studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 91(1), 49-59. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.005.

Chou, C. Y., Tsoh, J., Vigil, O., Bain, D., Uhm, S. Y., Howell, G., ... & Mathews, C. A. (2018). Contributions of self-criticism and shame to hoarding. *Psychiatry Research*, 262(1), 488-493. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.030.

Cook, D. R. (1993). The internalized shame scale manual. *Menomonie. WI: Channel Press (Available from author*).

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of anxiety disorders*, *19*(5), 573-585. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.009.

Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*, *28*(3), 406-422. https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1233364.

Fawcett, E. J., Power, H. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4), 30-45.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, *46*(11), 1006-1011. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007.

Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). Theory of practice of emotion-focused therapy. *American Psychological Association*, 27(1), 61-89. https://doi.org/10.1037/0000112-003.

Hennig-Fast, K., Michl, P., Müller, J., Niedermeier, N., Coates, U., Müller, N., ... & Meindl, T. (2015). Obsessive-compulsive disorder–a question of conscience? An fMRI study of behavioural and neurofunctional correlates of shame and guilt. *Journal of Psychiatric Research*, 68(1), 354-362. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.001.

Kealy, D., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., & Spidel, A. (2018). Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry research*, 268, 169-174. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.072.

Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of affective disorders*, *225*, 326-336. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.039.

Muris, P., & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical child and family psychology review*, *17*(1), 19-40. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0488-9.

Norman, L. J., Carlisi, C., Lukito, S., Hart, H., Mataix-Cols, D., Radua, J., & Rubia, K. (2016). Structural and functional brain abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder: a comparative meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 73(8), 815-825. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0700.

Piras, F., & Spalletta, G. (2020). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder. In *Childhood trauma in mental disorders* (pp. 287-312). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8_14.

Petrocchi, N., & Cheli, S. (2019). The social brain and heart rate variability: Implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *92*(2), 208-223. https://doi.org/10.1111/papt.12224.

Rukiye, A. Y., & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 261(1), 132-136. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.054.

Sachs, G., & Erfurth, A. (2018). Obsessive Compulsive and Related Disorders–From the Biological Basis to a Rational Pharmacological Treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(1), 59-62. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx101.

Szentágotai-Tătar, A., & Miu, A. C. (2016). Individual differences in emotion regulation, childhood trauma and proneness to shame and guilt in adolescence. *PLoS One*, 11(11), 151-171. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167299.

Szentágotai-Tătar, A., Nechita, D. M., & 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.

Taylor-Robinson, D. C., Straatmann, V. S., & Whitehead, M. (2018). Adverse childhood experiences or adverse childhood socioeconomic conditions? *The Lancet Public Health*, *3*(6), 262-263. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30094-X.

Van Oudheusden, L. J., Van de Schoot, R., Hoogendoorn, A., Van Oppen, P., Kaarsemaker, M., Meynen, G., & Van Balkom, A. J. (2020). Classification of comorbidity in obsessive–compulsive disorder: A latent class analysis. *Brain and behavior*, 10(7), 16-24. https://doi.org/10.1002/brb3.1641

Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. (2016). Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(11), 832-839. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000498.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.15.8]