

## پیش‌بینی شدت نشانگان وسوسی- جبری بر اساس تجارب تروماتیک دوران کودکی: نقش میانجی‌گری شرم<sup>۱</sup>

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

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](mailto: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.

میلاد شیرخانی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شرباف (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.

#### چکیده

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.

هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی شدت نشانگان وسوسی- 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 وسوسی یل- براؤن ۷-۱۹۸۹ (BOCS-CTQ-۲۰۰۳) و شرم درونی شده کوک (ISS-۱۹۹۳) جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌بایی 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 وسوسی- جبری همبستگی معناداری ( $P < 0.01$ ) وجود دارد. همچنین نتایج مدل‌بایی معادلات ساختاری نشان داد که مدل پژوهش حاضر از برآش خوبی برخوردار بوده و نقش میانجی‌گری شرم در رابطه تجارب تروماتیک دوران کودکی با شدت نشانگان وسوسی- جبری ( $\chi^2/df \leq 3$ ) و سطح معناداری ۰.۰۰۱) معنادار بود. براساس یافته‌های این پژوهش، تجارب تروماتیک دوران کودکی می‌توانند از طریق تعامل با شرم، شدت نشانگان وسوسی- جبری را پیش‌بینی کرده و در آن نقش داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی** تجارب تروماتیک دوران کودکی، شرم، نشانگان وسوسی- جبری.

ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۱

پذیرش: بهمن ۱۴۰۰

دربافت: بهمن ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

۱ این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

## مقدمه

اختلال وسوسی- جبری<sup>۱</sup>، با افکار، تکانه‌ها و تمایلاتی که به صورت ناخواسته و تکراری برای فرد مزاحمت ایجاد می‌کنند و همچنین رفتارهای وسوسی که در پاسخ به این افکار انجام می‌شوند؛ تعریف می‌گردد. اختلال وسوسی- جبری چهارمین اختلال شایع روان‌پژوهشی است و شیوع طول عمر ۱۳ درصد دارد (ساقس و ارفورت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ فاوك و پاور<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). شایع‌ترین اختلالات همبود با اختلال وسوسی- جبری به ترتیب اختلال افسردگی اساسی<sup>۴</sup> (۱۵ درصد)، اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup> (۱۴ درصد) و اختلال اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> (۱۳ درصد) است (ون اودسدن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

در شکل گیری وسوس، عوامل متنوعی از جمله عوامل زیستی و روانی دخیل هستند. از لحاظ زیستی در اختلال وسوسی- جبری کژکاری‌هایی در عملکرد سیستم سروتونرژیک و دوپامینرژیک مغز وجود دارد، همچنین افزایش فعالیت مغزی در مدار قشری- استریاتال- تalamیک- قشری شامل قشر اوربیتوفرونتال، کودیت و شنکج قدامی سینگولیت وجود دارد (نورمن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ براین<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر از لحاظ روانی عواملی مانند فرزندپروری والدین، پویایی‌های خانواده، شکل گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۱۰</sup> و تجارت تروماتیک دوران کودکی<sup>۱۱</sup> در نظر گرفته شده‌اند (راکیه و اربای، ۲۰۱۸). منظور از تجارت تروماتیک دوران کودکی هر نوع بی‌توجهی و یا سوء استفاده جسمی، روحی، جنسی یا اجتماعی است که موجب به خطر افتادن اینمی و سلامت وی خواهد شد. در دوران کودکی و در زمانی که فرد بیشترین آسیب‌پذیری را دارد، این تجارت ممکن است تغییرات نوروپیلوزیکی را برای فرد رقم زده و منجر به افزایش احتمال ابتلا به اختلالات روان‌پژوهشی همچون اختلال وسوسی- جبری در بزرگسالی گردد (نورمن و همکاران، ۲۰۱۶؛ آبراموویتز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸). در همین راستا پیراس و اسپالتا<sup>۱۳</sup> (۲۰۲۰) نشان دادند که آسیب‌پذیری نوعی آسیب‌پذیری نسبت به عوامل استرس‌زا ایجاد می‌کند. بنابر این تعامل این تجربه با عوامل استرس‌زا، ویژگی‌های شخصیتی و ژنتیک افراد منجر به ابتلا به OCD و نشانگانی همچون وسوس آلدگی، شستشو، تقارن و احتکار خواهد شد.

از طرفی دیگر امروزه نقش هیجانات در شکل گیری و تداوم بسیاری از اختلالات روان‌پژوهشی نشان داده شده‌است. یکی از دردناک‌ترین این هیجانات، هیجان شرم<sup>۱۴</sup> 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<sup>۱۵</sup> 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. زمانی که شرم به صورت بیش از حد و گسترده تجربه شود، فرد دیگر هیچ اعتمادی به خودش نداشته و با طیف گستره‌های از اختلالات هیجانی و رفتاری همچون اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وسوسی- جبری دست و پنجه نرم می‌کند (موریس و میسترز<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۵). زنتاگوتای تاتار<sup>۱۷</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نیز بیان داشتند که در جوامع گوناگون بسته به فرهنگ و سبک‌فرزندپروری آن‌ها ارتباط میان هیجان شرم و عالم 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. Bruun

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-Tátar

گرینبرگ و گلدمان<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) نشان دادند که هیجان زیرینایی در افکار با محتوای خودانتقادی (مانند سرزنش، عذاب و جدان، احساس گناه و ...)، هیجان دردناک شرم است. این شرم در اختلال وسوسی- 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 توایابی 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، 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<sup>۲</sup> 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 عزت نفس بوده و خودش را نیز سرزنش می‌کند (دیلون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیلور رابینسون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

همان‌گونه که ذکر شد، براساس ادبیات پژوهش حاضر تجارب تروماتیک دوران کودکی نقش بسزایی در شکل‌گیری مولفه‌های شرم و نشانگان وسوسی- جبری دارد. همچنین مولفه شرم می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم نشانگان OCD نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. با توجه به اهمیت بسیار بالای متغیر نشانگان وسوسی- 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 میانجی گری شرم در رابطه شدت نشانگان وسوسی- 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 وسوسی- 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 وسوسی- جبری براساس تجارب تروماتیک دوران کودکی از طریق نقش میانجی گری 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، بهمود توان آزمون و افزایش میزان تعیین‌پذیری 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 بهدست آمده 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

پیش‌بینی شدت نشانگان وسوسی- جبری براساس تجارب تروماتیک دوران کودکی: نقش میانجی‌گری شرم  
Predicting the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms Based on Traumatic Childhood Experiences: The ...

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 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 وسوسی‌بل- براون (Y-BOCS<sup>1</sup>):** این مقیاس نخستین بار در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن<sup>۲</sup> و همکاران تهیه شده است. مقیاس وسوسی‌بل- براون شدت علائم وسوسی-جبری را مورد سنجش قرار می‌دهد و در مورد بیمارانی به کار می‌رود که به سوالات مصاحبه بالینی اولیه در رابطه با وسوس پاسخ داده‌اند. مقیاس‌بل- 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 می‌شود. آیتم‌های ۱ تا ۵ به بررسی افکار وسوسی و آیتم‌های ۶ تا ۱۰ به بررسی رفتار وسوسی می‌پردازد. نمره کل وسوس در این پرسشنامه از طریق جمع گوییده‌ها به دست آمده و در چهار طبقه دسته‌بندی می‌گردد. نمره صفر تا ۹ وسوس بسیار خفیف، نمره ۱۰ تا ۱۵ وسوس نسبتاً خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵ وسوس متوسط و نمره بیش از ۲۵ وسوس بسیار شدید تفسیر می‌گردد. ضریب پایایی بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار/۹۸ و ضریب همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). دیکون و آبراموویتز<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) نیز ضریب همبستگی مقیاس‌بل- براون را با پرسشنامه تجدیدنظر شده وسوس 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 (راجزی اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۷ گزارش شد.

**پرسشنامه تجارب تروماتیک دوران کودکی (CTQ<sup>4</sup>):** این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط برنستاین<sup>۵</sup> و همکاران به منظور سنجش آسیب‌ها و تروماتیک دوران کودکی طراحی و توسعه داده شده است. 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 تروماتیک دوران کودکی دارای ۲۸ سوال است که ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه‌های اصلی پرسشنامه به کار 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 تروماتیک 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، ۰/۸۹، ۰/۹۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماتیک دوران 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 پنج گانه 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<sup>6</sup>):** این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط کوک<sup>۷</sup> 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

نموداری آن در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا ۴ انجام می‌گیرد. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفايتی، احساس حقارت، پوچی و تنهايی بوده و نمره پایین نیز بیانگر اعتماد به نفس بالاست (کوک، ۱۹۹۳). کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خردۀ مقیاس‌های کمربویی و فقدان عزت‌نفسی مقیاس شرم را به ترتیب  $0.94$  و  $0.90$  و همچنین روابی همزمان را  $0.75$  و در گزارش کرد. در ایران نیز رجبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم را در کل نمونه  $0.90$ ، در مردان  $0.89$  و در زنان  $0.91$  گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر  $0.69$  گزارش گردید.

### یافته‌ها

در ابتدا به ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه پرداخته شد. از  $340$  نمونه مورد مطالعه تعداد  $98$  نفر (۲۸/۸ درصد) مرد و  $242$  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  $50$  نفر (۱۴/۷ درصد) دارای مدرک دیپلم،  $10$  نفر (۲/۹ درصد) دارای مدرک کارданی،  $141$  نفر (۴۱/۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی و  $139$  نفر (۴۰/۹ درصد) نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین از بین شرکت‌کننده‌گان  $217$  نفر (۶۳/۸ درصد) مجرد و  $123$  نفر (۳۶/۲ درصد) متاهل بودند.

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

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

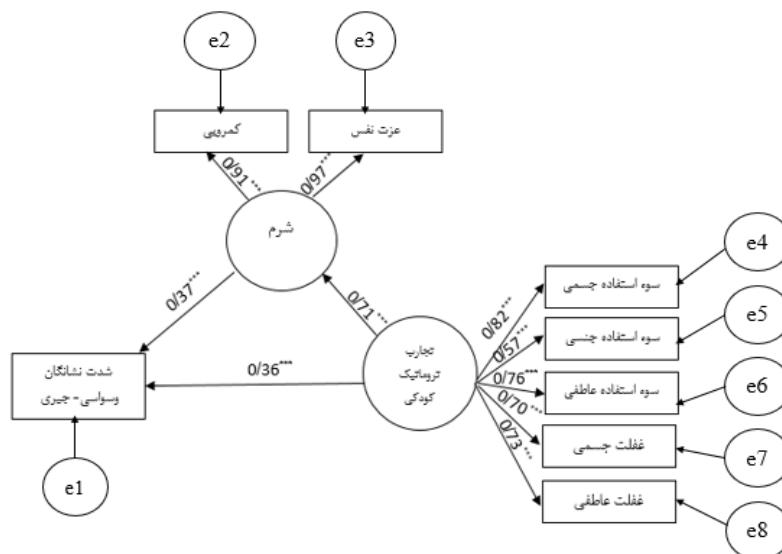
\*\*\*  $P < 0.01$

نتایج به دست آمده در جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیر شدت نشانگان وسوسی- جبری با تمام مؤلفه‌های متغیرهای تجارب تروماتیک دوران کودکی و همچنین شرم رابطه معناداری دارد ( $p < 0.01$ ). به منظور بررسی مدل پیشنهادی پژوهش از مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد که پیش از آن، ابتدا مفروضه‌های نرمال بودن، هم خطی چندگانه و استقلال خطاهای مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب بیان می‌شود.

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  $0.77$ ، سوء استفاده جنسی  $0.15$ ، سوء استفاده عاطفی  $0.77$ ، غفلت جسمی  $0.21$ ، غفلت عاطفی  $0.02$ ، کمربویی  $0.57$ ، عزت نفس  $0.63$  و شدت نشانگان وسوسی- جبری  $0.63$  به دست آمد. ضریب کشیدگی نیز برای متغیرها به ترتیب سوء استفاده جسمی  $0.38$ ، سوء استفاده جنسی  $0.38$ ، سوء استفاده عاطفی  $0.37$ ، غفلت عاطفی  $0.26$ ، غفلت جسمی  $0.26$ ، کمربویی  $0.26$ ، عزت نفس  $0.26$  و شدت نشانگان وسوسی- جبری  $0.24$  به دست آمد. بنابراین با توجه به اینکه شاخص‌های کجی و کشیدگی در بازه  $+1$  و  $-1$  قرار دارند، توزیع متغیرها در پژوهش نرمال است. همچنین

پیش‌بینی شدت نشانگان وسوسی- جبری براساس تجرب تروماتیک دوران کودکی: نقش میانجی‌گری شرم  
Predicting the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms Based on Traumatic Childhood Experiences: The ...

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. با توجه به اینکه مقادیر به دست 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 ۰/۲۸، سوء استفاده جنسی ۰/۴۰، سوء استفاده عاطفی ۰/۹۵، غفلت جسمی ۱/۸۷، غفلت عاطفی ۰/۲۸، کمرویی ۰/۷۶ و عزت نفس ۰/۵ به دست آمد. از طرفی نیز مقادیر به دست آمده برای آزمون دوربین- واتسون ۰/۳۳ به دست آمد و در محدوده مورد قبول (۰/۱ تا ۰/۵) قرار داشت که حاکی از استقلال و عدم همبستگی مقادیر خطأ بود.



شکل ۱. مدل نهایی (کلیه روابط در سطح  $p < 0.001$  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 وسوسی- جبری	۰/۵۲	۰/۳۶	۰/۱۰	۴/۹۳	۰/۰۰۱
شم به شدت نشانگان وسوسی- جبری	۰/۱۷	۰/۳۷	۰/۰۳	۵/۵۴	۰/۰۰۱

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

### جدول ۳. نتایج بوت استرالپ برای آزمون روابط غیرمستقیم

مسیر	تجارب تروماتیک دوران کودکی به شدت نشانگان وسوسی-			
مقدار استاندارد	تجربی با میانجی گری شرم			
خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری	
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 وسوسی- جبری با میانجی گری شرم  $\beta = 0.05$  و حد پایین فاصله اطمینان  $0.05$  و حد بالای آن  $0.04$  است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فواصل اطمینان قرار می‌گیرد، این رابطه میانجی گر معنادار است. بنابراین، شرم توانسته است نقش میانجی گری را در رابطه بین تجارب تروماتیک دوران کودکی به شدت نشانگان وسوسی- جبری ایفا نماید.

### جدول ۴. شاخص‌های برازنده‌گی مدل نهایی پژوهش

NFI	CFI	TLI	IFI	AGFI	GFI	RMSEA	$\chi^2/df$	df	$\chi^2$	شاخص برازش
$\geq 0.9$	$\leq 0.01$	$\leq 2$			حد مطلوب					
۰.۹۸	۰.۹۹	۰.۹۸	۰.۹۹	۰.۹۴	۰.۹۷	۰.۰۵	۲/۰.۸	۱۵	۳۱/۲۹	مدل نهایی

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازنده‌گی مدل شامل شاخص مجذور خی دو ( $\chi^2 = 31/29$ ، مجذور خی دو نسبی  $= 0.08$ )، شاخص نیکویی برازش ( $GFI = 0.97$ )، شاخص نیکویی برازش انطباقی ( $AGFI = 0.94$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای ( $RMSEA = 0.09$ )، شاخص برازنده‌گی افزایش ( $IFI = 0.99$ )، شاخص برازنده‌گی توکر- لویس ( $TLI = 0.98$ ) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب ( $CFI = 0.95$ ) حاکی از برازش مدل شده است. بنابراین، مدل نهایی از برازنده‌گی مطلوبی برخوردار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین نقش میانجی گری شرم در رابطه میان تجارب تروماتیک دوران کودکی و شدت نشانگان وسوسی- جبری انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطه تجارب تروماتیک دوران کودکی با شدت نشانگان وسوسی- جبری معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیراس و اسپالتا (۲۰۲۰)، حسینی و سلیمانی (۲۰۱۹)، کروسکا<sup>1</sup> 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 دائمًا درستی و یا نادرستی آن را بررسی مجدد می‌کنند تا مباداً مرتكب اشتباهی نشوند، زیرا رخ دادن این اشتباه را مساوی با رو به رو شدن با رویدادی بسیار فاجعه‌آمیز می‌دانند. ویزگی باز در این افراد این است که بار هیجانی اشتباه کردن خود و رخ دادن رویداد فاجعه‌آمیز را مشابه بار هیجانی همان رویداد آسیب زا در دوران کودکی خود می‌دانند، بنابراین دائمًا تلاش می‌کنند که با انجام "رفتارهای وسوسی" 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 وسوسی- جبری ایشان را افزایش می‌دهد (کروسکا و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا می‌توان گفت که تجارب تروماتیک دوران کودکی ضریبهایی 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 وسوس 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

پیش‌بینی شدت نشانگان وسوسی- جبری براساس تجربه تروماتیک دوران کودکی: نقش میانجی‌گری شرم  
Predicting the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms Based on Traumatic Childhood Experiences: The ...

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 وسوسی و آسیب‌شناسی روانی می‌گردد. از طرفی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطه شرم نیز با شدت نشانگان وسوسی- جبری معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های زنتاگوتای تاتار و همکاران (۲۰۲۰)، چو و همکاران (۲۰۱۸)، وین گاردن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) 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 مختلط گردد. این افراد در موقعیت‌های گوناگون دائماً نگرانند که بیشتر از پیش بی‌اعتبار شده و بنابراین چهار قضاوت‌های شخصی منفی می‌گرددند که ثمره این قضاوت‌ها احساس نقص و عدم ارزشمندی بیشتر است، پس با انجام افکار و رفتارهای آینینی و وسوسی 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 وسوسی می‌گردد (وین گاردن و همکاران، ۲۰۱۶). افراد دارای نشانگان وسوسی- جبری احساس می‌کنند که هر آنچه که در ذهنشان در حال رخ دادن است، اگر به آن توجه نکنند حتماً 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 آینینی تلاش می‌کنند تا از شکل‌گیری آسیب‌ها جلوگیری کنند، اما غافل از این است که با این کار به خودپنداره خویش آسیب می‌زنند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان می‌دهد که تجربه تروماتیک دوران کودکی با شرم رابطه معناداری دارد. این یافته با پژوهش‌های لسانی و همکاران (۲۰۲۱)، کیلی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸) و زنتاگوتای تاتار و میو<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که تجربه تروماتیک دوران کودکی از جمله تجربه طرد شدن، عدم تأیید و محرومیت اجتماعی باعث نقص شدن بخشی از هویت فرد شده و سازمان Self را با نوعی خلاًناشی از پذیرفته نشدن و تأیید نشدن رو به رو می‌سازد. این خلاً 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 تنها‌یابی را انتخاب می‌کند، اما غافل از این است که این احساس انزوا و تنها‌یابی 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 تجربه تروماتیک دوران کودکی منجر به این می‌گردد تا فرد نتواند در رویدادهای گوناگون از استراتژی‌های سازگارانه تنظیم هیجانی استفاده نماید. فرد دائماً 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). تجربه تروماتیک دوران کودکی عموماً 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 تجربه تروماتیک دوران کودکی با شدت نشانگان وسوسی- 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 آن که هنوز شخصیت انسان به درستی و کامل شکل نگرفته است، کودک بسیار در برابر رخدادهای پیرامونش آسیب‌پذیر است. تجربه تروماتیک

1. Weingarten

2. Hennig-Fast

3. Kealy

4. Szentágotai-Tátar & Miu

دوران کودکی عموماً 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 ترموماتیک دوران کودکی باعث از دست رفتن اعتبار درونی فرد نیز می‌گردد، زیرا وی در برابر فرد متباور توانی برای کنترل اوضاع ندارد و کل باورهایش ناگهان فرو می‌ریزد. از دست رفتن این اعتبار منجر به شکل‌گیری یک خلاً 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 ترموماتیک 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، بنابراین با انجام رفتارهای افراطی تلاش می‌کند تا موقعیت‌های پیرامونش به صورتی کاملاً صحیح و دقیق اتفاق افتاده و احتمال اشتباه به حداقل برسد. این رفتارهای افراطی فرد را در برابر ابتلا به نشانگان وسوسی- جبری آسیب‌پذیر کرده و به مرور زمان آن قدر زیاد می‌شود که فرد تنها راه دستیابی به آرامش را انجام این رفتارهای وسوسی 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 با رفتار خود را متوقف می‌نماید که یک احساس درونی به وی بگوید: "کافی است". افرادی که سبقه‌ای از تجارب ترموماتیک دارند، به دلیل احساس خلاً 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 دائمًا تلاش می‌کنند تا با انجام رفتارهایی به این احساس رضایت برستند؛ زیرا در درون خود پیامی درخصوص تکمیل شدن کارها یا کافی بودن رفتارها و اعمال دریافت نمی‌کنند، پس نمی‌توانند جلوی این رفتارها و افکار را گرفته و به اختلال وسوسی- جبری مبتلا می‌گردند.

پژوهش حاضر با نشان دادن نقش واسطه‌ای شرم در میزان اثر تجارب ترموماتیک دوران کودکی، نشانگان وسوسی- جبری را پیش‌بینی می‌کنند. بنابراین، مداخلاتی مبتنی بر معروف پیشگیری‌هایی در رابطه با سبک فرزندپروری والدین و اهمیت دوران کودکی فرزندان در جهت کاهش تجارب ترموماتیک 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 وسوسی- جبری کمک کند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج آن مورد توجه قرار بگیرد. برای مثال یکی از محدودیت‌های این پژوهش این است که نمونه پژوهش به علت شیوع کرونا ویروس و اعمال فاصله اجتماعی به صورت پرسشنامه اینترنتی گرفته شده 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 مرفوع 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 انتهای 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؛ دزکام، م؛ ثقةالسلام، ط (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۹(۴)، صص. ۲۷۵-۲۸۲.
- حسینی، ک؛ سلیمانی، ا (۱۳۹۸). نقش تمیزی تروما کودکی و تحریف‌های شناختی در تبیین علائم بالینی اختلال وسوسی- جبری. مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۵۴)، صص. ۱۷-۲۶.
- راجزی اصفهانی، س؛ متقی‌پور، ئ؛ کامکاری، ک؛ ظهیرالدین، ع؛ جان‌بزرگی، م (۱۳۹۰). پایابی و روانی نسخه فارسی مقیاس وسوسی- اجرایی یل-برآون. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷(۴)، صص. ۲۹۷-۳۰۳.
- 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.
- 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 روان‌شناسی، ۲۰(۹۷)، صص. ۷۷-۸۷.

- 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](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](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-Tátar, 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-Tátar, 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](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>
- Weingarten, 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>.