

The Effect of Childhood Psychological Maltreatment on Obsessive-compulsive Symptoms in Nonclinical Population: the mediating roles of the responsibility and cognitive fusion

Basharpoor, S., Herangza, *M.

Abstract

Introduction: This research aimed to investigate the predictive role of childhood psychological maltreatment by responsibility and cognitive fusion in obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical population.

Method: The research design was correlational and statistical population comprised students of Shiraz University in the 2018-2019 academic year. A number of 306 subject (145 males and 161 females) were selected using the randomized multi-stage cluster sampling method. The measures were collected by Psychological Maltreatment Inventory, the Cognitive Fusion Scale (CFQ), the Responsibility Attitude Scale (RAS) and The Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI). Obtained data were analyzed using the structural equation modeling.

Results: Result showed that responsibility and cognitive fusion were relatively mediator in the relationship between childhood psychological maltreatment subscale (emotional non-responsiveness, rejection / frightenment, overcoming / inflexibility) with obsessive-compulsive symptoms. There was an direct and significant impact between childhood psychological maltreatment subscale (emotional non-responsiveness, rejection / frightenment, overcoming / inflexibility) with obsessive-compulsive symptoms.

Conclusion: In order to decrease the obsessive thoughts and ritualistic behaviors in individuals with obsessive-compulsive symptoms, therapists need on the one hand, to review and evaluate the unpleasant experiences of childhood and, on the other hand, beside cognitive and retrospective challenging seek to reduce their beliefs of responsibility and cognitive fusion.

Key words: childhood psychological maltreatment, cognitive fusion, responsibility obsessive-compulsive symptoms, nonclinical population.

تأثیر بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی بر علائم وسواس در یک جمعیت غیربالینی: نقش میانجی گر مسئولیت پذیری و همجوشی شناختی

سجاد بشرپور^۱، محمد هرنگزا^۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۲۰

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی با میانجی‌گری متغیر مسئولیت پذیری و همجوشی شناختی در پیش‌بینی علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی بود.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی و جمعیت مطالعه دانشجویان سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ دانشگاه شیراز بودند. تعداد ۳۰۶ نفر (۱۴۵ پسر و ۱۶۱ دختر) با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس‌های بدرفتاری روانشناختی، همجوشی شناختی و پرسشنامه‌های نگرش مسئولیت‌پذیری و وسواسی - اجباری مادزلی جمع‌آوری شدند. داده‌های حاصل با روش مدل معادلات ساختاری بررسی شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی در رابطه‌ی میان مؤلفه‌های بدرفتاری روانشناختی (عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی، طرد کردن / ترساندن، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن) با علائم وسواسی به‌طور سهمی میانجی شده‌اند. همچنین، بین مؤلفه‌های بدرفتاری روانشناختی (عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی، طرد کردن / ترساندن، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن) با علائم وسواسی تأثیر مستقیم و معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: درمان‌گران به منظور کاهش باورها و آیین‌های وسواسی باید از یک‌سو تجربیات ناخوشایند دوران کودکی افراد مبتلا را بررسی و مورد ارزیابی قرار داده و از سوی دیگر ضمن چالش‌های شناختی و گذشته‌نگر به دنبال کاهش باورهای مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی باشند.

واژه‌های کلیدی: بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی، همجوشی شناختی، مسئولیت‌پذیری، علائم وسواسی، جمعیت غیربالینی.

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

بسیاری از افراد در برخی مواقع افکار ناخواسته‌ای دارند و بسیاری نیز در برخی زمان‌ها این میل را دارند که به گونه‌ای رفتار کنند که شرم‌آور یا حتی ترس‌آور است. اما عده کمی هستند که به اختلال وسواس فکری عملی^۱ دچار می‌شوند. تقریباً ۹۰ درصد افراد سالم، تجربه‌هایی از افکار، تصورات یا تکانه‌های ناخواسته دارند که از نظر محتوا و شکل با تجارب افراد مبتلا به وسواس تفاوتی ندارد، اما تفسیر و برداشت بیماران مبتلا به وسواس از افکار ناخواسته است که افکار ناخواسته طبیعی را از افکار ناخواسته وسواسی متمایز می‌کند (۱).

اختلال وسواس فکری عملی در چهارمین راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی^۲ در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار گرفته بود، اما در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۳، این اختلال در طبقه جداگانه‌ای با عنوان اختلالات وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط با آن قرار داده است (۲). اختلال وسواس فکری عملی اختلال شدید و مزمنی است که به وسیله‌ی افکاری تکراری و مقاوم یا اجبارها و رفتارهای تکراری و یا هر دوی آنها تشخیص داده می‌شود. افکار وسواسی ناخواسته هستند و در اکثر افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کنند. افراد سعی می‌کنند که این افکار ناخواسته را نادیده بگیرند یا آنها را سرکوب کنند، یا با فکر یا عمل دیگری آنها را خنثی کنند. شیوع این اختلال در طول زندگی بین ۱ تا ۲ درصد جمعیت برآورده شده و در میان زنان شایع‌تر است (۳).

یکی از عوامل زمینه ساز علائم وسواس می‌تواند بدرفتاری با کودک در محیط خانواده از سوی افراد خانواده یا نزدیکان به صورت بدرفتاری جسمی^۴، جنسی^۵، عاطفی^۶ و یا مسامحه در مورد کودک^۷ (۴) باشد که مشکلات متعددی در شکل گیری ساختار نظام روانشناختی فرد و به تبع آن در عملکرد او در بزرگسالی به وجود آورد (۵). بدرفتاری با کودکان عبارت است از انجام هر رفتاری در مورد کودک و یا غفلت از وی

که باعث آسیب قابل ملاحظه جسمانی یا روانشناختی گردد و سلامت کودک را مورد تهدید قرار دهد (۶). از بین انواع بدرفتاری‌های دوران کودکی بدرفتاری‌های روانشناختی و عاطفی شیوع بیشتری داشته و زمینه را برای انواع اختلالات روانی فراهم می‌کند (۷، ۸). بدرفتاری‌های روانشناختی به اعتقاد برخی پژوهشگران اثرات منفی بیشتر و بلندمدت‌تری را در پی دارند (۹، ۱۰، ۱۱). با این وجود، متون علمی موجود درباره تأثیرات بلندمدت آن در دوران کودکی در مقایسه با سایر بدرفتاری‌های دوران کودکی بسیار کمتر است (۱۲) و سازمان‌های حمایت از کودک در مورد بدرفتاری‌های روانشناختی دوران کودکی در مقایسه با بدرفتاری‌های جسمی و جنسی کمتر مداخله می‌کند (۱۳). بیان یک تعریف جامع از بدرفتاری‌های روانشناختی بسیار دشوار است و به اعتقاد برخی پژوهشگران شامل استفاده افراطی از عبارت‌های تحقیرآمیز، تهدیدهای کلامی، سرزنش کردن، ریشخند کردن و تهدید علیه کودک می‌باشد تا جایی که بهداشت روانی وی به خطر افتد (۷). در پژوهشی که توسط مگلیون، کاپوتی، موریتی و ساینی (۱۴) انجام گرفت، نشان دادند که بدرفتاری با کودکان و نوجوانان پیامدهای روان‌پزشکی (مانند رفتارهای ضداجتماعی و افسردگی) به مراتب بدتری را در مقایسه با افرادی که آسیب‌پذیری ژنتیکی نسبت به رفتارهای ضداجتماعی و افسردگی را دارند، به دنبال دارد. همچنین در پژوهش‌های مختلف پیامدهای شدید، پایدار و بلندمدت روانشناختی مانند افسردگی (۱۵)، ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی در بزرگسالی (۱۶)، اختلالات شخصیت (۱۸)، اختلالات خوردن، اختلالات خلقی، اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی، عزت‌نفس پایین (۱۹-۲۲)، بازداری هیجانی، بی‌ارزشی، خشم و احساس حقارت (۲۳، ۲۴)، افزایش آسیب‌پذیری به اختلال وسواسی - جبری (۲۵) در مورد بدرفتاری‌های روانشناختی را گزارش کرده‌اند. با این وجود که در برخی مطالعات نشان داده شده است که بدرفتاری‌های روانشناختی کودکی با آسیب‌پذیری‌های روانشناختی از جمله رفتارهای وسواسی در بزرگسالی ارتباط معنی‌دار دارد؛ هنوز درباره مکانیسم توجیه کننده این رابطه هیچ اتفاق نظری وجود ندارد و همچنین در هیچ پژوهشی به نقش مؤلفه‌های بدرفتاری روانشناختی در ارتباط با علائم وسواسی - جبری در نمونه‌های غیربالینی

1. obsessive-compulsive disorder(OCD)
2. DSM-IV
3. DSM-5
4. physical abuse
5. sexual abuse
6. emotional abuse
7. neglect child

که در قالب یک مدل توسط هرنگ‌زا و گودرزی (۳۸) انجام شد، مسئولیت‌پذیری تا حدی بین باورهای فراشناختی و علائم وسواس واسطه قرار گرفت. بنابراین در این پژوهش، نقش مسئولیت‌پذیری به عنوان متغیر میانجی‌گر بررسی شده است.

همجوشی شناختی یکی دیگر از باورهای غیرمنطقی و تحریفات شناختی است که در این پژوهش، به عنوان متغیر میانجی‌گر در نظر گرفته شده است که می‌تواند متأثر از تجارب بدرفتاری‌های دوران کودکی بوده و به دنبال آن بر علائم وسواس تأثیرگذار باشد. همجوشی شناختی به این موضوع اشاره دارد که فرد به نحوی تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که انگار کاملاً واقعی هستند و باعث می‌شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری نشان دهد (۳۹). در واقع، همجوشی شناختی مفهومی شناختی و اجتماعی است و چنان شخص را سردرگم می‌کند که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخصی قلمداد شده و دیگر از تجارب واقعی فرد قابل تشخیص نیستند (۴۰، ۴۱). همجوشی شناختی از متغیرهای تازه و اثرگذار در روانشناسی است. به همین دلیل تعداد و تنوع پژوهش‌های انجام شده در رابطه با آن اندک است. گیلاندرز، آشلیق، مارگارت و کیرستن (۳۹) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که همجوشی شناختی با اختلالات روانی مرتبط است و افرادی که همجوشی شناختی در آنها بالا باشد بیشتر مستعد اختلالات روانی خواهند بود. نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که همجوشی شناختی در علائم افسردگی و اضطراب، استرس، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، نشخوار فکری (۴۲)، کیفیت زندگی، افسردگی بین زوجین، امید به زندگی (۴۰)، نارضایتی از بدن و آسیب‌شناسی روانی خوردن (۴۳)، کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی (۴۵)، اضطراب بین افراد (۴۶) و علائم وسواسی‌جبری (۴۷) نقش دارد. با این وجود، مکانیسم تأثیر نقش همجوشی شناختی در علائم وسواسی - جبری در قالب یک مدل به خوبی توجیه نشده است و در پژوهش‌ها به نقش پیش‌بین تجارب بدرفتاری‌های دوران کودکی در همجوشی شناختی پرداخته نشده است.

بنابراین، با توجه به این‌که عواملی که زمینه ساز علائم وسواس بوده و در نهایت منجر به افزایش علائم وسواس

پرداخته نشده است. بنابراین در این پژوهش یکی از عواملی که می‌تواند علائم وسواس را تحت تأثیر قرار دهد، «بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی»^۱ در نظر گرفته شده است.

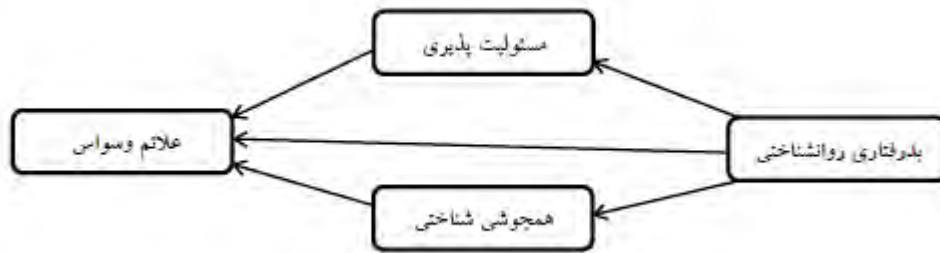
برخی پژوهشگران که در صدد آن بوده‌اند تا براساس نظریه‌های شناختی و مکانیسم‌های شناختی، ارتباط بین تجارب بدرفتاری‌های دوران کودکی و اختلالات روانشناختی بعدی را تبیین کنند (۲۶، ۲۷)، معتقدند که اثرات بدرفتاری‌های روانشناختی دوران کودکی ممکن است در آسیب‌شناسی روانی بعدی، با ایجاد آسیب‌پذیری شناختی (در این پژوهش: مسئولیت‌پذیری^۲، همجوشی شناختی^۳) تعدیل شود (۲۸، ۲۹). مدل‌های متعددی نیز گزارش کرده‌اند که تجربه‌های بدرفتاری می‌تواند در ایجاد آسیب‌پذیری‌های شناختی نقش داشته باشند (۳۰).

یکی از باورهای شناختی آسیب‌پذیر، باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی است که در تجربه‌ی مسائل وسواسی مهم است (۳۱) و در پژوهش‌های مختلف، مسئولیت‌پذیری نقش علیت و پیش‌بین را برای اختلال وسواسی - جبری و یا علائم آن را دارد (۳۲-۳۶). سالکوسکیس معتقد است، زمانی که افکار ناخواسته و مزاحم، باورهای ناکارآمد درباره‌ی میزان مسئولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را راه می‌اندازد، فراوانی و شدت آنها را افزایش می‌دهد. از نظر او این باورها نقش بسزایی در افزایش مسائل وسواسی دارند، چرا که باعث ایجاد پیش‌بینی‌های منفی درباره‌ی افکار (مانند داشتن چنین افکاری بدین معناست که من می‌خواهم آنها را انجام دهم) و به دنبال آن باعث ایجاد این باور می‌شود که فرد برای جلوگیری از این رفتار در رابطه با افکارش باید عملی انجام دهد (فعالیت‌های خنثی‌ساز از قبیل جستجوی ایمنی، فرونشانی، اجتناب و اعمال اجباری) اما چنین راهبردهایی موفقیت‌آمیز نبوده و یا گاهی راه‌انداز یا رهاساز افکار مداخله‌گری می‌شود که باید بازداری شود (۳۷). با اینکه نقش مسئولیت‌پذیری در اختلال وسواسی - اجباری دخیل دانسته شده است و در پژوهش‌ها تأیید شده است ولی در پژوهش‌ها در قالب یک مدل جهت مفهوم‌سازی علائم وسواس کمتر در نظر گرفته شده است. در یکی از پژوهش‌ها

1. childhood psychological maltreatment
2. responsibility
3. cognitive fusion

کننده علائم وسواس به دنبال بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی با مدل فرضی زیر را بی آزمایش (شکل ۱).

می‌شود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ پژوهش حاضر قصد دارد یک مدل ساختاری از مکانیسم‌های پیش‌بینی



شکل ۱) مدل فرضی تأثیر بدرفتاری روانشناختی بر علائم وسواس با نقش میانجی‌گر مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی

روش نمونه اضافه شد و بنابراین مجموعاً ۳۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. در نهایت، پرسشنامه‌های ۲۴ شرکت‌کننده به دلیل نقص، حذف و پرسشنامه‌های ۳۰۶ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد.

ابزار

۱. مقیاس بدرفتاری روانشناختی (AMI-24): یک ابزار خود گزارشی ۲۴ گویه‌ای گذشته‌نگر از حوادث مربوط به بدرفتاری‌های استرس‌زای گذشته می‌باشد که توسط کوتر و مسمن مور در سال ۲۰۱۴ ساخته شد (۴۸). در ابتدا این ابزار دارای ۵۷ گویه بوده است اما بعد به ۵ عامل اصلی تقلیل یافته است. عوامل مذکور شامل عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی، طرد کردن / ترساندن، غیراخلاقی / صادقانه نبودن، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن و منزوی‌سازی می‌باشد. پاسخ‌دهندگان در یک طیف ۵ نمره‌ای کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق=۵ به آن پاسخ می‌دهند (۷). ضریب همسانی درونی برای مقیاس حاضر در بین دانشجویان بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۶ بوده است (۷). در پژوهش کوتر و همکاران ضریب همسانی درونی برای مقیاس عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ۰/۹۱، برای مقیاس طرد کردن / ترساندن ۰/۸۰، برای مقیاس غیراخلاقی / صادقانه نبودن ۰/۵۸ و برای مقیاس پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر ۰/۷۰ بود (۷). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش محمدپور، نظری و فرهادی (۵۲) ۰/۸۹ بود. در پژوهش حاضر نیز برای تعیین اعتبار سازه این ابزار از روش تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. قبل از اجرای این روش جهت آزمودن کفایت نمونه‌گیری از آزمون

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و کاربردی و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی است که به منظور مورد آزمون قرار دادن مدل فرضی علائم وسواسی با هدف بررسی نقش پیش بین بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی بر علائم وسواسی در جمعیت‌های غیربالینی با در نظر گرفتن نقش متغیرهای میانجی‌گر مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل کلیه‌ی دانشجویان کارشناسی دانشگاه شیراز که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دادند. براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی، ابتدا از میان کلیه‌ی دانشکده‌های دانشگاه شیراز، پنج دانشکده (علوم تربیتی و روانشناسی، کشاورزی، الهیات و معارف اسلامی، هنر و معماری و علوم پایه) و سپس از هر دانشکده ۳ کلاس به تصادف انتخاب شد. میانگین سنی گروه نمونه ۲/۶۵ ± ۲۱/۳۷ بود که ۱۶۱ نفر (۵۲/۶۱ درصد) از آنها، دختر و ۱۴۵ نفر (۴۷/۳۸ درصد) پسر بودند. پس از توضیح مختصری در مورد اهداف پژوهش و جلب مشارکت آزمودنی از آنها خواسته شد به ترتیب مقیاس بدرفتاری روانشناختی (۴۸)، پرسشنامه همجوشی شناختی (۴۹) پرسشنامه مسئولیت‌پذیری (۳۱) و پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی (۵۰) را تکمیل کنند. با توجه به اینکه در متون مربوط به مدل‌یابی معادلات ساختاری (۵۱) پیشنهاد شده بود که برای هر مسیر ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شود، ابتدا حجم نمونه‌ای برابر ۲۵۰ نفر در نظر گرفته شد و چون احتمال می‌رفت تعدادی از پرسشنامه ناقص باشند، ۸۰ نفر به

1. psychological maltreatment inventory

می‌سند. اعتبار هم‌زمان این آزمون با پرسشنامه‌ی یادآور ۰/۵۵ گزارش شده است. سازندگان، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی باز آزمایی ۰/۹۴ را در یک دوره‌ی چهار هفته‌ای گزارش کرده‌اند. در ایران، رضایی (۵۴) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ و با دو نیمه‌سازی به کمک فرمول اسپیرمن - براون ۰/۶۳ و برای همبستگی بین پرسش‌ها در نیمه اول ۰/۸۳ و برای نیمه دوم ۰/۹۰ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ گویه‌ها و نمره‌ی کل آزمون در دامنه‌ی ۰/۹۰ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه:

۱. اغلب برای اموری که بد پیش می‌رود، احساس مسئولیت می‌کنم. ۲. اگر من در مورد امور بدی فکر کنم، این کار مانند آن است که آن امور بد اتفاق بیفتند.

۴. پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی^۵ (MOCI): این ابزار توسط راجمن و هوگسون در سال ۱۹۷۷ ساخته شد که با ۳۰ گویه‌ی دو گزینه‌ای (درست یا نادرست) با روش خود گزارشی انواع نشانه‌های وسواس فکری و عملی را در بیمارانی مبتلا به وسواس فکری و عملی مشخص کرده و اندازه می‌گیرد (۵۰). این آزمون، ابزار تشخیصی به شمار نمی‌رود، ولی ابزاری پژوهشی برای دسته‌بندی بیماران مبتلا به نشانه‌های وسواسی است. گاه از آن برای ارزیابی روند درمان بهره گرفته می‌شود. چهار طبقه عمده نشانه‌ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می‌شوند، عبارتند از: وارسی^۶، شستشو^۷، کندی^۸، شک و تردید^۹. نمره آزمون بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود که بیانگر وجود علائم وسواسی اجباری بیشتر است. پایایی آزمون به طور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸۰ است. حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می‌باشند (۵۰). در ایران، دادفر (۵۵) اعتبار هم‌گرایی آن با مقیاس وسواسی - اجباری یل براون را (۰/۸۷) و پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ گزارش نمود. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی این ابزار از روش همسانی درونی استفاده شده است. در این روش، ساخت درونی آزمون بررسی می‌شود. ملاک مورد استفاده برای همسانی درونی، نمره‌ی کل آزمون است. نتایج نشان داد که

KMO^۱ استفاده گردید که مقدار این شاخص، قابل قبول (۰/۷۷) و همچنین مقدار آزمون کرویت بارتلت^۲ نیز معنادار بود (۰/۰۰۳). عوامل براساس مقادیر ویژه و نمودار اسکری تعیین شد که در نهایت مطابق با مقیاس اصلی، پنج عامل را نشان داد؛ به طوری که این ساختار توانست بیش از ۶۲ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین کند. همچنین، در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ در حد قابل قبول تا عالی به دست آمد.

۲. مقیاس همجوشی شناختی^۳ (CFQ): این ابزار توسط گیلاندرز و همکاران در سال ۲۰۱۴ برای سنجش همجوشی شناختی افراد تهیه شده و دارای ۷ گویه در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای می‌باشد (۴۹). در نمره گذاری ابزار، نمره ۱ برای همیشه درست و به ترتیب تا نمره ۷ برای هرگز درست نیست، تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات این ابزار بین ۷ تا ۴۹ خواهد بود. اعتبار این مقیاس توسط گیلاندرز و همکاران در کارهای پژوهشی و بالینی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند (۴۹). ضریب همبستگی مقیاس با مقیاس تعهد و پذیرش و مقیاس ذهن‌آگاهی ساوتمتون به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. اکبری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند (۵۳). نتایج پژوهش زارع نشان داد مقیاس از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد (۴۲). در این پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

۳. پرسشنامه نگرش مسئولیت‌پذیری^۴ (RAS): این ابزار توسط سالکوسکیس و همکاران ساخته شده است (۳۱). ابزاری خود گزارشی است که باورهای فرد را درباره‌ی مسئولیت‌پذیری می‌سنجد. این ابزار ۲۶ گویه دارد و آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با هر گویه در یک مقیاس هفت درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۷ = کاملاً موافقم) بیان می‌کنند. این ابزار نگرش‌های کلی مسئولیت‌پذیری را

5. Maudsley obsessive compulsive inventory

6. checking

7. washing

8. retardation

9. doubt

1. Kaiser - Meyer-Olkin measure of sampling adequacy

2. Bartlett test of sphericity

3. cognitive fusion scale

4. responsibility attitude scale

و به منظور تحلیل یافته‌ها از مدل معادلات ساختاری توسط نرم‌افزار AMOS استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول ۱ ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش براساس آزمون پیرسون جهت بررسی ارتباط بین متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول (۱) ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
۵/۱۸	۱۸/۶۲									۱
۴/۸۳	۱۵/۵۳								۰/۳۷**	۲
۶/۳۱	۱۰/۴۹							۰/۴۸**	۰/۴۶**	۳
۴/۷۳	۱۴/۱۸						۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۶۱**	۴
۴/۴۶	۱۲/۶۱					۰/۴۱**	۰/۳۴**	۰/۵۹**	۰/۴۷**	۵
۱۳/۵۳	۷۱/۳۸				۰/۵۸**	۰/۶۹**	۰/۵۴**	۰/۷۳**	۰/۷۷**	۶
۶/۲۷	۲۶/۶۴			۰/۳۱**	۰/۱۱	۰/۳۴**	۰/۰۷	۰/۴۳**	۰/۳۸**	۷
۲۵/۱۳	۱۱۲/۴۲		۰/۴۸**	۰/۴۶**	۰/۱۴*	۰/۴۷**	۰/۰۸	۰/۴۴**	۰/۴۳**	۸
۷/۲۷	۱۴/۵۴	۰/۴۳**	۰/۴۱**	۰/۳۳**	۰/۱۱	۰/۳۱**	۰/۰۹	۰/۳۹**	۰/۴۴**	۹

۰/۰۱ < P < ** ۰/۰۵ * P < ۱. عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ۲. طرد کردن / ترساندن ۳. غیراخلاقی / صادقانه نبودن ۴. پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن ۵. منزوی‌سازی ۶. مقیاس کل بدرفتاری روانشناختی ۷. همجوشی شناختی ۸. مسئولیت‌پذیری ۹. علائم وسواس

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، از بین مؤلفه‌های بدرفتاری روانشناختی به ترتیب مؤلفه‌های عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ($r = ۰/۴۴, P < ۰/۰۱$)، طرد کردن / ترساندن ($r = ۰/۳۹, P < ۰/۰۱$) و پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن ($r = ۰/۳۱, P < ۰/۰۱$) بیشترین ارتباط را با علائم وسواس داشتند. همچنین ارتباط معناداری بین همجوشی شناختی با علائم وسواس ($r = ۰/۴۱, P < ۰/۰۱$) و مسئولیت‌پذیری با علائم وسواس ($r = ۰/۴۳, P < ۰/۰۱$) وجود دارد. براساس روابط معنادار فوق، نقش میانجی‌گری مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی با استفاده از مدل معادلات ساختاری بررسی شد. در ابتدا پس از طراحی مدل در نرم‌افزار ایموس و با توجه به ضرایب مسیر، اثرات مستقیم متغیرها بررسی شد. با توجه به اینکه اثرات مستقیم غیراخلاقی / صادقانه نبودن و منزوی‌سازی روی علائم وسواس معنادار نبود؛ این مسیرها حذف و مدل مجدداً اصلاح شد و مورد بررسی قرار گرفت و شاخص‌های برازش مدل محاسبه گردید (جدول ۲).

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، از بین مؤلفه‌های بدرفتاری روانشناختی به ترتیب مؤلفه‌های عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ($r = ۰/۴۴, P < ۰/۰۱$)، طرد کردن / ترساندن ($r = ۰/۳۹, P < ۰/۰۱$) و پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن ($r = ۰/۳۱, P < ۰/۰۱$) بیشترین ارتباط را با علائم وسواس داشتند. همچنین ارتباط معناداری بین همجوشی شناختی با علائم وسواس ($r = ۰/۴۱, P < ۰/۰۱$) و مسئولیت‌پذیری با علائم وسواس ($r = ۰/۴۳, P < ۰/۰۱$) وجود دارد. براساس

جدول (۲) شاخص‌های نیکویی برازش مدل اصلاح شده

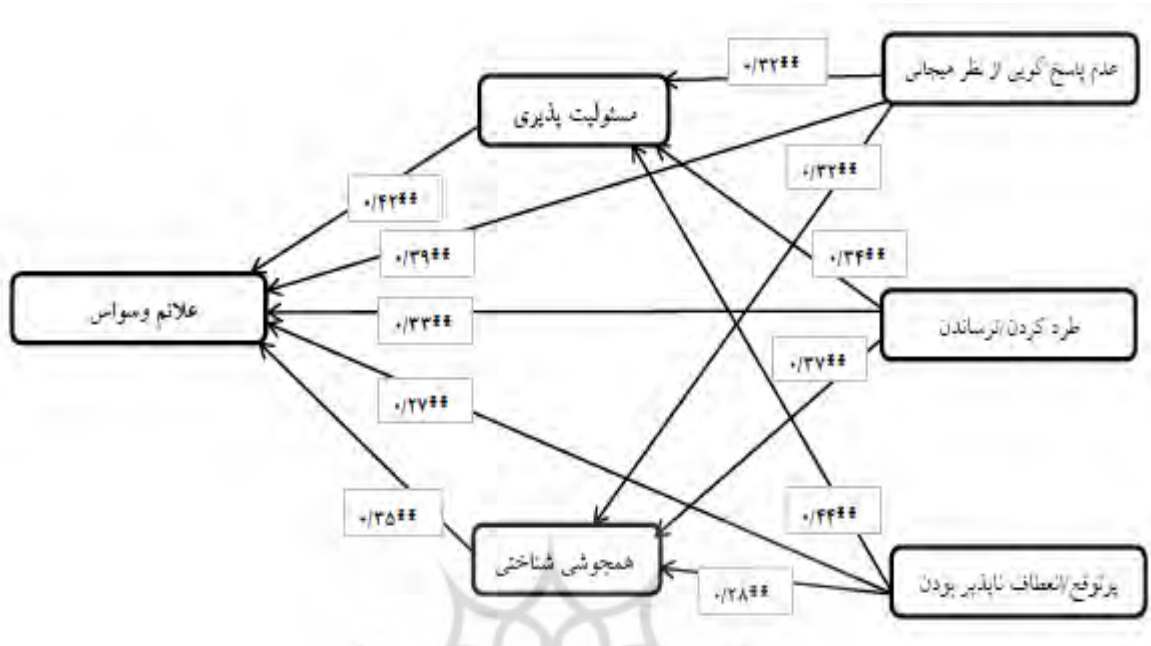
ویژگی‌های برازندگی	مقدار	حد مجاز
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۱	بالاتر از ۰/۹
شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)	۱	بالاتر از ۰/۸
شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	۰/۹۸	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
شاخص توکر - لویس (TLI)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۴	کمتر از ۰/۸

یافته‌ها نشان داد که شاخص جذر میانگین مجذور خطای تقریب کمتر از ۰/۰۸ است و سایر شاخص‌های نشان داده

نتایج حاصل از این تحلیل نشان داد که مدل نهایی از برازش مطلوبی برخوردار است (جدول ۲). بدین شکل که

روابط بین متغیرها را تبیین کرد. شکل ۲ مدل اصلاح شده نهایی به همراه ضرایب مسیر را نشان می‌دهد.

شده در جدول ۲، هر چه به ۱ نزدیک‌تر باشند نشان از برازش مطلوب مدل خواهد بود. بنابراین، می‌توان مدل اصلاح شده را یک مدل مطلوب در نظر گرفت و براساس آن



شکل ۲) مدل نهایی پس از اعمال تغییرات بر مبنای شاخص‌های ایموس

شده است. در مدل‌های تحلیل مسیر در صورتی که مسیرهای مستقیم و میانجی گر هر دو معنادار باشند، یک میانجی‌گری نسبی^۲ رخ داده است و در صورتی که تنها مسیرهای میانجی‌گری معنادار باشند، شاهد میانجی‌گری کامل^۳ خواهیم بود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون بوت استرپ می‌توان گفت که نقش میانجی‌گری مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی در رابطه بین بدر رفتاری روانشناختی و علائم وسواس معنادار است.

نتایج تحلیل مسیر نشان داد که عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی، طرد کردن / ترساندن، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن به ترتیب با ضرایب تأثیر (۰/۳۹، ۰/۳۳ و ۰/۲۷) در سطح معناداری ($P < 0.01$) توانستند، علائم وسواس را پیش‌بینی کنند. از طرفی دیگر، مسئولیت‌پذیری توسط عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ($\beta = 0.32, P < 0.01$)، طرد کردن / ترساندن ($\beta = 0.34, P < 0.01$)، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن ($\beta = 0.37, P < 0.01$) و همجوشی شناختی نیز توسط عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ($\beta = 0.32, P < 0.01$)، طرد کردن / ترساندن ($\beta = 0.37, P < 0.01$)، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن ($\beta = 0.28, P < 0.01$) پیش‌بینی شد. همچنین، ضریب مسیر مربوط به نقش مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی در پیش‌بینی علائم وسواس به ترتیب ($\beta = 0.42, P < 0.01$) و ($\beta = 0.35, P < 0.01$) بود.

با توجه به اینکه فرض مهم مدل مورد بررسی وجود مسیرهای میانجی‌گر و غیر مستقیم بود؛ با استفاده از روش بوت استرپ^۱ این فرض بررسی شد که نتایج حاصل از بوت استرپ برای مسیرهای میانجی‌گر در جدول ۳ نشان داده

2. Partial Mediation
3. Full Mediation

1. Bootstrap

جدول ۳) نتایج آزمون بوت استراپ برای مسیرهای غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان	اثرات غیرمستقیم
عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی	مسئولیت‌پذیری	علائم وسواسی	-۰/۳۴۱	-۰/۲۶۲	۰/۹۵	۰/۱۶۳
طرد کردن / ترساندن	مسئولیت‌پذیری	علائم وسواسی	-۰/۴۲۳	-۰/۱۲۱	۰/۹۵	۰/۱۲۷
پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن	مسئولیت‌پذیری	علائم وسواسی	-۰/۰۳۲	-۰/۱۵۶	۰/۹۵	۰/۱۰۴
عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی	همجوشی شناختی	علائم وسواسی	-۰/۳۲۴	-۰/۲۷۱	۰/۹۵	۰/۱۶۷
طرد کردن / ترساندن	همجوشی شناختی	علائم وسواسی	-۰/۲۸۶	-۰/۱۷۱	۰/۹۵	۰/۱۹۱
پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن	همجوشی شناختی	علائم وسواسی	-۰/۰۰۴	-۰/۱۲۳	۰/۹۵	۰/۱۱۳۵

بحث

در این پژوهش نقش پیش‌بین بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی در علائم وسواسی با میانجی‌گری مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی بررسی شد. نتایج نشان داد که متغیر مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی در بررسی نقش پیش‌بین بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی در علائم وسواسی به‌طور سهمی واسطه شده است. با وجود این، سه مؤلفه‌ی بدرفتاری روانشناختی (عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی، طرد کردن / ترساندن، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن) به‌طور مستقیم با علائم وسواسی رابطه‌ی معناداری نشان دادند. همینگز و همکاران (۲۵) پس از مقایسه‌ی افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری با گروه کنترل (شرکت‌کنندگانی که هیچ تشخیص روان‌پزشکی دریافت نکرده بودند) دریافتند که بین دو گروه از لحاظ تروماهای دوران کودکی تفاوت‌هایی وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری تروماهای بیشتری به شکل غفلت و سوءاستفاده‌ی عاطفی را گزارش کردند. یافته‌ی پژوهش حاضر نیز همسو با یافته‌های همینگز و همکاران (۲۵) می‌باشد. با توجه به مفهوم نیاز به تعلق بامیستری و لیری (۵۶)، روابط بین فردی امن و پایدار برای بهزیستی و سلامت روانی کودکان ضروری است. در این دیدگاه، نادیده گرفتن و یا بدرفتاری‌های دوران کودکی به ویژه از نوع سوءاستفاده‌های روانشناختی و عاطفی (مانند مراقبین انعطاف‌ناپذیر، طرد کننده و از نظر هیجانی پاسخ‌گو نبودن) به عنوان یک استرس و تنش مزمن بین فردی شناخته شده و در بزرگسالی زمینه را برای اضطراب به ویژه علائم وسواس که تسکینی موقت بر تنش‌های مزمن است، ایجاد می‌کند.

در این پژوهش، مؤلفه‌های بدرفتاری روانشناختی (عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی، طرد کردن / ترساندن، پرتوقع / انعطاف‌ناپذیر بودن) توانستند مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی را پیش‌بینی کنند. والدینی که از نظر پاسخ‌گویی به کودکان در سطح پایینی هستند و محیطی طرد کننده ایجاد می‌کنند، به تدریج کودک باورهای درونی شده‌ی منفی نسبت به دیگران، دنیا و آینده شکل می‌دهد (۷) با انعطاف‌ناپذیری والدین و توقع افراطی زمینه را برای آسیب‌های روانی خصوصاً از نوع شناختی (مسئولیت‌پذیری، همجوشی شناختی) در بزرگسالی فراهم می‌کنند. در واقع همسو با پژوهش‌های هانکین (۲۹)، کالوت، اوره و هانکین (۳۰)، کودک در سال‌های بعد با ایجاد باورهای شناختی آسیب‌پذیر (مسئولیت‌پذیری) و باورهای غیرمنطقی (همجوشی شناختی)، اثر بدرفتاری‌های روانشناختی بر ایجاد آسیب‌های روانی بعدی را کنترل و تعدیل می‌کند. در واقع فرد می‌خواهد کنترل بیشتری بر خود و عملکرد خود داشته باشد. تبیین دیگری را که می‌توان بیان داشت، افرادی که در معرض بدرفتاری‌های روانشناختی دوران کودکی قرار گرفته‌اند، این باور را در خود رشد می‌دهند که فردی ناکارآمد و فاقد قابلیت هستند که دائماً در حال اشتباه کردن می‌باشند (۵۷) و برداشت آنها از دیگران این خواهد بود که آنها را نه تنها حمایت کننده نمی‌دانند بلکه آنها را رها کننده یا سوءاستفاده‌گر می‌دانند (۷)؛ بنابراین والدین با توقع افراطی و سبک انعطاف‌ناپذیر، زمینه را برای ایجاد باورهای مسئولیت‌پذیری آسیب‌زا و تحریفات شناختی از نوع همجوشی شناختی در سال‌های بعد فراهم می‌کنند. در این پژوهش، همجوشی شناختی توانست علائم وسواس را پیش‌بینی کند. این نتیجه همسو با یافته‌های ریومن، جاکوبی، أبرامویتز (۴۷)؛ هیز، استروسال و ویلسون (۴۵)

می‌گذارند و این‌ها خود بر علائم وسواسی - جبری تأثیر می‌گذارند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در افزایش دانش در حوزه‌های مختلف تحقیقی از جمله اختلال وسواسی جبری سهمی داشته باشد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمانگران به منظور کاهش باورها و آیین‌های وسواسی باید از یک سو تجربیات ناخوشایند دوران کودکی افراد مبتلا را بررسی و مورد ارزیابی قرار داده و از سوی دیگر ضمن چالش‌های شناختی و گذشته‌نگر به دنبال کاهش باورهای مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی باشند. اتخاذ رویکرد و دیدگاه فوق می‌تواند وضعیت درمان‌های کلی روانشناختی را به سمت درمان‌های خاص‌تر جهت دهد. این تحقیق مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی دارد که می‌توان به اجرای پژوهش در جمعیت غیربالیینی، عدم استفاده از ابزارهای دیگر جمع‌آوری اطلاعات در کنار پرسشنامه‌های خودسنجی و عدم قطعیت در مورد رابطه‌ی علی اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، در جمعیت بالینی از جمله اختلال وسواسی - جبری و اضطرابی تکرار شده و نتایج مقایسه شود، همچنین در پژوهش‌های آینده، تأثیر سایر متغیرهای شناختی و فراشناختی مؤثر بر علائم وسواس در قالب مدل در کنار بدرفتاری روانشناختی دوران کودکی مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1. Rachman S, DeSilva P. Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*. 1979; 3: 89-99.
2. Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: savalan Publications. 2013; 260-1. [Persian].
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, D.C.: American Psychiatric Pub. 2013.
4. Hager AD, Runtz MG. Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse & Neglect* 2012; 36(5): 393-403.
5. English, D., Thompson, R., White, C. R., & Wilson, D. Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment?. *Children and youth services review*. 2015; 50: 53-63.
6. Power RA, Lecky-Thompson L, Fisher HL, Cohen-Woods S, Hosang GM, Uher C, et al. The interaction between child maltreatment, adult stressful life events and the 5-HTTLPR in major depression. *Journal Psychiatry Research* 2013; 47(8): 1032-5.

می‌باشد. منطبق بر یافته‌های هیز، استروسال و ویلسون (۴۵)، زمانی که یک جایگزین بهتری (مانند راهبردهای همجوشی کمتر) برای همجوشی نباشد تا انعطاف‌پذیری را بیشتر کند، همجوشی شناختی می‌تواند ناسازگار باشد و سلامت روانشناختی را تهدید کند. برای تبیین این یافته می‌توان بیان کرد افرادی که دارای همجوشی شناختی بالایی هستند به نحوی تحت تأثیر افکارشان قرار می‌گیرند که انگار کاملاً واقعی هستند و باعث می‌شود رفتار و تجربه بر سایر منابع تنظیم رفتاری مسلط شوند و افراد نسبت به پیامد و نتایج مستقیم، حساسیت کمتری نشان دهند (۳۹). به اعتقاد گیلاندرز، آشلیق، مارگارت و کیرستن (۳۹) همجوشی شناختی زمانی اتفاق می‌افتد که افکار فرد روی عملکرد و رفتار فرد تأثیر گذاشته و موجب می‌شود، فرد به جای اینکه به فرآیند تفکر توجه کند به تولیدات تفکر توجه می‌نماید؛ افرادی که در چنین دامی گرفتار می‌شوند بیشتر مستعد افکار مزاحم و غیرقابل قبولی مانند علائم وسواس می‌شوند؛ بنابراین در محیط بیرونی با واری کردن بیشتر، به دنبال اطمینان بیشتر هستند. در تبیین دیگر، افراد درگیر در همجوشی شناختی با تجربیات‌شان با مقاومت ارتباط برقرار می‌کنند و در هنگام ظهور آن با قضاوت درستی یا نادرستی واکنش نشان می‌دهند؛ در نتیجه با رفتارهای وسواسی از روبه‌رو شدن با پیامدهای رفتاری‌شان اجتناب می‌کنند. بنابراین چنین افرادی به افکار خود به طور افراطی بها داده و با توجه به دو مفهوم انعطاف‌ناپذیری روانی و نشخوار فکری که از خصلت‌های این افراد است (۴۳)، منطقی است که زمینه را برای بروز علائم وسواسی فراهم کنند.

همچنین در این پژوهش، مسئولیت‌پذیری توانست علائم وسواسی را پیش‌بینی کند. این یافته‌ی پژوهش با یافته‌های چوی و لی (۳۴)، زو، زو، فو، یو، زو، وانگ و چاسون (۳۵)، لئونهارت و رادومسکی (۳۶) همسو می‌باشد. افراد وسواسی در واقع از باورهای مسئولیت‌پذیری به عنوان یک کارکرد جهت پیشگیری از نگرانی و خطر بهره می‌جویند؛ ولی با این وجود به طور موقت کارساز بوده و در درازمدت موجب علائم وسواس می‌شوند.

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که بدرفتاری‌های روانشناختی دوران کودکی بر مسئولیت‌پذیری و همجوشی شناختی به عنوان متغیرهای میانجی اثر

- Childhood malnutrition and maltreatment are linked with personality disorder symptoms in adulthood: Results from a Barbados lifespan cohort. *Psychiatry Research*. 2018; Volume 269, Pages 301-308.
19. Hund, A. R., & Espelage, D. L. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*. 2006; 30, 393-407.
 20. Kent, A., & Waller, G. Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2000; 20(7), 887-903.
 21. Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 39, 156-166.
 22. White, C. R., English, D., Thompson, R., & Roberts, Y. H. Youth self-report of emotional maltreatment: Concordance with official reports and relation to outcomes. *Children and youth services review*. 2015; 62, 111-121.
 23. Harper, F. W., & Arias, I. The role of shame in predicting adult anger and depressive symptoms among victims of child psychological maltreatment. *Journal of Family Violence*. 2004; 19(6), 359-367.
 24. Krause, E. D., Mendelson, T., & Lynch, T. R. Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse & Neglect*. 2003; 27, 199-213.
 25. Hemmings, S.M.J., Lochner, C., Merwe, L., Cath, D.C., Seedat, S., Stein, D.S. BDNF Val66Met modifies the risk of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; Volume 47, Pgses 1827-1863.
 26. Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. Cognitive schemas, beliefs, and assumptions. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 121-143). San Diego, CA: Elsevier Academic Press. 2008.
 27. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: The Guilford Press. 2003.
 28. Gibb, B. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2004; 28(10), 1-21.
 29. Hankin, B. L. Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*. 2005; 29(6), 645-671.
 30. Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms
 7. Coates AA, Messman-Moore TL. A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 2014; 38(1): 103-13.
 8. Taillieu, T. L., Brownridge, D. A. & Sareen, J. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*. 2016; Volume 59, Pages 1-12.
 9. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am Journal Psychiatry*. 2006; 163(6): 993-1000.
 10. Massura, C. E. Childhood emotional maltreatment and college student adjustment: The mediating role of perceived attachment security. (Doctoral dissertation, Sint louis university). 2013.
 11. Gong, J., Chan, R.C.K. Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 2018; Volume 259, Pages 493-500.
 12. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schamas. *Child Abuse & Neglect*. 2009; 33(1): 59-68.
 13. Chamberland, C., Fallon, B., Black, T., & Trocme, N. Emotional maltreatment in Canada: Prevalence, reporting and child welfare responses (CIS2). *Child Abuse & Neglect*. 2011; Volume 35, 841-854.
 14. Maglione, D., Caputi, M., Moretti, B., Scaini, S. Psychopathological consequences of maltreatment among children and adolescents: A systematic review of the Gxe literature. *Research in Developmental Disabilities*. 2018; Volume 82, Pages 53-66.
 15. Taussig HN, Culhane SE. Emotional maltreatment and psychological function in preadolescent youth placed in out-of-home care. *Journal Aggress Maltreat Trauma* 2010; 19(1): 52-74.
 16. Ross, N.D., Kaminski, P.L., Herrington, R. From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of self-compassion and shame. *Child Abuse & Neglect*. 2019; Volume 92, Pages 32-42.
 17. Muller, L.E., Bertsch, K., Bulau, K., Herpertz, S.C. & Buchheim, A. Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a population-based study. *International Journal of Psychophysiology*. 2019; Volume 136, Pages 73-80.
 18. Hock, R.S., Bryce, C.P., Fischer, L., First, M.B., Fitzmaurice, G.M., Costa, P.T., Galler, J.R.

- Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017; Volume 6, 53-62.
43. Samadifard HR. The relationship between cognitive fusions with social anxiety among spouses. 3rd conference on psychology, educational sciences and lifestyle with international approach. Iran, Mashhad. 2016. [Persian].
44. Ines A, Trindade CF. The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eat Behavior*. 2014; 15(1): 72-75.
45. Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford. 2012.
46. Akbari, M., Mohamadkhani, S. & Zarghami, F. The mediating role of cognitive Fusion in explaining the Relationship between emotional dysregulation with anxiety and depression: A transdiagnostic Factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2016; 22(1): 17-29. [Persian].
47. Reuman, L., Jacoby, R. J., Abramowitz, J. S. Cognitive Fusion, Experiential Avoidance, and Obsessive Beliefs as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2016; Volume 9, 1-14.
48. Dillillo D, Degue S, Kras A, Di Loreto-Colgan AR, Nash CL. Participant responses to retrospective surveys of child maltreatment: Does mode of assessment matter? *Violence Vict*. 2006; 21(4): 410-424.
49. Gillanders D, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*. 2014; 45(1): 83-101.
50. Rachman S & Hodgson R. Obsessive compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*. 1977; 15: 389-95.
51. Kalantari, K.H. *Structural Equation Modeling in Social-Economic Research*. Tehran: Saba Cultural Publications. 2009. [Persian].
52. Mohamadpour S, Nazari H, Farhadi A. Predicting Depression Symptoms Following Childhood Psychological Maltreatment: The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas and Difficulties in Emotion Regulation. *Journal Mazandaran University Medicine Science*. 2016; 26(136): 85-98. [Persian].
53. Akbari M, Roshan R, Shaieri MR, Ladan F, Shabani. The development of transdiagnostic protocol based on repetitive negative thinking for treatment of people with co-occurrence anxiety and depression disorder. Dissertation. Tehran, Shahed University. 2014. [Persian].
- in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013; 41(3), 399-410.
31. Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*. 2000; 38, 347-72.
32. Arntz, A., Voncken, M., Goosen, A.C.A. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; Volume 45, Pages 425-435.
33. Niemeyer, H., Moritz, S., Pietrowsky, R. Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*. 2013; Volume 2, Issue 2, Pages 119-129.
34. Choi, S.A., Lee, J.-H. The effect of enhanced responsibility on attentional bias in obsessive-compulsive checkers. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*. 2015; Volume 6, Pages 27-32.
35. Zhu, Y., Xu, W., Fu, Z., Yu, M., Xu, Q., Wang, J., Chasson, G.S. Thought-action fusion mediates the relation between inflated responsibility and obsessive-compulsive symptoms in China: A cross-sectional structural equation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*. 2017; Volume 12, Pages 23-28.
36. Leonhart, M.W., Radomsky, A.S. Responsibility causes reassurance seeking, too: An experimental investigation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*. 2019; Volume 20, Pages 66-74.
37. Salkovskis, P. M. Obsessional-compulsive problem: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*. 1985; 23: 571- 83.
38. Herangza, M., Goudarzi, M. A. The predictor role of meta-cognitive beliefs on obsessive thoughts with mediation of taking responsibility and Intersection of thoughts in nonclinical population. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2014; Vol. 9 (No. 33), pp.57-66. [Persian].
39. Gillanders, D., Ashleigh, K.S., Margaret, M. & Kirsten, J. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adult, after cancer. *J Contextual Behavior Science*. 2015; 4: 300-311.
40. Samadifard, H. R. The relationship between self-compassion and cognitive fusion with quality of life among students. In *The International Congress of Psychology*. Iran, Tehran. 2016. [Persian].
41. Zare H. Standardizing of the social scale of cognitive fusion Gillanders based on Bohrnstedt model. *Social Psychology Research* 2014; 15(4): 16-28. [Persian].
42. Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., & Gillanders, D. Cognitive Fusion Questionnaire:

54. Privash R. The Study of responsibility, control of thoughts and dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychology master's thesis, Islamic Azad University of Arsanjan. 2003. [Persian].
55. Dadfar, M., Bolhari, J., Malakouti, K., & Bayanzade, A. Study of Obsessive-compulsive disorder symptoms. Journal of Thought and Behavior. 2005; (2): 27-32. [Persian]
56. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin. 1995; 117(3), 497-529.
57. Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T., Preacher, K. J. Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticim in adult internalizing disorder. Journal Affect Disorder. 2006; Volume 93, 71-78.

