

The Mediating Role of Attachment Styles and Negative Affect in the Relationship between Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms

Noruzi, N., Najafi, *M.

Abstract

Introduction: The objective of this study was to assess the mediating role of attachment styles and negative affect in the association between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms.

Method: The study was a descriptive-correlational approach, utilizing structural equation modeling. Among the general population, 363 people were selected through an internet survey, based on the inclusion criteria and using the convenience sampling method. The tools used in this research included the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised Foa et al, the Childhood Trauma Questionnaire Bernstein et al, the Positive and Negative Affect Scale Watson et al and the Experiences in Close Relationships Questionnaire Brennan and Morris. Structural equation modeling was used to analyze the research model.

Results: The results indicated that childhood trauma had a significant and direct link to obsessive-compulsive symptoms. In addition, attachment styles and negative affect significantly mediated the relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. Overall, the results showed that the model had good fit.

Conclusion: According to the results, individuals with a history of childhood trauma and insecure attachment styles typically experience negative emotions. It is also likely for these individuals to exhibit obsessive symptoms. In general, childhood trauma, insecure attachment styles, and negative emotions are factors that can play an important role in relation to obsessive-compulsive symptoms. Therefore, these factors should be considered when planning prevention methods and treatment programs.

Keywords: attachment styles, negative affect, childhood trauma, obsessive-compulsive symptoms.

نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی در رابطه بین ترومای کودکی با علائم وسواس فکری

— عملی

نسیم نوروزی^۱، محمود نجفی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۲۹

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی در رابطه بین ترومای کودکی با علائم وسواس فکری - عملی بود.

روش: روش پژوهش توصیفی - همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. از میان جمعیت عمومی، ۳۶۳ نفر از طریق فراخوان اینترنتی، با توجه به ملاک‌های ورود و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس تجدیدنظر شده وسواس فکری عملی فوا و همکاران، پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران، مقیاس عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران و پرسشنامه تجارب مربوط به روابط نزدیک برنان و موریس بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش از مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ترومای کودکی با علائم وسواس فکری - عملی رابطه مستقیم و معناداری داشت. همچنین، سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی در رابطه بین ترومای کودکی و علائم وسواس فکری - عملی نقش واسطه‌ای معناداری داشتند. در مجموع، نتایج نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج به دست آمده افرادی که سابقه تجربه ترومای دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی ناایمن را دارند معمولاً عواطف منفی را تجربه می‌کنند و تجربه علائم وسواسی در این افراد محتمل می‌باشد. در کل، ترومای دوران کودکی، سبک‌های دلبستگی ناایمن و عواطف منفی عواملی هستند که می‌توانند در ارتباط با علائم وسواسی-جبری نقش مهمی داشته باشند. بنابراین، این عوامل باید در طرح‌ریزی روش‌های پیشگیری و همچنین برنامه‌های درمانی مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دلبستگی، عواطف منفی، ترومای کودکی، علائم وسواس فکری - عملی.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

یکی از اختلالاتی که سازمان بهداشت جهانی آن را علت اصلی ناتوانی می‌داند، اختلال وسواسی جبری^۱ است و به دلیل پیامدهای ناخوشایند روانشناختی، امروزه مورد توجه محققان و روانشناسان قرار گرفته است. طبق مطالعه سرک و یولاس^(۱) بیشترین خطر ابتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، در سنین ۲۵-۲۰ سالگی گزارش شده است که با سنین جوانی منطبق است. خصیصه اصلی اختلال وسواسی جبری وجود افکار، تصاویر یا عقاید بسیار ناراحت‌کننده و مزاحم (وسواس) و همچنین رفتارهای اجباری، تکراری و اغلب آیینی (اجبار) است که به دلیل ماهیت شدید و مزمن بیماری، اختلال اساسی در عملکرد فرد مبتلا ایجاد می‌کند^(۲). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، شیوع ۱۳ ماهه این اختلال در ایالات متحده آمریکا برابر ۲/۱ درصد ذکر شده است. همچنین، شیوع این اختلال در سایر کشورها بین ۱/۱ تا ۸/۱ گزارش شده است. میزان شیوع آن نیز در سراسر جهان برای زنان ۱/۵ درصد و برای مردان ۱/۰ درصد برآورد شده است. وسواس یا اجبارهای مکرر باعث ایجاد ناراحتی شدید در فرد می‌شوند و به‌طور معمول در روال عادی زندگی فرد، عملکرد شغلی، فعالیت‌های اجتماعی معمول یا روابط میان‌فردی تداخل ایجاد می‌کنند^(۳).

ترومای دوران کودکی یکی از عواملی است که می‌تواند در ایجاد علائم وسواس - عملی دخیل باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی تأثیر قابل توجهی بر شکل‌گیری و پیشرفت شدت علائم وسواس فکری - عملی و همچنین الگوهای بالینی متفاوت آن دارد^(۴، ۵، ۶، ۷، ۸). ترومای دوران کودکی اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری، غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی، بی‌توجهی، آزار هیجانی و به‌تازگی خشونت خانوادگی به‌کار برده می‌شود^(۵). پدیده کودک‌آزاری را می‌توان به چهار نوع غفلت، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و سوءاستفاده هیجانی تقسیم کرد^(۹). خسروانی و همکاران^(۱۰) در پژوهشی نشان دادند که بین ترومای کودکی و علائم وسواس فکری - عملی رابطه وجود دارد. همچنین

بین ابعاد ترومای کودکی با علائم بالینی وسواس فکری - عملی رابطه معناداری وجود دارد و تجربیات سوءاستفاده دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده قدرتمند پیامدهای وخیم رفتاری و روانی - اجتماعی از جمله علائم وسواس فکری - عملی است^(۱۱). ترومای جنسی نیز با احساس آلودگی ذهنی و تشریفات شستشو مرتبط است. اما برخلاف پیش‌بینی‌ها، تجربه‌ی مستقیم ترومای جنسی با هیچ حوزه‌ای از علائم وسواس فکری - عملی مرتبط نیست؛ بلکه تجربه‌ی غیرمستقیم ترومای جنسی است که به میزان محدودی به آلودگی مربوط می‌شود^(۵). یافته‌های دیگری نیز نشان می‌دهد که رابطه‌ای که میان تجربه وقایع تروماتیک و علائم وسواس فکری - عملی وجود دارد ممکن است از تجربه غیرمستقیم تروما ناشی شود^(۱۲). بنابراین بحث در مورد ریشه اختلال وسواس در افراد، خصوصاً در دوره کودکی، باعث اهمیت توجه به متغیر دیگری به نام ترومای دوران کودکی در افراد دارای اختلال وسواسی جبری می‌شود.

اگرچه ارتباط بین ترومای دوران کودکی با علائم وسواسی جبری مورد بررسی قرار گرفته^(۱۰، ۱۳، ۱۴)؛ با این وجود، توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. یکی از مکانیزم‌های میانجی این رابطه، سبک‌های دلبستگی است. بر اساس تئوری دلبستگی بالبی^(۱۴) افراد نیاز اساسی به دریافت آرامش و حمایت از اطرافیان در مواقع استرس یا آسیب دارند. در دوران اولیه کودکی، تعامل با مراقبان اولیه و میزان همخوانی پاسخ‌های والدین با نیازهای عاطفی کودک، به عنوان طرحواره‌های ذهنی درباره خود و دیگران درونی می‌شود. کیفیت این تعاملات درونی شده، سبک دلبستگی در دوران بزرگسالی را تعیین می‌کند، که می‌تواند در دو بعد متعادل، اضطراب مرتبط با دلبستگی و اجتناب مرتبط با دلبستگی اندازه‌گیری شود^(۱۵). دلبستگی نایمن به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیر برای ایجاد آسیب‌شناسی روانی به‌طور کلی در نظر گرفته می‌شود^(۱۶) و به‌طور مستقیم با باورهای ناکارآمد و علائم وسواسی جبری مرتبط است. پژوهش‌ها نشان دادند که سبک دلبستگی نایمن آسیب‌پذیری را در برابر علائم وسواسی - جبری افزایش می‌دهد^(۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰). از سوی دیگر، عوامل متعددی از جمله ترومای دوران کودکی با سبک دلبستگی مرتبط می‌باشد. به عنوان مثال، کارنال، اوگر، مت، دمیرکول و تامام^(۲۱) دریافتند که

1. Obsessive-compulsive Disorder

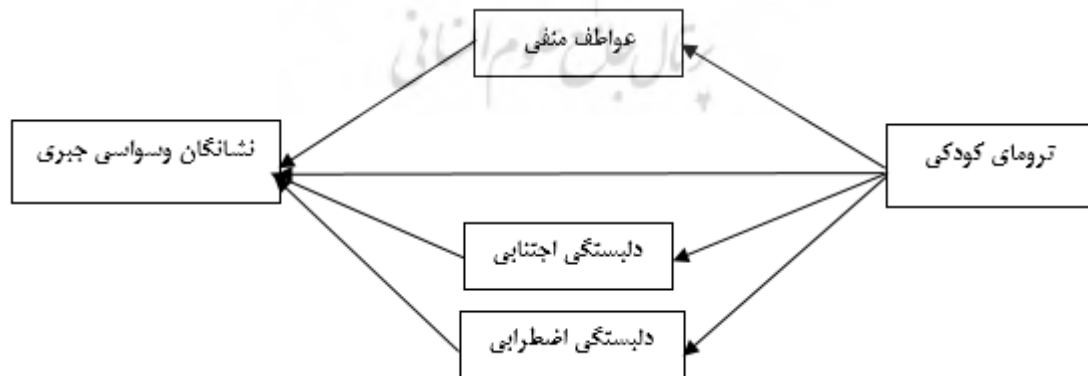
2. DSM5

رسیدند که بین سواستفاده جسمی در کودکی با پریشانی روانی و عواطف منفی رابطه وجود دارد. با این حال، مکانیسم‌هایی که از طریق آن ترومای کودکی بر علائم وسواس فکری - عملی تأثیر می‌گذارد، نیاز به بررسی بیشتر دارد.

با توجه به آنچه ذکر شد، به نظر می‌رسد افرادی که تجربه ترومای کودکی را دارند، دلبستگی نایمن و عواطف منفی بیشتری را تجربه خواهند کرد و این امر منجر به علائم وسواسی بیشتر آن‌ها خواهد شد. بنابراین، مشخص نمودن مکانیسم‌های مؤثر در اختلال وسواس فکری - عملی در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای خواهد شد. از این‌رو، با توجه به شیوع علائم وسواسی جبری و اثرات نامطلوب آن بر سلامت روان افراد و همچنین با توجه به اهمیت بررسی متغیرها و مؤلفه‌های روانشناختی و عملکردی در افراد با علائم وسواسی جبری، هدف پژوهش حاضر ارائه مدلی از نقش ترومای کودکی با میانجی‌گری سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی بر علائم وسواسی جبری است. در این مدل انتظار می‌رود ترومای کودکی تأثیر مستقیم بر علائم وسواسی جبری دارد. همچنین، ترومای کودکی از طریق سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی بر علائم وسواسی جبری اثر غیرمستقیم دارد (شکل ۱). با توجه به آنچه ذکر شد سؤال اصلی پژوهش این است که آیا مدل ارائه شده در مورد روابط بین ترومای کودکی، سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی با علائم وسواسی جبری از برآزش مطلوب برخوردار است؟

بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و سبک‌های دلبستگی ارتباط وجود دارد. نتایج مطالعه هادنی و همکاران (۱۸) نشان داد که ارتباطی بین ترومای دوران کودکی با دلبستگی نایمن مبتلایان به وسواس مشاهده می‌شود. شارما (۲۲) نیز به این نتیجه دست یافت که بین سواستفاده جسمی و جنسی در کودکی با دلبستگی اجتنابی در افراد با اختلال وسواسی جبری رابطه وجود دارد.

از دیگر متغیرهای میانجی در رابطه بین ترومای کودکی و علائم وسواسی جبری، عواطف منفی است. عواطف به عنوان یک واژه کلی، به واکنش‌های ذهنی با ظرفیت مثبت و منفی اشاره دارد که یک فرد در یک زمان خاص تجربه می‌کند. در این تعریف، عواطف به دو دسته مثبت که به لذت، عشق، رضایت و خشنودی، و منفی که به ترس، خشم و ناراحتی اشاره دارند، تقسیم می‌شود (۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که عواطف منفی با تمام علائم وسواسی - جبری از جمله شستشو، چک کردن، مرتب کردن، وسواس و خنثی‌سازی ذهنی ارتباط دارند (۲۴، ۲۵). همچنین مشخص شد که عواطف منفی نقش میانجی در رابطه بین ترومای کودکی و علائم وسواسی - جبری دارند (۲۶). از سوی دیگر، ترومای کودکی تجربه شده عواطف منفی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ در این رابطه، جین و همکاران (۲۷) دریافتند که بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و عواطف منفی ارتباط وجود دارد. نتایج مطالعه لی، لی، جان و پارک (۲۸) نشان داد که ارتباطی بین ترومای دوران کودکی با عواطف منفی مشاهده می‌شود. ژانگ و همکاران (۲۳) نیز به این نتیجه



شکل ۱) مدل مفهومی پژوهش

روش

طرح پژوهش: روش این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی (معادلات ساختاری) بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش را کلیه جمعیت عمومی بین ۱۸ تا ۶۰ سال شهر سمنان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که حجم نمونه با رجوع به راهکار کلاین (۲۹) برای مطالعاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، تعیین شد. کلاین (۲۹) مطرح می‌کند که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود؛ بنابراین در پژوهش حاضر با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها و همچنین اطمینان بالای یافته‌ها و تعمیم‌دهی بهتر، برحسب نسبت ۳۰ نفر به ازای هر متغیر، نمونه‌ای برابر با ۴۰۰ نفر، به روش در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و شرایط خروج نیز عدم پاسخگویی کامل به سؤالات پرسشنامه‌ها بود. در نهایت با حذف پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۶۳ پرسشنامه تحلیل شد.

ابزار

۱. پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری - عملی^۱: این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۱۸ گویه می‌باشد و ابزاری جهت ارزیابی علائم وسواس در جمعیت بالینی و غیربالینی است که توسط فوا و همکاران (۳۰) ساخته شده است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از هیچوقت تا بیشتر اوقات) تنظیم شده است که هر یک از سؤالات چهار گزینه‌ای به صورت (۰، ۱، ۲، ۳ و ۴) نمره‌گذاری می‌شوند. کل نمره فرد از صفر تا ۷۲ متغیر خواهد بود و نمره بالاتر بیانگر حضور بیشتر علائم وسواس در فرد است. این ابزار دارای زیرمقیاس‌های شستشو^۲، وسواس فکری^۳، نظم‌دهی^۴، واریسی^۵ و خنثی‌سازی ذهنی^۶ است. هان و همکاران (۳۱) همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی با روش آزمون - بازآزمون را

۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی، زمانی و فتی (۳۲) هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ به دست آمده است. عامری و نجفی (۳۳) همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ و خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش نمودند. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. پرسشنامه ترومای دوران کودکی: این پرسشنامه توسط برنستاین و همکاران (۳۴) دارای ۲۸ سؤال است که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند به کار می‌رود. پاسخگویی به سؤال‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) صورت می‌گیرد. این مقیاس پنج بعد سوءاستفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوءاستفاده جسمی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) و جسمی (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) را می‌سنجد. ۷ سؤال از این مقیاس (۱۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس حداقل و حداکثر نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ و ۱۲۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر است. برنستاین و همکاران (۳۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۴). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۳۵) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

۳. مقیاس عاطفه مثبت - منفی: این مقیاس توسط واتسون، کلارک و تلگن (۳۶) ساخته شد و دارای ۲۰ سؤال است و پاسخگویی به سؤال‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از

1. Obsessive-compulsive Disorder- revision (OCD-R)
2. Washing
3. Obsessing
4. Ordering
5. Checking
6. Mental Neutralizing

برای تحلیل مورد استفاده قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نیز با نرم‌افزارهای SPSS²⁶ و AMOS²²، با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و معادلات ساختاری انجام شد. جهت رعایت نکات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخگویی به سؤالات اختیاری بود. شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که اگر مایل به ادامه همکاری نبودند از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند. پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان با شناسه اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.102 مصوب گردیده است.

یافته‌ها

اعضای نمونه در میانگین سنی $28/23 \pm 7/11$ قرار داشتند. از مجموع آن‌ها، ۱۱۰ نفر مرد (۳۰/۳ درصد)، ۲۵۳ نفر زن (۶۹/۷ درصد) بودند. ۹۱ نفر تحصیلات دیپلم (۲۴/۶ درصد)، ۱۵۷ نفر لیسانس (۴۳/۳ درصد)، ۹۲ نفر فوق لیسانس (۲۵/۳ درصد) و ۲۲ نفر (۶/۱ درصد) تحصیلات دکتری داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

خیلی کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) صورت می‌گیرد. این مقیاس دو بعد عاطفه مثبت (۱۰ ماده) و عاطفه منفی (۱۰ ماده) را می‌سنجد. در پژوهش واتسون و همکاران (۳۶) ضریب پایایی درونی آن برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ گزارش شده است. اعتبار باز آزمایی آن در فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش شد. همچنین این مقیاس با ابزارهای دیگری که عواطف مثبت و منفی را می‌سنجد همبستگی بالایی نشان داده است. برای مثال همبستگی خرده مقیاس‌های عاطفه منفی و مثبت آن با پرسشنامه افسردگی بک^۱ به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۶- و با مقیاس اضطراب آشکار پرسشنامه اضطراب آشکار - نهان، به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۳۵- به دست آمده است. در پژوهش سهرابی و حسینی (۳۷) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر با ۰/۸۵ و ضریب همبستگی درونی مؤلفه‌ها در کل مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۴ به دست آمد. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای عواطف منفی ۰/۹۰ به دست آمد.

۴. مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک: این مقیاس توسط برنان و موریس (۳۸) ساخته شد و دارای ۳۶ سؤال است که پاسخگویی به سؤال‌ها براساس طیف هفت درجه‌ای لیکرت از به هیچ وجه (۱) تا بسیار زیاد (۷) صورت می‌گیرد. این آزمون خودگزارش‌دهی، دارای دو زیرمقیاس دلبستگی اضطرابی (۱۸ سؤال) و دلبستگی اجتنابی (۱۸ سؤال) است. دورون (۲۰) اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای دلبستگی اضطرابی ۰/۹۱ و دلبستگی اجتنابی ۰/۸۷ گزارش کرد که نشان‌دهنده روایی و اعتبار مطلوب ابزار است. پناغی، ملکی، ذبیح‌زاده، پشت‌مشهدی و سلطانی نژاد (۳۹) ضریب همسانی درونی دو بعد دلبستگی اجتنابی و اضطرابی به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۹ و ضریب پایایی باز آزمون بافاصله دو هفته به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۸ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: به منظور جمع‌آوری داده‌ها لینک پرسشنامه‌ها از طریق فراخوان اینترنتی در برنامه تلگرام بین افراد توزیع و جمع‌آوری شد و پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده

1. Beck Depression Inventory

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون آماره	کولموگروف-اسمیرنوف سطح معناداری
ترومای کودکی	سوءاستفاده جنسی	۲/۲۵	۳/۳۴	۰/۲۸	۰/۰۹
	سوءاستفاده جسمی	۲/۱۸	۳/۶۳	۰/۲۶	۰/۱۱
	سوءاستفاده عاطفی	۲/۷۲	۳/۵۸	۰/۲۲	۰/۱۴
	غفلت عاطفی	۱۳/۰۷	۴/۲۸	۰/۱۱	۰/۰۹
	غفلت جسمی	۶/۵۳	۳/۳۴	۰/۱۹	۰/۲۱
سبک‌های دلبستگی	اضطرابی	۶۰/۳۱	۱۹/۵۲	۰/۰۷	۰/۱۴
	اجتنابی	۶۹/۲۵	۱۲/۹۶	۰/۱۷	۰/۲۳
عواطف منفی	-	۲۰/۶۵	۸/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۰
وسواسی - جبری	-	۱۸/۵۴	۱۱/۴۵	۰/۰۸	۰/۱۹

$p > 0.05$

توجه به اینکه زیربنای تحلیل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش‌دارای توزیع نرمال بودند ($p > 0.05$). با

جدول (۲) ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۹	۱۰
۱. سوءاستفاده جنسی	—								
۲. سوءاستفاده جسمی	۰/۵۵**	—							
۳. سوءاستفاده عاطفی	۰/۵۱**	۰/۶۵**	—						
۴. غفلت عاطفی	۰/۱۵**	۰/۲۳**	۰/۲۲**	—					
۵. غفلت جسمی	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۴۷**	۰/۳۳**	—				
۶. عواطف منفی	۰/۳۳**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۱۳**	۰/۲۶**	—			
۷. دلبستگی اضطرابی	۰/۱۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۵**	۰/۴۰**	—		
۸. دلبستگی اجتنابی	۰/۱۳*	۰/۱۲*	۰/۱۴**	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۱۹**	۰/۱۴**	—	
۹. وسواسی - جبری	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۳۲**	۰/۱۰*	۰/۲۱**	۰/۵۸**	۰/۳۹**	۰/۲۱**	—

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه^۴ ($0/80$) و شاخص کرویت بارلت^۵ ($df=55$) و ($p < 0/01$) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای تحلیل مسیر بود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین - واتسون^۱ استفاده شد که مقدار آن $1/77$ به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه $1/5$ تا $2/5$ قرار دارد می‌توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل^۲ و عامل تورم واریانس^۳

4. Kaiser-Meyer-Olkin (KmO)
5. Bartlett

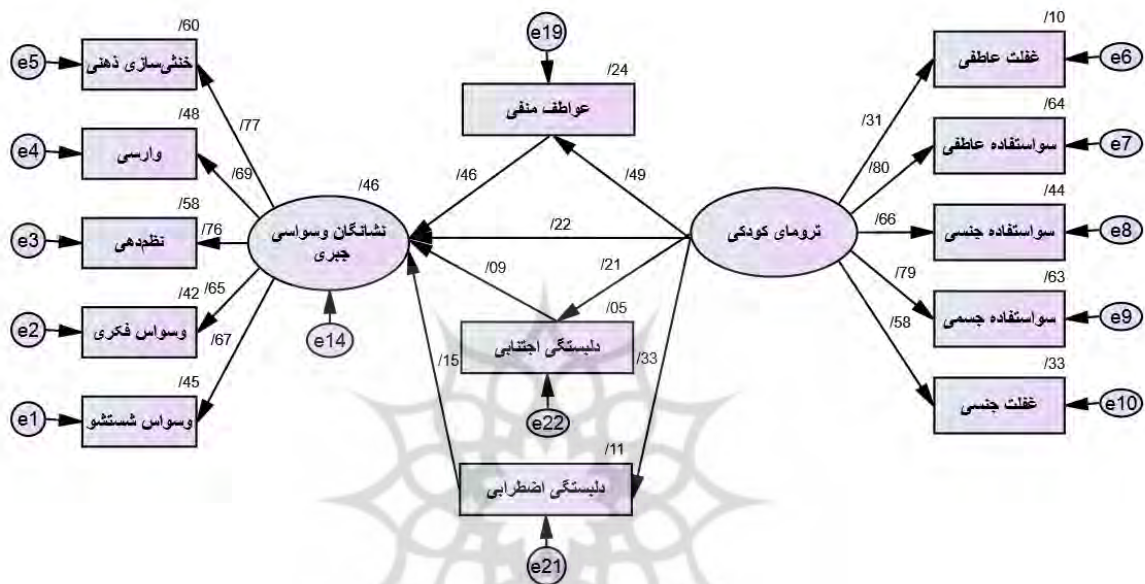
1. Durbin-Watson
2. Tolerance
3. Variance Inflation Factors (VIF)

جدول ۳) شاخص‌های برازش مدل پژوهش

PCLOSE	RMSEA	IFI	AGFI	GFI	NFI	CFI	X ² /df	شاخص برازندگی
< ۰/۰۵	۰/۰۸ <	< ۰/۹۰	< ۰/۹۰	< ۰/۹۰	< ۰/۹۰	< ۰/۹۰	۵ <	مقادیر قابل قبول
۰/۲۵	۰/۰۷	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۲	۲/۹۵	مقادیر محاسبه شده

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲) مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

نتیجه	P	C.R	SE	ضریب T	ضریب بتا	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
تأیید	۰/۰۰۲	۳/۰۶	۰/۰۹۵	۰/۲۹	۰/۲۲	وسواسی جبری	ترومای کودکی
تأیید	۰/۰۰۱	۴/۹۲	۰/۵۹	۲/۹۵	۰/۴۹	عواطف منفی	ترومای کودکی
تأیید	۰/۰۰۱	۴/۱۹	۱/۱۴	۴/۷۹	۰/۳۳	دلبستگی اضطرابی	ترومای کودکی
تأیید	۰/۰۰۱	۳/۲۱	۰/۶۴	۲/۰۵	۰/۲۱	دلبستگی اجتنابی	ترومای کودکی
تأیید	۰/۰۰۱	۷/۵۳	۰/۰۱۳	۰/۰۹	۰/۴۶	وسواسی جبری	عواطف منفی
تأیید	۰/۰۴	۱/۹۶	۰/۰۰۵	۰/۰۱۳	۰/۱۵	وسواسی جبری	دلبستگی اضطرابی
تأیید	۰/۰۰۳	۲/۹۲	۰/۰۰۶	۰/۰۱۲	۰/۰۹	وسواسی جبری	دلبستگی اجتنابی

ترومای کودکی و علائم وسواسی جبری از آزمون بوت استراپ^۱ استفاده شد.

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی در رابطه بین

1. Bootstrapping

جدول ۵) نتایج آزمون بوت استرپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیرها	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری
ترومای کودکی ← عواطف منفی ← وسواسی جبری	۰/۲۲	۰/۲۹	۰/۳۴۱	۰/۱۴۸	۰/۰۰۱
ترومای کودکی ← دلبستگی اضطرابی ← وسواسی جبری	۰/۰۱	۰/۰۴۱	۰/۱۳۶	۰/۰۹۳	۰/۰۳
ترومای کودکی ← دلبستگی اجتنابی ← وسواسی جبری	۰/۰۴	۰/۰۶۲	۰/۱۷۱	۰/۱۰۱	۰/۰۱

طبق نتایج جدول ۵، مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و مالاک بود. همچنین، سبک‌های دلبستگی، عواطف منفی و ترومای کودکی در مجموع ۴۱ درصد از واریانس علائم وسواسی جبری تبیین می‌کنند.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی در رابطه بین ترومای کودکی با علائم وسواس فکری - عملی انجام گرفت. اولین یافته تحقیق، نشان‌دهنده رابطه مستقیم ترومای کودکی و علائم وسواس فکری - عملی بود. این یافته‌ها همسو با نتایج ویسلکی و همکاران (۴)، پنکیتی و همکاران (۵)، روکیه و اربای (۶)، کروسکا و همکاران (۷)، اوجسرکیس و همکاران (۸)، کدیوری و همکاران (۴۰) و خسروانی و همکاران (۱۰) است. شواهد نشانگر رابطه بین ابعاد ترومای کودکی (غفلت عاطفی و فیزیکی، سو استفاده عاطفی، جنسی و جسمی) و علائم وسواس فکری - عملی است؛ برای مثال، پژوهش ویسلکی و همکاران (۴) نشان می‌دهد آسیب‌های بلندمدت در زمان کودکی منجر به ایجاد علائم وسواسی می‌شود. در تبیین این موارد می‌توان گفت قرار گرفتن در معرض تروما در دوران کودکی رابطه مثبت و مستقیمی با بروز علائم وسواسی جبری در بزرگسالی دارد. این رویدادها منجر به شکل‌گیری سبک‌های رفتاری می‌شود که فرد در بزرگسالی دائماً با آن درگیر است. فعال‌سازی این باورها می‌تواند بر شناخت و رفتار فرد تأثیر بگذارد و احتمال ابتلا به اختلالات روانشناختی مانند اختلال وسواسی جبری را افزایش دهد. بنابراین، در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، تروما می‌تواند نتیجه حوادث استرس‌زایی باشد که احساس امنیت فرد را از بین می‌برد و به فرد در یک دنیای خطرناک، احساس ناامنی می‌دهد. در چنین افرادی درگیر شدن در اعمال اجباری ممکن است به بازگرداندن حس کنترل از

دست رفته و کاهش آسیب‌پذیری درک شده در برابر تجربه تروما کمک کند. طبق پژوهش‌های پیشین وسواس‌ها و اجبارها در اختلال وسواسی - جبری، از آسیب دیدن بیشتر فرد جلوگیری می‌کند و در نتیجه به ایجاد و تداوم علائم این اختلال کمک می‌کند؛ در این صورت، احتمال بیشتری دارد که افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی، به دنبال قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا، علائم وسواسی - جبری را تجربه کنند.

علاوه بر این، ترومای کودکی نه تنها به طور مستقیم بلکه غیرمستقیم نیز از طریق مسیر سبک‌های دلبستگی با شدت علائم وسواسی جبری همراه است؛ به عبارتی دیگر تروما و تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی از طریق فعال‌سازی سبک‌های دلبستگی ناایمن (اضطرابی و اجتنابی)، علائم وسواسی جبری را تحت تأثیر قرار می‌دهند که با نتایج پژوهش‌های فلسفی و همکاران (۱۷)، هدنی و همکاران (۱۸)، شارما (۲۲)، ون لوون و همکاران (۱۵)، تیبی و همکاران (۱۹) و دورون (۲۰) همسو است. بر اساس نظریه دلبستگی، شکل‌گیری دلبستگی و همچنین آزارهای عاطفی و جنسی در دوران کودکی، آسیب‌پذیری برای مبتلا شدن به اختلال وسواسی جبری را ایجاد می‌کند. طبق بررسی بالینی کارتال و همکاران (۲۱) افرادی که در دوران کودکی به طور مکرر مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند، به شدت مورد انتقاد قرار می‌گیرند یا توسط افرادی که به آن‌ها وابسته هستند نادیده گرفته می‌شوند، آسیب‌هایی را تجربه می‌کنند که در شکل‌گیری دلبستگی ناایمن نقش عمده‌ای را ایفا می‌کند. افراد با دلبستگی ناایمن گرایش به تجربه عواطف منفی دارند و مقابله‌ی ضعیفی در هنگام تروما و مواجهه با افکار و تجارب آسیب‌زا دارند. نگرانی‌های مربوط به دلبستگی باعث می‌شود افراد نتوانند به طور مؤثر با رویدادهای استرس‌زا مرتبط با تروما کنار بیایند؛ زیرا تمایل دارند این وقایع را تشدید کنند و آن‌ها را فاجعه‌بار در نظر بگیرند (۲۲، ۴۱). در نتیجه، اضطراب ناشی از شکست در تنظیم احساسات و

رهایی از محرک‌های عاطفی منفی، تفکر نشخوارکننده و باورهای وسواسی را ایجاد می‌کند. به‌طور مشابه، با توجه به نظریه‌های شناختی که در رابطه با تجارب دلبستگی و اختلال وسواسی - جبری بررسی شده است، افراد در نتیجه تجربه‌های اولیه خود در کودکی، الگوهایی از خود و دیگران را درون‌سازی می‌کنند. وجود راهبردهای دلبستگی اضطرابی در افراد وسواسی - جبری می‌تواند منجر به مشکلاتی برای سرکوب افکار مزاحم شود و آن‌ها را افزایش دهد (۲۰). دلبستگی اجتنابی نیز در دسترس بودن عاطفی و توجه بیماران را در روابط بین فردی کاهش می‌دهد؛ در نتیجه، هم افراد با تجربه تروما در دوران کودکی و هم افراد با دلبستگی ناایمن، از افکار مزاحم رنج می‌برند و در فرآیندهای بازداری مشکلاتی نشان می‌دهند (۱۹). شکست در فرآیندهای بازداری می‌تواند اختکار و علائم وسواسی را افزایش دهد. این علائم بیانگر مشکلاتی در مهار احساسات و جدا شدن از محرک‌های عاطفی است که به‌نوبه خود افکار مزاحم را تقویت می‌کند. در مجموع بر اساس این یافته پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ترومای کودکی با نقش میانجی سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی با علائم وسواسی اجباری در ارتباط است، طوری که هر چقدر زمینه دلبستگی ناایمن بیشتر باشد متعاقب آن زمینه بروز علائم وسواسی - جبری یا شدت آن نیز بیشتر می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که عواطف منفی در رابطه بین ترومای کودکی و علائم وسواس فکری - عملی، نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسینی و سولماری (۲۶)، ژانگ و همکاران (۲۳)، لی و همکاران (۲۸) و جین و همکاران (۲۷) مبنی بر تأثیر مستقیم و غیرمستقیم ترومای کودکی بر عواطف منفی و علائم وسواس فکری - عملی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ترومای کودکی با افزایش عواطف منفی، رفتار وسواسی اجباری را در افراد افزایش می‌دهد و قرار گرفتن در معرض تروما، چه به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، باعث عواطف منفی و احساس گناه به دلیل عدم جلوگیری از این رویداد می‌شود که منجر به افزایش رفتارهای اجباری با هدف جلوگیری از آسیب بیشتر به خود یا دیگران می‌گردد. در حقیقت، یافته‌های فعلی نشان می‌دهد که ترومای کودکی به تنهایی جزء مهمی از آسیب‌پذیری در برابر بروز علائم وسواسی نبوده است و

عواطف منفی در این رابطه ضروری است؛ زیرا تروما و تجارب آسیب‌زا در صورتی با علائم وسواسی جبری رابطه مثبت دارد که عواطف منفی بالا باشد. بنابراین، عواطف منفی یکی از عوامل مهم در پیش‌بینی نشانه‌های وسواس است و استفاده از اجبارها به‌صورت روشی برای کاهش عواطف منفی به کار می‌رود. در این زمینه، حسینی و سولماری (۲۶) نشان دادند ترس، خشم و پریشانی روانی ناشی از تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی منجر به اجبار و رفتارهای تکراری و همچنین افکار مزاحم می‌شود. به‌طور کلی، افرادی که تجربه انواع تروما در دوران کودکی را داشته باشند، ممکن است در مورد رویداد آسیب‌زایی که اتفاق افتاده است احساس گناه کنند یا احساس مسئولیت بیش‌ازحد افراطی را تجربه کنند که در نهایت این احساسات را با درگیر شدن در اعمال اجباری جبران می‌کنند. در واقع عواطف منفی ناشی از تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی به‌عنوان یک آمادگی و عامل زمینه‌ای برای باور و رفتارهای وسواسی مطرح است و مداخلاتی که مبتنی بر ارزیابی سطوح عاطفه منفی باشد می‌تواند در بهبود علائم وسواسی - جبری می‌تواند اثربخش باشند. در راستای نتایج پژوهش حاضر، میگل و همکاران (۴۲) نشان دادند افراد وسواسی بیشتر از دیگران عواطف منفی را تجربه می‌کنند و عواطف منفی، افکار مزاحم و ناخواسته را تشدید نموده که در نهایت منجر به افزایش ناراحتی ناشی از این افکار می‌گردد. به‌طور کلی، بر اساس یافته‌های حاضر می‌توان نتیجه گرفت که ترومای کودکی، عواطف منفی و سبک‌های دلبستگی به‌عنوان تعیین‌گرهای اصلی در علائم وسواسی - جبری به شمار می‌روند؛ بنابراین، روان‌درمانگران، روانشناسان و مشاوران باید جهت درمان و کاهش علائم وسواسی - جبری، سعی در کنترل و مدیریت متغیرهای ذکر شده بکنند. این پژوهش بخشی از شکاف نظری درباره نحوه تأثیرگذاری ترومای کودکی بر علائم وسواسی جبری را پر کرده است و بر نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی در این رابطه تأکید می‌کند. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله اینکه روابط بین متغیرها همبستگی بوده و بنابراین نمی‌توان روابط به‌دست آمده را از نوع علت و معلولی تلقی کرد. همچنین، این پژوهش در جمعیت عمومی انجام شده و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

10. Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Sharifi Bastan, F., & Malayeri, S. (2020). Difficulties in emotion regulation and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current psychology*, 39(5), 1578-1588.

11. Hosseini, Katayoun and Soleimani, Ismail (2018). The role of childhood trauma and cognitive distortions in explaining the clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder. Thought and behavior in clinical psychology (thought and behavior), 14(54), 17-26. [Persian]

12. Rajabi Khamesi, S., Najafi, M., & Khosravani, V. (2021). The effect of childhood maltreatment on suicidal ideation through cognitive emotion regulation strategies and specific obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1435-1444.

13. Barzilay, R., Patrick, A., Calkins, M. E., Moore, T. M., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2019). Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth. *Depression and Anxiety*, 36(7), 586-595.

14. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression. New York, NY: Basic Books.

15. Van Leeuwen, W. A., Van Wingen, G. A., Luyten, P., Denys, D. & Van Marle, H. J. F. (2020). Attachment in OCD: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 70, 102187.

16. Sabaß, L., Buchenrieder, N., Rek, S. V., Nenov-Matt, T., Lange, J., Barton, B. B., ... & Reinhard, M. A. (2022). Attachment mediates the link between childhood maltreatment and loneliness in persistent depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 312, 61-68.

17. Falsafi, S. H., Asgari, M., & Kordestani, D. (2022). Development of a structural model of obsessive-compulsive disorder based on early maladaptive schemas, attachment styles and defense mechanisms. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 65(2).

18. Hodny, F., Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., Holubova, M., Sollar, T., & Nesnidal, V. (2021). Attachment in patients with an obsessive compulsive disorder. *Neuroendocrinology Letters*, 42(5), 283-291.

19. Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A. J., Eikelenboom, M., Hendriks, G. J., & Anholt, G. E. (2020). Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *Journal of affective disorders*, 264, 206-214.

20. Doron, G. (2020). Self-vulnerabilities, attachment and obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms: Examining the moderating role of attachment security on fear of self. *Journal of*

بنابراین، انجام پژوهش‌هایی در جامعه بالینی، پیشنهاد می‌شود. این پژوهش به صورت مقطعی انجام شد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با استفاده از پژوهش‌های طولی و روی‌آوردهای کیفی در زمینه این متغیرها، پژوهش‌هایی انجام شود که به درک بیشتر این متغیرها بیافزاید. در نهایت، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت روان از نتایج پژوهش حاضر در جهت شناسایی مشکلات افراد دارای علائم وسواسی جبری و طراحی و اجرای مداخلات درمانی متناسب با مشکلات این افراد استفاده نمایند.

منابع

1. Seçer, İ., & Ulaş, S. (2021). An investigation of the effect of COVID-19 on OCD in youth in the context of emotional reactivity, experiential avoidance, depression and anxiety. *International journal of mental health and addiction*, 19(6), 2306-2319.
2. American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 235.
3. Sharma, V. (2019). Role of sleep deprivation in the causation of postpartum obsessive-compulsive disorder. *Medical hypotheses*, 122, 58-61.
4. Wislocki, K., Kratz, H. E., Martin, G., & Becker-Haimes, E. M. (2022). The Relationship Between Trauma Exposure and Obsessive-Compulsive Disorder in Youth: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-29.
5. Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Wetterneck, C. T. (2021). Trauma type and obsessive-compulsive symptom domains: The unique relationship between indirectly experienced trauma and just right symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 100624.
6. Rukiye, A. Y. & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 261, 132-136.
7. 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.
8. Ojserkis, R., Boisseau, C. L., Reddy, M. K., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2017). The impact of lifetime PTSD on the seven-year course and clinical characteristics of OCD. *Psychiatry research*, 258, 78-82.
9. US Department of Health and Human Services. (2020). *Healthy people 2020*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2011.

32. Mohammadi, Abolfazl; Zamani, Reza; Fatty, Laden (2007). Validation of the Persian version of the Obsessive Compulsive Questionnaire-Revised in the student population. *Psychological Research*, 21, 66-78. [Persian].
33. Ameri, N., & Najafi, M. (2022). The Mediating Role of Psychological Distress (stress, anxiety and depression) in the Relationship between Experiential Avoidance and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Psychological Studies*, 17(4), 11-31. doi: 10.22051/psy.2021.34131.2367 [persian]
34. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
35. Ebrahimi, Hojatullah; Dejkam, Mahmoud and Thagha-ul-Islam, Tahereh (2012). Childhood traumas and suicide attempts in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4): 282-275. [Persian].
36. Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
37. Sohrabi, Nadera and Hosseini, Majid (1381). Examining the relationship between the type of family relationships and positive and negative emotions of female and male students living in the dormitory. The first psychology congress of Iran. Tehran: Tarbiat Moalem University Publications. [Persian].
38. Brennan, K. A. & Morris, K. A. (1997). Attachment styles, self-esteem, and patterns of seeking feedback from romantic partners. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(1), 23-31.
39. Panaghi, Lily; Maleki, Qaiser; Zabihzadeh, Abbas; Posht Mashhadhi, Marjan and Soltaninejad, Zahra (2012). Validity, reliability and factor structure of the scale of experiences related to close relationships. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 305-313. [Persian].
40. Kadivari, F., Najafi, M., & Khosravani, V. (2023). Childhood emotional maltreatment, maladaptive coping and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
41. Haroonrashidi H. (2023). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Uncertainty Tolerance and Psychological Distress of Women with Substance-Dependent Spouses. *Etiadpajohi*, 17 (68), 303-326.
42. Miegel, F., Jelinek, L., & Moritz, S. (2019). Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). *Psychiatry research*, 272, 265-274.
- Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100575.
21. Kartal, F., Uğur, K., Mete, B., Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2022). The Relationship Between the Oxytocin Level and Rejection Sensitivity, Childhood Traumas, and Attachment Styles in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Investigation*, 19(3), 239.
22. Sharma, S. K. (2021). *Early Maladaptive Schema, Attachment Style and Défense Mechanism in Patient of Obsessive-Compulsive Disorder With and Without Childhood Sexual Abuse* (Doctoral dissertation, Central Institute of Psychiatry (India)).
23. Xiang, Y., Yuan, R., & Zhao, J. (2021). Childhood maltreatment and life satisfaction in adulthood: The mediating effect of emotional intelligence, positive affect and negative affect. *Journal of health psychology*, 26(13), 2460-2469.
24. Hacıomeroglu, B. (2020). The role of reassurance seeking in obsessive compulsive disorder: the associations between reassurance seeking, dysfunctional beliefs, negative emotions, and obsessive-compulsive symptoms. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-13.
25. Polosan, M., Droux, F., Kibleur, A., Chabardes, S., Bougerol, T., David, O., ... & Voon, V. (2019). Affective modulation of the associative-limbic subthalamic nucleus: deep brain stimulation in obsessive-compulsive disorder. *Translational psychiatry*, 9(1), 1-9.
26. Hosseini, K., & Soleimani, E. (2021). The Relationship between Child Abuse and Cognitive Distortions with Clinical Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: The Mediating Role of Emotion Dysregulation. *International Journal of Behavioral Sciences*, 15(2), 88-95.
27. Jin, M. J., Kim, J. S., Kim, S., Hyun, M. H., & Lee, S. H. (2018). An integrated model of emotional problems, beta power of electroencephalography, and low frequency of heart rate variability after childhood trauma in a non-clinical sample: a path analysis study. *Frontiers in psychiatry*, 8, 314.
28. Lee, M., Lee, E. S., Jun, J. Y., & Park, S. (2020). The effect of early trauma on North Korean refugee youths' mental health: Moderating effect of emotional regulation strategies. *Psychiatry research*, 287, 112707.
29. Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
30. Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.
31. Hon, K., Siu, B. W., Cheng, C. W., Wong, W. C., & Foa, E. B. (2019). Validation of the Chinese version of obsessive-compulsive inventory-revised. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(4), 103-111.