

The relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms: The mediating role of thought-action fusion and experiential avoidance

Seyed Ali Kazemi Rezaei^{1*} , Marzie Hashemi¹, Mandana Niknam², Peyman Hatamian³

1. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Human Science, Khatam University, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Human Science, Khatam University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Abstract

Received: 15 Mar. 2025

Revised: 20 Jul. 2025

Accepted: 20 Jul. 2025

Keywords

Experiential avoidance
Childhood trauma
Obsessive-compulsive symptoms
Thought-action fusion

Corresponding author

Seyed Ali Kazemi Rezaei, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Human Science, Khatam University, Tehran, Iran

Email: A.kazemi@khatam.ac.ir



 doi.org/10.30514/icss.27.1.45

Introduction: A wide range of genetic, neurological, psychological, and social factors are involved in the etiology of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), and its onset can occur through various pathways. This study aimed to determine the mediating role of thought-action fusion and experiential avoidance in the relationship between childhood trauma and OCD symptoms in adults.

Methods: The descriptive-correlation research method was a structural equations model. The statistical population of this study consisted of all individuals referring to clinics and psychological service centers in Tehran, Iran, in 2024. Of these individuals, 260 were selected using convenience sampling. The tools used in this study include: Childhood Trauma Questionnaire, Fusion of Thought-Action Scale, Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), and the Obsessive-compulsive Disorder-revision (OCDR). Data analysis was also performed using Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-26 and AMOS-24 software.

Results: The results revealed that the research model had a good fit and the direct effect of childhood trauma ($P < 0.001$; $t = 5.64$, $\beta = 0.33$), thought-action fusion ($P < 0.001$; $t = 11.27$; $\beta = 0.82$), and experiential avoidance ($P < 0.001$; $t = 10.68$; $\beta = 0.66$) on OCD symptoms was significant and positive. Furthermore, the variable indirect effect of childhood trauma on OCD symptoms through the mediating role of thought-action fusion was meaningful ($b = 0.66$, $P < 0.05$), and the indirect effect of childhood trauma on OCD symptoms through the role of the mediator of experiential avoidance was significant ($P < 0.05$, $b = 0.53$). In addition, the results showed that the research variables explain a total of 68% of the variance of OCD symptoms.

Conclusion: The results indicated the mediating role of thought-action fusion and experiential avoidance between childhood trauma and OCD symptoms. These findings show that reducing experiential avoidance and thought-action fusion may be a suitable way to complete the treatment of OCD symptoms in people suffering from childhood trauma.

Citation: Kazemi Rezaei SA, Hashemi M, Niknam M, Hatamian P. The relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms: The mediating role of thought-action fusion and experiential avoidance. *Advances in Cognitive Sciences*. 2025;27(1):45-58.

Extended Abstract

Introduction

A wide range of genetic, neurological, psychological, and social factors are involved in the etiology of obsessive-compulsive disorder (OCD), and its onset can occur through a variety of pathways. Childhood trauma is de-

fined as physical, emotional, or sexual abuse, or physical or emotional neglect experienced by a person under the age of 18. Understanding the specific processes through which childhood trauma leads to OCD symptoms has im-

portant implications for assessment and treatment. One construct hypothesized to influence the onset and maintenance of OCD symptoms after traumatic experiences is thought-action fusion. Another mediating construct that has been hypothesized to influence the onset and maintenance of OCD symptoms after traumatic experiences is experiential avoidance. Studies show that avoidance is involved in the development and maintenance of psychological symptoms among trauma survivors. Experiential avoidance is a reluctance to engage with personal experiences (such as emotions, thoughts, memories, and behavioral patterns) and an attempt to avoid painful experiences or events that trigger these experiences. In general, previous research has shown that individuals with OCD symptoms have experienced greater levels of childhood trauma. However, there is a limited understanding of how the relationship between childhood trauma and OCD symptoms develops. Therefore, understanding the mechanisms (such as thought-action fusion and experiential avoidance) within a model through which childhood trauma leads to OCD symptoms has significant implications for the assessment and treatment of OCD. Moreover, considering the prevalence of OCD symptoms and their adverse effects on individuals' mental health, and the importance of examining psychological constructs in individuals with OCD symptoms, the present study aimed to investigate the relationship between childhood trauma and OCD symptoms, with the mediating role of thought-action fusion and experiential avoidance.

Methods

The descriptive-correlation research method was structural equations. The statistical population of the research was made up of all the people who referred to the clinics and psychological service centers of Tehran in, Iran, 2024. According to Kline, the minimum sample size

required for the structural equation method is 200. To minimize errors and enhance the generalizability of the results, this study selected a larger sample size of 260 for this study. This decision accounts for the possibility of some questionnaires being excluded due to incompleteness. The research tools included the Childhood Trauma Questionnaire, the Fusion of Thought-Action Scale, the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), and the Obsessive-Compulsive Disorder- revision (OCD-R). The study inclusion criteria were completion of an informed consent form, experience of childhood trauma, and the presence of moderate to high symptoms based on the Childhood Trauma Scale. The study exclusion criteria were also: incomplete completion of the research questionnaires. In this study, ethical considerations, including the principle of confidentiality and secrecy, each individual's consent to participate in the study, and the possibility of withdrawing from cooperation if they did not wish to do so, were taken into account. For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-26 and AMOS-24 software were used.

Results

The results revealed that the research model had a good fit and the direct effect of childhood trauma ($P < 0.001$; $t = 5.64$, $\beta = 0.33$), thought-action fusion ($P < 0.001$; $t = 11.27$; $\beta = 0.82$), and experiential avoidance ($P < 0.001$; $t = 10.68$; $\beta = 0.66$) on OCD symptoms was significant and positive. Furthermore, the variable indirect effect of childhood trauma on OCD symptoms through the mediating role of thought-action fusion was meaningful ($b = 0.66$, $P < 0.05$), and the indirect effect of childhood trauma on OCD symptoms through the mediating role of experiential avoidance was significant ($P < 0.05$, $b = 0.53$). In addition, the results showed that the research variables explain a total of 68% of the variance of OCD symptoms.

Conclusion

The study findings showed that, in addition to the role of childhood trauma in OCD symptoms, the mediating role of thought-action fusion and experiential avoidance may be essential factors in maintaining OCD symptoms. In general, thought-action fusion is a type of cognitive distortion that can be formed as a result of childhood trauma, and according to Rachman's cognitive theory, thought-action fusion is one of the essential factors playing a role in the formation of obsessions, maintenance, and continuation of their symptoms. Undoubtedly, thought-action fusion includes the content that thinking about an issue increases the likelihood of its occurrence for oneself or another. Moreover, when thoughts take on an immoral nature, they are essentially equated with actually committing those actions. To alleviate anxiety and prevent such events, individuals often engage in rituals and compulsions, attempting to control these thoughts by assuming excessive responsibility. However, performing these compulsions tends to perpetuate the very obsessions they aim to manage. Additionally, experiential avoidance is used in traumatized individuals as a factor that protects them from being exposed to reminders of traumatic events. Research shows that experiential avoidance is a specific form of psychopathology. Unquestionably, experiential avoidance is used as a form of action and behavior to avoid disturbing thoughts caused by traumatic events. Obsessive thoughts and behavior are also considered a type of experiential avoidance that is used to organize and escape from disturbing states, and disturbing and unpleasant experiences caused by previous traumas. In other words, it can be said that understanding the mechanisms mediating thought-action fusion and experiential avoidance through which childhood trauma leads to OCD symptoms has important implications for

assessment and treatment. Therefore, metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy could be effective in treating obsessions. It is recommended to consider these interventions for managing obsessive behaviors.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The present study adheres to ethical principles, including respect for participant confidentiality. To ensure confidentiality, participants were coded, and their names were removed. All participants received adequate information on how to conduct research and were given the freedom to leave the research process at any time.

Authors' contributions

All authors participated in data collection. The literature search and research background were conducted in collaboration with all authors. The first and third authors analyzed the data. All authors discussed the results and participated in the preparation and editing of the final version of the article.

Funding

No financial support has been received from any organization for this research.

Acknowledgments

We would like to thank and appreciate all the people who participated and collaborated with us in collecting the findings of this study.

Conflict of interest

This study did not have any conflicts of interest.

رابطه ترومای دوران کودکی با علائم وسواسی-جبری: نقش میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای

سید علی کاظمی رضایی^{۱*} ID، مرضیه هاشمی^۱، ماندانا نیکنام^۲، پیمان حاتمان^۳

۱. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
 ۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
 ۳. استادیار روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

چکیده

مقدمه: طیف وسیعی از عوامل ژنتیکی، عصب‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در سبب‌شناسی اختلال وسواسی-جبری دخیل هستند و شروع آن می‌تواند از طریق مسیرهای مختلفی ایجاد شود. هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای دوران کودکی و علائم وسواسی-جبری در بزرگسالان بود.

روش کار: روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند، از این افراد ۲۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه آسیب‌های کودکی، پرسشنامه همجوشی فکر و عمل، پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم و پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری-عملی بود. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و در فضای نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است و اثر مستقیم ترومای کودکی ($t=5/64, P<0/001$) بر علائم وسواسی-جبری ($\beta=0/33, P<0/001$)، همجوشی فکر-عمل ($t=11/27, P<0/001$) و اجتناب تجربه‌ای ($\beta=0/18, t=10/68, P<0/001$) و علائم وسواسی-جبری معنادار و مثبت بود. همچنین، اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر علائم وسواسی-جبری از طریق نقش میانجی همجوشی فکر-عمل معنادار ($b=0/66, P<0/05$) و اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر علائم وسواسی-جبری از طریق نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای معنادار ($b=0/53, P<0/05$) بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۶۸ درصد از واریانس علائم وسواسی-جبری را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از نقش میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای بین ترومای کودکی و علائم وسواسی-جبری بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کاهش اجتناب تجربه‌ای و همجوشی فکر-عمل ممکن است شیوه مناسبی جهت تکمیل درمان علائم وسواسی-جبری در افراد مبتلا به ترومای کودکی باشد.

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹

واژه‌های کلیدی

اجتناب تجربه‌ای

ترومای کودکی

علائم وسواسی-جبری

همجوشی فکر-عمل

نویسنده مسئول

سید علی کاظمی رضایی، استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

ایمیل: A.kazemi@khatam.ac.ir



doi.org/10.30514/icss.27.1.45

مقدمه

اجبارها را به دنبال دارد. مبتلایان به این اختلال از غیرمنطقی بودن محتوای افکار وسواس خود اطلاع دارند، اما احساس می‌کنند مجبورند برای کاهش یا اجتناب از هیجانات ناراحت‌کننده یا جلوگیری از برخی پیامدهای فاجعه‌آمیز ترسناک، اجبارها را انجام دهند. وسواس‌ها و اجبارها به دلیل ماهیت تکراری خود، با عملکرد اجتماعی و شغلی تداخل می‌کنند و باعث ناراحتی قابل توجهی می‌شوند (۲).

اختلال وسواسی-جبری (Obsessive-compulsive disorder) یک اختلال روان‌شناختی است که میزان شیوع آن در طول عمر در سطح جهانی ۱/۳ درصد برآورد شده است و زنان را کمی بیشتر از مردان تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱). مشخصه این اختلال، وسواس‌ها است؛ یعنی وجود افکار، تکان‌ها یا تصاویر مداوم، مزاحم و ناخواسته که باعث ایجاد اضطراب و پریشانی می‌شود و رفتارهای تشریفاتی یا

طیف وسیعی از عوامل ژنتیکی، عصب‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در سبب‌شناسی OCD دخیل هستند و شروع آن می‌تواند از طریق مسیرهای مختلفی ایجاد شود (۳). تروما (Trauma) یکی از این عوامل خطر آفرین است. تخمین شیوع OCD پس از یک تجربه آسیب‌زا بین ۳۰ تا ۷۸ درصد است (۴). چندین مطالعه ارتباط معناداری بین ترومای کودکی (Childhood trauma) و علائم OCD نشان داده‌اند (۲، ۵). اخیراً در یک مرور نظام‌مند توسط Destree و همکاران نشان داده شد که قرار گرفتن در معرض ترومای کودکی با علائم وسواسی-جبری در دو جمعیت بالینی و غیربالینی همراه است (۶). ترومای کودکی به عنوان آزار جسمی، عاطفی یا جنسی، غفلت فیزیکی یا عاطفی که توسط فردی زیر ۱۸ سال تجربه می‌شود، تعریف می‌گردد (۷). ترومای کودکی با طیف وسیعی از آسیب‌های روانی همراه است (۸) بنابراین رابطه آن با OCD تعجب‌آور نیست، با این حال درک محدودی از چگونگی شکل‌دهی این رابطه وجود دارد (۶). درک فرآیندهای خاصی که از طریق آن ترومای دوران کودکی منجر به علائم وسواسی-جبری می‌شود، پیامدهای مهمی برای ارزیابی و درمان دارد. یکی از سازه‌هایی که فرض شده است بر شروع و حفظ علائم OCD پس از تجارب آسیب‌زا تأثیر می‌گذارد، همجوشی فکر-عمل ((Thought-action fusion (TAF) است.

نقش تحریف‌های شناختی (مانند همجوشی فکر-عمل) در مدل شناختی-رفتاری و اختلال‌های اضطرابی به طور گسترده پذیرفته شده است (۹). برای مثال نظریه شناختی Beck پیشنهاد می‌کند که اختلال‌های هیجانی از تفسیر نادرست محرک‌ها و رویدادها ایجاد می‌شود (۱۰). پژوهش‌های طولی نشان می‌دهد که وجود باورها و تفسیرهای ناکارآمد (مثلاً افکار بد معادل اعمال هستند) به طور آینده‌نگر خطر آسیب روانی را افزایش می‌دهد (۱۱). مطالعه حاضر بر نوعی از تحریف شناختی یعنی همجوشی فکر-عمل تمرکز دارد که در تعدادی از اختلال‌های روان‌شناختی و به ویژه اختلال وسواسی-جبری نقش دارد (۱۲). دو گونه آمیختگی فکر-عمل (TAF) در وسواس وجود دارد. همجوشی فکر-عمل اخلاقی باوری است که بر اساس آن داشتن افکار وسواسی، از نظر اخلاقی معادل ارتکاب آن عمل ممنوع شمرده می‌شود و همجوشی فکر-عمل احتمالاتی، اشاره به باوری دارد که بر اساس آن فکر کردن به رویدادی نامطلوب باعث می‌شود که احتمال وقوع آن رویداد بیشتر شود (۱۳). Salkovskis و همکاران بر این باورند که برخی از تجربیات اولیه زندگی، مانند قرار گرفتن در معرض قوانین سخت و سخت رفتاری و تکلیفی، می‌تواند باعث ایجاد باورهای شبیه همجوشی فکر-عمل شود (۱۴). برخی از تحریفات شناختی مرتبط با

آسیب‌های دوران کودکی (مانند احساس مسئولیت در مورد رویدادهای بیرونی درگیر بودن با احتمال خطر) به نظر می‌رسد با سوگیری احتمالی TAF هم‌پوشانی دارد. به علاوه TAF یکی از متغیرهای شناختی است که در سال‌های اخیر در رابطه با علائم و سواس به طور وسیع مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. بنابراین در این مطالعه و بر اساس مدل خودآسیبی Briere فرض می‌شود که ترومای کودکی از طریق مختل نمودن رشد شناختی و ایجاد برخی تحریفات شناختی یعنی TAF در شکل‌گیری علائم و سواسی-جبری نقش دارد (۱۵).

از دیگر سازه‌های میانجی که فرض شده است بر شروع و حفظ علائم OCD پس از تجارب آسیب‌زا تأثیر می‌گذارد، اجتناب تجربه‌ای (Experiential avoidance) است (۱۶). مطالعات نشان می‌دهد که اجتناب در ایجاد و حفظ علائم روان‌شناختی در بین نجات‌یافتگان تروما دخیل است (۱۶، ۱۷). اجتناب تجربه‌ای نوعی عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (مانند هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و تلاش جهت اجتناب از تجربه‌های دردناک و یا وقایعی است که موجب فراخواندن این تجارب می‌شوند (۱۷). به عبارت دیگر اجتناب تجربه‌ای به ارزیابی منفی افراطی از احساسات، افکار ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش عمدی برای کنترل یا فرار از آنها اطلاق می‌گردد. بر اساس نظر Hayes و همکاران تلاش برای فاصله گرفتن از تجارب درونی منجر به مشکلات روانی و رفتاری از جمله مصرف مواد، افسردگی، وسواس و رفتارهای پرخطر می‌شود (۱۷). از این رو، مشکلات روانی و رفتاری نجات‌یافتگان تروما ممکن است پیامد اجتناب تجربه‌ای باشد (۱۶). همچنین نظریه و پژوهش‌های کنترل ذهنی عمدی (Wegner) و همکاران دریافته‌اند که تلاش عمدی برای بازداري افکار ناخواسته، بلافاصله یا کمی پس از توقف تلاش‌های بازداري، به طور متناقضی فراوانی و کیفیت پريشان‌زایی افکار ناخواسته را افزایش می‌دهد (۱۸). در واقع علائم وسواس به واسطه اجتناب از تجارب روانی مثل شک و تردید، اضطراب و نگرانی تداوم پیدا می‌کنند. همچنین از دیدگاه «(Acceptance and Commitment Therapy (ACT))، افکار و احساسات نیستند که مسئله ایجاد می‌کنند، بلکه سعی و کوشش برای کنترل آنها یا اجتناب از آنها است که مسئله‌ساز می‌شود (۱۹)؛ بنابراین در این مطالعه و بر اساس مدل اجتناب تجربه‌ای فرض بر این است فردی که اجتناب را تجربه می‌کند، نمی‌خواهد شناخت‌ها، احساسات و تصاویر تروماتیک ناخوشایند را تجربه و تحمل کند و با اجتناب و فرار از آنها سعی در کنترل این احساسات طاقت‌فرسا را دارد و خود این فرایند نیز احتمالاً در شکل‌گیری علائم وسواس، جبری موثر است.

غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه‌بندی می‌شود. Bernstein و همکاران آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب پایایی این پرسشنامه را بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده‌اند (۲۱). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۲۲).

پرسشنامه همجوشی فکر و عمل (Fusion of Thought- Action scale): این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط Rachman و همکاران پدید آمد. دارای ۱۹ سوال است که در سه مقیاس (۱) ادغام فکر-عمل احتمالاتی برای خود (۳ آیتم)، (۲) همجوشی فکر-عمل احتمالاتی برای دیگران (۴ آیتم) و (۳) همجوشی فکر-عمل اخلاقی (۱۲ آیتم) تدارک دیده شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که نمره‌گذاری هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت از (۰=بسیار مخالفم تا ۴=بسیار موافقم) است (۱۳، ۲۳). Shafran و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی آن با اجرا بر روی یک نمونه ۱۱۸ نفری از افراد دارای OCD، به دست آوردند (۱۳). همسانی درونی هر سه زیر مقیاس در هر سه گروه بالا بود (آلفای کرونباخ: ۰/۸۵ تا ۰/۹۶) (۱۳). در ایران، مقیاس مذکور، پایایی پرسشنامه همجوشی فکر و عمل به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد (۲۴).

پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (Acceptance (AAQ-II) and Action Questionnaire): این پرسشنامه توسط Bond و همکاران (۲۵) تدوین شده است و یک نسخه ۱۰ سوالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که به وسیله Hayes و همکاران (۲۶) ساخته شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل-ویراست دوم، همسو با نظریه زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱=به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند تا ۷=همیشه در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در یک مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر است. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی را برای

به طور کلی پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند افراد دارای علائم OCD میزان بیشتری از تروماهای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند. با این حال درک محدودی از چگونگی شکل‌دهی رابطه بین ترومای کودکی و علائم OCD وجود دارد. بنابراین درک مکانیسم‌های (مانند همجوشی-فکر و عمل و اجتناب تجربه‌ای) در قالب یک مدل، که از طریق آن ترومای کودکی منجر به علائم وسواسی-جبری می‌شود، پیامدهای مهمی برای ارزیابی و درمان OCD دارد. همچنین با توجه به شیوع علائم وسواسی-جبری و اثرات نامطلوب آن بر سلامت روان افراد و به علاوه اهمیت بررسی سازه‌های روان‌شناختی در افراد دارای علائم وسواسی-جبری، از این رو پژوهش حاضر با هدف رابطه ترومای دوران کودکی با علائم وسواسی-جبری با نقش میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای انجام شد.

روش کار

روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند، که از میان آنان ۲۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از نظر Kline حداقل حجم نمونه لازم برای روش معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر است (۲۰). از آنجایی که احتمال ریزش برخی پرسشنامه‌ها به علت ناقص بودن آنها وجود داشت، جهت کاهش خطا و افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، تعداد نمونه بیشتری (۲۶۰) برای پژوهش حاضر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا بر اساس مقیاس آسیب‌های دوران کودکی (نمره بالای ۵۶ در پرسشنامه آسیب‌های کودکی). ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌های پژوهش بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری صورت گرفت. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و در فضای نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 انجام شد.

پرسشنامه آسیب‌های کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال است و توسط Bernstein و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است و پنج مولفه آزار عاطفی، آزار جنسی، آزار فیزیکی، غفلت عاطفی، غفلت جسمی را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه‌ها جای نمی‌گیرند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه‌گاهی نمره ۲،

و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل وارد نرم‌افزار SPSS-26 شدند.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های گردآوری شده از بین ۲۶۰ نفر تعداد ۹۴ نفر خانم و تعداد ۱۶۶ نفر آقا بودند، به صورت کلی ۴۶ نفر (۱۷/۷ درصد)، دیپلم، ۵۹ نفر (۲۲/۷ درصد) کاردانی، ۸۸ نفر (۳۳/۸ درصد) کارشناسی، ۲۳ نفر (۸/۸ درصد) کارشناسی ارشد و ۴۴ نفر (۱۶/۹ درصد) دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۵۶ و ۷/۰۴ بود.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک‌متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشدگی» استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان‌دهنده نرمال بودن تک‌متغیره توزیع نرمال باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین و اتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین و اتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان‌دهنده استقلال خطاها است. برای بررسی هم‌خطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. از آنجایی که وجود هم‌خطی چندگانه در متغیرهای پیش‌بین مشاهده نشد، میتوان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدلیابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که نشان‌دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمال است، که نتایج در **جدول ۱** آمده است. بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۵۱ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۳۲ به دست آمد که نشان‌دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمال در این پژوهش است. در **جدول ۲** ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

این ابزار گزارش داده‌اند، میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (۲۵). عباسی و همکاران نیز در پژوهشی، همسانی درونی و اعتبار همگرایی قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند (۰/۸۹ تا ۰/۷۱) (۲۷).

پرسشنامه تجدید نظر شده وسواسی-جبری (OCDR)
(Obsessive-Compulsive Disorder-Revision): این پرسشنامه که توسط Foa و همکاران ساخته شده است دارای ۱۸ گویه است و جهت ارزیابی علائم وسواس در جمعیت بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۸). نمره‌گذاری آن براساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از ۰=هیچوقت تا ۴=بیشتر اوقات) تنظیم شده است. کل نمره فرد از صفر تا ۷۲ متغیر خواهد بود و نمره بالاتر بیانگر علائم وسواس بالاتر در فرد است. این ابزار دارای زیرمقیاس‌های شستشو، وسواس فکری، نظم‌دهی، واری و خنثی‌سازی ذهنی است. Hon و همکاران همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی با روش آزمون-بازآزمون را ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (۲۹). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس‌ها ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ به دست آمده است (۳۰). افزون بر این، ساختار شش عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمده بود به وسیله تحلیل عاملی تاییدی به تایید رسید (۳۰).

روش اجرا

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی‌های مورد نیاز با کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران جهت اجرای پژوهش در این مراکز حضور یافت. با توجه به معیارهای ورود و خروج اعضای گروه نمونه، از بین افرادی که جهت شرکت در مطالعه حاضر اعلام آمادگی و رضایت کرده بودند و با انجام غربال‌گری‌های مورد نیاز شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، فرایند جمع‌آوری داده‌ها انجام شد و اهداف و مزایای انجام چنین طرحی برای مسئولان و شرکت‌کنندگان کاملاً توضیح داده شد. گردآوری یافته‌ها به صورت میدانی انجام گرفت؛ بدین صورت که پژوهشگر با کمک دو دستیار پژوهشی که آموزش‌های لازم را در خصوص نحوه اجرای پژوهش دریافت کرده بودند، با حضور در کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی شهر تهران اقدام به جمع‌آوری داده‌های پژوهش کردند. توضیحات، راهنمایی‌های اولیه و اصول رازداری قبل از ارائه ابزارهای گردآوری اطلاعات به افراد به صورت انفرادی در یک اتاق ساکت و به دور از محرکات دیداری و شنیداری ارائه شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
وسواسی-جبری	شستشو	۵/۷۴	۳/۳۵	-۱/۰۱	-۰/۳۹
	وارسی	۵/۷۱	۳/۷۸	-۱/۰۲	-۰/۲۵
	وسواس فکری	۵/۶۳	۳/۶۴	۱/۰۵	-۰/۲۶
	خنثی‌سازی ذهنی	۵/۳۰	۳/۶۲	۱/۰۶	-۰/۵۱
	نظم و ترتیب	۵/۴۵	۳/۴۰	۱/۷۱	۰/۵۰
	احتکار	۵/۷۱	۳/۶۲	۱/۵۱	۰/۷۲
آسیب‌های کودکی	آزار عاطفی	۱۲/۰۴	۳/۰۴	-۱/۰۸	۰/۶۷
	آزار جنسی	۱۳/۶۰	۲/۹۰	-۱/۶۲	۱/۸۴
	آزار فیزیکی	۱۳/۴۵	۳/۳۵	-۰/۷۲	۰/۱۵
	غفلت عاطفی	۱۳/۸۶	۳/۸۱	-۰/۳۸	-۰/۸۶
	غفلت جسمی	۱۴/۱۵	۲/۸۵	-۲/۱۵	۱/۵۱
همجوشی فکر و عمل	همجوشی فکر-عمل احتمالاتی برای خود	۶/۳۱	۲/۶۱	-۰/۳۴	-۱/۵۹
	همجوشی فکر-عمل احتمالاتی برای دیگران	۸/۹۱	۳/۶۵	-۰/۵۷	-۱/۵۲
	همجوشی فکر-عمل اخلاقی	۲۱/۶۲	۱۰/۵۱	-۰/۵۳	-۱/۵۹
پذیرش و عمل	اجتناب تجربه‌ای	۲۱/۱۹	۱۲/۳۳	۰/۷۵	-۱/۲۴
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)		ضریب مردیا: ۲/۵۱	نسبت بحرانی: ۲/۳۲		

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین بین ترومای کودکی، همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای با متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم علائم وسواسی-جبری ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود گردید.

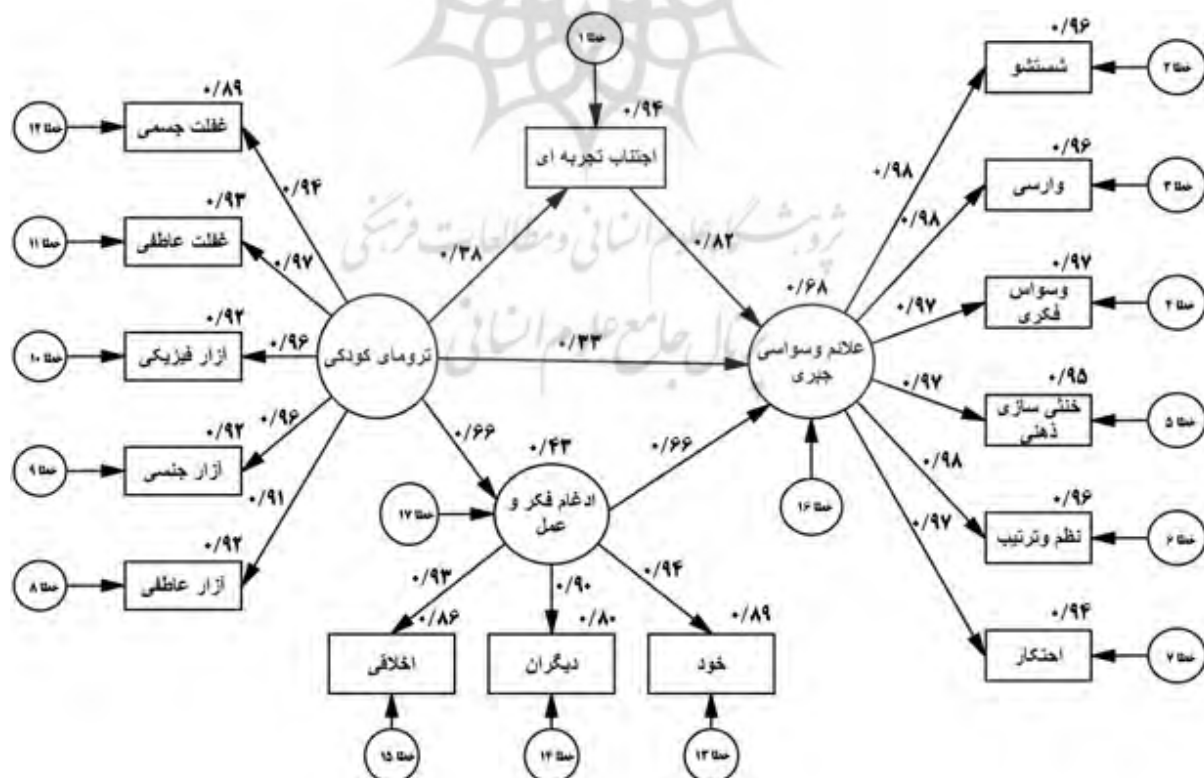
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- علائم وسواسی-جبری	-											
۲- آزار عاطفی	۰/۳۶**	-										
۳- آزار جنسی	۰/۲۷**	۰/۶۵**	-									
۴- آزار فیزیکی	۰/۳۸**	۰/۶۹**	۰/۴۸**	-								
۵- غفلت عاطفی	۰/۴۵**	۰/۶۳**	۰/۴۶**	۰/۶۷**	-							

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۶- غفلت جسمی	۰/۳۵**	۰/۴۰**	۰/۴۴**	۰/۶۲**	۰/۴۷**	-						
۷- نمره کل تروما	۰/۳۵**	۰/۶۹**	۰/۵۷**	۰/۶۸**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	-					
۸- همجوشی-خود	۰/۶۲**	۰/۴۵**	۰/۶۷**	۰/۵۳**	۰/۳۸**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	-				
۹- همجوشی-دیگران	۰/۷۳**	۰/۴۶**	۰/۷۶**	۰/۳۶**	۰/۴۹**	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۲۴**	-			
۱۰- همجوشی-اخلاقی	۰/۷۲**	۰/۴۵**	۰/۶۴**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۵۰**	۰/۴۶**	۰/۴۲**	۰/۶۳**	-		
۱۱- نمره کل همجوشی فکر	۰/۷۴**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۰/۴۳**	۰/۴۹**	۰/۴۹**	۰/۴۶**	۰/۶۳**	۰/۶۵**	۰/۷۳**	-	
۱۲- اجتناب تجربه‌ای	۰/۶۳**	۰/۴۵**	۰/۳۳**	۰/۳۸**	۰/۵۱**	۰/۳۸**	۰/۴۹**	۰/۶۲**	۰/۵۰**	۰/۷۱**	۰/۶۶**	-

**معنادار در سطح ۰/۰۱ *معنادار در سطح ۰/۰۵

در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.



شکل ۱. مدل برازش شده پژوهش

شکل ۱ مدل برازش شده پژوهش را نشان می‌دهد. در این مدل اصلاح شده مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای علائم وسواسی-جبری بر اساس ترومای کودکی با نقش میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای برابر با ۰/۶۸ به دست

آمد، این موضوع بیانگر آن است که ترومای کودکی با میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای در مجموع ۶۸ درصد از واریانس علائم وسواسی-جبری را تبیین می‌کنند. در ادامه شاخص‌های برازش مدل پژوهش در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	CMIN	۱۷۰/۲۳	-
	درجه آزادی (DF)	۸۶	-
	مقدار P	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۱/۹۸	کمتر از ۳
شاخص‌های نسبی	خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۶	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های آمده شده در جدول ۳ استفاده شده است. همچنین اگر شاخص‌های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همان‌گونه که بر اساس جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۶ می‌باشد که بر اساس مدل Kline نشان‌دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و بر اساس آن می‌توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در علائم وسواسی-جبری پرداخت.

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه $+1/96$ و $-1/96$ قرار دارد یا سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر

با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که اثر مستقیم ترومای کودکی ($\beta=0/33$, $t=5/64$, $P<0/001$) همجوشی فکر-عمل ($\beta=0/82$, $t=11/27$, $P<0/001$) و اجتناب تجربه‌ای ($\beta=0/66$, $t=10/68$, $P<0/001$) بر علائم وسواسی-جبری معنادار و مثبت بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل اصلاح شده از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه‌ای غیرمستقیم در جدول ۵ ارائه شده است.

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه‌گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر علائم وسواسی-جبری از طریق نقش میانجی همجوشی فکر-عمل معنادار است ($P<0/05$ ، $b=0/66$). افزون بر این، اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر علائم وسواسی-جبری از طریق نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای معنادار است ($b=0/53$, $P<0/05$).

جدول ۴. شاخص‌های استاندارد و غیراستاندارد مدل اصلاح شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	مقدار P
ترومای کودکی	علائم وسواسی-جبری	۰/۳۳	۰/۳۲	۰/۱۵	۵/۶۴	۰/۰۰۱
همجوشی فکر-عمل	علائم وسواسی-جبری	۰/۸۲	۰/۷۶	۰/۱۹	۱۱/۲۷	۰/۰۰۱
اجتناب تجربه‌ای	علائم وسواسی-جبری	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۲۲	۱۰/۶۸	۰/۰۰۱

جدول ۵. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	مقدار P
ترومای کودکی	همجوشی فکر-عمل	علائم وسواسی-جبری	۰/۶۶	۰/۳۳	۰/۳۷	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	اجتناب تجربه‌ای	علائم وسواسی-جبری	۰/۵۳	۰/۵۶	۰/۶۷	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای دوران کودکی با علائم وسواسی-جبری با نقش میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر علائم وسواسی-جبری با میانجی‌گری همجوشی فکر-عمل معنادار است. این یافته با پژوهش‌های Timpano و همکاران (۱۱)، Berle و همکاران (۱۲)، Shafran و همکاران (۱۳) و Salkovskis و همکاران (۱۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مدل خودآسیبی Briere فرض می‌کند که ترومای کودکی رشد شناختی را مختل می‌کند و منجر به تحریفات مربوط به خود، دیگران، محیط و آینده می‌شود (۱۵). تحریف شناختی مرتبط با ترومای کودکی (ایمنی، کنترل‌پذیری و اسناد درونی) نیز با سوگیری احتمالی همجوشی فکر و عمل همپوشانی دارند. در واقع در مدل فراشناختی، توصیف تحریف‌های شناختی در اختلال وسواس، باورهای مربوط به همجوشی (Fusion beliefs) است. بر اساس مدل فراشناختی Wells، وقوع افکار وسواسی زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شود که منجر به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره معنای آن افکار می‌شوند. این باورها شامل آمیختگی فکر-رویداد- آمیختگی فکر-عمل و آمیختگی فکر-شی است (۳۱). در پی این فرایندهای فراشناختی، برای مقابله با خطر ادراک شده، راهبردهای خاص (سرکوب فکر، خنثی‌سازی، واریسی و استدلال ذهنی) فعال می‌شوند. به عبارت دیگر، بر پایه الگوی فراشناختی، افکار وسواسی به خاطر باورهای فراشناختی درباره معنی و یا پیامدهای خطرناک

دانستن چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می‌شوند. یکی از این باورها که در این الگو مورد تاکید است همجوشی فکر-عمل است که در آن افکار وسواسی و اعمال مرتبط با آنها معادل هم در نظر گرفته می‌شوند (۳۲). به طور کلی همجوشی فکر-عمل نوعی تحریف شناختی محسوب می‌شود که می‌تواند در اثر ترومای کودکی شکل بگیرد (۳۲) و بر اساس نظریه شناختی Rachman، همجوشی فکر-عمل، یکی از عوامل مهمی است که در شکل‌دهی وسواس، حفظ و تداوم نشانه‌های آن نقش دارد. در حقیقت همجوشی فکر-عمل دربرگیرنده این محتوا است که فکر کردن در خصوص یک موضوع، احتمال وقوع آن برای خود یا دیگری را افزایش داده و در مواردی که افکار ماهیت غیراخلاقی را شامل می‌شود عیناً با انجام آن اعمال و رفتارها برابر است؛ از این رو، این افراد به منظور کاهش اضطراب و جلوگیری از بروز اتفاقات تلاش می‌کنند تا با انجام آیین‌ها و اجبارها از وقوع‌شان جلوگیری کرده و با مسئولیت‌پذیری افراطی خود آن را کنترل کنند و این در حالی است که انجام اجبارها، وسواس را تداوم می‌بخشد. بنابراین تعجب‌آور نیست که یافته این مطالعه نشان داده همجوشی فکر-عمل میانجی بین ترومای کودکی و علائم وسواسی-جبری است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر علائم وسواسی-جبری با میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای معنادار است. این یافته با پژوهش‌های Hayes و همکاران (۱۷)، Twohig و همکاران (۱۹)، کریمی و احمدنیا (۳۳) و Angelakis و Psftogianni (۳۴) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به نظر

فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای که از طریق آن ترومای دوران کودکی منجر به علائم وسواسی-جبری می‌شود، پیامدهای مهمی برای ارزیابی و درمان دارد. در واقع نتایج این پژوهش می‌تواند رهنمودهای بالینی در درمان اختلال وسواسی-جبری داشته باشد. بنابراین می‌توان گفت که برای درمان وسواس، احتمالاً درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موثر باشد و پیشنهاد می‌شود که از این مداخلات برای درمان وسواس استفاده شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. این مطالعه بر روی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر تهران است از این رو، تعمیم نتایج به کل جامعه بر پایه یافته‌های به دست آمده از این مطالعه باید با احتیاط انجام شود. به دلیل ماهیت مقطعی مطالعه، استنباط روابط علی از این پژوهش با محدودیت روبه‌رو است. البته مطالعات طولی به روشن شدن این موضوع کمک خواهد کرد. همچنین استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی در زمینه سنجش ترومای کودکی، ممکن است با سوگیری زیادی در یادآوری همراه باشد و گزارش دقیقی از تروماهای گذشته افراد نباشد. نکته مهم‌تر این که بزرگسالان با مشکلات روانی-اجتماعی بیشتر ممکن است مستعد یادآوری تجربیات تروماتیک دوران کودکی باشند که این امر نشان‌دهنده نیاز به پژوهش‌های آینده‌نگر در مورد تاثیر طولی تروما است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

پژوهش حاضر با رعایت اصول اخلاقی از جمله احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان به طوری که جهت محرمانه بودن، شرکت‌کنندگان کدگذاری شده و اسامی آنها حذف گردید؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمام افراد شرکت‌کننده در پژوهش و آزاد بودن آنها برای خروج از روند پژوهش انجام شد.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشتند. جستجوی ادبیات پژوهش و پیشینه پژوهش با همکاری همه نویسندگان انجام شد. نویسندگان اول و سوم نسبت به تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام کردند. همه نویسندگان نتایج را مورد بحث قرار داده و در تنظیم و ویرایش نسخه نهایی مقاله مشارکت داشتند.

منابع مالی

در اجرای این پژوهش از هیچ سازمانی کمک مالی دریافت نشده است.

Wegner و همکاران (۱۸) تکیه نمود. آنها دریافتند که تلاش عمدی برای بازداری افکار ناخواسته، بلافاصله یا کمی پس از توقف تلاش‌های بازداری، به طور متناقضی فراوانی و کیفیت پریشان‌زایی افکار ناخواسته را افزایش می‌دهد. بنابراین علائم وسواس نیز به واسطه اجتناب از تجارب روانی افزایش می‌یابند. Hayes معتقد است که اجتناب از درد و ناراحتی می‌تواند در جهان مادی و فیزیکی کارساز باشد، اما اجتناب از تجارب خصوصی و درونی (افکار، هیجان‌ها، تکانه‌ها و احساس‌ها) ثمری ندارد (۱۷). از این رو تلاش برای فاصله گرفتن از این تجارب می‌تواند مشکلات رفتاری و روان‌شناختی مختلفی از جمله وسواس را در پی داشته باشد. به عبارت دیگر، مشکلات روانی و رفتاری نجات‌یافتگان تروما ممکن است پیامد اجتناب تجربه‌ای باشد (۱۶). در تبیین دیگر از دیدگاه ACT می‌توان گفت که ساختار اجتناب تجربه‌ای شامل این مفهوم است که کارکردهای ارزیابی زبان و شناخت انسان، قادر است با ارائه بازنمایی نمادین از تجارب بد، به صورت تصاعدی تعداد نشانه‌های خطر بالقوه را افزایش دهد. افراد دارای تجربه ترومای کودکی نیز، ممکن است مستعد به کارگیری راهبردهای مقابله ناسازگار مربوط به اجتناب تجربی مانند سرکوب فکر، سرکوب عاطفی و مقابله اجتنابی باشند. از این رو این امر ممکن است با ایجاد خواسته‌های بیشتر در مورد توانایی‌های افراد برای مقابله با استرس، آسیب‌پذیری جهت ایجاد باورهای ناکارآمد مرتبط با OCD ایجاد کند (۱۷). به طور کلی اجتناب تجربه‌ای در افراد آسیب‌دیده به عنوان عاملی به کار می‌رود که از مواجهه شدن آنها با نشانه‌های یادآور رویدادهای تروماتیک محافظت می‌کند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اجتناب تجربه‌ای شکل خاصی از آسیب‌شناسی روانی است. در واقع اجتناب تجربه‌ای به عنوان شکلی از اعمال و رفتارهایی جهت اجتناب از افکار آزاردهنده ناشی از رویدادهای آسیب‌زا به کار می‌رود. افکار و رفتار وسواسی نیز نوعی اجتناب تجربه‌ای تلقی می‌شود که برای سامان‌دهی و فرار از حالات آزاردهنده، تجارب مزاحم و ناخوشایند ناشی از تروماهای قبلی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۷). بنابراین نقش میانجی معنادار اجتناب تجربه‌ای در رابطه ترومای کودکی و علائم وسواسی-جبری در این مطالعه منطقی به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان داد، علاوه بر نقش ترومای کودکی در علائم وسواسی-جبری، نقش میانجی همجوشی فکر-عمل و اجتناب تجربه‌ای ممکن است عوامل مهمی در جهت حفظ علائم وسواسی-جبری باشند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که درک مکانیسم‌های میانجی همجوشی

تعارض منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در راه گردآوری یافته‌های پژوهش حاضر با ما مشارکت و همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

1. Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM. Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2020;81(4):13075.
2. Corkish B, Yap K. Does mental contamination mediate the association between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms in adults?. *Child Abuse & Neglect*. 2024;152:106789.
3. Calamari JE, Chik HM, Pontarelli NK, DeJong BL. Phenomenology and epidemiology of obsessive compulsive disorder. In: Steketee G, editor. *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders*. New York:Oxford University Press;2012. pp. 11-47.
4. Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ, Shavitt RG, do Rosario MC, Ferrao YA, et al. Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012; 26(2):377-383.
5. Barzilay R, Patrick A, Calkins ME, Moore TM, Gur RC, Gur RE. Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth. *Depression and Anxiety*. 2019;36(7):586-595.
6. Destree L, Brierley ME, Albertella L, Jobson L, Fontenelle LF. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;142:345-360.
7. Kuzminskaite E, Gathier AW, Cuijpers P, Penninx BW, Ammerman RT, Brakemeier EL, et al. Treatment efficacy and effectiveness in adults with major depressive disorder and childhood trauma history: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(11):860-873.
8. Demirci K. The investigation of relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2016;6(1):7-13.
9. Berman NC, Wheaton MG, Abramowitz JS. Childhood trauma and thought action fusion: A multi-method examination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2013;2(1):43-47.
10. Beck AT. *Cognitive theory and the emotional disorders*. New York:International Universities Press;1976.
11. Timpano KR, Abramowitz JS, Mahaffey BL, Mitchell MA, Schmidt NB. Efficacy of a prevention program for postpartum obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45(11):1511-1517.
12. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*. 2005;25(3):263-284.
13. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996;10(5):379-391.
14. Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(11):1055-1072.
15. Briere J. A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In: Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T, editors. *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA, USA:Sage Publications;1996. pp. 140-157.

16. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: The mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):171.
17. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(6):1152-1168.
18. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;53(1):5-13.
19. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*. 2006;37(1):3-13.
20. Kline P. An easy guide to factor analysis. London:Routledge;2014.
21. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(2):169-190.
22. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of contrast avoidance of generalized anxiety disorder in people with symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychology*. 2021;1(97):98-117.
23. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 1999;6(2):80-85.
24. Amini R, Dolatshahi B, Pourshahbaz A. Role of thought-action fusion in explaining obsession symptoms. *Advances in Cognitive Sciences*. 2011;13(1):25-34. (Persian)
25. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011;42(4):676-688.
26. Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York:Guilford Press;2004.
27. Abassi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychological Methods and Models*. 2012;3(10):65-80.
28. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*. 2002;14(4):485-496.
29. Hon KS, Siu BW, Cheng CW, Wong WC, Foa EB. Validation of the Chinese version of obsessive-compulsive inventory-revised. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2019;29(4):103-111.
30. Mohammadi A, Zamani R, Fata L. Validation of the Persian version of the obsessive-compulsive inventory-revised in a student sample. *Psychological Research*. 2008;11(1-2):66-78. (Persian)
31. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York:Guilford Press;2011.
32. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004;35(2):87-107.
33. Karimi J, Ahmadiya B. The role of thought Action Fusion, experiential avoidance and responsibility in predicting symptoms of obsessive-compulsive in non-clinical population. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016;22(139):8-18. (Persian)
34. Angelakis I, Pseftogianni F. Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;138:228-239.