

Research Article

Evaluation the Structural Model of Obsessive-Compulsive Syndrome based on Traumatic Childhood Experiences, Cognitive Fusion, and Ambiguity Tolerance with the Mediating Role of Fear of Guilt

Authors

Seyfollah Aghajani ¹, Mohammad Zarei Nouroozi ^{2*}, Shayan Noori Lasaki ³, Mohadese Moradi ⁴

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. sf_aghajani@yahoo.com 0000-0001-9848-9016
2. Ph.D. Student, Department of Psychology and Education of Individuals with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding author) zareinouroozi.m@edu.ui.ac.ir 0009-0009-7993-0211
3. M.Sc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. shayannoori60@gmail.com 0009-0006-0180-7377
4. B.A Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, khuzistan, Iran. moradimohaddeseh1@gmail.com 0009-0002-4699-2343

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Obsessive-compulsive disorder is one of the most disabling psychological disorders that is accompanied by intrusive thoughts, disturbing mental images, and persistent doubts, and seriously damages the health of individuals in various aspects. For this reason, the present study aimed to evaluate the structural model of obsessive-compulsive disorder based on traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and tolerance of ambiguity: the mediating role of fear of guilt.

Method: The present study was a descriptive-correlation structural equation study in terms of methodology, in which 312 students were selected from all students of Mohaghegh Ardabili University in the academic year 2024-2025. The data collection tools were the Obsessive-Compulsive Disorder Inventory (PI_WSUR); the Childhood Traumatic Experiences Questionnaire (CTQ) and Cognitive Fusion (CFQ), and the Tolerance of Ambiguity Scales (MSTATS) and Fear of Guilt (FOGS). The analysis of the obtained data was the mean and standard deviation at the descriptive level and the Pearson correlation tests and structural equation model at the inferential level using SPSS-27 and AMOS-24 software.

Results: The findings of the study showed that the conceptual model had a good fit ($\chi^2/df=1.3$, RMSEA=0.08, SRMR=0.07, GFI=0.91, AGFI=0.90, CFI=0.91) and fear of guilt played a significant mediating role in the relationship between cognitive fusion ($\beta=0.16$ and $p<0.01$) and tolerance of ambiguity with obsessive-compulsive symptoms ($\beta=-0.08$ and $p<0.05$), but it did not play a mediating role in the relationship between traumatic childhood experiences and obsessive-compulsive symptoms ($\beta=0.03$ and $p<0.05$).

Discussion and Conclusion: According to the results of this study, traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and fear of guilt can be named as the main factors in the occurrence of obsessive-compulsive symptoms and they can be used to design educational-therapeutic protocols.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Childhood Trauma, Cognitive Fusion, Tolerance of Ambiguity, Guilt.

Corresponding
Author's E-mail

zareinouroozi.m@edu.ui.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder is one of the most common psychiatric problems that is accompanied by obsessions or compulsions in the form of repetitive and persistent thoughts, images, or behaviors, and can lead to disruption in various aspects of an individual's academic, professional, and social life. According to the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, this disorder is defined as a pattern of cognitive and behavioral symptoms that is characterized by excessive preoccupation with order, perfectionism, and the need for control over various areas of personal and interpersonal life, and its second peak period is between the ages of 20 and 22, coinciding with the individual's student life. The coincidence of this period with the difficulties and problems of student life has led to the prevalence of this problem in students. The harmful consequences of this problem, along with the sensitivity of the student life, have made it necessary to conduct more research in this field with the aim of identifying risk factors, developing prevention strategies, and formulating various interventions and treatments. On the other hand, due to the lack of detailed research on the precise effect of tolerance of ambiguity on obsessive-compulsive disorder and determining the mediating role of guilt on the occurrence of this syndrome, these issues are considered serious research gaps that the present study sought to further investigate; therefore, the present study aimed to evaluate the structural model of obsessive-compulsive disorder based on traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and tolerance of ambiguity. The mediating role of fear of guilt was conducted.

Method

The present study was classified as an applied research in terms of its purpose and as a descriptive correlation research of the structural equation type in terms of its methodology, during which 312 male and female students of Mohaghegh Ardabili University were selected in an accessible manner in the academic year 2024-2025. The data collection process was as follows: first, the relevant questionnaires were compiled in Google Forms, then the questionnaires were distributed through cyberspace (and through the social networks Telegram and ETA) to different student groups of Mohaghegh Ardabili University, and after providing explanations regarding the objectives of the research, the students were asked to complete it. The criteria for entering the study for students of Mohaghegh Ardabili University were consent and willingness to participate in the research and access to the Internet and presence on social networks, and the criteria for exiting the study were the distortion of the individual's information or the invalid completion of the questionnaire. In this study, the possibility of access to the results for volunteers, compliance with the principles of confidentiality and trustworthiness were the ethical principles intended by the researchers. The data collection tools in this study were the Obsessive Compulsive Disorder Inventory (PI_WSUR), Traumatic Experiences Questionnaire (CTQ), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), and Tolerance of Ambiguity Scale (MSTATS) and Fear of Guilt Scale (FOGS). The analysis of the data obtained at the descriptive level included mean and standard deviation, and at the inferential level included Pearson correlation tests and structural equation modeling using SPSS-27 and AMOS-24 software.

Results

In structural equation modeling, there are various fit indices, some of the most important of which are reported in Table 1. According to the table, the mentioned indices were reported at a desirable level. Therefore, it can be concluded that this conceptual model of the research has a desirable fit.

Table 1. Model fit indices

Fit Indices	χ^2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI	TLI	NFI
Acceptable Amount	5>	0/1>	0/9<	0/9<	0/9<	0/9<	0/9<	0/9<
Obtained Value	3/1	0/08	0/07	0/91	0/90	0/91	0/91	0/90
Result	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable	Desirable

Also, according to the information in Table 2, other results of the study showed that the paths of childhood traumatic experiences, cognitive fusion, and fear of guilt to obsessive-compulsive symptoms are significant at the 0.01 level. Also, the paths of cognitive fusion and tolerance of ambiguity to fear of guilt are also significant at the 0.01 level, but the paths of tolerance of ambiguity to obsessive-compulsive symptoms and childhood traumatic experiences to fear of guilt are not significant ($P < 0.05$).

Table 2. Coefficients of the model paths

path	Standardized Estimate	S.E	C.R	P
Traumatic childhood experiences > Obsessive-compulsive disorder	0/33	0/08	5/1	< 0/01
Cognitive fusion> Obsessive-compulsive disorder	0/30	0/27	3/5	< 0/01
Tolerance of ambiguity > Obsessive-compulsive disorder	-0/02	0/02	-0/25	0/79
Fear of guilt > Obsessive-compulsive disorder	0/29	0/07	3/4	< 0/01
Traumatic childhood experiences > Fear of guilt	-0/08	0/20	-01/4	0/14
Cognitive fusion > fear of guilt	0/56	1/08	6/4	< 0/01
Tolerance of ambiguity > fear of guilt	-0/22	0/06	-3/9	< 0/01

Conclusion

The findings of this study, which show the significant effect of traumatic childhood experiences and cognitive fusion on the occurrence of obsessive-compulsive symptoms and the replication of these results in previous studies, can be useful in building a prominent theoretical model in this field. However, this study, like other studies, had limitations. The first limitation of this study was the inability to control variables such as intelligence, economic and social status of students, an issue that can make

generalization of the results challenging. Therefore, it is suggested that future studies control for these issues. Another limitation of this study was the inability to use direct random sampling methods, an issue that forced researchers to use virtual accessible sampling. Therefore, it is suggested that future studies use direct random sampling methods. On the other hand, considering the results obtained, it is suggested that a protocol based on treatment and adaptation to unpleasant childhood experiences, as well as training to learn efficient cognitive patterns, be designed and applied to people with this syndrome. Also, considering the results of this study on the significant effect of fear of guilt and the repetition of this issue in previous studies, it is suggested that necessary awareness-raising about the feeling of guilt and its fear be carried out in the form of educational workshops for different segments of the population, especially people with this disorder. In addition, considering the inconsistent results in this study on the lack of effect of tolerance of ambiguity on obsessive-compulsive syndrome, it is suggested that this issue be discussed and examined again in future studies.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In this study, in order to comply with ethical guidelines, the researchers considered that the results should be accessible to volunteers, that no questions about identity should be asked, and that confidentiality and trustworthiness should be observed as ethical principles.

Financial support: This study was conducted without financial support from any institution or organization.

Authors' contributions: The first author served as the supervisor; the second author served as the author of the article and statistical analyst; the third author served as the scientific and literary editor; and the fourth author served as the data collector.

Acknowledgements: The authors would like to express their gratitude to all the students who participated in this study and made it possible to access the original findings.

رویداد دانش‌پژوه

ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری براساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه

نویسندگان

سیف‌الله آقاجانی^۱، محمد زارعی نوروژی^{۲*}، شایان نوری لاسکی^۳، محدثه مرادی^۴

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

sf_aghajani@yahoo.com

0000-0001-9848-9016

۲. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای ویژه، دانشکده علوم تربیتی و

روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

zareinouroozi.m@edu.ui.ac.ir

0009-0009-7993-0211

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. shayannoori60@gmail.com

0009-0006-0180-7377

۴. دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز،

خوزستان، ایران. moradimohaddeseh1@gmail.com

0009-0002-4699-2343

چکیده

مقدمه: نشانگان وسواسی جبری یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با وجود افکار مزاحم، تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده و تردیدهای مداوم همراه بوده و سلامت افراد در جنبه‌های مختلف را با آسیب‌های جدی مواجه می‌سازد به همین سبب پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر روش‌شناسی توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود که طی آن از بین تمام دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تعداد ۳۱۲ نفر به شکل در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات سیاهه نشانگان وسواسی جبری (PI-WSUR)؛ پرسشنامه‌های تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ) و آمیختگی شناختی (CFQ) و مقیاس‌های تحمل ابهام (MSTATS) و ترس از گناه (FOGS) بود. تحلیل اطلاعات به دست آمده در سطح توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی آزمون‌های هم‌بستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 بود.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد مدل مفهومی از برآزندگی مطلوبی برخوردار بوده ($\chi^2/df = 3/1$)، $\eta^2 = 0/08$ ، $CFI = 0/91$ ، $AGFI = 0/90$ ، $GFI = 0/91$ ، $SRMR = 0/07$ ، $RMSEA$ شناختی ($\beta = 0/16$ و $p < 0/01$) و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای معنی‌داری را ایفا می‌کند.

تاریخ دریافت:

....../../..

تاریخ پذیرش:

....../../..



$\beta = -0.08$ و $p < 0.05$) اما در رابطه تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد ($\beta = 0.03$ و $p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: مطابق با نتایج این پژوهش می‌توان تجارب آسیب‌زای کودکی؛ هم‌جوشی شناختی و ترس از گناه را به عنوان اصلی‌ترین عوامل بروز نشانگان وسواسی جبری نام برد و از آن‌ها برای طراحی پروتکل‌های آموزشی_درمانی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: وسواس فکری_عملی، ترومای کودکی، آمیختگی شناختی، تحمل ابهام، احساس گناه.

zareinouroozi.m@edu.ui.ac.ir

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

مقدمه

یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی، اختلال وسواسی جبری (OCD) است که اغلب با وجود افکار مزاحم، تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده و تردیدهای مداوم همراه بوده و عمیقاً سلامت جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی افراد را با آسیب‌های جدی مواجه می‌سازد [۱]. بر اساس پنجمین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) این اختلال به عنوان الگویی از علائم شناختی و رفتاری تعریف شده است که با اشتغال بیش از حد به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی و نیاز به کنترل بر حوزه‌های مختلف زندگی شخصی و بین فردی مشخص می‌شود [۲]. این وضعیت عمدتاً به صورت وسواس‌های فکری، رفتارهای اجبارگونه یا ترکیبی از هر دو ابراز می‌گردد. وسواس به افکار، امیال یا تصاویر مزاحم و ناخواسته‌ای اشاره دارد که به طور مکرر رخ می‌دهند، درحالی‌که رفتارهای اجبارگونه شامل اعمال یا فرآیندهای تکراری هستند که فرد احساس می‌کند در واکنش به یک وسواس و مطابق با دستورالعمل‌های دقیق (و به منظور کاهش تنش و اضطراب وسواس‌ها) باید به دقت آن‌ها را انجام دهد [۳].

وسواس‌ها و رفتارهای اجبارگونه ناشی از این اختلال عمدتاً در سنین نوجوانی آغاز می‌شوند [۴] اما با این حال پژوهش‌های مختلف دوران رشد و اوج‌گیری این اختلال را در دو مقطع زمانی دانسته‌اند که یک اوج آن در سنین ۱۲ تا ۱۴ سالگی و دیگری در سنین ۲۰ تا ۲۲ سالگی است [۵]، شرایطی که موجب شیوع قابل توجه این اختلال شده است به طوری که نتایج پژوهش‌های هوآنگ و همکاران [۶] نشان داده است شیوع وسواس در طول عمر و شیوع یک

سال آن حدود ۴/۲ تا ۶/۱ درصد می‌باشد. هم‌چنین این مسئله موجب افزایش احتمال بروز پیامدهای آسیب‌زای مختلف برای افراد درگیر شده است که در همین زمینه پژوهش‌های صورت گرفته بر ارتباط معنی‌دار این اختلال با پیامدهای جدی نظیر گرایش به خودکشی [۷]؛ ایده-پردازی خودکشی [۸]؛ اختلال افسردگی [۹]؛ اضطراب اجتماعی [۱۰] و اختلال‌های شخصیت [۱۱] تأکید داشته‌اند.

شیوع قابل ملاحظه اختلال وسواسی جبری مخصوصاً دوره اوج دوم آن که با دوران دانشجویی و فشارهای مختلف آن هم‌زمان است در کنار پیامدهای آسیب‌زای این اختلال، شناسایی عوامل مرتبط با این وضعیت را ضروری می‌سازد. طی دو دهه اخیر تلاش‌های بسیاری در جهت بررسی و تبیین عناصر مرتبط با این اختلال صورت گرفته و هر کدام از این تلاش‌های پژوهشی موجب شناسایی عوامل بسیاری شده است که یکی از مهم‌ترین این عوامل را دوران کودکی و مخصوصاً تجربه‌ی اتفاقات آسیب‌زا در این دوران نامیده‌اند [۱۲، ۱۳، ۱۴] زیرا در سال‌های اولیه رشد، کودکان نسبت به محیط اطراف خودآگاهی و حساسیت بسیار بالایی را نشان می‌دهند، آن‌ها عمدتاً اطلاعات محیطی را به طور فعال جذب و تفسیر کرده و به شکل مداوم ادراک و تصور خود را از ماهیت خود، روابط با دیگران و جهان پیرامون‌شان می‌سازند [۱۵]. بنابراین، بروز هر نوع تجربه آسیب‌زا در این سنین می‌تواند از طریق ایجاد افکار و باورهای ناکارآمد زمینه شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی مختلفی را فراهم سازد به شکلی که ریشه اختلال‌های روان‌شناختی مختلف

4. self-injury

5. suicidal ideation

6. depressive disorder

7. social anxiety

8. personality disorders

1. obsessive-compulsive disorder

2. diagnostic and statistical manual of mental disorders

3. Huang

شناختی اغلب واکنش‌های هیجانی نامتناسب با موقعیت مشاهده می‌شود که می‌تواند موجب اختلال در روند عادی زندگی روزمره آن‌ها گردد [۲۳]. یکی دیگر از عناصر اصلی این سازه کاهش سطوح خودآگاهی می‌باشد که طی آن این افراد چنان در باورها و افکار خود گرفتار می‌شوند که ارزش‌های شخصی، امیال و آرزوها و نیز هدف اصلی زندگی و رفتارهای خود را از دست می‌دهند، وضعیتی که مانع از بروز رفتارهای سالم و برعکس افزایش احتمال شکل‌گیری رفتارهای پرخطر در شخص می‌گردد [۲۴]. این دو عنصر کلیدی هم‌جوشی شناختی در ترکیب با یکدیگر آسیب‌پذیری فرد را در برابر چالش‌ها و مسائل مختلف افزایش می‌دهند به نحوی که پژوهش‌های صورت گرفته بر نقش معنی‌دار هم‌جوشی شناختی و عناصر مختلف آن بر بروز نشانگان وسواسی جبری تأکید داشته‌اند [۲۱، ۲۵].

نشانگان وسواسی جبری هم‌چون دیگر پدیده‌های علوم رفتاری، یک مفهوم تک‌عاملی نیست که صرفاً از تجارب آسیب‌زای کودکی یا هم‌جوشی شناختی اثرپذیر باشد بلکه یک سازه پیچیده و درهم‌تنیده است که تحت تأثیر عوامل دیگری نیز قرار می‌گیرد. یکی دیگر از این عوامل اثرگذار مفهوم تحمل ابهام است [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹]. در ادبیات روانشناسی تحمل ابهام یک ویژگی شخصیتی است که ظرفیت فرد را برای پردازش و پاسخ به اطلاعات و محرک‌های مبهم یا غیرقطعی توصیف می‌کند [۳۰]. به عبارت بهتر این ساختار بیانگر نحوه پاسخگویی یا سازگاری افراد در محیط‌هایی است که در آن اطلاعات ناقص، مبهم یا متناقض وجود دارد. سازگاری در برابر اطلاعات مبهم و توانایی تحمل یا پردازش آن‌ها توانمندی پذیرفتن عدم قطعیت به عنوان یک بخش عادی از زندگی روزمره است؛ یعنی توانایی زندگی کردن با یک مجموعه اطلاعات ناقص و تمایل به انجام فعالیت‌هایی که فرد نمی‌داند در پس انجام آن‌ها موفق خواهد شد یا نه [۳۱]. به عقده مک‌لین [۳۲] برخورداری از سطوح بالاتر تحمل ابهام موجب عملکرد بهتر در موقعیت‌های جدید و پیچیده خواهد شد، این در حالی است که عدم تحمل ابهام موجب بروز واکنش‌های اضطرابی و به تبع آن اجتناب از موقعیت‌های جدید می‌شود مسئله‌ای که عدم درمان آن با بروز اختلال‌های اضطرابی [۳۳]؛

در دوران بزرگسالی را به سنین کودکی ربط می‌دهند [۱۶]. دوران کودکی و تجارب آسیب‌زای اولیه ناشی از آن مفهومی است که نخستین بار در سال ۱۹۸۸ توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده مطرح شد. این اصطلاح توصیف‌کننده‌ی اشکال مختلف کودک‌آزاری است که عمدتاً در طول دوران رشد و قبل از سنین ۱۸ سالگی رخ داده و به دو دسته اصلی نیز تقسیم‌بندی می‌شوند: سوءاستفاده (فیزیکی، عاطفی و جنسی) و غفلت (عاطفی و فیزیکی) [۱۷]. تجربیاتی که می‌توانند از طریق بروز اختلال در روند طبیعی رشد کودک زمینه بروز آسیب‌ها و پیامدهای مختلف جسمانی، روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی را در بزرگسالی ایجاد نمایند. در همین مورد طی پژوهش‌های نوروزی و نجفی [۱۸] که بر روی ۳۶۳ نفر از جامعه عمومی شهر سمنان انجام شده بود این نتیجه حاصل آمد که تجارب آسیب‌زای کودکی اثر قابل توجهی را بر بروز نشانگان وسواسی جبری دارند.

اختلال وسواسی جبری علاوه بر تجارب آسیب‌زای کودکی از فاکتورهای شناختی مخصوصاً تحریف‌های شناختی نیز اثر می‌پذیرد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها سازه هم‌جوشی شناختی است [۱۹، ۲۰، ۲۱]. هم‌جوشی شناختی مفهومی است که ریشه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (ACT) داشته و زمانی به وجود می‌آید که فرد به‌صورت افراطی به افکار خود وابسته شده و توانایی جداسازی افکار خود را از واقعیت از دست می‌دهد. در چنین مواردی، افکار به‌عنوان حقایق مطلق در نظر گرفته شده و فرد به‌طور کامل تحت تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد حالتی که طی آن فرد توان تمایز قائل شدن بین تجارب واقعی و برداشتها یا افکار خود را به‌طور کامل از دست می‌دهد [۲۲].

سازه هم‌جوشی شناختی دارای عناصر مختلفی بوده که یکی از کلیدی‌ترین آن‌ها افزایش واکنش‌پذیری هیجانی^۴ است، مفهومی که به درگیری شدید با هیجانات و به تبع آن بروز واکنش‌های تکانشی یا غیرمنطقی به موقعیت‌های هیجانی اشاره دارد. در افراد با سطوح بالاتر هم‌جوشی

1. Centers for Disease Control and Prevention

2. cognitive fusion

3. Acceptance and Commitment Therapy

4. emotional reactivity

5. self-awareness

6. tolerance of ambiguity

بودنش را اثبات کند. این ترس، تنها یک هیجان گذرا نیست، بلکه به یک چارچوب شناختی-هیجانی تبدیل می‌شود که از طریق آن، فرد جهان و خودش را تفسیر می‌کند. تفسیری که می‌تواند در طولانی مدت اثرات بسزایی را برای کودک داشته باشد.

علاوه بر آن همجوشی شناختی نیز با القای باور به قطعی بودن افکار، منجر به تفسیری فاجعه‌آمیز از این افکار می‌گردند. در این فرآیند، فرد محتوای افکار را معادل عمل واقعی پنداشته و به شکل مداوم پیامدهای اخلاقی آن مانند احساس گناه یا شرمندگی را پیش‌بینی می‌کند. در چنین شرایطی وقتی فرد با یک فکر ناخواسته، تهاجمی یا غیراخلاقی (مثلاً «مبادا به کسی آسیب برسانم») درگیر می‌شود، صرف حضور آن فکر در ذهنش را دلیلی بر گناهکاری خود می‌پندارد. این فرآیند، یک ترس از گناه بنیادین را به وجود می‌آورد؛ ترسی که نه ناشی از یک عمل عینی، بلکه تنها محصول وجود یک فکر است. در نتیجه، همجوشی شناختی به عنوان یک متغیر مستقل، مکانیسمی را ایجاد می‌کند که در آن، افکار به خودی خود و بدون نیاز به عمل بیرونی، می‌توانند موجب شکل‌گیری ترس از گناه را ایجاد کنند. این ترس از گناه نیز به نوبه خود می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری رفتارهای اجبارگونه با هدف جلوگیری از بروز احساس گناه را فراهم آورد [۳۶]. هم‌چنین تحمل ابهام پایین نیز به عنوان یک سازه‌ی شناختی-هیجانی، موجب می‌شود تا موقعیت‌های فاقد قطعیت عینی، به صورت تهدیدآمیز تفسیر گردند. هنگامی که این سوگیری تفسیری در حیطه‌ی ارزش‌ها و رفتارهای اخلاقی فرد باشد، این حالت به شکل ترس از انجام اشتباه، خطا و به تبع آن شکل‌گیری حس گناه پدیدار می‌شود. در چنین شرایطی فرد در یک حالت هوشیاری افراطی و نگرانی مداوم به سر می‌برد مبنی بر اینکه ممکن است عملی (یا حتی فکری) مرتکب شده باشد که ناقض استانداردهای اخلاقی است و از آنجایی که ماهیت این موقعیت‌ها فاقد شواهد قطعی برای رد یا تأیید این نگرانی است، فرد قادر به ارزیابی واقع‌بینانه‌ی وضعیت نبوده و در نتیجه، این ابهام به خودی خود موجب بروز احساس گناه شدیدی در فرد می‌شود. بنابراین، یک چرخه‌ی معیوب شکل می‌گیرد که در آن تحمل پایین ابهام، ترس از گناه را برمی‌انگیزد و این ترس نیز به نوبه‌ی خود، حساسیت به ابهام را تشدید کرده و به تداوم و تشدید

افسردگی [۳۴] و مخصوصاً اختلال وسواسی جبری [۲۸] مرتبط است. در همین زمینه طی پژوهش داودی‌ان و همکاران [۲۶] که بر روی ۲۲۰ نفر از بیماران دیابتی شهر کرمانشاه انجام شده بود این نتیجه حاصل آمد که بین عدم تحمل ابهام با بروز نشانگان وسواسی جبری رابطه مستقیم معنی‌داری مشاهده می‌شود زیرا این‌گونه به نظر می‌رسد که ناتوانی در پذیرش و سازگاری در موقعیت‌های مبهم اغلب تنش‌های قابل توجهی را برای فرد به وجود می‌آورد و بدین طریق باعث می‌شود فرد برای کاهش تنش‌ها و اضطراب‌های ایجاد شده به انجام مراسم‌های تکراری یا اعمال ذهنی به عنوان راهی برای کسب مجدد آرامش روی آورد.

تحمل ابهام، همجوشی شناختی و تجارب آسیب‌زای کودکی از مهم‌ترین عواملی هستند که اثر مستقیم آن‌ها بر بروز نشانگان وسواسی جبری مورد بررسی قرار گرفته است اما با این حال این عوامل به صورت غیرمستقیم و از طریق نقش واسطه‌ای عناصر دیگر می‌توانند بر بروز نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشند، مسئله‌ای که در پژوهش‌های اندکی به آن پرداخته شده و موجب ایجاد شکاف‌های پژوهشی جدی شده است. به همین واسطه یکی از عواملی که به دلیل اثرپذیری از تجارب آسیب‌زای کودکی [۳۵]؛ همجوشی شناختی [۳۶] و تحمل ابهام [۳۷] و نیز اثرگذاری آن بر نشانگان وسواسی جبری [۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱] نقش واسطه‌ای آن مورد توجه پژوهشگران بوده است مسئله ترس از گناه است. در همین زمینه نتایج پژوهش ووجیک و همکاران^۱ [۳۵] نشان داد تجارب آسیب‌زای کودکی می‌توانند ضمن اثرگذاری و تضعیف رشد هیجانی و اخلاقی کودک، موجب شکل‌گیری الگوهای شناختی ناسازگارانه گردند. این تجارب، جهان را به محیطی پرتهدید و غیرقابل اعتماد تبدیل کرده و از این طریق موجب درونی‌سازی افکار تحریف‌شده احساس گناه می‌شوند زیرا کودکان به طور طبیعی تمایل دارند که علت وقایع منفی اطراف خود را به خودشان نسبت دهند. بنابراین، یک کودک قربانی ممکن است به این باور برسد که «به دلیل بد بودنش» مورد آزار قرار گرفته است. این درونی‌سازی تقصیر، یک ترس از گناه عمیق و پایدار را ایجاد می‌کند؛ ترسی از این که مبادا ذاتاً ناقص یا بد باشد و هر عمل یا فکری بتواند گناهکار

^۱. fear of guilt

^۲. Wojcik et al

پیشانی هیجانی منجر می‌گردد و از این طریق می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را در برابر مشکلات مختلف مخصوصاً نشانگان وسواسی افزایش دهد [۳۷].

بنا به تعاریف موجود، احساس گناه را یک حالت عاطفی و به معنای مقصر دانستن خود در بروز وقایع تلخ تعریف نموده‌اند [۴۲]. این احساس نه تنها به واسطه‌ی رعایت نکردن معیارهای اخلاقی، مذهبی، فرهنگی و خانوادگی، بلکه به دلیل ناتوانی فرد در انجام یک مسئولیت یا انجام یک کار اشتباه نیز ایجاد می‌شود [۴۳]. حالات شدید احساس گناه و خودسرزنش‌گری می‌تواند تنش و پریشانی قابل توجهی را برای فرد ایجاد نماید، مسئله‌ای که موجب بروز ترس از گناه می‌شود. ترس از گناه نیز پدیده‌ای روانی است که با ترس شدید از ارتکاب اعمال گناه یا نقض اصول مذهبی و اخلاقی مشخص می‌شود [۴۴]. حالات شدید این احساس می‌تواند در بروز اختلال‌های اضطرابی [۴۵] و وسواسی جبری [۴۰] اثرگذار باشد. به‌صورتی که در طی سالیان اخیر و در پژوهش‌های متعدد پیرامون نشانگان وسواسی جبری به این مسئله پرداخته شده است که احساس گناه و ترس ناشی از آن عامل هیجانی اصلی در بروز علائم مربوط به این اختلال است به شکلی که شواهد بالینی و پژوهشی مختلف حکایت از آن دارد که افراد دارای این اختلال ترس از گناه بسیار زیادی را تجربه کرده و به‌صورت دائمی و افراطی برای جلوگیری از احساس گناه تلاش می‌کنند [۴۶]. در همین زمینه و بر اساس مدل مانچینی^۱ [۴۷] تجربیات منفی اولیه ممکن است حساسیت کودک را نسبت به محتوای شناختی و عاطفی خاص مرتبط با اختلال وسواسی-جبری شکل داده و چنانچه ذهنیت والد در وی شکل گیرد منجر به فعال شدن احساسات خاصی از جمله احساس گناه می‌گردد. بنابراین ترس از گناه به عنوان یک عنصر اثرگذار می‌تواند در بروز و نیز تداوم نشانگان وسواس نقش داشته و افراد را مستعد این اختلال سازد [۴۱].

پیشانی هیجانی منجر می‌گردد و از این طریق می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را در برابر مشکلات مختلف مخصوصاً نشانگان وسواسی افزایش دهد [۳۷].

بنا به تعاریف موجود، احساس گناه را یک حالت عاطفی و به معنای مقصر دانستن خود در بروز وقایع تلخ تعریف نموده‌اند [۴۲]. این احساس نه تنها به واسطه‌ی رعایت نکردن معیارهای اخلاقی، مذهبی، فرهنگی و خانوادگی، بلکه به دلیل ناتوانی فرد در انجام یک مسئولیت یا انجام یک کار اشتباه نیز ایجاد می‌شود [۴۳]. حالات شدید احساس گناه و خودسرزنش‌گری می‌تواند تنش و پریشانی قابل توجهی را برای فرد ایجاد نماید، مسئله‌ای که موجب بروز ترس از گناه می‌شود. ترس از گناه نیز پدیده‌ای روانی است که با ترس شدید از ارتکاب اعمال گناه یا نقض اصول مذهبی و اخلاقی مشخص می‌شود [۴۴]. حالات شدید این احساس می‌تواند در بروز اختلال‌های اضطرابی [۴۵] و وسواسی جبری [۴۰] اثرگذار باشد. به‌صورتی که در طی سالیان اخیر و در پژوهش‌های متعدد پیرامون نشانگان وسواسی جبری به این مسئله پرداخته شده است که احساس گناه و ترس ناشی از آن عامل هیجانی اصلی در بروز علائم مربوط به این اختلال است به شکلی که شواهد بالینی و پژوهشی مختلف حکایت از آن دارد که افراد دارای این اختلال ترس از گناه بسیار زیادی را تجربه کرده و به‌صورت دائمی و افراطی برای جلوگیری از احساس گناه تلاش می‌کنند [۴۶]. در همین زمینه و بر اساس مدل مانچینی^۱ [۴۷] تجربیات منفی اولیه ممکن است حساسیت کودک را نسبت به محتوای شناختی و عاطفی خاص مرتبط با اختلال وسواسی-جبری شکل داده و چنانچه ذهنیت والد در وی شکل گیرد منجر به فعال شدن احساسات خاصی از جمله احساس گناه می‌گردد. بنابراین ترس از گناه به عنوان یک عنصر اثرگذار می‌تواند در بروز و نیز تداوم نشانگان وسواس نقش داشته و افراد را مستعد این اختلال سازد [۴۱].

به‌طور کلی نشانگان وسواسی جبری یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌پزشکی است که به‌عنوان وجود وسواس یا اجبار در قالب افکار، تصاویر ذهنی و یا رفتارهای تکراری و مداوم تعریف شده است و می‌تواند منجر به بروز اختلال در

روش نوع پژوهش

این مطالعه از نقطه نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش پژوهشی نیز توصیفی-هم‌بستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود.

آزمودنی

جامعه هدف این مطالعه را تمام دانشجویان دختر و پسر دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل می‌دادند. در برخی از مطالعات حجم نمونه مناسب برای پژوهش‌های معادلات ساختاری را حداقل ۲۰۰ نفر و در برخی دیگر از مطالعات به‌ازای هر پارامتر حداقل ۵ و در حالت مطلوب ۲۰ نفر در نظر گرفته‌اند [۴۸]، اما در این پژوهش با توجه به احتمال وجود پرسشنامه‌های مخدوش و به‌منظور افزایش شانس تعمیم‌پذیری یافته‌های احتمالی، ۳۲۰ نفر از دانشجویان به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند که پس از حذف ۸ پرسشنامه غیرمعتبر، تعداد نهایی به ۳۱۲ نفر کاهش یافت.

¹. Mancini

ابزارهای پژوهش

الف) سیاهه نشانگان وسواسی جبری (اصلاحی)

دانشگاه ایالتی واشنگتن (PI_WSUR): این سیاهه در ۶۰ گویه طی سال ۱۹۸۸ توسط ساناوینو تدوین شد. سپس در سال ۱۹۹۶ توسط برنز و همکاران [۴۹] مورد بازنگری قرار گرفت که در آن نسخه نهایی ۳۹ عبارتی با عنوان سیاهه نشانگان وسواسی جبری (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن) مهیا شد. این ابزار خودگزارشی نشانگان مختلف اختلال وسواسی جبری را بر اساس ۸ خرده مقیاس اصلی وسواس‌های آلودگی (گویه‌های ۱ و ۲ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰)؛ اجبارهای شست‌وشو (۳ و ۴ و ۵ و ۶)؛ اجبارهای نظم و ترتیب (۱۱ و ۱۲ و ۱۳)؛ اجبارهای وارسی (۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳)؛ افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران (۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۳۰)؛ افکار وسواسی خشونت (۲۸ و ۲۹)؛ تکانه‌های وسواسی آسیب به خود و دیگران (۳۱ و ۳۲ و ۳۳ و ۳۴ و ۳۵ و ۳۶ و ۳۹)؛ تکانه‌های وسواسی دزدی (۳۷ و ۳۸) مورد ارزیابی قرار می‌دهد که هر گویه بر اساس یک طیف لیکرتی از به‌هیچ‌وجه (نمره ۰) تا خیلی زیاد (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش‌های برنز و همکاران [۴۹] روایی این ابزار از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بررسی و تأیید شد و پایایی آن نیز به دو روش باز آزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۹۰ به دست آمد. در ایران نیز طی مطالعات شمس و همکاران [۵۰] روایی ملاکی این ابزار از طریق همبسته کردن با دو پرسشنامه وسواسی جبری و وسواسی مادزلی به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۵۸ به دست آمد و پایایی آن نیز به روش‌های باز آزمایی، دو نیمه کردن و همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۷؛ ۰/۹۵ و ۰/۹۲ به دست آمد. در این پژوهش نیز پایایی همسانی درونی این سیاهه در سطح ۰/۸۸ محاسبه شد.

ب) تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ): برنستاین و

همکاران در سال ۲۰۰۳ پرسشنامه ترومای دوران کودکی را برای سنجش بدرفتاری‌ها و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی

تدوین نمودند [۱۷]. این پرسشنامه دارای ۲۸ عبارت بوده و تجارب آسیب‌زای کودکی را بر مبنای پنج مؤلفه آزار و اذیت عاطفی (سؤالات ۲۵، ۱۸، ۱۴، ۸ و ۳)، اذیت جنسی (سؤالات ۲۷، ۲۴، ۲۳، ۲۱ و ۲۰)، آزار جسمانی (سؤالات ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۱۱ و ۹)، غفلت جسمانی (سؤالات ۲۶، ۶ و ۴) و غفلت عاطفی (سؤالات ۲۸، ۱۹، ۱۳، ۷ و ۵) مورد سنجش قرار می‌دهد. البته سؤالات ۲۲، ۱۶ و ۱۰ متعلق به هیچ مؤلفه‌ای نبوده و برای افرادی به کار می‌رود که قصد انکار تجارب دردناک کودکی خود را دارند، علاوه بر آن سؤالات ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر مبنای یک پیوستار پنج‌درجه‌ای هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) انجام می‌گیرد. برنستاین و همکاران [۱۷] پایایی این پرسشنامه را به شیوه باز آزمایی و همسانی درونی بررسی و در سطح بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و مطلوب گزارش نمودند. به‌علاوه روایی هم‌زمان آن نیز با درجه‌بندی درمانگران از میزان وقایع آسیب‌زای کودکی، بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران [۵۱] ضمن ترجمه و هنجاریابی این پرسشنامه روایی آن را مطلوب و پایایی آن را نیز به روش همسانی درونی بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند. در این مطالعه نیز پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش شد.

ج) آمیختگی شناختی (CFQ): پرسشنامه آمیختگی شناختی یک ابزار خودگزارشی ۱۲ ماده‌ای است که در سال ۲۰۱۴ و بر اساس اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) توسط گیلندرز و همکاران تدوین و توسعه یافته است [۲۲]. این ابزار دو خرده مقیاس اصلی هم‌جوشی شناختی (۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و گس‌لش شناختی (۱، ۲ و ۹) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که در این پژوهش گویه‌های مربوط به هم‌جوشی شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. هر آیت‌م در یک طیف ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره در این پرسشنامه برابر ۹ و بیشترین نمره برابر ۶۳ خواهد بود و نمرات بالاتر بیانگر آمیختگی شناختی بیشتر خواهد بود. CFQ ویژگی‌های روان‌سنجی قوی را در

^۱. Padua Inventory-Washington State University Revision

^۲. Sanavio

^۳. Burns

^۴. childhood Trauma Questionnaire

^۵. Bernstein

^۶. cognitive Fusion Questionnaire

فریستون (IUS) ۰/۶۸ و پایایی آلفای کرونباخ آن را نیز ۰/۸۵ گزارش نمودند. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

ه) **مقیاس ترس از گناه (FOGS):** مقیاس ترس از گناه در سال ۲۰۱۶ توسط چیانگ و همکاران در کشور کانادا تدوین شد [۴۲]. فرم اصلی این مقیاس دارای ۴۹ عبارت و فرم کوتاه آن ۱۷ عبارتی است که در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شد. این مقیاس دارای دو مؤلفه اصلی تنبیه (عبارت‌های ۱ تا ۷) و ممانعت از آسیب (عبارت‌های ۸ تا ۱۷) می‌باشد که بر مبنای یک طیف لیکرتی ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) نمره-گذاری می‌شود که طی آن کمترین نمره برابر با ۰ و بیشترین نمره برابر با ۱۰۲ می‌باشد. چیانگ و همکاران [۴۲] مقیاس ترس از گناه را با پرسشنامه باورهای وسواسی در ۳۶۶ نفر از دانشجویان دانشگاه واترلو در کانادا مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که همبستگی زیر مقیاس پیشگیری از آسیب در مقیاس ترس از گناه با نمره کل پرسشنامه باورهای وسواسی ۰/۵۶ و همبستگی زیر مقیاس تنبیه با نمره کل پرسشنامه باورهای وسواسی ۰/۶۴ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۰ محاسبه شد. در ایران نیز جمالی و همکاران [۵۴] ضمن ترجمه، هنجاریابی این مقیاس را بر روی ۲۵۰ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۳۵ سال دانشگاه شهید چمران اهواز انجام دادند. در مطالعات آن‌ها روایی همگرایی این مقیاس با پرسشنامه باورهای وسواسی مورد بررسی قرار گرفت که طی آن هم-بستگی خرده مقیاس ممانعت از آسیب و تنبیه با نمره کل باورهای وسواسی به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۵۲ به دست آمد. برای بررسی پایایی نیز از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و نمره کل این مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۰ به دست آمد. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت و نمره کل آن برابر با ۰/۸۹ و خرده مقیاس‌های آن ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمد.

مطالعات و پژوهش‌های متعدد نشان داده است. اعتبار سنجی پژوهش‌های گیلندرز و همکاران [۲۲] نشان داد که CFQ دارای ساختار عاملی تک بعدی، سازگاری درونی عالی و اعتبار همگرا و واگرا مناسبی است. طی این پژوهش‌ها روایی این پرسشنامه از طریق هم‌پسته کردن سؤالات این پرسشنامه با ابزارهای باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی، پذیرش و عمل و اضطراب در تعامل اجتماعی (هم‌بستگی مثبت) و پرسشنامه کیفیت زندگی (هم‌بستگی منفی) بررسی و تأیید شد. هم‌چنین پایایی این پرسشنامه به روش باز آزمایی در فاصله زمانی ۴ هفته برابر با ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۹۳ به دست آمد. هم‌چنین CFQ در نسخه‌های اسپانیایی، کاتالان، چینی، ایتالیایی، هلندی، فارسی، ترکی، لهستانی و یونانی تأیید شده است و از ارتباط بین فرهنگی آن پشتیبانی می‌کند. در ایران نیز طی پژوهش‌های اکبری و همکاران [۵۲]، این پرسشنامه ترجمه و هنجاریابی شد. در آن مطالعه روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مورد تأیید و پایایی باز آزمایی این پرسشنامه در فاصله زمانی ۵ هفته، ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۱ گزارش شد. در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

د) **مقیاس تحمل ابهام (محرک چندگانه) (MSTATS)**

مقیاس تک عاملی تحمل ابهام در سال ۱۹۹۳ توسط مک لین تدوین شد [۳۲]. این مقیاس دارای ۱۳ گویه می-باشد که بر اساس یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره‌گذاری می-شود که طی آن کمترین نمره برابر با ۱۳ و بیشترین نمره نیز برابر با ۶۵ خواهد بود. هرچه نمره آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد بیانگر تحمل ابهام بالاتر در وی می‌باشد. مک لین [۳۲] روایی همگرایی این مقیاس را از طریق هم-پسته کردن آن با مقیاس ۱۶ ماده‌ای بودنر (۰/۶۰)، مقیاس ۸ ماده‌ای استوری و آلداک (۰/۷۱) و مقیاس ۵۱ ماده‌ای مک دونالد (۰/۵۸) بررسی و مطلوب گزارش نمود و پایایی همسانی درونی آن را نیز در سطح ۰/۸۲ گزارش نمود. در ایران نیز رادمهر و کرمی [۵۳] روایی این مقیاس را از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی

^۲. Intolerance of Uncertainty Scale

^۳. Fear of Guilt Scale

^۱. Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale

شیوه انجام پژوهش

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا پرسشنامه‌های مربوطه در گوگل فرم تدوین شد، سپس به طور مستقیم به کتابخانه و دانشکده‌های دانشگاه محقق اردبیلی مراجعه و از طریق صحبت مستقیم با دانشجویان و نیز پس از ارائه توضیحات مربوط به اهداف پژوهش، از دانشجویان تقاضا گردید تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. علاوه بر آن از طریق دانشجویان به گروه‌های دانشجویی آن-ها در فضای مجازی دسترسی (و از طریق شبکه‌های اجتماعی تلگرام و ایتا) در گروه‌های دانشجویی مختلف نیز اقدام به توزیع پرسشنامه شد. در این پژوهش ملاک‌های ورود دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی، رضایت و تمایل به حضور در مطالعه، داشتن زمان کافی برای تکمیل سؤالات، دسترسی به اینترنت و شبکه‌های مجازی (ایتا و تلگرام) و ملاک خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه (عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰ سؤال) و عدم توجه دقیق به سؤالات و انتخاب یک پاسخ برای تمام پرسشنامه بود. هم-چنین در این مطالعه امکان دسترسی به نتایج پرسشنامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش موردنظر پژوهشگران قرار داشت.

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از دستیابی به نمونه مورد نیاز، اطلاعات جمع‌آوری شده در دو سطح توصیفی: میانگین، انحراف استاندارد و استنباطی: آزمون همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۱۲ نفر از دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی شرکت داشتند که از بین آن‌ها تعداد ۲۳۷ نفر (معادل ۷۶ درصد) را دانشجویان دختر و ۷۵ نفر (معادل ۲۴ درصد) از آن‌ها را نیز دانشجویان پسر تشکیل می‌دادند. علاوه بر آن از میان نمونه مورد مطالعه تعداد ۲۴۱ نفر (معادل ۷۸ درصد) را دانشجویان مقطع کارشناسی؛ تعداد ۶۴ نفر (معادل ۲۰ درصد) را دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و تعداد ۷ نفر (معادل ۲ درصد) را نیز دانشجویان مقطع دکتری تشکیل می‌دادند. در ادامه و در جدول شماره ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مطالعه از جمله میانگین، انحراف معیار، ضرایب کجی و کشیدگی و علاوه بر آن ضرایب همبستگی گزارش شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴	۵
۱. نشانگان وسواسی جبری	۰	۱۰۲	۴۰/۸	۱۰/۹	۰/۳	-۰/۲	۱				
۲. تجارب آسیب‌زای کودکی	۳۵	۹۸	۵۰/۷	۱۲/۷	۱/۲	۱/۳	۰/۲۷**	۱			
۳. هم‌جوشی شناختی	۹	۵۱	۲۹/۸	۸/۱	۰/۴	-۰/۴	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۱		
۴. تحمل ابهام	۱۳	۶۲	۳۸/۲	۷/۱	۰/۱۲	۰/۱	-۰/۱۶**	-۰/۰۵	-۰/۳۱**	۱	
۵. ترس از گناه	۵	۹۶	۵۴/۱	۱۲/۴	-۰/۱۵	-۰/۳۶	۰/۳۳**	۰/۰۶	۰/۵۱**	-۰/۳۵**	۱

** $p \leq 0/01$

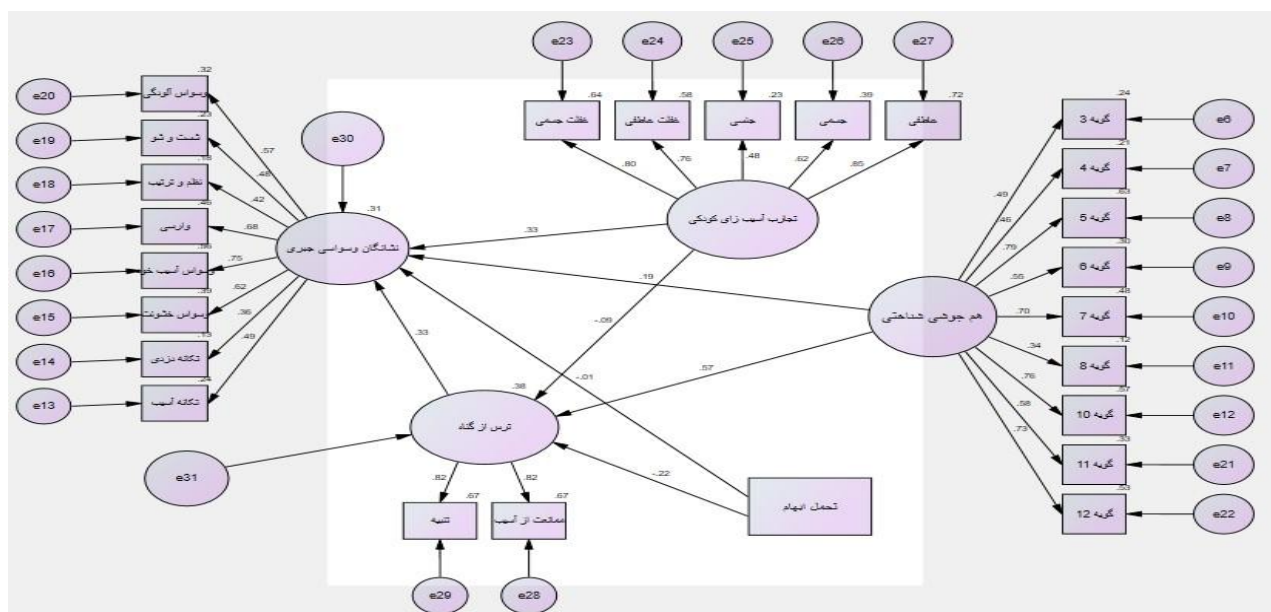
که بر اساس این نتایج انجام معادلات ساختاری بلامانع است.

پیش از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، مفروضه-های زیربنایی آن بررسی شد. عدم وجود داده‌های مفقود و پرت بررسی و تأیید شد. داده‌های پرت از طریق فاصله‌ی مالااتوبیس در نرم‌افزار ایموس نیز بررسی شد، با توجه به این که نمره $p1$ نمونه از $۰/۰۵$ بزرگ‌تر و نمره $p2$ آن‌ها نیز از $۰/۱$ بزرگ‌تر محاسبه شده بود، بنابراین عدم وجود داده-های پرت چند متغیری از این طریق نیز تأیید شد [۴۸].

بر اساس یافته‌های گزارش شده در جدول شماره ضرایب کجی و کشیدگی در محدوده بین -۲ الی $+۲$ می-باشد که نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. به‌علاوه نتایج موجود در جدول نشان می‌دهد که بین تجارب آسیب‌زای کودکی ($r = ۰/۲۷, p < ۰/۰۱$)؛ هم‌جوشی شناختی ($r = ۰/۳۳, p < ۰/۰۱$) و ترس از گناه ($r = ۰/۳۳, p < ۰/۰۱$) با نشانگان وسواسی جبری رابطه مستقیم و معنی‌دار و بین تحمل ابهام ($r = -۰/۱۶, p < ۰/۰۱$) با این نشانگان رابطه غیرمستقیم (معکوس) معنی‌دار وجود دارد

همچنین نرمال بودن توزیع نمونه نیز از طریق ضرایب کجی و کشیدگی بررسی و تأیید شد. برای بررسی عدم همخطی چندگانه از شاخص‌های تولرانس^۲ و عامل تورم واریانس (VIF)^۳ استفاده شد. حد مناسب برای تولرانس بین صفر تا یک و برای تورم واریانس کمتر از دو می‌باشد. آماره تولرانس کمتر از ۰/۹ و عامل تورم واریانس کمتر از ۱/۵ به دست آمد. با توجه به اینکه هر دو شاخص در محدوده مناسب قرار داشتند، بنابراین مفروضه عدم هم خطی چندگانه نیز تأیید شد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین-واتسون^۴ استفاده شد. حد مطلوب برای آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲/۵ است. در پژوهش آماره دوربین واتسون ۱/۹ به دست آمد، چون از حد مطلوب کمتر است، بنابراین وجود این مفروضه نیز تأیید شد. با توجه به توضیحات داده شده مدل اولیه به شکل زیر ترسیم شد:

^۱. Multicollinearity^۲. Tolerance^۳. Variance inflation factor^۴. Durbin-Watson



نمودار ۲. مدل اولیه پژوهش

هم‌چنان که در نمودار ۲ نیز مشاهده می‌شود در مدل پژوهش فرض بر این بود که تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمیل ابهام هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم از طریق میانجی‌گری ترس از گناه بر نشاندگان وسواسی جبری اثرگذار هستند.

در مدل‌سازی معادلات ساختاری شاخص‌های برازش مختلفی وجود دارد که از میان آن‌ها، مهم‌ترین این شاخص‌ها به‌همراه سطح مطلوب آن عبارت‌اند از: کای مربع بهنجار شده (CMIN/df) سطح مطلوب ۱ تا ۵، شاخص نیکویی برازش^۱ (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۲ (AGFI)، برازش تطبیقی^۳ (CFI) و برازش هنجار شده^۴ (NFI) با سطح مطلوب بزرگ‌تر از ۰/۹، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۵ (RMSEA) و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد^۶ (SRMR) با سطح مطلوب برابر یا کمتر از ۱ [۴۸]. که در مدل پژوهشی فوق برخی از این شاخص‌ها از حد مطلوب خارج بودند، به همین دلیل برخی از شاخص‌های اصلاحی انجام و مدل نهایی به‌صورت زیر ترسیم شد:

۱. Goodness of fit index

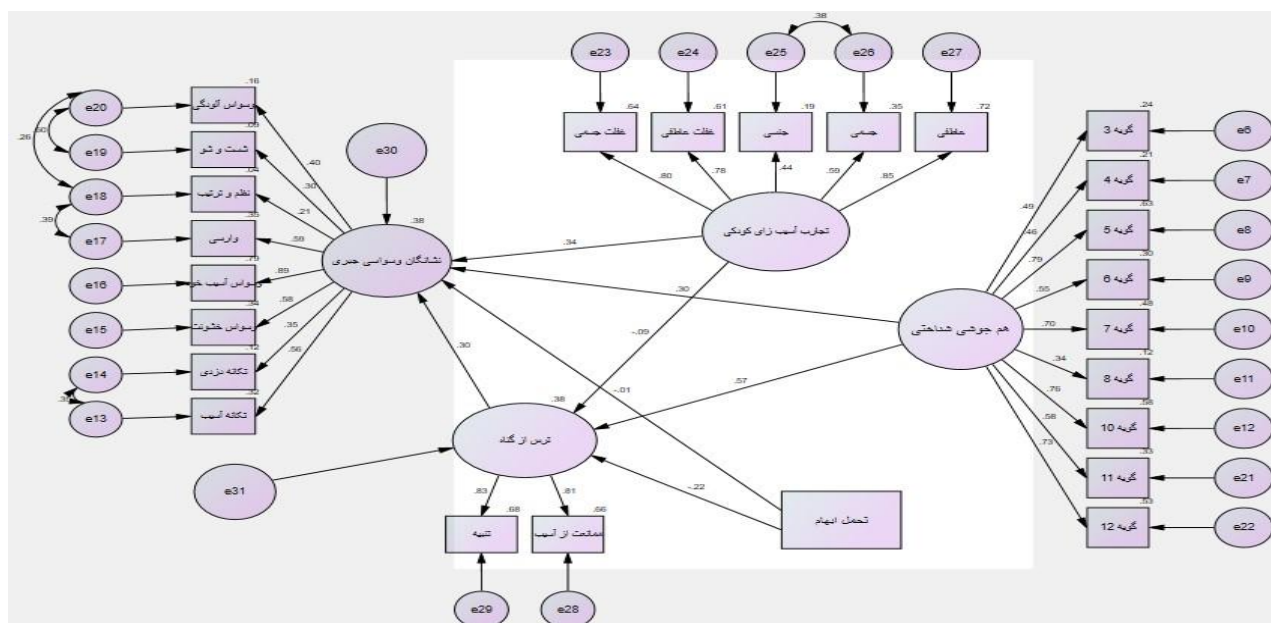
۲. Adjusted goodness of fit index

۳. Comparative fit index

۴. Normed fit index

۵. Root mean square error of approximation

۶. Standardized root mean square residuals



نمودار ۳. مدل نهایی پژوهش

به‌منظور ارزیابی نهایی مطلوبیت مدل مفهومی پژوهش در جدول شماره ۲ شاخص‌های برازش مدل اولیه و مدل نهایی (اصلاح شده) اشاره شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	χ^2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI	TLI	NFI
مقدار قابل قبول	< 5	< 0.1	< 0.1	> 0.90	> 0.90	> 0.90	> 0.90	> 0.90
مقدار اولیه	۴/۲	۰/۹	۰/۸	۰/۸۹	۰/۸۷	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۹۰
مقدار به دست آمده	۳/۱	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۱
نتیجه	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب

و در جدول شماره ۳ ضرایب مسیرهای مدل پژوهش و معنی‌دار بودن آن‌ها ذکر شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ نیز مشخص است شاخص‌های برازش در مدل اصلاح شده از برازندگی مناسبی برخوردار هستند. پس از تأیید برازش مدل پژوهش در ادامه

جدول ۳. ضرایب مسیرهای مدل

مسیر	Standardized Estimate	S.E	C.R	P
تجارب آسیب‌زای کودکی < نشنگان وسواسی جبری	۰/۳۳	۰/۰۸	۵/۱	$P < 0.01$
هم‌جوشی شناختی < نشنگان وسواسی جبری	۰/۳۰	۰/۲۷	۳/۵	$P < 0.01$
تحمل ابهام < نشنگان وسواسی جبری	-۰/۰۲	۰/۰۲	-۰/۲۵	۰/۷۹
ترس از گناه < نشنگان وسواسی جبری	۰/۲۹	۰/۰۷	۳/۴	$P < 0.01$
تجارب آسیب‌زای کودکی < ترس از گناه	-۰/۰۸	۰/۲۰	-۱/۴	۰/۱۴
هم‌جوشی شناختی < ترس از گناه	۰/۵۶	۱/۰۸	۶/۴	$P < 0.01$
تحمل ابهام < ترس از گناه	-۰/۲۲	۰/۰۶	-۳/۹	$P < 0.01$

آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و ترس از گناه به نشنگان وسواسی جبری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند. همچنین مسیرهای هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام به

در جدول شماره ۳ به‌ترتیب، ضرایب استاندارد، مقدار خطا، مقدار T و سطح معنی‌داری نشان داده شده است. مطابق با اطلاعات موجود در جدول، مسیرهای تجارب

ترس از گناه نیز در سطح $0/01$ معنی‌دار می‌باشند اما مسیرهای تحمل ابهام به نشانگان وسواسی جبری و تجارب آسیب‌زای کودکی به ترس از گناه معنی‌دار نیستند ($0/05 > P$).

به‌منظور بررسی نقش میانجی در مدل پژوهش، از آزمون بوت استرپینگ استفاده شد. در این آزمون تعداد ۲۰۰۰ نمونه بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بوت استرپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر	اثر غیرمستقیم		فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معناداری
	متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حد پایین	حد بالا
تجارب آسیب‌زای کودکی	ترس از گناه	نشانگان وسواسی جبری	$0/03$	$-0/08$	$0/01$
هم‌جوشی شناختی	ترس از گناه	نشانگان وسواسی جبری	$0/16$	$0/07$	$0/001$
تحمل ابهام	ترس از گناه	نشانگان وسواسی جبری	$-0/08$	$-0/13$	$-0/02$

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول ۴ باید اشاره نمود که ترس از گناه در رابطه بین هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری در سطح $0/05$ نقش واسطه‌ای معنی‌داری را ایفا می‌کند اما در رابطه تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد ($0/05 > P$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر هدف ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه بود. نتایج بررسی‌های صورت گرفته در این پژوهش نشان داد که مدل مفهومی پژوهش از برازندگی مناسبی برخوردار است و تجارب آسیب‌زای کودکی بر نشانگان وسواسی جبری اثر مستقیم معنی‌داری دارند، نتایجی که با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های وازکز و همکاران [۱۲]؛ ژو و همکاران [۱۳]؛ بیلج و همکاران [۱۴]؛ نوروزی و نجفی [۱۸] هم‌سو بود. نتایج به دست آمده را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که قرارگیری در معرض رویدادهای آسیب‌زا در طول دوران کودکی می‌تواند عمیقاً بر سیستم‌های شناختی، عاطفی و عصبی-زیستی فرد تأثیر گذاشته و منجر به افزایش احتمال بروز آسیب‌های جدی مخصوصاً نشانگان وسواسی جبری گردد. این تجارب آسیب‌زای اولیه عمدتاً فرآیندهای طبیعی رشد را مختل کرده و پیامدهای جدی را بر عملکرد روانی فرد بر جای می‌گذارند. در همین زمینه پژوهش‌های انجام شده توسط وازکز و

همکاران [۱۲] نشان می‌دهد افرادی که در معرض چنین آسیب‌هایی قرار می‌گیرند، در مقایسه با افرادی که چنین سابقه‌ای ندارند، میزان بیشتری از اختلال وسواسی جبری را نشان می‌دهند. این مسئله را می‌توان بر اساس فاکتورهای شناختی تبیین نمود زیرا این تئوری‌ها معتقدند افراد بازنمایی‌های ذهنی خود را بر اساس تجربیات اولیه‌شان می‌سازند بنابراین، تجربه رویدادهای آسیب‌زا در دوران کودکی این فرآیند را مختل کرده و منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناکارآمد و الگوهای شناختی ناسازگاری می‌شود که آسیب‌پذیری فرد را در برابر اختلالات و مشکلات روان‌شناختی مختلف مخصوصاً نشانگان وسواسی جبری افزایش می‌دهد.

یکی از مهم‌ترین عناصر شناختی اولیه در این زمینه ایجاد باورهای ناسازگار در مورد مسئولیت و احتمال بروز آسیب است. کودکانی که تروما را تجربه می‌کنند، اغلب مسئولیت شخصی در قبال رویدادهای آسیب‌زا را درونی می‌کنند (خود را مقصر دانستن). این درونی‌سازی می‌تواند منجر به این قبیل باورهای ناسازگار شود که آن‌ها باید مسئولیت بیشتری را برای جلوگیری از آسیب در آینده به عهده بگیرند. نتایج پژوهش‌های بیلج و همکاران [۱۴] در همین زمینه نشان داده است افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری اغلب باورهای مربوط به بیش مسئولیتی را از خود نشان می‌دهند، که اغلب ریشه در تجربیات آسیب‌زای اولیه آن‌ها دارد. باورهایی که می‌توانند به صورت افکار وسواسی در مورد آسیب رساندن یا اشتباه کردن بروز یافته و منجر به ایجاد رفتارهای اجباری با هدف پیشگیری از آسیب شوند.

مکانیسم شناختی دیگر شامل ایجاد تمایلات کمال-

¹. Vazquez

². Xu

³. Bilge

بروز نشانگان وسواسی جبری مرتبط است [۲۰]. یکی از اصلی ترین مکانیسم های اثرگذار هم جوشی شناختی بر نشانگان وسواسی جبری تفسیر نادرست از افکار است. برای اکثر قریب به اتفاق مردم، افکار مزاحم یک تجربه رایج است، اما افرادی که سطوح بالایی از هم جوشی شناختی را تجربه می کنند، اغلب این افکار را به عنوان حقایق قطعی، تهدیدکننده یا نشان دهنده وجود واقعی خود تفسیر می کنند. این تفسیر نادرست می تواند منجر به ایجاد افکار وسواسی شود، زیرا افراد با محتوای افکار خود درگیر شده و سعی می کنند آن ها را سرکوب یا خنثی کنند که این مسئله نیز بر اثرگذاری این افکار می افزاید.

هم جوشی شناختی همچنین منجر به تشدید اضطراب و تنش های فرد و به تبع آن افزایش احتمال بروز رفتارهای تکراری می شود. هنگامی که افراد با افکار خود درگیر می شوند، سطوح بالایی از اضطراب و استرس را تجربه می کنند زیرا آن ها افکار خود را واقعی و تهدیدآمیز می دانند. این اضطراب نیز می تواند باعث بروز رفتارهای اجباری شود، زیرا آن ها برای کاهش پریشانی خود درگیر مناسک یا اقدامات تکراری می شوند. نتایج پژوهش ژيئونگ و همکاران [۱۹] در همین مورد نیز نشان داد که هم جوشی شناختی از طریق بروز پریشانی های روانی بر ایجاد رفتارهای اجباری و تکراری اثرگذار است زیرا فرد برای کاهش تنش های ناشی از این افکار، به رفتارهای تکراری روی می آورد. رفتارهایی که برای خنثی کردن پریشانی مرتبط با افکار وسواسی انجام می شود اما با این حال، این رفتارها تنها تسکین موقتی ایجاد کرده و می توانند چرخه وسواس و اجبار را تقویت کنند [۲۱].

دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که تحمل ابهام اثر معنی داری بر نشانگان وسواسی جبری ندارد. نتایجی که با یافته های حاصل از پژوهش های نتایج داودیان و همکاران [۲۶]؛ پینچیوتی و همکاران [۲۷]؛ ناولس [۲۸] و پاسکوال ورا و همکاران [۲۹] ناهم سو بود. در تبیین این نتایج عمدتاً ناهم سو با یافته های پیشین می توان بیان داشت که، تحمل ابهام به عنوان توانایی تحمل و سازگاری با شرایط نامطمئن و مبهم تعریف می شود. این سازه به طور

گرایانه در نتیجه آسیب های دوران کودکی است. در همین مورد نتایج پژوهش های بهار و کیریوس [۵۵] نشان داد افراد مبتلا به اختلال وسواس دارای سابقه ترومای دوران کودکی سطوح بالاتری از کمال گرایی را در مقایسه با افراد بدون سابقه تروما نشان می دهند. تجارب آسیبزا (مخصوصاً آسیب های کلامی ناشی از انتقاد یا تحقیر) می توانند به درونی سازی استانداردهای کمال گرایی منجر شوند. کودکانی که تروما را تجربه کرده اند اغلب این باور را درونی می کنند که باید بی نقص و کامل باشند، ایده هایی که یکی از نشانه های اصلی در اختلال وسواسی جبری است. هم چنین تجارب آسیب زای کودکی بر بروز سوگیری ها و خطاهای شناختی اثرگذار بوده و می توانند از این طریق نیز بر شکل گیری یا تداوم نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشند. قرارگیری در معرض این قبیل تجربیات می تواند منجر به افزایش حساسیت به تهدید (بیش حساسیتی) و منفی نگری (انتظار دائمی برای بروز وقایع منفی) شود. سوگیری های شناختی که اغلب در ایجاد افکار وسواسی پیرامون خطرات احتمالی و نیاز به انجام رفتارهای اجباری برای جلوگیری از این خطرات مؤثر هستند [۱۴].

علاوه بر تجارب آسیب زای کودکی، نتایج دیگر این پژوهش بر نقش مستقیم هم جوشی شناختی بر بروز نشانگان وسواسی جبری تأکید داشت. نتایجی که با یافته های حاصل از پژوهش های ژيئونگ و همکاران [۱۹]؛ لی و همکاران [۲۰]؛ هانس مییر و همکاران [۲۱]؛ رومان و همکاران [۲۵] هم سو بود. در تبیین این نتایج باید اشاره داشت آمیختگی شناختی به پدیده ای اشاره دارد که در آن فرد با افکارش درگیر شده و آن ها را نه به عنوان تجربیات ذهنی، بلکه هم چون حقایق قطعی و غیرقابل تغییر ادراک می کند [۲۲]. افراد درگیر با این آسیب شناختی اغلب تحت تأثیر افکار و احساسات منفی مختلف قرار گرفته و آن ها را به عنوان جزئی از زندگی خود قلمداد می کنند، مسئله ای که از یک سو موجب تکرار مداوم این افکار در ذهن فرد شده و از سوی دیگر احتمال بروز رفتارهای اجبارگونه با هدف کاهش تنش های این افکار را افزایش می دهد، مسائلی که با

5. Pinciotti

6. Knowles

7. Pascual-Vera

1. Xiong

2. Lee

3. Hansmeier

4. Reuman

تجربه خواهد کرد. این ترس از گناه نیز می‌تواند به نوبه خود منجر به رفتارهای اجباری با هدف خنثی کردن تهدیدهای ادراک شده و کاهش احساس گناه شود [۳۶].

هم‌جوشی شناختی هم‌چنین می‌تواند منجر به رشد بیش مسئولیتی در افراد شود، جایی که آن‌ها احساس می‌کنند برای جلوگیری از بروز آسیب‌های احتمالی می‌بایست مسئولیت‌های بسیاری را بر عهده گیرند. این مسئله نیز به نوبه خود بر ترس مداوم از احساس گناه فرد اثر می‌گذارد زیرا افراد پیش‌بینی می‌کنند در صورت شکست در انجام مسئولیت‌های خود احساس گناه خواهند کرد. این مسئله می‌تواند چرخه‌ای از وسواس‌ها و رفتارهای اجبارگونه را ایجاد نماید که در آن افراد برای اجتناب از احساس گناه و جلوگیری از آسیب، رفتارهای تکراری را انجام دهند، مسئله‌ای که می‌تواند بر بروز یا تداوم نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشد. هم‌چنین هم‌جوشی شناختی می‌تواند از طریق درگیری و هم‌آمیزی با پیامدهای اعمال، منجر به دشواری در حل مسئله و تصمیم‌گیری شود. این مسئله می‌تواند بر ترس از گناه نیز اثرگذار بوده و این قبیل ترس‌ها را تشدید سازد، زیرا افراد پیش‌بینی می‌کنند در صورتی که نتایج مورد نظر رقم نخورد احساس گناه شدیدی را تجربه خواهند کرد. از طرفی دیگر این موضوع نیز می‌تواند منجر به رفتارهای اجباری با هدف اطمینان از اتخاذ تصمیم "درست" شود، مانند بررسی مکرر یا جستجوی اطمینان که از رایج‌ترین رفتارهای اجبارگونه در نشانگان وسواسی جبری است.

از سوی دیگر و مطابق با یافته‌های به دست آمده در این پژوهش تحمل ابهام فقط به صورت غیرمستقیم و از طریق ترس از گناه بر نشانگان وسواسی جبری اثرگذار بود. سازوکار این شکل اثرگذاری را می‌توان اینگونه تبیین کرد که افراد با تحمل ابهام پایین، موقعیت‌های مبهم را به عنوان موقعیت‌های بالقوه خطرناک، تهدیدآمیز یا حاوی پیامدهای منفی جبران‌ناپذیر تفسیر می‌کنند. زمانی که این تفسیر در حیطه‌ی باورها و ارزش‌های اخلاقی فرد جای گیرد، این احساس خطر به شکل ترس از انجام اشتباه، خطا و به تبع آن شکل‌گیری حس گناه پدیدار می‌شود. فرد به گونه‌ای پایدار نگران است که مبادا کاری انجام داده باشد (یا کاری انجام دهد) که از دید اخلاقی ناپسند بوده و به همین دلیل، احساس گناه شدیدی را حتی برای افکار یا کردارهایی که

جدی پیرامون شرایط و مشکلات روان‌شناختی مختلف مورد بررسی قرار گرفته است اما با این حال رابطه آن با نشانگان وسواسی جبری عمدتاً دارای نتایج متفاوت و غیرقطعی بوده است. یکی از دلایل اصلی عدم تأثیر تحمل ابهام بر این نشانگان، اختصاصی بودن مکانیسم‌های شناختی درگیر در بروز نشانگان وسواس است. نشانگان وسواسی جبری عمدتاً با باورهای ناسازگار و فرآیندهای شناختی مختلف مانند بیش مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر-عمل همراه است. در مقابل تحمل ابهام ممکن است مستقیماً بر این مکانیسم‌های شناختی تأثیرگذار نباشد. هم‌چنین ناهمگونی علائم اختلال وسواسی جبری نیز در تبیین عدم تأثیر تحمل ابهام بر این اختلال کمک‌کننده است. این اختلال یک وضعیت بسیار پیچیده و ناهم‌گون است که عمدتاً با علائم مختلفی از وسواس‌آلودگی گرفته تا رفتارهای اختکاری همراه است. جنبه‌های پیچیده این اختلال ممکن است تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی و اجتماعی مختلف قرار گرفته و در این زمینه تحمل ابهام ممکن است بر همه انواع علائم این اختلال اثرگذار نباشد. هم‌چنین نتایج ناهم‌سوی مشاهده شده در این پژوهش می‌تواند به واسطه محدودیت‌های روش‌شناختی نیز توضیح داده شود. ابزارهای خودگزارشی مورد استفاده ممکن است به اندازه کافی در درک مفهوم تحمل ابهام و جنبه‌های مختلف آن مناسب نباشند.

علاوه بر موارد فوق یافته‌ی نهایی حاصل از این پژوهش نشان داد که ترس از گناه در رابطه بین هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای معنی‌داری را ایفا می‌کند اما در رابطه تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد. در مورد این نتایج نقش واسطه‌ای ترس از گناه را می‌توان از طریق تأثیر آن بر نحوه تفسیر افکار مزاحم تبیین کرد. هم‌جوشی شناختی اغلب منجر می‌شود که افراد افکار مزاحم خود را بسیار تهدیدآمیز تبیین کنند، زیرا آن افکار را حقایقی قطعی در نظر می‌گیرند، مسئله‌ای که منجر به بروز مستمر ترس از گناه می‌شود زیرا فردی که مثلاً فکر وسواسی آسیب رساندن به یکی از عزیزانش را دارد، این فکر را رخدادی قطعی در نظر گرفته و ممکن است پیش‌بینی کند که اگر اقداماتی برای جلوگیری از این آسیب انجام ندهد، وقایع بد و به دنبال آن احساس گناه شدیدی را

ترس از گناه در رابطه بین هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای معنی‌داری را ایفا می‌کند اما در رابطه تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

نتایج به دست آمده از این پژوهش در کنار دیگر پژوهش‌های صورت گرفته می‌تواند در نیل به هدف اصلی علم یعنی تدوین نظریه کمک‌کننده باشد. یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثر قابل توجه تجارب آسیب‌زای کودکی و هم‌جوشی شناختی بر بروز نشانگان وسواسی جبری و تکرار این نتایج در پژوهش‌های گذشته می‌تواند در ساخت یک مدل نظری برجسته در این زمینه مفید باشد اما این پژوهش نیز هم‌چون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود. نخستین محدودیت این مطالعه ناتوانی در کنترل متغیرهایی مثل وضعیت هوشی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی دانشجویان بود، مسئله‌ای که می‌تواند تعمیم نتایج را با چالش‌هایی روبه‌رو سازد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نسبت به کنترل کردن این موارد اقدام شود. دیگر محدودیت این پژوهش ناتوانی در بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌شکل مستقیم بود، مسئله‌ای که پژوهشگران را ناچار به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس به‌صورت مجازی نمود به همین واسطه پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌صورت مستقیم بهره گرفته شود. هم‌چنین محدودیت دیگر این پژوهش ناتوانی در بهره‌گیری از نمونه‌های بالینی دارای اختلال وسواس بود که این مورد نیز می‌تواند در بررسی دقیق مشکلات وسواس، میزان شدت و پیامدهای آن اثرگذار بوده باشد و به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بالینی دارای تشخیص اختلال وسواسی جبری استفاده گردد. از طرفی دیگر با توجه به نتایج حاصله پیشنهاد می‌شود پروتکلی مبتنی بر درمان و سازگاری با تجارب ناخوشایند دوران کودکی و نیز آموزش‌هایی به جهت یادگیری الگوهای شناختی کارآمد طراحی و برای افراد دارای این نشانگان به کار برده شود. هم‌چنین با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر اثر قابل توجه ترس از گناه و نیز تکرار این مسئله در پژوهش‌های پیشین پیشنهاد می‌شود آگاه‌سازی‌های لازم در مورد احساس گناه و ترس از آن در قالب کارگاه‌های

انجام نداده است، تجربه می‌کند زیرا هیچ‌گونه قطعیتی در مورد شرایط موقعیت ندارد [۳۷]. از سوی دیگر این ترس از گناه نیز به عنوان یک هیجان منفی شدید و فراگیر، فرد را وادار می‌سازد تا برای کاستن از این احساس ناخوشایند و دوری از پیامدهای فاجعه‌باری که پیش‌بینی می‌کند، به راهبردهای جبری روی آورد. این راهبردها که همان نشانه‌های وسواسی-جبری هستند، در کوتاه‌مدت با کاهش موقت ترس از گناه، تقویت منفی شده و تداوم می‌یابند. برای نمونه، فردی که در ابهام وجود میکروب، ترس از گناه آلوده کردن دیگران را تجربه می‌کند، برای کاستن از این ترس، به شستشوی وسواسی روی می‌آورد. بنابراین، تحمل ابهام پایین بسترساز تفسیرهای فاجعه‌آمیز شده و ترس از گناه، محرک رفتارهای وسواسی برای خنثی‌سازی آن ترس می‌شود. هم‌چنین در این زمینه شواهد تجربی نیز از نقش میانجی ترس از گناه در رابطه بین تحمل ابهام و علائم وسواسی جبری حمایت می‌کنند. نتایج پژوهش کنی و همکاران [۴۰] نشان داد که افراد با سطوح پایین‌تر تحمل ابهام، سطوح بالاتری از ترس از گناه را نشان می‌دهند که به نوبه خود بر شدت علائم وسواس آن‌ها اثرگذار است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ترس از گناه به عنوان پلی بین دشواری در تحمل ابهام و بروز نشانگان وسواسی جبری عمل می‌کند.

به‌طور کلی و با توجه به تمام مطالب اشاره شده باید بیان داشت که نشانگان وسواسی جبری یکی از پیچیده‌ترین و در عین حال آسیب‌زننده‌ترین اختلال در حوزه روان-پزشکی است که شامل مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌هاست که دربرگیرنده‌ی افکار مزاحم، تصاویر و اشتغال‌ات ذهنی و رفتارهای اجبارگونه و مناسک‌وار هستند که می‌توانند ناراحتی‌های شدیدی را هم برای خود فرد و هم برای دیگران ایجاد نمایند. پیامدهای این اختلال در ترکیب با دوران اوج دوم این مسئله که هم‌زمان با دوران دانشجویی است، بررسی‌های بیشتر و عمیق‌تر پیرامون عوامل مرتبط با این مشکل را بیش از پیش ضروری می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم-جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه انجام شد و یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان داد که مدل مفهومی از برازندگی مناسبی برخوردار بوده و

سیاسگزاری و حمایت مالی

بدین وسیله از تمام دانشجویانی که با صبر و حوصله فراوان پژوهشگران را در دستیابی به نتایجی دقیق همراهی نمودند کمال تشکر به عمل می‌آید.

تعارض منافع

بر اساس اعلام نویسندگان، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

آموزشی به اقشار مختلف مردم مخصوصاً افراد دارای این اختلال صورت پذیرد. به علاوه باتوجه به نتایج ناهم‌سو در این پژوهش مبنی بر عدم اثرگذاری تحمل ابهام بر نشانگان وسواسی جبری پیشنهاد می‌شود این مسئله در پژوهش‌های آینده نیز مجدداً مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه امکان دسترسی به نتایج پرسشنامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش موردنظر پژوهشگران قرار داشت.

9. Lunn J, Greene D, Callaghan T, Egan SJ. Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2023 Sep 3;52(5):460-87. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736>

10. Callaghan T, Greene D, Shafan R, Lunn J, Egan SJ. The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2024 Mar 3;53(2):121-32. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>

11. Sharma E, Sharma LP, Balachander S, Lin B, Manohar H, Khanna P, Lu C, Garg K, Thomas TL, Au AC, Selles RR. Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2021 Nov 11;12:703701. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>

12. Vazquez M, Palo A, Schuyler M, Small BJ, McGuire JF, Wilhelm S, Goodman WK, Geller D, Storch EA. The relationship between adverse childhood experiences, symptom severity, negative thinking, comorbidity, and treatment response in youth with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. 2024 Oct ;55(5):1201-10. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01488-4>

13. Xu Z, Zhu C. Effect of adverse childhood experiences, parenting styles, and family accommodation on patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Alpha Psychiatry*. 2023 Nov 1;24(6):261-268. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2023.231247>

14. Bilge Y, Yılmaz M, Hüröğlu G, Akan Tikici Z. The effects of adverse childhood experiences and early maladaptive schemas on relationship obsessive-compulsive disorder. *Trends in psychology*. 2024 Dec ;32(4):1268-86. <https://doi.org/10.1007/s43076-022-00245-9>

15. Ravishankar A, Sathiyaseelan A. Impact of childhood trauma on psychological distress and personality pathology in young adults. *ECS Transactions*. 2022 Apr 24;107(1):3129. <https://doi.org/10.1149/10701.3129>

16. Radmehr F, Momeni K, Karami J, Davarinejad O. Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation. *Clinical Psychology Studies*. 2024;14(53):43-60.

منابع

1. Blanco-Vieira T, Radua J, Marcelino L, Bloch M, Mataix-Cols D, do Rosário MC. The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational psychiatry*. 2023 J 28;13(1):230-246. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02433-2>

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American psychiatric association; 2013.

3. Cervin M. Obsessive-compulsive disorder: diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. *Psychiatric Clinics*. 2023 Mar 1;46(1):1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.006>

4. Walitza S, Van Ameringen M, Geller D. Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020 Feb 1;4(2):99-101. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30376-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30376-1)

5. Dell'Osso B, Benatti B, Hollander E, Fineberg N, Stein DJ, Lochner C, Nicolini H, Lanzagorta N, Palazzo C, Altamura AC, Marazziti D. Childhood, adolescent and adult age at onset and related clinical correlates in obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs). *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2016 Oct 1;20(4):210-7. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1207087>

6. Huang Y, Wang YU, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, Yu Y, Kou C, Xu X, Lu J, Wang Z. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The lancet psychiatry*. 2019 Apr 1;6(3):211-224. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)

7. Claes L, Buelens T, Depestele L, Dierckx E, Schoevaerts K, Luyckx K. Obsessive-compulsive symptoms in female patients with an eating disorder with or without impulsive non-suicidal self-injury. *European Eating Disorders Review*. 2021 Jul ;29(4):663-9. <https://doi.org/10.1002/erv.2836>

8. Agne NA, Tisott CG, Ballester P, Passos IC, Ferrão YA. Predictors of suicide attempt in patients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study with machine learning analysis. *Psychological medicine*. 2022 Mar;52(4):715-25. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002329>

Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021 Jun 1; 81: 102-118. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102417>

28. Knowles KA, Olatunji BO. Intolerance of uncertainty as a cognitive vulnerability for obsessive-compulsive disorder: A qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2023 Sep;30(3):317-328.

29. Pascual-Vera B, Belloch A, Ghisi M, Sica C, Bottesi G. To achieve a sense of rightness: The joint role of Not Just Right Experiences and Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021 Apr 1;29: 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100627>

30. Spinelli C, Ibrahim M, Khoury B. Cultivating ambiguity tolerance through mindfulness: An induction randomized controlled trial. *Current Psychology*. 2023 May;42(15):12929-47. <https://doi.org/10.1007/s12144-021>

Shekhpour A, Mostafaei A. The role of emotional processing, ambiguity tolerance and metacognitive beliefs in predicting Generalized Anxiety Disorder (GAD) in nurses of Sardasht Health Network. *IJNR* 2024; 19 (1) :33-43 <http://ijnr.ir/article-1-2749-fa.html> (In Persian)

32. McLain DL. The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educational and psychological measurement*. 1993 Mar;53(1):183-9. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001020>

33. Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert review of neurotherapeutics*. 2012 Aug 1;12(8):937-47. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>

34. Andersen SM, Schwartz AH. Intolerance of ambiguity and depression: A cognitive vulnerability factor linked to hopelessness. *Social Cognition*. 1992 Sep;10(3):271-98. <https://doi.org/10.1521/soco.1992.10.3.271>

35. Wojcik KD, Cox DW, Kealy D. Adverse childhood experiences and shame-and guilt-proneness: Examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. *Child Abuse & Neglect*. 2019 Dec 1;98:104233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104233>

36. Blair J. The role of guilt in Obsessive Compulsive Disorder. Adler University; 2016.

37. Sett RK. Consumers' guilt mitigation vis-à-vis discomfort with ambiguity. *Marketing Intelligence & Planning*. 2020 Oct 1;38(7):975-90. <https://doi.org/10.1108/MIP-01-2020-0002>

38. Pourfaraj, O. The Study of the Relationship of Thought-Action Fusion, the Feelings of Responsibility and Guilt with Different Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in Shiraz University Students. *Clinical Psychology and Personality*, 2009; 7(2): 69-82. (In Persian)

39. Paast N, Borjali A, Eskandari H, Sohrabi F, Pascual Vera B. Psychometric evaluation and factor analysis of the Iranian version of the Fear of Guilt Scale (FOGS) for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2023; 10 (5) :148-16340. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1824-fa.html> (In Persian)

Kenny NC, Starcevic V, Berle D. Associations between fear of guilt and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Change*. 2023 Sep;40(3):169-81.

<https://doi.org/10.30486/jsrp.2022.1958797.3462> (In Persian)

17. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1;27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

18. Norozi, N., Najafi, M. The Mediating Role of Attachment Styles and Negative Affect in the Relationship between Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 2024; 15(3): 69-79. <https://doi.org/10.22075/jcp.2023.31034.2670> (In Persian)

19. Xiong A, Lai X, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J, Liu Y, Hu M. Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*. 2021 Apr 12;12:655154. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.655154>

20. Lee SW, Choi M, Lee SJ. Relationships among experiential avoidance, cognitive fusion and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Anxiety and mood*. 2021 Feb;17(1):19-27. <https://doi.org/10.24986/anxmod.2021.17.1.003>

21. Hansmeier J, Exner C, Pormann R, Schumacher K, Fink-Lamotte J. Exploring the link between thought-action fusion and symptom-based shame in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2023 Oct 1;39:100848. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100848>

22. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*. 2014 Jan 1;45(1):83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

23. Hu Z, Yu H, Zou J, Zhang Y, Lu Z, Hu M. Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and behavior*. 2021 Dec;11(12):19-24. <https://doi.org/10.1002/brb3.2419>

24. Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2020 Sep;93(3):456-73. <https://doi.org/10.1111/papt.12233>

25. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of contextual behavioral science*. 2018 Jul 1;9:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.001>

26. Davoudian M, Hashemipour F, Ghelichkhan N, Abouzari F. The role of psychological flexibility, difficulty in emotion regulation and intolerance of uncertainty in predicting psychological distress and obsessive-compulsive in patients with type 2 diabetes during the covid-19 epidemic. *Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Original Article*. 2022;11(2). <http://ijnv.ir/article-1-943-fa.html> (In Persian)

27. Pinciotti CM, Riemann BC, Abramowitz JS.

49. Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger LG. Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour research and therapy*. 1996 Feb 1;34(2):163-73. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00035-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00035-6)

50. Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaili Torkanbori Y, Amini H, Ebrahim Khani N, Naseri Beferoni A et al . Prevalence of Obsessive-Compulsive Symptoms and Its Comorbidity with Psychiatric Symptoms in Adolescents. *Advances in Cognitive Sciences* 2008; 9 (4) :50-59. <http://icssjournal.ir/article-1-402-fa.html> (In Persian)

Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *IJPCP* 2014; 19 (4) :275-282. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2090-fa.html> (In Persian)

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 . *IJPCP* 2016; 22 (1) :17-29. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2569-fa.html> (In Persian)

radmehr, F., karami, J. The examination of the role tolerance of ambiguity and flourishing in predicting academic engagement in students. *Educational Psychology*, 2019; 15(52): 203-216 <https://doi.org/10.22054/jep.2019.32890.2275> (In Persian)

Jamali S, Mehrabizhe Honarmand M, Hashemi S E, Davoodi I. The Effectiveness of "Intensive and Short-Term Psychodynamic Therapy" on Fear of Guilt and Latent Aggression in Female Patients with Contamination Obsessive-Compulsive Disorder. *JHPM* 2022; 11 (1) :47-60. <http://jhpm.ir/article-1-1256-fa.html>

55. Bhar SS, Kyrios M. An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2007 Aug 1;45(8):1845-57. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.005> (In Persian)

<https://doi.org/10.1017/bec.2022.14>

41. Manor YD, Yap K. Does nonacceptance of emotions and the fear of guilt influence the association between trait guilt and obsessive-compulsive symptoms? A moderation analysis in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*. 2024 Sep 1;28(3):286-96. <https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2404986>

42. Chiang B, Purdon C, Radomsky AS. Development and initial validation of the Fear of Guilt Scale for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016 Oct 1;11:63-73. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.006>

43. Gambin M, Sharp C. The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2018 Dec 1;241:381-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.068>

44. Mancini F, Gangemi A. Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004 Jun 1;35(2):109-20. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.003>

45. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Jencius S. Shame and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*. 2010 Dec 1;24(8):811-5. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.002>

46. Ghassemi koushikolaei A, davoudi I, neysi A, omidiyan M. (2024). Efficacy of schema mode therapy on obsessive symptoms, distress tolerance and guilt of patients with obsessive-compulsive: A single subject study. *Journal of Psychological Science*. 23(142), 51-69. <https://doi.org/10.61186/jps.23.142.51> (In Persian)

47. Mancini F, Gangemi A. I processi cognitivi nel DOC. *La Mente Ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore. 2016:69-90.

48. Kline R. Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th ed. New York, NY: Guilford. 2016:64-96.