Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 73-90
DOI: 10.22070/cpap.2025.20276.1688

Research Article

Evaluation the Structural Model of Obsessive-Compulsive Syndrome based on Traumatic Childhood Experiences, Cognitive Fusion, and Ambiguity Tolerance: 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
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)
3. M.Sc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. shayannoori60@gmail.com
4. B.A Student of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, khuzistan, Iran. moradimohaddeseh1@gmail.com

Abstract

Receive Date: 26/03/2025

Accept Date: 10/11/2025

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most debilitating psychological disorders, characterized by intrusive thoughts, disturbing mental images, and persistent doubts. It significantly impairs individuals' health across various domains. Therefore, the present study aims to evaluate a structural model of OCD based on traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and tolerance of ambiguity, with a focus on the mediating role of fear of guilt.
Method: This study employed a descriptive-correlational structural equation modeling approach. A total of 312 students were selected from the entire student population of Mohaghegh Ardabili University for the 2024-2025 academic year. Data collection instruments included the Obsessive-Compulsive Inventory (PI-WSUR), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale (MSTAT), and the Fear of Guilt Scale (FOGS). Data analysis involved calculating means and standard deviations for descriptive statistics, and conducting Pearson correlation tests and structural equation modeling for inferential statistics, using SPSS version 27 and AMOS version 24 software.
Results: The findings of the study indicated that the conceptual model demonstrated a good fit ($\chi^2/df = 1.3$, RMSEA = 0.08, SRMR = 0.07, GFI = 0.91, AGFI = 0.90, CFI = 0.91). Fear of guilt played a significant mediating role in the relationship between cognitive fusion ($\beta = 0.16$, $p < 0.01$) and tolerance of ambiguity ($\beta = -0.08$, $p < 0.05$) with obsessive-compulsive symptoms. However, it did not mediate the relationship between traumatic childhood experiences and obsessive-compulsive symptoms ($\beta = 0.03$, $p < 0.05$).
Discussion and conclusion: According to the results of this study, traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and fear of guilt are key factors contributing to the development of obsessive-compulsive symptoms. These factors can be utilized to inform the design of educational and 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
m.zareiii.n.1997@gmail.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 73-90

Extended Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most common psychiatric conditions, characterized by obsessions or compulsions manifesting as repetitive and persistent thoughts, images, or behaviors. These symptoms can significantly disrupt 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 (DSM-5), OCD is defined by a pattern of cognitive and behavioral symptoms marked by excessive preoccupation with order, perfectionism, and the need for control over different areas of personal and interpersonal life. The disorder has a second peak onset between the ages of 20 and 22, coinciding with the typical period of student life. This overlap with the challenges and stressors of student life contributes to the high prevalence of OCD among students. The detrimental consequences of OCD, combined with the vulnerability of student life, underscore the necessity for further research aimed at identifying risk factors, developing prevention strategies, and formulating effective interventions and treatments. Moreover, due to the limited research on the precise impact of tolerance of ambiguity on OCD and the mediating role of guilt in the development of this disorder, these issues represent significant research gaps. The present study sought to address these gaps by evaluating a structural model of OCD based on traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and tolerance of ambiguity, with a focus on the mediating role of fear of guilt.

Method

The present study was classified as applied research in terms of its purpose and as descriptive correlational research of the structural equation modeling type in terms of its methodology. A total of 312 male and female students from Mohaghegh Ardabili University were selected through convenience sampling during the 2024–2025 academic year. The data collection process was as follows: first, the relevant questionnaires were compiled using Google Forms; then, the questionnaires were distributed via cyberspace, specifically through the social networks Telegram and ETA, to various student groups at Mohaghegh Ardabili University. After providing explanations regarding the research objectives, students were asked to complete the questionnaires. Inclusion criteria for participation were consent and willingness to participate, internet access, and active presence on social networks. Exclusion criteria included distorted personal information or invalid completion of the questionnaire. Ethical considerations in this study included providing volunteers access to the results and ensuring confidentiality and trustworthiness. The data collection instruments used were the Obsessive-Compulsive Disorder Inventory (PI_WSUR), the Traumatic Experiences Questionnaire (CTQ), the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), the Tolerance of Ambiguity Scale (MSTATS), and the Fear of Guilt Scale (FOGS). Descriptive data analysis included calculation of means and standard deviations, while inferential analysis involved Pearson correlation tests and structural equation modeling using SPSS version 27 and AMOS version 24 software.

Results

In structural equation modeling, various fit indices are used, with some of the most important reported in Table 1. According to the table, these indices indicate a desirable level of fit. Therefore, it can be concluded that the conceptual model in this research demonstrates a good fit.

Table 1. Model fit indices

Fit Indices	χ2/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

According to the information in Table 2, the study also found that the paths from childhood traumatic experiences, cognitive fusion, and fear of guilt to obsessive-compulsive symptoms are significant at the 0.01 level. Additionally, the paths from cognitive fusion and tolerance of ambiguity to fear of guilt are significant at the 0.01 level. However, the paths from tolerance of ambiguity to obsessive-compulsive symptoms and from 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 demonstrate the significant impact of traumatic childhood experiences and cognitive fusion on the development of obsessive-compulsive symptoms—and which replicate results from previous research—can contribute to the construction of a robust theoretical model in this field. However, like other studies, this research has limitations. The first limitation was the inability to control for variables such as intelligence, and the economic and social status of students, which may hinder the generalizability of the results. Therefore, it is recommended that future studies control for these factors. Another limitation was the inability to employ direct random sampling methods, which compelled the researchers to use virtual accessible sampling. Consequently, future research should utilize direct random sampling techniques. Based on the results obtained, it is also recommended that treatment protocols focused on addressing and adapting to adverse childhood experiences, as well as training to develop effective cognitive patterns, be designed and implemented for individuals with this syndrome. Furthermore, given the significant effect of fear of guilt observed in this study and its recurrence in previous research, awareness-raising initiatives about guilt and its associated fears should be conducted through educational workshops targeting various population segments, especially those affected by this disorder. Additionally, considering the inconsistent findings regarding the lack of effect of tolerance of ambiguity on obsessive-compulsive syndrome, this issue warrants further investigation 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.

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

Authors' Contribution: 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.

Acknowledgments: 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.

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»
دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۹۰-۷۳
DOI: 10.22070/cpap.2025.20276.1688

مقاله پژوهشی

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

نویسندگان

سیف‌الله آقاجانی [۱]، محمد زارعی نوروزی [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

۲. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای ویژه، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. shayannoori60@gmail.com

۴. دانشجوی کارشناسی علوم تربیتی ، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، خوزستان، ایران. moradimohaddeseh1@gmail.com

چکیده

مقدمه: نشانگان وسواسی جبری، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با افکار مزاحم، تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده و تردیدهای مداوم همراه بوده است و سلامت افراد در جنبه‌های مختلف را با آسیب‌های جدی مواجه می‌سازد. به‌همین 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، توصیفی‌همبستگی از نوع معادلات ساختاری است که طی آن، از بین تمام دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴، تعداد ۳۱۲ نفر به‌شکل در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل 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) بودند. تحلیل اطلاعات به دست آمده در سطح توصیفی، با استفاده از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری، به‌کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS-24 انجام شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل مفهومی، از برازندگی مطلوبی برخوردار بوده است ($\chi2/df$=۳/۱ ، RMSEA =۰/۰۸ ، SRMR =۰/۰۷، GFI =۰/۹۱، AGFI =۰/۹۰، CFI = ۰/۹۱) و ترس از گناه در رابطه هم‌جوشی شناختی (β=۰/۱۶ و $p<$۰/۰۱) و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری، نقش واسطه‌ای معناداری را ایفا می‌کند (β=-۰/۰۸ و $p<$۰/۰۵)، اما در رابطه با تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد (β=۰/۰۳ و $p>$۰/۰۵).

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.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۱/۰۶

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۸/۱۹

CC BY NC

کلیدواژه‌ها

وسواس فکری - عملی، ترومای کودکی، آمیختگی شناختی، تحمل ابهام، احساس گناه

پست الکترونیکی نویسنده مسئول

zareinouroozi.m@edu.ui.ac.ir
m.zareiii.n.1997@gmail.com

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۹۰-۷۳
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 73-90

مقدمه

یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی، اختلال وسواسی جبری (OCD[1]) است که اغلب با وجود افکار مزاحم، با تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده و تردیدهای مداوم همراه است 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[2](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 به‌صورت وسواس‌های فکری، رفتارهای اجبارگونه یا ترکیبی از هر دو ابراز می‌گردد. وسواس به افکار، امیال یا تصاویر مزاحم و ناخواسته‌ای اشاره دارد که به‌طور 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 به‌منظور 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 به‌طوری‌که نتایج پژوهش‌های هوآنگ[3] و همکاران [۶] نشان داده است، شیوع وسواس در طول عمر و شیوع یک سالهٔ 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 معنادار این اختلال با پیامدهای جدی نظیر گرایش به خودجرحی[4] [۷]، ایده‌پردازی خودکشی[5] [۸]، اختلال افسردگی[6] [۹]، اضطراب اجتماعی[7] [۱۰] و اختلال‌های شخصیت[8] [۱۱] تأکید داشته‌اند.

شیوع قابل ملاحظه اختلال وسواسی جبری مخصوصاً دورهٔ 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 تجربهٔ 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 به‌طور 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 تجربهٔ آسیب‌زا در این سنین می‌تواند از طریق ایجاد افکار و باورهای ناکارآمد، زمینه شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی مختلفی را فراهم سازد، به شکلی که ریشهٔ اختلال‌های روان‌شناختی مختلف 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 م. توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات‌متحده[9] مطرح شد. این اصطلاح توصیف کنندهٔ 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 اخلال 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

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
3. Huang
4. Self-Injury
5. Suicidal Ideation
6. Depressive Disorder
7. Social Anxiety
8. Personality Disorders
9. Centers for Disease Control and Prevention

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[1] است [۱۹، ۲۰، ۲۱]. هم‌جوشی شناختی مفهومی است که ریشه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[2] (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 حقایقی مطلق در نظر گرفته می‌شود و فرد به‌طور کامل تحت‌تأثیر 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[3] 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 شناختی، اغلب واکنش‌های هیجانی نامتناسب با موقعیت مشاهده می‌شود که می‌تواند موجب اخلال در روند عادی زندگی روزمره آن‌ها گردد [۲۳]. یکی دیگر از عناصر اصلی این سازه کاهش سطوح خودآگاهی[4] است که طی آن این افراد چنان در باورها و افکار خود گرفتار می‌شوند که ارزش‌های شخصی، امیال، 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 تک عاملی نیست که صرفاً از تجارب آسیب‌زای کودکی یا هم‌جوشی شناختی اثرپذیر باشد، بلکه یک سازه پیچیده و درهم‌تنیده است که تحت‌تأثیر عوامل دیگری نیز قرار می‌گیرد. یکی دیگر از این عوامل اثرگذار مفهوم تحمل ابهام[5] 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]؛ 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 معناداری 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 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 به‌صورت غیرمستقیم و از طریق

1.Cognitive Fusion
2. Acceptance and Commitment Therapy
3. Emotionalreactivity
4. Self-Awareness

5. Tolerance of Ambiguity

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[1] است.

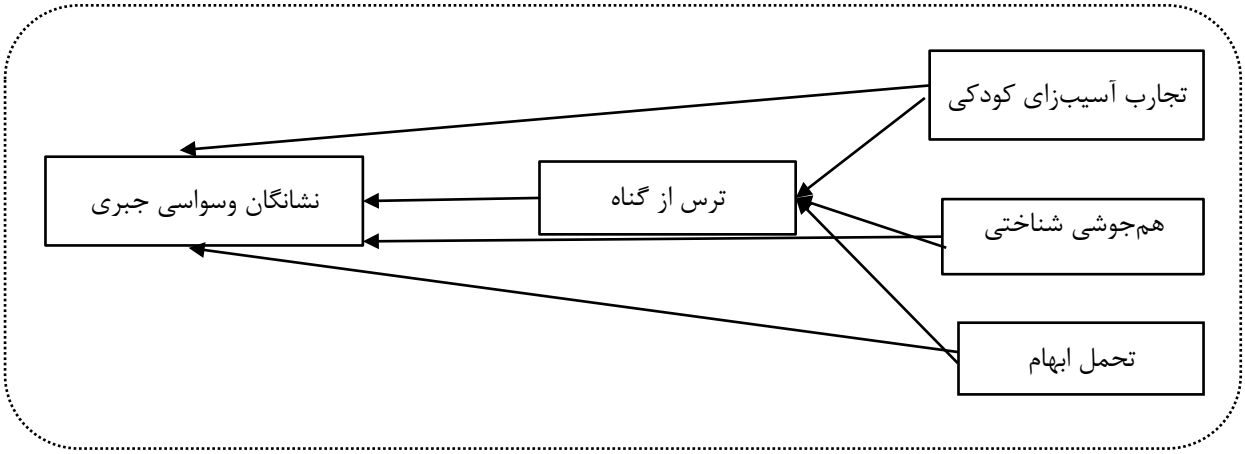
در همین زمینه، نتایج پژوهش ووجیک و همکاران[2] [۳۵]، نشان داد که تجارب آسیب‌زای کودکی ضمن اثرگذاری و تضعیف رشد هیجانی و اخلاقی کودک، موجب شکل‌گیری الگوهای شناختی ناسازگارانه می‌گردند. این تجارب، جهان را به محیطی پرتهدید و غیرقابل اعتماد تبدیل کرده و از این طریق موجب درونی‌سازی افکار تحریف شده احساس گناه 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 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. این تفسیر می‌تواند در بلندمدت اثرات به سزایی 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، به‌صورت تهدیدآمیز تفسیر گردند. هنگامی که این سوگیری تفسیری در حیطهٔ ارزش‌ها و هنجارهای 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. حالتی 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 واقع‌بینانهٔ وضعیت نبوده و در نتیجه، این ابهام به خودی خود موجب بروز احساس گناه شدیدی در فرد می‌شود؛ بنابراین چرخه‌ای معیوب شکل می‌گیرد که در آن تحمل پایین ابهام، ترس از گناه را برمی‌انگیزد و این ترس نیز به نوبهٔ خود، حساسیت به ابهام را تشدید کرده و به تداوم و تشدید پریشانی 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، حالتی عاطفی و به معنای مقصر دانستن خود در بروز وقایع تلخ تعریف شده است [۴۲]. این احساس نه تنها به‌واسطهٔ 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

1. Fear oof Guilt
2. Wojcik et al

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.



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

شواهد بالینی و پژوهشی مختلف حکایت از آن دارد که افراد دارای این اختلال، ترس از گناه بسیار زیادی را تجربه کرده‌اند و به‌صورت دائمی و افراطی برای جلوگیری از احساس گناه تلاش می‌کنند [۴۶]. در همین زمینه و بر اساس مدل مانچینی[1] [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 اخلال در جنبه‌های مختلف زندگی تحصیلی، حرفه‌ای و اجتماعی فرد شود. طبق اطلاعات موجود، دوره اوج دوم این نشانگان، در سنین ۲۰ تا ۲۲ سالگی - همزمان با دوران دانشجویی فرد = است. همزمانی این دوره با دشواری‌ها و مشکلات زندگی دانشجویی موجب گستردگی این مسئله در دانشجویان شده است. پیامدهای آسیب‌زای این مسئله، در کنار حساسیت دوران دانشجویی، انجام پژوهش بیشتر در این زمینه را با هدف شناسایی عوامل خطر، توسعه راهبردهای پیشگیری، تدوین مداخلات و درمان‌های مختلف را ضروری ساخته است. از طرفی، با توجه به فقدان پژوهش‌های دقیق، بررسی اثر تحمل ابهام بر نشانگان وسواسی جبری و نیز تعیین نقش میانجی احساس ترس از گناه بر بروز این نشانگان، از شکاف جدی پژوهشی محسوب می‌شود که پژوهش حاضر به دنبال بررسی بیشتر آن بود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این پرسش انجام شد که آیا مدل ساختاری نشانگان وسواسی - جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه، دارای برازش مناسبی است؟

روش

نوع پژوهش

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

آزمودنی

جامعه هدف این مطالعه را تمام دانشجویان دختر و پسر

1. Mancini

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 پژوهش حاضر باتوجه 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.

ابزارهای پژوهش

الف. سیاهه نشانگان وسواسی جبری (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن) (PI_WSUR)[1]

این سیاهه در ۶۰ گویه طی سال ۱۹۸۸ م. توسط ساناویو[2] تدوین شد. سپس در سال ۱۹۹۶م. توسط برنز[3] 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، 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) را 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 در 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)[4]

برنستاین[5] و همکاران در سال ۲۰۰۳م. 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 (پرسش‌های ۲۵، ۱۸، ۱۴، ۸ و ۳)، اذیت جنسی (پرسش‌های ۲۷، ۲۴، ۲۳، ۲۱ و ۲۰)، آزار جسمانی (پرسش‌های ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۱۱ و ۹)، غفلت جسمانی (پرسش‌های ۲۶، ۶، ۴، ۲ و ۱) و غفلت عاطفی (پرسش‌های ۲۸، ۱۹، ۱۳، ۷ و ۵) مورد سنجش قرار می‌دهد. البته پرسش‌های ۲۲، ۱۶ و ۱۰ متعلق به هیچ مؤلفه‌ای نبوده و برای افرادی به‌کار می‌رود که قصد انکار تجارب دردناک کودکی خود را دارند، علاوه بر آن پرسش‌های 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 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] در پژوهشی 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.

1 . Padua Inventory-Washington State University Revision
2. Sanavio
3. Burns
4 . Childhood Trauma Questionnaire
5. Bernstein

ج. آمیختگی شناختی (CFQ)[1]

پرسش‌نامه آمیختگی شناختی، یک ابزار خودگزارشی ۱۲ ماده‌ای است که در سال ۲۰۱۴ م. 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 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 هم‌بسته کردن پرسش‌های 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 به‌دست 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 در 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)[2]

مقیاس تک عاملی تحمل ابهام در سال ۱۹۹۳ م. توسط مک لین تدوین شد [۳۲]. این مقیاس دارای ۱۳ گویه است که بر اساس یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود 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 همگرای این مقیاس را از طریق هم‌بسته 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] در پژوهشی، روایی این مقیاس را از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی فریستون (IUS[3]) 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)[4]

مقیاس ترس از گناه، در سال ۲۰۱۶ م. 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) نمره‌گذاری می‌شود که طی آن کمترین نمره برابر با ۰ و بیشترین نمره برابر با ۱۰۲ می‌باشد. چیانگ و همکاران [۴۲] در پژوهشی، 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

1 . Cognitive Fusion Questionnaire
2 . Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale
3. Intolerance of Uncertainty Scale
4 . Fear of Guilt Scale

همکاران [۵۴] در پژوهش خود، 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 همگرای این مقیاس با پرسش‌نامه باورهای وسواسی مورد بررسی قرار گرفت که طی آن هم‌بستگی 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.

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 آن‌ها در فضای مجازی دسترسی یافته و از طریق شبکه‌های اجتماعی تلگرام و ایتا، در گروه‌های دانشجویی مختلف نیز اقدام به توزیع پرسش‌نامه شد. در این پژوهش، ملاک‌های ورود شامل: دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی، رضایت و تمایل به حضور در مطالعه، داشتن زمان کافی برای تکمیل پرسش‌ها، دسترسی به اینترنت و شبکه‌های مجازی (ایتا و تلگرام) و ملاک خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسش‌نامه (عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰ پرسش) و نداشتن توجه دقیق به پرسش‌ها و انتخاب یک پاسخ برای تمام پرسش‌نامه بود. همچنین، در این مطالعه امکان دسترسی داوطلبان به نتایج پرسش‌نامه، 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 نسخه ۲۷و AMOS نسخه ۲۴، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

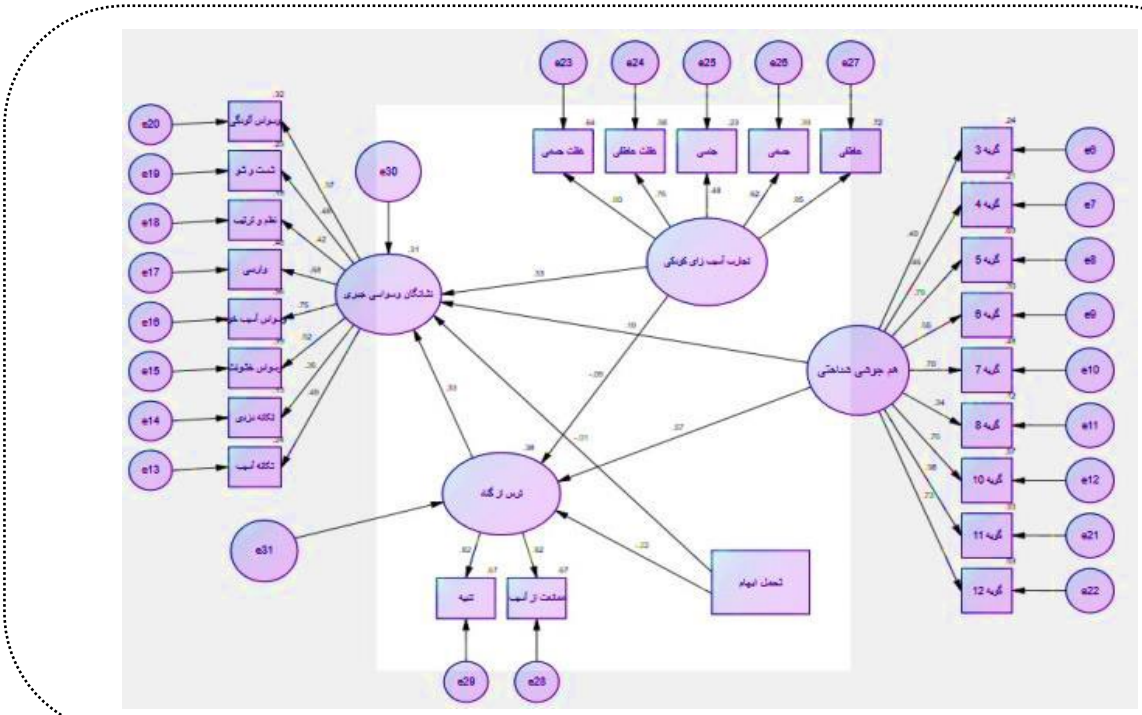
یافته‌ها

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. داده‌های توصیفی و ماتریس هم‌بستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳	٤	٥
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

** $p \leq 0/01$



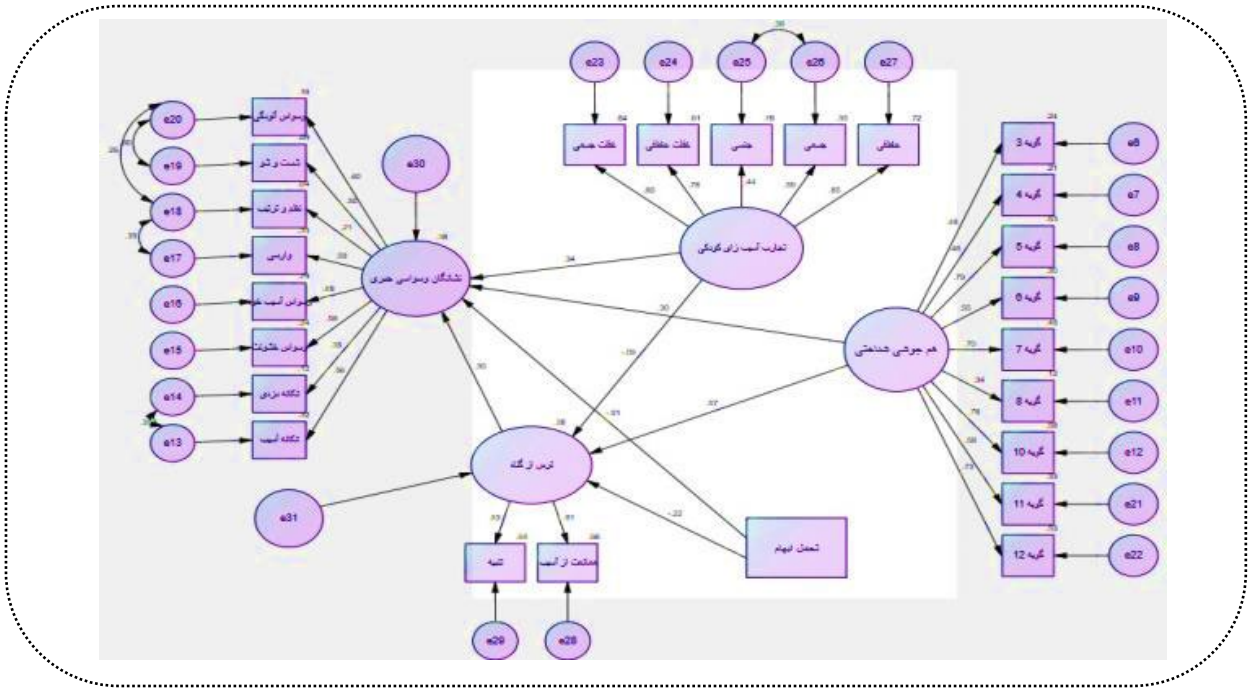
نمودار ۲. مدل اولیه پژوهش

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

پیش از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، مفروضه‌های زیربنایی آن بررسی شد. عدم وجود داده‌های مفقود و پرت بررسی و تأیید شد. داده‌های پرت از طریق فاصلهٔ ماهالانوبیس در نرم‌افزار AMOS 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 نبود وجود داده‌های پرت چند متغیری از این طریق نیز تأیید شد [۴۸]. هم‌چنین نرمال بودن توزیع نمونه نیز از طریق ضرایب کجی و کشیدگی بررسی و تأیید شد. برای بررسی عدم هم‌خطی چندگانه[1] از شاخص‌های تولرانس[2] و عامل تورم واریانس (VIF[3]) استفاده شد. حد مناسب برای تولرانس بین صفر تا یک و برای تورم واریانس کمتر از دو می‌باشد. در پژوهش حاضر، 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[4] استفاده شد. حد مطلوب برای آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲/۵ است. در پژوهش آماره دوربین واتسون ۱/۹ به‌دست آمد، چون از حد مطلوب کمتر است، بنابراین وجود این مفروضه نیز تأیید شد. با توجه به توضیحات داده‌شده مدل اولیه به‌شکل بالا ترسیم شد:

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

1. Multicollinearity
2. Tolerance
3. Variance Inflation Factor
4. Durbin–Watson



نمودار ۳. مدل نهایی پژوهش

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	χ2/df	RMSEA	SRMR	GFI	AGFI	CFI	TLI	NFI
مقدار قابل قبول	< ۵	< ۰/۱	< ۰/۱	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰
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

در مدل‌سازی معادلات ساختاری شاخص‌های برازش مختلفی وجود دارد که مهم‌ترین این شاخص‌ها به همراه سطح مطلوب آن عبارت‌اند از: کای مربع بهنجار شده (CMIN/df) سطح مطلوب ۱ تا ۵، شاخص نیکویی برازش[1] (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده[2] (AGFI)، برازش تطبیقی[3] (CFI) و برازش هنجار شده[4] (NFI) با سطح مطلوب بزرگ‌تر از ۰/۹، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد[5] (RMSEA) و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد[6] (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 بالا ترسیم شد:

به‌منظور ارزیابی نهایی مطلوبیت مدل مفهومی پژوهش در جدول شماره ۲، شاخص‌های برازش مدل اولیه و مدل نهایی (اصلاح شده) اشاره 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 و در جدول شماره ۳ ، ضرایب مسیرهای مدل پژوهش و معنادار بودن آن‌ها ذکر شده است.

1. Goodness of Fit Index
2. Adjusted Goodness of Fit Index
3. Comparative Fit Index
4. Normed Fit Index
5. Root Mean Square Error of Approximation
6. Standardized Root Mean Square Residuals

جدول ۳. ضرایب مسیرهای مدل

مسیر	Standardized Estimate	S.E	C.R	P
تجارب آسیب‌زای کودکی> نشانگان وسواسی جبری	۰/۳۳	۰/۰۸	۵/۱	P<۰/۰۱
هم‌جوشی شناختی> نشانگان وسواسی جبری	۰/۳۰	۰/۲۷	۳/۵	P<۰/۰۱
تحمل ابهام > نشانگان وسواسی جبری	-۰/۰۲	۰/۰۲	-۰/۲۵	۰/۷۹
ترس از گناه > نشانگان وسواسی جبری	۰/۲۹	۰/۰۷	۳/۴	P<۰/۰۱
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<۰/۰۱
تحمل ابهام> ترس از گناه	-۰/۲۲	۰/۰۶	-۳/۹	P<۰/۰۱

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	۰/۰۳	-۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۲۱
هم‌جوشی شناختی	ترس از گناه	نشانگان وسواسی جبری	۰/۱۶	۰/۰۷	۰/۳۰	۰/۰۰۱
تحمل ابهام	ترس از گناه	نشانگان وسواسی جبری	-۰/۰۸	-۰/۱۳	-۰/۰۲	۰/۰۲

در جدول شماره ۳، به‌ترتیب، ضرایب استاندارد، مقدار خطا، مقدار T و سطح معناداری نشان داده شده است. مطابق با اطلاعات موجود در جدول، مسیرهای تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و ترس از گناه به نشانگان وسواسی جبری در سطح ۰/۰۱ معناداری هستند. هم‌چنین مسیرهای هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام به ترس از گناه نیز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند، اما مسیرهای تحمل ابهام به نشانگان وسواسی جبری و تجارب آسیب‌زای کودکی به ترس از گناه معنی‌دار نیستند (P> ۰/۰۵).

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.

با توجه به نتایج گزارش‌شده در جدول ۴، باید اشاره نمود که ترس از گناه در رابطه بین هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری در سطح ۰/۰۵ نقش واسطه‌ای معناداری را ایفا می‌کند، اما در رابطه تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد (P> ۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، 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 معناداری دارند. این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های وازکز[1] و همکاران [۱۲]؛ ژو[2] و همکاران [۱۳]؛ بیلج[3] 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 بروز مشکلات روان‌شناختی، به ویژه 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

1. Vazquez
2. Xu
3. Bilge

افرادی که چنین سابقه‌ای ندارند، میزان بیشتری از اختلال وسواسی جبری را نشان می‌دهند. این مسئله را می‌توان بر اساس عوامل 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 داده‌اند که 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 به‌صورت افکار وسواسی در مورد آسیب رساندن یا اشتباه کردن بروز یابند و منجر به ایجاد رفتارهای اجباری با هدف پیشگیری از آسیب شوند.

مکانیسم شناختی دیگر شامل ایجاد تمایلات کمال‌گرایانه در نتیجه آسیب‌های دوران کودکی است. در همین مورد، نتایج پژوهش‌های بهار و کیریوس [۵۵] نشان داد افراد مبتلا به اختلال وسواس که دارای سابقه تروما‌ی دوران کودکی هستند، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی را در مقایسه با افراد بدون سابقه تروما نشان می‌دهند. تجارب آسیب‌زا (مخصوصاً آسیب‌های کلامی ناشی از انتقاد یا تحقیر) می‌توانند به درونی‌سازی استانداردهای کمال‌گرایانه منجر شوند. کودکانی که تروما را تجربه کرده‌اند، اغلب این باور را درونی می‌کنند که باید بی‌نقص و کامل باشند؛ ایده‌هایی که یکی از نشانه‌های اصلی در اختلال وسواسی جبری هستند. همچنین، تجارب آسیب‌زای کودکی بر بروز سوگیری‌ها و خطاهای شناختی اثرگذار بوده و می‌توانند از این طریق نیز بر شکل‌گیری یا تداوم نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشند. قرارگیری در معرض این قبیل تجربیات می‌تواند منجر به افزایش حساسیت به تهدید (بیش حساسیتی) و منفی‌نگری (انتظار دائمی برای بروز وقایع منفی) شود. این سوگیری‌های شناختی 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 آسیب‌زای کودکی، نتایج دیگر این پژوهش بر نقش مستقیم هم‌جوشی شناختی بر بروز نشانگان وسواسی جبری تأکید داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های ژیونگ[1] و همکاران [۱۹]؛ لی[2] و همکاران [۲۰]؛ هانسمیر[3] و همکاران [۲۱]؛ رومان[4] و همکاران [۲۵] همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، آمیختگی شناختی به وضعیتی اشاره دارد که در آن فرد به افکار خود چنان وابسته و درگیر می‌شود که آن‌ها را نه به عنوان تجربیات ذهنی، بلکه هم‌چون حقایقی قطعی و غیرقابل تغییر ادراک می‌کند [۲۲]. افراد مبتلا به این آسیب‌شناختی اغلب تحت‌تأثیر افکار و احساسات منفی مختلف قرار گرفته و آن‌ها را به عنوان بخشی از زندگی خود قلمداد می‌کنند. این مسئله از یک سو موجب تکرار مداوم این افکار در ذهن فرد شده و از سوی دیگر، احتمال بروز رفتارهای اجبارگونه با هدف کاهش تنش ناشی از این افکار را افزایش می‌دهد و از مسائلی است که با بروز نشانگان وسواسی جبری ارتباط دارد [۲۰].

یکی از اصلی‌ترین مکانیسم‌های اثرگذار هم‌جوشی شناختی بر نشانگان وسواسی - جبری، تفسیر نادرست از افکار است. برای اکثر افراد، افکار مزاحم تجربه‌ای رایج هستند، اما افرادی که سطوح بالایی از هم‌جوشی شناختی را تجربه می‌کنند، اغلب این افکار را به‌عنوان حقایقی قطعی، تهدیدکننده یا نشان‌دهنده واقعیت خود تفسیر می‌کنند. این تفسیر نادرست می‌تواند به ایجاد و تداوم افکار وسواسی منجر شود؛ زیرا فرد با محتوای افکار خود درگیر شده و سعی می‌کند آن‌ها را سرکوب یا خنثی کند. این تلاش برای کنترل افکار می‌تواند بر شدت اثرگذاری آن‌ها بیافزاید.

1. Xiong
2. Lee
3. Hansmeier
4. Reuman

هم‌جوشی شناختی همچنین می‌تواند با تشدید اضطراب و تنش‌های فرد و به تبع آن، افزایش احتمال بروز رفتارهای تکراری همراه شود. هنگامی که افراد با افکار خود درگیر می‌شوند و این افکار را واقعی و تهدیدآمیز می‌دانند، سطوح بالایی از اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند. این اضطراب نیز می‌تواند باعث بروز رفتارهای اجباری شود؛ زیرا آن‌ها برای کاهش پریشانی خود درگیر مناسک یا اقدامات تکراری می‌شوند. نتایج پژوهش ژیونگ و همکاران [۱۹] نیز در همین راستا نشان داد که هم‌جوشی شناختی از طریق بروز پریشانی‌های روانی بر ایجاد رفتارهای اجباری و تکراری اثرگذار است؛ زیرا فرد برای کاهش تنش‌های ناشی از این افکار، به رفتارهای تکراری روی می‌آورد. ایت رفتارها برای خنثی کردن پریشانی مرتبط با افکار وسواسی انجام می‌شوند، اما با این حال، این رفتارها تنها تسکین موقتی ایجاد کرده و می‌توانند چرخه وسواس و اجبار را تقویت کنند [۲۱].

دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که تحمل ابهام اثر معناداری بر نشانگان وسواسی - جبری ندارد. این یافته با نتایج یافته‌های پژوهش‌های داودیان و همکاران [۲۶]؛ پینچیوتی[1] و همکاران [۲۷]؛ ناولس[2] [۲۸] و پاسکوال ورا[3] و همکاران [۲۹] ناهمسو بود. در تبیین این نتایج که عمدتاً با یافته‌های پیشین ناهمسو است، می‌توان بیان داشت که تحمل ابهام به عنوان توانایی تحمل و سازگاری با شرایط نامطمئن و مبهم تعریف می‌شود. این سازه در ارتباط با 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 به طور مستقیم بر این مکانیسم‌های شناختی تأثیرگذار نباشد. همچنین، ناهمگونی علائم اختلال وسواسی جبری نیز می‌تواند در تبیین عدم تأثیر تحمل ابهام بر این اختلال کمک کننده باشد. این اختلال یک وضعیت بسیار پیچیده و ناهمگون است که می‌تواند با علائم مختلفی، از وسواس آلودگی گرفته تا رفتارهای احتکاری، همراه باشد. این جنبه‌های پیچیده ممکن است تحت‌تأثیر عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی و اجتماعی مختلف قرار گیرند 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 تا حدی به واسطه محدودیت‌های روش‌شناختی نیز تبیین شود. ابزارهای خودگزارشی مورد استفاده ممکن است به اندازه کافی قادر به درک مفهوم تحمل ابهام و جنبه‌های مختلف آن مناسب نباشند.

علاوه بر موارد فوق، یافتهٔ 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 معناداری را ایفا می‌کند، اما در رابطه میان تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی - جبری نقش واسطه‌ای وجود ندارد. در تبیین نقش واسطه‌ای ترس از گناه، به تأثیر آن بر نحوه تفسیر افکار مزاحم می‌توان اشاره کرد. هم‌جوشی شناختی اغلب منجر می‌شود افراد افکار مزاحم خود را بسیار تهدیدآمیز تفسیر کنند؛ زیرا این افکار را حقایقی قطعی در نظر می‌گیرند، این مسئله می‌تواند منجر به بروز مستمر ترس از گناه شود، زیرا فردی که برای مثال، فکر وسواسی آسیب‌رساندن به یکی از عزیزان خود را تجربه می‌کند، ممکن است این فکر را رخدادی قطعی در نظر گرفته و پیش‌بینی کند که اگر اقداماتی برای جلوگیری از این آسیب انجام ندهد، وقایع بد و به دنبال آن احساس گناه شدیدی را 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 می‌تواند به نوبه خود بر ترس مداوم از احساس گناه فرد اثرگذار باشد؛ زیرا فرد پیش‌بینی می‌کند 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

1. Pinciotti
2. Knowles
3. Pascual-Vera

و جلوگیری از آسیب، رفتارهای تکراری را انجام دهند و این فرایند می‌تواند بر بروز یا تداوم نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشد. همچنین، هم‌جوشی شناختی می‌تواند از طریق درگیری و هم‌آمیزی فرد با پیامدهای اعمال، به دشواری در حل مسئله و تصمیم‌گیری منجر شود. این مسئله نیز ترس از گناه را تشدید کند؛ زیرا فرد پیش‌بینی می‌کند در صورتی که نتایج مورد انتظار حاصل نشود، احساس گناه شدیدی را تجربه خواهد کرد. از طرفی دیگر، این موضوع می‌تواند منجر به رفتارهای اجباری با هدف اطمینان از اتخاذ تصمیم «درست» شود، مانند بررسی مکرر یا جستجوی اطمینان که از جمله رفتارهای اجبارگونه رایج در نشانگان وسواسی جبری است.

از سوی دیگر، مطابق با یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، تحمل ابهام فقط به‌صورت غیرمستقیم و از طریق ترس از گناه با نشانگان وسواسی جبری ارتباط داشت. سازوکار این شکل از 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 حیطهٔ 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 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 تجربه می‌کنند و این ترس به نوبه خود بر شدت علائم وسواس آن‌ها اثرگذار است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ترس از گناه می‌تواند به عنوان پلی بین دشواری در تحمل ابهام و بروز نشانگان وسواسی جبری عمل می‌کند.

در مجموع، 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 روان‌پزشکی است که مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها، از جمله افکار مزاحم، تصاویر و اشتغالات ذهنی و رفتارهای اجبارگونه و مناسک‌وار را در بر می‌گیرد و می‌توانند ناراحتی‌های شدیدی را برای فرد و دیگران ایجاد کند. پیامدهای این اختلال، با توجه به همزمانی اوج دوم بروز آن با دوران دانشجویی، بررسی بیشتر و عمیق‌تر 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، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه انجام شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که مدل مفهومی از برازندگی مناسبی برخوردار است و ترس از گناه در رابطه بین هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی - جبری نقش واسطه‌ای معناداری ایفا می‌کند؛ با این حال؛ در رابطه بین تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای معناداری وجود نداشت.

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 برخی متغیرها، از جمله وضعیت هوشی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی دانشجویان بود، مسئله‌ای که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را با چالش‌هایی مواجه سازد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نسبت به کنترل این متغیرها اقدام شود. دیگر محدودیت این پژوهش، ناتوانی در بهره‌گیری مستقیم از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌شکل مستقیم بود؛ مسئله‌ای که پژوهشگران را ناچار به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس به‌صورت مجازی نمود. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به صورت مستقیم بهره گرفته شود.

همچنین، محدودیت دیگر این پژوهش، ناتوانی در بهره‌گیری از نمونه‌های بالینی دارای تشخیص اختلال وسواس جبری بود. این مسئله می‌تواند در بررسی دقیق مشکلات وسواس، میزان شدت و پیامدهای آن اثرگذار بوده باشد. به همین دلیل، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بالینی دارای تشخیص اختلال وسواسی جبری استفاده گردد.

از سوی دیگر، با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، 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 آموزشی به اقشار مختلف مردم مخصوصاً افراد دارای این اختلال صورت پذیرد. به علاوه، با توجه به نتایج ناهمسو در این پژوهش مبنی بر عدم اثرگذاری تحمل ابهام بر نشانگان وسواسی –جبری، پیشنهاد می‌شود این رابطه در پژوهش‌های آینده 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.

سپاسگزاری و حمایت مالی

بدین‌وسیله 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 منافعی وجود ندارد.

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 June 28; 13(1): 230-246. https://www.nature.com/articles/s41398-023-02433-2

2- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

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

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

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): 663-669. 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

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): 460-487. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736

10- Callaghan T, Greene D, Shafran 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): 121-132. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121

11- Sharma E, Sharma LP, Balachander S, Lin B, Manohar H, Khanna P, et al,. 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/fpsyt.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): 1201-1210. 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): 261-269. https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2023.231247

14- Bilge Y, Yılmaz M, Hüroğlu 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): 1268-1286. 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. https://doi.org/10.30486/jsrp.2022.1958797.3462 **[In Persion]**

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): 169-190. 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 Persion]**

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, Porrmann 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, et al. 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): e2419. 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): 456-473. 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, Hashemipor 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) Orginal Article. 2022; 11(2). http://ijnv.ir/article-1-943-fa.html **[In Persion]**

27- Pinciotti CM, Riemann BC, Abramowitz JS. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. Journal of Anxiety Disorders. 2021 Jun 1; 81: 102417. 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): 317-330. https://doi.org/10.1037/cps0000150

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: 100627. 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

31- Shekhapur 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 Persion]**

32- McLain DL. The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. Educational and psychological measurement. 1993 Mar; 53(1): 183-189. 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): 937-947. 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): 271-298. 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): 975-990. 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. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23452188.1388.7.2.7.7 **[In Persion]**

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]**

40- 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/10.1017/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): 286-296. 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): 109-120. 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): 811-815. 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 Persion]**

47- Mancini F, Gangemi A. I processi cognitivi nel DOC. La Mente Ossessiva. Milano: Raffello 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.

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): 163-173. 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 . Prevalenceo 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 Persion]**

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

52- 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.iums.ac.ir/article-1-2569-fa.html **[In Persion]**

53- 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 Persion]**

54- Jamali S, Mehrabizeh 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 Persion]**