Journal of Research in Psychological Health
March 2024, Volume 17, Issue 4

The mediating role of anxiety and depression in the relationship between childhood abuse and obsessive-compulsive symptoms

Masoumeh Modanloo[1], Mahmoud Najafi[2*]

[1.] *M.A in clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.*

[2.] *Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. (m_najafi@semnan.ac.ir)*

Citation: Modanloo M, Najafi M. The mediating role of anxiety and depression in the relationship between childhood abuse and obsessive-compulsive symptoms. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2024; 17 (4)17-32 [Persian].

Article Info:

Received:
2023/06/28

Accepted:
2024/03/19

Key words
childhood abuse, depression, anxiety, obsessive-compulsive symptoms

Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the mediating role of anxiety and depression in the relationship between childhood maltreatment and obsessive-compulsive symptoms. The research method was descriptive and of the correlation type (structural equation modeling). From among the general population of social media users in 2022, 350 people were selected according to the entry criteria by voluntary sampling method. The tools used in this research included the Revised scale of obsessive–compulsive Syndrome (Foa & et al), Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Stein), Beck Anxiety Inventory & Beck Depression Inventory-II. Pearson's correlation test and structural equation modeling were used to analyze the data. The results showed that childhood abuse has a direct and significant relationship with obsessive-compulsive symptoms, and anxiety and depression play a mediating role in the relationship between childhood abuse and obsessive-compulsive symptoms, and overall, the results show that the model fits well. According to the obtained results, it can be said that childhood trauma, anxiety and depression play an important role in the formation of obsessive-compulsive symptoms. In general, it can be concluded that childhood trauma can cause obsessive-compulsive symptoms by affecting anxiety and depression.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

بررسی نقش میانجی اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی و علائم وسواسی جبری

معصومه مدانلو [۱] و محمود نجفی [۲*]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. *m_najafi@semnan.ac.ir*

تاریخ دریافت
۱۴۰۲/۰۴/۰۷

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۲/۱۲/۲۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی و علائم وسواسی- جبری صورت گرفت. روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) بود. از میان جمعیت عمومی کاربر شبکه‌های اجتماعی در سال ۱۴۰۱، ۳۵۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه، از طریق فراخوان انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس فکری- عملی (فوا و همکاران)، پرسشنامه ترومای کودکی (برنشتاین و استین)، مقیاس اضطراب بک و نسخه دوم مقیاس افسردگی بک بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج نشان داد، بدرفتاری کودکی با علائم وسواسی- جبری رابطه مستقیم و معناداری دارد و اضطراب و افسردگی در رابطه بدرفتاری کودکی و علائم وسواسی- جبری نقش میانجی دارد. در مجموع نتایج نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. طبق نتایج به دست آمده می‌توان گفت که ترومای دوران کودکی، اضطراب و افسردگی نقش مهمی در شکل‌گیری علائم وسواسی- جبری دارند. به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که ترومای دوران کودکی می‌تواند با تاثیر بر اضطراب و افسردگی موجب بروز علائم وسواسی- جبری گردد.

واژگان کلیدی
بدرفتاری کودکی،
افسردگی،
اضطراب،
نشانگان وسواسی- جبری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

امروزه مسئله وسواس، یکی از معضلات مطرح و فراگیر در جوامع بشری و یکی از پیچیده‌ترین و شایع‌ترین اختلال در حوزه روانپزشکی محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی[1] در سال ۲۰۱۸، این اختلال را به عنوان یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلالات در حوزه روانپزشکی اعلام کرد (چاودوری و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال وسواس فکری- جبری اختلال روانشناختی است که دربرگیرنده افکار مهارنشدنی، مداوم و پایداری است که به موجب آن، فرد ناگزیر به تکرار مجدد اعمال مشخصی می‌شود که در نهایت به درماندگی بیمار منجر می‌شود (فاینبرگ و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع وسواس‌ها، به افکار مزاحم و مکرر و متناقضی اشاره دارد که اضطراب و افسردگی ناشی از آن، به وسیله اجبارها یا انجام رفتارهای تکراری و تشریفاتی و بیمارگون کاهش می‌یابد (مارکاریان و همکاران، ۲۰۱۰). سیر مزمن و زمان‌بر این اختلال به طور بالقوه می‌تواند بر چندین حوزه مهم زندگی افراد تجربه کننده و اطرافیانشان تأثیر منفی بگذارد؛ از طرف دیگر این سیر تدریجی ممکن است جست‌وجوی درمان را نیز به تعویق بیندازد و تاخیر ۱۰- ۱۵ ساله از شروع علائم تا زمانی که افراد درمان را دریافت کنند، بسیار رایج است (اوست، هاونن، هانسن و کواله، ۲۰۱۵). شیوع طول عمر اختلال وسواسی- جبری در جمعیت کلی، ۲ تا ۳ درصد ارزیابی شده است و نتایج بررسی‌های اخیر، شیوع آن را در جمعیت غیربالینی ۲/۷۷ درصد و در جمعیت بالینی ۱/۸۹ درصد گزارش کرده‌اند (پولیتیس و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس نتایج حاصل از تکرار بررسی همبودی ملی[2]، در ۹۰ درصد از پاسخ دهندگان مبتلا به اختلال وسواس فکری- جبری، معیارهای تشخیصی مادام‌العمر یک اختلال دیگر را نیز برآورد می‌کنند. از شایع‌ترین این اختلالات می‌توان به اختلالات اضطرابی (۷۶ درصد)، اختلالات خلقی (۶۳ درصد)، اختلال کنترل تکانه (۵۶ درصد) و اختلالات مصرف مواد (۳۹ درصد) اشاره کرد. در ۷۹/۲ درصد موارد، شروع اختلال وسواس فکری- جبری بعد از اختلالات اضطرابی همزمان است و یا به همان اندازه، قبل و یا بعد از اختلالات خلقی شروع می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). به دنبال همبودی این اختلالات با اختلال وسواس فکری- جبری، تاثیر مخرب و بدتری نسبت به زمانی که این اختلالات به صورت مجزا ظهور پیدا می‌کنند، بر فرد می‌گذارند. این شرایط در جمعیت عمومی و همچنین در میان افرادی که به طور رسمی تشخیص دریافت نمی‌کنند نیز وجود دارد. بر اساس مطالعات، تقریبا ۹۰ درصد افرادی که مبتلا به اختلال وسواس فکری- جبری نیستند نیز، افکار، تصورات و یا تکانه‌های ناخواسته‌ای را تجربه می‌کنند که از نظر شکل و محتوا، تفاوت چندانی با تجارب مبتلایان ندارد؛ چرا که این تفسیر و برداشت مبتلایان به وسواس است که آن‌ها را از سایرین متمایز می‌کند (بشرپور و هرنگ‌زا، ۱۳۹۹). بنابر اظهارات انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۲۲)، اعلام رسمی ابتلای فرد به اختلال وسواس فکری- جبری به این بستگی دارد که تجربه وسواس‌ها یا اجبارها، سبب رنج شدید در فرد شوند، وقت زیادی صرف پرداختن به آن‌ها شود و یا در جنبه‌هایی از زندگی و عملکرد روزمره فرد اختلال ایجاد کند. این اختلال و علائم همراه آن، سبب ایجاد مشکل قابل‌توجهی در کارکرد شغلی، جریان معمول و طبیعی زندگی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد می‌شود (حسینی و سلیمانی، ۱۳۹۸). در نتیجه این اثرات مستقیم و غیرمستقیم و همبودی بالا با سایر اختلالات لزوم شناسایی، توجه و رسیدگی و درمان اختلال وسواس فکری- جبری را دو چندان می‌کند، علاوه بر این، تفهیم و درک بیشتر زمینه‌های آسیب‌شناسی این اختلال، با هدف فراهم آوردن اقدام‌های لازم و موثر جهت پیشگیری و ارتقا اثربخشی دستورالعمل‌های درمانی موجود، برای مبتلایان به علایم وسواسی- جبری نیز ضروری به‌نظر می‌رسد.

نتایج مطالعات ژنتیکی اختلال وسواس فکری- جبری، حاکی از آن است که تقریباً ۵۰ درصد واریانس علائم آن،

[1]. World Health Organization

[2]. National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

از عوامل محیطی غیرژنتیکی ناشی می‌شود؛ به همین منظور، تعیین این عوامل برای فهم علت‌شناسی این اختلال اهمیت ویژه‌ای دارد (یروولینو و همکاران، ۲۰۱۱). از عوامل زمینه‌ساز که می‌تواند فرد را در مقابل ابتلا به اختلالات روانی من جمله اختلال وسواس فکری- جبری آسیب‌پذیر سازد، بدرفتاری با کودک در محیط خانواده و از سوی افراد خانواده یا نزدیکان است که منجر به بروز مشکلات متعددی، در شکل‌گیری ساختار نظام روانشناختی فرد و به تبع آن در عملکرد او در بزرگسالی می‌شود (هاگر و رونتز، ۲۰۱۲؛ انگلیش، تامپسون، وایت و ویلسون، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش انجام شده توسط عامری و نجفی (۱۴۰۰) موید این موضوع است که وقایع استرس‌زا، نقش کلیدی در بروز و تداوم علائم اختلال وسواس فکری- جبری ایفا می‌کنند. تحقیقات نشان داد که ۶۰ درصد از بزرگسالان، تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی را گزارش کردند و این میزان در نمونه‌های بالینی تا ۸۰ تا ۹۰ درصد نیز برآورد شده است (ساندرز و آدامز، ۲۰۱۴). طبق تعریف، بدرفتاری دوران کودکی به هرگونه اقدام یا ترک فعل توسط والدین یا مراقبان دیگر، که منجر به آسیب، احتمال آسیب و یا تهدید به آسیب به کودک شود، اطلاق می‌شود (ستهی و همکاران، ۲۰۱۸). به طور کلی، بدرفتاری کودکی، ابعاد مختلف سوءاستفاده و بی‌توجهی را دربر می‌گیرد که در افراد کمتر از ۱۸ سال، ۵ نوع سوءاستفاده جسمی کودکی[1]، سوءاستفاده عاطفی کودکی[2]، سوءاستفاده جنسی کودکی[3]، غفلت جسمی کودکی[4] و غفلت عاطفی کودکی[5] را شامل می‌شود (ارگانیزیشن، ۲۰۰۶). نتایج مطالعات بسیاری حاکی از آن است که تجارب ناخوشایند کودکی، به طور قابل‌توجهی با روان‌پریشی، اختلالات عاطفی، اختلالات اضطرابی، اختلالات مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی مرتبط است و سبب ایجاد و یا تشدید اختلالات روانپزشکی در سال‌های آتی به ویژه در بزرگسالی شود (جافی، ۲۰۱۷؛ کوپلند و همکاران، ۲۰۱۸؛ سیسیل، ویدینگ، فیرون، گلسر و مک کروری، ۲۰۱۷؛ لوئیس و همکاران، ۲۰۱۹؛ سالوکانگاس و همکاران، ۲۰۱۹). در تایید این یافته، پژوهشی که توسط جی یو و همکاران (۲۰۲۲) بر روی ۵ گروه از مبتلایان به اختلالات مصرف مواد، اسکیزوفرنی، افسردگی، دوقطبی، وسواس فکری- جبری و افراد سالم صورت گرفت، نشان داد که تجربه بدرفتاری در دوران کودکی، یک عامل خطر مهم برای اختلالات روانی محسوب می‌شود و تروماهای مختلف ممکن است اثرات متفاوتی بر شدت اختلالات روانی داشته باشند. هم‌چنین این بدرفتاری[6] یا تروماهای دوران کودکی[7]، می‌توانند بر سیستم‌های عصبی- بیولوژیکی و عصبی- غدد تأثیر بگذارند و از این طریق، سبب افزایش آسیب‌پذیری در برابر ابتلا به اختلالات روانپزشکی در سال‌های بعدی شوند (کراس، فانی، پاورز و بردلی، ۲۰۱۷). پژوهش صورت گرفته توسط دستری، بریرلی، آلبرتلا، جابسون و فونتنل (۲۰۲۱) بیانگر آن است که یک رابطه معنادار بین ترومای کودکی و شدت علائم وسواسی- جبری، هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت غیربالینی وجود دارد. این در حالی است که برخی از مطالعات، ارتباطی بین ترومای کودکی و وسواس فکری- جبری پیدا نکرده‌اند (کارت و ترکچاپار، ۲۰۱۹). بنابراین در حال حاضر، تاثیر ترومای کودکی بر شروع و پیشرفت علائم وسواسی-جبری به طور کامل مشخص نیست. به طور کل، بدرفتاری کودکی پیامدهای مهمی را برای سلامتی افراد در طول زندگی به دنبال دارد که از جمله آن می‌توان به افسردگی و اضطراب، که یکی از علل اصلی بار جهانی بیماری‌ها محسوب می‌شود، اشاره کرد (وایتفورد و همکاران، ۲۰۱۳).

افسردگی[8] اختلال روانی معمول و شایعی است که با خلق افسرده، از دست دادن لذت یا علاقه، کاهش انرژی، ارزش خود پایین یا احساس گناه، اختلال در خواب و اشتها و

1. childhood physical abuse
2. childhood emotional abuse
3. childhood sexual abuse
4. childhood physical neglect
5. childhood emotional neglect
6. Childhood maltreatment
7. childhood trauma
8. depression

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

اختلال در تمرکز در طی دو هفته مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). افسردگی یک اختلال پیچیده‌ای است که می‌توان آن را ناشی از تعامل عواملی هم‌چون وراثت، محیط زندگی در دوران کودکی، خلق و خوی فرد که او را قادر به مقابله با محیط و انعطاف‌پذیری می‌کند، دانست؛ با توجه به این عوامل، افراد مختلف ممکن است پاسخ‌های متفاوتی را در مواجهه با اضطراب و استرس دهند (مارتینز مونته‌ورده[1] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس چنین شواهدی، می‌توان فرض کرد که محیط اولیه، نقشی اساسی در علت‌شناسی افسردگی و هم‌چنین سایر اختلالات روانی دارد؛ زیرا تجارب آسیب‌زا در طول مراحل رشد، می‌تواند سبب تغییر در ساختار و عملکرد سیستم‌های مغز و در نتیجه عواقب پایدار در بزرگسالی شود (هایم، شوگارت، کریگهد و نمروف، ۲۰۱۰). به عنوان مثال، برخی یافته‌ها حاکی از آن است که سطوح بالاتر بدرفتاری عاطفی و یا بدرفتاری جنسی، به طور قابل‌توجهی با شدت بیشتر افسردگی مرتبط است. این یافته‌ها، به سوءاستفاده عاطفی، به عنوان یک عامل خطر مهم و به عنوان بخشی از مکانیسم درگیر در پاتوژنز افسردگی اشاره دارد (ولاتی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پژوهش انجام شده توسط مراد زاده و نجفی (۱۴۰۱) بیانگر آن است که متغیرهای ترومای کودکی به ویژه سوءاستفاده هیجانی و سوءاستفاده فیزیکی پیش‌بینی کننده افسردگی است.

نظریه‌های روان‌شناختی نشان می‌دهند که قرار گرفتن در معرض آسیب‌های دوران کودکی ممکن است بر طرحواره‌های شناختی کودک از خود، افراد اطراف و جهان تأثیر بگذارد؛ به‌گونه‌ای که او را در برابر باورهای منفی آسیب‌پذیر کند که بر احساس او نسبت به خود و دیگران تأثیر می‌گذارد. این شناخت‌های منفی می‌تواند بر آسیب‌پذیری بعدی فرد در برابر بیماری‌هایی مانند افسردگی تأثیر بگذارد. افسردگی هم‌چنین، شایع‌ترین اختلال همراه در اختلال وسواس فکری- جبری نیز محسوب می‌شود. نتایج مطالعات مرتبط با همبودی در اختلال وسواس فکری- جبری حاکی از آن است که مبتلایان به اختلال وسواس فکری- جبری، اغلب سطح بالایی از علائم افسردگی را نشان می‌دهند (تورس و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس پژوهش سگالس و همکاران (۲۰۲۱) و میگل، جلینک و مورتیز (۲۰۱۹)، افراد وسواسی بیشتر از سایرین به افسردگی مبتلا هستند چرا که خلق افسرده یکی از عوامل موثر در شکل‌گیری رفتارهای وسواسی است و افکار مزاحم و ناخواسته را تشدید نموده و در نهایت نیز به افزایش ناراحتی ناشی از این افکار منجر خواهد شد. تحقیق انجام شده توسط احدی و نریمانی (۱۳۸۹) بر روی یک نمونه غیربالینی نیز نشان داد که اضطراب و افسردگی، قادر به تبیین معنادار نمره کل وسواس در هر دو جنس هستند و با آن همبستگی مثبت دارند. به‌طور کل، یافته‌های تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهند که بدرفتاری کودکی از یک‌سو، همبستگی مثبت معنی‌دار با شدت علایم وسواسی- جبری و از سوی دیگر، همبستگی مثبت با شدت افسردگی دارد (او و همکاران، ۲۰۲۱).

افزون بر افسردگی، تحقیقات بسیاری، سابقه وجود اضطراب را در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- جبری را نشان دادند (کریمی، همایونی و همایونی، ۱۳۹۷) و افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در معرض خطر بیشتری در برابر ابتلا به اختلالات وسواسی قرار دارند (رهرس، گانور، کاپلان و قوپرا، ۲۰۲۰). علی‌رغم جدایی اختلالات وسواس فکری- جبری از اختلالات اضطرابی در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، همچنان شباهت‌های فراوانی از منظر بالینی، سبب‌شناسی، زیستی و درمانی، بین اختلالات وسواس فکری- جبری و اضطراب وجود دارد. اضطراب[2] به معنی تجربه‌ی تنش و برانگیختگی دستگاه خودمختار (رنجبری، حافظی، محمدی، رنجبر شیرازی، غفاری، ۱۳۹۷) و هم‌چنین به معنای ترس، تردید و نگرانی افراطی است که به شکلی تدریجی و تداوم‌دار فرد را رنج می‌دهد، تا آن جا که فرد نمی‌تواند زندگی روزمرهٔ خود را با حالت

[1]. Martins-monteverde

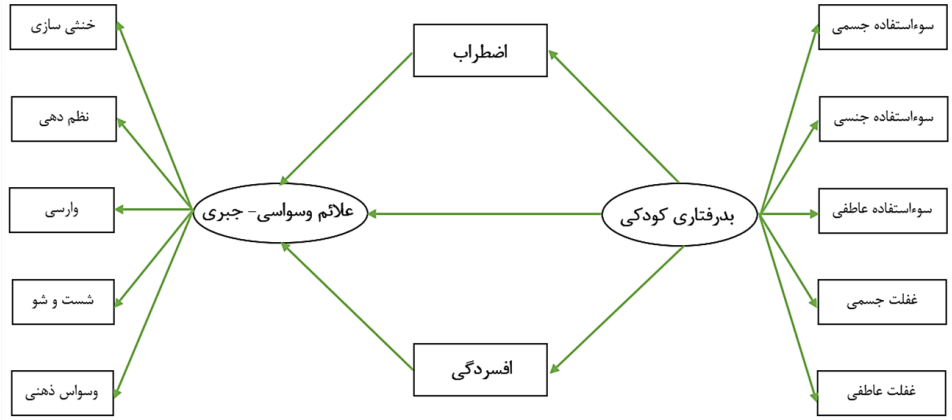
[2]. anxiety

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

همیشگی پیش ببرد. علاوه بر ارتباط اضطراب با وسواس، تاثیر اضطراب بر علائم افسردگی نیز در برخی مطالعات بررسی و نشان داده شده است (کوبان و تان، ۲۰۲۰). در جهت فهم علت‌شناسی اضطراب، نتایج حاصل از پژوهش بربر چلیک و اوداچی (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که مراقبت نامتناسب در دوران کودکی جز عوامل مهم و مرتبط با استرس و اضطراب است. نتایج تحقیقی دیگر بیان می‌دارد که ادراک طرد شدن از سمت والدین، یکی از اَشکال اولیهٔ اضطراب محسوب می‌شود که توسط کودک تجربه می‌شود و قادر است مقدمه‌ای در بروز اختلالات اضطرابی در آینده باشد (ولدانی، قاسم‌زاده و احمدی، ۱۳۹۷). لذا ممکن است آسیب‌های دوران کودکی، یکی از پیش‌بینی‌کنندهٔ‌های اضطراب باشد. اضطراب، هم‌چنین نشانه بسیاری از اختلالات روانپزشکی محسوب می‌شود که به صورت احساس ناراحتی و ترس بی‌دلیل تجربه می‌شود که غالبا فرد، از طریق انجام اعمالی مطابق با قواعد و اصولی معین (اعمال اجباری) و یا اجتناب از شرایط و وضعیت ناخوشایند، سعی در کاهش آن دارد. طبق مدل مفهومی غالب، اضطراب مهمترین عامل زیربنایی برای اختلال وسواس فکری- جبری می‌باشد (استین و همکاران، ۲۰۱۰)؛ بدان سبب که در ۴۰ درصد موارد ابتلا به این اختلال، علائم اضطراب در مراحل مختلف اختلال وسواس فکری- جبری مشاهده می‌شود (ایوارسون، ملین و والین، ۲۰۰۸). افزون بر این، فرضیه‌ای رایج این‌طور عنوان می‌کند که اجبارها در اختلال وسواس فکری- جبری، به منظور کاهش اضطراب ایجاد می‌شوند و به دلیل کاهش فوری اضطراب، این اعمال اجباری در فرد تقویت می‌گردند؛ در حالی که این کم‌شدگی اضطراب، موقتی است و مانع از بین رفتن اضطراب برآمده از این اختلال، در بلند مدت می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

علی‌رغم یافته‌های فوق، نتایج متناقض دیگری نیز در برخی مطالعات مشاهده می‌شود (سلوی و همکاران، ۲۰۱۲؛ ویسر و همکاران، ۲۰۱۴؛ روکیه و اربای، ۲۰۱۸). با توجه به مطالب فوق‌الذکر، مطالعات پیشین با تمرکز بر تعدادی از این متغیرها، ارتباط و یا عدم ارتباط‌شان با یکدیگر را نشان داده‌اند اما پژوهشی که به بررسی نقش میانجی اضطراب و افسردگی به صورت همزمان در رابطه بین بدرفتاری کودکی و علائم وسواسی- جبری به خصوص در جامعه ایرانی و در میان جمعیت غیربالینی بپردازد، صورت نگرفته است؛ در نتیجه ضروری است که بررسی‌ها حول موضوع حاضر همچنان ادامه یابد. چرا که از یک سو، نشانگان وسواسی- جبری در نمونه غیربالینی با شدت کمتری قابل مشاهده است و از این‌رو بررسی نمونه غیربالینی سبب شناسایی زودهنگام نشانه‌ها و درمان به موقع و جلوگیری از پیشرفت نشانه‌ها خواهد شد و از سویی دیگر، تنها با بررسی همزمان این متغیرها، می‌توان به شناخت منسجم و یکپارچه‌ای درباره‌ی عوامل موثر بر علائم وسواسی- جبری دست یافت و کارآمدی نسبی آن‌ها را در پیش‌بینی علائم مشخص نمود. در نتیجه، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا اضطراب و افسردگی نقش میانجی‌گری را در رابطه بین بدرفتاری کودکی و علائم وسواسی- جبری ایفا خواهند کرد؟

نمودار ۱. الگوی پیشنهادیِ نقش میانجی اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی با علائم وسواس فکری-جبری.



[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی (معادلات ساختاری) است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد ۲۰ تا ۵۰ سال جمعیت عمومی در سال ۱۴۰۱ که کاربر شبکه‌های اجتماعی بودند، تشکیل دادند. جهت اندازه‌گیری حجم نمونه از روش حجم نمونه کلاین (۲۰۱۶) استفاده شد؛ در نتیجه با روش نمونه‌گیری داوطلبانه، نمونه‌ای به حجم ۳۵۰ نفر انتخاب شدند.

روش اجرا: به دلیل شرایط ناشی از همه‌گیری کرونا و عدم دسترسی به افراد، لینک پرسشنامه به صورت آنلاین طراحی و در شبکه‌ها و کانال‌های مجازی ارسال شد. از داوطلبان دعوت شد که در صورت تمایل و دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج، در انجام پژوهش همکاری کنند و به پرسشنامه‌ها صادقانه پاسخ دهند. ملاک‌های ورود در این پژوهش، بازه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل راهنمایی، تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش؛ و ملاک خروج از پژوهش، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری عملی[1]: پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری عملی، نسخه کوتاه شده پرسشنامه وسواس فکری عملی ۸۴ آیتمی (فوا و همکاران، ۱۹۹۸) است که در سال ۲۰۰۲، توسط فوا و همکاران به منظور ارزیابی نشانه‌های وسواس در جمعیت بالینی و غیربالینی در ۱۸ آیتم ساخته شد (فوا و همکاران، ۲۰۰۲). هر یک از آیتم‌ها، بر روی مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت ۰ (هیچوقت) تا ۴ (بیشتر اوقات) مشخص شدند (آبراموویتز و دیکن، ۲۰۰۶). هر چند میانگین نمرات بدست آمده در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- جبری ۲۸ می‌باشد، اما با این وجود نمره برش پیشنهاد شده برای نمونه، ۲۱ در نظر گرفته شده است. نمره بالاتر از نمره برش، نشان دهنده احتمال حضور بیشتر نشانه‌های وسواس فکری- جبری در فرد می‌باشد. در مجموع ۵ زیر مقیاس توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود که ۳ خرده مقیاس وارسی[2]، نظم‌دهی[3]، شستشو[4] به ارزیابی علائم آشکار و دو خرده مقیاس خنثی‌سازی ذهنی[5] و وسواس فکری[6]، به ارزیابی علائم شناختی یا پنهان می‌پردازند. این مقیاس در ویژگی‌هایی همچون همسانی درونی، پایایی، بازآزمایی و روایی سازه، روایی همگرا و تشخیصی، علاوه بر پژوهش‌های خارجی (آبراموویتز و دیکن، ۲۰۰۶؛ هاپرت و همکاران، ۲۰۰۷)، نسخه فارسی آن در پژوهش‌های داخلی نیز مورد تایید قرار گرفته است (محمدی، زمانی و فتی، ۱۳۸۷). ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس وسواس ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ در پژوهش آبراموویتز و دیکن (۲۰۰۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ در پژوهش محمدی، زمانی و فتی (۱۳۸۷) گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است.

پرسشنامه اضطراب بک[7]: پرسشنامه اضطراب بک، یک قیاس ۲۱ آیتمی خودگزارشی است که در سال ۱۹۸۸ توسط بک با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است. هر عبارت منعکس کننده یکی از علائم اضطراب است که به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای ۰ (اصلا) تا ۳ (شدید) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات اضطراب از ۰ تا ۶۳ خواهد بود که دامنه ۰ تا ۷ (عدم اضطراب)، ۸ تا ۱۵ (اضطراب خفیف)، ۱۶ تا ۲۵ (اضطراب متوسط) و ۲۶ تا ۶۳ (اضطراب شدید) را نشان می‌دهند (بک و ستیر، ۱۹۹۰). این آزمون در ایران توسط لطفعلی زاده و قمری گیوی به فارسی ترجمه شد. ضریب همبستگی این آزمون با مولفه‌های فیزیولوژیکی ۰/۸۹ (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴) و در دیگر پژوهش‌های انجام شده در کشور، آلفای کرونباخ ۰/۹۲، پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۷۵ و همبستگی سوالات ۰/۳ تا ۰/۷۶ گزارش شده است

[1]. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)
[2]. checking
[3]. ordering
[4]. washing
[5]. mental neutralizing
[6]. obsessing
[7]. Beck Anxiety Inventory

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

(کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم[1]: این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای برای سنجش و ارزیابی شدت افسردگی و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی آن، در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی طی دو هفته گذشته است و قابل استفاده برای نوجوانان و بزرگسالان می‌باشد که در سال ۱۹۹۶ توسط بک، به جهت هماهنگی با معیارهای ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد بازنگری قرار گرفت. هم‌چنین هر ماده این مقیاس، دارای لیکرت ۴ گزینه‌ای (از ۰ تا ۳) است و نمره کل، حاصل مجموع نمره ماده‌ها می‌باشد که دامنه‌ای بین صفر تا ۶۳ را دربرمی‌گیرد و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کنند، به طوری که دامنه ۱ تا ۱۰ (طبیعی)، ۱۱ تا ۱۶ (کمی افسرده)، ۱۷ تا ۲۰ (نیازمند مشوت با روانشناس)، ۲۱ تا ۳۰ (به نسبت افسرده) و بیش از ۴۰ (افسردگی شدید) را نشان می‌دهد (بک، ستیر و براون، ۱۹۹۶). این ۲۱ ماده در سه طبقه نشانه‌های شناختی، نشانه‌های عاطفی و نشانه‌های جسمانی قرار می‌گیرند. همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با پرسشنامه همیلتون ۰/۷۵ و پایایی بازآزمون یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است. نتایج فراتحلیل پرسشنامه افسردگی بک نشان می‌دهد که ضریب همسانی درونی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ می‌باشد. هم‌چنین در تحقیقی که بر روی جمعیت ایرانی به جهت بررسی اعتبار و روایی توسط آشتیانی و دادستان (۱۳۸۸) انجام شده، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی دو هفته‌ای، ۰/۷۳ را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمده است.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی[2]: این پرسشنامه یک ابزار غربالگری است که توسط برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای کودکی و آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی توسعه داده شده است که هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان کاربرد دارد. این پرسشنامه ۲۸ سوال دارد که ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه‌های اصلی پرسشنامه و ۳ سوال آن برای سنجش روایی و یا تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، به‌کار می‌رود که نمره بالاتر از ۱۲، بیانگر نامعتبر بودن پاسخ‌های فرد می‌باشد. پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی که در این پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفته است عبارت‌اند از: سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی. دامنه نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، ۵ الی ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ الی ۱۲۵ است. نمرات بالا در این پرسشنامه، نمایانگر آسیب بیشتر و نمرات کمتر، نشان دهنده آسیب یا ترومای کودکی کمتر است. در پژوهش برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ گزارش شد. علاوه بر این، روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام (۱۳۹۲) برای مولفه‌های پنج‌گانه این پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ را گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده است.

همچنین به منظور بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسش‌هایی در مورد جنسیت، سن، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی استفاده شده است. در نهایت به منظور تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی، از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری، با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26[3] و AMOS[4] انجام شد. نمودار ۱ مدل علی پژوهش را نشان می‌دهد.

1. Beck Depression Inventory-II
2. Childhood Trauma Questionnaire
3. Statistical Package for the Social Sciences
4. Analysis of moment structures

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

یافته‌ها

تحلیل اطلاعات جمعیت‌شناختی داده‌ها نشان داد که میانگین سن افراد شرکت کننده در دامنه ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند. از میان آن‌ها، از نظر جنسیت تعداد ۱۸۰ نفر مرد (۵۱/۴ درصد) و ۱۷۰ نفر زن (درصد ۴۸/۶)، از منظر تاهل ۲۱۹ نفر مجرد (۶۲/۶درصد) و ۱۳۱ نفر متاهل (۳۷/۴ درصد)، از نظر سطح تحصیلات نیز ۱۷۳ نفر دیپلم و راهنمایی (۴۹/۴ درصد)، ۵۲ نفر فوق دیپلم (۱۴/۹ درصد)، ۸۷ نفر کارشناسی (۲۴/۹ درصد)، ۳۱ نفر ارشد (۸/۹ درصد) و ۷ نفر در مقطع دکتری (۲درصد) بودند.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و زیر مقیاس‌های مربوط به هر کدام ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها، جهت انجام تحلیل مسیر است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مقیاس‌ها	زیرمقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
ترومای کودکی	سوءاستفاده جنسی	۹/۱۲	۵/۳۶	۱/۳۰	۰/۷۲
	سوءاستفاده جسمی	۸/۶۷	۵/۱۴	۱/۴۹	۱/۲۶
	سوءاستفاده عاطفی	۱۰/۴۱	۵/۴۱	۰/۸۹	-۰/۲۸
	غفلت عاطفی	۱۲/۳۶	۵/۸۷	۰/۴۲	-۰/۸۹
	غفلت جسمی	۹/۷۱	۴/۶۳	۱/۰۵	۰/۳۶
	نمره کل ترومای کودکی	۵۰/۲۸	۲۰/۶۷	۰/۸۱	-۰/۱۵
اضطراب	-	۲۲/۸۱	۱۵/۲۳	۰/۴۹	-۰/۳۵
افسردگی	-	۱۸/۹۹	۱۳/۰۴	۰/۵۹	-۰/۱۸
نشانگان وسواسی- جبری	وسواس فکری	۵/۵۶	۳/۴۱	۰/۲۲	-۰/۸۹
	وارسی	۴/۳۴	۲/۸۰	۰/۴۴	-۰/۳۳
	نظم‌دهی	۶/۱۵	۳/۳۶	۰/۰۰۱	-۰/۹۲
	خنثی‌سازی ذهنی	۳/۴۱	۳/۰۱	۰/۹۶	۰/۴۲
	شستشو	۴/۰۶	۲/۸۹	۰/۴۱	-۰/۵۰
	نمره کل علائم وسواس	۲۳/۵۵	۱۱/۷۸	۰/۳۲	۰/۴۵

در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش به منظور بررسی یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل معادلات ساختاری، ارائه شده است. نتایج حاکی از آن است که بین مولفه‌های ترومای کودکی، اضطراب و افسردگی با علائم وسواسی- جبری و سایر همبستگی‌های بین متغیرهای پژوهش رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. شایان ذکر است که کلیه همبستگی‌ها، در سطح P<۰/۰۱ و معنادار بودند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	سوءاستفاده جنسی	۱							
۲	سوءاستفاده جسمی	۰/۶۱*	۱						
۳	سوءاستفاده عاطفی	۰/۵۸*	۰/۷۷*	۱					
۴	غفلت عاطفی	۰/۳۴*	۰/۴۷*	۰/۵۸*	۱				
۵	غفلت جسمی	۰/۳۳*	۰/۴۴*	۰/۴۸*	۰/۴۷*	۱			
۶	اضطراب	۰/۴۷*	۰/۵۴*	۰/۶۲*	۰/۴۱*	۰/۳۱*	۱		
۷	افسردگی	۰/۳۶*	۰/۴۲*	۰/۵۰*	۰/۴۹*	۰/۳۲*	۰/۶۰*	۱	
۸	علائم وسواسی- جبری	۰/۴۱*	۰/۴۲*	۰/۴۳*	۰/۲۸*	۰/۲۹*	۰/۵۶*	۰/۴۶*	۱

P<۰/۰۱**

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

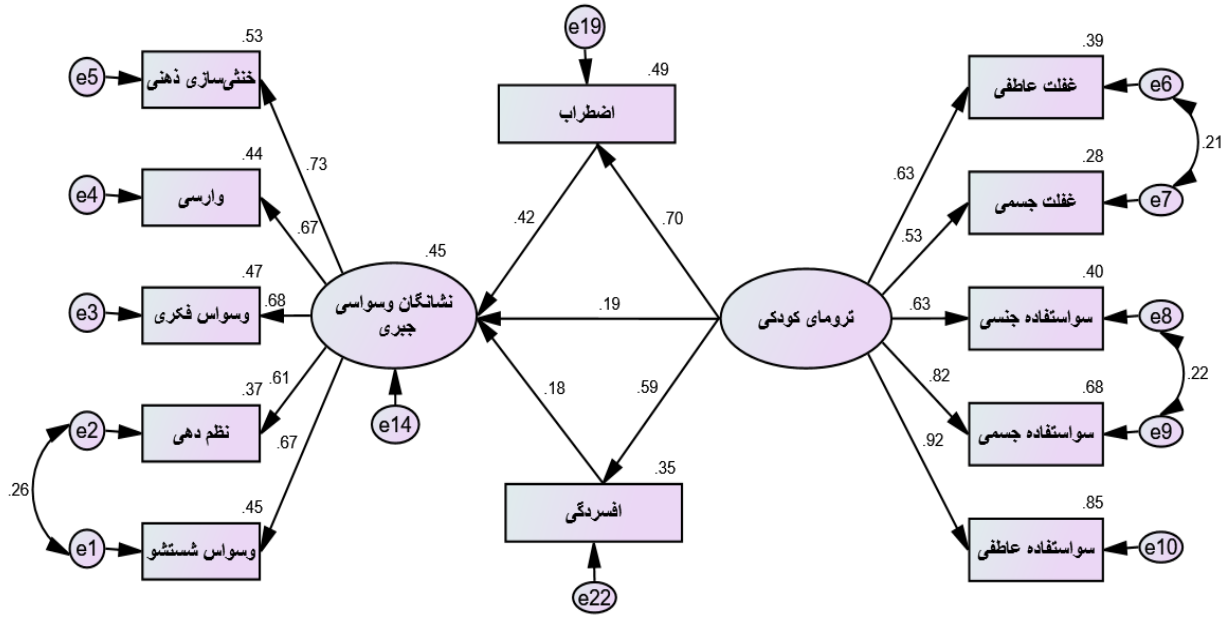
به منظور انجام معادلات ساختاری، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که همبستگی بین متغیرهای مستقل یا پیش‌بین، کمتر از ۰/۹۰ می‌باشد، پیش‌فرض عدم وجود هم‌خطی چندگانه رعایت شده است. همچنین با تایید مفروضه نرمال بودن داده‌ها و عدم وجود داده پرت، استقلال خطاها (آماره دوربین واتسون = ۲/۰۱)، محاسبه و بررسی شد؛ سپس با تایید آماره‌های تلرانس و عامل تورم تلرانس و شاخص کفایت حجم نمونه (۰/۸۹) و کرویت بارتلت (df=۶۶ و p<۰/۰۱)، ملاک‌های لازم جهت انجام معادلات ساختاری برآورده شد. به منظور بررسی نقش میانجی‌گری اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی و علائم وسواس فکری-جبری، از روش معادلات ساختاری و از نرم‌افزار AMOS استفاده شده است. با توجه به مدل مفهومی ارائه شده، می‌توان انتظار داشت که بدرفتاری کودکی از طریق اضطراب و افسردگی با علائم وسواسی- جبری رابطه داشته باشد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر (۱۹۹۹)، مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص های برازندگی	χ۲	df	χ^2/df	P	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	RMSEA
معیار پیشنهادی	-	-	۳≤	۰/۰۵≤	≤۰/۹۰	≤۰/۹۰	≤۰/۹۰	≤۰/۹۰	≤۰/۹۰	۰/۰۸≤
مقدار گزارش شده	۱۴۵/۵۲	۴۸	۳/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۰۷۶

ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.

نمودار ۲. مدل نقش میانجی اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی با علائم وسواس فکری-جبری.



در جدول ۴، ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش میانجی اضطراب و افسردگی در رابطه بدرفتاری کودکی با علائم وسواس فکری- جبری گزارش شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

جدول ۴. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب استاندارد	ضریب T	خطای استاندارد	C.R	P
بدرفتاری کودکی	افسردگی	۰/۵۹	۲/۰۹۹	۰/۲۱	۲/۶۴	۰/۰۰۰۱
بدرفتاری کودکی	اضطراب	۰/۷۰	۲/۸۸	۰/۲۶	۱۰/۸۷	۰/۰۰۰۱
بدرفتاری کودکی	علائم وسواسی- جبری	۰/۱۹	۰/۰۹۸	۰/۰۴۳	۲/۳۰	۰/۰۲۱
افسردگی	علائم وسواسی- جبری	۰/۱۸	۰/۰۲۶	۰/۰۱۰	۲/۶۷	۰/۰۰۸
اضطراب	علائم وسواسی- جبری	۰/۴۲	۰/۰۵۳	۰/۰۱۰	۵/۳۴	۰/۰۰۰۱

طبق نتایج جدول ۴ تمامی مسیرهای مستقیم از لحاظ آماری معنادار بودند و جهت بررسی معناداری مسیر غیرمستقیم از آزمون بوت‌استرپ با ۲۰۰۰ نمونه استفاده و در جدول ۵ گزارش شد.

جدول۵ . نتایج آزمون بوت‌استرپ غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیرها	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حدبالا	حدپایین	سطح معناداری
بدرفتاری کودکی ←افسردگی ←علائم وسواسی- جبری	۰/۱۸	۰/۰۴۳	۰/۲۵۶	۰/۱۱۳	۰/۰۰۱
بدرفتاری کودکی ←اضطراب ←علائم وسواسی- جبری	۰/۳۳	۰/۰۵۰	۰/۴۲۴	۰/۲۵۹	۰/۰۰۱
بدرفتاری کودکی ←اضطراب و افسردگی ←علائم وسواسی جبری	۰/۳۹	۰/۰۵۹	۰/۴۹۵	۰/۳۰۱	۰/۰۰۱

همچنین ضریب تأثیر غیرمستقیم بدرفتاری کودکی بر علائم وسواسی- جبری از طریق نقش میانجی افسردگی (P=۰/۰۰۱, β= ۰/۱۸) و اضطراب (P=۰/۰۰۱, β= ۰/۳۳) معنی‌دار بود. مطابق نتایج بوت‌استرپ، مسیر غیرمستقیم بدرفتاری کودکی بر علائم وسواسی- جبری از طریق نقش میانجی اضطراب و افسردگی (P=۰/۰۰۱, β= ۰/۳۹) معنی‌دار بود و ضرایب غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه اضطراب و افسردگی به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی و علائم وسواسی- جبری در جمعیت غیربالینی بود. علی‌رغم اینکه پژوهش‌های بسیاری، به بررسی ارتباط بین بدرفتاری کودکی، اضطراب و افسردگی با علائم وسواس فکری- جبری پرداختند اما در این میان، توجه کمی به نقش میانجی اضطراب و افسردگی شده است.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص میانجی‌گری اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی با علائم وسواس فکری- جبری نشان داد که بدرفتاری کودکی نه‌تنها به‌طور مستقیم بلکه به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب نیز، بر علائم وسواسی- جبری، تاثیر دارد. به عبارتی دیگر، تروما و تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی از طریق فعال‌سازی افسردگی و اضطراب، نشانگان وسواسی- جبری را تحت تأثیر قرار می‌دهند که این یافته با نتایج به‌دست آمده از پژوهش‌های آنگلادیکس و گودینگ (۲۰۲۱)، او و همکاران (۲۰۲۱)، کوبان و تان (۲۰۲۰)، بوگر، ارینگ، شوارتسکف و ورنر (۲۰۲۰)، کارت و ترکچاپار (۲۰۱۹) و بریگز و پرایس (۲۰۰۹) همسو است.

مواجهه با تروما در اوایل زندگی با پیامدهای پیچیده هیجانی، فیزیولوژیکی، رفتاری، اجتماعی/ بین‌فردی و شناختی بسیاری همراه است (پروتکل، ۲۰۱۴). همانطور که نتایج این پژوهش نشان داد، الگوی پیشنهادی از برازش قابل قبولی برخوردار بود که حاکی از آن است که اضطراب

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

و افسردگی، قادرند تا رابطه بین ترومای کودکی و علائم وسواسی- جبری را تعدیل کنند؛ در تبیین این یافته می‌توان به این موضوع اشاره کرد که ترومای اولیه در دوران رشد، با طیف وسیعی از تغییرات فیزیولوژیکی دائمی از جمله تغییر در مسیرهای پاداش دوپامین همراه است که خطر اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهند. علاوه بر این، بدرفتاری‌های کودکی بر کیفیت مهارت‌های کلامی و اجتماعی، رشد مغز و عملکرد هورمونی فرد نیز تأثیر می‌گذارد (اسوسووا، فورستوا، کسکاکوا، هستو و تاول، ۲۰۲۳)؛ چنین آسیب‌های اولیه‌ای، ممکن است به‌طور همزمان منجر به افزایش تأثیر منفی، افزایش آسیب‌پذیری و در نتیجه علائم وسواسی- جبری شود.

از طرفی دیگر، قرار گرفتن در معرض بدرفتاری و تجارب خشونت‌آمیز اولیه، سبب پیامدهایی مانند درونی شدن اضطراب و ترس، پرخاشگری، مشکلات بین‌فردی و آسیب به خود می‌شود که در اثر این پیامدهای ناخواسته، تصورات منفی کودک به خود تقویت و به دنبال آن، عزت‌نفس کودک کاهش می‌یابد (چلیک و اوداچی، ۲۰۲۰). رابطه‌ی معنادار و منفی بین شدت تروماهای دوران کودکی و عزت‌نفس آشکار نیز موید این موضوع است که همه انواع تروماهای دوران کودکی با عزت‌نفس آشکار پایین‌تر مرتبط هستند (گاتیر و همکاران، ۲۰۲۴). در نتیجه این کاهش عزت‌نفس، زمینه را برای آسیب‌های شناختی و روانی مانند افسردگی و اضطراب و سایر اختلالات روانشناختی در آینده آماده می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۳؛ گاتیر و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، سوءاستفاده و غفلت مراقبان در کودکی، پیش‌بینی کننده قوی برای اختلال در تنظیم هیجانات در مراحل بعدی زندگی است که این بدتنظیمی خود، عامل مهمی در ایجاد آسیب‌های روانی همچون افسردگی و اضطراب محسوب می‌شود (هاپفینگر و همکاران، ۲۰۱۶؛ مرادزاده و نجفی، ۱۴۰۱)؛ چرا که رها شدن از محتوای احساسی منفی را برایشان دشوار می‌سازد (هلنیاک، جنس، واندر استوپ، مک‌کاولی و مک‌لافلین، ۲۰۱۶). از این رو، افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی غالبا از استراتژی‌های تاکارآمدی همچون نشخوار فکری، ادراک فاجعه‌آمیز و خودسرزنش‌گری در مواجهه با شرایط ناگوار استفاده می‌کنند که این راهبردها به نوبه خود موجب تداوم و تشدید میزان افسردگی و اضطراب در افراد نیز می‌گردد (زارع و سلگی، ۱۳۹۲؛ مارتین و داهلن، ۲۰۰۵). در بسیاری از مطالعات نشان داده شده است که افزایش شدت علائم اضطراب و افسردگی، باعث افزایش شدت علائم وسواس فکری- جبری در افراد می‌شود (کورکلیا و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع نتایج پژوهش حاضر نیز، نمایانگر آن است که هر چند آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند به‌طور مستقل علائم وسواسی- جبری را افزایش دهد، اما همان‌طور که نشانه‌های اضطراب و افسردگی در فرد آشکار می‌شود، انجام افکار وسواسی و یا اعمال جبری (به عنوان مثال، شمارش و احتکار)، به عنوان اثرات ضد اضطرابی ممکن است برای فرد بیشتر مفید واقع شوند؛ در نتیجه بر میزان فراوانی آن‌ها افزوده می‌شود. به بیانی دیگر، افراد با تجربه ترومای کودکی در مقایسه با سایرین، اضطراب و افسردگی بیشتری را احساس می‌کنند که این احساسات در آن‌ها، علائم مرتبط با آشفتگی و تنش را ایجاد می‌کند و احتمال علائم وسواسی- جبری را افزایش می‌دهد؛ چرا که به موجب این آشفتگی، افراد تمایل بیشتری به پرداختن به اعمال و افکار وسواسی برای کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از تجربه تروما و موقعیت‌های مشابه دارند. براین اساس، ترومای کودکی را می‌توان یکی از عوامل تاثیرگذار بر اضطراب و افسردگی دانست که منجر به ایجاد علائم وسواسی- جبری می‌شود و اضطراب و افسردگی به عنوان عاملی میانجی، در ارتباط بین ترومای کودکی و علائم وسواسی- جبری نقش ایفا می‌کنند و یک اثر میانجی جزئی را نشان می‌دهند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی، انجام شدن مقطعی و استفاده از روش همبستگی اشاره کرد که مانع از ارائه تبیین‌های علت و معلولی با استفاده از روابط موجود کرد. همچنین به دلیل شیوع بیماری کرونا و محدودیت‌های ناشی از آن،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

دسترسی به افراد غیرکاربر فضای مجازی دشوار بود؛ به این سبب و با توجه به این که از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شده است، لازم است تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود که با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در مطالعات آتی و انجام پژوهش‌های طولی و روی‌آوردهای کیفی در زمینه این متغیرها، به درک بیشتر این متغیرها بی‌افزاید.

همچنین با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر ارتباط بدرفتاری کودکی، اضطراب و افسردگی با نشانگان وسواسی- جبری، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت روان، از نتایج پژوهش حاضر در جهت شناسایی مشکلات افراد دارای نشانگان وسواسی- جبری و طراحی و اجرای مداخلات درمانی متناسب با مشکلات این افراد استفاده نمایند.

References

Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive–Compulsive Inventory—Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, *20*(8), 1016-1035.

Ahadi, B., & Narimani, M. (2010). The role of disgust, anxiety and depression in explaining obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Research in Psychological Health; 3* (4) :37-44. [Persian].

Ameri, N., & Najafi, M. (2022). The Mediating Role of Psychological Distress (stress, anxiety and depression) in the Relationship between Experiential Avoidance and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Psychological Studies*, *17*(4), 11-31. [Persian]

American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-R* (Vol. 5).

American psychiatric association Washington, DC. Angelakis, I., & Gooding, P. (2021). Adverse social relationships in childhood: are there links with depression, obsessive-compulsive disorder and suicidality in adulthood? *Child Psychiatry & Human Development*, *52*, 945-956.

Ashtiani, A. F., & Dodastan, M. (2013). *Psychological tests to evaluate personality and mental health*. Besat Publications. [Persian]

basharpoor, S., & herangza, m. (2020). The Effect of Childhood Psychological Maltreatment on Obsessive-compulsive Symptoms in Nonclinical Population: the mediating roles of the responsibility and cognitive fusion. *Clinical psychology review*, *12*(1), 77-88. [Persian]

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck anxiety inventory: BAI; manual*. Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*.

Berber Çelik, Ç., & Odacı, H. (2020). Does child abuse have an impact on self-esteem, depression, anxiety and stress conditions of individuals? *International journal of social psychiatry*, *66*(2), 171-178.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., & Desmond, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190.

Boger, S., Ehring, T., Schwarzkopf, W., & Werner, G. G. (2020). Potential mediators of the association between childhood maltreatment and obsessive-compulsive disorder in adulthood. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *27*, 100587.

Briggs, E. S., & Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of anxiety disorders*, *23*(8), 1037-1046.

Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, *63*, 106-119.

Chowdhury, A. R., Hossain, M. D., lbne Haq, A., Kowser, A., Khan, M. S. A., & Parveen, M. (2020). Psychiatric comorbidity in patients with obsessive-compulsive. *Age (year)*, *278*, 7.7.

Çoban, A., & Tan, O. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, anxiety, and depression symptoms mediating the relationship between childhood trauma and symptoms severity of obsessive-compulsive

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Hager, A. D., & Runtz, M. G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child abuse & neglect*, *36*(5), 393-403.

Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental psychobiology*, *52*(7), 671-690.

Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. Cognitive therapy and research, 40, 394-415.

Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of affective disorders*, *198*, 189-197.

Hossein Kaviani H, & Mousavi A S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, *66*(2), 136-140. [Persian]

Hosseini, k., & Soleimani, E. (2019). Investigating the differential role of childhood trauma and cognitive istortions associated with clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, *54*(14), 17-26. [Persian]

Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, *6*(1), 1-55.

Huppert, J. D., Walther, M. R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E. B., Simpson, H. B., & Liebowitz, M. R. (2007). The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, *21*(3), 394-406.

Iervolino, A. C., Rijsdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., & Mataix-Cols, D. (2011). A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Archives of general psychiatry*, *68*(6), 637-644.

Ivarsson, T., Melin, K., & Wallin, L. (2008). Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, *57*(1), 37.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J., & Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA network open*, *1*(7), e184493-e184493.

Cross, D., Fani, N., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical psychology: science and practice*, *24*(2), 111.

Destree, L., Brierley, M.-E. E., Albertella, L., Jobson, L., & Fontenelle, L. F. (2021). The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of psychiatric research*, *142*, 345-360.

Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. (2014). Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *19*(4), 275-282. [Persian]

English, D., Thompson, R., White, C. R., & Wilson, D. (2015). Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment? *Children and youth services review*, *50*, 53-63.

Fineberg, N. A., Apergis-Schoute, A. M., Vaghi, M. M., Banca, P., Gillan, C. M., Voon, V., Chamberlain, S. R., Cinosi, E., Reid, J., & Shahper, S. (2018). Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *21*(1), 42-58.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, *14*(4), 485.

Gathier, A. W., Van Tuijl, L. A., Penninx, B. W., de Jong, P. J., van Oppen, P. C., Vinkers, C. H., & Verhoeven, J. E. (2024). The role of explicit and implicit self-esteem in the relationship between childhood trauma and adult depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*.

Gu, W., Zhao, Q., Yuan, C., Yi, Z., Zhao, M., & Wang, Z. (2022). Impact of adverse childhood experiences on the symptom severity of different mental disorders: a cross-diagnostic study. *General Psychiatry*, *35*(2).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

(OCD). *European child & adolescent psychiatry*, *17*, 20-31.

Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual review of clinical psychology*, *13*, 525-551.

Karimi, J., Homayuni, A., & Homayuni, F. (2019). The Prediction of Health Anxiety based on Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity among non-clinical Population. *Journal of Research in Psychological Health*, *12*(4), 66-79. [Persian]

Kart, A., & Türkçapar, H. (2019). The effects of childhood emotional abuse on aggressive obsessions among patients with obsessive compulsive disorder may be mediated by symptoms of depression and anxiety. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *29*(4), 411-417.

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed)*. Guilford Press.

Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., ... & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of affective disorders*, *127*(1-3), 130-138.

Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, *6*(3), 247-256.

Li, W., Lai, W., Guo, L., Wang, W., Li, X., Zhu, L., Shi, J., Teopiz, K.M., McIntyre, R.S., Lu, C., 2023. Childhood maltreatment and subsequent depressive symptoms: a prospective study of the sequential mediating role of self-esteem and internalizing/ externalizing problems. BMC Psychiatry 23 (1), 179**.**

Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., Murphy, T. K., Storch, E. A., & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive–compulsive disorder. *Clinical psychology review*, *30*(1), 78-88.

Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and individual differences*, *39*(7), 1249-1260.

Martins-Monteverde, C. M. S., Baes, C. V. W., Reisdorfer, E., Padovan, T., Tofoli, S. M. d. C., & Juruena, M. F. (2019). Relationship between depression and subtypes of early life stress in adult psychiatric patients. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 19.

Miegel, F., Jelinek, L., & Moritz, S. (2019). Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). *Psychiatry Research*, *272*, 265-274.

Mohammadi, A., Zamani, R., & Fata, L. (2009). Validation of the Persian Version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a Student Sample. *Psychological Research*, *11*(1), 66-87. [Persian]

Moradzadeh, S., & Najafi, M. (2022). Predicting Depression Based on Childhood Trauma, Impulsivity, and Cognitive Emotion Regulation in Substance Abusers. *etiadpajohi*, *16*(64), 219-240. [Persian]

Narimani, M., & Abolghasemi, A. (2005). *Psychological tests*. [Persian]

Organization, W. H. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.

Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical psychology review*, *40*, 156-169.

Ou, W., Li, Z., Zheng, Q., Chen, W., Liu, J., Liu, B., & Zhang, Y. (2021). Association between childhood maltreatment and symptoms of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 612586.

Politis, S., Magklara, K., Petrikis, P., Michalis, G., Simos, G., & Skapinakis, P. (2017). Epidemiology and comorbidity of obsessive–compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *International Journal of psychiatry in clinical practice*, *21*(3), 188-194.

Protocol, A. T. I. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services. *Rockville, USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.

Ranjbari, T., Hafe, E., Mohammadi, A., Shirazi, F. R., & Ghafari, F. (2018). Comparison of The Anxiety, Worry and Intolerance of Uncertainty among individuals with Obsessive-Compulsive and Substance Use Disorders. *Journal of Research in Psychological Health*, *12*(1), 54-65. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

ROHRS, B., GANGEWERE, B., KAPLAN, A., & CHOPRA, A. (2020). Anxiety, Obsessive-Compulsive, and Related Disorders. *Management of Sleep Disorders in Psychiatry*, 318.

Rukiye, A., & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *261*, 132-136.

Salokangas, R. K., Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., Pesonen, H., Luutonen, S., Patterson, P., von Reventlow, H. G., Heinimaa, M., From, T., & Hietala, J. (2019). Childhood physical abuse and emotional neglect are specifically associated with adult mental disorders. *Journal of Mental Health*.

Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *23*(2), 167-184.

Segalàs, C., Labad, J., Salvat-Pujol, N., Real, E., Alonso, P., Bertolín, S., Jiménez-Murcia, S., Soriano-Mas, C., Monasterio, C., & Menchón, J. M. (2021). Sleep disturbances in obsessive-compulsive disorder: influence of depression symptoms and trait anxiety. *BMC psychiatry*, *21*(1), 1-10.

Selvi, Y., Besiroglu, L., Aydin, A., Gulec, M., Atli, A., Boysan, M., & Celik, C. (2012). Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive models in obsessive compulsive disorder. *International Journal of psychiatry in clinical practice*, *16*(1), 53-59.

Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I., & Meinck, F. (2018). European status report on preventing child maltreatment.

Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., Leckman, J. F., Rauch, S. L., & Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and anxiety*, *27*(6), 495-506.

Švecová, J., Furstova, J., Kaščáková, N., Hašto, J., & Tavel, P. (2023). The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: Does bullying moderate the associations?. *BMC psychology*, *11*(1), 230.

Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Do Rosário, M. C., Storch, E. A., & Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive–compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of affective disorders*, *190*, 508-516.

Valdani, h. j., ghasemzadeh, m., & Ahmadi, M. (2018). The Contribution of Childhood Injuries to the Anxiety and Stress of Prisoners. *Quarterly of Criminal & Intelligence Researches*, *51*(13), 189-202. [Persian]

Vallati, M., Cunningham, S., Mazurka, R., Stewart, J. G., Larocque, C., Milev, R. V., Bagby, R. M., Kennedy, S. H., & Harkness, K. L. (2020). Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of abnormal psychology*, *129*(5), 469.

Visser, H. A., van Minnen, A., van Megen, H., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Kaarsemaker, M., van Balkom, A. J., & van Oppen, P. (2014). The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *75*(10), 17275.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., & Johns, N. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, *382*(9904), 1575-1586.

Zare, H., & Solgi, Z. (2012). Investigation Of The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation Strategies With Depression, Anxiety And Stress In Students. *Journal of Research in Psychological Health*; *6* (3) :19-29 .[Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]