



The effect of childhood trauma on the symptoms of obsessive-compulsive disorder with a mediating role of self-regulation in patients with obsessive-compulsive disorder

Farnaz Radmehr, Ph.D

Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Khodamorad Momeni, Ph.D

Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Jahangir Karami, Ph.D

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Omran Davarnejad, MD

Associate Professor, Department of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Abstract

The aim of this study investigated the effect of childhood trauma on the symptoms of obsessive-compulsive disorder with a mediating role of self-regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. In this descriptive correlational study, 300 patients with obsessive-compulsive disorder (161 females and 139 males) referred to public and private psychiatric clinics in Kermanshah according to the inclusion and exclusion criteria and receiving a diagnosis Obsessive-compulsive disorder was selected by a psychiatrist based on structured clinical interview (DSM-5) randomly according to the number of their medical records. The instruments used in this study included Structured Clinical Interview (SCID-V), Revised Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire by Foua et al. (2002) and the short form of Bernstein et al.'s (2003) Child Trauma Questionnaire. Data were analyzed by structural equation analysis in SPSS-21 and AMOS-24 software. The findings showed that the proposed model has a good fit with the data. In this model, the significant and direct effect of each of the variables of childhood trauma (0.405) and self-regulation (-0.163) on obsessive-compulsive disorder and also the indirect and significant effect of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder (0.712) 0) was shown with the mentioned values (all $P_s < 0.001$).

Keywords: self-regulation, childhood trauma, obsessive-compulsive disorder

تأثیر ترومای کودکی بر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری با نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

فرناز رادمهر

دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

*خدامراد مومنی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

جهانگیر کریمی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

عمران داوری نژاد

دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ترومای کودکی بر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری با نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام گرفت. در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، 300 نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (161 نفر زن و 139 نفر مرد) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های عمومی و خصوصی روان‌پزشکی در سطح شهر کرمانشاه با توجه به معیارهای ورود و خروج و دریافت تشخیص اختلال وسواسی-جبری توسط روان‌پزشک و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (DSM-5) به شیوه تصادفی با توجه به شماره پرونده‌های پزشکی آنان، انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-V)، پرسشنامه بازنگری شده اختلال وسواسی-جبری فوا و همکاران (2002) و فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی برنشتاین و همکاران (2003) بود. داده‌ها به وسیله تحلیل معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS-22 و AMOS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که مدل پیشنهادی، برازش مناسبی با داده‌ها دارد. در این مدل، معناداری اثر مستقیم و معنادار هر یک از متغیرهای ترومای کودکی (0/405) و خودتنظیم‌گری (-0/163) بر اختلال وسواسی-جبری و نیز اثر غیرمستقیم و معنادار ترومای کودکی بر اختلال وسواسی-جبری (0/712) با مقادیر مذکور نشان داده شد ($P_s < 0/001$).

کلید واژه‌ها: خودتنظیم‌گری، ترومای کودکی، اختلال وسواسی-جبری

جبری

مقدمه

(2015) و نرخ بالای همبودی با سایر اختلال‌های روان‌شناختی می‌شود (Hofer, Wahl, Meyer & Miche et al, 2018; Nordahl, Havnen, Hansen, Ost & Kvale, 2018; Toftdahl, Nordentoft & Hjorthoj, 2016). با وجود مدل‌های درمانی بی‌شمار در مورد این اختلال، از جمله دارو درمانی، رفتار درمانی و درمان شناختی، اما درصد قابل توجهی از بیماران، بهره بسیار کمی از این مدل‌های درمانی می‌گیرند و بالغ بر 40 تا 60 درصد بیماران نتیجه محسوسی را گزارش نمی‌دهند. برای مثال حدود 30 درصد از بیماران به دارو درمانی جواب نمی‌دهند (Middleton, 2011)؛ حدود 33 درصد به درمان شناختی و 41 درصد به درمان رفتاری پاسخ نمی‌دهند (Whittal, Thordarson & MacLean, 2004). همچنین درمان شناختی-رفتاری، که به عنوان درمان روان‌شناختی انتخاب شده برای اختلال وسواسی-جبری محسوب می‌شود (مرکز همکاری سلامت روان، 2006؛ به نقل از Sunde, Hummelen, Himle & Walseth ET AL, 2019)، و 60 تا 70 درصد بیماران با این درمان بهبود می‌یابند (Ost, Havnen, Hansen & Kvale, 2015) ولی فقط 25 درصد بیماران، معیارهای بهبودی کامل بعد از درمان دارند (Fisher & Wells, 2005)، و تا 50 درصد آن‌ها نرخ عود دارند (Simpson, Franklin, Cheng, Foa, 2005). بنابراین آنچه در مرحله اول اولویت دارد، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ اختلال وسواسی-جبری می‌باشد و سپس طراحی مدل درمانی بر اساس متغیرهای تأثیرگذار بر شروع و ماندگاری این اختلال که در این راستا ترومای کودکی و خودتظیم‌گری مهم‌ترین سازه‌هایی هستند که در ایجاد و گسترش اختلال وسواسی-جبری نقش بسزایی دارند (Wang, Zhao, Xu, Gu, Liu, Wang, Lin, & Wang, 2020، و سرافراز، همتی و اسدی-لاری، 2020). در ادبیات روان‌شناسی، دوران کودکی بسیار مهم است، تا جایی که ریشه اختلال‌های روان‌شناختی را در دوران کودکی می‌دانند (Lau, Gregory, Rijdsdijk, 2007). ترومای کودکی، یکی از عوامل

اختلال وسواسی-جبری¹ چهارمین اختلال شایع روان‌پزشکی است (Veale & Roberts, 2014)، که خصیصه اصلی آن؛ وجود افکار ناخواسته، تکراری، مزاحم و اضطراب‌زا و رفتارهای تکراری، می‌باشد (Arya, Filkowski, Nanda & Sheth, 2019). این اختلال به عنوان یکی از ده علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان ذکر شده است (Murray & Lopez, 1996؛ به نقل از Robinson & Freeston, 2014). اختلال وسواسی-جبری در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی²، انجمن روان‌پزشکی آمریکا³ (2013)، به عنوان مجموعه‌ای از الگوهای ذهنی و رفتاری می‌باشد که طی آن، فرد تقریباً در همه جنبه‌های زندگی به فکر نظم، ترتیب، کمال‌گرایی، کنترل شخصی و میان‌فردی است و در این میان، انعطاف‌پذیری، گشاده نظری و صرفه‌جویی در وقت و انرژی، رنگ می‌بازند. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد. وسواس‌های فکری و عملی دو ویژگی اصلی در این اختلال هستند که ممکن است هر کدام به صورت تنهایی یا با هم، نمود پیدا کنند (American Psychiatric Association, 2013). پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نرخ شیوع یک ساله این اختلال را در سطح جهان 1/1 تا 1/8 درصد گزارش کرده است (American Psychiatric Association 2013). همچنین میزان شیوع این اختلال در کرمانشاه 4/6 درصد گزارش شده است (شیرزادی، جوزانی‌فرد، اسکندری، فرهنگ و خزایی، 2019). در این راستا؛ بی‌توجهی در آسیب‌شناسی و درمان این اختلال موجب پیامدهای منفی از جمله اقدام به خودکشی (Brown, Wakschal, Russman-Block, 2010؛ Boisseau, & Mancebo et al, 2010)، مشکلات ارتباطی و شغلی (Brennan, Rauch, Jensen & Pope, 2013)، اختلالات هیجانی و وابستگی به مواد، کاهش کیفیت زندگی و اختلال در کارکردهای فردی، خانوادگی، و اجتماعی (Angelakis, Gooding, Tarrier & Panagioti, 2010)

³ . American Psychiatric Association

¹ .obsessive compulsive disorder

² .Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder(DSM-5)



کورتیکواستریاتال-تالاموکورتیکال³ کمک کند، که مشخص شد با علایم اختلال وسواسی-جبری مرتبط است (Adams, Kelmendi, Brake & Gruner et al, 2018, Pauls et al, 2014).

ترومای کودکی بر خودتنظیم‌گری تأثیرگذار است (Franzen, 2019, Simmen-Janevska, Forstmeier, Krammer & Maercker, 2015). به طوری که ترومای کودکی از طریق نقض در خودتنظیم‌گری می‌تواند، اثر غیر مستقیمی بر ایجاد اختلال وسواسی-جبری بگذارد. شکایت عمده بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، ناتوانی در تنظیم و کنترل افکار، هیجان و رفتارهای وسواسی می‌باشد. خودتنظیم‌گری موضوعی خیلی مهمی در روان‌شناسی است که بر نقش فعالی که افراد می‌توانند برای ارتقاء سلامتی و جلوگیری و یا بهبود اثرات بیماری داشته باشند، تأکید می‌کند (Weidner, Sieverding & Chesney, 2016). در واقع، خودتنظیم‌گری میانجی بین شخصیت و سلامت است (Bermudez, 1999). خودتنظیم‌گری یک سازه چند بُعدی است که شامل فرآیندهای شناختی، انگیزشی-عاطفی، رفتاری تأثیرگذار بر کنترل فعال اعمال هدفمند، می‌باشد (Posner & Rothbart, 2000)، که با فرایندهای درونی و یا عملیاتی مرتبط است که فرد را قادر می‌سازد تا فعالیت‌های هدفمند را در طول زمان و در شرایط متغیر انجام دهد. خودتنظیم‌گری افکار، عاطفه، رفتار را از طریق استفاده عمدی یا خودکار از مکانیسم‌های خاص و فرامهارت‌های حمایتی، کنترل می‌کند، همچنین تلاش می‌کند تا افکار، عاطفه، رفتار را از طریق یک مسیر خاص به یک هدف برنامه‌ریزی شده، هدایت کند (Ozhiganova 2018; Carver & Scheier 2011). از سویی دیگر، پژوهشگران معتقدند که خودتنظیم‌گری، می‌تواند نقش میانجی در رابطه بین بدر رفتاری و سازگاری داشته باشد (Panlilio, Ferrara, MacNeill, 2019). به طوری که مطالعاتی که بر ویژگی‌های بالینی اختلال وسواسی-جبری انجام شده، بیانگر آن است که نقض در خودتنظیم‌گری،

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی مهمی است که در ایجاد و حفظ اختلال وسواسی-جبری نقش سال بیست و پنجم، شماره 2، تابستان 1403، (پیاپی 96) مهمی دارد (Tibi, vanOppen, 86197, Eikelenboom, Hendriks, & Anholt, 2020, Renkema, deHaan & Schirmbeck, Alizadeh et al, 2020, Ay & Hosseini & 2020; Erbay, 2018, Miller & Brock, 2017, Solimani, که نتایج پژوهش آن‌ها، حاکی از قدرت پیش‌بینی-کنندگی ترومای کودکی در ایجاد علایم اختلال وسواسی-جبری در سال‌های بعدی بوده است. تروما کودکی یک اصطلاح عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک آزاری، غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی، بی‌توجهی، آزار هیجانی و حتی خشونت خانوادگی به کار می‌رود و به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها شامل: سوءاستفاده¹ (هیجانی، جنسی، فیزیکی) و غفلت² (هیجانی و فیزیکی) می‌باشد (Bernstein, Stein, Newcomb & Walker et al, 2003). Rachman (1997, 1998) یک نظریه شناختی را مطرح کرد که نشان می‌دهد وسواس‌ها، هنگامی که فرد در معرض شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرد و محرک‌های بیرونی ممکن است افکار وسواسی را تحریک کنند، تجربه می‌شوند. وی بیان کرد که سطح استرس‌زایی محرک‌های بیرونی با فراوانی افکار وسواسی و پریشانی مرتبط با آنها، ارتباط دارد. علاوه بر این، راجمن اظهار داشت که وسواس عملی با گمان فردی در ارتباط است که وی مسئولیت خاصی دارد تا از بروز مجدد یک واقعه ناخواسته مانند حادثه ناخوشایند زندگی، جلوگیری کند (Rachman, 2002). به نقل از (Hofer, Wahl, Miche et al, 2020 & Meyer, در نتیجه، یک فرد ممکن است با انجام اعمال وسواسی، پاسخ دهد؛ تا از بروز یک وضعیت ترسناک جلوگیری کند. علاوه بر نظریه شناختی، یک مدل عصب‌زیست‌شناختی از اختلال وسواسی-جبری مطرح شده است که در آن یک رویداد آسیب‌زا (تروما) ممکن است خطر ابتلا به اختلال وسواسی-جبری را از طریق تغییر و تبدیل نحوه ارتباط ژن‌های مربوط به سیستم‌های گلوتامات، سروتونین و دوپامین افزایش دهد (Pauls, Abramovic, Rauch & Geller, 2014)، این تغییرات ممکن است به عدم

³. cortico-striatal-thalamocortical

10.30486/jsrp.2022.1958797.3462

¹. abuse

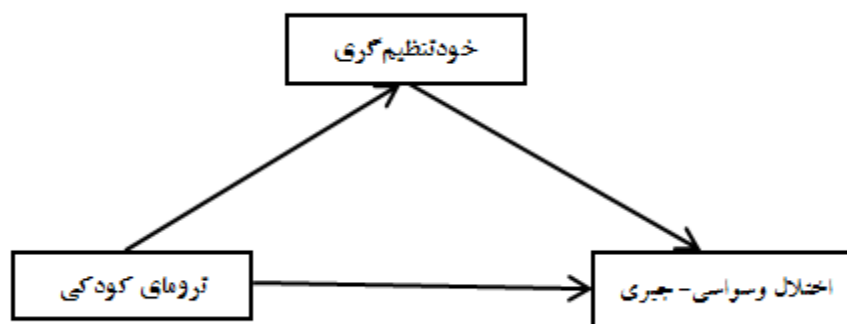
*. نویسنده مسئول: khmomeni2000@yahoo.com neglect

پذیرش: 1401/5/1

وصول: 1401/2/25

سلامتی مادام‌العمر در افراد، جهت حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری، کندی پیشرفت بیماری و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد (Weidner et al, 2016). در این راستا، به دلیل شیوع بالای اختلال وسواسی-جبری و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی زیادی را که بر فرد تحمیل می‌کند و همچنین اثرات زیان‌باری که بر فرد و جامعه می‌گذارد و از سوی دیگر؛ به دلیل اهمیت بالای نقش خودتنظیم‌گری در ایجاد اختلال وسواسی-جبری و از طرف دیگر، نقش آن در درمان این اختلال، ضرورت انجام این پژوهش را دو چندان می‌کند. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا ترومای کودکی بر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری با نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری تأثیر دارد؟ (شکل شماره 1).

ویژگی اصلی اختلال وسواسی-جبری به شمار می‌رود؛ بنابراین برای افزایش دانش در مورد نقش خودتنظیم‌گری در جهت درک اختلال وسواسی-جبری، مطالعات بیشتری برای کشف ارتباط بین این سازه‌ها، ضروری به نظر می‌رسد (Sarafraz et al, 2020؛ Shalev & Sulkowski 2009). چرا که خودتنظیم‌گری بالا، سلامتی در طول عمر را پیش‌بینی می‌کند و خودتنظیمی ضعیف، شانس ابتلای فرد را برای نتایج منفی در حوزه سلامتی افزایش می‌دهد (Shields, Moons, Slavich, 2017). توانایی به کارگیری خودتنظیم‌گری در حوزه‌های شناختی، انگیزشی-عاطفی، رفتاری از ویژگی‌های روان‌شناختی فرد است که در اتخاذ و حفظ رفتارهای بهداشتی و مسیرهای سلامتی در طول زندگی، تأثیرگذار است. لذا؛ چالش متخصصان سلامت، یافتن راه‌هایی برای ارتقاء مهارت‌های خودتنظیم‌گری، برای تسهیل کسب عادت‌های



شکل 1- مدل مفهومی پژوهش

با روش کمترین مجذورات استاندارد یک قاعده سرانگشتی، خوب به شمار می‌رود و چون مدل‌سازی در برخی جنبه‌ها کاملاً مرتبط با رگرسیون چندمتغیری است، تعداد 15 مورد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده در مدل‌سازی غیرمنطقی نیست بنابراین حجم نمونه پژوهش با عنایت به نظرات و توصیه‌های مطرح شده 300 نفر (161 نفر زن و 139 نفر مرد با دامنه سنی 55-18 سال) که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به این شکل که در هر مرکز درمانی، از روی لیست شماره پرونده‌های پزشکی بیماران با تشخیص اختلال وسواسی-

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های عمومی (بیمارستان فارابی، کلینیک شهید فتاحی، کلینیک مهدیه) و خصوصی (دکتر داوری‌نژاد، دکتر شاکری و دکتر تاتاری)، روان‌پزشکی در سطح شهر کرمانشاه در سال 1400 بود. با توجه به نظر (Stevens, 1996) که معتقد است در نظر گرفتن 15 مورد برای هر متغیر پیشین در تحلیل رگرسیون چندگانه

جبری، به طور متوسط 50 بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انتخاب و در هنگام مراجعه بیمار به مطب پزشک جهت ارزیابی‌های روتین، در صورت رضایت بیمار، پس از ارزیابی معیارهای ورود و خروج پژوهش، بیمار وارد مطالعه گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کلیه زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، دریافت تشخیص اختلال وسواسی-جبری (خنتی‌سازی ذهنی، احتکار، شستشو، واری، نظم و وسواس فکری) توسط روانپزشک و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (DSM-5)، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش؛ حداقل سطح تحصیلات دوره متوسطه، دامنه سنی 18-55 و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم رضایت برای شرکت در پژوهش، وجود علایم حاد و شدید اختلال وسواسی-جبری که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیر ممکن بسازد، ناقص بودن پرسشنامه، ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی بود. بعد از انتخاب گروه نمونه، مرحله اجرای پرسشنامه‌ها بود که به صورت انفرادی تکمیل شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش به این صورت بود که برای پاسخگویی بیماران شرکت‌کننده به پرسشنامه‌های پژوهش، به آنها این اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت شود، سلامت روانشناختی آنها در اولویت قرار گیرد، اگر تمایل به شرکت در روند پژوهش نداشته باشند، به درخواست آنها احترام گذاشته شود و می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی، همکاری در پژوهش را ادامه ندهند.

ابزار سنجش

پرسشنامه بازنگری شده اختلال وسواسی-جبری (OCI-R): پرسشنامه بازنگری شده اختلال وسواسی-جبری توسط فوآ² و همکاران در سال 2002 با هدف سنجش علایم این اختلال ساخته شده است. این پرسشنامه دارای 18 گویه است که علایم اختلال وسواسی-جبری را می‌سنجند. نسخه بازنگری شده، شامل 6 خرده‌مؤلفه است که هر یک به طور مساوی 3 گویه دارد. سؤالات در طیف 5 درجه‌ای لیکرت (0=هیچ وقت تا 4=بیش از حد) تنظیم شده است. دامنه نمرات، برای کل مقیاس بین صفر تا 72 و

².Foa

¹.Obsessive-Compulsive Inventory-Revised(OCI-R)

است و خودتنظیم‌گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی‌طلبی در طیف 5 درجه‌ای لیکرت (1= کاملاً مخالفم تا 5= کاملاً موافقم) می‌سنجد (Ibanez et al, 2005). حداقل نمره آزمودنی 25 و حداکثر آن 125 است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر خودتنظیم‌گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است. ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه خودتنظیم‌گری در پژوهش‌های مقدماتی خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. (Grossart-Matic and Eiseng (1995) روایی پیش‌بین پرسشنامه را در رابطه با علت مرگ در بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های قلبی در یک پژوهش 15 ساله نشان دادند. ضرایب آلفای کرونباخ از 0/68 تا 0/84 همسانی درونی پرسشنامه را تأیید نمودند. (2005) Marcus et al پایایی بازآزمایی پرسشنامه خودتنظیم‌گری را در یک دوره یک ماهه 0/87 گزارش کردند. روایی همگرا و تشخیصی پرسشنامه خودتنظیم‌گری از طریق رابطه خودتنظیم‌گری با برونگرایی، ثبات هیجانی (نوروزگرایی پایین) و کنترل تکانه (پسیکوزگرایی پایین) تأیید شد. در اعتباریابی فرم فارسی این پرسشنامه برای تعداد 357 نفر (150 مرد و 207 زن)، پایایی بازآزمایی برای نمره کل خودتنظیم‌گری $r=0/87$ و برای عملکرد مثبت $r=0/82$ ، مهارپذیری $r=0/72$ ، آشکارسازی احساسات و نیازها $r=0/78$ ، قاطعیت $r=0/81$ و بهزیستی‌طلبی $r=0/85$ به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش پرسشنامه خودتنظیم‌گری و زیرمقیاس‌های آن می‌باشد. همچنین همسانی درونی برای نمره کل خودتنظیم‌گری $a=0/93$ و زیرمقیاس‌های خودتنظیم‌گری به ترتیب 0/87، 0/91، 0/85، 0/92 و 0/90 محاسبه شد که این ضرایب نشانه همسانی درونی رضایت‌بخش زیرمقیاس‌های خودتنظیم‌گری است. روایی محتوایی پرسشنامه خودتنظیم‌گری بر اساس داوری 6 نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق‌کنندگی برای خودتنظیم‌گری (نمره کل) و زیرمقیاس‌های عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی‌طلبی به ترتیب

مطالعه‌ای دیگر همسانی درونی برای کل مقیاس، 0/91 و برای خرده‌مؤلفه‌ها و ارسای، نظم، شستشو، و خنثی‌سازی ذهنی به ترتیب 0/86، 0/72، 0/79، 0/82، 0/63، 0/71 گزارش شده است. پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله‌ی دو هفته، برابر 0/81 بود (نوعی، 1387).

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی¹ (CTQ): این پرسشنامه توسط (Bernstein et al, 2003) طراحی شد و در سال 1995 نسخه 53 گویه‌ای آن ارایه و در نهایت در سال 1998 نسخه 34 گویه آن طراحی شد. اما اخیراً (Bernstein et al, 2003) فرم 25 سئوالی آن را طراحی نموده‌اند که برای دامنه سنی 12 و بالاتر قابل اجراست و 5 حوزه آسیب‌های کودکی را به ترتیب: سوء استفاده فیزیکی (سئوال‌ات 2، 9، 10، 12، 13)، سوء استفاده جنسی (سئوال‌ات 16، 17، 22، 23، 24)، سوء استفاده هیجانی (سئوال‌ات 4، 11، 19، 20، 21)، غفلت فیزیکی (سئوال‌ات 1، 3، 5، 8، 15)، غفلت هیجانی (سئوال‌ات 6، 7، 14، 18، 25) پوشش می‌دهد. این سئوال‌ات در طیف 5 درجه‌ای لیکرت (هرگز=1، همیشه=5) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای هرکدام از زیرمقیاس‌ها از 5 تا 25 می‌باشد و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه 25 تا 125 می‌باشد. سئوال‌ات 3، 5، 6، 7، 14، 15، 18، 25 به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترومای کودکی بالایی در فرد است. پایایی این آزمون به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه 0/79 تا 0/94 قرار دارد (Brodsky, Mann, Stanley, Tin, Oquendo & Birmaher 2008, Roy 2011). همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه 0/59 تا 0/78 قرار داشت (Bernstein et al, 2003). در ایران (Ebrahimi, Dejkan, Seghatoleslam. (2014)). فرم کوتاه از 0/81 تا 0/98 برآورد نموده‌اند که نشان می‌دهد از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است.

پرسشنامه خودتنظیم‌گری² (SRQ): پرسشنامه خودتنظیمی توسط Ibanez, Ruiperez, Moya, Marques, Ortet (2005) ساخته شده است. یک آزمون 25 گویه‌ای

² self-regulation question (SRQ)

¹ Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

0/77، 0/83، 0/80، 0/71 و 0/80 و 0/70 ارایه شده است که مورد تأیید قرار گرفت. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه خودتنظیم‌گری از طریق محاسبه ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های آن با ابعاد اصلی شخصیت و شاخص‌های سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها بررسی شد که نتایج نشان داد بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس‌های خودتنظیم‌گری با شاخص‌های برونگرایی و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معنادار و با شاخص‌های نوروگرایی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی و معنادار وجود داشت. این نتایج، روایی همگرا و سنجش پرسشنامه خودتنظیم‌گری را تأیید می‌کند (Besharat, 2011).

روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد)، همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS ویراست 21 و AMOS نسخه 23 استفاده شد.

یافته‌ها

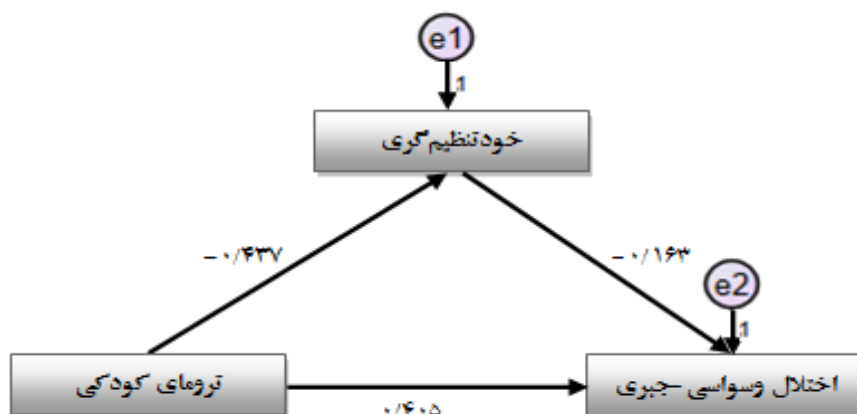
جدول 1 ضرایب همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری را نشان می‌دهد.

جدول-1. ماتریس همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به اختلال

متغیر	وسواسی-جبری					
	خستگی‌سازی ذهنی	احتکار	ششو	وارسی	نظم	وسواس فکری
	همبستگی (sig)	همبستگی (sig)	همبستگی (sig)	همبستگی (sig)	همبستگی (sig)	همبستگی (sig)
جنسیت	0/091(0/07)	0/089(0/09)	0/036(0/47)	0/025(0/62)	0/002(0/97)	0/046(0/36)
وضعیت تأهل	0/003(0/95)	0/017(0/71)	0/008(0/86)	0/012(0/79)	0/053(0/25)	0/041(0/37)
سن	0/002(0/96)	0/025(0/35)	0/009(0/83)	0/028(0/50)	0/049(0/24)	0/035(0/40)
سطح تحصیلات	0/019(0/68)	0/074(0/11)	0/006(0/88)	0/030(0/51)	0/004(0/93)	0/044(0/34)
وضعیت اشتغال	0/016(0/73)	0/014(0/77)	0/032(0/50)	0/005(0/91)	0/001(0/99)	0/023(0/62)
وضعیت اقتصادی	0/001(0/98)	0/036(0/44)	0/067(0/15)	0/079(0/08)	0/078(0/09)	0/019(0/68)
سابقه اختلال وسواسی-جبری در خانواده و بستگان درجه یک	0/034(0/49)	0/040(0/43)	0/012(0/81)	0/004(0/93)	0/047(0/35)	0/010(0/84)

نقش میانجی‌گری خودتنظیم‌گری در رابطه بین ترومای کودکی و اختلال وسواسی-جبری، با تعریف متغیر میانجی خودتنظیم‌گری بین متغیر پیش‌بین ترومای کودکی و متغیر وابسته اختلال وسواسی-جبری، مدل مفروض زیر طراحی و به داده‌ها برازش داده شد (شکل 2).

همان‌طور که نتایج جدول 1 نشان می‌دهد، بین متغیرهای جمعیت شناختی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری رابطه معناداری وجود ندارد. به منظور اجرای مدل معادلات ساختاری، جهت بررسی



شکل 2. خروجی نرم‌افزار ایموس به‌منظور محاسبه ضرایب مسیر و معناداری برای متغیرهای پژوهش

پس از بررسی برازش مدل و داشتن برازش مناسب مدل، مستقیم، غیرمستقیم و اثرات کلی استاندارد شده متغیرهای فرضیه‌های پژوهش بررسی و آزمون شدند. میزان اثرات پژوهش در جدول 2 آمده است.

جدول 2: میزان اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثرات کلی استاندارد شده متغیرهای مستقل خودتنظیم‌گری و ترومای کودکی بر متغیر وابسته اختلال وسواسی-جبری

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	AVE	CR
خودتنظیم‌گری	-0.163	---	-0.163	0.720	0.690
ترومای کودکی	0.405	0.071	0.476	0.642	0.720

همان‌طور که جدول 2 و شکل 2 نشان می‌دهد، پس از اجرای مدل، بررسی ضرایب رگرسیونی و سطح معناداری آنها نشان داد که میزان تأثیر مستقیم متغیر مستقل ترومای کودکی بر متغیر وابسته اختلال وسواسی-جبری، با توجه به ضریب رگرسیونی برآورد شده در رابطه مثبت و قویا معنادار ترومای کودکی با اختلال وسواسی-جبری ($\beta=0/405, P<0/001$)، برابر 0/405 می‌باشد. از طرفی رابطه ترومای کودکی با خودتنظیم‌گری نیز با ضریب استاندارد -0/437 یک ارتباط منفی و معنادار گزارش گردید ($\beta= -0/437, P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی خودتنظیم‌گری در رابطه بین ترومای کودکی و نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری صورت گرفت. شاخص‌های برازش، نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد. در این پژوهش رابطه ترومای کودکی (سوء استفاده جنسی، فیزیکی و هیجانی؛ غفلت هیجانی و فیزیکی) با خودتنظیم‌گری (عملکرد مثبت، مهارپذیری، قاطعیت، بهزیستی‌طلبی و آشکارسازی احساسات) و نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری معنادار بود. متغیرهای ترومای کودکی و خودتنظیم‌گری توانستند نشانه‌های اختلال

همان‌طور که جدول 2 و شکل 2 نشان می‌دهد، پس از اجرای مدل، بررسی ضرایب رگرسیونی و سطح معناداری آنها نشان داد که میزان تأثیر مستقیم متغیر مستقل ترومای کودکی بر متغیر وابسته اختلال وسواسی-جبری، با توجه به ضریب رگرسیونی برآورد شده در رابطه مثبت و قویا معنادار ترومای کودکی با اختلال وسواسی-جبری ($\beta=0/405, P<0/001$)، برابر 0/405 می‌باشد. از طرفی رابطه ترومای کودکی با خودتنظیم‌گری نیز با ضریب استاندارد -0/437 یک ارتباط منفی و معنادار گزارش گردید ($\beta= -0/437, P<0/001$).

همچنین خودتنظیم‌گری نیز دارای رابطه منفی و معناداری با اختلال وسواسی-جبری گزارش شد ($\beta= -0/163, P<0/001$). این روابط نشان می‌دهد که میزان تأثیر مستقیم متغیر مستقل خودتنظیم‌گری بر متغیر وابسته اختلال وسواسی-جبری برابر 0/163- و میزان تأثیر غیرمستقیم ترومای کودکی

وسواسی-جبری باشد (Shalev, Sulkowski, 2009; Sarafranz et al, 2020). خودتنظیم‌گری، توانایی کنترل سلامتی و تندرستی فرد با تمرکز بر جنبه‌های شناختی، انگیزشی-عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی است (Ozhiganova 2018) که نقش مهمی در شکل‌گیری سلامت مادام‌العمر فرد دارد (Shields, Moons & Slavich 2017). تأثیر خودتنظیم‌گری بر سلامتی، از دو دیدگاه مورد بررسی قرار گرفته است؛ دیدگاه اول، خودتنظیم‌گری را به عنوان یک ویژگی فردی و یک منبع شخصی می‌داند، که فرد را قادر می‌سازد در رفتارهای هدفمند، عمل کند؛ که به نوبه خود بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. از سویی دیگر، دیدگاه دوم، خودتنظیم‌گری را به عنوان رفتارها یا مهارت‌هایی که می‌تواند برای بهبود سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی افرادی که درگیر یک اختلال هستند، آموزش و تمرین داد (Weidner, et al, 2016). پوزنر و روتبارت اخیراً استدلال کردند که درک خودتنظیم‌گری، برای درک ما از رشد و آسیب‌شناسی روانی، بسیار مهم است (Posner & Rothbart, 2000). توانایی به کارگیری خودتنظیم‌گری از جمله ویژگی‌های روان‌شناختی فرد است که در اتخاذ و حفظ رفتارهای بهداشتی و مسیرهای سلامتی در طول زندگی، تأثیرگذار است. لذا؛ چالش متخصصان سلامت، یافتن راه‌هایی برای ارتقاء مهارت‌های خودتنظیم‌گری، برای تسهیل کسب عادت‌های سلامتی مادام‌العمر در افراد، جهت حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری، کندی پیشرفت بیماری و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد (Weidner, et al, 2016).

از جمله نقاط قوت این پژوهش این است که تاکنون پژوهشی در قالب یک مدل، به بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم ترومای کودکی و خودتنظیم‌گری بر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری انجام نشده است و اینکه این مطالعه در جمعیت بالینی با حجم نمونه بالایی صورت گرفت. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است که باید در تفسیر نتایج آن جوانب احتیاط را رعایت نمود. از جمله اینکه طرح مطالعه یک طرح مقطعی است و نمی‌توان نتیجه‌گیری علت و معلولی استنتاج نمود، همچنین بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در دامنه سنی 55-18 شهر کرمانشاه بودند، بنابراین

وسواسی-جبری را به صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. همچنین خودتنظیم‌گری توانست بین ترومای کودکی و نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری نقش میانجی داشته باشد. معناداری اثر مستقیم ترومای کودکی بر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری در این مطالعه با پژوهش‌های Wang et al (2020)، Tibi, et al (2020)، Renkema, et al (2020) Miller & Brock (2017) Ay & Erbay (2018) Hosseini & Solimani (2020) همسوس بود. همچنین معناداری نقش میانجی خودتنظیم‌گری بین ترومای کودکی با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری با مطالعه Bermudez (1999) که نشان داد خودتنظیم‌گری میانجی بین شخصیت و سلامت است، و Teasel and Cicchetti (2008) که نشان داد خودتنظیم‌گری، می‌تواند نقش میانجی در رابطه بین بدرفتاری و سازگاری داشته باشد (به نقل از Panlilio, Ferrara, MacNeill, 2019) همسوس بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ترومای کودکی پیش‌بینی‌کننده قدرتمند پیامدهای وخیم رفتاری و روانی از جمله اختلال وسواسی-جبری می‌باشد. به طوری که مواجهه ترومای کودکی، می‌تواند ابتدا به اختلال وسواسی-جبری در بزرگسالی را پیش‌بینی (Hosseini & Solimani, 2020). چرا که پیامدهای منفی سوءرفتار با کودک در همان دوران پایان نمی‌یابد. به طوری که پژوهش‌های گوناگون نشان داده است که این افراد در بزرگسالی، ریسک بالاتری برای طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی از جمله اختلال وسواسی-جبری را دارند (Akbari Renani, 2018). علاوه بر این، ترومای کودکی از طریق نقض در خودتنظیم‌گری، اثر غیر مستقیمی بر ایجاد اختلال وسواسی-جبری دارد. به طوری که فرد با تجربه ترومای کودکی و به دنبال آن خودتنظیم‌گری ضعیف، به دنبال راهبردهایی برای تنظیم شناخت، هیجان و رفتار خود می‌باشد که این راهبردها یک چرخه معیوب را شکل می‌دهد و به جای کاهش علائم، نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری را پیش‌بینی می‌کند. خودتنظیم‌گری از یک سو می‌تواند نقش مهمی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری داشته باشد و از سویی دیگر، نقض در خودتنظیم‌گری، می‌تواند یکی از عوامل مهم زمینه‌ساز و گسترش اختلال

analysis. *Clinical Psychology Review*. 39(1): 1-15.

Arya, S., Filkowski, M.M., Nanda, P., Sheth, S.A. (2019). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 83(1):84-96.

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

Bermudez, J. (1999). Personality and health-protective behavior. *European Journal of Personality*. 13(2):83-103.

Besharat, M.A. (2011). Investigating the psychometric properties of the short form of the self-regulation scale in a sample of Iranian society, *Clinical and Counseling Psychology Research*, 1(2): 53-70.

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

Brennan, B. P., Rauch, S. L., Jensen, J. E., & Pope Jr, H. G. (2013). A critical review of magnetic resonance spectroscopy studies of obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 73(1), 24-31.

Brodsky, B.S., Mann, J. J., Stanley, B., Tin, A., Oquendo, M., Birmaher, B. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *Journal Clinical Psychiatry*, 69(4) 584-596.

Brown, L. A., Wakschal, E., Russman-Block, S., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2019). Directionality of change in obsessive compulsive disorder (OCD) and suicidal ideation over six years in a naturalistic clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 245, 841-847.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2011). *Self-regulation of action and affect In Vohs KD & Baumeister RF, Handbook of Self-Regulation (2nd ed., pp. 3-21)*. New York: The Guilford Press.

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

Fisher PL, Wells A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 43(12):1543-1558.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory:

نتایج این مطالعه را نمی‌توان به تمامی سنین و سایر مناطق جغرافیایی تعمیم داد. با توجه به نتایج حاصل، پیشنهاد می‌شود که متخصصان سلامت روان در فرایند درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری سوابق مواجهه با ترومای کودکی و خودتنظیم‌گری آن‌ها را در نظر گرفته و مداخلات مختص به این مشکلات را نیز در فرایند درمان این بیماران به کار گیرند همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای تبیین واریانس بیشتری از اختلال وسواسی-جبری با سایر متغیرهای شناختی، رفتاری و فراشناختی مدل جامع‌تر تدوین شود و پیشنهاد می‌شود نقش واسطه‌ای خودتنظیم‌گری در سایر اختلالات روان‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روانشناسی نویسنده اول مقاله در دانشگاه رازی با کد اخلاق IR.KUMS.REC.1400.340 در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به تصویر رسیده است. می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان مراتب قدردانی خود را از دانشگاه رازی و واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان فارابی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و بیماران عزیز به دلیل همکاری ارزشمندشان در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، اعلام می‌دارند.

منابع

Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2: 2470547018758043.

Akbari Renani N. (2018). Examination of Casual Model of Childhood Trauma in Adulthood Somatization Symptoms with Mediating Role of Percieved Social Support and Cognitive Emotion Regulation Strategies. Master Thesis in Clinical Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman Faculty of Faculty of Humanities & Literature.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th Ed-DSM-5)*. Washington, DC: Author.

Angelakis, I., Gooding, P., TARRIER, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-

- regulatory capacities: components, levels, models. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 15(3): 255-270.
- Panlilio, C.C., Ferrara, A., MacNeill, L. (2019). *Trauma, self-regulation, and learning*. In: Panlilio C.(eds) *trauma-informed schools*. Child Maltreatment Solutions Network. Springer, Cham (pp.61-78).
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: An integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15, 410-424.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12(3): 427-441.
- Renkema, T.C., deHaan, L., Schirmbeck, F., Alizadeh, B.Z., GROUP Investigators. (2020). Childhood trauma and coping in patients with psychotic disorders and obsessive-compulsive symptoms and in un-affected siblings. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104243.
- Robinson, L.J., Freeston, M.H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*.34 (3):256-571.
- Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2): 205-208.
- Sarafraz, M.R., Hemati, S., Asadi-Lari, H. (2020). The relationship between perfectionism and obsessive compulsive disorder (OCD): Self-regulation processes as moderator. *International Journal of School Health*, 7(2): 30-36.
- Shalev, I., Sulkowski, M.L. (2009). Relations between distinct aspects of self-regulation to symptoms of impulsivity and compulsivity. *Personality and Individual Differences* 47(2):84-88.
- Shields, G.S., Moons, W.G., Slavich, G.M. (2017). Inflammation, self-regulation, and health: An immunologic model of self-regulatory failure. *Perspectives on Psychological Science*. 12(4):588-612.
- Shirzadi, M., Jozanifard, Y., Eskandari, S., Farhang, S., Khazaei, H. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran: Kermanshah. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 43:67-69.
- Simmen-Janevska, K., Forstmeier, S., Krammer, S., Maercker, A. (2015). Does trauma impair self-control? Differences in delaying gratification between former indentured child laborers and nontraumatized controls. *Violence and Victims*. 30(6):1068-1081.
- Simpson, H.B., Franklin, M.E., Cheng, J., Foa, E.B., Liebowitz, M.R. (2005). Standard criteria for relapse are needed in obsessive-compulsive Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Franzen, S.M. (2019). The Impact of trauma-informed strategies on self-regulation and sense of belonging in elementary students. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository.
- Hofer, P.D., Wahl, K., Meyer, A.H., Miche, M., Beesdo-Baum, K., & Lieb, R. (2020). Parental emotional warmth interacts with traumatic life events in predicting the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 1-6.
- Hofer, P.D., Wahl, K., Meyer, A.H., Miche, M., Beesdo-Baum, K., Wong, S.F., Grisham, J.R., Wittchen, H.U., Lieb, R. (2018). Obsessive-compulsive disorder and the risk of subsequent mental disorders: A community study of adolescents and young adults. *Depression and Anxiety*. 35(4):339-345.
- Hosseini, K., Solimani, E. (2020). Investigating the differential role of childhood trauma and cognitive distortions associated with clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder. *JOURNAL OF THOUGHT & BEHAVIOR IN CLINICAL PSYCHOLOGY*, 14 (54), 17-26.
- Lau, J.Y.F., Gregory, A.M., Rijdsdijk, F., McGuffin, P., Eley, T.C. (2007). Pathways to childhood depressive symptoms: The role of social, cognitive, and genetic risk factors. *Development Psychology*. 43(6):1402-1414.
- Middleton, S. E. (2011). Do punitive ostracism experiences add to our understanding of obsessive compulsive beliefs and their relationship to obsessive compulsive symptoms? An exploratory study and pilot of a new measure. Thesis submitted in the Degree of Doctor of Psychology (clinical) University of Hull.
- Miller, M. L., & Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 29-44.
- Nouie, Z. (2007). Comparison of primary maladaptive schemas and parental roots of these schemas in obsessive-compulsive personality disorder, obsessive-compulsive disorder and non-clinical group. Master's Thesis in Clinical Psychology, Institute of Psychiatry: Tehran.
- Nordahl, H., Havnen, A., Hansen, B., Ost, L.G., Kvale, G. (2018). Sleep disturbances in treatment-seeking OCD-patients: Changes after concentrated exposure treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2): 186-191.
- Ost, 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*. 40,156-69.
- Ozhiganova, G.V. (2018). Self-regulation and self-

- Veale, D., Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *British Medical Journal*. 2014; 7; 348.
- Wang, P., Zhao, Q., Xu, T., Gu, Q., Liu, Q., Wang, Y., Lin, G.N., Wang, Z. (2020). Interaction between PGRN gene and the early trauma on clinical characteristics in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 263, 134-140.
- Weidner, G., Sieverding, M., Chesney, M.A. (2016). The role of self-regulation in health and illness. *Psychology, Health & Medicine*. 21(2):135-137.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. & MacLean P.D. (2004). Treatment of obsessive compulsive disorder: cognitive behavioural therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour, Research and Therapy*. 43, 1559-1574.
- disorder. *Depress Anxiety*. 21(1):1-8.
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J.A., Walseth, L.T., Vogel, P.A., Launes, G., Haaland, V.O., Haaland, A.T. (2019). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 26; 19(1):318-330.
- Tibi, L., vanOppen, P., vanBalkom, A.J.L.M., Eikelenboom, M., Hendriks, G.J., Anholt, G.E. (2020). Childhood trauma and attachment style predict the four year course of obsessive compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *Journal of Affective Disorders*. 264,206-214.
- Toftdahl, N.G., Nordentoft, M., Hjorthoj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1): 129-140.