

بررسی رابطه ترومای کودکی با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

میترا رضائی^۱، رضا بیدکی^{۲*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: اختلال وسواسی-اجباری، اختلال روانپزشکی ناتوان‌کننده‌ای است که می‌تواند اثر بسیار منفی در زندگی فرد مبتلا ایجاد کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای کودکی با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت.

روش بررسی: در مجموع ۲۰۰ فرد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تایید شده توسط فلوشیپ روان پزشکی عصبی و نورولوژی رفتار در کلینیک روانپزشکی شهرستان تفت و کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام‌علی (ع) شهرستان یزد، با روش نمونه‌گیری در دسترس براساس ملاک‌های DSM-5 و تکمیل پرسش‌نامه‌های وسواسی-اجباری مادزلی، تروماکودکی (CTQ)، کمال‌گرایی اهواز و تحریفات-شناختی، مشارکت داده شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار STATA 14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: در پژوهش حاضر نمره بین ترومای کودکی با کمال‌گرایی در افراد با اختلال وسواس فکری، نجسی و پاکی، کاهش می‌یابد، اما نمره بین ترومای کودکی با کمال‌گرایی در افراد با وسواس کنترل نمودن و نظم و ترتیب معنادار نیست ($p=0$). هم‌چنین ارتباط بین نمره تروما با نمره تحریفات شناختی در افراد با اختلال وسواس فکری، نجسی و پاکی، شستشو و مذهبی معنادار از نوع معکوس می‌باشد ($p<0$) یعنی فرد از تحریفات شناختی بیشتری برخوردار است اما در افراد با وسواس شستشو، مذهبی، کنترل کردن و نظم و ترتیب معنادار نیست ($p=0$).

نتیجه‌گیری: احتمال تاثیر ترومای کودکی بر کمال‌گرایی و تحریفات شناختی افراد وسواسی-اجباری وجود دارد. بنابراین به متخصصان حوزه درمان اختلال وسواسی-جبری پیشنهاد می‌شود به نقش ترومای کودکی با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به وسواسی-اجباری توجه نمایند.

واژه‌های کلیدی: ترومای کودکی، کمال‌گرایی، تحریفات شناختی، اختلال وسواسی-اجباری

ارجاع: رضائی میترا، رضا بیدکی. بررسی رابطه ترومای کودکی با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۲): ۶۴-۹۹۵۱.

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

۲- گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، پژوهشکده بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۳۵۳۲۶۳۲۰۰۱، پست الکترونیکی: Rezabidaki@ssu.ac.ir، صندوق پستی: ۸۹۹۱۶۸۶۱۳۵

مقدمه

اختلال وسواسی- جبری، اختلال روانپزشکی پریشان‌کننده‌ای است که با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی و تظاهرات رفتاری همراه است. به‌طورکلی، اختلال وسواسی-اجباری را می‌توان به این شکل تعریف کرد؛ وسواس‌های فکری شامل افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی بازآیند و مقاوم هستند که اضطراب و ناراحتی بارزی را به وجود می‌آورند و وسواس‌های عملی در قالب رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی است که فرد برای انجام دادن آن‌ها احساس اجبار می‌کند. این وسواس‌های فکری و عملی ناراحتی زیادی را باعث می‌شوند و زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد را مختل می‌کنند (۱). اختلال وسواسی-جبری، یکی از رایج‌ترین اختلالاتی است که از هر ۴۰ بزرگسال، یک‌نفر (بین ۹/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت) را مبتلا می‌کند (۲). این اختلال شامل الگویی مزمن و ناسازگارانه از کمال‌گرایی مفرط، اشتغال زیاد به خط‌کشی‌ها و جزئیات و نیاز به کنترل محیط است که به پریشانی یا اختلال قابل‌ملاحظه، مخصوصاً در حوزه عملکردهای بین شخصی منتهی می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال، اغلب به‌عنوان افرادی سخت‌انعطاف‌ناپذیر و بسیار کنترل‌کننده شناخته می‌شوند؛ آن‌ها استراحت را سخت می‌دانند (۳). شیوع اختلال وسواسی-اجباری در سراسر جهان ۱/۵ درصد برای زنان و ۱/۰ درصد برای مردان برآورد شده است (۴). به‌نظر می‌رسد اختلال وسواسی-جبری در مردان به همان اندازه زنان شایع است (۵). برخی شواهد نشان می‌دهد که مردان بیشتر تمرکز بر روی مسائل جنسی و نظم/تقارن دارد، در حالی که زنان معمولاً نگرانی‌های مربوط به شستشو/تمیز کردن را نشان می‌دهند (۶). طی تحقیقی که در یکی از روستاهای تهران انجام شد، میزان شیوع اختلال وسواس در بین افراد مورد مطالعه، ۱/۴۹ درصد گزارش شده است (۷). اصطلاح کمال‌گرایی به آرزوی شخص جهت دستیابی به معیارهای بالای عملکرد و ارزیابی‌های انتقادی بی‌جهت از عملکردهای خویش اشاره دارد (۴). کمال‌گرایی را می‌توان به‌نجار و مثبت یا منفی و ناکارآمد در نظر گرفت (۸). ترومای کودکی شامل سوءاستفاده، بی‌توجهی و قرار گرفتن

در معرض خشونت است (۹). الگوی مشهودی از تجارب نامطلوب کودکی وجود دارد به‌طوری‌که وقتی کودکان مورد غفلت قرار می‌گیرند، این دیدگاه در آن‌ها شکل می‌گیرد که فرد بی‌ارزشی هستند و این امر در افراد منجر به آسیب‌شناسی شخصیت می‌شود (۱۰). مدل شناختی اختلالات هیجانی Aaron T. Beck (۱۹۷۶) بیان می‌کند که شناخت‌های ناکارآمد و تحریف‌های شناختی منجر به آشفتگی‌ها و اختلالات روانی در افراد می‌شوند (۱۱). بنابر یافته‌های مطالعات صورت گرفته ترومای کودکی، کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری، تحریفات شناختی و نشخوار فکری با اختلال وسواسی-اجباری رابطه معنا دار مثبتی دارد (۱۴-۱۲). هم‌چنین مطالعات محدودی در خصوص بررسی رابطه تروما با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به تفکیک نوع وسواس صورت گرفته و این موضوع در شهرستان یزد مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به اینکه در طی دو دهه اخیر، وضعیت روانی و کیفیت زندگی یکی از موضوعات بسیارمهم تحقیقات بالینی بوده و بررسی آن از نظر تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی حائز اهمیت است. لذا بررسی نقش ترومای-کودکی با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به-اختلال وسواسی-اجباری در شهر یزد ضرورت می‌یابد و شناسایی این عوامل می‌تواند نقش مهمی در طرح‌های آموزشی و مداخلات مرتبط با این بیماران داشته باشد. هم‌چنین راهنمایی برای برنامه‌ریزی‌ها و مداخلات آتی توسط مسئولین مرتبط و مراقبین سلامت به منظور شناخت مشکلات روان‌شناختی این بیماران و تلاش در جهت رفع این مشکلات با توجه به هزینه‌های بالایی که برای فرد و جامعه دارد، ازاهمیت به سزایی برخوردار است. لذا این مطالعه با هدف بررسی رابطه ترومای کودکی با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش بررسی

تمامی موارد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تایید شده توسط متخصص روانپزشک که به کلینیک روانپزشکی تفت و

(۱۵). محمدخانی و فرجاد در سال ۱۳۸۸ میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۷۵ گزارش نموده‌اند (۱۶). در بررسی انجام شده توسط ایزدی، عابدی و معین در سال ۱۳۹۱ اعتبار همزمان پرسش‌نامه وسواس و نکوور با پرسش‌نامه وسواس فکری عملی مادزلی برابر با ۰/۸۱ می‌باشد (۱۷).

۲- پرسش‌نامه کمال‌گرایی اهواز (APS): مقیاس کمال‌گرایی اهواز شامل ۲۷ ماده چهارگزینه‌ای با مقیاس لیکرتی (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات) با امتیاز ۱ تا ۴ می‌باشد که توسط نجاریان، عطاری و زرگر در سال ۱۳۷۸ ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای سه زیر مقیاس اصلی شامل کمال‌گرایی خود-محور، کمال‌گرایی دیگر-محور، و کمال‌گرایی اجتماعی می‌باشد. نجاریان و همکاران در سال ۱۳۷۸، این پرسش‌نامه را از طریق تعیین همبستگی با مقیاس‌های الگوی رفتاری تیپ سمی ۰/۶۷، شکایات جسمانی ۰/۴۱ و عزت نفس کوپر اسمیت ۰/۳۹ اعتباریابی کرده‌اند. (۱۸) هرمزی‌نژاد و همکاران نیز در سال ۱۳۸۰، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹ گزارش کرده‌اند (۱۹).

۳- پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی (CTQ): این پرسش‌نامه توسط برنستاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است که شامل ۲۸ سوال و ۵ زیر مقیاس از جمله سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی می‌باشد. روایی همزمان این پرسش‌نامه با درجه‌بندی درمان‌گران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۰). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند (۲۱).

۴- پرسش‌نامه تحریف‌های شناختی (Cognitive distortions questionnaire): این پرسش‌نامه توسط عبدالله‌زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ به منظور سنجش تحریف‌های شناختی طراحی و تدوین شده است که شامل ده زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از همه یا هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، پیشگویی رویدادهای منفی،

امام علی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (به تعداد تقریبی ۲۰۰ نفر، شامل ۸۴ نفر (۴۲ درصد) مرد و ۱۱۶ نفر (۵۸ درصد) زن مبتلا به وسواس اجباری) مراجعه کردند، در صورتی که معیارهای ورود به مطالعه را داشته باشند پس از تکمیل پرسش‌نامه وسواسی- اجباری مادزلی، از تابستان تا زمستان در سال ۱۴۰۲ به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سن ۲۰ و حداکثر سن ۴۰ سال، ایرانی بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. هم‌چنین معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، وجود اختلالات طبی و وابستگی به مواد مخدر بود. بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری از طریق تشخیص روانپزشک براساس ملاک‌های DSM ۵ و تکمیل پرسش‌نامه وسواسی- اجباری مادزلی تشخیص داده شدند و زمان کافی جهت پر کردن پرسش‌نامه‌های وسواسی- اجباری مادزلی، ترومای کودکی (CTQ)، کمال‌گرایی اهواز و تحریف‌های شناختی به افراد داده شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر جهت محرمانه بودن اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری STATA نسخه ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت جمع‌آوری داده‌ها و بررسی متغیرهای مورد نظر در

این مطالعه، چهار ابزار استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه وسواسی- اجباری مادزلی (MOC): این پرسش‌نامه توسط هاجسون و راجمن برای بررسی نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. پرسش‌نامه ۳۰ گزینه درست و نادرست دارد و شامل چهار زیر مقیاس از جمله وارسی (۹ ماده)، شست‌وشو (۱۱ ماده)، کندی-تکرار (۷ ماده) و شک-وظیفه‌شناسی (۷ ماده) می‌باشد. هر ماده، نمره ۰ یا ۱ می‌گیرد و بنابراین نمره کل فرد بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود که هر چه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده وسواس بیشتر است. روایی محاسبه شده برای دو بار آزمون این تست توسط راجمن و هاجسون در سال ۱۹۷۷ برابر ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ است

استدلال هیجانی، برچسب زدن، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، بایدها و نبایدها، و فاجعه‌سازی و به سنجش تحریفات‌های شناختی مطرح شده توسط Alice می‌پردازد و هر تفکر نامعقول تعداد ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است برای هر تحریف شناختی، شاخصی در نظر گرفته شده است و میانگین و انحراف استاندارد شاخص در زنان و مردان محاسبه می‌شود ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمده به‌صورت استاندارد در پژوهش عبدالله‌زاده و مریم سالار برابر با ۰/۸۰ می‌باشد (۲۲). و در پژوهش فرمانی در سال ۱۳۹۳ پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است (۲۳).

تجزیه و تحلیل آماری

اطلاعات پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری STATA نسخه ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی توصیفی اطلاعات در جداول، متغیرهای کیفی به‌صورت فراوانی و درصد و متغیرهای کمی با شاخص‌های مرکزی (میانگین یا میانه) و شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار یا فاصله میان چارکی) بیان شدند. جهت آنالیز متغیرهای کیفی در صورت برقرار بودن پیش فرض از آزمون مجذور کای (در صورت برقرار نبودن از آزمون فیشر) و برای متغیرهای کمی از آزمون t مستقل و آزمون ANOVA یک طرفه استفاده شد و در صورت برقرار نبودن پیش فرض نرمالیتی از معادل ناپارامتریک آن‌ها استفاده شد. فرض نرمال بودن متغیرهای کمی با استفاده از نمودارهای احتمالات نرمال (هیستوگرام) و شاخص‌های چولگی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی همبستگی بین متغیرهای کمی (مانند همبستگی بین نمره شدت ترومای کودکی با نمره کمال‌گرایی و تحریفات شناختی، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون یا در صورت نیاز معادل ناپارامتریک آن آزمون ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده شد. در نهایت جهت بررسی ارتباط بین نمره شدت ترومای کودکی با نمره کمال‌گرایی و تحریفات شناختی و برآورد اندازه اثر و فاصله اطمینان مربوطه از مدل‌های رگرسیونی خطی تک متغیره و جهت حذف عوامل مخدوش کننده از مدل‌های رگرسیونی خطی چند متغیره استفاده شد. عوامل مخدوش کننده بر اساس بررسی متون

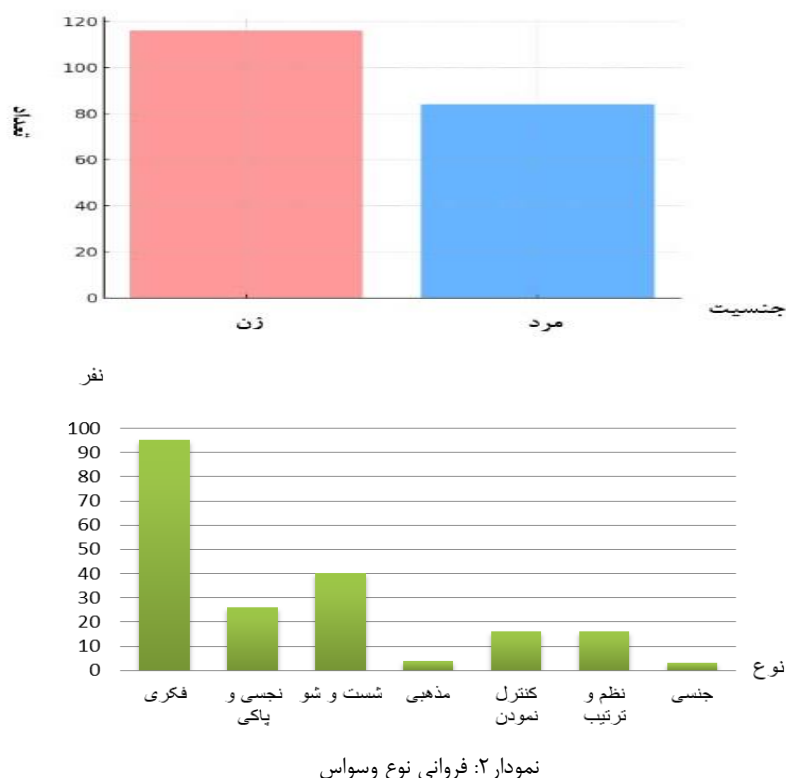
مربوطه شناسایی و سپس با توجه به قدرت ارتباط آن‌ها با نمره کمال‌گرایی و تحریفات شناختی و همراهی آنها با شدت ترومای کودکی به ترتیب در مدل‌ها وارد شدند برای دستیابی به این هدف، مدل‌های جداگانه‌ای در سطح دو متغیره برای به‌دست آوردن متغیرهای مرتبط اجرا می‌شود. پس از آن، متغیرها با مقدار $p < 0/25$ برای تجزیه و تحلیل چند متغیره در نظر گرفته شدند و داده‌ها به‌صورت ضرایب رگرسیون و فاصله اطمینان ۹۵ درصد ارائه گردیدند. تمام مقادیر p -value دو طرفه هستند و مقادیر $P < 0/05$ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون یک همبستگی آماری متوسط معنادار معکوس بین بعد سوءاستفاده عاطفی پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره تحریف شناختی مشاهده شد ($r = -0/364$, $P < 0/001$). هم‌چنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون جدول ۱، همبستگی آماری متوسط معنادار معکوس بین بعد غفلت جسمی پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره تحریف شناختی مشاهده شد ($r = -0/370$, $P < 0/001$). هم‌چنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون یک همبستگی آماری متوسط معنادار معکوس بین بعد غفلت عاطفی پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره تحریف شناختی مشاهده شد ($r = -0/493$, $P < 0/001$). هم‌چنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، یک همبستگی آماری متوسط معنا دار معکوس بین نمره کل پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره تحریف شناختی مشاهده شد ($r = -0/409$, $P < 0/001$). براساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون یک همبستگی آماری ضعیف معنادار معکوس بین بعد سوءاستفاده عاطفی، پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره کمال‌گرایی مشاهده شد ($r = -0/253$, $P < 0/001$). هم‌چنین همبستگی آماری ضعیف معنا دار معکوس بین بعد غفلت جسمی پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره کمال‌گرایی وجود دارد ($r = -0/222$, $P < 0/001$). یک همبستگی آماری ضعیف و معنادار معکوس بین بعد غفلت عاطفی پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره کمال‌گرایی مشاهده شد

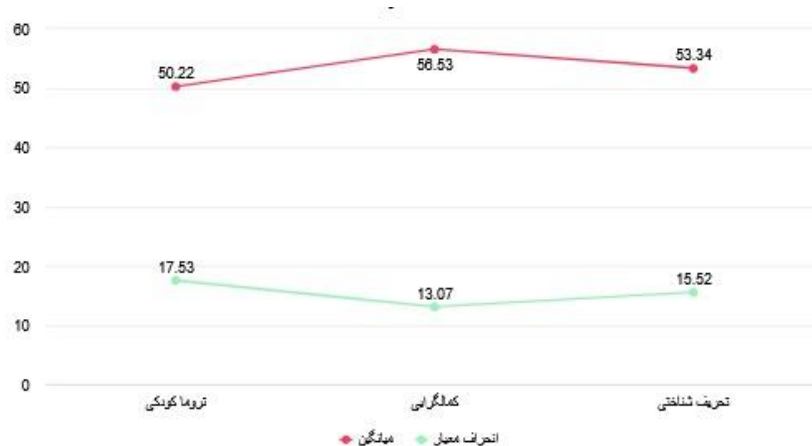
تروما در کودکی، نمره کمال‌گرایی و نمره تحریف شناختی را برحسب جنسیت نشان می‌دهد. براساس نتایج آزمون t مستقل اختلاف آماری معناداری بین نمره تحریف شناختی ($P < 0/001$) و نمره کمال‌گرایی ($P < 0/001$) با جنسیت مشاهده نشد ولی از لحاظ نمره تروما در کودکی بین مرد و زن اختلاف آماری معناداری وجود داشت به‌طوری‌که نمره تروما در مردان بالاتر از زنان بود ($P = 0/03$). همانگونه که نتایج (جدول ۵) نشان می‌دهد ارتباط بین نمره تروما با نمره تحریف شناختی در افراد با وسواس فکری ($P = 0/0$)، نجسی و پاکی ($P = 0/03$)، شست‌وشو ($P = 0/30$)، مذهبی ($P = 0/0$) معنادار بود و این ارتباط از نوع معکوس می‌باشد. همچنین ارتباط بین نمره تروما با نمره کمال‌گرایی در افراد با وسواس فکری ($P = 0/04$)، نجسی و پاکی ($P = 0/90$)، معنادار بود و این ارتباط از نوع معکوس می‌باشد.

همبستگی آماری ضعیف معنادار ($r = -0/247$, $P < 0/001$). همبستگی آماری ضعیف معکوس بین نمره کل پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره کمال‌گرایی وجود دارد ($r = -0/255$, $P < 0/001$) (جدول ۳)، نتایج مربوط به همبستگی اسپیرمن بین نمره بعد جسمی و جنسی پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره کمال‌گرایی را نشان می‌دهد که یک همبستگی آماری ضعیف معنادار معکوس بین نمره بعد جسمی و جنسی پرسش‌نامه تروما در کودکی و نمره کمال‌گرایی مشاهده شد به‌طوری‌که با افزایش نمره بعد جسمی (نمره کمال‌گرایی $r = -0/200$, $P < 0/004$) و جنسی ($r = -0/159$, $P < 0/025$)، نمره کمال‌گرایی کاهش پیدا می‌کند. با توجه به توزیع غیر نرمال نمره بعد جسمی و جنسی پرسش‌نامه تروما در کودکی از آزمون اسپیرمن به‌جای پیرسون جهت همبستگی بین متغیرها استفاده شد. (جدول ۴)، نتایج مربوط به مقایسه بین نمره پرسش‌نامه



جدول ۱: همبستگی پیرسون بین نمره تروما در کودکی با نمره تحریف شناختی نتایج آزمون

نمره تحریف شناختی	نمره کل پرسش‌نامه تروما در کودکی	بعد غفلت پرسش‌نامه تروما در کودکی	عاطفی پرسش‌نامه تروما در کودکی	بعد غفلت جسمی پرسش‌نامه تروما در کودکی	بعد سوءاستفاده عاطفی پرسش‌نامه تروما در کودکی
بعد سوء استفاده عاطفی پرسش‌نامه تروما در کودکی	Pearson ۳۶۴/۰- Correlation ۰ Sig. (۲-tailed) ۲۰۰ N	**۸۶۷/۰ ۰ ۲۰۰	**۶۷۳/۰ ۰ ۲۰۰	۶۲۸/۰ ۰ ۲۰۰	۱
بعد غفلت جسمی پرسش‌نامه تروما در کودکی	Pearson *۳۷/۰- Correlation ۰ Sig. (۲-tailed) ۲۰۰ N	**۸۱۲/۰ ۰ ۲۰۰	**۶۷۹/۰ ۰ ۲۰۰	۱ ۰ ۲۰۰	**۶۳۷/۰ ۰ ۲۰۰
بعد غفلت عاطفی پرسش‌نامه تروما در کودکی	Pearson *۴۹۳/۰- Correlation ۰ Sig. (۲-tailed) ۲۰۰ N	**۸۶۴/۰ ۰ ۲۰۰	۱ ۰ ۲۰۰	**۶۷۹/۰ ۰ ۲۰۰	**۶۸۳/۰ ۰ ۲۰۰
نمره کل پرسش‌نامه تروما در کودکی	Pearson **۴۰۹/۰- Correlation ۰ Sig. (۲-tailed) ۲۰۰ N	۱ ۰ ۲۰۰	**۸۶۴/۰ ۰ ۲۰۰	**۸۱۲/۰ ۰ ۲۰۰	**۸۶۷/۰ ۰ ۲۰۰
نمره تحریف شناختی	Pearson ۱ Correlation ۰ Sig. (۲-tailed) ۲۰۰ N	**۴۰۹/۰- ۰ ۲۰۰	**۴۹۳/۰- ۰ ۲۰۰	**۳۷۰/۰- ۰ ۲۰۰	**۳۶۴/۰- ۰ ۲۰۰



نمودار ۱: فراوانی جنسیت

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین نمره تروما در کودکی با نمره کمال گرایی

نمره کمال گرایی	نمره کل (پرسش نامه تروما در کودکی)	بعد غفلت عاطفی (پرسش نامه تروما در کودکی)	بعد غفلت جسمی (پرسش نامه تروما در کودکی)	بعد سوء استفاده عاطفی (پرسش نامه تروما در کودکی)
Pearson Correlation	۰/۰۰۰۸۶۷	**۰۰۰۶۸۳/	**۰۰۰۶۲۷/	۱
Sig. (۲-tailed)	۰۰۰.	۰۰۰.	۰۰۰.	
N	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰
Pearson Correlation	۰/۰۰۰۸۱۲	**۰۰۰۶۷۹/	۱	**۰۰۰۶۲۷/
Sig. (۲-tailed)	۰۰۰.	۰۰۰.		۰۰۰.
N	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰
Pearson Correlation	۰/۰۰۰۸۶۴	۱	۰/۰۰۰۶۷۹	**۰۰۰۶۸۳/
Sig. (۲-tailed)	۰۰۰.		۰۰۰.	۰۰۰.
N	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰
Pearson Correlation	۱	**۰۰۰۸۶۴/	**۰۰۰۸۱۲/	**۰۰۰۸۶۷/
Sig. (۲-tailed)	۰۰۰.	۰۰۰.	۰۰۰.	۰۰۰.
N	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰
Pearson Correlation	**۰۰۰۲۵۵/۰-	**۰۰۰۲۴۷/۰-	**۰۰۰۲۲۲/۰-	**۰۰۰۲۵۳/۰-
Sig. (۲-tailed)	۰۰۰.	۰۰۰.	۰۰۲.	۰۰۰.
N	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰

جدول ۳: نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین نمره تروما در کودکی با نمره کمال گرایی

نمره کمال گرایی	بعد جنسی (پرسش نامه تروما در کودکی)	بعد جسمی (پرسش نامه تروما در کودکی)
Spearman Correlation	**۰۰۰۲۰۰/۰-	**۰۰۰۴۰۴/
Sig. (۲-tailed)	۰۰۴/۰	۰۰۰.
N	۲۰۰	۲۰۰
Spearman Correlation	*۰۰۰۱۵۹/۰-	۰۰۰/۱
Sig. (۲-tailed)	۰۰۲۵/۰	۰۰۰.
N	۲۰۰	۲۰۰
Spearman Correlation	۰۰۰/۱	*۰۰۰۱۵۹/۰-
Sig. (۲-tailed)	۰	۰۰۴/۰
N	۲۰۰	۲۰۰

جدول ۴: میانگین نمره تروما، تحریف شناختی و کمال‌گرایی بر حسب جنسیت

نمره	جنسیت	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین
نمره تروما	زن	۱۱۶	$۶۱۵۰۷/۱۷ \pm ۹۳۱۰/۴۷$
	مرد	۸۴	$۱۶۶۱۰/۱۷ \pm ۳۹۲۹/۵۳$
نمره تحریف شناختی	زن	۱۱۶	$۰۳۳۸۰/۱۳ \pm ۳۴۴۸/۵۷$
	مرد	۸۴	$۱۲۱۴۲/۱۳ \pm ۴۰۴۸/۵۵$
نمره کمال‌گرایی	زن	۱۱۶	$۵۴۳۷۵/۱۵ \pm ۰۲۵۹/۵۴$
نمره	مرد	۸۴	$۵۴۳۹۷/۱۵ \pm ۳۹۲۹/۵۲$

جدول ۵: نتایج رگرسیون خطی چند متغیره جهت بررسی ارتباط بین نمره تروما با نمره تحریف شناختی بر حسب نوع وسواس

وسواس	P-value	t	ضریب رگرسیونی استاندارد شده	ضریب رگرسیونی غیر استاندارد
			Beta	B Std. Error
فکری				
تروما	۰۰۰.	۰۱۴/۵-	۴۶۷/۰-	۴۴۹/۰-
جنسیت	۸۴۶/۰	۱۹۴/۰	۰۱۸/۰	۵۷۴/۰
n=۹۵				
نجسی و پاکی				
تروما	۰۰۳.	۲۹۲/۳-	۵۳۱/۰-	۳۱۶/۰-
جنسیت	۰۲۴.	۴۱۸/۲	۳۹۰/۰	۵۸۰/۹
n=۲۶				
شست و شو				
تروما	۰۳۰.	۲۶۳/۲-	۳۳۸/۰-	۲۸۷/۰-
جنسیت	۱۳۱.	۵۴۴/۱-	۲۳۱/۰-	۷۲۸/۷-
n=۴۰				
مذهبی				
تروما	۰۰۰.	۹۵۰/۱۱۷۴۳۸۱۴-	۴۳۵/۰-	۸۳۳/۰-
جنسیت	۰۰۰.	۸۰۰/۱۵۴۶۶۴۴۱-	۵۷۳/-	۱۶۷/۱۸-
n=۴				
کنترل نمودن				
تروما	۰/۹۶۳	۰۴۷/۰-	۰۱۶/۰-	۰۱۱/۰-
جنسیت	۴۹۳/۰	۷۰۵/۰-	۲۳۳/۰-	۰۸۲/۶-
n=۱۶				
ترتیب و نظم				
تروما	۰۵۹/۰	۰۶۷/۲-	۵۰۲/۰-	۵۰۸/۰-
جنسیت	۲۶۴/۰	۱۶۷/۱	۲۸۳/۰	۵۵۳/۱۰
n=۱۶				



نمودار ۴: فراوانی انواع تروما های کودکی

بحث

هدف این پژوهش بررسی رابطه ترومای کودکی با کمالگرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری می باشد. نمونه های این پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری از نوع وسواس فکری، نجسی و پاکی، شست و شو، مذهبی و کنترل نمودن است. البته قابل ذکر است که در برخی از انواع وسواس حجم نمونه بسیار پایین می باشد و عدم مشاهده ارتباط در برخی از انواع وسواس وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش، میانگین نمره پرسش نامه تروما در کودکی $22/50 \pm 59/17$ بود. در پژوهش های جست و جو شده در تحقیقات داخلی و خارجی پژوهشی یافت نشد که میانگین نمره ترومای کودکی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری را بسنجد که از جهت همسویی یا ناهمسویی بتوان نتایج آن را با نتایج این فرضیه مقایسه کرد. تنها می توان به پژوهش هایی اشاره کرد که به بررسی رابطه ترومای کودکی و اختلال وسواسی-اجباری پرداخته اند از جمله تحقیقات میو و همکاران در سال ۲۰۱۷، که به بررسی ترومای دوران کودکی با تفاوت های فردی در حساسیت به پاداش و تنبیه پرداختند. شرکت کنندگان این مطالعه ۳۷۵ نفر از افراد بالغ سالم، با سابقه خود گزارش شده از آسیب بین فردی دوران کودکی، ترومای غیر بین فردی و افراد بدون تروما بودند که پرسش نامه هایی را در مورد پیش بینی، و پاسخ عاطفی به پاداش و تنبیه، و همچنین افسردگی و اضطراب پر کردند. شرکت کنندگانی که سابقه آسیب بین فردی داشتند، در مقایسه با شرکت کنندگان با ترومای غیر بین فردی و بدون تروما، سطوح انگیزه برای پاداش و افزایش حساسیت به تنبیه را گزارش کردند. حساسیت به تنبیه تأثیر ترومای بین فردی برای هر دو نشانه افسردگی و اضطراب داشت، در حالی که انگیزه پاداش تنها در رابطه بین تروما و علائم افسردگی نقش میانجی داشت (۲۴). بر اساس نتایج آماری به دست آمده از آزمون t مستقل، تفاوت معناداری بین نمره تروما کودکی در زنان با اختلال وسواسی-اجباری و مردان با اختلال وسواسی اجباری وجود دارد به طوری که نمره تروما در مردان بالاتر از زنان می باشد ($p=0/03$). هم چنین بنا بر (نمودار ۴)، فراوانی ترومای از دست دادن برابر ۱ درصد، فراوانی ترومای

تصادف برابر ۲۲ درصد، فراوانی ترومای بی توجهی و سهل گیری والدین در ابعاد عاطفی و جسمانی برابر ۲۲ درصد، فراوانی ترومای طلاق والدین برابر ۵/۵ درصد، فراوانی ترومای ابتلا به بیماری کودک برابر ۴/۵ درصد و فراوانی ترومای سخت گیری والدین در ابعاد عاطفی و جسمانی برابر ۷ درصد می باشد. با توجه به نمودار ۳، میانگین نمره کمال گرایی $56/53$ و انحراف معیار $13/07$ می باشد و میانگین نمره تحریفات شناختی برابر $53/43$ و انحراف معیار برابر $15/52$ است. بر اساس نتایج آماری، با افزایش سوءاستفاده عاطفی، فرد از کمال گرایی کمتری برخوردار می باشد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد با افزایش نمره پرسش نامه تروما در کودکی، فرد از تحریف های شناختی بیشتری یا تفکر نامناسب تری برخوردار است ($P<0/001$)، $r=-0/001$ ، جسمی پرسش نامه تروما در کودکی، فرد از تحریف های شناختی بیشتری یا تفکر نامناسب تری برخوردار است ($r=-0/314$)، $P<0/001$ ، براساس نتایج آزمون t مستقل نمره تروما در مردان بالاتر از زنان بود ($p=0/03$). براساس نتایج این آزمون بعد از حذف اثر مخدوش کنندگی جنسیت ارتباط معکوس بین نمره تروما با کمال گرایی مشاهده شد. به طوری که با افزایش میانگین نمره تروما، فرد از کمال گرایی کمتری برخوردار می شود. پژوهش های قبل نشان دادند که سابقه غفلت عاطفی بالا با افسردگی و اضطراب مرتبط است و افرادی که بازداری رفتاری به همراه غفلت عاطفی بالایی داشتند فعالیت سروتونین کمتری نشان دادند. سابق غفلت عاطفی با فعالیت بیشتر سروتونین همراه بود ولی بازداری رفتاری به تنهایی با فعالیت سروتونین مرتبط نبود (۲۵). هم چنین در مطالعه ای به ویژگی های شخصیتی و علائم وسواسی-اجباری پرداختند که نتایج نشان داد که نمرات سوءاستفاده هیجانی و روان رنجوری با نمرات کل اختلال وسواسی-جبری ارتباط مثبت و موافقت با اختلال وسواسی-جبری رابطه منفی داشت. هم چنین روان رنجوری نقشی واسطه ای بین سوءاستفاده هیجانی اولیه و علائم وسواسی-اجباری ایفا می کرد (۲۶). بنابر مطالعات قبلی، بین ترومای کودکی و تحریفات شناختی با علائم بالینی اختلال وسواسی-جبری رابطه معنادار مثبت وجود دارد (۱۳)، که همسو

کنار درمان‌های دارویی و کار بر روی متغیرهای مورد بحث در این پژوهش، به ارتقا کیفیت زندگی، در این بیماران پرداخت.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای کودکی با کمال‌گرایی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شده است؛ نتایج نشان داد که یک همبستگی آماری معنادار معکوس بین ترومای کودکی و تحریفات شناختی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری وجود دارد به‌طوری‌که با افزایش ترومای کودکی فرد از تحریفات شناختی بیشتری برخوردار است؛ همچنین نتایج همبستگی معنادار معکوسی بین ترومای کودکی و کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری وجود دارد به‌طوری‌که با افزایش ترومای کودکی فرد از کمال‌گرایی کمتری برخوردار است. بنابر نتایج به‌دست آمده بالاترین فراوانی مربوط به ترومایی است که توسط تصادف و بی‌توجهی والدین در کودکی ایجاد شده است و کمترین فراوانی مربوط به ترومایی است که توسط بیماری در کودکی به وجود آمده است.

سپاس‌گزاری

نویسندگان خود را موظف می‌دانند از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری که در این پژوهش مارا یاری رساندند، تشکر و قدردانی به عمل آورند. همچنین مقاله فوق از پایان نامه استخراج شده است.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

دکتر رضا بیدکی در طراحی ایده و ویراستاری، میترا رضائی در نگارش و جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشته‌اند. هر دو نویسندگان در پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

با مطالعه حاضر می‌باشد همچنین بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری-عملی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (۲۷-۳۰) پژوهشگران در مطالعه دیگری دریافتند که عملکرد ناسازگار و تحریفات شناختی در اثر مواجهه مکرر با تروما باعث ظهور اختلال وسواسی-اجباری می‌شود لذا به‌منظور جلوگیری از ایجاد این اختلال، جوانان آسیب‌دیده باید هدف قرار گیرند (۳۱). در هیچ‌یک از مطالعات قبلی انواع وسواس را به‌صورت جداگانه بررسی نکرده‌اند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، با افزایش در نمره تروما، نمره کمال‌گرایی در افراد با وسواس فکری، نجسی و پاکی کاهش می‌یابد. ولی این ارتباط در افراد با وسواس شست‌وشو، مذهبی، کنترل نمودن و نظم و ترتیب معنادار نمی‌باشد. از آنجایی‌که بین زن و مرد از لحاظ نمره تروما اختلاف آماری معناداری وجود داشت، جهت بررسی ارتباط بین نمره پرسش‌نامه تروما با نمره تحریف شناختی بعد از حذف اثر جنسیت از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. نتایج حاکی از این بود که با افزایش نمره ترومای کودکی، فرد از تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد بیشتری برخوردار است. همچنین نتایج آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره (تعدیل شده بر اثر جنسیت) جهت بررسی ارتباط بین نمره تروما با نمره تحریف شناختی در افراد با وسواس فکری، نجسی و پاکی، شست‌وشو و مذهبی نشان داد با افزایش در نمره تروما، نمره تحریف شناختی در افراد با وسواس فکری، نجسی و پاکی، شست‌وشو، مذهبی کاهش می‌یابد. ولی این ارتباط در افراد با وسواس کنترل نمودن و نظم و ترتیب معنادار نمی‌باشد. از محدودیت‌های پژوهش، می‌توان به تعمیم نتایج به سایر جوامع با ملاحظه به موقعیت‌ها و شرایط مختلف اشاره کرد. همچنین استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و کنترل متغیرهای مزاحم از جمله ویژگی‌های فرهنگی، سن، کارکردهای شناختی چون حافظه، مراحل بیماری و ... از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های تخصصی به‌وسیله روان‌شناسان و مشاوران برای بیماران مبتلا به وسواس-جبری برگزار شود تا گامی عملی برای آنان برداشته شود و با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در

References:

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 5th ed. American: American Psychiatric Pub; 2013: 173-75.
- 2- Merikangas KR, Low NCP. *Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders*. Handb Exp Pharmacol 2005; 169: 163-79.
- 3- Pinto A, Liebowitz M, Foa E, Simpson H. *Obsessive Compulsive Personality Disorder as a Predictor of Exposure and Ritual Prevention Outcome for Obsessive Compulsive Disorder*. Behav Res Ther 2011; 49(8): 453-8.
- 4- Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM. *Women are at Greater Risk of OCD than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide*. J Clin Psychiatry 2020; 81(4): 19r13085.
- 5- Rasmussen SA, Eisen JL. *Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder*. The Journal of Clinical Psychiatry 1990; 51(2): 10-3.
- 6- Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. *Obsessive-Compulsive Disorder: Familial- Developmental History, Symptomatology, Comorbidity and Course with Reference to Gender-Related Differences*. Br J Psychiatry 1996; 169(1): 101-7.
- 7- Shah Mohammadi D, Bagheri Yazdi S, Abul Hari J. *Epidemiological Study of Mental Disorders in Rural Areas of Meybod, Yazd*. Journal of Thought and Behavior 2013; 994(18). [Persian]
- 8- Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. *A Cognitive-Behavioural Analysis*. Behaviour Research and Therapy 2002; 40(7): 773-91.
- 9- Hardy A, van de Giessen I, van den Berg D. *Trauma, Posttraumatic Stress, and Psychosis*. A Clinical Introduction to Psychosis. Academic Press 2020: 223-43.
- 10- Tanis TC. *What's Your Story? Assessing Childhood Maltreatment Using the Thematic Apperception Test in an Adult in Patient Population [dissertation]*. CUNY Academic Works. The City University of New York; 2018.
- 11- Pittard CM, Pössel P. *Cognitive Distortions*. In: *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Cham: Springer International Publishing 2020: 706-8.
- 12- Kian Pourghafarkhi F, Morouj F, Ali Madd Z, Zandian Kh. *Examining the Relationship Between Perfectionism and Responsibility with Obsessive-Compulsive Disorder, Practice among Doctors Living in Ahvaz*. Jundishapur Scientific Medical Journal 2009; 9(66): 255-62. [Persian]
- 13- Mousavi E, Ghraei B, Ramadani Farani A, Tarmian F. *Comparison of Cognitive Errors and Ruminations in Patients with Obsessive Compulsive Disorder and Social Phobia*. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior) 2016; 23(1): 10-21. [Persian]
- 14- Piras F, Spalletta G. *Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach*. Depress Anxiety 2020; 287-312.
- 15- Hodgson Ray J, Rachman Stanley. *Obsessional-Compulsive Complaints*. Behaviour Research and Therapy 1977; 15(5): 389-95.

- 16-Mohammadkhani F. *The Relationship between Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies with Obsessive-Compulsive Symptoms in A Non-Clinical Population*. Clinical Psychology 2009; 35-51. [Persian]
- 17-Izadi R, Abedi M, Moeen S. *Investigating the factor structure, reliability, and validity of the Persian version of the Vancouver Obsessive Compulsive Disorder Inventory*. Thought and behavior in clinical psychology 2013; 7(26): 57-66. [Persian]
- 18-Najarian B, Attari Yousef A, Zargar Y. *Construction and Validation of a Scale for Measuring Perfectionism in Ahvaz*. Journal of Educational Sciences and Psychology 1999; 5(3-4): 43-58. [Persian]
- 19-Hormozinejad M, Shahniylagh M, Najarian B. *Simple and Multiple Relationships between Self-Esteem, Social Anxiety, and Perfectionism Variables with Self-Expression of Students at Shahid Chamran University of Ahvaz*. Psychological Advances 2000; 7(2): 29-50.
- 20-Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. *Development and Validation of a Brief Screening Version of the Childhood Trauma Questionnaire*. Child Abuse & Neglect 2003; 27(2): 169-90.
- 21-Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. *Childhood Traumas and Suicide Attempt in Adulthood*. IJPCP 2014; 19(4): 275-82.
- 22-Abdollahzadeh H, Salar M. *Design and Validation of Cognitive Distortions*. Tehran: Azmoun Yar Poya Institute 2010; 3(22): 10-12. [Persian]
- 23-Farmani Shahreza Sh, Bahmani B, Ghaedniai Jahromi A, Amin Esmacili M, Khanjani S. *Effectiveness of Existential Cognitive Therapy in Depression Symptoms in Women with Human Immunodeficiency Virus*. Clinical Psychology 2016; 8(1): 11-24. [Persian]
- 24-Andrei M, Mirela IB, Ioana B, Aurora S. *Childhood Trauma and Sensitivity to Reward and Punishment: Implications for Depressive and Anxiety Symptoms*. Personality and Individual Differences 2017; 119: 134-40.
- 25-Jin MJ, Jung W, Hyun MH, Lee SH. *Effect of Behavioral Inhibition System and Childhood Emotional Neglect on Serotonergic Activity, Negative Affect, And Rejection Sensitivity in Non-Clinical Adults*. Plos One 2018; 13(11): e0207746.
- 26-XU TT, Zhao Q, Wang Y, Chen J, Fan Q, Zhang YH, Wang Z. *Mediating Effects of Personality Traits between Early Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. Chinese Mental Health Journal 2017; 31(10): 788-92.
- 27-Mahmoud Alilou M. *Perfectionism, Personality Traits and Perceived Parental Behavior Patterns in Obsessive-Compulsive Individuals*. New Psychological Research (Tabriz University Psychology) 2015; 1(3-2): 239-62. [Persian]
- 28-Çoban A, Tan O. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Impulsivity, Anxiety, And Depression Symptoms Mediating the Relationship between Childhood Trauma and Symptoms Severity of Obsessive-Compulsive Disorder*. Noro Psikiyatr Ars 2020; 57(1): 37.

- 29- Babad S, Zwilling A, Carson KW, Fairchild V, Razak S, Robinson G, et al. *Risk-Taking Propensity and Sensation Seeking in Survivors of Adverse Childhood Experiences*. J Interpers Violence 2021; 36(19-20); NP10670-NP10687.
- 30- Mathews CA, Kaur N, Stein MB. *Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms*. Depression and anxiety 2008; 25(9): 742-51. [Persian]
- 31- Pereira AIF, Barros L, Mendonça D. *Cognitive Errors and Anxiety in School Aged Children*. Psicologia: Reflexão e Crítica 2012; 25: 817-23.

Investigation of the Relationship between Childhood Trauma with Perfectionism and Cognitive Distortions in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Mitra Rezaei¹, Reza Bidaki^{†2}

Original Article

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disabling psychiatric disorder that can have a profoundly negative impact on an individual's life. This study aimed to investigate the relationship between childhood trauma, perfectionism, and cognitive distortions in individuals with OCD in 2023.

Methods: A total of 200 individuals diagnosed with OCD, confirmed by Neuropsychiatry Fellowship at the psychiatric clinic of Taft County and Imam Ali (AS) specialized and super-specialized clinic of Yazd City, were recruited using convenience sampling. Participants met DSM-5 criteria and completed the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Ahvaz Perfectionism Scale, and a cognitive distortions questionnaire. The collected data were analyzed using STATA 14 software.

Results: In this study, the correlation between childhood trauma and perfectionism was found to decrease in individuals with obsessions related to thoughts, contamination, and cleanliness. However, the correlation between childhood trauma and perfectionism was not significant in individuals with obsessions related to checking, order, and arrangement ($p=0$). Furthermore, the association between trauma scores and cognitive distortion scores was significant and inverse in individuals with obsessions related to thoughts, contamination, cleanliness, washing, and religiosity ($p<0$), meaning that individuals with these obsessions exhibited more cognitive distortions. This association was not significant in individuals with obsessions related to washing, religiosity, checking, and order ($p=0$).

Conclusion: Childhood trauma likely affects perfectionism and cognitive distortions in individuals with OCD. Therefore, it is recommended that mental health professionals specializing in OCD treatment consider the role of childhood trauma in perfectionism and cognitive distortions among individuals with OCD.

Keywords: Childhood trauma, Perfectionism, Cognitive distortions, obsessive-compulsive disorder.

Citation: Rezaei M, Bidaki R. **Investigation of the Relationship between Childhood Trauma with Perfectionism and Cognitive Distortions in People with Obsessive-Compulsive Disorder.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(2): 9951-64.

¹Psychology Department, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

²Department of Psychiatry, Research Center of Addiction and Behavioral Sciences, Non-Communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

*Corresponding author: Tel: 03532632001, email: Rezabidaki@ssu.ac.ir