مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۵، خرداد ۱۴۰۵، ۲۲۴-۲۰۹

بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری: یک مطالعه توصیفی

نرجس عامری[۱]، محمود نجفی[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۱/۱۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۵/۰۲/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۵/۰۳/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۳/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی جبری با تمایلات خودتخریبی همراه است که ریشه در سازه‌های پدیدارشناختی و تجارب تحولی فرد دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند که ۳۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی Bremner و همکاران (۲۰۰۷)، پرسش‌نامه خیال‌پردازی ناسازگارانه Somer و همکاران (۲۰۱۷) و پرسش‌نامه احتمال خودکشی Cal و Gil (۱۹۹۸) بود. داده‌ها با استفاده از همبستگی Pearson و مدل‌یابی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی تأثیر مثبت و معناداری بر احتمال خودکشی دارد (β=۰/۳۰۷، P<۰/۰۰۱). خیال‌پردازی ناسازگارانه پیش‌بینی‌کننده معنادار احتمال خودکشی بود (β=۰/۴۵۵، P<۰/۰۰۱) و بین آسیب‌های دوران کودکی و خیال‌پردازی ناسازگارانه رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد (β=۰/۲۱۴، P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، آسیب‌های دوران کودکی از طریق خیال‌پردازی ناسازگارانه بر احتمال خودکشی در بیماران وسواسی اثرگذار است (β=۰/۰۹۷، P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بر طبق نتایج، خیال‌پردازی ناسازگارانه گرچه در کوتاه‌مدت اضطراب ناشی از تروما و وسواس را کاهش می‌دهد، اما در بلندمدت با افزایش بیگانگی از خود، اثر تروما به خودکشی را تسهیل می‌کند. این پژوهش بر بازنگری در درمان‌ها و ادغام رویکردهای تروما‌محور با تقویت پیوند با واقعیت، برای جلوگیری از تبدیل این دفاع‌های گسستی به پیامدهای فاجعه‌بار تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: آسیب‌های دوران کودکی، احتمال خودکشی، اختلال وسواسی جبری، خیال‌پردازی ناسازگارانه

ارجاع: عامری ن، نجفی م. بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری: یک مطالعه توصیفی. سال ۱۴۰۵، دوره ۲۵، شماره ۳، صفحات: ۲۲۴-۲۰۹.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
تلفن: ۰۲۳-۳۱۵۳۳۰۱۸، پست الکترونیکی: m_najafi@semnan.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

مقدمه

اختلال وسواسی جبری (Obsessive compulsive disorder; OCD) یکی از مزمن‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که بر اساس آمارهای جهانی، چهارمین اختلال شایع روانی محسوب می‌شود (۱). این اختلال که با الگوهای تکرارشونده افکار مزاحم (Obsessions) و رفتارهای جبری (Compulsions) مشخص می‌گردد، منجر به نقص جدی در عملکردهای تحصیلی، شغلی و بین‌فردی می‌شود (۲).

بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری به دلیل ناتوانی در مهار افکار مزاحم، همواره سطوح بالایی از پریشانی تجربه می‌کنند (۳). فشار روانی مزمن، در کنار کاهش کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی، زمینه‌ساز بروز پدیده‌های ناگواری همچون افکار و اقدام به خودکشی (Suicide) می‌شود (۴). برخلاف مطالعات اولیه که وسواس را اختلالی با خطر مرگ پایین می‌دانستند (۵)، پژوهش‌های جدید همبستگی معناداری را میان شدت علائم وسواس و احتمال خودکشی نشان می‌دهند (۷، ۶، ۲). درواقع، زمانی که فرد احساس می‌کند در چرخه‌ای معیوب از تکرارهای ذهنی خود گرفتار شده و راهی برای رهایی از اضطراب‌های مداوم نمی‌یابد، خودکشی به عنوان یک مکانیسم اجتناب از فشار روانی طاقت‌فرسا در ذهن او شکل می‌گیرد (۴).

تمایل به خودکشی، اغلب ریشه در بسترهای تحولی ناامن و تجارب ناگواری دارد که تحت عنوان ترومای کودکی (Childhood trauma) شناخته می‌شوند. مطالعات مختلف از ارتباط قابل توجه میان ترومای کودکی و احتمال وقوع خودکشی حمایت می‌کنند (۱۰-۸). تروما نه تنها شدت علائم وسواس را تشدید می‌کند، بلکه موجب می‌شود فرد در مواجهه با استرس‌های فعلی زندگی، دچار نقص در مکانیسم‌های مقابله‌ای و دفاعی شود؛ این نارسایی در سازگاری، در تعامل با علائم وسواس، منجر به شکل‌گیری حسی از درماندگی آموخته‌شده می‌شود که مستقیماً فرد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد (۱۱). Darroudi و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که افراد با پیشینه تروما، مستعد استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد هستند که در نهایت منجر به تشدید علائم وسواس و افزایش آسیب‌پذیری در برابر افکار خودکشی می‌گردد (۱۲).

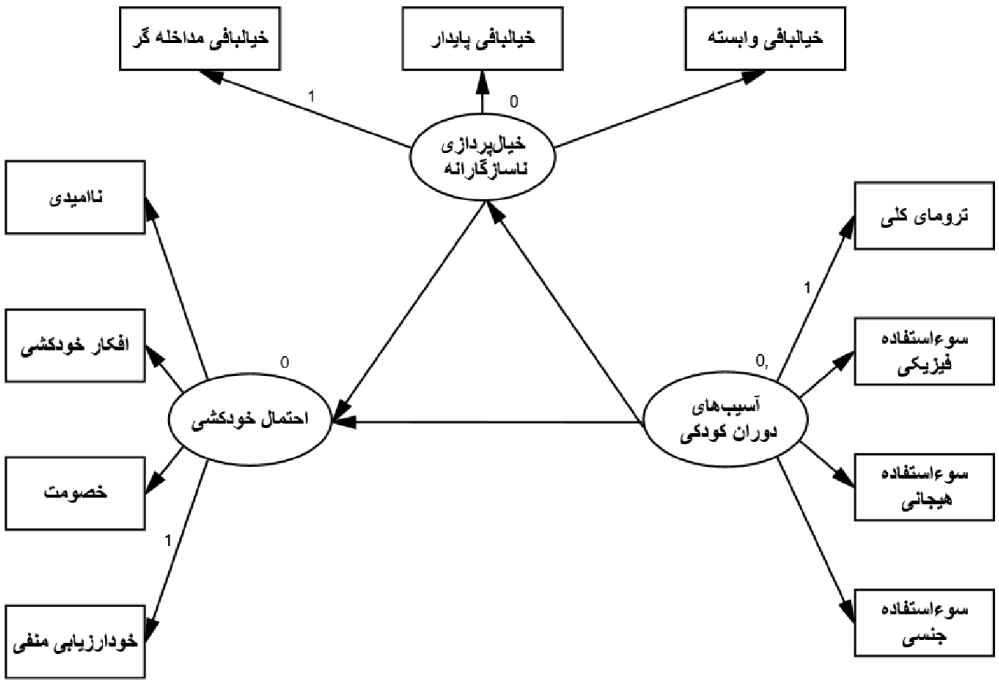
در شرایطی که فرد با فشار مضاعف ناشی از تروما و علائم وسواس فعلی روبروست، ذهن برای حفظ یکپارچگی و بقای روانی، اغلب به سمت فرآیندهای تجزیه‌ای (Dissociation) سوق پیدا می‌کند. یکی از این فرآیندهای نوظهور و حائز اهمیت بالینی، خیال‌پردازی ناسازگارانه (Maladaptive Daydreaming) است (۱۳). این سازه که در چارچوب نظریه جذب ذهنی (Absorptio) تبیین می‌شود، به معنای غرق‌شدگی افراطی در دنیای خیالی است که منجر به غفلت از واقعیت‌های بیرونی می‌گردد (۱۴). زمانی که فرد به دلیل وسواس و اثرات تروما، توانایی مقابله سازگارانه با واقعیت را از دست می‌دهد، به دنیای خیال پناه می‌برد تا نیازهای ارضانشده خود را در آنجا بازسازی کند (۱۵). با این وجود، این گریز ذهنی منجر به بیگانگی از خود و تشدید احساس انزوا می‌گردد و در نهایت، زمینه را برای گذار از خیال‌پردازی به اقدام‌های جدی خودکشی فراهم می‌آورد. (۱۶). Somer و همکاران نشان داده‌اند که خیال‌پردازی ناسازگار با سوءاستفاده و غفلت‌فیزیکی، و سوءاستفاده و غفلت‌عاطفی همبستگی مثبت دارد (۱۷). هم‌چنین، Schimmenti و همکاران رابطه قوی بین خیالبافی ناسازگار و خودکشی را گزارش نمودند؛ به طوری که بیش از ۲۸ درصد از خیالبافان ناسازگار نمونه آنها اقدام به خودکشی کرده بودند (۱۶). درواقع، خیال‌پردازی ناسازگارانه مسیر اثرگذاری تروما بر خودکشی را از طریق تضعیف منابع شناختی و افزایش گسست از واقعیت تسهیل می‌کند (۱۳).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

با وجود اهمیت قابل توجه احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری (۷، ۶) و نقش عوامل رشدی و تحولی مانند آسیب‌های دوران کودکی در بروز احتمال خودکشی (۱۰)، هنوز به‌درستی روشن نیست که چه سازوکارهایی می‌توانند این ارتباط را تبیین کنند. در حالی‌که بخش زیادی از مطالعات پیشین به بررسی رابطه‌ی مستقیم آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی پرداخته‌اند (۱۲-۸)، پژوهش‌های اندکی به بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در این ارتباط تمرکز داشته‌اند. این در حالی است که یافته‌های نظری و تجربی نشان داده‌اند آسیب‌های دوران کودکی با خیال‌پردازی ناسازگارانه رابطه مفهومی و ساختاری دارد (۱۶، ۱۴) و هر دو می‌توانند زمینه‌ساز احتمال وقوع خودکشی باشند. با وجود این شواهد، پژوهش‌های موجود عمدتاً به بررسی رابطه‌های دو متغیره محدود شده‌اند و مدل‌های میانجی‌گری کمتر مورد آزمون قرار گرفته‌اند (۱۳). بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری است. در شکل ۱، مدل پیشنهادی پژوهش ارائه شده است.



نمودار ۱- مدل مفهومی بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت، توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. کد اخلاق با شناسه IR.SEMUMS.REC.1404.060 برای رعایت موازین اخلاقی از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان اخذ گردید. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری براساس تشخیص روان‌شناس و روان‌پزشک برمبنای پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) که به مراکز روان‌پزشکی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۴۰۴ مراجعه کردند، بود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

Tabachnick و همکاران برای برآورد حداقل تعداد نمونه فرمول N>۵۰+۸m را ارائه کرده‌اند که در آن m تعداد متغیرهای پیش‌بین و N حداقل حجم نمونه می‌باشد (۱۸). در این پژوهش متغیرهای پیش‌بین شامل آسیب‌های دوران کودکی در چهار سطح و خیال‌پردازی ناسازگارانه در سه سطح است و نمونه حداقل باید ۱۰۶ نفر باشد که جهت افزایش اعتبار بیرونی ۳۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد.

با بررسی پرونده روان‌پزشکی بیمار و با نظر روان‌پزشک و روان‌درمانگر مربوطه ملاک‌های ورود و خروج بررسی شد که ملاک‌های ورود شامل دریافت یک تشخیص اولیه از اختلال وسواسی جبری بر اساس اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی-بازبینی شده (مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی)، نداشتن شرایط شدید روان‌پزشکی مانند روان‌پریشی، عدم ابتلاء به یک بیماری فیزیکی یا نورولوژیکی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و توانایی خواندن و درک مطالب پرسش‌نامه‌ها بود. ملاک‌های خروج شامل داشتن هرگونه سابقه بیماری پزشکی جدی یا اختلال شناختی جدی (مانند صرع، تشنج، آسیب مغزی) و یا اختلالات روان‌پزشکی ثانویه (مانند اختلالات سایکوتیک، اختلالات شخصیتی، اختلال مصرف مواد) بر اساس سوابق و پرونده پزشکی و خودگزارشی و عدم پاسخ‌دهی کامل بود. در نهایت تعداد ۸ پرسش‌نامه که با فاصله ماهالانوبیس شناسایی شده بودند، به دلیل داده‌های پرت حذف شدند و ۳۳۲ نفر به عنوان نمونه وارد پژوهش شدند.

ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه، نداشتن هیچ‌گونه ضرر مالی و جانی رعایت شده است. هم‌چنین، در جلسه توجیهی روند پژوهش، اهداف مطالعه، محرمانگی، ناشناس ماندن پاسخ‌ها و اختیار کامل در مشارکت برای بیماران توضیح داده شد و رضایت آگاهانه نیز از آنان دریافت شد.

در مورد نحوه انجام پژوهش، پرسش‌نامه‌ها بین مراجعه‌کنندگان واجد شرایط به مراکز روان‌پزشکی در بازه زمانی شش ماه دوم سال ۱۴۰۴ توزیع شد. برای اجرای پرسش‌نامه‌های خودگزارشی از شیوه حضوری و مداد-کاغذی پرینت شده استفاده شد. در این شیوه، نمونه‌گیری از بیماران به صورت مراجعه مستقیم به مراکز روان‌پزشکی انجام شد و پرسش‌نامه‌ها شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش در زمان مراجعه به‌صورت حضوری در اختیار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری قرار گرفت. شرکت‌کنندگان قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، فرم رضایت شرکت در پژوهش را تکمیل کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد، اطلاعات‌شان کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. فرایند جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزارهای زیر انجام گرفت.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی نمونه‌ها: این پرسش‌نامه ابزار محقق ساخته است که اطلاعات جمعیت شناختی سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل و ویژگی‌های بالینی نمونه‌ها شامل مدت زمان بیماری، شدت اختلال وسواسی جبری و سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی هم‌زمان را جمع‌آوری می‌کند.

پرسش‌نامه احتمال خودکشی (Suicide Probability Scale; SPS): این پرسش‌نامه توسط Cull و Gil در سال ۱۹۸۸ طراحی شد و دارای ۳۶ سؤال و ۴ مؤلفه ناامیدی، افکار خودکشی، خصومت و خودارزیابی منفی است. هر گویه بر روی طیف لیکرت چهار درجه‌ای از نمره یک (هرگز) تا نمره ۴ (همیشه) درجه‌بندی و نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات برای کل پرسش‌نامه ۳۶ تا ۱۴۴ است که نمرات بالا در پرسش‌نامه نشان دهنده احتمال خودکشی بیشتر و نمرات کمتر نشانه احتمال خودکشی کمتر است. Cull و Gil ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس را ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها دامنه‌ای از ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش کردند (۱۹). در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

پژوهش Khanipour و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۶ گزارش نمود (۲۰). در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۵ و برای ناامیدی (۰/۹۰)، افکار خودکشی (۰/۶۸)، خصومت (۰/۸۳) و خودارزیابی منفی (۰/۸۰) بود.

پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی (Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form; ETISR-SF): این پرسش‌نامه توسط Bremner و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شده است و دارای ۲۷ گویه است که چهار حیطه از آسیب‌های ممکن اولیه که قبل از سن ۱۸ سالگی رخ داده است را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه ابعاد ترومای کودکی شامل ترومای کلی، سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده فیزیکی و سوءاستفاده جنسی را مورد بررسی قرار می‌دهد که نیاز به پاسخ دوتایی (بله=نمره ۱، خیر=نمره صفر) دارد که کسب نمره ۷ یا بیشتر نشانه وجود تروما و نمره کمتر از ۷ نشانه عدم وجود تروما است. Bremner و همکاران آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های ترومای کلی (۰/۷۰)، سوءاستفاده هیجانی (۰/۸۶)، سوءاستفاده فیزیکی (۰/۷۵) و سوءاستفاده جنسی (۰/۸۷) گزارش کردند (۲۱). Ghodratollahifard و همکاران آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۷۴ و برای خرده مقیاس‌های ترومای کلی (۰/۷۸)، سوءاستفاده هیجانی (۰/۷۱)، سوءاستفاده فیزیکی (۰/۸۲) و سوءاستفاده جنسی (۰/۶۶) گزارش کردند (۲۲). در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ و برای ترومای کلی (۰/۶۸)، سوءاستفاده هیجانی (۰/۷۹)، سوءاستفاده فیزیکی (۰/۷۴) و سوءاستفاده جنسی (۰/۷۰) بود.

مقیاس خیال‌پردازی ناسازگارانه (The Maladaptive Daydreaming Scale; MDS): این مقیاس توسط Somer و همکاران در سال ۲۰۱۷ طراحی شده است و ۱۶ گویه دارد. در نسخه فارسی این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس خیالبافی مداخله گر، خیالبافی پایدار و خیالبافی وابسته است. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که به آیتم‌های این پرسش‌نامه در مقیاسی از ۰ (هرگز) تا ۰/۱۰۰ (بسیار مکرر) با فواصل ۱۰ درصدی پاسخ دهند که نمرات بالا نشان دهنده خیال‌پردازی ناسازگارانه بیشتر و نمرات کمتر نشانه خیال‌پردازی ناسازگارانه کمتر است. این مقیاس دارای روایی ملاکی (r=۰/۵۸)، پایایی آزمون-باز آزمون (۰/۹۲)، حساسیت (۹۵ درصد) و ویژگی (۸۹ درصد) برای تشخیص خیال‌پردازی ناسازگار است (۱۳). Ahmadi و همکاران خصوصیات روان‌سنجی این پرسش‌نامه را بر نمونه ۳۰۰ نفری از دانشجویان ایرانی بررسی کردند و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ و برای خیالبافی مداخله‌گر (۰/۹۰)، خیالبافی پایدار (۰/۸۶) و خیالبافی وابسته (۰/۷۹) گزارش نمودند. هم‌چنین، بین پرسش‌نامه خیال‌بافی ناسازگارانه با مؤلفه‌های فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت و واقعیت و جذب و تخیل رابطه مستقیم و معنی‌دار گزارش دادند که نتایج حاکی از روایی همگرای این ابزار است (۲۳). در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۶ و برای خیالبافی مداخله‌گر (۰/۹۳)، خیالبافی پایدار (۰/۹۲) و خیالبافی وابسته (۰/۸۶) بود.

پرسش‌نامه بازنگری شده وسواسی-جبری (Obsessive–Compulsive Disorder- revision; OCD-R): این پرسش‌نامه توسط Foa و همکاران در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است و دارای ۱۸ گویه می‌باشد. هر یک از آیتم‌های این مقیاس بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هیچ‌وقت) تا ۴ (بیش‌ازحد) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات از صفر تا ۷۲ است که نمره بالاتر نشان دهنده میزان شدت علائم بیشتر اختلال در فرد است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

Foa و همکاران همسانی درونی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰ به‌دست آوردند و پایایی با روش آزمون-بازآزمون را برای خرده مقیاس‌ها و نمرات کل از ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (۲۴). Ameri و Najafi آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌ها را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند (۲۵). لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر، نشانگان وسواس جزء متغیرهای مورد مطالعه در موضوع پژوهش نمی‌باشند ولی از آن‌جایی‌که این مطالعه بر روی بیماران با اختلال وسواسی جبری انجام می‌شود به لحاظ بالینی لازم است میانگین سطوح نشانگان تجربه‌شده به‌وسیله این بیماران گزارش شود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از نرم-افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی Pearson) و مدل‌یابی معادلات ساختاری (Structural Equations Modeling; SEM) تحلیل شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۳۳۲ نفر از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با میانگین و انحراف معیار سنی ۸/۰۳ ± ۳۶/۴۳ سال در طیف سنی ۲۰ تا ۵۰ سال مورد بررسی قرار گرفت. ۱۵۴ نفر (۴۶/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان مرد و ۱۷۸ نفر (۵۳/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان زن بودند و ۱۴۵ نفر (۴۳/۷ درصد) از آنان مجرد و ۱۸۷ نفر (۵۶/۳ درصد) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۳۱ نفر (۳۹/۵ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۴۷ نفر (۴۴/۳ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۵۴ نفر (۱۶/۳ درصد) دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر بودند. قابل ذکر است که ۵۹ نفر (۱۷/۸ درصد) از مشارکت‌کنندگان کمتر از یک سال، ۱۷۱ نفر (۵۱/۵ درصد) از یک تا ۵ سال، ۶۲ نفر (۱۸/۷ درصد) از ۶ تا ۱۰ سال و ۴۰ نفر (۱۲ درصد) بیشتر از ۱۰ سال سابقه ابتلاء به اختلال وسواسی جبری داشتند. بر اساس نتایج پرسش‌نامه اختلال وسواسی جبری، میانگین نمره شدت اختلال وسواسی جبری در شرکت‌کنندگان ۳۴/۱۴ با انحراف معیار ۷/۸۸ به دست آمد. این نمره نشان‌دهنده قرارگیری نمونه پژوهش در محدوده شدت متوسط بیماری است.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش حاضر شامل میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۱ گزارش شده است. با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین آسیب‌های دوران کودکی و خیال‌پردازی ناسازگارانه با احتمال خودکشی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت (P<۰/۰۱). هم‌چنین، بین آسیب‌های دوران کودکی با خیال‌پردازی ناسازگارانه رابطه مثبت و معنادار وجود داشت (P<۰/۰۱).

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و همبستگی متغیرهای پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری شهر تهران در سال ۱۴۰۴ (n=۳۳۲)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه-کمینه	۱	۲	۳
۱. آسیب‌های دوران کودکی	۱۳/۸۶	۶/۲۱	۰-۲۷	۱		
۲. خیال‌پردازی ناسازگارانه	۴۵/۶۲	۲۱/۶۴	۱۰-۹۰	۰/۱۹**	۱	
۳. احتمال خودکشی	۷۵/۰۵	۲۴/۵۷	۳۷-۱۲۵	۰/۳۴**	۰/۵۰**	۱

***** ضریب همبستگی Pearson، P<۰/۰۱***

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

در پژوهش حاضر، برای بررسی برازش روابط، از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد و پیش از آن، پیش‌فرض‌های آماری ارزیابی گردید. نرمال بودن تک‌متغیره با شاخص‌های کجی و کشیدگی تأیید شد (دامنه ۲±)، و نرمال بودن چندمتغیره با ضریب کشیدگی استاندارد Mardia (۴/۶۵) و نسبت بحرانی (۲/۱۷) بررسی شد که هر دو کمتر از ۵ و نشان‌دهنده برقراری پیش‌فرض بودند (۲۶). داده‌های پرت با شاخص Mahalanobis شناسایی (۲۷) و هشت مورد حذف شد. پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه با شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد و هیچ تخطی مشاهده نشد. جزئیات آماری متغیرها شامل آسیب‌های دوران کودکی دارای کجی برابر با ۰/۴۲-، کشیدگی ۰/۵۵-، شاخص تحمل ۰/۹۶ و عامل تورم واریانس برابر با ۱/۰۳ بود؛ خیال‌پردازی ناسازگارانه دارای کجی ۰/۰۹، کشیدگی ۱/۲۴- ، شاخص تحمل ۰/۹۶ و عامل تورم واریانس برابر با ۱/۰۳ بود؛ و احتمال خودکشی دارای کجی ۰/۱۱ و کشیدگی ۱/۳۱- بود. بنابراین، پیش‌فرض‌های آماری برقرار بوده و مدل معادلات ساختاری روش مناسبی برای ارزیابی برازش مدل است (۲۶).

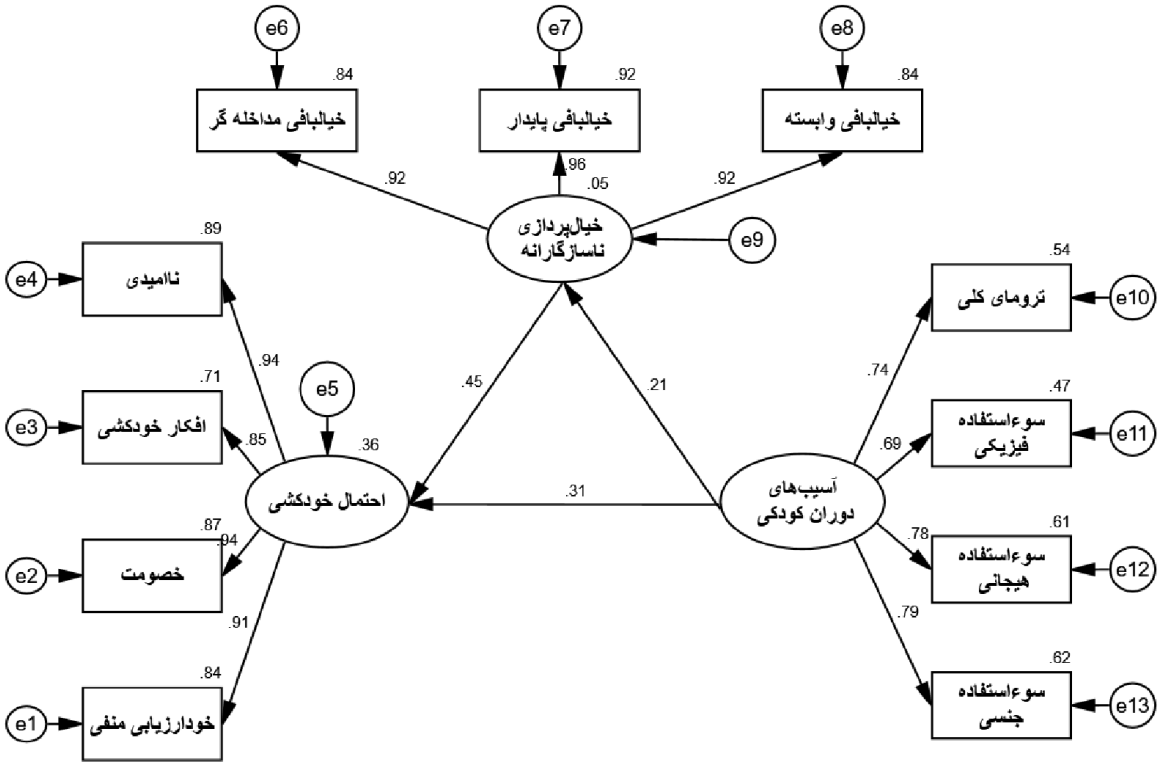
پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی مدل پیشنهادی مورد ارزیابی قرار گرفت. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ گزارش شده است. به‌طور کلی، یک مدل مناسب باید دارای مقدار خی‌دو (Chi-square test) غیرمعنادار و خی‌دو نسبت به درجه آزادی (χ^2/df) کمتر از ۳ باشد. هم‌چنین، شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index; GFI)، شاخص برازش تطبیقی (Comparative Fit Index; CFI) و شاخص برازندگی هنجار شده (Normed Fit Index; NFI) مقادیری بالاتر از ۰/۹۰ داشته باشند. علاوه بر این، شاخص برازش افزایشی (Incremental Fit Index; IFI) نیز مقادیری بالاتر از ۰/۹۰ را بیان می‌کند. مهم‌ترین معیار برازش مدل، شاخص ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA) است که مقادیر کمتر از ۰/۰۸ بیانگر برازش مطلوب مدل بوده و نسبت به حجم نمونه حساسیت کمتری دارد (۲۸). طبق نتایج جدول ۲، شاخص‌های برازش (CFI=۰/۹۷، GFI=۰/۹۷، NFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۶ و RMSEA=۰/۰۷۲) حاکی از برازش خوب مدل پیشنهادی با داده‌ها است (۲۸).

جدول ۲- شاخص‌های برازش مدل پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری شهر تهران در سال ۱۴۰۴ (n=۳۳۲)

شاخص برازندگی	χ^2/df	CFI	NFI	GFI	AGFI	IFI	RMSEA	PCLOSE
سطح قابل قبول (۲۸)	۳>	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۰۸>	۰/۰۵<
پیشنهادی	۲/۶۹۸	۰/۹۷۸	۰/۹۶۵	۰/۹۷۰	۰/۹۶۰	۰/۹۷۸	۰/۰۷۲	۰/۱۴۰
نتیجه	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید

هم‌چنین، شاخص R^2 نشان‌دهنده واریانس تبیین‌شده متغیرهای درونزا می‌باشد؛ ضریب تعیین متغیر احتمال خودکشی ۰/۳۱ بود که نشان می‌دهد آسیب‌های دوران کودکی و خیال‌پردازی ناسازگارانه ۳۱ درصد از تغییرات احتمال خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند و این میزان در حد متوسط قرار دارد. نمودار ۲ الگوی پیشنهادی پژوهش را نمایش می‌دهد.

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]



نمودار ۲- ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری شهر تهران در سال ۱٤۰٤ (n=۳۳۲)

ضرایب استاندارد کلیه مسیرها و مقادیر بحرانی در مدل آزمون شده در جدول ۳ قابل مشاهده است. نتایج جدول ۳ نشان می دهد، آسیب‌های دوران کودکی (P<۰/۰۰۱ ،β=۰/۳۰۷) و خیال‌پردازی ناسازگارانه (P<۰/۰۰۱ ،β=۰/۴۵۵) بر احتمال خودکشی اثر مثبت و معناداری دارد. هم‌چنین نتایج نشان داد، آسیب‌های دوران کودکی بر خیال‌پردازی ناسازگارانه اثر مثبت و معناداری داشت (P<۰/۰۰۱ ،β=۰/۲۱۴).

جدول ۳- ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی پیشنهادی بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری شهر تهران در سال ۱٤۰٤ (n=۳۳۲)

مسیر	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار P
آسیب‌های دوران کودکی ---> احتمال خودکشی	۰/۷۴۴	۰/۳۰۷	۰/۱۳۳	۵/۶۰۲	<۰/۰۰۱
خیال‌پردازی ناسازگارانه ---> احتمال خودکشی	۰/۱۰۱	۰/۴۵۵	۰/۰۱۱	۸/۹۶۹	<۰/۰۰۱
آسیب‌های دوران کودکی---> خیال‌پردازی ناسازگارانه	۲/۳۲۵	۰/۲۱۴	۰/۶۶۶	۳/۴۸۸	<۰/۰۰۱

در ادامه، نتایج حاصل از روابط واسطه‌ای با استفاده از آزمون بوت استرپ (Bootstrap) به جهت آزمودن مسیر واسطه‌ای در جدول ۴ نشان داده شده است. نتایج آزمون بوت استرپ نشان داد که اثر غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر احتمال خودکشی

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

از طریق خیال‌پردازی ناسازگارانه برابر ۰/۰۹۷ به‌دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود و خیال‌پردازی ناسازگارانه به‌صورت جزئی و نه کامل قادر به میانجی‌گری بین متغیرهای پیش‌بین با ملاک؛ یعنی بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی بود.

جدول ٤- نتایج بوت استرپ برای مسیر غیر مستقیم الگوی پیشنهادی بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری شهر تهران در سال ١٤٠٤ (n=٣٣٢)

مسیر	اثر غیرمستقیم	خطا	حد پایین	حد بالا	مقدار P
آسیب‌های دوران کودکی به احتمال خودکشی از طریق خیال‌پردازی ناسازگارانه	۰/۰۹۷	۰/۰۲۸	۰/۰۵۴	۰/۱۴۶	<۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر به بررسی نقش واسطه‌ای خیال‌پردازی ناسازگارانه در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری پرداخت. اولین یافته پژوهش نشان داد بین آسیب‌های دوران کودکی و احتمال خودکشی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد که با پژوهش‌های سایر پژوهشگران همسو می‌باشد (۱۲-۸). تبیین رابطه میان آسیب‌های دوران کودکی و خودکشی در بیماران مبتلا به وسواس از منظر نظریه استرس-آسیب‌پذیری حاکی از آن است که تجارب ناگوار تحولی، زیرساخت‌های روانی فرد را در برابر محرک‌های تنش‌زای دوران بزرگسالی به شدت آسیب‌پذیر می‌سازد و تروما باعث می‌شود ترس از درد فیزیکی و مرگ در فرد کاهش یابد (۹). بر اساس نظریه بین‌فردی خودکشی (Interpersonal-Psychological Theory of Suicide; IPTS)، افرادی که در سال‌های بنیادین رشد با سوءرفتار یا بی‌توجهی مواجه بوده‌اند، به دلیل درونی‌سازی طرحواره‌های نقص و شرم، هنگام مواجهه با افکار وسواسی دچار نوعی انسداد شناختی می‌شوند (۸). در این شرایط، تروما با کاهش ظرفیت تحمل درد روانی و همزمان تقویت احساس تعلق آسیب‌دیده و ادراک سربار بودن، زمینه را برای خودکشی فراهم می‌کند (۱۰). به این ترتیب، زمانی که فرد تحت فشار مضاعف نشانگان وسواسی قرار می‌گیرد، به دلیل فرسایش منابع مقابله‌ای که ریشه در ناامنی‌های نخستین دارد، در وضعیتی از فشار روانی قرار می‌گیرد که در آن خودکشی نه به عنوان یک بن‌بست، بلکه به مثابه تنها راهکار منطقی برای پایان دادن به رنج وجودی ادراک می‌گردد (۱۲).

هم‌چنین، یافته بعدی این پژوهش مبنی بر وجود رابطه مستقیم و معنادار بین خیال‌پردازی ناسازگارانه و احتمال خودکشی، با نتایج سایر پژوهشگران هم‌راستا است (۱۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت خیال‌پردازی ناسازگارانه، به عنوان یک مکانیسم دفاعی و اجتنابی عمل می‌کند که فرد را برای مدت‌های طولانی از واقعیت‌های ناخوشایند و دردهای عاطفی جدا می‌سازد (۲۹). اگرچه این فرآیند در کوتاه‌مدت ممکن است با ایجاد یک پناهگاه امن ذهنی، اضطراب ناشی از تروما یا تنش‌های بین‌فردی را تعدیل کند، اما در بلندمدت منجر به نوعی بیگانگی از خود و انزوای اجتماعی می‌گردد (۱۵). از منظر نظری، این رابطه را می‌توان با استفاده از مدل‌های نظریه استرس-آسیب‌پذیری و نظریه بین‌فردی خودکشی تبیین کرد. در این چارچوب، خیال‌پردازی ناسازگارانه به عنوان یک شکل از اجتناب تجربی (Experiential Avoidance) عمل می‌کند که مانع از پردازش سازگارانه عواطف و تجارب تلخ می‌شود (۱۶). با تداوم این فرآیند،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

فرد به جای مواجهه و حل مسائل، به دنیای درونی خود پناه می‌برد که این امر باعث کاهش ظرفیت سازگاری و تضعیف مسیر رشد روانی در برابر استرس‌های واقعی می‌شود (۱۴). در نتیجه، هنگامی که فرد با موقعیت‌های بحرانی یا فشارهای شدید روانی روبه‌رو می‌شود، به دلیل فقدان مهارت‌های لازم برای مدیریت هیجان و وابستگی افراطی به دنیای خیالی، دچار ناتوانی در حل مسئله شده و احساس درماندگی می‌کند (۲۹). علاوه بر این، محتوای خیال‌پردازی‌ها در این افراد اغلب دارای مضامین خشونت، طرد، یا خودکشی است که به صورت مکرر در ذهن تکرار می‌شوند. این تمرین ذهنی منفی، به نوعی حساسیت‌زدایی در برابر مفهوم مرگ ایجاد کرده و آستانه تحمل درد روانی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، خیال‌پردازی ناسازگارانه با ایجاد یک سیکل معیوب شامل اجتناب از واقعیت، افزایش انزوا و تثبیت باورهای منفی نسبت به خود، مسیر منجر به خودکشی را هموار می‌سازد (۱۷).

یافته‌ها هم‌چنین نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی اثر مستقیم بر خیال‌پردازی ناسازگارانه دارد. این یافته با نتایج پژوهش سایر پژوهشگران مطابقت داشت (۱۶). رابطه آسیب‌های دوران کودکی با خیال‌پردازی ناسازگارانه را می‌توان در چارچوب نظریه گسست ساختاری شخصیت تبیین کرد. تروما در دوران کودکی ایگو را ناگزیر می‌کند تا برای محافظت از کل سیستم روانی در برابر تجارب ناگوار، به مکانیسم‌های تجزیه‌ای روی آورد (۳۰). خیال‌پردازی در این بافتار، یک سازوکار دفاعی است که به فرد اجازه می‌دهد از واقعیت ناامن بیرونی به دنیای کنترل‌شده درونی بگریزد (۱۳). این فرایند که در نظریه جذب ذهنی به عنوان یک پاسخ جبرانی شناخته می‌شود، به بیمار وسواسی اجازه می‌دهد تا در رویا، امنیتی را بازسازی کند که تروما از او سلب کرده است.

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خیال‌پردازی ناسازگارانه نقش میانجی در رابطه میان آسیب‌های دوران کودکی و احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری ایفا می‌کنند. اگرچه مطالعه‌ای که دقیقاً این مسیر را بررسی کرده باشد یافت نشد، اما چارچوب‌های نظری متعددی این رابطه را تبیین می‌کنند. مطابق با نظریه مدل‌های رفتاری اجتنابی، افرادی که در معرض تروما قرار می‌گیرند، به دلیل ناکارآمدی محیط‌های حمایتی، یاد می‌گیرند برای تنظیم هیجانات منفی و دردهای روانی، از واقعیت گسست یابند (۳۰). خیال‌پردازی ناسازگارانه در اینجا به عنوان یک راه‌کار اجتناب شناختی عمل می‌کند (۱۳). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری به دلیل ماهیت اختلال، درگیر شک و تردید و اضطراب مزمن هستند (۲). خیال‌پردازی ناسازگارانه با ایجاد یک دنیای امن، بیمار را از مواجهه با محرک‌های وسواسی و درمان باز می‌دارد. این انزوای شناختی ناشی از خیال‌پردازی، باعث می‌شود بیمار مهارت‌های لازم برای حل مسئله در دنیای واقعی را از دست بدهد. اگرچه این مکانیسم ممکن است در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش دهد، اما در بلندمدت با تقویت الگوهای اجتنابی، مانع از پردازش شناختی مناسب هیجانات شده و حس ناامیدی و بی‌ارزشی را تشدید می‌کند که هر دو از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی خودکشی محسوب می‌شوند (۱۷). نهایتاً، تبیین نقش میانجی‌گرانه خیال‌پردازی ناسازگارانه در گرایش به خودکشی بر پایه نظریه فرار از خویشتن استوار است. بر اساس این دیدگاه، زمانی که شکاف میان خود آرمانی در دنیای خیال و خود واقعی آسیب‌دیده از وسواس به حداکثر می‌رسد، آگاهی نسبت به خویشتن برای فرد تحمل‌ناپذیر می‌گردد (۷). خیال‌پردازی ناسازگارانه با فرسوده کردن منابع شناختی و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

مخدوش کردن مرزهای واقعیت‌آزمایی، مانع از به‌کارگیری راهبردهای حل مسئله کارآمد می‌شود (۱۴). هنگامی که بیمار از دنیای بی‌نقص رویا به واقعیت آمیخته با تروما و وسواس بازمی‌گردد، احساس پوچی و بیگانگی از خود دوچندان شده و گسست حاصل از خیال‌پردازی، مسیر گذار از ایده‌پردازی به اقدام نهایی خودکشی را تسهیل می‌کند. در این چرخه شناختی، خیال‌پردازی که پیش از این نقش تسکین‌دهنده را ایفا می‌کرد، به عاملی تسریع‌کننده بدل می‌شود که با تضعیف پیوندهای واقعی، فرد را به این باور می‌رساند که برای اجتناب کامل از آگاهی دردناک، راهکاری جز نابودی جسم خویش باقی نمانده است.

با وجود نتایج معنادار، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد؛ ماهیت مقطعی بودن مطالعه و اتکا به ابزارهای خودگزارش‌دهی در سنجش متغیرهای حساسی چون ترومای کودکی و خیال‌پردازی ناسازگارانه، به دلیل سوگیری احتمالی در یادآوری و پدیده مطلوبیت اجتماعی، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های طولی و مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته برای واکاوی دقیق‌تر روند زمانی این روابط استفاده شود. از منظر کاربردی و بالینی، با توجه به تأیید نقش میانجی‌گرانه خیال‌پردازی ناسازگارانه، پیشنهاد می‌شود ارزیابی گسست به بخش جدایی‌ناپذیر پروتکل‌های تشخیصی اختلال وسواسی جبری تبدیل شود؛ چرا که غرق‌شدگی در رویا می‌تواند به عنوان یک مقاومت درمانی پنهان عمل کرده و اثربخشی تکنیک‌های مواجهه و بازداری از پاسخ (Exposure and Response Prevention; ERP) را خنثی نماید. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود درمانگران از رویکردهای یکپارچه‌نگر مانند درمان نظام‌های درونی خانواده (Internal Family Systems Therapy; IFS) برای مدیریت بخش‌های گسسته شخصیت و یا درمان پردازش شناختی بهبود و التیام زخم‌های ناشی از تروما بهره بگیرند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی به عنوان یک عامل زمینه‌ساز و مخرب، از طریق ایجاد خیال‌پردازی ناسازگارانه، احتمال خودکشی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری افزایش می‌دهد و طبق نتایج، خیال‌پردازی ناسازگارانه نقشی میانجی در این فرآیند ایفا می‌کند؛ به این معنا که تروماهای اولیه با ایجاد یک مکانیسم اجتناب روانی و گسست از واقعیت، فرد را به سمت دنیایی خیالی سوق می‌دهند که در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهد، اما در بلندمدت با ایجاد بیگانگی از خود و انزوا، زمینه را برای بروز تمایلات خودکشی فراهم می‌آورد. این پژوهش تأکید می‌کند که در درمان بیماران وسواسی با سابقه تروما، علاوه بر مدیریت علائم بالینی، باید بر شناسایی و اصلاح این راه‌کارهای اجتنابی و تقویت پیوند با واقعیت تمرکز کرد تا از تبدیل شدن دردهای روانی به پیامدهای فاجعه‌بار جلوگیری به عمل آید.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی در دانشگاه سمنان است. نویسندگان صمیمانه از تمامی مسئولین مراکز روان‌پزشکی مربوطه در شهر تهران و هم‌چنین شرکت‌کنندگان که با حمایت ارزشمند خود زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، قدردانی می‌کنند.

تعارض منافع: مطابق با اظهارات نویسندگان، این مطالعه فاقد هرگونه تعارض منافع است.

حامی مالی: این پژوهش از هیچ منبع مالی یا حمایتی بهره‌مند نبوده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این پژوهش با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1404.060 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان تصویب شده است.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** محمود نجفی، نرجس عامری
- **روش کار:** محمود نجفی، نرجس عامری
- **جمع‌آوری داده‌ها:** نرجس عامری
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** نرجس عامری
- **نظارت:** محمود نجفی
- **مدیریت پروژه:** محمود نجفی
- **نگارش-پیش‌نویس اصلی:** محمود نجفی، نرجس عامری
- **نگارش-بررسی و ویرایش:** محمود نجفی، نرجس عامری

References

1. Horwath E, Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Syndrome* 2022; 14(1): 35-49.

2. İnaltekin A, Yağcı İ. Difficulty in Emotion Regulation, Metacognition, Psychiatric Symptoms, and Suicide Probability in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2024; 34(1): 57-71.

3. Sharma E, Sharma LP, Balachander S, Lin B, Manohar H, Khanna P, et al. Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2021; 12: 703701

4. Bramante S, Maina G, Borgogno R, Pellegrini L, Rigardetto S, Albert U. Assessing suicide risk in patients with obsessive-compulsive disorder: a dimensional approach. *Braz J Psychiatry* 2023; 45: 28-37.

5. Coryell W. Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression: Comparisons of background, family history, course, and mortality. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169(4): 220-4.

6. Samuels J, Bienvenu OJ, Krasnow J, Grados MA, Cullen BA, Goes FS, et al. Prevalence and correlates of lifetime suicide attempt in obsessive-compulsive disorder with major depression. *J Psychiatr Res* 2023; 161: 228-36.

7. Benatti B, Albert U, Maina G, Fiorillo A, Celebre L, Girone N, et al. What happened to patients with

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in northern Italy. *Front Psychiatry* 2020; 11: 720.

8. Yu Y, Feng Y, Xu S, Wilson A, Chen C, Ling X, et al. The influence of childhood trauma and chronotype on suicide attempts in Chinese emerging adults with severe depressive symptoms. *BMC Psychol* 2024; 12(1): 12.

9. Rogerson O, O'Connor RC, O'Connor DB. The effects of childhood trauma on stress-related vulnerability factors and indicators of suicide risk: An ecological momentary assessment study. *J Affect Disord* 2024; 352: 479-89.

10. Farniya F, Rahimian-Boogar I. The Role of Childhood Trauma, Psychosocial Stress, and Interpersonal Conflicts in the Prediction of Suicide Attempt with the Mediating Factor of Physical Health: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23(2): 104-18. [Farsi]

11. Kilic F, Karakoc AAU, Isik U, Donmez F, Demirdas A. Childhood traumas and suicide probability in obsessive-compulsive disorder patients with and without suicide attempts. *Dusunen Adam* 2020; 33(4): 402-9.

12. Darroudi H, Najafi M, Khosravani V. Pathways to suicidal risk in patients with OCD: The role of childhood abuse, cognitive vulnerabilities, OCD symptomology, and depression. *J Fam Trauma Child Custody Child Dev* 2024; 21(3): 341-64.

13. Somer E, Soffer-Dudek N, Ross CA, Halpern N. Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. *Psychol Conscious* 2017; 4(2): 176.

14. Soffer-Dudek N, Somer E. Maladaptive daydreaming is a dissociative disorder: Supporting evidence and theory. In: Dissociation and the dissociative disorders. 2022: 547-63.

15. Abu-Rayya HM, Somer E, Knane H. Maladaptive daydreaming is associated with intensified psychosocial problems experienced by female survivors of childhood sexual abuse. *Violence Against Women* 2020; 26(8): 825-37.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

16. Schimmenti A, Somer E, Regis M. Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. *Ann Med Psychol* 2019; 177(9): 865-74.

17. Somer E, Abu-Rayya HM, Brenner R. Childhood trauma and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample. *J Trauma Dissociation* 2021; 22(3): 288-303.

18. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using Multivariate Statistics. Boston, MA: Pearson; 2007: 25-34.

19. Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale. *J Consult Clin Psychol* 1988.

20. Khanipour H, Borjali A, Falsafinejad MR. Nonsuicidal self-injury in delinquent adolescents and adolescents with history of childhood maltreatment: Motivation and suicide probability. *Psychol Except Individ* 2017; 6(21): 60-79. [Farsi]

21. Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(3): 211-8.

22. Ghodratollahifard F, Chinaveh M, Aminimanesh S. The mediating role of distress tolerance and cognitive emotion regulation in the relationship between childhood trauma and the occurrence of obsessive-compulsive personality disorder symptoms in nurses. *Sadra Med Sci* 2021; 9(3): 271-84. [Farsi]

23. Ahmadi F, Goodarzi M, Kazemirezaei SA, Yazdanimehr R. Validity, reliability, and factor structure of the 16-item Maladaptive Daydreaming Scale in an Iranian sample. *Clin Psychol* 2022; 14(4): 53-63. [Farsi]

24. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess* 2002; 14(4): 485.

25. Ameri N, Najafi M. The mediating role of psychological distress (stress, anxiety, and depression) in the relationship between experiential avoidance and obsessive-compulsive symptoms. *Psychol Stud* 2021; 17(4): 11-31. [Farsi]

26. Blunch NJ. Introduction to structural equation modeling using IBM SPSS Statistics and EQS. London: SAGE Publications Ltd; 2015: 360.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

27. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11(2): 213-8.

28. Sanjari S, Tavan A, Abbasi H, Salajegheh A, Mohammadi Soliemani MR. Development and Psychometric Evaluation of the Tehran Adolescent Aggression Scale: A Mixed-Methods Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2025; 619(4): e153646.

29. Vyas M, Shaikh M, Rana S, Pendyala AG. Is this the real life? Or just a fantasy? A closer look at maladaptive daydreaming. *Ment Health Soc Incl* 2024; 28(3): 252-60.

30. Demirkol ME, Uğur K, Tamam L. The mediating effects of psychache and dissociation in the relationship between childhood trauma and suicide attempts. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2020; 21(5): 453-60.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Mediating Role of Maladaptive Daydreaming in the Relationship between Childhood Trauma and Suicide Probability in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: A Descriptive Study

Narjes Ameri[1], Mahmoud Najafi[2]

Received: 30/03/26 Sent for Revision: 05/05/26 Received Revised Manuscript: 07/06/26 Accepted: 10/06/26

Background and Objectives: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is associated with self-destructive tendencies that are rooted in phenomenological constructs and developmental experiences of the individual. The present study aimed to determine the mediating role of maladaptive fantasy in the relationship between childhood trauma and the likelihood of suicide in patients with OCD.

Materials and Methods: This is a descriptive-correlational study utilizing structural equation modeling. The statistical population consisted of all patients with OCD who referred to counseling centers, hospitals, and psychotherapy clinics in Tehran in 2025; of them, 332 people were selected using convenience sampling. The main data collection instruments included the Childhood Trauma Questionnaire by Bremner et al. (2007), the Maladaptive Daydreaming Scale by Somer et al. (2017), and the Suicide Probability Scale by Cull and Gill (1988). Data were analyzed using Pearson's correlation and structural equation modeling.

Results: The findings indicated that childhood trauma had a significant positive effect on suicidal attempts ($\beta= 0.307$, $p<0.001$); maladaptive daydreaming was a significant predictor of suicidal attempts ($\beta= 0.455$, $p<0.001$); and a significant positive relationship was observed between childhood trauma and maladaptive daydreaming ($\beta= 0.214$, $p<0.001$). Also, childhood trauma affected the likelihood of suicide in obsessive-compulsive patients through maladaptive fantasy ($\beta= 0.097$, $p<0.001$).

Conclusion: According to the results, although maladaptive fantasy reduces anxiety caused by trauma and obsession in the short term, in the long term, it facilitates the effect of trauma on suicidal attempts by increasing self-alienation. This study emphasizes the need to review treatments and integrate trauma-focused approaches with strengthening the connection with reality to prevent these dissociative defenses from turning into catastrophic consequences.

Keywords: Childhood trauma, Suicide probability, Obsessive-compulsive disorder, Maladaptive daydreaming

Funding: This study did not receive any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Semnan University of Medical Sciences approved the study (IR.SEMUMS.REC.1404.060).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Mahmoud Najafi, Narjes Ameri
- **Methodology:** Mahmoud Najafi, Narjes Ameri
- **Data collection:** Narjes Ameri
- **Formal analysis:** Narjes Ameri
- **Supervision:** Mahmoud Najafi
- **Project administration:** Mahmoud Najafi
- **Writing – original draft:** Mahmoud Najafi, Narjes Ameri
- **Writing – review & editing:** Mahmoud Najafi, Narjes Ameri

Citation: Ameri N, Najafi M. The Mediating Role of Maladaptive Daydreaming in the Relationship between Childhood Trauma and Suicide Probability in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2026; 25 (3): 209-24. doi: 10.66224/jrums.25.3.209. [Farsi].

1- PhD Student in Psychology, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2- Associate Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran ORCID: 0000-0002-1160-2117

(Corresponding Author) Tel: (023) 31533018, E-mail: m_najafi@semnan.ac.ir

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.3.209]