



## Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Print ISSN: 2008-501X Online ISSN: 2228-5180

Homepage: <https://jcp.semnan.ac.ir>



Semnan University

### Modeling the Structure of Scrupulosity in a Population of Individuals with Obsessive–Compulsive Disorder: Examining the Effects of Thought–Action Fusion and Dysfunctional Interpretation of Thoughts Through Neuroticism

Esmail Soleimani<sup>1\*</sup> , Shahla Alilou<sup>2</sup> , Maryam Hoseinlou<sup>3</sup> 

1- Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

Email: [Soleymany.psy@gmail.com](mailto:Soleymany.psy@gmail.com)

2- PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

Email: [shahlaaalilo1995@gmail.com](mailto:shahlaaalilo1995@gmail.com)

3- M.A. in Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tabriz, Iran

Email: [m.h.hoseinloo@gmail.com](mailto:m.h.hoseinloo@gmail.com)

#### ARTICLE INFO

##### Article type:

Research Article

##### Article history:

Received: 07 February 2025

Received in revised form: 07 July 2025

Accepted: 17 July 2025

Published Online: 23 September 2025

##### Keywords:

scrupulosity,  
obsessive-compulsive disorder (OCD),  
thought-action fusion,  
dysfunctional interpretation of thoughts,  
neuroticism.

#### ABSTRACT

**Background and Objective:** Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a chronic mental disorder, with scrupulosity representing a distinct dimension characterized by excessive moral and religious concerns. This study aimed to investigate the impact of thought-action fusion and dysfunctional interpretation of thoughts on the severity of scrupulosity in individuals with OCD, emphasizing the mediating role of neuroticism through structural equation modeling.

**Methods:** This cross-sectional and correlational study, using a structural equation modeling (SEM) approach, was conducted with a convenience sample of 204 individuals with OCD who visited psychological clinics in Khoy and Urmia during 2023–2024. Data were collected using the Penn Religious–Moral Obsessional Inventory, the Thought–Action Fusion Scale, the Dysfunctional Thoughts Questionnaire, and the Neuroticism subscale, and analyzed with SPSS and SmartPLS software. Model fit indices, as well as direct and indirect effects, were evaluated using the bootstrap method.

**Findings:** Results indicated that thought-action fusion ( $\beta=0.27$ ) and dysfunctional interpretation of thoughts ( $\beta=0.20$ ) had a significant positive direct effect on scrupulosity. Neuroticism, with a direct coefficient of 0.32 and indirect coefficients of 0.12 (for thought-action fusion) and 0.11 (for dysfunctional interpretation of thoughts), played a mediating role. Model fit indices (SRMR=0.057, NFI=0.91, GoF=0.53) confirmed a strong fit. Neuroticism intensified negative emotions, reinforcing cycles of self-blame and moral anxiety.

**Conclusion:** Neuroticism, as a mediator, amplified the cognitive effects of thought-action fusion and dysfunctional interpretation of thoughts on scrupulosity severity. These findings underscore the importance of integrated cognitive-behavioral and emotion-regulation interventions, considering cultural-religious contexts. Future studies are recommended to adopt longitudinal designs and explore other personality dimensions.

**Citation:** Soleymany, E., Alilou, S. & Hasanloo, M. (2026). Modeling the Structure of Scrupulosity in a Population of Individuals with Obsessive–Compulsive Disorder: Examining the Effects of Thought–Action Fusion and Dysfunctional Interpretation of Thoughts Through Neuroticism. *Journal of Clinical Psychology*, 18(2), 0-0.

DOI: <https://doi.org/>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

E-mail: [Soleymany.psy@gmail.com](mailto:Soleymany.psy@gmail.com), Tel: (+98) 09126907768

## Extended Abstract

### Introduction

Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is a chronic anxiety disorder affecting approximately 2–3% of the population, characterized by intrusive thoughts and repetitive behaviors that significantly impair quality of life. A distinct subtype, scrupulosity, involves excessive moral and religious concerns, guilt, and inflated responsibility, often leading to severe psychological distress. Cognitive–behavioral models suggest obsessive symptoms persist due to maladaptive interpretations of intrusive thoughts rather than the thoughts themselves. A key mechanism is thought–action fusion (TAF)—the belief that having an immoral thought equals committing the act. High TAF triggers guilt and moral anxiety, reinforcing compulsive behaviors. Beyond cognitive factors, neuroticism—a tendency toward negative emotions—amplifies obsessive–compulsive symptoms. Individuals high in neuroticism react more strongly to intrusive thoughts, increasing scrupulosity susceptibility. Within a cognitive–emotional framework, neuroticism may mediate the relationship between maladaptive cognitions (e.g., TAF and dysfunctional thought appraisals) and scrupulosity severity. Given limited integrative studies in culturally sensitive contexts, this research employs structural equation modeling to examine how cognitive and personality factors jointly shape scrupulosity.

### Method

This study employed a quantitative, cross-sectional, descriptive–correlational design using structural equation modeling (SEM). The statistical population included adults diagnosed with Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) who visited psychology clinics in Khoy and Urmia during 2024–

2025 or participated in online academic and psychological service groups. Using convenience sampling, 204 participants were recruited through in-person referrals and an online survey distributed in virtual psychology groups. Inclusion criteria were being at least 18 years old, having a professional OCD diagnosis, and providing informed consent. Exclusion criteria included severe psychiatric comorbidities (e.g., schizophrenia, bipolar disorder) or incomplete questionnaires. Participation was voluntary, confidential, and withdrawal was allowed at any stage. Data were collected between October 2023 and August 2025 using standardized instruments: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS) for religious–moral obsessions, the Thought–Action Fusion Scale (TAFS) for moral and probability-related beliefs, the Dysfunctional Thoughts Questionnaire (DTQ) for maladaptive cognitions, and the Neuroticism subscale of the NEO-FFI for personality assessment. These instruments have demonstrated strong validity and reliability in prior research and Iranian samples. Questionnaires were administered face-to-face and online; responses with more than 10% missing data were excluded. Ethical principles—including informed consent, confidentiality, and voluntary participation—were strictly observed. Data were analyzed using SPSS and SmartPLS. Descriptive statistics summarized demographics and study variables, while inferential analyses (Pearson correlations, SEM, and bootstrapping) tested indirect effects. Model fit was evaluated with SRMR, NFI, and GoF indices, with significance set at  $p < .05$ .

### Results

The study included 204 adults with OCD, featuring balanced gender distribution (51% male, 49% female). Participants were predominantly married (75%), with the 31–40 age group representing the largest cohort (30%). Nearly half (49.5%) possessed undergraduate or graduate degrees. All

variables demonstrated moderate mean scores with normal distribution patterns.

Significant positive correlations emerged among all variables ( $r = .45-.58$ ,  $p < .01$ ), indicating conceptual relatedness without multicollinearity. Assumption testing supported SEM analysis: normal distribution was confirmed (Kolmogorov-Smirnov  $p \geq .05$ ), no autocorrelation was detected (Durbin-Watson = 1.921), and collinearity diagnostics were satisfactory (tolerance  $\approx 1$ , VIF  $< 2$ ).

The structural model demonstrated excellent fit (SRMR = .057, NFI = .910, GoF = .530). Path analysis revealed significant direct effects of TAF ( $\beta = .27$ ,  $p < .001$ ) and dysfunctional appraisals ( $\beta = .20$ ,  $p < .001$ )

on scrupulosity. Both cognitive factors significantly predicted neuroticism ( $\beta = .36$  and  $.34$  respectively,  $p < .001$ ), which subsequently influenced scrupulosity ( $\beta = .32$ ,  $p < .001$ ).

Neuroticism partially mediated these relationships, with significant indirect effects from TAF ( $\beta = .12$ ,  $p < .001$ ) and dysfunctional appraisals ( $\beta = .11$ ,  $p < .001$ ) to scrupulosity. Total effects highlighted the substantial combined impact of TAF ( $\beta = .39$ ,  $p < .001$ ) and dysfunctional appraisals ( $\beta = .31$ ,  $p < .001$ ). These results establish neuroticism as a crucial mediator that amplifies vulnerability to intrusive thoughts through enhanced guilt and anxiety, thereby intensifying scrupulosity in OCD.

**Table 1. Path Coefficients for the Mediating Role of Neuroticism**

Paths	$\beta$	t-value	p-value
<b>Direct Effects</b>			
Thought-Action Fusion $\rightarrow$ Scrupulosity	0.27	4.85	0.001
Dysfunctional Interpretation $\rightarrow$ Scrupulosity	0.20	4.05	0.001
Thought-Action Fusion $\rightarrow$ Neuroticism	0.36	6.10	0.001
Dysfunctional Interpretation $\rightarrow$ Neuroticism	0.34	5.88	0.001
Neuroticism $\rightarrow$ Scrupulosity	0.32	5.20	0.001
<b>Indirect Effects</b>			
Thought-Action Fusion $\rightarrow$ Neuroticism $\rightarrow$ Scrupulosity	0.12	3.95	0.001
Dysfunctional Interpretation $\rightarrow$ Neuroticism $\rightarrow$ Scrupulosity	0.11	3.72	0.001
<b>Total Effects</b>			
Thought-Action Fusion $\rightarrow$ Neuroticism $\rightarrow$ Scrupulosity	0.39	6.55	0.001
Dysfunctional Interpretation $\rightarrow$ Neuroticism $\rightarrow$ Scrupulosity	0.31	6.10	0.001

## Conclusion

This study investigated how thought-action fusion (TAF) and dysfunctional thought appraisals contribute to scrupulosity in OCD, with neuroticism as a mediator. Structural equation modeling revealed both cognitive factors directly predicted scrupulosity and indirectly intensified symptoms through neuroticism. Neuroticism thus served both as an independent predictor and an amplifier of maladaptive cognitions. The strong TAF-scrupulosity connection indicates moral thought-equivalence fuels guilt and anxiety,

potentially amplified by the sample's cultural-religious context. Similarly, dysfunctional appraisals significantly predicted scrupulosity, supporting theoretical frameworks emphasizing catastrophic interpretations in OCD maintenance. Neuroticism's mediating role suggests heightened negative emotionality intensifies reactions to intrusive thoughts, exacerbating cognitive distortions. Clinically, these findings advocate integrated interventions combining cognitive-behavioral approaches with emotion-regulation strategies like mindfulness to address neuroticism directly.

Study limitations include the cross-sectional design and self-report measures, constraining causal inferences. Future research should employ longitudinal designs across diverse cultural samples to enhance generalizability. Ultimately, scrupulosity emerges from complex cognition-personality interactions, providing foundations for more comprehensive, culturally-informed treatment approaches.

**Ethical Approval:** The license to conduct this study was issued by the University of Urmia.

**Funding:** This study did not receive any

financial support.

**Authors' Contributions:**

The authors contributed to the research and preparation of this article as follows.

E.S.: Conceptualization, Methodology, Software, Validation, Project Administration, Supervision.

Sh.A.: Writing – Original Draft, Writing – Review & Editing, Visualization, Statistical Analyses, M.H: Data Collection, Data Management.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgments:** The authors would like to express their gratitude to all supporters and participants of the present study.

UNCORRECTED PROOF



## روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا چاپی: 2008-501X شاپا الکترونیکی: 2228-5180

Homepage: <https://jcp.semnan.ac.ir>

## مدل‌یابی ساختاری اسکروپولوژی در جمعیت افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی: بررسی اثرات هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار از طریق روان‌رنجوری

اسماعیل سلیمانی ✉، شهلا علیلو<sup>۱</sup>، مریم حسینلو<sup>۲</sup>

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

Email: [Soleymany.psy@gmail.com](mailto:Soleymany.psy@gmail.com)

۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

Email: [shahlaali1995@gmail.com](mailto:shahlaali1995@gmail.com)

۳- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تبریز، ایران

Email: [m.h.hoseinloo@gmail.com](mailto:m.h.hoseinloo@gmail.com)

## چکیده

## مشخصات مقاله

## نوع مقاله:

پژوهشی

## تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۶

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

## کلیدواژه‌ها:

اسکروپولوژی،  
اختلال وسواس فکری-عملی  
(OCD)،  
هم‌جوشی فکر-عمل،  
تفسیر ناکارآمد افکار، روان  
رنجوری

**زمینه و هدف:** اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) یکی از اختلالات مزمن روانی است که اسکروپولوژی، به‌عنوان بُعدی متمایز، با نگرانی‌های افراطی اخلاقی و مذهبی همراه است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار بر شدت اسکروپولوژی در افراد مبتلا به OCD، با تأکید بر نقش میانجی روان‌رنجوری، از طریق مدل‌یابی ساختاری انجام شد.

**روش:** این پژوهش مقطعی و همبستگی با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) به روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۲۰۴ فرد مبتلا به OCD مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی در خوی و ارومیه در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های وسواس مذهبی-اخلاقی پن، هم‌جوشی فکر و عمل، افکار ناکارآمد و روان‌رنجوری جمع‌آوری و با نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS تحلیل شدند. شاخص‌های برازش و اثرات مستقیم و غیرمستقیم با آزمون بوت‌استرپ ارزیابی شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد هم‌جوشی فکر-عمل ( $\beta=0.27$ ) و تفسیر ناکارآمد افکار ( $\beta=0.20$ ) به‌طور مستقیم بر اسکروپولوژی اثر مثبت و معنادار داشتند. روان‌رنجوری با ضریب ۰٫۳۲ به‌طور مستقیم و با ضرایب غیرمستقیم ۰٫۱۲ (برای هم‌جوشی فکر-عمل) و ۰٫۱۱ (برای تفسیر ناکارآمد افکار) نقش میانجی را ایفا کرد. شاخص‌های برازش (GoF=0.53، NFI=0.91، SRMR=0.057) برازش قوی مدل را تأیید کردند. روان‌رنجوری با تشدید هیجانات منفی، چرخه خودسرزندی و اضطراب اخلاقی را تقویت کرد.

**نتیجه‌گیری:** روان‌رنجوری به‌عنوان میانجی، اثرات شناختی هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار را بر شدت اسکروپولوژی افزایش داد. این یافته‌ها بر اهمیت مداخلات ترکیبی شناختی-رفتاری و تنظیم هیجانی، با توجه به زمینه فرهنگی-مذهبی، تأکید دارند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با طراحی طولی و بررسی ابعاد شخصیتی دیگر انجام شود.

**استناد:** سلیمانی، اسماعیل؛ علیلو، شهلا و حسینلو، مریم. (۱۴۰۴). مدل‌یابی ساختاری اسکروپولوژی در جمعیت افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-

عملی: بررسی اثرات هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار از طریق روان‌رنجوری. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۸ (۲)، ۰-۰.

DOI: <https://doi.org/>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

## مقدمه

فکر-عمل، به گرایش فرد برای برابر دانستن فکر با عمل یا مسئولیت اخلاقی در قبال فکر اشاره دارد (۱۴). برای مثال، فردی با همجوشی فکر-عمل بالا ممکن است باور داشته باشد که «فکر کردن به انجام یک گناه همانند ارتکاب واقعی آن است. تحقیقات نشان داده‌اند که سطوح بالای همجوشی فکر-عمل با شدت بیشتری از نشانه‌های وسواسی مرتبط است (۱۵). جنلیک و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۲۲)، وجود ارتباط معنادار بین این دو متغیر را تایید کرده‌اند (۱۶). هانس‌میر و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۲۳)، نیز گزارش کرده‌اند بیماران مبتلا به OCD اغلب به دلیل ماهیت مزاحم و ناخواسته‌ی افکار یا اعمالشان، احساس شرم شدیدی را تجربه می‌کنند (۱۷). مطالعه‌ی بوخاری<sup>۹</sup> (۲۰۲۳)، نشان داد بیمارانی که همجوشی فکر-عمل بالا دارند و همزمان معیارهای اخلاقی بسیار سختگیرانه‌ای برای خود تعیین می‌کنند، احتمالاً علائم شدیدتر OCD را تجربه می‌کنند (۱۸). در مطالعه‌ی چتین و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۲۴)، همجوشی فکر-عمل و تفکر جادویی به طور معناداری با برخی ابعاد OCD (به ویژه ابعاد مرتبط با افکار مزاحم پرخاشگرانه/ممنوعه و مسئولیت‌پذیری افراطی) مرتبط بودند. صفات اسکیزوتایپی نیز با برخی از ابعاد OCD (مثل افکار خرافی یا اشتغال ذهنی به تقارن) رابطه نشان دادند (۱۹). همچنین مطالعات لی و همکاران (۲۰۲۵) (۲۰)، لی و همکاران (۲۰۲۲) (۲۱)، اصغرنژاد و همکاران (۲۰۲۲) (۲۲)، والا و نوران<sup>۱۰</sup> (۲۰۲۴) (۲۳)، نیز همگی حاکی از ارتباط معنادار همجوشی فکر-عمل با اختلال وسواس فکری عملی بودند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارزیابی‌های نادرست از افکار مزاحم (مثل فاجعه‌سازی یا مسئولیت‌پذیری افراطی) منجر به رفتارهای خنثی‌کننده می‌شود که به نوبه خود چرخه وسواس را تداوم می‌بخشد (۲۴). طبق گزارش چستر<sup>۱۱</sup> (۲۰۲۵)،

اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۱</sup> یکی از اختلالات اضطرابی مزمن و ناتوان‌کننده است که با افکار وسواسی ناخواسته و رفتارهای اجباری مکرر مشخص می‌شود (۱). براساس گزارش‌های همه‌گیرشناسی، شیوع طول‌عمر<sup>۲</sup> OCD در جمعیت عمومی بین ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است (۲، ۳) و این اختلال یکی از ده علت اصلی ناتوانی روانی در سراسر جهان به شمار می‌رود (۴، ۵). نشانه‌های OCD با ایجاد رنج شدید روانی، افت کیفیت زندگی، مشکلات عملکردی و افزایش هزینه‌های درمانی همراه هستند (۶، ۷). در میان ابعاد مختلف OCD، اسکریپولوزیتی<sup>۳</sup> جایگاهی متمایز دارد و شامل نگرانی‌های افراطی درباره مسائل اخلاقی، مذهبی و معنوی، ترس از گناه، احساس مسئولیت افراطی و اضطراب ناشی از ارتکاب خطاهای معنوی است (۸). این بُعد از وسواس، اغلب در بافت‌های فرهنگی و مذهبی برجسته‌تر دیده می‌شود (۹). شیوع این اختلال در مطالعه‌ی نیلسون و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۶)، ۲۴٫۲٪ گزارش شده است (۱۰). اسکریپولوزیتی با افزایش درد روانی شدید شامل شرم، گناه و ناامیدی همراه است که به تفسیرهای تحریف‌شده افکار مذهبی منجر شده و به‌عنوان عامل قوی پیش‌بینی‌کننده افکار و رفتارهای خودکشی در بیماران OCD شناخته می‌شود (۱۱). بر اساس مطالعه‌ی گوپتا و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۴)، در بیماران OCD احساس گناه شدید موجب افسردگی شده و افسردگی موجب افکار خودکشی می‌شود (۱۲).

مطالعات شناختی-رفتاری در OCD تأکید می‌کنند که تداوم وسواس‌ها بیشتر از خود محتوای افکار، به تفسیر و ارزیابی فرد از آن‌ها مرتبط است (۱۳)؛ از این رو یکی از مفاهیم مهم در این زمینه هم‌جوشی فکر-عمل<sup>۶</sup> است.

<sup>6</sup>. Thought-Action Fusion; TAF

<sup>7</sup>. Jelinek, et al

<sup>8</sup>. Hansmeier, et al

<sup>9</sup>. Çetin, et al

<sup>10</sup>. Vala & Nooran

<sup>1</sup>. Obsessive-Compulsive Disorder; OCD

<sup>2</sup>. Lifetime prevalence

<sup>3</sup>. Scrupulosity

<sup>4</sup>. Nelson, et al

<sup>5</sup>. Gupta, et al

تفسیرهای شناختی ناکارآمد است که ویژگی اصلی اسکرپولوزیتی محسوب می‌شود (۳۱).

در دهه‌های اخیر، پژوهشگران توجه فزاینده‌ای به نقش صفات شخصیتی در تبیین و درک اختلال وسواس فکری-عملی، به‌ویژه بعد خاص و پیچیده اسکرپولوزیتی، معطوف داشته‌اند (۳۲-۳۴). در این میان، روان‌رنجوری<sup>۷</sup> به‌عنوان یکی از ابعاد بنیادی و پایدار شخصیت، جایگاه ویژه‌ای در شکل‌گیری، تشدید و تداوم نشانه‌های OCD دارد (۳۵). روان‌رنجوری بیانگر گرایش پایدار به تجربه مکرر هیجانات منفی نظیر اضطراب، ترس، احساس گناه، خشم و آسیب‌پذیری هیجانی است (۳۶). اینوزو و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۲۰)، گزارش کرده‌اند دینداری به خودی خود لزوماً باعث اسکرپولوزیتی نمی‌شود، بلکه تعامل آن با روان‌رنجوری و مکانیسم‌های شناختی (مثل باورهای وسواسی و احساس گناه) است که این رابطه را تشدید می‌کند (۳۷). به علاوه، از آنجایی که هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیرهای ناکارآمد افکار، هر دو به‌طور مستقیم با افزایش هیجانات منفی، احساس گناه و اضطراب‌های غیرمنطقی همراه هستند (۳۸-۴۰)، می‌توانند نقش مهمی در تقویت روان‌رنجوری ایفا کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین هم‌جوشی فکر-عمل، تفسیرهای شناختی ناکارآمد و سطح روان‌رنجوری رابطه معناداری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که افرادی با هم‌جوشی فکر-عمل بالا یا تمایل به تفسیر افراطی افکار مزاحم، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به تجربه هیجانات منفی و واکنش‌های روان‌رنجورانه نشان می‌دهند (۴۱-۴۳). از سوی دیگر، شواهد تجربی حاکی از ارتباط مثبت و معنادار روان‌رنجوری با شدت علائم اسکرپولوزیتی است (۳۷، ۴۴). در واقع، می‌توان چنین استدلال کرد که روان‌رنجوری به‌منزله یک حلقه واسط، بستر هیجانی لازم را برای تشدید اثرات هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیرهای ناکارآمد افکار بر اسکرپولوزیتی فراهم می‌کند و از این طریق، نه تنها شدت نشانه‌های این بُعد از OCD را

چستر<sup>۱</sup> (۲۰۲۵)، افراد مبتلا به اسکرپولوزیتی تمایل دارند افکار ناخوانده را به شیوه‌ای کاملاً ناکارآمد تفسیر نمایند. این بیماران اغلب محتوای شناختی عادی و گذرا را به‌عنوان شواهدی قطعی از گناهکار بودن، بی‌ایمانی یا فساد ذاتی خود ارزیابی می‌کنند. این سوگیری تفسیری ناسازگارانه منجر به چرخه معیوبی از خودسرزنی افراطی، احساس گناه مرضی<sup>۲</sup> و اضطراب اخلاقی<sup>۳</sup> می‌گردد که در نهایت علائم اختلال را تشدید می‌نماید (۲۵). تفسیر ناکارآمد افکار<sup>۴</sup> به الگوهای شناختی اشاره دارد که طی آن فرد افکار ناخواسته یا مزاحم را نه به‌عنوان پدیده‌ای عادی و گذرا، بلکه به‌صورت تهدیدآمیز، مهم و نشانه‌ای از مسئولیت یا خطای شخصی تعبیر می‌کند (۲۶). این الگوهای تفسیری سبب می‌شوند که افکار مزاحم ساده به‌عنوان بازتابی از ماهیت فرد یا قصد واقعی او تلقی شوند (۲۷). در OCD، چنین تفسیرهای ناکارآمدی می‌توانند چرخه نگرانی، اجتناب و رفتارهای اجباری را فعال و حفظ کنند (۲۸). بارابی (۲۰۲۳)، در مطالعه‌ی خود تأکید کرده است صرف وجود افکار مزاحم موجب OCD نمی‌شود، بلکه شیوه تفسیر و پردازش این افکار است که مشکل‌آفرین است (۲۹). تفسیرهای شناختی ناکارآمد نقش محوری در تداوم و تشدید علائم اسکرپولوزیتی ایفا می‌نمایند. افراد مبتلا تمایل دارند افکار گذرا و عادی را به عنوان گناهانی غیرقابل بخشش و مستوجب مجازات الهی تفسیر نمایند. این سوگیری شناختی منجر به اضطراب معنوی شدید و رفتارهای جبری افراطی می‌گردد (۹). اینکلان<sup>۵</sup> (۲۰۲۴)، در مطالعه‌ی خود نشان داد این بیماران اغلب افکار گذرا و عادی را به‌عنوان شواهدی از گناه، بی‌ایمانی یا نقض اصول اخلاقی در نظر می‌گیرند، حتی زمانی که این افکار کاملاً ناخواسته و غیرارادی هستند (۳۰). علی و همکاران (۲۰۲۱)، نیز گزارش کرده‌اند افکار ناخواسته و مزاحم با محتوای مذهبی (مثل توهین به مقدسات) که به‌صورت ناخواسته وارد ذهن می‌شوند، برخلاف ارزش‌های واقعی خود<sup>۶</sup> بیماران اسکرپولوزیتی تجربه می‌شوند و ناشی از

5. Inclan

6. ego-dystonic

7. Neuroticism

8. Inozu, et al

1. Chester

2. pathological guilt

3. moral anxiety

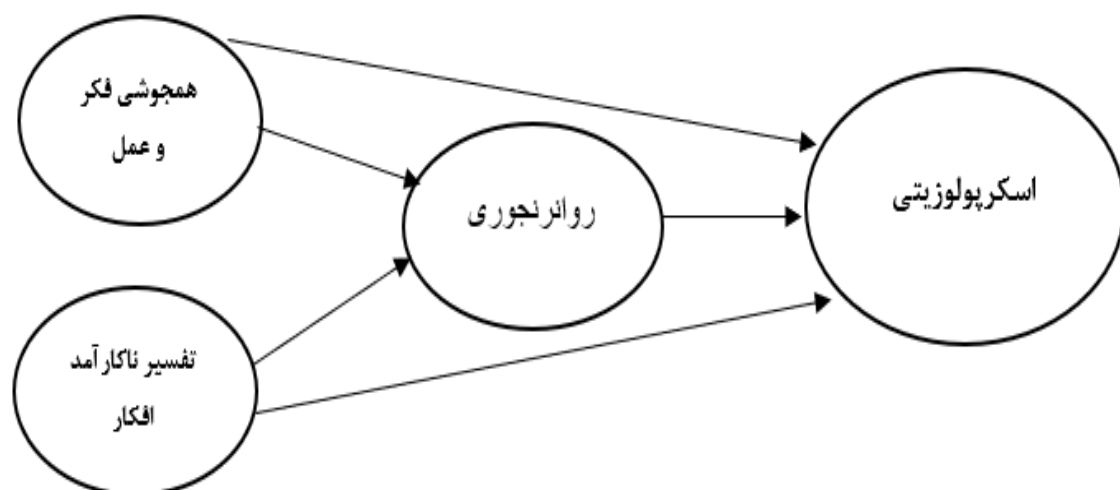
4. Dysfunctional Thought Interpretations

روان‌رنجوری به‌عنوان یک صفت پایدار شخصیتی که به افزایش آسیب‌پذیری هیجانی و واکنش‌های افراطی نسبت به افکار مزاحم منجر می‌شود، کمتر در مدل‌های یکپارچه اسکریپولوژی‌مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه بر این، خلأ پژوهش‌های بومی در زمینه مدل‌یابی ساختاری این سازه‌ها در جوامعی با زمینه فرهنگی-مذهبی خاص، همچنان محسوس است و این امر موجب می‌شود تصویر جامعی از مسیرهای علی و واسطه‌ای در شکل‌گیری و تداوم اسکریپولوژی‌مورد دسترس نباشد. اهمیت پژوهش حاضر در آن است که با استفاده از یک رویکرد مدل‌یابی ساختاری، هم‌زمان به بررسی تأثیر هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیرهای ناکارآمد افکار بر شدت اسکریپولوژی‌مورد و نقش میانجی روان‌رنجوری می‌پردازد. این مدل می‌تواند روشن سازد که آیا اثرات مستقیم متغیرهای شناختی بر اسکریپولوژی‌مورد، عمدتاً ناشی از تأثیرات غیرمستقیم آن‌ها بر روان‌رنجوری است یا خیر. چنین تحلیلی، علاوه بر غنی‌سازی مبانی نظری مرتبط با اسکریپولوژی‌مورد، می‌تواند به توسعه مداخلات درمانی هدفمند و فرهنگ‌محور کمک کند که هم‌زمان باورهای وسواسی و الگوهای هیجانی ناسازگار را هدف قرار می‌دهند. از این رو، پرسش محوری این پژوهش عبارت است از: آیا روان‌رنجوری نقش میانجی در رابطه بین هم‌جوشی فکر-عمل، تفسیر ناکارآمد افکار و شدت اسکریپولوژی‌مورد در افراد مبتلا به OCD ایفا می‌کند؟

افزایش می‌دهد، بلکه مسیر انتقال تأثیرات شناختی بر پیامدهای وسواسی را نیز تسهیل می‌سازد. چارچوب نظری این پژوهش بر پایه‌ی مدل پنج عامل بزرگ شخصیت و رویکرد آسیب‌پذیری شناختی-هیجانی است. بر اساس مطالعات شخصیت‌شناسی، روان‌رنجوری به‌عنوان یک ویژگی پایدار شخصیتی، به‌طور مکرر با تجربه‌ی هیجانات منفی (مانند اضطراب، احساس گناه و شرم) همراه است و در اختلالات اضطرابی و وسواسی به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز شناخته می‌شود (۳۶). از دیدگاه مدل آسیب‌پذیری شناختی-هیجانی، تحریف‌های شناختی مانند هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار، وقتی در بستری از روان‌رنجوری بالا رخ می‌دهند، می‌توانند هیجانات منفی را تشدید کرده و باعث تقویت علائم وسواسی شوند (۴۵). به بیان دیگر، افراد با سطح بالاتر روان‌رنجوری احتمال بیشتری دارند که افکار مزاحم را با شدت بیشتر تجربه کنند و تحریف‌های شناختی اثر قوی‌تری بر اسکریپولوژی‌مورد نشان دهند. در این چشم‌انداز، روان‌رنجوری به‌عنوان متغیر میانجی میان متغیرهای شناختی و شدت علائم اسکریپولوژی‌مورد عمل می‌کند.

با وجود پیشرفت‌های پژوهشی در بررسی عوامل شناختی مرتبط با اختلال وسواس فکری-عملی، بخش قابل توجهی از مطالعات گذشته به روابط ساده و دو متغیره میان هم‌جوشی فکر-عمل یا تفسیرهای ناکارآمد افکار با علائم OCD محدود بوده و کمتر به سازوکارهای پیچیده‌تر و نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شخصیتی پرداخته‌اند. به‌ویژه،





شکل ۱) مدل مفهومی پژوهش

## روش پژوهش:

نمونه‌گیری حضوری و آنلاین با هدف افزایش تنوع جمعیت‌شناختی و دسترسی به طیف وسیعی از افراد با علائم OCD انجام شد، به طوری که امکان بررسی متغیرهای شناختی و شخصیتی در جمعیتی متنوع و نماینده جامعه هدف فراهم گردید و از نظر روش‌شناسی برای مطالعات همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری معتبر بود. یافته‌های جمعیت‌شناختی نمونه در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس این نتایج، از مجموع ۲۰۴ شرکت‌کننده، ۵۰/۹۸ درصد مرد و ۴۹/۰۱ درصد زن بودند که نشان‌دهنده توزیع جنسیتی تقریباً متعادل است. از نظر گروه سنی، بیشترین فراوانی مربوط به بازه‌ی ۳۱ تا ۴۰ سال (۳۹/۳۰ درصد) و کمترین به افراد زیر ۲۰ سال (۴/۹۰ درصد) اختصاص داشت. در خصوص وضعیت تأهل، ۷۵ درصد شرکت‌کنندگان متأهل بودند که بیانگر غلبه‌ی جمعیت بزرگسال دارای خانواده در نمونه است. همچنین، بررسی سطح تحصیلات نشان داد بیشترین فراوانی مربوط به مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد (۴۹/۵۰ درصد) و کمترین به مقطع دکتری و بالاتر (۲/۴۵ درصد) بود. این یافته‌ها حاکی از تنوع مناسب در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمایندگی مطلوب نمونه از جامعه‌ی هدف است.

## ابزارها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی کمی، مقطعی، توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) بود. جامعه آماری شامل کلیه‌ی افراد بزرگسال مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است که در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ به کلینیک‌های روانشناسی و مراکز خدمات روان‌درمانی در شهرهای خوی و ارومیه مراجعه کرده یا در گروه‌های مجازی مرتبط با دانشگاه‌ها و خدمات روانشناسی عضو بوده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۴ نفر از مراجعان حضوری کلینیک‌های روانشناسی این دو شهر و همچنین از طریق لینک پرسشنامه آنلاین که در گروه‌های دانشگاهی و انجمن‌های روانشناسی ارسال گردید، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل ۱۸ سال سن. داشتن تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک (بر اساس پرونده یا خوداظهاری). رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید (مانند اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی فعال) یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بوده است. کلیه مشارکت‌کنندگان به‌صورت داوطلبانه و با رعایت اصول اخلاقی، از جمله محرمانگی اطلاعات شخصی، عدم اجبار و امکان انصراف در هر مرحله، در پژوهش شرکت کردند.

ایرانی مناسب ارزیابی شده است (۴۷). بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نشان داد مقدار روایی همگرا (AVE) برابر با ۰/۶۴، مقدار پایایی ترکیبی (CR) برابر با ۰/۹۱ و مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است.

**پرسشنامه هم‌جوشی فکر و عمل:** این پرسشنامه توسط شافران و همکاران<sup>۷</sup> (۱۹۹۶)، طراحی و اعتباریابی شده و برای سنجش باورهای مرتبط با هم‌جوشی فکر و عمل استفاده می‌شود (۴۸). بر اساس تعریف راجمن و شافران<sup>۸</sup> (۱۹۹۸)، این سازه شامل دو حوزه کلی است: هم‌جوشی فکر و عمل اخلاقی، که در آن فرد فکر غیراخلاقی را از نظر بار اخلاقی هم‌سنگ با عمل واقعی می‌داند، و هم‌جوشی فکر و عمل احتمالی، که در آن فرد باور دارد فکر کردن به یک رویداد منفی، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد (۴۹). پرسشنامه TAF شامل ۱۹ عبارت است که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه کل نمره‌ها از ۱۹ تا ۹۵ متغیر است. این پرسشنامه دارای سه خرده‌مقیاس است: هم‌جوشی فکر و عمل اخلاقی شامل ۱۲ گویه (سوالات ۱ تا ۱۲)، هم‌جوشی فکر و عمل احتمالی شامل ۴ گویه (سوالات ۱۳ تا ۱۶)، و هم‌جوشی فکر و عمل احتمال برای خود شامل ۳ گویه (سوالات ۱۷ تا ۱۹). بر اساس نمرات کلی، مقادیر بین ۱۹ تا ۳۸ نشان‌دهنده سطح پایین، بین ۳۸ تا ۷۶ سطح متوسط و بالاتر از ۷۶ نشان‌دهنده سطح بالای این ویژگی روان‌شناختی است. شافران و همکاران (۱۹۹۶) با استفاده از نمونه‌های بالینی و غیر بالینی، همسانی درونی مقیاس را بررسی کرده‌اند و آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های اخلاقی و احتمال بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (۴۸). در پژوهش فرخی و سهرابی (۱۳۹۸) ساختار سه‌عاملی این ابزار تأیید و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۱۱، ۰/۹۱۲، ۰/۸۳۴ و

**پرسشنامه وسواس مذهبی - اخلاقی پن:** این مقیاس توسط آبراموویتز و همکاران<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۲ طراحی شد و ابزاری برای سنجش میزان وسواس‌های مذهبی و اخلاقی محسوب می‌شود (۴۶). این پرسشنامه شامل ۱۹ گویه است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (هرگز) تا چهار (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره کل آن از صفر تا ۷۶ متغیر است. ساختار عاملی پرسشنامه شامل دو خرده‌عامل اصلی به نام‌های ترس از گناه<sup>۳</sup> و ترس از خدا<sup>۴</sup> است. خرده‌مقیاس ترس از گناه شامل ۱۰ گویه (گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۷) با دامنه نمره ۰ تا ۴۰ و خرده‌مقیاس ترس از خدا شامل ۹ گویه (گویه‌های ۳، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۱۹) با دامنه نمره ۰ تا ۳۶ است. نمره برش ۳۸ به‌عنوان شاخص شدت بالای وسواس مذهبی - اخلاقی در نظر گرفته می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر اشتغال ذهنی با افکار و احساس گناه مذهبی و اخلاقی هستند. نمره ۳۸ و بالاتر نشان‌دهنده وسواس مذهبی - اخلاقی بالینی معنادار است. روایی سازه ابزار در پژوهش اصلی از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی و دو عامل اصلی آن تأیید شد، همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس‌های مرتبط با وسواس و دینداری در دامنه همبستگی ۰/۲۰ تا ۰/۳۶ گزارش شده است که نشانگر کفایت آن در سنجش سازه مورد نظر می‌باشد (۴۶). پایایی درونی پرسشنامه در مطالعه اولیه و نمونه‌های بعدی بسیار مطلوب گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن حدود ۰/۹۶ است که نشان‌دهنده انسجام درونی بسیار بالا و قابلیت اعتماد بالای ابزار می‌باشد. در پژوهش کاویانی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه وسواس مذهبی - اخلاقی پن و زیرمقیاس‌های ترس از خدا و ترس از گناه به ترتیب ۰/۹۱۷، ۰/۸۹۰ و ۰/۸۸۹ محاسبه گردید؛ همچنین این پرسشنامه در این مطالعه از روایی همگرا و واگرایی مطلوب و پایایی بسیار بالا برخوردار بوده است (همبستگی ۰/۳۶ با پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی<sup>۵</sup>) و برای استفاده در نمونه‌های

5. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory/ MOCI

6. Thought-Action Fusion Questionnaire; TAF

7. Shafran, et al

8. Rachman & Shafran

1. Penn Inventory of Scrupulosity; PIOS

2. Abramowitz, et al

3. Fear of Sin

4. Fear of God

از پنج بعد اصلی شخصیت یعنی روان‌رنجوری طراحی شده است (۵۳). این پرسشنامه یکی از ابزارهای معتبر در ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی محسوب می‌شود و شامل ۱۲ سؤال پنج‌گزینه‌ای است که پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم امتیازدهی می‌شوند. نمرات هر آیت‌م از ۱ تا ۵ محاسبه می‌شود و سؤالات شماره ۱، ۱۶، ۳۱ و ۴۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کل در این مقیاس بین ۱۲ تا ۶۰ قرار دارد و نمره برش آن ۳۶ است، به این معنا که نمرات بالاتر از ۳۶ بیانگر گرایش بیشتر به روان‌رنجوری هستند. اعتبار این پرسشنامه توسط کاستا و مک‌کری (۲۰۰۴) بررسی شده و همبستگی پنج زیرمقیاس فرم کوتاه با فرم بلند آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین همسانی درونی زیرمقیاس‌های آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ برآورد شده که نشان‌دهنده پایایی و قابلیت اعتماد مطلوب این ابزار است. در پژوهش سهرابی و همکاران (۱۳۹۹)، پایایی پرسشنامه روان‌رنجوری با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده و روایی آن نیز به عنوان روایی سازه تأیید شده ذکر گردیده است (۵۴). بررسی روایی و پایایی این ابزار در پژوهش حاضر نشان داد مقدار روایی همگرا (AVE) برای مؤلفه روان‌رنجوری بالاتر از ۰/۵۰ و مقدار پایایی ترکیبی (CR) و آلفای کرونباخ هر دو بالاتر از ۰/۷۰ بوده است.

داده‌ها در بازه زمانی مهر ۱۴۰۳ تا مرداد ۱۴۰۴ جمع‌آوری شدند. پس از انتخاب نمونه با روش در دسترس، پرسشنامه‌ها به دو صورت حضوری در کلینیک‌های روان‌شناسی و به صورت آنلاین از طریق لینک در گروه‌های دانشگاهی و انجمن‌های روان‌شناسی توزیع شد. شرکت‌کنندگان قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، از اهداف پژوهش و شرایط محرمانگی مطلع شده و رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند. داده‌های جمع‌آوری شده ابتدا از نظر کامل بودن بررسی شد و پاسخ‌های ناقص یا غیرقابل اعتماد، شامل مواردی که بیش از ۱۰٪ از

۰/۹۳۶ محاسبه گردید؛ پایایی کل پرسشنامه هم‌جوشی فکر با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و روش بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد و روایی آن از طریق همبستگی با پرسشنامه آمیختگی فکر-عمل برابر با ۰/۸۷۳ برآورد شد (۵۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه هم‌جوشی فکر و عمل در پژوهش حاضر نشان داد مقدار روایی همگرا (AVE) برابر با ۰/۶۲، مقدار پایایی ترکیبی (CR) برابر با ۰/۹۰ و مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به دست آمده است.

**پرسشنامه افکار ناکارآمد<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط دی‌الکساندرو و بورتون<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۶ طراحی و اعتباریابی شده است (۵۱). این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه بوده و به صورت تک‌عاملی عمل می‌کند. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر گویه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» مشخص می‌کنند. حداقل نمره قابل کسب در این پرسشنامه ۲۲ و حداکثر نمره ۱۱۰ است؛ به گونه‌ای که نمرات ۲۲ تا ۴۴ نشان‌دهنده سطح پایین افکار ناکارآمد، نمرات ۴۴ تا ۸۸ سطح متوسط، و نمرات بالاتر از ۸۸ نشان‌دهنده سطح بالای افکار ناکارآمد است. روایی و پایایی این پرسشنامه در نسخه اصلی مطلوب گزارش شده و پایایی داخلی آن با آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ به دست آمده است (۵۱). در ایران، در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۰)، پایایی پرسشنامه افکار ناکارآمد با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی آن از طریق روایی سازه (تحلیل عاملی) و همبستگی با سایر مقیاس‌ها تأیید شده است (۵۲). در پژوهش حاضر روایی و پایایی پرسشنامه افکار ناکارآمد، در مقدار روایی همگرا (AVE) برابر با ۰/۵۸، مقدار پایایی ترکیبی (CR) برابر با ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ برآورد شد.

**پرسشنامه روان‌رنجوری<sup>۳</sup>:** پرسشنامه روان‌رنجوری بخشی از پرسشنامه شخصیتی پنج‌عاملی نئو<sup>۴</sup> است که توسط کاستا و مک‌کری<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) توسعه یافته و برای سنجش یکی

۴. NEO-FFI

۵. Costa & McCrae

۱. Dysfunctional Thoughts Questionnaire

۲. D'Alessandro & Burton

۳. Neuroticism Questionnaire

پژوهش محاسبه شد. در سطح استنباطی، به‌منظور بررسی روابط بین متغیرها و آزمون مدل مفهومی پژوهش، از تحلیل همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) و آزمون بوت‌استرپ برای ارزیابی معناداری اثرات غیرمستقیم استفاده گردید. در تحلیل مدل، شاخص‌های برازش مانند SRMR، NFI و GoF مدنظر قرار گرفت تا میزان انطباق مدل نظری با داده‌های تجربی سنجیده شود. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها (0/05) در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

آیتم‌ها پاسخ داده نشده بودند، حذف گردید. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل رعایت داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه، آگاه‌سازی مشارکت‌کنندگان از اهداف پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی، امکان انصراف در هر مرحله و حذف داده‌های ناقص یا غیرقابل اعتماد بود. کلیه مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها با رعایت اصول اخلاق پژوهش و احترام به کرامت شرکت‌کنندگان انجام شد. داده‌های گردآوری‌شده پس از کدگذاری اولیه، وارد نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS شدند و در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی، شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی

جدول ۱) یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش

شاخص	گروه	فراوانی (n)	درصد (%)
جنسیت	مرد	۱۰۴	۵۰/۹۸
	زن	۱۰۰	۴۹/۰۱
سن	زیر ۲۰	۱۰	۴/۹۰
	۲۱-۳۰	۴۵	۲۲/۰۵
	۳۱-۴۰	۶۲	۳۰/۳۹
	۴۱-۵۰	۵۳	۲۵/۹۸
وضعیت تاهل	بالای ۵۱	۳۴	۱۶/۶۶
	متاهل	۱۵۳	۷۵
میزان تحصیلات	مجرد	۵۱	۲۵
	زیر دیپلم	۲۸	۱۳/۷۲
	دیپلم و فوق دیپلم	۷۰	۳۴/۳۱
	لیسانس و فوق لیسانس	۱۰۱	۴۹/۵۰
	دکتری و بالاتر	۵	۲/۴۵

توزیع نرمال است. چولگی‌ها اندکی مثبت یا منفی بوده و نشان‌دهنده توزیع‌های نسبتاً متعادل هستند.

نتایج جدول ۲. نشان می‌دهد میانگین متغیرها در محدوده میانی مقادیر قرار دارد و پراکندگی داده‌ها معمولاً متوسط است. توزیع اکثر متغیرها تقریباً متقارن و کمی صاف‌تر از

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده عامل‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
اسکرپولوزیتی	ترس از گناه	۳	۴۳	۲۴/۱	۳/۶	۰/۱۸	-۰/۶۲

۰	۳۲	۱۵/۷	۲/۲	۰/۲۷	-۰/۵۱	ترس از خدا	
۸	۷۱	۳۹/۸	۴/۵	۰/۳۲	-۰/۴۸	نمره‌ی کل	
۱۵	۵۹	۴۰/۲	۳/۵	-۰/۲۱	-۰/۳۷	اخلاقی	هم‌جوشی فکر و عمل
۴	۲۰	۱۲/۱	۳/۱	۰/۰۹	-۰/۵۴	احتمال برای دیگران	
۳	۱۵	۹/۸	۲/۴	۰/۱۱	-۰/۴۱	احتمال برای خود	
۲۵	۹۲	۶۲/۱	۵/۸	-۰/۰۵	-۰/۲۹	نمره‌ی کل	
۲۸	۱۰۸	۷۴/۳	۶/۹	۰/۲۶	-۰/۳۳	-	تفسیر ناکارآمد افکار
۲۱	۵۷	۴۱/۲	۴/۱	-۰/۱۲	-۰/۴۵	-	روان‌رنجوری

برای بررسی روابط مستقیم بین متغیرهای پژوهش از ماتریس همبستگی استفاده شد که در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان‌دهنده وجود روابط معنادار مثبت و متوسط بین اسکرپولوزیتی، هم‌جوشی فکر و عمل، تفسیر ناکارآمد

افکار و روان‌رنجوری بوده و ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۴۵ تا ۰/۵۸ قرار دارند که بیانگر عدم وجود مشکل هم‌خطی چندگانه است.

جدول ۳) ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- اسکرپولوزیتی	۱			
۲- هم‌جوشی فکر و عمل	۰/۵۸**	۱		
۳- تفسیر ناکارآمد افکار	۰/۵۲**	۰/۴۷**	۱	
۴- روان‌رنجوری	۰/۴۹**	۰/۴۵**	۰/۵۰**	۱

\*\*تمامی همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند.

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری بررسی شد. نرمال بودن متغیرها با آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف سنجیده شد که نتایج نشان داد توزیع نرمال متغیرها نرمال است ( $p > 0.05$ ). برای بررسی عدم وجود خودهمبستگی در خطاها، آماره دوربین-واتسون برابر ۱/۹۲۱ به دست آمد که در بازه مجاز ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد و این مفروضه تأیید شد. همچنین، مفروضه هم‌خطی با استفاده از ضریب تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد که نتایج

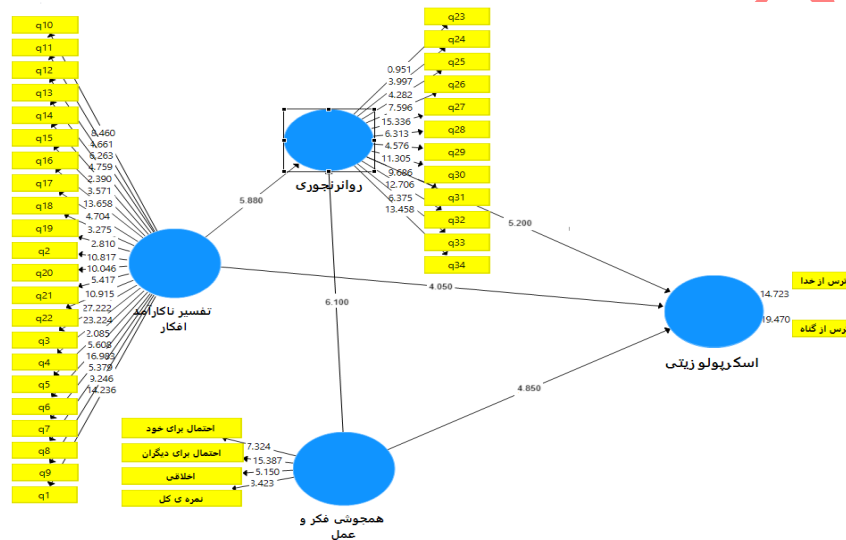
نشان داد ضریب تحمل نزدیک به ۱ و عامل تورم واریانس کمتر از ۲ بوده است، بنابراین هم‌خطی وجود ندارد.

شاخص‌های برازش مدل شامل ( $SRMR=0.057$ ) و ( $NFI=0.910$  و  $GoF=0.530$ )، بودند که نشان‌دهنده برازش مطلوب و قوی مدل با داده‌های تجربی است. این نتایج تأیید می‌کنند که روان‌رنجوری نقش میانجی معناداری در رابطه بین متغیرهای شناختی و شدت اسکرپولوزیتی ایفا می‌کند.



جدول ۴) شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص	مقدار	معیار قابل قبول	تفسیر
SRMR	۰/۰۵۷	$< ۰/۰۸$	برازش مطلوب مدل
NFI	۰/۹۱۰	$> ۰/۹۰$	برازش مطلوب مدل
GoF (Goodness of Fit)	۰/۵۳۰	$> ۰/۳۶$ قوی	برازش کلی مدل در سطح قوی



شکل ۲) مدل معادلات ساختاری پژوهش

اثرات کل نشان داد که ترکیب اثرات مستقیم و غیرمستقیم، هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار به ترتیب با ضرایب  $۰/۳۹$  و  $۰/۳۱$  بر اسکرپولوزیتی تأثیر معنادار دارند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). روان‌رنجوری با افزایش گرایش به تجربه هیجانات منفی مانند اضطراب، احساس گناه و آسیب‌پذیری هیجانی، بستر مناسبی برای تشدید اثرات شناختی هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار فراهم کرده است. این صفت شخصیتی با ضریب تأثیر  $۰/۳۲$  به‌طور مستقیم شدت اسکرپولوزیتی را افزایش داده و از طریق اثرات غیرمستقیم (ضریب  $۰/۱۲$  برای هم‌جوشی فکر-عمل و  $۰/۱۱$  برای تفسیر ناکارآمد افکار)، مسیر انتقال تأثیرات متغیرهای شناختی را تقویت کرده است. به عبارت دیگر، روان‌رنجوری با تعدیل واکنش‌های هیجانی نسبت به افکار مزاحم، چرخه

مدل ساختاری پژوهش (شکل ۲) بیانگر تأثیر مثبت و معنادار هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار بر اسکرپولوزیتی است، با ضرایب مسیر مستقیم به ترتیب  $۰/۲۷$  و  $۰/۲۰$  که هر دو در سطح معناداری  $۰/۰۰۱$  تأیید شدند. همچنین، هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار به ترتیب با ضرایب  $۰/۳۶$  و  $۰/۳۴$  بر روان‌رنجوری اثر مثبت و معنادار داشتند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). روان‌رنجوری نیز با ضریب  $۰/۳۲$  به‌طور مستقیم بر اسکرپولوزیتی تأثیر مثبت و معنادار گذاشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بررسی اثرات غیر مستقیم به کمک آزمون بوت استرپ انجام گرفت. در مسیرهای غیرمستقیم، روان‌رنجوری به‌عنوان متغیر میانجی، اثر هم‌جوشی فکر-عمل بر اسکرپولوزیتی را با ضریب  $۰/۱۲$  و اثر تفسیر ناکارآمد افکار را با ضریب  $۰/۱۱$  تسهیل کرد (هر دو  $p < ۰/۰۰۱$ ).

معیوب خودسرزندی، احساس گناه مرضی و اضطراب اخلاقی را تشدید کرده که نتیجه آن افزایش شدت علائم اسکریپولوزیتی در افراد مبتلا به OCD بوده است.

جدول ۵) ضرایب مسیر مستقیم، غیر مستقیم و کل

p-value	t-value	$\beta$	مسیرها	
۰/۰۰۱	۴/۸۵	۰/۲۷	هم‌جوشی فکر-عمل ← اسکریپولوزیتی	مستقیم
۰/۰۰۱	۴/۰۵	۰/۲۰	تفسیر ناکارآمد ← اسکریپولوزیتی	
۰/۰۰۱	۶/۱۰	۰/۳۶	هم‌جوشی فکر-عمل ← روان‌رنجوری	
۰/۰۰۱	۵/۸۸	۰/۳۴	تفسیر ناکارآمد ← روان‌رنجوری	
۰/۰۰۱	۵/۲۰	۰/۳۲	روان‌رنجوری ← اسکریپولوزیتی	غیرمستقیم
۰/۰۰۱	۳/۹۵	۰/۱۲	هم‌جوشی فکر-عمل ← روان‌رنجوری ← اسکریپولوزیتی	
۰/۰۰۱	۳/۷۲	۰/۱۱	تفسیر ناکارآمد افکار ← روان‌رنجوری ← اسکریپولوزیتی	کل
۰/۰۰۱	۶/۵۵	۰/۳۹	هم‌جوشی فکر-عمل ← روان‌رنجوری ← اسکریپولوزیتی	
۰/۰۰۱	۶/۱۰	۰/۳۱	تفسیر ناکارآمد افکار ← روان‌رنجوری ← اسکریپولوزیتی	

#### بحث:

شخصیتی در تعامل با باورهای وسواسی تأکید دارند (مانند مدل گرانت و چمبرلین (۳۴)، همخوانی دارد.

هم‌جوشی فکر-عمل به‌طور معناداری با شدت اسکریپولوزیتی همبستگی دارد و این یافته با مطالعات متعددی هم‌راستا است. بوخاری، گزارش کرد که هم‌جوشی فکر-عمل بالا، به‌ویژه همراه با معیارهای اخلاقی سختگیرانه، شدت نشانه‌های OCD را افزایش می‌دهد (۱۸). همچنین، پژوهش چتین و همکاران (۲۰۲۴) و جلینک و همکاران (۲۰۲۲)، همگی نشان داده‌اند که گرایش به یکی دانستن فکر و عمل، با وسواس‌های مذهبی و اخلاقی رابطه مستقیمی دارد (۱۶) و (۱۹). از منظر تبیینی، می‌توان گفت که در بافت فرهنگی-مذهبی نمونه حاضر، هرگونه فکر یا تصویر ذهنی مرتبط با خطای اخلاقی یا گناه، به‌دلیل هنجارهای قوی اخلاقی، باعث افزایش اضطراب اخلاقی و احساس مسئولیت افراطی می‌شود که نهایتاً شدت اسکریپولوزیتی را افزایش می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد تفسیر ناکارآمد افکار نقش مهمی در پیش‌بینی شدت اسکریپولوزیتی ایفا می‌کند. این

هدف پژوهش حاضر بررسی روابط میان هم‌جوشی فکر-عمل، تفسیر ناکارآمد افکار و شدت اسکریپولوزیتی در میان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) با در نظر گرفتن نقش میانجی روان‌رنجوری بود. با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)، پژوهش حاضر تلاش داشت روشن سازد که آیا اثر متغیرهای شناختی (هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار) بر شدت اسکریپولوزیتی مستقیم است یا از طریق افزایش روان‌رنجوری تقویت می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار هر دو پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمند شدت اسکریپولوزیتی در افراد مبتلا به OCD هستند و این رابطه به‌طور قابل‌توجهی از طریق روان‌رنجوری میانجی‌گری می‌شود. به بیان دیگر، نتایج مدل‌یابی ساختاری نشان داد که روان‌رنجوری نه تنها یک پیش‌بینی‌کننده مستقل برای اسکریپولوزیتی است، بلکه اثرات شناختی (هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار) را نیز تقویت می‌کند. این یافته با مدل‌های نظری که بر نقش ویژگی‌های

برخی درمان‌های صرفاً شناختی-رفتاری کمک کند؛ چراکه در نبود توجه به ویژگی‌های هیجانی-شخصیتی، ممکن است الگوهای وسواسی به‌طور کامل تعدیل نشوند. به‌طور خاص، یافته‌ها نشان می‌دهد که روان‌رنجوری مانند «حلقه اتصال» بین باورهای وسواسی و نشانه‌های مذهبی عمل می‌کند. همان‌گونه که ویسلا و همکاران (۲۰۱۶)، گزارش کرده‌اند، هیجانات منفی نقش کلیدی در تثبیت افکار وسواسی دارند (۴۰). بنابراین، کاهش روان‌رنجوری از طریق مداخلاتی مانند درمان‌های تنظیم هیجان یا مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌تواند شدت اسکروپولوژی را کاهش دهد، حتی اگر باورهای هم‌جوشی فکر-عمل به‌طور کامل تغییر نکنند.

### نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با ارائه یک مدل ساختاری نشان داد که شدت اسکروپولوژی در OCD، بیش از آنکه صرفاً ناشی از افکار مزاحم باشد، به تفسیرهای شناختی ناکارآمد و زمینه شخصیتی روان‌رنجور وابسته است. در واقع، هر دو متغیر هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر افراطی افکار، زمانی خطرناک‌تر می‌شوند که با حساسیت هیجانی (روان‌رنجوری) ترکیب گردند. این نتایج همسو با مطالعات بین‌المللی و داخلی، گام مهمی برای درک چندعاملی اسکروپولوژی فراهم می‌کند. از لحاظ کاربردی، یافته‌ها تأکید می‌کنند که درمان‌های شناختی-رفتاری باید همراه با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش حساسیت هیجانی اجرا شوند. همچنین، توجه به بستر فرهنگی-مذهبی بیماران برای اصلاح تفسیرهای تحریف‌شده ضروری است. محدودیت پژوهش حاضر، طراحی مقطعی و اتکای آن بر خودگزارش‌دهی بود که امکان استنباط علی را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی و نمونه‌های بالینی متنوع‌تر استفاده شود و نقش سایر ابعاد شخصیتی، مانند وظیفه‌شناسی یا انعطاف‌پذیری شناختی، نیز بررسی گردد. همچنین، مطالعه‌ی حاضر صرفاً بر جمعیت افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی متمرکز بود. هرچند این امر برای هدف پژوهش ضروری به

نتیجه با گزارش‌های چستر (۲۰۲۵) و اینکلان (۲۰۲۴)، همسو است که نشان دادند بیماران اسکروپولوژی افکار گذرا را شواهد قطعی گناه و بی‌ایمانی قلمداد می‌کنند (۲۵، ۳۰). از دیدگاه مدل شناختی کلارک، ارزیابی اغراق‌آمیز و فاجعه‌انگارانه افکار، حلقه‌ی معیوب وسواس و اجبار را فعال نگه می‌دارد (۲۷). در داده‌های حاضر نیز، هرچه میزان تفسیر ناکارآمد افکار بالاتر بود، نشانه‌های مذهبی و اخلاقی وسواس بیشتر می‌شد. این الگو می‌تواند ناشی از بافت فرهنگی-مذهبی نمونه پژوهش باشد که در آن افکار منفی نسبت به مقدسات یا ارزش‌ها حساسیت بیشتری برمی‌انگیزد.

از دیگر نتایج مهم، نقش روان‌رنجوری به‌عنوان میانجی بود. یافته‌ها نشان دادند که روان‌رنجوری نه تنها با اسکروپولوژی رابطه مستقیم دارد، بلکه اثر هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار را نیز تشدید می‌کند. این نتایج با تحقیقات اینازو و همکاران و فانگ و همکاران (۲۰۱۶)، سازگار است که بیان می‌کنند روان‌رنجوری بستر هیجانی لازم را برای افزایش اضطراب، احساس گناه و واکنش‌های افراطی فراهم می‌کند (۳۷، ۴۴). به نظر می‌رسد افرادی که سطح بالاتری از روان‌رنجوری دارند، در برابر افکار ناخواسته واکنش هیجانی شدیدتری نشان می‌دهند و این امر باعث می‌شود که خطاهای شناختی مانند هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر افراطی افکار، تأثیر بیشتری بر شدت اسکروپولوژی داشته باشند. این یافته از نظر کاربردی نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی-رفتاری صرف، اگر بدون مدیریت مؤثر هیجانات منفی و کاهش روان‌رنجوری اجرا شوند، ممکن است اثرگذاری محدودی داشته باشند. نتایج این پژوهش نشان داد که مدل ترکیبی شامل متغیرهای شناختی و شخصیتی می‌تواند پیش‌بینی مناسبی از شدت اسکروپولوژی ارائه دهد. این یافته در راستای دیدگاه یکپارچه‌ای است که گرانت و چمبرلین (۲۰۱۹)، مطرح کردند؛ آنها معتقدند که اختلال وسواس فکری-عملی، به‌ویژه بعد اسکروپولوژی، از تعامل عوامل شناختی (مانند هم‌جوشی فکر-عمل) و صفات شخصیتی (مثل روان‌رنجوری) شکل می‌گیرد (۳۴). از سوی دیگر، مدل حاصل می‌تواند به توضیح چرایی عدم موفقیت

Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>

3. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum CE, Gale TM, Gamma A, Ajdacic-Gross V, et al. A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013;17(3):170-8. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.755206>

4. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022 Feb;9(2):137-150. [doi: 10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3). Epub 2022 Jan 10. PMID: 35026139; PMCID: PMC8776563.

5. Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Ameis SH, Brunoni AR, et al. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(4):347-56. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051>

6. Mozuraityte K, Stanyte A, Fineberg NA, Serretti A, Gecaite-Stonciene J, Burkauskas J. Mental fatigue in individuals with psychiatric disorders: a scoping review. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2023;27(2):186-95. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129069>

7. Homayuni A. Investigating the correlation between perceived stress and health anxiety with obsessive-compulsive disorder and quality of life during COVID-19 pandemic. *BMC Psychol*. 2023;11(1):54. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01090-w>.

8. Abramowitz JS, Jacoby RJ. Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(2):140-9. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jocrd.2013.12.007>

9. Painley JM. *Scrupulosity: A Comprehensive Review of the Research*: Antioch University; 2025. <https://aura.antioch.edu/etds/1102>

10. Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to clinical and cognitive phenomena. *J Anxiety Disord*. 2006;20(8):1071-86. [doi: 10.1016/j.jocrd.2025.100967](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2025.100967)

نظر می‌رسید، اما استفاده از یک نمونه‌ی بالینی ممکن است به دلیل کاهش واریانس در متغیرها، منجر به تضعیف قدرت همبستگی‌ها شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این مدل در جمعیت عمومی نیز مورد بررسی قرار گیرد تا قابلیت تعمیم‌پذیری و استحکام روابط مشاهده‌شده افزایش یابد. به‌طور کلی، پژوهش حاضر نشان داد که یک مدل ترکیبی شامل شناخت‌های وسواسی (هم‌جوشی فکر-عمل و تفسیر ناکارآمد افکار) و ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری) می‌تواند درک عمیق‌تری از شکل‌گیری و تداوم اسکریپولوزیتی ارائه دهد و این یافته‌ها می‌تواند در توسعه مداخلات درمانی یکپارچه و فرهنگ‌محور نقش بسزایی داشته باشد.

**کد اخلاق:** منبع صادر کننده مجوز انجام مطالعه دانشگاه سراسری ارومیه می‌باشد.

**حمایت مالی:** این مطالعه فاقد حمایت مالی بوده است.

**نقش نویسندگان:** اس.س: مفهوم سازی، روش‌شناسی، نرم‌افزار، اعتبارسنجی، مدیریت پروژه، نظارت بر پروژه ش.ع: نگارش مقاله، ویرایش و اصلاح مقاله، انجام جنبه‌های بصری مقاله، تحلیل‌های آماری م.ح: جمع‌آوری داده، مدیریت داده‌ها

**تعارض منافع:** بنا به اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع نداشته است.

**سپاسگزاری:** نویسندگان از تمامی حامیان و شرکت کنندگان پژوهش حاضر تقدیر و تشکر می‌نمایند.

## منابع

- Hlynsson JI, Bergström J, Carlbring P. Seeing beyond the diagnostic and statistical manual: A function-centered review of obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2025;46:100967. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2025.100967>
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey

- Lighthouse Journal of Social Sciences. 2023 Jul 31;2(1):86-92. Retrieved from <https://kpheart.edu.pk/ojs/index.php/ljss/article/view/120>
19. Çetin Ç, Eroğlu EÖ, Özdemir P, Demir B. Are the Symptom Dimensions in Obsessive Compulsive Disorder Related to Thought-Action Fusion, Magical Thinking, and Schizotypal Personality Traits? Archives of Neuropsychiatry. 2024;61(3):265. <https://doi.org/10.29399/npa.28635>
20. Lee SW, Lee SJ, Choi M. Psychological Inflexibility, Cognitive Fusion, and Thought-Action Fusion as a Transdiagnostic Construct: Direct Comparisons Among Major Depressive Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Healthy Controls. Psychiatry Investig. 2025 Jan;22(1):93-101. doi: 10.30773/pi.2024.0209. Epub 2025 Jan 15
21. Lee SW, Song H, Jang TY, Cha H, Kim E, Chang Y, et al. Aberrant functional connectivity of neural circuits associated with thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychological medicine. 2022;52(11):2106-15. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0347>
22. Asgharnezhad R, Alivandi VM, Abdi R. Predicting the Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder Based on the Thought-Action Fusion and Mindfulness in Nonclinical Population. 2023. <http://dx.doi.org/10.61838/kman.jayps.5.8.16>
23. Vala ZR, Nooran AG. The Relationship Between Parental Reports of Their Children's Obsessive-Compulsive Symptoms and Thought-Action Fusion With the Parent-Child Relationship Structure in Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2024;3(4):135-43. <https://www.magiran.com/p2839559>
24. Pascual-Vera B, Doron G, Inozu M, García F, Belloch A. The Mediating Role of Misinterpretations and Neutralizing Responses to Unwanted Intrusive Thoughts in Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. Eur J Investig Health Psychol Educ. 2025 Jul 15;15(7):135. doi: 10.3390/ejihpe15070135
25. Chester RJ. Religious Scrupulosity: The Law And The Gospel. 2025. <https://digitalcommons.liberty.edu/honors/1480>
26. Sampson N. What are the similarities and differences in the experience of unwanted, [10.1016/j.janxdis.2006.02.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.02.001). Epub 2006 Mar 9. PMID: 16524696.
11. Demirkol ME, Namlı Z, Eriş Davul Ö, Karaytuğ MO, Tamam L, Yılmaz H. Psychache and suicidal history in patients with obsessive-compulsive disorder. Neuropsychiatric disease and treatment. 2019;3531-9. <https://www.dovepress.com/neuropsychiatric-disease-and-treatment-journal>
12. Gupta G, Avasthi A, Grover S, Singh SM. Factors associated with suicidal ideations and suicidal attempts in patients with obsessive compulsive disorder. Asian journal of psychiatry. 2014;12:140-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.09.004>
13. Doron G, Kyrios M. Obsessive compulsive disorder: a review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. Clin Psychol Rev. 2005;25(4):415-32. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.02.002>
14. Brown HJ, Rock AJ, Clark G, Murray CV, Rice K, Hanson MC. Thought-Action Fusion Mediates the Relationship Between the Dependence and Vulnerability to Harm Early Maladaptive Schemas and Obsessive-Compulsive Symptomology. North American Journal of Psychology. 2022;24(3). <https://www.proquest.com/scholarly-journals/thought-action-fusion-mediates-relationship/docview/2720474560/se-2>
15. Shemrani S, Najafi M, Khosravani V. Thought-action fusion associated with obsessive-compulsive symptomatology in OCD patients: The pathways from experiential avoidance, thought suppression, and depression. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2025;43(1):19. <https://doi.org/10.1007/s10942-025-00584-3>
16. Jelinek L, Balzar A, Moritz S, Reininger KM, Miegel F. Therapists' thought-action fusion beliefs predict utilization of exposure in obsessive-compulsive disorder. Behavior therapy. 2022;53(1):23-33. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.05.004>
17. Hansmeier J, Exner C, Pormann R, Schumacher K, Fink-Lamotte J. Exploring the link between thought-action fusion and symptom-based shame in obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2023;39:100848. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100848>
18. Bukhari SJ. Relationship between Thought-action Fusion (TAF), Morality, and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). The

35. Feygin DL, Swain JE, Leckman JF. The normalcy of neurosis: Evolutionary origins of obsessive-compulsive disorder and related behaviors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(5):854-64. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.01.009>
36. Barlow DH, Curren AJ, Woodard LS. Neuroticism and disorders of emotion: A new synthesis. *Current Directions in Psychological Science*. 2021;30(5):410-7. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/09637214211030253>
37. Inozu M, Kahya Y, Yorulmaz O. Neuroticism and religiosity: The role of obsessive beliefs, thought-control strategies and guilt in scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms among Muslim undergraduates. *Journal of Religion and Health*. 2020;59(3):1144-60. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0603-5>
38. Buschmann T, Horn RA, Blankenship VR, Garcia YE, Bohan KB. The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2018;36(2):137-62. DOI [10.1007/s10942-017-0278-y](https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y)
39. Wong SS. The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and irrational beliefs with test anxiety. *Current Psychology*. 2008;27(3):177-91. <https://doi.org/10.1007/s12144-008-9033-y>
40. Vıslă A, Flückiger C, Grosse Holtforth M, David D. Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(1):8-15. <https://doi.org/10.1159/000441231>
41. Perkins AM, Arnone D, Smallwood J, Mobbs D. Thinking too much: self-generated thought as the engine of neuroticism. *Trends in cognitive sciences*. 2015;19(9):492-8. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.003>
42. Ryckman NA, Lambert AJ. Unsuccessful suppression is associated with increased neuroticism, intrusive thoughts, and rumination. *Personality and individual differences*. 2015;73:88-91. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.029>
43. Calkins AW, Hearon BA, Capozzoli MC, Otto MW. Psychosocial predictors of sleep dysfunction: the role of anxiety sensitivity, dysfunctional beliefs, and neuroticism. *intrusive thoughts between clinical and non-clinical participants, as explored through a Framework Analysis? : City, University of London*; 2022. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/33319/>
27. Clark DA. *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*: Guilford Press; 2005. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.029>
28. Kalanthroff E, Wheaton MG. An integrative model for understanding obsessive-compulsive disorder: merging cognitive behavioral theory with insights from clinical neuroscience. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(24):7379. <https://doi.org/10.3390/jcm11247379>
29. Baraby L-P. The role of dysfunctional reasoning processes in relation to feared self-perceptions, obsessive-compulsive symptomatology and its treatment. 2023. <http://hdl.handle.net/1866/31939>
30. Inclan N. Etiology of religious scrupulosity: A discussion. 2024. [https://www.researchgate.net/publication/384636123\\_Etiology\\_of\\_Religious\\_Scrupulosity\\_A\\_Discussion](https://www.researchgate.net/publication/384636123_Etiology_of_Religious_Scrupulosity_A_Discussion)
31. Ali T, Mujawar S, Davis S, Chaudhury S, Saldanha D. Blasphemous thoughts in obsessive-compulsive disorder: A case series. *Industrial Psychiatry Journal*. 2021;30(Suppl 1):S258-S62. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328824>
32. Pinto A, Ansell E, Wheaton MG, Krueger RF, Morey L, Skodol AE, et al. Obsessive-compulsive personality disorder and component personality traits. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 2018:459-79. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220058>
33. Taylor S, Asmundson GJ, Jang KL. Etiology of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive personality traits: Common genes, mostly different environments. *Depression and Anxiety*. 2011;28(10):863-9. <https://doi.org/10.1002/da.20859>
34. Grant JE, Chamberlain SR. Obsessive compulsive personality traits: Understanding the chain of pathogenesis from health to disease. *Journal of psychiatric research*. 2019;116:69-73. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.06.003>

- disorder. Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment. New York, NY, US: The Guilford Press; 1998. p. 51-78.
50. Farrokhi H, Sohrabi F. Investigating Factor Structure, Validity and Reliability of Thought Fusion Instrument (TFI) in Iran. *Clinical Psychology and Personality*, 2020; 17(1): 249-255. [doi: 10.22070/cpap.2020.2901](https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2901)
51. D'Alessandro DU, Burton KD. Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale for Children: Tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30(3):335-53. [DOI 10.1007/s10608-006-9046-5](https://doi.org/10.1007/s10608-006-9046-5)
52. Rezaei A, Khodadadi Z, Mirmohamadi L. On the relationship between abused spouses' dysfunctional thoughts and the tendency towards suicidal thoughts. *Journal of Woman and Society*. 2011;2(3):123. <https://www.magiran.com/p908155>
53. McCrae RR, Costa Jr PT. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*. 2004 Feb 1;36(3):587-96. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00118-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00118-1)
54. Sohrabian T, Gholamrezaei S, Sepahvandi G. Prediction of insomnia disorder based on neuroticism and perfectionism components with the mediating role of cognitive emotion regulation and anxiety. *Clinical Psychology*. 2020;12(4):25-36. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.19732.1823>
- Behavioral Sleep Medicine. 2013;11(2):133-43. <https://doi.org/10.1080/15402002.2011.643968>
44. Fang A, Siev J, Minichiello WE, Baer L. Association between scrupulosity and personality characteristics in individuals with obsessive-compulsive symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2016;9(3):245-59. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/ijct.2016.09.09>
45. Murat K. THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE DISTORTIONS AND OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS: AN EXAMINATION IN YOUNG ADULTS. *Sentez Akademik Araştırmalar Dergisi*. 2024(1):335-45. <https://orcid.org/0009-0000-3023-0454>
46. Abramowitz JS, D. Huppert J, Cohen AB, Tolin DF, Cahill SP. Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(7):825-38. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00070-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00070-5)
47. Kaviani S, Eskandari H, Ebrahimi Ghavam S. The Relationship between Scrupulosity, Obsessive-Compulsive Disorder and Its Related Cognitive Styles. *PCP* 2015; 3 (1) :47-60 URL: <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-183-en.html>
48. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996;10(5):379-91. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
49. Rachman S, Shafran R. Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive