

The Structural Effect of Insecure Attachment Styles on Symptoms of Body Dysmorphic Disorder in students: The Mediating Roles of Mentalization and Self-Compassion

Mahmoud Najafi¹, Narjes Ameri², Fatemeh Hassanloo³

1. (Corresponding Author), PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. m_najafi@semnan.ac.ir
2. PhD student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. n-ameri@semnan.ac.ir
3. PhD student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. fatemeh.hasanloo@semnan.ac.ir

Abstract

Aim: The aim of the present study was to investigate the structural effect of insecure attachment styles on body dysmorphic symptoms in students, with the mediating roles of mentalization and self-compassion.

Methods: This research employed a descriptive-correlational method. The statistical population included all first and second grade high school students in Karaj during the 2024–2025 academic year. A sample of 397 students was selected through multistage cluster random sampling. The instruments used included the Fear of Body Image Concern Inventor (Littleton et al., 2005), Attachment Styles Questionnaire (Hazan & Shaver, 1987), Mentalization Scale (Dimitrijević et al., 2018), and the Self-Compassion Scale (Neff, 2003b). Correlation analysis and Structural Equation Modeling (SEM) were employed for data analysis.

Findings: The results showed that both avoidant ($\beta = 0.15$, $P = 0.004$) and ambivalent ($\beta = 0.16$, $P = 0.002$) dimensions of insecure attachment had a direct and significant effect on body dysmorphic disorder symptoms. Furthermore, the indirect effect of insecure attachment styles, including avoidant ($\beta = 0.199$, $P = 0.001$) and ambivalent ($\beta = 0.218$, $P = 0.001$), on body dysmorphic disorder symptoms through the mediating variables of mentalization and self-compassion was confirmed, and the model demonstrated a good fit.

Conclusion: Based on the findings, insecure attachment styles, by reducing mentalization and self-compassion, contribute to increased body dysmorphic disorder symptoms in students. These results emphasize the necessity of considering mediating variables in clinical and educational interventions related to body dysmorphic disorder. It is suggested that in preventive and therapeutic programs, enhancing mentalization and self-compassion, along with addressing insecure attachment styles, be taken into consideration.

Keywords: Insecure Attachment Styles, Mentalization, Self-Compassion, Body Dysmorphic Symptoms, Students.

اثر ساختاری سبک‌های دلبستگی ناایمن بر علائم بدریخت‌انگاری بدن دانش‌آموزان: نقش میانجی ذهنی‌سازی و شفقت به خود

محمود نجفی¹، نرجس عامری²، فاطمه حسنلو³

1. (نویسنده مسئول)، دکتری روان‌شناسی، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران m_najafi@semnan.ac.ir
2. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران n-ameri@semnan.ac.ir
3. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران fatemeh.hasanloo@semnan.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر ساختاری سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) بر علائم بدریخت‌انگاری بدن دانش‌آموزان با نقش میانجی ذهنی‌سازی و شفقت به خود بود.

روش: روش این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان متوسطه اول و دوم شهر کرج در سال تحصیلی 1403-1404 بود. نمونه‌ای متشکل از 397 دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از نوع خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه ترس از تصویر بدن (لیتلتون و همکاران، 2005)، سبک‌های دلبستگی (هازن و شیور، 1987)، پرسشنامه ذهنی‌سازی (دیمتریویچ و همکاران، 2018) و پرسشنامه شفقت به خود (نف، 2003b) بودند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو بعد اجتنابی ($P=0/004$, $\beta=0/15$) و دوسوگرایی ($P=0/002$, $\beta=0/16$) دلبستگی ناایمن اثر مستقیم و معناداری بر علائم بدریخت‌انگاری بدن داشتند. همچنین، اثر غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی ($P=0/001$, $\beta=0/199$) و دوسوگرا ($P=0/001$, $\beta=0/218$) از طریق متغیرهای میانجی ذهنی‌سازی و شفقت به خود بر علائم بدریخت‌انگاری بدن تأیید شد و مدل برازش مطلوب داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، سبک‌های دلبستگی ناایمن با تأثیر بر کاهش ذهنی‌سازی و شفقت به خود، زمینه‌ساز افزایش علائم بدریخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان می‌شوند. این نتایج بر لزوم توجه به متغیرهای واسطه‌ای در مداخلات بالینی و آموزشی مرتبط با بدریخت‌انگاری بدن تأکید دارد. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی، تقویت ذهنی‌سازی و شفقت به خود در کنار توجه به سبک‌های دلبستگی ناایمن مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی، شفقت به خود، علائم بدریخت‌انگاری بدن، دانش‌آموزان

مقدمه

اختلال بدریخت‌انگاری بدن¹ به صورت اشتغال ذهنی مداوم و نگرانی مفرط نسبت به عیوب در ظاهر فرد تعریف می‌شود؛ هرچند که این عیوب و نواقص از دیدگاه دیگران معمولاً قابل توجه یا مشهود نیست. این اختلال اغلب با رفتارهای تکراری نظیر تلاش

¹. Body Dysmorphic Disorder

برای پنهان کردن یا اصلاح عیوب همراه است. شروع این اختلال در حدود دوسوم افراد پیش از 18 سالگی رخ می‌دهد، دوره‌ای که افراد عموماً بیشترین حساسیت را نسبت به ظاهر خود دارند. شیوع این اختلال در میان نوجوانان حدود 2 درصد تخمین زده شده و در دختران نسبت به پسران شایع‌تر است. علائم این اختلال می‌تواند بر زندگی فردی و اجتماعی افراد، به‌ویژه در دوران حساس نوجوانی، تأثیرات قابل توجهی داشته باشد؛ برای مثال، حدود 20 درصد از کودکان و نوجوانان دارای این اختلال به دلیل شدت علائم از ادامه تحصیل کناره‌گیری می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، 2022؛ سازمان بهداشت جهانی^۲، 2024). همچنین، طبق نتایج پژوهش‌های صورت گرفته، نرخ افکار و اقدام به خودکشی در افراد دارای اختلال بدриخت‌انگاری بدن به طور قابل توجهی بالا است. تمایل به انجام اعمال زیبایی و عزت نفس پایین نیز از دیگر پیامدهای این اختلال به ویژه در دوران نوجوانی هستند (اسکندر و همکاران^۳، 2020؛ راتیو و همکاران^۴، 2022؛ راک و همکاران^۵، 2024؛ کوک و همکاران^۶، 2021). با توجه به پیامدهای اختلال بدريخت‌انگاری بدن، بررسی عوامل مؤثر در بروز این اختلال و شناسایی عوامل محافظت‌کننده آن از اهمیت بسزایی برخوردار است.

یکی از عوامل آسیب‌پذیری کلی در برابر آسیب‌شناسی روانی، دلبستگی ناایمن^۷ مطرح شده است (هرستل و همکاران^۸، 2021). نظریه دلبستگی، که توسط جان بالبی^۹ توسعه یافت، بر پیوند عاطفی بین کودک و مراقب اصلی به‌عنوان پایه‌ای برای رشد روان‌شناختی و اجتماعی تأکید دارد. بالبی (1969) استدلال کرد که دلبستگی، مکانیزمی است که از طریق تعاملات اولیه با مراقبان شکل می‌گیرد و الگوهای کاری درونی^{۱۰} پایدار را در طول زندگی ایجاد می‌کند. در نتیجه پاسخ‌های حساس، قابل پیش‌بینی و باثبات مراقبین، سبک دلبستگی ایمن^{۱۱} شکل می‌گیرد؛ در حالی که سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی^{۱۲} و ناایمن دوسوگرا^{۱۳} نتیجه تعاملات غیرقابل پیش‌بینی یا غیرحمایتی، غیرپاسخگو یا بی‌ثبات است (اینزورث و همکاران^{۱۴}، 1978). مطالعات نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی ناایمن با با طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی، از جمله علائم افسردگی، پارانوئید، وسواس، آسیب به خود و ناگویی هیجانی مرتبط هستند (تروشارت و همکاران^{۱۵}، 2022؛ ژانگ و همکاران^{۱۶}، 2024؛ لیچوارووا و همکاران^{۱۷}، 2025؛ هودنی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۱). در زمینه اختلال بدريخت‌انگاری بدن، یافته‌های پژوهش حشمتی و همکاران (2023) نشان دادند که سبک دلبستگی دوسوگرا به‌طور مستقیم با علائم بدريخت‌انگاری بدن مرتبط است. همچنین، دهقان سروعلیا و دهقانی (2019) دریافتند که سبک دلبستگی دوسوگرا از طریق افزایش نشخوار فکری و اضطراب مرتبط با قضاوت دیگران، به تمرکز بر نقص‌های خیالی و رفتارهای تکراری (مانند بررسی ظاهر یا جراحی زیبایی) در افراد دارای بدريخت‌انگاری بدن مرتبط است. با این وجود، طبق پژوهش فاسناخت و همکاران^{۱۹} (2023)، سبک دلبستگی دوسوگرا ارتباط مستقیم معناداری با شدت اختلال بدريخت‌انگاری بدن ندارد، اما با میانجی‌گری عواملی مانند دوسوگرایی خود، جهت‌گیری ظاهری و ارزیابی منفی ظاهری، ارتباط غیرمستقیم قوی با شدت اختلال بدريخت‌انگاری بدن دارد. با توجه به تمرکز عمده پژوهش‌های پیشین بر سبک دلبستگی دوسوگرا، ضرورت بررسی جامع هر دو سبک دلبستگی ناایمن (دوسوگرا و اجتنابی) با علائم بدريخت‌انگاری بدن و شناسایی مکانیزم‌های میانجی مؤثر در این رابطه وجود دارد.

1. American Psychiatric Association

2. World Health Organization (WHO)

3. Eskander, & et al

4. Rautio, & et al

5. Rück, & et al

6. Kuck, & et al

7. Insecure Attachment

8. Herstell, & et al

9. Bowlby

10. internal working models

11. secure attachment style

12. avoidant attachment style

13. anxious-ambivalent attachment style

14. Ainsworth, & et al

15. Trucharte, & et al

16. Zhang, & et al

17. Lichvárová, & et al

18. Hodny, & et al

19. Fassnacht, & et al

کیفیت روابط دلبستگی محور در دوران کودکی به شدت بر توانایی فرد در درک وضعیت روانی تأثیر می‌گذارد (ردفرن و همکاران^۱، ۲۰۱۵). این توانایی درک وضعیت روانی خود و دیگران شامل فهم افکار، احساسات، آرزوها و امیال خود و دیگران، ذهنی‌سازی^۲ یا در تعریف عملیاتی آن، ظرفیت تأملی^۳ نامیده می‌شود (فوناگی و همکاران^۴، ۱۹۹۸). این توانایی دربرگیرنده چهار جنبه اصلی خود در مقابل دیگری^۵، خودکار در مقابل کنترل شده^۶، شناختی در مقابل عاطفی^۷ و درونی در مقابل بیرونی^۸ است (بیتمن و فوناگی^۹، ۲۰۱۷). نقص در توانایی ذهنی‌سازی می‌تواند با نقص در تنظیم هیجان (شوارتز و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۱؛ یانسن و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰)، علائم وسواسی-جبری (اسلوور و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۲؛ پینو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۶)، اختلال خوردن (جول و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۶؛ کیارسدام تلئوس و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۳) و نگرش منفی به خود (حسنلو و همکاران، ۱۴۰۲) ارتباط داشته باشد. از طرفی، بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی با افزایش تاب‌آوری نیز مرتبط است (کافی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۴). علاوه بر این، بولمن و همکاران^{۱۶} (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به بررسی ظرفیت ذهنی‌سازی در افراد دارای علائم بدریخت‌انگاری بدن پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که افراد دارای این اختلال در تفسیر صحیح موقعیت‌های اجتماعی، به‌ویژه در شناسایی افکار و نیت دیگران، با مشکل مواجه هستند. بنابراین، بررسی دقیق‌تر ارتباط نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی و علائم و اختلالاتی مانند بدریخت‌انگاری بدن ضروری است.

یکی از عواملی که می‌تواند نقش محافظتی در سلامت روان نوجوانان داشته باشد، سطوح بالای خودشفقتی^{۱۷} است (آلن و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۰). تجربه‌های حمایتی و ایمن در اولیه دلبستگی و پاسخ‌های حمایتی مراقبان، در شکل‌گیری توانایی برای مهربان بودن نسبت به خود نقش مهمی ایفا می‌کند (لاترن و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۰). ابراز مهربانی و درک نسبت به خود در زمان‌های مواجهه با درد، شکست یا ناکامی، به‌جای قضاوت سخت‌گیرانه و خودانتقادی، شفقت به خود نامیده می‌شود. این مفهوم شامل پذیرش تجربیات شخصی به‌عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی، به‌جای احساس انزوا و جدایی، و همچنین بخشیدن کاستی‌ها و محدودیت‌های خود به‌عنوان یک انسان است (نف^{۲۰}، ۲۰۰۳b). به عبارت دیگر، خودشفقتی به افراد کمک می‌کند تا با احترام به محدودیت‌های ذاتی انسانی، خود را بپذیرند و با دیدگاهی متعادل به ناکامی‌ها نگاه کنند. در دوره نوجوانی، که با تحولات شناختی و فشارهای اجتماعی همراه است، خودشفقتی اهمیتی ویژه می‌یابد و می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای مقابله با چالش‌های این مرحله از زندگی عمل کند (نف، ۲۰۰۳a). در همین راستا، مطالعات نشان داده‌اند که بهبود خودشفقتی با افزایش شادکامی، کیفیت زندگی و تقویت توانایی تحمل پریشانی رابطه مثبت و معناداری دارد (تشکری و سدرپوشان، ۱۴۰۱؛ محمودپور و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، مرور نظام‌مند براون و همکاران^{۲۱} (۲۰۱۶) نشان داده است که سطوح پایین‌تر خودشفقتی، به‌ویژه در زنان، با طیفی از شاخص‌های نارضایتی از بدن ارتباط دارد. همچنین، نتایج پژوهش آلن و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهند نوجوانانی که از سطوح بالاتری از خودشفقتی برخوردارند، علائم کمتری از بدریخت‌انگاری بدن را تجربه می‌کنند.

1. Redfern, & et al

2. Mentalization

3. Reflective Functioning

4. Fonagy, & et al

5. mentalizing the self versus others

6. automatic versus controlled mentalizing

7. cognitive versus affective mentalizing

8. mentalizing with regard to internal versus external features

9. Bateman & Fonagy

10. Schwarzer, & et al

11. Jansen, & et al

12. Sloover, & et al

13. Pino, & et al

14. Jewell, & et al

15. Kjaersdam Telléus, & et al

16. Buhlmann, & et al

17. Self-Compassion

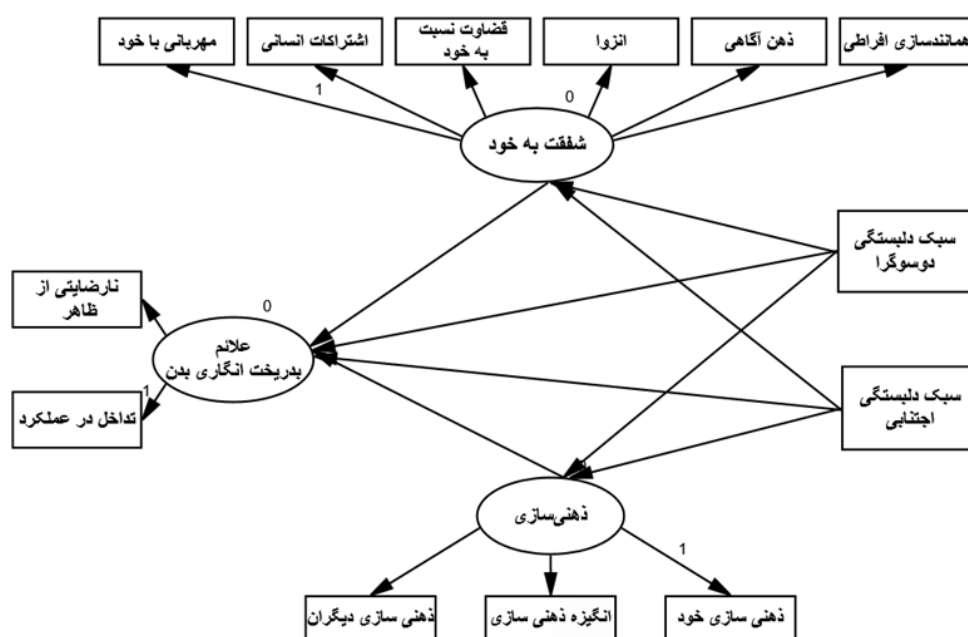
18. Allen, & et al

19. Lathren, & et al

20. Neff

21. Braun, & et al

با توجه به پیامدهای اختلال بد ریخت‌انگاری بدن در دوره حساس نوجوانی که می‌تواند با مشکلات متعددی همراه باشد (راتیو و همکاران، ۲۰۲۲؛ راک و همکاران، ۲۰۲۴)، بررسی عوامل مرتبط با شروع و تداوم این اختلال حائز اهمیت است. هرچند نتایج مطالعات ارتباط علائم بد ریخت‌انگاری بدن با سبک‌های دلبستگی نایمن، ظرفیت ذهنی‌سازی و توانایی خودشفقتی را به صورت مجزا تأیید کرده‌اند (آلن و همکاران، ۲۰۲۰؛ بولمن و همکاران، ۲۰۱۵؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۲۳)، اما مطالعه‌ای یافت نشد که به طور همزمان به بررسی ارتباط مستقیم و غیرمستقیم هر دو نوع سبک دلبستگی نایمن با بد ریخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان ایرانی پرداخته باشد و نقش متغیر میانجی ذهنی‌سازی و شفقت به خود را در این رابطه مورد تحلیل قرار داده باشد. بنابراین، بررسی عوامل زمینه‌ساز مانند سبک‌های دلبستگی نایمن و عوامل محافظتی همچون ظرفیت ذهنی‌سازی و شفقت به خود در این گروه سنی، می‌تواند به درک عمیق‌تر سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر بر این اختلال و طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی مؤثر کمک کند. بر این اساس، مدل مفروض پژوهش حاضر چنین بود که سبک‌های دلبستگی نایمن تأثیر مستقیم بر علائم بد ریخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان دارد. همچنین، سبک‌های دلبستگی نایمن از طریق ذهنی‌سازی بر علائم بد ریخت‌انگاری بدن اثر غیرمستقیم دارد. علاوه بر آن، سبک‌های دلبستگی نایمن از طریق شفقت به خود بر علائم بد ریخت‌انگاری بدن اثر غیرمستقیم دارد (شکل ۱). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ذهنی‌سازی و شفقت به خود در رابطه سبک‌های دلبستگی نایمن با علائم بد ریخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان انجام شد. سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا ذهنی‌سازی و شفقت به خود نقش میانجی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی نایمن با علائم بد ریخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان دارند؟



شکل ۱:
مدل
مفروض
پژوهش

روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دوره‌های متوسطه اول و دوم شهر کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۹۷ دانش‌آموز (۲۶۰ دختر و ۱۳۷ پسر) بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در مرحله اول، از میان مناطق چهارگانه آموزش و پرورش شهر کرج، یک منطقه به صورت تصادفی با استفاده از روش قرعه‌کشی (منطقه دو) انتخاب شد. سپس، از میان مدارس این منطقه، شش مدرسه به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی گزینش شدند. ابزارهای پژوهش به صورت حضوری و آنلاین توزیع شد. طبق توصیه تاباچنیک و فیدل^۱ (۲۰۱۳)، برای تحلیل‌های چندمتغیره مانند مدل معادلات ساختاری، حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر برای دستیابی به ثبات برآوردها و قدرت آماری قابل قبول پیشنهاد شده است. بر این اساس، با توجه به احتمال حذف

^۱. Tabachnick & Fidell

پرسشنامه‌های ناقص یا عدم تطابق با معیارهای ورود، ۴۲۰ پرسشنامه توزیع شد. پس از بررسی و حذف پرسشنامه‌های ناقص و اعمال معیارهای ورود، ۳۹۷ دانش‌آموز به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل سن ۱۳ تا ۱۸ سال، سکونت در شهر کرج، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی و نداشتن سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. معیارهای خروج نیز شامل پاسخ‌های ناقص، دریافت خدمات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی در طول پژوهش و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان حفظ شد و امکان انصراف داوطلبانه از پژوهش در هر زمان فراهم گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS (نسخه ۲۷) و AMOS (نسخه ۲۴) انجام شد.

ابزار سنجش

۱- پرسشنامه ترس از تصویر بدن^۱: این پرسشنامه، ابزار خودگزارش‌دهی جهت ارزیابی نگرانی و نارضایتی افراد در مورد ظاهرشان، تلاش برای مخفی کردن نقایص و میزان تداخل این نگرانی در عملکرد اجتماعی افراد است که توسط لیتلتون و همکاران^۲ در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است. این آزمون شامل ۱۹ گویه است که در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از هرگز= ۱ تا همیشه= ۵) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل امتیاز ۱۹ و حداکثر ۹۵ است. این پرسشنامه دارای دو خرده‌مقیاس نارضایتی و شرم از ظاهر (۱۲ گویه) و میزان اختلال در عملکرد اجتماعی فرد به دنبال نگرانی از ظاهر (۷ گویه) است. پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس اول، دوم و نمره کل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۶ و ۰/۹۳ گزارش گردیده است. همچنین، همبستگی بالای بین پرسشنامه ترس از تصویر بدن و پرسشنامه خودگزارشی اختلال بدریخت‌انگاری بدن ($r=0.83, p<0.01$) نشان‌دهنده و تأییدکننده روایی این مقیاس است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). نسخه فارسی این پرسشنامه را بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۶) هنجاریابی کرده‌اند و آلفای کرونباخ برای نمره کل آزمون را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۹۳ بدست آمد.

۲- پرسشنامه سبک‌های دلبستگی^۳: هازن و شیور^۴ در سال ۱۹۸۷، مقیاسی دارای ۱۵ گویه جهت ارزیابی سبک‌های دلبستگی تدوین نموده‌اند. این پرسشنامه سه سبک دلبستگی ایمن (۵ گویه)، دوسوگرا (۵ گویه) و اجتنابی (۵ گویه) را بررسی می‌نماید. نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز= نمره صفر تا تقریباً همیشه= ۴) انجام می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۱ گزارش شده است. این ابزار توسط رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۶) در ایران هنجاریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های دلبستگی ایمن، دوسوگرا، اجتنابی و نمره کل به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ اعلام کرده‌اند. همچنین، پایایی بازآزمایی این پرسشنامه پس از دو هفته برای نمره کل ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حقی خلیفه و همکاران (۱۴۰۳) ضرایب آلفای کرونباخ برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ به‌دست آمده است. در مطالعه حاضر نیز، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ محاسبه شده است.

۳- پرسشنامه ذهنی‌سازی^۵: دیمیتریویچ و همکاران^۶ در سال ۲۰۱۸، پرسشنامه ذهنی‌سازی را که شامل ۲۸ گویه است، طراحی کرده‌اند. این مقیاس دارای سه خرده‌مقیاس شامل ذهنی‌سازی خود (۸ گویه)، ذهنی‌سازی دیگران (۱۰ گویه) و انگیزه ذهنی‌سازی (۱۰ گویه) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست= ۱ تا کاملاً درست= ۵) انجام می‌شود. پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل در نمونه غیربالینی ۰/۸۴ و در نمونه بالینی ۰/۷۵ گزارش شده است. صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۹) نسخه فارسی این پرسشنامه را اعتبارسنجی کرده‌اند و آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های ذهنی‌سازی خود، ذهنی‌سازی دیگران، انگیزه ذهنی‌سازی و نمره کل به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. همچنین، روایی همگرا و واگرای این ابزار از طریق همبستگی مثبت و معنی‌دار با ذهن‌آگاهی، شناخت اجتماعی و دلبستگی ایمن و همبستگی منفی و معنی‌دار با دلبستگی ناایمن اجتنابی و اضطرابی تأیید شده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به‌دست آمد.

^۱. Body Image Concern Inventor (BICI)

^۲. Littleton, & et al

^۳. Attachment Styles Questionnaire (ASQ)

^۴. Hazan & Shaver

^۵. The Mentalization Scale (MentS)

^۶. Dimitrijević, & et al

4- پرسشنامه شفقت به خود¹: نف (2003b) پرسشنامه شفقت به خود را که شامل 26 گویه است، تدوین کرده‌اند. این مقیاس دارای سه مؤلفه مهربانی با خود (5 گویه)، قضاوت نسبت به خود (5 گویه)، ذهن‌آگاهی (4 گویه)، همانندسازی افراطی (4 گویه)، اشتراکات انسانی (4 گویه) و انزوا (4 گویه) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت 5 درجه‌ای از تقریباً هرگز=1 تا تقریباً همیشه=5 انجام می‌شود. در پژوهش نف و همکاران (2003b) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری، همانندسازی افراطی و نمره کل به ترتیب 0/78، 0/77، 0/80، 0/79، 0/75، 0/81 و 0/92 گزارش شده است. خسروی و همکاران (1392) نسخه فارسی این پرسشنامه را هنجاریابی کرده‌اند. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری، همانندسازی افراطی و نمره کل به ترتیب 0/81، 0/79، 0/84، 0/85، 0/80، 0/83 و 0/86 گزارش شده‌اند. عامری (1401) ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را 0/86 گزارش نمود. در پژوهش حاضر، پایایی درونی کل مقیاس شفقت به خود 0/91 بود و پایایی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین 0/75 تا 0/81 به‌دست آمد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بین 13 تا 18 سال و میانگین سنی آن‌ها 15/28 سال با انحراف معیار 1/59 است. از بین شرکت‌کنندگان 260 نفر (65/5 درصد) دختر و 137 نفر (34/5 درصد) پسر بودند. از لحاظ مقطع تحصیلی نیز 59 نفر در پایه هفتم (14/9 درصد)، 88 نفر در پایه هشتم (22/2 درصد)، 74 نفر در پایه نهم (18/6 درصد)، 66 نفر در پایه دهم (16/6 درصد)، 47 نفر در پایه یازدهم (11/8 درصد) و 63 نفر در پایه دوازدهم (15/9 درصد) مشغول به تحصیل بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
سبک‌های دلبستگی ناایمن	سبک دلبستگی دوسوگرا	8/09	4/42	0/32	-0/51
	سبک دلبستگی اجتنابی	8/71	4/59	0/27	-0/62
ذهنی‌سازی	ذهنی‌سازی خود	26/00	6/14	-0/22	-0/30
	ذهنی‌سازی دیگران	31/01	8/12	0/04	-0/71
	انگیزه ذهنی‌سازی	25/97	6/16	-0/15	-0/49
	نمره کل ذهنی‌سازی	82/98	17/11	-0/44	-0/10
شفقت به خود	مهربانی با خود	16/36	4/22	-0/30	-0/08
	قضاوت نسبت به خود	14/04	3/67	0/18	0/39
	اشتراکات انسانی	13/47	3/22	-0/34	0/097
	انزوا	11/26	3/68	0/20	-0/47
	ذهن آگاهی	10/79	5/50	-0/29	-1/05
	همانندسازی افراطی	10/11	3/58	0/32	-0/22
	نمره کل شفقت به خود	76/06	15/42	0/057	-0/021
	ناراضایتی از ظاهر	23/48	10/18	0/80	-0/01
علائم بدریخت‌انگاری بدن	تداخل در عملکرد	19/23	7/79	0/54	-0/48
	نمره کل بدریخت‌انگاری بدن	42/72	17/15	0/71	-0/19

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین در دو ستون دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها آمده است. همانگونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین 2- و 2 قرار دارد که و حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها جهت انجام مدل معادلات ساختاری است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف² استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p>0/05$). باتوجه به اینکه زیربنای مدل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول 2: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	1	2	3	4	5	6	7
1- دلبستگی دوسوگرا	1						

¹. Self-Compassion Scale (SCS)

². Kolmogoro-Smirnov test

2- دل‌بستگی اجتنابی	0/39**	1			
3- ذهن‌سازی	-0/40**	-0/42**	1		
4- شفقت به خود	-0/46**	-0/44**	0/46**	1	
5- علائم بدریخت انگاری بدن	0/49**	0/46**	-0/45**	-0/57**	1

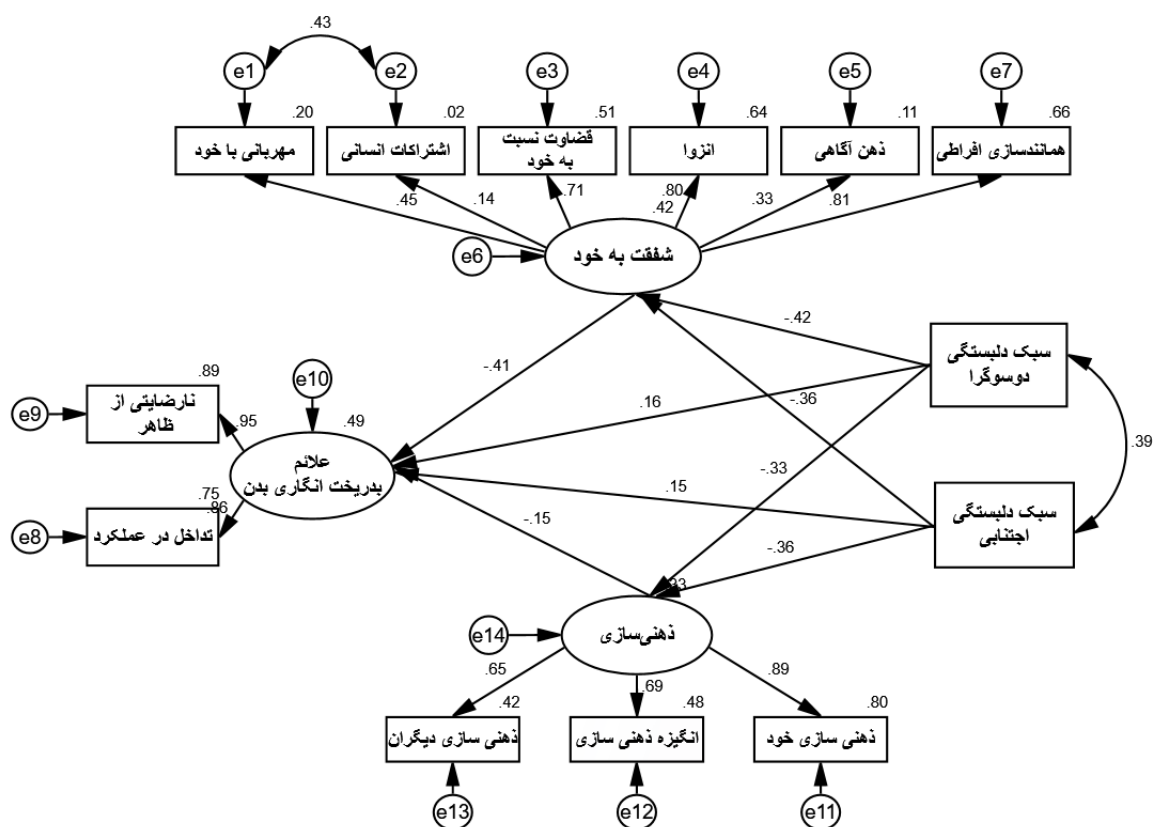
**p<0/01 *p<0/05

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون¹ استفاده شد که مقدار آن 1/99 به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه 1/5 تا 2/5 قرار دارد میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل² و عامل تورم واریانس³ بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی 2 کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه⁴ (0/84) و شاخص کرویت بارتلت⁵ (df=55 و p<0/01) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای مدل معادلات ساختاری بود. جدول 3 شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول 3: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازندگی	X ² /df	CFI	NFI	GFI	AGFI	IFI	RMSEA	PCLOSE
مقادیر قابل قبول	<3	0/90<	0/90<	0/90<	0/90<	0/90<	<0/08	0/05<
مقادیر محاسبه شده	2/98	0/94	0/92	0/92	0/91	0/94	0/071	0/33

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر (1999) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل 2 نشان داده شده است.



شکل 2: مدل مفهومی پژوهش

¹. Durbin-Watson

². Tolerance

³. Variance Inflation Factors (VIF)

⁴. Kaiser-Meyer-Olkin (KmO)

⁵. Bartlett

جدول 4 اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول 4: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب بتا	ضریب T	SE	C.R	P	نتیجه
دلبستگی دوسوگرا	شفقت به خود	-0/41	-0/17	0/028	-6/35	0/001**	تأیید
دلبستگی دوسوگرا	ذهنی سازی	-0/32	-0/40	0/063	-6/49	0/001**	تأیید
دلبستگی دوسوگرا	بدریخت انگاری بدن	0/16	0/24	0/082	3/05	0/002*	تأیید
دلبستگی اجتنابی	شفقت به خود	-0/35	-0/14	0/025	-5/82	0/001**	تأیید
دلبستگی اجتنابی	ذهنی سازی	-0/36	-0/43	0/061	-7/10	0/001**	تأیید
دلبستگی اجتنابی	بدریخت انگاری بدن	0/15	0/22	0/077	2/87	0/004*	تأیید
شفقت به خود	بدریخت انگاری بدن	-0/41	-1/45	0/271	-5/34	0/001**	تأیید
ذهنی سازی	بدریخت انگاری بدن	-0/14	-0/17	0/068	-2/60	0/009*	تأیید

**p<0/01

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح 0/05 معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی شفقت به خود و ذهنی‌سازی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی نایمن با علائم اختلال بدریخت انگاری بدن از آزمون بوت استرپ¹ با 2000 نمونه استفاده شد.

جدول 5: نتایج آزمون بوت استرپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیر مستقیم	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حدبالا	حدپایین	سطح معناداری
دلبستگی دوسوگرا ← ذهنی‌سازی و شفقت به خود ← بدریخت انگاری	0/218	0/034	0/290	0/157	0/001*
دلبستگی اجتنابی ← ذهنی‌سازی و شفقت به خود ← بدریخت انگاری	0/199	0/036	0/275	0/130	0/001*

*p<0/01

طبق نتایج جدول 5، مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه ذهنی‌سازی و شفقت به خود به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی ذهنی‌سازی و شفقت به خود در رابطه سبک‌های دلبستگی نایمن با علائم بدریخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان بود. نتایج نشان داد که مدل مفروض پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. نخستین یافته پژوهش، نشان‌دهنده رابطه مستقیم سبک‌های دلبستگی و علائم بدریخت انگاری بدن بود که این یافته را می‌توان با پژوهش‌های حشمتی و همکاران (2023)، مورگان سوادا² (2018)، دهقان سروعلیا و دهقانی (2019) و صالحی و همکاران (1398) همسو دانست. در تبیین این بخش از نتایج پژوهش می‌توان گفت در پرتو نظریه دلبستگی بالبی (1969) فرض بر این است که سبک دلبستگی افراد نه تنها در روابط صمیمانه فرد در آینده نقش دارد، بلکه تعیین کننده نحوه ادراک فرد از خود و دیگران است و می‌تواند در تجربه خودپنداره و نگرش فرد نسبت به بدن خود نقش مهمی ایفا کند (حشمتی و همکاران، 2023). افرادی که دارای سبک دلبستگی دوسوگرا هستند، حساسیت بالایی نسبت به طرد و ارزیابی منفی دارند و این ویژگی با خودپنداره شکننده این افراد در ارتباط است که می‌تواند ارزشمندی شخص را به میزان پذیرش اجتماعی و ویژگی‌های ظاهری گره بزند. همان‌طور که در پژوهش فاسناخت و همکاران (2023) نشان داده شده است افراد دوسوگرا به نشانه‌های عدم تایید اجتماعی بسار حساس و واکنش پذیر هستند. براین اساس می‌توان گفت این افراد در معرض اشتغال ذهنی با ظاهر و حساسیت نسبت به نقص‌های خیالی بدن قرار دارند که زمینه‌ساز بروز و تشدید علائم بدریخت انگاری بدن است. از طرف دیگر، افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی، با اجتناب از صمیمیت و گرایش به راهبردهای دفاعی شناختی هیجانات خود را سرکوب می‌کنند. این گرایش می‌تواند موجب تمرکز افراطی بر جنبه‌های ظاهری به عنوان یک راهبرد جبرانی گردد. به بیان دقیق‌تر می‌توان گفت در غیاب پردازش هیجانی سازگارانه، بدن و ویژگی‌های ظاهری مرتبط با آن به حوزه‌ای تبدیل می‌شود که فرد احساس کنترل بیشتری بر آن دارد و از این طریق، سرکوب هیجانات و اتکای بیش از حد برای حفظ ارزشمندی ظاهری، مکانیزم اصلی ارتباط

¹. Bootstrapping

². Morgan-Sowada

بین دلبستگی اجتنابی و نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن است (بنو و متانوا^۱، 2021). به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که سبک دلبستگی دوسوگرا از طریق اضطراب بین فردی و نیاز افراطی به تایید و دلبستگی اجتنابی از طریق سرکوب هیجانات و تمرکز جبرانی بر کنترل ظاهر به علائم بدریخت‌انگاری بدن منجر می‌گردد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که ظرفیت ذهنی‌سازی نقش میانجی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناایمن و علائم بدریخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان ایفا می‌کند. گرچه پژوهشگر به پژوهشی که به طور دقیق به بررسی این سه متغیر بپردازد، دست نیافت، اما این نتیجه همسو با پژوهش‌های بولمن و همکاران (2015)، کریستین و همکاران^۲ (2025) و پلیکرونیس و کیز^۳ (2020) است و می‌توان آن را بر اساس نظریه دلبستگی تبیین کرد. مطابق این نظریه، کیفیت آینه‌واری توسط مراقب اولیه نقش اساسی در رشد ظرفیت ذهنی‌سازی دارد؛ ظرفیتی که به فرد امکان می‌دهد حالات روانی خود و دیگران را درک و تفسیر کند. در شرایطی که این فرآیند به درستی شکل نگیرد، ضعف در ذهنی‌سازی بروز می‌یابد (بیتمن و فوناگی، 2016؛ پارکر^۴، 2014). تحقیقات پیشین نیز نشان داده‌اند که افراد با سبک‌های دلبستگی ناایمن معمولاً در ذهنی‌سازی دچار نقص هستند (بحرالعلوم و لاجوردی، 1404؛ تانزیلی و همکاران^۵، 2021). نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند پیامدهای متعددی داشته باشد؛ از جمله تجربه‌ی شرم، تمرکز افراطی و منفی بر بدن، دشواری در تشخیص واقع‌بینانه ظاهر، و ناتوانی در فاصله‌گیری از احساسات ناراضی. هنگامی که شرم در فرآیند ذهنی‌سازی تعدیل نشود، به شکل «شرم غیرذهنی‌سازی‌شده»^۶ بروز می‌کند؛ وضعیتی که با شدت یافتن علائم بدریخت‌انگاری بدن مرتبط دانسته‌اند. یافته‌های بولمن و همکاران (2015) نیز نشان دادند که افراد دارای این علائم در تفسیر صحیح موقعیت‌های اجتماعی، به‌ویژه در شناسایی افکار و نیت دیگران، با مشکل مواجه هستند. براین‌اساس، می‌توان نتیجه گرفت که وجود دلبستگی ایمن و رشد مطلوب ظرفیت ذهنی‌سازی، نقش محافظتی در برابر بدریخت‌انگاری بدن دارد. این عوامل با کاهش تجربه شرم، افزایش توانایی درک ذهنی خود و دیگران، و تقویت احساس خود به‌عنوان یک سوژه معنادار، می‌توانند هم در پیشگیری از ابتلا به این اختلال و هم در تعدیل شدت علائم آن مؤثر واقع شوند (بیتمن و فوناگی، 2016؛ پارکر، 2014؛ فوناگی و همکاران، 2002).

آخرین یافته پژوهش حاضر حاکی از نقش میانجی شفقت به خود در رابطه سبک‌های دلبستگی و علائم بدریخت‌انگاری بدن بود. هرچند که پژوهشی که به طور دقیق این سه متغیر را مورد مطالعه قرار دهد، یافت نشد، اما این یافته را می‌توان همسو با پژوهش آلن و همکاران (2020)، براون و همکاران (2016)، فروغی و همکاران (2019) در نظر گرفت. برای تبیین این یافته می‌توان به نظریه سیستم‌های هیجانی گیلبرت^۷ (2005) اشاره کرد. گیلبرت معتقد است که سیستم تشخیص تهدید، با برانگیختن هیجاناتی مانند ترس یا خشم، به محافظت در برابر خطرات می‌پردازد. سیستم انگیزشی بر کسب منابع تمرکز دارد و سیستم آرامش و پیوندجویی، حس رضایت و صلح درونی را تقویت می‌کند. در اختلال بدریخت‌انگاری بدن، تمرکز افراطی بر نقص‌های ظاهری، سیستم تهدید را فعال می‌کند. این فعال‌سازی منجر به برانگیختگی هیجانات منفی مانند شرم، انزجار و نگرش منفی به خود می‌شود که می‌تواند رفتارهایی نظیر پنهان‌سازی نقص یا نشخوار فکری را تقویت کند. در مقابل، شفقت به خود، با تقویت سیستم آرامش و پیوندجویی، می‌تواند با کاهش احساس شرم و خود-انتقادی، رابطه‌ای تعدیل‌کننده با علائم بدریخت‌انگاری بدن داشته باشد (وییل و گیلبرت^۸، 2014). علاوه‌براین، افراد دارای علائم بدریخت‌انگاری بدن اغلب از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند که می‌تواند شدت علائم را تشدید کند (هارتمن و همکاران^۹، 2015). شفقت به خود به‌عنوان یک میانجی کلیدی، با تقویت راهبردهای مقابله‌ای سازگار، می‌تواند از نگرانی‌های فرد در مورد ظاهر و تصویر بدنی بکاهد و این رابطه را تعدیل کند (اورت و همکاران^{۱۰}، 2021؛ تارک و وال^{۱۱}، 2020). یکی دیگر از جنبه‌های سالم شفقت به خود، ذهن‌آگاهی

1. Bonev & Matanova

2. Christian, & et al

3. Polychronis & Keyes

4. Parker

5. Tanzilli, & et al

6. unmentalized shame

7. Gilbert

8. Veale & Gilbert

9. Hartmann, & et al

10. Ewert, & et al

11. Turk & Waller

است که می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر عاطفه منفی و نشخوار فکری عمل کند. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا ماهیت گذرای تجربیات را بپذیرند و آنها را به عنوان حقیقت مطلق در نظر نگیرند. همچنین، از درگیر شدن بیش از حد با نواقص و نشخوار فکری در مورد آنها جلوگیری کنند. از این‌رو، شفقت به خود می‌تواند زنجیره‌های تأثیرات بر نگرانی در مورد بدريخت‌انگاری بدن را تعدیل کند (بارنارد و کاری^۱، 2011).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشانگر نقش سبک‌های دلبستگی ناایمن در بروز و تداوم علائم بدريخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان بود. همچنین، این یافته‌ها نقش ظرفیت ذهنی‌سازی و شفقت به خود را به‌عنوان عوامل میانجی در این فرایند برجسته ساختند؛ به این معنا که ضعف در ذهنی‌سازی و خودشفقتی می‌تواند تا حدی بخشی از مکانیزم ارتباط میان دلبستگی ناایمن و علائم بدريخت‌انگاری بدن را توضیح دهد. این نتایج می‌تواند مبنای مفیدی برای طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی در دانش‌آموزان باشد. با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است. محدود بودن جامعه آماری به دانش‌آموزان شهر کرج و نیز تمرکز بر جمعیت غیربالینی، تعمیم نتایج را به سایر مناطق جغرافیایی و نمونه‌های بالینی دشوار می‌سازد. همچنین، باتوجه به ماهیت مطالعه حاضر، امکان دستیابی به روابط علی میان متغیرها وجود ندارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، نمونه‌هایی در مناطق مختلف کشور و نیز جمعیت‌های بالینی مورد مطالعه قرار گیرند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از ترکیب روش‌های متنوع ارزیابی همچون گزارش والدین بهره گرفته شود. ترکیب دو شیوه جمع‌آوری داده (حضور و آنلاین) بدون انجام آزمون همگنی، یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش است که می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیرگذار باشد؛ لذا توصیه می‌شود در مطالعات آینده از یک شیوه استفاده شود یا همگنی گروه‌ها پیش از تحلیل بررسی گردد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، توصیه می‌شود روان‌درمانگران حیطه نوجوانی در مداخلات مرتبط با علائم بدريخت‌انگاری بدن به ظرفیت ذهنی‌سازی و سطح خودشفقتی نوجوانان توجه نمایند. همچنین، به مدارس و مراکز آموزشی توصیه می‌گردد با همکاری روان‌شناسان و مشاوران، برنامه‌های آموزشی و کارگاه‌هایی در زمینه ارتقای ظرفیت ذهنی‌سازی و خودشفقتی طراحی و اجرا کنند تا از بروز یا تشدید علائم بدريخت‌انگاری بدن در دانش‌آموزان پیشگیری شود.

• **ملاحظات اخلاقی:** در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

• **حمایت مالی:** این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی با شماره ۱۴۰۴/۱۲۴۷/ط/۲۲۶/۱۴۰۴ است که با استفاده از اعتبار ویژه پژوهشی (پژوهانه) دانشگاه سمنان انجام شده است.

• **تعارض منافع:** از طرف نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی در مقاله گزارش نشده است.

• **قدردانی:** بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بحرالعلوم، زهرا و لاجوردی، هدا (۱۴۰۴). مدل پیش‌بینی ذهنی‌سازی براساس سبک‌های دلبستگی با نقش میانجی توانمندی ایگو در دانشجویان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴ (۱۴۵)، ۳۰۵-۳۲۳. <http://psychologicalscience.ir/article-305-323-fa.html>
- بساکنزاد، سودابه و غفاری، مجید (1386). رابطه بین ترس از بدريختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان. *نشریه بین‌المللی علوم رفتاری*، 1 (2)، 179-187. https://www.behavsci.ir/article_67573.html
- تشکری، عمید و سدرپوشان، نجمه (1401). مقایسه اثربخشی درمان شفقت خود، شفقت خود مبتنی بر آموزه‌های توحیدی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان افسرده متاهل. *پژوهش‌های مشاوره*، 21 (۸۲)، ۱۹۷-۲۲۳. <http://iran-counseling.ir/journal/article-1618-fa.html>
- حسنلو، فاطمه؛ زهرایی، شقایق و طاوولی، آزاده (1402). تجربه زیسته نوجوانی در نوجوانان با تأکید بر ظرفیت ذهنی‌سازی: یک مطالعه کیفی پدیدارشناسی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، 14 (3)، 63-82. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.348221.644373>

¹. Barnard & Curry

- خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (1392). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، 4(13)، 47-59. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_339.html
- رحیمیان بوگر، اسحق؛ نوری، ابوالقاسم؛ عریضی، حمیدرضا؛ مولوی، حسین و فروغی مبارکه، عبدالرضا (1386). رابطه سبک‌های دلبستگی بزرگسالی با رضایت و استرس شغلی در پرستاران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 13(2)، 157-148. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-165-fa.html>
- صالحی، مریم؛ رجبی، سوران و دهقانی، یوسف (1398). پیش‌بینی اختلال بد ریخت انگاری بدن براساس طرحواره‌های هیجانی، سبک‌های دلبستگی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد متقاضی جراحی زیبایی. مجله علوم روانشناختی، 18(73)، 77-87. [SID. https://sid.ir/paper/92943/fa](https://sid.ir/paper/92943/fa)
- صفری موسوی، سید سینا؛ صادقی، مسعود و سپهوندی، محمدعلی (1399). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ذهنی‌سازی: یک ابزار خودگزارشی برای ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، 10(1)، 134-123. <https://doi.org/10.22108/cbs.2021.127401.123>
- عامری، نرجس (1401). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، 16(66)، 47-70. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2828-fa.html>
- کافی‌نیا، فاطمه؛ شریفی، طیبه و غضنفری، احمد (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر تاب‌آوری مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر. پژوهش‌های مشاوره، 24(۹۳)، ۱۷۷-۱۵۰. <http://iranccounseling.ir/journal/article-1-2077-fa.html>
- محمودپور، عبدالباسط؛ دهقانپور، ثنا؛ ایجاد، سحر و محمدی، شهلا (1400). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی. پژوهش‌های مشاوره، 20(۷۹)، ۲۸۹-۲۶۹. <http://iranccounseling.ir/journal/article-1-1324-fa.html>

References

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns Of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum.
- Allen, L. M., Roberts, C., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2020). Exploring the relationship between self-compassion and body dysmorphic symptoms in adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25, Article 100535. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100535>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2017). Mentalization-Based Treatment. In Sadock, B. J., & Sadock, V. A. Editors, *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bonev, N., & Matanova, V. (2021). Adult attachment representations and body image. *Frontiers in Psychology*, 12, 724329. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.724329>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*: Vol. 1. Attachment. Basic Books.
- Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*, 17, 117-131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- Buhlmann, U., Wacker, R., & Dziobek, I. (2015). Inferring Other People's States of Mind: Comparison Across Social Anxiety, Body Dysmorphic, and Obsessive-Compulsive Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.06.003>
- Christian, C., Bincoletto, A. F., Mariani, R., Negri, A., Lingiardi, V., & Tanzilli, A. (2025). Specificities of Mental Functioning and Referential Process in Body Dysmorphic Disorder: A Single Case Study Using the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2). *Journal of psycholinguistic research*, 54(4), 46. <https://doi.org/10.1007/s10936-025-10162-4>

- Dehghan Sarvolia, N. & Dehghani, A. (2019). Role of Early Maladaptive Schemas and Attachment Styles in the Prediction of Thoughtful Rumination in Individuals with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Research & Health*, 9(7), 568-574. <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-1451-en.html>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Eskander, N., Limbana, T., & Khan, F. (2020). Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder. *Cureus*, 12(8), e9805. <https://doi.org/10.7759/cureus.9805>
- Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-compassion and coping: A meta-analysis. *Mindfulness*, 12(5), 1063–1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- Fassnacht, D. B., Ali, K., & Kyrios, M. (2023). Extending the Cognitive-Behavioral Model of Body Dysmorphic Disorder: The role of Attachment Anxiety and Self-Ambivalence. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 37, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100803>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Functioning Manual, Version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Foroughi, A., Khanjani, S., & Mousavi Asl, E. (2019). Relationship of Concern About Body Dysmorphia with External Shame, Perfectionism, and Negative Affect: The Mediating Role of Self-Compassion. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 13(2), e80186. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.80186>
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Greenberg, J. L., Elliott, C. M., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2015). Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body image*, 14, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.013>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Herstell, S., Betz, L. T., Penzel, N., Chechelnizki, R., Filihagh, L., Antonucci, L., & Kambeitz, J. (2021). Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. *Journal of psychiatric research*, 144, 190–201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.002>
- Heshmati, R., Pellerone, M., Esfandi, M. R. N., Yeganeh, N., & Jafari, E. (2023). Interpersonal Attachment Styles and Body Dysmorphic Symptoms in Adolescent Girls: The Mediating Role of Body Image. *Clinical Neuropsychiatry*, 20(2), 141–150. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230206>
- Hodny, F., Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., & Holubova, M. (2021). Attachment in Patients with an Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuro Endocrinology Letters*, 42(5), 283–291. PMID: 34506091
- Jansen, M., Overgaauw, S., & De Bruijn, E. R. A. (2020). Social Cognition and Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of Subdomains of Social Functioning. *Frontiers in psychiatry*, 11, 118. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00118>
- Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2016). Attachment And Mentalization and Their Association with Child and Adolescent Eating Pathology: A Systematic Review. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354–373. <https://doi.org/10.1002/eat.22473>
- Kjaersdam Telléus, G., Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Dalgaard, M. K., Rasmussen, S. M., & Nilsson, K. K. (2023). A Multifaceted Approach to Assessment of Mentalization: The Mentalization Profile in Patients with Eating Disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(2), 146–152. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2291177>
- Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P. C., Hoppen, L., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2021). Body dysmorphic disorder and self-esteem: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 21(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03185-3>

- Lathren, C., Bluth, K., & Zvara, B. (2020). Parent self-compassion and supportive responses to child difficult emotion: An intergenerational theoretical model rooted in attachment. *Journal of Family Theory & Review*, 12(3), 368–381. <https://doi.org/10.1111/jftr.12388>
- Lichvárová, P., Šoková, B., & Linderová, N. (2025). Can self-compassion mitigate the negative consequences of insecure attachment on the incidence of self-harm in young adults? The relationship between self-harm, attachment and self-compassion. *Psychology and psychotherapy*, 98(2), 520–533. <https://doi.org/10.1111/papt.12577>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development Of the Body Image Concern Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Morgan-Sowada, H. M. (2018). *Relationships and attachment in individuals with body dysmorphic disorder: A qualitative study* (Doctoral dissertation, The University of Iowa).
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Parker, R. (2014). Critical looks: An analysis of body dysmorphic disorder. *British Journal of Psychotherapy*, 30(4), 438–461. <https://doi.org/10.1111/bjp.12119>
- Pino, M. C., De Berardis, D., Mariano, M., Vellante, F., Serroni, N., Valchera, A., Valenti, M., & Mazza, M. (2016). Two Systems for Empathy in Obsessive-Compulsive Disorder: Mentalizing and Experience Sharing. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 38(4), 307–313. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1679>
- Polychronis, P. D., & Keyes, L. N. (2020). A Case for Using the Psychodynamic Diagnostic Manual-2 Instead of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 in University and College Counseling Centers. *Journal of College Student Psychotherapy*, 36(1), 83–94. <https://doi.org/10.1080/87568225.2020.1760161>
- Rautio, D., Jassi, A., Krebs, G., Andrén, P., Monzani, B., Gumpert, M., Lewis, A., Peile, L., Sevilla-Cermeño, L., Jansson-Fröjmark, M., Lundgren, T., Hillborg, M., Silverberg-Morse, M., Clark, B., Fernández de la Cruz, L., & Mataix-Cols, D. (2022). Clinical characteristics of 172 children and adolescents with body dysmorphic disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 31(1), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01677-3>
- Redfern, S., Cooper, A., & Cooper, A. (2015). *Reflective Parenting: A Guide to Understanding What's Going on in Your Child's Mind* (1st ed.). Routledge.
- Rück, C., Mataix-Cols, D., Feusner, J. D., Shavitt, R. G., Veale, D., Krebs, G., & Fernández de la Cruz, L. (2024). Body dysmorphic disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 10(1), 92. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00577-z>
- Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis*, 30(1), 34–45. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418>
- Sloover, M., van Est, L. A. C., Janssen, P. G. J., Hilbink, M., & van Ee, E. (2022). A Meta-Analysis of Mentalizing in Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive and Related Disorders, And Trauma and Stressor Related Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 92, 102641. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102641>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Tanzilli, A., Di Giuseppe, M., Giovanardi, G., Boldrini, T., Caviglia, G., Conversano, C., & Lingiardi, V. (2021). Mentalization, attachment, and defense mechanisms: a Psychodynamic Diagnostic Manual-2-oriented empirical investigation. *Research in psychotherapy (Milano)*, 24(1), 531. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.531>
- Trucharte, A., Valiente, C., Espinosa, R., & Chaves, C. (2022). The Role of Insecure Attachment and Psychological Mechanisms in Paranoid and Depressive Symptoms: An Exploratory Model. *Schizophrenia Research*, 243, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.021>
- Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>

- Veale, D., & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 150-160. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.005>
- World Health Organization (2024). Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. World Health Organization.
- Zhang, J., Zhang, Y., Mao, Y., & Wang, Y. (2024). The relationship between insecure attachment and alexithymia: A meta-analysis. *Current Psychology*, 43, 5804–5825. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04749-0>