رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۲۵، آبان ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(8), 2026

نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان

The mediating role of self-compassion in the relationship between traumatic childhood experiences and symptoms of body dysmorphic disorder in adolescents

امیرحسین یونسی
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
دکتر آرزو نجاتیان تنها (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

Amirhossein Younesi
Master's student in General Psychology, Department of Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.
Dr. Arezo Nejatian Tanha *
Assistant Professor, Department of Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran. *Arezoo.nejatiyan@gmail.com*

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش آموزان مقطع متوسطه دوم شهرستان بهار، استان همدان در سال ۱۴۰۴ بودند. ۲۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ؛ برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه نگرانی از بدشکلی (DCQ؛ استوزین و همکاران، ۱۹۹۸) و فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود (SCS-SF؛ ریس و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. تحلیل داده‌ها به روش مدلیابی معادلات ساختاری انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل پیشنهادی از برازندگی مطلوب برخوردار بود. سایر یافته‌ها نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به‌طور مثبت و شفقت به خود به‌طور منفی با نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی رابطه معنادار داشتند (P<۰/۰۵) و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و شفقت به خود به طور منفی رابطه مستقیم و معنادار داشتند (P<۰/۰۵). یافته‌های حاصل از روش بوت استرپ نشان داد که شفقت به خود در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی نقش میانجی داشت (P<۰/۰۵). در نهایت از مجموع یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به‌طور مستقیم و به واسطه شفقت به خود با نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان رابطه دارد.

واژه‌های کلیدی: *تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، شفقت به خود، بدریخت انگاری بدنی، نوجوانان.*

Abstract
This study aimed to determine the mediating role of self-compassion in the relationship between childhood traumatic experiences and symptoms of body dysmorphic disorder in adolescents. The present descriptive-correlational study was conducted using structural equation modeling. The statistical population of this study included high school students in Bahar County, Hamadan Province in 2025. 240 people participated in this study using convenience sampling. To collect data, the Childhood Traumatic Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), the Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ; Oosthuizenet al., 1998), and the Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF; Reis et al., 2011) were used. Data analysis was performed using structural equation modeling. The research findings showed that the proposed model had a favorable fit. Other findings showed that traumatic childhood experiences were positively and self-compassion was negatively related to body dysmorphic disorder symptoms (P<0.05). Traumatic childhood experiences and self-compassion were negatively and directly related to body dysmorphic disorder symptoms (P<0.05). The findings from the bootstrap method showed that self-compassion played a mediating role in the relationship between traumatic childhood experiences and body dysmorphic disorder symptoms (P<0.05). Finally, from the overall findings, it can be concluded that traumatic childhood experiences are directly related to body dysmorphic disorder symptoms in adolescents through self-compassion.

Keywords: *Traumatic Childhood Experiences, Self-Compassion, Body Dysmorphic Disorder, Adolescents.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** تیر ۱۴۰۵ | **پذیرش:** مرداد ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** آبان ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

مقدمه

اختلال بدشکلی بدن (BDD)[1] در دوران نوجوانی با طیف گسترده‌ای از اختلالات در عملکرد اجتماعی مرتبط است. نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اشتغال ذهنی مداومی با نقص‌های ظاهری ادراک شده دارند که اغلب منجر به کاهش قابل توجه عزت نفس و خودارزیابی منفی می‌شود (بنجامین[2] و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان می‌دهد که نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی با سطوح بالای اضطراب، افسردگی، شرم و پریشانی عاطفی همراه است که می‌تواند در رشد روانی-اجتماعی سالم اختلال ایجاد کند (راوتیو[3] و همکاران، ۲۰۲۲). نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب درگیر رفتارهای تکراری مانند بررسی در آینه، آرایش بیش از حد، جستجوی اطمینان خاطر و مقایسه اجتماعی می‌شوند که علائم آنها را تشدید می‌کند (لاول[4] و همکاران، ۲۰۲۶). این اختلال همچنین با اختلالاتی در عملکرد شناختی، از جمله سوگیری توجه و پردازش اطلاعات ناسازگارانه مرتبط با نگرانی‌های ظاهری در ارتباط است (رجبی و همکاران، ۲۰۲۲). کناره‌گیری اجتماعی، اجتناب از فعالیت‌های مدرسه و دشواری در ایجاد روابط با همسالان از پیامدهای رایج این اختلال هستند که اغلب منجر به تنهایی و کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (لاکاریا[5] و همکاران، ۲۰۲۶). عملکرد خانواده نیز ممکن است تحت تأثیر منفی قرار گیرد، زیرا پریشانی والدین و رفتارهای سازشی خانواده می‌تواند شدت علائم را تقویت کرده و تعارض بین فردی را افزایش دهد (لاول و همکاران، ۲۰۲۵).

تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و بدرفتاری می‌تواند نقش مهمی در ایجاد اختلال بدشکلی بدن و تصویر منفی از بدن داشته باشد؛ قرار گرفتن در معرض سوءاستفاده جسمی، عاطفی، جنسی، و همچنین غفلت، با نگرش‌های منفی بیشتر نسبت به بدن و نارضایتی بیشتر از ظاهر خود در مراحل بعدی زندگی مرتبط بوده است (رامان[6] و همکاران، ۲۰۲۵). تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی ممکن است رشد یک خودپنداره پایدار و مثبت را مختل کند و منجر به تمرکز بیش از حد افراد بر نقص‌های جسمی ادراک شده به عنوان وسیله‌ای برای مقابله با پریشانی هیجانی شود؛ یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل توسط بادیکر[7] و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که بدرفتاری در دوران کودکی به طور مداوم با اختلالات تصویر بدن در بزرگسالی مرتبط است، که نشان دهنده اثرات طولانی مدت بر ادراکات مربوط به بدن است. در میان نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، تجربیات نامطلوب دوران کودکی با میزان بالایی رخ می‌دهد و با شدت علائم بیشتر و اختلال روانی همراه است (منزانی[8] و همکاران، ۲۰۲۴). آسیب‌های دوران کودکی همچنین ممکن است آسیب‌پذیری در برابر اضطراب اجتماعی از ظاهر را افزایش دهد، که به نوبه خود نگرانی‌ها در مورد ظاهر فیزیکی و نقص‌های ادراک شده را تشدید می‌کند (گودرزی و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، نگرش‌های اجتماعی-فرهنگی نسبت به ظاهر می‌تواند واسطه این رابطه باشد، زیرا افراد آسیب‌دیده ممکن است نسبت به استانداردهای اجتماعی جذابیت و ارزیابی مبتنی بر ظاهر حساس‌تر شوند (گودرزی و همکاران، ۲۰۲۲). تجربیات آسیب‌زا می‌توانند احساس شرم، خودانتقادی و بیگانگی از بدن را تقویت کنند که به درک تحریف شده از بدن و باورهای ناسازگارانه مرتبط با ظاهر منجر می‌شود. شواهد همچنین نشان می‌دهد که آسیب‌های دوران کودکی با اختلالات گسترده‌تر در افکار و رفتارهای مرتبط با بدن مرتبط است که نشان‌دهنده مشکلات در پذیرش و تجسم بدن است (ویبووو[9] و همکاران، ۲۰۲۵).

در مقابل به نظر می‌رسد شفقت به خود یک عامل محافظتی مهم در برابر نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن و تصویر بدنی منفی است. افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، تمایل دارند به جای انتقاد شدید از خود، با مهربانی، درک و پذیرش به نقص‌های ظاهری درک شده پاسخ دهند و احتمال ایجاد ادراکات تحریف شده از بدن را کاهش دهند (شوروکی[10] و همکاران، ۲۰۲۵؛ تیلکا و هولمن[11]، ۲۰۲۳). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که شفقت به خود، تأثیر فرآیندهای شناختی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگارانه را که در نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن نقش دارند، تعدیل می‌کند (سعادت‌مند و همکاران، ۱۴۰۱). با ارتقاء تاب‌آوری و خودارزیابی متعادل، شفقت به خود می‌تواند

1 body dysmorphic disorder
2 Benjamin
3 Rautio
4 Lavell
5 LaCaria
6 Râman
7 Bödicker
8 Monzani
9 Wibowo
10 Shooroki
11 Tylka & Huellemann

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

احساس شرم و خصومت خودمحور را که معمولاً در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مشاهده می‌شود، کاهش دهد (پاتیسون[1]، ۲۰۲۴). همچنین، راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را گسترش می‌دهد که به نوبه خود اختلالات تصویر بدنی و پریشانی مرتبط با ظاهر را کاهش می‌دهد (ژو[2] و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که خودشفقتی با قدردانی بیشتر از بدن، پذیرش بدن و سلامت روانی، حتی در میان افرادی که نارضایتی از بدن یا نگرانی‌های مربوط به وزن را تجربه می‌کنند، مرتبط است (نایتینگل و کاسین[3]، ۲۰۲۳). علاوه بر این، خودشفقتی ممکن است پیامدهای منفی روانشناختی نارضایتی از بدن را کاهش دهد و آسیب‌پذیری در برابر پیامدهای شدید مانند افکار خودکشی در نوجوانان را کاهش دهد (فن[4] و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که خودشفقتی بیشتری دارند، کمتر احتمال دارد استانداردهای ظاهری غیرواقعی را درونی کنند و درگیر خودارزیابی بیش از حد مبتنی بر ظاهر شوند (تیلکا و هولمن، ۲۰۲۳). در نتیجه، شفقت به خود می‌تواند چرخه شرم، کمال‌گرایی و اشتغال ذهنی به ظاهر را که مشخصه اختلال بدشکلی بدن است، تعدیل کند.

تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند با شکل‌دهی به نحوه‌ی درک و ارتباط افراد با خودشان، تأثیر عمیقی بر رشد شفقت به خود داشته باشند (چن[5] و همکاران، ۲۰۲۶). کودکانی که در محیط‌های نامعتبر یا خصمانه بزرگ می‌شوند، ممکن است باورهای منفی در مورد ارزش خود را درونی کنند و ایجاد نگرش دلسوزانه نسبت به خود را دشوار سازند. علاوه بر این، ناملایمات دوران کودکی اغلب با افزایش احساس شرم مرتبط است که می‌تواند به عنوان مانعی برای خودشفقتی عمل کند و قضاوت تند در مورد خود را گسترش دهد (یانگ و تانگ[6]، ۲۰۲۶). تحقیقات نشان داده است که شرم و کاهش خودشفقتی، مکانیسم‌های کلیدی هستند که از طریق آنها تجربیات نامطلوب دوران کودکی به آسیب‌های خودمحور و بین فردی کمک می‌کنند (گاربوت[7] و همکاران، ۲۰۲۳). برعکس، به نظر می‌رسد خودشفقتی به عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند که می‌تواند تأثیر روانی آسیب‌های اولیه را کاهش دهد. کیتانو[8] و همکاران (۲۰۲۴) دریافتند افرادی که خودشفقتی بیشتری دارند، پس از تجربیات نامطلوب دوران کودکی، کمتر احتمال دارد علائم شدید استرس پس از سانحه را تجربه کنند.

تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی، ممکن است رشد نگرش مشفقانه و پذیرنده نسبت به خود را تضعیف کند و افراد را به سمت خودانتقادی شدید، شرم و خود-ادراکی منفی سوق دهد (شوروکی و همکاران، ۲۰۲۵). کاهش شفقت به خود می‌تواند با تقویت ارزیابی‌های سختگیرانه از نقص‌های فیزیکی درک شده و پریشانی روانشناختی بیشتر، آسیب‌پذیری در برابر نگرانی‌های مربوط به ظاهر را افزایش دهد. تحقیقات نشان داده است که بدرفتاری در دوران کودکی تا حدودی از طریق سطوح پایین‌تر شفقت به خود با نارضایتی از بدن مرتبط است، که نشان می‌دهد شفقت به خود به عنوان یک مکانیسم تبیینی مهم عمل می‌کند که تجارب دردناک اولیه را به پیامدهای منفی مرتبط با بدن مرتبط می‌کند (وو[9] و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین یک فرضیه احتمالی می‌تواند این باشد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به واسطه آسیب به شفقت به خود می‌تواند با علائم اختلال بدشکلی بدن مرتبط باشد. در سایر مطالعات نشان داده شده است که تجربیات نامطلوب دوران کودکی با آسیب‌شناسی روانی مرتبط با خوردن و وزن مرتبط دانسته شده‌اند، و خودشفقتی به عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند که این اثرات را خنثی می‌کند (پوون[10] و همکاران، ۲۰۲۶؛ هزارد[11] و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که شفقت به خود پایینی دارند، ممکن است بیشتر احساس بی‌ارزشی و ناکافی بودن ناشی از تجربیات آسیب‌زا را درونی کنند و دغدغه خود را با نقص‌های ظاهری درک شده افزایش دهند. این فرآیند ممکن است از طریق افزایش شرم، نظارت بر بدن و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه، در ایجاد و حفظ نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن نقش داشته باشد. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که آسیب‌های دوران کودکی و کاهش شفقت به خود با نارضایتی بیشتر از ظاهر و تلاش برای تغییر ظاهر فرد مرتبط است (تیمز[12]، ۲۰۲۵).

در مجموع، بررسی نقش واسطه‌ای شفقت به خود در رابطه بین تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان از اهمیت و ضرورت برخوردار است؛ زیرا نوجوانی یک دوره رشدی حیاتی است که در طی آن نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن

1 Pattison
2 Zhu
3 Nightingale & Cassin
4 Fan
5 Chen
6 Yang & Tang
7 Garbutt
8 Kitano
9 Wu
10 Poon
11 Hazzard
12 Temiz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

و خودپنداره به طور فزاینده‌ای برجسته می‌شوند. تحقیقات قبلی نشان داده است که تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی با آسیب‌پذیری بیشتر در برابر نارضایتی از بدن، اضطراب مرتبط با ظاهر و نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن مرتبط هستند، اما مکانیسم‌های روانشناختی زیربنایی این رابطه هنوز به طور کافی درک نشده‌اند. شفقت به خود به عنوان یک عامل محافظتی بالقوه ظهور کرده است که ممکن است با گسترش مهربانی با خود، تنظیم هیجانی و پذیرش نقص‌های شخصی، اثرات مضر تجارب آسیب‌زای دوران کودکی را کاهش دهد. بررسی نقش واسطه‌ای آن می‌تواند به روشن شدن چگونگی تبدیل تجربیات نامطلوب اولیه به باورها و رفتارهای ناسازگارانه مرتبط با ظاهر کمک کند. علاوه بر این، شناسایی شفقت به خود به عنوان یک واسطه می‌تواند یک منبع روانشناختی قابل اصلاح مهم را برجسته کند که می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری و مداخله مورد هدف قرار گیرد. با توجه به اهمیت این موضوع این پژوهش با هدف تعیین نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان انجام شد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش آموزان مقطع متوسطه دوم شهرستان بهار، استان همدان در سال ۱۴۰۴ بودند. حجم نمونه برای مطالعه حاضر بر اساس فرمول کلاین[1] (۲۰۲۳) محاسبه شد و جهت پیشگری از ریزش احتمالی تا ۲۴۰ نفر نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. برای جمع آوری داده‌ها پس از هماهنگی و کسب مجوز از سازمان آموزش و پرورش جهت اجرای پرسشنامه‌ها به مدارس (یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه) مراجعه شد و پرسشنامه‌ها به‌صورت مداد-کاغذی در اختیار دانش‌آموزان قرار داده شد؛ بدین ترتیب تمامی افرادی که تمایل داشتند در پاسخ دادن به پرسشنامه همکاری کردند در این مطالعه مشارکت داشتند. رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم تجربه سوگ و رویدادهای آسیب‌زا در یک سال اخیر و عدم سابقه طلاق در والدین به‌عنوان معیارهای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به‌عنوان معیار خروج از پژوهش لحاظ شد. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، اهداف پژوهش به‌طور کامل به دانش‌آموزان و مدیران مدارس شرح داده شد، به دانش‌آموزان و مدیران مدارس در مورد رازداری و حفظ حریم خصوصی اطمینان داده شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه آسیب جسمانی و روانی به دنبال ندارد.تحلیل داده‌ها در نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۴ به روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری به روش حداکثر درست‌نمایی و بوت استرپ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی[2] (CTQ): این پرسشنامه توسط برنستاین[3] و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شده و دارای ۲۸ سوال است و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی را در پنج زیرمقیاس سوءاستفاده‌ی جسمانی، سوءاستفاده‌ی هیجانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ است که نمره نهایی فرد در دامنه ۲۵ تا ۱۲۵ است. در این مقیاس کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی بیشتر است. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی بر روی نوجوانان پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ بدست آوردند که برای زیرمقیاس‌های سوء استفاده جسمانی برابر با ۰/۸۶، سوءاستفاده عاطفی ۰/۸۷، سوءاستفاده جنسی ۰/۹۵، غفلت جسمانی ۰/۸۹ و غفلت عاطفی ۰/۷۸ ارائه شده است. روایی هم‌زمان این مقیاس نیز با مقیاس بدرفتاری با کودک بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز پایایی این مقیاس توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) به روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ و روایی همزمان این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۳۹ بدست آمده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی برای زیرمقیاس‌های سوءاستفاده‌ی جسمانی ۰/۷۷، سوءاستفاده‌ی هیجانی ۰/۷۴، سوءاستفاده جنسی ۰/۸۲، غفلت جسمانی ۰/۷۲ و غفلت هیجانی ۰/۷۳ محاسبه شد.

1 Kline
2. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
3 Bernstein

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

پرسشنامه نگرانی از بدشکلی (DCQ)[1]: این پرسشنامه توسط استوزین[2] و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۷ سوال است که بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (نمره صفر) الی همیشه (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ دامنه نمرات در این ابزار بین صفر الی ۲۱ است و نمرات بالاتر نشان دهنده نگرانی بیشتر از بدشکلی بدنی است (استوزین و همکاران، ۱۹۹۸). روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی یک عامل را شناسایی کرد که ۵۳ درصد واریانس را تبیین کرد؛ همچنین همسانی درونی ۰/۷۸ آلفای کرونباخ محاسبه شده است (استوزین و همکاران، ۱۹۹۸). در نمونه ایرانی نتایج روایی همگرا با مقیاس شرم بیرونی گروس و همکاران (r=۰/۳۸) مطلوب گزارش شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۸ به دست آمده است (کاظمینی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر همسانی درونی ۰/۸۰ محاسبه شد.

فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود (SCS-SF)[3]: مقیاس شفقت به خود توسط ریس[4] و همکاران (۲۰۱۱) طراحی گردیده، این مقیاس ۱۲ گویه دارد که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (تقریبا هرگز، به ندرت، نظری ندارم، اکثر اوقات و تقریبا همیشه) و دامنه‌ی بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس از ۶ زیر مقیاس مهربانی با خود (۲ و ۶)، قضاوت کردن خود (۱۱ و ۱۲)، تجارب مشترک انسانی (۵ و ۱۰)، انزوا (۴ و ۸)، ذهن‌آگاهی (۳ و ۷) و همانندسازی افراطی (۱ و ۹) تشکیل شده که برای هر مولفه دو سوال در نظر گرفته شده‌است؛ که با نمره‌گذاری معکوس زیرمقیاس‌های قضاوت کردن خود، انزوا و همانند سازی افراطی در مجموع ۳ زیرمقیاس دیگر نمرات ادغام می‌شوند. نمره بالاتر سطح بالاتر شفقت خود را نشان می‌دهد. در پژوهش ریس و همکاران (۲۰۱۱) همسانی درونی مطلوب با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده‌است. روایی این ابزار به روش واگرا با پرسشنامه فرسودگی (r=-۰/۴۴) محاسبه شده است (بابنکو و گئو[5]، ۲۰۱۹). در مطالعه‌ای که در داخل کشور توسط خانجانی و همکاران (۱۳۹۵) صورت گرفت، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۵ به دست آمده است؛ همچنین مقیاس شفقت به خود همبستگی منفی و معناداری با پرسشنامه کمال‌گرایی ۰/۳۳- داشته است که نشان دهنده روایی واگرا است. در پژوهش حاضر همسانی درونی ۰/۷۷ محاسبه شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۲۴۰ نفر در میانگین و انحراف معیار سنی ۱/۸۰±۱۶/۲۱ سال مشارکت داشتند. ۱۰۷ نفر (۴۴/۶۰ درصد) پسر و ۱۳۳ نفر (۵۵/۴۰ درصد) دختر بودند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون

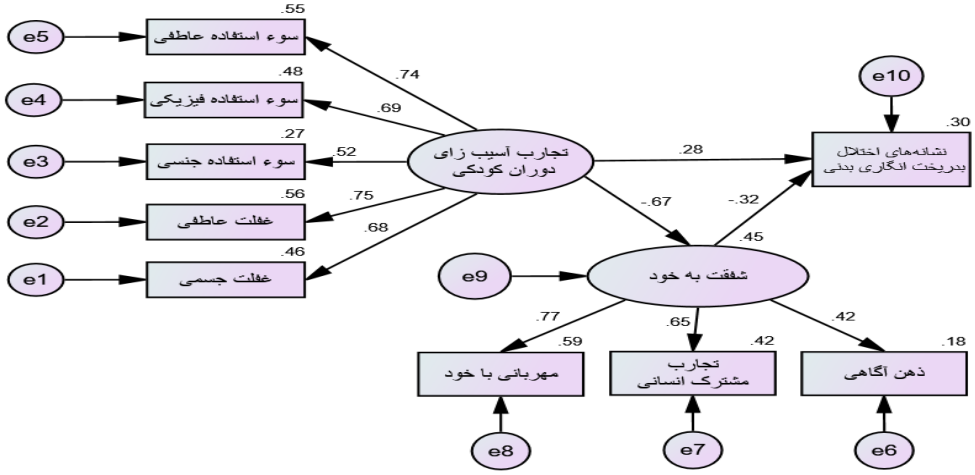
متغیرها	نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی	تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	شفقت به خود
نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی	۱		
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	۰/۴۵ **	۱	
شفقت به خود	-۰/۳۷ **	-۰/۴۳ **	۱
میانگین	۱۰/۷۹	۳۸/۳۳	۴۲/۸۲
انحراف معیار	۳/۶۳	۱۰/۵۳	۷/۴۷
کجی	-۰/۴۱	۱/۱۹	-۰/۱۳
کشیدگی	-۰/۹۸	۰/۸۱	-۰/۱۸

بر اساس نتایج جدول ۱ آماره شاخص‌های کجی و کشیدگی در محدوده ۲ الی ۲- قرار داد که نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش است؛ با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها جهت بررسی رابطه خطی بین متغیرها از آزمون پارامتری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد؛ نتایج ضرایب همبستگی در جدول ۱ نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی (r=۰/۴۵) با نشانه‌های اختلال

1 Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)
2 Oosthuizen
3 .Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF)
4. Raes
5 . Babenko & Guo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

بدریخت انگاری بدنی همبستگی مثبت و معنادار داشت؛ اما در مقابل شفقت به خود (r=-۰/۳۷) با نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی همبستگی منفی و معنادار داشت (P<۰/۰۵). به منظور اجرای آزمون مدل‌یابی معادلات ساختاری و بررسی برازش مدل پیشنهادی، ابتدا پیش‌فرض‌های استقلال خطاها و عدم هم‌خطی چندگانه بررسی شد، نتایج نشان داد که آماره دوربین واتسون[1] برابر با ۱/۸۹ و در دامنه مطلوبیت ۱/۵۰ تا ۲/۵۰ قرار دارد و بیانگر استقلال باقی‌مانده‌ها است. هم‌چنین هرچه مقدار تولرانس بیش‌تر (نزدیک به عدد ۱) باشد، میزان هم‌خطی پایین است؛ در این مطالعه میزان تلورانس برای متغیرهای پیش‌بین و میانجی ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانگر هم‌خطی مطلوب است. به‌منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش از مدل معادلات ساختاری با حداکثر درست‌نمایی استفاده شد، ضرایب مسیر در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱: مدل برازش شده پژوهش در حالت استاندارد

با توجه به نتایج شکل ۱ بر اساس ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان در مجموع ۳۰ درصد از واریانس را پیش‌بینی کرد؛ در ادامه ضرایب مسیرهای مستقیم در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب اثرات مستقیم متغیرهای مدل معادلات ساختاری

مسیرها	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	حد پایین	حد بالا	معناداری
تجارب آسیب‌زای کودکی --- نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی	۰/۲۸	۰/۱۰	۲/۷۱	۰/۰۵	۰/۴۷	۰/۰۱
شفقت به خود --- نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی	-۰/۳۲	۰/۱۰	-۲/۹۰	-۰/۵۳	-۰/۱۲	۰/۰۱
تجارب آسیب‌زای کودکی --- شفقت به خود	-۰/۶۷	۰/۰۷	-۴/۸۱	-۰/۷۹	-۰/۵۳	۰/۰۱

نتایج حاصل در جدول ۲ نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی (β=۰/۲۸) با ضریب مثبت و شفقت به خود به‌طور منفی (β=-۰/۳۲) با نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی رابطه معنادار داشتند (P<۰/۰۵). تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و شفقت به خود به طور منفی (β=-۰/۶۷) رابطه مستقیم و معنادار داشتند (P<۰/۰۵)؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های حاضر در جدول ۳ می‌توان گفت روابط مستقیم در متغیرهای مدل معنادار است در ادامه، نتایج تحلیل میانجی در جدول ۳ ارائه شده است.

1 Durbin-Watson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

جدول ۳: اثرات میانجی مدل معادلات ساختاری

مسیرها	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
تجارب آسیب‌زای کودکی --- شفقت به خود – نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی	۰/۲۲	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۴۰	۰/۰۱

به منظور بررسی نقش میانجی از روش بوت استرپ استفاده شد، نتیجه در جدول ۳ نشان داد که شفقت به خود (β=۰/۲۲) در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی نقش میانجی داشت (P<۰/۰۵). در ادامه شاخص‌های برازش حاصل از مدل پیشنهادی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش

شاخص‌های برازش	دامنه قابل پذیرش	مدل
خی‌دو (CMIN)	-	۴۹/۵۹
درجه آزادی (df)	-	۲۵
نسبت خی‌دو/درجه آزادی (CMIN/df)	کمتر از ۵	۱/۹۸
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۶
شاخص تناسب افزایشی (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۶
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶

نتایج جدول ۴ نشان داد که شاخص‌های برازندگی حاصل از مدل معادلات ساختاری مدل‌یابی نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان از برازش مطلوب برخوردار بود، چرا که مقدار نسبت خی‌دو/درجه آزادی (CMIN/df=۱/۹۸) کمتر از ۵ محاسبه شد؛ همچنین شاخص برازش تطبیقی (CFI=۰/۹۶)، شاخص تناسب افزایشی (IFI=۰/۹۶) و شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۵) بیشتر از ۰/۹۰ است که نشان دهنده برازش مطلوب در این شاخص‌ها است. در نهایت شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=۰/۰۶) مطلوب محاسبه شد؛ چرا که کمتر از ۰/۰۸ است که نشان دهنده برازش مطلوب مدل پیشنهادی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان انجام شد. یافته اول نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با افزایش نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان رابطه دارد؛ این یافته با پژوهش‌های رامان و همکاران (۲۰۲۵)، منزانی و همکاران (۲۰۲۴) و ویبووو و همکاران (۲۰۲۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان طبق نظریه دلبستگی بیان نمود که تجربیات نامطلوب دوران کودکی مانند سوءاستفاده، غفلت یا مراقبت‌های نامنظم (غیرقابل پیش‌بینی)، شکل‌گیری مدل‌های کاری درونی ایمن را مختل می‌کند و منجر به بازنمایی‌های منفی از خود و افزایش آسیب‌پذیری در برابر خودارزیابی مبتنی بر ظاهر می‌شود (ویبووو و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین طبق نظریه‌های شناختی نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی پیشنهاد می‌کنند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در ایجاد باورهای اصلی ناکارآمد مربوط به نقص، شرم و بی‌ارزشی نقش دارند که ممکن است بعداً از طریق اشتغال ذهنی بیش از حد با نقص‌های جسمی ادراک‌شده ابراز شوند (رامان و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین از منظر نظریه طرحواره‌علی ناسازگارانه، آسیب‌های دوران کودکی باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار، به‌ویژه طرحواره‌های مربوط به نقص/شرم و طرد اجتماعی می‌شود و افراد را به تفسیر بیش از حد انتقادی از ظاهر خود سوق می‌دهد (گودرزی و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، مدل‌های پردازش هیجانی استدلال می‌کنند که تروما، ظرفیت‌های تنظیم هیجان را مختل می‌کند و اتکا

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

به راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مانند نشخوار فکری متمرکز بر ظاهر و رفتارهای وسواسی وارسی را افزایش می‌دهد (بادیکر و همکاران،۲۰۲۲).

یافته دوم نشان داد که شفقت به خود با کاهش نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان رابطه دارد؛ این یافته با پژوهش‌های تیلکا و هولمن (۲۰۲۳)، نایتینگل و کاسین (۲۰۲۳) و فن و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان طبق نظریه شفقت به خود (نف[1]، ۲۰۰۳) بیان نمود که شفقت به خود به‌طور مستقیم با پرورش مهبانی به خود، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی با خودانتقادی و احساس نقص که مشخصه اصلی نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی است، مقابله می‌کند. از دیدگاه شناختی-رفتاری، شفقت به خود، باورهای ناسازگارانه در مورد بی‌کفایتی شخصی و خودارزشمندی مبتنی بر ظاهر را تضعیف می‌کند و در نتیجه توجه بیش از حد به نقص‌های جسمی ادارک شده را کاهش می‌دهد (سعادت‌مند و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این، در چارچوب نظریه شیءانگاری[2]، شفقت به خود، نظارت بر خود و تمایل به ارزیابی خود از طریق دیدگاه ناظر خارجی را کاهش می‌دهد. با تقویت پذیرش نقص‌ها و کاهش شرم مرتبط با بدن، خودشفقتی فرآیندهای شناختی و عاطفی که باعث تداوم اشتغال ذهنی به ظاهر می‌شوند را تضعیف می‌کند. در نتیجه، افرادی که سطوح بالاتری از خودشفقتی دارند، کمتر احتمال دارد که درگیر رفتارهای تکرارِی بررسی، مقایسه و اجتناب شوند که منجر به سطوح پایین‌تری از نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی می‌شود (تیلکا و هولمن، ۲۰۲۳).

یافته سوم نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با کاهش شفقت به خود در نوجوانان رابطه دارد؛ این یافته با پژوهش‌های شوروکی و همکاران (۲۰۲۵)، هزارد و همکاران (۲۰۲۱) و پوون و همکاران (۲۰۲۶) همسو است. در تبیین از منظر نظریه درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت[3]، ۲۰۰۵) می‌توان بیان نمود که تجربیات آسیب‌زا سیستم‌های تهدید و خود-محافظتی را فعال می‌کنند و در عین حال سیستم تسکین‌دهنده-وابسته‌ای را که از احساسات ایمنی، گرمی و اطمینان خاطر به خود پشتیبانی می‌کند، تضعیف می‌کنند (پوون و همکاران، ۲۰۲۶). نظریه طرحواره همچنین نشان می‌دهد که آسیب‌های دوران کودکی به طرحواره‌های ناسازگار مانند نقص، شرم و خود-سرزنشی کمک می‌کند و باعث می‌شود افراد بیشتر به جای شفقت، با خود-قضاوت‌گری شدید به شکست‌های شخصی پاسخ دهند (شوروکی و همکاران، ۲۰۲۵). نظریه شفقت به خود همچنین فرض می‌کند که خود-ارتباطی شفقت‌آمیز از طریق تجربیات دریافت مراقبت و پذیرش از سوی افراد مهم زندگی ایجاد می‌شود؛ بنابراین، محیط‌های آسیب‌زای دوران کودکی، افراد را از پایه‌های بین فردی لازم برای پرورش مهربانی با خود محروم می‌کنند. در نتیجه، افرادی که سابقه آسیب‌های دوران کودکی دارند، اغلب خودانتقادی، شرم و اجتناب هیجانی بالایی را نشان می‌دهند که همه اینها با رشد شفقت به خود ناسازگار است (هزارد و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته چهارم نشان داد که شفقت به خود در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان نقش میانجی داشت؛ این یافته با پژوهش‌های پوون و همکاران (۲۰۲۶) و هزارد و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین می‌توان بیان کرد که شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک واسطه روانشناختی بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی عمل کند، زیرا مستقیماً بر نحوه تفسیر و پاسخ افراد به پیامدهای عاطفی سختی‌های اولیه تأثیر می‌گذارد؛ نظریه شفقت به خود (نف، ۲۰۰۳) پیشنهاد می‌کند افرادی که فاقد مهربانی با خود و پذیرش آگاهانه هستند، بیشتر احتمال دارد که با شرم و خودقضاوتگری شدید به نقص‌های شخصی واکنش نشان دهند. این گرایش‌های خودانتقادی در مدل‌های شناختی-رفتاری نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی که بر باورهای ناکارآمد در مورد نقص و نگرانی بیش از حد در مورد نقص‌های ظاهری ادراک شده تأکید دارند، محوریت دارند (نف، ۲۰۰۳). علاوه بر این، نظریه ذهنیت اجتماعی[4] نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی، پردازش متمرکز بر تهدید را تقویت می‌کند و در عین حال سیستم آرامش‌بخشی را که از اطمینان به خود و امنیت عاطفی پشتیبانی می‌کند، تضعیف می‌کند. در نتیجه، افراد در معرض تروما ممکن است خودشفقتی پایینی داشته باشند که آنها را در برابر شرم مربوط به بدن، نشخوار فکری مبتنی بر ظاهر و رفتارهای وسواسی وارسی آسیب‌پذیرتر می‌کند. برعکس، خودشفقتی بالاتر، تنظیم هیجانی را ارتقا می‌دهد، خود-انتقادی را کاهش می‌دهد و پذیرش نقص‌های ادراک‌شده را تشویق می‌کند (گیلبرت، ۲۰۲۳). بنابراین، تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی ممکن است با از بین بردن خودشفقتی، به طور غیرمستقیم در نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی نقش داشته باشند، که به نوبه خود آسیب‌پذیری‌های شناختی و عاطفی مرتبط با نگرانی‌های مربوط به بدشکلی بدن را افزایش می‌دهد.

1 Neff
2 objectification theory
3 Gilbert
4 social mentality theory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

در مجموع، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی نه‌تنها به‌طور مستقیم در افزایش نشانه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدنی در نوجوانان نقش دارند، بلکه از طریق کاهش شفقت به خود نیز به‌طور غیرمستقیم این نشانه‌ها را تشدید می‌کنند. این نتایج بیانگر آن است که شفقت به خود یکی از سازوکارهای روان‌شناختی مهم در تبیین پیامدهای آسیب‌های اولیه زندگی بر سلامت روان نوجوانان است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از طرح توصیفی-همبستگی اشاره کرد که امکان استنباط روابط علّی میان متغیرها را محدود می‌سازد. همچنین، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و انتخاب نمونه تنها از دو مدرسه (یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه) در شهرستان بهار، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر مناطق جغرافیایی و گروه‌های فرهنگی را با احتیاط همراه می‌کند. از سوی دیگر، گردآوری داده‌ها صرفاً بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌هایی مانند تمایل به پاسخ‌دهی مطلوب اجتماعی و خطاهای یادآوری قرار گیرد. علاوه بر این، اعمال معیارهای ورود و خروج، از جمله حذف دانش‌آموزان دارای مصرف داروهای روان‌پزشکی، تجربه سوگ یا رویدادهای آسیب‌زا در سال اخیر و سابقه طلاق والدین، اگرچه به کنترل متغیرهای مداخله‌گر کمک کرده است، اما ممکن است قابلیت تعمیم نتایج به نوجوانان دارای شرایط پرخطر را کاهش داده باشد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی یا آزمایشی به بررسی روابط علّی میان متغیرها بپردازند، نمونه‌هایی بزرگ‌تر و با روش نمونه‌گیری تصادفی از استان‌ها و فرهنگ‌های مختلف انتخاب کنند، علاوه بر ابزارهای خودگزارشی از مصاحبه‌های بالینی و ارزیابی چندمنبعی (مانند گزارش والدین و معلمان) بهره بگیرند، و در نهایت، این الگو را در گروه‌های بالینی یا نوجوانان دارای تجارب آسیب‌زای شدید، مشکلات روان‌پزشکی یا شرایط خانوادگی متفاوت نیز مورد آزمون قرار دهند تا دامنه تعمیم و اعتبار بیرونی یافته‌ها افزایش یابد. در زمینه کاربردی تنظیم و اجرای مداخلات روانشناختی متمرکز بر درمان تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و شفقت به خود در راستای بهبود نشانه‌های اختلال بدریخت انگاری بدنی در نوجوانان پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره وابسته به سازمان آموزش و پرورش به‌صورت فردی و گروهی اجرای گردد.

منابع

ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، و ثقه‌السلام، ط. (۱۳۹۲). ترومای‌های دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، *۱۹*(۴)، ۲۸۲-۲۷۵. https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html

خانجانی، س.، فروغی، ع.، صادقی، خ.، و بحرینیان، س. ع. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخه‌ی ایرانی پرسشنامه شفقت به خود (فرم کوتاه). *پژوهنده*، ۲۱ (۵)، ۲۸۹-۲۸۲. https://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-2292-fa.html

سعادتمند، الف.، محمودعلیلو، م.، اسماعیل پور، خ.، و هاشمی، ت. (۱۴۰۱). بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با نشانه های اختلال بدریخت انگاری بدنی با میانجیگری شفقت به خود. *روان پرستاری*، *۱۰*(۱)، ۶۴-۷۵. https://sid.ir/paper/986560/fa

کاظمینی، م.، فروغی، ع. الف.، خانجانی، س. و محمدی، الف. (۱۳۹۴). ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی بدن. *مجله نوید نو*، *۱۸*، ۵۶-۶۵. https://nnj.mums.ac.ir/article_7369.html

Babenko, O., & Guo, Q. (2019). Measuring self-compassion in medical students: Factorial validation of the Self-Compassion Scale–Short Form (SCS-SF). *Academic Psychiatry*, *43*, 590-594. https://doi.org/10.1007/s40596-019-01095-x

Benjamin, G. T., Kemperman, P. M., Kuckulus, J., Hoekzema, R., & Vulink, N. C. (2023). Body dysmorphic disorder and self-esteem in adolescents and young adults with acne vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*, *103*, 6232. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10512965/

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0

Bödicker, C., Reinckens, J., Höfler, M., & Hoyer, J. (2022). Is childhood maltreatment associated with body image disturbances in adulthood? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *15*(3), 523-538. https://doi.org/10.1007/s40653-021-00379-5

Chen, H., Chong, E. S., & Chan, R. C. (2026). Unpacking the Relationship between Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences and Psychological Distress: the Mediating Role of Self-Compassion and Fear of Compassion from others. *Journal of Child & Adolescent Trauma*,*11*, 1-13. https://doi.org/10.1007/s40653-026-00879-2

Fan, Q., Li, Y., Gao, Y., Nazari, N., & Griffiths, M. D. (2023). Self-compassion moderates the association between body dissatisfaction and suicidal ideation in adolescents: A cross-sectional study. *International journal of mental health and addiction*, *21*(4), 2371-2388. https://doi.org/10.1007/s11469-021-00727-4

Garbutt, K., Rennoldson, M., & Gregson, M. (2023). Shame and self-compassion connect childhood experience of adversity with harm inflicted on the self and others. *Journal of interpersonal violence*, *38*(11-12), 7193-7214. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08862605221141866

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]

Gilbert, P. (2023). Self-compassion: An evolutionary, biopsychosocial, and social mentality approach. In *Handbook of self-compassion* (pp. 53-69). Cham: Springer International Publishing.

Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.

Goodarzi, M., Noori, M., Aslzakerlighvan, M., & Abasi, I. (2022). The Relationship Between Childhood Traumas with Social Appearance Anxiety and Symptoms of Body Dysmorphic Disorder: The Mediating Role of Sociocultural Attitudes Toward Appearance. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, *16*(1), e113064. https://doi.org/10.5812/ijpbs.113064

Hazzard, V. M., Yoon, C., Emery, R. L., Mason, S. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Adverse childhood experiences in relation to mood-, weight-, and eating-related outcomes in emerging adulthood: Does self-compassion play a buffering role?. *Child Abuse & Neglect*, *122*, 105307. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105307

Kitano, M., van der Does, F. H., Saito, T., Giltay, E. J., Chiba, T., Edo, N., ... & Nagamine, M. (2024). Self-compassion as a protective factor against post-traumatic stress symptoms induced by adverse childhood experiences: A cross-sectional study among Japan air self-defense force new recruits. *Journal of Psychiatric Research*, *180*, 204-212. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.10.010

LaCaria, C. M., Hanley, S., Bhullar, N., Moses, K., & Wootton, B. M. (2026). A psychometric validation of the Body Dysmorphic Disorder Dimensional (BDD-D) scale in adolescents and young adults. *Australian Psychologist*, *61*(3), 283-293. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00050067.2026.2642044

Lavell, C. H., Oar, E. L., & Rapee, R. M. (2025). Peer relationships and social media use in adolescents with body dysmorphic disorder. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *53*(1), 43-55. https://doi.org/10.1007/s10802-024-01245-2

Lavell, C. H., Oar, E. L., & Rapee, R. M. (2026). Body dysmorphic disorder in adolescents: Family history, parental distress, rearing, and accommodation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *55*(3), 487-501. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2025.2476189

Monzani, B., Luxton, R., Jassi, A., & Krebs, G. (2024). Adverse childhood experiences among adolescents with body dysmorphic disorder: frequency and clinical correlates. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*(4), e3028. https://doi.org/10.1002/cpp.3028

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85–101. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15298860309032

Nightingale, B. A., & Cassin, S. E. (2023). Self-Compassion may have benefits for body image among women with a higher body mass index and internalized weight bias. *Healthcare*, *11*(7), 970. https://doi.org/10.3390/healthcare11070970

Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *32*(1), 129-132. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00048679809062719

Pattison, L. (2024). *Body dysmorphic disorder and its associations with shame, adverse childhood experiences, and self-compassion* (Doctoral dissertation, UCL (University College London)). https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10198505/

Poon, J. A., Sytniak, S., Janze, J. F., Maron, M., & Wolff, J. C. (2026). Adverse Childhood Experiences and Eating Disorder Symptoms among High-Risk Adolescents: Associations with Emotion Regulation, Self-Compassion, and Body Image. *Journal of Child and Family Studies*, *35*, 1465–1474. https://doi.org/10.1007/s10826-026-03317-x

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, *18*(3), 250-255. https://doi.org/10.1002/cpp.702

Rajabi, S., Kamran, L., & Joukar KamalAbadi, M. (2022). Epidemiology of body dysmorphic disorder among adolescents: A study of their cognitive functions. *Brain and Behavior*, *12*(4), e01710. https://doi.org/10.1002/brb3.1710

Råman, L., Scheffers, M., Moeijes, J., & Jeronimus, B. F. (2025). Childhood abuse and neglect and adult body attitude. *European Journal of Psychotraumatology*, *16*(1), 2439652. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20008066.2024.2439652

Rautio, D., Jassi, A., Krebs, G., Andrén, P., Monzani, B., Gumpert, M., ... & 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

Shooroki, M. K., Choobforoushzadeh, A., & Ardakan, A. M. (2025). The mediating role of self-compassion in the relationship between childhood trauma and the symptoms of body dysmorphic disorder. *BMC psychology*, *13*(1), 841. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03204-y

Temiz, M. (2025). Impact of Childhood Trauma History and Self-Compassion on the Cosmetic Surgery Acceptance in Women of Reproductive Age: A Cross Sectional Study. *Aesthetic Plastic Surgery*, *50*, 2688–2695. https://doi.org/10.1007/s00266-025-05509-0

Tylka, T. L., & Huellemann, K. L. (2023). Self-compassion and body image. In *Handbook of self-compassion* (pp. 183-200). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_11

Wibowo, E., Wong, S. T., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2025). Paraphilic sexual attraction to males without genitals is associated with traumatic childhood experience, body image, and thoughts/behaviors related to genital ablation. *Archives of sexual behavior*, *54*(8), 3039-3050. https://doi.org/10.1007/s10508-022-02427-z

Wu, Q., Zhou, N., He, J., Lin, X., & Cao, H. (2024). Childhood emotional maltreatment and emerging adults' body dissatisfaction: Self-compassion and body surveillance as explanatory mechanisms. *Body Image*, *51*, 101799. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144524001219

Yang, X., & Tang, M. (2026). Childhood trauma and prosocial behavior in college students mediated by self-compassion and cognitive reappraisal. *Scientific Reports*, *13*, 1-9. https://doi.org/10.1038/s41598-026-59300-5

Zhu, F., Liu, C., Zhang, W., Qiang, W., Yin, X., & Lu, Q. (2023). The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, *22*(1), 178. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01342-5

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-09]