

Research Article

## The structure relationship of body dysmorphic disorder (BDD) with early maladaptive schema and perceived emotional invalidation: the mediating Role of metacognition, body image and distress tolerance

Authors

Fatemeh Khoshini<sup>1</sup>, Mehdi Akbari<sup>2\*</sup>, Shahram Mohammadkhani<sup>3</sup>

1. Master student of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Receive Date:  
05/02/2021

Accept Date:  
11/07/2021

**Introductoin:** The growing importance of physical attractiveness has led to the fact that sometimes social acceptance and interpersonal success depend on perfect and ideal appearance. Also, the decline in the quality of physical and psychological health due to concerns about body shape and fear of physical appearance led to a to investigate the structural relationship between body dysmorphic disorder and early maladaptive schemas and perceived emotional invalidation with emphasis on the mediating role of metacognition, body image, and distress tolerance.

**Method:** The present research is descriptive-applied. The statistical population of this study consisted of all students studying in the country's universities at all levels of education. Among them, 297 people participated in the study as a sample using purposive sampling and through the website, of course, after informed consent. They completed the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for -BDD (Phillips et al., 1997), the Young Schema Questionnaire – Short Form (Welburn et al., 2002), the Distress Tolerance Scale (Simons and Gaher, 2005), the Perceived Invalidation of Emotion Scale (Zielinski, 2016), the Body Dysmorphic Metacognitive Questionnaire (Rabiei et al., 2011), and the Body Image Concern Inventory (Littleton, Axsom, and Pury, 2005) were completed. The research data were analyzed by the structural equation modeling method and SPSS-15 and LISREL-8.5 software.

**Results:** The results of modeling the structural equations of the research showed that the conceptual model of the research had a good fit with the experimental data. The present model can explain 68% of the symptoms of body dysmorphic disorder. The results of the Bootstrap test also showed that the disturbed body image variable is a mediating variable in the relationship between early maladaptive schemas and perceived emotional discrediting with symptoms of body dysmorphic disorder. In addition, the distress tolerance variable has a mediating role concerning early maladaptive schemas and body deformity disorder, so the direct relationship between early maladaptive schemas and perceived emotional invalidation with body dysmorphic disorder was not significant considering the mediating role of these variables.

**Discussion and Conclusion:** The results of this study support the full mediating role of distress tolerance and deformity body image in the relationship between early maladaptive schemas and perceived emotional discrediting with body deformity disorder, and may have practical clinical implications for evidence-based interventions for deformity

Keywords

Body Deformity Disorder, Early Maladaptive Schemas, Perceived Emotional Discrediting, Metacognition, Body Image, Distress Tolerance.

Corresponding Author's E-mail

m.akbari@khu.ac.ir

# رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی

نویسندگان

فاطمه خوشینی<sup>۱</sup>، مهدی اکبری<sup>۲\*</sup>، شهرام محمدخانی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: اهمیت روزافزون جذابیت ظاهری به نحوی که گاهی پذیرش اجتماعی و موفقیت‌های بین‌فردی به ظاهر کامل و آرمانی وابسته است، هم‌چنین پایین آمدن کیفیت سلامت جسمانی و روانشناختی ناشی از نگرانی از شکل بدن و ترس از ظاهر جسمانی سبب شد پژوهشی با هدف بررسی رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با تأکید بر نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی تدوین شود.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۹/۱۱/۱۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۰۴/۲۰

**روش:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی-کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های کشور در تمامی مقاطع تحصیلی تشکیل می‌دادند. از میان آن‌ها ۲۹۷ نفر به عنوان نمونه پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و از طریق وب‌سایت، البته بعد از تأیید رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت داده شدند و پرسشنامه‌های مقیاس اصلاح‌شده وسواسی-اجباری ییل‌پراون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن، فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ، مقیاس تحمل پریشانی، پرسشنامه بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده، پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن، پرسشنامه ترس از تصویر بدن لیتلتون را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و از طریق نرم‌افزارهای LISREL-8.5 و SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری پژوهش نشان داد که مدل مفهومی پژوهش با داده‌های تجربی از برازش مطلوبی برخوردار بود. مدل حاضر قادر به تبیین ۶۸ درصد از علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن است. نتایج آزمون بوت‌استرپ نیز نشان داد که متغیر تصویر بدن مختل شده به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش برجسته و مهمی را ایفا کردند، علاوه بر این متغیر تحمل پریشانی در رابطه با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش میانجی دارد، به طوری که رابطه مستقیم طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با اختلال بدریخت‌انگاری بدن با در نظر گرفتن نقش میانجی متغیرهای مذکور معنادار نبود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش از نقش میانجی کامل تحمل پریشانی و تصویر بدن مختل شده در ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با اختلال بدریخت‌انگاری بدن حمایت می‌کند و می‌توان تلویحات بالینی کاربردی برای مداخلات مبتنی بر شواهد اختلال بدریخت‌انگاری داشته باشد.

کلیدواژه‌ها

اختلال بدریخت‌انگاری بدن، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده، فراشناخت، تصویر بدن، تحمل پریشانی.

نشانی پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

m.akbari@khu.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

## مقدمه

آینده استفاده می‌شوند [۷]. میزان سرمایه‌گذاری افراد بر روی ظاهر خود تا حدود زیادی به طرحواره‌های اصلی آن‌ها بستگی دارد [۸]. سرمایه‌گذاری بر تصویر بدن متشکل از طرحواره‌هایی است که فرد از ظاهر فیزیکی‌اش می‌سازد و بر اساس همین طرحواره‌ها اطلاعات مربوط به بدنش را پردازش می‌کند [۹]. ادبیات پژوهشی حاکی از آن است که طرحواره‌های نقص و شرم، آمادگی برای ابتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن و نگرانی‌های مزمن درباره‌ی بدشکلی بدنی را ایجاد خواهد کرد [۱۰، ۱۱، ۱۲].

بخش بسیار مهمی از محیط کودکی هر فردی، جو عاطفی-هیجانی حاکم بر آن می‌باشد که شامل سطوح بی-اعتبارسازی هیجانی است که هر شخص در محیط اجتماعی اطرافش ادراک می‌کند. بی‌اعتبارسازی هیجانی به گونه‌ی تنبیه کردن، نادیده گرفتن و یا تضعیف تجربه‌های اشخاص تعریف می‌شود [۱۳]. بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده که شامل ادراک بی‌تفاوتی دیگران نسبت به احساسات خود می‌شود با مشکل در پذیرش هیجان‌ها، مقابله‌های ناسازگار با هیجان‌ها، ادراکات منفی نسبت به هیجان‌ها و کنترل کم نسبت به آنها مرتبط است [۱۴]. قرار گرفتن در معرض محیط‌های بی-اعتبارسازی در طول دوران کودکی، بر ناتوانی کودک در تنظیم هیجان او در آینده تأثیر می‌گذارد [۱۵]. عزت‌نفس یکی از مهم‌ترین ساختارهای روانشناختی در روانپزشکی است که وابسته به سطح توجه و حمایتی است که شخص از خانواده‌اش دریافت می‌کند. این احتمال وجود دارد که کمبود عاطفی و در نتیجه کاهش عزت‌نفس با یک استراتژی منطقی نظیر افزایش جذابیت ظاهری خودش را در فرد نشان دهد [۱۶]. پژوهش‌ها حاکی از آن است که بی‌اعتبارسازی هیجانی در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روانشناختی ایفای نقش می‌کند، از جمله اختلال شخصیت مرزی [۱۷، ۱۸]، اختلال‌های خوردن [۱۹، ۲۰]، افسردگی [۲۱، ۲۲]، نشانه‌های الکسی‌تایمیا [۲۳] و اختلال‌های اضطرابی [۲۴، ۲۵]. بی‌اعتبارسازی هیجانی بر مشکلات متعدد دوران کودکی تأثیر زیادی دارد [۱۵، ۲۶]. کودک در نتیجه بی‌اعتبار شدن هیجان‌هایش، هیچ‌گاه تحمل پریشانی که یکی از مؤلفه‌های این پژوهش است را آموزش نمی‌بیند [۱۳]. افراد دارای اختلال بدریخت‌انگاری با افراد عادی از لحاظ تشخیص و تجربه کردن هیجان‌هاشان یکسان هستند. مشکل اصلی آن‌ها در کنترل و مهار هیجان‌هاشان می‌باشد. این افراد به دلیل عدم توانایی در بیان هیجان‌ها خود دارای نوعی هیجان درون بوده و مجموعه‌ای از رفتارهای اجباری برای کم کردن نگرانی‌های

افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن<sup>۱</sup> (BDD) دارای اشتغال ذهنی یا نقص خیالی در ظاهر فیزیکی یا چهره خود می‌باشند و این اشتغال ذهنی سبب پریشانی بالینی چشمگیر یا تخریب حوزه‌های عملکردی مهم فرد می‌شود. در صورتی که ناهنجاری فیزیکی اندکی وجود داشته باشد؛ نگرانی و پریشانی فرد در مورد آن اغراق‌آمیز و عذاب‌آور است [۱]. در مرحله‌ای از این بیماری فرد در پاسخ به نگرانی‌هایش درباره‌ی ظاهر خود، رفتارهای تکراری دارد (مانند خود را مکرراً در آینه برانداز می‌کند و به صورت افراطی موه‌های خود را شانه و یا خودش را آرایش می‌کند) و یا اینکه اعمال ذهنی تکراری انجام می‌دهد (ظاهر فیزیکی خود را با ظاهر دیگران مقایسه می‌کند) [۲]. بیماران مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن نسبت به افراد بدون اختلال، به‌طور معنی‌داری تاریخچه بیش‌تری از جراحی زیبایی (۱۵/۶ درصد در برابر ۳ درصد)، نرخ بالاتر خودکشی (۳۱ درصد در برابر ۳/۵ درصد) و تلاش‌های خودکشی ناشی از نگرانی درباره‌ی ظاهر (۲۲/۲ درصد در برابر ۱/۲ درصد) گزارش کردند [۳]. بر اساس پژوهش‌های انجام شده در ایران شایع‌ترین گروه سنی ۲۰-۵۰ سال بوده است و ۲۰/۷ درصد مبتلایان سابقه مراجعه به کلینیک‌های روانشناسی یا روانپزشکی داشتند. ۱۷/۲ درصد مبتلایان جراحی زیبایی انجام داده بودند که از بین آن‌ها ۲۰ درصد عدم رضایت و ۸۰ درصد به نسبت رضایت داشتند [۴]. میزان شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن، در عموم مردم حدود ۰/۷٪ گزارش شده است که با توجه به شیوع بالای انواع جراحی‌های ترمیمی در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن و تلاش‌های آن‌ها برای انجام جراحی‌های پلاستیک و زیبایی بیابانگر نارضایتی آن‌ها از ظاهر جسمانی‌شان است. ۹۵ درصد متقاضیان جراحی بینی در ایران را زنان و دختران ۴۵-۱۴ سال تشکیل می‌دهند و میزان شیوع جراحی پلاستیک و زیبایی در ایران ۷ برابر کشورهای غربی بوده که در اکثر موارد نیازی به انجام جراحی نبوده است [۵].

عوامل مختلفی را در بروز اختلال بدریخت‌انگاری بدن دخیل می‌دانند یکی از این عوامل طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل گرفته در هر فرد است که پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد سوق می‌دهد. فردی که دارای سوگیری در طرحواره‌های خود است، احتمالاً فرایندهای متفاوتی را نسبت به کسی که دارای سوگیری نیست تجربه می‌کند [۶]. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهایی ثابت و پایدار هستند که در طول دوران کودکی ایجاد و در طول زندگی شخص ثابت باقی می‌مانند و به عنوان نقشه‌ای برای پردازش رویدادهای

<sup>۱</sup>. Body Dysmorphic Disorder (BDD)

نسبت به افکار و تصاویر ظاهری خود، باور بالایی دارند و به این افکار و تصاویر شک و تردید ندارند، به نحوی که عینیت بیشتری برای افکار و تصاویر ذهنی مربوط به ظاهرشان قائل هستند [۳۹]. افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن نسبت به خود افکار فراشناختی غیرقابل تحمل، فرومایه و نازیبا بودن دارند. راهبردهای کنترل فراشناختی استفاده شده برای کنترل سیستم شناختی نه تنها به تقویت یا سرکوب راهبردهای ذهنی بلکه به افزایش فرآیندهای نظارت نیز می‌پردازند. بیماران مبتلا نسبت به ظاهر فیزیکی خود دارای پریشانی و نگرانی فراشناختی ناکارآمد هستند [۴۰]. باورهای فراشناختی (فاجعه‌سازی، ارزیابی تحریف‌شده و معیوب و افکار تکراری ناخواسته) این فرآیندهای فراشناختی می‌تواند سبب تداوم نگرانی افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن شود. باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با باورهای بنیادی در ایجاد و حفظ اختلال بدریخت‌انگاری بدن ایفای نقش می‌کنند [۳۸].

تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک‌شده افراد برای مقاومت در برابر حالات هیجانی منفی یا ناخوشایند اشاره دارد [۴۱] و توانایی رفتاری در مداومت، در مقابل حالات پریشانی درونی که توسط برخی موقعیت‌های استرس‌زا تحریک می‌شود [۴۲]. پریشانی ممکن است نتیجه فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد که بازتابی آن به صورت حالات هیجانی رخ دهد که اغلب با تمایل به عمل در راستای رهایی از رویدادهای هیجانی مشخص می‌گردد [۴۳]. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که تحمل پریشانی پایین یک فاکتور آسیب‌پذیر در ارتباط با اختلال بدریخت‌انگاری بدن است [۴۴]. عدم تحمل بلاتکلیفی یا تمایل به ایجاد باورهای منفی در مورد موقعیت‌های نامشخص و توانایی فرد در مقابله با عدم اطمینان با اختلال بدریخت‌انگاری بدن در ارتباط است به طوری که عدم تحمل بلاتکلیفی بیش‌تر، همراهی مثبتی با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن دارد [۴۵، ۴۴]. در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن نسبت به افراد سالم سطوح عدم تحمل بلاتکلیفی و استرس عمومی به‌طور قابل‌توجهی بیش‌تر است [۴۶]. افراد دارای سطح تحمل پریشانی پایین، مانند افرادی که از وسواس رنج می‌برند و تلاش برای کنترل افکار و رفتارهای وسواسی‌شان دارند ممکن است از استراتژی‌های مقابله‌ای برای اجتناب از عواطف منفی یا عواقب منفی درک شده استفاده کنند [۴۷]. با توجه به اینکه افراد دارای اختلال بدریخت‌انگاری بدن افکار وسواسی مربوط به ظاهر و رفتارهای تکراری نظیر چک کردن مفرط خود در آئینه، نظافت و ... را برای کنار آمدن با این افکار ناراحت‌کننده تجربه می‌کنند، می‌توان گفت این الگوی اجتناب مربوط به این اختلال می‌شود [۴۸]. طبق پژوهش‌های صورت گرفته توسط متنی و همکاران (۲۰۱۷) علائم اختلال

بیمارگونه‌شان انجام می‌دهند [۲۷]. طبق پژوهش‌های صورت گرفته افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن در متغیر عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی مربوط به بدتنظیمی هیجانی نمره بالایی می‌گیرند [۲۸].

یکی از متغیرهای مهم دیگر در مبحث مرتبط با اختلال بدریخت‌انگاری بدن، تصویر بدنی مختل شده است. تصویر بدن به عنوان تجسم درونی از جنبه‌های ظاهری بدن تعریف شده است [۲۹]. تصویر بدن، تصویر ذهنی شخص از ابعاد و فرم بدن می‌باشد و به مجموعه‌ای از باورها، ادراکات، عواطف و فعالیت‌های او در رابطه با ظاهر جسمانی‌اش برمی‌گردد [۳۰]. در حقیقت فرد بین بدن واقعی و بدن آرمانی‌اش تفاوت می‌بیند و شروع به ارزیابی و مقایسه آن‌ها باهم کرده و میزان رضایت یا عدم رضایت خود را بیان می‌کند [۳۱]. تصویرسازی ذهنی نقش مهمی در پایداری و حفظ اختلال بدریخت‌انگاری بدن دارد [۱۲]. افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن نمرات بالاتری در سرمایه‌گذاری بر روی خودارزیابی و مدیریت ظاهرشان کسب کردند. میزان بالای سرمایه‌گذاری روی تصویر ارزیابی شده از بدن در این بیماران به‌وضوح با تحریفات شناختی یا سوگیری‌های موجود در پردازش اطلاعات همراه است [۸]. افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن دارای تصویر بدنی منفی‌تر، نگرش منفی نسبت به ظاهر فیزیکی خود و استراتژی‌های مقابله‌ای ناکارآمد هستند [۳۲].

یک مسیر برای درک عمیق‌تر فرآیندهای روانشناختی اختلال بدریخت‌انگاری بدن، بررسی مکانیسم‌های شناختی درگیر دانش، تفسیر و تنظیم تفکر است. این مکانیسم‌ها حوزه فراشناخت را تشکیل می‌دهند [۳۳]. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است که شامل باورها، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می‌کند [۳۴]. فراشناخت‌ها راه‌انداز و تداوم بخش استراتژی‌های مقابله‌ای مضر و رفتارهای ناسازگارانه هستند که آغازگر و هدایت‌کننده عدم تنظیم هیجان می‌شوند [۳۵]. اشخاصی که دچار نارضایتی بدنی هستند دامنه‌ای از استراتژی‌ها را می‌آموزند که متشکل از اجتناب، پذیرش مثبت منطقی و بازسازی ظاهری است [۳۶]. به‌طور اختصاصی، مبحث فراشناخت‌ها در اختلال بدریخت‌انگاری با تلاش برای کنترل، تصحیح و تنظیم افکار مرتبط با تصاویر ذهنی و نگرانی‌های این بیماران ارتباط دارند [۳۷]. افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن نسبت به تصویر بدنی خودشان ادراک تحریف‌شده دارند. این افراد به دلیل فراشناخت‌واره‌های منفی، مثبت و همچنین سندروم شناختی - توجهی، توجه و خودهشیاری بیش‌تری نسبت به بدنشان دارند، چرا که معتقدند با تمرکز بیشتر بر ظاهرشان می‌توانند نقص‌های ظاهری خود را زودتر شناسایی کرده و آن را اصلاح کنند [۳۸]. پژوهش‌ها نیز نشان دادند که این افراد

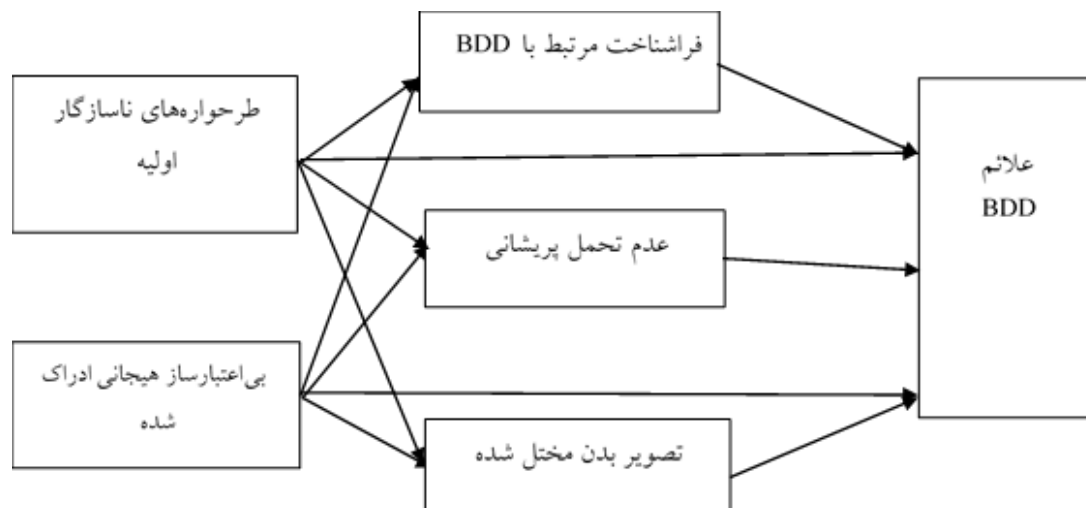
می‌شود. این امر سبب پافشاری بیش‌تر ذهن بر روی نواقص شده و تداوم این نگرانی‌های ظاهری و نواقص ذهنی در ایجاد و حفظ علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش دارند [۵۶،۵۵،۳۲]. هم‌چنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه منفی که ماحصل تجربیات و رویدادهای هیجانی دوران کودکی هستند تأثیری منفی بر روی خودارزیابی نسبت به ظاهر فرد می‌گذارد. این طرحواره‌ها سبب می‌شوند فرد تصویر بدن تحریف‌شده و نامناسب از خود در ذهنش پرورش دهد، از طرفی تصویر بدن مختل‌شده، افکار مزاحم نسبت به بدن را تداوم می‌بخشد [۵۷]. افرادی که در کودکی بی‌اعتبارسازی هیجانی را درک کرده‌اند در بزرگسالی دچار مشکلات متعدد در تنظیم هیجان‌اتشان می‌شوند. این بدتنظیمی هیجانی می‌تواند بر روی خودارزیابی منفی فرد از ظاهر و تصویر بدنی‌اش تأثیر بگذارد که این عامل خود از فاکتورهای مهم در اختلال بدریخت‌انگاری بدن است [۵۸،۲۸،۱۵]. تحمل پریشانی پایین، تصویر بدنی مختل شده و باورهای فراشناختی منفی نسبت به ظاهر سبب می‌شوند افراد نسبت به نقص‌های کوچک خیلی حساس باشند و دائماً درصدد رفع آن نقص از طریق جراحی‌های زیبایی و فعالیت‌های افراطی بهداشتی و آرایشی برآیند.

بر اساس پیشینه پژوهشی مرتبط با اختلال بدریخت‌انگاری می‌توان این ادعا را مطرح کرد که متغیرهای پیشایندی مطرح شده در پژوهش حاضر از لحاظ نظری می‌توانند از طریق متغیرهای میانجی مذکور در تبیین علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن ایفای نقش کنند. در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند که این مبنای نظری را در قالب یک مدل ساختاری (شکل ۱) به بررسی تجربی بگذارند. بنابراین مسأله اصلی پژوهش این است که آیا مدل مفهومی بدریخت‌انگاری بدن در ارتباط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده به عنوان متغیرهای پیشایند و عدم تحمل پریشانی، باورهای فراشناختی و تصویر بدن به عنوان متغیرهای میانجی با داده‌های پژوهشی از برازش خوبی برخوردار است؟

بدریخت‌انگاری بدن با عدم تحمل پریشانی همراه بوده است. افراد داری این اختلال برای جلوگیری یا کاهش پیدا کردن پریشانی ناشی از نگرانی ظاهری خود درگیر رفتارهای اجتناب‌ناپذیر یا اجباری می‌شوند [۴۴].

پژوهش حاضر سعی دارد که بر اساس متغیرهای مرتبط با این اختلال یک مدل مفهومی ارائه کند که در گام بعدی بتواند آن را بر اساس داده‌های پژوهشی به بوته آزمایش بگذارد. در پژوهش‌های مرتبط با آسیب‌شناسی روانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به همراه بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده به‌عنوان یک الگوی بنیادین اولیه می‌تواند در برخی مواقع (مثل مواجهه شدن با فشارهای روانی زندگی روزمره) سبب کاهش تحمل افراد نسبت به پریشانی و هیجان‌های منفی (مانند اضطراب و افسردگی) شود [۴۹]. هم‌چنین این الگوی مفهومی و بنیادین در ادراک افراد نسبت به تصویر خویش نقش بسزایی ایفا می‌کند [۵۰]. علاوه بر این، همراهی دو متغیر اصلی بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند سبب شود افراد باورهای فراشناختی مثبت و منفی برای کنار آمدن با ادراک منفی در مورد تصویر بدن [۵۱] و هم‌چنین تحمل پریشانی پایین [۴۴] در خود ایجاد کنند. به تعبیر دیگر می‌توان این‌گونه از پژوهش‌های قبلی در زمینه آسیب‌شناسی روانی استنباط کرد که طرحواره‌ها به همراه بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده می‌تواند سبب تحمل پریشانی پایین [۵۲]، باورهای فراشناختی منفی [۵۳] در مورد ظاهر و تصویر بدنی مختل شده [۵۴] شوند که متغیرهای مذکور در گام بعدی می‌توانند به عنوان متغیرهای میانجی در ایجاد علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش مهمی ایفا کنند.

به بیان دیگر می‌توان این‌طور استنباط کرد که فرد دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است در شرایط فشار روانشناختی و اجتماعی دچار هجوم ادراکات منفی و تحریف‌شده درباره بدن و ظاهر خود شود. متمرکز شدن بر این نقص‌های ذهنی یا واقعی بزرگ‌نمایی‌شده باعث ایجاد الگوی توجه معطوف به خود افراطی و سندرم شناختی-توجهی و فعال شدن باورهای فراشناختی مرتبط با آن



شکل ۱. مدل مفهومی بدریخت‌انگاری بدن در ارتباط با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده

## فرضیه‌های پژوهش

۱. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن رابطه مستقیم دارد.
۲. بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن رابطه مستقیم دارد.
۳. فراشناخت مرتبط با اختلال بدریخت‌انگاری بدن در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش واسطه‌ای دارد.
۴. تصویر بدن مختل شده در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش واسطه‌ای دارد.
۵. عدم تحمل پریشانی در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش واسطه‌ای دارد.

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی-کاربردی است که از لحاظ روش‌شناسی در طبقه پژوهش‌های همبستگی و معادلات ساختاری است که به تعیین چگونگی ارتباط سازه‌ها می‌پردازد.

## آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل تمامی دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های ایران در تمامی مقاطع بوده است.

### ب) نمونه آماری

نمونه موردنیاز در پژوهش‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری تعداد ۸ نفر برای نمونه‌های بالینی تا تعداد ۱۰ نفر برای نمونه‌های غیربالینی برای هر زیرمقیاس در نظر گرفته می‌شود. بنابراین حجم نمونه قابل قبول در پژوهش حاضر بر اساس اهداف پژوهش، تعداد زیرمقیاس‌های متغیرهای وابسته (۴ زیرمقیاس) و تعداد زیرمقیاس‌های متغیرهای پیش‌بین (۲۵ زیرمقیاس) و همچنین با توجه به در نظر گرفتن نرخ ریزش ۵ درصدی، تعداد ۳۰۰ نفر باید در نظر گرفته شود. بر این اساس، نمونه پژوهش حاضر تعداد ۳۱۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های ایران در سال ۱۳۹۹ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و افراد مراجعه‌کننده به لینک پرسشنامه در اینترنت، پس از مطالعه اهمیت پژوهش و رضایت آگاهانه خود در تکمیل اطلاعات به صورت داوطلبانه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. این تعداد نمونه، پس از حذف موارد پرت به ۲۹۷ نفر کاهش یافت.

## ابزارهای پژوهش

۱) مقیاس اصلاح شده و سواسی-اجباری ییل براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن<sup>۱</sup> (YBOCS-BDD)

این مقیاس نسخه اصلاح شده مقیاس وسواسی-اجباری ییل براون است که توسط گودمن و همکاران [۴۴] طراحی شده است که شدت علائم BDD (تکرارها، بینش و اجتناب) را در هفته گذشته ارزیابی می‌کند. دارای ۱۲ ماده است که در مقیاس ۵ درجه لیکرتی صفر (بدون علامت شناسی) تا چهار (علامت‌گذاری شدید) رتبه‌بندی شدند [۴۴]. فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷) در پی بررسی ۱۲۵ بیمار دارای تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن گزارش دادند که مقیاس اصلاح شده وسواسی-اجباری ییل براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن دارای ساختار سه عاملی است که عبارتند از: ۱- تکرارها (وسواس‌ها و اجبارها) ۲- بینش ۳- اجتناب. آن‌ها پایایی از نوع ارزیاب‌ها و بازآزمایی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. پایایی از نوع بازآزمایی در دوره یک هفته مناسب بود ( $r = 0/88$ ). ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس است. YBOCS-BDD با نمرات سنجش عملکرد کلی (GAF) در DSM همبستگی مثبتی ( $r = 0/51$ ) داشت. روایی تشخیص در مقایسه با فرم درجه‌بندی شده کوتاه روان‌پزشکی (BPRS) مناسب بود ( $r = 0/19$ ) [۵۹]. در مطالعه‌ی ربیعی و همکاران [۶۰] این ابزار با مقیاس رضایت بدنی در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۳۳ رابطه معناداری داشت. این نتایج نشان از روایی همزمان مناسب YBOCS-BDD است. ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای کل مقیاس به دست آمد. نتایج نشان داده که این مقیاس در این نمونه دارای روایی و پایایی مناسبی می‌باشد. (دامنه ضرایب پایایی از نوع آلفای کرونباخ، دو نیمه سازی و ضریب گاتمن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پادوا و مقیاس رضایت بدنی به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۳ بود) [۶۰].

۲) فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ<sup>۲</sup> (YSQ-SF)

این پرسشنامه ۷۵ پرسش دارد و نسخه‌ی کوتاه شده پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ و برون (۲۰۰۱) است [۶۱] که فرم کوتاه آن برای سنجش ۱۵ طرحواره (رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماع/بیگانگی، نقص/شرم، محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خودتحوّل نایافته/

گرفتار، شکست، استحقاق/بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی، اطاعت، ایثار، بازدارنده هیجانی، معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی) توسط ولبرن و همکاران (۲۰۰۲) تنظیم شده است. در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را اندازه‌گیری می‌کند و هر مورد در مقیاس ۶ نمره‌ای درجه‌بندی می‌شود. همچنین پایایی آن به کمک آلفای کرونباخ برای تمام طرحواره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار درونی پرسشنامه حمایت می‌کنند [۶۲]. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی و همکاران (۱۳۸۶) در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زنان ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. پایایی و روایی مناسب و مطلوب این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است [۶۳]. یافته‌های مطالعات خسروی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که مدل‌ها ۱۵ عاملی از درجه اول و ۵ عاملی از درجه دوم YSQ-SF بهترین تناسب را در بین بیماران ایرانی که از اختلال‌های روان‌پزشکی رنج می‌برند فراهم می‌کند همچنین برای فرهنگ‌های غیر غربی یا فرهنگ اسلامی مانند ایران قابل تعمیم است [۶۴].

۳) مقیاس تحمل پریشانی<sup>۳</sup> (DTS)

این ابزار یک مقیاس ۱۵ گزینه‌ای است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) برای سنجش میزان تحمل پریشانی ساخته شده است [۴۱]. گزینه‌های این ابزار بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شوند و دارای چهار خرده مقیاس تحمل (من نمی‌توانم به احساس پریشانی‌ام رسیدگی کنم)، جذب (هنگامی که آشفته و پریشان هستم، همواره به این فکر می‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی (تحمل آشفستگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم (من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضرم هر کاری را انجام دهم) است. نمرات بالا نشان‌دهنده توانایی مقاومت بیشتر در برابر پریشانی عاطفی است. در حالی که نمرات پایین منعکس‌کننده عدم تحمل پریشانی است [۶۵]. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است [۴۱]. بر اساس داده‌های پژوهشی عزیز، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۷۲ برآورد شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ می‌باشد. طبق این پژوهش همبستگی مقیاس تحمل پریشانی

<sup>۲</sup> Young Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-SF)

<sup>۳</sup> Distress Tolerance Scale (DTS)

<sup>۱</sup> Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for -BDD (YBOCS-BDD)





آزمون بوت استرپ مورد ارزیابی قرار گرفت.

## نتایج

نمونه پژوهش حاضر را ۲۸ نفر مرد (۹/۴٪) و ۲۶۹ نفر زن (۹۰/۶٪) تشکیل داده بودند. میانگین سنی و انحراف معیار سن مردان به ترتیب برابر ۲۵/۲۵ و ۵/۶۷ و میانگین سنی و انحراف معیار سن دختران به ترتیب برابر ۲۴/۴۲ و ۵/۴۶ بود. به لحاظ مقطع تحصیلی، ۷۶ نفر (۲۵/۶٪) دیپلم، ۵۲ نفر (۱۷/۵٪) فوق دیپلم، ۱۱۶ نفر (۳۹٪) لیسانس، ۴۳ نفر (۱۴/۵٪) فوق لیسانس و ۱۰ نفر (۳/۴٪) دارای مدرک دکتری بودند. همچنین به لحاظ سابقه عمل جراحی، ۵۹ نفر (۱۹/۹٪) سابقه عمل جراحی و ۲۳۸ نفر (۸۰/۱٪) بدون سابقه عمل جراحی بودند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

حاوی پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش با ذکر این عنوان (این پژوهش مربوط به گروه دانشجویی است و فقط دانشجویان محترم پاسخگو باشند) برای این گروه‌ها در شبکه مجازی ارسال شد. علاوه بر تشریح هدف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و پاسخ‌های داده شده توسط تکمیل‌کنندگان، از دانشجویان علاقه‌مند به شرکت در این پژوهش درخواست شد در صورتی که قصد شرکت در پژوهش را دارند، در صفحه اول لینک اینترنتی، ابتدا فرم رضایت نامه اینترنتی را تکمیل کنند و سپس اقدام به تکمیل سایر فرم‌ها و ابزارهای پژوهش نمایند.

## شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و از طریق نرم‌افزارهای لیزرل<sup>۱</sup> و اس‌پی‌اس<sup>۲</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و در نهایت اثرات میانجی با استفاده از

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	ابعاد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	محروریت هیجانی	۵	۳۰	۱۵/۲۲	۷/۸۰	۰/۲۶۸	-۱/۲۶۱
	رهاشدگی	۵	۳۰	۱۵/۵۸	۷/۰۷	۰/۲۸۱	-۱/۱۲۶
	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۵	۳۰	۱۳/۶۱	۶/۱۴	۰/۴۲۰	-۰/۷۱۳
	انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۵	۳۰	۱۱/۹۱	۶/۰۳	۰/۹۶۹	۰/۳۶۳
	نقص/ شرم	۵	۳۰	۹/۳۱	۵/۲۲	۱/۴۹۳	۱/۹۷۱
	شکست	۵	۳۰	۱۰/۸۲	۵/۹۳	۱/۱۰۵	۰/۶۰۸
	وابستگی/ بی‌کفایتی	۵	۳۰	۹/۷۳	۵/۴۶	۱/۴۶۱	۱/۶۲۲
	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۵	۳۰	۱۰/۴۱	۶/۲۸	۱/۲۷۹	۰/۸۸۹
	گرفتار	۵	۳۰	۱۱/۱۷	۶/۰۶	۰/۹۴۷	-۰/۱۸۳
	اطاعت	۵	۳۰	۲۰/۰۰	۶/۶۱	۱/۰۶۷	۰/۳۵۲
	ایثار	۵	۳۰	۲۰/۰۳	۶/۸۰	۰/۳۸۹	-۰/۷۶۴
	بازداری هیجانی	۵	۳۰	۱۳/۶۱	۶/۷۳	۰/۶۵۶	-۰/۴۴۴
	معیارهای سرسختانه	۵	۳۰	۱۹/۵۸	۵/۷۰	۰/۳۵۸	-۰/۳۲۸
	استحقاق	۵	۳۰	۱۷/۴۸	۵/۸۲	۰/۱۷۰	-۰/۳۶۵
بی‌اعتبار سازی هیجانی ادراک شده	خویشتن‌داری/ خود انضاطی ناکافی	۵	۳۰	۱۵/۵۸	۵/۸۷	۰/۱۱۱	-۰/۴۶۲
	نمره کل	۷۸	۴۴۷	۲۰۶/۳۹	۶۴/۶۰	۰/۶۸۴	۰/۶۱۵
	عامل ۱	۶	۳۰	۱۳/۷۵	۵/۳۲	۱/۰۲۶	۰/۷۹۲
فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی	عامل ۲	۴	۲۰	۸/۴۹	۳/۷۸	۱/۰۱۴	۰/۴۶۳
	نمره کل	۱۰	۵۰	۲۲/۲۴	۸/۵۱	۱/۰۸۱	۰/۹۴۵
	راهبردهای کنترل فراشناختی	۱۳	۵۲	۲۱/۴۵	۱۰/۹۲	۱/۳۷۴	۰/۸۷۶
	درآمیختگی افکار	۸	۲۲	۱۴/۳۴	۷/۳۸	۱/۰۳۱	۰/۱۲۲
	باورهای مثبت و منفی فراشناختی	۵	۲۰	۹/۳۱	۴/۲۷	۰/۸۵۸	-۰/۲۱۳
تحمل پریشانی	رفتارهای ایمنی	۴	۱۶	۶/۶۰	۳/۵۲	۱/۳۶۱	۰/۸۰۱
	نمره کل	۳۰	۱۲۰	۵۱/۷۲	۲۴/۳۸	۱/۲۱۶	۰/۵۵۲
	تحمل	۳	۱۵	۷/۷۲	۳/۲۸	۰/۴۵۳	-۰/۶۷۵
	جذب	۳	۱۵	۸/۶۶	۳/۵۴	۰/۰۰۸	-۰/۱۰۹۱

<sup>۲</sup>. SPSS

<sup>۱</sup>. LISREL

-۰/۱۸۵۶	۰/۰۲۰	۵/۶۶	۱۹/۳۹	۳۰	۷	ارزیابی	تصویر بدن مختل شده
-۰/۳۱۱	۰/۱۶۰۷	۳/۱۴	۷/۵۰	۱۵	۳	تنظیم	
-۰/۳۱۸	۰/۱۶۳	۱۲/۸۴	۴۳/۲۸	۷۵	۱۸	نمره کل	
-۰/۱۰۶	۰/۱۷۶۲	۸/۹۶	۲۱/۳۱	۴۵	۹	عامل ۱	
-۰/۴۳۳	۰/۵۲۰	۵/۷۶	۱۴/۴۴	۳۰	۶	عامل ۲	
۵/۰۱۴	۲/۲۴۴	۳/۰۶	۵/۸۱	۲۰	۴	عامل ۳	
۰/۵۸۳	۰/۹۳۹	۱۶/۱۷	۴۱/۵۶	۹۵	۱۹	نمره کل	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن
-۰/۳۲۳	۰/۵۷۵	۳/۳۱	۵/۰۸	۱۴	۰	وسواس‌ها	
-۰/۰۸۳	۰/۳۰۹	۲/۸۳	۵/۵۰	۱۵	۰	اجبارها	
۳/۳۷۲	۲/۲۱۰	۰/۶۷	۰/۳۸	۴	۰	اجتناب	
۲/۳۳۰	۱/۴۵۷	۰/۹۵	۰/۸۴	۴	۰	بینش	
۰/۱۰۴	۰/۶۸۹	۶/۵۸	۱۱/۸۱	۳۱	۰	نمره کل	

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای مکنون پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	۱					
۲ بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده	۰/۵۶۳**	۱				
۳ فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی	۰/۳۹۳**	۰/۲۹۵**	۱			
۴ تحمل پریشانی	-۰/۶۱۳**	-۰/۳۲۵**	-۰/۲۸۲**	۱		
۵ تصویر بدن مختل شده	۰/۵۵۱**	۰/۴۰۵**	۰/۵۳۲**	-۰/۵۰۳**	۱	
۶ علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن	۰/۵۱۴**	۰/۳۹۳**	۰/۴۵۰**	-۰/۵۰۴**	۰/۶۹۰**	۱

\*\* P &lt; ۰/۰۱ \* P &lt; ۰/۰۵

عاملی تأییدی، توان نشانگرها برای اندازه‌گیری متغیرهای نهفته زیربنایی ارزیابی شد. بعد از انتخاب نشانگرهای مربوط به مدل مفهومی پژوهش، یک تحلیل عاملی تأییدی کلی بر روی تمامی متغیرهای پژوهش اجرا شد. بنابراین این امکان فراهم شد که با بررسی شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی، صلاحیت مدل اندازه‌گیری انتخاب شده برای متغیرهای مکنون مشخص شود شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری که شامل  $\chi^2=1404/02$ ،  $NFI=0/94$ ،  $SRMR=0/96$ ،  $CFI=0/96$ ،  $RMSEA=0/074$ ،  $IFI=0/96$  هستند در محدوده پذیرش مطلوب قرار گرفته‌اند. بنابراین در مجموع می‌توان نتیجه گرفت، متغیرهای مشهود توانایی لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون مربوط به خود را دارند. ضرایب غیر استاندارد، ضرایب استاندارد و مقادیر T برای هر کدام از متغیرهای مشهود در مدل اندازه‌گیری در جدول ۳ گزارش شده است.

همان‌گونه که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهند تمامی همبستگی‌ها در حد مطلوب هستند ( $0/690 \leq r \leq 0/613$ ). نتایج این جدول نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی، تصویر بدن مختل شده و علائم اختلال بدریخت‌انگاری رابطه مثبت و معناداری دارند. از سوی دیگر، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با تحمل پریشانی رابطه منفی و معناداری با هم دارند. هم‌چنین، فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی و تصویر بدن مختل شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری رابطه مثبت و معناداری دارند. از سوی دیگر، تحمل پریشانی با علائم اختلال بدریخت‌انگاری رابطه منفی و معناداری با هم دارد. قبل از انجام تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری باید نشانگرهای مناسبی برای متغیرهای نهفته (مکنون) پژوهش انتخاب شوند. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از روش تحلیل

جدول ۳. ضرایب غیر استاندارد، ضرایب استاندارد و مقادیر T متغیرهای مشهود در مدل اندازه‌گیری

مقادیر T	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	ابعاد	متغیر
۱۱/۶۲	۴/۸۱	۰/۶۲	محرومیت هیجانی	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۱۱/۶۰	۴/۳۵	۰/۶۲	رهاشدگی	
۱۴/۵۴	۴/۴۹	۰/۷۳	بی‌اعتمادی / بدرفتاری	
۱۴/۸۸	۴/۴۹	۰/۷۴	انزوای اجتماعی / بیگانگی	
۱۶/۸۸	۴/۲۴	۰/۸۱	نقص / شرم	
۱۴/۵۲	۴/۳۴	۰/۷۳	شکست	
۱۴/۹۹	۴/۰۹	۰/۷۵	وابستگی / بی‌کفایتی	
۱۳/۰۴	۴/۲۴	۰/۶۷	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	
۱۳/۷۰	۴/۲۵	۰/۷۰	گرفتار	
۱۶/۱۷	۵/۵۱	۰/۷۹	اطاعت	
۸/۳۷	۳/۱۸	۰/۴۷	ایثار	
۱۱/۰۳	۳/۹۸	۰/۵۹	بازداری هیجانی	
۹/۰۶	۲/۸۶	۰/۵۰	معیارهای سرسختانه	
۱۱/۶۱	۳/۵۹	۰/۶۲	استحقاق	
۱۲/۶۶	۳/۸۸	۰/۶۶	خویش‌ن‌داری / خود انضباطی ناکافی	
۱۷/۹۳	۵/۰۸	۰/۹۵	عامل ۱	بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده
۱۴/۱۵	۲/۹۳	۰/۷۷	عامل ۲	
۲۲/۰۱	۱۰/۳۸	۰/۹۵	راهبردهای کنترل فراشناختی	فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی
۲۰/۳۳	۶/۷۱	۰/۹۱	درآمیختگی افکار	
۱۹/۳۲	۳/۷۶	۰/۸۸	باورهای مثبت و منفی فراشناختی	
۱۷/۶۹	۲/۹۴	۰/۸۳	رفتارهای ایمنی	
۱۷/۳۰	۲/۷۳	۰/۸۳	تحمل	تحمل پریشانی
۲۰/۳۴	۳/۲۶	۰/۹۲	جذب	
۱۷/۷۷	۴/۷۹	۰/۸۵	ارزیابی	
۶/۰۴	۱/۱۰	۰/۳۵	تنظیم	
۱۹/۷۶	۸/۱۳	۰/۹۱	عامل ۱	تصویر بدن مختل شده
۱۷/۶۹	۴/۸۷	۰/۸۴	عامل ۲	
۱۴/۶۶	۲/۲۸	۰/۷۴	عامل ۳	
۱۸/۰۳	۲/۸۸	۰/۸۷	وسواس‌ها	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن
۱۳/۱۹	۱/۹۷	۰/۷۰	اجبارها	
۱۱/۰۰	۰/۴۱	۰/۶۰	اجتناب	
۱۳/۹۸	۰/۶۹	۰/۷۳	بینش	

درست‌نمایی مورد بررسی قرار گرفت و برازش مدل در دو سطح مورد بررسی قرار گرفت. در سطح اول، برازش کلی مدل با توجه به شاخص‌های برازش مورد بررسی قرار می‌گیرد. در سطح دوم، برازش مدل ساختاری پژوهش با توجه به معناداری ضرایب مسیر (ضرایب ساختاری) مورد بررسی قرار می‌گیرد. در سطح اول، پس از انجام تحلیل، برازش کلی مدل مفهومی بررسی شد. شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش که در جدول ۴ گزارش شده است، نشانگر برازش مطلوب مدل است. همه شاخص‌ها نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل مفهومی دارند. بنابراین، مدل ساختاری بررسی نقش

برای تحلیل این مدل، با توجه به مدل مفهومی پژوهش، متغیرهای مکنون طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی ادراک شده به عنوان متغیر برون‌زاد، متغیر مکنون فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی، تصویر بدن مختل شده و تحمل پریشانی به عنوان متغیر وابسته میانی یا متغیر میانجی و متغیر مکنون علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن به عنوان متغیر وابسته نهایی یا درون‌زاد در نظر گرفته شدند. سپس، مدل ساختاری (مفهومی) پژوهش با استفاده از نرم‌افزار لیزرل مورد آزمون قرار گرفت. پس از تنظیم معادلات ساختاری، مدل موردنظر با استفاده از روش حداکثر

ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با داده‌های تجربی برازش مطلوبی دارد.

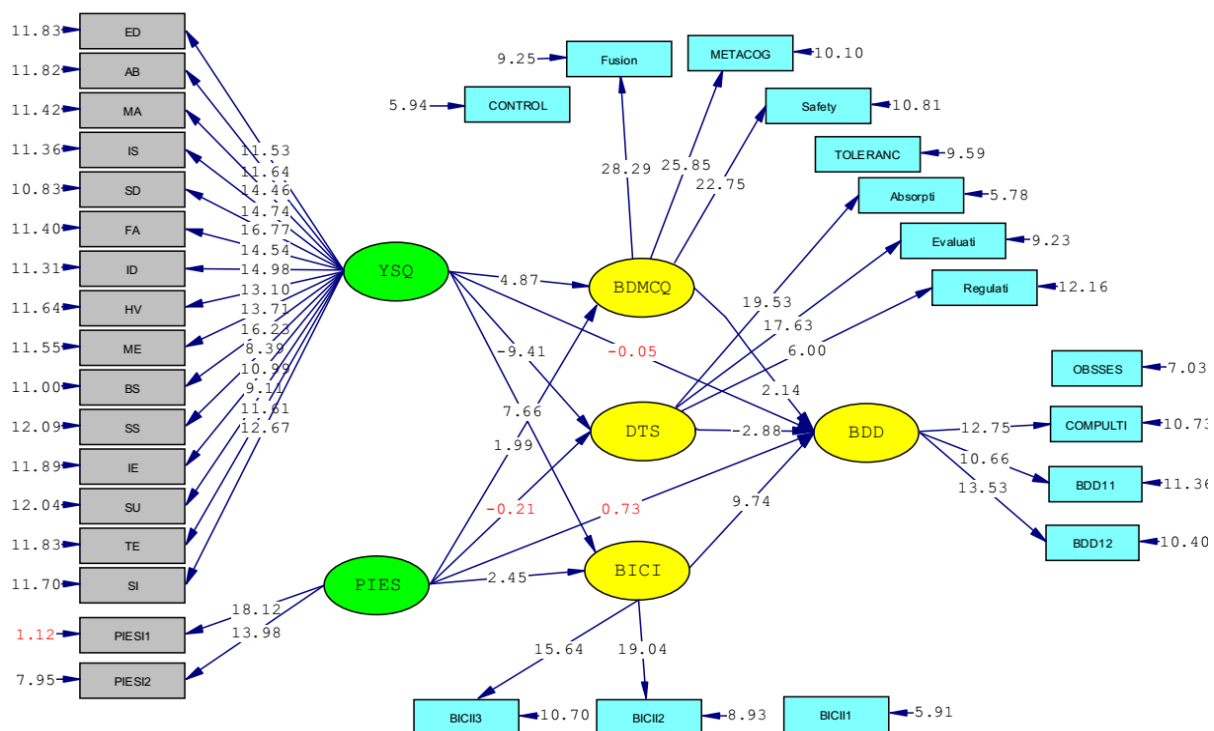
میانجی فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی، تصویر بدن مختل شده و تحمل پریشانی در رابطه بین با طرح‌واره‌های

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل ساختاری پژوهش

مقدار	دامنه قابل پذیرش	شاخص برازندگی
۱۴۶۹/۸۶	-	خی‌دو ( $\chi^2$ )
۴۵۲	-	درجه آزادی (df)
۳/۲۵	کم‌تر از ۵	نسبت خی‌دو به درجه آزادی
۰/۹۴	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)
۰/۹۶	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۶	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی فراینده (IFI)
۰/۰۷۵	کم‌تر از ۰/۰۸	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)
۰/۰۴۸	کم‌تر از ۰/۰۸	ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد شده (SRMR)

شکل ۱ مدل ساختاری مفهومی را به همراه ضرایب استاندارد ارائه می‌کند.

در سطح دوم، پس از تحلیل اولیه، ضرایب مسیر مدل و ضرایب تعیین متغیرهای درون‌زاد مورد بررسی قرار گرفت.



Chi-Square=1469.86, df=452, P-value=0.00000, RMSEA=0.076

شکل ۲. مدل مفهومی پژوهش همراه با مقادیر بحرانی T

نتایج ارائه‌شده در شکل ۲ نشان می‌دهد که در بین مسیرهای مدل مسیر با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن معنادار نیست ( $t = ۰/۰۵$ )

و نشان‌دهنده این است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به صورت مستقیم اثر معناداری بر علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن ندارند. همچنین، مسیر بی‌اعتبارسازی

هیجانی ادراک شده قادر به تبیین ۲۰ درصد از فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی است. همچنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده قادر به تبیین ۴۷ درصد از تحمل پریشانی است. همچنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده قادر به تبیین ۴۱ درصد از تصویر بدنی مختل شده است. بنابراین، برازش مدل ساختاری پژوهش در حد مطلوب است. در مطالعه حاضر برای ارزیابی روابط میانجی از آزمون بوت استرپ استفاده شد.

هیجانی ادراک شده به تحمل پریشانی و علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن معنادار نیست ( $t\text{-values} = -0.21$ ) و بی‌اعتبارسازی هیجانی ( $t\text{-values} = 0.73$ ). بنابراین، بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده به تحمل پریشانی به صورت مستقیم اثر معناداری بر علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن ندارند. از سوی دیگر، بقیه مسیرها دارای ضرایب معناداری هستند. ضرایب تعیین متغیرهای درون‌زای مدل نیز در حد مطلوبی هستند. به‌طورکلی، این نتایج نشان می‌دهد که مدل حاضر قادر به تبیین ۶۸ درصد از علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن است. همچنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استرپ برای اثرات میانجی

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	دامنه پایین ۹۵٪	دامنه بالای ۹۵٪	سطح معنی‌داری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	فراشناخت‌های مرتبط با BDD	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن	۰/۰۳۸	۰/۱۹۴	-۰/۴۶۴	۰/۱۷۴	۰/۰۷۷
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	تحمل پریشانی	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن	۰/۱۲۹	۰/۲۰۸	۰/۰۴۵	۰/۲۷۰	۰/۰۱۳
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	تصویر بدن مختل شده	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن	۰/۳۴۹	۰/۰۴۲	۰/۱۷۴	۰/۳۵۸	۰/۰۰۱
بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده	فراشناخت‌های مرتبط با BDD	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن	۰/۰۱۵	۰/۲۰۳	-۰/۱۶۱	۰/۴۲۹	۰/۴۳۱
بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده	تحمل پریشانی	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن	۰/۰۰۱	۰/۲۰۷	-۰/۲۰۱	۰/۰۴۹	۰/۷۴۳
بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده	تصویر بدن مختل شده	علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن	۰/۱۰۵	۰/۰۳۸	۰/۰۲۴	۰/۱۹۷	۰/۰۲۴

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر برازش مدل مفهومی بر اساس داده‌های تجربی و بررسی روابط ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با مؤلفه‌های ذکر شده در دانشجویان بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مطابق شکل ۲ مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن معنادار نیست و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به صورت مستقیم تأثیری بر علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن ندارد. اما نتایج ماتریس همبستگی نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن دارای همبستگی معنادار است. سایر پژوهشگران از جمله [۷۸-۷۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰] تحقیقاتی همسو با این فرضیه انجام دادند که همگی به رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال بدریخت‌انگاری بدن اذعان داشتند. در ادبیات پژوهشی در این حوزه ارتباط مستقیمی بین اختلال بدریخت‌انگاری بدن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد. در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه با فشارهای روحی، تجربیات و وقایع منفی زندگی همراه است و این طرحواره‌ها به صورت مستقیم و

همان‌طور که مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با میانجی‌گری تحمل پریشانی با ضریب استاندارد  $p < 0.05$  در سطح  $0.129$  معنی‌دار است. همچنین مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علائم بدریخت‌انگاری بدن با میانجی‌گری تصویر بدن مختل شده با ضریب استاندارد  $p < 0.05$  در سطح  $0.349$  معنی‌دار است. در حالی که مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با میانجی‌گری فراشناخت‌های مرتبط با اختلال بدریخت‌انگاری بدن با ضریب استاندارد  $0.038$  در سطح  $p < 0.05$  معنی‌دار نیست. از سوی دیگر مسیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با میانجی‌گری تصویر بدن مختل شده با ضریب استاندارد  $0.105$  در سطح  $p < 0.05$  معنی‌دار است. در حالی که مسیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده با میانجی‌گری فراشناخت‌های مرتبط با اختلال بدریخت‌انگاری بدن و تحمل پریشانی به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن به ترتیب با ضریب استاندارد  $0.015$  و  $0.001$  در سطح  $p < 0.05$  معنی‌دار نیست.

آسیب‌پذیری بیش‌تری برای ابتلا به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن را فراهم می‌آورد.

مسیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نقش میانجی فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی معنادار نبوده است (شکل ۲)؛ ولی در مدل ارائه شده طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده قادر به تبیین ۲۰ درصد فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی هستند. نتایج ماتریس همبستگی نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با تمامی متغیرهای موجود در پژوهش همبستگی معناداری دارند. با توجه به مرور ادبیات پژوهشی توسط پژوهشگر تا به امروز پژوهشی در مورد نقش میانجی فراشناخت در ارتباط با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن صورت نگرفته است. اگرچه نتایج پژوهش‌های بسیاری [۸۳-۸۰، ۶۹، ۳۸، ۳۷] ارتباط مؤلفه‌های فراشناختی با اختلال بدریخت‌انگاری بدن و همچنین ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با فراشناخت‌ها [۵۵، ۳۸] را تأیید کرده‌اند که با نتایج برخی از مؤلفه‌های این مدل پژوهشی هم‌خوانی دارد. باید به این مهم اشاره شود که درست است نقش میانجی فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی معنادار نبوده اما می‌توان این‌طور استنباط کرد که تأثیر دیگر واسطه‌ها از جمله (تحمل‌پریشانی و تصویر بدن مختل شده) آن‌قدر قوی بوده که میانجی‌گری فراشناخت‌ها در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن را تحت شعاع قرار داده است. علاوه بر این تصویر بدن مختل شده به عنوان رقیب قوی‌تر برای فراشناخت‌های مرتبط با بدشکلی بدنی در میانجی‌گری بین بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده و علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن عمل کرده و سبب شده تا این مسیر معنادار نشود.

هم‌چنین مسیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نقش میانجی‌گری تصویر بدن مختل شده با ضریب استاندارد معنادار است. بنابراین فرض این پژوهش مبنی بر اینکه تصویر بدن مختل شده در رابطه بین بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش میانجی‌گری دارد به اثبات رسیده است. هم‌چنین بر اساس مدل به دست آمده طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده قادر به تبیین ۴۱ درصد از تصویر بدن مختل شده هستند. با توجه به مرور ادبیات پژوهشی توسط پژوهشگر تا به امروز پژوهشی در مورد میانجی‌گری تصویر بدن مختل شده در ارتباط با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی

غیرمستقیم منجر به شکل‌گیری و مزمن شدن اشکال مختلف اختلال‌های روانشناختی از جمله اختلال بدریخت‌انگاری بدن می‌شوند. با این وجود طبق نتایج ارائه شده طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به صورت مستقیم اثر معناداری بر علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن ندارند. با نگاه به روابط به دست آمده از مدل پژوهشی حاضر و عنوان این مطلب که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با تمامی متغیرهای میانجی مدل همبستگی معنادار و خوبی داشته و متغیرهای میانجی نیز با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن همبستگی معنادار داشتند؛ در تبیین این یافته که چرا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر روی علائم اختلال اثر مستقیم نداشتند می‌توان به قدرت و تأثیرگذاری میانجی‌ها و جایگذاری خوب و مناسب آنها در مدل اشاره کرد. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری تحمل‌پریشانی و تصویر بدنی مختل شده بر روی علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن اثر می‌گذارند. در واقع قدرت میانجی‌گری دو متغیر آن‌قدر بالا بوده که تأثیر مستقیم را خنثی کرده است.

مطابق شکل ۲ مسیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن معنادار نیست و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده به صورت مستقیم تأثیری بر علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن ندارد. اما نتایج ماتریس همبستگی نشان می‌دهد که بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن دارای همبستگی مثبت و معناداری می‌باشد. متغیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده مطرح شده در مدل این پژوهش از جمله متغیرهای جدید در حوزه آسیب‌شناسی اختلال بدریخت‌انگاری بدن است. بررسی مرور ادبیات پژوهشی نشان داد که تاکنون پژوهشی در این زمینه انجام نشده است که به صورت اختصاصی بر نحوه تأثیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده بر روی علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن کار کرده باشد. در شرح و تبیین داده‌های به دست آمده می‌توان عنوان کرد با اینکه بر اساس این مدل پژوهشی بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن رابطه مستقیم ندارد؛ اما این مؤلفه از طریق میانجی‌گری تصویر بدن بر علائم اختلال بدریخت‌انگاری اثر می‌گذارد. فردی که دوران کودکی‌اش را در محیط بی‌اعتبارساز سپری کرده است به خاطر سرکوبی دائمی هیجانانش دچار بدتنظیمی هیجانی است. این امر می‌تواند روی ادراک و تصور او در مورد تصویر بدن و ظاهر فیزیکی‌اش تأثیر بگذارد. همان‌طور که در پژوهش‌های متعدد رابطه بین تنظیم هیجان و تصویر بدن مورد بررسی قرار گرفته است و رابطه بین متغیرهای تنظیم هیجان و تصویر بدنی تأیید شده است [۷۹، ۵۸]. ایجاد و شکل‌گیری این تصویر بدن آشفته و مختل امکان

مربوط به ظاهر و رفتارهای تکراری هستند می‌توان عدم تحمل پریشانی را یکی از فاکتورهای دخیل در اختلال بدریخت‌انگاری بدن دانست [۹۵،۹۴].

در خصوص محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نمونه پژوهشی حاضر متشکل از دانشجویان شاغل به تحصیل بوده است و از آنجا که نمونه‌گیری به صورت اینترنتی بوده طبعاً دانشجویانی که به کانال‌ها و شبکه‌های مجازی که لینک پرسشنامه در آن قرار گرفته بود دسترسی نداشتند، در این جامعه آماری قرار نمی‌گیرند. پیشنهاد می‌شود در راستای تعمیم بیش‌تر نتایج، پژوهش‌های مشابه در سایر جوامع صورت گیرد. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس ابزار خودگزارش‌دهی صورت گرفت که ممکن است به دلیل وجود پاسخ‌های تصادفی، عدم رعایت صداقت و ارائه تصویر قابل‌قبول و مطلوب از خود توسط پاسخ‌دهنده نتایج دستخوش تحریف قرار گرفته باشند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بجای نمونه‌گیری به روش اینترنتی به صورت فیزیکی نمونه‌گیری انجام شود تا در صورت ابهام در سؤالات بتوان پاسخ‌دهنده را راهنمایی کرد و از بی‌دقت پرسیدن پرسشنامه‌ها جلوگیری کرد. نمونه و جامعه پژوهش حاضر متشکل از دانشجویان بوده که جمعیت غیر بالینی و نرمال جامعه را تشکیل می‌دهند. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در جمعیت بالینی یعنی افراد مبتلا به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن صورت گیرد. هم‌چنین توصیه می‌شود با توجه به اینکه متغیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده از جمله مفاهیم مهم در حیطه روانشناختی است که در ادبیات پژوهشی به خصوص در حوزه اختلال بدریخت‌انگاری بدن به آن پرداخته نشده است به این متغیر به عنوان فاکتور آسیب‌زا در ابتلا به اختلال‌های روانشناختی بیش‌تر پرداخته شود.

### منابع

- ۱- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا آلکوت و روئیز، پدرو. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی. جلد اول، ترجمه رضائی، فرزین. تهران: انتشارات ارجمند ۱۳۹۴.
- 2- American Psychiatric Association. Depressive Disorders: DSM-5® Selections. American Psychiatric Pub; 2015 Jul 8.
- 3- Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, Rief W. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychiatry research. 2010 Jun 30;178(1):171-5.
- ۴- احسانی، امیرهوشنگ؛ فکوری، یوسف؛ غلامعلی، فاطمه؛ مختاری، لیلا؛ سادات حسینی، محبوبه؛ خسروانمهر، نجمه و نورمحمدی، پدram. شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن در بیماران مراجعه کننده با شکایت زیبایی به بیمارستان پوست.

هیجانی ادراک‌شده با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن صورت نگرفته است. با این وجود پژوهش‌های صورت گرفته توسط [۸۶-۸۴،۷۸،۷۶] مبنی بر ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تصویر بدن مختل شده همسو با یافته‌های این مدل پژوهشی است. هم‌چنین نتایج پژوهش‌های بسیاری از جمله [۹۲-۸۷،۵۷،۱۲،۸] که در راستای ارتباط بین تصویر بدن مختل شده و اختلال بدریخت‌انگاری بدن انجام گرفته است با یافته‌های این مدل پژوهشی هم‌خوانی دارند. بر اساس ادبیات پژوهشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه منفی که ماحصل تجربیات و رویدادهای هیجانی دوران کودکی هستند تأثیری منفی بر روی خودارزیابی نسبت به ظاهر فرد می‌گذارد. این طرحواره‌ها سبب می‌شوند فرد تصویر بدن تحریف‌شده و نامناسب از خود در ذهنش پرورش دهد، از طرفی تصویر بدن مختل شده افکار مزاحم نسبت به بدن را که از ویژگی‌های مهم اختلال بدریخت‌انگاری بدن است را تداوم می‌بخشد [۵۷]. افرادی که در کودکی بی‌اعتبارسازی هیجانی را درک کرده‌اند در بزرگسالی دچار مشکلات متعدد در تنظیم هیجان‌اتشان می‌شوند. این بدتنظیمی هیجانی می‌تواند بر روی خودارزیابی منفی فرد از ظاهر و تصویر بدنی‌اش تأثیر بگذارد که این عامل خود از فاکتورهای مهم در اختلال بدریخت‌انگاری بدن است [۵۸،۲۸،۱۵]. نتایج این پژوهش نشان داد مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نقش میانجی تحمل پریشانی معنادار است. هم‌چنین مسیر بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده به علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نقش میانجی تحمل پریشانی معنادار نیست (شکل ۲) بر اساس مدل ارائه شده در پژوهش حاضر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده قادر به تبیین ۴۷٪ تحمل پریشانی هستند. پژوهش‌های صورت گرفته توسط [۹۴،۹۳،۴۶،۴۵] همسو با یافته به دست آمده از مدل حاضر بوده و بیانگر ارتباط بین تحمل پریشانی با اختلال بدریخت‌انگاری بدن هستند. سیمونز و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای اظهار داشتند بین تحمل پریشانی و برخی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه وجود دارد که با یافته‌های این مدل پژوهشی هم‌خوانی دارند [۸۵]. با توجه به آنچه تاکنون گفته شد طرحواره‌های ناسازگار اولیه که متأثر از دوران کودکی است در نتیجه پرورش در محیط تنش‌زا و نامناسب سبب عدم توانایی فرد در تنظیم هیجان‌ات و در نهایت عدم تحمل پریشانی می‌شود. این عدم تحمل پریشانی بر روی فرآیندهای خودتنظیمی، ارزیابی شناختی و وضعیت جسمانی یا هیجانی پریشان‌آور اثر می‌گذارد. در نتیجه فرد دائماً به صورت وسواسی در تلاش برای دوری از احساسات منفی، افکار تحریف‌شده و پریشان‌کننده خود است. از آنجایی که افراد با علائم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نیز دارای افکار وسواسی

- dysregulation through parental invalidation of emotions: Implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of child and family studies*. 2014 Feb 1;23(2):324-32.
- 16- Khanjani S, Haghayegh SA. A path analysis of clinical and demographic variables in body dysmorphic disorder in a student sample. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2018;20(2):148-58.
- 17- Gill D, Warburton W. An investigation of the biosocial model of borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*. 2014 Sep;70(9):866-73.
- 18- Robertson CD, Kimbrel NA, Nelson-Gray RO. The Invalidating Childhood Environment Scale (ICES): psychometric properties and relationship to borderline personality symptomatology. *Journal of personality disorders*. 2013 Jun;27(3):402-10.
- 19- Haslam M, Arcelus J, Farrow C, Meyer C. Attitudes towards emotional expression mediate the relationship between childhood invalidation and adult eating concern. *European Eating Disorders Review*. 2012 Nov;20(6):510-4.
- 20- Mountford V, Corstorphine E, Tomlinson S, Waller G. Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating behaviors*. 2007 Jan 1;8(1):48-58.
- 21- Katz LF, Shortt JW, Allen NB, Davis B, Hunter E, Leve C, Sheeber L. Parental emotion socialization in clinically depressed adolescents: Enhancing and dampening positive affect. *Journal of abnormal child psychology*. 2014 Feb;42(2):205-15.
- 22- Shortt JW, Katz LF, Allen NB, Leve C, Davis B, Sheeber LB. Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Mother and father socialization of anger and sadness in adolescents with depressive disorder. *Social Development*. 2016 Feb;25(1):27-46.
- 23- Thomas R, DiLillo D, Walsh K, Polusny MA. Pathways from child sexual abuse to adult depression: The role of parental socialization of emotions and alexithymia. *Psychology of Violence*. 2011 Apr;1(2):121.
- 24- Luebke AM, Bump KA, Fussner LM, Rulon KJ. Perceived maternal and paternal psychological control: Relations to adolescent anxiety through deficits in emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014 Oct;45(5):565-76.
- 25- Wijsbroek SA, Hale III WW, Raaijmakers QA, Meeus WH. The direction of effects between perceived parental behavioral control and psychological control and adolescents' self-reported GAD and SAD symptoms. *European Journal of Personality*. 2014 Jun;28(6):503-14.
- مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۷۱، شماره ۳، ۱۳۹۲: ۱۶۴-۱۷۰.
- ۵- موسوی، سیده حکیمه. رستمی، رضا. غلامعلی لواسانی، مسعود. اثر بخشی مداخله فراشناختی بر اضطراب، تصویر بدن و سایر علائم مبتلایان به بدشکلی بدن (BDD). فصلنامه علمی پژوهشی، روانشناسی بالینی، شخصیت. ۱۱۴(۱)، ۱۳۹۴: ۸۱-۸۸.
- 6- Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*. 2013 Apr 1;27(3):278-88.
- 7- Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: Distinctive features. *Routledge*; 2010 Sep 13.
- 8- Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM, Strachan-Kinser M, Bakke B, Clauss LJ, Phillips KA. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body image*. 2009 Jun 1;6(3):155-63.
- 9- Van den Berg P, Thompson JK, Obrowski-Brandon K, Covert M. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of psychosomatic research*. 2002 Nov 1;53(5):1007-20.
- 10- Mancuso SG. Body image inflexibility mediates the relationship between body image evaluation and maladaptive body image coping strategies. *Body Image*. 2016 Mar 1;16:28-31.
- 11- Bailey KA, Lamarch L, Gammage KL, Sullivan PJ. Self-objectification and the use of body image coping strategies: The role of shame in highly physically active women. *The American journal of psychology*. 2016 Feb 15;129(1):81-90.
- 12- Donyavi V, Rabiei R, Nikfarjam M, Mohammad Nezhady B. Body image and meta-worry as mediators of body dysmorphic disorder. *International Journal of Clinical Medicine*. 2015;6(3).
- 13- Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford press; 1993 May 21.
- 14- Westphal M, Leahy RL, Pala AN, Wupperman P. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry research*. 2016 Aug 30;242:186-91.
- 15- Buckholdt KE, Parra GR, Jobe-Shields L. Intergenerational transmission of emotion



- with "bad body image days": Strategies from first-year young adult college women. *Body Image*. 2011 Sep 1;8(4):335-42.
- 37- Cooper M, Osman S. Metacognition in body dysmorphic disorder—A preliminary exploration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2007 Jun 1;21(2):148-55.
- 38- Donyavi V, Rabiei M, Nikfarjam M, Rahnejat AM. Develop and Validate a Metacognitive-Cognitive-Behavioral Model for Body Dysmorphic Disorder. *Open Journal of Medical Psychology*. 2015;4.
- 39- Daig I, Burkert S, Albani C, Martin A, Brähler E. Associations between body dysmorphic symptoms, body image and self-consciousness in a representative population sample. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2007 Jul 23;58(1):16-22.
- 40- Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. 2016 Sep 1;18:168-86.
- 41- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005 Jun;29(2):83-102.
- 42- Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*. 2010 Jul;136(4):576.
- ۴۳- اکبری. بررسی سهم نسبی سازه‌های فراتشخیصی در پیش‌بینی اختلال وسواسی-اجباری در یک جمعیت بالینی: عدم تحمل بالاتکلیفی، همجوشی شناختی، عدم تحمل آشفتگی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۵(۲)، ۱۳۹۶: ۱۷۷-۱۶۷.
- 43- Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA, editors. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press; 2011 Mar 14.
- 44- Matheny NL, Summers BJ, Macatee RJ, Harvey AM, Okey SA, Cogle JR. A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body image*. 2017 Dec 1;23:50-60.
- 45- Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of anxiety disorders*. 2006 Jan 1;20(2):222-36.
- 46- Summers BJ, Matheny NL, Sarawgi S, Cogle JR. Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body image*. 2016 Mar 1;16:45-53.
- 47- Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal child & adolescent psychiatry. 2011 Jul;20(7):361-71.
- 26- Hersh MA, Hussong AM. The association between observed parental emotion socialization and adolescent self-medication. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009 May;37(4):493-506.
- ۲۷- مهدی‌نژاد، سیدابوالقاسم؛ فرح‌بیجاری، اعظم؛ نوروزی‌نرگسی، مهسا. مقایسه سوگیری توجه و سبک‌های پردازش هیجانی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مبتلا به بدریخت‌انگاری و غیر مبتلا. فصلنامه روانشناسی بالینی. سال ششم، شماره ۲۴، ۱۳۹۶: ۹۹-۱۱۴.
- ۲۸- دوازده‌امامی، محمدحسن؛ تاشکه، مجتبی. بختیاری؛ مریم. جعفری، مهدی. مقایسه عدم تحمل بالاتکلیفی در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن و اضطراب اجتماعی. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۳(۲۷) ۱۳۰: ۱۳۹۷-۱۱۳.
- 29- Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M, Abbate-Daga G, Cavallo GP, Giordano C, Fassino S. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: preliminary data. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2010 Mar 1;63(3):493-8.
- ۳۰- ربیعی، مهدی؛ صلاحیان، افشین؛ کجیاف، محمدباقر؛ پالاهنگ، حسن. اثر بخشی مداخله فراشناختی بر علائم در آمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. مجله افق دانش ۱۸ (۱)، ۱۳۹۱: ۵۹-۵۳.
- ۳۱- رشیدی‌پور، فاطمه. رابطه سبک دل‌بستگی و تصویر بدنی با اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دخترانه منطقه ۲۰ آموزشی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی. ۱۳۹۱.
- 32- Hartmann AS, Thomas JJ, Greenberg JL, Elliott CM, Matheny NL, Wilhelm S. Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body Image*. 2015 Jun 1;14:77-84.
- 33- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press; 2011 Mar 14.
- 34- Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*. 1979 Oct;34(10):906.
- 35- Spada MM, Caselli G. The metacognitions about online gaming scale: Development and psychometric properties. *Addictive Behaviors*. 2017 Jan 1;64:281-6.
- 36- Smith-Jackson T, Reel JJ, Thackeray R. Coping

- weight: impaired affective processing characterized by dysfunctional insula activation and connectivity. *PLoS One*. 2016 Mar 22;11(3):e0152150.
- 59- Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology bulletin*. 1997;33(1):17.
- ۶۰- ربیعی، مهدی؛ خرم‌دل، کاظم؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۸). ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس اصلاح شده وسواس فکری- عملی بیل- براون برای اختلال بدشکلی بدن در میان دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۵(۴)، ۱۳۸۸، ۳۵۰-۳۴۳.
- 61- Young JE, Questionnaire BG. Special Edition. New York: Schema Therapy Institute. 2001.
- 62- Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire—Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive therapy and research*. 2002 Aug;26(4):519-30.
- ۶۳- آهی، قاسم؛ محمدی فر، محمد علی؛ بشارت، محمد علی. پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، سال ۳۷، شماره ۳، ۱۳۸۶: ۲۰-۵.
- 64- Khosravani V, Najafi M, Mohammadzadeh A. The Young Schema questionnaire-short form: A Persian version among a large sample of psychiatric patients. *International journal of mental health and addiction*. 2020 Aug;18(4):949-67.
- 65- Silverman MJ. Therapeutic songwriting to address distress tolerance for adults on an acute care mental health unit: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*. 2020 Sep 25:101716.
- ۶۶- عزیزی، علیرضا؛ میرزائی، آزاده؛ شمس، جمال. بررسی رابطه تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*. ۱۳(۱)، ۱۳۸۹، ۱۱-۱۸.
- 67- Zielinski MJ. The Perceived Invalidation of Emotion Scale (PIES): Development and Psychometric Properties. University of Arkansas; 2016.
- ۶۸- عطار، فراز. مدل فراتشخیصی افسردگی و اضطراب: نقش عاطفه مندی منفی، دشواری در تنظیمی هیجان، افکار تکرارشونده منفی و بی‌اعتبارسازی هیجانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه خوارزمی. ۱۳۹۸.
- 69- Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and standardization of the body experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*. 2014 Apr 1;34(3):256-71.
- 48- Oakes A, Collison J, Milne-Home J. Repetitive, safe, and automatic: The experience of appearance-related behaviours in body dysmorphic disorder. *Australian Psychologist*. 2017 Dec 1;52(6):433-41.
- 49- Krause ED, Mendelson T, Lynch TR. Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1;27(2):199-213.
- 50- Silva E, Pascoal PM, Nobre P. Beliefs about appearance, cognitive distraction and sexual functioning in men and women: A mediation model based on cognitive theory. *The journal of sexual medicine*. 2016 Sep 1;13(9):1387-94.
- 51- Tomas-Aragones L, Marron SE. Body image and body dysmorphic concerns. *Acta dermato-venereologica*. 2016 Jul 1;96(217):47-50.
- 52- Simons RM, Sistad RE, Simons JS, Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*. 2018 Mar 1;78:1-8.
- 53- Batmaz S, Kaymak SU, Kocbiyik S, Turkcapar MH. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive psychiatry*. 2014 Oct 1;55(7):1546-55.
- 54- Irvine KR, McCarty K, McKenzie KJ, Pollet TV, Cornelissen KK, Toveé MJ, Cornelissen PL. Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*. 2019 Jan 1;122:38-50.
- 55- Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, Callahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'encephale*. 2011 Mar 26;37(4):293-8.
- 56- Dykas MJ, Cassidy J. Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological bulletin*. 2011 Jan;137(1):19.
- 57- Didie ER, Kuniega-Pietrzak T, Phillips KA. Body image in patients with body dysmorphic disorder: Evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body image*. 2010 Jan 1;7(1):66-9.
- 58- Steward T, Pico-Perez M, Mata F, Martinez-Zalacain I, Cano M, Contreras-Rodriguez O, Fernandez-Aranda F, Yucel M, Soriano-Mas C, Verdejo-Garcia A. Emotion regulation and excess

- Bélanger M, O'Loughlin J. Body image emotions, perceptions, and cognitions distinguish physically active and inactive smokers. *Preventive medicine reports*. 2015 Jan 1;2:141-5.
- 80- Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2002 Jul;128(4):638.
- 81- Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body image*. 2004 Jan 1;1(1):113-25.
- 82- Rabiei M, Mulkens S, Kalantari M, Molavi H, Bahrami F. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2012 Jun 1;43(2):724-9.
- 83- Nikfarjam M, Rabiei M, Donyavi V, Mahmoodabadi HZ. Development and Validation of a Measure for Metacognitive Factors in Body Dysmorphic Disorder Patients. *International Journal of Clinical Medicine*. 2015 May 18;6(05):334.
- 84- Skeen M. A Schema-focused Analysis of Philip Carey in W. Somerset Maugham's "Of Human Bondage". ProQuest; 2007.
- 85- Ledoux T, Winterowd C, Richardson T, Clark JD. Relationship of negative self-schemas and attachment styles with appearance schemas. *Body Image*. 2010 Jun 1;7(3):213-7.
- 86- Mojallal M, Khosrojavid M, Pakzad F, Ghanbari M. Early maladaptive schemas, body image, and self-esteem in Iranian patients undergone cosmetic surgery compared with normal individuals. *Practice in Clinical Psychology*. 2014 Jul 10;2(3):201-10.
- 87- Rosen JC, Ramirez E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998 Mar 1;44(3-4):441-9.
- 88- Jarry JL, Ip K. The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. *Body image*. 2005 Dec 1;2(4):317-31.
- 89- Cash TF, Smolak L, editors. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford press; 2011 Jul 19.
- 90- Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body image*. 2008 Mar 1;5(1):28-38.
- 91- Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, de Zwaan M, Martin A. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder
- dysmorphic metacognition questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011 Jul 10;21(83):43-52.
- 70- Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*. 2005 Feb 1;43(2):229-41.
- ۷۱- بساک نژاد، سودابه و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بدر یختی بدنی و اختلال‌های روانشناختی دانشجویان دانشگاه. *مجله علوم رفتاری*، دوره اول، شماره ۲، ۱۳۸۶: ۱۷۹-۱۸۷.
- 72- Ghadakzadeh S, Ghazipour A, Khajeddin N, Karimian N, Borhani M. Body Image Concern Inventory (BICI) for identifying patients with BDD seeking rhinoplasty: using a Persian (Farsi) version. *Aesthetic plastic surgery*. 2011 Dec 1;35(6):989-94.
- 73- Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A, Jones C. Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. *Personality and individual differences*. 2004 May 1;36(7):1669-80.
- ۷۴- یدالهی باستانی، سوگل؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عابدی، محمدرضا؛ عابدی، احمد. اثر بخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال بدشکلی بدنی در مبتلایان به بدشکلی بدنی: پژوهش مورد منفرد، چهارمین کنگره بین المللی روان تنی (سایکوسوماتیک)، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. ۱۳۹۱.
- 75- Makinson JE. Early maladaptive schemas and their relationship to psychopathology in adolescence. (2013)
- ۷۶- خوش‌اقبال، مرجان. مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی و نارضایتی از تصویر بدن در افرادی که برای جراحی زیبایی بینی و غیر متقاضیان در ارومیه متقاضی هستند، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه ارومیه. ۱۳۹۳.
- 77- Dehbaneh MA, Bahrainian SA. The comparison between early maladaptive schemas and dysfunctional attitudes and coping strategies in people with Body Dysmorphic Disorder and healthy people in a study population in Tehran. *Middle East Journal of Family Medicine*. 2018 Jan 1;16(1)1-11.
- 78- Esmaeilnia M, Dousti Y, Mirzaian B. The Role of Early Maladaptive Schema and Perfectionism on Body Dysmorphic Disorder Mediating Through Thought Fusion, Meta-worry, Anxiety, and Attributional Style: A Structural Model. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2018 Nov 10;5(4):169-78.
- 79- Contreras GA, Sabiston CM, O'Loughlin EK,

- syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*. 2011 Sep;50(3):310-25.
- 94- Summers BJ, Matheny NL, Coughle JR. 'Not just right' experiences and incompleteness in body dysmorphic disorder. *Psychiatry research*. 2017 Jan 1;247:200-7.
- 95- Simons RM, Sistas RE, Simons JS, Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*. 2018 Mar 1;78:1-8.
- compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012 Apr 1;72(4):321-7.
- 92- Kollei I, Martin A. Body-related cognitions, affect and post-event processing in body dysmorphic disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2014 Mar 1;45(1):144-51.
- 93- Hambrook D, Oldershaw A, Rimes K, Schmidt U, Tchanturia K, Treasure J, Richards S, Chalder T. Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue