

Presenting a structural model of Obsessive-Compulsive Symptoms based on Mentalization with the mediation of Intolerance of Uncertainty and Self-Compassion in Students

Narjes Ameri¹ , Fatemeh Hassanloo² , Mahmoud Najafi³  

1. PhD Student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: n-ameri2020@semnan.ac.ir

2. PhD Student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: fatemeh.hasanloo@semnan.ac.ir

3. *Corresponding Author*, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: m_najafi@semnan.ac.ir

Article Info	ABSTRACT
Article type: Research Article Article history: Received: 5 August 2025 Received in revised form: 21 October 2025 Accepted: 23 December 2025 Published online: 30 May 2026 Keywords: Intolerance Of Uncertainty, Mentalization, Obsessive-Compulsive Symptoms, Self-Compassion, Students.	The current study aimed to present a structural model of obsessive-compulsive symptoms based on mentalization, with the mediating roles of intolerance of uncertainty and self-compassion among students. This study employed a descriptive-correlational design. The statistical population included all first- and second-grade high school students in Karaj during the 2024–2025 academic year. A sample of 397 students (260 girls and 137 boys) was selected using a multistage cluster random sampling method. The research instruments included the Children's Obsessive-Compulsive Inventory (Foa et al., 2010), The Mentalization Scale (Dimitrijević et al., 2017), Self-Compassion Scale (Neff et al., 2003), and Intolerance of Uncertainty Scale (Carleton et al., 2007). Data were analyzed using Pearson correlation and structural equation modeling (SEM) in SPSS-27 and AMOS-24. The findings showed that mentalization ($\beta = -0.18$), self-compassion ($\beta = -0.50$), and intolerance of uncertainty ($\beta = 0.26$) had direct and significant effects on obsessive-compulsive symptoms ($P < 0.01$). Moreover, mentalization had significant direct effects on self-compassion ($\beta = 0.67$) and intolerance of uncertainty ($\beta = -0.59$) ($P < 0.01$). Finally, mentalization indirectly and significantly affected obsessive-compulsive symptoms through self-compassion and intolerance of uncertainty ($\beta = -0.49$, $P < 0.01$). These results suggest that enhancing mentalization capacity and fostering self-compassion among students can be effective strategies for reducing obsessive-compulsive symptoms. Accordingly, designing educational programs based on these two components may contribute to the prevention and promotion of adolescents' mental health.
Cite this article: Ameri, N., Hassanloo, F., & Najafi, M. (2025). Presenting a structural model of Obsessive-Compulsive Symptoms based on Mentalization with the mediation of Intolerance of Uncertainty and Self-Compassion in Students. <i>Journal of Educational Psychology Studies</i>, 23 (61), 133-164. DOI: 10.22111/jeps.2025.52848.6057	



© The Author(s).

DOI: 10.22111/jeps.2025.52848.6057

Publisher: University of Sistan and Baluchestan



ارائه الگوی ساختاری علایم و سواسی جبری بر اساس ذهنی‌سازی با میانجی‌گری تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت و شفقت به خود در دانش‌آموزان

نرجس عامری^۱، فاطمه حسنلو^۲، محمود نجفی^۳ 

1. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. رایانامه: n-ameri2020@semnan.ac.ir
2. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. رایانامه: fatemeh.hasanloo@semnan.ac.ir
3. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. رایانامه: m_najafi@semnan.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی ساختاری علایم و سواسی جبری بر اساس ذهنی‌سازی با میانجی‌گری تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت و شفقت به خود در دانش‌آموزان انجام گرفت. این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دوره‌های متوسطه اول و دوم شهر کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه‌ای متشکل از ۳۹۷ دانش‌آموز (۲۶۰ دختر و ۱۳۷ پسر) با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های سواس فکری-عملی کودکان (فوا و همکاران، ۲۰۱۰)، ظرفیت ذهنی‌سازی (دیمتریویچ و همکاران، ۲۰۱۷)، شفقت به خود (نف و همکاران، ۲۰۰۳) و عدم تحمل بلا تکلیفی (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۷) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 انجام شد. یافته‌ها نشان داد ذهنی‌سازی ($\beta = -0/18$)، شفقت به خود ($\beta = -0/50$) و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت ($\beta = 0/26$)، اثر مستقیم و معناداری بر علایم و سواسی-جبری داشت ($P < 0/01$). همچنین ذهنی‌سازی بر شفقت به خود ($\beta = 0/67$) و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت ($\beta = -0/59$)، اثر مستقیم و معناداری داشت ($P < 0/01$). در نهایت ذهنی‌سازی از طریق شفقت به خود و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت ($\beta = -0/49$) بر علایم و سواسی-جبری اثر غیرمستقیم و معنادار داشت ($P < 0/01$). این نتایج نشان می‌دهد تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی و پرورش شفقت به خود در دانش‌آموزان می‌تواند راهبردی مؤثر برای کاهش علایم و سواسی-جبری باشد. براین‌اساس، طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر این دو مؤلفه می‌تواند به پیشگیری و ارتقای سلامت روان نوجوانان کمک کند.
تاریخ دریافت: 1404/5/14	
تاریخ ویرایش: 1404/7/29	
تاریخ پذیرش: 1404/10/2	
تاریخ انتشار: 1405/3/9	
واژگان کلیدی: ذهنی‌سازی، علایم و سواسی جبری، تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت، شفقت به خود، دانش‌آموزان	

استناد: عامری، نرجس؛ حسنلو، فاطمه؛ و نجفی، محمود (۱۴۰۵). ارائه الگوی ساختاری علایم و سواسی جبری بر اساس ذهنی‌سازی با میانجی‌گری تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت و شفقت به خود در دانش‌آموزان. مقاله. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۲۳ (۶۱)، ۱۳۳-۱۶۴.

DOI: 10.22111/jeps.2025.52848.6057



© نویسندگان.

ناشر: دانشگاه سیستان و بلوچستان

مقدمه

پیشرفت تحصیلی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان و عوامل مرتبط با آن، از اولویت‌های پژوهش در آموزش‌وپرورش و یکی از اصلی‌ترین اهداف عینی آموزش و پرورش در غالب کشورهای جهان و راه دستیابی به توسعه‌ی موثر و کارآمد در زمینه‌های مختلف از جمله حیطه‌های آموزشی و تربیتی بوده است (شیخ‌الاسلامی و همکاران، 1404). از سوی دیگر سلامت روان دانش‌آموزان از مهم‌ترین دغدغه‌های نظام آموزشی به شمار می‌رود و محیط مدرسه، معلمان و مشاوران می‌توانند نقشی کلیدی در این حوزه ایفا کنند. این عوامل می‌توانند در پیشگیری از مشکلات، شناسایی زودهنگام و ارائه حمایت به دانش‌آموزان کمک شایانی نمایند (رمضانی و همکاران، ۱۴۰۴). دوران مدرسه، به‌ویژه در مقاطع راهنمایی و دبیرستان، با مرحله نوجوانی هم‌زمانی دارد؛ دوره‌ای که با تغییرات چشمگیر جسمانی، هیجانی و شناختی همراه است و به عنوان یکی از حساس‌ترین مراحل رشد انسان شناخته می‌شود (برگر^۱، ۲۰۱۸). در این برهه، شیوع اختلالات روانی نیز قابل توجه است؛ برای نمونه، تقریباً از هر پنج نوجوان در اروپا، یک نفر از اختلال روانی رنج می‌برد (ساکو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴)، که این امر بر آسیب‌پذیری بالای این گروه سنی تأکید می‌کند. بنابراین، نوجوانان در این دوره به طور خاص مستعد شروع اختلالات روانشناختی و بروز رفتارهای پرخطر هستند (لکامگه^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). در همین راستا، یافته‌های فراتحلیل سولمی^۴ و همکاران (۲۰۲۲) نیز تأیید می‌کند که نزدیک به نیمی (۴۸/۴ درصد) از افراد دارای اختلال روانشناختی، شروع بیماری را پیش از سن ۱۸ سالگی تجربه می‌کنند؛ همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که اوج سن شروع برای هرگونه اختلال روانی به طور متوسط ۱۴/۵ سالگی بود. بنابراین، با توجه به شیوع بالای مشکلات روانشناختی در این دوره سنی، بررسی اختلالات روانشناختی در دانش‌آموزان حائز اهمیت است.

1. Berger

2. Sacco

3. Lekamge

4. Solmi

از جمله اختلالاتی که شروع آن در سنین کودکی و نوجوانی با استمرار علائم در سراسر زندگی همراه است، اختلال وسواس-جبری است که با وجود افکار، تکانه‌های یا تصاویر ناخواسته و رفتارهای ذهنی یا اعمال تکرارشونده و وقت‌گیر تعریف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا¹، 2022). با وجود آنکه ماهیت این اختلال مزمن و ناتوان‌کننده است، اما اغلب مسیر تشخیص و درمان آن برای بسیاری از مبتلایان، به دلیل عواملی نظیر احساس شرم، انگ اجتماعی و باورهای نادرست درباره ماهیت بیماری، سال‌ها به تعویق می‌افتد (بولاند² و همکاران، 2022). در کودکان و نوجوانان ایرانی، شیوع اختلال وسواسی-جبری در پسران 3/1 درصد و در دختران 3/8 درصد گزارش شده است (محمدی و همکاران، 2021). ابتلا به اختلال وسواسی-جبری قبل از سن 18 سالگی می‌تواند با پیامدهای فردی و اجتماعی همراه باشد (سراوانی و شیرازی، 1397). در همین راستا، پژوهش آبراموویچ³ و همکاران (2024) نشان داد که نوجوانان دارای اختلال وسواسی-نسبت به گروه کنترل، در مشارکت در امور مدرسه‌ای، شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت و تعامل با همسالان با مشکلات بیشتری مواجه هستند. علاوه بر این، اختلال وسواسی-جبری در نوجوانان با کاهش قابل توجه دستاوردهای آموزشی همراه است و نوجوانان دارای اختلال، احتمال کمتری برای اتمام تحصیلات متوسطه، ورود به دانشگاه و تحصیلات تکمیلی دارند (پرز-ویجیل⁴ و همکاران، ۲۰۱۸).

علاوه بر موارد فوق، افراد دارای اختلال وسواسی-جبری، نقص در تشخیص نشانه‌های اجتماعی عاطفی، به ویژه حالت‌های چهره انزجار و نقص عمومی‌تر در تئوری ذهن و ذهنی‌سازی⁵ نشان می‌دهند (یانسن⁶ و همکاران، 2020). ظرفیت ذهنی‌سازی، به معنای درک دنیای روانی

1. American Psychiatric Association

2. Boland

3. Abramovitch

4. Pérez-Vigil

5. Mentalization

6. Jansen

خود و دیگران از منظر حالات ذهنی یعنی افکار، نیات و احساسات است. این بدان معناست که نه تنها فرد تشخیص می‌دهد که خود و دیگران دارای احساسات هستند، بلکه این احساسات را نیز درک می‌کند و به آنها پاسخ می‌دهد (ردفرن¹ و همکاران، 2015). ذهنی‌سازی، ظرفیت پیچیده انسانی است که نیاز به تعادل در ابعاد مختلف ذهنی‌سازی خود و دیگران، کنترل شده و خودکار، ذهنی‌سازی ضمنی و آشکار و شناختی و هیجانی وجود دارد (بیتمن و فوناگی²، 2016). نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند به تحریف‌های شناختی³ در درک حالات ذهنی خود و دیگران، مشکلات در توانایی حل مسائل اجتماعی، مشکلات در تنظیم هیجانات و ایجاد آسیب‌های معنی‌دار در روابط اجتماعی منجر شود و فرد را به اختلالات روانی و استرس‌های زندگی بیشتر آسیب‌پذیر کند (ردفرن و همکاران، 2015). نتایج مطالعه اسلوور⁴ و همکاران (2022) نشان داد که در اختلالات استرس پس از سانحه، اضطراب اجتماعی و وسواسی-جبری نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی مشاهده می‌شود. با توجه به نتایج این مطالعه، افراد مبتلا به وسواس-جبری و اختلالات مرتبط و همچنین افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، حتی پس از حذف موارد پرت، همچنان نقص در ذهنی‌سازی را نشان دادند. بنابراین، ممکن است نقص در ذهنی‌سازی در افراد مبتلا به اضطراب یا وسواس-جبری و اختلالات مرتبط، پایدارتر باشد. همچنین، طبق پژوهش پینو⁵ و همکاران (2016) افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با افراد گروه کنترل، دچار نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی بودند و قادر به درک حالات ذهنی و عاطفی افراد دیگر نبودند. با این وجود، این پژوهش به بررسی بُعد ذهنی‌سازی خود نپرداخته است. در مقابل، طبق نتایج پژوهش رمضان‌نیا و همکاران (1401)، ذهنی‌سازی بصورت مستقیم پیش‌بینی‌کننده باورهای وسواسی نبود؛ به عبارت دیگر، ارتباط معناداری بین نقایص ذهنی‌سازی و باورهای وسواسی در جمعیت غیربالینی

1. Redfern

2. Bateman & Fonagy

3. Cognitive Distortions

4. Sloover

5. Pino

مشاهده نشد. با توجه به نتایج متناقض و عدم بررسی ابعاد مختلف ذهنی‌سازی نیاز به بررسی ارتباط علائم وسواسی-جبری و ذهنی‌سازی و عوامل احتمالی دخیل در این ارتباط وجود دارد.

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که ابعاد مختلف ذهنی‌سازی، به ویژه ذهنی‌سازی خود و پردازش هیجانی، با شفقت به خود¹ ارتباط معنادار دارند (گودوین و لاکنر²، ۲۰۲۳؛ ویتوئن و اوهارا³، ۲۰۲۵). مفهوم خودشفقتی به معنای مهربانی با خود به‌ویژه در شرایط شکست و درد است. علاوه بر مهربانی با خود، صبر، درک بدون قضاوت و پذیرش تجربیات دشوار به عنوان تجارب مشترک انسانی از دیگر ویژگی‌های شفقت به خود هستند (نفر⁴، 2003b). شفقت به خود دارای سه مولفه اساسی است که در عمل با هم تعامل دارند و یکدیگر را تقویت می‌کنند: الف) مهربانی با خود؛ با مهربانی و مراقبت به خود نگاه کردن به جای قضاوت شدید و خودانتقادگری. ب) انسانیت مشترک: به معنای دیدن تجربیات خود به‌عنوان بخشی از تجربه بزرگتر و گسترده انسانی است، به جای اینکه آن‌ها را عامل جدایی و انزوا بداند. ج) ذهن‌آگاهی: نگه‌داشتن افکار و احساسات دردناک در یک آگاهی متعادل، به جای غرق شدن در آن‌ها (نفر، 2003a). شفقت به خود پایین آسیب‌های روانی از قبیل (اضطراب و افسردگی) را با خود به همراه دارد (شیخ‌الاسلامی و همکاران، 1395). مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که افراد دارای علائم وسواسی-جبری از شفقت به خود کمتری برخوردارند و خودشفقتی پایین با علائم شدیدتر اختلال وسواسی-جبری در بزرگسالان مرتبط است (گرده پاروک و همکاران، 1402؛ لیووریک⁵ و همکاران، 2020). در همین راستا، نتایج پژوهش ایکهلز⁶ و همکاران (2020) نیز ارتباط منفی شفقت به خود با شدت علائم و باورهای وسواسی

1. Self-Compassion

2. Goodwin & Luchner

3. Witteveen & O'Hara

4. Neff

5. Leeuwerik

6. Eichholz

بزرگسالان را گزارش کرده اند. همچنین، پژوهش مورون¹ و همکاران (2022) نشان داد که شدت وسواس فکری با میزان پایین‌تر شفقت به خود مرتبط است. افزون براین، یافته‌های پژوهش چیس² و همکاران (2019) نیز تأییدکننده ارتباط شفقت به خود و اختلال وسواسی-جبری بود.

عامل دیگری که در بروز و تداوم علائم وسواسی-جبری نقش دارد، تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت³ است (خو⁴ و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت به عنوان ساختاری نسبتاً گسترده تعریف می‌شود که شامل واکنش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری به عدم قطعیت در موقعیت‌های روزمره زندگی را دربرمی‌گیرد (فریستون⁵ و همکاران، 1994). در همین راستا، کرون (1993) اظهار می‌کند که عدم تحمل عدم قطعیت نتیجه (الف) آستانه پایین‌تر درک ابهام، (ب) واکنش‌های قوی‌تر در موقعیت‌های مبهم (تجربه عدم قطعیت، اضطراب و نگرانی بیشتر برای همان سطح ابهام)، و (ج) پیش‌بینی پیامدهای تهدیدآمیز عدم قطعیت در آینده است (لادوسور⁶ و همکاران، 1997). به عبارت دیگر، فرد در تحمل ابهام یا عدم قطعیت و همچنین، در مواجهه با واکنش‌های ناخوشایند دچار مشکل است و به دنبال آن پریشانی و اضطراب را تجربه می‌کند و با اجتناب واکنش نشان می‌دهد (کارلتون⁷، 2016). در همین راستا، یافته‌های کاچار-باشاران و گوکداغ⁸ (2025) نیز نشان دادند که میان اختلال وسواسی-جبری و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج پژوهش علمردانی صومعه و همکاران (1396) بیانگر تفاوت معنادار میان افراد سالم و مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در این متغیر بود. به‌طور کلی، تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت نوعی سوگیری شناختی است و افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در

1. Morón

2. Chase

3. Intolerance of uncertainty

4. Xu

5. Freeston

6. Ladouceur

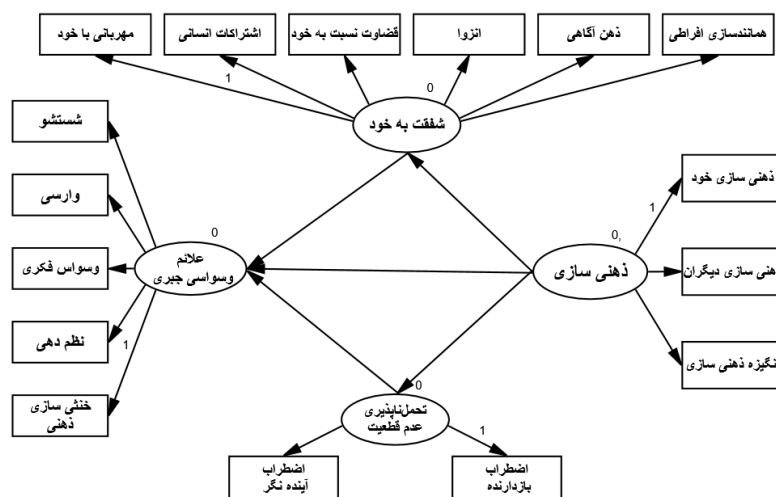
7. Carleton

8. Kaçar-Başaran & Gökdağ

مقایسه با افراد سالم به احتمال بیشتری دارای این سوگیری هستند و توانایی کمتری برای کنار آمدن با موقعیت‌های مبهم دارند (ارفعی و همکاران، 1390؛ عامری و نجفی، 1403). افزون بر این، یافته‌های مارش¹ و همکاران (2024) نشان داد که تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت می‌تواند نقش میانجی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و علائم وسواسی-جبری ایفا کند. با وجود این شواهد، رابطه میان تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت و توانایی ذهنی‌سازی هنوز به‌طور کافی بررسی نشده است؛ موضوعی که می‌تواند درک عمیق‌تری از فرایندهای دخیل در اختلال وسواسی-جبری فراهم سازد.

باتوجه به پژوهش‌های محدود انجام‌شده در حوزه ذهنی‌سازی و نقش آن در اختلال وسواسی-جبری در نوجوانان، نیاز مبرمی به بررسی عمیق‌تر این موضوع وجود دارد. همچنین، با توجه به ضرورت شناسایی زودهنگام علائم وسواسی-جبری در دوره حساس نوجوانی، نیاز به پژوهش در این حوزه و پر کردن خلاء پژوهشی در این اختلال در این بازه سنی مطرح است. انتظار می‌رود یافته‌های این پژوهش به تشخیص عوامل کلیدی مرتبط با علائم وسواس-جبری و بهبود سلامت دانش‌آموزان کمک شایانی نماید. بر این اساس، در این پژوهش فرض بر این بود که ظرفیت ذهنی‌سازی بر علائم وسواسی-جبری تأثیر مستقیم دارد. علاوه بر این، ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق شفقت به خود و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت به‌صورت غیرمستقیم بر علائم وسواسی-جبری اثر دارد. (شکل 1). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی شفقت به خود و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت در رابطه ظرفیت ذهنی‌سازی و علائم وسواسی-جبری در دانش‌آموزان انجام شد. سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا در مدل ارائه شده، شفقت به خود و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت نقش میانجی در رابطه ظرفیت ذهنی‌سازی و علائم وسواسی-جبری ایفا می‌کند؟

¹. Marsh



نمودار 1. مدل مفهومی پژوهش

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دوره‌های متوسطه اول و دوم ساکن شهر کرج در سال تحصیلی 1403-1404 بود. انتخاب نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام گرفت. ابتدا، از میان نواحی آموزش و پرورش شهر کرج، ناحیه دو به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس، از فهرست مدارس این ناحیه، 6 مدرسه به صورت تصادفی برگزیده شدند. ابزارهای پژوهش از طریق توزیع حضوری و آنلاین پرسشنامه در اختیار دانش‌آموزان این مدارس قرار گرفت. برای تعیین حجم نمونه در مدل معادلات ساختاری، طبق توصیه لوهلین و بوجین¹ (2017)، نمونه‌های کمتر از 100 نفر نامناسب و نمونه‌های بیش از 200 نفر برای برآزش مناسب مدل مطلوب هستند. به منظور افزایش توان آزمون و با در نظر گرفتن احتمال ریزش پاسخ‌دهندگان (به دلیل پاسخ‌های ناقص یا عدم تطابق با معیارهای ورود)، 420

¹. Loehlin & Beaujean

پرسشنامه توزیع شد. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و بررسی معیارهای ورود، 397 دانش‌آموز (260 دختر و 137 پسر) به‌عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل بازه سنی 13 تا 18 سال، سکونت در شهر کرج، عدم دریافت خدمات روان‌پزشکی یا روان‌شناختی و نداشتن سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. معیارهای خروج نیز شامل پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه، مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک در طول پژوهش و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، مواردی از قبیل حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان و امکان انصراف آزادانه از پژوهش در هر زمان تضمین شد. برای تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده گردید.

پرسشنامه وسواس فکری-عملی (OCI-CV): فoa¹ و همکاران (2010)، پرسشنامه وسواس فکری-عملی کودکان² را طراحی کرده‌اند. این مقیاس 21 گویه‌ای به سنجش علائم این اختلال می‌پردازد و شش نوع وسواس شامل شک/چک کردن (5 گویه)، افکار وسواسی (4 گویه)، احتکار (3 گویه)، شست‌وشو (3 گویه)، و مرتب کردن (3 گویه) را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای (هرگز = صفر، گاهی اوقات = 1 و همیشه = 2) انجام می‌شود و دامنه نمرات آن بین صفر و 42 است. سازندگان این مقیاس، پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی را بین 0/68 تا 0/89 و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، بین 0/81 تا 0/88 گزارش نموده‌اند. هیبتی و همکاران (1396) این مقیاس را در

¹. Foa

². Obsessive-Compulsive Inventory- Child Version (OCI-CV)

جامعه ایرانی ترجمه و هنجاریابی نموده اند و پایایی برای خرده مقیاس های نسخه فارسی با روش ضرایب بازآزمایی در دامنه 0/58 تا 0/79 و ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه 0/63 تا 0/84 گزارش شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، 0/84 بدست آمد.

پرسشنامه ذهنی سازی¹ (MentS): این پرسشنامه توسط دیمیتریویچ² و همکاران (2017) طراحی شده است و دارای 28 گویه و سه خرده مقیاس شامل ذهنی سازی خود (گویه های 8، 11، 14، 18، 19، 21، 22، 26)، ذهنی سازی دیگران (گویه های 2، 3، 5، 6، 10، 12، 20، 23، 25، 28) و انگیزه ذهنی سازی (گویه های 1، 4، 7، 9، 13، 15، 16، 17، 24، 27) است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت 5 درجه ای لیکرت (کاملاً نادرست=1 تا کاملاً درست=5) است. پایایی این ابزار در نسخه اصلی، با روش آلفای کرونباخ برای نمره کل در نمونه غیر بالینی 0/84 و در نمونه بالینی 0/75 بود. در ایران، صفری موسوی و همکاران (1399)، نسخه فارسی این مقیاس را مورد ارزیابی قرار داده اند و آلفای کرونباخ برای ذهنی سازی خود، ذهنی سازی دیگران، انگیزه ذهنی سازی و نمره کل به ترتیب 0/73، 0/80، 0/76 و 0/86 به دست آمده است. همچنین، همبستگی نسخه فارسی این پرسشنامه با ذهن آگاهی، شناخت اجتماعی و دلبستگی ایمن مثبت و معنی دار ($p < 0/01$) و با دلبستگی ناایمن اجتنابی و اضطرابی منفی و معنادار ($p < 0/01$) بود که نشانگر روایی همگرا و واگرای مطلوب این ابزار است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، 0/89 بدست آمد.

پرسشنامه شفقت به خود³ (SCS): این پرسشنامه توسط نف و همکاران (2003b) تدوین شده است که شامل ۲۶ گویه

¹. The Mentalization Scale (MentS)

². Dimitrijević

³. Self-Compassion Scale (SCS)

و 3 مولفه دو قطبی است که عبارتند از مهربانی با خود (5 گویه) در برابر قضاوت نسبت به خود (5 گویه)؛ اشتراکات انسانی (4 گویه) در برابر انزوا (4 گویه) و بهشیاری (4 گویه) در برابر همانندسازی افراطی (4 گویه). این پرسشنامه در یک طیف لیکرت 5 درجه‌ای از تقریباً هرگز=1 تا تقریباً همیشه=5 نمره‌گذاری می‌گردد. گویه‌های 1، 2، 4، 6، 8، 11، 13، 16، 18، 20، 21، 24 و 25 به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش نف و همکاران (2003b) برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری، همانندسازی افراطی و نمره کل به ترتیب 0/78، 0/77، 0/80، 0/79، 0/75، 0/81 و 0/92 گزارش شده است. نسخه فارسی آن در پژوهش خسروی و همکاران (1392) مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس 0/86 به دست آمد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری و همانندسازی افراطی به ترتیب 0/81، 0/79، 0/84، 0/85، 0/80 و 0/83 گزارش شدند. عامری (1401) ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را 0/86 گزارش نمود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای نمره کل شفقت خود 0/91 بدست آمد.

پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی¹ (IUS): به منظور سنجش واکنش افراد به موقعیت‌های مبهم، کارلتون و همکاران در سال 2007 پرسشنامه 12 گویه‌ای عدم تحمل بلاتکلیفی (فرم کوتاه) را طراحی کرده‌اند. این ابزار دارای 2 مولفه اضطراب آینده‌نگر (گویه‌های 1 تا 7) و

1. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

اضطراب بازدارنده (گویه‌های 8 تا 12) است که به صورت طیف لیکرت 5 درجه‌ای (کاملاً نادرست=1 تا کاملاً درست=5) نمره‌گذاری می‌گردد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین 12 تا 60 است. پایایی این ابزار در نسخه اصلی، با روش آلفای کرونباخ برای اضطراب آینده‌نگر، اضطراب بازدارنده و نمره کل به ترتیب 0/85، 0/85 و 0/91 محاسبه شده است. نسخه فارسی این ابزار توسط رشتبری و همکاران در سال 1401 هنجاریابی شده و ضرایب آلفای کرونباخ برای اضطراب بازدارنده و اضطراب آینده‌نگر 0/84 و 0/81 برابر با نمره کل مقدار 0/89 بدست آمده است. همچنین، طبق گزارش رشتبری و همکاران (1401) این پرسشنامه با اضطراب، افسردگی، اجتناب از تغییر هیجانی ارتباط مثبت و معنی‌دار داشت که نشانگر روایی همگرایی مطلوب این ابزار بود. پیمان پاک و همکاران (1403)، اعتبار این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ 0/75 گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر 0/86 محاسبه شد.

یافته‌ها

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

جدول 1. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیر مقیاس	میانگین	انحراف	کجی	کشیدگی
---------	-----------	---------	--------	-----	--------

استاندارد		ن			
-0/30	-0/22	6/14	26/00	ذهنی سازی خود	ذهنی سازی
-0/71	0/04	8/12	31/01	ذهنی سازی دیگران	
-0/49	-0/15	6/16	25/97	انگیزه ذهنی سازی	
-0/10	-0/44	17/11	82/98	نمره کل ذهنی سازی	
-0/36	0/023	5/82	19/94	اضطراب آینده نگر	تحمل ناپذیری عدم قطعیت
0/27	0/15	3/69	14/69	اضطراب بازدارنده	
-0/065	0/088			نمره کل	
		8/36	34/64	تحمل ناپذیری عدم قطعیت	
-0/08	-0/30	4/22	16/36	مهربانی با خود	شفقت به خود
0/39	0/18	3/67	14/04	قضاوت نسبت به خود	
0/097	-0/34	3/22	13/47	اشتراکات انسانی	
-0/47	0/20	3/68	11/26	انزوا	
-1/05	-0/29	5/50	10/79	ذهن آگاهی	علائم وسواسی جبری
-0/22	0/32	3/58	10/11	همانند سازی افراطی	
-0/021	0/057	15/42	76/06	نمره کل شفقت به خود	
-0/054	0/76	1/54	1/70	شستشو	
-0/65	0/10	2/06	3/47	وسواس فکری	وسواسی جبری
-0/87	0/097	1/78	2/90	نظم	
-0/43	0/43	2/44	3/92	وارسی کردن	
0/24	0/89	1/45	1/48	خنثی سازی	
-0/34	0/33	6/60	13/50	نمره کل علائم وسواسی جبری	

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین در دو ستون دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده ها آمده است. همانگونه که مشاهده می شود شاخص های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین 2- و 2 قرار دارد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آنها جهت انجام مدل معادلات ساختاری است. پیش از تحلیل داده ها، مفروضه های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-

اسمیرنف¹ استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p>0/05$). باتوجه به اینکه زیربنای مدل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول 2: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش				
متغیرها	1	2	3	4
1- ذهنی سازی	1			
2- تحمل ناپذیری عدم قطعیت	-0/39**	1		
3- شفقت به خود	0/46**	-0/44**	1	
4- علانم وسواس جبری	-0/48**	0/48**	0/60**	1

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

نتایج جدول 2 نشان می دهد بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون² استفاده شد که مقدار آن 1/77 به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه 1/5 تا 2/5 قرار دارد میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل³ و عامل تورم واریانس⁴ بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آنها از حد بحرانی 2 کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه⁵ (0/87) و شاخص کرویت بارتلت⁶ ($df=120$ و $p<0/01$) حاکی از برآورده شدن

1. Kolmogoro-Smirnov test

2. Durbin-Watson

3. Tolerance

4. Variance Inflation Factors (VIF)

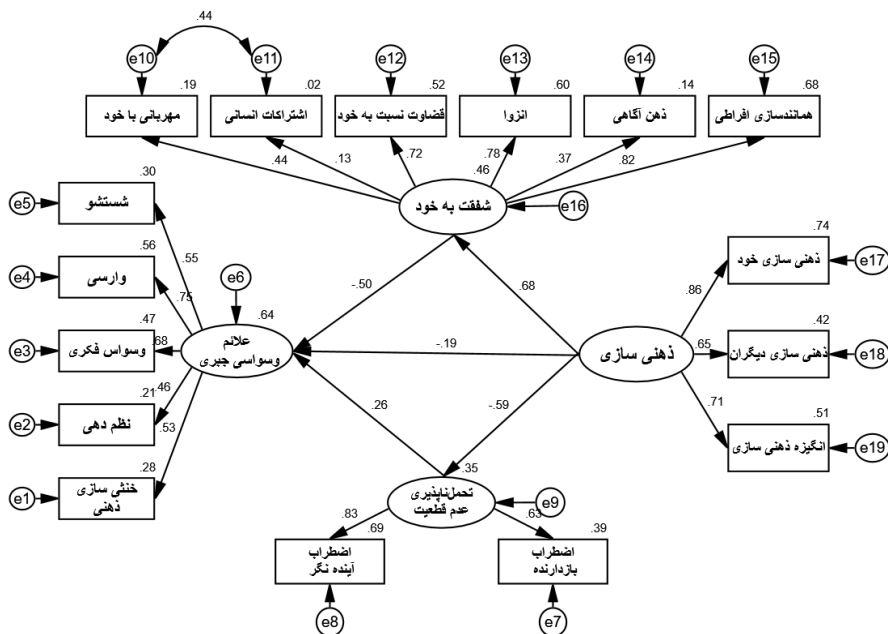
5. Kaiser-Meyer-Olkin (KmO)

6. Bartlett

ملاک‌های لازم برای مدل معادلات ساختاری بود. جدول 3 شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.
جدول 3: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

PCLOSE	RMSEA	IFI	AGFI	GFI	NFI	CFI	X ² /df	شاخص برازندگی
0/05<	<0/08	0/90<	0/90<	0/90<	0/90<	0/90<	<5	مقادیر قابل قبول
0/171	0/078	0/92	0/90	0/91	0/91	0/90	3/42	مقادیر محاسبه شده

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر (1999؛ به نقل از عامری و نجفی، 1403) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل 2 نشان داده شده است.



جدول 4 اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول 4. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم
مدل پژوهش

نتیجه	P	C.R	SE	ضریب T	ضریب بتا	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
تأیید	0/001**	7/31	0/033	0/23	0/67	شفقت به خود	ذهنی‌سازی
تأیید	0/001**	-7/23	0/036	-0/26	-0/59	تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت	ذهنی‌سازی
تأیید	0/043*	-2/02	0/014	-0/027	-0/18	علائم وسواس‌جبری	ذهنی‌سازی
تأیید	0/001**	-4/96	0/042	-0/20	-0/50	علائم وسواس‌جبری	شفقت به خود
تأیید	0/001**	3/47	0/025	0/087	0/26	علائم وسواس‌جبری	تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح 0/05 معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی شفقت به خود و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت در رابطه بین ذهنی‌سازی با علائم وسواسی جبری از آزمون بوت استرپ¹ با 2000 نمونه استفاده شد.

جدول 5. نتایج آزمون بوت استرپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیر مستقیم	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری
شفقت به خود و تحمل‌ناپذیری وسواسی جبری	-0/494	-0/071	0/644	0/361	0/001*

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

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی شفقت به خود و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت در رابطه ظرفیت ذهنی‌سازی و

¹. Bootstrapping

علائم وسواسی-جبری در دانش‌آموزان بود. نتایج نشان داد که مدل مفروض پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. اولین نتیجه پژوهش، نشان‌دهنده رابطه مستقیم ظرفیت ذهنی‌سازی با علائم وسواسی-جبری بود که این یافته را می‌توان با پژوهش‌های اسلوور و همکاران (2022)، یانسن و همکاران (2020)، پینو و همکاران (2016) همسو در نظر گرفت. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با گروه‌های کنترل، نقص‌های معنی‌داری در توانایی ذهنی‌سازی از خود نشان می‌دهند (اسلوور و همکاران، ۲۰۲۲؛ پینو و همکاران، ۲۰۱۶). این نقص‌ها به دشواری در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران اشاره دارند که می‌تواند به ویژگی‌های وسواسی-جبری، مانند افکار وسواسی مزاحم و رفتارهای اجباری، مرتبط باشد. همان‌طور که اسلوور و همکاران (۲۰۲۲) معتقدند، نقایص ذهنی‌سازی در بیماران وسواسی-جبری ممکن است از تمرکز بیش‌ازحد آن‌ها بر افکار وسواسی و تلاش‌های مکرر برای کنترل این افکار ناشی شود، که این فرآیند منابع شناختی ضروری برای تأمل در حالات ذهنی خود و دیگران را محدود می‌کند. در همین راستا، پژوهش کولگارد¹ و همکاران (2013) نشان می‌دهد که بیماران دارای اختلال وسواسی-جبری علاوه بر مشکلات در کارکرد تأملی کلی، در تأمل درباره‌ی علائم خاص² خود نیز دچار نقص هستند. این امر نشان‌دهنده‌ی دشواری در فهم و پردازش حالات ذهنی مرتبط با علائم وسواسی-جبری، مانند افکار مزاحم یا رفتارهای آیینی است. از سوی دیگر، ذهنی‌سازی ممکن است از طریق اثرگذاری بر فرآیندهای تنظیم هیجان در تشدید علائم وسواسی-جبری نقش داشته باشد. ذهنی‌سازی از اجزای شناختی و عاطفی تشکیل شده

1. Kullgard

2. OCD-specific reflective functioning

و دربرگیرنده توانایی افراد در آگاهی هیجانی است. نقص در این توانایی می‌تواند پیامدهای منفی متعددی، از جمله عدم درک و پردازش صحیح احساسات، کاهش توانایی در تنظیم هیجانات و عملکرد اجتماعی به همراه داشته باشد (پینو و همکاران، ۲۰۱۶؛ کومپاسوغللو^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). در همین راستا، سطوح پایین ذهنی‌سازی و تنظیم هیجانی با افزایش آسیب‌پذیری در برابر طیف گسترده‌ای از احساسات، افکار و رفتارهای ناکارآمد همراه است (نورائی و همکاران، ۱۴۰۳). به طوری که عدم پذیرش احساسات، ناتوانی در کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان نقش ویژه‌ای در شدت علائم وسواسی-جبری دارند (ایکهلز و همکاران، ۲۰۲۰؛ سی^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، نقص در ذهن‌سازی، تعادل بین جنبه‌های شناختی و عاطفی این ظرفیت را مختل می‌کند. در نتیجه، افراد دارای علائم وسواسی-جبری برای مدیریت احساسات منفی و غیرقابل‌تحمل، اغلب از مکانیزم‌های دفاعی مانند جداسازی احساسات از افکار استفاده می‌کنند. این مکانیزم، همراه با رفتارهای اجباری یا اجتنابی ممکن است به‌صورت موقت احساسات منفی را تسکین دهند، اما در بلندمدت به تداوم و تشدید چرخه‌ی معیوب علائم وسواسی-اجباری کمک می‌کنند (پینو و همکاران، ۲۰۱۶؛ کالکینز^۳ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کولگارد و همکاران، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که نقایص ذهنی‌سازی با کاهش بینش در بیماران همراه است. از آنجایی که آگاهی از بیماری نیازمند توانایی ارزیابی خود از دیدگاه شخص سوم است که خود بخشی از ظرفیت ذهنی‌سازی محسوب می‌شود (اینانک^۴ و همکاران، ۲۰۱۸)، نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند باعث کاهش بینش

1. Kumpasoğlu

2. See

3. Calkins

4. İnanc

بیمار شود، که به نوبه خود به تشدید علائم اختلال وسواسی-جبری و مقاومت به درمان منجر می‌گردد (یانسن و همکاران، ۲۰۲۰).

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که خودشفقتی در رابطه ذهنی‌سازی و علائم وسواسی-جبری نقش واسطه‌ای دارد. اگرچه تاکنون پژوهشی که به طور دقیق به بررسی این سه متغیر پرداخته باشد، یافت نشد، اما این نتایج را می‌توان با پژوهش‌های گودوین و لاکنر (۲۰۲۳) و ویتوئن و اوهارا (۲۰۲۵) که به رابطه میان ذهنی‌سازی و خودشفقتی اشاره داشتند همسو دانست. همچنین این نتایج با پژوهش‌های لیووریک و همکاران (۲۰۲۰)، ایکهلز و همکاران (۲۰۲۰)، کاجار-باشاران و گوکداغ (۲۰۲۵)، مورو و همکاران (۲۰۲۲) و چیس و همکاران (۲۰۱۹) که نتایج آن‌ها نشان‌دهنده رابطه منفی خودشفقتی و علائم وسواسی-جبری بود، همسو است. شفقت به خود، به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی چندوجهی با مؤلفه‌های شناختی و عاطفی معرفی می‌شود که از منظر شناختی بر سه اصل بنیادین استوار است: نخست، آگاهی از جهانی بودن رنج، که بیانگر آن است که تجربه درد و دشواری بخشی جدایی‌ناپذیر از وضعیت انسانی است. دوم، درک پیوستگی متقابل میان موجودات که تأکید می‌کند رنج دیگران به‌دلیل وابستگی متقابل، با رنج فرد هم‌جهت است. و سوم، پذیرش گذرا بودن رنج، که بر ماهیت تغییرپذیر و قابل تحول آن تأکید دارد. ذهنی‌سازی، با تقویت توانایی شناسایی و تفسیر حالات عاطفی و شناختی خود و دیگران، نقش تسهیل‌گری کلیدی در پرورش این اصول ایفا می‌کند. این ظرفیت به فرد امکان می‌دهد تا نه تنها حالات ذهنی خود، بلکه دیگری را نیز درک کند و سپس با کمک شفقت به خود، این احساسات و حالات ذهنی خویش را بپذیرد و به‌جای نگاه

قضاوت‌گرانه، نگاه مشفقانه داشته باشد (پرادهان¹، 2015). همچنین، ذهنی‌سازی به ویژه در دو بعد «خود» (در برابر دیگری) و همچنین بعد «هیجانی» (در برابر شناختی) به افراد کمک می‌کند تا ظرفیت تأمل و درک حالات درون‌روانی خویش را داشته باشند و به جای تمرکز صرف بر رفتارها و پیامدهای بیرونی، به نیازها و حالات درون‌روانی زیربنایی رفتار و احساس خود توجه داشتند باشند (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). چنین تأملی بر خود می‌تواند زمینه ساز رشد و توسعه خودشفقتی و پذیرش خویش باشد (گودوین و لاکنر، ۲۰۲۳؛ محمودی حیدری و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین، در تبیین نقش واسطه‌ای خودشفقتی در رابطه ذهنی‌سازی و علائم وسواسی-جبری می‌توان به این مسئله اشاره کرد که براساس پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد که خودشفقتی از طریق دو مکانیسم اصلی، یعنی بهبود تنظیم هیجان و افزایش تحمل ابهام، بر علائم وسواسی-جبری تأثیر می‌گذارد (شر² و همکاران، ۲۰۲۴؛ ایکهلز و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاچار-باشاران و گوکداغ، ۲۰۲۵). افرادی که خودشفقتی بالاتری دارند، احتمالاً کمتر درگیر افکار وسواسی یا رفتارهای اجباری می‌شوند، که ممکن است به دلیل توانایی بیشتر آن‌ها در مدیریت احساسات منفی مانند شرم یا گناه مرتبط با علائم وسواسی-جبری باشد. به تعبیر دیگر، خودشفقتی با بهبود توانایی افراد در مدیریت هیجانات دشوار، مانند اضطراب یا احساس گناه مرتبط با افکار وسواسی، شدت علائم وسواسی-جبری را کاهش می‌دهند (چیس و همکاران، ۲۰۱۹؛ مورو و کوکر، ۲۰۲۳؛ مورو و همکاران، ۲۰۲۲).

آخرین یافته پژوهش حاضر حاکی از نقش واسطه‌ای عدم تحمل عدم قطعیت در رابطه ذهنی‌سازی و علائم وسواسی-جبری بود. اما این نتایج را می‌توان همسو با پژوهش

1. Pradhan

2. Sher

عامری و نجفی (۱۴۰۳)، کاچار-باشاران و گوکداغ (۲۰۲۵)، مارش و همکاران (۲۰۲۴) و علمردانی صومعه و همکاران (۱۳۹۶) دانست. ذهنی‌سازی، به‌عنوان توانایی درک و تفسیر افکار، احساسات و نیت خود و دیگران، یکی از مؤلفه‌های کلیدی در سلامت روان‌شناختی محسوب می‌شود. این ظرفیت به افراد امکان می‌دهد تا نسبتش به محدودیت‌های شناختی خود آگاهی یابند و بپذیرند که دستیابی به قطعیت و درک کامل از ذهن دیگران تقریباً ناممکن است. ذهنی‌سازی مؤثر با پذیرش عدم قطعیت در تجربه‌های انسانی همراه است و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را تقویت می‌کند، به‌گونه‌ای که افراد را در مواجهه با موقعیت‌های پیچیده و مبهم مقاوم‌تر می‌سازد (فوناگی و الیسون، ۲۰۱۴؛ بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند به افزایش عدم قطعیت منجر شود، چراکه ضعف در ذهنی‌سازی فرد را در درک حالات ذهنی دیگران (مانند افکار، احساسات یا نیت‌ها) با مشکل مواجه می‌کند. این ناتوانی باعث می‌شود تعاملات اجتماعی غیرقابل پیش‌بینی‌تر به نظر برسند، که به نوبه خود عدم تحمل عدم قطعیت را تشدید می‌کند. عدم قطعیت اضطراب را افزایش می‌دهد و چرخه‌ای از خودمحوری و اضطراب را تقویت می‌کند. افرادی که ذهنی‌سازی متفاوتی نسبت به هنجار دارند، در تعاملات اجتماعی دچار سوءبرداشت‌های متقابل می‌شوند. این تجربه مکرر منجر به افزایش عدم قطعیت و اضطراب می‌شود (سورتیس^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). عدم تحمل عدم قطعیت موجب می‌گردد که فرد وقوع رویدادهایی در آینده که احتمال بسیار اندکی دارند را بیش از حد تخمین بزند (داگاس^۲ و همکاران، ۱۹۹۷). این در حالی است که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که

1. Surtees

2. Dugas

عدم تحمل عدم قطعیت در میان مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری بالاتر از افراد عادی است (علمردانی صومعه و همکاران، ۱۳۹۶) و به عنوان عامل آسیب پذیری شناختی، می تواند در بروز علائم وسواسی-جبری نقش داشته باشد (مارش و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مبتلا به علائم وسواسی-جبری به دلیل عدم تحمل عدم قطعیت، در مواجهه و پذیرش موقعیت های نامشخص و مبهم دچار تنش شوند و در تصمیم گیری با مشکل مواجه گردند (ارفعی و همکاران، ۱۳۹۰). این ویژگی در افراد موجب می شود تا در برخورد با موقعیت های چالش برانگیز و ابهامات بیرونی یا درونی، دچار اختلال در فرآیند حل مسئله شوند و به راهبردهای ناکارآمدی (همچون اعمال جبری) که موقتاً اضطراب ناشی از عدم قطعیت را کاهش می دهند، متوسل شوند (لادوسور و همکاران، ۱۹۹۷). در چنین شرایطی، برخی افراد برای کاهش اضطراب ناشی از ابهام و بازیابی حس کنترل از دست رفته خود، به رفتارهای وسواسی-جبری مانند واری مکرر، اطمینان طلبی یا افکار مزاحم روی می آورند. اگرچه این رفتارها ممکن است به صورت موقت احساس آرامش ایجاد کنند، اما در بلندمدت به تثبیت و تشدید علائم منجر می شوند (خو و همکاران، ۲۰۲۴).

به طور کلی، یافته های این پژوهش، مدلی یکپارچه برای فهم بهتر نقش محوری ظرفیت ذهنی سازی در چگونگی شکل گیری و تداوم نشانه های وسواس فکری-عملی ارائه می کند. همچنین، این مدل بر اهمیت میانجی گری عواملی همچون شفقت به خود و تحمل ناپذیری عدم قطعیت در این مسیر تأکید می ورزد. این پژوهش با تمرکز بر نوجوانان شهر کرج انجام شد، که ممکن است قابلیت تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی یا گروه های سنی دیگر را محدود کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی از دیگر محدودیت های این پژوهش بود. با توجه به این محدودیت ها، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی دامنه

جامعه آماری به مناطق جغرافیایی متنوع‌تر و گروه‌های سنی مختلف، از جمله کودکان دبستانی یا بزرگسالان، گسترش یابد تا زمینه برای تحلیل‌های مقایسه‌ای و ارتقای قابلیت تعمیم نتایج فراهم شود. همچنین، بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی، شامل مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته یا گزارش‌های والدین و معلمان در کنار ابزارهای خودگزارشی توصیه می‌شود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی با محوریت تقویت شفقت به خود در مدارس و مراکز درمانی، به‌عنوان مداخله‌ای پیشگیرانه پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این، در حوزه مداخلات روان‌شناختی نوجوانان، به متخصصان پیشنهاد می‌گردد که در کنار تمرکز بر علائم وسواسی-جبری، بر ارزیابی و تقویت عواملی مانند تحمل عدم قطعیت و ظرفیت ذهنی‌سازی نوجوانان نیز توجه نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی با شماره ۱۴۰۴/ط/۲۲۶/۱۴۰۴ است که با استفاده از اعتبار ویژه پژوهشی (پژوهانه) دانشگاه سمنان انجام شده است. بدین‌وسیله، از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

ارفعی، اصغر؛ بشارت قراملکی، رباب؛ قلی‌زاده، حسین؛ و حکمتی، عیسی (۱۳۹۰). عدم تحمل بلا تکلیفی: مقایسه بیماران افسرده اساسی با بیماران وسواسی-اجباری. *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۳ (۵)، ۱۷-۲۲. <https://mj.tbzmed.ac.ir/fa/Article/7524>

پیمان پاک، فائزه؛ کریمی، سارا و عبداللهی، عباس (۱۴۰۳). نقش تعدیل‌گری سرسختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه با عدم تحمل ابهام و نشانگان

- افسردگی در دریانوردان. مجله طب دریا، ۶ (۲)، ۱۳۴-۱۲۶. <http://jmarmd.ir/article-fa.html> ۶۶۷-۱۱
- خسروی، عبدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (1392). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، 4 (13)، 59-47. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_339.html
- رشتبری، علیرضا؛ دیبا، تینا؛ نصیری شرف، فریبا؛ ذوالقدری‌ها، احمد و ساعد، امید (1401). «فقط می‌خواهم مطمئن باشم!»: ویژگی‌های روانسنجی و نقش پیش‌بینی‌کنندگی مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۹ (۵)، ۱۴-۱۰۱. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1662-fa.html>
- رمضان‌نیا، زهرا؛ زارع، حسین و علیزاده فرد، سوسن (1401). مدلیابی روابط ساختاری باورهای وسواسی بر اساس ادراک اجتماعی، ذهنی‌سازی و همدلی با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، 16 (۳)، 17-1. <http://rph.khu.ac.ir/article-fa.html> ۲۸۳-۱
- سراوانی، ساناز و شیرازی، محمود (1397). نقش باورهای وسواسی و کمال‌گرایی در تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان‌های شهر زاهدان. مطالعات روانشناسی تربیتی، 15 (30)، 186-167. <https://doi.org/10.22111/jeps.2018.3618>
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ قدیمی، مریم و رضائی شریف، علی. (1404). اثربخشی آموزش به روش تلفیقی در درس ریاضی بر اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، 22 (59)، 190-177. https://jeps.usb.ac.ir/article_9376.html
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ قمری کیوی، حسین و محمدی، نسیم. (1395). اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر خودکارآمدی ادراک شده زنان سرپرست خانوار تحت سرپرستی کمیته امداد امام خمینی (ره). فصلنامه

مددکاری اجتماعی، 5 (2)، 13-19.

URL: <http://socialworkmag.ir/article-1-178-fa.html>

صفری موسوی، سید سینا؛ صادقی، مسعود و سپهوندی، محمدعلی (1399). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ذهنی‌سازی: یک ابزار خودگزارشی برای ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، 10 (1)، 123-134.

<https://doi.org/10.22108/cbs.2021.127401>

عامری، نرجس (1401). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، 16 (66)،

47-70. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2828-fa.html>

عامری، نرجس و نجفی، محمود (1403). روابط ساختاری ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان: نقش میانجی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی. *مجله روانشناسی*، 2 (28)، 142-151.

<http://www.iranapsy.ir/Article/45546/FullText>

علمردانی صومعه، سجاد؛ نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد (1396). مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و عادی. *مطالعات روان‌شناختی*،

13 (2)، 77-94. <https://doi.org/10.22051/psy.2017.5878>

گرده پادوک، عاطفه؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (1402). مقایسه درهم آمیختگی فکر-عمل و شفقت خود در افراد با الگوهای مختلف نشانه‌های اختلال وسواس-اجباری و عادی. *روانشناسی بالینی*، 15 (1)، 1-11.

<https://doi.org/10.22075/jcp.2023.28536.2538>

محمودی حمیدی، شیوا؛ مهری نژاد، سید ابوالقاسم و معاضدیان، آمنه (1402). نقش میانجی شفقت به خود

در رابطه ذهنی‌سازی و خوردن هیجانی در زنان
 دچار اضافه وزن. *رویش روان شناسی*، 12 (۶)، 59-68.
<http://frooyesh.ir/article-fa.html۱-۴۶۱۷>
 نورائی، نیما؛ گودرزی، محمدعلی؛ افلاکسیر، عبدالعزیز
 (۱۴۰۳). نقش میانجی ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی
 در رابطه بین ترومای کودکی و افکار خودکشی.
روان‌شناسی بالینی، ۲ (۱۶)، 13-25.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2024.33846.2880>
 هیبتی، عالییه؛ آهی، قاسم و شریف زاده، غلامرضا
 (1396). ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی
 پرسشنامه وسواس فکری-عملی نسخه کودکان (OCI-Y) بر
 روی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول (راهنمایی) شهر
 بیرجند. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۴
 (۲)، ۱۴۶-۱۳۶. <http://journal.bums.ac.ir/article-fa.html۱-۲۰۶۵>

References

- Abramovitch, A., Duncan, B., Schuyler, M., & Geller, D. A. (2024). The psychosocial and educational burden of obsessive-compulsive disorder in youth. *Journal of affective disorders*, 367, 678-685. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.022>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Berger, K. S. (2018). *The developing person through childhood and adolescence* (11th ed.). Worth Publishers.
- Boland, R. J., Verduin, M. L., & Ruiz, P. (Eds.). (2022). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent Advances in Research on Cognition and Emotion in OCD: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(5), 357. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0357-4>
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A Review and Synthesis of Contemporary Models Involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>

- Carleton, R. N., Norton, M. A., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing The Unknown: A Short Version of The Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Chase, T. E., Chasson, G. S., Hamilton, C. E., Wetterneck, C. T., Smith, A. H., & Hart, J. M. (2019). The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relationship Between Self-Compassion and OCD Severity in a Non-Referred Sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 157–168. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.33.2.157>
- De Rossi, E., Imperatori, C., Sciancalepore, F., Prevete, E., Maraone, A., Canevelli, M., Tarsitani, L., Pasquini, M., Farina, B., & Bersani, F. S. (2024). Childhood Trauma, Mentalization and Obsessive Compulsive Symptoms in a Non-Clinical Sample: A Mediation Analysis Study. *Clinical Neuropsychiatry*, 21(3), 195–204. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20240305>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 593-606. <https://doi.org/10.1023/A:1021890322153>
- Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-Compassion and Emotion Regulation Difficulties in Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(5), 630–639. <https://doi.org/10.1002/cpp.2451>
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development And Validation of a Child Version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*, 41(1), 121–132. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.001>

- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Goodwin, A. M., & Luchner, A. F. (2023). Mentalized Affectivity as a Mediator Between Two Forms of Narcissism and Self-Compassion. *Psychoanalytic Psychology*, 40(4), 320–327. <https://doi.org/10.1037/pap0000470>
- İnanç, L., & Altıntaş, M. (2018). Are Mentalizing Abilities and Insight Related to the Severity of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry investigation*, 15(9), 843–851. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.05.02.2>
- Jansen, M., Overgaauw, S., & De Bruijn, E. R. A. (2020). Social Cognition and Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of Subdomains of Social Functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 118. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00118>
- Kaçar-Başaran, S., Gökdağ, C. (2025). From Self-Compassion to Obsessive-Compulsive Symptoms: The Mediator Role of Intolerance of Uncertainty. *Curr Psychol*, 44, 2375–2384. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07324-x>
- Kullgard, N., Persson, P., Möller, C., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2013). Reflective Functioning in Patients with Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) – Preliminary Findings of a Comparison Between Reflective Functioning (RF) In General And OCD-Specific Reflective Functioning. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 27(2), 154–169. <https://doi.org/10.1080/02668734.2013.795909>
- Kumpasoğlu, G. B., Saunders, R., Campbell, C., Nolte, T., Montague, R., Pilling, S., Leibowitz, J., & Fonagy, P. (2025). Mentalizing, Epistemic Trust and Interpersonal Problems in Emotion Regulation: A Sequential Path Analysis Across Common Mental Health Disorders and Community Control Samples. *Journal of Affective Disorders*, 372, 502–511. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.050>

- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral Expressions of Intolerance of Uncertainty in Worry. *Behavior Modification*, 21(3), 355–371. <https://doi.org/10.1177/01454455970213006>
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The Association of Trait Mindfulness and Self-Compassion with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Results from a Large Survey with Treatment-Seeking Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 120–135. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10049-4>
- Lekamge, R. B., Jain, R., Sheen, J., Solanki, P., Zhou, Y., Romero, L., Barry, M. M., Chen, L., Karim, M. N., & Ilic, D. (2025). Systematic Review and Meta-analysis of the Effectiveness of Whole-school Interventions Promoting Mental Health and Preventing Risk Behaviours in Adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 54(2), 271–289. <https://doi.org/10.1007/s10964-025-02135-6>
- Loehlin, J. C., & Beaujean, A. A. (2017). *Latent Variable Models: An Introduction to Factor, Path, and Structural Equation Analysis*. Routledge.
- Marsh, H. J., Rock, A. J., & Clark, G. I. (2024). Adult Attachment and OCD Symptoms: The Mediating Role of Intolerance of Uncertainty and Beliefs about Losing Control. *Clinical Psychologist*, 28(2), 155–168. <https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2336962>
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Rismanian Yazdi, F., & Mehrparvar, A. H. (2021). Prevalence, Comorbidity, and Predictors of Obsessive-Compulsive Disorder in Iranian Children and Adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 192–198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.018>
- Moroń, M., & Kocur, D. (2023). Self-Compassion and Obsessive–Compulsive Symptoms in a Non-Clinical Sample: Insights from Network Analysis and Canonical Correlation Analysis. *Mindfulness*, 14(12), 3052–3068. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02256-8>
- Moroń, M., Biolik-Moroń, M., & Matuszewski, K. (2022). Scrupulosity in the Network of Obsessive-Compulsive Symptoms, Religious Struggles, and Self-Compassion: A Study in a Non-Clinical Sample. *Religions*, 13(10), 879. <https://doi.org/10.3390/rel13100879>

- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Pérez-Vigil, A., de la Cruz, L. F., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., ... & Mataix-Cols, D. (2018). Association of Obsessive-Compulsive Disorder with Objective Indicators of Educational Attainment: A Nationwide Register-Based Sibling Control Study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 47–55. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3523>
- Pino, M. C., De Berardis, D., Mariano, M., Vellante, F., Serroni, N., Valchera, A., Valenti, M., & Mazza, M. (2016). Two Systems for Empathy in Obsessive-Compulsive Disorder: Mentalizing and Experience Sharing. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 38(4), 307–313. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1679>
- Pradhan, B. (2015). *Yoga and Mindfulness Based Cognitive Therapy: A Clinical Guide*. Springer International Publishing/Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-09105-1>
- Redfern, S., Cooper, A., & Cooper, A. (2015). *Reflective Parenting: A Guide to Understanding What's Going on in Your Child's Mind* (1st ed.). Routledge.
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K., & Newbury-Birch, D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European child & adolescent psychiatry*, 33(9), 2877–2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
- See, C. C. H., Tan, J. M., Tan, V. S. Y., & Sündermann, O. (2022). A Systematic Review on the Links Between Emotion Regulation Difficulties and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 341–353. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023>
- Sher, A., Wootton, B. M., & Paparo, J. (2024). A Preliminary Investigation of the Mediating Roles of Self-Compassion and Emotion Dysregulation in the Relationship Between Maladaptive Perfectionism and Obsessive-Compulsive Behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 80(3), 591–609. <https://doi.org/10.1002/jclp.23640>

- Sloover, M., van Est, L. A. C., Janssen, P. G. J., Hilbink, M., & van Ee, E. (2022). A Meta-Analysis of Mentalizing in Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive and Related Disorders, and Trauma and Stressor Related Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 92, 102641. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102641>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Surtees, A. D. R., Briscoe, H., & Todd, A. R. (2024). Anxiety and Mentalizing: Uncertainty as a Driver of Egocentrism. *Current Directions in Psychological Science*, 33(2), 100-107. <https://doi.org/10.1177/09637214231217314>
- Witteveen, K., & O'Hara, D. (2025). Mentalisation, Self-Compassion, and the Psychosocial Impact of ADHD in Adult Women. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 13(1), 1-25. <https://doi.org/10.59158/001c.141060>
- Xu, J., Ironside, M. L., Broos, H. C., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2024). Urged to Feel Certain Again: The role of Emotion-Related Impulsivity on the Relationships Between Intolerance of Uncertainty and OCD Symptom Severity. *The British journal of clinical psychology*, 63(2), 258–272. <https://doi.org/10.1111/bjc.12456>