Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy
Vol. 16, No.62, Summer 2025; P 135-170
qccpc.atu.ac.ir
DOI: 10.22054/qccpc.2025.79538.3310

ATU PRESS

Original Research
Accepted: 12/11/2024
Received: 30/04/2024
ISSN: 2345-6051
eISSN: 2476-6178

The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Rejection Parental and Mental Pain in People With Self-Injury

Ziba Mahdavi — MSc. Department Of Psychology, Psycholog and Educational Science Faculty, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Ahmad Karbalaee Mohammad Meigouni * — Assistant Professor, Department Of Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Hossein Rezabakhsh — Assistant Professor, Department Of Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, Alzahra University,Tehran, Iran

Abstract

The purpose of this study was to The mediating role of cognitive emotion regulation in rejection parental and mental pain in people with self-injury.The research method was descriptive in the form of structural equations. The statistical population of this study included all adolescents girl and boy with self-injury in Robat-Karim And Islamshahr city of Tehran in summer of 1398 That the sample size 204 people Selected as available. Research tools included the Clonsky & Glenn Self-harm Function Inventory Scale (ISAS), the Sanson et al Self-injury questionnaire (SHI), the Gratz & Roemer emotion regulation difficulties Scale (DERS), The Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ), the Oerbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP). Data were analyzed using structural equation method using Emus 24 software. The results showed that the

* Corresponding Author: mahdaviziba107@gmail.com

How to Cite: Mahdavi, Z., Karbalaee Mohammad Meigouni, A., Rezabakhsh, H. (2025). The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Rejection Parental and Mental Pain in People With Self-Injury, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 16(62), 135-170. DOI: 10.22054/qccpc.2025.79538.3310

conceptual model of the research, which assumed mental pain, parental rejection, and cognitive emotion regulation, predicted self-injury behaviors. Parental rejection had indirect effect on self-injury due to emotion regulation ($\beta = 0.148$, $P = 0.050$). Parental rejection is as much a preparation for childhood Causes one to resort to maladaptive cognitive-emotional strategies in response to the mental pain arising from parental rejection, which ultimately leads to self-injury behaviors as behavioral strategies.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation, Self-Injury, Mental Pain, Parental Rejection.

مقاله پژوهشی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲

ISSN: 2345-6051

eISSN: 2476-6178

فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی

سال شانزدهم، شمارۀ ٦٢، تابستان١٤٠٤، ص ١٣٥ تا ١٧٠

www.qccpc.atu.ac.ir

DOI: 10.22054/qccpc.2025.79538.3310

نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه با طردشدگی از سوی والدین و درد ذهنی در افراد مبتلا به جرح خویشتن

زیبا مهدوی — کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

احمد کربلایی محمدمیگونی * — استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

حسین رضابخش — استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه با طردشدگی والدین و درد ذهنی در افراد مبتلا به جرح خویشتن می‌باشد. روش پژوهش توصیفی به شیوه معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوانان دختر و پسر مبتلا به جرح خویشتن شهرستان رباط کریم و اسلامشهر تهران در تابستان سال ۱۳۹۸ بود که حجم نمونه ۲۰۴ نفر، به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس سیاهه کارکردهای خودجرحی کلونسکی و گلن (ISAS)، پرسشنامه خود آسیب‌رسانی سانسون و همکاران (SHI)، مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گراتز و روئمر (DERS)، پرسشنامه پذیرش- طرد والدینی روهنر (PARQ)، مقیاس درد ذهنی اورباخ و میکولینسر (OMMP) بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به روش معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار ایموس ۲۴ انجام گرفت. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد مدل مفهومی پژوهش که در آن فرض شده بود طردشدگی والدین و درد ذهنی و تنظیم شناختی هیجان، رفتارهای جرح‌خویشتن را پیش‌بینی می‌کنند، با داده‌های گردآوری‌شده برازش دارد. طرد والدینی به‌واسطه تنظیم هیجان بر جرح خویشتن (β=۰/۱۴۸، P=۰/۰۵۰) نقش غیرمستقیم داشت. طرد والدین به‌عنوان بیش آمادگی که

* نویسنده مسئول: mahdaviziba107@gmail.com

در کودکی شکل می‌گیرد موجب متوسل شدن فرد به راهبردهای تنظیم‌شناختی‌هیجانی ناسازگارانه در پاسخ به درد ذهنی که از طرد والدین نشأت می‌گیرد، می‌شود که درنهایت رفتارهای جرح خویشتن را به‌عنوان راهبردهای رفتاری موجب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تنظیم شناختی هیجان، جرح خویشتن، درد ذهنی، طردشدگی والدین.

مقدمه

جرح خویشتن غیرخودکشی‌گرا[1] در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[2] در یک طبقه‌ی مجزای تشخیصی قرار گرفته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[3]، ۲۰۱۳، ترجمه گنجی، ۱۳۹۸). رفتارهای خودآسیب‌رسان ازنظر تئوری به دو دسته متمایز طبقه‌بندی می‌شوند: الف) جرح‌خویشتن غیرخودکشی‌گرا، شامل آسیب عمدی و مستقیم به بافت بدن بدون هدف کشنده، ب) اقدام به خودکشی به‌عنوان تلاش عمدی برای پایان دادن به زندگی تعریف می‌شود (باوو، وان و لی، ۲۰۲۴، ص ۲۴۶). جرح‌خویشتن نوعی رفتار خودآسیب‌رسان تلقی می‌شود و شامل رفتارهایی است که به‌صورت آگاهانه، مستقیم و بدون قصد خودکشی، فرد به‌طور مکرر آسیب‌های سطحی اما دردناکی به بدنش وارد می‌کند که برای چند دقیقه از شر احساس یا موقعیت فلاکت‌بار یا درمانده‌کننده خلاص می‌شود و این رفتار جزء آئین و رسوم فرهنگی هم به‌حساب نمی‌آید (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه گنجی، ۱۳۹۸). این رفتارها شامل روش‌هایی مانند بریدن، خراشاندن (۷۰ تا ۹۰ درصد)، کتک‌زدن خود، کوبیدن سر به دیوار (۲۱ تا ۴۴ درصد)، سوزاندن (۱۵ تا ۳۵ درصد)، گازگرفتن، چنگ کشیدن خود، حک کردن کلمات یا نمادها روی پوست و زخمی کردن است (پومپلی و همکاران، ۲۰۱۵، ص ۳۹۷). سن شروع جرح‌خویشتن ۱۴-۱۵ سالگی است و اوج این رفتار در بین جوانان ۱۸-۲۵ ساله رایج‌تر است (بوزِر، پرتوئیت و مولر، ۲۰۱۹، ص ۴؛ سوآنل، مارتین، پیج هاسکینک و جان، ۲۰۱۴، ص ۲۷۳) و در بررسی‌های بین‌المللی ۱۸ درصد (موهلنکامپ، هیث، هلینگر و مک‌میلان، ۲۰۱۵، ص ۱) و ۱۸/۶ درصد (گلیس و همکاران، ۲۰۱۸، ص ۷۳۳) از نوجوانان حداقل یک‌بار رفتار خودجرحی را انجام داده‌اند. همچنین شروع جرح‌خویشتن در نوجوانان دختر بیشتر از پسران است، در دختران (۱۱/۷ درصد) بیشتر از پسران (۲/۹ درصد) است (بیولنس و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱۴). در ایران در پژوهش اخیر میرزائیان و ایزکیان و

1 Non- suicidal self- injury(NSSI)
2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM 5)
3 American Psychiatric Association

حسینی (۱۳۹۷) شیوع این رفتار بین ۵/۴۰-۴/۳ درصد ذکر شده است. جرح‌خویشتن غیرخودکشی‌گرا در نوجوانی یک عامل خطرزای مهم برای رفتارهای خودکشی (گروماتسکی و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱-۹) و یک نشانگر مهم بالینی روان‌پزشکی است (کیکنز و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۲۱۴). جرح‌خویشتن رفتاری است که برای مقابله با پریشانی است و باهدف کاستن از تنش و به دنبال هیجان‌های منفی با برانگیختگی بالا رخ می‌دهد (جکینز و اشمیتز، ۲۰۱۲، ص ۲۱۲) و مهم‌ترین انگیزه دراین رفتار، تنظیم هیجان‌های ناخوشایند است (مکنزی و گراس، ۲۰۱۴، ص ۲۰۷). این رفتار باعث کاهش هیجان‌های منفی مثل خشم و اضطراب، تنش و غم و افزایش هیجان‌های مثبت مثل آرامش و راحتی به‌طور هم‌زمان می‌شود (برسین و گوردون، ۲۰۱۳، ص ۶۲). هیجان‌های منفی باعث شروع جرح‌خویشتن و هیجان‌های مثبت باعث تداوم این رفتار می‌شوند (هولی و فرانکلین، ۲۰۱۸، ص ۴۲۸). اکثر پژوهش‌های جرح‌خویشتن غیرخودکشی‌گرا نشان می‌دهند که نقص تنظیم هیجانی عنصر مهم و مرکزی برای درک چرایی انجام این رفتار هستند (هاسکینگ و کلائس، ۲۰۲۰، ص ۶۰۳، ولف و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۲۵؛ پلنر و همکاران، ۲۰۱۶؛ فاکس و همکاران، ۲۰۱۵، ص ۴۱۰). این نظریات بیان می‌کنند افراد درگیر با جرح خویشتن نمره بالاتری از را در مقیاس دشواری تنظیم هیجان کسب می‌نمایند.

از عوامل تأثیرگذار در جرح‌خویشتن، ادراک طردشدگی از سوی والدین است، باور نوجوان به اینکه والدینش به او علاقه‌ای نشان نمی‌دهند و یا به او توجهی ندارند، ادراک طردشدگی را در فرد به وجود می‌آورد. غفلت عاطفی والدین، کنترل بیش‌ازحد والدین، از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم فراوانی جرح‌خویشتن غیرخودکشی‌گرا است (گاندی‌آ و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۱-۱۱؛ گراتز و روئمر، ۲۰۰۸، ص ۱۴). ادبیات تجربی از ارتباط نظری بین تجربیات منفی دوران کودکی و رفتار ناکارآمد بعدی از جمله اقدام به خودکشی و جرح‌خویشتن غیرخودکشی‌گرا پشتیبانی می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد بدرفتاری مادرانه و پدرانه و بیگانگی و طردشدگی به‌طور غیرمستقیم جرح‌خویشتن را از

طریق نقص تنظیم‌هیجان پیش‌بینی می‌کند (گیورین و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۳۹) و در زمان ناراحتی‌های عاطفی منجر به مشکلات بیشتر در انجام رفتار هدفمند می‌شود.

اگرچه نقص در تنظیم‌هیجان به‌عنوان یک واسطه بین تجربیات منفی دوران کودکی و طرد والدین در جرح خویشتن ارتباط وجود دارد، ساختار دردذهنی ممکن است عامل اساسی‌تری برای خودآزاری باشد (وروچیو و همکاران،۲۰۱۶، ص ۱۰۸). درد روان‌شناختی[1] یک تجربه ذهنی است که ارزیابی منفی از خود را در بردارد و می‌تواند براثر ضرر و زیان، آسیب‌دیدگی غیرمنتظره و شرایط منفی و نیازهای برآورده نشده ایجاد شود (دمیرکول و ناملی و تمام، ۲۰۱۹) و برای اولین بار توسط اشنایدمن (۲۰۰۵) به‌عنوان علت خودکشی مطرح شد. اشنایدمن اعتقاد داشت درد ذهنی[2] توسط ناکامی یا بی‌نتیجه ماندن نیازهای اساسی فرد (برای مثال مورد عشق واقع‌شدن، کنترل داشتن، حمایت از خودانگاره خویش، اجتناب از شرم و خجالت، احساس امنیت داشتن یا درک شدن) ایجاد می‌شود. ناکامی در ارضای این نیازها منجر به ترکیبی از احساسات منفی مانند احساس گناه، شرم و خجالت، شکست، تحقیر، بی‌حرمتی، غم و غصه، ناامیدی و خشم می‌گردد (اشنایدمن، (بی‌تا)؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۲). چیزی ناامیدکننده‌تر و ترسناک‌تر از این نیست که دردی را احساس کنیم و نتوانیم آن را برای کسی توصیف و تشریح کنیم (براون، (بی‌تا)، ترجمه رادنژاد و رادنژاد، ۱۳۹۷). پیشینه ادبیات تجربی نشان داده افرادی که به خود آسیب می‌زنند، به‌طور مداوم گزارش می‌دهند که واکنش‌های عاطفی شدید دارند (گلن وکلونسکی، ۲۰۱۱، ص ۱۶۶)، همچنین در مطالعه‌ای هولدن و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که دردذهنی به‌عنوان یک عامل واسطه‌ای مستقل رفتار جرح‌خویشتن را پیش‌بینی می‌کند و بر این اساس می‌توان گفت جرح خویشتن راهی برای مقابله با درد عاطفی شدید است. گرچه این رفتار در ابتدا باعث کاهش تنش و احساس آرامش می‌شود، اما فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت احساسات منفی روبه‌رو می‌شود. ناهالیل، سامرفلد، اورباخ، ویلر و زالسمان (۲۰۱۴) نشان دادند خودآسیب‌رسانی هم به‌صورت مستقیم و هم

1 Psychological pain
2 Mental Pain

به‌واسطه دردذهنی بر اقدام به خودکشی تأثیر دارد. پژوهش‌های دیگر هم نشان می‌دهد که درد ذهنی رابطه مثبت و معنی‌داری با افسردگی، اضطراب و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی (بگیان‌کوله‌مرز و همکاران، ۱۳۹۷، ص ۱۴۶) و اختلال شخصیت مرزی، خودکشی داشته (بکر و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۱۰۷۲؛ ژولانت و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۵۵؛ لوی بلز و همکاران، ۲۰۱۸، ص ۳۸۰؛ مرویک و وایس، ۲۰۱۶، ص ۱۵۳۸) و رابطه منفی با مهارت‌های مقابله‌ای مثبت، سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی اجتماعی و هیجانی (اورباخ، میکولینسر، سیروتا و گیلوآ-شجمن، ۲۰۰۳، ص ۲۱۹) و شفقت به خود دارد.

جمع‌آوری شواهد تجربی نشان می‌دهد که شیوع رفتارهای جرح‌خویشتن در نوجوانان رو به افزایش است (اسمیت، سومنر و بین، ۲۰۱۹، ص ۲۱۲) و در تحقیقات بیشتر موردتوجه قرار گرفته است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعات پراکنده‌ای در نقاط مختلف بر روی گروه‌های مختلف در زمینه رفتارهای جرح خویشتن انجام‌گرفته و نتایج متفاوتی نیز گزارش شده است، اما این مطالب و تحقیقات انجام‌شده ناکافی بوده و همه ابعاد پژوهش را در نظر نگرفته است، بنابراین بررسی دقیق‌تر موضوع و جمع‌بندی نهایی در این زمینه ضرورت می‌یابد. در کل پژوهش حاضر پژوهش حاضر قصد دارد در قالب طرح الگویابی معادله‌های ساختاری[1] به بررسی روابط علت و معلولی مشکلات تنظیم شناختی هیجان، طردشدگی والدین و درد ذهنی در پیش‌بینی رفتارهای جرح خویشتن بپردازد. بر اساس الگوی مفهومی پژوهش، فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

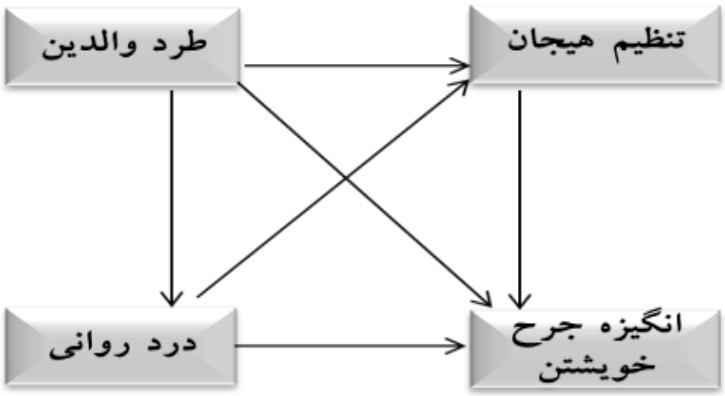
تعیین نقش مستقیم تنظیم هیجان بر جرح خویشتن در افراد مبتلا به جرح خویشتن.

تعیین نقش مستقیم طرد والدینی بر جرح خویشتن در افراد مبتلا به جرح خویشتن.

تعیین نقش مستقیم درد ذهنی بر جرح خویشتن در افراد مبتلا به جرح خویشتن.

تعیین نقش غیرمستقیم طرد والدینی به‌واسطه تنظیم هیجان بر جرح خویشتن در افراد مبتلا به جرح خویشتن.

1 Structural Equation Modeling (SEM)



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

پژوهش حاضر پژوهش توصیفی از نوع همبستگی با مدل معادله‌های ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه بهداشت و پایگاه‌های سلامت شهرستان رباط‌کریم و اسلامشهر تشکیل می‌دهند که در تابستان سال ۱۳۹۸ به این مراکز مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری که در این پژوهش به کار برده شد، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود که مراکز سلامت جامعه بهداشت (پایگاه سلامت پرندک ۲۳ نظامیان، پایگاه سلامت فاز ۳ پرند، مرکز جامعه سلامت الارد) انتخاب و درنهایت از میان نوجوانان ۱۲ تا ۲۰ ساله‌ای که رفتار جرح خویشتن داشتند، با کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه و بیش برآورد، با توجه به تعداد متغیرهای موردبررسی، حجم نمونه برای پژوهش حاضر ۲۰۴ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس سیاهه کارکردهای جرح خویشتن[1]: این فهرست توسط کلونسکی و گلن

1 Inventory of statements about self-injury

(۲۰۰۹) ساخته‌شده، یک ابزار خودگزارشی است که فراوانی و کارکردهای رفتارهای جرح‌خویشتن‌غیر خودکشی‌گرا را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۲ بخش رفتاری و کارکردی است. بخش رفتاری شامل ۷ سؤال است. بخش کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان این پرسشنامه دارای ۳۹ سؤال است که ۱۳ کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان را که در مطالعات تجربی و ازلحاظ نظری مورد تأیید قرار گرفته‌اند، ارزیابی می‌کند. این ۱۳ کارکرد به دو زیر عامل کلی طبقه‌بندی شده است: کارکردهای درون‌فردی (تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، ضدتجزیه‌ای، ضدخودکشی) و کارکردهای بین‌فردی (حس‌جویی (استقلال)، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین‌فردی، اثبات قدرت، ابرازآشفتگی، مراقبت از خود، انتقام‌گیری و خودمختاری). مراجع سؤالات را به‌صورت مناسب نیست=۰، تاحدودی مناسب=۱، کاملاً مناسب=۲ جواب می‌دهد. پرسش‌های مرتبط با هر خرده مقیاس از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره‌ای که شرکت‌کننده در هر مقیاس به دست می‌آورد ۶ است. همچنین میانگین کلی رفتارهای خودآسیب‌رسان از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها (کارکردهای درون‌فردی و بین‌فردی) به‌دست می‌آید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۷۸ است. سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹). در یک پژوهش روانسنجی این مقیاس بر روی ۲۳۵ دانشجو که دست‌کم یک‌بار سابقه جرح‌خویشتن‌غیرخودکشی‌گرا داشتند، ساختار دو عاملی (درون‌فردی و بین‌فردی) برای آن استخراج شد. آلفای کرونباخ برای عوامل درون‌فردی و بین‌فردی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۰ بدست آمد و نشان داده شده است نمره شرکت‌کنندگان در این مقیاس با مقیاس‌های بالینی سنجش نشانه‌های شخصیت مرزی، خودکشی، افسردگی و اضطراب همبستگی دارد (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱). در ایران در پژوهش صفاری‌نیا، نیکوگفتار و نهاوندیان (۱۳۹۳) پایایی این سیاهه ۰/۷۶ محاسبه گردیده است. پایایی این سیاهه با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده است. در پژوهشی دیگر توسط خانی‌پور و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون ۰/۹۴ بوده است و در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای بخش رفتاری (فراوانی رفتارهای جرح

خویشتن) ۰/۶۰ و بخش کارکردی (انگیزه‌های جرح خویشتن) ۰/۸۸ محاسبه گردیده است.

۲. پرسشنامه خودآسیب‌رسان[1]: این ابزار توسط سانسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده و از ۲۲ سؤال تشکیل‌شده که رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم را موردبررسی قرارمی‌دهد. این ابزار رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم (یعنی سوزاندن، بریدن، چنگ کشیدن به خود، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار،...) که توأم با آسیب فوری به بافت بدن هستند را به همراه رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم (یعنی سوءمصرف داروهای غیرقانونی، رانندگی پرخطر، رفتارهای جنسی پرخطر و..) را موردسنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری به‌صورت بلی=۱ و خیر=۰ است. نمره بالا نشان‌دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خودآسیب‌رسانی است. روایی محتوایی این ابزار توسط روان‌شناس و روان‌پزشک تأیید شده است. مطالعات مختلف از روایی و پایایی این ابزارحمایت کرده‌اند (سانسون و همکاران، ۱۹۹۸). گراتز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۲ و ضریب پایایی آن را بعد از دوهفته (آزمون و باز آزمون) ۰/۶۸ محاسبه کرده است. در چندین پژوهش تاکنون از این ابزار برای اندازه‌گیری خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم استفاده شده است و شواهد درباره ویژگیهای روانسنجی آن قابل قبول بوده است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ هولی و جرمین، ۲۰۱۴). پایایی این آزمون در نمونه پژوهش خانی‌پور و همکاران (۱۳۹۳)، به شیوه کودر ریچاردسون ۰/۶۷ محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ محاسبه گردیده است.

۳. پرسشنامه پذیرش- طرد والدینی[2]: مقیاس پذیرش- طرد والدینی روهنر ۷۳ سؤال دارد که در طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از یک (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات در چهار زیر مقیاس مربوط به پذیرش و طرد، پس از محاسبه

1 The Self-Harm Inventory
2 Parental acceptance- rejection Question(PARQ)

نمرات معکوس، جمع شده و نمره کلی طرد یا عدم پذیرش را تشکیل می‌دهد. این پرسشنامه دارای پنج زیر مقیاس است:۱) صمیمیت/محبت مادرانه یا پدرانه (۲۰ گزاره)، برای مثال مادرم/پدرم طوری بود که می‌توانستم به‌راحتی درباره چیزهایی که برایم مهم بودند با او حرف بزنم، ۲) رفتارخصمانه/پرخاشگری مادرانه و پدرانه (۱۵ گزاره)، برای مثال، وقتی عصبانی بود مرا به‌شدت تنبیه می‌کرد، ۳) بی‌تفاوتی/نادیده‌گرفتن پدر یا مادر (۱۵ گزاره)، برای مثال تا وقتی کاری نمی‌کردم که او را اذیت کند به من توجهی نمی‌کرد و ۴) طرد تمایزنایافته (۱۰ گزاره)، برای مثال اگر رفتار نامناسبی داشتم به من احساس دوست‌داشتنی نبودن می‌داد و ۵) کنترل رفتاری (۱۳ گزاره). سؤالات ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵، ۴۴، ۵۳، ۶۲، ۲۳، ۳۲، ۴۱، ۵۴ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشد. دامنه نمره کلی پرسشنامه پذیرش-طرد از ۷۳ (بیشترین مقدار پذیرش) تا ۲۹۲ (بیشترین مقدار طرد) است. پرسشنامه طوری طراحی شده است که نمره بالاتر از ۱۵۰ نشان‌دهنده تجربه طرد بیشتر نسبت به پذیرش است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط روهنر در آمریکا ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین در آخرین پژوهش روهنر و خالق (۲۰۰۸) همسانی درونی پرسشنامه برای مادران برابر با ۰/۷۶ و برای پدران ۰/۷۴ گزارش شده است. در ایران سیدموسوی و مظاهری و قنبری (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های پذیرش پدران و مادران ۰/۹۵ و ۰/۹۴، مقیاس طرد پدران و مادران ۰/۹۷ و ۰/۹۶ و مقیاس کنترل پدران و مادران ۰/۸۷ و ۰/۸۸ به دست آورد. همچنین اعتبار آزمون بازآزمون با فاصله سه ماه برابر با ۰/۸۶ بود. یزدخواستی (۱۳۹۰) ضریب همسانی درونی این آزمون را برابر با ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی عامل‌ها پرسشنامه طرد و پذیرش والدین را به ترتیب برابر با ۹۵/ ۰ و ۰/۹۰ گزارش کردند. یزدخواستی برای بررسی روایی این پرسشنامه، همبستگی بین خرده آزمون‌ها را با نمره کل آزمون محاسبه کرد و ضرایب برای عامل‌های پذیرش/محبت، خصومت/پرخاشگری، بی‌تفاوتی/ غفلت کننده و طرد به ترتیب برابر با ۰/۹۷، ۰/۸۸، ۰/۹۶، ۰/۹۴ به دست آورد و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس طرد ۰/۶۰ محاسبه شده است.

٤. پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان[1]: پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) شامل ۳۶ عبارت است که شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای «۱= خیلی به‌ندرت» تا «۵= تقریباً همیشه» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نیومان، لیر، گراتز و کوت (۲۰۰۹) برای این ابزار در نمونه‌ای شامل نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ سال ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند و به همان عوامل و ساختار عاملی دست یافتند که گراتز و روئمر (۲۰۰۴) دست یافته بودند. در پژوهش خانزاده، سعیدیان، حسین‌چاری و ادریسی (۱۳۹۱) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، هشت عامل را برای این مقیاس آشکار ساخت که شش عامل آن با خرده‌مقیاس‌های پیشین هماهنگ بود و دو عامل دیگر، به دلیل بارگذاری تنها یک گویه حذف شدند. خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ محاسبه شده است.

۵. مقیاس درد ذهنی[2]: این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است. دارای ۴۴ ماده سؤال است و اعتباریابی اولیه آن بروی ۲۵۵ دانشجو انجام شد. تحلیل عوامل اکتشافی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳)، ۹ خرده مقیاس را برای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف درد ذهنی شامل تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی/بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک زدگی (بهت)، از خودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی‌معنایی) را شناسایی کرد. در این مقیاس سؤالات ۲۵ و ۴۲ نمره‌گذاری معکوس می‌شوند. در یک مطالعه اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آزمون بازآزمون این پرسشنامه در یک فاصله ۳ هفتگی در یک نمونه (۵۳ نفری، ۳۰ زن و ۲۳ مرد) در دامنه بین ۰/۷۹ و ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ نیز در دامنه

1. Difficulty Emotion Regulation Scal(DERS)
2 Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP)

۰/۷۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. بگیان کوله‌مرز و همکاران (۱۳۹۷) برای تعیین ساختار عاملی پرسشنامه درد ذهنی بر روی ۳۰۰ دانشجوی دانشگاه رازی کرمانشاه، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۶ به دست آورد. بین خرده مقیاس‌های درد ذهنی با افسردگی، اضطراب و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۷ محاسبه گردیده است.

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت‌شناختی

در پژوهش حاضر از بین ۲۰۴ نوجوان شرکت‌کننده ۱۲ تا ۲۰ سال با میانگین سنی ۱۷ سال، ۱۱۱ (۵۴/۴ درصد) نفر دختر و ۹۱ (۴۴/۶ درصد) نفر پسر و ۲ نفر هم جنسیت خود را مشخص نکرده بودند، شرکت داشتند. شرکت‌کنندگان این مطالعه در سه سطح تحصیلی، زیردیپلم ۱۳۰ نفر (۶۴/۷ درصد)، دیپلم ۵۱ نفر (۲۵/۴ درصد) و بالاتر از دیپلم ۱۹ نفر (۹/۵ درصد) بودند. بیشترین سن شروع رفتارهای جرح خویشتن در نمونه پژوهش حاضر ۱۵ سال (۳۲ درصد)، ۱۶ سال (۳۸ درصد)، ۱۷ سال (۲۸ درصد)، ۱۸ سال (۳۱ درصد)، ۱۹ سال (۲۳ درصد) و ۲۰ سال (۲۰ درصد) بود.

ب) توصیف و همبستگی شاخص‌ها

آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) رفتارهای جرح‌خویشتن در گروه نمونه در جدول ۱ نمایش داده شده است. همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد شرکت‌کننده‌های موردمطالعه بیشترین نمره را در خرده متغیرهای تنبیه خود و ضدخودکشی دریافت کردند. بر اساس مدل ضدخودکشی هدف جرح خویشتن دور کردن، اجتناب و به تأخیر انداختن تکانه‌های خودکشی است. در پژوهش حاضر میانگین انگیزه جرح خویشتن ۴۵/۴۲ و انحراف معیار آن ۹/۴۱ بود.

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داد روابط همه متغیرهای موردمطالعه با یکدیگر مثبت و در سطح احتمال ۰/۰۱ معنادار بود.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد رفتارهای جرح خویشتن

متغیر	میانگین	انحراف معیار
جرح خویشتن	۱۲/۰۰	۱۷/۷۹
انگیزه جرح خویشتن	۴۵/۴۲	۹/۴۱
تنظیم هیجانی	۹/۷۷	۱/۸۷
تمایز خود از دیگران	۹/۴۱	۲/۱۹
تنبیه خود	۱۰/۳۵	۲/۰۹
مراقبت از خود	۹/۴	۲/۲۱
ضد تجزیه‌ای	۹/۴۷	۲/۱۲
ضد خودکشی	۱۰/۴۵	۱/۹۸
حس‌جویی	۹/۵۷	۱/۷۰
تعلق به همسالان	۹/۸۱	۱/۹۱
اثرگذاری بین‌فردی	۹/۵۵	۲/۰۴
اثبات قدرت	۹/۹۰	۱/۸۸
ابراز آشفتگی	۹/۴۵	۲/۰۹
انتقام‌جویی	۹/۶۸	۱/۸۴
خودمختاری	۹/۴۵	۲/۰۸
متغیر: تنوع رفتار جرح خویشتن	فراوانی	درصد
بریدن	۱۸۹	۹۸
خراشیدگی شدید	۹۷	۵۵/۷۴
گاز گرفتن	۱۷	۹/۷
ضربه زدن به خود	۱۱۴	۶۵/۵۱
سوزاندن	۳۴	۱۹/۵۴
تداخل و التیام زخم	۰۰۰	۰۰۰
حکاکی	۲	۱/۱۴
دردناک کردن پوست	۱	۰/۵۷
خرابکاری	۱	۰/۵۷
سوزنکاری خود	۲	۱/۱۴
کشیدن مو	۴۸	۲۷/۵۸
بلع مواد	۰۰۰	۰۰۰

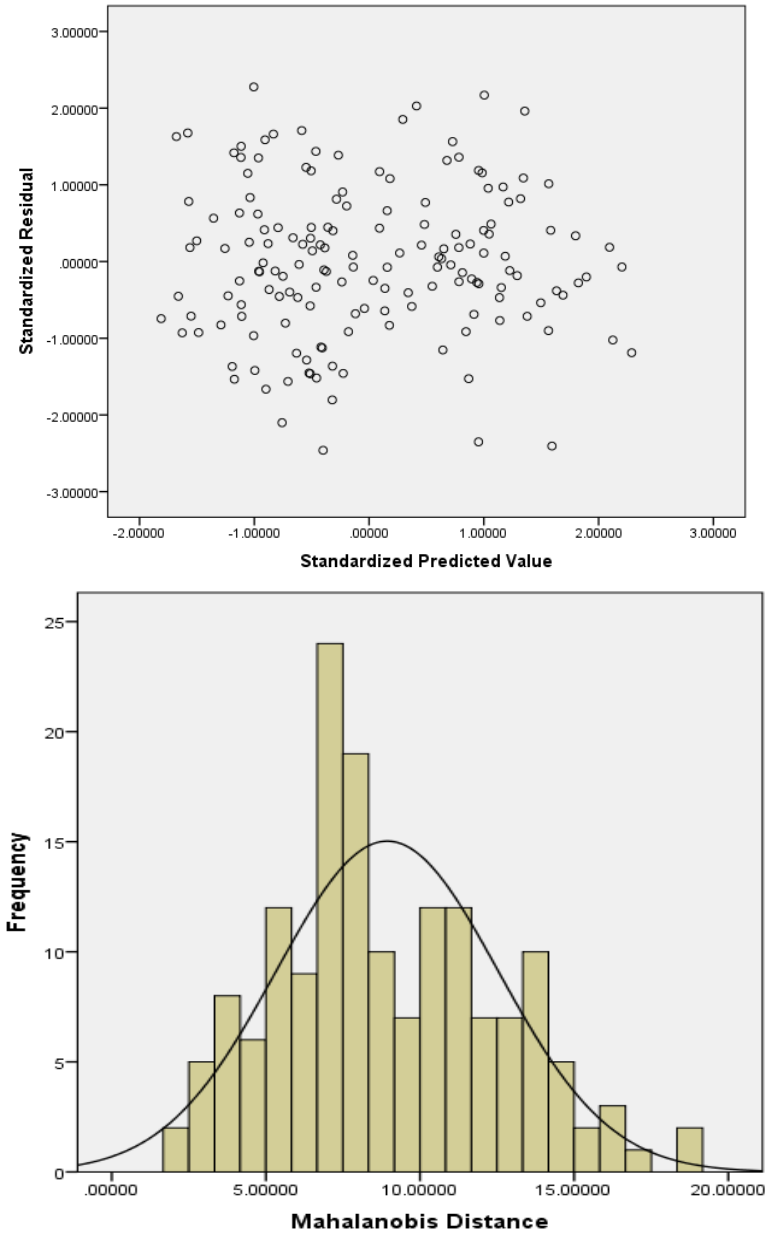
جدول ۲. کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و عامل تورم واریانس در بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
طرد پدر	۰/۳۱۳	-۰/۲۷۰	۰/۵۵۷	۱/۷۹
طرد مادر	-۰/۱۷۲	-۰/۲۰۹	۰/۵۹۳	۱/۶۸
عدم پذیرش پاسخ هیجانی	-۰/۳۱۶	-۰/۰۶۴	۰/۳۷۳	۲/۶۷
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۳۵۶	-۰/۰۰۱	۰/۳۹۷	۲/۵۱
دشواری در کنترل تکانه	۰/۲۱۲	-۰/۲۱۸	۰/۴۵۹	۲/۱۸
عدم آگاهی هیجانی	-۰/۱۴۵	-۰/۵۱۹	۰/۴۴۸	۲/۲۳
دسترسی محدود راهبردهای تنظیم هیجانی	۰/۲۰۷	-۰/۳۱۱	۰/۷۹۱	۱/۲۶
عدم وضوح هیجانی	۰/۵۱۸	-۰/۳۵۷	۰/۳۳۵	۲/۹۸
درد ذهنی	۰/۳۲۹	-۰/۸۹۸	۰/۶۲۴	۱/۶۰
جرح خویشتن	-۰/۰۴۴	-۰/۶۱۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک

در جدول ۲ بررسی مفروضه‌ها نشان داد توزیع داده‌های تک متغیری در پژوهش حاضر نرمال بود، زیرا که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش خارج از محدود ۲± نبود. همچنین ارزیابی مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که مفروضه هم خطی بودن در بین متغیرهای پیش‌بین برقرار بود. در ادامه ارزیابی مقادیر کشیدگی و چولگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس[1] و بررسی نمودار باکس پلات و حذف داده‌های پرت درنهایت نشان داد که توزیع داده‌های چندمتغیری نرمال بود (مقادیر کشیدگی و چولگی به ترتیب برابر با ۰/۴۵۱- و ۰/۳۹۲ بود). به‌منظور ارزیابی همگنی واریانس‌ها نمودار پراکندگی (شکل ۲) نشان داد که هیچ‌کدام از روابط در بین نشانگرها انحراف آشکار از خطی بودن را نشان نمی‌دهد.

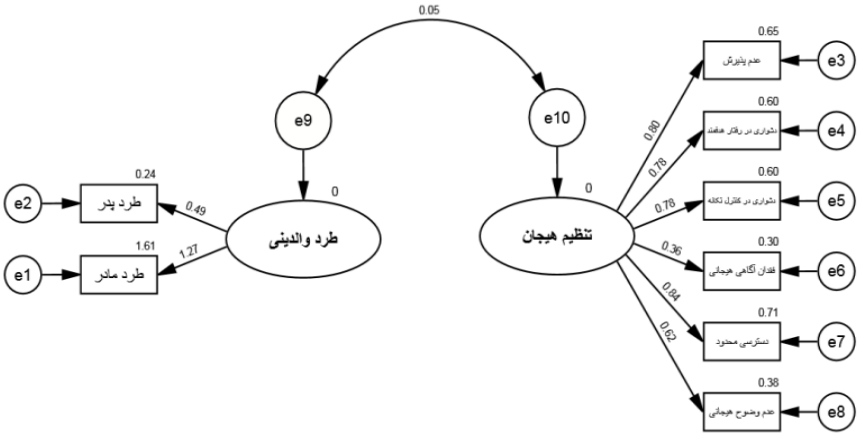
1. Mahalanobis distance (D)

شکل ۲- نمودار هیستوگرام داده‌های پژوهش مربوط به فاصله مهلونوبایس و نمودار پراکندگی واریانس‌های استانداردشده خطا



در مطالعه حاضر جهت سنجش مدل اندازه‌گیری و ساختاری پژوهش از نرم‌افزار ایموس[1] ۲۴ و برآورد بیشینه احتمال[2] و روش بوت استرپ[3] استفاده شد. در این پژوهش ابتدا مدل اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و سپس مدل ساختاری از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفت. در مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که متغیر مکنون طرد والدینی به‌وسیله ۲ نشانگر و متغیر مکنون تنظیم هیجان به‌وسیله ۶ نشانگر سنجیده می‌شود.

شکل ۳. مدل اندازه‌گیری پژوهش با استفاده از داده‌های استاندارد



جدول ۳. پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

متغیر مکنون- نشانگر	B	B	SE	C.R
طرد مادر	۱/۲۷۰	۱/۰۰۰		
طرد پدر	۰/۴۸۵	۰/۴۶۶	۱/۴۴	۰/۳۲۳
عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۰/۸۰۴	۱/۰۰۰		
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۷۷۶	۰/۸۳۶	۰/۰۸۰	۱۰/۵۱۷
دشواری در کنترل تکانه	۰/۷۷۷	۰/۸۶۴	۰/۰۸۲	۱۰/۵۴۵

1. Amos
2. Maximum Likelihood
3. Bootstrap

متغیر مکنون- نشانگر	B	B	SE	C.R
عدم آگاهی هیجانی	۰/۳۶۰	۰/۳۰۰	۰/۰۹۱	۳/۱۲۹
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۰/۸۴۳	۱/۴۸	۰/۱۲۸	۱۱/۶۰
عدم وضوح هیجانی	۰/۶۲۰	۰/۶۳	۰/۰۷۸	۸/۰۴

جدول ۳ نشان می‌دهد همه نشانگرها به‌استثنای عدم آگاهی هیجانی از توان لازم برای سنجش متغیر مکنون متناظر خود برخوردارند. طبق دیدگاه تاباچینک و فیدل[1] (۲۰۰۷) بارهای عاملی ۰/۷۱ و بالاتر از آن عالی، بارهای بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۰ خیلی خوب، بارهای بین ۰/۵۵ تا ۰/۶۲ خوب، بارهای بین ۰/۴۵ تا ۰/۵۵ نسبتاً خوب، بارهای بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۴ پایین و بارهای پایین‌تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب می‌شود.

ج) همبستگی شاخص‌ها

جدول ٤. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری پژوهش

شاخص‌های برازندگی	مجذور کا[2]	درجه آزادی	مجذور کای نرم شده[3]	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب[4]	شاخص برازش نرم شده[5]	شاخص توکر- لویس[6]	شاخص نکویی تطبیقی[7]
مدل اولیه	۳۶/۵۵	۳۰	۱/۲۱	۰/۰۳۷	۰/۹۵۴	۰/۹۸۷	۰/۹۹۱
مقادیر قابل قبول	P>۰/۰۵	-	۳>	۰/۰۸۰<	۰/۹۰>	۰/۹۰>	۰/۹۰>

جدول ۴ نشان می‌دهد شاخص‌های برازندگی به‌دست‌آمده از برازش قابل‌قبول مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری‌شده حمایت می‌کنند. پس از اطمینان از برازش قابل‌قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری‌شده، مدل ساختاری با استفاده از روش

1. Tabakhnick, B. G., & Fidell, L. S.
2. Chi-Square
3. Normed Chi-Square
4. Root Mean Square Error Of Approximation (Rmsea)
5. Normed Fit Index (Nfi)
6. Tucker-Lewis Index (Tli)
7. Comparative Fit Index (Cfi)

مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. بدین ترتیب بر اساس شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی در ارزیابی مدل اندازه‌گیری پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که متغیرهای مشاهده‌شده از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون متناظر خود برخوردارند. جدول ۴ بارهای عاملی استاندارد نشده (b)، استانداردشده (β)، خطای استاندارد (SE) و نسبت بحرانی (C.R) را برای هر یک از نشانگرهای متغیرهای مکنون نشان می‌دهد. ارزیابی شاخص‌های برازندگی در مرحله اول نشان داد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری‌شده برازش دارد. جدول 5 ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم را نشان می‌دهد.

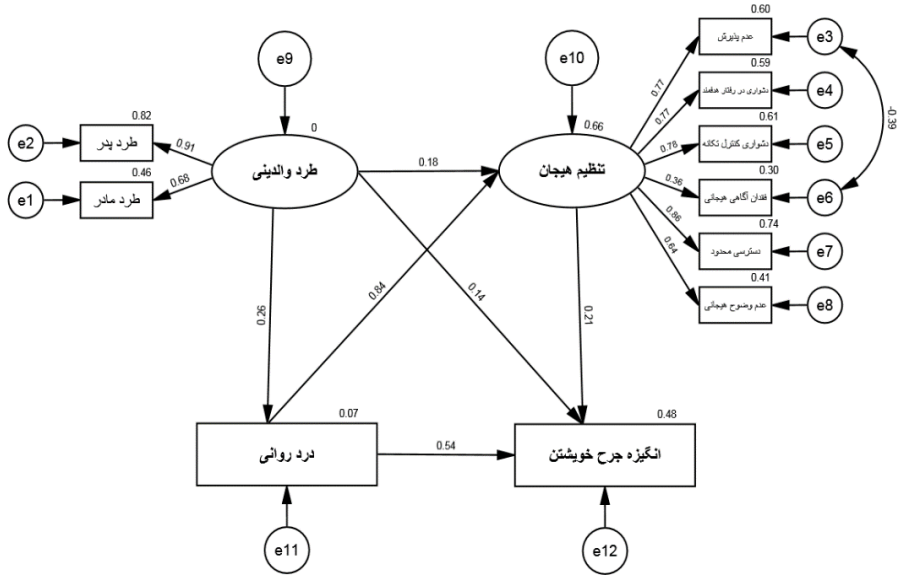
جدول ۵. ضرایب مسیرکل، مستقیم و غیرمستقیم

مسیرها	مسیر کل		
	B	β	sig
طرد والدینی- تنظیم هیجان	۰/۰۳۲	۰/۰۳۶	۰/۸۳۵
طرد والدینی- جرح خویشتن	۰/۰۵۰	۰/۰۱۱	۰/۹۶۰
طرد والدینی- تنظیم هیجان	۰/۱۶۰	۰/۱۸۳	۰/۰۰۶
طرد والدینی- درد ذهنی	۳/۰۹	۰/۲۶۲	۰/۰۰۷
درد ذهنی- تنظیم هیجان	۰/۰۶۲	۰/۸۳۸	۰/۰۰۲
طرد والدینی- جرح خویشتن	۰/۶۲۰	۰/۱۳۷	۰/۰۱۶
درد ذهنی- جرح خویشتن	۰/۲۰۶	۰/۵۳۷	۰/۰۰۹
تنظیم هیجان- جرح خویشتن	۱/۰۶	۰/۲۰۵	۰/۰۰۸
	B	β	sig
طرد والدینی- تنظیم هیجان	۰/۱۹۲	۰/۲۲۰	۰/۰۰۶
طرد والدینی- جرح خویشتن	۰/۶۷۱	۰/۱۴۸	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۵ قابل‌مشاهده است، ضرایب رگرسیون مسیر مستقیم طرد والدینی بر تنظیم هیجان مثبت (β=۰/۱۸۳، P=۰/۰۰۶)، طرد والدینی بر جرح خویشتن مثبت (β=۰/۱۳۷، P=۰/۰۱۶)، درد ذهنی بر جرح خویشتن مثبت (β=۰/۵۳۷، P=۰/۰۰۹) و تنظیم هیجان بر جرح خویشتن (β=۰/۲۰۵، P=۰/۰۰۸) مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. درنهایت ضرایب مسیر غیرمستقیم طرد والدین به‌واسطه تنظیم هیجان بر جرح‌خویشتن مثبت

(β=۰/۱۴۸، P=۰/۰۰۱) و در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.

شکل ٤. مدل ساختاری پژوهش



شکل ۴، مدل استخراج‌شده از پژوهش با واسطه‌گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه با طرد والدین و درد ذهنی بر جرح‌خویشتن را نشان می‌دهد. بر اساس این شکل می‌توان گفت مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر طرد والدین هم به‌صورت مستقیم و هم با واسطه‌گری تنظیم هیجان جرح خویشتن را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر تنظیم هیجان برابر با ۰/۶۶ به‌دست‌آمده بدین معنا که ۶۶ درصد از تغییرات متغیر تنظیم هیجان به‌واسطه متغیرهای طرد والدین و درد ذهنی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه با طردشدگی والدین و درد ذهنی در رفتارهای جرح خویشتن انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تنظیم هیجان بر جرح خویشتن اثر مستقیم دارد. این یافته هم‌راستا با نتایج حاصل از پژوهش‌های هاسکینگ و کلائس (۲۰۲۰)، آلن و همکاران (۲۰۱۹)، پترسون و همکاران (۲۰۱۹)، ولف و همکاران (۲۰۱۹)، حمزا و ویلوقبای (۲۰۱۹)، تیلتون-ویور و مارشال و اسونسن (۲۰۱۹)، چن و چون (۲۰۱۹)، داوکینز و همکاران (۲۰۱۸)، رابینسون و همکاران (۲۰۱۹)، راشل آل زلوکوییتز و همکاران (۲۰۱۶)، هاسکینگ و همکاران (۲۰۱۷)، کلادا و همکاران (۲۰۱۸)، کلائس و جنیفر موهلنکامپ (۲۰۱۴)، اندور و موریس (۲۰۱۴)، زینب کاظمی (۱۳۹۸)، دریانورد و پاکدامن و قنبری (۱۳۹۷)، عربی و باقری (۱۳۹۶)، صادقی (۱۳۹۶) قرار دارد. این یافته بدین‌گونه تبیین می‌شود که به نظر می‌رسد جرح‌خویشتن برجسته‌ترین شکل عدم کنترل رفتار در زمان تجربه هیجان‌های منفی است و ارتباط بین نقص کنترل تکانه با فراوانی جرح خویشتن، از این نظر منطقی به نظر می‌رسد. جرح خویشتن معمولاً به‌عنوان یک استراژی تنظیم هیجان انجام می‌شود، زیرا اغلب تأثیر تجربه منفی را کاهش می‌دهد (اندور و موریس، ۲۰۱۴). هیجان‌پذیری عاطفی بالا می‌تواند از نقص تنظیم هیجان باشد که منجر به جرح خویشتن شود. نوجوانان از جرح‌خویشتن استفاده می‌کنند تا هیجانات و رفتارشان را تنظیم کنند و تأثیر این رابطه را تعدیل کنند (زلوکوییتز و همکاران، ۲۰۱۷)، چون به‌قدری شدت میل به انجام عملی برای رهایی از فشار هیجان‌های ناخوشایند برای این گروه از نوجوانان بالا است که نمی‌توانند از راه‌حل‌های احتمالی دیگری که به‌عنوان مهارت‌های تنظیم‌هیجانی دارند استفاده کنند. این پژوهش‌ها با پژوهش گراتز و روئمر (۲۰۰۸) و پرز (۲۰۱۲) که مهم‌ترین حوزه نقص هیجانی را بی‌مهارتی تنظیم هیجانی یا دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی می‌دانند در تضاد است.

ازسوی دیگر، بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد طرد والدین هم به‌صورت مستقیم و هم با واسطه‌گری تنظیم هیجان، جرح‌خویشتن را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج هم‌راستا با نتایج حاصل از پژوهش‌های جیمز و گیب (۲۰۱۹)، دی‌بِرس و همکاران (۲۰۱۸)، گاردنر و همکاران (۲۰۱۴)، رحمانی (۱۳۹۵)، خانی‌پور و همکاران (۱۳۹۵)،

عسگرپور و همکاران (۱۳۹۴)، رحیمی جلالوند و خسروپور (۱۳۹۴) قرار دارد. بر اساس نظریه زیستی- اجتماعی لینهان این یافته بدین‌گونه تبیین می‌شود که تجربه آسیب ازجمله طرد در دوران کودکی، رشد هیجانی- اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگ‌سالی ازجمله گسترش شناخت‌واره‌های منفی در مورد خود و دیگران، روابط شرطی بین محرک مربوط به آسیب و آشفتگی هیجانی و رشد مهارت‌های تنظیم‌هیجان مانند توانایی برچسب‌گذاری صحیح احساسات، تحمل هیجان منفی و دسترسی به راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هولدن و همکاران، ۲۰۲۲). افراد دارای رفتار جرح‌خویشتن در خودتسکین‌بخشی نقص دارند و مهم‌ترین عاملی که باعث می‌شود این افراد هیجان‌های منفی‌شان را روی بدنشان تخلیه کنند بزرگ شدن در محیط‌های تنبیه‌کننده یا بی‌اعتبارساز است؛ بنابراین رابطه عاطفی مناسب با والدین باعث می‌شود نوجوان یاد بگیرد، چگونه با احساسات هیجانی شدید خود مقابله کند و تنش‌های هیجانی خود را کاهش دهد. استفاده از روش‌های ناکارآمد برای روبرو شدن با هیجان‌های منفی، نوجوانان را دچار ناامیدی می‌کند و به‌تدریج خودارزیابی‌شان منفی‌تر و احساس گناهشان بیشتر می‌شود و این عوامل موجب جرح خویشتن حتی میل و اندیشه‌پردازی خودکشی بیشتر می‌شود (مارتین و همکاران، ۲۰۱۶). همسو با یافته پژوهش حاضر نتایج پژوهش کولی، پونتین، شیئی، توئی و تیلور (۲۰۱۹) نشان داد ارتباط مثبت معنی‌داری بین تجارب طرد و خودجرحی وجود دارد. در یک جمع‌بندی محیط بی‌اعتبارساز کودکی که طرد والدینی بخشی از آن است از رشد و تحول سالم شخصیت به ویژه در ظرفیت تنظیم هیجانی فرد جلوگیری به عمل می‌آورد به طوری که فرد را در بزرگسالی با بدتنظیمی هیجان مواجه می‌سازد که بخشی از مشکلات افراد مبتلا به جرح خویشتن است که به‌نوعی به نظر می‌رسد در سبب‌شناسی جرح‌خویشتن در نوجوانان دخیل است و از عوامل علی آن به شمار می‌آید. نوجوانان رفتار جرح خویشتن را به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای برای رویارویی با استرس، فشار، خواسته‌های اجتماعی و دیگر بحران‌های عاطفی و تجربیات منفی بکار می‌برند. جرح‌خویشتن‌غیرخودکشی‌گرا یک فرار، راهی برای فراموش کردن نگرانی‌ها و ترس‌ها و

راهی برای منحرف کردن توجه از تجربیات دردناک درونی است.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درد ذهنی، جرح خویشتن را پیش‌بینی می‌کند. به علت عدم انجام پژوهشی به‌طور مستقیم در این زمینه، این یافته‌ها به‌صورت غیرمستقیم هم‌راستا با نتایج حاصل از پژوهش‌های هولدن و همکاران، (۲۰۲۲)، محمدزاده و همکاران (۲۰۱۹)، فاکس و همکاران (۲۰۱۹)، کولی و همکاران (۲۰۱۹)، تروایستر و همکاران (۲۰۱۵)، گویون و همکاران (۲۰۱۴)، وان هرینگن و همکاران (۲۰۱۰) قرار دارد. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت رفتارهای خودآسیب‌رسان، اجتناب از محرک‌های ترس‌برانگیز، سرکوب افکار، اندیشناکی و نگرانی در قالب طبقه کلی اجتناب تجربی قرار می‌گیرند، زیرا کارکردشان اجتناب از تصاویر ذهنی، احساسات و افکار ناخواسته است. جرح خویشتن نیز یک نوع رفتار از طبقه اجتناب تجربی به‌حساب می‌آید، زیرا در حکم روشی عمل می‌کند که تجارب درونی ناخواسته اعم از هیجان‌ها، خاطرات، حس‌های بدنی و شناخت‌واره‌های منفی را از فرد دور می‌کند. بر اساس مدل اجتناب تجربی (چاپمن و همکاران، ۲۰۰۶) مکانیسم تقویت منفی (کاهش منفی از طریق انجام رفتارهای آسیب به خود) مکانیسم اصلی تداوم‌بخش رفتارهای خودآسیب‌رسانی است. درد روانی تجربه‌ای درونی است و نشانه‌ای است که فرد باید درباره آن حرف بزند، زیرا این نشانه درونی، آشکار و قابل‌مشاهده نیست. در اصطلاح رفتاری، درد ذهنی رفتاری نهان و یک فرآیند رنج روانی است که می‌تواند در اثر ضرر و زیان، آسیب‌دیدگی غیرمنتظره و شرایط منفی و نیازهای اساسی برآورده نشده ایجاد شود (دمیرکول و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱۱۸۱). توضیحات فوق پژوهش پیل–واینرایت (۲۰۲۱) را تأیید می‌کند، افرادی که رفتار جرح‌خویشتن غیرخودکشی‌گرا دارند، این کار را در پاسخ به دو نوع حالات عاطفی انجام می‌دهند: ۱) احساسات منفی شدید مانند عصبانیت، گناه، شرم، خودبیزاری ۲) احساس بی‌حسی. براین اساس جرح خویشتن نیاز به حس کردن «هر چیزی» حتی درد است، تلاش برای متوقف کردن هیجانات منفی و احساسات بد، تلاش برای کنترل وضعیت، سرگرم نمودن خود به هنگام تنهایی، جلب‌توجه و از بین بردن احساس بی‌حسی یا تهی بودن

می‌باشد. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت وقتی درد روان‌شناختی به‌قدری شدید است که غیرقابل‌تحمل می‌شود و فرد از راهبردهای تنظیم هیجانی و مقابله‌ای کارآمد برای کنار آمدن مؤثر با آن برخوردار نیست و از طرفی درد ذهنی موجب تشدید احساس گناه و شرم و از خودبیزاری و بی‌کفایت‌مندی به دلیل ناکافی بودن می‌شود، بنابراین نوجوانان با متوسل شدن به جرح خویشتن از درد فیزیکی به‌عنوان راهی برای منحرف کردن ذهن خود از درد احساسی استفاده می‌کنند. آن‌ها با این رفتار می‌خواهند نشان دهند که چقدر حالشان بد است، برای ترساندن دیگران، این کار را انجام می‌دهند و یا با این کار می‌خواهند حقشان را از دیگران بگیرند؛ بنابراین افرادی که از سمت والدین طرد می‌شوند و توجه و محبت کافی را از سمت خانواده کسب نمی‌کنند، از جرح خویشتن بیشتری برخوردار هستند و از درد روان‌شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجانی بیشتر و از تاب‌آوری در برابر جرح خویشتن پایین‌تری برخوردارند. به عبارتی افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند، یعنی توانایی پذیرش هیجانات منفی خود را کمتر دارند، هیجانشان وضوح کمتری دارد، توانایی کاهش هیجان‌های منفی از راه رفتارهای مبتنی بر هدف کم‌تری دارند، راهبردهای تنظیم هیجان ناسالم‌تری دارند و رفتارهای تکانشی بیشتری در پاسخ به هیجان‌های منفی دارند، لذا درد ذهنی بیشتری را گزارش می‌کنند.

هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است. به‌هرحال در بطن خود یک مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. این محدودیت‌ها ممکن است بر سر راه پژوهش ظاهرشده و امر پژوهش را دچار مشکلاتی نموده و تعمیم نتایج را با دشواری مواجه کنند. در این پژوهش تمام داده‌ها به روش‌شناسی خودگزارش‌دهی و نمونه‌گیری در دسترس جمع‌آوری شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج آن احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود برای بدست‌آوردن داده‌های قابل‌اطمینان در ارائه مدل علاوه بر ترکیب طولی، محققان از طرح‌های آزمایشی استفاده کنند و از روش‌های ارزیابی شامل اقدامات مشاهده‌ای (به‌عنوان‌مثال؛ عبارات غیرکلامی، پاسخ‌های رفتاری)، فیزیولوژیکی (مانند پاسخ به استرس، تصویربرداری از مغز)، متغیرهای عصبانیت، شرم و

خودانتقادی، نشخوارفکری و احساس تنهایی برای ارزیابی عینی‌تر سازه‌های مربوطه به جرح‌خویشتن غیرخودکشی‌گرا استفاده کنند. سن ۱۲ تا ۲۰ سالگی مرحله رشدی انتقال از نوجوانی به بزرگ‌سالی است و مرحله اکتشاف در حوزه‌های مهم زندگی ازجمله افزایش استقلال از نقش‌های اجتماعی، انتظارات، کار، روابط عاشقانه و جهان‌بینی است، بنابراین آشنایی والدین با تغییرات روحی و روانی و سلامت ذهنی نوجوانان و مهارت‌های فرزندپروری بهتر و تعامل و عملکرد بهتر والدین با نوجوانان لازم و ضروری است. از سوی دیگر مداخلات بالینی برای بهبود رفتارهای والدین می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سازگاری بعدی نوجوان داشته باشد. آموزش والدین در محبت و پذیرش نوجوانان می‌تواند حداقل در ۴ مورد مهم در زمینه‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی مشکلات رفتاری، عملکرد مدرسه و رفتارهای اجتماعی آسیب‌زننده، باعث سازگاری نوجوان شود.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. آزمونگر به آزمودنی‌ها اطمینان داد که پاسخ‌های آن‌ها نزد محقق و به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند و اهمیت همکاری صادقانه آن‌ها با پژوهشگر در جهت کسب یافته‌های دقیق‌تر گوشزد شد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان این پژوهش که ما را یاری رساندند و مراکز سلامت، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته‌ی روان‌شناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۲ از آن دفاع شده است و نویسنده اول وظیفه گردآوری داده‌ها و نوشتار نسخه اولیه مقاله و نویسندگان همکار وظیفه

نظارت بر پژوهش، تأیید ابزارها، ویرایش مقاله، نظارت بر صحت انجام پژوهش، بازنگری مقاله و اعتبارسنجی پژوهش را بر عهده داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهارات نویسنده مسئول مقاله حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

ORCID
Ziba Mahdavi **https://orcid.org/0000-0003-0664-7932**
Ahmad Karbalaee **https://orcid.org/0000-0002-8743-9002**
Mohammad Meigouni
Hossein Rezabakhsh **https://orcid.org/0000-0001-7725-316X**

منابع

اشنایدمن، ادوین اس. (۱۳۹۲). *روان‌شناسی خودکشی (ذهن خودکشی‌گرا)*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. جلد اول، چاپ اول، تهران، انتشارات روان‌شناسی و هنر.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۸). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5*. آپدیت ۲۰۱۹. ترجمه مهدی گنجی، جلد دوم، چاپ دوم، تهران، انتشارات ساوالان.

بگیان‌کوله‌مرز، محمدجواد؛ کرمی، جهانگیر؛ مؤمنی، خدامراد و الهی، عادله. (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، سال هفتم، شماره ۱ (۲۵)، ص ۱۴۶ تا ۱۷۲.

بگیان‌کوله‌مرز، محمدجواد.، کرمی، جهانگیر.، مؤمنی، خدامراد و الهی، عادله. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری (CBASP) و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام کننده به خودکشی، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال نهم، شماره سی و چهارم، ص ۳۵ تا ۶۳.

خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محمود؛ حسین چاری، مهدی؛ و اردیسی، فروغ. (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات تنظیم هیجان. *فصلنامه علوم رفتاری*، دوره ۶، شماره ۱، ص ۸۷-۹۶.

خانی‌پور، حمید؛ برجعلی، احمد؛ گلزاری، محمود؛ حکیم شوشتری، میترا و فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۳). رابطه نقص کنترل تکانه و جرح خویشتن بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: اثر واسطه‌ای خود بی‌کفایت‌پنداری، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال بیستم، شماره ۴، ص ۳۳۹ تا ۳۴۸.

خانی‌پور، حمید؛ برجعلی، احمد و فلسفی‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۵). خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه‌ها و احتمال خودکشی. *فصلنامه افراد استثنایی*، سال ۶، شماره ۲۱، ص ۶۰-۷۸.

دریانورد، زینب؛ قنبری، سعید و پاکدامن، شهلا. (۱۳۹۷). مقایسه متغیرهای فردی و خانوادگی در دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان (بدون قصدخودکشی) و دانش‌آموزان فاقد رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون قصدخودکشی. *پایان‌نامه ارشد*

روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی.

رحیمی جلالوند، ندا و خسروپور، فرشید. (۱۳۹۶). تعیین رابطه بین ادراک طرد والدین و همدم‌طلبی و دوری‌گزینی با دشواری در تنظیم هیجانات دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان. *سومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.*

سیدموسوی، پریسا؛ مظاهری، علی و قنبری، سعید. (۱۳۹۴). پذیرش همسر و سازش‌یافتگی روان‌شناختی زنان: نقش تعدیل‌کننده پذیرش والدین. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، سال ۸، شماره ۳۲، ص ۳۷۳ -۳۸۳.

صادقی، خدیجه. (۱۳۹۶). بررسی فرآیند هیجانی آسیب به خود در بین نوجوانان با تجربه آسیب‌زنی به خود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

صفاری‌نیا، مجید.، نیکوگفتار، منصوره.، و نهاوندیان، ارمغان. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در نوجوانان اقدام کننده به رفتارهای خودآسیب‌رسان. *مجله پزشکی روان‌شناسی، سال ۴*، شماره ۱۵، ص ۱۴۱-۱۵۸.

عسگرپور، فاطمه؛ کربلایی‌محمدمیگونی، احمد و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای آسیب کودکی در رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و تنظیم شناختی انطباقی هیجان در کودکان کار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، سال ۹، شماره ۱، پیاپی ۳۳، ص ۱۲۱-۱۰۳.

کاظمی، زینب. (۱۳۹۸). رابطه نقص کنترل تکانه، بدتنظیمی هیجانی و استرس ادراک شده با جرح خویشتن در بین دانش‌آموزان متوسطه اردبیل. *پایان‌نامه ارشد*، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل.

محبی، زهرا؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا؛ قمری‌کیوی، حسین و خدابخشی‌کولایی، آناهیتا. (۱۴۰۰). تدوین و اعتباریابی روی‌آورد مداخله‌ای یکپارچه‌نگر برای خودآسیبی بدون خودکشی، دشواری تنظیم هیجان، رابطه مادر- دختری و افکار خودکار منفی دختران نوجوان. *ماهنامه علوم روان‌شناختی*،۱۲ (۲۰)، ۲۲۵۵-۲۲۶۸.

محمودنژاد، محبوبه؛ کربلایی‌محمدمیگونی، احمد، و ثابت، مهرداد. (۱۳۹۷). پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی و خشونت بین فردی در کودکان کار بر اساس آسیب کودکی، دشواری‌های

تنظیم هیجان و صفات سنگدلی- فقدان همدلی. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، سال ۲۵*، شماره ۱، ص ۲۲-۱.

میرزائیان، بهرام؛ ایزکیان، ساره و حسینی، سید حمزه. (۱۳۹۷). بررسی شیوع خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی، *مجله تعالی بالینی*، دوره ۸، شماره ۲، ص ۲۵-۱۴.

یانگ، جفری وکلوسکو، ژانت. (۱۳۹۸). *زندگی خود را دوباره بیافرینید*. مترجمان: حسن حمیدپور، الناز پیرمرادی و ناهید گلی‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

یزدخواستی، فریبا و قاسمی، سحر. (۱۳۹۰). رابطه بین شخصیت والدین و طرد پذیرش کودکان توسط آن‌ها. *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*،۱۲ (۷)، ص ۱۴۴-۱۳۱.

References

Allen, K. J., & Hooley, J. M. (2019). Negative Emotional Action Termination (NEAT): Support for a cognitive mechanism underlying negative urgency in nonsuicidal self-injury. *Behavior therapy*, *50*(5), 924-937.

Allen, K. J., Fox, K. R., Schatten, H. T., & Hooley, J. M. (2019). Frequency of nonsuicidal self-injury is associated with impulsive decision-making during criticism. *Psychiatry research*, *271*, 68-75.

Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569-575.

Bao, J., Wan,J.,Li, H.,& S, F. (2024). Psychological Pain and sociodemoggraphic factors classified suicide attempt and non-suicidal self-injury in adolescents.*Acta Psychologica,246;104271*

Becker, G., Orbach, I., Mikulincer, M., Iohan, M., Gilboa-Schechtman, E., & Grossman-Giron, A. (2019). Reexamining the mental pain–suicidality link in adolescence: the role of tolerance for mental pain. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49(4)*, 1072-1084.

Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Changes in negative affect following pain (vs. nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 62.

Buelens, T., Luyckx, K., Kiekens, G., Gandhi, A., Muehlenkamp, J. J., & Claes, L. (2020). Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *Journal of affective disorders*, *260*, 314-322.

Buser, T. J., Pertuit, T. L., & Muller, D. L. (2019). Nonsuicidal self-injury, stress, and self-differentiation. *Adultspan Journal*, *18*(1), 4-16.

Campos, R. C., Gomes, M,. Holden, R. R., Piteira, M., & Rainha, A. (2017). Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation?. *Death studies, 41(4),* 241-245.

Cawley, R., Pontin, E, E., Touhey, J., Sheehy, K., & Taylor, P,J. (2019). Whate is the relationship between rejection and self-harm or suicidality in adulthood? *J Affect Disord.* 1;242:123-134. Doi:10.1016/j.jad.2018.08.082.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, *44*(3), 371-394.

Chen, WL., & Chun, Ch. Ch. (2019). Association between Emotion Dysregulation and Distinct Groups of Non-Suicidal Self-Injury in Taiwanese Female Adolescents. *Int J Environ Res Public Health. 16(18):* 3361.

Claes, L., & Muehlenkamp, J. (201۴). The Relationship between the UPPS-P Impulsivity Dimensions and Nonsuicidal Self-Injury Characteristics in Male and Female High-School Students. *Psychiatry J.* 654847. PMID: 24236284. doi: 10.1155/2013/654847

Dawkins, J. C., Hasking, P. A., Boyes, M. E., Greene, D., & Passchier, C. (2019). Applying a cognitive-emotional model to nonsuicidal self-injury. *Stress and Health*, 35(1), 39-48.

De Beurs, D., Vancayseele, N., van Borkulo, C., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2018). The association between motives, perceived problems and current thoughts of self-harm following an episode of self-harm. A network analysis. *Journal of affective disorders*, *240*, 262-270.

Demirkol, M. E., Namlı, Z., & Tamam, L. (2019). Psychological Pain. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 11(2).

Demirkol, M. E., Gulec,H., Gulec, M.Z., Ozturk, S.A.,Ugur.K., & Tamam, L. (2020). Releiability and Validity of meee-bunney Psychological Pain assessment scale Turkish version. *Current psychology,39,1181-1188.*

Fox, K. R., O'Sullivan, I. M., Wang, S. B., & Hooley, J. M. (2019). Self-criticism impacts emotional responses to pain.Behavior therapy, *50(2),* 410-420.

Fox, K.R., Franklin, JC., Riberiro, JD., Kleiman, EM., Bentley, KH., & Nock, MK. (2015). Meta-Analysis of risk factors for non suicidal self-injury. *clin psychol Rev*. Doi:10.1016/j.cpr.2015.09.002.

Gandhi, A., Luyckx, K., Molenberghs, G., Baetens, I., Goossens, L., Maitra, S., & Claes, L. (2019). Maternal and peer attachment, identity formation, and non-suicidal self-injury: a longitudinal mediation

study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *13*(1), 1-11.

Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, *49*(4), 563-576.

Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Christou, P. A .(۲۰۱۸) .Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: Meta-analyses of community-based studies 1990-2015. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57, 733–741.

Glenn, C.R., Blumenthal, T.D., Klonsky, E.D., & Hajcak, G. (2011). Emotional reactivity in Non suicidal self-injury: Divergence between self-report and startle measures. *International Journal of Psychophysiology*, 80, 166-170.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive behaviour therapy*, *37*(1), 14-25.

Gratz, KL., & Romer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dyseregulation: Development, factor structure, and anitial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*;26(1):41-54.

Gromatsky, M. A., He, S., Perlman, G., Klein, D. N., Kotov, R., & Waszczuk, M. A. (2020). Prospective Prediction of First Onset of Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *59*(9), 1049-1057. Volume 72, 1-9

Guérin-Marion, C., Martin, J., Lafontaine, M. F., & Bureau, J. F. (2020). Invalidating caregiving environments, specific emotion regulation deficits, and non-suicidal self-injury. *Child Psychiatry & Human Development*, *51*(1), 39-47.

Gvion, Y., Horresh, N., Levi-Belz, Y., Fischel, T., Treves, I., Weiser, M., ... & Apter, A. (2014). Aggression–impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive psychiatry*, *55(1),* 40-50

Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2019). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A longitudinal examination among emerging adults. *Journal of adolescence*, *75*, 37-46.

Hasking, P., & Claes, L. (2020). Transdiagnostic mechanisms involved in nonsuicidal self-injury, risky drinking and disordered eating: Impulsivity, emotion regulation and alexithymia. *Journal of American college health*, *68*(6), 603-609.

Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive-emotional mode lof NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, *31*(8), 1543-1556.

Heath, N. L., Carsley, D., De Riggi, M. E., Mills, D., & Mettler, J. (2016). The relationship between mindfulness, depressive symptoms, and non-suicidal self-injury amongst adolescents. *Archives of Suicide Research*, *20*(4), 635-649.

Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury.*Clinical Psychological Science*, *6*(3), 428-451. Doi: 10.1177/2167702617745641.

Hooley, J. M., & St. Germain, S. A. (2014). Non-suicidal self-injury, pain, and self-criticism: does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury?. *Clinical Psychological Science*, *2*(3), 297-305.

Holden, R.R., Patterson, A.A., &Fekken, G.C. (2022). Childhood trauma and non-suicidal self-injury: mental pain and depression as mediators in university and community samples?. *Personality and individual differences*, *187*, 111414.

James, K. M., & Gibb, B. E. (2019). Maternal criticism and non-suicidal self-injury in school-aged children. *Psychiatry research*,*273*, 89-93.

Jenkins, A. L., & Schmitz, M. F. (2012). The roles of affect dysregulation and positive affect in non-suicidal self-injury.*Archives of Suicide Research*, *16*(3), 212-225.

Jollant, F., Voegeli, G., Kordsmeier, N. C., Carbajal, J. M., Richard-Devantoy, S., Turecki, G., & Cáceda, R. (2019). A visual analog scale to measure psychological and physical pain: a preliminary validation of the PPP-VAS in two independent samples of depressed patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *90*, 55-61.

Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2018). Adolescent NSSI and recovery: the role of family functioning and emotion regulation. *Youth & society*, *50*(8), 1056-1077.

Kiekens, G., Hasking, P., Nock, M. K., Boyes, M., Kirtley, O., Bruffaerts, R., ... & Claes, L. (2020). Fluctuations in affective states and self-efficacy to resist non-suicidal self-injury as real-time predictors of non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 214.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and*

behavioral assessment, *31*(3), 215-219

Klonsky, ED., & Glen, CR. (2011). Assessing the functions of non- suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury(ISAS). *Journal of Psychopathological behavior assessment*.31,215-219.

Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Grisaru, S., & Apter, A. (2018). When the pain becomes unbearable: case-control study of mental pain characteristics among medically serious suicide attempters.*Archives of Suicide Research*, *22*(3), 380-393.

Martin, J., Bureau, J. F,. Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M. F., & Cloutier, P. (2016). Familly- based risk factor for non- suicidal self-injury: considering influences of maltreatment, adverse family- life experiences, and parent- child relational risk. *Journal of Adolescence, 2016*,49: 170-180.

McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. *Psychopathology*, *47* (4), 207-219.

Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2016). Does suicidal desire moderate the association between frontal delta power and psychological pain?. *PeerJ*, *4*, e1538

Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: design and interpretation* (3rd Ed.). Sage publication.

Mohamadzadeh, A., Ganji, Z., Khosravani, V., Mohammadpanah Ardakan, A., & Amirinezhad, A. (2019). Direct and indirect associations between perception of childhood trauma and suicidal ideation through emotion dysregulation in males who use heroin. *Addictive Behaviors*. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.035

Muehlenkamp, J. J., Hilt, L. M., Ehlinger, P. P., & McMillan, T. (2015). Nonsuicidal selfinjury in sexual minority college students: A test of theoretical integration. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 1–8. https://doi.org/10.1186/s13034-015-0050-y.

Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: a path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(4), 944-951.

Nock, M. K. (2010). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83.

Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior*, 33(3), 219-30.

Peel-Wainwright, K. M., Hartley, S., Boland, A., Rocca, E., Langer, S., & Taylor, P. J. (2021). The interpersonal processes of non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-synthesis. *Psychology and*

Psychotherapy: theory, research and practice, *94*(4), 1059-1082

Perez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The difficulties in emotion regulation scal: factor structure and association with non-suicidal self-injury in adolescent inpatients.J. *Psychopathol Behav Assess*. 34(3),393-404.

Peterson, A. L., Chen, J. I., Karver, M. S., & Labouliere, C. D. (2019). Frustration with feeling: Latent classes of non-suicidal self-injury and emotion regulation difficulties. *Psychiatry research*, *275*, 61-70.

Plener, PL., Allroggen, M., Kapusta, ND., Brähler, E., Fegest, J M., & Groschwitz, RC. (2016). The prevalence of Non-suicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population.

Pompili, M., Goracci, A., Giordano, G., Erbuto, D., Girardi, P., Klonsky, E.D., & Baldessarini, R.J. (2015). Relationship of non- suicidal self-injury and suicide attempt: A psychopathological perspective. *Archive of suicide Reserch*, 17(4), 397-415.

Robinson, K., Garisch, J. A., Kingi, T., Brocklesby, M., O'Connell, A., Langlands, R. L., & Wilson, M. S. (2019). Reciprocal risk: The longitudinal relationship between emotion regulation and non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, *47*(2), 325-332.

Rohner, R. P. (2005a). Intimate partner Acceptance - Rejection/Control Questionnaire (IPAR/CQ): Test manual. In R. P. Rohner & A. Khaleque (Eds.), Handbook for the study of parental acceptance and rejection (4th ed., pp. 227 ۲۵۰–). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Sansone, R.A., Wiederman, m.W., & Sansone, L.A. (1998). The self-harm Inventory(SHI): development of scale for identifying self- destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical psychology*, 54,973-983.

Sim,L., Adran, M., Zeman, J.,Cassano, M., & Friedrich, W. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research OnAdolescence, 19,75-91*.

Smithee, L.C., Sumner, B.W., & Bean, R. A. (2019). Non-suicidal self-injury among sexual minority youth: An etiological and treatment overview. *Children and Youth Services Review.* 96, 212-219. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.11.055

Shneidman, ES. (1999). Conceptual contribution-the psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat Behavior*, 29(4),287-294.

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of Non suicidal self-injury in non-clinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and*

Life-Threatening Behavior, 44, 273–303. doi:10.1111/sltb.12070.

Tilton-Weaver, L., Marshall, S. K., & Svensson, Y. (2019). Depressive symptoms and non-suicidal self-injury during adolescence: Latent patterns of short-term stability and change.*Journal of adolescence*, *75*, 163-174.

Troister, T., D'Agata, M. T., & Holden, R.R. (2015). Suicidal risk screening: comparing The beck depression inventory-II, beck hopelessness scal, and psychache scale in undergradu-ates. *Psychological Assessment*. 27(4),1500-1506.

Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaet, M., Soenen, L., Audenaert, K (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research*. 181,141-144

Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 108. doi:10.3389/fpsyt.2016.00108

Wolff, JC., Thompson, E., Thomas, SA., Nesi J., Bettis, AH., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, EA., & Liu, RT. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*,59, 25-36.

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical psychology review*, *24*(1), 35-74.

Zelkowitz, R. L., Cole, D. A., Han, G. T., & Tomarken, A. J. (2016). The incremental utility of emotion regulation but not emotion reactivity in nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(5), 545-562.

استناد به این مقاله: مهدوی، زیبا.، کربلایی محمدمیگونی، احمد.، رضابخش، حسین. (۱۴۰۴). نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه با طردشدگی از سوی والدین و درد ذهنی در افراد مبتلا به جرح خویشتن، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۶(۶۲)، ۱۳۵-۱۷۰. DOI: 10.22054/qccpc.2025.79538.3310

Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.