



Formulation The Model of Self-Injurious Behaviors Based on The Experience of Childhood Trauma and Alexithymia with The Mediation of Metallization in Adolescents

Maryam Farjami¹, Zahra Farjami^{2*}, Aram Shakibaeinezhad³, Leila Paezy⁴

1. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
2. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
3. Master of Personality Psychology, Dezfoul Branch, Islamic Azad University, Khuzestan, Iran.
4. Master of Clinical Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Zahra Farjami, Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

E-mail: zahrafarjami90@gmail.com

Received: 13 Feb 2024

Accepted: 3 April 2024

Abstract

Introduction: The prevalence of Self-injury in adolescents is increasing and therefore it has become a widespread public health problem, and adolescents who self-harm are significantly at risk of suicidal thoughts and behavior. The present study was conducted with the aim of formulation of the model of self-injurious behaviors based on the experience of childhood trauma and alexithymia with the mediation of metallization in adolescents.

Methods: The present research was correlation-based on structural equations. The statistical population of the study was all teenagers in Tehran in 2023, among them 230 people were available for selection and Self-Harm Inventory (SHI), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-26 and AMOS-24 software were used.

Results: The results showed the direct effect of childhood trauma ($T=0.55$, $\beta=2.20$), alexithymia ($\beta=0.46$, $T=2.55$), metallization (confidence component) ($T=-9.58$, $\beta=-0.88$) and metallization (uncertainty component) ($T=-0.6$, $\beta=0.53$) were significant on self-injurious behaviors. In addition, the indirect effect of childhood trauma on self-injurious behaviors through metallization (confidence component) ($P<0.05$, $\beta=-0.41$). Moreover, metallization played a mediating role in the relationship between childhood trauma and alexithymia with self-injurious behaviors. The results also showed that the research variables explained a total of 71% of the variance of self-injurious behaviors.

Conclusions: Based on the findings of the research, it can be concluded that despite traumatic experiences in childhood and emotional dyslexia, teenagers will have the ability to regulate emotions if they acquire high psychological capacity and understanding and insight into their mental processes and self-control over internal processes. and they engage in self-harm behaviors less. Therefore, it is suggested to pay special attention to treatments based on emotion regulation and metallization to reduce self-harm behaviors in teenagers.

Keywords: Self-Injurious, Experience of Childhood Trauma, alexithymia, Metallization, Adolescents.



تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی براساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجیگری ذهنی سازی در نوجوانان

مریم فرجامی^۱، زهرا فرجامی^{۲*}، آرام شکیبایی نژاد^۳، لیلا پاییزی^۴

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
- ۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
- ۳- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، خوزستان، ایران.
- ۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: زهرا فرجامی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
ایمیل: zahrafarjami90@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵

چکیده

مقدمه: میزان شیوع خودآسیبی در نوجوانان در حال افزایش است و بنابراین به یک مشکل بهداشت عمومی گسترده تبدیل شده است و نوجوانانی که به خود آسیب می زنند به طور قابل توجهی خطر افکار و رفتار خودکشی را دارند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی براساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجیگری ذهنی سازی در نوجوانان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش تمام نوجوانان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند از میان آنها تعداد ۲۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه آسیب به خود (SHI)، پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)، پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) و پرسشنامه کنش وری تاملی (RFQ) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرم‌افزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثر مستقیم ترومای کودکی ($\beta = 0/55, T = 2/20$)، ناگویی هیجانی ($\beta = 0/46, T = 2/55$)، ذهنی سازی (مولفه اطمینان) ($\beta = -0/88, T = -9/58$) و ذهنی سازی (مولفه عدم اطمینان) ($\beta = -0/53, T = -6/08$) بر رفتارهای خودآسیبی معنادار بود. افزون بر این، ذهنی سازی در رابطه بین ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با رفتارهای خودآسیبی نقش میانجی داشت. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۷۱ درصد از واریانس رفتارهای خودآسیبی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: براساس یافته‌های پژوهش می توان نتیجه گرفت، نوجوانان علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی و ناگویی هیجانی در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود و کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی می کنند. لذا پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان و ذهنی سازی با هدف کاهش رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان توجه ویژه ای شود.

کلیدواژه‌ها: خودآسیبی، تجربه ترومای کودکی، ناگویی هیجانی، ذهنی سازی، نوجوانان.

مقدمه

دوره نوجوانی از حساس ترین و سرنوشت سازترین مراحل زندگی فرد و دوره ی گذر از کودکی به بلوغ و بزرگسالی است. نوجوانی دوره ای سرشار از تغییرات و چالش ها است، که با آگاهی افراد در این دوره می توان زمینه پیشرفت را ایجاد کرد و چالش ها را به فرصت بهینه برای پیشرفت تبدیل نمود (۱). یکی از آسیب هایی که نوجوانان با آن مواجه هستند، رفتارهای پرخطر خودجرحی یا خودآسیبی غیرخودکشی گرا (Non-suicidal self injury) است، که شیوع آنها در دوره نوجوانی از سایر دوره های سنی بالاتر است (۲). در واقع نوجوانان برای سرکوب حمایت از دست رفته با آسیب به خود به نوعی هیجانان خود را تخلیه می کنند و همین عامل زمینه ساز مشکلات بسیاری در این افراد است (۳). خودآسیبی (Self-injury) به عملی اطلاق می شود که در آن فرد به طور عمدی یا مکرر به بدن خود از طریق روش های مختلف (مانند بریدن پوست، چاقو زدن و ضربه زدن) بدون قصد خودکشی صدمه می زند (۴). با توجه به نقش عوامل روان شناختی در بروز رفتارهای آسیب به خود در سال های اخیر بهداشت روانی نوجوانان مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است (۵). رفتارهای خودآسیبی وقتی اهمیت پیدا می کنند که نوجوانان با سابقه خودآسیب رسانی با میزان ۷۷ درصد، حداقل یکبار و با میزان ۵۵ درصد، چندین بار اقدام به خودکشی داشته اند. خودآسیب رسانی جزء جدانشدنی خودکشی محسوب می شود چرا که مهم ترین ریسک فاکتور رایج در خودکشی کامل است (۶). نوجوانی دوره بسیار حساسی برای شروع رفتارهای خودآزاری مانند رفتارهای آشفته خوردن و افکار و رفتارهای خودکشی است که می تواند تأثیر مخربی بر زندگی نوجوانان داشته باشد (۷). به گفته دویی (Dube) و همکاران (۸)، یکی از عوامل آسیب پذیری مهم در ایجاد رفتارهای خودآسیبی، تجارب آسیب زا در دوران کودکی (childhood traumatic experiences) است. علاوه بر این، رفتارهای خودآسیبی نیز با فرآیندهای رشدی مانند شکل گیری هویت مرتبط است. مطالعات نشان داد که هویت نقش مهمی در ارتباط بین تروما و رفتارهای خودآسیبی در مطالعات غربی دارد (۹). طبق تئوری فروید (Freud)، یک رویداد ثانویه (later event) در زندگی بیمار می تواند باعث فعال سازی آسیب های اولیه وی

شود و یک تعارض یا مسئله حل نشده را دوباره بیدار کند. مفهوم عمل معوق فروید (deferred action)، به شیوه ای اشاره دارد که در آن یک رویداد ثانویه، ترومای اولیه (early trauma) را که از حافظه سرکوب (repressed) شده است، دوباره فعال می نماید. ترومای اولیه دوباره قابل دسترس می شود و می تواند پس از این نقش تاخیری محافظتی دوباره در ذهن بازنگری و منسجم گردد (۱۰). بر طبق این تئوری، آسیب های دوران کودکی می تواند به نوعی از طریق رویدادهای بعدی زندگی فعال شود. انواع تروماهای دوران کودکی از جمله سوء استفاده جسمی، روانی و هیجانی در دوران کودکی نشان دهنده نقص در رابطه دلبستگی (attachment) میان مراقبت کننده و کودک از طریق عدم وجود وابستگی احساسی و غفلت هیجانی و یا اعمال آشکار سوءاستفاده کلامی و احساسی است که باعث اختلالات روان شناختی کودک و مانع از توسعه بهنجار ظرفیت های اساسی مانند احساسات خودکارآمدی، خودکفایی و افزایش ظرفیت ذهنی سازی (mentalization) و تنظیم هیجان (Emotion regulation) می شود (۱۱). اشکال متنوع تجربیات آسیب زا و بدرفتاری های دوران کودکی با آسیب پذیری های روان شناختی مختلفی از جمله بزهکاری (delinquency)، افسردگی، افکار خودکشی، رفتارهای خودآسیبی و مشکلات شخصیتی در سال های بعدی زندگی همراه است (۱۲، ۱۳). شواهد پژوهشی نشان می دهند که تجارب آسیب زا نقش مهمی در اقدام به رفتارهای خودآسیبی ایفا می کنند که در بسیاری از موارد، رفتارهای خودآسیبی می تواند به عنوان راهی برای فرار از هیجانان طاقت فرسا و منفی مربوط به تروما عمل کند، به ویژه زمانی که راهبردهای مقابله ای سازگارتر در دسترس نباشد (۱۴، ۱۵).

علاوه بر تروماهای کودکی ناگویی هیجانی (Alexithymia) نیز از دیگر مکانیسم های مهم در زمینه اقدام به رفتارهای خودآسیبی است. عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عاملی خطر ساز برای بسیاری از اختلال های روان پزشکی است. ناگویی هیجانی، سازه ای است متشکل از دشواری در شناسایی احساس ها، توصیف آن ها و جهت گیری فکری بیرونی. این نارسایی مانع از تنظیم هیجان می شود و سازگاری موفقیت آمیز را مشکل می سازد (۱۶). بنابراین می توان ناگویی هیجانی را به عنوان یک نقص چند

دارند. روابط دلبستگی ایمن و ظرفیت والدین برای ذهنی سازی موجب افزایش توانایی ذهنی سازی کودکان می شود (۲۱). این ظرفیت ذهنی سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری (Impulsivity)، افزایش خودمهارگری (self-control) و بهبود روابط بین فردی می شود. افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می تواند در نتیجه ذهنی سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب شود، در واقع چون ذهنی سازی یک فرایند تکاملی و تحولی است (۲۰)، در صورتی که تجارب آسیب زای کودکی توسط فرد تجربه شده باشد، خودکنترلی و خود مهارگری و تنظیم هیجان در نتیجه ذهنی سازی در مسیر تکاملی و تحولی می تواند از شکل گیری پیامدهای روان شناختی مختلف مثل افسردگی و افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیبی تا حدی جلوگیری نماید. اما از سوی دیگر با توجه به اینکه پژوهش ها نشان داده اند که آسیب پذیری با سطح پایین ذهنی سازی ارتباط دارد و این سطح پایین ذهنی سازی باعث بدتنظیمی هیجانی شده و منجر به رفتارهای خودآسیب رسان می شود (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵).

میزان شیوع خودآسیبی در نوجوانان در حال افزایش است و بنابراین به یک مشکل بهداشت عمومی گسترده تبدیل شده است. براساس یک مطالعه فراتحلیلی که در سال ۲۰۱۸ انجام شد، شیوع خودآسیبی در طول زندگی ۱۶/۹ درصد با میانگین سنی شروع ۱۳ سال است و نوجوانانی که به خود آسیب می زنند به طور قابل توجهی خطر افکار و رفتار خودکشی را دارند (۲۶). در این راستا، از میان مسائل و مشکلات بهداشت عمومی و آسیب های اجتماعی، رفتارهای پرخطر از قبیل خودکشی و خودآسیبی از ناتوانی ها و معضلات عصر حاضر می باشند که نیاز به بررسی بیشتری دارند. همچنان که خودکشی و خودآسیبی با نشانه های روان پزشکی بسیاری در ارتباط هستند، لزوم ارزیابی گسترده و فراگیر عوامل خطر این رفتارها و بررسی هر چه بیشتر عوامل زیربنایی تاثیرگذار بر آن بر اهمیت و ضرورت پژوهش می افزاید. به طور کلی با پذیرفتن اصل پیشگیری به عنوان یک شیوه موثر در جلوگیری از رفتارهای پرخطر از قبیل خودآسیبی، شناسایی عوامل موثر بر گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر امری مهم و ضروری است که می-

بعدی در تشخیص و تنظیم عاطفه تصور کرد که ناشی از توانایی محدود برای شناسایی، توصیف و برقراری ارتباط با احساسات فرد است که به نوبه خود مشکلاتی را در خودتنظیمی عاطفی منعکس می کند (۱۷). رفتارهای خودآسیبی با تنظیم هیجان مرتبط است و ناگویی هیجانی یک نقص چند بعدی در تشخیص عاطفه و خودتنظیمی است (۱۸). افرادی که اقدام به خودآسیبی می کنند در شناسایی، توصیف، درک و بیان احساسات خود مشکلات بیشتری نشان می دهند که این امر آنها را در معرض خطر روی آوردن به راهبردهای ناسازگار مانند رفتارهای خودآسیبی و خودکشی (suicide) به عنوان راه هایی برای تنظیم این هیجانات قرار می دهد (۱۹). چندین مطالعه از فرضیه تنظیم هیجان خودآسیبی در بین نوجوانان حمایت می کنند. نوجوانان نمونه ها و سطوح مختلف آسیب شناسی روانی گزارش کردند که درگیر رفتار خودآسیبی برای تنظیم (معمولاً برای کاهش، اما گاهی اوقات برای افزایش) هیجانات هستند (۱۸، ۱۹). بنابراین رفتار خودآسیبی می تواند روشی خاص برای مقابله با پریشانی عاطفی در میان افرادی باشد که فاقد راهبردهای سازگارانه تر هستند زیرا منجر به کاهش فوری تنش می شود و به عنوان راهی برای رسیدن به تعادل روانی در بین این افراد عمل می کند (۱۹).

افراد علی رغم تجربیات آسیب زای ناگویی هیجانی در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود و کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی می کنند. ظرفیت ذهنی سازی (mentalizing capacity) که یک کارکرد بازتابی تلقی می شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی به دست می آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. ذهنی سازی به مثابه یک شکلی از تصویری است که به ما اجازه می دهد رفتار انسان را در اصطلاح حالت های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می شود (۲۰). براساس یافته ها و نظریه فوناگی (Fonagy) افراد دارای دلبستگی آشفته مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی سازی

تواند در کاهش اقدام به این رفتارها مفید باشد. لذا در پژوهش حاضر برای پیشگیری از عواقب ناخوشایند اقدام به خودآسیبی در نوجوانان نیاز به بررسی عوامل زیربنایی است که در اقدام به خودآسیبی نقش دارند. با بررسی این عوامل می توانیم در پیشگیری و کاهش وقوع این رفتارها در نوجوانان اقدامات موثری انجام داد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی براساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجیگری ذهنی-سازگی در نوجوانان انجام شد.

روش کار

روش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع روش های مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش تمام نوجوانان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. کلاین (Kline) (۲۷) معتقد است حداقل حجم نمونه برای مدل معادلات ساختاری ۲۰۰ قابل دفاع است، اما در این پژوهش برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم نمونه ۲۳۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه، نداشتن سابقه اعتیاد به مواد و بیماری روانی براساس پرونده سلامت، دامنه سنی بین ۱۲ تا ۱۵ سال بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه همکاری، و ناقص بودن و یا پاسخ دهی توأم با بی دقتی پرسشنامه ها بود. پرسشنامه ها توسط پژوهشگر بعد از هماهنگی با آموزش و پرورش و مدیر آموزشگاه، در اختیار مشارکت کنندگان در پژوهش قرار گرفت. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و دانش آموزانی که به هر دلیلی تمایلی به همکاری نداشتند، می توانستند پرسشنامه دریافت نکنند. به آزمودنی ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان در اختیار هیچ کسی قرار نخواهد گرفت و صرفاً به منظور همین پژوهش استفاده خواهد شد. در این پژوهش اصول رازداری و محرمانگی، رضایت آگاهانه و احترام به حقوق آزمودنی ها رعایت گردید. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-26 و SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه آسیب به خود (SHI) (Self-Harm Inventory)، پرسشنامه آسیب به خود یک پرسشنامه ۲۲ سوالی است که توسط سانسون (Sansone) و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است و به صورت بلی/خیر پاسخ داده می شود. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده اند مورد ارزیابی قرار می گیرند، مانند: سوء مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغلی به صورت عمدی. این پرسشنامه به منظور استفاده در جمعیت های روانپزشکی (۲۸) و جمعیت های غیرروانپزشکی (۲۸) طراحی شده است. مطالعه اعتبار این پرسشنامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه بندی دقیق ۰/۸۴ از پاسخ دهندگانی که براساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی واجد این اختلال به شمار می رفتند، در طبقه اختلال شخصیت مرزی گردید (۲۹). تحقیقات بعدی اعتبار همگرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی (۲۹)، افسردگی (۳۰)، و سابقه آزاردیدگی در کودکی (۳۱) نشان داده اند. در پژوهش طاهباز حسین زاده و همکاران (۳۲) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale)، پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی (Bagby) و همکاران (۳۳) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه سه زیر مولفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۳). ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در پژوهش هایی خارجی و داخلی بررسی و تایید شده است (۳۳، ۳۴). در مطالعه بشارت (۳۴) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید

مریم فرجامی و همکاران

قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۸۵. محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۰/۳۵). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۰/۳۳).

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire)، این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۰/۳۶). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۰/۳۷).

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire)، این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۰/۳۶). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۰/۳۷).

پرسشنامه کنش‌وری تاملی (Reflective Functioning Questionnaire)، این پرسشنامه توسط فونای (Fonagy) و همکاران در سال ۲۰۱۶ به منظور ارزیابی سازه ذهنی سازی تهیه شده است که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. روش نمره گذاری پرسشنامه که ۲۶ ماده دارد برای مولفه اطمینان (با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹) سوالات به صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و برای مولفه عدم اطمینان (با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) همان مواد به صورت برعکس نمره گذاری می شود. فونای و همکاران (۰/۳۸) ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷. در نمونه های غیر بالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را با روش آزمون-بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۴ و برای عدم اطمینان ۰/۷۵. برای مولفه اطمینان به دست آوردند. هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روای همگرایی آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۰/۳۹).

یافته ها

بر اساس داده های گردآوری شده ۶۵ نفر (۲۸/۳ درصد) ۱۲ ساله، ۵۵ نفر (۲۳/۹ درصد) ۱۳ ساله، ۵۵ نفر (۲۳/۹ درصد) ۱۴ ساله و ۵۵ نفر (۲۳/۹ درصد) ۱۵ ساله بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۱۳/۴۳ و ۱/۱۳۸ بود. همچنین ۶۵ نفر (۲۸/۳ درصد) پایه ششم، ۵۲ نفر (۲۲/۶ درصد) پایه هفتم، ۵۸ نفر (۲۵/۲ درصد) پایه هشتم و ۵۵ نفر (۲۳/۹ درصد) پایه نهم بودند.

جدول ۱. شاخص های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش (۲۳۰ نفر)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	آماره KS	مقدار احتمال
رفتار خودآسیبی	۱۱/۴	۲/۷۹	-۰/۰۷	-۱/۲۲	۰/۱۳	۰/۱۵
آزار عاطفی	۱۳/۲۱	۵/۰۷	-۰/۰۸	-۱/۴۱	۰/۱۲	۰/۲۰
آزار جنسی	۱۳/۴۳	۴/۸۷	-۰/۰۶	-۱/۴۸	۰/۲۰	۰/۱۰
آزار فیزیکی	۱۲/۴۸	۳/۹۷	-۰/۰۵۱	-۰/۵۸	۰/۲۱	۰/۰۸
غفلت عاطفی	۱۲/۷۸	۴/۸۳	-۰/۲۵	-۱/۳۳	۰/۱۴	۰/۳۳
غفلت جسمی	۱۱/۵۶	۳/۹۵	۰/۱۱	-۱/۲۹	۰/۱۹	۰/۱۷
نمره کل تجربه ترومای کودکی	۶۳/۴۵	۲۱/۲۳	-۰/۲۷	-۱/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۱
دشواری در شناسایی احساسات	۱۶/۴۱	۷/۴۶	-۰/۱۲	-۲/۰۲	۰/۳۱	۰/۱۲
دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۳۹	۶/۵۲	۰/۸۰	-۰/۶۲	۰/۳۹	۰/۰۸
تفکر عینی	۲۱/۴۰	۱۲/۰۱	۰/۷۶	-۰/۲۵	۰/۴۵	۰/۱۹
نمره کل ناگویی هیجانی	۵۱/۲۰	۲۵/۸۸	۰/۶۸	-۱/۴۰	۰/۸۶	۰/۱۱
اطمینان	۱۵/۶۴	۵/۳۷	۰/۸۱	-۱/۱۲	۰/۳۳	۰/۱۳
عدم اطمینان	۱۰/۷۳	۴/۰۵	۰/۱۳	-۱/۷۹	۰/۳۵	۰/۱۱

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی ها ۲۳۰ نفر بودند. پیش فرض های آماری مدل یابی معادلات ساختاری شامل بررسی حجم نمونه، نرمال بودن، استقلال خطاها و همخطی چندگانه، ماتریس همبستگی است که در ادامه به بررسی آنها پرداخته شده است. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد، به طوری که کلاین (۲۷) معتقد است برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است. از آنجایی که کل نمونه انتخاب شده در این پژوهش ۲۳۰ نفر است که نشان می دهد حجم نمونه پژوهش حاضر برای تخمین مدل فرضی مناسب است. همچنین از آنجایی که سطوح معناداری آماره های نرمال بودن کلموگروف اسمیرنوف در جدول ۱ بزرگ تر از ۰/۰۵ هستند ($P < ۰/۰۵$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال می باشند.

مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. از آنجا که مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است، می توان استقلال خطاها را پذیرفت. بنابراین می توان از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده کرد. همچنین نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین می توان نسبت به مفروضه ی عدم همخطی چندگانه اطمینان حاصل کرد. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است. در نهایت از آنجایی که یکی از مفروضات مهم در معادلات ساختاری وجود روابط همبستگی معنادار بین متغیرهاست در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

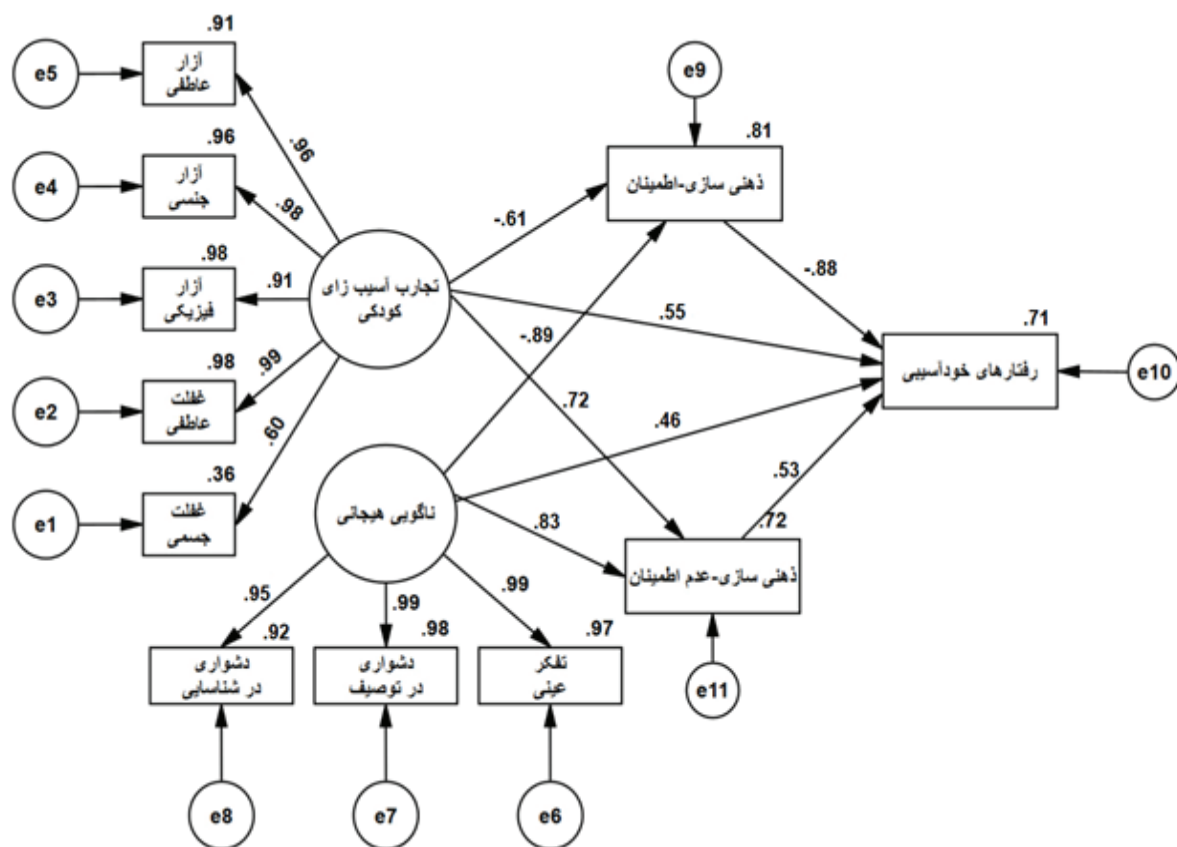
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱- رفتار خودآسیبی													
۲- آزار عاطفی	۰/۵۱**												
۳- آزار جنسی	۰/۴۹**	۰/۶۳**											
۴- آزار فیزیکی	۰/۴۰**	۰/۴۵**	۰/۵۴**										
۵- غفلت عاطفی	۰/۵۲**	۰/۴۷**	۰/۴۶**	۰/۵۶**									
۶- غفلت جسمی	۰/۶۲**	۰/۶۰**	۰/۶۵**	۰/۵۵**	۰/۶۱**								
۷- نمره کل تروما	۰/۶۲**	۰/۴۶**	۰/۴۱**	۰/۵۱**	۰/۶۸**	۰/۷۱**							
۸- دشواری در شناسایی	۰/۶۵**	۰/۴۵**	۰/۴۷**	۰/۵۸**	۰/۶۰**	۰/۶۸**	۰/۷۰**						
۹- دشواری در توصیف	۰/۶۰**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۵۲**	۰/۵۱**	۰/۶۴**	۰/۶۳**	۰/۷۷**					
۱۰- تفکر عینی	۰/۴۶**	۰/۴۰**	۰/۴۴**	۰/۵۳**	۰/۵۰**	۰/۶۵**	۰/۶۴**	۰/۶۸**	۰/۶۹**				
۱۱- نمره کل ناگویی	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۵۵**	۰/۵۴**	۰/۶۸**	۰/۶۷**	۰/۶۵**	۰/۶۶**	۰/۶۸**			
۱۲- اطمینان	-۰/۴۷**	-۰/۴۵**	-۰/۴۱**	-۰/۵۸**	-۰/۴۹**	-۰/۶۸**	-۰/۴۸**	-۰/۵۳**	-۰/۴۶**	-۰/۴۴**	-۰/۵۱**		
۱۳- عدم اطمینان	۰/۷۲**	۰/۵۲**	۰/۶۱**	۰/۶۲**	۰/۶۳**	۰/۵۲**	۰/۴۳**	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۴۱**	۰/۵۰**	-۰/۵۰**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

مستقیم و میانجی از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می شود.

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

که تجارب ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجی ذهنی سازی در مجموع ۷۱ درصد از واریانس رفتارهای خودآسیبی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل ساختاری در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می دهد. مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای رفتارهای خودآسیبی بر اساس تجارب ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی ذهنی سازی برابر با ۰/۷۱ بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است

جدول ۳. شاخص های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۵۲/۶۱۳	-
	درجه آزادی (DF)	۳۹	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df یا $CMIN/df$	۱/۳۴۹	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳۶	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۴۰	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۴۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳۸	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۹۱	بیشتر از ۰/۹۰

مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس جدول ۳ مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۳۶ می باشد که نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در رفتارهای خودآسیبی پرداخت.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳ استفاده شده است. همچنین شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب

جدول ۴. شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	p
ترومای کودکی	رفتارهای خودآسیبی	۰/۵۵	۰/۵۳	۰/۰۶	۲/۲۰	۰/۰۰۴
ناگویی هیجانی	رفتارهای خودآسیبی	۰/۴۶	۰/۴۱	۰/۰۲	۲/۵۵	۰/۰۰۳
اطمینان	رفتارهای خودآسیبی	-۰/۸۸	-۰/۴۶	۰/۰۹	-۹/۵۸	۰/۰۰۱
عدم اطمینان	رفتارهای خودآسیبی	۰/۵۳	۰/۴۳	۰/۰۴	-۶/۰۸	۰/۰۰۱

رفتارهای خودآسیبی ($\beta = -0/88, T = -9/58$) و مسیر مستقیم متغیر عدم اطمینان بر رفتارهای خودآسیبی ($T = -6/08$)، معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی $(+1/96, -1/96)$ قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم متغیر ترومای کودکی بر رفتارهای خودآسیبی ($\beta = 0/55, T = 2/20$)، مسیر مستقیم متغیر ناگویی هیجانی بر رفتارهای خودآسیبی ($\beta = 0/46, T = 2/55$)، مسیر مستقیم متغیر اطمینان بر

جدول ۵. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	اطمینان	رفتارهای خودآسیبی	-۰/۴۱	-۰/۴۱	-۰/۵۵	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	عدم اطمینان	رفتارهای خودآسیبی	۰/۴۳	۰/۳۷	۰/۴۲	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	اطمینان	رفتارهای خودآسیبی	-۰/۵۲	-۰/۳۲۱	-۰/۳۵	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	عدم اطمینان	رفتارهای خودآسیبی	۰/۶۲	۰/۴۱	۰/۷۱	۰/۰۰۱

کند. بعد از احساس خشم به موضوع عشق، احساس گناه شدیدی در کودک ایجاد می شود که برای محافظت از بقای خود و موضوع عشق خود، آن خشم را به سوی خودش با خودتنبیه گری و خودتخریب گری می گرداند (۴۱). از سویی دیگر، افراد علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود و کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی می کنند (۲۰). در واقع چون ذهنی‌سازی یک فرایند تکاملی و تحولی است (۲۰)، در صورتی که تجارب آسیب‌زای کودکی توسط فردی تجربه شده باشد، خودکنترلی و خود مهارگری و تنظیم هیجان در نتیجه ذهنی‌سازی در مسیر تکاملی و تحولی می تواند از شکل‌گیری پیامدهای روان‌شناختی مختلف مثل افسردگی و افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیبی تا حدی جلوگیری نماید. اما از سوی دیگر با توجه به اینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آسیب‌پذیری با سطح پایین ذهنی‌سازی ارتباط دارد و این سطح پایین ذهنی‌سازی باعث بدتنظیمی هیجانی شده و منجر به رفتارهای خودآسیب‌رسان می شود (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی هیجانی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق ذهنی‌سازی بر رفتارهای خودآسیبی نوجوانان تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های سروتی (Cerutti) و همکاران (۱۸)؛ بوردالو و کاروالیو (Bordalo and Carvalho) (۱۹)؛ نورمن و بوریل (Norman and Borrill) (۴۲) و لاگی (Laghi) و همکاران (۴۳) همسو می باشد. در تبیین این یافته‌ها می توان گفت نوجوانان مبتلا به ناگویی هیجانی در تشخیص و بیان احساسات خود مشکل دارند، ممکن است احساسات خود را سرکوب کنند یا از آن فرار کنند، این رفتار، خطر افسردگی را افزایش می دهد، افسردگی هم شامل احساسات منفی و هم بی‌حسی می شود که خودآسیبی ممکن است برای کاهش آنها مفید باشد (۴۴)، اگرچه این تسکین کوتاه مدت است و علائم

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه‌گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر رفتارهای خودآسیبی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($b = -0.41, P < 0.05$). اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر رفتارهای خودآسیبی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ($P < 0.05, b = 0.43$). اثر غیرمستقیم متغیر ناگویی هیجانی بر رفتارهای خودآسیبی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($b = -0.52, P < 0.05$). اثر غیرمستقیم متغیر ناگویی هیجانی بر رفتارهای خودآسیبی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ($b = 0.62, P < 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی براساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری ذهنی‌سازی در نوجوانان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که تجارب آسیب‌زای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق ذهنی‌سازی بر رفتارهای خودآسیبی نوجوانان تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های کلیمسترا (Klimstra) و همکاران (۹)؛ اسپینازولا (Spinazzola) و همکاران (۱۱)؛ پین و کوهن (Pine and Cohen) (۱۲) و ناک (Nock) و همکاران (۱۴) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می توان گفت تجربه ترومای کودکی می تواند روند شکل‌گیری مهارت‌های سازگارانه در سطوح مختلف کارکردی را مختل کند که خود می تواند به رفتارهای جبرانی و ناسازگارانه ختم شود. با توجه به اینکه تجربه ترومای کودکی ظرفیت پردازش عاطفی را مختل می کند به نظر می رسد که خودآسیبی به عنوان راهبردی جبرانی جهت بازگرداندن یا به دست آوردن قابلیت تنظیم هیجان مفهوم پردازی می شود (۴۰). در این راستا، براساس نظریه روان‌پوشی کودک بعد از تجربه ترومای دلبستگی و تجربه درد و غم عمیق هیجانی، خشم ویرانگری نسبت به مراقب اولیه خود احساس می

افسردگی احتمالاً دوباره عود می‌کند. بنابراین، فرد ممکن است افسرده تر شود و در تلاش برای تسکین افسردگی و تقویت تداوم آن رفتار خودآسیبی را انجام دهد (۴۵). همچنین افراد دارای ناگویی هیجانی مشکلاتی در خودتنظیمی هیجانی دارند که مانع ایجاد تکانه های هیجانی، سازگاری هیجانی و یا پاسخ های مقابله ای موثر می‌شود (۴۶). مطابق با مدل آبشار هیجان، هنگامی که شدت هیجانات منفی و نشخوارهای فکری به یک وضعیت غیرقابل تحمل فزونی یابد، نقصانی را در راهبردهای موثر تنظیم هیجان وارد می‌کند که این دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانات و عدم وجود رفتار هدفمند در سوق دادن فرد به سوی رفتارهای پرخطر از قبیل خودکشی و خودآسیبی موثر است (۴۷). از سویی دیگر، بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین‌فردی و افزایش اطمینان در نتیجه روابط دلبسته ایمن موجب می‌شود که افراد در شرایط استرس زا از مکانیسم‌های پخته‌تر استفاده کنند و توانایی تنظیم هیجان را داشته باشند؛ لذا وجود ظرفیت ذهنی‌سازی، بعدها تاب‌آوری (Resilience) نوجوانان را بالا برده و آنها را در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی محافظت می‌نماید. اما هرگونه آسیب به دلبستگی، غفلت و تجربیات آزردهنده، و عدم اطمینان به نمادهای دلبستگی (Attachment figure) فرد را در برابر شرایط تروماتیک و استرس‌زای بعدی آسیب‌پذیر می‌نماید و این در بروز و پیدایش بیماری‌ها و تیپ‌های شخصیتی نوروتیک نقش به‌سزایی دارد. به عبارت دیگر عدم ظرفیت ذهنی‌سازی (عدم اطمینان) با عدم تاب‌آوری و ناتوانی در بکارگیری راهبردهای موثر ارتباط دارد و نوجوانان را در برابر مشکلات روان‌پزشکی از جمله افسردگی و افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیبی آسیب‌پذیر می‌سازد (۲۲،۲۳). به طور کلی افراد دارای دلبستگی نایمن اجتنابی (avoidant) و دوسوگرا (ambivalent) ظرفیت ذهنی‌سازی پایین‌تری کسب می‌کنند و این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم عواطف، هیجانات منفی و شکل‌گیری علائم افسردگی را به همراه دارد اما افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه ایجاد می‌شود، به عبارتی افراد قادر می‌شوند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مشترک موثر استرس و نامالایمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند، اما بدون ذهنی‌سازی قوی، مشکل در تعاملات، تقابل در روابط و احساس امنیت نمی‌توانند وجود داشته باشد. بنابراین این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم هیجان، عدم درک مشترک، انزواگرینی و سرانجام شکل‌گیری علائم افسردگی و رفتارهای

پرخطر از قبیل خودکشی و خودآسیبی را به همراه دارد (۴۸).

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق ذهنی‌سازی رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به اینکه تجربه ترومای کودکی ظرفیت پردازش عاطفی را مختل می‌کند به نظر می‌رسد که خودآسیبی به عنوان راهبردی جبرانی جهت بازگرداندن یا به دست آوردن قابلیت تنظیم هیجان مفهوم‌پردازی می‌شود. همچنین افراد دارای ناگویی هیجانی مشکلاتی در خودتنظیمی هیجانی دارند که مانع ایجاد تکانه های هیجانی، سازگاری هیجانی و یا پاسخ های مقابله ای موثر می‌شود، که متعاقباً منجر به اقدام رفتارهای خودآسیبی می‌شود. از سویی دیگر، نوجوانان علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی و ناگویی هیجانی در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان‌شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود و کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود به درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی با هدف کاهش رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان توجه ویژه‌ای شود. پیشنهاد می‌شود سایر متغیرهای روان‌شناختی از قبیل متغیرهای شناختی، هیجانی و شخصیتی مرتبط با رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان مورد بررسی قرار گیرد. در زمینه محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن اشاره کرد، از آنجایی که مطالعه مبتنی بر همبستگی است، بنابراین نتیجه‌گیری و استنباط از این مطالعه نیز باید براساس روابط همبستگی صورت گیرد نه براساس روابط علت و معلولی؛ همچنین در پژوهش حاضر از مقیاس‌های خودگزارشی استفاده شده است. این پژوهش بر روی نوجوانان شهر تهران انجام شده است و از تعمیم آن به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت نموده‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Aizpitarte A, Atherton OE, Zheng LR, Alonso-Arbiol I, Robins RW. Developmental precursors of relational aggression from late childhood through adolescence. *Child development*. 2019 Jan;90(1):117-26. <https://doi.org/10.1111/cdev.13166>
2. Daly C, Griffin E, Corcoran P, Webb RT, Ashcroft DM, Perry IJ, Arensman E. A national case fatality study of drugs taken in intentional overdose. *International Journal of Drug Policy*. 2020 Feb 1;76:102609. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102609>
3. Rashidiasl H, Kukli M, Mirkhani SR, Shahani S. The role of empirical avoidance and difficulty in regulating emotion in predicting self-harm behaviors in adolescent girls with a history of running away from home. *Rooyesh-e-Ravanshenasi journal (RRJ)*. 2021 Jan 10;9(11):35-44.
4. Nock MK. Self-injury. *Annual review of clinical psychology*. 2010 Apr 27;6:339-63. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
5. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010 Mar;39:259-69. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9465-1>
6. Majid M, Tadros M, Tadros G, Singh S, Broome MR, Upthegrove R. Young people who self-harm: a prospective 1-year follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016 Feb;51:171-81. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1149-4>
7. Pearson N, Griffiths P, Biddle SJ, Johnston JP, Haycraft E. Individual, behavioural and home environmental factors associated with eating behaviours in young adolescents. *Appetite*. 2017 May 1;112:35-43. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.001>
8. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*. 2001 Dec 26;286(24):3089-96. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
9. Klimstra TA, van Doeselaar L. Identity formation in adolescence and young adulthood. In *Personality development across the lifespan* 2017 Jan 1 (pp. 293-308). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804674-6.00018-1>
10. Eickhoff FW. On Nachträglichkeit: The modernity of an old concept. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2006 Dec 1; 87(6):1453-69. <https://doi.org/10.1516/EKAH-8UH6-85C4-GM22>
11. Spinazzola J, Van der Kolk B, Ford JD. When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of traumatic stress*. 2018 Oct; 31(5):631-42. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
12. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002; 51:519-31. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01352-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01352-X)
13. Rutter M, Maughan B. Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. *J Pers Disor* 1997; 11:4-18. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.4>
14. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*. 2013 Mar 1;70(3):300-10. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
15. Smyth JM, Hockemeyer JR, Heron KE, Wonderlich SA, Pennebaker JW. Prevalence, type, disclosure, and severity of adverse life events in college students. *Journal of American College Health*. 2008 Jul 1;57(1):69-76. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.1.69-76>
16. Fietz J, Valencia N, Silani G. Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2018 Aug; 24(4):901-8. <https://doi.org/10.1111/jep.12961>
17. Bordalo F, Carvalho IP. The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression-A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2022 Jan 15;297:130-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.029>

18. Cerutti R, Zuffianò A, Spensieri V. The role of difficulty in identifying and describing feelings in non-suicidal self-injury behavior (NSSI): associations with perceived attachment quality, stressful life events, and suicidal ideation. *Frontiers in psychology*. 2018 Mar 13;9:318. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00318>
19. Bordalo F, Carvalho IP. The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression-A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2022 Jan 15;297:130-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.029>
20. Bateman AW, Fonagy PE. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
21. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS one*. 2017 May 4; 12(5):e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
22. Chana SM, Wolford-Clevenger C, Faust A, Hemberg J, Ramaswamy M, Cropsey K. Associations among betrayal trauma, dissociative posttraumatic stress symptoms, and substance use among women involved in the criminal legal system in three US cities. *Drug and alcohol dependence*. 2021 Oct 1; 227:108924. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108924>
23. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: the mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2022 Oct 1; 132:105815. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105815>
24. Shams S, Ghelichkhan N, yousefi N, alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *IJPN* 2022; 10 (1):106-121.
25. Tahmasebiashtiani E, Vatankhah Amjad F, karimgholipour N, Soleimani H. The effectiveness of mentalization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy and suicidal ideation in people with major depressive disorder. *IJPN* 2022; 10 (2):85-97
26. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguita A, Villasis-Keever M, Reebye P, Christou E, Al Kabir N, Christou PA. 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*. 2018 Oct 1;57(10):733-41. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
27. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications; 2023 May 24.
28. Sansone RA, Sansone LA, Fine MA. The relationship of obesity to borderline personality symptomatology, self-harm behaviors, and sexual abuse in female subjects in a primary-care medical setting. *Journal of Personality Disorders*. 1995 Sep;9(3):254-65. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.3.254>
29. Sansone RA, Gage MD, Wiederman MW. Investigation of borderline personality disorder among nonpsychotic, involuntarily hospitalized clients. *Journal of Mental Health Counseling*. 1998 Apr 1;20(2):133.
30. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA, Touchet B. An investigation of primary care patients on extended treatment with SSRIs. *Am J Manag Care*. 1998;4:1721-3.
31. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality disorder and health care utilization in a primary care setting. *Southern medical journal*. 1996;89(12):1162-5. <https://doi.org/10.1097/00007611-199612000-00006>
32. Tahbaz Hoseinzadeh S, Ghorbani N, Nabavi SM. Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people. *Contemporary psychology*. 2011;6(2):35-44.
33. Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
34. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
35. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia

- Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20. <https://doi.org/10.2466/PR0.101.5.209-220> <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
36. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
 37. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98.
 38. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
 39. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 12(1): 1-12.
 40. Lang CM, Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2011 Jan;12(1):23-37. <https://doi.org/10.1177/1524838010386975>
 41. Razavi P, Abed N. The mediating role of immature defense mechanisms in relation between childhood trauma and self-destructive characteristics. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2023 Aug 10;12(5):173-82.
 42. Norman H, Borrill J. The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian journal of psychology*. 2015 Aug;56(4):405-19. <https://doi.org/10.1111/sjop.12217>
 43. Laghi F, Terrinoni A, Cerutti R, Fantini F, Galosi S, Ferrara M, Bosco FM. Theory of mind in non-suicidal self-injury (NSSI) adolescents. *Consciousness and cognition*. 2016 Jul 1;43:38-47. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.05.004>
 44. Klonsky ED, Glenn CR. 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*. 2009 Sep;31:215-9. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
 45. Tang, WC., Lin, MP., Wu, JYW. et al. (2022). The mediating role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 16, 43. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00477-8>
 46. Aslanifar L, Sodagar S, Bahrami Hidaji M. Mediation role of cognitive regulation in predicting rumination based on distress tolerance in patients undergoing methadone maintenance therapy. *Advances in Cognitive Sciences* 2019; 21 (2) :41-51. <https://doi.org/10.30699/icss.21.2.41>
 47. Turton H, Berry K, Danquah A, Pratt D. The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *Journal of affective disorders reports*. 2021 Jul 1;5:100136. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100136>
 48. Babaei S, Manesh MN, Abouzari F, Karami S. The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)* Original Article. 2023 Feb;10(6).