



Modeling Non-Suicidal Self-Injury Based on Impulsivity and Dissociative Experiences with the Mediation of Metallization in adults

Hanieh Abbasi¹, Fatemeh Zamani Samani², Amin Daraei³, Ali Sayadi^{4*}

1. Master Student of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Master of Clinical Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

4. Master of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Ali Sayadi, Master of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: Sayadi20200@gmail.com

Received: 20 April 2024

Accepted: 28 Oct 2024

Abstract

Introduction: non-suicidal self-injury is one of the problems of today's world and in addition to physical injuries, it is also related to mental disorders and suicide. In this regard, the present study was also conducted to investigate the relationship between impulsivity and dissociative experiences with non-suicidal self-injury with the mediation of mentalization in adults.

Methods: The descriptive-correlation research method was based on structural equations. The study's statistical population was made up of all the adults of Tehran in 2023. 350 people were selected by convenience sampling. The research tools were the Barratt Impulsiveness Scale, Dissociative Experiences Scale, Reflective Functioning Questionnaire, and Self-Harm Inventory. Pearson correlation, structural equation modeling, SPSS version 23, and AMOS version 24 software were used for data analysis.

Results: The results showed that the research model is a good fit. Coefficients of direct paths of impulsivity ($T= 2.74$, $\beta= 0.34$), analytical experiences ($T= 3.78$, $\beta= 0.35$), certainty ($T= -0.38$, $\beta= -0.54$), and uncertainty ($\beta= 0.53$, $T= 2.96$) on non-suicidal self-injury were significant. Also, the indirect coefficients of impulsivity variables and dissociative experiences on non-suicidal self-injury were significant through the mediating role of mentalization. In general, impulsivity and dissociative experiences with the mediation of certainty and uncertainty explained a total of 62% of the variance of non-suicidal self-injury.

Conclusions: The results of this study show the importance of the mediating role of mentalization in the relationship between dissociative experiences and impulsivity with non-suicidal self-injury. Therefore, interventions that target non-suicidal self-injury intent may need to increase the mentalizing capacity to reduce dissociation, and impulsivity and consequently prevent self-injury.

Keywords: Non-suicidal self-injury, Dissociation, Impulsivity, Mentalization.



مدل یابی خودآسیبی بدون قصد خودکشی بر اساس تکانشگری و تجارب تجزیه ای با میانجیگری ذهنی سازی در بزرگسالان

حانیه عباسی^۱، فاطمه زمانی سامانی^۲، امین دارایی^۳، علی صیادی^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: علی صیادی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ایمیل: Sayadi20200@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱

چکیده

مقدمه: خودآسیبی بدون قصد خودکشی یکی از معضلات جهان امروز است و علاوه بر صدمات جسمی با اختلالات روانی و خودکشی نیز مرتبط است. در این راستا، مطالعه حاضر نیز با هدف بررسی رابطه بین تکانشگری و تجارب تجزیه ای با خودآسیبی بدون قصد خودکشی با میانجیگری ذهنی سازی در بزرگسالان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش توصیفی - همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بزرگسالان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، ۳۵۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه تکانشگری بارت، مقیاس تجارب تجزیه ای، پرسشنامه کنش وری تأملی و پرسشنامه آسیب به خود. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب مسیرهای مستقیم مسیر تکانشگری $(\beta = 0.34, T = 2.74)$ ، تجارب تجزیه ای $(\beta = 0.35, T = 3.78)$ ، اطمینان $(\beta = -0.38, T = -5.42)$ و عدم اطمینان $(\beta = 0.53, T = 2.96)$ بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی معنادار بودند. همچنین ضرایب غیرمستقیم متغیرهای تکانشگری و تجارب تجزیه ای بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی از طریق نقش میانجیگری ذهنی سازی معنادار بودند. به طور کلی تکانشگری و تجارب تجزیه ای با میانجیگری اطمینان و عدم اطمینان در مجموع ۶۲ درصد از واریانس خودآسیبی بدون قصد خودکشی را تبیین نمودند. **نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان از اهمیت نقش میانجیگری ذهنی سازی در رابطه بین تجارب تجزیه ای و تکانشگری با خودآسیبی بدون قصد خودکشی است. بنابراین مداخلاتی که خودآسیبی بدون قصد خودکشی را هدف قرار می دهد ممکن است، نیاز به افزایش ظرفیت ذهنی سازی با هدف کاهش تجزیه، تکانشگری و به تبع بازداري از خودآسیبی داشته باشد. **کلیدواژه ها:** خودآسیبی بدون قصد خودکشی، تجزیه، تکانشگری، ذهنی سازی.

مقدمه

خودآسیبی بدون قصد خودکشی (Non-suicidal self-injury) یکی از نگران کننده ترین مشکلات سلامت روان در سال های اخیر است (۱). خودآسیبی شامل اعمال خودجراحی عمدی و آگاهانه بدون قصد خودکشی است. این رفتارها می توانند باعث آسیب فیزیکی به بافت بدن شود و شامل رفتارهایی مانند بریدن، خراشیدن، گاز گرفتن، سوزاندن و ضربه زدن به خود است (۲). تخمین شیوع خودآسیبی در جمعیت های غیر روان پزشکی در محدوده ۴ تا ۲۲ درصد در میان بزرگسالان، ۵/۴۶ تا ۱۴ درصد در میان نوجوانان و ۱۱۲ تا ۳۹ درصد در میان دانشجویان گزارش شده است. به علاوه فرض شده است که خودآسیبی به ویژه در جمعیت های جوان تر به طور فزاینده ای شیوع پیدا می کند (۳). خودآسیبی بدون قصد خودکشی بحث داغی در مورد اینکه چرا برخی افراد درگیر اعمال خودآسیبی می شوند اما برخی دیگر این کار را نمی کنند، برانگیخته است. به علاوه خودآسیبی با چندین مشکل سلامت روان (از جمله افسردگی، اقدام به خودکشی، اختلالات خوردن) همراه است. این بحث نگرانی را درباره ارائه شواهدی جهت تدوین اقدامات پیشگیرانه هدفمند برای افراد گرفتار رفتارهای خودآسیبی ایجاد کرده است (۴). بنابراین ارزیابی و کاوش مکانیسم های منجر به خودآسیبی در بزرگسالان ضرورت دارد.

کارکرد خودآسیبی به یک موضوع مهم در پژوهش های اخیر تبدیل شده است. کارکردهای اصلی خودآسیبی شامل تنظیم هیجان، تنظیم بین فردی (interpersonal regulation)، ضد تجزیه (anti-dissociation) و خودتنبیهی است (۵). نظریه و تحقیقات اخیر نشان می دهد که تکانشگری ممکن است یک پیش بینی کننده مهمی برای خودآسیبی بدون قصد خودکشی باشد. به طور کلی اصطلاح تکانشگری برای توصیف انواع ویژگی های شخصیتی مربوط به عدم برنامه ریزی یا پیش اندیشی، عدم تداوم کار و تمایل به رفتار عجولانه به ویژه در زمینه احساسات منفی استفاده شده است (۶). با توجه به مدل انگیزشی ارادی رفتار خودکشی (motivational volitional model of suicidal behavior) (۷)، تشدید افکار و رفتار خودآسیبی ممکن است به ویژه در بین افراد با تکانشگری بالا (بدون فکر یا برنامه ریزی عمل) مشهود باشد. تکانشگری ممکن است احتمال اینکه فرد درگیر خودآسیبی بدون قصد خودکشی شود را افزایش دهد (۸). افرادی که بدون فکر کردن، سریع عمل می-

کنند ممکن است کمتر پیامدهای درازمدت درگیر شدن در رفتارهای خودآسیبی (مانند ترساندن، انگ زدن، افزایش خطر برای رفتار خودکشی) سبب بازداری آنها شود و بنابراین احتمال بیشتری دارد که براساس اضطراب تکانشی عمل کنند (۹). تحقیقات نشان می دهد که این افراد ممکن است به دلایل مختلفی مانند خودتنبیهی، تنظیم هیجان، وابستگی بین فردی و هیجان طلبی درگیر رفتارهای خودآسیبی شوند (۹، ۱۰)؛ بنابراین افراد بسیار تکانشی نیز ممکن است این مزایای بالقوه را بیش از عواقب بعدی رفتار در اولویت قرار دهند.

علاوه بر تکانشگری، تجزیه (Dissociation)، ارتباط مثبتی با خودآسیبی دارد (۳). تجزیه منعکس کننده اختلال در کارکردهای غالباً یکپارچه آگاهی، حافظه، هویت، عاطفه، ادراک و بازنمایی بدن است (۱۱). تجزیه یک فرآیند ذهنی است که به فرد اجازه می دهد تا با جدا کردن افکار، خاطرات و احساسات بسیار نامنسجم یا طاقت فرسا، رویدادهای ناراحت کننده را تحمل کند. پاسخ های تجزیه ای (مانند فراموشی تجزیه ای، بی حسی عاطفی و مسخ شخصیت) نشان دهنده راهبردی است که برای کاهش آگاهی از احساسات ناراحت کننده استفاده می شود (۱۲). خودآسیبی نیز به عنوان شیوه ای برای خروج یا پایان دادن به حالت های تجزیه ای درک شده است (۱۳). درواقع خودآسیبی ممکن است تلاشی برای بهبود یا اجتناب از تجارب ناخوشایند بی حسی و مسخ شخصیت باشد. فرض شده است خودآسیبی به عنوان یک عمل خودتنبیهی در بین افراد با ویژگی های تجزیه ای رخ می دهد (۱۳). به طور کلی افرادی که تجزیه را تجربه می کنند از خودآسیبی به عنوان وسیله ای برای ایجاد احساساتی استفاده می کنند که به نوبه خود به آنها کمک می کند تا از تجربیات تجزیه ای و احساس پوچی فرار کنند (۱۴).

تعداد زیادی از نظریه ها در مورد مکانیسم های روان شناختی زمینه ای و میانجی جهت ترسیم دقیق تر خودآسیبی به عنوان یک چالش روان شناختی وجود دارد (۱۵). در این مطالعه فرض بر این است که ذهنی سازی می تواند میانجی رابطه بین خودآسیبی با تکانشگری و تجزیه باشد. ذهنی سازی (Mentalization) شکلی از فعالیت ذهنی در مورد خود و دیگران یعنی فهم و تفسیر رفتار انسان در وضعیت ذهنی آگاهانه (مثل نیازها، آرزوها، احساسات، باورها، اهداف، مقاصد و دلایل) است. ذهنی سازی برای اولین بار توسط فوناگی (Fonagy) در سال ۱۹۸۹ به طور

و تحقیقات پیشین ما دو فرضیه زیر را در نظر داریم: (۱) ذهنی سازی واسطه ارتباط بین تکانشگری و خودآسیبی است. (۲) ذهنی سازی واسطه ارتباط بین تجارب تجزیه‌ای و خودآسیبی است. بنابراین هدف پژوهش حاضر مدل‌یابی خودآسیبی بدون قصد خودکشی براساس تکانشگری و تجارب تجزیه‌ای با میانجی‌گری ذهنی سازی در بزرگسالان بود.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش را کلیه بزرگسالان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به زعم کلاین (Kline) حداقل حجم نمونه لازم برای روش معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر می‌باشد (۲۲). در این مطالعه نیز جهت کاهش خطا و افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، ۳۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل بزرگسالان ۱۸ سال به بالا و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج شرکت‌کنندگان نیز وجود پرسشنامه‌های ناقص بود. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی شرکت در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS و SPSS نسخه بیست و چهار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱- پرسشنامه تکانشگری بارت (Barratt Impulsiveness Scale): این پرسشنامه توسط بارت و همکاران ساخته شده است و همبستگی خوبی با پرسشنامه آیزنگ دارد (۲۳). مقیاس تکانشگری بارت شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه ۴ نمره گذاری می‌گردد. در این مقیاس حداقل امتیاز ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود. نمرات بالاتر به منزله تکانشگری بیشتر است. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می‌شود. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر و تأمل می‌باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم

گسترده در رابطه با درک تعدادی از اختلالات روانی توسعه یافت؛ فرایندی که به وسیله آن فرد به طور خودکار و کنترل شده به شناخت از خود و دیگران دست پیدا می‌کند (۱۶). پژوهش‌ین مندرس و سیتین (۱۷) نشان داد که ذهنی سازی در افراد مبتلا به خودآسیبی در مقایسه با افراد سالم کمتر است. درواقع ذهنی سازی فرد را قادر می‌سازد با یکپارچه سازی شناخت خود و شناخت روابط با دیگران، فقدان، تروما و همچنین احساسات ناراحت کننده از قبیل ناامیدی، خشم، غم، اضطراب، شرم و گناه را مدیریت کند، اما هنگامی که ذهنی سازی افت پیدا می‌کند، رفتارهای تکانه‌ای و حالت‌های روانی برای تحریک آسیب به خود افزایش پیدا می‌کند (۱۸). بنابراین فرض بر این است، تکانشگری در افراد مبتلا به خود آسیمی و به علاوه اجتناب از احساسات ناراحت کننده به وسیله‌ی تجارب تجزیه‌ای، می‌تواند از طریق ذهنی سازی صحیح تعدیل شود. همچنین طبق فرضیه بوچارد و لکورز (Bouchard and Lecours)، نقص در بازنمایی‌ها (representative deficits)، می‌تواند برانگیختگی هیجانی بیش از حد، تعارضات روان شناختی و اضطراب ذهنی سازی نشده را به همراه داشته باشد. در نتیجه اشکال تکانشگری و میل به آسیب به خود از این دیدگاه، به عنوان تکانه‌های انباشته شده بدون هیچ گونه عمل ذهنی سازی شده تفسیر می‌شوند (۱۹). پژوهش وانگر (Wagner) و همکاران (۲۰) نشان داد که تجزیه در افراد مبتلا به ترومای کودکی پس از گنجاندن ذهنی سازی به طور قابل توجهی بهبود یافت. به علاوه ظرفیت ذهنی سازی برای تقویت عاملیت و خودکنترلی در افرادی که دارای اختلالات عاطفی و مشکلات کنترل تکانه هستند، ضروری است (۲۱).

خودآسیبی یکی از معضلات جهان امروز است و با پیامدهای بلندمدتی از جمله آسیب‌های روان شناختی مداوم و تلاش برای خودکشی در آینده همراه است. به علاوه اگرچه مطالعات پیشین به بررسی رابطه خودآسیبی با تکانشگری و تجزیه پرداخته‌اند، اما مطالعات کمی بررسی کرده‌اند که چه مکانیسم‌های می‌توانند رابطه بین این متغیرها را میانجی‌گری کنند. بنابراین این مطالعه به درک عمیق‌تر خودآسیبی و بررسی مکانیسم‌هایی در افراد کمک می‌کند که از طریق آن بتوان به شناسایی افراد در معرض خطر خودآسیبی دست یافت و با مداخلات روان شناختی مناسب از وقوع چنین فاجعه‌ای جلوگیری کرد. براساس مدل نظری

برنامه ریزی، مبین بی توجهی به آینده نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه ها دارای نمره گذاری مثبت می باشند. میزان روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش نموده اند (۲۴). در ایران نیز اختیاری و همکاران (۲۵) به هنجاریابی نسخه فارسی این پرسشنامه پرداخته اند و روایی و پایایی پرسشنامه مذکور را به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ گزارش نموده اند که نشان از روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه است.

۲-مقیاس تجارب تجزیه ای (Dissociative Experiences Scale): مقیاس تجارب تجزیه ای یک ابزار خودسنجی کوتاه، برای اندازه گیری فراوانی تجارب گسستگی می باشد که در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و باتنم (Bernstein & Putnam) ساخته شد (۲۶). این مقیاس شامل ۲۸ سوال است. نشانه های تجزیه ای را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه ای از هرگز = ۰ تا همیشه = ۹ مورد ارزیابی قرار می دهد. همچنین این مقیاس سه خرده مقیاس شامل «گسست از خویشتن با سوالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۷ و ۲۸»، «فراموشی تجزیه ای با سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۲۵ و ۲۶» و تخیل و جذب با سوالات ۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲ و ۲۳ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۹، ۲۱ و ۲۴ در هیچ کدام از خرده مقیاس ها قرار نمی گیرد (۲۷). برنشتاین و پاتنم حساسیت این مقیاس را ۰/۷۶ و ویژگی آن را نیز ۰/۷۶ بیان نمود (۲۶). در پژوهش اولسون و بک (Olsen & Beck) همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۸). در این مقیاس از نمره برش ۳۰ استفاده می شود (۲۶). در پژوهش سجادی و دهقانی زاده (۲۹) بر روی نسخه فارسی مقیاس تجارب تجزیه ای، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳، محاسبه شد. ضریب همبستگی درونی تجارب تجزیه ای با افکار خودکشی و صفات حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازدارندگی و روان پریشی خویی به ترتیب ۰/۵۲۴، ۰/۲۳۶، ۰/۲۵۱، ۰/۳۳۱ و ۰/۱۷۹ به دست آمد که گویای روایی همگرایی این ابزار با سازه های مشابه بود.

۳-پرسشنامه کنش وری تأملی (Reflective Functioning Questionnaire): این پرسشنامه ۲۶ سوال دارد و دو مولفه اطمینان (قطعیت) با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ و عدم اطمینان (عدم قطعیت) با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری آن ۷ درجه ای از کاملاً مخالف ۱ نمره تا کاملاً موافق ۷ نمره تعلق می

گیرد. برای مولفه عدم اطمینان یعنی سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شود به این صورت که از کاملاً مخالف ۷ نمره، تا حدودی مخالفم ۶ نمره، مخالفم ۵ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، موافقم ۳ نمره، تا حدودی موافقم ۲ نمره و کاملاً موافقم ۱ نمره تعلق می گیرد. فوناگی و همکاران (۳۰) همسانی درونی برای مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند و پایایی آزمون را با روش آزمون - بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۸۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۴ برای مؤلفه اطمینان به دست آورده اند (۳۰). این پرسشنامه در ایران ترجمه و روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/d ، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه ای (CFI) و خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۰/۹۲۰، ۰/۹۸۰ و ۰/۰۴۷ به دست آمده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است (۳۱). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

۴-پرسشنامه آسیب به خود (Self-Harm Inventory-SHI): 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 روان پزشکی (۳۲) و جمعیت های غیرروان پزشکی (۳۲) 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 (۳۳). تحقیقات بعدی اعتبار همگرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی (۳۳)، افسردگی (۳۴)، و سابقه آزاردیدگی در کودکی (۳۵) نشان داده اند. در پژوهش طاهباز حسین زاده و همکاران (۳۶) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

یافته ها

لیسانس، ۳۱ نفر (۸/۹ درصد) فوق لیسانس و ۵۹ نفر (۱۶/۹ درصد) دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۷۴ و ۷/۱۹ بود.

بر اساس داده های گردآوری شده ۶۳ نفر (۱۸ درصد)، دیپلم، ۷۸ نفر (۲۲/۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۱۹ نفر (۳۴ درصد)

جدول ۱. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
خودآسیبی بدون قصد خودکشی	۳۵۰	۱۳/۳۷	۵/۳۵	-۱/۰۳	-۰/۱۹
عدم برنامه ریزی	۳۵۰	۱۶/۴۸	۶/۹۵	-۱/۰۶	۰/۱۸
تکانشگری حرکتی	۳۵۰	۲۰/۷۴	۸/۱۶	-۱/۶۲	۱/۸۴
تکانشگری شناختی	۳۵۰	۹/۳۰	۴/۱۸	-۰/۷۵	۰/۱۷
نمره کل تکانشگری	۳۵۰	۴۶/۵۲	۱۸/۰۱	-۰/۳۸	-۰/۶۰
گسست از خویشتن	۳۵۰	۲۰/۳۲	۷/۴۴	-۰/۶۴	-۱/۱۶
فراموشی تجزیه ای	۳۵۰	۲۰/۹۸	۸/۵۷	-۰/۵۱	-۱/۵۲
تخیل و جذب	۳۵۰	۲۱/۸۱	۹/۲۴	-۰/۵۰	-۱/۱۵
نمره کل تجارب تجزیه ای	۳۵۰	۶۳/۱۱	۲۲/۷۶	-۰/۵۴	-۱/۵۰
اطمینان	۳۵۰	۱۹/۸۵	۸/۴۷	۰/۶۲	-۱/۰۱
عدم اطمینان	۳۵۰	۱۰/۹۹	۶/۳۶	-۰/۷۲	-۱/۳۳
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۷۱	نسبت بحرانی: ۲/۵۲			

بین مشاهده نشد، می توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱- آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۷۱ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۵۲ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. تعداد آزمودنی ها ۳۵۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که 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. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش

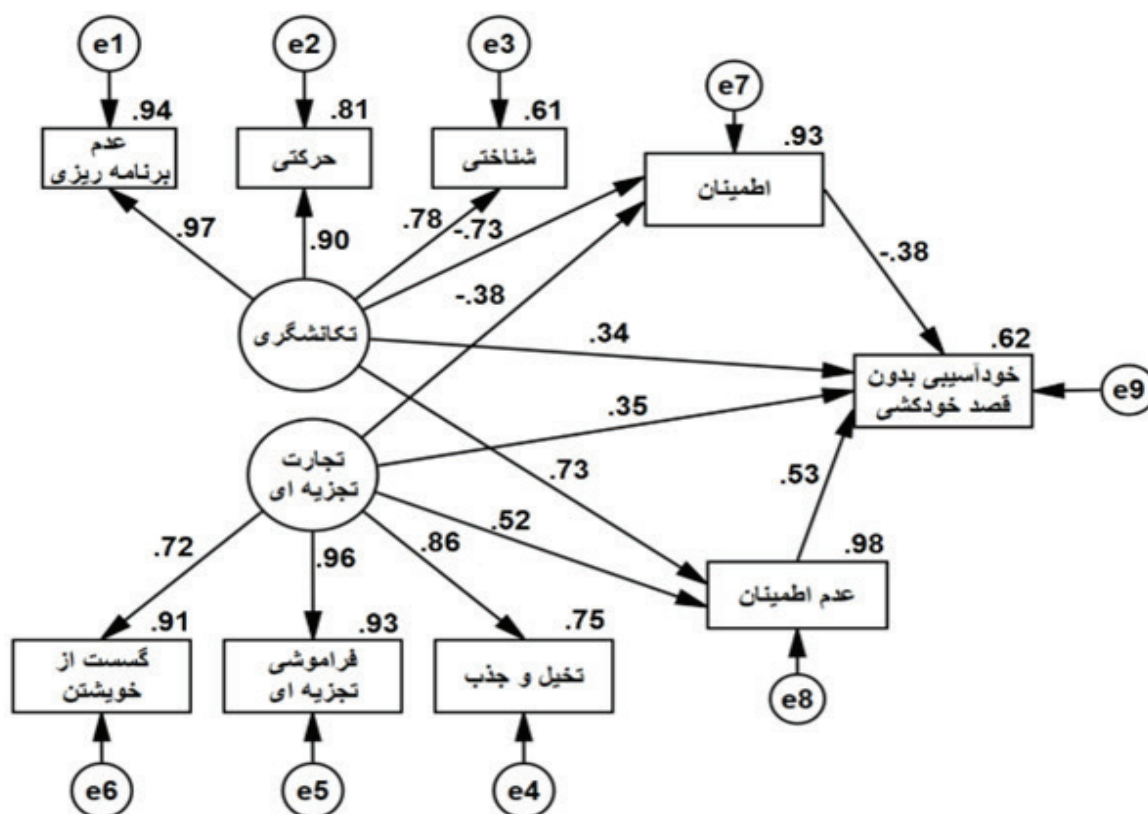
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- خودآسیبی	۱										
۲- عدم برنامه ریزی	۰/۶۰**	۱									
۳- تکانشگری حرکتی	۰/۴۳**	۰/۶۸**	۱								
۴- تکانشگری شناختی	۰/۵۷**	۰/۷۵**	۰/۵۶**	۱							
۵- نمره کل تکانشگری	۰/۵۶**	۰/۶۶**	۰/۵۷**	۰/۶۴**	۱						
۶- گسست از خویشتن	۰/۳۹**	۰/۷۶**	۰/۶۲**	۰/۵۰**	۰/۴۰**	۱					
۷- فراموشی تجزیه ای	۰/۵۵**	۰/۶۴**	۰/۵۸**	۰/۵۳**	۰/۴۶**	۰/۴۶**	۱				
۸- تخیل و جذب	۰/۶۴**	۰/۶۵**	۰/۵۴**	۰/۴۳**	۰/۵۷**	۰/۴۹**	۰/۴۳**	۱			
۹- نمره کل تجارب تجزیه ای	۰/۵۹**	۰/۷۶**	۰/۷۰**	۰/۵۰**	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۱		
۱۰- اطمینان	-۰/۵۵**	-۰/۷۱**	-۰/۶۲**	-۰/۳۹**	-۰/۳۶**	-۰/۵۰**	-۰/۵۲**	-۰/۶۲**	-۰/۵۴**	۱	
۱۱- عدم اطمینان	۰/۶۵**	۰/۷۶**	۰/۶۷**	۰/۴۳**	۰/۴۳**	۰/۵۱**	۰/۴۶**	۰/۶۳**	۰/۶۰**	-۰/۴۳**	۱

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

بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می شود.

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین تکانشگری، تجارب تجزیه ای و عدم اطمینان با خودآسیبی بدون قصد خودکشی ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین اطمینان با خودآسیبی بدون قصد خودکشی ($P < 0/01$) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی



شکل ۱. مدل برازش شده و نهایی پژوهش

حائیه عباسی و همکاران

که تکنانشگری و تجارب تجزیه ای با میانجی گری اطمینان و عدم اطمینان در مجموع ۶۲ درصد از واریانس خودآسیبی بدون قصد خودکشی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل برازش شده و نهایی پژوهش را نشان می دهد که مجموع مجذور همبستگی های چنگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای خودآسیبی بدون قصد خودکشی بر اساس تکنانشگری و تجارب تجزیه ای با نقش میانجی اطمینان و عدم اطمینان (به عنوان مولفه های ذهنی سازی) برابر با ۰/۶۲ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل برازش شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۵۹/۶۴	-
	درجه آزادی (DF)	۲۲	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکور به درجه آزادی یا X^2/df یا CMIN/df	۱/۷۲	کمتر از ۳
	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۷	کمتر از ۰/۰۸
شاخص های نسبی	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۴	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۷ می باشد که بر اساس مدل کلاین 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 خودآسیبی بدون قصد خودکشی 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 اگر 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 مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس

جدول ۴: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
تکنانشگری	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	۰/۳۴	۰/۴۶	۰/۰۶	۲/۷۴	۰/۰۰۸
تجارب تجزیه ای	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۰۴	۳/۷۸	۰/۰۰۱
اطمینان	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	-۰/۳۸	-۰/۴۱	۰/۰۶	-۵/۴۲	۰/۰۰۱
عدم اطمینان	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۹	۲/۹۶	۰/۰۰۵

عدم اطمینان ($\beta = ۰/۵۳, T = ۲/۹۶$) بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل برازش شده 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 (۱/۹۶+ و ۱/۹۶-) 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 تکنانشگری ($\beta = ۰/۳۴, T = ۲/۷۴$)، تجارب تجزیه ای ($\beta = ۰/۳۵, T = ۳/۷۸$)، اطمینان ($\beta = -۰/۳۸, T = -۵/۴۲$) و

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
تکانشگری	اطمینان	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	-۰/۴۲	-۰/۱۵	-۰/۵۸	۰/۰۰۱
تکانشگری	عدم اطمینان	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	۰/۶۲	۰/۳۴	۰/۷۶	۰/۰۰۱
تجارب تجزیه ای	اطمینان	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	-۰/۵۹	-۰/۴۸	-۰/۵۲	۰/۰۰۱
تجارب تجزیه ای	عدم اطمینان	خودآسیبی بدون قصد خودکشی	۰/۳۹	۰/۳۵	۰/۶۶	۰/۰۰۲

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر تکانشگری بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($b = -0.42, P < 0.05$). اثر غیرمستقیم متغیر تکانشگری بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ($b = 0.62, P < 0.05$). اثر غیرمستقیم متغیر تجارب تجزیه ای بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($b = -0.59, P < 0.05$). اثر غیرمستقیم متغیر تجارب تجزیه ای بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان دارای نقش معنی دار است ($b = 0.39, P < 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه ای ذهنی سازی در رابطه بین تکانشگری و تجارب تجزیه ای با خودآسیبی بدون قصد خودکشی انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد مسیر مستقیم متغیرهای تکانشگری و تجارب تجزیه ای به متغیر خودآسیبی بدون قصد خودکشی معنادار و مثبت است. این یافته با یافته های نوبخت و دیل (Nobakht & Dale) (۳)، حمزه و ویلوبی (Hamza & Willoughby) (۶)، لاک وود (Lockwood) و همکاران (۸)، ترنر (Turner) و همکاران (۹)، کلونسکی (Klonsky) (۱۳) و فست (Fust) و همکاران (۱۴) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که عدم برنامه ریزی یا پیش اندیشی (یعنی اقدام بدون فکر، ترجیح دادن پاداش های کوتاه مدت) و سطوح بالاتر فوریت منفی (یعنی اقدام عجولانه در زمینه احساسات منفی) با خودآزاری بدون قصد خودکشی مرتبط است (۶). به عبارت دیگر برخی ویژگی های تکانشگری مانند هیجان طلبی، ترجیح تجارب بدیع، شدید و مخاطره آمیز، عدم پیش اندیشی، اقدام عجولانه بدون توجه به عواقب آن، عدم پشتکار، تمایل به کنار گذاشتن رفتارهای هدفمند و تمایلات مبنی بر فوریت، اقدام

عجولانه در پاسخ به عواطف دردناک و هیجانات منفی راه را برای آسیب رساندن به خود هموار می کند (۸). به علاوه براساس نظریه فوریت (Urgency Theory)، برخی افراد به هنگام تجربه عواطف منفی و شدید، احتمال بیشتری دارد که عجولانه رفتار کنند و دست به خودآسیبی بزنند (۳۷). اجرای موفقیت آمیز این راهکار (خودآسیبی) جهت کاهش پریشانی عاطفی، منجر به تقویت منفی خودآزاری می شود. مدل یکپارچه انگیزشی-ارادی نیز تشدید افکار خودآسیبی در افراد تکانشی را به گونه ای دیگر بیان می کند. این مدل فرض می کند که تکانشگری به عنوان یک میانجی ارادی برای آسیب به خود عمل می کند و شکاف بین قصد-رفتار را پر می کند (۷). در تبیین رابطه بین تجزیه و خودآسیبی نیز می توان گفت که خودآسیبی بدون قصد خودکشی سبب می شود که افراد آسیب دیده از افکار مزاحم و حالات عاطفی بد فرار کنند این پویایی ها در مدل اجتناب تجربی مشخص است که در درجه اول با اجتناب از تجربیات عاطفی ناخواسته و در درجه دوم با تسکین موقت تقویت می گردد (۳). در همین راستا خود آسیبی نقش مهمی در خودتنظیمی هیجانی دارد و تجارب تجزیه ای نیز یکی از تسهیل کننده ها در این راه است. در واقع تجزیه نوعی اجتناب تجربه ای تلقی می شود و جهت تنظیم عواطف ناخوشایند پس از تروما بکار می رود (۱۲). لذا خودآسیبی ممکن است تلاشی برای بهبود یا اجتناب از تجارب ناخوشایند بی حسی و مسخ شخصیت باشد. فرض شده است خودآسیبی به عنوان یک عمل خودتنبیهی در بین افراد با ویژگی های تجزیه ای رخ می دهد (۱۳).

دیگر یافته ها پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم تکانشگری و تجارب تجزیه ای بر خودآسیبی بدون قصد خودکشی با میانجیگری ذهنی سازی معنادار است. این یافته ها با پژوهش های بوچارد و لکورز (Bouchard and Lecours) (۱۹)، وانگر (Wagner) و همکاران (۲۰) و روسوو (Rossouw) و همکاران (۲۱) هم راستا است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که ذهنی سازی در عاملیت شخصی، خودکنترلی، راهبردهای مقابله ای و تنظیم هیجان

کنترل بر بدن تلقی شود (۳۸). به طور کلی می توان گفت که ذهنی سازی به عنوان یک مولفه میانجی مهم، از طریق کاهش تکانشگری و تجاری تجزیه ای، می تواند نقش مهمی در جلوگیری از خودآسیبی بدون قصد خودکشی داشته باشد.

نتیجه گیری

براساس یافته های پژوهش آشکار شد بین تکانشگری و تجارب تجزیه ای با خودآسیبی بدون قصد خودکشی رابطه مستقیم و معنی دار وجود دارد. بنابراین ایجاد برنامه و آموزش هایی که موجب کاهش تکانشگری و تجارب تجزیه ای می گردد، احتمالاً می تواند نقش مهمی در بازداری از خودآسیبی بدون قصد خودکشی داشته باشد. همچنین میانجی گری ذهنی سازی در رابطه بین تکانشگری و تجارب تجزیه ای با خودآسیبی بدون قصد خودکشی بدین معناست که ذهنی سازی یک مفهوم فراتشخیصی مفید برای تبیین آسیب شناسی خودآسیبی، تجزیه، تکانشگری و درمان آنهاست. به عبارت دیگر درمان های مبتنی بر رشد ذهنی سازی می تواند از بروز تجارب تجزیه ای و تکانشگری و به تبع خودآسیبی بدون قصد خودکشی جلوگیری کند. سرانجام باید ذکر کرد که هر گونه نتیجه گیری در مورد یافته های این پژوهش باید در کنار محدودیت های آن مورد توجه قرار گیرد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش از نوع خودگزارشی بوده است و بنابراین احتمال سوگیری در گزارش ها وجود دارد. پژوهش بر روی بزرگسالان غیربالینی صورت گرفته است و بنابراین در تعمیم یافته ها باید احتیاط لازم صورت گرفته و به علاوه مطالعه ما از نوع همبستگی بوده است نه آزمایشی و لذا نمی توان متغیری را علت متغیری دیگر قلمداد کرد. در آخر نیز پیشنهاد می گردد، برنامه های آموزشی و مداخلات لازم جهت افزایش ذهنی سازی و کاهش تجارب تجزیه ای و تکانشگری در افرادی که گرایش به خودآسیبی دارند، توسعه یابد.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت نموده و حاضر به همکاری شدند، بسیار سپاسگزاریم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

نقش مهمی دارد؛ بنابراین احتمالاً توانایی ذهنی سازی می تواند منجر به کاهش تکانشگری و تجارب تجزیه ای شود (۲۰) و این امر به نوبه خود ممکن است کاهش خودآسیبی را به دنبال داشته باشد. همچنین طبق فرضیه بوچارد و لکورز (Bouchard and Lecours)، نقص در بازنمایی ها (representative deficits)، می تواند برانگیختگی هیجانی بیش از حد، تعارضات روان شناختی و اضطراب ذهنی سازی نشده را به همراه داشته باشد. در نتیجه اشکال تکانشگری و میل به آسیب به خود از این دیدگاه، به عنوان تکانه های انباشته شده بدون هیچ گونه عمل ذهنی سازی شده تفسیر می شوند (۱۹). طبق نظریه ذهنی سازی، درک دنیای درونی خود و دنیای دیگری با ظرفیت های ذهنی می تواند به درک تاب آوری روانی کمک کند (۲۰)، بنابراین در شرایط هیجانی و بین فردی دشوار، افراد ممکن است کمتر به رفتارهای عجولانه (تکانشگری) و یا درخودخزیدگی به دنیای درونی و تجارب تجزیه روی آورند و در نتیجه به راهکارهای ناسازگارانه مانند رفتارهای تکانشی و آسیب به خود گرایش پیدا نکنند. از منظر دلبستگی و ذهنی سازی، تجزیه می تواند نقش دفاعی ناهشیار برای جلوگیری از ذهنی کردن حالت های ذهنی مراقبان بدسرپرست ایفا کند، به ویژه زمانی که فرار غیرممکن است و بقا مشروط به دلبستگی به مراقب است (۳۸). اگر چه تجزیه از طریق قطع ارتباط از تجربیات بدنی و حالات ذهنی به بقا کمک می کند اما مانع از خودسازی، شکل گیری هویت و تنظیم عواطف می شود. در نتیجه در چالش های بعدی زندگی افرادی با این ویژگی های تجزیه ای، مستعد آسیب به خود و رفتارهای خطرناک هستند. همچنین می توان گفت که قطع ارتباط بین واقعیت بیرونی، تجربه بدنی و حالت ذهنی را می توان به عنوان یک شکل افراطی از حالت وانمودی (pretend mode) که یک عملکرد محافظتی دارد، در نظر گرفت. در واقع به معنای نوعی فرار روانی از حالات روانی شدید و دردناک است و از آنجایی که حالات روانی دردناک بدون ذهنی سازی باقی می ماند، لذا رفتارهای خودآسیب رسان می توانند برای تسکین مورد استفاده قرار گیرند. گاهی در برخی شرایط نیز افراد ممکن است رفتارهای خودآسیب رسان را وسیله ای ضروری برای بازبازی حس کنترل و ارتباط مجدد با بدن خود بدانند، چون علائم تجزیه ای می تواند منجر به اضطراب شدید و احساس از دست دادن کنترل بر کارکردهای بدن شود؛ بنابراین آسیب به خود می تواند اقدامی جهت به دست آوردن مجدد

References

1. Mo J, Wang C, Niu X, Jia X, Liu T, Lin L. The relationship between impulsivity and self-injury in Chinese undergraduates: The chain mediating role of stressful life events and negative affect. *Journal of affective disorders*. 2019 Sep 1; 256:259-66. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.074>
2. Guan M, Liu J, Li X, Cai M, Bi J, Zhou P, Wang Z, Wu S, Guo L, Wang H. The impact of depressive and anxious symptoms on non-suicidal self-injury behavior in adolescents: a network analysis. *BMC psychiatry*. 2024 Mar 26; 24(1):229. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05599-1>
3. Nobakht HN, Dale KY. The prevalence of deliberate self-harm and its relationships to trauma and dissociation among Iranian young adults. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2017 Aug 8; 18(4):610-23. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1246397>
4. Chen XC, Xu JJ, Yin XT, Qiu YF, Yang R, Wang ZY, Han YW, Wang QK, Zhai JH, Zhang YS, Ran MS. Mediating role of anxiety and impulsivity in the association between child maltreatment and lifetime non-suicidal self-injury with and without suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*. 2024 Feb 15; 347:57-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.080>
5. Gratz KL, Chapman AL, Dixon-Gordon KL, Tull MT. Exploring the association of deliberate self-harm with emotional relief using a novel Implicit Association Test. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2016 Jan; 7(1):91. <https://doi.org/10.1037/per0000138>
6. Hamza CA, Willoughby T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A longitudinal examination among emerging adults. *Journal of Adolescence*. 2019 Aug 1; 75:37-46. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.07.003>
7. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018 Sep 5; 373(1754):20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
8. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2017 Apr; 26:387-402. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0915-5>
9. Turner BJ, Cobb RJ, Gratz KL, Chapman AL. The role of interpersonal conflict and perceived social support in nonsuicidal self-injury in daily life. *Journal of abnormal psychology*. 2016 May; 125(4):588. <https://doi.org/10.1037/abn0000141>
10. 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>
11. American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
12. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. *BMC psychiatry*. 2024 Mar 1; 24(1):171. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05595-5>
13. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007 Mar 1; 27(2):226-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
14. Fuß J, Jensen KB, Coppi S, Bjureberg J, Jayaram-Lindström N, Hellner C, Ehrsson HH, Lalouni M. Rubber hand illusion and experiences of dissociation in women with self-injury behavior. *Psychiatry Research Communications*. 2024 Mar 1; 4(1):100155. <https://doi.org/10.1016/j.psychom.2024.100155>
15. Cerutti R, Presaghi F, Manca M, Gratz KL. Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2012 Jul; 82(3):298. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01169.x>
16. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*. 2010 Feb; 9(1):11. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
17. yenen Menderes AS, Cetin FC. Impact of Psychopathology, Identity Status, and Mentalization on Nonsuicidal Self-Injury

- Among Adolescents. In AACAP's 70th Annual Meeting 2023 Oct 28. AACAP. <https://doi.org/10.1002/jad.12422>
18. Karimi F, Farahbakhsh K, Moatamedi A, Salimi H. Self-harm Behavior Affected by Mentalization and Family Relationships in high school Girl's Adolescents 14-18 years old (Qualitative Research). *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2021 Nov 22; 22(3):47-61.
 19. Bouchard MA, Lecours S. Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's Project. In *Mentalization* 2011 Feb 25 (pp. 103-129). Routledge.
 20. Wagner-Skacel J, Riedl D, Kampling H, Lampe A. Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific reports*. 2022 Apr 26; 12(1):6809. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10787-8>
 21. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. 2012 Dec 1; 51(12):1304-13. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
 22. Kline P. An easy guide to factor analysis. Routledge; 2014 Feb 25. <https://doi.org/10.4324/9781315788135>
 23. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 51(6):768-74. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
 24. Kazemi-Zahrani H, Mohagheghian M. Efficacy of mindfulness based on cognitive therapy on impulsivity and self-inhibition in patients with bipolar disorder under medical treatment. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2019 Dec 1. <https://doi.org/10.18502/ssu.v27i7.1930>
 25. Ekhtiari H, Rezvandard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008 Nov 10; 14(3):247-57.
 26. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*. 1986. <https://doi.org/10.1037/e609912012-081>
 27. Hosseinzadeh A, Taghizadeh M E. Mind simulation model; an effective treatment to decreasing dissociative experiences caused by traumatic events in adult with stuttering disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7 (1):90-102. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.1.90>
 28. Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *Journal of anxiety disorders*. 2012 Jan 1; 26(1):225-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.003>
 29. Sajadi S.F., Dehghanizadeh Z. A Survey on the Relationship between Alexithymia and Dissociation Experiences with Eating Attitudes in Girl Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences [Internet]*. 2016; 18(5):8-17. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-3384>
 30. 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>
 31. 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.
 32. 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>
 33. 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.
 34. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA, Touchet B. An investigation of primary care patients on extended treatment with SSRI's. *Am J Manag Care*. 1998; 4:1721-3.
 35. 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>

36. 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.
37. CydersMA, SmithGT. Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*. 2008 Nov; 134(6):807.
38. Rüfenacht E, Shaverin L, Stubbley J, Smits ML, Bateman A, Fonagy P, Luyten P. Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2023 Oct 2; 37(4):467-91. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2272765>