



الگوی ساختاری طرحواره‌های انطباقی/غیر انطباقی با رفتار خودجرحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی‌گر تحمل پریشانی

سودابه ارشادی منش: استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) sue.ershadi@gmail.com

فرزانه قربانی نژاد: دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

طرحواره‌های هیجانی،
رفتار خودجرحی غیر خودکشی،
تحمل پریشانی،
اختلال شخصیت مرزی،
نوجوانان

زمینه و هدف: تحقیقات نوظهوری وجود دارد که روابط بین طرحواره‌های غیر انطباقی و رفتارهای خودجرحی را در نوجوانان نشان می‌دهند. همچنین نتایج مطالعات به اهمیت مفهوم‌سازی رفتار خودآسیب‌رسان از نظر عملکرد انگیزشی و تمایز بین نوع کارکردهای درون فردی و بین فردی آن، برجسته می‌کنند. این پژوهش با هدف الگوی ساختاری طرحواره‌های انطباقی/غیر انطباقی با رفتار خودجرحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی‌گر تحمل پریشانی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل می‌دهند. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۳۱۶ دانش‌آموز از بین ۱۱۵۳ دانش‌آموز انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه رفتار خودجرحی غیر خودکشی (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹)، طرحواره‌های هیجانی (لیپی، ۲۰۰۲) و پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) گردآوری شد. داده‌ها با روش‌های آماری همبستگی پیرسون، مدل‌یابی ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ی

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از برازش مناسب الگوی پیشنهادی با داده‌هاست. نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری نشان داد که ۳۷ درصد از تغییرات مربوط به تحمل پریشانی توسط طرحواره‌های انطباقی و غیر انطباقی تبیین می‌شود. همچنین ۸۲ درصد از تغییرات مربوط به رفتار خودجرحی نوجوانان توسط طرحواره‌های انطباقی و غیر انطباقی تبیین می‌شود. در این پژوهش الگوهای متمایز در ارتباط بین طرحواره‌ها انطباقی/غیر انطباقی و کارکردهای رفتار خودآسیب‌رسان را در میان نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی مورد بررسی قرار دادیم.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که چگونه طرحواره‌ها انطباقی و غیر انطباقی چگونه می‌توانند به درک انگیزه‌های خودآسیبی کمک کنند و می‌تواند به مراکز درمانی و آموزشی در ارزیابی خطر خودآسیبی در نوجوانان و تدوین برنامه‌هایی برای پیشگیری و درمان کمک کنند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Ershadi Manesh S, Ghorbaninejad F. Structural Pattern of Adaptive/Non-Adaptive Schemas with Adolescents' Self-Injury Behavior with Borderline Personality Traits Based on Mediating Role of Distress Tolerance. Razi J Med Sci. 2024;(18 Mar);30.214.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Structural Pattern of Adaptive/Non-Adaptive Schemas with Adolescents' Self-Injury Behavior with Borderline Personality Traits Based on Mediating Role of Distress Tolerance

Soudabeh Ershadi Manesh: Assistant Professor, Psychology Department, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (* Corresponding Author) sue.ershadi@gmail.com

Farzaneh Ghorbaninejad: Master Student, Psychology Department, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Emerging research shows the relationship between maladaptive schemas and self- Injury behaviors in adolescents .The results of the studies also highlight the importance of conceptualizing self-destructive behavior in terms of motivational performance and distinguishing between the types of its interpersonal and interpersonal functions. The aim of this study was to construct adaptive / non-adaptive schemas with self-injury behavior of adolescents with borderline personality traits based on the mediating role of distress tolerance.

Methods: The research method was descriptive-correlational. The statistical population of this study is all the second high school students in Tehran in the academic year of 1402-1401. In this study, 316 students from 1325 students with borderline personality traits were selected through multistage cluster sampling. Data were collected using non-suicidal self-injury behavior questionnaire (Klonsky & Glenn, 2009), emotional schemas (Leahy, 2002) and distress tolerance questionnaire (Simons, & Gaher, 2005). Data were analyzed by Pearson correlation and structural modeling using SPSS and AMOS software. The findings indicate that the proposed model is fitted with the data.

Results: The results of structural equation modeling showed that 37% of the changes related to distress tolerance are explained by adaptive and non-adaptive schemas. Also, 82% of changes related to adolescents' self-injury behavior are explained by adaptive and non-adaptive schemas. In this study, we investigated the distinct patterns in relation between adaptive / non-adaptive schemas and self-destructive behavior functions among adolescents with borderline personality traits.

Conclusion: The present study was conducted with the aim of structural pattern of adaptive/non-adaptive schemas with self-injurious behavior of teenagers with borderline personality traits based on the mediator role of distress tolerance. The results of structural equation modeling showed that adaptive schemas have a direct and negative effect on adolescent self-injury. Also, adaptive emotional schemas have an indirect negative effect on adolescent self-injury through distress tolerance. These findings are consistent with the results of other studies, for example (Nigol et al., 2022; Pilginton et al., 2023). Also, the results of this research with the study of Khaleghi et al. (2021) that there is a significant correlation between emotional schemas with suicidal thoughts, self-injurious behaviors, and suicidal behaviors. Among the research variables, rumination and invalidation played an important role in predicting self-harm, suicidal thoughts, and behavior. Nigol et al. (2021) in a research aimed at the relationship between early maladaptive schemas and the functions of non-suicidal self-injurious behavior in young people showed that

Keywords

Emotional Schemas,
Non-Suicidal Self-Injury
Behavior,
Distress Tolerance,
Borderline Personality
Disorder,
Adolescents

Received: 05/08/2023

Published: 18/03/2024

instability/rejection and entitlement schemas significantly predict the intra-individual functions of self-injurious behavior. They do, In contrast, insufficient self-control significantly predicted interpersonal functions. Deficiency/shame and entitlement predicted non-suicidal self-injury. In explaining these results, it can be said that teenagers who have problems in emotional processing and when faced with situations and events that activate non-adaptive emotional schemas in them (including guilt, rumination, blaming others, numbness, and excessive rationality leading to inflexibility) due to low emotional activation level, easily triggered by an insignificant threshold stimulus, and emotional processing in this way, contexts or events that give rise to vulnerability-related schemas bring or cause subsequent abnormal emotional responses (Khalaghi, 2021), therefore these people are more prone to self-injurious behavior, so the event along with the activation of emotional schemas provides the ground for emotional arousal, which requires It has relief, so the teenager engages in self-harm or self-injury behaviors to relieve this emotional pain. Which provides the ground for emotional suffering and the inability to manage emotions. Therefore, people with adaptive schemas, because they know that their emotions are dependent on the situation, these emotions are fleeting, they can regulate them using emotional regulation strategies such as identification, naming, and emotional expression, but people with Maladaptive schemas use negative emotions as a relief. On the other hand, if a person believes that others accept his emotions (validation of emotions), his emotions have meaning and meaning (understandability), or if he has superior values in life that can tolerate unpleasant emotions. Tolerating (beneficial resentment) will try to accept them instead of trying to suppress them, and in this way, the probability of using emotional regulation strategies such as self-injury and self-mutilation will decrease. The results of this study show how adaptive and non-adaptive schemas can help to understand the motivations of self- Injury behaviors and can help medical and educational centers assess the risk of self-harm in adolescents and develop programs for prevention and treatment.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Ershadi Manesh S, Ghorbaninejad F. Structural Pattern of Adaptive/Non-Adaptive Schemas with Adolescents' Self-Injury Behavior with Borderline Personality Traits Based on Mediating Role of Distress Tolerance. Razi J Med Sci. 2024(18 Mar);30.214.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD)، یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطه سلامت روان است که با مشخصه‌هایی چون هیجانات منفی شدید، اختلال در هویت رفتارهای تکانشگرانه و ناپایداری در روابط بین فردی شناخته می‌شود. وجود بالینی BPD در نوجوانی مدت‌ها مورد بحث بوده است. با این وجود، اکنون این اختلال بهتر مشخص شده است و شواهد تشخیصی و مدیریت BPD را در نوجوانان توجیه می‌کنند. شامل یک مؤلفه درونی (اختلال هویت، افکار پارانوئیدی مرتبط با استرس، احساس مزمن پوچی و تلاش برای جلوگیری از طرد شدن واقعی یا خیالی)، یک مؤلفه هیجانی (بی‌ثباتی عاطفی و نامناسب، خشم شدید) و یک مؤلفه بیرونی (تکانشگری، خودکشی و رفتارهای خودآسیب رسان بی‌ثباتی در روابط بین فردی) (۱). در واقع، بی‌ثباتی عاطفی مربوط به گوش به زنگی و بیش واکنش‌پذیری عاطفی است. که خود را به عنوان یک حالت عاطفی به شدت ناپایدار نشان می‌دهد که به محیط، تعاملات، و پاسخ‌های ناشی از درخواست‌ها و رفتارهای سوژه بستگی دارد. بی‌ثباتی عاطفی ممکن است عامل کلیدی در نوجوانانی باشد که به صورت سرپایی درمان می‌شوند، در حالی که اختلال هویت ممکن است مهم‌ترین عامل در نوجوانان بستری در بیمارستان باشد، یعنی کسانی که از شدیدترین اشکال BPD رنج می‌برند. تعداد فزاینده‌ای از مطالعات وجود دارد که از اعتبار تشخیص اختلال شخصیت مرزی در میان نوجوانان حمایت می‌کند. با این حال، علت آن هنوز به طور کامل شناخته نشده است. اما تظاهرات بالینی در نوجوانان به طور کلی با بی‌ثباتی مشخص می‌شود. شدت و مدت علائم به عنوان تابعی از زمینه عاطفی و درجه‌ای که موقعیت توسط نوجوان استرس‌زا تجربه می‌شود، در نوسان است (۲). یک مطالعه دانمارکی نشان داد که بروز BPD در زنان ۱۵ ساله یا بیشتر از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۹ به صورت خطی افزایش یافته است. یک مطالعه کانادایی بر روی اطلاعات تشخیصی جمع‌آوری شده از طریق سیستم بیمه سلامت عمومی افزایش ثابتی در بروز BPD در دختران ۱۴ تا ۱۷ ساله بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ نشان داده است. مطالعات نیز شیوع این اختلال را در

جمعیت‌های بالینی مختلف، صرف نظر از وضعیت بخش عمومی یا خصوصی نشان داده‌اند. در یک مطالعه شیوع این اختلال در نوجوانان ۱۱ تا ۱۴ ساله با توجه به تعداد علائم و میزان شدت ۲/۸ درصد در پسران و ۳/۸ درصد در دختران دارای BPD شدید و ۸/۳ درصد پسران و ۱۱/۵ درصد دختران دارای BPD متوسط بودند. خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در میان افراد مبتلا به BPD امری رایج و معمول است. ۸۰ درصد آنها در طی زندگی خود تاریخچه‌ای از اقدام به خودکشی دارند و ۳۰ درصد افرادی که به دلیل خودکشی می‌میرند جزء بیماران مرزی هستند (۳). رفتارهای خود آسیب‌رسان به دسته‌ای از رفتارها گفته می‌شود که در آن فرد به طور مستقیم و عمدی به بدن خود آسیب می‌رساند. این رفتارها شامل خودجراحی غیر خودکشی (NSSI) است که در آن فرد به طور مستقیم و عمدی بدون قصد مرگ به بافت بدن خود آسیب می‌رساند. NSSI شامل بریدن یا کندن پوست با یک جسم تیز، ضربه زدن به خود و برداشتن زخم است. علاوه بر این، کوبیدن، سوزاندن و سوء مصرف مواد نیز اشکال رایج دیگری از NSSI هستند (۴). مطالعات قبلی شدت NSSI را با توجه به اشکال آن را به سه دسته خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی کرده است. اشکال خفیف NSSI شامل ضربه زدن به خود، برداشتن زخم‌ها و کوبیدن است، در حالی که اشکال متوسط/شدید NSSI شامل بریدن، کندن پوست، سوزاندن و سوء مصرف مواد است. خودجراحی در اوایل نوجوانی و به طور معمول در سنین ۱۲ تا ۱۴ سالگی شروع می‌شود. مطالعات فراتحلیل شیوع NSSI را در طول زندگی ۲/۹-۶۹٪/۶ در کودکان و نوجوانان گزارش کرده‌اند که با توجه به نوع نمونه‌ها و روش‌های ارزیابی می‌تواند متفاوت باشد. ولی شیوع کلی آن در طول زندگی ۱/۲۲٪ برآورد شده است. NSSI با علائم روانپزشکی مختلف ارتباط زیادی دارد. به عنوان مثال، نشانگان افسردگی و اختلالات اضطرابی (به ویژه آنهایی که به خود آسیب زده‌اند) با خودآسیبی مرتبط هستند، همچنین تعداد زیادی از افرادی که علائم اختلال شخصیت مرزی را داشته‌اند در مقایسه با افرادی که فاقد این علائم بوده‌اند خودآسیبی بیشتری گزارش کرده‌اند (۵). بنابراین، چنین رفتاری مستلزم مراقبت و

داده است (۸). از لحاظ نظری تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرایندهای مربوط به خود نظم جویی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی آور اثر بگذارد یا تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرد. افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ سازش نایافته به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند. نتایج مطالعات لاین و همکاران (۲۰۱۸) در یک پیگیری یک ساله با عنوان افسردگی رابطه بین تحمل پریشانی و خودجرحی غیرخودکشی را در میان نوجوانان واسطه می‌کند نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که پس از کنترل NSSI اندازه‌گیری شده در زمان ۱، NNSI به طور قابل توجهی با تحمل پریشانی در زمان ۲ و رابطه بین تحمل پریشانی با NNSI از طریق افسردگی در زمان سوم قابل پیش‌بینی بود. در نقش میانجی مشکلات تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، شفقت به خود، و انزجار از خود در ارتباط بین ترومای دوران کودکی و خودجرحی غیرخودکشی‌گرا غفلت عاطفی از طریق تحمل پریشانی کم، شفقت کم به خود، انزجار از خود بالا، و در نتیجه دشواری تنظیم هیجان بالا، اثر غیرمستقیمی بر NNSI داشت (۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه که توسط یانگ (۱۹۹۸) ابداع شد، مشکلات را در تنظیم هیجان به عنوان پیامد تجربیات منفی اولیه زندگی، زمانی که نیازهای هیجانی اساسی کودک برآورده نمی‌شود، مفهوم‌سازی می‌کند. بر اساس چارچوب طرحواره، ناملایمات در دوران کودکی منجر به مشکلات تنظیم هیجان از طریق طرحواره‌های ناسازگارانه می‌شود، زیرا ممکن است فرد الگوهای مناسبی برای مقابله سازگار با هیجان‌ات تجربه شده شدید نداشته باشد. مدل طرحواره هیجانی یک مدل شناختی-اجتماعی از نحوه درک، تفسیر، ارزیابی و پاسخ افراد به هیجان‌ات خود و دیگران است. همه افراد در برابر تجربه طیف گسترده‌ای از «هیجان‌های دردسرساز» از جمله خشم، اضطراب، غم، ناامیدی، حسادت، و کینه آسیب‌پذیر هستند، اما همه

توجه از سوی درمانگران حوزه‌های بهداشتی و مراقبتی است، زیرا NSSI به طور مکرر، فرد را نسبت به درد فیزیکی بی حس کرده و می‌تواند در بلندمدت خطر خودکشی را افزایش دهد. مطالعات کوهورت در مقیاس بزرگ که در ایالات متحده و بریتانیا انجام شده است نشان می‌دهد که میزان خودکشی در بزرگسالانی که به‌طور عمد رفتارهای خودآسیبی را داشته‌اند ۳۰ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. نتایج مطالعه میلیون و همکاران (۲۰۲۲) میزان شیوع NSSI در نوجوانان در طول عمر برای (افکار: ۰/۷۸؛ رفتار: ۰/۷۲)، در سال گذشته (افکار: ۰/۷۴؛ رفتار: ۰/۶۵) و در یک ماه گذشته (فکر: ۰/۶۸؛ رفتار: ۰/۵۱) برآورد شد. همچنین نتایج مطالعات اخیر انجام شده در ایران در مورد بررسی رفتار خود آسیب‌رسان در دانش‌آموزان دبیرستانی درجات مختلفی از شیوع در طول زندگی را گزارش می‌کنند که نرخ همه‌گیری رفتارهای خودآسیب‌رسان در میان دختران و پسران به ترتیب ۶/۹ و ۱/۷ درصد بود. الگوی رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران نسبت به پسران غیرقابل مشاهده‌تر و نامنظم‌تر بود (۶). از میان رفتارهای خودآسیب‌رسان، به ترتیب، زخمی کردن عمدی خود، بریدن عمدی قسمت‌هایی از بدن خود، انجام رفتارهای خودشکست‌دهنده و خودگویی‌های آزاردهنده دارای بیشترین فراوانی بود. همچنین رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران در مقایسه با پسران بیشتر دارای کارکرد درون فردی بود (۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط مؤلفه تحمل پریشانی با خودجرحی غیرخودکشی است. تحمل پریشانی، توانایی درک شده یا واقعی برای مقاومت در برابر تجربه هیجان‌ات منفی است و نقش مهمی در مواجهه دارد و می‌تواند با تمرین مکرر توسعه یابد. همچنین از بعد جسمانی، رفتاری، تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود. در واقع در میان ادبیات مختلف، پریشانی تجربی ممکن است در حوزه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و یا فیزیولوژیک نمایان شود. از آنجا که سازه‌های تحمل پریشانی با توجه به اشکال متفاوت آسیب‌شناسی روانی، در طرح‌های پژوهشی جداگانه‌ای مورد بررسی قرار گرفته، هیچ نظریه فراگیر منفردی، از این طرح پدید نیامده است، انواع پریشانی تجربی را مورد تأکید قرار

بالای افکار و رفتارهای خودکشی و خودآسیبی داشتند (۱۳). با وجود پژوهش‌های متعدد صورت گرفته در رابطه با رفتار خودجرحی در نوجوانان، کمتر مطالعه‌ای به نقش میانجی تحمل پریشانی در رابطه بین طحاره‌های انطباقی و غیر انطباقی با خودجرحی در نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی پرداخته است (۱۴). علاوه بر آن، بسط مفهوم طحاره‌های هیجانی می‌تواند در پیشگیری از رفتار خود جرحی غیر خودکشی‌گرا در نوجوانان با توجه به روند خطی و افزایشی این پدیده به درک آسیب‌شناسی این رفتار در نوجوان کمک فراوانی می‌کند (۱۵). همچنین، بررسی نقش تحمل پریشانی، در این رابطه ممکن است به تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و متناسب سازی نوع مداخله در رفتارهای خودجرحی کمک کند و اطلاعات ارزشمندی برای پیشگیری و مداخله در رفتارهای خودآسیب رسان ارائه دهد. در نتیجه، مطالعه حاضر با هدف الگوی ساختاری طحاره‌های انطباقی/غیرانطباقی با رفتار خودجرحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی گر تحمل پریشانی انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش یک پژوهش توصیفی-همبستگی که به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌دهند. این پژوهش در دو مرحله انجام شد ابتدا در مطالعه اول ۱۵۰۰ پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی در بین نوجوانان مناطق ۵ و ۹ شهر تهران اجرا شد. بدین صورت که هر منطقه تهران به صورت یک خوشه در نظر گرفته شد (۲۲ منطقه) در ادامه از بین این مناطق ۵ و ۹ به صورت تصادفی انتخاب شدند. ضمن دسترسی به مدارس مقطع متوسطه دوم با هماهنگی و کسب مجوزهای لازم از مسئولین آموزش و پرورش، مدیران و دبیران این مناطق بعد از حضور در مدارس ۱۵۰۰ پرسشنامه بین دانش‌آموزان توزیع شد. در ادامه بعد از ارزیابی و خروج پرسشنامه‌های ناقص و بدون پاسخ ۱۱۵۳ پرسشنامه جمع‌آوری شد. از بین ۱۱۵۳ پرسشنامه جمع‌آوری شده

افراد دچار اختلال روانپزشکی نمی‌شوند. مدل طحاره‌های هیجانی پیشنهاد می‌کند که افراد در نظریه‌های خود در مورد هیجان و تنظیم هیجان متفاوت هستند و این نظریه‌های روان‌شناختی راهبردهای مشکل‌ساز را برای مقابله با هیجانات، مانند سرکوب، نشخوار فکری، اجتناب، سرزنش، و سوء مصرف مواد به کار می‌برند. برای مثال، افرادی که از هم جدا می‌شوند ممکن است خشم، اضطراب، سردرگمی و تسکین را تجربه کند. اگر این افراد هیجانات تجربه شده را عادی و طبیعی (مرتبط با رویداد) بدانند، قادر به تحمل هیجانات ناخوشایند و «متضاد» هستند؛ همچنین اگر آن‌ها تشخیص دهند که این هیجانات موقتی و خطرناک نیستند، و از این هیجانات خجالت نکشند، بعید است که مشکلات هیجانی طولانی‌تری را تجربه کند (۱۰). در مقابل، اگر این افراد باور داشته باشند که این هیجانات غیرطبیعی هستند، منطقی نیست، باید فقط یک طرف این تجربه هیجانی را داشته باشد، این هیجانات به طور نامحدود با استفاده از راهبردهای غیرمنطقی (شرم، نشخوار، اجتناب، خودانتقادی، انزوا و مصرف مواد) ادامه خواهند داشت و از کنترل فرد خارج می‌شوند (۱۱). در نهایت پیشنهاد شد که طحاره‌های هیجانی غیرانطباقی منجر به بی‌نظمی بیشتر هیجان می‌شود و خطر بیشتری برای رفتارهای خودکشی یا خودجرحی در زمانی که فرد با یک موقعیت ناراحت کننده، مانند ناامیدی، از دست دادن یا موارد دیگر تجربیات هیجانی مواجه می‌شود. در مطالعه‌ای بر روی نوجوانان ۱۶ تا ۲۵ ساله به این نتیجه دست یافتند که بین رهاشدگی/بی‌ثباتی، نقص/شرم و شش مشکل تنظیم هیجان رابطه معنادار و مثبتی وجود داشت. جوانان با سابقه NSSI در مقایسه با نوجوانان عادی مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجان گزارش کردند. نتایج حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که بین طحاره‌های ناسازگار اولیه و NSSI یک اثر مثبت و مستقیم و یک اثر مثبت غیرمستقیم از طریق نظم‌جویی شناختی هیجانی وجود دارد (۱۲). بین طحاره‌های هیجانی با افکار خودکشی، رفتارهای خودآسیبی و رفتارهای خودکشی همبستگی معناداری وجود دارد. از بین این طحاره‌ها نشخوار فکری و بی‌اعتباری نقش مهمی در پیش بینی سطوح

تأثیر بین‌فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان‌خواهی و سرسختی). نمرات به صورت یک طیف لیکرت سه گزینه‌ای از ۰ (کاملاً غیر مرتبط، خیر)، ۱ (تا حدودی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط، بله) درجه‌بندی شده‌اند. بنابراین هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. به اعتقاد تدوین‌کنندگان این پرسشنامه از اعتبار سازه بالایی برخوردار بود. همچنین در مطالعات پیگیری، همسانی درونی بالایی را نشان داد (برای بخش درون‌فردی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای بخش بین‌فردی آلفای کرونباخ ۰/۷۵). **پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی:** این مقیاس برای تعیین باورها و نگرش‌ها نسبت به هیجان در افراد توسط لیهی در سال ۲۰۱۲ تهیه شده است. مقیاس طرحواره‌های هیجانی خود برای سنجش ۱۴ طرحواره تدوین شده است که شامل (بی‌اعتمادی، عدم درک، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجان، فاقد ارزشیابی، فقدان کنترل، کرختی، منطقی بودن، تداوم احساس، هشپاری ضعیف، عدم پذیرش، نشخوار فکری، اظهارگری ضعیف، احساس شرم) را مشخص کرده است که در امتداد آن‌ها می‌توان طرحواره‌های هیجانی را درک و به دو بخش طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیر انطباقی تقسیم کرد. خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی شامل (احساس گناه، نداشتن اتفاق نظر با دیگران، ساده‌انگاری هیجان، درک ناپذیری، عدم پذیرش هیجان‌ها، منطقی بودن بیش از حد، فقدان کنترل، تداوم طولانی، نشخوار فکری، سرزنش دیگران، کرختی) می‌باشد. و خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی انطباقی شامل (پذیرش، ابراز هیجان، اعتباربخشی، توافق داشتن، قابل درک بودن، کنترل، ارزش‌ها) می‌باشد. این مقیاس دارای ۲۸ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۶) نمره‌گذاری می‌شود.

مقیاس تحمل آشفتگی: مقیاس تحمل آشفتگی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً موافقم

آزمودنی‌های که در پرسشنامه شخصیت مرزی نوجوانان علاوه بر خودجرمی، یک یا دو ویژگی از این اختلال را دارا بودند وارد پژوهش شدند. در مرحله دوم ۳۱۶ دانش‌آموز که رفتار خودجرمی را گزارش و پرسشنامه خودجرمی بدون خودکشی را تکمیل نمودند باقی ماندند. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال، عدم وجود معلولیت‌های جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن و مصرف دارو به خاطر وضعیت جسمانی و روانی خود، همچنین ملاک‌های خروج شامل بی‌میلی شرکت در پژوهش و بستری شدن در طول یک سال گذشته به خاطر وضعیت جسمانی و روانی و پاسخگویی ناقص به پرسشنامه‌ها و مخدوش بودن آن‌ها بود. از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: پژوهشگر خود را به شرکت‌کنندگان در پژوهش معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، عقاید، فرهنگ، مذهب و ... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد، بر آزاد بودن واحدهای مورد پژوهش جهت حضور در ادامه پژوهش تأکید شد، حریم شخصی آزمودنی‌ها حفظ شد و به آن‌ها در مورد بی‌خطر بودن مداخله اطمینان داده شد، در ثبت اطلاعات و آمار به‌دست آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن‌ها و استفاده از منابع دقت و امانت‌داری عملی به عمل آمد. از آنجایی که هیچ محاسبه یا روشی صحیح یا مورد قبول جهانی برای تعیین اندازه نمونه برای مدلسازی معادلات ساختاری (SEM) وجود ندارد، محققان و دانشجویان به طور یکسان اغلب بر «قوانین سرانگشتی» تکیه می‌کنند.

پرسشنامه اظهارات مربوط به رفتارهای خودآسیبی: پرسشنامه خودگزارشی رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط کلونسکی و گلن (۲۰۰۹) تهیه و طراحی شده است. این سیاهه ۱۳ رفتار خودآسیبی غیر خودکشی را به وسیله ۳۹ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: کارکردهای درون‌فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی) و کارکردهای بین‌فردی (استقلال، حریم‌های بین‌فردی،

همکاری صادقانه آنها و عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی‌شان به دانش‌آموزان توضیحات لازم ارائه شد. برای گزارش یافته‌های توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرض‌های پژوهش از روش تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و نسخه ۲۴ آموس (AMOS) استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه ۱۵/۳۶ و انحراف استاندارد آن (۰/۴۸۱) است. از بین دانش‌آموزان ۲۰۲ نفر (۶۳/۹ درصد) ۱۵ ساله، ۱۱۴ نفر (۳۶/۱ درصد) ۱۶ ساله بودند. از بین دانش‌آموزان ۲۰۶ نفر (۶۵/۲ درصد) دختر و ۱۱۰ نفر (۳۴/۸ درصد) پسر بودند. میانگین، انحراف استاندارد، به همراه فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) رفتارهای خودجرحی نوجوانان ۳۱/۸۸ (و ۱۲/۰۲)، طرحواره‌های انطباقی ۶۱/۴۸ (و ۹/۳۴)، و طرحواره‌های غیرانطباقی ۵۰/۱۷ (و ۹/۷۱) است. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کل تحمل پریشانی ۳۹/۷۶۵ (و ۸/۲۹۵) است.

در پژوهش حاضر داده‌های پرت (خارج از محدوده) تک متغیری با استفاده از نمودار باکس-ویسکر شناسایی شدند. با توجه به نمودار داده به عنوان پرت تک متغیری شناسایی نشد. داده‌های پرت (خارج از محدوده) چند متغیری با استفاده از فاصله مالاانویس شناسایی و تحلیل حذف شدند. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون چولگی و کشیدگی معنادار نبود و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن داده‌ها مورد تایید قرار گرفت ($P < 0/01$)، استقلال داده‌ها با استفاده از آماره دوربین واتسون (DW) بررسی و تأیید شد. همچنین عدم هم خطی چندگانه با استفاده از آماره تورم واریانس (VIF) و آماره تحمل بررسی و تأیید شد. بعد از رعایت مفروضه‌های آماری به منظور بررسی روابط ساختاری متغیرهای پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. ابتدا شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش نمایش داده شده است (جدول ۱). در ادامه به منظور بررسی برازش داده‌های تجربی

تا ۵ = کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس، به ترتیب ۱۵ و ۷۵ است. نمرات بالا در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی پایین است. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. هر چند، پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی وجود چهار عامل اول، تحمل (من نمی‌توانم به احساس آشفتگی‌ام رسیدگی کنم)، جذب (هنگامی که آشفته و پریشان هستم، همواره به این فکر می‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی (تحمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم (من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضرم هر کاری را انجام دهم) کشف شد. نتایج حاصل از درستی آزمایی همزمان نشان می‌دهد که این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای کنار آمدن استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود رابطه منفی دارد. همچنین همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه ۰/۶۱ بود. بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷۲ برآورد شد. ضریب قابلیت اعتماد به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با شیوه‌های کنار آمدن مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و غیر مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸، ۰/۳۳۷- و ۰/۱۹۶- است. همچنین بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۲۲۴- و ۰/۶۵۳- به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۴ به دست آمد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها و اجرای پرسشنامه‌ها پس از اخذ کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1402.033 مجوز به شماره به شماره ۸۴۳۸۵/۵۳ از آموزش و پرورش مناطق ۵ و ۹ شهر تهران و هماهنگی‌های لازم، با مسئولین آموزش و پرورش در ابتدا هر منطقه به صورت یک خوشه در نظر گرفته شد. در خصوص چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، هدف پژوهش و ضرورت

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش

| متغیر | چولگی | | کشیدگی | | SE | M |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | SE | آماره | SE | آماره | | |
| رفتارهای خودجرمی | ۱۲/۰۲۸ | -۰/۲۲۷ | ۰/۱۳۷ | -۰/۱۸۳ | ۳۱/۸۸۶ | ۰/۹۰۲ |
| تنظیم هیجانی | ۱/۱۷۷ | -۰/۲۵۵ | ۰/۱۳۷ | -۰/۳۲۶ | ۲/۸۲۸ | ۰/۸۵۱ |
| تمایز خود از دیگران | ۱/۲۴۰ | -۰/۳۵۱ | ۰/۱۳۷ | -۰/۲۲۹ | ۲/۷۴۰ | ۰/۸۲۰ |
| تنبیه خود | ۱/۲۳۳ | -۰/۰۲۸ | ۰/۱۳۷ | -۰/۰۲۵ | ۲/۶۵۵ | ۰/۷۹۴ |
| مراقبت از خود | ۱/۲۲۵ | -۰/۲۸۳ | ۰/۱۳۷ | -۰/۲۱۹ | ۲/۶۷۷ | ۰/۸۰۹ |
| ضدتجزیه ای | ۱/۲۶۶ | -۰/۲۲۷ | ۰/۱۳۷ | -۰/۱۸۳ | ۲/۶۰۴ | ۰/۷۴۶ |
| حس جویی | ۱/۲۶۴ | -۰/۲۵۵ | ۰/۱۳۷ | -۰/۳۲۶ | ۲/۵۹۸ | ۰/۷۷۹ |
| تعلق به همسالان | ۱/۱۶۷ | -۰/۳۵۱ | ۰/۱۳۷ | -۰/۲۲۹ | ۲/۶۶۴ | ۰/۷۳۴ |
| اثرگذاری بین فردی | ۱/۲۷۸ | -۰/۰۲۸ | ۰/۱۳۷ | -۰/۰۲۵ | ۲/۵۷۹ | ۰/۸۲۲ |
| اثبات قدرت | ۱/۲۶۵ | -۰/۲۸۳ | ۰/۱۳۷ | -۰/۲۱۹ | ۲/۸۱۰ | ۰/۷۵۳ |
| ابراز آشفتگی | ۱/۱۹۸ | -۰/۲۲۷ | ۰/۱۳۷ | -۰/۱۸۳ | ۲/۶۹۹ | ۰/۸۱۲ |
| انتقام گیری | ۱/۲۱۰ | -۰/۲۵۵ | ۰/۱۳۷ | -۰/۳۲۶ | ۲/۴۳۹ | ۰/۷۹۱ |
| خودمختاری | ۱/۳۴۰ | -۰/۳۵۱ | ۰/۱۳۷ | -۰/۲۲۹ | ۲/۵۷۹ | ۰/۷۶۳ |
| طرحواره های انطباقی | ۹/۳۴۶ | -۰/۴۶۲ | ۰/۱۳۷ | -۰/۰۲۳ | ۶۱/۴۸۷ | ۰/۹۱۲ |
| پذیرش | ۱/۵۶۷ | -۰/۲۰۵ | ۰/۱۳۷ | -۰/۴۴۳ | ۸/۹۹۳ | ۰/۸۸۴ |
| ابزار هیجان | ۱/۵۰۲ | -۰/۲۵۷ | ۰/۱۳۷ | -۰/۰۰۲ | ۸/۷۳۷ | ۰/۸۶۹ |
| اعتباربخشی | ۱/۴۶۲ | -۰/۵۸۲ | ۰/۱۳۷ | -۰/۱۱۱ | ۸/۶۳۲ | ۰/۸۷۷ |
| توافق داشتن | ۱/۴۸۲ | -۰/۳۵۵ | ۰/۱۳۷ | ۰/۰۷۷ | ۸/۶۲۳ | ۰/۸۳۱ |
| قابل درک بودن | ۱/۵۲۱ | -۰/۴۶۷ | ۰/۱۳۷ | -۰/۰۶۲ | ۸/۳۷۳ | ۰/۸۰۸ |
| کنترل | ۱/۵۵۹ | -۰/۳۹۴ | ۰/۱۳۷ | -۰/۳۱۵ | ۸/۸۷۰ | ۰/۷۷۴ |
| ارزش ها | ۱/۴۴۵ | -۰/۴۹۴ | ۰/۱۳۷ | -۰/۱۳۰ | ۸/۸۹۲ | ۰/۸۸۵ |
| طرحواره‌های غیرانطباقی | ۹/۷۱۵ | -۰/۱۱۵ | ۰/۱۳۷ | -۰/۶۸۸ | ۵۰/۱۷۴ | ۰/۸۷۶ |
| احساس گناه | ۱/۲۴۳ | -۰/۰۱۷ | ۰/۱۳۷ | -۰/۷۲۰ | ۷/۲۰۲ | ۰/۷۶۰ |
| ساده انگاری هیجان | ۱/۳۴۷ | -۰/۰۲۶ | ۰/۱۳۷ | -۰/۸۶۲ | ۷/۲۷۸ | ۰/۷۲۹ |
| منطقی بودن بیش از حد | ۱/۲۹۷ | -۰/۰۸۹ | ۰/۱۳۷ | -۰/۵۵۳ | ۷/۱۶۲ | ۰/۷۸۰ |
| تداوم طولانی | ۱/۲۸۰ | -۰/۰۰۱ | ۰/۱۳۷ | -۰/۶۸۱ | ۷/۰۶۶ | ۰/۷۹۳ |
| نشخوار فکری | ۱/۲۴۸ | -۰/۰۱۶ | ۰/۱۳۷ | -۰/۷۹۶ | ۷/۲۴۶ | ۰/۸۳۹ |
| سرزنش دیگران | ۱/۳۳۹ | -۰/۰۷۹ | ۰/۱۳۷ | -۰/۸۷۸ | ۷/۰۹۴ | ۰/۷۱۸ |
| کرختی | ۱/۲۴۸ | -۰/۰۴۵ | ۰/۱۳۷ | -۰/۶۹۱ | ۷/۱۲۶ | ۰/۸۰۵ |
| تحمل پریشانی | ۸/۲۹۵ | -۰/۲۲۷ | ۰/۱۳۷ | -۰/۱۸۳ | ۳۹/۷۶۵ | ۰/۸۲۰ |
| تحمل | ۲/۵۸۴ | -۰/۲۵۵ | ۰/۱۳۷ | -۰/۳۲۶ | ۸/۰۸۵ | ۰/۸۹۲ |
| جذب | ۲/۵۴۲ | -۰/۳۵۱ | ۰/۱۳۷ | -۰/۲۲۹ | ۸/۲۵۶ | ۰/۸۴۰ |
| ارزیابی | ۳/۵۳۰ | -۰/۰۲۸ | ۰/۱۳۷ | -۰/۰۲۵ | ۱۵/۲۱۵ | ۰/۷۳۵ |
| تنظیم | ۲/۶۳۹ | -۰/۲۸۳ | ۰/۱۳۷ | -۰/۲۱۹ | ۸/۲۰۸ | ۰/۷۷۴ |

درجه آزادی (χ^2/df) با مقدار ($\chi^2/df_{(399)} = 1/833$)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) با مقدار ۰/۹۵، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) با مقدار ۰/۹۵، شاخص نیکوی برازش (GFI) با مقدار ۰/۸۶، شاخص برازش هنجار شده یا شاخص توکر-لویس ($NNFI = 0/95$)، شاخص نیکوی برازش تعدیل یافته ($AGFI = 0/84$)، شاخص

حاصل از پژوهش با مدل مفهومی پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازش مدل ساختاری مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۲).

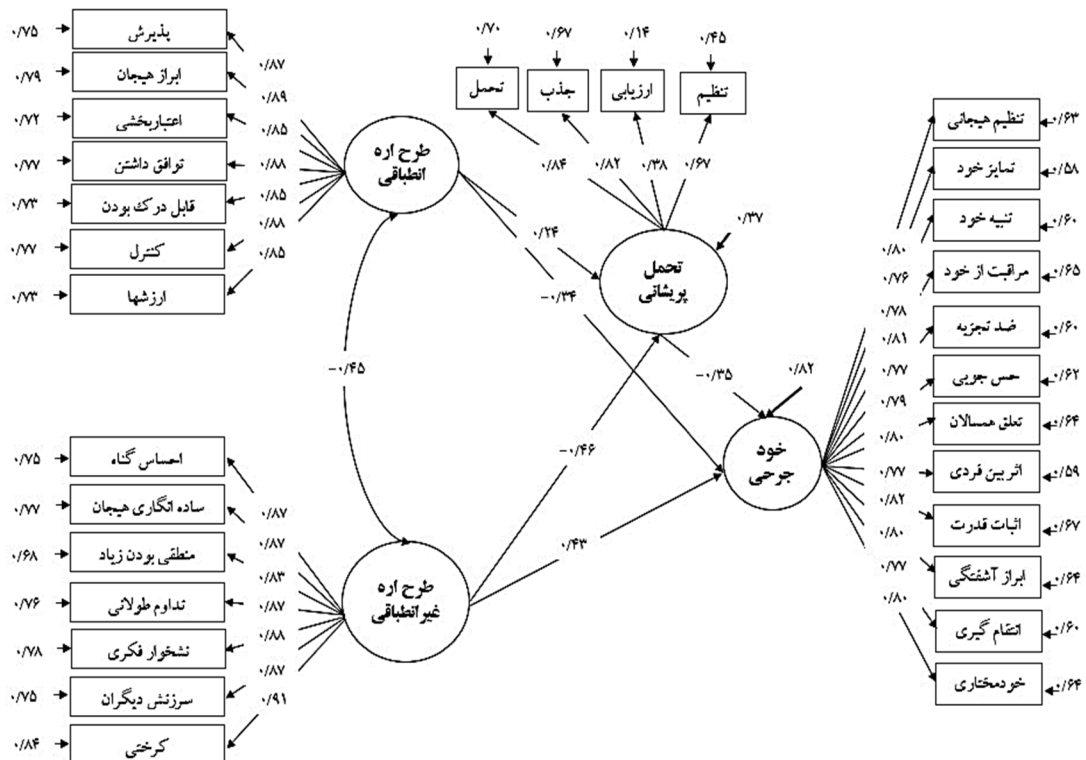
همان‌طور که مشاهده می‌شود در مدل تأییدی نهایی مقدار χ^2 دو معنی دار شده است، همچنین، سایر شاخص‌های برازندگی، مانند نسبت مجذور χ^2 به

برازندگی هنجار شده ($NFI=0/91$) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب ($RMSEA$) با مقدار $0/05$ حاکی از برازش مطلوب الگوی تأییدی نهایی با داده‌ها است (جدول ۳). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین طرحواره‌های انطباقی با خودجراحی نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی ($P<0/05$)، طرحواره‌های غیر انطباقی با خودجراحی

برازندگی هنجار شده ($NFI=0/91$) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب ($RMSEA$) با مقدار $0/05$ حاکی از برازش مطلوب الگوی تأییدی نهایی با داده‌ها است (جدول ۳). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین طرحواره‌های انطباقی با خودجراحی نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی ($P<0/05$)، طرحواره‌های غیر انطباقی با خودجراحی

جدول ۲- شاخص‌های نیکویی برازش مدل آزمون شده پژوهش

| شاخص‌های برازش مطلق | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| شاخص | GFI | AGFI | RMR |
| مقدار به دست آمده | 0/86 | 0/84 | 0/261 |
| حد قابل پذیرش | بیشتر از 0/90 | بیشتر از 0/80 | مقدار کوچک |
| شاخص‌های برازش تطبیقی | | | |
| شاخص | CFI | NFI | IFI |
| مقدار به دست آمده | 0/95 | 0/91 | 0/95 |
| حد قابل پذیرش | بیشتر از 0/90 | بیشتر از 0/90 | بیشتر از 0/90 |
| شاخص‌های برازش تعدیل یافته | | | |
| شاخص | χ^2/df | PCFI | RMSEA |
| مقدار به دست آمده | 1/986 | 0/87 | 0/05 |
| حد قابل پذیرش | کمتر از 0/3 | بیشتر از 0/60 | کمتر از 0/08 |



شکل ۱- اثر میانجی تحمل‌پریشانی در ارتباط بین طرحواره‌های انطباقی / غیر انطباقی با خودجراحی نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی

جدول ۳- نتایج بوت استرایپینگ اثر غیرمستقیم طرحواره‌های انطباقی و غیرانطباقی با خودجرمی نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی (N=۳۱۶)

| متغیر | اثر غیرمستقیم | سوگیری | حد پایین | حد بالا | SE | P |
|---|---------------|--------|----------|---------|-------|---------|
| طرح‌واره غیرانطباقی---> تحمل پریشانی ---> خودجرمی | ۰/۱۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۱۸ | ۰/۲۲۳ | ۰/۰۲۲ | P≤۰/۰۰۱ |
| طرح‌واره انطباقی---> تحمل پریشانی ---> خودجرمی | -۰/۰۸۳ | -۰/۰۰۳ | -۰/۱۱۹ | -۰/۰۴۹ | ۰/۰۲۲ | P≤۰/۰۰۱ |

پژوهش مبنی بر اینکه بین طرحواره‌های هیجانی با افکار خودکشی، رفتارهای خودجرمی و رفتارهای خودکشی همبستگی معناداری وجود دارد. از بین متغیرهای پژوهش نشخوار فکری و بی‌اعتباری نقش مهمی در پیش‌بینی خودجرمی، افکار و رفتار خودکشی داشتند. طرحواره‌های بی‌ثباتی/طرد و استحقاق به طور قابل توجهی کارکردهای درون فردی رفتار خودآسیب رسان را پیش‌بینی می‌کنند. در مقابل، خودکنترلی ناکافی به طور قابل توجهی عملکردهای بین فردی را پیش‌بینی کرد. نقص/شرم و استحقاق، خودجرمی غیر خودکشی را پیش‌بینی کرد (۷). در تبیین این نتایج می‌توان گفت نوجوانانی که در پردازش هیجانی دارای مشکل هستند و هنگام مواجهه با شرایط و رویدادهای که طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی را در آنها فعال می‌کند (شامل داشتن احساس گناه، نشخوار فکری، سرزنش دیگران، کرحتی و منطقی بودن بیش از حد که منجر به انعطاف‌ناپذیری می‌شود) به دلیل سطح فعال‌سازی پایین هیجانی، به راحتی توسط یک محرک بی‌اهمیت آستانه آن تحریک می‌شود و پردازش هیجان به این شکل، زمینه‌ها یا رویدادهایی که طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری را به وجود می‌آورند یا باعث ایجاد پاسخ‌های هیجانی غیرعادی بعدی می‌شوند، لذا این افراد بیشتر در معرض اقدام به رفتار خودجرمی هستند بنابراین رویداد به همراه فعال‌سازی طرحواره‌های هیجانی زمینه را برای برانگیختگی هیجانی فراهم می‌کند که این برانگیختگی هیجانی نیاز به تسکین دارد بنابراین نوجوان برای تسکین این درد هیجانی رو به رفتارهای خودآسیبی و یا خودجرمی می‌آورد بعد از خودجرمی به طور موقت به خاطر خودجرمی احساس تسکین و آرامش پیدا می‌کنند اما بعد از خودجرمی مجدد دچار احساس گناه و سرزنش خود و دیگران می‌شوند که زمینه را برای رنج هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجانی فراهم می‌کند. (۱۲). بنابراین افراد دارای طرحواره‌های انطباقی چون می‌دانند هیجان‌های

و غیر مستقیم از طریق تحمل پریشانی بر خودجرمی نوجوانان تأثیر دارد. همچنین مسیر مستقیم و استاندارد شده طرح‌واره غیرانطباقی به تحمل پریشانی ($\beta = -0.464, P < 0.05$)، طرح‌واره غیرانطباقی به خودجرمی نوجوانان ($\beta = 0.434, P < 0.05$) معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر طرح‌واره‌های غیرانطباقی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق تحمل پریشانی بر خودجرمی نوجوانان تأثیر دارد. همچنین همانطور که مشاهده می‌شود ۳۷ درصد از واریانس تحمل پریشانی توسط طرح‌واره‌های انطباقی و غیر انطباقی تبیین می‌شود. همچنین ۸۲ درصد از واریانس خودجرمی نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی توسط طرح‌واره‌های انطباقی و غیر انطباقی و تحمل پریشانی تبیین می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود طرح‌واره‌های غیرانطباقی از طریق تحمل پریشانی ($\beta = 0.161, P < 0.05$) اثر غیر مستقیم، مثبت و معنی‌دار بر خودجرمی نوجوانان دارند ($P < 0.05$). همچنین طرح‌واره‌های انطباقی از طریق تحمل پریشانی ($\beta = -0.083, P < 0.001$) اثر غیر مستقیم، منفی و معنی‌دار بر خودجرمی دارند ($P < 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف الگوی ساختاری طرحواره‌های انطباقی/غیرانطباقی با رفتار خودجرمی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی‌گر تحمل پریشانی انجام شد. نتایج حاصل از مدل‌یابی معادله ساختاری نشان داد که طرح‌واره‌های انطباقی اثر مستقیم و منفی بر خودجرمی نوجوانان دارد. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات باردن (Braden) و همکاران (۲۰۱۹) (۹) و ناگویان (Nguyen) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۴) همراستا بود. همچنین طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی از طریق تحمل پریشانی اثر منفی غیر مستقیم بر خودجرمی نوجوانان دارد. همچنین نتایج این

تأکید می‌کنند، به شیوه مؤثرتری با رویدادهای استرس‌زا کنار می‌آیند و در نتیجه از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه بیشتری برای موقعیت‌های برانگیزاننده استفاده می‌کنند (۳). در مقابل افرادی که طرحواره‌های غیرانطباقی مانند نشخوار فکری در آنها نیرومند است از لحاظ راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند، که یک فرآیند شناختی ناسازگارانه‌ای است که موجب تشدید و تداوم خلق منفی شده و فرایند حل مسئله را مختل می‌سازد (۲). بنابراین افرادی که طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی دارند، برای یافتن علل رویداد پیش آمده درگیر راهبردهای حل مسئله هیجان مدار شده که در کوتاه مدت باعث افزایش خلق می‌شود ولی در بلندمدت زمینه را برای کاهش تاب‌آوری و تحمل آشفتگی فراهم می‌کند که می‌تواند زمینه را برای رفتارهای خودآسیبی و خودجرحی فراهم کند (۱۱).

نتیجه‌گیری

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که توانایی تحمل پریشانی موجب می‌شود تا افراد قادر به تسکین هیجانات خود بوده و در بحران‌ها، آشفتگی و فشار روانی را تحمل کنند که این خود سبب توانایی رویارویی با مشکلات و حل آن‌ها می‌شود، به عبارت دیگر، افراد دارای پریشانی هیجانی نمی‌توانند به خوبی هیجانات خود را در موقعیت‌های آسیب‌زای زندگی (مانند شکست، ادراک بد رفتاری، تحقیر) کنترل کرده و به حل مشکلات بپردازند همین امر زمینه را برای آسیب‌پذیری آنها در برابر اختلالات روانشناختی افزایش می‌دهد. در واقع نوجوانانی که تحمل پریشانی کمی دارند به جای پذیرش مسائل و تمرکز بر مشکلات برای یافتن راه حل بهتر از شیوه‌های اجتنابی و کمتر استرس‌زا استفاده می‌کنند، و با شدت گرفتن فشارها و استرس‌های ناشی از موقعیت آسیب‌زا، احساس درماندگی و ناامیدی می‌کنند و قدرت کمتری برای تحمل این پریشانی‌ها از خود نشان می‌دهند که باعث افزایش شیوه‌های اجتنابی برخورد با مسائل در این افراد می‌شود که یکی از روش‌های که باعث کاهش پریشانی و تسکین موقت در آنها می‌شود خودجرحی است.

آنها وابسته به موقعیت است، این هیجان‌ها زودگذر هستند می‌توانند آنها را با استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی مثل شناسایی و نام‌گذاری و بیان هیجانی تنظیم کنند ولی افراد دارای طرحواره‌های غیرانطباقی از هیجان‌های منفی به عنوان یک تسکین استفاده می‌کنند. از سوی دیگر، اگر فرد بر این باور باشد که دیگران هیجان‌اتش را می‌پذیرند (اعتباربخشی به هیجانات)، هیجان‌اتش دارای معنا و مفهوم هستند (قابل درک بودن) و یا در زندگی ارزش‌های برتری داشته باشد که تحمل هیجانات ناخوشایند را قابل تحمل کند (رنجش سودمند) به جای تلاش برای سرکوب سعی خواهد کرد آنها را بپذیرد و بدین شکل احتمال استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی از جمله خودجرحی و خودزنی کاهش خواهد یافت (۱۴). نتایج حاصل از مدل‌یابی معادله ساختاری نشان داد که طرحواره‌های غیر انطباقی اثر مستقیم و مثبتی بر خودجرحی نوجوانان دارد. همچنین طرحواره‌های غیر انطباقی از طریق تحمل پریشانی اثر مثبت غیر مستقیم بر خودجرحی نوجوانان دارد (۱۵). در تبیین این نتایج می‌توان گفت، با توجه به مدل گرینبرگ که بیان می‌کند که هیجان شکلی از پردازش اطلاعات است که به موجب آن فرد معنای رویدادها را تجربه می‌کند و طرحواره‌های هیجانی به واسطه‌ای محتوای هیجانی «معانی» یا «شناخت‌ها» ساختاری سازمان دهنده را تشکیل می‌دهند. در این مدل هیجان محور، ممکن است هیجانات یک «عامل محرک» برای شناخت‌ها باشد و برای فردی که تحت سیطره‌ی محتوای منطقی و خشک و بی‌روح هیجانات قرار ندارد، حاوی یک «حقیقت» باشد. به طور کلی مدل‌های فراشناختی هیجانات، بیانگر آن هستند که هیجانات رویدادهایی تجربی هستند که افراد مختلف، به آن پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند (۹). بر اساس این مدل طرحواره‌های هیجانی بر چگونگی مفهوم پردازش هیجانات و نحوه اقدام (یا چگونگی عمل کردن در هنگام انگیخته شدن هیجانات ناخوشایند) افراد نسبت به تجربه هیجان تأثیر می‌گذارند. در همین راستا پژوهش حاضر نشان داد که افرادی که طرحواره‌های هیجانی انطباقی دارند، یعنی باورهایی زیربنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، ارزش‌های والاتر و توافق

References

1. Thadani B, Pérez-García AM, Bermúdez J. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast. *N Engl J Med*. 2021;384(5):440-451.
2. Vega D, Torrubia R, Marco-Pallarés J, Soto A, Rodriguez-Fornells A. Metacognition of daily self-regulation processes and personality traits in borderline personality disorder. *J Affect Disord*. 2020;267:243-250.
3. Zaorska J, Rydzewska M, Kopera M, Wiśniewski P, Trucco EM, Kobylński P, Jakubczyk A. Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder. *Front Psychiatry*. 2023;14:117566.
4. Mattingley S, Youssef GJ, Manning V, Graeme L, Hall K. Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;300:492-504.
5. Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1998;33(11):676-8.
6. Niezabitowska A, Rokosz M, Poprawa R. Distress Tolerance is Indirectly Related to Nicotine Use through the Smoking Motives. *Subst Use Misuse*. 2022;57(5):751-758.
7. Hirsh JB, Quilty LC, Bagby RM, McMain SF. The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2012;26(4):616-27.
8. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019;25(5):343-348.
9. Braden JB, Sullivan MD. Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the national comorbidity survey replication. *J Pain*. 2019;9(12):1106-15.
10. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(4):325-31.
11. Kelly Grealy M, Godfrey E, Brady F, Whyte O'Sullivan E, Carroll GA, Burke T. Borderline personality disorder traits and mentalising ability: The self-other social cognition paradox. *Front Psychiatry*. 2022;13:1023348.
12. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev*. 2013;34(11):e42-6.
13. Asherson P, Young AH, Eich-Höchli D, Moran P, Porsdal V, Deberdt W. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr Med Res Opin*. 2014;30(8):1657-1672.
14. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2020;27(3):146-55.
15. Jacob L, Haro JM, Koyanagi A. Relationship between attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and problem gambling: A mediation analysis of influential factors among 7,403 individuals from the UK. *J Behav Addict*. 2018;7(3):781-793.