



الگوی ساختاری ترومای دوران کودکی با رفتار خودجرحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی گر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

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 روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

ترومای دوران کودکی،
رفتار خودجرحی غیر خودکشی،
راهبردهای نظم‌جویی شناختی
هیجان،
اختلال شخصیت مرزی،
نوجوانان

زمینه و هدف: خودجرحی غیر خودکشی به تخریب عمدی بافت بدن بدون قصد خودکشی و برای اهدافی که از نظر اجتماعی تایید نشده است، اشاره دارد. این پژوهش با هدف روابط ساختاری الگوی ساختاری ترومای دوران کودکی با رفتار خودجرحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی‌گر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان 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)، ترومای دوران کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) گردآوری شد. داده‌ها با روش‌های آماری همبستگی پیرسون، مدل‌یابی ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری نشان داد که ۰/۰۴ درصد از تغییرات مربوط به نظم‌جویی شناختی هیجانی سازگارانۀ توسط ترومای دوران کودکی تبیین می‌شود. ۰/۰۱ درصد از تغییرات مربوط به نظم‌جویی شناختی هیجانی نا سازگارانۀ توسط ترومای دوران کودکی تبیین می‌شود. بر این اساس ۷۲ درصد تغییرات مربوط به خودجرحی نوجوانان توسط ترومای دوران کودکی، نظم‌جویی شناختی هیجانی سازگارانۀ و نا سازگارانۀ تبیین می‌شود. رفتارهای خودجرحی در نوجوانان تابعی از ترومای دوران کودکی است و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان سازگارانۀ این ارتباط را میانجی‌گری می‌کند. یافته‌ها حاکی از برازش مناسب الگوی پیشنهادی با داده‌هاست.

نتیجه‌گیری: به طور کلی می‌توان بیان داشت که الگوی ساختاری پیشنهادی که شامل ترومای دوران کودکی، خودجرحی در نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی، و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان است، از برازش مناسبی برخوردار است. این به معنی آن است که این مدل توانسته است روابط میان این عوامل را به خوبی توضیح دهد و با داده‌ها تطابق داشته باشد. همچنین، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان نقش میانجی‌گر مهمی در این مدل دارند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Ershadi Manesh S, Ghorbaninejad F. Structural Pattern of Childhood Trauma with Self-Injury Behavior of Adolescents with Borderline Personality Traits Based on Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. Razi J Med Sci. 2024(22 Jun);31.53.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

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

Structural Pattern of Childhood Trauma with Self-Injury Behavior of Adolescents with Borderline Personality Traits Based on Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies

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 in psychology, Psychology Department, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Since no study has been found regarding the structural relationship between the structural pattern of childhood trauma and the self-injurious behavior of adolescents with borderline personality traits based on the mediating role of cognitive regulation strategies, emotion, therefore, conducting this research lies in several fundamental aspects. First, considering the high prevalence of childhood trauma and its extensive and long-term effects on mental health, this research can contribute to a deeper understanding of the relationship between these traumatic experiences and self-injurious behaviors in adolescents with borderline personality traits. Identifying this relationship can help mental health professionals to identify risk factors better and apply preventive and therapeutic interventions in time. Second, by examining the mediating role of cognitive emotion regulation strategies, this research identifies the mechanisms through which childhood trauma leads to self-injurious behaviors. This knowledge can help develop and improve therapeutic interventions, especially through teaching teenagers more effective emotion regulation strategies, which can reduce self-injurious behaviors and improve their mental health. The results of this research can help increase the awareness of society and professionals about the importance of prevention and early treatment of childhood trauma and its effect on self-injurious behaviors during adolescence. This awareness can lead to improved mental health policies, improved education and treatment programs, and support for those at risk. Considering the lack of research findings in this field, the aim of this study was the structural pattern of childhood trauma with self-injurious behavior of teenagers with borderline personality traits based on the mediating role of cognitive emotion regulation strategies.

Methods: The descriptive research method was correlation type. The statistical population of this research consists of all students of the second secondary level of Tehran city in the academic year 2022-2023. In this study, 316 students out of 1153 students were selected using the multi-stage cluster sampling method. Data were collected using a non-suicidal self-injurious behavior questionnaire (Klonsky and Glenn, 2009), childhood trauma (Bernstein et al., 2003), and cognitive emotion regulation strategies (Garnefsky et al., 2001). The data were analyzed with Pearson correlation statistical methods, and structural modeling using SPSS and AMOS statistical software.

Results: The results of structural equation modeling showed that 0.04% of the changes related to adaptive cognitive-emotional regulation are explained by childhood trauma. 0.01% of changes related to maladaptive emotional cognitive regulation are explained by childhood trauma. Based on this, 72% of the changes related to adolescent self-injury are explained by childhood trauma and adaptive and

Keywords

Childhood Trauma,
Non-Suicidal Self-
Injurious Behavior,
Cognitive Emotion
Regulation Strategies,
Borderline Personality
Disorder,
Adolescents

Received: 16/01/2024

Published: 22/06/2024

maladaptive cognitive-emotional regulation. Self-injurious behaviors in adolescents are a function of childhood trauma and adaptive emotion cognitive regulation strategies mediate this relationship. The findings indicate the appropriate fit of the proposed model with the data.

Conclusion: In general, it can be said that the proposed structural model, which includes childhood trauma, self-injury in teenagers with borderline personality traits, and cognitive emotion regulation strategies, is a good fit. This means that this model has been able to explain the relationships between these factors well and match the data. Also, cognitive emotion regulation strategies play an important mediating role in this model. This means that the effect of childhood trauma on the self-injurious behaviors of teenagers with borderline personality traits is significantly transmitted through cognitive emotion regulation strategies. These findings emphasize the importance of psychological interventions in improving emotional regulation strategies as a key factor in reducing self-injurious behaviors and show that working with these strategies can reduce the negative effects of childhood trauma on self-injurious behaviors in adolescents. The present study has limitations that should be taken into consideration in future studies. First, the relative lack of diversity in some samples (for example, the student sample in the age range of 15 to 17 years) may moderate the generalizability of the results. Second, in this research, all data were collected using self-reporting methodology. It is therefore susceptible to the limitations of using a simple method of data collection. Therefore, it is better to use other measurement methods such as structured clinical interviews, behavioral rating scales, and direct evaluation of behavior in future research. Since the family factors and individual differences of teenagers are the background for formulating and implementing various interventions to correct and prevent mental injuries; It is suggested that future researchers should pay attention to other related variables such as individual differences in coping styles, personality traits, as well as family dimensions, such as the presence of family members with streaks of behavioral disorders and personality disorders, in order to complete the data of the current research. It is suggested to carry out screening tests every year at the school level, in order to identify cases that need intervention in the fields of health and mental health while examining the mental health status of adolescents, both boys and girls, and with the help of relevant organizations and the cooperation of families in In order to adjust the conditions of adolescents with mental disorders as well as their family problems, take practical steps to prevent their conditions from worsening and turning them into serious psychological injuries such as self-injurious behavior. It is also important to remember that the present study was a descriptive study. Therefore, drawing and matching communication patterns between variables in various samples according to the evolutionary level requires more studies to gain more validity for the findings of the current research.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Ershadi Manesh S, Ghorbaninejad F. Structural Pattern of Childhood Trauma with Self-Injury Behavior of Adolescents with Borderline Personality Traits Based on Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. Razi J Med Sci. 2024(22 Jun);31.53.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

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

مقدمه

ترومای دوران کودکی به تجربه‌های شدیداً استرس‌زا و آسیب‌زایی اشاره دارد که کودکان در مراحل اولیه زندگی خود با آن مواجه می‌شوند (۱). این تجربه‌ها می‌توانند اثرات عمیق و طولانی‌مدتی بر رشد روانی، عاطفی، و حتی جسمی کودک داشته باشند. نمونه‌هایی از این ترومای دوران کودکی شامل سوءاستفاده جسمی، مانند ضرب و شتم یا هر نوع آسیب بدنی، و سوءاستفاده جنسی است که می‌تواند موجب آسیب‌های جسمی و روانی عمیقی شود. سوءاستفاده عاطفی نیز از جمله ترومای دوران کودکی است که در آن رفتارهایی مانند تحقیر، تهدید و تخریب عزت‌نفس کودک رخ می‌دهد (۲). غفلت از نیازهای اساسی کودک، مانند عدم تأمین غذا، سرپناه و همچنین بی‌توجهی به نیازهای عاطفی و روانی، نیز می‌تواند به‌عنوان نوعی ترومای دوران کودکی محسوب شود (۳).

علاوه بر این، کودکانی که در خانواده‌هایی با مشکلات شدید مانند اعتیاد والدین، خشونت خانگی یا جدایی والدین زندگی می‌کنند، ممکن است با ترومای عاطفی شدیدی مواجه شوند. حتی تجربه‌های اجتماعی و محیطی مانند فقر شدید، جنگ، آوارگی یا از دست دادن ناگهانی یکی از والدین یا عزیزان نیز می‌توانند به عنوان ترومای دوران کودکی در نظر گرفته شوند (۴). تأثیرات این ترومای دوران کودکی معمولاً به مرور زمان آشکار می‌شوند و می‌توانند منجر به بروز مشکلات روانی و رفتاری در دوران نوجوانی و بزرگسالی شوند. این تأثیرات ممکن است به صورت اضطراب، افسردگی، مشکلات در روابط بین‌فردی و حتی اختلالات شخصیتی مانند شخصیت مرزی بروز پیدا کنند (۵). همچنین کودکانی که این ترومای شدید را تجربه کرده‌اند، ممکن است در تنظیم هیجانات و کنترل استرس‌ها دچار مشکل شوند و این مشکلات می‌تواند به بروز رفتارهای ناپایدار مانند رفتارهای خودآسیب‌رسان یا انزوا منجر شود (۶).

ترومای دوران کودکی به عنوان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر رشد روانی و عاطفی افراد، می‌تواند پیامدهای جدی و بلندمدتی بر سلامت روانی آنان در مراحل بعدی زندگی داشته باشد. یکی از پیامدهای احتمالی ترومای دوران کودکی، بروز رفتارهای

خودجرحی در نوجوانان است، به‌ویژه در افرادی که ویژگی‌های شخصیت مرزی را دارند. این رفتارها اغلب به عنوان مکانیزمی ناپخته برای مقابله با هیجانات شدید یا دردهای روانی تجربه می‌شوند و ممکن است به دلیل ناتوانی در تنظیم هیجانات منفی ناشی از تجربه‌های تروماتیک دوران کودکی بروز کنند (۷). با توجه به اینکه نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی معمولاً از مشکلات شدید در تنظیم هیجان، ناپایداری در روابط بین‌فردی و خودپنداره منفی رنج می‌برند، ترومای دوران کودکی می‌تواند این مشکلات را تشدید کرده و آنها را به سمت رفتارهای خودآسیب‌رسان سوق دهد (۸). اهمیت این مسئله در آن است که فهم بهتر از رابطه بین ترومای دوران کودکی و رفتار خودجرحی می‌تواند به شناسایی عوامل مؤثر بر این رفتارها و ارائه مداخلات درمانی مؤثرتر کمک کند. از این رو، بررسی چگونگی تأثیرگذاری ترومای دوران کودکی بر رفتار خودجرحی در نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی می‌تواند به عنوان یک مسئله مهم در حوزه سلامت روان مطرح شود (۹).

همانطور که اشاره شد یکی از رفتارهای نگران‌کننده که ممکن است در نتیجه ترومای دوران کودکی بروز کند، خودجرحی است، به‌ویژه در نوجوانانی که ویژگی‌های شخصیت مرزی دارند. این نوجوانان معمولاً در تنظیم هیجانات و مدیریت استرس‌های روزمره دچار مشکل هستند، و این مشکلات می‌تواند به رفتارهای خودآسیب‌رسان منجر شود (۱۰). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به عنوان مکانیزم‌هایی که افراد برای مدیریت و تنظیم هیجانات خود به کار می‌گیرند، ممکن است در این میان نقشی کلیدی ایفا کنند. این راهبردها می‌توانند به عنوان یک میانجی‌گر، رابطه میان ترومای دوران کودکی و رفتار خودجرحی را تبیین کنند (۱۱). به عبارت دیگر، تأثیر ترومای دوران کودکی بر رفتار خودجرحی ممکن است به واسطه توانایی یا ناتوانی فرد در استفاده از راهبردهای مؤثر نظم‌جویی شناختی هیجان تقویت یا تضعیف شود (۱۲). بررسی این موضوع می‌تواند به درک بهتری از سازوکارهای زیربنایی این رفتارها منجر شده و به طراحی مداخلات درمانی هدفمندتر برای کاهش رفتارهای خودجرحی در نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی کمک کند (۱۳).

از آنجایی که در خصوص روابط ساختاری الگوی ساختاری ترومای دوران کودکی با رفتار خودجرحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی‌گر راهبرد های نظم‌جویی شناختی هیجان مطالعه‌ای یافت نشده لذا انجام این تحقیق در چندین جنبه اساسی نهفته است. نخست، با توجه به شیوع بالای ترومای دوران کودکی و اثرات گسترده و بلندمدت آن بر سلامت روان، این پژوهش می‌تواند به درک عمیق‌تری از رابطه بین این تجربه‌های تروماتیک و رفتارهای خودجرحی در نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی کمک کند (۱۴). شناسایی این رابطه می‌تواند به متخصصان سلامت روان کمک کند تا عوامل خطر را بهتر شناسایی کرده و به موقع مداخلات پیشگیرانه و درمانی را اعمال کنند. دوم، این تحقیق با بررسی نقش میانجی‌گر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، به شناسایی مکانیزم‌هایی می‌پردازد که از طریق آن‌ها ترومای دوران کودکی به رفتارهای خودآسیب‌رسان منجر می‌شود. این شناخت می‌تواند به توسعه و بهبود مداخلات درمانی کمک کند، به‌ویژه از طریق آموزش راهبردهای مؤثرتر نظم‌جویی هیجان به نوجوانان، که می‌تواند به کاهش رفتارهای خودجرحی و بهبود کلی سلامت روان آنان منجر شود. دهنایت، نتایج این تحقیق می‌تواند به افزایش آگاهی جامعه و متخصصان در مورد اهمیت پیشگیری و درمان زودهنگام ترومای دوران کودکی و تأثیر آن بر رفتارهای خودآسیب‌رسان در دوران نوجوانی کمک کند. این آگاهی می‌تواند به بهبود سیاست‌های بهداشت روانی، ارتقاء برنامه‌های آموزشی و درمانی، و حمایت از افرادی که در معرض چنین خطراتی هستند، منجر شود (۱۵). با توجه به کمبود یافته‌های پژوهش در این زمینه، هدف این مطالعه الگوی ساختاری ترومای دوران کودکی با رفتار خودجرحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی‌گر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بود.

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. بدین‌صورت که هر منطقه تهران به صورت یک خوشه در نظر گرفته شد (۲۲ منطقه) و سپس 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 و در ادامه بعد از ارزیابی و خروج پرسشنامه‌های ناقص و بدون پاسخ ۱۱۵۳ پرسشنامه جمع‌آوری شد. از بین ۱۱۵۳ پرسشنامه جمع‌آوری شده آزمودنی‌های که در پرسشنامه شخصیت مرزی نوجوانان علاوه بر خودجرحی، یک یا دو ویژگی از این اختلال را دارا بودند وارد پژوهش شدند. در مرحله دوم ۳۱۶ دانش‌آموز که رفتار خودجرحی را گزارش و پرسشنامه خودجرحی 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.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها و اجرای پرسشنامه‌ها پس از اخذ کد اخلاق با شناسه IR.IAU.TNB.REC.1402.033 و 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 همکاری صادقانه آن‌ها و عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی‌شان به دانش‌آموزان توضیحات لازم ارائه شد.

پرسشنامه اظهارات مربوط به رفتارهای خودآسیبی

(ISAS): این پرسشنامه ۱۳ رفتار خودآسیبی غیرخودکشی را به وسیله ۳۹ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم‌های بین فردی، تأثیر بین فردی، 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 درون فردی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای بخش بین فردی آلفای کرونباخ ۰/۷۵). این پرسشنامه در ایران توسط لطفی و همکاران (۱۴۰۱) هنجاریابی شد و این پژوهشگران با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ساختار ۱۲

مؤلفه‌ای ابزار را در نمونه ایرانی بدست آوردند و پایایی ابزار را به روش همسانی درونی با کمک آلفای کرونباخ برای کل افراد برابر با ۰/۸۳ گزارش کردند.

فرم کوتاه پرسش نامه ترومای دوران کودکی

(CTQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گویه ای آن ارائه و در نهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه ای تنظیم شد. فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی ۲۵ ماده دارد که برای دامنه سنی ۱۲ و بالاتر قابل اجرا است و پنج حوزه‌ی آسیب‌زا را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوء استفاده فیزیکی (ماده‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳)، سوء استفاده جنسی (ماده‌های ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۱۷)، سوء استفاده هیجانی (ماده‌های ۴، ۱۱، ۱۹، ۲۰ و ۲۱)، غفلت فیزیکی (ماده‌های ۱، ۳، ۵، ۸ و ۱۵) و غفلت هیجانی (ماده‌های ۶، ۷، ۱۴، ۱۸ و ۲۵). این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱ تا همیشه = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد.

فرم کوتاه پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان

(CERQ): این پرسشنامه، یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ ماده است. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است. این پرسشنامه از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کنند. دامنه نمرات مقیاس، از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی است. فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان، با

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.

استفاده از حذف گام‌به‌گام ماده‌ها با بالاترین میزان آلفا، در صورت حذف ماده بر اساس نتایج، تجزیه و تحلیل اعتبار تدوین شد. نتایج آلفای کرونباخ با دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ نشان داد که ۹ خرده‌مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی هستند. تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، الگوی ۹ عاملی اصلی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان را مورد حمایت قرار داد. همچنین همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها به نسبت بالا بود.

برای گزارش یافته‌های تو صیفی، از میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرض‌های پژوهش از روش تحلیل

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

متغیر	چولگی		کشیدگی			
	SE	آماره	SE	آماره	SE	M
رفتارهای خودجراحی	۱۲/۰۲۸	-۰/۲۲۷	۰/۱۳۷	-۰/۱۸۳	-۰/۲۷۳	۳۱/۸۸۶
تنظیم هیجانی	۱/۱۷۷	-۰/۲۵۵	۰/۱۳۷	-۰/۳۲۶	-۰/۲۷۳	۲/۸۳۸
تمایز خود از دیگران	۱/۲۴۰	-۰/۳۵۱	۰/۱۳۷	-۰/۲۲۹	-۰/۲۷۳	۲/۷۴۰
تنبیه خود	۱/۲۳۳	-۰/۰۲۸	۰/۱۳۷	-۰/۰۲۵	-۰/۲۷۳	۲/۶۵۵
مراقبت از خود	۱/۲۲۵	-۰/۲۸۳	۰/۱۳۷	-۰/۲۱۹	-۰/۲۷۳	۲/۶۷۷
ضدتجزیه‌ای	۱/۲۶۶	-۰/۲۲۷	۰/۱۳۷	-۰/۱۸۳	-۰/۲۷۳	۲/۶۰۴
حس جویی	۱/۲۶۴	-۰/۲۵۵	۰/۱۳۷	-۰/۳۲۶	-۰/۲۷۳	۲/۵۹۸
تعلق به همسالان	۱/۱۶۷	-۰/۳۵۱	۰/۱۳۷	-۰/۲۲۹	-۰/۲۷۳	۲/۶۶۴
اثرگذاری بین فردی	۱/۲۷۸	-۰/۰۲۸	۰/۱۳۷	-۰/۰۲۵	-۰/۲۷۳	۲/۵۷۹
اثبات قدرت	۱/۲۶۵	-۰/۲۸۳	۰/۱۳۷	-۰/۲۱۹	-۰/۲۷۳	۲/۸۱۰
ابراز آشفتگی	۱/۱۹۸	-۰/۲۲۷	۰/۱۳۷	-۰/۱۸۳	-۰/۲۷۳	۲/۶۹۹
انتقام‌گیری	۱/۲۱۰	-۰/۲۵۵	۰/۱۳۷	-۰/۳۲۶	-۰/۲۷۳	۲/۴۳۹
خودمختاری	۱/۳۴۰	-۰/۳۵۱	۰/۱۳۷	-۰/۲۲۹	-۰/۲۷۳	۲/۵۷۹
راهنمایی‌های شناختی هیجان سازگار	۸/۱۷۰	-۰/۹۳۹	۰/۱۳۷	۱/۸۰۶	-۰/۲۷۳	۳۳/۶۲۳
پذیرش	۲/۰۶۸	-۰/۰۸۵	۰/۱۳۷	-۰/۰۹۳	-۰/۲۷۳	۷/۰۰۶
تمرکز مجدد مثبت	۲/۲۹۱	-۰/۲۸۳	۰/۱۳۷	۰/۰۸۱	-۰/۲۷۳	۶/۴۴۶
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲/۰۰	-۰/۴۴۸	۰/۱۳۷	۰/۲۳۴	-۰/۲۷۳	۶/۷۴۳
ارزیابی مجدد مثبت	۲/۰۹۹	-۰/۰۱۸	۰/۱۳۷	-۰/۱۵۲	-۰/۲۷۳	۶/۹۵۲
دیدگاه‌گیری	۲/۰۸۱	-۰/۳۳۹	۰/۱۳۷	۰/۲۴۶	-۰/۲۷۳	۶/۴۷۴
راهنمایی‌های شناختی هیجان ناسازگار	۵/۰۱۷	-۱/۰۲۰	۰/۱۳۷	۰/۷۴۲	-۰/۲۷۳	۲۰/۶۴۵
ملامت خویش	۱/۴۰۹	-۰/۱۹۲	۰/۱۳۷	-۰/۰۶۲	-۰/۲۷۳	۴/۹۶۸
نشخوارگری	۱/۵۶۲	-۰/۴۰۰	۰/۱۳۷	-۰/۰۸۵	-۰/۲۷۳	۵/۶۸۶
فاجعه‌سازی	۱/۴۴۸	-۰/۳۲۶	۰/۱۳۷	-۰/۰۴۳	-۰/۲۷۳	۵/۱۲۰
ملامت دیگران	۱/۴۲۳	-۰/۵۴۳	۰/۱۳۷	-۰/۰۷۲	-۰/۲۷۳	۴/۸۷۰
ترومای دوران کودکی	۱۶/۲۲۵	-۰/۱۰۲	۰/۱۳۷	-۰/۷۳۷	-۰/۲۷۳	۴۵/۶۰۱
سوء استفاده عاطفی	۴/۰۲۳	-۰/۲۲۲	۰/۱۳۷	-۰/۹۴۳	-۰/۲۷۳	۱۱/۵۱۹
سوء استفاده فیزیکی	۴/۴۷۷	-۰/۰۳۱	۰/۱۳۷	-۱/۰۲۹	-۰/۲۷۳	۱۰/۸۷۹
غفلت عاطفی	۴/۴۷۷	-۰/۰۹۰	۰/۱۳۷	-۱/۱۲۹	-۰/۲۷۳	۱۲/۲۵۲
غفلت جسمی	۴/۰۶۸	-۰/۰۲۳	۰/۱۳۷	-۱/۱۰۳	-۰/۲۷۳	۱۰/۹۶۵

بررسی قرار گرفته است (جدول ۲). همان‌طور که مشاهده می‌شود در مدل تأییدی نهایی مقدار χ^2 معنی‌دار شده است، همچنین، سایر شاخص‌های برازندگی، مانند نسبت مجذور χ^2 به درجه آزادی (χ^2/df) با مقدار ($\chi^2/df_{(270)} = 1/990$)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) با مقدار ۰/۹۵، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) با مقدار ۰/۹۵، شاخص نیکوی برازش (GFI) با مقدار ۰/۸۸، شاخص برازش هنجار شده یا شاخص توکر-لویس ($NNFI=0/94$)، شاخص نیکوی برازش تعدیل یافته ($AGFI=0/85$)، شاخص برازندگی هنجار شده ($NFI=0/91$) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) با مقدار ۰/۰۵ حاکی از برازش مطلوب الگوی تأییدی نهایی با داده‌ها است.

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود اثرات مستقیم و استاندارد شده ترومای دوران کودکی به نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه، ترومای دوران کودکی به نظم جویی شناختی هیجانی ناسازگارانه و ترومای دوران کودکی به خودجرحی معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر ترومای دوران کودکی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه بر خودجرحی نوجوانان تأثیر دارد. همچنین مسیر مستقیم و استاندارد شده نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه به خودجرحی منفی و معنی‌دار است. همچنین ضریب مسیر مستقیم نظم جویی شناختی

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 ماکس-لایونیس 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 تأیید قرار گرفت، 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 مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد. ابتدا شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش نمایش داده شده است (جدول ۱). همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) رفتارهای خودجرحی نوجوانان ۳۱/۸۸ (و ۱۲/۰۲)، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه ۳۳/۶۲ (و ۸/۱۷) و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی ناسازگارانه ۲۰/۶۴ (و ۵/۰۱) است. همچنین میانگین نمره کل ترومای دوران کودکی ۴۵/۶۰ و انحراف استاندارد ۱۶/۲۲ است.

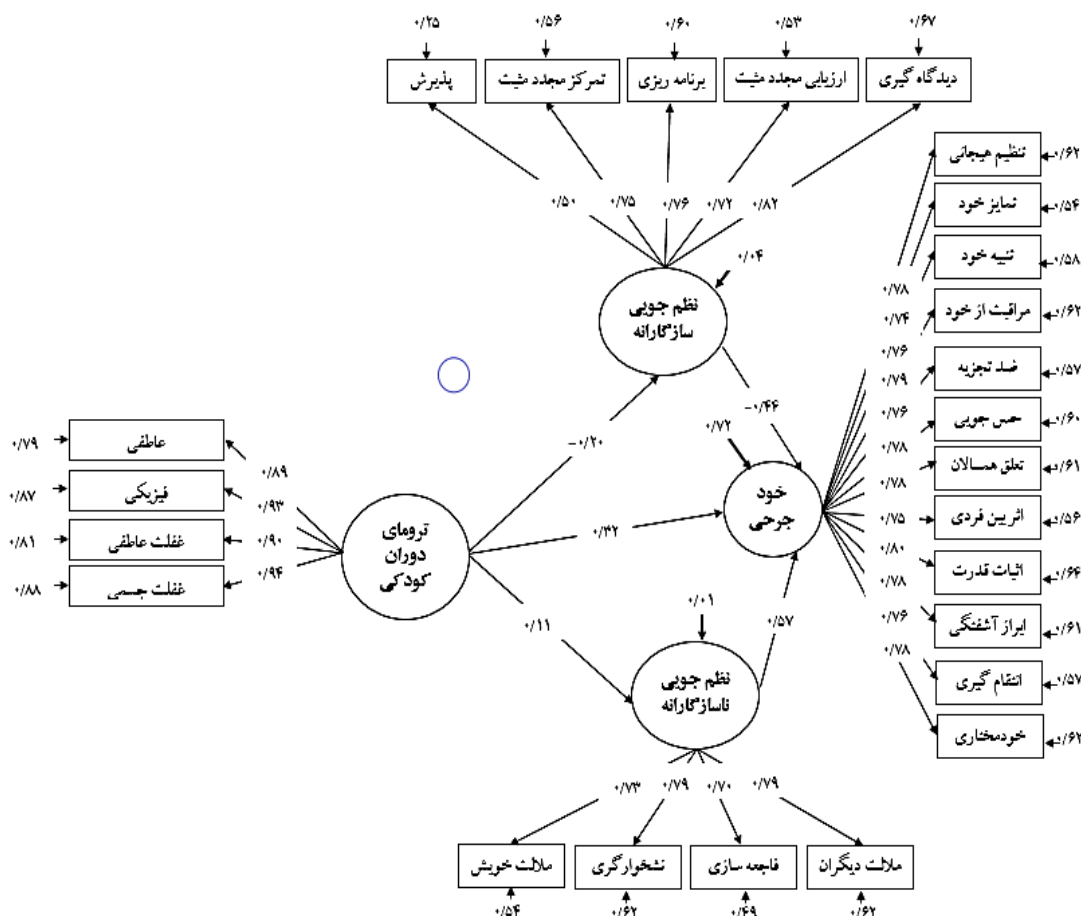
در ادامه شاخص‌های برازش مدل در جدول مورد

جدول ۲- شاخص‌های نیکویی برازش مدل آزمون شده پژوهش

شاخص‌های برازش مطلق			
شاخص	GFI	AGFI	RMR
مقدار به دست آمده	۰/۸۸	۰/۸۵	۰/۳۴
حد قابل پذیرش	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	مقدار کوچک
شاخص‌های برازش تطبیقی			
شاخص	CFI	NFI	IFI
مقدار به دست آمده	۰/۹۵	۰/۹۱	۰/۹۵
حد قابل پذیرش	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص‌های برازش تعدیل یافته			
شاخص	χ^2/df	PCFI	RMSEA
مقدار به دست آمده	۱/۹۹۰	۰/۸۵	۰/۰۵
حد قابل پذیرش	کمتر از ۰/۳	بیشتر از ۰/۶۰	کمتر از ۰/۰۸

هیجانی ناسازگارانه توسط ترومای دوران کودکی تبیین می‌شود. در نهایت ۷۲ درصد از واریانس خودجراحی نوجوانان بر اساس ترومای دوران کودکی و نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه و ناسازگارانه تبیین می‌شود. نتایج حاصل از ضرایب غیر مستقیم و استاندارد شده

هیجانی ناسازگارانه به خودجراحی نوجوانان مثبت و معنی‌دار می‌باشد. همچنین همانطور که مشاهده می‌شود ۰/۰۴ درصد از واریانس نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه توسط ترومای دوران کودکی تبیین می‌شود. همچنین ۰/۰۱ درصد نظم جویی شناختی



شکل ۱- اثر میانجی نظم جویی شناختی هیجانی در ارتباط بین ترومای دوران کودکی با خودجراحی نوجوانان

جدول ۳- نتایج بوت استرپینگ اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی با خودجراحی نوجوانان از طریق نظم جویی شناختی هیجانی (N=۳۱۶)

متغیر	اثر غیرمستقیم	سوگیری	حد پایین	حد بالا	SE	P
تروما دوران کودکی <--- نظم جویی ناسازگارانه <--- خودجراحی	۰/۰۷۱	۰/۳۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۲۳	۰/۱۴۵	۰/۱۰۳
تروما دوران کودکی <--- نظم جویی سازگارانه <--- خودجراحی	-۰/۱۱۲	۰/۰۰۱	-۰/۰۵۷	-۰/۱۶۹	-۰/۰۳۴	P ≤ ۰/۰۰۳
تروما دوران کودکی <--- نظم جویی ناسازگارانه	۰/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۲۲۳	۰/۰۶۷	P = ۰/۱۱۴
تروما دوران کودکی <--- نظم جویی سازگارانه	-۰/۱۹۶	۰/۰۰۲	-۰/۰۹۵	-۰/۲۸۶	-۰/۰۵۸	P ≤ ۰/۰۰۴
تروما دوران کودکی <--- خودجراحی	۰/۴۶۷	۰/۰۰۳	۰/۳۷۷	۰/۵۵۱	۰/۰۵۳	P ≤ ۰/۰۰۱
نظم جویی ناسازگارانه <--- خودجراحی	۰/۵۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷۷	۰/۶۴۴	۰/۰۵۱	P ≤ ۰/۰۰۱
نظم جویی سازگارانه <--- خودجراحی	-۰/۴۳۷	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۹	-۰/۵۲۳	-۰/۰۴۹	P ≤ ۰/۰۰۱

با استفاده از روش بوت استرپینگ در جدول ۳ آمده است. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود ترومای دوران کودکی از طریق نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه، اثر غیر مستقیم، منفی و معنی دار بر خودجرحی دارند. همچنین اثر کل ترومای دوران کودکی از طریق نظم جویی شناختی هیجانی ناسازگارانه معنی دار نمی باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف الگوی ساختاری ترومای دوران کودکی با رفتار خودجرحی نوجوانان دارای ویژگی های شخصیت مرزی بر اساس نقش میانجی گر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان انجام شد. نتایج حاصل از مدل یابی معادله ساختاری نشان داد که ترومای دوران کودکی اثر مستقیمی بر خودجرحی نوجوانان دارد. همچنین ترومای دوران کودکی از طریق نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه بر رفتارهای خودجرحی نوجوانان اثر مثبت و غیرمستقیمی دارد (۷). نتایج این پژوهش نشان داد که نظم جویی شناختی هیجانی سازگارانه نقش میانجی در رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و رفتارهای خودجرحی در نوجوانان دارد. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات استون (Stone) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۱) و زیمرمن (Zimmerman) و همکاران (۲۰۰۹) (۱۵) همسو است. تعداد زیادی از مطالعات نشان داده اند که بدرفتاری در دوران کودکی نه تنها نمی تواند به طور مستقیم بر NSSI تأثیر بگذارد، بلکه به طور غیرمستقیم از طریق واسطه های خاص بر NSSI تأثیر می گذارد (۱۲). با این وجود، مطالعات قبلی در مورد تأثیر میانجی نظم جویی شناختی هیجانی از بدرفتاری دوران کودکی تا NSSI در جمعیت های مختلف متناقض بود (۳).

در تبیین این نتایج می توان گفت شواهد نشان می دهد ترومای دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا می گذارد. یکی از این اثرها، اختلال های هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی های مزمن در مقابله با نوسان هیجان ها و در نتیجه افزایش

اختلال های هیجانی، از جمله افسردگی و رفتارهای خودجرحی منجر می شود (۱۵). بر اساس تجربه های ناگوار کودکی، سه نوع تروما را از هم متمایز کرده اند. ترومای تیپ ۱ شامل جدایی های اولیه، بی تفاوتی مزمن به احساسات کودک، اختلافات و ناسازگاری های هیجانی داخل خانواده می شود، ترومای تیپ ۲ نیز شامل آزار کلامی و هیجانی، غفلت از نیازهای فیزیکی و بیماری های روانی والدین می شود. ترومای تیپ ۳ نیز به آزارهای جسمی و جنسی شدید و اختلالات روانی مزمن یکی از مراقب ها (به ویژه نوعی اختلال شدید شخصیتی و سوءمصرف مواد) اشاره دارد. بنابراین این عامل رها سازی، بی توجهی به نیازهای اولیه و آزارهای جسمی در دوران کودکی در حکم یک کاتالیزور در بزرگسالی عمل می کند؛ چون که تجربه هیجان های منفی زیاد که مانع از تفکر و تصمیم گیری صحیح برای حل مسئله و برطرف کردن آن می شود. فقدان اقدامات عملی و سازنده موجب می شود که محرک های یادآوری کننده حادثه استرس زا (تروماتیک) همچنان ادامه داشته یا عوامل مختلفی (نظیر سرزنش، نشخوار و پر خاشگری) آن ها را تشدید کند که در نهایت موجب می شود فرد احساس درماندگی و ناامیدی کرده و تصور کند که هیچ کنترلی بر موقعیت خویش ندارد، زندگی برایش پوچ و بی معنا شود و برای رهایی از احساس های مزمن رو به رفتارهای خودآسیبی و خودجرحی می آید (۷).

از سوی دیگر تجربه ترومای کودکی با تأثیری که بر روی تنظیم هیجان می گذارد با خودآسیبی رابطه دارد. به عبارتی، بیشترین رابطه ترومای دوران کودکی با رفتارهای خودآسیبی از طریق میانجی گری تنظیم هیجان تبیین می شود. تجربه ترومای شدید، تکانشگری را افزایش می دهد که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت ها و اعمال کنترل هیجان های منفی است که موجب افزایش رفتار خود آسیبی می شود. شواهد نشان می دهد ترومای دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا می گذارد. یکی از این اثرها، اختلال های هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی های مزمن در مقابله با نوسان هیجان ها می شود. از آنجا که

سوءاستفاده هیجانی و غفلت یک نوع محرومیت هیجانی است، به افسردگی منجر می‌شود و اختلال افسردگی همایند بالایی با اقدام به خودکشی دارد. می‌توان گفت افرادی که در کودکی دچار سوءاستفاده هیجانی می‌شوند، به اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی، اختلال‌های استرس پس از سانحه، حالت‌های تجزیه‌ای و اختلال‌های شخصیت مبتلا می‌شوند (۹). بنابراین این عامل رها سازی، بی‌توجهی به نیازهای اولیه و آزارهای جسمی در دوران کودکی در حکم یک کاتالیزور در بزرگسالی عمل می‌کند؛ به این صورت که احساس‌های مزمن و شدید دیسفوریک، تجربه‌های پارانوئیدی و تجزیه‌ای گذرا، تکانشوری در قالب رفتارهای خودتخریب‌گرایان، تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی، روابط بین فردی آشفته، وابستگی افراطی و کنترل دیگران در بزرگسالی ناشی از تجربه‌های اولیه آزاردهنده است. با توجه به رابطه مستقیم بین دشواری‌های تنظیم هیجان و رفتارهای خودآسیبی و همچنین رابطه مستقیم بین ترومای دوران کودکی با دشواری‌های تنظیم هیجان، در نهایت می‌توان رابطه غیر مستقیم بین ترومای دوران کودکی با رفتارهای خودآسیبی را تبیین کرد (۲).

رفتار آسیب به خود راهی برای بیان، جان بخشی و یا اداره حالت‌های هیجانی منفی است و علت تداوم این رفتار، تأثیر آن در کاهش هیجان‌های منفی یا ایجاد حالت‌های مثبت و یا رهایی از حالت‌های بی‌حسی و کرختی هیجانی است. در ارتباط با نقش خودآسیبی به عنوان راهبرد تخصیص توجه در تنظیم هیجان می‌توان اینطور بیان کرد که با این عمل توجه از محرک‌های هیجانی آزاردهنده منحرف می‌شود و ایجاد بی‌خیالی، حواس پرتی و سرکوب و اجتناب از حالت‌های هیجانی ناخوشایند که یکی از انگیزه‌های خودآسیبی است می‌شود. خودآسیبی چه به شکل مستقیم و چه غیر مستقیم با هیجان‌ها، شیوه کنار آمدن با هیجان‌ها و پیامدهای هیجانی مرتبط است (۱۵). همانطور که قبلاً هم گفته شد، دشواری تنظیم هیجانات عدم توانایی افراد در مدیریت و اصلاح تجربیات عاطفی به منظور سازگاری آنها با اهداف شخصی است. افرادی که دشواری در تنظیم هیجان دارند توانایی خودتنظیمی

هیجانانشان را ندارند و نمی‌دانند چه موقع آنها را تجربه کنند یا چگونه آنها را بیان کنند. همین عامل نقش مهمی در سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی ایفا می‌کند. **محدودیت‌ها:** پژوهش حاضر محدودیت‌های دارد که باید در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. اولاً فقدان نسبی تنوع در برخی نمونه‌ها (مثلاً نمونه دانش‌آموزی در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال) ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را تعدیل کند، دوماً در این پژوهش تمام داده‌ها به روش‌شناسی خودگزارش دهی جمع‌آوری شده است بنابراین مستعد محدودیت‌های استفاده از یک روش ساده جمع‌آوری داده‌هاست. بنابراین، بهتر است در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های اندازه‌گیری نظیر مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته، مقیاس درجه‌بندی رفتاری و ارزیابی مستقیم رفتار استفاده شود.

پیشنهادهای: از آنجاکه عوامل زمینه‌ساز خانوادگی و تفاوت‌های فردی نوجوانان پیش‌زمینه تدوین و اجرای مداخلات گوناگون جهت اصلاح و پیشگیری از آسیب‌های روانی است؛ پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در جهت تکمیل داده‌های پژوهش حاضر، به متغیرهای مرتبط دیگر نظیر تفاوت‌های فردی در سبک‌های مقابله‌ای، صفات شخصیت و همچنین ابعاد خانوادگی مانند وجود اعضای خانواده دارای رگه‌های اختلال‌های رفتاری و دچار اختلال‌های شخصیتی توجه کنند. پیشنهاد می‌شود تا در سطح مدارس هرساله آزمون‌های غربالگری به عمل آید، تا ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی نوجوانان اعم از دختر و پسر، مواردی که نیاز به مداخله در حیطه‌های سلامت و بهداشت روانی دارند، شناسایی کنند و با کمک سازمان‌های مربوطه و همکاری خانواده‌ها در جهت تعدیل شرایط نوجوانان دارای اختلال‌های روانی و همچنین مشکلات درون خانوادگی آنها گام‌های عملی بردارند تا از وخیم‌تر شدن شرایط آنها و تبدیل شدن آنها به وضعیت آسیب‌های روانی جدی مانند رفتار خودجرحی پیشگیری شود، همچنین مهم است که به خاطر داشته باشیم که مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی بود و بنابراین ترسیم و تطبیق الگوهای ارتباطی بین

Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):221.

2. Stone MH. Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodyn Psychiatry*. 2022;50(1):45-63.

3. A LeMoult J, Gotlib IH. Depression: A cognitive perspective. *Clin Psychol Rev*. 2019;69:51-66.

4. Lekgabe E, Pogós D, Sawyer SM, Court A, Hughes EK. Borderline personality disorder traits in adolescents with anorexia nervosa. *Brain Behav*. 2021;11(12):e2443.

5. Thompson NM, Uusberg A, Gross JJ, Chakrabarti B. Empathy and emotion regulation: An integrative account. *Prog Brain Res*. 2019;247:273-304.

6. Mezei J, Juhasz A, Kilencz T, Vizin G. A borderline személyiségzavar a fejlődépszichopatológia tükrében [Borderline personality disorder in the light of developmental psychopathology]. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2020;22(3):102-111.

7. Tan K, Ingram SH, Lau LASL, South SC. Borderline Personality Traits and Romantic Relationship Dissolution. *J Pers Disord*. 2022;36(2):183-200.

8. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019;25(5):343-348.

9. Rodriguez M, Kross E. Sensory emotion regulation. *Trends Cogn Sci*. 2023;27(4):379-390.

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. Stone MH. Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodyn Psychiatry*. 2019;47(1):5-26.

12. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev*. 2013;34(11):e42-6.

13. Xie J, Liu S, Fang P. Cognitive training improves emotion regulation in Chinese preschool children. *Pediatr Int*. 2021;63(11):1303-1310.

14. Helle AC, Watts AL, Trull TJ, Sher KJ. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res*. 2019;40(1):arcr.v40.1.05.

15. Zimmerman DJ, Choi-Kain LW. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(3):167-83.

متغیرها در نمونه‌های متنوع با توجه به سطح تحولی نیازمند مطالعات بیشتری است تا اعتبار بیشتری برای یافته‌های پژوهش حاضر به دست آید.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان بیان داشت که الگوی ساختاری پیشنهادی که شامل ترومای دوران کودکی، خودجراحی در نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی، و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان است، از برازش مناسبی برخوردار است. این به معنی آن است که این مدل توانسته است روابط میان این عوامل را به خوبی توضیح دهد و با داده‌ها تطابق داشته باشد. همچنین، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان نقش میانجی‌گر مهمی در این مدل دارند. به این معنا که تأثیر ترومای دوران کودکی بر رفتارهای خودجراحی نوجوانان با ویژگی‌های شخصیت مرزی، به طور قابل توجهی از طریق راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان منتقل می‌شود. این یافته‌ها بر اهمیت مداخلات روان‌شناختی در زمینه بهبود راهبردهای نظم‌جویی هیجانی به عنوان یک عامل کلیدی در کاهش رفتارهای خودجراحی تأکید می‌کنند و نشان می‌دهند که کار با این راهبردها می‌تواند اثرات منفی ترومای دوران کودکی را بر رفتارهای خودجراحی در نوجوانان کاهش دهد.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

این پژوهش دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.TNB.REC.1402.033 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

سودابه ارشادی منش نگارش و ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و داده‌ها را تجزیه و تحلیل کرد، فرزانه قربانی نژاد داده‌ها را تفسیر کرد.

References

1. Cattaneo N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A.