رابطه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، تنظیم هیجان و خودآسیبی در نوجوانان: نقش میانجی ذهنی‌سازی

منا بخشنده ننه‌کران[1]

چکیده

رفتارهای خودآسیب‌رسان در دوران نوجوانی، یکی از موضوعات قابل تأمل است که شناسایی عوامل مؤثر بر آن از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به اهمیت این موضوع، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و تنظیم هیجان با خودآسیبی، با نقش میانجی ذهنی‌سازی انجام شد. این پژوهش، تحلیلی از نوع همبستگی و مدل معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان دختر و پسر ۱۰ تا ۱۹ ساله شهرستان آستارا در سال تحصیلی ۱۴۰۲ـ ۱۴۰۳ هستند. نمونه این مطالعه با استفاده از فرمول کوکران، ۳۶۸ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس و غیرتصادفی انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات، دانش‌آموزان به پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی(CTQ؛ برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، عملکرد بازتابی(RFG؛ فوناگی و همکاران، ۲۰۱۶)، تنظیم هیجان(ERQ؛ گراس و جان، ۲۰۰۳) و آسیب به خود(SHI؛ سانسون و همکاران، ۱۹۹۸) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴، AMOS و بوت استرپ استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده، ذهنی‌سازی نقش میانجی بین ترومای کودکی و تنظیم هیجان با خودآسیبی دارد. با توجه به نتایج مطالعه پیشنهاد می‌شود برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان، برنامه‌های آموزشی و درمانی لازم برای دانش‌آموزان و والدین اجرا شود.

واژگان کلیدی: رفتارخودآسیبی، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. Monabakhshandeh2010@gmail.com

مقدمه

نوجوانی دوره مهمی از رشد انسان است که اگر مورد توجه قرار نگیرد، با خطرهای بسیاری همراه خواهد بود(میرغفاری، ۱۳۹۶). یکی از برجسته‌ترین مشکلات روان‌پزشکی در بین نوجوانان سراسر جهان که خسارت‌های روانی و اجتماعی زیادی بر جای می‌گذارد، خودآسیبی[1] بدون خودکشی است که افکار و رفتارهای خودکشی را در آینده پیش‌بینی می‌کند(ریبیرو و همکاران، ۲۰۱۶؛ به نقل از یانگ و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده است خودجرحی در طی دو دهه گذشته اهمیت بسیاری برای پژوهش پیدا کرده است(لیو و همکاران، ۲۰۱۷)؛ زیرا شیوع خودآسیبی بدون خودکشی در طول زندگی از ۹٪ تا ۳۶٪ در بین نوجوانان تخمین زده شده است(غلامرضایی و همکاران، ۲۰۱۷). خودآسیبی معمولاً از اوایل تا اواسط نوجوانی شروع می‌شود و یک رفتار رایج در بین نوجوانان است(براون و پلنر، ۲۰۱۷). در پژوهش‌های مختلفی گزارش شده است نوجوانانی که خود آسیبی دارند، دارای نرخ بالاتری از پیامدهای منفی از جمله آسیب‌شناسی روانی و خودکشی هستند(تایلر و همکاران، ۲۰۱۸).

خودآسیبی، یکی از بارزترین عوامل خطر برای خودکشی است(چان و همکاران، ۲۰۱۶). تحقیقات متعددی ارتباط مهمی را بین خودآسیبی و اقدام به خودکشی نشان می‌دهد(آندوور و همکاران، ۲۰۱۲). خودآسیبی نوعی رفتار برای آسیب رساندن به خود است که در آن فرد بدون قصد خودکشی به بخش‌های مختلف بدن خود آسیب می‌زند(کلونسکی و همکاران، ۲۰۱۳). این رفتارها به شکل‌های مختلفی انجام می‌شود: بریدن، سوزاندن، کوبیدن، خراشاندن، گاز گرفتن، نیشگون و ...(میکائیلی و مرادی، ۱۳۹۸). این رفتارها در بیشتر اوقات پنهانی هستند و شناسایی آن‌ها سخت است(ایزکیان و همکاران، ۲۰۱۸). یافتن عواملی که منجر به خودآسیبی می‌شود، از اهمیت بالایی برخوردار است(مومه و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌های گوناگون عوامل مختلفی را که در بروز رفتار خودآسیبی تأثیرگذارند، شناسایی کرده‌اند؛ عواملی مانند بدتنظیمی هیجانی، بدرفتاری در کودکی، ذهنی‌سازی، افسردگی و ... (مادجار و همکاران، ۲۰۱۷؛ کریمی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین خودآسیبی می‌تواند بر اثر ترک شدن، برای تهدید کردن و جلب توجه، عدم تحمل هیجان‌های منفی، عوامل خانوادگی و ... رخ دهد(رضایی و همکاران، ۲۰۱۲).

1. Self-injury

در اسلام خودآسیبی به هر شکلی، چه جدی و چه سطحی، به عنوان عملی ناپسند و مذموم تلقی می‌شود. اگرچه این عمل به طور مستقیم در قرآن و روایات با عنوان «خودآسیبی» نیامده است، اما اصول و مفاهیم کلی اسلام هر گونه آسیب رساندن به بدن را که امانتی الهی است، منع می‌کند. به طور کلی اسلام حفظ سلامت و تندرستی را از وظایف مهم انسان می‌داند و هر عملی که موجب آسیب رساندن به بدن شود، با این اصل مغایرت دارد. فقها نیز بر اساس این اصول، خودآسیبی را عملی ناپسند تلقی می‌کنند و آن را در تضاد با شکرگزاری از نعمات الهی و حفظ سلامت فردی می‌دانند (فاضل لنکرانی، ۱۳۸۴، ص ۴۵۹). همچنین از نظر اسلام، خودکشی یکی از کارهای حرام است. در آیات قرآن، احادیث و روایت پیامبران و ائمه علیهم‌السلام به طور مکرر بر نادرستی خودکشی و آسیب به خود تأکید شده است(نساء: ۲۹[۱] و ۳۰[۲]).

اگر چه خودآسیبی به اندازه خودکشی در اسلام گناه کبیره محسوب نمی‌شود و عواقب اخروی آن به شدت خودکشی نیست، اما به دلیل آسیب رساندن به بدن که امانتی الهی است و نیز ایجاد ناراحتی و ناخشنودی خداوند، دارای عواقب اخروی است. هر چند قرآن و روایات به صراحت به عواقب اخروی خودآسیبی نپرداخته‌اند، اما با توجه به اصول کلی اسلام هر گونه گناه و معصیتی که موجب نارضایتی خداوند شود، در آخرت عواقب خود را خواهد داشت؛ چنانکه امام علی علیه‌السلام می‌فرماید[۳] روز قیامت، روزی است که خداوند همگان را از اولین نفر تا آخرین نفر برای رسیدگی به حسابشان و جزای اعمالشان گرد می‌آورد؛ در حالی که به فروتنی ایستاده‌اند و عرق از سر و رویشان می‌ریزد و زمین آن‌ها را می‌لرزاند(شریف‌الرضی، ۱۳۷۸، ص ۲۶۵).

مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که تروماهای دوران کودکی،[۴] یک عامل خطر برای رفتار های خودآسیبی است و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، همبستگی معنادار و مثبتی با وقوع رفتارهای آسیب به خود در نوجوانی دارد(لیو و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس یک مطالعه

۱. ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَأْكُلُوا أَمْوَالَكُمْ بَيْنَكُمْ بِالْبَاطِلِ إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً عَنْ تَرَاضٍ مِنْكُمْ وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾.

۲. ﴿وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ عُدْوَانًا وَظُلْمًا فَسَوْفَ نُصْلِيهِ نَارًا وَكَانَ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرًا﴾.

۳. «وَ ذَلِكَ يَوْمٌ يَجْمَعُ اللَّهُ فِيهِ الْأَوَّلِينَ وَ الْآخِرِينَ لِنِقَاشِ الْحِسَابِ وَ جَزَاءِ الْأَعْمَالِ خُضُوعاً قِيَاماً، قَدْ أَلْجَمَهُمُ الْعَرَقُ وَ رَجَفَتْ بِهِمُ الْأَرْضُ، فَأَحْسَنُهُمْ حَالاً مَنْ وَجَدَ لِقَدَمَيْهِ مَوْضِعاً وَ لِنَفْسِهِ مُتَّسَعاً».

4. Traumatic childhood experience

در آلمان تقریباً ۶۵٪ از کسانی که خودآسیبی دارند، حداقل یک‌بار ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند(براوون و همکاران، ۲۰۱۸). ترومای کودکی شامل سوءاستفاده جسمی، روانی، هیجانی، جنسی و غفلت است(بوچارت و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از نوری قاسم‌آبادی و سیداوی، ۱۴۰۰) که طیف وسیعی از رفتارها را شامل می‌شود؛ مانند فراهم نکردن تغذیه و سرپناه، نادیده گرفتن نیازهای اساسی روان‌شناختی کودک، آزار جسمی، آسیب فیزیکی عمدی و خشونت‌آمیز، حملات کلامی، سوءاستفاده جنسی و ...(روزنبرگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ آرسنلنت و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش لیو و همکاران(۲۰۱۸) نشان داد کودکان با ترومای کودکی، ۳/۵ برابر بیشتر از دیگران دست به رفتارهای خودآسیبی می‌زنند.

یکی از فاکتورهای مهم برای بهزیستی، کنش‌وری موفق و سازگاری با شرایط تنش‌زای زندگی، تنظیم هیجان[1] است(بایرن، ۲۰۱۰؛ اسماعیلی، ۱۳۹۵؛ به نقل از یزدان و همکاران، ۱۴۰۱). تحقیقات متعدد در گذشته نشان داده است مشکل در تنظیم هیجان، یکی از دلایل مهم برای انجام رفتارهای خودآسیب‌رسان است(ولف و همکاران، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان به طور طبیعی یک عامل محافظتی در برابر افکار، احساسات و رفتارهای ناسازگار عمل می‌کند(بولیس و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش گراس(۱۹۹۸)، تنظیم هیجان فرآیندی است که افراد از طریق آن می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشد، چه زمانی آن را داشته باشد و چگونه آن را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند. گراتز و رومر(۲۰۰۴) نیز معتقدند تنظیم هیجان شامل آگاهی، درک و پذیرش تجربیات عاطفی همراه با توانایی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار بدون توجه به شدت و ماهیت هیجانات است. فقدان این مهارت‌ها، نشان‌دهنده بی‌نظیمی هیجانی است.

تحقیقات اخیر نشان داده است که ذهنی‌سازی،[2] یکی دیگر از مهم‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی رفتار خودآسیبی و خودکشی است(پمپیلی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین مطالعات نشان داده است افت در ذهنی‌سازی موجب افزایش رفتارهای آسیب به خود می‌شود(روسو و فوناگی، ۲۰۱۲). بر اساس مطالعات بتمن و فوناگی(۲۰۰۴)، رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان

1. Emotion regulation

2. Mentalization

در پاسخ به شرایط استرس‌زاست؛ هنگامی که شکست‌های شخص بیانگر شکست در روابط بین فردی از نظر وضعیت‌های ذهنی‌سازی است. افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، یک مهارت مهم برای موفقیت در مقابله با هیجان‌های شدید است(هورمن و همکاران، ۲۰۱۳) و توانایی درک و تفسیر رفتارهای خود و دیگران در وضعیت‌های ذهن آگاهانه مانند نیازها، آرزوها، احساسات، باورها، اهداف، مقاصد و دلایل است(اسکیمانسکی و همکاران، ۲۰۱۰). به عبارتی، ذهنی‌سازی فرایندی است که فرد به طور کنترل‌شده و خودکار به شناخت خود و دیگران می‌پردازد(بتمن و فوناگی، ۲۰۱۰).

تحقیقات انجام شده و نیز پیشینه‌های نظری بیانگر آن است که بین ترومای کودکی و ذهنی‌سازی، همبستگی منفی وجود دارد. هر چه میزان آسیب در کودکی بیشتر باشد، ظرفیت ذهنی‌سازی در فرد کاهش می‌یابد و تروماهای اولیه کودکی مانع شکل‌گیری صحیح ذهنی‌سازی می‌شود(صفری موسوی و همکاران، ۱۴۰۰) و توانایی ذهنی‌سازی فرد بر اثر آسیب‌های زندگی در کودکی کاهش می‌یابد(ایریگری و همکاران، ۲۰۱۳). ظرفیت ذهنی‌سازی پایین و عملکرد ضعیف ذهنی‌سازی موجب سوءبرداشت از حالات ذهنی خود و دیگران می‌شود و در نتیجه فرد را نسبت به اختلال‌ها آسیب‌پذیرتر می‌کند(اسکلیارو، ۲۰۲۰؛ نزرو و همکاران، ۲۰۱۷).

از آنجایی که بیشتر مشکلات هیجانی در دوران بحرانی نوجوانی بروز پیدا می‌کند، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در این دوران نقش پررنگ‌تری می‌یابد(بک و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش اسدی و همکاران(۱۴۰۱) مشخص کرده است بین توانایی ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان، رابطه وجود دارد. یکی از فاکتورهای مهمی که در تنظیم هیجان نقش دارد، توانایی ذهنی‌سازی است(بشرپور و عینی، ۱۳۹۹؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۷). این توانایی با تنظیم هیجان در ارتباط است(پیترز، ۲۰۲۱). همچنین مطالعات نشان داده است تنظیم هیجان، یکی از متغیرهایی است که نقص در آن می‌تواند در شرایط بحرانی منجر به اختلال در ذهنی‌سازی شود(فوناگی، ۲۰۱۶؛ به نقل از محمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

رفتارهای آسیب به خود، یکی از مهم‌ترین مسائلی هستند که در نوجوانی بروز پیدا می‌کنند. رفتارهای خودآسیبی، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودکشی در آینده هستند.

یافتن عواملی که منجر به رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان می‌شوند، نقش مهمی در پیشگیری این آسیب‌ها دارند. طبق تحقیقات انجام شده، هر چه میزان آسیب و ترومای کودکی بیشتر باشد؛ شخص در نوجوانی بیشتر در معرض رفتارهای خودآسیبی قرار خواهد گرفت. همچنین مطالعات نشان داده است نداشتن مهارت در تنظیم هیجان و ظرفیت پایین در ذهنی‌سازی، از جمله عواملی هستند که می‌توانند در رفتارهای خودآسیبی نقش داشته باشند. بنابراین طبق مطالعات، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر خودآسیبی نوجوانان هستند.

در مطالعات پیشین علی‌رغم بررسی تأثیر تک‌تک متغیرها (تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی) بر رفتارهای خودآسیبی، مطالعه‌ای انجام نشده است که تأثیر نقش هر سه متغیر بر خودآسیبی را بسنجد و نیز مشخص نشده است که تأثیر کدام متغیر بیشتر است. همچنین مطالعات محدودی در گستره موضوعی رابطه تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی سامان یافته است و نیاز به مطالعه بیشتر دارد. هدف از این مطالعه، مدل‌یابی رابطه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و تنظیم هیجان با خودآسیبی با نقش میانجی ذهنی‌سازی در نوجوانان است.

روش تحقیق

جامعه آماری این پژوهش تمام دانش‌آموزان دختر و پسر ۱۰ تا ۱۹ ساله شهرستان آستارا در سال تحصیلی ۱۴۰۲ ـ ۱۴۰۳ است. نمونه این مطالعه بر اساس جامعه آماری و با استفاده از فرمول کوکران، ۳۶۸ نفر محاسبه شد. شیوه نمونه‌گیری در این مطالعه به روش در دسترس و غیر تصادفی انجام شد. پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در اختیار دانش‌آموزان قرار داده شد. در این پژوهش نوجوان بودن و داشتن سن ۱۰ تا ۱۹ سال و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان برای همکاری به عنوان معیارهای ورود در نظر گرفته شده است. همچنین عدم تکمیل کامل پرسشنامه، عدم رعایت محدوده سنی و عدم تمایل به همکاری به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شده است. رضایت آگاهانه و رازداری در این مطالعه رعایت شد. این مطالعه آسیب روانی به افراد وارد نکرد. همه افراد برای ورود به این پژوهش رضایت

آگاهانه داشتند و با میل خود شرکت کردند. هیچ اجباری برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه وجود نداشت. این مطالعه هیچ‌گونه آسیب جسمانی و روان‌شناختی برای افراد نداشت. در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. با توجه به اینکه این پژوهش از نوع مدل معادلات ساختاری است، از نرم‌افزار Amos نیز استفاده شد. شاخص‌های برازش محاسبه شد و برای بررسی نقش میانجی از آزمون بوت استرپ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ):[1] این پرسشنامه توسط برنستاین و همکاران(۲۰۰۳) با هدف ارزیابی آسیب و ترومای دوران کودکی با ۲۸ سؤال طراحی شده است. این پرسشنامه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از: سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی. ۲۵ سؤال این پرسشنامه برای سنجش مؤلفه‌های اصلی به کار می‌رود و ۳ سؤال برای تشخیص کسانی است که مشکلات را انکار می‌کنند. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش طیف لیکرت از هرگز (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۵) است. سؤالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ نمره‌گذاری معکوس دارند. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب کمتر است. دامنه برای زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵، برای کل پرسشنامه از ۲۵ تا ۱۲۵ است. سؤالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ برای سنجش انکار مشکلات است. اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سؤالات از ۱۲ بالاتر باشد، به احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. برنستاین و همکاران(۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای بعد سوءاستفاده عاطفی ۰/۸۹، بعد سوءاستفاده جسمی ۰/۸۶، بعد سوءاستفاده جنسی ۹۵، بعد غفلت عاطفی و جسمی ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران(۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند. همچنین شفیعی و همکاران(۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ

1. Childhood Trauma Questionnaire:(CTQ)

کل را ۰/۸۶ و بـرای خرده‌مقیاس‌هـا ۰/۵۹ تـا ۰/۸۴ بیان نموده و روایی همگرایی آن با اختلال اضطراب فراگیر با ضریب همبستگی ۰/۷۲ معنادار گزارش شده است.

پرسشنامه عملکرد بازتابی (RFQ):[1] این پرسشنامه فوناگی و همکاران(۲۰۱۶) با ۱۴ سؤال به منظور ارزیابی توانایی ذهنی‌سازی طراحی شـده اسـت. این پرسشـنامه دارای دو خرده مقیـاس اطمینـان و عـدم اطمینـان اسـت. ۹ سـؤال (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹) مربـوط بـه عامـل اطمینـان و ۵ سـؤال (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) مربـوط بـه عامل عدم اطمینان اسـت. روش نمره‌گـذاری ایـن پرسشـنامه بـه روش طیف لیکـرت ۷ درجـه‌ای از «کاملاً موافقـم» (نمره ۷) تـا «کاملاً ناموافقم» (نمره ۱) اسـت. در این پرسشـنامه سـؤالات مربوط به عـدم اطمینان به صـورت معکـوس نمره‌گـذاری می‌شـوند. دامنه نمـرات در این پرسشـنامه از ۱۴ تا ۹۸ اسـت. در ایـن پرسشـنامه نمـره بالاتر نشـان‌دهنده این اسـت که فرد ذهنی‌سـازی بالایـی دارد. در پژوهـش فوناگـی و همـکاران(۲۰۱۶)، ثبات درونی برای مؤلفه‌های اطمینـان و عدم اطمینان ۰/۶۳ و ۰/۶۷ گـزارش شـده اسـت. همچنیـن اعتبـار آزمـون بازآزمـون آن را ۰/۸۴ بـرای عـدم اطمینان و ۰/۷۵ برای اطمینان گزارش کرده‌اند. در پژوهش ایشـان برای بررسـی روایی سـازه در تحلیل عاملی که آن‌ها بر رویدادهای این پژوهش انجام دادند، دو عامل اطمینان و عدم اطمینـان دربـاره حالت ذهنی خود و دیگران در آن کشـف و گزارش شـد. در پژوهش دروگر و همکاران(۱۳۹۹) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اطمینان ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عدم اطمینان ۰/۶۶ گزارش شد. در پژوهش ایشان برای بررسی روایی همگرا و واگرای مؤلفه‌های آزمون ذهنی‌سازی از آزمون‌های اضطراب افسردگی بیمارسـتانی و دلبسـتگی و ذهن‌آگاهـی اسـتفاده شـد، نتایـج نشـان داد مؤلفـه اطمینان با اضطـراب ـ افسـردگی و سـبک دوسـوگرا رابطه منفـی و معنـاداری و با دلبسـتگی ایمن رابطه مثبت و معنادار دارد که نشان از اعتبار همگرا برای این خرده مقیاس است. مؤلفه اطمینان با دلبسـتگی اجتنابی رابطه ندارد که نشـان از روایی واگرا برای این مؤلفه اسـت. مؤلفه عدم اطمینـان بـا اضطـراب افسـردگی رابطـه مثبـت و معنـادار، بـا ذهن‌آگاهـی رابطه منفـی بالا و معنـادار و با سـبک دلبسـتگی اجتنابی و دوسـوگرا همبسـتگی منفـی و معنـاداری دارد. این

1. Reflective Functioning Questionnaire:(RFQ)

نتایج نشان‌دهنده اعتبار همگرای این مؤلفه است. همچنین بین دو مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان، همبستگی منفی و معناداری مشاهده شد.

پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ):[1] این پرسشنامه توسط گراس و جان(۲۰۰۳) با ۱۰ سؤال تهیه شده است. پرسشنامه دارای دو زیرمقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از «به شدت مخالفم» با نمره ۱ تا «به شدت موافقم» نمره ۷ پاسخ می‌دهند. سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۹ پرسشنامه بعد سرکوبی و بقیه سؤالات تنظیم ارزیابی مجدد را مورد سنجش قرار می‌دهند. دامنه نمرات ۰ تا ۷۰ است. گراس و جان(۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش کرده است. قاسم‌پور و همکاران(۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۷۱ گزارش کرده است. در پژوهشی مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد(بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه آسیب به خود (SHI):[2] این پرسشنامه توسط سانسون و همکاران(۱۹۹۸) با هدف بررسی سابقه آسیب‌رسانی به خود با ۲۲ گویه طراحی شده است. افراد به سؤال‌های این پرسشنامه با علامت زدن بله یا خیر پاسخ می‌دهند. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این طریق است که به جواب بله، نمره ۱ و جواب خیر، نمره ۰ می‌دهند. بیشترین نمره در این پرسشنامه ۲۲ است. در پژوهش سازنده این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است. همچنین در ایران میکائیلی و همکاران(۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

در این مطالعه نوجوانان در میانگین سنی ۱۶/۰۴ سال قرار داشتند. در این مطالعه ۱۸۹ نفر پسر و ۱۷۹ نفر دختر بودند. نتایج نشان داد که ۵۱ نفر پایه هشتم، ۸۰ نفر پایه نهم، ۱۰۹ نفر پایه دهم، ۷۲ نفر پایه یازدهم و ۵۶ نفر پایه دوازدهم بودند. پراکندگی تحصیلات

1. Emotion Regulation Questionnaire: (ERQ)
2. Self-Harm inventory: (SHI)

پدران نشـان داد که ۱۹۷ نفر دیپلم، ۸۶ نفر کاردانی و کارشناسـی و ۸۵ نفر دارای تحصیلات کارشناسـی ارشـد یا دکتری بودند. پراکندکی تحصیلات مادران نشان داد که ۲۱۵ نفر دیپلم، ۱۱۰ نفر کاردانی و کارشناسی و ۴۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد یا دکتری بودند.

شاخص‌های گرایش مرکزی متغیرهای پژوهش

متغیرها	کمترین	بیشترین	میانگین	میعار انحراف
خودآسیبی	۱	۱۹	۹/۸۲	۵/۷۳
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	۵۰	۱۲۵	۹۳/۶۴	۲۳/۸۰
تنظیم هیجان	۳۳	۴۵	۳۹/۸۹	۲/۵۵
ذهنی‌سازی	۶۰	۶۰	۳۸/۳۵	۹/۶۹

در این جدول میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک ارائه شـده اسـت، در ادامه به بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها پرداخته شده است.

بـرای بررسـی نرمـال بودن داده‌ها، شـاخص‌های کجی و کشـیدگی محاسـبه شـد. نتایج نشـان داد که شـاخص‌های کجی و کشـیدگی همه متغیرها در دامنه مطلوب وجود دارد. بر این اسـاس می‌توان گفت داده‌ها دارای توزیع نرمال اسـت و می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. همچنین نتایج نشان داد که ضریب مردیا برابر با ۶/۹۳۵ است که نشان‌دهنده نرمال بودن چندگانه متغیرهاست؛ چرا که در دامنه ۷ الی ۷ـ قرار گرفته است.

ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	خودآسیبی	تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	تنظیم هیجان	ذهنی‌سازی
خودآسیبی	۱			
تجـارب آسـیب‌زای دوران کودکی	۰/۶۵۲ **	۱		
تنظیم هیجان	-۰/۶۲۸ **	-۰/۵۳۷ **	۱	
ذهنی‌سازی	-۰/۶۴۸ **	-۰/۵۵۲ **	-۰/۵۰۶ **	۱

در این پژوهش به دلیل تأثیرات مخربی که عوامل مثبت و منفی بر برازش مدل داشت، نمرات زیرمقیاس سرکوبی در پرسشنامه تنظیم هیجان و نمرات زیرمقیاس عدم اطمینان در پرسشنامه ذهنی‌سازی به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند تا فقط یک نمره واحد از این متغیرها داشته باشیم. در واقع در پرسشنامه تنظیم هیجان و پرسشنامه ذهنی‌سازی، نمرات بالا نشان‌دهنده توانایی فرد در تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی است. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که خودآسیبی با تجارب آسیب‌زای دوران کودکی (۰/۶۵۲) رابطه مثبت و معنادار دارد. این در حالی است که خودآسیبی با تنظیم هیجان (۰/۶۲۸-) و ذهنی‌سازی (۰/۶۴۸-) رابطه منفی و معنادار داشت. همچنین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی (۰/۵۵۲-) و تنظیم هیجان (۰/۵۰۶-) با ذهنی‌سازی ارتباط منفی و معنادار داشتند (p<۰/۰۵). نتایج جدول فوق گویای این است که بین همه متغیرهای موجود در مدل، ارتباط معناداری وجود دارد. بر این اساس امکان ارائه آن‌ها در مدل‌یابی معادلات ساختاری وجود دارد. برای اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری، باید در ابتدا به بررسی دو پیش‌فرض آماری استقلال خطاها و عدم هم‌خطی چندگانه پرداخته شود. در ادامه نتایج این دو پیش فرض ارائه شده است.

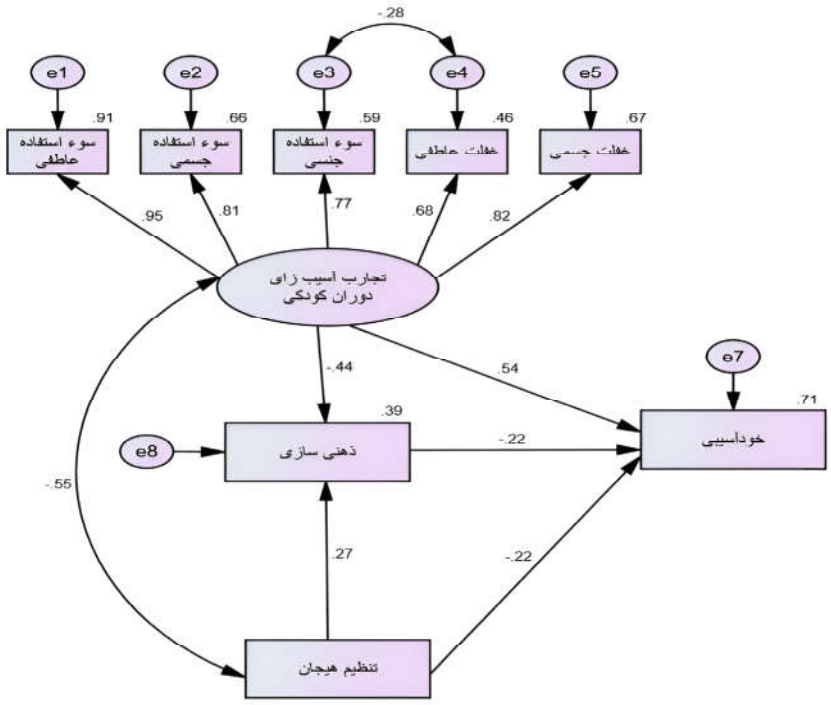
پیش‌فرض‌های اختصاصی مدل‌یابی معادلات ساختاری

متغیرها	عدم هم‌خطی چندگانه		استقلال خطاها
	VIF	تلورانس	دوربین واتسون
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی	۱/۶۵۰	۰/۶۰۶	۱/۸۹
تنظیم هیجان	۱/۵۴۳	۰/۶۴۸	
ذهنی‌سازی	۱/۵۷۸	۰/۶۳۴	

برای سنجش عدم هم‌خطی چندگانه از آزمون تورم واریانس (VIF) با در نظر گرفتن میزان تحمل داده‌ها استفاده شد که نتایج این آزمون (با توجه به اینکه همگی در شاخص تورم واریانس کمتر از عدد ۲ هستند) نشان داد ارتباط بین متغیرهای پیش‌بین و میانجی هم‌خطی، چندگانه نیست و شرایط برای استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری فراهم است. همچنین اگر آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد، استقلال خطاها محقق

شـده است. در مدل حاضر ۱/۸۹ محاسبه شده است که نشان‌دهنده استقلال خطاهاست. بـا توجـه بـه برقـراری پیش‌فرض‌ها امـکان اجـرای آزمون‌های وابسـته به رگرسـیون همچون مدل‌یابی معادلات ساختاری وجود دارد.

بر اسـاس یافته‌های اسـتنباط شـده، مدل پیشـنهادی رابطه تجارب آسـیب‌زای دوران کودکـی و تنظیـم هیجـان با خودآسـیبی بـا نقش میانجـی ذهنی‌سـازی در نوجوانـان برازش مطلوب دارد. برای آزمون این فرضیه از مدل‌یابی معادلات ساختاری با حداکثر درست‌نمایی اسـتفاده شـد. در ابتدا مدل نهایی پس از اصلاح در حالت اسـتاندارد ارائه شـده و سـپس با بهره‌گیری از آزمون بوت استرپ، نقش میانجی ذهنی‌سازی مورد بررسی قرار گرفته است.



مدل نهایی در حالت استاندارد

نتایج حاضر در مدل معادلات ساختاری، گویای این است که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و تنظیم هیجان به واسطه ذهنی‌سازی در مجموع ۷۱ درصد از واریانس خودآسیبی را در نوجوانان تبیین می‌کند. در جدول زیر شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است.

شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری

شاخص	χ^2	DF	χ^2/df	GFI	AGFI	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
مقدار	۴۴/۴۵۶	۱۶	۲/۷۷	۰/۹۷۱	۰/۹۳۵	۰/۹۷۸	۰/۹۶۱	۰/۹۸۹	۰/۹۷۵	۰/۹۸۵	۰/۰۷۰
دامنه پذیرش	-	-	۵<	۰/۹۰ >	۰/۹۰ >	۰/۹۰ >	۰/۹۰>	۰/۹۰>	۰/۹۰>	۰/۹۰ >	۰/۰۸ <

شاخص‌های برازندگی حاصل از مدل‌یابی معادلات ساختاری در جدول فوق نشان می‌دهد که مدل پیشنهادی، از برازش قابل قبول با داده‌های گردآوری شده برخوردار است؛ چراکه مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=۰/۰۷) مطلوب گزارش شد. همچنین شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۷)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI=۰/۹۳)، شاخص تناسب هنجار (NFI=۰/۹۷)، شاخص تناسب نسبی (RFI=۰/۹۶)، شاخص تناسب افزایشی (IFI=۰/۹۸)، شاخص برازش غیرهنجار تاکر- لویس (TLI=۰/۹۷) و شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI=۰/۹۸) بیشتر از ۰/۹۰ هستند. شاخص مجذور کای/درجه آزادی (df/X۲=۲/۷۷) نیز کمتر از ۵ محاسبه شد که نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل پیشنهادی است.

رابطه بین متغیرها

برونداد ← میانجی ← درونداد	ضریب بتا	خطای معیار	حد بالا	حد پایین	معناداری	نتیجه
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی ← ذهنی‌سازی ← خودآسیبی	۰/۰۹۶	۰/۰۴	۰/۰۶۸	۰/۱۳۰	۰/۰۰۱	تأیید
تنظیم هیجان ← ذهنی‌سازی ← خودآسیبی	-۰/۰۵۹	۰/۰۳	-۰/۰۸۸	-۰/۰۳۵	۰/۰۰۱	تأیید

نتایج جدول فوق نشان داد که ذهنی‌سازی (β=۰/۰۹۶) به طور معنادار بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و خودآسیبی نقش میانجی داشت (P<۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد که ذهنی‌سازی (β=-۰/۰۵۹) به طور معنادار بین تنظیم هیجان و خودآسیبی نقش میانجی داشت (P<۰/۰۵).

اثر مستقیم متغیر برونداد بر متغیر درونداد

متغیر برونداد ← متغیر درونداد	ضریب بتا	خطای معیار	مقدار C.R	معناداری	نتیجه
تنظیم هیجان ← خودآسیبی	-۰/۲۲	۰/۰۴	-۶/۰۲۹	۰/۰۰۱	تأیید
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی ← خودآسیبی	۰/۵۴	۰/۰۴	۱۳/۳۱۸	۰/۰۰۱	تأیید
ذهنی‌سازی ← خودآسیبی	-۰/۲۲	۰/۰۳	-۵/۸۷۲	۰/۰۰۱	تأیید
تجارب آسیب‌زای دوران کودکی ← ذهنی‌سازی	-۰/۴۴	۰/۰۵	-۸/۴۶۷	۰/۰۰۱	تأیید
تنظیم هیجان ← ذهنی‌سازی	۰/۲۷	۰/۰۵	۵/۳۴۹	۰/۰۰۱	تأیید

نتایج جدول فوق نشان داد که تنظیم هیجان با خودآسیبی (P=۰/۰۰۱، ۰/۲۲-=بتا) رابطه منفی و معنادار دارد (P<۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با خودآسیبی (P=۰/۰۰۱، ۰/۵۴=بتا) رابطه مثبت و معنادار دارد (P<۰/۰۵). نتایج نشان داد که ذهنی‌سازی با خودآسیبی (P=۰/۰۰۱، ۰/۲۲-=بتا) رابطه منفی و معنادار دارد (P<۰/۰۵). نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ذهنی‌سازی (P=۰/۰۰۱، ۰/۴۴-=بتا) رابطه منفی و معنادار دارد (P<۰/۰۵). نتایج نشان داد که تنظیم هیجان با ذهنی‌سازی (P=۰/۰۰۱، ۰/۲۷=بتا) رابطه مثبت و معنادار دارد (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی خودآسیبی بر اساس تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و تنظیم هیجان با نقش میانجی ذهنی‌سازی در نوجوانان انجام شد. نتایج نشان داد مدل پیشنهادی از برازش مطلوب برخوردار بود. نتیجه حاضر با پژوهش‌های کندی ـ تونر و همکاران(۲۰۲۳) و استاگاکی و همکاران(۲۰۲۲) همسوست. در ادامه به تفکیک، نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک مورد بحث قرار خواهد گرفت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهنی‌سازی به طور معنادار بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و خودآسیبی نقش میانجی داشت. نتیجه حاضر با مطالعات صفری و همکاران(۱۴۰۰)، شفقی و سعادت(۱۴۰۲)، پاییزی و همکاران(۱۴۰۲) و استاگاکی و همکاران(۲۰۲۲) همسوست. در تبیین می‌توان گفت ذهنی‌سازی به توانایی درک و تفسیر افکار، احساسات و نیات خود و دیگران اشاره دارد. این شامل توانایی تفکر و درک حالات ذهنی درونی مانند باورها، خواسته‌ها و احساسات است. ذهنی‌سازی نقش مهمی در نحوه ایجاد روابط، تنظیم هیجان‌ها و هدایت تعاملات اجتماعی افراد دارد(استاگاکی و همکاران، ۲۰۲۲). وقتی صحبت از رابطه بین تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی و آسیب به خود می‌شود، ذهنی‌سازی می‌تواند به عنوان یک عامل میانجی عمل کند. تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی مانند سوءاستفاده، غفلت یا سایر رویدادهای نامطلوب می‌توانند رشد توانایی‌های ذهنی را مختل کنند. این تجارب ممکن است مانع از توانایی فرد در درک و تفسیر دقیق احساسات، افکار و نیات خود و دیگران شود(صفری و همکاران، ۱۴۰۰).

بدون یک پایه قوی در ذهنی‌سازی، افراد ممکن است برای تنظیم مؤثر هیجان‌های خود و کنار آمدن با تجربیات ناراحت‌کننده مبارزه کنند. این می‌تواند منجر به مشکلاتی در مدیریت احساسات طاقت‌فرسا شود که می‌تواند در رفتارهای خودآسیبی به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای ناسازگار ظاهر شود(باخ[1] و همکاران، ۲۰۱۷). آسیب به خود مانند بریدن، سوزاندن یا سایر اشکال آسیب عمدی به خود می‌تواند برای افرادی که چنین رفتارهایی

1. Bahk

را انجام می‌دهند، کارکردهای مختلفی داشته باشد. ممکن است به عنوان راهی برای کنار آمدن با درد عاطفی، بازیابی حس کنترل، ارتباط با پریشانی یا حتی تنبیه خود عمل کند. با این حال خودآزاری یک استراتژی مقابله‌ای سالم یا پایدار نیست و می‌تواند چرخه‌ای از بی‌نظمی هیجانی و پریشانی را تداوم بخشد(ایهمه[1] و همکاران، ۲۰۲۲).

ذهنی‌سازی می‌تواند با تقویت درک خود و ترویج مکانیسم‌های مقابله سالم‌تر به شکستن این چرخه کمک کند. با افزایش توانایی‌های ذهنی‌سازی، افراد می‌توانند آگاهی بیشتری از احساسات خود ایجاد کنند، پریشانی خود را بهتر تنظیم کنند و به دنبال راه‌های جایگزین برای کنار آمدن با تجربیات دشوار باشند. هدف درمان‌ها و مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی، تقویت ظرفیت‌های ذهنی‌سازی، فراهم کردن ابزارهایی برای درک بهتر تجربیات، ایجاد انعطاف‌پذیری و توسعه روش‌های سالم‌تر برای مدیریت پریشانی افراد است(پاییزی و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین نتایج نشان داد که ذهنی‌سازی به طور معنادار بین تنظیم هیجان و خودآسیبی نقش میانجی داشت. نتیجه حاضر با مطالعات اسدی و همکاران(۱۴۰۱)، فرجامی و همکاران(۱۴۰۳) و اسدی و همکاران(۲۰۲۲) همسوست. در تبیین می‌توان گفت ذهنی‌سازی با فراهم کردن ظرفیت‌های شناختی و عاطفی لازم برای تنظیم مؤثر هیجان‌ها و درگیر شدن در استراتژی‌های مقابله سالم‌تر، نقش واسطه‌ای بین دشواری در تنظیم هیجان و خودآسیبی ایفا می‌کند. ذهنی‌سازی شامل توانایی درک و تفسیر عواطف خود و نیز احساسات دیگران است. هنگامی که افراد در تنظیم هیجان مشکل دارند، ممکن است برای شناسایی و درک دقیق تجربیات عاطفی خود دچار مشکل شوند. این فقدان آگاهی عاطفی می‌تواند مدیریت مؤثر و تنظیم هیجانات آن‌ها را چالش‌برانگیز کند. ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا درک بیشتری از احساسات خود از جمله علل و محرک‌های زمینه‌ای ایجاد کنند که برای اجرای استراتژی‌های تنظیم هیجان مناسب ضروری است(الوارز[2] و همکاران، ۲۰۲۲).

عملکرد انعکاسی جزء اصلی ذهنی‌سازی است و به ظرفیت بازتابی در حالات ذهنی

1. Ihme
2. Álvarez

خود و حالات ذهنی دیگران اشاره دارد. این شامل تشخیص این است که احساسات، افکار و رفتارها تحت تأثیر فرایندهای ذهنی درونی هستند. مشکلات در تنظیم هیجان اغلب ناشی از فقدان عملکرد انعکاسی است؛ جایی که افراد ممکن است برای ایجاد ارتباط بین احساسات، افکار و رفتارهای خود تلاش کنند. هدف مداخلات ذهنی، افزایش عملکرد بازتابی است و به افراد این امکان را می‌دهد تا بینشی درباره عوامل زمینه‌ای که در مشکلات عاطفی و رفتارهای خودآزاردهنده نقش دارند، به دست آورند(شوارزر[1] و همکاران، ۲۰۲۱).

ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا مجموعه‌ای از راهبردهای تنظیم هیجان تطبیقی را توسعه دهند. افراد از طریق ذهنی‌سازی می‌توانند راه‌های جایگزینی برای مدیریت و ابراز احساسات خود بدون متوسل شدن به خودآزاری کشف کنند. این ممکن است شامل شناسایی و به چالش کشیدن افکار ناسازگار، جستجوی حمایت اجتماعی، درگیر شدن در حل مسئله، تمرین تکنیک‌های آرام‌سازی و استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم باشد. درمان‌های مبتنی بر ذهنیت اغلب بر آموزش مهارت‌ها و استراتژی‌های خاص به افراد برای تنظیم مؤثر احساسات و کاهش اتکا به رفتارهای آسیب‌رسان به خود تمرکز می‌کنند(اسدی و همکاران، ۱۴۰۱).

ذهنی‌سازی، شفقت به خود را ترویج می‌کند که برای افرادی که در تنظیم هیجان با مشکل دست و پنجه نرم می‌کنند، بسیار مهم است. خودآزاری می‌تواند ناشی از احساس نفرت از خود، سرزنش خود یا تمایل به تنبیه خود باشد. ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند نگرش دلسوزانه‌تر و همدلانه‌تری نسبت به خود ایجاد و درک خود، پذیرش و مهربانی را تقویت کنند. با پرورش شفقت به خود، افراد می‌توانند نیاز به خودآزاری را به عنوان وسیله‌ای برای مقابله با احساسات ناراحت‌کننده کاهش دهند و رابطه سالم‌تری با خود ایجاد کنند(هوانگ و هو[2]، ۲۰۲۳).

به طور کلی ذهنی‌سازی به عنوان یک عامل میانجی بین دشواری در تنظیم هیجان و آسیب به خود عمل می‌کند و ابزارهای شناختی و عاطفی لازم را برای درک، تنظیم و

1. Schwarzer
2. Huang, Hou

کنـار آمـدن با احساسـات به روش‌های سـالم به افـراد ارائـه می‌دهد. با تقویـت ظرفیت‌های ذهنی‌سـازی از طریق درمان و مداخلات، افراد می‌توانند چرخه آسـیب به خود را بشـکنند و راهبردهای انطباقی بیشتری برای مدیریت احساسات خود ایجاد کنند.

همچنین نتایج نشـان داد که تنظیم هیجان با خودآسـیبی، رابطه منفی و معنادار دارد. ایـن یافته با پژوهش‌های شهنازدوسـت و همـکاران(۱۴۰۱)، یزدان و همـکاران(۱۴۰۱)، یزدان و همکاران(۱۴۰۱)، کلافام و براوش(۲۰۲۲) و لان و همکاران(۲۰۲۲) همسوست. دشواری در تنظیم هیجان به مشـکلاتی در مدیریت و تنظیم مؤثر هیجان‌ها اشـاره دارد. هنگامی که افراد دچار اختلال در نظم هیجانی می‌شوند، هیجان‌های آن‌ها ممکن است شدید، طاقت‌فرسا و کنترل آن چالش‌برانگیز باشـد. افرادی که با دشـواری در تنظیم هیجان دست و پنجه نرم می‌کنند، ممکـن اسـت به خودآزاری به عنوان مکانیزم مقابله‌ای ناسـازگار بـرای مقابله با هیجان‌های شـدید روی آورنـد. درگیر شـدن در آسـیب رسـاندن بـه خود مانند بریدن، سـوزش و یا سـایر اشـکال آسـیب عمدی به خود می‌تواند موجب تسـکین موقت یا پرت شـدن حواس از درد هیجانی شـود. ممکن اسـت به عنوان راهی برای بازیابی حس کنترل یا رهاسازی احساسات فروخورده عمل کند. با این حال، خودآزاری یک اسـتراتژی مقابله‌ای طولانی مدت سـالم یا مؤثر نیست و می‌تواند منجر به ناراحتی و آسیب بیشتر شود(شهنازدوست و همکاران، ۱۴۰۱). ذکر این نکته ضروری است که خودآسیبی، یک رفتار پیچیده است که تحت تأثیر عوامل مختلفی قـرار دارد و اختـلال در تنظیـم هیجـان تنها یکـی از آن‌هاسـت. عوامل دیگری مانند تجارب آسـیب‌زای گذشته، شرایط زمینه‌ای سـلامت روان، استرس‌های محیطی و عوامل اجتماعی نیز می‌توانند در رفتارهای خودآسیبی نقش داشته باشند.

همچنین نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با خودآسیبی رابطه مثبت و معنـادار دارد. ایـن یافتـه با پژوهش‌هـای خانی‌پور و همکاران(۱۳۹۴)، نوری قاسـم‌آبادی و سیداوی(۱۴۰۰)، لی و همکاران(۲۰۲۳) و ژاوو و همکاران(۲۰۲۳) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان دلایل متنوعی ارائه کرد. تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند رشد مهارت‌های تنظیـم هیجانـی سـالم را مختـل کنـد. کودکانـی که تروما را تجربـه می‌کنند، ممکن اسـت در

درک و مدیریت مؤثر هیجان‌ها و احساس‌های خود دچار مشکل شوند. آن‌ها ممکن است احساسات شدید و طاقت‌فرسایی را تجربه کنند که غیرقابل کنترل است و منجر به افزایش خطر درگیر شدن در خودآزاری به عنوان راهی برای مقابله با درد عاطفی می‌شود(صفری و همکاران، ۱۴۰۰). تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند به ایجاد مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار از جمله خودآزاری کمک کند. کودکانی که تروما را تجربه کرده‌اند، ممکن است به استراتژی‌های مقابله سالم یا سیستم‌های حمایتی برای پردازش هیجان‌ها و آسیب‌های خود دسترسی نداشته باشند. خودآزاری ممکن است راهی برای به دست آوردن حس کنترل، مدیریت پریشانی یا انتقال درد در زمانی که مکانیسم‌های مقابله‌ای دیگر در دسترس یا مؤثر نبوده است، دیده شود(خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۴).

نتایج نشان داد که ذهنی‌سازی با خودآسیبی رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته با پژوهش‌های اسدی و همکاران(۱۴۰۱)، صفری و همکاران(۱۴۰۰)، پاییزی و همکاران(۱۴۰۲)، استاگاکی و همکاران(۲۰۲۲)، فرجامی و همکاران(۱۴۰۳) و اسدی و همکاران(۲۰۲۲) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت با تقویت توانایی‌های ذهنی‌سازی، افراد می‌توانند بینشی در مورد محرک‌ها و احساسات زیربنایی که در رفتارهای خودآزاری نقش دارند، به دست آورند. آن‌ها می‌توانند درک بهتری از افکار، باورها و نیات مرتبط با اعمال خودآزاری خود ایجاد کنند. این درک برای شکستن چرخه خودآزاری و ایجاد راه‌های جایگزین برای مقابله با پریشانی بسیار مهم است(صفری و همکاران، ۱۴۰۰). به بیانی دیگر با افزایش ظرفیت‌های ذهنی‌سازی، افراد می‌توانند راه‌های جدیدی را برای کنار آمدن با دردهای عاطفی که سالم‌تر و مؤثرتر از آسیب رساندن به خود هستند، کشف کنند و بیاموزند(بتمن و فوناگی، ۲۰۰۴).

نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ذهنی‌سازی رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته با پژوهش‌های صفری و همکاران(۱۴۰۰)، شفقی و سعادت(۱۴۰۲)، پاییزی و همکاران(۱۴۰۲) و استاگاکی و همکاران(۲۰۲۲) همسوست. تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند به طور قابل توجهی بر رشد و عملکرد ذهنی‌سازی تأثیر بگذارد. در تبیین می‌توان گفت تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند به بی‌نظمی هیجانی منجر شود و درک دقیق،

تفسیر و پاسخ به احساسات را چالش‌برانگیز می‌کند. در عواقب تروما، افراد ممکن است احساسات شدید و طاقت‌فرسایی را تجربه کنند که می‌تواند توانایی آن‌ها برای ذهنی‌سازی مؤثر را مختل کند. بی‌نظمی هیجانی می‌تواند منجر به مشکلاتی در شناخت و درک عواطف خود و دیگران شود و روند ذهنی‌سازی را مختل کند(استاگاکی و همکاران، ۲۰۲۲).

در آخر نتایج نشان داد که تنظیم هیجان با ذهنی‌سازی رابطه مثبت و معنادار دارد. نتیجه حاضر با مطالعات اسدی و همکاران(۱۴۰۱)، فرجامی و همکاران(۱۴۰۳) و اسدی و همکاران(۲۰۲۲) همسوست. دشواری در تنظیم احساسات می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر ذهنی‌سازی داشته باشد. در اینجا چگونگی تأثیر دشواری در تنظیم احساسات بر ذهنی‌سازی ارائه شده است. مشکلات تنظیم هیجان می‌تواند مانع تشخیص و شناسایی دقیق هیجان‌ها در خود و دیگران شود. وقتی افراد برای تنظیم تجربیات عاطفی خود تلاش می‌کنند، هماهنگی و درک احساسات ابراز شده توسط دیگران چالش‌برانگیز می‌شود. این اختلال در تشخیص هیجان‌ها می‌تواند فرایند ذهنی‌سازی را مختل کند؛ زیرا تفسیر و درک دقیق احساسات برای ذهنی‌سازی مؤثر ضروری است(فرجامی و همکاران، ۱۴۰۳). نظریه ذهن به توانایی درک و نسبت دادن حالات ذهنی مانند باورها، امیال و نیات به خود و دیگران اشاره دارد. مشکلات در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند بر نظریه ذهن تأثیر بگذارد؛ زیرا احساسات و حالات ذهنی کاملاً در هم تنیده هستند. هنگامی که هیجان‌ها بی‌نظم باشند، استنباط و درک دقیق حالات روانی نهفته در رفتار می‌تواند چالش‌برانگیز باشد و منجر به مشکلاتی در ذهنی‌سازی تجربیات دیگران شود(شوارز و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج نشان می‌دهد که تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند بر مشکلات تنظیم هیجان و رفتارهای خودآسیبی تأثیر بگذارد. با این حال تأثیر تجارب تروماتیک بر خودآزاری تا حدی با ذهنی‌سازی میانجی‌گری می‌شود. این مسئله نشان می‌دهد که ذهنی‌سازی نقش مهمی در چگونگی تأثیر تجارب آسیب‌زا بر توانایی افراد برای انجام رفتارهای خودآسیبی دارد. یافته‌ها اهمیت پرداختن به نقصان ذهنی‌سازی را در مداخلاتی که هدف قرار دادن آسیب به خود در میان افراد دارای تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی است، نشان می‌دهد.

با تقویت مهارت‌های ذهنی‌سازی، مداخلات می‌توانند به افراد کمک کنند تا درک بهتری از هیجان‌های خود داشته باشند، توانایی خود را در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بهبود بخشند و اتکا به خودآسیبی را به عنوان یک استراتژی مقابله کاهش دهند. توجه به این یافته‌ها در توسعه و اجرای مداخلات و سیستم‌های حمایتی برای افراد با سابقه تجربیات آسیب‌زا، با تأکید بر ادغام رویکردهای متمرکز بر ذهنی‌سازی در کنار مراقبت‌های آگاهانه از تروما مهم است. با پرداختن به نقصان‌های ذهنی‌سازی و ترویج راهبردهای تنظیم هیجان سالم‌تر، مداخلات می‌توانند به افراد کمک کنند چرخه خودآسیبی را بشکنند و بهزیستی کلی را ارتقا دهند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری آن که به روش در دسترس انجام شد و یک روش غیرتصادفی است، اشاره کرد. در نتیجه تعمیم‌دهی نتایج با محدودیت همراه است. همچنین از آن‌جایی که این پژوهش به روش همبستگی انجام شده است، دستیابی به علیت با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای تعمیم‌دهی نتایج، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای دستیابی به علیت، از روش‌های طولی و کیفی و برای کاهش رفتارهای خودآسیبی، از روش‌های درمانی متمرکز بر بهبود ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان و بهبود تروماهای کودکی در مدارس استفاده شود.

فهرست منابع

۱. ابراهیمی، حجت‌الله، محمود دژکام و طاهره ثقه الاسلام(۱۳۹۲)، «ترومای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۹، ش ۴، ص ۲۸۲ ـ ۲۷۵.

۲. اسدی، سمیه، عباس بخشی‌پور رودسری، مجید محمود علیو و پریسا سادات سید موسوی(۱۴۰۱)، «رابطه امنیت دلبستگی با بدتنظیمی هیجانی نوجوانان: نقش میانجی توانایی ذهنی‌سازی»، نشریه رویش روان‌شناسی، دوره ۱۰، ش ۱۲، ص ۹۶ ـ ۸۵.

۳. اسدی، سیده سمیه، عباس بخشی‌پور رودسری، سالومه ابطحی، شهناز عقیق و هانیه پاکروان(۲۰۲۲)، «رابطه ظرفیت تأملی والدین و بد تنظیمی هیجانی نوجوانان: نقش میانجی توانایی ذهنی‌سازی»، نشریه علمی رویش روان‌شناسی، دوره ۱۱، ش ۳، ص ۳۴ ـ ۲۵.

۴. ایزکیان، میرزاییان و سید حمزه حسینی(۲۰۱۸)، «بررسی شیوع خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی»، تعالی بالینی، دوره ۸، ش ۲، ص ۲۵ ـ ۱۴.

۵. بشرپور، سجاد و ساناز عینی(۱۳۹۹)، «اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه»، علوم اعصاب شفای خاتم، دوره ۸، ش ۳، ص۱۹ ـ ۱۰.

۶. بیگدلی، ایمان‌اله، محمود نجفی و مریم رستمی(۱۳۹۲)، «رابطه سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی»، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۳، ش ۹، ص ۷۲۹ ـ ۷۲۱.

۷. پاییزی، لیلا، سعیده شریفی، معصومه کمندلو و فرشته ارسلان‌ده(۱۴۰۲)، «رابطه بین حوادث آسیب‌زای زندگی با رفتارهای خودآسیبی در دانشجویان: نقش میانجی ذهنی‌سازی و بدتنظیمی هیجانی منفی»، روان پرستاری، دوره ۱۱، ش ۶، ص ۷۲ ـ ۶۱.

۸. خانی‌پور، حمید، میترا حکیم شوشتری، احمد برجعلی، محمود گلزاری و محمدرضا فلسفی‌نژاد(۱۳۹۴)، «رابطه نقص کنترل تکانه و خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: اثر واسطه‌ای خودبی‌کفایت‌پنداری»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۲۰، ش ۴، ص ۳۴۸ ـ ۳۳۹.

۹. دروگر، الهه، علی فتحی آشتیانی و عماد اشرفی(۱۳۹۹)، «نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی در رابطه بین دلبستگی و نارسانظم‌جویی هیجانی با اضطراب اجتماعی»، فصلنامه روان‌شناختی تحولی، دوره۱۷، ش۶۶، ص۱۵۴ ـ۱۴۳.

۱۰. رضایی، رسول، یوسف دهقانی، حسین واحدی، سید حسم حیدری موسوی(۲۰۱۲)، «مقایسه عوامل پنجگانه شخصیت در زندانیان خودزن، غیر خودزن و آزمودنی‌های بهنجار»، شخصیت و تفاوت‌های فردی، دوره ۱، ش ۱، ص ۶۳ ـ ۵۲.

۱۱. شریف‌الرضی، محمد بن حسین(۱۳۷۸ ش) نهج‌البلاغه، ترجمه جعفر شهیدی، تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.

۱۲. شفقی، مهدیه و سجاد سعادت(۱۴۰۲)، «نقش میانجی ذهنی‌سازی در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و پرخاشگری در نوجوانان دختر»، رویش روان‌شناسی، دوره ۱۲، ش ۹، ص ۱۸۸ ـ ۱۷۹.

۱۳. شفیعی، معصومه، فاطمه رضایی و مسعود صادقی(۱۴۰۰)، «تدوین مدل اجتناب متضاد در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر»، مجله روان‌شناسی، دوره ۹۷، ش ۱، ص ۱۱۷ ـ ۹۸.
۱۴. شهنازدوست، فاطمه، نیلوفر میکائیلی و سیف‌الله آقاجانی(۱۴۰۱)، «نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین آزاردیدگی هیجانی با رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان: یک مطالعه مقطعی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۳۱، ش ۱۲۲، ص ۱۳۵ ـ ۱۲۵.
۱۵. صفری موسوی، سید سینا، مسعود صادقی و محمدعلی سپهوندی(۱۴۰۰)، «مدل علی سبک دلبستگی ناایمن و تجارب آسیب‌زا با میانجی‌گری ذهن‌آگاهی بر ذهنی‌سازی»، روش‌ها و مدل‌های شناختی، دوره ۱۲، ش ۴۶، ص ۹۸ ـ ۸۵.
۱۶. فرجامی، مریم، زهرا فرجامی، آرام شکیبایی‌نژاد و لیلا پاییزی(۱۴۰۳)، «تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی بر اساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجیگری ذهنی‌سازی در نوجوانان»، نشریه روان پرستاری، دوره ۱۲، ش ۱، ص ۶۳ ـ ۵۰.
۱۷. قاسم‌پور، عبدالله، رضا ایل‌بیگی، شهناز حسن‌زاده و ابوذر ناصری(۱۳۹۱)، «مقایسه تنظیم هیجان در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری»، فصلنامه سلامت و روان‌شناسی، دوره ۱، ش ۳، ص ۱۱۶ ـ ۱۰۳.
۱۸. کریمی، فریبا، کیومرث فرحبخش، حسین سلیمی بجستانی و عبدالله معتمدی(۱۳۹۷)، «رابطه بین ذهنی‌سازی با اضطراب و اجتناب مرتبط با دلبستگی در دختران نوجوان»، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۶، ش ۴، ص ۵۴۸ ـ ۵۳۹.
۱۹. کریمی، فریبا، کیومرث فرحبخش، عبداله معتمدی و حسین سلیمی بجستانی(۱۴۰۰)، «بررسی رفتار آسیب به خود متأثر از وضعیت ذهنی‌سازی و روابط خانوادگی در نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله دبیرستانی (پژوهش کیفی)»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، دوره ۲۲، ش ۳ (پیاپی ۸۵)، ص ۶۱ ـ ۴۷.
۲۰. کلینی، محمد بن یعقوب(۱۳۸۵ش)، الکافی، ترجمه صادق حسن‌زاده، تهران: قائم آل‌محمد ﷺ.
۲۱. لنکرانی، فاضل(۱۳۸۴ش)، جامع المسائل، قم: انتشارات امیر.
۲۲. محمدی، فاطمه، عاطفه محمدی، ایمان اسماعیلی سودرجانی، ملوک نصرتی و میلاد بزی(۱۴۰۱)، «نقش تنظیم هیجان در تبیین اختلال خوردن هیجانی نوجوانان مبتلا به چاقی: نقش واسطه‌ای ذهنی‌سازی»، نشریه رویش روان‌شناسی، دوره ۱۱، ش ۵، ص ۳۲ ـ ۲۳.
۲۳. مکارم شیرازی، ناصر(۱۴۲۷ق)، استفتائات جدید، قم: مدرسه امام علی ابن ابی‌طالب ﷺ.
۲۴. میرغفاری، ساناز(۱۳۹۶)، «رابطه میان سبک‌های دلبستگی و آسیب به خود در نوجوانان شهر تهران»، چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، تهران.
۲۵. میکائیلی، نیلوفر، محمد نریمانی، معصومه قریب بلوک و آذردخت بلندی(۱۳۹۸)، «نقش هیجانات منفی، ناگویی‌خلقی و روابط بین‌فردی در پیش‌بینی رفتار آسیب به خود در نوجوانان: یک مطالعه همبستگی»، مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره ۳۰، ش ۵، ص ۴۰۴ ـ ۳۹۳.
۲۶. نوری قاسم‌آبادی، ربابه و محمد سیداوی(۱۴۰۰)، «مروری اجمالی بر ارتباط تجربه بدرفتاری در دوران کودکی و خودجرحی بدون هدف خودکشی در نوجوانی»، نشریه علمی رویش روان‌شناسی، دوره ۱۰، ش ۲، ص ۱۷۰ ـ ۱۶۱.

۲۷. یزدان، کیوان، صدرالله خسروی و محبوبه چین‌آوه(۱۴۰۱)، «نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله با استرس در بین رابطه والد ـ فرزند و تنظیم هیجان با رفتارهای خودجرحی»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره ۶۴، ش ۶، ص ۳۵۰۲ ـ ۳۴۸۴.
۲۸. ـــــــــ (۱۴۰۱)، «پیش‌بینی رفتارهای خودجرحی بر اساس رابطه والد ـ فرزند و تنظیم هیجان در نوجوانان»، مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، دوره ۳، ش ۲، ص ۲۳۸ ـ ۲۲۷.

ب. منابع لاتین

1. Álvarez, N., Lázaro, M. H., Gordo, L., Elejalde, L. I., & Pampliega, A. M. (2022). Maternal mentalization and child emotion regulation: A comparison of different phases of early childhood. *Infant Behavior and Development*, 66, 101681.
2. Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6, 1-7.
3. Arseneault L, Cannon M, Fisher HL, Polanczyk G, Moffitt TE, Caspi A. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2011;168(1):65–72.
4. Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., & Lee, S. H. (2017). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry investigation*, 14(1), 37.
5. Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
6. Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
7. Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.
8. Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., ... & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 594-604.
9. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
10. Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current psychiatry reports*, 19, 1-8.

11. Brown, R. C., Heines, S., Witt, A., Braehler, E., Fegert, J. M., Harsch, D., & Plener, P. L. (2018). The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC psychiatry*, 18, 1-8.
12. Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical psychology: Science and practice*, 26(2), 20.
13. Chan MKY, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, Kapur N, Kendall T. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):277–83.
14. Clapham, R., & Brausch, A. (2022). Emotion regulation deficits across the spectrum of self-harm. *Death studies*, 46(10), 2477-2484.
15. Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS one*, 11(7), e0158678.
16. Gholamrezaei M, De Stefano J, Heath NL. Nonsuicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities: A review. *International journal of psychology*. 2017 Aug;52(4):316-26.
17. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
18. Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
19. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
20. Hoermann, S., Zupanick, C. E., & Dombeck, M. (2013). *Attachment theory expanded: Mentalization*.
21. Huang M, Hou J. Childhood maltreatment and suicide risk: The mediating role of self-compassion, mentalization, depression. *Journal of affective disorders*. 2023 Nov 15;341:52-61.
22. Ihme, H., Olié, E., Courtet, P., El-Hage, W., Zendjidjian, X., Mazzola-Pomietto, P., ... & Belzeaux, R. (2022). Childhood trauma increases vulnerability to attempt suicide in adulthood through avoidant attachment. *Comprehensive psychiatry*, 117, 152333.

23. Irigaray, T. Q., Pacheco, J. B., Grassi-Oliveira, R., Fonseca, R. P., Leite, J. C. D. C., & Kristensen, C. H. (2013). Child maltreatment and later cognitive functioning: A systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 376-387.
24. Kennedy-Turner, J., Sawrikar, V., Clark, L., & Griffiths, H. (2023). Do attachment-related differences in reflective functioning explain associations between expressed emotion and youth self-harm?. *Current psychology*, 42(29), 25520-25534.
25. Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 231.
26. Lan, Z., Pau, K., Md Yusof, H., & Huang, X. (2022). The effect of emotion regulation on non-suicidal self-injury among adolescents: The mediating roles of sleep, exercise, and social support. *Psychology research and behavior management*, 1451-1463.
27. Li, X., Liu, X. L., Wang, Y. J., Zhou, D. S., & Yuan, T. F. (2023). The effects of childhood maltreatment on adolescent non-suicidal self-injury behavior: mediating role of impulsivity. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1139705.
28. Liu, R. T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: Current findings and future directions. *Clinical psychology: science and practice*, 24(2), 140.
29. Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51-64.
30. Madjar, N., Shabat, S. B., Elia, R., Fellner, N., Rehavi, M., Rubin, S. E., ... & Shoval, G. (2017). Non-suicidal self-injury within the school context: Multilevel analysis of teachers' support and peer climate. *European psychiatry*, 41(1), 95-101.
31. Mummé, T. A., Mildred, H., & Knight, T. (2017). How do people stop non-suicidal self-injury? A systematic review. *Archives of suicide research*, 21(3), 470-489.
32. Nazzaro, M. P., Boldrini, T., Tanzilli, A., Muzi, L., Giovanardi, G., & Lingiardi, V. (2017). Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality?. *Psychiatry Research*, 256, 169-175.
33. Peters, M. (2021). Trauma and mentalization ability in older patients. *GeroPsych*.
34. Pompili, M., Innamorati, M., Erbuto, D., Amore, M., & Girardi, P. (2017). Deficits in mentalization predict suicide risk among psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 41(S1), S264-S265.
35. Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Services*. 2007;58(2):245–53.
36. Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2017). Mentalization-based treatment for self-harm in

adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 51(12), 1304-1313.

37. Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 54(7), 973-983.
38. Schimansky, J., David, N., Rössler, W., & Haker, H. (2010). Sense of agency and mentalizing: dissociation of subdomains of social cognition in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178(1), 39-45.
39. Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021, January). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. In *International forum of psychoanalysis* (Vol. 30, No. 1, pp. 34-45). Routledge.
40. Sklyarov, O. (2020). *The Impact of Adverse Childhood Experiences on Attachment and Mentalization in Sex Offenders* (Doctoral dissertation, George Fox University).
41. Stagaki, M., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Lohrenz, T., Fonagy, P., ... & Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2022). The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105576.
42. Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*, 227, 759-769.
43. Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., ... & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 59, 25-36.
44. Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2022). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 9(4), 76.
45. Zhao, K., Tong, S., Hong, L., Yang, S., Yang, W., Xu, Y., ... & Zheng, T. (2023). Childhood trauma, peer victimization, and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: a latent variable mediation analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 436.