

Comparative of emotional schemas and different dimensions of difficulty in emotion regulation in students with self-harm behaviors with students without these behaviors

Emamirad R¹, Zanjani Z¹, Hosseinpoor S¹, Jokar S*¹

1- Department of clinical psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, kashan, Iran.

Received: 2021/03/13 | Accepted: 2021/08/14

Abstract

Background: Self-Harm refers to the deliberate behaviors which people take to harm themselves without suicidal ideation. This study aimed to compare emotional schemas and emotion regulation difficulties between students with and without self-harm behaviors.

Materials and methods: in this cross-sectional study, 442 people from students of Kashan University of Medical Sciences during 2020, were selected by convenience sampling. Based on the cut-point of DSHI, 52% (90) participants were placed in the group of people with self-harm behaviors and 48% (83) in the control group. Data were collected through a demographic questionnaire, deliberate self-harm inventory (DSHI), and Leahy's emotional schema scale (LESS) and difficulties in emotion regulation scale (DERS). Data were analyzed by SPSS version of 26th edition, and 0.05 was selected as a *P*-value. Due to the non-normal distribution of data, the Uman-Whitney test was used.

Results: According to results, defective schemas are more common among students having self-harm behaviors. In students with self-harm behavior, the simplistic view of emotion, rumination, guilt, control, blame, and emotional self-awareness schemas are more common compared to the students without these behaviors. In contrast, the students with self-harm behaviors exhibited less acceptance of feeling, consensus, and validity-by-others schemas than students without self-harm behaviors (*P*<0.01). Also, they had more difficulties in all areas of emotion regulation except emotional awareness than those who didn't have self-harm behaviors (*P*<0.01).

Conclusion: Maladaptive emotional schemas and difficulties in emotion regulation were more among people with self-harm behaviors, therefor, improving emotion regulation skills can prevent such behaviors in individuals.

Keywords: Deliberate self-harm behavior, Metaemotions, Emotion regulation

***Corresponding Author.**

Email: sanaz.joekar@gmail.com

Tel: 00989361253531

Fax: 00983155541112

Conflict of Interests: *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, October, 2021; Vol. 25, No 4, Pages 1090-1100

Please cite this article as: Emamirad R, Zanjani Z, Hosseinpoor S, Jokar S. Comparative of emotional schemas and different dimensions of difficulty in emotion regulation in students with self-harm behaviors with students without these behaviors. *Feyz* 2021; 25(4):1090-1100 .

بررسی مقایسه‌ای طرحواره‌های هیجانی و ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجان بین دانشجویان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان (Self-Harm) با دانشجویان فاقد این رفتارها

راستی امامی‌راد^۱، زهرا زنجانی^۲، سارا حسین‌پور^۳، ساناز جوکار^{۴*}

خلاصه

سابقه و هدف: رفتار خودآسیب‌رسان به اقدامات عمدی اشاره دارد که فرد بدون قصد خودکشی برای صدمه‌زدن به خود انجام می‌دهد. این مطالعه با هدف مقایسه طرحواره‌های هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان بین دانشجویان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان با دانشجویان فاقد این رفتارها، صورت پذیرفت. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی، ۴۴۲ نفر از دانشجویانی که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی کاشان مشغول به تحصیل بودند، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس براساس نقطه برش پرسشنامه آسیب‌به‌خود (SHI)، ۵۲٪ (۹۰ نفر) از شرکت‌کنندگان در گروه افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان و ۴۸٪ (۸۳ نفر) در گروه افراد فاقد این رفتارها جای گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه آسیب به خود (SHI)، مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS) و مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده گردید و با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمون یومن‌ویتنی (uman-witny) استفاده شد. **نتایج:** نتایج نشان داد که طرحواره‌های هیجانی ساده‌انگاری، نشخوار، احساس گناه، غیرقابل کنترل بودن، سرزنش دیگران و خودآگاهی هیجانی در افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بیشتر رایج بودند و درمقابل، این افراد کمتر باورهای مطابق با طرحواره‌های هیجانی تأییدطلبی، پذیرش هیجانات و توافق داشتند (۰/۰۱ < P) و همچنین دانشجویان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان مشکلات بیشتری در ابعاد مختلف فرآیند تنظیم هیجان (غیر از آگاهی هیجانی) داشتند (۰/۰۱ < P). **نتیجه‌گیری:** طرحواره‌های هیجانی ناسازگار و مشکلات در تنظیم هیجان در افراد دارای رفتار خودآسیب‌رسان بیشتر رایج است. بنابراین بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی می‌تواند مانع از بروز این‌گونه رفتارها در افراد شود.

واژگان کلیدی: رفتارهای خودآسیب‌رسان، طرحواره‌های هیجانی، دشواری در تنظیم هیجان

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و پنجم، شماره ۴، مهر-آبان ۱۴۰۰، صفحات ۱۱۰۰-۱۰۹۰

مقدمه

خطر خودکشی متعاقب رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با جمعیت عمومی، بسیار بالا و تقریباً ۲۶ برابر است [۷]. همچنین با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی، شیوع در میان دانشجویان، بالا به‌نظر می‌رسد، به‌طوری‌که در یک مطالعه در ایتالیا ۳۹ درصد از دانشجویان سابقه رفتار خودآسیب‌رسان عمدی را گزارش کردند [۸]. نوبخت و همکاران شیوع این رفتارها را در میان دانشجویان ایرانی ۴۰٫۵ درصد گزارش کردند [۹]. خودآسیب‌رسانی در میان دانشجویان با ضعف تحصیلی، تشخیص اختلال‌های روانی و افکار و رفتارهای خودکشی مرتبط است [۱۰-۱۲]. بنابراین بررسی رفتارهای خودآسیب‌رسان و عوامل مرتبط با این رفتارها در میان دانشجویان ضروری است. در بسیاری از مطالعات تنظیم هیجان ضعیف به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز رفتار خودآسیب‌رسان معرفی شده است. بسیاری از افراد، رفتارهای خودآسیب‌رسان را به‌عنوان راهبردی برای تنظیم هیجان به‌کار می‌برند و افرادی که به‌طور مکرر به خود آسیب می‌رسانند، معمولاً کاهش پریشانی هیجانی را نتیجه فوری این رفتارها می‌دانند [۱۳]. تنظیم هیجان مجموعه‌ای از فرآیندهای روانشناختی است که شامل آگاهی فرد از هیجانات خودش، پذیرش هیجانات تجربه‌شده، کنترل رفتاری در مواقع تجربه هیجانات منفی و استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای تعدیل‌کننده هیجانات می‌باشد [۱۴]. در مطالعات نقش رفتار خودآسیب‌رسان به‌عنوان یک راهبرد ناکارآمد

رفتار خودآسیب‌رسان (SH) به رفتارهای اشاره دارد که فرد برای صدمه‌زدن به خود با نیتی غیر از خودکشی انجام می‌دهد [۱]. رفتار خودآسیب‌رسان شامل رفتارهای خودجرمی؛ مانند: بریدن، سوزاندن، خراشیدن و همچنین دیگر رفتارهای خودآسیب‌رسانی است که ممکن است منجر به آسیب بافتی قابل مشاهده نشوند [۲]. ممکن است در بیماران با تشخیص‌های روان‌پزشکی از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی [۳]، خوردن [۴] و شخصیت مرزی [۵] مشاهده شود و نوجوانان و جوانان نیز دو گروه پرخطر از نظر امکان وقوع این رفتارها هستند [۶].

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی / دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی / دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی / دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی / دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

تلفن: ۰۹۳۶۱۲۵۳۵۳۱ | دور نویس: ۰۳۱۵۵۵۴۱۱۱۲ | پست الکترونیک: sanaz.joekar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۳۱ | تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۵/۲۳

هیجانی ناسازگار که ممکن است در افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با افراد بدون این رفتارها بیشتر رایج باشند، می‌تواند به روشن‌تر شدن دلایل ایجاد و حفظ رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک کند و راهبردهایی برای پیشگیری از بروز این رفتارها ارائه دهد. همچنین می‌تواند حیطه‌هایی را که در مداخلات روانشناختی برای این افراد باید بیشتر مورد توجه قرار بگیرند، مشخص کند و در نتیجه میزان سودمندی این مداخلات را برای این جمعیت افزایش دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با کد اخلاق IR.KAUMS.MEDNT.REC.1399.207 یک مطالعه مقطعی از نوع مورد - شاهدهی است و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌شود. حجم نمونه این مطالعه براساس فرمول تعیین حجم نمونه مطالعات مقایسه‌ای و براساس مطالعه‌ی مظفری و همکاران (متغیر دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان) برای هر گروه ۶۵ نفر تعیین گردید که ما برای اطمینان بیشتر تعداد این گروه‌ها را به ۸۰ نفر افزایش دادیم [۲۳]. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۴۲ نفر از دانشجویان در این پژوهش شرکت کردند و به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به این صورت که پس از کسب رضایت از دانشجویان، نسخه الکترونیک پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش جهت پاسخ‌گویی برای آنان ارسال می‌شد که در صفحه نخست این پرسشنامه‌ها درباره محرمانه بودن اطلاعات وارد شده به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شده بود و همچنین توضیحاتی درباره اهداف پژوهش نیز برای آنان بیان شده بود. معیارهای ورود در این مطالعه، عبارت بودند از سن بالاتر از ۱۸ سال و پایین‌تر از سی سال، دانشجو بودن، نداشتن اختلال سایکوتیک و دوقطبی و رضایت آگاهانه شرکت کردن در پژوهش. معیارهای خروج نیز شامل سن کمتر از ۱۸ سال و بیشتر از ۳۰ سال، دانشجو نبودن، اختلال سایکوتیک یا دوقطبی داشتن، پشیمانی از شرکت کردن در پژوهش در هر مرحله و ناقص جواب‌دادن به سؤالات پرسشنامه بود. جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از آبان سال ۹۹ شروع شده و در آخر فروردین به اتمام رسیده است. سپس اطلاعات پرسشنامه وارد نرم‌افزار SPSS-26 گردید. شاخص‌های آمار توصیفی برای هر یک از متغیرها در دو گروه مورد بررسی محاسبه شد. سپس با توجه به نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و رد شدن فرض نرمال بودن داده‌ها، برای بررسی فرض معنادار بودن تفاوت متغیرهای موردنظر در دو گروه مورد مقایسه از آزمون

تنظیم هیجانات مورد تأیید است [۱۳]. از طرفی طرحواره‌های هیجانی از جمله ساختارهایی هستند که بر فرآیندهای تنظیم هیجان اثر می‌گذارند و اساس عملکرد روانی - هیجانی، محسوب می‌شوند [۱۵]. مدل طرحواره‌های هیجانی یک مدل شناختی - اجتماعی از چگونگی ادراک، تفسیر، ارزیابی و پاسخ دادن افراد به هیجانات خودشان و دیگران است [۱۶]. طرحواره‌های هیجانی باورهای فردی خاصی هستند که شخص در مورد هیجانات و فرآیندهای هیجانی دارد. این طرحواره‌ها شامل گستره‌ای از باورها درباره مدت‌زمان، خطر، کنترل‌پذیری، شرم‌آوری، توافق، پیچیدگی و سایر ابعاد ارزیابی هیجانات و راهبردهای مقابله‌ای مانند نشخوار، سرزنش و اجتناب می‌باشند [۱۷]. همچنین برخی از متخصصان، طرحواره‌های هیجانی را از طریق نظریه فراهیجان مفهوم‌پردازی می‌کنند. فراهیجان واکنش ثانویه به تجربیات هیجانی است. مفهوم‌سازی طرحواره‌های هیجانی از منظر نظریه فراهیجانی نیز نشان می‌دهد که باورها درباره هیجان در شکل‌گیری واکنش‌های ثانویه به هیجان نقش دارند [۱۵]. از منظر درمان‌های موج سوم، باورهای مربوط به هیجانات (مانند طرحواره‌های هیجانی) هسته اصلی در مفهوم‌پردازی از سبب‌شناسی، پیشرفت و حفظ آسیب‌شناسی‌های روانی هستند [۱۸]. برای مثال طرحواره‌های مبنی بر عدم اعتبار هیجانات، ارتباط قوی با اختلال افسردگی عمده، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت مرزی دارند [۱۹]. همچنین باورهای مبنی بر این که تحریک شدید هیجانی خطرناک است، با علائم بالینی در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است [۱۵]. علاوه بر این مدل طرحواره‌های هیجانی معتقد است که باورهای مربوط به هیجانات ممکن است، زیربنای راهبردهای ناسازگار و بی‌فایده تنظیم هیجانات باشند [۲۰، ۲۱، ۱۵]. نتایج یک پژوهش در این زمینه نشان داد که طرحواره‌های هیجانی ناسازگار (مانند طرحواره‌هایی که هیجانات را خطرناک، غیرقابل کنترل، نامعتبر و از نظر اجتماعی غیرقابل قبول توصیف می‌کنند)، با استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر اجتناب و عدم اثربخشی تنظیم هیجان، همراه هستند [۲۲]. از آنجایی که این رفتارها از عوامل خودکشی بوده، سلامت جسمانی و روانی افراد را تهدید و عملکرد آن‌ها را مختل می‌کند، انجام پژوهش‌هایی به منظور فهم بیشتر این گونه رفتارها لازم است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، مقایسه طرحواره‌های هیجانی و نقص و نارسایی در ابعاد مختلف تنظیم هیجان بین دانشجویان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان با دانشجویان فاقد این رفتارها است. شناسایی ابعادی از تنظیم هیجان که ممکن است در افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با افراد بدون این رفتارها بیشتر مختل شده باشند و همچنین شناسایی طرحواره‌های

مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (Leahy Emotional Schema Scale):

یک ابزار خودگزارش‌دهی ۵۰ سؤالی است که توسط لیهی (۲۰۰۲) ساخته شده و دربرگیرنده چهارده بُعد از طرحواره‌های هیجانی است. این مقیاس، روایی و پایایی خوبی را نشان می‌دهد و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای آن گزارش شده است [۲۰]. در پژوهش خانزاده و همکاران که به منظور بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی صورت گرفت، ۱۳ طرحواره برای نسخه فارسی این مقیاس در نظر گرفته شد و تعداد سؤالات این پرسشنامه به ۳۷ گویه کاهش یافت. همچنین نتایج پژوهش مذکور نشان‌دهنده پایایی و روایی خوب نسخه فارسی این مقیاس است، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد [۲۶].

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties Emotion Regulation Scale):

یک ابزار خودگزارش‌دهی ۳۶ سؤالی است که توسط گرتز (gratz) و رومر (roemer) در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و میزان نقص و نارسایی در شش بُعد مختلف تنظیم هیجان را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر در تنظیم هیجان است. این مقیاس از روایی خوبی برخوردار است و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای آن محاسبه شده است [۱۴]. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس در پژوهش خانزاده و همکاران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ برای همه عامل‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است [۲۷]. در ابتدای پژوهش توضیحاتی درباره اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان داده شد و به دانشجویانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، پرسشنامه داده شد. پس از این که شرکت‌کنندگان در پژوهش به سؤالات پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند، داده‌های مربوط به هر فرد به صورت کد وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شد. شاخص‌های آمار توصیفی برای هر یک از متغیرها در دو گروه مورد بررسی محاسبه شد. سپس با توجه به نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و رد شدن فرض نرمال بودن داده‌ها، برای بررسی فرض معنادار بودن تفاوت متغیرهای موردنظر در دو گروه مورد مقایسه از آزمون یومن ویتنی استفاده شد.

نتایج

داده‌های مربوط به ۱۷۳ نفر از دانشجویان که تعداد ۹۰ نفر از آنان در گروه افراد خودآسیب‌رسان و ۸۳ نفر در گروه عادی (افراد فاقد این رفتارها) قرار داشتند، مورد بررسی قرار گرفت که ۰/۵۰،۳

یومن ویتنی استفاده شد. از میان ۴۴۲ نفر از دانشجویانی که به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، ۰/۲۰،۴ (۹۰ نفر) از آنان در پرسشنامه آسیب به خود نمره ۵ یا بالاتر را به دست آوردند و (حداقل ۵ روش خودآسیب‌رسانی را گزارش کردند). ۰/۱۸،۸ (۸۳ نفر) از دانشجویان هیچ رفتار خودآسیب‌رسانی را گزارش نکردند (نمره صفر در پرسشنامه SHI) و ۰/۶۰،۸ (۲۶۹ نفر) از دانشجویان حداقل به یک سؤال تا حداکثر ۴ سؤال مربوط به خودآسیب‌رسانی پاسخ بله دادند. متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش بین دو گروه از این شرکت‌کنندگان مورد مقایسه قرار گرفتند، گروه اول شامل دانشجویانی بود که نمرات ۵ یا بالاتر در پرسشنامه آسیب به خود به دست آوردند و به عنوان گروه افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در نظر گرفته شدند و گروه دوم دانشجویانی بودند که هیچ نوع رفتار خودآسیب‌رسانی را گزارش نکردند (نمره صفر در پرسشنامه SHI) و در گروه عادی یعنی افراد فاقد رفتارهای خودآسیب‌رسان جای گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه، شامل: داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال و ملاک خروج، شامل: پاسخگویی ناقص به سؤالات پرسشنامه‌ها بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، شامل: پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه آسیب به خود (SHI)، مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) بودند که اطلاعات مربوط به آن‌ها در ادامه ذکر شده است.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی:

این پرسشنامه شامل اطلاعاتی درباره جنسیت، سن، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، سابقه مراجعه به روان‌پزشک و یا روانشناس و سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی بود.

پرسشنامه آسیب به خود (deliberate Self-Harm Inventory):

این ابزار شامل ۲۲ آیتم خودگزارش‌دهی است که توسط سانسون (sanson) و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده است و طیف وسیعی از رفتارهای خودآسیب‌رسان مانند بریدن، خراشیدن، سوزاندن، مصرف بیش از حد دارو، گرسنگی دادن به خود و... را در طول تاریخچه زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت بله و خیر است، گزینه خیر نمره صفر و گزینه بله، نمره یک، می‌گیرد. نمرات ۵ و یا بالاتر در این پرسشنامه با احتمال ۸۴ درصد نشان‌دهنده اختلال شخصیت مرزی است [۱]. این پرسشنامه دارای روایی همگرا با دیگر پرسشنامه‌های سنجش رفتار خودآسیب‌رسان است [۲۴] و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران توسط حسین‌زاده و همکاران ۰/۷۴ گزارش شده است [۲۵].

توجه به مقدار P مشخص است که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن و مقطع) تفاوت معناداری وجود ندارد. ($P > 0.05$) اما متغیرهای سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روانشناس، مصرف داروهای روان‌پزشکی و اقدام به خودکشی در بین دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار هستند ($P > 0.05$) و در گروه افراد خودآسیب‌رسان در مقایسه با گروه عادی فراوانی بیشتری دارند.

(۸۷ نفر) از آنان مرد ۰/۴۹،۷ و (۸۶ نفر) از آنان زن و میانگین سن شرکت‌کنندگان ۲۲ سال بود. ۰/۴۳،۶ (۷۵ نفر) دانشجوی کارشناسی رشته‌های پیراپزشکی، ۰/۴۹،۴ (۸۵ نفر) دانشجوی رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی، ۰/۷ (۱۲ نفر) دانشجوی مقطع کارشناسی‌ارشد و دکترای تخصصی بودند. جدول شماره ۱، ویژگی‌های دو گروه مورد بررسی در این پژوهش را به صورت مجزا نشان می‌دهد و همچنین با

جدول شماره ۱- شاخص‌های توصیفی جمعیت مورد مطالعه

P	گروه خودآسیب‌رسان (N=۹۰)		گروه عادی (N=۸۳)	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۰،۴۰۶	زن	۴۲ (۴۶،۷)	۴۴ (۵۳)	
	مرد	۳۸ (۵۳،۳)	۳۹ (۴۷)	
۰،۶۱۷	میانگین سن mean±SD	۲۲،۲±۳،۰۷	۲۲،۱±۳،۲۲	
۰،۴۲۲	دانشجوی کارشناسی	۴۱ (۴۶،۱)	۳۴ (۴۱)	
	دانشجوی دکترای عمومی	۴۳ (۴۸،۳)	۴۲ (۵۰،۶)	
	دانشجوی تحصیلات تکمیلی	۵ (۵،۶)	۷ (۸،۴)	
۰،۰۱۲	سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس	۴۹ (۵۴،۴)	۵۷ (۶۸،۷)	
	بله	۴۱ (۴۵،۶)	۲۶ (۳۱،۳)	
۰،۰۰۰	مصرف داروهای روانپزشکی	۳۰ (۳۳،۳)	۷ (۸،۴)	
	بله	۶۰ (۶۶،۷)	۷۶ (۹۱،۶)	
۰،۰۰۰	سابقه اقدام به خودکشی	۱۰ (۱۱،۱)	۰ (۰)	
	بله	۸۰ (۸۸،۹)	۸۳ (۱۰۰)	

دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان و افراد بدون این رفتارها به صورت نرمال توزیع نشده‌اند، بنابراین برای بررسی معناداری تفاوت این متغیرها در این دو گروه از آزمون یومن ویتنی استفاده شد. در جدول‌های شماره‌های ۴ و ۵ متغیرهایی که در بین دو گروه دارای تفاوت معنادار بودند، آورده شده‌اند ($P > 0.01$).

در جدول شماره ۲ نیز شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و واریانس) متغیرهای طرحواره‌های هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان نشان داده شده است. با توجه به این‌که نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که داده‌های مربوط به متغیرهای طرحواره‌های هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه افراد

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های هیجانی در دو گروه دارای رفتار خودآسیب‌رسان و گروه بدون این رفتار

مقدار P	افراد بدون رفتارهای خودآسیب‌رسان (نمره صفر در SHI)					افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان (نمره ۵ یا بالاتر در SHI)					
	میانگین	دامنه میان	انحراف استاندارد	واریانس	میانگین	دامنه میان	انحراف استاندارد	واریانس	میانگین	دامنه میان	انحراف استاندارد
۰/۰۰۰	۵/۹۲	۴	۲/۳۸	۵/۷	۸/۳۳	۹	۲/۳۳	۹/۷	۳/۱۱	۵	۳/۱۱
۰/۰۰۳	۵/۴	۵	۱/۳۶	۱/۸۵	۶/۱	۶	۱/۳۶	۲/۹	۱/۷	۱	۱/۷
۰/۰۰۰	۴/۶۹	۵	۲/۵۲	۶/۳۸	۶/۲۶	۶	۲/۵۲	۹/۵۲	۳/۰۸	۳/۷۵	۳/۰۸
۰/۰۰۰	۴/۴۴	۵	۱/۷۸	۳/۱۷	۴/۷۱	۴،۵	۱/۷۸	۳/۳۵	۱/۸۳	۳	۱/۸۳
۰/۰۰۰	۴/۰۷	۴	۲/۶۱	۶/۸۲	۵/۸۵	۶	۲/۶۱	۹/۵۸	۳/۰۹	۵	۳/۰۹
۰/۰۰۰	۴/۹۸	۵	۱/۸۷	۳/۵	۳/۴۸	۳	۱/۸۷	۴/۰۷	۲/۰۱	۳	۲/۰۱
۰/۰۰۰	۹/۱۲	۹	۲/۰۹	۴/۴	۹/۱	۹	۲/۰۹	۳/۹۵	۱/۹۸	۳	۱/۹۸
۰/۰۲۹	۳/۳۹	۳	۱/۹۲	۳/۷	۴/۱	۴	۱/۹۲	۳/۶۴	۱/۹	۳	۱/۹
۰/۰۰۰	۱۰/۴۶	۱۱	۲/۸۸	۸/۳۵	۱۱	۱۱	۲/۸۸	۸/۵۳	۲/۹۲	۴	۲/۹۲
۰/۰۰۰	۴/۲	۴	۱/۷۳	۳/۰۱	۵/۶۴	۶	۱/۷۳	۲/۹۷	۱/۷۲	۳	۱/۷۲
۰/۰۰۰	۸/۷۳	۹	۲/۰۲	۴/۱	۸/۲۵	۸	۲/۰۲	۴/۷	۲/۱۷	۳	۲/۱۷

۰/۰۰۰	۶/۳۹	۲/۵۲	۳/۲۵	۶/۵	۶/۷۴	۴/۶۸	۲/۱۶	۳	۸	۸	طرحواره پذیرش هیجان‌ات
۰/۰۰۰	۷/۵۶	۲/۷۵	۴/۲۵	۵	۵/۳۷	۴/۴۸	۲/۱۱	۳	۶	۶/۶۹	طرحواره توافق
تنظیم هیجان DERS											
۰/۰۰۰	۳۵/۰۲	۵/۹۱	۷/۲۵	۱۷	۱۶/۶۲	۲۴/۷۲	۴/۹۷	۸	۱۲	۱۲/۹۰	عدم پذیرش هیجان‌های منفی
۰/۰۰۰	۱۷/۲۱	۴/۱۴	۶	۱۷	۱۷/۵۹	۱۷/۰۸	۴/۱۳	۶	۱۴	۱۳/۳۵	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی
۰/۰۰۰	۳۷/۷۱	۶/۱۴	۹۰	۱۸	۱۸/۲۹	۱۸/۴۷	۴/۲۹	۶	۱۴	۱۳/۴۶	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی
۰/۰۰۰	۱۸/۱	۴/۲۵	۵/۲۵	۱۶	۱۵/۷۸	۱۶/۱۵	۴/۰۱	۵	۱۵	۱۵/۹۲	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۰۰	۵۴/۲۹	۷/۳۶	۱۰	۲۳	۲۳/۴۴	۲۶/۸۸	۵/۱۸	۹	۱۸	۱۷/۲۷	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان
۰/۰۰۰	۱۴/۸۴	۳/۸۵	۵	۱۲	۱۲/۹۱	۹/۹۲	۳/۱۵	۵	۱۰	۱۰/۴۱	فقدان شفافیت هیجانی
۰/۰۰۰	۵۰۶/۱۰	۲۲/۴۹	۲۶/۲۵	۱۴	۱۰۴/۶۳	۳۴۸/۶۲	۱۸/۶۷	۲۹	۸۷	۸۳/۳	دشواری در تنظیم هیجان (کل)

هستند ($P > 0.01$) که نشان می‌دهد، افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با افراد فاقد این رفتارها دارای مشکلات بیشتری در ابعاد مختلف فرآیند تنظیم هیجان هستند. در ادامه یافته‌های این پژوهش برای مشخص کردن طرحواره‌های هیجانی که در بین دو گروه خودآسیب‌رسان و گروه عادی دارای بیشترین تفاوت هستند، از تفاضل بین میانگین رتبه‌های هر طرحواره در هر گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که طرحواره‌های هیجانی ساده‌انگاری، نشخوار و تأییدطلبی از دیگران به ترتیب دارای بیشترین تفاوت در بین گروه خودآسیب‌رسان و گروه عادی هستند. در جدول شماره ۵ نتایج رتبه‌بندی میزان تفاوت هر یک از طرحواره‌های هیجانی در بین دو گروه مورد مقایسه نشان داده شده است. همچنین نتایج تفاضل بین میانگین رتبه‌ها برای ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجان نشان داد که بیشترین تفاوت بین دو گروه خودآسیب‌رسان و گروه عادی مربوط به زیرمقیاس دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی است. در جدول شماره ۵ نیز نتایج رتبه‌بندی میزان تفاوت هر یک از زیرمقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان در بین دو گروه مورد مقایسه نشان داده شده است.

براساس مندرجات جدول شماره ۳ تفاوت در میان دو گروه افراد خودآسیب‌رسان و گروه عادی از نظر طرحواره‌های هیجانی نشخوار، خودآگاهی هیجانی، احساس‌گناه، غیرقابل کنترل بودن، تأییدطلبی از دیگران، سرزنش دیگران، ساده‌انگاری، پذیرش هیجان‌ات و توافق معنادار است. ($P < 0.01$) بر این اساس افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان بیشتر طرحواره‌هایی مبنی بر نشخوار ($P > 0.01$)، خودآگاهی هیجانی ($P > 0.01$)، احساس‌گناه ($P > 0.01$)، غیرقابل کنترل بودن ($P > 0.01$)، سرزنش دیگران ($P > 0.05$) و ساده‌انگاری ($P > 0.01$)، درباره هیجان‌ات خود دارند و طرحواره‌های هیجانی، تأییدطلبی از دیگران ($P > 0.01$)، پذیرش هیجان‌ات ($P > 0.01$) و توافق ($P > 0.01$)، در این افراد نسبت به افراد بدون رفتارهای خودآسیب‌رسان کمتر هستند. همچنین با توجه به مندرجات جدول شماره ۳ ابعاد دشواری در تنظیم هیجان مانند دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش ($P > 0.01$)، فقدان شفافیت هیجانی ($P > 0.01$)، عدم پذیرش هیجان‌ات منفی ($P > 0.01$)، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی ($P > 0.01$)، دشواری در انجام دادن رفتارهای هدفمند ($P > 0.01$) و نمره کل تنظیم هیجان ($P > 0.01$)، در بین دو گروه افراد خودآسیب‌رسان و گروه عادی، دارای تفاوت معنادار

جدول شماره ۳- درجه‌بندی تفاوت میانگین رتبه‌ها در دو گروه خودآسیب‌رسان و عادی

درجه	تفاوت	گروه عادی	گروه خودآسیب‌رسان	طرحواره‌های هیجانی
۲	۳۷.۶	۶۷.۴۴	۱۰۵.۰۴	نشخوار
۸	۲۲.۱۱	۷۵.۵۰	۹۷.۶۱	خودآگاهی هیجانی
۵	۲۷.۱۸	۷۲.۸۶	۱۰۰.۰۴	احساس گناه
۴	۲۹.۰۸	۷۱.۸۷	۱۰۰.۹۵	غیرقابل کنترل بودن
۳	۳۵.۸۷	۱۰۵.۶۶	۶۹.۷۹	تأییدطلبی از دیگران
۹	۱۶.۴۷	۷۸.۴۳	۹۴.۹۰	سرزنش دیگران
۱	۳۸.۴۲	۶۷.۰۱	۱۰۵.۴۳	ساده‌انگاری
۶	۲۶.۷۵	۱۰۰.۹۲	۷۴.۱۷	پذیرش
۷	۲۴.۷۷	۹۹.۸۹	۷۵.۱۲	توافق

جدول شماره ۴- درجه‌بندی تفاوت رتبه‌ها در دو گروه خودآسیب‌رسان و عادی

درجه	تفاوت	گروه عادی	گروه خودآسیب‌رسان	ابعاد دشواری در تنظیم هیجان
۴	۳۱,۳۳	۷۰,۷	۱۰۲,۰۳	عدم‌پذیرش هیجان‌های منفی
۱	۴۴,۰۴	۶۴,۰۹	۱۰۸,۱۳	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند
۳	۳۸,۱۹	۶۷,۱۳	۱۰۵,۳۲	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی
۲	۴۱,۸۱	۶۵,۲۵	۱۰۷,۰۶	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش
۵	۳۰,۸۵	۷۰,۹۵	۱۰۱,۸	فقدان شفافیت هیجانی

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه طرحواره‌های هیجانی و ابعاد دشواری در تنظیم هیجان بین دو گروه دانشجویان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان و دانشجویان بدون این رفتارها است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تعدادی از طرحواره‌های هیجانی در گروه افراد خودآسیب‌رسان و گروه عادی تفاوت معناداری وجود دارد. از این میان بیشترین تفاوت مربوط به طرحواره‌های هیجانی ساده‌انگاری و نشخوار است و افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با گروه عادی بیشتر باورهای مبنی‌بر ساده‌انگاری و نشخوار درباره هیجان‌ها خود دارند. فردی که دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجان‌ها دارد، تحمل احساسات پیچیده و متناقض برای دشوار است و باورهای مبنی‌بر این که من فقط باید یک احساس داشته باشم، دارد [۲۸]. چنین باورهایی ممکن است احتمال درگیر شدن در رفتارهای خودآسیب‌رسان را به‌عنوان اقدامی در جهت تنظیم هیجان در مواقعی که هیجان‌ها مختلط و متناقضی وجود دارد، افزایش دهند. دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجان‌ها می‌تواند با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی همراه باشد؛ در همین راستا نتایج پژوهشی نشان داد که سطوح اضطراب در دانشجویان با طرحواره ساده‌انگاری هیجان‌ها مرتبط است [۲۹]. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره هیجانی نشخوار در افراد دارای رفتار خودآسیب‌رسان در مقایسه با گروه عادی بیشتر است. به‌طورکلی نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که نشخوار فکری با پیامدهای روانشناختی منفی به خصوص افسردگی در ارتباط است [۳۰]. همسو با یافته پژوهش حاضر نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که نشخوار فکری به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودآسیب‌رسان عمل می‌کند، به‌گونه‌ای که نشخوار فکری حالت‌های خُلقی منفی را تشدید کرده، از انتخاب راهبردهای مقابله‌ای سازگار جلوگیری می‌کند؛ بنابراین احتمال متوسل شدن افراد به رفتارهای خودآسیب‌رسان برای تنظیم احساسات منفی، افزایش می‌یابد [۳۱]. این یافته تأییدکننده مدل selby و همکاران می‌باشد که در آن نشخوار را عامل تقویت‌کننده شدت و مدت هیجان ذکر کرده، به‌طوری‌که شدت هیجان از تاب توانایی فرد

بالاتر رفته، او را به استفاده راهبردهایی ناسالم برای تسکین پریشانی خود سوق می‌دهد [۳۲]. علاوه بر این، طرحواره‌های هیجانی احساس گناه و تأییدطلبی از دیگران نیز در بین دو گروه خودآسیب‌رسان و عادی دارای تفاوت معناداری بودند و افراد در گروه خودآسیب‌رسان در مقایسه با گروه عادی بیشتر باورهایی مطابق با احساس گناه و شرم درباره هیجان‌ها خود داشتند و کمتر باور داشتند که دیگران هیجان‌ها آن‌ها را درک می‌کنند و می‌پذیرند؛ بنابراین بیشتر، هیجان‌ها خود را بی‌اعتبار می‌دانستند و باور داشتند که نباید چنین هیجان‌هایی را تجربه کنند [۲۰]. طرحواره تأییدطلبی از دیگران پس از طرحواره‌های ساده‌انگاری و نشخوار دارای بیشترین تفاوت در میان دو گروه بود. این نتایج مطابق با مبانی نظری و یافته‌های linehan است که بیان می‌کند، اعتقاداتی مانند این که هیجان‌ها نامعتبر و شرم‌آور هستند و یا این که فرد نباید به خود اجازه دهد که این هیجان‌ها را تجربه کند، می‌توانند در فرآیند تنظیم موفقیت‌آمیز هیجان اختلال ایجاد کرده، منجر به بروز رفتار خودآسیب‌رسان به‌عنوان تلاشی برای تنظیم هیجان‌ها شوند [۳۳]. طرحواره هیجانی غیرقابل‌کنترل بودن نیز از جمله طرحواره‌هایی است که در این پژوهش افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان نسبت به افراد بدون این رفتارها نمرات بالاتری در این طرحواره هیجانی به‌دست آوردند. این یافته همسو با نتایج پژوهش ford و همکاران است که نشان داد، افرادی که معتقدند هیجان‌ها غیرقابل‌کنترل هستند، سطوح بالاتری از علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و کمتر احتمال دارد از راهبردهای سازگار تنظیم هیجان مانند ارزیابی مجدد که تجربه هیجانی را هدف قرار می‌دهد، استفاده کنند؛ اما در این افراد احتمال استفاده از راهبردهایی مانند سرکوب که بیان هیجانی را هدف قرار می‌دهند، کاهش نمی‌یابد [۳۴]. همچنین در پژوهشی که ارتباط میان باور فرد به توانایی خود در تنظیم هیجان و کاهش یافتن رفتارهای خودآسیب‌رسان را می‌سنجید، گزارش شده است: افرادی که بیشتر باور دارند می‌توانند هیجان‌های خود را کنترل کنند، رفتار خودآسیب‌رسان کمتری را نسبت به کسانی که این باور را ندارند،

ابراز هیجان‌ها، قابل‌درک‌بودن، تلاش برای منطقی‌بودن و ارزش‌های والاتر در بین دو گروه خودآسیب‌رسان و عادی دارای تفاوت معناداری نبودند. این یافته مطابق نتایج پژوهش نادری و همکاران در زمینه اختلال PTSD است که نشان داد طرحواره‌های هیجانی ابراز هیجان‌ها، منطقی‌بودن و ارزش‌های والا ارتباط معناداری با اختلال PTSD نداشتند [۴۴]. به‌نظر می‌رسد این طرحواره‌های هیجانی در مقایسه با سایر طرحواره‌ها نقش کمتری در بروز علائم روانشناختی داشته باشند. هدف دیگر این پژوهش مقایسه ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجان در بین دانشجویان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان و دانشجویان بدون این رفتارها بود. نتایج نشان داد که همه ابعاد دشواری در تنظیم هیجان به جز فقدان آگاهی هیجانی در بین دو گروه دارای تفاوت معناداری هستند. همان‌طور که نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد، دشواری در تنظیم هیجان‌ها یک عامل خطر تشخیصی و زمینه‌ساز ایجاد و حفظ طیف وسیعی از آسیب‌شناسی‌های روانی از جمله خودآسیب‌رسانی است [۴۵]. در پژوهش حاضر از میان زیرمقیاس‌های پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان بیشترین اختلاف بین دو گروه خودآسیب‌رسان و عادی به‌ترتیب مربوط به دو زیرمقیاس دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی و دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان است. دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی نشان‌دهنده دشواری در تمرکز و انجام وظایف هنگام تجربه هیجان‌ها منفی است [۱۴]. از این‌رو با توجه به عملکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان در تسکین پریشانی هیجانی، ممکن است این‌گونه رفتارها با کاهش فوری هیجان‌ها منفی، امکان تمرکز و انجام وظایف را برای فرد امکان‌پذیر سازند. همچنین دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، منعکس‌کننده این باور است که به‌هنگام ناراحتی برای تنظیم مؤثر هیجان‌ها اقدامات کمی می‌توان انجام داد [۱۴]؛ چنین باوری می‌تواند احتمال استفاده از رفتارهای خودآسیب‌رسان را به‌عنوان اقدامی که فرد به‌هنگام ناراحتی می‌تواند در جهت تنظیم هیجان‌ها به آن دسترسی داشته باشد، افزایش دهد. همچنین دیگر زیرمقیاس‌های پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان، شامل: دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی، عدم‌پذیرش هیجان‌ها منفی و فقدان شفافیت هیجانی نیز در بین دو گروه دارای تفاوت معنادار بودند که همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد افرادی که در رفتارهای خودآسیب‌رسان درگیر هستند، در مقایسه با افراد بدون این رفتارها به‌طورکلی مشکلات بسیار بیشتری در ابعاد مختلف تنظیم هیجان دارند [۴۶]. این یافته با یافته‌های چندین پژوهش دیگر که ارتباط مهار تکانه و رفتارهای خودآسیب‌رسان را می‌سنجند و در یک فراتحلیل یکپارچه گشته است، همسو می‌باشد [۴۷]. همان‌طور که

گزارش کرده‌اند [۳۵]. بنابراین ممکن است این افراد در مواقعی که هیجان‌ها ناخواسته و طاقت‌فرسایی وجود دارد، از رفتارهای خودآسیب‌رسان استفاده کنند. از طرفی دیگر طرحواره‌های هیجانی پذیرش و توافق در گروه افراد خودآسیب‌رسان در مقایسه با گروه عادی کمتر رایج بودند. این یافته همسو با نتایج پژوهش Faustino و همکاران است که نشان داد طرحواره هیجانی عدم‌پذیرش به‌طور قابل‌توجهی علائم آسیب‌شناسی روانی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مبانی نظری مختلفی تأکید می‌کنند که عدم‌پذیرش تجربیات هیجانی ممکن است روند تنظیم هیجان‌ها را مختل کند [۳۶]؛ این یافته همسو با مدل اجتنابی تجربه‌گرا از رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌باشد که افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان برای اجتناب از مواجهه با هیجان‌های دردناک از رفتارهای خودآسیب‌رسان استفاده کرده، با این تسکین‌های موقت، رفتار مذکور تقویت می‌گردد [۳۷]. بنابراین عدم‌پذیرش هیجان‌ها ممکن است نقش اساسی در وقوع رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته باشد. طرحواره هیجانی توافق به باورهایمانند این‌که دیگران نیز هیجان‌هایی مشابه هیجان‌ها فرد دارند، اشاره دارد و داشتن چنین باورهایی به فرد کمک می‌کند که هیجان‌ها خود را بپذیرد، آن‌ها را تحمل کند و کمتر نشخوار کند. در مقابل، افرادی که معتقدند هیجان‌ها آن‌ها با هیجان‌ها دیگران متفاوت است، در تنظیم و تحمل هیجان‌ها مشکل دارند [۳۸]. بنابراین این طرحواره نیز ممکن است با درگیر شدن افراد در رفتارهای خودآسیب‌رسان مرتبط باشد. در ادامه‌ی یافته‌های این پژوهش، طرحواره هیجانی سرزنش دیگران نیز در بین دو گروه خودآسیب‌رسان و گروه عادی دارای تفاوت معنادار بود و افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با افراد بدون این رفتارها بیشتر، دیگران را علت ایجاد احساسات خود می‌دانستند، چنین باورهایی نیز می‌توانند در بروز علائم روانشناختی نقش داشته باشند. به‌طورکلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با افراد فاقد این رفتارها بیشتر باورهایی مطابق با طرحواره‌های هیجانی ناسازگار دارند، از این‌رو ممکن است این طرحواره‌های هیجانی ناسازگار در بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در این افراد تأثیرگذار باشند. یافته‌های این پژوهش هم‌سو با چارچوب نظری مدل طرحواره‌های هیجانی Leahy است که بیان می‌کند، باورها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مربوط به هیجان‌ها، زمینه‌ساز اختلالات روانشناختی مختلفی هستند و بر مهارت‌های تنظیم هیجان نیز اثر می‌گذارند [۲۰، ۲۱، ۳۶، ۳۹]. تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی با علائم اضطراب [۴۰]، افسردگی [۴۱، ۲۰]، آلکسی‌تایمیا [۴۲] و اختلال استرس پس از سانحه [۴۳] نیز مرتبط هستند. علاوه‌بر یافته‌های ذکرشده، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌های هیجانی

اختلالات روانشناختی که ممکن است در نتایج به دست آمده تأثیرگذار باشند، انجام دهند. همچنین در این پژوهش به اختلالات زمینه‌ای که رفتار در آن رخ می‌دهد، پرداخته نشده است که بهتر است در پژوهش‌های دیگر به آن پرداخته شود. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش مقطعی بودن آن است و انجام پژوهش‌های طولی می‌تواند عواملی را که در بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان مقدم هستند، به‌طور دقیق‌تری مشخص کند. در نهایت با توجه به عملکردی که رفتارهای خودآسیب‌رسان در تنظیم هیجان‌ات دارند و نقش طرحواره‌های هیجانی در فرآیندهای تنظیم هیجان، تحقیقات درباره ارتباط طرحواره‌های هیجانی و فرآیندهای تنظیم هیجان و سایر عوامل مرتبط با آن‌ها در افراد درگیر در رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌تواند زمینه جالبی برای پژوهش‌های آینده باشد.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان گفت که افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با افراد فاقد این رفتارها مشکلات بیشتری در فرآیندهای تنظیم هیجان‌ات دارند، باورهای مطابق با طرحواره‌های هیجانی ناسازگار در آن‌ها رایج‌تر است و کمتر باورهایی مطابق با طرحواره‌های هیجانی سازگار دارند. به‌نظر می‌رسد، آموزش دادن راهبردهای سازگار تنظیم هیجان می‌تواند مانع آسیب‌شناسی در زمینه این‌گونه رفتارها شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد و با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام گرفته است. از کلیه دوستان به‌ویژه دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی داریم.

References

- [1] Sansone RA, Sansone. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry*. 2010; 7[4]:16.
- [2] Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005; 366[9495]:1471-83.
- [3] Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J clin child & adol Psy*. 2013; 42[4]:496-507.
- [4] Pérez S, Marco JH, Cañabate M. Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders:

ذکر شد در این پژوهش از میان زیرمقیاس‌های پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان تنها زیرمقیاس فقدان آگاهی هیجانی در بین دو گروه دارای تفاوت معنادار نبود. همچنین یکی از نتایج قابل‌توجه در پژوهش حاضر این است که افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان نسبت به افراد بدون این رفتارها نمرات بالاتری در طرحواره خودآگاهی هیجانی به دست آوردند. بنابراین به نظر می‌رسد که افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان نه تنها از نظر فقدان آگاهی هیجانی با سایر افراد تفاوتی ندارند، بلکه بیشتر باورهای مبنی بر طرحواره خودآگاهی هیجانی دارند. نتایج پژوهش‌ها درباره ارتباط خودآگاهی هیجانی و اختلالات هیجانی متفاوت است [۲۶]. اما این یافته مطابق نتایج پژوهش meninn و همکاران است که نشان دادند، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برخلاف انتظار نسبت به گروه کنترل آگاهی هیجانی بیشتری دارند [۴۸]. از این رو به نظر می‌رسد که افراد دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان علی‌رغم آگاهی از هیجان‌ات خود، در پذیرش و مدیریت مناسب آن‌ها دچار مشکل هستند. در تفسیر نتایج این پژوهش باید محدودیت‌های موجود را نیز در نظر گرفت، از جمله حجم نمونه‌ها نسبتاً کوچک است و این امر ممکن است، قدرت آماری و توانایی ما را در تشخیص تفاوت‌های بین‌گروهی محدود کند. بنابراین تکرار این یافته‌ها در نمونه‌های بزرگ‌تر لازم است. همچنین جامعه آماری این پژوهش تنها دانشجویان هستند، بنابراین برای تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های جامعه لازم است که نتایج این پژوهش در گروه‌هایی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت و به‌ویژه در جمعیت‌های دچار مشکلات بالینی نیز تکرار شود. از آنجایی که ما در این پژوهش برای تشخیص وقوع خودآسیب‌رسانی از پرسشنامه استفاده کردیم که شامل طیف وسیعی از انواع رفتارها و افکار خودآسیب‌رسانی است و بین انواع این رفتارها و افکار خودآسیب‌رسان تمایز قائل نشدیم، در پژوهش‌های آینده بهتر است این مقایسه را با توجه به شکل‌ها و روش‌های خاص خودآسیب‌رسانی و همچنین انجام مصاحبه بالینی برای تشخیص

- Prevalence, forms, functions, and body image correlates. *Comprehensive psychiatry*. 2018 Jul 1; 84:32-8
- [5] Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*. 2021 Jan 6.
 - [6] Hooley JM. Self-harming behavior: Introduction to the special series on non-suicidal self-injury and suicide. *Elsevier*; 2008.
 - [7] Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Bridge JA, Liu SM, Blanco C. Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*. 2018 Apr 1; 141[4].

- [8] Cerutti R, Presaghi F, Manca M, Gratz KL. Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *Am J Orthopsychiatry*. 2012; 82[3]:298.
- [9] Nobakht HN, Dale KY. The prevalence of deliberate self-harm and its relationships to trauma and dissociation among Iranian young adults. *J Trauma Dissociat*. 2017; 18[4]:610
- [10] Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *J affective disorders*. 2018; 225:97-103.
- [11] Hamza CA, Willoughby T. Nonsuicidal self-injury and suicidal risk among emerging adults. *J Adole Health*. 2016; 59[4]:411-5.
- [12] Kiekens G, Claes L, Demyttenaere K, Auerbach RP, Green JG, Kessler RC, et al. Lifetime and 12-month nonsuicidal self-injury and academic performance in college freshmen. *Suicide Life-Threatening Behavi*. 2016; 46[5]:563-76.
- [13] Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *A Suicide Res*. 2020; 24[sup1]:1-24.
- [14] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathology Behav Assess*. 2004; 26[1]:41-54.
- [15] Edwards ER, Wupperman P. Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clin Psychologist*. 2019; 23[1]:3-14.
- [16] Leahy RL. Introduction: emotional schemas and emotional schema therapy. *Int J Cognitive Therapy*. 2019; 12:1-4.
- [17] Leahy RL. Introduction: Emotional schemas, emotion regulation, and psychopathology. *Int J Cognitive Therapy*. 2012; 5[4]:359-61.
- [18] Edwards ER. Assessment of Third Wave Therapy Assumptions about the Relation between Emotional Schemas and Psychoemotional Functioning. *Doctoral dissertation, Uni of NY*. 2019.
- [19] Westphal M, Leahy RL, Pala AN, Wupperman P. Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Res*. 2016; 242:186-91.
- [20] Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive Behave Pract*. 2002 Jun 1; 9[3]:177-90.
- [21] Leahy RL. Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Aus Psychol*. 2016 Apr 1; 51[2]:82-8.
- [22] Edwards ER, Liu Y, Ruiz D, Brosowsky NP, Wupperman P. Maladaptive Emotional Schemas and Emotional Functioning: Evaluation of an Integrated Model across Two Independent Samples. *J R-E & CBT*. 2020:1-28.
- [23] Mozafari N, Bagherian F, Zadeh Mohammadi A, Heidari M. Executive functions, behavioral activation/behavioral inhibition system, and emotion regulation in adolescents with non-suicidal self-injury [NSSI] and normal counterparts. *J Res Psychopathology*. 2020; 1[3]:32-40.
- [24] Germain SAS, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry research*. 2012; 197[1-2]:78-84.
- [25] Tahbaz Hoseinzadeh S, Ghorbani N, Nabavi S. Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people. *Contemporary psychology*. 2011; 6[2]:35-44.
- [26] Khanzadeh M, Edrisi F, Muhammadkhani S, Saidian M. Factor structure and psychometric properties of Emotional Schema Scale. *J Clin Psychol*. 2013; 3[11]:91-119.
- [27] Khanzadeh M, Saeediyani M, Hosseinchari M, Edrisi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *I J Behav Sci*. 2012; 6[1]:87-96.
- [28] Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive behavioral Practice*. 2007; 14[1]:36-45.
- [29] Sirota NA, Moskovchenko DV, Yaltonsky VM, Yaltonskaya AV. The role of emotional schemas in anxiety and depression among Russian medical students. *Psychology in Russia: state of the art*. 2018; 11[4].
- [30] Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008; 3[5]:400-24.
- [31] Nicolai KA, Wielgus MD, Mezulis A. Identifying risk for self-harm: Rumination and negative affectivity in the prospective prediction of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016; 46:223-33.
- [32] Selby EA, Joiner Jr TE. Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of general psychology*. 2009; 13[3]:219-29.
- [33] Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder: Guilford press; 1993.
- [34] Ford BQ, Lwi SJ, Gentzler AL, Hankin B, Mauss IB. The cost of believing emotions are uncontrollable: Youths' beliefs about emotion predict emotion regulation and depressive symptoms. *J Experimental Psychology: General*. 2018; 147[8]:1170.
- [35] Spitz TL, Tull MT, Gratz KL. The roles of emotion regulation self-efficacy and emotional avoidance in self-injurious thoughts and behaviors. *Archives of suicide research*. 2020:1-19.
- [36] Faustino B, Vasco AB. Emotional schemas mediate the relationship between emotion regulation and symptomatology. *Current Psychology*. 2021:1-7.
- [37] Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Res Therapy*. 2006; 44[3]:371-94.

- [38] Leahy RL. Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*. 2016; 51:82-8.
- [39] Faustino B. Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behav Cognitive Psychotherapy*. 2021; 49[2]:233-46.
- [40] Tirsch DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *I J Cognitive Therapy*. 2012; 5[4]:380-91.
- [41] Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide: *Guilford press*; 2011.
- [42] Edwards ER, Micek A, Mottarella K, Wupperman P. Emotion ideology mediates effects of risk factors on alexithymia development. *J R-E & CBT*. 2017; 35[3]:254-77.
- [43] Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personal Indiv Differ*. 2016; 88:94-8.
- [44] Naderi YA, Moradi AL, Ramezanzade FA, Vaghefnejad MA. Emotional schemas [ESs] in people with post-traumatic stress disorder [PTSD]: As a risk factor for PTSD. *Clinical Psychology Studies*. 2016; 6[22]:1-22.
- [45] Skutch JM, Wang SB, Buqo T, Haynos AF, Papa A. Which brief is best? Clarifying the use of three brief versions of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathology Behav Assess*. 2019; 41[3]:485-94.
- [46] Buckholdt KE, Parra GR, Anestis MD, Lavender JM, Jobe-Shields LE, Tull MT, et al. Emotion regulation difficulties and maladaptive behaviors: Examination of deliberate self-harm, disordered eating, and substance misuse in two samples. *Cognitive Therapy and Research*. 2015; 39[2]:140-52.
- [47] Hamza CA, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clin psychology review*. 2015; 38:13-24.
- [48] Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Therapy*. 2005; 43[10]:1281-310.