

The Mediating Role of Impulsivity and Emotional Dysregulation in the Relationship Between Affective and Emotional Temperament and Self-harm Behaviors

Ghanaat Bajgirani, *S., Borjali, A., Eskandari, H., Farokhi, N., Khanjani, M.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the mediating role of impulsivity and emotional dysregulation in the relationship between affective and emotional temperament and self-harm behaviors in university students.

Method: The Method of the present study was descriptive-correlational research using structural Equation Modeling (SEM) method. The statistical population of the research was all students between the ages of 18 and 25 in the city of Mashhad that 630 of them were selected through convenience sampling technique. The instruments for data collection included The Deliberate Self-Harm Inventory, The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Barratt Impulsiveness Scale-11. The data were analyzed using the Structural Equation Modeling (SEM) technique and R software.

Results: The results indicated that the hypothesized model had a good fit with the observed data ($RMSEA(0/08)$). The results showed that the variables of impulsivity ($\beta = 0/29, p < 0/001$) and emotional dysregulation ($\beta = 0/50, p < 0/001$) have a direct positive and significant effect on self-harm behaviors. also impulsivity and emotional dysregulation mediated the relationship between affective and emotional temperament with self-harm behaviors ($\beta = 0/294, p < 0/001$).

Conclusion: Results showed that the impulsivity and Emotional Dysregulation can partly explain the association between Temperament and Self harm behavior. Therefore, it is necessary to pay special attention to skills such as emotion regulation and impulsivity.

Keywords: Emotional Dysregulation, impulsivity, Self-harm Behaviors, Affective and Emotional Temperament.

نقش میانجی تکانشگری و نارسایی تنظیم هیجان در ارتباط سرشت عاطفی و هیجانی با رفتارهای خودآسیب‌رسان

سونه قناعت باجگیرانی^۱، احمد برجلی^۲، حسین اسکندری^۳، نورعلی فرخی^۴، مهدی خانجانی^۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی‌گر تکانشگری و نارسایی تنظیم هیجان در رابطه بین سرشت عاطفی و هیجانی با رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانشجویان بود.

روش: پژوهش حاضر از لحاظ روش توصیفی از نوع طرح همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان در سنین ۱۸ تا ۲۵ سال در شهر مشهد بودند که از این میان ۶۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های خودآسیب‌رسانی عمدی (DSHI)، سرشت عاطفی و هیجانی (AFECT)، تکانشگری (BIS.11) و نارسایی تنظیم هیجان (DERS) پاسخ دادند. داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار R تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل مفهومی ارائه شده در پژوهش حاضر با داده‌های تجربی بدست آمده از نمونه آماری برازش مطلوبی دارد ($RMSEA < 0/08$). همچنین متغیرهای تکانشگری ($\beta = 0/29, p < 0/001$)، نارسایی تنظیم هیجان ($p < 0/001$)، بر رفتارهای خودآسیب‌رسان اثر مستقیم و معناداری دارند، و تکانشگری و نارسایی تنظیم هیجان میانجی روابط بین سرشت عاطفی و هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان ($p < 0/001$) بودند. ($\beta = 0/294$)

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که نارسایی تنظیم هیجان و تکانشگری می‌تواند بخشی از رابطه بین سرشت و رفتارهای خودآسیب‌رسان را تبیین کند. بنابراین ضروری است در طرح‌ریزی و ارائه مداخلات درمانی به مهارت‌های مانند تنظیم هیجان، تکانشگری توجه ویژه‌ای شود.

واژه‌های کلیدی: نارسایی تنظیم هیجان، تکانشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان، سرشت عاطفی و هیجانی.

مقدمه

رفتارهای خودآسیب‌رسان^۱، به خودویرانگری موضعی و آگاهانه‌ای اطلاق می‌شود که ناشی از ناتوانی در مدارا با تکانه‌های پرخاشگرانه درون‌فکنی‌شده فرد، برای تنبیه خود یا دیگری می‌باشد. این عمل اغلب با ظرافت و با وسایل برنده مانند تیغ، چاقو، کارد، شیشه و آینه بر روی مچ دست و پا، بازوها و ران و کمتر بر روی سینه و شکم انجام می‌گیرد. در واقع بررسی‌ها نشان داده است که معمولاً رفتارهای خودآسیب‌رسان به گونه‌ای صورت می‌پذیرد که آثار و عواقب آن، در دیدرس اطرافیان فرد مرتکب به خودزنی قرار گیرد(۱).

اگرچه گرایش به رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانی شروع می‌شوند، گزارش‌ها نشان می‌دهند ۴۰ درصد این افراد در سنین بین ۱۷ تا ۲۴ سال به رفتارهای خودآسیب‌رسان اقدام کرده‌اند، همچنین محققان به این نتیجه رسیده‌اند که بخش قابل‌توجهی از جوانانی که رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته‌اند در طی سال‌های دانشگاه این رفتار را آغاز کرده‌اند(۲).

شواهدی وجود دارد که در سال‌های اخیر، گرایش به رفتارهای خودآسیب‌رسان، شیوع و بروز بیشتری داشته است، به طوری که مطالعات مختلف میزان بالاتری از گرایش به این چنین رفتارها را در افراد نسل نوجوان و جوان گزارش کرده‌اند(۳). از زمان توجه به رفتارهای خودآسیب‌رسان به عنوان یک مسئله روانشناختی در سال ۱۹۹۴ تاکنون، تلاش برای رسیدن به یک طبقه‌بندی مناسب در مورد این رفتارهای آسیب‌رسان وجود داشته است. بیشتر مطالعاتی که در این حوزه انجام شده است، رفتارهای خودآسیب‌رسان را به عنوان نشانه‌ای از یک اختلال شخصیت همچون اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت نمایشی یا اختلال روانی شدید همچون افسردگی سایکوتیک و اسکیزوفرنیا در نظر گرفته‌اند(۴)، اما اخیراً پژوهش‌ها نشان داده‌اند که می‌توان رفتارهای خودآسیب‌رسان را به عنوان یک تشخیص مستقل و جدا در نظر گرفت که در جمعیت غیربالینی نیز کاربرد دارد. در نتیجه تحقیقات به سمتی پیش رفته‌اند که بتوانند عوامل شکل‌گیری رفتارهای خودآسیب‌رسان در جمعیت غیربالینی را مورد بررسی قرار دهند و در جهت شناسایی و معرفی

مداخلات درمانی برای این مسئله روانشناختی که آسیب‌های جدی بر فرد، خانواده و اجتماع وارد می‌آورند، حرکت کرده‌اند(۵). علاوه بر این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رفتارهای خودآسیب‌رسان در جوانان شیوع بالایی دارد، در برخی از تحقیقات نتایج حاکی از این است که تقریباً ۱۳ تا ۳۰ درصد بزرگسالان جوان در طول دوره زندگی خود رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته‌اند(۶). علاوه بر این محققان نشان دادند که در ۱۴ درصد از دانشجویان، سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان وجود داشته است(۷). همچنین مطالعه دیگری نشان داد بخش قابل‌توجهی از جوانانی که رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته‌اند در طی سال‌های دانشگاه این رفتار را آغاز کرده‌اند(۸).

بنابراین پرداختن به عوامل رفتارهای خودآسیب‌رسان در جمعیت غیربالینی از این جهت مهم است که با شناسایی عوامل خطر این حوزه، پیشگیری از بروز زودرس رفتارهای خودآسیب‌رسان را امکان‌پذیر می‌سازد و از آسیب‌های آتی جلوگیری می‌نماید. بنابراین مهم است که مدل رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد بررسی قرار گیرد.

در شناسایی عوامل رفتارهای خودآسیب‌رسان، می‌توان عوامل مختلفی را از جمله عوامل سرشتی و شخصیتی را به صورت مرتبط باهم و تأثیرگذار برهم مورد توجه قرار داد. سرشت به عنوان یکی از زیرطبقه‌های مربوط به صفات شخصیتی در نظر گرفته می‌شود که در واکنش به موقعیت‌های خاص تمایل به ثبات داشته و به عنوان یک عامل زیرساز زیستی برای رفتار و هیجان فرد و همچنین بروز آسیب‌های روانی در نظر گرفته می‌شود(۹). سرشت، اساس وراثتی هیجان‌ات و یادگیری‌هایی است که از طریق رفتارهای هیجانی و خودکار کسب می‌شود و به عنوان عادات قابل مشاهده در اوایل زندگی فرد دیده می‌شود و تقریباً در تمام طول زندگی ثابت باقی می‌ماند. سرشت اصطلاحی است که برای بیان تفاوت‌های فردی در مهارت‌ها و عادات ادراکی به کار می‌رود و مراکز تنظیم آن عمدتاً در آمیگدال، هیپوتالاموس، استریاتوم و بخش‌های دیگر سیستم لیمبیک قرار دارد(۱۰-۱۱). در راستای ارتباط بین ابعاد سرشتی و اختلالات روانی، مدل‌ها و پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده‌اند که از طریق ویژگی‌های سرشتی می‌توان رفتارهای خودآسیب‌رسان را پیش‌بینی کرد(۱۲-۱۳). لارا، بیسل،

1. Self harm behavior

فردی، به عنوان مثال انتقاد و طرد کردن و حوادث (فشار، سرخوردگی، صدمات) است و مقابله اشاره به چگونگی رویارویی فردی با شرایط مشکل ساز دارد، که در نهایت به تکامل فردی منجر خواهد شد. کنترل نیز توانایی نظارت محیطی (توجه) و سازگاری مناسب برای انطباق (حس وظیفه، نظم و انضباط، برنامه ریزی) است که خود به عنوان یک کارکرد اجرایی در نظر گرفته می شود. این مدل یک چارچوب اساسی از اختلالات روانی و شامل الگوهای همبودی و سلامت روانی است. این مدل بر مبنای ساختار اصلی عملکرد شخصی افراد تشکیل شده است و اساساً خلق و رفتار کلی و اختلال در عملکرد فرد است (۱۴).

همچنین بخش اعظمی از ترجیحات، افکار و رفتارهای انسان را که در موقعیت های فشارزای زندگی منجر به تصمیمات ناگهانی مانند آسیب رساندن به خود می گردد، ویژگی های رفتاری او، از قبیل تکانشگری تعیین می کنند (۱۵). تکانشگری یک ویژگی اصلی تعدادی از اختلالات ضدا اجتماعی و مرزی، مانیا، اختلال مصرف مواد، بیش فعالی اختلالات خوردن و اختلال کنترل تکانه در نظر گرفته شده است (۱۶). پژوهشگران معتقدند پرخاشگری تکانشی، الگوهای خودکشی را نیز پیش بینی می کند. افراد مبتلا به اختلالات شخصیت با سابقه اقدام به خودکشی، در مقایسه با افراد بدون سابقه اقدام به خودکشی، سطح بالاتری از اقدامات تکانشگری را نشان دادند (۱۷-۱۸). هانگ و همکاران (۱۹) دریافتند که تکانشی بودن یک عامل خطر برای رفتارهای خودآسیب رسان است، همچنین لاک وود و همکاران در سال ۲۰۱۷ (۲۰) در پژوهش خود نشان دادند صفت تکانشگری یک سازه چند بعدی است که به طور مداوم با رفتارهای خودآسیب رسان مرتبط است. همچنین در پژوهشی دیگر در سال ۲۰۲۰ لاک وود و همکاران نشان دادند (۲۱) تکانشگری و هیجان خواهی با شروع رفتارهای خودآسیب رسان مرتبط است. علاوه بر این یایلاسی و همکاران با پژوهشی در سال ۲۰۱۴ نشان دادند میان سرشت افسردگی، مضطرب، سیکلوتیمیک و تحریک پذیر با تکانشگری همبستگی وجود دارد (۲۲).

تکانشگری از دیدگاه های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و تعاریف متعددی ارائه شده است. از دیدگاه شخصیت شناسی،

برانشتن، رپلد، دکاروالهو و اتونی مدلی را بر مبنای جنبه سرشتی شخصیت تحت عنوان مدل سرشت عاطفی و هیجانی مطرح نموده اند. مدل عنوان شده بسیاری از مفاهیم بیان شده توسط آیزنک، گری، کلونینجر، واتسون و کاستا و مک کری را دربردارد. در واقع مدل های فوق موضوع واحدی را با واژگان مختلف بررسی نموده اند. مدل سرشت عاطفی و هیجانی سعی کرده است تا تمامی مفاهیم مطرح شده در نظریه های فوق را در یک مدل منسجم کنار هم قرار دهد. مدل مذکور مبتنی بر این فرض است که سرشت یک موضوع اصلی است و به عنوان نیروی رابط بین رفتار، شناخت، ادراک، توجه، روابط، خلق و امیال عمل می کند. این مدل تلفیقی از مفاهیم سرشت عاطفی - هیجانی می باشد. در این مدل کنش متقابل بین صفات هیجانی مستقل، یک الگوی رفتاری غالب را تولید می کند که سرشت عاطفی است و می توان آن را به ۱۲ نوع؛ افسردگی^۱، اضطراب^۲، بی تفاوتی^۳ (تیپ های درونی)، ادواری خویی^۴، ملال^۵، تغییرپذیری^۶ (تیپ های بی ثبات)، وسواسی^۷، سرحالی^۸، هیجان زدگی^۹، تحریک پذیری^{۱۰}، بازداری زدایی^{۱۱} و سرخوش^{۱۲} (تیپ های برون گرا) دسته بندی کرد. همچنین در این مدل صفات هیجانی شامل اراده^{۱۳}، خشم^{۱۴}، بازداری^{۱۵}، حساسیت^{۱۶}، مقابله^{۱۷} و کنترل^{۱۸} است. اراده بوسیله عاطفه مثبت، انگیزه و انرژی و خشم با احساسات شدید و رفتار پرخاشگرانه معرفی می شود، بازداری تلفیقی از ترس (نگرانی، کم رویی و ترسناک) و احتیاط (تدبیر، دقت و خطر - اجتناب) است. حساسیت هیجانی مربوط به آسیب پذیری روابط مخرب بین

1. Depressive
2. Anxious
3. Apathetic
4. Cyclothymic
5. Dysphric
6. Volatile
7. Obsessive
8. Euthymia
9. Hyperthimia
10. Irritable
11. Disinhibited
12. Euphoric
13. Volition
14. Anger
15. Inhibition
16. Sensivity
17. Coping
18. Control

باشد. بر همین اساس، تنظیم نامنظم یا نارسایی تنظیم هیجان، ناتوانی یا دشواری در مهار رفتارهای تکانشی و انجام رفتارهای هدفمند است. گراتز و رومر (۳۴) برای تعریف نارسایی تنظیم هیجان بر مبنای هر دو رویکرد شش بعد را استخراج کردند. ۱) فقدان آگاهی از پاسخ‌های هیجانی ۲) عدم وضوح پاسخ‌های هیجانی ۳) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۴) دسترسی محدود به درک استراتژی‌های تنظیم هیجان به طور مؤثر ۵) دشواری در کنترل تکانه‌ها هنگام تجربه هیجانات منفی و ۶) مشکلات انجام رفتارهای هدفمند در هنگام تجربه هیجانات منفی. لازم به ذکر است اگر افراد قادر به تسکین هیجانات منفی خود نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجانات آشفته می‌گردد و عملکردشان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد تا اینکه احتمال بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان برای رهایی از هیجانات منفی بوجود می‌آید (۳۵). سیترا تریستانیا و همکاران در سال ۲۰۲۲ پژوهشی انجام دادند و نشان دادند نارسایی در تنظیم هیجان با رفتارهای خودآسیب‌رسان همبستگی زیادی دارد (۳۶). از طرفی بشرپور و همکاران در سال ۱۳۹۶ در پژوهشی با عنوان ابعاد سرشت/منش و افسردگی: نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان نشان دادند ابعاد سرشت و منش بر راهبردهای تنظیم هیجان اثر مستقیم و معناداری دارند (۳۷). به‌طور خلاصه، این پژوهش می‌تواند در روشن ساختن ابهامات موضوع رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانشجویان ایرانی و پیشگیری از این پدیده آسیب‌زا، مفید فایده باشد. بر این اساس پژوهش حاضر با تدوین یک مدل مفهومی درصدد پاسخگویی به این سؤال مهم است که آیا سرشت عاطفی هیجانی می‌تواند به‌طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق متغیرهای میانجی (تکانشگری و نارسایی تنظیم هیجان) رفتارهای خودآسیب‌رسان را در جوانان پیش‌بینی کند؟

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر از لحاظ روش توصیفی از نوع طرح همبستگی است.

آزمودنی‌ها: کلیه دانشجویان در سنین ۱۸ تا ۲۵ سال شهر مشهد جامعه تحقیق حاضر را تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه مورد مطالعه برای بررسی هدف پژوهش، با استفاده از

آیزنک (۲۳) می‌گوید که تکانشگری با رفتارهای خطرناک غیرقابل پیش‌بینی و تصمیم‌گیری سریع مشخص می‌شود. دیکمن پیشنهاد کرد که تکانشگری ناکارآمد توسط اقدام به عمل با تفکر کمتر از اکثر افراد با همان سطح مهارت و دانش مشخص می‌شود (۲۴-۲۵). بعدها، دیکمن یک جزء دیگری را به نام بازداری معرفی کرد که به عنوان توجه ناکافی ظاهر می‌شود که خود، علت تکانشگری است. بارت سه بعد تکانش را متمایز کرد: حرکت (عمل بدون تفکر)، شناختی (تصمیم‌گیری سریع شناختی)، و عدم برنامه‌ریزی (کاهش جهت‌گیری به سوی آینده) (۲۶). طبق گفته پاتون و استنفورد و بارت (۱۹۹۵) سه عامل مؤثر بر تکانشگری وجود دارد: در لحظه عمل کردن (فعال‌سازی موتور)، عدم تمرکز بر روی وظیفه در دست (عدم توجه)، و عدم برنامه‌ریزی و تفکر دقیق (غیر برنامه‌ریزی) (۲۷). تحقیقات زیادی نشان دادند تکانشگری یک ساختار مهم در رفتارهای خودآسیب‌رسان است (۲۸-۲۹-۳۰).

پژوهشگران حوزه رفتارهای خودآسیب‌رسان، به تفصیل عوامل درون‌فردی و بین‌فردی که باعث بوجود آمدن رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شوند را بیان می‌کنند. در توضیح عوامل درون‌فردی، عاملی که بیش از دیگر عوامل در شکل‌گیری رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد تأکید قرار می‌دهد، بدتنظیمی هیجانی و به‌طور خاص نارسایی راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد. در مطالعات مختلف مفهوم نارسایی تنظیم هیجان^۱ متفاوت است. به‌طور کلی به دو رویکرد تعریف می‌شود. رویکرد اول بر تنظیم تجربه و بیان خود هیجان تأکید دارد. براساس این رویکرد برخی از محققان بر این باورند که نارسایی تنظیم هیجان به شکست در تغییر واکنش‌های هیجانی و بیان هیجانات اشاره دارد (۳۱). از سوی دیگر، دیگر محققان معتقدند تنظیم موفقیت‌آمیز هیجان، تجربه هیجانات را تغییر نمی‌دهد بلکه مستلزم پذیرش و ارزیابی پاسخ‌های هیجانی است. بر این اساس، اختلال در تنظیم هیجانات به عدم پذیرش و نالرزنده‌سازی هیجانات اطلاق می‌شود (۳۲). رویکرد دوم مفهوم‌سازی نارسایی تنظیم هیجان بر تنظیم رفتارها در هنگام تجربه هیجانات منفی تأکید می‌کند (۳۳). این تنظیم ممکن است شامل مهار رفتارهای تکانشی و انجام رفتارهای هدفمند

1. Emotional Dysregulation

پرسشنامه تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. در مجموع نتایج آن پژوهش حمایت تجربی کافی برای استفاده از این مقیاس در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی در ایران را فراهم می‌کند (۴۱).

۳. پرسشنامه سرشت عاطفی و هیجانی^۵: لارا و همکاران در سال ۲۰۱۲ مقیاس سرشت عاطفی و هیجانی را به منظور شناسایی ابعاد سرشت عاطفی و هیجانی شخصیت طراحی کردند. این مقیاس در مجموع ۶۲ سؤال دارد. بعد سرشت هیجانی این پرسشنامه شامل یک مقیاس دوقطبی ۷ درجه ای با ۴۸ آیتم است که به ۶ بعد تقسیم شده است و هر بعد شامل ۸ آیتم می‌باشد. ابعاد هیجانی شامل ابعاد اراده، خشم، بازداری، حساسیت، مقابله و کنترل می‌باشد. هر بعد هیجانی با توجه به محتوا و همبستگی بین آیتم‌ها به دو عامل ۴ پرسشی تقسیم می‌شود: اراده (شامل دو عامل خوش‌بینی و توانایی)، خشم (شامل دو عامل پرتشی و تحریک‌پذیری)، بازداری (شامل دو عامل ترس و احتیاط)، حساسیت (شامل دو عامل روابط بین‌فردی و رویدادها)، مقابله (شامل دو عامل رویارویی و راه‌حل پیدا کردن) و کنترل (شامل دو عامل تمرکز و نظم). ابعاد عاطفی نیز شامل ۱۲ توصیف کوتاه با مقیاس ۵ درجه‌ای از اصلا شبیه من نیست (با امتیاز ۱) تا کاملا شبیه من است (با امتیاز ۵) ارائه شده است. این ابعاد عبارت‌اند از: افسردگی، اضطراب، بی‌تفاوتی، ادواری خوبی، ملالت، تغییرپذیری، وسواس، سرحالی، هیجان‌زدگی، تحریک‌پذیری، بازداری‌زدایی و سرخوشی. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کل، ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۱۴). در سال ۱۳۹۵ چلبیان و همکاران به بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس ایران پرداختند. در آن پژوهش مقدار ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌های آن ۰/۸۹ - ۰/۴۹ محاسبه گردید و یافته‌ها نشان دهنده قابل قبول بودن مؤلفه‌های روانسنجی آن می‌باشند (۴۲).

۴. پرسشنامه نارسایی تنظیم هیجان؛ مقیاس دشواری تنظیم هیجان توسط گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که

فرمول پیشنهادی کلاین یعنی ۲۰ شرکت‌کننده برای هر پارامتر، و با در نظر گرفتن احتمال ریزش و نیز بالا بردن دقت پژوهش ۶۳۰ مورد به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های شرکت در پژوهش علاوه بر کسب رضایت و گذراندن حداقل یک ترم تحصیلی از دوره دانشجویی، بازه سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال و پذیرش شرایط پژوهش آنلاین بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه، نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها و سابقه اختلالات سایکوتیک^۱ و اختلالات شناختی^۲ و مصرف داروهای روان‌پزشکی در زمان اجرای تحقیق بود.

ابزار

۱. پرسشنامه خودآسیب‌رسانی عمدی^۳: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط گراتز به منظور اندازه‌گیری انواع رفتارهای خودآسیب‌رسان در جامعه غیربیمار تهیه شده است. این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۷ آیتمی است که تاریخچه رفتارهای خودآسیب‌رسان را در طول زندگی ارزیابی می‌کند و شامل: فراوانی، مدت و نوع رفتار خودآسیب‌رسان (شامل بریدن، سوزاندن، خالکوبی، شکستن استخوان و غیره) می‌باشد. در این ابزار آزمودنی به صورت بلی (نمره ۱) یا خیر (نمره ۰) پاسخ می‌دهد. پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ توسط گراتز به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۸). پایایی این پرسشنامه توسط تقی‌پور و همکاران در سال ۱۴۰۰ به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳۶ گزارش شد (۳۹).

۲. پرسشنامه تکانشگری بارت^۴: ویرایش یازدهم این پرسشنامه توسط ارنست بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. پرسشنامه تکانشگری، سه جنبه تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی را می‌سنجد. این پرسشنامه ۳۰ سؤال دارد و متمرکز بر سه عامل تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی و مقیاس پاسخگویی چهار درجه‌ای (به ندرت تا همیشه) است. پرسش‌ها به صورت چهارگزینه‌ای تدوین شده‌اند و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است (۴۰). جاوید و همکاران در سال ۱۳۹۱ به بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت پرداختند. در آن پژوهش اعتبار کل

1. Psychotic Disorders
2. Acute Cognitive Disorder
3. The Deliberate Self-Harm Inventory
4. Barratt Impulsiveness Scale-11

5. Affective & Emotional Composite Temperament Scale (AFFECT)

6. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

(پیرسون) و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS_۲۶ و R انجام شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۶۲۳ نفر بودند که ۳۷۹ نفر زن و ۲۴۴ نفر از آن‌ها مرد بودند. همچنین ۱۸۴ نفر متأهل و ۴۳۹ نفر از نظر وضعیت تأهل مجرد بودند. شرکت‌کنندگان با تحصیلات کارشناسی بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان این پژوهش را تشکیل می‌دادند. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در Error! Reference source not found. نشان داده شده است.

میانگین و انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج کجی و کشیدگی داده‌ها حاکی از این بود که کجی و کشیدگی همه‌ی متغیرهای مابین $+1/96$ و $-1/96$ قرار دارد و داده‌ها از نرمالیتی لازم برخوردار بودند.

همچنین رابطه‌ی بین متغیرها با استفاده از رگرسیون چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. مؤلفه‌های تکانشگری، نارسایی تنظیم هیجان و مؤلفه‌های سرشت عاطفی و هیجانی به صورت جداگانه بر روی خودآسیب‌رسان رگرسیون داده شد و نتایج نشان داد که مؤلفه‌های تکانشگری می‌توانند ۲۰ درصد از واریانس خودآسیب‌رسان، مؤلفه‌های نارسایی تنظیم هیجانی ۲۶ درصد و سرشت عاطفی هیجانی ۱۹ درصد از واریانس خودآسیب‌رسان را پیش‌بینی کنند. در ادامه تحقیق با استفاده از معادلات ساختاری به بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم سرشت عاطفی هیجانی، تکانشگری و نارسایی تنظیم هیجان بر رفتارهای خودآسیب‌رسان پرداخته شده است.

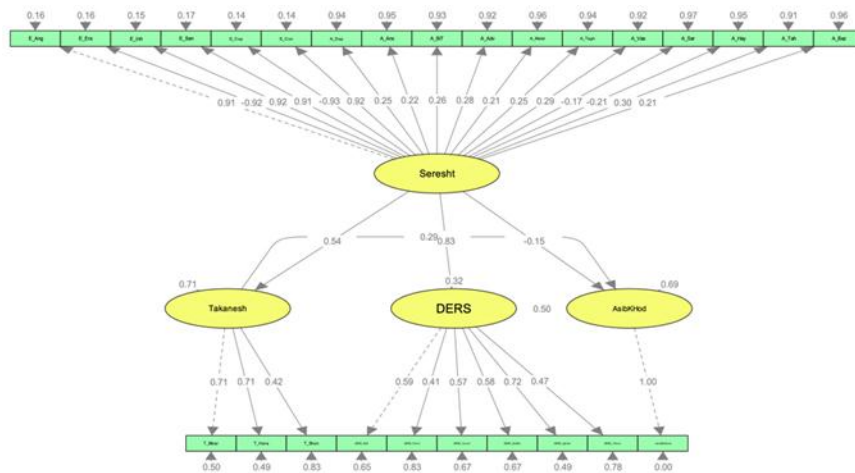
سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. نمره‌گذاری آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تبعیت می‌کند و از مجموع نمره شش زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای نارسایی تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه نارسایی بیشتر در تنظیم هیجان است. پژوهش گرتز و رومر حاکی از همسانی درونی عالی ($0/93$) و پایایی بازآزمایی خوب ($0/88$) بوده است (34). مامازندی و طالع‌پسند در سال ۱۳۹۷ ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان را بررسی کردند و نتایج حاصل از بررسی اعتبار این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه $0/63$ تا $0/75$ محاسبه شد که نشان از اعتبار قابل قبول نسخه فارسی این مقیاس است (43).

روند اجرای پژوهش: برای انجام اهداف این پژوهش پرسشنامه‌های پژوهش به صورت آنلاین برای شرکت‌کنندگان به همراه توضیحات لازم جهت تکمیل آن‌ها ارسال شد. از مجموع ۶۳۰ پرسشنامه توزیع شده، ۶۲۳ پرسشنامه واجد ملاک‌های لازم جهت تجزیه و تحلیل تشخیص داده شد. از این تعداد ۳۷۹ نفر ($60/83$ درصد) زن و ۲۴۴ نفر ($39/16$ درصد) مرد بودند.

در پژوهش حاضر، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی، و در بخش استنباطی از تحلیل همبستگی

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

جنسیت	F (%)	وضعیت تأهل	F (%)	سطح تحصیلات	F (%)
زن	۳۷۹ (۶۰/۸۳)	مجرد	۴۳۹ (۷۰/۴۶)	کارشناسی	۴۸۱ (۷۲/۲۰)
مرد	۲۴۴ (۳۹/۱۶)	متأهل	۱۸۴ (۲۹/۵۳)	کارشناسی ارشد	۱۴۲ (۲۲/۷۹)
کل	۶۲۳ (۱۰۰/۰)	کل	۶۲۳ (۱۰۰/۰)	کل	۶۲۳ (۱۰۰/۰)



شکل (۱) مدل مفهومی پژوهش، نتایج ضرایب رگرسیونی استاندارد شدهی مدل

جدول (۲) شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش

SRMR	IFI	NFI	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	df	Chi-Square
۰/۰۴۸	۰/۹۶۰	۰/۹۱۸	۰/۰۳۸	۰/۹۵۹	۰/۹۲۸	۰/۹۳۹	۳۲۰	۶۰۹/۳۸۴

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان داد که اثر غیرمستقیم سرشت عاطفی - هیجانی با میانجی‌گری تکانشگری و نارسایی در تنظیم هیجان بر روی رفتارهای خودآسیب‌رسان با مقدار $(\beta = ۰/۲۹۴, p < ۰/۰۰۱)$ ، معنادار است بدین معنا که میانجی‌گری تکانشگری و نارسایی در تنظیم هیجان در رابطه‌ی بین سرشت عاطفی - هیجانی با رفتارهای خودآسیب‌رسان تأیید می‌شود.

بر اساس شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۱ برابر ۰/۰۳۸، ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد شده^۲ برابر ۰/۰۴۸، شاخص نیکویی برازش^۳ برابر ۰/۹۲۸، شاخص برازش مقایسه‌ای^۴ برابر ۰/۹۵۹، شاخص برازش هنجار شده^۵ برابر ۰/۹۱۸ و شاخص برازندگی فزاینده^۶ ۰/۹۶۰ است که با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که مدل پژوهش از نظر شاخص‌های معناداری و برازش مورد تأیید است.

نتایج بدست آمده از مدل مفهومی در جدول ۳ نشان داد که اثر مستقیم و استاندارد شدهی سرشت عاطفی هیجانی $(\beta = ۰/۵۴, p < ۰/۰۰۱)$ ، بر روی تکانشگری معنادار و مثبت بود، همچنین اثر مستقیم و استاندارد شدهی سرشت عاطفی هیجانی $(\beta = ۰/۸۳, p < ۰/۰۰۱)$ ، بر روی نارسایی تنظیم هیجانی معنادار و مثبت بود، همچنین ضرایب تکانشگری $(\beta = ۰/۲۹, p < ۰/۰۰۱)$ ، و نارسایی تنظیم هیجان $(\beta = ۰/۵۰, p < ۰/۰۰۱)$ ، بر روی خودآسیب‌رسان معنادار بود اما ضریب سرشت عاطفی و هیجانی $(p < ۰/۱۱)$ ، بر روی رفتارهای خودآسیب‌رسان معنادار نبود.

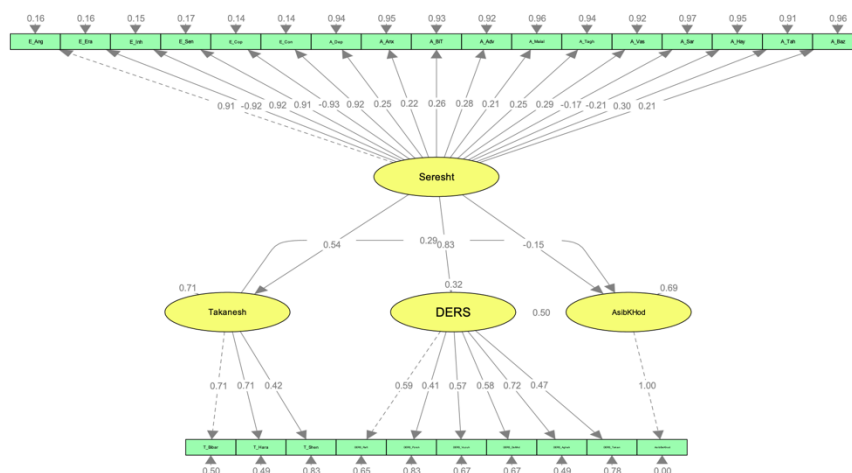
1. RMSEA
2. SRMR
3. GFI
4. CFI
5. NFI
6. IFI

جدول ۳) ضرایب استاندارد شده مستقیم در مدل مفهومی پژوهش

P	Z	Std. E	ES	ملاک	پیش‌بین
۰/۰۰۱	۱۰/۵۵۶	۰/۰۲۲	۰/۲۳۰	تکانشگری	سرشت عاطفی هیجانی
۰/۰۰۱	۱۴/۲۱۷	۰/۰۱۸	۰/۲۵۲	نارسایی تنظیم هیجان	سرشت عاطفی هیجانی
۰/۱۱۰	-۱/۵۹۶	۰/۰۵۰	-۰/۰۸۰	رفتارهای خودآسیب‌رسان	سرشت عاطفی و هیجانی
۰/۰۰۱	۵/۱۹۸	۰/۰۷۱	۰/۳۶۸	رفتارهای خودآسیب‌رسان	تکانشگری
۰/۰۰۱	۵/۰۰۶	۰/۱۷۴	۰/۸۷۲	رفتارهای خودآسیب‌رسان	نارسایی تنظیم هیجان

جدول ۴) ضریب استاندارد شده، غیرمستقیم در مدل مفهومی پژوهش

p	Z	Std. E	B	متغیر ملاک	متغیر میانجی	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۱۹/۸۸۲	۰/۰۱۵	۰/۲۹۴	رفتارهای خودآسیب‌رسان	تکانشگری و نارسایی در تنظیم هیجان	سرشت عاطفی و هیجانی



شکل ۲) مدل مفهومی پژوهش، نتایج ضرایب رگرسیونی استاندارد شده‌ی مدل

همسو است. به طوری که سلبی و همکاران (۴۴) در پژوهشی به بررسی نقش واسطه‌ای بدتنظیمی هیجانی و شناختی، در رابطه بین متغیرهای زیستی - شخصیتی و علائم آسیب شناسی روانی با رفتارهای آسیب به خود پرداخته و گزارش کردند که نقش میانجی‌گرایانه سازه‌های بدتنظیمی هیجانی و شناختی و تأثیر آن بر راه‌اندازی و تداوم رفتارهای آسیب به خود معنادار و قابل توجه می‌باشد. گراتز و همکاران (۴۵) به بررسی اثربخشی گروه درمانی تنظیم هیجان بر رفتارهای آسیب به خود پرداختند و گزارش کردند که گروه درمانی تنظیم هیجان منجر به کاهش رفتارهای آسیب به خود شده است. این پژوهشگران مکانیسم اثرگذاری گروه درمانی تنظیم هیجان را به مهارت‌های تنظیم هیجان و بهبود بدتنظیمی هیجانی نسبت دادند. وون، هاسکینگ و مارتین (۴۶) نیز طی پژوهشی به بررسی نقش نقائص تنظیم هیجانی و نشخوار فکری در ارتکاب رفتارهای آسیب به خود پرداختند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که خودسرزنشگری‌ها

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تکانشگری و نارسایی تنظیم هیجان در ارتباط سرشت عاطفی و هیجانی با رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانشجویان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که الگوی مفهومی پیشنهادی مطالعه، مبنی بر مدل علی رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانشجویان بر اساس سرشت عاطفی و هیجانی با واسطه‌گری تکانشگری و نارسایی در تنظیم هیجان از برآزش مطلوبی برخوردار است. بدین معنا که بین متغیرهای درون‌زا (سرشت عاطفی و هیجانی، تکانشگری و نارسایی در تنظیم هیجان) و برون‌زا (رفتارهای خودآسیب‌رسان) روابط ساختاری معناداری وجود دارد.

در ادبیات پژوهشی مدلی کاملاً مشابه با مدل تجربی پژوهش حاضر یافت نشد اما این یافته با پژوهش سلبی و همکاران سال ۲۰۱۵ (۴۴)، گراتز و همکاران در سال ۲۰۱۵ (۴۵)، وون، هاسکینگ و مارتین سال ۲۰۱۴ (۴۶) و

و خودانتقادی‌ها، باعث آشفتگی هیجانی و نشخوار فکری آزارنده در نوجوانان می‌گردد و آن‌ها برای رهایی از این وضعیت‌های آزارنده، اقدام به تنبیه خود بوسیله رفتارهای آسیب به خود می‌کنند.

در تبیین نتایج فرضیه بالا می‌توان گفت سرشت هیجانی و عاطفی به عنوان متغیری فردی و زمینه ای نقش اساسی در سلامت روان و نیز رشد ویژگی‌های روانشناختی مانند تنظیم هیجان دارند. مشکلات سلامت روانی و باورهای منفی افراد مبتلا به بیماری روانی مرتبط با سرشت آن‌هاست (۴۷).

همچنین آسیب‌پذیری افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زا تحت تأثیر سرشت عاطفی و هیجانی قرار دارد (۴۸). سرشت، عنصر کلیدی برای فهم سلامت و آسیب‌شناسی روانی است و ویژگی‌های سرشتی می‌توانند به عنوان عوامل خطر ساز یا محافظت‌کننده برای رشد اختلالات روانی در نظر گرفته شوند (۴۹). به صورت کلی و بر طبق مطالعات انجام شده، سرشت عاطفی و هیجانی منفی، با بسیاری از اختلالات روانی همراه است (۵۰). همچنین مطالعات نشان می‌دهند سرشت‌های عاطفی با رفتارهای خودآسیب‌رسان (۵۱) صفات تکانشی (۵۲) و بدتنظیمی هیجانی (۵۳) مرتبط شده است.

از طرفی نوع واکنش افراد به آشفتگی‌های هیجانی تحت تأثیر توانایی آنان در تنظیم هیجان است. بر اساس نظریه آبشار هیجان (۵۴) رفتارهای خودآسیب‌رسان به عنوان یک راهبرد رهایی از نشخوار افکار منفی عمل می‌کند. نشخوار افکار منفی ابتدا به واسطه پریشانی روانی ایجاد شده و منجر به افزایش عواطف منفی می‌گردد. تعامل بین افکار و عواطف منفی باعث ایجاد یک حلقه بازخوردی می‌شود که خود منجر به شدت گرفتن عواطف منفی و افکار منفی تکراری می‌گردد. سپس یک آبشار نیرومندی از افکار و هیجانات منفی به وجود می‌آید و فرد دچار سوء برداشت‌های فاجعه‌آمیز (اینکه نمی‌تواند عواطف منفی را تحمل کند) می‌شود، احساس ناامیدی کرده و در حل مسأله دچار مشکل می‌شود. در این مرحله، فرد اغلب تلاش می‌کند تا از این حالت ناخوشانید (آبشار هیجان) از طریق رفتارهای ناسازگار رهایی یابد. رفتار آسیب به خود این کارکرد را برای فرد دارد (۵۵).

بر اساس مدل ناک در سال ۲۰۱۰ (۵۶) نیز می‌توان گفت به طور معمول افراد زمانی دست به رفتارهای آسیب به خود به

عنوان راه‌حلی برای کاهش تنش هیجانی و فشار روانی استفاده می‌کنند که فاقد راهبردهای تنظیم هیجانی اثربخش باشند. از این دیدگاه، رفتارهای آسیب به خود از طریق چرخه معیوبی در رابطه با راهبردهای تنظیم هیجانی ناکارآمد شکل گرفته‌اند. این دیدگاه بیان می‌کند که افراد پس از تجربه آشفتگی هیجانی در برخورد با موقعیت‌های فشارز، از آنجا که راهبرد تنظیم هیجانی کارآمدی برای رهایی از تنش ندارند، جرح خویشتن را - که به موجب آن وضعیت هیجانی فرد تغییر می‌کند و هیجانات آزار دهنده موقتا از صفحه ذهن فرد خارج می‌شوند - به عنوان در دسترس‌ترین شیوه مقابله با فشار هیجانی انتخاب می‌کنند و بدین ترتیب موقتا خود را از هیجانات منفی می‌رهانند. این رهایی موقتی باعث تقویت این راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد شده و تداوم رفتارهای آسیب به خود در مواجهه با پریشانی هیجانی را به همراه دارد (۵۷) بنابراین می‌توان گفت که نارسای در تنظیم هیجان می‌تواند واسطه بین سرشت هیجانی و عاطفی و بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان قرار گیرد.

از طرفی نتایج آزمون مدل پیشنهادی حاضر نشان داد نقش واسطه‌ای تکانشگری در رابطه بین سرشت عاطفی و هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان معنادار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های مانند دال، کیس، دایسن، کلین و اولینو در سال ۲۰۲۱ (۵۸)، لاک وود و همکاران در سال ۲۰۱۷ (۲۰) و سال ۲۰۲۰ (۲۱)، هانگ و همکاران سال ۲۰۱۷ (۵۹) و ملوکی و همکاران سال ۲۰۲۱ (۶۰)، تسکان، پیترو-روف و اشمید ۲۰۱۷ (۶۱) و معافی، عبدی و چلبیانلو در سال ۱۳۹۷ (۶۲) همسو است.

برای مثال لاک وود و همکاران (۲۰) مطالعه‌ای فراتحلیل با موضوع ارتباط تکانشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد جنبه‌های تکانشگری متمایز، خطر رفتارهای خودآسیب‌رسان را در طول عمر ایجاد می‌کند. همینطور هانگ و همکاران (۵۹) دریافتند که تکانشی بودن یک عامل خطر برای رفتارهای خودآسیب‌رسان است. دال و همکاران (۵۸) در یک پژوهش طولی به این نتیجه رسیدند که خلق منفی و تکانشگری با احتمال بالای رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون خودکشی رابطه مثبت و معنادار دارند. ملوکی و همکاران (۶۰) نیز به بررسی نقش واسطه‌ای تکانشگری در رابطه بین

می توان گفت سرشت عاطفی و هیجانی از طریق متغیرهای تنظیم هیجان و تکانشگری می تواند رفتارهای خودآسیب‌رسان را پیش‌بینی کند. به عبارتی دیگر ویژگی‌های منفی سرشت عاطفی و هیجانی می تواند زمینه ای برای نارسایی در تنظیم هیجان و تکانشگری باشد و بر اساس مدل تجربی پژوهش حاضر و نیز مدل‌های نظری مختلف آنچه که باعث بروز رفتارهای خطرآفرین مثل رفتارهای خودآسیب‌رسان یا خودکشی می شود مشکلات افراد در بازداری تکانه‌ها و نیز ناتوانی آنان در تنظیم هیجانات منفی است. بنابراین ضروری است تا طرح ریزی و ارائه مداخلات درمانی به مهارت‌های مانند تنظیم هیجان، تکانشگری توجه ویژه‌ای شود. پژوهش حاضر مشابه با هر پژوهشی با محدودیت‌های روبرو بوده است. عدم کنترل متغیرهای جمعیت شناختی مانند میزان تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان خانواده که می تواند اعتبار تحقیق را خدشه‌دار کند، از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش‌های بعدی تا حد ممکن این متغیرها کنترل شوند. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی مدل‌ها بر اساس تفکیک جنسیت ارائه شود تا امکان مقایسه زنان و مردان فراهم شود. همچنین، از محدودیت‌های این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس است که دلیل آن محدودیت زمانی پژوهشگران و عدم همکاری سازمان‌ها برای ارتباط با جامعه هدف پژوهش بود. همچنین در این پژوهش از یک نمونه غیربالینی استفاده شده است لذا بهتر است نسبت به تعمیم یافته‌ها به جمعیت بالینی محتاط بود.

منابع

1. Carli V, Jovanović N, Podlešek A, Roy A, Rihmer Z, Maggi S, Marusic D, Cesaro C, Marusic A, Sarchiapone M. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters—A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of affective disorders*. 2010 Jun 1;123(1-3):116-22.
2. Heath N, Toste J, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of mental health counseling*. 2008 Apr 1;30(2):137-56.
3. Carli V, Jovanović N, Podlešek A, Roy A, Rihmer Z, Maggi S, Marusic D, Cesaro C, Marusic A, Sarchiapone M. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters—A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of affective disorders*. 2010 Jun 1;123(1-3):116-22.

دشواری‌های اولیه دوران کودکی و رفتارهای آسیب به خود پرداختند و نتیجه گرفتند که تکانشگری واسطه بین سختی‌های دوران کودکی و رفتارهای پرخطر است. تسکان و همکاران (۶۱) نیز گزارش دادند که نوجوانان با رفتارهای آسیب به خود بدون خودکشی نسبت به گروه کنترل و همچنین گروه کنترل غیربالینی نمرات بالاتری در تکانشگری کسب می کنند. نتایج پژوهش معافی و همکاران (۶۲) نشان داد که تکانشگری می تواند واسطه بین ابعاد نابهنجار شخصیتی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان باشد.

از دیدگاه شناختی، تکانشگری ناتوانی در بازداری تکانه‌های رفتاری و افکار است. این کنترل تکانه به عنوان جزء مهمی از عملکرد اجرایی در نظر گرفته می شود. این نقش مهمی در عملکرد اجتماعی و شخصی ایفا می کند. تحقیقات زیادی نشان دادند تکانشگری یک ساختار مهم در رفتارهای خودآسیب‌رسان است (۲۰). تکانشگری یک ویژگی اصلی تعدادی از اختلالات مثل اختلالات شخصیت (بویژه اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرززی)، مانیا، اختلال مصرف مواد، بیش‌فعالی اختلالات خوردن و اختلال کنترل تکانه در نظر گرفته شده است. افراد مبتلا به اختلالات شخصیت با سابقه اقدام به خودکشی، در مقایسه با افراد بدون سابقه اقدام به خودکشی، سطح بالاتری از اقدامات تکانشگری را نشان می دهند (۱۶).

بنابراین می توان گفت ابعاد سرشت هیجانی مانند خشم که با پرتنش و تحریک‌پذیری مشخص می شود و ابعاد عاطفی مانند افسردگی، اضطراب، ادواری خوبی، ملالت، تغییر پذیری، تحریک‌پذیری، بازداری‌زدایی می تواند منجر به رفتارهای تکانشی بیشتری در افراد گردد. افزایش تکانشگری نیز زمینه را برای بروز رفتارهای خطرآفرین مثل رفتارهای آسیب به خود فراهم کند. پس همانطور که نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد سرشت هیجانی و عاطفی بر ویژگی تکانشگری افراد اثر گذاشته و تکانشگری بالا به عنوان واسطه بین سرشت هیجانی عاطفی و رفتارهای خودآسیب‌رسان عمل کند.

به طور کلی نتایج آزمون مدل معادلات ساختاری نشان داد که مدل مفهومی ارائه شده در پژوهش حاضر با داده‌های تجربی بدست آمده از نمونه آماری برازش مطلوبی دارد.

17. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius JR, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1994 Sep.
18. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*. 2000 Apr 1;157(4):601-8.
19. Huang YH, Liu HC, Tsai FJ, Sun FJ, Huang KY, Chiu YC, Huang YH, Huang YP, Liu SI. Correlation of impulsivity with self-harm and suicidal attempt: a community study of adolescents in Taiwan. *BMJ open*. 2017 Dec 1;7(12):e017949.
20. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2017 Apr;26:387-402.
21. Lockwood J, Townsend E, Daley D, Sayal K. Impulsivity as a predictor of self-harm onset and maintenance in young adolescents: a longitudinal prospective study. *Journal of affective disorders*. 2020 Sep 1;274:583-92.
22. Yaylacı ET, Kesebir S, Güngördü Ö. The relationship between impulsivity and lipid levels in bipolar patients: does temperament explain it?. *Comprehensive psychiatry*. 2014 May 1;55(4):883-6.
23. Eysenck HJ. The nature of impulsivity.
24. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of personality and social psychology*. 1990 Jan;58(1):95.
25. Dickman SJ. Impulsivity and information processing.
26. Barratt ES, Monahan J, Steadman H. Impulsiveness and aggression. *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. 1994;10:61-79.
27. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*. 1995 Nov;51(6):768-74.
28. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*. 2010 Apr;117(2):575.
29. Nock MK. Self-injury. *Annual review of clinical psychology*. 2010 Apr 27;6:339-63.
30. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*. 2014 Jun 1;1(1):63-72.
31. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998 Sep;2(3):271-99.
32. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
4. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22.
5. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*. 2013 Sep 5;150(2):540-5.
6. Cawood CD, Huprich SK. Late adolescent nonsuicidal self-injury: The roles of coping style, self-esteem, and personality pathology. *Journal of personality disorders*. 2011 Dec;25(6):765-81.
7. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of Psychiatry*. 2003 Aug 1;160(8):1501-8.
8. Heath N, Toste J, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of mental health counseling*. 2008 Apr 1;30(2):137-56.
9. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*.
10. Rettew DC, McKee L. Temperament and its role in developmental psychopathology. *Harvard review of psychiatry*. 2005 Jan 1;13(1):14-27.
11. Shafiei M, Sepahvandi MA, Heidarirad H. The role of affective and emotional temperament in predicting mental health among individuals with mine explosion trauma. *Military Caring Sciences Journal*. 2017 Sep 10;4(2):77-86. [Persian]
12. Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*. 2009 Dec 30;170(2-3):212-7.
13. Baetens I, Claes L, Willem L, Muehlenkamp J, Bijttebier P. The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child-and parent-report. *Personality and Individual Differences*. 2011 Apr 1;50(4):527-30.
14. Lara DR, Bisol LW, Brunstein MG, Reppold CT, de Carvalho HW, Ottoni GL. The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: A system-based integrative approach. *Journal of Affective Disorders*. 2012 Sep 1;140(1):14-37.
15. Hamza CA, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2015 Jun 1;38:13-24.
16. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*. 2009 Oct 1;47(5):385-95.

- regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*. 2015 Feb 1;65:29-35.
46. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*. 2014 Jun 1;1(1):63-72.
47. Phillips A. Intimacy Of Contact With People With Emotional Or Mental Health Problems And Expectation Of Negative Public Attitudes Toward People With Depression. Queen's University (Canada); 2014.
48. Achtergarde S, Postert C, Wessing I, Romer G, Müller JM. Parenting and child mental health: Influences of parent personality, child temperament, and their interaction. *The Family Journal*. 2015 Apr;23(2):167-79.
49. Lara DR, Ottoni GL, Brunstein MG, Frozi J, de Carvalho HW, Bisol LW. Development and validity data of the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP). *Journal of Affective Disorders*. 2012 Dec 10;141(2-3):390-8.
50. Latzman RD, Shishido Y, Latzman NE, Clark LA. Anxious and depressive symptomatology among male youth: The joint and interactive contribution of temperament and executive functioning. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016 Dec;47:925-37.
51. Guerreiro DF, Sampaio D, Rihmer Z, Gonda X, Figueira ML. Affective temperaments and self-harm in adolescents: a cross-sectional study from a community sample. *Journal of affective disorders*. 2013 Dec 1;151(3):891-8.
52. Novak T, Dolenc B, Sprah L, Dernovsek M. Assessment of relationship between affective temperaments, trait impulsivity and emotional response inhibition in euthymic state of disorder. *European psychiatry* 2011 Jan 1 (Vol. 26). 23 RUE LINOIS, 75724 PARIS, FRANCE: ELSEVIER FRANCE-EDITIONS SCIENTIFIQUES MEDICALES ELSEVIER.
53. Frizzo MN, Bisol LW, Lara DR. Bullying victimization is associated with dysfunctional emotional traits and affective temperaments. *Journal of affective disorders*. 2013 May 15;148(1):48-52.
54. Selby EA, Joiner Jr TE. Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of general psychology*. 2009 Sep;13(3):219-29.
55. Hughes CD, King AM, Kranzler A, Fehling K, Miller A, Lindqvist J, Selby EA. Anxious and overwhelming affects and repetitive negative thinking as ecological predictors of self-injurious thoughts and behaviors. *Cognitive Therapy and Research*. 2019 Feb 15;43:88-101.
56. Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind: 33. Gratz KL. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*. 2007 Nov;63(11):1091-103.
34. Gratz KL, Roemer L. 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*. 2004 Mar;26:41-54.
35. Ameral V, Bishop LS, Reed KM. Beyond symptom severity: The differential impact of distress tolerance and reward responsiveness on quality of life in depressed and non-depressed individuals. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017 Oct 1;6(4):418-24.
36. Tristania OC, Hanurawan F. The Correlation Between Emotional Dysregulation and Deliberate Self-harm Among College Students in Malang. *KnE Social Sciences*. 2022 Nov 21:325-36.
37. Basharpour S, Etarod N, Eini S. Temperament and Character Dimensions and depression: the mediating role of cognitive emotion regulation. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017 Mar 21;12(43):27-36. [Persian]
38. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2001 Dec 1;23(4):253.
39. Taghipour A, Ghamarikivi H, Sheykhosslami A, Rezaeisharif A. The effectiveness of the narrative therapy emphasizing on innovative moments on resilience in girls with non-suicidal self-harm. *Rooyesh-e-Ravanshenasi journal (RRJ)*. 2021;10(9):45-56. [Persian]
40. Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.
41. Javid M, Mohammadi N, Rahimi CH. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). *Psychological Methods and Models*, 2012; 2(8): 23-34
42. Chalabianloo GH, Abdi R, Rasoulzadeh M, Sheikh S. Psychometric properties of affective & emotional composite temperament scale (AFECT) in students. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2016 Sep 21;11(42):51-71.
43. Kermani Mamazandi Z, Tale Pasand S. Psychometric characteristics of difficulties in emotion regulation scale in Semnan university students. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018 Sep 23;11(42):117-42. [Persian]
44. Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clinical psychology review*. 2015 Jun 1;38:79-91.
45. Gratz KL, Bardeen JR, Levy R, Dixon-Gordon KL, Tull MT. Mechanisms of change in an emotion

- Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological science*. 2010 Apr;21(4):511-7.
57. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*. 2014 Sep;2(5):638-56.
58. Dale K, Case JA, Dyson MW, Klein DN, Olino TM. Childhood temperament as a predictor of adolescent nonsuicidal self-injury. *Development and psychopathology*. 2021 Dec 13:1-8.
59. Huang YH, Liu HC, Tsai FJ, Sun FJ, Huang KY, Chiu YC, Huang YH, Huang YP, Liu SI. Correlation of impulsivity with self-harm and suicidal attempt: a community study of adolescents in Taiwan. *BMJ open*. 2017 Dec 1;7(12):e017949.
60. Mlouki I, Bouanene I, Sioud I, Bchir A, al'Absi M, El Mhamdi S. Impulsivity mediates the impact of early life adversity on high risk behaviors among Tunisian adolescents. *Preventive Medicine Reports*. 2021 Sep 1;23:101424.
61. Tschan T, Peter-Ruf C, Schmid M, In-Albon T. Temperament and character traits in female adolescents with nonsuicidal self-injury disorder with and without comorbid borderline personality disorder. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2017 Dec;11(1):1-0.
62. Pour Rajabali Moafi MA, Abdi R, Chelbianlou G. The role of abnormal personality dimensions in prediction of tendency to substance use in Tehran University students in 2016: the mediating role of impulsivity. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2018 Sep 10;12(46):235-54. [Persian]