

## ● گزارش کوتاه

# ارتباط بین هیجانات منفی با رفتارهای خودآسیبی بدون قصد خودکشی: با تأکید بر نقش میانجی تصویر بدن و تنظیم هیجان در سربازان

\* مهدی حسوندا، پرویز دباغی<sup>۱</sup>، مهدی ربیعی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به نقش عواملی مانند هیجان منفی و تصویر بدن در خودآسیبی بدون قصد خودکشی، هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی تصویر بدن و تنظیم هیجان در ارتباط بین هیجان منفی (افسردگی و ناامیدی) و خودآسیبی بدون قصد خودکشی در بین سربازان بود.

**روش بررسی:** روش مطالعه حاضر از نوع مدل معادلات ساختاری بود. از بین سربازان مراجعه کننده به یکی از بیمارستان‌های ارتش در سال ۹۳-۹۴ تعداد ۳۰۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار استفاده شده شامل فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس ناامیدی بک، مقیاس سرمایه‌گذاری بدن، پرسشنامه رفتار خودآسیبی گراتز و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان است. نتایج با استفاده از روش آماری تحلیل میانجی و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS Amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و برانده‌ترین مدل انتخاب شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین هیجان منفی و خودآسیبی رابطه وجود دارد، بدین صورت که استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و ادراک منفی از تصویر بدن، بین خودآسیبی و هیجان منفی نقش میانجی دارند. همچنین نشان داده شد که خودآسیبی با سطح تحصیلات و سن دارای رابطه منفی، و با اعتیاد دارای رابطه مثبت معنی‌دار است.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این تحقیق نشان داد در بین افراد با هیجان منفی کسانی بیشتر مستعد خودآسیبی هستند که از راهبردهای تنظیم هیجان منفی استفاده نموده و ادراک منفی‌تری نسبت به بدن خود دارند.

**کلمات کلیدی:** رفتار خودآسیبی، تنظیم هیجان، هیجان منفی، تصویر بدن، سرباز

(سال هجدهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۵، مسلسل ۵۶)

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۸

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۰

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی (\*مؤلف مسئول)

mehdi\_hasanvand71@yahoo.com

۲. دکتری روانشناسی بالینی، تهران، ایران، دانشگاه علوم

پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

۳. دکتری روانشناسی، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی

بقیه الله<sup>(ع)</sup>، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

## مقدمه

خودآسیبی بدون قصد خودکشی دیگر تنها یک نگرانی در نمونه‌های بیمار نیست، چرا که بررسی‌های اخیر شیوع این اختلال را در جامعه عادی بزرگسال، بیشتر از ۴ تا ۶٪ و در نوجوانان و جوانان [۱] ۱۳ تا ۲۹٪ [۲، ۳] و در بین سربازان ۴/۸٪ و ۷/۵٪ گزارش شده است [۴]. اوج شیوع این رفتار در سنین بین ۱۶ تا ۲۵ سالگی (۶۰٪) است [۵] و تقریباً با دوره خدمت نظام وظیفه مصادف است. ناتوانی در سازگاری با محیط و شرایط نظامی در این دوره باعث تشدید این پدیده می‌شود.

چاپ‌من<sup>۱</sup> و همکاران رفتار خودآسیبی بدون قصد خودکشی<sup>۲</sup> (NSSI)، را «به‌عنوان تخریب بافت بدن بدون قصد آشکار خودکشی» که شامل رفتارهایی مانند بریدن پوست، کوبیدن سر، سوزاندن، جلوگیری از خوب شدن زخم، خونریزی به‌وسیله سوراخ کردن بدن، تعریف کرده‌اند [۶]. خود آسیبی در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> (DSM-IV) جزء یکی از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود و نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) به‌عنوان یکی از مواردی که برای تشخیص مستقل نیازمند بررسی بیشتر است به بخش سوم اضافه شده است [۷]. خودآسیبی با «دور کردن» و یا جدا کردن فکر از احساسات که باعث غم و اندوه است به بسیاری از افراد کمک می‌کند [۸]. تحقیقات مختلف نقش عوامل تنظیم هیجان، هیجان منفی (افسردگی و ناامیدی<sup>۴</sup>) و تصویر منفی بدن را در اقدام خود آسیبی اثبات کرده‌اند. نقش هیجان منفی که شامل افسردگی و ناامیدی است در خودآسیبی مشخص شده است [۳، ۹]. آدریان<sup>۵</sup> و همکاران در یک مطالعه نشان داده‌اند که «مشکلات بین فردی در بافت خانواده و همسالان از طریق

اختلال در تنظیم هیجان سبب افزایش تعداد و شدت خودآسیبی بدون قصد خودکشی می‌شود» [۱۰]. اهمیت تصویر منفی بدن به‌عنوان یک عامل خطر برای گسترش خودآسیبی بدون قصد خودکشی تأیید شده است و تقریباً ۵۰٪ دختران و ۳۰٪ پسران گزارش می‌کنند از بدنشان ناراضی هستند [۱۱-۱۳]. پژوهش صورت گرفته توسط مولنکامپ و براسچ<sup>۶</sup>، این ارتباط را به‌خوبی نشان داده است [۱۴]. بر همین اساس هدف از انجام این پژوهش بررسی مدل نظری نقش میانجی تصویر بدن و تنظیم هیجان به‌عنوان عامل میانجی بین هیجان منفی و خودآسیبی بدون قصد خودکشی در سربازان است.

## روش بررسی

طرح پژوهش حاضر، از نوع همبستگی اختصاصاً مدل‌یابی معادله ساختاری<sup>۷</sup> است. جامعه هدف شامل سربازان مراجعه کننده به درمانگاه یکی از بیمارستان‌های ارتش در سال ۹۳-۹۴ است. نمونه پژوهش شامل ۳۰۲ نفر از سربازان مراجعه کننده به‌علت خودآسیبی عمدی به یکی از بیمارستان‌های ارتش است که با روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. حجم نمونه برحسب نیازمندی‌های مدل‌یابی معادله ساختاری ۳۰۲ نفر تعیین شد. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۸ تا ۳۴ سال با میانگین سنی ۲۴ سال و انحراف معیار ۲/۷۸ بود. ملاک‌های ورود شامل سابقه خودآسیبی حداقل دو بار در طی یک‌سال گذشته و خود آسیبی‌ها بدون قصد خودکشی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل تشخیص اختلالات روان‌پریشی حاد، مدرک تحصیلی کمتر از پنجم ابتدایی و سابقه خودزنی با قصد خودکشی بود.

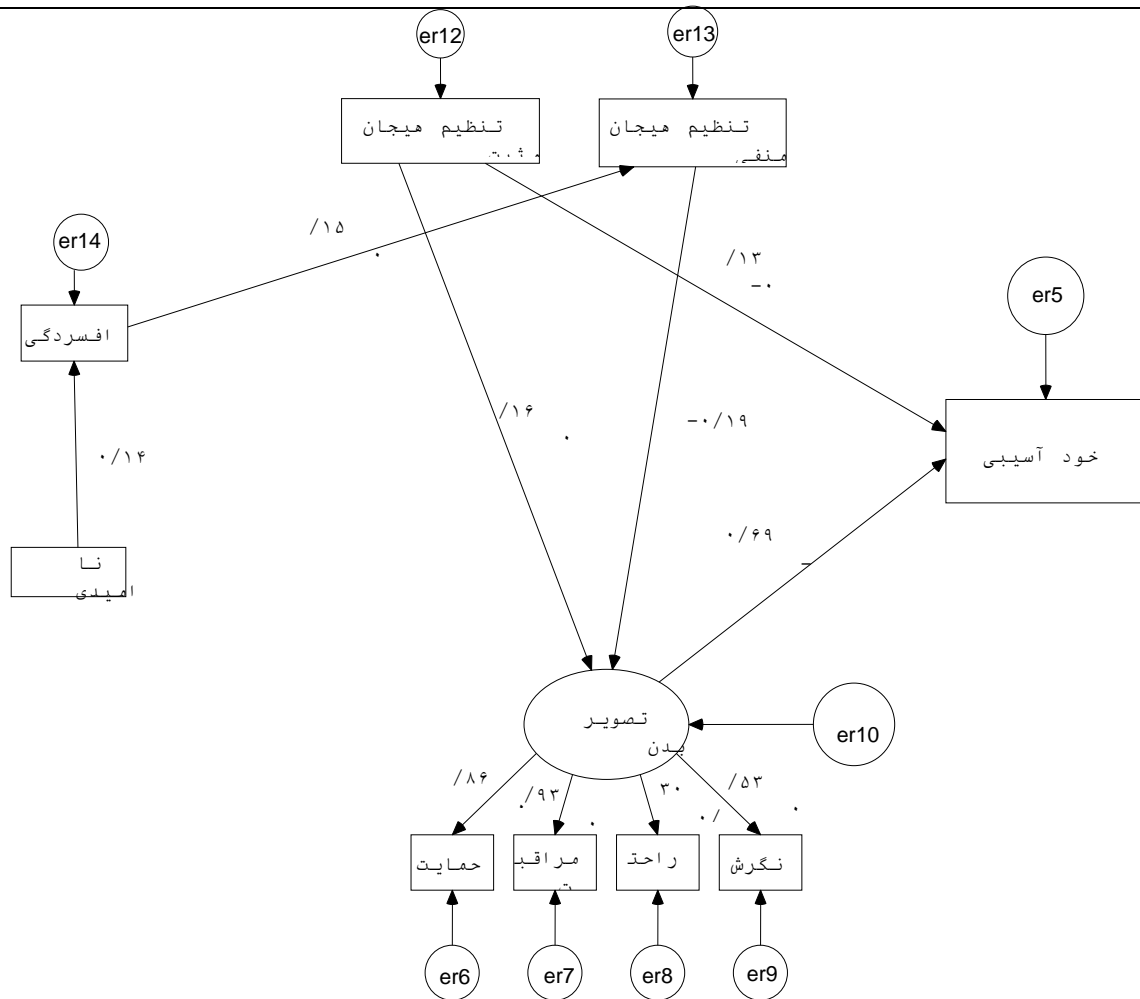
ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ)<sup>۸</sup>، پرسشنامه رفتار خود آسیبی گراتز، مقیاس سرمایه‌گذاری بدن و فرم کوتاه پرسشنامه

1. Chapman
2. non-suicidal self-injury
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Ed.
4. hopelessness
5. Adrian

6. Muehlenkamp &amp; Brausch

7. Structural equation modeling

8. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire



شکل ۱- مدل معادلات ساختاری نقش میانجی تنظیم هیجان و تصویر بدن در ارتباط بین هیجان منفی و خودآسیبی

بدن که موجب خونریزی شود ۲۳/۵٪، کوبیدن محکم سر به اجسام سخت ۲۲/۷٪، جلوگیری از بهبودی زخم ۱۸/۹٪، حک کردن کلمات بر روی بدن ۱۶/۷٪ و سوزاندن بدن با سیگار ۱۵/۵٪ بود. حالات و یا هیجانات ذکر شده در هنگام اقدام به خودآسیبی در بین گروه نمونه شامل: عصبانیت با ۵۵٪ و بعد از آن به ترتیب مصرف مواد و مستی، اشتغال فکری مربوط به مشکلات با ۱۲٪ و ۹٪، لذت بردن از درد کشیدن ۶٪ و اضطراب و استرس ۵٪، ... بودند. بیشترین سال‌های شروع اولین خودآسیبی یا به عبارتی سنینی که خطر خودآسیبی در آنها بالاست به ترتیب ۱۷، ۱۵، ۱۴ و ۱۸ سال بود.

بین همگی متغیرهای پژوهش در سطح  $(p < 0/01)$  همبستگی معنی‌دار وجود داشت و به ترتیب تصویر مثبت بدنی با خودآسیبی  $(r = -0/62)$ ، راهبردهای منفی تنظیم هیجان  $(r = -0/31)$ ، افسردگی  $(r = -0/44)$  و ناامیدی  $(r = -0/02)$  دارای

افسردگی بک بود. پرسشنامه مقیاس سرمایه‌گذاری بدن و پرسشنامه رفتار خودآسیبی گراتز به علت نداشتن نسخه فارسی آن ترجمه و بعد از تأیید متخصصان، پایایی آنها از طریق اجرا با فاصله یک هفته بر روی نمونه ۴۰ نفری سربازان عادی، آقای کروناخ ۰/۷ برای مقیاس سرمایه‌گذاری بدن و آقای کروناخ ۷۹/ برای پرسشنامه رفتار خودآسیبی گراتز به دست آمد.

## یافته‌ها

از نمونه حاضر تعداد ۹۲ نفر (۳۰/۴۶٪) دارای سابقه اعتیاد بودند همچنین ۱۵۰ شرکت کننده (۴۹/۶۷٪) دارای مدرک دیپلم، ۱ نفر فوق لیسانس و ۲۶۰ نفر (۸۶/۱٪) مجرد بودند. بیشترین روش‌های خودآسیبی به ترتیب شامل بریدن قسمتی از بدن ۳۰٪، خط کشیدن روی پوست بدن ۲۵٪، خراشیدن شدید

تصویر بدن، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و تجربه بی‌توجهی به بدن، ممکن است افراد در زمان گرفتار شدن در حالات هیجانی را بیشتر مستعد اقدام به خودآسیبی کند. همچنین مطالعات قبلی هم نشان داده‌اند که نارضایتی از بدن با خود آسیبی دارای همبستگی است [۱۵-۱۸]. بنابراین، تجربه بدنی و تنظیم هیجان جوانان و نوجوانان در طول این دوره رشد ممکن است سبب شکل‌گیری بینش خاصی برای انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه و بیماری‌زا متمرکز بر بدن شود و با مطالعه مولنکامپ و براسچ هم‌خوانی دارد.

پیشنهاد می‌شود که مقیاس رفتار خودآسیبی و مقیاس سرمایه‌گذاری بدن روی سربازان در پایان دوره آموزشی و قبل از ورود آنها به مشاغل مختلف خصوصاً حساس و نیز گروه‌های در معرض خطر خودآسیبی (نوجوانان) برای پیشگیری اجرا شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان و کسانی که ما را در این مطالعه یاری نموده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

رابطه منفی بودند. همچنین بین رفتار خودآسیبی با تنظیم هیجان منفی ( $r=0/22$ ) و نیز با افسردگی ( $r=0/33$ ) رابطه مثبت وجود داشت. میان تنظیم هیجان منفی و افسردگی نیز رابطه مثبت وجود داشت ( $r=0/14, p<0/05$ ).

با توجه به تحلیل مسیرها در مدل فوق، وزن‌های استاندارد رگرسیونی روابط غیر مستقیم نشان داد که کدام یک از متغیرها میانجی هستند (شکل ۱). ضمناً تمامی ارتباطها در سطح  $0/01$  معنی‌دار بود. شاخص‌های برازش کلی مدل، شاخص‌های مقایسه‌ای و شاخص‌های مقتصد مدل نشان دادند که مدل فرضی پژوهش با داده‌های نمونه برازش خوبی دارد و تأیید می‌شود و به ترتیب: شاخص  $GFI^1$   $0/92$ ، شاخص  $RMSEA^2$   $0/03$ ، شاخص  $CFI^3$   $0/86$ ، شاخص  $TLI^4$   $0/81$  و مقدار شاخص  $PCFI^5$  و  $PNFI^6$  به ترتیب  $0/73$  و  $0/72$  است. همچنین مقدار شاخص  $pclose$   $0/8$  است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین هیجان منفی با رفتارهای خودآسیبی بدون قصد خودکشی: با تأکید بر نقش میانجی تصویر بدن و تنظیم هیجان در سربازان بود. براساس نتایج این پژوهش معلوم شد تصویر منفی بدنی و راهبردهای منفی تنظیم هیجان بین خودآسیبی و هیجان منفی (ناامیدی و افسردگی)، نقش میانجی دارند. همان‌طور که توسط بسیاری از متخصصان بالینی و محققان (به‌عنوان مثال اورباچ<sup>۷</sup>، رز<sup>۸</sup> و همکاران؛ والش<sup>۹</sup>؛ مولنکامپ و براسچ) بیان شده بود، داده‌های حاضر از این نظریه پشتیبانی می‌کنند که ارزیابی منفی از

1. Goodness of fit index
2. Root Mean Square Error of Approximation
3. Comparative Fit Index
4. Tucker Lewis Index
5. Parsimony-adjusted Comparative Fit Index
6. Parsimony-adjusted Normed Fit Index
7. Orbach
8. Ross
9. Walsh

## References

1. Klonsky ED, Glenn CR. Resisting urges to self-injure. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2008;36(02):211-220.
2. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: a web-survey. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2011;15(1):56-67.
3. Heath NL, Toste JR, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of mental health counseling*. 2008;30(2):137-156.
4. Soltaninejad A, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi K, Azad-Fallah P, Anisi J, Rahmati Najjar Kalayi F, et al. The relationship between religious orientation and suicidal behaviors in soldiers. *Islamic lifestyle centered on health*. 2013;1(2):22-27. [Persian].
5. Muehlenkamp JJ. Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of mental health counseling*. 2006;28(2):166-185.
6. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(3):371-394.
7. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry journal*. 2013:159208.
8. Spandler H. *Who's hurting who?: Young people, self-harm and suicide*. Manchester: 42nd Street; 1996.
9. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2010;23(2):240-259.
10. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*. 2011;39(3):389-400.
11. Walsh BW. *Treating self-injury: a practical guide*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
12. Lader W. A look at the increase in body focused behaviors. *Paradigm*. 2006;11:14-18.
13. Orbach I. The role of the body experience in self-destruction. *Clinical child psychology and psychiatry*. 1996;1(4):607-619.
14. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of adolescence*. 2012;35(1):1-9.
15. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2007;161(7):641-649.
16. Orbach I, Mikulincer M. The body investment scale: construction and validation of a body experience scale. *Psychological assessment*. 1998;10(4):415-425.
17. Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *The American journal of orthopsychiatry*. 2009;79(1):83-92.
18. Borresen R, Rosenvinge JH. Body dissatisfaction and dieting in 4,952 Norwegian children aged 11-15 years: less evidence for gender and age differences. *Eating and weight disorders : EWD*. 2003;8(3):238-241.

## **Assessment of relationship between negative emotion and non-suicidal self-injury behavior: with emphasis on the mediator role of body image and emotion regulation among soldiers**

\*Hasanvand M<sup>1</sup>, Dabbaghi P<sup>2</sup>, Rabiei M<sup>3</sup>

### **Abstract**

**Background:** Given the role of factors such as negative emotion and body image in non-suicidal self-injurious behaviors, the main objective of this study was to investigate the mediator role of body image and regulation of emotion in relationship between negative emotion (depression and hopelessness) and non-suicidal self-injury among soldiers.

**Materials and methods:** The method of present study was a structural equation model. For this reason, a number of 302 soldiers were selected using random sampling method from soldiers referred to a army hospital in 2014 – 2015. The tools used in this study included Short Form of the Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, Body Investment Scale, Gouritz's Self-Injury Behavior Inventory, and cognitive emotion regulation questionnaire. The data were analyzed using statistical mediation analysis and also using SPSS Amos (version 22) software package, and finally the most graceful model was selected.

**Results:** There was a significant relationship between negative emotion and self-injury, so that negative strategies of emotion regulation and negative perceptions from body image had a role mediator between self-injury and negative emotion. Also, it was shown that self-injury has a negative relationship with the level of education and age, while it has an inverse relationship with addiction.

**Conclusion:** According to the results of present study, it can be concluded that persons with negative emotion, who have used regulation strategies of negative emotion and have more negative perception towards their bodies were more prone to self-injury.

**Keywords:** Self-Injurious Behavior, Expressed Emotion, Body Image, Soldiers

1. MSc in clinical psychology, Department of clinical psychology, Faculty of medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author) mehdi\_hasanvand71@yahoo.com

2. PhD in clinical psychology, Department of clinical psychology, Faculty of medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. PhD in psychology, Department of clinical psychology, Faculty of medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences