

رابطه نقص کنترل تکانه و خودجراحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بذر رفتاری دوران کودکی: اثر واسطه‌ای خودبی‌کفایت‌پنداری

دکتر حمید خانی‌پور^(۱)، دکتر میترا حکیم شوشتری^(۲)، دکتر احمد برجعلی^(۳)،
دکتر محمود گلزاری^(۴)، دکتر محمدرضا فلسفی‌نژاد^(۵)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه نقص کنترل تکانه و خودجراحی بدون خودکشی با اثر واسطه‌ای خودبی‌کفایت‌پنداری در نوجوانان با سابقه بذر رفتاری دوران کودکی انجام شد. **روش:** در قالب یک طرح همبستگی، ۱۶۹ نفر از نوجوانان با سابقه بذر رفتاری دوران کودکی، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد به فهرست رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی، مقیاس مشکلات تنظیم هیجانی (DERS) و مقیاس انواع خودانتقادی/خوداطمینان‌بخشی (FSCSR) پاسخ دهند. از همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا)، رگرسیون چند متغیره و تحلیل واسطه‌ای برای تحلیل آماری داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** در ۴۹ درصد شرکت‌کنندگان حداقل یک نوع رفتار خودجراحی وجود داشت و سابقه خودجراحی در دختران بیشتر از پسران بود. بین نمره کلی مشکلات تنظیم هیجانی و خودانتقادی با فراوانی خودجراحی بدون خودکشی رابطه وجود داشت. نتایج تحلیل واسطه‌ای نشان داد خودبی‌کفایت‌پنداری، در رابطه نقص کنترل تکانه و فراوانی خودجراحی بدون خودکشی، نقش واسطه‌ای دارد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد نقص کنترل تکانه، به‌عنوان نوعی آسیب‌پذیری هیجانی، و خودبی‌کفایت‌پنداری، در نقش سازوکار واسطه‌ای، پیش‌بینی‌کننده‌های خودجراحی بدون خودکشی باشند. این یافته‌ها از مدل تنظیم هیجانی و مدل آسیب‌شناسی تحولی خودجراحی بدون خودکشی حمایت می‌کنند؛ نوجوانان دچار خودجراحی دچار نقص پایدار درونی در کنترل تکانه‌ها هستند، اما علت خودجراحی‌شان بی‌زاری و تنفر از خود و مازوخسیم نیست.

کلیدواژه: خودجراحی؛ تنظیم هیجانی؛ کنترل تکانه؛ خودبی‌کفایت‌پنداری؛ بذر رفتاری دوران کودکی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۴]

مقدمه

طبقه‌بندی می‌شود. مطالعات انجام شده با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، تشخیص‌هایی مانند اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس‌آسیبی را نیز در نوجوانان بستری با شکایت خودجراحی بدون خودکشی گزارش کرده است (۲). برخی متخصصان معتقدند ویژگی‌های خودجراحی‌کنندگان به قدری با سایر طبقات تشخیصی متمایز است که بهتر است آنها را در یک طبقه تشخیصی جدید گنجانند (۳). در نوجوانی شیوع انواع رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی بالاتر از

خودجراحی بدون خودکشی^۱ (NSSI) نوعی رفتار آسیب به خود تلقی می‌شود که در آن فرد به‌صورت مستقیم به بخش‌های مختلف بدن خود آسیب می‌زند، اما انگیزه خودکشی ندارد و این رفتار جزء آیین و رسوم فرهنگی نیز به حساب نمی‌آید (۱). از نظر تشخیصی، به‌طور سنتی رفتارهای خودزنی^۲، که یکی از طبقه‌های خودجراحی بدون خودکشی است، به‌عنوان یکی از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی

(۱) دکترای روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، بزرگراه همت غرب، دهکده المپیک، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی علامه طباطبائی. دورنگار: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۵ (نویسنده مسئول) E-mail: khanipur.hamid@gmail.com؛ (۲) فوق‌تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛ (۳) دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی؛ (۴) دکترای روان‌شناسی، استادیار دانشگاه علامه طباطبائی؛ (۵) دکترای روان‌سنجی، استادیار دانشگاه علامه طباطبائی.

سایر دوره‌های سنی است. شیوع آن در این دوره سنی ۱۲-۲۰ درصد (۴) و در بزرگسالان حدود ۴-۷ درصد است (۵). نوجوانانی که سابقه بدرفتاری در دوره کودکی به صورت آزار فیزیکی، جنسی، هیجانی و غفلت داشته‌اند، در معرض خطر بالاتر خودجرمی بدون خودکشی قرار دارند. فراوانی آن در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی در مطالعات مختلف ۵۰-۶۰ درصد هم گزارش شده است (۶، ۷).

خودجرمی بدون خودکشی ممکن است در نقش رفتاری مقابله‌ای باشد که با هدف کاستن از تنش و هیجان‌های منفی انجام می‌شود و براساس مدل تنظیم هیجانی مهم‌ترین انگیزه در این رفتار تنظیم هیجان‌های ناخوشایند است (۸). مهارت‌های تنظیم هیجانی به شش خرده‌مهارت شامل پذیرش هیجان^۱، آگاهی هیجانی^۲، رفتار هدفمند^۳ در هنگام تجربه هیجانی، کنترل تکانه^۴، دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان^۵ (مهارت هیجانی) و وضوح هیجانی^۶ تقسیم‌بندی شده‌اند (۹). در چند مطالعه بر اساس الگوی شش مؤلفه‌ای مهارت‌های تنظیم هیجانی، ارتباطاتی میان برخی از این خرده‌مهارت‌ها با خودجرمی بدون خودکشی یافت شده است، با این حال هنوز اطلاعات دقیقی درباره ارتباط اختصاصی مهارت‌های تنظیم هیجانی با خودجرمی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی به دست نیامده است. در نمونه‌ای از دانشجویان، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی و محدودیت دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان (بی‌مهارتی هیجانی)، توانست خودجرمی بدون خودکشی را پیش‌بینی کند (۱۰). در مطالعه دیگری نیز روی نوجوانان بستری با تشخیص‌های مختلف روان‌پزشکی، مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده خودجرمی بدون خودکشی بی‌مهارتی تنظیم هیجانی گزارش شد (۱۱). در باب نقایص تنظیم هیجانی در خودجرمی دو نظر وجود دارد؛ ۱- این افراد به دلیل آسیب‌پذیری پایدار درونی، واکنش‌های هیجانی شدیدتری نشان می‌دهند که باعث می‌شود در نهایت به خود آسیب بزنند (۱۲). ۲- نقص مهارت‌های تنظیم هیجانی باعث آسیب به خود می‌شود (۱۳). بنابراین یکی از اهداف پژوهش حاضر، مشخص کردن رابطه اختصاصی نقایص تنظیم هیجانی با خودجرمی بدون خودکشی است.

خودانتقادی از عوامل خطر دیگری است که در خودجرمی بدون خودکشی نقش دارد. خودانتقادی به دو شکل خودبی‌کفایت‌پنداری^۷ و خودبیزاری^۸ طبقه‌بندی شده

است (۱۴). بین خودانتقادی (نوع خودبیزاری) و خودجرمی بدون خودکشی در افراد بزرگسال با تشخیص‌های روان‌پزشکی مختلف رابطه وجود دارد (۱۵). در نوجوانان دارای سابقه بدرفتاری دوران کودکی، خودانتقادی در رابطه آزار جسمی و خودجرمی بدون خودکشی نقش واسطه‌ای دارد (۱۶). به نظر می‌رسد بدرفتاری و آزارهای دوران کودکی باعث می‌شود نوجوان در حوزه‌های هیجانی، ارتباطی و ابزاری دچار خودبی‌کفایت‌پنداری شود و از خودجرمی به‌عنوان روشی جبرانی برای غلبه بر این آسیب‌پذیری خویشتن استفاده کند (۱۷). همه نوجوانانی که مشکلات تنظیم هیجانی دارند خودجرمی انجام نمی‌دهند، بنابراین عوامل دیگری در رابطه این دو متغیر نقش دارند. فرض پژوهش حاضر این است که احتمالاً یکی از این عوامل روان‌شناختی، خودانتقادی است که در رابطه نقایص تنظیم هیجانی و خودجرمی بدون خودکشی نقش واسطه‌ای دارد.

تاکنون در پژوهش‌های حوزه خودجرمی بدون خودکشی، اطلاعات توصیفی زیادی درباره شیوع، همبسته‌های روانی-اجتماعی، عوامل خطر و تشخیص‌های روان‌پزشکی این رفتار در نوجوانان به دست آمده است، اما هنوز اطلاعات درباره چهارچوب مورد توافق برای شناسایی عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده این رفتار در نوجوانان دارای سابقه بدرفتاری دوران کودکی بسیار اندک است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر، بررسی الگویی برای پیش‌بینی خودجرمی بدون خودکشی در نوجوانان، بر اساس مهارت‌های تنظیم هیجانی و خودانتقادی بود.

روش

در پژوهش حاضر، از طرح همبستگی به شیوه مقطعی استفاده شد. جامعه عبارت بود از نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوره کودکی که در مراکز شبه‌خانواده و آسیب‌بهبودی شهر ری، تهران و کرج به سر می‌بردند. بدرفتاری دوران کودکی را می‌توان در چهار طبقه رفتاری تقسیم‌بندی کرد: آزار جسمی، آزار جنسی، غفلت (آموزشی و هیجانی) و آزار هیجانی (۱۸). در نمونه پژوهش حاضر انواع تجارب مختلف بدرفتاری دوران کودکی وجود داشت. دلیل اینکه افراد با سابقه

1- acceptance of emotion 2- emotional awareness
3- goal-directed behavior 4- impulse control
5- access to emotion regulation strategies
6- emotional clarity 7- inadequate self
8- hated self

پذیرش پاسخ‌های هیجانی، نقص هدف‌گزینی، نقص کنترل تکانه، ناآگاهی هیجانی، بی‌مهارتی تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را می‌سنجند. تحلیل عاملی تأییدی ساختار شش عاملی این مقیاس را تأیید کرده است و ضریب همسانی درونی کل به شیوه آلفای کرونباخ $0/93$ به دست آمده است (۹). در مورد نسخه فارسی این مقیاس نیز ساختار شش عاملی آن تأیید شده و همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ برابر با $0/88-0/88$ و پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای $0/91-0/91$ برآورد شده است (۱۹).

مقیاس انواع خودانتقادی/ خوداطمینان بخشی^۳ (FSCSR)

(۱۴): این مقیاس از ۲۲ گویه و سه خرده‌مقیاس خودبی‌کفایت‌پنداری، خودبیزاری و خوداطمینان‌بخشی^۴ تشکیل شده است. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (اصلاً شبیه من نیست) تا چهار (کاملاً شبیه من است) نمره‌گذاری می‌شوند (۱۴). در انگلستان، در پژوهشی اینترنتی روی ۱۵۰۰ نفر، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس بررسی شد و تحلیل عاملی تأییدی، ساختار سه عاملی اصلی را تأیید کرد و ضریب آلفای کرونباخ کل $0/94$ گزارش شد (۲۰).

در پژوهش حاضر، همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای کل گویه‌ها $0/88$ برآورد شد و تحلیل عاملی، ساختار دو عاملی نشان داد: $KMO=0/909$ ، $p<0/01$ ؛ $\lambda^2=1/10$ ، $p<0/01$. نتایج تحلیل عاملی، دو عامل با ارزش ویژه بالاتر از یک را استخراج کرد که در مجموع ۵۱ درصد واریانس نمره‌ها را پیش‌بینی می‌کردند. گویه‌های یک تا پنج و ۱۱ و ۱۳ روی عامل نخست و گویه‌های شش تا هشت و ۱۴ روی عامل دوم، بار عاملی بالای $0/35$ داشتند. این دو عامل به ترتیب خودبی‌کفایت‌پنداری و خودبیزاری نام‌گذاری شدند. همین دو عامل در تحلیل‌های پژوهش حاضر در نظر گرفته شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون^۵، تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا^۶)، رگرسیون چندمتغیره^۷ و تحلیل واسطه‌ای^۸ استفاده شد. بر اساس یافته‌های نظری، مدلی برای پیش‌بینی خودجرحی بدون خودکشی بر اساس مشکلات تنظیم هیجانی و انواع خودانتقادی ارائه و در آن خودانتقادی

خودجرحی بدون خودکشی در این گروه جست‌وجو شدند، این بود که مراجعه نوجوانان با شکایت رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی به مراکز درمانی بسیار کم است و در نتیجه تنها راه برای گردآوری نمونه کافی، بررسی گروه‌های پرخطر است. برای نمونه‌گیری از روش خوشه‌ای استفاده شد؛ خوشه‌ها شامل مراکز بهزیستی مرتبط با نگهداری از نوجوانان آزاریده مناطق تهران، کرج و شهر ری بودند که از هر خوشه سه مرکز انتخاب شد. در مجموع ۱۶۹ نفر از نوجوانان ساکن در مراکز نام‌برده به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. بر این اساس از نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله دارای توانایی خواندن و نوشتن که رضایت به شرکت در پژوهش داشتند، نمونه‌گیری انجام شد. گفتنی است در مواردی که احتمال خطر خودکشی بالا بود، با مددکار و روانشناس مرکز در میان گذاشته می‌شد. نوجوانانی که در این پژوهش شرکت داشتند گروهی مختلط از نوجوانانی بودند که انواع تجربه‌های بدرفتاری را تجربه کرده بودند و به دلیل شرایط نامساعد خانوادگی در مراکز بهزیستی پذیرش شده بودند. پرسش‌نامه‌ها به صورت بی‌نام تکمیل شدند. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

فهرست رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی: انواع

رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی در مطالعات گذشته شناسایی و در یک فهرست رفتاری تنظیم شد. این فهرست شامل رفتارهای بریدن، سوزاندن، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار و چنگ کشیدن به خود بود. مراجع باید مشخص می‌کرد تا کنون هر یک از این رفتارها را به صورت آگاهانه و بدون انگیزه خودکشی انجام داده است یا خیر. مراجع باید به گویه‌ها به صورت بلی/خیر پاسخ می‌داد و در صورت تناسب، تعداد دفعات آن رفتار را نیز مشخص می‌کرد. یک گویه هم در ارتباط با سابقه اقدام به خودکشی و تعداد دفعات آن، در انتهای این فهرست قرار داده شد. این فهرست، که توسط پژوهشگران ساخته شد، برای ثبت و غربال‌گری انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی استفاده شد. روایی محتوایی آن توسط یک روان‌شناس و یک روانپزشک تأیید شد. پایایی آزمون در نمونه این پژوهش به شیوه کوردرباردسون^۱ $0/67$ محاسبه شد.

مقیاس مشکلات تنظیم هیجانی^۲ (DERS) (۹): این مقیاس از

۳۶ گویه تشکیل شده است که به صورت لیکرتی از صفر (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌ها شش حوزه مشکلات تنظیم هیجانی شامل عدم

1- Kuder-Richardson
2- Difficulties in Emotion Regulation Scale
3- Forms of Self-Criticism/Self-Reassurance Scale
4- reassured-self 5- Pearson correlation
6- multivariate analysis of variance (MANOVA)
7- multivariate regression 8- mediation analysis

متغیر واسطه‌ای در نظر گرفته شد. برای سنجش اثر واسطه‌ای هر یک از خرده‌مقیاس‌های خودانتقادی، به صورت مجزا طبق دستورالعمل بارون^۱ و کنی^۲ (۲۱) تحلیل واسطه‌ای با رگرسیون چندمتغیره انجام شد. بر اساس این روش، برای این که بتوان در رابطه دو متغیر، متغیر دیگری را به عنوان واسطه در نظر گرفت، باید سه معادله رگرسیون محاسبه شود و سه نتیجه به دست آید: ۱- بین متغیر مستقل و وابسته رابطه وجود داشته باشد؛ ۲- بین متغیر واسطه و وابسته رابطه وجود داشته باشد؛ ۳- زمانی که در قالب رگرسیون، متغیر واسطه و مستقل وارد معادله می‌شوند، مقدار ضریب رگرسیون استاندارد (B) متغیر مستقل با متغیر وابسته یا به طور کامل از بین برود یا از مقدار آن کم شود (۲۱).

یافته‌ها

از میان ۱۶۹ نوجوان شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۱۶ (۶۹ درصد) نفر دختر و ۵۲ نفر (۳۱ درصد) پسر بودند. تحصیلات ۷۶ نفر، راهنمایی؛ ۵۶ نفر، اول دبیرستان؛ ۳۳ نفر، دوم دبیرستان و ۳ نفر دیپلم بود. هشتاد و دو نفر (۴۹ درصد) از شرکت‌کنندگان سابقه یکی از انواع رفتارهای خودجرعی بدون خودکشی را داشتند و در بیشتر موارد سابقه بیش از یک نوع روش خودجرعی وجود داشت. درصد فراوانی انواع روش‌های خودجرعی بدون خودکشی به این صورت بود: ۴۹ درصد بریدن بخش‌هایی از بدن، ۱۹ درصد سوزاندن، ۳۹ درصد کتک زدن خود، ۳۵ درصد کوبیدن سر به دیوار، ۲۲ درصد چنگ کشیدن و ۳۲ درصد کندن زخم‌های پوستی. رایج‌ترین روش خودجرعی بدون خودکشی، بریدن بخش‌هایی از بدن بود ($\chi^2=6/11$ ، $p<0/001$). از کل نوجوانانی که سابقه خودجرعی داشتند، ۴۹ نفر دختر و ۳۳ نفر پسر بودند و ارتباط معنی‌داری میان جنسیت و سابقه رفتار خودجرعی وجود داشت (۱۹۶/۰=ضریب توافق، $p=0/011$). سابقه اقدام به خودکشی در ۱۶ نفر (۱۰ درصد) بدون خودجرعی بدون خودکشی و در ۵۲ نفر (۳۱ درصد) با خودجرعی بدون خودکشی وجود داشت. از میان ۸۲ نفری که سابقه یک نوع رفتار خودجرعی بدون خودکشی را گزارش کرده بودند، در ۲۲ نفر (۱۳ درصد) فقط یک بار، در ۱۲ نفر (۷ درصد) ۲-۴ بار، در ۱۵ نفر (۹ درصد) ۴-۶ بار، در شش نفر (۴ درصد) بیش از ده بار و در ۱۸ نفر (۱۱ درصد)

به صورت مزمن و به دفعات بسیار بالا این رفتارها انجام شده بود. برای مقایسه دو گروه با و بدون سابقه خودجرعی بدون خودکشی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) استفاده شد. بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای وابسته با آزمون باکس^۳ نشان داد، این پیش‌فرض نقض شده است ($F=1/45$ ، $p=0/037$). در چنین مواردی از میان شاخص‌های چهارگانه F توصیه شده است اثر پیلایی^۴ گزارش شود که نسبت به تخطی پیش‌فرض‌ها مقاوم است. نتایج نشانگر تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود (۳۱۳/۰=اثر پیلایی، $F=7/91$ ، $p<0/001$). مقایسه گروهی با تحلیل واریانس (آنوای) نشان داد از لحاظ متغیرهای عدم پذیرش پاسخ هیجانی ($F=14/60$ ، $p=0/001$)، مشکل در هدف‌گزینی ($F=10/10$ ، $p=0/002$)، نقص کنترل تکانه ($F=21/50$ ، $P=0/001$)، بی‌مهارتی تنظیم هیجانی ($F=17/59$ ، $p=0/001$)، خودبی‌کفایت‌پنداری ($F=24/64$ ، $p=0/001$) و خودبیزاری ($F=8/70$ ، $p=0/004$)، نمرات گروه با خودجرعی بدون خودکشی از گروه بدون خودجرعی بدون خودکشی به صورت معنی‌دار بیشتر بود. میانگین و انحراف معیار متغیرها در جدول ۱ نشان داده شده است.

برای بررسی مدل پیش‌بینی خودجرعی بدون خودکشی و تحلیل واسطه‌ای، ابتدا همبستگی پیرسون خرده‌مقیاس‌های مشکلات تنظیم هیجانی با فراوانی خودجرعی بدون خودکشی بررسی شد. نتایج نشان داد همه خرده‌مقیاس‌های مشکلات تنظیم هیجانی به جز ناآگاهی هیجانی با فراوانی خودجرعی بدون خودکشی همبستگی داشتند ($p<0/001$)؛ اما زمانی که متغیر نقص کنترل تکانه در همبستگی کنترل و همبستگی‌های تفکیکی محاسبه شد، همه همبستگی‌های قبلی در سطح $p<0/001$ غیرمعنی‌دار شدند (جدول ۲). همچنین زمانی که همبستگی تفکیکی بین انواع خودانتقادی با خودجرعی بدون خودکشی در شرایط کنترل خودبی‌کفایت‌پنداری محاسبه شد، همبستگی خودبیزاری با خودجرعی بدون خودکشی غیرمعنی‌دار شد؛ همبستگی پیرسون میان خودبیزاری و خودجرعی بدون خودکشی در حالت عادی (۳۱۷/۰) $p<0/001$ بود که با کنترل خودبی‌کفایت‌پنداری به ۰/۰۰۲- کاهش یافت.

1- Baron
2- Kenny
3- Box test
4- Pillai's trace
5- Analysis of Variance (ANOVA)

جدول ۱- میانگین (و انحراف معیار) مقیاس مشکلات تنظیم هیجانی و مقیاس انواع خودانتقادی/ خوداطمینان بخشی (دو خرده‌مقیاس خودبسی کفایت‌پنداری و خودبیزاری)

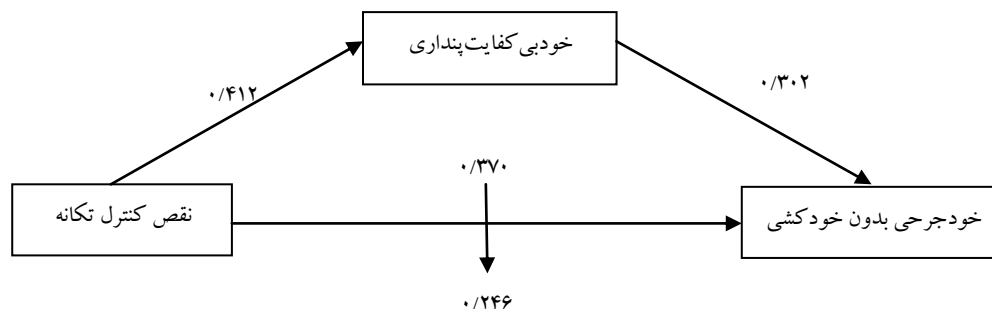
گروه بدون خودجرحی بدون خودکشی	گروه با خودجرحی بدون خودکشی	
(۴/۹) ۷/۱	(۵/۵۲) ۱۰/۲	عدم پذیرش پاسخ هیجانی
(۴/۵۷) ۸/۵	(۴/۳) ۱۰/۷	نقص هدف‌گزینی
(۵/۳۲) ۹/۴	(۵/۶) ۱۳/۴	نقص کنترل تکانه
(۳/۸) ۱۷/۴	(۴/۱) ۱۶/۴	ناآگاهی هیجانی
(۷/۰۳) ۱۲/۱	(۶/۲) ۱۶/۴	بی‌مهارتی تنظیم هیجانی
(۴/۰۵) ۸/۱۸	(۳/۲) ۹/۳	عدم وضوح هیجانی
(۶/۶) ۹/۵	(۸/۳) ۱۵/۴	خودبسی کفایت‌پنداری
(۳/۹) ۴/۱۷	(۴/۳۲) ۶/۰۶	خودبیزاری

جدول ۲- ضرایب همبستگی تفکیکی خرده‌مقیاس‌های مشکلات تنظیم هیجانی با فراوانی خودجرحی بدون خودکشی در شرایط کنترل نقص کنترل تکانه

بی‌مهارتی هیجانی	ابهام هیجانی	عدم پذیرش هیجانی	نقص هدف‌گزینی	ناآگاهی هیجانی	
۰/۰۶۲	۰/۱۶۱	۰/۱۷۵	۰/۰۶۷	-۰/۱۱۹	فراوانی خودجرحی بدون خودکشی
۰/۴۲۸	۰/۰۶۹	۰/۰۲۵	۰/۳۹۳	۰/۱۲۷	سطح معنی‌داری

معنی‌داری این تغییرات در ضریب رگرسیون نشانگر معنی‌داری تغییرات بود ($p=0/009$, $Z=3/32$) (شکل ۱). شاخص‌های رگرسیون چندگانه رابطه متغیرهای نقص کنترل تکانه و خودبسی کفایت‌پنداری با فراوانی خودجرحی بدون خودکشی در جدول ۳ آمده است. بر اساس این یافته‌ها، نقص کنترل تکانه هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق متغیر خودبسی کفایت‌پنداری، فراوانی و شدت خودجرحی بدون خودکشی را پیش‌بینی می‌کند.

بر اساس این الگوی همبستگی، مدلی با متغیرهای نقص کنترل تکانه و خودبسی کفایت‌پنداری، برای پیش‌بینی فراوانی رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی ارائه شد. در سنجش نقش واسطه‌ای متغیر خودبسی کفایت‌پنداری، در رابطه نقص کنترل تکانه و خودجرحی بدون خودکشی به روش بارون و کنی، نتایج نشان داد متغیر خودبسی کفایت‌پنداری در رابطه نقص کنترل تکانه و فراوانی خودجرحی بدون خودکشی نقش واسطه‌ای دارد؛ زیرا مقدار آماره B در مدل (۱) از $0/37$ به $0/24$ کاهش یافت. همچنین آزمون سوبل^۱ برای بررسی



شکل ۱- ضرایب استاندارد روابط مستقیم و غیرمستقیم نقص کنترل تکانه و خودبسی کفایت‌پنداری با خودجرحی بدون خودکشی

جدول ۳- ضرایب رگرسیون رابطه نقص کنترل تکانه با فراوانی خودجرحی بدون خودکشی: نقش واسطه‌ای خودبی‌کفایت‌پنداری

متغیر	R	R2	B	Beta	T	سطح معناداری
گام ۱: نقص کنترل تکانه	۰/۳۷	۰/۱۴۲	۰/۱۱۹	۰/۳۷۶	۵/۲۳	۰/۰۰۱
گام ۲: نقص کنترل تکانه	۰/۲۴	۰/۵۴	۰/۰۷۸	۰/۲۴۶	۳/۲۴	۰/۰۰۱
خودبی‌کفایت‌پنداری	۰/۴۰۴	۰/۱۶۳	۰/۰۶۹	۰/۳۰۲	۳/۹۷	۰/۰۰۱

بحث

شیوع خودجرحی بدون خودکشی در دوره نوجوانی افزایش می‌یابد. مدل‌های متعددی برای تبیین این پدیده ارائه شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل خطر خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدررفتاری دوران کودکی براساس مدل‌های تنظیم هیجانی (۸) و آسیب‌شناسی تحولی خودآسیب‌رسانی (۱۷) بود. یافته‌ها نشان داد تقریباً در ۵۰ درصد نوجوانان با سابقه بدررفتاری دوران کودکی، حداقل یک بار سابقه انجام یکی از انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی وجود دارد. در بررسی دیگری در ایران روی دختران دبیرستانی، شیوع طول عمر خودزنی (بریدن بخش‌هایی از بدن با تیغ) ۱۲ درصد گزارش شد (۲۲). این تفاوت در میزان شیوع بین دو گروه ممکن است به علت تأثیر سابقه بدررفتاری در دوران کودکی باشد. شیوع این رفتار در نوجوانان با سابقه بدررفتاری اعم از آزار جسمی، آزار جنسی، غفلت و آزار هیجانی در سایر کشورها نیز خیلی زیاد است. در مطالعه‌ای در آمریکا شیوع انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدررفتاری دوران کودکی ۶۸ درصد بود (۲۳). مدل‌های علت‌شناسی با رویکرد تحولی، تجارب ناگوار، ضربه‌های روانی دوران کودکی و محیط خانوادگی بی‌اعتبارسازی^۱ را عامل زمینه‌ساز این رفتار در نوجوانی می‌دانند (۱۷). یافته پژوهش حاضر نشان داد فراوانی خودجرحی در دختران بیشتر از پسران بود. این یافته نیز با پژوهش‌هایی همخوان است که نشان داده‌اند دختران به میزان بیشتر و با دفعات بیشتر از خودجرحی بدون خودکشی، به عنوان یک روش مقابله‌ای استفاده می‌کنند (۴، ۲۴). شایع‌ترین روش خودجرحی بدون خودکشی نیز بریدن بخش‌هایی از بدن بود که در مطالعات نمونه خارجی نیز همین نتیجه تکرار شده است (۲۵). همراهی اقدام به خودکشی و خودجرحی بدون خودکشی ۳۰ درصد بود. در مطالعات پیشین همراهی این دو رفتار با یکدیگر در نمونه نوجوانان بستری و افراد ۱۸-۲۵ ساله جمعیت عادی به ترتیب ۵۰ و ۷۰

درصد گزارش (۲، ۲۶) و خودجرحی بدون خودکشی در مطالعات طولی به عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی شناسایی شده است (۲۷). همراهی خودجرحی و سابقه اقدام به خودکشی را می‌توان براساس مدل میان‌فردی خودکشی (۲۸) تبیین کرد. بر اساس این مدل، افرادی که بیشتر با محرک‌ها و نشانه‌های مرگ‌آفرین مانند خون، درد و آسیب بدنی مواجه می‌شوند، به احتمال بیشتری مستعد آن هستند که افکار خودکشی را به اقدام به خودکشی تبدیل کنند و به عبارتی جرأت آسیب به خود در آنها بیشتر می‌شود. به همین صورت نوجوانانی که در طول زمان، خودجرحی را ادامه می‌دهند، از طریق تکرار خودجرحی در طول زمان، قابلیت فیزیکی و روانی کشتن خود را اکتساب می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد به صورت کلی مشکلات تنظیم هیجانی در نوجوانان با خودجرحی بدون خودکشی بیشتر از گروه بدون خودجرحی بدون خودکشی است. مقایسه بین گروهی از لحاظ مهارت‌های تنظیم هیجانی به صورت اختصاصی نشان داد بین نوجوانان با و بدون سابقه خودجرحی بدون خودکشی در حوزه‌های نقص کنترل تکانه، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، بی‌مهارتی تنظیم هیجانی و نقص هدف‌گزینی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ اما مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده و همبسته خودجرحی بدون خودکشی در پژوهش حاضر نقص کنترل تکانه بود. این یافته از مدل‌های علت‌شناسی خودجرحی بدون خودکشی، که علت این رفتار را نقایص تنظیم هیجانی می‌دانند (۸)، حمایت می‌کند؛ اما با مطالعاتی که مهم‌ترین حوزه نقص هیجانی را بی‌مهارتی تنظیم هیجانی یا دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی گزارش کرده‌اند، در تضاد است (۱۰، ۱۱). این یافته متناقض ممکن است به دلیل تفاوت در نمونه‌ها باشد؛ در مطالعات یادشده (۱۰، ۱۱) از گروه نوجوانان در موقعیت بستری استفاده شده بود، ولی نمونه پژوهش حاضر بستری نبودند. نکته‌ای که در تبیین یافته

بود. براساس مقایسه این دو مطالعه حداقل می توان بیان کرد آن گونه که معمولاً تصور می شود علت خودجرمی بدون خودکشی در نوجوانان، میل به تنبیه شدن، مازوخیسم و از این دست انگیزه های خودتنبیه گرانه^۱ نیست و در واقع الگوی قالب خودانتقادی نوجوانان، ماهیت خودبی کفایت پنداری دارد. این یافته درباره نقش خودبی کفایت پنداری در خودجرمی، تأییدی است تجربی بر مدل آسیب شناسی تحولی خودآسیب رسانی که عامل اصلی پدیدایی خودآسیب رسانی را، آسیب به حس شایستگی^۲ نوجوان در زمینه های هیجانی، ارتباطی و زبانی می داند (۱۷).

یافته های تحلیل واسطه ای نشان داد بخشی از رابطه نقص کنترل تکانه و خودجرمی بدون خودکشی احتمالاً به دلیل اثر واسطه ای خودبی کفایت پنداری است. به بیان دیگر بی کفایت دانستن خویش، سازوکاری است که می تواند مشکلات کنترل تکانه و خودجرمی بدون خودکشی را مرتبط سازد. نقص کنترل تکانه ممکن است به صورت یک عامل زمینه ساز آسیب پذیری سرشتی در انجام رفتارهایی مانند خودجرمی بدون خودکشی به حساب آید؛ اما همه نوجوانانی که نقص کنترل تکانه دارند، خودجرمی نمی کنند و عوامل درون روانی مانند بی کفایت شمردن خویش در شروع و تداوم خودجرمی نقش دارد. پیش از این در دو مطالعه نقش واسطه ای خودانتقادی و متهم کردن خویش به عنوان عامل واسطه ای، در ارتباط بین آزاردیدگی دوران کودکی و خودجرمی گزارش شده بود (۱۶، ۳۱). مطالعه حاضر نشان داد یکی از انواع خودانتقادی، یعنی خودبی کفایت پنداری در رابطه میان مشکلات کنترل تکانه و خودجرمی، نقش واسطه ای دارد. احتمالاً نوجوانانی که مشکلات کنترل تکانه دارند، ولی باورهای ناکارآمدانگاری خویش ندارند، به جای آسیب به خود، به دیگران آسیب می زنند و رفتارهای پرخاشگرانه و مشکلات سلوک بیشتری دارند. بنابراین خودناکارآمدانگاری که نوعی خودانتقادی است، ممکن است سازوکار مرتبط کننده مشکلات کنترل تکانه و انجام رفتارهای خودجرمی باشد. از لحاظ بالینی، این یافته ها نشان می دهد آموزش مهارت های پذیرش خویش، توسعه شفقت درونی با خویش و توانایی پاسخ دهی سازگارانه به افکار منفی مرتبط با خودبی کفایت پنداری ممکن است در کمک به نوجوانانی که رفتارهای خودجرمی دارند، مفید باشد.

پژوهش حاضر می توان به آن اشاره کرد، این که نوجوانان با رفتار خودجرمی بدون خودکشی از روش های تنظیم هیجانی مختلف آگاهی دارند؛ ولی به دلیل نقص کنترل تکانه، توانایی استفاده از این راهبردها را ندارند. بر این اساس، یافته پژوهش حاضر از مدل هایی حمایت می کند که نقص تنظیم هیجانی افراد خودجرمی کننده را به دلیل آمادگی های پایدار درونی می داند که موجب واکنش های هیجانی شدید می شود (۱۲).

به نظر می رسد خودجرمی بدون خودکشی برجسته ترین شکل عدم کنترل رفتار در زمان تجربه هیجان های منفی است و ارتباط میان نقص کنترل تکانه با فراوانی خودجرمی بدون خودکشی، از این نظر، منطقی تر به نظر می رسد. یافته های پیشین نیز نقش مشکلات کنترل تکانه را در افراد با خودجرمی بدون خودکشی تأیید می کنند؛ افراد با سابقه خودجرمی در مقایسه با گروه کنترل در زمان تجربه هیجان های منفی تصمیم های عجولانه تری می گیرند، توانایی برنامه ریزی رفتاری شان ضعیف تر است و سطح هیجان خواهی بالاتری دارند (۲۹) که نقص کنترل تکانه را تأیید می کند. از سوی دیگر خودجرمی بدون خودکشی در طبقه بندی های گذشته، جزء طبقه اختلالات کنترل تکانه دسته بندی شده بود (۳) و پژوهش هایی که روی دختران با سابقه خودجرمی آگاهانه و تکرار شونده انجام گرفته است، از این تشخیص حمایت می کند (۳۰). البته ممکن است تفاوت های فرهنگی نیز در تفاوت یافته ها نقش داشته باشد؛ برای مثال احتمال دارد نوجوانان مورد بررسی در نمونه آمریکایی (۱۰، ۱۱) نسبت به روش های تنظیم هیجانی، آگاهی بیشتری داشته باشند؛ اما نوجوانان ایرانی صرفاً نسبت به جنبه های رفتاری نقایص تنظیم هیجانی مانند نقص کنترل تکانه آگاه باشند. روشن شدن این امر، نیازمند مطالعات میان فرهنگی است.

یافته دیگر نشان داد از نظر انواع خودانتقادی (خودبی کفایت پنداری و خودبیزاری) بین دو گروه با و بدون خودجرمی بدون خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد و خودبی کفایت پنداری، پیش بینی کننده فراوانی خودجرمی بدون خودکشی است. از یک سو این یافته ها با یافته های نمونه بزرگسالان خودآسیب رسان همخوان است (۱۵) که در آنها نیز خودانتقادی پیش بینی کننده خودجرمی بود. البته در بزرگسالان، الگوی قالب خودانتقادی که با خودجرمی رابطه داشت، بیزاری از خود و تنفر از خود بود؛ ولی در مورد نوجوانان، در پژوهش حاضر، از نوع خودبی کفایت پنداری

[این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکترای نویسنده اول است].
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Klonsk ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rew.* 2007; 27(1):226-39.
2. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2007; 144(1):65-72
3. Muehlenkamp J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry.* 2005; 75(2):324-33.
4. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc.* 2002; 31(1):67-77.
5. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographic, topography and functions. *Psychol Med.* 2011; 41(9): 1981-6.
6. Wright J, Friedrich W, Cinq-Mars C, Cyr M, McDuff P. Self-destructive delinquent behaviors of adolescent female victims of child sexual abuse: Rates and covariates clinical and nonclinical samples. *Violence Vict.* 2004; 19(6):627-43.
7. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013; 30(2-3):265-72.
8. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006; 44(3):371-39.
9. 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 Psychopathol Behav Assess.* 2004; 26 (1):41-54.
10. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cogn Behav Ther.* 2008; 37(1):14-25.

پژوهش حاضر نشان داد نقص کنترل تکانه و خودانتقادی از نوع خودببی کفایت پنداری، پیش‌بینی کننده فراوانی خودجرحی بدون خودکشی هستند. از آن جا که مشکلات کنترل تکانه در سایر طبقات تشخیصی کودکان و نوجوانان مانند اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلالات خلقی هم وجود دارد (۱۸)، می‌توان آن را یک بعد زیربنایی آسیب‌شناسی در اختلال‌های رفتاری نوجوانان به حساب آورد که در خودجرحی بدون خودکشی نیز نقش دارد. نتایج مطالعه روی دانشجویان نیز نشان داده است نقص کنترل تکانه، به صورت یک عامل فراتشخیصی، هم با نشانه‌های اختلال‌های درونی‌سازی، مانند اضطراب و افسردگی، و هم با نشانه‌های برونی‌سازی، مانند پرخاشگری و اختلال شخصیت مرزی رابطه دارد (۳۲). احتمالاً عامل متفاوت بودن اختلال‌ها، برداشت از خویشتن و شیوه ارتباط با خویشتن است. براساس نتایج پژوهش حاضر، خودانتقادی به شکل خودببی کفایت‌انگاری، سازوکاری است که به صورت اختصاصی عامل تبدیل مشکلات کنترل تکانه به رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی است. با این حال چون وضعیت خودانتقادی نوجوانانی که خودجرحی کرده‌اند با سایر گروه‌های بالینی نوجوانان مقایسه نشده است، به صورت قطعی نمی‌توان گفت علت خودجرحی، وجود خودانتقادی افزون بر عدم کنترل تکانه است. این فرضیه‌ای است که پژوهش‌های آینده می‌تواند آن را آزمون کنند.

استفاده از روش‌های خودگزارش‌دهی برای گردآوری اطلاعات، در اختیار نداشتن گروه کنترل از نوجوانان عادی، بیشتر بودن تعداد دختران نسبت به پسران، عدم سنجش کمی سابقه آزار و بدرفتاری دوران کودکی، ناهمگن بودن گروه از نظر نوع تجربه‌های بدرفتاری دوران کودکی و حجم ناکافی نمونه از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود مشابه پژوهش حاضر در نمونه جمعیت عمومی نوجوانان ایرانی نیز اجرا شود و با روش‌های غیرپرسشنامه‌ای، مانند آزمون‌های سوگیری توجه و شاخص‌های فیزیولوژیک سنجش تکانشوری و تنظیم هیجانی، رابطه نقص کنترل تکانه و خودببی کفایت‌پنداری با خودجرحی بدون خودکشی بررسی شود.

سپاسگزاری

سپاس از نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، که گوشه‌ای از رنج‌هایشان را تقدیم درخت دانش کردند.

11. Perez J, Venta A, Garnaat S, Sharp C. The difficulties in emotion regulation scale: factor structure and association with non suicidal self-injury in adolescent inpatients. *J Psychopathol Behav Assess*. 2012; 34(3): 393-404.
12. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving defects among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(1):28-38.
13. Mckenzie K, Gross JJ. Nonsuicidal self-injury: An emotion regulation perspective. *Psychopathology*. 2013; 47(4):1-13.
14. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JN, & Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol*. 2004; 43(1):31-50.
15. Gilbert P, Mcewan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, et al. Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *Br J Clin Psychol*. 2010; 49(4):563-76.
16. Glassman LH, Weierich MR, Hooley J, Deliberto T, Nock M. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating Role of self-criticism. *Behav Res Ther*. 2007; 45(10):2483-90
17. Yates T. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*. 2003; 24(1):35-74.
18. Wolf D, Mash E. Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment. New York: Willy Press; 2009.
19. Khanzadeh M, Saidiyan M, Hossainchari M, Edrisi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *J Behav Sci*. 2012; 6(1):87-96. [Persian].
20. Kupeli N, Chilcot J, Schmidt UH, Campbell IC, Troop NA. A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/ self-reassurance scale. *Br J Clin Psychol*. 2012; 52(1):12-25.
21. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*. 1986; 51(6):1173-82.
22. Peyvastegar M. Prevalence of deliberate self-harm and correlation with alones and attachment style in female students. *Q J Psychol Stu*. 2013; 9(3):29-51. [Persian]
23. Weierich MR, Nock MK. Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(1):39-44
24. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert J, Muehlenkamp J. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*. 2009; 39(9):1549-85.
25. Klonsky ED, Muehlenkamp J. Non-suicidal self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007; 63(11):1045-6
26. Klonsky ED, Olini TM. Identifying clinically subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(1):22-7.
27. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wgner KD, et al. Suicide attempts and non suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc*. 2011; 50(8):772-81.
28. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005
29. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42(4):1° 12.
30. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psych Scand*. 1989; 79(3):282-9.
31. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl*. 2012; 36(7):572-84.
32. Johnson SL, Carver S, Joormann J. Impulsive responses to emotion as a transdiagnostic vulnerability to internalizing and externalizing symptoms. *J Affect Disord*. 2013; 150(3):872-8.

Original Article

Relationship between Impulse Control Difficulties and Non-Suicidal Self-Injury
in Adolescents with Childhood Maltreatment History:
Mediating Role of Self-Inadequacy

Abstract

Objectives: The aim of this study was to examine the relationship between impulse control difficulties and non-suicidal self-injury (NSSI) with mediating role of self-inadequacy in adolescents with childhood maltreatment history.

Method: In a correlation design, 169 adolescents with childhood maltreatment history were selected using cluster sampling. Participants were asked to complete Non-suicidal self- Injury checklist, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and Self-Criticism/Self-Reassurance Scale (FSCSR). Data were analyzed using Pearson correlation, multivariate analysis of variance (MANOVA), multivariate regression and mediation analysis. **Results:** The history of NSSI was present in 49% of participants, while the history of NSSI in girls was higher than boys. There was a significant relationship between overall score of emotion regulation difficulties and self-criticism with frequency of NSSI. Mediation analysis showed that self-inadequacy has a mediating role in relationship between impulse control difficulties and NSSI.

Conclusion: It seems impulse control difficulties as an emotional vulnerability factor and self-inadequacy as a mediating mechanism are predictors of NSSI. These findings support emotion regulation model and developmental pathology of NSSI. The adolescents following self-injury suffer from stable inner impulse control disorder, although their reasons for self-injury are not because of repulsion, self-disgust and masochism.

Key words: *Self-injury; Emotion-regulation; Impulse control; self-inadequacy; childhood misbehavior*

[Received: 3 September 2013; Accepted: 13 April 2014]

Hamid Khanipour*, Mitra Hakim-Shooshtari ^a, Ahmad Borjali ^b, Mahmoud Golzari ^b, Mohamadreza Falsafinejad ^b

* Corresponding author: Allame- Tabatabaee University, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-22180045

E-mail: khanipur.hamid@gmail.com

^a Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Allame- Tabatabaee University, Tehran, Iran.