



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.22075/cprpi.2026.38453.3257)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



Semnan University

Path Analysis of the Relationships Between Coping Strategies, Childhood Trauma With Self-Injurious in Adolescents: Exploring the Mediating Role of Repetitive Negative Thinking

Faezeh Ebrahimi Sadr¹ and Zahra Abbasi^{2*}

1. PhD Student in clinical psychology, Department of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
E-mail: faezeh.ebsadr76@gmail.com

2- PhD Student in Psychology, Department of Literature and Humanities, University of Urmia, Urmia, Iran.
E-mail: abbasi.zahra2705@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 26 July 2025
Received in revised
form: 19 December 2025
Accepted: 25 April 2026
**Published Online: 23
September 2025**

Keywords:

Coping strategies for
stress,
Childhood trauma,
Self-injurious
behavior,
Repetitive negative
thinking .

ABSTRACT

Background: This study aimed to examine the path relationships between coping strategies for stress and childhood trauma experiences with self-injurious behavior, while investigating the mediating role of repetitive negative thinking in adolescents.

Methods: The present study employed a descriptive-correlational design. The statistical population consisted of all students from Meraj Girls' High School and Shahid Motahari Boys' High School in Tabriz. The sample comprised 280 students (190 girls and 90 boys) selected through random cluster sampling. Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), the short form of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-SF; Endler & Parker, 1990), the Self-Harm Inventory (SHI; Sansone et al., 1998), and the Repetitive Thinking Questionnaire (RTQ; McEvoy et al., 2010). Data were analyzed using correlation matrices and path analysis with SPSS-27 and AMOS-24 software.

Findings: The findings indicated that higher levels of childhood trauma experience were associated with increased repetitive negative thinking and a greater likelihood of self-injurious behavior. Although maladaptive coping strategies intensified repetitive negative thinking, greater use of adaptive coping strategies was linked to reduced levels of repetitive negative thinking and lower occurrence of self-injurious behavior ($P < 0.05$). However, the mediating pathway of repetitive negative thinking in the relationships between childhood trauma experience and coping strategies with self-injurious behavior among adolescents was not significant ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the obtained results, it can be concluded that childhood trauma experiences and coping strategies may exert detrimental effects on cognitive-behavioral patterns during adolescence. Therefore, mental health professionals and health policymakers are recommended to design early interventions and provide training in effective coping skills in order to mitigate the long-term consequences of these maladaptive patterns.

Citation: Ebrahimi Sadr, F., & Abbasi, Z. (2026). Path Analysis of the Relationships Between Coping Strategies, Childhood Trauma With Self-Injurious in Adolescents: Exploring the Mediating Role of Repetitive Negative Thinking. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 18(4), 1-19.

DOI: [10.22075/cprpi.2026.38453.3257](https://doi.org/10.22075/cprpi.2026.38453.3257)

© 2026 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers



✉ **Corresponding Author:** PhD Student in Psychology, Department of Literature and Humanities, University of Urmia, Urmia, Iran.

E-mail: abbasi.zahra2705@gmail.com, Tel: +98 9104572705

Extended Abstract

Introduction:

Deficits in emotion regulation processes, particularly the inability to accept negative emotions and a pronounced tendency toward impulsive reactions under stressful conditions, constitute significant contributors to the onset and persistence of self-injurious behaviors. Self-injurious behavior refers to the deliberate infliction of physical pain employed as a maladaptive strategy to alleviate intense psychological distress. Prolonged or repeated exposure to stressful conditions may exert progressively detrimental effects on a child's psychological development and mental health. Childhood trauma encompasses a range of recurrent negative experiences that deviate substantially from expected developmental environments. Such traumatic experiences are consistently associated with heightened stress reactivity and increased expression of negative emotions. Adolescence represents a critical developmental period for cognitive and emotional maturation, during which cumulative exposure to stressors frequently leads to the accumulation of unresolved negative emotions. In the absence of effective coping strategies, these emotions may manifest as self-injurious behaviors. Self-injurious thoughts commonly serve as immediate precursors to overt self-injurious acts. A key transdiagnostic process implicated in the onset and maintenance of emotional disorders is repetitive negative thinking, which typically occurs involuntarily, is experienced as uncontrollable, and recurs frequently. These repetitive cognitive patterns may generate feelings of helplessness and hopelessness, thereby precipitating self-injurious ideation.

Consequently, a maladaptive cognitive-emotional cycle, interacting with childhood trauma and reliance on ineffective coping strategies, may drive individuals toward extreme regulatory behaviors such as self-injury as a means of emotion regulation.

Method

The present study employed a descriptive-correlational design. The target population consisted of all students from Meraj Girls' High School and Shahid Motahari Boys' High School in Tabriz, Iran. A sample of 280 students (190 girls and 90 boys) was selected through random cluster sampling. Researchers visited the schools after obtaining the necessary permissions and randomly selected several classes. Standardized questionnaires were distributed and completed during designated class periods. Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), the Coping Inventory for Stressful Situations–Short Form (CISS-SF; Endler & Parker, 1990), the Self-Harm Inventory (SHI; Sansone et al., 1998), and the Repetitive Thinking Questionnaire (RTQ; McEvoy et al., 2010). Sampling occurred between April and June 2025. Inclusion criteria required participants to be aged 14–18 years, while exclusion criteria included being outside this age range or providing incomplete or uniform responses to the questionnaires. Based on the study design, estimated population size, and an anticipated dropout rate of %10–25, the initial sample size was determined as 300 using Morgan's table; twenty questionnaires were subsequently excluded from the final analysis. Results were reported in two sections: descriptive statistics (means, frequencies, percentages,

skewness, and kurtosis) and inferential statistics (Pearson correlations and path analysis). Data were analyzed using SPSS-27 and AMOS-24 software.

Results

Participants included 190 girls (%67.9) and 90 boys (%32.1), with a mean age of 15.50 years. The highest mean scores were observed for emotion-oriented coping, distraction, worry, and emotional neglect. Normality assumptions were confirmed, as skewness and kurtosis values fell within the ± 2 range. Correlation matrix results indicated that higher levels of childhood trauma were associated with increased use of emotion-oriented coping, elevated self-injurious behavior, and greater repetitive negative thinking during adolescence. Additionally, emotion-oriented and avoidance-oriented coping strategies were positively correlated with repetitive

negative thinking. Self-injurious behavior was positively associated with repetitive negative thinking, whereas task-oriented (problem-focused) coping was negatively associated with self-injurious behavior. Path coefficients revealed that emotion-oriented and avoidance-oriented coping strategies, as well as childhood trauma, exerted direct positive effects on repetitive negative thinking, while task-oriented coping exerted a direct negative effect. Furthermore, childhood trauma had a direct positive effect, and task-oriented coping a direct negative effect, on self-injurious behavior. The mediating role of repetitive negative thinking in the relationships between coping strategies, childhood trauma, and self-injurious behavior was examined using the bootstrap test.

Table 4. Bootstrap test examining the mediating role of repetitive negative thinking in the relationships between stress-related coping strategies, childhood trauma, and self-injurious behavior

Indirect Path	Indirect Effect	Lower Bound	Upper Bound	P-value
Problem-focused coping → Repetitive negative thinking → Self-injurious behavior	0.02	-0.04	0.12	0.43
Avoidant coping → Repetitive negative thinking → Self-injurious behavior	-0.01	-0.07	0.02	0.40
Emotion-focused coping → Repetitive negative thinking → Self-injurious behavior	-0.04	-0.18	0.07	0.43
Childhood trauma → Repetitive negative thinking → Self-injurious behavior	0.00	-0.00	0.01	0.40

The bootstrap test results indicated that the mediating role of repetitive negative thinking in the relationships between childhood trauma, coping strategies, and self-injurious behavior was not statistically significant. Model fit indices showed excellent values for CFI, IFI, and NFI, while GFI, TLI, and RFI were acceptable. Additionally, CMIN/DF (2.23) and RMSEA (0.04) values fell below the recommended thresholds, indicating good

overall model fit. The R^2 values indicated that the predictor variables explained %68 of the variance in repetitive negative thinking and approximately %40 of the variance in self-injurious behavior through childhood trauma, stress-related coping strategies, and repetitive negative thinking.

Discussion and Conclusion

Due to their limited psychological development, children are particularly vulnerable to negative experiences and

often reprocess these experiences repetitively, leading to the accumulation of negative emotions and an increased psychological burden. Childhood trauma, frequently perpetrated by parents or caregivers, undermines a child's sense of safety and belonging. Such individuals may later resort to self-injurious behaviors to alleviate psychological distress and escape negative emotions. Maladaptive cognitive patterns, such as rumination and excessive focus on negative emotions, can reinforce self-injurious behaviors. Individuals who struggle to accept negative emotions are more likely to employ avoidance-oriented and emotion-oriented coping strategies, thereby increasing the likelihood of engaging in self-injurious behaviors for self-soothing. Repetitive negative thinking perpetuates or exacerbates symptoms, hindering active coping and problem-solving. However, the mediating role of repetitive negative thinking in the relationship between childhood trauma, coping strategies, and self-injurious behavior was not statistically significant, highlighting the cognitive-emotional complexity of these processes and the need to explore other potential mediating factors.

Ethical Considerations

This study adhered to ethical research principles. Informed consent was obtained from all participants prior to inclusion, and the study's objectives, procedures, and participants' rights were clearly explained. To ensure confidentiality, data were anonymized and recorded without personal identifiers. The principles of confidentiality and respect for participants' dignity were upheld throughout the study.

Financial Support: This research was conducted without financial support from any organization or institution.

Author Contributions:

F.A.S.: Conceptualization, Data curation, Investigation, Writing–original draft.

Z.A.: Conceptualization, Formal analysis, Validation, Writing–review & editing.

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments: The authors sincerely thank all participants for their cooperation in this study.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

دانشگاه سمنان

تحلیل مسیر روابط بین راهبردهای مقابله با تنیدگی و تجربه ترومای کودکی با رفتار خودجراحی در نوجوانان: بررسی نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده

فائزه ابراهیمی صدر و زهرا عباسی ✉

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

ایمیل: faezeh.ebsadr76@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

ایمیل: abbasi.zahra2705@gmail.com

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

زمینه: این پژوهش با هدف تحلیل مسیر روابط بین راهبردهای مقابله با تنیدگی و تجربه ترومای کودکی با رفتار خودجراحی، با بررسی نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده در نوجوانان صورت گرفت.

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان دبیرستان دخترانه معراج و دبیرستان پسرانه شهید مطهری شهرستان تبریز بود. نمونه شامل ۲۸۰ دانش‌آموز (۱۹۰ دختر و ۹۰ پسر) بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، راهبردهای مقابله با تنیدگی فرم کوتاه (اندلر و پاکر، ۱۹۹۰)، خودجراحی (سانسون و همکاران، ۱۹۹۸) و افکار منفی تکرارشونده (مکن‌اوی و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد. داده‌های حاصل از طریق ماتریس همبستگی و تحلیل مسیر و با نرم افزارهای آماری SPSS-27 و AMOS-24 تحلیل شدند.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۲۸

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۵

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که هر چه تجربه ترومای دوران کودکی بالاتر باشد، افکار منفی تکرارشونده و احتمال بروز رفتار خودجراحی افزایش می‌یابد. همچنین با اینکه راهبردهای مقابله با تنیدگی ناکارآمد بر شدت افکار منفی تکرارشونده می‌افزاید، اما هرچه احتمال به کارگیری راهبردهای مقابله با تنیدگی کارآمد بیشتر باشد، میزان افکار منفی تکرارشونده و بروز رفتار خودجراحی کاهش می‌یابد ($P < 0.05$). با این وجود مسیر میانجی افکار منفی تکرارشونده در رابطه بین تجربه ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی با رفتار خودجراحی نوجوانان معنادار حاصل نشد ($P > 0.05$).

کلیدواژه‌ها:

راهبردهای مقابله با تنیدگی،

ترومای کودکی،

خودجراحی،

افکار منفی تکرارشونده.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که تجربه ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی می‌توانند اثرات مخربی بر الگوهای شناختی-رفتاری در دوران نوجوانی بگذارند. از این رو، به متخصصان بهداشت روان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت توصیه می‌گردد تا با طراحی مداخلات زودهنگام و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای تمربخش، از پیامدهای بلندمدت این الگوهای ناکارآمد بکاهند.

استناد: ابراهیمی صدر، فائزه، و عباسی، زهرا. (۱۴۰۵). تحلیل مسیر روابط بین راهبردهای مقابله با تنیدگی و تجربه ترومای کودکی با رفتار خودجراحی

در نوجوانان: بررسی نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده. *مجله روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل*، ۱۸ (۴)، ۱۹-۱.

DOI: 10.22075/cprpi.2026.38453.3257



© 2026 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: زهرا عباسی، دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

رایانامه: abbasi.zahra2705@gmail.com تلفن: ۰۹۱۰۴۵۷۲۷۰۵

مقدمه

رفتار خودجرحی^۱ به عنوان یک وضعیت نیازمند مطالعه بیشتر، در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) گنجانده شده است (۱). رفتار خودجرحی به درد خودخواسته‌ای اطلاق می‌شود که گفته می‌شود که فرد به‌عنوان راهکاری برای کاهش پریشانی روان‌شناختی به‌کار می‌گیرد (۲). خودجرحی به رفتاری عمدی، مستقیم و تکرارشونده برای آسیب‌زدن به بدن خود، مانند بریدن، کندن پوست یا خراشیدن اشاره دارد، که بدون قصد خودکشی و خارج از معیارهای پذیرفته‌شده اجتماعی، انجام می‌گیرد (۳). یکی از دلایل اصلی که افراد برای انجام دادن آن عنوان می‌کنند، این است که این عمل به آن‌ها کمک می‌کند تا با حالات هیجانی شدید و افکار ناراحت‌کننده‌ای که در آن لحظه برایشان غیرقابل تحمل به نظر می‌رسند، مقابله کنند (۴). نقص در فرآیندهای تنظیم هیجان، به‌ویژه ناتوانی در پذیرش هیجانات منفی و تمایل به واکنش‌های تکانشی در موقعیت‌های تنش‌زا، از عوامل مؤثر در بروز و تداوم رفتارهای خودآسیب‌زننده محسوب می‌شوند (۲). مطالعات متعددی اذعان داشته‌اند که اختلال در تنظیم هیجان، احتمال بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در میان نوجوانان را افزایش می‌دهد (۵). میانگین سن آغاز این رفتار در نمونه‌های غیر بالینی حدود ۱۳ سال است و شیوع آن در دوره نوجوانی بسیار بالاست (۶). نتایج یک پژوهش فراتحلیل بر مطالعات انجام‌شده بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ نشان داد که میزان رفتار خودآسیب‌رسان تکرارشونده (۳۰٪/۳) و شایع‌تر از رفتار خودآسیب‌رسان اپیزودیک یا پراکنده (۸٪/۳) بود، اما فراوانی آسیب‌های خفیف (۱۲٪/۶) با آسیب‌های متوسط (۱۱٪/۶) تفاوت چندانی نداشت (۵). بسیاری از نوجوانان درگیر در رفتار خودجرحی، مواجهه طولانی‌مدت با تنش‌های روانی، از دوران کودکی تا مرحله کنونی زندگی خود را گزارش می‌کنند (۷).

قرار گرفتن مداوم یا طولانی مدت در شرایط تنش‌زا ممکن است اثرات زیان‌بار فزاینده‌ای بر رشد و سلامت روان کودک برجای گذارد. فضای پرتنش و نامطلوب دوران کودکی، به شکل‌گیری بی‌اعتمادی بین‌فردی و درماندگی آموخته‌شده منجر می‌شود. در نتیجه، فرد ممکن است برای مقابله با

احساس خلأ درونی و ناامنی، به رفتارهای خودآسیب‌رسان متوسل شود (۸). تروماهای دوران کودکی^۲، به مجموعه‌ای از تجارب منفی و مکرر اشاره دارد که با محیط رشدی مورد انتظار مغایرت دارند (۹). در واقع ترومای کودکی به مواجهه با فشارهای روانی شدید در سال‌های اولیه زندگی گفته می‌شود که به‌عنوان تهدید واقعی یا ادراک‌شده برای کودک شناخته می‌شود و شامل انواع آزار از جمله آزار عاطفی، جسمی، جنسی و غفلت (عاطفی یا جسمی) می‌شود (۱۰). به عنوان مثال رویدادهایی مانند مواجهه با خشونت، بیماری روانی، زندانی شدن یا سوء‌مصرف مواد در خانواده؛ غیبت والدین به دلیل طلاق یا جدایی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی نامطلوب یا فقر از این قبیل تجارب محسوب می‌شوند (۱۱). این نوع احساسات می‌توانند موجب اختلال در سیستم پاسخ‌دهی هیجانی فرد شوند و در مراحل بعدی رشد روانی، تنظیم هیجانات را تضعیف کنند (۱۲). پژوهش چنگ^۳ و همکاران (۱۳) نشان داد که ۸۰/۳۹ درصد از نوجوانانی که خودجرحی داشتند، تجربه حداقل یک نوع آزار را داشته‌اند. رویدادهای آسیب‌زای کودکی، به‌ویژه آزار جنسی یا جسمی، می‌توانند افکار یا اقدامات خودآسیب‌رسان را تا سه برابر افزایش دهند (۱۴). برخی پژوهش‌ها نیز اذعان دارند که انگیزه‌های گزارش شده رفتار خودجرحی در نوجوانان دختر و پسر نیز متفاوت است. دختران اغلب از این رفتار به‌عنوان ابزاری برای تنظیم هیجانات درونی، کاهش تنش روانی یا کنترل بر خویشتن استفاده می‌کنند، در حالی که پسران بیشتر به دنبال لذت آنی و تخلیه تکانشی هستند (۱۵).

نوجوانی دوره‌ای حساس در رشد شناختی و هیجانی است. مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند منجر به انباشت هیجان‌های منفی شود که در غیاب راهبردهای مقابله‌ای^۴ کارآمد، ممکن است از طریق رفتارهای خودآسیب‌رسان تخلیه شوند (۸). استرس به وضعیتی گفته می‌شود که در آن نیازها و فشارهای وارد بر فرد، از ظرفیت پاسخ‌دهی او فراتر می‌رود. بنابراین استرس عموماً ترکیبی از دو عنصر است، از جمله ناتوانی در برآورده کردن خواسته‌ها و قضاوت فرد درباره ناتوانی در پاسخ‌گویی به آن‌ها (۱۶). میان استرس مثبت، که با عنوان استرس سازنده شناخته می‌شود و به رشد

3. Cheng

4. Coping Strategies

1. Self-Injurious

2. Childhood Trauma

و پویایی فرد کمک می‌کند، با استرس منفی، که با آسیب روانی همراه است، تفاوت وجود دارد. در این میان، راهبردهای مقابله‌ای نقشی مهم در مدیریت و کاهش شدت استرس ادراک شده توسط افراد ایفا می‌نمایند (۱۷). مقابله با استرس به راهبردهای شناختی و رفتاری اطلاق می‌شود که در پاسخ به یک عامل فشارزا برای مدیریت یا کاهش آن به کار گرفته می‌شوند (۱۸). در واقع مقابله، به رفتارها و افکاری اطلاق می‌شود که فرد برای در مواجهه با موقعیت چالش برانگیز به کار می‌گیرد. سبک‌های مقابله‌ای را می‌توان به دو دسته فعال و منفعل تقسیم کرد. در مقابله فعال، فرد با رویکردی مسئله‌محور در جهت ترمیم آثار تجارب آسیب‌زا عمل می‌کند، اما در مقابله منفعل، اغلب نوعی پذیرش منفعلانه یا انکار همراه با احساس ناتوانی نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا مشاهده می‌شود (۱۹). انکار و اجتناب، پاسخی محافظتی در برابر تهدیدهای بالقوه برای سلامت روان تلقی می‌شوند. همچنین کناره‌گیری می‌تواند برای برخی افراد نقش محافظتی ایفا کند و احساس امنیت موقتی ایجاد کند. این راهبرد اغلب برای سرکوب زخم‌های عاطفی به کار می‌رود (۱۲). افراد ممکن است برای تسکین احساس پوچی یا ناامنی درونی به انجام رفتارهای مخربی همچون خودجرحی بپردازند (۲۰). نتایج مطالعه شف‌لر^۱ و همکاران (۲۱) بیانگر این بود که تجارب آسیب‌زا با گرایش بیشتر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی-هیجان‌محور و به کارگیری کمتر راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور همراه است. بنابراین راهبردهای مقابله‌ای ممکن است به صورت سازگارانه عمل کرده و به حل مسئله کمک کنند، یا به شکل ناسازگارانه منجر به تداوم و تشدید استرس شوند (۱۸). زمانی که افراد قادر به مقابله مؤثر با استرس نباشند، این استرس می‌تواند به یک بار روانی تبدیل شود (۱۷). اگر شدت استرس از آستانه تحمل روانی فرد فراتر رود، ممکن است واکنشی شدیدتر نسبت به تجربه درد از خود نشان دهد. این پاسخ بیش فعال ممکن است نقش جبرانی برای ضعف در سیستم پاسخ به استرس ایفا کرده و در نتیجه، به فرد در مقابله با تجربیات استرس‌زا کمک کند. بنابراین اگر مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد باشد، پاسخ به استرس ممکن است به صورت رفتار خودجرحی رخ می‌دهد (۲۲).

افکار خود آسیب‌رسان پیش‌زمینه رفتار خودجرحی است. طیف وسیعی از احساسات از جمله تکانشگری، خشم، احساس گناه، تنهایی، بی‌ارزشی و اضطراب مرتبط با این رفتارها شناسایی شده‌اند (۲۳). یکی از فرایندهای فراتشخیصی مهم که در بروز و تداوم اختلالات هیجانی دخیل دانسته می‌شود، تفکر منفی تکرارشونده^۲ پیرامون مسائل یا تجارب فردی است که معمولاً به شکلی غیرارادی، کنترل‌ناپذیر و مکرر بروز می‌یابد (۲۴). افکار تکرارشونده می‌توانند به احساس درماندگی و ناامیدی منجر شوند، احساساتی که ممکن است در شروع افکار خودآسیب‌رسان نقش داشته باشند (۲۵). تفکر منفی تکرارشونده، یک فرآیند شناختی ناخواسته و کنترل‌ناپذیر است که فرد با وجود آگاهی از بی‌ثمری این افکار، قادر به مهار آن‌ها نیست. انواع تفکر منفی تکرارشونده شامل نشخوار فکری، نگرانی، پردازش پس از رویداد و سایر شناخت‌های منفی است (۲۶). نشخوار فکری موجب می‌شود که توجه فرد به‌طور مداوم به احساسات منفی، علل، معنا و پیامدهای آن‌ها معطوف گردد. در مقابل، نگرانی به عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر ذهنی تعریف می‌شود که با هیجانات منفی و ماهیتی نسبتاً غیرقابل کنترل همراه‌اند (۲۷). به‌طور کلی تفکر منفی تکرارشونده شامل نشخوار فکری درباره حالات عاطفی منفی، نگرانی درباره آینده یا پردازش پس‌رویدادی بعد از تجربه موقعیت‌های استرس‌زا است (۲۸)، فرآیندی که می‌تواند به یک عامل آسیب‌پذیری بالقوه برای تداوم استرس تبدیل شود (۲۶). تفکر منفی تکرارشونده، با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به تنیدگی در افرادی که تجربه ترومای کودکی دارند (۲۹) و مشکلات تنظیم هیجان (۳۰) همراه است. افرادی که تجربه ترومای کودکی دارند، معمولاً رویدادهای روزمره را با شدت بیشتری استرس‌آمیز ادراک می‌کنند (۳۱). به‌علاوه افراد دارای تفکر منفی تکرار شونده نیز تمایل دارند بر رویداد استرس‌زا پافشاری کنند. تفکر منفی تکرار شونده با ارزیابی‌های شناختی منفی‌تر از موقعیت‌های استرس‌زا و افزایش فعالیت سیستم استرس‌زیستی به‌ویژه محور HPA مرتبط است. تداوم هیجان منفی از طریق تفکر منفی تکرار شونده به مشکلات هیجانی بلندمدت منجر می‌شود (۲۸). افکار منفی تکرارشونده علائم روانشناختی را حفظ یا افزایش می‌دهند، چرا که مانع مقابله فعال و حل مسئله می‌شوند (۳۲).

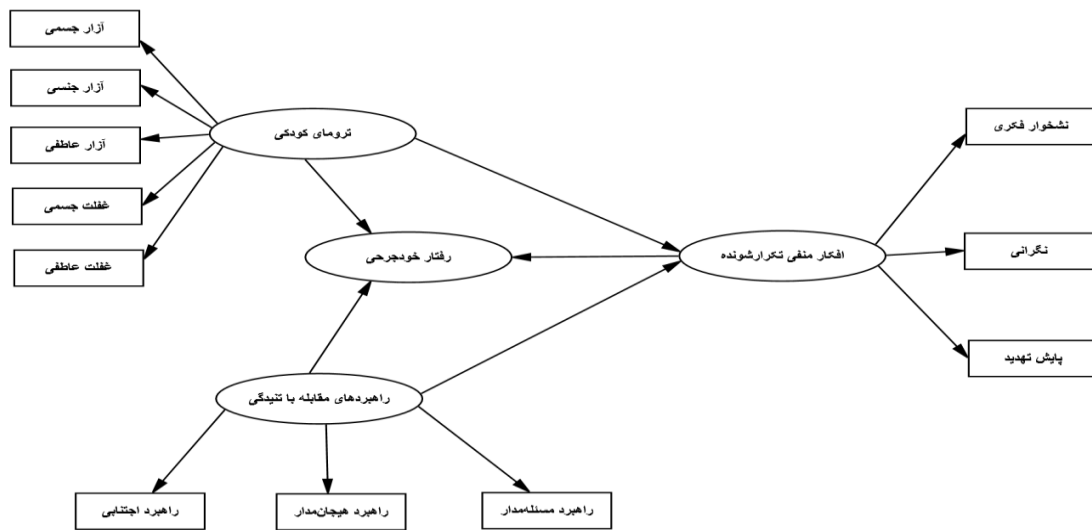
^۲ . Repetitive negative thinking (RNT)

^۱ . Sheffler

سبک‌های مقابله‌ای منفی، مانند اجتناب، سرکوب و خودسرزنشگری می‌توانند موجب تشدید حالات هیجانی منفی گردند. این راهبردها به‌ویژه در نوجوانانی که دارای تجربه ترومای دوران کودکی هستند، ممکن است نقش مهمی در تعمیق مشکلات روان‌شناختی و افزایش تمایل به رفتارهای خودآسیب‌زننده داشته باشند (۶).

با استناد به ادبیات پژوهشی، تجربه ترومای کودکی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر در آسیب‌شناسی روانی و مکانیسم‌های روان‌شناختی ناکارآمد همچون راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، می‌توانند با تضعیف کارکردهای هیجانی

و شناختی منجر به ایجاد چرخه‌ای از تفکر منفی تکرارشونده شوند، و در نتیجه بستر بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان یا خودجرحی را فراهم آورند. در سال‌های اخیر، با توجه به شیوع فزاینده رفتارهای خودآسیب در میان نوجوانان و پیامدهای بلندمدت آن بر جنبه‌های مختلف زندگی، شناسایی سازوکارهای روان‌شناختی موثر بر آن ضرورت می‌یابد. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا افکار منفی تکرارشونده در رابطه بین تجربه ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی با رفتارهای خودجرحی نقش میانجی دارد؟



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان دبیرستان دخترانه معراج و دبیرستان پسرانه شهید مطهری شهرستان تبریز بود. نمونه شامل ۲۸۰ دانش‌آموز (۱۹۰ دختر و ۹۰ پسر) بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. بدین منظور پژوهشگران به مدارس مذکور مراجعه کردند و پس از کسب اجازه و هماهنگی‌های لازم، از میان کلیه کلاس‌ها، چند کلاس را به طور تصادفی انتخاب نمودند و در زمان‌های تعیین شده پرسشنامه‌ها توزیع و تکمیل شدند. معیار ورود به پژوهش قرار داشتن در بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال و معیار خروج شامل نبودن در بازه سنی مذکور و تکمیل ناقض یا دادن پاسخ‌های یکسان به سوالات پرسشنامه بود. حجم نمونه اولیه با توجه به روش پژوهش، تعداد کل جامعه آماری و احتمال ریزش ۱۰ الی ۲۵ درصدی، با استفاده از جدول مورگان (۳۳) ۳۰۰

نفر تعیین گردید که با در نظر گرفتن معیارهای خروج تعداد ۲۰ پرسشنامه از تحلیل نهایی کنار گذاشته شدند. در این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول پژوهشی رعایت شده است. بدین‌گونه که ابتدا رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان پیش از ورود به مطالعه اخذ شد و اهداف پژوهش، نحوه اجرا و حقوق آنان به روشنی برایشان توضیح داده شد. برای حفظ محرمانگی، اطلاعات جمع‌آوری‌شده به صورت کدگذاری شده و بدون ذکر هویت شخصی ثبت گردید. همچنین، اصل رازداری و احترام کامل به حقوق و شأن آزمودنی‌ها در تمامی مراحل پژوهش مورد توجه قرار گرفت.

در نهایت نتایج در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی ارائه شدند. بدین‌ترتیب در بخش توصیفی میانگین، فراوانی، درصد، کجی و کشیدگی و در بخش استنباطی از همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد. تجزیه و تحلیل‌ها در

نرم افزارهای آماری SPSS-27 و AMOS-24 انجام شد. جهت گردآوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه تجارب آزاردیدگی دوره کودکی: توسط برنستاین^۱ و همکاران (۳۴) طراحی گردید و دارای ۲۸ گویه می باشد و تجربه آزارکودکی را در ۵ مولفه آزار جسمی (سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، آزار جنسی (سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، آزار عاطفی (سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵) و غفلت (هم غفلت جسمی یعنی سوالات ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶ و هم غفلت عاطفی سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) می سنجد. نمره گذاری براساس طیف لیکرت انجام می شود، به این صورت که به هرگز نمره ۱، خیلی کم نمره ۲، گاهی اوقات نمره ۳، اغلب اوقات نمره ۴ و همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. با اینکه این پرسشنامه ۲۸ گویه دارد اما ۲۵ گویه جهت سنجش مولفه های پرسشنامه بکار می رود و ۳ سوال آن برای تشخیص افرادی که مسائل دوره کودکی خود را انکار می کنند، مورد استفاده قرار می گیرد. حداقل و حداکثر نمرات برای هر یک از زیر مقیاس ها به ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ و ۱۲۵ است و هرچه نمره بالاتر باشد نشان دهنده شدت بیشتر تجربیات آزاردیدگی دوره کودکی است. سازندگان این پرسشنامه پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سنجش هر یک از مولفه ها ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش نمودند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ محاسبه نمودند. در ایران میزان آلفای کرونباخ در پژوهش خوش اخلاق و صداقتی فرد (۳۵)، به ترتیب برای هر یک از مولفه های آزار جسمی، آزار جنسی، آزار عاطفی و غفلت جسمی و عاطفی، به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۸۵، ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۰/۷۹ گزارش شد. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در پژوهش انصاری کلاچاهی و همکاران (۳۶)، ۰/۸۳ و در پژوهش حاضر ۰/۶۳ به دست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس فرم

کوتاه: توسط اندلر و پارکر^۲ (۳۷) طراحی گردید. فرم اصلی شامل ۴۸ ماده بود، اما نسخه کوتاه شده دارای ۲۱ ماده می باشد. ۳ راهبرد مقابله ای مسئله مدار (سوالات ۲، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶ و ۱۹)، هیجان مدار (سوالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۷ و ۲۰) و اجتنابی (سوالات ۱، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۸ و ۲۱) را

ارزیابی می کند. راهبرد مقابله ای اجتنابی خود دارای دو بعد سرگرمی اجتماعی (سوالات ۷، ۱۵ و ۲۱) و توجه گردانی (سوالات ۱، ۴، ۹ و ۱۸) است. نمره گذاری براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و خیلی زیاد=۵) صورت می گیرد. طراحان روایی سازه، همگرا و واگرا پرسشنامه را مطلوب گزارش نمودند. همچنین روایی ملاکی در پیش بینی رفتارهای مقابله ای واقعی در موقعیت های استرس زا بسیار مناسب ارزیابی کردند. آنان پایایی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای راهبرد مسئله مدار، راهبردهیجان مدار و راهبرد اجتنابی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و به روش بازآزمایی پس از دوهفته ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ گزارش نمودند. در پژوهش سیدهاشمی و همکاران (۳۸) میزان آلفای کرونباخ راهبرد مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ برای راهبرد مسئله مدار ۰/۹۱، راهبرد هیجان مدار ۰/۹۴ و راهبرد اجتنابی ۰/۷۳ حاصل شد.

پرسشنامه خودجرحی: توسط سانسون^۳ و همکاران (۳۹) طراحی شده و دارای ۲۲ گویه است. نمره گذاری به صورت بله=۱ و خیر=۰ می باشد. این پرسشنامه طیفی از رفتارهای خودآسیب رسان بریدن، ضربه زدن، سوزاندن، مصرف بیش از حد دارو، گرسنگی دادن به خود و... را در طول تاریخچه زندگی فرد می سنجد. نقطه برش نمره ۵، حداقل و حداکثر نمره نیز به ترتیب ۰ و ۲۲ است. نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر رفتار خودآسیب رسان است. سازندگان پرسشنامه، روایی همگرا را با استفاده از پرسشنامه شخصیت مرزی، افسردگی و ترومای دوران کودکی تأیید نمودند و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش نمودند. در ایران در پژوهش بیگدلی مجرد و همکاران (۴۰) میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش نیز ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه افکار منفی تکرار شونده: توسط مکاوی^۴

مکاوی^۴ و همکاران (۴۱) طراحی شده است و دارای ۱۰ گویه می باشد. این پرسشنامه ۳ مولفه نشخوار ذهنی (سوالات ۱، ۳ و ۱۰)، نگرانی (سوالات ۵، ۶، ۸ و ۹) و پایش تهدید (سوالات ۲، ۴ و ۷) را می سنجد. نمره گذاری به صورت

۳. Sansone

۴. McEvoy

۱. Bernstein

۲. Endler & Parker

طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً غلط=۱، غلط=۲، تاحدودی درست=۳، درست=۴ و کاملاً درست=۵) صورت گرفته و دامنه نمره کل از ۱۰ تا ۵۰ متغیر است. سازندگان پایایی به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ گزارش نمودند. همچنین همبستگی معنادار میان این پرسشنامه با مقیاس‌های مرتبط با افسردگی و اضطراب، نشان داد که از روایی همگرایی مطلوبی برخوردار است. در ایران اکبری (۴۲) در پژوهشی با هدف بررسی اعتبار و پایایی نسخه ۱۰ گویه ای پرسشنامه، پایایی به روش بازآزمایی برای نمونه ۲۲۰ نفری در بازه دو هفته‌ای ۰/۷۶ و میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای گروه مردان ۰/۸۹ و گروه زنان ۰/۹۲ گزارش نمود. روایی همگرا نیز با همبستگی مثبت با پرسشنامه سبک پاسخدهی مثبت ($r=0/72$)، نگرانی ایالت پنسیلوانیا ($r=0/76$)، اضطراب ($r=0/79$)، افسردگی بک ($r=0/78$) و زیر مقیاس عاطفه منفی ($r=0/53$) در پرسشنامه

عاطفه مثبت-منفی و روایی واگرا با همبستگی منفی با زیر مقیاس عاطفه مثبت، مورد تأیید قرار گرفت. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۹ ارزیابی گردید.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که جنسیت ۱۹۰ نفر از آنان (۶۷/۹٪) دختر و ۹۰ نفر (۳۲/۱٪) پسر بود. میانگین سنی نیز ۱۵/۵۰ به دست آمد. همچنین ۱۰۰ نفر (۳۵/۷٪) در پایه هشتم، ۵۰ نفر (۱۷/۹٪) پایه نهم، ۶۰ نفر (۲۱/۴٪) پایه دهم، ۳۰ نفر (۱۰/۷٪) پایه یازدهم و ۴۰ نفر (۱۴/۳٪) در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند.

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرها و مولفه‌های پژوهشی به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها و تحلیل وضعیت کلی آن‌ها ارائه شده است.

جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرها و مولفه‌های پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
آزار جسمی	۸/۶۰	۰/۹۷	-۰/۳۰	۱/۰۲
آزار جنسی	۶/۲۱	۲/۶۸	۱/۳۲	۱/۲۳
آزار عاطفی	۷/۲۵	۲/۴۴	۰/۸۷	-۰/۷۵
غفلت جسمی	۷/۶۷	۲/۵۲	۰/۸۶	-۰/۳۵
غفلت عاطفی	۱۳/۸۹	۳/۵۰	۰/۶۲	-۰/۰۳
نمره کل ترومای کودکی	۵۳/۷۵	۷/۳۹	۱/۴۳	۱/۴۸
نمره کل خودجرحی	۳/۳۲	۴/۳۰	۱/۱۹	۱/۶۸
نشخوار فکری	۹/۰۷	۱/۹۸	۰/۱۲	-۱/۲۱
نگرانی	۱۱/۱۰	۳/۳۶	۰/۰۶	-۱/۳۲
پایش تهدید	۹/۰۳	۱/۹۰	۰/۱۰	-۱/۱۱
نمره کل افکار منفی تکرارشونده	۲۹/۲۱	۶/۴۹	۰/۲۲	-۱/۲۰
راهبرد مسئله‌مدار	۲۳/۱۴	۲/۸۱	۰/۰۸	۰/۱۳
راهبرد هیجان‌مدار	۲۴/۸۲	۳/۴۶	۰/۲۸	-۰/۹۹
سرگرمی اجتماعی	۸/۹۶	۱/۷۸	۰/۳۹	-۰/۴۷
توجه‌گردانی	۱۳/۴۶	۲/۲۶	-۰/۵۸	۰/۸۵
راهبرد اجتنابی	۲۲/۴۲	۳/۱۷	-۱/۰۲	۱/۰۵

همانطور که مشاهده می‌شود بالاترین میانگین از میان راهبردهای مقابله باتنیدگی، راهبردهیجان‌مدار ($M=24/82$)، ($SD=3/46$) و از انواع راهبرد اجتنابی، توجه‌گردانی ($M=11/10$)، ($SD=2/26$) بود. همچنین بالاترین میانگین از انواع افکار منفی تکرارشونده، نگرانی ($M=11/10$)، ($SD=3/36$) و از انواع ترومای کودکی، غفلت عاطفی

همانطور که مشاهده می‌شود بالاترین میانگین از میان راهبردهای مقابله باتنیدگی، راهبردهیجان‌مدار ($M=24/82$)، ($SD=3/46$) و از انواع راهبرد اجتنابی، توجه‌گردانی

±۲ قرار دارند، می‌توان این پیش‌شرط آماری را تأیید نمود. جهت بررسی روابط خطی میان متغیرهای پژوهش، از ماتریس همبستگی استفاده شد (جدول ۲)

(SD=۳/۵۰، M=۱۳/۸۹) بود. جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها نیز مقادیر چولگی و کشیدگی بررسی گردید (جدول ۱). باتوجه به اینکه مقادیر به‌دست آمده در بازه

جدول ۲) ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ ترومای کودکی	۱					
۲ راهبرد اجتنابی	۰/۰۸	۱				
۳ راهبرد هیجان‌مدار	۰/۲۶**	۰/۳۸**	۱			
۴ راهبرد مسئله‌مدار	-۰/۰۰	۰/۶۸**	۰/۴۲**	۱		
۵ رفتار خودجرحی	۰/۵۹**	-۰/۱۰	۰/۱۱	-۰/۲۲**	۱	
۶ افکار منفی تکرارشونده	۰/۲۷**	۰/۲۸**	۰/۷۵**	۰/۱۱	۰/۳۴**	۱

**سطح معناداری در سطح ۰/۰۱

درحالی‌که استفاده از از راهبرد مسئله‌مدار، احتمال رفتار خودجرحی ($r=-0/22$) را کاهش می‌دهد. به‌علاوه بین رفتار خودجرحی و افکار منفی تکرارشونده نیز رابطه مثبتی مشاهده شد ($r=0/34$). به‌عبارتی هرچه میزان افکار منفی تکرارشونده بیشتر باشد، احتمال بروز رفتار خودجرحی در نوجوانان افزایش می‌یابد. در جدول ۳ ضرایب مسیر مستقیم ارائه شده است.

نتایج حاصل نشان داد که هرچه تجربه ترومای دوران کودکی بالاتر باشد، احتمال استفاده از راهبرد هیجان‌مدار ($r=0/26$)، رفتار خودجرحی ($r=0/59$) و میزان افکار منفی تکرار شونده ($r=0/27$) در دوره نوجوانی بیشتر خواهد شد. همچنین استفاده راهبرد مقابله با تنیدگی هیجان‌مدار ($r=0/75$) و اجتنابی ($r=0/28$) با افکار منفی تکرار شونده بیشتری همراه خواهد بود. بروز رفتار خودجرحی نیز با میزان افکار منفی تکرارشونده ارتباط مثبتی دارد ($r=0/24$).

جدول ۳) ضرایب مسیر مستقیم مدل پژوهشی

مسیر مستقیم	ضرایب رگرسیون استاندارد	انحراف معیار	آماره t	P
راهبرد هیجان‌مدار ← افکار منفی تکرارشونده	۰/۸۹	۰/۰۷	۲۲/۵۰	۰/۰۰
راهبرد اجتنابی ← افکار منفی تکرارشونده	۰/۲۷	۰/۰۹	۵/۶۰	۰/۰۰
راهبرد مسئله‌مدار ← افکار منفی تکرارشونده	-۰/۴۵	۰/۱۱	-۹/۱۸	۰/۰۰
ترومای کودکی ← افکار منفی تکرارشونده	۰/۱۹	۰/۰۳	۵/۲۳	۰/۰۰
ترومای کودکی ← رفتار خودجرحی	۰/۵۶	۰/۰۳	۱۱/۰۸	۰/۰۰
افکار منفی تکرارشونده ← رفتار خودجرحی	-۰/۰۴	۰/۰۵	-۰/۵۲	۰/۵۹
راهبرد مسئله‌مدار ← رفتار خودجرحی	-۰/۲۶	۰/۱۱	-۳/۴۲	۰/۰۰
راهبرد هیجان‌مدار ← رفتار خودجرحی	۰/۱۱	۰/۱۱	۱/۲۱	۰/۲۲
راهبرد اجتنابی ← رفتار خودجرحی	-۰/۰۰	۰/۰۹	-۰/۰۷	۰/۹۴

دارند، در حالی که راهبرد مسئله‌مدار ($\beta=-0/45$; $P<0/05$) اثری منفی و مستقیم بر آن دارد. افزون بر این، ترومای کودکی ($\beta=0/56$; $P<0/05$) اثر مثبت و راهبرد مسئله‌مدار ($\beta=-0/26$; $P<0/05$) اثر منفی و مستقیمی بر رفتار

بررسی ضرایب مسیر حاکی از آن بود که راهبردهای هیجان‌مدار ($\beta=0/89$; $P<0/05$) و اجتنابی ($\beta=0/27$)؛ و همچنین تجربه ترومای کودکی ($\beta=0/19$; $P<0/05$) اثر مثبت و مستقیم بر افکار منفی تکرارشونده

خودجرحی دارند. همچنین تمامی مقادیر آماره t در مسیرهای مذکور بالاتر از $\pm 1/96$ حاصل گردید، که نشانگر تأیید فرضیه‌های مربوط به اثرات مستقیم بود. اما مسیرمستقیم افکار منفی تکرارشونده و راهبرد هیجان‌مدار بر

رفتار خودجرحی، معنادار حاصل نشد ($P > 0/05$). جهت بررسی نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده در رابطه بین متغیرهای راهبردهای مقابله با تنیدگی و ترومای کودکی، از آزمون بوت استروپ استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۴) آزمون بوت استروپ جهت بررسی نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده در رابطه بین راهبردهای مقابله با تنیدگی و ترومای کودکی با رفتار خودجرحی

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم	حد پائین	حد بالا	P
راهبرد مسئله‌مدار ← افکار منفی تکرارشونده ← رفتار خودجرحی	۰/۰۲	-۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۴۳
راهبرد اجتنابی ← افکار منفی تکرارشونده ← رفتار خودجرحی	-۰/۰۱	-۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۴۰
راهبرد هیجان‌مدار ← افکار منفی تکرارشونده ← رفتار خودجرحی	-۰/۰۴	-۰/۱۸	۰/۰۷	۰/۴۳
ترومای کودکی ← افکار منفی تکرارشونده ← رفتار خودجرحی	۰/۰۰	-۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۴۰

نتایج آزمون نشان داد که مسیر میانجی افکار منفی تکرارشونده در رابطه ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی با رفتار خودجرحی از نظر آماری معنادار نیست ($P > 0/05$). علاوه بر این، حدود اطمینان مربوط به

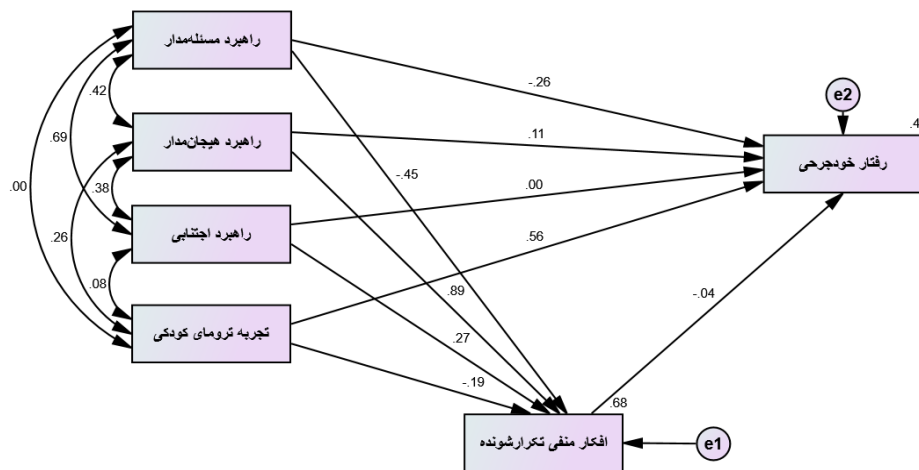
مسیرهای میانجی با علامت‌های ناهم‌سو (مثبت و منفی) حاکی از عدم تأیید نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده در مدل مفهومی پژوهش بود. در جدول ۵ شاخص‌های برازش مدل پژوهش ارائه شده است.

جدول ۵) بررسی شاخص‌های برازش مدل پژوهشی

شاخص	CMIN/DF	RMSEA	GFI	CFI	TLI	IFI	RFI	NFI
مقادیر به‌دست آمده	۲/۲۳	۰/۰۴	۰/۹۳	۰/۹۸	۰/۸۹	۰/۹۹	۰/۹۱	۰/۹۶
مقادیر قابل قبول	< ۳	< ۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰

شاخص‌های برازش مدل نشان‌دهنده قدرت پیش‌بینی مناسب مدل است. نسبت آماره کای‌دو به درجه آزادی (۲/۲۳) کمتر از ۳ به‌دست آمد که این مقدار در محدوده قابل قبولی قرار دارد. همچنین، ریشه میانگین مربعات خطای تقریبی ($RMSEA = 0/04$) کمتر از ۰/۰۵ حاصل شد که نشان‌دهنده برازش بسیار مطلوب است. علاوه بر این، شاخص‌های برازش تطبیقی (CFI)، برازش افزایشی (IFI) و برازش هنجارشده (NFI) در حد عالی و شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص تاکر-لوئیس (TLI) و شاخص برازش نسبی (RFI) نیز در بازه قابل قبول ارزیابی

شدند. با توجه به قرار گرفتن تمامی شاخص‌های برازش در محدوده‌های استاندارد و قابل قبول، می‌توان نتیجه گرفت که مدل مفروض با مدل مشاهده شده مطابقت دارد. ضرایب تعیین به‌دست آمده از مدل نیز حاکی از آن است که متغیرهای پیش‌بین قادرند ۶۸ درصد از واریانس افکار منفی تکرارشونده را تبیین کنند. درنهایت می‌توان گفت که حدود ۴۰ درصد از تغییرات متغیر ملاک یا رفتار خودجرحی از طریق ترومای کودکی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و افکار منفی تکرارشونده قابل پیش‌بینی است (شکل ۲).



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میان تجربه ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی با افکار منفی تکرارشونده و رفتار خودجرحی در دوران نوجوانی رابطه وجود دارد. به عبارتی هرچه تجربه ترومای کودکی و به کارگیری راهبردهای مقابله با تنیدگی ناکارآمد بیشتر باشد، میزان افکار منفی تکرارشونده و احتمال بروز رفتار خودجرحی در دوران نوجوانی افزایش می‌یابد. تحلیل مسیرهای مستقیم مدل پژوهشی نیز نشان داد که راهبردهای مقابله با تنیدگی ناکارآمد همچون اجتنابی و هیجان‌مدار اثر مثبت و مستقیمی بر افکار منفی تکرارشونده دارد. در مقابل راهبرد مقابله با تنیدگی کارآمد یعنی راهبرد مسئله‌مدار اثر منفی و تجربه ترومای کودکی اثر مثبت و مستقیمی بر افکار منفی تکرارشونده و رفتار خودجرحی دارد. با این حال، نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده در رابطه بین تجربه ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی با رفتار خودجرحی در دوره نوجوانی معنادار حاصل نشد.

تجربه ترومای کودکی توسط والدین یا مراقبان، مانع ایجاد حس امنیت و تعلق در کودک می‌شود و در پی آن، توانایی فرد در تنظیم هیجانات کاهش می‌یابد. در مواجهه با این ضعف، برخی افراد برای کاهش فشارهای روانی و فرار از احساسات منفی، به رفتارهایی نظیر خودآسیب‌رسانی روی می‌آورند (۶). رویدادهای تروماتیک عملکرد را تحت تأثیر قرار داده و فرد را در برابر تهدیدها و استرس‌های بعدی حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر می‌سازند (۴۳). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد که هم تروماهای کودکی و هم اختلال در محور HPA

در آسیب‌شناسی خودجرحی نقش دارند. به‌ویژه، نوجوانانی که سابقه‌ی تروما و خودجرحی دارند، سطوح بالاتری از پاسخ کورتیزولی را تجربه می‌کنند، که این امر می‌تواند بازتابی از اختلال در تنظیم زیستی استرس باشد (۴۴). بر اساس شواهد حاصل از تصویربرداری عملکردی مغز، افرادی که سابقه رفتار خودآسیب رسان داشتند، در واکنش به محرک‌های هیجانی، فعالیت بیشتری در آمیگدالا نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد قرار گرفتن در بستر استرس مزمن و تداوم پاسخ به موقعیت‌های تهدیدآمیز منجر به تغییرات آلوستاتیک در سیستم‌های مرتبط با پاسخ به استرس شده و در نهایت، کارآمدی تنظیم هیجانات منفی را مختل می‌سازد (۷). رفتار خودجرحی می‌تواند دارای کارکردهایی در سطح درون‌فردی مانند تنظیم هیجان و هم در سطح بین‌فردی همچون کمک خواهی یا جلب توجه باشد. فرضیه علامت‌دهی اجتماعی بیان می‌کند که افراد، پس از ناکامی در انتقال احساسات خود از طریق روش‌های رایج، ممکن است به خودآسیب‌زنی روی آورند تا صدای آن‌ها شنیده شود (۴۵). انگیزه‌های رفتار خودجرحی، کاهش احساسات ناخوشایند، تنبیه خود و ارتباط دادن ناراحتی به دیگران گزارش شده است (۴۶). کودکان به دلیل رشد روان‌شناختی محدودشان، در برابر تجارب منفی، آسیب‌پذیرترند. آن‌ها اغلب هیجانات و تجربه‌های منفی خود را به‌طور مکرر بازپردازش می‌کنند؛ فرایندی که منجر به انباشت هیجانات منفی و افزایش بار هیجانی و روانی آن‌ها می‌شود (۱۳). سیستم‌های شناختی شامل فرآیندهایی مانند توجه، حافظه، و تفکر هستند و بر چگونگی درک و واکنش افراد به تجربیات عاطفی تأثیر می‌

گذارند. الگوهای شناختی ناسازگار مانند نشخوار فکری و تمرکز بیش از حد بر احساسات منفی می‌توانند رفتارهای خود آسیب‌رسان را تقویت کنند (۴۷). برخی پژوهش‌ها اذعان دارند که رفتار خودجرحی از نقص در کنترل شناختی، نشخوار فکری، و سوگیری توجه به هیجانات منفی ناشی می‌شود (۴۸). نتایج هیوز^۱ و همکاران (۴) با سنجش مکرر روزانه هیجانات منفی، افکار منفی تکرار شونده و رفتارهای خودجرحی نتایج نشان داد زمانی که میزان تفکر منفی تکرار شونده بالا باشد، اندوه و اضطراب بیشترین نقش را در پیش‌بینی رفتارهای خودجرحی ایفا می‌کنند. این یافته بیانگر آن است که این سه عامل به‌طور هم‌افزا می‌توانند وضعیت هیجانی طاقت‌فرسایی ایجاد کنند و فرد برای رهایی از آن، به رفتارهای خود آسیب‌رسان روی آورد. شواهد پژوهشی نیز از نقش تفکر منفی تکرار شونده به‌عنوان یک عامل در سبب‌شناسی و تداوم‌دهنده افکار و رفتارهای خود آسیب‌رسان حمایت می‌کنند. بنابر یافته‌های پژوهش لو و تاکر^۲ (۲۵) اشکال مختلف تفکر منفی تکرار شونده که در بطن بسیاری از اختلالات مرتبط با رفتارهای خود آسیب‌رسان دیده می‌شوند، حتی در صورت کنترل تشخیص اولیه، همچنان با افکار و رفتارهای خود آسیب‌رسان در ارتباط باقی می‌مانند. رشد مهارت‌های مقابله‌ای نوجوانان در پاسخ به استرس برای عملکرد انطباقی بسیار مهم است (۴۹). به نظر می‌رسد افرادی که نمی‌توانند احساسات منفی خود را بپذیرند، بیشتر از رفتارهای خود آسیب‌رسان برای آرام کردن خودشان استفاده می‌کنند. علاوه بر این، نبود راهبردهای مقابله‌ای سازگار و مؤثر در مدیریت هیجانات، می‌تواند منجر به واکنش‌های تکانشی شده و در شرایط ناگوار تشدید شود و خطر تداوم یا تکرار رفتارهای خود آسیب‌رسان را افزایش دهد (۲). یافته‌های پژوهشی اخیر حاکی از آنند که سبک‌های مقابله‌ای منفی با افزایش احتمال بروز رفتارهای خود آسیب‌زننده همراه اند و با تجربه ترومای دوران کودکی نیز رابطه مثبت و معناداری دارند؛ در حالی که افرادی که چنین تجاربی ندارند، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه بهره می‌گیرند (۶). تجربیات آسیب‌زای کودکی، می‌تواند با افزایش واکنش‌پذیری استرس و تمایل به ابراز هیجانات منفی همراه باشند (۵۰). به عنوان مثال آزار عاطفی می‌تواند

توانایی فرد را در تنظیم هیجانات منفی تضعیف کند. این افراد معمولاً در مواجهه با انواع دیگر تروما، در نبود تاب‌آوری کافی، به راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند خودجرحی روی می‌آورند (۶). نوجوانان با سابقه تروما، احتمال بیشتری دارد که سبک‌های ناسازگارانه را اتخاذ کنند. تجربیات منفی دوران کودکی اغلب فرصت رشد راهبردهای مقابله‌ای سالم را از نوجوانان می‌گیرد و باعث ضعف در توانایی حل مسئله می‌شود (۵۱). در چنین شرایطی، فرد معمولاً از ارزیابی‌های درونی منفی مانند سرزنش خود، خیال‌پردازی یا کناره‌گیری برای تخفیف موقت درد روانی استفاده می‌کند (۵۲). این افراد نسبت به استرس آسیب‌پذیرتر هستند و در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا به راهبردهایی مانند اجتناب، سرکوب هیجانی و ابراز هیجانات منفی متوسل می‌شوند (۴۴). تجربه احساس امنیت و دریافت حمایت عاطفی در سال‌های آغازین زندگی، نقش بنیادینی در شکل‌گیری تمایل کودک به کشف فعالانه محیط پیرامون ایفا می‌کند (۵۳). یافته‌های پژوهشی نیز از این حاکی از آنند که تجربه ترومای کودکی با سبک‌های مقابله‌ای خاصی همچون انکار واقعیت و اجتناب همراه است (۵۴). انکار اغلب نه به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، بلکه به‌عنوان مکانیسمی دفاعی در نظر گرفته می‌شود، چرا که فرد آسیب‌دیده از مواجهه و بازبینی تجربه آسیب‌زا اجتناب می‌کند تا خود را از فشارهای روانی ناشی از آن محافظت نماید. با توجه به اینکه تجربه تروما می‌تواند آسیب جدی به سلامت روان وارد سازد، برخی افراد آسیب‌دیده ممکن است در واکنش به فشار هیجانی و افکار ناشی از آن، به کناره‌گیری گرایش پیدا کنند (۱۹). این سبک‌های مقابله‌ای منفی، اگر در کودکی تقویت شده باشند، در مراحل بعدی ممکن است در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا مجدداً فعال شده و موجب ایجاد مشکلات روان‌شناختی گسترده‌تری می‌شوند (۵۲). یکی از رایج‌ترین مدل‌های متمرکز بر ذهن، توسط اباتا و موس^۳ ارائه شده است. این مدل مقابله فعال (مثبت یا کارآمد) و مقابله منفعل (منفی یا ناکارآمد) را بر اساس جهت‌گیری پاسخ فرد نسبت به عامل استرس‌زا تعریف می‌کند؛ به گونه‌ای که فرد با عامل تنش‌زا مواجه می‌شود یا از آن اجتناب می‌کند. به عنوان مثال برقراری رابطه با جنس مخالف ممکن است در برخی افراد

³ . Ebata & Moos

¹ . Hughes

² . Law & Tucker

به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی برای گریز از هیجانات منفی یا افکار آزاردهنده به کار گرفته شود (۱۶). تفکر منفی تکرارشونده، یک عامل خطر فراتشخیصی محسوب می‌شود و استرس به عنوان عاملی در تشدید این آسیب‌پذیری در نظر گرفته می‌شود (۵۵). تفکر منفی تکرارشونده، شامل نشخوار فکری و نگرانی است که از نظر ویژگی‌هایی همچون تکراری بودن، ماهیت منفی، دشواری در مهار، و ساختار کلامی-انتزاعی مشابه هستند و در افزایش هیجانات منفی و اجتناب از مواجهه با تجربه‌های هیجانی نقش دارند (۵۶). تفکر منفی تکرارشونده یک فرایند شناختی است که با افکار مکرر و توجه متمرکز در مواجهه با رویدادهای منفی مشخص می‌شود و می‌تواند تأثیرات سازگار یا ناسازگار داشته باشد. در واقع افکار نشخوارگونه یا تکرارشونده علائم را حفظ یا افزایش می‌دهند و مانع مقابله فعال و حل مسئله می‌شوند (۵۷). تفکر منفی تکرارشونده می‌تواند سازوکارهای واکنش جنگ یا گریز را در پاسخ به بازنمایی‌های ذهنی منفی فعال سازد. این نوع شناخت‌های پایدار و مداوم، به عنوان میانجی بین تجربه استرس و بروز آسیب‌شناسی روانی عمل می‌کنند و از طریق تداوم پاسخ‌های فیزیولوژیکی مرتبط با استرس، نقش مؤثری در افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی ایفا می‌کنند. افراد دارای تفکر منفی تکرارشونده تمایل دارند بر رویداد استرس‌زا پافشاری کنند و در نتیجه پاسخ فیزیولوژیکی به استرس را طولانی کرده و موجب فرسایش فیزیولوژیکی یا بار آلوستاتیک می‌شوند (۲۶). بنابراین تفکر منفی تکرارشونده با تشدید و تداوم واکنش‌های هیجانی به استرس، سلامت روان را به طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۸). در مقابل بازسازی شناختی در ارتقاء راهبردهای مقابله‌ای فرد، بهبود سلامت روانی، روابط بین فردی و حتی کاهش ناراحتی جسمانی موثر است. راهبردی است که از طریق تفسیر مجدد ارزیابی شناختی اولیه از یک موقعیت، واکنش هیجانی فرد را تغییر می‌دهد. فرد یک تفکر منفی تکرارشونده را به تفسیری مثبت‌تر یا خنثی‌تر تبدیل کرده و در نتیجه شدت هیجانی آن را کاهش می‌دهد. اما کاهش این توانایی می‌تواند موجب می‌شود فرد بیشتر به سبک‌های مقابله‌ای منفی متکی شود و برای مقابله با رویدادهای استرس‌زا، به رفتارهایی افراطی یا غیرسازگارانه روی آورد. در نتیجه، احتمال بیشتری وجود دارد که از رفتارهای

خودجرحی به عنوان ابزاری برای تنظیم هیجان استفاده کند (۶).

براساس یافته‌های حاصل از مدل پژوهش و پیشینه نظری آن، می‌توان نتیجه گرفت که ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی نقش محوری در الگوهای شناختی و رفتاری همچون افکار منفی تکرارشونده ایفا می‌کنند. همچنین با اینکه که ترومای کودکی و راهبردهای مقابله با تنیدگی بر رفتار خودجرحی نیز اثرگذار هستند، اما نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده در این بین تأیید نگردید، که این نتیجه می‌تواند پیچیدگی‌های شناختی-عاطفی این فرایندها را برجسته سازد و بر ضرورت شناسایی و بررسی سایر عوامل واسطه‌ای مؤثر در این بین تأکید ورزد. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود. نخست اینکه تکیه بر داده‌های خودگزارشی می‌تواند موجب خطاهایی از جمله سوگیری‌های ذهنی در پاسخ به سوالاتی مانند تجارب دوره کودکی یا ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی و انکار سابقه رفتار خودجرحی گردد. ثانیاً طرح مقطعی پژوهش حاضر مانع از استنباط دقیق روابط علی و بررسی تغییرات بلندمدت می‌گردد. سوم اینکه پژوهش حاضر در شهرستان تبریز انجام شد و این مسئله می‌تواند به لحاظ تنوع فرهنگی، اجتماعی-اقتصادی و جغرافیایی تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها را با محدودیت‌هایی مواجه سازد. در نهایت عدم معناداری نقش میانجی افکار منفی تکرارشونده ممکن است ناشی از محدودیت‌های روش شناختی، نظیر اندازه نمونه یا کنترل متغیرهای مزاحم مانند شدت و نوع تروما، باشد. همچنین این پژوهش به بررسی عوامل محافظتی، مانند تجربیات خیرخواهانه یا آموزش‌ها و مداخلات روان‌شناختی نپرداخته است، که این مسئله می‌تواند بر این نتایج تأثیر چشمگیری بگذارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آتی از طرح‌های طولی باهدف درک پویایی روابط علی بین ترومای کودکی، راهبردهای مقابله‌ای و پیامدهای روان‌شناختی آن‌ها بهره گیرند. همچنین استفاده از داده‌های چندوجهی، مانند مصاحبه با والدین و دیگر منابع آگاه یا استفاده از نشانگرهای زیستی (مانند سطوح کورتیزول یا تصویربرداری مغزی)، علاوه بر داده‌های خودگزارشی می‌تواند به روشن‌سازی مکانیزم‌های عصبی-زیستی و شناختی دخیل در این فرایندها کمک کند و درک جامع‌تری از عوامل زمینه‌ساز رفتارهای آسیب‌زا نظیر خودجرحی فراهم آورد و بستر

مناسبی برای طراحی مداخلات نوآورانه و اثربخش هموار سازد.
نویسندگان از تمامی شرکت کنندگان در تحقیق، صمیمانه تشکر می‌نمایند. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر بدون

حمایت مالی سازمان یا نهادهی صورت گرفته است.
نویسندگان اعلام می‌دارند که میان آن‌ها هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Szewczuk-Bogusławska, M., Kaczmarek-Fojtar, M., Moustafa, A. A., Mahlberg, J., Frydecka, D., Oleszkowicz, A., ... & Misiak, B. Assessment of the frequency criterion for the diagnosis of non-suicidal self-injury disorder in female adolescents with conduct disorder. *Psychiatry research*, 2018; 267, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.054>
2. Schmidt, C., Briones-Buixassa, L., Nicolaou, S., Soler, J., Pascual, J. C., & Vega, D. Non-suicidal self-injury in young adults with and without borderline personality disorder: the role of emotion dysregulation and negative urgency. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 2023; 39(3), 345-353. <https://doi.org/10.6018/analesps>
3. Shi, L., Xiao, J., Guo, J., Zeng, S., Wang, S., & Gong, J. The Role of Cognitive and Emotional Factors in the Relationship Between Childhood Trauma and Non-Suicidal Self-Injury Among College Students: A Network Analysis. *Psychology research and behavior management*, 2024; 3951-3964. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S476637>
4. Hughes, C. D., King, A. M., Kranzler, A., Fehling, K., Miller, A., Lindqvist, J., & Selby, E. A. Anxious and overwhelming affects and repetitive negative thinking as ecological predictors of self-injurious thoughts and behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 2019; 43(1), 88-101. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-09996-9>
5. Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 2022; 13, 912441. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
6. Li, Y., Wan, Z., Gong, X. et al. The association between child maltreatment, cognitive reappraisal, negative coping styles, and non-suicidal self-injury in adolescents with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 2024; 24, 592. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06041-2>
7. Başgöze, Z., Mirza, S. A., Silamongkol, T., Hill, D., Falke, C., Thai, M., ... & Cullen, K. R. Multimodal assessment of sustained threat in adolescents with nonsuicidal self-injury. *Development and psychopathology*, 2021; 33(5), 1774-1792. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000754>
8. Xie, X., Li, Y., Liu, J., Zhang, L., Sun, T., Zhang, C., ... & Cai, Z. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescents with depressive disorders. *Psychiatry research*, 2024; 331, 115638. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115638>
9. Li, J., Wang, J., & Fan, C. Mediating Role of Depression Severity in the Relationship Between Childhood Trauma and Non-Suicidal Self-Injury Among Adolescents With Mood Disorders. *Brain and Behavior*, 2025; 15(5), e70533. <https://doi.org/10.1002/brb3.70533>
10. Niu, W., Feng, Y., Xu, S., Cui, X., Ma, Z., & Wang, Y. Patterns of childhood trauma co-occurrence and its predictivity for suicidality: A machine learning approach. *Iscience*, 2025; 28(2). <https://doi.org/10.1016/j.isci.2025.111877>
11. Ortiz, R., & Sibinga, E. M. The role of mindfulness in reducing the adverse effects of childhood stress and trauma. *Children*, 2017; 4(3), 16. <https://doi.org/10.3390/children4030016>
12. Downey, C., & Crummy, A. The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2022; 6(1),

- 2017; 10(4), 283-297.
<https://doi.org/10.1007/s12207-017-9304-8>
20. Wan, Y., Chen, R., Wang, S., Clifford, A., Zhang, S., & Orton, S. Associations of coping styles with nonsuicidal self-injury in adolescents: Do they vary with gender and adverse childhood experiences?. *Child Abuse & Neglect*, 2020; 104, 104470.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104470>
21. Sheffler, J. L., Piazza, J. R., Quinn, J. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Stanley, I. H. Adverse childhood experiences and coping strategies: Identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, Stress, & Coping*, 2019; 32(5), 594-609.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
22. Rinnewitz, L., Koenig, J., Parzer, P., Brunner, R., Resch, F., & Kaess, M. Childhood adversity and psychophysiological reactivity to pain in adolescent nonsuicidal self-injury. *Psychopathology*, 2018; 51(5), 346-352.
<https://doi.org/10.1159/000491702>
23. Gee, B. L., Han, J., Benassi, H., & Batterham, P. J. Suicidal thoughts, suicidal behaviours and self-harm in daily life: A systematic review of ecological momentary assessment studies. *Digital health*, 2020; 6.
<https://doi.org/10.1177/20552076209639>
24. Monteregge, S., Tsagkalidou, A., Cuijpers, P., & Spinhoven, P. The effects of different types of treatment for anxiety on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2020; 27(2), 110.
<https://doi.org/10.1037/h0101777>
25. Law, K. C., & Tucker, R. P. Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration. *Current opinion in psychology*, 2018; 22, 68-72.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.027>
26. Rocha-Oliveira, D., & Zibetti, M. R. Impact of repetitive negative thinking on reactivity and recovery from physiological stress in clinical and non-clinical individuals. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2022; 8, 100338.
100237.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>
13. Cheng, Fang, et al. The relationship between childhood traumatic experience and suicidal tendency in non-suicidal self-injury behavior patients. *BMC psychiatry*, 2023; 23.1: 401.
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04863-0>
14. Misiak, B., Szewczuk-Bogusławska, M., Samochowiec, J., Moustafa, A. A., & Gawęda, Ł. Unraveling the complexity of associations between a history of childhood trauma, psychotic-like experiences, depression and non-suicidal self-injury: a network analysis. *Journal of affective disorders*, 2023; 337, 11-17.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.044>
15. Wang, Y. J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D. W., Hu, S., & Yuan, T. F. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 2022; 46.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>
16. Abouammoh, N., Irfan, F., & AlFaris, E. Stress coping strategies among medical students and trainees in Saudi Arabia: a qualitative study. *BMC medical education*, 2020; 20(1), 124.
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02039-y>
17. Ganesan, Y., Talwar, P., & Oon, Y. B. A study on stress level and coping strategies among undergraduate students. *Journal of Cognitive Sciences and Human Development*, 2018; 3(2), 37-47.
<https://doi.org/10.33736/jcskd.787.2018>
18. Pfluger, V., Rohner, S. L., Eising, C. M., Maercker, A., & Thoma, M. V. Associations between complex trauma exposure in childhood/adolescence and psychopathology in older age: The role of stress coping and coping self-perception. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2022; 15(3), 539-551.
<https://doi.org/10.1007/s40653-021-00419-0>
19. Brand, B. L., Schielke, H. J., & Brams, J. S. Assisting the courts in understanding and connecting with experiences of disconnection: Addressing trauma-related dissociation as a forensic psychologist, part I. *Psychological Injury and Law*,

33. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 1970; 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
34. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 2003; 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
35. Khoshakhlagh, M., & Sedaghati Fard, M. Explaining and predicting mental health and self-satisfaction based on childhood trauma. *Family and Health*, 2024; 14(1), 205-225. (In Persian) <https://sanad.iau.ir/journal/fhj/Article/1186451>
36. Ansari kolachahi F, Sadeghi A, Qorbanpoor Lafmejani A. Investigating the structural relationship between attachment styles and childhood trauma with a tendency to extramarital relationships: The mediating role of emotional schemas. *Rooyesh*. 2022; 11(10), 37-48. (In Persian) URL:<http://frooyesh.ir/article-1-4024-fa.html>
37. Endler, N. S., & Parker, J. D. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 1990; 58(5), 844. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
38. Seyed Hashemi, Seyed Ghasem, Fathi Ahmadabadi, Zahra, Yaghoobi, Hasan, Hosseinzadeh Khanmiri, Behnaz, & Shokrani, Rogayeh. Explaining hypersexual behaviors based on attachment styles, psychological dysregulation, and coping strategies in Iranian adolescents. *KNOWLEDGE & RESEARCH IN APPLIED PSYCHOLOGY*, 2022; 23, 2(88), 169-179. (In Persian) <https://sid.ir/paper/1032904/en>
39. Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 1998; 54(7), 973-983. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100338](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100338)
27. Stenzel, K. L., Keller, J., Kirchner, L., Rief, W., & Berg, M. Efficacy of cognitive behavioral therapy in treating repetitive negative thinking, rumination, and worry—a transdiagnostic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2025; 55, e31. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000017>
28. Funk, J., Takano, K., Babl, M., Goldstein, R., Oberwestersberger, R., Kopf-Beck, J., ... & Ehring, T. Can an intervention designed to reduce repetitive negative thinking alter the response to a psychosocial stressor? A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 2024; 178, 104547. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104547>
29. Mansueto, G., Cavallo, C., Palmieri, S., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., & Caselli, G. Adverse childhood experiences and repetitive negative thinking in adulthood: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2021; 28(3), 557-568. <https://doi.org/10.1002/cpp.2590>
30. Mansueto, G., Jarach, A., Caselli, G., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., Nikčević, A., ... & Palmieri, S. A systematic review of the relationship between generic and specific metacognitive beliefs and emotion dysregulation: A metacognitive model of emotion dysregulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2024; 31(1), 1-842. <https://doi.org/10.1002/cpp.2961>
31. LoPilato, A. M., Addington, J., Bearden, C. E., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., ... & Walker, E. F. Stress perception following childhood adversity: Unique associations with adversity type and sex. *Development and Psychopathology*, 2020; 32(1), 343-356. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000130>
32. Cova, F., Garcia, F., Oyanadel, C., Villagran, L., Páez, D., & Inostroza, C. Adaptive reflection on negative emotional experiences: Convergences and divergence between the processing-mode theory and the theory of self-distancing reflection. *Frontiers in psychology*, 2019; 10, 1943. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01943>

46. Wilkinson, P. O., Qiu, T., Neufeld, S., Jones, P. B., & Goodyer, I. M. Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 2018; 212(4), 222-226. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.45>
47. Browning, M. E., & Muehlenkamp, J. J. 16 Cognitive Systems in NSSI and Co-Occurring Conditions. *The Oxford Handbook of Nonsuicidal Self-Injury*, 2024; 309. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197611272.013.16>
48. Lloyd-Richardson, E. E., Baetens, I., & Whitlock, J. L. (Eds.). *The Oxford handbook of nonsuicidal self-injury*. Oxford University Press. 2024. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197611272.013.16>
49. Vaughn-Coaxum, R. A., Wang, Y., Kiely, J., Weisz, J. R., & Dunn, E. C. Associations between trauma type, timing, and accumulation on current coping behaviors in adolescents: Results from a large, population-based sample. *Journal of youth and adolescence*, 2018; 47(4), 842-858. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0693-5>
50. Kuzminskaite, E., Penninx, B. W., Van Harmelen, A. L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., & Vinkers, C. H. Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of affective disorders*, 2021; 283, 179-191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054>
51. Wan, Y., Chen, R., Wang, S., Clifford, A., Zhang, S., & Orton, S. Associations of coping styles with nonsuicidal self-injury in adolescents: Do they vary with gender and adverse childhood experiences?. *Child Abuse & Neglect*, 2020; 104, 104470. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104470>
52. Cao, H., Zhang, R., Li, L., & Yang, L. Coping style and resilience mediate the effect of childhood maltreatment on mental health symptomology. *Children*, 2022; 9(8), 1118. <https://doi.org/10.3390/children9081118>
40. Begdali Mejjard S, Hadi Hashemi Rozini H, namvar H. Compilation of the causal model of self-injury among adolescent girls with borderline personality traits based on self-compassion with the mediating role of family function. *IJPN*, 2024; 12 (3) :1-11. (In Persian) URL:<http://ijpn.ir/article-1-2395-en.html>
41. McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of anxiety disorders*, 2010; 24(5), 509-519. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.008>
42. Akbari, M. Psychometric Properties of Repetitive Thinking Questionnaire in Nonclinical Sample: Trans diagnostic Tool. *Clinical Psychology*, 2017; 34(9), 59-71. (In Persian) <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.10345>
43. Akcan, G., Öztürk, E., & Erdoğan, B. The investigation of the mediating role of coping strategies on the relationship between childhood traumas, depression and alcohol use disorder in university students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2021; 123, 108305. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108305>
44. Huang, C., Yuan, Q., Ge, M., Sheng, X., Yang, M., Shi, S., ... & Zhou, X. Childhood trauma and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: the mediating role of psychological sub-health. *Frontiers in psychiatry*, 2022; 13, 798369. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.798369>
45. Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Sivagurunathan, M., Lateef, R., Alaggia, R., McElvaney, R., & Simpson, M. "How many times did I not want to live a life because of him": the complex connections between child sexual abuse, disclosure, and self-injurious thoughts and behaviors. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2021; 8(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00142-6>

- therapy, 2020; 129, 103609.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103609>
56. Devynck, F., Rousseau, A., & Romo, L. Does repetitive negative thinking influence alcohol use? A systematic review of the literature. *Frontiers in psychology*, 2019; 10, 1482.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01482>
57. Inostroza, C., Bustos, C., Bühring, V., González, L., & Cova, F. Stress, repetitive negative thinking, and mental health in Chilean university students: an ecological momentary assessment study. *Frontiers in Psychology*, 2024; 15, 1400013.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1400013>
53. Van Rosmalen, L., Van Der Horst, F. C., & Van der Veer, R. From secure dependency to attachment: Mary Ainsworth's integration of Blatz's security theory into Bowlby's attachment theory. *History of psychology*, 2016; 19(1), 22.
<https://doi.org/10.1037/hop0000015>
54. Orak, O. S., Bilkay, H. İ., & Zengin, Ç. Effect of childhood trauma on substance users' attitudes of coping with stress. *Bağımlılık Dergisi*, 2023; 24(3), 305-315.
<https://doi.org/10.51982/bagimli.1168435>
55. Stamatis, C. A., Puccetti, N. A., Charpentier, C. J., Heller, A. S., & Timpano, K. R. Repetitive negative thinking following exposure to a natural stressor prospectively predicts altered stress responding and decision-making in the laboratory. *Behaviour research and*