

Research Article

The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship between Borderline Personality Traits and Non-suicidal Self-injury in Students

Authors

Saeed Shahani¹, Ahmad Mansouri^{2*}

1. *M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. saeid.sh97@gmail.com*

2. *Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author)*

Abstract

Receive Date:
04/12/2022

Accept Date:
28/02/2023



Introduction: Although the relationship between borderline personality traits and students' non-suicidal self-injury has been confirmed, little attention has been paid to its mediating factors. Therefore, the aim of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students.

Method: This was a descriptive correlational study. The statistical population included 202 students of Azad Islamic University of Neyshabur, Iran. The participants were selected by convenience sampling method. Data were collected by borderline personality scale (STB), cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), and deliberate self-harm inventory (DSHI). Data were analyzed using SPSS software, LISREL software, Pearson correlation, and structural equation modeling.

Result: The findings showed that maladaptive cognitive emotion regulation strategies (self-blame, rumination, catastrophizing, other-blame) mediated the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students.

Discussion and conclusion: Discussion and conclusion: According to the results of the present study, people with borderline personality traits experience non-suicidal self-injury through maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Therefore, clinical interventions related to emotion regulation can play an important role in preventing non-suicidal self-injury.

Keywords

Borderline Personality, Cognitive Emotion Regulation, Non-suicidal Self-injury.

Corresponding Author's E-mail

mansoury_am@yahoo.com

نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان

نویسندگان

سعید شاهانی^۱، احمد منصوری^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. saeid.sh97@gmail.com

۲. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: اگرچه رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی تأیید شده است، اما توجه اندکی به عوامل میانجی آن شده است. از این رو، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان بود.

روش: این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بودند. دویست و دو نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی، نمونه پژوهش را تشکیل دادند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با استفاده از مقیاس شخصیت مرزی، سیاهه خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعددی و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان داده‌ها جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای اسپاس و لیزرل و همچنین روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (خودسرزنشگری، نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی، دیگرسرزنشگری) در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان نقش میانجی دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر افراد دارای صفات شخصیت مرزی به واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار خودزنی‌های غیرخودکشی را تجربه می‌کنند؛ از این رو مداخله‌های بالینی مرتبط با تنظیم هیجان می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از خودزنی‌های غیرخودکشی داشته باشند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۹/۱۳

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۱/۱۲/۰۹



کلیدواژه‌ها

تنظیم شناختی هیجان، خودزنی‌های غیرخودکشی، شخصیت مرزی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mansoury_am@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

خودزنی غیرخودکشی^۱ رفتار آگاهانه‌ای (سوزاندن، بریدن، زدن و خراشیدن) است که بدون نیت خودکشی انجام و منجر به مرگ نمی‌شود اما باعث آسیب به بافت‌های بدن می‌شود. این رفتار به لحاظ اجتماعی و فرهنگی پذیرفته‌شده نیست و سبب اختلال در کارکردهای افراد می‌شود. خودزنی غیرخودکشی اغلب در اوایل نوجوانی شروع می‌شود و تا سال‌ها ادامه می‌یابد [۱]. اگرچه این رفتار در نوجوانی شروع می‌شود اما نقطه اوج بعدی آن ۲۰ تا ۲۴ سالگی و هم‌زمان با شروع تحصیل در دانشگاه است. از این‌رو دوره دانشگاه دوره‌ای پرخطر برای انجام خودزنی غیرخودکشی است و دانشجویان نسبت به جمعیت عمومی، بیشتر درگیر این رفتار می‌شوند [۲]. در همین راستا خودزنی غیرخودکشی با نرخ شیوع ۱۲ تا ۳۸ درصد یکی از نگرانی‌های عمده و یکی از مشکلات بهداشتی در حال افزایش در دانشجویان است [۳]. این رفتار پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت مختلفی از جمله عملکرد تحصیلی پایین، آسیب به بافت و اندام‌ها، اختلال‌های روان‌شناختی، هیجانی، افکار و رفتارهای خودکشی و افزایش خطر خودکشی را به دنبال دارد [۳، ۴، ۵]. رویدادهای استرس‌زای زندگی، طرح‌واره‌های ناسازگار، جنسیت زن، سابقه رفتارهای خودزنی و اقدام به خودکشی، اختلال سلوک، مصرف مواد، افسردگی و اضطراب، شخصیت مرزی، خواب، پریشانی روان‌شناختی، مقابله معنوی منفی، مشکلات ارتباطی و هیجانی، سبک‌های دل‌بستگی و شناختی، مشکل با والدین و همسالان و همچنین حمایت اجتماعی پایین جزء عوامل پیش‌بینی‌کننده یا مرتبط با خودزنی غیرخودکشی هستند [۶، ۷].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با خودزنی غیرخودکشی، صفات یا ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی است [۸-۱۱]. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی درگیر رفتارهای خودتخریبی و خودآسیبی متنوعی از جمله خودزنی جسمی، مصرف مواد و الکل، رفتارهای جنسی تکانشی، الگوهای خوردن کنترل‌ناپذیر، فوران‌های خشم، تجزیه و اجتناب اجتماعی برای کاهش تحریک هیجانی می‌شوند [۱۲]. پژوهش‌های بالینی دریافته‌اند که نوجوانان مبتلا به

اختلال‌های روان‌شناختی اغلب درگیر خودزنی غیرخودکشی هستند. در این بین اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از همبسته‌های قوی این رفتار مطرح شده است [۸]. اختلال شخصیت مرزی الگوی پایدار بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و عواطف و همچنین تکانش‌گری قابل ملاحظه (مثل ولخرجی، رابطه جنسی، مصرف مواد، پرخوری، رانندگی بی‌احتیاط) تعریف شده است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد [۱]. علائم غیربالینی این اختلال به میزان زیادی در نوجوانان دارای خودزنی گزارش شده است [۸]. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین علائم اختلال شخصیت مرزی و خودزنی غیرخودکشی در نوجوانان بیمار بستری [۸]، بزرگسالان دارای سابقه خودزنی غیرخودکشی [۹]، دانشجویان [۱۰] و افراد بستری در بخش روان‌پزشکی [۱۱] رابطه وجود دارد. یک مطالعه دیگر نشان داد که بین شخصیت مرزی و آسیب به خود^۲ نوجوانان دختر رابطه وجود دارد [۱۳].

اگرچه رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی تأیید شده است، اما کمتر به عوامل میانجی آن توجه شده است. راهبردهای تنظیم هیجان از اهمیت خاصی برای تنظیم هیجان‌ها یا احساس‌ها و همچنین حفظ کنترل هیجان‌ها و غرق‌نشدن در آنها طی یا بعد از رویدادهای تهدیدکننده و استرس‌زا برخوردار هستند [۱۴]. به نظر می‌رسد ناتوانی در تنظیم هیجان یکی از همبسته‌های مهم خودزنی غیرخودکشی در بزرگسالان است. خودزنی غیرخودکشی در خدمت تنظیم هیجان و کاهش عاطفه منفی است [۱۵]. اعتقاد بر این است که رفتارهای بدتنظیم‌شده‌ای مثل خودزنی غیرخودکشی راهبرد رفتاری آسیب‌زایی برای تنظیم هیجان هستند که در غیاب راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر استفاده می‌شوند [۵]. پرز^۳ و همکاران [۱۵] دریافته‌اند که بین دو گروه با و بدون سابقه خودزنی غیرخودکشی در تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد. همچنین مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده این رفتار است. پژوهش‌های دیگر دریافته‌اند که بین راهبردها و توانایی تنظیم هیجان با خودزنی غیرخودکشی بزرگسالان [۹]، نوجوانان [۱۶] و

2. self-harm

3. Perez

1. non-suicidal self-injury

مداخله‌ای و در نتیجه کاهش پیامدهای منفی ضروری است [۲]؛ از این رو، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان بود.

روش پژوهش

نوع پژوهش

این پژوهش، به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و به لحاظ شیوه جمع‌آوری داده‌ها جزء پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بود. دویست و دو نفر از دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی نمونه پژوهش را تشکیل دادند. حجم نمونه برای مدل‌هایی بین ۱۰ تا ۱۵ نشانگر اغلب بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ مورد است. از سوی دیگر پیشنهاد شده است به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده یا نشانگر حداقل ۱۵ مورد کفایت می‌کند [۲۱]. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت آنلاین انتخاب شدند. دانشجویان و سنین ۱۸ تا ۵۰ سال جزو ملاک‌های ورود بودند. عدم ابتلا به اختلال‌های شنوایی و بینایی و همچنین عدم ابتلا به اختلال‌های مرتبط با مواد جزو معیارهای خروج بودند. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و پرهیز از آسیب به شرکت‌کنندگان جزو ملاحظات اخلاقی بود.

ابزارهای پژوهش

الف- مقیاس شخصیت مرزی: ابزاری ۱۸ ماده‌ای است که ابتدا توسط کلاریدج و بروکز در سال ۱۹۸۴ برای ارزیابی علائم شخصیت مرزی ساخته شد، اما در سال ۲۰۰۱ توسط راولینگ و همکاران تجدیدنظر شده است. این مقیاس نشانه‌های ناامیدی و تکانش‌گری را می‌سنجد. هر یک از ماده‌های این مقیاس به صورت بلی (۱) یا خیر (۰) درجه‌بندی می‌شود. آنها اعتبار این مقیاس را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ گزارش کردند [۲۲]. محمدزاده و همکاران [۲۳] با افزایش شش ماده به ۱۸ ماده نسخه اولیه ابزاری ۲۴ ماده‌ای ساختند. آنها اعتبار این

جوانان مبتلا به افسردگی [۱۷] رابطه وجود دارد. هاتزوپولوس و همکاران [۲] گزارش کردند که بین ابعاد هیجان (واکنش هیجانی، شدت هیجان، درجاماندگی هیجانی) و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان رابطه وجود دارد.

اختلال شخصیت مرزی یکی از اختلال‌های مزمن روان‌شناختی است که سبب اختلال در تنظیم هیجان می‌شود [۱۲]. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد بین صفت یا نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان [۱۸، ۱۹] رابطه وجود دارد. لطفی و همکاران [۲۰] نشان دادند که بین زندانیان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار تفاوت وجود دارد. نتایج پژوهش داروس^۱ و همکاران [۱۸] و همچنین یک مطالعه فراتحلیل و مروری [۱۲] نشان داد که علائم اختلال شخصیت مرزی با استفاده کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار (ارزیابی مجدد، پذیرش، حل مسئله) و استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار (سرکوب، اجتناب، نشخوار فکری) مرتبط است. اگرچه پژوهشی با عنوان نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان مشاهده نشد؛ اما کیان^۲ و همکاران [۱۷] دریافتند که راهبردهای تنظیم هیجان رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و رویدادهای استرس‌زای زندگی با خودزنی غیرخودکشی جوانان مبتلا به افسردگی را میانجی می‌کنند. سیلوا^۳ و همکاران [۳] نشان دادند که تنظیم هیجان میانجی رابطه بین روابط عاشقانه و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان هستند.

در مجموع، خودزنی غیرخودکشی یک رفتار بسیار شایع در بین دانشجویان است [۲، ۳]. اگرچه رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی تأیید شده است [۸-۱۱]، اما توجه اندکی به عوامل میانجی آن شده است. از سوی دیگر، افزایش دانش موجود درباره عوامل مرتبط با ایجاد و تداوم خودزنی غیرخودکشی برای شناسایی افراد در معرض خطر، گسترش رویکردهای پیشگیرانه و

1. Daros
2. Qian
3. Silva

۰/۹۴ = شاخص نیکویی برآزش و ۰/۰۵ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) و ۹ عاملی (۰/۹۸ = شاخص برآزش تطبیقی، ۰/۹۶ = شاخص برآزش نرم‌شده، ۰/۹۷ = شاخص برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۸ = شاخص برآزش افزایشی، ۰/۹۴ = شاخص برآزش نسبی، ۰/۹۶ = شاخص نیکویی برآزش و ۰/۰۴ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) مناسب بوده است [۲۵]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار (۰/۸۲) و ناسازگار (۰/۷۷) مناسب بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مربوط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار پس از حذف خرده‌مقیاس خودسرزنش‌گری (۰/۹۹ = برآزش تطبیقی، ۰/۹۷ = برآزش هنجاری، ۰/۹۷ = برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۹ = برآزش افزایشی، ۰/۹۹ = نیکویی برآزش و ۰/۰۶۵ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) خوب بود.

ج) سیاهه خودآسیب‌رسانی آگاهانه و تعمدی: ابزار خودگزارشی ۱۷ ماده‌ای است که توسط گراتز ساخته شده است. این آزمون انواع رفتارهای خودزنی غیرخودکشی از جمله سوزاندن بدن با سیگار، خراشیدن و بریدن را بررسی می‌کند. هر یک از عبارات این پرسشنامه به‌صورت بلی (۱) و خیر (۰) درجه‌بندی می‌شود. وی اعتبار این ابزار را به روش همسانی درونی و بازآزمایی ۰/۸۳ و ۰/۶۸ گزارش کرد. همچنین نشان داد که این آزمون از روایی سازه، همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است [۲۶]. در پژوهش قادری و همکاران [۲۷] و منصوری و همکاران [۷] اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۳ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پس از حذف سؤال‌های ۲، ۵، ۱۳ و ۱۴ (۰/۹۰ = برآزش تطبیقی، ۰/۹۱ = برآزش افزایشی، ۰/۹۱ = نیکویی برآزش، ۰/۰۸۷ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) رضایت‌بخش بود.

شیوه انجام پژوهش

ابتدا از بین هریک از دانشکده‌های علوم انسانی، معماری، فنی مهندسی و علوم پزشکی به ترتیب سه، یک، یک و یک کلاس انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌ها به‌صورت برخط در گروه‌های کلاسی آنها در شبکه‌های مجازی واتساپ و تلگرام قرار داده شدند و از آنها خواسته شد در صورت تمایل به سؤال‌ها پاسخ دهند.

مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی، تکانش‌گری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به تنیدگی را به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ گزارش کردند. اعتبار آزمون-بازآزمون (با فاصله چهار هفته) این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ بوده است. آنها دریافتند که این مقیاس دارای روایی هم‌زمان و افتراقی مطلوبی است [۲۳]. در پژوهش حاضر از ساختار دوعاملی مقیاس شخصیت مرزی راولینگ و همکاران استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی و تکانش‌گری به ترتیب برابر ۰/۸۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پس از حذف سؤال ۱۳ (۰/۹۱ = برآزش تطبیقی، ۰/۸۹ = برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۱ = برآزش افزایشی، ۰/۸۵ = نیکویی برآزش، ۰/۰۸۸ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) رضایت‌بخش بود.

ب- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: ابزار خودگزارشی ۱۸ ماده‌ای است که توسط گارنفسکی و کرایچ تهیه شده است. پرسشنامه دارای ۹ خرده‌مقیاس خودسرزنش‌نگری، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنش‌گری است. این راهبردها به دو گروه سازگار (ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش) و ناسازگار (خودسرزنش‌گری، دیگرسرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی) تقسیم می‌شوند. مقیاس پاسخ‌دهی از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آن به روش همسانی درونی برای خرده‌مقیاس خودسرزنش‌گری ۰/۶۷ و برای بقیه خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ بوده است. همچنین، روایی قابل قبولی داشته است [۲۴]. اعتبار نسخه فارسی این آزمون برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ بوده است. آلفای کرونباخ برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار ۰/۸۲ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز برای ساختار دوعاملی (۰/۹۶ = شاخص برآزش تطبیقی، ۰/۹۴ = شاخص برآزش نرم‌شده، ۰/۹۵ = شاخص برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۶ = شاخص برآزش افزایشی، ۰/۹۳ = شاخص برآزش نسبی،

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری «اس‌پی‌اس‌اس»، لیزرل و همچنین روش همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر ۲۲/۲۱ و ۲/۵۹ بود. صد و پنجاه و سه نفر از آنها زن (۷۵/۷ درصد) و ۴۹ نفر (۲۴/۳ درصد) مرد بودند. شرکت‌کنندگان شامل دانشجویان کارشناسی رشته‌های

علوم انسانی (۱۲۹ نفر، ۶۳/۹ درصد)، علوم پزشکی (۳۵ نفر، ۱۷/۳ درصد)، معماری (۲۰ نفر، ۹/۹ درصد) و فنی مهندسی (۱۸ نفر، ۸/۹ درصد) بودند. به ترتیب ۲۰ (۹/۹ درصد)، ۱۲۵ (۶۱/۹ درصد)، ۴۳ (۲۱/۳ درصد) و ۱۴ (۶/۹ درصد) نفر از آنها طبقه اجتماعی خود را متوسط رو به پایین، متوسط، متوسط رو به بالا و بالا گزارش کردند. متغیرهای پژوهش فاصله‌ای بودند. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن متغیرها و همچنین پیش‌فرض رابطه بین متغیرها به ترتیب از شاخص چولگی (جدول ۱) و روش همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲).

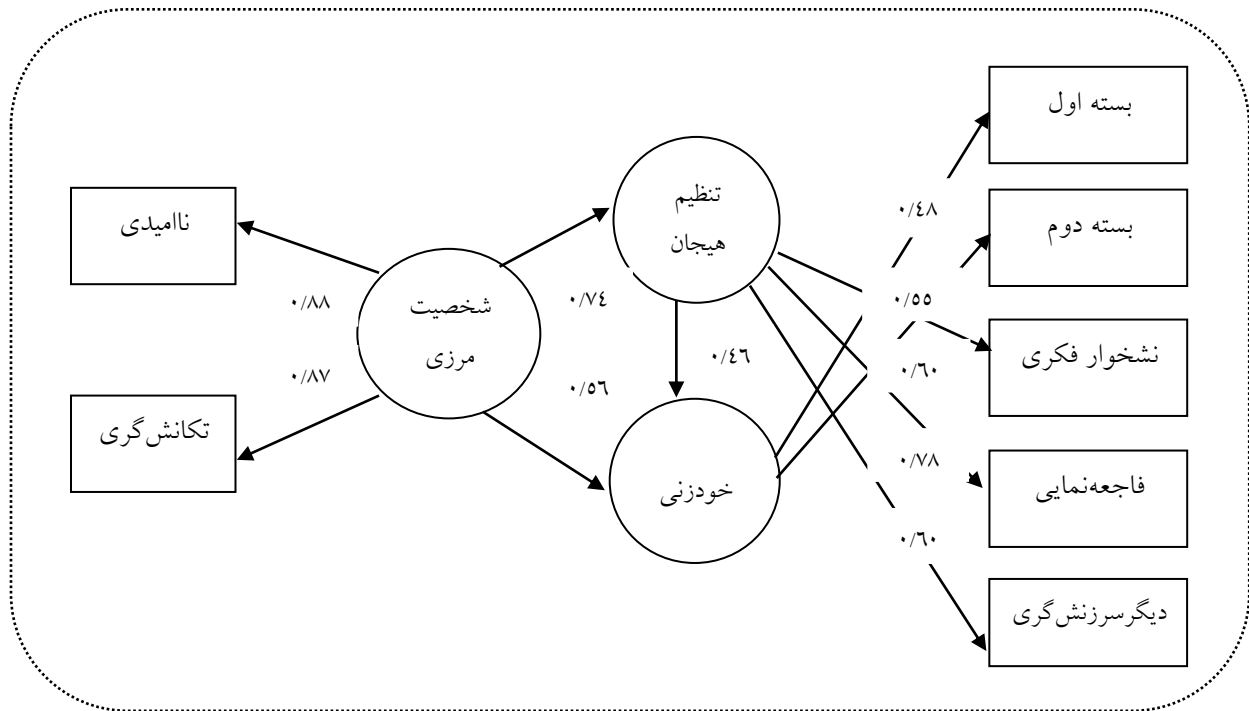
جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی
شخصیت مرزی	ناامیدی	۲/۰۸	۱/۸۴	۰/۷۵	تنظیم هیجان ناسازگار	خودسرنزنگری	۵/۸۱
	تکانش‌گری	۲/۳۲	۱/۸۸	۰/۶۶		نشخوار فکری	۵/۲۱
	نمره کل	۴/۴۰	۳/۴۹	۰/۷۳		فاجعه‌نمایی	۳/۱۱
خودزنی غیر خودکشی	بسته اول	۰/۱۵	۰/۳۸	۲/۱۴	دیگر سرنزنگری	۴/۳۰	۰/۹۹
	بسته دوم	۰/۲۴	۰/۴۶	۱/۴۹	نمره کل	۱۸/۴۴	۴/۰۳
	نمره کل	۰/۳۹	۰/۶۷	۱/۷۲			

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	ناامیدی	تکانش‌گری	صفات شخصیت مرزی	خودسرنزنگری	نشخوار فکری	فاجعه‌نمایی	دیگر سرنزنگری	تنظیم هیجان	بسته اول	بسته دوم	غیر خودکشی
ناامیدی	-										
تکانش‌گری	۰/۷۶**	-									
صفات شخصیت مرزی	۰/۹۳**	۰/۹۴**	-								
خودسرنزنگری	۰/۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۲	-							
نشخوار فکری	۰/۳۵**	۰/۳۵**	۰/۳۷**	۰/۴۵**	-						
فاجعه‌نمایی	۰/۵۲**	۰/۴۶**	۰/۵۲**	۰/۰۷	۰/۴۹**	-					
دیگر سرنزنگری	۰/۴۱**	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۰/۰۸	۰/۳۵**	۰/۴۴**	-				
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۴۳**	۰/۷۱**	۰/۸۵**	۰/۶۳**	۰/۵۵**	-			
بسته اول	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۴۰**	۰/۰۰۲	۰/۳۳**	۰/۳۲**	۰/۱۶*	۰/۲۶**	-		
بسته دوم	۰/۴۰**	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۰۴	۰/۲۵**	۰/۳۹**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	-	
خودزنی غیر خودکشی	۰/۵۰**	۰/۵۱**	۰/۵۴**	۰/۰۳	۰/۳۶**	۰/۴۵**	۰/۳۰**	۰/۳۶**	۰/۷۴**	۰/۸۳**	-

**P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵



شکل ۱. مدل برازش‌شده مربوط به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیر خودکشی

جدول ۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم مربوط به متغیرهای پژوهش

اثرات	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	Es	β	t	p
مستقیم	شخصیت مرزی	خودزنی غیر خودکشی	۰/۵۷	۰/۵۶	۲/۹۲	<۰/۰۱
	شخصیت مرزی	تنظیم شناختی هیجان	۰/۷۵	۰/۷۴	۶/۸۳	<۰/۰۱
	تنظیم شناختی هیجان	خودزنی غیر خودکشی	۰/۴۷	۰/۴۶	۲/۲۵	<۰/۰۵
غیرمستقیم	شخصیت مرزی	خودزنی غیر خودکشی از طریق تنظیم شناختی هیجان	۰/۳۵	۰/۳۴	۲/۲۴	<۰/۰۵

بر اساس نتایج جدول ۳ می‌توان گفت که اثر مستقیم نشانه‌های شخصیت مرزی بر خودزنی غیر خودکشی و تنظیم شناختی هیجان به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۷۴ است. همچنین اثر

نتایج مربوط به چولگی توزیع داده‌ها نشان داد که تمام متغیرهای پژوهش به‌جز نمره کل خودزنی و بسته اول مربوط به خودزنی غیر خودکشی نرمال هستند؛ از این رو داده‌های مربوط به این دو متغیر به روش وارون^۱ تبدیل شدند [۲۱]. نتایج جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که بین صفات شخصیت مرزی با خودزنی غیر خودکشی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودزنی غیر خودکشی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($p < 0.05$). در شکل ۱ و جدول ۳ نتایج حاصل از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری ارائه شده است.

شکل ۱ نشان می‌دهد که نشانه‌های شخصیت مرزی به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بینی‌کننده تنظیم شناختی هیجان ناسازگار ($\beta = 0.74, p < 0.05, t = 6.83$) و خودزنی‌های غیر خودکشی ($\beta = 0.34, p < 0.05, t = 2.92$) است. تنظیم شناختی هیجان ناسازگار ($\beta = 0.47, p < 0.05, t = 2.25$) به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بینی‌کننده خودزنی‌های غیر خودکشی است. در جدول ۳ اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه شده است.

1. invers

شخصیت مرزی [۱۸] و زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۲۰] رابطه وجود دارد. آنها نشان دادند که علائم اختلال شخصیت مرزی با استفاده کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار مرتبط است [۱۲، ۱۸].

نتایج این پژوهش نشان داد که تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان است. اگرچه پژوهشی همسو با این یافته‌ها مشاهده نشد اما سایر پژوهش‌ها دریافتند که تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان میانجی رابطه بین روابط عاشقانه و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان [۳] و همچنین رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و رویدادهای استرس‌زای زندگی با خودزنی غیرخودکشی جوانان مبتلا به افسردگی [۱۷] هستند. قادری و همکاران [۲۷] نشان دادند که خودانتقادی و تحمل پریشانی میانجی رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و رفتارهای خودزنی غیرخودکشی هستند. آنها در یک مطالعه دیگر [۲۸] دریافتند که تنظیم هیجان و تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی میانجی رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان هستند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افراد با صفات اختلال شخصیت مرزی (ناامیدی و تکانش‌گری) به‌واسطه استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری) در معرض خطر بیشتری برای انجام رفتارهای آسیب‌زا از جمله خودزنی غیر خودکشی قرار دارند. مدل تنظیم عاطفه بیان می‌کند که خودزنی غیرخودکشی یک راهبرد ناسازگار برای مقابله با هیجان‌ها و عواطف منفی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به سبب بی‌ثباتی عاطفی و هیجانی در کنترل هیجان‌های منفی خود ناتوان هستند. این ناتوانی در کنترل هیجان‌های منفی آنها را مستعد ابتلا و تداوم خودزنی غیرخودکشی برای تنظیم هیجان می‌کند [۲۹]. مدل تجزیه نیز پیشنهاد می‌کند که خودزنی غیرخودکشی برای تنظیم هیجان است اما این کار را به‌واسطه تعامل با رفتار تجزیه‌ای انجام می‌دهد [۳۰]. داروس و ویلیامز [۱۲] معتقدند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از راهبردهای سازگار کمتر و در مقابل از راهبردهای ناسازگار بیشتر استفاده می‌کنند. دشواری در انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان کارآمدتر

مستقیم تنظیم شناختی هیجان بر خودزنی غیرخودکشی ۰/۴۶ است. از سوی دیگر اثر غیرمستقیم نشانه‌های شخصیت مرزی بر خودزنی غیرخودکشی از طریق تنظیم شناختی هیجان ۰/۳۴ است. شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم‌نشده، برازش افزایشی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش‌شده به ترتیب برابر (P=۰/۰۲۸) ۲۱/۵۱، ۰/۹۸، ۰/۹۷، ۰/۹۷، ۰/۹۹، ۰/۹۷ و ۰/۶۹ بود؛ بنابراین می‌توان استنباط کرد که مدل نهایی از برازش خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان بود. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد که بین صفات یا اختلال شخصیت مرزی [۸-۱۱، ۱۳] و راهبردهای تنظیم هیجان [۳، ۹، ۱۵-۱۷] با خودزنی غیرخودکشی رابطه وجود دارد. پژوهش‌های فوق نشان دادند که بین علائم اختلال شخصیت مرزی و خودزنی غیرخودکشی در نوجوانان بیمار بستری [۸]، بزرگسالان دارای سابقه خودزنی غیرخودکشی [۹]، دانشجویان [۱۰] و افراد بستری در بخش روان‌پزشکی [۱۱] رابطه وجود دارد. همچنین نشان دادند که ابعاد شخصیت مرزی از جمله ناامیدی، تکانش‌گری و علائم تجزیه‌ای و پارانویائی مرتبط با استرس و آسیب به خود نوجوانان دختر مرتبط هستند [۱۳]. پرز و همکاران [۱۵] دریافتند که افراد دارای سابقه خودزنی غیرخودکشی ناتوانی بیشتری در تنظیم هیجان دارند. پژوهش‌های دیگر دریافتند که بین راهبردها و توانایی تنظیم هیجان با خودزنی غیرخودکشی بزرگسالان [۹]، نوجوانان [۱۶] و جوانان مبتلا به افسردگی [۱۷] رابطه وجود دارد. همچنین ابعاد هیجان (واکنش هیجانی، شدت هیجان و درج‌اماندگی هیجانی) با خودزنی غیرخودکشی دانشجویان مرتبط هستند [۲]. در پژوهش حاضر یافته‌های قبلی [۱۲، ۱۸-۲۰] مبنی بر رابطه بین صفات یا اختلال شخصیت مرزی و راهبردهای تنظیم هیجان تکرار شد. این پژوهش‌ها نشان دادند بین صفات و علائم اختلال شخصیت مرزی و راهبردهای تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال

(نشخوار فکری) و افکار مربوط به جنبه‌های وحشتناک تجارب خود (فاجعه‌نمایی) مشکلات بیشتری در تنظیم هیجان خود دارند. این افراد در غیاب راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مؤثر در معرض خطر بیشتری برای انجام رفتارهای بدتنظیم‌شده‌ای مثل خودزنی غیرخودکشی قرار می‌گیرند. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های شناختی مثل نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری افراد را نسبت به مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر می‌کند [۲۴].

خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی، دیگرسرزنش‌گری) میانجی رابطه بین صفات شخصیت مرزی (نامیدی، تکانش‌گری) و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان هستند. نتایج پژوهش حاضر از نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی غیرخودکشی حمایت می‌کند. بر اساس این نتایج افراد دارای صفات شخصیت مرزی به‌واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار خودزنی‌های غیرخودکشی را تجربه می‌کنند؛ از این رو مداخله‌های بالینی مرتبط با تنظیم هیجان می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از خودزنی‌های غیرخودکشی داشته باشند. پژوهش حاضر دارای چند محدودیت است. ابتدا، در این پژوهش برای بررسی روابط علی از پژوهش‌های مقطعی و توصیفی از نوع همبستگی استفاده شد. پژوهش‌های آتی می‌توانند با استفاده از طرح‌های طولی اطلاعات دقیق‌تری در مورد روابط علی متغیرها ارائه کنند. دوم، برای بررسی متغیرهای پژوهش از ابزارهای خودگزارشی استفاده شد. در این موارد احتمال سوگیری شرکت‌کنندگان وجود دارد؛ از این رو استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مثل مصاحبه یا تکالیف آزمایشی می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری را فراهم سازد. سوم، محدودبودن نمونه پژوهش به دانشجویان مقطع کارشناسی تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند، از این رو پژوهش‌های بعدی را می‌توان در مورد نمونه‌های بالینی و گروه‌های سنی مختلف انجام داد.

تقدیر و تشکر

از همکاری کلیه دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

تلاش‌های موفقیت‌آمیز آنها را در کوتاه‌مدت محدود می‌کند و بدتنظیمی هیجانی را در بلندمدت تداوم می‌بخشد. افراد مبتلا به این اختلال به احتمال بیشتری به تجارب هیجانی منفی، علائم پریشان‌کننده و برانگیختگی جسمی بالای خود ادامه می‌دهند و در معرض خطر بیشتری برای درگیری در رفتارهای آسیب‌زا به علت استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد قرار دارند. در همین راستا اعتقاد بر این است که رفتارهای بدتنظیم‌شده‌ای مثل مصرف الکل و خودزنی غیرخودکشی راهبردهای رفتاری آسیب‌زایی برای تنظیم هیجان هستند که در غیاب راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر انجام می‌شوند [۵]. به عبارت دیگر، افراد تمایل به استفاده از رفتار خودزنی غیرخودکشی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر به سبب فقدان سایر روش‌های مقابله‌ای دارند [۱۶]. لذا به نظر می‌رسد خودزنی غیرخودکشی در خدمت تنظیم هیجان و کاهش عاطفه منفی است [۵، ۱۲، ۱۵، ۲۹].

طبق مدل اجتناب تجربه‌ای آسیب به خود [۳۰] خودزنی غیرخودکشی یک رفتار یا راهبرد به گونه منفی تقویت‌شده برای کاهش یا خاتمه پاسخ‌های هیجانی است. رهایی موقت از پاسخ‌های هیجانی شدید خودزنی غیرخودکشی را تقویت می‌کند و همچنین احتمال انجام این رفتار را در شرایط مشابه آتی افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، اگرچه خودزنی غیرخودکشی در ابتدا برای تسکین پریشانی هیجانی در لحظه حال مؤثر است اما تسکین ایجادشده موقتی است و استفاده مکرر از آن برای اجتناب از هیجان‌ها، پیامدهای هیجانی متناقضی دارد. برای مثال استفاده مکرر از این رفتار به‌طور هم‌زمان پریشانی هیجانی را افزایش می‌دهد و اطمینان به توانایی تنظیم مؤثر پریشانی را کاهش می‌دهد [۳۱]. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده خودزنی غیرخودکشی نوجوانان مبتلا به بیماری‌های روان‌شناختی است. در این حالت افراد باور دارند که راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر نیستند، هیجان‌های منفی طاقت‌فرسا هستند و ادامه پیدا خواهند کرد [۱۵]. بر این اساس به نظر می‌رسد دانشجویان دارای صفات شخصیت مرزی (نامیدی و تکانش‌گری) به‌واسطه سرزنش محیط یا دیگران به خاطر آنچه تجربه کرده‌اند (دیگر سرزنش‌گری)، فکر کردن یا تمرکز مکرر بر افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با تجربه‌ها یا رویدادهای منفی

منابع

- 10-Brickman LJ, Ammerman BA, Look AE, Berman ME, McCloskey MS. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014;1:14.
- 11-Kaess M, Brunner R, Parzer P, et al. Association of adolescent dimensional borderline personality pathology with past and current nonsuicidal self-injury and lifetime suicidal behavior: A clinical multicenter study. *Psychopathology.* 2016;49(5):356-363.
- 12-Daros AR, Williams GE. A Meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2019;27(4):217-232.
- 13-Ghomoushi F, Sobhi A, Kiani Q, Ahmadi MS. The relationship of emotional child abuse, borderline personality, and self-harm behavior with the mediating role of object relation in female adolescents. *Int J School Health.* 2022;9(1):26-35.
- 14-Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogn Emot.* 2018;32(7):1401-1408.
- 15-Perez J, Venta A, Garnaat S, Sharp C. The difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *J Psychopathol Behav Assess.* 2012;34(3):393-404.
- 16-Lan Z, Pau K, Md Yusof H, Huang X. The effect of emotion regulation on non-suicidal self-injury among adolescents: The mediating roles of sleep, exercise, and social support. *Psychol Res Behav Manag.* 2022;15:1451-1463.
- 17-Qian H, Shu C, Feng L, Xiang J, Guo Y, Wang G. Childhood maltreatment, stressful life events, cognitive emotion regulation strategies, and non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with first-episode depressive disorder: Direct and indirect pathways. *Front Psychiatry.* 2022;13:838693.
- 18-Daros AR, Guevara MA, Uliaszek AA, McMain SF, Ruocco AC. Cognitive emotion regulation strategies in borderline personality disorder: Diagnostic comparisons and associations with potentially harmful behaviors. *Psychopathology.* 2018;51(2):83-95.
- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
- 2- Hatzopoulos K, Boyes M, Hasking P. Relationships between dimensions of emotional experience, rumination, and nonsuicidal self-injury: An application of the emotional cascade model. *J Clin Psychol.* 78(4):692-709.
- 3- Silva E, Machado BC, Moreira CS, Ramalho S, Gonçalves S. Romantic relationships and nonsuicidal self-injury among college students: The mediating role of emotion regulation. *J Appl Dev Psychol.* 2017;50:36-44.
- 4- Nagy LM, Shanahan ML, Seaford SP. Nonsuicidal self-injury and rumination: A meta-analysis [published online ahead of print, 2022 May 31]. *J Clin Psychol.* 2022;10.1002/jclp.23394.
- 5- Hasking P, Claes L. Transdiagnostic mechanisms involved in nonsuicidal self-injury, risky drinking and disordered eating: Impulsivity, emotion regulation and alexithymia. *J Am Coll Health.* 2020;68(6):603-609.
- 6- Boduszek D, Debowska A, Ochen EA, et al. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempt among children and adolescents: Findings from Uganda and Jamaica. *J Affect Disord.* 2021;283:172-178.
- 7- Mansouri M, Tarimoradi A, Mansouri A, Zam F, Bolghan-Abadi M. Predicting of nonsuicidal self-injury in adolescents using stressful life events, maladaptive schema and spiritual coping. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences;* 2022;10(1):141-153. [In Persian].
- 8- Hatkevich C, Mellick W, Reuter T, Temple JR, Sharp C. Dating violence victimization, nonsuicidal self-injury, and the moderating effect of borderline personality disorder features in adolescent inpatients. *J Interpers Violence.* 2020;35(15-16):3124-3147.
- 9- Spitzen TL, Tull MT, Baer MM, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Gratz KL. Predicting engagement in nonsuicidal self-injury (NSSI) over the course of 12 months: the roles of borderline personality disorder pathology and emotional consequences of NSSI. *J Affect Disord.* 2020;277:631-639.

- 26-Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess.* 2001; 23(4):253-263.
- 27-Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansoori A, Shahabizadeh F. The mediating role of self-criticism and distress tolerance in relationship between attachment styles and non-suicidal self-injury behaviors in adolescents. *RBS.* 2020;17(4):552-537. [In Persian].
- 28-Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansouri A, Shahabizadeh F. The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *Int Arch Health Sci* 2020;7:96-103.
- 29-Peters EM, John A, Baetz M, Balbuena L. Examining the role of borderline personality traits in the relationship between major depression and nonsuicidal self-injury. *Compr Psychiatry.* 2018;86:96-101.
- 30-Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006;44(3):371-394.
- 31-Gratz KL, Spitz TL, Tull MT. Expanding our understanding of the relationship between nonsuicidal self-injury and suicide attempts: The roles of emotion regulation self-efficacy and the acquired capability for suicide. *J Clin Psychol.* 2020;76(9):1653-1667.
- 19-McLachlan J, Mehdikhani M, Larham B, Centifanti LCM. Borderline personality traits and emotion regulation strategies in adolescents: The role of implicit theories. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(5):899-907.
- 20-Lotfi M, Amini M, Fathi A, Karami A, Ghiasi S, Sadeghi S. Cognitive emotion regulation strategies in prisoners with borderline personality disorder. *PCP.* 2018;6(3):153-158.
- 21-Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. LA: Sage; 2016.
- 22-Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Pers Individ Differ.* 2001; 31(3):409-419.
- 23-Mohammadzadeh A, Goodarzi A, Taghavi R, Mollazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University Students. *JFMH.* 2006; 7(28):75-89. [In Persian]
- 24-Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Differ.* 2006; 41(6):1045-1053.
- 25-Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Moderating and mediating role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of generalized anxiety disorder: Developing a conceptual model. *J Res Behav Sci* 2018;16(2):130-42. [In Persian].