



رساله دکتری روان شناسی

رفتارهای خود آسیب رسانی در نوجوانان: ماهیت، احتمال خودکشی و نقش عوامل روان شناختی و همسالان

راهنمای اول: دکتر احمد برجعلی

راهنمای دوم: دکتر محمود گلزاری

مشاور اول: دکتر محمد رضا فلسفی نژاد

مشاور دوم: دکتر میترا حکیم شوشتری

داور اول: دکتر ژانت هاشمی آذر

داور دوم: دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید

پژوهشگر: حمید خانی پور

فهرست موضوعی

گفتار اول

7 مقدمه

9 بیان مساله

15..... اهمیت و ضرورت پژوهش

16..... اهداف پژوهش

16..... سوالها یا فرضیه های پژوهش

17..... تعریف نظری و عملی مفاهیم

17..... خود آسیب رسانی

17..... عوامل روانشناختی

17..... تنظیم هیجانی

18..... خود انتقادی

18..... عوامل همسالان

19..... احتمال خودکشی

گفتار دوم

2 مقدمه

2 تعریف خود آسیب رسانی

- 3 اصطلاح شناسی خود آسیب رسانی
- 4 تاریخچه مطالعات خود آسیب رسانی
- 9 طبقه بندی انواع رفتارهای خود آسیب رسانی
- 15..... ماهیت و معنای خود آسیب رسانی در پژوهش های کیفی
- 18..... شباهت ها و تفاوت های خود آسیب رسانی مستقیم و غیر مستقیم
- 20..... خود جراحی و طبقات تشخیصی
- 24..... خود جراحی در نسخه جدید DSM
- 27..... شیوع و ویژگی های جمعیت شناختی خود جراحی
- 29..... خود آسیب رسانی در نوجوانان گروه های خاص
- 31..... مدل های علت شناسی
- 31..... الف) مدل تحولی خود جراحی
- 34..... ب) مدل تنظیم هیجانی
- 37..... پ) مدل اجتناب از تجربه
- 39..... ت) مدل محیطی خود جراحی
- 39..... ث) مدل روابط ابژه ای

- 40.....(ج) مدل تلفیقی تحول و تداوم خودجراحی
- 44.....(چ) مدل تجزیه ای
- 44.....(ح) مدل خود تنبیهی خودجراحی
- 45.....(خ) مدل کارکردی خودجراحی بدون خودکشی
- 46.....(د) مدل اجتماعی خود جراحی
- 49.....(ذ) مدل مازوخیسمی
- 50.....(ر) مدل ضد خودکشی
- 50.....عوامل خطر و محافظت کننده خود جراحی
- 51.....عوامل خطر روان شناختی
- 51.....(الف) تصور از خویشتن و خود جراحی
- 55.....عوامل همسالان
- 55.....(الف) عوامل همسالان و خودجراحی
- 59.....انگیزه ها و کارکردهای خود آسیب رسانی مستقیم
- 64.....رابطه خود جراحی بدون خودکشی و اقدام خودکشی
- 67.....1.نظریه دروازه‌های
- 68.....2.نظریه بین فردی خودکشی

3. مدل تلفیقی خودجرحی و اقدام خودکشی 70
4. نظریه متغیر سوم 72
- تفاوت و تشابه خود جرحی با اقدام خودکشی 73
- احتمال خودکشی 76
- احتمال خودکشی در خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیر مستقیم 78
- خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان ایرانی 80
- جمع بندی 80
گفتار سوم
- مقدمه 82
- روش پژوهش 82
- جامعه و نمونه 84
- بخش کیفی 85
- ابزارها 85
- 1) پرسشنامه خود آسیب‌رسانی 85
- 2) مقیاس مشکلات تنظیم هیجانی 86
- 3) مقیاس انواع انتقاد از خود/حمله به خود و خود اطمینان بخشی 86

- 87.....(4)مقیاس رفتارها و کارکردهای خودجرحی
- 88.....(5)مقیاس احتمال خودکشی
- 88.....(6)پرسشنامه قلدری/ قربانی آلوئوس
- 89.....خرده مقیاس الگوگیری از خودجرحی همسالان
- 89.....مصاحبه نیمه ساختار یافته
- 90.....شیوه اجرای بخش کیفی
- 91.....تجزیه و تحلیل مصاحبه های بخش کیفی
- 93.....شیوه اجرای بخش کمی
- 93.....شیوه تجزیه و تحلیل
گفتار چهارم
- 95.....نتایج بخش کیفی
- 97.....سوال اول. ماهیت و معنای خودآسیب رسانی در نزد نوجوانانی که سابقه این رفتارها را دارند به چه صورت است؟
- 99.....خوشه الف)معنای خود آسیب رسانی
- 99.....مضمون اول: روشها و تعاریف خود آسیب رسانی
- 101.....مضمون دوم : حالت‌های هیجانی
- 102.....مضمون سوم: پیام اجتماعی
- 104.....خوشه (ب):انواع خود جرحی

- 105..... خوشه (ج): علل خود جراحی
- 105..... مضمون اول(عوامل روان شناختی
- 105..... 1.1)آشفتگی های هیجانی
- 105..... 2.1) نقص حل مساله
- 106..... 3.1) نقص خود تسکینبخشی
- 106..... 4.1)رسیدن به جایگاه اجتماعی در گروه همسالان
- 107..... 2)عوامل محیطی
- 107..... 1.2)الگوگیری
- 107..... 2.2) خانواده نابهنجار
- 107..... 3.2) مصرف و سوء مصرف مواد و الکل
- 108..... سوال دوم. چه عواملی در پدیدایی خودآسیب رسانی نوجوانان نقش دارند؟
- 108..... نمودار مسیر خود جراحی
- 108..... الف)مدل خودجراحی رهایی بخش
- 110..... ب) مدل خودجراحی قدرت بخش
- 111..... یافته های بخش کمی
- 111..... الف) یافته های توصیفی
- 115..... شیوع رفتارهای خود آسیب رسانی

115..... عوامل پیشایند خود جراحی

115..... مقایسه ویژگی های گروه بزهار و آزار دیده

119..... نتایج همبستگی متغیرهای پژوهش

120..... سوال سوم : انگیزه های اصلی رفتارهای خود آسیب رسانی مستقیم نوجوانان چیست؟

125..... سوال چهارم : چه رابطه ای بین خود آسیب رسانی و اقدام خودکشی وجود دارد؟

فرضیه اول: مشکلات تنظیم هیجانی، خودانتقادی، قربانی شدن و الگوگیری از همسالان خود آسیب رسانی را پیش بینی میکنند

127.....

131..... فرضیه دوم: خود انتقادی در رابطه نقایص تنظیم هیجانی و خود آسیب رسانی مستقیم نقش واسطه ای دارد

فرضیه سوم : الگوگیری از همسالان در رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و خود آسیب رسانی مستقیم نقش تعدیل کننده دارد.

133.....

135..... فرضیه چهارم: قربانی شدن در رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و خود جراحی نقش تعدیل کننده دارد.

135..... فرضیه پنجم : احتمال خودکشی نوجوانان با خود آسیب رسانی مستقیم بیشتر از خود آسیب رسانی غیر مستقیم است.

سوال پنجم : چه تفاوتی بین گروه با خود آسیب رسانی مستقیم و غیر مستقیم از لحاظ مهارت های تنظیم هیجانی وجود

138..... دارد؟

سوال ششم: چه تفاوتی بین گروه با خود آسیب رسانی مستقیم و غیر مستقیم از لحاظ خودانتقادی وجود دارد؟

142..... مقدمه

گفتار پنجم

142..... بحث سوال اول

148..... مقایسه یافته های جمعیت شناختی خود آسیب رسانی نوجوانان ایرانی

149.....	بحث سوال دوم
156.....	بحث سوال سوم
160.....	بحث سوال چهارم
162.....	بحث سوال پنجم
164.....	بحث سوال ششم
165.....	بحث فرضیه اول
166.....	بحث فرضیه دوم
172.....	بحث فرضیه سوم
174.....	بحث فرضیه چهارم
175.....	بحث فرضیه پنجم
178.....	نتیجه گیری
181.....	محدودیتها
181.....	پیشنادهای نظری
182.....	پیشنادهای کاربردی
183.....	منابع

فهرست جدول ها

- جدول 1. رفتارهای خود آسیب‌رسانی (پاتیسون و کان، 1983 به نقل از والش، 2008). ----- 12
- جدول 2. خلاصه نتایج مطالعات مرتبط با تشخیص‌های روانپزشکی در افراد خودجراحی‌کننده ----- 24
- جدول 3. مدل بسط‌یافته اجتماعی خودجراحی بدون خودکشی (ناک، 2008) ----- 48
- جدول 4. انگیزه‌های خودجراحی (کلونسکی، 2007) ----- 63
- جدول 5. اطلاعات جمعیت‌شناختی و سابقه خود آسیب‌رسانی در نوجوانان شرکت‌کننده در مصاحبه ----- 96
- جدول 6. خلاصه خوشه‌ها و طبقات مستخرج از مصاحبه‌ها ----- 97
- جدول 7. فراوانی شیوه‌های خود آسیب‌رسانی مستقیم و غیر مستقیم به تفکیک جنسیت ----- 112
- جدول 8. فراوانی رفتارهای خود آسیب‌رسانی به تفکیک گروه بزهکار و آزار دیده ----- 113
- جدول 9. نتایج مقایسه دو گروه بزهکار و آزار دیده در زیر مقیاس‌های تنظیم هیجانی، خود انتقادی و تاثیر همسالان ----- 116
- جدول 10. شاخص احتمال خودکشی در نوجوانان بزهکار و آزار دیده ----- 118
- جدول 11. مقایسه احتمال خودکشی در دو گروه بزهکار و آزار دیده ----- 118
- جدول 12. همبستگی دو متغیره مهارت‌های تنظیم هیجانی با خود آسیب‌رسانی مستقیم و غیر مستقیم ----- 119
- جدول 13. تحلیل همبستگی پیرسون رابطه خود انتقادی، عوامل همسالان و خود آسیب‌رسانی مستقیم و غیر مستقیم ----- 120
- جدول 14. مقادیر ارزش ویژه، درصد واریانس و در صد واریانس تراکمی 8 عامل ----- 121
- جدول 15. عوامل اصلی و بارعاملی خرده مقیاس‌های سیاهه انگیزه‌های خودجراحی ----- 122
- جدول 16. ارتباط اقدام خودکشی و خودجراحی در نمونه نوجوانان آزار دیده و بزهکار ----- 126
- جدول 17. ضرایب مسیر (ضرایب B) مستقیم و غیر مستقیم مدل پیش‌بینی خود آسیب‌رسانی مستقیم در نوجوانان ----- 129
- جدول 18. ضرایب همبستگی تفکیکی خرده مقیاس مشکلات تنظیم هیجانی و فراوانی خود آسیب‌رسانی مستقیم با کنترل نقص کنترل تکانه ----- 132
- جدول 19. ضرایب رگرسیون رابطه مشکل کنترل تکانه با خود آسیب‌رسانی مستقیم نقش واسطه خود بی‌کفایت‌پنداری ----- 133
- جدول 20. رابطه مشکل کنترل تکانه با فراوانی خود آسیب‌رسانی نقش واسطه تاثیر همسالان ----- 135
- جدول 21. مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در خرده مقیاس‌های احتمال خودکشی ----- 136
- جدول 22. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس به تفکیک گروه‌ها و نوع روش خود آسیب‌رسانی ----- 137
- جدول 23. مقایسه میانگین‌های گروه‌ها با خود آسیب‌رسانی مستقیم و غیر مستقیم در خرده مقیاس‌های تنظیم هیجانی ----- 139
- جدول 24. مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در خرده مقیاس‌های خود انتقادی ----- 140

فهرست شکل‌ها

- شکل 1 مدل آسیب‌شناسی تحولی خودجرحی (یتس، 2004)..... 34
- شکل 2. مدل اجتناب تجربی خود آسیب‌رسانی آگاهانه..... 39
- شکل 3. مدل تلفیقی تحول و تداوم خودجرحی (ناک، 2007)..... 42
- شکل 4 مسیر رفتار مرتبط با خودکشی مک‌لافین، (2008) 65
- شکل 5. مدل تلفیقی خودجرحی و اقدام خودکشی (حیمز، استیوارت، ویلوبی، 2009)..... 72
- شکل 6. طرح همبستگی-لانه‌گزینی (به نقل از کروسول-1390)..... 84
- شکل 7. مدل خودجرحی‌رهای بخش 109
- شکل 8. مدل خودجرحی‌قدرت بخش 110
- شکل 9. شاخص احتمال خودکشی در نوجوانان بزهکار و آزار دیده 117
- شکل 10. نمره‌های ارزش ویژه هشت عامل اصلی انگیزه‌های خودجرحی در نوجوانان بزهکار و آزار دیده 125
- شکل 11. مدل مسیر پیش‌بینی‌کننده‌های خود آسیب‌رسانی مستقیم در نوجوانان 128
- شکل 12. مدل اصلاح شده پیش‌بینی‌کننده‌های خود آسیب‌رسانی مستقیم در نوجوانان 130
- شکل 13. ضرایب استاندارد روابط مستقیم و غیر مستقیم نقص کنترل تکانه و خود بی‌کفایت‌پنداری با خود آسیب‌رسانی مستقیم 133

به نام خدا

"تقدیم به نوجوانان آزاردیده و نوجوانان در بند شهر زیبا"

و

آن‌ها که زندگی بخشیدند و آن‌ها که روشنگر زندگی در برابر مرگ بودند

" در دنیایی که هر کسی به هر بهایی، برای بقایش می‌جنگد، در مورد رفتار کسانی که تصمیم می‌گیرند بمیرند، چه قضاوتی میشود کرد؟ هیچ کس نمیتواند قضاوت کند. هر کسی وسعت رنج خود را میشناسد، و میزان فقدان معنای زندگی‌اش را.... (ورونیکا تصمیم می‌گیرد بمیرد- پائولو کوئیلو)

چکیده

مقدمه: خودآسیب‌رسانی به دو دسته مستقیم مانند خودجرحی بدون خودکشی و غیرمستقیم مثل خطرجویی و سوء مصرف مواد تقسیم‌بندی می‌شود. اهداف این مطالعه عبارت بودند از (1) بررسی تجربه زیسته و پدیدارشناسی خودآسیب‌رسانی در نوجوانان ایرانی، (2) سنجش مدلی مبتنی بر شواهد تجربی از عوامل خطر و انگیزه‌های روان‌شناختی و اجتماعی خودآسیب‌رسانی، (3) مقایسه خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم و ارتباط آن‌ها با اقدام و احتمال خودکشی. روش: از یک طرح ترکیبی از نوع لانه‌ای استفاده شد. در بخش کیفی 20 شرکت‌کننده از موقعیت‌های بالینی و غیربالینی و در بخش کمی 240 شرکت‌کننده از موقعیت‌های بزهکار و آزاردیده بررسی شدند. در بخش کیفی از روش مصاحبه و در بخش کمی از ابزارهای سیاهه خود آسیب‌رسانی، مقیاس انگیزه‌های خودآسیب‌رسانی، مقیاس مشکلات تنظیم هیجانی، مقیاس خودانتقادی، پرسشنامه قلدری/قربانی و مقیاس الگوگیری از خودجرحی همسالان استفاده شد. داده‌های بخش کیفی با روش پدیدارشناسی توصیفی (روش کلایزی) و داده‌های بخش کمی با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری، تحلیل عاملی اکتشافی و تجزیه و تحلیل واریانس دوراهه تحلیل شدند.

نتایج: از مصاحبه‌ها سه خوشه اصلی شامل معانی خودآسیب‌رسانی، انواع خودآسیب‌رسانی (رهایی‌بخش و قدرت‌بخش) و علل روان‌شناختی و علل محیطی شناسایی شد. از نظر نوجوانان، خودآسیب‌رسانی مستقیم زخمی بدون درد است که با هدف غلبه بر تعارض‌های ارتباطی شدید، انتقال یک پیام اجتماعی تاثیرگذار یا رهایی از هیجان‌های طاقت‌فرسا استفاده می‌شود. یافته‌های بخش کمی نیز نشان داد نقایص تنظیم هیجانی، خودانتقادی و الگوگیری از خودجرحی همسالان به صورت معنی‌داری در قالب یک مدل تحلیل مسیر فروانی خودآسیب‌رسانی مستقیم را پیش‌بینی می‌کنند. هشت انگیزه خودآسیب‌رسانی مستقیم عبارت بودند از پذیرش-گروهی، تنظیم هیجان، ابرازآشفتگی، اثبات‌خود، ضدخودکشی، ضدتجزیه‌ای، تمایزخود از دیگران و انتقام گرفتن. از لحاظ نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانی و خودانتقادی تفاوتی بین خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم وجود ندارد. هر چند افکار خودکشی گروه با خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم بیشتر است؛ اما آمادگی نوجوانان با خودآسیب‌رسانی مستقیم به دلیل تکانشوری زیاد برای اقدام خودکشی بیشتر است. اقدام خودکشی با خودآسیب‌رسانی مستقیم رابطه دارد؛ اما با برخی از انواع خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم مانند سوء مصرف مواد و خطرجویی جنسی نیز رابطه دارد.

نتیجه‌گیری: نوجوانان ایرانی خودجراحی را بیشتر در نقش یک پیام اجتماعی موثر برای اعتراض و رهایی از تعارض‌های بین‌فردی ادراک می‌کنند. نقایص کنترل تکانه نوجوانان را مستعد آسیب به خود می‌کند و خود انتقادی به ویژه از نوع خودبی‌کفایت‌پنداری مکانیسمی است که تبیین‌کننده رابطه نقص کنترل تکانه و خودآسیب‌رسانی است و خودجراحی همسالان به صورت مستقیم بر روی فراونی خودجراحی نوجوان اثرگذار است. شباهت خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم از لحاظ نقایص تنظیم هیجانی و خودانتقادی ممکن است به این معنا باشد که آنها دارای ریشه‌های مشترکی هستند. احتمال خودکشی هر دو گروه با خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم به یک اندازه است. براساس یافته‌ها می‌توان پیشنهاد داد که نقص کنترل تکانه و افکار خودکشی را باید مهمترین حوزه‌هایی در نظر گرفت که باید در کاهش احتمال خودکشی نوجوانان با خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم در نظر گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: خودآسیب‌رسانی، خود جراحی، اقدام خودکشی، تنظیم هیجانی، خود انتقادی، همسالان

Self-harm in adolescents: Nature, suicide probability and role of psychological and peer group factors

Abstract

Introduction: Self harm have been classified in two major categories including direct self harm like Non suicidal self injury (NSSI) and indirect self harm like substance abuse and risk taking behaviors. The purposes of this study were to 1) investigating lived experience and phenomenology of self harm in adolescents ; 2) identifying an evidence-based model of psychological and social risk factors and motivations contributing in self harm ; 3) comparison of direct and indirect self harm in terms of emotion regulation skills and suicide probability.

Methods: we used a mixed method (embedded method). In a qualitative section, 20 adolescents were selected from clinical and nonclinical setting and for quantitative section; we selected 240 individuals from delinquent and abused adolescents. Semi-structure interview and some scales including difficulties in emotion regulation questionnaire, self-harm inventory, self-criticism scale, suicide probability scale, Inventory of statement about self-injury, victimization and Bullying questionnaire and peer group self injury modeling scale. Qualitative data were analyzed by descriptive phenomenological method (Claizzi method) and quantitative data were analyzed by structure equation modeling, explanatory factor analysis and two-ways analysis of variance.

Results: Three clusters including meaning of self-harm, Types of self harm (power enhancing & releasing) and psychological and environmental causes had been identified from interviews.

Adolescents perceived direct self harm as a painless injury that were used for overcoming intense social conflicts, conveying cost-effective social message and releasing unbearable emotions. Difficulty in impulse control, self criticism and peer group modeling significantly predicted direct self harm ($p < 0.001$). There have been identified 8 motivations for self harm like group acceptance, emotion regulation, distress expression, self expression, antisuicide, antidissociation, differentiation self from others and revenge. There have not significant differences between direct and indirect self harms in terms of emotion regulation skills and self-criticism. However suicide ideation was higher in indirect self harm group but impulsivity of adolescents with self harm prone them to have more courage to killing themselves. Suicide attempt was associated with self-injury but had an association with some of the indirect self harm behaviors like substance abuse and sexual risk taking. **Conclusion:** Iranian adolescents perceived self injury as an effective social message for releasing and protesting against interpersonal conflicts. Impulse control difficulties prone adolescents to self harm and self criticism, especially self-inadequacy acted as a mediator mechanism explaining association between impulse discontrol and self injury and peer self injury directly increase self injury in adolescents. Commonalities between direct and indirect self-harm in terms of emotion regulation and self-criticism may be indicating that they have similar roots. Proneness to suicide in adolescents with indirect self harm was as much as direct self harm. According to finding, it could be suggested that inability to impulse control and suicide ideation should be considered as main targets for decreasing suicide probability in adolescents with direct and indirect self-harm.

Key words: Self harm, Self injury, suicide attempt, emotion regulation, self criticism, peer group



مقدمه

در انسان‌ها گرایشی زیستی برای حفظ خویشتن و اجتناب از آسیب، درد، زخم و ضرر وجود دارد. بیشتر افراد حاضر نیستند در حالت طبیعی درد، زخم و جراحت را روی بدن تحمل کنند؛ ولی شکل‌های مختلف آسیب به خود همیشه همراه انسان بوده است. خود آسیب‌رسانی شامل انواع مختلفی از رفتارهایی است که با هدف‌های مختلف روان‌شناختی و بین‌فردی به شکل‌های مستقیم (آسیب عمدی به بافت‌های بدن مانند خودزنی، کوبیدن سر به دیوار) و غیر مستقیم (مانند رفتارهای خطرجویانه، سوء مصرف مواد و الکل، عادت‌های ناسازگار خوردن) انجام می‌شوند و این رفتارها ممکن است با یا بدون نیت خودکشی باشند و به لحاظ اجتماعی و فرهنگی¹ مورد قبول اکثریت نیستند (والش، 2008؛ کلونسکی، 2004؛ ناک و همکاران، 2007). در حوزه آسیب‌شناسی مرضی این رفتارها از قدیم الایام به عنوان نشانه‌ای از برخی از اختلالات روانی به ویژه اختلالات شخصیت مرزی، اختلالات فراگیر رشد و اختلال کنترل تکانه در نظر گرفته می‌شدند؛ اما در سال‌های اخیر هم به دلیل افزایش شیوع این رفتار و هم افزایش حجم پژوهش‌هایی که به این مساله اختصاص یافته است، پیشنهاد طبقه‌بندی تشخیصی با عنوان نشانگان خودجراحی بدون خودکشی² (NSSI) داده شده است. فراگیر شدن این اختلال در کشورهای اروپایی و آمریکا به قدری است که برخی متخصصین (برای مثال ناک، 2007) برای اشاره به این اختلال، آن را هم عرض اختلال‌هایی مانند هیستری و اختلال‌های خوردن که در دوران‌های گذشته تغییراتی اساسی در تصور انسان درباره خود و جامعه به وجود آوردند، می‌دانند.

اختلاف‌نظرهای زیادی در تعریف این دسته از رفتارها و تفاوت آنها با اقدام خودکشی وجود دارد به صورتیکه در آمریکا به صورت کلی خودآسیب‌رسانی به دو دسته خودجراحی بدون خودکشی و اقدام خودکشی تقسیم بندی می‌شود، در حالیکه در اروپا از واژه خودآسیب‌رسانی آگاهانه³ (DSH) برای اشاره به این رفتارها استفاده می‌شود و تمایزی بین خودآسیب‌رسانی با و بدون انگیزه خودکشی گذاشته نمی‌شود. از سویی برخی مخالف طبقه‌بندی رفتارهایی مانند خطرجویی و رفتارهای ناسازگارانه خوردن به عنوان نوعی خود آسیب‌رسانی هستند؛ در حالیکه مدل‌هایی (مانند والش، 2008) وجود دارند که این رفتارها را نوعی خود آسیب‌رسانی به حساب می‌آورند.

¹ برخی از انواع آسیب به خود به لحاظ اجتماعی و فرهنگی قابل پذیرش است مانند خالکوبی کردن، سوراخ کردن بدن و شیوه‌های آیینی آسیب به خود که ممکن است در برخی فرهنگ‌ها جزو احکام و واجبات آیینی باشد.

² Non Suicidal Self-Injury

³ Deliberate Self Harm

یافته‌ها درباره انگیزه‌های رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم بسیار متنوع است؛ در حالیکه برخی آن را نوعی رفتار کاملاً فردی و با انگیزه‌های از تنش‌های درونی و تنظیم هیجانی می‌دانند، دیدگاه‌هایی وجود دارد که روی کنش‌های اجتماعی و بین فردی این رفتار تاکید بیشتری دارند و ماهیت اجتماعی آن را پررنگ‌تر از ماهیت فردی آن به حساب می‌آورند. علاوه بر این با توجه به این که عوامل فرهنگی ممکن است روی انگیزه رفتار اثرگذار باشند این سوال وجود دارد که آیا انگیزه‌های خودآسیب‌رسانی مستقیم نمونه‌های خارجی قابل تعمیم به نوجوانان ایرانی است یا خیر. و شاید مهمترین مساله‌ای که درارتباط با خودآسیب‌رسانی وجود دارد رابطه آن با مرگ و خودکشی است. با شناسایی احتمال خودکشی در نوجوانان خودآسیب‌رسان می‌توان از وقوع مرگ نوجوانان بر اثر این رفتار را کم کرد.

در دو دهه اخیر حجم پژوهش‌هایی که در سطح بین‌المللی در این حوزه انجام شده است، رشد بسیار قابل توجهی داشته است و اطلاعات بسیاری درباره شیوع، انگیزه‌ها و علت‌شناسی این رفتارها به دست آمده است؛ اما هنوز درباره مسائلی مانند تعریف خودآسیب‌رسانی، ارتباط خودجراحی با اقدام خودکشی و رفتارهای خطر جویانه در دوره نوجوانی اختلاف نظرهایی وجود دارد. همچنین اطلاعات درباره نوجوانان ایرانی که به شکل‌های مختلف خود آسیب‌رسانی انجام می‌دهند، بسیار محدود است. این مطالعه با هدف جبران این محدودیت انجام شد. ویژگی‌های متمایز این پژوهش با پژوهش‌هایی که تا کنون انجام شده است از این قرار است که اولاً در این پژوهش برای شناخت بهتر ماهیت این رفتار علاوه بر روش کمی، از روش کیفی هم استفاده شده است. پژوهش کیفی کمک می‌کند درک پدیدارشناسانه از تجربه زیسته نوجوانان خودآسیب‌رسان به دست آید و ماهیت و معانی خودآسیب‌رسانی از دیدگاه آنها شناسایی شود. ثانیاً پژوهش حاضر با محور قرار دادن خودآسیب‌رسانی مستقیم از نوع خودجراحی به دنبال شناسایی مدلی تجربی از عوامل خطر و انگیزه‌های روان-شناختی و بین فردی این رفتار است. ثالثاً ویژگی‌های نوجوانان دارای خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم از حیث احتمال خودکشی، مهارت‌های تنظیم هیجانی و خودانتقادی با هم مقایسه می‌شود.

بیان مساله

خودآسیب‌رسانی شامل دو دسته رفتارهای مستقیم مانند خودجراحی بدون خودکشی و غیرمستقیم شامل سوء مصرف مواد و خطرجویی است. در رفتارهای مستقیم فرد به صورت آگاهانه و عمدی به بافت‌های سطحی بدن آسیب وارد می‌کند ولی نیت خودکشی ندارد و رفتارش به لحاظ اجتماعی مورد قبول فرهنگش نیست و در خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم فرد رفتاری را به صورت ارادی انجام می‌دهد که در طولانی مدت موجب آسیب می‌شود ولی در لحظه انجام عمل نیت آسیب به خود وجود ندارد (والش، 2008). علی‌رغم ماهیت دردآور این رفتار، کلیشه‌های اجتماعی منفی شدیدی نسبت به افرادی که این رفتارها را انجام می‌دهند وجود دارد. هنوز بسیاری به صورت کلیشه‌ای تصور می‌کنند این رفتارها با هدف بازی دادن و دستکاری دیگران است و حتی در بین متخصصین حوزه‌های مراقبت و سلامتی، میزان همدلی با این نوجوانان کمتر از سایر گروه‌های بیماران است (لو، راستیل-بروک، گودمن، 2009). اغلب پژوهش‌های خودآسیب‌رسانی تا کنون به صورت اختصاصی متمرکز بر خودجراحی بوده است و به رابطه رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم با این دسته از رفتارها کمتر توجه شده است؛ این در حالی است که یافته‌های اخیر از رابطه ابعدی این دو رفتار و وجود مکانیسم‌های مشترک بین آنها حمایت می‌کند (بنتلی، ناک، بارلو، 2014).

فراوانی انواع رفتارهای خودآسیب‌رسانی در دوره نوجوانی از سایر دوره‌های زندگی بیشتر است. شیوع خودجراحی بدون خودکشی در مدارس ایالتی از کشور آمریکا با استفاده از پرسشنامه غربالگری و مصاحبه نیمه ساختار یافته 14% برآورد شده است (راث و هیت، 2002). مطالعه خودآسیب‌رسانی کودکان و نوجوانان در اروپا (CASE¹) شیوع یک‌ساله خودآسیب‌رسانی عمدی (شامل خودآسیب‌رسانی و رفتارهای خودکشی) را در 7 کشور شرکت‌کننده در پژوهش از 2/7% تا 7/3% گزارش کرده است (مادگه و همکاران، 2008). همچنین مطالعه دانش‌آموزان انگلیس نشان داده است شیوع انواع رفتارهای خودآسیب‌رسانی آگاهانه در یک دوره 12 ماهه 6/2% می‌باشد (ویلکینسون، تیلور، تمپلتون، میسلسترا، سالتر و بنت، 2000). فراوانی انواع رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم بیشتر از نوع مستقیم است. در مطالعه‌ای بر روی نوجوانان با سابقه خودجراحی تکرارشونده، ارزیابی انواع رفتارهای خطرجویی نشان داد که در 94% از این گروه از نوجوانان خودجراحی فیزیکی، 85% خودجراحی موقعیتی و 41% خودجراحی جنسی وجود دارد (والش، فراست، 2005 به نقل از والش، 2008).

¹ Child and adolescent self-harm in Europe (CASE)

در گروه‌های خاصی از نوجوانان به ویژه نوجوانان بزهکار و نوجوانانی که قربانی آزار و بدرفتاری در دوران کودکی هستند شیوع خودجرحی بدون خودکشی از جمعیت عادی و حتی نمونه‌های مراجعه‌کنندگان سرپایی بیشتر است. در یک مطالعه در کانون‌های اصلاح و توانبخشی آمریکا شیوع خود جرحی بدون خودکشی در میان نوجوانان بزهکار 30 تا 40 درصد برآورد شده است (پن، اسپوسیتو، اسکيفر، فریتز، اسپریتو، 2003). اطلاعات دقیقی درباره شیوع رفتارهای خود آسیب‌رسانی در ایران وجود ندارد، تنها در یک مطالعه بر روی 350 نوجوانان دختر مقطع دبیرستان نشان داده است 12٪ از نوجوانان در یک سال گذشته حداقل یک بار و 4٪ بیش از یک بار اقدام به خودزنی از طریق بریدن و زخمی کردن بخش‌های مختلف بدن کرده بودند (پیوسته گر، 1392).

مطالعات گذشته در حوزه خود آسیب‌رسانی نوجوانان از لحاظ تعریف خودآسیب‌رسانی، اصطلاحات تخصصی برای ارجاع به این رفتار، ارزیابی تشخیصی و ارتباط با اقدام خودکشی و حتی تعیین روش‌های خود آسیب‌رسانی با هم تفاوت‌هایی را دارند. اگر چه اطلاعات زیادی از منظر رویکرد سوم شخص و به زبان علمی درباره خودآسیب‌رسانی نوجوانان وجود دارد، اما اطلاعات ملموس از وضعیت این گروه که نشان‌دهنده تجربه زیسته این افراد باشد بسیار محدود است. چندین عامل ضرورت انجام پژوهش کیفی را برای شناسایی بیشتر خودآسیب‌رسانی نوجوانان تایید می‌کند. اولاً به رغم اطلاعاتی که درباره خود آسیب‌رسانی نوجوانان وجود دارد، اما هنوز توافق درباره تعریف این رفتار وجود ندارد. ثانیاً اکثر مفهوم‌بندیها و تعریف‌ها از خود آسیب‌رسانی در نوجوانان برآمده از تحقیقات و گزارش‌های نوجوانان سایر فرهنگ‌ها است، این درحالی است که محیط فرهنگی به عنوان عاملی تعدیل‌کننده در رشد و سازگاری در دوره نوجوانی نقش دارد. ثالثاً تکیه کردن صرف بر مفاهیم و طبقه‌بندی‌های از پیش تعیین شده بدون توجه به معانی، تجارب زیسته و برداشت‌های پدیدارشناختی خود آسیب‌رسانی ممکن است به روش‌های درمانی منجر شود که تاثیرگذار نباشند. چه اینکه اغلب افراد خودآزارسان تصور می‌کنند متخصصین سلامتی که با آنها سروکار دارند عمل‌شان را غیرمنطقی و بدون دلیل می‌دانند و مراقبت‌هایی را که از سوی پزشکان یا پرستاران دریافت می‌کنند متخاصمانه و بدون همدردی برداشت می‌کنند (هریس، 2000). بنابراین نیاز است هم برای تعریف خودآسیب‌رسانی نوجوانان که احتمالاً تفاوت‌های فرهنگی در آن نقش دارد و هم در جهت تهیه روش‌های درمانی موثرتر کیفیت تجربه پدیدارشناختی و معانی ذهنی خودآسیب‌رسانی از منظر نوجوانان بررسی شود.