



The Study of the Experience of Adolescents with a History of Self-harm According to their Clinical Disorders and Individual Characteristics

Ali Asgharzadeh¹, Azra Mohammadpanah Ardakan^{2*}, HamidReza Arianpour³,
Narges Abdellah⁴

1- M.A of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanistic and Social Sciences. Ardakan University, Yazd, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic and Social Sciences. Ardakan University, Yazd, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic and Social Sciences. Ardakan University, Yazd, Iran.

4- M.A of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanistic and Social Sciences. Ardakan University, Yazd, Iran.

Corresponding Author: Azra Mohammadpanah Ardakan, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanistic and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.

Email: azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

Received: 2025/01/01

Accepted: 2025/08/04

Abstract

Introduction: Self-harm is one of the dangerous problems of adolescence. Self-harm includes behaviors that are carried out with various psychological and interpersonal goals and in direct and indirect ways. This study aimed to investigate the lived experience of adolescents with a history of self-harm.

Method: In this qualitative research with a thematic approach, the lived experience of ten adolescents with a history of self-harm was investigated through in-depth individual interviews, and the research focuses on understanding and interpreting these individuals' experiences of the phenomenon of self-harm. In fact, this research seeks to discover the meaning of self-harm for those who have experienced it, and then the signs of clinical disorders and personal characteristics affecting this phenomenon were identified and analyzed. The population studied in this study were adolescents aged 12-18 in Kerman in 2023.

Result: With an emphasis on individual and personality characteristics and clinical disorders, the initial concept codes reached 26 numbers, which were placed in 9 major categories.

Conclusions: Self-harm had a specific function for each person. The need to self-harm can be a sign of the presence of clinical or personality disorders. Some people had self-harmed simply because of impulsivity and lack of control skills, and others had tried self-harm due to disorders such as addiction, conduct disorder, or impulse control disorder.

Keywords: Self-harm, Adolescence, Clinical disorders, Individual characteristics.



تجربه نوجوانان دارای سابقه خودزنی با توجه به سابقه اختلالات بالینی و ویژگی‌های فردی آنها

علی اصغرزاده^۱، عذرا محمدپناه اردکان^{۲*}، حمیدرضا آریانپور^۳، نرگس عبدالله^۴

۱. کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۴. دانشجو کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: عذرا محمدپناه اردکان، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.
ایمیل: azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۱

چکیده

مقدمه: خودزنی یکی از مسائل خطرناک دوران نوجوانی است. خودزنی شامل رفتارهایی است که با هدف های مختلف روان شناختی و بین فردی و به شکل های مستقیم و غیرمستقیم انجام می شود. این مطالعه با هدف بررسی تجربه زیسته نوجوانان دارای سابقه خودزنی بود.

روش کار: در این پژوهش کیفی با رویکرد مضمونی (کالیزی)، تجربه زیسته ده نوجوان دارای سابقه خودزنی با مصاحبه انفرادی عمیق بررسی شد و پژوهش بر درک و تفسیر تجربیات این افراد از پدیده خودزنی تمرکز دارد. درحقیقت، این پژوهش، به دنبال کشف معنای خودزنی برای کسانی است که آن را تجربه کرده‌اند، و در ادامه نشانه‌های اختلالات بالینی و ویژگی‌های فردی اثرگذار بر این پدیده مشخص و واکاوی شدند. جامعه بررسی شده در این پژوهش نوجوانان ۱۲-۱۸ شهر کرمان در سال ۱۴۰۲ بودند.

یافته‌ها: با تأکید بر ویژگی‌های فردی و شخصیتی و اختلالات بالینی، کدهای مفهوم اولیه به ۲۶ عدد رسید که این کدها در ۹ مقوله عمده جای‌گذاری شدند.

نتیجه‌گیری: خودزنی برای هر شخص کارکرد خاصی داشت. نیاز به خودزنی می‌تواند نشانه‌ی وجود اختلالات روانی یا شخصیتی باشد. بعضی افراد صرفاً به علت داشتن تکانشگری و نبود مهارت‌های کنترلی دست به خودزنی زده بودند و بعضی دیگر به اختلالاتی مانند اعتیاد، اختلال سلوک یا اختلال کنترل تکانه خودزنی را امتحان کرده بودند.

کلیدواژه‌ها: خودزنی، نوجوانی، اختلالات بالینی، ویژگی‌های فردی.

مقدمه

که با هدف های مختلف روان شناختی و بین فردی و به شکل های مستقیم مانند: آسیب عمدی به بافت های بدن کوبیدن سر به دیوار و غیرمستقیم مانند: رفتارهای خطرجویانه، سوءمصرف مواد و الکل، عادت های ناسازگار خوردن انجام می شود. این رفتارها ممکن است با، یا بدون قصد خودکشی باشند و به لحاظ اجتماعی و فرهنگی مورد قبول اکثریت نمی باشند (۱).

انسان‌ها تمایلی انکارنشدنی به حفظ بقا و دوری از هرگونه درد دارند. اما در تمامی دنیا هستند افرادی که زخم‌های عمدی روی بدنشان ایجاد می‌کنند؛ این زخم‌ها می‌تواند به علت‌های مختلفی روی بدن ایجاد شوند مانند مراسمات قومی. با این حال بعضی از آسیب‌ها با نام خودزنی شناخته می‌شوند. خودآزاری شامل انواع مختلفی از رفتارهایی است

در حوزه آسیب شناسی مرضی، این رفتارها از قدیم الایام به عنوان نشانه ای از برخی اختلالات روانی به ویژه اختلالات شخصیت مرضی، اختلالات فراگیر رشد و اختلال کنترل تکانه در نظر گرفته می شدند؛ اما در سال های اخیر هم به دلیل افزایش شیوع این رفتار و هم افزایش حجم پژوهش هایی که به این مساله اختصاص یافته است، پیشنهاد طبقه تشخیصی با عنوان نشانگان خود جرحی بدون خودکشی (NSSI) داده شده است (۲).

آمار دقیقی از میزان شیوع خودآزاری در ایران وجود ندارد اما، گزارش شده است که بیشتر افراد مبتلا به خودآزاری در دهه سوم زندگی یا سال هایی نزدیک به بلوغ بوده اند (۳).

خودآزاری بیشتر به صورت بریدن، سوزاندن، خراشیدن، ضربه زدن، گازگرفتن و شکستن خود را نشان می دهد (۴). شایع ترین محل ایجاد ضایعه سر و صورت و تنه بوده است (۳). رفتارهایی که از نظر فرهنگی و مذهبی مورد تایید برخی جوامع است اما منجر به آسیب بدنی می شود، همچنین رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد، روابط جنسی پر خطر جزء موارد خود آزاری به حساب نمی آیند (۴).

خودزنی، نوعی بیماری رفتاری بالقوه است. این رفتار، عکس العملی در مقابل یک محرک می باشد و فرد با انجام این عمل خواهان ارتباط با دیگران و به نوعی جلب توجه است. در واقع خودزنی نوعی آشکارسازی فشار درون است که چنین حالاتی در اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلال شخصیت نیز دیده می شود. یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت های ناراحت کننده شامل شکست، طرد، خجالت و خشم، شفقت به خود است.

نتایج پژوهش نشان داد که بدر رفتاری با کودک و به ویژه سوء استفاده جسمی و جنسی، با پیشرفت خودزنی از طریق میانجیگری ناگویی هیجانی و خود سرزنی در زنان و مردان همراه است و از طریق درمان شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی خودزنی کاهش می یابد. زمانی که فرد در معرض سوء رفتارهای متفاوت قرار می گیرد، سوء استفاده جسمی بی توجهی، باعث افزایش خودزنی در بین زنان و تنها سوء استفاده جسمی باعث افزایش خودزنی در بین مردان می شود. این نتایج نشان داد که انواع متفاوت سوء رفتار

با کودک، خودزنی را پیش بینی می کند و این تفاوت ها براساس جنسیت تعدیل می شوند (۵).

خودآزاری معمولاً به صورت تکراری صورت می گیرد و موجب آسیب عمده فرد به خودش می شود. همچنین به روش های مختلفی مانند: حکاکی کردن بدن، خراشیدن بدن، سوزاندن خود، گاز گرفتن، شکستن استخوان، کندن پوست، کشیدن مو، داغ زدن و خالکوبی کردن، انجام می شود (۶).

خودآزاری را رفتاری غیرمهلک که در آن شخص عمداً خود را مجروح می کند یا ماده ای را بیشتر از مقدار نسخه شده مصرف می کند، تعریف می کنند. افرادی که عمداً خود را مجروح می کنند، معمولاً افرادی فاقد محبوبیت و مسئله ساز تلقی می شوند که مدارا با آنها مشکل است و بسیاری از آنها دچار مشکلات اجتماعی و فردی شدید بوده و نیاز به مراقبت دارند (۷).

در مقایسه با خودکشی، خودآزاری به منظور تغییر احساسات فعلی صورت می گیرد، اما خودکشی به منظور رهایی از احساسات فعلی و پایان دادن به احساسات فعلی انجام می شود. بیشتر افراد مبتلا به خودزنی، هنگام حضور در یک گروه به خود آسیب نمی رسانند، بلکه در تنهایی به این کار می پردازند و سعی در پنهان کردن رفتار خود دارند. مطالعات نشان می دهند که خودآزاری در بین نوجوانان و جوانان و در بین افراد طبقات پایین بیشتر صورت می گیرد. مصرف الکل و سوء مصرف مواد در این افراد شایع است و درصد بیشتری از این افراد مسائل روانی دیرپا دارند (۸). در کل در بیمارانی که رفتارهای خودآزاری نشان می دهند بطور بارز شکایات یا علائم اضطرابی، افسردگی، خصومت، اختلال شخصیتی کلاس بی، احساس خشم، تجربه های آسیب زا، علائم تجزیه ای و برداشت منفی از اندازه بدن بیشتر دیده می شود (۸).

همانطور که در قسمت های مختلف اشاره گردید، پدیده خودزنی در پژوهش های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و راههای درمانی مختلفی برای آن پیشنهاد گردیده است. اما هیچ کدام از این پژوهش ها تجربه ی زیسته ی افراد مبتلا به این اختلال را مورد بررسی قرار نداده اند. پاسخ به این سؤال که چرا افراد، خصوصاً نوجوانان، اقدام به خودزنی می کنند و این افراد چه مسائلی را در زندگی

است. در واقع هدف این روش پژوهش درک معنای مشترک فهم شده توسط عموم است و خالی از جهت گیری های فکری محقق می باشد. پژوهش حاضر از نوع تعاملی بود (۹). جامعه پژوهش را نوجوانان دارای سابقه خودزنی در شهر کرمان در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. در پژوهش های کیفی، معمولاً براساس نمونه گیری نظری یا هدفمند انجام می شود. در این پژوهش نمونه گیری هدفمند از نوجوانان بین ۱۲-۱۸ سال شهر کرمان که حداقل یک بار تجربه خودزنی داشتند و آثار خودزنی بر روی بدن آنان مشهود بود، صورت گرفت. در این پژوهش، برای بررسی تجربه زیسته نوجوانان دارای سابقه خودزنی، مصاحبه انفرادی، عمیق و نیمه ساختار یافته با ده نفر از نوجوانان حایز شرایط انجام شد.

یافته ها

در مجموع مصاحبه با ۱۰ نفر از نوجوانان انجام شد که ویژگی جمعیت شناختی آن ها در جدول زیر آمده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی

نام	سن	جنس	تحصیلات	وضعیت والدین	تعداد دفعات اقدام به خودزنی	ترتیب تولد
ف	۱۶	پسر	ششم	با هم زندگی می کنند	به دفعات زیاد	سوم
ع	۱۷	پسر	سوم	پدر فوت شده	۲ بار	سوم
ن	۱۵	دختر	در حال تحصیل	جدا شده اند	۴ بار	اول
خ	۱۸	پسر	سوم	با هم زندگی می کنند	۳ بار	چهارم
ی	۱۴	دختر	در حال تحصیل	با هم زندگی می کنند	۱ بار	دوم
ع ۲	۱۷	پسر	در حال تحصیل	جدا شده اند	۱ بار	اول
الف	۱۷	پسر	سوم	با هم زندگی می کنند	به دفعات زیاد	سوم
س	۱۶	پسر	چهارم	با هم زندگی می کنند	به دفعات زیاد	اول
ح	۱۶	پسر	در حال تحصیل	با هم زندگی می کنند	۲ بار	چهارم
م	۱۸	پسر	سوم	جدا شده اند	به دفعات زیاد	دوم

مقوله های عمده مرتبط با تجربه زیسته نوجوانان دارای سابقه خودزنی با تأکید بر اختلالات بالینی و ویژگی های فردی و شخصیتی آنها ارائه شده است.

خود تجربه می کنند، می تواند برای ریشه یابی و یافتن راهکارهای درمانی مناسب مفید باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تجربه ی زیسته نوجوانان دارای سابقه خودزنی بود.

روش کار

در یک پژوهش کیفی از روش پدیدارشناسی کلاپی برای بررسی تجربه زیسته نوجوانان دارای سابقه خودزنی استفاده شد. داده های این پژوهش با روش تحلیل مضمون گردآوری شد که این داده ها کیفی و درباره تجربه زیسته نوجوانان دارای سابقه خودزنی بوده است. روش گردآوری داده ها مصاحبه با نوجوانان دختر و پسر دارای سابقه خودزنی بوده است. مصاحبه انجام شده از نوع نیمه ساختاریافته بود. زمان مصاحبه ها بین ۳۵-۴۵ دقیقه متغیر بوده است و مجموعاً در ۷ ساعت اجرا شد. روند کار به این صورت بود که در ابتدا ویژگی های جمعیت شناختی افراد گروه نمونه ارائه شد؛ در مرحله بعد گردآوری داده از راه مصاحبه و در آخر هم تحلیل داده های کیفی به روش تحلیل مضمون ذکر شده

شرکت کنندگان در این پژوهش نوجوانان دارای سابقه خودزنی کانون اصلاح و تربیت و دبیرستان های شهر کرمان بودند. تعداد چهار نفر محصل دبیرستان و شش نفر در کانون اصلاح و تربیت بودند. در ادامه به صورت جدول

جدول ۲. کدهای اولیه و مقوله های محوری اقدام به خود زنی در نوجوانان

مقوله های عمده	کدهای اولیه
برون گرایی	تمایل به ارتباط تأثیر پذیری از بازخورد گسترش دایره اجتماعی انرژی از دیگران
روان رنجوری	آرزوی بازگشت به گذشته رفتار تکانشی قلدری و دعوا مکانیسم دفاعی جابجایی
گشودگی به تجربه	هیجان خواهی عدم احساس ترس
اعتیاد	مصرف مواد مخدر مصرف مشروبات الکلی مصرف داروی اعصاب و روان
اختلال سلوک	تخریب اموال فرار از خانه آتش افروزی دزدی
اختلالات خلقی	احساس ناامیدی افسردگی
اختلالات اضطرابی	استرس پس از حادثه
اختلالات انفجاری متناوب	تحریک پذیری نا توانی در کنترل هیجانات بی نظمی هیجانی اختلال در تنظیم هیجانات
اختلالات شخصیت	شخصت مرزی رفتارهای مازوخیستی

تمایل به ارتباط: افراد برونگرا از بودن در جمع لذت می‌برند و به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند. تأثیرپذیری از بازخورد: آنها به دنبال بازخورد و تأیید دیگران هستند و ممکن است تحت تأثیر نظرات و رفتارهای دوستانشان قرار بگیرند.

گسترش دایره اجتماعی: برونگراها به طور طبیعی به دنبال گسترش دایره اجتماعی خود هستند و این امر می‌تواند به این معنا باشد که با دوستان جدید بیشتر در تعامل باشند و از آنها تأثیر بپذیرند.

انرژی از دیگران: برونگراها از تعامل با دیگران انرژی می‌گیرند و این می‌تواند باعث شود که آنها بیشتر از نظرات و رفتارهای اطرافیان خود تأثیر بپذیرند.

الف ۱۷ ساله:

«دوستان صمیمی ام زیاد بودند، روابطم با آنها نزدیک بود. سه تا رفیق بودیم که با هم مثل برادر بودیم. اونها روی حرف من حرف نمی‌زدند و من هم روی حرف آنها حرف

ویژگی های شخصیتی و فردی شامل مقوله های برونگرایی، روان رنجوری و گشودگی به تجربه می باشد که در توضیح داده شده است:

برون گرایی

ویژگی های شخصیتی افراد می تواند در ابتلاء و عدم ابتلاء به خود زنی مؤثر باشد. از نظر درون گرایی و برون گرایی شخصیت، به نظر می رسد اغلب آزمودنی ها گرایش به برون گرایی دارند. غالب این افراد حداقل عضو یک گروه دوستی بودند. اما این روابط اجتماعی عموماً ناسالم و همراه با مشاجره و نزاع بود. گروه های دوستی نیز اغلب درگیر بزهکاری بودند. به عبارتی، تأثیرپذیری از دوستان می‌تواند یکی از ویژگی‌های افراد برونگرا باشد. افراد برونگرا معمولاً از ارتباط با دیگران و تعامل اجتماعی انرژی می‌گیرند و این امر می‌تواند به این معنا باشد که نظرات و رفتارهای دوستانشان بر آنها تأثیر بیشتری بگذارد.

ویژگیهای افراد برونگرا:

عصبانیت و فشار عصبی لحظه ای تصمیم به اقدام به خودزنی می گرفته اند. حتی در مورد سایر رفتارهای خود نیز به این امر اشاره می کردند که بدون تفکر و در لحظه تصمیم به انجام رفتاری می کنند.

س ۱۶ ساله:

«اینجا وقتی که با گوشی صحبت می کنم و یکی می آید جیغ و داد می کند، دعوایمان می شود. سریع عصبانی می شوم. و وقتی که دعوایم می شود، در لحظه تصمیم می گیرم و به عاقبتش فکر نمی کنم، به هیچی فکر نمی کنم مثلاً نمی گویم که شاید طرف بمیره یا طوریش بشه. بیرون که بودم بدتر از اینجا بودم. جلوی خودم را نمی توانم بگیرم، اصلاً خیلی وضعم خراب بود. سریع دعوا می کردم، هر کس هم که می آمد جدایمان کند، به او هم چاقو می زدم».

قلدری و دعوا

قلدری یک رفتار پرخاشگرانه است که به منظور اعمال قدرت از سوی کسی که به دلایل مختلف نیاز به این کار دارد، علیه فردی که به دلایل مختلف قدرت محافظت کردن از خودش را ندارد، اتفاق می افتد. پس می شود گفت که قلدری یک جور جنگ بر سر قدرت است، البته در یک مقیاس کوچک تر.

ف ۱۶ ساله:

«اگر کسی کنارم بیاید و ناراحت می کند، عصبانی می شوم، یا باهاش دعوا می کنم یا می روم خودزنی می کنم. زمانی که عصبانی می شوم دست و پام می لرزد».

مکانیسم دفاعی جابجایی

جابجایی، مکانیسم دفاعی روان شناختی است که در آن فرد احساسات منفی را از منبع اصلی خود به گیرنده کمتر تهدید کننده هدایت می کند. اگر فردی عصبانی باشد اما نتواند خشم خود را به عوض منبع معطوف کند، ممکن است خشم خود را بر روی شخص یا چیزی که خطر کمتری دارد، بیرون بکشد. بعضی از افراد، صرفاً در اثر یک شک عصبی از سوی یک منبع قدرت، با هدف رهایی از تنش و ناراحتی ایجاد شده، اقدام به خودزنی می کنند.

ع ۱۷ ساله:

«وقتی عصبانی می شدم، می رفتم تو کار خودزنی، از فکر خانواده بیرون می آمدم. از درد و سوزش احساس لذت می کردم و حواسم را پرت می کردم».

گشودگی به تجربه

نمی زدم. اونها هم اهل خودزنی بودند. اگر مست بودند یا اگر دعوایی در خانه می کردند، با تیغ یا شیشه خودزنی می کردند، من هم مثل اونا بودم».

روان رنجوری

روان رنجوری یکی از حالات شخصیتی است که در فرد نهادینه می شود. این حالات شخصیتی گاهی ممکن است به شکل عصبانیت، گاهی به شکل ناراحتی، استرس، احساس تنهایی و حتی نگرانی های بی مورد از فرد بروز داده شود. نکته مهم اینکه افراد با شخصیت روان رنجور اغلب ممکن است عصبانیت خود را نقطه قوت خود بروز دهند و از آن کاملاً راضی باشند. در پی این موضوع به خود اجازه می دهند برای هر موضوعی واکنش هایی مانند غر زدن را نشان دهند. در واقع باید گفت این حالات به روان مربوط می شوند که به نوعی بیماری روانی با پریشانی مزمن همراه است.

آرزوی بازگشت به گذشته

تعدادی از مصاحبه شوندگان احساس ناامیدی زیادی داشتند و اغلب آرزوی بازگشت به دوران کودکی می کردند. به نظر می رسد این افراد از مکانیسم روانی بازگشت استفاده می کردند. در روانشناسی، برگشتن به رفتارهای گذشته و مراحل اولیه، مثلاً برگشتن به رفتارهای کودکی، مکانیسم دفاعی بازگشت یا واپس روی نامیده می شود. فروید در ابتدا واپس روی را به عنوان مکانیسمی دفاعی برای مقابله با اضطراب دانست که در طی آن، فرد به الگوهای رفتاری کودکی اش برمی گردد تا از طریق این رفتارها بتواند بر اضطراب فعلی، غلبه کند؛ چرا که بازگشت به آن رفتارها باعث احساس امنیت و در نتیجه اضطراب کمتری در فرد می شود.

برای مثال ع ۱۷ ساله اظهار می داشت که:

«بهترین دوران زندگی ام دوران کودکی ام بود. اگر بر می گشتم به آن دوران، خیلی خوب بود. زمانی که پدرم زنده بود»

رفتار تکانشی

رفتارهای تکانشی، رفتارهایی هستند که به صورت لحظه ای، بدون تأمل بر روی نتایج آن ها و بدون تحلیل و ارزیابی دستاوردهای مثبت و منفی، انجام می شوند. رفتارهای تکانشی در زبان عامه ی مردم بعنوان رفتار ناپخته و رفتارهای نابالغانه و رفتارهای عجولانه شناخته می شوند. تعدادی از مصاحبه شوندگان اظهار می داشتند که در اثر

افراد با نمرات بالای گشودگی به تجربه عموماً نسبت به هر دیدگاه تازه ای ذهن بازی دارند. بنابراین ممکن است با طرز تفکر رایج جامعه مخالف بوده و از نظر اخلاقی، اجتماعی و سیاسی دیدگاه های متنوعی داشته باشند. تجربه طلبی و هیجان خواهی می تواند از ویژگی های این افراد باشد. البته توجه به این نکته که تجربه خواهی و تجربه طلبی می تواند از ویژگی های دوره نوجوانی نیز باشد، ضروری می باشد.

هیجان خواهی

یکی از عناصر اصلی هیجان خواهی تمایل یا اشتیاق به خطرجویی است. این افراد ماجراجو و هیجان گرا هستند و از فعالیت ها یا ورزش هایی که تجارب و هیجانات غیرعادی دارند لذت شدیدی می برند، حتی اگر جان آنان به خطر بیافتد. هیجان خواهان در مقایسه با هیجان گریزها، فعالیت جنسی بیشتر و متنوع تری را گزارش می دهند. مواد مخدر هم می تواند وسیله ای برای بالا بردن سریع انگیزگی باشند. مواد مخدر دری را به روی تجربه های جدید (توهمات) می گشایند، از رفتارهای مخاطره آمیز بازدارند و بی حوصلگی کنند، و وسیله ای برای گریختن از یکنواختی و بی حوصلگی هستند.

برای مثال ح ۱۶ ساله می گفت:

«کارم را با هیجان قاطعی می کردم، از تکراری بودن فراری بودم. آدم باید تو زندگی اش همه چی داشته باشد و تجربه کند. همیشه خودم را از بقیه متفاوت نشان می دادم، سعی می کردم همیشه چشم اونها به دنبال من باشد. دوست داشتم در مورد حرف بزنند».

عدم احساس ترس

اغلب مصاحبه شوندگان اظهار می داشتند که علی رغم اینکه رفتارهای خطرجویانه ای را انجام می دادند، اما هیچ زمانی احساس ترس نمی کردند. عده ای این امر را به خاطر اینکه چیزی برای از دست دادن نداشتند، تعبیر می کردند.

نمونه ایی از گفته های مصاحبه شوندگان به این شرح می باشد:

ع ۱۷ ساله:

«تا حالا احساس ترس نداشته ام، چون از مرگ نمی ترسم. حتی احساس اضطراب و دلهره هم نداشته ام. بیشتر سعی می کنم مسائل را همان موقع تمام کنم».

اختلالات بالینی در این افراد نیز شامل اعتیاد، اختلال

سلوک، اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلالات انفجاری متناوب و اختلالات شخصیت است که در زیر توضیح داده شده است:

نوجوان مبتلا به یک اختلال شخصیت، در ارتباط با آدم ها و موقعیت های مختلف و حتی خودش، یک شیوه ی تفکر و رفتار سخت و ناسالم دارد. اختلالات شخصیت در نوجوانان موجب می شوند که افکار، احساسات و رفتارهای نوجوان غیرعادی به نظر برسند و با هنجارها و انتظارات جامعه همخوانی نداشته باشند. به همین دلیل این نوجوانان در روابطشان با دیگران و انجام مسئولیت ها دچار اصطکاک می شوند.

نوجوانانی که مبتلا به نوعی از اختلالات شخصیت هستند، معمولاً نمی دانند که افکار و رفتارهایشان ناسالم است و احتمالاً باور نمی کنند که نوعی اختلال دارند. اختلالاتی مانند اختلال اعتیاد، اختلال سلوک، اختلال خلقی، اختلالات شخصیت و اختلال کنترل تکانه در مصاحبه شوندگان رایج بود.

اعتیاد

اعتیاد به مواد مخدر

مواد مخدر در میان نوجوانان طرفداران بسیاری دارد که بخش عمده ای از عوامل آن به محیط و تربیت خانوادگی آن ها بستگی دارد و بخشی مربوط به کنجکاوی نوجوان می شود، عضویت در گروه های دوستی که به مصرف مواد مخدر گرایش دارند نیز می تواند مؤثر باشد. در جریان مصاحبه، افراد اذعان می کردند که برای مدتی به انواع مختلف مواد مخدر اعتیاد داشته اند و بعضاً مصرف ماده ی مخدر در اقدام آنها به خودزنی مؤثر بوده است.

ع:

«معمولاً تا دیروقت می خوابیدم، بعد می رفتم روی پارک حشیش می کشیدم. می گفتم و می خندیدم، تا شب روی پارک بودم و بعضی وقت ها شب ها هم به خانه بر نمی گشتم».

مصرف مشروبات الکلی

اختلال مصرف الکل اصطلاحی است که امروزه به جای الکلیسم استفاده می گردد. اختلال مصرف الکل در واقع یک اختلال مزمن عود کننده است که علی رغم خطرات نامطلوب جسمی، سلامتی، شغلی و اجتماعی، کنترل مصرف یا توقف آن ممکن نیست. باید توجه داشت که هرچه فرد زودتر و در سنین پایین تری نوشیدن الکل را تجربه کند،

می دادم، شیشه ها را می شکستم، نمی توانستم خودم را کنترل کنم. باید یکی از دوستانم می آمد و می بردم بیرون تا آرام شوم».

فرار از خانه

خ:

«بچه که بودم، داخل بازار میوه فورش می کار می کردم. بعد از ظهرها با دوستانم می رفتیم قلیون می کشیدیم و ناس می گذاشتیم. یک بار از مغازه فرار کردیم و رفتیم بندر عباس. دو هفته آنجا ماندیم، زنگ زدیم صاحب مغازه پول برایمان فرستاد، از آنجا رفتیم شیراز و تهران».

آتش افروزی

الف:

«دو بار می خواستم خانه مان را آتش بزنم. دست خودم نبود. شلنگ گاز را در آوردم و می خواستم کبریت بکشم که یک مرتبه به خودم آمدم».

دزدی

س:

«از خواب که بیدار می شدم، صبحانه نمی خوردم. می رفتم بیرون بنگ می کشیدم، نیم ساعت بعد می آمدم خانه چیزی می خوردم، دوباره با موتور می رفتم پیش رفیق با هم می رفتیم پارک دزدی می کردیم و می فروختیم و با پولش عرق می خریدیم و می خوردیم».

اختلالات خلقی

در سنین نوجوانی یعنی بعد از ۱۲ سالگی علائم، به صورت فقدان احساس لذت است. ممکن است دچار کندی روانی - حرکتی شوند، هذیان پیدا نمایند و مایوس و ناامید شوند؛ البته گاهی پرخاشگری و سوء مصرف مواد در اواخر نوجوانی معادل افسردگی تلقی می شود که متأسفانه در تمام جوامع در حال افزایش است.

خلق کودکان و نوجوانان در برابر تنش های مستمر و مداوم خانوادگی، بی توجهی والدین و عوامل استرس زای دیگر آسیب پذیر است. اگر گروه یا فرد حمایت کننده ای از نظر عاطفی به سرعت آنها را از محیط پرتنش و مسموم خارج کند، ممکن است با کاهش استرس و دور شدن از محیط نامناسب بهبود یابد و علایم افسردگی رفع شود.

احساس ناامیدی

الف:

«من آینده ای ندارم که در موردش حرف بزنم. تو این اوضاع هیچ شانسی ندارم. آسمون شهر ما ستاره ای ندارد،

احتمال اینکه به اختلال مصرف الکل دچار شود بالاتر خواهد رفت.

مصرف مشروبات الکلی در میان نوجوانان دارای سابقه خودزنی، بسیار شایع بود و گاهی بیان می شد که پس از مصرف مشروبات الکلی، اقدام به خودزنی نموده اند.

ع ۲:

«زمانی که مشروب می خوردم، احساساتم یادم می آمد و گریه می کردم، اما در جمع، نه».

وابستگی به داروهای اعصاب و روان

با توجه به بحران های دوران نوجوانی و تنش های موجود در این دوره، غالباً دیده می شود عده ای از نوجوانان به مصرف داروهای اعصاب و روان روی می آورند. اگر این عمل، خودسرانه و بدون تجویز پزشک باشد، می تواند خطرناک باشد و در مواردی وابستگی ایجاد نماید.

میزان شیوع مصرف داروی اعصاب و روان نسبت به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین نوجوانان دارای سابقه خودزنی، کمتر بود. این موضوع می تواند ناشی از شناخت و آشنایی کمتر آنها نسبت به این مواد، باشد.

س ۱۶ ساله:

«بیرون که بودم، مواد مخدر مصرف می کردم تا آرام بشوم، اما اینجا که به مواد مخدر دسترسی ندارم، داروی اعصاب استفاده می کنم».

اختلال سلوک

اختلال سلوک، عبارت است از رفتاری که حقوق اساسی دیگران و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن را نقض می کند. پرخاشگری، ویرانی و تخریب اموال، سرقت و تقلب، دروغگویی و... در میان افراد مبتلا به اختلال سلوک مشاهده می شود. این اختلال در میان پسران، رایج تر است و در سطح جهانی دیده می شود. این مشکل اختصاص به موقعیت ندارد. بلکه مشکلات سلوک در مدرسه، در خانه، در جامعه و با همسالان مشاهده می شود.

ویژگی لازم برای تشخیص اختلال سلوک، الگوی مداوم و مکرر رفتارهایی است که طی آن کودک یا نوجوان، حقوق دیگران یا قوانین یا هنجارهای اجتماعی مهم مناسب سن خود را زیر پا می گذارند. برخی از نشانه های این اختلال در مصاحبه شوندگان مشاهده گردید.

تخریب اموال

الف:

«وقتی دعوایم می شد، هیچی نمی فهمیدم، فحش

خدا هوای بقیه را دارد ولی هوای من را نه».

ح:

افسردگی

ع ۲:

«کار با بیل مکانیکی را دوست دارم، چون یک اتاق کوچکی دارد و اونجا می توانم تنها باشم. جاهایی که می توانم تنها باشم را بیشتر دوست دارم».

الف:

«کلاً زندگی ندارم که بخواهم در موردش صحبت کنم، خوشبختی را ریختم توی جوب، و آب برد».

اختلالات اضطرابی

استرس پس از حادثه

این نوع استرس مجموعه ای از واکنش ها، احساسات، افکار و رفتار است که در پی وقوع ناگهانی یک رویداد ناراحت کننده که خارج از دامنه تجارب روزمره و معمول بشر است، شکل می گیرد. به نظر می رسد آنچه شکل گیری این نوع استرس را موجب می شود، غیر منتظره بودن رویداد است.

الف:

«زمان کودکی مثل برق گذشت. ولی این زندگی که الان دارم، آرزوی بچگی ام نبود. خونه مون آتش گرفت و مجبور شدیم برویم خانه ی پدر بزرگم، من مریض شدم و رفتم تحت نظر دکتر، هنوز شعله های آتش جلو چشمم هست. ماشینمون هم سوخت، پدرم از سر تا پا سوخت و خواهر کوچکترم سه روز نمی توانست حرف بزند. وقتی از کوچه ی خانه مان رد می شوم، شعله های آتش را می بینم و حالم خیلی بد می شود».

اختلالات انفجاری متناوب

اختلال انفجاری متناوب در دسته بندی اختلالات کنترل تکانه جای می گیرد. این اختلال با شکست خوردن مقاومت فرد در برابر تکانش های خسونت آمیز شناخته می شود. میزان خسونت که هر بار بروز داده می شود، به طرز فاحشی نامتناسب با هرگونه تحریک یا استرس موقعیتی می باشد. در آنها رفتار انفجاری جلوتر توسط یک حس، تنش یا برانگیختگی، ایجاد شده و بلافاصله حس را شدگی و آرامش به دنبال آن رخ می دهد. معمولاً پشیمانی خالصانه ای پس از غلبان اظهار می شود. کمی بعد، شخص ممکن است نسبت به رفتارش غمگین، پشیمان یا خجالت زده شود.

تحریک پذیری

م:

«وقتی که عصبانی می شوم، دعوا می کنم و فکر ده دقیقه بعدش را نمی کنم، ولی بعداً پشیمان می شوم، بعد که پشیمان می شوم، تیغ بر می دارم و خود زنی می کنم. خون که می بینم، آرام می شوم».

ناتوانی در کنترل هیجانات

الف:

«اگر کسی عصبانیم کند، هیچی حالم نمی شود، باید یا من زخمی شوم یا او، وقتی که زخمی اش کردم، آرام می شوم».

بی نظمی هیجانی

ف:

«رابطه ام با خانواده ام خوب است و دوستشان دارم، فقط بعضی وقت ها دلم می خواهد چاقو بردارم و بیفتم به جانشان»

ناتوانی در تنظیم هیجانات

ف:

«دوست دارم کسی کاری به کارم نداشته باشه، تو خونه هر کاری که می خواهم، انجام دهم. اگر کسی مانع انجام کارم بشود، عصبانی می شوم و هر چیزی که دم دستم بیاید را می شکم. حتی ممکنه زخمی اش بکنم».

اختلالات شخصیت

اختلالات شخصیت عبارتند از مجموعه اختلال های روان شناختی که ویژگی اصلی آن ها رفتارهای خشک و غیرقابل انعطاف است. این رفتارها به فرد آسیب می رساند؛ چون مانع سازگاری آن ها با الزام های زندگی روزانه می شود و روابط آن ها را با دیگران مختل می سازد. اشخاصی که به اختلال های شخصیتی دچار هستند، صفات شخصیتی ناسازگارانه دارند. در بیشتر مواقع این اشخاص گمان می کنند دیگران باید تغییر کنند تا با آن ها مطابقت داشته باشند و نه بر عکس. تجربه های ناسازگارانه آن ها از خودشان و دنیا از کودکی و نوجوانی آغاز می شود و به تدریج و در همه جا بر زندگی شان تأثیر می گذارد. اختلال های شخصیت، انواع مختلف دارد و اندیشه، احساسات و رفتارهای مورد تجربه شخص بسته به نوع اختلال شخصیت می تواند متفاوت باشد.

اختلال شخصیت مرزی

بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تقریباً همیشه به

غلبه بر تجارب تجزیه‌ای، تأثیرگذاری روی دیگران، انتقام‌گیری و ابراز حس خودمختاری.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میزان تحریک‌پذیری و رفتارهای تکانشی در نوجوانان دارای سابقه خودزنی، بالا بود. این افراد هنگام مواجه با موضوع ناراحت‌کننده‌ای، عکس‌العمل‌های بیشتر از حد نرمال بروز می‌دادند. می‌توان اینگونه اظهار کرد زمانی که قدرت طرف مقابل از نوجوان بیشتر باشد یا به هر دلیلی نوجوان نتواند، خشم خود را متوجه طرف مقابل نماید، این خشم را متوجه خود و بدن خود می‌نماید و اقدام به خودزنی می‌کند.

از دیگر تجربیات نوجوانان دارای سابقه خودزنی، اضطراب مفرط و مداوم در طول زندگی بود. این اضطراب می‌توانست در مورد موضوعات مختلفی باشد. امکان دارد که نوجوان برای رهایی از این افکار و فراموشی آنها اقدام به خودزنی کنند. تعدادی از مصاحبه‌شوندگان اظهار می‌کردند که هیچ‌گونه احساس ترسی را تجربه نکرده‌اند. گاهی خود رفتار اقدام به خودزنی و آسیب به خود، نشانه شجاعت و وسیله‌ای برای نمایش قدرت تلقی می‌گردد.

همچنین، نوجوانان دارای سابقه خودزنی، در طول زندگی خود تجارب عاطفی متفاوتی داشتند. اما وجه اشتراک همه‌ی این تجارب عاطفی، شدت زیاد آنها در مقایسه با توان تاب‌آوری نوجوانان بود. زمانی که مسائل عاطفی و ناراحت‌کننده، قدرتمندتر از توان تحمل افراد باشند، به عبارت دیگر، خارج از توان آنان باشند، سیستم عصبی فرد دچار مشکل خواهد شد و امکان بروز رفتارهای خارج از قاعده را فراهم می‌کند. فشار سنگین ادراک شده اصطلاحی است که برای این موارد بکار برده می‌شود. از طرفی بی‌نظمی هیجانی به‌طور مداوم با مشکلات بین‌فردی در ارتباط است. به‌طور خاص، نوجوانانی که در تنظیم عواطف خود مشکل دارند، به احتمال زیاد طرد‌شدگی را تجربه می‌کنند؛ زیرا ممکن است در مواجهه با موقعیت‌های منفی نتوانند پاسخ‌های موثر ارائه دهند؛ در نتیجه ممکن است در این وضع پریشان، احساس عدم تعلق کنند و فشار سنگینی را تحمل نمایند. همچنین افراد دچار اختلال بی‌نظمی هیجانی، ممکن است رفتارهای تکانشی داشته باشند. بسیاری از این افراد خودزنی را به منظور تنظیم هیجانات خود، انجام می‌دهند (۱۱).

تا زمانی که کارکردهای خودزنی اعتبار داشته باشند، یعنی فرد از طریق خودزنی به اهداف خود برسد، این عمل

نظر می‌رسد که در بحران به سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق در آنها شایع است. این‌گونه بیماران ممکن است حملات روان‌پریشی با عمر کوتاه داشته باشند که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود. رفتار این‌گونه بیماران بسیار غیرقابل پیش‌بینی است و از همین رو، آنها تقریباً هیچ‌وقت به آن مقدار کارایی که در توانشان هست، دست نمی‌یابند. دردناک بودن ذاتی زندگی آنها در خودزنی‌های مکرر آنها مشهود است. این‌گونه بیماران برای جلب کمک دیگران، ابراز خشم، یا برای کرخت کردن خود در برابر حالت عاطفی فلج‌کننده‌ای که دارند، ممکن است رگ دست خود را بزنند یا به اشکال دیگری خودزنی کنند. بین این اختلال شخصیت و اختلال اعتیاد همبستگی وجود دارد (۱۰).

م:

«رفتم خواستگاری نامزد، اما پدرش مخالفت کرد، با پدرش دعوایم شد، همانجا تیغ کشیدم روی دست خودم». رفتارهای مازوخیستی

مازوخیسم نوعی اختلال روانی است که در آن فرد با آسیب‌رساندن به خود احساس رضایت می‌کند. ممکن است این آسیب‌ها روحی و جسمی باشند. در واقع، شخص مازوخیست یا آزارطلب برای رسیدن به لذت، خودش را در موقعیت‌های دردناک قرار می‌دهد. افرادی که به این نوع انحراف مبتلا هستند بشدت تمایل دارند که چه به وسیله‌ی خود و چه از طرف دیگران، آزار ببینند یا حتی شکنجه شوند. کامیابی روانی این بیماران، جز با زجر و آزار دیدن حاصل نمی‌شود.

ف:

«اگر کسی سر به سرم می‌گذاشت، خودزنی می‌کردم. وقتی که خون می‌دیدم، آرام می‌شدم، از درد لذت می‌بردم و بیشتر خودزنی می‌کردم».

بحث

مقاله حاضر به بررسی ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات بالینی نوجوانان با سابقه خودزنی پرداخته است. نوجوانان معمولاً خودزنی را به منظور رسیدن به اهداف مختلفی انجام می‌دادند، برخی از این اهداف عبارت بودند از: پایین بودن عزت نفس، مشکل در تنظیم هیجان، رهایی از احساسات سرکوب شده و فرار از احساسات منفی، استرس و اضطراب، تلاش برای غلبه بر تکانه‌های خودکشی، تنبیه خود،

می تواند ادامه داشته باشد. اما زمانی که این شیوه کارکرد خود را از دست می دهد، فرد ناچار است از شیوه هایی با درصد آسیب بیشتر استفاده نماید، تا جایی که ممکن است این امر به خودکشی منتهی گردد.

نتیجه کلی اینکه خودزنی و دلایل آن برای هر شخص متفاوت است به همین علت باید در پیشنهاد درمانی با احتیاط عمل کرد. قبل از اینکه درمانی پیشنهاد شود بهتر است کارکرد خودزنی برای شخص مشخص شود و علت خودزنی تعیین شود. در این مقاله به دو عامل ویژگی های شخصیتی و اختلالات روانی اشخاصی که خودزنی کرده اند، توجه شد اما ویژگی های خانوادگی، پیامدهای بلوغ و پیامدهای روانشناختی مختلف هم از دیگر عوامل اثرگذار هستند که در طراحی پروتکل درمانی اهمیت دارند.

با توجه به مواردی که در بررسی شد می توان پیشنهادهای درمانی مناسب مانند درمان شناختی و رفتاری، درمان تروماهای زمینه ساز، درمان PTSD، ارائه نمود. نتایج حاصل با یافته دیگر پژوهشگران همسو بود؛ این پژوهش نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان پسر دارای خودزنی بود (۱۲).

همچنین در درمان این رفتار، به بحث تنظیم هیجان باید توجه ویژه شود؛ چراکه جامعه هدف این پژوهش نوجوانانی بودند که از نظر هیجانی دچار نوسانات بیشتری بودند مانند نوجوانانی که دارای اختلال شخصیت مرزی بودند. در پژوهشی مشخص شد که افراد دارای صفات شخصیت مرزی به واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار خودزنی های غیر خودکشی را تجربه می کنند؛ از این رو مداخله های بالینی مرتبط با تنظیم هیجان می تواند نقش مهمی در پیشگیری از خودزنی های غیر خودکشی داشته باشند (۱۳). افراد مبتلا به این اختلال راحت تر درگیر اعتیاد به مواد مخدر می شوند، مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی می تواند خودزنی را افزایش دهد؛ تکنیک های تنظیم هیجان و ذهن آگاهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود خودزنی

و مصرف مواد افراد با اختلال شخصیت مرزی می شوند (۱۰).

در رابطه با نوجوانان، به نظر می رسد استفاده از منابع تنظیم هیجانی بیرونی مانند مشاوران، دوستان، هم اتاقی و ... مؤثر باشد. مشاوران مدرسه می توانند اثربخشی خوبی بر دانش آموزان داشته باشند؛ همانطور که پژوهشی نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مشاوران مدرسه به عنوان راهبردی مؤثر برای رفتارهای پرخطر نوجوان پسر استفاده شود (۱۴). همچنین آموزش مهارت کنترل خشم و افزایش تاب آوری نیز می تواند مؤثر باشد. برای مثال می توان به فرد توصیه کرد اگر تکانه به سراغت آمد، یک تماس تلفنی برقرار کن، در مورد آن با کسی صحبت کن، موسیقی گوش کن یا قدم بزن. در کنار این موارد، درمان اختلال های رفتاری و شخصیتی و همچنین درمان های شناختی و رفتاری را نیز باید دنبال نمود. از موانع درمان نیز می توان به هزینه های زیاد دریافت خدمات مشاوره و کوتاهی نهادهای کنترل خشم اشاره نمود.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش موفق به اخذ کد اخلاق IR.YAZD.REC.1400.040 شده است و تمام موازین اخلاقی رعایت شده اند. شرکت کنندگان در باره خروج از پژوهش اختیار کامل داشتند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از تمام کسانی که در این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و سپاسگزاری می گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تضاد منافی توسط نویسندگان دیگر بیان نشده است.

References

1. Klonsky, E. D. (The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clinical psychology review. 2007; 27(2):226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
2. Nock, M. K., Prinstein, I. A functional approach to the assessment of self-

- mutilative behavior. Journal of consulting and clinical psychology. 2004;72(5):885. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
3. Shamsuddin, S., Taheri, M., Dadalahi, H. Prevalence of self-harm in forensic medicine clients. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1999; 16(7):62-68.

4. Qaidi Heydari, F. Self-injurious behaviors and internet use adolescents. International congress of behavioral studies of society and healthy lifestyle. 2021;20(7): 12_23.
5. Troya, M. I., Cully, G., Leahy, D., Cassidy, E., Sadath, A., Nicholson, S., Ramos Costa, A. P., Alberdi-Páramo, Í., Jeffers, A., Shiely, F., & Arensman, E. Investigating the relationship between childhood sexual abuse, self-harm repetition and suicidal intent: mixed-methods study. BJPsych open. 2021;7(4),1_9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.962>
6. Moseib Moradi, J. Self-harm or self-injury. Hayat magazine. 2000;6(2): 41_46
7. Selby, E. A., Nock, M. K., & Kranzler, A. How does self-injury feel? Examining automatic positive reinforcement in adolescent self-injurers with experience sampling. Psychiatry Reserch. 2014;215(2):417-423. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.005>
8. Ghinea, D., Fuchs, A., Parzer, P., Koenig, J., Resch, F., Kaess, M. Psychosocial functioning in adolescents with non-suicidal self-injury: the roles of childhood maltreatment, borderline personality disorder and depression. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 2021;8(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00161-x>
9. Hariri, N. Principles and methods of qualitative research. Tehran, Islamic Azad University, Department of Science and Research. 2017.
10. Farzi A, Mahmoud Alilo M, Esmailpour K. The effectiveness of emotional regulation and mindfulness techniques based on dialectical behavior therapy in improving self-harm and Substance abuse in borderline personality disorder. Ebnesina. 2024;26(3):22-36.
11. Eaddy, M., Zullo, L., Horton, S. E., Hughes, J. L., Kennard, B., Diederich, A., Emslie, G. J., Schuster, L., & Stewart, S. M. (2019). A Theory-Driven Investigation of the Association between Emotion Dysregulation and Suicide Risk in a Clinical Adolescent Sample. Suicide & life-threatening behavior, 49(4), 928-940. <https://doi.org/10.1111/sltb.12472>
12. Parsa B, Ariapooran S, Haghayegh A, Chorbani M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Levels of Self-Criticism and Suicidal Thoughts in Adolescents with Self-Harm. Psychological Studies journal. 2023;19(2): 23_37.
13. Shahani S, Mansouri A. The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship between Borderline Personality Traits and Non-suicidal Self-injury in Students. Journal of Clinical Psychology & Personality. 2023;21(1): 33_42.
14. Moharrami S, Hosseini Nasab D, Alivandi Vafa M. Comparison of the effectiveness of Schema Therapy and Therapy on Acceptance and Commitment on the High-risk Behaviors Among Boys in the second year of High School. Iranian Journal of Pediatric Nursing (JPEN). 2024;11(1):58-62. <https://doi.org/10.61186/jrums.23.11.948>