

خودآزاری در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه اختلالات خلقی: یک پژوهش کیفی

حمید خانی‌پور^۱، احمد برجلی^۲، محمود گلزاری^۲، محمد رضا فلسفی نژاد^۳، میترا حکیم شوشتری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: به دلیل ماهیت آسیب‌رسان خودآزاری مطالعه در این زمینه به ویژه در نوجوانان اهمیت می‌یابد. این پژوهش با هدف، بررسی ویژگی‌ها و عوامل مؤثر در خودآزاری نوجوانان بزهکار و با سابقه اختلالات خلقی انجام شد.

روش: در مطالعه کیفی (طرح پدیدارشناسی) حاضر با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته توصیف‌های ۱۶ نوجوان با سابقه خودآزاری در موقعیت‌های سرپایی و زندان ثبت شد. شرکت کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. برای تحلیل کیفی متن‌ها از تجزیه و تحلیل Colaizzi استفاده گردید.

یافته‌ها: واحدهای معنایی مصاحبه‌ها در قالب ۱۴۴ کد مفهومی دسته‌بندی شدند. درون‌مایه‌های تعریف خودآسیب‌رسانی، رهایی و خلاص شدن، ابراز عشق و قدرت، خودآزاری بر اثر ترک شدن، خودآزاری برای تهدید کردن و جلب توجه، عدم تحمل هیجان‌های منفی، عوامل خانوادگی، الگوگیری و مصرف نوشیدنی‌های الکلی استخراج شدند که در سه خوشه تحت عنوان «معنا و مفهوم خودآزاری، انواع خودآزاری و علل خودآزاری» دسته‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: نوجوانان خودآزاری را به عنوان روشی برای رهایی از هیجان‌های منفی یا گرفتن حقوق نادیده گرفته شده خود می‌دانند. اختلاف با والدین و از دست دادن دوست به عنوان وضعیت‌های پیشایند و برانگیزاننده خودآزاری نقش دارند.

کلید واژه‌ها: خودآسیب‌رسانی، اقدام به خودکشی، نوجوانان، کیفی

ارجاع: خانی‌پور حمید، برجلی احمد، گلزاری محمود، فلسفی نژاد محمد رضا، حکیم شوشتری میترا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۳): ۲۰۷-۱۹۵.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۱۵

خودآزاری را به صورت انجام عملی غیر کشنده یا بیش مصرف مواد قانونی یا غیر قانونی تعریف کرده است که در آن فرد به صورت آگاهانه، بدون مداخله دیگران و به صورت غیر عادت‌ی این رفتارها را انجام داده و موجب آسیب به خود می‌شود. به طور تقریبی همه گروه‌های متخصصین سلامت اعم از پزشکان، پرستاران و روان‌شناسان با رفتارهای خودآزاری در کار بالینی مواجه هستند و احتمالاً به دلیل

مقدمه

رفتارهای خودآزاری به صورت خودزنی، خودسوزی، تنبیه خود و مصرف بیش از حد مواد در دوره نوجوانی در جمعیت‌های غیر بالینی، بالینی و بزهکار به نسبت شایع است و ممکن است پیامدهای مهلکی مانند خودکشی و مرگ را به همراه داشته باشد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) یا (World Health Organization) در سال ۱۹۹۲ (۱)

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: khanipur.hamid@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: حمید خانی‌پور

خودآزاری همانند هیستری (Hysteria) در قرن ۱۹ و اختلالات خوردن در اواسط قرن بیستم اختلال نوظهوری می‌باشد و شرایط زمانه به گونه‌ای است که این اختلال به عنوان آسیب روانی شایعی در بسیاری از افراد جوان و نوجوان درآمده است (۹).

دیدگاه‌های مختلفی درباره انگیزه خودآزاری وجود دارد؛ از نظریه غریزه مرگ فروید تا دیدگاه‌های روان‌شناسان تجربی‌نگر که کارکردهایی مانند تنظیم هیجانی و تأثیرگذاری بین فردی را برای آن مشخص کرده‌اند (۸). نوجوانان با خودآزاری گروه همگنی نیستند. در یک مطالعه سه گروه مجزا در نوجوانان با خودآزاری شناسایی شد؛ گروهی که آسیب‌های روانی شدیدی داشتند، گروه تکانشور و گروه بدون نشانه که با مشکلات محیطی مانند فقدان مواجه می‌شوند (۱۰). خودآزاری به لحاظ تشخیصی در نوجوانان با اختلالات خلقی، اضطرابی و اختلالات برون‌سازي رابطه دارد. در یک مطالعه بر روی ۱۳۱ نوجوانان با خودآزاری در موقعیت بالینی مشخص شد که در ۱۷ درصد افسردگی تک قطبی، در ۱۶ درصد اختلال استرس پس‌آسیبی، در ۱۰ درصد اختلالات بیرونی‌سازی، در ۸ درصد اختلال سازگاری و در ۳ درصد سایر انواع اختلالات اضطرابی وجود داشت (۱۱).

با وجود اطلاعاتی که درباره خودآزاری نوجوانان وجود دارد، اما هنوز این رفتار ماهیت ناشناخته‌ای دارد (آیا عملی برای مردن است یا بازگشت به زندگی و اگر زندگی چرا باید درد تجربه شود؟)، آیا پدیدارشناسی آن در همه گروه‌های نوجوان اعم از بالینی و غیر بالینی به یک شکل است یا خیر؟ ممکن است نوجوانان تعاریف مختلفی از خودآزاری داشته باشند و با اهداف و مقاصد متفاوت این عمل را انجام دهند، اما هنوز درباره محتوای این نوع تجربه‌های نوجوانان آگاهی‌ها اندک است. علاوه بر این یکی از راه‌های نزدیک شدن به آن‌چه خودآزاری نامیده شده است، بررسی درک و نظر شخصی نوجوانان از این گونه رفتارها می‌باشد. همچنین اکثر مفهوم‌بندی‌ها و تعاریف از خودآزاری در نوجوانان برآمده از تحقیقات و گزارش‌های نوجوانان سایر فرهنگ‌ها می‌باشد؛ این در حالی است که محیط فرهنگی به عنوان عامل تعدیل

ماهیت آزاررسان این رفتار و احتمال مردن در اثر آسیب به خود، هیجان‌های منفی شدیدی برای متخصصین سلامت ایجاد می‌کند. علاوه بر این، پیش‌داوری‌های نادرست و منفی نسبت به این رفتار در بین متخصصین وجود دارد؛ به طور مثال آن را فقط روشی برای بازی دادن و دستکاری دیگران می‌دانند (۲).

برخی اقدام به خودکشی را هم جزء خودآزاری برمی‌شمارند و از اصطلاح خودآزاری آگاهانه برای اشاره به این رفتارها استفاده می‌کنند. در سایر پژوهش‌ها از واژه خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی استفاده شده است. در برخی از پژوهش‌ها خودآزاری به عنوان نشانگانی که دارای انواع تکانشی، اجباری، کلیشه‌ای و اساسی است، تقسیم‌بندی شده است (۳). مطالعه خودآزاری کودکان و نوجوانان در اروپا شیوع ۱۲ ماهه خودآزاری آگاهانه (شامل خودآزاری و اقدام به خودکشی) را در ۷ کشور شرکت کننده در پژوهش از ۲/۷ تا ۷/۳ درصد گزارش کرده است (۴). با این حال هنوز در ایران آمار گزارش شده‌ای درباره فراوانی این رفتارها در نوجوانان دسترس نمی‌باشد.

خودآزاری به صورت قابل توجهی در دوره سنی نوجوانی از سایر دوره‌های سنی شایع‌تر است. یافته‌های همه‌گیرشناسی شیوع طول عمر انواع رفتارهای خودآزاری مستقیم را در دوره بزرگسالی در جمعیت بهنجار ۶ درصد (۵) و در دوران نوجوانی نزدیک به ۱۴ درصد برآورد کرده‌اند (۶). همچنین بیشترین مراجعه کنندگان با شکایت رفتارهای خودآزاری در کشور انگلیس از گروه نوجوانان دختر ۱۹-۱۵ سال می‌باشند (۷). از نظر محققین مهم‌ترین علل برای این تفاوت، افزایش واکنش‌دهی هیجانی در دوره نوجوانی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و اختلال در مهارت‌های تنظیم هیجانی برشمرده شده است (۸). هرچند رفتارهای خودآزاری از بدو تاریخ همراه انسان‌ها بوده است، اما در دهه‌های اخیر بنا به گزارش‌های پژوهشی مختلف فراوانی این رفتار در نوجوانان افزایش بیشتری یافته است و به نحوی می‌توان از آن با عنوان نوعی آسیب نوظهور در نوجوانی یاد کرد. بسیاری از پژوهشگران حوزه خودآزاری بر این عقیده هستند که

نوجوانان با سابقه بزهکاری و نوجوانان با اختلالات خلقی را مستعد خودآزاری می‌کند، وجود سابقه سوء رفتار و آزار در دوره کودکی است که یکی از عوامل خطر مهم در علت‌شناسی خودآزاری شناسایی شده است (۱۷). علاوه بر این، در نوجوانان بزهکار محبوس و زندانی به دلیل موقعیت خاص امکان همه‌گیر شدن این رفتار وجود دارد (۱۸). بر این اساس هدف پژوهش حاضر شناسایی بهتر و دقیق‌تر خودآزاری در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه اختلالات خلقی با روش کیفی بود.

روش

این پژوهش در فاصله شهریور ماه تا بهمن ۱۳۹۱ انجام شد. از آنجایی که هدف این پژوهش، بررسی عمیق تجربه نوجوانان با خودآزاری و عوامل مؤثر در شکل‌گیری و تداوم این رفتارها بود، از روش پدیدارشناسی استفاده گردید. مطالعه پدیدارشناسی به این سؤال‌ها پاسخ می‌دهد که ماهیت پدیده تجربه شده چیست؟ ساختار و اشتراکات این پدیده در اشکال مختلف آن چیست؟ و به فهم ماهیت پدیده‌ها در متن و زمینه‌ای که در آن روی می‌دهند کمک می‌کند (۱۹). جامعه پژوهش عبارت بود از نوجوانان با سابقه اختلالات خلقی و نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران (۱۸۰ نفر) که سابقه رفتارهای خودآزاری داشتند. به دلیل تنوع رفتار خودآزاری در نوجوانان گروه‌های مختلف از نمونه‌گیری هدفمند (مبتنی بر هدف) استفاده شد. تعداد اعضای نمونه ۱۶ نفر بودند که ۶ مشارکت‌کننده از موقعیت‌های کلینیکی سرپایی (۲ پسر و ۳ دختر) و ۱۰ پسر از بین نوجوانان بزهکار محبوس در کانون اصلاح و تربیت شهر تهران انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت از: سن بین ۱۴-۱۸ سال و سابقه خودآزاری در یک سال گذشته بود. برای جمع‌آوری اطلاعات در موقعیت بالینی از میان نوجوانان مراجعه‌کننده برای درمان در موقعیت سرپایی با سابقه اختلالات خلقی که به بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان رسول اکرم (ص) ارجاع شده بودند با نوجوانانی که ملاک‌های ورود پژوهش را دارا بودند مصاحبه انجام شد. دلایلی که برای انتخاب نمونه از

کننده‌ای در رشد و سازگاری در دوره نوجوانی نقش دارد. اغلب پژوهش‌هایی که در حوزه خودآزاری انجام شده اختلاف فرهنگی (تفاوت بین فرهنگ خانواده و تغییرات محیطی) را به عنوان یکی از عوامل در بروز خودآزاری در زنان مهاجر آسیایی مطرح کرده است (۱۲). همچنین انگیزش‌های خودآزاری نوجوانان فنلاندی در گزارش‌های کیفی به انگیزه‌های جدید و شاید فرهنگ وابسته مانند شیطان‌پرستی مرتبط باشد (۱۳).

تکیه کردن صرف بر مفاهیم و طبقه‌بندی‌های از پیش تعیین شده بدون توجه به معانی، تجارب و برداشت‌های پدیدارشناختی نوجوانان با تجربه خودآزاری ممکن است به روش‌های درمانی منجر شود که تأثیرگذار نباشند. اغلب افراد خودآزاررسان تصور می‌کنند متخصصین سلامتی که با آن‌ها سر و کار دارند عملشان را غیر منطقی و بدون دلیل می‌دانند و مراقبت‌هایی را که از سوی پزشکان یا پرستاران دریافت می‌کنند متخاصمانه و بدون همدردی برداشت می‌کنند (۱۴). بنابراین هم برای تعریف خودآزاری نوجوانان که احتمالاً تفاوت‌های فرهنگی در آن نقش دارد و هم در جهت تهیه روش‌های درمانی مؤثرتر، نیاز است کیفیت تجربه پدیدارشناختی و معانی ذهنی خودآزاری از منظر نوجوانان مورد بررسی قرار گیرد.

خودآزاری در هر دو گروه بالینی و غیر بالینی وجود دارد، اما برخی از گروه‌های نوجوانان در معرض خطر بیشتر خودآزاری قرار دارند. بر اساس یافته‌های پژوهشی، نوجوانان بزهکار و نوجوانان با تشخیص اختلالات خلقی بیش از سایر گروه‌های نوجوان مستعد انواع رفتارهای خودآزاری هستند. در یک مطالعه در کانون‌های اصلاح و توان‌بخشی آمریکا شیوع خودآزاری در میان نوجوانان بزهکار ۳۰-۴۰ درصد برآورد گردید (۱۵). در مطالعه مروری دیگری به صورت کلی مشخص شد که در مطالعات مختلف نرخ خودآزاری در نوجوانان بزهکار از ۴۴-۶ درصد گزارش شده است (۱۶). همچنین بر اساس نتایج اجرای مصاحبه تشخیصی ساختار یافته اختلالات روانی روی نوجوانان با سابقه خودآزاری، اختلال افسردگی اساسی بیشترین فراوانی را از بین انواع طبقات تشخیصی دارا می‌باشد (۱۱). یکی دیگر از عللی که

سؤال‌های پژوهش بودند مشخص و گزارش شدند. سپس تعداد دفعات تکرار کدهای مشابه ثبت شد و در مرحله آخر درون‌مایه‌های اصلی که کدها و خوشه‌های مختلف را در برمی‌گرفتند مشخص شدند.

برای بررسی استحکام داده‌ها، قابلیت اعتماد و اعتبار یافته‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. اعتبار یافته‌ها با یکی از والدین نوجوانان و مسؤولین بند نوجوانان بزهکار در میان گذاشته شد تا تعیین نمایند تا چه حد یافته‌ها منعکس کننده تجربه نوجوانان با خودآزاری می‌باشد. برای تعیین قابلیت اعتماد یافته‌ها از روش بازنگری ناظرین بیرونی استفاده گردید. یادداشت‌های مرتبط با متن مصاحبه‌ها از سوی یکی از همکاران پژوهشگر در دو مرتبه مورد بررسی قرار گرفت. برای انجام پژوهش ابتدا طرح پژوهش از سوی کمیته پژوهش کانون اصلاح و تربیت مورد تأیید قرار گرفت و پژوهشگر تعهدات اخلاقی شیوه برخورد و مصاحبه با مددجویان نوجوان را پذیرفت. پس از در میان گذاشتن موضوع پژوهش با نوجوان و در صورت رضایت آگاهانه او و در صورت دسترسی رضایت والدین مصاحبه‌ها انجام شدند. در موقعیت زندان به نوجوانان اطمینان داده شد که اطلاعات مصاحبه‌ها در جهت اثبات جرم یا محکوم کردن آن‌ها استفاده نخواهد شد.

یافته‌ها

برای شرکت کنندگان نوجوانی که در موقعیت سرپایی مورد بررسی قرار گرفتند تشخیص‌های روان‌پزشکی اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس‌آسیبی گذاشته شده بود. در جدول ۱ اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، سابقه خودزنی و تعداد دفعات مشخص شده است.

دو گروه بزهکار و گروه با اختلال خلقی استفاده شد عبارت بود از یافته‌های شیوع‌شناسی خودآزاری در ادبیات پژوهش و رسیدن به درک جامع‌تری از کارکردهای مختلف یک رفتار (خودآزاری) در جمعیت‌های تقریباً متفاوت. مصاحبه با شرکت کنندگان به شیوه نیمه ساختار یافته و با سؤالاتی حول محور توصیف تجربه و معنای خودآزاری، انگیزه‌ها و عوامل مؤثر در خودآزاری انجام شد. مصاحبه ابتدا با سؤالات غیر مستقیم آغاز و سپس درباره تجربه خودآزاری، معنا و مفهوم و عوامل مؤثر در آن پیگیری شد. مصاحبه‌ها در موقعیت کلینیکی بر روی نوار ضبط شدند و مصاحبه با نوجوانان بزهکار یادداشت شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. برای تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها از روش Colaizzi استفاده گردید. در این روش ابتدا توصیف از پدیده بارها خوانده می‌شود، واحدهای پدیده یا تجربه شناسایی می‌شوند، ارتباط اجزا با هم و یا کل تعیین می‌شود، اجزا با سخنان شرکت کنندگان مقایسه شده و سخنان شرکت کنندگان به زبان علمی تبدیل می‌شود و دیدگاهی کلی از تجربه یا پدیده ساخته می‌شود (۱۹). نسخه‌های ضبط شده روی کاغذ پیاده شدند و همراه با مصاحبه‌های نوشته شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مراحل تحلیل به قرار زیر بود: از سمت چپ جملات مصاحبه با فاصله نوشته شدند تا هر جا لازم شد بتوان واحدهای معنایی اصلی را اضافه کرد. در مرحله بعد به شیوه پدیدارشناختی و با معلق نگه داشتن پیش‌فرض‌ها، واحدهای معنایی متن از هم جدا شدند. در مرحله سوم تلاش شد از واحدهای مجزای معنایی استخراج شده به صورت کلی معنای جامع‌تری استخراج شود و در مرحله بعد کلمات یا عباراتی که بازنمایانگر معنای تجربه خودآزاری و به نحوی جوابی برای

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی و مرتبط با سابقه خودآزاری و اقدام به خودکشی

متوسط سن (سال)	جنس	تحصیلات	دفعات خودآسیب‌رسانی				سابقه اقدام به خودکشی
			بیشترین	کمترین	روشن غالب	سابقه اقدام به خودکشی	
۱۶/۴	دختر	دبستان	۸	۱	۱۰	۱۰	دارد
۱۶/۱	پسر	دبستان	بالای ۱۰۰	۲	۲	۲	ندارد

الف. معنا و مفهوم خودآزاری

۱- تعریف خودآزاری

مهم‌ترین مضمون پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان آن بود که آن‌ها خودآزاری را بیشتر خودزنی با اشیای تیز مانند تیغ به حساب می‌آوردند و رفتارهایی مانند بیش مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی یا سوء مصرف مواد را خودآزاری به حساب نمی‌آوردند. نکته دیگر در تفاوتی بود که آن‌ها بین خودزنی و خودکشی بیان می‌کردند. در هیچ مصاحبه‌ای اقدام به خودکشی نوعی خودآزاری به حساب نیامد. آن‌ها اغلب اقدام به خودکشی را بر اساس روش به کار گرفته (بیشتر با قرص خوردن) و پایان دادن به مشکلات فردی و خانوادگی تعریف می‌کردند. مشارکت‌کننده ۵ در این باره معتقد بود: «وقتی خودزنی می‌کنی می‌خواهی از عقده‌های خود خالی شوی، ولی اقدام خودکشی به معنای تنفر از خود است، آدم از خودش بدش می‌آید، به بن‌بست رسیده است». مشارکت‌کننده ۶: «در خودزنی آدم دلش می‌خواهد با این کار آرام بشود، ولی در خودکشی دیگر از دست خودت سیر شده‌ای». مشارکت‌کننده ۱۶: «دیگر خسته شده بودم... برای رهایی از دعوا و مرافه خانوادگی، رهایی و فراموشی زورگویی‌های والدینم قرص خوردم تا بمیرم».

نوجوانان بزهدار شاخص خودزنی را تعداد خط انداختن‌ها روی پوست بدن با چاقو یا تیغ تعریف می‌کنند، ولی نوجوانان با اختلالات خلقی خودزنی را با اصطلاح بریدن و سوزاندن یا تیغ کشیدن روی پوست تعریف می‌کنند. نوجوانان بزهدار آشکارتر و بدون اضطراب و شرم از خودزنی سخن می‌گفتند، ولی نوجوانان با اختلال خلقی در بیان تجربه خود از خودزنی پوشیده‌تر سخن می‌گفتند.

۲- رهایی و تسکین

مضمون اصلی اکثر مصاحبه‌ها ناتوانی در اداره دردهای هیجانی مثل خشم و افسردگی بود. در اکثر موارد به دلیل شدت بالای هیجان خشم، نوجوان توانایی جهت‌دهی خشم را نداشت و خودآزاری به عنوان راهی برای آرام کردن و رها شدن از خشم استفاده می‌شد. از نظر اکثر مراجعان خودآزاری باعث آرام شدن، رهایی، تسکین و تخلیه بار هیجان‌های

از ۱۶ شرکت‌کننده این پژوهش که در دامنه سنی ۱۴-۱۸ سال بودند بیشترین روش خودجرعی از طریق خودزنی (بریدن بخش‌های بدن با چاقو، تیغ و تکه‌های شیشه نوشیدنی‌ها) بود. در یک مشارکت‌کننده خودجرعی از طریق خودسوزی بود. در ۶ نفر از پسران نوجوان با بزهداری و ۱ نفر از نوجوانان دختر با سابقه اختلال خلقی سابقه اقدام به خودکشی با روش‌هایی مانند خودمسموم سازی، باز کردن گاز و پریدن از بلندی وجود داشت. دختران گزارش کردند بیشتر در ناحیه دست و بازو خودآزاری می‌کنند؛ در حالی که پسران ناحیه سر و شکم را به عنوان محل خودآزاری مشخص کردند. حداقل دفعات خودآزاری در شرکت‌کنندگان نوجوان ۲ بار و حداکثر دفعات بیش از ۱۰۰ بار گزارش شد. پسران در دفعاتی کمتر ولی با شدت خطر بیشتری خودآزاری می‌کردند؛ در حالی که دختران با دفعات بیشتر و با شدت خطر کمتر خودآزاری می‌کردند. در کل از مصاحبه‌های انجام شده ۱۴۴ کد مفهومی استخراج شد که در سه دسته کلی (خوشه): الف. معنا و مفهوم خودآزاری، ب. انواع خودآزاری و ج. علل خودآزاری تقسیم‌بندی شد. معنا و مفهوم خودآزاری به سه مضمون (۱) تعریف خودآزاری، (۲) رهایی و تسکین و (۳) ابراز عشق یا قدرت؛ توصیف انواع خودآزاری شامل دو مضمون (۱) خودآزاری بر اثر ترک شدن (۲) خودآزاری برای تهدید کردن و علل به چهار مضمون (۱) عدم تحمل هیجان‌های منفی، (۲) الگوگیری، (۳) مشکلات خانوادگی و (۴) تأثیر نوشیدنی‌های الکلی تقسیم‌بندی شدند (جدول ۲).

جدول ۲. خلاصه خوشه‌ها و طبقات مستخرج از مصاحبه‌ها

الف: معنا و مفهوم خودآزاری	۱. تعریف خودآزاری ۲. رهایی و تسکین ۳. ابراز عشق یا قدرت
ب: انواع خودآزاری	۱. خودآزاری بر اثر ترک شدن ۲. خودآزاری برای تهدید و جلب توجه ۱. عدم تحمل هیجان‌های منفی
ج: علل خودآزاری	۲. الگوگیری ۳. عوامل خانوادگی ۴. تأثیر نوشیدنی‌های الکلی

به من داد... بعد حرف اول اسمشو رو دستم خط انداختم تا بفهمه چقدر دوستش دارم». مشارکت کننده ۱۴: «اگر خط بندهام احساس بزرگی می‌کنم، هر کسی بیینه فکر می‌کنه آدم گنده‌ای، دعوییه». مشارکت کننده ۱۱: «خودزنی احساس لاتی می‌یاره، نشون می‌ده آدم پرزوری هستم».

در نوجوانانی که سابقه آزار و اذیت در دوران کودکی داشتند هم در گروه نوجوانان بزهکار و هم نوجوانان با اختلالات خلقی معنی اصلی خودآزاری رهایی و تسکین از هیجان‌های منفی بود، ولی در نوجوانانی که دوران کودکی‌شان تجارب آزار و اذیت کمتر بوده است خودزنی را بیشتر به عنوان روشی برای اهداف ابزاری مانند ابراز عشق یا قدرت درک می‌کردند.

ب. انواع خودآزاری

بر اساس نحوه روایت از خودآزاری دو نوع خودآزاری قابل افتراق می‌باشد؛ گروهی که در خلوت و تنهایی بر اثر ترک شدن خودآزاری می‌کردند (خودآزاری بر اثر ترک شدن) و گروه دوم که خودآزاری را در جمع و اغلب در موقعیت دعا و اختلاف با مراجع قدرت به ویژه والدین یا همسالان زورگو انجام می‌دادند (خودآزاری برای تهدید و جلب توجه). بر اساس توصیف مشارکت کنندگان از خودآزاری، برخی از خودآزاری‌ها روشی برای غلبه بر فشارهای فیزیکی و هیجانی بیرونی و بین فردی است که این شیوه بیشتر در نوجوانان بزهکار پسر مشاهده می‌شود، همچنین اکثر نوجوانان با اختلالات خلقی به ویژه دختران خودآزاری‌شان بیشتر با هدف جلب توجه انجام می‌شد و در برخی از نوجوانان خودآزاری به دنبال ترک و طرد شدن یا خیانت دیدن از جانب دوستان صمیمی به وجود می‌آید. با این حال در بیشتر نوجوانان هر دو نوع خودآزاری وجود داشت.

۱- خودآزاری بر اثر ترک شدن

به طور تقریبی در نیمی از شرکت کنندگان تجربه خودآزاری به دنبال از دست دادن یک دوست (همجنس و غیر همجنس) و قطع رابطه دوستی بود. مشارکت کننده ۴: «وقتی کسی را که دوست داشتم به من توجه نمی‌کرد عصبانی می‌شدم و خودزنی می‌کردم، به خودم آسیب می‌زدم». مشارکت کننده

منفی به ویژه خشم و افسردگی می‌شود. مشارکت کننده ۱۶: «وقتی یک بار امتحان کردم آن را بسیار آرامش بخش یافتم... مثل یک قرص آرام‌بخش عصبانیت آدم را کم می‌کند». مشارکت کننده ۸: «وقتی اعصابم خرد می‌شود، خودزنی می‌کنم... اگه آن کار را نکنم آرام نمی‌شم». مشارکت کننده ۶: «حالم خوبه ولی ناگهان یک احساس بی‌ارزشی بهم دست می‌ده، عصبانی می‌شم چرا وضع من این جور شد آن وقت هر چی جلوم باشه خرد می‌کنم تا به خودم ضربه بزنم».

یکی دیگر از حالت‌های هیجانی که در خودآزاری نقش داشت، افسردگی بود. مشارکت کننده ۷: «همیشه وضع خودم را با بقیه مقایسه می‌کنم، چرا من هیچی ندارم. یک احساس بیچارگی به من دست می‌دهد... پیش خودم فکر می‌کنم اگه خودم را جر بدهم آرام می‌شوم». مشارکت کننده ۵: «وقتی احساس تنهایی می‌کنم عادت کردم تنهاییم که پر از غصه است را با خودزنی پر کنم». مشارکت کننده ۴: «می‌تونم شادی کنم، دیگران چرا این قدر خوشحال و شادند... من خیلی احساس گناه می‌کنم اولین بار که خودزنی کردم می‌خواستم حداقل خودمو قانع کنم که دردهام واقعیه، اما بعد که این کار را کردم افسرده‌تر شدم از خودم بدم اومد». مشارکت کننده ۱۳: «للم می‌خواست فریاد بزنم؛ چرا این قدر به من ظلم کردند؛ سعی می‌کنم تو تنهاییم خفه بشم بعد فکر خودزنی می‌یاد و وقتی این کار را می‌کنم و خون را می‌بینم آرام می‌شم».

۳- روشی برای ابراز عشق یا قدرت به دوستان

خودآزاری در برخی از شرکت کنندگان در حکم نشانه‌ای برای اثبات دوستی و وفاداری و در برخی دیگر از نوجوانان راهی برای ابراز قدرت بود. در اغلب موارد خودآزاری با هدف ابراز عشق نیز در نوجوانان با بزهکاری مشاهده می‌شد و به صورت حکاکای کردن حرف اول یک دوست یا فرد مورد علاقه در نوجوان بود. مشارکت کننده ۴: «من علاقه زیادی به دوستم داشتم و حتی حاضر بودم خودم را بکشم و بعد خودزنی می‌کردم تا به او نشان بدهم حرف‌هایم الکی نبوده است. دوست داشتم او بفهمد که به خاطرش حاضرم هر کاری انجام دهم». مشارکت کننده ۱۱: «مقداری پول می‌خواستم، از داشتم تقاضا کردم و او خیلی بیشتر از پولی که می‌خواستم را

تسکین از حالت‌های هیجانی منفی می‌باشد. مشارکت کننده ۱۶: «چیزها و مسایل جزئی باعث عصبانیت می‌شه. اگر تنوم با خودزنی خودم را آرام کنم با دیگران دعوا می‌شه».

۲- الگوگیری

در اغلب موارد به ویژه در اولین بار شروع رفتار خودآزاری الگوگیری به ویژه همسالان، مادر و رسانه نقش دارند. مشارکت کننده ۱: «بین دوستان دیدم بعضی‌هاشون رو دستشون خط خطی می‌کنند کنجکاو شدم با آن پسرها پز انداختم من هم می‌تونم با چاقو رو دستم خط بندازم». مشارکت کننده ۵: «هر وقت مادرم با ناپدری‌ام دعواش می‌شد خودش رو می‌زد». مشارکت کننده ۱۲ و ۵: «یک ترانه‌ای هست که عجیب روم تأثیر داره، هر وقت اون ترانه رو گوش می‌دم با تیغ خودزنی می‌کنم».

۳- عوامل خانوادگی

در بیشتر مصاحبه‌های انجام شده با نوجوانان بزهکار، نوجوانان جو ناامن و مغشوش خانوادگی را که در اثر اعتیاد پدر به وجود آمده بود در خودآزاری مؤثر می‌دانستند. در خانواده‌های نوجوانان با سابقه اختلالات خلقی برانگیزاننده اصلی دوره خودآزاری تعارض با والدین بود. عدم توافق نوجوان و خانواده بر سر مسایلی مانند زمان بیرون ماندن از خانه، مسایل مالی، نوع پوشش و در کل مسایل مرتبط با تلاش نوجوان برای مستقل شدن و مقاومت خانواده از عوامل مؤثر خانوادگی در شروع خودآزاری نوجوانان بود. مشارکت کننده ۱۰: «مصرف مواد پدرم باعث مزاحمت خانواده و آزار مادرم می‌شد... برای قطع این شرایط خودزنی می‌کردم». مشارکت کننده ۷: «پدرم معتاد بود، هر وقت به من گیر می‌داد و من زورم نمی‌رسید خودزنی می‌کردم». مشارکت کننده ۱۴: «دو بار خودزنی کرده‌ام، هر دو بارش بعد از دعوا با پدرم بود؛ دلم نمی‌خواهد کسی در کارهایم دخالت کند».

۴- تأثیر نوسیدنی‌های الکلی

به ویژه در اغلب نوجوانان بزهکار حالت مستی بعد از مصرف الکل یک عامل تأثیرگذار در اقدام به خودآزاری بود. مشارکت کننده ۶: «اولین بار خودزنی من وقتی بود که با دوستم مست کرده بودیم؛ حالم خیلی بد بود، یاد دوست از دست داده‌ام

۱۳: «وقتی دوستم ترکم کرد خیلی تنها شدم. تو اون لحظه به فکر زخمی کردن خودم افتادم».

۲- خودآزاری برای تهدید و جلب توجه کردن

به ویژه در نوجوانان بزهکار این نوع خودآزاری بیشتر مشاهده می‌شود. در اکثر شرکت کنندگان بزهکار خودآزاری به عنوان روشی برای قدرت گرفتن یا ترساندن طرفین نزاع استفاده می‌شد. مشارکت کننده ۹: «تو دعوا طرف مقابل خیلی زیاد بودند... با شیشه نوشابه رو سرم کشیدم تا آن‌ها بترسند و فرار کنند». مشارکت کننده ۶: «که با بچه بزرگا دعوام بشه زورم بهشون نرسه با چاقو به خودم می‌زنم تا حساب کار دستشون بیاد». مشارکت کننده ۷: «تو دعوا وقتی می‌خواهی طرف مقابلت را بترسونی خودزنی می‌کنی».

همچنین در نوجوانان مبتلا به اختلالات خلقی نیز زمانی که با والدین بر سر مسایلی مانند استقلال و خودمختاری دچار تعارض می‌شوند یا وقتی که احساس می‌کنند راه دیگری برای پس گرفتن حق خود ندارند از این نوع خودآزاری استفاده می‌شود. مشارکت کننده ۲: «دیر از مدرسه به خانه برگشتم، پدرم عصبانی شد و کتکم زد... من به اتاقم رفتم و با تیغ روی گردن و دست‌هایم کشیدم». مشارکت کننده ۴: «مادرم دیوانه‌ام کرده بود... ما می‌خواستیم با دوستم بیرون برویم، ولی او فهمیده بود که ما به جای دیگری می‌خواهیم برویم. خیلی از دستش ناراحت بودم دوستم خانه ما بود با تیغ دستم را پاره کردم. دوست داشتم خودم را بکشم راحت بشم از گیر دادن مادرم، اما بعد پشیمون شدم». به نظر می‌رسد این نوع خودآزاری روشی برای احقاق حقوق پایمال شده‌ای است که نوجوانان با بزهکاری و با سابقه اختلالات خلقی تصور می‌کنند دیگران شامل والدین و افراد زورگو آن‌ها را نادیده گرفته‌اند.

ج. علل خودآزاری

۱- عدم تحمل هیجان‌های منفی

بر اساس گفته‌های شرکت کنندگان در هر دو موقعیت به لحاظ روان‌شناختی مهم‌ترین علت در ایجاد خودآزاری، واکنش‌های هیجانی شدید و عدم تحمل هیجان‌های منفی مانند خشم یا افسردگی می‌باشد. همان طور که گفته شد یکی از معانی و مفاهیم اصلی در خودآزاری نوجوانان نیز رهایی و

افتادم با تکه‌های شیشه نوشابه خودزنی کردم». مشارکت کننده ۷: «وقتی الکل یا مشروب می‌خوردم راحت‌تر و بیشتر خودزنی می‌کنم».

بحث

نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد، شیوه اصلی خودآزاری در نوجوانان از طریق بریدن و خط انداختن روی پوست می‌باشد. احتمال استفاده مداوم دختران نوجوان از خودآزاری بیشتر از پسران بود. نتایج یک مطالعه طولی نیز نشان داده است که ۳۷ درصد از پسران که در مرتبه اول اندازه‌گیری رفتار خودآزاری داشتند در مرتبه دوم به صورت موقتی این رفتار را کنار گذاشته بودند، اما این نرخ بهبودی موقتی برای دختران ۱۲ درصد بود (۲۰). بنابراین احتمال دارد خودآزاری در دختران بیشتر حالت تکرار شونده و عادی به خود بگیرد. یافته‌ها نشان می‌دهد نوجوانان در تعریف خودآزاری بیشتر آن را با خودزنی تداعی می‌کنند تا اقدام به خودکشی و برای متمایز کردن آن دو هم بر روش و هم بر عوامل روان‌شناختی تأکید دارند. از نظر نوجوانان، قرص خوردن به تعداد زیاد، سیر شدن از خود، ناامیدی، به بن‌بست رسیدن و تنفر از خود با اقدام به خودکشی رابطه دارد؛ در حالی که تلاش برای آرام شدن، رهایی از عصبانیت و خالی کردن عقده‌های درونی با خودآزاری رابطه دارد. از این رو به نظر می‌رسد اعتبار پژوهش‌هایی که خودآزاری را از اقدام به خودکشی جدا کرده‌اند (در این پژوهش‌ها برای اشاره به خودآزاری از واژه خودآزاری بدون خودکشی استفاده شده است) بیشتر از پژوهش‌هایی است که این دو رفتار را با یک عنوان (یعنی خودآزاری آگاهانه) مورد بررسی قرار داده‌اند. به طور معمول در اکثر نوجوانان بزهکار خودآزاری همراه با سابقه اقدام به خودکشی وجود دارد. نظریه‌های مختلفی درباره ارتباط خودآزاری و اقدام به خودکشی وجود دارد؛ بر اساس نظریه Joiner (۲۱) از دست دادن تعلقات اجتماعی و ادراک سربار بودن تعیین کننده انگیزه خودکشی و سابقه مواجهه با محرک‌ها و رویدادهای مرتبط با مرگ مانند خودآزاری پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی است.

خودآزاری برای نوجوانان بیشتر با معنای رهایی و تسکین از فشار هیجان‌های منفی مانند خشم و افسردگی و همچنین روش‌هایی برای ابراز عشق یا قدرت تأثیرگذاری بر محیط بین فردی معنی می‌دهد. نوجوانانی که سابقه آزار و اذیت در دوران کودکی داشته‌اند و از شرایط خانوادگی نابسامان رنج می‌برند بیشتر خودآزاری را راهی برای رهایی و خلاصی از هیجان‌های منفی مرتبط می‌دانند. ناتوانی در اداره هیجان‌های خشم و افسردگی یکی از مضامین برجسته در اکثر مصاحبه‌ها بود و از خودآزاری به عنوان راهی برای آرام شدن استفاده می‌شد. این یافته همخوان با مدل تنظیم هیجانی (۲۲) خودآزاری می‌باشد. خودآزاری موجب اجتناب از هیجان‌های ناخواسته و ملموس شدن درد هیجانی می‌شود و در سطح فیزیولوژیکی تغییرات هیجانی خودآزاری نتیجه آزاد شدن اندورفین‌ها می‌باشد (۲۲). بر اساس این مدل مهم‌ترین کارکرد خودآزاری، رهایی از هیجان‌های غیر قابل کنترل مانند اضطراب، تنفر، خشم و حالت‌های تجزیه‌ای بیان شده است. همچنین مهم‌ترین کارکرد خودآزاری در نوجوانان تنظیم هیجان‌های منفی می‌باشد (۲۳). نتایج مطالعات کمی نیز نشان داده‌اند در پدیده خودآزاری در نوجوانان ناتوانی در استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجانی عامل واسطه‌ای در رابطه عوامل خطر محیطی و خانوادگی با خودآزاری می‌باشد (۲۴).

یکی دیگر از معانی و مفاهیم مرتبط با خودآزاری برای نوجوانان بزهکار و با سابقه اختلالات خلقی، ابراز عشق و یا قدرت بود. نوجوانان با بزهکاری بیشتر برای ابراز قدرت به همسالان از این شیوه استفاده می‌کنند و احتمال دارد از این شیوه برای پذیرش و سرگروه شدن در بین همسالان استفاده کنند. در پژوهشی کیفی بر روی نوجوانان حاضر در یک مرکز بهداشت روانی اقامتی نوجوانان یکی از انگیزه‌های اصلی بین فردی خودآزاری رسیدن به جایگاه بالایی در گروه همسالان شناسایی شد؛ این افراد بر خلاف افرادی که با هدف توجه‌طلبی این کار را انجام می‌دادند از نظر سایر نوجوانان به عنوان خودآزارگرهای اصیل یا آرمانی به حساب می‌آمدند. این نوجوانان برای رسیدن به این مقام خودآزاری‌شان شدیدتر بود و تا حدود زیادی به صورت نامعلوم و پنهانی این عمل را انجام

می‌دادند (۲۵). خودآزاری با هدف ابراز عشق و وفاداری به یک دوست یا فرد عزیز شبیه خالکوبی کردن می‌باشد، اما از آن جایی که توسط خود فرد روی بدن انجام می‌شود طبق تعریف (۱)، نوعی خودآزاری به حساب می‌آید. خودآزاری با این هدف گاهی به صورت حک کردن اسم فرد عزیز روی بدن یا خط انداختن روی پوست به صورت سطحی انجام می‌شود که در گروه دوم احتمالاً خودآزاری با هدف اثرگذاری بین فردی و جلوگیری از ترک شدن انجام می‌گیرد. همچنین این معنی از خودآزاری (روشی برای ابراز عشق و علاقه) با کارکرد به دست آوردن تقویت مثبت بین فردی رابطه دارد (۲۶).

به نظر می‌رسد نوجوانان به دو شیوه یا با دو هدف به خود آسیب می‌زنند؛ در حالت اول بر اثر ترک شدن یا طرد شدن و دوم روشی برای تهدید کردن یا جلب توجه کردن. این تقسیم‌بندی دو مقوله‌ای مشابه با الگوی چهار بخشی است که به عنوان مدلی برای پیش‌بینی علل خودآزاری مطرح می‌باشد (۲۶). بر اساس این مدل رفتارهای خودآزاری به وسیله چهار نوع فرایند تقویت تثبیت می‌شوند: تقویت منفی درون فردی که معادل خودآزاری با هدف رهایی از افکار و هیجان‌های منفی است و بیشتر به دنبال ترک و طرد شدن ظاهر می‌شود، تقویت مثبت درون فردی (یعنی ایجاد احساسات خوشایند با انجام خودآزاری)، تقویت مثبت بین فردی که معادل خودآزاری برای جلب توجه است و با کارکرد ابراز عشق و علاقه نیز همخوان است و تقویت منفی بین فردی (انجام خودآزاری موجب رهایی از یک موقعیت فشار برانگیز منفی بین فردی و اجتماعی می‌شود) که این کارکرد بیشتر با خودآزاری با هدف تهدید کردن همخوانی دارد. یافته‌های این پژوهش از این فرضیه که خودآزاری دارای کارکردهای مختلف می‌باشد و ممکن است به صورت هم‌زمان در نوجوان وجود داشته باشد نیز حمایت می‌کند. به طور مثال نوجوانان ممکن است هم برای غلبه بر حالت‌های هیجانی منفی این عمل را انجام دهند و هم از آن به عنوان شیوه‌ای برای تأثیر گذاشتن روی دیگران استفاده کنند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، رهایی از حالت‌های هیجانی ناخوشایند و روابط بین فردی آزار دهنده و ناخوشایند خانوادگی و گروه همسالان و

کسب جایگاه قدرت و ابراز عشق در بین همسالان سه کارکرد اصلی خودآزاری نوجوانان می‌باشند و از دست دادن دوست صمیمی غیر هم‌جنس، اختلاف و تعارض نوجوان با خانواده و نزاع موقعیت‌های پیشایند یا شرایط راه‌انداز خودآزاری به حساب می‌آیند و مصرف الکل نیز تسهیل‌کننده انجام خودآزاری به ویژه در نوجوانان با بزهکاری می‌باشد. این نتایج با یافته‌های مطالعه کیفی دیگری (۱۳) که بر روی خودآزاری انجام شده شباهت‌هایی دارد. نقش مشکلات خانوادگی و تجربه هیجان‌های خشم و افسردگی و احساس تنهایی و حالت مستی در ایجاد خودآزاری در هر دو مطالعه شناسایی شده است، اما به صورت کلی نوجوانان فنلاندی در تبیین عوامل مؤثر در خودآزاری به عوامل و انگیزه‌های بیشتری مانند میل به شیطان‌پرستی، کنترل خود و آزمایش روشی برای خودکشی اشاره کرده بودند. این تفاوت هم ممکن است به دلایل تفاوت‌های فرهنگی و رسانه‌ای و هم به دلیل متفاوت بودن تعداد نمونه و گروه نمونه آن پژوهش باشد که در گروه غیر بالینی انجام شده است.

درباره علل خودآزاری بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که ناتوانی در تحمل هیجان‌های منفی، عوامل خانوادگی، الگوگیری و مصرف نوشیدنی‌های الکلی می‌تواند در قالب یک مدل عالی پیش‌بینی‌کننده خودآسیب‌رسانی باشند. نوجوانان بزهکار و با سابقه اختلالات خلقی به دلیل تجربه هیجان‌های منفی مانند خشم و افسردگی و به دلیل فقدان مهارت‌های مقابله‌ای مناسب به آسیب خود دست می‌زنند. بر اساس مصاحبه‌های انجام شده دو دسته از عوامل خانوادگی در خودآزاری نوجوانان نقش دارد؛ در نوجوانان بزهکار اعتیاد والدین و در نوجوانان در موقعیت‌های کلینیکی اختلاف آنان بر سر موضوعاتی مانند استقلال دادن و خودمختاری به طور مستقیم در شروع یک دوره خودآزاری نقش دارد. یافته‌های بسیاری بر این موضوع تأکید دارند که جو آشفته خانوادگی و والدینی که با روش‌های بی‌اعتبارساز با نوجوان برخورد می‌کنند، زمینه بروز خودآزاری را به وجود می‌آورند (۲۷).

الگوگیری از گروه همسالان، والدین و موسیقی یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی مؤثر در خودآزاری به حساب می‌آید. در

در حالی که در خانواده‌های نوجوانان با سابقه اختلالات خلقی اختلاف بر سر مسایلی مانند استقلال و خودمختاری مهم‌ترین عامل خانوادگی خودآزاری می‌باشد. عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز در شکل‌گیری خودآزاری در نوجوانان نقش دارد. جامعه‌شناسان افزایش خودآزاری را ناشی از بیگانگی نوجوانان عصر جدید با خود، محروم‌سازی‌های اجتماعی و تلاش برای حفظ هویت به حساب می‌آورند (۸). بر اساس یافته‌های این مطالعه تنها تفاوت فرهنگی خودآزاری نوجوانان ایرانی با نوجوانان فرهنگ‌های فردگرای غرب در این بود که در یک مطالعه نوجوانان غربی در گرایش به خودآزاری به انگیزه‌های شیطان‌پرستی اشاره کرده بودند؛ به صورت کلی به نظر می‌رسد نقش ساز و کارهای روان‌شناختی خودآزاری نوجوانان در اغلب فرهنگ‌ها شبیه هم می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود نیازهای آموزشی و حرفه‌ای که گروه‌های مختلف متخصصین سلامت و مراقبین نوجوانان در مراکز اصلاح و تربیت برای روبه‌رو شدن با این‌گونه رفتارها در نوجوانان به آن نیازمند هستند در قالب یک پژوهش کیفی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین می‌توان معانی و تعریف خودآزاری را از نظر نوجوانان جمعیت عمومی نیز مورد بررسی قرار داد. عدم امکان دسترسی به نوجوانان بزهکار دختر، جامع نبودن و معرف نبودن نمونه پژوهش و عدم دسترسی به آمارهای رفتارهای خودآزاری در نوجوانان ایرانی از محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آیند. همچنین به طور قطع نمی‌توان بیان کرد که نوجوانان با سایر تشخیص‌های بالینی و نوجوانان گروه غیر بالینی دارای سابقه خودآزاری به لحاظ پدیدارشناسی ویژگی‌هایی که در این پژوهش برشمرده را دارند یا خیر.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه کیفی حاضر درباره خودآزاری نوجوانان نشان می‌دهد با این‌که در اغلب نوجوانان به ویژه نوجوانان بزهکار سابقه هر دو رفتار خودآزاری و اقدام به خودکشی وجود دارد، اما خودآزاری با اقدام به خودکشی از نظر نوجوانان بر حسب روش و برخی عوامل روان‌شناختی با هم فرق دارند. برای بیشتر

نوجوانان خودآزاری از طریق مشاهده این رفتار در همسالان، کنجکاو شدن و تقلید آموخته می‌شود. الگوگیری، مواجهه با صحنه‌های خودآزاری در رسانه، گفتگو درباره خودآزاری با همسالان و داشتن دوستی که رفتار خودآزاری دارد به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های خودآزاری در نوجوانان نقش دارند (۲۸). نقش موسیقی و سایر رسانه‌های دیداری و شنیداری مدت‌هاست که در افزایش پرخاشگری کودکان و نوجوانان شناسایی شده است. محققین حوزه خودآزاری نیز یکی از دلایل افزایش رفتارهای آسیب به خود را در سال‌های اخیر رواج این گونه رفتارها در رسانه‌ها و در چهره‌های محبوب برشمرده‌اند (۱).

مصرف الکل و مست کردن در جرأت یافتن و عمل به تکانه‌های خودآزاری تأثیر زیادی دارد؛ این عامل به ویژه در خودآزاری نوجوانان با بزهکاری نقش دارد. مصرف الکل در دسته‌بندی‌های خودآزاری به عنوان نوعی رفتار خودآزاری غیر مستقیم در نظر گرفته شده است و همین طور به عنوان برانگیزاننده و متغیر پیشاینده در زمان خودآزاری شناسایی شده است (۲۹).

الگوی غالب و معمول شروع یک تجربه خودآزاری در نوجوانان موقعیت‌های بالینی و بزهکاری با یک اختلاف انتقاد خانوادگی یا طرد شدن از جانب همسالان جنس مخالف شروع می‌شود و در مرحله بعد به دلیل تجربه شدید هیجان‌های خشم و افسردگی برای رهایی از این حالت‌های منفی خودآزاری انجام می‌دهند و همچنین الگوگیری یا همانندسازی نوجوان با همسالان اعضای خانواده در یادگیری این الگوی رفتاری نقش دارد. در این چرخه مصرف الکل در تسهیل و جرأت پیدا کردن برای خودآزاری نقش دارد.

ابراز قدرت یکی از انگیزه‌های اختصاصی خودآزاری در نوجوانان با بزهکاری در این پژوهش مشخص شد. وجود سابقه خشونت و سوء مصرف مواد در اعضای خانواده یکی از عوامل خطر خودآزاری بدون خودکشی در نوجوانان می‌باشد (۳۰) و بر حسب یافته‌های این پژوهش این دو عامل به ویژه در خانواده‌های نوجوانان با بزهکاری بیشتر وجود دارد و از جمله مهم‌ترین علل خودآزاری این گروه از نوجوانان می‌باشد؛

شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات توجه داشت. متخصصین سلامت در موقعیت‌های مختلف مانند مدرسه یا مراکز بالینی باید توجه بیشتری نسبت به ماهیت این رفتار داشته باشند و در ارزیابی این گونه رفتارها ملاحظاتی مانند احتمال اقدام به خودکشی، تعداد دفعات بروز این رفتار، پیشایندها و پیامدهای این رفتار و احتمال وجود رفتارهای خودآزاری غیر مستقیم مانند رفتارهای پرخطر در رانندگی یا رفتارهای پرخطر جنسی را هم مورد بررسی قرار دهند. برای پیشگیری از خودآزاری در موقعیت‌های بالینی و غیر بالینی آموزش مهارت‌هایی برای پذیرش و اداره حالت‌های هیجانی منفی و آموزش شیوه‌های اداره و حل و فصل اختلاف‌ها و تعارض با اعضای خانواده و همسالان می‌تواند مؤثر باشد.

نوجوانان خودآزاری در نقش روشی برای رهایی و تسکین یافتن از هیجان‌های منفی عمل می‌کند، ولی نقش‌های دیگری مانند ابراز عشق و قدرت نیز می‌تواند داشته باشد. چندین عامل در سبب‌شناسی این رفتار نقش دارند که عبارتند از ناتوانی تحمل هیجان‌های منفی، مشکلات خانوادگی، الگوگیری و تأثیر مصرف نوشیدنی‌های الکلی. خودآزاری ماهیتی آسیب‌زننده، اما از نظر نوجوان بزه‌کار و با اختلالات خلقی کارکردی سازگارانه دارد؛ چرا که روشی برای ابراز کردن یا رهایی از جنبه‌های منفی خویشتن و هیجان‌های منفی مانند خشم و افسردگی و راهی برای باز پس‌گیری حقوق پایمال شده در نظر گرفته می‌شود. در استفاده از یافته‌های این پژوهش باید به محدودیت‌های مرتبط با ترکیب گروه نمونه، موقعیت و

References

1. Walsh BW. Treating Self-injury: A Practical Guide. New York, NY: Guilford Press; 2012.
2. Law GU, Rostill-Brookes H, Goodman D. Public stigma in health and non-healthcare students: attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(1): 107-18.
3. Simeon D, Hollander E. Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2008.
4. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(6): 667-77.
5. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med* 2011; 41(9): 1981-6.
6. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 2002; 31(1): 67-77.
7. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(1): 80-7.
8. Turp M. Hidden Self-harm: Narratives from Psychotherapy. London, UK: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
9. Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci* 2009; 18(2): 78-83.
10. Stanford S, Jones MP. Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(7): 807-15.
11. Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006; 144(1): 65-72.
12. Marshall H, Yazdani A. Locating culture in accounting for self-harm amongst Asian young women. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 1999; 9(6): 413-33.
13. Rissanen ML, Kylma J, Laukkanen E. Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29(2): 145-63.
14. Harris J. Self-harm: cutting the bad out of me. *Qual Health Res* 2000; 10(2): 164-73.
15. Penn JV, Esposito CL, Schaeffer LE, Fritz GK, Spirito A. Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(7): 762-9.
16. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and Deliberate Self-injurious Behavior in Juvenile Correctional Facilities: A Review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22(2): 118-24.
17. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10(2): 192-205.

18. Taiminen TJ, Kallio-Soukainen K, Nokso-Koivisto H, Kaljonen A, Helenius H. Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(2): 211-7.
19. Hajbagheri A, Parvizi M, Selsali M. Qualitative research methods. Tehran, Iran: Boshra; 2011. [In Persian].
20. Lundh LG, Wangby-Lundh M, Bjarehed J. Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scand J Psychol* 2011; 52(5): 476-83.
21. Joiner T. *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2009.
22. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther* 2006; 44(3): 371-94.
23. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(2): 226-39.
24. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol* 2011; 39(3): 389-400.
25. Crouch W, Wright J. Deliberate Self-Harm at an Adolescent Unit: A Qualitative Investigation. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2004; 9(2): 185-204.
26. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol* 2005; 114(1): 140-6.
27. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press; 1993.
28. Howe-Martin LS. Adolescents self-mutilation behaviors: experiential avoidance couple with imitation? [Thesis]. Texas, TX: University of North Texas; 2008.
29. Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L, Ruuttu T, Marttunen M. Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *J Adolesc* 2009; 32(5): 1125-36.
30. Deliberto TL, Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res* 2008; 12(3): 219-31.

Self-harm in adolescents with delinquency and history of mood disorder: A qualitative research

Hamid Khanipour¹, Ahmad Borjali², Mahmoud Golzari²,
Mohamad Reza Falsafinejad³, Mitra Hakim-Shushtari⁴

Original Article

Abstract

Introduction: The aim of this study was to explore the characteristics and factors related to self-harm in adolescents with delinquency and history of mood disorders.

Method: In a qualitative study (phenomenologic design), using semi-structured interview, the description of self-harm by 16 adolescents with history of self-harm in outpatient and custody setting were recorded. Participants were selected using purpose-oriented sampling. Texts were analyzed by Colaizzi's method.

Results: Semantic part of interviews was classified in 144 conceptual codes. This theme was explored to definition of self-harm, escape and soothing, expressing love or power, self-harm by rejection, self-harm for threatening and attention seeking, disability in tolerating negative emotions, family factors, modeling, and alcohol drinking. Then, the classified in three clusters as meaning of self-harm, types of self-harm, and causes of self-harm.

Conclusion: Adolescents consider self-harm as a way of escaping from negative emotions or a way for getting unseen rights. Conflict with parents and loss of friends have a role as trigger in self-harm.

Keywords: Self-harm, suicide attempt, adolescent, qualitative

Citation: Khanipour H, Borjali A, Golzari M, Falsafinejad MR, Hakim-Shushtari M. **Self-harm in adolescents with delinquency and history of mood disorder: A qualitative research.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(3): 195-207.

Received date: 06.08.2013

Accept date: 13.09.2013

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allame Tabatabaei University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allame Tabatabaei University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychometry, School of Psychology and Educational Sciences, Allame Tabatabaei University, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

Corresponding Author: Hamid Khanipour, Email: khanipur.hamid@gmail.com