

خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه‌ها و احتمال خودکشی

حمید خانی‌پور^۱، احمد برجعلی^۲، محمدرضا فلسفی‌نژاد^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی شیوه‌ها و انگیزه‌های خودجرحی بدون خودکشی و تعیین ارتباط خودجرحی بدون خودکشی با احتمال خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی. به این منظور تعداد ۲۳۸ نوجوان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به فهرست رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی، سیاهه کارکردهای خودجرحی و مقیاس احتمال خودکشی پاسخ دادند. در ۵۱ درصد از کل دو گروه ۳۱ نفر از گروه بزهکار و ۸۳ نفر از گروه با سابقه بدرفتاری دوران کودکی، سابقه یکی از انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی به روش‌های بریدن، سوزاندن، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار و چنگ کشیدن وجود داشت. احتمال خودکشی در نوجوانان با سابقه خودجرحی بدون خودکشی به‌طور معناداری بالاتر از گروه بدون سابقه این رفتار بود. تحلیل عاملی سیاهه کارکردهای خودجرحی، انگیزه‌های پذیرش گروهی، ابراز آشفتگی، ضدخودکشی، اثبات خود، تمایز خود از دیگران، ضد تجزیه‌ای، تنظیم هیجانی و انتقام گرفتن را به‌عنوان انگیزه‌های خودجرحی بدون خودکشی شناسایی کرد. انگیزه‌های تنظیم هیجانی، ابراز آشفتگی و پذیرش گروهی پیش‌بینی‌کننده احتمال خودکشی است.

واژگان کلیدی: خودجرحی، احتمال خودکشی، نوجوانان، خود آسیب‌رسانی

مقدمه

خودجرحی بدون خودکشی^۴ شامل رفتارهایی است که به‌صورت آگاهانه، مستقیم، بدون انگیزه خودکشی، توسط خود فرد با هدف آسیب به بافت‌های بدن انجام می‌شوند و جزو

۱. دکتری روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی. موسسه تحقیقات تربیتی، روان‌شناختی و اجتماعی (نویسنده مسئول)

khanipur.hamid@gmail.com

۲. دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

۳. دکتری سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی

آداب و رسوم فرهنگی هم به حساب نمی‌آیند (ناک و پرینستین^۱، ۲۰۰۴). این رفتارها می‌توانند به روش‌هایی مانند بریدن، سوزاندن، کوبیدن، خراشاندن، کتک زدن، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن، چنگ کشیدن، زخمی کردن بدن و یا جلوگیری از بهبود زخم‌های بدن انجام شوند (گراتز^۲، ۲۰۰۱). شیوع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی در دوران نوجوانی بیشتر از سایر دوره‌های زندگی است. نتایج پژوهشی در کشور آمریکا نشان داده است به‌طور تقریبی در ۱۲ تا ۱۴ درصد از دانش‌آموزان دوره دبیرستان سابقه حداقل یک بار خودجرحی بدون خودکشی وجود دارد و دختران بیشتر از پسران سابقه این رفتار را دارند (راث و هیث^۳، ۲۰۰۲). در گروه‌های ویژه‌ای از نوجوانان به ویژه نوجوانان بزهکار و نوجوانان قربانی آزار و بدرفتاری دوران کودکی، شیوع خودجرحی بدون خودکشی از جمعیت عادی و حتی نمونه‌های مراجعه‌کنندگان سرپایی بیشتر است. در پژوهشی در کانون‌های اصلاح و توان‌بخشی آمریکا، شیوع خودجرحی بدون خودکشی در میان نوجوانان بزهکار ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است (پن، اسپوسیتو، اسکيفر، فريتز، اسپریتو^۴، ۲۰۰۳). همچنین، رفتارهای مرتبط با طبقه بدرفتاری دوران کودکی مانند آزار جسمی، آزار جنسی، آزار هیجانی و غفلت همگی با خودجرحی بدون خودکشی همبستگی دارند (ویریچ، هولی، ناک^۵، ۲۰۰۷). شیوع خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانانی که پیشینه تجربه‌های ناگوار دوران کودکی مانند غفلت، جدا از قربانی آزار جنسی و جسمی شدن دارند، ۶۰ درصد است (کائس و همکاران، ۲۰۱۳). با این وجود هنوز در نوجوانان ایرانی چه در نمونه عادی و چه در گروه‌های ویژه، آمار مکثوب درباره فراوانی این نوع رفتارها وجود ندارد.

اطلاعات بسیاری درباره طبقه‌بندی خودجرحی بدون خودکشی و عوامل خطر آن وجود دارد (گراتز، ۲۰۰۳؛ شافر و جکوبسون^۶، ۲۰۰۹) اما درباره انگیزه‌های این رفتار در نوجوانان گروه‌های ویژه اطلاعات نسبتاً کمتری وجود دارد. شناسایی انگیزه‌ها و کارکردهای خودجرحی بدون خودکشی همدلانه‌ترین و بهترین شیوه برای فهم، پیشگیری

-
1. Nock, Prinstein
 2. Gratz
 3. Ross, Heath
 4. Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz, Spirito
 5. Weierich, Nock
 6. Shaffer, Jacobson

و درمان این مشکل است. کلونسکی^۱ (۲۰۰۷) سیزده نوع انگیزه (تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، مراقبت از خود، ضدتجزیه‌ای، ضدخودکشی، حس جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، انتقام‌گیری و خودمختاری) را که در دو عامل درون فردی و بین فردی طبقه‌بندی می‌شوند، به‌عنوان انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی شناسایی کرده و آزمونی را برای سنجش این کارکردها تدوین کرده است. یکی از اهداف این پژوهش پاسخ به این سوال است که آیا عواملی که به‌عنوان انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی در پژوهش کلونسکی (۲۰۰۷) شناسایی شده است، در نوجوانان ایرانی وجود دارد یا خیر.

یکی از سوال‌ها درباره ماهیت خودجراحی بدون خودکشی تعیین ارتباط آن با اقدام خودکشی است. هر چند این دو رفتار متمایز از هم در نظر گرفته شده‌اند، اما پژوهش‌ها هم‌وقوعی بالایی را بین این دو رفتار گزارش کرده‌اند. برای مثال در پژوهشی بر روی ۸۹ نوجوانان در موقعیت بستری مشخص شد در مجموع ۷۰ درصد از نوجوانان با سابقه خودجراحی بدون خودکشی دست کم یک بار اقدام به خودکشی داشته‌اند (ناک، جوینر، گوردون، لیود ریچاردسون، پرینستین^۲، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌های طولی نیز مهمترین عامل پیش‌بینی‌کننده اقدام خودکشی و خودکشی کامل را وجود سابقه خودجراحی بدون خودکشی برشمرده‌اند (آسارنو، پورتا، اسپریتو، امزلی، کلارک، واگنر^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). افزون بر این، بر اساس نظریه بین فردی خودکشی (جوینر^۴، ۲۰۰۵) مواجهه با نشانه‌ها و سرخ‌های مرتبط با مرگ مهمترین عامل در توانایی تبدیل انگیزه خودکشی به اقدام خودکشی است. بنابراین بررسی احتمال خودکشی یکی از شاخص‌های مهم در ارزیابی و مداخله‌های بالینی نوجوانان با خودجراحی بدون خودکشی است. احتمال خودکشی را به شیوه‌های مختلفی می‌توان تعریف کرد. در یکی از این مدل‌های نظری، احتمال خودکشی بر اساس چهار شاخص ناامیدی، افکار خودکشی، خصومت-تکانشگری و خودارزیابی منفی به‌صورت عملیاتی تعریف شده و نشان داده شده است که

-
1. Klonsky
 2. Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, Prinstein
 3. Asarnow, Porta, Spirito, Emslie, Clarke
 4. Joiner

این چهار عامل توانایی متمایز کردن افراد عادی از خودکشی‌گرا را دارند (کال و گیل^۱، ۲۰۰۲). کوشش‌هایی که تاکنون برای بررسی ارتباط اقدام خودکشی و خودجراحی بدون خودکشی انجام شده نشان داده است که نشانه‌های مرتبط با ابهام در خویشتن با اقدام خودکشی و مشکلات در روابط بین‌فردی در نوجوانان با خودجراحی بدون خودکشی رابطه دارد (میولنکامب، ارتلت، میلر، کلیز^۲، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد نوع انگیزه خودجراحی بدون خودکشی با احتمال خودکشی نیز رابطه داشته باشد. در افراد بزرگسال با سابقه خودجراحی بدون خودکشی، افرادی که با انگیزه‌های درون‌فردی-خودمختارانه، غلبه بر هیجان‌های منفی و در تنهایی رفتارهای مرتبط با خودجراحی بدون خودکشی را انجام می‌دهند، احتمال اقدام خودکشی‌شان بیشتر است (ناک، پرینستین، ۲۰۰۵؛ گلن^۳، کلونسکی، ۲۰۰۹). با این حال تاکنون این فرضیه در نوجوانان بررسی نشده است. ممکن است نوع انگیزه‌هایی که نوجوانان از خودجراحی بدون خودکشی دارند بر احتمال خودکشی‌شان تاثیرگذار باشد و شناسایی این انگیزه‌ها هم در بُعد نظری و هم در بُعد عملی در حل مساله‌ی رابطه اقدام خودکشی و خودجراحی بدون خودکشی تأثیر دارد. بنابراین، اهداف پژوهش حاضر شامل موارد زیر بود: (۱) بررسی شیوه‌ها، انگیزه‌ها و احتمال خودکشی در دو گروه نوجوانان بزهکار و با سابقه بدرفتاری دوران کودکی و (۲) بررسی انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی در این نوجوانان و تعیین رابطه انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی با شاخص احتمال خودکشی.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و طرح آن همبستگی بود که به صورت مقطعی اجرا شد. جامعه پژوهش نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت تهران و نوجوانان با سابقه آزار و بدرفتاری دوره کودکی ساکن در مراکز شبه خانواده و آسیب‌بهریستی تهران، شهر ری و کرج بودند. تاکنون در اکثر پژوهش‌های حوزه خودجراحی بدون خودکشی به دلیل ماهیت این رفتار در هر پژوهش از گروه‌های مختلف استفاده شده است (برای مثال کلونسکی،

-
1. Cull, Gill
 2. Muehlenkamp, Ertelt, Miller, Claes
 3. Glenn

می^۱، گلن، ۲۰۱۳). دلیل دیگر انتخاب نمونه از دو جامعه این بود که کلاً مراجعه نوجوانان با شکایت رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی به مراکز درمانی بسیار کم است و در نتیجه تنها راه برای جمع آوری نمونه کافی بررسی گروه‌های پرخطر برای این رفتار بود. برای نمونه‌گیری از روش در دسترس استفاده شد و در مجموع از ۲۶۸ نفر انتخاب شدند که ۶۹ نفر نوجوانان بزهکار و ۱۶۹ نفر گروه نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی بودند. بر این اساس از نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله‌ای که در این مراکز بودند و توانایی خواندن و نوشتن داشتند و موافق شرکت در پژوهش بودند، نمونه‌گیری شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از فهرست رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی، سیاهه کارکردهای خودجراحی و مقیاس احتمال خودکشی استفاده شد. به لحاظ اخلاقی شرکت نوجوانان با رضایت انجام شد و در مواردی که احتمال خطر خودکشی بالا بود هم با مسولان موسسه (در نوجوانان بزهکار با روانپزشک مرکز بهداشت و در گروه دوم با روانشناس) در میان گذاشته می‌شد و هم پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مواردی به ویژه در میان نوجوانان بزهکار روش‌هایی برای کنار آمدن با افکار خودکشی آموزش داده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از فهرست رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی، سیاهه رفتارها و کارکردهای خودجراحی و مقیاس احتمال خودکشی استفاده شد. پس از شناسایی انواع رفتارهای مرتبط با خودجراحی بدون خودکشی در پژوهش‌های گذشته و تنظیم آنها در یک فهرست رفتاری از نوجوانان خواسته شد به این فهرست که شامل رفتارهای بریدن، سوزاندن، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار و چنگ کشیدن بود پاسخ دهند. از مراجع پرسیده شد آیا تا کنون هر یک از این رفتارها را به صورت آگاهانه و بدون انگیزه خودکشی انجام داده است. مراجع باید سوال‌ها را به صورت بلی/خیر جواب می‌داد و در صورت تناسب تعداد دفعات آن رفتار را نیز مشخص می‌کرد. دو سوال غیر از خودجراحی بدون خودکشی نیز به فهرست اضافه شد. یک سوال درباره سایر انواع رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی بود که ممکن بود نوجوان آنها را انجام داده باشد ولی در فهرست نباشند و سوال دوم هم در ارتباط با سابقه اقدام خودکشی و دفعات آن در انتهای سوال‌ها پرسیده شد. از این فهرست صرفاً برای ثبت انواع رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی استفاده شد. روایی محتوایی این ابزار توسط روانشناس و روانپزشک تایید شد.

سیاهه رفتارها و کارکردهای خودجرحی از دو قسمت تشکیل شده است: فهرست رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی و فهرست دوم شامل ۳۶ سوال در مقیاس لیکرت که انگیزه‌ها و کارکردهای خودجرحی بدون خودکشی را می‌سنجد. بخش دوم دارای دو عامل کارکردهای درون فردی و بین فردی است و سیزده نوع کارکرد را می‌سنجد. از شرکت‌کننده خواسته شد با در نظر گرفتن این سوال "زمانی که به خودم آسیب می‌زنم..." پرسش‌های مرتبط با هر خرده مقیاس را از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری کند. حداکثر نمره‌ای که شرکت‌کننده در هر مقیاس به دست می‌آورد ۶ بود. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، مراقبت از خود، ضدتجزیه‌ای، ضدخودکشی، حس‌جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، انتقام‌گیری و خودمختاری. در پژوهش روان‌سنجی این مقیاس بر روی ۲۳۵ دانشجو که دست‌کم یک بار سابقه خودجرحی بدون خودکشی داشتند، ساختار دو عاملی (عوامل درون فردی و عوامل بین فردی) برای آن استخراج شد. آلفای کرونباخ برای عوامل درون فردی و بین فردی به ترتیب به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۰ به دست آمد و نشان داده شده است نمره شرکت‌کنندگان در این مقیاس با بالینی‌سنجش نشانه‌های شخصیت‌مرزی، خودکشی، افسردگی و اضطراب همبستگی دارد (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱). در پژوهشی دیگر ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی یک سال برای عوامل درون فردی ۰/۶۰ و برای عوامل بین فردی ۰/۸۲ گزارش شده است (گلن و کلونسکی، ۲۰۱۱). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون در پژوهش حاضر ۰/۹۴ بود.

مقیاس احتمال خودکشی نیز شامل ۳۶ سوال و چهار خرده مقیاس ناامیدی، افکار خودکشی، خصومت-پرخاشگری و خودارزیابی منفی است. سوال‌ها بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند، پس از نمره‌گذاری به هر سوال به صورت جداگانه نمره وزن‌دار تعلق می‌گیرد که این کار با هدف بالا بردن احتمال تشخیص خطر خودکشی انجام می‌شود. آلفای کرونباخ نمره کل در این مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها هم در دامنه‌ای از ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین، مشخص شده است که این مقیاس به خوبی افراد خودکشی‌گرا را از غیر خودکشی‌گرا مجزا می‌کند (کال و گیل، ۲۰۰۲). نمره بین ۷۵ تا ۱۰۰ به معنای خطر بالای خودکشی، نمره ۵۰ تا ۷۴ خطر متوسط و نمره ۲۵ تا ۴۹ به معنای خطر کم خودکشی است. در گروه‌های نوجوانان نیز از این مقیاس استفاده

شده و ساختار چهار عاملی آن تأیید شده است. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل سوال‌ها ۰/۹۱ گزارش شده است (التز و همکاران، ۲۰۰۷). در ایران در پژوهشی بر روی نوجوانان از این مقیاس استفاده شده و مشخص شده است بین نمره این ابزار و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی وجود دارد و توانایی متمایز کردن نوجوانان مستعد خودکشی را دارد (شریفیان، غلامعلی لواسانی، اژه‌ای، طارمیان، امرانی، ۲۰۱۱). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

از مجموع ۲۳۸ شرکت‌کننده نوجوان که ۶۹ نفر بزهکار و ۱۶۹ نفر با سابقه بدر رفتاری دوران کودکی بودند، ۱۴۲ نفر دختر و ۹۶ نفر پسر بودند. از لحاظ تحصیلات ۴۴ درصد راهنمایی، ۳۵ درصد اول دبیرستان، ۴۵ درصد دوم دبیرستان و ۱ درصد تا سطح دیپلم بودند. فراوانی انواع روش‌های خودجراحی بدون خودکشی به شرح زیر بود: بریدن بخش‌های بدن (۵۱ درصد، ۱۲۲ نفر)، سوزاندن (۱۸ درصد، ۴۵ نفر)، کتک زدن خود (۴۰ درصد، ۹۶ نفر)، کوبیدن سر به دیوار (۴۰ درصد، ۹۷ نفر)، چنگ کشیدن (۲۱ درصد، ۵۱ نفر). یافته‌ها درباره فراوانی رفتار بریدن بخش‌های بدن نشان داد که در ۱۴ درصد از شرکت‌کنندگان ۱ بار، ۷ درصد از شرکت‌کنندگان ۲ تا ۴ بار، ۷ درصد از شرکت‌کنندگان ۴ تا ۶ بار، ۲ درصد بیش از ۱۰ بار و ۱۴ درصد بیش از ۲۰ بار سابقه این رفتار وجود دارد. فراوانی تعداد دفعات رفتار کوبیدن سر به دیوار عبارت بود از: ۴ درصد از شرکت‌کنندگان ۱ بار، ۴ درصد از شرکت‌کنندگان ۲ تا ۴ بار، ۶ درصد از شرکت‌کنندگان ۴ تا ۶ بار، ۳ درصد از شرکت‌کنندگان بیش از ۱۰ بار و ۱۵ درصد بیش از ۲۰ بار. رفتار غالب در خودجراحی بدون خودکشی بریدن بخش‌های بدن بود و آزمون خی دو نشان داد فراوانی این رفتار از سایر رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی بیشتر است. ($P < 0/001$)، $n=8/13$ خی دو). شیوع طول عمر انواع رفتارهای مرتبط با خودجراحی بدون خودکشی اعم از بریدن، سوزاندن، چنگ کشیدن، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار، جلوگیری از بهبود زخم در کل دو نمونه ۵۱ درصد بود. از ۱۲۲ نفری که سابقه دست‌کم یک بار خودجراحی داشتند ۳۹ نفر (۳۱ درصد) از نوجوانان بزهکار و ۸۳ نفر (۶۸ درصد) از نوجوانان با سابقه بدر رفتاری دوران کودکی بودند. ضریب توافق بین عضویت در گروه

(بزهکار یا دارای سابقه بدرفتاری دوران کودکی) و سابقه رفتار خودجراحی بدون خودکشی معنادار بود ($P=0/029$ ، $\chi^2=0/67$ ، ضریب توافق). از کل نوجوانانی که سابقه خودجراحی داشتند ۶۶ نفر دختر و ۵۶ نفر پسر بودند؛ اما ارتباط معناداری بین جنسیت و سابقه رفتار خودجراحی وجود نداشت ($P=0/064$ ، $\chi^2=0/12$ ، ضریب توافق). همچنین بیشترین فراوانی خودجراحی بدون خودکشی در میان گروه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال با فراوانی ۵۸ نفر (۴۲ درصد) بود. فراوانی خودجراحی بدون خودکشی در گروه سنی ۱۲-۱۴ سال ۲۲ نفر (۱۸ درصد) و در گروه ۱۴-۱۶ سال ۴۲ نفر (۳۴ درصد) بود. با این حال بین فراوانی خودجراحی بدون خودکشی و تعلق به یک گروه سنی ویژه رابطه معناداری وجود نداشت ($P=0/84$ ، $\chi^2=0/38$ ، ضریب توافق). رفتارهای دیگری که نوجوانان در پاسخ به سوال سایر موارد آسیب به خود اشاره کرده بودند عبارت بود از: ساییدن پوست با گوگرد کبریت، حک کردن نام دوستان، خط انداختن با چاقو. در ۱۰ درصد (۲۵ نفر) از شرکت کنندگان سابقه دست کم یک بار اقدام خودکشی، در ۳۱ درصد (۷۳ نفر) سابقه هر دو رفتار خودجراحی بدون خودکشی و اقدام خودکشی و در ۲۱ درصد (۴۹ نفر) سابقه یک نوع رفتار خودجراحی بدون خودکشی به صورت مجزا وجود داشت. بر اساس نمره کلی به دست آمده در مقیاس احتمال خودکشی مشخص شد در ۵۵ درصد از کل شرکت کنندگان احتمال خطر خودکشی در سطح بالا، در ۳۹/۵ درصد در سطح متوسط و در ۵/۵ درصد در سطح پایین است. از بین شرکت کنندگانی که شدت احتمال خودکشی شان بالا بود ۴۱ نفر بزهکار و ۷۸ نفر از گروه با سابقه بدرفتاری دوران کودکی بودند؛ اما تفاوت دو گروه معنادار نبود.

برای شناسایی انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی پاسخ‌های شرکت کنندگان در پرسشنامه کارکردهای خودجراحی با تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریانس بررسی شد. سوال ۱۷ به دلیل این که با هیچ‌یک از سوال‌ها بار عاملی نداشت از تحلیل حذف شد. نتایج در مجموع به یک راه حل ۸ عاملی دست یافت (ارزش ویژه ۸ عامل بالاتر از ۱ به دست آمد) که در مجموع ۵۸ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. ارزش ویژه، درصد واریانس و درصد واریانس تراکمی مرتبط با ۸ عامل در جدول ۱ نمایش داده شده است. شاخص‌های تشخیصی آزمون کرویت بارتلت و KMO معنی‌داری مدل را نشان دادند ($KMO=0/894$ ، $\chi^2=4/05$ ، $df=2$).

جدول ۱. مقادیر ارزش ویژه، درصد واریانس و درصد تراکمی ۸ عامل

عامل	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی
۱	۱۲/۲۴	٪۳۱/۴	٪۳۱/۴
۲	۲/۵۰	٪۶/۳۸	٪۳۷/۷
۳	۱/۶۱	٪۴/۱۴	٪۴۱/۹
۴	۱/۴۲	٪۳/۶۶	۴۵/۵۹
۵	۱/۲۸	٪۳/۲۸	٪۴۸/۸
۶	۱/۲۳	٪۳/۱۷	٪۵۲
۷	۱/۱۶	٪۲/۹۸	٪۵۶
۸	۱/۰۹	٪۲/۷۹	٪۵۷/۸۳

ماتریس عوامل ۸ گانه پس از چرخش واریماکس در جدول ۲ نشان داده شده است. سؤال‌های سازنده عامل نخست ترکیبی از انگیزه‌های اثبات قدرت، تعلق به همسالان و خودمختاری را شامل می‌شد که عنوان انگیزه پذیرش گروهی برای آن انتخاب شد. سؤال‌های سازنده عامل دوم ترکیبی از کارکردهای ابراز آشفتگی و برخی از سؤال‌های اثرگذاری بین‌فردی بود که عنوان ابراز آشفتگی نام‌گذاری شد. عامل سوم مرتبط با سؤال‌های کارکرد ضد خودکشی و یک سؤال خودمختاری بود که با عنوان ضد خودکشی نام‌گذاری شد. عامل چهارم ترکیبی از سؤال‌های کارکردهای خودمختاری و حس‌جویی بود که اثبات خود نام‌گذاری شد. عامل پنجم ترکیبی از سؤال‌های کارکردهای تمایز خود از دیگران، تنبیه خود و ضد تجزیه‌ای بود که تمایز خود از دیگران نام‌گذاری شد. عامل ششم ترکیبی از سؤال‌های ضد تجزیه‌ای و ایجاد احساس و مراقبت از خود بود که ضد تجزیه‌ای نام‌گذاری شد. عامل هفتم مرتبط با سؤال‌های کارکرد تنظیم هیجانی بود و عامل هشتم از سؤال‌های کارکرد انتقام گرفتن و یک سؤال مرتبط با تعلق به گروه همسالان بود که انتقام گرفتن نام‌گذاری شد. سؤال‌های ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۳۴، ۳۸، ۳۹، ۱۶، ۱۸، ۳۱، ۴، ۲۵، ۰/۳۵ داشتند که در تقسیم‌بندی عامل اصلی بزرگترین بار عاملی شان مورد نظر قرار گرفت. این پدیده هم می‌تواند نشان‌دهنده ناب بودن این سوال‌ها در مقیاس به حساب آید و هم به دلیل بسیار نزدیک بودن تعریف حوزه‌های انگیزشی مختلف خودجراحی باشد. انجام تحلیل عاملی مرتبه دوم هم نشان داد سوال‌ها در ۲ عامل بزرگ دارای بار عاملی هستند: عوامل بین فردی (پذیرش گروهی، ابراز آشفتگی، اثبات خود، انتقام گرفتن، ضد

خودکشی با ارزش ویژه ۷/۰۴) و عوامل درون فردی (تنظیم هیجانی، جدا کردن خود از دیگران، ضد تجزیه‌ای با ارزش ویژه ۱/۱۵). این عوامل در مجموع ۶۳ درصد از واریانس کل سوال‌ها را تبیین کردند. شاخص‌های تشخیصی آزمون کرویت بارتلت و KMO نشان دادند مدل معنی‌دار است ($KMO=0/904$ ، $\chi^2=3/05$ ، $P<0/001$). نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل نیز نشان داد میانگین نمره گروه با تجربه بدرفتاری دوران کودکی (۸/۱۵=میانگین) در انگیزه‌های درون فردی بیشتر از گروه بزهکار (۷/۸۸=میانگین) است؛ اما تفاوت معنادار نبود. همچنین، بین میانگین دو گروه در انگیزه‌های بین فردی تفاوتی وجود نداشت. نتایج آزمون χ^2 دو تفاوت معناداری را بین انگیزه‌های مختلف نشان نداد؛ اما بیشترین سوال‌های که پاسخ مثبت گرفته بود مرتبط با سوال‌های انگیزه تنظیم هیجانی بود. بین گروه بزهکار و گروه با تجربه بدرفتاری دوران کودکی نیز تفاوت معناداری از نظر انگیزه‌ها وجود نداشت ($P=0/13$ ، $\lambda=0/923$ ، لامبدای ویلکز، $0/53$)؛ اما به صورت کلی میانگین نمره انگیزه‌های درون فردی در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی بالاتر بود. به لحاظ آماری تفاوت دو گروه معنادار نبود. از نظر احتمال خطر خودکشی در دو گروه تنها در زیر مقیاس خصومت-پرخاشگری نمره نوجوانان بزهکار بالاتر و معنادار بود ($P=0/004$ ، $\lambda=0/928$ ، لامبدای ویلکز، $F=4/50$). از لحاظ احتمال خودکشی در همه چهار زیرمقیاس احتمال خودکشی نمره گروه با سابقه خودجراحی بدون خودکشی بالاتر و به لحاظ آماری معنادار بود ($p<0/001$ ، $\lambda=0/155$ ، اثر پیلایی، $F=8/95$).

جدول ۲. زیرمقیاس‌های احتمال خودکشی در گروه با و بدون سابقه خودجراحی بدون خودکشی

متغیر	خودجراحی بدون خودکشی میانگین (انحراف معیار)	کنترل میانگین (انحراف معیار)	F	سطح معناداری
نامیدی	۲۴/۸(۴/۷)	۲۲/۲(۵/۱)	۱۵/۹۳	۰/۰۰۱
خصومت-تکانشگری	۲۱/۰۶(۵/۸)	۱۶/۸(۵/۱)	۳۳/۸۸	۰/۰۰۱
افکار خودکشی	۲۰/۳(۶/۹)	۱۶/۲(۶/۴)	۲۲/۲۶	۰/۰۰۱
خودارزیابی منفی	۲۲/۷(۶/۵)	۱۹/۳(۵/۳)	۱۲/۱۸	۰/۰۰۱

نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد در کل شرکت کنندگان با سابقه حداقل یک نوع خودجراحی بدون خودکشی پیش‌بینی کننده‌های خطر احتمال خودکشی بر اساس انگیزه‌های مستخرج عبارت است از انگیزش تنظیم هیجانی، ابراز آشفستگی و پذیرش گروهی که ۲۱ درصد از واریانس احتمال خودکشی را پیش‌بینی می‌کرد. در

جدول ۳ شاخص‌های رگرسیون چند متغیره نمایش داده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های رگرسیون چند متغیره در پیش‌بینی احتمال خودکشی بر اساس انگیزه‌های

خودجراحی

متغیر	R	R ²	B	B	T	P
تنظیم هیجانی	۰/۳۸	۰/۱۴۹	۲/۰۹	۰/۲۱۰	۲/۹۶	۰/۰۰۱
ابراز آشفته‌گی	۰/۴۴	۰/۱۹۵	۲/۰۴	۰/۱۹۴	۲/۶۹	۰/۰۰۳
پذیرش گروهی	۰/۴۶	۰/۲۱۷	۱/۸۳	۰/۱۷۳	۲/۵۳	۰/۰۰۸

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر شناسایی انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی و بررسی ارتباط این انگیزه‌ها با شاخص‌های احتمال خودکشی در بین دو گروه از نوجوانان (با سابقه بدرفتاری دوران کودکی و بزهکار) بود. یافته‌ها درباره انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی نشان داد انگیزه‌ها در دو گروه کلی انگیزه‌های درون‌فردی و بین‌فردی قرار می‌گیرند. انگیزه‌های پذیرش گروهی، اثبات خود، تمایز خود از دیگران و انتقام گرفتن جزو انگیزه‌های بین فردی شناسایی شدند و انگیزه‌های ابراز آشفته‌گی، ضدخودکشی، ضد تجزیه‌ای، تنظیم هیجانی به‌عنوان انگیزه‌های سازنده طبقه انگیزه‌های درون‌فردی بودند. نتایج این پژوهش به‌طور کلی از مدل دو عاملی که در پژوهش‌های گذشته برای شناسایی انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی شناسایی شده بود، حمایت می‌کند (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱). در پژوهش بررسی روایی و پایایی سیاهه کارکردهای خودجراحی و همین‌طور پرسش‌نامه ارزیابی کارکردی خود معیوب‌سازی که هر دو برای سنجش انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی طراحی شده‌اند این دو عامل به‌عنوان دو انگیزه عمومی خودجراحی بدون خودکشی تایید شدند (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱)؛ لویدریچاردسون، پرین، دایرکر، کلی^۱، (۲۰۰۷). این بدین معناست که خودجراحی بدون خودکشی هم با هدف غلبه بر حالات، تجارب و عواطف ناخوشایند درونی انجام می‌شود و هم به‌عنوان راهبردی است که در ارتباطات نوجوان با محیط‌های اجتماعی اعم از خانواده و گروه همسالان و دوستان صمیمی با هدف کاهش تجارب ناخوشایند یا به دست آوردن امتیازات مثبت انجام می‌گیرد.

برخی از دلایل احتمالی که تبیین کننده وجود این نوع انگیزه‌ها هستند در این قسمت ارائه می‌شود. نوجوانان به دلیل انگیزه اثبات قدرت و نشان دادن وفاداری و تعلق به گروه همسالان که در کل معنای انگیزه پذیرش گروهی را برمی‌تاباند، رفتارهای خودجراحی انجام می‌دهند. این انگیزه که بیشترین بار عاملی را به دست آورد با توجه به این که هر دو گروه نمونه نوجوانان این پژوهش از خانواده‌هایشان جدا بودند و مهمترین ساختار اجتماعی برایشان گروه همسالان است، تحت این عنوان نامگذاری شد. محیط‌هایی که این نوجوانان در آن به سر می‌برند، نامعتبرساز است؛ در نتیجه نوجوان مجبور می‌شود برای پذیرفته شدن از روش‌های معیوب و خود ضربه زنده استفاده کند. براساس مدل ناک (۲۰۰۸) یکی از علل اصلی انتخاب این رفتار از سوی نوجوانان تأثیر زیاد این روش در انتقال پیام اجتماعی است. این رفتار دارای ماهیت خطرآفرین و با هزینه بالا برای شخص است؛ در نتیجه در محیط‌های نامعتبرساز بیشتر جدی گرفته می‌شود. دومین انگیزه بین فردی خودجراحی بدون خودکشی، اثبات خود است. این انگیزه بیشتر در نوجوانان گروه‌های بزهکار و با هدف نشان دادن توانایی‌های خود به سایر نوجوانان انجام می‌شود. در پژوهشی بر روی نوجوانان بزهکار مشخص شد یکی از انگیزه‌های اصلی خود جراحی در نوجوانان این است که در میان همسالان به‌عنوان فردی قوی و شجاع به حساب آیند (کروچ و رایت^۱، ۲۰۰۴). خودجراحی بدون خودکشی با انگیزه اثبات خود ممکن است متأثر از باورهای گروهی باشد که در چنین موسساتی در ذهن نوجوانان شکل می‌گیرد و تصور می‌کنند با انجام خودجراحی می‌توانند در بین همسالانشان به‌عنوان فرد معروف و قدرتمندی شناخته شوند. متمایز کردن خود از دیگران یکی دیگر از انگیزه‌های بین فردی خودجراحی بدون خودکشی است. نوجوانانی که در درک، پذیرش و شفقت با خود مشکل دارند ممکن است برای متمایز کردن خود از دیگران، دستیابی به حسی پایدار از خود، رفتار خود جراحی را انجام دهند (کلونسکی، ۲۰۰۷)؛ بنابراین، یکی از انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی ممکن است جدا کردن خود از دیگران باشد. طرفداران این انگیزه بیشتر متعلق به گروه روان‌شناسان تحلیلی و روابط موضوعی هستند و بر این اعتقادند که تجربه بدرفتاری دوران کودکی در ایجاد حسی از خود به‌طور پایدار و ایمن مشکل ایجاد می‌کند و نشانه خود جراحی دفاعی برای بازیابی و تمایز خود از محیط بین فردی

است (سویموتو^۱، ۱۹۹۸). انتقام گرفتن از دیگران یکی دیگر از انگیزه‌های بین فردی خودجراحی بدون خودکشی است. این انگیزه ترکیبی از میل به انتقام گرفتن و میل به تعلق به همسالان است. نوجوانان ممکن است به دلیل بدرفتاری یا شرایط بین فردی آزار دهنده با هدف انتقام گرفتن از اطرافیان به بدن خود آسیب بزنند تا در اطرافیان احساس گناه ایجاد کنند. این یافته از مدل سیستمی/بین فردی خود جراحی (مسر و فرمو^۲، ۲۰۰۸) حمایت می‌کند. براساس این مدل در محیط‌هایی که غیرحمایت‌کننده و بی‌اعتبارساز هستند، احتمال استفاده از رفتار خود جراحی برای رهایی از موقعیت‌های بین فردی غیرقابل تحمل بیشتر است و آسیب به خود کارکرد رهایی از روابط آزاردهنده را دارد.

ابراز آشفستگی یکی از انگیزه‌های درون فردی خودجراحی بدون خودکشی شناسایی شد. ناتوانی نوجوانان برای استفاده از کلمات برای بیان حالت‌های درونی، ناتوانی در تحمل حالت‌های آشفستگی هیجانی و نارسایی در مهارت‌های تنظیم هیجانی ممکن است زمینه‌ساز استفاده از روش‌های خودجراحی برای ابراز آشفستگی به صورت آسیب‌رساندن به خود باشد (چاپمن، گراتز، برون^۳، ۲۰۰۶). افزون بر این، شدت و فروانی خودجراحی بدون خودکشی با نارساگویی هیجانی^۴ در نوجوانان رابطه دارد (زلاتینیک و همکاران، ۱۹۹۶)؛ بنابراین، نوجوانان به دلیل ناتوانی شناسایی و نام‌گذاری بر روی هیجان‌هایشان یا به دلیل دسترسی نداشتن به روش‌های کارآمد برای ابراز آشفستگی روانی ممکن است از آسیب به خود برای ابراز آشفستگی استفاده کنند و احتمالاً این نارسایی در بدرفتاری‌های دوران کودکی ریشه دارد. سومین انگیزه خودجراحی بدون خودکشی غلبه بر تکانه‌های خودکشی شناسایی شد. این انگیزه همخوان با پژوهش‌هایی است که غلبه بر تکانه‌های خودکشی را یکی از انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی برشمرده‌اند (سویموتو، ۱۹۹۸). نیمی از نوجوانان بستری برای درمان خودآسیب‌رسانی غلبه بر افکار و تکانه‌های خودکشی را یکی از انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی می‌دانند (نیکسون، کلوتیر، اگارول^۵، ۲۰۰۲). علاوه بر این، موردپژوهی‌هایی وجود دارد که گزارش کرده‌اند ممانعت از خودزنی در

-
1. Suyemoto
 2. Messer, Fremouw
 3. Chapman, Gratz, Brown
 4. alexithymia
 5. Nixon, Cloutier, Aggarwal

افرادی که به صورت عادی این رفتار را نشان می‌دهند موجب مصرف بیش از حد مواد با انگیزه خودکشی می‌شود (همبر، ۱۹۹۴). غلبه بر حالت‌های تجزیه‌ای یکی دیگر از انگیزه‌های درون فردی خودجراحی بدون خودکشی است. تجارب بدرفتاری دوران کودکی می‌تواند همانند یک ضربه روانی زمینه‌ساز اختلال استرس پس‌ضربه‌ای شود و پژوهش‌هایی که با استفاده از مصاحبه تشخیصی انجام شده است یکی از اختلال‌های شایع در نوجوانان بستری به دلیل خود آسیب‌رسانی را اختلال استرس پس‌ضربه‌ای شناسایی کرده‌اند (ناک، جوینر، گوردون، لیودریچاردسون، پرینستین، ۲۰۰۷). بنابراین، ممکن است در نوجوانانی که با انگیزه ضدتجزیه‌ای خودجراحی می‌کنند شیوع نشانه‌های اختلال استرس پس‌آسیبی بیشتر باشد. آخرین انگیزه درون فردی که شناسایی شد، تنظیم هیجانی بود. این انگیزه به‌طور تقریبی شناخته‌شده‌ترین انگیزه خودجراحی هم در نوجوانان و هم بزرگسالان است و در پژوهش‌های مختلف نقش آن در شکل‌گیری و تداوم خودجراحی بدون خودکشی اثبات شده است (گراتز، ۲۰۰۳؛ کلونسکی، ۲۰۱۱). تأثیر خودجراحی بر روی تنظیم هیجان‌های منفی مانند خشم و افسردگی ممکن است به دلیل آزاد شدن مواد ضد درد درون‌زای بدن یا شدیدتر بودن برانگیختگی جسمی در این گروه از نوجوانان باشد (هاینس، ویلیامز، برایان و ویلسون^۲، ۱۹۹۵؛ ناک و مندز^۳، ۲۰۰۸).

این انگیزه‌ها در پژوهش‌های دیگری که انگیزه‌ها و کارکردهای خودجراحی بدون خودکشی را بررسی کرده‌اند نیز گزارش شده است. پژوهشی بر روی ۵۱ نوجوانان بزهکار نشان داده است نوجوانان با انگیزه‌های تنظیم هیجانی، ابراز آشفتگی، انتقام گرفتن، رهایی از تنش، تأثیرگذاری بین فردی، تنبیه خود و توجه‌طلبی رفتارهای آسیب به خود را انجام می‌دهند (نولز، تونسن، اندرسون^۴، ۲۰۱۱). همچنین، در پژوهشی دیگر بر روی نوجوانان عادی، انگیزه‌های بین فردی خودجراحی بدون خودکشی (برای مثال جلب توجه، پذیرش بین فردی، تعلق گروهی، کمک‌طلبی و انتقام گرفتن) با درصد فراوانی تقریباً برابر با انگیزش‌های درون فردی (تنظیم هیجانی، ضد تجزیه‌ای، تنبیه خود، آرام شدن) گزارش شده است (لوید ریچاردسون، پرین، دایکر، کلی، ۲۰۰۷). از بین هشت انگیزه خودجراحی

-
1. Himber
 2. Haines, Williams, Brain, Wilson
 3. Mendes
 4. Knowles, Townsend, Anderson

بدون خودکشی بیشترین انگیزه‌ای که از جانب نوجوانان پاسخ مثبت گرفت، تنظیم هیجانی بود، این یافته همخوان با پژوهش‌های دیگری است که مهمترین انگیزه خودجراحی را تنظیم هیجانی می‌دانند (چاپمن، گراتز و برون، ۲۰۰۶). به‌طور کلی یافته‌ها درباره انگیزه‌های خودجراحی بدون خودکشی نشان می‌دهد که خودجراحی نوعی رفتار چند علتی است. یافته‌های این پژوهش هشت انگیزه اصلی را که در غالب نوجوانان وجود دارند، شناسایی کرد. متخصصان می‌توانند مداخله‌های درمانی‌شان را متمرکز بر این انگیزه‌ها قرار دهند و روش‌های سازگارانه‌تری را برای برآوردن این انگیزه‌ها به نوجوانان آموزش دهند. هرگونه تفسیر و تعمیم از این انگیزش‌ها باید با توجه به دو مساله یکی تعداد کم نمونه با خودجراحی بدون خودکشی و دوم گروه نمونه پژوهش حاضر که شامل نوجوانان بزهکار و با سابقه بدرفتاری دوران کودکی بودند، انجام شود.

درباره ارتباط احتمال خودکشی و خودجراحی بدون خودکشی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد در همه شاخص‌های احتمال خودکشی نمره نوجوانان با خودجراحی بدون خودکشی بیشتر از نوجوانان بدون خودجراحی بدون خودکشی است. این یافته از پژوهش‌هایی که خودجراحی بدون خودکشی را یکی از مهمترین عوامل خطر اقدام خودکشی می‌دانند حمایت می‌کند (کلونسکی، می و گلن، ۲۰۱۳). همچنین، این یافته از نتایج پژوهش‌های مقایسه‌ای گروه‌های نوجوانان با و بدون خودجراحی که نشان داده‌اند نوجوانان با سابقه خودجراحی بدون خودکشی در شاخص‌های احتمال خودکشی مانند افکار خودکشی، تکانشگری و ناامیدی نمره بالاتری به دست می‌آورند، حمایت می‌کند (براش و گویتیرز، ۲۰۱۰). ارتباط خودجراحی بدون خودکشی و احتمال خودکشی می‌تواند به این دلیل باشد که استفاده از روش‌های ناکارآمد برای روبرو شدن با هیجان‌های منفی، نوجوان را دچار ناامیدی می‌کند و به تدریج خودارزیابی‌شان منفی‌تر می‌شود و این دو عامل موجب میل و افکار بیشتر خودکشی می‌شوند. افزون بر این، مواجهه مکرر با سرخ‌های مرتبط با درد جسمی و هیجانی مانند ضربه به بدن یا دیدن خون احتمال و جرأت عملی کردن افکار خودکشی را افزایش می‌دهد (جوینر، ۲۰۰۵). خطر احتمال خودکشی در نوجوانان بزهکار به دلیل بالاتر بودن سطح خصومت-تکانشگری بالاتر از نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی بود. این یافته با این فرضیه که تکانشگری یکی از عوامل

شخصیتی است که هم با بزهکاری و هم اقدام خودکشی رابطه دارد، همسو است (مان، واترنوکس، هاس، مالون^۱، ۱۹۹۹)؛ بنابراین، بررسی شاخص‌هایی که معرف احتمال خودکشی هستند و شناسایی ویژگی‌های پیش‌بینی‌کننده احتمال خودکشی در نوجوانان با خودجراحی بدون خودکشی در پیشگیری از مرگ این گروه از نوجوانان موثر خواهد بود. یافته‌های پژوهش از این فرضیه که بر اساس نوع انگیزه خودجراحی می‌توان احتمال خودکشی را در نوجوانان پیش‌بینی کرد، حمایت کردند. از بین انگیزه‌ها سه انگیزه تنظیم هیجانی، ابراز آشفتگی و پذیرش گروهی با احتمال خودکشی رابطه داشتند. انگیزه‌های تنظیم هیجانی، ابراز آشفتگی و پذیرش گروهی ۲۱ درصد از واریانس احتمال اقدام خودکشی را پیش‌بینی کردند. در پژوهش ناک و پرینستین (۲۰۰۷) که در نمونه بزرگسال انجام گرفته بود مشخص شد افرادی که برای خودجراحی‌شان بیشتر به انگیزه‌های درون فردی اشاره کرده بودند در معرض خطر بالاتر اقدام به خودکشی قرار دارند؛ اما در پژوهش حاضر انگیزه‌های بین فردی (پذیرش گروهی) نیز با شاخص‌های احتمال خودکشی رابطه داشتند. در خصوص ارتباط این سه انگیزه از بین هشت انگیزه خودجراحی با احتمال خودکشی می‌توان گفت ناتوانی‌های تنظیم هیجانی فصل مشترک رفتار خودجراحی بدون خودکشی و شاخص‌های مرتبط با احتمال خودکشی یعنی خصومت-تکانشگری، خودارزیابی منفی و ناامیدی است؛ بنابراین نوجوانانی که با انگیزه تنظیم هیجانی، خودجراحی انجام می‌دهند در سایر شاخص‌های احتمال خودکشی هم نمره بالاتری می‌گیرند. افزون بر این در بنیان انگیزه‌های اقدام خودکشی دو انگیزه زیربنایی (انگیزه‌های درونی و از روی درد روانی و انگیزه‌های بیرونی/بین فردی با هدف کمک طلبی) شناسایی شده است (هولدن و مک لید^۲، ۲۰۰۰)، ممکن است این دو انگیزه همخوان با علل تنظیم هیجانی و ابراز آشفتگی خودجراحی بدون خودکشی باشند که در این پژوهش پیش‌بینی‌کننده احتمال خودکشی شناسایی شدند. یعنی نوجوانانی که در مقابله با هیجان‌های منفی از خودجراحی بدون خودکشی استفاده می‌کنند ممکن است در برابر دردهای روانی شدیدتر به اقدام به خودکشی متوسل شوند. به عبارت دیگر، اقدام خودکشی و خودجراحی بدون خودکشی هر دو تظاهراتی از ناتوانی تحمل و تعدیل

-
1. Mann, Waternaux, Hass, Malone
 2. Holden, Mcleod

دردهای روانی کم و زیاد هستند و رابطه بین آنها بیشتر یک رابطه کمی است تا کیفی. علت ارتباط انگیزه سوم یعنی پذیرش گروهی با احتمال خودکشی ممکن است این باشد که نوجوانانی که با هدف پذیرفته شدن و معروف شدن در گروه‌های همسالان از خود رفتارهای افراطی مانند خودجراحی بدون خودکشی انجام می‌دهند تکانشگری بالاتری هم دارند و همین عامل باعث ارتباط بین این انگیزه و احتمال خودکشی است. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت اگر در نظریه بین فردی خودکشی به جای تمرکز محض بر رفتار خودجراحی به نوع انگیزه توجه شود، شاید بهتر بتوان رابطه خودجراحی و اقدام خودکشی را تبیین کرد؛ چه اینکه یافته‌های کلونسکی، می و گلن^۱ (۲۰۱۳) نشان داده است نوجوانانی که با هدف رهایی از هیجان‌های منفی خودجراحی می‌کنند نسبت به نوجوانانی که با هدف به دست آوردن تقویت مثبت اجتماعی خود جراحی می‌کنند بیشتر احتمال دارد دارای سابقه اقدام خودکشی باشند؛ بنابراین، با در نظر گرفتن انگیزه خودجراحی می‌توان گفت انواع ویژه‌ای از خودآسیب‌رسانی ممکن است عامل خطر اقدام خودکشی باشند.

فروانی خودجراحی بدون خودکشی در گروه نوجوانان با سابقه بدررفتاری دوران کودکی به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه بزهکار بود. هر چند به صورت مستقیم در هیچ پژوهشی فراوانی خودجراحی بدون خودکشی در دو گروه نوجوانان بزهکار و با سابقه بدررفتاری دوران کودکی مقایسه نشده است؛ اما روند کلی پژوهش‌ها با توجه به آمارهای همه‌گیرشناختی که تاکنون به دست آمده است (رایت، فریدری، سینک مارس، سایر، مک داف^۲، ۲۰۰۴ و کنی، لنینگ، مان^۳، ۲۰۱۱) از این یافته حمایت می‌کند که فراوانی خودجراحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدررفتاری بیشتر از بزهکاران است. یک تبیین منطقی می‌تواند این باشد که نوجوانان بزهکار، خشم و هیجان‌های ناخوشایندشان را بیشتر به صورت بیرونی ابراز می‌کنند، ولی نوجوانان با سابقه بدررفتاری خشم و هیجان‌های منفی‌شان را روی خودشان تخلیه می‌کنند.

به‌طور کلی، این پژوهش نشان داد رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدررفتاری دوران کودکی رفتار رایجی است و انگیزه‌های روان‌شناختی این رفتار به‌طور تقریبی مشابه انگیزه‌هایی است که تا کنون در نمونه نوجوانان

-
1. Klonsky, May, Glenn
 2. Wright, Friedrich, Cinq-Mars, Cyr, McDuff
 3. Kenny, Lennings, Munn

خارجی شناسایی شده است. نوجوانان، با انگیزش‌های مختلفی رفتارهای مرتبط با خودجراحی بدون خودکشی را انجام می‌دهند که می‌توان آنها را در دو دسته کلی درون روانی و بین فردی طبقه‌بندی کرد. همچنین، یافته‌ها نشان داد یک راه برای شناسایی احتمال خطر خودکشی در این گروه از نوجوانان ارزیابی انگیزه‌های روان‌شناختی خودجراحی بدون خودکشی است. نوجوانانی که با انگیزه تنظیم هیجانی، ابراز آشفتگی و پذیرش گروهی این رفتار را انجام می‌دهند، احتمال خودکشی‌شان بالاتر است

با توجه به اینکه رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی ممکن است در موسساتی که این نوجوانان در آن به سر می‌برند به صورت پنهان حالت مسری پیدا کند، متخصصانی که با این گروه از نوجوانان سروکار دارند می‌توانند هم با شناسایی شیوه‌ها و هم انگیزه‌های این رفتار، به این نوجوانان روش‌های سازگارانه‌تر و مفیدتری برای دستیابی به اهداف و کارکردهایی که از آسیب به خود دنبال می‌کنند، بیاموزند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به اتکای صرف بر روش جمع‌آوری اطلاعات با پرسش‌نامه خودگزارشی، حجم کم نمونه و طرح پژوهش اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده در نوجوانان جمعیت عادی و نوجوانان بستری نیز شیوع، انگیزه‌ها و رابطه خودجراحی بدون خودکشی و اقدام خودکشی در نوجوانان جمعیت عادی ایرانی بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود بر اساس یافته‌های این پژوهش برنامه‌ای برای کاهش فراوانی رفتارهای خودجراحی بدون خودکشی و اقدام خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدرفاری دوران کودکی طراحی شود.

منابع

- Asarnow, J.R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K.D., et al. (2011). Suicide attempts and non-suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of American Academy of Child psychiatry*, 50, 772-781.
- Brausch, A.M., Gutierrez, P.M. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide attempts in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233-242.
- Chapman, A.L., Gratz, K. L., Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance mode. *Behavior Research and Therapy*, 44, 371-39.
- Crouch W, Wright J. (2004). Deliberate self-harm at an adolescent unit: a qualitative investigation. *Clinical child psychology and psychiatry*, 9, 1359-1045.

- Cull, J. G., & Gill, W. S. (2002). *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles, CA: Western psychological Service.
- Eltz, M., Evans, A.S., Celio, M., Dyl, J., Hunt, J., Armstrong, L., Spirito, A. (2007). Suicide probability scale and its utility with adolescent psychiatric patients. *Child psychiatry and Human Development*, 38, 17-29.
- Glenn, C., Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25-29.
- Glen, C.R., Klonsky, E. D. (2011). One-Year Test-Retest Reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*, 18(3), 375-378.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23,253–263.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10,192–205.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 471-489.
- Himber, J. (1994). Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy*, 31,620-631.
- Holden, R., Mcleod, L. (2000). The structure of the reasons for attempting suicide questionnaire (RASQ) in a nonclinical adult population. *Personality and Individual Differences*, 29,621–628.
- Joiner T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 30,265-272.
- Kenny, D., Lennings, C.J., Munn, A. (2011). Risk factors for self-harm and suicide in incarcerated young offenders: implications for policy and practice. *Journal of forensic Psychology*, 8(4), 358-382.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E.D., Glen, C.R. (2011). Assessing the functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal of psychopathological behavior assessment*. 31, 215-219.
- Klonsky, E.D., May, A., Glenn, C.R. (2013). The Relationship between Nonsuicidal Self-Injury and attempted Suicide: Converging Evidence From Four Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 22,231-237.
- Klonsk, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, ED. (2011). Non-suicidal self-injury in United states adults:

- prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 41(9), 1981-1986.
- Klonsky, E.D., May, A., Glenn, C.R. (2013). The Relationship between Nonsuicidal Self-Injury and attempted Suicide: Converging Evidence From Four Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 22,231-237.
- Knowles, S., Townsend, E., Anderson, M. (2011). Factors associated with self-harm in community based young offenders: the importance of psychological variables. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 479-496.
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., Kelly, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Mann, J., Waternaux, C., Hass, G., & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156,181-189.
- Messer, J. M., & Fremouw, W.J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating Behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28,162-178.
- Muehlenkamp, J., Ertelt, T., Miller, A.L., and Claes, L. (2011). Borderline personality symptoms differentiate non suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:2, 148-155.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 12-22.
- Nixon, M., Cloutier, P., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *American Academy of child & adolescent Psychiatry*. 41(11), 1333-1341.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. J. (2007). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 144, 65-72.
- Nock, M.K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28-38
- Nock, M. K, Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72,885-890.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114,140-146.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 27(2), 215-240.
- Penn, J. V., Esposito, C. L., Schaeffer, L., E., Fritz, G.K. & Spirito, A. (2003).

- Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 762-769.
- Ross, S., Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self Mutilation in a Community Sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Sharifian, M., Gholamali-Lavasani, M., Ejei, J., Taremian, F., Amrani, K. (2011). The relationship among classroom community, attitude toward parents, anxiety disorders and depression with adolescents suicide probability. *Procidia Social and Behavioral Sciences*. 15, 520-525.
- Shaffer, D., Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V Disorder. *American Psychiatric Association*. 1-21.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Weierich, M. R., Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1):39-44.
- Wright, J., Friedrich, W., Cinq-Mars, C., Cyr, M., McDuff, P. (2004). Self-destructive and delinquent behaviors of adolescent female victims of child sexual abuse: rates and covariates clinical and nonclinical samples. *Violence Victim*, 19, 627-43.
- Zlotnick, C. Shea, M.T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16.