Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2021/ Ninth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88

Comparison of believing in deserving of punishment access to self-injury implicit associations in student with non-suicidal self injuryand normal students

Abstract

Introduction: No suicidal self-injury is defined as direct and intentional damage to body tissue without intent to die. This behavior can have negative physical, psychological, and social consequences for the person. The aim of this study was to compare believing in deserving of pain and punishment and access to self-harm-related mental associations in students with no suicidal self-injury and normal students.

Methods: The study sample consisted of 223 students studying in high school in public schools of Tehran province that 63 students were self-injured and 160 students were non-self-injured. Subjects were selected by the purposive sampling method. Data were collected using Self-Punishment Scale (SPS), and self-injury Implicit Association Test (SI-IAT).

Results: The results showed that there was a significant difference between the two groups, in believing in deserving of pain and punishment ($p<0.05$), But there was no significant difference between the two groups in the variable of mental associations related to self-injury.

Conclusion: Based on the results of this study, the mean score of self-punishment and believing in deserving of pain and punishment in self-injured people was significantly higher than non-self-injured people and can provide a new guideline for designing prevention and treatment programs for self-harming behavior.

Keywords: Self-injury, Suicide, Deserving of pain and punishment, Mental associations, Adolescents

Article Info

Authors:

Ehsan Taheri [1*]

Farhad Taremian [2]

Behrooz Dolatshahee [3]

Haniyeh Sadat Atashipour [4]

Nasrin Sepehrnia [5]

Affiliations

*1- Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
Email address: Ps.ehsantaheri72@gmail.com

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

5- Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Medical Sciences Branch of Tehran, Iran.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ پاییز ۱۴۰۰ / سال نهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88 ISSN: 2645-3940

مقایسه‌ی باور به استحقاق تنبیه و دسترسی به تداعی‌های ضمنی مرتبط با خودجرحی در دانش آموزان با سابقه‌ی خودجرحی بدون قصد خودکشی و دانش آموزان عادی

چکیده

مقدمه: امروزه به دلیل استفاده از اینترنت و مشاوره‌های غیرحضوری ماهیت ارتباط درمانی دست‌خوش تغییرات شده است. در آینده شرایط جدیدی بر ارتباط حاکم می‌شود. برای غلبه بر این شرایط، مرور و مطالعه ارتباط، متغیرها و عوامل تاثیرگذار بر آن و نقشی که در تبعیت درمانی ایفا می‌کند ضروری خواهد بود.

روش‌کار: اکثر منابع در دسترس با استفاده از کلمات کلیدی مناسب در این مقاله مروری آورده شده است. اکثریت منابع به زبان انگلیسی و برخی به زبان فارسی بودند.

یافته‌ها: ارتباط مؤثر بیمار-پزشک ارزش درمانی دارد و رضایت بیماران را افزایش داده و آنان را به سمت تبعیت درمانی بیشتر سوق می‌دهد. ارتباط پزشکان با بیماران علاوه بر صلاحیت علمی آنان، تحت تأثیر مدل و سبک ارتباطی آنان، جنسیت، سن، داشتن یا نداشتن تخصص، ساعات کاری و محیط کار، مهارت‌های ارتباطی، همدلی، تصویر شایسته و حضور آرام وابسته است. رضایت از پزشک، حس اعتماد به نفس به دلیل اعتماد بالایی که بیماران از پزشکان دریافت می‌کنند و حس اطمینان به پزشکشان از موارد دیگر افزایش تبعیت درمانی ذکر شده است.

نتیجه‌گیری: پزشکان خصلت‌ها و ویژگی‌هایی مانند جنسیت خود را نمی‌توانند تغییر بدهند، اما سبک ارتباطی و رفتارهایی که بر تبعیت بیماران تاثیر دارد را به دلیل اهمیت تبعیت درمانی می‌توانند تغییر بدهند. پرداختن به رفتار پزشکان و تغییر آن برای ایجاد تبعیت درمانی از الزامات سیستم درمانی و خدمات بهداشتی می‌باشد.

کلیدواژگان: ارتباط بیمار-پزشک، تبعیت درمانی، مدل ارتباطی

اطلاعات مقاله

احسان طاهری [1*]
فرهاد طارمیان [2]
بهروز دولتشاهی [3]
هانیه السادات آتشی پور [4]
نسرین سپهرنیا [5]

وابستگی سازمانی نویسندگان

***۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.**

پست الکترونیک: Ps.ehsantaheri72@gmail.com

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

٤- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

٥- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، ایران.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

مقدمه

خودجرحی[1] را آسیب عمدی به بافت‌های بدن، بدون قصد خودکشی تعریف کرده‌اند. رفتارهای خودجرحی از آن دسته رفتارهایی که باعث آسیب‌های ناخواسته می‌شوند، متمایز می‌باشند. از سوی دیگر، آداب رسوم فرهنگی نظیر آرایش جسمانی، تتو یا سوراخ کردن بدن به عنوان رفتارهای خودجرحی طبقه‌بندی نمی‌شوند (۱). خودجرحی اغلب به صورت برشهای سطحی و مکرر بر روی بافتی از بدن با شی تیز (تیغ، قیچی، سوزن، چاقو، ناخنگیر و غیره) مشاهد می‌شود. ۷۰ درصد خودجرحی‌ها به صورت بریدن پوست (۲) و حدود ۲۱ تا ۴۴ درصد ضربه‌زدن به خود و در ۱۵ تا ۳۵ درصد به شکل سوزاندن پوست دیده می‌شوند (۳). خودجرحی معمولا در سنین نوجوانی آشکار شده و از نظر شیوع در میان جنسیت، نژادها و وضعیت اقتصادی مختلف تفاوتی در آن وجود ندارد (۴، ۵). یک پژوهش جامع، خودجرحی را به عنوان یک مشکل عمده در میان نوجوانان جهان شناسایی کرده است (۶، ۷). در یکی از اولین پژوهش‌هایی که در مورد بررسی خودجرحی بدون قصد خودکشی در جوانان صورت گرفته است، ۱۲ درصد از دانشجویان کالج دست‌کم یکبار درگیر خودجرحی بدون قصد خودکشی شده بودند (۸). در یک فرا تحلیل نیز به منظور بررسی شیوع خودجرحی در جمعیت نرمال، نتیجه گرفته‌اند که این رفتار تقریبا در ۱۷/۲٪ نوجوانان دیده می‌شود (۴). در پژوهشی توسط پیوستگر بر روی ۳۵۰ نوجوان دختر مقطع دبیرستان نشان داده شده است که ۱۲٪ از نوجوانان در یک سال گذشته حداقل یک بار و ۴٪ بیش از یک بار اقدام به خودجرحی از طریق بریدن و زخمی کردن بخش‌های مختلف بدن کرده بودند.

رفتار خودجرحی ممکن است حاکی از یک اختلال خلقی، شخصیتی، اعتیاد، عدم وجود مهارت‌های مقابله‌ای و کنترل خشم، و شدت آسیب‌های روانی باشد. دو نوع از عوامل خطر در علت شناسی خودجرحی مشخص شده است. عوامل دور[2] که افراد را مستعد تجربه‌ی مشکلاتی در تنظیم حالت‌های شناختی/عاطفی می‌کنند. این عوامل دور شامل آمادگی‌های ژنتیکی برای واکنش‌پذیری هیجانی بالا، نابهنجاری‌های بیولوژیک، بدرفتاری‌های دوران کودکی، انتقاد والدین، تجربه سوء استفاده در دوران کودکی، خشونت خانوادگی و بیش برانگیختگی‌های جسمانی می‌باشند که منجر به ایجاد عوامل نزدیک[3] درون فردی نظیر تحمل پایین پریشانی، نارسایی هیجانی، تجربه هیجانات آزاردهنده و همچنین عوامل خطر بین فردی از جمله نقص در مهارت‌های ارتباطی می‌شوند (۹). مطالعات زیادی نشان داده است سوء استفاده جنسی درکودکی به صورت غیر مستقیم با خودجرحی ارتباط دارد (۱۰). همچنین در پژوهشی که توسط فوکس[4] (۱۱) به منظور بررسی عوامل خطر خودجرحی صورت گرفته است، نتایج نشان داد که سابقه خودجرحی پیشین، سنخ شخصیتی B و ناامیدی قویترین تاثیر را بر اقدام به خودجرحی بعدی می‌گذارند.

برای تبیین آغاز و تداوم خودجرحی، مدل‌های متعددی ارائه شده است. یکی از مدل‌های جدید در تبیین علل خودجرحی "مدل تداعی‌های منفی درباره خویشتن[5]" است که توسط هولی[6] و فرانکلین[7] (۱۲) مطرح شده است. مطابق با تحقیقات هولی و فرانکلین برای این که فرد اقدام به خودجرحی نماید باید یک دید منفی نسبت به خود داشته باشد. تحقیقات از این فرضیه حمایت کرده‌اند که خودجرحی با خودسرزنشگری[8]، نارضایتی از خود[9] (۱۳)، انزجار از خود[10] (۱۴)، شرم[11] (۱۵)، دیدگاه منفی به خود[12] (۱۶)، تصویر منفی از بدن[13] (۱۷)، خود انتقادی‌های مرتبط با جنبه‌هایی از کمال‌گرایی[14]، فقدان بخشودگی خویشتن[15] (۱۸)، ارتباط داشته است. هولی و فرانکلین بر این باورند که تداعی‌های منفی درباره خویشتن، نقشی محوری در انتخاب خودجرحی به عنوان یک رفتار بازی می‌کند. تداعی‌های منفی درباره خویشتن می‌تواند این باور را در فرد ایجاد نماید که مستحق درد و تنبیه است (۱۹). مخصوصا هیجانات مرتبط با شرم ممکن است موجب افکار خودتنبیهی در فرد شوند (۲۰). خود تنبیهی ممکن است به عنوان راهبردی تنظیمی برای کاهش افکار منزجرکننده مورد استفاده قرار گیرد و به عنوان تاییدی برای این خود پنداره منفی که فرد بی‌ارزش و ناقص است و مستحق درد و تنبیه می‌باشد، عمل نماید. در پژوهشی ۶۳٪ درصد از زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی "خود

1. Self-injury
2. Distal risk factors
3. Proximal risk factors
4. Fox
5. Negative self-association model
6. Hooley
7. Franklin
8. self-blame
9. self-dissatisfaction
10. self-disgust
11. shame
12. negative self-views
13. negative body image
14. perfectionism
15. self-forgiveness

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

تنبیهی" را به عنوان یک دلیل در اقدام به خودجرحی اعلام کردند (۲۱). براساس نظریه حمله[1]، افراد به خودشان آسیب می‌زنند نه برای اینکه از هیجانات منفی اجتناب کنند، بلکه آن‌ها هیجاناتی را تجربه می‌کنند که مرتبط با بی‌ارزشی است (۲۲).

در نهایت تداعی‌های منفی درباره خویشتن موجب می‌شود تداعی‌های ذهنی خودجرحی به آسانی در ذهن فرد خطور کرده و به طور ضمنی با آن همانند سازی کند. فرض شده است افرادی که ارتباط منفی با خود دارند به مرور زمان ارتباطی بین خویشتن و افکار آسیب رسان ایجاد می‌نمایند، به طوری که آسیب رساندن به خود را وسیله‌ای ارزشمند و موثر برای کاهش افکار منفی و تنظیم هیجان تلقی می‌کنند. این همانندسازی ممکن است انتخاب رفتارهای آسیب‌رسان را نسبت به دیگر رفتارهای موجود افزایش دهد، به عنوان مثال هنگامی که من می‌خواهم هیجانم را تنظیم کنم (مانند کاهش اضطراب) سیگار نخواهم کشید زیرا خودم را سیگاری نمیدانم، در عوض، برای دویدن خواهم رفت زیرا از خودم تصویری به عنوان دونده دارم و قبلا از این رفتارها برای تنظیم هیجان نتیجه گرفته‌ام. به طور مشابه، افردای که خودجرحی می‌کنند ممکن است با این رفتارها همانندسازی کرده باشند (۱).

نتایج پژوهش‌های پیشین نیز حاکی از ارتباط بین متغیرهای یادشده است. کلونسکی[2] و همکاران با مرور ادبیات پژوهشی در مطالعه خود نتیجه گرفتند که بین خود تنبیهی و خودجرحی بدون قصد خودکشی رابطه معناداری وجود دارد و خودتحقیری از ویژگی‌های بارز افراد اقدام کننده خودجرحی بدون قصد خودکشی می‌باشد (۲۳). بنابراین خودجرحی ممکن است عملی خود همخوان تلقی شده و هنگام مواجهه با آشفتگی هیجانی به راهی برای تسکین خود تبدیل شود (۲۴). هولی و اسلتر[3] نیز گزارش کرده‌اند افراد اقدام کننده به خودجرحی بدون قصد خودکشی، خود انتقادی بیشتری نسبت به افراد عادی دارند و اگر تصور از خود این افراد را از طریق دستکاری و مداخله شناختی تغییر دهیم میل و تحمل آن‌ها نسبت به تجربه درد کمتر خواهد شد و به احتمال زیاد کمتر اقدام به خودجرحی بدون قصد خودکشی خواهند کرد (۱۹). روزنتال[4] و همکاران (۲۵) خود تنبیهی را به عنوان یک راهبرد تنظیمی در اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داده‌اند، نتایج آن‌ها نشان داد که خود تنبیهی نقش مهمی را در عواطف منفی شدید و علائم بالاتر اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌نماید (۲۵). سونجا[5] (۲۶) نیز ارتباط بین شرم، خود تنبیهی و خودجرحی را در بین افرادی با سابقه سواستفاده جنسی بررسی نموده است. یافته‌های این پژوهش ارتباط بین تجارب سوء استفاده جنسی با خود تنبیهی، شرم و خودجرحی را تایید می‌کند. کاترینو[6] و همکارانش (۲۷) پژوهشی را با هدف بررسی اینکه تداعی ضمنی در مورد خود جرحی رفتارهای خودجرحی واقعی را پیشبینی می‌کند یا خیر، اجرا کردند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که نوجوانانی که اقدام به خودجرحی می‌کنند نسبت به افراد عادی همانندسازی ضمنی قویتری را با افکار خودجرحی دارند. در پژوهشی دیگر که توسط هامز[7] (۲۸) به منظور بررسی آستانه درد و تحمل در میان اقدام کنندگان خودجرحی و افراد عادی با انگیزه خود تنبیهی و بدون آن صورت گرفت، نتایج نشان داد که افرادی که با انگیزه خود تنبیهی اقدام به خود جرحی می‌کنند تحمل و آستانه درد در آن‌ها بیشتر است.

برای فهم بهتر رفتار خودجرحی بدون خودکشی، بررسی آن در چارچوب فرهنگ حائز اهمیت است. مطالعه خودجرحی بدون قصد خودکشی در ایران، ممکن است الگوهای متفاوتی را درباره رفتار خودجرحی بدون خودکشی آشکار سازد. در نهایت، اگرچه پژوهش‌های مختلفی در ایران به شیوع شناسی رفتار خودجرحی بدون خودکشی پرداخته‌اند، اما برای ترکیبی از عوامل اختصاصی در شکل گیری رفتار خودجرحی بدون خودکشی اقدام چندانی صورت نگرفته است. از این رو پژوهش حاضر به مقایسه‌ی باور به مستحق درد و تنبیه بودن و دسترسی به تداعی‌های ذهنی مرتبط با خودجرحی در دانش آموزان می‌پردازد و بر آن است که کیفیت روابط این متغیرها را در یک نمونه متشکل از افراد دارای رفتار خودجرحی و عادی مورد بررسی قرار دهد. از آنجا که اقدام به رفتار خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان شایعتر است، شرکت کننده‌های پژوهش از این طیف سنی انتخاب شده‌اند.

روش‌کار

این پژوهش از نوع مقطعی-توصیفی است که باور به استحقاق درد و تنبیه و دسترسی به تداعی‌های ذهنی مرتبط با خودجرحی را در دانش آموزان دارای سابقه‌ی

1. Attack theory
2. Klonsky
3. Slater
4. Rosenthal
5. Suneja
6
7. Hamza

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

خودجرحی بدون قصد خودکشی و دانش آموزان عادی مقایسه می‌کند. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان ۱۳ تا ۱۸ سال، مشغول به تحصیل در سال ۹۸-۹۹ ساکن استان تهران می‌باشند. ملاک‌های ورود برای نمونه بالینی شامل داشتن سابقه خود جرحی بدون قصد خودکشی که از طریق مصاحبه با افراد جامعه‌ی مذکور صورت می‌گرفت، سن ۱۳ تا ۱۸ و سواد خواندن و نوشتن فارسی بود. همچنین ملاک‌های خروج برای نمونه بالینی شامل عدم رضایت برای شرکت در پژوهش، خودجرحی به علت نزاع خیابانی، وجود بیماری روان‌پریشی و برای گروه مقایسه عدم رضایت شرکت در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه آسیب به خود عمدی: از این پرسشنامه برای سنجش خودجرحی بدون قصد خودکشی استفاده شد. این پرسشنامه توسط گراتز[1] در سال ۲۰۰۱ به منظور اندازه‌گیری انواع رفتارهای آسیب به خود طراحی شده است (۲۹). این ابزار خودگزارشی متشکل از ۱۷ گویه است که میزان خود آسیبی بر اساس ۱۶ شیوهی متفاوت رفتار خودجرحی بدون خودکشی را بررسی می‌کند. برای هر یک از شیوه‌های رفتار خودجرحی بدون خودکشی، پرسش‌هایی قرار داده شده است که فراوانی، مدت و شدت آن رفتار را ارزیابی میکند. نمرهی شرکت‌کننده‌ها در پرسش‌های فراوانی ۱۷ گویه جمع بسته می‌شود تا یک نمره‌ی کل از میان همه‌ی شیوه‌های رفتار خودجرحی بدون خودکشی به دست آید. پژوهش‌ها بیانگر آن است که این پرسشنامه از پایایی و روایی سازه خوبی برخوردار است (۲۹، ۳۰). ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در جمعیت ایران توسط پیوسته‌گر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که پرسشنامه از پایایی مطلوبی برای دختران دانش‌آموز برخوردار است (α>۰/۷۱)، روایی محتوایی نیز از طریق نظرخواهی از متخصصان علوم تربیتی و روانشناسی احراز شده است (۳۱).

۲. مقیاس حالت‌های تنبیهی[2]: این پرسشنامه توسط ولز[3] و همکاران (۳۲) تهیه شده است که دارای ۱۲ ماده خود گزارش‌دهی به منظور ارزیابی افکار و هیجانات خود تنبیهی می‌باشد. پاسخ به هر ماده‌ی این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (از ۱- اصلا یا خیلی کم، تا ۵- بیش از حد) درجه بندی شده است. مجموع پاسخ‌های فرد به این ۱۲ ماده، یک نمره کلی بین ۱۲ تا ۶۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی پاسخ‌های شدیدتری از خود تنبیهی است. این مقیاس از همسانی درونی بالایی برخودار است (α= ۰/۸۹) (۲۶). همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ بود.

جدول شماره ۱- مراحل اجرای آزمون IAT

شماره مرحله	نام مرحله	دسته های نوشته شده در دوطرف صفحه	
		راست	چپ
اول	تمرینی تصویر تک زوجی	بریدن	نبریدن
دوم	تمرینی ضمیر تک زوجی	من	غیرمن
سوم	ترکیبی ۱	بریدن-من	نبریدن-غیرمن
چهارم	ترکیبی ۲	بریدن-من	نبریدن-غیرمن
پنجم	تمرینی تک زوجی	نبریدن	بریدن
ششم	ترکیبی ۱	نبریدن-من	بریدن-غیرمن
هفتم	ترکیبی ۲	نبریدن-من	بریدن-غیرمن

آزمون تداعیهای ضمنی با خود جرحی[4]: این آزمون برای

1. Gratz
2. State punishment scale
3. Wells
4. Self-Injury Implicit Association Test

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

اولیـن بـار توسـط گیـن والـت[1] (۳۳) تدویـن شـده اسـت. ابزارهـای مبتنـی بـر عملکـرد ماننـد آزمـون تداعی‌هـای ضمنـی بدیـن منظـور سـاخته شـده‌اند تـا بـه محققـان اجـازه دهنـد کـه در مـورد ماهیـت افـکار و تداعی‌هـای ضمنـی افـراد آگاهـی بیشـتری بـه دسـت آوررنـد. آزمـون تداعی‌هـای ضمنـی بـا خـود جرحـی، یـک آزمـون کوتـاه (حـدود ۵ دقیقـه) مبتنـی بـر تکلیـف کامپیوتـری می‌باشـد کـه مـدت زمـان واکنـش بیمـاران را هنـگام دسـته‌بندی تصاویـر و کلمـات در درون طبقه‌هـای مفهومـی (بریـدن و نبریـدن) و (مـال مـن، بـرای غیـر مـن) می‌سـنجد. بـا توجـه بـه مراحـل آزمـون در جـدول شـماره ۱، در هـر مرحلـه از آزمـون، دسـته‌ها در دو طـرف صفحـه نمایـش داده می‌شـوند. تعـداد معینـی تصویـر یـا ضمیـر محـرک کـه هرکـدام عضـو یکـی از دسـته‌های حاضـر در گوشـه‌های صفحـه هسـتند، یـک بـه یـک در وسـط صفحـه ظاهـر می‌شـوند. آزمودنـی می‌بایسـت بـا مشـاهده هـر کلمـه یـا تصویـر تعییـن کنـد دسـته کلمـات یـا تصویـر در کـدام طـرف صفحـه (راسـت یـا چـپ) قرارگرفتـه اسـت. زمـان واکنـش آزمودنـی بـه هـر کلمـه ثبـت می‌شـود. آنچـه مبنـای قضـاوت در مـورد نتیجـه آزمـون قـرار می‌گیـرد، زمـان واکنـش آزمودنـی در مراحـل ترکیبـی اسـت. فـرض زیربنایـی آن اسـت کـه هرچـه ارتبـاط بیـن دو مفهـوم در ذهـن فـردی قویتـر باشـد، پاسـخ‌های وی در مرحلـه‌ای کـه ایـن دو مفهـوم بـا هـم جفـت می‌شـوند، سـریعتر خواهـد بـود، بنابرایـن در مثـال مطـرح شـده انتظـار مـی‌رود کـه فـرد خودجـرح در مرحلـه‌ای کـه در آن "بریـدن و مـن" در یـک طـرف هسـتند سـریع تـر از مرحلـه‌ای پاسـخ دهـد کـه "نبریـدن و مـن" هـم طـرف شـده‌اند، در چنیـن وضعیتـی گفتـه می‌شـود فـرد بـا خودجرحـی هماننـد سـازی کـرده اسـت. دربـاره پایایـی آزمـون تداعـی ضمنـی، همسـانی درونـی آن بیـن ۰/۷ تـا ۰/۹ و مقادیـر پایایـی بازآزمایـی بیـن ۰/۵ تـا ۰/۶گـزارش شـده اسـت. هماننـد سـازی نیرومنـد بـا خودجرحـی بـه وسـیله زمـان واکنـش سـریع هنگامـی کـه واژه "بریـدن" بـا واژه "مـال مـن" جفـت می‌شـود، مشـخص می‌گـردد (۳۴).

روش گردآوری داده‌ها

در ابتـدا پرسشـنامه حالت‌هـای خودتنبیهـی در نوجوانـان کـه ترجمـه آن در ایـران انجـام نشـده بـود توسـط پژوهشـگر بـا نظـارت اسـتاد راهنمـا ترجمـه شـد و دو بـار تحـت ویراسـتاری اسـتاد راهنمـا و اسـاتید مشـاور قرارگرفـت. سـپس ایـن پرسشـنامه بـه تعـدادی از اسـاتید دانشـگاه علـوم بهزیسـتی، توانبخشـی و دانشـجویان تـرم یـک جهـت بررسـی روایـی سـوالات و رفـع ابهامـات احتمالـی ارائـه شـد. در مرحلـه بعـد بـه منظـور بررسـی همسـانی درونـی، پرسشـنامه بـر روی ۵۰ نفر از نوجوانـان اجـرا گردیـد، کـه نتایـج همسـانی درونـی (۰/۸۴) را نشـان داد. پـس از طـی مراحـل اداری و معرفـی بـه مدارسـی کـه بیشـترین میـزان رفتارهـای خـود آسـیب رسـان در آن‌هـا گـزارش شـده بـود، بـرای انتخـاب گـروه خودجـرح بـا مدیـران سـه مدرسـه پسـرانه در منطقـه ۱۷ تهـران، یک مدرسـه پسـرانه در شـهر ری، پنـج مدرسـه دخترانـه و مرکـز مشـاوره وابسـته بـه آمـوزش پـرورش ناحیـه ۲ در شـهر ری، هماهنگـی و اقدامـات لازم انجـام شـد. پـس از ورود بـه مـدارس بـا مشـاوران مدرسـه جهـت معرفـی افـراد خودجـرح هماهنگـی لازم انجـام شـد. پـس از مصاحبـه بـا هـر یـک از ایـن دانـش آمـوزان و بررسـی معیارهـای ورود بـه پژوهـش، ضمـن اخـذ رضایـت آگاهانـه از دانـش آمـوزان متقاضـی شـرکت در پژوهـش، پیـش از اجـرای پرسشـنامه‌ها توسـط محققـان توضیحاتـی دربـاره اهـداف پژوهـش و شـیوه‌ی تکمیـل پرسشـنامه‌ها بـه دانـش آمـوزان ارائـه گردیـد و بـه سـوالات آن‌هـا پاسـخ داده شـد. عـلاوه بـر ایـن بـه همـه دانش‌آمـوزان اطمینـان داده شـد کـه اطلاعـات آنهـا محرمانـه و در قالـب یـک کـد نگهـداری خواهـد شـد. پـس از اتمـام مرحلـه‌ی جمـع آوری اطلاعـات، داده‌هـای پژوهـش بـا اسـتفاده از نـرم افزارهـای SPSS نسـخه ۲۶ وAmos مـورد تحلیـل قـرار گرفـت.

یافته‌ها

در مجمـوع ۶۳ نفـر از دانش‌آمـوزان دارای سـابقه‌ی خودجرحـی در بـازه‌ی سـنی ۱۳ تـا ۱۸ سـال بـه پرسشـنامه‌ها پاسـخ دادنـد. در ایـن پژوهـش نزدیـک بـه ۲۵ درصـد آزمودنی‌هـا در سـن ۱۵ سـالگی و ۸/۵ درصـد نیـز در سـن ۱۳ سـالگی قـرار داشـتند. در رابطـه بـا توزیـع جنسـیتی، بیـش از نیمـی از شـرکت کننـدگان (۵۱/۶٪) دختـر بودنـد. همچنیـن (۵۲٪) افـراد اقـدام بـه خودجرحـی را دختـران تشـکیل داده‌انـد. بـه منظـور بررسـی آسـیب شناسـی روانـی افـراد شـرکت کننـده از پرسشـنامه سـلامت روان اسـتفاده شـد. در جـدول شـماره ۲ شـاخص‌های توصیفـی ایـن پرسشـنامه گـزارش شـده اسـت. در ایـن پژوهـش، پرسشـنامه آسـیب بـه خـود عمـدی بـه منظـور اندازه‌گیـری متغیـر خودجرحـی بـدون قصـد خودکشـی در قالـب ۱۷ سـوال، نـوع رفتـار آسـیب بـه خـود عمـدی مـورد بررسـی قـرار گرفتـه اسـت. پاسـخ بیمـاران بـه سـوالات پرسـیده شـده نیـز در جـدول شـماره ۲ درج شـده اسـت.

1. Greenwald

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

همـــان طـــور کـــه در جـــدول شـــماره ۳ مشـــاهده می‌شـــود میانگیـــن زمـــان واکنـــش افـــراد خودجـــرح در مرحلـــه (بریـــدن، مـــن) کمتـــر از افـــراد غیـــر خـــود جـــرح می‌باشـــد.

همـــان طـــور کـــه در جـــدول شـــماره ۴ ملاحظـــه می‌شـــود، میـــزان خـــود تنبیهـــی در گـــروه افـــراد خودجـــرح بیشـــتر از افـــراد غیـــر خودجـــرح می‌باشـــد.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی و درصد رفتارهای آسیب به خود عمدی در افراد خودجرح و غیرخودجرح

نوع رفتار	بلی				تعداد دفعات	
	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
بریدن عمدی مچ، بازوها یا سایر نواحی بدن (بدون قصد خودکشی)	۶۳	۱۰۰/۰	۴/۶۰	۱/۶۱	۲	۸
سوزاندن پوست با سیگار	۱۹	۳۰/۲	۰/۳۰	۰/۵۳	۰	۲
سوزاندن پوست با کبریت یا فندک	۱۷	۲۷/۰	۰/۳۷	۰/۶۶	۰	۲
خالکوبی کلمات روی پوست	۲۱	۳۳/۳	۰/۳۸	۰/۶۶	۰	۲
خالکوبی طرح، نشانه و یا سایر علایم روی پوست	۲۱	۳۳/۳	۰/۳۲	۰/۵۳	۰	۲
خراش دادن به طور عمیق پوست، طوریکه زخم یا خونریزی اتفاق افتد	۳۳	۵۲/۴	۱/۱۹	۱/۳۸	۰	۵
خراش انداختن بدن که باعث زخم یا خونریزی پوست شود	۲۳	۳۶/۵	۰/۹۷	۱/۳۱	۰	۵
مالیدن کاغذ سنباده روی پوست	۰	۰/۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰	۰
پاشیدن اسید روی پوست	۰	۰/۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰	۰
استفاده از مواد شیمیایی مضر برای تمیز کردن پوست	۰	۰/۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰	۰
فرو بردن اشیای نوک تیز در پوست	۲۴	۳۸/۱	۱/۰۰	۱/۵۲	۰	۶
فرو بردن شیشه در پوست	۱۸	۲۸/۶	۰/۲۵	۰/۵۱	۰	۲
شکستن استخوان خود	۰	۰/۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰	۰
کوبیدن سر به نحوی که منجر به ضرب دیدگی شود	۳۱	۴۹/۲	۱/۰۲	۱/۳۰	۰	۵
مشت زدن به گونه‌ای که منجر به ضرب دیدگی گردد	۴۱	۶۵/۱	۲/۱۷	۲/۴۲	۰	۱۰
مانع بهبود زخم‌های خود شدن	۳۸	۶۰/۳	۴/۵۷	۴/۷۹	۰/۰	۲۰/۰
روش‌های دیگر آسیب رساندن به خود	۱۳	۲۰/۶	۰/۳۲	۰/۵۰	۰	۲

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

جدول شماره ۳- شاخص‌های توصیفی مدت زمان واکنش (میلی ثانیه) در آزمون تداعی‌های ضمنی با خودجرحی به تفکیک دو گروه

دسته بندی مفاهیم	غیرخودجرح				خودجرح			
	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
(بریدن، من)	۱۰۲۳/۷۱	۲۶۷/۷۶	۶۶۷/۶۰	۱۹۹۲/۴۷	۹۹۸/۵۳	۲۴۷/۶۱	۵۳۸/۲۱	۱۵۹۵/۱۷
(نبریدن، من)	۱۰۱۹/۰۴	۲۵۱/۴۹	۵۹۹/۷۸	۲۱۰۲/۱۵	۱۰۲۹/۳۴	۱۶۳/۲۹	۶۶۵/۶۵	۱۵۰۹/۱۳

جدول شماره ۴- شاخص‌های توصیفی خود تنبیهی به تفکیک دو گروه

مولفه ها	غیرخودجرح				خودجرح			
	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
خودتنبیهی	۱۱/۷۵۶	۶/۰۵۷	۰	۳۹	۲۵/۸۱۹	۸/۲۱۲	۶	۴۱

جدول شماره ۵- نتایج مقایسه میانگین متغیرها در دو گروه آزمایشی با آزمون t

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لون		آزمون تی		
					آماره آزمون	p-value	آماره t	درجه آزادی	p-value
خود تنبیهی	غیرخودجرح	۱۶۰	۱۱/۷۶	۶/۰۶	۷/۷۵۸	۰/۰۰۶	-۱۲/۳۳۵	۸۹/۷۹۲	۰/۰۰۰
	خودجرح	۶۳	۲۵/۸۲	۸/۲۱					
تداعی های ذهنی مرتبط با خودجرحی	غیرخودجرح	۱۶۰	-۰/۰۲۳	۰/۸۲۵	۸/۰۰۵	۰/۰۰۴	-۰/۹۷۰	۸۰/۹۶۹	۰/۳۳۵
	خودجرح	۶۳	۰/۱۵۳	۱/۳۴۷					

با توجه به نتایج به دست آمده از مقایسه متغیرها در گروه‌های خودجرح و غیر خودجرح توسط آزمون تی مشاهده می‌شود که تفاوت معنی داری بین دو گروه در متغیر خودتنبیهی وجود دارد. به نحوی که افراد خودجرح به طور معنی داری میانگین بیشتری نسبت به افراد غیرخودجرح دارند. همچنین نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان میدهد که بین افراد خودجرح و غیرخودجرح در استاندارد تفاضل مدت زمان واکنش که نشان دهنده‌ی

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

تداعی‌های ذهنی مرتبط با خودجرحی است، تفاوت معنی داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف باور داشتن به استحقاق درد و تنبیه و دسترسی به تداعی‌های ذهنی مرتبط با خودجرحی در دانش آموزان دارای سابقه‌ی خودجرحی بدون قصد خودکشی و دانش آموزان عادی ۱۳ تا ۱۸ ساله انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که در گروه خودجرح نسبت به گروه غیر خودجرح میانگین خودتنبیهی به طور معناداری بالاتر است که این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است (۲۵، ۲۶)؛ اما در متغیر تداعی‌های ذهنی بین دو گروه تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد با سابقه خودجرحی، گذشته‌ی خود و توانایی انجام عمل در آینده را به شکل منفی ارزیابی می‌کنند و همیشه خودانتقادی و انتظار شکست در پیامد امور را برای خود در نظر می‌گیرند (۳۵). آن‌ها شکست‌ها را بزرگنمایی می‌کنند و در جهت ناارزنده سازی موفقیت‌های خود و عملکردشان عمل می‌کنند. کثرت وقایع منفی زندگی، از دست دادن واقعی یا ذهنی شریک عاطفی یا اشخاص مهم زندگی، آمادگی و توانمندی این افراد را برای مقابله با موقعیت‌های پرتنش زندگی کاهش می‌دهد و آسیب پذیری آن‌ها را افزایش می‌دهد (۲۴). این افراد معتقدند که مستحق تنبیه هستند زیرا به خاطر کارهایی که کرده‌اند نبایستی به آن‌ها خوش بگذرد، یا شخص معتقد است که دیو صفت است، یا امیدوار است که با خودتنبیهی، تنبیه شدیدتری را از سوی یک منبع خارجی دفع نماید. لذا جهت پایان دادن به احساس‌های گنگی و سردرگمی، آرام کردن احساس‌های فلج کننده و تنش زا، حفظ کنترل و پرت کردن حواس از افکار یا خاطره‌های رنج آور، ابراز چیزهایی که فرد نمی‌تواند آن‌ها را به زبان بیاورد (به عنوان نمونه ابراز خشم، نشان دادن عمق رنج درونی، شک کردن اطرافیان و جلب کردن حمایت و کمک دیگران) به سراغ راهکار نامناسبی همچون خودجرحی می‌رود (۳۶).

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین دسترسی بیشتر به افکار و تداعی‌های ذهنی با خودجرحی و اقدام به خودجرحی بدون قصد خودکشی، رابطه معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق دیدگاه شناختی، جوهر یادگیری و هوش به طور کلی، این توانایی فرد است که جنبه‌های مختلف جهان را در ذهن خود بازنمایی کند و سپس به جای جهان خارج بر روی این بازنمایی‌های ذهنی عملیاتی انجام دهد. همچنین، بر اساس نظریه‌ی ذهن، انسان به وسیله‌ی حالت‌های ذهنی درونی مانند باورها، امیال یا مقاصد برانگیخته می‌شود. در واقع می‌توان گفت افکار و تداعی‌های ذهنی فرد می‌تواند تاثیر بسزائی در رفتار و اعمال وی داشته باشد (۳۷). در مورد افکار خودجرحی می‌توان گفت تجربه قبلی خودجرحی، فرد را نسبت به افکار و تداعی‌های مربوط به خودجرحی حساس می‌کند، به گونه‌ای که این افکار و تداعی‌ها در ذهن وی دست یافتنی‌تر و فعال‌تر می‌شوند، و با آن‌ها همانندسازی می‌نماید. همچنین افرادی که به خودجرحی اقدام می‌کنند معمولا نسبت به موقعیت‌های مختلف به صورت انعطاف ناپذیر واکنش نشان می‌دهند و در هنگام بروز افکار و نشخوارهای ذهنی مربوط به خودجرحی نمی‌توانند از راهبردهای مناسب مدارا با موقعیت استفاده کنند و ضمن همانند سازی با افکار و تداعی‌ها به رفتارهای خودجرحی مبادرت می‌ورزند (۳۸). از طرفی عدم معناداری رابطه دسترسی بیشتر به افکار و تداعی‌های ذهنی با خودجرح و همانندسازی با آن‌ها "با" اقدام به خودجرحی بدون قصدخودکشی را این طور می‌توان تعبیر کرد که همانطور که پیشتر نیز توضیح داده شد هنوز مشخص نیست که آیا تداعی‌های ضمنی در ارتباط با خویشتن در رابطه با خودجرحی، باعث اقدام به این رفتار می‌شود، یا این تداعی‌های ضمنی پیامد خودجرحی مکرر است (یعنی فرد خود را با این رفتار می‌شناسد چون مکررا به آن اقدام می‌کند). همچنین می‌توان گفت ابزار مورد استفاده برای سنجش رابطه مورد اشاره آزمون تداعی‌های ضمنی با خودجرحی بود که مبتنی بر تکلیف کامپیوتری می‌باشد. با توجه به اینکه این ابزار برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفته، نیازمند تحقیقات بیشتری برای انطباق با شرایط و ویژگی‌های جامعه ما دارد، علاوه بر این، آزمون SI-IAT نیاز به توجه و تمرکز آزمودنی در هنگام اجرای آزمون داشته، و به دلیل اجرای آزمون در محیط مدرسه و مطلوب نبودن شرایط اجرای آزمون از لحاظ محیطی، احتمالا برخی از آزمودنی‌ها نتوانسته‌اند به صورت مناسب تکلیف را انجام دهند، بنابراین نتایج آزمون معنادار نشده است. اجرای پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است از جمله اینکه ابزار مورد استفاده پرسشنامه خودگزارشی بود. بنابراین احتمال سوگیری مطلوبیت اجتماعی در آن‌ها وجود دارد. همچنین این پژوهش بر روی دانش آموزان شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ مدارس استان

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

تهـران در مقطـع دبیرسـتان صـورت گرفـت، بنابرایـن تعمیـم نتایـج آن بـه سـایر اقشـار جامعـه و افـراد مناطـق دیگـر بایـد بـا احتیـاط صـورت گیـرد.

پیشنهادات

پیشـنهاد می‌شـود بـه منظـور صحـت یافته‌هـای پژوهـش حاضـر، پژوهش‌هـای دیگـر در دانـش آمـوزان سـایر جوامـع و شـهرها انجـام شـود و متغیرهـای پژوهـش بـا رویکرد مقایسـه‌ای در نمونه‌هـای مختلـف مـورد بررسـی قـرار گیـرد. بـر اسـاس یافته‌هـای ایـن پژوهـش رفتارهـای خودآسـیب رسـانی بـا یکدیگـر و اقـدام بـه خودکشـی همبسـتگی بالایـی داشـتند امـا اطلاعـات مـا دربـاره سـیر زمانـی وقـوع ایـن سـه دسـته رفتـار نامشـخص و انـدک اسـت. بـر همیـن اسـاس پیشـنهاد می‌شـود سـیر و توالـی زمانـی خودآسـیب رسـانی مسـتقیم، غیرمسـتقیم و اقـدام بـه خودکشـی در نوجوانـان بررسـی شـود. همچنیـن پیشـنهاد می‌شـود طـی برنامه‌هـای مـدون، آموزش‌هـای لازم بـه منظـور افزایـش آگاهـی والدیـن در مـورد رفتارهـای خودجرحـی ارائـه شـود و راهکارهایـی جهـت کاهـش میـزان ایـن معضـل در اختیـار آن‌هـا قـرار بگیـرد. برگـزاری دوره‌هـای ویـژه والدیـن بـا هـدف آمـوزش روش صحیـح ارتبـاط بـا فرزنـدان و نظـارت بـر آنـان می‌توانـد از بـروز رفتارهـای پـر خطـر پیشـگیری کنـد. بـا توجـه بـه نتایـج حاصـل از پژوهـش حاضـر، در نظـر گرفتـن دوره‌هـای آموزشـی بـرای نوجوانـان در زمینـه رفتارهـای پـر خطـر، روش‌هـای خودمراقبتـی و آمـوزش مهارت‌هـای اجتماعـی بـرای انتقـال کـم خطرتـر پیام‌هـای اجتماعـی در روابـط بینفـردی و در نتیجـه کاهـش اسـتفاده از ایـن راهبـرد توسـط نوجوانـان آزار دیـده پیشـنهاد می‌گـردد.

تشکر و قدردانی

دسـت انـدرکاران ایـن پژوهـش بـر خـود لازم می‌داننـد تـا از شـرکت کننـدگان در پژوهـش تشـکر و قدردانـی بـه عمـل آورنـد. در پژوهـش حاضـر کلیـه موازیـن اخلاقـی رعایـت شـده و گـزارش ایـن پژوهـش مـورد تاییـد کمیتـه علمـی منتخـب دانشـگاه علـوم بهزیسـتی و توانبخشـی تهـران واقـع شـده اسـت و بـه شـماره‌ی IR.USWR.REC.1398.140 قابـل پیگیـری می‌باشـد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

منابع

1.Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. Current directions in psychological science.2009;18(2):78-83.

2.Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. American journal of Orthopsychiatry. 1998;68(4):609-20.

3.Nijman H, Dautzenberg M, Merckelbach H, Jung P, Wessel I, à Campo J. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. European Psychiatry. 1999;14(1):4-10.

4.Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2014;44(3):273-303.

5.Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and adolescent psychiatry and mental health. 2012;6(1):10.

6.Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2005;35(3):239-50.

7.Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepef P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996;93(5):327-38.

8.Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self-mutilation and eating disorders. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1989;19(4):352-61.

9.Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. Clinical Psychological Science. 2014;2(5):638-56.

10.Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. Behaviour research and therapy. 2007;45(10):2483-90.

11.Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. Clinical psychology review. 2015;42:156-67.

12.Hooley JM, Franklin JC. Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. Clinical Psychological Science. 2018;6(3):428-51.

13.Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. Child abuse & neglect. 2012;36(7-8):572-84.

14.Victor SE, Klonsky ED. Daily emotion in non-suicidal self-injury. Journal of Clinical Psychology. 2014;70(4):364-75.

15.Smith NB, Steele AM, Weitzman ML, Trueba AF, Meuret AE. Investigating the role of self-disgust in nonsuicidal self-injury. Archives of Suicide Research. 2015;19(1):60-74.

16.Weismoore JT, Esposito-Smythers C. The role of cognitive distortion in the relationship between abuse, assault, and non-suicidal self-injury. Journal of youth and adolescence. 2010;39(3):281-90.

17.Duggan JM, Heath NL, Lewis SP, Baxter AL. An examination of the scope and nature of non-suicidal self-injury online activities: Implications for school mental health professionals. School Mental Health. 2012;4(1):56-67.

18.Claes L, Soenens B, Vansteenkiste M, Vandereycken W. The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. European Eating Disorders Review. 2012;20(3):196-202.

19. Hooley JM, Ho DT, Slater J, Lockshin A.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]

Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2010;1(3):170.
20.Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder: Guilford Press New York; 1993.
21.Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. Journal of abnormal psychology. 2002;111(1):198.
22.Freud S. Mourning and melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works1957. p. 237-58.
23.Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. Journal of psychiatric research. 1997;31(4):451-65.
24.Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clinical psychology review. 2007;27(2): 226-239.
25.Rosenthal MZ, Cukrowicz KC, Cheavens JS, Lynch TR. Self-punishment as a regulation strategy in borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders. 2006;20(3):232-46.
26.Suneja A. Associations Among Shame, Self-Punishment and Non-Suicidal Selfinflicted Injury in Individuals With Childhood Sexual Abuse Trauma: Alliant International University; 2018.
27.Glenn CR, Kleiman EM, Cha CB, Nock MK, Prinstein MJ. Implicit cognition about self-injury predicts actual self-injurious behavior: Results from a longitudinal study of adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2016;57(7):805-13.
28.Hamza CA, Willoughby T, Armiento J. A laboratory examination of pain threshold and tolerance among nonsuicidal self-injurers with and without self-punishing motivations. Archives of Scientific Psychology. 2014;2(1):33.
29.Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2001;23(4):253-63.
30.Fliege H, Kocalevent R-D, Walter OB, Beck S, Gratz KL, Gutierrez PM, et al. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. Journal of Psychosomatic Research. 2006;61(1):113-21.
31.Peyvastegar M. The rate of deliberate self-harming in girls students and relationship with loneliness &Attachment styles. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2013;9(3):29-52.
32.Wells A, Brown MZ, Stanciu CC. State Punishment Scale (SPS). Alliant International University.
33.Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JL. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. Journal of personality and social psychology. 1998;74(6):1464.
34.Randall JR, Rowe BH, Dong KA, Nock MK, Colman I. Assessment of self-harm risk using implicit thoughts. Psychological assessment. 2013;25(3):714.
35.Schoenleber M, Berenbaum H, Motl R. Shame-related functions of and motivations for self-injurious behavior. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2014;5(2):204.
36.Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. Psychiatry research. 2009;166(2-3):260-8.
37.Favazza AR. Self-injurious behavior in college students. Pediatrics. 2006;117(6):2283-4.
38.Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. Clinical psychology review. 2015;38:79-91.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-06-16]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.88]