رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۲، شماره پیاپی ۵۹، اردیبهشت ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(2), 2021

مروری اجمالی بر ارتباط تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی و خودجرحی بدون هدف خودکشی در نوجوانی

A brief review of the relationship of childhood maltreatment and non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence

دکتر ربابه نوری قاسم آبادی (نویسنده مسئول)
دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران.
محمد سیداوی
دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران.

Dr. Robabeh Noury Ghasemabadi*
Associate professor of clinical psychology Kharazmi University of Tehran, Iran.
rynoury11@gmail.com
Mohammad Seydavi
PhD Student in clinical psychology Kharazmi University of Tehran, Iran.

چکیده

طی دو دهۀ گذشته، اهمیت بالینی و پژوهش پیرامون خود جرحی بدون هدف خودکشی به‌عنوان تخریب مستقیم و تعمدی بافت‌های بدن که فاقد هدف و یا نیت خودکشی است روندی افزایشی داشته است. پژوهشها حاکی از شیوع بالای این رفتار در دورۀ نوجوانی است، رفتاری که به عنوان یک راهبرد جبرانی جهت مقابله با و مدیریت هیجانات منفی شدید مفهوم‌پردازی می‌شود. آنچه دورۀ نوجوانی را کانون مطالعات این رفتار قرار می‌دهد تحولات جسمانی و روانشناختی در این دوره است که خود به عنوان عوامل پریشانی‌زا عمل می‌کنند، حال آنکه میزان این پریشانی می‌تواند متاثر از تاریخچۀ فرد نیز باشد. تعاملات اولیه با والدین و تجارب تحولی به عنوان عواملی معرفی شده‌اند که بیشترین نقش را در پیش‌بینی رفتار خودجرحی در میان نوجوانان دارند. نوشتار حاضر با تاکید بر نظریه‌های تبیینی و کارکردی مروری اجمالی بر ارتباط تجربۀ بدرفتاری در دوران کودکی و رفتار خودجرحی از منظر مطالعات اخیر است. در پایان جستجویی پیرامون مطالعات داخلی انجام شد لیکن علیرغم شیوع چهار الی پنج درصدی در میان جامعۀ نوجوانان ایرانی، گویا مطالعۀ این رفتار از منظر پژوهشگران داخلی پنهان مانده است.

واژه‌های کلیدی: *بدرفتاری با کودکان، خود جرحی، خودکشی، نوجوانی.*

Abstract

Self-injury without the intent of suicide, defined as the direct and deliberate destruction of body tissues with no suicidal intent, has grown in clinical significance and study over the last two decades. According to research, this behavior is very common through adolescence, and it is thought to be a coping strategy for dealing with and managing intense negative emotions. The physical and psychological changes that occur during this time, which act as distressing factors, place adolescence at the core of studying this behavior, while personal history may also affect the degree of this distress. The importance of early relationships with parents and developmental experiences in predicting adolescent self-injury behavior has been established. The current study reviews previous studies on the relationship between childhood maltreatment and self-injury behavior, emphasizing explanatory and functional theories. Also, national studies were reviewed in the end, but despite the prevalence of four to five percent among Iranian adolescents, self-injury appears to be overlooked by national researchers.

Keywords: *childhood maltreatment, self-injury, suicide, adolescence.*

نوع مقاله : تحلیلی **دریافت : اسفند ۹۹** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : فروردین ۱۴۰۰**

مقدمه

طی دو دهۀ گذشته، اهمیت بالینی و پژوهش پیرامون خود جرحی بدون هدف خودکشی (خودجرحی) به‌عنوان تخریب مستقیم و تعمدی بافت‌های بدن که فاقد هدف و یا نیت خودکشی است (نوک[1]، ۲۰۱۰) روندی افزایشی داشته است (لیو[2]، ۲۰۱۷) زیرا محدودۀ

1 - Nock
2 -Liu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

شیوع تمام عمری آن ۵.۵٪ در میان بزرگ‌سالان و ۱۷.۲٪ در میان نوجوانان تخمین زده می‌شود (سوانل[1]، ۲۰۱۴). اگرچه اکثریت افرادی که درگیر خود جرحی مکرر و پی‌درپی هستند پس از چند سال دست از این رفتار برمی‌دارند، اما غالباً این رفتار تقریباً در ۲۰٪ این افراد روندی مزمن و پایدار به خود می‌گیرد و گاهی می‌تواند تا بیش از پنج سال نیز ادامه یابد (ویتلاک[2] و همکاران، ۲۰۰۶). احتمالاً می‌توان نتیجه گرفت که همین شیوع بالا و سیر صعودی پژوهش‌ها در این زمینه موجب شد تا در نسخهٔ پنجم دفترچهٔ تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) خودجرحی رفتار پرشیوعی که در میانهٔ ۱۲ تا ۱۴ سالگی (جیکوبسن و گولد[3]، ۲۰۰۷) آغاز می‌شود به‌عنوان اختلالی احتمالی مطرح شود که نیازمند مطالعهٔ بیشتر است و طی دو دههٔ گذشته نیز پژوهش و توجه بالینی پیرامون خود جرحی، عمدتاً بر روی نمونهٔ نوجوان متمرکز بوده است (نوک، ۲۰۱۰).

نوجوانی به‌عنوان مرحله‌ای از تحول که محدودهٔ سنی ۱۰ تا ۱۹ سال را در برمی‌گیرد (سازمان جهانی بهداشت[4]، ۲۰۱۸) نه‌تنها از منظر بلوغ جسمانی و تحول روان‌شناختی مرحله‌ای بحرانی است بلکه به‌عنوان مرحلهٔ اوج بروز اختلالات روانی نیز تلقی می‌شود (لرنر و اشتاینبرگ[5]، ۲۰۰۹). روند تحولی و تغییرات مغز در این دوره، نوجوانان را نسبت به واکنشگری هیجانی و تصمیم‌گیری‌های نادرست آسیب‌پذیر می‌کند. مغز در این دوره ارتباطات سیناپسی که مورداستفاده قرار نگرفته‌اند را هرس می‌کند که این عمل به کاهش حجم مادهٔ خاکستری در لوب پیشانی ختم می‌شود (ارنست و مولر[6]، ۲۰۰۸؛ وایت[7]، ۲۰۰۹). بلوغ ناحیهٔ قشر پیشانی باعث یادگیری کنترل تکانه، برنامه‌ریزی و تنظیم هیجان در افراد می‌شود (کیسی[8] و همکاران، ۲۰۰۸؛ کلنبرگ[9] و همکاران، ۲۰۰۱؛ روسو[10] و همکاران، ۲۰۰۴). افزون بر قشر پیشانی، ساختارهای لیمبیک نظیر آمیگدالا که در یادگیری و فراخوانی پاسخ‌های هیجانی منفی به محرک‌ها و هستهٔ آکومبنس که در مدار پاداش مغز و رفتارهای تکانشی قرار دارد نیز در تعدیل رفتارهای نوجوانان دخیل هستند (وایت، ۲۰۰۹)، بنابراین بحران نوجوانی و افزایش ادراک پریشانی هیجانی در این دوره (کمپس[11]، ۱۹۸۷) در تعامل با سیستم نابالغ تنظیمی در قشر پیشانی (اشتاینبرگ[12]، ۲۰۰۸) باعث می‌شود نوجوانان بیشتر در معرض خطر انجام رفتارهای خطر-پذیر و تکانشی نظیر خود جرحی باشند و مطالعات حاکی از آن است که نیمی از نوجوانان، کم‌وبیش نوعی از خودآسیب‌زنی را در برخی از برهه‌های زندگی‌شان گزارش کرده‌اند (لوید-ریچاردسون[13] و همکاران، ۲۰۰۷). ازاین‌رو، خود جرحی نوعی رفتار ارتباط اجتماعی در پاسخ به تجارب منفی خانوادگی یا بین فردی که در این مرحله تجربه می‌شوند تلقی می‌شود (نوک،۲۰۱۰).

خود جرحی بدون هدف خودکشی

خود جرحی رفتاری با قدمت تاریخی است که می‌توان رد پای آن را تا فرقه‌های مذهبی نظیر فرقهٔ آتیس[14] مشاهده کرد؛ رفتاری که به‌عنوان بخشی از آئین برخی از افراد بوده است. بااین‌حال، اولین مقالهٔ علمی در باب خود جرحی در سال ۱۸۴۶ به زبان آلمانی منتشر شد اما پژوهش پیرامون این رفتار از ۱۹۶۰ میلادی بامطالعهٔ سندرم بریدن مچ دست[15] آغازشده است (پلنر[16] و همکاران، ۲۰۱۸) و تاکنون در باب تبیین و طبقه‌بندی آن مطالعاتی صورت گرفته است. خود جرحی به‌عنوان آسیب عمدی و مستقیم به بافت‌های بدن خود، در طبقهٔ

1 - Swannell
2 - Whitlock
3 - Jacobson & Gould, 2007
4 - World Health Organization
5 -Lerner & Steinberg
6 - Ernst and Mueller
7 - White
8 - Casey
9 - Klenberg
10 - Rosso
11 - Compas
12 - Steinberg
13 - Lloyd-Richardson
14 - Cult of Attis
15 - Wrist-cutting syndrome
16 - Plener

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

رفتارهای آسیب‌رسانی به خود قرار می‌گیرد که این رفتارها طیف وسیعی از رفتارها را شامل می‌شوند که خصوصیت آن‌ها آسیب رساندن تعمدی عمدی مستقیم یا غیرمستقیم به خود است که می‌تواند دربرگیرندهٔ خود جرحی نیز باشد (نوک، ۲۰۰۶). خود جرحی درگذشته به‌عنوان بخشی از علائم شخصیت مرزی تلقی می‌شد اما امروزه به‌عنوان خصیصهٔ مشترک چندین اختلال روانی که در تمایلات خودتخریبگرانه یا ریشهٔ تروماتیک دارند در نظر گرفته می‌شود (لانگ و شارما-پاتل[1]، ۲۰۱۱) و می‌تواند با اختلالاتی نظیر اختلالات عاطفی، سوءمصرف مواد، اختلالات برونی‌سازی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت اجتنابی همبودی داشته باشد (پلنر و همکاران، ۲۰۱۸).

سیمون و فاوزا[2] (۲۰۰۱) پذیرفته‌شده‌ترین طبقه‌بندی از رفتارخودجرحی را ارائه کرده‌اند که در چهار دستهٔ کلی عبارت‌اند از الف) *استریوتایپیک* که شامل رفتارهای خود جرحی مکرر و ریتمیک است که بدون انگیزش عاطفی و اجتماعی در اختلالات نافذ رشدی و ناتوانی‌ها مشاهده می‌شود. ب) *ماژور* اشاره به اعمال غیرمتداول و شدید ایجاد نقص نظیر اخته کردن خود است که غالباً در اپیزودهای سایکوتیک مشاهده می‌شود. ج) *جبری* شامل رفتارهای بسیار متداول جبری و آئین مند است که وجه مشخصهٔ آن‌ها اختلال در کنترل تکانه (نظیر موکنی) است. د) تکانشی نیز دربرگیرندهٔ تمامی رفتارها، اپیزودیک یا تکرارشونده است که باهدف کاهش تنش یا بالا بردن خلق انجام می‌شوند. اصطلاح خود جرحی تکانشی برخلاف این واقعیت است که خود جرحی غالباً تعمدی است (در حالات تجزیه‌ای هم می‌تواند رخ بدهد) و مستقیماً باهدف آسیب زدن به بافت‌های بدن خود انجام می‌شود (یتس[3]، ۲۰۰۴). فقدان آگاهانهٔ قصد خودکشی عنصر مهمی در درک کارکرد رفتارخودجرحی است که در ادامه به آن پرداخته می‌شود زیرا هدف اصلی از انجام این کار غالباً مقابله و سازگارشدن است و ازلحاظ نظری می‌توان گفت که در جهت به تاخیرانداختن اقدام به خودکشی است، بنابراین باهدف پایان دادن به زندگی خود نیست که افراد این رفتار را انجام می‌دهند. نکتهٔ دیگر حائز اهمیت نیز این است که اگرچه خودکشی نیز در میان این افراد شیوع بالایی دارد اما نباید این دو را با یکدیگر یکی و همانند در نظر گرفت (والش[4]، ۲۰۰۵) زیرا این رفتارها کارکردهای متفاوتی دارند که در ادامه به کارکردهای خود جرحی اشاره می‌شود.

کارکردهای خود جرحی بدون هدف خودکشی

خود جرحی را می‌توان به‌عنوان روشی نابهنجار اما کارآمد در راستای تنظیم هیجان در نظر گرفت (نوک، ۲۰۱۰) که می‌تواند رهایی از پریشانی هیجانی را در پی داشته باشد (فورد و گومز[5]، ۲۰۱۵). خود جرحی برای افرادی که مرتکب آن می‌شوند می‌تواند کارکردی اجتماعی (جهت برقراری ارتباط یا فراخوانی دیگران به واکنش) (نوک، ۲۰۰۸)، هیجانی (تنظیم هیجان) (نوک و پرینشتاین[6]، ۲۰۰۴) و فیزیولوژیکی (کاهش دادن برانگیختگی فیزیولوژیکی در پاسخ به پریشانی هیجانی) (نوک و مندس[7]، ۲۰۰۸) داشته باشد. افزون بر این‌ها، مرور ادبیات پژوهشی توسط کلونسکی[8] (۲۰۰۷) نشان داد که متداول‌ترین کارکردهای خود جرحی گزارش‌شده عبارت‌اند از تنظیم عواطف و تنبیه خود، بااین‌حال رهایی یافتن از حالات تجزیه‌ای، فرار از خودکشی و درون فردی، به‌عنوان سایر کارکردهای این رفتار توصیف‌شده‌اند که در ادامه به کارکردهای متداول این رفتار یعنی تنظیم عواطف، بین فردی و ابزاری اشاره می‌شود. خلاصهٔ کارکردها نیز در جدول ۱ قابل‌مشاهده است.

جدول ۱. کارکردهای خود جرحی بدون هدف خودکشی

تنظیم عواطف	تغییر شناختی	مجازات	تجزیه	بین فردی
اضطراب و افسردگی	پرت کردن حواس از مشکلات	خودتنبیهی	توقف تجزیه	جلب توجه و حمایت
خشم و ناکامی	متوقف کردن افکار خودکشی			پذیرفته شدن در بین همسالان

1 - Lang1 & Sharma-Patel
2 - Simeon & Favazza
3 - Yates
4 - Walsh
5 - Ford & Gomez
6 - Prinstein
7 - Mendes
8 - Klonsky

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

کارکرد تنظیم عواطف. مفهوم‌پردازی کارکرد خود جرحی به‌عنوان روشی برای تنظیم عواطف برگرفته از نظریهٔ لینهان[1] (۱۹۹۳) پیرامون آسیب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی است. در چارچوب این نظریه فرض بر این است که افرادی که با دشواری در تنظیم عواطف خود روبرو هستند از خود جرحی در راستای تغییر دادن پریشانی در حال تجربه‌شان استفاده می‌کنند زیرا افراد درگیر با این رفتار غالباً گزارش می‌کنند این عمل به آن‌ها در تنظیم هیجانات شدید کمک می‌کند. پیش از خود جرحی، ممکن است افراد احساس درهم‌شکسته شدن، ناکامی و غم داشته باشند اما پس از جرح بدن خود به‌نوعی احساس رهایی از درد، آرامش، تجزیه یا بی‌حسی را گزارش می‌کنند (جیکوبسون و گولد، ۲۰۰۷؛ کلونسکی، ۲۰۰۹؛ لوید-ریچاردسون و همکاران، ۲۰۰۷). اهمیت کارکرد تنظیم عواطف به حدی است که درمان‌های روان‌شناختی نظیر رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علیرغم تفاوت‌هایشان در مفهوم‌پردازی و فن‌های درمانی همگی بر سر این موضوع توافق دارند که هدف درمانی تسهیل مواجهه و تحمل حالات عاطفی است که افراد به‌واسطهٔ خود جرحی به شیوه‌ای غیرموثر سعی در اجتناب یا کنترل آن‌ها دارند (لانگ و شارما-پاتل، ۲۰۱۱). فرآیند کلی ارزیابی و درمان خود جرحی در جدول ۲ قابل‌مشاهده است.

جدول ۲. ارزیابی و درمان خود جرحی بدون هدف خودکشی در نوجوانان

۱. ارزیابی تشخیصی جامع	تاریخچهٔ پزشکی و معاینهٔ جسمانی؛ شناسایی اختلالات همبود (نظیر افسردگی ماژور)؛ ارزیابی خطر خودکشی؛ تاریخچهٔ سوءاستفادهٔ جسمی و جنسی؛ تاریخچهٔ سوءمصرف؛ سنجش عوامل خطر؛ ارزیابی کارکرد خانواده و حمایت اجتماعی.
۲. تحلیل رفتاری کارکردی	شناسایی الف) پیشایندها (موقعیتها / استرسورهایی که منجر به خودآسیبی می‌شوند)؛ ب) ویژگیهای رفتار(فراوانی، شدت و طول مدت)؛ ج) پیامدها (مثال: رهایی از هیجانات، جلب توجه و حمایت دیگران).
۳. اتحاد درمانی	ایجاد اتحاد درمانی مبتنی بر پذیرش و راهبردهای معتبرسازی.
۴. سایر تشخیصهای‌روان‌پزشکی	پیش از رسیدگی به این رفتار، درمان سایر اختلالات روان‌پزشکی باید در اولویت اول قرار بگیرند.
۵. مداخلات رفتاری مبتنی بر مرحلهٔ دوم	مهارت‌های زبان عاطفی، مهارت‌های تسکین و آرامبخشی خود و مهارت‌های ارتباطی
۶. آموزش روان‌شناختی	ارائهٔ آموزشهای روان‌شناختی به بیمار و خانواده.
۷. حل مسئله	ارائهٔ درمان و آموزش مهارت‌های حل مسئله
۸. پایش اثرات مداخلهٔ رفتاری	پایش تأثیرات درمان بر کاهش خود جرحی بدون هدف خودکشی
۹. درمان‌های مکمل یا جایگزین	لازم است تا خانواده درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز مد نظر قرار گرفته شود.

کارکرد بین فردی. خود جرحی را یتس[2] (۲۰۰۸) نه‌تنها متأثر از انگیزش‌های درون فردی جهت تنظیم و مدیریت برانگیختگی و پریشانی درونی می‌داند بلکه در مفهوم‌پردازی این رفتار انگیزش‌های بین فردی را نیز دخیل می‌داند؛ این انگیزش‌ها مرتبط با تنظیم محیط بین فردی نظیر برانگیختن یک پاسخ هیجانی نظیر احساس ترحم یا خشم در دیگران است، بنابراین خود جرحی همان‌طور که با نقص در تنظیم هیجان همراه است با نقص در مهارت‌های روابط بین فردی نیز همراه است.

کارکرد رفتاری ابزاری[3]. مبتنی بر اصول رفتارگرایی، نوک و پرینشتاین[4] (۲۰۰۴) مدلی کارکردی از رفتار خود جرحی ارائه می‌دهند که چهار هدف عمدهٔ آن عبارت از تقویت خودکار منفی و مثبت و تقویت اجتماعی منفی و مثبت است. همسو با تبیین تنظیم هیجانی، خود جرحی وقتی باهدف کاهش حالات عاطفی منفی انجام می‌شود نوعی تقویت خودکار منفی قلمداد می‌شود. همچنین هنگامی‌که این رفتار موجب فراخوانی یا ایجاد حالاتی است که فرد خواهان تجربهٔ آن‌هاست، تقویت خودکار مثبت تلقی می‌شود. افزون بر این‌ها، همسو با تبیین بین فردی، خود جرحی می‌تواند نوعی تقویت اجتماعی منفی باشد، به‌عنوان‌مثال فرد با انجام این رفتار سعی می‌کند تا از مورد تنبیه

1 - Linehan
2 - Yates
3 - Instrumental Behavioral Functions
4 - Prinstein

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

قرار گرفتن اجتناب یا فرار کند؛ هنگامی‌که فرد موفق شود که با این رفتار مثلاً توجه دیگران را به خودش جلب کند، خود جرحی به‌واسطهٔ تقویت اجتماعی مثبت ادامه پیدا می‌کند.

تا بدین جا به کارکردهای خود جرحی برای افرادی که درگیر در این رفتار هستند اشاره شد که وجه مشترک تمامی این کارکردها به نظر می‌رسد که نیاز فرد به تنظیم هیجان و رهایی از هیجانات منفی و رسیدن به یک آرامش درونی است اما در مرحله‌ای قبل از اینکه خود جرحی، رفتاری دارای کارکرد تلقی شود قاعدتاً باید اتفاقات یا رویدادهایی نهفته باشند که برانگیزان این رفتار است. بر اساس ادبیات پژوهشی، تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های رفتار خود جرحی به‌ویژه در دورهٔ نوجوانی است، رفتاری که فرد انجام می‌دهد تا بتواند به‌نوعی با آنچه درگذشته تجربه کرده است مقابله کند؛ در ادامه به تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی و پس‌ازآن به ارتباط آن با خود جرحی اشاره می‌شود.

تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی

بدرفتاری با کودک شامل سوءاستفادهٔ جسمی، روانی، هیجانی، جنسی و غفلت است که اهمیتی جهانی دارد زیرا دربرگیرندهٔ مسائلی اجتماعی نظیر حقوق بشر، سلامت و قانون است (بوچارت[1] و همکاران، ۲۰۰۶). سوءاستفادهٔ جسمی شامل تنبیه‌های شدید و سخت است. سوءاستفادهٔ هیجانی شامل سوءاستفادهٔ کلامی، طرد، تهدید و ارعاب، ترک و در دسترس نبودن روان‌شناختی است. سوءاستفادهٔ جنسی نیز شامل زنای با محارم، تجاوز، مواجهه ساختن با فعالیت‌های جنسی است. غفلت نیز محدوده‌ای وسیع از والدگری و مراقبت نابسنده نظیر فراهم نساختن غذای کافی، لباس، سرپناه، مراقبت پزشکی و آموزش را شامل می‌شود (بولگر و پترسون[2]، ۲۰۰۱). فراتحلیل‌ها از شیوع جهانی بدرفتاری با کودک حاکی از آن است که از جمعیت کلی، ۱۸٪ تجربهٔ سوءاستفادهٔ جسمی، ۳۶٪ سوءاستفادهٔ هیجانی، ۱۶٪ غفلت جسمانی، ۱۸٪ غفلت هیجانی، همچنین ۱۸٪ از دختران و ۸٪ از پسران نیز تجربهٔ سوءاستفادهٔ جنسی را گزارش کرده‌اند (استولتنبورگ[3] و همکاران، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳).

تجربهٔ بدرفتاری در کودکی می‌تواند روند شکل‌گیری مهارت‌های سازگارانه در سطوح مختلف کارکردی را مختل کند که خود می‌تواند به رفتارهای جبرانی و ناسازگارانه ختم شود. با توجه به اینکه تجربهٔ بدرفتاری در کودکی ظرفیت پردازش عاطفی را مختل می‌کند به نظر می‌رسد که خود جرحی به‌عنوان راهبردی جبرانی جهت بازگرداندن یا به دست آوردن قابلیت تنظیم هیجان مفهوم‌پردازی می‌شود (لانگ و شارما-پاتل، ۲۰۱۱).

انواع تجربهٔ بدرفتاری در کودکی به‌عنوان یک عامل خطر با خود جرحی مرتبط است (لیو[4] و همکاران، ۲۰۱۸). در میان انواع این تجربهٔ دردناک، سوءاستفادهٔ جنسی بیشترین میزان توجه را از پژوهشگران دریافت کرده است (گرتز[5]، ۲۰۰۳؛ یتس، ۲۰۰۴؛ تیزر و سامسون[6]، ۲۰۱۳) و در مفهوم‌پردازی از رفتارخودجرحی، گرتز (۲۰۰۳) و یتس (۲۰۰۴) بر تجربهٔ سوءاستفادهٔ جنسی و با شدتی کمتر بر سوءاستفادهٔ جسمی و غفلت تأکید کرده‌اند. بااین‌حال، به نظر می‌رسد که تجربهٔ بدرفتاری در کودکی می‌تواند پیش‌بین خود جرحی در جمعیت عادی باشد زیرا در جمعیت بالینی به‌واسطهٔ همبودی چند اختلال مثلاً افسردگی و دوقطبی که خود نیز متأثر از تجربهٔ بدرفتاری در کودکی هستند نقش افتراقی این تجارب در پیش‌بینی خود جرحی کمتر خواهد بود (تیزر و سامسون، ۲۰۱۳؛ اگنو-بلیس و دانسی[7]، ۲۰۱۶؛ لیو، ۲۰۱۷).

1 - Butchart
2 - Bolger & Patterson
3 - Stoltenborgh
4 - Liu
5 - Gratz
6 - Teicher & Samson
7 - Agnew-Blais & Danese

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

افزون بر این‌ها در باب مقایسه دو جنس نیز، پژوهش‌ها حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار در میان زنان نسبت به مردان در شیوع خود جرحی است که علت آن احتمال مواجههٔ زنان با ترومای جنسی در کودکی قلمداد می‌شود (پردا[1] و همکاران، ۲۰۰۹؛ استولتنبورگ[2] و همکاران، ۲۰۱۱)، اما فرا تحلیل لیو و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار جنسیتی در پیش‌بینی خود جرحی توسط تجربهٔ بدرفتاری در کودکی بود. بااین‌حال، تفاوت جنسیتی در پژوهش‌هایی نیز مشاهده‌شده است که زنانی که تجربهٔ بدرفتاری در کودکی به‌ویژه از نوع سوءاستفادهٔ جنسی را گزارش کرده‌اند در مقایسه با مردان بیشتر در معرض رفتارهای خود جرحی و به‌طورکلی خودتخریبگرانه هستند (ایسوهوکانا[3] و همکاران، ۲۰۱۳؛ سوانل و همکاران، ۲۰۱۲) اما اگر سوءاستفادهٔ جسمی و جنسی به‌طور هم‌زمان رخداده باشد (گیب[4] و همکاران، ۲۰۰۶)، یا اینکه تجربهٔ بدرفتاری به‌طور متداوم و پیوسته باشد (گووندگردوکسات[5] و همکاران، ۲۰۱۷) مردان و زنان تفاوت معنی‌داری را در بروز رفتار خود جرحی ندارند و هردو به یک‌میزان دست به رفتارهای خودتخریب‌گرانه می‌زنند.

نظریه‌های مختلفی وجود دارند که در مفهوم‌پردازی از سبب‌شناسی خود جرحی بر تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی تأکید کرده‌اند. به‌عنوان‌مثال، وندر کولک[6] و همکاران (۱۹۹۱)، به تجربهٔ سوءاستفادهٔ جنسی در دوران کودکی به‌عنوان عاملی که به‌شدت در رفتارهای خودتخریبگرانه دخیل است اشاره می‌کند. همسو با این نظریه، واندرلیچ[7] و همکاران (۱۹۹۶) نیز بر این باورند که افرادی که تجربهٔ سوءاستفادهٔ جنسی در دوران کودکی را داشته‌اند درگیر رفتارهای خود تخریب گرانه می‌شوند تا پریشانی هیجانی مرتبط با تجاربشان را مدیریت کنند. نول[8] و همکاران (۲۰۰۳) و گلاسمن[9] و همکاران (۲۰۰۷) نیز بر این باورند که این افراد ممکن است با همانندسازی فرد سوءاستفاده‌گر در حال تکرار همان رفتار با خودشان هستند، مفهومی که از روان‌تحلیل‌گری قرض گرفته شده است (سویموتو[10]، ۱۹۹۸). تأکید بر این نوع از بدرفتاری تا جایی است که حتی کاوانو[11] (۲۰۰۲) رفتارهای خودتخریبگرانه را نماد تجربهٔ سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی می‌داند. یتس (۲۰۰۴)، با تأکید بر تمام انواع تجربهٔ بدرفتاری در کودکی بر این باور است که این رویدادها منجر به آسیب‌پذیری هیجانی می‌شوند که خود منجر به خود جرحی به‌عنوان یک راهبردمقابله‌ای جهت انطباق یافتن با هیجانات منفی شدید می‌شود، مدلی که همسو با پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد مواجههٔ با رویدادی تروماتیک، به‌ویژه تجربهٔ بدرفتاری در کودکی، پیش‌بین و عامل خطر خود جرحی در نوجوانی است (فورد و گومز[12]، ۲۰۱۵؛ روس و گالبئازا، ۲۰۱۳؛ بوکسر[13] و همکاران، ۲۰۱۲).

اگرچه برخی از این نظریه‌ها نقش سوءاستفادهٔ جنسی را پررنگ‌تر می‌پندارند اما مطالعه‌ای فرا تحلیلی از این گزاره حمایت نمی‌کند، کلونسکی و مویر (۲۰۰۸) در پژوهش خود دریافتند که ارتباط خود جرحی باتجربهٔ سوءاستفادهٔ جنسی در کودکی معنی‌دار نیست. پژوهشی دیگر نیز نشان داد سوءاستفادهٔ جسمی و نه جنسی است که پس از کنترل متغیرهای جمعیت شناختی و تاریخچهٔ خانوادگی ارتباط معنی‌داری را با رفتارهای خودتخریب‌گرانه حفظ می‌کند. به‌طورکلی نیز فرا تحلیل لیو و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد افرادی که تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی داشته‌اند نسبت به افرادی که چنین تجاربی نداشته‌اند، ۳.۵ برابر بیشتر به رفتار خود جرحی دست می‌زنند، یافته‌ای که همسو با پژوهش دی‌پیرو[14] وهمکاران، (۲۰۱۲) نیز است. افزون بر این‌ها، سوانل و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داده‌اند که عوارض بلندمدت این تجارب به‌عنوان عامل خطر خود جرحی به نوجوانی محدود نمی‌شود و می‌تواند تا بزرگ‌سالی نیز تداوم یابد، یافته‌ای که با تأثیرات بلندمدت تجربهٔ بدرفتاری در کودکی بر سلامت روان در بزرگ‌سالی همسو است (لیو، ۲۰۱۷؛ نانی[15] و همکاران، ۲۰۱۱؛

1 - Pereda
2 - Stoltenborgh
3 - Isohookana
4 - Gibb
5 - Guvendeger Doksat
6 - Van der Kolk
7 - Wonderlich
8 - Noll
9 - Glassman
10 - Suyemoto
11 - Cavanaugh
12 - Ford & Gomez
13 - Boxer
14 - Di Pierro
15 - Nanni

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

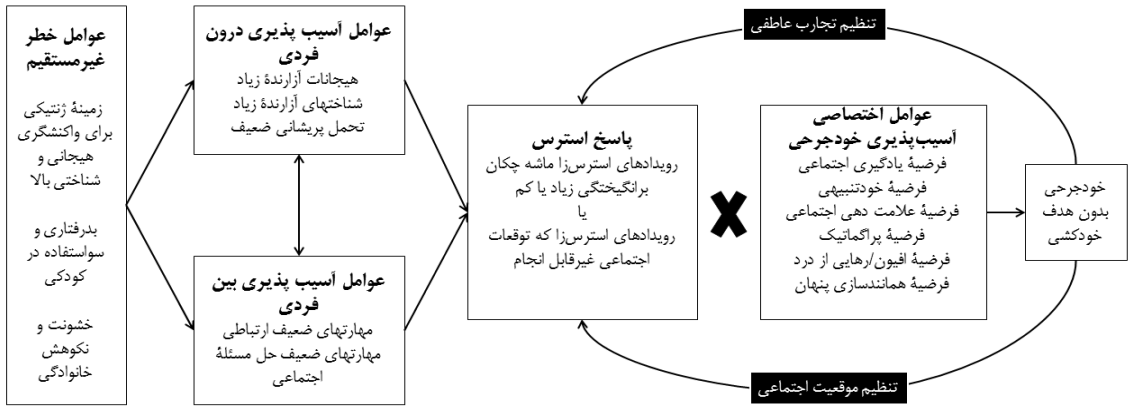
نلسون[1] و همکاران، ۲۰۱۳). در ادامه به تبیین این ارتباط، به‌ویژه در بافتار خود جرحی و ارتباط آن باتجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی اشاره می‌شود.

تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی و خود جرحی: به‌سوی یک مدل یکپارچه

همان‌طور که در بالا اشاره شد، نظریه‌هایی سعی در تبیین ارتباط تجربهٔ بدرفتاری با خود جرحی داشته‌اند که می‌توان آن‌ها را به سه دسته تقسیم کرد و به این اشاره کرد که همگی نقش تجربهٔ بدرفتاری در شکل‌گیری رفتار خود جرحی را نقشی شتاب‌دهنده و تسریع‌کننده در نظر می‌گیرند. اولی، نظریهٔ لینهان (۱۹۹۳) که به نظریهٔ زیستی-اجتماعی معروف است، دومی نظریهٔ یتس (۲۰۰۴) که این رابطه را در چارچوب آسیب‌شناسی روانی تحولی تبیین می‌کند و آخرین نظریه نیز مدل یکپارچهٔ نوک (۲۰۱۰) است که نظریه‌های پیش از خود و یافته‌های مرتبط را با یکدیگر آمیخت تا تصویری جامع از سبب‌شناسی و همچنین آسیب‌شناسی رفتار خود جرحی فراهم سازد. در ادامه به ترتیب به آن‌ها اشاره می‌شود.

نظریهٔ زیستی-اجتماعی لینهان (۱۹۹۳). در این تئوری، رفتار خود جرحی در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی متأثر از تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی تبیین شده است. در این تئوری بر این تأکید می‌شود که تعامل میان آسیب‌پذیری زیستی نسبت به تهییج گری[2] شدید و محیط بی‌اعتبار ساز[3] نظیر خانواده‌ای با والد سوءاستفاده‌گر می‌تواند منجر به رفتار خود جرحی شود. یافته‌ها در حمایت از این تئوری حاکی از آن است که تعامل تجربهٔ بدرفتاری در کودکی با حمایت اجتماعی پائین حتی پس از کنترل ویژگی‌های جمعیت شناختی می‌تواند احتمال خود جرحی در نوجوانی را افزایش دهد (وان[4] و همکاران، ۲۰۱۹).

نظریهٔ آسیب‌شناسی تحولی یتس (۲۰۰۴). بر اساس این نظریه، فرآیند خودسازگاری[5] مثبت، افراد صلاحیت‌ها و شایستگی‌هایی را در خود پرورش می‌دهند که بنیان کارکردهای مثبت آتی را فراهم می‌کند. آغاز شکل‌گیری و ایجاد این صلاحیت‌ها در دورهٔ کودکی است و تا به بزرگ‌سالی نیز ادامه پیدا می‌کند. تجارب اولیهٔ تروماتیک نظیر تجربهٔ بدرفتاری در کودکی، پایه‌های شکل‌گیری این توانایی‌ها را ویران می‌کند. بدون شکل‌گیری این قابلیت‌های سازگارانه ممکن است افراد از خود جرحی به‌عنوان راهبردی جبرانی جهت مقابله با استرس‌آورهای نرمال و غیر نرمال زندگی و هیجانات منفی همراه آن‌ها استفاده کنند.



شکل ۱. مدل یکپارچهٔ شکل‌گیری و تداوم خود جرحی بدون هدف خودکشی نوک (۲۰۱۰).

نظریهٔ یکپارچهٔ نوک (۲۰۱۰). همان‌طور که در شکل ۱ نیز قابل‌مشاهده است این نظریه با ارائهٔ الگویی که دربرگیرندهٔ نظریه‌های پیشین و یافته‌هایی است که تا بدین جا مرور شده‌اند سعی در تبیین سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی رفتار خود جرحی دارد. این مدل از سه

1 - Nelson
2 - emotionality
3 - invalidating
4 -Wan
5 - Self-adaptation

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

گزارهٔ عمده تشکیل‌شده است. اول اینکه خود جرحی به‌واسطهٔ کارکرد آنی و فوری بر تنظیم هیجان و شناخت و یا برای تأثیر بر محیط اجتماعی، مکرراً انجام می‌شود. دوم اینکه خطر رفتار خود جرحی متاثر از عوامل زمینه‌سازی است که موجب نقص در تنظیم هیجان و شناخت و اثرگذاری بر محیط پیرامون (مانند بیش برانگیختگی فیزیولوژیکی در پاسخ به یک رویداد استرس آمیز، مهارت‌های کلامی و اجتماعی ضعیف) می‌شود. این عوامل خطر کلی همچنین موجب افزایش احتمال سایر رفتارهای ناسازگارانه (نظیر سوءمصرف الکل، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن) می‌شوند که با همان هدف کارکرد خود جرحی بکار گرفته می‌شوند که می‌توان حتی علت همبودی این اختلالات با خود جرحی را نیز در آن جست. سوم اینکه، احتمال خود جرحی به‌واسطهٔ عوامل اختصاصی این رفتار افزایش می‌یابد، عواملی که تعیین می‌کنند دو نفر علیرغم داشتن تجربهٔ بدرفتاری در کودکی، یکی به این رفتار دست بزند (باهدف کارکردهایی که در بالا اشاره شد) و دیگری خیر.

خود جرحی بدون هدف خودکشی در میان نوجوانان ایرانی

ایزکیان و همکاران (۱۳۹۷) با تأکید بر شیوع بالای رفتار خود جرحی در مدارس، با مروری نظام‌مند بر پژوهش‌های شیوع خود جرحی در نواحی مختلف ایران دریافتند که شیوع این رفتار در میان نوجوانان ایرانی ۴.۳ الی ۵.۴ درصد است که رقمی بسیار قابل‌توجه است. علیرغم این شیوع بالا، به نظر می‌رسد که این رفتار آن‌طور که باید در میان جمعیت ایرانی موردمطالعه قرار نگرفته است زیرا جستجوهای نگارندگان در پایگاه‌های نمایه‌سازی مقالات داخلی نشان داد که تعداد مطالعاتی که در این مورد انجام‌گرفته بیشتر از پانزده پژوهش نیست که خود اهمیت و لزوم مطالعهٔ بیشتر این رفتار در میان جمعیت نوجوان ایرانی را باهدف یافتن متغیرهای میانجی و پیش‌بین که شاید متأثر از فرهنگ کشور و وضعیت اقتصادی-اجتماعی باشند را مطرح می‌کند.

در میان اندک پژوهش‌های انجام‌شده نیز صرفاً دو پژوهش ارتباط تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی را با خود جرحی در نوجوانی موردمطالعه قرار داده‌اند. خانی پور و همکاران (۱۳۹۳) بامطالعهٔ ۱۶۹ نوجوانان دارای سابقهٔ بدرفتاری در کودکی نشان دادند که شیوع این رفتار در میان دختران بیشتر بوده و این نوجوانان از نقص پایدار در کنترل تکانه رنج می‌بردند. همچنین، خانی پور و همکاران (۱۳۹۵) بر روی نمونه‌ای متشکل از ۲۳۸ نوجوانان باسابقهٔ تجربهٔ بدرفتاری در کودکی و رفتارهای خوددجرحی نظیر بریدن، سوزاندن، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار و چنگ کشیدن خود را گزارش کرده بودند دریافتند که انگیزه‌های خود جرحی در این نوجوانان، پذیرش گروهی، ابراز آشفتگی، ضد خودکشی، اثبات خود، تمایز خود از دیگران، ضد تجزیه‌ای، تنظیم هیجان و انتقام گرفتن بوده است.

روی‌هم‌رفته در جمع‌بندی این نوشتار می‌توان گفت که نوجوانی به‌واسطهٔ تحولات جسمانی و روان‌شناختی و تغییراتی که در سطح مغز رخ می‌دهند دوره‌ای است که به‌خودی‌خود می‌تواند پریشانی زا باشد و در این دوره نوجوان نسبت به هرگونه پریشانی و استرس‌آور ممکن است واکنش‌های غیرقابل‌انتظاری را بروز دهد. آنچه می‌تواند نوجوانان را در برابر این دوره محافظت کند شکل‌گیری مهارت‌های تنظیم هیجان، کلامی و ارتباطی-اجتماعی در دورهٔ کودکی است که متأسفانه در نوجوانانی که تجربهٔ بدرفتاری در دوران کودکی دارند احتمالا این قابلیت‌ها به‌درستی شکل نمی‌گیرد و این تاریخچه توأمان با پریشانی‌های دورهٔ نوجوانی و به‌ویژه عوامل آسیب‌پذیری باعث می‌شود تا برخی از نوجوانان دست به رفتار خود جرحی بزنند؛ رفتاری که عمدتاً معطوف به تنظیم هیجان و مدیریت هیجانات منفی است. با توجه به مطالعهٔ گستردهٔ ارتباط تجربهٔ بدرفتاری در کودکی با خود جرحی در نوجوانی در سطح جهانی و شیوع بالای این رفتار به نظر می‌رسد که لازم است پژوهشگران داخلی اهمیت بیشتری به این موضوع نشان دهند و رفتار خود جرحی در نمونهٔ نوجوان ایرانی را از منظر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط بررسی و تحلیل کنند.

منابع

ایزکیان، س.، میرزاییان، ب.، و حسینی، سید حمزه. (۱۳۹۷). بررسی شیوع خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی ، *مجله تعالی بالینی* ، ۸ (۲) ، ۱۴-۲۵.

خانی پور، ح.، برجعلی، الف.، و فلسفی نژاد، م. (۱۳۹۵). خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه ها و احتمال خودکشی ، *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی* ، ۶ (۲۱) ، ۵۹.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

خانی پور، ح.، حکیم شوشتری، م.، برجعلی، الف.، گلزاری، م.، و فلسفی نژاد، م. (۱۳۹۴). رابطه نقص کنترل تکانه و خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: اثر واسطه ای خودی کفایت پنداری ، *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران* ، ۲۰ (۴) ، ۳۳۹-۳۴۸.

Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(4), 342-349.

Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, *13*, 913–940.

Boxer, P. (2010). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*(4), 470-480.

Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, *28*, 62–77.

Cavanaugh, R. M. (2002). Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *15*(2), 97-100.

Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, *7*, 275-302.

Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., Madeddu, F., 2012. Adolescent nonsuicidal self-injury: The effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*, 511-520.

Ernst, M., & Mueller, S. C. (2008). The adolescent brain: Insights from functional neuroimaging research. *Developmental Neurobiology*, *68*, 729–743.

Ford, J. D., & Gomez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(3), 232–271.

Gibb, B. E., & Alloy, L. B. (2006). A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *35*(2), 264-274.

Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, *45*(10), 2483-2490.

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 192-205.

Gratz, K. L., Roemer, L., 2008. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behavior Therapy*, *37*, 14-25.

Guvendeger Doksat, N., Zahmacioglu, O., Ciftci Demirci, A., Kocaman, G. M., & Erdogan, A. (2017). Association of suicide attempts and non-suicidal self-injury behaviors with substance use and family characteristics among children and adolescents seeking treatment for substance use disorder. *Substance use & misuse*, *52*(5), 604-613.

Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H., & Räsänen, P. (2013). Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European child & adolescent psychiatry*, *22*(1), 13-22.

Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *11*(2), 129-147.

Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(2), 363-375.

Klenberg, L., Korkman, M., & Lahti-Niittila, P. (2001). Differential development of attention and executive functions in 3- to 12-year-old Finnish children. *Developmental Neuropsychology*, *20*, 407–428.

Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, *166*, 260–268.

Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *192*(3), 166-170.

Klonsky, E.D., (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*, 226–239.

Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, *12*(1), 23-37.

Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2009). *Handbook of adolescent psychology*. 3rd edn. Hoboken, NJ: Wiley.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Liu, R. T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: current findings and future directions. *Clinical psychology: science and practice*, *24*(2), 140-153.

Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *5*, 51–64.

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelly, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*, 1183–1192.

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141-151.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]

Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 96-104.

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 Preventative Psychology*, *12*, 159–168.

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, *6*, 339-363.

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., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, *144*(1), 65-72.

Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, *18*(12), 1452-1471.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *29*(4), 328-338.

Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt international*, *115*(3), 23-28.

Rosso, I. M., Young, A. D., Femia, L. A., & Yurgelun-Todd, D. A. (2004). Cognitive and emotional components of frontal lobe functioning in childhood and adolescence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*, 355–362.

Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In D. Simeon, & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk taking. *Developmental Review*, *28*, 78-106.

Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, *16*(2), 79-101.

Suyemoto, KL. (1998). the functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review 18*,531–554.

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(3), 273-303.

Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child abuse & neglect*, *36*(7-8), 572-584.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American journal of psychiatry*, *170*(10), 1114-1133.

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American journal of Psychiatry*, *148*(12), 1665-1671.

Walsh, B. W. (2005). *Treating self-injury: A practical guide.* New York, NY: Guilford Press.

Wan, Y., Chen, R., Ma, S., McFeeters, D., Sun, Y., Hao, J., & Tao, F. (2019). Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(3), 146-152.

White, A. M. (2009). Understanding adolescent brain development and its implications for the clinician. *Adolescent Medicine, 20*, 73–90.

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, *117*(6), 1939-1948.

Wonderlich, S., Ann Donaldson, M. A. R. Y., Carson, D. K., Staton, D., Gertz, L., Leach, L. R., & Johnson, M. (1996). Eating disturbance and incest. *Journal of Interpersonal Violence*, *11*(2), 195-207.

World Health Organization. (2018). Maternal, newborn, child and adolescent health: adolescent development. Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/guidelines-in-development/en/

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical psychology review*, *24*(1), 35-74.

Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, *20*, 651-671.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6]