



## رفتار خودآزاری در دانش آموزان نوجوان

راضیه دولتی بخشان<sup>۱</sup>، محمد امین ملازاده<sup>۲</sup>، اشرف حسین زهی<sup>۳</sup>، حمیده سپاهی<sup>۴</sup>، حمید رئیسی<sup>۵</sup>، نصراله رئیسی<sup>۶</sup>

کارشناس رشته زبان و ادبیات انگلیسی، دوره پودمان (قبول شده ماده ۲۸)، مدیریت آموزش و پرورش شهرستان سراوان، سراوان، ایران  
کارشناس رشته آموزش ابتدایی، دبستان ارشاد سورو یک، فرهنگی، آموزش و پرورش منطقه جالق، گلشن، ایران  
کارشناس رشته حسابداری، متوسطه دوره اول اسدی شکاری، فرهنگی، مدیریت آموزش و پرورش شهرستان سراوان، سراوان، ایران  
کارشناس رشته الهیات، فرهنگی، دبستان ثنا پیوندی، مدیریت آموزش و پرورش شهرستان سراوان، سراوان، ایران  
کارشناس رشته آموزش ابتدایی، دبستان جابر بن حیان، فرهنگی، مدیریت آموزش و پرورش عشایر سیستان و بلوچستان، گلشن، ایران  
کارشناس رشته آموزش ابتدایی، دبستان جابر بن حیان، فرهنگی، مدیریت آموزش و پرورش عشایر سیستان و بلوچستان، گلشن، ایران

*Raziyeh.dolatibakhshan@gmail.com*

### چکیده

خودآزاری یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی است که با خطر خودکشی و پریشانی روانی قابل توجه مرتبط است. تئوری‌ها نشان می‌دهند که حالت‌های عاطفی بی‌آرامی فرآیند مهمی هستند که باعث آسیب رساندن به خود می‌شوند. به‌ویژه شرم و گناه ممکن است احساسات مهمی در آسیب رساندن به خود باشند. بنابراین، این بررسی به دنبال ارائه یک بررسی سیستماتیک به رابطه بین شرم، گناه و آسیب به خود مربوط است. تحقیقات نشان داده بودند که بیشتر اشکال شرم با خودآزاری غیر خودکشی مرتبط بوده‌اند. نتایج این بررسی از ارتباط بین شرم و آسیب به خود، به‌ویژه خودآزاری غیر خودکشی پشتیبانی می‌کند. اشاره شده است که شرم و گناه با یکدیگر و همچنین با علائم افسردگی همپوشانی دارند.

**کلمات کلیدی:** خودآزاری، شرم، گناه، روانشناسی

### ۱-مقدمه

خودآزاری به دلیل شیوع بالا و ارتباط آن با خطر خودکشی بعدی، یک نگرانی قابل توجه برای سلامت عمومی در سراسر جهان است (Ribeiro et al., 2016). همچنین اغلب نشان‌دهنده پریشانی روانی و کاهش امید به زندگی به هر دلیلی است (Bergen et al., 2012).

خودآزاری از نظر پیامدهای نامطلوب مانند تکرار خودآزاری، خودکشی و مرگ و میر به هر علتی، عوارض سلامت روان، کیفیت زندگی و عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی مشکل‌ساز است. همچنین از نظر درمان فوری و مداوم پرهزینه است. با وجود این، شواهد نسبتاً محدودی به دلیل تعداد محدود کارآزمایی‌ها، حجم نمونه کوچک بسیاری از کارآزمایی‌ها و تنوع



مداخلات آزمایش شده در مورد اثربخشی مداخلات روانشناختی و روانی-اجتماعی برای جلوگیری از تکرار خودآزاری وجود دارد (Hetrick et al., 2016).

خودآزاری به تخریب یا آسیب عمدی به بدن خود، صرف نظر از قصد خودکشی اشاره دارد و می‌تواند برای طیف وسیعی از رفتارها از جمله مصرف بیش از حد مواد، بریدن، سوزاندن و خودکشی اعمال شود (Royal College of Psychiatrists, ۲۰۱۰). بنابراین خودآزاری شامل رفتارهای خودکشی و خودآزاری غیر خودکشی و همچنین رفتارهایی است که در آن سطح قصد خودکشی نامشخص یا مبهم است (Sheehy et al., 2019). بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که یکی از شایع‌ترین دلایل گزارش شده برای خودآزاری، مقابله با وضعیت‌های عاطفی دشوار یا تنظیم آن است. به‌عنوان مثال، این عملکرد توسط ۷۱٪ از کسانی که در خودآزاری غیر خودکشی مشارکت دارند تأیید شده است (Taylor, et al., 2018). بنابراین، مکانیسم‌هایی که شامل قرار گرفتن در معرض و تنظیم حالات عاطفی هستند، برای درک آسیب به خود کلیدی به نظر می‌رسند (Nock, ۲۰۰۹). درک بهتر این مکانیسم‌ها می‌تواند به توسعه و انطباق مداخلات برای کسانی که با آسیب به خود دست و پنجه نرم می‌کنند کمک کند (Muehlenkamp, 2006). عواطف خاصی در درک آسیب به خود بسیار مهم به نظر می‌رسند (Klonsky, 2009). بررسی کنونی بر دو نوع احساس، شرم و گناه تمرکز دارد.

شرم و گناه به‌عنوان احساسات خودآگاهانه و «اخلاقی» توصیف شده است که در پاسخ به ارزیابی خود پدید می‌آیند. اگرچه به‌طور معمول پشت سر هم در نظر گرفته می‌شوند، تصور می‌شود که شرم و گناه نشان دهنده تجربیات عاطفی متمایز و درعین حال متداخل هستند (Tangney et al., 2007). تفکر فعلی در مورد این تمایز به تمرکز متفاوت بر خود، در مقابل رفتار فرد اشاره دارد. شرم را می‌توان به‌عنوان یک سازه عاطفی شناختی دید که شامل قضاوت‌های منفی از خود است (Chou et al., 2018). در مقابل، احساس گناه به رفتار فرد و ارزیابی منفی آن مربوط می‌شود. هدف تمرکز، کاری است که توسط فرد انجام می‌شود و به‌جای خود فرد، بد یا اشتباه تلقی می‌شود. در نتیجه، گفته می‌شود که تجارب پدیدار شناختی گناه و شرم به‌طور قابل توجهی با هم تفاوت دارند (Carden et al., 2018). شرم شامل احساس منفی پایدار و کلی در رابطه با خود است، درحالی‌که گناه احساسات منفی‌ای را درباره رفتار خاصی که خود انجام داده را شامل می‌شود. در حمایت از این تفکیک، افرادی که عملکرد ضعیف خود را به توانایی‌شان نسبت می‌دهند، به‌احتمال بیشتری احساس شرم می‌کنند، این در صورتی است که اگر عملکرد ضعیف خود را به تلاششان نسبت دهد، به‌احتمال بیشتری احساس گناه می‌کنند. به‌علاوه، افرادی که همواره اسنادهای درونی، ناپایدار و قابل کنترل می‌کنند مستعد احساس گناه و کسانی که همواره اسنادهای درونی، پایدار و غیرقابل کنترل می‌کنند مستعد احساس شرم هستند (کاشانی و کشمیری، ۱۳۹۸).

علائی و بیرامی (۱۳۹۰) بیان کردند که شرم و گناه، هیجان‌های خودآگاهی منفی هستند که در بروز رفتارهای اخلاقی نقش دارند. احساس گناه، احساس منفی متمرکز به رفتار اشتباه فرد است، ولی احساس شرم بر احساس منفی فرد از خویشتن در قبال خطاها و شکست‌ها اشاره دارد. شرم و گناه به‌عنوان هیجان‌های خودآگاه هسته اصلی آسیب‌شناسی و روانشناسی رشد محسوب می‌شوند. نظریه پردازان رشد خصوصاً روانکاوان با تأکید بر نقش محوری شرم و گناه تاریخچه تکامل و بیماری را تبیین کرده‌اند (کاشانی و کشمیری، ۱۳۹۸).

## ۲- خودآزاری

مؤسسه ملی بهداشت و مراقبت عالی، خودآزاری را به‌عنوان هر عمل آسیب رساندن به خود یا مسمومیت، تعریف می‌کند. این یک نگرانی رو به رشد است که می‌تواند هزینه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی زیادی داشته باشد. به‌طور قابل توجهی، خودآزاری به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم و مداوم خودکشی شناسایی شده است. خودآزاری در زنان بالغ جوان شایع‌تر بوده است. نگرانی در مورد تلقی شدن به‌عنوان "دیوانه" و مشکل در صحبت کردن در مورد رفتارهای خودآزاری آن‌ها به‌عنوان



برخی از موانع برای جستجوی حمایت توسط نوجوانان شناسایی شده است. دستورالعمل‌های مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبتی، استفاده از درمان‌های دارویی برای خودآزاری توصیه می‌کنند، در عوض مداخلات روان‌شناختی متناسب با آسیب‌رسانی به خود را توصیه می‌کنند که ممکن است شامل حل مسئله، عناصر رفتاری شناختی یا روان‌پویشی باشد (Cliffe et al., 2021).

از اوایل دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ تا به امروز، خودآزاری در دنیای روان‌پزشکی به‌عنوان یک آسیب‌شناسی روانی مطرح شده است (Brickman 2004). تعاریف خود آسیبی متفاوت است، اما در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در ایالات متحده و در سوئد، خود آسیبی به‌عنوان یک رفتار خودگردان غیر خودکشی تعریف شده است که از طرق مختلف منجر به آسیب مستقیم به بافت‌های بدن می‌شود (Favazza 2011). اکثر مطالعات روان‌پزشکی آسیب به خود را از دیدگاه فردگرایانه بررسی می‌کنند و عمدتاً بر روی سؤالاتی در مورد آنچه ممکن است برای فرد رنج‌دیده باشد، همراه با دلایلی برای اینکه چرا فرد ممکن است به خود صدمه بزند، تمرکز کرده‌اند (Chandler et al., 2011). خودآزاری به‌عنوان مکانیسمی برای مدیریت احساسات و موقعیت‌های مختلف دشوار و اغلب اجتماعی، از جمله کاری که فرد از نظر هویت/عاطفه، کار، بقا و کنترل انجام می‌دهد، ارائه می‌شود (Cliffe et al., 2021).

رفتارهای خود آسیب زنی تقریباً در همه فرهنگ‌ها دیده شده است؛ در بافت فرهنگ غرب اساساً یک مدل چهار عاملی نشان می‌دهد که خودزنی غیر خودکشی‌گرا به یکی از این چهار عامل برمی‌گردد ۱- تنظیم یک حالت شناختی/هیجانی منفی مانند کاهش غمگینی یا فکر پریشان‌کننده ۲- اجتناب یا مدیریت یک موقعیت بین فردی/اجتماعی ناخوشایند ۳- القاء یک حالت درونی مثبت ۴- جلب توجه یا حمایت از دیگران. مطالعات مختلفی سن شروع خودزنی را در نوجوانان گزارش کرده، نشان داده‌اند که خودزنی غیر خودکشی‌گرا با افزایش سن کاهش می‌یابد به طوری که شیوع خودزنی غیر خودکشی‌گرا در میان نوجوانان ۲/۱۷٪، در میان بزرگسالان جوان ۴/۱۳٪ و در میان بزرگسالان ۵/۵٪ است. اوج رفتارهای خودزنی را بین سنین ۱۴-۱۷ سال و سن شروع را ۱۴ سالگی نشان داد. تحقیقات تجربی درباره انگیزه بنیادی خودزنی نشان داده‌اند که ابراز، کاهش یا انحراف، احساس تنهایی، افسردگی، احساس خلأ، برون‌ریزی خشم یا تنش، تنبیه خود، کسب مجدد کنترل و جداسازی علل خودزنی‌اند. همچنین، افراد خودزنی را برای انحراف حواس از اتفاقات غیرقابل تحمل انجام می‌دهند و بعد از اقدام احساس بهتر و حالت خالص‌شدگی نشان می‌دهند (داغی و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از جنبه‌های تکرار شونده مهم در تحقیقات مربوط به خود آسیبی، ارتباط آن با شرم است. شرم اغلب برای درک آنچه در مورد خودآزاری شناخته شده و گفته می‌شود مشاهده می‌شود. در تحقیقات روان‌پزشکی، شرم معمولاً به‌عنوان یکی از متغیرهای احتمالی دیگر که در آسیب به خود یا به‌طور غیرمستقیم، به‌عنوان مثال، از طریق نفرت از خود، عزت نفس پایین، خود تنبیهی، و نارضایتی از خود دخیل هستند، مورد مطالعه قرار می‌گیرد (Victor and Klonsky 2013). تحقیقات نشان داده‌اند که چگونه شرم، بدون هیچ احساس دیگری، افزایش میل به خودآزاری را پیش‌بینی کرده و وجود سطوح بالای شرم قبل از شروع درمان، احتمال آسیب به خود را افزایش داده است (Ivanoff et al., 2001). همچنین، مشخص شده است که چگونه تمایل به شرم با حملات مکرر خود آسیبی مرتبط است و به نوبه خود، خود آسیبی می‌تواند احساس شرم را در افراد کاهش دهد (Schoenleber et al., 2014). بعلاوه، دریافتند که چگونه انتقاد از خود به شکل نفرت از خود به‌شدت آسیب زدن به خود مرتبط است و نوجوانانی که دارای «حمله به خودآزار و اذیت و نفرت» هستند، بیشتر درگیر خودآزاری هستند (Xavier et al., 2016). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که چگونه جوانان (بیشتر هم‌جنس‌گرا، دوجنس‌گرا، دگرباش، ترنس) که به خود آسیب می‌زنند و جوانانی که سعی در خودکشی داشتند، در مورد اقدامات خود به‌عنوان یک استراتژی برای اجتناب یا فرار از شرم صحبت می‌کنند (McDermott et al., 2008).



### ۳- احساس شرم و گناه

هم شرم و هم احساس گناه ممکن است به عنوان حالت‌های عاطفی ناخواسته یا بد تجربه شوند. با این حال، تحقیقات نشان می‌دهد که شرم ممکن است به خصوص به دلیل پیوندهای نزدیک آن با احساس فرد از خود، مضر باشد (Lewis, 1971). در واقع، شرم با مشکلات روانی مختلف از جمله افسردگی، روان پریشی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات خوردن ارتباط نزدیکی دارد. در تحقیقات موجود، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد شرم شدیدتر با مشکلات روان‌شناختی مرتبط است و زمانی که شرم را با هم تداخل می‌کنیم، گاهی احساس گناه دیگر با مشکلات سلامت روان مرتبط نیست (Blythin et al., 2020). با این وجود، احساس گناه نیز ممکن است دردناک باشد و ممکن است باعث ایجاد احساس پشیمانی شود (Pugh et al., 2015). در حالی که احساس گناه ممکن است فرد را به انجام اقدامات جبرانی برای پرداختن به رفتار مشکل‌ساز درک شده وادار کند (Tangney & Dearing, 2003)، واکنش‌ها به شرم معمولاً سازگاری کمتری دارند و شامل نشخوار فکری (Cheung et al., 2004)، تسلیم (Gilbert et al., 1994)، اجتناب (Schoenleber & Berenbaum, 2012) و تلاش برای پنهان کردن خود یا عیوب درک شده خود می‌شوند (Tangney et al., 1996). با توجه به تحقیقات موجود، این فرضیه وجود دارد که شرم رابطه قوی‌تری با خودآزاری نسبت به احساس گناه نشان می‌دهد.

در دنیای غرب، شرم به عنوان یک احساس سرکوب شده در نظر گرفته می‌شود که ممکن است منجر به انکار و سکوت جمعی شود که شرم را تقریباً به طور کامل در تعاملات و روابط پنهان می‌کند. بنابراین، فردی که شرم را تجربه می‌کند، در تصدیق واکنش‌های عاطفی مانند شرم دچار مشکل می‌شود. محققان شرم را خانواده‌ای از احساسات با جنبه‌های مشترک می‌دانند که از خجالت خفیف و ناراحتی اجتماعی تا شرم شدید و نافذ را شامل می‌شود. اگرچه تجربه‌های معمولی شرمساری بسیار ناخوشایند هستند، اما معمولاً تجربه‌ای کوتاه در زندگی روزمره هستند. با این حال، تجارب شرمساری می‌توانند بسیار شدیدتر باشند و به حالت عاطفی پایدارتر و بی‌امان تبدیل شوند (Cliffe et al., 2021). افرادی که مشکلات یا بیماری‌های عاطفی و روانی دارند مانند شرم شدید، دردناک و گاهی غیرقابل تحمل را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، شرم هنگام سرکوب به راحتی تشدید می‌شود. اغلب به انواع دیگری از احساسات و رفتارهای علامتی تبدیل می‌شود که ممکن است برای دیگران چندان منطقی نباشد. با این حال، همان‌طور که محققان می‌گویند، خود را در اقدامات خنثی شده برای نجات پیوندهای اجتماعی از دست رفته یا شکست‌خورده نشان می‌دهد (Retzinger 2002).

### ۴- خودآزاری غیر خودکشی

خودآزاری غیر خودکشی را می‌توان به عنوان «مستقیم و عمدی آسیب رساندن به بافت بدن خود بدون قصد خودکشی و ناسازگار با انتظارات یا هنجارهای فرهنگی» تعریف کرد. تقریباً ۵/۹ درصد شیوع خودآزاری غیر خودکشی در بزرگسالان و ۱۸ درصد در نوجوانان وجود دارد (Muehlenkamp & May Lau, 2016). با این حال، برخی از بررسی‌های اخیر نمونه‌های جامعه، میانگین و نرخ‌های تلفیقی را بین ۱۷ تا ۱۸ درصد یافته‌اند (Zetterqvist, 2015). اگرچه برخی تحقیقات در بزرگسالان انجام شده است، اما بیشتر مطالعات بر روی نوجوانان متمرکز شده است که اوج سن برای این رفتار است (Plener et al., 2016). خودآزاری غیر خودکشی به اشکال مختلف از جمله بریدن، کنده کاری پوست، سوزش، ساییدگی یا خراش شدید، مشت یا ضربه زدن، شکستن استخوان، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن، تداخل در بهبود زخم، و (به ندرت) قطع خودکار و انوکلوئولاسیون چشم ظاهر می‌شود. برش شایع‌ترین است و تقریباً ۷۰ درصد از بیمارانی که به خود صدمه می‌زنند را شامل می‌شود. خودآزاری غیر خودکشی می‌تواند با مجموعه‌ای از عواقب سلامت جسمی و روانپزشکی همراه باشد و حتی خود آسیبی



سطحی ممکن است منجر به عوارض جدی پزشکی شود (Kerr et al., 2010). عوامل خطر برای خودآزاری غیر خودکشی شامل سطوح بالای افکار و احساسات منفی و ناخوشایند است که شامل مهارت‌های ارتباطی ضعیف؛ توانایی حل مسئله ضعیف؛ سوء رفتار، بذر رفتاری، خصومت و انتقاد در دوران کودکی؛ پاسخ ناکارآمد به استرس؛ نیاز به تنبیه خود و رفتارهای مدل‌سازی (مانند همتایان، اینترنت یا رسانه‌ها) است (Favazza, 2012). رابطه بین خودآزاری و خودکشی "پیچیده" است. حدود ۴۰ درصد از افرادی که به خود آسیب می‌رسانند، در حین ایجاد آسیب به خودکشی نیز فکر می‌کنند و تقریباً ۵۰ تا ۸۵ درصد از افرادی که به خود آسیب می‌رسانند حداقل یک بار در طول زندگی خود اقدام به خودکشی کرده‌اند (Kerr et al., 2010). اما به‌طور فزاینده‌ای آشکار می‌شود که خودآزاری غیر خودکشی «از نظر قصد، عملکرد و اپیدمیولوژی» از خودکشی یک نهاد جداگانه و متمایز است (Butler & Malone, 2013). با این حال، افرادی در رفتار حاد درگیر خودآزاری غیر خودکشی دارای میزان بیشتر خراش روی پوست، ضربه زدن به سر، خود مشت زدن و خود خراشیدن و علائم افسردگی شدیدتر، افکار خودکشی و اختلال در تنظیم هیجان را دارند (Favazza, 2012). ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه ممکن است اولین نقطه تماس برای بیمارانی باشند که با خود آسیبی مراجعه می‌کنند، اما با روان‌پزشکان و سایر متخصصان بهداشت روان نیز مشورت می‌شود. علیرغم فراوانی آن، خودآزاری غیر خودکشی یک بیماری است که اغلب نادیده گرفته می‌شود و تنها یک چهارم پزشکان در مورد آن پرس‌وجو می‌کنند یا به آن رسیدگی می‌کنند (Muehlenkamp & May Lau, 2016).

تحقیقات اخیر افزایش شیوع خود آسیبی را به‌ویژه در این گروه سنی نشان می‌دهد. مدل‌های نظری معمولاً یا بر رفتار خودکشی یا غیر خودکشی بعد از خودآزاری و نه بر ساختار گسترده‌تر خودآزاری، تمرکز کرده‌اند. مدل‌های نظری خودآزاری غیر خودکشی به‌صراحت نشان می‌دهند که خودآزاری غیر خودکشی با تقویت منفی حفظ می‌شود، که مشخصه آن فرار از حالات درونی ناخوشایند، از جمله احساساتی مانند شرم و گناه است (Hasking et al., 2017). برخی از نظریه‌پردازان این ایده‌ها را با اشاره به نقش خاصی از شرم یا گناه در علت شناسی و حفظ خودآزاری غیر خودکشی توسعه داده‌اند. به‌عنوان مثال، برخی از خودآزاری غیر خودکشی ممکن است از باورهایی در مورد خود به‌عنوان مستحق مجازات ناشی شوند که می‌تواند نتیجه احساس شدید شرم باشد (Nock, 2009). برای مثال، Schoenleber و Berenbaum (۲۰۱۲) پیشنهاد می‌کنند که افراد ممکن است در خودآزاری غیر خودکشی به‌عنوان وسیله‌ای برای مدیریت احساس شرم شرکت کنند. تئوری‌های رفتار خودکشی همچنین بیان کرده‌اند که احساسات منفی قوی ممکن است باعث رفتار خودکشی شود (Williams, 1997). تئوری بین فردی خودکشی نشان می‌دهد که احساس سنگینی کلید میل به خودکشی است و احساس تنفر از خود جنبه‌ای از این ساختار است (Van Orden et al., 2010). از آنجایی که شرم احتمالاً مترادف‌ترین احساس با نفرت از خود است، ممکن است در ایجاد تمایلات خودکشی مرتبط باشد. شرم ممکن است بخشی از مکانیسمی باشد که خطر افزایش خطر آسیب به خود را در برخی از گروه‌های به حاشیه رانده شده توضیح می‌دهد، مانند کسانی که هم‌جنس‌گرا یا دوجنس‌هستند (Taylor et al., 2018) یا آن‌هایی که به خرده فرهنگ‌های جایگزین تعلق دارند (Hughes et al., 2018). به‌عنوان مثال، تجارب طرد شدن مرتبط با تعلق به یک گروه به حاشیه رانده شده (مثلاً لژیون، همجنس‌گرا، دوجنس‌ه یا تراجنسیتی) با خطر آسیب به خود مرتبط است (Cawley et al., 2019).

تأثیر روانی خودآزاری غیر خودکشی همچنین آن را از اقدام به خودکشی غیر کشنده متمایز می‌کند. زیرا با کاهش احساسات منفی و افزایش عاطفه مثبت همراه است. در مقابل، اقدام به خودکشی می‌تواند منجر به علائم افسردگی و رفتار خودکشی به دلیل پریشانی شود که تلاش در واقع منجر به مرگ نشده است. تقریباً یک چهارم افرادی که به خود صدمه می‌زنند، ۱۱ تا ۵۰ دوره مجزا از خود آسیبی را گزارش می‌کنند. اگرچه خودآزاری غیر خودکشی به‌خودی‌خود اقدام به خودکشی نیست، با این وجود خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. عوامل خطر برای خودکشی در آینده عبارتند از: سابقه



خودآزاری غیر خودکشی، احساس طرد شدن از زندگی، جذب مرگ، نترسیدن از خودکشی یا مرگ، و خود انتقادی شدید، بی تفاوت بودن یا عدم حمایت کافی از خانواده (Kerr et al., 2010).

انتخاب درمان با توجه به نوع و انگیزه خود آسیبی مشخص خواهد شد. به عنوان مثال، اگر انگیزه استرس عاطفی است، به بیمار کمک کنید تا رفتارهای جایگزین کاهش استرس را شناسایی کند (مثلاً صحبت کردن با یک دوست یا معلم، یادداشت روزانه، نقاشی کشیدن، یا استفاده از تکنیک‌های آرامش). برای بیماران که احساس بی‌حسی یا پوچی می‌کنند و به منظور احساس چیزی به خود آسیب می‌زنند، استراتژی‌های جایگزین برای ایجاد احساسات را شناسایی کنید، یا به بیمار کمک کنید فعلاً احساس بی‌حسی را تحمل کند. بیماران که رفتارشان تلاشی است برای برقراری ارتباط با میزان درد خود با دیگران، راهبردهای جایگزین برای برقراری ارتباط با نیازهای عاطفی خود را شناسایی کنید و بیماران که درگیر خودآزاری به عنوان نوعی خود تنبیهی هستند از معرفی مفهوم خودپختی و پذیرش نقص بهره‌مند می‌شوند (Muehlenkamp & May Lau, 2016).

در حال حاضر هیچ دارو درمانی مبتنی بر شواهد تأیید شده توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده به‌طور خاص برای آسیب به خود وجود ندارد. برخی از داده‌های محدود از توپیرامات، کلوزاپین و نالتراکسون به عنوان مؤثر در توقف خود آسیبی حمایت می‌کنند (Kerr et al., 2010). چندین استراتژی روانی اجتماعی پیشنهاد شده و در درمان خودآزاری غیر خودکشی موفق بوده است. برخی از درمان‌های مورد استفاده عبارتند از مصاحبه انگیزشی، رفتار درمانی شناختی، رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان گروهی تنظیم هیجان (Muehlenkamp & May Lau, 2016).

## ۵- خودآزاری از دیدگاه روانپزشکی

روانپزشک Favazza (۲۰۱۱)، خودآزاری را نوعی خودآزاری تکانشی بدون قصد خودکشی طبقه‌بندی کرد که شامل بریدن یا سوزاندن پوست، چسبیدن سنجاق، تداخل در بهبود زخم و شکستن استخوان‌های دست یا پا می‌شود و سایر روش‌های آسیب رساندن به خود مانند، مصرف بیش از حد، بی‌اشتهایی یا سایر رفتارهای پرخطر را حذف می‌کند. با این حال، دیگران استدلال کرده‌اند که بسیاری از اعمال برش پوست، برای مثال، تکانشی نیستند، بلکه به‌خوبی آماده و سازمان‌دهی شده‌اند (Chamberlain et al., 2017). توضیحات از نظر زیست‌شناسی فردی و همچنین ویژگی‌های عاطفی و روانی درونی ارائه شده است (Nock 2009). عوامل بین فردی و اجتماعی نیز با کمبودهای فردی مرتبط هستند که اغلب در نتیجه سوءاستفاده در دوران کودکی و آسیب‌های دیگر است (Cliffe et al., 2021).

این بازنمایی‌های فردگرایانه در گفتمان‌های حرفه‌ای و عمومی و در میان خود افراد آسیب‌رسان به‌خوبی پذیرفته و گسترده است. برای مثال، «زن معمولی خودآزار» می‌تواند به‌عنوان کمبود در مهارت‌های درون فردی و بین فردی، توجه‌طلبی یا دستکاری، ناتوانی در بر عهده گرفتن مسئولیت شخصی، پرخاشگر، فقدان توانایی خودآرام سازی، فقدان مهارت‌های ارتباطی و تنظیم عاطفی مؤثر و ناآگاهی توصیف شود. عملکرد خودآزاری به‌طور خاص از نظر تنظیم عاطفه مورد بحث قرار گرفته است، مانند هدایت خشم، انزجار و نفرت نسبت به خود (Cliffe et al., 2021).

## ۶- ارتباط بین شرم، احساس گناه و رفتار خودکشی

تحقیقات نشان داده بود که تمایل به شرم در شرکت‌کنندگان با سابقه اقدام به خودکشی در مقایسه با افرادی که شرم نداشتند، افزایش یافته است (Sheehy et al., 2019). از آنجایی که تجربه شرم در افرادی که اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده است افزایش یافته است، ارتباط بعدی با رفتار خودکشی ممکن است کاهش یابد (Rizvi et al., 2011). دو مطالعه همچنین ارتباط بین شرم و دفعات اقدام به خودکشی را نشان دادند که همبستگی مثبت کوچک اما قابل توجهی را



با شرم مربوط به شخصیت، بدن، عملکرد، ظاهر و روابط گزارش کردند (McLeod, 2002; Rutherford, 2015). احساس گناه، اما نه تمایل به گناه، نیز در افرادی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند در مقایسه با افرادی که سابقه نداشتند افزایش یافته بود. هنگامی که تمام مطالعاتی که رابطه بین احساس گناه (بدون توجه به نوع فرعی) و رفتار خودکشی را بررسی می‌کردند، با هم در یک متاآنالیز گنجانده شدند ( $k=8$ )، یک ارتباط کوچک شناسایی شد (Sheehy et al., 2019).

## ۷-ارتباط بین شرم، گناه و خودآزاری

زیرمجموعه‌ای از سه مطالعه خودآزاری غیر خودکشی یا رفتار خودکشی به‌طور خاص، آسیب به خود را اندازه‌گیری کردند (Kealy, 2019; Lamb, 2004; Milligan & Andrews, 2005). از هر سه مطالعه، دو مطالعه سطوح بیشتری از شرم را در افرادی که سابقه خودآزاری داشتند نسبت به افراد بدون آن گزارش کردند. شرم با فراوانی خودآزاری در یک مطالعه روی بیماران سرپایی روان‌پزشکی همبستگی معنی‌داری نداشت و جهت روند در واقع منفی بود (احساس گناه بیشتر مربوط به خودآزاری کمتر)، اگرچه نمونه بسیار کوچک بود و خطر ابتلا به غیرعادی و غیرمعمول را افزایش داد. نتایج غیرنماینده داده‌های منتشرنشده همچنین نشان دهنده احساس گناه در بیماران سرپایی روان‌پزشکی با سابقه خودآزاری است (Kealy, 2019).

شرم ناشناخته یا ناگفته این قابلیت را دارد که به طور نامحدود در تعامل با افراد مهم، دوستان و متخصصان مختلف که افرادی که به خود صدمه می‌زنند، ادامه دهد. علاوه بر این، قضاوت‌هایی را نیز در بر می‌گیرد که شخص در مورد خود ناتوان از انجام معیارهای اخلاقی جامعه، یعنی دیگری تعمیم‌یافته، انجام می‌دهد. بنابراین، در ارتباط با دیگران، همیشه این احتمال وجود دارد که شرم منجر به شرم بیشتر شود، و منجر به آسیب رساندن به خود شود، اما برعکس این که خودآزاری در نهایت باعث شرم بیشتر و غیره شود (Sheehy et al., 2019).

## ۸-پیشینه پژوهش

Gunnarsson و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند که اگرچه مطالعات قبلی شرم را یک احساس مهم در ایجاد احساس آسیب به خود می‌دانستند، اما هنوز این ارتباط به طور کامل درک نشده است. این ارتباط با تکیه بر ایده‌های جامعه‌شناختی در مورد شرم، با نشان دادن اینکه شرم چگونه عمل می‌کند و در تعامل اجتماعی آشکار می‌شود، به درک نظری اعمال آسیب‌رسانی به خود کمک می‌کند. با این حال، خودآزاری ممکن است نظم اجتماعی و پیوندهای اجتماعی را نیز تهدید کند و در نتیجه باعث شرمساری بیشتر شود. مهم‌ترین دلیلی که خودآزاری به طور کامل به عنوان کار هیجانی کار نمی‌کند و کنترل اجتماعی درونی شده در چرخه تعاملی شرم نهفته است. آنها در نتیجه‌گیری کلی تحقیق خود بیان کردند که افرادی که به خود آسیب می‌زنند لزوماً فاقد توانایی خودآرام‌سازی یا تنظیم احساسات هستند یا از آسیب‌شناسی روانی بالینی رنج می‌برند.

Hetrick و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند که خودآزاری رایج است و با پیامدهای نامطلوب همراه است. تحقیقات در مورد عوامل خطر برای خودآزاری، زمینه را با توجه به مداخلات بالینی که باید برای جوانانی که درگیر خودآزاری هستند انجام شود، آگاه کرده است. مطالعه کیفی با هفت جوان با تجربه خودآزاری در مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته درباره محرک‌های فوری میل به خودآزاری و راهبردهای مفید برای مدیریت این میل صورت گرفت. تجزیه و تحلیل موضوعی با استفاده از یک رویکرد استقرایی عمومی، احساسات ناراحت‌کننده و احساس انزوا را به عنوان مضامین کلیدی، با سایر محرک‌های مرتبط با القای آنها آشکار کرد. طیف وسیعی از موقعیت‌ها و احساساتی که می‌توانند برانگیخته شوند، برجسته شده است. این تحقیق بیان کرد که



جوانان در لحظاتی که احساسات ناراحت کننده را تجربه می کنند، احساس انزوا می کنند، تمایل به خودآزاری دارند. آنها بیان کردند که از طریق یافته‌های منحصربه‌فرد مربوط به نقش میانجی عواطف ناراحت کننده و انزوای اجتماعی در تحریک میل به خودآزاری، نارسایی‌های بالقوه راهبردهای تقلید و فعالیت‌های جایگزین که جوانان در آن شرکت می کنند و در هنگام تجربه میل به خودآزاری مفید هستند.

قائدی حیدری (۱۳۹۵) بیان کردند که امروزه، نوجوانان با توجه به سهولت دسترسی به اینترنت بیش از گذشته از آن استفاده می کنند که می تواند تاثیر بسزایی در شکل گیری رفتارهای آن ها داشته باشد. هم چنین میل به پذیرش، تسکین حس تنهایی و راحتی بیش تر نوجوانان با منابع اینترنتی، می تواند میل به تغییر و بروز رفتارهای مخرب از جمله رفتارهای خودآزاری در آن ها را افزایش دهد. مساله دیگری که باید به آن توجه داشت این است که شواهد نشان می دهد که برخی از محصولات و برنامه های اینترنتی قادرند خودکشی و رفتارهای خودآزاری را سرایت دهند. با وجود این، هیچ مطالعه سیستماتیکی به بررسی نوع تاثیر اینترنت بر چنین رفتارهایی نپرداخته است. یافته های مطالعات نشان داد که اینترنت هم می تواند محرکی برای بروز رفتارهای خودآزاری باشد و هم این که می تواند چنین رفتارهایی را کنترل نماید.

Cipriano و همکاران (۲۰۱۷) بیان کردند که در طول سال ها، علاقه به NSSI به حدی افزایش یافت که یک بحث مداوم در مورد اینکه آیا NSSI باید به عنوان یک تشخیص در نوع خود و با توجه به دسته بندی خاص خود در نظر گرفته شود، ایجاد شد. NSSI یک پدیده رایج در بین نوجوانان و بزرگسالان است که با اختلال قابل توجهی همراه است. با گذشت سالها، علاقه به NSSI به حدی افزایش یافت که بحث مداومی در مورد اینکه آیا NSSI باید به عنوان یک تشخیص در نوع خود و با توجه به دسته بندی خاص خود در نظر گرفته شود، برانگیخته شد.

یک مرور سیستماتیک برجسته از ۹۰ مطالعه مشاهده ای از کشورهای غربی، نرخ تکرار یکساله خودآزاری را ۱۶٪ تخمین زد، در حالی که میزان خودکشی ۲٪ پس از ۱ سال و ۷٪ پس از ۹ سال بود (Owens et al., 2002). مروری جدیدتر از ۱۷۷ مطالعه از کشورهای غربی و غیر غربی نشان داد که تغییر کمی در این تخمین ها وجود دارد، با تکرار گزارش شده خودآزاری ۳٪/۱۶ پس از ۱ سال، در حالی که میزان مرگومیر خودکشی ۱/۶٪ پس از یک سال و ۳/۹٪ پس از پنج سال بود (Carroll et al., 2014).

## ۹- بحث و نتیجه گیری

افراد با سابقه خودآزاری غیر خودکشی، در مقایسه با افراد بدون سابقه خودآزاری غیر خودکشی معمولاً احساس شرمندگی بیشتری را در طیفی از جمعیت های مختلف و زیرشاخه های شرم گزارش کردند. شرم نیز با فراوانی درگیری خودآزاری غیر خودکشی همبستگی مثبت داشت. شواهدی وجود داشت مبنی بر اینکه شرم ارتباط مثبتی با رفتار خودکشی و خودآزاری دارد، اما مطالعات کمتر و نتایج متفاوت تر بود. در مقابل، نتایج در مورد ارتباط بین احساس گناه و خودآزاری متفاوت بود. به نظر نمی رسد که تمایل به گناه با خودآزاری غیر خودکشی یا رفتار خودکشی مرتبط باشد. در حالی که به نظر می رسد شرم با آسیب رساندن به خود مرتبط است، فقدان مطالعات طولی نتیجه گیری در مورد جهت یا ویژگی های زمانی این ارتباطها را محدود می کند. دو مطالعه طولی شناسایی شده نشان داد که احساس شرم ممکن است در طول زمان به خطر خودآزاری غیر خودکشی کمک کند (Sheehy et al., 2019).

نتایج تا حد زیادی با تحقیقات گسترده تر مطابقت دارد، جایی که مشخص شده است که شرم به طور مثبت با طیف گسترده ای از مشکلات سلامت روان مرتبط است، در حالی که نتایج مربوط به احساس گناه مبهم تر بوده است (Blythin et al., 2018).





نتایج نشان می‌دهد که تجارب بالا از شرم با رفتار آسیب رساندن به خود مرتبط است. داده‌های تحقیقات با مدل‌های خودآزاری مبتنی بر تنظیم هیجان، که خودآزاری را پاسخی بالقوه به حالت‌های عاطفی بدی مانند شرم می‌دانند و با دلایلی که افراد برای خودآزاری گزارش می‌دهند، که معمولاً به مدیریت منفی درونی مربوط می‌شود، همخوانی دارد (Hasking et al., 2018; Jomar, et al., 2017). شرم می‌تواند پیامد آسیب‌رسانی به خود یا پدیده‌ای پیش‌آمده مربوط به فرآیندهای دیگری باشد که باعث آسیب به خود می‌شود. تحقیقات کیفی نشان می‌دهد که چگونه شرم ممکن است مقدمه و پیامد خودآزاری باشد (Curtis, 2016). همچنین مهم است که بدانیم کارکردهای خودآزاری بسیار متفاوت است و احساسات مختلف ممکن است برای افراد مختلف نقش کمتر یا بیشتر داشته باشند. تئوری پیشنهاد می‌کند که شرم ممکن است یکی از عوامل خودآزاری باشد، زیرا ذاتاً منفور است و ارتباط نزدیکی با نحوه درک و ارتباط افراد با خود دارد. خودآزاری ممکن است به‌عنوان وسیله‌ای برای تنظیم این احساسات خود هدایت شونده ظاهر شود (Schoenleber & Berenbaum, 2012). این نتایج همچنین با شواهدی مطابقت دارد که نشان می‌دهد سبک خصمانه‌تر یا انتقادی‌تر در ارتباط با خود یک عامل خطر برای برخی از اشکال خودآزاری است (Forrester et al., 2017). به‌طور خلاصه، بررسی‌ها نشان می‌دهند که شرم و خودآزاری با هم مرتبط هستند (Sheehy et al., 2019).

## ۱۰- نتیجه گیری کلی

خودآزاری رایج است و با پیامدهای نامطلوب همراه است. تحقیقات در مورد عوامل خطر برای خودآزاری، زمینه را با توجه به مداخلات بالینی که باید برای جوانانی که درگیر خودآزاری هستند انجام شود، آگاه کرده است. تجزیه و تحلیل موضوعی با استفاده از یک رویکرد استقرایی عمومی، احساسات ناراحت کننده و احساس انزوا را به‌عنوان مضامین کلیدی، با سایر محرک‌های مرتبط با القای آن‌ها آشکار کرد. مداخلاتی که برای حمایت از جوانانی که به خود آسیب می‌رسانند توسعه یافته‌اند، باید به این پیچیدگی توجه کنند و یافته‌ها نیاز جوانان را به حفظ خودمختاری و کنترل و درعین حال حمایت برای برقراری ارتباط با دیگران برای حمایت، برجسته کنند. غربالگری منظم در بیماران در معرض خطر یک‌راه مهم برای شناسایی بیماران و ارجاع آن‌ها به درمان مناسب است. همچنین، تفاوت‌های جنسیتی در روش انتخاب شده برای خود آسیبی وجود دارد، به‌طوری که برش در زنان و سوزش و ضرب و جرح در مردان شایع‌تر است. علاوه بر این، احتمال شناسایی یا کمک گرفتن زنان بیشتر از مردان است. میانگین سن شروع ۱۳ تا ۱۴ سالگی است و سن دوم شروع آن اواخر نوجوانی است (یعنی سن ۱۸ تا ۱۹ سالگی). این سن‌ها سیستم حمایت اجتماعی و حس هویت را متزلزل می‌کند و عوامل استرس‌زای جدیدی را برای کشف کردن فراهم می‌کند. اگر فردی مهارت‌های مقابله‌ای قوی و شبکه حمایتی خوبی نداشته باشد، عوامل استرس‌زا ممکن است طاقت‌فرسا شوند. محققان خاطرنشان کردند که این رفتار تنها محدود به نوجوانی نیست و طیف سنی گسترده‌ای از افراد هستند که از این عارضه رنج می‌برند. روانشناسان بیان کردند که علاوه بر این، تصور نکنید که خودآزاری همیشه برای جلب توجه انجام می‌شود، که این موضوع از افسانه‌های رایج است. رایج‌ترین دلیل، تنظیم هیجانی است، زمانی که افراد سعی می‌کنند با پریشانی شدید یا خود تنبیهی کنار بیایند، که منشأ آن در نفرت از خود است. گاهی اوقات، افراد سعی می‌کنند دیگران را وادار کنند که جدی بودن پریشانی خود را به‌عنوان یک نشانه بیرونی درک کنند تا از میزان درد خود مطلع شوند. محققان و روانشناسان تأکید کردند که پزشکان باید به‌طور معمول خودآزاری را بیشتر مورد ارزیابی قرار دهند. «ضروری است که ارزیابی به روشی بدون قضاوت انجام شود. بیماران می‌ترسند و نگران می‌شوند و به‌درستی، از قضاوت شدن یا تصور خودکشی می‌ترسند و به‌سرعت قضاوت‌سپاری را تشخیص می‌دهند و سپس از همکاری با پزشک یا روان‌درمان خودداری می‌کنند.»



## منابع

۱. علائی، پروانه و بیرامی، منصور، ۱۳۹۰، شرم و گناه: رابطه‌ی هیجان‌های اخلاقی و سبک‌های فرزندپروری، دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده، مردودشت، <https://civilica.com/doc/246918>
۲. قایدی حیدری، فاطمه، ۱۳۹۵، رفتارهای خود آزاری و استفاده از اینترنت در نوجوانان، کنگره بین‌المللی علوم تربیتی و روانشناسی و سبک زندگی سالم، تهران، <https://civilica.com/doc/690608>
۳. کاشانی، ح.، کشمیری، م.، (۱۳۹۸). بررسی نقش شرم و گناه در سلامت روان، رویش روان‌شناسی، سال ۸، شماره پیاپی.
۴. Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S., & Kapur, N. (2012). Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *The Lancet*, 380(9853), 1568-1574.
۵. Blythin, S. P., Nicholson, H. L., Macintyre, V. G., Dickson, J. M., Fox, J. R., & Taylor, P. J. (2020). Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(1), 134-159.
۶. Brickman, B. J. (2004). 'Delicate'cutters: Gendered self-mutilation and attractive flesh in medical discourse. *Body & Society*, 10(4), 87-111.
۷. Butler, A. M., & Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis?. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 324-325.
۸. Carden, L. J., Saini, P., Seddon, C., Watkins, M., & Taylor, P. J. (2020). Shame and the psychosis continuum: A systematic review of the literature. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(1), 160-186.
۹. Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(2), e89944.
۱۰. Cawley, R., Pontin, E. E., Touhey, J., Sheehy, K., & Taylor, P. J. (2019). What is the relationship between rejection and self-harm or suicidality in adulthood?. *Journal of affective disorders*, 242, 123-134.
۱۱. Chandler, A., Myers, F., & Platt, S. (2011). The construction of self-injury in the clinical literature: a sociological exploration. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 98-109.
۱۲. Cheung, M. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153.
۱۳. Chou, C. Y., Tsoh, J., Vigil, O., Bain, D., Uhm, S. Y., Howell, G., ... & Mathews, C. A. (2018). Contributions of self-criticism and shame to hoarding. *Psychiatry Research*, 262, 488-493.
۱۴. Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946.
۱۵. Cliffe, B., Tingley, J., Greenhalgh, I., & Stallard, P. (2021). mHealth interventions for self-harm: Scoping review. *Journal of medical internet research*, 23(4), e25140.
۱۶. Favazza, A. R. (2011). *Bodies under siege: Self-mutilation, nonsuicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry*. JHU Press.
۱۷. Favazza, A. R. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11(3), 21-25.
۱۸. Gilbert, P., Pehl, J., & Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67(1), 23-36.
۱۹. Gunnarsson, N. V. (2021). The self-perpetuating cycle of shame and self-injury. *Humanity & Society*, 45(3), 313-333.
۲۰. Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543-1556.
۲۱. Hetrick, S. E., Robinson, J., Spittal, M. J., & Carter, G. (2016). Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ open*, 6(9), e011024.
۲۲. Hetrick, S. E., Subasinghe, A., Anglin, K., Hart, L., Morgan, A., & Robinson, J. (2020). Understanding the needs of young people who engage in self-harm: a qualitative investigation. *Frontiers in psychology*, 10, 2916.



۲۳. Hughes, M. A., Knowles, S. F., Dhingra, K., Nicholson, H. L., & Taylor, P. J. (2018). This corrosion: A systematic review of the association between alternative subcultures and the risk of self-harm and suicide. *British journal of clinical psychology*, 57(4), 491-513.
۲۴. Ivanoff, A., Linehan, M. M., & Brown, M. (2001). Dialectical behavior therapy for impulsive self-injurious behaviors. *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment*, 149-173.
۲۵. Kealy, D. (2019). Unpublished research data.
۲۶. Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 240-259.
۲۷. Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260-268.
۲۸. Lamb, C. S. (2004). Shame and self harm in axis II disorders. ClinPsyDUiversity of Edinburgh.
۲۹. Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*, 58(3), 419-438.
۳۰. McDermott, E., Roen, K., & Scourfield, J. (2008). Avoiding shame: Young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Culture, health & sexuality*, 10(8), 815-829.
۳۱. McLeod, L. D. (2002). The development and initial validation of the domains of shame questionnaire (Unpublished psychology dissertation). *Queen's University, Kingston, Ontario, Canada*.
۳۲. Milligan, R. J., & Andrews, B. (2005). Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 13-25.
۳۳. Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of mental health counseling*, 28(2), 166-185.
۳۴. Muehlenkamp, J. J., & May Lau, M. D. (2016). SOARS model: Risk assessment of nonsuicidal self-injury. *Contemporary Pediatrics*, 33(7), 25.
۳۵. Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78-83.
۳۶. Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199.
۳۷. Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-7.
۳۸. Pugh, L. R., Taylor, P. J., & Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 182, 138-150.
۳۹. Retzinger, S. M. (2002). Alienation, labeling, and stigma: Integrating social and emotional aspects of mental illness. *Toward a sociological imagination: Bridging specialized fields*, 227-260.
۴۰. Ribeiro Coimbra, L. R., & Noakes, A. (2021). A systematic review into healthcare professionals' attitudes towards self-harm in children and young people and its impact on care provision. *Journal of child health care*, 13674935211014405.
۴۱. Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 46(2), 225-236.
۴۲. Rizvi, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2011). The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder.
۴۳. Royal College of Psychiatrists (2010). Self-Harm, Suicide and Risk: helping people who self-harm (Council Report CR158). London: Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr158.aspx> Google ScholarPubMed
۴۴. Rutherford, R. M. (2015). *Understanding the Role of Shame in Women with Depression*. Pacifica Graduate Institute.
۴۵. Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 433.
۴۶. Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 433.
۴۷. Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 433.



۴۸. Schoenleber, M., Berenbaum, H., & Motl, R. (2014). Shame-related functions of and motivations for self-injurious behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 204.
۴۹. Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E. E., ... & Taylor, P. J. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 73, 101779.
۵۰. Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford Press.
۵۱. Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of personality and social psychology*, 70(6), 1256.
۵۲. Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 345-372.
۵۳. Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*, 227, 759-769.
۵۴. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.
۵۵. Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282-297.
۵۶. Williams, J. M. G., & Williams, M. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. Penguin Group USA.
۵۷. Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). The indirect effect of early experiences on deliberate self-harm in adolescence: Mediation by negative emotional states and moderation by daily peer hassles. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1451-1460.
۵۸. Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 1-13.