

# خودآزاری

## بررسی جنبه‌های خودآزاری، شیوع، علت و درمان آن

اکرم تقی زاده

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه

### چکیده

این مقاله به بررسی خودآزاری و نشان دادن اهمیت آگاهی مشاور مدرسه دربارهٔ این رفتار می‌پردازد. تحقیقات نشان می‌دهد که نوجوانی دوره‌ای است که در آن به احتمال زیاد خودآزاری شروع می‌شود. این مقاله دربارهٔ جنبه‌های رفتار خودآزاری، شیوع، علت و درمان این رفتار در محیط مدرسه است. روش مورد استفاده در تحقیق روش کتابخانه‌ای بوده و از مقالات فارسی و لاتین و برخی سایت‌های انگلیسی زبان استفاده شده است. نتایج این تحقیق شامل موارد زیر است: رفتار کارکنان مدرسه در هنگام واکنش به دانش‌آموز خودآزار در فرایند ارائهٔ مداخلات درمانی مؤثر است. درمان باید توسط متخصص ماهر صورت گیرد. از گروه درمانی برای آموزش دادن به افرادی که مشکل مشابه و یکسانی دارند، می‌توان استفاده کرد.

در بین مجموعه عوامل بروز خودآزاری نظیر فقر اقتصادی، تبعیض نژادی، مشکلات اجتماعی و فرهنگی... نمی‌توان مرز مشخصی قائل شد؛ چون تحقیقات ثابت کرده که علت خودآزاری تلفیقی از همهٔ عوامل یادشده است.

بعضی از اطلاعات دریافتی نشان می‌دهد که بیشتر مبتلایان، خانم و به خصوص در سنین نوجوانی و بلوغ هستند. در حالی که منابع دیگر حاکی از آن است که این بیماری هم در زنان و هم در مردان در سنین ۱۴ تا ۶۰ سالگی دیده شده و در این بین، فقر اقتصادی مهم‌ترین عامل ایجاد این بیماری است. چگونگی واکنش کارکنان مدرسه نسبت به دانش‌آموز با رفتار خودآزارانه و مداخلات مناسب آنها نقش بسیار مهمی دارد. در این مقاله به بررسی عوامل مؤثر بر خودآزاری عمدی و نقش مشاور می‌پردازیم.

### تعریف خودآزاری

خودآزاری اجبار یا انگیزش برای وارد کردن جراحت فیزیکی به بدن خود است؛ چون فرد می‌خواهد با یک زجر روانی غیرقابل تحمل مقابله کند یا حس تعادل روانی خود را دوباره به دست آورد (Michale ۲۰۱۰). براساس تعریف بهداشت روان، خودآزاری شامل طیف گسترده‌ای از رفتارهاست که افراد به‌طور عمدی و مخفیانه انجام می‌دهند. این رفتارها در یک مدت طولانی بدون اینکه کشف شوند، باقی می‌مانند. (Jenkins, & Long ۲۰۱۰)

۸۰ درصد از رفتارهای خودآزارانه شامل به کار بردن سلاح سرد یا بریدن پوست خود به وسیلهٔ یک جسم تیز است. اشکال دیگر شامل سوزاندن، خودمسمومیتی، سوءمصرف الکل، بلعیدن اشیاء، اشکال خودآزاری مرتبط با بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی، بریدن بدن، حک کردن چیزی روی بدن، خراشیدن بدن، گاز گرفتن خود، شکستن استخوان، کندن پوست، کشیدن مو، داغ کردن و خالکوبی کردن است. (محمدپور اصل،

کلیدواژه‌ها: خودآزاری، نوجوان، مشاور مدرسه، حمایت اجتماعی

### مقدمه

امروزه تعداد جوانانی که اقدام به خودآزاری می‌کنند، رو به افزایش است. از آنجا که خودآزاری نوعی خودکشی است و در نهایت به مرگ می‌انجامد، باید جلوی آن گرفته شود.

آمار نشان می‌دهد که حدود دو میلیون نفر در ایالات متحده به خودآزاری مبتلا هستند که از این تعداد یک درصد به خودآزاری جسمی می‌پردازند. آنها معمولاً «برای فرار از مشکلات عاطفی و اوضاع درهم‌ریختهٔ زندگی خود یا حل آن دست به این کار می‌زنند. البته این آمار چندان درست نیست؛ چرا که در بیشتر موارد خودآزاری گزارش داده نمی‌شود و در بعضی مناطق جهان آمار یادشده بسیار بالاتر است.»



فخاری، و رستمی، (۱۳۸۸).

آیا خودآزاری با خودکشی مرتبط است؟ برخی معتقدند که خودآزاری نتیجه اختلال شخصیت و حتی مقدمه‌ای برای خودکشی است (Long & Jenkin, ۲۰۱۰) اما برخی دیگر معتقدند که خودآزاری می‌تواند وسیله‌ای جهت اجتناب از خودکشی به شمار آید (Best, ۲۰۰۶). خودآزاری به طور مستقیم با خودکشی مرتبط نیست. (برخی افراد برای اجتناب از خودکشی به خودآزاری روی می‌آورند. افرادی که به خودآزاری روی می‌آورند، به خودشان اجازه می‌دهند تا چیزی را احساس کنند اما هدف از خودکشی معمولاً جلوگیری از احساس است.) شیوع خودآزاری: خودآزاری به جنس، گروه سنی، فرهنگ یا نوع خاصی از رفتار محدود نمی‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که خودآزاری عمدتاً در دوران نوجوانی نشان داده می‌شود (Jenkins, & Long ۲۰۱۰). براساس بررسی‌های مختلف در زمینه خودآزاری، در هر ۱۲ دقیقه ۱ خودآزاری روی می‌دهد. این آمار نشان می‌دهد که خودآزاری موضوع بسیار مهمی در زندگی نوجوانان است (ضیاءالدینی و خردمند، ۱۳۸۷).

### عوامل مؤثر بر خودآزاری عمدی

عوامل اجتماعی و روانی زیادی در خودآزاری نقش دارند؛ از جمله: افسردگی و ناامیدی، تحمل پایین در برابر استرس، عزت نفس پایین، ارتباطات خانوادگی ضعیف، نگرانی‌های اجتماعی از قبیل روابط، مشکلات هویت شخصی، فشار کار / درس (Sharma, & Moran, ۲۰۰۹)، مشکلات روان‌پزشکی در خانواده، تأثیر هم‌سالان، مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن، قربانی سوء استفاده فیزیکی یا روانی شدن، سوء مصرف مواد، اثر اینترنت (Mchale, ۲۰۱۰)، فقر اقتصادی، تبعیض نژادی، مشکلات اجتماعی و فرهنگی.

تحقیقات ثابت کرده است که علت خودآزاری تلفیقی از تمام عوامل فوق است. ارزیابی نظام‌دار به متخصصان کمک می‌کند تا معنای خودآزاری را بهتر درک کنند، درمان مناسب را انتخاب کنند، راهبردهای کنار آمدن دیگری را پیشنهاد دهند و از رفتارهای منجر به خودکشی در آینده پیشگیری کنند (Scoliers, et al, ۲۰۰۹).

بررسی‌ها حاکی از این است که خودآزاری عمدی و خودکشی با افزایش فقر اجتماعی افزایش می‌یابد. یافتن رابطه میان این دو عامل موجب

می‌شود که برنامه‌های پیشگیرانه اولیه و ثانویه مؤثری طراحی کنیم.

**عوامل خانوادگی:** مشکلات روان‌پزشکی در خانواده (Holmqvist, Carlberg, & Hellgren, ۲۰۰۸). فقدان احساسات مثبت نوجوان نسبت به والدین و فقدان احساس تعلق، درک شدن، دوست داشتنی بودن و احساس ایمنی و اطمینان موجب می‌شود که فرد احساسات منفی از قبیل حس تنهایی، درک نشدن، طرد و انکار داشته باشد (۲۰۰۸, Bjarehend & Lundh). وجود خودکشی در خانواده، عدم رابطه با افراد خانواده مخصوصاً مادر یا نامادری و معلمان در هنگام بروز مشکلات (Portzky, De Wilde, & Heeringen, ۲۰۰۸)، داشتن والدین الکلی، والدین قلدر یا خودآزار، مرگ والدین (Moran, Pathak, & Sharma, ۲۰۰۹)، از دست دادن زود هنگام والدین به هر دلیل (موسوی، خسروی، حسنی و جهانی، ۱۳۸۶) از عوامل مرتبط با خودآزاری هستند. **تأثیر گروه هم‌سالان و مشکلات مدرسه:** شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مشکلات مدرسه و خشونت، خطر اقدام به خودکشی را در نوجوانان از هر گروه نژادی، افزایش می‌دهد (Cottrell, Ayton, Rasool & Sharma, ۲۰۰۹). شکست تحصیلی، امتناع از رفتن به مدرسه (sharma, & Moran, Pathak, ۲۰۰۹)، قلدری در مدرسه (Heeringen, & Portzky, De Wilde, ۲۰۰۸) و استرس مدرسه در بروز خودآزاری عمدی نقش دارند. در این میان، تأثیر هم‌سالان به عنوان عامل مهمی در نظر گرفته نمی‌شود بلکه اثر آن در ترکیب با عوامل دیگر، مانند مشکلات خانوادگی، بروز پیدا می‌کند (Cottrell, & Hellgren, ۲۰۰۸). (Holmqvist, Carlberg).

**تغذیه نامناسب، سیگار، مصرف مواد مخدر:** بررسی‌ها نشان می‌دهد که رژیم غذایی نامناسب در رشد نشانه‌های افسردگی و خودکشی نقش دارد. مصرف ناکافی میوه، سبزی و ماهی با میزان خطرپذیری در خودکشی در ارتباط است، همچنین رابطه قوی و مثبتی بین مصرف سیگار و افسردگی وجود دارد. خود مسمومیتی از طریق مصرف مواد مخدر با میزان بالای اقدام به خودکشی رابطه دارد (Cottrell, & Ayton, Rasool).

**مسکن:** دو مؤلفه در مقیاس Townsend با خانه مرتبطاند (شلوگی و فقدان وسایل راحتی). در بررسی‌های اخیر عوامل فشارزای مربوط به مسکن (از قبیل شلوغی، رطوبت، اشکال در سیستم گرمایشی خانه) و

خودآزایی اجباری یا انگیزش برای وارد کردن جراحی فیزیکی به بدن خود است؛ چون فرد می‌خواهد با یک زجر روانی غیرقابل تحمل مقابله کند یا حسن تعادل روانی خود را دوباره به دست آورد (Mchale ۲۰۱۰). براساس تعریف بهداشت روان، خودآزایی شامل طیف گسترده‌ای از رفتارهاست که افراد به طور عمدی و مخفیانه انجام می‌دهند. این رفتارها در یک مدت طولانی بدون اینکه کشف شوند، باقی می‌مانند

عوامل اجتماعی و روانی زیادی در خودآزایی نقش دارند؛ از جمله: افسردگی و ناامیدی، تحمل پایین، در برابر استرس، عزت نفس پایین، ارتباطات خانوادگی ضعیف، نگرانی‌های اجتماعی از قبیل روابط، مشکلات هویت شخصی، فشار کار / درس (Sharma, & Moran, Pathak ۲۰۰۹)، مشکلات روان پزشکی در خانواده، تأثیر هم‌سالان، مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن، قربانی سوءاستفاده فیزیکی یا روانی شدن، سوءصرف مواد، اثر اینترنت (Mchale, ۲۰۱۰)، فقر اقتصادی، تبعیض نژادی، مشکلات اجتماعی و فرهنگی

استرس و رهایی از تنش را آموزش دهید. کنترل تنفس، مراقبه و تجسم، ورزش مخصوصاً ایروبیک نیز تمرینات مفیدی هستند. با استفاده از فن بازسازی شناختی، افکار ناسازگارانه دانش‌آموز را به چالش بکشید. لازم است توافق‌نامه‌ای بین مشاور و دانش‌آموز ایجاد شود که براساس آن، دانش‌آموز رفتارهای دیگر را جایگزین خودآزایی کند.

لوکومسکی و فولمر (Lukomski & Folmer, ۲۰۰۴) در زمینه مداخلات ممکن در سیستم مدرسه موارد زیر را بیان می‌کنند:

**افزایش آگاهی:** مربیان ورزش و معلمان تربیت بدنی و هم‌کلاسی‌ها بهترین افراد برای تشخیص آثار خودآزایی هستند. زمانی که دانش‌آموز در هوای گرم لباس آستین‌دار می‌پوشد یا زخم‌هایی در بدنش وجود دارد؛ می‌توان درمورد مشاهدات خود با او گفت‌وگو کرد. بسیار مهم است که کارکنان مدرسه ترس و انزجار خود را از رفتار DSH دانش‌آموز نشان ندهند، چون آشکار کردن این ترس و انزجار موجب انزوای بیشتر دانش‌آموز می‌شود.

**استفاده از دخالت هم‌سالان:** در بیشتر اوقات، هم‌سالان از وقوع رفتار خودآزایی بیشتر آگاه می‌شوند. می‌توان منابع دریافت خدمات را به آنها معرفی کرد و آنها را آموزش داد تا بدانند که چگونه می‌توانند به دوست خود کمک کنند.

**توقف رفتار:** زمانی که دانش‌آموز خودآزای شناخته شد، مشاور یا روان‌شناس مدرسه باید به وی کمک کند تا رفتار خودآزایی‌اش را متوقف سازد.

ارجاع: مشاور باید از خدمات بهداشت روانی موجود در جامعه آگاه باشد و به دانش‌آموز و خانواده وی در یافتن این خدمات یاری رساند. ارائه‌دهندگان این خدمات حمایت و مهارت لازم برای تشخیص، تنظیم یا برقراری ارتباط با هیجان‌ها خود به شیوه‌ای سازگار را به دانش‌آموز آموزش می‌دهند.

برای افرادی که در معرض خطر مشابه و یکسانی هستند، می‌توان از مشاوره گروهی استفاده کرد. در مشاوره گروهی، رهبری گروه با مشارکت یک روان‌شناس بالینی و یک پرستار بهداشت روان انجام می‌گیرد. و این هر دو آموزش‌هایی در زمینه رویکردها و تکنیک‌های درمانی از قبیل درمان سازه‌های شخصی، رفتاردرمانی، درمان مبتنی بر راه‌حل، CBT و روان‌درمانی بین فردی دریافت می‌کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که سایر درمان‌های مفید شامل خانواده درمانی رفتاری-سیستمی، آموزش ریلکسیشن در درمان رفتارهای خودآزایی نقش دارند (Sharma, Moran, Pathak & ۲۰۰۹). برای جلسات، ساختاری قابل پیش‌بینی وجود دارد. ۵ دقیقه به گپ دوستانه اختصاص می‌یابد و در زمان باقی‌مانده جلسه به رشد فردی توجه می‌شود. هر فرد ارزیابی مثبت یا منفی خود را

فضای محله (میزان سازگاری فرد، وقوع جرم، رفت و آمد با همسایگان، شهرت منطقه و رضایت از محله) با افسردگی مرتبط دانسته می‌شود. بررسی‌ای که در لندن انجام شد، نشان داد که نوع خانه در سلامت روان نوجوانان تأثیر دارد. کودکان نیز از نگرانی والدین در زمینه مسائل خانه متأثر می‌شوند (Cottrell, & Ayton, Rasool, ۲۰۰۳).

**هیجان‌ها و احساسات:** مطالعات نشان می‌دهد که افسردگی عاملی کلیدی در بروز رفتار خودآزایی در نوجوانان و جوانان است (محمدپور اصل، فخاری و رستمی، ۱۳۸۸). اضطراب اجتماعی، آستانه تحمل پایین در برابر استرس، عزت نفس پایین (Sharma, Moran, & Pathak ۲۰۰۹)، نقص در مهارت تنظیم هیجان‌ها، ناتوانی در اجرای راهبردهای کنار آمدن زمانی که از لحاظ عاطفی برانگیخته می‌شود (Seth A & Kelly, ۲۰۰۷) نیز با DSH رابطه دارند. در پژوهش مرتبط، افرادی که سابقه DSH دارند، کم‌ترین فراوانی راهبردهای سازگار کنار آمدن (تعبیر و تفسیر مثبت، کنار آمدن فعال، پذیرش) و بیشترین فراوانی راهبردهای ناسازگار کنار آمدن (عدم درگیری هیجانی، استفاده از مواد مخدر، انکار) را نشان دادند (Scoliers, et al, ۲۰۰۹). (تحقیقات نشان داده است که شایستگی افراد خودآزای در مدیریت هیجان‌ها منفی در مشکلات آینده‌شان اهمیت دارد). رفتار خودآزایی در حقیقت عملکرد بعدی افرادی است که تجربه هیجانی منفی (ابراز هیجان‌ها منفی، کاهش عواطف منفی، فرار از هیجان‌ها ناخوشایند) دارند. افرادی که در کاربرد راهبردهای کنار آمدن شکست می‌خورند، آمادگی بیشتری برای استفاده از راهبردهای فرار/اجتناب دارند (Seth A & Kelly ۲۰۰۷).

مطالعه دیگری هم نشان داده است که افراد با سابقه خودآزایی، مشکلات بیشتری در توانایی تحمل هیجان‌ها بالا، احساس احترام به خود و احساس هم‌بستگی با دیگران دارند. در بیمارانی که رفتارهای خودآزایی را نشان می‌دهند، به طور بارز شکایات یا علائم اضطرابی، افسردگی، خصومت، اختلال شخصیت، احساس خشم، تجربه‌های آسیب‌زا، علائم تجزیه‌ای و برداشت منفی از اندازه بدن بیشتر دیده می‌شود (محمدپور اصل، فخاری، و رستمی، ۱۳۸۸).

#### نقش مشاور مدرسه

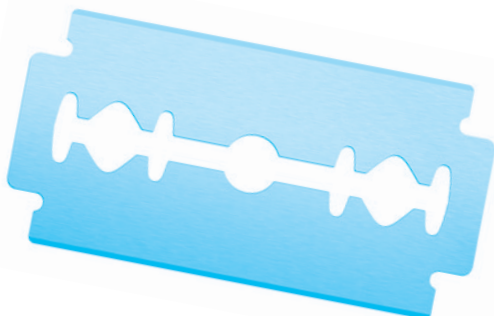
استرانگ (۱۹۹۸)، به نقل از (Caperto, ۲۰۰۴) معتقد است که در فرایند درمان، نقش مشاور متخصص بسیار اهمیت دارد؛ چون مهم‌ترین جنبه درمان برقراری رابطه ایمن و اعتمادبرانگیز بین مراجع و مشاور است.

**مشاوره فردی:** با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، دانش‌آموز را به بیان احساسات خود تشویق کنید. با استفاده از مداخلات رفتاری، مدیریت

از هفته گذشته خویش بیان می‌کند (Sharma, & Moran, ۲۰۰۹, Pathak).

خاتمه گروه: افراد تشویق می‌شوند تا درباره زمان ترک گروه نیز بیندیشند. الگوی ترک گروه مرحله به مرحله است. جلسات ابتدا به صورت هفتگی و سپس ماهانه برگزار می‌شوند. گروه‌ها اغلب تک‌جنسیتی هستند؛ چون ممکن است برخی از افراد مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته باشند. (Sharma, & Moran, Pathak ۲۰۰۹). در مشاوره فردی، مشاور مراجع را آماده خاتمه درمان می‌کند. مراجع بایستی برانگیزاننده‌های خودآزاری را بشناسد، آموزش مربوط به راهبردهای کنار آمدن را دریافت کند و رفتارهای امن‌تر را جایگزین رفتارهای خودآزاری نماید (Jenkins, & Long ۲۰۱۰).

کالج رویال برای درمان خودآزاری عمدی پیشنهادهایی ارائه می‌کند (Dorer, ۱۹۹۸):



توصیه‌ها	راهبردهای عملی
۱. افزایش آگاهی و دانش کارکنان مدرسه	آشنایی با علائم فیزیکی و هیجانی الزام گزارش به والدین درک رفتار خودآسیب‌زنی به عنوان تلاش برای سازگاری
۲. آموزش دانش آموزان جهت لزوم گزارش	آموزش دانش آموزان جهت گزارش تمام رفتارهای پرخطر و علائم هشداردهنده اولیه تذکر - آگاهی رساندن زیاد توصیه نمی‌شود.
۳. استفاده از مشاوره گروهی برای پاسخ دادن به دانش آموزان	همکاری با پرستار مدرسه در صورت لزوم ارائه خدمات مشاورتی
۴. ارائه حمایت مناسب توسط مدرسه برای دانش آموزان	گوش دادن و آگاهی از عواطف دانش آموزان حمایت فردی (توسط مدیر، معاون، مشاور، معلم)
۵. تشخیص اختلالات همراه و افکار خودکشی	تعیین علائم اختلالات همراه رفتار بایستی متفاوت با خودکشی باشد. (توسط مشاور مدرسه)
۶. اطلاع دادن به والدین و تهیه منابع	گردآوری تاریخچه مشکل مستندسازی ارتباط ارجاع به درمانگران خبره جامعه
۷. گسترش طرح‌های کوتاه‌مدت جهت ایمنی	شناسایی علائم فیزیکی شناسایی رفتارهای جایگزین جهت متوقف کردن چرخه خودآسیب‌زنی شناسایی حداقل یک نوجوان حمایت‌گر در مدرسه جهت کمک در مواقعی که رفتار خودآسیب‌زنی بروز می‌کند. معرفی شیوه‌های سالم مقابله، مدیریت استرس، مهارت‌های مدیریت خشم
۸. همکاری با خدمات حمایت اجتماعی	رابطه با ارائه‌دهندگان درمان تقویت اهداف و فنون درمان در محیط مدرسه
۹. کنترل شیوع در مدرسه	شناسایی رهبر گروه هم‌سالانی که دارای رفتار خودآسیب‌زنی است. شناسایی مداخلات لازم برای آن دانش آموز تعیین محدودیت رفتاری در مدرسه در صورت لزوم

#### پی‌نوشت

1. <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-harm> (Retrieved Dec 25, 2011)
2. Buring
3. Self-poisoning
4. Alcohol abuse
5. Self embedding
6. anorexia
7. bulimia
8. <http://www.ncl.ac.uk/students/wellbeing/support/resources/self-help.htm> (Retrieved Dec 25, 2011)
9. deliberate self-harm
10. <http://www.csus.edu/indiv/b/brocks/Workshops/CASP/Self-injury%20interventions.08.pdf> (Retrieved Dec 25, 2011).

#### منابع

1. A Ayton, H Rasool, D Cottrell. (2003). Deliberate self-harm in children and adolescents: Association with social deprivation. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 307- 303, 12.
2. B Caperton. (2004). What School Counselors Should Know About Self Injury Among Adolescents: A Literature Review.
3. B Seth A, W Kelly. (2007). Past and Recent Deliberate Self-Harm: Emotion and Coping Strategy Differences. *Journal Of Clinical Psychology*, Vol. 63 (803- 791, 9).
4. Claire Dorer. (1998). An Evaluation of Protocols for Child Adolescent Deliberate Self-harm. *Child Psychology & Psychiatry Review Volume3*, No. 4.
5. G Portzky, E-J De Wilde, k Heeringen. (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *Eur Child and Adolescem Psychiatry*. 186-179, 17.
6. Reasons for adolescent. (2009). , E.J Wilde, K Hawton, A Hewitt, Nadge, G Portzky, G Scoliers, 44 *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol deliberate self-harm: a cry of pain and/ or a cry for help*. 607-601.
7. Counseling in Action: The mystery of the well-attended group. (2009). N Sharma, N Pathak, H Moran A model of Personal construct Therapy for adolescent self-harm and depression in acommunity. 359-347, 4, no. 22 *counseling Psychology Quarterly Vol. CAMHS service*.
8. Self-injury and Youth: Best Practices for School intervention. (2008). A.E Plog, J Finger, L.M Kanan. 79-67, (2) 2 in *Practice School Psychology Forum: Research*.
9. perspectives on self-harm and the role of the therapeutic' Counsellors. (2010). Jenkins M, M Long *Counselling and Psychotherapy. Relationship for working with clients who self-harm*. 200-192, 3
10. Deliberate Self-harm Behaviour in Swedish Adolescent. (2008). L Hellgren, M Carlberg, R Holmqvist -1, 37 *Child Youth Core Forum. Girls Reports from Public Assessment and Treatment Agencies*. 13.
۱۵. محمدپور اصل، اصغر، علی فخاری و فاطمه رستمی. میزان بروز خودآزاری در دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شهر تبریز. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان* شماره ۳ دوره ۱۱، ۱۳۸۸.
۱۶. ضیاءالدینی، حسن و علی خردمند؛ *ترکو تو مانیا* (گزارش یک مورد نادر تریکوتیلومانیا)، *مجله علمی پزشکی قانونی*، دوره ۱۴، شماره ۴، ۱۳۸۷.
۱۷. موسوی، عباس، احمد خسروی، محمدحسین حسینی و زهرا جهانی؛ *بررسی اپیدمیولوژیک موارد خودآزاری عمدی (مسمومیت) در شهرستان شاهرود*، *مجله دانش و تندرستی*، ۲ (۲). ۱۳۸۶.

- دخالت روان‌پزشکی مستقیم در تمام موارد خودآزاری عمدی
- بستری کردن افراد خودآزار در بیمارستان
- افراد زیر ۱۴ سال در بخش اطفال و ۱۴-۱۶ سال در بخش نوجوانان بستری شوند.
- کارکنان بیمارستان در کسب رضایت والدین جهت ارزیابی روان‌پزشکی مسئول‌اند.
- کارکنان غیرپزشکی (روان‌پزشک مشاور) ارزیابی جلسات را انجام دهند و مسئولیت خدمات را بر عهده گیرند.
- استفاده از خدمات اجتماعی در صورت نیاز
- خودآزاری عمدی به علت بهره‌کشی از کودک یا غفلت از کودک به وجود می‌آید.
- طرح درمان و ارزیابی بایستی انگیزه‌های مداوم خودآزاری را بشناسد و همچنین، سلامت روانی کلی فرد، موقعیت روانی - اجتماعی، توانایی والدین را تشخیص دهد.



#### نتیجه‌گیری

خودآزاری عمدی اختلالی شایع است. کرپتمن خودآزاری را رفتاری غیرمهلک تعریف می‌کند که در آن شخص عمداً خود را مجروح می‌کند یا ماده‌ای بیش از مقدار توصیه شده مصرف می‌کند. خودآزاری به منظور تغییر احساسات فعلی صورت می‌گیرد ولی هدف از خودکشی رهایی از احساسات فعلی و پایان دادن به این احساسات است. خودآزاری به صورت تکراری صورت می‌گیرد و موجب آسیب‌رسانی عمدی فرد به خودش می‌شود. برای کاهش خطر خودآزاری، فهم عوامل خطر مرتبط با این مسئله، اهمیت زیادی دارد و اولین قدم در این فرایند، نشان دادن وسعت مشکل، سرعت رخ دادن آن و تعیین عوامل مرتبط با آن در نوجوانان است. دلیل اقدام معمولاً چند عاملی است و عوامل زیستی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. عواملی چون اختلال روان‌پزشکی، اختلاف شخصیت، وابستگی به الکل و مواد، عوامل اجتماعی مساعدکننده شامل از دست دادن زودرس والدین به هر دلیل، بی‌توجهی والدین یا مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، مشکلات طولانی مدت خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی و همچنین بهداشت جسمی نامناسب یا بیماری جسمی، عوامل اجتماعی تسریع‌کننده و مسائل پراسترس زندگی از جمله عواملی هستند که بر رفتار خودآزاری عمدی تأثیر می‌گذارند. در جریان درمان رفتار خودآزاری، کاربرد مدل‌های چندگانه بیشترین تأثیر را دارد. البته در صورتی که توسط درمانگر متخصص به کار برده شوند وگرنه فرد آموزش ندیده به مراجع آسیب بیشتری خواهد زد.