

اختلالات جسمی و روانی در خودسوزیهای استان مازندران

دکتر مهران زرغامی^۱، دکتر علیرضا خلیلیان^۲

Title: *Psychiatric and physical disorders in suicide attempted by self-burning in Mazandaran province.*

Authors: *Zarghami M, (MD); Khalilian A, (PhD).*

Abstract: *Deliberate self-burning is very common in some middle eastern, Asian and African cultures. About 1.39 to 40 percent of committing suicides had been reported to be self-immolation in different parts of Iran. In a prospective descriptive study, all cases had attempted suicide by burning who referred to the burn center of Mazandaran province have been evaluated to find out psychiatric and physical disorders and medications used.*

Three hundred and eighteen cases had been identified in three years (264 women and 54 men) and in 74.6% of females and 72.2% of males death resulted. Thirty percent of the cases had important physical disorders that the majority of them were chronic, and 39.1% of the cases were using medications that most of which were psychotropic (27%). About ninety five percent of the cases had one or more psychiatric disorders, the most common of them were: adjustment disorders, nicotine dependence, major depressive disorder, dysthymic disorder and anxiety disorders. Psychoses had been noticed in only 9.6% of all. The prevalence of psychiatric disorders were most common in comparison to western studies, but depression and specially psychoses and other drugs abuse and dependence were less common in both cases of suicide and parasuicide through deliberate self-burning.

Regarding the high prevalence of adjustment disorders (42% of parasuicidal cases and 39.8% of suicides), it is necessary to pay special attention to environmental precipitating factors; and it is suggested that the diagnostic category of "adjustment disorder with suicidal ideas" should be pointed out again.

Keywords: *self-burning, physical disorders, psychiatric disorders, adjustment disorder.*

- ۱- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- ۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

Archive of SID

چکیده:

خودسوزی در برخی از فرهنگهای خاورمیانه، آسیا و آفریقا بیشترین شیوع را دارد. در نقاط مختلف ایران از ۱/۳۹ تا ۳۴ درصد اقدام به خودکشی‌ها را از طریق خودسوزی گزارش کرده‌اند. این مطالعه به بررسی بیماریهای جسمی و روانی و داروهای مصرفی کلیه موارد خودسوزی ارجاع شده به تنها مرکز سوختگی استان مازندران به صورت توصیفی آینده‌نگر پرداخته است. طی سه سال ۳۱۸ مورد (۲۶۴ زن و ۵۴ مرد) شناسایی شدند، که در ۷۴/۶ درصد خانم‌ها و ۷۲/۲ درصد آقایان منجر به مرگ شد. ۳۰/۳ درصد موارد، بیماریهای جسمی مهمی داشتند که اکثر آنها بیماریهای مزمن بودند و ۳۹/۱ درصد موارد داروهای مختلفی مصرف می‌کردند که بیشتر آنها داروهای روانگردان^۱ بود (۲۷ درصد موارد). حدود ۹۵ درصد موارد دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی بودند که شایعترین آنها به ترتیب اختلال انطباقی، وابستگی به نیکوتین، افسردگی عمده، دل‌افگاری^۲، و اختلالات اضطرابی بود. روان‌پریشیها فقط در ۹/۶ درصد موارد دیده شدند. در مقایسه با مطالعات غربی، شیوع اختلالات روانپزشکی در کل بیشتر بود، ولی افسردگی، و بخصوص روان‌پریشیها و سوء استعمال یا وابستگی به الکل و سایر مواد هم در موارد اقدام به خودسوزی و هم در خودسوزیهای موفق شیوع کمتری داشتند. با توجه به شیوع بسیار زیاد اختلالات انطباقی (در ۴۲ درصد موارد اقدام به خودسوزی و ۳۹/۸ درصد موارد خودسوزی موفق) ضروری است به عوامل محیطی موجد این اختلال توجه ویژه‌ای شود، و همچنین پیشنهاد می‌گردد طبقه‌بندی تشخیصی "اختلال انطباقی با افکار خودکشی" مجدداً مطرح شود.

کل واژگان: خودسوزی، بیماریهای جسمی، بیماریهای روانی، اختلال انطباقی.

مقدمه:

خودسوزی یکی از خشن‌ترین روش‌های خودکشی است که هم برای فرد قربانی که ممکن است تا لحظه مرگ هشیار باقی بماند و هم برای شاهدان و دوستان و بستگان او بسیار دردناک است. پژوهش‌های مختلف، هم عوامل روانپزشکی و هم عوامل فرهنگی را با خودسوزی مرتبط دانسته‌اند (۱). مطالعات همه‌گیر شناختی نشان داده‌اند که خودسوزی در برخی از فرهنگ‌های خاورمیانه و آسیا و آفریقا بیشترین شیوع را دارد (۶-۱). به طوری که ۲۰ تا ۴۰ درصد خودکشی‌ها در هند و خانمهای مهاجر هندی از طریق خودسوزی است (۷-۹ و ۴). در نقاط مختلف ایران از ۱/۳۹ تا ۴۳ درصد خودکشی‌ها را به طریق خودسوزی گزارش کرده‌اند (۱۵-۱۰).

سازمان بهداشت جهانی وجود یک اختلال روانپزشکی (منجمله می‌بارگی^۳ و سوء استعمال مواد) را بزرگترین عامل خطر برای خودکشی می‌داند و به این دلیل پیشگیری و درمان

^۱- psychotropic

^۲- dysthymia

alcoholism³

اختلالات روانی بدون تردید، اثر مهمی بر پیشگیری از خودکشی دارد (۱۶). گزارش موارد خود سوزی در بین پذیرش‌های بخش‌های سوختگی (۱۷ و ۱۸) و بیمارستانهای عمومی (۱۹-۱۷)، در غرب و خاور دور نشان داده‌اند که درصد بالایی از آنها تاریخچهٔ مراجعهٔ روانپزشکی قبلی داشته‌اند، و از بیماری روانی شدید رنج می‌برده‌اند. از این میان روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنیا) بیشتر از افسردگی تشخیص داده شده است (۱).

از طرف دیگر بیماریهای جسمی نیز ارتباط مهمی با خودکشی دارند. بطوری که ۲۵ تا ۷۵ درصد تمام قربانیان خودکشی بیماریهای جسمی داشته‌اند (۲۰). علاوه بر خود بیماریها، عوامل همراه با آنها مثل از دست دادن تحرک و تغییر قیافه، درد مزمن و عوارض ثانوی بیماریها همچون گسیختگی روابط و از دست دادن موقعیت شغلی نیز اهمیت دارد (۲۰). خودسوزی معمولاً منجر به تغییر قیافه و گاهی محدودیت حرکتی می‌شود. سابقهٔ تلاش برای خودکشی نیز خطر خودکشی را برای

اغلب بیماران، انجام مصاحبه کامل و کسب اطلاعات جامع از آنها مشکل بود. عده دیگری از بیماران نیز از پاسخ دادن به برخی از سئوالات طفره می‌رفتند و یا علیرغم تلاش مصاحبه کنندگان، پاسخ دهی به برخی از سئوالات برای آنها مبهم بود. گاهی اطرافیان بیمار شدیداً هیجان زده بودند و نمی‌توانستند اطلاعات کاملی ارائه کنند و یا مانع مصاحبه با شخص خودسوزی کننده می‌شدند و در مواردی هم بعثت فوت زود هنگام بیمار اطلاعات ما ناقص باقی می‌ماند. به همین علت تعداد افرادی که به سئوالات مختلف پاسخ داده‌اند متفاوت است و آنهایی که پاسخ نداده‌اند از محاسبات حذف شدند. مبنای تشخیص روانپزشکی در سایر افراد روش کالبد شکافی روانشناختی بود (۳۶). مصاحبه نیمه ساخت یافته (semi-structured) در محل زندگی منابع اطلاعاتی و یا بیمارستان بعمل آمد. منابع اطلاعاتی اصلی، افراد نزدیک به فرد اقدام کننده بودند (والدین، همسر، خواهر ها و برادرها، فرزندان، دوستان و یا همسایه‌هایی که برای مدت طولانی آنها را می‌شناختند و با آنها در تماس نزدیک و مستمر بودند). در صورت لزوم مصاحبه‌های تکمیلی با سایر بستگان، دوستان، همکاران یا سایر شاهد های خودسوزی برای کسب اطلاعات بیشتر انجام می‌شد. در صورتیکه یادداشتی توسط فرد اقدام کننده به جا مانده بود مورد مطالعه قرار می‌گرفت.

مصاحبه‌های نیمه ساخت یافته شامل مصاحبه بالینی ساخت یافته برای DSM-III-R (SCID-I) (۳۷) و آزمون هوشی سریع تقریبی^۱ RAIT (۳۸) بود.

یادداشتها و گواهی‌های پزشکی مربوط به پزشکان عمومی، روانپزشکان، سایر متخصصین و یا خلاصه پرونده‌های بخشهای بیمارستانهای روانپزشکی و بیمارستانهای عمومی نیز مورد بررسی قرار می‌گرفت. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از SCID-I از تمام منابع کالبد شکافی روان شناختی جمع‌آوری شد و نهایتاً تشخیص محور اول بر مبنای DSM-III-R گذاشته شد (۳۹). پس از تکمیل اطلاعات، در تجزیه و تحلیل داده‌ها برای ارائه آمار توصیفی از جداول فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد.

یافته‌ها:

در این بررسی طی سه سال ۳۱۸ مورد اقدام به خودسوزی شناسائی شد (۲۶۴ نفر یا ۸۳ درصد زن و ۵۴ نفر یا ۱۷ درصد مرد)، که ۲۳۶ مورد (۷۴/۲ درصد) منجر به فوت شد که شامل ۱۹۷ نفر

بیماران روانپزشکی بالا می‌برد (۲۱ و ۱۶). در نتیجه مواردی که خودسوزی کرده‌اند و حالا از عوارض آن رنج می‌برند در خطر مضاعف اقدام مجدد به خودکشی قرار دارند.

با توجه به اینکه بررسیهای همه‌گیری شناختی معتبر اکثراً در جوامع غربی صورت می‌گیرد و خودسوزی یک روش نادر خودکشی در غرب است (۱، ۱۷، ۱۸، ۳۸، ۱، ۳۵ و ۳۲-۳۵)، ضروری است که بررسی در نمونه‌های ایرانی که ویژگی‌های اجتماعی - فرهنگی متفاوتی دارند انجام شود. مطالعات پراکنده‌ای که در این زمینه در ایران انجام شده گذشته از نتایج متفاوت و بعضاً متناقضی که داشته‌اند، کمتر به بررسی اختلالات روانی و جسمانی همراه با خودسوزی پرداخته‌اند. شناسایی گروه‌هایی که تکانه‌های مربوط به خودسوزی در آنها احتمال عملی شدن دارند قدم مهمی به سوی پیشگیری و مهار خواهد بود.

بخش سوختگی بیمارستان زارع ساری در نوع خود در استان مازندران منحصر به فرد است و کسانی که دچار سوختگی شده‌اند (منجمله موارد خودسوزی) از سرتاسر این استان به بخش مذکور ارجاع می‌شوند. این مطالعه طی سالهای ۱۳۷۲-۱۳۷۰ بر روی کلیه مراجعین به بخش مذکور صورت گرفته است. لازم به ذکر است که در زمان مطالعه، استان گلستان نیز جزئی از استان مازندران بود.

روش کار:

نوع مطالعه، توصیفی (descriptive) گزارش سلسله موارد (case series) آینده‌نگر (prospective)؛ و روش نمونه‌گیری، نمونه‌های آماده (در دسترس) بود.

پس از کسب اطلاعات از فرد دچار سوختگی و اطرافیان و شاهدان احتمالی توسط روانشناس و مددکار اجتماعی بیمارستان، در صورت حصول اطمینان از اینکه سوختگی به صورت عمدی توسط خود فرد صورت گرفته، برخی از اطلاعات فردی از روی پرونده‌ها جمع‌آوری می‌شد و چنانچه فرد (در صورتیکه او هشیار نبود، بستگانش) راضی بودند، مطالعه تکمیلی انجام می‌شد. معیار وارد کردن افراد به مطالعه، اقرار خود فرد و یا یک شاهد قابل اعتماد بود، کسانی که اقدام به خودسوزی آنها مورد تردید بود (یعنی آنهایی که قصد خودکشی را انکار می‌کردند و یا اطلاعات تأیید کننده‌ای در این زمینه وجود نداشت) از مطالعه حذف شدند. بیماریهای جسمی و داروهای مصرفی بر مبنای اظهارات فرد قربانی و با توجه به گزارش پزشک مربوطه مورد بررسی قرار گرفتند، تمام کسانی که هشیار و قادر به مصاحبه بودند مورد ارزیابی روانپزشکی قرار گرفتند. به علت وخامت حال عمومی

¹ - Rapid Approximate Intelligent Test

(۷۴/۶٪) از خانم‌ها و ۳۹ نفر (۷۲/۲٪) از آقایان بود. میانگین سنی تشخیص روانپزشکی نبودیم. ۹۴/۸ درصد از افراد باقی مانده به

جدول ۱- فراوانی اختلالات روانپزشکی در ۳۱۸ اقدام کننده به خودسوزی در مازندران

اختلال روانپزشکی	کل تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	مرد تعداد (درصد)
اختلالات انطباقی	۱۳۴ (۴۲/۰)	۱۱۶ (۴۳/۹)	۱۸ (۳۳/۳)
وابستگی به نیکوتین	۵۳ (۱۶/۶)	۳۳ (۱۲/۵)	۲۰ (۳۷/۰)
افسردگی عمده	۳۵ (۱۱/۰)	۲۹ (۱۰/۱)	۶ (۱۱/۰)
دل افگاری (دیس تیمیا)	۲۸ (۸/۷)	۲۴ (۹/۱)	۴ (۷/۴)
اختلالات اضطرابی	۱۵ (۴/۶)	۱۳ (۴/۹)	۲ (۳/۷)
روان گسیختگی	۱۳ (۴/۱)	۱۲ (۴/۶)	۱ (۱/۹)
وابستگی به تریاک	۱۵ (۴/۶)	۳ (۱/۱)	۱۲ (۲۲/۲)
سایر روان پریشی ها	۵ (۱/۵)	۲ (۰/۸)	۳ (۵/۶)
وابستگی به هروئین	۶ (۱/۸)	۰ (۰/۰)	۶ (۱۱/۱)
وابستگی به الکل	۷ (۲/۱)	۰ (۰/۰)	۷ (۱۳/۰)
اختلال دوقطبی	۴ (۱/۲)	۴ (۱/۵)	۰ (۰/۰)
اختلالات انفکاک و تبدیلی	۳ (۰/۹)	۳ (۱/۱)	۰ (۰/۰)
عقب ماندگی ذهنی	۲ (۰/۶)	۱ (۰/۴)	۱ (۱/۹)
خرد سودگی (دمانس)	۱ (۰/۳)	۱ (۰/۴)	۰ (۰/۰)

یک یا چند اختلال روانپزشکی مبتلا بودند. این ارقام در مورد اقدام به خودسوزیها و خودسوزیهای موفق به ترتیب ۲۳/۶ درصد و ۹۳/۸ درصد بود. البته اگر عوامل روانشناختی مؤثر بر حالات جسمانی (بیماریهای روان تنی)، و اختلالات شخصیتی را هم به آمار فوق اضافه کنیم تعداد مبتلایان به اختلالات روانپزشکی بیشتر می‌شود. شایعترین اختلال روانپزشکی اختلال انطباقی بود. بعد از اختلال انطباقی، وابستگی به نیکوتین، افسردگی عمده، دل افگاری (دیس تیمیا)، اختلالات اضطرابی، و سپس روان گسیختگی (اسکیزوفرنیا) به ترتیب شیوع در رده‌های بعدی قرار داشتند. نادرترین اختلال روانپزشکی، خرد سودگی (دمانس) بود که شامل یک مورد می‌شد. توزیع اختلالات روانپزشکی در جمعیت مورد مطالعه، در جدول ۱ دیده می‌شود.

بحث:

در این پژوهش نمونه مورد مطالعه شامل افرادی بود که به دنبال اقدام به خودسوزی، به تنها مرکز ارجاع سوختگی وارد شده بودند.

گزارشهای موارد خودسوزی ممکن است بیانگر کل موارد خودسوزی نباشند. چراکه شامل مواردی از خودسوزی که به بیمارستان مراجعه نمی‌کنند، نمی‌شوند. و از طرفی شامل نجات

اقدام کنندگان $13/5 \pm 26/98$ سال، میانه $24/68$ سال، و نما ۲۰ سال بود.

۱۹۸ نفر در مورد بیماریهای جسمی پاسخ دادند. ۱۳۸ نفر (۶۹/۷٪) هیچ سابقه‌ای از یک بیماری مهم و مشخص جسمی ذکر نمی‌کردند. شایعترین بیماری جسمی، صرع بود که در ۶ بیمار گزارش شد. زخمهای دستگاه گوارش در ۵ بیمار، نازائی، گواتر و روماتیسم هر کدام در ۳ بیمار، و دیابت و بیماری قلبی و کم خونی هر یک در ۲ بیمار گزارش شد. ۳۴ نفر هم مبتلا به سرطان، میگرن، آسم، بیماریهای کلیوی، سکنه مغزی، برقان و... بودند (هر کدام یک مورد). از ۲۱۹ نفری که راجع به مصرف دارو برای بیماریها پاسخ دادند، ۱۳۳ نفر (۶۰/۷٪) هیچ دارویی مصرف نمی‌کردند. بیشترین داروهای مصرفی، داروهای روان گردان بودند. داروهای ضد افسردگی و آرامبخشها هر کدام در ۱۹ مورد (۸/۷٪) و داروهای ضد روان پریشی در ۱۱ مورد یا ۵ درصد و داروهای ضد تشنج، ضد اضطراب، هورمون‌ها، لیتیوم، ضد دیابت و ترکیبات آهن به ترتیب در ۲۷، ۶، ۵، ۴، ۲ مورد، و داروهای کورتیکواستروئیدی، ضد فشار خون، ضد چربی خون، ضد آسم و شیمی درمانی و... هر کدام در یک مورد مصرف می‌شدند.

۳۰/۳ درصد افراد اقدام کننده به نوعی از بیماریهای جسمی رنج می‌بردند. به علت کمبود اطلاعات، در ۶۹ مورد قادر به

جدول ۲- مقایسه افسردگی، روانی پریشی ها، و وابستگی یا سوءاستعمال الکل و سایر مواد در مطالعات مختلف

اعتیاد تعداد(درصد)	می بارگی تعداد (درصد)	روانپریشی ها تعداد (درصد)	افسردگی تعداد (درصد)	مدت مطالعه (سال)	تعداد افراد تحت مطالعه	محل پژوهش	پژوهشگر(ها)	
	۲ (۲/۴)	۷ (۸/۵)	۴۸ (۵۸/۵)	۱	۸۲	انگلستان و ولز	اشتون ودونان	روش خودسوزی خودکشی به
	۲ (۲۰/۰)	۳ (۳۰/۰)		۴	۱۰	لوس آنجلس	پارکر وهمکاران	
		۹ (۱۷/۶)	۱۳ (۲۵/۵)	۱۳	۵۱	انگلستان و ولز	پروسر	
	۱۳ (۴۰/۶)	۶ (۱۸/۸)	۳ (۹/۴)		۳۲	اوتاریو (کانادا)	اشکروم وجانستون	
	۲ (۱۴/۳)	۹ (۶۴/۳)	۲ (۱۴/۳)	۸	۱۴	آیوا	اندرسون ونویز	اقدام به خودکشی به روش خردسوزی
۴ (۱۲/۹)	۲ (۶/۵)	۱ (۳/۲)	۱۵ (۴۸/۴)	۱۰	۳۱	ورونا	کاستلانی وهمکاران	
		۴ (۳۳/۳)	۷ (۵۸/۳)	۱۰	۱۲	فلوریدا (آمریکا)	دانیلز و همکاران	
۲ (۸/۴)	۶ (۱۴/۳)	۸ (۱۹/۰)	۱۳ (۳۱/۰)		۴۲	انگلستان	دیوید سون و براون	
	۱۵ (۱۶/۹)	xxx	۱ (۱۲/۵) x	۱۲	۸۹	صوفیا (بلغارستان)	حاجسکی و تودوروف	
۴ (۵۰/۰)	۴ (۴۰/۰)			۱	۸	آمریکا	کمپ وهمکاران	
	۳ (۱۰/۰)		۱۸ (۶۰/۰)		۱۰	سالزبرگ (آلمان)	لایبکلر وهمکاران	
			۳ (۲۰/۰)		۳۰	استرالیا	پرسلی وینگ	
	۳ (۱۰/۰)		۲ (۱۱/۸)	۲/۳	۱۵	کلورادو (آمریکا)	اسکالی وهاچرسون	
۸ (۴۷/۰)	۸ (۴۷/۰)	۶ (۴۰/۰)	۲ (۱۱/۸)	۳	۱۷	آگوستا (آمریکا)	اسکوریز و همکاران	
	۵ (۲/۰)	۴ (۲۳/۵)	۶ (۶۳/۶)	۳	۱۱	پیتزبورگ	ارزوروم ووارسلوتی	
		۳ (۲۷/۳)	۳۵ (۱۴/۰)	۹	۲۴۹	مازندران (ایران)	ضرغامی و خلیلیان	
۲۱ (۸/۴)		۲۴ (۹/۶)		۳				

در مطالعه لاله در بررسی موارد خودسوزی طی ۶ سال در یکی از بیمارستان‌های سوانح سوختگی تهران مجموعاً ۲۰۵ مورد اقدام به خودسوزی شناسایی شد، که ۶۸/۳٪ آنها منجر به مرگ شد. طی این مطالعه فقط ۵ مرد اقدام به خودسوزی داشتند که ۲ مورد آنها فوت کردند. لذا او تعداد آقایان اقدام کننده به خودسوزی را بسیار محدود و این روش را منحصر به خانمها می‌داند. آقایان مورد بررسی لاله تماماً دچار "اختلال روانی واضح" (روان گسیختگی نوع کجاوور یا پارانویید، اختلال خلقی دو قطبی، و اختلال وسواسی- جبری) بودند و خانمها عمدتاً "اختلال روانی عمده" ای نداشتند (۴۳). درحالیکه در مطالعه ما اختلالات روانپزشکی در هر دو جنس شیوع بالایی داشت. در مطالعات خارجی به این نکته توجهی نشده است. فقط شت و همکاران در یورکشایر در بررسی ۲۰ مورد اقدام به خودسوزی اعلام کرده‌اند که ۱۴ نفر آنها زنهای آسیایی بودند که هیچکدام تاریخچه اختلالات روانپزشکی نداشتند (۴۴).

اگر از وابستگی به نیکوتین که در مطالعات دیگر به آن توجه نشده صرف نظر کنیم، شایعترین تشخیص‌ها در مطالعه حاضر

یافتگانی هستند که برخی از آنها ممکن است مشخصات روانپزشکی متفاوتی با کل موارد خودسوزی داشته باشند (۴۰). اما از نظر روش شناسی، این رویکرد در جهان معمول‌ترین شیوه بررسی موارد اقدام به خودکشی بوده است (۱۱). بررسی‌های دیگر در سطح بین‌المللی تفاوتی بین اقدام کنندگان مراجعه کننده و غیره مراجعه کننده نشان نداده است (۴۱).

در مطالعه ما از ۱۹۸ موردی که در زمینه بیماریهای جسمی همکاری داشتند، ۶۰ مورد (۳۰/۳٪) چنین بیماری‌هایی داشتند، که اکثر آنها بیماریهای مزمن بودند.

در انگلستان و ولز از ۸۲ خودسوزی موفق، ۱۴ مورد (۱۷٪) بیماری شدید جسمی داشتند (۳). در استرالیا از ۳۰ مورد اقدام به خودسوزی، ۲ مورد (۶/۶٪) به بیماری جسمی مزمن مبتلا بودند (۴۲). در ورونا از ۳۱ اقدام به خودسوزی، ۳ مورد ایدز داشتند (۲۷). هر چند در مطالعات مختلفی که در این زمینه ارائه آمار کرده‌اند هر کدام گروه خاصی از بیماریهای جسمی را مد نظر داشته‌اند، ولی به نظر می‌رسد که شیوع بیماریهای جسمی در بیماران ما کم نبوده است.

برای اختلال موقعیتی گذرا^۲ (معادل اختلال انطباقی) را داشتند. یک مطالعه گذشته‌نگر بر روی ۳۲۵ مورد پذیرش بیمارستانی به خاطر خود مسموم‌سازی عمدی، دریافت که ۵۸٪ آنها معیارهای اختلال انطباقی با خلق افسرده را داشتند، که اکثر آنها ۱۵ تا ۲۴ ساله و غالباً مؤنث بودند. اطلاعات کالبد شکافی روانشناختی از سه مطالعه دیگر نیز نشان دهنده میزان بالای اختلال انطباقی در افرادی است که خودکشی کرده‌اند. در یک نمونه اسکاندیناویایی ۱۴٪ از ۵۸ قربانی ۱۵ تا ۲۹ ساله تشخیص اختلال انطباقی با خلق افسرده داشتند. یک مطالعه اسکاندیناویایی دیگر دریافت که ۱۹٪ خودکشی کننده‌های نوجوان، اختلال انطباقی داشتند. نیوکورن و استرین با جمع‌بندی موارد فوق، نمودگار^۳های خودکشی را در اختلال انطباقی، ۲۹٪ ذکر کرده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که شدت اختلال انطباقی در گروهی از افراد دست کم گرفته می‌شود و اشاره به این دارند که گرچه ممکن است این تشخیص، زیر آستانه باشد؛ ولی بیمارگنی^۴ آن ممکن است بسیار با اهمیت باشد (۶۰).

ما نیز در این مطالعه با خیل عظیمی از بیماران مواجه بودیم که در واکنش به یک عامل استرس‌زا دچار مشکلات هیجانی یا رفتاری و آشفتگی شدیدتر از آنچه انتظار می‌رود شده بودند، و "علامت بارز" و پاسخ مشترک آنها به این عامل استرس‌زا، "خودسوزی" بود. اینها را باید بر مبنای معیارهای DSM-IV تحت عنوان "اختلال انطباقی نامشخص"^۵ طبقه‌بندی کرد و یا پیشنهاد گنجاندن طبقه تشخیصی جدید "اختلال انطباقی با عقاید، رفتار یا اقدام به خودکشی" را که در DSM-IV رد شده است، مجدداً مطرح نمود. تشخیصی که عمدتاً در قشر جوان جامعه و با مرگ و میر بسیار بالا همراه است. به طوری که ۱۸/۷٪ از افرادی که در مطالعه حاضر، این تشخیص را داشتند بر اثر اقدام به خودسوزی فوت کردند.

محدودیتها و پیشنهادات:

گرچه بررسی حاضر یک مطالعه آینده‌نگر بوده و اطلاعات مورد نیاز به طور فعالی جمع‌آوری شده و به اطلاعات موجود در پرونده‌ها بسنده نشده است، باز هم با محدودیت کمبود اطلاعات مواجه بودیم. چراکه برخی از اقدام کنندگان به خودسوزی آنقدر

اختلال انطباقی و سپس افسردگی عمده بود که با مطالعه حسن‌زاده و موسوی در اصفهان شباهت دارد (۴۵). دل‌افکاری در مطالعه ما در رده سوم قرار داشت، در حالیکه در مطالعه اصفهان اختلال استرس‌زا پس از ضربه (PTSD) که یک اختلال اضطرابی است رتبه سوم را کسب کرد. کل اختلالات اضطرابی در مطالعه ما در رده چهارم واقع شدند. مطالعات مختلف خارجی که در زمینه اختلالات روانپزشکی در خودسوزی انجام شده را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد: مطالعات خودسوزی‌های موفق و مطالعات اقدام به خودسوزی. شیوع اختلالات روانپزشکی در خودسوزی‌های موفق از ۵۰ تا ۱۰۰ درصد و در موارد اقدام به خودسوزی از ۶۴ تا ۷۹ درصد ذکر شده‌اند (۱ و ۳ و ۱۷ و ۱۸ و ۲۲ و ۳۰-۲۴ و ۳۳ و ۴۲ و ۵۰-۴۶). اکثر قریب به اتفاق این مطالعات در کشورهای غربی انجام شده است. البته در مطالعه‌ای که در یورکشایر^۱ انجام شده، ۷۰ درصد اقدام کنندگان به خودسوزی را زنده‌ای آسیایی تشکیل می‌دادند.

تعداد افراد مورد بررسی در مطالعات مذکور از ۱۰ تا ۸۲ مورد (به طور متوسط ۳۰ مورد) بوده که در مقایسه با مطالعه ما (۳۱۸ مورد) بسیار کم بوده است.

در مطالعه ما شیوع اختلالات روانپزشکی حدود ۹۵٪ بود، که اکثر آنها یعنی حدود دوسوم موارد را اختلال انطباقی تشکیل می‌دادند. در حالیکه شیوع روان‌پریشی‌ها، افسردگی و سوء استعمال یا وابستگی به الکل و سایر مواد همانطور که در جدول ۲ دیده می‌شود در مطالعات خارجی به مراتب بیشتر از مطالعه ما بوده است.

در سبب شناسی روان‌پریشی‌ها عوامل زیست‌شناختی-ژنی بر عوامل محیطی می‌چربند و در سبب‌شناسی سوء استعمال یا وابستگی به الکل و سایر مواد و افسردگی، هم عوامل محیطی و هم عوامل زیست‌شناختی-ژنی مطرح هستند. در حالیکه عوامل زیست‌شناختی-ژنی نقش مهمی در اختلال انطباقی ندارند. لذا به نظر می‌رسد عوامل محیطی در خودسوزی در جامعه مورد بررسی ما از اهمیت زیادی برخوردار باشند. اینگونه عوامل، علت اصلی تمام موارد صدمه به خویشتن را در جمعیت‌های جوان کشورهای جهان سوم تشکیل می‌دهند (۲۳ و ۵۷-۵۱). مطالعات متعددی بین اختلال انطباقی و رفتار خودکشی در نوجوانان و بالغین جوان، ارتباط (association) معنی‌دار پیدا کرده‌اند (۶۳-۵۸). دولسو و همکاران از اولین پژوهشگرانی بودند که این ارتباط را گزارش کردند (۵۸). یک مطالعه دیگر دریافت که ۵۶٪ تمام بیمارانی که برای اقدام به خودکشی بستری شده بودند، معیارهای DSM-II

^۱ - Yorkshire

^۲ - transient situation disorder

^۳ - indicator

^۴ - morbidity

^۵ - unspecified

و اصلاح اشکالات شناختی این گروه آسیب‌پذیر جامعه پرداخته شود، تا از آشفتگی‌های هیجانی یا رفتاری موجد اختلالات بالقوه خطرناک انطباقی پیش‌گیری به عمل آید. در این راستا تسهیلات ویژه مداخله در بحران، متشکل از روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی کاربرد ویژه‌ای خواهد داشت.

تشکر و قدردانی:

مؤلفین مراتب سپاسگزاری خود را از معاونت محترم پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به خاطر حمایت مالی؛ معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران و مسئولین بیمارستان زارع بعلت فراهم نمودن تسهیلات لازم، و سرکار خانم فاطمه خادمی به علت زحمات بسیاری که برای شناسایی و مصاحبه با بیماران انجام داده اند، ابراز می‌دارند.

بدحال بودند که نمی‌توانستند به سؤالات پاسخ دهند، برخی از بستگان و اطرافیان آنها هم از پاسخ به سؤالات طفره می‌رفتند و یا همکاری مناسبی در زمینه پژوهش نداشتند. علاوه بر این، ارزش مطالعات توصیفی محدود است. این‌گونه مطالعات فرضیه‌هایی برای انجام مطالعات تحلیلی فراهم می‌کنند. همبسته‌های خودسوزی باید در مقایسه با گروه‌های شاهدی که اقدام به خودکشی نکرده‌اند و یا اقدام به سایر انواع خودکشی کرده‌اند مشخص شود. به علاوه باید تفاوت بین همبسته‌های خودسوزی‌های موفق و ناموفق تعیین گردد.

نکته بعدی تشخیص‌های محور دوم روانپزشکی (اختلالات شخصیتی) است که جای آن در مطالعه حاضر خالی است. در هر صورت با توجه به یافته‌های این مطالعه باید به مشکلات محیطی نسل جوان بویژه خانم‌های جوان توجه ویژه‌ای شود و با فراهم کردن تسهیلات لازم برای مشاوره‌های روانشناختی به تقویت روشهای کنار آمدن، ساز و کارهای دفاعی

References: منابع

- 1- Prosser D. Suicides by burning in England and Wales. Br J of Psychiatry 1996; 168: 175-82.
- 2- Modan B, Nissenkorn I, Lewkowsky SR. Comparative epidemiologic aspects of suicide and attempted suicide in Israel. Am J Epidemiol 1970; 91: 393-9.
- 3- Ashton JR, Donnan S. Suicide by burning as an epidemic phenomenon: an Analysis of 82 death and inquests in England and Wales in 1978-9. Psychol Med 1981; 11:735-9.
- 4- Singh D, Ganeson D, Chattopadhyay PK. Pattern of suicides in Dehli: a study of the cases reported at the police morgue. Dehli Med Sci Law 1982; 22(3): 192-8.
- 5- Mobaruk AR, Mahmud Omar AN, Massoud K, et al. Suicide by burns a tragic end. Burns 1999; 25(4): 337-9.
- 6- Aburagheb S, Qaryoute S, El-Muhtaseb H. Morality of burn injuries in Jordan. Burns 1984; 10: 439-43.
- 7- Venkoba Rao A. Suicide in Asia and the Near East (Ed. LA Headley) California: University of California Press; 1983: 210-37.
- 8- Raleigh VS. Suicide patterns and trends in people of Indian subcontinent and Caribbean origin in England and Wales. Ethn Health 1996; 1(1): 55-63.
- 9- Gupta PK, Srivastava AK. Study of fatal burn cases in kanpur (India). Foren Sci Int 1988; 37(2): 81-9.
- ۱۰- حیدری پهلوان، احمد. وضعیت روانی-اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان، اندیشه و رفتار. ۱۳۷۶، سال سوم، شماره ۱، ص ۱۹-۳۱.
- ۱۱- یاسمی، محمدتقی. صانعی، نسرین. ملکپور، افشاررضا. هنرمند، علیرضا. میرشکاری، رضا. بررسی همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان، اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷، سال سوم، شماره ۴، ص ۱۵-۲۷.
- ۱۲- معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. خلاصه‌ای از مشکل خودکشی در استان ایلام-خلاصه برنامه پیشگیری از خودکشی، ۱۳۷۵، ص ۵.
- ۱۳- آفاقه، سوسن. آقاسنی، مرتضی. گزارش طرح تحقیقاتی بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ساری، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ۱۳۷۵، ص ۹.
- ۱۴- احمدی، امیرمسعود. گزارش طرح تحقیقاتی اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، ص ۱۷.
- ۱۵- ابریشمی، مریم. ملکپور، سودابه. بررسی موارد گزارش شده خودکشی در استان خراسان. اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷، سال چهارم، شماره ۳، ص ۷۹.
- 16- WHO/MNH/MND. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Division of Mental Health. Geneva; World Health Organization 1993; 1-39.
- 17- Anderson NC, Noyes R. Suicide Attempted by self-immolation. Am J Psychiatr 1975; 132: 554-6.
- 18- Scully JH, Hutcherson R. Suicide by burning. Am J Psychiatr 1983; 140: 905-6.
- 19- Suk JH, Chang HH, Yoen BK. Suicide by burning in Korea. Int J Social Psychiatr 1991; 37: 141-5
- 20- Kaplan HI, Sadock BJ. Psychiatric emergencies, In Synopsis of Psychiatry. Maryland: Williams and Wilkins 1998; 864-84.
- 21- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, et al. The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive

- value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch General Psychiatr* 1991; 48: 418-22.
- 22- Jacobson R, Jackson M, Berelowitz M. Self-incineration: a controlled comparison of inpatient suicide attempts, Clinical Features and History of self-harm. *Psychol Med* 1986; 16: 107-16.
- 23- Raleigh VS, Balarajan R. Suicide and self-burning among Indians and West Indians in England and Wales. *Br J Psychiatr* 1992; 161: 365-8.
- 24- Copeland AR. Suicidal fire deaths revisited. *Zeitschrift Fur Rechtsmedizin. J Legal Med* 1985; 95(1): 51-7.
- 25- Davidson TI, Brown LC. Self-inflicted Burns: a 5-year retrospective study. *Burns* 1985; 11(3): 157-60.
- 26- Leth P, Hart-Medden M. Suicide by self-incineration. *Am J Forensic Med Pathol* 1997; 18(2): 113-8.
- 27- Castellani G, Beghini D, Barison D, et al. Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. *Burns* 1995; 21(8): 607-9.
- 28- Sqyres V, Law EJ, Still JM. Self-inflicted Burns. *J Burn Care Rehabil* 1993; 14(4): 476-9.
- 29- Shkrum MJ, Johnston KA. Fire and suicide: a three-year study of self-immolation deaths. *J Forensic Sci* 1992; 37(1): 208-21.
- 30- Parks JG, Noguchi TT, Klatt EC. The epidemiology of fatal burn injuries. *J Forensic Sci* 1989; 34(2): 399-406.
- 31- Smith R. The state of the prisons: Deaths in prison. *Br Med J* 1984; 288: 208-12.
- 32- Wallace KL, Pegg SP. Self-inflicted burn injuries: an 11-year retrospective study. *J Burn Care Rehabil* 1999; 20(2): 191-4.
- 33- Erzurum VZ, Varcollotti J. Self-inflicted burn injuries. *J Burn Care Rehabil* 1999; 20(1 Pt 1): 22-4.
- 34- O,Donoghue JM, Panchal JL, O,Sullivan ST, et al. A study of suicide and attempted suicide by self-immolation in an Irish psychiatric population: an increasing problem. *Burns* 1998; 24(2): 144-6.
- 35- Anoshchenko ID, Smirnov SV. The Medico social status of the victims of burns as a consequence of a suicide attempt (cases of self-immolation). *Zh Neuropatol Psikhiatr Im S S korsakova*. 1995; 95(4): 72-4.
- 36- Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatr* 1974; 125: 355-73.
- 37- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, et al. Instruction manual for the structured clinical interview. New York, Biometrics Research Department, Psychiatric institute; 1989.
- 38- Wilson IC. Rapid approximate intelligence test. *Am J Psychiatry* 1967; 123(10): 1289-90.
- 39- The American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed revised (DSM-III-R). Washington, DC: The American Psychiatric Association; 1987.
- 40- Sonneborn CK, Vanstraelen PM. A retrospective study of self-inflicted burn. *General Hosp Psychiatr* 1992; 14: 404-7.
- 41- Roy A. Suicide. In: Kaplan HI, Sadock BJ, (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995: 1739-52.
- 42- Persley GV, Pagg SP. Burn injuries related to suicide. *Med J Australia* 1981; 1: 134.
- ۴۳- لاله، محمود. خود کشی به طریقه خود سوزی، اولین کنگره سالیانه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۳۷۱، ۱ لغایت ۳ اذر ماه ۱۳۷۱.
- 44- Sheth H, Dzielwski P, Settle JAD. Self-inflicted burns: a common way of suicide in the Asian population. A 10-year retrospective study. *Burns* 1994; 20(4): 334-5.
- ۴۵- حسن زاده، سید مهدی. موسوی، سیدغفور. پژوهشی درباره خودسوزی. خلاصه مقالات دومین کنگره سالیانه روانپزشکی و روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۳. ص ۴۹ و ۵۰.
- 46- Bhaduri R. Self-inflicted burns. *Burns* 1982; 8: 803.
- 47- Daniels SM, Fenley JD, Powers PS, et al. Self-inflicted burns: a ten-year retrospective study. *J Burn Care Rehabil* 1991; 12(2): 144-7.
- 48- Laubichler W, Kuhberger A, Sedlmeier P. Fire setting in attempted suicide. *Arch Kriminal* 1995; 195(1-2): 9-17.
- 49- Hadjiski O, Todorov P. Suicide by self-inflicted burns. *Burns* 1996; 22(5): 381-3.
- 50- Kamp PS, Dietrich AM, Ross RB. Substance abuse and attempts at Suicide by burning. *Am J Psychiatr* 1990; 147(6): 811.
- 51- Bonnar JW, McGee RK. Suicidal behavior as a form of communication in married couples. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 7(1): 7-16.
- 52- Gehlot PS, Nathawat SS. Suicide and family constellation in India. *Am J Psychother* 1983; 37: 273-8.
- 53- Haynes RH. Suicide in Fiji: a preliminary study. *Br J psychiatr* 1984; 145: 433-8.
- 54- Hutchinson G, Daisley H, Simeon D, et al. High rates of paraquat-induced suicide in southern Trinidad. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(2): 186-91.
- 55- Maniam T. Suicide and parasuicide in a hill resort in Malaysia. *Br J psychiatr* 1988; 153: 222-5.
- 56- Merrill J, Owens J. Ethnic differences in self-poisoning: a comparison of Asian and white groups. *Br J Psychiatr* 1986; 148: 708-12.
- 57- Spruijt E, De Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Adolescence* 1997; 32(128): 897-911.
- 58- De Leo D, Pellegrini C, Serraiotto L. Adjustment disorders and suicidality. *Psychoecological Report*. 1986; 59: 355-8.
- 59- Newcorn JH, Strain J. Adjustment Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Baltimore: Williams and Wilkins. 1995, 1418-24.
- 60- Strain JJ, Newcorn J, Wolf D, et al. Adjustment disorder. In: RE Hales, Stuart C, Yudofsky SC, et al (Eds). *Textbook of Psychiatry*. 2nd ed. Washington DC. American Psychiatric Press, Inc; 1994: 671-80.
- 61- Isometsa E, Heikkinen M, Heriksson, et al. Suicide in non-major depression. *J Affect Dis* 1996; 36: 117-27

- 62- Vlachos IO, Bournas N, Watson JP, et al. Deliberate self-harm referrals. *Eur J Psychiatr* 1994;8:25-8.
- 63- Strain JJ, Newcorn J, Fulop G, et al. Adjustment disorder, In: Hales RE, Youdofsky SC (Eds.) *Essentials of*

Clinical Psychiatry: Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999: 485-96.

۲۲

- ^۱ - دکترای وپروس شناسی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ^۲ - گواهی عالی بهداشت، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

Archive of SID