



## شیوع خودآزاری در مراجعان به پزشکی قانونی

دکتر سعدا... شمس الدینی\*، دکتر محمد حسین طاهری\*\*، دکتر حسن دادالهی ساراب\*\*\*

### چکیده

گرچه خودآزاری در مراجعان به پزشکی قانونی پدیده‌ای معمول است، ولی اقدام به خودآزاری گاهی مشکلات بی شماری را برای بیماران پدید می‌آورد و پزشکان را در زمینه تشخیص با مشکل روبرو می‌کند. به طور کلی از دو گونه خودآزاری: مرضی (ناشی از اختلال روانی ناخواسته) و تمارضی (برنامه ریزی شده و هدفمند) می‌توان نام برد. این بررسی نشان داد که از میان ۱۵۰۰ فرد مراجعه کننده به پزشکی قانونی، ۱/۷٪ بطور قطعی و ۴/۷٪ نفر بطور مشکوک به خودآزاری پوستی هدفمند اقدام کرده بودند. بیشترین شیوع خودآزاری در دهه سوم زندگی (۹/۶٪) و در میان افراد متأهل (۴/۹٪) دیده شد. خودآزاری در کسانی که تحصیلات متوسطه داشتند و در افراد بیکار بیشتر بوده است. جاهای آسیب دیده به ترتیب، سر و صورت ۳۶ مورد، اندام‌ها ۳۴ و تنه ۱۶ مورد بوده است. ابزار استفاده شده برای آسیب رساندن به پوست، بیشتر اجسام برنده و نوک تیز بوده است.

Andeesheb  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار

۶۲

### کلید واژه: خودآزاری پوستی، خودکشی، پزشکی قانونی

نتیجه معاینه و تشخیص خود را به مراجع قضایی اعلام نمایند و از سوی دیگر بایستی برخورد مناسبی با بیمار داشته و ضمن ابراز همدردی با آنها به شیوه‌ای با مسئله برخورد نمایند که بیماران افزون بر بهبودی آگاه گردند که پزشک به نیت و کردار ایشان پی برده است. این افراد معمولاً برای بدست آوردن سودی مادی اقدام به

خودآزاری در افرادی که به پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند، همواره یکی از مشکلات پزشکان می‌باشد. اگر چه تشخیص خودآزاری از دیگر آزاری خیلی مشکل نیست ولی ممکن است تشخیص آن از بیماریهای واقعی مشکل باشد.

پزشکانی که در مراکز پزشکی قانونی کار می‌کنند باید

\* متخصص بیماری‌های پوست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، خیابان جهاد، بیمارستان شماره یک، بخش بیماریهای پوست.  
\*\* پزشک قانونی، کرمان، خیابان کاظمی، چهارراه ارگ، پزشکی قانونی.  
\*\*\* پزشک عمومی، شبکه بهداشت و درمان سیرجان.

خودآزاری می‌نمایند و چنانچه به هدف مورد نظر خود نرسند، مأیوس و ناامید شده و ممکن است به کارهایی دست بزنند که آزارهای شدیدتر و حتی مرگ ناخواسته را در پی داشته باشد. بنابراین برخورد پزشک در این موارد باید بسیار دقیق و منطقی باشد.

گاهی پیگیری و بررسی این بیماران وقت و هزینه زیادی را می‌طلبد و در برخی موارد نیاز به نیروی تخصصی ویژه‌ای می‌باشد. از این رو اعلام نظر درست و مناسب درباره خودآزاری اهمیت ویژه‌ای دارد. شناسایی و تشخیص موارد مشکوک در هر زمینه از خودآزاری نیاز به طی دوره آموزشی - تخصصی ویژه‌ای دارد. در پژوهشی که فرادا نولی<sup>(۱)</sup> و اورمستد<sup>(۲)</sup> در سال ۱۹۹۶ در کشور سوئد انجام دادند، دریافتند که در بیماران خودآزاری که خودآزاری به مرگ آنان منجر شده بود اغلب علت روشنی یافت نشده است. از این رو نتیجه گرفته‌اند که پزشکان قانونی هم ممکن است برای رسیدن به تشخیص علت قطعی خودکشی که آگاهانه بوده یا تصادفی و ناخواسته و یا مرگ به دنبال اقدام به خودآزاری روی داده است با مشکلات زیادی روبرو باشند (وینکلمن<sup>(۳)</sup>، بارکر<sup>(۴)</sup>، ۱۹۸۵). بیماران خودآزار به افرادی گفته می‌شود که دچار بیماریهای واقعی نبوده ولی می‌کوشند با ایجاد زخمهای پوستی ساختگی و یا علائم ساختگی در سایر اندامها پزشک را فریب داده و از نظریه وی در راستای هدف خود سود برند (گاردنر<sup>(۵)</sup>، دیاموند<sup>(۶)</sup>، ۱۹۵۵؛ ساوین<sup>(۷)</sup>، کوتریل<sup>(۸)</sup>، ۱۹۹۰؛ موریس<sup>(۹)</sup>، ریورس<sup>(۱۰)</sup>، جونز<sup>(۱۱)</sup>، ۱۹۸۷). تشخیص خود زنی برای پزشک قانونی کارآزموده کار آسانی است. چون بیشتر بیماران در نخستین برخورد با پزشک ماهر و تیزبین، خود را ناگزیر از اعتراف به خودآزاری می‌بینند ولی در مواردی تشخیص مشکل‌تر بوده و پزشک باید برای رد دیگر تشخیص‌ها بیمار را تحت آزمایش‌های چندی قرار دهد (ساوین و همکاران، ۱۹۹۰؛ کوتریل، ۱۹۹۲). ویژگی آشکاری که در این

بیماران دیده می‌شود پیچیدگی سیر بیماری و روند غیر معمول آن است که بیمار با دستکاری و یا سهل انگاری عمدی در درمان، سیمایه بیماری را پیچیده‌تر می‌کند (پاتل<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۹۵؛ سندون<sup>(۱۳)</sup>، ۱۹۸۳). تلاش برای اقدام به خودآزاری در این افراد معمولاً هنگامی آغاز می‌شود که در نتیجه زد و خورد و درگیری، برخورد قانون را به زیان خود پیش بینی می‌کنند. ولی گاهی شخص زیر فشار روانی و یازمانی که در پی رسیدن به سودی مادی خارج از هنجارهای جامعه باشد اقدام به خودآزاری می‌نماید.

خودآزاری آگاهانه ممکن است بر هر یک از اندامها اعمال شود (لیل<sup>(۱۴)</sup>، ۱۹۷۹) که سندرم جادویی مونچاوزن<sup>(۱۵)</sup> یکی از نمونه‌های بارز و شناخته شده آن است (اوشه<sup>(۱۶)</sup>، ۱۹۸۴؛ اش<sup>(۱۷)</sup>، ۱۹۵۱). افراد مبتلا به این بیماری اغلب رفتارهای عجیب و غریبی از خود نشان می‌دهند. اگرچه خودآزاری‌ها دامنه گسترده و گوناگونی از اختلالها را در بر می‌گیرند ولی در این نوشتار تنها خودآزاری پوستی مراجعین به پزشکی قانونی بررسی شده است. معمولاً آسیبهای عمدی این بیماران با اقدام خود فرد ایجاد می‌شوند ولی ممکن است آسیب توسط مادر به بچه و یا توسط متولی به دیگر افراد دارای نارساییهای هوشی وارد شود (ساوین، کوتریل، ۱۹۹۰) چنانچه آسیب وارده شدید و انجام جراحی بزرگ نیاز باشد متخصصان پوست به آن نمی‌پردازند و کمتر با مواردی چون خود اخته کردن که معمولاً در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا گزارش

1-Ferrada - Noli	2-Ormstad
3-Winkelman	4-Barker
5-Gardner	6-Diamond
7-Savin	8-Cotterill
9-Maurice	10-Reverse
11-Jonse	12-Potell
13-Sneddon	14-Lyell
15-Munchausen Syndrome	
16-Oshea	17-Asher

شده روبرو می‌شوند (سیمسون<sup>(۱)</sup>، ۱۹۷۶). بیشتر مبتلایان به خود زنی با بریدگیهای سطحی پوست که در اندام و نواحی در دسترس قرار دارند به متخصصان پوست ارجاع می‌گردند (سیمسون، ۱۹۷۶). خودآزاری پوستی اشکال گوناگونی داشته و شامل زخمهای ساختگی پوست، تقلید بیماریهای پوستی، خراشیدگیهای پی در پی عصبی پوست، آکنه خارش دار، وسواس ناخن کنی<sup>(۲)</sup> و مو کنی<sup>(۳)</sup> می‌باشند. گاهی خودآزاری همراه با مصرف الکل یا مواد مخدر بوده و هر یک به دنبال دیگری رخ می‌دهد (رتنوف<sup>(۴)</sup>، ۱۹۸۰). علت بیشتر آسیب‌های پوستی هدف دار مبهم و ناشناخته‌اند و افتراق آنها از خراشها و آسیبهای پوستی ناشی از بیماریهای خارش دار همراه اختلالهای روانی دشوار است (ساوین، کوتریل، ۱۹۹۰). پیدایش آگزمای خود القایی<sup>(۵)</sup> توسط خود شخص ایجاد می‌شود و اگر بر بیماری دیگری افزوده شود بیماری نخستین می‌تواند نقش آغاز کننده داشته باشد. خود آزاری شدید در بیشتر موارد خطرناک می‌باشد بطوری که ساوین و همکاران (۱۹۹۰) در دو بررسی جداگانه دریافتند بیشتر بیمارانی که خودزنی و خودآزاری شدید داشته‌اند، این اقدام سبب مرگ آنان گردیده است.

## روش

این پژوهش به منظور بررسی شیوه‌های انجام خودآزاری پوستی در ۱۵۰۰ فرد مراجعه کننده به پزشکی قانونی کرمان در پاییز و زمستان سال ۱۳۷۶ انجام شده است. اطلاعات لازم به کمک پرسشنامه‌ای با بهره‌گیری از پرونده بیماران گردآوری گردید. نام و نام خانوادگی، سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل مراجعه کنندگان، علت مراجعه، ابزار ایجاد ضایعه، تاریخچه بیماری، محل ایجاد ضایعه و تشخیص نهایی، اطلاعات گنجائیده شده در پرسشنامه بوده است. برای اجرای پژوهش، نخست برای هر مراجعه کننده پرونده‌ای تکمیل

و سپس نوع و محل ضایعه، تشخیص عنوان شده توسط پزشک قانونی و نتیجه یادداشت می‌گردید. داده‌های گردآوری شده به کمک روشهای آماری توصیفی مورد تحلیل قرار گرفتند. از میان ۱۵۰۰ فرد مورد بررسی، ۷۱ نفر تشخیص خودآزاری داشته که ۴۹ نفر آنها مرد بودند (جدول ۱). بیشترین گروه سنی مراجعه کنندگان خودآزار در دهه سوم زندگی به سر می‌بردند (۴۴ نفر) و ۴۸ نفر نیز متأهل بودند.

۵۴ نفر از کل مراجعین به پزشکی قانونی دارای تحصیلات عالی بودند که هیچیک از آنان تشخیص خودآزاری نگرفته بودند. میزان تحصیلات ۶۰۵ نفر کمتر از دوره متوسطه بود که ۴۰ نفر از این افراد تشخیص خودآزاری داشته‌اند و بیشترین فراوانی خودآزاری نیز در همین گروه بوده است. خودآزاری در مردان دارای مشاغل آزاد، کارکنان دولتی، دانش آموز و بیکار و در گروه زنان، زنان خانه‌دار، دانش آموز و بیکار بیش از دیگر مشاغل بوده است. شمار دانش آموزان ۱۲۷ نفر بود که ۳ نفر از آنها (۲/۴٪) تشخیص خود آزاری داشتند. بیکاران ۹/۲۶٪ کل مراجعان را تشکیل می‌دادند (۱۳۹ نفر) که ۹ مورد (۶/۴٪) خودزنی در میان آنها دیده شد. همه افراد با تشخیص خودآزاری به علت درگیری و دعوا مراجعه کرده بودند. ابزار برنده بیش از سایر ابزارها (۴۱ مورد از ۷۱ مورد) برای وارد کردن آسیب به کار برده شده بود (جدول ۲). آسیب در ناحیه‌های سر و صورت، دستها و تنه یعنی ناحیه‌های در دسترس بیشتر بوده است (جدول ۲، شکل‌های ۱، ۲، ۳ و ۴).

1-Simson  
3-trichotillomania  
5-dermatitis artefacta

2-onychotillomania  
4-Ratnoff

جدول ۱- توزیع فراوانی کل آزمودنیهای پژوهش و بیماران خودآزار بر حسب جنس، سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیل و شغل

متغیرها	کل مراجعین	درصد مراجعین	مراجعین خودآزار	درصد ازکل مراجعین	درصد ازکل موارد خودآزار
<b>جنسیت</b>					
مرد	۱۰۶۱	۷۰/۷	۴۹	۴/۶	۶۹
زن	۴۳۹	۲۹/۳	۲۲	۵	۳۱
<b>وضعیت تأهل</b>					
متأهل	۹۷۹	۶۵/۳	۴۸	۴/۹	۶۷/۶
مجرد	۵۲۱	۳۴/۷	۲۳	۴/۴	۳۲/۴
<b>سن</b>					
کمتر از ۱۰ سال	۳۶	۲/۴	-	-	-
۱۱-۲۰	۲۷۳	۱۸/۲	۸	۲/۹	۱۱/۳
۲۱-۳۰	۴۵۸	۳۰/۵	۳۴	۹/۶	۶۲
۳۱-۴۰	۳۱۰	۲۰/۶	۱۲	۳/۸	۱۶/۹
۴۱-۵۰	۲۵۹	۱۷/۳	۷	۲/۷	۹/۸
۵۱-۷۰	۱۶۴	۱۱	-	-	-
<b>وضعیت تحصیل</b>					
ابتدایی	۸۴۱	۵۶/۱	۲۳	۵/۷	۳۲/۴
متوسطه	۶۰۵	۴۰/۳	۴۰	۶/۱	۵۶/۳
عالی	۵۴	۳/۶	-	-	-
<b>شغل</b>					
آزاد	۵۴۴	۳۶/۳	۳۰	۵/۵	۴۲/۲
کارمند	۳۵۸	۲۳/۸	۹	۲/۵	۱۲/۷
خانه دار	۳۳۲	۲۲/۱	۲۰	۶	۲۸/۲
دانش آموز	۱۲۷	۸/۵	۳	۲/۳	۴/۲
بیکار	۱۳۹	۹/۳	۹	۶/۴	۱۲/۷

### بحث دریافتها

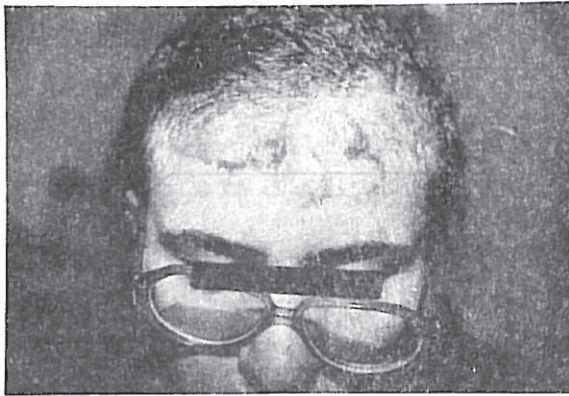
این بررسی شیوع خودآزاری هدفمند را در مراجعان به پزشکی قانونی ۱/۷٪ نشان داد. اما درباره ۴/۷۳٪ آنها نیز احتمال این تشخیص وجود داشت. گرچه فراوانی مردها در مراجعان به پزشکی قانونی بیش از زنان بود ولی این

تفاوت در افراد خودآزار معنی دار نبود. شاید مراجعه کمتر زنها را به سبب کمی درگیریهای اجتماعی و اقتصادی آنها در زندگی روزمره و یا مسایل فرهنگی دانست. از سوی دیگر بسیاری از خانوادهها روا نمی‌دارند که زن یا دختر

جدول ۲ - توزیع فراوانی بیماران خودآزار بر حسب ابزار  
به کار برده شده برای خودآزاری و جای آسیب

درصد	فراوانی	متغیرهای مورد بررسی
<b>ابزار خودآزاری</b>		
۲۵/۴	۱۸	سخت
۵۷/۷	۴۱	برنده
۱۵/۵	۱۱	هر دو وسیله
۱/۴۰	۱	نامشخص
<b>جای آسیب*</b>		
۵۰/۷۰	۳۶	سر و صورت
۲۲/۵۳	۱۶	تنه
۴۷/۸۰	۳۴	اندام

\* در برخی از آزمودنیهای بیش از یک نقطه از بدنشان آسیب دیده بود.



شکل ۳- کندن موها

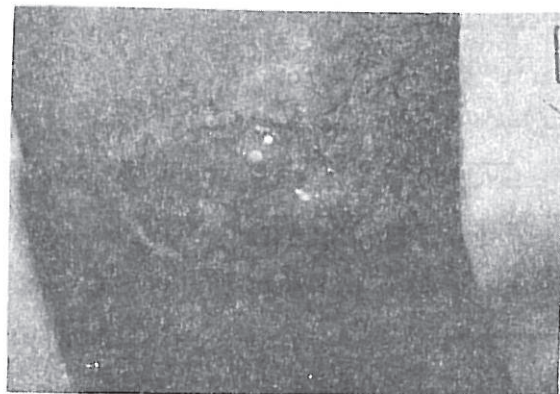


شکل ۴- کندن پوست صورت

آنها برای حل مشکل خود به پزشکی قانونی فرستاده شود. این بررسی تفاوت در شیوع خودآزاری در زن و مرد را معنی دار نشان نداد. بررسیهای انجام شده توسط فابیش<sup>(۱)</sup> شیوع بیشتر خودآزاری هدفمند را در زنان نشان می دهد (سندون و سندون، ۱۹۷۵). شاید استقلال بیشتر زنان و حضور بیشتر آنان در اجتماع را بتوان دلیل مراجعه بیشتر آنها به پزشکی قانونی دانست و یا دست کم برابر بودن اهمیت مراجعه زن و مرد را به این سازمان در جوامع غربی نسبت داد. بزرگسالان در جوانی بیشتر خودآزاری می کنند تا در سنین کودکی و پیری. داشتن اطلاعات کم و ناکافی از مسائل پزشکی و تحصیلات متوسطه عوامل مؤثری در افزایش شیوع به خودآزاری شناخته شده اند. در بررسی



شکل ۱- خودآزاری با ناخن (کندن پوست)



شکل ۲- دستکاری زخم برای جلوگیری از ترمیم آن

## سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاریهای ارزشمند آقای دکتر برخوردار  
رئیس مرکز پزشکی قانونی استان کرمان و همکاری سرکار  
خانم دکتر ژیلا غفوری در زمینه انجام مشاوره و اعلام نظر  
کارشناسی قدردانی می‌شود.

## منابع

- Asher, L. (1950). *Munchausen's Syndrome*. Lancet.
- Brenner, S., & Bar, N. E. (1986). Pemphigus vulgaris triggered by emotional stress. *American Academic of Dermatology*, 14, 305-311.
- Cotteril, J. A. (1992). Self stigmatisation, artefacta dermatitis. *British Journal of Hospital Medicine*, 47, 115-9.
- Fabisch, W. (1980). Psychiatric aspect of dermatitis artefacta. *British Journal of Dermatology*, 102, 29-34.
- Ferrada Noli, M., & Ormstad, K. (1996). Pathoanatomic finding in blood alcohol analysis at autopsy in a forensic diagnosis of undetermined suicide. *Journal of Forensic Sciences International*, 78, 157-163.
- Gardner, F. H., & Diamond, L. K. (1955). Autoerythrocyte sensitization: a form of purpura producing painful bruising following autosensitization to red blood cell in certain woman. *Blood*, 10, 675-690.
- Savin, J. A., & Cotterill, G. A. (1990). Psychocutaneous disorder. In D. S. Wilkinson (Ed.) *Textbook of dermatology*. Arthur Rook.
- Lyell, A. (1979). Cutaneous artefactual disease. *Journal of American Academic of Dermatology*, 1, 391-407.
- Maurice, P., Reverse, J. K., Jones, C. et al. (1982). Dermatitis artefacta with artefacta of the patch test. *Clinical and Experimental of Dermatology*, 12, 204-

حاضر نیز سطح تحصیلات بیشتر افراد مورد بررسی در سطح متوسط بوده است. درون‌گرایی، خود محوری و کمبودهای عاطفی در کسانی که علائق محدودی در گذشته داشته‌اند از دیگر عوامل مؤثر در بروز خودآزاری به شمار آمده‌اند.

این بررسی نشان داد که بیشترین افراد مبتلا به خودآزاری در دهه سوم زندگی و یا سالهای نزدیک به بلوغ بوده‌اند. بررسیهای پیشین نشان داده‌اند که ابزار نوک تیز و برنده بیش از دیگر ابزار برای خودآزاری به کار گرفته شده‌اند که همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است. بیشتر بیماران کاربرد هرگونه ابزار برنده را منکر می‌شدند. آسیب‌های پوستی بیشتر به صورت خراشهای عمیق بود که به وسیله ناخن ایجاد شده و یا خراشهای سطحی که به وسیله آلت تیزی مانند چاقو، پیچ گوشتی یا یک قطعه شیشه ایجاد شده بودند. شمار اندکی از مراجعه‌کنندگان با گذاشتن آتش سیگار و یا با بستن نوار و یا باندهای لاستیکی خودآزاری نموده بودند.

بسیاری از بیماران نمی‌پذیرند که خودشان ضایعات را ایجاد کرده‌اند و گاهی وانمود می‌کنند که این مشکل به نظر خود آنها هم شگفت آور است و گاهی نیز خود را خونسرد و ناآگاه از این امر نشان می‌دهند (ساوین، کوتریل، ۱۹۹۰). این شیوه برخورد برای پزشک در هنگام معاینه نیز گاهی مشکل‌آفرین می‌شود که تشخیص چیست آیا این آسیبها در هنگام بی‌هوشی رخ داده و یا به عمد و هدفمند ایجاد شده است. معمولاً در این موارد بیماران وانمود می‌کنند که هیچ نکته کمک‌کننده‌ای را به خاطر نمی‌آورند (ساوین، کوتریل، ۱۹۹۰).

شایع‌ترین محل ایجاد ضایعه در بیماران مورد بررسی عبارت از سر و صورت (۳۶ مورد) و تنه (۱۶ مورد) بوده است.

- Oshea, S. (1995). The truth about Munchausen. *Irish Medical Journal*, 77, 216-217.
- Patel, F. (1995). Artefacta in forensic medicine. *Journal of Forensic Sciences*, 40, 706-707.
- Ratnoff, O. D. (1980). The Psychogenic purpura: A review of autoerythrocyte sensitization autosensitization to DNA, hysterical and factitious bleeding and the religious stigmata. *Semin Dermatology*, 17, 192-213.
- Simson, M. A. (1976). Self mutilation. *British Journal of Hospital Medicine*, 16, 430-443.
- Sneddon, I. B. (1983). Simulated disease: problem in diagnosis and management. *Royal College Physician London*, 17, 199-205.
- Winkelman, R. K., & Barker, S. M. (1985). Factitial traumatic panniculitis. *Journal American Academic of Dermatology*, 13, 988-994.

## مفاهیم روانپزشکی جابجایی: برداشتی از روانشناسی مکان

این نوشتار بر پایه نوشته‌ها و کتابهای علوم جغرافیایی، روانشناسی، روانپزشکی، و انسان‌شناسی نوشته شده است. روانشناسی مکان به پیوندهای میان افراد و محیطهای آشنا پرداخته، محیط دل‌پسند را برای زندگی آدمی با سه مکانیسم روانشناختی پیوند می‌دهد: ۱) دلبستگی (attachment): دلبستگی به مکان، همانند دلبستگی به انسانها، عبارت از پیوندی دو سویه و پرستارانه است بین فرد و مکانی که در آن زندگی می‌کند. در مهاجرت اختلال در دلبستگی باعث درد جدایی (nostalgia) می‌شود. ۲) آشنایی (Familiarity): فرایندی است که در آن فرد آگاهی شناختی دقیقی از مکانی که در آن زندگی می‌کند بدست می‌آورد، در مهاجرت اختلال در آشنایی، باعث سردرگمی نسبت به مکان (disorientation) می‌شود. ۳) هویت مکانی (Place identity): عبارت از درکی از خویشتن بر مبنای محیطی است که فرد در آن زندگی می‌کند. در مهاجرت اختلال در آن باعث بیگانگی می‌شود. امروزه میلیونها نفر در اثر جنگ و بلاهای طبیعی از محل زندگی خود رانده شده‌اند. حفاظت از این افراد یکی از مسائل اساسی در بهداشت روانی جامعه است.

American Journal of Psychiatry, 1996.