

بررسی فراوانی سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی در بیمارستان روزبه شهر تهران از تیرماه ۱۳۸۷ تا تیرماه ۱۳۸۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۸/۷؛ تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۷

چکیده

رویا فاتحی^{۱*}، مهدی صابری^۲، حسن توفیقی زواره^۳ و حمید بنی فاطمی^۴

^۱ متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، بیمارستان صارم، تهران، ایران
^۲ متخصص روانپزشکی، عضو هیات علمی سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران
^۳ متخصص پزشکی قانونی، استاد گروه پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ داروساز و مسئول فنی داروخانه بیمارستان نفت، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، بیمارستان صارم، تهران، ایران

۰۹۱۲-۵۵۲۷۹۶۳
E-mail: Fatehi_roya@yahoo.com

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه، بررسی فراوانی سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی در بیمارستان روزبه شهر تهران از تیرماه ۱۳۸۷ تا تیرماه ۱۳۸۸ است.

ضرورت انجام طرح: با توجه به اینکه مطالعاتی در مورد شیوع بالای خودزنی و سوء مصرف مواد در بیماران اختلال شخصیت مرزی وجود دارد و نیز مطالعاتی هم وجود دارد که ارتباط معنی دار بین فراوانی سوء مصرف مواد و خودزنی را در این بیماران مطرح کرده‌اند (البته با در نظر گرفتن این موضوع که خودزنی یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی است) ما را بر آن داشت که این موارد را در یک دوره زمانی یک ساله در تحقیقی آینده‌نگر در یک بیمارستان ریفرال روان‌پزشکی در شهر تهران به تفکیک مواد مورد سوء مصرف مورد بررسی قرار دهیم که خوشبختانه غیر از جنسیت، بقیه پارامترهای ما با سایر مطالعات مذکور تقریباً همخوانی داشت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی، بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به بیمارستان روزبه، انجام شد. بیمارانی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی در آنها بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و مصاحبه روان‌پزشکی قطعی شد، وارد مطالعه شدند. به همه این افراد پرسشنامه طراحی شده‌ای شامل رفتارهای خودآزایی و مصرف داروهای مختلف و سوء مصرف مواد مخدر داده شد. اطلاعات جمع‌آوری گردید، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری و نرم افزار SPSS 16.00 استفاده شد.

یافته‌ها: از مجموع ۷۰ بیمار، ۳۵/۷٪ زن و ۶۴/۳٪ مرد بودند. میزان خودزنی در مردها (۵۸/۶٪) بالاتر بود. از مجموع ۷۰ نفر ۵۴ نفر (۷۷/۱٪) سابقه خودزنی و سوء مصرف مواد داشتند و ۶ نفر (۸/۶٪) سابقه خودزنی و سوء مصرف مواد را نداشتند. در آنالیز آماری انجام شده، بین بیماران با و بدون سابقه خودزنی از نظر سوء مصرف مواد تفاوت معناداری وجود داشت به طوری که فراوانی سوء مصرف مواد در بیماران با سابقه خودزنی بیش تر از بیماران بدون سابقه خودزنی بود. همچنین ارتباط معکوسی بین سطح تحصیلات و میزان خودزنی بیماران وجود داشت. به علاوه، ۶۶/۷٪ این بیماران بعد از خودزنی نیاز به اقدامات پزشکی پیدا کرده بودند. ۵۷/۱٪ (۵۷/۱٪) بیماران با سابقه خودزنی، سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی داشتند اما ارتباط معناداری بین مصرف این داروها و سوء مصرف مواد و خودزنی وجود نداشت. شایع‌ترین مواد مصرف شده به ترتیب الکل (۶۲/۹٪)، حشیش (۵۷/۱٪)، ترامادول (۴۱/۴٪)، کرک (۲۴۳/۳٪) و اکستازی (۲۲/۹٪) بود. بیمارانی که سابقه خودزنی داشتند، سوء مصرف مواد بیش تری داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه و سایر مطالعات مشابه، فراوانی بالای سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی را نشان می‌دهد. از این رو، توجه به مسأله سوء مصرف مواد در این بیماران و لزوم آموزش و برنامه‌ریزی در این زمینه، ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: خودزنی، اختلال شخصیت مرزی، سوء مصرف مواد

مقدمه

ضرورت انجام طرح

باتوجه به اینکه مطالعاتی درمورد شیوع بالای خودزنی و سوء مصرف مواد در بیماران اختلال شخصیت مرزی وجود دارد^{۳۳} و نیز مطالعاتی هم وجود دارد که ارتباط معنادار بین فراوانی سوء مصرف مواد و خودزنی را در این بیماران مطرح کرده‌اند^{۳۴} (البته بادر نظر گرفتن این موضوع که خودزنی یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی است) ما را برآن داشت که این موارد را در یک دوره زمانی یک‌ساله در تحقیقی آینده‌نگر در یک بیمارستان ریفرال روان‌پزشکی در شهر تهران به تفکیک مواد مورد سوء مصرف مورد بررسی قرار دهیم که خوشبختانه غیر از جنسیت، بقیه پارامترهای ما با سایر مطالعات مذکور تقریباً همخوانی داشت.

سوء مصرف مواد تعریف گسترده‌ای داشته و به مصرف ماده سایکو اکتیوی گفته می‌شود که به منظوری غیر از اثر درمانی و دارویی مصرف می‌شود. بعضی از مواد مخدری که امروزه به طور رایج مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از الکل، آمفتامین، باریتورات‌ها، بنزودیازپین‌ها، کوکائین و آکالوئیدهای اپیومی. مصرف این مواد، باعث آسیب‌های فیزیکی، اجتماعی و روانی می‌شود. (۱) طبق تخمین سازمان ملل، امروزه بیش از ۵۰ میلیون مصرف کننده هروین، کوکائین و دیگر مواد مخدر مصنوعی در دنیا وجود دارد. (۲) بر طبق راهنماهای تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا و DSM IV، سوء مصرف مواد به عنوان تشخیص پزشکی محسوب نمی‌شود. مصرف مواد مخدر علایم و نشانه‌های متفاوتی دارد که می‌تواند سلامت فرد را به خطر بیندازد. بعضی از این مشکلات عبارتند از مشکلات اجتماعی، بیماری‌زایی، آسیب‌ها، رابطه جنسی پرخطر، خشونت، مرگ، تصادف با وسیله نقلیه، خودکشی، کشتن دیگران، مرگ و میر و وابستگی جسمی یا روانی به مواد مخدر.^{۳۳}

خودکشی در مصرف کنندگان مواد مخدر آمار بالایی دارد. به نظر می‌رسد دلیل این مساله این است که مصرف طولانی مدت مواد مخدر باعث دگرگونی ساختار فیزیولوژیک و تغییر ساختار شیمیایی مغز می‌شود و از سوی دیگر باعث انزوای اجتماعی فرد می‌گردد.^{۳۵} اختلال شخصیت مرزی، نوعی اختلال شخصیت بوده که با

تغییرات طولانی مدت عملکرد شخصی فرد بعد از سن ۱۸ سالگی شناخته می‌شود به طوری که می‌تواند همراه با تغییرات خلق باشد. در مواردی که درمان انجام نشده، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق نیز دیده می‌شود.^{۳۷}

یکی از مشکلات این افراد و خانواده‌های آن‌ها این است که اغلب اطلاعات درستی در این زمینه ندارند و تشخیص‌های مختلف به آن‌ها گفته می‌شود و تحت درمان‌های مختلف قرار می‌گیرند.^۸ درمان اصلی، روان درمانی است اگرچه درمان دارویی نیز می‌تواند در برطرف کردن علایم کمک کننده باشد. اگرچه این اختلال در کودکان و نوجوانان نیز دیده می‌شود، روانپزشک‌ها این تشخیص را فقط برای افراد بالای ۱۸ سال می‌گذارند.^۹

اختلال شخصیت مرزی در معیار تشخیصی DSM IV جزء کلاستر B در محور دو طبقه‌بندی می‌شود و به صورت ناپایداری در روابط بین فردی، تصویر از خود و هیجان‌ات تعریف می‌شود.^{۱۰} اغلب اختلال شخصیت مرزی و اختلال خلق باهم دیده می‌شوند. بعضی از علایم اختلال شخصیت مرزی با علایم اختلال خلق همپوشانی دارد که باعث می‌شود تشخیص مشکل‌تر شود.^{۱۱} شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه از یک تا دو درصد متفاوت است. این تشخیص در زنان جوان بیش‌تر از مردها رایج است و براساس DSM IV این نسبت سه به یک است.^{۱۲} مانند سایر اختلالات روانی، این اختلال نیز اتیولوژی پیچیده‌ای دارد. تحقیقات نشان می‌دهد بیش‌تر این افراد سابقه آسیب در دوران کودکی دارند. محققان ترکیبی از عوامل ژنتیکی، فاکتورهای نوروبیولوژیک، عوامل محیطی و اختلالات مغزی را در این اختلال دخیل می‌دانند.^{۱۳}

خودزنی یا آسیب به خود به صورت آسیب عمدی و مستقیم به بدن توسط خود فرد تعریف می‌شود در صورتی که قصد خودکشی نداشته باشد. شایع‌ترین شکل خودزنی بریدن پوست است اما خودزنی طیف وسیعی از آسیب‌ها مانند سوزاندن، خراش دادن، شلیک گلوله، کتک زدن اندام‌ها، آسیب به زخم در حال بهبود، کندن موها (تریکوتیلومانیا) و تزریق مواد سمی به بدن است. رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد و اختلالات خوردن معمولاً به عنوان خودزنی یا آسیب به خود حساب نمی‌شوند چون آسیب به بافت، عارضه جانبی ناخواسته این رفتارها است.^{۱۴} اگرچه خودکشی با

مانند مهارت پایین در حل مسائل و اعتماد به نفس کم نیز عامل خطر هستند.^{۲۲} امروزه مورد سوء استفاده قرار گرفتن در دوران کودکی نیز یکی از عوامل خطر خودزنی شناخته شده است. به علاوه، بعضی اختلالات رشد مانند اوتیسم نیز زمینه‌ساز خودزنی هستند.^{۲۳} عوامل ژنتیکی که زمینه‌ساز سایر اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی هستند نیز عامل خطری برای خودزنی هستند. با این وجود، ارتباط بین ژنتیک و خودزنی افراد سالم مشخص نشده است.^{۲۴} الکل یکی از مهم‌ترین عوامل خطر خودزنی است. در مطالعه‌ای که برای بررسی موارد خودزنی مراجعه کننده به مراکز اورژانس ایرلند شمالی انجام شده، مصرف الکل در ۶۳/۸ درصد مراجعه کنندگان دیده شده و به عنوان عامل خطر مهمی برای خودزنی معرفی شده است.^{۲۵} در بسیاری از افراد خودزنی روشی برای جلب توجه دیگران و درخواست کمک به طریقی غیرمستقیم است. با این وجود افرادی که به مدت طولانی و به‌طور تکرار شونده خودزنی می‌کنند، معمولاً توجه دیگران را نمی‌خواهند و محل‌های آسیب را پنهان می‌کنند. بسیاری از افرادی که خودزنی می‌کنند بیان می‌کنند خودزنی به آن‌ها کمک می‌کند از احساسات ناخوشایند دور شوند. این افراد اعتقاد دارند تحمل درد جسمی باعث فراموش شدن درد روانی می‌شود.^{۲۶} امروزه تشخیص و درمان علت‌های خودزنی بهترین رویکرد به درمان خودزنی شناخته می‌شود. اما در بسیاری از بیماران با اختلال شخصیت، این روش چندان مؤثر نیست و از این رو بسیاری از پزشکان از روش درمان‌های رفتاری دیالکتیکال برای کاهش خودزنی استفاده می‌کنند.^{۲۷} یکی از روش‌های موفقیت آمیز درمان خودزنی، آموزش رفتارهای جایگزینی است که فرد می‌تواند به جای خودزنی آن‌ها را انجام دهد. در این روش، وقتی فرد نیاز به خودزنی پیدا می‌کند خود را با کارهای دیگری مانند ورق زدن مجله، ورزش کردن و... مشغول می‌کند. دور کردن وسایلی که فرد به طور معمول با آن‌ها به خود آسیب می‌رساند نیز مفید است.^{۲۸} امکان تماس با پزشک و روان‌شناس در زمانی که فرد نیاز به خودزنی پیدا می‌کند نیز به عنوان پیشگیری شناخته شده است.^{۲۹} براساس مطالعات مختلف، میزان خودزنی در بین دخترها، چهار برابر پسرها است. این اختلاف لزوم توجه بیشتر به خودزنی در دخترها را یادآوری می‌کند. باید در نظر داشت پسرها راهکارهای بیش‌تری برای پنهان کردن موارد

خودزنی فرق دارد اما ارتباط بین خودزنی و خودکشی پیچیده است به طوری که بعضی از خودزنی‌ها می‌تواند تهدیدکننده حیات فرد باشد. همچنین ریسک خودکشی در کسانی که سابقه خودزنی دارند بالاتر است به طوری که گزارش شده در ۴۰-۶۰ درصد موارد خودکشی، سابقه خودزنی وجود دارد. با این وجود، تعمیم دادن خودزنی به موارد خودکشی در اغلب موارد کار درستی نیست.^{۱۷} میزان بروز و شیوع خودزنی نامشخص است. علت این مسأله کمبود مراکز تحقیقاتی است که در این زمینه در نقاط مختلف دنیا تحقیق می‌کنند. با این وجود، تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد بیش‌تر موارد خودزنی توسط گروه درمانی دیده نمی‌شود چون بسیاری از موارد خودزنی در خفا و پنهانی انجام می‌شود و اکثر آسیب‌ها سطحی بوده و توسط خود فرد درمان می‌شوند.^{۳۰} خودزنی در معیار تشخیصی (DSM-IV-TR) به عنوان یکی از علایم اختلال شخصیت مرزی شناخته می‌شود. با این وجود خودزنی در بیماران با سایر تشخیص‌ها نیز مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلال روانی بعد از تروما، اسکیزوفرنیا و بسیاری از اختلال شخصیت‌ها دیده می‌شود.^{۱۸} خودزنی حتی در افرادی که کارکرد بالایی دارند و تشخیص بیماری روانی نیز ندارند، دیده می‌شود. مکانیسم خودزنی، رها شدن موقتی از احساس ناخوشایندی است که فرد در آن لحظه دارد مانند اضطراب، افسردگی، استرس و تنفر از خود. خودزنی اغلب با سابقه تروما و سوء استفاده مانند سوء استفاده جنسی، سوء استفاده احساسی، وابستگی به مواد، اختلال خوردن و مشخصات روانی فرد مانند اعتماد به نفس پایین یا ایده‌آل‌گرایی همراه است.^{۱۹} خودزنی بیش‌تر در نوجوانان و بالغین جوان دیده می‌شود. اولین تظاهر خودزنی معمولاً بین ۱۴ تا ۲۴ سالگی دیده می‌شود اما خودزنی در هر سنی ممکن است دیده شود. خطر آسیب‌های جدی و خودکشی در افرادی که در سن بالا خودزنی می‌کنند، بیش‌تر است.^{۳۰} خودزنی اغلب به عنوان علامتی از یک اختلال روانی در نظر گرفته می‌شود.^{۲۱} اگرچه افرادی هستند که خودزنی می‌کنند و بیماری روانی شناخته شده‌ای ندارند، احتمال خودزنی در افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بیش‌تر است. این اختلالات، طیف گسترده‌ای از افسردگی تا فوبیا دارند. سوء مصرف مواد نیز یک عامل خطر برای خودزنی محسوب می‌شود. همچنین بعضی خصوصیات شخصیتی

تحقیقات پر می‌شود و بیماران قبل از پر کردن پرسشنامه توجیه شدند. برای اطمینان از اینکه پرسشنامه‌ها به دقت تکمیل شده‌اند، چهار سؤال مشابه که به نحو متفاوتی مطرح شده بود در پرسشنامه گنجانده شد. هدف این پرسشنامه بررسی این مسأله بود که آیا مصرف مواد یا دارو در چند روز اخیر (حتی داروهای روان‌پزشکی با دوز بالا) می‌تواند شدت و دفعات رفتارهای خودزنی را در بیماران اختلال شخصیت مرزی افزایش دهد یا خیر؟ ملاک برای شدت رفتار خودزنی نیاز به اقدامات درمانی پزشکی است که در صورت نیاز به اقدامات درمانی پزشکی و درمانی، خودزنی شدید در نظر گرفته می‌شود. بررسی دفعات خودزنی از طریق گزینه‌های مجزا صورت گرفت. پرسشنامه کتبی ۱۳ بخش داشت. شامل خصوصیات فردی، سؤال در مورد خودزنی و محل‌ها و سن شروع و زمان آخرین خودزنی و نیز بخشی در مورد سوء مصرف مواد مخدر به تفکیک نوع ماده و آخرین زمان مصرف و موارد درباره نوع آلت به کار رفته در خودزنی به تفکیک. همچنین سؤال در مورد شدت خودزنی و اینکه آیا نیاز به اقدام درمانی پیدا کرده یا نه؟ بخشی نیز در مورد مصرف یا عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در مقدار تجویز شده یا بیش‌تر هم در نظر گرفته شد. این پرسشنامه در مرحله پایلوت، استاندارد شده و Reliability و Validity آن چک شد. برای انجام پایلوت، در یک دوره یک ماهه، پرسشنامه، برای تمام بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان روزبه که اختلال شخصیت مرزی آنها توسط روانپزشک تأیید می‌شد، پر شد و Validity و Reliability آن با توجه به محدودیت زمانی و تعداد بررسی شد که نشان می‌داد می‌توان این تحقیق را در آن مکان انجام داد. این پرسشنامه در بیمارستان روزبه به بیماران اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده که توسط روانپزشک تشخیص داده شدند داده شد که توسط خود فرد یا همراهش و یا در صورت نیاز توسط روانشناس تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری (آزمون کای دو و کای دو با تصحیح یتس و تحلیل واریانس دوراهه) و نرم‌افزار SPSS 16.00 استفاده شد.

یافته‌ها

ابتدا شاخص‌های آماری مربوط به توصیف داده‌ها شامل نمرات

خودزنی دارند و بیش‌تر از دخترها آسیب‌های وارده را توجیه کرده و آن‌ها را به اتفاق‌های دیگر ربط می‌دهند. در نتیجه امروزه بحث‌های بسیاری وجود دارد که آیا بین میزان خودزنی در دخترها و پسرها اختلافی وجود دارد و یا اختلاف موجود به دلیل خطای آماری در جمع‌آوری اطلاعات است.^{۳۰} طبق آمار مرکز جمع‌آوری اطلاعات خودکشی که در سال ۱۹۸۹ در سازمان بهداشت جهانی پایه‌گذاری شده، در همه گروه‌های سنی، میزان خودزنی دخترها بیش‌تر از پسرها است. آمار خودزنی در جوامعی که اختلالات روانی بالاتر دارند بیش‌تر است. این مسأله نشان می‌دهد عوامل روانی-اجتماعی در خودزنی، بیش‌تر از جنیست تأثیر دارد.^{۳۱}

مواد و روش‌ها

با توجه به تجربه بالینی اساتید و مدارک موجود در بیمارستان، میزان شیوع مصرف مواد در گروه Borderline ۷۰ درصد و در گروهی که خودزنی می‌کنند، ۳۰ درصد در نظر گرفته شد، این اعداد جهت بررسی حجم نمونه در فرمول N قرار گرفت و عدد ۳۳ برای حجم نمونه به‌دست آمد اما در بررسی یک ساله ما توانستیم پرسشنامه را برای ۷۰ نفر پر کنیم که بیش از ۲ برابر حجم نمونه محاسبه شده بود. این مطالعه مقطعی بر روی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی در بیمارستان روزبه شهر تهران از تیرماه ۱۳۸۷ تا تیرماه ۱۳۸۸ انجام شد. شرط ورود افراد در این پژوهش، براساس ملاک‌های تشخیصی ذکر شده و مصاحبه روان‌پزشک قطعی شد. افراد دارای بعضی ملاک‌های تشخیصی شخصیت مرزی که فاقد حداقل ملاک‌های لازم برای تشخیص بودند از مطالعه حذف شدند. افراد دارای اختلالات همراه از جمله افسردگی، سایکوز یا هر نوع اختلال عمده روانی دیگر از مطالعه حذف شدند. در این پژوهش به همه افرادی که اختلال شخصیت مرزی داشته و این تشخیص توسط روانپزشک تأیید شد، پرسشنامه‌ای داده شد. در این پرسشنامه، رفتارهای خودآزایی و مصرف داروهای مختلف و سوء مصرف مواد مخدر بررسی شد. برای جلب اعتماد افراد، پرسشنامه بدون درج نام و نام خانوادگی تکمیل شد و هدف از مطالعه نیز توسط روان‌شناس توضیح داده شد. در بالای پرسشنامه نیز درج شد این پرسشنامه فقط برای

با توجه به اینکه کای دو محاسبه شده ($X^2 = 7/34, P = 0/007$) معنادار است بنابراین بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی از نظر سوء مصرف مواد تفاوت وجود دارد (جدول ۱).

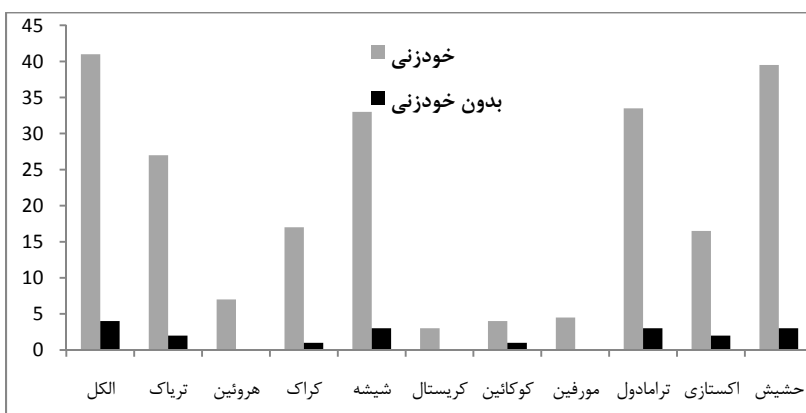
پرسشنامه محقق ساخته در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی ارائه شده است، سپس در بخش تحلیل داده‌ها، فرضیه‌های پژوهش با آزمون‌های آماری کای دو و کای دو با تصحیح یتس و آزمون تحلیل واریانس دوره‌ها برای سن بیماران، بررسی شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون کای دو برای سوء مصرف دو گروه بیماران

سابقه خودزنی	مصرف مواد		عدم مصرف مواد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
با خودزنی	۵۳	۷۶/۸	۶	۸/۷
بدون خودزنی	۲۰	۲۹	۴	۵/۸
کای دو = ۷/۳۴	درجه آزادی = ۱		سطح معنادار = ۰/۰۰۷	



نمودار ۱. فراوانی بیماران بر حسب سابقه خودزنی و سوء مصرف مواد



نمودار ۲. فراوانی مصرف مواد در دو گروه بیماران

بحث

در این مطالعه مقطعی، فراوانی سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی در بیمارستان روزبه شهر تهران از تیرماه ۱۳۸۷ تا تیرماه ۱۳۸۸ بررسی شد.

از مجموع ۷۰ بیمار بررسی شده، ۲۵ نفر (۳۵/۷٪) زن و ۴۵ نفر (۶۴/۳٪) مرد بودند. در این مطالعه میزان خودزنی در مردها، بیش‌تر از زن‌ها بود (به ترتیب ۵۸/۶٪ و ۲۷/۱٪). در بیش‌تر مطالعاتی که تاکنون در مورد خودزنی در بیماران Borderline انجام شده است، شیوع خودزنی در زن‌ها بیش‌تر بوده است.^{۳۳}

در این مطالعه از مجموع ۷۰ نفر ۵۹ نفر (۸۴/۳٪) مصرف مواد داشته و ۱۱ نفر (۱۵/۷٪) مصرف مواد نداشتند همچنین ۶۰ نفر (۸۵/۷٪) سابقه خودزنی داشته و ۱۰ نفر (۱۴/۳٪) سابقه خودزنی نداشتند. در این مطالعه از مجموع ۷۰ نفر، کلاً ۱۵ نفر (۲۱/۴٪) زن و ۴۴ نفر (۶۲/۸٪) مرد بودند. همچنین ۵۴ نفر (۷۷/۱٪) سابقه خودزنی و سوء مصرف مواد داشتند و ۶ نفر (۸/۶٪) سابقه خودزنی و سوء مصرف مواد نداشتند. در آنالیز آماری (آزمون کای دو) انجام شده، بین بیماران با و بدون سابقه خودزنی از نظر سوء مصرف مواد تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/007$) به طوری که فراوانی سوء مصرف مواد در بیماران با سابقه خودزنی بیش‌تر از بیماران بدون سابقه خودزنی بود. نتایج مطالعه‌ای دیگر در این زمینه نیز مانند نتایج این مطالعه بوده و در آن نیز ارتباط معنادار بین فراوانی سوء مصرف مواد در بیماران با سابقه خودزنی تأیید شده است و در آن مطالعه نیز به مطالعاتی با همین نتایج اشاره شده بود.^{۳۴}

در مطالعه مشابهی که بر روی ۲۹۰ بیمار اختلال شخصیت مرزی انجام شد، بیش از نیمی از این بیماران سابقه خودزنی و اقدام به خودکشی داشتند که به طور معناداری بیش‌تر از گروه کنترل بود.^{۳۲}

همچنین در این مطالعه مشخص شد میانگین سنی بیماران با سابقه خودزنی بیش‌تر از بیماران بدون سابقه خودزنی بود. به علاوه، میانگین سنی بیماران با سابقه سوء مصرف مواد بیش‌تر از بیماران بدون سوء مصرف مواد بود. به منظور بررسی معنادار بودن تفاوت بین میانگین سن بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با

توجه به تأثیر دو متغیر مستقل سابقه خودزنی و مصرف مواد از آزمون تحلیل واریانس دو راهه استفاده شد، اما F های به دست آمده برای سن بیماران برحسب هریک از عوامل سابقه خودزنی و مصرف مواد و نیز تعامل آنها معنادار نیست. (F سوء مصرف مواد=۳۴/۰ و سطح معنادار آن =۵۵۹/۰ و F سابقه خودزنی =۵۵/۰ و سطح معنادار آن =۴۵۹/۰ F تعامل دو عامل =۱۶/۰ و سطح معنادار =۹۰۰/۰) بنابراین بین سن بیماران و خودزنی و سوء مصرف مواد ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. در مجموع، ۴۵ نفر (۶۴/۳٪) از بیمارانی که سابقه خودزنی داشتند، مجرد بودند. در سایر مطالعات، فراوانی خودزنی در افراد مجرد و افرادی که والدین مجرد دارند، به طور معناداری بیش‌تر از سایر افراد است.^{۳۵،۳۴}

در آنالیز انجام شده مشخص شد فقط ۶ نفر (۸/۶٪) این افراد تحصیلات بالاتر از دیپلم (دانشگاهی) داشتند و فراوانی بیماران با تحصیلات کم در گروه بیماران با سابقه خودزنی بیش‌تر بود. (۶۲/۹٪) بین میزان تحصیلات بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی تفاوت آماری وجود داشت. به طوری که فراوانی تحصیلات کم سواد در گروه بیماران با خودزنی بیش‌تر بود. این نتیجه در مطالعات دیگر نیز ثابت شده است ($P=0/028$) در مطالعه مشابهی که در سال ۲۰۱۰ بر روی ۵۶۸۹ نفر در ایالات متحده انجام شد، بیش‌ترین میزان خودزنی در دانش‌آموزان زیر دیپلم (۱۴/۳٪) گزارش شد.^{۳۶}

شروع سن خودزنی در بیماران این مطالعه، بیش‌تر در محدوده سنی ۲۰-۱۵ سالگی بود (۴۴/۱٪). در مطالعات دیگر، میزان خودزنی در ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان سالم گزارش شده است و در بسیاری از مطالعات شایعترین سن شروع خودزنی، ۹ تا ۱۸ سال گزارش شده است.^{۳۷}

بیش‌تر این بیماران (۶۱/۶٪) از وسایل برنده برای خودزنی استفاده می‌کردند. مناطقی که مورد خودزنی قرار می‌گرفتند به ترتیب دست‌ها و پاها (۴۱/۷٪)، سینه و پشت (۵٪) و صورت (۱٪) بود و موردی از آسیب به ناحیه تناسلی در این بیماران گزارش نشد. فراوانی آسیب به نواحی مختلف در مطالعات دیگر متفاوت گزارش شده است ولی در مطالعات دیگر نیز بیش‌ترین نواحی آسیب دیده دست‌ها و پاها گزارش شده‌اند.^{۳۸}

پیشنهادات

برای ارزیابی بهتر شیوع سوء مصرف مواد در این بیماران، پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری با حجم نمونه بیش‌تر و دقت بالاتر و در مراجعین به تعداد بیش‌تری از مراکز و بیمارستان‌های روان‌پزشکی تهران و شهرهای دیگر کشور انجام شود. نتایج این مطالعات می‌تواند زمینه‌ساز برنامه‌ریزی، آموزش و پیشگیری از سوء مصرف در این بیماران باشد.

ملاحظات اخلاقی

- ۱- قبل از پرکردن پرسشنامه علت آن برای بیمار توضیح داده می‌شد و از بیمار اجازه گرفته می‌شد.
- ۲- پرسشنامه بی‌نام بوده و اطلاعات آن محرمانه نزد پژوهشگر باقی می‌ماند.
- ۳- پرسشنامه‌ها محرمانه بررسی شدند.

محدودیت‌های اجرایی

- ۱- تشخیص اختلال شخصیت مرزی توسط روان‌پزشک و با توجه به معیارهای DSM IV انجام شد.
- ۲- امکان همکاری نکردن بیماران وجود داشت.
- ۳- امکان داشت در پر شدن حجم نمونه کافی در زمان تعیین شده محدودیت‌هایی ایجاد شود که با انجام پایلوت مشخص شد.

ضرورت انجام طرح

باتوجه به اینکه مطالعاتی در مورد شیوع بالای خودزنی و سوء مصرف مواد در بیماران اختلال شخصیت مرزی وجود دارد^{۳۳} و نیز مطالعاتی هم وجود دارد که ارتباط معنادار بین فراوانی سوء مصرف مواد و خودزنی را در این بیماران مطرح کرده‌اند^{۳۴} (البته با در نظر گرفتن این موضوع که خودزنی یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی است) ما را برآن داشت که این موارد را در یک دوره زمانی یک ساله در تحقیقی آینده‌نگر در یک بیمارستان ریفرال روان‌پزشکی در شهر تهران (بیمارستان روزبه) به تفکیک مواد مورد سوء مصرف مورد بررسی قراردهیم که خوشبختانه غیر از جنسیت، بقیه پارامترهای ما با سایر مطالعات مذکور تقریباً همخوانی داشت.

بیش‌تر این بیماران (۲۶/۷٪) تکرار رفتارهای خودآزاری را به طور معمول چند ماه یک بار گزارش کردند. همچنین ۶۶/۷٪ بیماران بعد از خودزنی به اقدامات پزشکی نیاز پیدا کردند (شدید). همچنین ۴۰ نفر (۵۷/۱٪) از بیماران با سابقه خودزنی و ۶ نفر (۸/۶٪) از بیمارانی که سابقه خودزنی نداشتند، داروهای اعصاب و روان مصرف می‌کردند ولی بین مصرف داروهای روان‌پزشکی بین بیماران با و بدون سابقه خودزنی تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتیجه با نتایج مطالعات دیگر متفاوت است به طوری که در مطالعات قبلی که در این زمینه انجام شده، خودزنی در افرادی که سابقه اختلال شخصیت، مصرف مواد مخدر و خودکشی داشتند، بیش‌تر بوده است.^{۳۹} به علاوه، مصرف دارو به طور خودسرانه و بیش از مقدار توصیه شده توسط پزشک در گروه بیماران با سابقه خودزنی بالاتر از دیگر بیماران بود. شایع‌ترین مواد مخدر استفاده شده توسط بیماران با سابقه خودزنی، الکل (۶۲/۹٪)، حشیش (۵۷/۱٪)، شیشه (۴۷/۱٪)، ترامادول (۴۱/۴٪)، تریاک (۳۸/۶٪)، کراک (۲۴/۳٪) و اکستازی (۲۲/۹٪) بود. همچنین مصرف مواد مخدر در بیماران با سابقه خودزنی بیش‌تر از بیماران بدون سابقه خودزنی بود.

در این مطالعه، میانگین سن شروع مصرف مواد در بیماران با سابقه خودزنی کم‌تر از بیماران بدون سابقه خودزنی بود. به علاوه، بیمارانی که سابقه خودزنی نداشتند هرویین، کریستال و مورفین مصرف نکرده بودند. بیمارانی که در چند روز اخیر سابقه خودزنی داشتند، بیش‌تر از سایر بیماران در چند روز اخیر مواد مخدر مصرف کرده بودند. به علاوه، بیماران با سابقه خودزنی به طور کلی تعداد مواد مخدر بیش‌تری مصرف می‌کردند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه و سایر مطالعات مشابه، فراوانی بالای سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودزنی را نشان می‌دهد از این رو، توجه به مسأله سوء مصرف مواد در این بیماران و لزوم آموزش و برنامه‌ریزی در این زمینه، ضروری به نظر می‌رسد.

References

1. Knight Bernard. forensic pathology. third Edition. New York . Arnold 2004.
2. Mosby's Medical, Nursing, & Allied Health Dictionary. Sixth Edition, 2002. Drug abuse definition: p. 552. Nursing diagnoses: p. 2109.
3. Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL . Adolescent substance use: brief interventions by emergency care providers. *Pediatr Emerg Care* 2005;21 (11): 770-6.
4. Isralowitz Richard. Drug use: a reference handbook. Santa Barbara, Calif .: ABC-CLIO. 2004: 122-3.
5. Copeman M . Drug supply and drug abuse. *CMAJ* 2003;168(9):1113.
6. McLellan A. T, Woods G. E, O'Brien C. P. Development of psychiatric illness in drug abusers: Possible role of drug preference. *New Engl. J. Med* 1979; 301: 1310-4.
7. Robinson, David J. *Disordered Personalities*. Rapid Psychler Press 2005:255-310.
8. Arntz A. Introduction to special issue: cognition and emotion in borderline personality disorder. *Behav Ther Exp Psychiatry* 2005; 36 (3): 167-72.
9. Robinson David J. *Disordered Personalities*. Rapid Psychler Press 2005: 255-310.
10. Sadock Benjamin James. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th Edition, 2009.
11. "Borderline personality disorder" .Mayo Clinic.com. available at <http://www.mayoclinic.com/health/borderline-personality-disorder/DS00442/DSECTION=3>.
12. Oldham J. *Borderline Personality Disorder: An Overview* *Psychiatric Times* XXI (8). 2004. Retrieved on 21 September 2007.
13. Kluff Richard P. *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*. American Psychiatric Pub. 1990: 83 , 89 . ISBN 0880481609.
14. Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders* 1997; 11(1): 93-104.
15. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr. Psychiatry* 2001;42 (2): 144-50.
16. Klonsky E. D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence, *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 226-39.
17. Muehlenkamp J. J. Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome, *American Journal of Orthopsychiatry* 2005;75: 324-33.
18. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;336:1471.
19. Haw C. et al. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients, *British Journal of Psychiatry* 2001;178 (1): 48-54.
20. Suyemoto K.L. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review* 1998;18 (5): 531-554.
21. Favazza A. R. & Rosenthal R. J. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*. vol. 44 (Am. Psych. Association) 1993;44 (2): 134-140 .
22. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, and Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *Journal of Adolescence* 1999; 22 (3): 369-78.
23. Rea K, Aiken F, and Borastero C. Building Therapeutic Staff: Client Relationships with Women who Self-Harm. *Women's Health Issues* 1997; 7 (2): 121-5.
24. Genetics Home Reference. Lesch-Nyhan syndrome. U.S. National Library of Medicine, <http://ghr.nlm.nih.gov/condition=leschnyhansyndrome>.
25. Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med* 2009;58 (3): 144-51.
26. Swales M. Pain and deliberate self-harm. The Welcome Trust, <http://www.welcome.ac.uk/en/pain/microsite/culture4.html>.
27. American Self-Harm Information Clearing house. Self-help- how do I stop right now?available at http://www.selfinjury.org/docs/self_help.html.
28. Muehlenkamp J. J. Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling* 2006; 28(2).
29. Biofeedback, FingerFreak.com. available at <http://www.fingerfreak.com/side-effects-of-picking/psychological/biofeedback>
30. Bowen A.C.L and John A.M.H. Gender differences in presentation and conceptualization of adolescent self-injurious behaviour: implications for therapeutic practice. *Counselling Psychology Quarterly* 2001;14: 357-379.
31. O'Brien A. Women and Parasuicide: a Literature Review. Women's Health Council. available at http://www.Whc.ie/publications/reports_parasuicide.html.
32. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117(3):177-84.
33. Csorba J, Dinya E, Ferencz E, Páli E, Nagy E, Horváth A, Vados M. A study of Hungarian adolescent outpatients suffering from self-injurious behaviour. *Psychiatr Danub* 2010;22(1):39-45.
34. Shelley McMain & Michael Ellery. Screening and Assessment of Personality Disorders in Addiction Treatment Settings. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2009;6(1), 20-7.

35. Pinto O, Akiskal H. Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J Affec Dis* 1998, 51:333-43.
36. Serras A, Saules KK, Cranford JA, Eisenberg D. Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. *Psychol Addict Behav*. 2010;24(1):119-28.
37. Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. Self-mutilating behavior: a study on 30 inpatients. *Encephale* 2009 ; 35 (6):538-43.
38. Baity MR, Blais MA, Hilsenroth MJ, Fowler JC, Padawer JR. Self-mutilation, severity of borderline psychopathology, and the Rorschach. *Bull Menninger Clin*. 2009;73(3):203-25.
39. New A, Goodman M. Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*.2000; 2(1): 56-61.