





# **SUICIDE ETHIOLOGY**

**Dr Marzie Effat Panah (psychiatrist)**

**References:**

**Comprehensive TextBook of Psychiatry 2017**

**Synopsis of Psychiatry 2022**

# بررسی سبب شناسی خودکشی

❖ اختلالات روانپزشکی

❖ عوامل بیولوژیک، شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی

❖ خودکشی در کودکان

❖ خودکشی در سالمندان



# اختلالات روانپزشکی

❖ اختلالات خلقی

❖ اختلالات اضطرابی

❖ اختلالات مرتبط با تروما و استرسور ( اختلال انطباقی)

❖ اختلالات سوء مصرف مواد و الکل

❖ اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک

❖ اختلالات شخصیت

❖ مسائل مربوط به هویت جنسی و گرایش جنسی

❖ اختلالات خوردن

❖ اختلالات خواب

❖ بیماری های جسمی



# اختلالات خلقی

- رفتار خودکشی (اقدام به خودکشی و خودکشی کامل) و نیز برنامه یا افکار خودکشی در غیاب اختلالات ماژور روانی کنونی بسیار نادر هستند؛ آن ها پیامدهای خطی یا بی واسطه این اختلالات به حساب نمی آیند.
- شرح حالی از اختلالات خلقی ماژور درمان نشده به ویژه در حضور اقدام به خودکشی قبلی مهم ترین عامل خطر ساز به حساب می آید.
- در حدود ۹۰ درصد قربانیان خودکشی دست کم یک یا بیش از یک اختلال روانپزشکی (و اغلب درمان نشده) به هنگام مرگ داشته اند و آمار اختلالات خلقی بین ۵۰ تا ۶۷ درصد بوده است.
- نسبت اقدام به خودکشی به خودکشی کامل در کل جامعه در حدود ۱۵ تا ۴۰ به یک است ولی این نسبت در میان افراد مبتلا به اختلالات خلقی ماژور بسیار کمتر و در حدود ۵ تا ۱۰ به یک است که نشان می دهد این افراد از روش های خشن تر و مرگ بارتر برای خودکشی استفاده می کنند. (به خصوص افراد مبتلا به اختلال دوقطبی)



# اختلالات خلقی

- هرچند خودکشی رتبه دهم علل مرگ و میر را در کل جامعه در کشورهای صنعتی به خود اختصاص داده است، جزء مهم ترین علل مرگ و میر افراد مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی به حساب می آید و امید به زندگی این بیماران را در حدود ۱۰ تا ۱۲ سال کاهش داده است.
- بیش از نیمی از بیماران دوقطبی و در حدود یک سوم افراد مبتلا به افسردگی تک قطبی در یک یا چند مقطع از زندگی یک یا چند بار اقدام به خودکشی می کنند و آمار افکار خودکشی از این هم بالاتر است.
- در میان بیماران دوقطبی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو در معرض بیشترین خطر هم برای اقدام به خودکشی و هم برای خودکشی کامل قرار دارند زیرا آن ها اغلب یک مزاج سایکلو تایمیک و تغییرات خلقی سریع دارند که خطر خودکشی را افزایش می دهد.
- ناپایداری دائمی مکرر و شدید تفکر، خلق و رفتار مهم ترین مشخصه سایکلو تایمیا است که تابلوی تضعیف شده ی اختلالات خلقی دوقطبی به حساب می آید.



# اختلالات خلقی

- اکثریت افراد با اختلال دوقطبی زمانی که در دوره افسردگی و یا در وضعیت افسردگی مختلط هستند مرتکب خودکشی می شوند و خطر خودکشی در مانیای خالص، هایپومانیا و در پی بهبود بالینی نادر است.
- خطر اقدام به خودکشی و خودکشی کامل در اختلال دوقطبی به ویژه در چند سال نخست پس از شروع اختلال بیشتر است. (تشخیص به طور متوسط هشت تا ده سال پس از شروع بیماری)
- همچنین تعداد بیشتر دوره های مانیا و افسردگی، آمار بالاتر چرخه ای شدن سریع، و نیز اختلالات همزمان سوءمصرف مواد و اضطرابی از موارد مهم مرتبط با رفتار خودکشی در اختلالات خلقی محسوب می شوند.
- اولین اقدام به خودکشی خطر اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل را در آینده به شدت افزایش می دهد. حدود ۲۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می کنند در نهایت به دست خودشان خواهند مرد. با این حال تا نیمی از قربانیان خودکشی سابقه اقدام به خودکشی دارند و به بیان دیگر در حدود ۵۰ درصد از قربانیان خودکشی بر اثر نخستین اقدام به خودکشی می میرند.



# اختلالات خلقی

- اختلال افسردگی اساسی بویژه در صورت ابتلای طولانی مدت همراه با اتفاقات حاد منفی زندگی قویاً مرتبط با خودکشی است.
- افراد افسرده ای که دست به خودکشی می زنند در اغلب موارد با تظاهرات بسیار مرتبط با خطر خودکشی همچون بی خوابی، ناامیدی، اضطراب، بی قراری، کاهش وزن یا اشتها، احساس پوچی یا گناه و افکار خودکشی همراه هستند.
- تکانشی بودن، تهاجمی بودن، بدبین بودن، انعطاف ناپذیری شناختی و اختلال در عملکردهای عصبی-شناختی (نظیر اختلال در تصمیم گیری) به عنوان صفات شخصیتی اگر همراه با افسردگی باشند خطر همه انواع رفتار خودکشی را به شدت افزایش می دهند.
- همچنین دوره افسردگی مازور همراه با تظاهرات مختلط خطر رفتار خودکشی را افزایش می دهد.
- بیماری های جسمی خطر خودکشی و تلاش برای خودکشی را در بیماران افسرده و خصوصاً در جمعیت سالمند افزایش می دهند.
- ماهیت سایکوتیک دوره های خلقی مازور(تک قطبی و دوقطبی) خطر خودکشی را افزایش می دهد.





# اختلالات خلقی

✓ عوامل مساعدکننده با استرس های تسهیل کننده در تعامل هستند، اما مرگ، جدایی و سایر از دست دادن های عمده، بی آبرویی یا زندانی شدن در غیاب یک اختلال روانپزشکی به ندرت تسهیل کننده خودکشی به حساب می آیند. (تاثیر دوطرفه عوامل)

✓ افسردگی مینور و اختلال دیس تایمیک خالص (بدون دوره افسردگی مازور) خطر خودکشی را افزایش نمی دهند، اما با توجه به اینکه بسیاری از افراد مبتلا به این انواع اختلالات خلقی در نهایت به دوره های افسردگی مازور دچار می شوند خطر خودکشی در درازمدت افزایش می یابد.

✓ الگوی استرس-استعداد به بهترین وجه اندرکنش بین تظاهرات شخصیتی و ویژگی های بیماری را در فرایند خودکشی تبیین می کند. بر اساس این الگو رفتار خودکشی علاوه بر عوامل استرس زا (اختلال روانپزشکی) به یک استعداد (صفات شخصیتی تکانشی بودن، تهاجمی بودن و بدبین بودن) نیاز دارد.



# اختلالات خلقی

❖ خطر خودکشی در چند روز نخست بستری شدن و در چند روز تا چند هفته نخست پس از ترخیص از بخش روانپزشکی بسیار زیاد است، به ویژه در موارد ترخیص برنامه ریزی نشده، اقامت کوتاه در بیمارستان، سابقه موارد متعدد بستری شدن، و البته در مواردی که پیگیری های مناسب انجام نمی گیرند.

❖ در مواجهه با یک بیمار تازه ترخیص شده از بخش روانپزشکی که برای هر مشکل روانی-اجتماعی یا حتی مشکل جسمی مراجعه کرده پزشکان باید کاملاً گوش به زنگ باشند.



# اختلالات اضطرابی

○ بطور کلی اضطراب به عنوان یک علامت در بسیاری از اختلالات روانپزشکی یک عامل خطر مهم برای خودکشی محسوب می شود.

○ اختلالات اضطرابی شامل:

اختلال اضطراب جدایی

سکوت انتخابی

فوبیای خاص

اختلال اضطراب اجتماعی

اختلال پنیک

آگورافوبیا

اختلال اضطراب فراگیر و ...



# اختلالات اضطرابی

- شواهد جدیدی در مورد خطر فزاینده مرگ و میر منحصرًا مرتبط با اختلالات اضطرابی وجود دارد.
- مطالعات متاآنالیز نشان داده اند که درصد خطر مرگ منتسب به جمعیت (population-attribution risk percent) مربوط به اختلالات اضطرابی فقط کمی پایین تر از درصد خطر مربوط به افسردگی می باشد؛ که برابر با ۲.۷۴ میلیون مرگ در هر سال است.
- بیمارانی که از اضطراب شدید رنج می برند ممکن است گاهی افکار و تمایل به خودکشی را انکار کنند و از بستری شدن امتناع ورزند.



# اختلال انطباقی

- این اختلال شامل پاسخ هیجانی (بصورت خلق افسرده یا مضطرب یا هردو یا اختلال سلوک و ...) به حوادث پراسترس است. معیاری برای استرسور وجود ندارد اما به طور معمول شامل مسائل مالی ، بیماری طبی ، مشکلات ارتباطی می باشد.
- علائم باید ظرف سه ماه بعد از استرسور آغاز شود و شش ماه بعد از برطرف شدن استرسور از بین بروند.
- مطالعات متعددی ارتباط قابل توجه میان Adjustment Disorder و افکار خودکشی یافته اند. خطر خودکشی به ویژه در نوجوانان مبتلا بوده است. کوموریدیتی سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت در افزایش خطر خودکشی موثر است. در یک مطالعه از میان کسانی که اقدام به خودکشی کرده بودند مبتلایان به AD رفتارهای تکانشی بیشتر ، سوء مصرف مواد بیشتر و آسیب بیشتر به خود در مراحل اولیه بیماری نسبت به مبتلایان به افسردگی داشته اند.



# اختلال انطباقی

- در بررسی اتوپسی افرادی که خودکشی کرده اند نشان داده شده است که فرایند خودکشی در نوجوانان مبتلا به AD نسبت به سایر تشخیص ها کوتاه تر و سریع تر بوده است.
- این مطالعات بیانگر دقت بیشتر درمانگران روی خطر خودکشی در این بیماران و پایش دقیق علایم بیماران به خصوص نوجوانان می باشد.



# اختلالات مصرف الکل و مواد

- Substance Induced Mood Disorder؛ علاوه بر اینکه مصرف مواد در مبتلایان به اختلالات خلقی بالاتر است مصرف مواد خود ایجاد کننده اختلال خلقی می باشد و طبق مطالب پیشین اختلالات خلقی مهم ترین عامل ایجاد کننده افکار و رفتار خودکشی هستند.
- سوء مصرف الکل و سایر مواد سبب افزایش پرخاشگری، تکانشگری و سبب تخریب ظرفیت های شناختی، انعطاف پذیری و استراتژی های مقابله ای می گردد.
- شیوع خودکشی در مصرف کنندگان مواد در مردان بالاتر از زنان می باشد.
- وجود اختلالات شخصیت مرتبط با بالاترین میزان اقدام به خودکشی و همچنین خودکشی کامل در مصرف کنندگان مواد می باشد
- علاوه بر نقش ثابت شده اعتیاد به الکل مصرف حاد الکل هم یک عامل خطر ساز مهم برای اقدام به خودکشی و خودکشی کامل به حساب می آید زیرا می تواند رفتار خودکشی را برانگیزد و استفاده از روش های مرگبارتر را افزایش دهد.



# اختلالات مصرف الکل و مواد

- شیوع خودکشی بین بیماران مبتلا به اختلالات مرتبط با الکل بین ۱۰ تا ۱۵ درصد است.
- عواملی که به خودکشی بیماران مبتلا به اختلالات مرتبط با الکل ربط داده شده اند عبارتند از: وجود دوره افسردگی اساسی، سیستم حمایت روانی-اجتماعی ضعیف، وجود یک اختلال طبی جدی همزمان، بیکاری و تنها زندگی کردن.
- حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با الکل زمانی در طول عمر خود واجد ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی می شوند.
- افسردگی در زن های مبتلا به این اختلال شایع تر از مردهای مبتلا است.





# اختلالات مصرف الکل و مواد

- هرچند استعمال دخانیات در میان افراد مبتلا به اختلال افسردگی مازور، اختلالا دوقطبی و اسکیزوفرنی بیش از سایر افراد جامعه است، حتی پس از کنترل اختلال روانپزشکی استعمال دخانیات همچنان یک عامل خطر ساز مهم برای خودکشی باقی می ماند.
- به طور کلی سیگاری ها تکانشی تر هستند و سیگاری های کنونی مبتلا به اختلال افسردگی تعداد علایم افسردگی بیشتر و سطح بالاتری از رفتار خودکشی را در جریان دوره افسردگی خود در قیاس با آن دسته از افراد مبتلا به اختلال افسردگی که هرگز سیگار مصرف نکرده اند بروز می دهند.



# اختلالات مصرف الکل و مواد

- اختلال مصرف کانابیس: A motivational Syndrome؛ بی میلی و نیرو نداشتن فرد برای استمرار روی کارها»»»» عدم لذت و ایجاد ناامیدی»»»» افکار خودکشی
- اختلال مصرف توهم زها (Hallucinogen Use Disorder):  
اختلال ادراکی پایدار توهم زها Hallucinogen Persisting Perception Disorder؛ غالبا حتی با وجود آشفته‌گی های ادراکی مشخص شخص بینش خود را نسبت به ماهیت بیمارگونه اختلال حفظ می کند. رفتار خودکشی، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات پنیک از عوارض احتمالی این اختلال هستند.
- سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک-آندروژنیک (Anabolic-Androgenic Steroid Abuse): یک پیامد مهم اختلال خلقی ناشی از این مواد افزایش خطر خودکشی و همچنین رفتارهای خشن و حتی دیگرکشی در افرادی که هیچگونه سابقه اختلالات روانپزشکی و خشونت نداشته اند می باشد.



# اسکیزوفرنیا

- خودکشی عامل منفرد عمده مرگ زودرس بیماران دچار اسکیزوفرنی است.
- ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران اقدام به خودکشی می کنند و میزان خودکشی موفق در درازمدت ۱۰ تا ۱۳ درصد است.
- اغلب خودکشی این بیماران ناگهانی و بدون هشدار یا بیان کلامی قصد خودکشی بوده است.
- در بیماران که پیش آگهی بهتری دارند (علائم منفی ناچیز، تفکر انتزاعی بهتر) خطر خودکشی به شکل متناقضی بالاتر است.
- دوسوم بیمارانی که خودکشی موفق داشته اند ظرف ۷۲ ساعت قبل از مرگ به ملاقات بالینگری رفته اند که ظاهراً به فکر احتمال خودکشی نبوده است.



# اسکیزوفرنیا

❖ عوامل موثر در خطر خودکشی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا:

۱. مهم ترین عامل خودکشی در این بیماران وجود دوره افسردگی اساسی است. (حدود ۸۰ درصد بیماران اسکیزوفرن زمانی در طول عمر خود دچار افسردگی اساسی می شوند)
۲. نگرش های منفی نسبت به داروها و پذیرش ضعیف درمان
۳. فروپاشی انتظارات بالا از سطح عملکرد و یا اثربخشی درمان (مهم در بیماران با کارکرد خوب قبل از بیماری و سطح بالای تحصیلات)
۴. توهمات دستوری
۵. سوء مصرف مواد



# اختلالات شخصیت

○ اختلال شخصیت اختلالی شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده می شود.

○ طبق تعریف عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوامی که دور از معیارهای فرهنگی فرد است ، نفوذی غیرقابل انعطاف دارد ، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود ، در طول زمان تغییر نمی کند ، و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود.

○ به سه کلاستر تقسیم می شود:

۱- cluster A شامل: اختلال شخصیت پارانوئید ، اسکیزوئید ، اسکیزوتایپی

۲- cluster B شامل: اختلال شخصیت ضداجتماعی ، مرزی ، نمایشی ،

خودشیفته

۳- cluster C شامل: اختلال شخصیت دوری گزین ، وابسته ، وسواسی-جبری



# اختلالات شخصیت

○ با توج به تعریف ارائه شده اختلالات شخصیت از هر نوعی یک ریسک فاکتور برای افکار و رفتار خودکشی محسوب می شوند. ولی از میان انواع اختلالات شخصیت برخی ارتباط بیشتری با خودکشی دارند:

۱. اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (افکار انتساب، تفکر جادویی، تجارب ادراکی نامعمول، تفکر و تکلم و رفتار و ظاهر عجیب و غریب، بدگمانی، عاطفه ی نامتناسب یا محدود، اضطراب اجتماعی مفرط)؛ طبق مطالعات ۱۰ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال بالاخره دست به خودکشی می زنند.

۲. اختلال شخصیت ضداجتماعی (عدم رعایت هنجارهای اجتماعی، فریب کاری، تکانشگری، بی مسئولیتی مستمر، فقدان پشیمانی)؛ تهدید به خودکشی از علائم شایع در آنان می باشد.

۳. اختلال شخصیت مرزی (ویژگی اصلی کنترل ضعیف تکانه و بی ثباتی در فکر، خلق و رفتار است)؛ تهدید به خودکشی، ژست و اقدام به خودکشی یکی از کرایتریاهای تشخیصی در این اختلال است.

۴. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته (نیاز مفرط و فراگیر برای تحت مراقبت قرارگرفتن که به رفتار مطیعانه و سلطه پذیر و ترس از جدایی منجر می گردد). به صورت قابل توجهی با اقدام به خودکشی همراهی دارند. این همراهی احتمالا مربوط به اختلالات همراه در طول زندگی از جمله اختلال افسردگی اساسی می باشد.



# اختلالات شخصیت

## Suicide and Self-Regulation in Narcissistic Personality Disorder

Elsa Ronningstam, Igor Weinberg, Mark Goldblatt, Mark Schechter, and Benjamin Herbstman

*Abstract:* Suicides in narcissistic personality disorder (NPD) have been associated with suddenness, determination, and high risk for lethal outcome. In addition, major mental illness, which is typically associated with suicidality, may not be present. The aim of this article is to identify and discuss certain conditions and characteristics in pathological narcissism, especially those related to emotion processing, self-esteem regulation, and internal control, which jointly contribute to the specific characteristics of suicides in NPD. Hypervigilance and emotion intolerance can challenge self-esteem, and readily evoke intolerable internal subjective experiences of failure and entrapment, which contribute to sudden and drastic decisions to end life. Glorification of death, dying, and afterlife, can also serve as instigation for initiating suicide. On the other hand thoughts of suicide can also serve an organizing and controlling function in people with NPD and prevent suicidal intents and actions.

*Keywords:* suicide, narcissistic personality disorder, emotion regulation, self-esteem, vulnerability

○ خودکشی و خودتنظیمی در اختلال شخصیت خودشیفته (NPD)

○ چاپ در مجله ی American Academy of Psychodynamic Psychiatry 2018

○ الگوی تنظیم خود یا تنظیم هیجانات تاثیر مهمی بر افکار خودکشی دارد.

○ از ملاک های تشخیصی NPD احساس ناراحتی در موقعیت هایی که مرکز توجه نباشند، ابراز احساسات سطحی و متغیر، ابراز هیجانی اغراق آمیز و توأم با خونمایی، استفاده مداوم از وضعیت ظاهری خود برای جلب توجه و ... می باشد.



# اختلالات شخصیت

- ویژگی مرکزی در نارسیسیستیک ها که مرتبط با تنظیم هیجانی می شود احساس نیاز درونی بالا به کنترل هیجانات و حس تسلط بر خویشان است. در عین حال این افراد توانایی بازگودن و فاش کردن حالت های درونی خود به دیگران را ندارند بنابراین تهدید یا از دست دادن این حس کنترل درونی می تواند همراه با اشتغالات ذهنی شدید با خودکشی و اقدام ناگهانی جدی به خودکشی باشد.
- خودکشی در NPD با ویژگی های ناگهانی بودن ، بدون هشدار قبلی و کشندگی بیشتر همراه است. همراهی با افسردگی اساسی لزوما وجود نداشته است و بیشتر با چالش های زندگی مرتبط است.





# اختلالات تغذیه و خوردن

- هم ابتلایی بالاتر از بیماری های روانپزشکی مثل اختلالات افسردگی اساسی ، اختلال دوقطبی ، اختلال اضطرابی و اختلالات کنترل تکانه در بیماران مبتلا به بی اشتهایی عصبی ( anorexia nervosa) و همچنین بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی (bulimia nervosa) سبب ساز میزان بالایی از خطر خودکشی در تمام اختلال های خوردن می باشد.
- اختلالات افسردگی اساسی و دیس تایمیا در ۵۰ درصد بیماران مبتلا گزارش شده است. میزان خودکشی درنوع پرخوری-پاکسازی ( Binge Eating and Purging Type) اختلال بی اشتهایی عصبی بالاتر از نوع محدودکننده ( Restricting Type) آن است.
- BMI پایین و سطح سرمی کلسترول پایین به طور مشخص همراهی با ریسک بالاتر از نظر اقدام به خودکشی کامل دارد.



# اختلالات خواب

Lin et al. *BMC Psychiatry* (2018) 18:117  
https://doi.org/10.1186/s12888-018-1702-2

BMC Psychiatry

## RESEARCH ARTICLE

## Open Access



### Insomnia as an independent predictor of suicide attempts: a nationwide population-based retrospective cohort study

Han-Ting Lin<sup>1</sup>, Chi-Huang Lai<sup>1</sup>, Huey-Jen Perng<sup>2</sup>, Chi-Hsiang Chung<sup>2</sup>, Chung-Ching Wang<sup>3</sup>, Wei-Liang Chen<sup>3</sup> and Wu-Chien Chien<sup>1,2,4\*</sup>

#### Abstract

**Background:** Numerous studies have verified that insomnia is associated with suicidal ideation, suicide attempts, and death by suicide. Limited population-based cohort studies have been conducted to examine the association. The present study aimed to analyze whether insomnia increases the risk of suicide attempts and verify the effects of insomnia on suicide risk.

**Methods:** This study is a cohort study using 2000–2013 hospitalization data from the National Health Insurance Research Database (NHIRD) to track the rate of suicide attempts among insomnia patients aged 15 years or older. In addition, a 1:2 pairing based on sex, age, and date of hospitalization was conducted to identify the reference cohort (patients without insomnia). Cox proportional hazard model was used to assess the effects of insomnia on suicide risk.

**Results:** The total number of hospitalized patients aged 15 years or older was 479,967 between 2000 and 2013 (159,989 patients with insomnia and 319,978 patients without insomnia). After adjusting for confounders, suicide risk in insomnia patients was 3.533-fold that of patients without insomnia (adjusted hazard ratio [HR] = 3.533, 95% confidence interval [CI] = 3.059–4.080,  $P < 0.001$ ). Suicide risk in low-income patients was 1.434-fold (adjusted HR = 1.434, 95% CI = 1.184–1.736,  $P < 0.001$ ) that of non-low-income patients. Suicide risk in patients with drug dependence and with mental disorders was 1.592-fold (adjusted HR = 1.592, 95% CI = 1.220–2.077,  $P < 0.001$ ) and 4.483-fold (adjusted HR = 4.483, 95% CI = 3.934–5.109,  $P < 0.001$ ) that of patients without drug dependence and without mental disorders, respectively. In the female population, suicide risk in insomnia patients was 4.186-fold (adjusted HR = 4.186, 95% CI = 3.429–5.111,  $P < 0.001$ ) that of patients without insomnia. Among patients aged 25–44 years, suicide risk in insomnia patients was 5.546-fold (adjusted HR = 5.546, 95% CI = 4.236–7.262,  $P < 0.001$ ) that of patients without insomnia. Furthermore, the suicide risk of insomnia patients with mental disorders was 18.322-fold that of patients without insomnia and mental disorders ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Insomnia, low income, drug dependence, and mental disorders are independent risk factors for suicide attempts. Female patients and those aged 25–44 years are at high risk of suicide due to insomnia. Insomnia, mental disorders, and low income exhibit a synergistic effect on suicide attempts. Clinicians should pay attention to mental status and income level of insomnia patients.

**Keywords:** Insomnia, Suicide, National Health Insurance Research Database (NHIRD)

بی خوابی به عنوان یک پیش بینی کننده مستقل  
برای اقدام به خودکشی

مطالعه روی ۴۷۹۹۶۷ بیمار بستری با سن ۱۵  
سال و بالاتر

از جمله یافته های مطالعه:

۱. در میان بیماران با سن ۲۵–۴۴ سال ریسک  
خودکشی در بیماران مبتلا به بی خوابی  
۵.۵۴۶ برابر بیماران فاقد بی خوابی بود.

۲. ریسک خودکشی در میان بیماران مبتلا به  
خودکشی و اختلال روانی ۱۸.۳۳۲ برابر  
بیماران دارای اختلال روانی ولی بدون بی  
خوابی بود.



# مسائل مربوط به هویت جنسی و گرایش جنسی

- در بزرگسالانی که تشخیص نارضایتی جنسیتی (gender dysphoria) دریافت می کنند میزان اختلالات افسردگی ، اختلالات اضطرابی ، افکار و رفتار خودکشی و رفتارهای آسیب به خود بالاتر است. میزان افکار خودکشی در طول عمر در افراد transgender حدود ۴۰ درصد است.
- افراد با گرایش های جنسی متفاوت (Gays and Lesbians) با ریسک افزایش یافته ی اختلالات خلقی ، سوء مصرف مواد و افکار و اقدام به خودکشی مواجه هستند.
- مدل استرس اقلیت پیش بینی کننده افزایش بیماری روانی در گروه هایی است که دچار انگ می شوند ، علیه آن ها تبعیض و آزار روا داشته می شود و به میزانی بیشتر از دیگران مورد سوء رفتار واقع می شوند.



# بیماری های جسمی

- خطر خودکشی در افراد دچار بیماری های جسمی دردناک، مزمن و یا تهدیدکننده حیات افزایش می یابد، به ویژه اگر افسردگی اساسی و اختلال شخصیت همزمان وجود داشته باشد.
- شرایط خودکشی و گرایش به خودکشی در حین دوره اختلال جسمی تغییر می کند و به نتایج درمان، کنترل درد و همچنین رفاه اجتماعی وابسته هستند.
- سرطان، ایدز، سکته ها و آسیب های مغزی با عوارض بعدی، دیابت، تشنج، پارکینسون، آسیب به طناب نخاعی، بیماری مالتیپل اسکلروزیس، هانتینگتون، ALS از بیماری های مهمی هستند که با افزایش خطر خودکشی همراه اند.



# عوامل بیولوژیک

- یکی از ثابت ترین یافته های نوروبیولوژیک در حوزه روانپزشکی، کاهش (یا اختلال در تنظیم) سیستم سروتونرژیک مرکزی در افرادی که اقدام به خودکشی می کنند (به ویژه با استفاده از روش های خشن) صرف نظر از تشخیص روانپزشکی می باشد.
- برخی مطالعات نشان داده اند که تغییرات در سایر سیستم های ناقل عصبی (NEP, DA, GABA, NMDA) و در متابولیسم کلسترول، امگا ۶ و امگا ۳ نیز ممکن است مهم باشد.
- مطالعات نشان داده که فعالیت بیش از حد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)؛ که به صورت اختلال در تست سرکوب دگزامتازون دیده می شود؛ یک عامل پیش بینی کننده قوی برای خودکشی موفق در آینده عمدتاً در افراد مبتلا به افسردگی مازور است.
- از آنجایی که کاهش متابولیسم سروتونین مرکزی با ویژگی های شخصیتی تکانشی-تهاجمی ارتباط دارد این تظاهرات احتمال رفتار خودکشی را افزایش می دهند به ویژه اگر همزمان یک دوره حاد اختلال روانپزشکی مازور و شرایط نامطلوب روانی-اجتماعی (از جمله فقدان حمایت های اجتماعی) وجود داشته باشند.



# عوامل بیولوژیک

✓ علارغم این واقعیت که مطالعات اخیر در زمینه بیولوژی رفتار خودکشی با نتایج قابل توجهی همراه بوده است از منظر طب بالینی (به ویژه در مواردی که اقدام فوری لازم باشد)، آن ها ارزش عملی بسیار محدودی داشته اند. بنابراین عوامل خطر ساز و پیش بینی کننده قابل واکاوی به لحاظ بالینی مهم ترین کمک به پزشکان در راستای انجام این مسئولیت پیچیده به حساب می آیند.



# سابقه خانوادگی

- ایندکس توارث خودکشی کامل در حدود ۳۰ درصد است و این در مورد خودکشی احتمالا مستقل از اختلالات روانپزشکی اختصاصی است زیرا حتی پس از کنترل اختلال احتمال اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل در بستگان افرادی که دست به خودکشی می زنند بیش از ده برابر سایر افراد جامعه است.
- تجمیع خانوادگی رفتار خودکشی اجزاء مختلفی دارد:
  - زمینه ژنتیکی اختلالات روانپزشکی ماژور
  - ماهیت ژنتیکی-خانوادگی صفات شخصیتی تکانشی-تهاجمی
  - مکانیسم های دنباله روی (copy cat)
- با این حال باید توجه داشت اثر القایی یک عضو خانواده دچار رفتار خودکشی اغلب زمانی فعال می شود که یک افسردگی ماژور یا یک اختلال روانی شدید دیگر به وجود آید.



## مسائل تربیتی

- مهارت عاطفی (affective mastery) به تدریج پس از تولد کسب می شود. تنها با گذشت زمان و انجام بخردانه وظایف از سوی والدین است که فرزندان توان تنظیم عاطفی خود را به دست می آورند و می توانند خود را در یک موقعیت عاطفی منطقی حفظ کنند.
- مراحل تکاملی مختلف استرس های عاطفی مختلفی را به فرزندان وارد می کنند. آنها باید نحوه کنار آمدن با جدایی ها، ناکامی ها و سایر شرایط چالش برانگیز عاطفی را بیاموزند و به همین دلیل اهمیت تجارب دلبستگی ایمن (secure attachment) در سنین پایین کاملاً مشهود است.
- در نتیجه فقدان این نوع تربیت شاهد موارد زیادی از افکار و اقدام به خودکشی به دنبال love trauma ها در جوانان هستیم.





# عوامل اجتماعی

- مقاله تحلیل جامعه شناختی خودکشی در ایران (بر اساس آمار سال های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳)
- افزایش ۱۷ درصدی خودکشی در سال ۱۳۸۹ نسبت به سال ۱۳۸۸
- افزایش ۵ درصدی خودکشی در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲
- عوامل اجتماعی موثر شامل

۱. فشار اجتماعی (طلاق ، ضرب و جرح ، توهین)

۲. همبستگی اجتماعی (بعد اجتماعی و بعد اقتصادی)

افزایش خودکشی با کاهش مشارکت اقتصادی و افزایش نرخ بیکاری همراه بوده است. مشارکت اقتصادی و رهایی از بیکاری سبب ادغام فرد در زندگی اجتماعی می شود. رضایت بیشتر از زندگی ، افزایش عرق ملی و اعتماد عمومی بیشتر به نوعی علقه های اجتماعی فرد را گسترش می دهد و احساس تعلق و همبستگی فرد به جامعه افزایش می یابد.

- حس جدابودن از جامعه (Social Isolation) و شبیه بقیه نبودن ریسک فاکتور افکار و رفتار خودکشی است.



# خودکشی در کودکان و نوجوانان

- در ایالات متحده خودکشی سومین علت اصلی مرگ در نوجوانان است و از این نظر پس از مرگ ناشی از تصادفات و قتل قرار دارد.
- در ۱۵ سال گذشته میزان افکار خودکشی و خودکشی موفق در میان نوجوانان کاهش یافته است. به نظر می رسد این کاهش همزمان با افزایش مصرف داروهای SSRI در نوجوانان دچار اختلالات خلقی و رفتاری روی داده است.
- نیمی از افراد انتحاری قصد خودکشی خود را ظرف ۲۴ ساعت قبل از ارتکاب رفتار خودکشی با یکی از دوستان یا بستگان درمیان می گذارند.
- افکار خودکشی در همه سنین دیده می شود ولی خودکشی موفق در سنین زیر ۱۲ سال نادر است. بچه های کوچک به راحتی قادر به طراحی و اجرای یک نقشه واقع بینانه ی خودکشی نیستند. به نظر می رسد عدم بلوغ شناختی نقشی محافظتی در پیشگیری از خودکشی کودکان دارد.
- پرسش مستقیم از کودکان و نوجوانان در مورد افکار خودکشی ضروری است زیرا مطالعات به طور ثابت نشان داده اند والدین اغلب از وجود چنین افکاری در ذهن کودکان خود بی خبرند.



# خودکشی در کودکان و نوجوانان

- برای اغلب بزرگسالان تایید ناامیدی و قابلیت خودکشی کودکان دشوار می باشد. والدین به دلیل احساس گناه و ناکامی تشخیص های جدی در کودک را انکار می کنند.
- کودکان متمایل به خودکشی اغلب اعتماد به نفس و هویت شخصی ضعیفی دارند و اغلب مدرسه گریز هستند، به ندرت قلدری می کنند و نمرات مدرسه شان پایین است که منجر به حس عدم کفایت می شود.
- مشکلات هویت جنسی به عنوان عاملی برای خودکشی نوجوانان شناخته شده اند. خانواده های این کودکان و نوجوانان درصد بالایی از اختلالات عاطفی، سوء مصرف الکل و دیگر تشخیص های روانپزشکی را نشان داده اند.



# خودکشی در کودکان و نوجوانان

- میزان اقدام به خودکشی در دختران نوجوان سه برابر پسران نوجوان است ولی خودکشی موفق در پسران نوجوان تقریباً ۵ برابر بیشتر از دختران است.
- تصمیم برای ارتکاب رفتار خودکشی ممکن است تکانشی و بدون دوراندیشی کافی بوده و یا نتیجه نشخوار ذهنی طولانی باشد.
- خصوصیات همگانی نوجوانانی که دست به خودکشی می زنند ناتوانی آنان در یافتن راه حل مسایل و فقدان راهبردهای مدارا برای کنار آمدن با بحران های فوری است. دید محدود نسبت به راه حل های موجود برای مدارا با اختلافات خانوادگی مکرر، طرد یا شکست در اتخاذ تصمیم خودکشی موثر است.
- عوامل خطرساز دیگر عبارت اند از: سابقه خانوادگی خودکشی، قرار داشتن در معرض خشونت خانوادگی، تکانشگری، مصرف مواد، زندگی خانوادگی پراسترس مزمن، بی آبرو شدن نزد همسالان، مشکلات تحصیلی، شکست عشقی، سابقه رفتار پرخاشگرانه و دست یابی به روش های کشنده



# خودکشی در کودکان و نوجوانان

- بارزترین عامل خطر ساز خانوادگی برای رفتار خودکشی بد رفتاری با کودک شامل کودک آزاری جنسی ، جسمی و غفلت است.
- بزرگترین ارتباط واحد بین کودک آزاری جنسی و رفتار خودکشی یافت شده است.
- کودکان در معرض خودکشی دچار احساس بریدگی ، انزوا یا بیگانگی از همسالانشان هستند. پیوند قوی با مدرسه و همسالان حتی در صورت وجود سایر عوامل خطر ساز عامل محافظتی تخفیف دهنده ی خطر رفتار خودکشی است.
- گرایش جنسی یک عامل خطر محسوب می شود به طوری که ریسک رفتار خودکشی در میان نوجوانانی که خود را هم جنس گرا یا دوجنس گرا می شناسند ۲ تا ۶ برابر سایر نوجوانان است.



# خودکشی در کودکان و نوجوانان

- احتمال رفتار خودکشی و خودکشی موفق در افرادی که یکی از بستگان درجه اول آن ها رفتار مشابهی داشته دو تا چهار بار بیشتر است.
- بین تغییر سروتونین مرکزی در کودکان و نوجوانان با خودکشی و همچنین پرخاشگری تکانشی رابطه ای یافت شده است. در افراد دچار رفتارهای خودکشی تراکم گیرنده های ناقل سروتونین در قشر جلو پیشانی (PFC) کاهش یافته است.
- مطالعات کالبدشکافی در نوجوانانی که خودکشی کامل داشته اند نشان دهنده ی تغییرات چشمگیر در قشر جلوپیشانی و هیپوکامپ بوده است. این نواحی مغز با تنظیم هیجان و حل مسئله ارتباط دارند.



# خودکشی در کودکان و نوجوانان

○ اکثر کودکان دارای افکار خودکشی واجد ملاک های تشخیصی یک یا چند اختلال روانی هستند که این اختلالات اغلب شامل موارد زیر اند:

اختلال افسردگی اساسی

اختلالات دوقطبی

اختلالات روانپریشی

اختلال شخصیت مرزی

اختلالات سوء مصرف مواد

اختلالات اضطراب شدید

○ افرادی که اختلال خلقی ندارند اما خشن ، پرخاشگر و تکانشی هستند ممکن است هنگام بروز تعارض های خانوادگی یا تعارض با همسالان و دوستان دختر یا پسر مستعد خودکشی باشند. همچنین اینها مهم ترین عوامل زمینه ساز رفتار خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلالات روان می باشند.



# خودکشی در کودکان و نوجوانان

- صفت منشی کمال طلبی (perfectionism) در برخی نوجوانان می تواند برانگیزاننده رفتار خودکشی باشد. (نوجوان درس خوانی که به دنبال نمره ضعیف در یک امتحان احساس تحقیر کرده است)
- در برخی موارد نوجوانی که پس از انجام رفتاری ممنوع در انتظار مجازات از سوی پلیس یا سایر مراجع قدرت هستند اقدام به خودکشی می کنند.
- خودکشی های خوشه ای بین نوجوانانی که یکدیگر را می شناسند یا به یک مدرسه می روند گزارش شده است. رفتار خودکشی ممکن است از طریق همانندسازی سبب بروز اقدامات مشابهی در گروه همسالان شود. (خودکشی تقلیدی)
- Werther Syndrome ؛ رمان رنج های ورتر جوان اثر گوته در سال ۱۷۷۴





# خودکشی در سالمندان

- افراد مسن در مقایسه با هر گروه سنی دیگر بالاترین نرخ خودکشی را دارند.
- کاهش منابع اقتصادی بعد از بازنشستگی ، انزوای اجتماعی ، مراقبت بلندمدت یا مراقبت شبانه روزی می تواند ریسک خودکشی را افزایش دهد.
- ویژگی خودکشی ها در افراد مسن با متدهای خیلی کشنده و وجود بیماری جسمی مشخص شده اند.
- بازماندگان بسته به جنسیت خودکشی مردان را با بیماری جسمی و خودکشی زنان را با بیماری روانی توجیه می کنند.
- ۷۵ درصد سالمندانی که اقدام به خودکشی می کنند زن هستند ولی حدود ۶۰ درصد موارد منجر به مرگ مرد می باشند.
- اکثر قربانیان خودکشی سالمند بیوه و تعداد اندکی مجرد یا جدا شده هستند.



# خودکشی در سالمندان

- قربانیان خودکشی اصولاً از اسلحه گرم یا حلق آویزکردن استفاده می کنند اما ۷۰ درصد اقدام کنندگان مصرف دارو و ۲۰ درصد آنان اقدام به جرح خود یا خودزنی می کنند.
- به نظر می رسد مصرف مواد و الکل و سابقه بیماری روانی در سالمندانی که اقدام به خودکشی می کنند نسبت به جوانان شیوع کمتری دارد.
- یک سوم سالمندان تنهایی را علت اصلی تفکر در مورد خودکشی ذکر می کنند.
- شایع ترین عوامل زمینه ساز خودکشی سالمندان بیماری جسمی و فقدان است در حالی که در جوانان مشکلات اشتغال و مالی و روابط خانوادگی شیوع بیشتری دارد.
- اکثر سالمندان قبل از خودکشی این افکار را با خانواده و دوستان در میان می گذارند.



# خودکشی در سالمندان

- تشخیص هایی از نوع اختلال افسردگی اساسی در خودکشی های افراد مسن خیلی متداول می باشند و با تشخیص سوء مصرف الکل و مواد و سندروم مغز ارگانیک (organic brain syndrome) دنبال می شوند.
- تغییر الگوی خواب ، تغییر اشتها ، مشکلات جسمانی یا وخامت مشکلات مزمن می توانند نشانه ای از افسردگی باشند. نشانه های احساس گناه ، غمگینی یا فقدان احساس لذت می توانند با نشانه های جسمانی پوشانده شوند.
- افسردگی در سالمندان گاهی به اشتباه به عنوان زوال عقل تشخیص داده می شود. به طور کلی ریسک خودکشی در سالمندان مبتلا به دمانس پایین است ولی باید توجه داشت در دوره آغازین پس از تشخیص دمانس مخصوصا در سالمندان جوان تر ریسک خودکشی بالاست.
- نگرش های منفی ناخودآگاه در مورد افراد مسن می تواند این خطر را داشته باشد که ریسک خودکشی در افراد مسن جدی گرفته نشود.
- سالمندان دچار بیماری طبی عمده یا فقدان اخیر حتما باید از لحاظ علایم افسردگی و افکار خودکشی ارزیابی شوند.



# “IS PATH WARM”

یک acronym برای به یاد داشتن نشانه های هشدار خودکشی برای جمعیت عمومی است که توسط American Association of Suicidology ابداع شده است.

- I Ideation: threatened or communicated
- S Substance abuse: excessive or increased
- P Purposelessness: no reasons for living, anhedonia
- A Anxiety, agitation and insomnia
- T Trapped: feeling no way out
- H Hopelessness
- W Withdrawal: from friends, family, society
- A Anger: uncontrolled rage, seeking revenge
- R Recklessness: risky acts, unthinking
- M Mood changes: dramatic



