

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سال سی و پنجم (۱۳۸۰)، شماره ۵۱، صفحه ۸۹

گزارش یک مورد اقدام به خودکشی باروش استثنایی در یک نوجوان

دکتر علی مشکینی^۱ دکتر محمد علی مشکینی^۲

خلاصه

زمینه و اهداف: اکثر کسانی که خودکشی می کنند سابقه اقدام به خودکشی دارند و بالعکس کسانی که اقدام به خودکشی می کنند بعدها احتمالاً خودکشی موفقیت آمیز خواهند داشت. در هر صورت روشهای خودکشی و اقدام به خودکشی در نقاط مختلف دنیا با توجه به وسیله های قابل دسترسی برای خودکشی، سطح تحصیلات و شغل متفاوت است.

روش بررسی: این مقاله به بررسی شرح حال دختر ۱۸ ساله ای می پردازد که بدون سایکوپاتولوژی عمده روانی و بدون سابقه قبلی خودآزاری و اقدام به خودکشی، به دنبال احساس یاس و ناامیدی از قبول نشدن در کنکور سراسری، به صورت کاملاً تکانه ای و ناگهانی با فرو کردن سوزن لحاف دوزی در ناحیه پس سری به داخل بصل النخاع اقدام به خودکشی کرده ولی ناموفق بوده است. پس از چند روز به علت درد و تورم ناحیه گردنی پس سری به درمانگاه جراحی مغز مراجعه و پس از بررسیهای لازم با تشخیص جسم خارجی تحت عمل جراحی قرار گرفته و سوزن از داخل بصل النخاع خارج گردید.

یافته ها: بیمار در مشاوره روانپزشکی اولیه و پیگیریهای بعدی مشکل خاصی از نظر روانپزشکی و جراحی مغز نداشته است.

نتیجه گیری: روشهای خودکشی و خودآزاری عمدی در بین جوامع و قشرهای مختلف مردم برحسب سطح تحصیلات، شغل و سایر فاکتورها مختلف است ولی روش فوق الذکر در این مقاله کاملاً استثنایی و نادر است که مسبوق به اطلاعات پزشکی بیمار از آناتومی و فیزیولوژی ناحیه اتصال بصل النخاعی نخاع گردنی «گره زندگی» است.

کلید واژه ها: خودکشی، پاراسویساید نوجوانان، فرو کردن سوزن، ساباکسی پیتال، اتصال بصل النخاعی نخاع گردنی

مقدمه

هر چند ارزیابی مناسب و تفکیک دقیق کسانی که خودکشی می کنند (خودکشی تکمیل شده) و کسانی که پس از مسموم کردن

۱- استادیار گروه جراحی اعصاب بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط

۲- متخصص روانپزشکی بیمارستان رازی تبریز

با اوجهد امتحان کنکور سراسری آماده شده بود و سالها با انگیزه و هدف قبولی در کنکور اکثر اوقات خود را صرف مطالعه نموده و بندرت در فعالیتهای تفریحی و ورزشی و مهمانی و تماشای تلویزیون و غیره، شرکت می‌نموده است.

روز قبل از امتحان هنگام مرور دروس بیمار احساس می‌کند که کلیه دروس به خصوص مباحث زبان انگلیسی و فیزیک را فراموش کرده است و با ترس و ناامیدی از قبولی در امتحان و اینکه چگونه پاسخ زحمات و محبت‌های والدینش را خواهد داد به صورت کاملاً "تکانه‌ای و ناگهانی به فکر خودکشی و ختم‌زندگی خود می‌افتد.

بیمار با استفاده از معلومات درس زیست‌شناسی مبنی بر اینکه مراکز حیاتی و به قول خود بیمار «گره‌زندگی» در بصل‌النخاع قرار دارد در اطاق خود اقدام به فرو بردن سوزن لحاف دوزی از ناحیه اتصال پس‌سری - گردنی به محل اتصال بصل‌النخاعی - نخاع گردنی می‌کند و در انتظار مرگ می‌نشیند. ساعاتی می‌گذرد او با کمال تعجب نمی‌میرد! فردا در جلسه امتحان حاضر می‌شود و پس فردا جمعه همراه با خانواده و دوستان به گردش و تفریح می‌رود و هیچ گونه صحبتی از اقدام خود نمی‌کند. اعضای خانواده که اضطراب و تشویش و نگرانی و وضعیت آشفته و درهم ریخته اتاق او را می‌بینند سخت نگران حال او می‌گردند. ابتدا به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند با توجه به تورم و درد ناحیه گردن با تشخیص اسپاسم عضلانی و اضطراب ناشی از امتحان داروهای ضد اسپاسم و شل‌کننده عضلانی و پماد ضد درد موضعی و ضد اضطراب به ایشان تجویز می‌شود. مادر بیمار بارها ناحیه گردنی او را ماساژ می‌دهد ولی بیمار همچنان در انتظار مرگ درد را تحمل می‌کند و صحبتی از اقدام خود به میان نمی‌آورد. سه روز بعد بیمار بعلت درد شدید و تورم ناحیه گردنی - پس سری به همراه والدین خود به درمانگاه جراحی اعصاب مراجعه می‌کند. پس از معاینه، رادیوگرافی جمجمه (تاون) و گردن (لاترال) به عمل می‌آید و سوزن بزرگی در ناحیه ساب‌اکسی پیتال با امتداد به درون کانال نخاعی تاحد قدامی فورامن ماگنوم مشاهده می‌شود (شکل ۱). بیمار بلافاصله بستری می‌شود و CT اسکن قاعده جمجمه و سرویکال فوقانی به عمل می‌آید که سوزن را درون نخاع نشان می‌دهد (شکل ۲). با آماده‌سازیهای لازم و با تذکر خطرات عمل بیمار به اطاق عمل برده شده و در وضعیت Prone بعد از بیهوشی عمومی و پس از P&D برش میانی در ناحیه پس سری - گردنی داده شده، عضلات اکسی پیتال و گردنی فوقانی دکوله شده و پس از یافتن ته سوزن، سوزن

یا آسیب زدن به خود زنده می‌مانند (خودآزاری عمدی) از نظر روانپزشکی ضروری است ولی این نوع تفکیک مطلق نبوده و وجوه انطباقی مهمی بین این دو وجود دارد (۱).

خودکشی (suicide) مرگی است که عمداً به دست خود شخص حاصل می‌شود. از نظر ادوین‌شایدمن (Edwin Schnidman) خودکشی عبارت است از نابود سازی آگاهانه خود به علت وجود ناراحتیهای متعدد و چند بعدی در فرد درمانده و نیازمندی که به زعم او این کار بهترین راه رهایی از مسایل و مشکلات و بحرانها می‌باشد. خودکشی ارتباط مستقیم با نیازهای باطنی یا برآورده نشده، احساس یأس و درماندگی، احساس دلی بین زندگی و استرس غیر قابل تحمل، محدود شدن راههای چاره از دیدگاه شخصی و نیاز برای فرار از مشکلات دارد (۲).

در کتب مرجع روانپزشکی و در مقالات، اصطلاحات "اقدام به خودکشی"، "مسموم سازی عمدی خود"، "خودزنی عمدی"، "(parasuicide)" "مجروح سازی خود"، "خودآزاری عمدی (Deliberate self-harm = DSH) (۱) جرح خویشتن (self mutilation) و رفتارانتحاری کاذب (pseudo suicide) (۲) همگی معنی و مفهوم تقریباً مشابهی دارند.

اصولاً سه نوع خودزنی (deliberate self laceration) وجود دارد: زخمهای عمیق و خطرناک به قصد خودکشی، که بیشتر در مردها دیده می‌شود، قطع عضو شخصی به وسیله بیماران اسکیزوفرنیک (اغلب در پاسخ به توهمات شنوایی) یا ترانس سکسوالها و زخمهای سطحی که مرگ‌زایی ندارند. این افراد اکثراً کسانی هستند که معمولاً مسایل شخصیتی مرزی (borderline) از جمله اعتماد به نفس پایین، رفتار پرخاشگرانه و عجولانه، خلق بی‌ثبات و اشکال در برقراری روابط بین فردی و تمایل به سوء مصرف الکل و دارو و مسایل قانونی و هویت جنسی دارند و مکرراً اقدام به خودزنی می‌کنند. قبل از خودزنی، معمولاً تنش فزاینده و تحریک پذیری ظاهر شده و با اقدام به خودآزاری، تنش و تحریک فروکش می‌کند و پس از این عمل احساس شرم و نفرت پدید می‌آید. معمولاً زخمهای متعدد واسکارهای بریدگی ناشی از تیغ، چاقو و شیشه و یا سوختگی ناشی از آتش سیگار در ناحیه ساعد و مچ دست در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی وجود دارد.

گزارش مورد

بیمار دختری ۱۸ ساله، دبلمه، فرزند دوم و تنها دختر یک خانواده ۴ نفری از طبقات اجتماعی اقتصادی متوسط و کارمند بود برادر بزرگ بیمار دانشجوی فیزیک بود و بیمار در رقابت تنگاتنگ

نتایج

استرس کنکور دانشگاهها عامل عمده برای اقدام به خودکشی در بیمار بوده است. معلومات بیمار از درس زیست‌شناسی در مورد آناتومی و فیزیولوژی مراکز حیاتی در بصل‌النخاع یک راهنمای مهم برای انتخاب روش اقدام به خودکشی است.

در بررسی و مشاوره روانپزشکی بیمار قبل از عمل و بعد از عمل و یک ماه بعد و مصاحبه روانپزشکی با خانواده هیچ‌گونه سابقه اختلال روانپزشکی در خود و خانواده ذکر ننموده و بیمار در خصوص نحوه اقدام به خودکشی و احساسات خود در هنگام فرو کردن سوزن و بعد از آن اظهار فراموشی می‌کرد و ظاهراً با مکانیسم‌انکار و فراموشی و واپس زدن در صدد کاهش اضطراب و گناه و تنش روانی بود.

در معاینه فیزیکی قبل از عمل هیچ‌گونه علامت و نشانه نورولوژیکی (حسی، حرکتی و تنفسی) وجود نداشت فقط تورم ناحیه کرانیوسرویکال وجود داشت و بیمار از درد ناحیه رنج می‌برد و پس از عمل و یک ماه بعد نیز هیچ‌گونه نقص نورولوژیکی نشان نداد.

به آرامی از نخاع خارج می‌شود (شکل ۳). پس از کنترل و اطمینان از عدم نشت CSF و اطمینان از وضعیت قلبی و تنفسی بیمار، زخم بسته شد و بیمار به بخش منتقل گردید. ضمناً قبل از عمل و تا ۴۸ ساعت بعد از عمل آنتی‌بیوتیک بصورت IV تجویز شد. مشاوره روانپزشکی به عمل آمد که بیمار ضمن تشریح اقدام خود پشیمانی عمیق خود را ابراز داشت و دارو تجویز نشد و بیمار مرخص گردید، بیمار ده روز بعد مراجعه و بخیه‌ها کشیده شد و مشکل خاصی از نظر نورولوژیک و سایکولوژیک نداشت.

حدود یک ماه بعد مجدداً با بیمار و خانواده‌اش مصاحبه روانپزشکی به عمل آمد: هیچ‌گونه سابقه اختلال روانپزشکی در خود و خانواده نداشت و سایکوپاتولوژی عمده روانپزشکی در سابقه خود نشان نمی‌داد. بیمار در مورد نحوه اقدام به خودکشی و احساسات خود در هنگام فرو کردن سوزن و بعد از آن اظهار فراموشی می‌کرد و ظاهراً با مکانیسم‌انکار و فراموشی و واپس زدن (repression) در صدد کاهش احساس اضطراب و گناه و تنش روانی بود. با رعایت مسایل اخلاقی از مصاحبه آمیتال اجتناب گردید. بیمار با امیدواری به آینده با اظهار ندامت و پشیمانی از عملکرد گذشته در صدد جبران ضعف‌های گذشته بود.

شکل ۱، رادیوگرافی نیمرخ گردن بیمار

شکل ۲، اسکن ناحیه کرانیو سرویکال بیمار

شکل ۳، سوزن لحاف دوزی خارج شده از محل اتصال سرویکومدولری بیمار

بحث

روشهای خودکشی و اقدام به خودکشی در نقاط مختلف دنیا با توجه به وسیله های قابل دسترسی برای خودکشی متفاوت است مثلاً در ایالات متحده که اغلب مردم اسلحه شخصی دارند از شایعترین وسایل خودکشی بخصوص در مردان سلاح گرم است (۲). در انگلستان دود اگزوز اتومبیل و مسمومیت دارویی از جمله وسایل شایع خودکشی است (۱). روشهای دیگر که در منابع مختلف ذکر شده است عبارتند از: حلق آویز شدن، زخمی کردن خود، غرق کردن، پریدن از بلندی، پریدن جلو اتومبیل یا قطار در حال حرکت و... (۱۰-۳). در یک مطالعه ایرانی روشهای خودکشی به

ترتیب شیوع عبارت بودند از: حلق آویز - مسمومیت - خودسوزی - اسلحه گرم - غرق سازی - تصادف عمدی - سقوط از بلندی (۱۱). خودآزاری عمدی در کودکان قبل از سنین مدرسه نادر است ولی پس از ۱۲ سالگی افزایش مستمری نشان می دهد. به استثنای سنین پایین تر عیار خودآزاری عمدی در دخترها بالاتر است. رایجترین روشهای اقدام به خودکشی مصرف مقادیر سمی داروها و اغلب ضد دردهای غیر مخدر نظیر پاراستامول و سالیسیلات (۱) داروهای ضد افسردگی (۲) و بنزودیازپینها است ولی روشهای خطرناک در بین پسرها رایجتر است (۱). شایعترین روش مجروح سازی ایجاد پارگی نسج معمولاً در ناحیه ساعد و مچ می باشد ولی سایر انواع مجروح سازی عبارتند

عوامل زمینه ساز مشتمل بر بی‌آبرو شدن پیش همتاها، گسستگی رابطه عاشقانه، مسایل مدرسه، بیکاری، داغدیدگی، جدایی و طرد شدن (۲) هستند.

در ایران همه ساله در فصل دانشگاهها، قبل از برگزاری کنکور، به دلیل محدودیت پذیرش دانشگاهها، خیل عظیم داوطلبین و رقابت شدید بین نوجوانان و جوانان جهت پذیرفته شدن در کنکور و مسایل بیکاری و بلا تکلیفی بعد از کنکور برای عده زیادی از قبول نشدگان در دانشگاهها و فشارها و رفتارهای نادرست خانواده‌ها و اجتماع به جوانان و نوجوانان، استرس روحی و روانی شدید به آنها وارد می‌شود که نهایتاً اقدام برای خودکشی چه به صورت نا موفق و خودآزاری (برای جلب توجه دیگران یا برای فرار از استرس) و چه بصورت موفق می‌شود که در گزارش مورد نظر ما هم شرایط فوق‌الذکر کاملاً مشهود است.

برای پیشگیری از وقایع مشابه، حل مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه بصورت کلان و جوانان و نوجوانان بصورت خاص از قبیل مشکلات تحصیلی، اشتغال، ازدواج، مسکن، تفریحات سالم و مبارزه با تهاجم فرهنگی غرب برای جهت به ابتذال کشیدن و سست کردن مبانی اعتقادی آنان موضوعاتی هستند که عزم ملی و سیاستگذاری کلان دولتمردان را می‌طلبند تا از نومییدی و افسردگی و نهایتاً عوارضی همچون خودکشی و خودآزاری عمدی جمعیت جوان کشور جلوگیری نمود.

تقدیرنامه

در خاتمه از راهنمایی‌های ارزنده استاد ارجمند جناب آقای دکتر نصرت‌ا... پورافکاری در تهیه این‌مقاله کمال تقدیر و تشکر را می‌نماییم.

References:

- گیلدرم، گات د، مه پور، کورن ف، درسنامه روانپزشکی اکسفورد، ترجمه دکتر نصرت‌ا... پورافکاری چاپ اول، جلد ۲ (۱۳) ۷-۳۳ انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۷۶.
- کاپلان ه، سادوک ب، گر ب ج، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی ترجمه دکتر نصرت‌ا... پورافکاری، چاپ اول جلد ۳ (۳۱ و ۴۶): ۷-۲۰ و ۴۶۷-۴۷۷ انتشارات شهر آب تهران ۱۳۷۵.
- Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B. Suicide of children and adolescents, Arch Kriminol. 1998; 202 (1-2): 1-7.
- Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study J-Am-Aced- child- Adolesce - Psychiatry. 1998; 37(5): 473-81.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent

از پرش از بلندی، یا پریدن جلو قطار یا اتومبیل در حال حرکت، تیراندازی به خود و غرق ساختن خویش که اکثراً توسط افراد مسنی که قصد مردن دارند صورت می‌گیرد (۲). در اغلب بیماران ایرانی مسمومیت با مواد شیمیایی و سم گیاهی و مواد شوینده و مواد سوختنی و داروهای ضداضطراب و ضد افسردگی و داروهای ضد انعقادی مثل کومادین روشهای عمده اقدام به خودکشی است. برخلاف افرادی که خودکشی می‌کنند و عموماً سایکوپاتولوژی و اختلال روانپزشکی اساسی از جمله افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی، دمانس، اختلال شخصیت و سوء مصرف و وابستگی به مواد دارند (۱ و ۲). کسانی که دست به خودآزاری عمدی می‌زنند برخی علائم عاطفی داشتند اما معدودی واجد یک سندرم کامل روانپزشکی هستند و بندرت بیماری روانی شدید و مزمن دارند: حدود نصف تا ثلث افراد خودآزارنده اختلال شخصیت دارند.

با توجه به اینکه مفهوم روشن مرگ تا ۱۲ سالگی حاصل نمی‌شود، تعیین انگیزه‌های خودآزاری در کودکان مشکل است ولی ممکن است انگیزه‌های آنها در اکثر مواقع آگاه ساختن دیگران از ناراحتی خود، فرار از استرس، باز دادن دیگران باشد. خودآزاری عمدی در کودکان با سابقه خانواده‌های درهم‌گسسته، اختلال روانی خانوادگی، بدرفتاری با کودکان رابطه داشته و معمولاً مسایل اجتماعی نظیر مشکلات روابط والدین، دوست دختر یا پسر، مشکلات تحصیلی سبب تسریع اقدام می‌گردد (۱). خودآزاری عمدی در جوانها بخصوص زنان ۳۰-۱۵ ساله و در طبقات اجتماعی پایین در افراد طلاق‌گرفته یا طلاق داده، همسران نوجوان و مرد و زنهای مجرد شایعتر است (۱) از نظر محل سکونت در مناطق با میزان بیکاری بالاتر، تراکم و تعداد اولاد بیشتر و تحرک اجتماعی زیادترا ارقام بالاتری گزارش گردیده است (۱).

- completed suicide. Arch - Gen-psychiatry, 1996; 53(12): 1155-62.
6. Fieguth A, Grimm U, kleemann WJ, Troger HD: Methods of suicide in an autopsy sample of the Institute of Forensic Medicine of the Hannover Medical School. Arch - Kriminol, 1997; 199(1-2): 13-20.
 7. Fox J, Stahlsmith L, Nashold R, Remington P. Increasing use of firearms in completed suicide in wisconsin 1979-1999. Wis-Med -J . 1996; 95 (5): 283-5.
 8. Cantor CH, Baame PJ. Access to methods of suicide, what impact? Aust -N-Z-J-Psychiatry, 1998; 32 (1): 8-14.
 9. Grellner W, Kukuk M, Glenewrenkel F. About suicide methods of physicians , medical personel and related professions. Arch - Kriminol, 1992; 201(13-9): 65-72.
۱۰. لطف الهی اشرف، پایان نامه بررسی خودکشی‌های منجر به فوت در سطح استان آذربایجانشرقی بین سالهای ۷۷-۷۵ در مرکز پزشکی قانونی استان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۷۸.
۱۱. حامدنی صفر، دنیوی وحید، پایان نامه بررسی همه‌گیری‌شناسی موارد خودکشی موفق در شهر تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۷۷-۱۳۷۶.