

“خودکشی اورژانس ترین، اورژانس روانپزشکی اطفال”

دکتر بهروز جلیلی *

یکی از مسائل بسیار حساس که طیب و روانپزشک اطفال با آن روبرو است خودکشی کودک و نوجوان است. این مسئله از نظر روند تفکر طفل و سنی که در آن اقدام به خودکشی می‌کند تفاسیر گوناگونی دارد که طیب باید با آن آشنا بوده قادر به تعبیر باشد، زیرا در غیر آن صورت در اداره مسئله دچار اشتباه و سردرگمی گردیده بسیاری موارد حساس را مورد غفلت قرار خواهد داد.

از سوی دیگر، ما باید با واکنش والدین در این مورد آشنا بوده، قادر به هدایت ایشان باشیم. چه بسیارند والدینی که بدین اقدام طفل به دیدی تحقیرآمیز و مسخره‌نگریسته، از جدی بودن مشکل ناآگاه‌اند، نیز والدین دیگر که پس از اقدام طفل دچار احساس گناه شدید شده از آن پس وی را مورد محافظتی افراط آمیز قرار می‌دهند، که این هم چاره کار نمی‌باشد. مقاله حاضر ضمن مروری بر همه گیرشناسی خودکشی در بین کودکان و نوجوانان توصیه‌هایی بمنظور پیشگیری و درمان این مشکل ارائه کرده است.

مقدمه

نوجوانان ممکن است به خودکشی به عنوان راه حلی برای مشکلات روحی و اجتماعی خویش بنگرند. به علاوه، گرچه تعداد کمی از کودکان در سن قبل از بلوغ خود را می‌کشند، لیکن بسیاری از آنان به خودکشی به عنوان چاره حل مسائل می‌نگرند. هنوز هم خودکشی در بچه‌های زیر دوازده سال امری نادر است. افکار انتحاری (مثل صحبت کردن درباره قصد صدمه زدن به خویش) یا تهدید به خودکشی (مثل اظهار کودک که می‌خواسته خودش را جلوی اتومبیل پرت کند) بسیار بیشتر از خودکشیهای موفق در این سن بوده است.

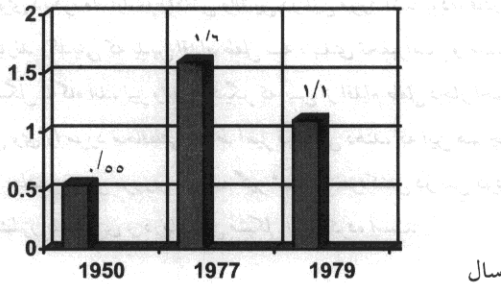
* روانپزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

همه گیری شناسی (اپیدمیولوژی)

در آمریکا سالانه ۱۲۰۰۰ کودک به علت رفتار انتحاری یا تهدید به آن در بیمارستان بستری می‌شوند. در بین نوجوانان ۱۵ - ۲۴ ساله خودکشی سومین علت مرگ است و سالانه ۶۰۰۰ مورد خودکشی نوجوانان اعلام شده است. طبق آمار دیگر، این کوششها سریعاً پس از ۱۴ سالگی افزایش می‌یابد و خودکشی چهارمین علت شایع مرگ در دوره نوجوانی و دومین علت شایع مرگ در محصلان طبقات مرفه اجتماعی است. پسرها سه برابر دخترها خودکشی می‌کنند، ولی دخترها سه برابر پسرها اقدام به خودکشی کرده‌اند.

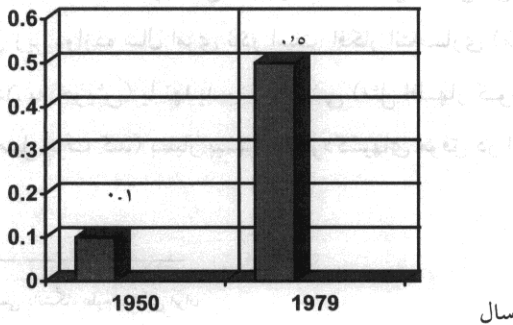
نمودار شماره ۱ - میزان شیوع خودکشی در پسران در فاصله سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۶

مری 100.000 CNETILE

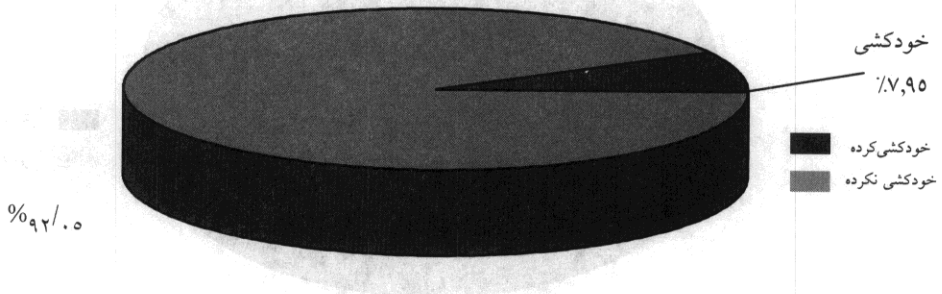


نمودار شماره ۲ - میزان شیوع خودکشی در دختران در فاصله سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۶

مری 100.000 CNETILE



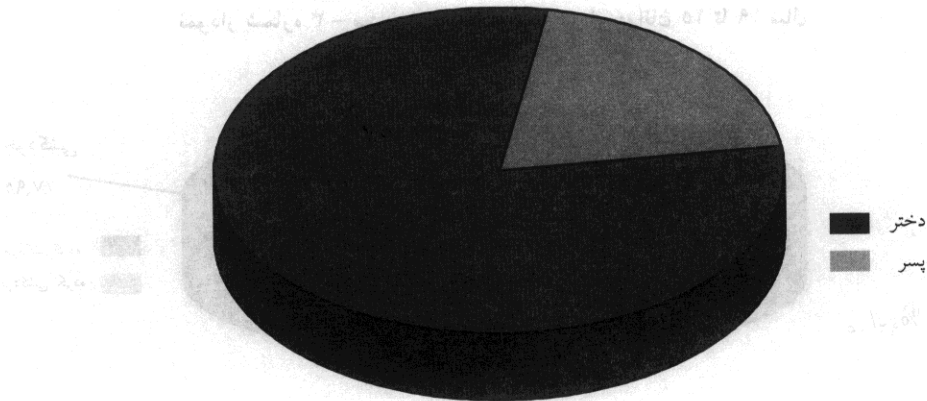
نمودار شماره ۳ - میزان شیوع خودکشی در نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ سال



نمودار شماره ۴ - مقایسه نسبت خودکشی موفق در بین پسران و دختران



نمودار شماره ۵ - مقایسه نسبت اقدام به خودکشی در بین پسران و دختران



میزان خودکشی در پسرهای ۱۹۵۰-۱۹۷۷ به سه برابر با پیک ۱/۶ درصد هزار مرگ رسید، سپس تا سال ۱۹۷۹ به ۱/۱ درصد هزار تنزل یافت، این میزان در دخترها افزایش ثابتی می یابد و تا سال ۱۹۷۹ به ۰/۵ درصد هزار می رسد که پنج برابر بروز آن در سال ۱۹۵۰ است. تعداد موارد مرگ ناشی از خودکشی در گروه سنی ۱۵-۱۹ ساله ۷/۶۴ درصد هزار یا به عبارت بهتر، ۷/۹۵٪ کل مرگها در این گروه سنی بوده است. شاید این افزایش آماری مربوط به گزارشهای واقعه گریبانه تر در ایام اخیر باشد که در گذشته آن را به عنوان مرگهای اتفاقی گزارش می کردند.

در آمار کشور ما در سالهای ۱۳۶۳ - ۱۳۷۲ سالانه حدود ۱۵۰۰ - ۲۷۰۰ مورد مرگ مشکوک به خودکشی در کودکان و نوجوانان ثبت شده است که بیشترین میزان شیوع سنی بین ۱۳ - ۱۷ سالگی بوده و از نظر شیوع جنسی پسران چهار برابر دختران گزارش شده اند. از میزان ارجاعات و بستری اقدام کننده به خودکشی در بخشهای روانپزشکی اطفال و مسومان آمار منسجمی در دست نیست، بین سالهای یاد شده سالانه حدود ۲۷۵۰ تا ۳۰۵۰ مورد خودکشی مشکوک گزارش شده است که اکثراً به طور سرپایی مداوا شده اند.

در یک بازنگری که بین سالهای ۱۳۷۳ - ۱۳۸۰ در مورد آمار مربوط به خودکشی در کشور به عمل آمد افزایش حدود ۴۲۵۰ مورد خودکشی (کل موارد) در کشور ملاحظه گردید که بخش مهمی از افزایش موارد در اثر تزریق درون عروقی مواد مخدر بود، لیکن این نکته قابل اثبات نبود که آیا فرد بنحو اتفاقی در اثر تزریق مواد اضافی (Overdose) فوت نموده و یا آگاهانه به این عمل اقدام نموده است (منطبق با تعریف Stueide).

در این مدت یک نوع (Eplside) خودکشی جمعی در استان کرمان توسط آنچه محمد تقی یاسمی و همکاران مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت، که بدنبال خودکشی یک معلم محبوب دانش آموزان رخ داده بود و نیز موارد خودکشی نوجوانان با روش خود سوزی در استان کردستان مورد بررسی قرار گرفت که اکثریت موارد با جنسیت مؤنث و پس از ازدواج رخ داده بود. موضوع این نحوه خودکشی در کارگاه بین المللی خودکشی دانشگاه علوم پزشکی ایران در بهمن ماه ۱۳۷۹ مورد بررسی قرار گرفت.

اگر موارد فوق را استثنایی قلمداد نموده و حذف نماییم، کل موارد خودکشی کودکان و نوجوانان بین سالهای ۱۳۷۲ - ۱۳۸۰ به حدود ۳۲۲۵ مورد می رسد و شیوع جنس آن به نسبت ۳/۷ پسر به یک دختر تغییر یافته و شایع ترین روش خودکشی، باز هم به ترتیب مسموم ساختن خود با داروها و سپس به دار آویختن، پریدن از ارتفاعات و بندرت استفاده از اسلحه گرم بوده است.

تظاهرات بالینی

۱۵ - ۴۰٪ خودکشیهای به انجام رسیده در آغاز با اقدامهایی در جهت خودکشی قطعی همراه بوده است. در ۱۱٪ موارد خودکشی یک والد، خواهر، برادر یا خویشاوند درجه اول رفتار آشکار خودکشی را قبلاً نشان داده است. در مورد روش خودکشی، پسران از اسلحه های گرم و مواد انفجاری بیشتر استفاده کرده اند، و پس از آن، دارآویختگی و خفه کردن شایع تر است. دختران بیشتر از سمها و داروها استفاده کرده اند، اگر چه اخیراً کاربرد اسلحه های گرم

نیز در آنها بیشتر به چشم می خورد. در سالهای قبل از نوجوانی شایع ترین روش پریدن از ارتفاعات و پس از آن مسمومیت، دارآویختگی، چاقوزدن و پریدن وسط جاده بوده است. وجود حوادثی ناشی از مسمومیت که پس از شش سالگی روی دهد کمتر ممکن است اتفاقی باشد و باید به عنوان رفتاری که امکان خودکشی به همراه دارد یا مورد احتمالی اهمال یا سوء استفاده از کودک تلقی شود. در کشور ما کلاً مسموم ساختن خویش با داروها، سمها، دارآویختگی و پریدن از ارتفاعات در مورد نوجوانان دختر و پسر به ترتیب روشهای شایع تر خودکشی بوده است.

پسیکوفیز یولوژی و پسیکوپاتولوژی

کودکان مدرسه ای در مورد موضوع خودکشی بصیرت اعجاب آوری دارند. تفاوت عمده بین کودکان و نوجوانان در بصیرت، خیال پردازی و روش کار است. در میان نوجوانان مطابقت زیادی درباره آگاهی به انواع اعمالی که موجب مرگ می شود وجود دارد: خیالپردازی در مورد آنکه اگر مرتکب یکی از این اعمال شوند برایشان چه پیش می آید و روش اختصاصی برگزیده ای برای خودکشی دارند. کودکان تا سن نه و ده ساله قادر به درک حقیقت مرگ نیستند، کوششهای خود کوشانه در آنها نادر و معمولاً بازتاب تمایلهای جدی برای مردن نیست، بلکه بیشتر خواسته ای در جهت خود تنبیهی یا تلافی در برابر کارهای پدر و مادر است که به صورت تهدید به خودکشی انجام می شود (شما متأسف خواهید شد اگر من بمیرم) اگر چه گاه این کار با موفقیت همراه می شود، یا به نحو مؤثرتری از آنچه که بیمار قصد دارد انجام می پذیرد. از سوی دیگر، کودکان بین آنچه که خودکشی به حساب می آورند و خیال پردازیهایشان درباره آنچه کشنده است یا نیست رفتار متفاوتی نشان می دهند. این مسئله ممکن است تا اندازه ای نشان دهنده آن باشد که چرا در مقایسه با نوجوانان فقط تعداد کمی از کودکان قبل از بلوغ خود را به قتل می رسانند.

در نوجوانان عقیده و تصور انتقام یا خصومت بارز، به جانب دیگران یا خود هدف گیری شده است. مطالعات خانوادگی نشان داده که پدران نوجوانهای انتحار کننده اکثراً

خودشان کاملاً افسردگی و اعتماد به نفس پایین داشته‌اند، در حالی که مادران دچار اضطرابهای عمده بوده‌اند یا جهت گیری عقیدتی به خودکشی داشته‌اند. هر دو والد تمایل به مصرف زیاد الکل داشته و مصرف دارو مشکل شایع خانوادگی بوده است.

گاه نوجوان به خودکشی به عنوان راه حل یا روشی برای اعتراض می‌نگرد. گاه احساسهای خجالت زدگی و گناه هم در آنان به چشم می‌خورد. درصد کمی از نوجوانانی که قصد خودکشی دارند دچار روان پریشی (Psychosis) هستند و در این جا کوشش آنها بیشتر به منظور خود مثله کردن (Self Mutilation) است تا خودکشی. گاه اختلالهای شخصیتی (هیستریونیک و مرزی و غیره) در کار بوده و این کوششها ممکن است برای اذیت کردن پدر و مادر یا همتایان انجام شده باشد. نوجوانانی که ناپخته، حساس، خجالتی، مضطرب و به لحاظ عاطفی ناپدار هستند و ضعف اعتماد به نفس (Self Esteem) دارند و از خانواده های غیرمتشکل و مختل برخاسته‌اند و در مقابل حوادث فشارزا ناپایدارند و به خودکشی به عنوان راه حل مسائل می‌نگرند. برخی دیگر تحت فشارهای روانی خاصی مانند بیماری مزمن، فشارهای تحصیلی، از دست دادن ناگهانی فردی شاخص در زندگی یا شکست عشقی و غیره دست به چنین اعمالی می‌زنند. هرگز نباید مسئله مورد تجاوز قرار گرفتن نوجوان و کودک را چه به شکل تجاوز (Rape) یا زنا با محارم (Incest) فراموش نمود.

عوامل دخیل (Risk Factors) در خودکشی کودک و نوجوان شامل موارد زیر است:

افسردگی، احساس بی ارزش بودن، احساس خشم درونی به دیگری (با احساس گناه و افسردگی)، کوششهایی برای جلب توجه، علاقه، کسب اعتبار، انجام مجازات پدر و مادر یا دوست پسر یا دختر، آرزوی وابستگی به یک قوم و خویش مرده، تمایل به همانندسازی (Identification) با والدی که اقدام به خودکشی نموده است. کودکی که قبل از دوازده سالگی یکی از والدین خود را به هر دلیل از دست داده باشد در معرض خطر بیشتر اختلال عاطفی و خودکشی قرار دارد.

بسیاری از نوجوانان که دست به انتحار می زنند واقعاً آرزوی مرگ ندارند، بلکه این اقدامی است برای کمک. حتی آرزوی واقعی مرگ در یک نوجوان بسیار ناپایدارتر از یک فرد بالغ است.

از سوی دیگر افسردگی نوجوانان و کودکان جوان تفاوت‌های آشکاری با افسردگی بزرگسالان دارد، گاه رویاهای بسیار روزانه، بی‌اشتهایی، چرخش‌های خلق و خو، اختلال‌های خواب (به خواب رفتن یا برخاستن از خواب) فعالیت‌های عجولانه، احساس بی‌پناهی یا ناامیدی یا حتی خصومت، طغیان‌های عاطفی یا رفتار تهاجمی نشانه‌های شایع افسردگی هستند که ممکن است بزرگسالان از آن بی‌خبر باشند. معمولاً نوجوان در مورد تصمیم خود اشاره‌هایی به پدر و مادر می‌کند، برای مثال برگه، نوشته یا قوطی خالی قرص را در مکانی می‌گذارد که قابل یافتن باشد. ممکن است در سیریک اقدام به خودکشی عقیده طفل زمانی تغییر کند که دیگر خیلی دیر است، یا در باطن بخواهد خود را از این تصمیم به عقب بکشد، ولی این احساس که دیگران تهدید وی را احمقانه و او را ضعیف تصور کنند مانع قطع اقدام وی باشد.

ارزیابی و درمان

تهدید به خودکشی را باید حاکی از ناامیدی فرد دانست و کلیه اقدامات یا تهدیدهایی از این قبیل را جدی تلقی کرد. پزشکان، والدین و دیگران باید در این مورد محتاطانه عمل نمایند، از طعنه زدن، مسخره کردن، مبارزه جویی یا تحقیر فردی که چنین تهدیدهایی را کرده است خودداری کنند. اگر این اقدام با بی‌تفاوتی پدر و مادر روبرو شود ممکن است بار دیگر جدی تر و با نتایج غمناک‌تر همراه شود. باید با دقت جزئیات زندگی طفل در ۴۸ - ۷۲ ساعت قبل از تهدید یا اقدام به خودکشی را بررسی کرد و به شدت و نوع اقدام قبلی یا عملکرد ناگهانی بیمار توجه نمود. این نکته مهم است که درک کنیم آیا بیمار قصد توقف عمل خویش یا مکشوف شدن ماجرا را داشته و رفتار قبل یا بعد از خودکشی تسریع کننده یا باز دارنده کشف شدن بیمار قبل و بعد از این عمل بوده است. مهم‌ترین عامل در ارزیابی قصد و هدف بیمار، اقدامات نجات بخش پیش بینی شده توسط کودک و نوجوان است. زمانی که

بیمار توانایی لازم را پیدا می‌کند، پزشک باید به تجسس قالب فکری، میزان ناامیدی، بی‌پناهی، شدت شرم یا گناه و وجود یا فقدان خشم (بجانب خود یا دیگران) در او بپردازد. میزان افسردگی را باید براساس وخامت قصد انتحار و اینکه آیا این نیت پابرجاست به دقت ارزیابی کرد. اصولاً وجود علائم افسردگی و مانند آن در نوجوان نشانه آن است که ممکن است خودکشی انجام شود. در این مورد هرگاه نوجوان در خواست مصاحبه با پزشک یا فرد بالغ دیگری را کند باید فرصت را غنیمت شمرده و فوراً وی را پذیرا شد. همچنین این نکته مهم است که آیا طفل یک هذیان پسیکوتیک یا ایده پارانوئید راکنش نمایی (Acting Out) کرده است یا این اقدام منتج از توهمات بوده که باعث اضطراب و هراس غیرقابل تحمل در وی گردیده است. پس از بهبود، ارزیابی قالب فکری بیمار اهمیت می‌یابد، یعنی درک این نکته که آیا قصد خودکشی پابرجاست یا اکنون احساسی خوش بینانه‌تر برای حل مشکلات و یافتن راه سازنده‌تر، جزء خودکشی در طفل نمود یافته است. هنگامی که بیمار انتحار کرده در مطب پزشک یا اورژانس پذیرفته می‌شود بهتر است وی را به مدت دو تا سه روز در بیمارستان بستری کرد تا بتوان ارزیابی کامل تری از چارچوب فکری و شرایط محیط و خانواده‌ای وی به عمل آورد. اکثراً ممکن است مشاوره کمکی (Psychiatric) یا تغییرهای محیطی برای حل مشکل بیمار کافی باشد، ولی در موارد خاصی که در بالا بیان شد نیاز به پسیکوتراپی عمیق طولانی لازم می‌آید. اگر نوجوان از نظر روحی به شدت صدمه دیده به نظر برسد بستری و درمان روانی وی ضرورت دارد. پزشک باید به این نکته توجه کافی مبذول دارد که پاسخ دوستان و خانواده به اقدام بیمار چه بوده است. یک خانواده عصبانی و مخاصمه جو که در اکثر موارد با آن مواجه می‌شویم راه حل و ترتیب متفاوتی از یک خانواده حمایتگر، مهربان و فهمیده می‌طلبد. برخی خانواده‌ها کاملاً منکر جدی بودن مسئله هستند که این امر می‌تواند باعث ناامیدی و تحریک بیماری گردد که اقدام وی دال بر کوشش و تلاشی مایوسانه جهت مواجهه با پاسخی متفاوت بوده است. همچنین باید بدون ایجاد احساس تقصیر و گناه بیش از

حد در افراد خانواده، به آنها کمک کرد تا نقش خویش و اهمالها و قصورهای احتمالی که در مورد بیمار قبل از اقدام به انتحار انجام داده‌اند را بررسی کنند.

دست آخر باز هم تکرار می‌کنیم که عاقلانه نیست نوجوانی را که اقدام به خودکشی کرده است مستقیماً از اتاق اورژانس به منزل فرستاد، حتی اگر این اقدام از نوع کاملاً سطحی و مثلاً با اندکی داروی باریتورات که زود بالاواژ و خارج می‌شود صورت گرفته باشد.

- 1- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statical manual of mental Disorders IV, Washington, DC, American Psychiatric Association 2003.
- 2- Cont well D: Depressive disorders in children. Psychiatr Clin North Am 8:779,1985.
- 3- Carlson G, Asamow J, Orbach I: Developmental aspect of suicidal behavior in children. J Am Acad child Adol Psychiatry 26: 186, 1996.
- 4- Cosello AJ: The Assessment and diagnosis of affective disorder in children. J Child Psycho Psychiatry 27:565,2000.
- 5- Earls F: The epidemiology of depression in children and adolescents. Pediatr Ann 13:23, 1994.
- 6- Eisenberg L: *The epidemiology of suicide in adolescents.* Pediatr Ann 13:47, 1994.
- 7- Garfinkel BD, Froese A, Hood J: Suicide attempts in children and adolescents. Am J Psychiatry 139:1257, 1992.
- 8- Hawton K: *Suicide and Attempted Suicide among Children and Adolescents.* Beverly Hills, sage Publications, 1990.
- 9- Hoberman H, Garfinkel B: Completed Suicide in children and adolescents. J Am Acad child Adol Psychiatry 27:689, 1988.
- 10- Kovacs M, Feinberg TL, Grouse – Novak M, et al: Depressive disorders in childhood: A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. Arch Gen Psychiatry 41: 229, 1984.
- 11- McIntire Ms, Angle CR (eds): *Suicide Attempts in children and Adolescents* Hagerstown, MD. Harper and Row, 1990.
- 12- Pfeffer C: Clinical aspects of chidlhood suicide behavior. Pediatr Ann 3:56, 1994.
- 13- Pfeffer C, Lipkins R, Plutchik R, et al Normal children at risk for suicidal behavior: A two – year follow – up study. J Am Acad Child Psychiatry 27:34, 1988.
- 14- Pfeffer C, Newcorn J, Kaplan G, et al Suicidal behavior in adolescent psychiatric in patients. J Am Acad Child Adol Psychiatry 27:357, 1988.
- 15- Shaffer D: Suicide in childhood and early adolescence. J Child Psycho Psychiatry 15:275, 1994.
- 16- Shaffer D, Garland A, Gould M. et al: Preventing teenage suicide: A review. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 27:675, 1988.