

اهمیت توجه به افکار و رفتار خودکشی در کودکان خردسال: «تهدید به خودکشی در یک کودک پنج ساله»

دکتر مهین اسلامی شهرباکی^(۱)، دکتر منصوره نصیریان^(۲)

چکیده

هدف: هدف گزارش حاضر توجه به افکار خودکشی در کودکان و ارزیابی این افکار بود. **گزارش مورد:** این گزارش به معرفی کودک پنج ساله‌ای می‌پردازد که با علائم تهدید به خودکشی و دیگرکشی با کارد، بی‌قراری، پرحرفی، تحریک‌پذیری و درگیری جسمی و کلامی با اطرافیان می‌پردازد. وی پیشتر، با تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی، به‌طور کوتاه‌مدت و ناقص با متیل‌فنیدیت درمان شده بود و در زمان تهیه گزارش، در بخش روانپزشکی کودکان بیمارستان شهید بهشتی کرمان، برای نوبت دوم و با فاصله زمانی کوتاه از ترخیص نوبت اول، بستری بود. تفکر در مورد خودکشی، دیگرکشی و یا اقدام به آن، در این کودک به دلیل تفکر غیرانتزاعی مختص این دوران و بدون توانایی اندیشیدن به عواقب و کشندگی روش تصور می‌شود. **نتیجه‌گیری:** حتی در کودکان نیز باید در صورت احتمال وجود افکار خودکشی/دیگرکشی یا اقدام به خودکشی، مورد به‌طور دقیق ارزیابی و اقدامات لازم جهت کاهش این رفتار انجام شود. **کلیدواژه:** خودکشی؛ دیگرکشی؛ کودکان پیش‌دستانی؛ اختلال دوقطبی

۷۵

75

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۱۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۲۶]

مقدمه

فوریت‌های مهم بهداشت روان تلقی می‌شود (۱). افکار خودکشی یا سابقه اقدام به خودکشی در والدین، فقدان حمایت اجتماعی و حوادث تنش‌زای زندگی در افزایش تمایل خودکشی در نوجوانان دخیل دانسته شده است (۵، ۶). برخی ویژگی‌های مربوط به کودک و نوجوان، مانند سطح خطرپذیری، رفتارهای تهاجمی و خشونت‌بار و وجود اختلالات روانپزشکی، مانند اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی و مصرف برخی داروهای ضد افسردگی هم باعث افزایش احتمال اقدام به خودکشی در این گروه سنی می‌شود (۱، ۷، ۹). در صورت بروز افکار خودکشی یا اقدام به آن در گروه سنی کودکان و نوجوانان، باید این عوامل خطر را بررسی کرد تا علاوه‌بر کمک به درمان اختلالات روانپزشکی، از پیامدهای آن در زندگی آینده این افراد

خودکشی عمل مهلکی است که نشانه تمایل فرد به مردن است. برخی افراد افکاری در مورد خودکشی دارند، اما هرگز به آن عمل نمی‌کنند (۱). میزان خودکشی در کودکان ۱۰ تا ۱۴ ساله، ۰/۵ تا ۲/۶ در ۱۰۰۰۰۰ کودک گزارش شده است. اگرچه این آمار در مقایسه با سنین پس از بلوغ به وضوح کمتر است، روند رو به افزایشی را نشان می‌دهد (۲). با این حال، موارد مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در گروه سنی زیر ۱۰ سال نادر است (۳). کل موارد خودکشی کودکان و نوجوانان ایرانی، بین سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۰، به حدود ۳۲۲۵ مورد می‌رسد و نسبت پسر به دختر ۳/۷ به ۱ است (۴). روند افزایش موارد خودکشی در نوجوانان از دهه ۱۹۶۰ به بعد در جامعه کاملاً محسوس است و این مسأله از

^(۱) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مرکز تحقیقات مغز و اعصاب، بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور؛ ^(۲) روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی. یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، گروه روانپزشکی. دورنگار: ۰۳۵۳۳۵۱۲۰۰ (نویسنده مسئول)

قرار گرفت. افزایش دوز داروها تا دوزهای یادشده به صورت تدریجی صورت گرفت. کودک پس از چهار هفته، با بهبود نسبی، از بخش روانپزشکی مرخص شد.

بحث

اختلال دوقطبی یکی از عوامل خطر برای اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان است. هرچند در سنین پیش از بلوغ، کودکان دارای خصوصیات افسردگی و شیدایی و نیمه‌شیدایی^۲، معمولاً چرخه‌های مجزای خلقی را بروز نمی‌دهند، امروزه این اختلال بیش از پیش در این رده سنی تشخیص داده می‌شود. نمای بالینی اختلال دوقطبی زودآغاز، به دلیل وجود اختلالات روانپزشکی هم‌زمان، پیچیده است. یکی از این موارد، ابتلای هم‌زمان به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD) است که در ۶۰ تا ۹۰ درصد این کودکان دیده می‌شود و البته بسیاری از ملاک‌های تشخیصی دو اختلال، از جمله حواس‌پرتی، بیش‌فعالی و پرحرفی، مشترکند (۱).

در این مورد نیز کودک ابتدا با تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD) و با علائم تحریک‌پذیری، پرتحرکی، بی‌قراری و پرحرفی، درمان شده بود، اما به سبب عدم بهبود، تشدید علائم و بروز فشار کلام، اعتماد به نفس بالا و تمایل به مردن و صدمه زدن به دیگران، تشخیص اختلال دوقطبی، با احتمال بیشتر، مطرح شد و درمان دارویی متناسب شامل داروهای تثبیت‌کننده خلق، تجویز شد که به بهبود نسبی علائم انجامید. در اختلال دوقطبی زودآغاز، گاهی انفجارهای پرخاشگری و رفتارهای خشن بروز می‌کند و کودک مبتلا در فواصل انفجارهای پرخاشگری نیز خشمگین است (۱).

نکته قابل توجه این گزارش وجود افکار خودکشی و دیگرکشی در این کودک پنج‌ساله است؛ زیرا نگرش کودکان این رده سنی نسبت به مرگ بازتاب نگرش آنها به زندگی است و خاص سن کودک است. کودک در دو تا هفت‌سالگی در مرحله پیش‌عملیاتی^۳ رشد شناختی قرار دارد و مرگ را غیبتی گذرا و برگشت‌پذیر و شبیه به خواب رفتن می‌داند. در این سن، تفکر کودک شهودی و بدون استفاده از استدلال است. درک او از مفاهیم نیز ابتدایی است و نمی‌تواند

پیشگیری شود. اگرچه خودکشی معمولاً در کودکان بالای ۱۲ سال دیده می‌شود، این گزارش به معرفی کودک پنج‌ساله‌ای می‌پردازد که با علائم تهدید به خودکشی و دیگرکشی و با تشخیص اختلال دوقطبی، همراه با سابقه اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی، در بخش روانپزشکی کودکان بیمارستان شهید بهشتی کرمان بستری شده بود.

گزارش مورد

بیمار پسر پنج‌ساله‌ای است که با علائم تهدید به خودکشی، پرحرفی، پرتحرکی، بی‌قراری و تحریک‌پذیری شدید، در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بستری شده بود. در مصاحبه، مادر کودک می‌گفت پسرش از چند روز پیش از بستری، مکرراً تهدید می‌کرده است که با کارد خودش را می‌کشد و بارها می‌خواسته با کارد به شکم خود آسیب بزند یا به سمت دیگران حمله کند، اما اطرافیان مانع از بروز آسیب شده بودند. در مصاحبه بالینی انجام‌شده با کودک، خلق تحریک‌پذیر، پرحرفی، فشار کلام، آهنگ بالای کلام و گرفتگی صدا، به دنبال جیغ و فریادهای پیش از بستری، اعتماد به نفس بالا و تمایل به مردن مشخص بود. کودک دو هفته پیش‌تر از پذیرش فعلی، در همین بخش با تشخیص اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD)^۱ بستری و تحت درمان با متیل‌فنیدیت (رتالین) قرار گرفته بود، اما به علت عدم بهبود در این دو هفته و شدت گرفتن علائمی مانند بی‌قراری، تحریک‌پذیری و آزار و اذیت دیگران دوباره به بیمارستان آورده شده بود. در شرح حال خانوادگی، مادر کودک سابقه چندین ساله اختلال دوقطبی، با بیشتر بودن دوره‌های شیدایی، داشت و تحت درمان دارویی بود. پدر کودک نیز دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۲ و وابستگی به تریاک بود. جو هیجانی حاکم بر خانواده آشفته به نظر می‌رسید. طی مصاحبه مادر کودک اظهار داشت که پدر بارها فرزندش را تهدید می‌کرده و مورد سوء رفتار جسمی قرار می‌داده است. پس از چندین جلسه مصاحبه با کودک و مادر، بر اساس تشخیص روانپزشک کودک و نوجوان و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کودک با تشخیص اختلال دوقطبی و سابقه اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD)، تحت درمان با داروهای سدیم والپروات (روزانه ۶۰۰ میلی‌گرم)، ریسپریدون (روزانه ۶ میلی‌گرم) و بی‌پریدن (روزانه ۴ میلی‌گرم، در دو دوز منقسم)

1- attention deficit / hyperactivity disorder

2- post-traumatic stress disorder

3- hypomania

4- preoperational

3. McClure GM. Suicide in children and adolescents in England and Wales, 1970-1998. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:469-74.
4. Jalili B. Suicide Pediatric Psychiatric Emergency "the most Emergent". *J Sociol Soc Welfare*. 2002; 5(7): 119-29. [Persian]
5. Goodwin DR, Beautrais AL, Fergusson DM. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatr Res*. 2004; 126(2):159-65.
6. Greenberger E, Chen C, Tally SR, Qi D. Family, peer and individual correlates of depressive among U.S. and Chinese adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(2): 209-19.
7. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2006, 63(3):332-9.
8. Price JH, Dake JA, Kucharewski R. Assets as predictors of suicide attempts in African American inner-city youths. *Am J Health Behav*. 2001; 25(4): 367-75.
9. Connolly L. Suicidal behavior: does it exist in preschool aged children? *Ir J Psychol Med*. 1999; 16:72-4.
10. Pfeffer CR. Childhood suicidal behavior: a developmental perspective. *Psychiatr Clin*. 1997; 20(3):551-62.
11. Pfeffer CR, Zuckerman S, Plutchik R, Mizruchi MS. Suicidal behavior in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1984; 23(4):416-23.
12. Hoyert DL, Heron MP, Murphy SL, Kung HC. Deaths: Final data for 2003. *Natl Vital Stat Rep*. 2006; 54(13):1-120.

به طور منطقی بیندیشد. پس تفکر این کودکان پیش منطقی^۱ است و رابطه علت و معلول را درک نمی کند. همچنین، تفکر آنها خودمحور^۲ است و قادر نیستند که خود را جای فرد دیگری بگذارند و نمی توانند در مورد پیامد صدمه به دیگران بیندیشند (۱، ۹، ۱۰). این کودکان، به سبب تفکر غیرانتزاعی^۳ خود، نمی توانند میزان کشندگی یا پیامد رفتارهای خودتخریبی را پیش بینی کنند و شاید تفکر در مورد خودکشی و یا اقدام به آن در این سن، بدون اندیشیدن به عواقب و کشندگی روش باشد (۹، ۱۰).

گزارش هایی از تلاش کودکان سنین مدرسه برای اقدام به خودکشی وجود دارد و فراوانی این پدیده حدود ۱ درصد تخمین زده می شود (۱۱). در سال ۲۰۰۳، خودکشی چهارمین علت مرگ کودکان زیر ۱۲ سال گزارش شده و در رده سنی ۵ تا ۱۴ سال هم بروز افکار خودکشی ۰/۶ در صد هزار گزارش شده است (۱۲). با این حال، موارد نادری از افکار خودکشی در کودکان کم سن وجود دارد. در کنار سن کودک، وجود مشکلات روانپزشکی در کودک و خانواده وی، شرایط خاص خانواده و الگوی ارتباطی والد-کودک، محرومیت های عاطفی و انواع سوء رفتار ممکن است بر بروز اقدام به خودکشی مؤثر باشد. در مورد کودک مورد گزارش نیز این موارد صادق است.

از آنجایی که ممکن است کودکان توانایی بیان افکار خودکشی را نداشته باشند، اما به طور جدی به آن بیندیشند و به شکلی ناگهانی به آن اقدام کنند، باید در این رده سنی پایین هم احتمال وجود افکار خودکشی و اقدام به آن توسط متخصصان ارزیابی شود تا اقدام لازم برای کاهش شیوع این رفتار صورت پذیرد. این گزارش نیز در راستای تحقق این هدف به نگارش درآمده است.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry, behavioral science and clinical psychiatry. 8thed. New York: Lippincott Williams and Wilkins. 2010.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicide among children, adolescents and young adults United States, 1980-1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1995; 44(15):289-91.

Case Report

Importance of Considering Suicidal Thoughts and Behaviors in Young Children: "Threaten to Suicide by A Five-Year-Old Child"

Abstract

Objectives: Considering and evaluation of suicidal thoughts in children.

Case report: This report introduces a five years old child who presented with the signs and symptoms of threaten to suicide and homicide by knife, restlessness, verbosity, irritability, verbal and physical aggression toward others. This child has been treated with methylphenidate, due to symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) for a short period of time. During the preparation of this report, he was hospitalized in the children's psychiatric ward of Shahid Beheshti Hospital of Kerman for the second time after a short interval from the first-time hospitalization. Suicidal and homicidal thoughts of this child and his attempts for suicide or homicide were possibly due to non-abstract thinking related to his age without ability to think about consequences of these actions. **Conclusion:** Suicidal and homicidal thoughts or actions should be evaluated carefully even in the children, and also the appropriate interventions should be performed to reduce these behaviors.

Key words: suicidal; homicidal; preschool children; bipolar disorder

[Received: 4 January 2014; Accepted: 17 September 2014]

Mahin Eslami Shahrabaki ^a,
Mansoureh Nasirian *

* Corresponding author: Psychiatry Department,
Shahid Sadoughi University of Medical Sciences,
Yazd, Iran, IR.

Fax: +983532351200

E-mail: nasirian90@gmail.com

^aShahid Beheshti Hospital, Neuroscience Research
Center, Kerman University of Medical Sciences,
Kerman, Iran.