

گزارش یک مورد قطع آلت تناسلی در یک بیمار مبتلا به سایکوز

چکیده

دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۲۶ ویرایش: ۱۳۹۸/۰۴/۰۲ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۰ آنلاین: ۱۳۹۸/۰۹/۳۰

زمینه و هدف: قطع عضو، یکی از انواع شدید آسیب به خود است که به قصد صدمه به بدن، انجام می‌گیرد. چشم، دستگاه ژنیتال و دست، اعضای مهمی هستند که مورد هدف قرار می‌گیرند. تاکنون، قطع آلت تناسلی توسط خود، در جهان کمتر گزارش شده است و شایع‌ترین علت آن اختلالات سایکولوژیک و در راس آن‌ها سایکوزها هستند.

معرفی بیمار: مرد ۳۲ ساله مجرد، مبتلا به اختلال دوقطبی، که از دوران نوجوانی تحت درمان قرار داشت. وی سابقه سوء مصرف مواد و همین‌طور روابط جنسی متعدد را داشت. از دو ماه پیش، توهمات شنوایی بیمار مبنی بر قطع آلت تناسلی شروع شده بود که در نهایت در روز حادثه، منجر به این اقدام شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد مجموعه عواملی مانند ابتلای بیمار به سایکوز به دنبال اختلال دوقطبی، سوء مصرف مواد، عقب‌ماندگی ذهنی، داشتن روابط جنسی متعدد و همین‌طور رابطه قوی عاطفی با مادر می‌تواند به‌عنوان محرک برای اقدام به قطع آلت تناسلی باشد.

کلمات کلیدی: قطع اندام، گزارشهای موردی، آلت تناسلی، سایکوز.

آرزو امیری

مریم عامری*

گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، میدان ولیعصر، بیمارستان فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه پزشکی قانونی.

تلفن: ۰۲۱-۸۲۱۴۱۷۴۳

E-mail: ameri.m@iums.ac.ir

مقدمه

خود (Genital self-mutilation, GSM) در موارد کمی در فرقه‌ها یا فرهنگ خاصی دیده شده است. در این بین معروف‌ترین آن‌ها فرهنگ Klingsor syndrome است که در فرقه‌ای مذهبی در استرالیا دیده شده بود. در این سندرم، GSM جهت پاک شدن بدن از گناهان انجام می‌شد.^۱ اما امروزه شایع‌ترین علت GSM اختلالات سایکولوژیک و در راس آن‌ها سایکوزها هستند.^۲ شیوع GSM در مردان بالاتر از زنان است و در بیشتر موارد گزارش شده در دهه ۲۰ و یا ۳۰ زندگی رخ داده است.^۳ پژوهش کنونی معرفی یک مورد GSM است که در شهر تهران رخ داده است.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۳۲ ساله مجرد، با تحصیلات زیردیپلم بود که در اثر

آسیب به خود شامل طیفی از وقایع اغلب تکرارشونده می‌شوند که می‌توانند از افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی تا رفتارهای غیرمرتبط با خودکشی را شامل شوند.^۱ این واقعه می‌تواند در موارد افسردگی، ناامیدی، ناتوانی، طلب کمک و نیز اختلالات شخصیتی به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی، رخ دهد.^{۲،۳} در مواردی آسیب به خود، وضعیت جدی‌تری پیدا می‌کند و ضایعات عمیق‌تری به‌جا می‌گذارد.^۴ براساس تعاریف آسیب به خود به قصد صدمه به بدن و بدون قصد خودکشی انجام می‌شود.^۵ موارد مهم آسیب به خود، ترومای جدی به بدن وارد می‌کنند و به‌طور معمول سه عضو چشم، دستگاه ژنیتال و دست را مورد هدف قرار می‌دهند.^۶ در بین این اعضا آسیب به دستگاه ژنیتال به‌ندرت دیده شده است.^۷ قطع آلت تناسلی

بیمار ارتباط چشمی و کلامی برقرار می‌کرد. عصبی بود. اختلالی در فرم تفکر نداشت اما در محتوای تفکر دچار هذیان بود. جهت‌یابی به زمان، مکان و اشخاص طبیعی بود. همچنین از قدرت حافظه نرمالی برخوردار بود.

بیمار از دو ماه پیش، دچار توهمات شنوایی تاکیدکننده بر قطع آلت تناسلی شده بود که منجر به قطع آلت در آخرین ارتباط جنسی توسط چاقوی آشپزخانه شد. سابقه مصرف مواد را پیش از انجام GSM ذکر می‌کرد. بیمار پس از قطع آلت تناسلی و انداختن آن در چاه توالت دچار خونریزی، آسیب به اسکروتوم و نمایان شدن بیضه‌ها شده و پس از مراجعه به اورژانس، جهت جراحی به اتاق عمل فرستاده شد. تعبیه مجرای سوپراپوبیک انجام شد (بیمار راضی به گرفتن عکس از ناحیه تناسلی‌اش نشد).

بیمار تحت درمان با آمپول داخل وریدی هالوپریدول mg ۲۰ تا سه روز، کویتاپین mg ۱۰۰، سه بار در روز، ایندرال mg ۱۰ دو بار در روز، متادون mg ۱۰ دو بار در روز، بی‌پریدن mg ۲ دو بار در روز، آمپول جنتامایسین mg ۸۰ دو بار در روز، استامینوفن mg ۳۲۵ دو بار در روز قرار گرفت و ۵ بار تحت درمان با الکتروشوک قرار گرفت. بیمار پس از درمان اولیه تحت‌نظر بود و با اتخاذ روش‌های درمان دارویی و الکتروشوک در حال حاضر به‌مدت دو ماه تحت کنترل و پیگیری است. در این مدت توهم شنوایی بیمار قطع شده است و بیمار به‌صورت مرتب هر ماه جهت مشاوره و درمان مراجعه می‌کند.

بحث

براساس بررسی‌های انجام‌گرفته، بیمار معرفی‌شده، اولین مورد GSM گزارش شده در ایران بود. در یکی از گزارش‌های ارایه‌شده دو بیمار که پسرخاله بودند با روش یکسانی GSM انجام دادند. بیمار دوم پس از مرگ بیمار اول به‌علت خودسوزی و بدون آگاهی از انجام GSM توسط وی، این کار را انجام داده بود. هر دو بیمار وابسته به مادرشان بودند، اگرچه هر دوی آن‌ها در خانواده‌های با دو والد زندگی کرده بودند. بیمار دوم هرگونه ارتباط پدر و فرزندی با پدر خود را کتمان می‌کرد و بیمار اول نیز هیچ شرح حالی از ارتباط با پدر خود و همین‌طور سایر برادران را نمی‌داد. هر دو بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و تحت درمان بودند و با احساس گناه GSM انجام دادند. این تنها گزارش

خونریزی شدید ناشی از قطع آلت تناسلی، توسط اورژانس تهران در پاییز سال ۱۳۹۷ به مرکز آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص) ارجاع شد. وی فرزند چهارم خانواده بود و با مادر خود زندگی می‌کرد. به علت عدم حضور پدر در خانواده اشاره نشد و بیمار تحت نظارت مستقیم مادر، بزرگ شده بود. بیمار سابقه رابطه عاطفی خود را با پدر بیان نکرد. وی در یک مغازه کار می‌کرد. افزون‌بر آن حقوق پدر را نیز به‌عنوان یک محل درآمد دیگر بیان کرد. با این‌همه وی از نظر مالی تحت فشار بوده است. بیمار مجرد بود، اما سابقه ارتباطات مکرر جنسی با پارتنرهای مختلف را بیان کرد. در شرح حال بیمار سابقه اختلالات دوقطبی نوع یک از اواخر دوران نوجوانی و بستری‌های مکرر به‌همین علت، وجود داشت. وی از حدود ۱۰ سال پیش، مصرف شیشه، کوکابین، حشیش و تریاک را شروع نموده و سابقه مصرف تفریحی الکل را نیز داشت. بنابر گفته‌های وی، مصرف مواد مخدر از حدود ۳ سال پیش قطع شده بود اما آخرین مرتبه استفاده از مواد مخدر به مصرف شیشه به‌صورت تفریحی به ۹ ماه پیش باز می‌گشت. در طی دو سال گذشته سابقه مصرف روزانه ترامادول را بیان می‌کرد. از نظر بهره‌هوشی در سطح نرمال و مناسبی قرار داشت. بیمار سابقه بریدگی سمت چپ قفسه‌سینه در پی مشاجره حدود هشت سال پیش، سابقه بریدگی قسمت فوقانی گردن در پی مشاجره حدود پنج سال پیش و سابقه سقوط از طبقه چهارم ساختمان در پی توهم شنیداری سوم شخص، حدود دو سال پیش داشت. همچنین خودزنی‌های مکرر در مچ دست وی مشهود بود. وی چندین نوبت سابقه بستری در مراکز روانپزشکی داشت و تحت درمان‌های دارویی و الکتروشوک قرار گرفته بود. وی برای اولین بار در ۱۸ سالگی در پی مصرف شیشه و کوکابین دچار توهم شده و هفت روز در بیمارستان روانپزشکی بستری شد. همچنین بار دیگر چندین بار به‌علت مصرف مواد دچار توهمات شده و بستری شده بود. توهمات شنوایی در بیمار با یا بدون مصرف مخدر در یک سال گذشته رخ می‌داده است. در سوابق بیمار یک مورد اقدام به خودکشی با مصرف قرص نامشخص در دوران سربازی (که منجر به معافیت شد) و یک مورد اقدام به خودزنی با تیغ در مچ دست به‌دنبال مصرف مواد وجود داشت.

در زمان مراجعه بیمار تحت درمان خوراکی با پرفنازین mg ۸، سه بار در روز، کلونازپام mg ۱، نصف هر شب، تری‌هگزیرفینیدیل mg ۲ و کویتاپین mg ۱، یک عدد روزانه بود. در معاینه وضعیت روانی،

در مورد وقوع دو GSM در یک خانواده است.^{۱۰}

یکی از مواردی که با سایر موارد گزارش شده متفاوت بود، یک مرد ۸۲ ساله متاهل بود که به علت قطع هر دو بیضه و اسکروتوم به اورژانس ارجاع داده شده بود. نکته جالب توجه تفاوت سنی وی با سایر موارد بود. GSM بیشتر در بیماران جوان تر مشاهده می شود، اما این مورد یک مرد ۸۲ ساله متاهل بود. افزون بر این در بیشتر موارد بریدن پنیس با یا بدون قطع بیضه ها دیده می شود، اما در این مورد پنیس سالم بود. بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و یا اختلال شخصیتی و هویت جنسی نبود و هیچ ارتباط مذهبی یا فرقه ای با قطع عضو دیده نشد. تشخیصی که برای بیمار مطرح شد، افسردگی ماژور بدون هیچ گونه علامتی از سایکوز بود. یکی از احتمالاتی که برای وی مطرح شد بروز استوپور افسردگی بود که به ویژه در بیمارانی که تمایل به ادامه زندگی ندارند دیده می شود.^{۱۱} یکی از موارد جالب توجه، یک مورد GSM و به دنبال آن خودکشی موفق بود. اگرچه کمابیش آسیب به خود، در بیمارانی که قصد خودکشی ندارند رخ می دهد، اما در این مورد بیمار مرد ۳۰ ساله ای بود که جسد به دار آویخته وی در اتاق خوابش پیدا شد. وی طلاق گرفته بود و نامه خودکشی نیز نوشته بود. بیمار پیش از خودکشی توسط چاقوی آشپزخانه ضربات زیادی به ژنیتالیا وارد کرده بود و پنیس و بیضه را در بخش و نترال آن ها قطع کرده بود.^{۱۲} یکی دیگر از موارد متفاوت، یک مرد ۵۲ ساله پلیس بود که متاهل بود و دو فرزند داشت. وی نیز هیچ گونه سابقه ای از سایکوز نداشت، اما به علت اقدامات غیرقانونی تحت بازجویی قرار گرفته و تحت استرس زیادی بود. در عین حال شرح حالی از شکنجه های جسمی و روانی شدید را بیان می کرد.^{۱۳} یک مورد GSM نیز در خاورمیانه گزارش شده است. در این گزارش موردی، یک مرد ۳۷ ساله که کیس شناخته شده اسکیزوفرنی بود، به دلیل انجام GSM در یکی از بیمارستان های دومی به طور اورژانسی بستری شد. بیمار تحت درمان های آنتی سایکوتیک بود و بیماری وی از ۵ سال پیش کنترل شده بود. همچنین تا سه سال پیش از بروز علائم اسکیزوفرنی، ماریجوانا و الکل مصرف می کرده است. وی از ۴ روز پیش از GSM دچار علائم کم خوابی، خستگی، سرگیجه، گیجی شده بود. افزون بر این وی بوی مشمئزکننده ای از بدن خود، به ویژه ناحیه تناسلی استشمام می کرد. توهمات شنیداری وی از ۴ روز پیش آغاز شده بود و او احساس می کرد که توسط شیطان دنبال می شود. در

توهمات شنیداری وی، شیطان او را برای تبعیت از نفس خود و انجام اعمال خلاف عرف تحت فشار گذاشته بود. در روز واقعه شیطان به او دستور داده بود که با یک روسپی ارتباط داشته باشد و چون این کار برای او قابل تحمل نبود، اقدام به GSM کرده بود. پیش از آن او هیچ احساس گناهی نداشت.^{۱۴}

عللی که برای انجام GSM تاکنون ارایه شده است متفاوت است. بیشترین علتی که در گزارشات مطرح شده است سایکوز است. در برخی مواردی که این اتفاق به دنبال سایکوز رخ داده است، قطع مصرف دارو، مصرف نامرتب دارو و یا عدم کفایت درمان برای بیمار دیده شده است. اگرچه به نظر می رسد شایع ترین علت آن سایکوز باشد اما سایر علل نیز مطرح شده اند. یکی از این علل اختلال هویت جنسیتی در فرد است که ممکن است از کودکی شکل گرفته باشد. از دیگر مواردی که گزارش شده است سوء مصرف مواد و الکل است. در برخی گزارشات GSM در کسانی که سوء مصرف داشته اند و یا حتی بلافاصله پس از مصرف مواد و یا مسمومیت با الکل دیده شده است. کم توانی ذهنی بدان معنی است که یک فرد اختلالات خاص در عملکرد ذهنی، برقراری ارتباط، مهارت های اجتماعی و مراقبت از خود دارد.^{۱۵}

برای بررسی علل وقوع GSM تاکنون حداقل سه مطالعه مروری بر روی گزارشات موردی ارایه شده، انجام شده است که جدیدترین آن ها در سال ۲۰۱۷ انجام شد. در این مطالعه تمام موارد گزارش شده GSM در مردان به زبان انگلیسی که شرح حال روانپزشکی نیز داشتند تا سال ۲۰۱۵ مورد بررسی قرار گرفتند. مقالات مورد بررسی در این مرور متون شامل ۱۲۱ مقاله با ۱۷۳ مورد بودند. نتایج این مطالعه نشان داد، میانگین سنی بیماران ۳۶ سال بود و نزدیک به ۵۰٪ موارد به دلیل سایکوز در زمینه اسکیزوفرنی رخ داده بود. پس از آن مصرف مواد شایع ترین اختلال روانپزشکی بود و با اختلاف نزدیکی اختلال شخصیت و Gender dysphonia قرار داشتند. وقوع سایکوز در ۵۵٪ موارد دیده شد که در بیش از ۸۰٪ موارد در زمینه اسکیزوفرنی بوده است.^{۱۶}

بر اساس بررسی های انجام شده، مورد فوق، اولین مورد گزارش شده GSM در ایران است. نکته دارای اهمیت این است که، دلیل عدم گزارش موارد احتمالی این واقعه، دلایل فرهنگی و مذهبی می باشد. برای آسیب شناسی کامل تر این واقعه دردناک بهتر است عوامل خطر منجر به آن شناسایی شود تا بتوان پیشگیری های لازم را انجام داد.

جدول مقایسه‌ای با مطالعات مشابه

عنوان	مجله	سال انتشار	نویسندگان
Interpersonal stress and affective experiences as within-person predictors of nonsuicidal self-injury and suicide urges in daily life	<i>Suicide Life Threat Behav</i>	۲۰۱۸	Victor SE و همکاران ^۲
Male genital self-mutilation: a systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors	<i>Gen Hosp Psychiatry</i>	۲۰۱۷	Veeder TA و همکاران ^۸
A case of genital self-mutilation committed before suicide	<i>Egypt J Forensic Sci</i>	۲۰۱۵	Yadukul S و همکاران ^{۱۱}
Genital self-mutilation in alcohol withdrawal state complicated with delirium	<i>Indian J Psychol Med</i>	۲۰۱۱	Charan SH و همکاران ^{۱۶}

References

- Nock MK, Prinstein MJ, Sterba SK. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *J Abnorm Psychol* 2009;118(4):816-27.
- Victor SE, Scott LN, Stepp SD, Goldstein TR. I want you to want me: interpersonal stress and affective experiences as within-person predictors of nonsuicidal self-injury and suicide urges in daily life. *Suicide Life Threat Behav* 2019;49(4):1157-77.
- Cipriano A, Cella S, Cotrufo PJFip. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. 2017;8:1946.
- Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(2):134-40.
- Dallam SJ. The identification and management of self-mutilating patients in primary care. *Nurse Pract* 1997;22(5):151-3, 159-65.
- Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielsen O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull* 2009;35(5):1012-21.
- Nakaya M. On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology* 1996;29(4):242-8.
- Veeder TA, Leo RJ. Male genital self-mutilation: a systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2017;44:43-50.
- Stroch D. Self castration (letter to the editor). *J Am Med Assoc* 1901;36:270.
- Ristić DI, Petrović D, Cirić Z. Penile self-mutilation: two cases in one family. *Psychiatr Danub* 2008;20(3):332-6.
- Rao KN, Bharathi G, Chate S. Genital self-mutilation in depression: a case report. *Indian J Psychiatry* 2002;44(3):297-300.
- Yadukul S, Udaya Shankar BS, Shivakumar BC. A case of genital self-mutilation committed before suicide. *Egypt J Forensic Sci* 2015;5(2):70-2.
- Nerli RB, Ravish IR, Amarked SS, Manoranjan UD, Prabha V, Koura A. Genital self-mutilation in nonpsychotic heterosexual males: Case report of two cases. *Indian J Psychiatry* 2008;50(4):285-7.
- Shirodkar SS, Hammad FT, Qureshi NA. Male genital self-amputation in the Middle East. A simple repair by anterior urethrostomy. *Saudi Med J* 2007;28(5):791-3.
- Memarian A, Mehrpisheh S. Therapeutic and ethical dilemma of puberty and menstruation problems in an intellectually disabled (autistic) female: a case report. *Acta Med Iran* 2015;53(10):663-6.
- Charan SH, Reddy CM. Genital self mutilation in alcohol withdrawal state complicated with delirium. *Indian J Psychol Med* 2011;33(2):188-90.

A case report of genital self-mutilation in a patient with psychosis

Arezoo Amiri M.D.
Maryam Ameri M.D.*

Department of Forensic Medicine,
School of Medicine, Iran University
of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Department of
Forensic Medicine, Iran University of
Medical Sciences, Firoozgar Hospital,
Valiasr Sq., Tehran, Iran.
Tel: +98-21-82141743
E-mail: ameri.m@iums.ac.ir

Abstract

Received: 16 Jun. 2019 Revised: 23 Jun. 2019 Accepted: 11 Dec. 2019 Available online: 21 Dec. 2019

Background: Self-mutilation is one of the most extreme types of self-harm, which is done deliberately to hurt the body, regardless of suicidal intent. In self-mutilation, the most important targets are the eyes, genital tract, and hands. So far, genital self-mutilation (GSM) has been less frequently reported around the world. According to our study, this is the first case of GSM reported in Iran. The most common cause of GSM is psychological disorder, especially psychosis.

Case Presentation: The patient was an unmarried 32-year-old man, who was hospitalized in Rasul-Akram Hospital in December 2018 for severe bleeding caused by GSM. He was diagnosed with type I bipolar disorder, which was treated from the late adolescence. Also, a history of drug abuse (amphetamine, opium, cannabis, alcohol) and multiple sexual relationships with different partners was reported. He abused tramadol tablets daily nowadays. His IQ was normal. He had lots of abrasions, scars and lacerations due to suicidal attempts in the past years. Two months before GSM, his auditory hallucinations about genital self-mutilation had started. He committed GSM after having sexual intercourse and was transferred to our hospital by an ambulance with severe hemorrhage, scrotum damage, and presentation of both testes, for which he received appropriate treatments.

Conclusion: It seems that a set of factors, such as patient's history of psychosis following bipolar disorder, substance abuse, mental retardation, multiple sexual relationships, and strong emotional relationship with the mother can contribute to self-injury that may lead to genital self-mutilation. It should be noted that genital self-mutilation cases are less likely to be reported in Iran, considering the cultural and religious background. Therefore, the pathology of this devastating phenomenon should be more thoroughly examined.

Keywords: amputation, case reports, genitalia, psychosis.