Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences

Majidi Zolbanin and Rahmani. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2026;48(5):.
doi: 10.34172/mj.026.35351
https://mj.tbzmed.ac.ir

TUOMS PRESS

In Press

Case Report

Incidence of impulsive suicide attempts following surgery: a case report

Saeedeh Majidi Zolbanin, Farnaz Rahmani*

Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article History:
Received: 11 Apr 2026
Revised: 8 Jul 2026
Accepted: 13 Jul 2026
ePublished: 3 Nov 2026

Keywords:
- Impulsive suicide
- Electroconvulsive therapy
- Surgery
- Case report

Abstract

Background. Postoperative impulsive behavior and suicide in patients without pre-existing psychiatric disorders are rare but clinically significant and potentially dangerous phenomena that warrant close attention from the medical and surgical teams.

Methods. This case report describes a 36-year-old female, a mother of three with no prior history of psychiatric disorders. The patient developed severe anxiety, aggressive outbursts, and prominent suicidal tendencies immediately following Bartholin's cyst surgery. She made 3 suicide attempts within a single week. Although she exhibited active suicidal ideation, no major depressive symptoms were present. Neurological assessment, including brain MRI, was unremarkable. However, psychometric testing revealed characteristics consistent with Dependent Personality Disorder. Pharmacological treatment was initiated with quetiapine, which was later switched to aripiprazole. Concurrently, the patient underwent a course of 6 sessions of bitemporal electroconvulsive therapy (ECT). Subsequently, lithium carbonate was added to the treatment regimen to further enhance impulse control.

Results. Suicidal thoughts diminished significantly following the very first ECT session. The patient was eventually discharged with a diagnosis of "Other Specified Disruptive-Control and Conduct Disorder" while maintained on aripiprazole. The addition of lithium carbonate resulted in a further marked improvement in her impulsivity and overall behavioral regulation.

Conclusion. This case highlights the complex neuropsychiatric sequelae that can unexpectedly arise after minor surgical procedures in psychiatrically healthy individuals, emphasizing the importance of prompt psychiatric consultation and the potential efficacy of combined pharmacological and ECT interventions in managing refractory postoperative impulse-control disturbances.

Practical Implications. This study underscores the necessity for swift evaluation of psychiatric and therapeutic interventions in the sudden onset of impulsive suicidal behaviors following surgery.

How to cite this article: Majidi Zolbanin S, Farnaz Rahmani F. Incidence of impulsive suicide attempts following surgery: a case report. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2026;48(5):. doi: 10.34172/mj.026.35351. Persian.

Extended Abstract

Background

The sudden onset of self-harm and suicidal ideation after surgery is rare but serious. This phenomenon results from a complex interplay of physical stress, neurobiological changes, medication side effects, and underlying psychological vulnerability. While mild postoperative mood disturbances are common and self-limiting, severe impulsive behavior is exceptionally uncommon, especially in patients without prior psychiatric history. Warning signs are often overlooked, leading to delayed diagnosis and treatment.

Postoperatively, systemic inflammatory cytokines disrupt the function of the brain and the

*Corresponding author; Email: farnazrahmani58@gmail.com
© 2026 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

balance of neurotransmitters. Elevated levels of inflammatory biomarkers such as interleukin-6 and C-reactive protein can precipitate confusion, agitation, and mood instability. Anesthetics and opioid analgesics further affect the function of the central nervous system, sometimes causing paradoxical dysphoria or emotional lability. Disruption of daily routines, enforced immobility, and loss of autonomy compound these neurobiological effects, particularly in psychologically vulnerable individuals.

Given these risks, healthcare providers should maintain a high index of suspicion and implement systematic screening protocols to detect early signs of self-harm and suicidal ideation after surgery. A coordinated multidisciplinary approach involving surgeons, anesthesiologists, nurses, and mental health specialists is essential to ensure timely recognition and comprehensive care for at-risk patients during this vulnerable postoperative period.

Case Report

This study reports a rare case of impulsive suicidal behavior that emerged de novo after a gynecological surgery. The patient was a 36-year-old married mother of three with no personal or family psychiatric history. She had been functioning effectively in her occupational and social roles, with no history of mood instability, substance use, trauma, or suicidal ideation. Family members described her baseline personality as calm and nurturing.

Immediately after an uneventful excision of Bartholin's cyst under general anesthesia, the patient developed severe agitation, aggressive outbursts, and intense recurrent suicidal impulses. Within one week, she made three documented suicide attempts by drug overdose. Upon transfer to a psychiatric unit, she continued to display active suicidal ideation with a concrete plan. However, her mood was reactive and euthymic, without core depressive symptoms such as anhedonia, low mood, or neurovegetative disturbances. Additionally, sleep, appetite, and social interactions remained intact, complicating the diagnostic process. Neurological evaluation, including brain MRI and electroencephalography, was unremarkable. Laboratory investigations were also within normal limits. Formal psychometric assessment revealed traits consistent with Dependent Personality Disorder, suggesting an underlying psychological vulnerability unmasked by surgical stress.

The clinical presentation did not align with any classic diagnostic category, as the patient lacked depressive or psychotic features sufficient for major depressive disorder, brief psychotic disorder, or substance-induced syndrome. Consequently, a diagnosis of "Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder" was rendered, reflecting severe impulse dysregulation and aggressive behavior without any clear mood or psychotic disorder. This case highlights the importance of recognizing that even patients without prior psychiatric history can develop life-threatening postoperative psychiatric decompensation, necessitating prompt evaluation and comprehensive care.

Management

Management required a multimodal stepwise approach tailored to the patient's unique clinical presentation and the severity of her condition. Given the immediate life-threatening nature of her suicidal impulses, a rapid-acting intervention was essential. Bitemporal electroconvulsive therapy (ECT) was initiated as an emergency measure, with the first session delivered within 24 hours of psychiatric admission. Remarkably, after the initial ECT session, the patient reported a marked reduction in suicidal thoughts; subsequent sessions consolidated this improvement and led to significant stabilization of her agitation and behavioral dyscontrol.

Pharmacotherapy was carefully tailored to address the core features of impulsivity and affective lability. The regimen was initiated with quetiapine, an atypical antipsychotic with mood-stabilizing properties, at a dose of 25 mg twice daily, with gradual upward titration. However, due to dose-limiting sedation and orthostatic hypotension, quetiapine was transitioned to aripiprazole, a partial dopamine agonist with a more

favorable side-effect profile and documented anti-impulsive properties. Aripiprazole was titrated to a maintenance dose of 15 mg daily. Recognizing the persistent residual impulsivity and the established anti-suicidal efficacy of lithium carbonate, this agent was subsequently added to the regimen, with dose adjustments guided by serum level monitoring. The combined pharmacological approach, alongside a protective inpatient environment with close observation and structured support, resulted in significant and sustained clinical improvement.

Results

The patient demonstrated a remarkable and sustained clinical response to the multimodal treatment regimen. Following the initiation of bitemporal electroconvulsive therapy, a dramatic reduction in suicidal ideation was observed after the very first session, with progressive consolidation of this improvement throughout the subsequent 5 sessions. Concurrent pharmacological management with aripiprazole and lithium carbonate contributed to progressive stabilization of her affective lability and impulsive behavioral dyscontrol. The combination of ECT and pharmacotherapy resulted in the effective control of her previously overwhelming suicidal impulses, with no further self-harm attempts following the first week of hospitalization.

Her aggressive outbursts and severe agitation, which had been prominent features of her initial postoperative presentation, gradually subsided over the course of her inpatient stay. She became more cooperative with nursing staff, more communicative with family members, and increasingly engaged in therapeutic activities and social interactions with other patients in the unit. Her mood, which had been reactive but unstable, normalized to a euthymic baseline without significant fluctuations. Importantly, the patient regained her premorbid functional capacity, resuming independent self-care activities and participating meaningfully in occupational therapy sessions.

The patient was ultimately discharged to home care after 21 days of hospitalization. A comprehensive discharge plan was implemented, including scheduled outpatient psychiatric follow-up appointments at weekly intervals, medication adherence monitoring with serum lithium level checks, and a crisis intervention plan in case of symptom recurrence. The family was provided with psychoeducation regarding early warning signs of relapse and the importance of maintaining a supportive and low-stress environment. The patient's prognosis was considered favorable given her robust response to acute interventions, absence of chronic psychiatric morbidity, and strong family support system. However, continued and long-term follow-ups were emphasized to monitor ongoing response and prevent potential relapse of impulsive behaviors.

Conclusion

This case underscores a critical gap in post-surgical care: the frequent absence of systematic psychiatric risk assessment and the failure to recognize that even patients with no prior psychiatric history can experience severe life-threatening psychiatric decompensation in the postoperative period. It demonstrates a complex psychosomatic emergency, where acute physiological stress, neuroinflammation, anesthetic agents, and underlying psychological vulnerability converge to trigger severe impulsive dysregulation, even without classic mood disorder symptoms. The positive outcome highlights the importance of prompt psychiatric evaluation following surgery and the effectiveness of an integrated stepwise treatment approach combining rapid interventions such as ECT with targeted pharmacotherapy for long-term stabilization. These findings advocate for the integration of psychiatric liaison services within surgical units and the development of standardized screening protocols to identify at-risk individuals preoperatively.

مجیدی ذوالبنین و رحمانی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*.
doi: 10.34172/mj.025.35351
https://mj.tbzmed.ac.ir

گزارش موردی

In Press

بروز حاد اقدام به خودکشی تکانشی پس از جراحی: گزارش یک مورد

سعیده مجیدی ذوالبنین، فرناز رحمانی*

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۱/۲۲
اصلاح نهایی: ۱۴۰۵/۴/۱۷
پذیرش: ۱۴۰۵/۴/۲۲
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۸/۱۲

کلیدواژه‌ها:
- خودکشی تکانشی
- درمان با تشنج الکتریکی
- جراحی
- گزارش موردی

چکیده

زمینه. بروز رفتارهای تکانشی و خودکشی پس از عمل جراحی در بیمارانی که سابقه اختلال روان‌پزشکی ندارند، پدیده‌ای نادر، اما از نظر بالینی مهم و بالقوه خطرناک است که توجه دقیق تیم‌های پزشکی و جراحی را می‌طلبد.

روش‌کار. زنی ۳۶ ساله، دارای سه فرزند و بدون سابقه اختلال روان‌پزشکی، بلافاصله پس از جراحی کیست بارتولن دچار اضطراب شدید، طغیان‌های پرخاشگرانه و افکار و تمایلات خودکشی شد. وی طی یک هفته سه بار اقدام به خودکشی کرد. با وجود برخورداری از افکار فعال خودکشی، هیچ‌گونه نشانه‌ای از اختلال افسردگی اساسی مشاهده نشد. ارزیابی‌های عصب‌شناختی، از جمله MRI مغز، یافته غیرطبیعی قابل‌توجهی را نشان نداد. با این حال، ارزیابی روان‌سنجی حاکی از وجود ویژگی‌های سازگار با اختلال شخصیت وابسته بود. درمان دارویی با کوئتیاپین آغاز شد و سپس آریپیپرازول جایگزین آن شد. هم‌زمان، بیمار یک دوره شش جلسه‌ای درمان با شوک الکتریکی دوطرفه با جای‌گذاری گیجگاهی دریافت کرد. در ادامه، به‌منظور بهبود بیشتر کنترل تکانه، کربنات لیتیوم نیز به رژیم درمانی وی افزوده شد.

یافته‌ها. افکار خودکشی بیمار پس از نخستین جلسه درمان با الکتروشوک به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافت. در نهایت، بیمار با تشخیص «اختلال ایذایی، کنترل تکانه و سلوک مشخص‌شده دیگر» مرخص شد و درمان با آریپیپرازول را ادامه داد. افزودن کربنات لیتیوم نیز به بهبود چشمگیر تکانشگری و تنظیم کلی رفتار وی منجر شد.

نتیجه‌گیری. این مورد نشان‌دهنده تظاهرات روان‌پزشکی و رفتاری حاد پس از جراحی است که ممکن است به‌طور غیرمنتظره، حتی پس از اعمال جراحی جزئی، در افرادی بدون سابقه اختلال روان‌پزشکی بروز کنند. همچنین، این گزارش بر اهمیت ارزیابی و مشاوره فوری روان‌پزشکی و اثربخشی بالقوه ترکیب درمان‌های دارویی و الکتروشوک درمانی در مدیریت اختلالات مقاوم کنترل تکانه مقاوم پس از عمل تأکید می‌کند.

پیامدهای عملی. در صورت بروز ناگهانی رفتارهای تکانشی و خودکشی پس از عمل جراحی، ارزیابی فوری روان‌پزشکی، بررسی علل احتمالی و آغاز به‌موقع مداخلات درمانی ضروری است.

مقدمه

بروز رفتارهای روان‌پزشکی حاد در دوره پس از عمل جراحی، اگرچه عمدتاً در قالب سندرم‌های شناخته‌شده‌ای مانند افسردگی پس از عمل، اضطراب، یا دلیریوم مورد توجه قرار می‌گیرد، ولی ظهور ناگهانی و شدید تکانه‌های خودآسیبی و خودکشی در بیماران فاقد سابقه اختلالات روان‌پزشکی ماژور، پدیده‌ای نادر و چالش‌برانگیز است که مستلزم بررسی دقیق‌تر می‌باشد.[1] اگرچه برآورد شیوع دقیق این پدیده دشوار است، اما گزارش‌های پراکنده حاکی از وقوع آن پس از انواع جراحی‌ها، از جمله عمل‌های جراحی زنان و زایمان است.[2] اگرچه آمار دقیقی از شیوع اقدام به خودکشی صرفا مرتبط با دوره پس از عمل در دست نیست، ولی وقوع آن حتی به صورت موردی، یک فوریت پزشکی با پیامدهای بالقوه کشنده محسوب می‌شود.[3] این موضوع، شکاف موجود در پروتکل‌های مراقبت پس از عمل را که عموماً بر عوارض جسمی متمرکزند و شامل غربالگری سیستماتیک برای افکار خودکشی نیستند، آشکار می‌سازد.[4] بررسی این موارد به تدوین راهنمای ارزیابی خطر و مداخله زودهنگام کمک می‌کند. اهمیت بررسی این پدیده تنها به دلیل پیامدهای بالقوه کشنده آن نیست، بلکه از آن جهت است که پنجره‌ای به درک تعاملات پیچیده بین استرس فیزیولوژیک حاد، آسیب‌پذیری فردی و عملکرد عصبی-روانی می‌گشاید.

*نویسنده مسؤول؛ ایمیل: farnazrahmani58@gmail.com

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کریتیو کامنز CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

پاتوفیزیولوژی این پدیده احتمالاً چندعاملی است و در تقاطع عوامل استرس‌زای فیزیولوژیک، روان‌شناختی و آسیب‌پذیری‌های فردی قرار دارد. برخلاف اختلالات خلقی کلاسیک که ممکن است سیر تدریجی‌تری داشته باشند، بروز ناگهانی تکانه‌های خودکشی بلافاصله پس از به هوش آمدن فرد یا در روزهای اول پس از عمل جراحی، درگیری مکانیسم‌های حاد و احتمالا نوروبیولوژیک مستقیم را مطرح می‌کند.[5] از دیدگاه فیزیولوژیک، فرآیند جراحی و بیهوشی یک تهاجم گسترده به همئوستازی بدن محسوب می‌شود. آزادسازی کاتکولامین‌ها و سیتوکین‌های پیش‌التهابی، تغییرات ناگهانی در سطح کورتیزول، و اختلال موقت در عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA Axis)می‌توانند مستقیماً بر مدارهای عصبی مرتبط با تنظیم خلق، کنترل تکانه و تصمیم‌گیری در قشر پیش‌پیشانی، آمیگدال و استریاتوم تأثیر بگذارند.[6,7] همچنین، داروهای بیهوشی و ضد درد اپیوئیدی می‌توانند با تأثیر بر سیستم‌های دوپامینرژیک و گلوتاماترژیک، در ایجاد علایم روان‌پریش‌گونه یا بی‌ثباتی خلقی نقش داشته باشند.[8] تجربه درد حاد پس از عمل، بستری شدن در محیط ناآشنا، وابستگی به دیگران برای مراقبت و ترس از عواقب جراحی می‌توانند سطح استرس روانی را به شدت افزایش دهند.[9] در این شرایط، بیماران با ساختار روان آسیب‌پذیر، که مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تحمل پایینی در برابر استرس دارند، بیش از دیگران در معرض بروز واکنش‌های انطباقی ناسازگارانه قرار می‌گیرند. در این افراد، استرس ممکن است نه به شکل خلق افسرده کلاسیک، بلکه به صورت بی‌قراری روانی-حرکتی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی خودتخریبی تظاهر یابد.[10] برخی داروها (مانند کتامین، برخی بنزودیازپین‌ها یا حتی اوپیوئیدها) می‌توانند در افراد مستعد، باعث ایجاد حالت‌های دلیریوم هیپواکتیو/هایپراکتیو، دیسفوری یا ازهم‌گسیختگی افکار شوند که ممکن است به صورت رفتار تکانشی خودتخریبی تظاهر کند.[11,12]

گاهی اوقات، واکنش روان‌شناختی به یک ضربه جسمی مثل عمل جراحی می‌تواند به مثابه یک تروما تجربه شود که احساس تمامیت جسمانی را مختل می‌کند.[13] در برخی افراد، این تجربه ممکن است منجر به یک واکنش انفعالی تهاجمی شود که در آن پرخاشگری به سمت خود معطوف می‌گردد، به ویژه اگر مکانیسم‌های مقابله‌ای سالمی وجود نداشته باشد.[14]

تشخیص افتراقی در چنین مواردی گسترده است و شامل اختلالات تنظیم خلق ناشی از یک بیماری طبی دیگر، اختلال استرس حاد با برجستگی رفتارهای تکانشی، اختلالات تکانه‌ای خاص (مانند اختلال انفجاری متناوب) و یا تظاهر اولیه یک اختلال خلقی یا سایکوتیک پنهان می‌شود که توسط استرس جراحی آشکار شده است.[15] فقدان علایم کلاسیک افسردگی یا سایکوز، تمرکز را به سمت طیف اختلالات کنترل تکانه و رفتار سوق می‌دهد.

مدیریت بالینی بیمارانی که با اپیزودهای مکرر و حاد رفتارهای خودکشی تکانشی مراجعه می‌کنند، نیازمند یک رویکرد چندوجهی، فوری و مبتنی بر شواهد است. در این بیماران، هدف درمان نه تنها کاهش فوری افکار خودکشی، بلکه تثبیت خلق، بهبود کنترل تکانه و تقویت مکانیسم‌های مقابله‌ای است.

درمان‌های دارویی در این زمینه اغلب بر اساس تشخیص افتراقی و ویژگی‌های بالینی انتخاب می‌شوند: ۱) داروهای ضدروان‌پریشی نسل دوم (مثل آریپیپرازول، کوئتیاپین) به دلیل خاصیت تثبیت‌کنندگی خلقی و کاهش تکانه، اغلب به‌عنوان خط اول در اختلالات کنترل تکانه و در بحران‌های حاد خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرند.[16] ۲) تثبیت‌کننده‌های خلق (نظیر لیتیم، والپروات) به‌طور قوی با کاهش رفتارهای خودکشی ـ مستقل از تشخیص اختلال دوقطبی ـ مرتبط بوده و در مواردی که بی‌ثباتی خلقی زیربنایی محتمل است، کاربرد دارند.[17] در صورت وجود همبودی اضطراب یا بی‌قراری شدید، بنزودیازپین‌های کوتاه‌اثر ممکن است با احتیاط تجویز شوند، هرچند خطر وابستگی و اثرات پارادوکسیکال نیز باید مدنظر باشد.[18]

در بین درمان‌های غیردارویی، الکتروشوک درمانی به‌عنوان یک مداخله سریع و نجات‌بخش در بحران‌های خودکشی حاد ـ حتی در غیاب افسردگی ماژور کلاسیک ـ شناخته می‌شود. مکانیسم اثر آن احتمالاً از طریق تعدیل سریع سیستم‌های سروتونرژیک، دوپامینرژیک و نوروتروفیک در مدارهای پیش‌پیشانی-لیمبیک مرتبط با کنترل تکانه و تنظیم هیجانات است.[19] علاوه بر الکتروشوک درمانی، روان‌درمانی‌های متمرکز بر مهارت‌آموزی مانند درمان دیالکتیکی رفتاری (Dialectic Behavioral Therapy)ـ به ویژه ماژول‌های تحمل پریشانی و تنظیم هیجان ـ در مرحله پسابحران برای کاهش عود رفتارهای تکانشی نقش کلیدی ایفا می‌کنند.[20] بستری در محیط محافظت‌شده نیز تا زمان کاهش فوری خطر خودکشی، یک بخش از درمان غیردارویی ضروری است.[21] با این حال، مطالعات محدودی در مورد مداخلات درمانی چندوجهی در بروز ناگهانی رفتارهای تکانشی خودکشی پس از جراحی در دسترس است و به نظر می‌رسد مطالعات با کیفیت بالا برای ارزیابی اثربخشی این مداخلات در بیماران با افکار خودکشی بعد از عمل جراحی ضروری

باشد. در این مقاله، گزارش موردی یک بیمار با افکار تکانشی حاد خودکشی پس از عمل جراحی کیست بارتولن ارایه می‌شود.

این گزارش مورد، به‌طور خاص به بررسی پاسخ درمانی یک بیمار با اقدام مکرر به خودکشی پس از جراحی می‌پردازد که با وجود عدم انطباق کامل با معیارهای اختلالات خلقی، به ترکیبی از الکتروشوک درمانی (به‌عنوان درمان غیردارویی سریع‌الاثر) و سپس درمان دارویی نگهدارنده با آریپیپرازول و لیتیم پاسخ مثبت داد. این سیر درمانی، لزوم انعطاف در انتخاب مداخلات و اهمیت رویکرد ترکیبی را در مدیریت اینگونه موارد بحرانی برجسته می‌سازد.

در این گزارش، با توصیف وضعیت زنی بدون سابقه روان‌پزشکی که بلافاصله پس از جراحی کیست بارتولن دچار دوره-های مکرر و شدید رفتارهای تکانشی و خودکشی شد، بر پیچیدگی بالینی این پدیده تأکید می‌شود. هدف از ارایه این مورد، تبیین اهمیت ارزیابی سریع، جامع و چندبعدی روان‌پزشکی پس از جراحی، مرور سازوکارهای پاتوفیزیولوژیک احتمالی و بررسی چالش‌های تشخیصی و گزینه‌های درمانی بالقوه مؤثر، از جمله الکتروشوک درمانی و داروهای تثبیت‌کننده خلق، در مدیریت این بحران‌های خطرناک و نادر است.

شرح بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله، متأهل، دارای سه فرزند، ساکن روستای اطراف کلیبر است که تا کلاس هشتم تحصیل کرده است. وی هیچ‌گونه سابقه اختلالات ماژور روان‌پزشکی یا اقدام به خودکشی قبلی و همچنین هرگونه سابقه خانوادگی از نظر اختلالات روان‌پزشکی را گزارش نکرد و برای اولین بار در بخش روان‌پزشکی بیمارستان رازی بستری شد.

حدود یک هفته پیش از مراجعه به بیمارستان روان‌پزشکی، بیمار تحت عمل جراحی به دلیل کیست بارتولن قرار گرفته بود. او بلافاصله پس از به هوش آمدن، دچار بی‌قراری شدید، پرخاشگری نسبت به پرستاران، تمایل به ترک بیمارستان بدون لباس شده و رفتارهایی مبنی بر آسیب به خود نشان داده بود که پس از کنترل با آرام بخش از بیمارستان مرخص شد.

یک روز پس از ترخیص، بیمار با مصرف ۲۰ عدد قرص کلونازپام اقدام به خودکشی کرده و با سطح هوشیاری پایین به بیمارستان اهر منتقل و دو روز بستری شد. پس از بازگشت به منزل، مجدداً ۲۰ قرص کلونازپام و ۳۰ قرص نورتریپتیلین مصرف و بار دیگر اقدام به خودکشی نمود. این روند برای سومین بار نیز با یافتن قرص در منزل و اقدام به مصرف آن تکرار شد که با مداخله همسر، از وقوع آن جلوگیری شد. بیمار در نهایت به بیمارستان اهر مراجعه و از آنجا به مرکز روان‌پزشکی رازی در تبریز ارجاع شد. در بدو پذیرش، افکار فعال خودکشی داشت و اظهار می‌کرد که پس از بازگشت به منزل بازهم اقدام به خودکشی خواهد کرد. خلق بیمار در یک هفته گذشته در محدوده طبیعی گزارش شد و در فرایند معاینه نیز شواهدی از خلق پایین و آنهدونیا وجود نداشت. وضعیت ظاهری او آراسته و بهداشت فردی مناسب بود و آثاری از خالکوبی و خودزنی مشاهده نشد. ارتباط چشمی و کلامی نرمال بود و تعاملات اجتماعی مناسبی با بیماران و همراهان خود و پرسنل درمانی و خلقی کاملا واکنشی داشت.

متأسفانه جزئیات کامل رژیم بیهوشی حین جراحی کیست بارتولن (شامل نوع و دوز داروهای بیهوش‌کننده و شل‌کننده عضلات) در اسناد ارجاعی ثبت نشده بود. با این حال، بر اساس پروتکل رایج در مرکز جراحی مربوطه، احتمالاً از ترکیبی از تیوپنتال یا پروپوفول همراه با فنتانیل و میدازولام استفاده شده است. در دوره پس از جراحی، برای بیمار کلونازپام (با دوز نامشخص) و احتمالاً یک اپیوئید خوراکی (مانند کدئین یا ترامادول) برای کنترل درد تجویز شده بود که در دسترس بودن همین داروها منجر به اولین اقدام خودکشی با ۲۰ عدد قرص کلونازپام گردید.

بیمار در بدو بستری در بخش روان‌پزشکی کاملا هوشیار و اوریانته به زمان، مکان و شخص بود و نوسانی در اوریانتاسیون در طی بستری مشاهده نشد. اختلالی در سطح توجه و آگاهی و حافظه بیمار مشهود نبود. جهت افتراق از دلیریوم بر اساس خلاصه پرونده موجود بعد از ترخیص از بخش جراحی، اشاره‌ای به عدم اوریانتاسیون بیمار نشده و خانواده نیز شرح حالی از اختلال هوشیاری یا اختلال در اوریانتاسیون بیمار ندادند.

در طی بستری، اپیزودی از خلق بالا و پرحرفی و انرژی بالا از بیمار آشکار نشد. بیمار فقط می‌گفت نمی‌دانم چرا فکر می‌کنم باید خودم را بکشم؟ ولی خواهش می‌کرد کمکش کنیم این کار را نکند! خواب و اشتها مناسب بود و علایم سایکوتیک یا اضطرابی و وسواسی وجود نداشت. بیمار بیان می‌کرد که پس از عمل دچار سردرد و بی‌قراری شده و همین امر محرک تمایلات خودکشی بوده است. برای بیمار MRI مغز درخواست شد که نتیجه آن طبیعی گزارش شد و سردردهای بیمار نیز رفع شده بود.

در آزمون‌های روان‌سنجی، تست MMPI به دلیل حالت دفاعی بالا فاقد اعتبار لازم برای تفسیر بود و آزمون بالینی چند محوری میلون (Multiaxial Inventory Millon Clinical, MCMI)، ویژگی‌هایی از شخصیت وابسته را نشان داد. در طی مصاحبه و پایش رفتارهای بیمار در بخش نیز، وابستگی به همسر مشهود بود.

البته همسر بیمار فردی حمایت‌گر و مراقب او بود و سابقه‌ای از اختلال خلقی پس از زایمان یا اختلال عملکرد در کارهای روزمره و نگهداری از فرزندان تا قبل از این دوره توسط همسر گزارش نشد. همسر او تنها عصبانیت و تحریک‌پذیری‌های گهگاهی بیمار را که بدون آسیب به خود و دیگران بود ذکر کرد که کاملا گذرا بوده است. سابقه‌ای از مصرف سیگار، الکل، مواد محرک و اپیوئید در طی هیچ دوره‌ای از زندگی را نداشته و تست‌های ادراری از نظر مصرف مواد نیز منفی گزارش شد. در طی گرفتن شرح حال، در میان خویشاوندان نزدیک بیمار سابقه‌ای از اختلال روان‌پزشکی ماژور که منجر به بستری در بیمارستان روان‌پزشکی شده باشد، یافت نشد.

در طول بستری، برای بیمار کوئتیاپین ۲۵ میلی‌گرم شبانه جهت بهبود خواب و رفتار تکانشی در ابتدا تجویز شد. بیمار در روز چهارم بستری با استفاده از شیشه شکسته که از یکی از بیماران گرفته بود، اقدام به بریدن رگ دست خود نمود و بعد از اقدام بلافاصله خود به کادر پرستاری بخش اطلاع داد. در حین مصاحبه و ارزیابی، بیمار علت این اقدام را یک فشار درونی برای انجام کار می‌دانست و انگیزه اینکه واقعا بمیرد را ذکر نمی‌کرد. او بیان این مساله را با یک عاطفه‌ی عادی و بدون تظاهرات خلق پایین و در غیاب وجود توهمات یا هذیان واضح عنوان می‌کرد. با توجه به ادامه افکار و تمایل به خودکشی برای بیمار شش جلسه الکتروشوک درمانی دوطرفه (بای تمپورال) به‌صورت سه بار در هفته همراه با تجویز قرص آریپیپرازول ۵ میلی‌گرم برای کنترل رفتارهای تکانشی بیمار تجویز شد. الکتروشوک درمانی بعد از ارایه توضیحات کامل در مورد آن و پیامدهای مربوطه، اخذ رضایت از خود بیمار و همسر وی و همچنین انجام مشاوره نورولوژی و بیهوشی آغاز شد که پس از نخستین جلسه، افکار خودکشی به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافت. پنج جلسه الکتروشوک درمانی تکمیلی توصیه شد؛ اما بیمار با رضایت شخصی علی‌رغم توصیه‌های پزشکی ترخیص گردید و پنج جلسه باقیمانده را به‌صورت سرپایی دریافت کرد که هر بار در پیگیری از واحد الکتروشوک درمانی، از نظر مدت زمان تشنج، شوک موثر و بالای ۲۵ ثانیه گزارش شد. آستانه شروع تشنج برابر با ۲۵ میلی‌کولون بود. دامنه دوز الکتریکی در جلسات درمانی ۲۵ الی ۴۰ میلی‌کولون و مدت زمان تشنج ۲۶ الی ۴۸ ثانیه گزارش شد. داروهای بیهوشی مورد استفاده در الکتروشوک درمانی شامل آتروپین ۰/۵ میلی‌گرم و تیوپنتال ۲۵۰ میلی‌گرم بود. توضیحات جلسه به جلسه الکتروشوک درمانی در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. جلسات دریافت الکتروشوک درمانی

جلسه الکتروشوک درمانی	شارژ	طول مدت تشنج (ثانیه)
اول	۲۵	۳۶
دوم	۲۵	۳۰
سوم	۳۵	۳۲
چهارم	۳۵	۲۶
پنجم	۴۰	۴۸
ششم	۴۰	۴۱

بیمار سه هفته بعد، با بهبود نسبی افکار خودکشی ولی تداوم ورود افکار و تمایل به خودکشی در صورت تنها بودن در منزل، مراجعه کرد که لیتیم کربنات ۶۰۰ میلی‌گرم روزانه به درمان اضافه شد. در پیگیری‌های بعدی، افکار و رفتارهای خودکشی کنترل شد و بیمار توانایی بیشتری در مدیریت تکانه‌ها نسبت به قبل یافته بود. به همین دلیل در ادامه با توجه به سیر بیماری و رفتارهای تکانشی شدید خودکشی پس از عمل جراحی و عدم انطباق کامل با معیارهای سایر اختلالات، و بدون شواهد افسردگی ماژور یا سایکوز و تداوم نسبی و نوسان‌دار رفتارهای خودکشی، وجود «اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوکِ مشخص‌شده دیگر» به‌عنوان تشخیص نهایی مشکل بیمار ثبت شد.

یافته‌ها

بیمار پاسخ بالینی قابل توجه و پایداری به رژیم درمانی چندوجهی نشان داد. پس از شروع درمان با الکتروشوک دو گیجگاهی، کاهش چشمگیری در افکار خودکشی پس از جلسه اول مشاهده شد و این بهبود در طول پنج جلسه بعدی به تدریج تثبیت شد. مدیریت دارویی همزمان با آریپیپرازول و کربنات لیتیوم به تثبیت تدریجی بی‌ثباتی عاطفی و اختلال کنترل رفتاری تکانشی بیمار کمک کرد. ترکیب الکتروشوک درمانی و دارودرمانی منجر به کنترل مؤثر تکانه‌های خودکشی شدید قبلی او شد، بدون اینکه پس از هفته اول بستری، هیچ تلاشی برای خودآزاری بیشتر شود. طغیان‌های پرخاشگرانه و آشفتگی شدید بیمار که از ویژگی‌های برجسته اولین مراجعه او پس از عمل بود، به تدریج در طول مدت بستری شدنش فروکش کرد. بیمار با کادر پرستاری همکاری بیشتری داشت، با اعضای خانواده ارتباط بیشتری برقرار کرد و به‌طور فزاینده‌ای در فعالیت‌های درمانی و تعاملات اجتماعی با سایر بیماران در بخش شرکت کرد. خلق‌وخوی او که واکنشی اما ناپایدار بود، بدون نوسانات قابل توجه به حالت اولیه و طبیعی بازگشت. نکته مهم این است که بیمار توانایی‌های عملکردی قبل

از بیماری خود را بازیافت، فعالیت‌های مراقبت از خود را به‌طور مستقل از سر گرفت و در جلسات کاردرمانی شرکت کرد.

بیمار در نهایت پس از ۲۱ روز بستری در بیمارستان، ترخیص شد. یک برنامه جامع ترخیص، شامل قرارهای پیگیری روان‌پزشکی سرپایی برنامه‌ریزی شده در فواصل هفتگی، نظارت بر پایبندی به دارو با بررسی سطح لیتیوم سرم و یک برنامه مداخله در بحران در صورت عود علایم، اجرا شد. به خانواده در مورد علایم هشدار دهنده اولیه عود و اهمیت حفظ یک محیط حمایتی و کم استرس آموزش داده شد. با توجه به پاسخ مناسب بیمار به مداخلات حاد، عدم وجود بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی و سیستم حمایتی قوی خانواده، پیش‌آگهی بیمار مطلوب در نظر گرفته شد. با این حال، پایش مداوم و پیگیری طولانی مدت برای نظارت بر پاسخ مداوم و جلوگیری از عود احتمالی رفتارهای تکانشی مورد تأکید قرار گرفت.

بحث

این گزارش مورد، پدیده‌ای نادر و پیچیده در روان‌تنی را توصیف می‌کند که شامل ظهور حاد و مکرر افکار و رفتارهای خودکشی به‌طور عمده تکانشی، بلافاصله پس از یک عمل جراحی جزئی در بیمار فاقد سابقه روان‌پزشکی است. این تظاهر، چالشی برای الگوهای تشخیصی معمول ایجاد می‌کند و تعامل پیچیده بین استرس فیزیولوژیک حاد، آسیب‌پذیری فردی و مدارهای عصبی را برجسته می‌سازد.

نکته قابل تأمل در این بیمار، عدم هماهنگی بین شناخت (افکار خودکشی مقاوم) و عاطفه (خلق نسبتاً طبیعی) بود. برخلاف بیشتر موارد خودکشی که در چارچوب اختلالات خلقی یا سایکوتیک رخ می‌دهد، بیمار فاقد علایم کلاسیک افسردگی ماژور مانند خلق پایین پایدار، آنهدونیا، یا تغییرات نوروژنتیک بود .[۲۲] این جدایی، تشخیص‌های شایع مانند اختلال افسردگی ماژور یا اختلال سازگاری را به چالش کشید و تشخیص را به سمت اختلالات طیف کنترل تکانه سوق داد. تشخیص «اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوکِ مشخص‌شده دیگر» با توجه به ماهیت بارز تکانشگری، رفتارهای خودتخریبی مکرر و عدم احراز کامل ملاک‌های سایر اختلالات، انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد.[۱۵]

شناسایی ویژگی‌های شخصیت وابسته در آزمون بالینی چند محوری میلون یک عامل آسیب‌پذیری روانی مهم را آشکار می‌کند که می‌تواند تحمل پایین در برابر پریشانی و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد را توجیه کند.[۲۳] این بستر آسیب‌پذیر، هنگامی که تحت استرس شدید فیزیولوژیک قرار می‌گیرد، می‌تواند به جای خلق افسرده، به صورت بی‌قراری روانی-حرکتی و پرخاشگری معطوف به خود تظاهر یابد.[۲۴]

فرآیند جراحی، فارغ از اندازه آن، یک حمله بزرگ به همئوستازی بدن است. پاسخ استرس جراحی با آزادسازی کاتکولامین‌ها، کورتیزول و سیتوکین‌های پیش‌التهابی مانند-IL) (6, TNF-α همراه است.[۶] شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که این سیتوکین‌های التهابی می‌توانند از سد خونی-مغزی عبور کرده و با تأثیر بر متابولیسم انتقال‌دهنده‌های عصبی (مانند سروتونین و دوپامین) و عملکرد مدارهای لیمبیک-پره‌فرونتال، مستقیماً به بروز علایم روان‌پزشکی از جمله تحریک‌پذیری، بی‌ثباتی خلقی و اختلال در کنترل تکانه منجر شوند.[۷] این مکانیسم می‌تواند توضیح‌دهنده بروز ناگهانی علایم در این بیمار، بلافاصله پس از به هوش آمدن باشد. همچنین، نمی‌توان نقش احتمالی داروهای بیهوشی و ضد درد (به ویژه اپیوئیدها و برخی بنزودیازپین‌ها) را در ایجاد حالت‌های دیسفوریک یا دلیریوم هیپواکتیو/هایپراکتیو که با رفتار تکانشی همراه است، نادیده گرفت.[۲۵]

در این راستا، توجه به پدیده القای مستقیم افکار و رفتارهای خودکشی توسط برخی داروها حائز اهمیت فراوان است. اگرچه اغلب داروهای مصرفی در دوره بیهوشی و پس از آن سابقه ایمنی قابل قبولی دارند، اما شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهد که بعضی از آن‌ها به ندرت می‌توانند با مکانیسم‌های مختلف، افکار خودکشی را القا یا تشدید کنند:

۱- اپیوئیدها: داروهایی مانند فنتانیل، مورفین و ترامادول که معمولاً برای کنترل درد پس از عمل تجویز می‌شوند، با تأثیر بر سیستم‌های دوپامینرژیک و اپیوئیدی مغز، گاهی باعث ایجاد دیسفوری شدید، بی‌قراری و به ندرت افکار پارانوئید یا خودکشی می‌شوند.[۲۶] این اثرات به ویژه در افرادی با زمینه آسیب‌پذیری روانی (مانند شخصیت وابسته در بیمار ما) می‌تواند بارزتر باشد. گزارش‌هایی از اقدام به خودکشی پس از مصرف ترامادول و متادون نیز وجود دارد.[۲۷]

۲- بنزودیازپین‌ها: در این گزارش، اولین اقدام به خودکشی بیمار با مصرف ۲۰ عدد قرص کلونازپام (یک بنزودیازپین) صورت گرفت. اگرچه در این مورد دوز دارو بسیار بالا بوده، اما حتی دوزهای درمانی بنزودیازپین‌ها نیز به ویژه در برخی افراد مستعد می‌تواند باعث واکنش‌های پارادوکسیکال شامل بی‌قراری، تهییج، خشونت، و به ندرت افکار خودکشی شوند.[۲۸] نتایج مطالعات متاآنالیز نشان داده‌اند که مصرف بنزودیازپین‌ها با افزایش خطر افکار و رفتارهای خودکشی مرتبط است، هرچند رابطه علی مستقیم آن هنوز قطعی نیست.[۱۸]

۳- داروهای بیهوشی استنشاقی و وریدی: برخی گزارش‌ها حاکی از آن است که داروهایی مانند کتامین (که خاصیت ضدافسردگی سریع نیز دارد) در فاز بهبودی می‌توانند باعث هذیان، توهمات ترسناک و بی‌قراری شدید شوند که ممکن است با رفتار خود آسیب‌رسان همراه باشد.[۱۱] هرچند در این بیمار از کتامین استفاده نشده، اما الگوی بی‌قراری بلافاصله پس از به هوش آمدن شباهت‌هایی با این پدیده دارد.

تمایز بالینی مهم: در بیمار ما، افکار خودکشی ماهیت تکانشی و بدون خلق پایین داشت و بیمار خود اذعان می‌کرد «*...نمی‌دانم چرا فکر می‌کنم باید خودم را بکشم؟*». این الگوی خودکشی القایی دارویی با خودکشی کلاسیک در بستر افسردگی اساسی تفاوت اساسی دارد. در خودکشی القایی دارویی، معمولاً:

- خلق بیمار ممکن است دیسفوریک یا حتی عادی باشد، نه لزوماً افسرده.
- افکار خودکشی اغلب عودکننده، گذرا و غیرقابل مقاومت توصیف می‌شوند.
- با قطع داروی عامل، علایم به سرعت بهبود می‌یابند.[۲۹]

در مورد بیمار این مطالعه، در دسترس بودن داروهایی که خود محرک بالقوه تکانه‌های خودکشی هستند (کلونازپام و شاید اپیوئید) و تداوم علایم حتی پس از ترخیص، احتمال وجود یک اثر دوگانه را مطرح می‌کند که شمل اثر محرک اولیه داروها در روزهای اول پس از عمل و سپس تداوم خودکار تکانه‌ها به دلیل فعال شدن مدارهای نورولوژیک ناپایدار در یک زمینه شخصیتی آسیب‌پذیر است.

این یافته‌ها اهمیت غربالگری سابقه قبلی واکنش‌های روانی به داروها و پایش دقیق روانی در روزهای اول پس از جراحی، به ویژه در بیماران با اختلالات شخصیت خفیف یا عوامل خطر پنهان را برجسته می‌سازد. همچنین، توصیه می‌شود در پروتکل‌های مراقبت پس از عمل، اطلاعات مربوط به پتانسیل القای افکار خودکشی توسط داروهای رایج (به ویژه اپیوئیدها و بنزودیازپین‌ها) به کادر درمان آموزش داده شود.

سیر درمانی این بیمار، نمونه‌ای موفق از یک الگوریتم درمانی گام‌به‌گام و مبتنی بر شواهد را نیز ارایه می‌دهد:

الف) الکتروشوک درمانی در بحران حاد: علی‌رغم عدم وجود افسردگی ماژور کلاسیک، الکتروشوک درمانی به‌عنوان یک مداخله نجات‌بخش و سریع‌الاثر برای کاهش فوری تمایل به خودکشی به کار رفت. این کاربرد با شواهد موجود همسو است که نشان می‌دهد الکتروشوک درمانی می‌تواند صرف نظر از تشخیص زمینه‌ای، با تعدیل سریع فعالیت مدارهای پیش‌پیشانی-لیمبیک مرتبط با کنترل تکانه و تصمیم‌گیری، باعث کاهش سریع افکار خودکشی شود.[۱۹] پاسخ چشمگیر بیمار تنها پس از یک جلسه، این رویکرد را تأیید می‌کند. پس از کنترل فوری بحران، درمان بر پایه مدیریت تکانشگری و جلوگیری از عود متمرکز شد. انتخاب آریپیپرازول (یک آنتی‌سایکوتیک نسل دوم) به دلیل اثرات تثبیت‌کنندگی خلقی و ضدتکانه آن در اختلالات کنترل تکانه منطقی بود.[۱۶،۳۰]

ب) افزودن لیتیم کربنات در مرحله بعد: یک تصمیم استراتژیک بر پایه شواهد قوی متاآنالیزها، اضافه کردن لیتیوم به رژیم درمانی بیمار بود که اثرات ضدخودکشی مستقل لیتیم را حتی در بیماران غیردوقطبی نشان می‌دهند.[۱۷] این ترکیب (تثبیت‌کننده خلق + آنتی‌سایکوتیک با خاصیت ضدتکانه) در نهایت به کنترل پایدار علایم منجر شد.

ج) محیط درمانی: بستری در یک واحد روان‌پزشکی، جزء ضروری غیردارویی برای تضمین ایمنی و اجرای مداخلات فشرده بود.

نتیجه‌گیری

بروز ناگهانی رفتارهای خودکشی تکانشی پس از جراحی، یک اورژانس روان‌تنی با پاتوفیزیولوژی احتمالاً چندعاملی است که می‌تواند حتی در افراد فاقد سابقه روان‌پزشکی رخ دهد. این گزارش مورد بر اهمیت در نظر گرفتن تعامل استرس جراحی، پاسخ التهابی و آسیب‌پذیری روانی فردی در بروز چنین بحران‌هایی تأکید می‌کند. مدیریت موفق مستلزم تشخیص به موقع با در نظر گرفتن تشخیص‌های افتراقی گسترده و به‌کارگیری یک رویکرد درمانی ترکیبی و پلکانی است که در این بیمار شامل الکتروشوک درمانی برای کنترل فوری بحران و درمان دارویی ترکیبی هدفمند برای پیشگیری از عود بود. ادغام ارزیابی سلامت روان در مراقبت‌های معمول پس از عمل، یک ضرورت بالینی برای بهبود ایمنی این بیماران است.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این گزارش موردی عدم دسترسی به پرونده کامل بیهوشی بیمار در زمان جراحی بود؛ بنابراین اطلاعات دقیق مربوط به نوع و دوز داروهای بیهوشی و داروهای مورد استفاده در دوره پس از عمل در دسترس نبود. با توجه به اینکه برخی داروهای بیهوشی و داروهای ضددرد پس از جراحی می‌توانند با تغییرات رفتاری یا علایم روان‌پزشکی عصبی مانند بی‌قراری، ناپایداری خلق، دیسفوریا و رفتارهای تکانشی همراه باشند، عدم دسترسی به این اطلاعات امکان بررسی دقیق‌تر نقش احتمالی این

عوامل در بروز علایم بیمار را محدود می‌کند. علاوه بر این، مطالعه حاضر تنها در یک مورد انجام شده است و بهتر است تعداد بیشتری از موارد در این زمینه مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین، شایان ذکر است که مدت زمان پیگیری بیمار کوتاه بود.

قدردانی

نویسندگان مقاله، مراتب سپاس و قدردانی خود را به مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز بابت حمایت‌های صورت گرفته در انجام این پژوهش، ابراز می‌دارند. از بیمار و خانواده گرامی ایشان که اجازه دادند اطلاعات و روند بیماری در این مطالعه درج شود، نیز قدردانی و تشکر می‌گردد. همچنین از حمایت واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز قدردانی می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

سعیده مجیدی ذوالبنین: ایده‌پردازی، طراحی اثر، تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش و سازماندهی مقاله و فرناز رحمانی: گردآوری اطلاعات، نگارش، سازماندهی و بازبینی مقاله را بر عهده داشتند. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده‌اند.

منابع مالی

این تحقیق و تمام نویسندگان آن از هیچ منبع یا کمک مالی استفاده نکرده‌اند.

دسترس‌پذیری داده‌ها

در این گزارش موردی هیچ داده‌ای تولید، گردآوری و یا تجزیه و تحلیل نشده است.

ملاحظات اخلاقی

این گزارش موردی مطابق بیانیه هلسینکی انجمن جهانی پزشکی تهیه و تدوین شده و از شخص بیمار جهت انتشار اطلاعات بیماری در قالب یک گزارش موردی رضایت نامه کتبی اخذ شده است. همچنین، این گزارش در مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز ثبت و کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1405.025 را اخذ نموده است.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌کنند که منافع متقابلی از تألیف یا انتشار این مقاله ندارند.

References

1. Castaneda D, Popov VB, Wander P, Thompson CC. Risk of Suicide and Self-harm Is Increased After Bariatric Surgery-a Systematic Review and Meta-analysis. Obes Surg. 2019;29(1):322-33. doi:10.1007/s11695-018-3493-4
2. Konttinen H, Sjöholm K, Jacobson P, Svensson PA, Carlsson LMS, Peltonen M. Prediction of Suicide and Nonfatal Self-harm After Bariatric Surgery: A Risk Score Based on Sociodemographic Factors, Lifestyle Behavior, and Mental Health: A Nonrandomized Controlled Trial. Ann Surg. 2021;274(2):339-45. doi:10.1097/SLA.0000000000003742
3. Mills PD, Watts BV, Hemphill RR. Suicide attempts and completions on medical-surgical and intensive care units. J Hosp Med. 2014;9(3):182-5. doi: 10.1002/jhm.2141.
4. Chitavi SO, Patrianakos J, Williams SC, Schmaltz SP, Ahmedani BK, Roaten K, et al. Evaluating the Prevalence of Four Recommended Practices for Suicide Prevention Following Hospital Discharge. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2024;50(6):393-403. doi:10.1016/j.jcjq.2024.02.007
5. Cusack B, Buggy DJ. Anaesthesia, analgesia, and the surgical stress response. BJA Educ. 2020;20(9):321-28. doi: 10.1016/j.bjae.2020.04.006.
6. Desborough JP. The stress response to trauma and surgery. Br J Anaesth. 2000;85(1):109-17. doi: 10.1093/bja/85.1.109.
7. Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. Biol Psychiatry. 2009;65(9):732-41. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.029
8. Cunningham C, Campion S, Lunnon K, Murray CL, Woods JF, Deacon RM, et al. Systemic inflammation induces acute behavioral and cognitive changes and accelerates neurodegenerative disease. Biol Psychiatry. 2009;65(4):304-12. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.07.024
9. Qiao Y, Feng H, Zhao T, Yan H, Zhang H, Zhao X. Postoperative cognitive dysfunction after inhalational anesthesia in elderly patients undergoing major surgery: the influence of anesthetic technique, cerebral

injury and systemic inflammation. BMC Anesthesiol. 2015;15:154. doi:10.1186/s12871-015-0130-9
10. Guthrie DB, Richman DC. Patients with psychiatric disease: implications for anesthesiologists. Curr Opin Anaesthesiol. 2021;34(3):345-51. doi: 10.1097/ACO.0000000000000982.
11. Short B, Fong J, Galvez V, Shelker W, Loo CK. Side-effects associated with ketamine use in depression: a systematic review. Lancet Psychiatry. 2018;5(1):65-78. doi: 10.1016/s2215-0366(17)30272-9
12. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson GR, Dittus RS, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. Anesthesiology. 2006;104(1):21-6. doi: 10.1097/00000542-200601000-00005
13. Finnerty CC, Mabvuure NT, Ali A, Kozar RA, Herndon DN. The surgically induced stress response. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013;37(5Suppl):21S-9S. doi: 10.1177/0148607113496117
14. Kim HJ, Kim DK, Kim HY, Kim JK, Choi SW. Risk factors of emergence agitation in adults undergoing general anesthesia for nasal surgery. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2015;8(1):46-51. doi:10.3342/ceo.2015.8.1.46
15. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins. 2017.
16. Pompili M, Baldessarini RJ, Forte A, Erbuto D, Serafini G, Fiorillo A, et al. Do Atypical Antipsychotics Have Antisuicidal Effects? A Hypothesis-Generating Overview. Int J Mol Sci. 2016;17(10):1700. doi: 10.3390/ijms17101700
17. Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. Bipolar Disord. 2017;19(7):575-86. doi: 10.1111/bdi.12543.
18. Dodds TJ. Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A Review of the Literature. Prim Care Companion CNS Disord. 2017;19(2). doi: 10.4088/PCC.16r02037.
19. Peltzman T, Shiner B, Watts BV. Effects of Electroconvulsive Therapy on Short-Term Suicide Mortality in a Risk-Matched Patient Population. J ECT. 2020;36(3):187-92. doi: 10.1097/YCT.0000000000000665
20. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2018;75(8):777-85. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109
21. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Sep 7. (NICE Guideline, No. 225.) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK588208/
22. Cooper R. Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders: Routledge 2018.
23. Millon T. Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal: John Wiley & Sons 2011.
24. Ho S, Wong A. Perioperative management considerations in patients taking prescribed psychoactive medications (including those for depression and Parkinson's disease). Curr Opin Anaesthesiol. 2021;34(5):582-9. doi: 10.1097/ACO.0000000000001041
25. Short B, Fong J, Galvez V, Shelker W, Loo CK. Side-effects associated with ketamine use in depression: a systematic review. Lancet Psychiatry. 2018;5(1):65-78. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30272-9
26. Scherrer JF, Svrakic DM, Freedland KE, Chrusciel T, Balasubramanian S, Bucholz KK, et al. Prescription opioid analgesics increase the risk of depression. J Gen Intern Med. 2014;29(3):491-9. doi: 10.1007/s11606-013-2648-1
27. Fishbein NS, Bakhshaie J, Greenberg J. Suicidal Ideation and Self-Injury in Trigeminal Neuralgia. J Pain Res. 2025;18:2003-10. doi: 10.2147/jpr.S493649
28. Mancuso CE, Tanzi MG, Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. Pharmacotherapy. 2004;24(9):1177-85. doi: 10.1592/phco.24.13.1177.38089
29. Zhu Y, Li Y, Xu X. Suicidal ideation and suicide attempts in psychiatric patients during the COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2022;317:114837. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114837
30. Barzman DH, Findling RL. Pharmacological treatment of pathologic aggression in children. Int Rev Psychiatry. 2008;20(2):151-7. doi: 10.1080/09540260801887819