

گزارش یک مورد خون آشامی در بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

دکتر نبی بنزاده^۱ و دکتر علیرضا غفاری نژاد^۲

خلاصه

خودزنی به آسیب عمدی به بدن خود بدون قصد مردن گفته می‌شود. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور شایع اقدام به بریدن سوزاندن و یا خراشیدن پوست خود می‌کنند. در این گزارش یک بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معرفی می‌شود که بعد از بریدن پوست اقدام به نوشیدن خون خود می‌کرد. وی چندین مرتبه پس از کشتن کبوترها خون آنها را نوشیده بود و در یک مورد نیز اقدام به نوشیدن خون همسر خود کرده بود. نوشیدن خون موضوع اصلی داستان برام استوکر می‌باشد که در آن شخصیت داستان، دراکولا، اقدام به نوشیدن خون انسان‌ها می‌کرد. در این گزارش خون‌آشامی به عنوان یک علامت واقعی و نه تخیلی مطرح شده است. این علامت همراه خودزنی در ساختار شخصیتی مرزی قابل فهم است.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیتی مرزی، خون‌آشامی، دراکولا

۱- استادیار بیماری‌های اعصاب و روان، ۲- دانشیار بیماری‌های اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۹/۱۲ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۳/۹/۱ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۹/۱۱

مقدمه

خودزنی (self mutilation) به آسیب عمدی به بدن خود بدون قصد مردن گفته می‌شود. این نوع رفتار در گروهی از بیماران روانی مانند بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا، اختلال استرس بعد از ضربه، اختلالات تجزیه‌ای و اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌گردد (۲، ۵). این رفتار در بیماران مبتلا به اختلال مرزی دارای کیفیتی تکراری بوده و منجر به مرگ آنها نمی‌گردد و تصور می‌شود به طور موقتی باعث بهبود وضعیت خلقی آنها می‌گردد (۸). چنین رفتاری در ۸۰-۷۰٪ از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی گزارش شده است. بررسی و درمان اینگونه بیماران که معمولاً با بریدن، خراشیدن یا سوزاندن پوست خود اقدام به خودزنی می‌نمایند، به صورت سرپایی یا بستری از موارد مشکل روانپزشکی محسوب می‌شود (۱).

تا جایی که نویسندگان اطلاع دارند، نوشیدن خون متعاقب خودزنی در هیچ‌یک از اختلالات روانی که با خودزنی همراهند، گزارش نشده است. در این گزارش موردی، بیماری با اختلال شخصیت مرزی معرفی می‌شود که علاوه بر خودزنی اقدام به نوشیدن خون خود می‌کرد.

گزارش بیمار

بیمار مورد نظر مردی ۲۰ ساله، متأهل، دارای یک فرزند با تحصیلات دوم دبیرستان، اهل و ساکن کرمان است که برای نخستین بار در سال ۱۳۸۰ توسط بستگان برای معالجه به مطب روانپزشک آورده شد. شکایت بیمار، حالتی شبیه تشنج بود که در هنگام عصبانیت و تحمل فشار عصبی یا ناکامی به وی دست می‌داد. به گفته بیمار در این حالت با وجود آگاهی از محیط اطراف مانند صدای اطرافیان، قادر به پاسخ دادن نبوده است. گاهی اوقات پس از این حالات دچار حملات پرخاشگری شده و به اطرافیان و نزدیکان خود حمله می‌نموده و یا اموال آنها را تخریب می‌کرده است و بعد از حملات جزئیات را به خاطر نمی‌آورده است. هر حمله در حدود نیم ساعت طول می‌کشیده و بیمار تنها به نزدیکان خود حمله می‌کرده است. بیمار مکرراً اقدام به خودزنی می‌کرده و بعد از بریدن پوست خون خود را می‌مکیده است ولی در این اثنا هیچ‌گونه دردی احساس نمی‌کرده است.

بنابر اظهار وی حداقل ۷۰ مرتبه اقدام به چنین عملی نموده بود. به علاوه او اقدام به کشتن کبوتر و نوشیدن خون آن نیز کرده بود. سپس به تدریج تمایل به نوشیدن خون سایر افراد، به خصوص کسانی که در خیابان به وی نگاه می‌کردند، پیدا کرده و در یک مورد همسر خود را زخمی کرده و خون وی را نوشیده بود. متعاقب خودزنی یا کشتن کبوتر و نوشیدن خون، بیمار احساس راحتی کرده و از تنش درونی وی کاسته می‌شده است. بیمار دو مرتبه قصد خودکشی را گزارش می‌داد، که یک مرتبه با چاقو و یک مرتبه با خودسوزی بوده است. اولین اقدام به خودزنی متعاقب شکست در رابطه جنسی بوده اما بعدها در هر موقعیت تنش‌زا و بدون ارتباط با روابط جنسی تکرار می‌شده است. بیمار روابط جنسی متعدد و ناپایدار داشته و طی آنها اقدام به اذیت و آزار طرف مقابل خود کرده بوده است. در سال ۱۳۷۹ با اصرار خانواده ازدواج کرده ولی رابطه وی با همسرش نیز خشونت‌بار و پراز تنش بوده است.

بیمار سابقه مصرف سیگار و مواد مخدر نداشت و سومین فرزند از هفت فرزند خانواده خود بود. در دوران ابتدایی، دانش‌آموز ناآرام و ناسازگاری بوده و مکرراً توسط پدر خود تنبیه می‌شده است. در دوران راهنمایی مکرراً اقدام به فرار از مدرسه نموده و با همسالان خود درگیری فیزیکی داشته و در دوران دبیرستان به دنبال اکت تحصیلی قابل توجه، ترک تحصیل کرده بود. بعد از ترک تحصیل در چندین شغل به عنوان شاگرد شروع به کار کرده، اما هر دفعه بیش از چند ماه به کار خود ادامه نداده بود و در هنگام مراجعه بیکار بود و مخارج زندگی وی توسط والدینش تأمین می‌شد. در معاینه وضعیت روانی، ارتباط چشمی و کلامی برقرار می‌کرد. خلق و عاطفه مضطرب به نظر می‌رسید. ادراک غیرعادی بود و در تفکر بیمار هیچ‌گونه هذیان مشاهده نمی‌شد. جهت‌یابی به زمان، مکان و اشخاص و حافظه طبیعی بود. الکتروانسفالوگرام‌هایی (EEG) که در حالت عادی و بلافاصله بعد از حملات شبه تشنجی به عمل آمد طبیعی بود. در سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی به عمل آمده از مغز، نکته غیرعادی مشاهده نشد. در نتیجه آزمون شخصیتی MMPI عدم کنترل تکانه، بی‌ثباتی خلق و ضعف در مکانیسم‌های دفاعی و عدم بلوغ شخصیت گزارش شد.

بیماران مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی، در حین خودزنی هیچ دردی را احساس نمی‌کردند (۹). تصور می‌شود احساس درد و تنظیم خلق توسط نوروترانسمیترهای مشابهی در مغز کنترل می‌شوند و این دو سیستم به یکدیگر مربوط می‌باشند. تحقیقات اخیر نشان داده است رفتار خودزنی مانند افسردگی با کاهش سرتونین در مغز مربوط است (۷). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در حین عمل خودزنی درد نداشته‌اند در مقایسه با گروهی که درد احساس می‌کردند در آزمون سنجش خصوصیات تجزیه‌ای نمره بالاتری به دست آورده‌اند (۱۱). لذا وجود علامت تجزیه‌ای به همراه عدم تجربه درد، دو علت مربوط و زمینه‌ساز برای اقدام به خودزنی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بشمار می‌رود و این دو علامت در بیمار گزارش شده وجود داشت.

رفتارهای تخاصم‌آمیز از جمله خودزنی موجب آرامش موقتی و تنظیم خلق در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده و بدین وسیله باعث ارضاء نیازهای وابستگی در آن‌ها می‌گردد (۳). تنبیه بدنی در کودکی نظیر آنچه که در بیمار ما وجود داشت می‌تواند یکی از دلایل زمینه‌ساز خودزنی در این بیماران باشد هر چند که تحقیقات اخیر وجود ارتباط معنی‌دار را بین خودزنی و سابقه مورد تنبیه قرار گرفتن در کودکی تأیید نکرده است (۱۳).

نکته جالب توجه در این بیمار که بر اساس اطلاعات نویسنده‌گان تا به حال گزارش نشده است، اقدام به نوشیدن خون می‌باشد. نوشیدن خون موضوع اصلی داستان مشهور دراکولا (Dracula) نوشته برام استوکر (Bram Stoker) است. هر چند که این داستان تخیلی دستمایه فیلم‌های زیادی قرار گرفته، اما تاکنون به صورت واقعی گزارش نشده است. عدم ثبات در احساس هویت فردی و نوسانات عاطفی از خصوصیات سازمان روانی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است که با ویژگی‌های شخصیت خیالی دراکولا هماهنگ می‌باشد (۱۰). این بیماران در تفسیر این نکته که آیا یک انسان هستند یا یک شیء ناتوان بوده و در تفسیر جهان پیرامون خود موفق نیستند (۶) و در واقع از نگاه روانشناسی تحلیلی آنها دائم در تلاش

برای کنترل تکانه‌های بیمار کاربامازپین به میزان ۴۰۰ میلی‌گرم در روز و فلوکستین به میزان ۴۰ میلی‌گرم در روز تجویز گردید. بهبود نسبی در علائم، یک ماه بعد گزارش شد.

بحث

عدم ثبات خلقی، تحریک‌پذیری مکرر، روابط جنسی متعدد و ناپایداری، نداشتن شغل ثابت، خودزنی‌های مکرر که به صورت پایدار وجود داشته و شیوه زندگی بیمار را تشکیل می‌دادند، علائمی هستند که برای بیمار اختلال شخصیتی مرزی را بر اساس ضوابط DSM IV (fourth edition of diagnostic and manual of mental disorders) مسجل می‌سازد. حملات پرخاشگری به همراه عدم یادآوری جزئیات رفتاری امکان وجود صرع با خصوصیات complex-partial را در بیمار مطرح می‌سازد و هر چند که الکتروانسفالوگرام طبیعی به تنهایی تشخیص صرع را کنار نمی‌گذارد اما طولانی بودن هر حمله و اقدام تنها علیه نزدیکان به نفع تشخیص صرع نیست. معهدا باید هیستروپایی‌لپسی، صرع لوب تامپورال و صرع همراه اختلال شخصیتی ضد اجتماعی را جزء تشخیص‌های افتراقی در نظر داشت.

این سؤال مطرح می‌گردد که علت تغییر سطح هوشیاری بیمار چیست؟ علت این رخداد را می‌توان به وجود علامت تجزیه (Dissociation) مربوط دانست. هر چند که بیمار ضوابط تشخیصی برای هیچ‌کدام از اختلالات تجزیه‌ای را دارا نبود، اما علامت تجزیه که به همراه بی‌نظمی عاطفی (affective dysregulation) هسته اختلال شخصیتی مرزی شناخته می‌شود (۴)، در بیمار وجود داشت. پیدا شدن علامت تجزیه با خودزنی ارتباط دارد. فرضیه ای وجود دارد که فشارهای محیطی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی، باعث افزایش تنش درونی و بی‌ثباتی عاطفی می‌گردد و متعاقب این رویداد بیمار پدیده‌های تجزیه‌ای نظیر مسخ شخصیت (depersonalization) و مسخ واقعیت (derealization) را تجربه می‌نماید و در این حالات پاسخ به درد کاهش یافته و بیمار اقدام به خودزنی می‌نماید (۸). عدم وجود حس درد یکی از دلایل زمینه‌ساز اقدام به خودزنی در این بیماران ذکر شده است (۲). بر اساس یک مطالعه، حدود نیمی از

توجه به ارائه این شرح حال می‌توان مدعی شد که خون‌آشامی به عنوان یک علامت واقعی و در قالب، خودزنی می‌تواند وجود داشته باشد. اما مطالعات و گزارش‌های بیشتر در این زمینه لازم است.

برای جمع کردن خود (self) تکه‌تکه و غیرمنسجمند (۱۲). نکته آخر این که با توجه به عدم وجود علائمی مبنی بر اسکیزوفرنیا، این اختلال که در آن پدیده خودزنی نیز مشاهده می‌گردد برای بیمار مطرح نشد. با

Summary

A Case Report of Blood Sucking Behavior in a Patient with Borderline Personality Disorder

Banazadeh N., MD.¹ and Ghaffari Nejad A.R., MD.²

1. Assistant Professor of Psychiatry, 2. Associate Professor of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Self-mutilation is defined as intentional damaging of the body without intention to die. Patients with borderline personality disorder frequently mutilate themselves by means of cutting, burning and abrading their skin. In this case report, a patient with borderline personality disorder is described who has cut his skin and suck his blood Several times. He had also the history of killing pigeons and sucking their blood. One time he had sucked his wife's blood. Blood sucking is the main theme of Bram Stoker's novel in which the character of the novel, Dracula, sucked the blood of human beings. Here we present blood sucking as a real symptom and not an imaginary one. This symptom associated with self cutting is well understood in borderline personality disorder.

Key Words: Borderline personality disorder, Blood Sucking, Dracula
Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2005; 12(1): 80-84

References

1. Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker F.X, Schwarz B, Wernz M and Lieb K. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res* 2000; 95(3): 251-60.
2. Burgess J.W. Relationship of depression and cognitive impairment to self-injury in borderline personality disorder, major depression, and schizophrenia. *Res Psychiatry* 1991; 38(1): 77-87.
3. Dulz B. Differentiation and therapy of delinquent behavior in borderline disorders. *Psychodynamic approach. Nervenarzt* 1997; 68(5): 395-400.
4. Ebner-Priemer U.W, Badeck S, Beckmann C, et al. Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: a startle response study. *J Psychiatr Res* 2005; 39(1): 85-92.
5. Feldman M.D. The challenge of self-mutilation: A review. *Compr Psychiatry* 1988; 29(3): 252-69.
6. Frommer J and Reissner V. New approaches for understanding borderline personality disorder. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65(1): 34-40.
7. Goodman M and New A. Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2(1): 56-61.
8. Kemperman I, Russ M.J and Shearin E. Self-injurious behaviour and mood regulation in borderline patients. *J Personal Disord* 1997; 11(2): 146-157.
9. Leibenluft E, Gardner D.L, Cowdry R.W. The inner experience of the borderline self mutilator. *Journal of Personality Disorders* 1987; 1: 317-324.
10. Raines J.M, Raines L.C and Singer M. Dracula disorders of the self and borderline

- personality organization*. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17(4): 811-826.
11. Russ M.J, Campbell S.S, Kakuma T, Harrison K and Zanine E. *EEG theta activity and pain insensitivity in self-injurious borderline patients*. *Psychiatry Res* 1999; 89(3): 201-214.
 12. Shapiro S. *Affect integration in psychoanalysis: a clinical approach to self-destructive behavior*. *Bul Menninger Clin* 1991; 55(3): 363-74.
 13. Zweig – Frank H, Paris J and Guzder J. *Psychological risk factors or dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder*. *Can J Psychiatry* 1994; 39(5): 259-64.