

Case Report:

An 8-year-old Boy With Three Failed Suicide Attempts by Hanging: A Case Report



Ali Ashraf Mozafari¹, Amir Adibi², Elham Shafiei³, *Ali Sahebi¹

1. Non-Communicable Diseases Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
2. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
3. Clinical Research Development Unit, Shahid Mustafa Khomeini Hospital, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.



Citation Mozafari AA, Adibi A, Shafiei E, Sahebi A. [Suicide Attempt in an 8-year-old Boy by Hanging Himself Three Times: Case Report (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(1):120-127. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3347.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3347.1>



Received: 14 Feb 2020
Accepted: 02 Aug 2020
Available Online: 01 Apr 2021

Key words:

Suicide attempt,
Major depressive disorder,
Child behavior,
Child neglect

ABSTRACT

Objectives Suicidal behavior in children under 10 years of age is a warning and a matter of concern. It can be an important indicator for evaluating the mental health of individuals in the community.

Case Report This study reported an 8-year-old boy who had three failed suicide attempts by hanging. The psychiatric assessment revealed that he had major depressive disorder which had not been diagnosed.

Conclusion Evaluation of his behavior by using the Child Behavior Checklist completed by his parents showed that he had the highest scores in aggressive behavior, attention problems, rule-breaking behavior, and anxious/depressed subscales. Lack of parental attention to meeting the needs and creating a supportive environment may have led to behavioral-emotional disorders and risky behaviors such as suicide in the boy.

Extended Abstract

1. Introduction

Suicide attempt in children under 10 years of age is a warning and a matter of concern. It can be an important indicator for evaluating the mental health of individuals in the community. Although all age groups are affected by this phenomenon, the highest incidence is related to 15-30 years age group. Studies on suicidal behavior in children are limited and with small sample sizes. Therefore, its global epidemiology and risk factors in the age group <10 years are unknown and there is need for identifying the risk factors contributed to suicidal behavior in children. The Centers for Disease Control and Prevention reported a suicide rate of 0.17 per

100 000 people in youth between the ages of 5 and 11 years. Between 2008 and 2015, a total of 14,852 children aged 5-11 years with suicidal ideation or suicide attempt were hospitalized in the United States, mostly due to mood disorders including suicide. During 1993-2001 in Iran, there was a total of 3225 suicides among children and adolescents in Iran where the ratio of boys to girls was 3.7:1.

2. Case Report

The case was an 8-year-old boy with three suicide attempts by hanging referred to the psychiatric clinic of Shahid Mostafa Khomeini Hospital in Ilam, Iran by his parents. They were living in one of the villages of Ilam city. This family had five children; the case was the fourth child of this family studying in the grade-2 elementary school. He had aver-

* Corresponding Author:

Ali Sahebi

Address: Non-Communicable Diseases Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Tel: +98 (918) 3434703

E-mail: ali.sahebi.phd@gmail.com

age grades with no hyperactivity or aggressive behaviors at school. His parents stated that he hanged himself in a barn three times during 2018-2019, but he had been saved by his older sister. His parents had elementary education with a monthly family income of 1-1.5 million Tomans. They had no family history of suicide or mental illness. Rural life and large family size, cause young children not receive much psychological and emotional support. Psychiatric assessment was performed in a clinic. The results revealed that he had a major depressive disorder (undiagnosed). Hence, he treated with 12.5 mg sertraline daily for one week and then the dosage increased to 25 mg daily. During this period, psychotherapy based on emotional release was carried out. Throughout this period, which lasted several weeks, his responds to treatment somewhat improved such that in the fifth session, he began to cry. Then, his behavior was assessed by parents using the Child Behavior Checklist (CBCL). He is currently under treatment by a psychiatrist and is visited monthly, and has not attempted suicide again.

3. Discussion and Conclusion

This study aimed to report behavioral-emotional disorders in an 8-year-old boy with attempted suicide by using the CBCL and psychiatric diagnosis. The CBCL was completed by one of his parents. It can be completed as a self-report or through interview. It measures 8 emotional-behavioral problems under three categories of internalized problems, externalized problems, and general problems. The CBCL scores showed that the boy had higher scores in aggressive behavior, attention problems, rule-breaking behavior, and anxious/depressed subscales. The externalized problems were predominant. His psychiatric assessment revealed that he had major depressive disorder. Suicide attempt among children aged <10 years compared to other age groups is rare, and are commonly had specific behavioral disorders. A stressful event may trigger suicide in children who have mental problem such as depression. These children are usually anxious and inactive, and change their behaviors quickly. Untreated depression is an important factor in suicide attempts in children. In the study boy, undiagnosed depression and lack of support by parents led to suicide attempts. Parent-child conflict is a hidden factor that accelerates suicide attempts among children, and hanging is one of the most common method of suicide in these children.

The boy had reasonable demands such as being loved, and buying him toys and clothes but his parents could not provide them due to high number of children in the family and the parents' financial inability. These factors cause the inability of parents to meet the various needs of children and creates child neglect in the family. Children with depression have a high tendency to commit suicide. Exposure

to acute stressors can exacerbate this condition. Therefore, improving the parent-child relationship and eliminating the children's emotional deprivation can be effective in reducing the incidence of suicide in children. Emotional-behavioral problems in childhood are associated with many functional impairments in various areas of life. Therefore, preventive services in the health care system such as a safe care program as in-home training program with an emphasis on child-parent conflicts, safe family environment, and child health can effectively reduce these disorders. Moreover, teachers need to be educated on the mental health to detect students' behavioral disorders.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article is taken from the registered cases of suicide attempts in Ilam province approved by Ilam University of Medical Sciences (Ethics Code: IR.MEDILAM.REC.1398.056).

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization and supervision: Amir Adibi; Research and data collection: Ali Ashraf Mozafari and Ali Sahebi; Writing – original draft, and writing – review & editing: Elham Shafiei; Review and editing: Ali Sahebi and Ali Ashraf Mozafari.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thanks the Clinical Research Development Unit, Shahid Mostafa Khomeini Hospital, Ilam University of Medical Sciences.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله موردی:

اقدام به خودکشی در یک پسر بچه ۸ ساله با سه بار سابقه حلق‌آویز: گزارش موردی

علی اشرف مظفری^۱، امیر ادیبی^۲، الهام شفیعی^۳، علی صاحبی^۱

۱. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، ایلام، ایران.
 ۲. گروه روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، ایلام، ایران.
 ۳. واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، ایلام، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۵ بهمن ۱۳۹۸
 تاریخ پذیرش: ۱۲ مرداد ۱۳۹۹
 تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

اقدام به خودکشی، اختلال افسردگی اساسی، رفتار کودک، غفلت از کودک

بروز رفتار خودکشی در کودکان زیر ۱۰ سال یک اعلان خطر و موضوعی نگران‌کننده است. این پدیده می‌تواند یک شاخص مهم برای ارزیابی وضعیت روانی افراد در جامعه باشد. این مطالعه یک پسر بچه ۸ ساله را گزارش می‌کند که سابقه سه بار اقدام به خودکشی به روش حلق‌آویز داشته است. مشاوره روان‌پزشکی نشان داد که این کودک افسردگی پنهان دارد. نتایج ارزیابی رفتار کودک توسط والدین از طریق چک‌لیست رفتاری کودک نشان داد که این کودک بالاترین نمرات را به ترتیب در حیطه‌های اختلال رفتاری پرخاشگرانه، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و اختلال افسردگی اضطراب دارد. عدم توجه والدین در برآوردن نیازهای گوناگون کودکان و نبود محیط پرورشی و حمایتی ممکن است منجر به بروز اختلالات رفتاری عاطفی در کودک شده و زمینه را برای بروز رفتارهای خطرناکی مانند اقدام به خودکشی در کودک فراهم کند.

مقدمه

اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد اجتماع محسوب می‌شود و یک رخداد فاجعه‌بار برای خانواده‌ها و جوامع است که به صورت بالقوه نیز می‌تواند از آن پیشگیری کرد [۱]. هرچند که تمام گروه‌های سنی متأثر از این پدیده هستند ولی بیشترین میزان بروز آن در گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ است [۲]. مطالعات محدودی در زمینه رفتار خودکشی در کودکان انجام شده است و این مطالعات عمدتاً در کشورهای پیشرفته و با حجم نمونه اندک انجام پذیرفته. بنابراین، اپیدمیولوژی و ریسک فاکتورهای اقدام به خودکشی در گروه سنی زیر ۱۰ ناشناخته است [۳]. در بعضی گزارش‌ها فراوانی اقدام به خودکشی در کودکان سن مدرسه یک درصد گزارش شده است [۴، ۵]. در فاصله سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۵ در ایالات متحده، ۱۴۸۵۲ نفر ۵ تا ۱۱ سال با تفکر خودکشی و یا اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری شده بودند که بیشترین علت بستری این افراد، مربوط به افزایش شیوع اختلالات رفتاری به خصوص اختلال خلقی و افسردگی بوده است [۶، ۷]. در بین سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۰ در ایران، ۳۲۲۵ مورد خودکشی در

بین کودکان و نوجوانان رخ داده است که نسبت آن در پسران به دختران ۳/۷ به ۱ بوده است [۸]. هدف از مطالعه حاضر گزارش سه بار اقدام به خودکشی به روش حلق‌آویز در یک پسر بچه ۸ ساله و توصیف زمینه‌های خانوادگی و اختلالات عاطفی رفتاری در کودک و ارتباط آن با اقدام به خودکشی است.

گزارش مورد

بیمار یک پسر بچه ۸ ساله است که والدین با شکایت اقدام به خودکشی‌های مکرر او را به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) شهر ایلام آوردند. این خانواده ساکن یکی از روستاهای شهرستان ایلام هستند که شغل آن‌ها دامداری و کشاورزی است. این خانواده دارای پنج فرزند بوده و کودک مذکور چهارمین فرزند آن‌هاست و در کلاس دوم ابتدایی تحصیل می‌کند. از نظر تحصیلی از سال اول تاکنون در بین بچه‌های کلاس نمرات متوسطی داشته، اما بیش‌فعالی و رفتارهای پرخاشگرانه نداشته است. طبق گفته والدین، این کودک در فاصله سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۸ سه بار در محل زندگی احشام، اقدام به حلق‌آویز کردن خود کرده است که خودش با برنامه قبلی طراحی کرده و در هر سه مورد خواهر بزرگ‌ترش او را از مرگ نجات داده است.

* نویسنده مسئول:

علی صاحبی

نشانی: ایلام، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر.

تلفن: ۰۳۴۳۴۷۰۳ (۹۱۸) ۹۸+

پست الکترونیکی: ali.sahebi.phd@gmail.com

تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه CBCL نشان داد که این کودک نمرات بالایی در رفتار پرخاشگرانه، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکن و اختلال افسردگی اضطراب دارد. در بررسی نمرات پهن‌بند پرسش‌نامه، مشکلات رفتاری برون‌سازی‌شده در کودک غالب بودند. بلافاصله درمان‌های روان‌شناختی و دارویی در راستای جلوگیری از ارتکاب مجدد او به خودکشی شروع شد. وی تحت درمان با داروی سرتالین (۱۲/۵ میلی‌گرم روزانه) به مدت یک هفته قرار گرفت و پس از آن به میزان ۲۵ میلی‌گرم در روز رسانده شد. درمان شناختی رفتاری هم‌زمان با شروع درمان دارویی با تأکید بر ارزیابی شرایط و موقعیت وی در خانواده، خواسته‌ها و نیازها، نوع ارتباط والدین و سایر فرزندان با وی، استرس‌ها و عوامل ناراحت‌کننده و شناسایی عوامل محافظت‌کننده و حمایتی در جلسات متعدد آغاز شد.

در طول جلسات از تکنیک گوش دادن فعال استفاده شد تا کودک هیجانات، احساسات و عواطف خویش را نشان دهد و تخلیه هیجانی صورت گیرد. در تمامی جلسات از افکار خودکشی به صورت مستقیم سؤال شد تا وضعیت تفکر وی در لحظه ثبت گردد. در این مرحله از مهارت حل مسئله استفاده شد و برخورد وی با مسائل و مشکلات ارزیابی شد تا با کمک این کار بتواند بهترین تصمیم را در برابر مشکلات بگیرد. خانواده درمانی در بین جلسات برای بهبود تعاملات خانواده و ارتباط میان اعضای خانواده و نحوه گفت‌وگو با یکدیگر نیز انجام شد. در جلسات متفاوت به رابطه مثبت کودک با خانواده بیشتر توجه شد و کودک توانایی بیشتری در برقراری رابطه و ابراز نیازها، احساسات و تفکراتش پیدا کرد، سپس ارزیابی رفتار کودک با استفاده از چک‌لیست اختلالات عاطفی رفتاری کودکان از والدین انجام شد. اکنون کودک زیر نظر روان‌پزشک بوده و ماهیانه به صورت رایگان ویزیت می‌شود و کاملاً زیر نظر و حمایت والدین و سایر اعضای خانواده است و خوشبختانه تا بهمن ماه ۱۳۹۹ اقدام به خودکشی مجدد نداشته است.

بحث

هدف این مطالعه تعیین اختلالات رفتاری عاطفی در یک پسر بچه ۸ ساله اقدام‌کننده به خودکشی با استفاده از چک‌لیست اختلالات رفتاری CBCL و تشخیص روان‌پزشکی کودکان است. در تجزیه و تحلیل چک‌لیست CBCL این کودک نمرات بالایی در رفتار پرخاشگرانه، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکن و اختلال افسردگی اضطراب دارد. در ارزیابی نمرات پهن‌بند، مشکلات رفتاری برون‌سازی‌شده در کودک غالب بودند و در مشاوره روان‌پزشکی، برای کودک اخلاص افسردگی اساسی تشخیص داده شد. اقدام به خودکشی در کودکان زیر ۱۰ سال کمتر گزارش می‌شود، معمولاً رخداد آن دلیل بر وجود اختلال عاطفی رفتاری خاصی در کودک است [۹، ۱۰]. اختلال در سلامت روان کودک

اقدام به خودکشی اول در دی ماه ۱۳۹۷، دومی در فروردین ۱۳۹۸ و سومین اقدام در مهر ماه ۱۳۹۸ بوده است. مراجع می‌گفت حلق‌آویز کردن را در تلویزیون دیده است و هنوز هم افکار خودکشی با استفاده از همان وسیله را دارد. والدین بیمار دارای تحصیلات ابتدایی بوده و از نظر اقتصادی درآمد خانواده ماهیانه ۱ تا ۱/۵ میلیون تومان است. خانواده بیمار بیان کردند که هیچ‌گونه سابقه اقدام به خودکشی و بیماری روانی در فامیل نداشته‌اند. نوع زندگی روستایی خانواده، تعداد زیاد فرزندان، مقایسه وضعیت با سایر خانواده‌ها، خواسته‌ها و توقعات بالای فرزندان، سطح پایین ارتباطات در خانواده و وضعیت مالی ضعیف باعث شده به فرزندان کوچک‌تر از نظر روانی و عاطفی توجه نشود و از آن‌ها حمایت صورت نگیرد.

کودک قبل از سال ۱۳۹۷ در برقراری ارتباط کلامی با سایرین به دلیل لکنت زبان مشکلاتی داشته است که برای آن هیچ‌گاه به متخصص اعصاب و روان مراجعه نکرده و درمانی دریافت نکرده است. این موضوع در کاهش اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس وی در آن زمان نقش داشته، اما در مصاحبه اخیر با وی اثری از لکنت زبان دیده نشد، هرچند خیلی کند به سؤالات پاسخ می‌دهد. علی‌رغم بی‌انگیزگی، ناامیدی، افکار خودکشی فعال و کاهش اعتمادبه‌نفس گاه حین مصاحبه می‌خندید و برای این خندیدن علتی وجود نداشت. او در بیان و ابراز هیجانات و احساسات مشکل داشت. در معاینه وضعیت روانی کندی فعالیت حرکتی روانی (سایکوموتور)، ارتباط چشمی ضعیف، سطح رسیدگی به بهداشت پایین، پاسخ دادن‌های با تأخیر و کند، تمرکز و توجه پایین و تفکر عینی دیده شد. بر اساس علائم مذکور تشخیص اختلال افسردگی اساسی برای کودک داده شد. ارزیابی رفتار کودک با استفاده از چک‌لیست CBCL^۱ از والدین نیز انجام گرفت. چک‌لیست رفتاری کودکان ابزاری است که یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکلات رفتاری کودک به‌خوبی آشناست آن را تکمیل می‌کند. این ابزار را هم می‌توان به صورت خودگزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد.

همچنین CBCL را می‌توان برای اندازه‌گیری تغییرات رفتاری کودک در زمان یا به دنبال درمان استفاده کرد. این پرسش‌نامه را تهرانی دوست، شهریور، پاکباز، رضایی، رضایی و احمدی (۲۰۱۱) ترجمه و هنجاریابی کرده‌اند. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. این پرسش‌نامه هشت مشکل یا سندرم عاطفی رفتاری را اندازه می‌گیرد. همچنین CBCL سه نمره پهن‌بند شامل: مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، مشکلات برون‌سازی‌شده و مشکلات کلی را نیز اندازه می‌گیرد [۸]. در مشاوره روان‌پزشکی برای کودک اخلاص افسردگی اساسی تشخیص داده شد.

1. Child Behavior Checklist

از آنجایی که محل سکونت کودک در روستا بوده و دسترسی به محل سکونت او سخت بود، تعداد موارد دسترسی به کودک و سایر اعضای خانواده آن به مراتب کمتر می‌شد.

با توجه به اینکه بروز افسردگی در سنین کودکی نیز وجود دارد و ممکن است علائم آن با افراد بزرگسال متفاوت باشد، گوش دادن فعال و فهم صحبت‌های کودکان، اعتبار دادن به حرف‌های آن‌ها و تشویق آن‌ها به درخواست کمک موقع نیاز بسیار حائز اهمیت است. تأکید بر روابط مثبت در زندگی بچه‌ها نقش مهمی در ارتقا سلامت روان آن‌ها خواهد داشت.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله برگرفته از موارد ثبت شده‌ی اقدام به خودکشی استان ایلام مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایلام است (کد اخلاق: IR.MEDILAM.REC.1398.056).

حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی و نظارت: امیر ادیبی؛ تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها: علی اشرف مظفری و علی صاحبی؛ نوشتن - پیش‌نویس اصلی: الهام شفیع‌ی؛ بررسی و ویرایش: علی صاحبی و علی اشرف مظفری.

تعارض منافع

طبق اعلام نویسندگان این مطالعه تعارض منافع ندارد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید مصطفی خمینی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام تشکر می‌نمائیم.

مانند افسردگی، یک عامل محرک برای اقدام به خودکشی در کودکان است. این نوع کودکان معمولاً نگران و کم‌فعالیت هستند و سریعاً تغییر رفتار می‌دهند.

افسردگی درمان‌نشده یک فاکتور مهم برای اقدام به خودکشی در کودکان است، کم‌اینکه در این کودک این نوع افسردگی وجود داشت و به علت عدم حمایت روانی و عاطفی خانواده، منجر به رفتار خطرناک‌تری مثل اقدام به خودکشی شده است [۱۱]. تنش در رابطه کودک و والدین یک عامل مخفی تسریع‌کننده اقدام به خودکشی در بین کودکان است و معمولاً حلق‌آویز کردن^۲ هم شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در این کودکان است [۱۲]. ظاهراً این کودک خواسته‌هایی مانند دوست داشته شدن و داشتن اسباب بازی و لباس از والدین داشته است که نتوانسته‌اند آن را برایش بر آورده کنند، دلیل آن هم تعداد زیاد فرزندان و عدم توانایی مالی خانواده بوده است. به هر حال عواملی مانند فقر و نبود منابع مالی کافی باعث ناتوانی خانواده در تأمین نیازهای گوناگون در کودکان می‌شود و این شرایط غفلت از بچه^۳ را در خانواده ایجاد می‌کند. اغلب این کودکان در معرض مشکلات روانی و رفتاری فراوانی مانند افسردگی هستند؛ در صورتی که این افسردگی دیر تشخیص داده یا درمان شود (افسردگی پنهان)، ممکن است باعث اختلالاتی مانند پرخاشگری، اختلال توجه و اقدام به خودکشی در کودک شود [۱۵-۱۳]. کودکان و نوجوانان افسرده معمولاً تمایل بیشتری به ارتکاب به خودکشی دارند و قرارگیری آن‌ها در معرض استرس‌های حاد باعث تشدید این حالت می‌شود. یکی از عوامل دخیل در این مسئله درگیری با والدین است [۱۶]. بنابراین، اصلاح الگوی ارتباطی والد کودک و برطرف کردن محرومیت‌های عاطفی کودکان در کاهش بروز اقدام به خودکشی در آن‌ها بسیار مؤثر خواهد بود.

اختلالات رفتاری عاطفی در دوران کودکی با آسیب‌های کارکردی فراوانی در حیطه‌های مختلف زندگی فرد مرتبط است. بنابراین، در نظام مراقبت‌های بهداشتی خدمات پیشگیری مانند برنامه مراقبتی ایمن^۴ به صورت آموزش در منزل با تأکید بر تقابل کودک والدین، محیط خانوادگی امن و سلامت کودک در کاهش این اختلالات قطعاً مؤثر خواهد بود. از آن جایی که معلمان در مدارس زمان زیادی با دانش‌آموزان می‌گذرانند، قطعاً آموزش آن‌ها در زمینه بهداشت روان و شناخت تغییرات رفتاری در کودکان می‌تواند هم در اطلاع‌رسانی به موقع به والدین و تیم بهداشت مدارس و هم در شناسایی و درمان به موقع اختلالات روانی در کودکان مؤثر باشد و از طرفی می‌تواند از پیامدهای ناگوار اختلالات روانی از جمله خودکشی جلوگیری کند.

2. Hanging
3. Child neglect
4. Safe care program

References

- [1] Zainum K, Cohen MC. Suicide patterns in children and adolescents: A review from a pediatric institution in England. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*. 2017; 13(2):115-22. [DOI:10.1007/s12024-017-9860-y] [PMID]
- [2] Sinyor M, Tse R, Pirkis J. Global trends in suicide epidemiology. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017; 30(1):1-6. [DOI:10.1097/YCO.0000000000000296] [PMID]
- [3] Bridge JA, Asti L, Horowitz LM, Greenhouse JB, Fontanella CA, Sheftall AH, et al. Suicide trends among elementary school-aged children in the United States from 1993 to 2012. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169(7):673-7. [DOI:10.1001/jamapediatrics.2015.0465] [PMID]
- [4] Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, Felts A, Fontanella CA, Campo JV, et al. Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. *Pediatrics*. 2016; 138(4):e20160436. [DOI:10.1542/peds.2016-0436] [PMID] [PMCID]
- [5] Pfeffer CR, Zuckerman S, Plutchik R, Mizruchi MS. Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1984; 23(4):416-23. [DOI:10.1016/S0002-7138(09)60319-8]
- [6] Plemmons G, Hall M, Douppnik S, Gay J, Brown C, Browning W, Casey R, Freundlich K, et al. Hospitalization for suicide ideation or attempt: 2008–2015. *Pediatrics*. 2018; 141(6):e20172426. [DOI:10.1542/peds.2017-2426] [PMID]
- [7] In-Albon T, Bürli M, Ruf C, Schmid M. Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2013; 7(1):1-1. [DOI:10.1186/1753-2000-7-5] [PMID] [PMCID]
- [8] Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. Normative data and psychometric properties of the child behavior checklist and teacher rating form in an Iranian community sample. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2011; 21(3):331-342. [PMCID] [PMID]
- [9] Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Research*. 2003; 120(3):247-55. [DOI:10.1016/S0165-1781(03)00193-8]
- [10] Ghaffari M, Ahmadi A, Abedi MR, Fatehizade M, Baghban I. Impulsivity, substance abuse, and family/friends history of suicide attempts in university students with and without suicidal ideation. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2011; 5(2):99-105. [PMCID] [PMID]
- [11] Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal behavior in children younger than twelve: A diagnostic challenge for emergency department personnel. *Academic Emergency Medicine*. 2007; 14(9):810-8. [DOI:10.1197/j.aem.2007.05.014] [PMID]
- [12] Soole R, Kölves K, De Leo D. Suicide in children: A systematic review. *Archives of Suicide Research*. 2015; 19(3):285-304. [DOI:10.1080/13811118.2014.996694] [PMID]
- [13] Psychogiou L, Moberly NJ, Parry E, Nath S, Kallitsoglou A, Russell G. Parental depressive symptoms, children's emotional and behavioural problems, and parents' expressed emotion – Critical and positive comments. *PloS One*. 2017; 12(10):e0183546. [DOI:10.1371/journal.pone.0183546] [PMID] [PMCID]
- [14] Barnett WS, Belfield CR. Early childhood development and social mobility. *The Future of Children*. 2006; 16(2):73-98. [DOI:10.1353/foc.2006.0011] [PMID]
- [15] Rhodes AE, Boyle MH, Bethell J, Wekerle C, Goodman D, Tonmyr L, et al. Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse & Neglect*. 2012; 36(6):542-51. [DOI:10.1016/j.chiabu.2012.04.006] [PMID]
- [16] Liu X, Gentzler AL, Tepper P, Kiss E, Kothençnè VO, Tamás Z, et al. Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67(9):1442. <https://www.psychiatrist.com/cart/>

This Page Intentionally Left Blank