

# اورژانس های روانپزشکی

دکتر علی اکبر اسماعیلی

استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

## اورژانس روانپزشکی (Psychiatric emergency)

هر رفتار غیر معمول، اختلال خلق یا تفکر که اگر بسرعت مورد توجه قرار نگیرد، ممکن است منجر به آسیب به خود یا دیگران شود.

# علل اورژانس‌های روانپزشکی

- معمولاً در زمینه یک اختلال روانپزشکی مزمن
- G.M.C
- Drug reaction or intoxication
- بدنبال یک حادثه، جنایت یا آگاهی از بیماری جسمی خطرناک، از نظر روانی تحت فشار قرار گرفتن

## محل وقوع:

منزل، خیابان، درمانگاه سرپایی، بخشهای بستری روانی یا مدیکال یا جراحی یا بخشهای اورژانس.

## فراوانترین تظاهرات بالینی:

۱. Anxiety or Agitation

۲. رفتار یا تهدید به Assaultive یا Suicide

۳. رفتار سایکوتیک

۴. مسائل ناشی از دارو یا بیماری جسمی

# اپیدمیولوژی

M = F

Single > Married

Suicidal 20% ، ۱۰٪ رفتار خشونت آمیز

شایعترین تشخیص‌ها: اختلالات خلقی، اسکیزوفرنی، وابستگی به الکل.

۴۰٪ نیاز به بستری

اکثر مراجعات در ساعات شب

# اصول اساسی روانپزشکی اورژانس

الف) رویکرد (Approach):

- فقدان وقت قبلی ملاقات
- مراجعه در هر ساعتی از شبانه روز
- اغلب تهدیده کننده (Threatening)
- اغلب خواهان درمان نیستند
- مراجعه چند مورد با یکدیگر بطور همزمان

## ب) ارزیابی اولیه و Management:

### I: محافظت از خود:

الف) حتی المقدور قبل از ملاقات با بیمار وی را بشناسید و بیشتر راجع به او بدانید

ب) کار مهار فیزیکی را به کسانی واگذارید که در این مورد آموزش دیده‌اند

ج) به ایمنی محیط فیزیکی توجه کنید (دسترسی به در، اشیاء داخل اطاق)

د) در صورت لزوم از دیگران بخواهید که در نزدیکی حضور داشته باشند

ه) سعی در برقراری اتحاد درمانی داشته باشید (مثل عدم تهدید یا رویارویی با بیمار پارانوئید)

## II: پیشگیری از آسیب:

الف) ضمن ارزیابی به هر طریق ممکن از آسیب زدن بیماران به خود جلوگیری کنید

ب) خطر Violence را ارزیابی کنید.

۱. به بیمار بگویید که خشونت قابل قبول نیست
  ۲. رویکرد به بیمار بایستی غیرتهدیدکننده باشد
  ۳. به بیمار اطمینان و آرامش دهید
  ۴. دارو پیشنهاد کنید
  ۵. به بیمار بگویید در صورت لزوم از مهار فیزیکی یا اطاق انفرادی (Seclusion) استفاده خواهد شد.
  ۶. گروهی را برای مهار فیزیکی آماده داشته باشید و مرتب علایم حیاتی را کنترل کنید
  ۷. ضمن مهار بیماران، به دقت مراقب آنها باشید و مرتب علایم حیاتی را کنترل کنید.
- بلافاصله طرح رویکردی دیگر (نظیر دارو) را بریزید.

**III. R/O اختلال شناختی ناشی از G.M.C (نادیده انگاشتن آن**  
**بزرگترین اشتباه است)**

**IV. R/O سایکوز در حال وقوع (Impending psychosis)**

# خشونت (Violence) و رفتار تهاجمی (Assaultive Behav.)

اولین اقدام: تعیین علت ← تعیین مسیر درمان

پیش‌بینی خشونت و رفتار تهاجمی مشکل است ولی ترس مردم از همهٔ بیماران روانی نامتناسب است و فقط تعداد کمی از بیماران روانی برای دیگران واقعاً خطرناک هستند.

# ارزیابی و پیش‌بینی رفتار خشن

## الف) علایم خشونت قریب‌الوقوع:

۱. اعمال خشونت‌آمیز اخیر

۲. تهدید کلامی

۳. حمل سلاح

۴. Progressive psychomotor agitation

۵. مسمومیت با الکل یا سایر مواد

۶. ویژگی‌های پارانوئید در بیمار سایکوتیک

۷. توهمات شنوایی آمرانه خشن

۸. بیماری‌ها مغزی (بویره فرونتال)

۹. Catatonic excitement

۱۰. اپیزودهای Manic خاص،

۱۱. بعضی اپیزودهای افسردگی Agitated

۱۲. اختلال شخصیت (خشم، اختلال کنترل تکانه)

## ب) خطر خشونت را ارزیابی کنید

- I. تفکر، میل، قصد و طرح خشونت
- II. ویژگیهای دموگرافیک: (۱) جنس مرد (۲) سن (۱۵-۲۴ ساله) (۳) Low SES (۴) Few social support
- III. سابقه بیمار: خشونت قبلی، رفتار ضداجتماعی، عدم کنترل Impulse (مثل قماربازی، سوءمصرف مواد، خودکشی یا خودآزاری، سایکوز)
- IV. استرسورهای آشکار: (تعارضات زناشویی، LOSS)

# تشخیص افتراقی

➤ خشونت غیرقابل کنترل ثانوی به

استرس‌های بین‌فردی

➤ اختلال شخصیت آنتی‌سوشیال،

پارانوئید

➤ Impulse control

disorder

➤ اختلال هذیانی

➤ دمانس

➤ اسکیزوفرنی

➤ Sexual disorder

➤ BMD

➤ Cerebral infections <

or neoplasms

➤ Alcohol intoxication

➤ T.L.E

# خصوصیاتی کہ بہ علت طبی اختلال روانی دلالت دارند

۱. شروع حاد (ظرف چند دقیقه تا چند ساعت)
۲. اولین دورہ بیماری
۳. سن پیری
۴. وجود بیماری جسمی
۵. سوءمصرف مواد
۶. اختلال ادراکی غیرشنیداری (مثل توہم بینایی)
۷. نشانہ‌های نورولوژیک
۸. علائم کلاسیک در MSE: کاهش سطح ہوشیاری، **Disorientation**،  
اختلال حافظہ، اختلال توجہ و تمرکز، اختلال در محاسبہ **(Concreteness)**
۹. اختلال حرکتی یا **Gait**
۱۰. **Constructional apraxia**
۱۱. ویژگیہای کاتاتونیک

# درمان

- مهار فیزیکی: وقتی که بیمار آنقدر خطرناک باشد که تهدیدی جدی به شمار آید و با روش دیگری قابل کنترل نباشد.
- روشهای مهار فیزیکی:
  - استفاده از حداقل ۴ نفر
  - توضیح به بیمار
  - دودست و دو پا
  - کنترل مرتب مهارها
  - استفاده از دارو
  - استفاده از مهار چرمی
  - یک نفر همیشه در معرض دید بیمار باشد و اطمینان بخشی
  - سر کمی بالاتر از تنه
  - شروع مداخله کلامی
  - پس از آرام شدن، مهارها را به فاصله ۵ دقیقه بردارید.

# درمان دارویی

بسته به علت متفاوت است:

- ✓ استفاده از هالوپریدول ۵-۱۰ میلی گرم هر نیم تا یکساعت
- ✓ بنزودیازپین‌ها: دیازپام ۵-۱۰ میلی گرم و لورازپام ۲-۴ میلی گرم
- ✓ آنتی‌هیستامین‌ها مثل دیفن‌هیدرامین یا پرومتازین

# روان‌درمانی

✓ همدلی یا Empathy

✓ کمک به افزایش اعتماد به نفس بیمار، پرهیز از برخوردهای  
اهانت‌آمیز

✓ گوش کردن فعال که باعث برون‌ریزی یا abreaction

# خودکشی یا Suicide

نگرشهای متفاوت به خودکشی:

**Stoics** (رواقیون): آخرین عمل یک انسان آزاد

کلیسای کاتولیک و اسلام: خودکشی یک گناه

**Emile Durkheim**: خودکشی یک کردار اجتماعی

اکثر محققین غربی: خودکشی پدیده‌ای پیچیده

Biopsychosocial

## تعریف Edwin Shneidman

عمل آگاهانه نابودسازی بدست خود، که در بهترین مفهوم می‌توان آنرا یک ناراحتی چندبعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسئله مشخصی، خودکشی را بهترین راه حل می‌داند.

بنابراین خودکشی یک عمل تصادفی یا بی‌معنی نیست.

# اپیدمیولوژی

نهمین علت مرگ در آمریکا: هر ۲۰ دقیقه یک نفر، سالی ۳۰۰۰۰۰ خودکشی موفق.

آمار سازمان ملل: میزان خودکشی از ۱۰ در صد هزار تا ۲۵ در صد هزار در کشورهای مختلف متفاوت است.

اقدام به خودکشی ۱۰-۸ برابر خودکشی موفق

## عوامل مرتبط

۱. جنس: خودکشی موفق در مردان ۳ برابر زنان است  
اقدام به خودکشی در زنان ۴ برابر مردان است

۲. روشها: مردها عمدتاً اسلحه گرم، دارزدن، پریدن از بلندی  
زنها عمدتاً داروها و سموم

۳. سن: ↑ سن ← ↑ افزایش میزان خودکشی

✓ در افراد مسن خودکشی کمتر ولی موفق تر است.

✓ خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال.

۴. **مذهب:** افزایش میزان ایمان و اعتقاد باعث کاهش میزان خودکشی می‌شود.

۵. **وضعیت تأهل:** ازدواج + بچه‌دار شدن کاهش خطر خودکشی می‌شود.  
متأهل > مجرد > مطلقه و بیوه

۶. **شغل:** کار و شغل محافظی در مقابل خطر خودکشی، بعضی مشاغل در خطر بیشتریند: پزشکان بویژه روانپزشکان، چشم‌پزشکان و متخصصین بیهوشی.

## ۷. سلامت جسمی:

در ۵۱-۱۱٪ تمام موارد خودکشی، بیماری جسمی عامل مهمی شناخته شده.

✓ هفت بیماری CNS خطر خودکشی را افزایش می‌دهند (ارتباط با بیماری خلقی): اپی‌لپسی، M.S، تروما، CVA، هانتینگتون، دمانس و AIDS.

✓ عوامل مربوط به بیماری که در خودکشی و اقدام به آن نقش داشته‌اند:

(۱) عدم تحرک (۲) درد مقاوم به درمان (۳) بدریختی بویژه در زنان (disfigurement)

✓ اثرات ثانویه بیماری:

(۱) اختلال در روابط (۲) از دست دادن موقعیت شغلی (۳) اثر داروها

## ۸. سلامت روانی:

✓ عوامل مهم روانی در خودکشی:

(۱) سوءمصرف مواد (۲) افسردگی (۳) اسکیزوفرنی

۹۵٪ کسانی که خودکشی یا اقدام به خودکشی دارند، یک اختلال روانی دارند:

افسردگی (۸۰٪)، اسکیزوفرنی (۱۰٪)، دمانس یا دلیریوم (۵٪)،  
وابستگی به الکل (۲۵٪)

خطر خودکشی در مبتلایان به افسردگی ۱۵٪، خطر خودکشی در  
مبتلایان به سابقه اعمال خشونت‌آمیز یا رفتار Impulsive: ۲۵٪

بیماران روانی: خطر خودکشی در بیماران روانی ۱۲-۳ برابر بیش از افراد  
غیربیمار

# سبب شناسی

## الف) عوامل اجتماعی:

نظریه دور که‌هایم: تقسیم خودکشی به سه طبقه اجتماعی

۱) خودخواهانه (Egoistic): شخص فاقد رابطه قوی با هیچ گروه اجتماعی

۲) دیگرخواهانه (Altruistic): همبستگی افراطی فرد با یک گروه اجتماعی

۳) بی‌هنجاری (Anomic): آشفتگی همبستگی اجتماعی، پس از تغییرات وسیع اقتصادی، بی‌ثباتی اجتماعی، فروپاشی ارزش‌ها

## ب) عوامل روانشناختی:

- ✓ فروید: خودکشی بازتاب نوعی پرخاشگری نسبت به **Introjected loved object**
- ✓ **Menninger**: نوعی دیگرکشی معکوس ناشی از خشم فرد نسبت به شخص دیگر
- ✓ نظریات جدید: فقدان وجود ساختار شخصیتی یا دینامیک خاص مرتبط با خودکشی، تخیلات و فانتزیهای افرادی که خودکشی کرده‌اند.
  ۱. آرزوی انتقام، قدرت، کنترل یا مجازات
  ۲. آرزوی جبران، فداکاری یا کفاره
  ۳. آرزوی فرار یا خواب
  ۴. آرزوی نجات یافتن، تولد دوباره، اتحاد مجدد با یک عزیز از دست رفته،
  ۵. آرزوی حیاتی تازه
- ✓ **Beck**: ناامیدی، یکی از دقیق‌ترین شاخصهای خودکشی است.

## ج) عوامل فیزیولوژیک:

- ژنتیک: خطر خودکشی در بستگان درجه یک بیماران روانی، ۸ برابر است.

- نوروشیمی: کاهش سروتونین (5HTA) در CSF باعث افزایش خطر خودکشی می شود.

# پیش‌بینی خطر خودکشی

عوامل مرتبط با خطر خودکشی به ترتیب تقدم:

- (۱) سن
- (۲) وابستگی به الکل
- (۳) تحریک، خشم، تهاجم
- (۴) رفتار Suicidal قبلی
- (۵) جنسیت مذکر
- (۶) عدم تمایل به قبول کمک
- (۷) طولانی بودن دوره افسردگی کنونی
- (۸) سابقه بستری روانپزشکی
- (۹) فقدان یا جدایی اخیر
- (۱۰) افسردگی
- (۱۱) از دست دادن سلامت جسمی
- (۲۱) بیکاری، بازنشستگی
- (۳۱) مجرد، بیوه یا مطلقه

# ارزیابی خطر خوددکشی

کم خطر

پرخطر

متغیر

الف) اطلاعات دموگرافیک و نمودار اجتماعی

> ۴۵ سال

< ۴۵ سال

سن

مؤنث

مذکر

جنس

متأهل

مطلقه، بیوه

تأهل

شاغل

بی کار

اشتغال

Stable

Conflictual

روابط بین فردی

Stable

Conflictual

زمینه خانوادگی

متغیر

ب ( سلامتی

جسمی

روانی

پرخطر

بیماری مزمن

مصرف زیاد دارو یا مواد

افسردگی شدید

سایکوز

اختلال شدید شخصیتی

نامیدی

کم خطر

تندرست

مصرف کم دارو یا مواد

افسردگی خفیف

نوروز

شخصیت نرمال

خوشبینی

متغیر

پرخطر

کم خطر

*Suicidal* (ج) فعالیت

افکار خودکشی

فراوان، شدید، طولانی

کم، خفیف، گذرا

اقدام به خودکشی

چندین بار

نخستین اقدام

طرح ریزی شده

Impulsive

روش خودکشی مهلک

روش خودکشی کم خطر

و دردسترس

و کم دسترس

کم خطر

پر خطر

متغیر

(د) منابع (Resources)

پیشرفت خوب  
بینش کافی

پیشرفت ناچیز  
بینش ضعیف

شخصی

Good rapport

Poor rapport

Socially isolated

Socially integrated

خانواده دلسوز

Unresponsive خانواده

اجتماعی

# درمان

- اکثر موارد خودکشی در بیماران روانی قابل پیشگیری است. ارزیابی یا درمان ناکافی با خودکشی مرتبط است.

- مهم‌ترین تصمیم: بستری کردن یا نکردن بیمارانی که افکار خودکشی دارند.

همه نیاز به بستری ندارند.

(۱) فقدان حمایت اجتماعی یا خانوادگی کافی (۲) سابقه رفتار Impulsive

(۴) نقشه و طرح انجام خودکشی

## • چند روش پیشگیری

(۱) تعدیل محیط پراسترس (۲) جلب کمک همسر، دوستان یا کارفرما (۳) جستجوی شکایت منطقی بیمار و حمایت واقع‌گرایانه (۴) پیشنهاد راه‌حل‌های دیگر به جای خودکشی

- بستری کردن هر بیماری که اقدام به خودکشی داشته صرف‌نظر از میزان کشنده بودن روش خودکشی

- درمان بیماری زمینه‌ای: درمان دارویی، روان‌درمانی حمایتی

- پرهیز از تصمیم‌گیری در هنگام افسردگی Suicidal

- دقت و مراقبت کافی در هنگام بهبودی اولیه (Paradoxical suicide)