

اورژانس روانپزشکی (Psychiatric emergency)

اورژانس روانپزشکی (Psychiatric emergency)

هر رفتار غیرمعمول، اختلال خلق یا تفکر که اگر سرعت 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

فراوانترین تظاهرات بالینی:

Anxiety or Agitation ، رفتار یا تهدید به Suicide یا Assaultive ، رفتار سایکوتیک ، مسائل ناشی از دارو یا بیماری جسمی

اپیدمیولوژی

M = F ، Single > Married ، Suicidal %۲۰ ، %۱۰ رفتار خشونت‌آمیز

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

۴۰٪ از بیماران نیاز به بستری دارند

۱ 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:

۱: 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 دیده اند
ج) به ایمنی محیط فیزیکی توجه

کنید (دسترسی به در، اشیاء داخل اتاق) 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)

۲: 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 اتاق

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.

III. اختلال شناختی ناشی از G.M.C IV سایکوز در حال وقوع (Impending psychosis)

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

پیش‌بینی خشونت و رفتار تهاجمی مشکل است ولی ترس مردم از همه 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 (بویژه فرونتال) ۹. Catatonic excitement ۱۰. اپیزودهای Manic خاص، ۱۱. بعضی اپیزودهای افسردگی Agitated ۱۲. اختلال شخصیت (خشم، اختلال کنترل تکانه)

ب) خطر خشونت: خطر خشونت را ارزیابی کنید تفکر، میل، قصد و طرح خشونت را در نظر بگیرید

ویژگیهای دموگرافیک: ۱) جنس مرد ۲) سن (۱۵-۲۴ ساله) ۳) Low SES ۴) Few social support

سابقه بیمار: خشونت قبلی، رفتار ضد اجتماعی، عدم کنترل Impulse (مثل قماربازی، سوء مصرف مواد، خودکشی یا خودآزاری، سایکوز)

تشخیص افتراقی

خشونت غیرقابل کنترل ثانوی به استرسهای بین فردی، اختلال شخصیت آنتی سوشیال، پارانوئید، Impulse control disorder

اختلال هذیانی دمانس، اسکیزوفرنی، Sexual disorder، BMD، Cerebral infections or neoplasms، Alcohol intoxication، T.L.E

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 یک ساعت بنزودیازپینها: دیازپام ۵-۱۰ میلی گرم و لورازپام ۲-۴ میلی گرم

روان درمانی

همدلی یا Empathy کمک به افزایش اعتماد به نفس بیمار، پرهیز از برخوردهای اهانت آمیز، گوش کردن فعال که باعث

برونریزی یا abreaction

منبع: <http://www.pezeshk.us>

خودکشی یا Suicide

عمل آگاهانه نابودسازی بدست خود، که در بهترین مفهوم می توان 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 ۳۰۰۰۰ خودکشی موفق.

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

اقدام به خودکشی ۸-۱۰ برابر خودکشی موفق

عوامل مرتبط

1. جنس: خودکشی موفق در مردان ۳ برابر زنان است
اقدام به خودکشی در زنان ۴ برابر مردان است
 2. سن: با افزایش سن میزان خودکشی کمتر میشود، در افراد مسن خودکشی کمتر ولی موفق‌تر است.
خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال.
 3. مذهب: افزایش میزان ایمان و اعتقاد باعث کاهش میزان خودکشی می‌شود.
 4. وضعیت تأهل: ازدواج + بچه‌دار شدن کاهش خطر خودکشی می‌شود.
متأهل < مجرد < مطلقه و بیوه
 5. شغل: کار و شغل محافظی در مقابل خطر خودکشی، بعضی مشاغل در خطر بیشتریند: پزشکان بویژه روانپزشکان، چشم‌پزشکان و متخصصین بیهوشی.
 6. سلامت جسمی: در ۱۱-۵۱ 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

عوامل مهم روانی در خودکشی:

(۱) سوء مصرف مواد (۲) افسردگی (۳) اسکیزوفرنی
بیماران روانی: خطر خودکشی در بیماران روانی ۳-۱۲ برابر بیش از افراد غیربیمار

سبب شناسی

الف) عوامل اجتماعی: نظریه دورکهایم: 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

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 (5HT) در CSF باعث افزایش خطر خودکشی می‌شود.

عوامل مرتبط با خطر خودکشی به ترتیب تقدم:

سن ، وابستگی به الکل ، تحریک، خشم، تهاجم ، رفتار Suicidal قبلی ، جنسیت مذکر ، عدم تمایل به قبول کمک ، طولانی بودن دوره افسردگی کنونی ، سابقه بستری روانپزشکی ، فقدان یا جدایی اخیر ، افسردگی ، از دست دادن سلامت جسمی ، بیکاری، بازنشستگی ، مجرد، بیوه یا مطلقه

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)

منبع: روان‌پرستاری 2 تالیف محسن کوشیار