



اورژانس های روانپزشکی

- ۱ / مدیریت بیماران پرخاشگر

نحوه برخورد و درمان بیمار پرخاشگر:

پرخاشگری: هر نوع رفتار که منجر به آسیب به خود یا دیگری گردد پرخاشگری نامیده می شود.

نخستین کار در ارزیابی رفتار خشن، تعیین علت آن است. علت، مسیر درمان را تعیین می کند.

بزرگترین اشتباه در مراکز درمانی، نادیده گذاشتن یک بیماری عضوی به عنوان علت اختلال روانی است.

۳۰-۵ درصد مراجعین مرکز فوریت روانپزشکی دچار اختلال جسمی هستند که موجب همه یا بخشی از علایم روانی آنها است. ضربه مغزی، سوء مصرف دارو (ار جمله الکل)، سکتة مغزی- اختلالات متابولیک و داروها ممکن است موجب رفتار ناهنجار گردد و اخذ سابقه دقیق در این زمینه ها ضرورت دارد.

- تاکید پزشک باید بر شکایت موجود و دلیل مراجعه یک بیمار مزمن به مرکز فوریت در آن زمان خاص باشد.
 - گوش کردن، مشاهده و تعبیر بخش عمده مصاحبه فوری روانپزشکی را شامل می گردد.
- روراستی، صداقت ، آرامش و فاقد حالت تهدید امیز بودن پزشک و کادر درمانی در برخورد با بیمار بسیار اهمیت دارد. انتظار نمی رود که ارزیابی اورژانس کامل باشد، اما باید به برخی پرسشهای هم پاسخ دهد.



راهبردهای کلی در ارزیابی بیماران:

- A- قبل از ملاقات با بیمار پرخاشگر، حتی الامکان به خوبی آنها را بشناسید (اخذ اطلاعات از همراهان)
- B- کار مهار فیزیکی را به کسانی واگذار کنید که در این مورد آموزش دیده اند
- C- نسبت به خطرات خشونت قریب الوقوع آگاه و آماده باشید.
- D- به ایمنی محیط فیزیکی (مثلاً دستری به در، اشیاء داخل اطاق) توجه کنید.
- E- ضمن ارزیابی در صورت لزوم از افراد دیگر بخواهید که حضور داشته باشند.
- F- از خودآزاری و خودکشی و آسیب زدن به خود توسط بیمار جلوگیری کنید.
- G- از اعمال خشونت نسبت به دیگران توسط بیمار جلوگیری کنید.

ضمن ارزیابی، خطر خشونت را از جانب بیمار ارزیابی کنید اگر خطر خشونت قابل مداخله باشد باید:

۱- به بیمار اطلاع دهیم که خشونت مورد قبول نیست

۲- به گونه ای بدون تهدید به بیمار نزدیک شویم

۳- به بیمار اطلاع دهیم که در صورت لزوم از دارو با مهار فیزیکی یا اتاق انفرادی استفاده خواهد شد

۴- تیم مهار فیزیکی را آماده داشته باشید.

۵- ضمن مهار شدن بیمار به دقت مراقب

وی باشید و علایم حیاتی وی را

مکرراً چک نمایید



خصوصیاتی که به علت طبی اختلال روانی دلالت دارند.

۱- شروع حاد (ظرف ساعات یا دقایق، با علایم بارز)

۲- دوره اول بیماری

۳- شروع علایم در سن پیری

۴- وجود بیماری با صدمات جسمی



- ۵- سوء مصرف قابل ملاحظه مواد
- ۶- اختلالات ادراکی غیرشنوایی
- ۷- علایم عصبی-بیهوشی، تشنج، صدمه سر، تغییر در الگوی سردرد، تغییرات بینایی
- ۸- نشانه های کلاسیک در معاینه روانی-کاهش میزان هشیاری، اختلال جهت یابی، اختلال حافظه، اختلال توجه و تمرکز، اختلال محاسبه، تفکر عینی
- ۹- سار نشانه های وضعیت روانی-اختلال تکلم، حرکت، یا راه رفتن آپراکسی ساختمانی-اشکال در ترسیم صفحه ساعت، مکعب، پنج ضلعی های متداخل
- ۱۰- خصوصیات کاتالونیک-برهنگی-منفی کاری-ستیزه جویی-رزبدیته، وضعیت اندامی....

ارزیابی و پیش بینی رفتار خشن:

نشانه های خشونت قریب الوقوع:

۱- اعمال خشونت آمیز اخیر، از جمله خسارت زدن به اموال

۲- تهدید کلامی و فیزیکی (ترساندن)

۳- حمل اسلحه یا چیزی که به عنوان اسلحه بتوان بکار برد (مثل

چنگال-زیرسیگاری ...)

۴- تحریک روانی - حرکتی فزاینده

- ۵- مسمومیت با الکل یا سایر مواد
- ۶- خصوصیات پارانوئید در بیمار پسیکوتیک
- ۷- توهمات آمرانه خشن (بعضی بیماران)
- ۸- بیماریهای مغزی، کلی یا با یافته های سوب پیشانی، به میزان کمتر با یافته های لوپ تمپ.رال
- ۹- تحریک کاتاتونیک
- ۱۰- دوره های مانیک
- ۱۱- دوره های خاص افسردگی تهییجی
- ۱۲- اختلالات شخصیت

خطر خشونت را ارزیابی کنیم:

- ۱- سوال در خصوص تفکر، تمایل، قصد، طرح خشونت، قابلیت وصول وسیله، اجرای طرح، نیاز به کمک را در نظر بگیرید
- ۲- ویژگی های جمعیت شناسی (سن ۲۴ تا ۱۵-جنس (مرو)- وضعیت اجتماعی- اقتصادی (پایین)-حمایت اجتماعی (محدود) را در نظر بگیرید.

۳- سابقه بیمار را در نظر بگیرید: سابقه خشونت-سابقه اعمال ضد اجتماعی بدون خشونت-سابقه عدم کنترل تکانه را در نظر بگیرید.

۴- عوامل آشکار استرس آمیز را رد نظر بگیرید (مثل تعارضات زناشویی-فقدان واقعی یا سمبولیک)

بهترین عوامل پیش بینی کننده رفتار خشونت آمیز عبارتند از مصرف زیاد الکل و سابقه رفتار خشونت آمیز دستگیری به دلیل فعالیت جناحی و سابقه تحمل سوء رفتار در کودکی است.

قوانینی در برخورد با بیماران پرخاشگر:

- ۱- بیماران پرخاشگر به فاصله پیشگیری از درمانگر جهت احساس امنیت بیشتر نیاز دارند.
- ۲- بهتر است اول ما بنشینیم بعد بیمار جای خود را تعیین نموده و بنشیند
- ۳- از لمس فیزیکی بیماران پرخاشگر بخصوص بدبین پرهیز نمائیم
- ۴- محل نشستن و قرار گرفتن درمانگر به درب خروجی نزدیک تر باشد تا در هنگام ضرورت دسترسی به راه خروج راحت باشد.
- ۵- وسایلی که بیمار در صورت عصبانی شدن بتواند با آنها به اطرافیان آسیب برساند در دسترسی بیمار نباشد

۶- در صورت نیاز به لمس بیمار (مانند گرفتن نبض فشار خون) قبل از اقدام به بیمار توضیح دهید

۷- حتماً با داشتن همراه و نفرات کافی بیمار را ویزیت نمائید (به هیچ وجه به تنهایی بیمار پرخاشگر را ویزیت نکنید)

۸- هر جای مصاحبه احساس خطر و بروز خشم قریب الوقوع کردید مصاحبه را قطع نمائید.

۹- در صورت نیاز قبل از ویزیت بیمار از دارو استفاده نمائید

۱۰- تماس چشمی طولانی با بیمار پرخاشگر بخصوص بدبین برقرار ننمائید.

مداخلات درمانی:

درمان دارویی:

۱- بیماران پارانوئید در حالت تحریک کاتاتونیک نیازمند داروهای آرام بخش هستند

۲- حملات دوره ای خشونت نسبت به لیتیوم-بتابلوکرها-کاربامازپین و هالوپریدول پاسخ مثبت می دهند

۳- گاه تجویز دارویی مانند هالوپریدول ۱۰-۵ میلیگرم هر نیم تا یک ساعت لازم است تا بیمار وضعیت ثابتی پیدا کند.

۴- اگر بیمار مواد و داروهایی استفاده کرده که خاصیت آنتی کلینرژیک

شدید داشته باشد، بنزودیازپین ها داروهای مناسبی هستند

۵- برای افرادی که نسبت به داروهای ضدجنون یا بنزودیازپین واکنش

های آلرژیک ناجور نشان می دهند، سدیم آموباربیتال (۱۳۰۰ میلیگرم

عضلانی یا خوراکی)، پارالدئید یا (دیفن هیدرامین (۵۰-۱۰۰ میلیگرم

خوراکی یا عضلانی) تجویز می گردد.

۶- تزریق داروهای وریدی برای پیشگیری از وقفه تنفسی باید با احتیاط و

آرام صورت گیرد.

ترکیبات دارویی:

در صورت حضور علائم سایکوزیا بیماران خشن تحریکی را می توان با ترکیب های زیر کنترل نمود.

۱- ۵-۱۰ میلیگرم هالوپریدول + ۱ عدد آمپول بیپریدین عضلانی یا وریدی

۲- ۵-۱۰ میلیگرم هالوپریدول + ۵-۱۰ میلیگرم دیازپام وریدی یا لورازپام عضلانی در صورتی که کنترل سریع و بیشتر علائم مورد نظر باشد



۳- ۲۵ میلیگرم کلرپرومازین حتماً عضلانی با کنترل فشار خون سیتولیک
بیشتر از ۱۰۰

۴- ۱۰-۵ میلیگرم دیازپام یا ۲-۴ میلیگرم لورازپام وریدی

۵- اگر تحریک مربوط به مصرف الکل یا حالت پس از تشنج صرعی بوده
باشد، خواب حاصل از مقادیر نسبتاً کم یک داروی آرامبخش وریدی
ممکن است ساعتها دوام پیدا کند و بیمار پس از بیدار شدن رفتاری
کاملاً منطقی داشته و از آنچه بر آنان گذشته خاطره ای ندارند

۶- می توان در صورت نیاز دارو را هرنیم تا یکساعت با کنترل علایم حیاتی تا

کنترل بیمار و رفع رفتار خشونت آمیز تکرار نمود

۷- مراقب عوارض اکستراپیرامیدال در صورت آرام بخشی سریع و استفاده از

داروهای ضد جنون باشیم

۸- اکثر بیماران قبل از رسیدن به دوز ۵۰ میلیگرم هالوپریدول آرام می گیرند.

۹- بیماران تهییجی یا در حال هراس با دوزهای پایین لورازپام ۲-۴ میلیگرم

عضلانی یا وریدی درمان می گردند و لورازپام را هم می توان هر ۲۰-۳۰

دقیقه یک بار تا آرام شدن بیمار تکرار نمود

مه‌ار فیزیکی:

مه‌ار فیزیکی زمانی بکار برده می‌شود که بیمار نسبت به خود و دیگری چنان خطرناک است که تهدیدی جدی به شمار می‌رود و به گونه‌ای دیگر قابل کنترل نباشد.

بیمار را می‌توان موقتاً برای تجویز دارو، یا در صورت عدم امکان مصرف دارو، برای مدتی طولانی تر مه‌ار نمود.

غالباً بیماران پس از آن که مدتی در مه‌ار فیزیکی ماندند آرام می‌گیرند.

استفاده از مهار فیزیکی

بهتر است ۵ نفر یا حداقل ۴ نفر برای مهار کردن بیمار حضور داشته باشند

مهارهای چرمی مطمئن ترین و بی خطر ترین انواع مهار فیزیکی است

به بیمار توضیح دهید که چرا او را مهار می کنید
باید یکی از اعضا تیم درمانی در معرض دید بیمار قرار داشته و به بیماری که مهار می شود اطمینان دهد این امر در رفع ترس از درماندگی و ناتوانی و فقدان کنترل به بیمار کمک می کند.

بیمار در حالی که پاهایش از هم باز گذاشته شده یکدستش در پهلو، دست دیگرش روی سر او قرار گرفته و مهار می شود مهار باید طوری گذاشته شود که در صورت لزوم تزریقات وریدی را بتوان به آسانی انجام داد

سر بیمار باید کمی بالاتر از سطح بستر باشد تا احساس آسیب پذیری او را کم کند و ضمناً احتمال اسپیراسیون را کاهش دهد

مرتباً باید مهارها از نظر ایمنی و راحتی امتحان شود

پس از گذاشتن مهار، پزشک شروع به معالجه و مداخله کلامی می نماید

بعضی از بیماران حتی تحت مهار فیزیکی دارو را بصورت خوراکی می پذیرند. دو مهار آخر بهتر است یکجا برداشته شود همیشه بطور کامل دلیل استفاده از مهار را در پرونده یادداشت نمائید. همه درمان های انجام شده و پاسخ بیمار به درمان ضمن مهار فیزیکی را شرح دهید

در درمان بیماران پرخاشگری که بصورت سرپایی و در درمانگاه مراجعه می نمایند که تا حدی بینش نسبت به رفتارهای تکانه ای خود دارند و متقاضی درمان دارویی می باشند می توان از داروهای زیر استفاده نمود

۱- بتابلوکرها: مانند پروپرانولول

۲- لیتیوم کربنات

۳- دوز پایین داروهای ضد جنون: ۱-۲ میلیگرم تری فلوپرازین یا

۲-۴ میلیگرم پرفنازین

۴- داروهای ضد تشنج: کاربامازپین-سدیم والپروئیت

۵- داروهای SSRI: فلوگزتین - سیتالوپرام

مسمومیت با مواد محرک:

استفاده طولانی مدت از مت آمفتامین ها تاثیرات جسمانی و روان شناختی شدیدی برای مصرف کننده دارد.



تأثيرات روان شناختی:

مشكلات مصرف کنندگان مت آمفتامین را عوارض روانی آن تشکیل می دهند که مهمترین آنها عبارتند از :

* پارانویا * هذیان

* افسردگی * افکار خودکشی

* اضطراب * حملات مانیا

* توهم * دیلیریوم



پارانویا می تواند بصورت طیفی از شکاک بودن خفیف تا هذیان
پارانوئید پیشرفته همراه با توهم شنوایی که شباهت زیادی با
اسکیزوفرنی پارانوئید دارد تظاهر کند.

اختلالات روانی مت آمفتامین، اغلب در طی مصرف طولانی مدت
یا بلافاصله پس از قطع مصرف همراه با بی خوابی طولانی مدت
روی می دهد.

بعضی از افراد در فواصل مصرف دچار «فلاش بک» می گردند.

مصرف طولانی مدت مت آمفتامین ممکن است باعث افسردگی و اضطراب شود. اقدام به خودکشی نیز در مصرف طولانی مدت دیده می شود.

ماههای اول پس از ترک مت آمفتامین دچار افزایش احساساتی مانند خشم، اضطراب، غمگینی می شود.

سایکوز مصرف مت آمفتامین:

مصرف کننده های مت آمفتامین اغلب دچار سایکوز می شوند.
اختلال شدید مغزی که با علایم هذیان، توهم، صحبت نامربوط،
رفتار ناآرام و بی قرار و فقدان درک واقعیت مشخص می شود.
فرد دچار سایکوز به توجه فوری یک پزشک نیازمند است و نباید
در برنامه درمانی سوء مصرف مواد قرار گیرد که
پزشک/روانپزشک حضور ندارد.

فرد سایکوتیک می تواند برای خود یا اطرافیانش خطرناک باشد.
گاه فرد سایکوتیک نیاز به بستری و درمان در حین بستری دارد.
در موارد بروز علائم سایکوز از داروهای ضد جنون (هم تیپیک و

هم آتیپیک) می توان استفاده نمود



و در مواردی که بیمار حاضر به همکاری درمانی نیست، یا خانواده و حمایت اجتماعی مناسبی جهت نظارت بر درمان ندارد یا شرایطی است که برای خود یادگیری خطرآفرین باشد نیاز به درمان در حین بستری دارد. در حین بستری بسته به شدت علائم و وضعیت بیمار می توان از درمان دارویی (ضد جنون) خوراکی یا تزریقی یا ECT سود برد.



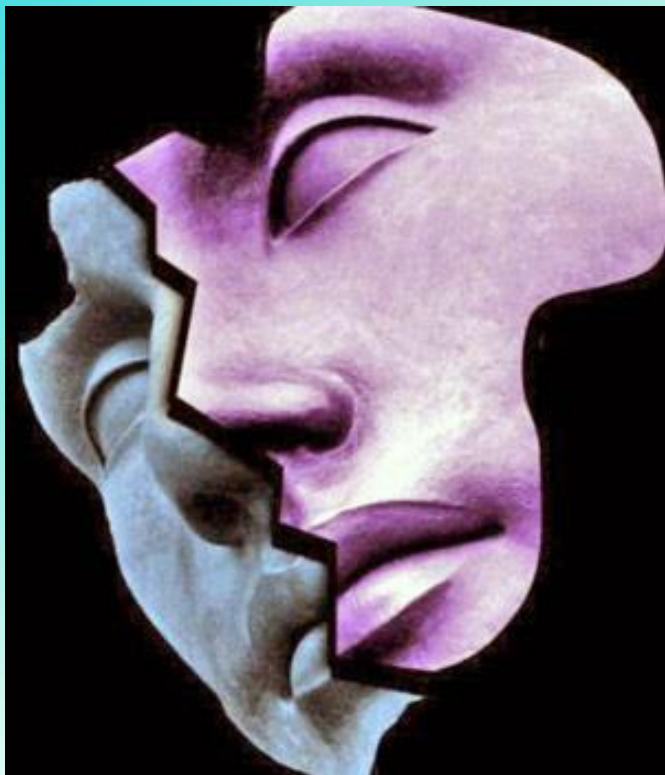
خصوصیات پارانویا:

افراد معتاد به مت آمفتامین بطور شایع با سطوح قابل توجه اضطراب و پارانویا به مراکز درمانی سوء مصرف مواد یا درمانگاه مراجعه می کنند.

بطور معمول، نشانه ها به حد سایکوز نمی رسد ولی فکر کردن در این افراد مختل بوده و اضطراب زیادی را تجربه می کنند. در گفت و گو با این افراد باید مراقب بود زیرا تا حد زیادی خطرناک و غیرقابل پیش بینی اند. یک روش مصاحبه غیرتهاجمی را باید انتخاب کرد تا جلوی تشدید اضطراب و ترس این افراد را بگیرد.



در درمان داروی می توان هم از داروهای ضد جنون با دوز پایین و هم داروهای بنزودیازپینی برای کاهش پارانوئیا و اضطراب استفاده نمود.



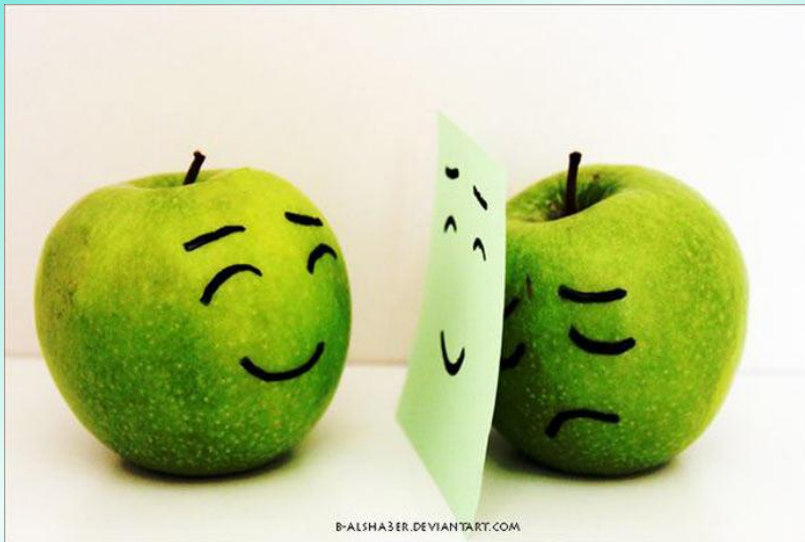
خصوصیات افسردگی و افکار خودکشی:

هم در مصرف طولانی مدت مت آمفتامین و هم بدنبال قطع مصرف آن علائم افسردگی و گاه افکار خودکشی بروز می نماید. یکی از عوارض آزار دهنده ی مصرف مت آمفتامین ناتوانی در احساس لذت است که در طی ۴-۶ ماه اول پس از قطع (یا حتی طولانی تر) روی می دهد. این علائم نقش اساسی در عدد مصرف ایفا می کند.

بیماران باید در این زمینه که این احساس بسیار ناخوشایند است و بتدریج از بین خواهد رفت، آموزش ببینند.



در درمان علایم افسردگی می توان از داروهای ضد افسردگی
TCA ویا SSRI سود جست- گزارشاتی به نفع استفاده از
بوپروپیون که یک داروی ضد افسردگی با تاثیر بر عمدتاً
دوپامین در درمان افسردگی ترک مت آمفتامین موجود است.
در صورت اقدام و قصد خودکشی جدی گاه نیاز به بستری و
استفاده از ECT ارجح است.



خصوصیات حملات مانیا

بروز علایم افزایش فعالیت و حرکت- افزایش انرژی و اعتماد به نفس-
پرحرفی- بزرگ منشی و پرخاشگری یا خلق بالا بیشتر دنبال مصرف
مت آمفتامین دیده می شود.. علایم در دوره های مسمومیت دیده
می شود.

گاه با کاهش و قطع مصرف فروکش می نماید و گاه تا بستری شدن
بیمار، درمان با ECT یا داروهای تثبیت کننده خلق مشکل ساز می
گردد. استفاده از کاربامازپین-لیتیوم-سدیم والپروئیت برای کاهش
علایم موثر است.

دیلیریوم مسمومیت با مت آمفتامین:

معمولاً حاصل دوزهای بالا یا مصرف مستمر است. محرومیت از خواب بر شکل بالینی تاثیر می گذارد.

مصرف مت آمتامین متوسط کسی که سابقه آسیب مغزی دارد نیز ممکن است منجر به بروز دیلیریوم گردد.

در دانشجویانی که برای آمادگی بیشتر در امتحانات مصرف را بالا می برند شایع است.



اختلال خواب ناشی از مت آمفتامین:

با شروع و در ضمن مسمومیت با بیخوابی و محرومیت از خواب نمایانگر می گردد. در حالی که ترک شیشه ممکن است با پر خوابی و کابوس همراه گردد.

مصرف بنزو دیازپین در کاهش کابوس شبانه کمک کننده است اما خطرات وابستگی به بنزودیازپین را باید در نظر داشت و دارو را برای یک دوره مشخص مصرف نمود.



