



تشخیص و مراقبت اختلالات شایع روانپزشکی
(افسردگی، اضطراب و آسیب به خود / خودکشی)
بر اساس راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
(مرکز بهداشت غرب تهران)



افسردگی

بر اساس «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان»
ویژه پزشکان عمومی

افسردگی

- A. مقدمه**
- B. اهداف آموزشی**
- C. انواع افسردگی**
- D. ارزیابی افسردگی**
- E. درمان و پیگیری افسردگی**

افسردگی: چند آمار

- افسردگی چهارمین علت ناتوانی و بیماری در سطح دنیا
- سومین دلیل دریافت مراجعه به پزشکان عمومی در انگلیس
- بالاترین رتبه عامل بار بیماریها تا سال ۲۰۲۰ در کشورهای توسعه یافته

افسردگی: چند آمار

- از هر ۲۰ نفر مراجعه کننده به پزشک عمومی، ۱-۲ نفر افسردگی اساسی دارند
- ۳۰٪ تا ۷۰٪ از بیماران شناسایی و درمان مناسبی نمی شوند.
- ۵۰٪ از بیماران تحت درمان در عرض ۳ ماه داروهایشان را قطع می کنند.
- در صورت قطع دارو، ۴۰٪ تا ۶۰٪ احتمال عود وجود دارد

افسردگی: چند آمار

- اختلال افسردگی اساسی بالاترین شیوع طول عمر را در بین اختلالات روانپزشکی دارد.
- شیوع طول عمر کلیه اختلالات افسردگی: ۲۰ الی ۲۵٪
- شیوع طول عمر افسردگی اساسی: ۵ الی ۱۷٪
- در ایران شیوع افسردگی اساسی ۱۲.۷٪ است (شایعترین اختلال).

افسردگی اولویتی بهداشتی است

افسردگی: بیماری غفلت شده

اکثر این بیماران بدرستی شناسایی و درمان نمی شوند؛ چون:
بسیاری ممکن است با شکایت روانپزشکی مراجعه نکنند.
عده ای شکایات خود را به صورت علایم جسمانی بیان می کنند.
بسیاری مشکلات روانپزشکی را انکار می کنند.
شاید پزشکان عمومی توجه کافی به سرخ های حاکی از این بیماری ها نکنند
و تشخیص و درمان مناسبی نداشته باشند.
بسیاری از علائم و نشانه های افسردگی غیر اختصاصی هستند.

باورهای نادرست

- افسردگی بیماری کشورهای صنعتی است.
- افسردگی درمان ندارد.
- داروها اعتیادآور هستند.
- افسردگی با اراده و تعطیلات و... درمان میشود.
- هزینه کردن برای درمان افسردگی دور ریختن پول و وقت است.
- افسردگی توسط خود فرد ایجاد می شود.

باورهای نادرست

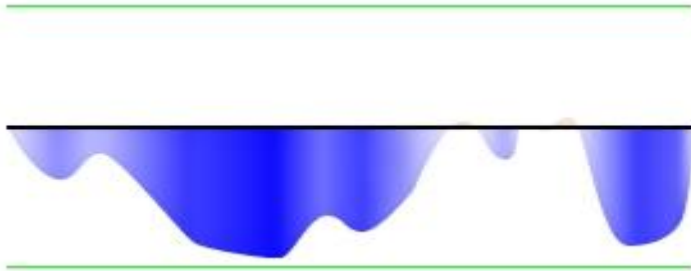
- رقابت در دنیای امروزی افراد را مستعد به افسردگی می کند.
- وقتی یک بیمار افسرده درباره خودکشی حرف میزند، به این معنی نیست که می خواهد آن را اجرا کند.
- اگر شما همه چیز در زندگی داشته باشید افسرده نمی شوید.

اهداف آموزشی

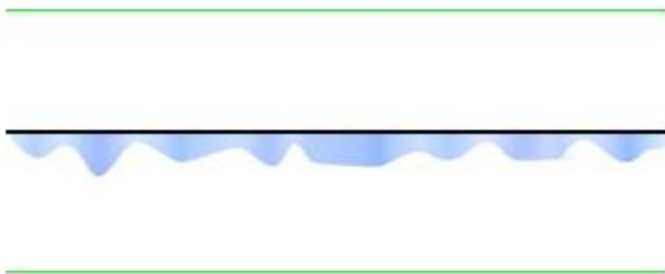
- آگاهی از اهمیت افسردگی
- آشنایی با انواع افسردگی و علائم آنها
- کسب مهارت تشخیص و ارزیابی افسردگی
- کسب مهارت درمان و پیگیری افسردگی
- آگاهی از موارد نیازمند ارجاع در افسردگی

انواع افسردگی

اختلال افسردگی اساسی (ماژور)



دیستایمی (اختلال افسردگی پایدار)



معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی

حداقل ۵ مورد از علائم زیر را بطور همزمان در یک دوره دو هفته ای داشته باشد و باعث کاهش عملکرد گردد و حداقل یکی از علائم یا (۱) خلق افسرده و یا (۲) بی علاقتی و عدم احساس لذت باشد.

۱- خلق افسرده (در اطفال و نوجوانان ممکن است به صورت خلق تحریک پذیر باشد)

۲- کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس عدم لذت نسبت به تمام فعالیتها (Anhedonia)

۳- کاهش قابل ملاحظه وزن بدون پرهیز یا رژیم غذایی یا افزایش وزن

۴- بی خوابی یا بد خوابی تقریباً هر روز

۵- تحریک یا کندی روانی - حرکتی تقریباً هر روز

۶- خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هر روز

۷- احساس بی ارزشی یا گناه بی جا

۸- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بلا تصمیمی

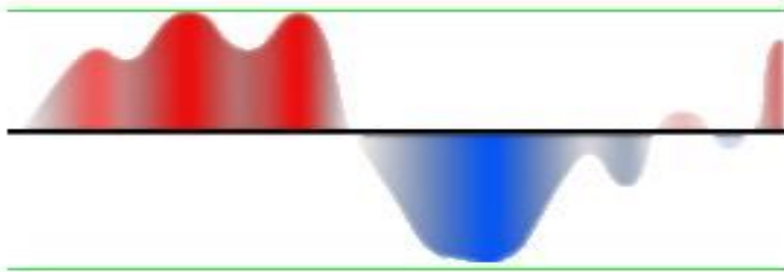
۹- افکار تکرار شونده مرگ (نه به صورت ترس از مرگ) یا خودکشی

معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی

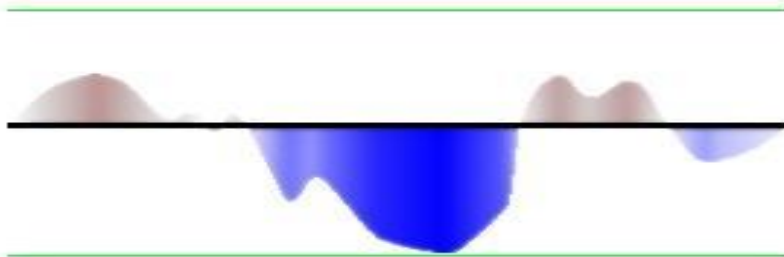
- A. وجود پنج تا (یا بیشتر) از علائم در یک دوره دو هفته ای.
- B. علائم شامل معیارهای یک دوره مختلط نمی گردند.
- C. علائم ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا تخریب در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم بوجود می آورد
- D. ناشی از مصرف مواد و یا اختلال طبی عمومی نباشد.

افسردگی دوقطبی

اختلال دوقطبی ۱



اختلال دوقطبی ۲



BIPOLAR

MANIC

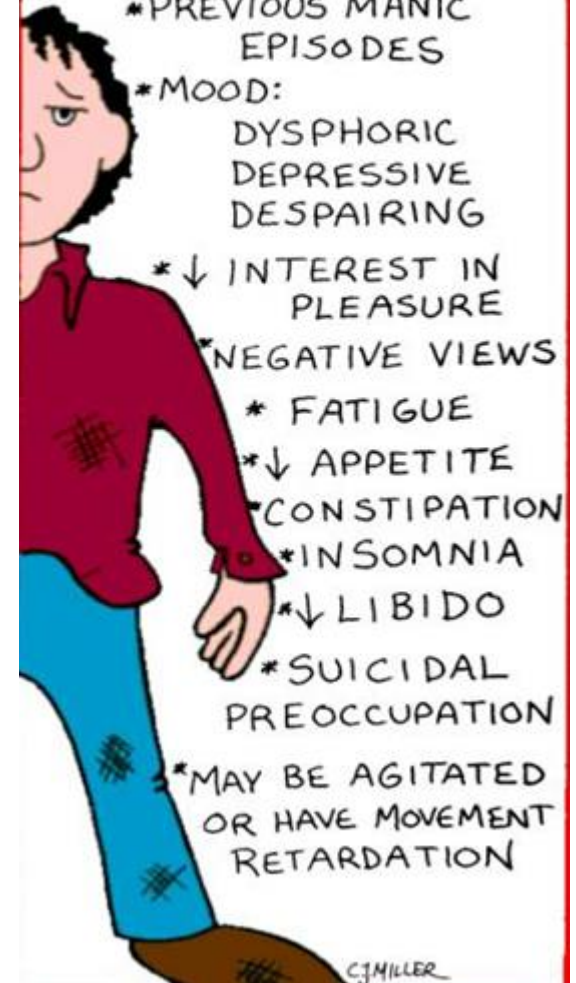
- * ONSET BEFORE AGE 30
- * MOOD:
 - ELEVATED
 - EXPANSIVE
 - IRRITABLE
- * SPEECH:
 - LOUD-RAPID
 - PUNNING
 - RHYMING
 - CLANGING
 - VULGAR
- * ? WT. LOSS
- * GRANDIOSE
- * DELUSIONS
- * DISTRACTED
- * HYPERACTIVE
- * ↓ NEED FOR SLEEP
- * INAPPROPRIATE
- * FLIGHT OF IDEAS
- * BEGINS SUDDENLY
- ESCALATES OVER SEVERAL DAYS



DISORDER

DEPRESSIVE

- * PREVIOUS MANIC EPISODES
- * MOOD:
 - DYSPHORIC
 - DEPRESSIVE
 - DESPAIRING
- * ↓ INTEREST IN PLEASURE
- * NEGATIVE VIEWS
- * FATIGUE
- * ↓ APPETITE
- * CONSTIPATION
- * INSOMNIA
- * ↓ LIBIDO
- * SUICIDAL PREOCCUPATION
- * MAY BE AGITATED OR HAVE MOVEMENT RETARDATION



افسردگی در سنین متفاوت

- کودکان
- سالمندان
- نوجوانان

کجا باید به افسردگی شک کرد؟

- شکایات جسمی متنوع و مقاوم به درمان

- جنسیت مونث

- سابقهٔ تروما و بدرفتاری

- استرس اخیر

- بیماریهای جسمی همراه

- سوء مصرف مواد

- سابقهٔ خانوادگی

ارزیابی افسردگی

میزان خطر را ارزیابی کنید:

- وضعیت‌های اضطراری و ناپایدار پزشکی
- دلیریوم
- علائم سایکوز
- افسردگی شدید
- تمایل به خودکشی
- امکان اعمال خشونت

ارزیابی افسردگی

شرح حال بگیریید و معاینه فیزیکی کنید:

- بررسی علایم افسردگی کنونی
- اپیزودهای قبلی و درمانهای دریافتی
- اپیزودهای مانیا
- سابقه بیماریهای جسمی
- سابقه خانوادگی
- معاینه فیزیکی
- تستهای آزمایشگاهی

ارزیابی افسردگی

میزان ناتوانی عملکردی را ارزیابی کنید.

توجه ویژه به:

- خودکشی
- سایکوز
- سوء مصرف مواد
- سابقه مانیا و سایکوز
- اختلالات روانپزشکی همراه
- داروها یا بیماریهای دیگر طبی به عنوان عامل افسردگی

ارزیابی افسردگی

داروهایی که نقش شناخته شده ای در ایجاد افسردگی دارند.

| | | | |
|---|--|---|---|
| سایمتیدین رانیتیدین پیموزاید و سایر آنتی سایکوتیک ها ضد حاملگی های خوراکی | دیژیتال متیل دوپا وراپامیل بنزودیازپین ها گلوکوکورتیکوئیدها متوکلورامید | اینترفرون ها رزرپین سیکلوسرین لوودوپا توپیرامات ضدهایپر لپیدی ها | مهارکننده های ACE کلونیدین آگونیستهای رهاسازی گونادوتروپین پروپرانولول محرومیت از آمفتامین محرومیت از کوکائین |
|---|--|---|---|

ارزیابی افسردگی

بیماریهای جسمی همراه با افسردگی

| پاتولوژی | بیماری | | |
|----------------|--|--------------------------------|----------------------------------|
| قلبی / عروقی | بیماری عروق کرونر | نارسایی احتقانی قلب | کم خونی |
| سندرم | فشارخون بالای کنترل نشده | سکته قلبی | دمانس عروقی |
| درد مزمن | فیبرومیالژی | درد مزمن لگنی | کمردرد |
| دژنراتیو | دیستروفی سمپاتیک رفلکسی | درد مربوط به استخوان یا بیماری | |
| | پیر چشمی | بیماری هانتینگتون | بیماری آلزایمر |
| ایمنی | بیماری پارکینسون | پیرگوشی | دیگر بیماریهای تحلیل برنده اعصاب |
| | HIV/AIDS | لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE) | |
| | مولتیپل اسکلروزیس (MS) | سارکوئیدوز | |
| عفونت | بسیاری از بیماریهای عفونی در این دسته اند. | | |
| متابولیک / غدد | سوء تغذیه | اختلالات الکترولیت | اختلالات اسید و باز |
| | کمبود ویتامینها | دیابت شیرین | COPD یا آسم |
| | هیپر / هایپوتیروئیدی | بیماری کبد (سیروز) | هیپوکسی |
| نئوپلاسم | از هر نوعی به ویژه پانکراس یا سیستم عصبی مرکزی | | |

درمان افسردگی

در مورد گزینه‌های درمانی و ترجیحات بیمار بحث کنید / به بیمار و خانواده اش آموزش بدهید.

- دارو درمانی و درمان های جسمانی مثل ECT
- روان‌درمانی
- دارو درمانی و روان‌درمانی در کنار هم

درمان افسردگی

ارزیابی بالینی: آیا در شرایط شما امکان درمان وجود دارد؟

- تقاضای پزشک برای مشاوره تشخیصی
- وجود مشکلات طبی یا روانی همراه که وضعیت را پیچیده تر می کنند
- افسردگی شدید مکرر و یا سایکوتیک
- شک به ضرورت بستری کردن بیمار
- نیاز یا تقاضای بیمار جهت روان درمانی
- نیاز به درمان با ECT
- سوالاتی در مورد انتخاب درمان، تداخلات دارویی و ادامه درمان
- نگرانی پزشک در مورد پایبندی بیمار به درمان
- ظهور مجدد علائم پس از یک پاسخ درمانی مثبت در فاز حاد
- تقاضای موکد خود بیمار جهت ارجاع و یا مشاوره با متخصص روانپزشکی

درمان افسردگی

درمان دارویی افسردگی را آغاز کنید.

- SSRIs
- TCA's
- Other drugs
 - SNRIs
 - MAOIs
 - Antipsychotics
 - Lithium
 - Anticonvulsants

درمان افسردگی

- پزشک باید مشخص کند که چه داروهایی و با چه دوزی قبلاً برای بیمار موثر بوده اند. به طور کلی باید داروهایی را به کار برد که عوارض جانبی کمتری دارند.
- پزشک باید وضعیت بالینی بیمار را در نظر بگیرد و در برخی موارد، مخصوصاً اختلالات معدی - روده ای مثل اسهال مزمن یا بیماری زخم پپتیک، استفاده از ردهٔ سه حلقه ای ها (TCA) از میان دارو های ضد افسردگی، انتخاب بهتری به نظر می رسد.
- قبل از اعلام شکست درمان با یک نوع ضد افسردگی، ابتدا باید از تیتراسیون مناسب دارو و دستیابی به طیف دوز درمانی مورد نظر اطمینان حاصل کرد و اجازه داد بازهٔ زمانی پاسخ، مدت زمان خود را طی کند.
- قبل از ارزیابی کارایی یک ضد افسردگی بیمار باید درمان با آن دارو را حداقل به مدت ۴ تا ۶ هفته ادامه داده باشد.

درمان افسردگی

- انتخاب دارو بر اساس عوارض جانبی، سابقه قبلی پاسخ درمانی، نوع افسردگی، بیماریهای همزمان طبی، داروهای مورد مصرف همزمان و هزینه دارو است.
- میزان پاسخ به ضد افسردگی ها در حدود ۶۰-۷۰ درصد گزارش شده است.
- برخی علائم هدف افسردگی (مثل اضطراب، بی خوابی، کم اشتها، انرژی پایین) ممکن است سریعتر از بهبود خلق افسرده به درمان دارویی جواب بدهند.
- آموزش بیمار و خانواده پایبندی به درمان را ارتقا و احتمال موفقیت را افزایش می دهد.
- داروهای ضد افسردگی ممکن است اپیزودهای مانیا را در بیماران دوقطبی، و یا اینکه سایکوز نهفته را بارز کند.
- قطع ناگهانی هرگونه داروی ضد افسردگی ممکن است باعث بروز عوارض نامطلوب یا بازگشت علائم افسردگی شود.

درمان افسردگی

- درمان افسردگی ۳ فاز دارد :
- فاز حاد: زمانی شروع می شود که برای بیمار تشخیص افسردگی اساسی گذاشته می شود. درمان با ضد افسردگی شروع می شود و زمانی خاتمه می یابد که علائم افسردگی کاملاً بهبود یافته باشد. به طور معمول این فاز درمانی ۲ ماه طول می کشد.
- فاز تداوم: زمانی شروع می شود که علائم بیمار به طور کامل بهبود یافته باشند و تا ۹ ماه طول می کشد. در این فاز باید راجع به نیازی به درمان بیشتر در فاز نگهدارنده وجود دارد یا نه، تصمیم گرفت.
- فاز نگهدارنده: به طور کلی برای بیمارانی که حداقل ۳ اپیزود افسردگی اساسی داشته اند و برای بیمارانی که ۲ اپیزود افسردگی اساسی همراه با یک یا تعداد بیشتری عامل خطر ساز (سابقه خانوادگی قوی مبنی بر اختلالات خلقی، سابقه عود افسردگی بعد از قطع درمان موثر، سابقه یک بار یا بیشتر اقدام به خودکشی، شروع اولین اپیزود قبل از ۲۰ سالگی، ۲ یا تعداد بیشتری اپیزود افسردگی اساسی در طی سال گذشته و یا دیستایمی همزمان) دارند باید درمان نگهدارنده با ضد افسردگی ها به مدت یک سال یا بیشتر انجام شود.

درمان افسردگی

- قبل از شروع هرگونه TCA، باید بیماران از لحاظ بیماری های قلبی که استفاده از این رده دارویی را غیرممکن خواهند ساخت، بررسی کنید:
 - در بیماران بالای ۴۰ سال انجام یک ECG توصیه می شود.
 - در بیماران زیر ۴۰ سال، شرح حال یا شواهدی از بیماری های قلبی برای غربالگری کافی است و اگر شرح حال منفی باشد ECG لازم نیست.

درمان افسردگی

| دارو | دوز برای بزرگسالان | دوز برای سالمندان | توضیحات |
|------------|--|---|---|
| سیتالوپرام | شروع: ۲۰ mg/d طیف: ۲۰-۴۰ mg/d حداکثر: ۴۰ mg/d | شروع: ۱۰ mg/d طیف: - حداکثر: ۲۰ mg/d | در مورد نارسایی کلیه خفیف تا متوسط احتیاج به تعدیل دوز نیست. در مورد بیماران دچار نارسایی کبدی و سالمندان تنها زمانی ۴۰ mg/d را به کار برید که بیمار به ۲۰ mg/d جواب نداده باشد. |
| فلوکستین | شروع: ۱۰-۲۰ mg/d طیف: ۲۰-۴۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d | شروع: ۱۰ mg/d طیف: - حداکثر: ۶۰ mg/d | دوزهای بیشتر از ۲۰ mg/d را در یک برنامه ی یکبار در روز (صبح) یا دوبار در روز (صبح و بعدازظهر) به کار ببرید. |
| فلوکسامین | شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۲۵-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d | شروع: ۱۰ mg/d طیف: - حداکثر: ۴۰ mg/d | برای بیماران ضعیف دوز سالمندان را به کار برید. صبحها مصرف شود. در فواصل یک هفته‌ای دوز را به میزان مناسب افزایش دهید. |
| سرتالین | شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d | شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۱۰۰-۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d | برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است پس از غذا مصرف گردد. |

درمان افسردگی

| دارو | دوز برای بزرگسالان | دوز برای سالمندان |
|---------------|---|--|
| نورتریپتیلین | شروع: ۲۵mg طیف: ۵۰-۲۰۰ mg/d | شروع: با دوز پایینتر طیف: ۳۰-۵۰ mg/d در دوزهای منقسم |
| دزیپرامین | طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/d | شروع: با دوز پایینتر طیف: ۲۵-۱۵۰ mg/d |
| دوکسپین | شروع: ۷۵mg/d طیف: ۷۵-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۳۰۰ mg/d | استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود. |
| آمی تریپتیلین | شروع: ۲۵-۵۰mg/d طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/d حداکثر: ۳۰۰ mg/d | استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود |
| ایمی پرامین | طیف: ۷۵-۲۰۰ mg/d | استفاده از این دارو در سالمندان توصیه نمی شود |
| تری می پرامین | شروع: ۷۵mg/d در دوزهای منقسم طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d | شروع: ۷۵ mg/d حداکثر: ۱۰۰ mg/d |

درمان افسردگی

- درمان را پیش کنید / پایبندی و عوارض جانبی را ارزیابی کنید
- پاسخ را در عرض ۴ تا ۶ هفته ارزیابی کنید.
- درمان را در صورت لزوم تنظیم نمایید.
- بررسی بهبودی
- تداوم درمان

گایدلاین

۱- آیا فرد حداقل به مدت دو هفته، دو علامت اصلی افسردگی را داشته است؟

- خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، تقریباً هر روز (در مورد کودکان و نوجوانان تحریک پذیری یا خلق افسرده)
- از دست دادن احساس لذت یا علاقه در فعالیت‌هایی که در حالت عادی لذت بخش هستند.
- کاهش انرژی یا به آسانی خسته شدن

۲- آیا طی دو هفته‌ی اخیر فرد، حد اقل سه مورد از سایر جنبه‌های افسردگی را داشته است؟

- کاهش تمرکز و توجه
- کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس
- احساس گناه و بی ارزش بودن
- نگاه غم انگیز و بدبینانه نسبت به آینده
- افکار آسیب رساندن به خود یا خودکشی
- اختلال خواب
- اختلال اشتها

۳- آیا فرد در انجام کارهای روزمره، وظایف خانوادگی یا فعالیت‌های اجتماعی مشکل دارد؟

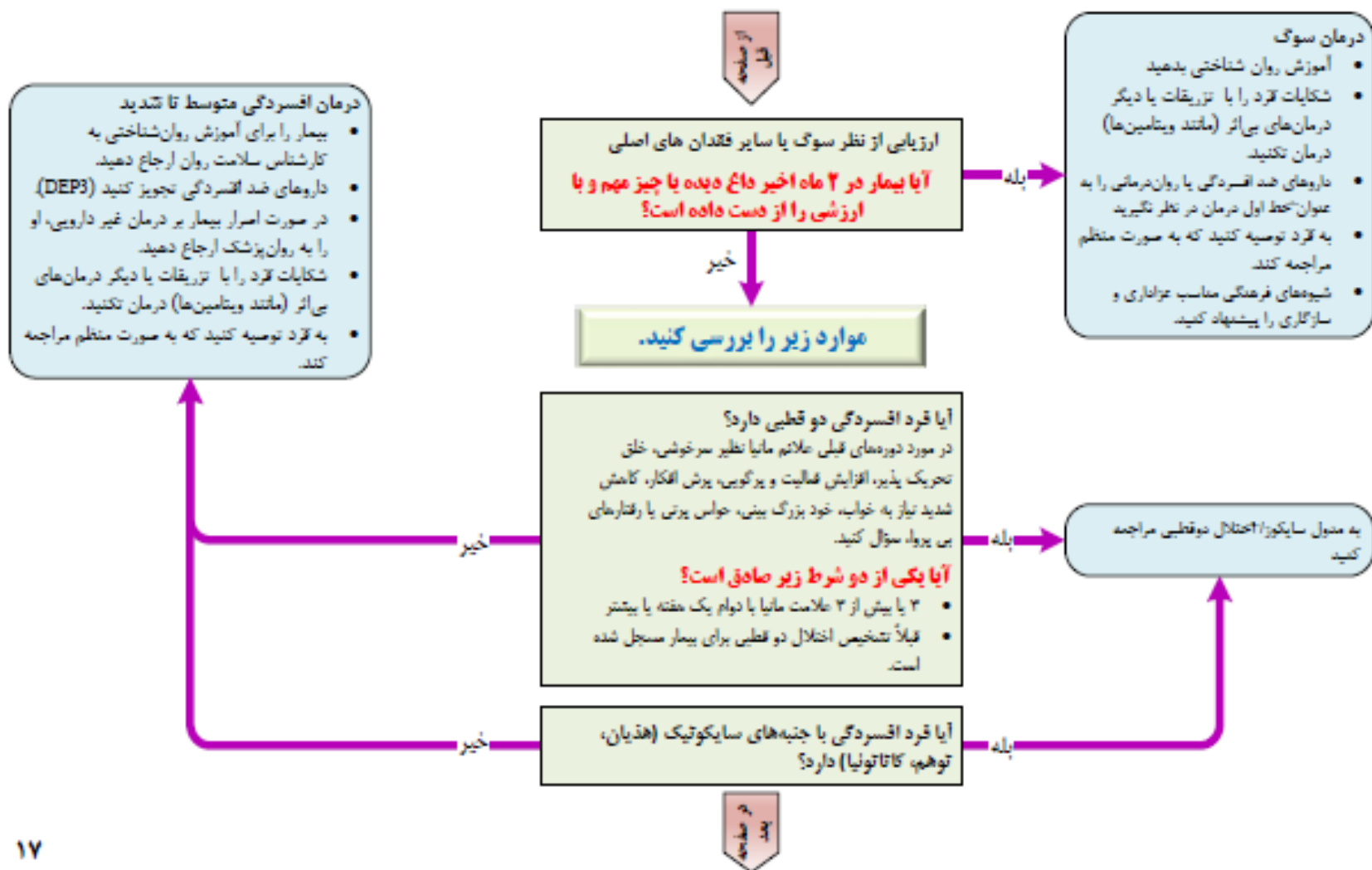
آیا پاسخ به هر سه سؤال مثبت است؟

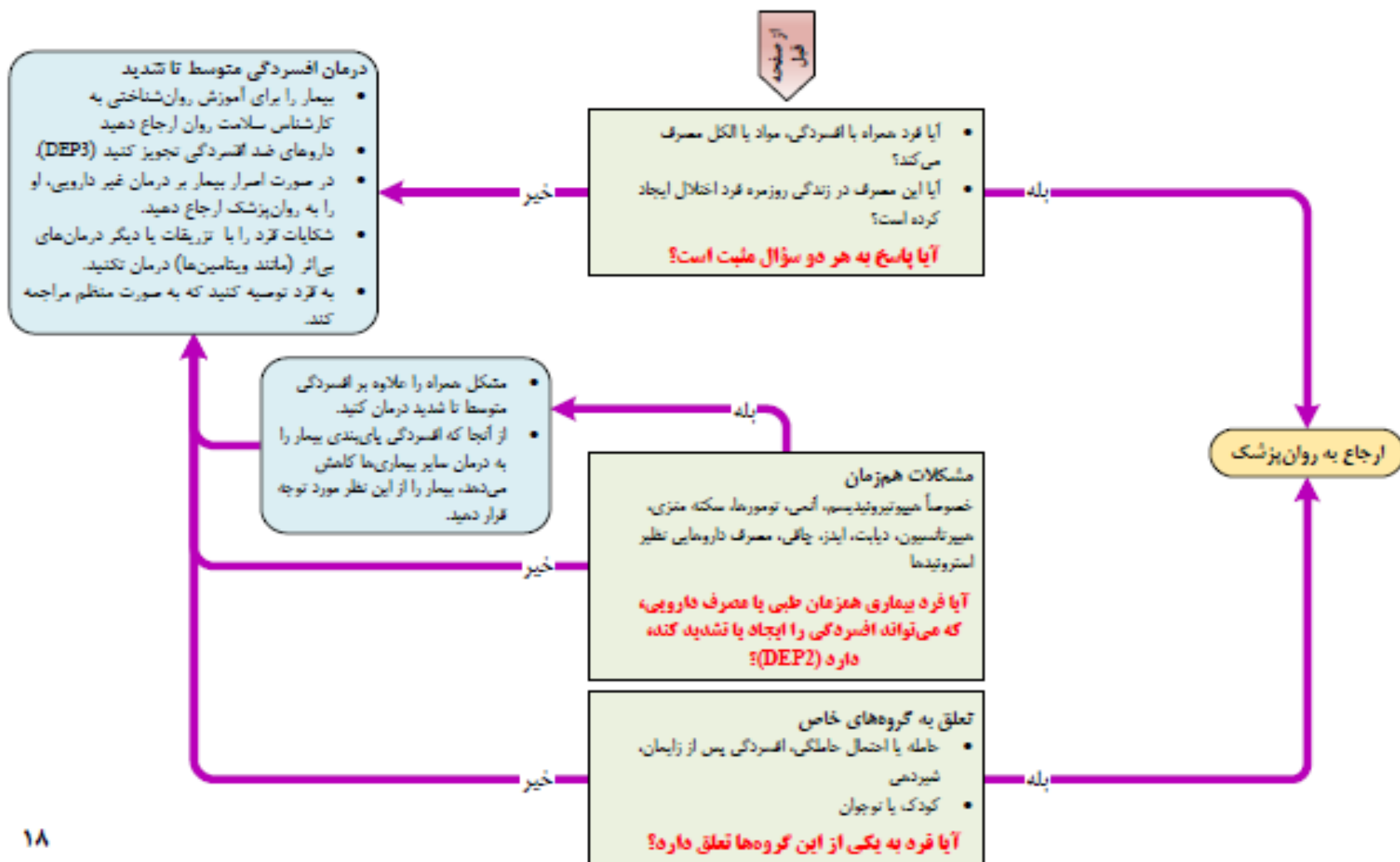
بله

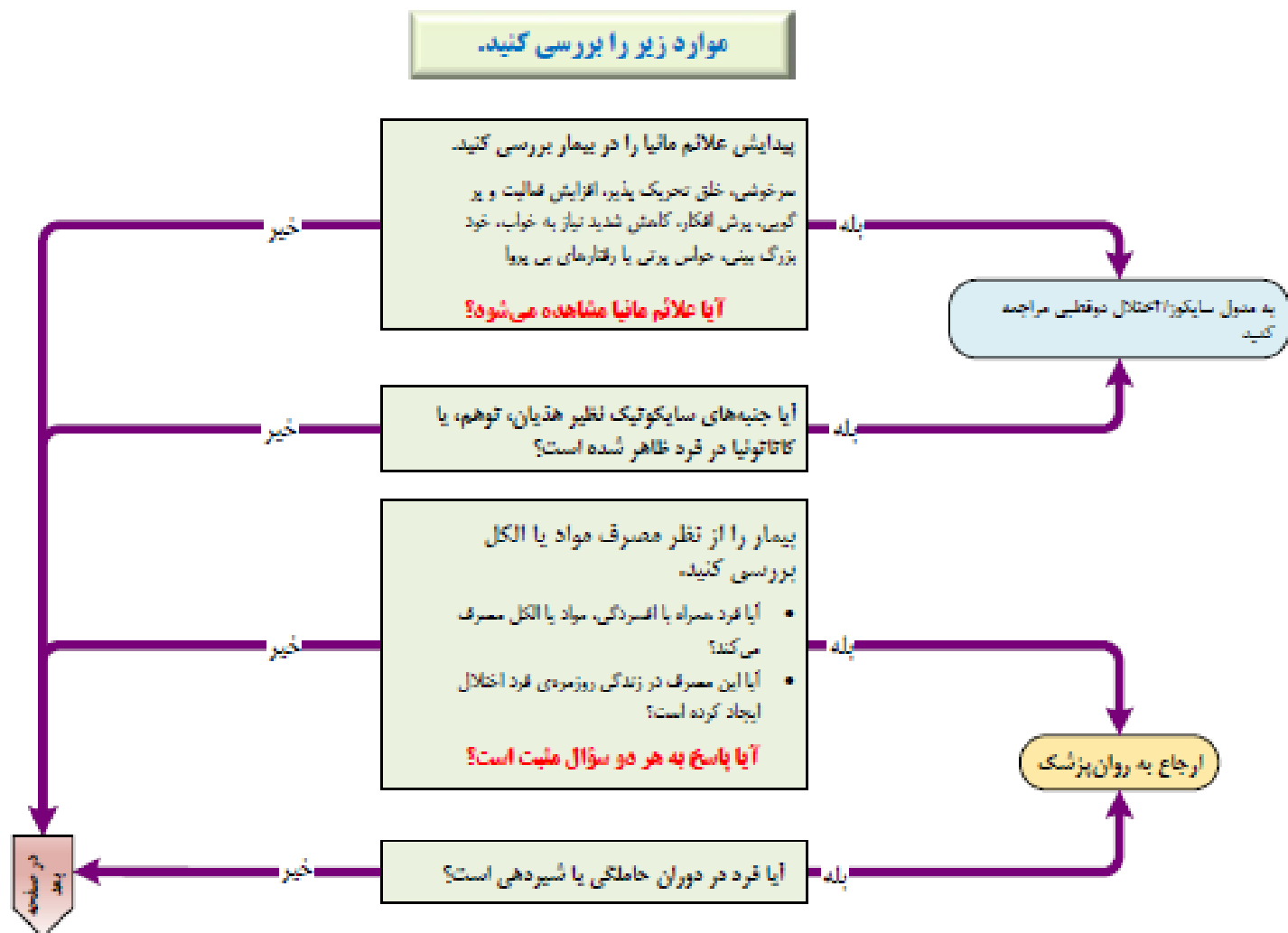


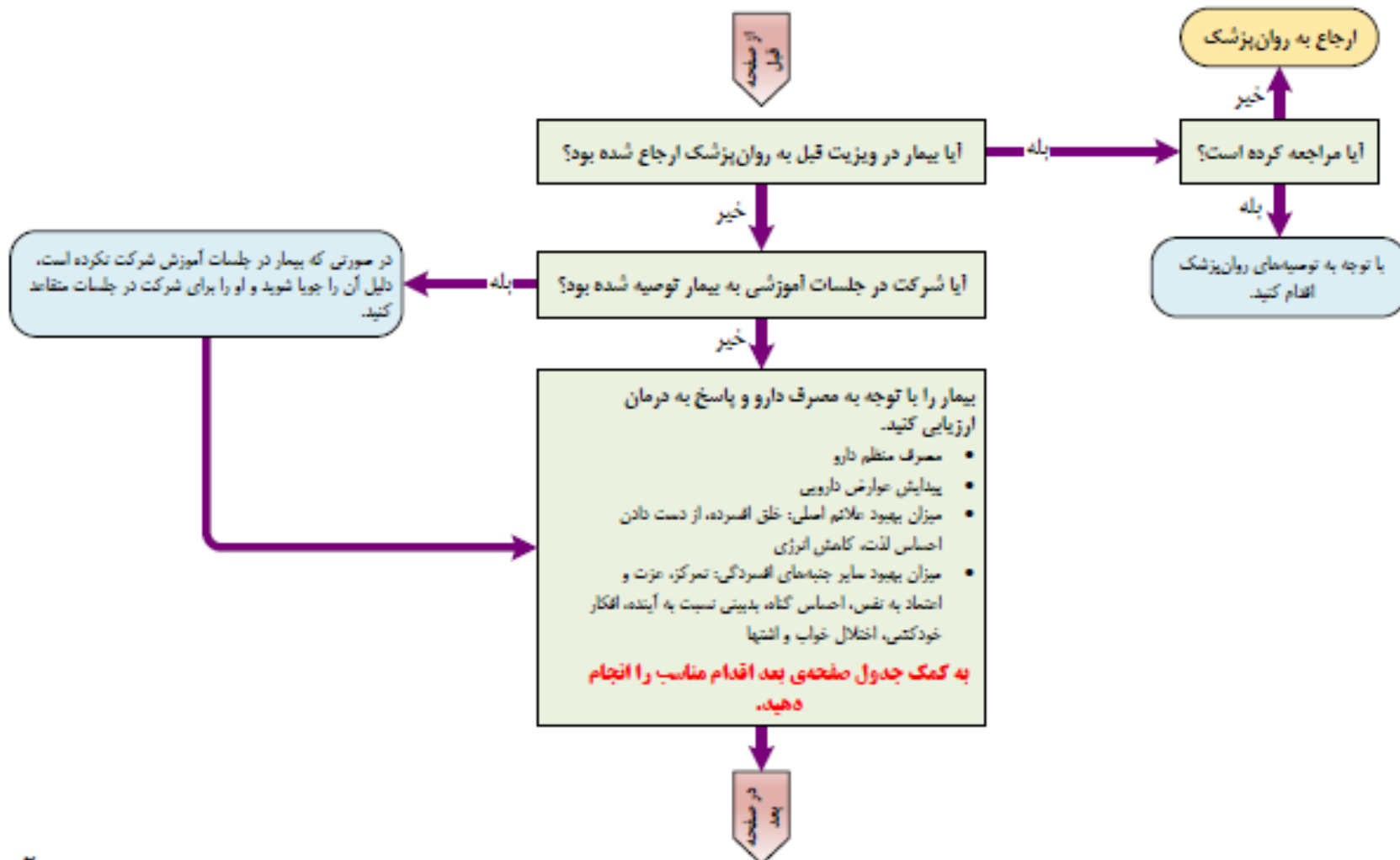
خیر

از این جدول خارج شوید و با مرور مجدد نمودار مادر، بیمار را از نظر سایر اختلالات روانشناختی (سایر جدول‌ها) یا شکایات جسمی که از نظر طبی توجیهی ندارند (OTH) بررسی کنید









| پاسخ نداده است | | پاسخ داده است | | پاسخ به درمان عوارض دارویی پایش‌های به مصرف نامنظم دارو |
|--|--|--|---|---|
| عوارض دارد | عوارض ندارد | عوارض دارد | عوارض ندارد | |
| <ul style="list-style-type: none"> • امکان تغییر دارو را بررسی کنید • در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید. | <ul style="list-style-type: none"> • بیماری‌های همزمان طبی که افسردگی را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. • به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. • امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. • در صورتی که افزایش دوز/ تغییر دارو امکان‌پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. | <ul style="list-style-type: none"> • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان‌پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان‌پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) | <ul style="list-style-type: none"> • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) • در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید. | <p>پای بند است</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • ممکن است پای‌بند نبودن به درمان به طاعت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای‌بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. • اگر مصرف پای‌بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تمویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. | <ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. • اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تمویض دارو را در نظر بگیرید. • بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. | <ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، ✓ در صورت امکان، دوز داروی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان‌پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان‌پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) | <ul style="list-style-type: none"> • عمل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. • اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (DEP6) • بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید. | <p>پای بند نیست</p> |

اختلالات اضطرابی

بر اساس «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان»
ویژه پزشکان عمومی

اختلالات اضطرابی

- .A** مقدمه
- .B** اهداف آموزشی
- .C** اختلال پانیک
- .D** اختلال اضطراب منتشر
- .E** اختلال وسواسی جبری
- .F** سایر اختلالات اضطرابی
- .G** ارزیابی و درمان اختلالات اضطرابی

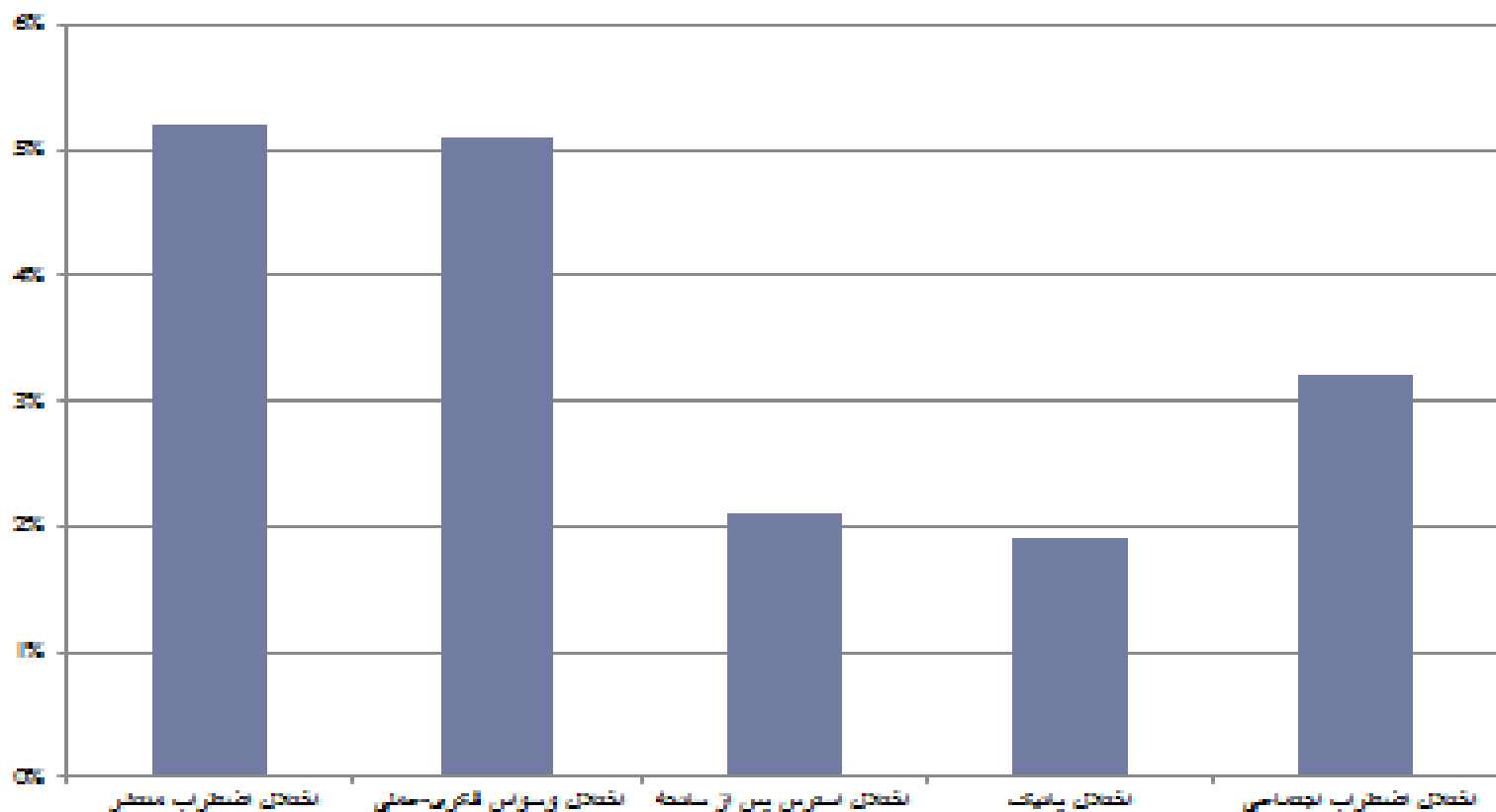
اضطراب چیست؟

- همه افراد زمانهایی اضطراب را تجربه کرده اند.
- اضطراب به صورت یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم نگرانی، با نشانه های اتونوم سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس فشار در قفسه سینه، ناراحتی معده، بیقراری تظاهر می کند.
- گاهی اضطراب یک سیگنال هشدار دهنده است و فرد را از وجود خطر قریب الوقوع مطلع می کند و او را قادر می سازد تا برای سازگاری یا مقابله با تهدید آماده شود.
- **توجه: ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، و معین ایجاد می شود**

اختلالات اضطرابی

1. اختلال پانیک
2. اختلال اضطراب منتشر
3. اختلال وسواسی جبری
4. فوبی اختصاصی
5. اختلال اضطراب اجتماعی
6. اختلال استرس حاد
7. اختلال استرس پس از سانحه

شیوع اختلالات اضطرابی در کشور



بر اساس پیمایش ملی سلامت روان، ۱۳۸۹-۱۳۹۰

راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان (مبتنی بر mhGAP)

اهداف آموزشی

- کسب مهارت ارزیابی اضطراب و علایم اختلالات اضطرابی
- کسب مهارت تشخیص اختلالات اضطرابی و افتراق آن از اضطراب بهنجار
- کسب مهارت درمان اختلالات اضطرابی
- آگاهی از موارد ارجاع بیماران به روانپزشک
- کسب مهارت پیگیری بیماران پس از شروع درمان و رصد عوارض دارویی
- کسب مهارت ارائه آموزش های روانشناختی برای مبتلایان به اختلالات اضطرابی

اختلال پانیک (هراس)

همه گیر شناسی

- شیوع در زنان دو تا سه برابر بیش از مردان
- بیشتر در جوانان: میانگین سنی ۲۵ سالگی. اما در هر سنی دیده می شود
- دوره مزمن و ناتوان کننده هم می تواند داشته باشد

حمله پانیک

دوره ای از ترس و ناراحتی شدید که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و در عرض ۱۰ دقیقه به اوج خود می رسد. با حداقل ۴ علامت از نشانه های زیر:

| | |
|--------------------------|---|
| ✓تپش قلب | ✓حالت تهوع و دیسترس شکمی |
| ✓تعریق | ✓منگی و بی ثباتی احساس سبکی سر یا غش کردن |
| ✓لرزش | ✓واقعیت زدودگی یا شخصیت زدودگی |
| ✓احساس کوتاه شده تنفس | ✓ترس از از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن |
| ✓احساس خفقان | ✓احساس گز گز و مورمور شدن |
| ✓ناراحتی و درد قفسه سینه | ✓احساس داغ شدن و لرز |

حمله پانیک

- مدت حمله به طور متوسط ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد. بندرت بیش از ۱ ساعت
- حملات پانیک تکرار شونده و غیر منتظره است

معیارهای تشخیصی اختلال پانیک با یا بدون آگورافوبیا

الف) موارد ۱ و ۲ هر دو باید باشند:

1. حملات هراس (پانیک) مکرر و غیر منتظره
2. حداقل یکی از حملات با یک ماه (یا بیشتر) از یکی از موارد زیر (یا بیشتر) همراه باشد:

- نگرانی دائمی از بروز حملات بیشتر
- نگرانی راجع به حملات یا عواقب آنها (مثل از دست دادن کنترل، حمله قلبی، دیوانه شدن)
- تغییر چشمگیر در رفتار به دلیل حملات

ب) وجود یا عدم وجود آگورافوبیا

- پ) حملات هراس به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه ای نباشد.
- ت) حملات هراس را نتوان توسط دیگر اختلالات روانی (مثلا فوبیای اجتماعی، فوبیای اختصاصی، اختلال وسواسی-جبری، اختلال استرس پس از حادثه، اختلال اضطراب جدایی) توجیه نمود.

گذرهراسی

Agoraphobia

- اضطراب از قرار گرفتن در محیط و یا مکانی که رهایی از آن سخت باشد و یا موجب شرمنده شدن فرد شود و یا این که در صورت بروز حملات پانیک یا علائم شبیه آن امکان کمک گرفتن وجود نداشته باشد.
- به طور معمول ترس فرد از موقعیت های مشخصی مانند قرار گرفتن در محیط خارج از منزل، محیط های شلوغ یا ایستادن در صف، قرار گرفتن روی پل، مسافرت با اتوبوس، قطار، اتومبیل است.
- ممکن است فرد با یا بدون حمله پانیک این اضطراب را داشته باشد.

اختلال اضطراب منتشر

اپیدمیولوژی

- نسبت ابتلا زن به مرد حدود دو به یک
- معمولا در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود
- همراهی با افسردگی

معیارهای تشخیصی برای اختلال اضطراب منتشر

الف) اضطراب و نگرانی بیش از حد که در بیشتر روزهای یک دوره زمانی حداقل ۶ ماهه وجود داشته باشد.

ب) کنترل این نگرانی برای فرد مشکل است.

پ) اضطراب و نگرانی با سه تا (یا بیشتر) از شش علامت زیر همراهی دارند:

1. بیقراری یا احساس برانگیختگی

2. خستگی پذیری زودرس

3. مشکل در تمرکز یا خالی بودن ذهن

4. تحریک پذیری

5. تنش عضلانی

6. آشفتگی خواب (مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب یا خواب بدون آرامش)

معیارهای تشخیصی برای اختلال اضطراب منتشر

(ت) موضوع نگرانی و اضطراب را به دیگر اختلالات روانی نمی توان ربط داد.

(ث) اضطراب یا علائم جسمانی باعث ناراحتی و کاهش عملکرد بارز در حیطه های عملکردی اجتماعی، شغلی یا دیگر جنبه های مهم زندگی می شود.

(ج) این اختلال به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه ای نیست و در طی یک اختلال خلقی، سایکوتیک یا یک اختلال رشدی فراگیر اتفاق نیافتاده است.

اختلال وسواسی جبری

اپیدمیولوژی

- احتمال ابتلای مرد و زن یکسان
- سن شروع این اختلال حدود بیست سالگی اما در کودکان هم شایع است
- گاه ماهیت مزمن و ناتوان کننده

معیار های تشخیصی برای اختلال وسواسی - جبری

- فرد اذعان دارد که زمانی در طول سیر بیماری این وسواس یا اجبار، غیر منطقی یا بیش از حد بوده است. این ویژگی در مورد کودکان صدق نمی کند.
- این وسواس یا اجبار باعث ناراحتی بارزی شده و زمانبر است (بیش از ۱ ساعت در روز وقت می برد)، و یا بطور بارزی در زندگی طبیعی فرد، عملکرد شغلی یا تحصیلی و یا فعالیتهای اجتماعی یا ارتباطات فردی او ایجاد اشکال می کند.
- اگر اختلال دیگری وجود داشته باشد، محتوای وسواس یا اجبار محدود به آن اختلال نمی شود،
- این اختلال به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه ای نیست.

معیار های تشخیصی برای اختلال وسواسی - جبری

• وسواس با ۴ ویژگی زیر مشخص می گردد:

1. افکار، تکانه ها یا تصاویری راجعه است که فرد در طول مدت زمانی از این اختلال، به شکل افکار مزاحم و نامتناسب تجربه میکند و میتواند باعث ناراحتی یا اضطراب بارز شود. افرادی که به این اختلال مبتلا هستند تشخیص می دهند که این افکار ناخواسته بی اساس هستند و معمولاً بر اساس آنها عمل نمی کنند (مانند ترس از صدمه زدن به فرزندان)، ولی این افکار بسیار رنج آور بوده و برایشان سخت است برای دیگران آن را بازگو کنند.
2. این افکار، تکانه ها یا تصاویر، تنها نگرانیهای ساده در مورد مشکلات واقعی زندگی نیستند.
3. فرد تلاش برای سرکوب کردن یا نادیده انگاشتن چنین افکار، تکانه ها یا تصاویری می کند یا آن را با افکار یا رفتارهای دیگری خنثی می کند.
4. فرد تشخیص می دهد که این افکار وسواسی، تکانه ها یا تصاویر توسط ذهن خودش تولید شده است نه این که از خارج به او تحمیل شده باشد مانند آنچه در هذیان کاشت فکر دیده می شود.

معیارهای تشخیصی برای اختلال وسواسی - جبری

• رفتارهای جبری (اجبارها) با ۲ ویژگی زیر مشخص می گردد:

1. فرد در پاسخ به به یک وسواس فکری یا به دلیل قوانینی سفت و سختی که باید رعایت شود، دست به رفتارهای تکراری میزند (مانند شستن مکرر دست، مرتب کردن و چک کردن)، یا اعمال ذهنی تکراری انجام میدهد (مانند شمارش، تکرار کلمات در سکوت)

2. این رفتارها یا اعمال ذهنی با هدف جلوگیری یا کاهش ناراحتی، یا پیشگیری از حادثه یا موقعیت بدی انجام می شود. در هر حال این رفتارها یا اعمال ذهنی روش های منطقی و واقع گرایانه ای نیستند و یا اینکه بطور واضحی نوعی زیاده روی به شمار می رود.

معیار های تشخیصی برای اختلال وسواسی - جبری

- فرد اذعان دارد که زمانی در طول سیر بیماری این وسواس یا اجبار، غیر منطقی یا بیش از حد بوده است. این ویژگی در مورد کودکان صدق نمی کند.
- این وسواس یا اجبار باعث ناراحتی بارزی شده و زمانبر است (بیش از ۱ ساعت در روز وقت می برد)، و یا بطور بارزی در زندگی طبیعی فرد، عملکرد شغلی یا تحصیلی و یا فعالیتهای اجتماعی یا ارتباطات فردی او ایجاد اشکال می کند.
- اگر اختلال دیگری وجود داشته باشد، محتوای وسواس یا اجبار محدود به آن اختلال نمی شود،
- این اختلال به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینه ای نیست.

سایر اختلالات اضطرابی

1. فوبی اختصاصی
2. اختلال اضطراب اجتماعی
3. اختلال استرس حاد
4. اختلال استرس پس از سانحه

بیماران مبتلا به این اختلالات را در صورتی که بیماری طول کشیده و شدید یا ناتوان کننده بود ارجاع دهید

ارزیابی و درمان اختلالات اضطرابی

ارزیابی میزان خطر

- شرایط اضطراری و ناپایدار پزشکی
- دلیریوم
- علائم سایکوز
- تمایل به خودکشی
- امکان آسیب رساندن به دیگران و اعمال خشونت
- شواهد مسمومیت با مواد

شرح حال و معاینه فیزیکی

- سابقه اختلالات اضطرابی در فرد (که شامل اضطراب در دوران کودکی هم میشود)
- سابقه اختلالات اضطرابی در خانواده،
- سابقه بیماری شدید یا مزمن جسمانی
- وقایع استرس زای اخیر در زندگی
- سابقه سوء مصرف مواد یا داروها
- متغیرهای روانی اجتماعی
 - وضعیت خانه، والدین و خانواده
 - ویژگیهای فرهنگی
 - وضعیت شغلی
 - وضعیت اقتصادی

شرح حال و معاینه فیزیکی

- معاینه کامل وضعیت جسمانی را نیز انجام دهید.
- انجام آزمونهای آزمایشگاهی در صورت لزوم شامل: CBC، سطح کراتینین، کلسیم و الکترولیتها، آزمایش عملکرد تیروئید و الکتروکاردیوگرام بر حسب مورد می باشد.

بررسی نشانه های اختلالات اضطرابی

- انتظار یک حادثه بد
- احساس برانگیختگی
- نگرانی بیش از حد
- تحریک پذیری
- اجتناب از موقعیتهایی که فرد از آن می ترسد
- شکایات غیرقابل توجه جسمی (تپش، سردرد، غش، گیجی)
- هیپرونتیلیاسیون
- تنش عضلانی مخصوصاً در شانه ها، گردن و فک
- رفتارهای آئینی جهت کاهش اضطراب و اجبار گونه
- احساس جدایی از خود
- احساس جدایی از واقعیت
- تفکر فاجعه بار (دنیا جای کثیفی است، اتفاق بدی خواهد افتاد)

بررسی ویژگیهای علایم

- ماهیت و تواتر علامت (روزانه یا هفتگی و شدت آنها)
- شروع آهسته یا سریع یا ناشی از یک حادثه
- طول مدت علامت
- موقعیتهایی که باعث بروز یا تشدید علامت هستند
- میزان اضطراب هنگام انتظار برای حادثه قریب الوقوع
- برانگیختگی اتونوم فرد زمانی که با موقعیت هراس آور روبرو میشود
- میزان تکرار اجتناب یا رفتارهای آئینی (Ritualistic)

بررسی اختلال عملکرد

- عملکرد فرد بطور کلی ارزیابی می شود که شامل عملکرد اجتماعی، شغلی و روانشناختی می باشد.
- اختلال عملکرد هر فرد بر اساس قضاوت پزشک در مورد سطح کلی عملکرد

بررسی نشانه های اختلال افسردگی (بعنوان تشخیص افتراقی)

- خلق غالب
- سن شروع کمتر
- آثار روانی اجتماعی کمتر
- محتوای شناختی

بررسی نشانه های اختلالات سوء مصرف مواد یا الکل

- مصرف زیاد الکل یا سایر مواد
- مصرف مواد برای کم کردن اضطراب
- سابقه سوء مصرف بنزودیازپین یا باربیتورات
- سابقه خانوادگی یا شخصی از مشکلات مربوط به الکل، سایر مواد یا داروها
- پذیرش ضعیف برای درمان اضطراب
- پاسخ ضعیف به درمان اضطراب و افسردگی

بررسی شواهد سایکوز

- هذیان
- توهم شنوایی یا بینایی
- بیربط گویی
- رفتار کاتاتونیک (مثلا بی حرکتی یا آشفستگی بیش از حد)
- رفتارهای عجیب و غریب، **Negativism** یا منفی کاری بیش از حد و **Mutism** یا ناگوئی
- عاطفه نامتناسب، عجیب و غریب و غیر طبیعی

نقش داروها در ایجاد علائم اضطرابی

• sympathomimetic Stimulant and

Theophylline –

Pseudoephedrine –

Albuterol –

• Antiparkinsonian agents

• Cardiovascular

• Antidepressant (especially SSRIs)

• Corticosteroids

• Insulin

• Thyroid preparations

• Caffeine preparations

نقش وضعیت و بیماریهای جسمی در ایجاد علائم اضطرابی

Cardiopulmonary •

- Arrhythmias
- Mitral valve prolapse
- Pulmonary embolism
- Chronic obstructive pulmonary disease
- Asthma
- Congestive heart failure

Neurological •

- seizure disorder
- Head injury,
- Vestibular disease

Metabolic and Endocrine •

- Hyper- or hypothyroidism,
- Hyperparathyroidism
- Hypoglycemia,
- Adrenal dysfunction
- Pheochromocytoma,
- Vitamin B₁₂ deficiency

Inflammatory and infectious •

- systemic lupus erythematosus
- HIV

توصیه های کلی برای درمان اختلالات اضطرابی

- گوش فرا دادن به صحبت‌های بیمار و سوال پرسیدن
- درگیر کردن خانواده، دوستان و سایر افراد حمایتگر بیمار را در فرایند درمان
- آموزش در مورد اختلالات اضطرابی
- توصیه به ایجاد تغییرات مناسب و قابل انجام در شیوه زندگی فرد
- یافت عامل استرس و فشار را در زندگی فرد و پیدا کردن راه های کاهش آن
- آموزش تمرین تنفس آهسته
- آموزش روش های حل مشکل
- آموزش روش های آرام سازی (relaxation)
- ارجاع به روانپزشک در مواقع ضروری

موارد نیازمند ارجاع به یا مشاوره با روانپزشک

- وجود خطر جدی خودکشی یا آسیب به خود
- وجود علایم سایکوتیک
- تشخیص، مبهم به نظر میرسد و احتیاج به ارزیابی بیشتر دارد.
- وجود دوره های انفکاک (Dissociation)
- بیمار از سایر اختلالات اضطرابی مانند اختلال فوبیای شدید اختصاصی یا اجتماعی، اگورافوبیا، اختلال استرس پس از حادثه یا اختلال استرس حاد، یا اختلال اضطرابی ناشی از سوء مصرف مواد رنج می برد.
- اختلالات اضطرابی، ناشی از دارو یا یک اختلال یا وضعیت طبی زمینه ای است.
- حمایت اجتماعی کافی برای فرد وجود ندارد.
- اختلالات همراه دیگری وجود دارد.
- احساس می کنید توانایی و مهارت کامل در درمان فرد ندارید.
- بهبودی در علایم دیده نمی شود.
- بیمار روان درمانی را برگزیده است.

بحث در مورد گزینه های درمانی و ترجیحات بیمار / آموزش بیمار و خانواده

- سه گزینه درمانی برای درمان این اختلال وجود دارد:

1. دارودرمانی

2. روان درمانی

3. ترکیب هر دو روش

- توجه: قدم اول در سطح پزشک عمومی درمان دارویی است، سپس امکان اضافه شدن روان درمانی وجود دارد.

- به بیمارتان بگویید که:

- این اختلال بسیار شایع است

- علائم جسمانی که او تجربه میکند ناشی از این اختلال است و با درمان، بهبود قابل توجه می یابد.

- در صورت عدم درمان، آسیب خواهد دید.

دارو درمانی

- انتخاب دارو معمولا بر اساس سن بیمار، سابقه قبلی درمانی، ایمن بودن در صورت بیش مصرف، عوارض جانبی، بیماری های طبی همزمان، سابقه پاسخ خانوادگی یا شخصی قبلی و هزینه داروها صورت می گیرد.

• فواید:

1. احتمال پاسخ درمانی اولیه سریعتر وجود دارد.
2. بسیاری از بیماران دارو خوردن را به رواندرمانی ترجیح می دهند.

• ضعف ها:

1. دارو ها باید به طور مداوم و دقیقا همانطور که نسخه شده اند، مصرف شوند.
2. احتمال ایجاد عوارض جانبی و تداخل وجود دارد.
3. نیاز است که دارو ها مدت زمان طولانی مصرف شوند.

روان درمانی

- این روش در حیطة وظایف پزشک عمومی نیست و در صورت نیاز باید ارجاع داده شوند.

• فواید

1. آثار آن ممکن است بیش از دوره درمان دوام بیاورد.
2. فرصتی برای بیمار فراهم می شود تا بتواند تغییرات مفید در زندگی اش ایجاد کند.

• ضعف ها

1. بیماران باید در طی یک دوره زمانی خاص به طور مداوم در جلسات درمانی شرکت کنند.
2. ممکن است نتوان در هر موقعیت بالینی به روانپزشک و رواندرمانگر دسترسی پیدا کرد.
3. در مرحله حاد بیماری به تنهایی تأثیر قابل توجهی ندارد.

درمان اختلال پانیک (هراس)

- مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین **SSRIs** خط اول درمان هستند:
- کارایی ثابت شده
- سمیت کمتر
- استفاده از آنها راحتتر

توجه به نکات زیر ضروری است:

- اطمینان از تیتراسیون مناسب دارو و مدت لازم برای شروع اثر قبل از اعلام شکست درمان
- امکان افزایش گذرای اضطراب بارزترین عارضه داروهای دسته ضد اضطراب در ابتدای درمان
 - شروع با دوزهای پایین
 - استفاده از یک دوره کوتاه درمان با آلپرازولام یا کلونازپام در کنار این دارو

درمان اختلال پانیک (هراس)

- پیشگیری از احتمال وابستگی و سوء مصرف BZD
 - برای افرادی که سابقه سوء مصرف مواد و الکل دارند، تجویز نشوند
 - به مدت ۲ تا ۳ هفته استفاده شوند و به تدریج کاهش یافته و قطع گردند و درمان با SSRIs به تنهایی ادامه یابد.
- آموزش به بیمار و خانواده
- پایش بیمار از نظر دوره های مانیا در بیماران دوقطبی یا سایکوز
- قطع تدریجی دارو
- حتما قبل از تجویز هر دارو، از تمام موارد لازم در مورد تجویز آن اطلاع حاصل کنید.

درمان اختلال اضطراب منتشر

• خط اول: مهارکننده انتخابی باز جذب سروتونین (SSRI)

– بارزترین عارضه افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان (توصیه های ذکر شده قبلی مورد توجه قرار گیرد)

• خط دوم: بوسپیرون

– شروع اثر این دارو چند هفته طول می کشد.

– در کاهش علائم شناختی موثرتر از علائم جسمانی عمل میکند.

– تأثیر آن دیرتر از بنزودیازپین ها است، ولی در مقابل، ایجاد وابستگی و تحمل نمی کند.

– یک رویکرد مناسب برای دستیابی به پاسخ سریعتر، استفاده همزمان از بوسپیرون و یک بنزودیازپین و سپس قطع تدریجی بنزودیازپین بعد از ۲ تا ۳ هفته و ادامه درمان با بوسپیرون است.

درمان اختلال اضطراب منتشر

• خط سوم: بنزودیازپین ها

- مدت زمان استفاده از این دارو باید محدود باشد، زیرا احتمال ایجاد تحمل و وابستگی وجود دارد: ۲ تا ۶ هفته برای درمان و ۱ تا ۲ هفته برای کم کردن تدریجی در نظر بگیرید و سپس دارو را قطع کنید.
- مشکلات همراه با این دارو زیاد است، تحمل و وابستگی ایجاد می کنند، فرد را خواب آلود می کنند و در ۲۵ تا ۳۰ درصد موارد با شکست مواجه می شوند.
- بیمارانی که بنزودیازپین شروع می کنند، با قطع آن مشکل دارند، زیرا در قطع آن اضطراب بازگشتی و علائم محرومیت شدید تا متوسط دیده می شود.

پیشگیری از بروز عوارض ناشی از بنزودیازپین

- دارو را بتدریج قطع کنید.
- قبل از شروع به قطع تدریجی بنزودیازپین کوتاه اثر، آن را به نوع طولانی اثر تبدیل کنید و سپس شروع به قطع تدریجی آن کنید.
- همراه با این دارو ها از یک SSRI استفاده کنید
- شایعترین اشتباه، تجویز آنها به مدت نامحدود است: نسخه ها را به گونه ای بنویسید که فقط برای همان دوره درمانی استفاده شوند و قابل تجدید کردن نباشند.

پایش درمان

- درمان را هر ماه پایش کنید و گزارش هر دو هفته رابط درمان
درباره عوارض جانبی داروها و پایبندی به درمان را ارزیابی کنید.

- عوارض جانبی:

- عوارض کوتاه مدت شایع SSRIs ها که روی پایبندی به درمان اثر می گذارد عبارتند از:

– بیخوابی، بیقراری و اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، تهوع و مدفوع شل. اگر رژیم های درمانی را با دوز های پایین شروع کنید میتوانید تا حدود زیادی از این عوارض جلوگیری کنید. مصرف دارو در صبحها به بهتر شدن بیخوابی کمک می کند.

- شایع ترین عارضه جانبی بلند مدت SSRIs اختلال عملکرد جنسی (کاهش لیبیدو، ارگاسم تاخیری، کاهش لوبریکاسیون واژن در زنان) است.

– استفاده از بوپروپیون یا سیپروهپتادین به کاهش این عوارض و پایبندی به درمان کمک می کند.

تغییر دارو و تبدیل آن به داروی دیگر

- برای شروع داروی بعدی، حتما داروی قبلی را بتدریج قطع کنید
- سندرم قطع در SSRIsها مشاهده شده است.
- نکته مهم دیگری بروز سندرم مرکزی سروتونین است. علائم آن شامل تعریق، تب، تاکی کاردی، افزایش فشار خون، تغییر وضعیت روانی و علائم شدیدتر شامل تب شدید، کلاپس قلبی- عروقی و در نهایت مرگ میباشد.
- خطر بروز سندرم، زمانی افزایش می یابد که دو داروی سروتونرژیک با هم با فاصله خیلی کم تجویز شوند. توصیه می شود که حداقل به اندازه ۵ برابر نیمه عمر یک دارو یا متابولیت هایش صبر کنیم تا بتوانیم درمان را با داروی دوم آغاز کنیم.

ارزیابی پاسخ به درمان

- پاسخ به درمان را در یک ماه ارزیابی کنید.
- – در مورد اختلال وسواسی-جبری بطور معمول اثرات درمانی ۴ تا ۶ هفته پس از شروع درمان مشاهده می شود، ولی برای مشاهده حداکثر اثرات درمانی معمولاً ۸ تا ۱۶ هفته زمان نیاز دارد.
- در صورت بهبودی نسبی یا عدم بهبودی دوز درمان را تنظیم نمایید.
- اگر از ابتدا یا پس از تنظیم دوز دارو بهبودی قابل توجهی مشاهده کردید، درمان را تا ۲ ماه دیگر ادامه دهید و بیمار را هر ماه ارزیابی کنید.
- در صورت بهبودی درمان نگهدارنده را برای ۱۲ ماه ادامه دهید. پیگیری مشتمل بر پیشگیری از تکرار مجدد، آموزش بیمار و خانواده اش خواهد بود.
- تصمیم در مورد قطع درمان باید پس از مشورت با روانپزشک صورت گیرد.
- در صورت شکست در هر کدام از موارد فوق ارجاع به روانپزشک ضروری است.

جدول - داروهای مورد استفاده در اختلالات اضطرابی

| توضیحات | دوز برای سالمندان | دوز برای بزرگسالان | دارو | SSRI نیرودراین |
|---|---|--|----------------|-----------------------|
| | شروع: ۱۰ mg/d حداکثر: ۴۰ mg/d | شروع: ۱۰ mg/d دوز درمانی: ۴۰ mg/d (طیف: ۱۰-۶۰ mg/d) حداکثر: ۶۰ mg/d | پاروکستین | |
| | شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۵۰-۱۰۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d | شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۵۰-۱۵۰ mg/d حداکثر: ۲۰۰ mg/d | سرتالین | |
| در مورد اختلال اضطراب منتشر توصیه نمی‌شود. درمورد اختلال وسواسی-جبری از دوزهای بالاتر می‌توان استفاده کرد بعنوان مثال ۸۰ mg فلوکستین در روز | شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰-۶۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d | شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰-۶۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d | فلوکستین | |
| | شروع: ۱۰ mg/d در صورت عدم پاسخ تا ۴۰ mg/d افزایش دهید | شروع: ۱۰ mg/d طیف: ۲۰-۴۰ mg/d حداکثر: ۶۰ mg/d | سیتالوپرام | |
| | با مقادیر پایین شروع کنید و به آهستگی افزایش دهید | شروع: ۲۵ mg/d طیف: ۱۰۰-۳۰۰ mg/d (۲ دوز منقسم) | فلوکسامین | |
| در اختلال اضطراب منتشر استفاده می‌شود | شروع: ۵ mg/d BD طیف: ۱۵-۶۰ mg/d BD حداکثر: ۶۰ mg/d | شروع: ۷/۵ mg/d BD طیف: ۱۵-۶۰ mg/d BD حداکثر: ۶۰ mg/d | بوسپیرون | |
| | شروع: ۰/۲۵ mg BD در صورت نیاز به میزان ۰/۱۲۵ mg/d افزایش دهید | شروع: TDS mg/d ۰/۲۵ - ۰/۱۵ اختلال پانیک: طیف: ۰/۱۵ - ۶ mg/d اختلال اضطراب منتشر: طیف: ۰/۱۵ - ۴ mg/d | آپرازولام | |
| عمدتاً در اختلال هراس استفاده می‌شود. | مثل بزرگسالان با مقادیر پایین شروع کنید و بیمار را به دقت پایش نمایید | شروع: ۰/۲۵ mg/d TDS طیف: ۰/۱۵ - ۲ mg/d حداکثر: ۳ mg/d | کلونازپام | |
| عمدتاً در اختلال اضطراب منتشر استفاده می‌شود. | استفاده نشود | ۱۵-۱۰۰ mg/d (۳ تا ۴ دوز منقسم) | کلردیازپوکساید | |

خطاهای رایج مشاهده شده در نسخ

- دو SSRI باهم
- دو بنزودیازپین باهم
- دوز ضد افسردگی باهم
- دوز کمتر از محدوده موثر
- تداخلات دارویی
- استفاده از داروهای غیر معمول

گایدلاین

قرد را از نظر ابتلای همزمان به افسردگی متوسط تا شدید بررسی کنید

- علائم اصلی افسردگی: خلق افسرده، از دست دادن احساس لذت، کاهش انرژی
- سایر جنبه‌های افسردگی: عدم تمرکز، کاهش عزت و اعتماد به نفس، احساس گناه، بدبینی نسبت به آینده، افکار خودکشی، اختلال خواب و اشتها

آیا علائم افسردگی مشاهده می‌شود؟

بله

مخزون بر اقدام بر مبنای این نمودار به مشول افسردگی هم مراجعه کنید.

خیر

قرد را از نظر وجود جنبه‌های سایکوتیک بررسی کنید.

- گفتار گسسته و نامربوط
- حذیان ها
- توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی)
- گوشه گیری، بیقراری، رفتار درهم ریخته، کاتاتونیا
- باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش می‌شود.
- اختلال عملکرد

آیا شواهدی از سایکوز در قرد دیده می‌شود؟

بله

به مشول سایکوز/اختلال دوقطبی مراجعه کنید

خیر





تعلق فرد را به گروه‌های خاص بررسی کنید.

- زنان در دوران حاملگی و شیردهی
- کودکان و نوجوانان
- افراد دچار اختلال صمدی سوء مصرف مواد و الکل

آیا قره به گروه‌های خاص تعلق دارد؟

بله

ارجاع به روان‌پزشک

خیر

فرد را از نظر وجود بیماری‌های طبیی همراه یا مصرف داروها و مواد اضطراب‌آور بررسی کنید. (ANX2)

- اختلالات نورولوژیک: تویلامو، میگرن، سرخ، MS
- بیماری قلبی: عروقی، بیماری‌های تنفسی، آنمی
- اختلالات آندوکراین: بیماری‌های تیروئید، فتوکروموسیتوم
- اختلالات التهابی: SLE، آرتریت روماتوئید
- اختلالات گوارشی: IBS، زخم پپتیک
- سایر موارد: بدخیمی‌ها، عفونت‌های مزمن، اورمی
- داروها و مواد اضطراب‌آور مانند کافئین، مواد محرکه ترک مواد مخدر

آیا قره بیماری طبیی همراه دارد؟

خیر



بله

- اختلال اضطرابی و بیماری همراه را همزمان درمان کنید (درمان اختلال اضطرابی در ادامه ذکر شده است) و در مورد مصرف داروها و مواد اضطراب‌آور اقدام مورد نیاز را انجام دهید.
- پذیرش درمان برای بیماری طبیی همراه را پایش کنید. اختلال اضطرابی می‌تواند در پای‌بندی فرد به درمان بیماری طبیی اختلال ایجاد کند.



همه‌ی موارد زیر را بررسی کنید.

آیا فرد دچار حملات اضطرابی تکرار شونده است؟

- حملات شدید اضطرابی که تکرار شونده است و همراه با علائم جسمی و روان‌شناختی است.
- حملات به صورت خود به خود و بدون محرک بیرونی هم رخ می‌دهد.
- بیمار نگران بروز حملات مجدد است یا این حملات باعث اختلال در فعالیت‌های روزمره‌ی فرد شده است

آیا هر سه معیار فوق و جوه دارد؟

آیا فرد دچار اضطراب‌های طولانی مدت است؟

- نگرانی و اضطراب در مورد مسائل مختلف به مدت ۶ ماه یا بیشتر به گونه‌ای که در فعالیت‌های روزمره فرد اختلال ایجاد کرده باشد.
- وجود علائم جسمی و روانی مانند تپش قلب، بی‌قراری، تحریک پذیری، اختلال خواب، درد‌های عضلانی، لرزش

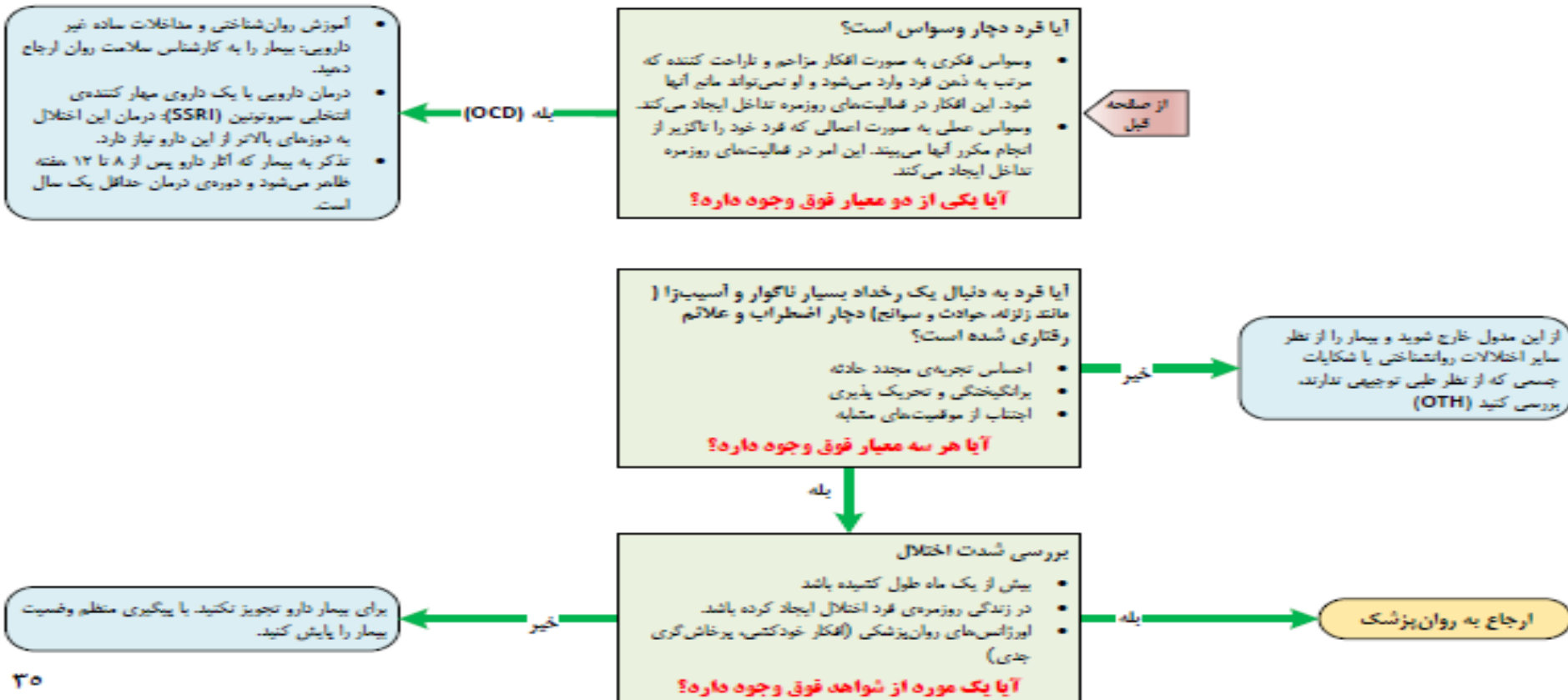
آیا هر دو معیار فوق و جوه دارد؟

پله (Panic)

پله (GAD)

- آموزش روان‌شناختی و مداخلات ساده غیر دارویی: بیمار را به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.
- درمان دارویی با یک داروی مهار کننده‌ی انتخابی سروتونین (SSRI)
- تجویز بنزودیازپین به صورت کوتاه مدت
- تذکر به بیمار که آثار دارو پس از دو تا سه هفته ظاهر می‌شود و دوره‌ی درمان حداقل یک سال است.





موارد زیر را بررسی کنید.

- پیدایش علائم افسردگی را در بیمار بررسی کنید.
- علائم اصلی افسردگی: خلق افسرده، از دست دادن احساس لذت، کاهش انرژی
 - سایر جنبه‌های افسردگی: عدم تمرکز، کاهش عزت و اعتماد به نفس، احساس گناه، بدبینی نسبت به آینده، افکار خودکشی، اختلال خواب و اشتها

آیا علائم افسردگی مشاهده می‌شود؟

خیر

بله

افزون بر اقدام بر مبنای این نمودار به جدول افسردگی هم مراجعه کنید.

- پیدایش جنبه‌های سایکوتیک را در بیمار بررسی کنید.
- گفتار گسسته و نامربوط
 - حذیان ها
 - توهمات (شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی)
 - گوشه گیری، بیقراری، رفتار درهم ریخته، کاتاتونیا
 - باور به این موضوع که افکار در ذهن آنها گذاشته شده یا افکار آنها پخش میشود.
 - اختلال عملکرد

آیا شواهدی از سایکوز در فرد دیده می‌شود؟

خیر

بله

به جدول سایکوز/اختلال دو قطبی مراجعه کنید

بیمار در مرحله بعد



آیا شرکت در جلسات آموزشی به بیمار توصیه شده بود؟

بله

در صورتی که بیمار در جلسات آموزش شرکت نکرده است، دلیل آن را جویا شوید و او را برای شرکت در جلسات متقاعد کنید.

خیر

بیمار را با توجه به مصرف دارو و پاسخ به درمان ارزیابی کنید.

- مصرف منظم دارو
- پیدایش عوارض دارویی
- میزان بهبود علائم

به کمک جدول صفحه‌ی بعد اقدام مناسب را انجام دهید.



اختلال اضطراب

نمودار ارزیابی و اقدام: ادامه‌ی درمان

ANX 1.2

| پاسخ نداده است | | پاسخ داده است | | پاسخ به درمان | پای بندی به مصرف نامنظم دارو |
|--|---|--|---|---------------|------------------------------|
| عوارض دارد | عوارض ندارد | عوارض دارد | عوارض ندارد | عوارض دارویی | |
| <ul style="list-style-type: none"> امکان تغییر دارو را بررسی کنید. در صورتی که امکان تغییر دارو وجود ندارد، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع کنید. | <ul style="list-style-type: none"> بیماری‌های همزمان طبعی که اضطراب را ایجاد یا تشدید می‌کند، در صورت وجود، درمان کنید. به بیماران مسن برای مشاهده‌ی پاسخ فرصت بدهید. امکان افزایش دوز دارو یا تغییر آن را بررسی کنید. در صورتی که افزایش دوز/ تغییر دارو امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع دهید. | <ul style="list-style-type: none"> اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، در صورت امکان، دوز دارویی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) | <ul style="list-style-type: none"> اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، درمان را ادامه دهید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) در ۶ ماه اول هر یک ماه و پس از آن در فواصل بیشتر، ترجیحاً دو ماه یک بار، بیمار را ویزیت کنید. | پای بند است | |
| <ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. ممکن است پای بند نبودن به درمان به علت عوارض دارویی باشد و با کاهش دوز دارو و/ یا درمان عوارض بیمار به درمان پای بند و علائم او کنترل شود. در صورت کاهش دوز دارو، پس از یک ماه بیمار را ویزیت کنید. اگر مصرف پای بند نبودن ناشی از عوارض دارو است و نمی‌توان دوز آن را کاهش داد، تویض دارو را در نظر بگیرید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. | <ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. اگر کنترل نبودن بیمار صرفاً با مصرف نامنظم قابل توجه نیست، امکان افزایش دوز دارو را بررسی کنید. اگر کنترل نبودن با مصرف نامنظم قابل توجه نیست و دوز دارو را هم نمی‌توان افزایش داد، تویض دارو را در نظر بگیرید. بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. | <ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. اگر دوره‌ی درمان تمام نشده است، در صورت امکان، دوز دارویی بیمار را کاهش دهید و/ یا عوارض را درمان کنید و بیمار را پس از یک ماه ویزیت کنید. ✓ در صورتی که کاهش دوز امکان پذیر نیست، امکان تغییر آن را بررسی کنید. ✓ در صورتی که دو اقدام فوق امکان پذیر نیست، بیمار را به متخصص ارجاع کنید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) | <ul style="list-style-type: none"> مطل مصرف نامنظم دارو را بررسی و برای رفع آن تلاش کنید. اگر دوره‌ی درمان کامل شده است، دوز دارو را به قصد قطع درمان کاهش دهید (ANX6) بیمار را یک ماه دیگر ویزیت کنید. | پای بند نیست | |

خودکشی و آسیب به خود

بر اساس «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان»
ویژه پزشکان عمومی

تعریف

خودکشی: خود را آگاهانه و عامدانه کشتن است.

آسیب به خود اصطلاحی وسیع تر است که در برگیرنده صدمه زدن به خود از طریق مسموم کردن یا ضرب و جرح است که ممکن است پی آمد مرگ را همراه داشته یا نداشته باشد.

چه کسی را باید از نظر خودکشی ارزیابی کرد؟

هر فرد بالای ۱۰ سال با هر یک از شرایط زیر باید در مورد افکار یا طرح و نقشه برای آسیب به خود، طی یک ماه گذشته، یا اقدام به آسیب به خود، طی یک سال گذشته، مورد سؤال قرار گیرد:

- هر یک از اختلالات مهم روان پزشکی که در نمودار مادر این راهنما مشخص شده اند.
- درد مزمن
- دیسترس حاد روان شناختی

اقدام

افکار، طرح و نقشه و اقدام به آسیب به خود را در ارزیابی اولیه، و پس از آن به صورت منظم، در صورت نیاز، بررسی کنید. وضعیت و دیسترس روان شناختی فرد را مورد توجه ویژه قرار دهید.

عوامل خطر خودکشی

■ **جنسیت:** خودکشی موفق در مردان ۳ برابر زنان است. اقدام به خودکشی در زنان ۴ برابر مردان است. در بعضی مناطق ایران خودکشی موفق در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است.

■ **سن:** در افراد مسن خودکشی کمتر ولی موفق تر است. خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال است.

■ **بیکاری:** داشتن شغل خطر خودکشی را کمتر می کند، هر چند بعضی مشاغل در خطر بیشترند.

■ **تأهل:** افراد مجرد بیوه یا جدانشده در خطر بیشتری هستند. در ایران در بعضی مناطق خودکشی در جمعیت متاهل بیشتر گزارش شده است.

■ **بیماری های جسمی**

■ **طبقه اقتصادی اجتماعی**

عوامل خطر خودکشی

- اقدام قبلی به خودکشی: مهمترین عامل خطر خودکشی سابقه اقدام قبلی است.
- افسردگی: طولانی بودن یا شدید بودن دوره افسردگی کنونی
- سابقه بستری روانپزشکی
- فقدان یا جدایی اخیر
- خشونت و پرخاشگری
- بی قراری و اضطراب شدید

عوامل خطر خودکشی

• سلامت روانی

✓ اختلالات مهم روانپزشکی در خودکشی:

(۱) افسردگی (۲) سوءمصرف مواد

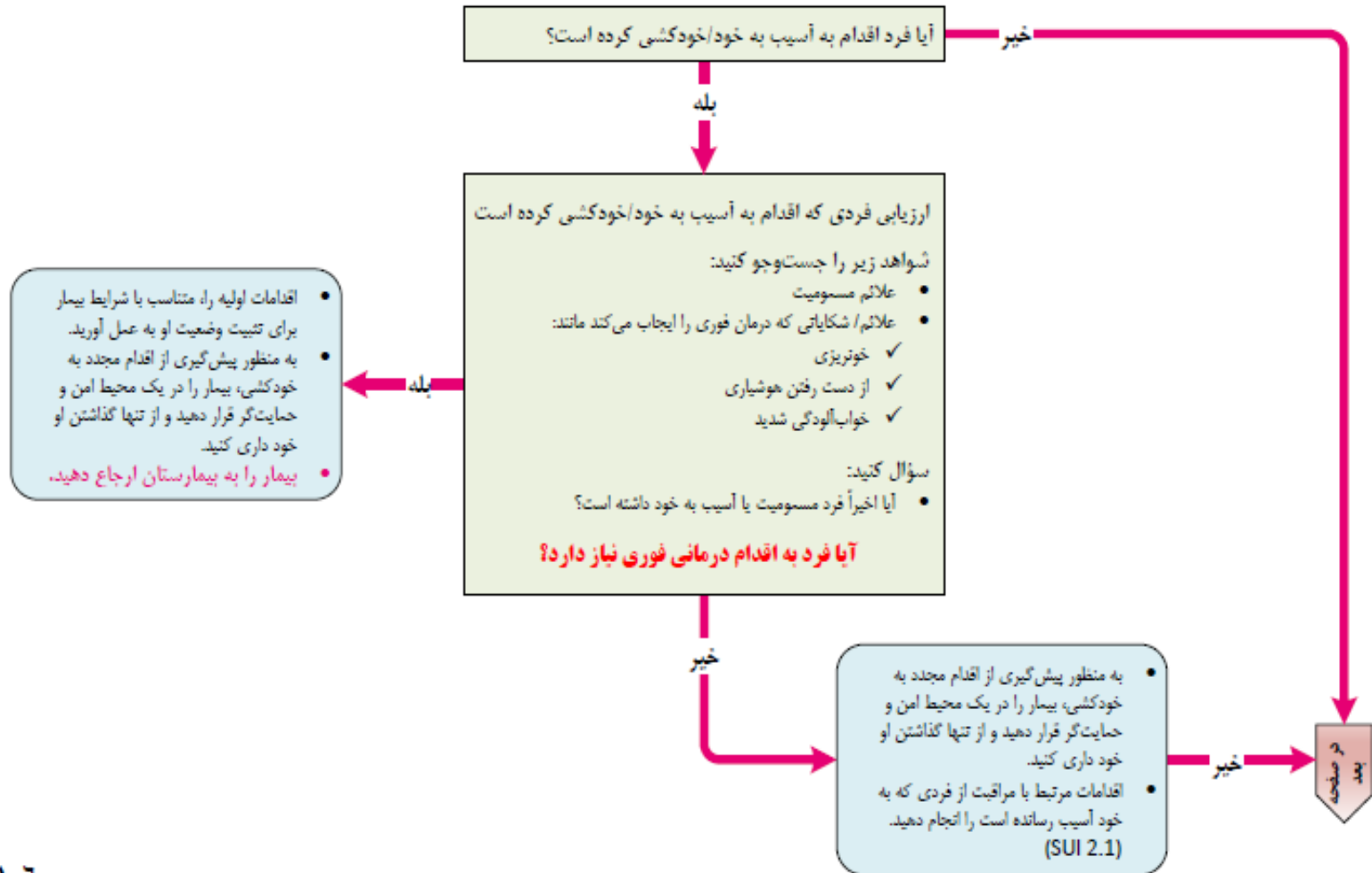
۹۵٪ کسانی که خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته اند، یک اختلال روانپزشکی دارند.

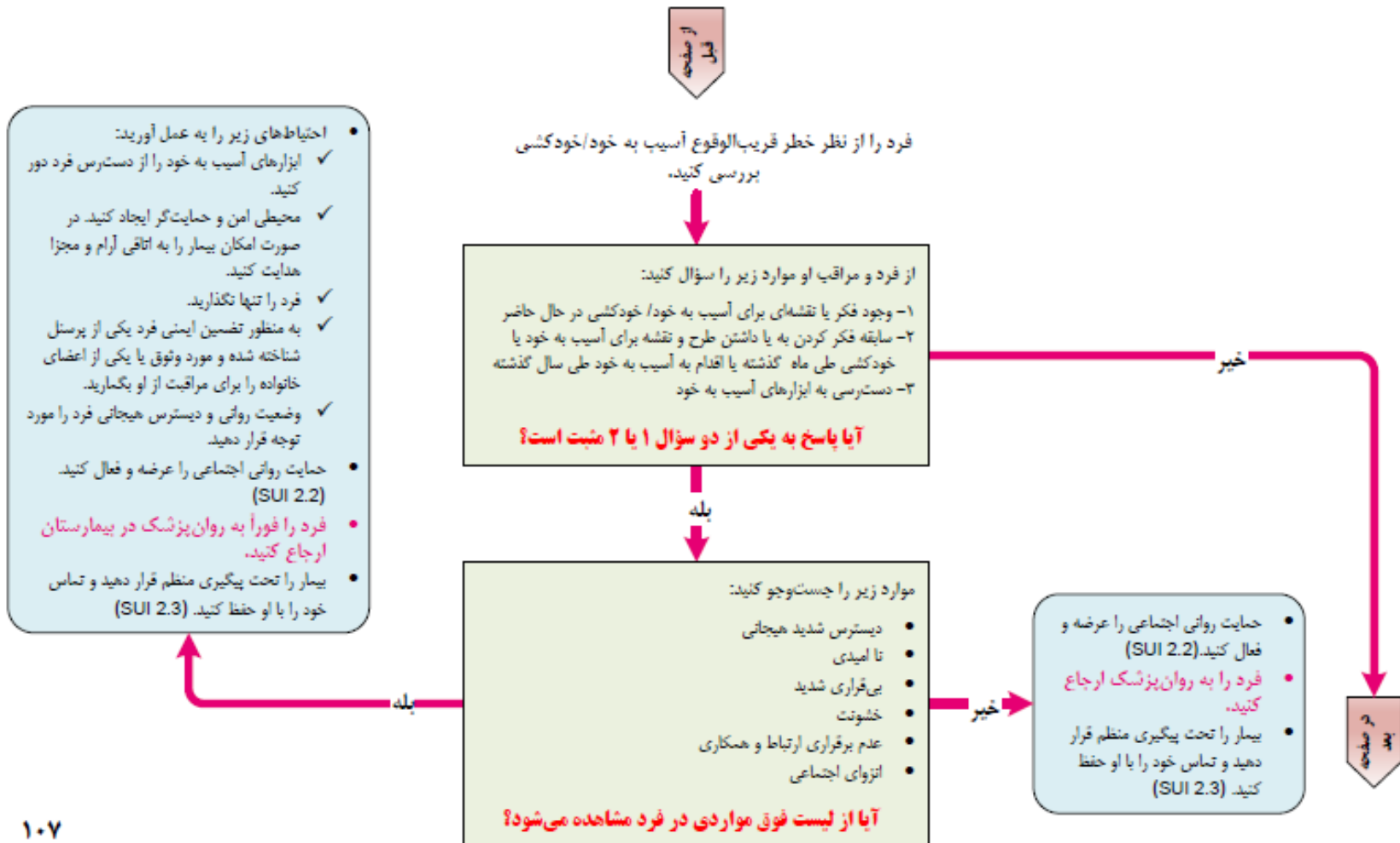
افسردگی ۶۰ تا ۷۰ درصد این موارد را شامل می شود.

پرسش در مورد خودکشی باعث افزایش خطر خودکشی نمی
شود. در مورد خودکشی باید مستقیماً سوال کنید.

درمان

اکثر موارد خودکشی در بیماران روانپزشکی قابل پیشگیری است.







بررسی ابتدای فرد به یک اختلال روان‌پزشکی، عصبی، یا سوء مصرف مواد

- افسردگی
- سوء مصرف مواد یا الکل
- اختلال دوقطبی
- سایکوز
- صرع
- اختلالات رفتاری

آیا فرد به مواردی از این اختلالات مبتلاست؟

بله

بر مبنای مدل مربوطه فرد را بررسی و اقدام مورد نیاز را انجام دهید.

آیا بیمار درد مزمن دارد؟

بله

- درد بیمار و بیماری زمینه مولد آن را مورد بررسی و اقدام مقتضی قرار دهید.
- در صورت نیاز و امکان بیمار را به متخصص / مرکز تخصصی مربوطه ارجاع دهید.

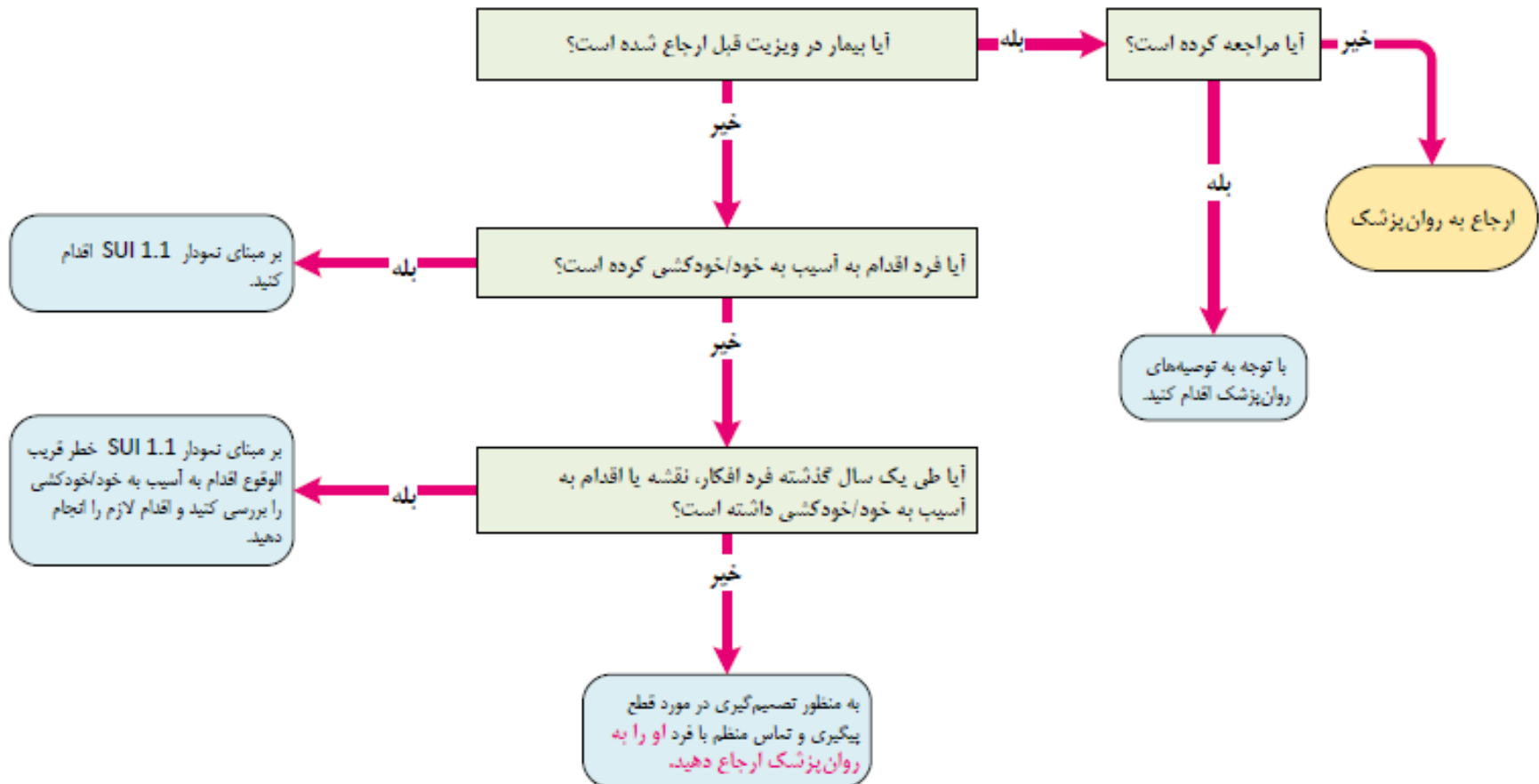
سایر نشانه‌های روان‌شناختی که نیازمند درمان است

- مشکل در انجام کارهای روزمره، تحصیل، کارخانه یا فعالیت‌های اجتماعی
- دیسترس قابل توجه یا تکراراً طلب کمک کردن
- خود درمانی مکرر برای نشانه‌های روان‌شناختی یا تظاهرات جسمی بدون توجیه

آیا فرد تظاهرات شدید هیجانی نیازمند درمان دارد؟

بله

به مدل "سایر شکایات هیجانی شایان توجه یا بدون توجیه طبی" مراجعه کنید. (OTH)



سایر موارد مهم در مراقبت و درمان خودکشی

- مراقبت های لازم برای فردی که افکار خودکشی دارد یا اقدام کرده است.
- فعال کردن حمایت روانی اجتماعی
- ارجاع به روانپزشک و حفظ تماس منظم و پیگیری

مراقبت های لازم برای فردی که افکار خودکشی دارد یا اقدام کرده است.

- ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد خراج کنید.
- فرد را به روانپزشک ارجاع کنید.
- خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس در جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او بسیج کنید.
- حریم بیمار را رعایت کنید و به دیسترس هیجانی که همراه آسیب به خود وجود دارد حساس باشید.

مراقبت های لازم برای فردی که افکار خودکشی دارد یا اقدام کرده است.

- در صورت نیاز از خانواده و همراهان حمایت هیجانی به عمل آورید.
- تداوم مراقبت را تضمین کنید. اگر برای حل مسایل طبی و جراحی بیمار ناگزیر از بستری کردن او در یک بیمارستان عمومی هستید، برای جلوگیری از آسیب رسانی مجدد به خود، فرد را از نزدیک تحت مراقبت قرار دهید.
- در صورت تجویز دارو از داروهایی استفاده کنید که در صورت مصرف بیش از حد کمترین خطر را برای فرد ایجاد کند و دارو را برای دوره های کوتاه نسخه کنید.

فعال کردن حمایت روانی اجتماعی

- حمایت روانی اجتماعی را عرضه کنید:
 - فرد را در معرض حمایت قرار دهید.
 - به دنبال دلایل و راه‌هایی برای زنده ماندن بگردید.
 - با صحبت در مورد این که مسایل آنها قبلاً چگونه حل شده است، قابلیت‌های مثبت فرد را مورد تمرکز و تاکید قرار دهید.
 - «حل مساله درمانی» را برای افرادی که طی یک سال گذشته به خود آسیب رسانده‌اند در نظر بگیرید.

فعال کردن حمایت روانی اجتماعی

■ حمایت روانی اجتماعی را فعال کنید:

- خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس در جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او بسیج کنید.

- به فرد و خانواده و همراهان توصیه کنید مادامی که او افکار و نقشه هایی برای آسیب به خود دارد دسترسی اش به ابزارهای آسیب به خود را محدود کنند.

- از حمایتی که از منابع اجتماعی می توان کسب کرد بیشترین بهره را ببرید. اهم منابع عبارتند از: اقوام، دوستان، آشنایان، همکاران، روحانیان، نهاد های رسمی نظیر مراکز سلامت روان

فعال کردن حمایت روانی - اجتماعی

■ حمایت روانی اجتماعی را فعال کنید:

- همراهان و سایر اعضای خانواده را بر این نکته واقف کنید که سوال در مورد خودکشی اغلب اضطرابی را که پیرامون احساس فرد شکل گرفته است کاهش می دهد.

- خانواده و همراهان اغلب استرس شدیدی را تجربه می کند. در صورت نیاز آنها مورد حمایت قرار دهید.

- به خانواده و همراهان گوشزد کنید گرچه ممکن است نسبت به فرد احساس یاس و سرخوردگی داشته باشند ولی از انتقاد شدید و مخالفت با فردی که در معرض آسیب به خود است اجتناب کنند.

پی گیری و حفظ تماس منظم

- تماس منظم خود را با فرد حفظ کنید (از طریق تلفن، ویزیت در منزل، نامه و ...). این تماس ها در ابتدا باید بیشتر باشد (برای مثال هر هفته طی دو ماه اول) و سپس با بهبودی فرد از آن کاسته شود (هر دو تا چهار هفته یک بار). در صورت نیاز تماس ها را به تعداد بیشتر و برای مدت طولانی تری حفظ کنید.
- به پیگیری مادامی که خطر خودکشی وجود دارد ادامه دهید. در هر تماس افکار و نقشه های خودکشی را بررسی کنید. اگر خطر فوری است، بر اساس نمودار خطر قریب الوقوع آسیب به خود/خودکشی اقدام کنید.

پیشگیری از خودکشی

- محدود کردن دسترسی به ابزارهای آسیب به خود نظیر سموم دفع آفات نباتی، سلاح گرم و نقاط مرتفع.
- رسانه ها را ترغیب کنید که روشهای مسوولانه ای را در مورد گزارش موارد خودکشی اتخاذ کنند.

خلاصه روند شناسایی و اقدام و پیگیری

اقدامات زیر توسط پزشک انجام می شود :

۱- اخذ شرح حال روانپزشکی

۲- ارزیابی خطر خودکشی و تصمیم گیری براساس میزان خطر

۱-۲- مستقیماً درباره فکریانقشه آسیب رساندن به خود سوال کنید

۲-۲- سابقه فکریابرنامه آسیب رساندن به خود راطی ماه گذشته و اقدام به خودکشی رادر سال گذشته بررسی کنید

۳-۲- میزان دسترسی به ابزارهای خودکشی را بررسی کنید

اگر پاسخ به سوال ۱-۲ یا ۲-۲ مثبت بود موارد زیر را بررسی کنید:

ناامیدی، آشفتگی هیجانی، انزوای اجتماعی، بیقراری شدید، خشونت، ناامیدی، عدم برقراری ارتباط و ...

در صورت نداشتن موارد فوق: خطر پایین

۱- حمایت روانی اجتماعی رافعال کنید

۲- فرد را به روانپزشک و روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید

۳- بیمار را تحت پیگیری منظم قرار دهید

۴- به دیگر افراد برای محدود کردن دسترسی به ابزار آسیب به خود سفارش کنید.

در صورت مشاهده هریک از موارد فوق: خطر بالا

- ۱- فرد را به بیمارستان ارجاع دهید
- ۲- بیمار را پی گیری کنید
- ۳- ابزارهای آسیب به خود را از دسترس فرد خارج کنید
- ۴- بیمار را تنها نگذارید و محیط آرام و امنی را فراهم کنید و از بیمار توسط پرسنل مورد اطمینان یا اعضای خانواده مراقبت کنید
- ۵- به وضعیت هیجانی فرد توجه کنید
- ۶- حمایت روانی-اجتماعی را عرضه و فعال کنید:
عرضه حمایت اجتماعی:
-از فرد حمایت کنید
-به دنبال دلایلی برای زنده بودن باشید
-روی توانایی فرد برای حل مسایل گذشته و قابلیت های فرد تمرکز کنید
-درمان حل مساله را برای افرادی که طی سال گذشته به خود آسیب زده اند مدنظر بگیرید
فعال نمودن حمایت اجتماعی:
- شبکه اجتماعی و منابع موجود در جامعه را برای حمایت از فرد بسیج کنید

- اطرافیان بیماررانیز مورد حمایت روانی قرار دهید
- به اطرافیان بیمار گوشزد کنید که بیمار دارای احساس یاس و سرخوردگی ست و از انتقاد شدید و مخالفت باوی بپرهیزند واینکه صحبت درباره خودکشی می تواند اضطراب فرد را کاهش دهد
- در صورتی که پاسخ به سوالات ۱-۲ و ۲-۲ منفی بود اقدامات زیر را انجام دهید :
- احتمال ابتلای فرد را به یکی از اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی، اضطراب، دوقطبی، اختلال مواد، صرع، اختلالات رفتاری و... بررسی کنید
- در صورت ابتلا درمان و مراقبت و پی گیری براساس دستورالعمل مربوطه را انجام دهید
- آیا بیمار درد مزمن دارد؟ بررسی کنید و در صورت نیاز ارجاع دهید....
- سایر نشانه های روانشناختی قابل بررسی:
- مشکل در انجام وظایف روزمره-دیسترس قابل توجه و کرارا طلب کمک کردن
- خوددرمانی مکرر برای نشانه های روانشناختی با تظاهرات جسمی بدون توجیه
- ۳- مستندسازی همه اقدامات و بایگانی در پوشه مناسب
- ۴- ارجاع به روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت برای انجام مداخلات روانشناختی

تصمیم‌گیری توسط پزشک براساس سطح خطر :

خطر بالا:

1. بیمار همراه دارد و همکاری دارد: ارجاع به اورژانس یک بیمارستان ترجیحا دارای روانپزشک، ارجاع به کارشناس سلامت روان نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت و تمامی اقدامات مستندسازی می شود...
2. بیمار همراه دارد و لی همکاری لازم را ندارد: اطلاع رسانی درباره خطر بالای خودکشی بیمار به همراه وی ... در صورتیکه بیمار و همراه تمایلی به رفتن به بیمارستان ندارند، مستندسازی توسط پزشک (اخذ امضا و...)
3. بیمار همراه ندارد: تماس پزشک با اعضای خانواده (ترجیحا اعضای درجه ۱) و آگاه سازی آنها درباره خطر بالای خودکشی و تقاضای از آنها برای اعزام بیمار به اورژانس
4. در صورت حضور و همکاری همراه: ارجاع بیمار با نامه ارجاع به اورژانس، ارجاع به کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت و مستندسازی تمام اقدامات
5. در صورت حضور همراه و عدم همکاری او: اطلاع رسانی در خصوص خطر بالای خودکشی به همراه و در صورت تداوم عدم رضایت، مستندسازی
6. در صورت عدم حضور همراه: تماس با اورژانس و اعزام بیمار همراه بابرگه ارجاع، ارجاع به کارشناس سلامت روان نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت و مستندسازی توسط پزشک

خطر پایین:

1. اخذ شرح حال روانپزشکی توسط پزشک
2. آغاز دارودرمانی براساس تشخیص افتراقی
3. ارجاع به روانشناس برای انجام مداخلات روانشناختی و پی گیری
4. در صورت عدم بهبودی:ارجاع به روانپزشک با برگه ارجاع و مستندسازی

آدرس مراکز خدمات جامع سلامت دارای کارشناس سلامت روان برای ارجاع

مرکز بهداشت غرب تهران

منطقه ۱۸

| نام مرکز | آدرس | تلفن |
|---|--|----------------------|
| مرکز خدمات جامع سلامت یافت آباد | میدان معلم ، میدان الغدير ، خیابان شهید زندیه خ شهید مصطفی هاشمی - جنب بانک صادرات | ۶۶۸۰۱۶۱۶ - ۶۶۸۱۳۰۷۶ |
| مرکز خدمات جامع سلامت شادآباد | شادآباد - خیابان انصاری ک نارون - حسینیه شهدا طبقه سوم) | ۶۶۷۹۱۰۱۰ ۶۶۷۹۱۰۱۱ |
| مرکز خدمات جامع سلامت سینا | خیابان خلیج فارس ، خیابن بهشتی ، نبش کوچه بن بست مهر پ ۱۲ طبقه اول | ۶۶۲۶۴۱۵۲ |
| مرکز خدمات جامع سلامت نعمت آباد (صادقیه) | جاده ساوه خیابان شهید پولاد ، نبش بانک ملی ، شهرک صادقیه | ۵۵۸۸۴۱۶۱ - ۵۵۸۲۳۰۵۵ |

| | | |
|---|---|--|
| <p>۶۶۲۲۴۷۵۵</p> <p>۶۶۲۹۸۹۵۴</p> <p>۶۶۲۰۲۹۹۹-۶۶۳۱۲۰۶۰</p> <p>۶۶۲۰۲۹۹۷-۶۶۲۰۲۹۹۸</p> <p>۶۶۲۰۲۹۹۶</p> | <p>شهرک ولیعصر ، خیابان شهید برادران بهرامی ، روبروی بانک صادرات</p> | <p>مرکز خدمات جامع سلامت ولیعصر(عج)</p> |
| <p>۶۶۲۴۴۱۲۲۵ - ۶۶۲۲۴۶۶۸</p> | <p>شهرک صاحب الزمان خیابان شهید رضایی ، ساختمان زینبیه پلاک ۵</p> | <p>مرکز خدمات جامع سلامت صاحب الزمان</p> |
| <p>۶۵۸۳۱۳۰۱</p> | <p>۴۵متری زرنده خیابان شهید برادران اسماعیلی کوچه شهید لشگری پلاک ۱</p> | <p>مرکز خدمات جامع سلامت فردوس</p> |

منطقه ۲۱

| تلفن | آدرس | نام مرکز |
|----------------------|--|---|
| ۴۴۵۲۵۳۴۳ ۴۴۵۳۲۱۶۲ | تهرانسر خیابان نیلوفر غربی خیابان دستغیب روبروی تره بار | مرکز خدمات جامع سلامت تهرانسر |
| ۴۴۵۳۰۶۰۹ ۴۴۵۳۰۶۰۰ | شهرک آزادی میدان شهرک | مرکز خدمات جامع سلامت شهرک آزادی |
| ۴۴۹۸۱۵۷۰ | کیلومتر ۱۹ جاده مخصوص ، خیابان منبع آب یا شهید حسن یزدی | مرکز بهداشت غرب تهران مرکز خدمات جامع سلامت ورد آورد |

منطقه ۲۲

| تلفن | آدرس | نام مرکز |
|----------|---|---------------------------------------|
| ۴۴۷۵۹۰۰۰ | بلوار دهکده المپیک جنب سینما دهکده | مرکز خدمات جامع سلامت المپیک |
| ۴۴۹۲۵۰۴۹ | شهرک راه آهن بلوار هاشم زاده - خ اقاقیا - خ اقاقایای غربی - ساختمان پزشکان اقاقیا | مرکز خدمات جامع سلامت شهرک راه آهن |
| ۴۴۱۴۶۵۳۳ | میدان المپیک، شهرک صدرا کوچه شهید نیایی | مرکز خدمات جامع سلامت شهرک چشمه |

منطقه ۹

| تلفن | آدرس | نام مرکز |
|----------|--|----------------------------------|
| ۶۶۰۲۳۰۴۲ | خیابان استاد معین خ دستغیب غربی | مرکز خدمات جامع سلامت والفجر |
| ۶۶۶۹۸۳۸۴ | خیابان قزوین ، خیابان ۱۶ متری امیری ، خیابان جرجانی | مرکز خدمات جامع سلامت تقی نیا |