

فوریت‌های روان‌پزشکی

بر اساس DSM-5-TR

تألیف

دکتر فرهاد شاملو

متخصص روان‌پزشکی و استادیار دانشگاه



کتاب ارجمند

فهرست مطالب

بخش اول: فوریت روان پزشکی چیست؟..... ۷

- فصل ۱ کلیات..... ۹
- فصل ۲ مراجعان به بخش فوریت..... ۱۱
- فصل ۳ ویژگی‌های بخش فوریت..... ۱۵
- فصل ۴ برقراری رابطه با بیمار..... ۱۹
- فصل ۵ تشخیص در بخش فوریت..... ۲۵
- فصل ۶ ارزیابی ثانویه و اقدامات بعدی..... ۳۵
- فصل ۷ جنبه‌های قانونی..... ۴۱

بخش دوم: رفتار تهاجمی و خشونت (Violence)..... ۵۷

- فصل ۸ کلیات..... ۵۹
- فصل ۹ اصول مراقبت‌های ایمنی..... ۶۱
- فصل ۱۰ علل تحریک‌پذیری..... ۷۱
- فصل ۱۱ مهار فیزیکی (Physical Restraint)..... ۷۷
- فصل ۱۲ استفاده از دارو برای آرام‌سازی سریع..... ۸۳

بخش سوم: خودکشی..... ۹۱

- فصل ۱۳ فکر و اقدام به خودکشی..... ۹۳
- فصل ۱۴ عوامل زمینه‌ساز خودکشی..... ۹۷
- فصل ۱۵ ارزیابی خطر خودکشی..... ۱۰۳
- فصل ۱۶ مصاحبه..... ۱۰۹
- فصل ۱۷ اقدامات درمانی و پیش‌گیرانه..... ۱۱۳
- فصل ۱۸ خودکشی در بیمارستان..... ۱۲۳

بخش چهارم: فوریت‌های مربوط به مصرف داروها و مواد..... ۱۲۷

- فصل ۱۹ عوارض فوریتی داروها..... ۱۲۹
- فصل ۲۰ فوریت‌های مربوط به مصرف مواد..... ۱۶۳

۱۸۳	بخش پنجم: سایر فوریت‌های روان‌پزشکی
۱۸۵	فصل ۲۱ سایر فوریت‌ها
۲۴۵	فصل ۲۲ فوریت‌های روان‌پزشکی در کودکان
۲۷۰	نمایه

بخش اول

فوریت روان‌پزشکی چیست؟

فصل ۱ کلیات

فوریت روان‌پزشکی به هرگونه اختلال در رفتار، عواطف یا تفکر گفته می‌شود که نیاز به دخالت درمانی و مراقبتی فوری داشته و در صورتی که به سرعت مورد توجه قرار نگیرد، ممکن است منجر به آسیب به خود بیمار یا سایرین گردد (تخریب جدی اموال عمومی و شخصی نیز مورد نظر است زیرا کسی که در اثر اختلال روانی آمادگی آسیب به اموال را دارد، جدا از پیامدهای اعمال مخرب خود، امکان آسیب به افراد را هم دارد). اختلال کلامی شدید را نیز می‌توان در این مجموعه جای دارد چرا که توانایی همراهی با رفتار آسیب‌زننده را داشته و یا نشانگر قضاوت مختل می‌باشد.

جدا از اقدامات مواجهه‌ای در هنگام وقوع رفتارهای مزبور و جلوگیری از آثار مخرب آن‌ها، پیش‌بینی و پیشگیری و حدس قریب‌الوقوع بودن بروز یک فوریت روان‌پزشکی، اهمیت فراوان دارد و دست‌اندرکاران بالینی و همراهان و اطرافیان فرد موردنظر باید آمادگی تشخیص موقعیت فوریتی و احتمال وقوع و اقدامات معقول و مناسب را داشته باشند.

اقدام به موقع و مناسب در موارد فوریت روان‌پزشکی که به شکلی عملی در اوایل قرن بیستم و طی جنگ روس و ژاپن در موقعیت‌های جنگی، ساختاربنندی و اعمال شد، به وضوح مشخص کرد که سرعت عمل و اقدام مناسب درمانی در شرایط فوریتی روان‌پزشکی تا حد بسیار زیادی از پیشرفت، مزمن شدن و آثار تخریبی فوری و آتی این وضعیت خواهد کاست و از بستری شدن‌های بعدی جلوگیری می‌کند. توجه به فوریت روان‌پزشکی و شناخت و قبول آن به عنوان یک زیرشاخه تخصصی روان‌پزشکی، نشان‌گر اهمیتی است که روان‌پزشکی معاصر به این حوزه مهم می‌دهد و اقدامات فوریتی روان‌پزشکی اکنون به عنوان یکی از جدی‌ترین شکل مداخله در بحران پذیرفته شده است.

بنا به دایلی متعدد، تعداد مراجعان به واحد فوریت رو به افزایش است. از جمله این دلایل، افزایش مصرف و فراگیر شدن اختلالات مربوط به مواد و الکل و اختلالات رفتاری ناشی از استفاده و ترک آن‌ها، احتمالاً افزایش میزان بروز خشونت و تهاجم و تحریک‌پذیری به شکل فردی در جامعه، بالارفتن آگاهی و اهمیت دادن به نقش بیماری‌های طبی در تغییر وضعیت روانی، شناخت بیشتر مردم در مورد اختلالات روانی و در دسترس قرارگرفتن مراکز فوریتی روان‌پزشکی به شکل گسترده‌تر می‌باشد.

تمرکز فوریت روان‌پزشکی از حوزه بالینی مراکز فوری بیمارستانی فراتر رفته و به داخل جامعه و تحت پوشش قراردادن بدرفتاری با بچه‌ها و همسر و سالمندان و همچنین عوارض سوءمصرف مواد و مواردی دیگر، گسترش یافته است. بی‌خانمانی، سالمندی و بررسی صلاحیت‌ها هم در این گستره مورد بررسی قرار می‌گیرند.

فوریت‌های روان‌پزشکی معمولاً در زمینه بیماری‌های روانی ایجاد می‌شوند ولی ممکن است نتیجه یک بیماری جسمی (مثل عفونت مغزی یا اختلالات متابولیک) یا ناشی از تأثیرات منفی دارو و یا مسمومیت یا قطع ناگهانی مواد هم باشند. طیف وسیعی از مشکلات زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی ممکن است خود را به صورت یک فوریت روان‌پزشکی ظاهر کنند.

گاهی نیز ممکن است فردی که سابقه یا زمینه‌ای از بیماری روانی نداشته، در مواجهه با یک بحران عاطفی یا آسیب‌های شدید، قادر به واکنش مناسب نباشد و به‌طور موقت دچار علائم حاد و شدید روانی گردد. در چنین مواردی نیز دخالت فوریتی روان‌پزشکی لازم می‌شود.

یک فوریت روان‌پزشکی ممکن است در منزل، محل کار، خیابان، در درمانگاه سرپایی و یا در جبهه جنگ یا مناطق زلزله و سیل زده و یا حتی در بخش‌های داخلی، جراحی، زنان و زایمان، عفونی و غیره و همینطور در بخش بستری غیرفوریتی روان‌پزشکی در بیماری که ظاهراً آرام بوده، به وقوع بپیوندد. یک بیمار در هر یک از موقعیت‌های ذکر شده احتمال دارد دچار تحریک‌پذیری، اقدام به خودکشی، رفتار غیرعادی یا سایر فوریت‌های روان‌پزشکی گردد. درمانگر ممکن است خود مستقیماً در محل حاضر باشد یا بیمار را از آن موقعیت آسیب‌زا به بخش فوریت آورده باشند.

بخش فوریت روان‌پزشکی نیز مثل بخش‌های فوریت‌های جسمی (داخلی، جراحی، زنان، اطفال و غیره) برای رسیدگی به بیماران و اقدام به عمل فوری ضرورت وجودی دارد. خدمات فوریت روان‌پزشکی در سال‌های اخیر در سراسر جهان گسترش یافته و شامل یک تا سه روز مراقبت و بررسی بیمار است. قابل ذکر می‌باشد که در حال حاضر در بعضی مراکز، واحد فوریت جدا از بخش روان‌پزشکی عمومی وجود ندارد و قسمتی یا اتاقی در داخل بخش روان‌پزشکی جهت رسیدگی به بیماران فوریتی به کار گرفته می‌شود که البته محدودیت‌ها در چنین شرایطی کار را بسیار مشکل‌تر می‌سازد.

چنان که گفته شد، مداخله‌های فوریتی سبب جلوگیری از آسیب به بیمار و دیگران می‌شود. این مداخلات اگر به موقع صورت پذیرند، می‌توانند از ایجاد بیماری روان‌پزشکی در آینده تا حدی جلوگیری کنند. در بعضی فوریت‌ها (حوادث جنگی، سوانح مثل زلزله و غیره) اقدامات مداخله‌ای و درمانی هرچه سریع‌تر انجام شود، تأثیر و پیش‌آگهی بهتری وجود خواهد داشت. تشخیص و درمان هرچه سریع‌تر انجام شود، عوارض کمتری هم در آینده بر فرد باقی خواهد ماند. این امر میزان بستری‌های بعدی را کاهش می‌دهد و از بستری طولانی‌تر جلوگیری می‌کنند و در نتیجه موجب کاهش هزینه‌ها هم می‌گردد و در عین حال، عوارض بعدی بیماری را نیز کم می‌کند.^۱

لازم به ذکر است بخش فوریت روان‌پزشکی اطفال و نوجوانان کم‌سن و سال ویژگی‌های خاص خود را دارد که در فصلی جداگانه به آن پرداخته می‌شود.

نکات مهم

- ۱- وجود واحد فوریت روان‌پزشکی همچون سایر واحدهای فوریتی (داخلی، جراحی، زنان و زایمان و غیره) برای رسیدگی به مسائل حادث روان‌پزشکی ضروری است.
- ۲- در صورت فقدان امکانات، وظایف مربوط به بخش فوریت روان‌پزشکی در درمانگاه سرپایی، بخش روان‌پزشکی عمومی و گاه در بخش فوریت بیمارستان عمومی صورت می‌پذیرد.
- ۳- بنا به دلایلی چند، تعداد مراجعان به واحد فوریت روان‌پزشکی رو به افزایش است.
- ۴- حوزه فعالیت بخش فوریت روان‌پزشکی از محدوده بیمارستانی بیرون رفته و بدرفتاری با همسر و بچه‌ها و عوارض سوءمصرف مواد و رسیدگی به بی‌خانمان‌ها را هم دربر می‌گیرد.

۱. البته بعضی تحقیقات، این امر را ثابت نکرده‌اند.

فصل ۲

مراجعات به بخش فوریت

مراجعه‌کنندگان به بخش فوریت روان‌پزشکی در چند گروه تقسیم‌بندی می‌شوند:

- ۱- بروز حملهٔ حاد یک بیماری مزمن یا عودکننده و یا شروع یک بیماری روانی بدون سابقهٔ قبلی
 - ۲- تأثیر یک علت زمینه‌ای عضوی مثل مسمومیت دارویی یا مواد (مثل شیشه) و یا یک بیماری طبی (از قبیل آنسفالیت) که موجب بروز علائم روانی شده است.
 - ۳- افرادی که اساساً وضع روانی طبیعی دارند ولی در اثر یک حادثهٔ ویرانگر مثل وقوع تصادف، جنایت، زلزله، حوادث منطقهٔ جنگی و یا وقوع یک بیماری جسمی ناگهانی که تحمل آن فراتر از توانایی روانی ایشان بوده و یا به دنبال اختلالات سازگاری مثل دعواهای زناشویی یا شکست‌های مختلف زندگی، کارشان به واحد فوریت روان‌پزشکی کشیده شده است. البته باید در نظر داشت که تعدادی از این افراد دچار اختلال روانی زمینه‌ای مثل اختلال شخصیت یا اختلال شبه جسمی هم هستند.
 - ۴- ممکن است یک بیمار از طرف مراجع قضایی ارجاع داده شده باشد. هنگامی که جرم آن فرد از نظر قاضی قابل انتساب به یک بیماری عمدهٔ روانی باشد، ممکن است او را به بخش روان‌پزشکی بفرستند. این ارجاع از جمله مسائل مورد بحث است که در فصل جنبه‌های قانونی به آن پرداخته خواهد شد. گاهی نیز بیمار با نامهٔ ارجاع جهت بستری یا ارزیابی از جانب روان‌پزشک یا سایر متخصصین درمانگاهی یا بخش خصوصی خارج از بیمارستان آمده که در این موارد ارزیابی کلی و همه‌جانبه پزشک بخش فوریت ضروری می‌باشد.
 - ۵- گروه نسبتاً کوچک‌تری هم وجود دارند که به دلایلی غیر از موارد فوق و شخصاً با اهدافی معمولاً آگاهانه برای کسب منفعتی خاص به بخش فوریت مراجعه می‌کنند. از جملهٔ این موارد، افرادی هستند که برای دریافت درمان مشخصی مثل آمپول بای‌پریدین یا ديازپام که دچار وابستگی به آن شده‌اند، با تمارض به واحد فوریت می‌آیند (البته در مواردی که بخش فوریت خاص روان‌پزشکی وجود داشته باشد، این قبیل مراجعات کمتر است. بخش فوریت بیمارستان‌های جسمی با نبود روان‌پزشک احتمال بیشتری دارد هدف تمارض آن‌ها و نیاز دارویی‌شان قرار گیرند). از جمله تمارضین دیگر، کسانی هستند که برای پرونده‌سازی و مجاب کردن پزشک مسئول واحد فوریت برای بستری کردن و یا دسته‌ای که جهت تحت فشار قراردادن دیگران از جمله همسر که حال آن‌ها را وخیم تشخیص داده و رفتار بهتر و یا مطابق خواست ایشان را در پیش بگیرد، می‌باشند. در این گروه نیز اختلالات زمینه‌ای شخصیت یا بیماری روانی که البته اکنون در مرحله حاد نیست نیز امکان وجود دارد. گروهی هم به دلیل بی‌خانمانی یا ابتلا به اختلال ساختگی یا دلایلی دیگر، به واحد فوریت مراجعه می‌کنند و قصد دارند از این طریق بستری شوند. برقراری رابطه با این افراد و قانع کردن ایشان به مراجعه سرپایی توصیه می‌شود.
- از نظر آماری، مردان و زنان مراجعهٔ یکسانی به بخش فوریت روان‌پزشکی داشته‌اند. مجردها در مقایسه با متأهلین بیشتر مراجعه کرده‌اند. مراجعات طبقات پایین اجتماعی در اکثریتند و ساکنین شهرها بیشتر از روستاییان از بخش فوریت روان‌پزشکی استفاده می‌کنند که به نظر می‌رسد بیشتر مربوط به در دسترس بودن این امکانات برای شهرنشینان است تا این که به مسائل دیگر ارتباط داشته باشد.

مراجعه شخصی کمتر صورت می‌گیرد و بیشتر اوقات، همراهان عامل مراجعه فرد هستند. خانواده، دوستان و همکاران در بیشتر موارد وی را همراهی می‌کنند. مراجعه از طریق مراجع قانونی و توسط پلیس هم صورت می‌گیرد. گاهی فرد از بیمارستان عمومی و بخش‌های طبی به این مرکز انتقال داده شده و یا این که ممکن است از بخش غیرفوریتهای همان بیمارستان روان‌پزشکی صلاح دیده شده که موقتاً به بخش فوریت منتقل گردد.

آمارها نشان می‌دهد که حدود ۴۰ درصد مراجعان معمولاً نیاز به بستری دارند. حدود ۲۰ درصد کل مراجعین به خاطر مسائل مربوط به خودکشی آمده‌اند و ۱۰ درصد تحریک‌پذیر و مهاجم بوده‌اند. به‌طور کلی بیشترین علت مراجعه، اضطراب و اژیتاسیون است و بعد از آن تهدید یا اقدام به خودکشی و سپس تحریک‌پذیری و تهاجم و رفتار روان‌پریشانه قرار دارند. اختلالات افسردگی، دوره مانیا، اسکیزوفرنیا، وابستگی به مواد شایع‌ترین علت مراجعه‌اند. در سال‌های اخیر، روان‌پریشی ناشی از مواد (به‌ویژه آمفتامین‌ها و شبه‌آمفتامین‌ها) در کشور ما، آمار روبه‌رشدی داشته است. براساس این بررسی‌ها، مراجعه در ساعات شب، بیشتر از اوقات روز است. روز، هفته یا ماه خاصی در سال یا رابطه با تعطیلات، اثبات نشده است.

بیماران بخش فوریت با بیماران غیرفوریتهای تفاوت‌هایی دارند. آن‌ها در هر ساعتی ظاهر می‌شوند و وقت معینی برای مراجعه ندارند (و این می‌تواند سبب خشم کادر درمانی در اوقات استراحت شود)؛ اغلب تهدیدکننده به نظر می‌رسند و احتمال خطر بالقوه برای سایرین دارند و باید همیشه گوش‌به‌زنگ احتمال تهاجم از طرف آنان بود و هر لحظه آمادگی تحریک‌پذیرشدنشان را داشت و به‌طور کلی شرایط پراسترسی را برای کادر درمانی بخش فوریت ایجاد می‌کنند. در این بخش ممکن است بیماران متعددی به‌طور هم‌زمان نیاز به درمان داشته باشند؛ (لذا اولویت‌بندی لازم است) و کادر کمکی و احتیاطی جدا از کارکنان موظف هر شیفت باید برای مواقع اضطراری شلوغ بودن بخش در دسترس باشند. و بالاخره محدودیت وقت هم وجود دارد و همه چیز سریع‌تر از انتظار رخ می‌دهد و نیاز به آمادگی ذهنی فراوان است.

در واحد فوریت، پزشک ممکن است با بیماری مواجه شود که همکاری لازم جهت تشخیص و درمان را ندارد و گاهی لازم می‌شود که کنترل و درمان را علی‌رغم تمایل بیمار شروع نمود. از لحاظ فوریت اقدام برای مراجعه‌کنندگان می‌توان آن‌ها را به سه گروه فوریتهای، حاد و غیرحاد تقسیم کرد و در مواردی که تجمع مراجعین وجود دارد، آن‌ها را براساس این اولویتهای در نوبت ویزیت قرار داد:

الف) بیماران فوریتهای: این گروه شامل دو دسته از بیماران می‌شود. یک دسته بیمارانی هستند که علائم جسمی مثل علائم حیاتی غیرطبیعی یا اختلال سطح هوشیاری یا سایر علائم نورولوژیک را دارند و در آن‌ها بیماری جسمی یا عضوی مربوط به مغز یا تأثیر مواد یا داروها مطرح است که در این موارد، هرچه سریع‌تر باید تشخیص و ارجاع مناسب صورت گیرد. لازم به ذکر است که گاهی بیماران روان‌پزشکی که سابقه مراجعه قبلی به مراکز روانی دارند، در صورت بروز بیماری جسمی حاد مثل سکت‌های قلبی یا مغزی یا وضعیت‌های شکم حاد، به بیمارستان روان‌پزشکی و بخش فوریت مربوط به آن پناه می‌آورند و بسیار مهم است که اختلالات جسمی بیماران مزمن روانی، تشخیص داده شده و به مرکز مربوطه معرفی شوند. بالاتر بودن میزان مرگ و میر در بعضی بیماری‌های روانی مثل اسکیزوفرنیا، بخشی به خاطر عدم تشخیص و توجه لازم به بیماری‌های جسمی هم‌زمان در این دسته از بیماران است. دسته دیگر آن‌هایی هستند که رفتار تهدیدکننده و تهاجمی دارند. این بیماران را باید هرچه سریع‌تر در اتاقی آرام با مداخله‌های کلامی و همین‌طور استفاده از دارو و در صورت لزوم با مهار فیزیکی آرام کرد. در فصل مربوطه، جزئیات این اقدام توضیح داده خواهد شد.

ب) بیماران حاد: در این گروه بیمارانی قرار دارند که هر چند احتمال خطر آنی دیده نمی‌شود ولی نباید به حال خود رها شوند مثل بیمارانی که افکار خودکشی جدی دارند. این افراد باید در اولین فرصت به شکل دقیق بررسی شوند و احتمال

خطر ارزیابی گردد و در صورت نیاز، بستری شوند. بیماران شدیداً مضطرب و بی‌قرار هم در این گروه جای می‌گیرند که باید در کنترل این وضعیت و با اقدامات درمانی یا بستری در رفع این حالت به ایشان کمک شود.

ج) بیماران غیر حاد: این گروه شامل بیمارانی است که نیاز به کمک روان‌پزشکی دارند ولی معیارهای فوریتی یا حاد را فاقد هستند. اقدام لازم در مورد آن‌ها، پس از مطمئن شدن از عدم وجود علل عضوی عمده و یا تأثیرات مواد و داروها و افکار جدی خودکشی، تشخیص بیماری روان‌پزشکی احتمالی و احياناً تجویز دارو و ارجاع به روان‌پزشک یا درمانگاه سرپایی می‌باشد.

در اینجا به چند گروه خاص از مراجعه‌کنندگان اشاره می‌شود:

- کودکان و نوجوانان، غالباً به همراه یک یا چند نفر از اعضاء خانواده می‌آیند و بیماری آن‌ها معمولاً در زمینه یک بحران خانوادگی است. البته بیماری‌های روان‌پزشکی زودرس هم مطرح می‌باشند. وقتی که به تنهایی مراجعه می‌کنند، احتمال دارد که یک سوءرفتار جسمی یا جنسی در خانواده رخ داده باشد.
- در طی سال‌های اخیر، میزان خودکشی در نوجوانان افزایش یافته است و اقدام و ژست و افکار خودکشی در این سنین تقریباً دوبرابر بالغین مشاهده می‌شود. از دیگر علل شایع مراجعه نوجوانان به بخش فوریت، سوءمصرف مواد و همچنین مسمومیت با آن‌ها می‌باشد.

چنان که ذکر شد، بخش فوریت مربوط به کودکان و نوجوانان و وجود آن در کنار بخش بستری روان‌پزشکی مورد تأکید قرار می‌گیرد. نکات مربوط به این واحد، در قسمت‌های بعدی مورد بحث قرار می‌گیرد.

- بیماران سالخورده، گروه عمده‌ای از مراجعان را تشکیل می‌دهند. بیماران بالای ۷۵ ساله، ۱/۵ برابر بیشتر از سایرین به واحد فوریت مراجعه می‌کنند. این افراد معمولاً از مراقبت‌کنندگان خود سرخورده شده‌اند. انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی نیز مشکل مهمی برای آن‌هاست. شایع‌ترین علت مراجعه، اختلال افسردگی اساسی و عوارض آن است. مصرف مواد و الکل هم ممکن است یک علت اضافی باشد که اکثراً از دیده پنهان می‌ماند. عوارض دارویی نیز یک معضل شایع افراد مسنی است که دارو مصرف می‌کنند. گاهی نیز یک فرد سالمند به خاطر رفتار آشفتگی و غیرمعمول (ناشی از دمانس یا دلیریوم و یا اختلالات روان‌پریشانه) که با تهاجم هم همراه است به واحد فوریت آورده می‌شود.
- بیماران روانی مزمن، گروه عمده‌ای هستند که اکثراً هنگام عود بیماری، توسط خانواده و گاهی مأمورین به بخش فوریت آورده شده‌اند. این افراد در بسیاری از موارد متعاقب قطع داروی خود به این حالت رسیده‌اند و بعضی از آن‌ها پس از ترخیص اصلاً دارو مصرف نمی‌کنند و یا فقط داروهای همان نسخه اول را خورده‌اند. این بیماران با حالات تهاجمی یا افکار و اقدام به خودکشی آمده یا آورده شده‌اند و اکثراً یک سرخوردگی ناشی از چرخه معیوب عود و بستری و ترخیص و عدم پیگیری درمان و عودهای مجدد هم در ایشان و به‌خصوص در خانواده‌هایشان وجود دارد و نیاز به ملامت و حوصله و حفظ آرامش در مقابل آنان است.

عده‌ای از آن‌ها رابطه با خانواده را از دست داده‌اند و به صورت بی‌خانمان و بدون مراقبت پزشکی و روان‌پزشکی مناسب، با مشکلات امرار معاش نیز مواجه‌اند. البته وابستگی‌های خانوادگی بالا در کشور ما موجب می‌شود که این گروه کمتر رها شوند و به‌رحال مراقبتی هرچند نه‌چندان مطلوب از آن‌ها صورت می‌گیرد. تعدادی از ایشان با بیماری‌های جسمی ناشی از عدم بهداشت کافی و یا ضربه وارد به سر و یا مسائل مربوط به مصرف مواد نیز دست به‌گریبان‌اند. این گروه ممکن است توسط پلیس یا بهزیستی یا سایر مراکز آورده شده باشند. در بدو ورود باید به وضع سلامت جسمی ایشان نیز رسیدگی کرد، زیرا ممکن است متحمل بیماری‌هایی باشند که قادر به ابراز مناسب آن‌ها نبوده‌اند.

- بیماران روانی بی‌خانمان، یک مشکل عمده برای سیستم پزشکی و روان‌پزشکی کشوراند. آن‌ها فاقد سرپرست و مراقبت‌گر هستند و پیگیری درمانی بسیار ضعیفی دارند. مسائل مالی و بیکاری بر وخامت اوضاع ایشان می‌افزاید. تخمین زده می‌شود که ۲۵ تا ۳۵ درصد افراد بی‌خانمان دچار بیماری روانی جدی و مزمن به‌خصوص اسکیزوفرنیا باشند. مشکلات مالی، مسکن و تغذیه و تلاش روزمره برای کسب نیازهای اولیه و پناهگاه مانع از آن است که مراجعه به روان‌پزشک یک اولویت برایشان به حساب آید. نیاز به سیستم‌های مراقبتی و بهداشتی در سطح کشور برای گردآوری و ارائه خدمات به این گروه، وجود دارد. در این بیماران باید به دقت در مورد وجود بیماری‌های جسمی همراه، به‌خصوص امراض مزمن بررسی به عمل آورد.
- گاهی نیز بیماری که مرتکب جرمی شده و جرم او قابل انتساب به یک بیماری عمده روانی است و یا بیماری به خاطر شکایت معمولاً از طرف اطرافیان که دارو مصرف نکرده و حاضر به مراجعه به مراکز درمانی نیست و وضعیتی بحرانی دارد نیز همراه با دستور قاضی برای بررسی و احیاناً بستری به مرکز فوریت ارجاع داده می‌شود که در این موارد، بررسی دقیق بیمار و رد علت عضوی و مشکلات حاد جسمی، با در نظر گرفتن قوانین کشوری از نظر میزان متابعت از دستور قاضی باید مدنظر قرار گیرد (در این مورد به بخش جنبه‌های قانونی مراجعه شود).

نکات مهم

- ۱- مراجعان به بخش فوریت روان‌پزشکی شامل چند گروه‌اند:
 - الف) حملهٔ حاد یک بیماری روانی مزمن یا عودکننده یا شروع یک بیماری روانی
 - ب) وجود یک عامل جسمی مثل بیماری‌های مغزی یا مسمومیت با داروها به عنوان علت علائم
 - ج) وقوع حادثه‌ای فراتر از ظرفیت روانی یک فرد سالم که معمولاً به شکلی غیرمترقبه سبب به‌هم خوردن تعادل روانی او شده است.
 - د) ارجاع از جانب قاضی یا روان‌پزشکان مراکز سرپایی منطقه جهت ارزیابی یا بستری (ه- متمازین و افرادی که به جهت کسب منافع خاص برای پرونده‌سازی یا بستری مراجعه کرده‌اند.
- ۲- حدود ۴۰ درصد مراجعین به‌طور کلی نیاز به بستری دارند.
- ۳- مسائل مربوط به خودکشی و تحریک‌پذیری و آژیتاسیون، مهم‌ترین علت مراجعه به بخش فوریت‌اند.
- ۴- در سال‌های اخیر، علائم روان‌پزشکی مربوط به مواد، رشد چشمگیری یافته و از علل مهم مراجعه می‌باشند.
- ۵- در هر ساعتی از شبانه‌روز باید آمادگی پذیرش مراجعین را داشت.
- ۶- کودکان و نوجوانان بهتر است در مرکز فوریت مرتبط با مسائل روان‌پزشکی مربوط به خود مورد بررسی قرار گیرند.