

مداخلات دارویی روان‌پزشکی برای بزرگسالان در بحران جنگ



[ویژه پزشکان عمومی]

به درخواست دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دکتر امیر شعبانی

رئیس کمیته روان‌پزشکی تروما، انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

۱۴۰۴/۳/۳۱

«جنگ» نمونه‌ای از یک فاجعه و ترومای جمعی با تبعات گسترده فردی و اجتماعی در حوزه‌ی سلامت و از جمله «سلامت روانی-اجتماعی» است. مدیریت سلامت روانی-اجتماعی مردم در دوران جنگ چندوجهی و پیچیده است. بخشی از مدیریت سلامت روان با مداخلات دارویی انجام می‌شود و متن حاضر که برای «پزشکان عمومی» تدوین شده است به طور خلاصه به این موضوع می‌پردازد.

نکات کلی

- ۱- برای مدیریت واکنش‌ها و علائم روان‌شناختی که در دوران جنگ «بروز» می‌کند، تجویز دارو آخرین گزینه است. با این حال، در صورت لزوم تجویز دارو، تأخیر در آن جایز نیست.
- ۲- مشاهده‌ی علائم روان‌شناختی در افرادی که ترومای جنگ را تجربه می‌کنند، الزاماً به معنای «بروز اخیر» آنها به عنوان واکنشی طبیعی در افراد مورد تهاجم نیست. به بیان دیگر، این علائم ممکن است مربوط به «عود اختلال روان‌پزشکی از پیش موجود» باشد و در این صورت نیازمند تمهیدات مربوط به درمان اختلال مذکور است.
- ۳- در شرایط جنگی (مانند سایر بحران‌ها) برخی از افراد دچار نشانه‌های فوریتی روان‌پزشکی می‌شوند؛ مانند پرخاشگری جدی، بی‌قراری شدید، و گرایش به خودکشی. در این موارد به تناسب ممکن است مداخله‌ی کلامی و حمایتی، تجویز فوری داروی آرامبخش و پیگیری، ارجاع به متخصص یا مرکز تخصصی، و یا بستری در بخش روان‌پزشکی در نظر گرفته شود.

اقدامات پیش از تجویز دارو

تجویز دارو نه تنها نباید صرفاً بر اساس اطلاعات عمومی و یک نسخه‌ی از پیش آماده صورت گیرد، بلکه بدون اجرای آیین‌های درست طبابت، اثربخشی کافی نخواهد داشت و حتی می‌تواند مداخله‌ای مضر باشد. بر این اساس، به کارگیری آیین‌ها و روش‌های زیر دارای اهمیت زیادی است:

- گوش دادن فعال، برقراری ارتباط همدلانه و اعلام حمایت
- پرهیز از قضاوت درباره احساسات و واکنش‌های افراد
- پرهیز از «نصیحت کردن» و «آرام‌سازی با دادن اطلاعات نادرست»
- ارائه اطلاعات مفید و مورد نیاز درباره رویدادهای در حال وقوع

- آموزش مراجع درباره طبیعی بودن واکنش‌های هیجانی مردم به حملات جنگی و عمومی بودن آن
- اخذ شرح حال کوتاه روان‌پزشکی
- آگاهی یافتن از پاسخ گذشته فرد به داروهای روان‌پزشکی: «انتخاب دارویی که در گذشته مؤثر بوده و به خوبی تحمل شده، مناسب‌ترین گزینه برای تجویز است.»

آموزش مراجع درباره درمان دارویی

از آنجا که افراد در شرایط بحرانی ممکن است تمرکز کافی نداشته یا دچار فراموشکاری شده باشند و از طرفی بسیاری از مردم به دلیل انگ مصرف داروهای روان‌پزشکی یا ترس از عوارض جانبی آنها ممکن است چنین درمانی را نپذیرند، آموزش آنها به هنگام تجویز دارو ضروری است و در این کار باید نکاتی را رعایت کرد:

- بر اساس اطلاعات مراجع و نگرانی‌های او نسبت به مصرف داروهای روان‌پزشکی، توضیح متناسب داده شود.
- از جملات کوتاه، واضح و ساده استفاده شود.
- شیوه مصرف داروها در یک جدول به شکل خوانا نوشته و در اختیار مراجع قرار داده شود.

تجویز دارو در بحران/فاجعه

الف- برای افراد بدون سابقه اختلال روان‌پزشکی:

- ۱- تجویز داروهای بنزودیازپینی برای کنترل واکنش حاد افرادی که سابقه اختلال روان‌پزشکی ندارند، عموماً توصیه نمی‌شود.
- ۲- تجویز داروهای ضدافسردگی، مانند داروهای گروه‌های SSRI و SNRI، برای کنترل «علائم واکنشی حاد» خلقی و اضطرابی در روزهای بحران کمک‌کننده نیست.
- ۳- در صورتی که علائم با مداخلات حمایتی، کلامی، آموزشی (مانند آموزش بهداشت خواب) و تکنیکی (مانند تمرین‌های آرام‌سازی و کنترل تنفس) کنترل نشوند، و یا نشانه‌های یک اورژانس روان‌پزشکی (مانند گرایش به خودکشی یا پرخاشگری شدید) وجود داشته باشد، تجویز دارو می‌تواند کمک‌کننده و در مواردی ضروری باشد.

ب- برای افراد دارای سابقه اختلال روان‌پزشکی:

- ۱- در صورتی که فرد از قبل دچار اختلالاتی از قبیل اختلال افسردگی اساسی (MDD)، اختلال اضطراب منتشر (GAD)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال وسواسی-جبری (OCD)، اختلال پانیک، اختلال دوقطبی، اختلالات اسکیزوفرنیک و اسکیزوفرنیا، و اختلال مصرف مواد، و تحت درمان حاد یا نگهدارنده بوده است، لازم است درمان دارویی گذشته ادامه داده شود. به عنوان مثال، ادامه تجویز داروی SSRI یا SNRI برای درمان MDD، GAD، PTSD و اختلال پانیک؛ داروی SSRI یا کلویمپرامین برای درمان OCD؛ داروی تثبیت‌کننده خلق برای درمان اختلال دوقطبی؛ داروی آنتی‌سایکوتیک برای درمان اسکیزوفرنیا؛ و داروهای متادون یا بوپرنورفین برای درمان نگهدارنده اختلال مصرف مواد افیونی.
- ۲- در صورت بروز علائم اضطرابی (مانند افکار مزاحم) و رفتاری (مانند بی‌قراری و تحریک‌پذیری) قابل توجه در افراد مذکور در بند فوق (شماره ۱)، می‌توان از افزایش مقدار یکی از داروهای مصرفی خودشان که اثر ضداضطراب نسبتاً فوری داشته باشد استفاده کرد. به عنوان مثال:

(۱) برای فرد بزرگسالی که با تشخیص MDD یا GAD یا اختلال پانیک تحت درمان با سرتالین (۱۰۰ میلی‌گرم در روز) و کلونازپام (یک میلی‌گرم در روز) است، می‌توان به طور موقت مقدار کلونازپام را افزایش داد.

(۲) برای فرد بزرگسالی که با تشخیص اسکیزوفرنیا تحت درمان با ریسپریدون (چهار میلی‌گرم در روز) یا کوتیپین (۴۰۰ میلی‌گرم در روز) است، می‌توان مقدار مصرف روزانه‌ی ریسپریدون یا کوتیپین را به ترتیب به مقدار یک میلی‌گرم و ۵۰ میلی‌گرم افزایش داد.

۳- در صورت بروز علائم اضطرابی (مانند افکار مزاحم) و رفتاری (مانند بی‌قراری و تحریک‌پذیری) قابل توجه در افراد دچار اختلال روان‌پزشکی که تحت درمان نبوده‌اند یا درمان خود را قطع کرده‌اند، می‌توان درمان دارویی اصلی اختلال را «به تدریج» (با افزایش تدریجی دوز دارو) شروع کرد و یا در صورت تردید در انتخاب درمان دارویی مناسب اختلال زمینه‌ای، به طور موقت داروهای آرام‌بخش مانند لورازپام یا کلونازپام را تجویز نمود.

پ- برای همه افراد (با یا بدون سابقه اختلال روان‌پزشکی):

۱- در صورت بروز علائم اورژانس:

(۱) گرایش به خودکشی: مهم‌ترین مداخلات اولیه شامل «برقراری ارتباط همدلانه»، «حمایت غیرقضاوتگرانه» و «ارزیابی میزان خطر» است. پس از رفع خطر اولیه و ایجاد محیط امن و حمایت‌گر برای فرد (که بر اساس ارزیابی میزان خطر، ممکن است محیط خانواده یا شرایط بستری در بیمارستان باشد)، برای کاهش عوامل خطر (مانند بی‌قراری) و تقویت عوامل حفاظتی (مانند حمایت خانواده) اقدام می‌شود. از جمله اقداماتی که می‌توان به قصد کاهش عوامل خطر انجام داد، مداخله دارویی اولیه شامل تجویز دارویی برای کاهش سریع اضطراب، بی‌قراری و بی‌خوابی است (مطابق با توضیحات بندهای بالا). در ضمن باید:

- در صورت عدم بستری مراجع، از رفع خطر حاد خودکشی و وجود کنترل فرد بر افکار خودکشی مطمئن شد.
- داروی تجویز شده در درمان سرپایی، از کمترین خطر بیش‌مصرف برخوردار باشد؛ به عنوان مثال، از تجویز داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای مانند آمی‌تریپتیلین اجتناب شود.
- دارو در موارد درمان سرپایی، با کمترین مقدار ممکن تجویز شود (حداکثر برای یک هفته).
- از وجود یک مراقب آگاه برای همراهی فرد اطمینان حاصل شود و ترجیحاً دارو در اختیار مراقب قرار گیرد.
- راه‌های دسترسی فوری به خدمات درمانی، آموزش داده شود.
- درمان دارویی اختلال زمینه‌ای (مانند MDD و اختلال دوقطبی)، در ادامه‌ی مراقبت‌ها در دستور کار قرار گیرد.

(۲) پرخاشگری: اگر این رفتار با مداخلات کلامی و حمایتی مهار نشود یا به قدری شدید باشد که به مهار سریع نیاز شود، یک داروی خوراکی و در صورت خطر آنی، یک داروی تزریقی تجویز می‌شود:

الف- برای مهار پرخاشگری در فرد دچار اختلالی با علائم غالب افسردگی و اضطراب: تجویز لورازپام یا کلونازپام خوراکی؛ یا لورازپام یا پرومتازین تزریقی

ب- برای مهار پرخاشگری در فرد دچار اختلال سایکوتیک (مانند مانیای سایکوتیک و اسکیزوفرنیا): تجویز آنتی‌سایکوتیک خوراکی مانند ریسپریدون، کوتیپین و الانزاپین؛ یا آنتی‌سایکوتیک تزریقی مانند هالوپریدول (همراه با بی‌پریدن در صورت لزوم پیشگیری از دیستونی حاد) [هریک از این داروها را می‌توان همراه با یک بنزودیازپین تجویز نمود].

۲- در صورت بروز سایر علائم:

(۱) کم‌خوابی:

- تجویز «کوتاه‌مدت» یکی از داروهای بنزودیازپینی کوتاه‌اثر (مانند اکزازپام و لورازپام) برای کمک به شروع خواب، یا یکی از داروهای بنزودیازپینی بلنداثرتر (مانند کلونازپام، دیازپام و فلورازپام) برای کمک به تداوم یا طولانی‌تر شدن خواب؛ «هشدار: این داروها پتانسیل سوءمصرف دارند.»
- تجویز سایر داروهای دارای اثر خواب‌آوری - مانند ملاتونین، راملتئون، ترازودون، میرتازاپین، دوکسپین و کوتیپین - برحسب مورد؛ این داروها پتانسیل سوءمصرف ندارند.

(۲) بی‌قراری: از همان روش‌هایی که در بند «پرخاشگری» (پ-۱-۲) ذکر شد استفاده می‌شود.

(۳) سوگ: سوگ عموماً به طور طبیعی سیر خود را طی می‌کند و تقریباً برطرف می‌شود. بنابراین برای مدیریت آن نباید داروی ضدافسردگی تجویز شود و مداخلات حمایتی و روان‌شناختی کافی است. البته در صورتی که نشانه‌های یک اختلال بروز کند، مطابق با شرایط جدید عمل می‌شود.

موارد ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک

- | | |
|--|---|
| ۱- نامعلوم بودن تشخیص اختلال زمینه‌ای | ۴- نیاز به ارزیابی تخصصی برای تعیین مدت درمان |
| ۲- عدم امکان ایجاد ثبات در وضعیت روان‌شناختی فرد با وجود درمان | ۵- نامعلوم بودن درمان دارویی نگهدارنده مناسب |
| ۳- تداوم علائم باقی‌مانده‌ی اختلال روان‌پزشکی با وجود درمان | ۶- عدم کنترل مناسب عوارض جانبی داروها |

برخی از موارد ارجاع فوری به روان‌پزشک

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| ۱- خطر اقدام به خودکشی | ۳- بی‌قراری شدید و غیرقابل کنترل |
| ۲- خطر آسیب زدن به دیگران | ۴- ضرورت بستری در بخش روان‌پزشکی |

خودمراقبتی پزشکان

پزشکان نیز، مانند سایر مردم، واکنش‌های روان‌شناختی جنگ را تجربه می‌کنند. آنها هم ممکن است با استمرار شرایط، به خصوص در مواجهه‌ی مکرر با آسیب‌دیدگان تروما، دچار اختلال روان‌پزشکی شوند. بنابراین ضروری است که پزشکان هیجانات و واکنش‌های خود را نیز ارزیابی و پایش کنند و برای افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از فرسودگی خود برنامه‌ای داشته باشند.

جدول ۱- مقدار تجویز برخی از داروها در «شروع» (برای بزرگسالان غیرسالمند)

نام دارو (به ترتیب الفبا)	مقدار تجویز در شروع	شکل دارو
اس سیتالوپرام	۱۰ میلی گرم، صبح‌ها	قرص: ۱۰ و ۲۰ میلی گرم
اگزاپام/ خوراکی	۱۰ میلی گرم، شب‌ها	قرص: ۱۰ میلی گرم
آلانزاپین/ خوراکی	۲/۵ میلی گرم (یک تا دو بار در روز)	قرص: ۲/۵ و ۵ میلی گرم
پاروکستین/ خوراکی	۱۰ تا ۲۰ میلی گرم، صبح‌ها	قرص: ۲۰ و ۴۰ میلی گرم
پرومتازین/ تزریق عضلانی	۱۲/۵ تا ۲۵ میلی گرم	آمپول: ۲۵ میلی گرم
ترازودون/ خوراکی	۲۵ تا ۵۰ میلی گرم، شب‌ها	قرص: ۵۰ میلی گرم
دوکسپین/ خوراکی	۱۰ تا ۲۵ میلی گرم، شب‌ها	کپسول: ۱۰ و ۲۵ میلی گرم
دیازپام/ خوراکی	۲ تا ۵ میلی گرم (یک تا سه بار در روز)	قرص: ۲، ۵ و ۱۰ میلی گرم
ریسپریدون/ خوراکی	نیم تا یک میلی گرم (یک تا دو بار در روز)	قرص: ۱، ۲ و ۴ میلی گرم
سرتالین/ خوراکی	۲۵ میلی گرم، صبح‌ها	قرص: ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرم
سیتالوپرام/ خوراکی	۱۰ میلی گرم، صبح‌ها	قرص: ۲۰ و ۴۰ میلی گرم
فلورازپام/ خوراکی	۱۵ میلی گرم، شب‌ها	کپسول: ۱۵ میلی گرم
فلوکستین/ خوراکی	۲۰ میلی گرم، صبح‌ها	کپسول: ۱۰ و ۲۰ میلی گرم
فلووکسامین/ خوراکی	۲۵ تا ۵۰ میلی گرم	قرص: ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرم
کلونازپام/ خوراکی	یک‌چهارم تا یک میلی گرم (یک تا سه بار در روز)	قرص: ۱ و ۲ میلی گرم
کوتیاپین/ خوراکی	۲۵ تا ۵۰ میلی گرم (یک تا دو بار در روز)	قرص: ۲۵، ۱۰۰، ۱۵۰ و ۲۰۰ میلی گرم
لوازپام/ خوراکی	نیم تا یک میلی گرم (یک تا سه بار در روز)	قرص: ۱ و ۲ میلی گرم
لورازپام/ تزریق عضلانی	۲ میلی گرم	آمپول: ۲ میلی گرم
میرتازاپین/ خوراکی	۷/۵ تا ۱۵ میلی گرم، شب‌ها	قرص: ۷/۵، ۱۵، ۳۰ و ۴۵ میلی گرم
ونلافاکسین/ خوراکی	۳۷/۵ میلی گرم، صبح‌ها	قرص/کپسول: ۳۷/۵ و ۷۵ میلی گرم
هالوپریدول/ تزریق عضلانی	۲/۵ تا ۵ میلی گرم (همراه با تزریق عضلانی ۲/۵ میلی گرم بیپریدن)	آمپول: ۵ میلی گرم

GAD: Generalized Anxiety Disorder

MDD: Major Depressive Disorder

OCD: Obsessive-Compulsive Disorder

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder

SNRI: Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor