

فهرست مطالب

پیشگفتار ۱۱

بخش اول: فوریت روان‌پزشکی چیست؟

۱۵	کلیات	فصل ۱
۱۷	مراجعات به بخش فوریت	فصل ۲
۲۲	ویژگی‌های بخش فوریت	فصل ۳
۲۶	برقراری رابطه با بیمار	فصل ۴
۳۱	تشخیص در بخش فوریت	فصل ۵
۳۲	علل طبی علائم روانی	
۳۵	علل عضوی علائم روانی	
۳۶	تشخیص روان‌پزشکی	
۴۳	مهار فیزیکی و استفاده از دارو	فصل ۶
۴۶	ارزیابی ثانویه و اقدامات بعدی	فصل ۷
۵۳	جنبه‌های قانونی	فصل ۸
۵۶	بستری اجباری	
۵۸	Restraint و Seclusion (حبس کردن و بستن)	
۶۰	محرمانه بودن اطلاعات و حفاظت شخص ثالث	

بخش دوم: رفتار تهاجمی و خشونت (Violence)

فصل ۹	کلیات	۶۷
فصل ۱۰	اصول مراقبت‌های ایمنی	۶۹
	پیش‌بینی رفتار تهاجمی قریب‌الوقوع	۷۵
	سایر نکات	۷۹
فصل ۱۱	علل تحریک‌پذیری	۸۱
	علل عضوی تحریک‌پذیری	۸۵
فصل ۱۲	مهار فیزیکی (Physical Restraits)	۸۹
	موارد استفاده (اندیکاسیون‌ها)	۹۰
	موارد منع استفاده (کنترا اندیکاسیون‌ها)	۹۰
	شرایط اقدام به مهار فیزیکی	۹۰
	نحوه مهار فیزیکی	۹۱
	پس از مهار فیزیکی	۹۲
	ختم مهار فیزیکی	۹۳
	Seclusion (منزوی کردن)	۹۳
فصل ۱۳	استفاده از دارو برای آرام‌سازی سریع (Rapid Tranquilizing)	۹۵
	مقدمه	۹۵
	نحوه تجویز دارو	۹۶

بخش سوم: خودکشی

فصل ۱۴	فکر و اقدام به خودکشی	۱۰۷
	مقدمه	۱۰۷

فصل ۱۵	عوامل زمینه‌ساز	۱۱۱
	افسردگی	۱۱۱
	اسکیزوفرنی	۱۱۲
	مانیا و هیپومانیا	۱۱۳
فصل ۱۶	ارزیابی خطر خودکشی	۱۱۹
فصل ۱۷	مصاحبه	۱۲۳
	مصاحبه	۱۲۷
فصل ۱۸	اقدامات درمانی و پیش‌گیرانه	۱۳۱
فصل ۱۹	خودکشی در بیمارستان	۱۳۸

بخش چهارم: فوریت‌های مربوط به مصرف داروها و مواد

فصل ۲۰	عوارض فوریتی داروها	۱۴۳
	واکنش حاد دیستونیک (Acute Dystonic Reaction)	۱۴۳
	Acute Akathisia (آکاتیسیا حاد)	۱۴۵
	سندرم نورولپتیک بدخیم	۱۴۷
	لکوپنی و آگرانولوسیتوز	۱۴۹
	زردی (daundice)	۱۵۱
	عوارض پوستی داروهای ضد روان‌پریشی	۱۵۱
	هیپرترمی ناشی از دارو	۱۵۲
	کاهش فشارخون ارتواستاتیک	۱۵۴
	احتباس ادراری	۱۵۵
	سندرم آنتی‌کلینرژیک مرکزی	۱۵۵
	بحران فشارخون ناشی از مصرف MAOIها	۱۵۷
	مرگ ناگهانی ناشی از داروهای روانگردان	۱۵۸

فصل ۲۱	فوریت‌های مربوط به مصرف مواد.....	۱۵۹
	مصرف بیش از حد اپیوئیدها.....	۱۵۹
	سندرم قطع اپیوئیدها.....	۱۶۱
	مسمومیت با آمفتامین و مواد مشابه.....	۱۶۲
	قطع آمفتامین و مواد مشابه.....	۱۶۳
	مسمومیت با کوکائین.....	۱۶۳
	مسمومیت با الکل.....	۱۶۴
	مسمومیت ایدیوسنکراتیک الکل.....	۱۶۵
	دلیریوم ناشی از مسمومیت با الکل.....	۱۶۶
	روان‌پریشی ناشی از الکل.....	۱۶۶
	اختلالات خلقی ناشی از الکل.....	۱۶۷
	اختلالات اضطرابی ناشی از الکل.....	۱۶۷
	دوره‌های فراموشی (blackout) ناشی از الکل.....	۱۶۷
	ترک الکل.....	۱۶۷
	دلیریوم ترک الکل (دلیریوم ترمنس).....	۱۶۹
	اختلال فراموشی پایدار ناشی از الکل (سندرم ورنیکه کورساکف).....	۱۷۰
	بیش‌مصرفی داروهای رخوت‌زا و خواب‌آور.....	۱۷۱
	قطع مصرف داروهای رخوت‌زا و خواب‌آور.....	۱۷۲
	مسمومیت با کانابیس.....	۱۷۳
	مسمومیت با مواد توهم‌زا.....	۱۷۴
	مسمومیت با فن سیکلیدین (PCP).....	۱۷۵
	مسمومیت با مواد استنشاقی.....	۱۷۶
	مسمومیت با کافئین.....	۱۷۷
فصل ۲۲	بیش‌مصرفی (Overdose) داروها.....	۱۷۸

بخش پنجم: سایر فوریت‌های روان‌پزشکی

فصل ۲۳	سایر فوریت‌ها	۱۸۵
	حمله هراس (Panic Attack)	۱۸۵
	اتیولوژی	۱۸۶
	سندرم هیپرونتیلیاسیون	۱۸۷
	سندرم استرس بعد از سانحه (PTSD)	۱۸۸
	تجاوز جنسی (Rape)	۱۸۹
	هراس هم‌جنسی‌خواهی (Homosexual Panic)	۱۹۱
	اختلال سایکوتیک گذرا (Brief Psychotic Disorder)	۱۹۱
	سایکوز بعد از زایمان (Postpartum Psychosis)	۱۹۲
	حمله حاد مانیا	۱۹۳
	اسکیزوفرنیا (Schizophrenia)	۱۹۵
	کاتاتونیا (Catatonia)	۱۹۷
	اختلالات افسردگی	۱۹۹
	بی‌اشتهایی عصبی (Anorexia Nervosa)	۲۰۰
	ایراد جراحت به خود (Self mutilation)	۲۰۱
	اختلال شخصیت مرزی (Borderline)	۲۰۲
	دلیریوم (Delirium)	۲۰۳
	اتیولوژی	۲۰۴
	سوگ طبیعی (Normal Grief)	۲۰۶
	سوگ بیمارگونه (Pathological Grief)	۲۰۷
	سوءرفتار و سهل‌انگاری در مقابل کودکان	۲۰۹
	همسر آزاری (Spouse abuse)	۲۱۲
	هیستری (Hysteria)	۲۱۳
	هیستری گروهی	۲۱۹
	ابتلا به ایدز	۲۲۰
	ترس از ابتلا به ایدز	۲۲۱

۲۲۲	بحران‌های نوجوانی
۲۲۳	ترس‌های مرضی (فوبیها)
۲۲۴	زوال عقل (Dementia)
۲۲۵	بی‌خوابی
۲۲۵	اختلال انفجاری متناوب
۲۲۶	بحران‌های زناشویی
۲۲۶	سردرد میگرنی
۲۲۷	روان‌پریشی بعد از زایمان
۲۲۸	پری‌پس‌م (نعوظ دردناک)
۲۲۹	نمایه

پیشگفتار

شاید در ظاهر به نظر برسد که فقط مبتلایان به بیماری‌های جسمی ممکن است در شرایطی قرار بگیرند تا برای جلوگیری از مرگ یا عواقب ناخوشایند و برگشت‌ناپذیر نیاز به اقدامات فوریتی داشته باشند و اختلالات روانی فاقد چنین موقعیت‌هایی هستند. اما در واقع در بعضی اختلالات روان‌پزشکی نیز وضعیت‌هایی پیش می‌آید که شرایط برای خود بیمار و علاوه بر آن برای دیگران هم می‌تواند خطرناک باشد و به اقدام فوریتی نیاز است. جدا از فکر و اقدام به خودکشی و مشکلات مربوط به روان‌پزشکی‌ها و بیماران متهاجم و تحریک‌پذیر، موارد متعدّد دیگری نیز به‌عنوان موقعیت‌های ایجادگر فوریت روان‌پزشکی شناخته شده‌اند. در این کتاب سعی شده توصیفی در مورد موقعیت‌های فوریتی روان‌پزشکی و اقدامات لازم برای کنترل آنها و همچنین شرایطی که یک واحد فوریت روان‌پزشکی باید داشته باشد، ارائه گردد. کلیه مطالب ذکر شده براساس جدیدترین منابع روان‌پزشکی از جمله مجموعه کتاب‌های کاپلان و سادوک و DSM-5 می‌باشد. امید است که مورد توجه قرار گرفته و مفید واقع شود.

مؤلف

بخش اوّل

فوریت روان پزشکی چیست؟

فصل ۱

کلیات

فوریت روان‌پزشکی به هرگونه اختلال در رفتار، عواطف یا تفکر گفته می‌شود که نیاز به دخالت درمانی فوری دارد و اگر به سرعت مورد توجه قرار نگیرد، ممکن است منجر به آسیب به بیمار یا سایرین گردد.

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

گاهی نیز ممکن است فردی که سابقه‌ای از بیماری روانی نداشته، در مواجهه با بحران عاطفی یا آسیب جسمی شدید، قادر به واکنش مناسب نباشد و دچار علائم حاد و شدید روانی گردد. در چنین مواردی نیز دخالت فوریتی روان‌پزشکی لازم می‌شود. تعداد مراجعان به واحد فوریت روان‌پزشکی رو به افزایش است و علت آن می‌تواند افزایش مصرف مواد، شناخت بیشتر مردم در مورد اختلالات روانی و همین‌طور افزایش کلی تحریک‌پذیری و حالات تهاجمی در جامعه باشد.

یک فوریت روان‌پزشکی ممکن است در منزل، خیابان، در درمانگاه سرپایی روان‌پزشکی و یا در جبهه جنگ یا مناطق زلزله‌زده و یا حتی در بخش داخلی، جراحی،

زنان و زایمان و غیره به وقوع پیوسته باشد. یک بیمار در هر یک از موقعیت‌های ذکر شده، احتمال دارد دچار تحریک‌پذیری، افکار و اقدام به خودکشی و یا سایر فوریت‌های روان‌پزشکی گردد. درمانگر ممکن است خود مستقیماً در محل حاضر باشد و یا بیمار را از آن موقعیت آسیب‌زا به بخش فوریت آورده باشند.

بخش فوریت روان‌پزشکی نیز مثل بخش‌های فوریت بیماری‌های جسمی (داخلی، جراحی، زنان، اطفال و غیره) برای رسیدگی به بیماران، ضروری است. خدمات فوریت روان‌پزشکی در سال‌های اخیر در دنیا گسترش یافته و شامل یک تا سه روز مراقبت و بررسی بیمار است. قابل ذکر است که در حال حاضر در بعضی مراکز، واحد فوریت جدا از بخش روان‌پزشکی وجود ندارد و قسمتی یا اتاقی در داخل بخش روان‌پزشکی جهت رسیدگی به بیماران فوریتی به کار گرفته می‌شود.

مداخله‌های فوریتی سبب جلوگیری از آسیب بیمار و دیگران می‌شود. این مداخلات اگر به موقع صورت گیرد می‌تواند از ایجاد بیماری روان‌پزشکی در آینده تا حدی جلوگیری کند. در فوریت‌ها (حوادث جنگی، سوانح مثل زلزله و غیره) اقدام‌های مداخله‌ای و درمانی هرچه سریع‌تر انجام شود، تأثیر و پیش‌آگهی بهتری خواهد داشت. این امر میزان بستری‌های بعدی را کاهش می‌دهد، از بستری طولانی جلوگیری می‌کند و در نتیجه موجب کاهش هزینه‌ها هم می‌گردد و در عین حال عوارض بعدی بیماری را نیز کم می‌کند!

نکات مهم

۱. وجود واحد فوریت روان‌پزشکی همچون سایر واحدهای فوریتی (داخلی، جراحی، زنان و زایمان و غیره) برای رسیدگی به مسائل حاد 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.

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

فصل ۲

مراجعه‌کنندگان به بخش فوریت

مراجعه‌کنندگان به بخش فوریت روان‌پزشکی در چند گروه تقسیم‌بندی می‌شوند:

۱. حمله حاد یک بیماری روانی مزمن یا عودکننده و یا شروع یک بیماری روانی.
۲. وجود یک علت زمینه‌ای عضوی مثل مسمومیت دارویی یا مواد و یا بیماری طبی (از قبیل آنسفالیت) که موجب علائم روانی شده است.
۳. کسانی که اساساً وضع روانی طبیعی دارند ولی در اثر یک حادثه ویرانگر مثل تصادف، جنایت، زلزله، حوادث جنگی و یا وقوع یک بیماری جسمی ناگهانی که تحمل آن فراتر از ظرفیت روانی ایشان بوده و یا به دنبال اختلالات سازگاری مثل دعوای زناشویی کارشان به واحد فوریت کشیده شده است. البته باید در نظر داشت که تعدادی از این افراد دچار اختلال روانی زمینه‌ای مثل اختلال شخصیت یا اختلال شبه‌جسمی هم هستند.
۴. گروه نسبتاً کوچک‌تری هم وجود دارند که به دلایلی غیر از موارد فوق و با اهدافی معمولاً آگاهانه برای کسب منافع خاص به بخش فوریت مراجعه می‌کنند. از جمله برای دریافت درمان مشخصی مثل آمپول بای‌پریدین یا دیازپام، یا

تمارض و جهت پرونده‌سازی و مجاب کردن پزشک برای بستری شدن و یا برای تحت فشار گذاشتن دیگران از جمله همسر که وخامت حال آنها را درک و رفتار بهتری با ایشان داشته باشد. در این گروه نیز اختلالات زمینه‌ای چون اختلال شخصیت و یا بیماری روان واقعی که البته اکنون در مرحله حاد قرار ندارد نیز امکان وجود دارد.

از نظر آماری، مردان و زنان مراجعه یکسانی به بخش فوریت روان‌پزشکی داشته‌اند. مجردها در مقایسه با متأهلین بیشتر مراجعه کرده‌اند. مراجعان طبقات پایین اجتماعی در اکثریت‌اند 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 اینکه به مسائل دیگر ارتباط داشته باشد.

آمارها نشان می‌دهد که ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعان معمولاً نیاز به بستری دارند. حدود ۲۰ درصد مراجعه‌کنندگان اقدام به خودکشی کرده‌اند و ۱۰ درصد تحریک‌پذیر و مهاجم بوده‌اند. به طور کلی بیشترین علت مراجعه، اضطراب و آژیتاسیون است و بعد از آن تهدید یا اقدام به خودکشی و سپس تحریک‌پذیری و تهاجم و رفتار روان‌پریشانه قرار دارند. لازم به ذکر است که در سال‌های اخیر روان‌پریشی ناشی از مواد (به ویژه آمفتامین‌ها و شبه‌آمفتامین‌ها) در مراجعان، افزایش رو به رشدی داشته است.

بر اساس این بررسی‌ها، مراجعه در ساعات شب، بیشتر از اوقات روز است. شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی شامل افسردگی، مرحله حاد مانیا، اسکیزوفرنیا و مسائل مربوط به مصرف مواد می‌باشند.

بیماران بخش فوریت با بیماران غیرفوریتی تفاوت‌هایی دارند. آنها در هر ساعتی ظاهر می‌شوند و وقت معینی برای مراجعه ندارند (و این می‌تواند سبب خشم‌کادر درمانی در اوقات استراحت شود)؛ اغلب تهدیدکننده به نظر می‌رسند و احتمال خطر بالقوه برای سایرین دارند و باید همیشه گوش به زنگ احتمال تهاجم از طرف آنان بود و به طور کلی شرایط پراسترسی را برای کادر درمانی بخش فوریت ایجاد می‌کنند. در این بخش ممکن است بیماران متعددی به طور هم‌زمان نیاز به درمان داشته باشند (لذا اولویت‌بندی لازم است) و بالأخره محدودیت وقت هم وجود دارد.

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 میل بیمار شروع نمود. از لحاظ فوریت اقدام برای مراجعه‌کنندگان می‌توان آنها را به سه گروه فوریتی، حاد و غیرحاد تقسیم کرد:

الف. بیماران فوریتی: این گروه شامل دو دسته از بیماران می‌شود. یک دسته بیمارانی که علائم جسمی مثل علائم حیاتی غیرطبیعی یا اختلال سطح هوشیاری یا علائم نورولوژیک دارند و در آنها بیماری‌های عضوی مغز یا تأثیر مواد و داروها مطرح است که هرچه سریع‌تر باید تشخیص و ارجاع مناسب صورت گیرد و دسته دیگر آنهايي هستند که رفتار تهدیدکننده و تهاجمی دارند. این بیماران را باید هرچه سریع‌تر در اتاقی آرام، کنترل کرد و در این راه از دارو و مهار فیزیکی نیز می‌توان استفاده نمود.

ب. بیماران حاد: در این گروه، بیمارانی قرار دارند که هرچند احتمال خطری آنی ندارند ولی نباید رها شوند مثل بیمارانی که افکار خودکشی جدی دارند و باید بررسی و بستری گردند یا بیماران شدیداً مضطرب و بی‌قرار که باید در رفع این حالت به ایشان کمک شود.

ج. بیماران غیرحاد: 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 و مواد و افکار خودکشی، تشخیص بیماری روان‌پزشکی احتمالی و احیاناً تجویز دارو و ارجاع به روان‌پزشک یا درمانگاه سرپایی می‌باشد.

در اینجا به چند گروه خاص از مراجعه‌کنندگان هم اشاره می‌شود:

- کودکان و نوجوانان، غالباً به همراه یک یا چند نفر از اعضای خانواده می‌آیند و بیماری آنها معمولاً در زمینه یک بحران خانوادگی است. 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 دو برابر بالغین مشاهده می‌شود. از دیگر علل شایع مراجعه نوجوانان به بخش فوریت، سوء مصرف مواد و همچنین مسمومیت با آنها می‌باشد.

- 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 نیز مشکل مهمی برای آنهاست. شایع‌ترین علت، اختلال افسردگی اساسی 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 آشفته و غیر معمول (ناشی از دمانس یا دلیریوم و یا اختلالات روان‌پریشانه) به واحد فوریت آورده شده است.
- بیماران روانی مزمن، گروه عمده‌ای هستند که اکثراً هنگام عود بیماری، توسط خانواده و گاهی مأمورین به بخش فوریت آورده شده‌اند. در بسیاری از موارد متعاقب قطع داروی خود به این حالت رسیده‌اند و بعضی از آنها پس از ترخیص اصولاً دارو مصرف نمی‌کنند یا فقط همان نسخه اول را خورده‌اند. این افراد با حالات تهاجمی یا افکار خودکشی آمده‌اند و اکثراً یک سرخوردگی ناشی از چرخه عود و بستری و ترخیص و عدم پی‌گیری درمان و عودهای مجدد هم در ایشان و هم در خانواده‌هایشان وجود دارد و نیاز به ملایمت 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 مشکل امرار معاش نیز مواجه‌اند. 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 به گریبان‌اند. این دسته ممکن است توسط پلیس یا بهزیستی یا سایر مراکز آورده شده باشند.

- بیماران روانی بی‌خانمان، یک مشکل عمده در بخش روان‌پزشکی هستند. آنها فاقد سرپرست و مراقبت‌گر می‌باشند 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.
- گاهی نیز بیماری که مرتکب جرمی شده و جرم او از نظر قاضی قابل انتساب به یک بیماری عمده روانی است و یا بیماری به‌خاطر شکایت معمولاً از طرف اطرافیان که دارو مصرف نکرده و حاضر به مراجعه به مراکز درمانی نیست و وضعیتی بحرانی دارد نیز همراه با نامه قاضی برای بررسی و احیاناً بستری به مرکز فوریت ارجاع داده می‌شوند که در این موارد بررسی دقیق بیمار و رد علل عضوی و در نظر گرفتن قوانین کشوری از نظر میزان متابعت از دستور قاضی باید مدنظر قرار گیرد^۱.

نکات مهم: مراجعان به بخش فوریت روان‌پزشکی شامل چند گروه‌اند:

۱. حمله حاد یک بیماری روانی مزمن یا عودکننده و شروع یک بیماری روانی.
۲. وجود یک عامل جسمی مثل بیماری‌های مغزی یا مسمومیت با داروها یا مواد به‌عنوان علت علائم روانی.
۳. وقوع حادثه‌ای فراتر از ظرفیت روانی یک فرد سالم که معمولاً به شکلی غیرمترقبه سبب به هم خوردن تعادل روانی شده است.

۱. رجوع به فصل ۸ (جنبه‌های قانونی).

فصل ۳

ویژگی‌های بخش فوریت

همان‌گونه که یادآوری شد، وجود بخش فوریت روان‌پزشکی نیز مثل بخش‌های فوریت بیماری‌های جسمی برای رسیدگی به موارد حاد، ضرورت دارد. خدمات فوریت روان‌پزشکی در سال‌های اخیر در سراسر دنیا گسترش یافته و به شکل ایده‌آل بهتر است این مرکز در کنار بخش بیماران بستری روان‌پزشکی دایر باشد زیرا مردم آشنایی و شناخت بیشتری با این محل دارند و هنگام نیاز می‌توانند سریع‌تر به آنجا مراجعه نمایند و در صورتی هم که لازم است بیماری از بخش فوریت به بخش بستری منتقل شود، این انتقال با سهولت بیشتری صورت می‌گیرد.

این مرکز باید امکانات و آمادگی جهت یک تا سه روز مراقبت از بیماران حاد و فوریتی را داشته باشد. بیماران پس از تثبیت وضعیّت، برای انتقال به بخش بستری یا ارجاع به مراکز سرپایی از این واحد ترخیص می‌شوند. برنامه‌ریزی پی‌گیری بستگی به شرایط خاص هر بیمار دارد.

در بعضی از مراکز، چنین بخش مجهز فوریت روان‌پزشکی وجود ندارد و اکثراً قسمتی یا اتاقی را در داخل بخش یا درمانگاه روان‌پزشکی به این امر اختصاص داده شده است. چنین موقعیّتی، مشکلاتی را برای هر دو گروه بیماران فوریتی و بستری یا سرپایی ایجاد خواهد کرد. پرخاشگری و تهاجم بیماران فوریتی ممکن است موجب