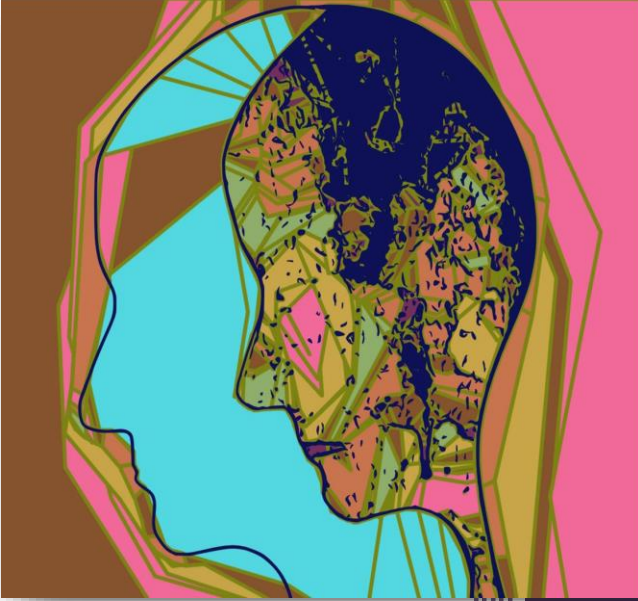


30.yıl



RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİK ACİLLER



Editör

PROF.DR. ASLIHAN POLAT





TIP EĞİTİMİNDE 30 YIL

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dekanlığının katkılarıyla hazırlanmıştır.

©Copyright 2024

Bu kitabın basım, yayın ve satış hakları KÜV YAYINLARINA aittir. Anılan kuruluşun izni olmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kâğıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz.

Online ISBN
978-625-97824-7-8

Kitap Adı
Psikiyatrik Aciller

Editör
Prof.Dr. Aslıhan POLAT
ORCID id: 0000-0001-9649-8701

Yayın Koordinatörleri

Prof.Dr. Alparslan KUŞ
Prof.Dr. Ayten YAZICI
Prof.Dr. F. İpek KOMSUSOĞLU ÇELİKİYURT
Hülya ALTAN


Sayfa ve Kapak Tasarımı


Hülya ALTAN
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kapak Resmi Tasarımı

Doç.Dr. Suna Özgür KARAALAN

Logo Tasarım

 Doç.Dr. Suna Özgür KARAALAN
Kocaeli Üniversitesi Güzel Sanatlar Fak.
Grafik Tasarımı Bölümü

 Öğr.Gör. Ziya Yekta ÖZKAN
Kocaeli Üniversitesi
Değirmendere Ali Özbay Meslek YO
Seramik ve Cam Tasarımı Bölümü

Yayıncı Sertifika No
44496

Kütüphane Kimlik Kartı

Psikiyatrik Aciller / editör: Aslıhan Polat
Kocaeli: KÜV Yayınları, 2024.
167 s. : mk. res., şekil, tablo; 160x230 mm.
Kaynakça var.
Online ISBN 978-625-97824-7-8

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. KÜV Yayınları ve alıcı arasında herhangi bir şekilde hemşire-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleneği veya yedeği değildir. KÜV Yayınları ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.



*Başkalarının acılarını dindirmeye uğraşırken
kendi acılarını unutan tüm genç hekimlere...*

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım ve Okuyucular,

Hastanemizin 30. yılı anısına hazırlanan "Psikiyatrik Aciller" kitabını sizlere sunmaktan büyük bir mutluluk ve gurur duyuyorum. Bu eser, son yıllarda ve özellikle COVID-19 pandemisi sonrasında artan ruhsal sorunlara, psikiyatrik acil başvurularının yükselmesine ve dünyadaki genel ruh sağlığı krizine dikkat çekmek amacıyla kaleme alınmıştır.

COVID-19 pandemisi, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de derin izler bırakmış, bireylerin ruh sağlığı üzerinde ciddi etkiler yaratmıştır. Pandeminin getirdiği belirsizlikler, izolasyon, ekonomik zorluklar ve kayıplar, birçok insanın psikolojik direncini zorlamış ve psikiyatrik acil başvurularında önemli artışlara neden olmuştur. Pandemi süresince yaşanan sosyal izolasyon, korku, kaygı ve belirsizlik gibi duygular, özellikle savunmasız ve daha önce psikiyatrik rahatsızlık geçirmiş bireylerde daha belirgin olmuştur.

Türkiye'nin bir afet ve travma ülkesi olduğunu unutmamak gerekir. Özellikle Kocaeli, büyük deprem felaketleri yaşamış bir şehir olarak, bu tür travmatik olayların bireylerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini yakından deneyimlemiştir. Depremler, sel baskınları ve diğer doğal afetler, bireylerin psikolojik dayanıklılığını sınamakta ve çoğu zaman acil psikiyatrik müdahaleleri gerektirmektedir. Dünyada ve ülkemizde artan ruh sağlığı krizi, acil servis başvurularındaki artışa yansımaktadır. Giderek artan stres faktörleri, ekonomik belirsizlikler, toplumsal değişimler ve doğal afetler, ruh sağlığını tehdit eden unsurlar arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, bu kitapta psikiyatrik acillerin tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar, kriz müdahaleleri ve psikiyatrik acil servislerin işleyişine dair kapsamlı bilgiler sunulmuştur. Amacımız, acil servislerde çalışan tüm sağlık profesyonellerine psikiyatrik acil vaka yönetimine ilişkin yol göstermek ve bu alandaki bilgi birikimini artırmaktır.

Bu değerli eserin hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlarımıza en içten teŐekkürlerimi sunarım. "Psikiyatrik Aciller" kitabının, siz değerli okuyucularımız için bir başvuru kaynağı olacağına inanıyorum. Kitabımızın, meslektaŐlarımızın bilgi birikimlerine katkıda bulunmasını ve ruh sağlığı alanındaki acil durumlara daha etkili müdahaleler yapabilmelerine olanak sağlamasını temenni ediyorum.

Bu bağlamda, sizleri bu değerli eseri incelemeye ve içeriğindeki bilgileri mesleki pratiğinize yansıtmaya davet ediyorum. Kitabımızın, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırmada ve toplum sağlığını iyileŐtirmede önemli bir rol oynayacağına olan inancım tamdır. Bu eserin, gelecekteki çalıŐmalarınıza ışık tutmasını ve hastalarımıza daha iyi hizmet sunabilmemizde rehber olmasını dilerim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Aslıhan POLAT

YAZARLAR

Prof. Dr. Aslıhan POLAT
ORCID iD: 0000-0001-9649-8701

Prof. Dr. Elif TATLIDİL YAYLACI
ORCID iD: 0000-0002-1157-7409

Doç. Dr. Bahadır GENİŞ
ORCID iD: 0000-0001-8541-7670

Dr. Öğr. Üyesi Diğdem GÖVERTİ
ORCID iD: 0000-0002-1012-3202

Öğr. Gör. Dr. Aila GAREAYAGHI
ORCID iD: 0000-0001-8453-0321

Uzm. Dr. Ezgi ŞİŞMAN
ORCID iD: 0000-0001-9496-991X

Uzm. Dr. Havva ATASOY KAPLAN
ORCID iD: 0000-0002-9248-3585

Uzm. Dr. Hanife YILMAZ
ORCID iD: 0000-0002-6870-1407

Ass. Dr. İsmail Emre AK
ORCID iD: 0009-0003-4510-0013

Ass. Dr. Fatma Seher KOCAAYAN
ORCID iD: 0009-0001-7183-2002

Ass. Dr. Umut GÜNAY
ORCID iD: 0009-0007-8271-9316

Ass. Dr. Simge Fidan SARI
ORCID iD: 0000-0002-6386-6114

Uzm. Hem. Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR
ORCID iD: 0009-0007-4441-8918

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1. ACİLDE PSİKİYATRİK GÖRÜŞME	1
<i>Ezgi Şişman, Aslıhan Polat</i>	
BÖLÜM 2. ACİLDE RUHSAL KRİZE MÜDAHALE	14
<i>Aila Gareayaghi, Hanife Yılmaz, Aslıhan Polat</i>	
BÖLÜM 3. AJİTE HASTAYA YAKLAŞIM	22
<i>Diğdem Göverti, Fatma Seher Kocaayan</i>	
BÖLÜM 4. ACİL PSİKİYATRİK BİR DURUM OLARAK İNTİHAR.....	35
<i>Elif Tatlıdil, İsmail Emre Ak</i>	
BÖLÜM 5. ŞİZOFRENİ VE ACİL KLİNİK DURUMLAR	50
<i>Diğdem Göverti, Umut Günay</i>	
BÖLÜM 6. BİPOLAR BOZUKLUĞA ACİL YAKLAŞIM	65
<i>Diğdem Göverti, Hanife Yılmaz</i>	
BÖLÜM 7. ACİLDE RUHSAL TRAVMAYA YAKLAŞIM	78
<i>Aila Gareayaghi, Ezgi Şişman, Aslıhan Polat</i>	
BÖLÜM 8. ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNA ACİL YAKLAŞIM..	87
<i>Bahadır Geniş, İlay Dalkıran</i>	
BÖLÜM 9. ACİL SERVİSLERDE ADLİ PSİKİYATRİ UYGULAMALARI.....	102
<i>Havva Atasoy Kaplan, Ezgi Şişman, Aslıhan Polat</i>	
BÖLÜM 10. DİĞER PSİKİYATRİK ACİLLER.....	118
<i>Bahadır Geniş, Simge Fidan Sarı</i>	
BÖLÜM 11. PSİKİYATRİK TRİYAJ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	139
<i>Mehtap Güngör Çağlar, Ezgi Şişman</i>	
BÖLÜM 12. PSİKİYATRİK ACİLLERDE İLAÇ TEDAVİLERİ	149
<i>Havva Atasoy Kaplan, Hanife Yılmaz Abaylı, Aslıhan Polat</i>	

ACİLDE PSİKIYATRİK GÖRÜŞME

Uzm. Dr. Ezgi ŞİŞMAN¹
Prof. Dr. Aslıhan POLAT¹

Psikiyatrik Aciller

Psikiyatrik acil hızlı tedavi gerektiren düşünce, duygu, sosyal ilişki ve davranış bozukluğudur. Genellikle psikiyatrik acil tabloları akut psikotik alevlenme, mani, başkalarına zarar verme ve intihar ile karşımıza çıkmaktadır. Acil psikiyatri başvurularının son yıllarda arttığı belirtilmektedir. Acil başvuruları içerisinde psikiyatrik acillerin oranı %6-25 arasındadır. Psikiyatrik aciller daha çok gece hastaneye başvururlar. Acilde psikiyatrik değerlendirmede medikolegal konular hakkında bilgi sahibi olunması önemlidir. Acil servise psikiyatrik tablolara başvuran hastaların başvuru gerekçelerinin incelendiği bir araştırmanın verilerine Tablo 1’de yer verilmiştir.

Hekimler için, acil durumda değerlendirilen hastaların ayaktan mı yoksa yatarak mı takip edileceğine karar vermek sıklıkla zorlayıcıdır. Acile başvuran hastaların yaklaşık %40 kadarında hospitalizasyon gerekmektedir. Psikiyatride hastaneye yatırılma süreci, çoklu aşamalardan oluşur. Psikiyatrik yatışların temel amacı, hastanın doğru tanıyı almasını ve etkin bir tedavi sürecinden geçirilmesini sağlamak, aynı zamanda hastanın toplumsal işlevselliğini mümkün olan en üst düzeyde korumaktır.

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Acil psikiyatri değerlendirmeleri çoğunlukla genel acil servis ortamında acil hekimi tarafından yapılmaktadır. Kritik nokta ayrı bir oda olmasında ziyade genel ortamın güvenli olmasıdır. Acil servislerde ayrı görüşme alanları olmayabilir ve çalışan hemşire ve diğer personeller psikiyatrik aciller konusunda yeterince bilgi sahibi olmayabilirler. Acil serviste çalışan sayısı yeterli olmalıdır. Şiddet ihtimalinin olduğu durumlarda kısıtlama uygulanması gerekmekte ve bu uygulama özel eğitim gerektirmektedir. Tespite alma gibi özel uygulamalarda sorumluluk ve görev dağılımı belirlenmeli ve önceden prova edilmelidir.

Tablo 1. Psikiyatrik Acil Başvuru Sebepleri

-
1. İdari sebepler
 2. Öneri alma ihtiyacı
 3. Duygu ve düşüncelerini anlamak
 4. Nereden yardım alacağını öğrenme
 5. Suçluluk duygusunu dindirme amaçlı itiraf
 6. Kişinin kendisini kontrol etme ihtiyacı
 7. Tanı ve tedavi
 8. Psikolojik deneyimi anlamlandırma
 9. İçgörü kazanma amaçlı
 10. Korku yatıştırma
 11. Sıcaklık ve yakınlık ihtiyacı
 12. Havalanma
 13. Hiçbir şey
-

Saldırgan davranışlar gösteren acil psikiyatri olgularına rastlansa da hastaların çoğunluğu için zarar verici davranışlara sık rastlanmadığı söylenebilir. Hasta gelir gelmez kurallar ve sınırlamalar net çizilmelidir. Ajite hastalar diğer hastalardan ayrılmalıdır. Tespitin uygulandığı alanlar yakın gözlem için hemşirelerin olduğu yere yakın olmalıdır. Hastaların yaklaşık %20sinde kendine zarar verme ihtimali, %10unda ise başkasına zarar verme ihtimali bulunmaktadır. Psikofarmakolojik seçeneklerin kurumda bulunması önemlidir. Hastalar muayene öncesi silaha yönelik taranması kurumsal bir

strateji olarak ortaya konulmalıdır. Görüşme odasında çağrı düğmesi varlığı ve güvenlik kamerası ile gözetimin devam etmesi diğer güvenlik önlemlerindedir.

Genel Tıbbi Değerlendirme

Psikiyatrik durumların yarattığı stigmatizasyon acil başvurularında hastaların şikayetlerinin yeterince önemsenmemesine neden olabilir. Bu hastaların şikayetleri ve klinik durumları genellikle psikiyatrik tanılarla açıklanmaya çalışılmakta, ancak çoğu zaman kapsamlı tıbbi incelemelerden yeterince yararlanamamaktadırlar. Özellikle sosyal desteği kötü, evsiz, kronik alkolizm gibi sorunları olan kişilerde aslında kolay tedavi edilebilecek vitamin eksiklikleri, tüberküloz gibi tanılar atlanabilmektedir. Tıbbi durumların üçte bir gibi büyük bir oranda psikiyatrik prezantasyonla geldiği unutulmamalıdır. Acile psikiyatrik durumu olan hastaların yaklaşık yarısında komorbid genel tıbbi durumla ilişkili hastalık olduğu da bilinmektedir. KOAH ve Diabetes Mellitus değerlendirilmelidir. Öte yandan psikotik belirtiler gibi akut psikiyatrik semptomlar genel tıbbi değerlendirmeyi zorlaştırabilir.

Organik Ayırıcı Tanılar

Psikiyatrik tablonun etiyojisi araştırılırken genel tıbbi değerlendirmenin yapılması gerekmektedir. Vital bulguları, bilişsel ve fizik muayenesi doğal olan ve bilinen ek tıbbi hastalığı olmayan kişilerde rutin laboratuvar taramaları önerilmemektedir. Hastanın sevk durumu söz konusu olduğunda eğer gönderilen merkezde tetkikler yapılabiliyorsa özellikle idrar toksikolojisi için sevk bekletilmemesi önerilmektedir. Alkolün aşırı alımı tablolarında kan etanol seviyesinden ziyade hastanın bilişsel muayenesi göz önünde bulundurulmalıdır. Acil doktorları ve psikiyatristler işbirliği içinde çalışmalıdır.

Entoksikasyon ve yoksunluk tabloları, kafa travmaları, ensefalopatiler, diyabet, tiroid hastalıkları akut psikiyatrik yakınmalarla acil servise başvurabilirler. Tıbbi durumlara bağlı psikiyatrik tablolarında altta yatan neden

düzeltildiğinde prognoz iyidir. Bu nedenle psikiyatrist organik etiyolojileri atlamamalıdır.

Tablo akut başlangıçlıysa, ilk epizotsa, ileri yaşta başladıysa, bilinen tıbbi hastalık ya da travma öyküsü varsa, madde kullanım bozukluğu varsa, algı bozuklukları işitsel olmayan özellikteyse(görsel varsanılar gibi), nörolojik belirtiler eşlik ediyorsa, hasta somnole ise, yönelim bozulmuşsa, bellek ve dikkat bozuklukları eşlik ediyorsa, konuşma ve harekette bozukluk varsa, apraksi varsa, ateş-öksürük gibi bulgular eşlik ediyorsa, vital bulgularda anormallik varsa organik etiyolojilerden ayırım titizlikle yapılmalıdır. Genel tıbbi durumda özellik olmaması “Tıbbi açıdan temiz” (*medically clear*) olarak ifade edilmektedir.

Vitamin yetmezliği, demanslar ve nörodejeneratif hastalıklar, Wilson hastalığı, Nörosfiliz, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve ağır metal zehirlenmeleri non spesifik ruhsal belirtilerle karşımıza gelebilirler. Santral sinir sistemi neoplazileri, temporal lob epilepsisi, ilaç ve psikoaktif madde entoksikasyonları psikotik tablo olarak karşımıza çıkabilir. Bu bağlamda hastalık öncesi işlevselliğin normal oluşu, yaşın 40'ın üzerinde olması, ani başlangıç ile gelen psikozlarda organik ekartasyon açısından uyarıcı özelliklerdir.

İleri yaşta başlayan manilerde madde entoksikasyonları, frontal lob sendromları, multiple skleroz, epilepsi, enfeksiyöz hastalıklar, Wilson hastalığı, serebrovasküler olaylar araştırılmalıdır. İleri yaş başlangıçlı depresyonlarda epilepsi, Parkinson hastalığı, inme, frontal lob sendromları, multiple skleroz, Cushing hastalığı, majör organ yetmezlikleri, endokrin ya da metabolik bozukluklar değerlendirilmelidir.

35 yaşın üzerinde ve çok şiddetli kaygı durumlarında endokrin ve metabolik bozukluklar, Parkinson hastalığı, inme, kardiyomiyopati, anjina, aritmi, obstruktif akciğer hastalıkları, astım, pulmoner emboli, ilaç kullanımları dikkatle incelenmelidir. Gelen her hastada kafa travması ihtimali göz önünde

bulundurulmalıdır. Özellikle sürekli başvurusu olan kronik alkol madde entoksikasyonlarında mevcut tablo değerlendirilirken kafa travması ihtimali atlanmamalıdır.

Psikiyatrik Görüşme

Acil psikiyatrik görüşme ve değerlendirme, hastanın tedavisine yönelik ilk adımdır. Bu süreç, hastanın akut dönemdeki ihtiyaçlarının ayaktan tedavi ile mi yoksa yatarak tedavi ile mi daha uygun şekilde karşılanacağını belirlenmesini içerir ve tedavi bu doğrultuda devam ettirilir. Hastanın bulunduğu tablonun zamanında ele alınması önemlidir. Acil servise psikiyatrik tablo ile gelen hastaların değerlendirilmesine cevaplanacak sorular Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Psikiyatrik Acillerde Değerlendirme

-
1. Hastanın acil serviste bulunması güvenli mi?
 2. Altta yatan sebep organik mi, psikiyatrik mi yoksa ikisi de mi?
 3. Psikotik özellikler var mı?
 4. Hastanın kendine ya da çevreye zarar verme riski var mı?
 5. Hasta kendi bakımını sağlayabilir mi?
-

Acil koşullarında ön tanı konulur, tetikleyici etkenler ele alınır ve acil gereksinimler doğrultusunda müdahale planlanır. Acilde bekleyen psikiyatri hastalarında çevredeki hasta sayısının en azda tutulması ve hastanın ilgili tedavi birimine hızla yönlendirilmesi önemlidir.

Öykü alınması ve ruhsal durum muayenesini takiben acil servisin imkânları doğrultusunda genel fizik muayene ve ek testlerle acil psikiyatrik değerlendirme tamamlanır. Psikiyatristin temel amacı acil psikiyatrik olguları akut olmayan olgulardan ve psikiyatri dışı acil durumlardan ayırmaktır. Acile gelen her hastada önceki tıbbi notların taranması önemlidir. İyi öykü alınamayan hastalarda aile görüşmeleri ve eski notların kritik önemi olabilir. Acilde uygulanan her girişimin iyi bir tıbbi kayıtla belgelenmesi önemlidir.

Klinisyen öncelikle kendi güvenliğini sağlamalıdır. Görüşme öncesi iyi bir tıbbi kayıt taraması ile hasta hakkında bilgi edinmek, değerlendirme görüşmesi için yalnız olmamak, yakınlarda başka birilerinin bulunmasına dikkat etmek, fiziksel çevrenin güvenliğine dikkat etmek, şiddet ihtimaline hazırlıklı olmak bu bağlamda klinisyenin yapabilecekleridir. Çevrenin güvenliği için hastanın öncelikle kendine zarar vermesi engellenmelidir. Başkalarına yönelik zarar içinse hastaya şiddetin onaylanamazlığına dair net sınırlar çizmek, gerekirse kısıtlama uygulanabileceğini bildirmek, tespit uygulaması için personellerin hazır olmasını sağlamak, tehditkâr olmadan iş birliği kurmaya çalışmak, tedavi önermek, tespit uygulaması gerekirse hastayı yakın gözleme almak kritiktir.

Psikiyatrik öyküde hastayı acil servise getiren koşulların anlaşılması hastalığın anlaşılmasında yol gösterici olabilir. Hastanın acil servise başvurusunda yalnız mı, refakatçili mi olduğu, ambulans veya kolluk kuvveti ile mi geldiği, kendi rızasıyla mı, kandırılarak mı yoksa zorla mı getirildiği öğrenilmelidir. Hastanın genel görünümü değerlendirilmeli ve duruma ilişkin açıklanması dinlenmelidir. Hastanın vasisinin olup olmadığı, yargılamasının korunup korunmadığını değerlendirmek kritiktir. Hastanın kooperasyonu ve alınan anamnezin güvenilirliği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Psikiyatrik görüşmenin acil serviste yapılıyor oluşu normal psikiyatrik görüşmelerden daha kısa yapılandırılmasını gerekli kılar. Hastayı anlamak için kişisel detay sorgulamaları acil serviste daha az yapılmaktadır. Temel hedef hastanın güvenliğini sağlamak ve tedavi eğilimini belirlemektir. Acil servis görüşmesinde görüşmeyi yapan hekim daha esnek bir yaklaşım göstermeli, yapılandırılmış katı bir görüşme akışını takip etmek yerine hastanın düşünce sürecini anlamalı ve hastaya uyum sağlayabilmelidir. Psikiyatristler kendi karşı aktarımlarını kontrol etmeli ve kendilerini gözlemlemeyi sürdürmelidir.

Görüşmeden önce edinilecek bilgiler ve hastanın inspeksiyonu önemlidir. Psikiyatri hekimi psikiyatri konsültasyonunun neden istendiğine, kayıtlardan hastanın tıbbi özgeçmişine ve temel demografik bilgilerine hâkim olmalıdır.

Görüşme öncesinde hastayı gözlemek temaruz ihtimali durumunda yardımcı olabilir. Hekim görüşmede kendini, branşını tanıtmalıdır. Buldukları ortamda hastaya yardımcı olunmak istenildiğinin aktarılması önemlidir, hasta değerlendirme ortamının kendisi için güvenli olduğunu anlamalıdır.

Öykü alırken hastanın sosyodemografik bilgileri ve geliş şekli kabaca öğrenilmelidir. Hastaneye gelmesine sebep olan temel durum ve ilişkili durumlar ele alınmalıdır. Psikiyatrik özgeçmiş kapsamında önceki tanıları, hastane yatışları ve tedavileri değerlendirilmelidir. Geçmişteki şiddet öyküsü ve adli öykü not edilmelidir. Sigara, alkol ve madde kullanımı sorgulanmalı; kullanım süresi, sıklığı, en yüksek kullanım miktarı, ara verme dönemlerinin bilgisi edinilmelidir. İlaç kullanımına dair bilgilere de ulaşılmalıdır.

Genel tıbbi bilgiler not edilirken kalp hastalıkları, tansiyon, diyabet, epilepsi, kafa travması, hepatit, kanser ve geçirdiği operasyonlar öğrenilmeli, özellikle kadın hastalarda mensturasyon ve gebelikle ilgili bilgilere dikkat edilmelidir. HIV statüsüne yönelik testler riskli durumlarda değerlendirilmelidir.

Aile öyküsünde ailesel hastalıklar, ailede intihar, bağımlılık öyküleri sorgulanmalıdır. Acil serviste yapılan psikiyatrik görüşmelerde progresyonun takibi açısından muayene bulgularının saat belirtilerek ve titizlikle tutulması önem taşımaktadır. İyi bir dokumentasyonun hem hastanın takibi açısından hem de hekimin yasal sorumlulukları açısından kritik olduğu unutulmamalıdır.

Psikotik Olgularda Görüşme

Psikotik belirtilerle başvuran kişilerde tablonun akut bir alevlenme mi yoksa kronisite kazanmış bir durum mu olduğu ayırt edilmelidir. Psikotik belirtilerin yanı sıra duygulanım, işlevsellik ve gerilemenin derecesi de değerlendirme esnasında önemlidir. Psikotik hastalarda tedavi reddi ve saldırgan tutum görülebilmektedir. Personelin tavırlarına yanlış atıflarda bulunarak bir tehdit

gibi algılamaya yatkın olabilirler. Hastanın işitsel varsanıları savunucu davranmasına sebep olabilir. Hasta tedaviye uyum göstereceğini ifade etse de acil servisi terk ettikten sonra bu sözüne uymayabilir. Dolayısıyla akut psikotik alevlenmesi olan bir kişinin değerlendirilmesi kendine özel zorlukları içermektedir.

Kronisite kazanmış psikoz tablosundaki akut alevlenmelerde en sık sebep tedaviye uyumsuzluktur. Tedavi uyumu konusunda bilginin yakınlarından alınması, yan etkilerin dikkatle sorgulanması gerekmektedir. Hastanın ilerleyen süreçte tedavi uyumunun hastalık gidişatı üzerindeki etkisi yakınlarına psikoeğitim kapsamında mutlaka tekrar aktarılmalı ve işbirliği kurulmalıdır. Psikotik hastaların birinci derece yakınlarında da psikotik tabloların olabileceği ihtimali akılda tutulmalıdır.

Psikotik hasta ile iletişim kurarken dilin basit ve anlaşılır olmasına özen gösterilmelidir. Psikiyatri hekimi görüşmeyi yapılandırılmalı ve gerekli zamanda sonlandırılmalıdır. Hastanın savunucu davranma ve hostilite ihtimali atlanmamalıdır.

Psikotik hastalar sadece psikotik belirtiler kapsamında değil, intihar riski ve depresif belirtiler açısından da değerlendirilmelidir. Psikotik bozukluklarda, özellikle şizofreni hastalarında, intihar riskini artıran çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada, şizofreni hastaları için intihar risk faktörleri; genç yaşta ve erkek olma, hastalığın kronik ve tekrarlayan alevlenmelerle seyretmesi, taburculuk esnasında işlevselliğin düşük olması ve içgörü varlığı olarak belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında intihar riskini artıran diğer önemli faktörler arasında, geçmişte intihar girişiminde bulunma, madde kullanımı, sosyal izolasyon, depresyon ve umutsuzluk hissi yer almaktadır. Bu faktörler, intihar riskinin yüksek olduğu durumları belirleyen kritik göstergeler olarak kabul edilmektedir.

İntihar Olgularında Görüşme

İntihar, hafif stres faktörlerine tepki gösteren bireylerden ciddi ruhsal bozuklukları olan hastalara kadar geniş bir yelpazede görülme potansiyeline sahiptir. İntihar girişiminde bulunan kişiler bazen gerçekten ölümü arzulayabilirken, bazen de kendi acılarını, çaresizliklerini ve umutsuzluklarını ifade etmeyi amaçlayabilir. Bu perspektiften, intiharları bir yardım talebi olarak kabul etmek mümkündür.

İntihar düşüncesi ve intihar girişimi sıklıkla iki ayrı fenomen olarak değerlendirilse de bu eylemlere yönelik dinamik bir inceleme, bu iki durum arasındaki ayırımın hiç de basit olmadığını ortaya koymaktadır. Özkıyımı hedefleyen bireyler, eylemleri sonrasında hayatta kalabilir. Öte yandan, yaşama bağlılığı tam olarak kopmamış bireyler, ciddi olmayan bir girişim sonucu hayatlarını kaybedebilir. Bu bağlamda, her intihar girişiminin ciddiye alınması şarttır. Yapılan bir araştırmada, intihar girişiminde bulunanların üçte ikisinin aslında ölmek istemediği, bu girişimlerin çoğunlukla bir yardım çağrısı niteliğinde olduğu vurgulanmıştır. Bu bireyler, karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmak için destek aramaktadırlar fakat bu desteği bulamamaktadırlar. Bu durumda, acil müdahale, bu bireylere yardım sağlamak için en etkili yöntemdir.

Acile gelen intihar olgularının %90'ında eşlik eden ruhsal bozukluk bulunmaktadır. Özellikle deprese hastalarda klinisyen intiharı gündeme getirmeli ve mutlaka sorgulamalıdır. Uyku bozuklukları ve bedensel yakınmalar hasta tarafından depresyonla ilişkilendirilmeyebilir, bu hasta grubunda da özkıyım fikirlerinin sorulması önemlidir. Özkıyım girişiminde bulunan insanların büyük çoğunluğunun önceden bu isteklerini dile getirdikleri bilinmektedir. Bu nedenle muayenede doğru sorularla bu düşüncenin varlığı araştırılmalıdır.

İntihar girişimi açısından önceden intihar girişimi veya düşüncesi olan, kaygı ve çökkünlük belirtileri gösteren, intihar araçlarına ulaşılabilir ortamlarda

yaşayan, özkıyım düşüncelerini dile getiren, vasiyet hazırlığı yapan, yakın zamanda kayıp veya sağlık sorunu yaşayan, ailesinde özkıyım öyküsü olan, kötümser ve umutsuz kişiler, dürtüsel davranan kişiler özellikle risk altındadır. Eğer hastanın intihar etme riski yüksek değerlendirilirse hasta yatırılarak tedavi edilmelidir. İntihar riski öngörülme-yen depresif hastalarda intihar düşüncesi olduğunda acil tıbbi yardım alabileceği bilgilendirilmesi yapılmalıdır.

Saldırgan Olgularda Görüşme

Hekim ajite hasta ile görüşme öncesinde, hem kendi gözlemleri hem de personelden alacağı geri bildirimler aracılığıyla hastayla ilgili bazı önemli bilgileri saptamalıdır. Bu süreç, hastanın durumunu daha iyi anlamayı ve uygun müdahale stratejileri geliştirmeyi sağlar. Saldırganlık ihtimali olan hasta ile görüşmenin nerede yapılacağı belirlenmelidir. Hastanın ajitasyon durumuna göre diğer personelin müdahalesinin kolay olabileceği daha kolay ulaşılabilir bir noktada görüşme yapılabilir. Şiddet ihtimali için uyarıcı işaretler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Şiddet İhtimali İçin Uyarıcı İşaretler

Kaygılı biçimde koltuğun ucunda oturma
Koltuğun kolçaklarını sıkma
Öfkeli, yüksek, tiz sesle konuşma
Öfkeli vurgulamalar
Volta atma
Vücut duruşunu sık değiştirme

Hekim, hastayla görüşmeye başlarken, ana şikâyeti ve hastalık öyküsünü sorgulamak yerine, ajitasyona odaklanmayı tercih edebilir. Örneğin, hastanın ajitasyon seviyesine dikkat çekerek ve ardından yardım teklif ederek iletişime başlayabilir. Bu yaklaşım, ajitasyonu azaltıcı bir ilaç teklifi de içerebilir. Klinisyen her zaman dikkatli olmalı ve hastayı mümkün olan en az kısıtlayıcı

yöntemle yönetmeye çalışmalıdır. Görüşmeci hekimin sakin kalması önemlidir.

Saldırganlığın altındaki nedenin anlaşılmasına yönelik bir görüşme planlanmalıdır. Şiddet davranışı gösteren hastalarda şu ayırıcı tanıları yapmak önemlidir:

- Organisite, Serebral enfeksiyon, Temporal lob epilepsisi,
- Antisozyal, paranoid, dekompanse obsesif kompulsif kişilik bozuklukları
- Disosiyatif bozukluklar,
- Şizofreni, katatonik şizofreni, sanrılı bozuklukluk
- Dürtü kontrol bozuklukları,
- Patolojik sarhoşluk

Şiddete bağlı adli öykünün varlığı, yüksek miktarda alkol alımı, çocukluk döneminde istismar öyküsü şiddet davranışı ihtimali için gösterge olabilirler. Şiddet riski değerlendirilirken düşünce, plan, araçlara ulaşılabilirlik ve yardım talebi önemsenmelidir. Özellikle sosyoekonomik seviyesi düşük ve sosyal desteği olan genç erkeklerin riskli olduğu unutulmamalıdır. Şiddet ve dürtü kontrol bozukluğu ögeleri içeren geçmiş öykü ve sosyal tetikleyici faktörler dikkate alınmalıdır.

Hekimin saldırgan bir hastayı değerlendirmesi sırasında kendisinin, ekibinin ve diğer hastaların güvenliğini sağlaması hayati öneme sahiptir. Değerlendirmeyi yapan hekim yumruk sıkma, hızlanan solunum, tehditkâr duruşlar veya huzursuzluk gibi işaretlere karşı dikkatli olmalıdır. Bu belirtiler karşısında, çok fazla bilgi toplanamamış olsa bile, durum daha da kötüleşmeden önce görüşmeyi ve

ya etkileşimi sonlandırmaya hazır olmalıdır. Bu yaklaşım, hem hastanın hem de klinisyenin güvenliğini korumak için önemlidir.

Hasta saldırganlığını sürdürdüğü takdirde, hekimin sakin bir ses tonuyla hastaya davranışlarının kabul edilemez olduğunu ve bu davranışlara devam etmesi halinde zor kullanılarak durdurulacağını bildirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda, antipsikotik ve benzodiazepin gibi medikal tedavilerin uygulanması da uygun olabilir. Eğer saldırganlık devam ederse, hastanın ajitasyonu yatışmadığında fiziksel olarak tespit edilmesi, yani kısıtlanması gerekebilir. Bu müdahale, diğer yöntemlerle yatıştırmanın mümkün olmadığı durumlarda tercih edilen bir yöntemdir.

Saldırgan hastalar için alınması gereken önlemler konusunda genel bir fikir birliği mevcutken, bazı eleştiriler de bulunmaktadır. Bazı klinisyenler, tespit uygulamalarının hem hastaları hem de sağlık çalışanlarını yeterince korumadığını, yaralanmalara veya ölümlere sebebiyet verebildiğini ve hukuki süreçleri tetikleyebildiğini ileri sürmektedirler. Yapılan başka bir araştırmada, hastaya fiziksel tespit uygulamasının hasta yararına olmasına rağmen, bu işlemlerin hastanın özerkliğini sınırladığı ve ölümcül sonuçlar doğurabileceği belirtilmiştir. Aynı çalışma, tespit uygulamasından önce etik ilkelere uygun olarak alternatif yöntemlerin denenmesinin önemini vurgulamıştır. Ayrıca, saldırganlık durumunun acil serviste yönetilmesinin zor ve tekrar eden bir problem olduğunda vurgu yapılmış ve daha detaylı değerlendirilmesi gerekiyorsa, hastanın kapalı bir birime yatırılmasının uygun olduğu ifade edilmiştir.

Kaynaklar

1. Balaban Ö.D. Acilde Genel Psikiyatrik Değerlendirmenin Ana Hatları. In Öncü F. & Hacimusalar Y. (Eds.) (2021) Acil Psikiyatri (1-10). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
2. Balan Y., Murrell K., Lentz C.B. (Eds.) (2018) Big Book of Emergency Department Psychiatry. CRC Press.

3. Donovan A.L. & Bird S.A. (Eds.) (2019) Substance Use and the Acute Psychiatric Patient Emergency Management. Springer Nature Switzerland AG.
4. Kıyak R. (2016) Acil Servise Başvuran ve Psikiyatrik Acil Durum Olarak Değerlendirilen Hastaların Epidemiyolojik İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi.
5. Maloy K. (Ed.) (2016) A Case- Based Approach to Emergency Psychiatry. Oxford University Press.
6. Riba M.B. & Ravindranath D. (Eds.) (2010) Clinical Manual of Emergency Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc.
7. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (Eds) (2016) Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (A. Bozkurt, Çev.)
8. Thrasher T., DO, MBA, DFAPA (Eds.) (2023) Emergency Psychiatry. Oxford University Press

ACİLDE RUHSAL KRİZE MÜDAHALE

Öğr. Gör. Dr. Aila GAREAYAGHI¹
Uzm. Dr. Hanife YILMAZ¹
Prof. Dr. Aslıhan POLAT¹

Ruh Sağlığında Kriz

Kriz terimi, Türk Dil Kurumu tarafından “birdenbire meydana gelen kötüye gidiş, gelişme, buhran, tehlikeli an; büyük sıkıntı” olarak tanımlanmıştır. Kriz terimi günlük yaşamda genellikle ani ve beklenmedik şekilde ortaya çıkarak, bir kişinin veya bir grubun normal işleyişini ciddi bir biçimde bozan durumları ifade eder. Ruhsal anlamda krizleri ise Gerard Caplan “geleneksel problem çözme yöntemlerinin kullanımı ile bir süre aşılamayan engeller” olarak tanımlar ve ekler “bir çözüme ulaşmak için birçok başarısız girişim gerçekleştirilirken, dağılma dönemi üzüntü dönemini de beraberinde getirir”. Buna göre, krizler kişilerin mevcut başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kaldığı ve sorunun üstesinden gelmekte zorlandıkları durumları ifade eder. Kriz durumları, bireysel, toplumsal veya küresel ölçekte olabilir.

Krizler, olayların algılanış biçimiyle ortaya çıkan ve yoğun duygusal tepkilere yol açan, kişinin *homeostazını* yani denge durumunu bozan, kısa süreli ve akut durumlardır. Bu tür krizler, her yaştan, kültürden ve sosyoekonomik durumdan insan tarafından yaşanabilir ve belirli bir ruhsal bozuklukla ilişkili olmak zorunda değildir. Bir kişi için kriz olarak algılanan durum, bir başka kişi için o anlama gelmeyebilir. Pek çok kişi belirgin bir müdahaleye gerek

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

olmadan, kendisi veya çevresinin başa çıkma mekanizmalarıyla bu krizleri çözebilir. Bazı durumlarda ise kişiler çok çaresiz, durumun üstesinden gelemeyecek kadar güçsüz, ne yapacağını bilemeyecek kadar şaşırılmış ve hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünecek kadar umutsuz olabilirler. Bu gibi durumlarda profesyonel bir kriz yönetimi anlayışıyla duruma hâkim olmak gerekebilir.

Kriz Türleri

Krizler, gelişimsel krizler, durumsal krizler, olağanüstü krizler, sosyokültürel krizler ve ruh sağlığı krizleri olarak beş başlıkta toplanabilir.

Gelişimsel krizler: Gelişim sürecinde her aşamanın getirdiği zorluklar ve fırsatlar nedeniyle ortaya çıkan krizlere verilen isimdir. Bu krizler yaşamın farklı dönemlerinde meydana gelir ve her geçiş dönemi bilişsel ve davranışsal değişiklikler gerektirir.

Durumsal krizler: Beklenmedik, ani ve kaçınılmaz olaylardan kaynaklanan krizlerdir. Genellikle kişinin kimliğini ve rollerini etkileyen ve genellikle bir kayıp yaşanmasına neden olan durumlardır.

Olağanüstü krizler: Doğal felaketler, küresel pandemiler, ulusal felaketler, kişisel felaketler ve terör saldırıları gibi nadir, beklenmedik olaylardan kaynaklanan krizlerdir.

Sosyokültürel krizler: Bir kültürü veya toplumu tanımlayan değerler, inançlar ve uygulamalarda temel bir meydan okuma içeren durumlardır. Siyasi değişiklikler, ekonomik istikrarsızlık, doğal afetler ve ayrımcılık gibi faktörler bu krizlere neden olabilir.

Ruh sağlığı krizleri: Psikiyatrik hastalığı bulunan bireyler stresli durumlar altındayken ruh sağlığı krizi açısından daha büyük risk altındadır. Eğer kişinin davranışları kendisine veya çevresindekilere zarar verecek kadar kontrolden çıkmışsa bu psikiyatrik bir acildir.

Bu başlıkların kapsamı Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Kriz Türleri

Gelişimsel Krizler	<ul style="list-style-type: none">• Bebeklik: Sağlıklı bağlanma, yabancı korkusu, ayrılık kaygısı• Çocukluk: Okula başlama, akran ilişkileri, akran zorbalığı• Ergenlik: Romantik ve cinsel ilişkiler, bağımsızlık isteği, kariyer seçimi• Yetişkinlik: Evden ayrılma, eğitim ve iş hayatı, evlilik, ev yönetimi, çocuk sahibi olma• Yaşlılık: Fiziksel beceri ve sağlıkta azalma, emeklilik ve gelir kaybı, eş ve arkadaşların ölümü, kendi ölümünü kabullenme
Durumsal Krizler	<ul style="list-style-type: none">• İş kaybı• Maddi değişiklikler• Akademik başarısızlık• Ayrılık, boşanma• Engelli çocuk sahibi olma• Kronik hastalık tanısı alma• Ciddi yaralanmalar• Sevilen birinin kaybı
Olağanüstü Krizler	<ul style="list-style-type: none">• Doğal afetler• Küresel pandemiler• Savaşlar• Taciz, tecavüz• Terör saldırıları• Şiddete uğrama
Ruh Sağlığı Krizleri	<ul style="list-style-type: none">• Aşırı ajitasyon• Kendine veya başkasına tehdit oluşturma• Bağırma, çığlık atma• Eşyaları fırlatma, etrafı dağıtma

Krizin Aşamaları ve Bulgular

Krizler genellikle akut durumlardır ve 4-6 haftadan uzun sürmezler. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (*Center for Disease Control and Prevention, CDC*), krizlerde dört aşama tanımlamıştır.

1. *Aşama*: Bu aşamada kişi normal seviyede stres ve kaygı yaşar. Gündelik hayatın küçük rahatsızlıkları ve zorluklarıyla karşılaştığında, daha önce işe yarayan problem çözme tekniklerini kullanarak süreçleri yönetmeye çalışır. Kişi, bu aşamada rasyonel düşünceye sahip olup duygu ve davranışlarını kontrol edebilir.

2. *Aşama*: Bu aşamada kaygı seviyesi artar. Kullanılan eski başa çıkma stratejileri işe yaramaz. Rahatsızlık hissi giderek artar. Çaresizlik, kafa karışıklığı ve dağınık düşünceler yaşanabilir. Fiziksel belirtiler olarak kalp hızında ve solunumda artış olabilir, kişinin ses tonu yükselir ve daha hızlı konuşur, sinirli hareketler, ayak sallama gibi hareketler görülebilir.

3. *Aşama*: Bu aşamada kişi yoğun kaygı ve stres yaşar. Tüm iç ve dış kaynaklarını kullanır. Sorunlara farklı açılardan bakarak yeni çözüm yolları dener. Mantıklı düşünme yetisi azalır ve davranışları daha kaotik hale gelir. İleri geri yürüebilir, yumruklarını sıkabilir, bağırıp küfredebilir, çevresindekilerle tartışabilir veya tehditler savurabilir.

4. *Aşama*: Bu aşamada stres kritik bir noktaya ulaşır ve kriz durumu ortaya çıkar. Kişi dayanılmaz bir kaygı ve panik yaşar. Birçok bilişsel işlev bozulur ve duygular değişken hale gelir. Bu noktada kişi kendisine veya başkalarına zarar verme riski taşır.

Krizin aşamasına göre çeşitli girişimler planlanabilir. Krizin çözümünde temel hedef kişinin önceki işlevsel durumuna en yakın zamanda tekrar gelmesi ve ileriye dönük ruh sağlığındaki etkilenimin minimumda tutulmasıdır.

Ruh sağlığı krizlerinde kural olmamakla beraber bazı belirtiler görülebilir. Duygulanımda ani değişimler, ajitasyon, agresyon, konfüzyon, kendine veya

bir başkasına zarar verme düşüncesi, ölümden bahsetme, enerjinin aşırı artması veya aşırı azalması, günlük işlerini yapamama, iştahta değişiklikler, uykuda değişiklikler, sanrılar, varsanılar ve gerçeklik algısının kaybı gibi bulgular görülebilir. Eğer kişi özkıyım girişiminde bulunmuşsa, ağır bir oryantasyon bozukluğu varsa, psikotik içerik belirtiyorsa, çevreye zarar verme veya tehdit etme davranışı varsa veya yoğun bir alkol-madde kullanımı olmuşsa bu süreç artık bir psikiyatrik acil durum olarak değerlendirilmelidir.

Krizde Koruyucu Etmenler ve Risk Faktörleri

Kriz durumlarının çözümünde hem bireysel özellikler hem de çevresel koşullar önemli rol oynar. Bu unsurlar kişinin krizle başa çıkma yeteneklerini ve genel iyilik halini etkileyen temel faktörlerdir. Kişinin psikiyatrik özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıkları, travmatik yaşantıları, sosyal desteği, başa çıkma mekanizmaları ve kişisel dayanıklılığı kriz çözümünde anahtar noktalardır. Kriz durumlarında rolü olan koruyucu etmenler ve risk faktörleri Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Koruyucu Etmenler ve Risk Faktörleri

Koruyucu Etmenler	Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> • Çocuklukta güvenli bağlanma • Bakım verenin güvenilir desteği • Yüksek eğitim düzeyi • Yüksek sosyoekonomik düzey • Sağlıklı başa çıkma mekanizmalarına sahip olmak • Sağlıklı problem çözme yeteneklerine sahip olmak • Kendi kendine yeterli olmak • İyimser bir karakterde olmak • İyi ve destekleyici bir sosyal ağa sahip olmak • Destek sistemlerine erişimin olması • İyi bir ahlaki inanç sistemine sahip olmak 	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuklukta ihmal ve istismar • Ailede ruhsal sorunların olması • Kişide ruhsal sorunların olması • Düşük eğitim düzeyi • Düşük sosyoekonomik düzey • Başa çıkma becerilerinin yetersiz olması • Geçirilmiş beyin travmaları, kronik hastalıklar • Alkol-madde kullanım bozukluğu • Stresli veya travmatik yaşam olaylarının olması • Düşük benlik saygısı • Az sayıda aile üyesi ve arkadaşına sahip olmak, sosyal becerilerin yetersizliği • Destek sistemlerine erişimde kısıtlılık

Krizde Acil Müdahale

Kriz durumlarında eğer kişinin kendine veya başkalarına zarar verme tehlikesi varsa, gerçeklikle bağının koptuğu psikotik belirtileri varsa, kontrol etmekte güçlük yaşadığı yoğun bir kaygı veya panik hali varsa, intihar düşüncelerinin de eşlik ettiği şiddetli bir çökkünlük yaşıyorsa müdahale etmek gereklidir. Müdahale etmeden önce diğer tıbbi nedenlerin de araştırılması ve dışlanması önemlidir. Bir takım endokrin rahatsızlıklar, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, beyin travmaları, epilepsi nöbetleri, ağır sistemik enfeksiyonlar, alkol-madde kullanımı ve deliryum tablosu da kişilerde ruhsal krizlerde görülen bulguları yaratabilir. Bu nedenle kişiden ve varsa yakınlarından iyi bir öykü alarak, gerekli görülürse kan tetkikleri ve ilgili görüntülemeler yapılarak tablonun netleşmesi sağlanmalıdır.

Müdahale süreçlerinde hedef, kişinin duygusal ve fiziksel dengesinin tekrar sağlanması, ileriye dönük farklı ruhsal sorunların oluşmasının engellenmesi ve kişinin kriz öncesi işlevselliğine geri dönmesinin sağlanmasıdır. Müdahale sürecinde sağlık çalışanları kişinin ileriye dönük daha işlevsel başa çıkma mekanizmaları geliştirmesini desteklemeli, destek sistemlerinin ulaşılabilirliğini kolaylaştırılmalı, kişinin farkındalık ve özgüven kazanmasına çabalamalıdır. Eğer kişinin kendine veya başkasına zarar verme düşünceleri olursa bunların önüne geçebilecek stratejiler konuşulmalı ve ileriye dönük başvurabileceği sistemler konusunda bilgi verilmelidir.



- Kriz durumlarına müdahale esnasında kişilerin krize neden olan uyarandan uzaklaşmış olmaları önemlidir.
- Sakin, stresörlerin olmadığı bir ortamda görüşme yapılmalıdır.
- Görüşmeci kendisini tanıtmalı, kişiye güvenli bir ortamda olduğunu, burada yargılanmayacağını ve destek göreceğini hissettirmelidir.
- Görüşme sürecinde günlük bir dil kullanılmalı, teknik terimlerden kaçınılmalıdır.
- Görüşmeci aktif dinleme yapmalı, empatik yaklaşmalı, kişiyi gerektiği zamanlarda yankılamalı, karşılıklı olarak anlaşıldığını teyit etmelidir.
- Kişinin kendisini ifade etme konusunda zorluk yaşadığı durumlarda gereken zaman tanınmalı, hazır olduğunda kendisini ifade edebileceği söylenmelidir.
- Görüşmeci görüşme boyunca işbirlikçi bir tutum içinde olmalı, kişinin sakin kalmasını sağlamalıdır.

ABC yaklaşım modeli, kişinin olayı algılayışının öğrenilmesi ve olaya dair bakış açısının değiştirilmesi için geliştirilmiş bir metottür. (Lyons, 2023)

Tablo 3. ABC Modeli

A – İyi bir ilişki kurulması	<ul style="list-style-type: none">• Aktif dinleme becerilerini kullanın
B – Krizin doğasının belirlenmesi ve algılama biçiminin irdelenmesi	<ul style="list-style-type: none">• Yaşanan olayı anlayın• Kişinin bu olayı nasıl anlamlandırıdığını öğrenin• Kişinin önceki ve şimdiki işlevselliğini karşılaştırın• Kişinin duruma yaklaşabileceği farklı açılar geliştirmesini sağlayın
C – Başa çıkma becerileri kazandırılması	<ul style="list-style-type: none">• Kişinin başa çıkma sürecindeki fikirlerini dinleyin ve işlevsel olanları destekleyin• İleriye dönük tekrar görüşme için plan yapın

Bazı kriz anlarında kişiler sakinliğini koruyamayabilir ve görüşmecinin tüm çabalarına rağmen taşkın davranışlar sergiliyor olabilirler. Eğer kişileri sözel olarak yatıştırmak mümkün olmuyorsa, kendilerine veya çevrelerine zarar verme riski varsa hızlı tranquilizanlar kullanılabilir. Bu amaçla benzodiazepinler veya antipsikotikler mümkün olduğunca düşük dozda kullanılmalı, hastaya bunun niçin gerekli olduğu mutlaka anlatılmalıdır. Farmakolojik ajanların da yetersiz kaldığı durumlarda yine hastaya sebepleriyle beraber açıklanarak fiziksel tespit uygulanması gerekebilir.

Kaynaklar

1. Duman, B., & Devrimci Özgüven, H. (2022). Acil Psikiyatri Biriminin Özellikleri ve Krize Müdahale. In F. Öncü & Y. Hacimusalar (Eds.), *Acil Psikiyatri* (Vol. 2, pp. 18-21). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
2. Yıldırım, Ş., Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, M., & yazar, S. (n.d.). *Sosyal Hizmette Krize Müdahale Yaklaşımının Kullanımı Krize Müdahale*.
3. *Stages of Crisis Development | WPVHC | NIOSH*. (n.d.). Retrieved June 7, 2024, from https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit7_5
4. Özden, A. (n.d.). *KRİZE MÜDAHALENİN PSİKİYATRİDEKİ YERİ**.
5. Swan, J., Persis, A., & Hamilton, M. (2023). Mental Health Crisis Intervention and Support for Patients.
6. Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. In *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.

AJİTE HASTAYA YAKLAŞIM

Dr. Öğr. Üyesi Diğdem GÖVERTİ¹
Dr. Fatma Seher KOCAAYAN¹

Giriş

Ajitasyonun yönetimi, klinisyenler ve personel için psikiyatrik acil bakımın en zorlu ve stresli unsurlarından biridir. Ajitasyon genellikle içsel gerginliğin ve sıklıkla bunaltının dışavurumu olarak gözlenen, yerinde durmakta güçlük, gezinme, ellerin ovuşturulması, kıyafetlerin çekiştirilmesi gibi artmış psikomotor etkinlikle seyreden bir durumdur. Ajitasyonu anlamak çok önemlidir çünkü bu durum, hayati tehlike arz eden bir acil durumu işaret edebilir kendisine ve başkalarına zarar verme riskine yol açabilir.

Huzursuzluk ile belirgin fiziksel saldırganlık arasında bir spektrumda yer alır. Hafiften şiddetliye doğru hızla ilerleyebilen bir süreçtir. Ajitasyon, psikiyatrik acil durumlar kadar tıbbi acil durumlarda da yaygındır. Ajitasyonun yönetimiyle ilgili zorluklar, kısmen etiyolojisinin çeşitliliği ve karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Ajitasyonun yönetiminde etiyolojinin klinik yaklaşıma rehberlik etmesi gerektiği daha net bir şekilde anlaşılmıştır. Ajitasyonun psikiyatrik, tıbbi, maddeye bağlı, psikososyal ve diğer nedenleri olabilir. Her biri, bazı genel temel prensiplere dayanan özel bir yaklaşım gerektirir. Örneğin, borderline kişilik bozukluğu olan hastalar sözel yatıştırılmaya iyi yanıt verebilir; akut psikoza sahip olanlar ilaç tedavisi gerektirebilir; deliryumu

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

olanlar acil tıbbi değerlendirme gerektirir; demanslı hastalar ise uyarıcıların azaltılmasından fayda görebilir.

Ajitasyonun yönetiminde, öncelikli olarak tırmanmayı yatıştırmak amacıyla sözel ve sözel olmayan bir dizi uygulama mevcuttur. Ajitasyonun şiddeti ve kontrol edilebilirliğine göre farmakolojik ve fiziksel müdahaleler de uygulanabilir. Ajitasyona müdahalenin temel amaçları; tedavi ekibi ve çevredekilerin güvenliğini sağlamak, hastanın davranışları üzerinde kontrol sağlamak, hastanın isteği dışında yapılacak girişimlerden kaçınmak ve mümkün olduğunca hastayı kısıtlamamaktır.

Öngörme

Değerlendirme Öncesi Hazırlık

Ajitasyon tartışıldığında, öneriler genellikle değerlendirme öncesi dönemi atlar - yani, klinisyenin hastayı değerlendirmeden önce yaptıkları. Mümkün olduğunda, potansiyel olarak faydalı olabilecek bilgileri toplamak önemlidir, bu da ajitasyon değerlendirmesinin hastayla tanışmadan önce başlaması gerektiği anlamına gelir. Bir hastanın tıbbi ve psikiyatrik geçmişini, madde kullanımını, ilaç rejimini ve alerjilerini anlamak için tıbbi kaydın gözden geçirilmesi, değerlendirme için yararlı bir başlangıçtır. Şiddetli saldırganlık geçmişine sahip olup olmadığını bilmek, şiddet riski değerlendirmesinde dikkate alınması gereken önemli bir faktördür. Kolluk kuvvetleri personeli, ayakta tedavi klinisyenleri, aile üyeleri ve ambulans personeli ile iletişim kurmak, hastanın ziyaretinin bağlamını anlamada kritik öneme sahiptir.

Öngörmede etkili olan statik ve dinamik etkenler gözden geçirilmelidir. Dinamik etkenlerle ilgili olarak tedavi ekibinin tamamı tarafından takip edilmeli ve fark edildiğinde ekibin geri kalanı ile paylaşılmalı ve önlemler alınmalıdır. Hastanın ajitasyonun artma ihtimalinin yüksek olduğu durumlarda yakından izlem, kolaylıkla ulaşabileceği mesafede olması önemlidir.

Statik Risk Faktörleri

Hastanın mevcut klinik sunumuna ek olarak, hastanın geçmişinde onu kronik olarak artan risk altına sokan statik faktörler vardır. Hastanın mental hastalık geçmişinin yanı sıra demografik bilgiler, daha önce şiddet içeren suç veya mağduriyet geçmişi, madde kullanımı bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi statik risk faktörleri de değerlendirilmelidir. Bu faktörler, acil durum ortamında bile araştırılmalıdır. Genel psikiyatrik popülasyonlarda, ekonomik sıkıntı, yalnız yaşama, erkek cinsiyet ve genç yaş ile şiddet ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, şiddet mağduru olma ile gelecekte şiddet içeren eylemlerde bulunma riski arasında güçlü bir ilişki vardır.

Dinamik Risk Faktörleri

Dinamik risk faktörleri, bireyin şiddet riskini mevcut zamanda artıran ve potansiyel olarak değiştirilebilir faktörlerdir. Bu faktörler arasında aktif psikotik semptomlar (özellikle tehditkâr halüsinasyonlar ve kontrol edilemeyen sanrılar), şiddetli anksiyete veya panik ataklar, madde kullanımı, ilaç uyumsuzluğu ve akut stres faktörleri yer alır. Bu faktörler, bireyin mevcut riskini değerlendirirken dikkatle izlenmelidir. Tedavi, bu dinamik faktörlerin yönetimine odaklanmalı ve bireyin şiddet potansiyelini azaltmak için uygun stratejiler geliştirilmelidir.

Güvenliğin Sağlanması

Hastane sistemleri, güvenliğin sağlanmasında büyük rol oynar. Bu nedenle klinisyenin, kendi acil servisindeki özel zorlukları bilmesi ve potansiyel olarak tehlikeli bir durum ortaya çıktığında hasta ve personel güvenliğini sağlamak için bir plan yapması önemlidir. Güvenlik planları belirlenmişse, personelin bunları daha kolay uygulayabilmesi sağlanır. Acil servisler, hastaların silahlar için aranması, bir hasta şiddetli hale gelirse yedek destek çağrısının ne zaman ve nasıl yapılacağı gibi konularda politikalar oluşturmalıdır.

İdeal olarak, tüm hastalar görüşme öncesinde aranmalıdır. Eğer arama rutin olarak yapılmıyorsa, klinisyen arama yapılmasını talep edebilir. Hasta mümkün olduğunca tetikleyici uyarının bulunduğu ortamdan uzaklaştırılmalı; tercihen kalabalık, gürültü, sıcaklık ve aşırı uyarılmaya neden olabilecek fiziksel etkenlerden uzak, erişilmesi kolay ve müdahalelerin gerçekleştirilebileceği bir alana alınmalıdır. Görüşme odasında çıkış yolu açık olmalı ve odada hastanın şiddet aracı olarak kullanabileceği nesnelere bulunmamalıdır.

Güvenlik kameraları veya panik butonları bulunmasına rağmen, bir kriz durumu ortaya çıkarsa personeli bilgilendirmek ve hızlı müdahale için hazır olmalarını sağlamak da önemlidir. Güvenlik kameraları ve panik butonları, bir kriz durumunda hızlı tepki verilmesini sağlar. Ayrıca, personelin düzenli olarak eğitim alması ve güvenlik protokollerine aşina olması gerekmektedir. Tedavi ekibinin tamamı tarafından daha ileri aşamalarda gerekli olabilecek farmakolojik ve fiziksel müdahaleler bilinmeli ve hazırlık eş zamanlı yönetilmelidir. Hastaya, kendine yardım edilmeye ve güvenliğinin sağlanmaya çalışıldığını hissettirmek önemlidir.

Tıbbi kayıtlarda her türlü girişim, girişimlere dayanak olabilecek gözlem, bilgi ve bilgi kaynağı, yürütülen işlemler olabildiğince ayrıntılı ve mümkün olduğunca hızlı kayıt altına alınmalıdır.

Ajite Hasta ile İlgili Klinik Değerlendirme ve Yönetim

Klinik Değerlendirme

Ajite hasta ile ilgili klinik değerlendirme, ajitasyonun altta yatan nedenlerini anlamak için hızlı bir şekilde yapılmalıdır. Bu değerlendirme, tıbbi, psikiyatrik ve sosyal faktörleri içermelidir. Acil tıbbi durumlar ekarte edilmelidir; örneğin, hipoglisemi, hipoksi, kafa travması gibi durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın mevcut fiziksel durumu ve ruhsal durumu

hakkında bilgi toplamak önemlidir. Özellikle paranoid düşünceler, intihar eğilimleri veya saldırganlık belirtilerine dikkat edilmelidir.

Şiddet içermeyen ajitasyonun erken tanınması kritiktir; sözel ve diğer farmakolojik olmayan stratejiler hemen kullanılmalıdır. Hasta ajite olmaya devam ederse, daha fazla ajitasyonu ve potansiyel şiddeti önlemek amacıyla farmakolojik tedavi önerilmelidir. Ajitasyon ve saldırganlığın değerlendirme ve müdahale sırasındaki izlemi sırasında Cohen-Mansfield Ajitasyon envanteri ve Buss-Perry Saldırganlık ölçeği kullanılabilir.

Ajitasyonun Nedenlerinin Belirlenmesi

Ajite bir hastayı değerlendirirken, ajitasyonun altında yatan nedenleri belirlemek önemlidir. Ajitasyonun nedenleri geniş bir yelpazeye yayılabilir ve genellikle biyopsikososyal bir yaklaşım gerektirir. Bu, hastanın tıbbi durumunu, psikiyatrik geçmişini, mevcut sosyal stresörleri ve herhangi bir madde kullanımını değerlendirmeyi içerir.

1-Biyolojik Nedenler

Ajitasyonun biyolojik nedenleri arasında tıbbi durumlar (örneğin, enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar), nörolojik durumlar (örneğin, deliryum, demans) ve ilaçların yan etkileri yer alır. Bu nedenle, ajite hastaların değerlendirilmesinde tıbbi durumların dışlanması kritik öneme sahiptir. Gerekirse, tıbbi değerlendirme ve laboratuvar testleri yapılmalıdır.

2-Psikiyatrik Nedenler

Psikiyatrik durumlar da ajitasyona neden olabilir. Akut psikotik epizodlar, bipolar bozukluk manik epizodları, depresyon ve anksiyete bozuklukları ajitasyonun yaygın nedenlerindedir. Psikiyatrik değerlendirme, hastanın mevcut mental durumunu, düşünce süreçlerini ve duygu durumunu kapsamlı bir şekilde değerlendirmeyi içerir.

3-Psikososyal Nedenler

Ajitasyon, sosyal stresörler, yaşam olayları ve çevresel faktörlerle de tetiklenebilir. Örneğin, aile içi şiddet, iş kaybı veya evsizlik gibi durumlar, bireyin ajite olmasına neden olabilir. Bu nedenle, hastanın sosyal durumu ve yaşam koşulları da değerlendirilmelidir.

Ajitasyon Yönetimi

Ajitasyon yönetimi, bir dizi aşamalı ve organize müdahale gerektirir. Bu, başlangıçta sözlü yatıştırma ve çevresel müdahalelerle başlar ve gerektiğinde ilaç tedavisi ve fiziksel müdahaleleri içerir. Her aşama, hastanın ajitasyon düzeyine ve durumuna göre uyarlanmalıdır.

Sözlü Yatıştırma

Sözlü yatıştırma, ajite hastaların yönetiminde ilk adımdır. Bu süreç, hastayla empati kurarak, onları dinleyerek ve anladığınızı göstererek başlar. Hastaya kendinizi, isminizi ve unvanınızı açıkça tanıtmalı ve orada bulunma amacınızın kendisine veya başkalarına zarar gelmesini önlemek olduğunu belirtmelisiniz. Hastaya doğrudan ismiyle seslenmekten kaçınılmalıdır. Onlara yanlarında olduğunuzu ve yardım etmek istediğinizi iletme önemlidir. Sözlü yatıştırmanın temel unsurları şunlardır:

Kişisel Alana Saygı: Hasta ile görüşen kişi arasında her ikisinin de tehdit hissetmeyeceği bir mesafe bırakılmalıdır. Bu mesafe yaklaşık iki kol uzunluğunda olmalıdır. Fiziksel temas ajite bir hastada kesinlikle önerilmemektedir.

Kışkırtıcı Olmama: Beden duruşu, yüz ifadesi ve ses tonu iletişimi kolaylaştıracak şekilde tehditkâr olmayan, empati ve esneklik içeren bir şekilde sürdürülmelidir. Hastanın karşısında yumruklar sıkılı olmadan, eller görülebilir şekilde oturulmalı, kollar gövde önünde kavuşturulmamalıdır.

Hastanın tam karşısına değil, çapraz bir açı ile oturmak faydalı olacaktır. Müdahale eden kişinin hastaya sakinlik modeli göstermesi önemlidir.

Açık ve Net İletişim: Karmaşık ve uzun cümleler, soyut ve tıbbi kavramlar kullanılmamalıdır. Mümkün olduğunca basit ve anlaşılır bir dille konuşulmalıdır.

Hastayı Dinleme: Hastanın söylediklerinin anlaşıldığını, dikkate alındığını ve önemsendiğini belli edecek şekilde sözle ve beden diliyle bunu hastaya yansıtmak önemlidir. Hastanın kullandığı kelimeleri kullanmak faydalı olacaktır.

İstek ve Duyguların Belirlenmesi: Ajitasyonun artması, hastanın kendisini yeterince ifade edememesi veya tedavi ekibi tarafından anlaşılammış ve karşılanmamış olmasıyla ilgili olabilir. Bu yüzden hastayı dinlemek, istekleri hakkında konuşmak ajitasyonu azaltabilmektedir.

Hastanın Duygularını Anlama: Hastanın durumu ile ilgili ortak noktalar bulunması, dikkatli dinlenmesi ve geribildirim verilmesi hasta ile iş birliğini artıracaktır. Sanrı yaşantısı ile ilgili empatik geri bildirim verilebilir. Örneğin, yakınlarından zarar göreceğini düşünen bir hastaya bu düşüncenin ne kadar tedirgin edici olabileceği belirtilebilir. 'Söylediklerinizden, bu durumun sizi çok rahatsız ettiğini anlıyorum' gibi ifadeler kullanılabilir.

Açıklık ve Şeffaflık: Ne yapılacağını ve neden yapılacağını açıklamak önemlidir." Şimdi size yardımcı olabilmem için bazı sorular sormam gerekiyor" gibi ifadeler kullanmak faydalı olabilir.

Seçenek Sunma: "Size nasıl yardımcı olabilirim? Su ister misiniz?" gibi ifadeler kullanmak. Hastanın yatışmasına nelerin yardımcı olduğunu sormak, ilaç ve ilaç dışı tedavilerle ilgili bilgi vermek hastayı aktif olarak seçime katmayı sağlayabilir. İlacın faydasının olacağını belirtmek ve ilaçların güvenli ve etkili olduğu hakkında bilgi vermek önemlidir. Kaçınılamayacak durumlarda ilaç kullanımının gerekliliği anlatılmalı ve uygulanmalıdır.

Sınırların Belirlenmesi: Belirli davranışların kabul edilemez olduğunu ve kurallar ile sınırları ihlal etme durumunda uygulanacak yaptırımlar açıkça ifade edilmelidir. Hastayı kendisini kontrol etmeye davet etmek ve kontrol etmesini kolaylaştıracak öneriler sunmak faydalı olabilir.

Bu şekilde düzenlenen sözlü yatıştırma stratejileri, ajite hastaların yönetiminde etkin bir rol oynar ve hem hasta hem de sağlık ekibi için daha güvenli ve işbirlikçi bir ortam sağlar.

Farmakolojik Müdahale

Eğer sözlü ve davranışsal müdahaleler yeterli değilse, ilaç tedavisine başvurulabilir. Bu ilaçlar genellikle sedatifler veya antipsikotiklerdir. Farmakoterapinin temel amacı, hastada belli düzeyde sedasyon yaratarak yıkıcı ve saldırgan davranışların kontrolünü sağlamak olmalıdır. Henüz tanısı netleşmemiş hastaya müdahalede geç kalınması çevresindeki kişilerin ve tedavi ekibinin zarar görmesine sebep olabilirken; erken ve agresif müdahaleler de sonraki psikiyatrik değerlendirmeyi engelleyebilir. Tedavi için en az kısıtlayıcı alternatifi kullanma ilkesine göre, ajite bir hastaya ağızdan ilaç vermek genellikle ilk seçenektir. Çoğu oral ilaç 20-30 dakika içinde etkisini gösterir.

Ajitasyon tedavisi, etiyolojiye, ilaç etkileşimlerine ve yan etkilere göre bireyselleştirilmelidir. Ajitasyonun tedavisi temel olarak altta yatan sebebe yönelik olmalıdır. Muhtemel tanı hakkında fikir sahibi olmak, kontrendikasyon oluşturabilecek ilaçlardan uzak durulmasına fayda sağlar. Etkisi hızlı başlayan bir ajanın seçilmesi önemlidir. Hastanın uyumuna göre önce ağızdan verilmesi tercih edilmelidir. Tedaviye uyum göstermeyen ya da ağızdan tedaviyi kabul etmeyen hastalarda enjeksiyon yapılması düşünülmelidir. İlacın seçimi, hastanın ajitasyonunun nedeni, tıbbi geçmişi ve mevcut durumu göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Örneğin, akut psikotik ajitasyon yaşayan bir hasta için antipsikotikler, alkol yoksunluğu nedeniyle ajite olan bir hasta için benzodiazepinler tercih edilebilir.

Tedavi Seçenekleri

A-Antipsikotik İlaçlar

1. Tipik Antipsikotikler

- Klorpromazin: Antikolinerjik, antihistaminerjik ve antiadrenerjik yan etkileri sebebiyle konfüzyon, hipotansiyon, nöbet eşiğini düşürme ve QTc aralığında uzama gibi yan etkileri olabilir. Bu sebeple acil serviste dikkatli kullanılmalıdır.

- Haloperidol: Akut ajitasyon tedavisinde en yaygın kullanılan tipik antipsikotiktir. Düşük antikolinerjik yan etki ve diğer ilaçlarla minimal ilaç etkileşimi olması belirgin avantajlarıdır. Kas içi ya da damar içi uygulamada etkisi ortalama 30-60 dakika içinde başlar. Oral ve kas içi uygulamada başlangıç dozu 5 mg olup yarım saatte bir doz tekrarlanabilir. 24 saatte maksimum doz 30 mg/gün olarak önerilmiştir. Yüksek dozlarda uygulandığında ekstrapiramidal sistem yan etkilerine sebep olabilmektedir. Damar içi verilen formunda bu yan etkiler daha az görülmektedir. Bazı durumlarda yüksek dozda haloperidol kullanmak gerekli olabilir. Bu durumda bir benzodiazepin ile kombine etmek hem ajitasyonun yatışması hem de akatizi ve akut distoni gibi yan etkilerin kontrolünü sağlamakta faydalı olabilir. QTc aralığını uzatabilir. Yüksek doz ve damar içi uygulama daha çok QTc uzaması ile ilişkili bulunmuştur. Distoni, nöroleptik malign sendrom ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerine dikkat edilmelidir.

2. Atipik Antipsikotikler

-Olanzapin: Olanzapin alındıktan yaklaşık 6 saat sonra plazmada maksimum konsantrasyona ulaşır. Oral formlarda başlangıç dozu 5-10 mg olup 2 saatte bir yenilenebilir. Ülkemizde onaylı maksimum doz 20 mg/gün olmakla birlikte daha yüksek dozların kullanıldığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Kas içi formunda ilk dozdan iki saat sonra ikinci bir 10 mg enjeksiyonu yapılabilir ve

gerekirse her 4 saatte bir ek enjeksiyonlar yapılabilir. Hastaya 24 saat içinde 30 mg'dan fazla verilmemelidir.

- Aripiprazol: Akut ajitasyonda diğer antipsikotikler kadar etkili olmadığı ve ilk sırada tercih edilecek bir ajan olmadığı bildirilmektedir.

- Ketiapin: İleri yaşta demansı olan hastalarda güvenli bir seçenek olarak tercih edilebilir.

- Risperidon: 1-2 mg ile başlanıp gün içerisinde maksimum doz 12 mg'a kadar çıkılabileceği; yaşlılarda daha düşük dozlarda kullanılması gerektiği önerilmektedir.

B-Benzodiazepinler

Benzodiazepinler, gama-aminobütirik asit reseptör antagonisti olarak etki ederler. Santral sinir sistemi stimülan zehirlenmesi ve alkol yoksunluğuna bağlı görülen ajitasyonda birinci sırada tercih edilmelidir. Psikotik bozukluklarda antipsikotiklerle kombine kullanımı önerilmektedir. Kas içi enjeksiyon formu emilimin kötü olması sebebiyle tercih edilmemelidir. Damar içi formunda da solunum depresyonu açısından dikkatli olunmalıdır. Benzodiazepinler, kişilik bozukluğu olan hastalarda davranışsal disinhibisyona neden olabileceği için dikkatli kullanılmalıdır. Benzodiazepinler ve antipsikotikler birlikte verildiğinde, her iki ilacın daha düşük dozları kullanılabilir, bu da bireysel ajanların yan etkilerinin azalmasına neden olur. Antipsikotikten kaynaklanan akatizi semptomları benzodiazepin ile azaltılabilir. Benzodiazepinler ile birlikte olanzapin kullanımı, hipoventilasyon sendromuna neden olabileceğinden önerilmez. En sık kullanılan benzodiyazepinler diazepam, klonazepam ve lorazepamdır.

Lorazepam: Kas içi ve dil atlı olarak kullanıldığında 30-90 dakikada tepe plazma konsantrasyonuna ulaşır. İlaç etkileşimi çok azdır. Genellikle 1-2 mg dozlarda verilir.

Klonazepam: Başlangıç dozu 2 mg olup etkinliği 1-3 saat içinde başlamaktadır. Maksimum dozu 24 saatte 8 mg/gündür.

Diazepam: Özellikle alkol yoksunluğuna bağlı ajistasyonda damar içi formu kullanılabilir. Lipofiliktir kan beyin bariyerini daha hızlı geçer ve alkol yoksunluğuna bağlı ortaya çıkan ajitasyonu daha hızlı yatıştırır. Damar içi uygulamada etkileri 5 dakika sonra ortaya çıkar. Başlangıç dozu 10-20 mg olarak önerilirken 24 saatte maksimum doz 60 mg'dır.

Fiziksel Müdahaleler

Fiziksel müdahale, en son çare olarak ve yalnızca diğer müdahalelerin başarısız olduğu durumlarda kullanılmalıdır. Fiziksel müdahaleler, hastanın ve personelin güvenliğini sağlamak amacıyla dikkatlice planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu müdahaleler, hastanın hareketlerini sınırlamak için fiziksel sınırlamalar (kısıtlamalar) veya yatıştırıcı ilaçların kullanımı gibi yöntemleri içerebilir. Fiziksel müdahalelerin kullanımı ve gerekliliği, hastanın durumuna göre sürekli olarak yeniden değerlendirilmelidir

Tecrit

Tecrit, hastayı kilitli bir odaya yerleştirme yöntemidir ve fiziksel kısıtlamadan daha az kısıtlayıcı bir alternatif olabilir. Ancak, tecrit odası uygun şekilde tasarlanmış olmalı ve hasta sürekli gözetim altında tutulmalıdır. Birçok acil serviste tecrit odası bulunmamaktadır.

Kısıtlama

Eğitimli ve bu konuda tecrübeli personel tarafından yapılmalıdır. Kısıtlama uygulanırken, kullanılan yöntem ve gerekçesi dikkatlice belgelenmelidir. Kısıtlanan hastalar sürekli gözlem altında tutulmalı ve hayati bulguları sık sık kontrol edilmelidir.

Kısıtlama ve tecrit, hasta ve personel için son çare olarak düşünölmeli ve asla cezalandırma amacıyla kullanılmamalıdır. Hastalar, kısıtlama veya tecrit altında fiziksel sıkıntı belirtileri açısından sürekli gözlemlenmelidir. Kısıtlanan veya tecrit altındaki hastalar, sürekli olarak yüz yüze izlenmelidir. Tecrit altındaki hastaların her 15 dakikada bir gözlemlenmesini ve rahatlarının sağlanmasını önerilir. Gözlemler nitelikli personel tarafından yapılmalı ve tüm süreç dikkatlice belgelenmelidir. Hastalar sakinleştiklerinde ve artık tehdit oluşturmadıklarında serbest bırakılmalıdır. Kısıtlama sürecinin başında hastalara kısıtlama gerekçesi ve serbest bırakılma kriterleri açıklanmalıdır. Serbest bırakılmadan önce hastalar çevreye yönlendirilmiş ve tehdit oluşturmadıklarından emin olunmalıdır.

Kısıtlama sırasında meydana gelebilecek ölüm ve diğer ciddi yan etkiler dikkatlice izlenmeli ve belgelenmelidir. Fiziksel kısıtlama, asfiksi ve diğer ciddi tıbbi sorunlara yol açabilir. Kısıtlama ve tecrit uygulamalarının psikolojik etkileri de dikkate alınmalıdır.

Kısıtlama ve tecrit uygulamaları dikkatlice belgelenmeli ve hukuki gerekliliklere uygun olmalıdır. Dokümantasyon, kısıtlama gerekçesi, kullanılan yöntemler, süresi ve hastanın durumu hakkında ayrıntılı bilgi içermelidir. Hukuki sorunlar ve sorumluluklardan kaçınmak için tüm prosedürler titizlikle takip edilmelidir.

Sonuç

Ajitasyonun yönetimi, psikiyatrik ve tıbbi acil durumlarda karşılaşılan zorlu ve karmaşık bir süreçtir. Doğru yönetim, hasta ve çevresindekilerin güvenliği için kritik öneme sahiptir. Ajitasyonun nedenleri biyolojik, psikiyatrik ve psikososyal faktörlere dayandırılabilir ve bu nedenlerin belirlenmesi klinik yaklaşımı yönlendirir.

Başarılı ajitasyon yönetimi, sözel ve sözel olmayan yatıştırma teknikleriyle başlar. Gerektiğinde ilaç tedavisi ve fiziksel müdahaleler uygulanır.

Farmakolojik müdahalelerde antipsikotikler ve benzodiazepinler kullanılır, fiziksel müdahaleler ise son çare olarak düşünölmelidir. Fiziksel kısıtlama ve tecrit yöntemleri, yalnızca diğer yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda ve dikkatlice planlanarak kullanılmalıdır. Bu müdahaleler sırasında hastaların sürekli izlenmesi ve güvenliklerinin sağlanması önemlidir.

Acil servislerde güvenlik protokollerinin oluşturulması ve personelin bu konuda eğitilmesi de büyük önem taşır. Fiziksel kısıtlamalar, sadece son çare olarak ve hastanın güvenliğini sağlamak amacıyla kullanılmalıdır. Kısıtlama sürecinde hastaların sürekli gözlem altında tutulması ve gerekli önlemlerin alınması hayati önem taşır.

Kaynaklar

1. Öncü, F. ve Hacimusalar, Y. (2022). Acilde ajitasyonun değerlendirilmesi ve yaklaşım. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
2. Riba, M. B., Divy Ravindranath, Winder, G. S., & American Psychiatric Association. (2010). *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*. American Psychiatric Association Publishing.
3. Thrasher, T. (2023). *Emergency Psychiatry*. Oxford University Press.
4. Stern, T. A., Freudenreich, O., A, F., Fricchione, G., Rosenbaum, J. F., & Massachusetts General Hospital. (2018). *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Elsevier.
5. Wilson M, Nordstrom K, Anderson E, et al. American Association for Emergency Psychiatry
6. Task Force on Medical Clearance of Adult Psychiatric Patients. Part II: Controversies over medical assessment, and consensus recommendations. West J Emerg Med.

ACİL PSİKİYATRİK BİR DURUM OLARAK İNTİHAR

Prof. Dr. Elif TATLIDİL¹
Dr. İsmail Emre AK¹

İntihar, kişinin ölme isteğine yönelik bireyin kendisinin başlattığı ve başkalarınca engellenemeyecek şekilde yaşamını bilerek ve isteyerek sonlandırması olarak tanımlanabilir. İntihar olgusu, toplumsal, psikolojik, biyolojik ve çevresel birçok faktörün etkileşimi sonucunda ortaya çıkan yaygın ve karmaşık bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, intihar dünya genelinde ilk on ölüm nedeni arasında yer almakta ve her yıl yaklaşık 800.000 insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu rakam, her 40 saniyede bir kişinin intihar ettiği anlamına gelmektedir. İntihara bağlı ölümler, küresel çapta giderek artış göstermekte olup, bu durumun önlenmesi için geniş kapsamlı stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019 yılında yayımlanan Küresel Sağlık Tahminleri raporuna göre, 2000 ile 2019 yılları arasında yaşa göre standardize edilmiş küresel intihar oranında %36 oranında bir azalma kaydedilmiştir. Bu dikkate değer düşüş dünya çapında intiharı önlemek amaçlı geliştirilen programların ve ruh sağlığını koruyucu müdahalelerin nasıl bir etkisi olduğunu göstermektedir. Ülkemizde ise durum farklı olarak, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan verilere göre, 1975-2022 yılları arasında kaba intihar hızı 100.000'de 1.97'den 4.88'e yükselmiş,

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

dünyada intihar hızının azaldığı son yirmi yılda ise neredeyse bir buçuk kat artış görülmüştür.

TÜİK tarafından yayımlanan verilere göre, 2022 yılında 4146 kişi intihar sonucu yaşamını yitirmiştir. Bu istatistik, her gün ortalama 11 kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybettiğini göstermektedir. İntihar vakalarının cinsiyet dağılımına bakıldığında, dünyada erkeklerin intihar oranlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu duruma paralel olarak, TÜİK verilerine göre Türkiye’de de intihar eden her dört kişiden üçü erkektir. İntihar yöntemi olarak kullanılan yöntemlere bakıldığında ise en sık seçilen yöntemin ası ile intihar olduğu görülmektedir. Ateşli silah kullanımı, yüksekten atlama ve kimyasal madde kullanımı intiharın diğer sık yöntemleri arasında sayılabilir. Ülkemizde intihar eden insanların yaş dağılımlarına bakıldığında ise en sık 20-29 yaş aralığında intiharlar gerçekleşmektedir.

Ölümlerle sonlanmayan intihar eylemleri intihar girişimi olarak adlandırılmaktadır. İntihar girişimleri, ölümlerle sonuçlanan vakalardan çok daha yaygın olup, bu girişimlerin sayısı ölümlerle sonuçlanan durumların yaklaşık 20 katıdır. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak, gelecekteki intihar girişimleri açısından en güçlü yordayıcı faktörlerden biri olarak kabul edilir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin, bir yıl içinde intihar etme riskinin genel topluma göre yaklaşık 100 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu durum, intihar girişiminde bulunan kişilerin yakın takibini ve uygun müdahalelerin yapılmasını hayati hale getirir.

İntihar girişiminde bulunan kişilerin ilk değerlendirmesi genellikle acil servislere yapılmaktadır. Araştırmalar, intihar girişiminde bulunan kişilerin neredeyse yarısının son bir yıl içinde en az bir kez acil servise başvurduğunu göstermektedir. Bu nedenle, acil servisler intiharı anlamak, risk faktörlerini belirlemek ve müdahale etmek açısından kritik bir rol oynamaktadır. Acil servis personelinin intihar riskini tanıma ve uygun müdahale teknikleri konusunda eğitilmesi, bu kişilere sağlanan bakımın kalitesini artırabilir ve intihar girişimlerinin tekrarlanmasını önleyebilir.

İntihar İçin Risk Faktörleri

İntiharı anlamak ve önlemek açısından bakıldığında risk faktörlerinin bilinmesi, intihara eğilimi olan kişilerin değerlendirilmesi ve gerekli girişimlerin sağlanması önemlidir. İntihar davranışları incelendiğinde kimi insanların girişimlerinden günler, haftalar ve hatta aylar öncesinde plan yaptıkları, hazırlık içerisinde oldukları görülürken, kimi insanların ise önceden plan yapmadan, dürtüsel bir şekilde intihar ettikleri görülmektedir. Klinisyenin farkında olması gereken konulardan bir tanesi her türlü sıkı önlemin alınmasına rağmen hastaların her şeye karşın intihar edebileceği gerçeğidir. Son dönemde yapılan bir araştırmada intihar davranışının öngörülebilirliği %50 olarak saptanmıştır. İntiharı öngörmenin zorluğuna karşın, intihar açısından risk yaratan durumlar ele alınabilir. İntiharda risk etmenleri tek başına intihar davranışına yol açan bir etki göstermemektedir. Birazdan anlatılacak olan riskler kişinin yaşadığı kriz anlarında intihar davranışının ortaya çıkmasında etki göstermektedir.

Araştırmalara göre intihar sonucunda hayatını kaybeden kişilere %80-90 oranında ruhsal bir hastalık tanısı koyulabileceğini göstermektedir. Bu durum psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin daha yüksek oranda intihar riskinin olduğunu göstermektedir. İntihar açısından psikiyatri hastalarının riski tüm toplumdan yaklaşık olarak 3 ila 12 kat arasında daha fazla bulunmuştur. İntihara kalkışan psikiyatri hastalarının küçük bir bölümü girişimlerini yataklı servis içerisinde gerçekleştirirken taburculuk sonrası dönem artan intihar riski dönemidir. Psikiyatrik hastalıklar içerisinde duygudurum bozuklukları ön plana çıkmaktadır. İntihar eden insanların yaklaşık olarak yarısı önemli derecede depresyondadır. Ana risk grubu olarak depresif bozukluk, şizofreni ve madde kullanım bozuklukları olan hastalardır. Acile tekrarlayan başvuruları olan hastalar da ana risk grubu içerisinde kabul edilmelidir.

Tüm yaş grupları içerisinde intihar ergenlikten önce daha az görülmekle ve yaşla giderek intihar sıklığı artmaktadır. İntihar en çok genç popülasyonda görülmektedir. Yaşlı kişiler genç kişilere göre daha az intihar etmelerine

karşın başarı oranları daha yüksektir. Kadın cinsiyet intihar girişimi açısından daha riskli grubu oluştururken tamamlanmış intihar oranları muhtemelen daha ölümcül yöntemleri seçmeleri nedeniyle erkek cinsiyet içerisinde daha fazladır. Evli olmak ve özellikle çocuk sahibi olmak intihar riskini azaltmaktadır. Bekar insanların intihar oranları evli insanlara göre iki kat daha fazladır. Boşanan erkeklerde intihar eğilimi boşanan kadınlara göre daha fazla olmaktadır. İntihar sosyal destek sistemlerinin yetersiz olduğu, yalnız başına yaşayan ve izole insanlarda daha fazla görülmektedir. İntihar işsiz kişilerde daha yüksek oranlarda görülmektedir. Ekonomik buhranların olduğu dönemlerde toplumda intihar oranları artış göstermekteyken, istihdam ve savaş dönemlerinde intihar oranları düşmektedir.

Göçmenler arasında intihar oranının yerli nüfusa göre daha fazla olduğunun bilinmesi, dikkati azınlık gruplara çekmektedir. Toplum içerisinde azınlık gruplara ait olmak intihar açısından risk faktörü olarak değerlendirilir.

İntihar düşünceleri taşıyan kimselerin değişimleri ve çevrelerinden uzaklaşmaları olası bir intihar girişimi açısından şüphe uyandırmalıdır. Mektup yazma, vasiyetname yazılmış olması, çevresinden ölümünden sonra yapılacaklara dair istekler belirtilmesi gibi durumlar ciddi intihar girişiminin riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.

İntihar için koruyucu etmelere bakıldığında ise yeterli sosyal destek sistemlerinin sağlanması, kişinin sevildiğine, değer verildiğine dair inancının olduğu sosyal bir gruba üye olması ön plana çıkar. Yeterli sosyal destek intiharlar açısından koruyucudur. Çocuk sahibi olmak gibi kişileri hayata bağlayan bireylerin bulunması, problem çözme becerilerinin yüksek olması, kişilerinin uyum kapasitelerinin yüksek olması koruyucu faktörler olarak karışımıza çıkar.

İntihar girişimi açısından riskli durumlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Daha öncesinde intihar girişiminde bulunmuş olmak	Yalnız başına yaşamak, sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması
Ailede psikiyatrik hastalık veya 1. derece akrabalarda intihar öyküsü	İşsiz olmak, maddi sorunlar yaşamak
Major depresif bozukluk, şizofreni, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalık öyküsü	Kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, kronik ağrılı durumlar, engelli olmak
Genç yaş	Azınlık gruba ait olmak
Kadın olmak	Dürtü ve öfke kontrol problemine sahip olmak
Düşük sosyoekonomik düzey	Çocukluk veya yetişkinlik dönemi travmaları
Umutsuzluk	Ergenlerde depresif bozukluk öyküsü, anne-baba ayrılıkları, ebeveyn kaybı, istismar gibi durumlar

Doktor İntiharları

Meslek grupları içerisinde doktorlar genel olarak en yüksek risk altında değerlendirilmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara göre doktorların hem genel popülasyona hem de diğer meslek gruplarına göre daha yüksek intihar riski olduğu bildirmiştir. ABD’de her yıl yaklaşık 400 doktorun intiharla yaşamına son verdiği tahmin edilmektedir. ABD’de kadın doktorların yıllık intihar oranları, tüm kadınlar içerisinde 4 kat daha fazladır. İngiltere verilerine göre erkek doktorların intihar oranı aynı yaştaki diğer erkek nüfusunun 2 ile 3 katı kadardır. İspanya’da yapılan bir çalışmada 2005-2014 yılları arasında intihar sonucu yaşamını yitiren hekimlerin intihar hızının (ortalama %1,3) genel nüfusa (ortalama %0,8) göre anlamlı derecede yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Danimarka’da yapılan bir araştırmaya göre ise hekimlerde intihar hızının çalışmaya dahil edilen 55 meslek grubuna kıyasla yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye’de hekimlerin intiharları hakkında geniş çaplı bir araştırma veya istatistiksel analiz yapılmamış olması, bu konuda net

verilere sahip olunmamasına yol açmıştır. Ancak, sağlık sektöründe çalışanların ruh sağlığı sorunları ve intihar eğilimleri üzerine yapılan araştırmalar ve çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar, hekimlerin stres, iş yükü, mesleki tükenmişlik ve ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele ettiklerini ve bu durumun intihar riskini artırabileceğini göstermektedir.

Ülkemizde de doktor intiharları son dönemde gündeme gelmektedir. Türkiye’de son 10 yılda medyaya yansıyan hekim intiharlarının araştırıldığı bir çalışmada 2011-2020 yılları arasında ülkemizde 39 hekim intihar etmiş olmakla beraber, intihar eden hekimlerin %41’i cerrahi tıp branşlarında görev yaptığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara göre intihar girişiminde bulunan doktorların depresif bozukluk veya Daha öncesinde bahsedildiği gibi tüm dünyada intiharların azaldığı bir dönemde artan hekim intiharları, hekimlerin karşı karşıya kaldığı zorlu koşulların ve sorunların varlığını göstermektedir.

Doktorların tercih ettikleri intihar yöntemleri üzerine yapılan araştırmalar sınırlı olsa da doktorların intihar girişimlerinde genellikle daha ölümcül yöntemler kullanma eğiliminde olduklarına dair kanıtlar bulunmaktadır. Özellikle, doktorların mesleki bilgi ve deneyimlerini kullanarak daha etkili ve ölümcül intihar yöntemlerini seçme olasılığı olduğu görülmektedir. Araştırmalar, hekimlerin yüksek doz ilaç kullanarak intihar etme eğiliminde olduğunu ve ölümcül araçlara erişim ve bu yöntemleri etkili bir şekilde kullanma bilgisinin intihar riskini artırdığını gösteriyor. Genel nüfustakilere kıyasla doktorlar daha sık olarak madde aşırı dozuyla ve daha seyrek olarak ateşli silahlarla intihar etmektedir. Doktorlar arasında intihar açısından en fazla risk altında olan hekimlerin anestezi uzmanları, psikiyatristler, pratisyen hekimler ve genel cerrahlar olduğu gösterilmiştir. Belirli uzmanlık dallarındaki hekimlerin ölümcül ilaçlar ve bu ilaçlara erişim yolları hakkında bilgi sahibi olmalarının, ilgili branşlarda çalışmanın getirdiği özel stres faktörlerinin ve bölümleri tercih eden hekimlerin kişilik özelliklerinin intihar riskini artırıcı faktörler olabileceğini vurgulamaktadır.

Doktorlarda en sık bildirilen ruhsal hastalıklar arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları yer almaktadır. Çalışmalar, hekimlerde depresyon semptomlarının yaygın olduğunu ve ruhsal sağlık sorunlarının hekim intiharlarının önemli bir nedeni olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, hekimlerin ruhsal destek almalarının düşük olduğu ve yardım arama oranlarının sınırlı olduğu belirtilmekte, hekimlerin kendi sağlık sorunları için tedavi ve destek almakta zorlandıklarını ve bu nedenle altta yatan sağlık sorunlarının erken teşhisi ve tedavisinin geciktiği görülmektedir. Doktorların destek almalarındaki zorlukların nedenleri çok çeşitli olabilir. Yoğun çalışma saatleri ve mesleki sorumluluklar, doktorların kendi sağlıklarını ihmal etmelerine ve psikiyatrik sorunlarını fark etme ve tedaviye yönelik adımlar atmalarını engel olabilir. Doktorluk mesleğinin yüksek prestijli olması ve doktorların "güçlü" ve "dayanıklı" olmalarının beklendiği algısı, psikiyatrik sorunlarla başa çıkmak için yardım aramalarını zorlaştırabilir. Doktorlar, psikiyatrik yardım aldıklarında mahremiyetlerinin ihlal edileceği endişesi taşıyabilirler ve bu durumun kariyerlerine zarar verebileceğini düşünebilirler. Bu nedenle, kendi sağlık sorunları için tedavi arayışında olmak yerine kendi kendilerine ilaç yazarak sağlık sorunlarını yönetmeye çalışabilirler. Ancak bu durum, doğru tanı ve tedavi almayı geciktirebilir ve ilaçların yanlış kullanımı, doz aşımı veya bağımlılığa yol açabilir.

Doktorların iş stresi, duygusal zorlanma, düşük iş tatmini gibi faktörlerin bir sonucu olarak mesleki tükenmişlik yaşadıkları ve bu durumun da intihar riskini artırdığı belirtiliyor. Hekimlerin iş yükünün artması, hasta kaybıyla başa çıkma zorlukları, mesleki hata yapma korkusu ve rekabet ortamı gibi faktörler mesleki tükenmişlikle ilişkilendiriliyor. Hasta sayısının fazla olması, muayene ve tedavi süreçlerinin yoğunluğu, uzun çalışma saatleri gibi durumlar doktorların iş yükünü artırmaktadır. Mesleki tükenmişliği artıran faktörler içerisinde hasta ve hasta yakınları ile kurulan ilişkilerde yaşanan sorunlar, hasta kaybı ile başa çıkmakta zorlanma, mesleki hata yapma korkusu bulunmaktadır. Tükenmiş içerisinde doktorların ruh sağlığı olumsuz etkilenmekte, depresyon veya alkol madde kullanım bozuklukları ortaya

çıkabilmekte, tıbbi hatalar, iş tatmininde azalma ve hepsi birlikte intihar riskinde artışa yol açabilmektedir.

Doktor intiharlarını önlemeye yönelik çeşitli önlemler öneriliyor. Sağlık kuruluşlarında doktorlara destekleyici bir çalışma ortamı sağlanması, ruh sağlığı eğitimleri ve destek programları düzenlenmesi, iş yükünün azaltılması, adaletli ücretlendirme sistemi oluşturulması, mesleki tükenmişliği azaltmaya yönelik faaliyetlerin artırılması gibi adımlar öneriliyor. Ayrıca, doktorların ruh sağlığının izlenmesi ve gerektiğinde destek sağlanması da önemli görülüyor.

Aşağıda atılması gereken adımlar ve tedbirlerin sıralandığı maddeler artan doktor intiharlarına önlem alınması amacıyla Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından yayınlanmış bildirimlerden özetlenerek oluşturulmuştur.

1. Çevresel şartların iyileştirilmesi ve sağlıkta şiddetin önüne geçilmesi
2. İş yükünün insani ve tıbbi gerçeklere göre planlanması ve ruhsal zorluklara neden olacak faktörlerin azaltılması
3. Doktorların emek ve motivasyon kaybını engellemek için liyakat esaslı bir idari yapı kurulması
4. Doktorların iş yükünün azaltılması ve daha fazla sosyal etkileşim imkânı bulmaları için çalışma ortamlarının iyileştirilmesi
5. Doktorlara gelecek kaygısı yaşatmayacak, emeklerinin ve sorumluluklarının karşılığını alabilecekleri bir maaş sistemi sağlanması
6. Sağlık kuruluşlarında hekimler arasında dostluk ve dayanışmayı teşvik eden bir çalışma ortamı oluşturulması
7. Doktorların ruhsal sorunlarının meslek riski olarak kabul edilmesi ve bu doğrultuda tedavi veya yıpranma haklarının tanımlanması sağlanması
8. Doktorlara ruhsal destek alabilecekleri bir zaman dilimi sağlanması ve çalışan ruh sağlığı için önleyici ve koruyucu ilkelere uygun bir eylem planı oluşturulması

Artan doktor intiharlarına karşı bir an önce adım atılmalı ve koruyucu tedbirler uygulanmalıdır. Tüm dünyada intihar oranları azalırken doktorlar arasında intiharların artıyor olması tüm sağlık otoritelerine sorumluluk yüklemektedir.

İntihar Düşüncesini Hasta ile Görüşmek

Doktorun hastasıyla iş birliği yaparak ve uygun iletişim yöntemlerini kullanarak yaptığı görüşmelerde, hastanın intihar riskini belirlemesi mümkündür. Aktif olarak hastasını dinleyen, yargılayıcı olmadan empati içeren bir görüşme yapılması uygun olacaktır. Görüşme ortamının uygun olması da hastanın mahremiyeti açısından önemlidir. İntiharı konuşmanın kişide olumsuz birtakım duygulara yol açacağı veya intihar düşüncesini artıracığı yönünde inanışlar nedeniyle doktor güçlük yaşayabilir. Ancak, intihar ile ilgili sorular doğrudan ve açık şekilde sorulmalıdır. Hastanın kişisel, kültürel veya dini özellikleri, intihar konusunu konuşmanın önünde bir engel oluşturmamalıdır.

İntihar riski değerlendirirken yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, daha öncesinde intihar girişiminin olup olmadığı, eğer intihar girişimleri olduysa nerede, ne zaman, hangi yolla olduğu, girişimin planlı olup olmadığı, girişimi sonrasında ne yaptığı, tekrarlayan girişimlerin varlığı sorgulanmalıdır. İntihar araçlarına kolay erişim, intihar riskini artıran faktörlerden biridir. Hastanın ilaç, kimyasal maddeler, ateşli silahlar, kesici aletler gibi araçlara erişiminin kolaylığı değerlendirilmelidir. Yakınlarından alınan bilgiler içerisinde kişide intiharı düşündürecek ölüm hakkında sık sık konuşma, tutum ve davranışlarında farklılaşma, ölüme hazırlığı düşündüren davranışlar, ruhsal durumunda farklılaşma gibi tutumların değerlendirilmesi gerekir. Uygun ortam ve hastanın uygunluğu yapılan sorgulama açısından önem taşımaktadır. Hastanın bilinci açık değilse, entoksikasyon tablosu mevcutsa veya gerekli hayati müdahaleler halen devam ediyorsa intihar riskinin değerlendirilmesi ertelenmelidir. Alkol veya madde etkisinde olan hastaların

değerlendirmesi de ilgili madde veya alkolün etkisinin geçtikten sonra yapılması uygundur.

Hastaların bir kısmı acil servise psikiyatrik bir durumla başvurabileceği gibi, bazıları da psikiyatrik krizle gelebilir. Acil serviste intihar riskinin değerlendirilmesi, poliklinik muayenelerindeki değerlendirmelere benzer şekilde yapılır. Kriz anlarında, psikiyatrik durumların alevlenmeleri sıkça görülür. Acil servislerin fiziksel koşulları da farklılık gösterir. Psikiyatrik açıdan hızlı değerlendirme yapılmasının gerekliliği nedeniyle, görüşme ortamının uygunluğu her zaman sağlanamayabilir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda intihar düşünceleri tespit edilirse, herhangi bir planın varlığı, intihar araçlarına erişimin kolaylığı ve intihar düşüncesinin sıklığı ve şiddeti gibi konuların değerlendirilmesi için ek sorular sorulmalıdır.

Değerlendirme sırasında, kişinin kimlik bilgilerinin gizliliğinin korunması, hasta mahremiyeti açısından önemlidir. Görüşmenin, klinik muayene bulgularının ve hastaya uygulanan tedavinin ayrıntılı olarak kaydedilmesi, tedavi sürecini kolaylaştıracak ve olası bir intihar girişiminde adli süreçler için gerekli olacaktır. Doktorun tıbbi yaklaşımı uygunluk gösterse de kayıtların iyi tutulmadığı veya belgelendirmelerin eksik olduğu durumlar dava konusu olabilmektedir. Gerektiğinde, değerlendirme sonraki görüşmelerde tekrarlanmalıdır.

İntihar Girişiminde Bulunan Hastayı Değerlendirmek

İntihar girişiminde bulunan kişilerin ilk değerlendirmeleri genellikle acil servis veya yoğun bakım ünitelerinde yapılır. Bu nedenle kişinin genel tıbbi durumuna göre psikiyatrik değerlendirmenin zamanı belirlenmelidir. Hayati müdahalelerin devam ettiği veya genel durum bozukluğu olan hastaların psikiyatrik değerlendirmeleri ertelenebilir. İntihar girişiminde bulunan kişilerin tıbbi kayıtları özenli ve ayrıntılı olarak tutulmalıdır. Geçmiş tıbbi öyküsü, psikiyatrik hastalık hikâyesi, alkol veya madde kullanım bozukluğunun varlığı, daha öncesinde intihar girişimi olup olmadığı, aile

öyküsü sorgulanmalıdır. İntihar davranışı açısından değerlendirilen hastaların, değerlendirme yapılan süre boyunca acil servisten ayrılmasına izin verilmemeli, kendine zarar verme davranışına yönelik risk değerlendirilmesi yapılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Acilde intihar girişimi bulunan kişinin takibi yapılırken fiziksel şartları düzenlenmiş odada gözlem altına alınmalıdır. Keskin tıbbi aletler, kemer, kablolar gibi intihar açısından riskli nesnelere olmadığı odada takip edilmelidir. Kişinin gözlem altına alındığı oda sağlık çalışanı tarafından izlenebilir bir konumda yer almalıdır. Gözlem altına alınan oda mümkünse zemin katta olmalı, eğer daha yukarı katlardaysa camların tam açılıp açılmadığına ve kolay kırılabilir olmadığına dikkat edilmelidir. Gerekliyse yanında refakatçi bulundurulmalıdır. Hastanın eğer kendisine veya etrafına zarar verme riski yüksekse geçici olarak ilaç tedavisi veya fiziksel kısıtlama uygulanabilir. Fiziksel veya kimyasal kısıtlamalar hasta için travmatik olabileceği göz önüne alınmalı ve ajitasyon halinde bulunan hastalar için işbirlikçi bir tutum içinde sözel iletişim kurulması etkili olabilir.

Görüşmede intihar girişiminin yöntemi, girişimin gerçekleştiği koşullar, girişimle ilgili olaylar, yatkınlık ve tetikleyici faktörler, fiziksel sağlık, girişim esnasında yalnız olup olmadığı, eylemden kimlerin nasıl haberdar olduğu, hastanın acil servise nasıl getirildiği gibi bilgiler alınır. İntihar girişiminin planlı veya dürtüsel bir şekilde birden meydana gelip gelmediğinin belirlenmesi ve halen devam eden intihar düşüncelerinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. İntihar düşünceleri genelde dürtüsellik nedeniyle eyleme dönüşür ve bu nedenle hasta ilerleyen süreçte dürtüsellik nedeniyle tekrar bir girişimde bulunabilir. Kişinin tıbbi durumuna yönelik müdahaleler sonrasında yapılan psikiyatrik değerlendirme ile gerekirse dürtüsellığe yönelik tedaviler planlanabilir. Aktif olarak intihar düşünceleri devam eden, intihar riskinin yüksek olduğu ve tekrar intihar girişiminde bulunacağı düşünülen hastaların gözlem ve tedavi amacıyla korumalı ortamın bulunduğu bir psikiyatri kliniğine yatırılması planlanmalıdır. Doktorları zorlayacak bir diğer konu ise intihar düşüncesinin devam ettiği durumlarda hastanın tıbbi müdahaleleri veya

yatarak tedavi görmeyi kabul etmemesidir. Böyle bir durumda psikotik özellikler ve karar verme yetisinin bozulduğu düşünülürse zorunlu yatış işlemleri yapılabilir. Karar verme yetisinin tam olduğu durumlarda ise zorunlu yatışı et olarak tanımlayan bir kanun maddesi bulunmamasına rağmen klinisyenler pratik uygulamada hastanın korunması söz konusu olduğundan Türk Medeni Kanunu'nun 432. maddesi kapsamında zorunlu yatış yapabilmektedir. Doktorlar için uygulama hatalarını içeren davaların içeriğine bakıldığında intihar riskini belirleme, uygun tedavi düzenlememe, hastanın gözleminde eksiklik, intihar riskine yönelik fiziksel önlemlerin yeterince alınmaması, hastalık öyküsü ve tıbbi kayıtlarda eksiklik olması gibi durumların ön plana çıktığını bilmek gerekir.

Hasta ile intihar davranışında bulunmayacağına ve kendisine zarar vermeyeceğine yönelik bir sözleşme yapılması koruyucu etki gösterebilir. Hasta ile yapılan sözleşme tek başına etkili bir yöntem olmadığı gibi hasta ile doktor arasında kurulan olumlu bir terapötik ilişkiye dayanmaktadır. Hastaların doktorlarına verdikleri sözleri saygı duyma eğilimleri vardır. Yapılan sözleşme daha çok meydan gelecek kriz durumlarında intihar davranışını azaltmaya yönelik bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır. Sözleşmenin kendisi hasta ile planlanan bir sonraki görüşmeye kadar kullanılmak üzere uygulanabilir. Aktif intihar düşüncesi devam etmeyen ve doktoru ile intihar etmeme sözleşmesini yapan hastaların ilaç tedavileri acil serviste düzenlenebilir. Acile girişimle gelen her hastanın kontrol muayenesi için psikiyatri polikliniğine başvurması sağlanmalıdır. Acil servisten ayrılan hastaların büyük bir çoğunluğunun sonraki dönemde poliklinik başvurusunda bulunmadığı bilindiğinden hastanın poliklinik randevusunun alınması acil servisteyken sağlanabilir.

İntihara Karşı Önlemler

İntihar davranışını azaltmak için hükümetlerin ve sivil toplum örgütlerinin yapabileceği şeyler vardır. Dünya Sağlık Örgütü intihar davranışlarını

azaltmak sık kullanılan yöntemlere (böcek ilacı, ateşli silahlar gibi) erişimi azaltmaya yönelik girişimleri önermektedir.

Toplum içerisinde intihar üzerine açık bir şekilde ve doğru bilgi paylaşımı yapılarak ruh sağlığı farkındalığını artırmak önemli bir adımdır. Eğitimler ve yapılan bilgilendirmeler aracılığıyla, depresyon ve intihar belirtileri insanlar tarafından tanınabilir ve bu yolla yardım arayışında bulunulabilir. Ruh sağlığı uzmanları tarafından düzenli olarak yapılan tarama ve değerlendirmelere ek olarak acil yardım hatlarının etkinliği artırılması, acil durumlarda hızlı ve etkili müdahale sağlayabilir.

Ağır depresyon içerisinde, sıkıntılı görünen hastalarda intihar riski açısından uyanık olunmalı ve aile yakınlarına veya arkadaşlarına uyarılarda bulunulması etkin bir yol olabilir. Böyle durum içerisinde hastanın yalnız bırakılmamasının sağlanması talep edilebilir. Hastada intihar eğilimi gözlemlenirse, hasta ile bunu açıkça konuşmalı ve intihar riskinin ne boyutta olduğunu anlamaya çalışmalıdır. Geçmiş dönemde olan intihar girişimleri veya mevcut olan intihar düşünceleri nasıl olursa olsun ciddiye alınmalıdır. İntihar girişimleri bir yardım çağrısı olarak kabul edilmelidir. Gerekli görülen durumlarda hasta ve hasta yakınına yatarak tedavi görmesinin zorunluluğu anlatılmalıdır. Yapılması planlanan her türlü işlem veya girişimler hastanın bilgisi dahilinde yapılmalı, hastayla kurulan güven ilişkisinin sarsılmaması sağlanmalıdır.

Destek ağlarının güçlendirilmesi de hayati bir rol oynar. İnsanların kendilerini yalnız hissetmemeleri için aile, arkadaş ve topluluk desteği sağlanmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinin kolay ulaşılabilir ve erişilebilir olması da büyük bir öneme sahiptir. Daha fazla insanın bu hizmetlere erişimini sağlamak, erken müdahale imkânını artırır. Sosyal destek gruplarının ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, insanların duygusal destek alabileceği ortamlar sunar. Bu tür hizmetler, duygusal zorluklarla başa çıkmakta zorluk çeken bireyler için önemli bir destek sağlayabilir.

Sonuç

Sonuç olarak, intihar riski taşıyan bireylerin ilk başvuru yerleri genelde acil servislere olmakta ve bu nedenle acil servisler, intihara müdahale için hızlı ve doğru bir değerlendirme gerektiren birimler olarak karşımıza çıkmaktadır. Acil servislerde görev yapan sağlık profesyonellerinin, intihar riskini belirlemede ve uygun müdahalelerde bulunmada yetkin olmaları hayati önem taşır. Bu süreçte hastanın güvenliğini sağlamak ve intihar girişimlerini önlemek için etkili iletişim ve kapsamlı bir değerlendirme gereklidir. Acil servislerin fiziksel koşullarının ve personel eğitiminin iyileştirilmesi, intihar riskinin doğru yönetilmesini destekler.

Unutulmaması gereken önemli bir nokta intiharın öngörülebilirliğinin zayıf olmasıdır. Ancak doktorlar hastalarını değerlendirirken uyanık olmalı intihara yönelik risk faktörlerini göz önünde bulundurmalıdır.

Ülkemizde ve dünyada son dönemde artan doktor intiharları dikkat çekici boyuta ulaşmaktadır. Tüm dünyada intihar oranları azalırken doktorlar içerisinde intiharın artış göstermesine karşı acil önlem planları yapılmalı, doktorların mesleki olarak şartlarının iyileştirilmesi planlanmalıdır.

Ayrıca, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırmak, toplumda intihar farkındalığını geliştirmek ve destek ağlarını güçlendirmek de intihar davranışlarını azaltmada önemli rol oynar. İntihar girişimlerinin önlenmesi, çok yönlü bir yaklaşım ve toplumun her kesiminin desteğini gerektirir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sosyal ve psikolojik destek mekanizmalarının etkin bir şekilde çalışması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Hacimusalar Y (2022) Acilde İntihar Girişimine Yaklaşım. Acil Psikiyatri, Öncü F, Hacimusalar Y, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları (167-176)
2. Öztürk MO, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16. Baskı,

3. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. 11th edition
4. Odağ C, İntihar (Özkıyım) Tanım-kuram-sağaltım, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları
5. Dünya Sağlık Örgütü Küresel Sağlık Tahminleri raporu., 2019. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
6. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar verileri, 2022. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>
7. Aydoğdu Hİ, Balcı Yasemin, Türkiye'de Son On Yılda Medyada Bildirilen Hekim İntiharları, Arch Neuropsychiatry 2022;59:83–83 <https://doi.org/10.29399/npa.27792>

ŞİZOFRENİ VE ACİL KLİNİK DURUMLAR

Dr. Öğr. Üyesi Diğdem GÖVERTİ¹
Dr. Umut GÜNAY¹

Giriş ve Epidemiyoloji

Birçok yaş skalasında, ilk olarak veya kronik durumun alevlenmesi gibi kronolojik farklılıklarla kişiler psikotik semptomlar geliştirebileceği gibi medikal veya ruhsal birçok sebebe bağlı da psikotik semptomlar ortaya çıkabilir. Bütün bu yelpazede psikotik semptom geliştiren bireylerin çoğu ilk olarak acil servise başvurmaktadır. Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların ömür boyu prevalansları 0.7% olarak belirlenmiştir. Birleşik Devletler Ulusal Sağlık İstatikleri Merkezi tarafından yapılan araştırmaya göre acil ziyaretlerindeki şizofreni hastalarının yeri erişkin başvurular için 10.000’de 20.1 olarak belirlenmiştir. Bu ziyaretlerin 58.8% primer olarak şizofreni ile ilgili semptomlar iken geriye kalan bölümünün diğer komorbid ruhsal hastalıklar ve ruhsal hastalık dışı nedenler olduğu görülmüştür. Bu yüzden şizofreni tanılı ya da psikotik semptom ile acil servise başvuran bir kişide sadece psikiyatrik etioloji aramak değil altta yatan başka bir problem olabileceğini düşünmek ve bunu araştırmak da oldukça önemlidir. 2014’te yapılan bir araştırmaya göre acil servis başvurularının ikinci en sık sebebinin ruhsal hastalıklar ve madde kullanımı olduğu saptanmış ve bu durumun artma trendinde olduğu

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

görülmüştür. Bu da şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara sahip bireylerin gelecekte acil vizitlerinde daha fazla görüleceği anlamına gelmektedir.

Psikotik bir hasta acil serviste çok uyumlu davranabileceği gibi yüksek agresyon ve ajitasyon da gösterebilir. Bazen bu belirsiz durum acil servis çalışanını zorlayabilir. Özellikle isteği dışında acil servise getirilen psikotik bir hasta için acil servis korkutucu bir yer olabilir. Bu sebepten dolayı hastaya uygun müdahalenin bilinmesi ve gecikmeden yapılması hasta ve çalışanın yararına olacaktır. Psikotik hastalar halüsinasyon, delüzyon, yeme-içme reddi, katatoni, öz bakımda azalma, saldırganlık, barınma ihtiyacı gibi birçok sebeple acil servise başvurabilir ya da getirilebilir. Ülkemizde psikotik hastalar için kandırılarak getirilme yöntemi uygulansa da bu yöntem problem doğurabilmektedir, hekim hem hasta hem de aile ile ilgili bu konuda bilinçli olmalıdır. Hekimlerin ve çalışanların doğru yaklaşımı kadar acil servis ortamının da güvenliği ve donanımı önemlidir. Acil servise psikotik bir hastanın diğer medikal ayırıcı tanılarının yapılabilmesi gereklidir.

Tanımlar

Psikoz temel olarak kişinin gerçeklikle olan ilişkisinin azalması ya da kaybı anlamına gelmektedir. Psikotik semptomlar halüsinasyonlar, delüzyonlar, dezorganize davranış, dezorganize konuşma ve negatif belirtiler olarak söylenebilir. Bunun dışında psikotik hastalarda düşünce süreç ve biçim bozuklukları görülebilmektedir. Halüsinasyonlar, delüzyonlar, dezorganize davranış ve/veya konuşma pozitif semptomlarken aloji, afektif küntlük, avolüsyon, anhedoni ve asosyalite negatif belirtilerdir.

Halüsinasyonlar ortamda bir uyarıcı yokken oluşan algılardır ve işitsel, görsel, taktil, (dokunsal), koku ve tat halüsinasyonları olarak oluşabilirler. Delüzyonlar Türkçede sanrı olarak bilinir ve kişinin kültürüne uymayan, karşı kanıt sunulsa dahi kişinin zihninde değişmeyen kalıplaşmış düşünce sistemleridir. Dini, grandiyöz, nihilistik, somatik, perketuvar (zarar görme), referans gibi çeşitleri vardır. Dezorganize davranış kendini inhibe edememe,

bir işi sürdürememe, beklenmedik ajitasyon gibi davranış örüntülerini içerdiği gibi kültür ile uyumsuz bizar diye tabir edilen anlamsız davranış kalıplarını da içerir. Dezorganize düşünce ve konuşma ise teğetsellik ve çevresellikten inkoheransa kadar giden bir düşünce süreç bozukluğu ile somut düşünce, mistik düşünce gibi düşünce biçim bozukluğundan oluşmaktadır. Aloji konuşmanın ve bazı kaynaklarda düşüncenin azlığı olarak tanımlanmaktadır. Afektif küntlük ise duygu dışavurumunun azlığıdır. Anhedoni keyif verici ve hoş olaylar karşısında yeterli pozitif duygulanım yaşayamamadır. Asosyalite sosyal içe çekilme ve ilişki kurma azlığı ile karakterize iken avölüsyon ise amaca yönelik düşünce ve davranışın azalmasıdır.

Psikotik Acil Kavramı

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğa sahip kişiler ya da psikotik bir semptom geliştiren kişiler yukarıda bahsedilen tanımlardan bir ya da birden fazlasını gösterebilirler ancak bu durumun bir acil olup olmadığını karar vermekte aşağıdaki durumları incelemek faydalı olabilmektedir.

Kendine zarar verme riski:

Şizofreni hastalarının ömür boyu intihar sonrası ölüm riski 5% olarak bulunmuştur. Şizofreni hastalarında intihar için risk faktörleri erkek cinsiyet, erken yaş, yüksek eğitim seviyesi, yalnız yaşamak, bekar olmak, yetersiz sosyal destek, belirtilerin farkında olmak, hastaneden yakın zamanda taburcu edilmiş olmak, kendisine zarar vermesini söyleyen ve komut veren sesler duyma, akatizi, tedavi uyumsuzluğu, yakın zamanda önemli yaşam olayı, sosyal izolasyon, hastalığa karşı içgörüyeye sahip olmak ve daha önceki intihar girişimi olarak söylenebilir ve bu sebepler arttırılabilir.

Bu yüksek ölüm oranından dolayı acil servise gelen her şizofreni hastasında suisidal risk değerlendirilmelidir ve suisidal düşüncenin/planının olup olmadığı sorulmalıdır. Suisidal düşünce ve plan sadece hastadan değil yakınlarından veya acil servise getiren kişilerden de alınmalıdır. Acil serviste

risk değerlendirmesinden sonra hastanın yatışı yapılmalı ya da taburculuğuna karar verilmelidir. Hastanın acil serviste beklerken ası riski ve kesici-delici aletle zarar verme riski gözetilerek bu durumlarını oluşmasına sebep verecek objeler hastadan uzaklaştırılmalıdır, bu objelere hastanın giydikleri ve aksesuarları da dahil olabilir.

Başkasına zarar verme riski:

Yapılan çalışmalarda acil hekimlerinin 50 %'den fazlası bir yıl içinde bir ya da daha fazla iş yeri şiddetine maruz kalmakta; acil hemşirelerinin bir yılda fiziksel şiddete maruz kalma öz-bildirisi ise 80% ve üstü olarak belirtilmektedir. Psikotik hastaların saldırganlık olma durumları tartışmalıdır ancak psikotik hastalarda homisidal düşünceler görülebilen bir durumdur. Homisidal bir hasta ajite olabilir ya da bundan bağımsız zarar verme düşüncesi gösterebilir. Homisidal fikirlerini psikotik bir hasta söyleyebilir de bu durumu saklayabilir de. Hasta ve yakınlarıyla yapılan görüşmeler homisidal eylemin gelişme riskinin değerlendirmesinde önem taşımaktadır. Psikotik bir hastanın başkasına zarar verme riskleri arasında geçmiş şiddet öyküsü, geçmiş suç davranışı, madde kullanımı, çocukluk çağı travması, içgörü yokluğu, entoksikasyon, akatizi, yakın zamanda şiddet içerikli tehditler ve davranışlar olarak söylenebilir ve arttırılabilir. Amerika'da yapılan bir çalışmada ağır ruhsal hastalıklar ve madde kullanımı birlikte görüldüğünde hastaların şiddet gösterme eğilimi sadece ağır ruhsal hastalığa sahip olan veya genel topluma göre oldukça fazla bir şekilde artmaktadır. Şizofreni hastalarında veya psikotik hastalarda yapılan araştırmalarda da gösterilmiştir ki göz ardı edilmemesi gereken önemli bir şiddet risk etmeni ise "emir verici sesler"dir. Özellikle bu sesler bir başkasına zarar vermesini söylüyorsa risk teşkil edebilmektedir. Hastaya duyduğu bu sese karşı direnip direnemeyeceğini sormak önemlidir. Ayrıca zarar verici düşüncenin ve "isteğin" ayrımını yapmak önemlidir, bazı hastalar sadece bu düşüncenin aklından geçtiğini ancak böyle bir isteğinin olmadığını belirtebilir. Risk değerlendirmesi esnasında acil serviste yine hastanın kullanabileceği zarar

verme riski taşıyan objeleri ortamdaki uzaklaştırmak önemlidir. Aynı zamanda sadece acil serviste değil taburculuk kararı verilecekse riskli objelerin hastanın kaldığı yerden de uzaklaştırılması konusunda hasta veya yakınları bilgilendirilmelidir. Yine de tüm bu durumlar haricinde başta da belirtildiği gibi bilinmelidir ki psikotik hastaların şiddet içerikli eylem göstermeleri oldukça az olarak olarak bulunmuştur ve birçok çalışmada bu sağlıklı bireylerle benzer oranda çıkmıştır. Bu bilgiye sahip olmak psikotik bozukluğa sahip bireylerin acil ortamında veya başka bir yerde damgalanmaması adına büyük önem teşkil etmektedir.

Öz bakım azalması ve yeti yitimi:

Psikotik semptom gösteren hastalar hastalıklarının doğası gereği gerçeği değerlendirmeleri bozulmuş kişilerdir ve gerek pozitif semptomlar olsun gerek negatif semptomlar sebebiyle kendi ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelebilirler. Hastanın acil servisten ayrılmadan önce kendisine bakım verip veremeyeceğinin değerlendirilmesi gerekir ve bu değerlendirme yatış veya taburculuğun ayırımının yapılacağı önemli bir noktadır.

Yeni Başlangıçlı Psikoz:

Yeni başlangıçlı bir psikoz altta yatan hastalıkların araştırılmasını gerektirir ve bir sonraki başlıkta bu duruma detaylı olarak değinilecektir. Eğer tedavi edilmezse ciddi morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilir. Sadece yeni başlangıçlı bir psikoz değil psikotik bir hastalık tanısı olan kişilerde de medikal problemleri işaret eden bulgular gözden kaçmaması gerekir. Amerikan Acil Psikiyatri Birliği aşağıdaki durumlar için ileri medikal değerlendirme yapılmasını önermektedir:

- Vital bulgu anormallikleri ve mental durum değişikliği
- 45 yaş üstü ve yeni psikiyatrik semptom ile başvuran hasta
- 65 yaş ve üstü hasta
- Deliryum ve kognitif eksiklik bulguları

- Fiziksel bulgu ve semptomları medikal bir etiyojolojiyi işaret eden psikiyatri hastaları
- Nörolojik semptomları olan ve kafa travma öyküsü olan hasta
- Alkol-madde intoksikasyon ve çekilme belirtileri olan hasta

Psikotik Acilde İlk Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı

Acil servise psikotik bir hasta çeşitli yollarla getirilir. Bu yolları kendi isteği ile gelmeden başka birisinin iknası ile gelmeye veya kolluk kuvvetleri tarafından zorla getirilmeye kadar uzanan bir yelpaze oluşturur. Psikotik bir hastanın acil servise başvuru sebebi tıbbi ya da somatik yakınmalar, sosyal yakınmalar ve psikiyatrik yakınmalar olmak üzere 3 grupta toplanabilir. Görüldüğü gibi psikotik bir hasta acil servise başvurduğunda sadece psikiyatrik sebepler değil tıbbi sebepler de araştırılmalıdır. Ayrıca bilindiği üzere şizofreni hastaları genel topluma göre daha fazla komorbid hastalığa sahiptir.

Acil serviste ilk değerlendirme tehlikenin değerlendirilmesi ve güvenli ortamın oluşturulmasını içerir. Hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riski ortadan kaldırılır ve hasta için değerlendirilmenin yapılabileceği güvenli bir ortam sağlanır. Hastanın ajitasyonu giderilirken farmakolojik ya da farmakolojik olmayan müdahalelerin yanında zorunda kalındığında tespit ve izolasyon gibi müdahaleler uygulanabilir. Bütün bu süreçte gıda ve hidrasyon gibi hastanın temel ihtiyaçlarının karşılanması gerekir.

Değerlendirmenin ikinci aşaması ABC yani havayolu, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesidir, bu durumlarda bozukluk olan hastaların acil müdahaleleri yapılmalıdır. Sonrasında hastanın vital bulgularının değerlendirmek ayırıcı tanıda ilk yardımcı olan durumdur. Taşikardi, taşipne, hipotansiyon, hipertansiyon, hipotermi, hipertermi, hipoksi, parmaktan bakılan glukoz seviyesi, kan kaybı durumu ve kafa travması öyküsü hekime birçok ayırıcı tanının yapılmasında rehberlik eder. Vitaller ve fizik muayene sonrası en önemli adım hastadan ve yakınlarından detaylı bir öykü almaktır. Detaylı bir öykü sonrası hekim hasta için bazı tetkikler isteyebilir.

Şizofreni veya diğer psikotik semptomlarla acil servise gelen hastalar için Amerikan Acil Hekimleri Okulu rutin olarak laboratuvar ve görüntüleme testi istemese de yukarıda (Yeni Başlangıçlı Psikoz) bahsedilen risk faktörlerini içeren ya da hekim için şüphe uyandıran durumlarda Tablo 1 de gösterilen tetkiklerin yapılması gerekir.

Tablo 1. Önerilen Medikal ve Nörolojik Testler

- Tam kan sayımı
- Tiroit fonksiyon testleri
- Metabolik panel
- Toksikoloji ve etanol düzeyi
- İnflammatuvar belirteçler
- Sifilis
- B12 ve folat
- İlaç düzeyi
- EEG
- Beyin MR'ı
- Gerekli durumlarda lomber ponksiyon ve ağır metal taraması

Detaylı öykü, yapılan muayene, stabilizasyon ve tetkikler sonrası psikotik bir hastanın ayırıcı tanısı 6 ana kategoride sınıflandırılabilir. Bunlar medikal sebebe bağlı psikotik bozukluk, maddeye bağlı psikotik bozukluk, primer psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete ve ilişkili bozukluklar ve diğer durumlardır. Acil servise psikoz ile gelen bir hastanın şikayetinin medikal sebebe olup olmadığını araştırmak için ileri tetkikler ve anamnez gerekebilir. Tablo 2'de psikoza sebep verebilene medikal durumlar sıralanmıştır. Özellikle deliryumda hastanın halüsinasyonları daha çok görsel niteliktedir, sanrılar basit bir örgütlenme içerir, medikal bir sorun vardır, akut başlangıçlıdır ve bilinçte/şikâyetlerde dalgalanma vardır.

Tablo 2. Medikal Duruma Bağlı Psikoz Sebepleri (Genel)

Otoimmün bozukluklar: <ul style="list-style-type: none">- Sistemik Lupus Eritematosus- Anti NMDA Ensefaliti ve Limbik Ensefalitler	Endokrin Bozukluklar: <ul style="list-style-type: none">- Hiper/hipotiroidizm- Hiper/hipoparatiroidizm- Hiper/hipokortizolizm	Neoplastik: <ul style="list-style-type: none">- Beyin Tümörleri, menenjiyom dahil- Paraneoplastik sendromlar
Deliryum	Elektrolit Bozuklukları	Akut intermittent porfiri
Nörokognitif bozukluklar: <ul style="list-style-type: none">- Alzheimer hastalığı- Frontotemporal demans- Lewy cisimcikli demans- Huntington hastalığı- Parkinson hastalığı	Nörolojik: <ul style="list-style-type: none">- MSS enfeksiyonları (HIV, sifiliz, herpes simplex ensefaliti)- Epilepsi, özellikle temporal lob epilepsisi- Migren- MS	İlaçlar: <ul style="list-style-type: none">- Steroidler- Dopamin agonistleri- Levetiresetam- İnterferon vb.
Hepatik ensefalopati	Wilson Hastalığı	

Ayırıcı tanıda öne çıkan diğer grup ise madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklardır. Acil servise gelen ve bir madde entoksikasyon/çekilme belirtilerinden şüphelenilen hastadan toksikoloji ve etanol seviyesi araştırmalarının yapılması gereklidir. Psikotik belirtilere sebep olabilen maddeler alkol, amfetaminler, sentetik kannabinoidler ve kannabis, kokain, halüsinojenler, fenisiklidin, olarak söylenebilir.

Psikotik acile başvuran hastaların ayırıcı tanıları arasında duygudurum bozuklukları da yer almaktadır. Hem mani döneminde hem de depresyon döneminde psikotik belirtiler görülebilmektedir. Psikotik belirtiler duygudurumla genelde uyumlu olsa da uyumlu olmayabilirler. İkinci psikiyatrik sebep olarak anksiyete ve travma ile ilişkili bozukluklara sahip kişiler geçici, psikoz benzeri şikayetler olabilir ya da OKB belirtileri psikoz ile karışabilir, ayrıntılı değerlendirmenin yapılması önem arz etmektedir. Diğer nedenler arasında daha çok kişilik bozuklukları ve disosiyatif bozukluklar vardır. Özellikle B küme kişilik bozukluğuna sahip hastalarda geçici psikotik

semptomlar görülebilir, disosyatif hastalarda da benzer durum yaşanabilir. Diğer nedenler arasında temaruzu ve kazancın sorgulanmasını unutmamak gerekir.

Psikiyatri açısından acil servise başvuran hastaların ayırıcı tanısında akla gelen ilk tanı birincil psikotik bozukluk tanılarıdır. Toplumun 1%'i şizofrenidir ve şizofreni tanısı koyabilmek için en az bir pozitif semptom ve en az 2 toplam semptom kümesinden tanı gerekliliğinin yanı sıra bu şikayetlerin en az 6 ay devam etmesi gereklidir. Aynı zamanda şizofreni hastaları hastalık öncesi prodrom dönemi denilen negatif belirtilerin başlangıcı gibi bir tablo içerisinde oldukları bir zaman periyodu geçirirler. Hastalık başladıktan sonra hatta öncesinde de kognitif yetilerde akranlarına göre azalma gösterirler ve negatif belirtiler işlevselliklerini kısıtlar. Ancak bazı şizofreni hastalarının ilaç tedavisine oldukça iyi cevap verdiğini unutmamak lazımdır. Şizofreniform hastalığı şizofreni için olan semptom kriterini tam karşılarken sadece süre kriteri açısından değişmektedir ve 1 ay ile 6 ay arasında kriterlerin karşılanma durumunda koyulmaktadır. Kısa psikotik bozukluk ise ilk 1 ay içinde ortaya çıkan şizofreni semptom kriterini karşılayan durumu ifade eder. Şizoaffektif bozukluk ise psikotik semptomlar ile duygudurum dönemlerinin olduğu ancak duygudurum dönemleri haricinde en az iki hafta psikotik belirtilerin devam ettiği ve duygudurum dönemlerinin psikotik belirtilere hastalığın önemli bir kısmında eşlik ettiği koşullarda koyulabilmektedir. Hezeyanlı bozukluk ise en az 1 ay süren çeşitli hezeyan belirtilerinden bir ya da birkaçının olması ve hastanın işlevselliğinin majör olarak etkilenmemesi durumunu içermektedir.

Psikotik Hastaya Non-Farmakolojik Yaklaşım

Acil servise psikotik şikayetlerle gelen hastanın ayırıcı tanısı yapılırken veya yapıldıktan sonra ilk olarak farmakolojik olmayan yatıştırma yöntemleri denenmelidir. Daha önce bahsedildiği gibi hastanın güvenliği, ortamın güvenliği ve sağlık çalışanlarının güvenliği sağlanırken hastanın gıda ve hidrasyon gibi temel ihtiyaçları karşılanmalıdır. Psikiyatrist akut ajite

hastaya yanında destek olmadan yaklaşmamalıdır. Yabancı bir dilde konuşan hastaya tercüman sağlanmalı ve daha çok telefon yerine canlı tercüme tercih edilmelidir. Hastanın iyi duyup görebildiği belirlenmeli olası duyuşal problemlerde bu sorunlar giderilmeye çalışılmalıdır. Sakin bir ses tonu kullanılmalı, anladığını belirten bir ifade ile hasta ile görüşülmelidir. Yüzleştirici olmaktan kaçınılmalı ancak şiddet riski direkt olarak sorgulanmalıdır. Kişisel alana saygı gösterilmeli ve hasta ile en az iki kol mesafe uzaklıkta iletişim kurulmalı, kışkırtıcı davranmamalı, yetkili olarak sözel temas kurulmalı, hastanın istekleri ve söyledikleri dinlenmeli, hasta ile anlaşılmalı ya da anlaşılmadığı konusu hastaya uygun bir dille ifade edilmeli, sınırlar çizilmeli, hastaya seçenekler sunulmalı ve hasta aralıklarla durumlar hakkında bilgilendirilmelidir. Bütün bunlara rağmen ajitasyonu geçmeyen saldırganlık riski taşıyan hastaya başta güç gösterisi yapılmalıdır (*show of force*), eğer bu işe yaramazsa güç uygulanmalıdır. Güç uygulama olarak tespit ve izolasyon söylenebilir. Tespit için karar psikiyatrist tarafından verilmelidir ve en az 4 kişi tarafından uygulanmalıdır. Tespit hastanın kendisini yaralamasına engel olacak ve aspirasyonu önleyecek şekilde yapılmalıdır ve aralıklarla hastanın durumu ve vital değerleri takip edilmelidir. Bir diğere müdahale ise hastayı izolasyona almaktır. İzolasyon odası hastanın olası darbelerine dayanıklı ve hastaya zarar vermeyecek şekilde dizayn edilmelidir ve hasta kameradan izlenmelidir. Hem tespit hem de izolasyon (tecrit) zorunluluk ortadan kalktıktan sonra sonlandırılmalıdır. Son iki uygulama yapıldıktan sonra hastanın dosyasına uygulamanın yapıldığı kaydedilmelidir.

Psikotik Hastaya Farmakolojik Yaklaşım

Psikotik hastaya acil serviste farmakolojik bir tedavi kararı verildiyse ilk olarak oral tedavi tercih edilmelidir. Hastaya tedavi opsiyonları sunulmalıdır. Alkol veya sedatif çekilmesine bağılı ortaya çıkan psikotik durumlarda ilk önce benzodiyazepinler tercih edilmelidir. Bu durumlar haricinde tercih edilen birince seçenek antipsikotik grubu ilaçlardır. Hasta oral tedaviyi reddediyorsa veya uyumu yoksa hastaya kas içi enjeksiyon tedavisi yapılabilir. Birinci kuşak antipsikotikler ile tedavi yapılabileceğı gibi ikinci kuşak antipsikotikler ile de

hastaya farmakolojik yaklaşım uygulanabilir. Burada hastanın tercihi ve yan etki profili önemlidir. En sık kullanılan birinci kuşak antipsikotiklerden biri haloperidoldür. Kas içi uygulamasında 2,5-10 mg doz aralığında tercih edilir, etkisi 30-60 dk içinde başlar. Genellikle oral ya da intramusküler lorazepam ile kombine kullanılır. Bir diğer sık kullanılan tipik antipsikotik zuklopentiksoldür. Asetat 50 mg'lık formu 3-4 saat içinde etkisini gösterir ve etkisi 3 güne kadar sürebilir. Birinci kuşak antipsikotik kullanımında dikkat edilmesi gereken nokta EPS belirtileri, kardiyak yan etkiler ve daha sonra bahsedilecek olan NMS riskidir. EPS belirtileri ortaya çıktığında kas içi ya da oral antikolinergik ilaçlar uygulanabilmektedir. Sadece akatizi belirtisinde antikolinergik ilaçlar uygulanmamalı, B-bloker ilaçlar uygulanmalıdır. İkinci kuşak antipsikotiklerin birinci kuşaklara üstünlüğü daha az EPS belirtisi ortaya çıkarırken daha fazla metabolik yan etki profili gösterebilmeleridir. Acil serviste ikinci kuşak antipsikotiklerin de akut ajitasyonu yatıştırabileceği görülmüştür. Olanzapin ve lorazepamın intramusküler uygulanması dolaşım ve solunum depresyonuna sebep verebileceği gösterilmiştir bu yüzden bu uygulamadan kaçınılmalıdır, olanzapinin ve lorazepamın intramusküler formu ülkemizde bulunmamaktadır. Benzodiyazepin grubundan sık kullanılan ilaçlardan birisi lorazepamdır. İlaç etkileşimi azdır, 0,2-2,5 mg doz aralığında kullanılır ve etkisi 30 dk içinde başlar. Yapılan Cochrane çalışmasında benzodiyazepinler antipsikotikler kadar ajitasyonu yatıştırdığı bulunmuştur. Yaşlı hastalarda olağan dozların yarısı ya da üçte biri kullanılır. Hasta acil servisten taburcu edilecekse ya da yatışı planlanıyorsa hastanın mevcut tedavi değişikliği acil serviste düzenlenmek zorunda kalınabilir. Bu durumda gözetilmesi gereken unsurlar hastanın ilaçlara gösterdiği yan etkiler, cevap verdiği geçmiş ilaçlar, ilaç uyum durumu, ilaç fiyatı ve ulaşılabilirliği ve dozlama aralığıdır.

Katatoni ve Tedavisi

Katatoni psikotik ve başka medikal durumlarda görülen bazı semptom kümelerini içeren bir durumdur. Katatoni olgularının 46%'sını organik etiyojiler oluşturur. Psikiyatri konsültasyonlarının 6%'sını ise katatoni

vakaları oluşturmaktadır. Acil servislere katatoni semptomu gösteren hastalar getirilebilirler ve bu konuda hekimlerin bilinçli olması gerekmektedir. Katatoni ajite katatoni olarak görülebilirken hipoaktif katatoni olarak da görülebilir. Psikotik hastalıklar haricinde bipolar bozukluk ve depresif bozukluklarda katatoni görülebilmektedir. Katatoni semptomları arasında uyarılmışlık, hareketsizlik, konuşmama, bal mumu esnekliği, fikse olmuş bakış, garip yüz hareketi, mannerizm, postür alma, negativizm, ekolali, ekopraksi gibi birçok semptom görülebilmektedir. Katatoni hastası yemeyi ve içmeyi reddettiği için acil servise getirebilmektedir. Detaylı katatoni değerlendirmesi için psikiyatri ya da acil servis hekiminin Busch Francis Katatoni Derecelendirme Skalasını kullanması yararlı olacaktır. Katatoniye otonomik instabilite eşlik etmesi malin katatoni olma olasılığını oldukça arttırmaktadır ve hemen her zaman altta yatan organik bir durum bu tabloya sebep vermektedir. Katatoniye sebep veren sebeplerden bazıları Tablo 3'te sıralanmıştır.

Tablo 3. Katatoniye Sebep Veren Durumlardan Bazıları

Şizofreni	Depresyon	Mani	Otizm	Tourette Send.	OKB
MSS lezyonları (inme vb.)	MSS enfeksiyonları	HIV	Otoimmün ensefalitler	Demanslar	MS
Sistemik Lupus Eritematosus	Tiroit hastalıkları	Vitamin eksiklikleri	Wilson Hastalığı	İlaç entoksikasyonları	İlaç çekilmeleri
Epilepsi	Beyin kitleleri				

Katatoni ayırıcı tanısında genel ve detaylı laboratuvar tetkikleri, EEG ve MR görüntüleme olmalıdır. Altta yatan sebebin araştırılması için fizik muayene yapılmalıdır. Otonomik bulgular ve CPK malin katatoni olasılığı için kontrol edilmelidir. Hastaya destekleyici hidrasyon ve tedavi verilmelidir. Hastanın katatoniye sebep verebilecek ilaçları kesilmeli ya da çekilmesi katatoni belirtisi yapabileceği öngörülen tedavisinin replasmanı yapılmalıdır. Tedavide ayırıcı tanının yapılması ve etiyolojinin bulunması önemlidir. Ancak hemen her katatoni olgusu IV lorazepam uygulamasına cevap verir. Yaşlı olmayan popülasyon için 2 mg IV lorazepam uygulaması başlangıç için

yeterlidir. Diazepam için de olumlu raporlar bildiren çalışmalar vardır. İlk lorazepam uygulamasından sonra yeterli cevap alınmazsa hemen katatoni dışlanmamalıdır, 5 dk aralıklarla uygulamaya devam edilmelidir. İlk 10 dk içerisinde semptomların yüzde 50 azalması pozitif katatoni tanısını doğuran özellikler arasındadır. IV lorazepam bulunmazsa IM ya da oral yolla da lorazepam uygulaması yapılabilmektedir. Oral lorazepam uygulamasında aralık 30 dk olmalıdır Tüm tedavi boyunca ve yine en başta hastanın sürekli vital bulgu monitörizasyonu yapılmalıdır. Benzodiyazepin tedavisi alan hastalarda solunum depresyonu riski açısından hasta takip edilmelidir. Lorazepamı cevap vermeyen ya da lethal ya da malin katatoni olgularında ilk seçenek EKT uygulamasıdır.

NMS ve Tedavisi

Acil servislere hem başvuru hem tedavi sonrası görülebilecek önemli bir durum ise nöroleptik malin sendromudur. Antipsikotik tedavisi sonrası görülme prevalansı 1000 hastada 1 olarak gözlemlenmiştir. Mortalite oranı %10'dur. Bir psikiyatrik acildir. Başlıca semptomları rijidite, ateş yükselmesi, otonomik instabilite (taşikardi, taşipne, kan basıncı seviyesi değişikliği), mental durum değişikliği ve bu duruma eşlik eden 1000 IU/L üzerinde CPK yüksekliği ve lökositozdur. Tanıda en önemli ayırt edici noktalardan biri yakın zamanda maruz kalınan bir D2 antagonisti ajan ya da dopaminerjik bir ajanın çekilmesidir. Genç erkeklerde, antipsikotikle birlikte lityum kullananlarda ve katatoni öyküsü olanlarda daha sık görülmektedir. Kurşun boru rijiditesi ve dişli çark belirtisi yakalanan bulgulardandır. Ateş 42°C'nin üzerine çıkabilmektedir. Akut respiratuar yetmezlik mortalitenin en büyük belirleyicisidir, renal yetmezlik ise uzun dönemde mortaliteye sebep verebilmektedir. Tanının geciktirilmeden koyulup tedavinin yoğun bakım şartlarında yapılması gerekmektedir.

Tedavide ilk basamak antipsikotik kullanımı varsa bu ilacın kesilmesidir. Bu süreçte benzodiyazepinler kullanılmalıdır. Hastanın asidoz, hipertermi, renal yetmezlik, hipertermi gibi bulguları düzeltilmeye çalışılmalıdır. NMS'ye etkili

olan iki ajan dantrolen ve bromokriptindir. Dantrolen daha çok bir kas gevşeticidir. Kas yıkımını azaltır. 1-2 mg/kg ve 10 mg/kg doz aralığı başlanır. Belirgin hipertermi, CPK yüksekliği ve rabdomiyolizi olan hastada dantrolen tercih edilmelidir. Hareket bozukluğu ve mental durum değişikliği olan hastalarda daha önce bromokriptin tercih edilebilir. Oral veya enteral olarak her 6-8 saatte bir 2,5 mg olarak verilebilir. Otonomik instabilitede hipotansiyon görülüyorsa bromokriptin önerilmemektedir. Ancak son yapılan çalışmalarda dantrolen monoterapisinin mortaliteyi arttırıcı etkisi olduğu görüldüğü için dopamine agonistleriyle birlikte kullanılması önerilmektedir. Tedavi yanıtı olduktan ve semptomlar düzeldikten sonra 10 gün boyunca tedavi sürdürülmelidir. İlaç tedavisi yeterli değilse, malin katatoni ve NMS ayrımı yapılamıyorsa, hasta uzun etkili enjeksiyon antipsikotik kullanmışsa ve semptomları sürüyorsa EKT düşünülmelidir. EKT esnasında aritmi riskinden dolayı süksinilkolinden kaçınılmalıdır.

Bir NMS epizodundan sonra antipsikotik tedavisi en az iki hafta verilmemelidir ve tekrar verilme açısından tartışmalar sürmektedir. Verilecekse D2 afinitesi az olan ketiyapin ve klozapin gibi ilaçlar tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Pillinger, T., Gaughran, F., & Taylor, D. (Eds.) (2020). *The Maudsley Practice Guidelines for Physical Health Conditions in Psychiatry*. (1 ed.) (The Maudsley Prescribing Guidelines Series). John Wiley & Sons, Ltd
2. Riba, M. B., Divy Ravindranath, Winder, G. S., & American Psychiatric Association. (2010). *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*. American Psychiatric Association Publishing.
3. Zeller, S. L., & Citrome, L. (2016). Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. *The western journal of emergency medicine*, 17(2), 165-172. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.12.28763>

4. Lawrence, R. E., & Bernstein, A. (2024). Schizophrenia and Emergency Medicine. *Emergency medicine clinics of North America*, 42(1), 93-104. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2023.06.012>
5. Thrasher, T. (2023). *Emergency Psychiatry*. Oxford University Press.
6. Stern, T. A., Freudenreich, O., A, F., Fricchione, G., Rosenbaum, J. F., & Massachusetts General Hospital. (2018). *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Elsevier.
7. Wilson M, Nordstrom K, Anderson E, et al. American Association for Emergency Psychiatry
8. Task Force on Medical Clearance of Adult Psychiatric Patients. Part II: Controversies over medical assessment, and consensus recommendations. *West J Emerg Med*.2017;18(4):640- 646.
9. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. *N Engl J Med* 2018;379:270-80.
10. Öncü F, Hacimusalar Y. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları (2022) *Acil Psikiyatri*

BİPOLAR BOZUKLUĞA ACİL YAKLAŞIM

Dr. Öğr. Üyesi Diğdem GÖVERTİ¹
Uzm. Dr. Hanife YILMAZ¹

Bipolar bozukluk, depresyon ve mani veya hipomani dönemleri ile karakterize, ataklar halinde seyreden bir ruh sağlığı bozukluğudur. Bipolar bozukluğu olan kişiler ataklar arası dönemde işlevselliklerini genellikle devam ettirebiliyor olmakla birlikte bu hastaların hem manik hem de depresif atak dönemlerinde işlevsellikleri ve yaşam kaliteleri ciddi şekilde etkilenebilir ve sıklıkla bu dönemlerde acil servis başvuruları gözlenir. Acil durumlarda bipolar bozukluk hastalarının doğru ve hızlı bir şekilde yönetimi, hastaların güvenliği ve tedavi sürecinin etkinliği açısından büyük önem taşır.

Acil servise başvuruların %3-12'si psikiyatrik bozukluklar ile ilişkilidir. Bu başvuruların içinde bipolar bozukluk tanılı hastaların başvurularının oranının %7 ila %18 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bipolar bozuklukların veya psikotik bozuklukların acil tedavisi için acil servislere başvuran 18-44 yaş arasındaki hasta sayısının son yedi yıl içinde kadınlarda %56,7 ve erkeklerde %61,6 arttığı görülmüştür.

ABD çalışmalarında bipolar bozukluğun yaşam boyu sıklığının %2,4; senelik yeni vaka sıklığının %1,4 oranlarında olduğu gösterilmiştir. Bipolar I bozukluğu için, ilk duygu durum atağının bildirilen ortalama yaşı 18,2; yaşam boyu yaygınlık ise %1 olup kadın ve erkeklerde eşit oranda

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

görülür. Bipolar II bozukluk için, ilk duygu durum atağının bildirilen ortalama yaşı 20,3 iken, yaşam boyu yaygınlık %1,1'dir ve kadınlarda daha sık görülmektedir. İlk belirtiler genellikle 15-19 yaş arasında ortaya çıkar. En olası ilk atak genellikle depresyondur. Depresif ataklar, manik ataklardan genellikle daha sık görülür ve bipolar tanılı bireylerin %40'ı hastalıkları süresince en az bir kez karma dönem geçirir. En sık 15-24 ve 45-54 yaş aralıklarında başlangıç görülür.

Mani Dönemlerine Acil Yaklaşım

Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı ve İstatistik El Kitabı'ndaki (DSM-5) tanımlamaya göre manik atak yaşayan hastalar taşkın veya iritabl duygu durum, hareketlilikte artış, daha hızlı ve daha fazla miktarda konuşma, fikir uçuşmaları, özgüvende artış, daha az uyku ile enerjik hissetme, dikkat dağınıklığı ve risk alıcı davranışlarda artış gibi belirtiler göstermektedirler.

Hipomani, işlevselliğin daha hafif etkilendiği bir formdur. Mani için süre kriteri bir hafta, hipomani için dört gün olup, yatış olması halinde süre kriteri aranmamaktadır. Ancak hipomani de süresi ve sıklığı çerçevesinde işlevselliği bozabilir. Hafif hipomani durumları kimi zaman tedavisiz kendiliğinden iyileştiği için acil servise başvuruları daha nadirdir.

Mani dönemi genellikle ani başlar ancak sorgulandığında prodrom döneminde uykuda azalma, duygu durumunda dalgalanmalar, iştahta değişiklikler, bunalım gibi belirtiler yaşandığı öğrenilebilir. Manik atak kişinin işlevselliğini ve günlük yaşantıya uyumunu ciddi oranda etkilediği, kendisi ve çevresini zorlayıcı bir durum olduğu için hastalar sıklıkla acile başvururlar. Kişiler acil servise genellikle yakınları tarafından, bazen de kolluk kuvveti eşliğinde getirilebilir. Tedavi edilse bile bipolar bozukluk tanılı hastaların %37'sinin bir sene, %60'ının iki sene içinde yeni bir atak geçirdikleri bildirilmiştir.

Mani döneminde canlılık, benlik saygısında artış, hareketlilikte artış ve hızlanma, abartılı ve renkli kıyafetler dikkat çekebilir. Yüksek sesli, hızlı, basınçlı; artmış bir miktarda neşeli veya öfkeli bir konuşma gözlenebilir. Konuşma esnasında araya girmek zordur, bu kesintisiz ve fazla miktardaki konuşmada hasta belli bir konu üzerinde duramaz, sıkça fikir uçuşmaları görülür. Çağrışımlar hızlanmış ve artmıştır. İstemli dikkat azalmıştır. Psikotik özellikli manide çoğu zaman duygu durumu uyumlu varsanılar görülebilir. Benlik kabarmasına uyumlu şekilde büyüklük sanrıları eşlik edebilir. Akut manilerin yaklaşık %60'ında psikotik belirtiler izlenmektedir. Kimi zaman kendine önemli mali sorunlar yaratacak düzeyde aşırı miktarda ve ihtiyaç duymadığı alışverişler yapar. Evden kaçan hastaların kolluk kuvveti tarafından acil servise getirilmesi sık görülür. Cinsel istekteki artışla birlikte riskli cinsel birliktelikler yaşayabilir. Kendini az miktarda bir uykuyla enerjik hissettiğini söyler.

Bipolar bozukluğu olan hastaların önemli bir kısmına başta bunaltı bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olmak üzere bir başka psikiyatrik tanı eşlik edebilir. Bipolar bozukluk, tüm psikiyatrik hastalıklar arasında madde kullanım bozukluklarının en fazla eşlik ettiği hastalıktır. Bipolar bozukluğu olan erkeklerin %44, kadınların %22'sinin alkol kullanım bozukluğu tanısının olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle acil serviste alkol ve madde kullanım bozuklukları hem ayırıcı tanıda düşünülmeli hem de bipolar bozukluğun yanında bir eş tanı olarak değerlendirilmelidir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin %50'sinin dürtüsellik ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. Alkol, sedatifler ve esrar gibi maddeler hastalar tarafından sinirlilik ve ajitasyonu yönetmek veya uyarıcılar, kokain ve MDMA gibi maddelerse uyanıklığı ve öforiyi artırmak için kullanılabilir. Davranışsal disinhibisyonlarının bir parçası olarak remisyon dönemlerinde herhangi bir madde kullanmayan hastaların da kullandığı görülebilir.

Ayırıcı tanıda yapılan değerlendirmelerde deliryumlu mani olarak adlandırılan ve nadir görülen ağır mani durumunda ani başlayan bilinç bulanıklığı ve yönelim bozukluğu izlenebilir. Psikotik ve katatonik belirtiler

eşlik edebilir. Altta yatan deliryuma yol açabilecek travma veya organik ya da toksik bir neden yoktur. Organik bir hastalık, alkol-madde kullanımına veya kesilmesine bağlı mani ile karışabilecek ağır taşkınlık durumları da ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

Manide bilinç ve yönelim bozuklukları genellikle görölmez, bu nedenle bilişsel bozulmaların eşlik ettiğı hastalarda demans ve deliryum da ayırıcı tanıda düşünölebilir. Bazı demansların erken dönem belirtileri mani ile karışabilir. Özellikle frontotemporal demans; disinhibisyon, risk alma ve uygunsuz davranışlar ile ortaya çıkabilir. Özellikle geriatric popölasyonlarda önce organik nedenler, demans veya deliryum düşünölmelidir. Bir enfeksiyon sebebiyle geçirilen deliryum; ajitasyon, dezorganize davranışlar ve sinirlilik gibi belirtileri sebebiyle mani ile karışabilir. Yaşlılarda yeni bir mani başlangıcı nadirdir ve öncelikle başta deliryum olmak üzere diğere nedenler ekarte edilmelidir.

Steroid gibi bazı ilaç kullanımları da maniyi tetikleyebilir. Steroid tedavisi gören hastalarda yeni başlayan uykusuzluk, sinirlilik veya psikoz görölebilir. Steroid tedavisi sonlandırıldıktan sonra genellikle şikayetlerin düzelme göstermesi beklenir.

Genetik yatkınlığı olan ve henüz bipolar tanısı almamış kişilerde manik veya hipomanik atak antidepresanlarla da tetiklenebilir.

Tiroid hormonlarındaki bozukluklar gibi organik nedenler de bir manik veya depresif atağa neden olabildikleri için araştırılmalı ve ekarte edilmelidir.

Akut anti-NMDA ensefaliti, erken dönemlerinde psikotik belirtiler, ajitasyon ve disinhibe davranışlar sebebiyle manik atak ile karışabilir. Özellikle nöbet gibi açık nörolojik belirtiler ortaya çıkmadan önce tanımak ve maniden ayırmak güç olabilir. Manik ataklara nöbet veya bellek kaybı gibi nörolojik belirtilerin eşlik etmesi genellikle beklenmemektedir. Genç hastalarda

nöroleptik kullanılmadığı halde hareket bozuklukları veya diskinezi gibi nörolojik bulgular gelişmesi, ensefalit şüphesini artırır.

Tedavi

Manik dönemde çoğu zaman kendini iyi ve mutlu hisseden hasta acil servise yakınları veya kolluk kuvveti tarafından getirilebilir ve tedavi için işbirliği kurmak istemeyebilir. Duygu durum bozukluğu olan hastaların yaklaşık %40'ı tedavi uyumsuzluğu sorunları yaşamaktadır. Hastalar düzensiz ilaç kullanımı sonrası bir atak yaşayabilir veya bir atak başlangıcı ile ilaçlara ihtiyacı olmadığını düşünerek ilaçlarını bırakabilir.

Acil servisteki değerlendirmeler öncelikle eğer varsa hastanın kendine ve çevresine zarar verici davranışlarının önüne geçmek, ajitasyonu önlemek, akut tedavinin ilk adımını atabilmek ve hastayla ilaç tedavisi veya yatarak tedavi gibi seçenekler konusunda iş birliği sağlamayı amaçlar. Bu değerlendirmeler yapılırken hastanın ve çevrenin güvenliğini sağlamak amacıyla hasta sakin bir ortamda değerlendirilmeli, ajitasyonunu arttıracak davranışlardan mümkün olduğunca uzak durulmalı ve hastanın iyiliği için bazı tedavilerin uygulanması gerektiği açıklanarak iş birliği kurulmaya çalışılmalıdır. Kısıtlama; ancak hastanın kendisinin veya çevrenin güvenliğini tehdit eden ve diğer yöntemlerin uygulanmasının mümkün olmadığı durumlarda tercih edilmeli, hastaya sebebi açıklanmalı, hastanın yanında onu gözlemleyecek bir kişi bulunmalı ve mümkün olan en kısa sürede sonlandırılmalıdır.

Akut dönem semptomları için öncelikle varsa antidepresan ve stimulan ilaçlar durdurulmalıdır. Bir ilaç tedavisi başlanırken, ilacın etkinliği ve tolere edilebilirliğiyle birlikte uzun dönem idame tedavisinde kullanılmaya uygun olup olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. İlaç tedavileri mümkün olan en düşük etkin dozda başlanıp ihtiyaca göre ilaç dozları arttırılmalıdır. Hastayla iş birliği kurularak oral tedaviler mümkün olduğunca öncelikli olarak tercih edilmelidir.

Monoterapide akut manide etkili olduğu görülen ilaçlar olarak lityum ve yükleme dozuyla etkisi hızlandırılabilcek olan valproat değerdendirilebilir.

Lityum hem mani hem de depresyon dönemlerinde kullanılabilen ve intihar riskini düşürebildiği bilinen bir tedavi seçeneğidir. Ancak dar terapötik aralığı ve yan etki profili sebebiyle serum düzeylerinin ve böbrek fonksiyonlarının yakından izlenmesi önem taşır. Mani döneminde önerilen lityum düzeyi 0,8-1,2 mEq/L arasındadır.

Valproatın, akut mani tedavisinde tek başına kullanılan bir tedavi olarak lityumun seviyesinde etkili olduğu görülmüştür. Mani tedavi edici etkileri lityuma göre daha hızlı ortaya çıkmaktadır. Karma dönemde ve hızlı döngülü bipolar bozuklukta, iritabl özellikleri olan manik hastalarda daha etkin olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak nörolojik hastalık varlığı ve alkol madde kullanımı olan hastalarda da güçlü etkileri bulunmaktadır. Uygun plazma düzeyi için ortalama 1000-2500 mg/gün dozunda kullanılması önerilmektedir.

Karbamazepinin akut mani tedavisindeki etkinliğinin monoterapi olarak lityum ve antispikotiklerle benzer olduğu bulunmuştur ancak ciddi yan etkileri sebebiyle ilk sıra öneriler arasında bulunmamaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde etkili bir tedavidir. Eşlik eden nörolojik hastalıklarda kullanılabilir. Serum ilaç düzeyinin 4-12 mcg/mL arasında tutulması önerilmektedir ve bu düzey için ortalama 400-1200 mg/gün dozunda kullanılması önerilir.

Davranışsal bozukluklarda genellikle antipsikotikler ve benzodiazepinler öncelikle değerdendirilir.

Acil servis başvurularında sıklıkla olanzapin, risperidon, aripiprazol, ketiapin, paliperidon, haloperidol gibi antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir. Atipik antipsikotikler, distoni riski ve ekstrapiramidal semptomlar açısından daha iyi tolere edilir. Birinci kuşak antipsikotikler ajitasyon gibi akut semptomların

hızla giderilebilmesi amacıyla başlangıçta kullanılabilir. Haloperidol ve klorpromazin akut mani tedavisinde etkili olan birinci kuşak antipsikotiklerdir. Haloperidol hem ekstrapiramidal yan etkileri olması hem de idame tedavisinde etkinliği olmaması sebebiyle diğer alternatiflerle sonuç elde edilememesi halinde önerilmektedir.

Meta analizlerde akut mani tedavisinde olanzapin, risperidon ve haloperidol; duyu durum dengeleyiciler ve diğer antipsikotiklerden etkili bulunmuştur. Birden fazla antipsikotik kullanım ihtiyacı duyulan durumlarda bunun yerine lorazepam gibi bir benzodiazepin tedavisiyle birlikte bir antipsikotiğin kısa süreli kullanımı tercih edilmelidir. Özellikle psikozun eşlik ettiği, yoğun uykusuzluk ve ajitasyonun gözlendiği ağır mani durumlarında duyu durum düzenleyici, antipsikotik ve benzodiazepin ilaç gruplarının bir arada kullanıldığı tedaviler düzenlenebilir.

Tedavi uyumu olmayan hastalar için enjeksiyon tedavileri değerlendirilebilir. Haloperidol 5-10 mg intramuskuler veya daha az sıklıkta intravenöz, klorpromazin 25mg intramuskuler, züklopentiksol 50 mg intramuskuler olarak uygulanabilen hızla etki edebilen, parenteral formu bulunan birinci kuşak antipsikotiklerdir. Acil serviste sıklıkla gerek duyulan parenteral formların uygulanması öncesinde QTc uzaması gibi kardiyak yan etkiler göz önünde bulundurularak EKG çekilerek kontrol edilmesi ve sonrasında uygulamanın yapılması önerilir. Yan etkiler nedeniyle mümkün olan en kısa sürede oral tedaviye geçilmesi önerilmektedir.

EKT acil servisteki ilk müdahalenin ardından akut mani tedavisinde etkili bir tedavi olarak önerilmektedir. Hızlı etki alınması istenen yüksek hastalar, katatonik durumlar, tedavi direnci ve gebelik, doğum sonrası ya da yaşlılık gibi rutin tedavileri mümkün kılmayan veya ilaç titrasyonuna olanak sağlamayan durumlar olması halinde EKT bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Bu tedavi genellikle hasta psikiyatri servisi yatırılarak uygulanır.

Depresyon Dönemlerine Acil Yaklaşım

Depresyon; üzüntülü, kimi zaman bunaltılı bir duygu durumun yaşandığı; düşünme, konuşma ve hareketlerin yavaşladığı; değersizlik, suçluluk, ümitsizlik gibi duyguların hissedildiği bir ruhsal bozukluktur. Kişi bir zamanlar keyif aldığı aktivitelerden zevk alamamaya başlar. Enerjisinin azaldığını hisseder ve günlük aktivitelere katılacak ve öz bakımını sürdürecektür enerji ve motivasyonu kendinde bulamadığını ve hep yorgun olduğunu hissedebilir. Kilo alabilir veya iştahsızlık yaşayarak kilo kaybedebilir. Uykuya dalmakta güçlük yaşayabilir veya tüm gün uykululuk hali hissedebilir. Konsantre olmakta güçlük çeker. Çökkün bir duygu durumu vardır. İçinden hiçbir şey yapmak gelmediğini hisseder. Zamanla sosyal alanlar ve iş alanlarında işlevselliğinde düşmeler gözlenir. Tüm bu durumlarla birlikte kişilerde yaşamını sonlandırmaya dair düşünceler oluşabilir.

İntihar

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda intihar, genel popülasyona kıyasla 15-30 kat daha fazladır ve %50'ye yakını yaşamlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunur ve yaklaşık %20'si intihar sebebiyle ölür. Bipolar bozukluk, diğer tüm psikiyatrik hastalıklardan çok daha yüksek bir intihar riski taşır.

Bipolar bozuklukta intihar riski, kişinin bireysel hastalık özelliklerine bağlı olarak değişir. İntihar girişimleri hastalığın başlangıcında çok daha yaygındır. Depresif ve karma ataklarda, manik ataklara göre intihar girişimleri daha sık görülür. Daha uzun hastalık süresi ve tedavisiz geçen süresi daha uzun olan bipolar hastalar arasında intihar riski artar. İntiharı tamamlayan bipolar hastaların yarısından fazlası ölümleri sırasında tedavi görmemektedir. Ayrıca, bipolar bozukluk hastalarının intihar girişimleri, diğer tüm psikiyatrik bozukluklardan daha yüksek ölümcüllüğe sahiptir.

Beyazlar, erkekler, 65 yaşından büyükler, ailede akıl hastalığı öyküsü olanlar ve daha önce intihar girişimi olanların intihar girişiminde bulunma riski daha

yüksektir. Kadınlarda intihar girişimlerinin, erkeklerde tamamlanmış intiharların daha fazla olduğuyla ilgili veriler olduğu bilirse de anlamlı bir fark olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Ayrılmış veya boşanmış olma, sosyal destek eksikliği, komorbid anksiyete semptomları ve umutsuzluk depresif hastada intihar riskini artırır. İntihar riski, borderline, antisosyal, histrionik ve narsisistik tipler başta olmak üzere eşlik eden kişilik bozuklukları ile artar. Travma öyküsü de riski arttıran faktörlerdendir. Bipolar bozukluk tanılı hastalar alkol-madde kullanım bozuklukları için yüksek risk taşır. Alkol-madde kullanım bozuklukları da intihar riskini daha da arttırır.

Geçmiş intihar girişimi öyküsü, intihar girişimlerinin ve tamamlanmış intihar riskinin değerlendirilmesinde önemli bir faktördür. İntiharların yarısından fazlası önceden girişimleri olan kişilerde ortaya çıkar. Geçmişte bir intihar girişimi olması, bipolar hastalarda tamamlanmış intihar riskini 37 kat artırır. Bipolar bozuklukta, ailede intihar öyküsü olması özellikle birinci derece akrabalarında intihar riskini arttırır. İlk epizodu depresif ise, intihar girişimi için sekiz kat daha fazla risk vardır. Sonraki epizodların depresif olması da intihar girişimi riskini arttırır. İntihar düşüncesi ve girişimi, karma ataklarda ve disforik manide siktir, disforik manideki hastaların %26-55'i intihar düşüncesine sahiptir. Hızlı döngülü bipolar bozuklukta da intihar girişimi riski %54 daha yüksektir ve hızlı döngülü olmayanlara kıyasla daha ölümcül girişimlerde bulunurlar.

İntiharını tamamlayan kişilerin %75-83'ünün önceki bir yıl içinde, %46'sının son bir ay içinde ve %36'sının son bir hafta içinde bir ruh sağlığı uzmanı tarafından görüldüğü bildirilmiştir. Bu olasılığı kesin olarak tahmin edebilmek mümkün olmamakla birlikte, hasta kendisi anlatmasa da hastanın aktif veya pasif intihar düşüncesi olup olmadığı muhakkak sorgulanmalı, varsa bir planı olup olmadığı öğrenilmelidir.

Bir girişim sonrasında hastanın ilk başvurduğu veya yakınları tarafından getirildiği birim çoğu zaman acil servis olduğu için, intiharın ilk değerlendirildiği yer genellikle acil servistir. Değerlendirmede

geçmiş tıbbi öykü, psikiyatrik hastalık hikayesi, alkol-madde kullanım bozukluğu, daha önce intihar girişimi olup olmadığı, aile öyküsü ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Hastanın tekrar kendine zarar verme olasılığına karşı kendine zarar verebileceği eşyalar uzaklaştırılmalı, hasta değerlendirme tamamlanana kadar acil serviste izlenmelidir. Aktif intihar düşüncesi devam eden veya yüksek riskli olarak görülen hastaların korumalı ve yakından izlenebileceği bir psikiyatri servisine yatışı planlanmalıdır.

Birçok hasta kendisine tedavi amaçlı reçete edilen ilaçları yüksek dozda kullanarak intihar girişiminde bulunur. Lityum bu konuda özellikle hatırlanması ve dikkat edilmesi gereken, başta böbrek fonksiyonlarına etkileri olmak üzere girişim sonrası dikkatli takip gerektiren bir ilaçtır.

Aktif intihar düşüncesi devam etmeyen ve iş birliği kurulabilen hastaların gerekiyorsa ilaç tedavileri acil serviste düzenlenip hastaya olası acil durumlar anlatılıp yakın bir zamanda kontrol muayenesi için randevu verilebilir. Hastadan intihar etmeyeceğine dair sözel kontrat alınması hastanın iş birliğini güçlendirir ancak riskin yüksek olduğu düşünülen hastalarda temkinli olunmalıdır.

İntihar Dışı Kendine Zarar Verme Davranışı

İntihar dışı kendine zarar verme davranışları genellikle kişinin yaşadığı ruhsal sıkıntı halini rahatlatma çabalarını düşünmesi sebebiyle, özellikle artan dürtüsellik de etkisiyle gerçekleştirilebilir. Kesici bir aletle vücuda, özellikle kollara kesiler atmak, yanıklar oluşturmak, vurmak gibi davranışlar bu grupta değerlendirilebilir. Bu davranışlar aslında yaşamı sonlandırmayı amaçlamaz ancak hastanın aile üyeleri veya arkadaşları bu eylemleri intihar girişimleri olarak görebilir ve bu da hastayı psikiyatrik bir değerlendirme için acil servise getirebilir. Ergen ve genç erişkinlerde popülasyonda daha sık görülmektedir. İntihar amacı gütmüyor olduğu düşünülse de acil servis başvurularında bu tür kendine zarar verme davranışlarını da barındırdığı potansiyel riskler sebebiyle intihar düşünce ve davranışlarını değerlendirdiğimiz ciddiyetle ele

almak önem taşır. Kimi zaman bu davranışlar esnasında kişinin böyle bir amacı olmamasına rağmen girişimin şiddeti ayarlanamadığı için ölümlerle sonuçlanabilmektedir.

Tedavi

Bipolar depresyonu olan hastalarda, kullanmakta olduğu ağır antipsikotik veya kortikosteroidler gibi depresif belirtilerini şiddetlendirebilecek tedavilerden sonlandırılabilmesi mümkün olanlar sonlandırılmalıdır.

Birinci basamak monoterapide ketiapin 300-600mg/gün, lamotrijin 200-500mg/gün, olanzapin 5-15mg/gün, lityum ve valproat gibi seçenekler değerlendirilebilir.

İkinci sırada kombinasyon olarak tedaviye 2-4 mg/gün risperidon eklenmesi, lityum ve antidepresan kombinasyonları, olanzapin ve fluoksetin kombinasyonu, valproat ve lityum, lityuma ek olarak lamotrijin gibi alternatifler düşünülebilir. Antidepresan ilaçlar duygu durum düzenleyiciler eşliğinde verilmelidir.

Eş zamanlı olarak psikotik semptomlar için antipsikotikler kullanılabilir ancak birden fazla antipsikotik kombinasyonlarından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

Lityumun unipolar ve bipolar depresyonu olan hastalarda intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarını azalttığı bilinmektedir. Uzun süreli lityum kullanımının ölüm riskini %60-80 azalttığı bildirilmiştir ancak lityum akut bir müdahale aracı değil, intiharı önleme amacıyla kullanılan bir tedavidir. Hastaların sıklıkla tedavi amacıyla kullanmakta oldukları ilaçları intihar amacıyla yüksek dozda alarak girişimde bulunabildikleri görülmektedir. Lityum da bu risk açısından dikkatli değerlendirilmeli ve aşırı dozda ölümcül olabileceği unutulmamalıdır.

Valproat, lamotrijin ve karbamazepinin, lityum için bildirilenden daha az olmakla birlikte, intihar karşıtı etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.

Hasta bipolar tanılı olsa da organik sebeplerin, alkol madde kullanımına bağlı durumların ve kafa travmalarının ayırıcı tanıda değerlendirilmesi de unutulmamalıdır.

EKT; şiddetli depresyonda, yüksek intihar riski olan hastalar için acil durumlarda tercih edilen bir tedavi olarak değerlendirilmektedir. Mevcut ilaç tedavileriyle karşılaştırıldığında, EKT'nin hem unipolar hem de bipolar depresyonu olan hastalarda önemli intihar önleyici etkileri olduğu görülmüştür. EKT genel olarak güvenli olmasına ve bazı durumlarda ayaktan tedavide başlatılabilmesine rağmen, bu uygulama sürecinde sıklıkla hastaneye yatış daha uygun olur.

Akut depresif ve suicidal durumlar için ketamin kullanımına dair çalışmalar devam etmektedir.

Kaynaklar

1. Balan Y., Murrell K., Lentz C.B. (Eds.) (2018) Big Book of Emergency Department Psychiatry. CRC Press.
2. Thrasher T., DO, MBA, DFAPA (Eds.) (2023) Emergency Psychiatry. Oxford University Press
3. Riba M. B., Ravindranath D. (Eds.) (2010) Clinical Manual of Emergency Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc.
4. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (Eds) (2016) Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (A. Bozkurt, Çev.)
5. Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(13):222-230. doi:10.3238/arztebl.2011.0222
6. Nentwich LM, Wittmann CW. Emergency Department Evaluation of the Adult Psychiatric Patient. Emerg Med Clin North Am. 2020;38(2):419-435. doi:10.1016/j.emc.2020.02.001

7. Wheat S, Dschida D, Talen MR. Psychiatric Emergencies. Prim Care. 2016;43(2):341-354. doi:10.1016/j.pop.2016.01.009
8. Atagün M.İ., Oral T., Bipolar Bozukluk-Manik Dönemin Akut ve İdame Tedavisi Arch Neuropsychiatry 2021; 58: (Supplement 1): S24–S30
9. Miller, J.N., Black, D.W. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. Curr Psychiatry Rep 22, 6 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
10. Colin F, Bipolar Disorder, South African Journal of Psychiatry | Vol 19, No 3 | a948 | DOI: <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v19i3.948>
11. Öztürk M.O., Uluşahin A., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (2023), Nobel Tıp Kitabevleri

ACİLDE RUHSAL TRAVMAYA YAKLAŞIM

Öğr. Gör. Dr. Aila GAREAYAGHI¹
Uzm. Dr. Ezgi ŞİŞMAN¹
Prof. Dr. Aslıhan POLAT¹

Ruh Sağlığında Travma

Travma kelimesi Yunanca kökenli sürtmek fiillerinden türemiştir. Yunanca'da "yara" anlamına gelen bu kelimenin Türk Dil Kurumu sözlüğündeki karşılığı "sarsıntı, örselenme"dir. Ruhsal travma terimi ise, kişinin fiziksel veya psikolojik bütünlüğünü tehdit eden veya zarar veren şiddetli stres, kayıp, felaket veya ciddi bir kaza sonucu oluşan derin duygusal yaralanma veya zarar anlamında kullanılmaktadır.

Travma terimi 19. yüzyıldan önce fiziksel travma anlamında kullanılmıştır. Ancak 19. yüzyılda cepheden dönen askerlerin ruhsal problemler yaşaması, bu konunun psikiyatristlerin ilgisini çekmesine neden olmuştur. 1. Dünya Savaşı sonrası, savaşın yol açtığı ölümler ve yaralanmalar sonucu evlerine dönen askerlerin yaşadığı psikolojik travmalar, "savaş şoku", "bomba şoku", "siper nevrozu" gibi terimlerle tanımlanmaya başlanmıştır. Bu durum, savaşın insan psikolojisi üzerindeki derin etkilerine dair farkındalığı artırmıştır. 2. Dünya Savaşı ve Vietnam Savaşı'nın ardından, bu travmaların tanımı ve anlaşılması günümüzdeki modern kavramlarına doğru evrilmeye başlamıştır. Bu süreç, akut stres bozukluğunun (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tanınması ve bu alanda yapılan araştırmaların artmasıyla derinleşmiştir.

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Judith Herman, travmayı dehşet verici olaylara tanıklık etmenin getirdiği güçsüzlük hissi ve insanların kontrol, bağ kurma ve anlam bulma gibi temel davranış sistemlerini bozduğu olaylar olarak tanımlamaktadır. TSSB kavramının gelişiminde önemli bir yere sahip olan *Herman*, özellikle cinsel istismar ve savaş gibi durumlarda travmanın, kişinin temel güven duygusunu derinden sarsarak ciddi psikolojik yaralar bıraktığını belirtir. Herman'a göre, travmanın üstesinden gelme ve iyileşme süreci, güvenli ortamların sağlanması, travmanın tanınması ve mağdurun kendi hikayesini anlatabilmesiyle mümkündür.

Travmalar herkes üzerinde aynı etkiyi göstermeyebilir. Aynı travmatik olaya maruz kalan bireylerden bazıları durumu daha hafif atlatabilirken, diğerleri sinsice ilerleyen stres tepkileri gösterebilir veya doğrudan ruhsal açıdan yıkıcı etkiler yaşayabilir. Travmaların kişiler üzerindeki etkileri, olayın türü ve özellikleri, kişisel karakteristikler, gelişim süreçleri, travmayı anlamlandırma şekilleri, sosyokültürel özellikler ve yaşanan kaybın büyüklüğü gibi birçok faktöre bağlı olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 24 farklı ülkede yapılan 29 araştırmayı incelediği bir çalışmada, ASB ve TSSB ile en sık ilişkilendirilen travmaların %19 ile tecavüz, %11 ile partner şiddeti ve %10,5 ile cinsel saldırı olduğu belirlenmiştir. Kitlel travmalar ve travma sonrası stres bozukluğu gelişimi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise en yüksek oranlar %5,4 ile bir afet yaşamak, %4,5 ile mülteci olmak, %4,5 ile sevilen birini beklenmedik bir şekilde kaybetmek ve %4 ile kasıtlı bir şiddet eylemine maruz kalmak olarak bulunmuştur.

Akut Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu (ASB), ilk kez 1994 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 4. Baskısı'nda (DSM-4) yeni bir tanı olarak yer almıştır. Bu tanının DSM-4'e dahil edilmesinin amacı, erken evrede olan ve sigorta kapsamına girmeyen akut travma geçiren hastalara sağlık hizmeti sunabilmek

olmuştur. Ayrıca, akut travma yaşayan hastalarda olası TSSB gelişimini erken tespit ederek zamanında müdahale edebilmek de hedeflenmiştir.

Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması Onbirinci Baskısı (ICD-11), akut stres tepkisini, kişinin tehdit içeren olaylara maruz kalması sonucu ortaya çıkan geçici duygusal, fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtiler olarak tanımlar. Bu belirtiler arasında kaygı, sersemlik, kafa karışıklığı, üzüntü ve sosyal çekilme yer alabilir. Bu tepki, yaşanan stres durumunun şiddetine göre normaldir ve genellikle olaydan birkaç gün sonra azalır. DSM-5'e göre ise ASB, şiddetli travmatik olaylara maruz kaldıktan hemen sonra gelişen geçici bir rahatsızlıktır. Bu durum, genellikle ciddi kazalar, doğal afetler ve şiddet olayları gibi travmatik deneyimlerin ardından görülür ve bireylerde yoğun stres, korku veya çaresizlik hissi yaratır. Belirtiler, travmatik olaylara ilişkin istemsiz ve rahatsız edici anılar, dissosiyatif tepkiler, yoğun ruhsal sıkıntı ve travmayı hatırlatan durumlardan kaçınma gibi çeşitli formlarda ortaya çıkabilir. Bu durum, travma sonrası ilk üç gün ile bir ay arasında gözlemlenir ve kişinin sosyal, iş veya diğer önemli alanlardaki işlevselliğinde belirgin bir bozulmaya neden olur. Akut stres bozukluğu, alkol, uyuşturucu kullanımı veya başka bir tıbbi durumun etkisiyle açıklanamaz ve kısa süreli psikotik bozukluklardan farklıdır.

ASB'nin yaygınlık oranları, travmalardan bir hafta sonra %24,0 ila %24,6, iki hafta sonra ise %11,7 ila %40,6 olarak bildirilmiştir. Erken müdahale ve destekle, ASB kaynaklı semptomların yönetilmesi ve uzun vadeli psikolojik sorunların önlenmesi mümkündür. Bu nedenle, travmatik bir olay yaşayan kişilerin duygusal destek aramaları ve profesyonel yardım almaları büyük önem taşımaktadır.

ASB'nin önlenmesi adına kişilerin güvenliği sağlanmalı, acil durumlarda gıda ve barınma gibi ihtiyaçlarını nasıl giderebilecekleri veya nereye başvurabilecekleri konusunda detaylı bilgilendirme yapılmalıdır. Kişiler ailelerinden ve yakınlarından duygusal destek görebileceği için yakınlarıyla iletişimde kalmaları sağlanmalı, yakınlarının sağlık sorunları meydana

gelmişse bunlar kişilere açıklanmalıdır. Aynı zamanda kendi sağlıkları da etkilenmiş olabileceği için sağlık hizmetleri desteği sağlanmalıdır. Ciddi travmalar yaşamış kişiler, travmalardan sonra altı aya kadar düzenli takip edilmeli ve oluşabilecek psikiyatrik şikayetler detaylandırılmalı, ölüm düşünceleri mutlaka değerlendirilmelidir.

Normal Başa Çıkma Tepkileri

Travmalardan sonra akut dönemde kişiler yaşadıkları anormal duruma karşı normal bir tepkisellik içinde olabilirler. *Lazarus* başa çıkmayı “dışsal ve içsel talepler ile bunlar arasındaki çatışmaları aşmak, tolere etmek veya azaltmak için yapılan bilişsel ve davranışsal çabalar” olarak tanımlar. *Lazarus’a* göre başa çıkma süreci bir tehdit değerlendirme sürecidir ve üç bileşenden meydana gelir. İlk dönemde kişiler birincil değerlendirme sürecindedirler ve bu tehdidin algılanması sürecini içerir. İkincil değerlendirme sürecinde kişiler var olan tehdit karşısında potansiyel bir tepkiyi düşünme evresindedirler. Başa çıkma evresi ise son evredir ve kişinin duruma karşı verdiği tepkiyi ifade eder. Başa çıkma süreci, problem odaklı bir şekilde kişinin çevresiyle ilişkisini değiştirdiği ya da duygusal odaklı bir şekilde kişinin duygusal sıkıntısını azaltmaya çalıştığı bir evredir. Stres yükü fazla olan olaylarda başa çıkmada zorlanma, genellikle çaresizlik ve duygusal sıkıntı hissine yol açar. Kişiler farklı birincil ve ikincil değerlendirme süreçleri sonrasında üç farklı algıya sahip olabilirler. Bunlar zarar görme, tehdit altında hissetme ve meydan okumadır. Zarar görme, olmuş olan psikolojik hasarı veya kaybı ifade eder. Tehdit altında hissetme, her an olabilecek olan bir felaketin beklentisini ifade eder. Meydan okuma ise kişinin üstesinden gelebileceği konusunda kendisine güvendiği zorlu durumları ifade eder. Durumun algılanışındaki bu farklılıklar, kişilerin durumla ilgili duygularına ve nasıl başa çıkacaklarına etki eder.

Horowitz travmatik olaylara verilen erken yanıtların inkâr ve girici düşünceler arasında gidip gelme olduğunu ve bu durumun sonunda travmanın kişinin hayatına entegre edilmesine yol açtığını söylemiştir. Travma sonrasında girici düşünceler sık karşılaşılan bir durum olarak kabul edilmiş olup ve bunun

tehdit içerikli olayın yeniden değerlendirilmesinin normal bir parçası olduğu ifade edilmiştir. Eğer duygusal işleme başarılı olmazsa, girici düşünceler ve ardından gelen kaçınmalar devamlılığını sürdürür. Bu noktada kişiler korkmuş ve çaresiz hissedebilir. Devamlı tetikte ve hazır olma hissiyatı olabilir. Hatırlatıcı aktivitelerden, mekanlardan ve kişilerden kaçınma, uykuda ve iştahta bozulma, durumun üstesinden gelebilmek için alkol-madde kötüye kullanımı görülebilir. Kişiler bu noktada profesyonel destek arayışına mutlaka girmelidir.

Acilde Müdahale – Psikolojik İlk Yardım

Acil servise akut ruhsal travmayla başvuran kişiye uygulanacak müdahalenin temel hedefi artık tehlikenin geçtiğini ve devam eden şikâyetlerinin artık işlevsel olmayan hayatta kalma tepkilerinin devamı olduğunu anlatmaktır. Kişilerin fiziksel güvenliği, yara alıp almadıkları, yeme, içme, barınma, giyinme gibi temel ihtiyaçları değerlendirilmelidir. İntihar düşünceleri, kendisine veya bir başkasına zarar verme düşünceleri mutlaka açık bir şekilde sorgulanmalıdır. Algı, biliş ve yönelim muayenesini de içeren ruhsal durum muayenesinin tüm basamakları yapılmalıdır.

Travmatik olayın bilişsel ve duygusal işlenmesini kolaylaştırmak ve işlevsel başa çıkma mekanizmalarını geliştirmek önemlidir. Bu hedefe ulaşmak için beş adımlı bir akut müdahale stratejisi önerilebilir. Bu model Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Acil Ruhsal Travmaya Müdahalede Beş Adımlı Model

1. Psikolojik Güvenliğin Sağlanması	İlk adımda hastaya tehlikenin artık mevcut olmadığı ve artık güvende olduğu anlatılmalıdır. Gerekirse aile ve arkadaşlardan gelen bir rahatlatma hastayı sakinleştirme konusunda yardımcı olabilir. Bu süreçte kişi temel gereksinimlerini sağlayamamış, yakınlarına ulaşamamış olabilir. Bunlar da açık bir biçimde hastaya sorulmalıdır.
2. Bilgilendirme	Hastanın tıbbi durumu, olaya dahil olan diğer kişilerin durumu ve olayın detayları hastaya doğru bir şekilde aktarılmalıdır. Bu kişinin hissettiği gerilimi azaltır, uzun vadeli uyumu sağlamaya yardımcı olur, olayla ilgili yanlış algıları düzeltmesini sağlar. Güvenilir bir kaynak tarafından olaya dair bilişsel bir haritalama yapılmış olur.
3. Olayla İlgili Yanlış Atıfları Düzeltme	Travmalardan sonra kişiler olaya dair felaketleştirme senaryoları üretebilirler. Olayın kendi hatası olduğu, kendi suçu olduğu, her şeyini kaybettiği gibi yanlış atıflar düzeltilmeli ve süreci daha gerçekçi bir şekilde değerlendirmesine yardımcı olunmalıdır. Bu yaklaşım, kişinin kaygısını, suçluluk duygusunu ve öfkesini azaltmaya yardımcı olur.
4. Etkili Başa Çıkmayı Yeniden Sağlama	Travma ve hastanın tepkileri hakkında gerçekçi bir konuşma yapmak başa çıkma sürecini destekler. Travmaya karşı normal tepkiler hakkında psikoeğitim sağlamak hastanın yeterlilik duygusunu güçlendirir ve her şeyin kontrolden çıktığı algısını düzeltir. Artmış uyarılma, sinirlilik, uyku bozukluğu, olayı hatırlama, girici düşünceler, olaya dair kabuslar ve kaçınmalar mutlaka sorgulanmalıdır. Kişi psikiyatrik destek konusunda daha aktif katılmaya teşvik edilmeli ve kaynaklara erişimi sağlanmalıdır.
5. Sosyal Desteği Sağlama	Aile ve arkadaş ağı sağlanmalı, uygun sosyal hizmet kuruluşlarına, kendine yardım gruplarına ve gerekli durumlarda psikiyatrik poliklinik görüşmelerine yönlendirmeler yapılmalıdır. Barınma, yiyecek, içecek, giyecek, korunma gibi somut ihtiyaçlar mutlaka ileriye dönük giderilmelidir.

Dissosiyatif hastalar, konsantrasyon ve dikkat problemleri nedeniyle sürece katılmakta zorlanabilirler. Hastanın odada yürümesi ve eşyalara dokunması gibi topraklama stratejileri, hasta ile göz teması kurmak, tehlikenin geçtiğini ve hastanede güvende olduğunu söylemek güven duygusunu pekiştirmeye ve yeniden bütünleşmeye yardımcı olabilir. Hasta, kendini güvende hissedene ve dissosiyasyona ihtiyaç duymayana kadar kaygı veya öfke gibi diğer tepkiler ortaya çıkabilir. Görüşmeci, beş adımlı müdahaleye devam etmeli ve gerektiğinde topraklama stratejilerini kullanarak dissosiyasyonu değerlendirmeyi sürdürmelidir. Eğer hastanın şikâyetlerinin şiddeti azalmıyorsa görüşmeci hastanın ayakta mı yoksa yatarak mı izlenmesi gerektiğini değerlendirebilir.

Acilde Müdahale – İlaç Tedavisi

Akut stres bozukluğu durumlarında kişilerin izlemi çoğunlukla ilaçsız, psikoeğitim ağırlıklı yapılmaktadır. Her ne kadar ilaç tedavisi kılavuzlarda pek destek görmese de akut dönemde kullanıldığı durumlar olmaktadır. Eğer kişilerin yaşadığı ağır travmalar sonrası takiplerde şikâyetlerinin şiddetinde hiç azalma olmuyorsa seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) veya seçici serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) grubu ilaçlar ilk sıra tedaviler arasında yer alır. Bunlardan sertralin ve paroksetin ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onaylıdır.

Benzodiazepin grubu ilaçlar akut dönemdeki kaygılı durumu düzeltebilmektedir ancak bu grup ilaçların kullanımının riskleri, kısa dönemde yarattıkları rahatlama hissinden daha ağır basmaktadır. Çalışmalar, akut dönemde plasebo ve benzodiazepin kullanımının arasında ileriye dönük pozitif bir fark saptayamadığı gibi, benzodiazepinlerin ilerleyen zamanlarda kaçınmayı ve aşırı uyarılmayı arttırdığını, bağımlılık riski geliştirdiğini, depresyon, agresyon, kaygı bozukluğu ve madde kötüye kullanımını arttırdığını göstermişlerdir.

Uyku bozuklukları için erken dönemde uyku hijyeni önerileri yeterli olmaktadır. Eğer kişilerin uyku bozukluğunda iyileşme görülmezse düşük dozda trazodon, mirtazapin veya antihistaminik gibi bağımlılık riskli bulunmayan uyku arttırıcı bir ilaç eklenebilir. Kabusların eşlik ettiği uyku bozukluklarında prazosin faydalı olabilir.

Bazı alışmalar beta-blokerlerin (*propranolol*) hem travma sonrası stresin mevcut belirtilerini hem de TSSB'nin oluşması riskini azaltmakta yardımcı olduğunu göstermektedir. Beta-blokerlerin anıların pekişmesini engellediği ve bu etkisinden dolayı akut stres durumlarından sonra kullanımında travmatik hafızanın gelişmesinin önüne geçerek TSSB gelişimini önlediğini gösteren çalışmalar vardır.

Eğer ruhsal durum muayenesinde psikotik süreç düşündüren bulgular varsa SSRI tedavisine ek olarak antipsikotik bir ilaç eklenmelidir.

Kaynaklar

1. Knoff, W. F. (1971). Four thousand years of hysteria. *Comprehensive Psychiatry*, 12(2), 156-164. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(71\)90007-1](https://doi.org/10.1016/0010-440X(71)90007-1)
2. zen, Y. (2017). PSİKOLOJİK TRAVMANIN İNSANLIK KADAR ESKİ TARİHİ. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117. <https://doi.org/10.30520/tjsosci.350160>
3. Samhsa. (n.d.). TIP 57 Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. <http://store.samhsa.gov>.
4. Bryant, R. A. (2018). The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 111. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0976-x>
5. Osterman, J. E., & Chemtob, C. M. (1999). Emergency Psychiatry: Emergency Intervention for Acute Traumatic Stress. [https://Doi.Org/10.1176/Ps.50.6.739,50\(6\),](https://Doi.Org/10.1176/Ps.50.6.739,50(6),) 739-740. <https://doi.org/10.1176/PS.50.6.739>

6. RN-BC, V. (n.d.). *Stress and Coping Theories*. Retrieved June 9, 2024, from https://www.academia.edu/35837032/Stress_and_Coping_Theories
7. Guina, J., Rossetter, S. R., Derhodes, B. J., Nahhas, R. W., & Welton, R. S. (2015). Winner of resident paper award 2014: Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(4), 281-303. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000091>
8. Yıldırım, E. A., & İskender, G. F. (2021). *Kitleysel Travmalar ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale ve Sağaltım Kılavuzu* (Ş. Yüksel & A. D. Başterzi, Eds.; 1st ed., pp. 162-176). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
9. Scott, C., Jones, J., & Briere N. John. (2021). *Travma Terapisinin İlkeleri. Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi için Bir Kılavuz* (Briere N. John & Scott Catherine, Eds.; 2nd ed., pp. 251-321). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNA ACİL YAKLAŞIM

Doç. Dr. Bahadır GENİŞ¹
Dr. İlay DALKIRAN¹

Giriş

Alkol ve madde kullanım bozukluklarının tüm dünyada yaygınlaştığı gözlenmektedir. Acil servis başvurularında da AKMB büyük bir orana sahip olması tıbbi profesyoneller için doğru tanı koyma ve tedavi yönetimini sağlama gerekliliği getirmektedir. Bu bölümde AKMB'nin tanımlanması, tedavisi ve yönlendirilmesi konusunda okuyucuların bilgilendirilmesi hedeflenmektedir.

Acil servisler AKMB hastası için ilk ve tek başvuru yeri olabilir. Bu nedenle hastayla iyi bir terapötik ilişki geliştirmek kişinin tedavisini sürdürmesine yardımcı olacaktır. Yargılayıcı olmadan hasta odaklı stratejiler, tedavinin etkili bir şekilde başlatılmasının, madde kullanım hizmetlerine başarılı bir şekilde yönlendirmenin ve ruhsal ve biyolojik iyileşmenin anahtarı olacaktır.

Madde kullanımı yüksek morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir. Alkol ve madde bozuklukları acil servislere entoksikasyonlar, yoksunluk sendromları, psikotik belirtiler, intihar, travma ve tıbbi durumlar nedeniyle başvurabilir. Psikiyatri acil servisine başvuran her hastadan özellikle alkol, madde ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır, ayrıntılı anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır.

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Örneğin kollardaki enjeksiyon giriş izleri madde kullanımını ortaya çıkaracaktır. Muayenenin diğer bir parçası da laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleridir. Yüksek karaciğer enzimleri alkol ve madde kullanım şüphesini artırabilir. Alkol zehirlenmesinde subdural hematom, kokain kötüye kullanımında serebral vasküler olay veya miyokard enfarktüsü ve opioid zehirlenmesinde ciddi akciğer hasarı ve rabdomiyoliz gibi yaygın karşılaşılan madde ile ilişkili tıbbi komplikasyonları dışlamak önemlidir. Laboratuvar tetkiklerinin bir parçası da idrar analizidir. Bağımlılar idrar testinin sonucunu bozmak için girişimde bulunabilirler, bu nedenle gözetim altında alınması önerilir.

Maddelerin idrarda saptanma süreleri (Deborah ve Simkin 2005):

Maddeler	İdrarda en geç saptanma süreleri
Alkol	12 saat
Barbitürat	1-7 gün
Amfetamin	2 gün
Esrar (Haftalık ya da düzensiz kullananlarda)	3-7 gün
Esrar (Her gün ve yüksek miktarda kullananlarda)	27 gün
Kokain	2-3 gün
LSD	1-3 gün
Opioid	2 gün
Sentetik narkotikler	1-5 gün

Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol kullanımına hem acil servislere hem de hastanelere başvurularda sıkça rastlanır. Bununla beraber hem akut alkol zehirlenmesi hem de alkol yoksunluğu hayatı tehdit edici olabildiği için tanınması önemlidir.

DSM-5 kriterlerine göre alkol kullanım bozukluğunun belirtileri şunlardır ve şiddet, mevcut kriterlerin sayısına göre belirlenir: hafif, iki veya üç kriter; orta, dört veya beş kriter; ve şiddetli, altı veya daha fazla kriter:

- Tekrarlayan içme, sorumluluklarını yerine getirememe
- Tehlikeli durumlarda tekrarlayan içme
- Alkolle ilgili sosyal veya kişilerarası sorunlara rağmen içmeye devam etme
- Toleransın gelişmesi
- Alkol yoksunluğunun belirtileri veya yoksunluğu hafifletmek veya önlemek için alkol kullanımı
- Planlanandan daha fazla miktarlarda veya daha uzun süre içme
- İçmeyi bırakma veya azaltma isteğinin sürekli olarak bulunması veya başarısız denemeler
- Alkolü elde etmek, kullanmak veya alkolün etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcama
- İçme nedeniyle önemli etkinliklerin bırakılması veya azaltılması
- Alkolün neden olduğu fiziksel veya psikolojik sorunların farkında olunmasına rağmen içmeye devam etme
- Aşerme

Alkol İntoksikasyonu

Alkol emilimi ve buna bağlı intoksikasyon, kişinin vücut ağırlığı, alkolün tüketildiği süre, tüketilen alkol yüzdesi ve bireyin toleransı gibi birçok parametreden etkilenir. Kanda alkol düzeyi ölçümü standart olsa da acil serviste klinisyenin kişiyi değerlendirme zamanı kişinin bilişsel yeterliliğine göre karar verilmeli. Kan alkol düzeyine göre ortaya çıkabilecek belirtiler şunlardır:

Kan Alkol Düzeyi	Ortaya Çıkan Belirtiler
20-30 mg/dl	Motor beceri yavaşlar, düşünme yargılama yeteneği bozulur
30-80 mg/dl	Motor ve bilişsel sorunlar artar
80-200 mg/dl	Koordinasyon ve yargılama bozuklukları, duygudurum değişkenliği, bilişsel işlevlerde bozulma
200-300 mg/dl	Nistagmus, dizartri, bellek bozuklukları
300-400 mg/dl	Konfüzyon, stupor
400-500 mg/dl	Koma
> 500 mg/dl	Solunum ve dolaşım merkezlerinin etkilenmesi, ölüm

Alkol intoksikasyonun başlangıcı irritabilite, ajitasyon ve nadiren psikozla sonuçlanabilecek disinhibisyon şeklinde olabilir. İntoksikasyon doz artışıyla beraber motor becerilerde azalma, geveleyerek konuşma, ataksi ve sonunda solunum depresyonu ve komayla merkezi sinir sisteminde genel deprese olmasıyla sonuçlanır.

Alkol intoksikasyonun tedavisi destekleyici tedavi şeklindedir. Hayati belirtilerin, kan şekerinin dikkatlice izlenmesi ve yoksunluk belirtileri için seri gözlem yapılması gereklidir. Yüksek kan alkol düzeyinin kademeli düşüşü takip edilmeli, bu kronik içicilerde etanolün saatte 15-20mg/dl hızla metabolize edilmesi demektir. Hastada hipotansiyon veya malnütrisyon varsa sıvı desteği gerekebilir. Şiddetli vakalarda mekanik ventilasyon ya da hemodinamik destek gibi agresif müdahaleler gerekebileceği için yoğun bakım ünitesi düşünülebilir.

Kişide alkol intoksikasyon belirtileri geriledikten sonra tekrar değerlendirilmeli ve komorbid biri durum tespit edilirse psikiyatri servisi yatışı önerilmeli.

Wernicke Ensefalopatisi

Wernicke ensefalopatisi, nistagmus ve oftalmopleji, mental durum değişiklikleri ve duruş-yürüyüşte dengesizlik ile karakterize olmakla birlikte ancak bu üçlü yalnızca hastaların %16'sında görülür.

Wernicke ensefalopatisi tiamin eksikliğinden kaynaklanır ve kronik alkol içicilerde de tiamin eksiliği açısından yüksek risklidir. Bu nedenle alkol kullanım bozukluğu nedeniyle acil servise başvuran kişilere profilaktik olarak 100mg tiamin verilmelidir. Kan şekeri düşük olan hastalarda verilecek her 50 gram dextroz (1000cc %5 dextroz) için ayrıca 100mg tiamin uygulanmalıdır. Epileptik nöbet oluşursa Diazepam veya lorazepam kullanabilir.

Alkol Yoksunluk Sendromu

Alkol yoksunluğu kronik alkol alımının ani kesilmesiyle ortaya çıkar. Belirtileri adrenerjik sistemin hiperaktivitesiyle ilişkilidir; taşikardi, aşırı terleme, titreme ve anksiyete şeklindedir. Yoksunluk belirtileri hastanın son alkol alımından 6-12 saat sonra başlar ve ilk başta anksiyete ve huzursuzluk en belirgin semptomdur. Bunu daha sonra otonom sistemdeki değişiklikler izler; taşikardi, tansiyon yüksekliği, titreme ve mide bulantısı oluşur. Alkol yoksunluk nöbetleri en sık olarak alkol kullanımının kesilmesinden 24-48 saat sonra ortaya çıkar ve antiepileptik ilaçlar yerine benzodiazepinlerle tedavi edilmesi en iyisidir. Son olarak, alkol kullanımının kesilmesinden 24-72 saat sonra ortaya çıkan ve yönelim bozukluğu, kafa karışıklığı ve halüsinasyonlarla karakterize edilen alkol yoksunluk deliryumu görülür.

Alkol Yoksunluk Sendromu Belirtileri (Bayard ve ark. 2004)

Alkolü kestikten sonra ortaya çıkış süreleri	Belirtiler
6-12 saat	Minor Yoksunluk Belirtileri: Uykusuzluk, titreme, hafif anksiyete, Gİ rahatsızlık, baş ağrısı, terleme, çarpıntı, iştahsızlık
12-24 saat	Alkolik Halüsinozis: Görsel, işitsel veya taktıl halüsinasyonlar
24-48 saat	Yoksunluk Nöbetleri: Yaygın tonik-klonik nöbet
48-72 saat	Deliryum Tremens: Halüsinasyonlar, yönelim bozukluğu, taşikardi, hipertansiyon, düşük seviyede ateş, terleme

Alkol yoksunluk sendromu ayaktan veya yatarak tedavi şeklinde olabilir. Eğer geçmişte deliryum tremens veya nöbet öyküsü olanlar, şiddetli yoksunluk belirtileri bulunanlar, sosyal desteği yetersiz olanlar, alkol kullanımı devam edenler, intihar riski bulunanlar ve başka tıbbi rahatsızlıkları olanlar mutlaka yatırılarak tedavi edilmeli.

Alkol yoksunluk sendromunun tedavisi benzodiazepinlerdir. Çünkü hem alkol hem de Benzodiazepinler GABA sistemi üzerinden etki eder ve çapraz reaktivite nedeniyle herhangi bir Benzodiazepin alkol yoksunluğunda kullanılabilir. İçlerinde Diazepam hızlı etki başlangıçlı ve uzun etki süresiyle ilk tercih olmaktadır. Karaciğer yetmezliği olan hastalarda ise Lorazepam tercih edilmektedir. Oral uygulanan lorazepamın etkisi 2 saat içinde başlar ve etkisi de kısa-orta sürelidir (yarılanma ömrü 10-20 saattir). Oral lorazepamın 2mg'ı 10mg oral diazepamı eşdeğerdir. Tedavide uygulanacak benzodiazepin dozu hafif somnolans sağlayacak ve sürdürecektir düzeyde olmalıdır.

Deliryum Tremens

Yetersiz tedavi edilen alkol veya benzodiazepin yoksunluğunun en ciddi komplikasyonlarından biri yoksunluk deliryumudur. Alkol yoksunluğu, alkol kullanımını aniden kesen alkol kullanım bozukluğu olan insanların yaklaşık yarısında meydana gelir ve yoksunluk belirtileri yaşayan AYS hastalarının yaklaşık %3-5'inde yoksunluk deliryumu veya epileptik nöbetler ortaya çıkar.

Deliryum tremens gelişme riskinin belirleyicileri (Miller ve Gold 1998, Saitz 1998):

- Epileptik nöbet ya da DT öyküsü
- Birlikte tıbbi hastalığın bulunması
- Karşılaşıldığında kan alkol seviyesi >300 mg/dl
- Yaşında 30 üzerinde olması
- Alkol bağımlılığı öyküsünün uzun süreli olması
- Yoğun alkol aşermesi
- Karaciğer işlevinde bozukluk

Deliryum tremens belirtileri konfüzyon, yönelim bozukluğu, taşikardi, hipertansiyon, ateş, ajitasyon gibi otonomik hiperaktivite bulguları ve işitsel ve görsel halüsinasyonlar şeklindedir. Psikomotor aktivite, hipereksitabileden letarjiye kadar değişen dalgalı seyir halinde olabilir. Hasta dağınık, şaşkın ve ajite görünümde olup ataksi ve denge bozuklukları hastanın düşmesine neden olabilir. Halüsinasyonlar yılan ve böcek görme şeklinde olabilir, Lilliputiyen (gerçekte olmayan küçük obje) halüsinasyonlar da sıktır. Bellek kusurları belirgindir.

Deliryum tremens nedeniyle hastanede yatan hastaların %1-4'ü, genellikle aritmiler, hipertermi veya yoksunluk nöbetlerinin komplikasyonları nedeniyle ölüm görülebilir. Bu nedenle DT tedavisi yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilmeli. Hastalara IV sıvılar, kardiyak izleme ve elektrolit replansmanı da dahil olmak üzere destekleyici bakım uygulanır. Hafif sedasyon hedefiyle Benzodiazepinler, ajitasyon ve halüsinasyonlar için Haloperidol tercih edilebilir.

Deliryum tremens dört haftayı geçerse uzamış deliryumdan söz edilebilir. Sekiz haftadan daha uzun sürerse Wernicke ensefalopatisi ve Korsakoff sendromu açısından tanı gözden geçirilmelidir.

Benzodiazepinler

Benzodiazepinler, birçok maddenin akut intoksikasyonundaki ajitasyonu kontrol altına almak ya da yoksunluk evrelerinde sıkça kullanılsa da kendileri de kötüye kullanılabilir. Benzodiazepinlerin aşırı dozu nadiren ölümcüldür ancak alkol ve opioidler gibi diğer maddelerle birlikte alındığında ölümcül bir kombinasyon oluşur. Akut zehirlenme, hastaların santral sinir sistemi depresyonuna girmesine neden olur; bu durumda hastalar uyuşuk, ataksik ve konuşması belirsiz hale gelir. Benzodiazepin aşırı dozunun çoğu destekleyici bakımla tedavi edilir. Flumazenil nadiren kullanılır çünkü benzodiazepin toleransı olan kişilerde nöbetlere neden olabilir.

Benzodiazepinlerin çekilmesinde azalan GABA'yla beraber MSS'nde baskılanma azalır ve uyarılmışlık artar. Çekilmenin şiddeti, ilacın yarı ömrü, bir hastanın ilacı ne kadar süredir kullandığı ve ilacın ne kadar hızlı kesildiği gibi birçok faktöre bağlıdır. Çekilme belirtileri; titreme, anksiyete, algısal bozukluk, disfori, psikoz, nöbetler ve otonom instabilite şeklindedir. Kısa etkili benzodiazepinler, özellikle alprazolam gibi, kötüye kullanım olasılığı daha yüksektir. Hastalar için en güvenli seçenek, daha uzun etkili, örneğin diazepam gibi benzodiazepinlere geçilerek kademeli olarak dozu azaltmak olmalıdır. Doz azaltımı CIWA gibi ölçekler kullanılarak uzun sürede gerçekleştirilmelidir.

Opioidler

Opiod kötüye kullanımı ve istismarı, dünya genelinde mortalite ve morbiditeye neden olan bir durumdur. Opioidler (doğal veya yapay olanlar) endojen opioid sistem üzerinden işleyen maddelerdir. Merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi ve bağırsak boyunca μ -, κ - ve δ -opioid reseptörleri bulunur. Opioidler, bu reseptörlere agonist, kısmi agonist veya agonist-antagonist olarak etki ederek ağrı algısının azalması, dopamin salınımı, öfori, sedasyon, dismotilite, bağımlılık ve solunum depresyonu gibi etkilere neden olur.

Opioid İntoksikasyonu

Akut opioid intoksikasyonunda klasik triad olan solunum depresyonu, bilinçte değişiklik ve pin-point pupiller gözlenir. Solunum depresyonu hayatı tehdit edici bir durum olmak beraber ölüme kadar gidebilir. Bununla beraber diğer riskli durumlar bradikardi, solunum sayısının düşmesi, hipotansiyon ve hipotermidir.

Opioidler, özellikle monoamin oksidaz inhibitörleri gibi diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında oldukça tehlikeli olabilir. Ayrıca, reçeteli opioid formülasyonları genellikle asetaminofen veya nonsteroid antiinflatuar

ilaçlar (NSAID'ler) ile birleştirilir. Bu nedenle, zehirlenme veya aşırı doz durumunda toksisite bu maddelerden de kaynaklanabilir.

Eğer hastada opioid yoksunluğu düşünülüyorsa öncelikle hayati belirtilere dikkat edilmeli ve yakından izlenmeli. Havayolu açıklığı, solunum ve dolaşım sık sık kontrol edilmeli. Opiod intoksikasyonunda standart antidot kısa etkili opioid antagonisti olan naloksondur. Nalokson IV yolla tercih edilmeli ancak IV yoksa intranazal, subkutan, IM ve intraosseöz yollar kullanılabilir. Naloksonun opiat bağlanmasını hızla tersine çevirdiği için agresyon ve ajitasyona yol açabileceği akılda tutulmalı.

Opioid Yoksunluğu

Kısa etkili opioidler, örneğin eroin gibi, kullanımına son verildikten sonra birkaç saat içinde erken yoksunluk belirtileri görülebilir. Son kullanımdan 8-24 saat sonra ortaya çıkabilen erken yoksunluk belirtileri arasında midriyazis, piloereksiyon, kas seğirmesi, lakrimasyon, rinore, terleme, esneme, titreme, huzursuzluk, miyalji, artralji, karın ağrısı, bulantı ve kusma bulunur. Tam gelişmiş yoksunluk, kısa etkili opioidlerin kesilmesinden 24 saat sonra veya uzun etkili opioidlerin kesilmesinden 3-4 gün sonra meydana gelebilir. Bu durumda taşikardi, taşipne, hipertansiyon veya hipotansiyon, dehidrasyon, hipoglisemi, ateş, anoreksi ve bulantı, kusma ve ishal görülür.

Normalde sağlıklı bir kişide yaşamı tehdit etmese de opioid yoksunluğu, yakın zamanda geçirilmiş miyokard enfarktüsü, diyabet veya konjestif kalp yetmezliği gibi önemli tıbbi hastalıkların ek tanısı olarak varlığında ölümcül olabilir. Yoksunluğa kişinin ihtiyaçlarına göre semptomatik tedaviyle yaklaşıldıktan sonra Metadon veya Buprenorfin tercih edilebilir. Semptomatik yaklaşımda miyalji varsa NSAID'ler, ishal için loperamid, anksiyete ve huzursuzluk için sedatif antipsikotikler (ketiapin gibi), uyku için trazodon tercih edilebilir.

Metadon, uzun etkili tam bir μ -agonisttir, diğler opioidlerin reseptöre bağlanmasını engeller ve aşermeyi bastırır. Genellikle bir hastada, yoksunluk sırasında metadon ile başlanabilir ve idame dozu hastanede yatış süresince yavaşça azaltılabilir. **Buprenorfin**, μ -reseptöründe kısmi bir opioid agonistidir ve genellikle nalokson ile birlikte formüle edilir. Bu nedenle, genellikle bir yoksunluk dönemi sonrasında başlatılmalıdır. Dozlama tipik olarak günde bir kez yapılır ve günlük 16 ila 24 mg arasında değışir. Ayrıca, ayakta tedavi izlem programına uygundur.

Stimülanlar

Son birkaç on yılda uyarıcı kullanımında ciddi bir artış gözlemlendi ve bunula beraber acil servis başvurularında uyarıcılar ön sırada yer almaya başladı. Tüm uyarıcılar, direkt olarak dopaminerjik, adrenerjik ve daha az derecede serotoninerjik yollar üzerinde etki ederek, sırasıyla dopamin (DA), norepinefrin (NE) ve serotonin (5-HT) seviyelerini arttırarak etki eder. Stimulanlar içinde sıklıkla karşılaştığımız: Amfetamin, Metamfetamin, Kokain gibi maddelerdir.

Stimulan İntoksikasyonu

Stimulanlarla akut olarak zehirlenmiş hastalar genellikle huzursuz, sinirli, uyarılmış, aşırı cinsel istekli, paranoyak, hezeyanlı ve açıkça şiddete eğilimli olabilirler. Genellikle acil servise "savaş veya kaç" modunda gelirler ve taşikardi, hipertansiyon, terleme, hiperglisemi ve midriyazis gibi adrenerjik aktivasyon belirtileri gösterirler. Kafa karışıklığı yaşayan, huzursuz, terleyen ve hipertermi, taşikardi ve hipertansiyonu olan hasta geniş bir tıbbi ayırıcı tanıya sahiptir; bunlar arasında alkol yoksunluğu, sistemik enfeksiyon, santral sinir sistemi enfeksiyonu, nörolojik hasar, salisilat veya antikolinerjik aşırı doz gibi diğler zehirlenmeler bulunabilir. Bu nedenle, acil servis doktorları stimulan zehirlenmesini diğler tıbbi acil durumlardan ayırt etmekte zorlanabilirler. Toksikoloji bu konuda yardımcı olsa da kesin kanıt sunmazlar.

Stimulan intoksikasyonunda hastada etkilenen en yaygın ve önemli organlar kalp, böbrekler ve beyindir. Bu organ sistemleri ilk olarak incelenmeli ve stabilize edilmelidir. Hastalar dikkatlice göğüs ağrısı, dispne, şiddetli baş ağrısı, enfeksiyon belirtileri ve nörolojik semptomlar açısından taranmalıdır.

Stimulan intoksikasyon tedavisinde destekleyici bakım gerekir. Çevresel uyaranların azaltılıp karanlık ve gürültüsüz bir ortamda takibinin yapılması sağlanmalı. Eğer ajitasyonu varsa ilk basamakta agresif Benzodiazepin tedavisi tercih edilmeli. Psikoz varsa haloperidol, olanzapin, risperidon ve ziprasidon gibi antipsikotikler sıklıkla oral, IV veya IM formülasyonlarda kullanılabilir.

Stimulan Yoksunluğu

Stimulan yoksunluğu yaşamı tehdit edici bir durum değildir ama hastalar için rahatsız edici ve nüks için riskli bir evredir. Acil servis doktoru, stimulan yoksunluğunda olan hastalarda psikoz, ciddi psikiyatrik semptomlar, intihar düşüncesi ve şiddet potansiyeli için dikkatlice tarama yapmalıdır. Stimulan yoksunluğu, son kullanımdan sonra birkaç saat içinde başlayabilir ve genellikle saatler günlerce sürebilir. Yaygın semptomlar arasında özellikle hipersomni ve kabuslar olmak üzere uyku bozuklukları, aşırı yorgunluk, iştah artışı, yaygın ağrılar, yoğun aşırme, anhedoni, sinirlilik, huzursuzluk, paranoya ve hatta kalıcı psikoz bulunur. Duygu durum bozuklukları, örneğin depresyon gibi, bu dönemde akut olarak kötüleşebilir.

Uyarıcı kullanımının yoksunluğunda kanıta dayalı farmakolojik bir tedavi yöntemi yoktur. Akut evrede tedavi destekleyicidir ve uzun vadede psikososyal destek ve terapiye odaklanılabilir.

Kannabis ve Sentetik Kannaboidler

Kenevir otu dünyada en yaygın kullanılan yasadışı maddedir ve aktif bileşeni Δ -9-tetrahidrokannabinol (THC) ile psikiyatrik şikayetlere neden olur. Kronik yüksek dozda esrar kullananlarda yaygın olarak görülen aşırı uyanıklık ve

kişilikten kopma / gerçeklikten kopma deneyimidir. Konjunktival enjeksiyonun, ortostatik hipotansiyonun, ağız kuruluğunun ve artmış kalp hızı varlığı, esrarla ilişkili belirtileri diğer psikiyatrik semptomatoloji nedenlerinden ayırmaya yardımcı olabilir. Bilinen bir psikiyatrik rahatsızlığı olan bir hastada esrarın sık kullanımı, semptomların dramatik bir şekilde kötüleşmesine ve ilaç tedavisine kötü yanıt vermeye neden olabilir. Kannabis zehirlenmesi nadiren tıbbi tedavi gerektirir. Belirtiler hafif ve orta şiddet ise davranışsal ve çevresel müdahaleler kullanılır. Belirgin ajitasyon veya psikoz gibi daha ciddi intoksikasyon durumlarında Benzodiazepinler ve düşük doz birinci veya ikinci nesil antipsikotikler (haloperidol, risperidon veya olanzapin gibi) kullanılabilir. Şiddet davranışını yönetmede hastane polisi ve güvenlik personeli yardımcı olabilir ve hastaların ve diğerlerinin güvenliğini korumak için mekanik kısıtlamalar son çare olarak kullanılabilir. Kannabis çekilmesi nadiren hayati tehlike oluşturur ve genellikle tıbbi müdahale gerektirmez.

Sentetik kannaboidler esrar bitkisinden üretilmezler, laboratuvar ortamında toz halinde üretilip sonrasında çözücülerin yardımıyla çeşitli bitkilerin üzerine püskürtülürler ve kurutulduktan sonra paketlenerek satılırlar. Yaygın olarak kullanılan ticari isimleri “Spice”, “K2”, “Bonzai” ve “Jamaika”dır. Esrardan farklı olarak tam agonisttir ve daha güçlüdür. SK kullanımı sonrası anksiyete, psikoz, ajitasyon, epileptik nöbetler, taşikardi, MI, akut böbrek yetmezliği, solunum sıkıntısı ve ölüm görülebilir. Kişi entoksikasyon tablolarında gelişen varsanılar nedeniyle tehlikeli durumlarla karşı karşıya kalabilmekte ayrıca intihar ve saldırgan davranışlar sergileyebilmektedir. SK intoksikasyonu düşünülen kişilerde öncelikle madde kullanımıyla ilgili tarama testleri, böbrek fonksiyon testleri ve kardiyak enzimleri istenmeli ve EKG çekilmeli. SK tedavisi semptomatiktir. Hastanın vital bulguları takip edilmeli, kusması varsa dehidratasyon oluşmaması için IV sıvı verilmeli, hipertermi durumunda rabdomiyalizi önlemek için soğuk uygulama da yapılmalı. Ajitasyon ve saldırganlık için benzodiazepinler, psikotik belirtiler içinse haloperidol ve olanzapin tercih edilebilir.

SK yoksunluk tedavisinde Yeni Zelanda "Canterbury Bölgesi Sağlık Kurulu" önerisine göre; ajitasyon ve iritabilite için ketiapin 25-50mg/gün (24 saatte en fazla 200mg), diyare için loperamid 2-4mg/gün, bulantı ve kusma için metaklopramid 10mg/gün (24 saatte en fazla 30mg/gün), baş ağrısı ve kas krampları için Parasetamol 500-1000mg/gün (24 saatte en fazla 4 gr), gastrointestinal spazmlar için butilbromür 4-6saatte bir 10-20mg, sedasyon için prometazin 25-50mg veKetiapin 50mg önerilmektedir. (Canterbury District Health Board 2014)

Halüsinojenler

Halüsinojenler, geniş ve oldukça çeşitli kötüye kullanılan madde sınıfıdır. Herhangi bir halüsinojenin yakın zamanda kullanımı, kullanıcının algısal ve fiziksel deneyimlerinde birçok değişikliğe neden olabilir. Halüsinasyonlar, kullanıcının görme, işitme, dokunma ve koku alma gibi duyuusal deneyimlerini değiştirerek ortaya çıkabilir. Kullanıcıda yoğun duygusal durumlar ve zamanın geçişinin algısında değişiklikler gözlemlenebilir. Fiziksel değişiklikler arasında artan enerji, pupilla dilatasyonu, taşikardi, terleme, çarpıntılar, bulanık görme, titreme, bulantı ve koordinasyon bozukluğu yer alabilir. Bu nedenle, bu ilaç sınıfı, dini deneyimleri artırmak için kullanılan bitki kaynaklı kimyasallardan (örneğin, peyote) dissosiyatif anesteziyelere (örneğin, ketamin) ve "kulüp uyuşturucuları" olarak tasarlanmış sentetik bileşiklere (örneğin, lizergik asit dietilamid = LSD türevleri) kadar çeşitli bileşikler içerir. Yaygın halüsinojenler arasında d-lizergik asit dietilamid (LSD), psilosibin (4-fosforiloksi-N,N-dimetil triptamin), dimetil triptamin (DMT) ve meskalin bulunur.

Hafif halüsinojen zehirlenmelerinin çoğu, uyarıların azaltılmasına (örneğin, acil servisin daha sakin bir bölgesine yerleştirilme) iyi yanıt verebilir. Belirgin anksiyete, korku veya hatta hafif ajitasyonu olan hastalar, benzodiazepinlerle tedavi edilebilir; bu ilaçlar aynı zamanda artmış otonom uyarımıyla ilgili hafif vital bulgu değişikliklerinin de (örneğin, taşikardi veya hipertansiyon) kontrolünü sağlamada yardımcı olacaktır. Lorazepam (örneğin, 1-2 mg) veya

diazepam (5 mg) hem parenteral olarak uygulanabilir. Dopamin antagonistleri (örneğin, haloperidol 5 mg IM veya IV), psikoz semptomlarını veya daha şiddetli ajitasyonu yönetmeye yardımcı olmak için benzodiazepinlerle birlikte kullanılabilir. Fensiklidin diğer halüsinojenlerden farklı olarak özellikle ciddi davranış bozuklukları neden olması nedeniyle acil servis hekimi dikkatli olmalıdır. Ajitasyon, hastane ortamlarında görülen PCP zehirlenmesi vakalarının %34-64'ünde ortaya çıkmaktadır. Temel etkisi NMDA reseptör antagonistliği olsa da PCP ayrıca dopamin, norepinefrin ve serotonin de dahil olmak üzere monoaminlerin geri alımını bloke eder ve sigma reseptörlerinde etki gösterir. Bu özel bağlanma profili, özellikle limbik sistemde, neokortekste ve bazal gangliyonlarda NMDA antagonistliği ile birleşen pro-dopaminerjik ve antikolinerjik durum, PCP kullanan hastalarda görülen ciddi davranış bozukluklarına katkıda bulunur. Duyusal yanılsamalar ve değişmiş benlik algısı daha belirgin hale gelir, buna kişisel güç hissinde artış ve azalan ağrı farkındalığı da dahil olur. Hasta ve etraftakilerin güvenliğini sağlamak öncelikli olmalı, gerekirse fiziksel kısıtlamalar kullanılmalı.

Sonuç

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun acil servislere başvurularının artması nedeniyle acil servis çalışanlarının akut durumlara aşina olması gerekir. Bu nedenle AMKB tanımak ve tedavisinin yönetimi tıbbi profesyonellerin eğitiminin önemli bir parçası haline gelmeli. Böylelikle erken müdahale ile şiddet olayları engellenmiş olup kötüleşen mortalite-morbiditenin azalması sağlanır. Hem hasta hem de personelin güvenliği sağlanmış olur.

AMKB'nin acil serviste yönetiminde öncelikle hastanın söylediklerini dinlemek, anlaşıldığını sade ve net bir dille ifade etmek, net sınırlar koymak ile sözlü iletişimin etkisinden faydalanılmalı. Terapötik bağ kurulduktan sonra ayrıntılı anamnez alınmalı, fizik muayene yapılmalı ve laboratuvar tetikleri tamamlanmalı. Hastanın tüm şikayetleri alkol ve madde kullanımına bağlanmamalı, ek tıbbi durumlar gözden kaçırılmamalıdır. Hastalar yakın

takibe alınmalı, gerekli durumlarda psikiyatri servis ya da yoğun bakım ünitesine yatırılabilceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Thrasher, Tony. *Emergency Psychiatry*. Oxford University Press, 2023.
2. Riba, Michelle B., Divy Ravindranath eds. *Clinical manual of emergency psychiatry*. American Psychiatric Pub, 2015.
3. Donovan, Abigail L., and Suzanne A. Bird, eds. *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient: Emergency Management*. Springer, 2019.
4. Balan, Yener, Karen Murrell, and Christopher Bryant Lentz. *Big Book of Emergency Department Psychiatry: A Guide to Patient Centered Operational Improvement*. Taylor & Francis, 2017.
5. Sechi, GianPietro, and Alessandro Serra. "Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management." *The Lancet Neurology* 6.5 (2007): 442-455.
6. Fatih Öncü, Yunus Hacimusalar, *Acil Psikiyatri, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara, 2021.
7. Umut G, Evren C (2019) Alkol yoksunluğu ve deliryum tremens tedavi. *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı'nda* (Yayına hazırlayan: Cüneyt Evren), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
8. Bilici R, Dalbudak E (2014) Alkol ve madde kullanım bozukluğunda acil durumlara yaklaşım ve tedavi. *Psikiyatride Güncel* 4:101-12.
9. Deborah R. Simkin (2005) Ergen madde kullanımı. Bennjamin J, Sadock BJ, Virginia A, Sadock VA(Ed). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Editörleri) 8.Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi 3470-90.
10. Çakmak D, Evren C (2006), *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*, İstanbul: Özgül Matbaacılık
11. Miller, N. S., & Gold, M. S. (1998). Management of withdrawal syndromes and relapse prevention in drug and alcohol dependence. *American Family Physician*, 58(1), 139-146.
12. Canterbury District Health Board 2014. Synthetic cannabinoid withdrawal and addiction

ACİL SERVİSLERDE ADLİ PSİKİYATRİ UYGULAMALARI

Uzm. Dr. Havva ATASOY KAPLAN¹

Uzm. Dr. Ezgi ŞİŞMAN¹

Prof. Dr. Aslıhan POLAT¹

Acil psikiyatri uygulamalarının, klinik tıbbın diğer birçok alanına kıyasla yasalarla çok daha fazla iç içe olduğu söylenebilir. Acil psikiyatri, özerklik ve özgürlük gibi temel ilkeler ile bu özerkliği bozan ve şiddet ile intihar risklerini artıran hastalıklar arasında bir denge noktasında yer almaktadır. Bu alanda, hastaların temel haklarının kesintiye uğrama ve değişme olasılığı daha yüksektir. Tıbbın tüm uzmanlık alanları yasalara bağlı olarak faaliyet göstermek zorunda olsa da acil psikiyatri uygulamaları yasalar tarafından daha fazla kısıtlanmakta ve yönlendirilmektedir. Acil psikiyatrik değerlendirilmenin, karar vermenin ve tedavinin neredeyse her aşaması yasalarla yakından ilişkilidir. Bilgilendirilmiş onamdan istemsiz değerlendirme ve tedaviye, üçüncü taraflara verilen bilgilerle dengelenen gizlilik haklarına, hasta transferine kadar acil psikiyatrik bakımın birçok rutin konusu yasal sınırlar ve kurallar çerçevesinde uygulanmaktadır.

Acil durumlarda ruh sağlığı profesyonellerinin etik ilkeler, yasa ve yönetmeliklere uygun hareket edebilmeleri için çeşitli etik ve yasal kavramlar hakkında kapsamlı bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Acil servislerde psikiyatristlerin ve diğer klinisyenlerin tıbbi etik çerçevesinde uygulamaları gereken ve kılavuz olarak kabul edilen 4 temel ilke vardır:

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

1. *Yarar Sağlama:* Acıyı hafifletmek ve hayati tehlike riskini en aza indirmek için akut tablolara derhal müdahale edilerek hastanın çıkarına en uygun yaklaşımın sağlanması.
2. *Zarar Vermeme:* Tedavi sürecinde potansiyel riskler ve zararların minimumda tutularak güvenli ve etkili tedavilerin uygulanması.
3. *Özerkliğe Saygı:* Hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili kararlar alabilme yeteneklerinin, tedaviyi kabul etme veya reddetme haklarının tanınması, saygı gösterilmesi. Bununla birlikte klinisyen, yaralanmayı veya yaşam kaybını önlemek amacıyla hastanın durumunu stabilize etmek için gerekli tedaviyi uygulayabilir.
4. *Adalet:* Hastaların ırk, renk, cinsiyet, milliyet, dini inanç veya diğer özelliklerine bakılmaksızın tüm hastalara eşit ve adil bir şekilde yaklaşılarak gerekli tedavilerin uygulanması.

Bu bölümde acil psikiyatride karşılaşılan bazı ortak hukuki temalar gözden geçirilecek ve bunların yönetimine ilişkin bilgi verilmeye çalışılacaktır.

Gizlilik

Hekim-hasta ilişkisinin bir parçası olan gizlilik, hekimin hastalarla ilgili bilgileri, kanunen zorunlu olmadıkça, hiç kimseye açıklamama yükümlülüğüdür. Güven, terapötik bir ilişkinin temelidir ve bir hekimin gizliliği koruması, hastaların özerkliğine saygı duyulduğunu göstermektedir. Hastaların gizliliğin ihlali korkuları nedeniyle yardım aramaktan kaçındıkları, ilgili klinik bilgileri değiştirmeyi veya saklamayı tercih ettiklerini bildirilmektedir. Mümkün olan en yüksek düzeyde mahremiyet sağlamak için her türlü çabanın gösterilmesi psikiyatristlerin görevidir. Ancak bazı durumlarda, acil klinisyenlerinin gizliliği ihlal etmesi gerekebilir. Bu durumlar arasında çocuk istismarı, yaşlı istismarı, bildirilmesi zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve üçüncü tarafları planlanmış bir suç hakkında uyarma gerekliliği yer almaktadır.

Bilgilendirilmiş Onam

Her bireyin, bedenine ne yapılacağına dair karar verme hakkı vardır. Tıbbi tedavi için gerekli olan tıbbi-yasal bilgilendirilmiş onam; bilgilendirme, yeterlilik ve gönüllülük unsurlarının varlığını gerektirir. Hastanın kendi tedavi süreciyle ilgili karar verebilmesi için hekimin belirli bilgileri hastaya açıklaması gerekmektedir. Hasta, önerilen tedavinin riskleri ve yararları, alternatif tedavi seçenekleri ve tedavi yapılmamasının riskleri hakkında bilgilendirilmelidir. Hastalar, kendi başlarına karar verme kapasitelerinin olmadığını düşündürecek bir durum olmadıkça yetkin kabul edilmekte ve tedavi kararını herhangi bir baskıya maruz kalmadan gönüllü olarak vermektedirler.

Bir hasta acil serviste değerlendirilirken, bir psikiyatristin ayırıcı tanı yapması, tabloya katkıda bulunan tıbbi sorunları dışlaması, tanı koyması, acil psikiyatrik semptomları tedavi etmesi ve uygun bir tedavi önerisi sunması beklenir. Hastalar, bu tür değerlendirme ve tedavi önerilerini kabul edebilir veya reddedebilir. Acil psikiyatrinin karmaşıklığının büyük bir kısmı da burada yatmaktadır. Bir psikiyatristin müdahalede bulunabilmesi için hastanın rızasını alması veya rızası olmayan bir hastaya tedavi uygulamaya yasal olarak yetkili olması gerekmektedir. İlk yol, hastanın karar verme kapasitesiyle; ikinci yol ise istemsiz tedaviye yönelik yasalarla ilgilidir. Müdahale edilmediğinde hastanın kendisine veya başkalarına zarar vermesinin önlenemeyeceği ve ilaç tedavisine alternatiflerin yetersiz olduğu psikiyatrik acil durumlarda, tam bir bilgilendirilmiş onam alınmaksızın, hastanın istemsiz olarak ilaçla tedavi edilmesine izin verilmektedir. Hastanın vesayet altında olduğu durumlarda, bilgilendirilmiş onam sürecine hastanın vasisi dahil edilmektedir.

Karar Verme Kapasitesi

Yetişkin her bireyin, hekimin hastalık ve tedavi seçenekleri hakkında verdiği bilgileri anlama, bu konuda konuşma ve yorum yapma yeteneği olarak tanımlanan karar verme kapasitesine sahip olduğu kabul edilmektedir.

Hastalar karar verme güçlükleri sergilediğinde kapasite değerlendirmesi yapılmakta olup Grisso ve Appelbaum tıbbi karar verme kapasitesi için dört bileşenden oluşan bir model formüle etmişlerdir:

- 1) Tedaviyle ilgili verilen bilgiyi anlama,
- 2) Klinik durumunu, hastalığını ve tedavi seçeneklerinin olası sonuçlarını muhakeme etme,
- 3) Tedavi seçeneklerini değerlendirme,
- 4) Seçim yapma ve bu seçimi ifade edebilme yeteneği.

Bir hastanın tıbbi karar verme kapasitesine sahip olup olmadığının belirlenmesi, karar verme yeteneğine sahip hastaların özerkliğine saygı gösterilmesini ve karar veremeyenlerin korunmasını içermektedir. Karar verme kapasitesi olmayan hastalar için vesayet talep edilebilir; bu şekilde mahkemenin hastanın kapasitesi hakkında resmi bir karar vermesine ve vasisinin hasta adına tıbbi kararlar almasına olanak tanınmaktadır. Acil serviste, hastanın önceden belirlenmiş vasisinin olup olmadığının belirlenmesi de tedavi planı açısından önem taşımaktadır.

Bireyin karar verme kapasitesi zamanla değişebilmektedir. Hastalar, aktif ruhsal hastalık dönemlerinde bu kapasiteye sahip olmayabilirler, ancak stabilizasyon dönemlerinde tıbbi karar verme kapasitelerine yeniden kavuşabilirler. Bu nedenle klinisyenlerin, hastaların karar verme kapasitelerini klinik durumları değiştiğinde yeniden değerlendirmeleri gerekmektedir.

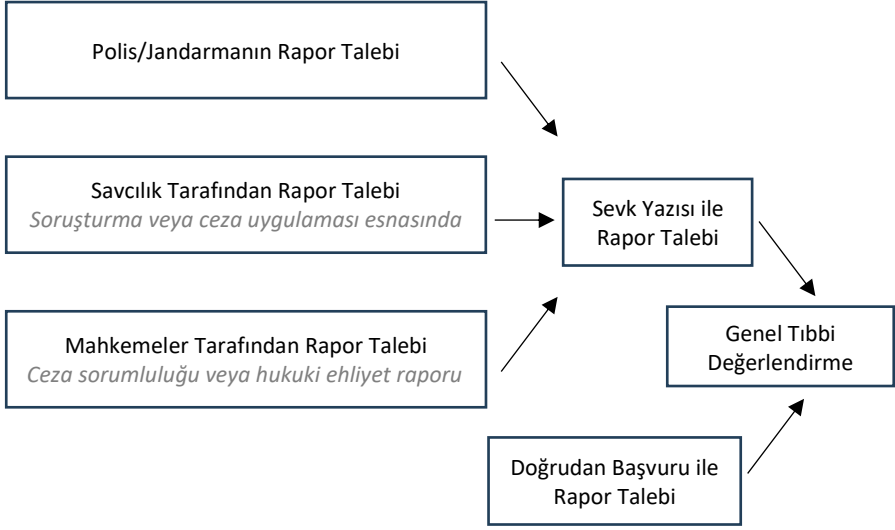
Adli psikiyatrik vakalar çeşitli sebepler ve yollarla acil servislere başvurabilmektedirler. Bu bireyler, toplumsal tehlikelik arz edip etmedikleri, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısına sahip olup olmadıkları ve gözlem altına alınmalarının gerekip gerekmediği konularında rapor düzenlenmesi, bilirkişilik veya mahkeme kararıyla zorunlu tedavi uygulanması için acil servislere yönlendirilebilmektedirler.

Acil servise başvuran adli psikiyatrik vakalarda, kişinin başvuru şekli, hastaneye yönelik yazılan resmi bir belgenin olup olmadığı, hastanın ön tanısı, acil tedavi gereksinimi, resmi belgelerde istenen bilgilerin acil koşullarında sağlanabilirliği ve hastaneye yatış gerekip gerekmediği konularına özellikle dikkat edilmeli ve buna göre yol izlenmelidir.

Bilirkişilik ve Tedavi Uygulamaları

Bilirkişi; çözümü özel, teknik bilgi ve uzmanlık gerektiren konularda hukuk sisteminin bilgisine başvurduğu ve mahkemeye yardımcı olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Bilirkişi, uzmanlık alanıyla ilgili konularda görüşünü belirtir ve bu görüşünü bilimsel gerekçelerle açıklar, ancak herhangi bir hüküm veremez; mahkemeye bu konuda yardımcı olur. Bilirkişinin nitelikleri, riayet etmesi gereken kurallar, görev alanları ve birçok konu yasa ve yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Psikiyatrik bilirkişinin çalışma alanları ceza hukuku, medeni hukuk, idare hukuku ve ulusalüstü hukuk olarak belirlenmiştir.

Acil başvurularda bilirkişi raporu istenen durumlara örnek olarak; kişinin ceza sorumluluğunun belirlenmesi, gözlem altına alınması ve zorunlu tedavi ihtiyacının değerlendirilmesi gösterilebilir. Adli psikiyatrik vakalar, kolluk kuvvetleri veya yakınları eşliğinde ya da yalnız olarak acil servislere müracaat edebilirler. Örnek başvuru biçimleri Şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1. Acile başvuran adli psikiyatrik olgularda örnek başvuru biçimleri

Acil servise başvuran her hasta gibi, adli psikiyatrik vakaların da inceleme süreci genel tıbbi değerlendirme ile başlamaktadır. Öncelikle acil müdahale gerektiren organik bir durumun olup olmadığı incelenip gereklilik halinde ilgili tedaviler başlanır. Kişinin ruhsal durum muayenesi yapılarak psikiyatrik bir hastalığının olup olmadığı değerlendirilir ve geçmiş tıbbi kayıtları incelenir. Hastanın adli başvuru şekline göre bir yol izlenir:

Doğrudan Başvuru ile Rapor Talebi

Resmi bir evrakla başvuru yapılmadıkça, hekimin kişinin talebi üzerine rapor düzenleme zorunluluğu yoktur. Rapor düzenlendiği takdirde de, mahkeme tarafından atanan bir bilirkişinin değerlendirmesiyle düzenlenmediği için hazırlanan raporlar bilirkişi raporu olarak kabul edilmemektedir. Ancak mahkemenin atayacağı bilirkişinin değerlendirmesinden önceki tüm tıbbi kayıtların yol gösterici olması ve mevcut başvurunun adli süreç içinde yapılmış olması sebebiyle muayeneye ilişkin kayıtlar titizlikle tutulmalıdır.

Sevk Yazısı ile Rapor Talebi

Resmi bir makam tarafından hastaneye veya hekime hitaben yazılan sevk yazısı ile başvuran vakalar bu kapsama girmektedir. Sevk yazısının içeriğine ve hangi kurum tarafından istendiğine göre değerlendirme yapılır:

a. Polis/Jandarmanın Rapor Talebi

Kolluk kuvvetleri tarafından talep edilen rapor, bilirkişi raporu özelliği taşımamaktadır. Raporun bilirkişi raporu olarak değerlendirilebilmesi için hakimın 'özel ve teknik bilgi gerektiren' durumlarda bilirkişiye başvurması gerekmektedir. Kişinin doğrudan başvurusunda olduğu gibi buradaki kayıtlar da sonrasında atanacak bilirkişiye yol gösterici olacaktır. Polis veya jandarmaya kişinin muayene edildiğine ve acil bir durumun olup olmadığına dair bilgileri içeren bir tıbbi evrak sunulması yeterlidir. Sunulan evrakta, hasta lehine olabilecek durumlar dışında tanı belirtilmemeli ve bilirkişi raporu istendiği takdirde savcılık veya mahkemeler tarafından talep edilebileceği ve bu durumda mesai saatleri içinde psikiyatri polikliniğine başvurulmasının gerektiği belirtilmelidir.

b. Savcılık Tarafından Rapor Talebi

Soruşturma Esnasında

Soruşturmanın temelini oluşturmak amacıyla savcılık tarafından rapor istendiğinde, hastalığın genel özelliklerine vurgu yapılan, gerektiğinde tanı belirtilen ve hastalığın muhtemel etkilerini açıklayan, kesin bir sonuca varmayan bir rapor hazırlanabilir.

Ceza Uygulaması Esnasında

Yargılama süreci tamamlanan ve cezası kesinleşerek cezaevine gönderilen kişilerde cezanın infazına devam edilmesinin uygunluğu ve cezanın ertelenmesinin gerekliliği konularında rapor talep edilebilmektedir. Bu

durumda, hastanın tanısına bağlı olarak ceza tehirinin uygun olup olmadığını belirten bir rapor hazırlanabilir.

c. Mahkemeler Tarafından Rapor Talebi

Mahkemeler, kişinin gözlem altına alınmasının gerekip gerekmediği, ceza sorumluluğunun varlığı, hukuki ehliyeti, alkol veya madde kullanım bozukluğunun bulunup bulunmadığı gibi konularda rapor düzenlenmesi veya mağdurun değerlendirilmesi amacıyla kişileri sağlık kuruluşlarına sevk edebilmekte ve ilgili kişilerin acil birimlerde değerlendirilmesi gerekebilmektedir.

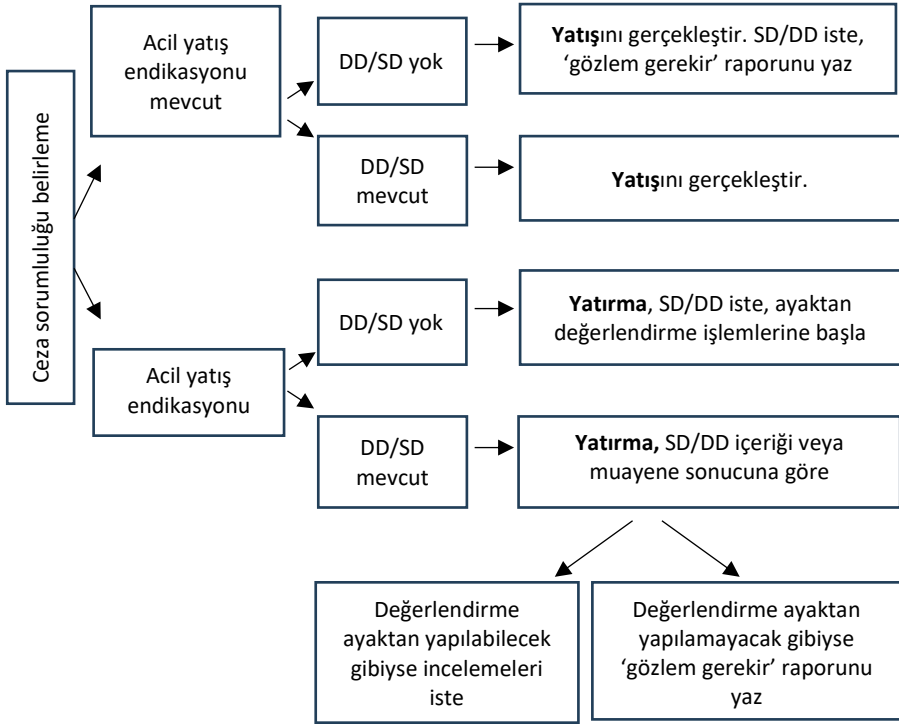
Ceza Sorumluluğunun Belirlenmesi

Bir kişinin işlediği suçtan dolayı kusurlu sayılabilmesi için, suçun haksızlığını anlayabilmesi ve bu anlayıőa göre hareket edebilmesi gerekmektedir. Ceza sorumluluğu, ceza hukukunda, kişinin suçta elverişli ve yeterli durumda olması anlamına gelmektedir. Kişinin işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğinin azalması veya bu yeteneğin davranışlarını yönlendirme konusunda yetersiz kalması, ceza sorumluluğunun ortadan kalkmasına veya azalmasına yol açmaktadır.

Ceza sorumluluğunun tespit edilmesi amacıyla yönlendirilen vakalarda, öncelikle Şu dört hususa dikkat edilmeli ve bu doğrultuda hareket edilmelidir:

1. Resmi yazıda talep edilen nedir? Ceza sorumluluğunun belirlenmesi mi yoksa gözlem gerekip gerekmediği mi sorulmaktadır?
2. Ceza sorumluluğunun tespiti isteniyorsa gözlem kararı mevcut mu?
3. Dava veya soruşturma dosyası mevcut mu?
4. İlk değerlendirmede acil yatış endikasyonu bulunuyor mu?

Gözlem kararı olmadan sadece ceza sorumluluğunun belirlenmesi istendiğinde izlenebilecek örnek yol Şekil 2’de gösterilmiştir.

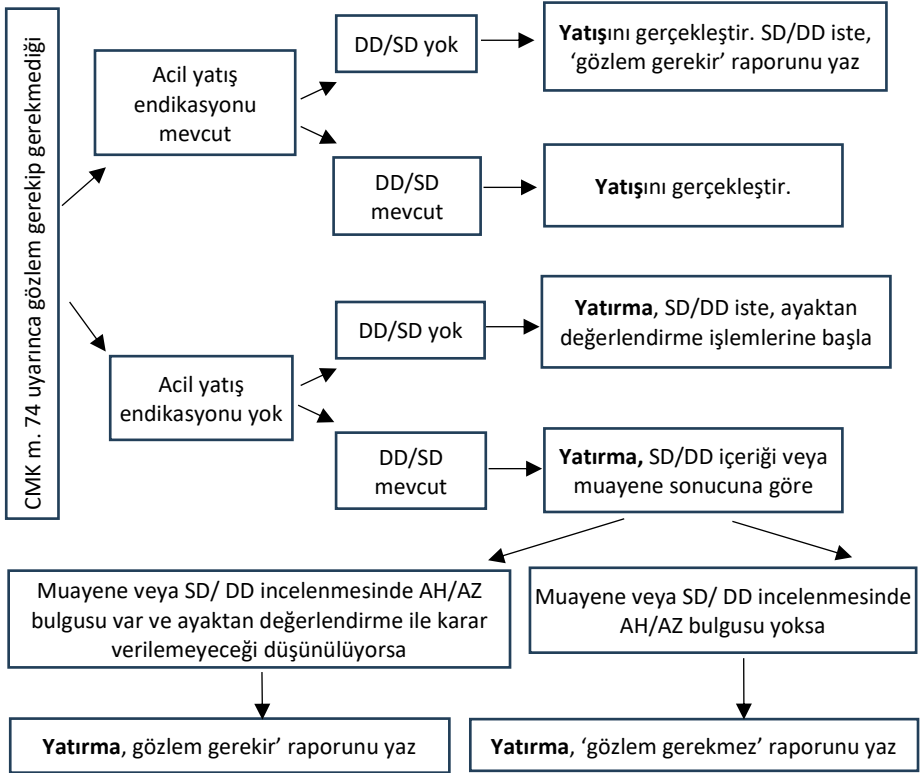


Şekil 2. Gözlem kararı olmadan sadece ceza sorumluluğunun belirlenmesi talep edildiğinde izlenecek yol (DD: Dava Dosyası, SD: Soruşturma Dosyası)

İlk değerlendirme sonucunda kişinin acil yatış gereksinimi olduğu düşünülüyorsa, öncelikle yatış işlemi gerçekleştirilmelidir. Dava veya soruşturma dosyası bulunmuyorsa, bu dosyaların temin edilip ulaştırılması istenilmelidir. Yatışı gerçekleştirilecek kişinin gözlem kararı yoksa gözlem gerektiğine dair bir rapor düzenlenmelidir. Eğer hastanın bir tanısının olduğu ancak acil yatış gereksiniminin olmadığı düşünülüyorsa, hastalığın ceza sorumluluğu üzerindeki etkileri belirten ve kesin bir sonuca varmayan genel bir rapor düzenlenebilir.

CMK 74. Maddesi Uyarınca Gözlem Gerekip Gerekmediğinin Belirlenmesi

Mahkeme veya savcılık tarafından, kişinin ruhsal hastalığının olup olmadığı, varsa süresi ve ceza sorumluluğunun belirlenmesi için gözlem altına alınmasının gerekip gerekmediği konularında rapor talep edilebilmektedir. Yalnızca kişinin gözlem altına alınmasının gerekli olup olmadığı konusunda bir rapor talep ediliyorsa, tek hekim raporu yeterlidir. Ancak, ceza sorumluluğunun belirlenmesi isteniyorsa, sağlık kurulu raporu gerekmektedir. Gözlem gerekip gerekmediği konusunda rapor düzenlenmesi istendiğinde izlenebilecek örnek yol Şekil 3’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Gözlem gerekip gerekmediğinin belirlenmesi talep edildiğinde izlenecek yol (DD: Dava Dosyası, SD: Soruşturma Dosyası, AH: Akıl Hastalığı, AZ: Akıl Zayıflığı)

Yapılan ilk değerlendirmede kişinin acil yatış endikasyonunun olduğu düşünülüyorsa yatış işleminin gerçekleştirilmesi veya yatış yapılabilecek bir hastaneye sevk edilmesi gerekmektedir. Ayaktan değerlendirmede zorluk yaşanan kişilerde de yatırılarak gözlem yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Kişinin yatış endikasyonunun olmadığı düşünöldüğü durumlarda ise, mevcut ön tanı belirtilerek, klinik tablonun genel özellikleri ve olası etkileri hakkında bilgileri içeren ve kesin kanaat bildirmeyen bir ön rapor hazırlanabilir. Hazırlanacak bu ön raporun, sonraki değerlendirme ve raporlar için yol gösterici olabileceği unutulmamalıdır.

Alkol- Madde Kullanım Bozukluğunun Olup Olmadığının Belirlenmesi

Alkol ve madde kullanımı hem genel toplumda hem de ruhsal hastalığı olan bireylerde şiddet davranışı riskini artırmaktadır. Bu durum, bireylerin hem kendilerine hem de çevrelerine zarar verme olasılığını yükseltip toplumsal güvenlik açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu nedenle, mahkeme veya savcılık tarafından, bireylerde alkol veya madde kullanım bozukluğunun olup olmadığı hususunda rapor düzenlenmesi ve kullanım bozukluğu olanların tedavi edilmesi istenebilmektedir. Alkol ve madde kullanımı, genel olarak iki şekilde adli psikiyatri pratiğinde yer bulmaktadır:

1. Bilirkişilik
 - a. Alkol ve madde kullanımının ceza sorumluluğu üzerine etkisi
 - b. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun olup olmadığının saptanması
2. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun tedavisi
 - a. Şartlı tedavi (adli kontrol ve denetimli serbestlik)
 - b. Zorunlu tedavi

Alkol ve madde kullanımıyla ilgili rapor düzenlenmesi istenildiğinde toksikolojik analiz gibi laboratuvar incelemeleri yapılarak durum bildirir rapor verilebilmektedir. Ancak kişinin birkaç kez muayene edilmesi, yakınlarından bilgi alınması, gerekirse sosyal inceleme yapıldıktan sonra rapor

düzenlenmesi kesin kanaat bildirmek açısından daha uygun olabilir. Bu nedenle acil servis şartlarında bu tür raporların düzenlenmesi genellikle mümkün değildir. Her hasta için olduğu gibi, intoksikasyon ve çekilme belirtileri dikkatlice kaydedilmeli ve sonraki değerlendirmeler için arz ettikleri önem unutulmamalıdır.

Mağdurların Psikiyatrik Değerlendirilmesi

Yasalarımıza göre, bir kişiye karşı işlenen tüm suçlarda, mağdurun ruhsal açıdan kendisini savunamayacak bir durumda olması durumunda, suç işleyen cezası artmaktadır. Mental retardasyon, psikotik bozukluklar, duygudurum epizodları, demans ve ağır bilişsel bozukluklar kişinin ruhsal bakımdan kendini savunamadığı durumlara örnek olarak verilebilir. Özellikle cinsel suçlarda, mağdurun kendisini koruma yetisine sahip olup olmadığı mahkemeler veya savcılık tarafından sıklıkla sorulabilmektedir. Olayın hemen ardından adli psikiyatrik bir rapor istendiğinde kesin kanaat bildiren bir rapor yerine ön rapor düzenlenmesi daha uygun görünmektedir. Mağdurlarda erken dönemde akut stres tepkisi, dissosiyatif bozukluklar ve psikotik tablolar görülebilmektedir. Kişide erken dönemde herhangi bir ruhsal bozukluğun görülmemesi, kişinin ruhsal etkileniminin olmadığını düşündürmemelidir. Mağdur acil yatış endikasyonu olup olmadığı hususunda değerlendirildikten sonra ön rapor düzenlenip daha detaylı bir inceleme için mesai saatleri içinde psikiyatri polikliniğine başvurması için yönlendirilmelidir.

Zorunlu veya Şartlı Tedavi Gerekip Gerekmediğinin Belirlenmesi

Zorunlu tedavi, ruhsal hastalığı olan bireyin istemine bakılmaksızın, işlediği suç ya da suç işlemese bile toplumsal tehlikeliliği nedeniyle mahkeme kararı ile uygulanan bir tedavi şeklidir. Bir bireyi istem dışı olarak hastaneye yatırma yetkisi, kişinin özgürlüğünü önemli ölçüde kısıtlayan bir önlemdir ve bu yetkiyi kullanırken son derece dikkatli olunmalıdır. Tedavi uygulamak için istem dışı hastaneye yatırma yalnızca daha az kısıtlayıcı yöntemlerin etkisiz olduğu durumlarda başvurulacak bir yol olmalıdır. Suça yatkın olan ruhsal

hastalığa sahip birey genellikle tedavi gerektiren şu kriterlerin birkaçına sahiptir; başkaları için tehlike oluşturma, kendisi için tehlike oluşturma, kendi bakımını sağlayamama, malı tehlikeye atma, psikiyatrik tedavi ihtiyacı ve durumunun kötüleşme riski. Kişinin istemsiz olarak hastanede tutulabileceği süre ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Ülkemizde ise, birey en fazla 20 gün süreyle gözlem altına alınabilmekte ve bu süre zarfında gerekli tıbbi incelemeler yapılabilmektedir.

Mahkemeler, kişide ruhsal bir hastalık veya alkol-madde kullanım bozukluğu olup olmadığı, varsa toplum için tehlike arz edip etmediği konularında rapor düzenlenmesini isteyebilmektedir. Bu durum, Türk Medeni Kanunu'nun "koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması" başlığı altında yer alan 432. maddesi uyarınca, hastane yatışının gerekip gerekmediğinin belirlenmesini içermektedir. Ancak bu raporun sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerektiğinden acil serviste kişi sadece yatış endikasyonu açısından değerlendirilebilmektedir. Yatışı gerçekleştirilen bireyin tedavi sürecinde, TMK 432. maddesi uyarınca hastane yatışının gerektiğini bildiren sağlık kurulu raporu hazırlanabilir veya TMK 436/6. maddesi uyarınca sağlık kurulu raporunun düzenlenebilmesi için yatırılarak gözlem ve inceleme gerektiğini bildiren tek hekim raporu düzenlenebilir. Kişinin yatış endikasyonu yoksa ayrıntılı inceleme ve rapor düzenlenmesi amacıyla mesai saatleri içerisinde başvurması için yönlendirilir.

Suçu işlediği sırada ceza sorumluluğu olmayan bireylerin TCK 57/1. maddesi uyarınca yüksek güvenli bir kurumda koruma ve tedavileri gerekmektedir. TCK 57/2. maddesi zorunlu tedaviyi takip eden dönemde toplumsal tehlikeliliğin ortadan kalktığını veya azaldığını belirten sağlık kurulu raporuna istinaden mahkemece serbest bırakılacağı hükmünü içermektedir. TCK 57/3, 57/4 ve 57/5. maddeleri ise bireyin tıbbi kontrole tabi olup olmayacağı, olacaksa süresi ve aralıklarının tedavi eden kurum raporu doğrultusunda belirlenip uygulanması, hastalığın nüksü halinde zorunlu tedavi sürecinin yeniden başlatılması konularıyla ilgilidir. TCK 57/6. maddesine göre hastanede geçirilen süre hapis cezası süresi olarak kabul edilmekte olup ceza

süresinden düşürülmektedir. TCK 57/7. maddesine göre ise; alkol ve madde kullanım bozukluğu olup suç içleyen kişilerin zorunlu tedavilerinin alkol ve madde bağımlılığına özgü sağlık merkezlerinde yapılması gerekmektedir. Ülkemizdeki adli psikiyatrideki tedavi uygulamaları ve ilgili yasa maddeleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Adli Psikiyatride Tedavi Uygulamaları

Zorunlu Tedaviler	Şartlı Tedaviler
TMK 432 (Koruma amaçlı özgürlüğün kısıtlanması)	CMK 109 (Adli Kontrol)
TCK 57 (Koruma ve Tedavi)	TCK 191 (Denetimli Serbestlik)
ÇİK 16/1 (Ceza infazının ertelenmesi nedeniyle koruma ve tedavi)	AKK 5 ve 15 (Sağlık Tedbiri)
ÇKK 5 (Sağlık Tedbiri)	

Acil Serviste Mahkumların Değerlendirilmesi

Hekimlerin, mahkumların bakım ve tedavisini diğer bireylerle aynı tıbbi ve etik standartlara göre sağlamaları gerekmektedir. Mahkumların tedaviyi reddetme hakları vardır ve tedavi seçenekleri sınırlı olsa da bilgilendirilmiş onam sürecinden geçmeleri gerekmektedir. Bu bireylerin gizliliği kısıtlıdır; klinisyenlerin bir mahkumun ihtiyaçları ve gizliliği ile diğer mahkumların ve cezaevi personelinin güvenliği arasında denge kurması gerekmektedir. Ayrıca tutuklu ve hükümlü bireylerin intihar riski yüksektir. Bu nedenle klinisyenlerin intihar riskini değerlendirmesi ve bu bireylere özgü risk faktörlerini belirleyerek bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir.

Mahkumlarda uyum bozuklukları, depresyon, antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikopatolojiler görülebilmektedir. Bunlara ek olarak mahkumlar, işledikleri suça ilişkin ceza sorumluluklarının kaldırılması, ceza infazlarının ertelenmesi veya hastanelerin mahkumlara özel bölümlerinde kalmak için temaruzla karşımıza gelebilmektedirler. Özellikle

suçtan kısa bir süre sonra hastaneye başvuran bu bireylerde temaruz olasılığı unutulmamalıdır.

Mahkumların acil servise başvurması durumunda, yatış endikasyonu varsa bu yatış işlemi mahkumlara özel ayrılmış servisi olan bir hastanede gerçekleştirilmelidir. Yatış endikasyonu bulunmuyorsa, tedavisi başlanarak mesai saatleri içerisinde başvurması belirtilerek gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Mahkemeler tarafından CMK 74. maddesi uyarınca gözlem gerekip gerekmediği ve ceza sorumluluğunun belirlenmesi hususlarında rapor düzenlenmesi istendiğinde önceki bölümlerde belirtilen bilirkişilik uygulamalarına benzer yol izlenmektedir. Mahkumlara özgü olan Ceza İnfaz Kanunu'nun 16. maddesi uyarınca ruhsal hastalık nedeniyle ceza infazının gerekip gerekmediği konusunda bilirkişilik istendiğinde de benzer bir yaklaşım izlenmelidir. Öncelikle kişinin acil yatış endikasyonu değerlendirilmeli ve yatış düşünülmeyen durumlarda, gerekli evraklarla birlikte mesai saatleri içerisinde başvurulması önerilmelidir.

Kaynaklar

1. Thrasher T., DO, MBA, DFAPA (Eds.) (2023) *Emergency Psychiatry*. Oxford University Press
2. Riba M. B., Ravindranath D. (Eds.) (2010) *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc.
3. Maloy K. (Ed.) (2016) *A Case- Based Approach to Emergency Psychiatry*. Oxford University Press.
4. Rozel JS, Toohey T, Amin P. Legal Considerations in Emergency Psychiatry. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2023;21(1):3-7. doi:10.1176/appi.focus.20220071
5. Ostermeyer B, Shoaib AN, Deshpande S. Legal and Ethical Challenges, Part 1: General Population. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(3):541-553. doi:10.1016/j.psc.2017.05.003
6. Foote A, Ostermeyer B. Legal and Ethical Challenges in Emergency Psychiatry, Part 2: Management of Inmates. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(3):555-564. doi:10.1016/j.psc.2017.05.004

7. Uygur N. (Ed.) (2022) Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, Güncellenmiş 4.Baskı, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
8. Öncü F, Hacımusalar Y. (Eds.) (2022) Acil Psikiyatri, 2. Baskı, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
9. Dönmez B. (2007). Yeni CMK'da Bilirkişi Kavramı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt 9: 1145-77.
10. Yaşar M. (2023). Akdeniz Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına Ceza Ehliyeti Değerlendirilmesi İçin Müracaat Ettirilen Erişkinlerin Adli Psikiyatrik ve Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi.

DIĞER PSİKİYATRİK ACİLLER

Doç. Dr. Bahadır GENİŞ¹
Dr. Simgе FİDAN SARI¹

Anksiyete

Anksiyete ve depresyon en sık görülen iki ruhsal hastalıktır. Dünya sağlık örgütünü, 2019 yılında anksiyete ile yaşayan bireylerin sayısının 301 milyon olduğunu, kadınların prevalansının erkeklere göre daha yüksek saptandığını, en sık görülen yaş aralığının ise 25-49 olduğunu bildirmiştir (Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü, IHME). Anksiyete ile ilişkili hastalıklar yeti yitimine neden olduğundan sağlık sisteminde önemli bir yük oluşturmaktadır. Küresel hastalık yükü hesaplamalarında; IHME (Institute For Health Metrics and Evaluation- Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü) verilerine göre 2002’de anksiyete bozukluklarının prevalansı 305.615 iken 2019’da 375.857 olarak saptanmış olup; %23 oranında artış olduğu bildirilmiştir. Yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında ise yedinci sırada olduğu görülmüştür. Zihinsel bozuklukların oluşturduğu toplam hastalık yükünün (Disability Adjusted Life Years, DALY) %22,9’unu anksiyete bozuklukları oluşturmuştur. Yaşanan pandemiler, göç ve savaşlar toplum ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. COVID-19 pandemisinin ilk bir yıl içerisinde, DSÖ anksiyete ile ilişkili hastalıklarda %26 artış olduğunu bildirmiştir. Bu verilere bakıldığında anksiyete nedeniyle acil servise başvuran hastaların, acil servis başvurularının önemli bir kesimini oluşturacağı söylenebilir.

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

APA (Amerikan Psikoloji Birliği) tarafından, anksiyete bozuklukları DSM-5'te 11 alt kategoriye ayrılmıştır.

1. Ayrıılma kaygısı bozukluğu
2. Seçici konuşmazlık (mutizm)
3. Sosyal fobi
4. Özgöl fobi
5. Agorafobi
6. Yaygın anksiyete bozukluğu
7. Panik bozukluk
8. Madde ve ilaca bağlı gelişen anksiyete bozukluğu
9. Başka bir hastalığa bağlı gelişen anksiyete bozukluğu
10. Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu
11. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

Semptomlar ve Ayırıcı Tanı

Anksiyete bozukluğu olan hastaların acil servis başvuruları, panik benzeri belirtiler, anksiyete atağı ya da en şiddetli haliyle panik atak şeklinde olabilir. Panik atak tüm bunaltı bozukluklarında görülebileceği gibi, diğer ruhsal hastalıklara da eşlik edebilir. Her on kişiden biri hayatının herhangi bir döneminde panik atak geçirmektedir. Panik atak geçiren hastalar genellikle yoğun korku, bunaltı hissinin hakim olduğu fizyolojik semptomlarla acil servise başvurmaktadır. Yoğun korku içeriği ise, kontrol kaybı ve çıldırma korkusu, öleceği veya kötü bir şey olacağı ya da iyileşmeyeceğini düşünme ile ilgilidir. Fizyolojik belirtiler nefes darlığı, boğulma hissi, çarpıntı, terleme, titreme, bulantı-kusma ve sıcak soğuk basmaları gibi sempatik sistem aktivasyonuna bağlı gelişen bedensel semptomlardır. Bu belirtiler organik hastalıklarda da görülebileceği için öncelikle tıbbi patolojilerin ekarte edilmesi gerekmektedir. Bilişsel semptomlar yoğun anksiyete nedeniyle meydana gelir ve bu nedenle hastalarda dikkatte azalma, anlama güçlüğu ve konfüzyon görülebilir. Sonuç olarak etiyolojide birçok organik ve ruhsal durum araştırılmalıdır.

Tablo 1: Panik Bozukluk Ayırıcı Tanısı

Kardiyovasküler hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Anemi• Anjina• Hipertansiyon• Mitral kapak prolapsusu• Konjestif kalp yetmezliği• Myokard infarktüsü• Hiperaktif b-adrenerjik durum• Paradoksal atrial taşikardi
Pulmoner hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Astım• Pulmoner emboli• Hiperventilasyon
Nörolojik hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Serebrovasküler hastalıklar• Migren• Epilepsi• Multiple skleroz• Huntington hastalığı• Geçici iskemik atak• Enfeksiyon• Tümör• Ménière hastalığı• Wilson hastalığı
Endokrin hastalıkları	<ul style="list-style-type: none">• Addison hastalığı• Hipoglisemi• Karsinoid sendrom• Hipoparatiroidizm• Cushing sendromu• Menopozal bozukluklar• Diabet• Feokromasitoma• Hipertiroidizm• Premenstrual sendrom
İlaç İntoksikasyon	<ul style="list-style-type: none">• Amfetamin• Halusinojenler• Amil nitrit• Esrar• Antikolinerjikler• Nikotin
İlaç yoksunluğu	<ul style="list-style-type: none">• Alkol• Sedatif-hipnotikler• Antihipertansifler• Opiatlar ve opioidler
Diğer durumlar	<ul style="list-style-type: none">• Anafilaksi• Üremi• B12 eksikliği• Sistemik enfeksiyonlar• Elektrolit bozukluğu• Sistemik lupus eritematozus• Ağır metal zehirlenmesi• Temporal arterit

DSM-5' e GÖre Panik Atak Belirtileri

Aşağıdaki belirtilerin dört ya da daha fazlasının aynı anda başladığı ve dakikalar içinde yüksek düzeye ulaştığı, yoğun korku ya da bunaltının eşlik ettiği durumdur.

1. Çarpıntı, kalp atımlarını hissetme ya da kalp hızının artması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefesin daralması ya da boğulma hissi
5. Sesin kesilme hissi
6. Göğüste ağrı ya da göğüste sıkışma hissi
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılma hissi
9. Titreme, üşüme hissi, ürperme ya da sıcak basması
10. Karıncalama ya da duyu eksikliği gibi uyuşma halleri
11. Derealizasyon (gerçekdışı olma hissi) ya da depersonalizasyon (kendinden ayrılmış olma hissi)
12. Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu
13. Ölüm korkusu

Yaklaşım

Yukarıda bahsedildiği gibi acil servise başvuran hastalarda öncelikle hayatı tehdit eden patolojilerin değerlendirilmesi amacıyla öncelikle vital kontrolün ardından hastanın sakin bir ortamda fizik ve nörolojik muayenesinin tamamlanması gerekmektedir. Elektrokardiyografi ve laboratuvar incelemeleri yapıldıktan sonra alkol-madde çekilmesine bağlı anksiyete atakları tetiklenebileceği için şüphelenilen durumlarda alkol-madde incelemelerinin de tetiklere eklenmelidir. Hastaya sakin ve empatik bir dille yaklaşmalı, anlamak ve yardım etmek istediğimizi belirten bir açıklama yaptıktan sonra anamnez derinleştirilmelidir. Tetikleyici faktörler, psikotik içerik, kendine veya başkasına zarar verme, intihar düşünceleri ile ilgili sorgulama yaptıktan sonra alkol-madde kullanım ve aile öyküsü alınmalıdır.

Anksiyeteye baş edemeyen hastalarda kendine zarar verme davranışı ve intihar düşünceleri sık görülmektedir. Kaygıyı bastırmak amacıyla kesi-çizik atma, sigara basma gibi davranışlar olabilir. Bu nedenle hastalarda intihar düşüncelerinin sorgulanması, intihar girişim ve aile intihar öyküsünün alınması önemlidir.

Acil serviste anksiyeteli hastaya yaklaşımda temel amaç hastanın kaygısının giderilmesi olduğundan sözel olarak sakin bir dille güvende olduğu ve yapılan tetkiklerde herhangi bir patoloji çıkmadığı ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Panik atak ile acil servise başvuran hastaların genel olarak acile başvurduklarında atakları son bulmuş olur, ancak bazılarında beklenti anksiyetesi ve otonomik hiperaktivite devam edebilmektedir. Hastalık ile ilgili psikoeğitim verilmesi, hissedilenle gerçek arasındaki uyumsuzluğun ve yanlış yorumlamanın olduğunun gösterilmesi, dikkatin olmasından korkulan olaydan kaydırılarak aslında olan olaya çekilmesi, nefes tekniklerinin uygulanması, ilk müdahale için önerilmektedir.

Farmakolojik olarak müdahalede anksiyolitiklerden benzodiazepinler yaygın olarak kullanılmaktadır. Hızlı ve kısa etkili olan lorezepam 1-2mg, alprazolam 0.5mg, uzun etkili diazepam 5-10mg, klonazepam 0.5mg verilebilir. Benzodiazepinler solunum depresyonu ve dezorganizasyona neden olabileceği için solunum ve santral sinir sistemi patolojisi olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Bağımlılık riski yüksek olduğu için de uzun süreli kullanımlardan kaçınılmalıdır. Psikotik içerik nedeniyle anksiyete atağı ile gelen ya da travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda antipsikotik verilmesi gerekebilir. Bedensel belirtilerin (tremor, taşikardi vb.) giderilmesi için de propranolol 20-40mg verilebilir. Acil serviste yapılan ilk değerlendirmede ya da takip eden poliklinik başvurusunda sağaltım amacıyla antidepressanlar veya buspiron başlanabilir.

İlaç tedavisinin BDT (bilişsel davranışçı tedavi) ve grup psikoterapileri ile kombine edildiğinde tedavi başarısı %70-80'lere ulaşmaktadır. Hastanın tedaviye olan uyumunun artırılması amacıyla BDT ve ilaç tedavilerinin

(özellikle antidepresan ve bupiron gibi anksiyolitikler için) etkilerinin ancak üç haftada çıkacağı ile ilgili mutlaka bilgilendirme yapılmalıdır.

Tablo 2. Yaygın Olarak Kullanılan Antipanic ilaçlar için Önerilen Dozlar (Aksi Belirtilmedikçe günlük)

İlaç	Başlangıç (mg)	İdame (mg)
SSRI		
Paroksetin	5-10	20-60
Paroksetin Cr	12.5-25	62.5
Fluoksetin	2-5	20-60
Sertralin	12.5-25	50-200
Fluvoksamin	12.5	100-150
Sitalopram	10	20-40
Essitalopram	10	20
Trisiklik antidepresanlar		
Klomipramin	5-12.5	50-125
Imipramin	10-25	150-500
Desipramin	10-25	150-200
Benzodiazepin		
Alprazolam	0.25-0.5 tid	0.5-2 tid
Klonazepam	0.25-0.5 bid	0.5-2 bid
Diazepam	2-5 bid	5-30bid
Lorazepam	0.25-0.5 bid	0.5-2 bid

MAOI leri		
Fenelzin	15 bid	15-45 bid
Transilpiromin	10 bid	10-30 bid
RIMA lar		
Moklobemid	50	300-600
Brofaromin	50	150-200
Atipik antidepresanlar		
Venlafaksin	6.25-25	50-150
Venlafaksin XR	37.5	150-225
Diğer ajanlar		
Valproik asit	125 bid	500-750 bid
Inositol	6,000 bid	6,000 bid

(Bid, günde iki kez; MAOI, monoamine oksidaz inhibitörleri; RIMA, geriye dönüşümlü MAO inhibitörü tip A; SSRI, selektif serotonin geri alım inhibitörü; tid, günde üç kez.) **(Kaplan & Sadock klinik psikiyatri kitabından uyarlanmıştır.)**

Konversiyon (Dönüştürme) Bozukluğu

(Fonksiyonel Nörolojik Belirti Bozukluğu)

Antik çağlardan beri bilinen, Hipokrat tarafından histeri olarak adlandırılan hastalık, ilk olarak Charcot tarafından tanımlanmıştır. Daha sonrasında Janet, Freud ve Breuer tarafından histeri üzerine birçok kuram öne sürülmüştür. Freud ve Breuer tarafından ilk kez konversiyon olarak adlandırılmıştır. DSM-

5'te ise bedensel belirti bozukları içerisinde işlevsel nörolojik belirti bozukluğu olarak isimlendirilmiştir.

Konversiyon bozukluğunda hastalarda motor, duyuşal ve nörovegetatif sistemle ilgili organlarda işlev kaybı mevcuttur. Ancak bu belirtiler organik bir temele dayandırılmamakta, sinir sisteminin anatomik ve fizyolojik özelliklerine uymamaktadır. Hastanın ilk başvuru anındaki kliniğı daha çok nörolojik sistemi ilgilendirir bir patoloji olduğunu düşündürebilir. Klinik özellik olarak tipik bir görünüm yoktur, hatta süreç içerisinde semptomlar değışime uğrayabilmektedir.

Baş etme mekanizmaları yetersiz, duygularını iyi ifade edemeyen, bilinçdışı çatışmaların çözümü için bastırma ve dönüştürme (konversiyon) savunma mekanizmasını kullanan hastalarda görülmektedir. Hasta semptomları ile bilinçdışı çatışmaların veya psikososyal faktörlerin yarattığı sıkıntı hissinden kurtulur. Bu hasta için birincil kazançtır bununla beraber anksiyeteden kurtulduğu için hastada güzel aldırılmazlık (la belle indifference) görülür. Normal şartlarda ani nörolojik defisit gelişen hastalarda kaygı görülmesi beklenirken, konversiyon hastasında güzel aldırılmazlık izlenebilir. Hastanın sorumluluklarından kurtulmuş olması da ikincil kazanç olarak değerlendirilir. Yakınları tarafından ekstra ilgi görmüş olması da hastalığın pekişmesine neden olur. Kazanç birincil olarak psikolojik olup; sosyal, mali ya da hukuki değıldir. Genel kanının aksine hastalar bu semptomları kasıtlı olarak çıkarmamaktadır. Bu ön yargı nedeniyle sağlık çalışanlarında bu grup hastalara karşı uygun olmayan yaklaşımlar görülebilmektedir (ağrılı uyaran verme vb).

Epidemiyoloji

Konversiyon bozukluğu özellikle doğu toplumlarında sık görülmektedir ve psikiyatri konsültasyonlarının %5-15'ini oluşturmaktadır. Genel toplumdaki prevalansı 11-300/100.000 olarak tespit edilmiştir. Başlangıcı genelde erken erişkinlikte olur, 20-30 yaş grubu kadınlarda 3-5 kat daha sık görülmektedir.

Bazı epidemiyolojik çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre 10 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Kadın olmak, genç yaşta olmak, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim veya zekâ düzeyine sahip olmak, kırsal kesimde yaşamak, askeri personel olmak, çocuklukta cinsel travma öyküsü ve ailede konversiyon bozukluğu varlığı risk faktörleri arasındadır.

Nörobiyolojik Bulgular

Son dönemde yapılan nörobiyolojik çalışmalarda dominant olan hemisferde hipoaktivasyon, non-dominant olan hemisferde ise hiperaktivasyon olduğu görülmüştür. Sağ frontotemporal kortekste kan akışında azalma, amigdala ve hipokampus hacimlerinde küçülme, bazal HPA ekseninde hiperaktivasyon, BDNF düzeylerinde düşüş saptanmıştır.

Tablo 3. Konversiyon Bozukluğunda Sık Görülen Belirtiler

Motor Belirtiler	<ul style="list-style-type: none">• İstemsiz hareketler• Tikler• Blefarospazm• Tortikollis• Opustotonus• Nöbetler• Anormal yürüyüş• Düşme• Astazi-abazi• Paralizi• Güçsüzlük• Afoni
Duyusal Eksiklikler	<ul style="list-style-type: none">• Anestezi, özellikle ekstremitelerde• Orta hat anestezi• Körlük• Tünel şeklinde görme• Sağırlık
Viseral Belirtiler	<ul style="list-style-type: none">• Psikojenik kusma• Yalancı gebelik (pseudosiyesis)• Globus histerikus• Bayılma veya senkop (en sık görülen)• Üriner retansiyon, ishal

(Kaplan & Sadock klinik psikiyatri kitabından uyarlanmıştır)

DSM-5'e G6re Konversiyon Bozukluğu Tanı 6lç6tleri

- A. Bir veya birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşsal işlev değişikliği ile ilgili belirti.
- B. Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyuşmazlık olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.
- C. Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
- D. Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye neden olur ya da sağlık açısından değerlendirmeyi gerektirir.

Konversiyon bozukluğu ekartasyon tanısıdır ve bu tanıyı daha önceden alan hastalar acil servise başvurduğunda mevcut tanılarında dolayı organik etiyojiler atanabilmektedir. Bu yüzden hastalar acil servise başvurduklarında mevcut tablonun psikojenik olduğu kanısına varılmadan önce organik patolojilerinin titizlikle ekarte edilmesi gerekmektedir.

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda; myastenia gravis, periyodik paralizi, multiple skleroz, Guillan-Barre sendromu, optik nevrıt, bazal ganglion ve periferel sinirlerin dejeneratif hastalıkları, subdural hematom, beyin tüm6rleri gibi nörolojik tablolar; somatotizasyon bozukluğu, yapay bozukluk, temaruz, maj6r depresif bozukluk, katatonik şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, histriyonik kişilik bozukluğu, panik bozukluk gibi psikiyatrik durumlar düşün6lmelidir.

N6bet ve bayılma en sık gör6len semptomlardandır. Epileptik n6bet ile ayırıcı tanısının iyi yapılması gerekmektedir.

Tablo 4. Epileptik Nöbet ve Konversiyon Nöbeti Ayrımı

Epileptik nöbet	Konversiyon nöbeti
<ul style="list-style-type: none">• Nöbetler hiç beklenmedik bir anda oluşur• Epileptik hasta her zaman her yerde nöbet geçirebilir.• Hastanın kendi kontrolü altında olmadığından hasta yaralanabilir.• Konvülsif hareketler, genellikle ritmik biçimde izlenen tonik-klonik hareketler biçimindedir.• Bilinç kaybı vardır, konuşulanları duymaz ve ağırlı uyarılara yanıt vermez.• Nöbet sırasında konvülsiyondan hemen sonra patolojik refleksler saptanır (ÖR; Babinski +).• Dil, dudak, ellerini veya evredekileri ısırabilir• İdrar veya gaita kaçırmaları olabilir• Nöbetler 1-2 dakika sürer.• Nöbet ardından postiktal bilinç sislenmesi, amnezi, geçici paraliziler ve uykudan uyanıyormuş izlenimi olur.• EEG genellikle bozuktur.• Uykuda gelebilir.	<ul style="list-style-type: none">• Stres etkeni sonrası oluşur• Genellikle yer ve zaman seçimi vardır, düşüş tehlikeli değildir, sıkıntı ve hiperventilasyonla düşme mevcut.• Genellikle insanlar önünde ve korunarak düşer.• Düzensiz sıçramalar, karşıdaki hayali bir kişiye vuruyormuşçasına beliren kol, bacak hareketleri vardır.• Tam bir bilinç kaybı yoktur, konuşmaları duyduklarını fakat yanıt veremediklerini belirtirler.• Ağırlı uyarılara yanıt verir.• Patolojik refleks alınmaz, kornea refleksi normaldir.• Dil ısırması olmaz. Dudaklarını, ellerini, çevredekileri ısırabilir.• İdrar ve gaita kaçırmaları yoktur.• Nöbetler 10-15 dakika sürer, saatlerce sürebilir.• Genellikle hıçkırarak, ağlayarak, gülerken ya da ağzından hava çıkararak, öğürerek nöbet sonlanır.• Yeti yitimine rağmen güzel aldırılmazlık vardır.• EEG genellikle bozuk değildir.• Uykuda görülmez.

Yaklaşım ve Tedavi

Konversiyon bozukluğunda amaç semptomların giderilmesi ve tekrarlamasının önlenmesidir. Vital değerlendirmenin ardından organik

nedenler dışlandıktan sonra sakin, birebir görüşme için uygun ortam sağlanmalıdır. Hastaya empatik, ilgili ve destekleyici yaklaşılmalı bilinçdışı çatışmalarının bedenselleştirilmesi sonucu mevcut kliniğinin oluştuğuna dair hastaya bilgi verilmelidir. Mevcut semptomlarının sözle ifade edilemeyen duygu ve düşüncelerin dışa vurumu olduğu, hastalığın doğası, iletişim ve ifade yolları ile ilgili hastaya kısa psiko eğitim verilmesi önemlidir.

Asıl tedavi; acil şartlarında değil elektif, semptomların olmadığı, kendini iyi ifade edebildiği dönemde kişinin kişilik özellikleri ve davranış örüntülerine uygun psikoterapi ile mümkündür. Psikodinamik yönelimli psikoterapi, destekleyici psikoterapi, bilişsel davranışçı terapiler, aile müdahaleleri, nefes ve gevşeme egzersizleri ile hastanın duygu, düşünce ve dürtülerini anlaması, ifade etmesi, olgun baş etme mekanizmaları geliştirmesi, semptom kontrolü ile ilgili farkındalığın artırılması ile ikincil kazançlara ihtiyaç duymadan otonomisini kazanmasına çalışılır.

Aile üyelerinin tedaviye dahil edilmesi, hastalığın oluş mekanizması ile ilgili bilgi verilmesi ve bu süreçte aile bireylerinin destekleyici olması tedavinin önemli bir ayağıdır. Semptom döneminde ekstra ilgilenmenin ikincil kazanç nedeniyle hastalığın pekişmesine neden olacağı, asıl desteğin konversiyon semptomları yokken sağlanması gerektiği ile bilgilendirme mutlaka yapılmalıdır. İletişim kanallarının açık olması, sosyal ve aile desteğinin hastaya sağlanması, olgun baş etme mekanizmaları ile bastırma ve dönüştürme mekanizmalarının aktive olmayacağı böylece semptomların kendiliğinden sönmüneceği ile ilgili bilgi verilmelidir

Hastalar için acil servisi rahatlama alanı olarak görmesinin mümkün olduğunca önüne geçmek için çözümcül olan yaklaşımları anlattık. Ancak bazı hastalar yoğun anksiyete içinde acil servise başvurduysa ve iletişim kurulamıyorsa ise diazepam 10mg uygulanabilir.

Eşlik eden diğer psikopatolojilere yönelik psikofarmakolojik yaklaşımlar önerilir. Depresyon ve konversiyon bozukluğu olan hastalarda nörobiyolojik

çalışmalarda serum BDNF düzeyleri düşük saptanmıştır. Antidepresan tedavileri serum BDNF düzeylerini arttırdığı göz önünde bulundurulacak olursa antidepresanlar tedaviye eklenebilir. Eşlik eden depresyonda trisiklik antidepresanlar, SSRİ, SNRİ'lar tercih edilir. Paranoid düşünce içeriği yoğun posttravmatik stres bozukluğu eşlik ediyor ise sadece antipsikotik tedavi ile kür sağlanabilmektedir.

Sonuç olarak konversiyon bozukluğu olan hastaların semptomlarını kasıtlı olarak çıkarmadığını, stres ile baş etme mekanizmalarının güçlenmesiyle semptomların otomatik olarak gerileyeceği bilgisi hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır. Sağlık çalışanlarının da önyargılı yaklaşmaması, empatik, uzlaşmacı ve bilgilendirici bir yaklaşımla semptomların yatıştırıldıktan sonra psikiyatri tarafından takibin öneminin vurgulanması acil servis şartlarında temel müdahaleyi oluşturmaktadır.

Deliryum

Biliş; hafıza, yönelim, yargılama, lisan, dikkat, kişilerarası ilişkileri yürütmeyi, eylemleri gerçekleştirmeyi ve problem çözmeyi içerir. Deliryum herhangi bir nedenle beynin global olarak etkilenmesi sonucu işlevsel ve davranışsal bozulmanın görüldüğu bir sendromdur. Bir hastalık değil farklı nedenlere bağlı gelişen akut beyin yetmezliği kliniğidir. Tüm hekimlerin deliryumu iyi tanması gerekir. Altta yatan organik durumun tespiti ve tedavisi deliryum tedavisinin omurgasını oluşturmaktadır.

Yaygın bir hastalık olup yaşla birlikte sıklığı artmaktadır. Toplumda 85 yaş ve üzerindeki sıklığı %13, acil servislere bu oran %5-10 iken serviste yatanlarda %15-21'dir. Büyük cerrahi (kardiyovasküler ve ortopedi) sonrasında, yoğun bakım ve yanık ünitelerinde sıklık artmaktadır. En sık kardiyotomi (%90) sonrasında deliryum görülmüştür. Bunun dışında AIDS hastalarında ve kurumlarda kalan yaşlılarda ise bu oran %40 civarında tespit edilmiştir.

Risk faktörleri hazırlayıcı (predispozan) ve başlatıcı (presipite) nedenler

olarak ikiye ayrılır

Tablo 5. Deliryuma Yatkınlık (Predispozan) Yaratan Nedenler

Demografik karakteristikler	65 yaş ve üzeri, Erkek cinsiyet
Bilişsel durum	Demans, Bilişsel bozulma, Deliryum öyküsü, Depresyon
Fonksiyonel durum	Fonksiyonel bağımlılık, İmmobilitate, Düşme öyküsü, Düşük aktivite düzeyi
Duyusal bozukluk	İşitme, Görme
Azalmış oral alım	Dehidratasyon, Malnutrisyon
İlaçlar	Psikoaktif ilaçlarla tedavi, Antikolinergik özellikli ilaçlar ile tedavi, Alkol kötüye kullanımı
Eşlik eden tıbbi durumlar	Ağır tıbbi hastalıklar, Kronik böbrek veya karaciğer hastalığı, İnme, Nörolojik hastalık, Metabolik bozukluklar, İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfeksiyon, Kırıklar veya travma, Terminal hastalıklar

(Kaplan & Sadock klinik psikiyatri kitabından uyarlanmıştır)

Tablo 6. Deliryum için Başlatıcı (Presipitan) Faktörler

İlaçlar	Sedatif-hipnotikler, Narkotikler, Antikolinergik ilaçlar, Çoklu ilaç ile tedavi, Alkol veya madde geri çekilmesi
Primer nörolojik hastalıklar	İnme, dominant olmayan hemisferde, Kafa içi (intrakranial) kanama, Menenjit veya ensefalit
Çevresel	Yoğun bakım ünitesine yatış, Fiziksel tespit uygulanması, İdrar sondası kullanılması, Çoklu prosedür uygulanması, Ağrı, Duygusal stres, Uzun süreli uykusuzluk
Cerrahi	Ortopedik cerrahi, Kardiyak cerrahi, Uzamış kardiyopulmoner bypass, Kardiyak olmayan cerrahi
Mevcut Hastalıklar	İnfeksiyonlar, İyatrojenik komplikasyonlar, Şiddetli akut hastalıklar, Hipoksi, Şok, Anemi, Ateş veya hipotermi, Dehidratasyon, Beslenmenin yetersiz olması, Düşük serum albumin düzeyleri, Metabolik bozulma

(Kaplan & Sadock klinik psikiyatri kitabından uyarlanmıştır)

Deliryum kliniğinde her zaman beyin işlevlerini etkileyen sistemik ya da serebral düzensizlik mevcuttur. Klinikte ana bozulan beyin işlevsel yetileridir. Deliryum tipik olarak ani başlar, gün içinde dalgalanır genellikle akşam üstü ve gece saatlerinde şiddetlenir.

Temel özellikleri;

1. Bilinç değişikliği: Bilinç düzeyinde azalma
2. Dikkatte bozulma: Dikkati odaklama, sürdürme ve farklı alana yönlendirmede güçlük
3. Yönelimde bozulma: Özellikle yer ve zamana karşı bozulmalar
4. Belleğin azalması: Bilinci sisli, yönelimi ve dikkati bozulmuş hastalarda bellek muayenesi yapılamaz. Deliryum geçtiğinde deliryum dönemindeki anılar çoğunlukla hatırlanmaz ve parça parçadır
5. Ani başlangıç: Genellikle saatler ve günler içinde başlar
6. Kısa sürer: Genellikle altta yatan sebebin düzelmesiyle günler haftalar içinde düzelir
7. Bilinçte dalgalanmanın olması
8. Akşam saatlerinde kötüleşme olur (günbatımı sendromu: sundowning) Ağır bilişsel bozulma ve dezorganizasyondan kliniğin tamamen normal olmasına uzanan bir spektrumdur.
9. Dezorganize düşünce: Düşünce dağınık, belirsizdir. Bazen hızlanma ve yavaşlama olur. Enkoheranstan teğetselliğe kadar değişebilir.
10. Algısal bozukluklar: Varsanılar ve yanılsamalar görülebilir. En sık görme yanılsamaları ve varsanıları olur. Bazen varsanılar o kadar yoğundur ki hasta düşsel bir yaşam içindedir bu sebeple depersonalizasyon ve derealizasyon görülür.
11. Yargılama: Hastada yargılama bozulur, dürtüsel denetimsizlik ve bozuk algılar nedeniyle davranış bozuklukları görülebilir. Ayıp, yasak ve utanma kavramları kaybolduğundan cinsel içerikli davranışlar gösterebilir.
12. Uyku uyanıklık döngüsünde bozulma: Gece uyku bölünmeleri nedeniyle gündüz uyuklamalar görülebilir.
13. Duygudurum değişiklikleri: Hastada algı ve yargılama bozukluğu nedeniyle şaşkınlık hatta panik derecesinde felaket bunaltısı (katastrofik anksiyete) görülebilir. Hastadaki deliryum tipi hipoaktif

ise duygulanımda sıglık hatta apati görülebilir ve depresyon ile karışabilir.

14. Nörolojik işlevlerde bozulma: Otonom hiperaktivite, instabilite, myoklinik kasılmalar ve disartri görülebilir.

Tanı ve Tarama İçin Kullanılan Ölçekler

En yaygın olarak kullanılan ölçek DSM'den türetilen konfüzyon değerlendirme ölçeğidir (CAM: Confusion Assessment Method) ancak altın standart DSM'dir. CAM pratikliği ve güvenilirliği nedeniyle yatak başında sık kullanılmaktadır. Bu ölçekte hasta dört alanda incelenir. İlk olarak mental durumda akut değişiklik ve dalgalı seyir, ikinci alanda dikkat durumu, üçüncü alanda düşüncenin dezorganize olup olmadığı, son olarak bilinç düzeyi (alert, hiperalert, letarjik, stupor, koma) değerlendirilir. Deliryum tanısı için ilk iki kritere ek olarak 3. veya 4. kriterden birinin eşlik etmesi gerekir.

Klinik bulguların müphemliği ve karışıklığı nedeniyle tanıda güçlük çekilebilir. Bu sebeple birçok psikiyatrik hastalık ayırıcı tanıda bulundurulmalıdır. En sık demans ile ayırıcı tanıya gidilmesi gerekmektedir. Bunun dışında akut mani, depresyon, disosiyatif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve ilaç intoksikasyonları ayırıcı tanıda düşünölmelidir. Demans hastalarında deliryuma yatkınlık mevcuttur ve bir arada sık görölmektedir.

Tablo 7. Deliryum ile Demansın Klinik Ayırıcı Tanısı

	Deliryum	Demans
Öykü	Akut hastalık	Kronik hastalık
Başlangıç	Hızlı	Sinsi (genellikle)
Süre	Günler ile haftalar	Aylardan yıllara
Süresi	Dalgalı	Kronik ilerleyici
Bilinç düzeyi	Dalgalı	Normal
Yönelim	En azından dönemsel bozulma	Başlangıçta bozulmaz
Duygulanım/(afekt)	Anksiyöz, irritabl	Değişken, anksiyete nadir
Düşünce içeriği	Sıklıkla bozuk	İçerikte azalma
Bellek	Yakın bellekte belirgin bozulma	Hem yakın hem uzak bellekte
Algılama	Varsanılar sık (Özellikle görsel)	Varsanılar daha nadir (Günbatımı dışında)
Psikomotor işlev	Retarde, ajite veya karma	Normal
Uyku	Bozulmuş uyku uyanıklık döngüsü	Nispeten az bozulmuş döngü
Dikkat ve farkındalık	Belirgin bozulmuş	Daha az bozulmuş
Geri dönüşüm	Sıklıkla reversibl	Çoğunlukla reversibl değil

(Kaplan & Sadock klinik psikiyatri kitabından uyarlanmıştır)

Deliryum hipoaktif ve hiperaktif olmak üzere ikiye ayrılır. Hipoaktif deliryumdaki hastaların tanısı daha zor konulmaktadır. Hastalar uykuya eğilimlidir, dikkatini odaklayabilmesi ileri derecede bozulmuştur, konuşma miktarında azalma ve afektte sığlık mevcuttur. Bu yüzden depresyon ile karışabilmektedir. Prognoz olarak diğer deliryum türlerine göre daha kötü seyirlidir.

Hiperaktif deliryumda ise hastanın uyarılabilirliği artmıştır. Hasta uyarıları tehdit olarak algılar ajitasyona neden olur. Hasta ajite olduğundan yerinde duramaz, saldırganlaşabilir. Tedavi ekibine uyum sağlayamaz; sonda ve damar yolunu çekiştirme gibi davranışlar gözlenebilir. Bu yönüyle anksiyete bozukluğu, madde intoks ya da çekilmesi, mani veya psikotik bozukluk ile karışabilir.

Akut psikotik alevlenme ve manide bilinçte bulanıklık olmaması ve yönelim bozukluğu görülmemesi ile ayrılır. Depresyonda yine yönelim ve bilinç korunmuştur.

Laboratuar incelemelerinde;

- Kan biyokimyası (elektrolitler, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve glikoz dahil)
- Beyaz hücre ayırımını içeren tam kan sayımı
- Tiroid fonksiyon testleri
- Sifiliz için serolojik testler
- İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) antikor testi
- İdrar tahlili
- Elektrokardiyografi
- Elektroensefalografi
- Akciğer grafisi
- Kan ve idrarda madde taraması gerekli hallerde ek testler
- Kan, idrar ve serebrospinal sıvı kültürleri
- B12, folik asit konsantrasyonları
- Bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile beyin taraması
- Lomber ponksiyon ve BOS analizi yapılması önerilir.

Tedavi

Temel yaklaşım ilkeleri;

Hastanın mevcut kliniğine neden olan sebeplerin tespit edilerek etkene yönelik tedavinin başlanması

Hastanın mevcut kullandığı tedavilerin deliryuma yatkınlık oluşturup olmadığı açısından gözden geçirilmesi

Deliryumda olan hastaların düşme ihtimali arttığı için hastanın güvenliğinin

sağlanması gerekli olup yakın gözlem için mutlaka hasta yakını bulundurulmalıdır ve oryantasyon açısından sabit bir kişinin durması sağlanmalıdır.

Hastanın ajitasyon halinde kazaların oluşmaması için yumuşak, kısa süreli tespitler yapılmalı ancak en kısa zamanda hasta mobilize edilmelidir.

Yer, zaman ve kişi yöneliminin sağlanması amacıyla hastanın görebileceği noktalarda takvim ve saat bulundurulmalıdır. Aralıklarla hatırlatmalar yapılmalıdır.

Hasta odasının fazla uyarandan arındırılmış ancak uyarıcı eksikliğine de neden olmayacak şekilde dizayn edilmiş olmalıdır.

Uyarıcı eksikliğine bağlı deliryum şiddetlenebileceğinden işitme cihazı ve gözlük kullanıyor ise temin edilmesi gerekmektedir. Katarakt operasyonundan sonra koruyucu olarak kullanılan siyah banda bağlı siyah bant sendromu görülebilmektedir. Bunun önüne geçilmesi için ışık girecek şekilde bant üzerine delikler açılması önerilir.

Uyku- uyanıklık düzeni deliryumda önemli bir etmen olduğu için hastanın bulunduğu odanın sabah aydınlık, akşam karanlık ve sessiz olması sağlanmalı, gece uykusunun bölünmesi önlenmelidir.

Hastanın mümkünse oral beslenmesinin sağlanması, eksik vitamin ve elektrolitlerinin replase edilmesi, hidrasyonunun sağlanması önerilir.

Diğer bir önemli durum ise deliryumdaki hastaların yaşadıkları ağrının deliryum tablosunda önemli bir rolünün olabileceğidir. Ağrı düzeyinin azaltılması tedaviye fayda sağlayacaktır.

Farmakolojik Müdahale

Özgül bir ilaç sağaltımı yoktur. Altta yatan sebebe yönelik tedavi

uygulanmalıdır. Altta yatan neden enfeksiyon ise antibiyoterapi, ağrısı var ise analjeziğin başlanması tedavinin ilk basamağını oluşturur. Hastanın kliniğinde uykusuzluk, ajitasyon veya psikotik bulgular mevcut ise psikofarmakolojik tedaviye ihtiyaç duyulur. Deliryumda beyin hassas olduğu için polimedikasyondan mümkün olduğunca kaçınılmalı, hatta mevcut tedavileri gözden geçirilerek azaltmaya gidilmelidir. Tedaviye en düşük dozlarda başlanarak yanıt alınana kadar doz tekrarı yapılmalıdır. Benzodiazepinler deliryum kliniğini (epilepsi ya da alkol yoksunluğu dışında) daha da kötüleştirdiğinden önerilmemektedir. Benzodiazepinler solunum depresyonu, aşırı sedasyon, paradoksal ajitasyon yapma riski antipsikotiklere daha yüksek olup dezorganizasyona neden olarak klinikte kötüleşmeye neden olabilir. Ancak uykusuzlukta kısa/orta etkili lorezepam 1-2mg önerilebilir (maximum 3mg/gün). Uzun etkili benzodiazepinlerden alkol yoksunluğu olmadığı sürece kaçınılmalıdır. Antipsikotikler tedavide ön plana çıkmaktadır. Antikolinerjik yan etkisi az olduğu için en sık haloperidol kullanılmaktadır. Ekstrapiramidal yan etkileri fazla olduğu için en düşük dozlarda başlanmalı ajitasyonda gerileme olmaması durumunda 2-4 saat sonra doz tekrarı yapılmalıdır. Yaşlı hastalarda 0,25-0,5mg yaşlı olmayan hastalarda 1-2mg oral olarak başlanır. Ajitasyon kontrolünde 1-5mg arası IM olarak başlanabilir, daha ciddi ajitasyon durumunda saatte 5-10mg gidecek şekilde IV infüzyon başlanabilir ancak kardiyak yan etkiler açısından dikkatli olunmalıdır. Hasta sakinleştiğinde parenteral tedaviden sonra oral tedaviye geçilmelidir. Atipik antipsikotikler de tedavi seçenekleri arasındadır. Ancak birbirlerine üstünlükleri olmadığı çalışmalarda görülmüştür. Risperidon (0,25-0,50mg), olanzapin (2,5-5mg) ve ketiyapin (12,5-25mg) kullanılmaktadır. Mümkün olan en düşük dozda verilmeli ve en kısa zamanda kesilmelidir.

Kişilik Bozuklukları

Kişilik; sürekli değişen iç ve dış çevreyle olan uyumu sağlayan özellikler bütünüdür. Düşünce, davranış ve duygu devamlılığını sağlayan dış ve iç etmenlerin de üzerinde etkisinin olduğu, insanlar arasında benzerliklerin ve

farklılıkların ortaya çıkmasını sağlayan istikrarlı bir patern ve eğilimler dizisidir. Kişilik bozukluğu ise kişiler arası etkileşimde ve kişinin iç dünyasında işlev yitimine neden olan patolojik özelliklerin kümelenmesidir. Üç kümede sınıflandırılan kişilik patolojileri A, B ve C kümesi olarak sınıflandırılmaktadır. A kümesinde garip, tuhaf özellikleri olan paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları yer almaktadır. B kümede dramatik, dürtüsel tutarsız özellikleri olan antisosyal, borderline (sınırdaki), histriyonik ve narsisistik kişilik bozuklukları yer alırken C kümede anksiyöz ve endişeli kişilik özellikleri olan çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları yer almaktadır.

Genel olarak kişilik bozukluğu olan hastaların özellikleri kendisine normal gelir ve rahatsız olmazlar (egosintonik). Acil servise başvuruları genellikle kişilik özellikleri nedeniyle değil eşlik eden birincil psikiyatrik semptomları sebebiyle olmaktadır.

A ve C küme kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle anksiyete, panik bozukluğu gibi semptomlar ile gelirlerken, B küme bozuklukları temaruz, konversiyon, ajitasyon, homisidal, suicidal düşünce ve girişimlerle gelebilmektedir. Bu hasta grubunda intihar, madde kullanım bozuklukları eşlik ettiği ve yaşamı tehdit ettiğinden mutlaka akılda tutulmalıdır. Kitabın diğer bölümlerinde geliş semptomlarına (ajitasyon, anksiyete, intihar vb) göre yaklaşımlar anlatılmıştır.

Kaynaklar

1. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
3. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Acil Psikiyatri Kitabı, İkinci Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın, Ankara 2021

4. Berksun O.E. (2003), Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları, *Panik bozuklukları* içinde (ss.82-83) İstanbul, Turyay
5. Öztürk O, Uluşahin NA. (2023). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Sözkese Matbaa
6. Işık E (1996) Konversiyon bozukluğu. Nevrozlar. E. Işık (Ed). (ss. 299-312), Ankara, Kent Matbaa
7. Milner KK, Florence I, Glick RL (1999) Mood and anxiety syndromes in emergency psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 22: 755-77
8. Sadock B., Ahmad S. and Sadock V. (2020). Kaplan and Saddocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Tamam L., Çev. Ed.). Birinci Baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
9. Atmaca M. (2023), Konversiyon Bozukluğunda Acil Poliklinik Şartlarında Müdahale, Korkmaz S. (Der.) *Psikiyatrik Acillere Yaklaşım* içinde (ss.77-82), Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri
10. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Yayınlanmıştır* (2022) erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html>

PSİKİYATRİK TRİYAJ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Uzm. Hem. Mehtap GÜNGÖR ÇAĞLAR¹
Uzm. Dr Ezgi ŞİŞMAN¹

Psikiyatrik aciller, hastaların düşünce süreçlerinde ve davranışlarında ortaya çıkan ve işlevselliğini bozan akut değişikliklerdir. Hastalar, temel başa çıkma mekanizmalarının gerçek veya algılanan koşullar nedeniyle yetersiz kaldığı bir kriz durumundadır.

Genel hastane acil servisleri, psikiyatrik sıkıntı yaşayan veya akıl sağlığıyla ilgili bir krizi olan bireylerin yardım istemesi için önemli yerlerdir. Acil servisler haftanın 7 günü, günün 24 saati açıktır. Acil servise başvuranlar arasında, ruh sağlığı sistemi ile önceden teması olmayan ve başka nereye başvuracağını bilemeyen hastaların yanı sıra, ruh sağlığı sistemi tarafından iyi tanınan ve acil servisi düzenli olarak ziyaret edebilen kişiler de bulunmaktadır.

Bu servisler, acil durumlar için hızlı müdahale sağlamak amacıyla donatılmıştır. Eğitimli sağlık profesyonelleri, bu birimlerde hastaların değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve gerektiğinde yönlendirilmesi konusunda çalışmaktadır. Acil servisler, ruh sağlığı sorunlarına yönelik acil yardım ihtiyacı olan bireyler için önemli bir kaynaktır.

Sağlık bakım hizmetlerinin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için multidisipliner ekip anlayışı ve yaklaşımı elzemdir. Hemşirelik

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Yönetmeliği'nde (08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı Resmî Gazete), acil servise başvuran hastalar ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurmak ve onların psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı vermek acil servis hemşiresinin görevleri arasında yer almaktadır

Ancak, acil servislerin fiziksel koşulları ve çalışanların bilgi ve becerilerinin yetersiz olması, olumsuz tutumlar, ruh sağlığı çalışanları ve acil servis personeli arasında yeterli iş birliği ve iletişim eksikliği gibi nedenlerle hastalara kaliteli ve etkili bakım verilememektedir. Bu durum hastaların hastanede bekleme sürelerinin uzamasına, tedavilerinin gecikmesine ve olumsuz tutumlara yol açabilir. Bu nedenle, acil servis hemşireleri değişimi etkilemede önemli bir role sahiptir. Bu olumsuz tutum ve davranışlarını azaltmak için ruh sağlığı triyaj uygulamasının geliştirilmesi önemlidir.

Triyaj ve Ruh Sağlığı Triyajı: Genel Bakış ve Türkiye'deki Durum

Triyaj, hastaların aciliyet durumlarına göre sınıflandırılması ve müdahale önceliğinin belirlenmesidir. Bu süreç, acil servislere gelen hastaların hızlı ve etkili bir şekilde değerlendirilmesini ve uygun birimlere yönlendirilmesini sağlar. Triage, kritik olmayan hastaların bakımını kolaylaştırmak, sistemin düzenini ve hızını artırmak, çalışanların etkinliğini sağlamak ve ekip çalışmasını geliştirmek amacıyla yapılır.

Ruh sağlığı triyajı, acil servise ruhsal sıkıntılarla başvuran hastaların hızlı değerlendirilmesini, bakım önceliğinin belirlenmesini ve etkin müdahaleyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, ruhsal sorunları olan hastaların gereksinimlerini karşılamada ve acil servislere genel sağlık hizmetleri ile entegre olmasında önemli bir rol oynar.

Acil Servis Triyajında Ruh Sağlığı ile İlgili Deneyimler

1. Önceliklendirme Algısı

- Acil serviste bekleyen hastalar, ruh sağlığı sorunlarının "listenin en altında" önceliklendirildiğini düşündüklerini bildirdiler.

- "İnsanlar bana her zaman yeterince hasta olmadığımı söylüyor. Ne zaman hastalandığımı, ne zaman yardıma ihtiyacım olduğunu biliyorum ama bana 'Buradaki tek kişi sen değilsin' diyorlar."
 - Kendine zarar vermeyi içeren durumlarla acil servise başvuran hastalar, kendilerini "çizginin sonunda" hissettiklerini ve bu durumun onları daha da kötüleştirdiğini belirttiler.
- 2. Mahremiyet Eksikliği**
- Birçok hasta, triyaj alanındaki mahremiyet eksikliğinin sıkıntılarını daha da artırdığını belirtti.
 - Bazı hastalar, zihinsel sağlık endişeleri dikkate değer değilmiş gibi bekleme odalarında terk edilmiş hissettiklerini bildirdiler.
- 3. Temel İhtiyaçların Karşılanmaması**
- Bekleme odalarında banyo olanakları, yiyecek ve içecek gibi temel ihtiyaçların sıklıkla karşılanmadığını belirttiler.
 - Sıkıntılı bireyler veya uzun süre bekleyenler, özellikle sabahları bir psikiyatrist görmek için bir gece beklerken uzanacak bir yerin olmadığını belirttiler.
- 4. Uzun Bekleme Süreleri**
- Uzun süre bekledikten sonra bazı hastalar pes ettiklerini ve evlerine gittiklerini bildirdi.
- 5. Psikiyatrik Etiketleme ve Tıbbi Endişeler**
- Acil servise başvuran hastalar, tıbbi kaygılar için acil servise başvururken 'psikiyatrik' olarak etiketlendiklerini ve buna yönelik triyaj yapıldığını hissettiklerini belirttiler.
 - "Bir ruh hastası olarak tanımlandığınızda, migren gibi fiziksel bir sorunuz olsa bile, yine de bir ruh hastası olarak tedavi edilirsiniz."
 - Bir hasta, "Safra kesesi krizi geçirdim ve beni psikiyatriye götürdüler" dedi.

- Bu durum bekleme süresini uzattı; çünkü önce psikiyatriyi, ardından psikiyatrik durumları yeniden önceliklendirdikten sonra bir acil servis doktorunu beklemek zorunda kaldılar.
- Acil servise başvuran hastalar, uygun tıbbi değerlendirmenin savunulmasına yardımcı olmak için yanlarında başka bir kişi getirerek bu sorunla başa çıktılar.
- Bir başka hasta grubu psikiyatrik durumlarının bilinmediği acil servisleri ziyaret ettiler ve bunun tıbbi olarak riskli olabileceğini bilmelerine rağmen psikiyatrik geçmişlerini açıklamadılar.

Avustralya'da Ruh Sağlığı Triyajı

Ruh sağlığı triyajı, Avustralya'da geliştirilen Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (RSTS) ile uygulanmaya başlanmıştır. 1992'deki Birinci Ulusal Ruh Sağlığı Planı ile ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine dahil edilmesi kararı alınmış ve bu süreç ruhsal sıkıntı nedeniyle acil servislere başvuran hasta sayısını artırmıştır. Hemşireler, ruhsal sorunları olan hastalara yönelik müdahale ve yönlendirme konularında eğitim almıştır.

Ruh Sağlığı Triyaj Skalası (RSTS)

RSTS, ruhsal sıkıntıları olan hastaları tanımlamak, değerlendirmek ve sınıflandırmak için beş kategorili olarak geliştirilmiştir:

Kategori 1: Kendine veya başkalarına yönelik kesin tehlike (anında müdahale)

Kategori 2: Kendine veya başkalarına yönelik tehlike riski (ilk 10 dakika içinde müdahale).

Kategori 3: Kendine veya başkalarına yönelik tehlike olasılığı (ilk 30 dakika içinde müdahale).

Kategori 4: Orta derecede sıkıntı, acil risk içermeyen durum (ilk 60 dakika içinde müdahale).

Kategori 5: Akut sıkıntı veya davranışsal bozukluk olmayan, tehlike içermeyen durum (ilk 120 dakika içinde müdahale).

Her kategori, hastanın genel görünüm özellikleri ve müdahale ilkelerini içerir, bu da acil servis hemşirelerinin doğru ve hızlı karar almasını sağlar.

Türkiye'de triyaj uygulamaları, 2008 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı tebliğine göre üç kategorili renk kodlaması ve triyaj standartları kapsamında yapılmaktadır. Ancak, ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik spesifik bir triyaj uygulaması bulunmamaktadır. Genel triyaj skalalarının ruhsal sıkıntıları olan hastaları değerlendirmede yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Bu nedenle, Türkiye'de acil servislere ruhsal sıkıntı ile başvuran hastalara yönelik spesifik triyaj uygulamalarına ve hemşirelerin eğitimine ihtiyaç duyulmaktadır.

Türkiye'de acil servislerde ruh sağlığı triyajı uygulamalarının iyileştirilmesi için hemşirelerin eğitim alması, acil psikiyatrik değerlendirme ve müdahale konularında yetkinliklerinin artırılması gerekmektedir. Ayrıca, acil servislerin fiziki koşullarının iyileştirilmesi ve ruh sağlığı triyaj hemşirelerinin görev ve sorumluluklarının tanımlanması önemlidir. Bu amaçla, bireysel ve kurumsal düzeyde çalışmalar yapılmalı ve sağlık bakanlığı tarafından desteklenen standart eğitim programları düzenlenmelidir.

Büyükbayram ve arkadaşlarının yaptığı geçerlilik ve güvenilirliği olan çalışmada Ruh Sıkıntıları Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastalar İçin Triage Yaklaşımı İşleyiş Akış Şeması oluşturulmuştur. Bu akış şemasını acil servislerde kullanılabilir şekilde uygulanabilir.

Triage Yaklaşımı İşleyiş Akış Şeması:

1. Başvuru Şikayetleri ve Olası Nedenler

Kendine zarar verme ve intihar (girişimi) düşüncesi

- Alkol ve madde etkilenmesi/kötüye kullanımı
- Ruhsal bozukluk (depresyon)

- Ruhsal durum (çaresizlik, suçluluk, öfke gibi)
- Bir sosyal desteğin olmaması
- Fiziksel sağlığın olmaması

Saldırganlık veya şiddet tehdidi olan hasta

- Fiziksel nedenler (deliryum, kafa travması, hipoglisemi, ilaç etkisi)
- Ruhsal bozukluk (psikotik bozukluk, anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu)
- Alkol ve madde etkilenmesi/kötüye kullanımı
- Çevresel faktörler
- Tutuklu hasta, düşmanca veya kontrolsüz hasta

Kederli, depresif, içine kapanık veya sıkıntılı olan hasta

- Ruhsal durum (depresif duygudurum)
- Kaygı/stres nedeniyle
- Fiziksel hastalıklar
- Ruhsal bozukluk (majör depresyon, anksiyete, kişilik bozukluğu)

Hiperaktif, gürültülü, abartılı ve yüksek sesli duyguları olan hasta

- Fiziksel nedenler (deliryum, amfetamin, ilaç veya kullanım etkisi)
- Ruhsal bozukluk (bipolar, kişilik bozukluğu)
- Madde etkisi (alkol, ilaç veya fiziksel hastalıklar)

Sinirli, kaygılı, panik veya aşırı endişeli görünen olan hasta

- Ruhsal bozukluk (panik bozukluğu, anksiyete bozukluğu, fobiler)
- Fiziksel nedenler (kalp ritim bozukluğu, tiroid bozukluğu, kan şekeri dengesizliği, vb.)

Somatize eden (fiziksel hastalığın yokluğunda) fiziksel şikayetleri olan hasta

- Ruhsal bozukluk (anksiyete bozukluğu, depresyon)
- Fiziksel nedenler (kronik hastalıklar)
- Fiziksel belirti (tıbbi bir bozukluk olmadan bedensel şikayetler)
- Kullanılan madde (ilaç etkisi)

Psikotik semptomları olan hasta

- Ruhsal bozukluk (şizofreni, paranoid bozukluklar)
- Madde zehirlenmesi\ yoksunluğu (uyuşturucu, alkol)
- Nörolojik bozukluklar (organik nedenler)

Başvuruda Risk Faktörlerini Sorgula/Değerlendir

2. Geliş şekli

- Ayaktan (kendi, yakını, ambulans)

Acil belirti var mı?

- Ani davranış değişikliği
- Fiziksel veya ruhsal travma/veya hastalık (nitelikli tetikleyici)
- Ciddi semptomlar

Kendine zarar verme riski yüksek mi?

- İntihar riski (ölüm, yaralanma girişimi)
- Önceki girişimler veya tekrarlama riski
- Bir planı olması
- İntihar düşüncesi ifade etme

Başkalarına zarar verme riski yüksek mi?

- Ani öfke patlamaları
- Hedef gösterme

- Planı olması

3. Triage Birimi

I-ANINDA (KIRMIZI)

- Sürekli gözlem
- Acil servisteki sağlık çalışanlarının hemen uyarılması
- İlgili birime yönlendirme
- Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlanması
- Yatıştırıcı teknikler kullanılması
- Tespit için /ekipman/malzemeler (fiziksel veya kimyasal) için yeterli sayıda personel sağlanması
- Personele ait hastane güvenliği tehlikede ise (hastane güvenliği) hemen ara BEYAZ KOD verin. Tel: 1111
- Hastayı tutabilmek için birden fazla personele gereksinim olabilir.

II-ÇOK ACİL 10 DK İÇİNDE (TURUNCU)

- Sürekli gözlem
- Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlanması
- İlgili birime yönlendirme
- Yatıştırıcı teknikleri kullanılması (ağızdan tıbbi tedavi, sessiz bir alanda bekleme)
- Tespit için /ekipman/malzemeler (fiziksel veya kimyasal) için yeterli sayıda personel sağlanması
- Personel
- Hastanın yakın çevresinde belirginleşmesi durumunda güvenli ortama alınması

III-ACİL 30 DK İÇİNDE (SARI)

- Yakın gözlem
- Destek personel olmadan bekleme odasındaki hastayı yalnız bırakmayın
- İlgili birime yönlendirme
- Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlanması

IV-YARI ACİL 60 DK İÇİNDE (YEŞİL)

- Aralıklı gözlem
- İlgili birime yönlendirme
- Birebir güvenli gözlem

V-ACİL DEĞİL 120 DK İÇİNDE (MAVİ)

- Rutin gözlem
- İlgili birime yönlendirme (özellikle sosyal ruh sağlığı hizmetlerine)
- Hasta ve diğerleri için güvenli ortam sağlanması
- Sosyal soruna uygun olarak sosyal hizmetlere sevk edilmesi
- Acil olmayan durumda sivil toplum kuruluşlarını harekete geçirme

Kaynaklar

1. Büyükbayram, A. (2019). Acil serviste ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliği (Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı). İzmir.
2. Büyükbayram, A., & Engin, E. (2018). Emergency psychiatric care and mental health triage. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 61-67. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.24855>
3. Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>

4. Örüml, M. H. (2020). Acil servise başvuran psikiyatrik olgular ve konsültasyon-liyezön psikiyatrisi. *Journal of ADEM*, 1(2), 31-52. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jadem>
5. Perrone-McIntosh, J. T. (2021). Emergency department nurses' care of psychiatric patients: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 54, 100929. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100929>
6. Şahingöz, M., Kendirli, K., Yılmaz, E., Sönmez, E. Ö., Satan, Y., Aksoy, F., Dağistan, A., & Kaya, N. (2014). Bir üniversite hastanesindeki psikiyatrik aciller. *Selçuk Tıp Dergisi*, 30(4), 153-154.
7. Stigter-Outshoven, C., van de Glind, G., Wieberdink, L. J., van Zelm, R., & Braam, A. (2024). Competencies emergency and mental health nurses need in triage in acute mental health care: A narrative review. *Journal of Emergency Nursing*, 50(1), 55-71. <https://www.jenonline.org>
8. Author(s). (2005). Psychiatric emergency nurses in the emergency department: The success of the Winnipeg, Canada, experience. *Journal of Emergency Nursing*, 31(4), 351-356.

PSİKİYATRİK ACİLLERDE İLAÇ TEDAVİLERİ

Uzm. Dr. Havva ATASOY KAPLAN¹

Uzm. Dr. Hanife YILMAZ ABAYLI¹

Prof. Dr. Aslıhan POLAT¹

Psikiyatrik acil durum, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından “hastanın kendisi veya yakınları tarafından tariflenen ve acil müdahale gerektiren düşünce, davranış, duygudurum veya sosyal ilişkilerde akut bir bozukluk” olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerdeki psikiyatri dışı bölümlerde, aile hekimliklerinde ve acil servislerde psikiyatrik acil durumların sıklığına ilişkin güvenilir veri olmamasına karşın yaygınlık oranının %10 ile %60 arasında değiştiği; acil servis başvurularının %12 ile %25'ini psikiyatrik acillerin oluşturduğu tahmin edilmektedir.

Psikiyatrik acil durumun yönetimindeki en önemli ilk adım ilk değerlendirmedir ve psikiyatrik acil değerlendirmenin 6 ana hedefi vardır:

- Düşünce, duygudurum ve davranış değişikliğine sebep olabilecek organik etyolojileri dışlamak,
- Saldırgan davranışları hızla kontrol altına almak,
- Zorlayıcı kontrolden kaçınmak,
- Tedaviyi en az kısıtlayıcı ortamda uygulamak,
- Terapötik iş birliği sağlamak,
- Hastayı uygun bir tedaviyle taburcu ederek takip süreci için gerekli yönlendirmeyi yapmak.

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Psikiyatrik acil durumla başvuran hastalar ilk değerlendirmede kendileri ve çevrelerine zarar verme riskine göre ayrılmalıdır. Mani, akut psikotik atak, başkalarına zarar verme düşüncesi ve davranışı, aktif intihar düşüncesi ve ajitasyon durumu olan hastalar için yüksek öncelikli triyaj gerekmektedir. Bu hastalar hızlıca değerlendirildikten sonra acil servisten ayrılmalarına izin verilmemeli; hasta, doktor, personel ve diğer hastaların korunması amacıyla gereken önlemler alınmalı ve erken dönemde farmakolojik müdahalede bulunulmalıdır. Kendine veya başkalarına zarar verme ihtimali olmayan stabil psikiyatrik hastalar ise düşük risk grubunu temsil etmektedir ve bu hastalara standart triyaj uygulanarak değerlendirme yapılabilir.

Hastaların davranış bozuklukları madde kullanımı, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, aşırı kaygı, ek tıbbi hastalık ve travma gibi birçok sebepten kaynaklanabilir ve psikiyatrik acil durumları olan hastaların %50'ye varan oranda eşlik eden tıbbi bir hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Tıbbi bir hastalığın psikiyatrik acil duruma neden olup olmadığına veya klinik durumu kötüleştirip kötüleştirmedeğinin belirlenmesi hastaya uygulanacak tedaviler açısından önem taşımaktadır.

Hastanın sakinleşmesine, güvende hissetmesine, duygu ve davranış öz düzenlemesine yardımcı olacak psikoterapötik müdahaleler tedavide ilk sırada yer almaktadır. Ancak acil servisteki zaman kısıtlamaları ve sınırlı alan nedeniyle, psikoterapi gibi yöntemlerinin kullanılması mümkün olmayabilir. Ayrıca, farmakolojik olmayan tedavilerin başarısız olduğu veya endike olmadığı hastalarda medikal tedavi ön plana çıkmaktadır. Psikotrop ilaçların kullanımı acil servis ortamında ortaya çıkan birçok psikiyatrik semptomun tedavisinde etkili ve kanıta dayalı bir yöntemdir. Önceki bölümlerde psikiyatrik acillerin ayırıcı tanıları ve tedavi prensipleri detaylıca incelenmiş olup, bu bölümde ilaç tedavilerine ilişkin özet bilgiler sunulacaktır. Psikiyatrik acil durumlarda farmakolojik müdahalelerin uygulanmasına ilişkin öneriler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Farmakolojik Tedavilere İlişkin Öneriler

1. Hastalar kullanılacak ilacın ve uygulama yolunun seçimine mümkün olduğunca dahil edilmelidir.
2. Hasta iş birliği yapabiliyor ve uygulamayı tolere edebiliyorsa, oral tedavi parenteral uygulamaya tercih edilmelidir.
3. Oral tedavi daha insancıl, daha ucuz ve diğer yöntemler kadar etkilidir.
4. Amaç hastayı aşırı sedasyona yol açmadan hızla sakinleştirmektir ve bu amaçla mümkün olan en düşük doz kullanılmalıdır.
5. Etkisi hızlı başlayan, kısa yarı ömrü olan ve uygulanma yolu güvenli olan ilaçlara öncelik verilmelidir.
6. İlaç etkileşimlerine dikkat edilmelidir.
7. Mümkün oldukça intravenöz uygulamadan kaçınılmalıdır.

İlaçlar, hastanın tespite alınması gerektiğinde, tespite direnmeyle ilişkili yaralanmaları ve komplikasyonları önlemeye yardımcı olmaktadır. Tespit gerektiren bir hastanın sakinleştirilmesi hem sakinleştirici hem de bazen amnestik etkileri sayesinde, fiziksel olarak kısıtlanan bireylerin bildirdiği refahtaki olumsuz sonuçları da azaltabilir.

Hızlı bir şekilde saptanıp tedavi edilmesi gereken iki ana psikiyatrik acil grubu vardır:

1. Psikomotor ajitasyon/eksitasyon
2. Kendine zarar verici davranışlar ve intihar eğilimi

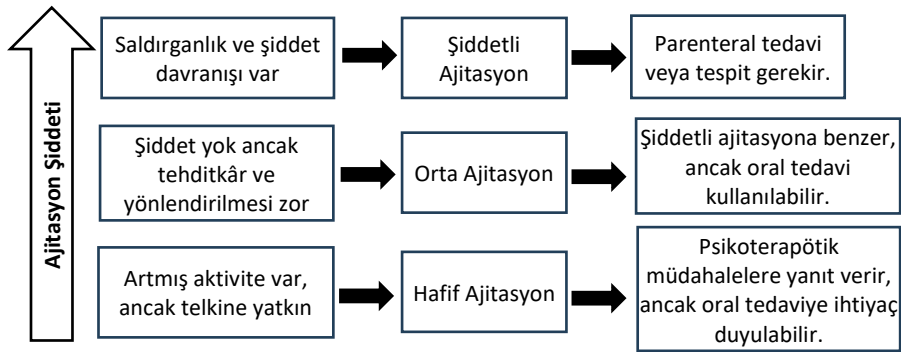
Bu bölümde bu iki gruba ek olarak nöroleptik malign sendrom ve serotonin sendromu hakkında da kısaca bilgi verilmeye çalışılacaktır.

1. Psikomotor Ajitasyon/Eksitasyon

Ajitasyon hem organik hastalıklar hem de ruhsal bozukluklara bağlı ortaya çıkabilmektedir ve ajitasyonun aksi kanıtlanıncaya kadar genel tıbbi bir durumdan kaynaklandığı varsayılmalıdır. Klinisyen kendisine; "Psikiyatrik semptomları taklit eden tıbbi bir hastalığı mı, yoksa altta yatan tıbbi hastalığı şiddetlendiren psikiyatrik bir hastalığı mı tedavi ediyorum?" sorusunu

kendisine sormalıdır. Altta yatan sebep düzeltilmedikçe psikiyatrik tablo da düzelmeyecektir.

Ajitasyon hastanın başlangıçtaki duygudurumuna ve akut rahatsızlığın şiddetine bağlı olarak, kaygı gibi hafif düzeyden, belirgin agresyon ve saldırganlığa kadar değişen şekillerde kendini gösterebilir. Ajitasyon tedavisinde temel amaç, hastanın kendisine ve başkalarına zarar vermesini önlemektir. Acil serviste akut ajitasyon için en sık kullanılan ilaçlar antipsikotikler ve benzodiazepinlerdir. Şiddetli ajitasyonda yakın zamanda bu listeye ketamin de eklenmiştir, ancak ülkemizde aktif olarak kullanılmamaktadır. Şekil 1’de ajitasyon düzeyine göre izlenecek yol basitçe gösterilmiştir. Hafif ajitasyonda oral haloperidol/lorazepam, haloperidol/difenhidramin, risperidon veya olanzapin; orta ajitasyonda oral haloperidol/lorazepam, haloperidol/difenhidramin veya olanzapin; şiddetli ajitasyonda IM haloperidol/lorazepam, haloperidol/difenhidramin veya olanzapin kullanılabilir. Farklılaşmamış ajitasyon hafifse oral lorazepam; ortaysa IV veya IM midazolam; şiddetliyse IM haloperidol/midazolam veya IM/IV midazolam tercih edilebilir.

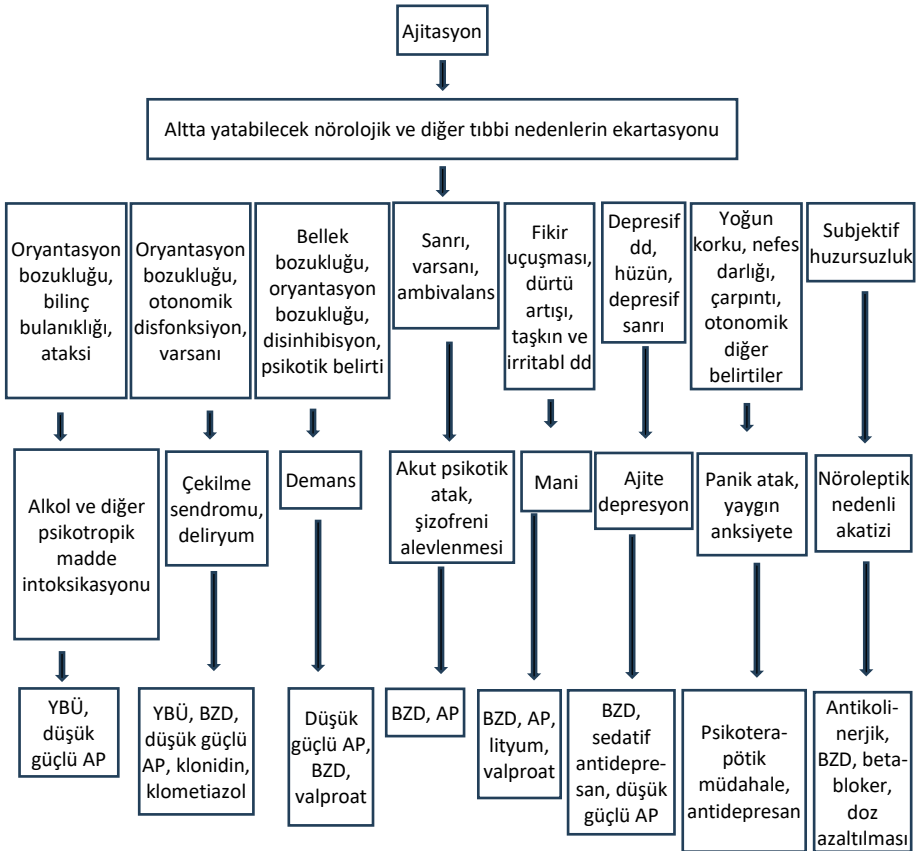


Şekil 1. Ajitasyon şiddetine göre eylem planı

Farmakolojik tedavinin seçimi, hastanın mevcut semptomlarına ve ilaç tedavisine yanıt geçmişiye göre belirlenmektedir. Hangi medikal tedavi ve uygulama yolunun kullanılacağı ajitasyonun etyolojisine bağlı değişiklik

göstermektedir. Ajitasyon etyolojisine göre uygulanabilecek tedavi şekilleri Şekil 2’de gösterilmiştir.

Ajite fakat koopere bir hasta için ilk seçenek mümkünse oral ilaçlardan oluşmalıdır. Hızlı müdahale veya sedasyon gerekiyorsa parenteral ilaçlar kullanılmalıdır. Genel olarak psikotik hastalarda antipsikotikler kullanılmakta olup ajitasyon semptomlarının devam etmesi durumunda benzodiazepinler eklenmektedir. Mani durumunda da psikotik bozukluklara benzer tedavi ilkeleri uygulanmakla birlikte lityum ve antikonvülzan ilaçlar da tercih edilebilir.



Şekil 2. Ajitasyonun olası etyolojileri ve tedavi seçenekleri (AP: antipsikotik, BZD: benzodiazepin, dd: duygudurum, YBÜ: yoğun bakım ünitesi)

Altta yatan etiyolojinin düzeltilmesine yönelik girişimlere rağmen semptomların devam etmesi durumunda, deliryumlu ajite hastalarda etyolojiye bağlı olarak düşük doz antipsikotikler tercih edilmektedir. Tipik ve atipik antipsikotiklerin demans ve deliryum ajitasyonunda etkili olduğu gösterilmiştir. Deliryum tremens tablosunda ise benzodiazepinler kullanılmaktadır.

Benzodiazepinler, özellikle psikostimülan intoksikasyona bağlı ajitasyon durumlarında verilirken, alkol gibi MSS depresanlarına bağlı intoksikasyonlarda antipsikotikler tercih edilmektedir. Alkol veya benzodiazepin yoksunluğuna bağlı ajitasyonu olan hastalarda ise benzodiazepinler kullanılmaktadır. Panik atak gibi anksiyete bozukluklarında da acil servislerde benzodiazepinler sık tercih edilmektedir. Aynı zamanda farklılaşmamış ajitasyonu olan hastalar için de önerilmektedir; ancak psikotik semptomların mevcut olması durumunda antipsikotikler kullanılmalıdır. Ajite depresyonda da antidepresan etkinlik başlayana kadar tedaviye benzodiazepin veya düşük etkili bir antipsikotik eklenmelidir.

Tıbbi komorbiditelerden olduğu ajite hastalarda, daha fazla komplikasyonu önlemek için kullanılacak ilaçlara dikkat etmek gerekmektedir. KOAH tanılı hastalarda, yaşlılarda ve madde kötüye kullanım öyküsü olan hastalarda benzodiazepinlerden kaçınılmalıdır. Akatizi, tardif diskinezi, nöroleptik malign sendrom, distoni veya parkinsonizm semptomları gibi nörolojik yan etki öyküsü olan hastalarda ise tipik antipsikotikler kullanılmamalıdır.

Antipsikotikler

Antipsikotikler acil servislerde akut ajitasyon ve psikoz tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bir antipsikotik gerekli olduğunda, ilaç seçimi büyük ölçüde önceki tedavi yanıtı ve yan etki öyküsü ile ilacın yan etki profiline dayanmaktadır. Daha önce antipsikotik kullanmamış olan hastaların hızlı ve yoğun bir şekilde sedasyona uğraması muhtemel olup tedavide düşük dozlar yeterli olur ve yaşlı hastaların tedavisinde de standardın altında dozlar

kullanılmalıdır. Çeşitli yan etki profillerine sahip bu ilaçların en ciddi yan etkileri arasında uzamış QTc aralığı, ekstrapiramidal sistem (EPS) etkileri ve nöroleptik malign sendrom yer almaktadır. Tipik antipsikotiklerin EPS yan etkileri daha fazlayken atipik antipsikotiklerin metabolik yan etkileri daha fazladır.

Haloperidol

Psikomotor ajitasyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan; oral, intramuskuler (IM) ve intravenöz (IV) uygulama gibi çeşitli uygulama yolları olan ve hakkında kapsamlı araştırmalar yapılmış tipik bir antipsikotiktir.

Parenteral uygulamanın etkisi 30 dakika içinde başlamaktadır ve minimum etkili günlük doz oral formda 2 mg olup ajitasyon tedavisinde genellikle daha yüksek dozlar kullanılmaktadır. IM formülasyonunun yarı ömrü 10-25 saattir. Hafif ajitasyonda oral 2,5 mg, orta ajitasyonda oral veya parenteral 5 mg, şiddetli ajitasyonda parenteral 5 mg kullanılabilir. İhtiyaç durumuna göre 0,5-4 saat içinde doz tekrarlanabilir. Günlük maksimum doz olarak 30 mg/g önerilmekte, ancak daha yüksek dozların da kullanılabilceği bilinmektedir.

Haloperidol kullanımı ile uzun QTc riski, Torsades de pointes gibi ölümcül olabilecek aritmiler ve EPS riski klinisyenlerde endişe oluşturmaya devam etmektedir. Nöbet eşliğini de düşürebilmektedir. Benzotropin, biperiden gibi antikolinerjikler EPS yan etkilerinin tedavisinde kullanılabilir. Difenhidramin, lorazepam veya prometazin ile birlikte uygulanması EPS riskini ve tekrarlanan doz ihtiyacını azaltabilir. Acillerde haloperidolün IM formülasyon olarak kullanıldığı durumlarda akut distoniye önlemek amacıyla sıklıkla benzotropin, biperiden veya difenhidramin eşzamanlı olarak uygulanmaktadır, ancak bu şekilde rutin bir kullanım önerilmemektedir. IV yolla QTc uzaması riski daha fazladır. Altta yatan kardiyak hastalığı olanlarda EKG izlemi önem arz etmektedir.

Zuklopentiksol

Zuklopentiksol asetat, akut psikotik atak ve manideki ajitasyon durumlarında daha uzun süreli sedasyon gerektiğinde tercih edilen tipik bir antipsikotiktir. Hızlı sakinleştirici bir ajan olmayıp eliminasyon yarı ömrü 20 saattir. IM uygulama 12-24 saatlik etki süresine sahiptir ve etki 24 saatte zirveye ulaşmakta olup 72. saatte hala devam edebilmektedir. Hızlı sakinleştirme üzerine etkisi sınırlı olup hastaların bir kısmında 2-4 saat sonra ortaya çıkmaktayken, antipsikotik etki yaklaşık 8 saat sonra başlamaktadır.

Akut ajitasyon ve agresyon davranışları üzerinde İM haloperidol ile zuklopentiksol asetat uygulamasını karşılaştıran çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Zuklopentiksol asetatın avantajı, uzun etki süresi sayesinde tekrarlayan enjeksiyon ihtiyacını azaltmasından ileri gelmektedir. Daha önce antipsikotik kullanmamış bir hastaya uzun süreli EPS yan etkisi riski nedeniyle uygulanmamalıdır.

Olanzapin

Oral olarak veya IM enjeksiyonla kullanılabilen atipik bir antipsikotiktir. IM formu ülkemizde bulunmamaktadır. Oral formunun ise tablet veya ağız içinde hızla çözünebilen formu mevcuttur. Ağız içinde eriyen form, ilaç uyumundan endişe edilen hastalar veya yutma güçlüğü olan hastalar için güvenli, etkili ve ilaç uyumunu artıran bir tedavi yöntemidir.

Oral formdaki minimum etkili günlük doz 5 mg'dır ve IM formda 5-10 mg önerilmekte olup yarılanma ömrü 2-15 saattir. IM formun etkisi 15-45 dakikada başlayabilmektedir. Hafif ajitasyonda 5 mg oral, orta ajitasyonda 5-10 mg oral ve şiddetli ajitasyonda 10 mg IM uygulama önerilmektedir. Oral formda 2 saatte 1, IM formda ise 2-4 saatte 1 doz yinelenebilir. Önerilen günlük maksimum doz 20 mg/g olup daha yüksek dozlarda da kullanılabilir ve ajitasyon tedavisinde 40 mg/g dozunun daha etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. IM formunun maksimum süre olarak

art arda 3 gün veya daha az kullanılması gerekmektedir. 1 saat içinde benzodiazepinlerin eş zamanlı kullanımından kaçınılmalıdır. Olanzapin ve benzodiazepin IM olarak birlikte uygulandığında, bazı hastalarda şiddetli hipotansiyona, bradikardiye ve solunumun baskılanmasına neden olabilmektedir.

Psikotik ajitasyon tedavisinde haloperidol kadar etkilidir ve haloperidole göre etkisi daha hızlı başlamakta olup EPS riski de çok daha azdır. Aynı zamanda bipolar bozukluk manik ve karma epizod tedavisinde ve profilaksisinde etkilidir.

Risperidon

Oral ve IM uygulama şekilleri olan atipik antipsikotiktir. Önerilen başlangıç dozu oral formda genellikle 2 mg/gün olup nihai hedef dozu 4-8 mg/gündür, ancak hafif ajitasyon durumlarında ve yaşlılarda daha düşük dozlar da etkili olabilmektedir. Oral formun maksimum günlük dozu 16 mg/g olup 10mg/g üzeri dozlarda dikkatli olunmalıdır. Etkisi 60 dakika içinde başlamaktadır ve 4-6 saatte 1 doz tekrarlanabilir. IM formülasyonu uzun etkilidir ve 2 haftada bir uygulanmaktadır.

Atipik antipsikotikler arasında en yüksek EPS riskine sahip olanıdır. Ortostatik hipotansiyona neden olabilir. Lorazepam ile kombine edilen oral risperidon ile haloperidol IM ve lorazepam IM kombinasyonunu karşılaştıran çalışmalarda benzer etkinlik saptanmıştır. Farklılaşmamış ajitasyon veya MSS'ni baskılayanlar hariç madde kullanımına bağlı ajitasyonu olan hastalarda en iyi sonucu verdiği bildirilmektedir. Aynı zamanda kara kutu uyarısına rağmen, yaşlı hastalardaki demans ajitasyonu ve deliryum tedavisinde onaylı bir ilaçtır.

Risperidonun hastaların ilaca uyumunu artırmaya yardımcı olabilecek konsantre sıvı ve ağız içinde eriyebilen formları da mevcuttur, ancak ülkemizde ağız içinde çözünen formu bulunmamaktadır.

Aripiprazol

D2 reseptörünün parsiyel agonisti olan aripiprazol bazı kaynaklarda 3. nesil antipsikotik olarak tanımlanmaktadır. Oral ve IM uzatılmış salınımlı formları mevcuttur. Oral formülasyon için önerilen başlangıç ve hedef doz 10-15 mg/gün'dür. Günlük maksimum doz 30 mg'dır. Etkisi 30-60 dakika içinde başlamaktadır. Uzun etkili IM formülasyonu ayda 1 kez uygulanmaktadır ve idame dozu 400 mg/ay'dır. Akut ajitasyon tedavisinde kullanılan ve hızlı etki başlangıcına sahip aripiprazol 9,75 mg IM formu ülkemizde bulunmamaktadır. Çalışmalarda IM haloperidol kadar etkili olduğu ve önemli ölçüde daha fazla tolere edilebilir olduğu gösterilmiştir. Uykusuzluk, akatizi, huzursuzluk gibi yan etkileri olabilir, ancak sedasyon ve EPS yan etki riski azdır.

Ketiapin

Ketiapin oral olarak kullanılabilen atipik bir antipsikotiktir. Önerilen günlük doz 150-750 mg'dır. Önerilen maksimum günlük doz 750 mg olup daha yüksek dozlar da kullanılabilir. Çalışmalarda, ajitasyon tedavisinde oral ketiapinin plasebodan üstün olduğu görülmüştür, ancak haloperidol ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Genel olarak iyi tolere edilen bir antipsikotiktir.

Ziprasidon

Oral ve IM formları bulunan atipik bir antipsikotiktir. Ülkemizde IM formu bulunmamaktadır. Oral form için önerilen doz günde iki kez 20 mg olup maksimum oral doz 160 mg/gün'dür. Ajitasyon tedavisinde IM form 10-20 mg/gün dozunda önerilmektedir ve etkisi 15-20 dakika içinde başlamaktadır. 2 saatte bir 10 mg, 4 saatte bir ise 20 mg dozu tekrarlanabilir. Maksimum IM dozu 40 mg/gün olup yarı ömrü 4-38 saat arasında değişmektedir. Haloperidole göre daha az sedatif ve hipotansiftir; ancak QTc uzama riski

haloperidolden fazladır. Bu nedenle kardiyak hastalığı ve QTc uzama öyküsü olanlarda ziprasidon kullanımından kaçınılmalıdır.

Klorpromazin

Oral ve IM olarak kullanılabilen düşük güçlü tipik bir antipsikotiktir. Oral kullanıldığında 30-60 dakikada, IM kullanıldığında ise 15 dakikada etkisi başlamaktadır. Oral olarak 25100 mg, IM olarak 25-50 mg dozunda önerilmektedir. Ajitasyon tedavisinde maksimum 200/gün dozunda kullanılmalıdır. 2-4 saatte bir doz tekrarlanabilir. Eliminasyon yarı ömrü 30 saattir. Etkinlik açısından haloperidolle benzerlik göstermektedir. Sedasyon ve hipotansiyon riski yüksek olup EPS riski diğer tipik antipsikotiklere göre daha azdır.

Benzodiazepinler

Benzodiazepinler, etkilerini beyin ana inhibitör nörotransmitteri olan GABA-A aracılığıyla gösteren, anksiyolitik ve sedatif özelliklere sahip ilaçlardır. Bu ilaç grubu anksiyete bozuklukları, alkol yoksunluğu, epilepsi ve anestezi için FDA onayına sahiptir. Antipsikotik kullanımına bağlı yan etkilerin tedavisinde de tercih edilmektedirler. Acil servislerde panik atak semptomları, ajitasyon, alkol yoksunluğu ve deliryum tremens tedavilerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan benzodiazepinler alprazolam, klonazepam, diazepam, lorazepam, oksazepam ve klordiazepoksittir. Alprazolam 0,5 mg, diazepam 5 mg, lorazepam 1 mg, klonazepam 0,25 mg eşdeğer dozlardır.

Benzodiazepinlerin, özellikle de farmakokinetik özellikleri nedeniyle alprazolamın bağımlılık yapma potansiyelleri vardır ve mümkün olan en kısa sürede doz yavaşça azaltılarak kesilmelidirler. Sedasyona, laterjiye, mental durum değişikliğine neden olabilirler. Solunum depresyonu yapma riskleri nedeniyle dikkatli kullanılmalıdırlar. Nörolojik hastalığı, mental retardasyonu, dürtü kontrol bozukluğu olan kişiler benzodiazepinler ile paradoksal disinhibisyon açısından risk altındadırlar. Alkol, opioidler ve diğer hipnotikler

gibi sedatif maddelerle birlikte aşırı dozda kullanıldıklarında ölümcül olabilirler. Ayrıca, benzodiazepin yoksunluğu belirgin ajitasyonla kendini gösterip nöbetlere ve ölüme neden olabilmektedir.

Deliryum tremens dışındaki deliryum vakalarında veya demansa bağlı ajitasyonda benzodiazepin kullanımı önerilmemektedir; bu hastalarda benzodiazepin kullanımı klinik tabloyu kötüleştirebilir.

Lorazepam, çeşitli nedenlerden dolayı sık tercih edilen bir benzodiazepindir. Oral, IM ve IV uygulama yoluna sahiptir, ancak ülkemizde sadece oral formu bulunmaktadır. Glukuronidasyona uğradığından oksidasyon için sitokrom P450 sistemine ihtiyaç duymaz, dolayısıyla ilaç etkileşimleri azdır ve karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda kullanılabilir. Oral olarak verildiğinde etkisi 20-30 dakikada başlamaktadır.

Benzodiazepinler, uygun şekilde tedavi edilmediğinde yüksek morbidite ve mortalite nedeni olabilen katatoninin ilk basamak tedavilerindedir ve en sık kullanılan kanıta dayalı ilaç lorazepamdır. Hastaların %60-90'ı lorazepamla yanıt vermektedir. Katatoni tedavisinde lorazepam 2 mg/g başlanmakta ve hastanın yanıt durumuna göre genellikle 8-24 mg/gün dozunda kullanılmaktadır. Lorazepam tedavisinden fayda görmeyen katatoni vakalarında EKT kullanılabilir, ancak bu tedavi şekli acil servisler için uygun değildir.

Ajitasyon tedavisinde IM haloperidol ile IM lorazepamı karşılaştıran tedavilerde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. IM midazolamın ise IM haloperidolden daha üstün olduğu gözlemlenmiştir.

Diazepamın lorazepam gibi oral, IM ve IV kullanımı mevcuttur ve hızlı etki başlangıcına sahiptir. Lorazepamdan farklı olarak 48 saat gibi daha uzun yarılanma ömrü vardır ve aktif metabolitleri bu süreyi daha da uzatır. Ajitasyon tedavisinde 5-10 mg IV veya IM olarak önerilmektedir ve 30-60 dakika içinde doz tekrarlanabilir. Günlük dozun 40-60 mg'ı geçmemesi

önerilmekle birlikte alkol yoksunluğu tedavisinde daha yüksek dozlar kullanılabilir. Aktif metabolitin uzun yarılanma ömrüne neden olması ve karaciğerden metabolizasyon nedeniyle karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda kullanımı önerilmemektedir.

Klonazepam uzun etkili benzodiazepinlerdendir. IM haloperidol ile IM klonazepamı karşılaştıran çalışmalarda benzer etki saptanmakla birlikte haloperidolün daha hızlı etki başlangıcına sahip olduğu görülmüştür. Ajitasyon tedavisinde günlük dozun 8 mg'ı geçmemesi önerilmektedir. Klonazepam uzun etki süresine sahip olduğundan benzodiazepin yoksunluğunda kullanılabilir.

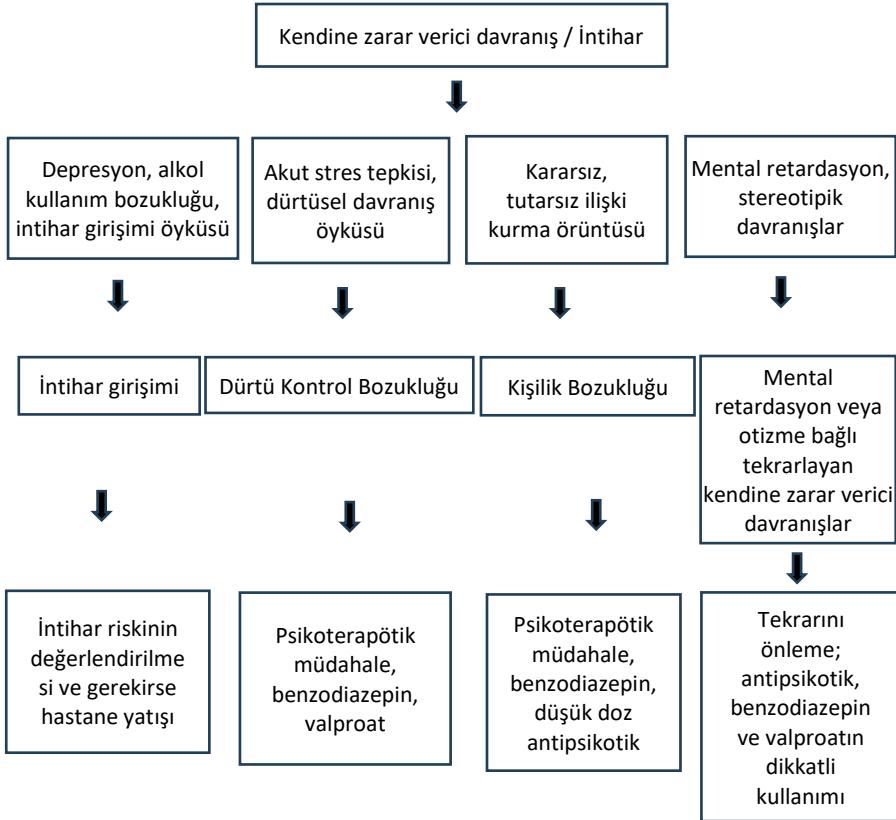
Midazolam orta ajitasyonda 5 mg IM veya 2,5 mg IV, şiddetli ajitasyonda 10 mg IM veya 5mg IV olarak önerilmektedir. Şiddetli ajitasyon için, IM haloperidol veya droperidol 5 mg ile IM midazolam 5 mg kullanılabilir. Ancak ülkemizde acil servislerde ajitasyon tedavisinde midazolamın kullanımı yaygın değildir.

Acil durumlarda daha az sıklıkla tercih edilmesine rağmen, antikonvülzanlar ajitasyonun kontrol altına alınması için tamamlayıcı bir şekilde kullanılabilir. Bu amaçla, valproat 15-20 mg/kg/gün dozunda karaciğer fonksiyonu, trombosit sayısı ve serum düzeylerinin izlenmesiyle birlikte yükleme tedavisi şeklinde uygulanabilmektedir.

2. Kendine Zarar Verici Davranışlar ve İntihar Eğilimi

İntihar ve kendine zarar verme davranışı psikiyatrik acil durumların %15'inden sorumludur. İntihar düşüncesi olan veya kendine zarar verici davranışta bulunan hastada uygulanacak farmakolojik tedavi psikiyatrik tanıya bağlı değişkenlik göstermektedir (Şekil 3). Klinisyenin hastanın bu eğiliminin ardındaki güdüye dikkat ederek ayırıcı tanıda bulunması önem taşımaktadır. Kişinin duygusal bir stresörle baş etmekte zorlanması ve buna yanıt olarak kendine zarar vermek istemesi ya da sanrı ve içitsel varsanıların

sebebiyle böyle bir eylemde bulunması tedavi planının nasıl olacağını belirlemektedir.



Şekil 3. Kendine zarar verme ve intihar davranışının ayırıcı tanısı ve akut tedavisi

Klinik kanıtlar anksiyete ve ajitasyonun benzodiazepinler veya diğer anksiyolitik ajanlarla agresif tedavisinin intihar riskini azaltabileceğini göstermektedir. Akut intihar aşamasında benzodiazepinler, sedatif antidepresanlar ve düşük güçlü antipsikotik ilaçlar kullanılabilir. Asıl acil hedef, sakinliğin hızlı bir şekilde geri kazanılmasıyla anksiyetenin semptomatik tedavisidir. Özellikle lorazepam bu endikasyonla sıklıkla kullanılmaktadır. Acillerde benzodiazepine bağımlılık endişesi intihar riskinden daha az önemli olarak görülmelidir. Benzodiazepin kullanımının

istenmediği durumlarda, alternatif olarak trazodon, düşük dozda atipik antipsikotikler ve antikonvülzanlar gibi diğer sakınleştirici ilaçlar tercih edilebilir. Antidepresan olarak akut doz aşımı nedeniyle öldürücü olma riski az olanlar tercih edilmelidir. Şizofrenide klozapin, bipolar bozuklukta lityum tedavisinin intihar riskini azalttığını bilinmektedir. Olanzapin ve ketiapin gibi atipik nöroleptiklerin anksiyolitik ve antiajitasyon etkileri ile intihar riskini azaltmada haloperidol gibi tipik antipsikotiklerden daha etkili olabileceği görölmektedir.

3. Nöroleptik Malign Sendrom (NMS)

Dopamin reseptör antagonisti kullanımı veya dopaminerjik ilaçların hızla kesilmesi sonucu ortaya çıkan ve tanı ile tedavisinde gecikmenin yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip olduğu bir sendromdur. Bu nedenle, acil servislerde erken tanı hayati önem taşır ve hastaların yoğun bakım şartlarında izlenmesi gereklidir. Genellikle tipik antipsikotik kullanımına bağlı gelişmekle birlikte atipik antipsikotikler, antiemetikler, antidepresanlar, tetrabenazin gibi ilaçlar da NMS gelişimiyle ilişkilendirilmiştir. Hipertermi, rijidite, otonomik disregölasyon, bilinç durumunda değişiklik temel özellikleridir.

Tedavideki ilk basamak NMS'ye sebep olduğu düşünölen dopamin antagonistinin kesilmesi veya yakın zamanda kesilmiş olan dopamin agonistinin yeniden başlanmasıdır. IV hidrasyon yapılmalı, hiperterminin antipiretiklere yanıt vermemesi sebebiyle mekanik soğutma uygulanmalı; otonomik disfonksiyona yönelik tedaviler ve profilaktik antikoagölün başlanmalıdır. NMS tanılı bireylerde CPK düzeylerini artırıp rabdomiyoliz gelişimine katkıda bulunabilmesi nedeniyle fiziksel tespit kullanımından kaçınılmalıdır. Hasta ajiteyse benzodiazepin kullanılması tavsiye edilmektedir.

NMS tedavisinde kullanılacak ilaçların ne zaman başlanacağı, hangi dozda kullanılacağı ve ne zaman kesileceği konusunda kılavuzlar ölkeler arasında

farklılık göstermektedir. Yaygın olarak kullanılan tedaviler; dantrolen, bromokriptin ve EKT'yi içermektedir. Dantrolenin IV olarak 1-2,5 mg/kg dozunda başlanması, her 6 saatte bir 1 mg/kg dozunda artırılarak maksimum 10 mg/kg/gün kullanılması önerilmektedir. Bromokriptinin 2,5 mg dozunda başlanması; bulantı, kusma ve bilinç değişikliği açısından izlenerek gerektiğinde günde 2,5-7,5 mg artırılması ve maksimum 45 mg/gün dozunda kullanılması önerilmektedir. Kombinasyon halinde de kullanılabilen bu ilaçlar rebound NMS gelişimini önlemek amacıyla semptomlar düzeldikten sonra yavaşça azaltılarak kesilmelidir. Farmakolojik tedaviye yanıt alınamadığında EKT uygulanabilmektedir. NMS'de hipertermiye katkıda bulunabilmeleri nedeniyle antikolinergik ilaçlardan kaçınılmalıdır.

4. Serotonin Sendromu

Acil servislerde tanınması önem arz eden, merkezi ve periferik reseptörlerde aşırı serotonerjik agonizmaya bağlı olarak gelişen, yaşamı tehdit eden advers ilaç reaksiyonudur. Antidepresanların yanında opiat analjezikler, antibiyotikler, antiviraller, antiemetikler, metamfetamin, LSD dahil olmak üzere önemli sayıda ilaç ve madde serotonin sendromunun gelişmesine yol açabilir. Erken tanı konulup tedavi edilmediğinde nöbet, rabdomyoliz, miyoglobüri, metabolik asidoz, böbrek yetmezliği, solunum yetmezliği, yaygın damar içi pıhtılaşma, koma ve ölüme ilerleyebilir.

Klinik tablo; mental durum değişikliği, nöromusküler anormallikler ve otonomik hiperaktivite olarak şiddeti değişen üçlü semptom kümesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hafif vakalarda hipertansiyon, taşikardi, midriyazis, terleme, tremor, miyoklonus ve hiperrefleksi görülmekte olup hipertermi yoktur. Orta şiddetli vakalarda bu semptomlara ek olarak hipertermi, horizontal oküler klonus, hafif ajitasyon, hipervijilans ve basınçlı konuşma mevcuttur. Şiddetli vakalarda ise ek olarak 41.1°C üzerinde ateş, otonomik instabilite, deliryum ve muskuler rijidite bulunmaktadır.

Serotonin sendromu tedavisi otonomik instabilite, hipertermi ve ajitasyon kontrolünü içeren destekleyici tedaviden oluşmaktadır. İlk adım serotonerjik ajanların kesilmesidir. Orta ila şiddetli serotonin sendromu vakalarında IV hidrasyon yapılmalı ve otonomik semptomların tedavisine ek olarak 5-HT 2A antagonisti olan siproheptadin verilmelidir. Siproheptadin 12 mg dozunda başlanıp ihtiyaca göre 2 saatte bir 2 mg artırılarak maksimum 32 mg/gün dozunda kullanılabilir. Hastanın akut parenteral tedavi gerektirdiği nadir durumlarda klorpromazin uygulanabilir. Serotonin toksisitesiyle ilişkili ajitasyon, öncelikle lorazepam ve diazepam gibi benzodiazepinlerle tedavi edilmelidir. Fiziksel tespit uygulanacaksa kısa süreli olmalıdır. Tespit artan ajitasyon nedeniyle laktik asidoz gelişimine ve hiperterminin şiddetlenmesine sebep olarak ölüm riskini artırabilir. Benzodiazepinlerle ajitasyon kontrol altına alınamıyorsa ve tespit güvenli bir şekilde uygulanamıyorsa yoğun bakım ünitesinde farmakolojik sedasyon düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Balan Y., Murrel K., Lentz C.B. (Eds.) (2018) *Big Book of Emergency Department Psychiatry*. CRC Press.
2. Thrasher T., DO, MBA, DFAPA (Eds.) (2023) *Emergency Psychiatry*. Oxford University Press
3. Taylor D, Barnes T. R. F., Young A.H. (Eds.) (2022) *Maudsley Psikiyatride Reçeteleme Rehberi, 14. Baskı*, Ema Tıp Kitabevi Yayıncılık Tic. Ltd. Şti (K. Altınbaş, Çev.)
4. Riba M. B., Ravindranath D. (Eds.) (2010) *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc.
5. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (Eds) (2016) *Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. (A. Bozkurt, Çev.)
6. Mavroggiorgou P, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(13):222-230. doi:10.3238/arztebl.2011.0222
7. Nentwich LM, Wittmann CW. Emergency Department Evaluation of the Adult Psychiatric Patient. *Emerg Med Clin North Am.* 2020;38(2):419-435. doi:10.1016/j.emc.2020.02.001

8. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation) [published correction appears in *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2023 Jun 22;4(3):e13002]. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1(5):898-907. Published 2020 Jul 3. doi:10.1002/emp2.12138
9. Wheat S, Dschida D, Talen MR. Psychiatric Emergencies. *Prim Care*. 2016;43(2):341-354. doi:10.1016/j.pop.2016.01.009
10. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128. doi:10.3109/15622975.2015.1132007

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı 10 Mart 1995'te kurulmuş ve kurulduğu günden bugüne pek çok öğretim üyesinin emeği ile merkez için önemli ruh sağlığı merkezlerinden biri haline gelmiştir. Yetiştirdiği psikiyatri uzmanları Türkiye'nin farklı bölgelerinde hizmet vermeye devam etmektedir. 4 öğretim üyesi ve 40 araştırma görevlisi doktoru ile çalışmalarını sürdürmektedir.

Aslıhan Polat

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Profesör
Klinik Epidemiyolog*

Ankara Fen Lisesinden mezun olduktan sonra lisans eğitimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde (İngilizce), psikiyatri ihtisasını ise İstanbul Tıp Fakültesinde tamamlamıştır. Hollanda Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yaptığı Klinik Epidemiyoloji yüksek lisansı ile akademik hayatına devam etmiştir. Halen Kocaeli Üniversitesinde çalışmalarını sürdürmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Birimi Direktörü ve 2004 yılından bu yana Kocaeli Üniversitesi Cinsiyet Disforisi Birimi Koordinatörüdür.

Evli, Giz ve Erendiz isimli iki kız annesidir.