



ACİL PSİKİYATRİK HASTAYA YAKLAŞIM

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

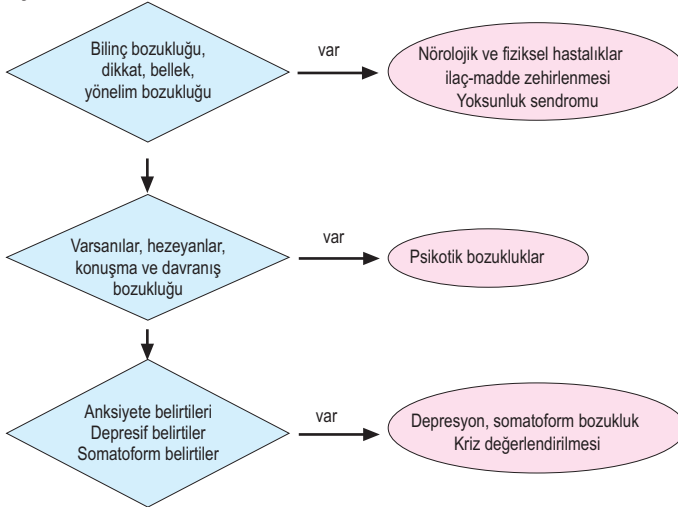
2003

Acil psikiyatrik hastalar, davranışsal, ruhsal ve fizyolojik belirtilerle gelebilir. Bu hastalara yaklaşımda temel amaç organik ve fonksiyonel sorunların ayrımını yapmaktır.

Psikiyatrik bir sorunu olduğu düşünülen her hastada intihar ve cinayet olasılığı akılda tutulmalıdır. İntihar düşüncesi, planı ve varsa önceki girişimlerin sorulmasından kaçınılmalıdır. Hastanın öykü ve davranışları, kendisi veya başkasına zarar verebileceği konusunda uyarıcı olabilir.

Çocuk yaş grubunda fiziksel, cinsel veya duygusal istismar ya da ihmal olasılığı bile adli makamlara bildirilmelidir.

Ayırıcı Tanı



Öncelikle organik bir sorun (fiziksel hastalık, madde yoksunluğu, zehirlenme) olup olmadığı araştırılmalıdır:

1. Bilinç değişikliği (uykuya eğilim, deliriyum, koma) ve bellek , dikkat , yönelim gibi bilişsel işlevlerin bozukluğuna eşlik eden taşikardi, takipne, kızarıklık, tremor

benzeri fizyolojik belirtiler organik bir sorunu düşündürmelidir. Travma mutlaka araştırılmalıdır.

2. Bilinç değişikliği ve/veya bilişsel bozukluk saptanmışsa, madde (alkol, esrar, eroin) ve ilaç öyküsü mutlaka araştırılmalıdır.

Organik sorun olasılığı dışlandıktan sonra, akut psikotik durumlar ayırt edilmelidir:

- Varsanılar (özellikle işitsel, görsel)
- Sanrılar (kötülük görme, alınma, kıskançlık)
- Davranış bozukluğu: Saldırganlık, garip ve amaçsız davranışlar, kendi kendine konuşma-gülme, donakalma
- Konuşma bozukluğu (anlaşılmaz konuşma, enkoherans) varlığında akut psikotik bozukluk olasılığı düşünülmelidir.

Psikotik belirtilerin bulunmadığı hastalarda depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve krize yol açan durumlar düşünülmelidir.

Değerlendirme

Ajitasyon, en sık karşılaşılan acil psikiyatrik sorundur. Bütün hasta gruplarında görülebilir, ancak psikotik bozukluklarda daha sık karşılaşılr. Ajite hasta, anksiyeteli, işbirliğine girmeyen, şiddete eğilim gösterebilen, tehditkâr ve saldırgan hastadır.

Ajite hasta ile karşılaşıldığında;

- Hastayla aranızda fiziksel olarak yeterli bir uzaklık olmasını sağlayın.
- Kim olduğunuzu ve ne yapmak istediğinizi açık ve anlaşılır bir dille açıklayın.
- Uzun süreli göz ilişisinden kaçının; ısrarlı göz iletişimi tehditkâr olarak algılanabilir.
- Tartışmaktan kaçının.
- Görüşme süresini çok uzatmayın.

Tedavi

1. Deliryum yaşamı tehdit eden bir durumdur. Metabolik, endokrin, toksik, travmatik ve serebral nedenli olabilir. Temel tedavi nedene yöneliktir:

- Hasta yalnız bırakılmamalı, hastanın kendisi ve başkalarına zarar vermesi önlenmelidir.
- Hastanın aşırı uyaranlardan uzak, sakin bir ortamda kalması sağlanmalıdır.
- Neden belirlenmeden önce benzodiazepinler ve antikolinergik ilaçlar kullanılmamalıdır.
- Davranış bozukluğu kontrol edilemeyen ajite hastalarda, *haloperidol* 5-10 mg kas içine uygulanmalıdır.
- Hasta en kısa sürede sevk edilmelidir.

2. Alkol entoksikasyonu veya yoksunluğu durumunda özel yaklaşım gereklidir.

3. Akut psikotik eksitasyon (şizofreni, manik atak, şizoaffektif bozukluk, hezeyanlı bozukluk, kısa psikotik bozukluk) durumlarında, hastanın saldırgan ve dürtüsel davranışları olabileceği unutulmamalı ve dikkatli olunmalıdır.

Psikotik eksitasyon durumlarında;

- *Haloperidol* 5-10 mg kas içine uygulanmalıdır. Davranış kontrolü sağlanamadığında 30 dakika arayla aynı doz yinelenmelidir.

- Distoni varlığında *biperiden* (Akineton) 2,5-5 mg kas içine, gerektiğinde yavaş olarak ven içine uygulanmalıdır.
 - Ertesinde hasta sevk edilmelidir.
4. Hasta panik atak, kriz (akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu), konversiyon bozukluğu ya da disosiyatif durumlarla başvurabilir.
- a- Panik atak en çok bir saat sürer. Konuşma ve gerçekçi bilgilendirme çoğu hastada atağın geçmesine yardımcı olur. Ağızdan veya kas içine verilen *diazepam* ın etkisi yaklaşık bir saatte başlar. Bu nedenle, etkin tedavi ven içine *diazepam* uygulamasıdır, ancak solunum baskılaması nedeniyle dikkatle kullanılmalıdır.
- b- Konversiyon birçok durumda görülebilecek bir belirtidir. Depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotik bozuklukların belirtisi olabilir. Ancak, konversiyon bozukluğu düşünülmezden önce, hastaların %25-50'sinde, konversiyonla birlikte bazı nörolojik ve fiziksel hastalıkların olabileceği akılda tutularak ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Konversiyon bilinçli bir taklit değildir. Bu nedenle, tanı ve tedavi amacıyla, ağrılı uyaran vermek, amonyak koklatmak, iğne batırmak, tokat atmak gibi hastaya acı verecek uygulamalar kesinlikle yapılmamalıdır.

Hastalar genellikle telkine yatkındır. Sakin bir ortamda, tercihen yalnız yapılan destekleyici ve anlamaya yönelik bir görüşme konversiyonun sonlanmasını sağlar. Konversiyonla en sık psikojenik nöbet şeklinde karşılaşıldığından, epilepsi nöbeti ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

	Epilepsi	Konversiyon
Bilinç	Kapalıdır.	Çevresinin farkındadır, tepki vermez.
Süre	1-2 dakikadır.	Değişkendir, saatlerce sürebilir.
Göz Hareketleri	Gözkapağında direnç yoktur Gözler bir yöne sabittir	Gözlerini açmaya dirençlidir ve gözler hareketlidir.
Kornea refleksi	Yok.	Var.
Işık refleksi	Yok.	Var.
Öncesinde emosyonel stres	Genellikle yoktur.	Genellikle vardır.
Plantar cevap	Ekstansör	Fleksör
Ortam	Her ortamda görülebilir.	Genellikle başkalarının görülebileceği ortamlarda olur.
Kendine zarar verme	Kafa travması, dil ısırma, idrar kaçırma, yarananma olabilir.	Genellikle kendini korur. Dil ısırma ve idrar kaçırma yoktur.
Belirti özelliği	Belirtiler hemen her nöbette aynıdır.	Nöbetler arasında önemli değişiklik olabilir.

- c- Kriz, herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olan ya da olmayan kişilerde akut olarak gelişen, yaşamı tehdit eden, olağandışı olaylar karşısında yaşanan ve günlük işlevselliği bozan her türlü durumdur. Ölüm, iş ve sosyal statü kaybı, doğal afet, insan eliyle oluşturulan travmaya maruz kalma ve kişiler arası sorunlar kriz nedeni olabilir.

Acil koşullarda, krize yaklaşım ilkelerine göre davranılmalıdır:

- Empatik, güven verici ve anlamaya yönelik bir görüşme genellikle rahatlatıcıdır. Amaç kişinin duygusal tepkisini azaltmaktır.
- Hasta, olayı anlatması için desteklenmeli, ancak zorlanmamalıdır.
- Hastaların çoğunda ilaç kullanımı gerekmez. Anksiyetenin çok yoğun olduğu ve rahatlayamayan hastalarda 3-5 gün anksiyolitik ilaç (*benzodiazepin* , *hidroksizin* , *difenhidramin*) kullanılabilir (Anksiyete Bozuklukları rehberine bakınız. yfa 235).

d- Her intihar girişimi ciddiye alınmalı ve bir yardım çağırısı olarak değerlendirilmelidir. Hastanın halen intihar düşüncesi ve /veya planı olup olmadığı araştırılmalıdır. Daha önce intihar girişiminin olması, kronik tıbbi veya psikiyatrik bir hastalığın bulunması, sosyal destek yetersizliği, ergen olma, yalnız yaşama ve yaşlılık riski artıran başlıca etkenlerdir. Görüşmede, yargılayıcı olmayan, sakin, destekleyici bir tutum sergilenmelidir.

5. İstismar ve ihmal, annenin, babanın veya - varsa, çocuğun bakım, sağlık ve korunmasından sorumlu- başka kişilerin yaptığı ya da ihmal ettiği eylemler sonucunda, çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal ve sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesidir. İstismar ev, okul, hastane, bakım kurumu gibi her yerde olabilir.

İstismarın rastlanma sıklığı saptanandan çok daha yüksektir. İstismarların %10'u ölümle sonlanır.

Sevk

- Tıbbi bir durum ve/veya madde etkisi düşünülen
- Psikotik bulgu saptanan
- İntihar ve cinayet olasılığı bulunan hastalar ilk girişimden sonra sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Koroğlu E, ed. DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. HYB yayını, 1994.
2. Gelder M, Mayou R, Cowen P, ed. Shoter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 2001.
3. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, ed. Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry. Lange, 2000.
4. Hyman S, ed. Manual of Psychiatric Emergency. Little Brown, 1988.
5. Goldman H, ed. Review of General Psychiatry. Lange, 1995.
6. Kaplan SJ. Physical Abuse and Neglect in Child and Adolescent Psychiatry, 2. basım. Baltimore: Williams-Wilkins. 1996;1033-41.