

Psikiyatrik Aciller

Yrd. Doç. Dr. Emrah SONGUR

Acil psikiyatri

- Duygu, düşünce ve davranış bozukluklarının hızlı tedavisine gereksinim duyulan durumları tanımlar.
- Kriz;
 - Bir olay ya da duruma bağlı ortaya çıkan, bireyin başa çıkma becerilerini geçici olarak yetersiz kılan, yoğun bir belirsizliğin yaşandığı karmaşık bir dönemdir.

Psikiyatrik Acillerin Epidemiyolojisi

- Tüm acil tıbbi başvuruların %6'sı psikiyatrik acildir.
- Son 10 yılda psikiyatrik acil başvuruları %15 kadar artmıştır.
- K=E
- Bekar > Evli
- Tüm başvuruların 1/3'ünde intihar düşünceleri vardır.
- Vakaların %40'ında yatış gerekir.
- Başvuruların yarısı mesai dışında olur.

Psikiyatrik Acillerin Epidemiyolojisi

Hastalık	Başvuru %'si
Psikoz	29
Alkol-madde kullanımı sorunları	25
Major Depresyon	23
Bipolar bozukluk	13
Kişilik bozukluğu	22

Acil psikiyatrik değerlendirilmenin hedefleri

- Belirtilerin diğer tıbbi durumlara bağlı olup olmadığını gösterilmesi
- Akut kriz durumunun hızla kontrol altına alınması
- Hastaya zorla yapılan uygulamaların mümkün olduğu kadar açıklanması
- Hastanın mümkün olduğunca kısıtlanmadan tedavi edilmesi
- Tedaviye yönelik işbirliğinin sağlanması
- Uygun yönlendirme ve taburculuk sonrası planların yapılması

Acil psikiyatrik değerlendirmede mutlaka cevaplanması gereken sorular

- Hastanın acil bekleme odasında beklemesi uygun mu?
- Sorun organik, işlevsel ya da her iki durumdan mı köken alıyor?
- Hasta psikotik mi?
- Hasta suicidal veya homisidal mi?
- Hasta kendi bakımı hakkında karar verme yeteneğine sahip mi?

Acil psikiyatrik durumlar

Major psikiyatrik aciller

- İntihar
- Aşırı doz alma
- Adam öldürme
- Ajitasyon
- İlaçlarla ilgili ciddi yan etkiler
- Malign Nöroleptik Sendrom
- Deliryum
- Alkol-madde kullanımına bağlı aciller
 - Alkol intoksikasyonu
 - Alkol yoksunluk sendromu

Minör psikiyatrik aciller

- Yas
- Panik atak
- Konversiyon nöbeti
- Ciddi stres durumlarına yol açan ama hayatı tehdit etmeyen durumlar

İntihar

- İntihar dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur.
 - Dünya çapında her yıl yaklaşık 1 milyon kişi intihar sonucu hayatını kaybetmekte, ölümlerle sonuçlanmış intiharların yaklaşık 20 katı kadar intihar girişimi olduğu tahmin edilmektedir.
 - İntiharla ölümler şiddet sonucu ölümlerin neredeyse yarısını oluşturur.
 - Global hastalık yükünün %1,4'ü intihardan kaynaklanmaktadır.

İntiharın tanınması ve önlenmesinin önündeki engeller

- Damgalanma ve gizlilik
- Yardım aramanın yetersizliği
- Sağlık alanında çalışanlar arasında intihara ilişkin bilgi ve farkındalığın düşük olması
- İntiharın nadir görülmesi

İntihar Riskinin Değerlendirilmesi

Amaç

- Sistematik intihar riski değerlendirmesinin amacı;
 - Değiştirilebilir ve tedavi edilebilir **risk faktörlerinin**
 - Hastanın tedavi ihtiyaçları hakkında bilgi veren **koruyucu faktörlerin** tanımlanmasıdır¹.
- İntihar nadir görülen bir olaydır.

1. Simon RI: Psychiatry and Law for Clinicians, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001

- İntihar birçok faktörün bir araya gelmesi ile ortaya çıkan karmaşık bir fenomendir.
 - *Tanımlar (fiziksel ve psikiyatrik), psikodinamik, genetik, ailevi, işle ilgili, çevresel, sosyal, kültürel, varoluş ve şans faktörü.*
 - Tamamlanmış intiharlarda **stresli yaşam olayları** önemli bir faktördür¹.
- Hiçbir risk değerlendirme yöntemi intihar edecekleri (**sensitivite**) ve etmeyecekleri (**spesifite**) tam/doğru tesbit edemez.

1. Hella H, Heikkinen ME, Isometsa ET, et al: Life events and completed suicide in schizophrenia: a comparison of suicide victims and without schizophrenia. Schizophr Bull 25:519-531, 1999

- Hastaların intihar riski değişkendir.
 - İntihar riski olan hasta > intihara meyilli hasta
- Standardize intihar riskini tahmin eden ölçekler kimlerin intihar edeceğini belirleyemez.
 - Klinik kararlar verilirken tek başına intihar riskini değerlendiren ölçeklerin puanları kullanılamaz.
- Öz bildirim ölçeklerin intihar riskini belirlemede sensitivitesi yüksek, spesifitesi düşüktür.

Risk Faktörleri

Yaş

- Ergenlikten önce intihar nadir görülür.
- İki farklı yaş döneminde intihar riski artar
 - Ergenler
 - Yaşlılar

Risk Faktörleri

Yaş ve Cinsiyet (Özet)

Yaş ve cinsiyet	Yüksek risk	Düşük risk
Yaş	Yaşlılar 15-35 yaş arası	Ergenlik öncesi
Cinsiyet	Erkek	Kadın
Kadın	Eş kötüye kullanımı Aile içi şiddet Doğum sonrası depresyon Doğum sonrası psikoz Kıta tol beklentileri Kurumsallaşmış cinsiyet eşitsizliği	Gebelik Evde küçük çocukların olması

İntihar davranışı ile ilgili tanımlar

- Durdurulmuş intihar girişimi
- Kasıtlı kendine zarar verme
- İntihar davranışının ölümcüllüğü
- İntihar düşüncesi
- İntihar niyeti
- İntihar girişimi
- İntihar

Risk Faktörleri

Güncel olan intihar düşüncesi, niyeti ve planı

- İntihar düşüncesinin olması ve intihar niyetinin fazla olması artmış intihar riskini gösterir.
- İntihar planı;
 - Ne kadar ayrıntılı ve özelse risk o kadar fazladır.
 - Seçilen yöntemin zarar verme gücü,
 - İntiharın zamanlaması,
 - Seçilen yöntemin ulaşılabilirliği,
 - Hastanın hazırlıkları (intihar notu, vasiyet, kişisel eşyalarını dağıtma vb.)

İntihar planının ölümcül olduğunu düşündürecek durumlar?

- Yöntem
- Silaha ulaşılabilirlik
- Yöntemin öldürücü etkisi konusunda kişinin inancı
- Kurtarıma şansı
- Planı gerçekleştirmek için atılan adımlar
- Ölüme hazırlık yapma

İntihar Eğilimi Risk Faktörlerinin Özeti

Artmış riskle ilişkili intihar eğilimi	Yüksek risk	Düşük risk
İntihar düşüncesi	Sık Yoğun Uzun süreli	Nadir Yoğun olmayan Geçici
İntihar niyeti	Yüksek	Düşük
İntihar planı	Önceden düşünülmüş İyi planlanmış Öldürücü etkisi yüksek yöntemler Ulaşılabilir yöntemler	Plansız Ölümcül etkisi düşük yöntemler Ulaşılamayacak yöntemler

Risk Faktörleri

İrk

- Beyazlarda intihar oranı siyah ırka nazaran 2-3 kat daha fazladır.
- Göçmenlerde de intihar sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Risk Faktörleri

Din

- Amerika'da protestanlar ve yahudilerde katoliklere nazaran daha yüksek intihar görülürken. Müslümanlarda oranlar daha düşüktür.

Risk Faktörleri

Medeni Durum

- Evli olmak intihar riskini belirgin derecede azaltır.
- Boşanan kişilerde intihar oranları artar.
- Sosyal olarak izole olan ve ailelerinde intihar girişimi veya ölümlü sonlanmış intihar öyküsü olanlarda intihar riski artar.
- Homoseksüel kadın ve erkeklerde de intihar daha sık görülür.

Risk Faktörleri

Çalışma Durumu

- Sosyal statü arttıkça intihar riski artar.
- Çalışmak genel olarak intihardan korur.
- İntihar riski bazı mesleklerde daha yüksektir.
- Ekonomik kriz durumlarında ve savaş zamanlarında intihar sıklığı artar.

Risk Faktörleri

İklim

- İntiharın mevsimle ilişkisi bulunamamıştır.
- Tatil dönemleri ve aralıkta daha az görülür.

Risk Faktörleri

Fiziksel Sağlık

- İntihar eden kişilerin üçte biri son 6 ayda fiziksel hastalık için doktora (özellikle de birinci basamak) başvurular.
- İntihar riskinin artmış olduğu bulunan hastalıklardan bazıları;
 - AIDS, kanserler, peptik ulcus, Sistemik Lupus Eritematozus, **hemodiyaliz** hastaları, kalp hastalığı, KOAH, prostat hastalığı vs.
- Hastaların fiziksel hastalıklarının tedavilerinde kullanılan ilaçlar depresyona sebep olabilir.

Depresyona Yol Açabilen Maddeler

- **Analjezikler**
 - İndometazin
 - Opiatlar
- **Antibiyotikler**
 - Ampisilin
 - Streptomisin
 - Tetrasiklin
- **Antihipertansifler**
 - Propranolol
 - Reserpin
 - Klondin
 - Diltiazem
 - Enalapril
- **Antineoplastikler**
 - Sikloserin
 - Vinkristin
- **Hız Receptör Antagonistleri**
 - Simetidin
- **Anti-parkinson ilaçlar**
 - L-dopa
- **Ağır Metaller**
 - Kurşun
 - Cıva
- **Sedatif-hipnotikler ve MSS Depresanları**
 - Barbitüratlar
 - Benzodiazepinler
 - Alkol
- **Anti-migren ilaçlar**
 - Flunarizin
- **Steroidler**
 - Kortikosteroidler
 - Gonadal Steroidler
- **Dijitaler**
 - Digoksin
- **İnterferonlar**
 - İnterferon-b
- **Akne ilaçları**
 - İzoretinoin
- **Psikostimülanlar**
 - Amfetamin
- **Diğer Merkezi Sinir Sistemi İlaçları**
 - Amantadin
 - Bromokriptin
 - Fenotiazinler
 - Fenitoin
 - Antikonvülanlar
- **Diğer**
 - İnsektisidler
 - Oral Kontraseptifler

1. Joska J.A., Stein D.J. Mood Disorders. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition 467-504.
2. İşık U., Apıkıyık K., İşık E. (2013) Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk 71-103

Yüksek intihar riskiyle ilişkili olan tıbbi hastalıkların özellikleri

- Kronik
- Şunlardan biriyle ilişkili nörolojik bozukluk vardır;
 - Ağrı
 - İşlev bozulması
 - Bilişsel bozulma
 - Görme ya da işitme kaybı
 - Dış görünüşte bozulma
 - Başkalarına bağımlı olma
 - Ruhsal bir bozukluğun eşlik etmesi
- Ruhsal belirtilerin eşlik etmesi

Risk Faktörleri

Ruhsal Belirtiler ve Tanı

Artmış intihar riskiyle ilgili ruhsal belirtiler	Yüksek risk	Düşük risk
Psikoz Depresyon/huzursuzluk Anksiyete Panik atak Utangaç ve küçük düşürülme Düşük benlik saygısı Dürtüsellik Saldırganlık Aşırı tedirginlik Yarında duramama/huzursuzluk	Umutsuzluk Ağır haz kaybı Şiddetli anksiyete Panik atak	İyimserlik Dindarlık Yaşamdan memnuniyet

Risk Faktörleri

Ruhsal Belirtiler ve Tanı – Duygudurum Bozuklukları

- Birçok çalışmada intihardan ölenlerin yarısından fazlasında Major Depresif Bozukluk olduğu bildirilmiştir.
- Duygudurum Bozukluğunun varlığı intihardan ölümleri 20 kat kadar arttırır.
- İntihardan ölümlerde en sık görülen tanılar; Bipolar Bozukluğun depresyon ve karma dönemleri ile depresif bozukluk.

Risk Faktörleri

Ruhsal Belirtiler ve Tanı – Psikotik Bozukluklar

- Psikozun intihara katkısı %10'dan fazladır.
- Şizofreni intihardan ölüm riskini 10 kat arttırır.
- Şizofreni hastalarının yaklaşık yarısı kadarı hastalıkları boyunca bir evrede intihar girişiminde bulunurlar.
- Hastalığın ilk yıllarında daha sık intihar görülür.

İntihar riski yüksek şizofreni hastaları;

- Kronik seyirli
- Sık hastaneye yatışı olan
- Daha önce intihar girişiminde bulunmuş
- Depresif belirtileri belirgin
- Hastalık öncesi işlevselliği iyi
- Hastalık konusunda içgörüsü olan
- Tedavinin yararlılığı konusunda kötümser olan
- Tehlikeli emirler veren halüsinasyonları olan hastalarda

Risk Faktörleri

Ruhsal Belirtiler ve Tanı – Anksiyete Bozuklukları

- İntiharların %15-20'sinde rol oynar.
- Madde ve alkol kullanımı eşlik ederse riski %6-10 arttırır.

Risk Faktörleri

Ruhsal Belirtiler ve Tanı – Alkol ve Madde Kullanımı Bozuklukları

- İntihardan ölümlerin %25-50'sinde etkili
- Genel topluma göre intihar riskini 6 kat arttırır.
- Yaşam boyu intihar riski %15
- Çoklu madde kullanımı riski daha da arttırır.
- İntihar ederek ölen alkoliklerin ¾ 'ünde depresyon mevcut.

Koruyucu Faktörler

- Bir ruhsal bozukluğun olmaması
- Çalışıyor olmak
- Evde çocukların olması
- Aileye karşı sorumluluk hissi
- Gebelik
- Güçlü dini inanışlar
- Yüksek hayat tatmini
- Gerçeği değerlendirme yetisinin korunmuş olması
- Olumlu başa çıkma yetenekleri
- Olumlu sorun çözme yeteneği
- Olumlu sosyal destek
- Olumlu tedavi ilişkisi

İntihar riskinin değerlendirilmesini gerektiren durumlar¹

- Hasta **kriz durumunda** ruh sağlığı ve hastalıkları kliniği veya acil servise başvurduğunda,
- Ayaktan ve yatan hastalarda **ilk başvuru** esnasındaki değerlendirmede,
- Hastanın gözlemlenen durumunda veya tedavi koşullarında bir **değişiklik olduğunda**,

(1) Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: a manual for health professionals. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.

İntihar riskinin değerlendirilmesini gerektiren durumlar¹ (Devam)

- Hastanın daha önce bilinen ruhsal durumunda **ani değişiklik** olduğunda,
 - *Belirtilerin aniden kötüleşmesi veya iyileşmesini kapsar*
- Hasta tedaviye rağmen **iyileşmiyor** veya gittikçe **kötüleşiyorsa**,
- Hasta önemli bir **sosyal stresöre** yaşıyorsa,
 - *Algılanan ya da gerçek bir kayıp, aşşılanma veya utanç vb.*
- Kronik ruhsal bozukluğu olan hasta **tedavisini bıraktığında**.

(1) Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: a manual for health professionals. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.

İntihar risk değerlendirmesi kontrol listesi: hastaneye kabul¹

- Bireysel belirleyici intihar **risk faktörlerinin** belirleyin.
- **Akut intihar** için risk faktörlerini belirleyin
- **Koruyucu faktörleri** belirleyin.
- **Tıbbi hastalık öyküsü** ve **laboratuvar bulgularını** değerlendirin
- **Tedavi ekibinden** bilgi edinin
- **Hastanın yakınlarıyla** görüşün
- Şimdiki ve daha önce **tedavi verenlerle** görüşün
- Hastanın şimdiki ve daha önceki **hasta kayıtlarını** gözden geçirin.

1. Simon, R.I. Hales, R.E. (2006) The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and Management. American Psychiatric Publishing.

İntihar riskinin değerlendirilmesindeki basamaklar¹

- İntiharın **5 bileşeninin** değerlendirilmesi,
 1. *Düşünce*
 2. *Niyet*
 3. *Plan*
 4. *İntihar araçlarına erişim*
 5. *Daha önceki intihar girişimlerinin hikayesi*
- İntihar **risk faktörlerinin** değerlendirilmesi,
- Şu an yaşananların değerlendirilmesi
 - “Neler oluyor?”
- Müdahale için **hedeflerin** belirlenmesi

(1) Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: a manual for health professionals. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.

Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç olduğunu gösteren gözlenebilir belirti ve bulgular¹

- Kişinin kendisine zarar vereceği veya öldüreceğiyle ilgili **tehditte** bulunması,
- Kişinin kendisini öldürmek için **yollar araştırması**,
- Kişinin hap, silah veya diğer **intihar araçlarına** erişim yolu araması,
- Ölüm, ölmek veya intihar hakkında **konuşmak** veya **yanılmak**

1. Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. Curr Psychiatry Rep. 2008;10:87-90.

İntihar riskinin değerlendirilmesi görüşmesi

Pratik Öneriler – Yapılması Gerekenler^{1,2}

- **Dostça ilişki** kurun.
- **Sakin, sabırlı, empatik** bir yaklaşımda bulunun.
 - *Kişiyi yargılamayın*
- **Destekleyici** ifadelerle ve **açık uçlu sorularla** başlayın.
- Önce genel sorularla başlayın, ilerledikçe hastayı yargılamadan ve duyarlı bir şekilde daha özel sorularla devam edin.
- Durumu ciddiye alın ve risk derecesini değerlendirin.
- Önceki girişimleri sorun.
- İntihar dışındaki olasılıkları araştırın.
- Diğer destekleri belirleyin.
- Mümkünse intihar araçlarını uzaklaştırın.
- Zaman satın alın, bir anlaşma yapın.

1. Bestpractice.bmj.com. (2015). *BMJ Best Practice - Suicide risk management*. [online] Available at: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1016/diagnosis/step-by-step.html> [Accessed 24 Apr. 2015].

2. WHO (2000) Preventing Suicide: a resource for primary health care workers.

İntihar sözleşmesi

- Etkinliği konusunda yeterince kanıt yoktur.
- Tedavi ekibine yalancı bir güvenlik duygusu verebilir.
- Tedavi ekibinin klinik uyanık olma halini azaltabilir.
- Tedavi ekibi yasal olarak kendini korudukları yanılsamasını yaşar.
- Hastalık şiddeti sebebiyle hasta sözleşmeyi ihlal edebilir.
- Bu tür sözleşmeler terapist ile hasta arasında bir ilişki kurmak için kullanılır. Acil servislerdeki kısa görüşmelerde kullanılması uygun olmaz.

İntihar riskinin değerlendirilmesi görüşmesi

Pratik Öneriler – Yapılmaması Gerekenler^{1,2}

- Kişisel duygularınızın ve reaksiyonlarınızın tedaviyi ve değerlendirmeyi etkilemesine izin vermek.
- Hastaya acele ettirmek ve yönlendirici sorular sormak.
- Hastayı sorgulamak veya hastanın yaptıklarını savunması için zorlamak.
- İntihar düşüncesi ve eyleminin ciddiyetini sarsmak/temelini çürütmek
- Şok olmak, paniklemek.
- Herşeyin düzeleceğini söylemek.
- Kişiyi istediğini yapma konusunda meydan okumak.
- Yanlış güven vermek.
- Gizliliğe zarar vermek.
- Kişiyi yalnız bırakmak.
- Hastanın sıkıntısını küçümsemek. Sorunun önemsiz gözükmesini sağlamak.

1. Bestpractice.bmj.com. (2015). *BMJ Best Practice - Suicide risk management*. [online] Available at: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1016/diagnosis/step-by-step.html> [Accessed 24 Apr. 2015].

2. WHO (2000) Preventing Suicide: a resource for primary health care workers.

Akut Ajitasyonun Değerlendirilmesi

Ajitasyon

- İçsel gerginlik
- Bunaltının dışı vurumunu gösteren davranışlar;
 - Yerinde duramama
 - Gezinme
 - Bacak ve parmaklarda artmış hareket
 - Ellerin ovuşturulması
 - Psikomotor etkinlikte artma;
 - Kiyafetlerin çekiştirilmesi
- Genelde anksiyeteyeyle ilişkilendirilir

Eksitasyon

- Genel olarak bir uyarılma sonucunda bedensel ve zihinsel süreçlerin hız ve yoğunluğunun artmasıdır;
 - Motor davranışın artması
 - Uyarılara duyarlılık ve tepki şiddetinde artış
 - Duygulanımda hızlı değişimler
- Öznel bir duygu deneyimidir.

Ajitasyon

- Akut gelişen
- İç ve dış uyaranlarla tetiklenebilen
- Zihinsel ve motor süreçlerde hızlanmaya seyreden
- Davranış sorunları, kontrol kaybı ve saldırganlıkla sonuçlanabilen bir tablodur.

Ajitasyonun Etiyolojisi

- Organik sebepler
- Psikiyatrik sebepler
- Kişilik bozukluğu ile ilgili etiyolojiler

Organik sebepli ajitasyonların belirti ve işaretleri

- Özellikle yaşlılardaki beyin işlevlerinin bozulması eğilimiyle giden ciddi tıbbi hastalıklar ve ilaçlar
- Madde kötüye kullanımı hikayesi
- Ani başlagıç
- Herhangi bir eski epizot hikayesi olmaması
- Dezoryantasyon
- Dikkat ve uyanıklılıkta değişiklik
- Çok yanık/yakın geçmişteki olayları hatırlamakta zorluk
- Yaygın olmayan halüsinasyonlar (görme)
- Halüsinasyon ve hezeyanlara karşı içgörü olması

Ajitasyonun organik sebeplerinde ayırıcı tanı

Enfeksiyonlar	HIV, menenjit, sifiliz, ensefalit
Yoksunluk	Alkol, benzodiazepin, opioid
Akut metabolik	Karaciğer/renal yetmezlik, Ca ve Na bozuklukları, porfiri
Travma	Kafa travması, sıcak çarpması, yanıklar, ameliyat sonrası durumlar
MSS hastalıkları	İnme, tümör, kanama, multiple skleroz, nöbet, Alzheimer demansı, multienfarkt, normal basınçlı hidrosefali, Parkinson hastalığı, Wilson hastalığı
Hipoksi	Anemi, kardiyak/pulmoner yetmezlik, karbon monoksit
Yetmezlik	B12, folat, tiamin, niasin
Endokrin bozukluk	Hiper ve hipoadrenalizm, hipo ve hipertirodi, hiper/hipoglisem, hiper/hipoparatiroidizm
Akut vasküler	Hipertansif ensefalopati, vaskülit, şok
Toksinler	İlaçlar, çözücüler, böcek zehirleri
Ağır metal	Arsenik, kurşun, manganez, civa, talyum
Madde kötüye kullanımı	Kokain, amfetamin, PCP (fensiklidin), Lizerjik asit dietilamid (LSD), inhalanlar

Ajitasyonun psikiyatrik nedenleri için ayırıcı tanı

- Şizofreni
- Şizoaffektif bozukluk
- Kısa reaktif psikoz
- Bipolar affektif bozukluk manik ve mikst
- Erişkin otizmi
- Akut stres bozukluğu
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Dissosiyatif bozukluk
- Aralıklı patlayıcı bozukluk
- Karma emosyonel özellikli uyum bozuklukları
- Mental retardasyon
- Davranım bozukluğu
- Akatizi

Psikiyatrik sebepli ajitasyonun belirti ve işaretleri

- Psikiyatrik hastalık öyküsü
- Psikiyatrik hastalığa bağlı dekompanzasyonla ilişkili eski ajitasyon epizotları hikayesi
- Genellikle psikiyatrik hastalık nedeniyle ortaya çıkan işitme halüsinasyonları, paranoid delüzyonlar, psikotik semptomlara karşı içgörü yetersizliği gibi belirtiler.

Kişilik bozukluklarıyla ilgili etiyoloji

- Antisosyal
- Sınır (borderline)
- Narsistik
- Histriyonik
- Paranoid

Ajitasyon riskinin yüksek olduğu durumlar

- Tedavi ekibinin hastanın bir isteğini erteleme veya reddetmesi, hastanın bir hakkının sınırlandırılmış olması (servis dışına çıkma, izin, sigara içme gibi)
- Tedavi ortamı ile ilgili kural ve düzenlemelerin hastaya hatırlatılması, zorla uygulanmasının gerekmesi.
- Tedavi ekibi ya da diğer hastalar tarafından, hastanın bir etkinlikten alınması, yapmakta olduğu bir eylemi durdurmasının istenmesi,
- Hastanın tırmanmasının diğer bir hasta tarafından tetiklenmesi (saygısızca davranış, haksızlık, sözel veya fiziksel tehdit ya da şiddete maruz kalma, maruz kaldığını düşünme)

Eksite hastaya müdahalenin hedefleri

- Hastanın, tedavi ekibinin ve çevredekilerin **güvenliğinin** sağlanması
- Hastanın **davranışları üzerindeki kontrolünün** sağlanması
- Tırmanmaya neden olabilecek şekilde **hastanın isteği dışında yapılan girişimlerden** kaçınılması
- Mümkün olduğu kadarıyla hastanın **kısıtlanmaması**

Güvenliğin Sağlanması

- **Güvenliği sağlarken;**
 - Hastanın kendisinin,
 - Varsa refakatçisinin
 - Diğer hastaların ve yakınlarının
 - Personelin (doktor, asistan, hemşire, psikolog, stajyer, intörn, diğer yardımcı personel)
- Güvenliğine müdahalenin her aşamasında dikkate edilmeli.

Güvenliğin sağlanmasında dikkat edilecek hususlar

- Ajitasyonu tırmandırabilecek etkenlerden uzak (kalabalık, gürültü seviyesi, sıcaklık, aşırı uyarılmaya neden olacak diğer etkenler vb.)
- Ortam şiddet aracı olarak kullanılacak nesnelere arındırılır.
- Hastanın elindeki kesici, delici aletler hastanın elinden doğrudan teslim edilmesi istenmez, yere bırakması istenir.
- Hastayla güvenli mesafe korunur.
- Personel müdahale boyunca hastaya sırtını dönmemelidir.
 - Sürekli ajitasyonun tırmanmasıyla ilgili işaretleri takip etmeli.

Güvenliğin sağlanmasında dikkat edilecek hususlar

- Hastanın nakline davet ile başlanır. Mümkün olduğu kadar zor kullanmaktan kaçınılır.
- Ajitasyon ihtimalinin yüksek olduğu durumlarda tüm ekip bu konuda bilgilendirilmiş olmalıdır.
- Müdahalenin başında çok kişinin olması hastanın ajitasyonunu artırabilir.
 - Bunun yanında bir sorun çıktığında destek verecek personelin bulunması

Güvenliğin sağlanmasında dikkat edilecek hususlar

- Hastaya müdahale ederken kendisine yardım etmeye ve kendisi ve çevresindekilerin güvenliğini sağlanmaya çalışıldığı hissettirilir.
- Görüşmecinin çıkış yolunun açık olmasının sağlanması vazgeçilmez ve temel güvenlik önlemidir.
 - Benzer şekilde hastanın da görüşmeyle fiziksel çatışma yaşamadan ortamdaki çıkabilmesine olanak da verilmelidir.
- **TEDAVİ PERSONELİNİN HER DURUMDA BİREBİR FİZİKSEL MÜDAHALEDEN UZAK KALMAYA ÇALIŞMASI GEREKİR.**
- Müdahalenin her aşamasının kaydının tutulması sonraki aşamalarda personelin istenmeyen yasal sonuçlardan kaçınması için şarttır.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

- Kişisel alana saygı gösterme
- Kışkırtıcı olmama
- Sözel iletişimin kurulabilmesi
- Açık ve net olma
- Hastanın dinlenmesi
- İstek ve duygularının belirlenmesi
- Koşul ve kuralların ortaya konması
- Seçenek sunulması

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Kişisel alana saygı gösterme

- Eksite hastalar kişisel alan konusunda daha hassastır.
- Hastayla görüşen kişi arasında her ikisinin de tehdit altında hissetmeyeceği güvenli sınırlar içinde olduğu kabul edilen bir mesafe bırakılmalı
 - En az iki kol uzunluğu
- Hareket olanağının kısıtlandığı hastaya hissettirilmemeli
- Kesinlikle hastaya dokunmayın

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Kışkırtıcı olmama

- Görüşmecini sözel ve beden dili kışkırtıcı olmamalı
- Hastanın göremeyeceği bir konumdan yaklaşmak ajitasyonu arttırabilir.
- Görüşmeci hastaya mesaj iletirken;
 - Hastayı anlamaya çalıştığını,
 - Yardımcı olmak istediğini
 - Yardım konusunda yetkili olduğunu
 - Katı bir kişi olmadığını
 gösterir şekilde davranmalıdır.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Kışkırtıcı olmama

- Elleri yumruk yapmamalı, kollarını kavuşturmamalı, hastayı tam karşısına almamalı, doğrudan göz teması kurmaktan kaçınmalı
- Görüşmecinin mimik ve jestleri vermeye çalıştığı mesajlarla uyumlu olmalı.
 - Örn. Gülme bazen hastalar tarafından alay olarak algılanabilir.
- Görüşmeci hastaya sakinlik modeli sağlamalıdır
 - Durum ne kadar gergin ve tehlikeli olursa olsun görüşmeci sözleri ve davranışlarıyla bunu hastaya iletmez.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Kışkırtıcı olmama

- Hastaya yetkili kişiyle görüştüğü mesajı verilirken yersiz otorite davranışından kaçınılmalı
- Bireyin otonomisine saygı gösteren eşitler ilişkisi kurulmaya çalışılır.
 - Hasta oturamıyorsa görüşmeci de oturmamalı, hasta oturuyorsa aynı yükseklikte oturmaya dikkat edilmeli.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Sözel iletişimin kurulabilmesi

- Ajitasyonun şiddet ve saldırganlığa dönüşmesini önlemenin en etkili yolu hastanın içinde bulunduğu durumu aktarmanın ve durumun üstesinden gelmenin başka yolları olduğuna ikna etmektir. → sözel iletişim gerekir.
- İletişim kuran kişi;
 - Hastaya kendini tanıtır.
 - İkinci çoğul şahıs kipi kullanır
 - Doğrudan hastaya ismiyle seslenmez

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Açık ve net olma

- Hastanın anlayabileceği açıklık ve netlikte konuşulur.
- Tıbbi jargondan, terimlerden kaçınılır.
- Sözcük seçimine dikkat edilir.
- Hastanın anlaşıldığını ifade ederken tekrarlar gerekirse hastanın kullandığı kelimeler kullanılmaya çalışılır.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Hastanın dinlenmesi

- Hastanın iletteği mesajların anlaşıldığını, dikkate alındığını ve önemsendiğini belli edecek şekilde karşılanması, sözel ve beden diliyle hastaya bunun yansıtılması ve geribildirim verilmesi önemlidir.
- Empati içeren aktif dinleme stratejileri kullanılması önerilir.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

İstek ve duygularının belirlenmesi

- Gerçekleştirilmesi her durumda mümkün olmasa da hastaların talebinin ne olduğu ortaya konulmalıdır.
- Bazen tırmanmaya sebep olan şey hasta tarafından iyi anlatılmayan veya çevresindekilerin anlamadığı kolayca yerine getirilebilecek bir talep olabilir.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Koşul ve kuralların ortaya konması

- Kendine ya da başkasına zarar vermesine;
 - İzin verilemeyeceği,
 - Görmezden gelinemeyeceği,
 - Birtakım sonuçlarının olacağı
- tehditkar olmayan bir dille anlatılmalı.
- Kuralların herkes için geçerli olduğu rasyonel dayanakları olan ve tedavi ortamının gerektirdiği ilkeler olduğu vurgulanmalı.
- Kontrolü kaybettiğinde tedavi ekibince kontrolün sağlanacağı belirtilmelidir.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Seçenek sunulması

- Hastaya göre içinde bulunduğu durumdan çıkmak/kurtulmak için seçenekler sınırlıdır.
- **Tırmandırmama yaklaşımının esasında sözel iletişimi akılcı ve işlevsel bir seçenek olarak sunmak vardır.**
- Seçeneklerin tükenmediği, kendini kontrol etmesinin kendi seçimi olabileceği, kontrolü tamamen kaybetmediğini hissettirmek önemlidir.

Tırmanmayı yatıştırma girişimleri

Seçenek sunulması

- Seçenek sunarken;
 - Gerçekleşmesi mümkün olmayan vaatlerde bulunulmamalı
 - Yalan söylenmemeli
- Hastaya neyin yatışmasına yardımcı olabileceğini sormak bazı durumlarda faydalı olabilir.
- Hastaya zorunlu hallerde ilaç kullanılmasının gerekebileceği anlatılır. Mümkünse ilaç seçimine hasta da dahil edilmeye çalışılır.
 - Hastanın işbirliğinin olduğu durumlarda ağızdan ilaç verilmesi tercih edilir.

Ajitasyonun farmakolojik tedavisi

- Antipsikotik ajanlar
 - Tipik antipsikotikler
 - Atipik antipsikotikler
- Benzodiazepinler

Ajitasyonun farmakolojik tedavisi

Tipik Antipsikotikler

Klorpromazin (Largactil®)

- Oral ve IM
- Fenotiyazin türevi, düşük potensli tipik antipsikotik
- Antikolinergik, antihistaminergik, antiadrenergik
- Konfüzyon, hipotansiyon, nöbet eşliğinde düşme, QT aralığında uzama (IM>Oral)

Haloperdol (Norodol®)

- Oral, IV** ve IM
- Butirofenon türevi, yüksek potensli tipik antipsikotik
- Daha az antikolinergik, antihistaminergik, antiadrenergik
- Düşük dozda güvenle kullanılır
- Yüksek dozları EPS ve akut distoni ile ilişkili
- Psikotik bozukluğa bağlı ajitasyonda 5-10 mg/gün kullanılabilir.

Ajitasyonun farmakolojik tedavisi

Atipik Antipsikotikler

- Serotonin-dopamin antagonisti. 5-HT_{2A}, D₂ ve H₁ reseptör afinitesi olanlar sedasyon yapar.
- Daha az EPS görülürken ortostatik hipotansiyon, QT_c aralığında uzama yaparlar
- İşbirliği kurabilen hastalarda risperidon tablet formu

Ajitasyonun farmakolojik tedavisi

Atipik Antipsikotikler

- Olanzapin ağızda eriyen formu kolay kullanılır ama enjeksiyon formunun benzodiazepinlerle beraber kullanılması tehlikeli
- Alkol zehirlenmesine bağlı ajitasyonda atipik antipsikotikler kullanıldığında yan etkiler daha çok çıkar. (ziprasidon ve olanzapinle oksijen saturasyonlarında azalma)
- Alkol zehirlenmesine bağlı ajitasyonda ilk seçenek benzodiazepin 2. seçenek haloperidol.

Ajitasyonun farmakolojik tedavisi

Benzodiazepinler

- En yaygın kullanılanlar;
 - Diazepam
 - Lorazepam
 - Klonazepam
- Stimülan zehirlenmesi ve etanol kesilmesine bağlı ajitasyonlarda kullanılırlar.
- Psikotik belirtilere bağlı ajitasyonda antipsikotiklerle birlikte kullanılırlar.

Ajitasyonun farmakolojik tedavisi

Benzodiazepinler

- Paradoksik ajitasyona yol açabilirler
- Damar içi enjeksiyonları solunum depresyonu yapabilir.
 - Lorazepam ve diazepamın içinde çözücü olarak bulunan propilen glikol zehirlenmesi görülebilir.
- İntramusküler enjeksiyonlarının biyoyararlanımı düşüktür.
- Kronik stimülan kullanımına bağlı ajitasyon tedavisinde antipsikotik>benzodiazepin.

Konversif Nöbet

Tanım

- İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da başka bir fiziksel hastalık düşündürülen semptom ya da defisitlerin varlığı
- Bu semptom ya da defisite eşlik eden psikolojik etkenler
- Bu semptom ya da defisit amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta
- Mutlaka yeterli bir incelemeden sonra, nörolojik, diğer tıbbi durum ve madde ile ilgili semptom ve defisitler dışlanmalı

Konvülsif Belirtiler

Nöbetlerin özellikleri;

- Sosyal ortama yanıt
- Yere düşüş yavaş
- Kenetlenme, bazen opistotonus
- Tonik-klonik düzenli ardışık kasılma yok
- Dil ısırma, idrar kaçırma nadir
- Bilinç kaybı yok.
- Kornea refleksi var.
- Plantar yanıt fleksör
- EEG normal
- Nöbet sonrası prolaktin düzeyinde artış yok

Epileptik nöbet vs. Konversif Nöbet

Konversif nöbet

- Nöbetin süresi, birkaç dakika-birkaç saniye
- EEG, nöbet sırasında bozuk, interiktal dönemde normal olabilir
- İnkontinans, sık
- Nöbete karşı tavır, egodistonik
- Stresle bağlantı, genellikle yok
- Gözlemci, yalnız
- Sterotipik davranış, evet
- Telkine yatkınlık, hayır
- Postiktal konfüzyon, sık
- Antikonvulzanlara yanıt, genellikle verir
- Nöbetteki olayları anımsama, hayır
- Bizar nöbet davranışı, nadir
- Fiziksel yaralanma, sık
- Başlaması, genellikle ani

Epileptik nöbet

- Nöbetin süresi, değişken, uzun
- EEG, normal
- İnkontinans, nadir
- Nöbete karşı tavır, egosintonik
- Stresle bağlantı, genellikle var
- Gözlemci, genellikle var
- Sterotipik davranış, genellikle yok
- Telkine yatkınlık, genellikle verir
- Postiktal konfüzyon, nadir
- Antikonvulzanlara yanıt, genellikle vermez
- Nöbetteki olayları anımsama, sıklıkla evet
- Bizar nöbet davranışı, sık
- Fiziksel yaralanma, nadir
- Başlaması, genellikle yavaş