

## Bölüm 13

# ACIL SERVİS ŞARTLARINDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINA YAKLAŞIM

Pınar ERASLAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Psikiyatrik acil servise gelen hastalarda duygu, düşünce ve davranış alanlarında bireyin bedensel, zihinsel, toplumsal işlevlerini belirgin ölçüde etkileyen belirtiler görülür (1). Psikiyatrik acil durumlar genellikle ajitasyon, saldırganlık, dürtüsellik, psikoz, suicidal ve homosidal düşünceler olmak üzere yıkıcı davranış riski içerir. Acil psikiyatrik başvurular giderek artmaktadır ve başvuruların yaklaşık %3-12'sini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır (2,3). Acil servislere yapılan psikiyatrik başvuruların da yaklaşık %13'ünü bipolar bozukluk oluşturmaktadır (4). Psikiyatrik acil servise başvuran bipolar bozukluk tanılı hastalar değişik duygudurum belirtileri sergilerler. Çökkün, coşkulu, öfkeli, sinirli ve ajite durumda olarak şiddete eğilimli davranışlar gösterebilirler. Çoğu zaman, bu hastalar şaşkın ve dağınık bir durumdadır, genellikle sanrılar ve / veya varsanılar eşlik eder (4). Bu belirtiler hasta ile iletişim kurulmasını ciddi bir şekilde engelleyebilir.

Psikiyatrist, acil ve acil olmayan tıbbi ve psikiyatrik sorunları tespit edip buna göre bir strateji geliştirip yol almalıdır. Akut davranış bozuklukları değerlendirilirken hastanın mevcut primer psikiyatrik hastalıklarının rolünü de belirlemek gerekir (5). Saldırganlık ve intihar acildeki en önemli sorun alanlarıdır. Bu sorunlara yönelik riskler dikkatle değerlendirilmeli, yerleştirmenin belirlenmesinde bu riskler göz önünde bulundurulmalıdır.

Tedavi stratejileri farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri içermelidir. Kullanışlı farmakolojik ajanlar duygudurum dengeleyicileri, dopaminerjik, serotonerjik ilaçları ve atipik antipsikotikleri içerir. Farmakolojik olmayan yöntemler çevresel düzenleme ve/veya psikoterapötik önlemlerdir. Uygun ve sabit bir uyaran seviyesine ve kişilerarası sınırlara ulaşmayı amaçlayan davranışsal ve

<sup>1</sup> Psikiyatri Uzmanı, TBMM Devlet Hastanesi, dr\_pinartekin@yahoo.com.tr

açabileceği bir ortam oluşturulmalı, mahremiyetine saygı duyulmalı, güvenliği sağlanmalı, çevresel uyarılar azaltılmalı, hasta ve hekimin eşit seviyelere oturmasını sağlayan bir düzenleme yapılmalıdır. Hastaya, hastanın durumunun onun algıladığı kadar umutsuz durumda olmadığını, depresyonun veya diğer koşulların geçici ve tedavi edilebilir olduğunu sık sık vurgulamak gerekir. Hastaya doğrudan umutsuzluk duygularını, ölme isteğini, intihar düşüncelerini ve varsa planını sormak önemlidir (80,81). Planı varsa, bu planın ne kadar ölümcül olduğunu, hastanın planı gerçekleştirmek için hangi adımları attığını, planın gerçekleşmesi için hangi koşulların gerekli olduğunu belirlemek; hastanın artık geleceği düşünmediğini gösteren sözel veya sözel olmayan ipuçlarını aramak, hastanın kontrol kaybı korkusunu hafifletmek için mümkün olan her şeyi yapmak gerekir (80). Aşırı uyarılma, aktivasyon ve davranışsal labiliteyi azaltmak için farmakolojik ve farmakolojik olmayan adımlar planlanmalıdır. Lityumun özkıyımı önlemede etkin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (82).

## **SONUÇ**

Bu yazıda acil servise başvuran bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılması gereken temel noktalar ele alınmıştır. Öncelikle hastanın, ailesinin ve sağlık çalışanının güvenliğini sağlamak temel hedef olmalıdır. Acil bakımdan yerleştirmeye kadar hekimin zamanı iyi idare etmesi önemlidir. Altta yatan diğer tıbbi ve psikiyatrik durumları dışladıktan sonra hastanın sergilediği temel belirtiyeye göre tedavi planı oluşturulmalı, ajite hastalarda gerekli çevresel uyarım sağlanmaya çalışılmalıdır. Akut ajite hastalarda, hastayla iş birliği sağlanabiliyorsa öncelikle sözel olarak hasta yatıştırılmaya çalışılmalı, oral ilaç alımı denenmeli, hasta tedaviye uyum göstermiyorsa enjeksiyon ilaç formları tercih edilmelidir. Hasta ile iletişim kurulamıyor ve/veya çevresi ve kendisi için ciddi tehlike riski taşıyorsa en son seçenek olarak bağlama ve yalıtma gibi kısıtlama yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir. Hastayla etkin bir iletişim için hekimin empatik ve güvence veren tutarlı yaklaşımı önemlidir. Son olarak, bu hasta grubunda intihar riski her zaman akılda tutulmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar, acil servis, ajitasyon, mani

## **KAYNAKLAR**

1. Kocaman N. Emergency Psychiatric Nurse. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3:61-74.
2. Kısa C, Aydın OD, Cebeci S, et al. Acil Psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi. Yeni Symposium Dergisi. 2001;39:174-180.
3. Kerrison SA, Chapman R. What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. Accid Emerg Nurs. 2007;15:48-55.
4. Mulder, CL. & van Hemert, AM. (2011). Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie [Epi-

- demology of the emergency psychiatry]. In: RA Achilles, RJ Beerthuis, WM van Ewijk, eds. Handboek Spoedeisende Psychiatrie [Handbook Emergency Psychiatry]. Amsterdam: Benec-ke. N.I.
5. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. Postgrad Med.2001;(spec no):1-88.
  6. Ng SV, Rosenheck RA. Severe mental illness and emergency department service use nationally in the Veterans Health Administration Gen Hosp Psychiatry. 2017;44:61-66.
  7. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. Treatment of behavioral emergencies. J Psychiatr Pract. 2005; 11(suppl 1):5-108.
  8. Schatzberg AF, DeBattista C. Phenomenology and treatment of agitation. J Clin Psychiatry. 1999;60(suppl15):17-20.
  9. Zeller SL, Citrome L. Managing. Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. West J Emerg Med. 2016;17(2):165-172.
  10. Holloman GH Jr, Zeller SL. Overview of project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. West J Emerg Med. 2012;13(1):1-2.
  11. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Psychopharmacology Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):26-34.
  12. Currier GW, Farley-Toombs C. Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. Psychiatr Serv. 2002;53:138.
  13. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, et al. Reason for using seclusion and restrain in psychiatric inpatient care. Int J Law Psychiatry. 2003;26:139-149.
  14. Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA. Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. Adm Policy Ment Health. 2004;31:449-463.
  15. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. J Adv Nurs. 2007;58:140-149.
  16. Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. J Psychiatr Pract. 2007;13:308-317.
  17. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. Br J Psychiatry. 2007;191:298-303.
  18. Sclafani MJ, Humphrey FJ 2nd, Repko S, et al. Reducing patient restraints: a pilot approach using clinical case review. Perspect Psychiatr Care. 2008;44:32-39.
  19. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):3-10.
  20. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA. 1990;264(19):2511-2518.
  21. Janssen Pharmaceuticals, Inc (2019) HALDOL Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <http://www.janssenlabels.com/package-insert/product-monograph/prescribing-information/HALDOL-pi.pdf> adresinden ulaşılmıştır)
  22. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract. 2005;11(Suppl 1):5-108.
  23. Jhee SS, Zarotsky V, Mohaupt SM, et al. Delayed onset of oculogyric crisis and torticollis with intramuscular haloperidol. Ann Pharmacother. 2003;37(10):1434-1437.
  24. Pfizer Inc. (2015) Geodon Prescribing Information. . (23.08.2019 tarihinde <http://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=584> adresinden ulaşılmıştır)
  25. Eli Lilly and Company. (2018) Zyprexa Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <https://pi.lilly.com/us/zyprexa-pi.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
  26. Otsuka Pharmaceutical Company. (2014) Abilify Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2014/021436s038,021713s030,021729s022,021866s023lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/021436s038,021713s030,021729s022,021866s023lbl.pdf) adresinden ulaşılmıştır)

27. Citrome L. Comparison of intramuscular ziprasidone, olanzapine, or aripiprazole for agitation: a quantitative review of efficacy and safety. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(12):1876-1885.
28. Janssen Pharmaceuticals, Inc. (2018) Risperdal Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <http://www.janssenlabels.com/package-insert/product-monograph/prescribing-information/RISPERDAL-pi.pdf> adresinden ulaşılmıştır)
29. Thyssen A, Remmerie B, D'Hoore P, et al. Rapidly disintegrating risperidone in subjects with schizophrenia or schizoaffective disorder: a summary of ten phase I clinical trials assessing taste, tablet disintegration time, bioequivalence, and tolerability. *Clin Ther*. 2007;29(2):290-304.
30. Pratts M, Citrome L, Grant W, et al. A single-dose, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sublingual asenapine for acute agitation. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(1):61-68.
31. Pacciardi B, Calcedo A, Messer T. Inhaled Loxapine for the Management of Acute Agitation in Bipolar Disorder and Schizophrenia: Expert Review and Commentary in an Era of Change. *Drugs R D*. 2019 Mar;19(1):15-25.
32. Teva Pharmaceuticals USA I. (2018) Adasuve Prescribing Information. (23.08.2019 tarihinde <https://www.adasuve.com/PDF/AdasuvePL.pdf> adresinden ulaşılmıştır)
33. Lesem MD, Tran-Johnson TK, Riesenbergr RA, et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. *Br J Psychiatry*. 2011;198(1):51-58.
34. Kwentus J, Riesenbergr RA, Marandi M, et al. Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial with inhaled loxapine. *Bipolar Disord*. 2012;14(1):31-40.
35. Nordstrom K and Allen MH. Alternative delivery systems for agents to treat acute agitation: progress to date. *Drugs*. 2013;73(16):1783-1792.
36. Zedie N, Amory DW, Wagner BK, et al. Comparison of intranasal midazolam and sufentanil premedication in pediatric outpatients. *Clin Pharmacol Ther*. 1996;59(3):341-348.
37. Barratt ES, Stanford MS, Felthous AR, Kent TA. The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1997;17:341-349.
38. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellikğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2:254-280.
39. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1783-1793.
40. Swann AC, Janicak PL, Calabrese JR et al. Structure of mania: subgroups with distinct clinical characteristics and course of illness in randomized clinical trial participants. *J Affect Disord* 2001;67:123-132.
41. Güleç H, Tamam L, Usta H, et al. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:198-203.
42. Swann AC, Koslow SH, Katz MM, et al. Lithium carbonate treatment of mania: cerebrospinal fluid and urinary monoamine metabolites and treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:345-354.
43. Chow LY, Chung D, Leung V, et al. Suicide attempt due to metoclopramide-induced akathisia. *IntJClinPract*. 1997;51:330-331.
44. Lane RM. SSRI-induced extrapyramidal side-effects and akathisia: implications for treatment. *JPsychofarmacol*. 1998;12:192-214.
45. Buchanan A, Reed A, Wessely S, et al. Acting on delusions, II: the phenomenological correlates of acting on delusions. *Br J Psychiatry*.1993;163:77-81.
46. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *BrJPsychiatry*. 2000;176:345-350.
47. Knutson B, Wolkowitz OM, Cole SW, et al. Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention. *Am J Psychiatry*. 1998;155:373-379.
48. Sheard MH. Effect of lithium in human aggression. *Nature* 1971; 230:113-114.
49. Olvera RL. Intermittent explosive disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2002;16:517-526.

50. Gobbi G, Gaudreau PO, Leblanc N. Efficacy of topiramate, valproate, and their combination on aggression/agitation behavior in patients with psychosis. *J Clin Psychopharmacol.* 2006; 26:467-473.
51. Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR, et al. Pattern of response to divalproex, lithium, or placebo in four naturalistic subtypes of mania. *Neuropsychopharmacology.* 2002;26:530-536.
52. Mattes JA. Oxcarbazepine in patients with impulsive aggression: a double-blind, placebo controlled trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2005; 25:575-579.
53. Beran RG, Gibson RJ. Aggressive behaviour in intellectually challenged patients with epilepsy treated with lamotrigine. *Epilepsia.* 1998;39:280-282.
54. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:427-451.
55. Volavka J, Czobor P, Nolan K, et al. Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or halo-peridol. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24:225-228.
56. Little JD, Taghavi EH. Disinhibition after lorazepam augmentation of antipsychotic medication. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1099-1100.
57. Fehr BS, Ozcan ME, Suppes T. Low doses of clozapine may stabilize treatment-resistant bipolar patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;255:10-14.
58. Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, et al. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2001;101:195-197.
59. Lane RM. SSRI-induced extrapyramidal side-effects and akathisia: implications for treatment. *J Psychopharmacol.* 1998;12:192-214.
60. Krakowski MI, Czobor P, Citrome L, et al. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:622-629.
61. Ernst CL, Bird SA, Goldberg JF, et al. The prescription of psychotropic medications for patients discharged from a psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:720-726.
62. Soltis RP, Cook JC, Gregg AE, et al. Interaction of GABA and excitatory amino acids in the basolateral amygdala: role in cardiovascular regulation. *J Neurosci.* 1997;17:9367-9374.
63. Benes FM. The role of stress and dopamine-GABA interactions in the vulnerability for schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 1997;31:257-275.
64. Juhl RP, Tsuang MT, Perry PJ. Concomitant administration of haloperidol and lithium carbonate in acute mania. *Dis Nerv Syst.* 1977;38:675-676.
65. Wassef AA, Hafiz NG, Hampton D, et al. Divalproex sodium augmentation of haloperidol in hospitalized patients with schizophrenia: clinical and economic implications. *J Clin Psychopharmacol.* 2001;21:21-26.
66. Lancee WJ, Gallop R, McCay E, et al. The relationship between nurses' limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 1995;46:609-613.
67. Melle I, Friis S, Hauff E, et al. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatr Serv.* 1996;47:721-726.
68. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, et al. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2002;58:273-280.
69. Krauthammer C, Klerman GL. Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illnesses or drugs. *Arch Gen Psychiatry.* 1978;35:1333-1339.
70. Fava GA, Kellner R. Prodromal symptoms in affective disorders. *Am J Psychiatry.* 1991;148:823-830.
71. Lam D, Wong G, Sham P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder--a naturalistic study. *Psychol Med.* 2001;31:1397-1402.
72. Miklowitz DJ. Longitudinal outcome and medication noncompliance among manic patients with and without mood-incongruent psychotic features. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180:703-711.
73. Lieberman PB, Strauss JS. The recurrence of mania: environmental factors and medical treatment. *Am J Psychiatry.* 1984;141:77-80.

74. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(suppl 9):47-51.
75. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985;142:559-563.
76. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, et al. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1680-1687.
77. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:14-19.
78. Barratt, ES. & Patton JH. (1983) Impulsivity: cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. In: Zuckerman M, ed. *Biological Basis of Sensation-Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
79. Simon TR, Anderso M, Thompson MP, et al. Assault victimization and suicidal ideation or behavior within a national sample of US adults. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:42-50.
80. Dilsaver SC, Chen YR, Swann AC, et al. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry*. 1995;151:1312-1315.
81. Craig TJ, Ye Q, Bromet EJ. Mortality among first- admission patients with psychosis. *Compr Psychiatry*. 2006;47:246-251.
82. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, et al. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA*. 2003; 290:1467-1473.