

Bölüm 15

ACİL SERVİSE BAŞVURAN PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI HASTALARIN TEDAVİ YÖNETİMİ

Veysel DOĞAN¹

GİRİŞ

Psikiyatrik acil, bireyin duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtilerin hasta veya çevresindekiler için tehlike oluşturduğu ve acil müdahale edilmesi gereken patolojik bir tablodur (1). Genel hastanelerin acil servislerine yapılan başvuruların %3-12'sinin psikiyatrik başvurular olduğu bildirilmektedir (2,3). Psikiyatri hastalarındaki medikal hastalık insidansının %24-82 arasında olduğu, genel tıbbi duruma bağlı mental bozuklukları da içeren psikiyatrik belirtilere neden olduğu düşünülen medikal hastalık insidansının %5-30 arasında değiştiği, bu nedenle psikiyatrik acil olarak gelen hastaların tümünde zorunlu olarak genel tıbbi değerlendirme yapılması gerektiği ileri sürülmüştür (4).

Psikotik bozukluk tanısı genel tıbbi duruma bağlı olmadığı anlaşılmış ve başka bir psikiyatrik tanı ile açıklanamayan hastada sanrı, varsanı ve dağınık konuşma şikayetlerinden birinin veya daha çoğunun olması durumunda konulur. Bu belirtilere ileri derecede dağınık davranış veya katatoni davranışı eklenebilir (5).

Klinisyen psikotik belirti ile acil servise gelen hastada şiddet olasılığını her zaman düşünmelidir. Hasta tarafından yaralayıcı alet taşınması durumunda güvenlik görevlileri harekete geçirilmelidir. Potansiyel bir şiddet olgusu ile asla yalnız ya da kapalı kapılar ardında görüşülmemelidir. Klinisyen diş ve yumruk sıkılması, sözel tehdit, yaralayıcı alet kullanılabilirliği, alkol ve madde entoksikasyonu, paranooid sanrılar ve emir veren işitsel varsanılar gibi olası şiddet işaretlerine karşı uyanık olmalıdır. Güvenliği sağlamak üzere yeterli sayıda güvenlik görevlisi hazır bulundurulmalıdır (6).

Klinisyen kendisi ve çevredekilerin güvenliği sağlandıktan sonra hastada ilk

¹ Uzman Doktor, Alaattin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, psikiyatrveysel@gmail.com

Tablo 5: Acilde kullanılabilecek ortalama ilaç dozları:

Olanzapin 2.5-5 mg oral,
Risperidon 0.5-2 mg oral,
Ketiapin 25-100 mg oral,
Aripiprazol 10-15 mg oral,
Haloperidol 0.5-2 mg oral veya im,
Lorazepam 0.5-2 mg oral veya im.

Acil servis ortamlarında ilaç tedavisi başlanmamalıdır. İlaç tedavisinin gerekliliğini anlamada hastaya ne kadar iyi yardımcı olunursa, hastanın ilaç tedavisine uyumu ve acil servis sonrası takiplerine devamının da o kadar iyi olacağı hatırlatılmalıdır. Ayaktan takipte diğer ilişkili durumlarla birlikte ilaç tedavisi de ayarlanmalıdır (14).

Yüksek dozlarda ya da sık aralıklarla ilaç tedavisi düzenlenmesi gerekiyorsa, kendisine ya da başkasına zarar verebilecek kadar dağınık ise, davranışları toplum içerisinde çatışmalara neden olacak kadar bizar ise, geri döndüğünde sosyal çevresi semptomlarını artıracaksa, neden olduğu kargaşaya aile artık dayanamayacak hale gelmişse ve kriz yönetimi başarısız olmuşsa hastanın hastaneye yatırılması gerekir (1).

SONUÇ:

Acilde psikotik bozukluk tanılı hastanın tedavi yönetiminde öncelikli olarak hekim kendisi, hasta ve çevredekilerin güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalı, güvenlik sağlandıktan sonra hastanın ilaç tedavisine ve/veya kapalı psikiyatri servisinde yatarak tedavi altına alınmasına yönelik adımlar atılmalıdır.

Anahtar kelime: psikoz, acil, tedavi, fiziksel kısıtlama, antipsikotik, hastane yatışı

KAYNAKLAR

1. Karlıdere T. Psikiyatrik acil durumlar 2012. Güleç C, Köroğlu E, (ed). Psikiyatri temel kitabı. s. 544-61. Basım yeri: Ankara Hekimler Yayın Birliği
2. Sayıl I. Acil Psikiyatri, 1987. Basımevi: Ankara Üniversitesi Basımevi
3. Bekaroğlu M, Bilici M. Psikiyatrik aciller. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt II. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998,p.835-552.
4. Balcıoğlu İ, Psikiyatri Dışı Branşlarda Karşılaşılan Psikozlar, Bölüm1, Yasin Hasan Balcıoğlu, İbrahim Balcıoğlu (ed). Basımevi: Nobel Tıp Kitabevi 2017.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM5), Tanı ölçütleri Başvuru El kitabından, Ertuğrul Köroğlu (Çev.ed.) Basım yeri: Hekimler Yayın Birliği, Ankara

6. Benjamin James Sadock, M.D. Virginia Alcott Sasodc, M.D. Kapan&Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 2005, Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt (Çev. Ed) s: 382-395, Güneş tıp kitabevi
7. Allen MH, 2002, *Emergency Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC
8. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA et al: Clinical Policy: Critical issues in the diagnosis and management, *Ann Emerg Med* 2006;47:79-99
9. Banyal N, Bhattacharyya D, Yadav P. Study to determine the prevalence of substance use and factors associated with it, in first-episode of psychosis, *Industrial Psychiatry Journal*, 2018;2:264-270
10. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, et al: Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res* 1997 26:181-190
11. Walsh E, Buchanan A, Fahy T, Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002 180: 490-495
12. Wallace C, Mullen PE, Burgess P: Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Amj Psychiatry* 2004 161:716-727
13. Swanson JW, Swartz MS, Von Dorn RA, et al: A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 63. 490-499
14. Jorge R. 2008, *Acil Psikiyatri El Kitabı*, Murat COŞKUN (Çev.ed.) s:77-82, Basım evi:İstanbul Tıp Kitapevleri
15. James OD, Robert EH, Young JS, et al. The American Psychiatry Publishing Board Review Guide for Psychiatry Nesrin Dilbaz (Çev edi), 2014: 635-646, Basımevi Güneş Tıp Kitabevi
16. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, et al: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 1990: 41:761-770
17. Borum R, Swartz M, Swanson J: Assessing and managing violence risk in clinical practice. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 1996: 4:204-215
18. Silver E, Mulvey EP, Monahan J: Assessing violence risk among discharged psychiatric patients : toward an ecological approach. *Law Hum Behav*, 1999: 2:237-255
19. Link BG, Andrews H, Cullen FT: The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992: 57:275-292
20. Madhusoodanan S, Opler MGA, Moise D, et al. Brain tumor location and psychiatric symptoms: is there any association? A meta-analysis of published case studies. *Expert Rev Neurother*. 2010;10:1529-36.
21. Uduz Ş, Yurdagül E, Aydın H, et al. İnterferon Alfa Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk, Olgu Sunumu, *Klinik psikiyatri dergisi*. 2003;6:170-173