

Bölüm 16

PSİKOMOTOR AJİTASYON NEDİR? NASIL YÖNETİLİR?

Ömer NART¹

GİRİŞ

Hayati tehlike arz eden ve hızlı müdahale gerektiren durumlar acil durum olarak adlandırılmaktadır. Psikiyatrik acil durumlar; hastanın kendisini veya başkalarını riske sokan, kendisinin veya çevresinin zarar görmemesi için hızlıca müdahale edilmesi gereken davranış değişiklikleridir. En sık görülen psikiyatrik acil durumlar arasında intihar davranışı, kendine zarar verme davranışı, depresif ya da manik ataklar, alkol madde intoksikasyonu veya yoksunluğu ve psikomotor ajitasyon yer alır (1). Psikomotor ajitasyon sıklıkla psikiyatri servisinde görülmekle birlikte acil servis ve diğer klinik birimlerde de karşılaşılabilen bir tablodur. Psikomotor ajitasyonun tanınması ve yaklaşım konusunda fikir sahibi olunması önem arz etmektedir.

Bu kitap bölümünde acil servis ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikomotor ajitasyonun tedavi yönetiminin gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır.

1-PSİKOMOTOR AJİTASYON

Psikomotor ajitasyon, artmış motor aktivite ve huzursuzluk hissiyle beraber iç ve dış uyaranlara yüksek yanıt verme olarak tanımlanır. Genellikle içsel gerginliğin, sıklıkla anksiyetenin dışavurumu olarak gözlenen yerinde duramama, ellerin ovuşturulması, bacak ve parmaklarda artmış hareket gibi artmış psikomotor etkinlikle seyreden bir tablodur (2). Psikomotor ajitasyon psikiyatrik bozukluğu olan olgularda sık görülen bir durumdur. Sıklıkla acil servislerde görülmekle birlikte, yataklı birimlerde ve ayaktan tedavi ortamlarında da görülebilen, hızlı müdahale edilmesi gereken bir tablodur (3). Dünyada tüm psikiyatrik acillerin %2,6-52'sini saldırganlıkla gitmeyen ajitasyon olguları oluşturur (1). Psikomotor

¹ Uzm. Dr. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nartomer21@hotmail.com

yan bazı teknikler kullanılarak hastanın gerginliği azaltılmaya çalışılmalıdır. Bu teknikler yetersiz kaldığında farmakolojik müdahale ve/veya fiziksel kısıtlamayla hasta kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır. Bütün işlemler bu konuda eğitim almış personeller tarafından gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil, Müdahale, Psikomotor Ajitasyon

KAYNAKLAR

1. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2019;41(2):153-167.
2. Başar K, Özdemir Rezaki H. Akut ajitasyonun değerlendirilmesi ve acil yaklaşım. *Psikiyatride Güncel*, 2015;5(2):96-109.
3. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2016;17(2):86-128.
4. Battaglia J. Pharmacological Management of Acute Agitation. *Drugs*, 2005;65(9):1207-1222.
5. Iroku-Malize T, Grissom M. The agitated patient: Steps to take, how to stay safe. *The Journal of Family Practice*, 2018;67(3):136-47.
6. Petit, JR. (2006). *Acil Psikiyatri El Kitabı*. (1. Baskı). (Murat COŞKUN Çev. Ed.). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
7. Powell G, Caan W, Crowe M. What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? *British Journal of Psychiatry*, 1994;165(1):107-112.
8. Kasper S, Baranyi A, Eisenburger P, et al. Die behandlung der Agitation beim psychiatrischen notfall. *Konsensus-Statement - State of the art*. *Clin Neuropsych Sonderausgabe*, 2013.
9. Morrison EF. A hierarchy of aggressive and violent behaviors among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 1992;43(5):505-506.
10. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Practice*, 2011;17(3):170-185.
11. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2006;30(4):586-598.
12. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 2005 ;28(3):701-711.
13. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):17-25.
14. Ramadan M. Managing psychiatric emergencies. *The Internet Journal of Emergency Medicine*, 2006;4(1):1-9
15. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006; 67(10):13-21.
16. Stowell K, Florence P, Harman H, et al. Psychiatric evaluation of the agitated patient: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA psychiatric evaluation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):11-16.
17. Stevenson S, Otto MP. Finding ways to reduce violence in psychiatric hospitals. *Journal for Healthcare Quality*, 1998;20(4):28-32.
18. Wilson M, Pepper D, Currier G, et al. The psychopharmacology of agitation: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):26-34.
19. Knox D, Holloman G. Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2012;13(1):35-40.