Psikiyatrik Aciller

Acile getirilen fiziksel veya emosyonel stres altındaki kişi kırılgandır. Bu kişilerin gerçeklikten uzak çeşitli beklenti ve fantezileri olabilir, bunların varlığı hastaların tedaviye yanıtlarını ve sağlık personeli ile iletişimlerini etkiler

Örneğin…….

• Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş ve polis tarafından acile getirilmiş bir hasta sağlık personelinin kendisine yardım etmeye çalıştığını anlamayabilir. Doktora hemşireye hostil olabilir-saldırabilir

• Veya, bazı hastalar geçmişteki kötü deneyimlerine dayanarak sağlık personelinin kendisine yardım etmeye çalıştığını anlamayabilir

Değerlendirme – Genel Strateji

I) Kendini güvene al

• Hastayı görmeden önce mümkün olduğunca hasta hakkında bilgilenin

• Hastanın fiziksel stabilizasyonunu deneyimli personele bırakın

• Hastadan gelebilecek saldırı-şiddete karşı uyanık olun

• Görüşme odasında güvenli bir yere oturun ***(etrafta varsa objeleri al, kapıya yakınotur)***

• Gerekirse görüşme odasında yardımcı personel bulundurun

• Hastayla işbirliği kurmaya çalışın (ona sen şizofrensin, sen akıl hastasısın gibi

açıklamalardan kaçın)

II) Olabilecek zararı-yaralanmayı önle

– Değerlendirme esnasında hastanın kendine zarar vermesini veya intihar etmesini önlemelisiniz

– Başkalarına yönelen şiddeti önlemelisiniz. Görüşme sırasında hastanın şiddet eğilimini değerlendirmelisiniz.

Şayet şiddet eğilimi olduğunu fark ederseniz:

• Hastaya şiddetin kabul edilebilir bir şey olmadığını, bir çözümde olmadığını belirtiniz

• Hastaya onu korkutmayacak şekilde yaklaşmalı ve sakinleştirmelisiniz

• ilaç tedavisi önermelisiniz

• Gerekirse tesbit edilebileceği ve ilaç tedavisi uygulanacağı bilgisini vermelisiniz

• Yardımcı personelin yanınızda hazır olmasını sağlamalısınız (tüm bu koşmaları yapmadan önce)

– Tesbit edilen hasta yakın takip edilmeli, vital fonksiyonları yakınen izlenmelidir

III) Organik mental bozuklukları dışla

IV) Psikozu dışla

Hasta güvenliği

• Hastayla sözel iletişime girmek mümkün değil veya artık hasta sözel iletişime girmiyorsa

– Hastanın tesbit edilme veya hastaya ilaç tedavisi başlatılması düşünülmeli eğer gerekiyorsa da hemen uygulamaya geçilmelidir

Tıbbi (organik) mi?, psikiyatrik mi?

– DM, tiroid hastalıkları, akut intoksikasyonlar, yoksunluk durumları, AIDS, kafa travmaları psikiyatrik bir hastalığı taklit edebilir

– Genel olarak tıbbi durumların mutlak tedavisi gerekir aksi takdirde ölümcül olabilir **Altta organik bir neden olduğunu şüphelendiren psikiyatrik tablolarda klinik nasıl olur?**

• Akut başlangıç (dakikalar veya saatler içinde)

• ilk epizod

• Geriyatrik hasta

• Tıbbi hastalık ya da travma öyküsü

• Belirgin madde kötüye kullanımı öyküsü

• işitsel olmayan diğer algı kusurlarının varlığı

• Bilinç bulanıklığı, oryantasyon bozukluğu, bellek bozukluğu, dikkat dağınıklığı, ***diskalkuli*** *(dyslexia gibi, beyinde bir bölgenin doğru işlememesinden kaynaklanan, ve de zekanın diğer yönlerini etkilemese de kişinin matematik soruları çözmesinde, sayısal kavramları anlamasında sorun yaratan bozukluk)*, soyutlama yeteneğinde bozulma

• Konuşma, hareket, denge bozuklukları

• ***Apraksi*** varlığı

Apraksi (Yunanca: *άπραξία* eylemsizlik), fiziksel yeterliliği ve hareket etme arzusu olmasına rağmen, öğrenilmiş anlamlı hareketleri gerçekleştirme yeteneğinin kaybı olarak görülen bir nörolojik bozukluktur. Sonradan oluşan ya da gelişimsel olan motor planlama bozukluğudur ancak koordinasyon eksikliği, algısal kayıp, ya da basit emirleri anlayamama nedeniyle oluşmaz. Apraksi, dili anlamama veya üretememe bozukluğu olan afazi ya da bir eylemi gerçekleştirme arzusu eksikliği olan abuli ile karıştırılmamalıdır.

Apraksinin çeşitli türleri bulunur:

ideomotor (bir motorhareket emrinigerçekleştirememe, örneğin “dişlerini fırçalıyormuş

■

gibi yap ” ya da “selam ver” gibi) – doktorlar tarafından en sık karşılaşılan türüdür, *uzuv apraksisi*, kol ve bacak hareketleri dahil olduğunda,

■

sözel dışı-oral (emir verildikten sonra yüz hareketlerini yerine getirememe, örneğin

■

dudakları yalama, ıslık çalma, öksürme ya da göz kırpma gibi),

■ *fikirsel* (özel bir hareket için planlama yapamama ya da fikir yürütememe, örneğin, “bu kalemi al ve adını yaz”),

■ *uzuv-kinetik* (bir uzuv ile hassas hareketler yapamama),

sözel (konuşma için gerekli hareketleri planlamada zorluk, konuşma apraksisi olarak da

■

bilinir)

yapısal (basit konfigürasyonları kuramama ya da çizememe),

■

okülomotor (gözü hareket ettirme zorluğu)

▪

Her tür, azalan karmaşıklık düzeylerinde test edilebilir; eğer test edilen kişi emirleri uygulayamazsa test eden hareketi kendisi yapar ve taklit edilmesini ister ya da gerçek bir nesne verilerek (örneğin diş fırçası gibi) kullanması istenir.

Apraksi ile birlikte bir dil bozukluğu olan afazi de görülebilir.

ideomotor apraksi hemen hemen her zaman insan beyninin genellikle sol yarıküresinde dilin baskın olduğu bölümlerde lezyonlar sonucu oluşur. Bu hastalarda genellikle

apraksiye afazi de eşlik eder.

Spesifik durumlarda görüşme teknikleri

• **Psikotik hasta**

– Hastaya kim olduğunuzu açıklayın

– Uzun süreli göz temasından kaçının

– Hastayı öfkelendiren konularda empatik yaklaşın

– Şikayetçi olduğu konular için ne yapılabileceğini sorun

– Ajite ise hasta görüşmeyi kısa tutun

– Hastanın size güven duymasını sağlayın

– Hastaya su, çay vs ikram etmeyin

– Mümkünse diğer hastalardan ayrı bir yerde görün (güvenli)

– Müdahale yapılacaksa kısa net açıklamalar yapın, hastayla tartışmayın

• **Depresyon ve intihar riski olan hasta**

– Empatik yaklaşımla yakınmalarını sorun

– intihar düşüncelerinin olup olmadığını açık ve net bir şekilde sorun

– Geçmişte hiç intihar girişiminiz oldu mu? Hiç ölmüş olmayı dilediniz mi? Şu anda intihar düşünceleriniz var mı?

İntihar etme riski yüksek olan hastaların özellikleri

• Geçmişte intihar girişiminin olması

• Ailede intihar öyküsünün olması

• Dürtüsel davranışların varlığı

• Umutsuzluk-geleceğe ilişkin karamsar düşüncelerin varlığı

• Daha önce ajite-sorun çıkaran biri iken umulmadık biçimde sakinleşen sessizleşen hasta

• Ergen veya yaşlı hasta

• Erkek hasta

• Tek yaşamak (bekar, dul, boşanmış)

• Ağır şiddette psikiyatrik hastalık

Hastanın intihar etme riski yüksekse

– Yatış yapılmalıdır, ekip ve hasta yakınları bilgilendirilip uyarılmalıdır

Saldırgan hasta – Altta yatan nedenler

• Psikoaktif maddenin tetiklediği organik mental durumlar

• Antisosyal kişilik bozukluğu

• şizofreni, bipolar bozukluk

• Paranoid kişilik bozukluğu

• Dekompanse obsesif kompulsif kişilik bozukluğu

• Disosiyatif bozukluklar

• idiyosinkratik alkol entoksikasyonu

• Dürtü kontrol bozukluğu

• ***Beyin tümörü***

• ***Temporal lob epilepsisi***

• ***Enfeksiyonlar***

• ***Aşırı strese sekonder***

Hızlı sakinleştirme

– Bu kavramın karşılığı olarak ***"hızlı nöroleptizasyon"***, ***"hızlı trankilizasyon"*** gibi kavramlar kullanılmaktadır

Acil psikiyatrik durumlarda tedavi

• Bu hastaların sakinleştirilmesinde **yüksek potensli antipsikotikler** ve bunlardan***en sık Haloperidol (Norodol)*** kullanılır

• ***Haloperidol genellikle hasta sakinleşinceye kadar yarım ila bir saat aralarla 5-10 mg kas içine uygulanır (NORODOL 5 mg/1 ml solüsyon içeren ampul i.m./i.v.)***

• Uygulama sırasında hastaya, yapılacak ilacın ne olduğu ve yapılma nedeni deaçıklanmalıdır (örneğin; bu sakinleştirici ilacı senin rahatlaman ve kendini daha iyi kontrol edebilmen amacıyla veriyoruz vb.)

• ***Haloperidol EPS oluşturabileceği için kas içi biperiden (Akineton 5mg/1ml amp, Akineton 2mg tb) oral ya da kas içi olarak Haloperidol ile birlikte ya da sonradan uygulanır***

Sakinleştirmede **düşük potensli antipsikotikler** de kullanılabilmektedir

• ***Klorpromazin (Largactil) 25 mg amp/5ml kas içi*** en fazla 50 mg/g kullanılabileceğini ileri sürenler yanında, ortostatik hipotansiyon açısından temkinli olmak kaydıyla 400 mg/g'ekadar çıkılabileceğini bildirenlerde vardır

• ***Klorpromazin yaşlı ya da mental retarde hastalarda ve alkol kullanımı olanlarda, epilepsi eşiğini düşürebileceği için kullanılmamalıdır***

Antipsikotik-benzodiyazepin birlikte kullanımı

• Hasta sakinleşinceye kadar yarım-bir saat aralarla 5 mg haloperidol (Norodol) im ve 2.5 mg Lorazepam (Ativan) oral aynı anda verilebilir

• ***Hibernasyon 1'er amp (norodol+akineton+largactil)***

Deliryum Tremens

• **Belirtiler**

– Bilinç bulanıklığı

– Anksiyete, ajitasyon, insomni

– Psikomotor aktivitede artma veya azalma

– Otonomik hiperaktivite belirtileri (terleme, taşikardi, bulantı, kusma, tansiyon yüksekliği veya düşmesi, ağız kuruluğu, yüzde kızarıklık)

– Nörolojik belirtiler (dil, el, kol, bacaklarda tremor, DTR'de artış, epileptik nöbet, dizartrik konuşma)

Alkol yoksunluk Deliryumu (Deliryum Tremens)

• Benzodiyazepinler (yerine koyma tedavisi)

• Yükleme dozuyla başlanır. Oral alamıyorsa iv verilir. Belirtiler kontrol altına alındıktan sonra yavaş azaltılarak 10-15 günde kesilir

– ***Diazepam*** (nervium 5mg/tb) günde 80-100mg'a kadar

– Lorazepam (Ativan 2.5mg/tb) her 4-6 saate bir 2-4mg

• Sıvı-elektrolit desteği saglanır

• Hipoglisemi giderilir

• Tiamin desteği 100mg/gün, 3X1, 3 gün. Takip eden günlerde oral B vitamini takviyesi (Benexol tb, Apikobal tb 1×1 veya 2×1)

• ***Hasta çok ajite ise haloperidol (norodol) 10-20mg/gün verilebilir***

Alkol İntoksikasyonu

• Hasta koma-yarı koma halinde ise solunum ve dolaşım işlevlerinidestekle

• Hipoglisemi varsa giderilir

• Sıvı elektrolit dengesizliği giderilir

• Wernicke ensefalopatisini önlemek amacıyla 100mg iv/im uygulanır

• ***Hasta huzursuz ve sıkıntılı ise kısa etkili BZD***, lorezepam (ATiVAN) 2-4 mg (dilaltı) verilebilir

• ***Hasta ajite ve seda tize etmek gerekirse haloperidol 5- 10mg im verilebilir***

Dissosiyasyon konversiyon ile gelen hasta

– ***Öncelikle organik etiyolojiyi dışlanır***

– Uygun ortamda hasta ile empatik görüşme yapılır

– Bu yöntemle çoğu hasta açılabilir

– Uzun dönemli tedavi amacıyla psikiyatriye yönlendirmek uygun olur

Panik atak ile başvuran hasta

– ***Öncelikle organik etiyolojiyi dışlanır***

– Sakin bir ortamda panik atağı tetikleyebilecek stresörler araştırılır

– Mevcut yakınmalarının psikolojik nedenlerle oluştuğu yönünde bilgi verilir

– Hastanın anksiyetesine yönelik alprozolam 0.25- 0.5mg oral verilir. Yarım saate kadar

rahatlayacağı konusunda bilgilendirilir

– Uzun vadeli tedavisi için psikiyatriye yönlendirilir

Fiziksel kısıtlama yönteminin kullanımı (tesbit)

– Birinci amaç hastanın ya da başkalarının zarar görmesini ve tedavi ortamının tahrip edilmesini önlemektir

– Fiziksel kısıtlama; eğer ilaç tedavisi yetersiz kalmışsa ve şiddet davranışı ya da tedavi ortamından kaçma tehdidi söz konusu ise kullanılmalıdır

– Fiziksel kısıtlamayı sağlama konusunda eğitimli personelin varlığından emin olunmalıdır. ***Eğer hastanın bilinci açık ise, bu işlem öncesinde ve işlem sürecinde hastaya***

bu işlemin neden yapıldığı açıklanmalıdır

– ***Hastanın bacakları açık olacak şekilde yanlara bağlanır (diz üstü veya ayak bileği). Bir***

kol yanda diğer kol başın üzerinden tespit edilir