

ACİL SERVİSE BAŞVURAN PSİKİYATRİK OLGULAR VE KONSÜLTASYON-LİYEZON PSİKİYATRİSİ**PSYCHIATRIC CASES ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT AND CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY****Uz. Dr. Mehmet Hamdi ÖRÜM****Psikiyatri, Kahta Devlet Hastanesi, Adıyaman, Türkiye****ÖZ**

Psikiyatrik acil durumlar, bir hastanın, tedavi edilmediği takdirde kendisine veya çevredeki diğer kişilere zarar verebilecek akut bir davranış, düşünce veya ruh hali bozukluğu olarak tanımlanabilir. Psikiyatrik aciller hasta ve yakınlarında gerilime neden olur. Bu kriz durumlarının yönetimi, iyi bir organizasyon, etkin bir donanım ve profesyonel yaklaşımlar gerektirir. Acil servis personeli stresle etkin bir şekilde baş edebilme, olayları değerlendirip doğru ve hızlı karar verebilme, sabırlı ve sakin olma özelliklerine sahip olmalıdır. Psikiyatrik aciller üç grupta toplanır: Bireyin yaşamını tehdit eden durumlar (intihar, entoksikasyon vb), başkalarının yaşamını tehdit eden durumlar (saldırganlık) ve yaşamın akışını tehdit eden durumlar (psikotik atak, yas reaksiyonu, istismar vb). Psikiyatrik acillerde amaç hasta ve yakınlarının stresini azaltmak, krizi kontrol altına almak ve genel olarak acil durumu yatıştırmaktır. Antipsikotikler ve anksiyolitikler tedavide en sık kullanılan farmakolojik ajanlardır.

Anahtar Sözcükler: Acil Tıp, Psikiyatrik Aciller, Konsültasyon, İntihar, Ajitasyon

ABSTRACT

Psychiatric emergencies can be defined as an acute behavioral, thought or mood disorder of a patient that, if left untreated, could harm themselves or others in the environment. Psychiatric emergencies cause tension in the patient and their relatives. Management of these crisis situations requires a good organization, effective equipment and professional approaches. Emergency service personnel should have the ability to effectively cope with stress, evaluate events and make correct and fast decisions, and be patient and calm. Psychiatric emergencies are divided into three groups: situations that threaten the life of the individual (suicide, intoxication, etc.), situations that threaten the life of others (aggression), and situations that threaten the flow of life (psychotic attack, mourning reaction, abuse, etc.). The aim of psychiatric emergencies is to reduce the stress of patients and their relatives, to control the crisis and to calm the emergency situation in general. Antipsychotics and anxiolytics are the most commonly used pharmacological agents in treatment.

Keywords: Emergency Medicine, Psychiatric Emergencies, Consultation, Suicide, Agitation

GİRİŞ

Psikiyatrik aciller, hastaların düşünce süreçleri ve davranışlarında ortaya çıkan ve işlevselliklerini bozan akut değişikliklerdir. Hastalar, temel başa çıkma mekanizmalarının gerçek veya algılanan koşullar nedeniyle yetersiz kaldığı bir kriz durumundadır. Bu kriz sürecinde başvuru alan ilk merkezler, psikiyatrik tablonun potansiyel tıbbi nedenlerinin araştırılmaya başlandığı veya hasta ve çevresinin güvenliğinin sağlandığı acil servislerdir.¹ Gün geçtikçe acil servis pratiğindeki konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP) uygulamalarıyla ilgili bilgiler artmaktadır.² Acil servis hekimleri, göğüs ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı veya bunlara benzer acil olabilecek durumlarda olduğu gibi ajitasyon, intihar düşüncesi veya madde ile ilişkili akut tablolarda da bu alanın uzmanlarıyla irtibata geçmektedir. Bununla birlikte, tüm nefes darlığı olan hastaların bir göğüs hastalıkları uzmanı tarafından görülmesi gerekmediği gibi, psikiyatrik tablodaki tüm hastaların da bir psikiyatri hekimi tarafından görülmesi gerekmez. Diğer bir ifadeyle, acil servis pratiğindeki KLP hizmetlerinin uygun şekilde kullanımı mevcut durumun tüm muhataplarını ilgilendirmektedir. Belirli bir düzene göre çalışan bir acil servis KLP süreci, hastaların en uygun zaman ve koşullarda tedavi almalarını sağlayacak, hekimlerin görev karmaşasına bağlı zaman kaybı yaşamasının önüne geçecektir.^{3,4} Bu derlemede, ülkemizdeki uygulamalar esas alınarak, acil servislerde sık karşılaşılan psikiyatrik tablolardan, konsültasyon istemlerinden ve psikiyatrik açıdan hasta yönetiminden bahsedilecektir.

Başvuru ve Ön Tanı

Bir psikiyatrik acil durumun yönetiminde en önemli adım, ilk değerlendirmedir. Acil servise, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ambulans) aracılığıyla, kendi imkânlarıyla ya da başka yollarla başvuran hasta, sağlık personelinin ve diğer bireylerin güvenliğinin sağlanabileceği sessiz ve ayrı bir alanda ya da odada değerlendirilmelidir. Odanın kapısı açık tutulmalı ve odada saldırı aracı olarak kullanılacak eşyalar bulunmamalıdır. Gerekli durumlarda güvenliği sağlayacak bir personel odada hazır bulunmalıdır. Hasta sakinleştirilmeye çalışılmalı ancak bu yapılamıyorsa hasta gerekiyorsa fiziksel olarak tespit edilmelidir. Açık ve gizli kriz durumları ayırt edilmelidir.⁵

Değerlendirme, hastayla ilk karşılaşmada başlar. Hastaya müdahale etme hızı, süresi ve biçimi mevcut duruma göre değişir. Tıbbi ve psikiyatrik öykü ve muayene, laboratuvar ve görüntüleme bulguları değerlendirme sürecinin parçalarıdır. Etkili bir müdahale için hekimin hastaya amaç-yönelimli, rasyonel ve empatik yaklaşması uygundur. Tedirgin, saldırgan ve

intihara meyilli hastalarda, sağlık personelinin dikkatli ve uyanık olması gerekir. Akut psikotik durumlar, manik atak, saldırganlıklar, intihar düşünceleri veya girişimleri, kriz müdahalesine ihtiyaç duyulan durumlardır. Her durum kendi bağlamında değerlendirilir ve farklı müdahaleler gerekebilir. Madde entoksikasyonu veya yoksunluğu, deliryum ve travmatik beyin hasarı, kısa zamanda müdahale edilmesi gereken olası organik durumlardır. Bunlar yanında psikiyatri polikliniğine başvurmakla ilişkili etiketlenme (stigmatizasyon veya damgalama) endişesi, acil servisten hekime ulaşmanın kolay ve hızlı olması gibi sebeplerle acil olmadığı halde acil servise başvuran ve KLP sürecine dâhil edilen hastalar vardır. Acil servis hekimlerine bu anlamda önemli görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Acil servise yapılan psikiyatrik başvurularda da diğer birçok tıbbi durumda olduğu gibi triyaja ihtiyaç duyulmaktadır. Acil servis hekimlerinin diğer tıbbi durumlarda olduğu gibi psikiyatrik acillerde de temel düzeyde bilgi sahibi olması beklenir. Ayrıca psikiyatrik acillerin bir kısmı adli süreçlerle de ilişkilidir.^{5,6}

Çevreye zarar verme ile karakterize (homisidal) psikiyatrik acillerde öncelikle altta yatan olası tıbbi ve nörolojik bozuklukların dışlanması gerekmektedir. Miyokart enfarktüsü, hipotiroidizm, anjina pektoris, postiktal durum, subaraknoid kanama, inme bu olası durumlardan bazılarıdır. Bu durumlarda hastalarda oryantasyon bozukluğu, ataksi, varsanı, sanrı, hafıza bozukluğu, dürtü artışı, gerginlik, aşırı korku ve çarpıntı gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtiler de, uyuşturucu madde ya da psikotrop maddelerin aşırı alımı ya da yoksunluğu, deliryum, demans, akut psikotik bozukluk, şizofreni, manik atak ve panik bozukluk gibi psikiyatrik durumlardan kaynaklanabilir. Kendine zarar verme ile karakterize (suisidal) psikiyatrik acillerde depresyon, alkol bağımlılığı, akut stres tepkisi, dürtü kontrol kaybı ve ambivalan yapıya bağlı olarak, intihar düşüncesi, intihar girişimi ve self mutilasyon görülebilir.⁶⁻⁸

Psikotik Eksitasyon ve Manik Atak

Psikoz ve mani ile ilişkili durumlarda hastalar abartılı ve garip davranışlar sergilerler; sıra dışı ve dezorganize düşünürler; yoğun ve uygunsuz duygusal tepkiler gösterirler. Bu belirtilere sahip olan hastalarda öncelikle organik durumların dışlanması gereklidir. Bu tıbbi durumlar, enfeksiyon, deliryum, metabolik sorunlar, endokrin bozukluklar, ilaçlar, madde ile ilişkili durumlar ve merkezi sinir sistemi (MSS) bozukluklarını içerir. Psikiyatrik belirtilere neden olan tıbbi durumlar, psikiyatrik durumlardan kaynaklanan belirtilerle birlikte olabilir.⁹⁻¹¹ Organik durumların tedavisi psikiyatrik durumların tedavisinden farklıdır. Deliryum, psikotik atakla karışabilir. Deliryum tablosunun psikozdan ayırımında belirtilerin ortaya çıkış süreci,

bilinç bulanıklığının olup olmaması, bilişsel değişiklikler ve tıbbi olası sebeplerden yararlanır.¹²

Psikoz ve mani tablolarında hastaların saldırgan olabileceği göz önünde bulundurulduğunda öncelikle hasta ve çevresinin güvenliği sağlanmalıdır. Mümkünse bir taraftan hastanın vital bulguları değerlendirilmelidir. Hasta uyumsuz ise hastanın uyumu artana kadar beklenebilir. Hasta ve yakınlarından bilgi alınmalıdır. Varsa hastanın geçmiş dosyaları hasta kayıt sistemi aracılığıyla incelenmelidir. Hasta acil serviste görüldüğünde sakın olsa bile bunun her an değişebileceği unutulmamalıdır. Hasta yakınlarından hastanın kendine veya başkalarına zarar verme öyküsü olup olmadığı öğrenilmelidir. Alkol ve madde kullanım öyküsü sorgulanmalıdır. Gerekli durumlarda, uygun koşullar altında toksik madde taraması yapılmalıdır. Oryantasyon ve gerçeği değerlendirme yetisi (iç görü) değerlendirilmelidir. Nörolojik muayenenin en kısa zamanda gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Olası nörolojik patoloji düşüncesi varsa hasta uyumlu ise beyin görüntüleme bulguları elde edilmelidir.^{13,14}

Psikotik ya da manik belirtileri olan hastalar genellikle fiziksel kısıtlamaya ve antipsikotik (AP) ilaca ihtiyaç duyarlar. Konuşmaya istekli değildirler. Bu hasta gruplarında her ne kadar yatarak tedavi ihtiyacı fazla olsa da her ilçe ya da ilde psikiyatri servisi ya da boş yatak bulunmayabileceğinden, yatış süreci başlatılana kadar hastaların bir süre acil serviste bekletilmesi gerekebilir. Hastaların bu süreyi daha rahat geçirmesi, il ya da ilçe dışı sevklerde sorun yaşanmaması açısından hastaların tedavi edilmesi elzemdir. Tedavide amaç, saldırganlığı, ajitasyonu en kısa zamanda yatıştırmaktır.¹³ Bu amaçla AP ve benzodiyazepinler (BZD) kullanılabilir. Haloperidol 30 ya da 60 dakika aralıklarla 5-10 mg dozunda (günlük maksimum 40-100 mg) kas içine (IM) en sık uygulanan ilaçtır. AP'lerin ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkilerine karşı genellikle haloperidol ile birlikte ya da yan etki ortaya çıktığında biperiden 5 mg'lık ampul IM ya da 2 mg biperiden per oral (PO) uygulanabilir. Klorpromazin, 25 mg'lık ampüllerde bulunmaktadır ve ortostatik hipotansiyon riski kontrol edilebilecek hastalarda IM olarak uygulanabilir. BZD grubu ilaçların IM uygulamalarında bağımlılık riski bulunduğu ve etkinin ne zaman başlayacağı tam olarak kestirilemeyeceği için teorikte önerilmekle birlikte klinik pratikte özellikle psikiyatri hekimleri tarafından genellikle uygulanmaz.¹⁵ Yatış yeri temin edilen hasta en kısa zamanda sevk edilmelidir. Tahmini sevk süresine ve son ilaç uygulamasının zamanına bağlı olarak acil servisten ayrılmadan önce hastaya son bir defa daha AP enjeksiyonu yapılabilir.¹³

Konversiyon Bozukluğu

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın beşinci versiyonunda (DSM-5) fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu (FNSB) olarak adlandırılan konversiyon bozukluğu (KB), güç kaybı, anormal hareketler, yutamama, konuşamama, epileptik olmayan bayılma, anestezi, olağandışı duysal sorunlar ile karakterize olan ve genel tıbbi durumla ilişkisi olmayan belirtiler kümesidir.¹⁶ Belirtilerin ortaya çıkmasında psikolojik faktörlerin rolü olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizde görülme oranının %4,5-32 arasında olduğu bildirilmiştir. KB'ye başka psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi sık görülmektedir. Majör depresif bozukluk (MDB) bunlardan en sık görülenidir. Ayrıca kişilik bozukluğu belirtileri de KB hastalarında sıklıkla bildirilmektedir. Eğitim düzeyi ve ülkenin gelişmişlik düzeyi arttıkça KB sıklığı azalmaktadır.¹⁷

KB hastaları gerek hastalığa bağlı belirtilerle gerekse ek hastalıklara bağlı belirtilerle acil servislere sıklıkla başvurmaktadır. Bayılma, intihar girişimi, duyu kaybı ve ajitasyon bu belirtilerden bazılarıdır.^{3,18} Ülkemizde, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin (RSHH) acil psikiyatri polikliniklerine yapılan başvuruların %12-47'sini KB hastaları oluşturmaktadır.¹⁹ İkinci ve üçüncü basamaktaki hastanelerin de acil servislerine KB hastaları sıklıkla başvurmaktadır. Silik ve çoklu belirtilerle başvuru daha sıktır. Kardiyopulmoner sistemde göğüs ağrısı, gastrointestinal sistemde mide ağrısı ve dispepsi, genitoüriner sistemde ağrı, kas ve iskelet sisteminde yorgunluk ve motor ve duyu kaybı başlıca etkilenen alanlardır. Belirtiler genellikle aniden ve bir stres olayını takiben ortaya çıkar. Acil servis hekim ve personelinin hastayı sakin ve sessiz bir alana alması, hasta güvenliğinin sağlanması önemlidir. Hasta yakınlarından öykünün dinlenmesi elzemdir. Hastanın fizik muayenesi belirtiler ile anatomik alanın uyumsuz olduğunu gösterir. Altta yatan bir organik patoloji saptanamaz. Temaruz ile ayırımı önemlidir. Temaruz bilinçli yapılan bir durumken, KB hastanın bilinç dışı yaptığı bir durumdur. Bu nedenle KB hastalarına rol yaptığı yönünde konuşmalar yapılmamalıdır.²⁰ KB'nin epilepsi ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. KB'de epilepsiden farklı olarak nöbet süresi daha uzun, fiziksel kendine zarar verme daha az, dil ısırma seyrek, idrar kaçırma seyrek, siyanoz yok, postiktal konfüzyon yok, reflekslerde değişme yok, elektroensefalografi bulguları normal, ikincil kazanç varlığı ve stres öyküsü yaygındır.²¹

KB olduğu düşünülen ve güvenli bir ortama alınan hastayla birebir iletişim kurulup, güvende olduğu ve anlaşıldığı vurgulanmalıdır. Kriz durumunda AP ve BZD'ler kullanılabilir. AP olarak 5 mg Haloperidol IM olarak uygulanabilir. Hem hasta hem de hasta yakınlarına stres durumuyla ortaya çıkan klinik tablo arasındaki ilişki açıklanmalı ve kendi aralarındaki iletişim sorunları üzerine yoğunlaşmaları söylenmeli ve hasta psikoterapiye yönlendirilmelidir. KB hastalarında ikincil kazancın pekiştirilmemesi için hastaneye yatış nadiren uygulanmaktadır.

Unutulmamalıdır ki, başlangıcın akut olması, belirgin bir stres etkeninin olması, KB belirtileriyle tedavinin başlangıcı arasındaki sürenin kısa olması, eşlik eden ruhsal ya da tıbbi bozukluğun olmaması, zekâ düzeyinin ortalamanın üzerinde olması iyi prognoz göstergeleridir. Bazı hastanelerdeki KLP verilerindeki acil servis KB konsültasyonlarının daha düşük olmasının bu bölgelerdeki KB sayılarının düşük olmasından ziyade hastanenin işleyiş şartlarıyla ilişkili olabilir. Acil servis hekimleri bazı durumlarda psikiyatri hekimine başvurmadan hastaları yönetmekte ve acil servisin işleyişinin hızlanmasına katkı sağlamaktadır.^{20,21}

Temaruz ve Yapay Bozukluk

Kişinin bazı isteklerini yerine getirmek, bir kazanç elde etmek veya sorumluluktan kaçmak amacıyla var olan bir rahatsızlığını aşırı derecede abartması veya olmadığı halde bir rahatsızlığı varmış gibi göstermesi durumuna temaruz ya da simülasyon adı verilir. Semptomlar tamamen bilinçli olarak ortaya konduğu için psikiyatrik bir bozukluk olarak değerlendirilmez ancak ayırıcı tanıda önemlidir. Bu kişiler genellikle bir görevden kaçmak, bir gelir elde etmek, sorumluluk ya da cezalardan ve iş yapmaktan kurtulmak için bu yola başvururlar. Mahkûmlarda ve askerlik gibi durumlarda daha sık görülür. Temaruz tanısının konulmasında, kişilik bozukluğu belirtileri ve yasal sorunlar sorgulanmalıdır. Kişinin ileri sürdüğü fiziksel sorunu ile nesnel bulgular arasında tutarsızlık varsa, değerlendirme sırasında iş birliği kurmaktan kaçınıyor ve uygulanan tedaviye uyum göstermiyorsa temaruzdan şüphelenmelidir.²² Temaruz, belirtilerin ortaya çıkmasında dış uyaranların etkisinin olmaması ile yapay bozukluktan ayırt edilir. Hastalık rolünün devamı için içsel bir gereksinim olması yapay bozukluğu düşündürür. Temaruz, belirtilerin kasıtlı ve amaçlı olması yönüyle de KB ve diğer somatoform bozukluklardan ayırt edilir.^{23,24}

Acil servis pratiğinde de bahsedilen nedenlerle fiziksel herhangi bir belirtiyyle başvurulara rastlanmaktadır. Hastalarla sağlıklı bir iletişim sağlanmalı, sosyal sorunlarla mevcut durumunun ilişkisi vurgulanmalı, yakınları varsa onlarla, yakınları yoksa amirleriyle görüşülüp fiziksel bir hastalıktan ziyade ilişkisel ve görevsel sorunlar üzerine odaklanması salık verilmelidir. Acil servis şartlarında bir psikiyatri hekimini tarafından muayene edilmemiş olsa bile, taburculuk sonrası psikiyatri poliklinik başvurusu önerilmelidir. Psikiyatri pratiğinde, psikoterapi, ilaç tedavisi, aile terapileri ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) temaruz ve yapay bozukluk tedavisinde kullanılan yöntemlerdir.²³

İntihar Düşüncesi ve Girişimi

İntihar, bir kişinin ruhsal bir bozukluğun sonucu olarak kendini öldürmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2017 yılı verilerine göre her yıl dünya genelinde 800 bin insan intihar

nedeniyle ölmektedir. On beş ila 29 yaşları arasındaki kişilerin en sık ikinci ölüm nedenidir. İntihar ile ilişkili üç önemli kavram vardır: Tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesi. Bütün intihar girişimleri önemli olmakla birlikte, bazı yöntemler girişim sonucunda ölüm riskini artırmaktadır. Pestisit, ateşli silah, yüksekten atlama ve ası şiddetli yöntemler olarak adlandırılırken, ilaç içimi daha az ölüm riski barındıran şiddetli olmayan yöntemler olarak adlandırılır. Geçmiş intihar girişimi öyküsü, alkol ve madde bağımlılığı, yakın veya önemli akraba kaybı, uzun süreli depresif belirtiler, psikiyatrik tedavi öyküsü, fiziksel hastalık, işsizlik, emeklilik, kişilik bozukluğu komorbiditesi gibi faktörlerin intihar riskini artıracakları unutulmamalıdır. İntihar girişimleri, tamamlanmış intiharlara göre 40 kat daha fazla görülür. İntihar, çoğunlukla ruh sağlığı alanıyla ilgili bir konu olmakla birlikte, girişimle ilgili başvurular acil servislere, düşünceyle ilgili başvurular aile hekimlerine olmaktadır.^{25,26}

Acil servise başvuran ve depresif belirtileri olan hastalar intihar düşüncesi açısından sorgulanmalıdır. Ruhsal durum muayenesi, intihar değerlendirme sürecinin temel unsurudur. Bu değerlendirme sürecinde, sağlık profesyoneli hastanın genel tıbbi durumu ve mevcut zihinsel durumu hakkında bilgi edinir. Bu bilgiler ile sağlık profesyoneli, intihar ile ilişkili düşünce ve davranışların varlığını ve riskini belirler, acil müdahaleleri planlar ve tedavi süreçlerini belirler. Sağlık profesyonelinin intiharı değerlendirirken hastanın geçmiş kayıtlarından yararlanmalı ve aile üyeleri ile iletişim halinde bulunmalıdır. İntihar düşüncesi, “Hayatın yaşamaya değer olmadığını hiç hissettiniz mi?”, “Hiç uyumayı ve uyanmamayı istediniz mi?” gibi sorularla sorgulanabilir. İntihar girişiminde bulunmuş ya da intihar düşüncesi olan hastaların öncelikle kendisine ve çevresine zarar vermesi engellendikten sonra, sakin ve sessiz bir ortama alınması gerekmektedir. Bundan sonra hastanın genel tıbbi muayenesi yapılmalı ve olası acil durumlara müdahale edilmelidir.²⁷ Tedavi ortamları ve koşulları, istemsiz hasta yatışlarından, ayaktan tedavi programlarına varan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Yatarak tedavide hasta ve yakınlarının durumu dikkate alınmalıdır. Hastanın iş durumu, sosyal damgalanma göz önünde bulundurularak ama aynı zamanda hastanın yüksek yararı gözetilerek davranılmalıdır. Belirgin bir hastalığı olmayan ve kontraendikasyon olmayan durumlarda 5-20 mg’lık haloperidol IM uygulamasının 30 dakikada bir defa olacak şekilde, ajitasyon yatıştırılana kadar devam ettirilmesi kabul edilebilir bir tedavi yaklaşımıdır. EPS durumunda biperiden 5 mg ampülün de duruma göre IM olarak uygulanması gerekmektedir. BZD’ler disinhibisyon yapabileceği için önerilmemektedir. Acil serviste değerlendirilen ve ilk müdahaleleri gerçekleştirilen intihar ile ilişkili hastanın bir psikiyatri hekimi tarafından muayene edilmesi gerekmektedir.²⁸

Panik Atak ve Kaygı ile İlişkili Durumlar

Panik atak, gerçekte bir sebep olmamakla birlikte yoğun ve ani bir korkunun tetiklediği, dakikalar içinde zirveye ulaşan ve çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi, mide bulantısı gibi fiziksel belirtilerden oluşan psikiyatrik bir durumdur. Hastalar panik atak sırasında kalp krizi ya da beyin kanaması geçirerek öleceklerini, kontrolü kaybedeceklerini, çıldıracaklarını düşünürler. Süresi kişiden kişiye ve zamana göre değişmektedir. Sıklığının arttığı durumlarda panik bozukluktan söz edilebilir. Her ne kadar panik ataklar hayatı tehdit edici olmasa da, hastaların hayat kalitesi ciddi şekilde azalır. Hastalarda beklenti kaygısı ortaya çıkar. Yeni bir atak yaşayacağı olası durumlardan kaçınmalar başlar. Fiziksel belirtiler vücudun her bölgesiyle ilişkili olabilir: artmış kalp hızı, terleme, titreme, yorgunluk, karıncalanma, uyuşma, solunum sıkıntısı, baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, sıcak basması ve karında kramp. Bir anda, öncül belirti olmadan, herhangi bir saat ya da yerde ortaya çıkan bu fiziksel belirtiler ve eşlik eden ölüm korkusu, hastaların hemen acil servislere yönelmesine yol açmaktadır. Acil servise başvuran hasta ve hasta yakınlarında ölüm korkusu nedeniyle aşırı telaş vardır. Elektrokardiyografi çekilen, troponin ve kreatin kinaz gibi miyokart enfarktüsü belirteçleri çalışılan ve organik patolojilerden uzaklaşan hastalarda panik ataktan söz edilebilir.^{29,30}

Pratikte, panik atakla başvuran hastalara acil serviste BZD uygulanmaktadır. BZD'ler hastaların kaygısını azaltır ve fiziksel belirtilerin bu yolla azalmasını sağlar. Bununla birlikte, psikoterapiye yönlendirilmeyen hastalarda bu semptomatik tedavi hastalığın pekişmesine yol açabilir. Hastada, acil servise gittiği için iyileştiği, bundan sonraki herhangi bir panik atak sırasında da hemen acil servise başvurması gerektiği şeklinde bir düşünceye yol açar. Oysa panik ataktaki temel olay korkunun tetiklediği sempatik sistem ve buna bağlı fiziksel belirtilerdir. Aktive hale gelen sempatik sistem, kalbin hızlı çarpmasına, terlemeye, titremeye, baş ağrısına neden olmaktadır. Giderek artan kaygı, hastaya müdahale edilmese de dakikalar en geç saatler içerisinde azalıp yok olacaktır. Kaygının sonsuza kadar devam etmeyeceğini, fiziksel belirtilerin kaygı artışına bağlı aktive hale gelen sempatik sistemden kaynaklandığını BDT ile öğrenen hastada hastalık belirtileri giderek azalacaktır. Bu nedenle acil servise panik atak nedeniyle başvuran hastaların psikiyatri hekimine başvurmaları özellikle vurgulanmalıdır. Aksi halde tedavi edilmeyen bir panik atak hastası, zamanla panik bozukluğa dönecek ve acil servise başvurmaya devam edecektir. Psikiyatri pratiğinde, panik atak ya da panik bozukluk, ilaçlar ve BDT ile nispeten kolay tedavi edilebilmektedir.³⁰

Alkol ve Madde ile İlişkili Durumlar

Alkol ve madde kullanımıyla ilişkili durumlar acil servislerde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Alkol ve maddenin toksik düzeyde kullanılması ya da yoksunluk durumları doğrudan ya da trafik kazası ve travma gibi dolaylı olarak acil servis başvurularına yol açabilir. Alkol ve madde ile ilişkili durumlar bazen tek başına bazen de diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebilir.³¹⁻³³ Alkol ve madde kullanımı ile ilişkili durumlarda ortaya çıkan belirtiler farklı organik ya da psikiyatrik durumlarda da görülebilir.³⁴ Etanol, düşük dozda MSS'yi deprese ederken, yüksek dozlarda genel bir deprese edici etkisi vardır. >250 mg/dL (54 mmol/L) ve üzerinde komaya neden olabilir. Yüzde kızarıklık, terleme, midriyazis, taşikardi, nistagmus, kusma, hipotansiyon, dizartri, ataksi, hipotermi, koma, kas koordinasyon bozukluğu ve hipoventilasyon akut etanol entoksikasyonunun belirtileridir. Etanol kullanımı şüphesi ile acil servise başvuran hastalarda, fizik muayene yapılmalı; ayrıntılı öykü alınmalı; glukoz, tam kan sayımı, elektrolitler, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve kan etanol konsantrasyonu elde edilmelidir. İlaç kötüye kullanımı, alkol yoksunluğu, hepatik ensefalopati, Wernicke Korsakoff Sendromu, enfeksiyonlar ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bazı durumlardır.³⁵ Oksijen desteği, dekstroz, tiyamin ve naloksan 0,4 mg tedavide düşünülebilir. Hasta yatış açısından değerlendirilmelidir.^{35,36} Görme bozukluklarına ve belirtilerine ek olarak yukarıda bahsedilen belirtilerle birlikte görülebilen metanol entoksikasyonu ile etanol entoksikasyonunun birbirinden ayırımı yapılmalıdır. Burada bahsedilen entoksikasyon belirtilerinin diğer birçok madde ya da ilaç ile de ilişkili olabileceği unutulmamalıdır. Ayırıcı tanıda öykünün ve idrarda toksik taramanın yeri büyüktür.³⁷

Alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan bir kişide ilgili madde ya da maddelere herhangi bir nedenle ulaşamaması durumunda ortaya çıkan durum, yoksunluğu ifade eder. Alkol yoksunluğu sendromunda (AYS) azalmış merkezi baskılanma ve artmış uyarılmaya bağlı ortaya çıkan MSS bulguları ön plandadır. Uykusuzluk, anksiyete, terleme, tremor, ajitasyon, varsanı, taşikardi, takipne ve hipertermi alkol yoksunluğunun bazı belirtileridir. AYS'de nöbetler ve deliryum tremens tablosu görülebilir. Deliryum tremens, mortalitesi %10-15 olan ve AYS'de %3-5 oranında bildirilen bir durumdur. AYS belirtileri bireysel farklılıklara bağlı olarak son alkol alımından 6-72 saat sonra başlar. Alkol yoksunluğu MSS'yi, otonom sinir sistemini ve kognitif işlevleri etkilemektedir. Alkol yoksunluğu derecesi belirlendikten sonra orta ya da şiddetli yoksunlukta oral tedavi tolere edilebiliyorsa uzun etki süreli olan diyazepam, karaciğer yetmezliği mevcut ise kısa etki süreli lorazepam kullanılabilir. Diyazepam intravenöz (IV) olarak 5-10 mg dozunda ve serum fizyolojik içerisinde belirti şiddetine bağlı olarak değişen hızlarda uygulanabilir. Saat başı bu uygulama tekrarlanabilir. Günde 20-30 mg diyazepamın kullanılmasında sakınca yoktur.³⁸⁻⁴¹

İlaç Yan Etkileri

Psikotropik ilaçların bir kısmının yan etkileri hafifken bazıları ciddi yan etkilere neden olabilir. Alfa adrenerjik reseptör blokajıyla postüral hipotansiyona neden olabilirler. Yaşlılık, ilaçların IV kullanımı, ilaç başlama ve doz değişikliği aşamaları bazı risk faktörleridir. Düşük dozlarda da ortaya çıkabilir. Düşük potensli AP'lerde daha fazla görülür. Kalp blokları, sinoatriyal düğüm disfonksiyonu bazı diğer kardiyovasküler yan etkilerdir. Akut distoni ve akatizi EPS bulgularıdır. Konvülziyon, katatoni, deliryum, psödotümör serebri, ataksi ve glokom, EPS bulguları dışındaki nörolojik yan etkilerdir. Üriner retansiyon, nefrotik sendrom ve priyapizm genitoüriner sistem yan etkileridir. Hematolojik yan etkiler genellikle lökosit düşüklüğü ile ilgilidir. Nöroleptik malign sendrom, serotonin sendromu ve antikolinerjik sendrom psikotropik ilaçlara bağlı bazı sendromlardır.⁴²⁻⁵⁵

Yaşlılıkta Psikiyatrik Aciller

Tüm dünyada insanlar giderek artık daha uzun yaşıyor. 2015 yılında 900 milyon olan dünya nüfusunun 60 yaş ve üzerindeki kısmının, 2050 yılına kadar 2 milyara ulaşması bekleniyor. Bugün 125 milyon olan 80 yaş ve üzerindeki nüfusun 2050 yılına gelindiğinde 434 milyon olması bekleniyor. Nüfus yaşlanması beraberinde bazı sorunları da getirmektedir. Ruhsal açıdan yaşlılıkla büyük oranda ilişkili olan durumlar başta nörolojik hastalıklar ve bunların ruhsal yansması olmak üzere, depresyon, demans, anksiyete bozukluğu ve madde kullanım bozukluğudur. Yaşlılardaki bu ruhsal bozuklukların tedavisi ve iyilik halinin devamının sağlanması önemli bir halk sağlığı görev alanıdır. Yaşlılıkta ruhsal ve nörolojik bozuklukların yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı (DALY, Disability Adjusted Life Years)'na etkisi bu yaş grubunda %6,6'dır. 60 yaşın üzerindeki yetişkinlerin %15'i bir ruhsal bozuklukla mücadele etmektedir. Yaşlılıkta sorumluluklar artmaktadır. Bununla birlikte fiziksel kısıtlılıklar da giderek artmaktadır. Yaşlı insanlar azalmış mobiliteden dolayı fiziksel hastalıkları daha sık yaşayabilmekte yine organik hastalıklar nedeniyle sıkıntı ve strese daha duyarlı hale gelmektedir. Ruh sağlığı ve fiziksel sağlık karşılıklı etkileşim halindedir.^{56,57}

Demans, kronik, ilerleyici doğası olan, hafıza, düşünme, davranış ve işlevsellik sorunlarıyla karakterize bir sendromdur. Yeti yitimine bağlı olarak bu hastalarda fiziksel sorunlar ortaya çıkabilmekte ve ajitasyon ile acil servislere başvurabilmektedir. Depresyon, yaşlı nüfusta %7 yaygınlığı olan, intihar düşüncesi ve davranışları ile kişilerin acil servislere başvurmasına yol açan bir durumdur ve acil olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerekir.⁵⁷

Acil servise kendi imkânlarıyla ya da başkaları tarafından getirilen ileri yaştaki hastalarda da genel psikiyatrik değerlendirme ilkelerine uyulmalıdır. Öncelikle hastanın ve çevresinin güvenliği sağlanmalı, öykü ayrıntılı bir şekilde edinilmelidir. Organik nedenler dışlanmalı, psikiyatrik durum ile organik durumlar birlikte görülüyorsa acil olan durum hangisi ise onun tedavisiyle başlanmalıdır. Acil servislerde 60 yaş ve üzeri hastalarda sık bildirilen psikiyatrik durumlar, intihar düşünce ve girişimi, psikotik atak, manik atak, ajite davranışlar, alkol ve madde bağımlılığı ile ilişkili tablolar, istismar ve ihmal gibi sosyal sorunlardır. Acil serviste çalışan hekimler, davranış bozuklukları ile başvuran geriyatrik hastayı değerlendirirken bu tanı ve durumların her birini dikkate almalıdır. Yaşlılarda psikiyatrik acil durum olarak ortaya çıkan durumların çoğu, altta yatan fiziksel veya organik bir nedenden kaynaklanmaktadır. Fiziksel hastalıklar da gerekli durumlarda ilgili hekimlerle koordine bir şekilde yönetilmelidir.⁵⁸

İntihar düşünce ve girişimi ile başvuran hastada öncelikle öykü derinleştirilmeli, intihar riski çeşitli belirteçlerle değerlendirilmelidir. Mümkün olduğunca hastanın yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir. İntihar düşünce ve davranışı konusunda şüphe bırakmayan olgular kendi istekleri ile olmasa da gerekirse zorla yatırılmalı ve psikiyatri hekimi tarafından en kısa zamanda değerlendirilip tedavi başlanmalıdır. Depresyon belirtilerinin tedavi edilmediği durumlarda intihar düşüncelerinin arttığı bilinmelidir. Yaşlı hastalardaki depresyonun ise sıklıkla gözden kaçtığı unutulmamalıdır. Depresif durumlar ve yalnızlık, yaşlıların alkol ve madde kullanımına yönelmesine yol açmaktadır. Bu nedenle yoksunluk ve entoksikasyon tedavisi yapılan yaşlı hastaların en kısa zamanda bir psikiyatri hekimi tarafından takip ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Psikotik ve manik atakların da gözden kaçırılmaması gerekmektedir.^{27,28}

Çocukluk ve Gençlikte Psikiyatrik Aciller

Çocuk ve gençlerdeki ruhsal bozukluklar, Amerika Birleşik Devletleri'nde her 5 çocuktan 1'ini etkileyen, gittikçe de artan bir sorundur. Acil servislere yapılan psikiyatrik başvuruların önemli bir kısmını, çocuk ve genç yaştaki hastalar oluşturmaktadır. “Damgalanma” endişesi, psikiyatri polikliniklerine başvuru yapmanın önündeki önemli engellerden biri olmaya devam etmektedir. Tedavi edilmeyen psikiyatrik bozukluklar da bir krize dönüşebilmekte ve hasta ve yakınlarını doğrudan acil servislere yönlentmektedir.⁵⁹

Acil servislerde bu yaş grubunda karşı karşıya kalınan en yaygın başvuru nedenlerinden biri agresyondur. Agresyon, engellenme süreçleri sonunda kişide açığa çıkan saldırgan davranma eğilimidir. Agresyon tıbbi ya da ruhsal bozuklukların bir belirtisi olabilir.

Dışsallaştırma bozuklukları ve içselleştirme bozuklukları, deliryum, alkol ve madde kullanımı, psikotik durumlar, duygudurum bozuklukları, katatonik durumlar, travma sonrası stres bozukluğu, istismar, ihmal ve otizm spektrum bozukluğu akut agresyonun en sık görülen nedenleridir. Genel psikiyatrik değerlendirme aşamalarından sonra hastalar AP ve BZD grubu ilaçlarla yönetilebilir.^{60,61}

İntihar, 15-29 yaşlarındaki kişilerde en sık ikinci ölüm nedenidir. Acil servisler çocuk ve genç yaşta intihar düşüncesi ve girişimi olanlar için genellikle ilk başvuru noktasıdır. Bu hastaların intihar ile ilişkili sözleri göz ardı edilmemeli ve bütün intihar düşüncelerinin incelenmesi gerektiği unutulmamalıdır. Öykü ayrıntılı bir şekilde elde edilmeli ve çocuk ve ergen psikiyatri hekimi ya da psikiyatri hekimi ile irtibata geçilmelidir. Hastaların yatarak tedavi edilmesi için şartlar olgunlaştırılmalıdır. Akut tedavide AP'lerin kullanılmasında sakınca yoktur.^{25,26}

Gebelik ve Postpartum Süreçte Psikiyatrik Aciller

Perinatal dönem, psikiyatrik bozuklukların başlangıcı ve nüksü açısından savunmasız bir zaman dilimidir. Yaklaşık 13 kadından 1'i hamilelik sırasında MDB tanısı alır ve 7 kadından 1'i postpartum depresyon atağı yaşar. Psikiyatrik bozukluk öyküsü olan kadınlarda postpartum nüks oranı unipolar depresyon için %30 iken bipolar depresyon için %52'dir. Anksiyete bozuklukları gebelik sırasında %15,2 oranında, postpartum dönemde %9,6 oranında bildirilmektedir. Doğumdan sonraki ilk bir yıl, psikiyatrik bozukluğu olan kadınların hastaneye yatışı için en sık ihtiyaç duyulan zamandır. Bu dönemdeki anne ölümlerinin sık bir nedeni intihardır. Gebelik sırasında ve doğum sonrası dönemde başlayan psikotik bozukluk ve intihar düşüncesi, acil müdahale gerektiren psikiyatrik acil durumlardandır.^{62,63}

Postpartum keyifsizlik, depresyon ve psikoz, annenin olduğu gibi bebeğin de yaşam kalitesini etkilemektedir. İlerleyen durumlarda annedeki psikiyatrik bozukluk, bebek için bir risk haline gelebilir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları ve kadın doğum uzmanları, kötüleşen veya yeni başlayan psikiyatrik bozukluğu olan kadınlara müdahale etmede önemli bir yere sahiptir. Çünkü istatistikler intihar girişiminde bulunan kişilerin %45'inin intihar girişiminden ortalama bir ay önce herhangi bir birinci basamak sağlık hizmetine başvurduğunu göstermektedir. Oysaki bu intihar girişiminden ortalama bir ay önce bir psikiyatri hekimine başvurma oranı sadece %19'dur. Bu bilgiler birinci basamak sağlık hizmetlerinin intiharı önlemedeki önemini ortaya koymaktadır. İntihar düşünce ve davranışının uygun şekilde tedavi edilemediği durumlarda hastaların bir sonraki başvuru yeri acil servisler olmaktadır.⁶²

Acil servislere başvuran gebe ya da doğum sonrası dönemdeki hastalardan psikiyatrik bozukluğu olanlar, zaman kaybedilmeden bir psikiyatri hekimine yönlendirilmelidir. Gerekli durumlarda bu tedavi sürecine çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk ve ergen psikiyatri hekimleri de dâhil edilmelidir. Acil servis hekimlerinin buradaki yönlendirici rolü şüphesiz çok önemlidir. Tedavide agresyon ve ajitasyonun bastırılması, intihar düşüncelerinin azaltılması amacıyla yukarıda bahsedilen erişkin dozlarında haloperidolün kullanılması gerekebilir.⁶³

Diğer Durumlar

Deliryum, yaşlılarda akut tıbbi durumların sık bir komplikasyonudur. Hastanede yatan yaşlı hastaların en az %10'unda deliryum bildirilir (12). Enfeksiyon, metabolik bozukluklar, ilaç yan etkileri, ileri yaş, kapalı ortam, hareketsizlik, damar içi girişimler, komorbid hastalıklar, ameliyatlara deliryum riskini artıran durumlardır. Çok büyük çoğunlukla hastanede yatan hastalarda bildirilen deliryum, nadiren hastane dışında görülmekte ve acil servislere kafa karışıklığı, ajitasyon, uykusuzluk, saldırganlık ve varsanı gibi belirtilerle başvurulmaktadır. Organik bir durumdan kaynaklandığı için tedavide altta yatan durumun iyileştirilmesi gerekmektedir. Acil serviste değerlendirilen ve deliryum düşünülen hastalar zaman kaybetmeden hastaneye, mümkünse bir yoğun bakım ünitesine, yatırılmalıdır.¹²

Deliryumla benzer olarak demans, bilişsel ve duygusal yeteneklerin kaybı ile karakterize, yaşam kalitesinde azalma ile giden bir durumdur. Günümüzde, her ne kadar nöroloji hekimlerince takip edilse de psikiyatrik belirtilerin sık görüldüğü bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Hastalarda sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtiler (özellikle böcek görme gibi görsel varsanılar ve dokunma varsanıları), davranışsal bozukluklar, sinirlilik görülebilir. İşte bu belirtiler demans hastalarının aynı zamanda acil servise başvuru nedenleridir. Hastaların nörolojik muayeneleri ve nöroloji açısından yatış gereksinimleri değerlendirilir. Psikotik belirtiler nedeniyle psikiyatrik yatış, demans hastalarında sık değildir. Hastaların ajitasyonları haloperidol 5-15 mg'ın IM olarak uygulanması ile giderilir. Bilişsel bozulmayı artırması nedeniyle BZD'ler tercih edilmez. Acil servisteki tedavisi sonrasında ayaktan psikiyatri poliklinik kontrolü önerilir.⁵⁸

Nöroleptik Malign Sendrom (NMS), AP ilaç kullanımıyla ilişkili, santral nörotransmitterlerin inbalansı ile karakterize, dopaminerjik blok gelişen bir sendromdur. Katatoni benzeri bir durumdur ve EPS bulguları, bilinç değişikliği, refleks artışı, kan basıncı değişiklikleri, kreatinin kinaz yüksekliği ve lökositöz hastaların yarısından fazlasında bildirilir. Hastada kas rijiditesi, istemsiz hareketler, konfüzyon, dizatri, disfaji, solukluk, kardiyovasküler instabilite, ateş, pulmoner konjesyon ve diaforez görülebilir. NMS bazı

hastalarda ölüme yol açabilir. Ayırıcı tanıda malign hipertermi, malign katatoni, beyinde kitle, entoksikasyon, enfeksiyon ve antikolinerjik sendrom düşünülmelidir. Tedavide en etkili ilaç dantrolendir. Amantadin, levodopa, bromokriptin ve elektrokonvülsif terapi ve nifedipin kullanılabilir. NMS'de mortalite oranı yüksektir. Mortaliteyi azaltabilmek için en doğru yaklaşım anormal otonomik disfonksiyonu, rijiditeye bağlı gelişen solunum sıkıntısı ve hemodinamik instabilitenin yakın takip ve tedavisi için yoğun bakım tedavisinin etkin uygulanmasıdır. Acil tıp hekimlerinin özellikle ateş ve şuur bulanıklığı tablosuyla gelen hastalarda NMS tanısını akılda tutmaları ve anamnezde AP kullanımını sorgulamaları hastalığın mortal gidişini önlemede çok önemlidir.^{9,64}

Katatoni, psikiyatrik nedenlere ek olarak nörolojik ve diğer tıbbi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen psikomotor anormalliklerle karakterize bir nöropsikiyatrik sendromdur. Malign katatoni (MK), daha az yaygın ancak ölümcül bir katatoni çeşididir. Hipertermi, takipne, taşikardi, kan basıncı değişiklikleri, terleme ve sedasyon gibi belirtileri nedeniyle NMS ile karışabilen bir klinik durumdur. Arada kalınan vakaların %20'sinde kesin tanı konulamamaktadır. Bu yüzden bazı çalışmalar bu iki durumun aynı spektrum içerisinde sendromlar olduğunu bildirmektedir. Castillo ve ark.⁶⁵ aşırı psikotik eksitasyonun NMS ile, aşırı kas rijiditesinin ise MK ile daha çok ilişkili olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışma,⁶⁴ terleme, kreatinin kinaz yüksekliği ve lökositozun NMS'de; negativizm, katatonik postür alma, balmumu esnekliği ve stuporun ise MK'de daha fazla görüldüğünü göstermiştir. Literatüre göre rijidite MK'de aralıklı iken, NMS'de sürekli; NMS'de prodrom periyodu daha kısadır; ajitasyon MK'de daha sık ve şiddetlidir.⁶⁴ NMS ve MK'nin tedavisi, suçlanan ajanın kesilmesini; elektrolit dengesi, idrar çıkışı ve böbrek fonksiyonlarının kontrolünü; ve destek tedavisini içerir.^{9,64,66}

Serotonin sendromu (SS), serotonerjik ilaçların tedavi amacıyla kullanılması ya da bu ilaçlarla gerçekleştirilen intihar girişimleri neticesinde ortaya çıkan hayatı tehdit edici bir ilaç reaksiyonudur. SS'de birçok farklı klinik tabloda görülebilen çeşitli bilişsel, otonomik ve nöromüsküler belirtiler bulunmaktadır. Hekimler tarafından hasta semptomlarının hafif olduğu durumlarda atlanmaktadır. Geniş bir semptom yelpazesi vardır. Görülen bulgular tremor, diyare ve hipertansiyon şeklinde nispeten hafif olabileceği gibi ağır olgular rijidite, hipertermi, çoklu organ yetmezliği ve ölüme de sonuçlanabilir. Tedavide en önemli nokta erken tanı ve tetikleyen ilacın kesilmesidir. Bunun dışında serotonin antagonistleri tedavide kullanılabilir. Ayrıca semptomatik yaklaşımla özellikle ajitasyon, otonom semptomlar ve hiperterminin kontrol altına alınmaya çalışılması, gerekirse sedasyon sağlanması, eksternal soğutma, antihipertansif ilaçlar kullanılmalıdır.⁶⁷

Acil servisler, genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve yaralanmaların akut doğası nedeniyle, istismar ve ihmal mağdurları için ilk temas noktasıdır. Ne yazık ki ne yaşlılarda ne de çocuk, genç ve yetişkinlerde, istismar ve ihmal ile ilişkili sistematik bir işleyiş henüz oluşturulamamıştır. Sosyal ya da kültürel özellikler de bir algoritma oluşturulmasının önündeki en önemli engellerdir. Fiziksel istismar olguları aslında erken dönemde tanı koydurabilecek bulgularla doktora başvurumaktadırlar. Bu bulgular arasında ekimoz, ısırık izleri, kırık, iç organ yaralanmaları ve kafa travması yer almaktadır. Bu bulguların çoğu çocukluk çağı kazaları sonucu da oluşabileceği için fiziksel istismarda oluşabilecek bulguların doktorlar ve sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmesi gerekir. Aynı zamanda olayın ayrıntılı öyküsünün alınması, çocuğun yaşı ve hareketlilik durumunun belirlenmesi, olay yerinin incelenmesi, laboratuvar ve fizik muayene bulgularının birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşlı istismar ve ihmali üç temel grupta incelenmektedir: Ailesel ve kurumsal ihmal ve istismar ve kendi kendini ihmal. Yaşlı istismarı fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik ve hak istismarı şeklinde olabilir. Acil servise başvuran ya da getirilen, fiziksel olarak istismar edildiği düşünülen ya da ihmale uğramış olduğuna dair şüphe uyandıran olgularda iyi bir öykü alınmalı, detaylı bir fizik muayene yapılmalıdır. Ayrıntılı bir fizik muayene ile hasta tamamen soyulup detaylı muayene yapılmalıdır. Muayene esnasında şüpheli durumlarda mutlaka görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Yaşlı ihmali gösteren belirtiler arasında; yatak yaraları, yanık yaraları, iyileşme aşamasında olağan üstü yerde olan yara ve yanıklar, aşırı zayıflama, kilo kaybı ve gözlerde çökme, dehidratasyon, bireysel hijyenin kötü olması, yatak ya da elbiselerin kirli olması, tedavi edilmeyen mental ya da fiziksel rahatsızlıklar, görünen yaralarını inkâr etme ya da fazla açıklama yapma, ilacını almama sayılabilir. İstismar ve ihmal şüphesi olan olgulara gerekli tıbbi müdahaleler yapıldıktan sonra hastane polisi, sosyal hizmet görevlileri, psikolog veya psikiyatri hekimleri ile gerekli durumlarda irtibata geçilmelidir.⁶⁸

Acil servislerde istismar ve ihmal dışında adli vaka olarak değerlendirilen başka durumlar da vardır. Adli vaka, bir kişinin fiziksel ya da ruhsal olarak hasta diyebileceğimiz bir duruma gelmesinde başka kişi veya kişilerin kasıt, ihmal, tedbirsizlik veya dikkatsizliğinin etken olmasıdır. Yaralanmalar, darp, trafik kazaları, düşmeler, iş kazaları, zehirlenmeler, yasadışı madde kullanımı, intihar, yanıklar, elektrik ve yıldırım çarpmaları, vücuda herhangi bir yolla yabancı madde girmesi, her türlü şüpheli ölümler, insan hakları ihlali, işkence iddiası, gözüaltı ve cezaevinde meydana gelen yaralanmalar, hayvan ısırıkları, tırmalamaları, sokmaları, mekanik asfiksi olguları, alt ve üst soyun ihmal ve suiistimali acil servislerde karşılaşılabilen

adli durumlardır. Adli vaka ile karşılaşan sağlık görevlisinin, durumu en yakın adli mercie bildirmesi zorunludur.⁶⁹

SONUÇ

Psikiyatrik aciller, psikiyatrik bozuklukların alevlenmesini ya da ilk kez ortaya çıkışını kapsar. Psikiyatrik acil durumlarda, tanısal değerlendirmenin yanında, hastaların fiziksel ve ruhsal bütünlüğü için riskler belirlenir, akut atağı tetikleyen ya da sürdüren faktörler ile koruyucu faktörlerin varlığı belirlenir ve sosyal destek mevcudiyeti değerlendirilir. Hasta ve çevresinin güvenliği sağlandıktan ve ilk değerlendirmelerin ardından, acil durumu yönetmek ve zorunlu olarak uygulanması gereken sonraki tedaviler için en iyi koşulları sağlamak amacıyla acil müdahaleler planlanmalıdır. Organik durumların dışlanması ya da mevcut ruhsal bozukluğa etkisinin ortaya çıkarılması elzemdir. Birçok faktörün mevcut ruhsal tabloya katkısının olabileceği unutulmamalıdır. İlgili uzmanlık alanlarıyla irtibat düzenli olarak sağlanmalıdır. KLP hizmetlerinin standardizasyonu, gereksiz zaman kayıplarının önüne geçilmesini sağlayacak ve hastanın sağlık hizmetini almasını kolaylaştıracaktır.

Çıkar Çatışması ve Finansman

Bildirilmedi.

Yazarların katkısı

Makale tek yazarlıdır

KAYNAKLAR

1. Wheat S, Dschida D, Talen MR. Psychiatric Emergencies. Prim Care. 2016;43(2):341-354.
2. Hopkins J, Sundram F, Cullum S. The multi-dimensional matrix for consultation-liaison psychiatry (mMAX-LP). Australas Psychiatry. 2020;28(1):66-74.
3. Eğilmez OB, Örum MH, Kara MZ, Örum G. Assessment of psychiatry consultations for outpatient and inpatients in a training and research hospital: Data for 2018. Med J Ankara Tr Res Hosp. 2019;52(3):257-262.

4. Egilmez OB, Orum MH, Kara MZ. Evaluation of psychiatric emergency data of Adiyaman University Training and Research Hospital between 2015-2017. *Psychiatry Behav Sci.* 2020;10(1):25-30.
5. Hengeveld MW, Beekman ATF. Psychiatrische diagnostiek: per definitie gepersonaliseerd [Psychiatric diagnosis: personalised by definition]. *Tijdschr Psychiatr.* 2018;60(3):151-155.
6. Silverman JJ, Galanter M, Jackson-Triche M, et al. The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *Am J Psychiatry.* 2015;172(8):798-802.
7. Orum MH, Egeli A, Kalenderoglu A. Behavioural disinhibition associated with miller fisher syndrome occurred after a surgery for pulmonary hydatid cyst. *Med Science.* 2018;7(2):459-460.
8. Orum MH, Egilmez OB. Psychiatric presentation of hypoxic ischemic encephalopathy occurring after a violent suicide attempt: a case of hanging. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2018;31:228-230.
9. Orum MH, Yilmaz H, Bildik T, Kara MZ, Gonul AS, Erermis S, Dalkilic M. Differential diagnosis of a patient with psychotic disorder with high creatine kinase and subfebrile fever: A case report. *Azerbaijan Medical Association Journal.* 2017;2:23-26.
10. Ozen ME, Kilicoglu U, Orum MH, Kalenderoglu A, Atmaca M. Differential diagnosis of psychotic process in adulthood autistic spectrum disorders: case series. *Psychiatry Behav Sci.* 2018;8(3):132-136.
11. Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A. Difficult patient in psychiatry practice: A case-control study. *Adiyaman Üni Sağlık Bilimleri Derg.* 2018;4(3):1064-1073.
12. Lee S, Gottlieb M, Mulhausen P, et al. Recognition, prevention, and treatment of delirium in emergency department: An evidence-based narrative review. *Am J Emerg Med.* 2020;38(2):349-357.
13. Yap HL. Early psychosis intervention. *Singapore Med J.* 2010;51(9):689-693.

14. Jacobowski NL, Heckers S, Bobo WV. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(1):15-28.
15. Hillard JR. Emergency treatment of acute psychosis. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(1):57-61.
16. Karadağ AS, Kalenderoğlu A, Orum MH. Optical coherence tomography findings in conversion disorder: are there any differences in the etiopathogenesis of subtypes? *Arch Clin Psychiatry.* 2018;45(6):154-160.
17. Göktaş K, Kaya N, Çilli AS. Psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Genel Tıp Derg.* 2003;13(4):167-170.
18. Egilmez OB, Orum MH. Evaluation of adolescent patients hospitalized in an adult psychiatry service: Data for 2015-2018. *KOU Sag Bil Derg.* 2020;6(2):118-122.
19. Bediz U, Aydemir Ç, Başterzi AD, Kısa C, Cebeci S, Göka E. Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri.* 2004;7:73-79.
20. Vermeulen M, Hoekstra J, Kuipers-van Kooten MJ, van der Linden EA. Beleid bij patiënten met conversiestoornis [Management of patients with conversion disorder]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2014;158(3):A6997.
21. Nicholson TR, Stone J, Kanaan RA. Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82(11):1267-1273.
22. McCullumsmith CB, Ford CV. Simulated illness: the factitious disorders and malingering. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34(3):621-641.
23. Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. Conversion, factitious disorder and malingering: A distinct pattern or a continuum? *Front Neurol Neurosci.* 2018;42:72-80.
24. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet.* 2014;383(9926):1422-1432.

25. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB. Mean platelet volume and neutrophil to lymphocyte ratio as parameters to indicate the severity of suicide attempt. *J Immunoassay Immunochem.* 2018;39(6):647-659.
26. Kara MZ, Orum MH, Egilmez OB. Relationship between immune cells and violent/nonviolent suicide attempts and controls: What about the lymphocyte-related ratios and neutrophil-related parameters? *Kaohsiung J Med Sci.* 2019;35(5):315-316.
27. Gniwa OR, Ben Soussia R, Bouali W, Sriha Belguith A, Younes S, Zarrouk L. Psychiatric emergencies: Factors associated with suicide attempts. *Tunis Med.* 2019;97(7):910-917.
28. Ang LPA. Reducing inpatient suicide rates: The success of a suicide management programme in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018;54:60-61.
29. Afsin A, Asoğlu R, Orum MH, Cicekci E. Evaluation of TP-E interval and TP-E/QT ratio in panic disorder. *Medicina.* 2020;56(5):215.
30. Lader M. Management of panic disorder. *Expert Rev Neurother.* 2005;5(2):259-266.
31. Orum MH, Kustepe A, Kara MZ, Dumlupinar E, Egilmez OB, Ozen ME, Kalenderoglu A. Addiction profiles of patients with substance dependency living in Adiyaman province. *Med Science.* 2018;7(2):369-372.
32. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB, Ozen ME, Kalenderoglu A. Evaluation of probation implementations of drug users in Adiyaman university training and research hospital: A one-year retrospective study. *Med Science.* 2018;7(4):754-758.
33. Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A, Atmaca M. Attention-deficit/hyperactivity disorder in patients attending remedial treatment due to substance use disorder in Adiyaman University Training and Research Hospital. *Psychiatry Behav Sci.* 2018;8(2):57-62.
34. Kustepe A, Kalenderoglu A, Celik M, Kaya-Bozkurt E, Orum MH, Uguz S. Evaluation of impulsivity and complex attention functions of subjects with substance use: Sample from Adiyaman province. *Med Science.* 2019;8(1):67-71.
35. Gaw CE, Osterhoudt KC. Ethanol intoxication of young children. *Pediatr Emerg Care.* 2019;35(10):722-730.

36. Dixit D, Endicott J, Burry L, et al. Management of acute alcohol withdrawal syndrome in critically ill patients. *Pharmacotherapy*. 2016;36(7):797-822.
37. Pelclová D, Zakharov S. Metanol: hrozba intoxikace je stále aktuální [Methanol: the threat of intoxication is still there]. *Vnitr Lek*. 2016;62(7-8):616-619.
38. Hall W, Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet*. 1997;349(9069):1897-1900.
39. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB. Relationship between immune cells and alcohol dependents and controls: what about the lymphocyte-related ratios? *J Immunoassay Immunochem*. 2018;39(3):348-350.
40. Orum MH, Kara MZ. Platelet to lymphocyte ratio (PLR) in alcohol use disorder. *J Immunoassay Immunochem*. 2020;41(2):184-194.
41. Orum MH, Kalenderoglu A. Decreases in retinal nerve fiber layer thickness correlates with cumulative alcohol intake. *J Addict Dis*. 2020:1-11. Doi: [10.1080/10550887.2020.1776083](https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1776083).
42. Orum MH, Han-Almis B, Karaca HT. Rapid onset of pedal edema associated with risperidone in two male patients: Simultaneous clinical cases. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*. 2017;7(4):237-240.
43. Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A, Egilmez OB. Quetiapine-induced priapism. *Med Science*. 2018;7(2):426-427.
44. Orum MH. Sodium valproate-induced isolated thrombocytopenia. *Anadolu Güncel Tıp Derg*. 2019;1(4):102-104.
45. Orum MH, Kapıcı Y. Venlafaxine-induced acute dystonia. *FNG & Demiroğlu Bilim Tıp Dergisi*. 2019;5(3):146-148.
46. Orum MH, Egilmez OB. Compulsive water drinking resulting in hyponatremia: A pimozide case. *Med Records*. 2019;1(2):48-49.
47. Egeli A, Orum MH, Han-Almis B. Extrapyramidal syndromes such as oromandibular dystonia, akathisia, parkinsonism as a consequence of paroxetine use: A case report. *Med Records*. 2019;1(2):57-59.

48. Orum MH. Generalized tonic-clonic seizure due to the concomitant use of bupropion extended-release and moxifloxacin. *Journal of Gazi University Health Sciences Institute*. 2019;1(1):28-31.
49. ÖrüM MH. Life-threatening citalopram induced hemolytic anemia in a patient with generalized anxiety disorder: A case report. *Arch Clin Exp Med*. 2020;5(1):35-37.
50. ÖrüM MH. Sodium valproate use may result in hyponatremia. *J Health Sci Med*. 2020;3(2):193-195.
51. ÖrüM MH, Kapici Y, Han-Almis B. Tardive dyskinesia due to short-term and low-dose use of trifluoperazine: A case report. *Aegean J Med Sci*. 2020;1:32-34.
52. ÖrüM MH. Antipsychotic drugs and peripheral edema: A review. *Med Records*. 2020;2(2):32-36.
53. Orum MH, Kalenderoglu A, Egilmez OB, Ozen ME, Kapici Y. Hyponatremia associated with repeated use of sodium valproate. *Psychiatry Behav Sci*. 2018;8(2):93-94.
54. Orum MH, Han-Almis B. Hyponatremia during treatment with the clozapine-amisulpride combination: A suspected association and improvement with dose reduction. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2019;2(32):171-174.
55. ÖrüM MH, Kara MZ. Oral risperidon kullanımına bağlı şiddetli hipoglisemi: Bir olgu sunumu. *Bozok Tıp Derg*. 2019;9(1):164-166.
56. Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A. *Evaluation of the prevalence of psychiatric disorders in geriatric outpatients: A difficult patient group*. *Bozok Med J*. 2020;10(1):6-12.
57. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults#:~:text=Mental%20health%20and%20well%2Dbeing,suffer%20from%20a%20mental%20disorder>. Erişim Tarihi: 14.09.2020.
58. Antai-Otong D. Managing geriatric psychiatric emergencies: delirium and dementia. *Nurs Clin North Am*. 2003;38(1):123-135.

59. Margret CP, Hilt R. Evaluation and management of psychiatric emergencies in children. *Pediatr Ann.* 2018;47(8):e328-e333.
60. Orum MH, Bildik T, Kara MZ, Yilmaz H, Tahillioglu HA, Kalenderoglu A. High functioning autism or asperger's disorder follow-up period: detailed retrospective evaluation and novel status determination of a case and prospective guidance. *Psychiatry Behav Sci.* 2018;8(2):79-85.
61. Kaya-Bozkurt E, Çelik M, Kalenderoğlu A, Kuştepe A, Örum MH, Uguz Ş. Autistic symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Neuro Behav Sci.* 2019;6(1):6-11.
62. Rodriguez-Cabezas L, Clark C. Psychiatric emergencies in pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):615-627.
63. Orum MH, Kalenderoglu A. The treatment process of a patient with postpartum depression who conceived with in vitro fertilization technique: A case report. *FNG & Bilim Tıp Dergisi.* 2017;3(4):120-124.
64. Örum MH, Kara MZ, Örum G, Eğilmez OB. Biperiden bağımlılığı ve nöroleptik malign sendrom ile ayırıcı tanısı: Olgu sunumu. *FNG & Bilim Tıp Dergisi.* 2018;4(4):194-196.
65. Castillo E, Rubin RT, Holsboer-Trachsler E. Clinical differentiation between lethal catatonia and neuroleptic malignant syndrome. *American J Psychiatry.* 1989;146(3):324.
66. Orum MH, Aksoy I. Use of electroconvulsive therapy (ECT) in hysterical catatonia: Case reports of two women, one young and one elderly. *J Case Rep Stud.* 2018;6(3):309.
67. Tormoehlen LM, Rusyniak DE. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome. *Handb Clin Neurol.* 2018;157:663-675.
68. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl.* 1996;20(3):191-203.
69. Silva JA. Forensic psychiatry, neuroscience, and the law. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37(4):489-502.

