

## Psikiyatride Acil Durumlar

İSMET KIRPINAR \*  
MEHMET BEKAR\*

Psikiyatrik olarak sorun veya hastalık teşkil eden durumların, dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de arttığı ve belirginleştiği, kimsenin inkar edemeyeceği bir gerçektir. Bir an önce yapılacak olan bir tedavinin, bu sorunların kronik ve tedaviye dirençli bir hal almasını önleyeceği, bireysel ve toplumsal ruh sağlığına katkıda bulunacağı ve ekonomik olacağı açıktır. Ülkemizin zaten en büyük toplumsal sağlık sorunlarından biri olan ruh sağlığı konusunda mevcut problemin daha da büyümesinin, acil psikiyatrik yardımla kısmende olsa engelleneceği kesindir. Üstelik kaldırmak zorunda olduğu yükleri oldukça fazla ve az gelişmiş ülkeler arasında sayılan ülkemizde, psikiyatrik hastalıklara acil müdahale; işgücü kaybı, kronik hastaların bakımı, hastaların ailelerine ve topluma yüklediği maddi-manevi dertler gibi bir takım sosyo-ekonomik sorunları asgariye indirecek ve oluşturulacak gerçekçi ve düzenli bir ruh sağlığı örgütlenmesinin de temel basamağı olacaktır.

Değişik araştırmalarda, acil servislere yapılan başvurular arasında, psikiyatrik nitelikte olanların oranı % 2,5-3 kadardır. Ayrıca somatik nitelikte olanların yarısında da ciddi ruhsal belirtilerin mevcudiyeti veya acil klinik tabloya ilave olduğu tesbit edilmiştir. Bu veriler acil psikiyatrik yardımın tıbbi gereğini ortaya koymaktadır.

Psikiyatride acil durum, genel tıpta olduğu gibi; "Derhal müdahale gerektiren, ister fonksiyonel ister organik olsun, ansızın oluşan beklenmedik durumlardır". Psikiyatrik bir acil vaka; 1) Huzursuzluğu yönünden; hastanın kendisi, 2) Semtomlar yüzünden; ailesi, arkadaşları veya diğer sorumlu kişiler, 3) Hastalık tedavi edilmemişse prognoz yüzünden; doktor tarafından, hemen tedaviye alınması gerekli görülen davranış, affekt veya düşünce bozukluklarıdır. Acil bir psikiyatrik vaka; akut başlangıçta yakalanan yeni bir rahatsızlık veya kronik bir hastalığın akut bir hecmesi olabilir<sup>3</sup>.

Hastalar evlerinde görülebilirler, muayeneye (hastahaneye) yalnız gelebilir, arkadaşları, akrabaları veya polis tarafından getirilmiş olabilirler. Hastalar kendilerine veya etraflarına zarar verebilecekleri

ve hemen yapılacak bir müdahale katastrofik, hatta fatal bir seyri önleyebileceği için aciliyet arzederler<sup>4</sup>.

Her acil psikiyatrik vaka, ayrı bir olgudur. Tek ortak yönleri "Acil Müdahale" gerektirmeleridir. Hastanın hayatı, sorunları, çevresi ve semptomları başkalarından farklıdır ve tek tek ele alınmalıdır. Acil psikiyatride tanı ve tedavi, müdahale kavramı içinde kaynaşmıştır ve birlikte bir süreç oluştururlar<sup>5</sup>.

Hastayla ilk temasta, doktor sabırlı ve güven telkin edici bir tutum gösterecektir. Bu tutum, muhtemelen hasta ile iletişim imkanı sağlayacak ve onu sakinleştirecektir. Durumu hastaya izah etmek ve mümkünse onunla mahrem olarak görüşmek gerekir. Çatışma yüklü konuların araştırılmasından önce, konuyu nötral sorularla açmalıdır. Eğer hasta hostile ve dirençli görünüyorsa, hekim bu tutumu önemsemekten ziyade sebebini araştırmalıdır. Hasta duygu ve düşüncelerini eylem yerine kelimelere dökmeye teşvik edilmelidir.

Psikiyatrik bir hasta değerlendirilirken; mevcut hastalığın semptom veya belirtileri ile total seyir içinde değerlendirilmesi gereken çok eski karakterolojik problemlerin ayrılması çok önemlidir. Tıbbi görüşme ve psikiyatrik (mental durum) değerlendirme mümkünse yapılmalıdır. Hastanın vereceği bilgilere güvenilmediği sürece, akrabalarından, arkadaşlarından veya polisten hikaye alınmalıdır. Görüşmede özellikle aşağıdaki hususlara önem verilmelidir:

- 1— Esas şikayetin detaylı bir hikayesi
- 2— Hastanın hayatındaki önemli ilişkilerin, bu ilişkilerde ve davranış biçimlerinde yakın zamanlarda ortaya çıkan değişikliklerin (fizik hastalıklar, özellikle gerçek veya hayali kayıplar) belirlenmesi
- 3— Acil duruma ilk uyum durumu
- 4— İlaç v.s. kullanımı
- 5— Medikal ve psikiyatrik hastalıklarının geçmiş hikayesi ve tedaviye cevabı
- 6— Medikal ve psikiyatrik hastalıkların aile hikayesi

Psikiyatrik semptomoloji gösteren acil vakalar,

\* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

psikojenik veya non-psikojenik sebeplere bağlı olmak üzere 2 büyük kategoride toplanabilirler. İyi bir psikiyatrik görüşme ve fizik muayene ve tetkiklerle bu ikisi arasındaki fark değerlendirilebilir. Non-psikojenik orijinli acil vakalar, genellikle delirium tarzındadır ve anxiete, oryantasyon bozukluğu, labil affekt, judgement (içgörü) fakirliği, impulsların kontrolünde uygunsuzluk, şuur bozuklukları gibi belirtilerin bir veya birkaçı ile müterafik bir davranış bozukluğu gösterirler. Bu vakalardan bazıları hemen spesifik bir tedavi gerektirdiği için dikkatli bir ayırıtım teşhis isterler. Bunlardan bazıları hayatı tehdit edici bir özellik taşıdığından, gereğinde medikal konsültasyon istenmesinden kaçınmamak gerekir.

## PSİKOJENİK ESASLI PSİKİYATRİK ACİL VAKALAR

### Suicide (İntihar) Teşebbüsü:

Pekçok psikiyatrik durumda bir intihar teşebbüsü vuku bulabilir. Hekimin görevi, önce gereken medikal yardımı yapmak ve daha sonra kendi kendine zarar verme eğilimini önlemektir. Pek çok hasta doktora götürüldüklerinde hâlâ ciddi seviyede suicidal eğilimleri taşıdığından, hastalar ilk görüşme süresince ve daha sonra dikkatlice muayene edilmelidirler.

Hekimin primer görevi, gereken medikal dikkati göstermektir (kanamayı durdurmak, solunumu takviye, oksijen, trakeostomi, KV sistemi uygun ölçülerde desteklemek, hava yollarını açık tutmak gibi). Eğer intihar teşebbüsü, zehirlenme şeklinde oluşmuşsa, pek çok ilacın alınmasından sonra mide boşalma zamanı uzadığından, mide hemen bol miktarda su ile lavaj yapılmalıdır. Aspirasyon tehlikesine karşı tedbir alınmalıdır. Koroviz bir madde alınmışsa ve hele hasta bunun alınmasından 1 saat sonra görülüyorsa, lavajdan önce nötralizasyon gerekir.

Hastanın fizik emniyeti sağlandıktan sonra, intihar teşebbüsünün sebepleri ve hastanın ölme arzusunun ciddiyeti tetkik edilmelidir. Eğer şahıs ciddi bir teşebbüste bulunmuşsa; meselâ başarılı olması çok muhtemel bir yolu denemişse (pencereden atlama, iple asmak, fazla miktarda ilaç almak veya hayati sahalarına ateş etmek gibi) medikal durumu da müsaade ediyorsa, psikiyatrik supervizyon altında bulunabileceği bir yerde, tercihan bir psikiyatri kliniğinde hospitalize edilmelidir. Eğer burası bir tıbbi merkez ise, tercihan zemin katta, 24 saat özel hemşire bakımına alınmalıdır. Minimal, ya da 'benign' intihar eğilimi olan vakaların değerlendirilmesinde, niyetin derecesi önemlidir. Eğer böyle bir hasta ile hemen görüşülebilmişse, (psikolojik defanslar hâlâ disorganize iken) hekim hastanın gerçek niyetini daha iyi anlayabilecektir.

Hastanın ölümüne ve yaptığı teşebbüsten umduğu neticelere karşı tutumu önemlidir. İntihar teşebbüsü-

nün ölümle sonuçlanması beklenmiyorsa, hasta hemen sonra yardım istemişse ve eylemi için ikna edici bir şekilde pişmanlık duyduğunu ifade ediyor ve tekrar intihar teşebbüsü için niyetli olduğunu kabul etmiyorsa ayakta bakıma güvenle alınabilir. Bununla beraber, pek çok başarılı intihar, niyetlenmeden daha başarılı olunan jestlerden kaynaklandığından, suicidal jestler asla küçümsenmemelidir.

Eğer intihar girişiminde bulunan kişi eylemi için pişmanlık ifade etmiyor ve devamlı bir şekilde ölme arzusu gösteriyorsa, tedavi için hospitalize edilmelidir.

Bir intihar vakasını değerlendirirken, onun kendini öldürme niyetinin derecesi önemle araştırılmalıdır. Böyle bir değerlendirme yaparken, intihar riskini artıran faktörlerin gözönüne alınması gerekir. Bu risk faktörleri şunlardır:

1- Ölme Arzusu: Kişinin ölümü daha iyi bulduğuna dair tekrarlayan konuşmaları son derece ciddiyle ele alınmalıdır.

2- Psikoz Mevcudiyeti: İmpulsif, şüpheli, yersiz korkuları olan psikotik hastalar veya panik içindeki hastalarda daima potansiyel olarak bir intihar ihtimali düşünülmelidir. Eğer hasta kendini öldürmesi için emir veren sesler duyuyorsa, risk daha da artar.

3- Depression: Depresyon intihar potansiyeli taşıyan en önemli belirtidir. Aşağıdaki septomları gösteren hastalarda ciddi bir intihar riski düşünülmelidir.:

- Günahkârlık duygusu (özellikle ölü bir akrabayla ilgili)
- Değersizlik ve ümitsizlik duygusu
- Şiddetle cezalandırılma arzusu
- İçer kaparıklık ve mutsuzluk
- Aşırı ajitasyon ve anxiete
- 4 iştahın kaybı (yeme, sex, uyku ve aktivite)

İntihar vakaları, sıklıkla depressif durumların bir belirtisi olarak karşımıza çıkar. Eğer hasta psikotik depresyonda ise ve intihar arzusu fazla görünüyorsa süratle hospitalize edilmelidir ve bu vakalarda ECT endikedir. Eğer ölme arzusu çok kuvvetli değilse ve nörotik depresyon mevcutsa, antidepressiflerle tedaviye çalışılabilir.

### İNTİHAR TEHDİDİ

İntihar etme korkusu sık rastlanılan bir ana yakınımadır. "Ya kendimi öldürürsem?" şeklindeki bir obsessif düşünce mevcutsa ve hasta herhangi bir ölme arzusu göstermiyorsa ve belirli bir depressif semptomatoloji yoksa, bu yakınıma hastaya obsessif bir düşünce olarak izah edilmeli ve bu eyleme asla kalkışmayacağı hakkında kendisine güven verilmelidir. Bu, sıklıkla hastanın anxiyesini azaltır ve tedavi, obsesyonele rahatsızlığa yönlenebilir. Hastanın intihar etme korkusu iyice tetkik edilmelidir. Bunun sebepleri, ölümünün etrafındakilere ne ölçüde etki edeceği ve ölümünden sonraki hayat hakkındaki bek-

lentileri ile birlikte araştırılmalıdır. Eğer problemlerin çözümü için intihardan başka bir çözüm yolu görünmüyorsa, korunması için mutlaka hospitalize edilmelidir. Eğer ilk görüşmede hastanın ümitleri ve durumuna hakim olma duyguları sağlamlştırılırsa, -ve problemlerinin çözümü için intihardan iyi yollar olduğu fikri geliştirse,- hasta sık sık ve isteyerek hekimi görmesi kaydıyla ayaktan tedaviye alınabilir.

İntihar riski önemli ölçüde büyükse, hastanın hospitalizasyonu, sorumluluk akrabalarıyla paylaşarak gerçekleştirilmelidir. Eğer hekim hastanın hospitalize edilmesinin şart olduğuna inanıyor, fakat hastanın kendisi ve akrabaları bunu kabul etmiyorsa, o zaman istenmeyen yasal yollar değerlendirilmelidir. (Mahkeme kararı v.s.)

### HOMICIDE (ÖLDÜRME) TEŞEBBÜSÜ

Homicide veya teşebbüsü polisiye bir meseledir ve maznunun cezai ehliyeti hususunda hekimden mütalaa sorulabilir. Olaydan hemen sonra maznunla görüşülürse hekimin, vakanın olduğu andaki şahsın mental durumu hakkındaki mütalaaası daha doğru olacaktır. Bu yüzden maznunla mümkün oldukça çabuk görüşmek için bir çaba gösterilmelidir.

### ÖLDÜRME TEHDİDİ

Öldürme tehdidi veya öldürmekten korkma, özellikle bir annenin çocuğuna zarar verebileceği korkusu önemsiz bir şey değildir. Eğer bu düşünce; "ya çocuklarıma şu ya da bu şekilde zarar verirsem?" şeklindeyse ve bu büyük bir anxiyeyi de beraberinde taşıyorsa, hastanın impulslerini kontrolü iyi ise, bilinçli bir çocuklarına zarar verme düşüncesini anne kabul etmiyorsa, hastaya; bunun asla eyleme dökülmeyecek obsessif bir düşünce olduğu izah edilmeli ve tedavi, temelindeki rahatsızlığa yöneltilmelidir. Eğer hasta öldürme tehdidinde bulunuyorsa, bunun olasılığı hakkında bir değerlendirme yapılmalıdır. Hallüsinasyonlan veya delusionlarının (hezeyan) etkisi ile öldürme tehdidinde bulunan hasta hospitalize edilmelidir, öldürme tehdidinde bulunan diğer vakalarda, bu tehditlerin sebebi incelenmeli ve eyleminden doğacak sonuçlar hastaya gösterilmelidir. Homicidal düşüncelerin sebeplerini anlayabilen pek çok hasta, duygularını ifade edebilecek daha az destrüktif yollar görebilir ve bu kişiler nadiren öldürme eyleminde bulunurlar. Bu tip duyguların; kendi hata günah ve problemlerini başkasına ödetmek demek olduğu telkin edilmelidir.

Pekçok homicide eylemi; şiddetli heyecan, zayıf muhakeme ve azalmış impuls kontrolü durumlarında vuku bulduğundan, homicide düşünen kişiler yukarıdaki durumları ortaya çıkaracak münakaşa ve mücadele ortamlarından kaçınmalıdırlar. Böyle stressli anlarda güvenilir bir arkadaşın yanında bulunması tavsiye edilmelidir.

Eğer sahtış, homicid'e yönelik bir takım şeyler yapıyorsa (bir silah veya bıçak arama gibi) veya konkre planlar yapıyor veya aşırı impulsif olduğunu belli eden belirtiler gösteriyorsa, bundan sonra sorumluluğun hiç olmazsa büyük bir payı hekime düşmektedir denilebilir. Bu durumda, hasta karşı bile gelse konu akrabalarına ve yetkili kişilere haber verilmelidir.

### SALDIRGAN DAVRANIŞ

Saldırgan (Assaultive) davranış, psikiyatrik durumların bir varyetesi olarak vuku bulur. Hekim bu durumda kendisini ve başkalarını (ve de hastayı) zararlanmadan korumalıdır. Muayene sırasında personelin hazır bulundurulması ve fizik saldırıların mümkün olduğu yerlerde hemşire, ziyaretçi ve diğer kişilere refakat etmek üzere daima bir ya da fazla personelin hazır bulundurulması akıllıca olur. Chlorpromazine (largactil) 100 mg İ.M. sıklıkla hastayı sakinleştirmek için uygundur. Fakat hastanın muayene ve görüşmelere iştirakini engelleyecek kadar fazla sedasyon yapmamak şartıyla daha fazla miktarda da verilebilir.

Psikotik vakalarda, saldırgan davranış esas olarak früstrasyonlara bağlı korku veya kızgınlığın dışa vurulması sonucu olur veya daha az sıklıkla odituar (işitme) hallüsinasyonlara direkt bir cevap olabilir. Görüşme; saldırgan davranışın sebebini belirleyip teskin etmeye yönelik olmalıdır. Görüşme sırasında, hekim tehdit edilmiş olmasa bile, hastanın kelimeleri ve hareketleri yanlış yorumlayabileceğini unutmamalıdır. Hekimin tehdit edici olarak görmediği herhangi bir şey, hasta tarafından bir tehdit unsuru olarak alınabilir.

Antisosyal vakalar ve emosyonel yönden stabil olmayan kişiler de keza saldırgan davranış gösterebilir. Bunlara, yardımın arzu edilen şekli, eylemlerinin sebeplerini göstererek kendi iç kontrollerini tesis etmelerine ve davranışlarının bilinçli veya bilinçsiz sebeplerini anlamalarına yardım etmektir. Bununla beraber, akut vakalarda bu mümkün olmayabilir. O zaman hasta; saldırgan davranışının ona kesinlikle faydalı olmayacağını gösteren, karşı konulmaz bir kuvvetle karşılanmalıdır. Deli gömleği, kilitli odalar, soğuk pansumanlar, padded cells (çok azgın delilere mahsus duvarları yastıklı hücreler) gibi fizik engellemeler şimdilerde nadiren kullanılan tarihi tedbirlerdir. EN İYİ SEDATİF; SAKÎN-SABIRLI-SEMPATİK BİR DOKTOR VEYA HEMŞİRE, EN UYGUN MEDİKASYON; SAMİMÎ BİR İLİŞKİDİR.

Alkolün etkisi altında ve repress impulsleri indifa eden (patlayan) kişiler de saldırgan olabilir. Bu vakaları, alkolün etkisi kaybolduktan sonra değerlendirmek, pek çok psikiyatrik vakanın kendi kendini alkolle tedavi (self-medicate) etmeye çalışmaları sebebiyle önemlidir.

## MANİK-DEPRESSİF PSİKOZLAR

### A) MANİKTİP:

Manik vakalar; azametleri, gürültücülükleri, detektif içgörülerini, fazla aktif olmaları, çok fazla konuşmaları ve fikir uçuşmaları ile daima idari bir problem teşkil ederler. Psikiyatristin ilgisine; aileleri, arkadaşları veya polis tarafından getirilmişlerdir. Manik hastaların bazen kısa periyotlarla davranışlarını kontrol edebildikleri ve görüşme için normal görülebildikleri gerçeği unutulmamalıdır. Bununla beraber, eğer görüşme belli kalıplar içinde yapılmıyorsa ve hastaya teklifsizce konuşması için ortam sağlanırsa, birazdan psikoza belirginleşecektir. Böyle vakalarda bir üçüncü kişiden alınan hikaye, hastanın kendisi güvenilir bir bilgi kaynağı olmadığından özellikle önemlidir. Bu hastaların bakımında hekimin aklında tutması gereken şey, ne kadar samimi olurlarsa olsunlar, bu hastaların sözlerine güvenilemeyeceği gerçeğidir. Eğer davranışları zararlı olmaya başlıyorsa, hem maddi ve hem de sosyal açıdan derhal yatırılarak ilaç veya EKT (Elektro Konvülsif Tedavi) tedavisine başlanması gerekir. Hemen kontrol altına almak için Chlorpromazine (Largactil) 100 mg. İ.M. sıklıkla uygundur. Ancak çoğu kere bu dozun 1-2 saat ara ile tekrarlanması gerekir. (TA kontrolü ile). Bu vakalarda Lityum Karbonat'ın değeri kesinlikle kabul edilmektedir ve bu drug, şimdilerde tedavide tercih edilen drugdur.

### B) Ajite Depresyon

Ajite depresyonlu vakalar, uykusuzluk, anorexia, ağlama, umutsuzluk, self-esteem'in (kendine hürmet) kaybı ve suçluluk hisleri ile görülebildiği gibi, özellikle hipokondriak şikayetlerle maskelenmiş de olabilir. İntihar fikri önemlidir. Eğer hasta ciddi olarak "ölümün daha iyi" olduğunu ifade ediyorsa hospitalizasyon şarttır. Eğer intihar ciddiyet göstermiyorsa, hasta psikoterapi ve ilaçlarla ayaktan tedaviye alınabilir. Psikoterapinin amacı, hastanın değersizlik duygularını onarmak, kızgınlık duygularını farketmesini sağlamak ve hayal kırıklığını yenmektir. İlaç tedavisi önce ajitasyona yönelir, sonra depresyon, anksiyolitik ajanlarla kombine olarak antidepresiflerle tedaviye çalışılır. Eğer hasta 1 hafta içinde düzelme göstermiyorsa, dozaj maksimum düzeye kadar arttırılır. Eğer 3 haftadan sonra durum hala ciddiyetini koruyorsa EKT düşünülmalıdır.

Eğer tedavi kürü boyunca hastanın umutsuzluk ve intihar fikirleri artmışsa, kendisinin korunması için hemen hospitalize edilir, EKT tedavisine başlanması gerekir. Bu durum; hastanın negativizmi, vital fonksiyonlarını tehlikeye sokacak duruma geldiğinde de geçerlidir.

## ŞİZOFRENİK PSİKOZLAR:

### A) Paranoid Şizofreni:

Paranoid şizofreni, perseküsyon hezeyanları ile karakterizedir ve bu hastalığa yakalanan şahıs, sıklıkla kötülük edilme korkusu duymaktadır. Bu hastalığın en malign şekillerinde, hastanın persekütörü ismiyle spesifize ettiği çok sistematize hezeyanları vardır. Böyle vakalarda hasta hospitalize edilmelidir. Akut başlangıçta EKT endikedir. Başlangıç tedrici ise, fenotiazinlerle tedavi uygulanır, eğer hasta 2-3 hafta içinde ilaca cevap vermezse EKT düzenlenir.

Eğer persükütörün belirsiz olduğu müphem delüzyonlar mevcutsa ve perseküsyonun amacı hastayı yaralamak ve öldürmek değilse, hospitalizasyon şart değildir, hatta endike değildir. Böyle vakalar, kendi hastalıklarına karşı içgörü kazanmalarını temin için psikoterapiye alınabilirler. Oral fenotiazinler uyusukluk yapacak doza çıkmadıkça faydalıdır. Haloperidol kuvvetle tercih edilir (50 mg. İ.M., sedasyon sağlanıncaya kadar her yanm saatte bir).

Kendi kendine veya başkalarına kötülük yapması şeklinde, emirler biçiminde odituar hallüsinasyonlar duyan hastalar hospitalize edilmelidir. Eğer emirler belirgin ise, bu hastalar ayaktan tedaviye alınabilirler. Bununla beraber emirlerin karakteri değişinceye kadar, dikkatle gözlenmelidirler.

### B) Katatonik Şizofreni:

Katatonik şizofren hastalar, hemen müdahaleyi gerektiren vakalardır. Çoğunda hasta belli bir duruşta uzun süre kalır ve dışardan yapılan ilişki kurma girişimlerine tepkisiz gibidir. Yemez, içmez, uyumaz, konuşmaz ve yapılan öğütlere uymaz. Bazan birden atak ve aşırı hareketli bir durum alabilir.

Hastanın negativizmi hayatını tehlikeye soktuktan, hemen EKT'ya başlanması gerekir. Böylece kısa sürede uyumlu ilişki kurabilir duruma getirilen hasta, daha sonra ilaçlarla tedaviye çalışılır.

### C) Hebefrenik Şizofreni:

Düşüncenin çok bozulduğu, uygunsuz ve acıip konuşma ve hareketlerle karakterize olan, hastanın dış dünya ile ilişkisinin tamamen koptuğu ve kişilikte çok hızlı bir dağılma ve yıkım olduğu bir şizofreni türüdür. Çok gürültülü bir tablo ile başlaması ve dağılmanın getireceği sonuçlar dolayısıyla hemen tedaviye başlanmalıdır. Chlorpromazine veya Haloperidol'le sedasyon sağlanabilir. Ağır regresyon belirtileri, eksitasyon ve zarar verme belirtileri gösteren vakalar süratle hospitalize edilmelidir.

## NÖROTİK DURUMLAR:

### Panik Reaksiyonu-Anxiete Tipi

Panik reaksiyonlu vakalar, otonomik nervöz

sistem disfonksiyonu ile birlikte seyreden spesifik bir korku veya kontrol kaybı gibi non-spesifik bir felaket tehdidi şeklinde olabilirler. Başlangıç atağının temelinde yatan durumların detaylı bir hikayesi alınmalıdır. Hekimin yaklaşımı; kuvvetle ilgilenici, itimat telkin edici ve yardım etmeye arzulu görünmelidir. Sıklıkla, hastanın sorulmadıkça kendisinin de farkında olamadığı, ortaya çıkarıcı aşık bir sebep vardır. Eğer ortaya çıkancısı sebep tesbit edilmişse, anksiyenin sebebi bilince çıktığında çözümü mümkün olabileceğinden ve anksiyé semptomları uzun bir süre defans olarak gerekemeyeceği için hasta iyice tetkik edilmelidir. Panik reaksiyonlarının önemli sebepleri, aggressiv ve seksual impulslerdir. Kriz esnasında paniğin sebeplerini izah etmek, sıklıkla zor ve aynı zamanda gereksizdir. Hasta biraz gevşeyinceye ve kooperatif oluncaya kadar sebeplerin irdelenmesi ertelenmelidir. Eğer paniğin sebebi bulunmadıysa, hasta şu anda major bir mental hastalığı olmadığına ikna edilmeli ve anksiyesinin sebebini daha uzun süre, ayrıntılı tetkik için randevu verilmelidir. Sebep tesbit edilinceye kadar hastaya; anksiyesini tamamen ortadan kaldırmayıp, sadece belli bir düzeye inmesine yardımcı olacağı izah edilerek, minör trankilizanlar verilebilir. Chlordiazepoxide (librium) 25 mg. oral-günde 4 defa, Diazepam 50 mg. oral-günde 4 defa verilebilir ve doz semptomlar hafifleyinceye veya ilaca bağlı yan etkiler ortaya çıkıncaya kadar artırılmalıdır. Eğer sıklıkla olduğu gibi, dépressif bir element varsa, andidepressifler tedaviye eklenmelidir. Anksiyé birlikte bulunan diğer semptomlar (palpitasyonlar, kas gerginliği, hiperventilasyon, vasküler değişiklikler v.s.) hastaya mantıklı bir biçimde ("Fight or flight = savaş veya sığınış") mekanizmasının bir parçası olarak izah edilmelidir.

#### **Panik Reaksiyonu-Hipokondriyak Tip:**

Bu tip vakalarda ilk adım, hastayı medikal bir hastalığı olmadığına inandırmak için yapılacak fizik muayenedir. Ortaya çıkan korkunun altında yatan durumların detaylı bir hikayesi alınmalı, hastanın hayatında benzer semptomları gösteren önemli kişiler araştırılarak hastaya semptomunun anlamı açıklıkla anlatılmalıdır, özellikle hastanın dikkatini ölüm fikrine götüren bir yıldönümü veya başka bir olay varsa, sebeple belirti arasındaki ilişki aydınlatılmalıdır. Eğer bu mümkün olmuyorsa, hastaya başka bir gün için randevu verilmeli ve trankilizanlar tavsiye edilmelidir. Hekim, özellikle negatif fizik bulguları belirterek hastayı anksiyesinin fizik bulgularına bağlı olmadığını kesinlikle inandırmalıdır.

#### **Konversiyon Reaksiyonları:**

Gerek ortaya çıkan dramatik tablo ve gerekse mevcut semptomlar yüzünden özellikle hastanın yakınlarını korkuya sevkeden konversiyon reaksiyonları, her organik rahatsızlığı taklit edebildiğinden, hemen tanınması ve tedavisi gereken durumlardır.

Belirtiler genellikle motor ve duysal alanlardadır. Motor alanda bir fonksiyon kaybı, felç, körlük gibi dramatik tablolar oluşturabilir. Batıda oldukça az, bizde ise oldukça sık görülen konversiyon nöbetleri ise, başlıbaşına bir teşhis ve tedavi sorunu teşkil ederler. Bu nöbetler özellikle epilepsi ve diğer organik hadiselerle karıştırılırlar. Tabloya sıklıkla hava açlığı, panik ve korku, el ve ayakların uyuşması, karıncalanması, karpopedal spazm, baş dönmesi, bilinç bozuklukları, palpasyon gibi belirtiler eşlik etmektedir.

Tedavide ilk adım, çevresel koşulların düzeltilmesidir. Hastanın yakınlarının dışarıya çıkarılması pek çok vakada başka bir şeye gerek bırakmadan tablonun kaybolması neticesini doğurur. Hastayla konuşmaya çalışmak çok önemlidir ve bunun gerçekleşmesi, temeldeki sorunların hasta tarafından anlaşılması sonucunu doğurur. Kriz esnasında defanslar kaybolmuştur ve bu durum hastanın aroriesini doğuran faktörlerin bilince çıkması için iyi bir fırsattır. Tablonun durumlarına göre çeşitli telkin metodları (faradizasyon, ilaçlar, hipnoz) kullanılabilir. Anksiyolitik ilaçlar, telkin faktörü de gözönünde tutularak kullanıldıklarında yüz güldürücü sonuçlar sağlayabilirler.

Ancak, tablonun kaybolması herşey değildir ve hasta sorunlarını anlamak, anksiyesini çözümlmek için psikoterapiye alınmalıdır. Reaksiyondan çok alta yatan sebep önemlidir.

#### **NON-PSİKOJENİK PSİKİYATRİK ACİL VAKALAR:**

Organik bir sebebe bağlı olarak (enfeksiyonlar, kafa travmaları, kafa içi yer işgal eden süreçler v.s.) ortaya çıkan psikiyatrik durumlar hem organik sebebe yönelik tedaviyi güçleştirdiklerinden ve hemde psikiyatrik semptomların hafifletilmesi açısından acil bir durum olarak karşımıza çıkarlar. Bu gibi durumlarda, bir taraftan etiyojik nedeni ortaya çıkarmak ve ona yönelik bir tedavi başlatmak gerekirken, bir taraftan da bu tür tedavileri bazen imkansız kılan ajitasyon, konfüzyon, panik türünden ruhsal belirtilerin tedavisine çalışmak gerekir. Öncelikle hastayı sakinleştirmek gerekir. Tedavi semptomatiktir. Ajitasyonların önlenmesi için seçilecek ilaç, Haldol amp. 5 mg. enjeksiyonları günde 20-40 mg.a kadar yapılabilir. Özellik arzeden bazı durumlar aşağıya çıkarılmıştır.

#### **Akut Alkolizm**

Alkolün fazla alınmasına bağlı olarak ortaya çıkan akut alkolizm durumları; zayıf impuls kontrolü, uyuşukluk, inkoordinasyon, konuşmanın bozulması ve büyüklük duyguları ile belirlidir.

Eğer hasta uyuşuksa, en iyi tedavi hastanın uyuşmasına izin vermektir. Eğer şahıs gürültülü, ajite bir tablo içinde ise, oral verilecek paraldehid veya chlorp-

romazınle sedasyon sağlanır. Hasta oral yoldan ilaç almayı reddediyorsa, chlorpromazine 50 mg. İ.M. verilebilir (Solunum depresyonu oluşabileceğinden dikkatle verilir). Alkoliklerde önemli olan organik bozuklukları (travma, subdural hematoma ve akut enfeksiyon) dikkatle araştırılmalıdır.

### Yoksunluk (Abstinens) Sendromu

Kronik alkolizmde, alkolün kesilmesinden 2-4 gün sonra ortaya çıkan kesilme belirtileri için, hasta sessiz bir odaya alınır. Proteinden ve sıvıdan zengin bir gıda düzeni uygulanır. Yüksek doz vitaminler (özellikle C ve B kompleksi), trankilizan (diazepam 5-10 mg. veya nöroleptik (haloperidol 5 mg x 3) ağızdan verilebilir.

Delirium tremens görülür veya muhtemel olursa, 1000 cc % 5lik glikoz izotonik içine 500 mg C vit., 200 mg. B. vit., 100 mg. nicotinic asid, 2 mg. magnezyum sülfat, 5-10 mg. diazepam koyarak günde 4-6 litre sıvı verilebilir.

Diğer toksik maddelerin kesilme durumlarında da, benzer tedavi prensipleri geçerlidir. Eksik maddelerin (vitamin, sıvı ve elektrolitlerin) karşılanması, genel sedasyon sağlanması veya alışılmış ilaç dozunun günden güne azaltılarak verilmesi gerekir.

### Doğum Sonu Psikozları

Doğum sonunda ortaya çıkan sebebi bilinmeyen, muhtemelen annedeki hormonal değişikliklere bağlı, ani başlayan, genellikle şizoaffektif tipte akut bir

psikozdur. Semptomlar manik, dépressif, mixt veya şizofrenik olabilir. Tedavi, baskın olan semptomatolojiye göredir. Ajitasyon durumlarında Haloperidol veya Largactil kullanılabilir ve bunlar genellikle yüz güldürücüdür.

### İlaçlara Bağlı Yan Etkiler

Psikiyatride kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler, hastada oluşan anxiété ve dramatik tablolar yüzünden psikiyatrik aciller arasında girer. Bunlarda, kullanılan ilaç türüne göre tedavi yapılır.

Phenothiazin türevlerine bağlı yan etkiler oldukça sık görülür. Bunların en önemlileri; boyun adalelerinde spazmlarla beliren akut distoniler, sırt kaslarının extansiyon rijiditesi, karpopedal spazmlar, yutkunma güçlüğü ve gözlerin yukarı doğru kayması (okülojir kriz), motor huzursuzluk, bir yerde durama gibi extrapiramidal ve maske yüz, ağızdan salya gelmesi, tremorlar gibi psödoparkinsoniyen belirtilerdir.

Tedavi Antiparkinsoniyen ilaçlar (Akineton) ve Diphenhydramine'le (10—25 mg. İ.M. veya İ.V. yavaşça, gerekirse tekrar) hemen yapılabilir.

Bulantı-kusmalara ve taşıt tutmalarına karşı alınan fenotiazin türevi, bazı antiemetiklere bağlı olarak da yukarıdakilere benzer akut ve dramatik belirtiler ortaya çıkabilir. Hasta genellikle anamnezinde sebebi kendisi verir. Tedavi yine yukarıdaki gibi kolayca yapılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Bridges, P.K., Psychiatric Emergencies: Diagnosis and management: American Lecture series-748; C.C. Thomas publisher, illionis, 1951.
2. Errera, P., Wyshate, G., Jareck, H.; Psychiatric care in a general hospital emergency room, Arch.Gen.Psychiatry.
3. Kelly, Robert L., Solomon, Philip, Emmanuel, Hikmet, N.; Psychiatric emergencies, Handbook of Psychiatry, ed. Solomon, P., Patch, Vernon D., 3rd edition, Lange Medical Publications, 1974, pp 405-427.
4. Linn.Louis; Other psychiatric emergencies, in Comprehensive textbook of Psychiatry/2, ed.Freedman et al., second edition, volume 1, The.Williams and Wilkins co., Baltimore, 1975, pp 1785-1799.
5. Mc.Court, William e., Solomon, P.; Suicide, in handbook of psychiatry, ed. Solomon and patch, 3rd edition, Langa Medical Publications, 1974, pp 333-341.
6. Tucher, Gery J.; Psychiatric emergencies, in American handbook of Psychiatry, ed. Silvano Arieti, second edition, volume 5, Basic Books inc. Publishers, New York, 1975.
7. Ünal, Mehmet; Alkolizm ve alkol psikozları, Ruh sağlığı ve hastalıkları, yayın sorumlusu: Orhan Öztürk, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara 1981, sahife: 263-282.