



DERLEMELER

REVIEWS

PSİKİYATRİK ACİL KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ EMERGENCY PSYCHIATRY CONCEPT-AN OVERVIEW

Dr. İnci D. HASIRCI*, Doç. Dr. Nuri Doğan ATALAY**

ÖZET: Bu çalışmada psikiyatrik acil kavramının tanımı, önemi; psikiyatrik acil sendromlar ve psikiyatrik acil sendromlar ve psikiyatrik hizmet alanında karşılaşılan güçlükler irdelenmiştir.

SUMMARY: In this review, the description and the importance of psychiatric emergencies, the problems of service in this field and certain emergency psychiatric syndromes are discussed.

RUHSAL BOZUKLUKLAR VE ACİL KAVRAMI

Ruh sağlığı, toplumun sosyo-kültürel, ekonomik, siyasal durumu ve genel sağlık sorunları ile doğrudan bağlantılıdır ve toplumdaki ruhsal sorunlar, bir tıp dalı olan psikiyatrinin sınırları içinde kalmaz (19). Ülkemizde görülen ruhsal bozukluk türleri diğer ülkelerdekilerle aynı olup, yalnızca görece olarak daha az ya da çoktur. Ankara ve çevresinde yapılan bir çalışmada, tüm psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %23.4, fonksiyonel psikozların %0.5 ve nevrozların %6.9 olarak bulunmuştur (16). Tüm medikal acil başvurular arasında psikiyatrik olguların oranı %2-12 arasında değişmekte olup, Ankara Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada %4 oranında olduğu bildirilmiştir (20).

Tıpta acil kavramını şu şekilde tanımlayabiliriz: Beklenmedik bir zamanda ortaya çıkan ve kısa sürede gerekli girişimlerde bulunulmazsa sakatlık ya da ölüm gibi istenmedik sonuçlara yol açan sorunlar acil durumlardır.

Bu tanımlama bağlamında, ilk bakışta ölümcül hasta gibi görünmedikleri için psikiyatrik hastaların acil servis olanaklarını kötüye kullandıkları söylenebilmektedir. 1945'ten bu yana görülen psikiyatrik acillerin %50'sinin gerçek acil olmadığını savunanlar varsa da bu dış görünüm oldukça yanıltıcıdır (2). Örneğin, yaşlı bir adam, başağrısı, uykusuzluk ve önemsiz görünen bedensel yakınmalarla acil servise başvurduğunda kendini

öldürmeyi tasarladığı öğrenilmezse, yakın bir gelecekte ölümcül bir sonuçla karşılaşılabilir. İntiharların pek çoğunda anamnezde bu tür acil servis ziyaretlerinin varlığını öğrenmek irkilticidir. İzleme çalışmaları, genel acil servislerdeki ölüm oranının beklenenden üç kat fazla olduğunu ve ölümlerin %61'inde psikiyatrik yakınmalarla seyreden hastalıkların ön planda olduğunu göstermiştir. Bunların çoğunluğu alkol ve organik mental bozukluklarla ilgili sorunlardan oluşmakta, yalnızca %39'unda psikiyatrik belirtilerin görülmediği medikal sorunlar ön planda yer almaktadır (10).

Kısacası, acil kavramı, kişinin uyum, yetenek ve kaynakları ile aşamayacağı tüm koşulları kapsamaktadır (16). Psikiyatrik acillerin en önemli yanı da çok yönlü yaklaşımı gerektiren medikal durumlar oluşlarıdır.

PSİKİYATRİK ACİL SENDROMLAR

1. Suisid : Acil psikiyatrinin en dikkat çekici konularından biri, olası dramatik sonuçları ile girişimleridir. Suisid düşüncesi ya da girişimi olan her olgu mutlaka acil girişim gerektirir. Suisid girişiminde bunların %90'ında psikiyatrik rahatsızlık olduğu; major affektif bozukluğu olanların %15'inin suisid girişiminden öldüğü; suisid girişiminin affektif bozukluklardan sonra sırasıyla alkolizm, postpartum psikoz, şizofrenik bozukluk ve kişilik bozukluklarında görüldüğü bildirilmiştir. Daha önce suisid girişiminde bulunanlar, dul-

* Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Öğrencisi

** Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

lar, işsizler risk altındaki gruplardır. Kadınlarda girişim 3-4 kat fazla olmakla birlikte, erkeklerde girişimin başarılı olma olasılığı 2-3 kat daha fazladır (7, 9, 10).

2. Depresyon : Acil psikiyatri servislerinde %14-26 oranında, oldukça sık karşılaşılan depresyon, suisid riski, kendine bakım ve beslenmenin bozulması gibi sorunlarla ölümcül sonuçlara yol açabilir (8, 9, 13).

3. Ajitasyon ve saldırganlık : Psikozlar, nörolojik bozukluklar, entoksikasyonlar ve daha seyrek olarak kişilik bozuklukları ajitasyona yol açabilir. Egodistonik ya da sintonik olarak yaşanabilir. Uygun yaklaşım, ivedi medikasyon ve yönlendirme kötü sonuçları önlemek açısından çok önemlidir (9, 17, 18).

4. Disosiatif bozukluk, homoseksüel panik ve panik atakları

5. Mani : kavgacılık, fizik tükenme gibi sorunlar nedeniyle acil girişim gerekebilir.

6. Paranoid şizofreni ve kriz halindeki şizofrenik olgular

7. Anoreksiya nervoza, insomni, başağrısı : Organik ve depresif senromlar açısından iyi değerlendirilmesi gereken durumlardır.

8. Akut psikosomatik sorunlar: Deliryum, anksiyete ve panik atakları görünümünde ortaya çıkabilir.

9. Madde kullanım bozuklukları ve entoksikasyonlar

10. Cinsel saldırı kurbanları

11. İyatrojenik sorunlar : Akut distoni, akatizi, barbitürat, kortikosteroid, trankilizan kullanımı, akut intermittant porfiri vb.

12. Ölümcül hastalık: Panik ve ağır depresyona yol açabilir. Ayrıca, psikiyatrist, hasta ile doktoru arasındaki ilişkileri düzenlemek zorunda kalabilir.

13. Çocukluğa özgü bazı durumlar : Entoksikasyonlar, dikkat eksikliği bozukluğu, zeka geriliğine bağlı psikotik durumlar, cinsel saldırıya uğrama, fizik hastalık nedeniyle hospitalizasyondan doğan sorunlar, yaşlar ve benzeri durumlar, acil girişim gerektirecek belirtilere yol açabilir.

14. Yaşlılığa özgü durumlar : Yaşlı hastalardaki psikiyatrik bozukluklar erişkin ve ergenlere göre daha ağır seyredebilir. Ayrıca bu kişiler iyatrojenik sorunlara, örneğin ilaç yan etkilerine karşı çok duyarlıdırlar. Fizik durumları çok kolay bozulabilir (9, 10, 11, 17, 18, 21).

PSİKİYATRİK ACİL HİZMETTE KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

1. Organik ya da fonksiyonel hastalık ayrımının güçlüğü

Fizik hastalıklarının birçoğu psikiyatrik hastaları taklit edebilir, davranış, duygulanım ya da düşünce bozukluğu ile karşımıza gelebilir (1, 6, 9, 10,).

Aileden bilgi alma, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerin zaman yitimine yol açtığı ve psikoterapötik yaklaşıma zıt düştüğünü savunanlar varsa da organisiteyi dışlamanın başka yolu yoktur (1, 9).

Acil servise psikiyatrik belirtilerle gelen bir hastada, durumun organik bir bozukluğa bağlı olma olasılığı kolaylıkla gözardı edilebilmektedir. Hastaların yeterli öykü verememesi, saldırgan oluşturma ya da psikiyatristlerin eğitiminde organik hastalıklara ilişkin bilgilerinin yetersiz oluşu bu durumu etkilemektedir.

Prospektif olarak yapılan bir çalışmada, psikiyatrik hastaların %46'sında, psikiyatrik tablonun başlamasına ya da alevlenmesine yol açan bir fizik hastalık belirlenmiştir (6). Bu grubun %76'sında tablo, psikoz görünümündedir. Çalışmanın toplam hastalarındaki fizik hastalık oranı ise %80'dir.

Bir başka çalışmada, 2090 hastanın %43'ünde fizik hastalık saptanmış olup, %33'ünde tabloyu başlatan ya da alevlendiren etken, fizik hastalık olmuştur (12). Bu hastalıkların başında, endokrin, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem ve santral sinir sistemi hastalıkları gelmektedir (6, 9, 12). Bu bulguları göz önüne alan klinisyenler, acil serviste hastaları kabaca, nevroz ve psikoz olarak ayırmanın kötü bir sınıflama olduğunu savunmaktadırlar.

2. Acil psikiyatri servisine ilişkin özelliklerin yarattığı zorluklar:

Hızlı ve kısa sürede değerlendirme, tanı koyma ve öneride bulunma zorluğu; psikoterapötik teknikleri kısa sürede kullanmaya karşı motivasyon azlığı; saldırgan ve tehlikeli hastaların tıbbi ekipe yarattığı emosyonel tepkiler; hasta yakınlarının yersiz soruları ile zaman yitirme; eşliksiz gelenlere öneride bulunma zorluğu; isteksiz getirilenlerin işbirliğine uzak oluşu; semptom kümelelerinin nonspesifikliği; psiko-sosyal stresör-hastalık ilişkisinin belirginliği ve bu koşulların manipülasyonunun oldukça zor oluşu; bazı hastalara karşı emosyonel tepki ve kızgınlık duyma; özel eğitim yetersizliği; hafta sonlarında hospitalizasyon artışı gibi diğer bazı etkenler acil psikiyatri servisine ilişkin özelliklerin yarattığı zorluklardır (4, 5, 8, 9, 14, 15, 17, 18).

Bunlar arasında biraz daha ayrıntılı tartışmak istediğimiz tanı güvenilirliği sorununa geçmeden önce acil serviste mutlaka sağlanmış olması gereken bazı özelliklerden söz etmek istiyoruz: Görüşme odalarının sakin olması; gerekli teknik donanıma sahip olmak için hastane ile fizik bütünlüğün sağlanması; psikiyatrik izleme kurumlarına ilişkin ayrıntılı bilgi ve bunlarla işbirliği sağlanması; yeterli personel sayısı; güvenlik güçleriyle ilişki kurma kolaylığı; süpervizyon ve özel eğitim

ile uzman ve intern yetiştirme (4, 5, 8, 9, 14, 15, 17, 18).

3. Psikiyatrik acil tanının güvenilirliğine ilişkin sorunlar:

Psikiyatrik acil bakımın en önemli özelliği hızlı ve kısa sürede karar verme ve hastanın daha sonraki durumu konusunda yasal ve etik sorumluluk yüklenme zorunluluğudur. Psikoz, organizite ve suicidal yüküklüğü atlamak istenmedik sonuçlara yol açabilir. Tanı güvenilirliği konusunda yapılan, DSM-III ölçütlerinin kullanıldığı iki kontrollü çalışma şu ortak sonuçları vermiştir: Acil serviste koyulan tanılardan en güvenilir olanları, alkol kötüye kullanımını ve major depresyondur. Şizofrenik bozukluk, bipolar bozukluk ve diğer psikotik bozukluk tanıları bu alt büyük kategoriler için güvenilir olmakla birlikte "psikoz" genel başlığı altında toplanırsa güvenilirlik artmaktadır. Organik beyin sendromu tanısı ise güvenilir değildir. Bu bulgulara dayanarak, genelde acil servisin, amacına yönelik sağaltımı başlatabilecek yeterlilikte olduğu söylenmektedir (13, 17). Organizite konusunda ayrıntılı bir anamnez alınması, laboratuvar tetkiklerin artırılması ve özellikle alkol dışı madde kullanımının da soruşturulması güvenilirliği arttıracaktır. Tanının, gözlenebilir davranışa ve bulguya göre konmasını önerenler de vardır; örneğin, "eksitasyon" "deliran hasta", "entoksikasyon" gibi.

4. Kültürel, subkültürel ve bireysel farklılıkların acil psikiyatrik değerlendirmeye etkileri:

Psikiyatrik bozuklukların görünümü, anlatılışı, kabullenilişi ve hekim tarafından tanımlanışı, yönlendirilişi gibi özellikler gerek hastanın gerekse hekimin kültürel, sınıfsal ve bireysel özelliklerinden etkilenir. Örneğin, tecavüze uğramış iki kadından birisi, başından geçenleri anında panik yaşayarak karşılarken, diğeri olaydan sonra 3 ay içinde ortaya çıkan uykusuzluk nedeniyle acil servise gelmek zorunda kalabilir (10).

Acil serviste çalışan hekimin eğitim, deneyim ve kişiliği de önemlidir. A.B.D.'de yapılan birçok çalışmada hekimle hasta arasındaki sosyal sınıf farkının öneri ve sonuçları etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca, çaresiz görünen, yardım talebi içindeki hastaların bazı hekimlerde kızgınlık ve hastayı reddedici duygular yaratarak terapötik ilişkiyi etkilediği aynı çalışmaların bulgularındandır (5, 9, 17). İlk yıl asistanları arasında, hastaları kısa sürede değerlendirme, çabuk tanı koymaya çalışma eğilimleri daha yaygındır (8). Bu etkenlerin ayırımında olmak kuşkusuz ki, bu sorunların çözümü için gerekli bir özelliktir.

5. Psikiyatri bilimindeki gelişmelerin ve izlenen sağlık politikalarının getirdiği sorunlar:

1960'lardan sonra gerek nöroleptik ilaçların kullanımının başlaması, gerekse psikiyatrik bozukluklara bakış açısının değişmesi sonucu depo hastaneler ortadan kalkmaya başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde hastane dışı sağaltım kurumlarının

önemi giderek artarken ülkemizde de bu anlayış önem kazanmaya başlamıştır (3). Hastane alternatif kurumların yeterince gelişmemesi, acil psikiyatri servislerini, özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeydeki gruplar için neredeyse tek seçenek haline getirmiş ve bu alt kurumun aşırı yüklenmesine yol açmıştır (4, 5). Bu durum acil servislere giderek destekleyici bir kurum görüntüsü de kazandırmakta olup, burada da bir medikopsiko-sosyal ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Ülkemizde de kurumlar arası denge daha stabil bir duruma gelene dek acil servis hizmetinin bir de bu yönü olduğunu ve gerçek aciliyet oluşturmamayan bir hastayı bile uygun biçimde yönlendirmek gerektiğini belirtmek uygundur.

KAYNAKLAR

- 1- Anderson, J.A.: Physical Examination in Office Practice. Am. J. Psychiatry 137: 10: 1188 (1980)
- 2- Bartolucci, G., Calvin, D.: An Overview of Crisis Intervention in the Emergency Rooms of General Hospitals. Am. J. Psychiatry 130: 9: 953 (1973).
- 3- Bayülkem, F.: Psikiyatrik Hizmetlere Ait Yeni Görüşler. Milli Nöroloji ve Psikiyatri Bilimleri Kongresi Kitabı. S:415 (1972).
- 4- Fauman, J.F.: Emergency Medicine and Psychiatry. Hosp. and Com. Psychiatry 24:1:90 (1983).
- 5- Gerson, S., Bassuk, E.: Psychiatric Emergencies: An Overview. Am. J. Psychiatry 137:1 (1980).
- 6- Hall, R.C.W., et al: Unrecognized Physical illness Prompting Psychiatric Admission: A Prospective study. Am. J. Psychiatry 138: 629 (1981).
- 7- Hillard, R.C., et al: Suicide in Psychiatric Emergency Room Population. Am. J. Psychiatry 140: 459 (1983).
- 8- Hillard, J.R., et al: Residency Training in the Psychiatric Emergency Room. Am. J. Psychiatry 139:236 (1982).
- 9- Hyman, S.E. (Ed.): Manual of Psychiatric Emergencies. Little, Brown:Boston (1984).
- 10- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry IV (1985).
- 11- Kass, F. et al: The Assessment of Depression: A model for Quality Review of Emergency Psychiatry 132:2:213 (1978).

- 12- Koranyi, E.K.: Morbidity and Rate of Undiagnosed Physical Illness in a Psychiatric Clinic Population. Arch. Gen. Psychiatry 36:414 (1979).
- 13- Lieberman, P.B., Baker, F.M.: The Reliability 36:3:291 (1985).
- 14- Mendel, W.M., Rappaport, S.: Determinants of Decision for Psychiatric Hospitalization. Arch. Gen. Psychiatry 20:321 (1969).
- 15- Miller, R.D., Fiddleman, P.B.: Emergency Involuntary Commitment: A Look at Decision-Making Process. Hosp.and Comm. Psychiatry 34:3:249 (1983).
- 16- Öztürk, O. (yayın sorumlusu): Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. S:371, Ankara, 1981
- 17- Perske, M.A.: Is Dangerousness an Issue for Physicians in Emergency Commitment? Am.J Psychiatry 132:825 (1975).
- 18- Skodol, A.E., Karasu, T.B.: Emergency Psychiatry and the Assaultive Patient. Am.J. Psychiatry 135:202 (1978).
- 19- Ulusal Ruh Sağlığı Programı Geliştirme Toplantısı Konferansları, Ankara 25-27 Haziran (1987)
- 20- Ünlüoğlu, G., Sayılı, I.: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine Gelen Acil Vakalar. Milli Nöroloji ve Psikiyatri Bilimleri Kongre Kitabı. S:661 (1976).
- 21- Williamson, J., Stroke, L.H., Gray, S.: Old People at Home: Their Unreported Needs. Lancet 1: 1117 (1964)