

# Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım

Rabia Bilici<sup>1</sup>, Mustafa Sercan<sup>2</sup>,  
Ali Evren Tufan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,  
Psikiyatri Polikliniği, Elazığ - Türkiye

<sup>2</sup>Prof. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bolu - Türkiye

<sup>3</sup>Yard. Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları AD, Bolu - Türkiye

## ÖZET

Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım

Psikiyatrik hasta saldırıları ruh sağlığı alanında çalışanların mesleki uygulamada karşılaştıkları önemli olaylardır. Bu saldırılar yaralanma, geçici veya kalıcı sakatlıklar, travma sonrası stres bozukluğu dahil ciddi sorunlar meydana getirmekte ve hatta bazen ölümlerle sonuçlanabilmekte, ayrıca klinik ve ekonomik yüke neden olmaktadır. Konu, önemine oranla az ilgi görmektedir çünkü saldırılar, mağdur personel tarafından, görevinin bir parçası olarak kabul görmekte, dile getirilmemekte ve yasal işleme başvurulmamaktadır. Psikiyatristlerin %5-48'inin hasta ve/veya hasta yakınları tarafından şiddet gördüğü, 4 yıllık asistanlık eğitimi boyunca asistanların %40-50'sinin fiziksel saldırıya uğradığı gösterilmiştir. Yardımcı sağlık personeli de hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçiler tarafından sıklıkla duygusal, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Saldırıya maruz kalma riski yüksek olan personelin güvenliğinin sağlanması önemlidir ve çalışanlara bu konularda devamlı eğitim verilmelidir. Bu yazıda hasta saldırılarının nedenleri ve saldırgan hastaya yaklaşım (farmakolojik tedavi ve diğer önlemler) gözden geçirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Psikiyatri, saldırı, ajitasyon, sağlık personeli, şiddet



## ABSTRACT

Assaultiveness in psychiatric patients and approach to assaultive patients

Assaults by psychiatric patients are serious occupational exposures for mental health professionals. These assaults may result in injuries, transient or persistent disabilities, severe psychological stress including posttraumatic stress disorder, and death, and cause clinical and economic burden. This issue attracts scant attention when considering its importance. Because these assaults are considered by victims as a part of their jobs and are not verbalized, they do not take legal actions. It has been shown that 5-48% of psychiatrists are subjected to violence by patients and patients' relatives, and 40-50% of residents are physically violated during their 4-year residency training. Other healthcare personnel are also emotionally, verbally and physically violated by patients, patients' relatives and visitors. It is of importance to provide security for staff members who are at high-risk for these assaults and continuous training on these issues should be provided for employees. In this article, the causes of assaults by patients and approaches to assaultive patients (pharmacological treatment and other precautions) are reviewed.

**Key words:** Psychiatry, assault, agitation, healthcare personnel, violence

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist Rabia Bilici, Elazığ Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Hastanesi, Rizaiye Mah. Mehmet  
Güçlü Cad. No: 71, Elazığ - Türkiye

Telefon / Phone: +90-424-237-2366

Faks / Fax: +90-424-212-7831

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
rabiabilici@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
2 Ocak 2012 / January 2, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
17 Haziran 2012 / June 17, 2012

## GİRİŞ

Tüm dünyada psikiyatrik hasta saldırıları; sağlık ve acil servis çalışanları, polis, itfaiye görevlilerinin mesleki uygulamaları içinde karşılaştıkları ciddi olaylardır (1,2). Psikiyatrik saldırıların önlenmesi ve maruz kalınan durumlarda hastalara en uygun yaklaşımla müdahale edilebilmesi için bu alanda çalışan sağlık personelinin yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Sağlık personelinin bir saldırganlık olayı karşısındaki algısı, vereceği tepkinin ve hastaya yaklaşımının da belirleyicisi olmaktadır. Saldırganlık nedenlerinin iyi

bilinmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını da önleyecektir.

Psikiyatrik hasta saldırıları; yaralanma, geçici veya kalıcı sakatlıklar, travma sonrası stres bozukluğu dahil ciddi sorunlar meydana getirmekte ve hatta bazen ölümlerle sonuçlanabilmekte, ayrıca klinik ve ekonomik yüke neden olmaktadır (2,3). Konu, önemine oranla az ilgi görmektedir. Çünkü çoğunlukla çalışma ortamlarında kapalı alanlarda meydana gelen saldırılar mağdur personel tarafından görevinin bir parçası olarak kabul görmekte, dile getirilmemekte ve yasal işleme başvurulmamaktadır (2). Yapılan çalışmalarda, ruh sağlığı

**Tablo 1: Temel güvenlik için yapılması gerekenler ve güvenliği tehlikeye sokan davranışlar****Temel güvenlik için yapılması gerekenler**

Tüm hastaların tehlikeli nesnelere açısından iyice aranmış olduklarından emin olunuz.  
 Hastalarla görüşürken kapıyı açık tutunuz.  
 Bulduğunuz ortamın dağınık olmamasını ve güvenli olmasını sağlayınız.  
 Kişisel eşyalarınızı ortada bulundurmayın ya da görüş alanınız içinde tutunuz.  
 Hızla dışarı çıkabilecek ölçüde kapıya yakın durunuz.  
 Nasıl yardım isteyebileceğinizi biliniz.  
 Çağrı veya alarm düğmelerinin nerede bulunduğunu biliniz.  
 Hastalarla ilgili ve olası tehlike durumları ile ilgili klinik algınıza güveniniz.  
 Hastalara öz kıyım planları ve/veya öldürme düşünceleri olup olmadığını sorunuz.  
 Hastalara yanında silah olup olmadığını sorunuz ve silahı acil olarak uzaklaştırınız.

**Temel güvenliği tehlikeye sokan davranışlar**

Hastaların tehlikeli nesnelere bulundurmalarına izin vermek.  
 Hastaların sıcak içecek, bardak ve keskin nesnelere bulundurmalarına izin vermek.  
 Kendinizin bir odada hasta tarafından köşeye sıkıştırılmasına izin vermek.  
 Ekip içinde bozuşma ve uyuşmazlıklara izin vermek.  
 Tehdit altında hissederken veya korkmuş halde iken görüşmeyi sürdürmek.  
 Yalnız iken ve hasta çok fazla ajite iken hastaya dokunmak veya onu tepside almaya çalışmak.  
 Az kısıtlayıcı olan yöntemleri denemeden önce doğrudan ve öncelikle en kısıtlayıcı yöntemleri kullanmak.  
 Ajite bir hastayı tek başına veya başıboş bırakmak.

alanında çalışanların işleri nedeniyle şiddete maruz kalma risklerinin epeyce fazla olduğu ve psikiyatrların %5-48'inin hasta ve/veya hasta yakınları tarafından şiddet gördüğü gösterilmiştir (4,5). Psikiyatrideki şiddet oranının, diğer uzmanlık dallarına göre 2 kat daha fazla olduğu sanılmaktadır. Çalışmalar, 4 yıllık asistanlık eğitimi boyunca asistanların %40-50'sinin fiziksel saldırıya uğradığını göstermiştir (6). Psikiyatri asistanları ile yapılan başka bir çalışmada ise, asistanların 2/3'ünün saldırgan hastalara yaklaşım yöntemleri ile ilgili bilgilendirilmediği saptanmıştır (7). Hasta bakımının önde gelen çalışanlarından hemşireler de hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçiler tarafından sıklıkla duygusal, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar (8-10).

**Güvenliğin sağlanması**

Saldırıya maruz kalma riski yüksek olan personelin güvenliğinin sağlanması önemlidir ve çalışanlara bu konularda sürekli eğitim verilmelidir. Flannery ve arkadaşları (11) 20 yıllık bir sürede hasta saldırılarına maruz kalan personelin özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarında, mağdurların daha genç, eğitim düzeylerinin

daha düşük, daha az tecrübeli, ruh sağlığı alanında daha az eğitilmiş kişilerden oluştuğunu bildirmiştir. Çalışmalar eğitimin, saldırı olaylarını azaltmaya yardımcı olduğunu göstermektedir. Şiddeti önleme yönetimi; tespit uygulamalarına yönelik servis içi eğitim, şiddet eğilimi olan hastaların dikkatli gözlenmesi, güvenlik personelinin eğitimi ve çalışanların uyanık ve dikkatli olmalarının sağlanmasını içerir (12,13). Saldırgan hastaları durdurma konusunda öncelikle temel güvenlik kurallarının öğrenilmesi önemlidir (3,14,15) (Tablo 1).

Anahtar kural, her zaman hastaların, çalışanların ve kişinin kendi güvenliğinin sağlanmış olduğundan ve hastaların olası şiddet eylemlerine karşı her zaman iyi gözlendiklerinden emin olmaktır. Hastayı korumak ve çalışanların güvenliğini sağlamak, ancak iyi düzenlenmiş bir tedavinin sağlanması ile mümkündür (16).

**Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve öngörüsü**

Hastaların şiddet gösterme riskini değerlendirme yetisi, ruh hekiminin uzmanlık dalına ilişkin genel bilgi düzeyi ile yakından ilişkilidir. Hastalar şiddet tehdidini bazen belirsiz ve özgün olmayacak şekilde dile getirirken, (örneğin 'bugün birisini yaralamak veya

**Tablo 2: Şiddetin ortak öğeleri ve öngörü ölçütleri**

Ortak Öğeler	Örnekler
Öykü	Çocukluk çağında istismar veya ihmal; geçmişte öz kıym girişi veya kendini zedeleme davranışı; geçmişte şiddet ve/veya ailesel şiddet
Yaş ve cinsiyet	Genç (13-25 yaş), erkek
Psikiyatrik faktörler	Psikiyatrik hastalığın aktif belirtileri (ör. emir veren işitsel varsanılar, kötülük görme sanrıları, psikotik düşünce bozukluğu, uyarılmışlık) Ciddi akıl hastalığı ile madde kötüye kullanımının beraberliği Kişilik bozuklukları Maddeye bağlı bozukluklar, ör. intoksikasyon ve/veya yoksunluk (ÖNEMLİ: Kronik alkolizm ani alkol kullanımına göre daha fazla şiddet öngörü ölçütüdür ve eşlikçi psikiyatrik bozuklukların sayısı arttıkça şiddet oranı da büyür)
Duygusal faktörler	'Patlama' davranışı Kızgın veya öfkeli duygulanım Duygusal oynaklık Öfkeli ve/veya dürtüsellik Engellenme direncinde düşüklük
Sosyal faktörler	Sosyal destek yetersizliği Sosyoekonomik yetersizlik İlaç uyumsuzluğu
Nörobiyolojik etmenler	Deliryum (ör. HIV/edinsel immun yetmezlik sendromu) Zeka geriliği Nörolojik hastalıklar Nöbetler; yapısal beyin anomalileri Travmatik beyin hasarı

öldürmek istiyorum'), geri kalan durumlarda hedefin belli olduğu öldürme planlarını dile getirmektedirler (örneğin 'karımı öldüreceğim') (16). Hastaların, özellikle özgün olmayan ve/veya söze dökülmeyen, silik şiddet tehditlerini algılayabilmenin hekimin mesleki ve iletişim becerileri ile ilişkili olduğu söylenebilir. Diğer yandan, yakın dönemde yapılan araştırmalar, insan ve diğer memelilerdeki saldırganlığın proaktif (yırtıcı, planlı ve manipülatif) veya reaktif (tepkisel, dürtüsel ve plansız) olarak iki ayrı grupta kavramsallaştırılabileceğini düşündürmektedir (17-19). Bu saldırganlık türlerinden proaktif saldırganlığın bireyin belli bir amaca ulaşabilmesi için uyguladığı davranış repertuarları içerisinde yer aldığı, planlı olarak gerçekleştiği, davranış bozukluğu ve/veya anti-sosyal kişilik bozukluğu gibi tanımlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Reaktif saldırganlık ise bireyin karşılaştığı frustrasyona tepki olarak, dürtüsel biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu tür saldırganlığın özellikle duygu durum bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu gibi tanımlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (18,19). Bu önermeler göz önüne alındığında, özellikle reaktif saldırganlığı azaltabilmek için

hastaların frustrasyon toleransını artırmak ve tehdit edildikleri algısını azaltmak gerekebileceği, proaktif saldırganlığın ise yapılandırılmış kuralları olan bir servis ortamında daha az görülebileceği öne sürülebilir. Yine de hastaların şiddet içeren davranışlarda bulunma olasılığının en önemli yordayıcısının, tanıdan ve saldırganlık tipinden bağımsız olarak, geçmiş şiddet öyküleri olduğu bildirilmiştir. Hastaların şiddet içeren davranışlarda bulunmaları olasılığını öngörmekte kullanılabilecek diğer ölçütler Tablo 2'de gösterilmiştir (Tablo 2) (16).

Flannery ve arkadaşları (17) psikiyatrik hastaların sergilediği saldırgan davranışlara ilişkin 20 yıllık araştırmaların sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, geçmiş saldırganlık öyküsü ve madde kullanımı olan bireylerin daha sık saldırganlık gösterdiğini bildirmişlerdir.

Hastaların saldırgan davranışları ve tedavi ekibini şiddet, hatta ölümle tehdit etmeleri sadece psikiyatrik bozukluklarda değil, diğer hastalıklarda da görülmektedir. Tablo 3'te şiddetle birliktelik içinde olan birincil psikiyatrik ve psikiyatri dışı bozukluklar gösterilmiştir (Tablo 3) (16).

**Tablo 3: Şiddetle ilişkili hastalıklar****Birincil Psikiyatrik Bozukluklar (DSM IV'e göre)**


---

Antisosyal kişilik bozukluğu
Borderline kişilik bozukluğu
Davranım bozukluğu
Deliryum, demans
Disosiyatif bozukluklar
Aralıklı patlayıcı bozukluk
Zeka geriliği
Karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu
Travma sonrası stres bozukluğu
Premenstrüel disforik bozukluk
Seksüel sadizm
Şizofreni, paranoid tip
Madde kullanım bozuklukları (alkolle ilişkili bozukluklar, amfetamin, inhalan ve fensiklidin intoksikasyonu)

---

**Diğer Nedenler**


---

Demans, deliryum, duygudurum bozuklukları veya psikotik sendromlara veya kişilik değişikliklerine neden olan kafa içi patolojiler (ör. travma, enfeksiyon, tümör, anatomik bozukluk, vasküler malformasyon, inme, dejeneratif hastalıklar)
İlaçlar
İktal, post-iktal ve inter-iktal dönemdeki davranışları içeren nöbet veya nöbet benzeri sendromlar
Demans, deliryum, duygudurum bozuklukları veya psikotik sendromlara veya kişilik değişikliklerine neden olan sistemik hastalıklar (ör. metabolik, endokrin, enfeksiyöz ve çevresel)

---

Dolayısıyla, ajitasyon, saldırgan davranış ve dürtüsellik gösteren hastalarda, psikiyatri dışı tıbbi durumların da mutlaka dışlanması gerektiği söylenebilir. Yönelim bozukluğunun araştırılması, yaşamsal bulguların değerlendirilmesi, kafa travması olup olmadığının saptanması, bilinç düzeyindeki değişikliklerin gözlenmesi ve psikiyatrik hastalık öyküsü yoksa 'organik' nedenler açısından dikkatli olunması gerekmektedir. Bu nedenle, tüm hastalarda kan şekeri ölçülmelidir. Ayrıca tam kan sayımı, rutin biyokimyasal tetkikler, kalsiyum düzeyi, kreatin fosfokinaz düzeyi, alkol-madde taraması, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans incelenmesi gereklidir. Akciğer grafisi, arteryel kan gazı ölçümü, karaciğer enzimleri ve tiroid fonksiyon testleri de ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (16).

Ajite olan ve saldırgan davranış gösterebileceği düşünülen hastaların tanınmasında hızlı adımlama, psikomotor ajitasyon, tehdit edici konuşmalar, gergin, atılmaya hazır bir duruş, aralıklı patlayıcı davranışlar, çevreye karşı aşırı ve seçici dikkatlilik, şüphecilik, paranoid düşünce, silah taşıma, dürtü denetim zayıflığı, engellenme direncinin düşüklüğü, duygusal oynaklık, öfkeli ve dürtüsellik yardımcı olabilir. Bu hastaların yatış sırasındaki değerlendirilmesinde Pozitif ve Negatif Sendrom

Ölçeği'ne eklenen ve Agresyon Risk Profili olarak adlandırılan öfke, hazzı erteleme güçlüğü ve oynak duygulanım gibi ek maddeler veya Ajitasyon Sakinlik Değerlendirme Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği gibi yapılandırılmış ölçümler kullanılabilir de yataklı psikiyatri servislerinin günlük işleyişi içerisinde ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yukarıda sayılan yakınma ve belirtilerin takibinin halen altın standart olduğu söylenebilir (20-22).

Hastaların sergileyebileceği şiddet davranışı çılgın atma, küfretme, bağırma, ısırma, tükürme, nesnelere fırlatma, tekmeleme, vurma veya saldırma şeklinde olabilir. Önemli olan ajitasyonun erken evrelerinde hastanın değerlendirilmesi ve gereken önlemlerin alınmasıdır. Hastanın diğer kişileri tehdit etmeye başlaması halinde harekete geçilmelidir ve kural "hızlı hareket etmek" olmalıdır (14,23).

**Saldırgan hastaya yaklaşım**

Ajitasyon, kişinin, yakınlarının ve/veya tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, kişinin işlevselliğini bozan, sesli, sözlü ve/veya motor davranışlar kümesidir. Ajitasyon; saldırganlık,

şiddet, kırıp dökme gibi kişinin normal davranış dağarcığında olmayan, yeni ortaya çıkan bazı davranışlardan oluşabileceği gibi; tekrarlayıcı sorular veya adımlama gibi normal bir davranışın anormal bir biçimde tekrarlanması şeklinde de görülebilir (24).

Ajite hastaya yaklaşımda ilk amaç, hastayı uyuşturmadan ziyade sakinleşmesini sağlamaktır (25). Saldırgan hastaların tedavisinde 4 basamaklı bir yaklaşım uygulanmalıdır. Çevresel düzenleme, yatıştırma, bedensel tespit veya tecrit ve farmakolojik yaklaşım (16). Kılavuzlar, ajitasyonu azaltma girişiminde ilk aşamada ilaç tedavisi dışındaki girişimlerin uygulanmasını önermektedir (26,27).

### 1. Çevresel Düzenleme

Ajite bir hastayla karşı karşıya kalındığında, ilk olarak diğer hastaların ve çalışanların güvenliği sağlanmalıdır. Hastanın konforu, hasta yakınlarının uzaklaştırılması, bekleme süresinin azaltılması, çalışanların davranışları, uyarıcı seviyesi gibi çevresel değişkenler denetlenebilir ve kişinin saldırganca davranmasına katkıda bulunabileceği düşünülen etkenler düzenlenebilir. Kişinin dışsal uyarılardan arındırılması ve sessiz bir odanın sağlanması önemlidir. Hastanın bir yatağa yatırılması, bir bardak su veya meyve suyu ikram edilmesi durumu düzeltebilir.

Doktorlar veya diğer çalışanlar asla güvensiz bir alanda tek başlarına kalmamalıdır. Zarar verebilecek tüm nesnelere odadan alınmalıdır. Bu hastalar dikkatlice izlenmelidir. Ajite hasta ile arada belirli bir güvenlik mesafesi bırakılmalıdır. Uzamış veya yoğun doğrudan göz teması hasta tarafından tehdit olarak algılanabilir. Ellerin arkada bağlanması şeklindeki bir duruş da karşı karşıya gelme veya tehdit olarak algılanabilir. Sakin bir duruş sergilenmeli ve denetim elden bırakılmamalıdır. Hastanın duyu durumu, konuşması ve psiko-motor aktivitesindeki herhangi bir değişiklik yakından gözlenmelidir.

### 2. Yatıştırma

Şiddet içeren davranışların olasılığını azaltmada tüm sözel ve sözel olmayan teknikler içerisinde ilk olarak

kullanılması gereken yöntem sözel yatıştırma olmalıdır. Çalışanlar hastaya, amaçlarının onun iyi olmasını ve güvenliğini sağlamak olduğunu ve durumun denetimleri altında olduğunu hissettirmelidirler. Hastayla sakin, kontrollü, kışkırtıcı olmayan ve yatıştırıcı ses tonuyla konuşmalıdırlar. Hastayla aralarında bir güvenlik mesafesi kalacak şekilde durmalı ve her an güvenlik görevlerini çağırabilecek bir durumda olmalıdırlar.

Psikiyatrik hastalarca sergilenen ajitasyon ve saldırgan davranışların çoğunun hastaların elinde olmadan ortaya çıktığı göz önünde bulundurulmalı, kızgınlık hissedilse bile hastaya belli edilmemelidir. 'İyi hissetmediğinizi ve zor zamanlar geçirdiğinizi anlıyorum' veya 'acı çekiyorsunuz ve kafanız karışık gibi görünüyor' benzeri cümleler hastanın deneyimini anlamaya çalıştığınızı belirtmek için kullanılabilir. 'Yardım almak için buradasınız ve biz size yardımcı olmaya ve sorununuzu çözmeye çalışıyoruz' veya 'lütfen yardım etmeye izin verin ve korkmayın' şeklindeki cümleler hastanın rahatlamasına yardımcı olabilir. Çalışan kişiler, hastanın güvenli bir ortamda ve kontrol altında bulunduğunu, kendisine veya başkalarına zarar vermesine izin verilmeyeceğini vurgulamalıdır. Yapacağı hareketlerin gelecekteki sonuçları da uygun bir dille anlatılmalıdır. Hastanın saldırganlığını yansıtacak ve tırmandıracak bir davranış sergilemek yerine, çalışanlardan biriyle konuşması veya yakınlarıyla bir telefon konuşması yapmasının önerilmesi sorunun kontrolünü sağlayabilir.

### 3. Yalıtım ve Bağlama (Tecrit ve Tespit)

Yalıtım ve bağlama tehlikeli davranışlara karşı kullanılacak son seçenektir. Bu yöntemler hiçbir zaman cezalandırma amacıyla, çalışanların rahatı için veya bir tedavi programının yerine kullanılmamalı, yatarak tedavi dahil tüm psikiyatrik tedavilerin temel amacının bireyin bir insan olarak onurunu, toplumdaki rolünü ve işlevselliğini korumak ve düzeltmek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın hakları, saygınlığı ve mahremiyeti korunmalıdır. Eğer tecrit veya tespit kararı verilecekse, tedavi ekibi bu uygulamaların faydasını değerlendirmelidir ve bu uygulama için yeterli ve eğitimli personel kullanılmalıdır.

#### 4. Farmakolojik Tedavi

Saldırgan ya da ajite hastanın farmakolojik tedavisi bazı durumlarda ana tedavi olarak uygulanabileceği gibi, bazen yatıştırma ve öteki çabalara ek olarak kullanılır. Tehlikeli davranışlar tüm çabalara rağmen devam ediyorsa, farmakolojik tedavi uygulanmalıdır. Mümkünse hastaya tedavinin tipi ve nedenleri anlatılmalıdır. İdeal olan, hastanın istemli olarak ilacı kabul etmesidir. Özellikle hastanın yeniden denetimini ve saygınlığını kazanması açısından oral ilaç kullanılması önemlidir; bunun mümkün olmadığı durumlarda parenteral yola başvurulur. Eğer kas içi uygulama yolu seçilecekse, güvenlik personeli ve başka çalışanlar da bulunmalıdır. Olayın başlangıcı, en az kısıtlayıcı yöntemlerin denendiği, uygulanan tedavi ve hastanın son durumu mutlaka ayrıntılı şekilde not edilmelidir.

Ajite hastaların tedavisinde farmakolojik ajanların kullanımı, 1930'lu yıllarda barbituratların ve bromidlerin keşfi ile başlamıştır. Bu ilaçların kullanılmaya başlamasından yaklaşık 20 yıl sonra, tolerans/bağımlılık/yoksunluk gelişimi, karaciğer enzimleri indüksiyonu, ciddi ilaç etkileşimleri ve solunum baskılanması gibi zorluklar yeni ilaç arayışlarına yol açmıştır. Düşük potensli ilk nöroleptiklerin keşfi ile ajite hastaların tedavisinde büyük ölçüde klorpromazin yer almaya başlamıştır (26-28). Ancak bu yeni tedavinin ömrü de ortostatik hipotansiyon, konfüzyon, antikolinergik toksisite ve aşırı sedasyon yapıcı etkilerinden dolayı pek uzun olmamıştır. Daha iyi bir seçeneğin söz konusu olduğu durumlarda, klorpromazin kullanmaktan kaçınılması önerilmektedir (28-30).

Kısa bir zaman içinde yüksek potensli nöroleptikler keşfedilmiş ve ajite hastalardaki saldırgan, yıkıcı, psikotik davranışları kontrol edebildikleri görülmüştür. Bir süre, bu ilaçların yüksek dozlarda kullanıldıklarında daha etkili olacakları düşünülmüş ve bu yaklaşım "hızlı nöroleptizasyon" olarak adlandırılmıştır. Ancak daha sonra yapılan çalışmalar, bu yaklaşımın yanlış ve riskli olduğunu göstermiştir (29). Aslında nöroleptik ajanlar, en düşük etkin dozlarda ve tek bir sefer uygulandıklarında bile akut distonik reaksiyonlar ve akatizi gibi bazı potansiyel riskler taşırlar (30). Akatizi ise ajitasyon benzeri bir görünümle klinisyeni yanıltarak, tekrarlayıcı

dozlara ve kısır bir döngüye yol açabilir. Potent nöroleptikler ile ilişkili diğer ciddi istenmeyen etkiler ise hipotansiyon, nöbet eşliğinde düşme, kalpte ritim bozukluğu ve nöroleptik malign sendrom olup, birçok yayında bu ilaçların tek bir dozundan sonra bile görülebildiklerine ilişkin küçümsenmeyecek miktarda rapor bulunmaktadır (27,31-33).

Bu durum, ajite hastanın tedavisinde benzodiazepinleri, önce monoterapi olarak sonra da yüksek potensli nöroleptikler ile kombine olarak kullanmayı gündeme getirmiştir. Benzodiazepinler ajite hastaların tedavisinde bazı avantajlar sağlamakla birlikte, onların da solunum depresyonu, bulantı, ataksi, disinhibisyon, tolerans, bilişsel bozulma, aşırı sedasyon ve konfüzyon gibi kendilerine özgü bazı istenmeyen etkileri söz konusudur (26). Sonuç olarak, akut ajitasyon-klasik antipsikotik cephesinde geline son nokta, potent bir nöroleptiğin ve benzodiazepin türü bir ilacın tek başına mı yoksa birlikte kullanımında mı daha etkin ve avantajlı olacağı sorusudur.

Geleneksel yaklaşımda, haloperidol veya lorazepam tek başlarına ya da karma şekilde kullanılmaktadır. Antipsikotik ve benzodiazepin kombinasyonunun avantajı, tek ilaç kullanım miktarını azaltmak ve benzodiazepinin sedasyon etkisi ile antipsikotiğin davranış kontrolü etkisini birleştirmektir (32). Haloperidol, yan etki profilinin istenilen düzeyde olması, çok az sedasyon yapması ve kalp-damar etkilerinin az olup güçlü bir antipsikotik olması nedeniyle, hızlı trankelezyonda bir standart olmuştur. Akut servislerde ajitasyon kontrolünde güvenli ve etkili olduğu defalarca gösterilmiştir (31).

Haloperidol ve/veya lorazepam kullanımı üzerine gelişli sonuçlar bildiren yayınlar bulunmaktadır (34-38). Azaltılan anksiyete, ajitasyon ve/veya agresyonun hangi yapıtaşlarının tecrit ve/veya tespit ihtiyacını azaltacağı net olmadığından, bu verilerin yorumlanması güçtür. Belki de etkinliğin daha açık bir belirtisi, agresyonun kontrolünü sağlamada her ilaç için ihtiyaç duyulan tekrarlanan enjeksiyon sayısı olabilir ve bu ölçüye göre haloperidol - lorazepam kombinasyonu, tek başına her iki ilaçtan da daha etkilidir (32,35,39). Benzer şekilde, droperidolün plasebo veya haloperidol ile karşılaştırıldığında, daha üstün etkilere sahip olduğu gösterilmiştir. Plasebo veya haloperidol alan hastalar, droperidol alan hastaların neredeyse üç katı yinelenen enjeksiyon

miktarına ihtiyaç duymaktadır (40,41). Droperidolü haloperidol-lorazepam kombinasyonu ile doğrudan karşılaştıran çalışma bulunmamasına karşılık, ayrı çalışmalarda, bu ilaçların miktar ve ihtiyaç duyulan yinelenen enjeksiyon sayısı araştırılmıştır (41). Bu çalışmaların verilerine dayanılarak, araştırılan ilaç dozları ve düzenlemelerinde yetişkin psikiyatrik hastalarda, droperidolün plasebo veya haloperidole göre daha etkili bir acil ilaç tedavisi olduğu ortaya çıkabilir. Dozlardaki ve bunların uygulanmasındaki farklar göz önüne alındığında, droperidol veya haloperidol-lorezeepam kombinasyonundan hangisinin daha etkili olduğu pek açık değildir.

Yeni antipsikotik ilaçların klasik tablet formları, yavaş titrasyon çizelgelerinin olması ve doz sınırlayıcı yan etkilerinin olması nedeniyle genellikle ajitasyonda ilk seçenek olarak kullanılmazlar. Ancak oral likid formu ve çabuk çözünen tabletleri olan (risperidon ve olanzapinin) ve intamusküler formu olan ilaçlar (ziprasidon, risperidon ve olanzapin) acil servislerde şiddet davranışının tedavisinde önemli seçenekler haline gelmektedirler. Bu ajanlar daha iyi tolere edilmeleri, intamusküler formdan oral forma geçişin daha kolay olduğuna dair çalışmaların olması, daha geniş etkinlik alanları ve daha güvenli yan etki profilleri ile pek çok psikiyatrik bozuklukta ilk grup ilaç olmaya hak kazanmışlardır (42-45).

Akut ajitasyon, hemen her tür psikiyatrik bozukluğa bağlı ortaya çıkabilmesine rağmen, büyük ölçüde ihmal edilmiş, gelip geçici bir durum olarak görülmüştür. Dolayısıyla, konuya ilişkin çalışmaların yapılması, duyurulması ve tedavisinde standart bir yaklaşım geliştirilmesi ile ilgili çabalar yeterince yoğun değildir. Oysa pek çok psikiyatrik hasta için, hastalıklarının ağırlaştığı bu anlar yeni dönem tedavileri için bir başlangıç noktası oluşturmakta ve hastaların bu akut koşullarda aldıkları psikofarmakolojik ve psikolojik yardım daha sonraki tedavileri için belirleyici olmaktadır.

Standart sağaltım planının olmayışı klinisyenleri bu konuda salt deneyim ile hareket etmeye yöneltmiştir ve bu durum klinisyenlerin bir kısmında, ajite hastanın enjeksiyon yapılmadan tedavi edilemeyeceği inancını doğurmuştur. Dünyada ve ülkemizde pek çok merkezde ajite hasta acil servis koşullarında değerlendirilerek, psikotik olsun olmasın, intramusküler yolla nöroleptize edilebilmektedir. Bilimsel bir dayanağı olmaksızın, klinik

önyargularla verilen tedavi kararları, ajitasyonları psikotik bir bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkan hastaları, yalnızca hastalıklarının bu kritik evrelerinde daha fazla istenmeyen etki riskine maruz bırakmakla kalmamakta, daha üstün etki ve yan etki profilleri taşıyan atipik antipsikotik ajanlarla tedavilerinin başlatılmasını da geciktirmektedir (46).

Yukarıda sözü edilen klinik boşluklardan doğan ihtiyacı karşılamak amacıyla, akut ajitasyon tedavisinde klasik veya atipik antipsikotikler, benzodiazepinler ve bunların kombinasyonları ile yapılan çalışmaları inceleyen Yıldız (47), sonuç olarak, haloperidol gibi klasik bir antipsikotik ile lorazepam gibi bir benzodiazepin ile yapılacak olan kombinasyonun, bu ilaçların tek tek uygulanmasından daha üstün bir akut antiajitasyon etki sağladığını bildirmiştir. Ayrıca, atipik antipsikotiklerin tek başlarına veya yine bir benzodiazepin ile birlikte uygulandıklarında, en az klasik yaklaşımlar kadar akut antiajitasyon etki sağladıkları görülmüştür. Mevcut atipik ajanlar arasında risperidon, olanzapin ve ziprasidon akut antiajitasyon tedavide kullanım açısından en uygun adaylardır. Bu ilaçların bazılarının oral formülasyonlarının da akut ajitasyon tedavisinde etkin oldukları bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bu durum, ajite hastaların gereğinden fazla enjeksiyona maruz bırakıldıklarını düşündürmektedir (46).

Çocuk ve ergenler için klinik ilaç çalışmalarının eksikliğine rağmen, acil ilaç tedavilerinin çocuk ve ergen yatılı hasta birimlerindeki agresif olaylarda kullanımları nadir değildir. Acil psikiyatride standart uygulama, benzodiazepinlerin ve antipsikotiklerin ayrı veya birlikte kullanımlarını içerir (48). Geriye dönük bir çalışmada, bir çocuk/ergen biriminde agresyon olaylarının neredeyse üçte birinde psikotropik ilaç kullanımı olduğu belirtilmiştir. En sık kullanılan ilaçlar tiyoridazin (%68.1), lorazepam (%10.3), klorpromazin (%9.6) ve haloperidol difenhidramin ve benztropin (toplam %12) olmuştur (49).

Sonuç olarak, kullanılacak ilaçlarla ilgili karar verirken mutlaka ekip kararı alınmalı, hem doktorun hem de hastanın bu karar neticesinde kendisini rahat hissetmesi sağlanmalıdır. Ayrıca kimyasal tespit dikkatlice düşünerek, talimat vererek ve belgelenecek uygulanmalıdır. Akut psikofarmakolojik yaklaşım öncesinde en az kısıtlayıcı alternatifler düşünülmelidir.

**KAYNAKLAR**

1. Drach-Zahavy A, Goldblatt H, Granot M, Hirschmann S, Kostintski H. Control: patients' aggression in psychiatric settings. *Qual Health Res* 2012; 2243-2253.
2. Flannery RB Jr. Psychiatric patient assaults and the staff victims: an introduction. *Psychiatr Q* 2010 Oct 14.
3. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2011; 17:170-185.
4. Erdos BZ, Hughes DH. Emergency psychiatry: a review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1175-1177.
5. Anderson A, West SG. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8:34-39.
6. Black KJ, Compton WM, Wetzel M, Minchin S, Farber NB, Rastogi-Cruz D. Assaults by patients on psychiatric residents at three training sites. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:706-710.
7. Schwartz TL, Park TL. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psychiatr Serv* 1999; 50:381-383.
8. May DD, Grubbs LM. The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs* 2002; 28:11-17.
9. Presley D, Robinson G. Violence in the emergency department: nurses contend with prevention in the healthcare arena. *Nurs Clin North Am* 2002; 37:161-169.
10. Moylan LB, Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; 18:526-534.
11. Flannery RB Jr, LeVitre V, Rego S, Walker AP. Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatr Q* 2011; 82:11-21.
12. Fernandes CM, Raboud JM, Christenson JM, Bouthillette F, Bullock L, Ouellet L, Moore CF. Violence in the Emergency Department Study (VITES) Group. The effect of an education program on violence in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2002; 39:47-55.
13. Lanza ML, Schmidt S, McMillan F, Demaio J, Forester L. Support Our Staff - a unique program to help deal with patient assault. *Perspect Psychiatr Care* 2011; 47:131-137.
14. Hill S, Petit J. The violent patient. *Emerg Med Clin North Am* 2000; 18:301-315.
15. Reid WH. Assaults against psychiatrists and other mental health professionals. *J Psychiatr Pract* 2008; 14:179-181.
16. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28:701-711.
17. Flannery RB Jr, Farley E, Tierney T, Walker AP. Characteristics of assaultive psychiatric patients: 20-year analysis of the Assaultive Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q* 2011;82:1-10.
18. Miller JD, Zeichner A, Wilson LF. Personality correlates of aggression: evidence from measures of the five-factor model, UPPS model of impulsivity, and BIS/BAS. *J Interpers Violence* 2012; 27:2903-2919.
19. Tuvblad C, Baker LA. Human aggression across the lifespan: genetic propensities and environmental moderators. *Adv Genet* 2011; 75:171-214.
20. Battaglia J, Lindborg SR, Alaka K, Meehan K, Wright P. Calming versus sedative effects of intramuscular olanzapine in agitated patients. *Am J Emerg Med* 2003; 21:192-198.
21. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Gögüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
22. Evren C, Çınar Ö, Güleç H, Çelik S, Evren B. Buss- Perry Agresyon Ölçeği Türkçe versiyonunun yatarak tedavi gören erkek alkol/madde bağımlılarında geçerliliği ve güvenilirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24:283-295.
23. Tardiff K. Management of the violent patient in an emergency situation. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11:539-549.
24. Verma SD, Davidoff DA, Kambhampati KK. Management of the agitated elderly patient in the nursing home: the role of the atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:50-55.
25. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr* 2007; 12:5-11.
26. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. Expert Consensus Panel for behavioral emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract* 2005; 11 (Suppl. 1): 5-108.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence. Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. London: Royal College of Nursing, 2006.
28. Salzman C, Green AI, Rodriguez-Villa F, Jaskiw GI. Benzodiazepines combined with neuroleptics for management of severe disruptive behavior. *Psychosomatics* 1986; 27:17-22.



29. Levy RH. Sedation in acute and chronic agitation. *Pharmacotherapy* 1996; 16:152-159.
30. Ahmed U, Jones H, Adams CE. Chlorpromazine for psychosis induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD007445.
31. Neborsky R, Janowsky D, Munson E, Depry D. Rapid treatment of acute psychotic symptoms with high- and low-dose haloperidol. Behavioral considerations. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:195-199.
32. Foster S, Kessel J, Berman ME, Simpson GM. Efficacy of lorazepam and haloperidol for rapid tranquilization in a psychiatric emergency room setting. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:175-179.
33. Modestin J, Krapf R, Böker W. A fatality during haloperidol treatment: mechanism of sudden death. *Am J Psychiatry* 1981; 138:1616-1617.
34. Konikoff F, Kuritzky A, Jerushalmi Y, Theodor E. Neuroleptic malignant syndrome induced by a single injection of haloperidol. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 289:1228-1229.
35. Currier GW, Trenton A. Pharmacological treatment of psychotic agitation. *CNS Drugs* 2002; 16:219-228.
36. Donlon PT, Hopkin J, Tupin JP. Overview: Efficacy and safety of the rapid neuroleptization method with injectable haloperidol. *Am J Psychiatry* 1979; 136:273-278.
37. Battaglia J, Moss S, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, Dubin W, McGlynn C, Goodman L. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997; 15:335-340.
38. Salzman C, Solomon D, Miyawaki E, Glassman R, Rood L, Flowers E, Thayer S. Parenteral lorazepam versus parenteral haloperidol for the control of psychotic disruptive behavior. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:177-180.
39. Bieniek SA, Ownby RL, Penalver A, Dominguez RA. A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy* 1998; 18:57-62.
40. van Leeuwen AM, Molders J, Sterkmans P, Mielants P, Martens C, Toussaint C, Hovent AM, Desseilles MF, Koch H, Devroye A, Parent M. Droperidol in acutely agitated patients. A double-blind placebo-controlled study. *J Nerv Ment Dis* 1977; 164:280-283.
41. Resnick M, Burton BT. Droperidol vs. haloperidol in the initial management of acutely agitated patients. *J Clin Psychiatry* 1984; 45:298-299.
42. Currier GW. Atypical antipsychotic medications in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl.14):21-26.
43. Daniel DG, Potkin SG, Reeves KR, Swift RH, Harrigan EP. Intramuscular (IM) ziprasidone 20 mg is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double-blind, randomized trial. *Psychopharmacology (Berl)* 2001; 155:128-134.
44. Kinon BJ, Roychowdhury SM, Milton DR, Hill AL. Effective resolution with olanzapine of acute presentation of behavioral agitation and positive psychotic symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl.2):17-21.
45. Lesem MD, Zajecka JM, Swift RH, Reeves KR, Harrigan EP. Intramuscular ziprasidone, 2 mg versus 10 mg, in the short-term management of agitated psychotic patients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:12-18.
46. Feifel D. Rationale and guidelines for the inpatient treatment of acute psychosis. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl.14):27-32.
47. Yıldız A. Akut ajitasyon sağaltımında benzodiazepinlerin, tipik ve atipik antipsikotiklerin yeri: Bulguların gözden geçirilmesi. [Benzodiazepines, typical and atypical antipsychotics in the management of acute agitation: A review]. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:134-144.
48. Adimando AJ, Poncin YB, Baum CR. Pharmacological management of the agitated pediatric patient. *Pediatr Emerg Care* 2010; 26:856-860.
49. Garrison WT, Ecker B, Friedman M, Davidoff R, Haeberle K, Wagner M. Aggression and counteraggression during child psychiatric hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:242-250.