

# Psikiyatride Acil Durumlar Saldırgan Hasta



**Doç. Dr. Cengiz GÜLEÇ**  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anilim Dalı Öğretim Üyesi

## 1- Giriş

Saldırgan hastayı uygun bir biçimde ele alıp tedavi etmek hekimlerin temel görevlerinden birisidir. Saldırganlık eğilimleri nedeniyle acile getirilen her kişinin kesinkes ruhsal bir rahatsızlık içinde olması gerekmez. Bu nedenle hasta olanlarla hasta olmayanları ayırt etmek önemlidir. Duygusal yükü fazla olan bir konuda birdenbire ortaya çıkan öfke patlamaları ve yıkıcı-saldırgan davranışlar tıbbi yönden tedaviyi gerektiren bir durum değildir. Bunlar ruhsal yönden

hasta olmayan, ama hukuk ve idare yönünden sorun çıkardığı için acil servislere getirilen kişilerdir. Buna karşılık içsel dürtülerini dış dünyaya yansıtarak başkalarından kendisine gelen ciddi tehditler olarak algılayan bir insan dürtüsel bir atakla ve kendini korumak amacıyla saldırganlaşabilir. Bu durumda psikotik bir hastayla karşı karşıyayız demektir. Buna karşı tutum ve yaklaşımımız tamamen ayrı olacaktır.

Gerçekten psikotik ajitasyon içindeki saldırgan hasta, alle çevresi ve tıbbi personel açısından çok zor

*Hekimler, dört-beş kişinin zorla zaptetmeye çalıştıkları iri yarı, abuk sabuk konuşan, ağza alınmaz küfürler savuran, sağa-sola tekme tokat girişen, yanına yaklaşanları öldüreceğini haykıran bir hasta ile karşı karşıya kalabilirler. Bu durumda yapılacak ilk iş; hastanın kamçılanmış saldırgan dürtüleri uyarınca denetimsiz davranmasına hiç bir biçimde izin verilmeyeceğini hastaya uygun bir dille anlatmak olmalıdır.*

sorunlar yaratabilir. Hekimler, dört-beş kişinin zorla zaptetmeye çalıştıkları iri yarı, abuk sabuk konuşan, ağza alınmaz küfürler savuran, sağa-sola tekme tokat girişen, yanına yaklaşanları öldüreceğini haykıran bir hasta ile karşı karşıya kalabilirler. Sözlü buyruk ve önerilere aldırmayan bu hastaya yaklaşmaktan korkan bir sürü seyirci, hekimin hemen oracıkta bir şeyler yapmasını ve bu "tatsız" duruma bir son vermesini isteyebilirler. Bu tür sosyal baskıları hisseden hekim, bu baskının bilincine varmadan ve hastayı dikkatlice değerlendirmeden kendisinden beklenileni yapmaya kalkışır, çok önemli yanlışlara düşebilir.

Bu durumda yapılacak ilk iş; hastanın kamçılanmış saldırgan dürtüleri uyarınca denetimsiz davranmasına hiç bir biçimde izin verilmeyeceğini hastaya uygun bir dille anlatmak olmalıdır.

#### A- TESBİT:

Hasta söz dinlemiyor ve söylenenleri anlamıyor gi-

bi görünse de açıklama kararlı ve kesin bir tutumla yapılmalıdır. Acil serviste ya da hastayı muayeneye gittiğimiz ev ortamında, hastayı tesbit edebileceğimiz ne kadar insan gücü ve araç-gereç varsa seferber edilmelidir. Hastanelerde genellikle eğitilmiş yardımcı sağlık personeli ve gerekli tesbit araçları bulunduğundan bu yönde ciddi bir sorunla karşılaşılmaz. Hastanede isek, sağlık personeli ile, dışarda isek aileden güçlü kuvvetli kişilerin yardımı ile hastayı hızla tesbit etmek gerekir. Bu, saldırganlığa gerçekten izin verilmeyeceğinin somut olarak kanıtlanması olacağından, büyük önem taşır. Saldırgan hastalar psikotik bile olsalar, çevresindeki insanlarda görülen en küçük kararsızlık ve güvensizliği çok çabuk algırlar. Bu da onların giderek daha ajite olmalarına yol açar. Saldırgan dürtülerin dış çevrece denetlenemediği düşüncesi hastanın korkusunu daha artırır. Böylece ortaya tam bir kısır döngü çıkmış olur. Saldırganlık çevresindekileri korkutur, korkan kişiler yaklaşamaz, yalnızlık ve çaresizlik duyguları dürtü denetimsizliğini daha da artırır.

#### Tesbit Sırasında Gözönünde Tutulacak Noktalar:

a) Hasta tesbit edilirken, personelden ya da hasta yakınlarından herhangi birinin sakatlanmasına ya da incinmesine yol açabilecek bir yöntemden kaçınmaya özen gösterilmelidir.

b) Tesbit işlemi sırasındaki itiş-kakışta yardımcılarından birisi darbe yerse, hasta bu mücadeleden galip çıkmış gibi bir duyguya kapılabilir. Bu durum öfke yaratabilir ve hasta istenmeyen bir karşı saldırıya uğrayabilir.

c) Dört-beş kişinin yardımıyla hastayı bir sandalyeye ya da yatağa, çarşafarla dört ekstremitesinden bağlamak, hem tıbbi muayene için hem de yapılacak tıbbi girişimler için gereklidir.

d) Tesbit işlemleri yapılırken, yapılan işlem ve amaçlar hastaya keskince açıkça anlatılmalıdır: "Senin denetimsiz ve saldırgan davranışlarına izin veremeyiz. Bu yüzden seni bir süre, sen kendini denetleyinceye dek bağlamak zorunda kalıyoruz." gibi bir yaklaşım hastanın dürtülerinin bastırılmasına yardımcı olur.

e) Hasta, eğer güvenlik güçlerince elleri kelepçeli olarak getirilmiş ise, kelepçe onların yanında çözülmeli ve gerekiyorsa hastanenin tesbit olanakları kullanılmalıdır. Bu işlem hastanın kendisini bir suçlu gibi hissetmemesini sağlar ve olumlu hasta-hekim ilişkisinin kurulmasına ilk adım olur.

f) Eğer ekip açısından olanaklar elverişli ise, he-

kim hastanın tesbit işlemlerine kendisi katılmamalıdır. Onun görevi, tıbbi personelin ya da aile yakınlarının eylemlerini yönlendirmek ve bu ekibin başında kimin bulunduğunu hastaya, dolaylı olarak göstermek olmalıdır. Hekim bu tesbit işlerine katılırsa, hasta hekimi de kendisini cezalandıran kişiler arasına katar ve ona güven duymaz. Hasta tesbit edildikten sonra kendisine yapılan bu işlemi anlar ve saldırganlığının önlenmiş olmasından dolayı hekime ve yardımcılara saygı ve minnet duyar.

**g)** Bazan hekimler hastadaki potansiyel saldırganlığa aldırılmayıp fizik kısıtlama ve tesbit yöntemleri kullanmadan hastadaki dehşet ve korku duygularına empati ile yaklaşabilir, bu yolla ajitasyonu yatıştırabilirler. Ancak bu tutumu meslekte yeni olan hekimlere salık vermeyiz. Çünkü, bazı hastalar bu açık tutumdan korkup paniğe girebilir ve saldırganlığı daha da artabilir.

## B- DEĞERLENDİRME:

Saldırgan hastaya yaklaşımda ikinci adım, psikiyatrik değerlendirmedir. Hastaya yeterli denetim sağlandıktan sonra, gizlilik koşullarına uygun güvenli bir ortamda tam bir psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır. Görüşme yapılan ortamda tehlikeli olabilecek tahrir edici bir eşyanın bulunmamasına özen gösterilmelidir. Uyarıların çok yoğun olmadığı, sessiz ve güven verici bir ortam, tek başına ajitasyonu yatıştırmaya yeterli olabilir. Kısıtlayıcı önlemlerin gevşetildiği böylesi durumlarda hekim hastanın yeniden saldırganlaşma olasılığını iyi değerlendirmelidir. Hasta eğer yeniden ajite olursa, hekim bu eğilimi farketmediğini ve sakinleşmek için daha fazla zamana ve ilgiye gerek duyduğunu, kendisinin koyamadığı denetimi tedavi ekibinin koyacağını sabırla anlatmalıdır.

## C- GÖZLEM VE İZLEME:

Saldırgan hastaya yaklaşımda üçüncü adım; gözlem yapmak ve hastayı izlemektir. Psikotik ajitasyon içindeki hastalar tesbit edilince gözle görünür bir biçimde yatışırlar. Çoğu kez sessiz ve işbirliğine yatkın bir duruma gelirler. Bütün önlemlere karşın hasta ajite ise, ve işbirliğini reddederse, o zaman akla şu sorular gelmelidir:

**1-Ajitasyonu yatıştırmak için şu anda ilaç vermek gerekli mi?**

**2-Organik kaynaklı bir konfüzyon durumu var mı?**

İlk önlemlerle yatıştırılmayan ajitasyonların en sık görülen organik nedeni alkol zehirlenmesidir. Alkol öyküsü olan ajite hastaları fizik ve nörolojik muayeneler tamamlanıncaya dek hastanede tutmak gere-

kir. Alkol zehirlenmesi kimi zaman çok ciddi bir psikopatolojiyi maskeleyebilir. Eğer hasta alkol zehirlenmesi ile bağdaştırılmaz ciddi bir organik beyin sendromu içindeyse, fizik ve nörolojik incelemeler ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Kesin bir zorunluluk yoksa, muayene ve fizik incelemeler bitene dek ilaç verilmemelidir. Çünkü, yatıştırıcı psikotrop ilaçlar organik nedenlerle konfüzyan içindeki hastanın şaşkınlığını arttırarak klinik tabloyu ağırlaştırabilir. Eğer kronik beyin sendromu lehine açık bir bulgu saptanmışsa, alınması gereken ikinci karar, ilaç vermenin gerekip gerekmediğidir. İlaçlarla acil yatıştırma genel bir kural değildir. Hasta eğer dışardan kurulan denetim olanakları ile yatıştırılmıyorsa ve tesbit edilmeye karşın, psikotik dağılma (dezorganizasyon) içinde iletişim kurmayı sürdürüyorsa, ilaçla müdahale etmek gerekliliği vardır. Ajitasyonu hemen yatıştırmak amacıyla yapılan anti-psikotik ilaçlar, bazan saldırgan davranışın altında yatan psikotik süreci gözden kaçırmamıza neden olabilir. Bu da hastadaki uzun süreli tedaviyi gerektiren sorunun atlanmasına yol açabilir.

İlaç vermek zorunda isek, verdiğimiz ilaçları açıklamalıyız. Böyle yapılmazsa hasta bu girişimi bir saldırı ya da ceza gibi algılayabilir. İlaç verilirken, hekim doğabilecek yan etkileri ve tedavi edici etkiyi görebilmek için hastanın yanında hazır bulunmalı ve hastaya ilacın adını, etkisini açıkça söylemelidir.

## II-SALDIRGANLIK RİSKİNE KARŞI ÖNLEMLER:

**A-** Silahlı ve saldırgan bir kişi ile yalnız olarak görüşme yapılmamalıdır. Silahsızlanma sağlanana dek görüşme ertelenmelidir. Görüşme sırasında karşımızdakinin silah taşıdığı anlaşılırsa, o kişiye (hastaya) neden silah taşımak gereğini duyduğunu sormalıyız. Silahını vermeyen hastaya bu koşullar altında görüşme yapamayacağımızı uygun bir dille anlatmalıyız. Gerekirse görüşme odasından çıkıp, güvenlik güçlerine durumu bildirmek gerekir. Güvenlik güçleri gelene dek hastane personeli silahı almak üzere hastaya yaklaşım tutma ve tesbit etme işine girişmemelidir. Doğabilecek üzücü bir sonucun sorumluluğundan hekim kendisini ve personelinin korumak zorundadır.

**B-** Saldırgan hastalarda özellikle koşma gereksinimi olan ajite hastalarla kapalı ve dar odalarda görüşme yapılmamalıdır. Görüşme odası hastane personelinin gözetiminden uzak olmamalıdır. Gerektiğinde personelden yardım istenebilir. Hastanın bunu bilmesinde yarar vardır. Odanın kapısı açık tutulmalı ve kapı içerden kilitlememelidir.

**C-** Hekim ve hasta görüşme yaparken her an odaya çıkabilecek biçimde, kapıya yakın bir konumda bulunmalıdır. Paranoid hastaların "köşeye sıkıştı-

rilmiş" olmak gibi durumlara aşırı duyarlı oldukları akıldan çıkarılmamalıdır.

**D- Hastaya eşlik eden, onu hastaneye getiren kişilerin hasta üzerinde yatıştırıcı ya da saldırganlığı kışkırtıcı etkileri olup olmadığını değerlendirmek gerekir.** Üniformalı güvenlik güçleri genellikle hastaları çok öfkelendirirler. Bazan da onların varlığı hastane gibi yabancı bir ortamda güvenlik kaynağı olabilir.

Hasta üzerinde olumsuz etkileri olacağı düşünülen yakınlar izin alınarak ve yalnız görüşmenin daha uygun olacağı açıklanarak dışarı çıkarılmalıdır. Eğer hastane personeli fiziksel tesbit yönünden yeterli değil ise, o zaman hasta yakınları görüşme odasında bulundurulabilir.

### III-GÖRÜŞME TEKNİĞİ VE İLKELERİ:

**A- İlgı Göstermek :** Alay edici ve reddedici olabilecek tutum ve davranışlardan kaçınmak gerekir. Hastanın istekleri sorulmalı ve söyledikleri saygıyla dinlenmelidir. Görüşme odasında oturacağı ya da ayakta duracağı yer konusunda seçim hakkı tanımalıdır. Olanak varsa bir sandalye vererek, bazı haklarına saygılı ve duyarlı olduğumuz dolaylı yollarla gösterilmelidir. Bu saygılı, açık ve kararlı tutum hastaya ek bir müdahaleye gerek bırakmadan yatıştırmaya yeterli olabilir.

**B- İlişki Kurmak :** Hastaya saldırganlığı konusunda özel sorular sormadan önce, belirli düzeyde bir ilişki kurmak gerekir. Bu amaçla kimliği, nerede yaşadığı, mesleği ve medeni durumuna ilişkin sorular sormak, bu ilişkinin kurulmasını sağlayabilir. Saldırgan davranışla ilgili sorular dolambaçsız, dolaysız ve açık bir tutumla yöneltilmelidir.

**C-Güvence Vermek :** Hastanın saldırgan dürtülerini denetlemesine yardımcı olabilmek amacıyla burada ve yanında bulunduğumuz açıklanmalıdır. Bizden yardım isteyip istemediği sorulmalı, ilişkiye belirli bir sınır koymalı ama bu tehdit edici ya da öfke uyandırıcı olmamalıdır.

**D-Düşünce ve Algı Bozukluğunu Ele Alma :** Ağır düşünce ve algı bozukluğu ile birlikte saldırgan davranışlı paranoid hasta ile görüşme yapmak, hem hekim açısından hem de hasta açısından ciddi sorunlarla doludur. Böyle bir hastaya düşüncelerinin, inançlarının gerçek dışı ve mantıksız olduğu yüzüne karşı hiç bir zaman söylenmemelidir. Hasta sanrısız düşüncelerini tartışmak istese bile, uygun bir biçimde tartışmaya girmeden şu andaki öfke ve gerginliğe yardım etmek üzere orada bulunduğumuz anlatılmalıdır. Hastanın hekimi sanrı dünyasına katıp katmadığına karşı uyanık olmak gerekir. Eğer hekimden de kuşkulanyor

ve "düşmanları" ile işbirliği yapmakla suçluyorsa, hastadan gelebilecek saldırıya karşı dikkatli olunmalıdır. Bu durumun farkına varılırsa hastaya belirli bir uzaklıkta durarak görüşme yapılmalıdır.

*Saldırgan hasta karşısında altta yatan bozukluğun kesin tanısını koymaktan çok daha önemli olan, saldırganlık riskini arttıran bazı ruhsal bozuklukların bulunup bulunmadığını kabaca değerlendirmektir.*

### IV- SALDIRGAN DAVRANIŞIN NEDENLERİ:

Saldırgan hasta karşısında altta yatan bozukluğun kesin tanısını koymaktan çok daha önemli olan, saldırganlık riskini arttıran bazı ruhsal bozukluklarının bulunup bulunmadığını kabaca değerlendirmektir.

Saldırgan davranışa neden olan psikiyatrik bozukluklar şunlardır;

**1-Paranoid Hastalar:** Yaşlılıkta ortaya çıkan paranoid psikozlar da içinde olmak üzere paranoid kişilik, paranoid şizofreni gibi tüm paranoid reaksiyonlar oldukça sık ve yaygın olarak saldırgan davranışlar nedeniyle acil girişim için hastaneye getirilirler.

**2-Alkol ya da İlaç Zehirlenmeleri :** Özellikle akut alkol zehirlenmeleri tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de giderek artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Akut zehirlenmelere ek olarak bazı ilaçlara ve alkole bağımlılık durumlarında görülen kesilme (withdrawal) sendromu da sık görülen saldırgan davranış nedenidir.

**3-Saldırganlık yönünde buyruklar işiten varsanlı (hallüsinasyonlu) psikotik durumlar,**

**4-Dürtü denetimini azaltan ve ajitasyona neden olan organik beyin sendromları,**

**5-Taşkın sevinç ve coşkudan çok, gerginlik ve öfke yönü ağır basan manik durumlar,**

## 6-Ajite depresyonlar,

7-Dikkat eksikliği bozukluğu (attention deficit disorder) gösteren yetişkinler.

## V- SALDIRGAN HASTAYA İLAÇLA YAPILAN GİRİŞİMLER

A-Hasta hafif derecede ajite ise, ağızdan yatıştırıcı verilebilir. Aşırı ajitasyon ya da akut saldırganlık durumlarında, oral preparatlar çok yavaş etkili olduğundan kasiçi (im) ya da damar içi (iv) ilaçlar kullanılmalıdır.

### B- Seçilecek Yatıştırıcılar:

Ağızdan verilebilecek yatıştırıcılar;

1-Bu gruba benzodiazepinler ve düşük potanslı antipsikotikler girer.

a) Hafif ajite hastalarda lorazepam (Ativan) gibi benzodiazepinler 1-2 mgr ya da diazepam, 5-10 mgr, verilebilir. Eğer gerekirse 30 dakikada bir bu doz yenelenebilir. Diazepam; ağızdan kısa sürede başlayan yatıştırıcı etkisi olacağı için, yeğlenebilir.

b) Alkol, benzodiazepin gibi maddelere bağımlılıkları olan hastalarda, 25-50 mgr klorpromazin ya da 25-50 mgr tiyoridazine vermek en iyi seçimdir. Bu ilaçların en büyük yan etkileri postural hipotansiyondur. Diğer yan etkileri arasında akut distoniler ve laringospazm gibi ekstrapiramidal etkiler sayılabilir. Hastalar çıkabilecek yan etkiler konusunda aydınlatılmalıdır ve bunların nasıl giderileceği konusunda da bilgilendirilmelidir. Ayrıca bu yan etkiler çıkarsa şöyle tedavi edilmelidir:

1-Biperidene (Akineton) 2 mgr'lık tabletleri ya da kas içi 5 mg'lık ampulleri uygulanmalıdır.

2-Trendelenburg pozisyonuna yanıt vermeyen ciddi postural hipotansiyon için izotonik sıvılar intravenöz verilmelidir.

c) Yüksek potansli antipsikotikler genellikle yatıştırıcı değildirler. Akut ajitasyonlu ama psikotik olmayan hastalarda kullanılması uygun olmaz.

d) Daha önce antipsikotik kullanmış hastalar için geçmişte etkili olan ilaçlar biliniyorsa eğer, bunlar yeğlenmelidir.

## II-Kas İçi Uygulama:

a)Klorpromazine kasiçi uygulamada 25-50 mgr olarak kullanılır. Bu durumda yan etkilerin ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir ve şiddetleri de daha fazladır.

b)Benzodiazepinlerin kasiçi emilimleri yanıtıcı olabilir; bu açıdan kullanılmamalıdır.

c)Barbitüratlar solunum depresyonu yapabilir, bu nedenle bu ilaçlar ancak hastane personeli reanimasyon konusunda eğitilmiş iseler kullanılmalıdır.

d)Barbitüratlar ve benzodiazepinler daha önceleri alkol gibi merkezi sinir sisteminin depresanları olarak alınmış ise, bunların etkilerini potansiyalize ederler.

## III- Damar İçi Uygulama:

Bunlar yalnız denetimi çok zor acil durumlarda kullanılmalıdırlar. Bu grupta 5-10 mgr diazepam damardan çok yavaş verilmelidir. Bu ilaçlar her 30 dakikada bir yenelenebilir. Damar içi yolun üstünlüğü, hızlı tedavi etkisinin sağlanmasıdır. Bu ilaçlar damar içi verildiklerinde kolayca solunum depresyonu ya da durması yapabilirler. Bu nedenle bu ilaçların deneyimli hekimlerce kullanılması ve reanimasyon araçlarının hazır bulundurulması salık verilir.

IV- Bu bölümde tanımlanan ilaçlardan herhangi birinin hızlı etkili olması, uzun süreli ilaç kullanımında önemli bir endikasyon değildir. Uzun süreli ilaç kullanımı altta yatan patolojiye göre belirlenir.

### KAYNAKLAR

- 1-Rada,R. "The violent patient: Rapid assesment and management. *Psychosomatics*,22:101-109, 1981
- 2-Rund, DA. "Psychiatric emergencies. "In. *Essentials of emergency medicine*, Norwalk,Conn.:Appleton-Century-Crofts,1982
- 3-Lion, JR et al. "The self-referred violent patient. "JAMA. 205:91-93 1968
- 4-Salomon, I. "Violent and agresive behavior". In. *Psychiatric emergencies. (Eds) : Glick, RA et al pp: 109-121,1976*
- 5-Tardiff, K. "Assault, suicide and mental illness, *Arch. Gen. Psy.* 37:164-169,1980
- 6-Skodol,AE,Karasu TB. "Emergency psychiatry and the assaultive patients. *Am. J. Pschiatry*, 21:162-166,1978
- 7-Skodol,AE,Karasu,TB, "Toward hospitalization criteria for violent patients". *Compr. Psychiatry*. 135:202-205,1980
- 8-Lion, JR, Madden, DJ, Christopher, RL:"Violence clinic": Three years experience. *Am.J. Psychiatry*. 133:432-435,1976
- 9-Sayıllı, I. "Saldırgan davranışlar" *Acil Psikiyatri Kitabı Sayfa: 89-97 A.Ü. Tıp Fak. Yayınları; Ankara, 1987*