



1) Özkıyım (İntihar)

Özkıyım, Latince'deki "suicide" kelimesinin karşılığıdır ve kendine kasıtlı olarak zarar verme, öldürme anlamında kullanılır. Eğer bir özkıyım eylemi tamamlanmazsa bir başka deyişle ölümle sonuçlanmazsa, özkıyım girişimi olarak adlandırılır. Özkıyım her yaşta özellikle de ergenlik döneminde önde gelen ölüm nedenlerindedir. Dolayısıyla bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde özkıyımı öngörmede yardımcı olabilecek biyolojik bir gösterge henüz saptanmamıştır. Eylemi, öncesinde kesin bir şekilde bilmek mümkün olmasa da klinisyene yardımcı olabilecek bazı ipuçları vardır.

a) Risk etkenleri

- **Cinsiyet:** Kadınlarda özkıyım girişimi erkeklerden dört kat fazladır. Erkeklerde ise tamamlanmış özkıyım girişimi kadınlardan 3 kat fazladır. Erkekler ölümle sonuçlanma oranı yüksek olan ateşli silah, ası gibi yöntemleri sık kullanırken, kadınlar ilaç ya da zehirli maddelerden yüksek oranda alma yöntemlerini sık kullanır.
-**Yaş:** Gençlerde özellikle de 15-34 yaş arasında özkıyım girişimlerinin oranı yaşlı nüfusa göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte 65 yaş üstünde ise özkı-

DOI: 10.4328/DERMAN.4544

Received: 08.04.2016

Accepted: 15.04.2016

Published Online: 17.04.2016

Corresponding Author: Selvi Kayıpmaz, Psikiyatri Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi

Tıp Fakültesi, 06490, Ankara, Türkiye. T.: +90 3122036868 F.: +90 3122237333

E-Mail: selviceran@hotmail.com

yım girişimlerinde daha ölümcül yöntemler kullanıldığı ve ölümlerle sonuçlanma oranının yüksek olduğu bilinmektedir.

- **İrk:** Beyaz ırkta risk daha yüksektir.

- **Medeni durum:** Boşanmış, dul ve bekar bireylerde evli bireylere göre daha yüksektir.

- **Fiziksel hastalık:** Ağrılı, kronik, işlevselliği bozan ölümcül hastalıklarda risk yüksektir. Malign tümörler, kronik akciğer hastalıkları, hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek yetmezliği, AIDS, Huntington hastalığı, epilepsi, demans, kanser, serebrovasküler olaylar, multipl skleroz ve kafa travmaları özkıyım riskinin yüksek olduğu hastalıklar arasındadır.

- **Ruhsal hastalıklar:** Tamamlanmış özkıyım girişimlerinin %90'ında majör bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Duygudurum bozuklukları özellikle depresyon özkıyım ile en ilişkili bulunmuş psikiyatrik hastalıktır.

Özkıyım girişiminde bulunmuş bireylerin %50'sinde depresyon tespit edilmiştir. Depresyon teşhisi konulan hastaların ise %15'i özkıyım nedeniyle ölmektedir.

Şizofrenide risk artmıştır. Özellikle de kendisine zarar vermesini emreden işitsel halüsinasyon öyküsü olan hastalarda ciddi risk söz konusudur. Şizofreni ve şizofreni affektif bozukluk tanısı olan hastalarda ölümcül özkıyım yöntemlerini kullanma oranı normal popülasyona göre yüksektir.

Distimi, uyum bozukluğu, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar ve kişilik bozukluklarında da risk artmıştır.

Anksiyete ve panik ataklar riski artırır. Psikiyatrik komorbidite de riski arttırmaktadır. Özellikle duygudurum bozukluklarıyla kişilik bozukluklarının ve madde kullanımıyla ilişkili bozuklukların birlikteliğinde risk artar.

Diğer risk etkenleri:

Yineleyen özkıyım girişimi,

Ümitsizlik, çaresizlik duyguları,

Dürtüsellik,

Değersiz hissetme utanç duyguları,
Uykusuzluk,
Ajitasyon ve başkalarına yönelmiş şiddet duyguları
Ateşli silahlara sahip olma
Mali sorunlar, işsizlik, stresli iş ortamı,
Sosyal desteğin düşük olması
Çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları: fiziksel ve cinsel kötüye kullanım
Ailede tamamlanmış özkıyım girişimi riski artıran etkenlerdendir.

b) Değerlendirme ve tanı

Acil servise özkıyım girişimiyle başvuran hastada ilk olarak genel tıbbi durumun yönetilmesi esastır. Tıbbi durum kontrol altına alınır alınmaz psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır. Özkıyım hem hastanın kendisi hem de yakınları için tedirgin edici bir kriz durumudur. Uygun yaklaşımla hasta ve yakınlarının sakinleştirilmesi önemlidir. Hasta acil serviste tedavi kararı için beklerken acil psikiyatrik yaklaşımın güvenlik basamağı gözden kaçırılmamalıdır. Hasta acil serviste yakın gözlem altında olmalı, yalnız başına kalmamalı ve etrafında olası yeni özkıyım girişiminde kullanılabilecek nesnelere bulunmamalıdır. Psikiyatrik değerlendirme esnasında şu sorulara da cevap aranmalıdır:

- Özkıyım girişimini hazırlayıcı etkenler nelerdir (örneğin kayıp, ölüm ayrılık, fiziksel ve ruhsal hastalık)? Bu etkenler ortadan kalkmış mı yoksa devam mı etmektedir?
- Özkıyım eğilimi, ne zaman, hangi nedenle başlamış ve neden şimdi gerçekleştirilmiştir?
- Daha evvel planlanmış bir eylem mi yoksa ani dürtüsel bir eylem midir?
- Bu girişim nedeniyle pişman ve üzgün mü yoksa tamamlanmadığı için hayal kırıklığına uğramış mıdır?
- Yeni özkıyım planları var mıdır, nasıldır?
- Geçmişte özkıyım girişimi olmuş mu, olmuşsa nasıl olmuştur?
- Ailede özkıyım öyküsü var mıdır?

- Sosyal desteği nasıl?
- Hasta yakınından mutlaka bilgi alınmalıdır. Özellikle ergen hastalarda ve işbirliği yapmış gibi görünmesine rağmen klinisyenin işlerin yolunda gitmediğini sezdiği durumlarda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulabilir. Psikiyatrik değerlendirme sonrasında klinisyen risk etkenleri ve koruyucu etkenlere dair elde ettiği bilgilerle ön tanı, risk düzeyi tahmini ve riskin yönetimine yönelik bir plan oluşturmalıdır.

c) Tedavi ve çıkış

Tedavi planına, altta yatan psikiyatrik hastalık tanısı, hastalığın şiddeti, özkıyım riski ve hastanın işbirliği kurma kapasitesine göre karar verilmelidir. Buna göre ayaktan tedavi veya kapalı psikiyatri servisinde yatarak tedavi kararı verilebilir. Ağır depresif nöbet tanısı düşünüldüğünde eğer aile hastayı yakın denetim altında tutabilecekse ayaktan tedavi sürdürülebilir ancak tedaviye en kısa zamanda başlanmalıdır. Eğer klinisyen hastanın işbirliği kurduğundan, kendine zarar vermeyeceğinden emin değilse hastanın acil servisten taburcu olmasına izin vermemeli, hastanede yatırarak tedaviyi düşünmelidir.

Şizofreni tanısı konulan hastada özkıyım düşünceleri mutlaka araştırılmalıdır. Alkol bağımlılığı öyküsü olan hastalarda özkıyım düşünceleri dikkatli değerlendirilmelidir. Eğer girişim alkol alımıyla beraber olduysa bu hastalar ayıkken mutlaka yeniden değerlendirilmelidir. Hastanın yargılamasının bozulduğu durumlarda hastanın yakınıyla veya vasisiyle görüşülerek istem dışı yata-tış kararı alınabilir.

Eğer hasta psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilecek ise bir sonraki hafta içerisinde bir randevu ayarlanmalıdır.

Hastanın özkıyım düşünceleri yönünden sık aralıklarla kontrolü uygundur.

İlaç tedavisi yatarak tedavi edilecek hasta da servisteki ayrıntılı değerlendirme sonrası belirlenebilir.

Yasal açıdan klinisyenden beklenen, özkıyım riskini ay-

rıntılı olarak değerlendirmesi ve tedavi planını yapmasıdır. Bu nedenle tedavi planını da içeren ayrıntılı kayıt tutulmalıdır. Adli rapor düzenlenmelidir.

2) Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, akut tehdit karşısında, yoğun korku hissi ve otonomik sinir sisteminin artmış aktivasyonuna bağlı bedensel belirtilerin gözleendiği durumdur. Her bireyde akut bir tehdit karşısında anksiyetenin bazı bileşenleri gözlenebilir. Anksiyete bozukluklarında ise anksiyete ya müphem bir tehdit algısına yöneliktir ya da var olan tehditle orantısız olarak şiddetli ve sürekli olabilir. Bu durum bireyi rahatsız eder ve işlevselliğini bozar. Anksiyete bozuklarında çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtiler gözlenebilir.

Belirtiler: Otonom sinir sistemi aktivasyonunun artmasına bağlı gelişen belirtiler: Çarpıntı, sık idrara çıkma, ishal, ağız kuruluğu, flushing ya da solukluk, terleme, titreme, seğirme, parestezi, baş ağrısı, sırt ağrısı, yutkunma güçlüğü, irkilme yanıtı, huzursuzluk, ateş basması ya da üşüme, ürperme, nefes darlığı veya hiperventilasyon, kaslarda gerginlik ve yorgunluk belirtileri gözlenebilir. Ayrıca kötü şeyler olacağı hissi, kötü haber alacakmış gibi hissetme, konsantrasyon güçlüğü, insomnia (uykusuzluk), libidonun azalması, boğazda düğümlenme hissi, midede rahatsızlık hissi gibi belirtiler gözlenebilir.

Tanı: Anksiyete bozukluğu tanısı konulan hastalar, özellikle de panik bozukluk tanısı alanlar sıklıkla acil servislere, kardioloji kliniklerine veya birinci basamak sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar. Anksiyete belirtileri tıbbi hastalıklarla karıştırılabilir veya tıbbi durumlara eşlik edebilir. Acil servise anksiyete belirtileriyle başvuran hastada öncelikle tıbbi durumlar dışlanmalıdır. Anksiyetenin ayrııcı tanısının yapılması gereken organik nedenler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Anksiyete bozukluğu tipleri :

Tedavi: Belirtiler bazen kendiliğinden veya anksiyete bozukluğuna dair bilgilendirme yapıldıktan sonra yatı-

Tablo 1. Anksiyetenin ayırıcı tanısının yapılması gereken tıbbi (organik) nedenler

Hipoglisemi	Anjina pektoris	Serebral travma	Antihipertansif kesilmesi
Vitamin B12 eksikliği	Tiroid işlev bozukluğu	Serebrovasküler hastalık	Opioid kesilmesi
Pellegra	Feokromositoma	Subaraknoid kanama	Civa intoksikasyonu
Üremi	Pitüiter işlev bozukluğu	Migren	Amfetamin intoksikasyonu
Hipoksi	Adrenal işlev bozukluğu	Ensefalit	Antikolinergik intoksikasyonu
Anemi	Karsinoid sendrom	Multipl skleroz	Kafein
Ateşli hastalıklar	Lupus eritematozus	Wilson hastalığı	Kanabis
Kronik enfeksiyonlar		Huntington hastalığı	Kokain
Enfeksiyöz mononükleoz		Epilepsi	Halusinojenler
			Organofosfat intoksikasyonu

şabilir. Belirtilerin ısrarcı olduğu durumlarda anksiyolitik, benzodiazepin türevi ilaçlar verilebilir.

Panik bozukluk

Panik bozukluk, panik atakları ve bu durumun yeniden yaşanacağına dair duyulan kaygı (beklenti anksiyetesi) ile karakterize bir anksiyete bozukluğu tipidir. Panik atak, anksiyete belirtileriyle birlikte yoğun “kalp krizi geçirme, kontrolü kaybetme, çıldırma, bayılma, ölüm” korkularının gözlendiği tablodur. Yaklaşık olarak 10 dakika içinde en yüksek düzeye çıkar daha sonra giderek azalır.

Değerlendirme: Panik atak belirtileriyle acil servise başvuran hastada diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi öncelikle anksiyete ile karışabilen ya da eşlik eden tıbbi nedenler dışlanmalıdır. Psikiyatrik hastalıklardan özellikle travma sonrası stres bozukluğu, dep-

resyon ve diğer anksiyete bozuklukları ayrıca tanıda düşünölmelidir. Ayrıca partner şiddeti, cinsel saldırı ve diğer stres durumları sorgulanmalıdır.

Ruhsal durum muayenesi yapılırken özkıyım düşönce-leri sorgulanmalıdır. Fizik muayene yapılmalı ve gerekli görölen tetkikler istenmelidir.

Tedavi ve çıkış: Hastaya panik atak geçirdiğine dair psiko-eğitim verilmesi önemlidir. Hiperventilasyon gözlenen hastada nefes alışverişini düzenlemek amacıyla gevşeme egzersizleri nefesini yavaşlatma egzersizleri ya da kese kağıdına soluma önerilebilir.

Akut belirtileri kontrol altına almak için benzodiazepinler kullanılabilir. Lorezapam 1-2 mg (per oral), alprazolam 0.25-0.5 mg (per oral) kullanılabilir. Ölkemizde kullanılan benzodiazepin türü ilaçlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ölkemizde kullanılan benzodiazepinler, eş değer dozları ve etki başlangıçları

Jenerik ismi	Ticari ismi	Kullanım şekli	Etki süresi	Eşdeğer dozu	Günlük doz aralığı
Lorezapam	Ativan®				
expidet®	per oral	Kısa- orta	1 mg	1-6 mg	
Alprazolam	Xanax®	per oral	Kısa-orta	0.25 mg	0.5-6 mg
Klonazepam	Rivotril®	per oral	uzun	0.5 mg	0.5-5 mg
Diazepam	Diazem®, nervium®	per oral/ intramus- küler	uzun	5 mg	2-50 mg

Hastaya, durumu kontrol altına alındıktan sonra uzun vadede ilaç tedavisi ve psikoterapinin düzenlenmesi için ayaktan psikiyatri kontrolü önerilmelidir. Uygun hastalarda uzun süreli tedavi acil serviste başlanabilir. Panik bozukluğun uzun vadede farmakolojik tedavisinde selektif seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve seratonin norepinefrin reuptake inhibitörleri (SNRI) önerilebilir.

4) Konversiyon bozukluğu

Psikolojik bir çatışmanın veya stresin sonucunda is-

temsiz olarak ortaya çıkan, motor veya duyuşsal nörolojik işlev bozulmalarına benzer belirtilerle karakterizedir. Paralizi, parestezi, hiperestezi, anestezi, nöbet, hafıza kaybı, hareket bozuklukları (tremor, distoni, miyoklonus vb.), yutmayla ilişkili belirtiler, konuşmayla ilişkili belirtiler (dizartri, disfoni), duyu organlarıyla ilişkili belirtilerden (körlük, sağırılık vb.) biri veya birkaç tanesi birlikte gözlenebilir.

Konversiyon bozukluğunda gözlenen fiziksel belirtiler, istemli ve bilinçli olarak ortaya çıkarılmamaktadır. Bilinen fizyolojik mekanizmalarla açıklanamaz ve herhangi bir maddenin etkisine bağlı değildir. Muayene bulguları hastada gözlenen belirtilerle bilinen nörolojik veya medikal tanı arasında uyumsuzluğa işaret eder. Belirtiler psikolojik stres ile ilişkili veya bağımsız olarak gelişebilir. Ayrıca bu belirtiler kişinin kültürel yaşantısıyla açıklanamaz. Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastaların ilk başvuruları sıklıkla acil servislere olur.

Tanı: Ayrıntılı değerlendirme sonucu tıbbi nedenlerin dışlanmasıyla konur. Hasta mahremiyetinin korunacağı fiziksel ortam sağlandıktan sonra ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır. Ayrıntılı bir öykü alınması, psikososyal stres etkenlerinin sorgulanması ve fizik muayenenin yapılması önemlidir. Nörolojik hastalıklarla ayrımı önemlidir. Nörolojik durumlarla konversiyon bozukluğunun ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken muayene bulguları Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tedavi ve çıkış: Konversiyon belirtilerinin çoğu kendiliğinden iyileşir. Hastalar iyileşeceklerini telkin eden her türlü tedaviye yanıt verebilirler. Bu durum yakınları ve hekimlerinde, hastanın belirtileri kasıtlı olarak ürettiği, çıkar gözettiği, yapmacık oldukları düşüncesini uyandırabilir dolayısıyla hastaya öfke duyabilirler. Hekimler bu nedenle tedavide ağrılı enjeksiyon gibi cezalandırıcı yöntemler uygulayabilmektedir. Bu, belirtilerin pekişmesine de neden olabilen hastayı anlamaktan uzak ve yanlış bir yaklaşımdır bu nedenle kaçınılmalıdır. Hasta empatik olarak dinlenmeli bedensel belirtilerinin altında yatan ruhsal çatışmalar ve psikososyal

Tablo 3. Konversiyon bozukluğunun ayırıcı tanısı

	Nörolojik	Konversiyon
Anestezi (duyusal kayıp)	Dermatoma uyar Polinevit: eldiven çorap şeklinde ama DTR azalır veya kaybolur	Dermatoma uymaz Eldiven – çorap şeklinde Baştan ayağa kadar tek taraflı duyu kaybı olabilir DTR normal
Motor	Motor yollara uyar Patolojik refleksler Fasikülasyon, spastisite, atrofi	Motor yollara uymaz, tutarsızdır Patolojik refleks yoktur DTR bozulmaz Spastik paralizi, klonus, dişli çark rijiditesi olmaz Atrofi olmaz (uzun süreli kullanmamaya bağlı nadiren olabilir)
Nöbet	Genellikle aura vardır İnkontinans, motor kontrol kaybı, dil ısırma EEG bozulur Postiktal dönemde Babinski bulgusu görülür	İnkontinans, motor kontrol kaybı, dil ısırma nadirdir EEG normaldir (normal erişkinlerin %10-15 'inde de anormal EEG bulguları olabilir)
Sağırılık	Eğer çift taraflı işitme kaybı varsa odyolojik testler bozuktur.	Çift taraflı olur Kulak muayenesi normal Odyolojik testler normal Rinne ve Weber testlerinde hasta duymadığını söyler
Körlük	Pupiller yanıt yoktur (okspital lob lezyonları hariç) Takip etme hareketleri bozulur	Göz ve sinir sistemi bulguları normaldir.

etkenler anlaşılmalıdır. Tedavide esas hastaya, duyu ve düşüncelerini sözel olarak ifade edemediğinde bedenselleştirdiğinin öğretilmesidir. Hastanın anksiyetesinin çok yoğun olduğu, yatıştırılmadığı nadir durumlarda benzodiazepinler kullanılabilir. Belirtiler kontrol altına alınamıyorsa psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Belirtiler yatışmışsa ayaktan psikiyatri muayenesi önerileriyle taburcu edilebilir.

5) Ajitasyon ve saldırgan davranış

Ajitasyon, psikomotor aktivitenin artışıyla birlikte hastanın kendisine ve çevresindekilere zarar verebildiği bir durumdur. Genellikle amaçsız içsel gerilime yanıt

olarak gelişir. Saldırgan davranış (agresyon), öfke, nefret, düşmanlık gibi duyguların ifadesi olarak zarar vermeyi, yaralamayı amaçlayan, zorlayıcı sözel veya fiziksel motor aktivitedir. Kişinin kendisine, çevresindekiler veya cansız objelere yönelebilir. Ajitasyon ve saldırgan davranış tıbbi veya ruhsal bozukluklara eşlik edebilir. Bu durumlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Ajitasyon ve saldırgan davranışın gözlenebildiği durumlar

Tıbbi nedenler	Psikiyatrik nedenler	İlaç ve maddeye bağlı
AIDS	Şizofreni (özel-likle paranoid tip)	Mental retardasyon
Beyin tümörleri	Kısa psikotik bozukluk	Karşıt olma
Travmatik beyin hasarı	Sanrısız bozukluk	Karşıt gelme
Serebrovasküler hastalıklar	Sanrısız bozukluk	Antisosyal kişilik bozukluğu
Ensefalit	Katatonik eksitasyon	Borderline (sınırlı) kişilik bozukluğu
Menenjit	Bipolar bozukluk (mani)	Paranoid kişilik bozukluğu
Huntington hastalığı	Ajite depresyon	
Hiper-hipotroidizm	Psikotik özellikli depresyon	
Hipoglisemi	Dissosiyatif bozukluk	
Multiple skleroz	Travma sonrası stres bozukluğu	
Parkinson hastalığı	Madde ile ilişkili bozukluklar	
Sistemik lupus eritematozus	Davranım bozukluğu	
Porfiri	Deliryum, demans gibi	
Vitamin eksiklikleri	bilişsel bozukluklar	
Wilson hastalığı		
Organik kişilik değişiklikleri (frontal lob sendromu vb.)		
Epilepsi		

*Kaplan Sadock Handbook of Emergency Psychiatry'den düzenlenmiştir.

Saldırganlık riskinin arttığı durumlar:

1. Erkek cinsiyet
2. 15-24 yaş
3. Sosyoekonomik düzeyin düşük olması
4. Sosyal desteğin zayıf olması
5. Yakın geçmişte saldırganlık davranışı, eşyaya, hay-

- vanlara zarar verme öyküsünün olması
6. Sözel ya da fiziksel tehditte bulunma
 7. Saldırı düşünceleri, eylem planlarının varlığı
 8. Üzerinde silah bulundurma
 9. Psikotik hastada paranoid özelliklerin, emir veren işitsel sınırların, katatonik eksitasyonların varlığı
 10. Çocukluk döneminde saldırganlık öyküsü
 11. Çocukluk döneminde saldırıya maruz kalma, özellikle ebeveynler tarafından istismar edilme
11. Tablo 4 'te bahsedilen hastalıklar ve kişilik örüntülerinin varlığı

Değerlendirme ve tanı: Hekimin öncelikle hastanın kendisinin ve çevresindekilerin güvenliğiyle ilgili önlemler alması gerekir. Bu nedenle hastanın ilk izleniminde saldırganlık sezilirse, açıkça tehditkar konuşuyorsa veya saldırgan davranışlar sergiliyorsa deneyimli personel aracılığıyla hastanın üzerinde silah aranması ve silahlı bir hastayla görüşme yapılmaması uygundur, silahın güvenlik personeli tarafından teslim alınması gerekir. Ambulansla veya polis eşliğinde acil servise getirilen hastayla görüşmeden önce hastayı getiren ekipten hasta hakkında bilgi edinilmelidir. Saldırgan davranış sergileyebileceği tahmin edilen hastayla yalnız görüşülmemeli ya da görüşme odasının kapısı açık tutulmalıdır. Hekim, görüşme odasında ihtiyaç halinde güvenlik personelinin yardım alabileceği şekilde konumlanmalıdır. Görüşme odasında hastanın kendine veya etrafına zarar vermek için silah olarak kullanabileceği eşyalar bulundurulmamalıdır. Görüşme odası mümkün olduğunca sessiz olmalı ve havalandırması yeterli düzeyde olmalıdır. Hastayla hekim arasındaki mesafe hastanın kişisel alanına saygı duyulduğunu gösterecek ve aynı zamanda hekimin güvenliğini sağlayacak şekilde ayarlanmalıdır. Değerlendirmeye başlamadan önce hastaya kendini tanıtmak ve görüşmenin amacını anlatmak, hastaya yardım etme amacını açıkça ortaya koymak önemlidir. Hasta (özellikle paranoid düşünceleri olan) tarafından tehdit olarak algıla-

nabilecek uzun süreli ve yoğun direkt göz temasından ve yüzleştirmelerden kaçınılmalıdır. Hastaya fiziksel temastan ve bu yolla yatıştırmaya çalışmaktan kaçınılmalıdır. Hastanın öfkesinin nedeni anlaşılmalı ve sözel olarak yatıştırılmaya çalışılmalıdır. Sözel yatıştırmada dikkat edilmesi gereken, hastayı etkili şekilde dinlemek, kışkırtıcı olmamak, karmaşık cümleler ve soyut kavramlardan uzak, sade, samimi bir dille geri bildirimde bulunmak, hastanın ne istediği, o andaki duygusunu ve düşüncelerini belirlemeye çalışmak ve sorunun çözümü için seçenek sunmaktır.

Sözel yatıştırmanın yetersiz kaldığı durumlarda farmakolojik tedaviden yararlanılabilir. Farmakolojik ajanlarla sedasyon sağlanarak saldırgan davranışın önüne geçilebilir. Bu amaçla etkisi hızlı başlayan ajanlar tercih edilmelidir. En son çözüm olarak fiziksel tespit (fiziksel kısıtlama) ve izolasyona ihtiyaç duyulabilir. Hastanın tespiti için bu konuda eğitilmiş, yeterli sayıda personelden (tercihen beş, en az dört kişi) yardım alınmalıdır. Bu sayı bazen hastanın bu aşamada şiddet davranışından vazgeçilmesinde de etkili olabilmektedir. Tespit edilmiş hastanın başı hafifçe kaldırılmalı ve aspirasyon riski azaltılmalıdır, böylece hastanın savunmasızlık duygusu da bir miktar rahatlatılabilir. Fiziksel tespit uygulanmadan önce işlem ve gerekçesi hastaya açıklanmalıdır. Amacın hastanın, kendisine ve çevresindekilere zarar vermesini engellemek olduğu, kendisini kontrol edemediği için bu şekilde kontrol altına alındığı sözel olarak açıklanmalı aynı zamanda, yüz ifadesi, beden duruşu, ses tonu ile desteklenmelidir. Hastanın onuru ve mahremiyeti korunmalıdır. Tespit esnasında bir yandan fiziksel bakım ve izlem devam ettirilmelidir. Fiziksel tespit mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır. Güvenlik için gerekli tedbirler alındıktan sonra tanısal ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır. Hastanın fizik muayenesi yapılmalı, vital bulguları değerlendirilmelidir. Ajitasyon veya saldırgan davranışa neden olabilecek, Tablo 4'te belirtilen organik nedenler dışlanmalı bu amaçla gerekli tetkikler istenmelidir. Psikiyatrik

anamnezi alınırken, geçmiş saldırganlık ve özkıyım öyküsü varsa öğrenilmelidir. Özkıyım riski açısından değerlendirilmelidir.

Tedavi: Ayrıntılı değerlendirme sonucu konulan tanıya göre şekillendirilmelidir. Hastayı yatıştırmak ve farmakolojik tespit için benzodiazepinler ve antipsikotikler kullanılabilir:

Antipsikotikler:

- Haloperidol: Hasta yatışana kadar her 30-60 dakika da bir defa 5-10 mg intramusküler (i.m.), günlük doz en fazla 30 mg olmak üzere uygulanabilir.
- Risperidon: 2 mg oral verilebilir.
- Olanzapin: 5-10 mg oral veya i.m. uygulanabilir.

Hastaya daha önceden tanı konulmuş ve antipsikotik ilaç başlanmışsa kendi ilacından ek doz verilebilir. Antipsikotiklerin ekstrapiramidal yan etkilere neden olabileceği unutulmamalıdır bu yan etkilere yönelik biperiden i.m. veya oral uygulanabilir.

Benzodiazepinler: Hızlı etkililer tercih edilmelidir.

Lorazepam (1-2,5mg) preparatlarının oral tablet formu verilebilir.

Benzodiazepinler ve antipsikotikler bir arada da verilebilir. Deliryum tanısı düşünülen hastalarda benzodiazepinlerden kaçınılmalıdır (Madde yoksunluğuna bağlı deliryum hariç). Hastada tıbbi nedenler dışlandıysa psikiyatri konsültasyonu istenebilir. Psikotik hastalıklarla ilişkili saldırganlık durumunda gerektiğinde psikiyatri servislerinde yatırılarak tedavi edilmelidir.

Kaynaklar

1. U Bediz, Ç Aydemir, AD Başterzi, C Kısa, S Cebeci, E Göka. Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler. Klinik Psikiyatri 2004;7:73-9.
2. Öztürk MO, Uluşahin NA, editors. Ruh sağlığı ve bozuklukları 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
3. Işık E, Taner E, Işık U, editors. Güncel klinik psikiyatri. Ankara: Golden Print Matbaası; 2008.
4. Petit JR, editor. Handbook of emergency psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Pocket handbook of emergency psychiatry

- medicine. NewYork: Williams&Wilkins; 1993.
6. Fries AB, Shirtcliff EA, Pollak SD. Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. *Dev Psychobiol* 2008;50(6):588-99.
 7. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13(1):17-25.
 8. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol and Biol Psychiatry* 2006;30(4):586-98.
 9. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003;160(Suppl):S1-60.
 10. Deacon B, Lickel J, Abramowitz JS: Medical utilization a cross the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2008;22(2)344-50.
 11. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4(1):1-11.
 12. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE, editors. Reducing suicide: a national imperative. Washington DC: National Academy Press; 2002.
 13. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932(1):94-105.
 14. Wulsin L, Liu T, Storrow A, Evans S, Dewan N, Hamilton C. A randomized, controlled trial of panic disorder treatment initiation in an emergency department chest pain center. *Ann Emerg Med* 2002;39(2):139-43.
 15. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):761-70.
 16. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenbeck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(5):490-99.
 17. Henning K, Feder L. A comparison between men and women arrested for domestic violence: who presents the greater threat? *J Fam Violence* 2004;19(2):69-81.
 18. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The World Report on violence and health. *The Lancet* 2002;360(9339):1083-88.
 19. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition. Washington DC: APA Press; 2013.
 20. Hillard R, Zitek B, editors. Emergency psychiatry. New York: McGraw-Hill Professional; 2004.
 21. Yazıcı AE. Bunaltı giderici ilaçlar. In: Yüksel N, editör. Temel Psikofarmakoloji. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2010. p.452-79.
 22. Centers for Disease Control and Prevention: Suicide facts at a glance, Summer 2009. Erişim adresi: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>. Erişim tarihi: 6 Nisan 2016.
 23. Jacobs DG, Brewer M, Klein-Benheim M. Suicide assessment: an overview and recommended protocol. In: Jacobs DG, editor. Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. San Francisco CA: Jossey-Bass; 1999. p.3-39.
 24. Moscicki EK. Epidemiology of suicide. In: Jacobs DG, editor. Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. San Francisco CA: Jossey-Bass; 1999. p.40-51.

25. Chu JA. Trauma and suicide. In: Jacobs DG, editor. Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. San Francisco CA: Jossey-Bass; 1999. p.332-54.
26. Resnick P. Risk assessment for violence: course outline (forensic psychiatry review course). Chicago IL: American Academy of Psychiatry and the Law; 2006. p.112-4.