

EKSİTE - AJİTE HASTALARA YAKLAŞIM

Dr. Güneri Kuruöz
Dr. Özgür Karcıoğlu

Ajitasyon ve eksitasyon, nörolojik hastalıkların geçiş dönemi olabileceği gibi birçok farklı psikiyatrik problemlerin de davranışsal özelliklerinden kaynaklanabilir. En sık görülen belirtiler titreme, yerinde duramama, huzursuzluk, hiperaktivite olabilir. Fiziksel ve zihinsel davranışların bütününde organizasyon bozukluğu olabilir. Amaçsız davranışlar ve mental huzursuzluk söz konusudur. Uyku bozuklukları sıktır. Ajitasyon zaman içinde dalgalı ilerler[1].

Spesifik olarak, birçok farklı hastalık tipi ajitasyon ve agresif davranışa yol açabilir: psikiyatrik hastalıklar, demans veya frontal lob hasarı gibi nörolojik bozukluklar ve birçok genel tıbbi bozukluklar. Antisosyal kişilik bozuklukları ve aralıklı eksplosiv/patlayıcı bozukluğu olanlarda da ajitasyon ve saldırganlık gözükebilir[2].

Eğer şiddet nedeni spesifik olarak bulunursa spesifik olarak da tedavi edilebilir. Ancak acil servislerde genelde ayaktan tedaviler olduğundan zaman ayırmak zordur. Zemindeki şiddet nedenleri bireysel, toplumsal nedenli olabilmekle birlikte madde kullanımının ve bireysel silah kullanımının fazla olduğu yerlerde şiddet daha sıktır. Özellikle madde kullanan bireyler şiddete doğal olarak çok yatkındır ancak zeminde başka psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte bu varsa şiddet ve ajitasyon çok daha yüksek olasılıklıdır.

Psikoz: Genelde psikoz ajitasyon ve şiddetle ilişkilendirilebilir. Organize sanrıları olanların tipik örneği paranoid şizofrenilerdir ve çok fonksiyonludur. Bu hastalar planlayarak saldırılarda ve şiddette bulunabilir hatta silah kullanabilir[3].

Mani: Mani psikoz olarak tanımlanamaz ancak öfkeli çok konuşan saldırgan özellikler gösterebilen hatta ajitasyon sürecine girebilen bir sendromdur. Psikomotor ivmesine göre personelle fiziksel mücadeleye bile girebilir. Çünkü rahatsızlıklarının zemininde saldırgan, cinselliğin ön plana çıktığı, müdahaleci ve yüksek enerjilidirler.

Demans: Demans hastalarının neredeyse %50'si ajitasyonla ilişkilidir[4]. Diğer hastalıklarla da seyri artar. Bilişsel özellikleri açık olan demanslı hastalar ajitasyona daha eğilimli olabilir. Bir çalışmada 20 yaşlının kaldığı bakım evinde demanslı hasta saldırılarının %18'i orada yaşayan diğer yaşlılara yönelik gerçekleşmiştir. Diğer saldırıların çoğu ise rutin günlük işlerde yapılmıştır. (Banyo yaparken, giydirirken gibi fiziksel temaslarla)[5].

Temporal lob epilepsisi: Epileptik atak sırasında amaca yönelik olmayan davranışlardan dolayı ajitasyon tanımlanabilir.

Kafa Travması: Frontal lob hasarı agresivite ve ajitasyon nedenidir. Bu hastalar genelde inhibisyon yeteneğini kaybetmiş hastalardır. Bu yüzden

haloperidol ile eşdeğer etkinliği tespit edilmiştir.[10] İntravenoz olarak lorazepamın etkinliğinin daha fazla ve yan etkilerinde daha az olduğu tespit edildi. Ancak hem Haloperidol ve hem lorezepam etkinliği tek başına tedaviden daha etkili olduğu görüldü. Lorezepamın her kullanımında 2 mg kullanılması gerekir. Her 1-2 saatte bir verilebilir. Midazolam 5 mg'ın 10 mg Haloperidola göre daha üstün olduğu tespit edilmiştir[11].

Benzodiazeinler nöroleptikler ile karşılaştırıldığında güvenlik aralıkları çok daha iyidir. Opiatlarla birlikte midazolam kullanımı daha güvenlidir[12].

Barbitüratlar

Daha az tercih edilirler. Güvenlik aralıkları benzodiazepinler kadar değildir. Ve bağımlılık potansiyelleri yüksek olmaları ve kötüye kullanımı olması nedeniyle ajitasyon tedavisinde terk edildi. Ancak benzodiazepine cevap vermeyen olgularda birikimi önlemek amacıyla sodyum amobarbital 250 mg IM verilebilir.

Diğer ilaçlar: Daha az kullanılan bileşikler kloral hidrat ve difenhidramindir.

Kaynaklar

1. Sachdev P, Kruk J: Restlessness: the anatomy of a neuropsychiatric symptom. Aust N Z J Psychiatry 30:38–53, 1996
2. Cohen-Mansfield J, Billig N: Agitated behaviors in the elderly: a conceptual
3. Taylor PJ: When symptoms of psychosis drive serious violence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33(suppl):S47–S54, 1998
4. Tariot PN: Treatment of agitation and dementia. J Clin Psychiatry 60 (suppl 8):11–20, 1999
5. Bridges-Parlet S, Knopman D, Thompson T: A descriptive study of physically aggressive behavior in dementia by direct observation.J Am Geriatr Soc 42:192–197, 1994
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: 2002 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace, IL, Joint Commission Resources, 2002
7. Chouinard G, Amable L, Turnier L, et al: A double-blind randomized clinical trial of rapit-ranquilization with i.m.clonazepam and i.m. haloperidol in agitated psychotic patients with manic symptoms. Can J Psychiatry 38 (suppl 4):S114–S121, 1993
8. Donlon PT, Hopkin JT, Tupin JT, et al: Haloperidol for acute schizophrenic patients: an evaluation of three oral regimens. Arch Gen Psychiatry 37:691–695, 1980
9. Meehan K, Zhang F, David S, et al: A double-blind, randomized comparison of the efficacy and safety of intramuscular injections of olanzapine, lorazepam or placebo in threatening acutely agitated patients diagnosed with bipolar mania. J Clin Psychopharmacology 21: 389–397, 2001
10. Salzman C, Solomon D, Miyawaki E, et al: Parenteral lorazepam versus parenteral haloperidol for the control of psychotic disruptive behavior. J Clin Psychiatry 52(4):177–180, 1991
11. Wyant M, Diamond B, O'Neal E, et al: The use of midazolam in acutely agitated psychiatric patients. Psychopharmacol Bull 26:126–129, 1990
12. Nordt SP, Clark RF: Midazolam: a review of therapeutic uses and toxicity. J Emerg Med 15(3):357–365, 1997