MANİK ve PSİKOTİK ALEVLENME

Doç. Dr. Kaan Kora

Tanı Kriterleri
Aşırı coşkulu veya öfkeli, tepkisel duygu durumun birkaç gündür değişmeden sürmesi

Manik Hasta Tanı Kriterleri:

Aşağıdakilerden en az üçü duygu durum değişikliğine eşlik ediyor olmalıdır:

2. Abartılı büyüklük hissi; kendini farklı, üstün niteliklere sahip hissetmeye başlama
3. Günlerdir az uyuduğu halde uyku gereksinimi hissetmeme
4. Konuşma hızının olağan dışı artması, durdurulamayan bir konuşmanın olması
5. Düşüncelerin takip etmekte güçlük çekilecek kadar hızlanması
6. Dikkatte, aktivitelerde dağılma, odaklanmakta güçlük
7. Mesleki, akademik, sosyal, cinsel aktivitelerinde aşırı artış
8. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren aktivitelere girişme (hızlı araba kullanmak, aşırı para harcamak, düşüncesizce cinsel ilişkilere girmek, aptalca yatırımlar yapmak vb.)

Psikotik Hasta İçin Tanı Ölçütleri

Farklı hastalıklara (şizofreni, kısa psikotik bozukluk, hezeyanlı bozukluk vb.) bağlı alevlenmelerde genellikle klinik tablo ortaktır.

1. Psikotik belirtiler: Sanrılar (hezeyan) ve/veya varsanılar (halusinasyon) (ilk değerlendirmede en sık karşılaşılabilecek, nadiren takip sürecinde anlaşılabilecek belirtilerdir)
2. Düşünce akışında kopmalar
3. Kendine bakımda azalma
4. Ajitasyon eğilimi
5. Uygunsuz, tuhaf davranışlar
6. İçgörü ve yargılamada bozulma

Klinik Bulgular

Hasta çoğu zaman yakınları ve/veya polis tarafından getirilmiştir. Sıklıkla hasta olduğunu veya yakınları tarafından bildirilen değişikliklerin varlığını kabul etmemektedir. Tekrarlayan epizodlar geçiren ve hastalığı hakkında içgörüsü olan hastalar hasta olduklarını ve tedavi gerektiğini bazen kabul edebilirler. Genel görünüm alevlenmenin tipine ve şiddetine göre çok çeşitli olabilir. Manik hastaların abartılı makyajı, dikkat çekici kıyafetleri, kendini üstün görme eğilimi, bazen günlerdir süren aktivite artışı ve uykusuzluğun getirdiği tükenmiş görünümü, yerinde duramadığı, çok enerjik olduğu, susturmakta güçlük çekilecek kadar hızlı ve yoğun konuştuğu, konuşurken daldan dala atladığı, genellikle karşısındakini eğlendirme eğiliminde olduğu ancak zaman zaman agresif ve saldırgan davranışlar sergilediği gözlemlenir.

Psikotik bozuklukların alevlenmelerinde ise hasta ile iletişim kurmak manik hastada olduğundan daha zordur. Yakınları odasına kapanma veya evden kaçma, herkesten şüphelenme, tuhaf eşyalar biriktirme, kendi kendine konuşma vb. değişiklikler belirtirler. Ajitasyon eğilimi daha fazladır. Saldırgan veya tehdit edici tavırlar sergileyen hasta karşısında hekim güven verici olmalı ancak güvenlik tedbirlerini de almalıdır. Hastayı sakin bir ortama almalı, ancak asla tek başına kalmamalıdır. Mümkünse eğitimli bir personel veya polis eşliğinde görüşme yapılmalı, gerekirse oda kapısı açık bırakılmalıdır. Hastanın silah taşıma olasılığı söz konusu ise mutlaka polis çağırılmalıdır.

Ayırıcı Tanı

Hastada veya birinci derece yakınlarında bipolar bozukluk/psikotik bozukluk öyküsünün varlığı tanı keskinliğini güçlendirir.

Klinisyenin görüşüne göre belirtilerin varlığının net olarak ortaya konamadığı atipik olgularda, bilinç değişikliklerinin eşlik ettiği tablolarda, ilk defa manik veya psikotik epizod geçiren yaşlı hastalarda etiyolojide diğer tıbbi faktörler (MSS lezyonları, tirotoksikoz, travma vb.) düşünülmelidir. Bu faktörlerin varlığından şüphelenildiği durumlarda kan biyokimyası, hormonal inceleme, özellikle merkezi sinir sistemine yönelik görünteleme içeren tetkikler uygulanabilir.

Uyarıcı nitelikte uyuşturucu madde, antidepresif ilaç, steroidler vb. maniye ve psikoza yol açtığı bilinen ilaç ve maddelerin kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır.

Tedavi

Hastanın içgörüsü ve tedaviye uyumu seçilecek stratejiyi belirler. Ayaktan tedaviye uyum göstermeyeceği düşünülen, psikotik belirtileri olan, içgörüsü bozuk olguların psikiyatri servisine yatırılması gerekir.

Acil şartlarda ilk yapılması gereken hızlı sedasyon sağlanarak epizodun kontrol altına alınmasıdır. Ağızdan ilaç almayı kabul eden hastada antipsikotikler ve benzodiazepinler kullanılabilir ve etkilidir. Ancak hastalar sıklıkla oral uygulamayı kabul etmezler.

IM Uygulamada Seçenekler

1. ***Haloperidol (Nörodol) 5 mg ampul:***
   Etki başlangıcı hızlıdır (1/2-1 saat içinde). Epizod şiddetine göre 2-3 ampul birarada yapılabilir. Beraberinde antikolinerjik uygulaması gerekir. Biperiden (Akineton) ile karıştırılarak uygulanır. Gerekirse 2 saat sonra tekrarlanabilir.
2. ***Klorpromazin (Largactil) 25 mg. ampul:***
   Etki başlangıcı hızlıdır (1/2-1 saat içinde). Genellikle haloperidol ile kombine edilerek uygulanır. Ortostatik hipotansiyon riski vardır.
3. ***Zuklopentixol (Clopixol Acuphase) 50 mg. ampul:***
   Etki başlangıcı orta hızlıdır (birkaç saat içinde). Genellikle 1-2 ampul birarada uygulanır. Beraberinde antikolinerjik uygulaması gerekir. Biperiden (Akineton) ile karıştırılmadan (ayrı enjektörlerde) uygulanır. Uzun etkili olduğundan 2-3 günde bir tekrarlanmalıdır.
4. ***Olanzapin (Zyprexa) 10 mg. ampul:***
   Etki başlangıcı hızlıdır (1/2-1 saat içinde). Beraberinde antikolinerjik uygulaması gerekmez. Günlük doz en çok 30 mg. düzeyinde olacak şekilde en az 2-4 saat ara ile uygulanabilir.
5. ***Ziprasidon (Zeldox) 20 mg. ampul:***
   Etki başlangıcı hızlıdır (1/2-1 saat içinde). Beraberinde antikolinerjik uygulaması gerekmez. EKG'de QT uzamasına sebep olabilir. 10-20 mg.lık uygulamalar en az 4 saat ara ile günde 3-4 kez (toplam doz 40 mg/gün olacak şekilde) tekrarlanabilir.
6. ***Benzodiazepinler:***
   Klonazepam (Rivotril 1 mg. ampul), Diazepam (Diazem 10 mg. ampul), Midazolam (Dormicum 5 mg. ampul). Antipsikotik ilaçlara ek olarak sedasyonu güçlendirmek, hızlı etki başlangıcı ve kullanılacak antipsikotik ilacın dozunu düşük tutabilmek için kullanılabilirler.

Komplikasyonlar

Manik ve psikotik epizodlarda kişinin kendisine veya çevresine, eşyalara yönelik fiziksel şiddet uygulama eğilimi vardır ve kontrol altına alınamayan epizodlarda bu risk daha da yüksektir. Saldırgan hastaların yasal sorunlara yol açma olasılığı yüksek olduğundan hasta ile ilgilenen hekimin ve kurumun muayene kayıtlarını eksiksiz tutması ve uygun rapor düzenlemesi gerekmektedir. Hastalık belirtilerinin başlangıcından itibaren geçen süre içinde bir adli olayla karşılaşılmamış ise tıbbi değerlendirme ve müdahale yeterlidir.

Ancak değerlendirmede sırasında, saldırgan hastanın kliniğe getirilmesinden önce oluşmuş adli olaylar tespit edilirse, klinik değerlendirme sürecinde bir adli olay gelişirse hastane polisine başvurup tutanak düzenlenmesini istemek hekimin sorumluluk alanındadır.

Takip

Seçeneklerden herhangi biri ile sedasyonu sağlanan hasta için psikiyatri konsültasyonu istenmeli veya bir psikiyatri servisine sevkedilmesi hızlı bir şekilde planlanmalıdır.

Kaynaklar:

1- Yıldız A. Akut Ajitasyon Sağaltımında Benzodiazepinlerin, Tipik ve Atipik Antipsikotiklerin Yeri: Bulguların Gözden Geçirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi; 2003; 14(2): 134-144.

2- Slaby AE, Dubin WR, Baron DA. Psychiatric Emergencies. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th edition) (eds. BJ. Sadock, VA. Sadock) Lippincott Williams & Wilkins, 2005; Vol II; syf: 2453- 2471.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ