

Acil Serviste Şiddet Yönetimi

Management of violence in emergency service

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2009;9(3):139-143

Cem ŞENGÜL,¹ Deniz ŞİMŞEK,¹ Mustafa SERİNKEN²

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
¹Psikiyatri Anabilim Dalı,
²Acil Tıp Anabilim Dalı, Denizli.

ÖZET

Şiddet, acil serviste dikkate alınması gereken ciddi problemlerden birisidir. Şiddet genel olarak bir ruh hastalığının belirtisi olabilmekle birlikte, birçok organik hastalıkta da görülebilir. Bu durum acil servis için önemli bir durum olmakla birlikte geliştirilmiş standart tedavi kılavuzları bulunmamaktadır. Ancak, literatürde çok sayıda farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımı bildirilmiştir. Bu yazıda, acil serviste şiddet yönetimi konusundaki araştırmaların gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

Anahtar sözcükler: Acil servis; ajitasyon; şiddet; tedavi.

SUMMARY

Violence is one of the serious problems that should be taken into consideration in emergency service. Violence may be the symptoms of a psychiatric disorder generally, but it may also be seen in many organic disorders. Although it is an important issue in emergency setting, there is no any standard treatment guideline for its management. However, many pharmacological and non-pharmacological treatment approaches have been reported in the literature. The aim of this article is to review the researches about the management of violence in emergency service.

Key words: Emergency department; agitation; violence; treatment.

İletişim (Correspondence)

Dr. Mustafa SERİNKEN

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Acil Tıp Anabilim Dalı,
20070 Kınıklı, Denizli, Turkey.

Tel: +90 - 258 - 211 85 85 / 2037

Faks (Fax): +90 - 258 - 213 49 22

e-posta (e-mail): mserinken@hotmail.com

Giriş

Acil serviste karşılaşılan şiddet, hastaları ve çalışanları etkileyen ciddi bir sorundur. Bu sorunun sağlıklı bir şekilde ele alınması için saldırgan davranışın önceden tanımlanıp önlenmesi ve saldırgan hastayla karşı karşıya kalındığında kullanılacak müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi için çalışmalar uzun süredir sürmektedir.^[1] Çalışmalarda acil serviste şiddet davranışı için psikiyatrik ve psikiyatri dışı risk faktörlerinin saptanması, müdahale yöntemleri ve kullanılabilir ilaçlar üzerinde sık olarak durulmuş, kullanılan terminolojide birlik sağlanmaya çalışılmıştır.^[2]

Öncelikle acil serviste şiddet davranışını incelerken özellikle iki terim üzerinde durmak gerekir. Bunlardan ilki olan agresyon, tahakküm edici, baskıcı veya saldırgan sözlü veya fiziksel eylem olarak tanımlanır. Agresyon herhangi bir olayla tetiklenebildiği gibi, bir tahrik olmadan da ortaya çıkabilir. Agresyon birkez ortaya çıktığında ise saldırganlık hastane personeline veya diğer hastalara yönelebilir. Ajitasyon ise, bağlantısız, dezorganize ve maksatsız davranışların sergilendiği, hastanın ve onunla ilgilenenlerin güvenliğini tehdit eden bir psikomotor huzursuzluk halidir. Ajitasyon, artmış bir mental uyarılma ve motor aktivite durumudur. Psikiyatrik hastalıklarda çok sık olarak görülür. Ajitasyon, genellikle şiddet davranışının öncüsü gibi olması nedeniyle aciliyet arz eden bir durum olup, süratle değerlendirilmesi ve ilaç ya da fiziki kısıtlama ile kontrol altına alınması gerekir. Bu, hastanın öfkesiyle paralel olarak kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önleyecektir. Hastanın süratle kontrol altına alınıp sakinleştirilmesi, daha iyi gözlem, fizik muayene ve mental durum muayenesinin yapılmasına da imkan verecektir.^[3,4]

Agresyon ve ajitasyon, acil dışında diğer dahili-cerrahi kliniklerde de tahmin edilenin aksine sık karşılaşılan klinik bir durumdur. Ülkemizde bir tıp fakültesinde yapılan çalışmada, psikiyatri hekimlerinden konsültasyon isteminin en sık ajitasyon nedeniyle olduğu bildirilmiştir.^[5] Bu sık karşılaşılan klinik durumda göz önünde tutulması gereken en önemli noktalardan biri de şiddet ve saldırganlık eğilimidir. Şiddet uygulayan hastalar bir organik sebebe bağlı olarak bilinçsiz olarak eylem yapabildikleri gibi, kişilik bozukluğu olan hastalarda olduğu gibi bilinçli olarak da şiddet uygulayabilmektedir.^[6,7] Aksi ispat edilmediği sürece acil hekimi saldırgan bir hasta karşısında bu davranış tarzının medikal veya cerrahi bir durumdan kaynaklanabileceğini aklından çıkarmamalıdır. Ajitasyona sebep olan hipoksi gibi durumların tedavisi davranış prob-

lemlerini de halledebilir. Bununla birlikte sıklıkla tedaviye başlayabilmek için davranış problemlerinin çözümlenmesi gerekmektedir.^[8] Saldırganlık, genetik, çevresel, tarihsel, kişisel, biyokimyasal faktörler gibi çeşitli değişimlerden etkilenen bir durumdur.^[6] Çoğu saldırgan davranış ortak genel karakteristikleri paylaşır fakat saldırgan hastalar farklıdır ve her biri ayrı olarak anlaşılıp değerlendirilmelidir.

Bu yazıda, PubMed veri tabanı acil servis, şiddet, ajitasyon ve tedavi anahtar kelimeleri kullanarak taranmış, acil serviste şiddet yönetimi konusundaki araştırmalar gözden geçirilmiş ve acil hekimleri için özet bilgiler verilmiştir.

Şiddet davranışı için genel risk etkenleri: Çalışmalarda, çocukluk dönemi agresyonunun, yakın geçmişte dürtüsellik gösterenlerin, şiddet ya da sorumsuz davranış öyküsü olanların, evlilikle ilgili çatışması olanların, silahlar ya da zarar verici diğer araçlarla ilgili, bilgi, beceri ve uğraşı olanların ve son zamanlarda haksız yere tedavi edildiğini düşünenlerin şiddet davranışı açısından riskli bireyler olduğu bildirilmiştir.^[9] Ayrıca, genç olmanın, erkek cinsiyetin, sosyal desteğin düşük olmasının, yaşadığı çevrede günlük yaşamın bir parçası olarak şiddetin varlığının ve düşük sosyoekonomik düzeyin de şiddet davranışı için risk etkenleri arasında olduğu belirtilmiştir.^[9] Şiddet davranışına neden olan hastalıklara baktığımızda ise; şizofreni ve madde bağımlılığı gibi psikiyatrik hastalıkların yanı sıra birçok organik patolojiye bağlı olarak da şiddet davranışının gözlemlenebildiğini belirtebiliriz.^[10] Şiddet davranışına neden olan psikiyatrik ve psikiyatri dışı nedenler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ajitasyon-şiddet davranışı yönetimi: Acil serviste ajitte halde bir hastayla karşılaştığımızda tedaviye geçmeden önce mutlaka hastayı değerlendirmek gerekmektedir. Hastayı değerlendiren hekim öncelikle kendini takdim etmeli, neyi anlamayı arzu ettiğini açıkça beyan etmeli, alttan almalı ve hastayı kışkırtmaktan kaçınılmalıdır. Hastayı provoke eden yer ve kişilerden hasta uzaklaştırılmalı görüşme süresince mümkünse hasta ve hekim oturur durumda olmalıdır. Görüşmeci, hastaya olabilecek en yakın ilgiyle yaklaşmalı, hasta konuşmaya başladığında dikkatle dinlenmeli, görüşmenin amacı ve hastaya uygulanabilecek her türlü girişim tüm safhalarıyla açıklanmalı, meydana okunmamalıdır. Hastayla konuşurken otoriter olmayan, hastayı anlamaya yönelik konuşma tarzı benimsenmelidir. Ayrıca, görüşmenin yapıldığı ortam sessiz olmalı, ortamda hastayla görüşen yalnız olarak bulunulmalıdır.

Tablo 1. *Şiddet veya saldırganlığa neden olabilecek bozukluklar.*

Primer psikiyatrik bozukluklar	<ul style="list-style-type: none"> • İletişim bozuklukları • Demans, deliryum • Disosiyatif bozukluklar • İntermittant patlayıcı bozukluk • Mental retardasyon • Kişilik bozuklukları • Posttravmatik stres bozukluğu • Premenstrüel disfonksiyonel bozukluk • Paranoid şizofreni • Seksüel sadizm • Madde bağımlılığı
Diğer nedenler	<ul style="list-style-type: none"> • Kişilik değişikliklerine sebep olan intrakraniyal patolojiler (Travma, enfeksiyon, neoplazi, anatomik bozukluk, vasküler malformasyon, serebrovasküler olay, dejeneratif hastalık) • İlaçlar • Nöbetler veya nöbet benzeri sendromlar • Sistemik bozukluklar (Deliryum, kişilik değişikliklerine neden olan metabolik, endokrin, enfeksiyon ve çevresel hastalıklar ve diğer nedenler)

Ancak, gerektiğinde yardımcı personel kolaylıkla çağrılabilmelidir.^[11]

Ajitasyon ve Şiddet Tedavisi: Tarih boyunca şiddet davranışı gösteren hastalara karşı farklı tutumlar sergilenmiştir. Bu hastalar önceleri zincire vurulup akıl hastanelerine kapatılmış, zamanla ise farklı farmakolojik olan ve olmayan tedavi yaklaşımları geliştirilmiştir. 1950'li yıllardan sonra bugün hala kullanmakta olduğumuz antipsikotikler ve benzodiazepinlerin keşfini ise bu alanda çağdaş tedavinin miladı sayabiliriz.^[12] Bu ilaçların ajitasyon tedavisinde etkili olmalarına karşın yan etkilerinin çokluğu sebebiyle de yeni kuşak ilaçlar kullanıma girmiştir.^[13]

Medikal tedavide en önemli esas hastanın hızla denetim altına alınmasıdır. Sakinleştirme, ajitasyonu giderme kendisi ve çevresine zarar vermesini engelleme ilk hedeflerdir. Bu anlamda hastanın durumuna göre antipsikotikler, ve benzodiazepinler yalnız başlarına ya da kombine olarak uygulanabilirler.^[14,15]

Antipsikotikler: 1950'lerin başında fenotiazin türevi bir ajan olan klorpromazin antipsikotik etkilerinin keşfi ile tedaviye girmişlerdir. İlk kuşak antipsikotikler yüksek potensli butirifenonlar ve düşük potensli fenotiazinler şeklinde kabaca sınıflandırılmış, gerek şizofreni tedavisinde gerekse ajitasyon tedavisinde uzun süre kullanılmış-

lardır. Düşük potensli ilaçların ortak yan etkileri sedasyon ve antikolinergik etkileri iken, yüksek potenslilerin en dik-kate alınması gereken yan etkilerinin ise ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkileri olduğu genel olarak kabul edilen görüş olmuştur.^[16,17] Klasik antipsikotiklerin esas etkisi santral sinir sisteminde dopamin reseptör blokajına bağlıdır. Davranışsal etkilerinin ise korteks ve limbik sistemdeki dopamin antagonizmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Yan etkileri de santral ve periferik çeşitli nörotansmitterler üzerindeki etkilerinden kaynaklanır. Antikolinergik ve alfa blokaj etkilerine bağlı postural hipotansiyon, taşikardi, idrar retansiyonu, ağız kuruluğu ve kabızlık görülebilir.^[18] Nigro-striatal dopaminerjik yollardaki dopamin reseptörlerinin blokajına bağlı ise parkinsonizm, distoni, tremor gibi EPS yan etkileri gözlenebilir.^[19]

Antipsikotikler uzun süredir acil serviste ajitasyon ve agresyonun tedavisinde ilk seçenek olarak etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Antipsikotikler içinde de son 50 yıldır en sık olarak kullanılan ajan haloperidol olmuştur. Haloperidol'un hasta sakinleşinceye kadar yarım ya da 1 saat arayla 5 mg kas içine uygulanması, birçok acil hekimi tarafından yaygın olarak kullanılan bir yöntem olmuştur. Literatürde bu şekilde maksimum 15-30 mg uygulanabileceği, bunun üzerinde uygulanmasının tedaviye bir katkı sağlamamakla birlikte yan etki riskini arttıracığı belir-

tilmiştir.^[20] Tedaviye EPS yan etkileri riski nedeniyle biperiden 5-6 mg oral ya da kas içi eklenmesi önerilmiştir.^[8] Yaygın olarak kullanılan bir diğer ajan olan klorpromazin ise, kas içi en fazla 50 mg uygulanması, hipotansiyona temkinli yaklaşmak koşuluyla oral olarak 400 mg/gün verilebileceği ancak yaşlı, mental retarde, alkol kullanan ve epilepsisi olan hastalarda tercih edilmemesi gerektiği bildirilmiştir.^[8] Zyklopentiksol asetat ise etkisi üç gün süren ve ajitasyonu kontrol altına almada etkililiği gösterilmiş olan bir ajandır. Özellikle daha uzun süreli etki istenilen hastalarda bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilirliği belirtilmiştir.^[21]

Atipik antipsikotik ilaçlar, şizofreninin uzun dönem tedavisinde zamanla klasik antipsikotiklerin yerini almış olan ajanlardır. Bunu klasik antipsikotikler kadar etkili olmalarının yanı sıra düşük ekstra piramidal sistem yan etki profilleriyle başarmışlardır.^[22] Akut ajitasyon tedavisinde kullanıldıkları altı çalışmanın dördünde karşılaştırdıkları ilaçtan üstün oldukları gözlenmiştir. Araştırmalarda atipik antipsikotiklerden en sık olarak risperidon, ziprasidon, olanzapin ve ketiapin ajitasyon tedavisinde kullanılmış ve etkili bulunmuştur.^[23] Özellikle ziprasidon ve olanzapinin kas içi enjeksiyona uygun formlarının bulunduğu, Ziprasidon 2x20 mg/gün ya da olanzapin 3x10 mg/gün kas içi enjeksiyonunun ajitasyon tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir.^[24,25] Ayrıca, risperidon (2-8/gün) ve olanzapinin (10-20/gün) ağızda hızlı eriyen formlarında acil serviste ajitasyonun kontrolünde yararlı olduğu gösterilmiştir.^[13,23] Sadece tablet formu bulunan ketiapin (150-750 mg/gün) ve aripiprazolde (15-30 mg/gün) acil serviste agresyon ve ajitasyon tedavisinde faydalı bulunmuş diğer yeni kuşak antipsikotiklerdir.^[26] Bu ilaçların etkinliği giderek daha fazla çalışma ile desteklenmektedir. Atipik antipsikotiklerin yakın bir gelecekte acil serviste ajitasyonun ve saldırganlığın tedavisinde ana seçenekler haline geleceği öngörülmektedir.^[13]

Benzodiazepinler: Benzodiazepinler acil serviste hem sedasyonu sağlamak için hem de ajitasyonun tedavisinde uzun zamandır en sık olarak kullanılan ilaçlar arasında yer almaktadır.^[23,27] Benzodiazepinlerin sağladığı sedasyon genel olarak ajitasyonun kontrolünde yarar sağlarken, bazen aşırı sedasyon hastalar tarafından olumsuz olarak algılanmakta ve daha sonraki acil başvurularını etkileyebilmektedir.^[28] Ayrıca paradoksal disinhibisyona neden olmaları ve bağımlılığa yol açma potansiyelleri nedeniyle de dikkatli kullanılmaları gerekmektedir.^[14] Ülke-

mizde daha sık olarak diazepam kullanılmakla birlikte genel olarak tüm dünyada ajitasyon tedavisinde en sık olarak kullanılan benzodiazepin lorazepam'dır. 2 mg lorazepam enjeksiyonu 5 mg haloperidol kadar ajitasyon ve agresyonun tedavisinde etkili bulunmuş, ayrıca EPS yan etkilerine neden olmamasının da önemli bir avantaj olduğu belirtilmiştir.^[28] Ülkemizde her ne kadar lorazepamın kas içi enjeksiyona uygun formu bulunmamakla birlikte, ağızda hızlı eriyen tablet formunun (0.5-5 mg/gün) acil serviste ajitasyon tedavisinde kullanılabilirliği önerilmiştir. Her ne kadar dünyada eskisi kadar sık olarak kullanılmamakla birlikte 5-10 mg oral ya da intravenöz diazepamın da acil serviste ajitasyon tedavisinde kullanılabilirliği son yayınlanan kılavuzlarda da yer almaktadır. Ancak, diazepamın 30 mg/gün dozunun üzerinde kullanılmaması ve kas içi emiliminin kötü olması sebebiyle kas içi enjeksiyondan uzak durulması gerekliliği de kılavuzlarda belirtilmiştir.^[29]

Antipsikotik-Benzodiazepin birlikte kullanımı: Genel olarak çalışmalardan, klasik bir antipsikotik (örneğin haloperidol) ile lorazepam gibi bir benzodiazepinin birlikte kullanımının tek başına kullanımından daha etkili olduğu izlenimi elde edilmiştir.^[22] Birlikte kullanımda hasta sakinleşinceye kadar yarım saat aralarla 5 mg haloperidol ve 2 mg lorazepamın kas içine aynı enjeksiyonla yapılması önerilmiştir.^[30] Birlikte kullanımda, haloperidol yerine konulacak risperidonun da eşit bir etkinlik sağladığı da bildirilmektedir. Bu kullanım biçiminde lorazepamın, kullanılan antipsikotik ilaca bağlı olası EPS yan etkileri üzerine de olumlu etkisi olacağı dile getirilmiştir.^[31] Bu çalışmaların yanı sıra tek başına kullanılan lorazepam tedavisiyle, lorazepam haloperidol ya da lorazepam risperidon kombinasyonu tedavileri arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^[32]

Fiziksel kısıtlama: Hastanın ve yakınındaki insanların zarar görmesini önlemek için, tedavi ortamının tahribini önlemek için, ilaç tedavisi yetersiz ise, şiddet davranışı ya da tedavi ortamından kaçma tehdidi varsa yapılmalıdır. İşlem öncesinde, işlem sürecinde yapılan işlemlerle ilgili bilgi verilmelidir. İşlem yapılırken beş kişi olmalıdır (dördü ekstremiteler ve biri baş için) hastanın kolları vücudunu da kuşatacak tarzda bağlanarak tespit edilmeli, hasta bayansa en az biri bayan olmalı, hasta sırt üstü yatırılarak sabitlenmeli, hasta uyaransız izole bir ortama alınmalıdır. Çoğu klinisyen, hastalığı psikiyatrik olan hastaların, kontrolünün ilaç tedavisiyle sağlanmasını savunmak-

ta, ancak bu yolla sonuç alınamayan çok küçük bir hasta grubunda fiziki kısıtlamanın kullanılabileceğini kabul etmektedir.^[3,8,33]

Sonuç

Ajite ya da saldırgan hastaya yaklaşımda dikkat edilmesi gereken en önemli nokta mevcut durumun organik bir etyolojik bir faktörle mi oluştuğunun tespitidir. Sonrasında ise hastanın tedavisinin sağlanması ve tanı sürecinde hastanın kendine, çevresine ve tedavi ekibine zarar vermesinin engellenmesidir. Bunu en kolay biçimde yapabilmek için hastayla öncelikle sözlü iletişim kurulmaya çalışılmalı, eğer kurulamıyorsa hastanın durumuna göre seçilecek medikal tedavi yönetimiyle kontrol altına alınması sağlanmalı, bu da mümkün olmuyorsa birtakım kurallara dikkat edilerek fiziksel kısıtlama uygulanmalıdır. Ajite-saldırgan hastaya müdahalenin deneyimli, eğitilmiş bir ekip işi olduğu, hastanın ilacı reddetme hakkı, sınırlama ve tecrit edilmesi ile ilgili yasal ölçütler hastanın yararları göz önünde bulundurularak karar verilmelidir.

Kaynaklar

1. Ferns T. Considering theories of aggression in an emergency department context. *Accid Emerg Nurs* 2007;15:193-200.
2. Hill S, Petit J. Psychiatric emergencies: The violent patient. *Emerg Med Clin North Am* 2000;18:727-41.
3. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry* 2006;67 Suppl 10:13-21.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Lipincot Williams&Wilkins; 2003. p. 118.
5. Canan F, Koçer E, İçmeli C, Özçetin A, Ataoğlu A. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;1:22-7.
6. Allen MH, Carpenter D, Sheets JL, Miccio S, Ross R. What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *J Psychiatr Pract* 2003;9:39-58.
7. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Docherty JP, Carpenter D, Ross R. Treatment of behavioral emergencies: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2003;9:16-38.
8. Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:493-9.
9. Neill S, Oster NS, Doyle JD. Psychiatric emergencies critical incident stress and challenges for the emergency workplace. *Emerg Med Clin North Am* 2000;18:516-27.
10. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:427-51.
11. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28:701-11.
12. Currier GW. Atypical antipsychotic medications in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2000;61:21-6.
13. Yıldız A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 2003;20:339-46.
14. Rund DA, Ewing JD, Mitzel K, Votolato N. The use of intramuscular benzodiazepines and antipsychotic agents in the treatment of acute agitation or violence in the emergency department. *J Emerg Med* 2006;31:317-24.
15. Hughes DH, Kleespies PM. Treating aggression in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2003;64:10-5.
16. Battaglia J, Moss S, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997;15:335-40.
17. Abidi S, Bhaskara SM. From chlorpromazine to clozapine--antipsychotic adverse effects and the clinician's dilemma. *Can J Psychiatry* 2003;48:749-55.
18. Weiden PJ, Miller AL. Which side effects really matter? Screening for common and distressing side effects of antipsychotic medications. *J Psychiatr Pract* 2001;7:41-7.
19. De Oliveira IR, Jurruena MF. Treatment of psychosis: 30 years of progress. *J Clin Pharm Ther* 2006;31:523-34.
20. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 6th ed. Columbus, OH: McGraw-Hill; 2003. p. 1816-22.
21. Coutinho E, Fenton M, Adams C, Campbell C. Zuclopenthixol acetate in psychiatric emergencies: looking for evidence from clinical trials. *Schizophr Res* 2000;46:111-8.
22. Seeman P. Atypical antipsychotics: mechanism of action. *Can J Psychiatry* 2002;47:27-38.
23. Yıldız A. Akut Ajitasyon sağıaltımında benzodiazepinlerin, tipik ve atipik antipsikotiklerin yeri: Bulguların gözden geçirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2003;14:134-44.
24. 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;155:128-34.
25. Centorrino F, Meyers AL, Ahl J, Cincotta SL, Zun L, Gulliver AH, et al. An observational study of the effectiveness and safety of intramuscular olanzapine in the treatment of acute agitation in patients with bipolar mania or schizophrenia/schizoaffective disorder. *Hum Psychopharmacol* 2007;22:455-62.
26. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr* 2007;12:5-11.
27. Kıyan S. Acil serviste sedasyon ve analjezi. *Turk J Emerg Med* 2008;8:144-51.
28. Dietch JT, Jennings RK. Aggressive dyscontrol in patients treated with benzodiazepines. *J Clin Psychiatry* 1988;49:184-8.
29. Zimbardo DL. Pharmacological control of acute agitation: focus on intramuscular preparations. *CNS Drugs* 2008;22:199-212.
30. De Fruyt J, Demyttenaere K. Rapid tranquilization: new approaches in the emergency treatment of behavioral disturbances. *Eur Psychiatry* 2004;19:243-9.
31. Currier GW, Simpson GM. Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. *J Clin Psychiatry* 2001;62:153-7.
32. Vesper FH, Vesper BD, McMullan JT, Zealberg J, Currier GW. Risperidone versus haloperidol, in combination with lorazepam, in the treatment of acute agitation and psychosis: a pilot, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Pract* 2006;12:103-8.
33. Migon MN, Coutinho ES, Huf G, Adams CE, Cunha GM, Allen MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:263-8.