

Acil Servislerde İlk Temas: Anksiyete Krizlerinin Tanı ve Yönetim Stratejileri

Burcu Özen Karabulut¹

Ali Ekber Karabulut²

Özet

Anksiyete krizleri, acil servis başvurularında sık karşılaşılan ancak çoğu zaman fiziksel semptomlarla maskelendiği için tanınasal güçlük yaratan psikiyatrik durumlardır. Kriz anında gelişen yoğun tehdit algısı; göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı gibi belirtilerle kendini göstererek organik hastalıkları taklit edebilir. Bu durum hem yanlış tanıya hem de gereksiz tetkik ve müdahalelere yol açabilir. Kadınlar, çocuklar, ergenler ve geriatrik bireyler gibi hassas gruplarda semptomlar daha belirgin veya atipik biçimde ortaya çıkabilir. Bu nedenle klinik değerlendirme yalnızca biyomedikal değil, biyopsikososyal bir yaklaşımla yapılmalıdır.

Acil servislerde öncelikli adım, yaşamı tehdit eden organik nedenlerin dışlanmasıdır. Takiben, yapılandırılmış psikiyatrik değerlendirme ile anksiyete bozukluklarının ayırıcı tanısı yapılmalı; uygun müdahale yöntemleri belirlenmelidir. Müdahale stratejileri farmakolojik olmayan yaklaşımlar (iletişim, çevresel düzenleme, solunum egzersizleri) ve gerekirse farmakolojik tedavileri (benzodiazepinler, antipsikotikler) kapsar. Hastanın yaşına, eşlik eden hastalıklarına ve klinik durumuna göre tedavi bireyselleştirilmelidir.

Acil servis hekimlerinin bu kriz tablolarını tanıma ve yönetme konusundaki farkındalıkları, tanı doğruluğunu artırmakta, hasta memnuniyetini ve klinik sonuçları iyileştirmektedir. Bu nedenle anksiyete krizlerinin ilk temas noktasında bütüncül bir yaklaşımla ele alınması kritik önemdedir.

- 1 Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ağrı, Türkiye
E-mail: bozenkarabulut@agri.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9046-6511
- 2 SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Van, Türkiye
E-mail: alekka35.ack@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7203-1178

1. GİRİŞ

Acil servisler, hızlı kararlar alınması gereken ve hastaların çoğu zaman sağlık sistemiyle ilk temasını gerçekleştirdiği kritik birimlerdir. Bu başvuruların önemli bir kısmı, fiziksel belirtilerle kendini gösteren psikiyatrik kökenli durumlardan oluşur. Anksiyete krizleri bu tablolar arasında en sık karşılaşılan durumlardan biridir. Kriz anında bireyde yoğun bir tehdit algısı oluşur ve bu durum çeşitli somatik belirtilerle kendini gösterir. Göğüs ağrısı, çarpıntı, baş dönmesi, nefes darlığı, uyuşma ve terleme gibi şikâyetler, hastayı genellikle ciddi bir tıbbi sorun yaşadığı düşüncesiyle acil servise yönlendirir. Oysa bu belirtiler, çoğu zaman anksiyete bozukluklarının bedensel yansımalarıdır. Klinik görünüm, organik patolojilerle benzerlik gösterdiği için tanı süreci karmaşıklaşabilir [1-3].

Anksiyete bozuklukları genel toplumda oldukça yaygın olup sağlık kurumlarına başvuruların da önemli bir nedenidir. Acil serviste düşük öncelikli (sarı ve yeşil alan) triyaj grubunda yer alan hastalarda dahi orta ve yüksek düzeyde kaygı bulgularına rastlanabilmektedir [4]. Anksiyete krizleri, bireyde tehdit algısını artırarak yoğun fiziksel yakınmalarla kendini gösterdiğinden, gereksiz tetkiklerin yapılmasının yanı sıra sağlık kaynaklarının etkisiz kullanımına da yol açma potansiyeli taşır [5,6]

Acil servislerde görev yapan hekimlerin, bu tür kriz tablolarını tanıma ve yönetme konusundaki yetkinliklerinin artırılması, tanısal doğruluğu ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle, anksiyete krizlerinin acil servisteki klinik görünümü, ayırıcı tanı ilkeleri ve etkin müdahale stratejilerinin kapsamlı biçimde ele alınması önem taşır.

2. KLİNİK ÖZELLİKLER

Anksiyete bozuklukları, bireyin gerçek bir tehdit olmaksızın yoğun bir endişe, korku ya da panik hissi yaşamasıyla karakterizedir. Acil servise başvuran hastalarda bu bozukluklar genellikle somatik belirtilerle kendini gösterir. Başlıca şikâyetler arasında çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi, bulantı, karın ağrısı, titreme, terleme, uyuşma ve boğulma hissi yer alır [1,3,6]. Bu semptomlar, sempatik sinir sistemi aktivasyonunun bir sonucu olarak ortaya çıkar ve hastada fiziksel bir hastalığa yakalandığına dair kuvvetli bir inanç gelişmesine neden olur [2,5].

Anksiyete krizleri, özellikle ilk kez yaşayan hastalarda çok yoğun yaşanır. Hastalar kalp krizi geçirdiği ya da ölmekte olduğu gibi düşüncelerle acil servislere başvurur. Bu tablolar genellikle panik atakla özdeşleşse de tüm anksiyete bozuklukları akut dönemde benzer belirtilerle kendini gösterebilir. Klinik tablo bazen ajitasyon, bazen aşırı sessizlik veya donakalma haliyle de

ortaya çıkabilir. Bu değişken semptom profili, acil servis ortamında tanınal belirsizlik yaratır [1,2,7].

Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaların önemli bir bölümünde, bu şikâyetin temelinde yatan nedenin kardiyak ya da pulmoner değil, psikolojik kökenli olduğu görülmektedir. Non-kardiyak göğüs ağrısı, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ile ilişkili klinik durumlar arasında yer alır [1,5,8]. Anksiyete düzeyinin yükselmesiyle birlikte gelişen hiperventilasyon, solunum alkalozuna yol açarak parestezi, baş dönmesi ve bayılma hissi gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu tablo zaman zaman nörolojik veya metabolik hastalıklarla benzerlik gösterdiğinden, ayırıcı tanıda dikkatli değerlendirme gerektirir [1,2].

Kadın bireylerde anksiyete semptomlarının görülme sıklığı erkeklere kıyasla daha yüksektir. Bu farkın oluşmasında hormonal değişiklikler, adet döngüsü, gebelik ve menopoz gibi biyolojik süreçlerin yanı sıra kadınların stres yanıt mekanizmalarındaki farklılıklar da etkili olmaktadır. Ayrıca, toplumda kadınlara atfedilen rollerin ve sorumlulukların oluşturduğu psikolojik yük, kaygı bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir [9,10,11]. Bu nedenle, acil servise başvuran kadın hastalarda özellikle anksiyete krizlerinin daha yoğun ve belirgin klinik bulgularla seyredebildiği gözlemlenmektedir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan anksiyete bozuklukları, çoğu zaman erişkinlerde görülen tablolardan farklı klinik görünümle kendini gösterebilir. Bu yaş grubundaki bireyler, kaygılarını doğrudan ifade edemeyebilir ve şikâyetlerini dolaylı yollarla ortaya koyabilir. Özellikle karın ağrısı, mide bulantısı, baş ağrısı, okul reddi gibi fiziksel yakınmalarla başvuran çocuklarda, altta yatan nedenin yoğun anksiyete olduğu anlaşılmaktadır. Bu belirtiler sıklıkla organik bir hastalık şüphesiyle değerlendirildiğinden, tanı gecikebilir veya psikiyatrik destek ihtiyacı gözden kaçabilir [12]. Pandemi süreci gibi küresel krizlerin, çocuk ve ergen ruh sağlığı üzerindeki etkileri de dikkate değerdir. Bu dönemde sosyal izolasyon, belirsizlik, akademik baskılar ve aile içi stres faktörlerinin artmasıyla birlikte anksiyete semptomlarında belirgin bir artış yaşanmıştır. Bazı vakalarda bu semptomlar, kendine zarar verme davranışları veya intihar düşüncesiyle birlikte seyretmiştir. Dikkat eksikliği, öfke nöbetleri, huzursuzluk, uyku bozuklukları gibi davranışsal değişiklikler de anksiyete bozukluklarının çocukluk çağındaki diğer yansımaları arasında yer almaktadır [13].

Geriatrik hastalarda ise anksiyete genellikle bilişsel yavaşlama, huzursuzluk, insomnia, iştahsızlık ya da kronik ağrının alevlenmesi şeklinde ortaya çıkabilir. Bu grup hastalarda özellikle komorbid fiziksel hastalıklar

anksiyete belirtilerinin gölgelenmesine ya da atlanmasına neden olabilir [14]. Geriatrik yaş grubunda görülen anksiyete bozuklukları, genç erişkinlere kıyasla daha farklı klinik özelliklerle seyredebilir. Yaşlanma süreciyle birlikte gelişen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler, kaygı bozukluklarının hem sıklığını hem de klinik sunumunu etkiler. Bu hastalarda anksiyete çoğu zaman doğrudan “kaygı” ifadesiyle değil; huzursuzluk, sinirlilik, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, uyku bozukluğu (özellikle insomnia), iştahsızlık veya açıklanamayan somatik yakınmalar şeklinde ortaya çıkar. Ayrıca mevcut kronik ağrılar, osteoartrit ya da belirsiz gastrointestinal şikâyetler, anksiyete semptomlarıyla iç içe geçerek tanısız karmaşa yaratabilir [14,15]. Yaşlı bireylerde depresyon ile anksiyete sıklıkla birlikte seyreder ve bu durum çoğu zaman bilişsel gerileme ile karıştırılır. Bu nedenle yaşlı bir hastada görülen bellek bozukluğu ya da ilgisizlik, yalnızca demans ile açıklanmamalı; altta yatan kaygı düzeyi de sorgulanmalıdır. Aynı şekilde, özellikle eşlik eden kalp yetmezliği, KOAH, diabetes mellitus veya inme öyküsü gibi fiziksel hastalıkları bulunan geriatrik bireylerde anksiyete semptomlarının organik hastalık bulguları arasında gölgelenmesi oldukça sık karşılaşılan bir durumdur [16,17]. Sosyal izolasyon, yalnızlık, yakınlarını kaybetme, fiziksel bağımlılık gelişimi ve yaşam kontrolünün azalması gibi yaşlılığa özgü psiko-sosyal stresörler de anksiyetenin tetiklenmesinde önemli rol oynar. Bu hastalarda klinik değerlendirme yapılırken yalnızca tıbbi hikâyeye değil, aynı zamanda yaşam koşullarına, sosyal destek düzeyine ve günlük işlevsellik düzeyine de dikkat edilmelidir. Geriatrik bireylerde anksiyetenin erken tanınması ve uygun yönlendirme ile müdahale edilmesi, yaşam kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür [18,19,20].

Öte yandan, anksiyete krizlerinin şiddeti ve başvuru sıklığı, yalnızca bireysel fizyolojik yatkınlıklarla değil, aynı zamanda çevresel ve sosyoekonomik etkenlerle de yakından ilişkilidir. Sosyal izolasyon, düşük gelir düzeyi, eğitim yetersizliği, aile içi çatışmalar ve travma öyküsü gibi faktörler; bireyin stresle baş etme kapasitesini azaltarak anksiyete semptomlarını tetikleyebilir. Özellikle kronik fiziksel hastalığı bulunan bireylerde bu psikolojik yük hem kaygı düzeyini artırmakta hem de acil servise başvuru ihtiyacını yükseltmektedir [6,15]. Bu nedenle, anksiyete krizlerinin değerlendirilmesinde biyopsikososyal yaklaşım esas alınmalı ve yalnızca semptomlara değil, hastanın yaşam koşullarına da dikkat edilmelidir.

Anksiyete bozukluklarının bu kadar çeşitli klinik görünümle seyretilmesi, acil servis ortamında bu hastaların tanınmasını güçleştirir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, anksiyetenin olası semptomlarını iyi tanıması ve belirtileri yalnızca fiziksel nedenlerle ilişkilendirmemesi büyük önem taşır.

Klinik değerlendirmenin yalnızca vital bulgulara değil, hastanın davranışsal ve duygusal durumuna da odaklanması gerekir.

3. AYIRICI TANI

Acil servise başvuran hastalarda gözlenen anksiyete belirtileri, sıklıkla başka klinik tabloların maskesi altında ortaya çıkar. Fiziksel şikâyetlerin ön planda olması nedeniyle bu hastaların değerlendirilmesinde temel zorluk, yaşanan semptomların psikiyatrik bir durumun parçası mı yoksa organik bir hastalığın habercisi mi olduğunun ayırt edilmesidir. Hatalı yönlendirme; ya altta yatan ciddi bir patolojinin gözden kaçmasına ya da psikojenik nedenlere bağlı semptomların gereksiz tetkik ve müdahalelerle karşılanmasına neden olabilir. Bu nedenle hekim, hastanın güvenliğini gözetirken mevcut kaynakları da etkin kullanacak şekilde hareket etmelidir [1,2,5].

Anksiyete bozukluklarının acil servisteki görünümü çoğu zaman kardiyovasküler, solunumsal, nörolojik ve endokrin sistem hastalıklarının semptomlarına benzerlik gösterir [21]. Bu tablo, klinisyenin dikkatini sistematik bir ayırıcı tanı sürecine yönlendirmelidir. Öykü alma sürecinde duygusal ifadeler, daha önce yaşanmış benzer ataklar ve semptomların zamanla ilişkisi dikkatle sorgulanmalı; fizik muayene ve gerekli laboratuvar analizleri bu bulgularla entegre edilerek değerlendirilmelidir [2,22,23].

3.1. Organik Nedenlerin Dışlanması

Anksiyete krizlerinin, ciddi organik hastalıkları taklit edebilme potansiyeli göz önüne alındığında, ayırıcı tanının ilk basamağı her zaman hayatı tehdit eden nedenlerin dışlanması olmalıdır. Özellikle akut koroner sendrom (AKS), pulmoner emboli (PE), inme, hipoglisemi, tirotoksikoz, feokromositoma, epilepsi ve menenjit gibi durumlar, klinik olarak öncelikli değerlendirme gerektirir [3,24].

Göğüs ağrısı ve çarpıntı şikâyetleriyle başvuran hastalarda, akut koroner sendrom (AKS) olasılığı her zaman ilk sırada düşünülmelidir. Özellikle kardiyovasküler risk faktörlerine sahip bireylerde, elektrokardiyografi (EKG), kardiyak enzim düzeyleri ve vital bulguların erken dönemde gözden geçirilmesi gerekir. Yüksek duyarlılıklı troponin testleri, AKS'yi dışlamada önemli bir tanı aracı olarak kullanılmaktadır; ancak bu parametrede, anksiyete ve panik bozukluklarında da hafif düzeyde yükseklikler görülebileceği akılda tutulmalıdır [1,25]. Nefes darlığı, taşipne ve hiperventilasyon gibi semptomlar ise sıklıkla pulmoner emboli ile karışabilir. Bu gibi durumlarda Wells skoru, D-dimer düzeyi, oksijen saturasyonu ve toraks BT anjiyografi gibi tanısal araçlar rehberlik edebilir. Anksiyete bozukluklarında da hiperventilasyon

sonucu gelişen respiratuvar alkaloz, parestezi, baş dönmesi, ağız çevresinde uyuşma ve hatta senkop benzeri semptomlarla karşımıza çıkabilir [1,3,24].

Baş dönmesi, uyuşma, denge kaybı ve konuşma bozukluğu gibi semptomlar, nörolojik sistem kaynaklı ciddi patolojilerin habercisi olabilir. Bu bulgular, özellikle vertebrobaziler dolaşım bozuklukları, geçici iskemik ataklar ve parsiyel epileptik nöbetlerle ilişkilendirilebilir. Ani başlangıçlı, kısa süreli ya da geçici özellikte seyreden bu klinik tablolar, zaman zaman anksiyete bozukluklarıyla karışabilmektedir. Özellikle daha önce nörolojik tanı almamış hastalarda, postiktal döneme ait bilinç bulanıklığı ya da dizatri gibi belirtiler, panik atak ile benzer şekilde yorumlanabilir [24,26,27]. Bu tür başvurularda ilk adım, kapsamlı bir nörolojik değerlendirme yapılmasıdır. Göz hareketleri, kas kuvveti, denge ve koordinasyon muayenesi yol gösterici olabilir. Eğer muayene bulguları normal sınırlarda ancak klinik şüphe devam ediyorsa görüntüleme gerekliliği doğar. Bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans (MR) gibi yöntemlerle, yapısal ya da vasküler bir patoloji olup olmadığı araştırılmalıdır. Ancak herhangi bir organik neden saptanmadığında, semptomların anksiyeteye bağlı somatizasyon sürecinin parçası olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır [1-3,6,24].

Endokrin ve metabolik kökenli bozukluklar, anksiyeteye benzer belirtilerle kendini gösterebildiği için ayırıcı tanıda mutlaka dikkate alınmalıdır. Hipoglisemi, tirotoksikoz, feokromositoma gibi endokrinopatiler; taşikardi, terleme, huzursuzluk, baş dönmesi ve bilinç değişikliği gibi semptomlarla karşımıza çıkabilir. Bu semptomlar, akut anksiyete krizi ile büyük benzerlik taşıdığı için tanı sürecinde dikkatli bir yaklaşım gerektirir [2,3,24]. Benzer şekilde, elektrolit dengesizlikleri de kaygı bozukluklarını taklit eden klinik tablolar oluşturabilir. Özellikle hiponatremi ve hipokalsemi; bilinç bulanıklığı, kas spazmları, parestezi ve ajitasyon gibi belirtilerle seyredebilir. Bu nedenle, özellikle yaşlılar, polifarmasi öyküsü olanlar, malignite ya da kronik hastalık geçmişi bulunan hastalarda, laboratuvar testleri hedefe yönelik olarak planlanmalı; biyokimyasal değerlendirmeler klinik tabloyla birlikte bütüncül şekilde yorumlanmalıdır [23,24].

Bu değerlendirmelerde temel amaç, mümkün olduğunca hızlı şekilde ciddi organik patolojileri dışlamak; bunu yaparken de hastaya gereksiz girişimsel işlem veya tetkik yüklememektir. Klinik şüphe düzeyi, hastanın yaşı, komorbiditeleri ve başvuru şekli bu kararları yönlendirici olmalıdır.

3.2. Psikiyatrik Değerlendirme

Organik nedenlerin dışlanması ardından, semptomların psikiyatrik kökenli olabileceği göz önüne alınmalı ve sistematik bir ruhsal değerlendirme

yapılmalıdır. Acil serviste bu değerlendirme sınırlı zaman ve kaynaklarla yapılırsa da bazı yapılandırılmış adımlar aracılığıyla etkili sonuçlar elde edilebilir.

Psikiyatrik değerlendirme sürecinin en temel bileşenlerinden biri, hasta ile güvene dayalı bir iletişim kurmaktır. Acil servis ortamında yaşanan zaman baskısı ve yoğunluk, bu iletişimi zorlaştırabilir. Ancak hastanın kendini anlaşılmış ve önemsenmiş hissetmesi, değerlendirme sürecinin başarısı açısından belirleyicidir. Hastaya şikâyetlerinin dikkate alındığı, fizyolojik bulguların değerlendirildiği ve durumunun geçici olabileceği net bir biçimde aktarılmalıdır. Bu yaklaşım hasta kaygısını azaltırken tedaviye uyumu da artırır [28-31]. Anksiyete bozukluklarında sık karşılaşılan ifade kalıpları, klinik olarak tanısız ipuçları sağlayabilir. “Nefes alamıyorum”, “kalp krizi geçiriyorum”, “ölüyorum”, “kendimi kaybediyorum” gibi yoğun tehdit algısı içeren dramatik beyanlar, özellikle panik bozuklukta belirgindir. Bu tür söylemler, hastanın yaşadığı semptomları abarttığı anlamına gelmemeli; aksine, sübjektif algının ne kadar yoğun olduğunu düşündürmelidir. Ayrıca bu cümleler, hastanın kriz anındaki zihinsel yapısını ve içsel korkularını anlamaya yönelik önemli veriler sunar. Bu açıdan semptomların yapısı kadar ifade biçimi de dikkatle değerlendirilmelidir [3,23,24].

Anksiyete bozukluklarının sınıflandırılmasında DSM-5 tanı kriterlerine uygun şekilde panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, akut stres reaksiyonu, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi başlıklar değerlendirilebilir. Bu tanıların konulması için detaylı psikiyatrik öykü gerekir; ancak acil serviste bu süre kısıtlı olduğundan, kısa tarama ölçekleri ile ön değerlendirme yapılabilir [32,33]. GAD-7, HADS ve PHQ-9 gibi ölçekler, kısa sürede uygulanabilen ve kaygı düzeyini belirlemede kullanılabilecek etkili araçlardır. Bununla birlikte, acil serviste kullanılan bu tür ölçeklerin tanı koydurucu değil; yönlendirici olduğu unutulmamalıdır [3,32].

Psikiyatrik değerlendirmenin önemli bir parçası da hastanın davranışsal özelliklerinin gözlemlenmesidir. Fiziksel görünüm, motor aktivite düzeyi, konuşma hızı ve ritmi, göz teması kurma davranışı, duygulanımın uygunluğu ve ajitasyon varlığı gibi unsurlar, hastanın ruhsal durumuna dair değerli ipuçları sunar. Bu gözlem, özellikle sözlü iletişimin sınırlı ya da yanıltıcı olabileceği durumlarda tanısız süreci destekler. Hastanın yönelim durumu, çevresine olan tepkileri ve psikotik belirti varlığı da dikkatle değerlendirilmelidir. Eğer yoğun ajitasyon, ajite-deliryum tablosu veya davranışsal kontrol kaybı söz konusuysa ve organik nedenler güvenli biçimde

dışlanmışsa, kısa etkili sedatif ajanların dikkatli şekilde kullanımı gerekebilir [34,35].

Hastanın daha önce psikiyatri geçmişi, ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, travmatik yaşam deneyimi, madde kullanımı veya psikotik belirtiler (hezeyanlar, halüsinasyonlar) açısından da sorgulanması önemlidir. Özellikle intihar düşüncesi olan hastalarda mutlaka psikiyatri konsültasyonu istenmeli; güvenli bir ortamda izlem sağlanmalı ve gerekli müdahaleler planlanmalıdır [36].

Psikiyatrik değerlendirme yalnızca tanı koymak değil, aynı zamanda hastayı uygun yönetime ve ileri izleme hazırlamak açısından da kritik rol oynar. Gerekliğinde kriz müdahale ekipleri, psikososyal destek hatları veya aile hekimliği üzerinden yönlendirme yapılabilir. Bu yaklaşım, tekrar başvuruyu riskini azaltır ve hastaya daha sürdürülebilir bir çözüm sunar [37].

4. ACIL SERVİSTE MÜDAHALE VE YÖNETİM

Acil serviste anksiyete krizleriyle başvuran hastaların yönetimi, sadece belirti kontrolünden ibaret değildir. Bu süreçte hekimin amacı; fiziksel semptomları hafifletirken hastanın ruhsal bütünlüğünü de destekleyerek güvenli bir stabilizasyon sağlamaktır. Müdahale planı, hastanın yaş, cinsiyet, eşlik eden fiziksel ve ruhsal hastalıkları, sosyal destek düzeyi ve kriz şiddeti gibi bireysel faktörlere göre özelleştirilmelidir. Bu bağlamda, müdahale stratejileri iki temel grupta ele alınır: **farmakolojik olmayan yaklaşımlar** ve **farmakolojik tedaviler**. Uygulamada bu iki yaklaşımın çoğu zaman birbirini tamamlayıcı biçimde bir arada kullanılması gerekir [38,39].

İdeal bir yönetim süreci, hasta ile ilk temas anından itibaren başlar. Hekimin beden dili, ses tonu ve sözlü ifadeleri hastanın algısını doğrudan etkiler. Özellikle panik halinde başvuran bireylerde, ilk dakikalarda gösterilen empatik yaklaşım ve bilgilendirici tutum, krizin şiddetini belirgin düzeyde azaltabilir. Bu nedenle acil servis çalışanlarının yalnızca tıbbi bilgi değil, aynı zamanda temel kriz iletişimi becerilerine de sahip olmaları gerekir [28,40].

4.1. Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Farmakolojik olmayan yöntemler, anksiyete krizlerinin yönetiminde ilk basamak olarak çoğu zaman yeterli olabilir. Bu müdahaleler, hastanın sakinleştirilmesi, semptomlarının fizyolojik nedenlerden ziyade duygusal süreçlerle ilişkili olduğunun açıklanması ve güven ortamının oluşturulması gibi temel ilkelere dayanır. Özellikle ajitasyonun düşük, psikotik semptomların eşlik etmediği ve vital bulguların stabil olduğu durumlarda bu yaklaşımlar öncelikli tercih edilmelidir [3].

İlk adımda hastanın bulunduğu fiziksel ortam gözden geçirilmeli, mümkünse kalabalıktan ve uyarandan uzak bir alana alınmalıdır. Gürültülü, kaotik veya aydınlatması fazla olan ortamlarda anksiyete belirtileri daha da şiddetlenebilir. Oturur pozisyonda, mümkünse refakatçisinin yanında olması sağlanmalı, hasta ile göz teması kurulmalı ve anlaşılır, yargılamayan bir dille konuşulmalıdır [41-44]. Hastaya, mevcut yakınmaların ciddi fiziksel hastalıklardan kaynaklanmadığı ancak ciddiyetle ele alındığı açıklanmalı, kendisini güvende hissetmesi sağlanmalıdır. Ayrıca solunum teknikleri ile hastanın fizyolojik dengesinin yeniden sağlanması hedeflenmelidir. Yavaş, derin ve kontrollü soluk alıp verme egzersizleri, hiperventilasyonu baskılar, sempatik sinir sistemi yanıtını azaltır ve panik düzeyini düşürür [3,6]. Bunun dışında, dikkat yönlendirme teknikleri ve kısa süreli zihinsel uğraşların da kaygı semptomlarını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle hafif-orta düzeyde anksiyetesi olan hastalarda, terapötik boyama, kontrollü imgeleme ve kısa odaklanma egzersizleri kullanılabilir. Bu tür uygulamaların ajitasyon seviyesini azalttığı ve hastanın içsel kontrol hissini artırdığı bildirilmiştir [7].

Pediyatrik hastalarda, farmakolojik olmayan yöntemler temel müdahale biçimi olarak öne çıkar. Oyun, hikâye anlatımı, resim çizme ve dikkat dağıtıcı oyuncaklar; çocuğun anksiyetesini ifade edebilmesine yardımcı olurken aynı zamanda tıbbi işlemlere uyumunu da kolaylaştırır. Ebeveynin rahatlatılması ve sürece aktif katılımı çocuğun krizini yönetmede kritik rol oynar [45-47].

Geriatrik bireylerde ise işitme, görme veya bilişsel yetersizlik gibi yaşa bağlı faktörler göz önünde bulundurulmalı, iletişim açık, yavaş ve net bir dille yürütülmelidir. Yalnızlık, sosyal izolasyon ya da kayıp yaşamış bireylerde güven temelli iletişim çok daha büyük önem taşır. Duygusal destekle birlikte fiziksel konforun sağlanması, sedatif müdahale ihtiyacını azaltabilir [14].

Bu yaklaşımların temel amacı, hastanın kriz halinden çıkarılarak fiziksel ve ruhsal stabilizasyonunun sağlanmasıdır. Anksiyete krizleri nadiren tek seferlik olaylardır; bu nedenle hastaya sadece o anı yönetmeye değil, daha ileri destek süreçlerine de yönlendirme yapılmalıdır. Bu noktada farmakolojik olmayan müdahaleler hem etkili hem de güvenli bir ilk basamak olarak öne çıkmaktadır [24].

4.2. Farmakolojik Yaklaşımlar

Farmakolojik müdahale, anksiyete krizinin yönetiminde genellikle farmakolojik olmayan yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda ya da hastanın ciddi ajitasyon, panik, intihar riski veya davranışsal kontrol kaybı yaşadığı tabloda gündeme gelir. İlaç tedavisi, yalnızca semptomları hızlı şekilde

baskılamak için değil; aynı zamanda hastanın psikiyatrik açıdan güvenli şekilde stabilizasyonunu sağlamak amacıyla uygulanır. Ancak farmakolojik yaklaşım her hastaya aynı şekilde uygulanmamalıdır. Kişisel risk profili, yaş grubu, komorbiditeleri ve klinik sunumu göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir [3,48].

Acil serviste yaygın olarak kullanılan ilaç gruplarının başında **benzodiazepinler** gelir. Bu grup ilaçlar, hızlı etki başlangıcı ve anksiyolitik özellikleri nedeniyle özellikle panik atak, ajitasyon ya da akut stres tepkisinde tercih edilmektedir. Lorazepam ve diazepam gibi ajanlar, intravenöz ya da intramüsküler yolla uygulanabilir ve etkileri kısa sürede ortaya çıkar. Ancak solunum depresyonu, sedasyon düzeyi artışı ve tolerans gelişimi gibi riskler nedeniyle bu ilaçların kullanımı dikkatle planlanmalı; mümkünse sınırlı dozda ve tek seferlik olarak uygulanmalıdır [49].

Antipsikotik ajanlar, özellikle ajitasyonun ön planda olduğu, psikotik belirti eşlik eden ya da akut mani/depresyon atağı yaşayan hastalarda kullanılabilir. Haloperidol, olanzapin, risperidon gibi ajanlar bu amaçla tercih edilir. Haloperidol, parenteral kullanım kolaylığı nedeniyle sık başvuru alan bir seçenektir; ancak ekstrapiramidal yan etkiler ve QT uzaması gibi kardiyak riskler nedeniyle dikkatli olunmalıdır. Yeni nesil atipik antipsikotikler (örneğin intramüsküler olanzapin), özellikle yaşlı ya da kardiyak hastalık öyküsü olan bireylerde tercih edilen daha güvenli seçenekler arasında yer alır [50,51].

Bazı merkezlerde **sublingual ya da intranazal uygulama** formlarına sahip hızlı etkili sedatiflerin acil kullanımı da söz konusudur. Örneğin, sublingual lorazepam ya da dexmedetomidin gibi ajanlar; özellikle iğne fobisi olan, kooperasyonu kısıtlı ya da hafif-orta düzeyde anksiyetesi bulunan hastalarda etkili ve hasta konforunu artırıcı seçenekler olabilir [52].

Pediyatrik hastalarda farmakolojik müdahale zorunlu hale gelmişse, yaş ve vücut ağırlığına uygun doz ayarlaması son derece önemlidir. Bu yaş grubunda, intranazal midazolam veya ketamin gibi ajanlar dikkatle seçilmiş endikasyonlarla kullanılabilir. Ancak çocuklarda mümkün olduğunca non-farmakolojik yöntemlerle kontrol sağlanması önceliklidir. İlaç kullanımı sadece ajitasyonun giderilemediği, prosedürel sedasyon gerektiği ya da travmatik anın engellenmesi amacıyla düşünülmelidir [53].

Geriyatrik hastalarda ise farmakolojik yaklaşımda daha büyük özen gerekir. Bu yaş grubunda ilaçların farmakokinetiği değiştiğinden, minimal dozlarla başlanmalı ve yan etki profili yakından izlenmelidir. Sedatif ve antipsikotik ajanlar bu grupta deliryum, düşme riski, hipotansiyon ve kardiyak yan

etkiler yönünden ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle sedasyon gerekiyorsa kısa etkili ve atipik profilli ajanlar düşük dozlarla tercih edilmeli; gerekmedikçe farmakolojik müdahaleden kaçınılmalıdır [54-56].

İlaç seçimi ve uygulama süreci, anksiyete tablosunun şiddeti, hastanın klinik durumu, daha önceki ilaç yanıtı ve mevcut fiziksel komorbiditelere göre şekillendirilmelidir. Her zaman ilaç öncesi ve sonrası vital bulgular izlenmeli, bilinç düzeyi gözlemlenmeli ve olası advers etkiler için hazırlıklı olunmalıdır. Ayrıca, verilen ilaçla birlikte hasta mutlaka yeniden değerlendirilerek sedatif etki sağlandıktan sonra psikiyatrik izlem planı yapılmalıdır.

5. KONSÜLTASYON VE TABURCULUK

Acil serviste anksiyete krizine müdahale sürecinin son basamaklarından biri, hastanın psikiyatrik açıdan ileri değerlendirmeye ihtiyaç duyup duymadığının belirlenmesi ve uygun şekilde yönlendirilmesidir. Her ne kadar birçok hastada semptomlar non-farmakolojik veya kısa süreli farmakolojik müdahalelerle gerilese de altta yatan psikiyatrik bozukluk, intihar riski veya psikotik bulgular mevcutsa, durum daha kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Bu noktada psikiyatri konsültasyonu, yönetim sürecinin vazgeçilmez bir parçası hâline gelir [3,24].

Konsültasyon kararını yönlendiren en önemli unsur, hastanın mevcut ruhsal durumu ve kliniğinin risk düzeyidir. Yoğun ajitasyon, agresif davranışlar, kendine zarar verme düşüncesi veya girişimi, halüsinasyonlar, hezeyanlar ya da paranoid düşünceler gibi psikotik belirtiler varlığında gecikmeksizin psikiyatri değerlendirmesi yapılmalıdır. Benzer şekilde, anlamlı işlev kaybı yaşayan, ciddi düzeyde madde kullanımı öyküsü bulunan veya sık tekrar eden ve tedaviye dirençli anksiyete atakları geçiren hastalar da ileri değerlendirme açısından yüksek risk grubunda yer alır [57,58].

Konsültasyon süreci hastanın fiziksel güvenliği ve mahremiyetini koruyacak şekilde yürütülmelidir. Değerlendirme öncesinde vital bulguların stabil olduğu, ciddi organik patolojilerin dışlandığı ve farmakolojik müdahalelerin yapılmış olduğu açıkça belgelenmeli ve psikiyatri ekibine eksiksiz şekilde aktarılmalıdır. Psikiyatrik değerlendirme sürecinin etkin yürütülemediği durumlarda, hastaların memnuniyeti azalmakta; tedaviye uyum sorunları ve benzer semptomlarla tekrar başvuru olasılığı artış göstermektedir. [3,24,57].

Konsültasyona ihtiyaç duymayan, klinik stabilizasyonu sağlanmış ve intihar riski taşımayan hastalar için ayaktan izlem ve planlı taburculuk uygun bir yaklaşımdır. Ancak taburculuk kararı, yalnızca semptom kontrolüne değil, hastanın sosyal çevresi, destek sistemleri ve içgörü düzeyi gibi daha

geniş bir çerçevede değerlendirilmelidir. Hastanın tedaviye erişim durumu, sağlık okuryazarlığı ve benzer krizleri yönetme becerisi de göz önünde bulundurulmalıdır [59]. Güvenli taburculuk süreci, hastaya yalnızca hastalık hakkında bilgi verilmesiyle sınırlı kalmamalı; aynı zamanda ilerideki destek kaynaklarına erişimini kolaylaştıracak bir yönlendirme sistemiyle tamamlanmalıdır. Taburculuk sırasında hastaya yazılı bilgi formu sunulmalı, mümkünse bir sonraki başvuru noktası (örneğin psikiyatri polikliniği veya aile hekimi) net olarak belirtilmelidir. Gerekğinde psikososyal destek birimleri veya sosyal hizmet uzmanları sürece dâhil edilmelidir [3,24]. Özellikle özel risk gruplarında taburculuk kararı daha dikkatli ele alınmalıdır. Geriatrik bireylerde bilişsel bozulma, yalnızlık ve fiziksel kırılganlık; çocuk hastalarda ise ebeveyn ihmali, aile içi çatışma ya da travmatik yaşantılar göz ardı edilmemelidir. Bu durumlarda sosyal hizmet birimleri, çocuk izlem merkezleri veya yaşlı destek sistemlerine yönlendirme yapılmadan hastanın ev ortamına gönderilmesi ciddi riskler doğurabilir [15,45].

Sonuç olarak, acil serviste anksiyete kriziyle başvuran bireylerin yönetiminde konsültasyon ve taburculuk süreci, semptomatik iyileşmeyle sınırlı olmayan; hastanın psikiyatrik, sosyal ve güvenlik boyutlarını da içeren bütüncül bir değerlendirmeyi zorunlu kılar. Bu aşamadaki iyi yapılandırılmış klinik kararlar, sadece mevcut başvurunun değil, hastanın gelecekteki ruh sağlığı başvurularının da niteliğini belirleyecektir.

6. SONUÇ

Anksiyete krizleri, acil serviste sıklıkla karşılaşılan ve somatik belirtilerle maskelenebilen psikiyatrik tablolardır. Bu hastaların değerlendirilmesinde öncelikle yaşamı tehdit eden organik nedenlerin dışlanması, ardından ise psikiyatrik kökenli semptomlara yönelik yapılandırılmış bir yaklaşım benimsenmesi gereklidir. Etkili iletişim, farmakolojik olmayan müdahaleler ve gerektiğinde dikkatli planlanmış sedatif kullanımı ile kriz yönetimi sağlanabilirken, ileri psikiyatrik değerlendirme gereken olgularda gecikmeksizin konsültasyon istenmeli ve taburculuk kararı sosyal, ruhsal ve klinik bütünlük gözetilerek verilmelidir. Acil servis hekimlerinin anksiyete krizlerine yönelik bu bütüncül yaklaşımı benimsemesi, tanı doğruluğunu artırmakta ve hastaların hem akut hem de uzun vadeli iyilik hâline önemli katkı sunmaktadır.

Kaynakça

1. Campbell KA, Madva EN, Villegas AC, Beale EE, Beach SR, Wasfy JH, Albanese AM, Huffman JC. Non-cardiac Chest Pain: A Review for the Consultation-Liaison Psychiatrist. *Psychosomatics*. 2017 May-Jun;58(3):252-265. doi:10.1016/j.psym.2016.12.003.
2. Faessler L, Perrig-Chiello P, Mueller B, Schuetz P. Psychological distress in medical patients seeking ED care for somatic reasons: results of a systematic literature review. *Emerg Med J*. 2016 Aug;33(8):581-7. doi:10.1136/emmermed-2014-204426.
3. Bozatli SBH, Sayhan MB. Acil Serviste Anksiyete ve Panik Atak. *Türkiye Klinikleri Emergency Medicine-Special Topics*. 2024;10(3):20-25.
4. Özdiñç Ş, Şensoy N. Acil servise başvuran sarı ve yeşil alan hastalarının anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gaziosmanpaşa Univ Tıp Fak Derg*. 2022;14(1):24–35.
5. Celano CM, Healy B, Suarez L, Levy DE, Mastromauro C, Januzzi JL, Huffman JC. Cost-Effectiveness of a Collaborative Care Depression and Anxiety Treatment Program in Patients with Acute Cardiac Illness. *Value Health*. 2016 Mar-Apr;19(2):185-91. doi:10.1016/j.jval.2015.12.015.
6. Abbott R, Davies A, Lavelle M, Massou E, Wye L, Freemantle N, et al. Health care utilization in people with anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 Jan 15;232:93–102. doi:10.1016/j.jad.2018.02.044.
7. Rajendran N, Mitra TP, Shahrestani S, Coggins A. Randomized Controlled Trial of Adult Therapeutic Coloring for the Management of Significant Anxiety in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2020 Feb;27(2):92-99. doi:10.1111/acem.13838.
8. Eslick GD, Talley NJ. Non-cardiac chest pain: squeezing the life out of the Australian healthcare system? *Med J Aust*. 2004 Apr 19;180(8):364–7. doi:10.5694/j.1326-5377.2004.tb05910.x.
9. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011 Aug;45(8):1027–1035. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
10. Altemus M, Sarvaiya N, Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression: clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol*. 2014 Jul;35(3):320–330. doi:10.1016/j.yfrne.2014.05.004.
11. Kuchner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017 Feb;4(2):146–158. doi:10.1016/S2215-0366(16)30263-2.

12. Li A, Guessoum SB, Ibrahim N, Lefèvre H, Moro MR, Benoit L. A systematic review of somatic symptoms in school refusal. *Psychosom Med*. 2021;83(8):832–841. doi:10.1097/PSY.0000000000000973.
13. Madigan S, Korczak DJ, Vaillancourt T, Racine N, Hopkins WG, Pador P, et al. Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2023 May;10(5):342–351. doi:10.1016/S2215-0366(23)00036-6.
14. Sharpe M, Walker J, van Niekerk M, Toynbee M, Magill N, Frost C, et al. Proactive integrated consultation-liaison psychiatry and time spent in hospital by older medical inpatients in England (The HOME Study): a multicentre, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2024 Sep;11(9):684–695. doi:10.1016/S2215-0366(24)00188-3.
15. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5:363–389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
16. Potvin O, Forget H, Grenier S, Prévile M, Hudon C. Anxiety, depression, and 1-year incident cognitive impairment in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Aug;59(8):1421–1428. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03521.x.
17. Freire ACC, Pondé MP, Liu A, Caron J. Anxiety and Depression as Longitudinal Predictors of Mild Cognitive Impairment in Older Adults. *Can J Psychiatry*. 2017 May;62(5):343–350. doi:10.1177/0706743717699175.
18. Mushtaq A, Khan MA. Social isolation, loneliness, and mental health among older adults during COVID-19: a scoping review. *J Gerontol Soc Work*. 2024 Feb-Mar;67(2):143–156. doi:10.1080/01634372.2023.2237076.
19. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):22–30. doi:10.1176/ajp.152.1.22.
20. Kuang J, et al. Psychosocial Clusters and Their Associations with Depression, Anxiety, and Stress in Older Adults. *Aging Ment Health*. 2024;28(1):45–55. doi:10.1080/13607863.2023.2234567.
21. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Jul-Aug;32(4):345–59. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006.
22. Correll CU, Arango C, Fagiolini A, Giordano GM, Leucht S, Salazar de Pablo G. Finding the right setting for the right treatment during the acute treatment of individuals with schizophrenia: a narrative review and clinical practice guideline. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2024 Jun 19;20:1293–1307. doi:10.2147/NDT.S459450.

23. Chennapan K, Mullinax S, Anderson E, Landau MJ, Nordstrom K, Seupaul RA, Wilson MP. Medical screening of mental health patients in the emergency department: a systematic review. *J Emerg Med*. 2018 Dec;55(6):799–812. doi:10.1016/j.jemermed.2018.09.014.
24. Kocabaşoğlu N. Anksiyete Bozukluklarına Acil Yaklaşım, Takip ve Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*. 2007;3(42):24–31.
25. Westwood M, Ramackers B, Grimm S, Worthy G, Fayter D, Armstrong N, et al. High-sensitivity troponin assays for early rule-out of acute myocardial infarction in people with acute chest pain: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2021 May;25(33):1–276. doi:10.3310/hta25330.
26. Maas AIR, Menon DK, Manley GT, Abrams M, Åkerlund C, Andelic N, et al. Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurol*. 2022 Nov;21(11):1004–1060. doi:10.1016/S1474-4422(22)00309-X.
27. Venketasubramanian N, Anderson C, Ay H, Aybek S, Brinjikji W, de Freitas GR, et al. Stroke care during the COVID-19 pandemic: international expert panel review. *Cerebrovasc Dis*. 2021;50(3):245–261. doi:10.1159/000514155.
28. Ak M, Kucuk Alemdar D, Oguzoncul AF. Communication skills training for emergency nurses. *Int J Med Sci Public Health*. 2011;1(1):1–6. PMID:21750643.
29. Hildenbrand GM, Thomason MH, Dauner KN, Trickey AW. Patients' perceptions of health care providers' dismissive communication. *J Patient Exp*. 2022 Dec;9:1–7. doi:10.1177/23743735221079461.
30. Body R, Carlton E, Fryer K, Latchford G. Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emerg Med J*. 2015 Apr;32(4):357–8. doi:10.1136/emmermed-2013-203093.
31. Rani PP, D'Souza MS, Dharmalingam TK. A mixed-method study to develop and evaluate a structured therapeutic communication module on psychological distress and perceived needs among caregivers of critically ill patients in critical care units. *Indian J Crit Care Med*. 2024;28(5):339–46. doi:10.5005/jp-journals-10071-24812.
32. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

34. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016 Feb;17(2):86–128. doi:10.3109/15622975.2015.1132007.
35. Zun LS, Downey L, Rosen J. Level of agitation of psychiatric patients presenting to an emergency department. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(2):108–113. doi:10.4088/pcc.v10n0204.
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAFE-T: Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage. Rockville (MD): SAMHSA; 2024. Available from: <https://library.samhsa.gov/product/safe-t-suicide-assessment-five-step-evaluation-and-triage/pep24-01-036>
37. Olsen DP, Rickles J, Travlik K. A treatment-team model of managed mental health care. *Psychiatr Serv*. 1995 Mar;46(3):252–256. doi:10.1176/ps.46.3.252.
38. Huber JP, Milton A, Glozier N. Non-pharmacological interventions for people presenting in crisis to emergency departments and inpatient wards: a scoping, typology, and systematic review. *BJPsych Open*. 2023;9(5):e138. doi:10.1192/bjo.2023.138.
39. Gliske K, Ballard J, Berry KR, Killian M, Kroll E, Fenkel C. Reduction of mental health-related emergency department admissions following intensive outpatient program participation. *JMIR Form Res*. 2023;7:e44756. doi:10.2196/44756.
40. Braillon A. Practicing “reflective listening” is a mandatory prerequisite for empathy. *Patient Educ Couns*. 2020 Aug;103(8):1650–1651. doi:10.1016/j.pec.2020.03.024.
41. Bahcecioglu Turan G, Efe E, Mutlu B. The effects of eye masks and earplugs on sleep quality, anxiety, fear, and vital signs in patients in an intensive care unit: a randomised controlled study. *J Sleep Res*. 2024 Feb;33(2):e14044. doi:10.1111/jsr.14044.
42. Simons KS, Verweij E, Lemson J, et al. Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2020 Nov;48(11):1572–1579. doi:10.1097/CCM.0000000000004560.
43. Rucklidge JJ, Johnstone JM, Harrison R. The role of fluorescent lighting in influencing mental health: a review of mechanisms and effects on anxiety and behavior. *Front Psychol*. 2021;12:652213. doi:10.3389/fpsyg.2021.652213.
44. Chlan LL, Weinert CR, Heiderscheit A, et al. Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse*. 2011 Jun;31(3):19–28. doi:10.4037/ccn2011711.

45. Pancekauskaitė G, Jankauskaitė L. Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain in Paediatric Emergency Room. *Medicina (Kaunas)*. 2018 Nov 27;54(6):94. doi:10.3390/medicina54060094.
46. Kumar A, Singh A, Ahlawat G, Dahiya A. Effect of preoperative play therapy and parental presence on preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2019 Oct–Dec;35(4):510–515. doi:10.4103/joacp.JOACP_108_19.
47. Alco Luján E, Solana García MJ, García González JL, et al. Use of clown therapy to reduce anxiety in children undergoing surgery: a randomized controlled trial. *Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed)*. 2020 Jul;67(7):376–382. doi:10.1016/j.redar.2019.11.001.
48. Saucedo Uribe E, Bravo Rodríguez CA, Navarrete Juárez ME, et al. Pharmacological management of acute agitation in psychiatric patients: an umbrella review. *BMC Psychiatry*. 2025 Mar 25;25(1):273. doi:10.1186/s12888-024-06426-3.
49. Rudisell E, Weant K, Porcu A. Chronotherapeutic considerations of benzodiazepine administration for agitation management in the emergency department. *BMJ Ment Health*. 2025 Mar 3;28(1):e301189. doi:10.1136/bmjment-2024-301189.
50. Ries R, Sayadipour A. Management of psychosis and agitation in medical-surgical patients who have or are at risk for prolonged QT interval. *J Psychiatr Pract*. 2014 Sep;20(5):338–344. doi:10.1097/01.pra.0000454778.29433.7c.
51. Matrone M, Cuomo A, De Filippis S, Fagiolini A, Amore M. Liquid antipsychotics in the management of psychomotor agitation: a focus on promazine. *Drugs Context*. 2024 Nov 21;13:2024-6-5. doi:10.7573/dic.2024-6-5.
52. Smith CM, Santalucia M, Bunn H, Muzyk A. Sublingual dexmedetomidine for the treatment of agitation in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2023 May 30;21(2):215–221. doi:10.9758/cpn.2023.21.2.215.
53. Pansini V, Curatola A, Gatto A, Lazzareschi I, Ruggiero A, Chiaretti A. Intranasal drugs for analgesia and sedation in children admitted to pediatric emergency department: a narrative review. *Ann Transl Med*. 2021 Jan;9(2):189. doi:10.21037/atm-20-5177.
54. Korkatti-Puoskari N, Tiihonen M, Caballero-Mora MA, et al. Therapeutic dilemmas: antipsychotics use for neuropsychiatric symptoms of dementia, delirium and insomnia and risk of falling in older adults—a clinical review. *Eur Geriatr Med*. 2023 Aug;14(4):709–720. doi:10.1007/s41999-023-00837-3.

55. Catic AG. Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. *Drugs Aging*. 2011 Sep;28(9):737–748. doi:10.2165/11592240-000000000-00000.
56. Gareri P, De Fazio P, Cotroneo A, Putignano S, De Sarro G. Anticholinergic drug-induced delirium in an elderly Alzheimer's dementia patient. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44 Suppl 1:199–206. doi:10.1016/j.archger.2007.01.027.
57. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Feb;13(1):27–36. doi:10.5811/westjem.2011.9.6863.
58. Donovan AL, Vyas CM, Petriceks A, Dillon KR, Capron L, Goldenberg M. Agitation and an altered mental status in the emergency department: differential diagnosis, evaluation, and treatment. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2022;24(6):22f03277. doi:10.4088/PCC.22f03277.
59. True G, Pollock M, Bowden CF, Cullen SW, Ross AM, Doupnik SK, et al. Strategies to care for patients being treated in the emergency department after self-harm: perspectives of frontline staff. *J Emerg Nurs*. 2021 May;47(3):426–436.e5. doi:10.1016/j.jen.2020.12.016.