

BİR RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİNİN ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA İLAÇ KULLANIMI

Birsen ŞENTÜRK PİLAN*, Öznur BİLAÇ**, Zahide ORHON***
Handan Özek ERKURAN****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin az sayıdaki çocuk ve ergen yataklı servislerinden olan Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Yataklı birimimizdeki psikofarmakolojik girişimleri değerlendirmektir. **Yöntem:** Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Yataklı Biriminde, Eylül 2011 ve Eylül 2012 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük incelenmiştir. İlaç tedavileri alt gruplara ayrılmıştır (antipsikotikler, antidepresanlar vs.). **Sonuçlar:** İki yüz oniki hastanın içinden 201'i (%94,8) tedavi sürecinde bir psikotrop ajan kullanmıştır. İlaç kullanım sıklığı açısından gruplar ele alındığında, en sık kullanılan diğer ilaç grupları sırası ile antidepresanlar, anksiyolitik ilaçlar ve duygudurum düzenleyicileri olmuştur. 152 hastada (%76,9) en az iki psikotrop ajan birlikte kullanılmıştır. Çalışmamızda en çok tercih edilen ilaç grubunun antipsikotikler olduğu gözlenmiştir (%84,9). **Tartışma:** Çalışmamızın sonuçları güncel bilgiler ve diğer çalışmalarda bildirilen bulgular eşliğinde tartışılmıştır. Bu görece az çalışılmış alan üzerinde daha fazla araştırma yapmak ve deneyimleri paylaşmanın hem çocuk ve ergenlerin ruh sağlıklarına hem de hala gelişme sürecinde olan ayaktan ve yataklı tedavi birimlerine olumlu katkı sağlayacağına inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Yataklı tedavi, ilaç tedavisi, çocuk, ergen, çoklu ilaç tedavisi

SUMMARY: MEDICATION USE IN A CHILD AND ADOLESCENT INPATIENT UNIT OF A MENTAL HEALTH HOSPITAL

Objective: Aim of this study was to evaluate psychopharmacologic interventions in Manisa Mental Health Hospital's Child and Adolescent Psychiatry in-patient unit, which is one of the few inpatient child psychiatry clinics in Turkey. **Method:** Medical records of patients treated between September 2011 and September 2012 in the Child and Adolescent Psychiatry inpatient unit of Manisa Mental Health Hospital were retrospectively evaluated. Medications used were divided into subgroups (antipsychotics, antidepressants, etc.). **Results:** Out of 212 patients, 201 (94,8%) had used one psychotropic agent during treatment. Antipsychotics were the most commonly chosen drugs (84,9%) in the treatment process. When groups were evaluated by frequency of drug use, other common medications were antidepressants, anxiolytic and mood stabilizers, respectively. 152 patients (76,9 %) had used at least two psychotropic agents, simultaneously. Results of our study have suggested antipsychotics being the most commonly used psychotropic medication (84,9%). **Discussion:** Results of our study were discussed along with updated data from relevant literature and results that have been reported by similarly designed studies. We believe increasing research in this relatively understudied field and sharing experiences shall make great contribution to mental health of children and progress of outpatient and inpatient services, still evolving to this date.

Key Words: Inpatient treatment, pharmacotherapy, child, adolescent, polypharmacy

GİRİŞ

Psikiyatrik bozuklukların önemli bir kısmının çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı bilinmektedir. Psikiyatrik bozukluklar için bildi-

rilen prevalans ergenlik döneminde %13-21 arasındadır (Costello ve ark. 2003, Schaffer ve ark. 1996). Ayrıca, 16 yaşına kadar olan dönemde kızların %31'inin ve erkeklerin de %42'sinin en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı da bildirilmektedir (Costello ve ark. 2003). Çocukluk ve ergenlik dönemindeki bazı klinik psikiyatrik tablolar yataklı tedavi gerektirebilmektedir. Son zamanlarda yapılan yayınlar çocuk ve ergenlik dönemindeki yatılı tedavi gerektiren duruma-

*Uz. Dr. Birsen Şentürk Muayenehanesi, Manisa, Türkiye

**Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Manisa, Türkiye

***Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Manisa, Türkiye

****İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye (2014 tarihli Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.)

rın sıklığının artmakta olduğunu işaret etmektedir (James ve ark. 2010, Meagher ve ark. 2013). 1991-2008 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, 4-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenler içinden psikiyatrik sorunları nedeni ile yataklı tedavi süreci geçirenler yatış süreleri, klinik profilleri ve psikotrop ilaç kullanımları açısından değerlendirilmiştir (Meagher ve ark. 2013). Özellikle son 10 yıldır çocuk ve ergenlerin yataklı serviste ortalama kalış sürelerinde bir azalma olduğu gözlenirken (44 günden 10 güne düşüş) yataklı servise kabul oranları üç kat ve psikotrop ilaç kullanım oranlarında sekiz kat artış olduğu gösterilmiştir.

Ülkemizde çocuk ve ergenler için yataklı servis olanakları kısıtlı olduğu için bu alanda yapılan az sayıda çalışma mevcuttur. İlgili yazın gözden geçirildiğinde ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı biriminde izlenen ve tedavi edilen çocuk ve ergenlerde ilaç kullanımı ile ilgili tek bir çalışma tespit edilebilmiştir (Güvenir ve ark. 2009). Ülkemizde yapılan diğer çalışmaların tamamı erişkin psikiyatrisi servisinde izlenen ve tedavi edilen çocuk ve ergenlerle gerçekleştirilmiştir (Arslan ve ark. 1996, Coşkun ve ark. 2012).

Çocuk ve ergenler için olan yataklı psikiyatri servislerine dair veri ve deneyimler bu servislerin sayılarının az olması nedeniyle sınırlıdır. Çocuk ve ergen servislerinden yardım almak isteyen hastaların tedavilerini daha uygun biçimde planlayabilmek ve sağlık politikalarını yeniden şekillendirip yapılandırmak için tanımlanan kurumların hasta kapasiteleri, yıllık yatış rakamları, yatan hastaların tanı dağılımları ile uygulanan terapi/tedaviler konularında daha fazla bilgi sahibi olmak bir gerekliliktir.

Çalışmanın gerçekleştirilmiş olduğu Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Servisi ülkemizde ilk kurulan yataklı servislerden birisidir. Kurum poliklinik ve yataklı birim olarak toplamda ülkenin kıyı ile iç Ege bölgesinde yer alan toplamda 12 farklı ile yataklı hizmet sunan bir bölge hasta-

nesi olarak tanımlanmaktadır ve farklı özellikteki sorunları olan birçok hastanın başvurusunun gerçekleştiği yoğun bir tedavi merkezidir.

Bu çalışmada 1 Eylül 2011- 1 Eylül 2012 tarihleri arasında çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı birimindeki uygulamalar değerlendirilmiştir. Hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri, yataklı birimde kalış süreleri, kullanılan ilaç tedavileri ile yatış sürecindeki ilaç dışı tedaviler hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük biçimde taranarak değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Bir Eylül 2011- 1 Eylül 2012 tarihleri arasında çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı biriminde tedavi gören 212 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük taranarak elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerin tanıları Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı'nın (DSM-IV) temel alındığı yapılandırılmış bir klinik görüşme uygulanarak belirlenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Bilişsel işlevlerinde anormallik olduğu klinik olarak düşünülen hastalara WISC-R (Çocuklar için Wechsler Zeka Ölçeği) (Savaşır ve Şahin 1994) uygulanmış ve hastalar resmi olarak klinik tanı almışlardır. Tanısal değerlendirmede rutin olarak başka bir gereç kullanılmamıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizde, kategorik veriler için dört gözlü tablolar oluşturulmuş ve Pearson ki-kare analizi uygulanmıştır. Elde edilen veriler, rakamlar yanı sıra yüzdeler ile belirtilmiş olup istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 212 hastanın tıbbi kayıtları değerlendirildiğinde, hastaların yaşlarının 9-18 arasında değiştiği ve ortalama yaşın 15,18 (SS=1,65) olduğu belirlenmiştir. Yatan hastalardan 103'ü (%48,6) erkek iken 109'u (%51,4) kızdı. Kızlar ve erkekler için yaş ortalamaları sırasıyla

15,18 (SS=1,45) ve 15,19 (SS=1,84) idi. Doksan iki (%43,4) hasta okula devam ederken 113'ü (%53,3) okula devam etmiyor, 6'sı (%2,8) özel eğitime, 1'i (%0,5) hem özel eğitim hem okula devam ediyordu. Hastalara ait sosyodemografik veriler Tablo 1'de özetlenmiştir.

şamakta iken 22'si (%10,4) ilçe/küçük kasabalardan gelmekteydi. Hastaların büyük kısmı (%68,9) çalışmanın gerçekleştirildiği merkez dışında bir ilden yatış için yönlendirilmişti. Hastanede ortalama yatış süresi 29 (SS=13,43) gündü. Hastanede yatış süreleri tanısal gruplara göre karşılaştırıldı-

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	109	%51,4
Erkek	103	%48,6
Eğitim durumu		
Okula gidiyor	92	%43,4
Okula gitmiyor	113	%53,3
Özel eğitim	6	%2,8
Özel eğitim&okul	1	%0,5
Aile yapısı		
Çekirdek aile	128	%60,4
Geniş aile	3	%1,4
Parçalanmış aile	81	%38,2
Yaşadığı yer		
Köy/kasaba	22	%10,4
Şehir	190	%89,6
Yaşadığı il		
Çalışma ili içinden	66	%31,1
İl dışından	146	%68,9
Geçmiş tedavi öyküsü		
Var, ayakta poliklinikten	108	%50,9
Var, yataklı tedavi	70	%33
Yok	34	%16
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü		
Var	68	%32,1
Yok	144	%67,9
Madde kullanım öyküsü		
Var	112	%52,8
Yok	100	%47,2
Ailede madde kullanım öyküsü		
Var	16	%7,5
Yok	196	%92,5

Anneler ile babaların ortalama yaşları sırası ile 41,62 (SS=6,29) ve 45,95 (SS=7,42) idi. Çoğu ebeveynin eğitim durumları düşük düzeydeydi ve birçoğu ilkököl sonrasında eğitim hayatına devam etmemişti. Ebeveynlere ait sosyodemografik özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Yatarak tedavi gören hastaların 190'ı (%89,6) şehir merkezinde ya da şehrin dış kesimlerinde ya-

ğında en uzun yatış süresi gerektiren tanı grubu erken başlangıçlı şizofreni idi (birimde ortalama yatış süresi: 69,5 gün) (Tablo 3). Hastaların belirtileri dikkate alındığında %75'inin (s=158) remisyon halinde taburcu edilirken %12,3'ünün (s=26) kendi istekleri ile taburcu oldukları saptanmıştır.

En sık gözlemlenen tanısal alt gruplar davranım bozukluğu (%44,3), madde kötüye kullanımı/

Tablo 2: Ailelerin sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Annelerin eğitim düzeyi		
Okuma yazma yok	22	%10,4
Okuma yazma var	10	%4,7
İlköğretim	139	%65,5
Lise	37	%17,5
Üniversite	4	%1,9
Babaların eğitim düzeyi		
Okuma yazma yok	4	%1,9
Okuma yazma var	6	%2,8
İlköğretim	123	%58,1
Lise	50	%23,6
Üniversite	29	%13,7
Annenin mesleği		
Ev hanımı	157	%74,1
Memur/işçi	15	%7,1
Serbest meslek	37	%17,5
Emekli	3	%1,4
Babanın mesleği		
İşsiz	7	%3,3
Memur/işçi	44	%20,8
Serbest meslek	119	%56,1
Emekli	42	%19,8

Tablo 3: Yatan hastaların tanı dağılımları

	Tanı alan yatan hastaların sayısı	%	Erkek		Kız		P
			Sayı	%	Sayı	%	
Davranım Bozukluğu	94	44,3	48	%46,6	46	%42,2	0,519
Madde Kötüye Kullanımı	26	24,8	17	%16,5	9	%8,3	0,067
Madde Bağımlılığı	16	15,4	13	%12,6	3	%2,8	0,007*
Depresif Bozukluk	41	19,3	9	%8,7	32	%29,4	0,000*
Hafif düzeyde Zeka Geriliği	26	24,7	16	%15,5	10	%9,2	0,158
Orta düzeyde Zeka Geriliği	5	5,8	4	%3,9	1	%0,9	0,073
Bipolar Bozukluk	26	12,3	12	%11,7	14	%12,8	0,791
Psikotik Bozukluk	17	8	11	%10,7	6	%5,5	0,166
Anksiyete Bozukluğu	8	3,8	3	%2,9	5	%4,6	0,523
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	8	3,8	1	%1	7	%6,4	0,037*
Hiperkinetik Bozukluk	5	2,4	5	%4,9	-	-	0,020*
Konversiyon Bozukluğu	4	1,9	-	-	4	%3,7	0,500
Erken Başlangıçlı Şizofreni	2	0,8	2	%1,9	-	-	0,144
Enürezis Nokturna	2	0,9	2	%1,9	-	-	0,144
Anoreksiya Nervoza	1	0,5	-	-	1	%0,9	0,330
Otistik Bozukluk	1	0,5	1	%1	-	-	0,302
Uyum Bozukluğu	1	0,5	-	-	1	%0,9	0,330

*p<0.05

madde bağımlılığı (%19,8), depresif bozukluk (%19,3), zeka geriliği (%14,2) ve bipolar bozukluk (%12,3) idi. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile depresif bozukluk kızlarda istatistiksel olarak daha fazla görülürken ($p<0,05$ ve $p<0,01$, sırasıyla) madde bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanularına erkeklerde çok daha sık rastlanmaktaydı ($p<0,05$ ve $p<0,05$ sırasıyla). Hastaların tanı yüzdeleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilmiş olan 212 hastadan 201'i psikotrop ilaç kullanmaktaydı. İlaç grupları ve psikoaktif içeriklerine göre ilaç kullanım oranları Tablo 4'te gösterilmiştir. Hastaların tanı dağılım-

haloperidol (%0,9) ve züklopentiksol (%0,9) takip etmekteydi. Antipsikotik ilaçlar sıklıkla davranım bozukluğu tanısı olanlarda kullanılmaktaydı (%87,2). Davranım Bozukluğu tanısında en sık kullanılan iki antipsikotik ise ketiyapin (%57,0) ve risperidon olarak saptandı (%41,7).

En sık kullanılan ikinci psikotrop ilaç grubu ise duygudurum düzenleyicilerdi (%36,3). Duygudurum düzenleyiciler içerisinde, en sık kullanılan ilaç valproatı (%34,9) ve temel olarak bipolar bozuklukta kullanılmaktaydı (%92,3). Üçüncü en sık kullanılan grup anksiyolitik ilaçlar (%34,9) lorazepam da bu grup içerisinde en çok tercih edilen anksiyolitik olmaktaydı (%28,3).

Tablo 4: Psikiyatrik tanılara göre yatış süreleri

	Ortalama Yatış Süresi (Gün)	SS	Min-Maks
Davranım Bozukluğu	23,5	1,2	2-60
Madde Kötüye Kullanımı	24,2	10	2-47
Madde Bağımlılığı	27,6	6,1	5-32
Depresif Bozukluk	26,1	10	1,43
Hafif düzeyde Zeka Geriliği	22,8	1,2	4-42
Orta düzeyde Zeka Geriliği	12,3	5,6	4-17
Bipolar Bozukluk	31	1,7	3-83
Psikotik Bozukluk	31,7	1,3	14-70
Anksiyete Bozukluğu	15,3	1,2	1-37
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	23	1,2	2-35
Hiperkinetik Bozukluk	36	7,1	30-46
Konversiyon Bozukluğu	16,5	9,3	8-28
Erken Başlangıçlı Şizofreni	69,5	5,3	32-107
Enürezis Nokturna	30	2,9	28-32
Anoreksiya Nervoza	13	-	-
Otistik Bozukluk	26	-	-
Uyum Bozukluğu	30	-	-

SS:standart sapma

ları Tablo 5'te gösterilmiş ve tanı dağılımları ile ilişkili olarak ilaç kullanımları Tablo 6'da özetlenmiştir. Tüm hastalar içerisinde, 152'si (%76,9) iki ya da daha fazla psikotrop ilaç kullanırken %23,1'i monoterapi almaktaydı.

En sık kullanılan psikotrop ilaç grubu antipsikotiklerdi (%84,9). Hastaların tedavisinde en sık kullanılan antipsikotik ilaç ketiyapin (%37,3) iken aripiprazol (%31,1) ikinci sıradaydı. Bu ilaçları sırayla risperidon (%22,6), olanzapin (%4,7),

Dördüncü en sık kullanılan psikotrop ilaçlar grubu ise antidepresanlardı (%27,3). En sık tercih edilen antidepresan sertralin (%17,0) olurken temel olarak depresif bozukluk tanısı için kullanılmaktaydı (%46,3).

TARTIŞMA

Güncel yazında kızların erkeklere göre daha yüksek oranlarda yataklı tedavi gördükleri, bu durumun özellikle ergenlik döneminde belirgin

Tablo 5: Psikotrop ilaç kullanma sıklığı

Psikotrop İlaçlar	Sayı	%
ANTİPSİKOTİKLER	180	84,9
Risperidon	48	22,6
Olanzapin	10	4,7
Ketiypin	79	37,3
Aripiprazol	66	31,1
Haloperidol	2	0,9
Zuklopentiksol	2	0,9
ANTİDEPRESANLAR	58	27,3
Fluoksetin	4	1,9
Sertralin	36	17,0
Sitalopram	1	0,5
Mirtazapin	13	6,1
Venlafaksin	2	0,9
Trazodon	1	0,5
DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİLER	77	36,3
Valproat	74	34,9
Lityum	1	0,5
PSİKOSTİMÜLANLAR	6	2,8
Metilfenidat	6	2,8
ANKSİYOLİTİK İLAÇLAR	74	34,9
Diazepam	14	6,6
Alprazolam	1	0,5
Lorazepam	60	28,3
DİĞER	1	0,5
Buprenorfin	1	0,5

olduğu belirtilmektedir (Coşkun ve ark. 2012, Green ve ark. 2007, Kessel ve ark. 2012). Bizim çalışmamızda ise yataklı birimde yatış her iki cinsiyet açısından benzer oranlarda saptanmıştır. Bu durum çalışmamızın kesitsel tasarımından, yatan hastaların tanı dağılımından, kız ve erkek servislerinin kapasitelerinin aynı olmasından ve tam kapasite çalışıyor olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Yataklı birimimizdeki en sık gözlemlenen tanıları açısından bakıldığında sıralama şu şekildey-

di; davranım bozukluğu (%44,3), madde kötüye kullanımı/bağımlılığı (%19,8), depresif bozukluk (%19,3) ve zeka geriliği (%14,2). Her ne kadar ülkemiz ve yurtdışında yapılmış çalışmalar yataklı serviste tedavi gören olguların sıklıkla duygudurum ve psikotik bozukluk tanıları ile izlendiğini belirtse de (Coşkun ve ark. 2012, Güvenir ve ark. 2009, Meagher ve ark. 2013, Park ve ark. 2011) yataklı servisin tipi ve yapısı da çeşitli birimler arasında gözlemlenen tanı farklılıklarını açıklayabilmektedir. Bizim servisimizde davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve

Tablo 6: Tanı dağılımlarına göre kullanılan psikotrop ilaçlar

	SNRI	SSRI	TCA	AP	MS	Anxiolt	Stim
	%	%	%	%	%	%	%
Anksiyete Bozukluğu	-	62.5	-	37.5	-	75	-
Depresyon	14.6	53.7	-	80.5	14.6	22.0	-
TSSB	-	37.5	-	100	50	50	-
Madde kötüye kullanımı	3.8	19.2	-	96.2	23.1	53.8	-
Madde Bağımlılığı	31.2	6.2	6.2	25.0	6.2	25.0	-
Davranım Bozukluğu	2.1	16.0	1.1	87.2	37.5	35,1	6.4
Psikoz	-	11.8	-	94.1	47.1	35.3	-
Şizofreni	-	-	-	100	-	-	-
DEHB	-	-	-	100	60	20	100
Anoreksiya Nervoza	-	100	-	100	-	-	-
Konversiyon Bozukluğu	-	25	-	100	50	50	-
Bipolar Bozukluk	-	-	-	92.3	92.3	42.3	-
Uyum Bozukluğu	-	-	-	-	-	-	-
Otistik Bozukluk	-	-	-	100	100	100	-
Hafif düzeyde zeka geriliği	3,8	11.5	-	84.6	44.3	38.5	-
Orta düzeyde zeka geriliği	-	-	-	50	50	50	-

SNRI; seçici norepinefrin gerialım inhibitörü, SSRI; seçici serotonin gerialım inhibitörü TCA; trisiklik anti-depresanlar, AP; antipsikotikler, MS; duygudurum düzenleyicileri, Anxiolt; anksiyolitikler; Stim; psikostimül-anlar; TSSB; travma sonrası stress bozukluğu; DEHB; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

zeka geriliği tanılarının daha yüksek oranlarda görülmesi, çalışmanın yürütüldüğü ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin bir bölge hastanesi olarak civardaki 12 ile yataklı birim olarak hizmet vermesi ve bu nedenle daha kronik ve ayaktan tedavisi sürdürülemeyen hastaların yatış için tarafımıza yönlendirilmeleri gerçeği ile açıklanabilir.

Diğer ülkelerdeki çalışmalardan gelen veriler değerlendirildiğinde çocuk ve ergenlerin yataklı birimde kalış sürelerinin oldukça değişken olduğu ve yatış sürelerinin 4 haftadan başlayıp 128 güne kadar uzanacak şekilde geniş bir yelpazeyi

kaplıyor olduğu gözlenmektedir (Mayes ve ark. 2001, Tulloch ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Coşkun ve ark. 2012) çocuk ve ergenler için bir erişkin psikiyatrisi yataklı biriminde ortalama kalış sürelerinin $22,2 \pm 17,48$ gün olduğunu belirlemiştir. Bizim servisimizde ise ortalama yatış süreleri 29 gün ($SS=13,43$) civarındadır. Bölge geneline hizmet vermesi ve yoğunluk nedeni ile yataklı servisimizde ortalama yatış süresi 4 hafta civarında olmakla birlikte psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk gibi daha uzun süre yataklı servis izlem ve tedavisi gerektiren durumlarda bu süre uzayabilmektedir.

Hem ülkemizde hem de yurtdışında yapılan çalışmalar yatarak tedavi görmekte olan çocuk ve ergenlerde psikotrop kullanımının yaygın olduğunu ve en sık kullanılan psikotrop ilaçların da antipsikotikler olduğunu göstermektedir (Coşkun ve ark. 2012, Najjar ve ark. 2004, Taş ve ark. 2007, Thomas ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda hastaların çoğu (%94,8) en az bir psikotrop ilaç kullanmaktaydı. En sık kullanılan ilaç grubu ise antipsikotiklerdi (%84,9) Saptanan oran 2007 tarihinde Taş ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmanın yüzdeleri ile benzerdir (en az bir psikotrop ilaç kullanımı %100, antipsikotik kullanımı %80,4).

Son yıllarda çocuk ve ergen yaş grubunda antipsikotik kullanımı artmaktadır (Zito ve ark. 2008). Atipik antipsikotiklerin tipiklere göre daha iyi tolere edilebilir olması, daha az ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin olması, psikotik olmayan bozuklukların tedavisinde de onay almaları, yatakli kurumlarda hastanın hızlı stabilizasyonunu sağlamak için kullanılması kullanım oranlarını artırmaktadır (Findling ve ark. 2000, Vitello ve ark. 2009). Bizim çalışmamızda da çoğunlukla (%95,7) atipik antipsikotiklerin tercih edildiği görülmektedir. Olfson ve arkadaşlarının 2006'da yaptığı çok merkezli bir çalışmada antipsikotik ilaç kullanımının %90'nun atipik antipsikotik ilaçlar olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda en sık tercih edilen atipik antipsikotikler sırasıyla; ketiapin (%37,3), aripiprazol (%31,1), risperidon (%22,6), olanzapin (%4,7) dir.

Çocuk ve ergen yaş grubunda etkinliği ve güvenilirliği araştırılan antipsikotiklerden biri de ketiapindir. Ketiapin bipolar bozukluk manik epizod tedavisinde hem monoterapi olarak hem de duygudurum düzenleyici ilaçlara eklemeler olarak 10-17 yaş arası çocuk ve gençlerde, şizofrenide ise 13-17 yaş arasında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration, FDA) onayı almıştır (Singh ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda atipik bir antipsikotik olan ketiapinin çocuk ve ergenlik başlangıçlı bipolar bozuklukta hem tek başına hem de duygudurum

düzenleyici ile birlikte kullanımında etkin ve güvenilir bir ilaç olduğu görünmektedir (DelBello ve ark. 2002, 2006). Ketiapinin son yıllarda psikotik bozukluklar (Beer ve ark. 2007, McConville ve ark. 2003) ve diğer psikiyatrik bozuklukların (Findling ve ark. 2006) tedavisinde etkinliği ve güvenilirliği araştırılmaktadır.

Çalışmamızda ikinci en sık kullanılan atipik antipsikotik olan aripiprazol (%31,1), 10-17 yaş arası çocuk ve gençlerde bipolar bozukluk manik ve mikst epizod tedavisinde ayrıca majör depresif bozuklukta eklemeler tedavisinde, 13-17 yaş arasında şizofreni tedavisinde FDA onayı almıştır (Singh ve ark. 2010, Teixeira ve ark. 2013).

Çalışmamızda %22,6 oranında kullanılan risperidon, 10-17 yaş arasındaki çocuk ve gençlerde bipolar bozukluk tedavisinde, 13-17 yaş arasında şizofreni tedavisinde, 5-16 yaş arasında da otizmdeki irritabilite tedavisinde FDA onayı almıştır (Teixeira ve ark. 2013). Risperidonun, psikotik bozukluklar (Sikich ve ark. 2004), duygudurum bozuklukları (Biederman ve ark. 2005a, 2005b), yıkıcı davranış bozuklukları (Findling ve ark. 2000, 2004), yaygın gelişimsel bozukluklar (Miral ve ark. 2003), tik bozukluklarında (Scahill ve ark. 2003), etkin ve güvenilir olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır.

Olanzapinin duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklarda etkin olduğu yönünde veriler (Biederman 2005a, Tohen ve ark. 2007) bulunmakla birlikte yol açtığı hızlı kilo artışı kullanımını sınırlandırmaktadır. Bu verilerden görüldüğü üzere, servisimizde bipolar bozukluk, depresif bozukluk, psikotik bozukluk, davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve dürtü denetim sorunlarının tedavisinde ketiapin, aripiprazol ve risperidon en sık kullanılan antipsikotiklerdir. Metabolik yan etkiler ve hızlı kilo artışı gibi nedenlerin olanzapin kullanım sıklığını azalttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ikinci en sık kullanılan ilaç grubu duygudurum düzenleyicileri (%36,3) olmuştur.

Bunların içinde de en çok tercih edilen valproatır (%34,9) ve en sık bipolar bozuklukta (%92,3) kullanılmıştır. Çocuk ve ergen başlangıçlı bipolar bozukluğun sıklıkla hızlı döngülü ve karma ataklar şeklinde olduğu ve valproatın bu grupta daha etkili olduğuna ilişkin veriler artmaktadır (Geller ve ark. 2000). Yedi-17 yaş arasında bipolar I tanısı alan 153 çocuk ve ergenle yapılan, valproat ve lityumun etkinliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada valproatın plaseboya göre anlamlı derecede daha etkili olduğu bulunmuştur (Kowatch ve ark. 2007)

Çalışmamızda üçüncü sıklıkta anksiyolitikler (%34,9), bunların içinde de en sık benzodiazepin grubu ilaçlardan lorazepam (%28,3) tercih edilmiştir. Yazında diğer tedavilere ek olarak benzodiazepinlerin, psikotik ya da manik atakta, anksiyete belirtilerinde, ajitasyon ve uykusuzluk durumlarında kullanılabilirdiği belirtilmektedir (Scahill ve ark. 2007). Servisimizde de benzodiazepinler diğer tedavilere ek olarak kullanılmıştır. Üçüncü sıklıkta tercih edilmesi ise daha kronik ve ayaktan tedavisi sürdürülemeyen hastaların yatış için tarafımıza yönlendirilmeleri ve daha hızlı etki gerekmesi gerçeği ile açıklanabilir.

Antidepresanlar, çalışmamızda dördüncü sıklıkta (%27,3) kullanılan ilaç grubudur. Tedavide özellikle seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) tercih edilmiştir. Son yıllarda elde edilen veriler, çocuk ve ergenlerde SSGI kullanımının giderek arttığı ve SSGI'ların trisiklik antidepresanlara göre daha etkili olduğu ve daha iyi tolere edilebildiği yönündedir (Cooper 1988, Vitello 2006). Bununla birlikte son yıllarda SSGI'ların tamamlanmış özkıyım ve özkıyım girişimi riskini artırdığı yönünde bildirimler yapılmaya başlanmış ve bazı metaanaliz çalışmaları, SSGI kullananlarda plaseboya oranla artmış risk olduğunu göstermiştir (Dubicka 2006, Hammad 2006). Ancak bu konudaki tartışmalar halen sürmektedir çünkü tedavi edilmemiş depresyonu olan çocuk ve ergenlerde de özkıyım riskinin yüksek olduğunu belirten çalışmalar vardır (Goodyer 2010, Hetrick 2010). Bütün bu veriler göz önünde bu-

lundurulduğunda servisimizde antidepresan kullanımı konusunda dikkatli davranılmıştır bu nedenle antidepresanlar, kullanım oranı olarak dördüncü sıklıkta yer almıştır.

Çoklu ilaç kullanımı değerlendirildiğinde, sonuçlarımız Taş ve ark.'nın yayınındaki sonuçlara (2007) benzerlik göstermektedir. Bahsi geçen çalışmada ikili ilaç kombinasyonlarının kullanım oranı %41,3 iken üçlü ilaç kullanımı %28,2 oranında ve aynı anda dört ilaç birden kullanma oranları ise %8,6 idi. Bizim elde ettiğimiz sonuçlar da daha önce iletilen bulgulara benzerdir ve şu şekilde özetlenebilir; ikili kombinasyon oranı %40,6; üçlü medikasyon oranı %22,6 ve aynı anda dört ilaç birden kullanma oranı %8,5'tir.

Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç ile benzer şekilde, ülkemizde yapılmış olan iki diğer çalışma da çoklu ilaç kullanımının çok daha yaygın olduğu gerçeğini göstermiştir (Coşkun ve ark. 2012, Taş ve ark. 2007).

Çalışmamızın retrospektif ve kesitsel tasarımı dolayısıyla verilerin değerlendirilmesi aşamasında hastaların tıbbi kayıtlarının kullanılması ve 2011-2012 yılları arasındaki verileri içermesi araştırmamızın temel sınırlılıklarındandır. Çoklu ilaç kullanımı durumlarında tercih edilen ilaç gruplarının ayrıca dökümünün gerçekleştirilmemiş olmasının da önemli sınırlılıklardan biri olduğu düşünülmüştür. Ancak, ülkemizde bu alanda yapılan çok az sayıda çalışmanın bulunması ve yine çocuk ergen psikiyatri servislerinin sayılarının oldukça az olması dikkate alındığında çalışmamızın bundan sonra yapılacak yeni çalışmaların yolunu aydınlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın Türkiye'deki çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamalarına psikotrop ilaç kullanımını açısından önemli katkı sağlayacağını da düşünmekteyiz. Bu alanda, özellikle de yataklı birimlerde gerçekleştirilen çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu çalışmaların sayısını artırmak ve ülkemizde bu fazla çalışılmamış olan alanla ilişkili deneyimleri paylaşmak çocuk ve ergen

ŞENTÜRK PİLAN VE ARK.

psikiyatrisinin ayaktan ve yataklı tedavi uygulamalarına önemli katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı birimlerinin gereksinimlerini belirleme, koruyucu ölçümlerin geliştirilmesi yanı sıra yataklı birimlerin düzenlenmesinin sağlanması konusunda da bir söz söylemiş olabilir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV) Çev.ed.: E Köroğlu Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.

Arslan SH, Eolice YE, Alparslan NZ ve ark. (1996) Yatarak sağaltım gören ergenlerin sosyodemografik özellikleri: Yatış süresini etkileyen faktörler. *Düşünen Adam* 9:44-49.

Beer F, Heinrich H, Springer S ve ark. (2007) Quetiapine in the treatment of psychotic adolescents: A case series of 23 patients with severe early onset psychosis. *World J Biol Psychiatry* 8:38-41.

Biederman J, Mick E, Wozniak J ve ark. (2005a) An open-label trial of risperidone in children and adolescents with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 15:311-317.

Biederman J, Mick E, Hammerness P ve ark. (2005b) Open-label, 8 week trial of olanzapine and risperidone for treatment of bipolar disorder in preschool-age children. *Biol Psychiatry* 58:589-594.

Cooper GL (1988) The safety of fluoxetine-an update. *Br J Psychiatry Suppl* 3:77-86.

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A ve ark. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60:837-844.

Coşkun M, Bozkurt H, Ayaydın H ve ark. (2012) Bir üniversite hastanesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi edilen ergen hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 19 (1).

DelBello MP, Schwiers ML, Rosenberg HL ve ark. (2002) Double-blind randomized, placebo-controlled study of que-

tiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 41:1216-1223.

DelBello MP, Kowatch RA, Adler CM ve ark. (2006) A double-blind, randomised pilot study comparing quetiapine and divalproex for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:305-313.

Dubicka B, Hadley S, Roberts C (2006) Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants. *The British Journal of Psychiatry* 189:393-398.

Findling RL, Mc Namara NK, Branicky LA ve ark. (2000) A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:509-516.

Findling RL, Aman MG, Erdekenes M ve ark. (2004) Long-term, open-label study of risperidone in children with severe disruptive behaviors and below average IQ. *Am J Psychiatry* 161:677-684.

Geller B, Zimmerman B, Williams M ve ark. (2000) Six-month stability and outcome of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 10:165-173.

Green J, Jacobs B, Beecham J ve ark. (2007) Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry—a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry* 48:1259-1267.

Goodyer IM, Wilkinson P, Dubicka ve ark. (2010) Forum: The use of selective serotonin reuptake inhibitors in depressed children and adolescents: commentary on the meta-analysis of Hetrick et al. *Curr Opin Psychiatry* 23:58-61.

Güvenir T, Varol Taş F, Özbek A (2009) Child and adolescent mental health inpatient services in Turkey: Is there a need and are they effective? *Archives of Neuropsychiatry* 46:143-148.

Hammad TA, Laughren T, Racoosin J (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry* 63:332-339.

Hetrick SE, McKenzie JE, Merry SN (2010) The use of SSGIs in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 23:53-57.

- James A, Clacey J, Seagroatt V ve ark. (2010) Adolescent inpatient psychiatric admission rates and subsequent one-year mortality in England: 1998-2004. *J Child Psychol Psychiatry* 51:1395-1404.
- Kowatch RA, Scheffer R, Findling RL (2007) Placebo controlled trial versus lithium for bipolar disorder. In *Proceedings of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting*. Washington, DC, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Mayes DS, Calhoun SL, Krecko VF ve ark. (2001) Outcome following child psychiatric hospitalization. *J Behav Health Serv Res* 28:96-103.
- Meagher SM, Rajan A, Wyshak G ve ark. (2013) Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991-2008. *Psychiatr Q* 84:159-168.
- Miral S, Bozabalı Ö, Emiroğlu N ve ark. (2003) Comparison of efficacy and tolerability of risperidone and haloperidol in children and adolescents with autistic disorder: a double blind trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12:73.
- McConville BJ, Carrero L, Sweitzer D ve ark. (2003) Long-term safety, tolerability and clinical efficacy of quetiapine in adolescents: an open-label extension trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 13:75-82.
- Najjar F, Welch C, Grapentine WL ve ark. (2004). Trends in psychotropic drug use in a child psychiatric hospital from 1991- 1998. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 14:87-93.
- Olfson M, Blanco C, Lui L ve ark. (2006) National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 63:679-685.
- Park C, McDermott B, Loy J ve ark. (2011) Adolescent admissions to adult psychiatric units: patterns and implications for service provision. *Australas Psychiatry* 19:345-349.
- Savaşır İ, Şahin N. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği. *Türk Psikologlar Derneği yayını*, 1994, Ankara.
- Scahill L, Leckman JF, Schultz RT ve ark. (2003) A placebo-controlled trial of risperidone in tourette syndrome *Neurology* 60:1130-1135.
- Scahill L, Oesterheld JR, Martin A (2007) *General Principles, Specific Drug Treatments and Clinical Practice*. Lewis's *Child and Adolescent Psychiatry* içinde A Martin, Wolkmar FR (ed) Lippincott Williams & Wilkins, s:754-789.
- Schaffer D, Fisher P, Dulcan MK ve ark. (1996) The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study: methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:865-877.
- Sikich L, Hamer RM, Bashford RA ve ark. (2004) A pilot study of risperidone, olanzapine and haloperidol in psychotic youth: A double-blind, randomized, 8-week trial. *Neuropsychopharmacology* 29:133-145.
- Singh MK, Ketter TA, Chang KD (2010) Atypical Antipsychotics for Acute Manic and Mixed Episodes in children and Adolescents with Bipolar Disorder: A Review of Efficacy and Tolerability. *Drugs* 70:433-442.
- Teixeira EH, Jacintho A, Celeri HV ve ark. (2013) Atypical Antipsychotics in the treatment of pathological aggression in children and adolescents: literature review and clinical recommendations. *Trends Psychiatry Psychother* 35:151-159.
- Thomas CP, Conrad P, Casler R ve ark. (2006) Trends in the use of psychotropic medications among adolescents, 1994 to 2001. *Psychiatr Serv* 57:63-69.
- Tohen M, Kryzhanovskaya L, Carlson G ve ark. (2007) Olanzapine versus placebo in the treatment of adolescents with bipolar mania. *Am J Psychiatry* 164:1547-1556.
- Tulloch S, Lelliott P, Bannister D ve ark. (2008) The costs, outcomes and satisfaction for inpatient child and adolescent psychiatric services (COSI-CAPS) study. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Van Kessel K, Myers E, Stanley S ve ark. (2012) Trends in child and adolescent discharges at a New Zealand psychiatric inpatient unit between 1998 and 2007. *N Z Med J* 125:55.
- Varol Taş F, Guvenir T, Miral S (2007) Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç

ŞENTÜRK PİLAN VE ARK.

kullanımı, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 14(3).

Vitiello B, Zuvekas SH, Norquist GS (2006) National estimates of antidepressant medication use among US children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:271-279.

Vitiello B, Correl C, van Zwieten-Boot B ve ark. (2009)

Antipsychotics in children and adolescents: Increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. European Neuropsychopharmacology 19:629-635.

Zito JM, Safer DJ, de Jong-van den Berg LT ve ark. (2008) A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2:26.