

# Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde İlaç Tedavisi Uygulamalarının Değişimi

Şahbal Aras<sup>1</sup>, Fatma Varol Taş<sup>2</sup>, Gülşen Ünlü<sup>3</sup>

## ÖZET:

Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde ilaç tedavisi uygulamalarının değişimi

**Amaç:** Çocuk ve ergen psikiyatrisinde ayaktan hasta hizmetlerinde ilaç tedavisi uygulamalarının değişimini araştırmak.

**Yöntem:** Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde, altı ay içinde muayene edilen hastaların dosyaları, geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** En sık başvuru yakınması aşırı hareketlilik-dikkat dağınıklığı; en sık bozukluk tanısı dikkat-eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olarak belirlenmiştir. Olguların yaklaşık dörtte birine psikotrop ilaç önerilmiştir. En fazla önerilen ilaç grupları seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), trisiklik antidepresanlar, atipik antipsikotikler ve psikostimülanlar olarak sıralanmıştır. Depresyonu olanların yaklaşık yarısına SSRI ve DEHB'si olanların yaklaşık dörtte birine psikostimülan tedavisi önerilmiştir.

**Sonuç:** İlaç kullanımı ile ilgili çalışmamızda saptanan bulgular çocuk ve ergen ruh sağlığında tedavi hizmetlerinin iyileştirilmesinde yararlı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** ilaç tedavisi, çocuk ve ergen psikiyatrisi, ayaktan tedavi

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:127-133

## ABSTRACT:

Alterations in medication in a child and adolescent psychiatric outpatient clinic

**Objective:** To examine alterations in medication practices in a child and adolescent psychiatric outpatient clinic.

**Method:** A retrospective chart review of consecutive patients admitted to a child and adolescent psychiatric outpatient clinic of a university hospital was performed over a period of six months.

**Results:** Hyperactivity-distractibility was the most common admission symptom and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) was the most common disorder. Approximately one-quarter of subjects were prescribed psychotropic medications. The most commonly prescribed medications were in descending order of frequency: selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), tricyclic antidepressants, atypical antipsychotics and stimulants. About half of depressed subjects were prescribed SSRIs and one-quarter of subjects with ADHD were prescribed stimulants.

**Conclusions:** Our findings may be helpful in improving treatment services in child and adolescent psychiatry.

**Key words:** pharmacotherapy, child and adolescent psychiatry, outpatient treatment

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:127-133

## GİRİŞ

Son yıllarda çocuk ve ergenlerde psikotrop ilaç kullanımı yaygınlaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1987-1996 arasında yıllık psikotrop ilaç kullananların oranının 18 yaşına kadar 100 çocuk ve ergende 1.4'den 3.9'a çıktığı saptanmıştır (1). Psikotrop ilaçların yaygın kullanımına karşın, bu yaş grubunda etki ve güvenilirliklerine ilişkin yeterli çalışma olmadığı belirtilmektedir (2). Psikotrop ilaçların bağımlılık, kötüye kullanım ve yan etki gibi riskleri (1), çocuklardaki etkilerinin yeterince değerlendirilmeden bu yaş grubunda uygulanması, psikostimülan-

ların aşırı veya uygunsuz kullanımı ve seçici serotonin geri alım inhibitör'lerinin (SSRI) yan etkileri son dönemde yoğun şekilde tartışılmaktadır (3).

Psikotrop ilaçların etkilediği serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi nörotransmitter sistemlerinin beyin gelişim sürecinde önemli işlevleri olduğu bilinmektedir (4). Farklı gelişim dönemlerinde nörotransmitter sisteminin psikotrop ilaçlara yanıtının farklı olması nedeniyle, erişkin çalışmalarından elde edilen verilerin çocuk ve ergen yaş grubu için genellenmesi sınırlıdır (5). Yapılan hayvan deneylerinde SSRI'lar gibi bazı psikotrop ilaçların ergenlik öncesi dönemde alımının erişkinlikte de süren etkilerinin olduğu bildirilmektedir (6). Çocukluk

<sup>1</sup>Yard. Doç. Dr., <sup>2</sup>Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ABD, İzmir-Türkiye  
<sup>3</sup>Uzm. Dr., 82. Yıl Devlet Hastanesi, Aydın-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Yard. Doç. Dr. Şahbal Aras, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ABD, İnciraltı, 35340 İzmir-Türkiye

Telefon / Phone: +90-232-412-3557

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
sahbal.aras@deu.edu.tr

Kabul Tarihi / Date of acceptance:  
27 Temmuz 2005 / July 27, 2005

dönemi ruhsal bozukluklarının çoğunda uzun süreli ilaç tedavisi uygulanma olasılığı fazladır. Gelişmekte olan organizmanın ilaçlara özellikle duyarlı olması nedeniyle erişkinde görülmeyen yan etkilerin ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (7). Bu nedenle çocuk ve ergenlerde ilaç tedavisi kararını belirleyebilen değerlendirme süreci büyük önem taşımaktadır. Çocuklarda ilaç kullanımı öncesi kapsamlı bir tanısıl değerlendirme için; ebeveyn ve çocukla tanısıl görüşme, tanıya yardımcı ölçeklerin uygulaması, gözlem, okuldan bilgi alma, psikoeğitimsel değerlendirme ve tam tıbbi değerlendirmeden oluşan uygulamalar gerekmektedir (8). Kapsamlı bir değerlendirme, gereksiz ilaç kullanımını engelleyerek, ilaç tedavisi ile ilgili risklerin sadece gerçekten gereksinimi olan çocuklarla sınırlı kalmasını sağlayabilir.

Ülkemizdeki düşük eğitim düzeyi, artan işsizlik ve yoksulluk, köyden kente göç, evde ve eğitim kurumlarında istismar ve parçalanmış aile sayısındaki artış çocuk ve gençlerin ruhsal sorun yaşama riskini artıran etkenler arasında sayılabilir. Aileler, eğitim kurumları ve medyanın bu risklerle uygun başa çıkma yöntemlerinin sınırlılığı nedeniyle, çocuk ve gençlerde ruhsal yakınmalar artmaktadır. Bütün risklere karşın, koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri yetersizdir. Yetmiş milyon civarındaki Türkiye nüfusunun üçte birinden fazlasını çocuk ve ergenler oluşturmakta (9), buna karşılık ülkenin çeşitli bölgelerinde hizmet veren yaklaşık 120 çocuk psikiyatrisi uzman ve uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır (10). Bu hekimler çoğunlukla üniversite hastanelerinde veya büyük şehirlerde çalışmaktadır. Dünyada çocuklarda psikotrop ilaç kullanımı konusunda tartışmaların yoğunlaştığı bu son dönemde; genç bir nüfusa sahip olmasına karşın, ruhsal sorunları olan çocuk ve ergenlere yaklaşımda kaynakları sınırlı olan ülkemizdeki uygulamalara ilişkin araştırmalar azdır. Bu çalışmada Türkiye'de bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen ayaktan hasta biriminde ilaç tedavisi uygulamasındaki değişikliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örneklerin seçimi

Türkiye'nin üçüncü büyük şehri olan İzmir'in il merkezi nüfusu 2000 yılı nüfus sayımı verilerine göre 2 232 265'tir (11). İzmir'de çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmet-

leri başlıca iki üniversite hastanesi ve bir devlet hastanesi tarafından sağlanmaktadır. Bu çalışmanın yapıldığı kliniğe randevu için başvurulduğunda, öncelikle demografik özellikler ve başvuru yakınmalarını içeren bir form doldurulmaktadır. Acil ve öncelikli olan olgular hemen değerlendirilmekte, diğerleri bekleme listesine alınmaktadır. Sırası gelen başvurular, telefonla randevu verilerek çağrılmaktadır.

Bu çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'nde 2002 yılının ilk 6 ayı içinde ilk kez muayene edilmiş olan hastaların dosyaları değerlendirmeye alınmıştır. Altı aylık sürede muayene edilen 822 hastanın dosyası, ilk muayeneden itibaren 1-1,5 yıllık sürenin sonunda retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İncelenen dosyalarda çocuk psikiyatrisi alanında 5 uzman ve 7 uzmanlık öğrencisinin değerlendirme bulguları yer almaktadır.

### Gereçler ve İşlem

Yazarlar tarafından belirlenen ilaç kullanımı ile ilgili değişkenler açısından taranan dosyalardaki bulgular oluşturulan veri tabanına kaydedilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, aile özellikleri, başvuru yakınmaları, DSM-IV'e göre konan tanıları ve ilaç tedavisi uygulamaları değerlendirilmiştir.

### Verilerin değerlendirilmesi

Kaydedilen bulgular SPSS 10.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde Ki-kare testi, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi ve t-testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Altı aylık süre içinde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde değerlendirilmiş olan 1.0-18.0 yaşlarında (ortalama: 10.0±4.4) 822 hastanın dosyası incelenmiştir. 523 erkek (%63.6) ve 299 (%36.4) kız hastanın dosyasında 1-30 görüşmenin kayıtları değerlendirilmiştir.

Çalışma sırasında değerlendirilen 822 olgudan 197'sine (%24.0) ilaç tedavisi başlandığı saptanmıştır. İlaç önerilen olguların yaşları 4-18 arasında değişmektedir. İlaç kullanan olguların yaş ortalamaları (11.5±3.7) kullanmayanlara (9.6±4.5) göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (p<0.001). İlaç başlanan 81 kızın yaş orta-

laması (12.4±3.7), 116 erkekten (10.8±3.6) anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (p<0.005).

Tüm ilaç başlananların 39'unda (%19.8) ikinci bir ilaç daha önerilmiştir. İkinci ilaç uygulaması 18 olguda (%9.1) ilaç değiştirme, 13 olguda (%6.6) ilaç ekleme, 8 olguda (%4.1) ikili ilaç başlama şeklindedir. Antidepresan kullanan çocuklarda ikinci bir ilacın birlikte önerilme oranı %12.6 iken, metilfenidat kullananlarda bu oran %16.0 olarak belirlenmiştir.

Yüz doksan yedi olguda ikinci bir ilaç kullanımı da göz önüne alındığında toplam 236 ilaç uygulaması değerlendirilmiştir. 236 uygulamada önerilen ilaçların yarısından fazlası SSRI'lar ve trisiklik antidepresanlardır (TSA) (Tablo 1). SSRI'lardan fluoksetin (n=47), sitalopram (n=17), sertralin (n=7), paroksetin (n=7) ve fluvoksamin (n=2); TSA'lardan imipramin (n=50) ve klomipramin (n=2); benzodiazepinlerden alprazolam (n=10) ve diazepam (n=2), atipik antipsikotiklerden risperidon (n=25) ve olanzapin (n=1), duygudurum düzenleyici olarak valproat (n=3), karbamazepin ve lityum (n=1) uygulanmıştır.

Dört olguda iki ayrı gruptan antidepresan, 2 olguda iki ayrı gruptan antipsikotik uygulaması saptanmıştır. Böylece 822 olgunun 127'sinde (%15.5) antidepresan-

lar, 39'unda (%4.7) antipsikotikler, 26'sında (%3.2) anksiyolitikler, 25'inde (%3.0) psikostimülanlar önerilen başlıca ilaç gruplarını oluşturmaktadır.

Genel olarak ilaç başlanma oranları kızlarla (%27.1) erkekler (%22.2) arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05). Farklı ilaç gruplarının cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde antidepresanların geneli ve SSRI'lar dışında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kızlarda antidepresan başlanma oranı %21.7 ve erkeklerde %11.9 olarak (p<0.001) ve yine kızlarda SSRI başlanma oranı %15.4 ve erkeklerde %5.7 olarak (p<0.001) bulunmuştur. Erkeklerde %4.0 ve kızlarda %1.3 oranında bulunan metilfenidat kullanımı, cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0.05).

Beş yüz otuz yedi (%65.3) olgu tek, 285 olgu (%34.7) birden fazla yakınma nedeniyle getirilmiştir. Sekiz yüz yirmi iki olgunun %27.7'sinde bildirilen aşırı hareketlilik-dikkat dağınıklığı en sık başvuru yakınmasıdır. İlk başvuruda bildirilen yakınmalardan sadece alt ıslatma yakınması olanlarda (%17.3) olmayanlara (%5.8) göre anlamlı düzeyde fazla ilaç kullanım oranı saptanmıştır (p<0.001). Birden fazla yakınmanın olması ilaç kullanımı ile ilişkili bulunmamıştır (p>0.05)

Otuz iki olguda tanı ile ilgili kayda ulaşılamamıştır.

**Tablo 1: 236 ilaç uygulamasının ve tüm grupta psikotrop ilaç uygulamalarının dağılımı**

Psikotrop ilaçlar	236 ilaç uygulaması n=236		Tüm grupta ilaç uygulamaları n=822	
	n	%	n	%
Antidepresanlar				
SSRI	80	33.9	*76	(9.2)
TSA	52	22	**51	(6.2)
Diğer	4	1.7	4	(0.5)
Antipsikotikler				
Atipik antipsikotikler	26	11	26	(3.2)
Tipik antipsikotikler (Haloperidol)	15	6.4	15	(1.8)
Anksiyolitikler				
Benzodiazepinler	12	5.1	12	(1.5)
Antihistaminikler (Hidroksizin)	11	4.7	11	(1.3)
Diğer	3	1.3	3	(0.4)
Psikostimülanlar				
Metilfenidat	25	10.6	25	(3.0)
Duygudurum düzenleyiciler				
Antiepileptik	5	2.3	5	(0.6)
Antidiüretikler				
Desmopressin	3	1.3	3	(0.4)

\*4 olguda iki ayrı SSRI önerilmiştir. \*\*1 olguda iki ayrı TSA önerilmiştir.

**Tablo 2: Tanı ile ilgili kayıtları olan 790 olguda DSM-IV tanı oranları ve tanılara göre ilaç kullanım oranları**

	Tanı dağılımları N=790		Tanı alanlarda ilaç kullanımı		Tanı olmayanlarda ilaç kullanımı		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Normal özellikler	118	14.9	0	0	197	29.3	0.001
Yıkıcı davranış bozuklukları (DEHB)	118	14.9	44	37.3	153	22.8	0.01
Mental kısıtlılık (Mental retardasyon-Sınır IQ)	91	11.5	25	27.5	172	24.6	ad
Dışa atım bozuklukları (Enürezis-Enkoprezis)	82	10.4	45	54.9	152	21.5	0.001
Anksiyete Bozuklukları (Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ayrılma Anksiyetesi)	72	9.1	37	51.4	160	22.3	0.001
Duygudurum bozuklukları (Depresyon-Bipolar B)	66	8.4	40	60.6	157	21.7	0.001
İletişim bozuklukları (Kekeleme)	63	8.0	17	27	180	24.8	ad
Öğrenme bozukluğu	37	4.7	8	10.7	189	25.5	ad
Yaygın gelişimsel bozukluklar (Otizm)	28	3.5	3	38.9	194	25.5	ad
Tik bozuklukları	18	2.3	7	25	190	24.6	ad
Uyum bozukluğu	16	2	14	50	183	23.6	ad
İstismar-ihmal	12	1.5	6	40	191	24.5	ad
Uyku bozukluğu	10	1.3	4		193	24.7	ad
Diğer (Basmakalıp davranış bozukluğu, Tepkisel bağlanma bozukluğu)	9	1.1	0	0	197	25.2	ad
Konversiyon bozukluğu	7	0.9	2	28.6	195	24.9	ad
Psikotik bozukluk	7	0.9	6	85.7	191	24.4	0.001*
Yeme bozukluğu	6	0.8	2	33.3	195	24.9	ad
Dürtü denetim bozukluğu (trikotilomani)	3	0.4	2	66.7	195	24.8	ad
Alkol ve madde kullanım bozukluğu	1	0.1	0	0	197	25.0	ad
Dönem sorunları	108	13.7	12	11.1	185	27.1	0.01
İlişki sorunları	94	11.9	11	11.7	186	26.7	0.01
Tutum hataları	47	5.9	10	21.3	187	25.2	ad
Ek kodlar (Okul sorunu, Kimlik sorunu, Yas)	36	4.6	5	13.9	192	25.5	ad

\* Fisher kesin ki-kare testi, ad: anlamlı değil (p&gt;0.05)

Tanı ile ilgili kayıtları olan 790 olgunun dağılımı tablo 2'de yer almaktadır. Yüz on sekiz (%14.9) olguda normal özellikler saptanırken, 672 olguda (%85.1) en az bir tanı ya da sorun kaydedilmiştir. Dört yüz kırk beş olguda (%56.3) tek tanı, 227 olguda (%28.7) birden fazla tanı (164 olguda iki tanı, 55 olguda 3 tanı ve 8 olguda 4 tanı) vardır. İlaç kullanım oranları birden fazla tanısı olanlarda (%35.7) olmayanlara (%19.5) göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (p<0.001).

İlaç tedavisi başlanan 197 olgudaki başlıca tanı grupları sırasıyla; dışa atım bozuklukları (45 olgu), yıkıcı davranış bozuklukları (44 olgu), duygudurum bozuklukları (40 olgu) ve anksiyete bozuklukları (37 olgu) olarak saptanmıştır (Tablo 2). En sık alınan ilaç grubu olan antidepressanları kullananlarda başlıca saptanan tanıları; %33.1'inde enürezis, %26.0'ında depresyon ve %26.0'ında anksiyete bozukluklarıdır. Antipsikotik kullananlarda ise başlıca normalin altında zekâ düzeyi (%30.8), iletişim bozuklukları (%30.8), yıkıcı davranış bo-

zuklukları (%25.6) ve psikoz (%15.4) tanıları belirlenmiştir. Anksiyolitik kullananlarda anksiyete bozuklukları (%30.8), duygudurum bozuklukları (%26.9), tutum hataları (%19.2), kekeleme (%11.5) ve istismar (%11.5) başlıca saptanan tanı gruplarıdır. Psikostimülan kullanılan olguların tümünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı vardır.

Her bir tanı grubuna göre ilaç kullanım oranları ve tanı alanlarla olmayanlarda ilaç kullanım oranlarının karşılaştırılmasında saptanan p değerleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Tanı grupları içindeki en sık görülen bozukluklar olarak 103 olguda DEHB (%13.0), 75 olguda enürezis (%9.5), 59 olguda depresyon (%7.5), 57 olguda mental retardasyon (%7.2), 39 olguda kekeleme (%4.9), 21 olguda OKB (%2.7) ve 20 olguda otistik bozukluk (%2.5) saptanmıştır. Bu en sık görülen bozukluklar değerlendirildiğinde; ilaç kullanım oranları depresyonda %59.3, enüreziste %58.7, OKB'de %42.9, DEHB'de %38.8, keke-

lemede %35.9, mental retardasyonda %28.1 ve otistik bozuklukta %15.0 olarak belirlenmiştir. DEHB, OKB, otistik bozukluk, enürezis, depresyon ve kekelemesi olan olguların ilaç kullanım oranları olmayanlarla karşılaştırıldığında DEHB'si ( $p<0.01$ ), depresyonu ( $p<0.001$ ) ve enürezisi ( $p<0.001$ ) olanlarda ilaç kullanım oranları anlamlı düzeyde fazla bulunurken; OKB, otistik bozukluk, kekelemesi olanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Depresyon tanısı konanların %54.2'sine SSRI tedavisi ve DEHB tanısı konanların %24.3'üne psikostimülan ilaç tedavisi uygulandığı belirlenmiştir.

İlaç başlananların 80'inde (%40.6) birinci, 48'inde (%24.4) ikinci, 25'inde (%12.7) üçüncü ve 44'ünde (%22.3) dördüncü ve sonraki görüşmelerde ilaç tedavisi önerilmiştir. Depresyon nedeniyle SSRI kullanan 32 olguda ilacın ilk görüşmede başlanma oranı (%56.3) ilaç kullanan diğer 165 olguya (%37.6) göre anlamlı bir farklılık göstermiştir ( $p<0.05$ ).

Depresyon tanısı konanlarda komorbid anksiyete bozuklukları (%16.9) oranı anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur ( $p<0.05$ ). DEHB tanısı konanlarda ise diğer yıkıcı davranış bozuklukları (%12.6) ve öğrenme bozukluğu (%11.7) tanıları fazla bulunmuştur (Fisher kesin kare testi  $p$  değerleri sırasıyla 0.001 ve 0.005). Yine DEHB tanısı konanlarda okulla işbirliği (%35.9) ve özel eğitim uzmanına yönlendirme (%13.6) olarak daha fazla oranda bulunmuştur ( $p$  değerleri sırasıyla 0.001 ve 0.05). Diğer yandan, DEHB tanısı konanların %25.2'sinde başvuruda dikkat dağınıklığı veya aşırı hareketlilik yaınması belirtilmemiştir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada çocuk psikiyatrisi polikliniğinde muayene edilen olguların yaklaşık dörtte birine (%24.0) psikotrop ilaç tedavisi başlandığı saptanmıştır. Bu çalışmadan 10 yıl kadar önce aynı klinikte bir yılda başvuran 704 olgu üzerinde yapılan bir araştırmada ise ilaç tedavisi uygulaması %23.4 oranında saptanmıştır (12). ABD'de 10 yılı aşkın bir süre önce yapılan bir araştırmada ise ayaktan çocuk psikiyatrisi birimlerinde ilaç başlama oranları %15 ve %19 olarak bildirilmiştir (13). Çocuklarda psikotrop ilaç kullanımının ABD'de 1987-1996 döneminde 2-3 kat arttığı bildirilmektedir (1,14) Çalışmamızda genel psikotrop ilaç kullanım oranının, 10 yıl önce aynı klinikte yapılan araştırmadaki orana yakın

bulunması nedeniyle bu veriler desteklenmemektedir. Çalışmamızda kızlarla erkeklerin genel ilaç kullanım oranlarının farklı bulunmaması genel psikotrop ilaç kullanımını erkeklerde fazla bulan çalışmalarla uyumlu değildir (1,15).

Yurt dışında yapılan araştırmalarda DEHB en sık çocuk ruh sağlığı başvuruları arasında bildirilmektedir (8). Bu çalışmada da aşırı hareketlilik-dikkat dağınıklığı en sık yakınma (%27.7) ve DEHB (%13.0) en sık bozukluk tanısı olarak belirlenmiştir. Enürezis (%9.5), anksiyete bozuklukları (%9.1), duygudurum bozukluğu (%8.4) ve mental retardasyon (%7.2) diğer sık bulunan bozukluklardır. 10 yıl önce aynı klinikte yapılan çalışmada en sık tanı grupları olarak enürezis nokturna (%15.1) ve anksiyete bozuklukları (%13.4) bulunurken; duygudurum bozuklukları %3.6 ve DEHB ise %1.3 oranında bildirilmiştir. Uygulanan ilaç grupları ise; antidepresan (%10.7), antiepileptik (%5.0), anksiyolitik (%4.4), antipsikotik (%4.4) ve psikostimülan (%0.4) olarak sıralanmıştır (12). Çalışmamızda en sık kullanılan ilaç grupları olarak antidepresanların %15.5, antipsikotiklerin %4.7, anksiyolitiklerin %3.2, psikostimülanların %3.0 oranında uygulandığı saptanmıştır.

Aynı klinikte yapılan iki çalışmanın verileri karşılaştırıldığında geçen 10 yıllık sürede duygudurum bozukluğu tanısının daha fazla konduğu, enürezisin azaldığı, psikostimülan ve SSRI'ların yaygın şekilde kullanılmaya başlandığı ve antiepileptik tedavi oranının çok azaldığı görülmektedir. Antipsikotik tedavi oranları değişmemiştir. ABD'de de 1987-1996 döneminde antipsikotik kullanımının değişmediği (1), ancak 1996-2001 döneminde psikoz dışı endikasyonlar için çocuklarda atipik antipsikotik kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte, antipsikotik uygulamalarının 2.5 kat arttığı bildirilmektedir (16).

Çalışmamızda antipsikotiklerden atipik antipsikotiklerin ve antidepresanlardan SSRI'ların diğer ilaç gruplarına göre daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Ülkemizde 1996 yılında yapılan ve 57 çocuk psikiyatristinin ilk 5 ilaç tercihini araştıran bir çalışmada ise atipik antipsikotikler ve SSRI'ların çok daha geri planda kaldığı bildirilmiştir (17).

İngiltere'de çocuk psikiyatristlerinin 1993-2000 arasında psikostimülan ve SSRI reçete etme oranlarında artış olduğunu gösteren bir araştırma vardır (18). Klinikimizdeki çalışmalara benzer şekilde yaklaşık aynı 10



yıllık dönemi karşılaştıran bir çalışmada İngiltere'de çocuk ve ergenlerde antidepresan reçetelerinin 1.7 kat arttığı saptanmıştır (19). Çalışmamızda da benzer şekilde antidepresan kullanan olguların oranı 10 yıl içinde yaklaşık 1.5 kat artmıştır. Çalışmamızda en fazla kullanılan ilaç grubu başta SSRI'lar olmak üzere antidepresanlar olarak belirlenmiştir. Son dönemde, depresyonu olan çocuklarda SSRI kullanımı sırasında intihar davranışının artıp artmadığı tartışılmaktadır. Bu tür olası bir riskten kaçınmak için SSRI'ların sadece ısrarlı ve tekrarlayıcı depresyonu olan çocuklarda uygulanması önerilmektedir. Psikososyal girişimleri içeren bir başlangıç izleminden sonra, sorunun ısrarlı olduğuna karar verilirse ilaç başlamanın yararlı bir yöntem olabileceği belirtilmektedir (20). Çalışmamızda depresyonu olanlarda SSRI kullanımı oranı %54.2 olarak belirlenmiştir. Bu olgularda ilacın hemen ilk görüşmede başlanma oranı diğer ilaç önerilenlerden fazla bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı kliniğin bir üniversite hastanesi olması dolayısıyla daha şiddetli veya hemen tedavi gerektiren hastaların başvurusu diğer ilaç uygulamalarına göre depresyonda SSRI kullanım kararının biraz daha hızlı verilmesini artıran bir etken olabilir. Depresyonla birlikte anksiyete bozukluklarının daha fazla oranda bulunması da ilaç kullanımını arttırmış olabilir.

ABD ve İngiltere'de yapılan araştırmalarda psikostimülanlar çocuklarda en yaygın kullanılan psikotrop ilaçlar olarak belirtilmekte; bunu SSRI'lar izlemektedir (1,14,21,22). Bu çalışmada ise psikostimülanlar dördüncü sıklıkta kullanılan ilaçlar olarak saptanmıştır. Ülkemizde bulunan tek psikostimülan preparatı olan metilfenidatın ithalatı 1998'de 2 kg'dan 2002'de 23 kg'a çıkarak hızlı bir artış göstermiştir (23). Çalışmamızda da 10 yıl öncesine göre psikostimülan tedavisi uygulama ve DEHB tanı oranlarında 7-10 kat artış olduğu dikkati çekmektedir. Bu bulgu 1987-1996 döneminde ABD'de de benzer artış oranları bildiren araştırmalarla uyumludur (1,16).

DEHB'nin yanlış tanısı, bazı çocuklara yeterli değerlendirme yapılmadan DEHB tanısı konması ve bazen başka seçenekler varken psikostimülan reçetesi yazılması (24), her türlü davranış ya da ders alanındaki sorunun psikostimülanla tedavi edilmeye çalışılması (25) güncel literatürde ve medyada yaygın şekilde tartışılan

konulardır. Toplum örneklemleri çalışmalarda psikostimülan kullanan çocukların ABD'de yarısının (25) ve bir başka çalışmada %57'sinin (26), Avustralya'da %22.9'unun (27) DEHB için DSM kriterlerini tam olarak karşılamadığı bildirilmektedir. Yurt dışı çalışmalarda dikkatsizlik-aşırı hareketlilik belirtileriyle hekime götürülen çocukların dörtte üçüne varan oranlarda psikostimülan uygulandığının belirtilmesine karşın (28) çalışmamızda aşırı hareketlilik-dikkat dağınıklığı belirtileri ile getirilenlerin sadece onda birine ve DEHB tanısı konanların da dörtte birine psikostimülan önerilmesi, uygulamada dikkati çeken farklılıklar arasındadır. Çalışmamızda, DEHB tanısı konarlarda komorbid öğrenme bozuklukları fazla bulunmuştur. Bu olgularda öğrenme bozukluğunun ön planda olup, DEHB belirtilerinin şiddetinin düşük olması ilaç tedavisi yerine başka tedavi yöntemlerinin tercih edilmesine yol açmış olabilir. Nitekim DEHB tanısı konarlarda özel eğitim uzmanına yönlendirme de fazla bulunmuştur. Ayrıca, DEHB tanısı konanların yaklaşık dörtte birinde başvuruda dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik yakınması bildirilmemiştir. Bu durumda, belirtilerin şiddetli olmamasından dolayı, bazen tanının DEHB olmasına karşın ilaç tedavisi yerine diğer tedavi girişimlerine öncelik verilmiş olabilir.

Çocuklarda psikotrop ilaç kullanımını araştıran yurt dışı çalışmalar daha çok, farklı hekim gruplarına, geniş toplum kesimlerine veya resmi ilaç kayıtları ile ilgili verilere ulaşacak şekilde tasarlanmaktadır (1,15,18,19,21,29-34). Bu çalışmanın sadece bir kliniğin verilerine dayanması bir sınırlılık oluşturmakla birlikte, 10 yıl önce aynı klinikte ilaç kullanımını değerlendiren verilere ulaşılabilmiş olması, zaman içindeki değişimi belirlemek açısından yararlı olmuştur. Ülkemizde çocuk psikiyatrisi uygulamalarında psikotrop ilaç kullanımını ele alan çalışmamızın sonuçları, bu alanda ileri araştırmalara gereksinim olduğunu düşündürmektedir. Kırmızı reçete kapsamındaki metilfenidat dışında tüm psikotrop ilaçlar için kayıtların yetersizliği nedeniyle, ülkemizde genel psikotrop ilaç kullanımını resmi verilere dayanarak araştırmak güçtür. Bu nedenle, farklı hekim gruplarının psikotrop ilaç uygulamalarına ve genel toplumda çocuk ve ergenlere yönelik psikotrop ilaç kullanımına odaklanan araştırmalar gerçekleştirilebilir.

**Kaynaklar:**

1. Olsson M, Marcus S, Weissman M, Jensen P. National trends in the use of psychotropic medications by children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:514-521
2. Greenhill LL. The use of psychotropic medication in preschoolers: Indications, safety and efficacy. *Can J Psychiatry* 1998;43:571-575
3. Oksay R. Psikiyatrik ilaçlarda çocuğun adı yok (New Scientist 10.07.2004'den özet). *Cumhuriyet Bilim Teknik* (24.07.2004)
4. Leckman JF, Young C. Commentary: "Noradrenergic and serotonergic neuroendocrine responses in prepubertal, peripubertal, and postpubertal rats pretreated with desipramine and sertraline" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:1007-1009
5. Carrey NJ, Dursun S, Clements R, Renton K, Washbusch D, MacMaster FP. Noradrenergic and serotonergic response in prepubertal, peripubertal, and postpubertal rats pretreated with desipramine and sertraline. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:999-1006
6. Wegerer V, Moll GH, Gagli M, Rothenberger A, Ruther E, Huether G. Persistently increased density of serotonin transporters in the frontal cortex of rats treated with fluoxetine during early juvenile life. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999;9:13-24
7. Vitiello B. Pediatric psychopharmacology and the interaction between drugs and the developing brain. *Can J Psychiatry* 1998;43:582-584
8. Zarin DA, Suarez AP, Pincus HA, Kupersanin E, Zito JM. Clinical and treatment characteristics of children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder in psychiatric practice *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1262-1270
9. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). 2000 Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. Ankara: DİE, 2003.
10. Birgün (2004) Milyonlarca çocuğa 60 ruh doktoru. *Birgün* (13.11.2004)
11. Nüfus. İzmir Valiliği [www.izmir.gov.tr/izmirhakkinda/nufus.htm](http://www.izmir.gov.tr/izmirhakkinda/nufus.htm) (21.12.2003)
12. Baykara A, Miral S, Boztok A. Çocuk psikiyatrisinde ilaç kullanımı. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*. 1992; 3:449-454
13. Kaplan SL, Simms RM, Busner J. Prescribing practices of outpatient child psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:35-44
14. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Gardner JF, Magder L, Soeken K, Boles M, Lynch F, Riddle M. Psychotropic practice patterns for youth: A 10-year perspective. *Arch Pediatr Adolesc Medicine*. 2003;157:17-25
15. Leslie KL, Weckerly J, Landsverk J, Hough RL, Hurlburt MS, Wood PA. Racial/ethnic differences in high-risk children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1433-1442
16. Cooper WO, Hickson GB, Fuchs C, Arbogast PG, Ray WA. New users of antipsychotic medications among children enrolled in TennCare. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:753-759
17. Baysal B, Gökler B. Çocuk ve ergen ruh sağlığı hekimlerinin ilaç seçimleri ve karşılaştıkları yan etkiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1996;3:9-14
18. Phillips T, Salmon G, James AC. Prescribing practices in child and adolescent psychiatry: Change over time 1993-2000. *Child Adolesc Ment Health* 2003;8:23-28
19. Murray ML, de Vries SC, Wong ICK. A drug utilisation study of antidepressants in children and adolescents using the General Practice Research Database. *Arch Dis Child* 2004; 89:1098-1102
20. Vitiello B, Swedo S. Antidepressant medications in children. *N Eng J Med* 2004;350:1489-1491
21. Jensen PS, Bhatara VS, Vitiello B, Hoagwood K, Feis M, Burke L. Psychoactive medication prescribing practices for US children: Gaps between research and clinical practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999a; 38:557-565
22. Clark AF. Incidences of new prescribing by British child and adolescent psychiatrists: a prospective study of 12 months. *J Psychopharmacol* 2004;18:115-120
23. INCB (International Narcotics Control Board). Psychotropic Substances Statistics for 2002 (Substances listed in Schedule II) <http://www.incb.org/e/> (17.08.2004)
24. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention - deficit / hyperactivity disorder in children and adolescents *JAMA* 1998;279:1100-1107
25. Jensen PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, Bird HR, Bauermeister JJ, Payne JD. Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four US communities, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999b; 38:797-804
26. Angold A, Erkanlı A, Egger HL, Costello EJ. Stimulant Treatment for children: A community perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:975-984
27. Sawyer MG, Rey JM, Graetz BW, Clark JJ, Baghurst PA. Use of medication by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med J Aust* 2002; 177:21-25
28. Oltman S, Pivrotto L. A stimulant paradigm. Exploring the history and use of psychostimulants in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. [http://www.cwu.edu/~chem/courses/Chem564/Scott\\_Laura\\_ADHD.htm](http://www.cwu.edu/~chem/courses/Chem564/Scott_Laura_ADHD.htm) (11.03.2003)
29. Reid R, Hakendore P, Prosser B. Use of psychostimulant medication for ADHD in South Australia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:906-913
30. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Gardner JF, Boles Myde, Lynch F. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA* 2000;283: 1025-1030
31. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Gardner JF, Soeken K, Boles M, Lynch F. Rising prevalence of antidepressants among US youths. *Pediatrics* 2002; 109:721-726
32. Schirm E, Tobi H, Zito JM ve de Jong-van den Berg LTW. Psychotropic medication in children: A study from the Netherlands. *Pediatrics* 2001; 108:25
33. Montoliu L, Crawford T. Prescribing practices of general practitioners for children with mental health problems. *Child Adolesc Ment Health* 2002;7:128-130
34. McNicholas F. Psychotropic prescribing practices of paediatricians in the UK. *Child Care Health Dev* 2001;27:497-508