

ÇOCUK PSİKİYATRİSİNDE İLAÇ UYGULAMALARI

Kayhan Aydoğmuş

Çocuk Psikiyatrisinde sistematik ilaç tedavisin, 1930 lu yıllarda Amerika'da C. Bradley'in "Amfetamin uygulanan çocukların davranışı" üzerine yaptığı çalışmalarla başladığı kabul edilir.1960 lı yıllarda L. Bengler ve benzeri görüşteki araştırmacılar ağır psikotik-otistik tablo gösteren çocuklarda nöroleptikleri uygulamaya başladılar. Psikotik çocuklarda nöroleptikleri uygulamaya başladılar. Skopatik çocuklarda nöroleptiklerle tedavinin eğitsel tedavi ve psikoterapiye uygun zemin hazırlayacağı, hiperaktiviteyi, ekstasyonu, ajitasyonu, agresif davranışları önleyeceği, öğrenimi kolaylaştıracağı ümit edildi. Yarar sağlanmakla beraber mucizevi sonuç alınmadı. Bu çalışmalar bu nedenle önce çok yaygın olarak denendi, Sonraları da ilaç konusunun daha disiplinli ele alınması gerektiği bildirildi.

Çocuk Psikiyatrisi alanında ilaç kullanımının abartılmaması gerektiği iyice anlaşıldıktan sonra yapılan uygulamalarda, çocuğun gelişme aşaması içinde oluşu ile ilgili özellik ve kavramların da ihmal edilmeden dikkate alınması önem kazandı. Diğer taraftan çocuğun yaşının ufaklığı oranında, annesi ve ailesi ile olan doğal bağımlılıkları, çocuğu bağımsızca ele alarak tedaviye yönelmenin imkansız oluşu da söz konusu idi.

Çocuk psikiyatrisinde ilaçla tedavi sorununun iyice işlemek için çocuğun kronolojik yaşı, zeka yaşı, somatik büyüme hızı, psikik olgunlaşma, sosyalizasyon düzeyi, aile içi etkileşim birer faktör olarak ele alınmalıdır. Bu değerlendirmeler, ilaç seçimi, doz ayarlanması, uygulaması, takibi aşamasında hekim yönlendirici rol oynayacaktır. Özetle ilaç uygulaması Çocuk-aile-hekim üçlüsünün dinamik ilişkilerinin bir parçası olarak düşünülmelidir. Ayrıca kullanılan ilaçların uygulaması, sunuş tarzı, ilaç hakkında verilen bilgiler çocuğu ve aileyi etkileyecek, bu da değerlendirmeleri zorlaştıracaktır. Her ilacın ayrıca bir plasebo etkisi yapması ihtimali de unutulmamalıdır. İlaçların fayda, sakınca veya yan etkileri hakkında aileye ve çocuğa hiçbir açıklama da bulunmamak veya gereksiz ayrıntıları aktarmak, abartılmış bilgiler vermek çok sakıncalı olur. Korku-panik gibi reaksiyonlar görülebilir veya hekime ve tedaviye güven sarsılabilir. Her türlü şikayetin ilacı gerektirmediği, her ilaç tedavisinden de olumlu cevap alınmayacağı ilacın mucizevi bir etkisi olmadığı açıkça söylenmelidir. İlaç tedavisine aşırı güvenmenin ve bağlanmanın, psikoterapileri, eğitsel tedavi yaklaşımlarını unutturması, hatta engellemesi tehlikesi olduğu bilinmelidir.

Çocuğun dikkatini yoğunlaştırmada, ilginin artırılmasında, ilacın dolaylı etkisi olabileceği, zeka potansiyelinin artırılmasında sınırlı etkili bir ilacın bulunmadığı, ancak mevcut zeka potansiyelinin işleve dönüşmesinde ve verimin artırılmasında ilacın yarar olabileceği ilgililere anlatılmalıdır.

Çocuk Psikiyatrisinde kullanılan ilaçlar hakkında bilgi sunarken ilaçların çeşitli özellikleri ile ilgili bilgilere girmiyoruz. Uzun yıllardan beri kullandığımız ilaçlarla ilgili, adeta yerleşmiş ve klasikleşmiş bilgileri özetlemek istiyoruz. Kanımca başlangıçta da belirttiğimiz gibi, çocuk psikiyatrisinde tedaviyi bir bütün içinde düşünmek ve ilacın yerini sağlıklı biçimde belirliyerek uygulamak gerekmektedir.

Esasen Çocuk Psikiyatrisinde tedavişmasında hekim aşağıdaki ihtimallerle karşı karşıyadır:

1-Aileye bilgi vermek, aileyi aydınlatmak.

3-Aktif tedaviye geçmek: burada ilaç hariç psiko-terapi, eğitim tedavisi gibi yöntemler uygulamak, yalnız ilaç uygulamak veya ilaç ve diğer tedavi yöntemlerini birlikte uygulamak.

Vakaların seyrine, elde edilen sonuçlara göre, tedaviye yönelişte her zaman değişiklik yapmak gerekebilir ve mümkündür.

Bu genel açıklama ve ilkelardan sonra ilaçlarla ilgili yönelişimizi belirtelim.

NÖROLEPTİKLER

Nöroleptiklerin Çocuk Psikiyatrisinde kullanım alanları genel açıdan şöyle özetlenebilir:

Yerleşmiş endikasyonlar:

Yaygın gelişme bozuklukları, Çocukluk çağı psikozları, Hiperaktivite, hiperkinezi, -Çocuk şizofrenisi,-infantil autism,-Davranış bozuklukları, hiperaktiviteli dikkat bozuklukları,-ajitasyon,-agressivite,-impulsivite iritabilite,-motör ekstasyon,-bazı anksiyete semptomları, alışkanlık bozuklukları,-stereotipiler,-self destrüksiyonlar,-şartlandırılmalarda,-früstrasyon krizlerinde,-yemek ve uyku bozukluklarında,-patolojik içe kapanmalarda.

Fenotiazinler genellikle:

Motör ekstasyon,-impulsivite,-ajitasyon gibi semptomlarda frenleyici veya yatıştırıcı etki yönünden (özellikle klorpromazin, tiorprazin), ilgisizlik ve apatik hal veya iritabilitenin bulunduğu tablolarda (özellikle tioridazin), uzun süreli tedavilerde gerek motör ekstasyon gerekse psikotik davranış yönünden trifluoperazin, flufenazin tercih edilir.

Tiyotixen sedasyon gereken bütün hallerde ve psikotik davranış oluşturan semptomlarda tercih edilebilir.

Butirofenon türevleri: (Başta Haldol-Nörodol)

Şizofrenik ve otistik tabloların hakim olduğu vakalarda, adolesanların agresivite kontrolünde ve özellikle Tourette hastalığında tercih edilmelidir.

Muhtemel endikasyonları: Bazı nörotik tablolarda anksiyete veya obsesyon teşkil eden semptomlarda,-Anoreksiya nervozada,-küçük dozlarda simülantlarla birlikte veya yalnızca:dikkat, belek, motör davranışta, kognitif fonksiyonlarda, uyanıklık halinde kısa süreli bellekte verim sağlamayı gerektiren tablolarda, -franklizonların (minor franklizonların) etkisinin potansiyelinde olmasında kullanılabilir.

Nöroleptiklerin bir kısmı küçük dozlarda franklizon olarak kullanılırlar. Özellikle yatıştırıcı amaçla kullanılan Asepromazin, Trimeprazin, Tioridazin başlıcalarındandır.

Kontrendikasyonlar:

Beyin hasarlı çocuklarda pisişik ve zihinsel gelişme eksikliği nöroleptik kullanımında bir risk teşkil edebilir dikkat edilmesi gerekir, bazı kuvvetli sedasyon etkisi gösteren nöroleptikler veya yüksek dozdaki nöroleptikler öğrenme ve kognitif fonksiyonlarda gelişmeyi engelleyici olabilir,

Çocuklarda, nöroleptiğe bağlı ekstrapiramidal yan belirtilerin ortaya çıkışının daha az olduğu ileri sürülmektedir. Vakalarında nöroleptik uygulamaları, kontrol altında tutmakla beraber antiparkinsonyen vermeyi uygun görmekteyiz. Çünkü vakaları ayaktan izlemekteyiz

ANTİDEPRESSANLAR

Çocuklarda depresyon konusu gereğince incelenmemiş bir alandır. Yetişkindeki depresyonla aynı ölçü içinde tutmak hatalıdır. Ancak adolesan çağıdaki depressif görünümlemlerle, yetişkindeki depresyon arasında benzerlik aramak daha kolaydır. Ayrıca antidepressiflerin çocuklardaki etkileşim mekanizması ve metabolik ilişkileri yetişkinden farklı bulunmuştur. Bu sebeple antidepressiflerin çocuklarda kullanım alanı hayli sınırlıdır. Bununla beraber semptomatik amaçla bazen kullanımında çok iyi sonuçlar da (mesela enureziste) alınmaktadır.

Bu grupta Tricyclikler örnek olarak imipramine ve amitriptyline verilebilir.

Imipramine ve benzeri antidepressanlar: Yerleşmiş endikasyonlar, Enureziste semptomatik tedavi etkinliği kesinlik kazanmıştır. 6 yaşından büyük çocuklarda kilo başına 0,5-2,5 mg pro di verilebilir. -Hiperaktif, impulsif, antisosyal çocuklarda verilebilir (stimulanlara benzer etkisi gözelenmiştir), -12 yaşından itibaren depressif semptomatoloji içeren tablolarla veya depresyonlarda dikkat edilerek verilmesi tavsiye edilmektedir.

muhtemel endikasyonlar:

Okul fobisi (3-6 haftalık tedavi),-Separasyon ankiyeteleri, Spesifik gelişim bozuklukları,-Sosyal inhibisyonlar,-İdenti (kimlik) krizleri,-püberte krizi,- adolesan uyum zorluklarıyla ortaya çıkan depressif semptomlarda verilebilir.

Kontrendikasyonlar:

MAO inhibitörleri ile birlikte kullanılmaz (yüksek ateş, konvülsiyon, koma hatta ölüm görülebilir-iki ilaç arasında en az 15 gün boşluk bulunması bildirilmektedir.) -Eksitasyon hallerinde verilmez,-Psikotik ve şizofrenik tablolar-Anksiyete hali,-kardiyopati)böyle çocuklarda ancak kontrol ile verilebilir

İmipramin ve benzeri ilaçlar enureziste 6 yaşından itibaren verilebilir. Diğer hallerde genellikle 12 yaşında itibaren verilmesi tavsiye edilmektedir.

Genel etkileri olarak, davranış bozukluğu olan çocuklarda uyanıklığı artırdığı,

genel aktivite performansını maskeliyen depressif etkiyi gidermede faydalı olduğu görülmüştür.

Enureziste 0,5-2,5 mg/kg Davranış bozukluğunda 2-5 mg/kg, okul fobisinde 3-5 mg/kg günlük dozlarda 2-6 haftaya kadar tedavi denenebilir. Ancak günlük 3,5 mg/kg dozu aşan tedavilerde sürekli EKG kontrolü gerektiği bildirilmektedir.

M.A.O. inhibitörlerini bizim kliniğimizde kullanmamaktayız, Çocuk Psikiyatrisinde yerleşmiş bir endikasyonu var denemez.

UYARICILAR

Çocuk Psikiyatrisinde ilaç tedavinin tarihi gelişiminde önemli yeri olan Merkezi Sinir Sistemi stimulanları, bugün de Çocuk Psikofarmakolojisinde geniş uygulama alanı bulan önemli bir grup psikotropu oluşturmaktadır.

Amfetaminler (Amphetamine Benzedrine, Dextroamphetamine = Dexedrine),Methylenide (=Ritalin), Magnesium Pemoline (Cylert) bu grubun olağan kullanılan ilaçlarını teşkil etmektedir. Genellikle klinik etkiler birbirlerinin benzeridir. Bu bakımdan stimulanların klinik değerlendirmeleri birlikte yapılacaktır.

Yerleşmiş endikasyonlar:

Hiperaktiviteli dikkat bozukluklarında, -hiperaktivitede, Hiperkinetik impulsif tablolarla, -M.B.D. nin (minimal brain dysfunction) çeşitli formlarında (Çocukların hiperaktivitesinde etki paradoksaldir).

Muhtemel endikasyonlar: Hiperaktivitesiz dikkat bozukluklarında, dikkat ve ilgi bozukluklarında, minimal nörolojik işaretlerde (bulgularla), spesifik gelişme bozukluklarında, kognitif fonksiyonlarda, algıda, motor davranışta, öğrenmede görünen aksaklık ve bozukluklarda, hiperaktivitesiz öğrenme bozukluklarında, Davranış bozukluklarında ağırsivitede, psikotik kaynaklı olmayan inhibisyonlarda, nörotik anksiyetede, zeka geriliğinde görülen dikkat ve motor (taşkınlık) bozukluklarda, bazı psikotik ve autistik tabloların inhibisyon hallerinde, M.B.D. nin çeşitli formlarında ve muhtelif semptomlarda, bazı disleksi vakalarında

Kontrendikasyonlar:

Depresyonlarda, - şizofreniform tablolarla, -otistiklerde,-Anoreksia nevrozada ,-Genellikle psikotik tablolarla kullanılmaz.

Brain Damage'li çocuklarda ve hiperkinetik saf klasik vakalarda dikkatli kullanılması gerekir. Büyümei inhibe ettiğine dair yayınlar vardır. Adolesan çağıda genellikle kullanılmaz. Endikasyonlarda, stimulanların semptomatik ekisinin hatırlanması gereklidir. Vakaların özellik ve izlenme olanağına göre, listedeki doz tavsiyelerinden yararlanılabilir. Başta ilaç bulma güçlüğü olmak üzere bazı nedenlerden, birçok uygun vakada stimulan uygulamaya imkan bulamadığınız belirtmek isteriz.

TRANKİLİZANLAR

Anksiyolitikler veya minor trankilizanlar diye de isimlendirilen

bu gruptaki pek çok ilaçtan Çocuk Psikiyatrisinde sık kullanılan bazı örnekler verilecektir. Chlordiazepo-

xide , diazepam,hydroxizine, diphenhydramine, meprobamate bunların başlıcalarıdır. Ayrıca asepromazin, alimemazin, tiyridazin az dozlarda anksiyolitik olarak sıklıkla kullanılır,, özellikle yatıştırıcı etkisi de gözetilerek geniş terapötik marjları, pratik hekimlikte pek çok kullanılması, ayrıntılı ve geçerli araştırmaların yeterli sayıda yapılmamış olması nedenleri nden trankilizanların endikasyon alanlarını kolayca belirlemek mümkün değildir. Birçok defa da çocuk psikiyatrisinde veya çocuğun her psikişik şikayetinde bolca verildiğini gözlemek mümkündür.

Çocukta görülen kısa süreli anksiyete hallerinde basit heyecan düzensizliklerinde, her çeşit nörotik semptomda, bazı korku şikayetleri erinde, Psikosomatik nöro-vegetatif semptomlarda yerleşmemiş obsesif ve fobik belirtilerde, tiklerde, konuşma zorluk ve bozukluklarında, Epilepsilivakalardaki uyum bozukluklarında bazı tip konvülsiyonlarda impulsivite ve iritabile hallerinde , bazı enurezis ve enkoprezis vakalarında. Ayrıca Pavor Noktürna ve Somnambulismus gibi tablolarda spesifik sayılabilecek kadar etkili olarak bñhassa diazepam kullanılmaktadır.

Trankilizanların endikasyon alanına sınır koymak güç ve gereksizdir. Ancak bir çok belirtide veya şikayette , sonuç alınamıyorsa , trankilizanda ısrar doğru değildir. Böyle durumlarda tabloyu iyi gözlemek, muhtemel teşhisi bir defa daha göz den geçirmek gerekir. Çünkü trankilizanların antipsikotik etkisi olmadığı gibi hiperkinetik sendromlarda pek yararı görülmemiştir, bazı impulsif ve anksiyöz çocuklarda klordiazepoxidin paradoksal etki yaptığı be lirtleri artırdığı bildirilmiştir. Çocukta benzeri paradoksal etki her zaman beklenbilir.

Birsüreden beri mental retarda vakalarımızda, özellikle apatik, uyuşuk, inhibe olanlarda psikoenerjikumlar vermekteyiz. Özellikle piracetam, pyriithioxine buna örnek gösterilebilir. Bu ilaçların mevcut zeka potansiyelini daha iyi işleve dönüştürdüğünü, çocuğun aktivitesini artırdığını, eğitime yakınlık sağladığını, iş üretkenliğini verimi artırdığını gözlemişiz. Ayrıca bu ilaçları primer enüresiz vakalarında kullanmaktayız. Bu vakalarda, gözlemlerimize göre çoğunlukla uyku derinliği fazla olduğundan çocuğun miksiyon denetiminin gelişmesi, uykuda otomaz min kazanım aşısı gecikmektedir. Psikoenerjitikumlar, muhtemelen uyku derinliğini azaltarak primer enuresizlerde faydalı olmaktadır. Bu uygulamalar devam etmektedir.

Çocuk Psikiyatrisi alanında kullanılan psikofarmakaların doz ayarlamalarında yardımcı olmak üzere aşağıdaki tablolar sunulmuştur.

NÖROLEPTİKLER*

| | İnisiyal doz mg/kg | Ortalama günlük doz mg/kg | Terapötik sınır günlük total mg | Günlük dozun dağılımı |
|-------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Chlorpromazine | | | | |
| Larcicetel | 1.5-3.0 | 3.0-6 | 75-150 | 9-200 |
| Thioridazine | | | | |
| Mefenil | 1.5-3.0 | 3.0-6.0 | 75-150 | 10-200 |
| Trifluoperazine** | | | | |
| Telazin, Stelazin | 0.05-0.1 | 0.25-0.5 | 6-15 | 1-20 |
| Fluphenazine | | | | |
| Mofiten, Prolixin | 0.025-0.1 | 0.15-0.3 | 3-6 | 0.25-16 |
| Butyrophenones | | | | |
| Haldol | " | " | 2-5 | 0.5-16 |
| Thiothixene*** | | | | |
| Navane | " | " | 3-6 | 1-40 |

* Çocuk Psikiyatrisinde sık kullanılan nöroleptiklere örnek olarak verilmiş olan bu liste "Pediatric Psychopharmacology" ve "Basic Handbook of Child Psychiatry, v.3" teki listeden hazırlanmıştır. 2-12 yaş arasındaki hastalar için verilmiş bir örnek olup adolesanların dozu yetişkinlere karşlaştırılabilir ayarlanabilir.

** 6 yaşından büyük hastalar için uygun görülmektedir.

*** 12 yaşından büyük hastalar için uygun görülmektedir.

ANTİDEPRESANLAR*

| | Terapötik Sınır günlük total mg | Günlük dozun ayarlanması |
|-----------------------------|---|--------------------------|
| A) TRICYCLIC | | |
| Imipramine | 2-225 mg | 2-3 defada |
| Tofranil | 1-5 mg/kg (Enureziste: 6-12 yaşlarında yatmadan 1 saat önce 25-50 mg a kadar, 12 yaşından büyükte yatmadan 1 saat önce 75 mg a kadar) | |
| Amitriptyline | 10-75 mg | 1-3 defada |
| Letroxyl | | |
| Tryptizol | | |
| Nortriptyline | 10-75 mg | 1-3 " |
| Aventyl | | |
| Nortriptylin | | |
| B) MAO İNHİBİTÖRLERİ | | |
| Phenelzine | Nardil | |
| Nialamide | Niamid | |
| Tranylcypromine | Parnate | |

* Bunlardan imipramin enurezisli hastalarda 6 yaşından itibaren verilebilir, diğer vakalarda imipramin ve benzeri olanlar 12 yaşından önce tavsiye edilmiyor. MAO inhibitörleri terchen çocuklara verilmiz.

Bu liste "Basic Handbook of Child Psychiatry, v.3" ten alınmıştır.

STİMLULANLAR*

| | Günlük terapötik sınır mg/kg | Günlük dozun ayarlanması |
|---------------------|------------------------------|--------------------------|
| Amfetaminler | | |
| Amfetamine | Benzedine 0.15-0.50 | 10-25 mg 1-3 defada |
| Dextroamfetamine | Dexedrine** 0.15-0.50 | 10-25 mg 1-2 " |
| Methamphetamine | 0.15-0.25 | 1-2 " |
| Methylphenidate | Ritalin*** 0.3-1.0 | 30-60 mg 1-2 " |
| Magnesium Pemokre | Cylert 0.5-2.0 | 25-125 mg 1 " |

* Bu liste "Pediatric Psychopharmacology" ve "Basic Handbook of Child Psychiatry v.3" ten yararlanarak hazırlanmıştır.

** 3 yaştan küçükler için tavsiye edilmiyor.

*** 6 yaştan küçükler için tavsiye edilmiyor.

TRANKİLİZANLAR*

| | Terapötik sınır günlük total mg |
|-------------------------|---------------------------------|
| Chlordiazepoxide | |
| Librium | 5-20 mg |
| Diazepam | |
| Diazem | 2-10 mg |
| Meprobamate | |
| Petrtranquil | 100-600 mg |
| Hydroxizine | 50 mg |
| Atarax, Vistaril | 50-100 mg |
| Diphenhydramine | |
| Benadryl | 5 mg/kg |

* Bu liste "Comprehensive Textbook of Psychiatry", v. 2' den yararlanarak hazırlanmıştır.

KAYNAKLAR

- 1-ASPERGER,H.: Heilpädagogik. Wien-New York, Springer Verlag,(1968).
- 2-AYDOĞMUŞ,K.: Çocuk Psikiyatrisinde ilaç Kullanımı ve Alışkanlıklar. Nöro-Psikiyatri kArşivi Cil 10,Sayı 3-4(141-145), (1973).
- 3-AYDOĞMUŞ,K.: Çocuk Psikiyatrisinde ilaçla Tedavi Psikiyatri cilt 2, sayı 1 (57-65), (1977).
- 4-CAMPBELL,M.: "Psychopharmacology" in: Basic Handbook of Child Psychiatry (Ed: J.D. Nosphpitz-S.I.Harrison),v.3 (376-409), New York, Basic Books Inc.Pob., (1979).
- 5-CANWELL;D.P., G.A.CARLSON:"Stimulants" in: Pediatric Psychopharmacology (Ed:KKJ.S.Werry) (171-202), New York Brunner/Mazel Pub(1978)
- 6-CONNER ,C.K.: "Organic Therapies" in Comprehensive Texbook of Psychiatry/II,v.2 (Ed:A.M.Freedman-H.I.Kaplan-B.J.Sadock) 2.Baskı (2240-246), Baltimore, The Williams Wilkins Cüm., (1975).
- 7-HARBAUER:H.I, R.LEMPP, G.NISSEN P.STRUNK: Lehrbuch der speziellen Kinder und Jugendpsychiatrie. Berlin-Heidelberg -New York , Brunner/Mazel Pub. (1978).
- 8-KÖKNEL, Ö.: Psikiyetrilde İlaçla Tedavi. İSTANBUL, Bozak Matbası, (1965).
- 9-MILLICHAP , J.G.: The Hyperactive CHild with Minimal Brain Dysfunciton, Chicago, Year Book Medical Pub. inc.b (1975)
- 10-RAPOPORT, J.L. E.J. MIKKELEŞEN: "Antidepressant" in: Pediatric Psychopharmacology (Ed:J.S. Werry) 208-233), New York, Brunner/Mazel Pub. (1978).
- 11-SHAFFEAR:D.: "Drug Treatment" in Child Psychiatry (Ed: M.Rutter, L. Hersov (901-922),Oxford , Bleckwelle Scientific Pub. (1977).
- 12-SPIEL , W.: Therapie in der Kinder-und Jugendpsychiatrie. Suttgart, Georg Thieme Verlag, (1976).
- 13-STORES,G.: "Anuepileptics (Anticovulsants)" in: Pediatric Psychopharmacology (Ed: J.S. Werry) (274-315), New York, Brunner/Mazel Pub. (1978).
- 14-WINSBERG, B.G., L.E. YEPES. "Antipsychotics (Major Trangilizers, Neuroipcs)" in: PEdiatric Psychopharmacology (Ed: J.S. Werry) (234.273) , New York, Brunner/Mazel Pub. (1978).