

ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKIYATRİK ACİLLER

EDİTÖRLER

Elvan İŞERİ

Sarper İÇEN

© Copyright 2020

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN

978-625-7795-09-8

Kapak Resmi

Dicle BÜYÜKTAŞKIN

Kitap Adı

Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Aciller

Kapak Resmi Fotoğrafi

İbrahim DEMİREL

Editörler

Elvan İŞERİ

Sarper İÇEN

Yayıncı Sertifika No

47518

Baskı ve Cilt

Göktaş Ofset

Yayın Koordinatörü

Yasin DİLMEN

Bisac Code

MED105000

Sayfa Tasarımı

Akademisyen Dizgi Ünitesi

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. *Akademisyen Kitabevi* ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşurmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. *Akademisyen Kitabevi* ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.

İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanarak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.

Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A

Yenişehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik aciller özenle müdahale edilmesi gereken durumlar olup bilgi, beceri ve tutum açısından yetkinlik gerektirirler. Her yaştan çocuk ve ergenin yaşadığı sorun için yapılacak etkin bir dokunuş onların hayatlarında son derece kıymetlidir. Özellikle acil müdahale gerektiren durumlarda daha hassas bir yaklaşımla kriz müdahalesi yapabilmenin önemi büyüktür.

COVID-19 pandemisi nedeniyle ailelerin zorunda kalmadıkça hastanelere gelmekten çekiniyor olması, bu kitabın yazıldığı dönemde çocuk ve ergen psikiyatrisi pratiğinde acil durumlar için başvuruların ön plana çıkmasına yol açmıştır. Bu gerekçeyle çocuk ve ergenlerde psikiyatrik acillere yönelik bütüncül bilgi ve yaklaşımın aktarıldığı bir kaynak hazırlamak üzere çıktığımız yolun sonunda kitabımızı sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz.

Kitabın hazırlanmasında emeği geçen anabilim dalımızın değerli hocaları Prof. Dr. Yasemen Işık, Doç. Dr. Esra Güney ve Dr. Öğretim Üyesi Yasemin Taş Torun'a; çalışkan araştırma görevlileri Dr. Esra Kara Aşkın, Dr. Şeyma Gürbüz, Dr. İbrahim Zeyrek, Dr. Samet Can Demirci, Dr. Nurhüda Karaca Cengiz, Dr. Yağmur Harputlu, Dr. Zeynep Kübra Çevik, Dr. Hale Müge Yetkin'e; son dönemde bölümümüzde uzmanlık eğitimini tamamlayıp pandemi sürecine mecburi hizmet yaptıkları zor koşullarda yakalanan Uzm. Dr. Ahmet Özaslan, Uzm. Dr. Dicle Büyüktaşkın ve Uzm. Dr. Melike Güveli Bozkurt'a özverili çalışmaları için teşekkürlerimizi sunuyoruz. Bölümümüzün kurucu hocası Prof. Dr. Şahnur Şener, çok erken ve acı kaybımız Prof. Dr. Selahattin Şenol ve Gazi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ailesinin diğer tüm üyelerine ve tüm meslektaşlarımıza sevgi ve saygılarımızı sunuyoruz. Ayrıca kitabın yayına hazırlanma sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen Hatice Araç, Yasin Dilmen ve Akademisyen Yayınevinin tüm çalışanlarına teşekkür ederiz.

Bu kitap çocuk ve ergenlerle çalışan doktorlar, psikologlar, hemşireler gibi tüm uzmanlara faydalı olması amacıyla Gazi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ailesinin değerli üyeleri tarafından kaleme alınmıştır. Zaman zaman fiziksel olarak ayrı kalmamıza yol açan pandemi sürecinde tüm ekibimiz bu dönemi en verimli şekilde geçirmek için güçlü bir motivasyonla çalışmıştır. Süreğen travma maruziyetiyle beraber büyüme kavramına bir örnek olabileceğini düşündüğümüz bu eserimizi, psikolojik direnç açısından erişkinlerle yarışabilecek kadar güçlü olduğunu gözlemlediğimiz sevgili çocuklara ve gençlere ithaf ediyoruz.

Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Dr. Sarper İÇEN

Yazarlar Listesi

Esra KARA AŞKIN

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0001-9140-4665

Dicle BÜYÜKTAŞKIN

Unvan: Uzman Doktor

*Adres: Cizre Dr. Selahattin Cizreliođlu Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi
Bölümü, ŐIRNAK*

ORCID iD: 0000-0003-4679-3846

Zeynep Kübra ÇEVİK

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0003-4221-4667

Samet Can DEMİRCİ

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0002-8158-900X

Esra GÜNEY

Unvan: Doçent Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0002-4043-8301

Şeyma GÜRBÜZ

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0002-1949-3859

G. Melike GÜVELİ BOZKURT

Unvan: Uzman Doktor

Adres: Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, AğRI

ORCID iD: 0000-0002-5687-9451

Yağmur HARPOTLU

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0003-3982-9679

Yasemen İŞİK

Unvan: Profesör Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0001-8560-5161

Sarper İÇEN

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0001-6746-2654

Elvan İŞERİ

Unvan: Profesör Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0002-1809-5867

Şefika Nurhüda KARACA CENGİZ

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0001-7759-3631

Ahmet ÖZASLAN

Unvan: Uzman Doktor

*Adres: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, ANKARA*

ORCID iD: 0000-0001-7741-201X

Yasemin TAŞ TORUN

Unvan: Doktor Öğretim Üyesi

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0002-4922-7594

Hale Müge YETKİN

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0002-9424-2267

İbrahim ZEYREK

Unvan: Doktor

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
ANKARA*

ORCID iD: 0000-0003-2650-0663

Bölüm 1

Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Acillere Temel Yaklaşım 1
Dicle BÜYÜKTAŞKIN

Bölüm 2

Çocuk ve Ergenlerde Agresyon ve Ajitasyona Acil Yaklaşım 9
Şefika Nurhüda KARACA CENGİZ
Elvan İŞERİ

Bölüm 3

Çocuk ve Ergenlerde Duygudurum
Bozukluklarına Acil Yaklaşım 29
Yağmur HARPUTLU
Esra GÜNEY

Bölüm 4

Çocuk ve Ergenlerde Kendine Zarar Verme
Davranışına Acil Yaklaşım 47
Sarper İÇEN
Elvan İŞERİ

Bölüm 5

Çocuk ve Ergenlerde Psikotik Belirtilere Acil Yaklaşım 65
Ahmet ÖZASLAN

Bölüm 6

Çocuk ve Ergenlerde Deliryuma Yaklaşım 75
Ahmet ÖZASLAN

Bölüm 7

Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluklara Acil Yaklaşım 81
Yasemin TAŞ TORUN

Bölüm 8

Çocuk ve Ergenlerde Somatik Belirtiler ve
İlişkili Durumlara Acil Yaklaşım 91
Zeynep Kübra ÇEVİK
Yasemin TAŞ TORUN

Bölüm 9

Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluklarına

Acil Yaklaşım 107

*Samet Can DEMİRCİ**Yasemen IŞIK***Bölüm 10**

Çocuk ve Ergenlerde İstismar Şüphesinde Acil Yaklaşım..... 125

*İbrahim ZEYREK**Sarper İÇEN**Elvan IŞERİ***Bölüm 11**

Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Acil Yaklaşım..... 143

*Sarper İÇEN**Elvan IŞERİ***Bölüm 12**

Çocuk ve Ergenlerde İntoksikasyonlara Acil Yaklaşım..... 167

*Şeyma GÜRBÜZ**Yasemen IŞIK***Bölüm 13**

Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozukluklarına Acil Yaklaşım 199

*Hale Müge YETKİN**Yasemin TAŞ TORUN***Bölüm 14**

Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Acillere

Psikofarmakolojik Yaklaşım 213

*G. Melike GÜVELİ BOZKURT***Bölüm 15**

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Etik İlkeler ve

Yasal Sorumluluklar..... 219

*Esra KARA AŞKIN**Esra GÜNEY*

ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKİYATRİK ACİLLERE TEMEL YAKLAŞIM

1

Uzm. Dr. Dicle BÜYÜKTAŞKIN

GİRİŞ

Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik aciller kendinin veya çevresindekilerin güvenliğini ya da sağlığını tehlikeye sokan durumları ve yatıştırılması için bir uzman yardımı gereken aşırı sıkıntı hallerini içerirler. Genellikle genel tıbbi ya da pediatrik acil servislere başvuru şeklinde karşımıza çıkarlar. Kesin tanı koymak ya da hastayı gelişimsel olarak kavramaktan çok güvenlik önlemlerinin temel alınmasıyla birlikte stabilizasyonun ve belirtilerin yatıştırılmasının ön planda olduğu bir yaklaşım söz konusudur. Bir başka deyişle tedavi hedefleri daha çok nörodavranışsal alana yöneliktir. Soruna acil yaklaşım yapılırken bir yandan da risk ve takip süreci değerlendirilir. Acil servisten taburculuğun yapılması ya da hospitalize edilmesi ile ilgili karara odaklanılır. Acil tedavi tek başına kapsamlı olmayıp daha ayrıntılı bir inceleme zincirinin bir parçasıdır ve stabilizasyonun ardından uzun vadeli etkili çözümlere ihtiyaç duyulur. Acil şartlarda başlanan tedavinin beklenmeyen komplikasyonlarını ya da yapılan düzenlemelerdeki olası sekteleri tekrar değerlendirmek amacıyla uygun bir plan yapmak, taburculuk sonrasındaki durumun etkili bir kontrolü için önemlidir.¹

Acil başvuru nedenleri, ani ve şaşırtıcı şekilde ortaya çıkan akut problemler, kademeli artarak son dönemdeki bir tetikleyiciyle zirveye ulaşan kronik bir bozulma ya da bilinen bir problemin tekrarlaması şeklinde ortaya çıkabilir. Kendine zarar verme davranışı, baş edilemeyen akut psikiyat-

KAYNAKLAR

1. Nunn K (2017) Emergency paediatric psychiatry: An emerging sub-specialty. *Journal of Paediatrics and Child Health* 53(7); 628-629.
2. Kaplan T (2009) *Emergency Department Handbook: Children and Adolescents with Mental Health Problems*. RC Psych Publications, London.
3. Frosch E ve Kelly P (2013) *Issues in pediatric psychiatric emergency care*. *Emergency Psychiatry içinde*, Chanmugam A, Triplett P, Kelen G (ed), Cambridge University Press, New York, s:193.
4. Levine BH ve Najara JE (2015) *Child and adolescent emergency psychiatry*. *Clinical Manual of Emergency Psychiatry içinde*, Riba MB, Ravindranat D, Winder GS (ed), American Psychiatric Pub, Arlington, VA.
5. Bella T, Adejumo O, Ibeziako P ve ark. (2017) *Child psychiatric emergencies*. *Emergencies in Psychiatry in Low- And Middle-Income Countries içinde*, Rangaswamy T ve Vijayakumar L (ed), CRC Press, s:104-123.
6. Lelonek G (2017) *Children and adolescents with psychiatric emergencies*. *Big Book of Emergency Department Psychiatry: A Guide to Patient Centered Operational Improvement içinde*, Balan Y, Murrell K, Lentz C (ed), CRC Press, Boca Raton, FL.

ÇOCUK VE ERGENLERDE AGRESYON VE AJİTASYONA ACİL YAKLAŞIM

2

Dr. Şefika Nurhüda KARACA CENGİZ
Prof. Dr. Elvan İŞERİ

GİRİŞ

Agresyon kendisine, başka bir canlıya veya nesneye zarar verici ya da yaralayıcı bir davranış sergileme durumu olarak tanımlanmaktadır.¹ Tüm insanlarda ortaya çıkabilecek bir davranış olduğu ve hayatta kalmak için bazı durumlarda gerekli olabileceği kabul edilse de agresyon devamlılık arz ediyor ve işlevselliği olumsuz etkiliyorsa patolojik olarak ele alınır. Ajitasyon ise kişinin ve çevresindekilerin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, işlevselliği bozan sesli, sözlü ve motor davranışlar kümesidir.² Bu davranışlara ek olarak sinirlilik olması uyaranlara daha yüksek bir tepki oluşmasına neden olabilir. Agresyon ve ajitasyon ayrı klinik tablolar olup her zaman birlikte görülmeyebilir. Her ikisi de psikiyatrik acillerin başında gelir ve vakaların %10'unda tespit işlemi gerekir.³

Araştırmalar çocukluk agresyonunun hem saldırgan hem de mağdur için ciddi olumsuz sonuçları olduğunu göstermiştir.⁴ Saldırgan ve yıkıcı davranışlar nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynleri için çok önemli bir stres etkenidir.⁵ Agresif davranışlar gösteren çocukların ebeveynleri ya da diğer birincil bakım verenleri tarafından fiziksel istismara maruz kalma riskinde artış olabildiği bildirilmektedir.⁶ Ayrıca okul hayatına adaptasyonu engelleyip çocukların beklenenden daha az bir başarı elde etmesine ve sosyal ilişkilerde zorlanmasına da yol açabilir.

4) Ajitasyon etiyojisi bilinmiyorsa davranışsal müdahaleye devam edilmeli, tekrar değerlendirilmeler ile ajitasyon nedeni aralıklı sorgulanmalı

- Hafif düzey ajitasyon (örn. sözel agresyon): Davranışsal stratejiler ve çevresel düzenlemeler ile azaltma amaçlanmalı
- Orta düzey ajitasyon (örn. eşyalara saldırganlık): Difenhidramin (oral/IM) ya da lorazepam (oral/IM) ya da olanzapin (oral/IM)
- Ciddi düzeyde ajitasyon (kendine veya başkalarına karşı saldırganlık): Klorpromazin (oral/IM) ya da haloperidol+ lorazepam (oral/IM) ya da olanzapin (oral/IM)

* Gerson ve ark 2019'dan uyarlanmıştır.³

KAYNAKLAR

1. Baron RA ve Richardson DR (1994) Human Aggression. Second Edition, Plenum, New York.
2. Verma SD, Davidoff DA ve Kambhampati KK (1998) Management of the agitated elderly patient in the nursing home: the role of the atypical antipsychotics. The Journal of Clinical Psychiatry, 59, 50-55.
3. Gerson R, Malas N, Feuer V ve ark. (2019) Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. Western Journal of Emergency Medicine, 20(2), 409.
4. Little TD, Slegers DW ve Card NA (2006) A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. Structural Equation Modeling, 13(1), 59-72.
5. Baker BL, Blacher J, Crnic, KA, Edelbrock C (2002) Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. American Journal on Mental Retardation, 107(6), 433-444.
6. Stith SM, Liu T, Davies LC, ve ark (2009) Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. Aggression and Violent Behavior, 14(1), 13-29.
7. Farrington DP ve Loeber R (2001) Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs. Sage Publications, California Thousand Oaks.
8. Barton G, Rey JM, Simpson P, Denshire E (2001) Patterns of critical incidents and their effect on outcome in an adolescent inpatient service. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 35(2), 155-159.
9. Garrison CZ, Weinrich MW, Hardin SB ve ark. (1993) Post-traumatic stress disorder in adolescents after a hurricane. American Journal of Epidemiology, 138(7), 522-530.
10. Gabel S, Shindedecker R (1991) Aggressive behavior in youth: Characteristics, outcome, and psychiatric diagnoses. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30(6), 982-988.
11. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2014) Köroğlu E (çev. Ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

13. Dodge KA, Lochman JE, Harnish JD ve ark. (1997) Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 37.
14. Vitaro F, Brendgen M ve Tremblay RE (2002) Reactively and proactively aggressive children: Antecedent and subsequent characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 495-505.
15. Gurnani T, Ivanov I ve Newcorn JH (2016) Pharmacotherapy of aggression in child and adolescent psychiatric disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 65-73.
16. Bhatia R (2019) Agitation in children and adolescents: Diagnostic and treatment considerations: Understanding the cause and a judicious approach to treatment are critical. *Current Psychiatry*, 18(6), 19-27.
17. Voepel-Lewis T, Burke C, Hadden SM ve ark. (2005) Nurses' diagnoses and treatment decisions regarding care of the agitated child. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 20(4), 239-248.
18. Mohammad SS, Jones H, Hong M ve ark. (2016) Symptomatic treatment of children with anti-NMDAR encephalitis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(4), 376-384.
19. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP ve ark. (2012) Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 3.
20. Hong JS ve Espelage DL (2012) A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 311-322.
21. Gerson R, Haddad F (2015) Aggression. *Helping Kids in Crisis: Managing Psychiatric Emergencies in Children and Adolescents* içinde, Haddad F ve Gerson R (ed), American Psychiatric Publishing, New York, s: 13-33.
22. Famularo R, Kinscherff R ve Fenton T (1990) Symptom differences in acute and chronic presentation of childhood post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 439-444.
23. Mahoney K, Ford JD, Ko SJ ve ark. (2004) Trauma-focused interventions for youth in the juvenile justice system. National Child Traumatic Stress Network.
24. Duke NN, Pettingell SL, McMorris ve ark. (2010) Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 125(4), e778-e786.
25. Kaminer D, Seedat S, Stein DJ (2005) Post-traumatic stress disorder in children. *World Psychiatry*, 4(2), 121.
26. Bartlett J (2014) Childhood-onset schizophrenia: what do we really know? *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 735-747.
27. Volkmar FR ve Tsatsanis DK (2002) Childhood Schizophrenia. *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook* içinde, 3rd ed, M.Lewis (ed.), LWW, s: 746-754
28. Schieveland JN, Staal M, Voogd L ve ark. (2010) Refractory agitation as a marker for pediatric delirium in very young infants at a pediatric intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 36(11), 1982-1983.
29. Bettencourt A, Mullen JE (2017) Delirium in children: Identification, prevention, and management. *Critical Care Nurse*, 37(3), e9-e18.

30. Hilt RJ ve Woodward TA (2008) Agitation treatment for pediatric emergency patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(2), 132.
31. Marzullo LR (2014) Pharmacologic management of the agitated child. *Pediatric Emergency Care*, 30(4), 269-275.
32. Dorfman DH, Kastner B (2004) The use of restraint for pediatric psychiatric patients in emergency departments. *Pediatric Emergency Care*, 20(3), 151-156.
33. Sonnier L ve Barzman D (2011) Pharmacologic management of acutely agitated pediatric patients. *Pediatric Drugs*, 13(1), 1-10.
34. Kendrick JG, Goldman RD ve Carr RR (2018) Pharmacologic Management of Agitation and Aggression in a Pediatric Emergency Department – A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 23(6), 455-459.
35. Crystal S, Olfson M, Huang C ve ark. (2009) Broadened use of atypical antipsychotics: Safety, effectiveness, and policy challenges – Expanded use of these medications, frequently off-label, has often outstripped the evidence base for a diverse range of patients who are treated with them. *Health Affairs*, 28 (Suppl1), w770-w781.)
36. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D ve ark. (2015) The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 52-61.
37. Battaglia J (2005) Pharmacological management of acute agitation. *Drugs*, 65(9), 1207-1222.
38. Deshmukh P, Kulkarni G ve Barzman D (2010) Recommendations for pharmacological management of inpatient aggression in children and adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(2), 32.
39. Glassman AH, Bigger Jr JT (2001) Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1774-1782.
40. Vitiello B, Ricciuti AJ ve Behar D (1987) P.R.N. medications in child state hospital inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 48(9), 351–354.
41. Levine BH, Najara JE (2010) Child and Adolescent Emergency Psychiatry. Riba MB, Ravindranath D (ed), *Clinical Manual of Emergency Psychiatry içinde*. American Psychiatric Pub, S: 220-224
42. Dorfman D H, Mehta SD (2006) Restraint use for psychiatric patients in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 22(1), 7-12.
43. Caldwell B, Albert C, Azeem MW ve ark. (2014) Successful seclusion and restraint prevention efforts in child and adolescent programs. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 30-38.
44. De Hert M, Dirix N, Demunter H ve Correll CU (2011) Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(5), 221-230.

ÇOCUK VE ERGENLERDE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINA ACİL YAKLAŞIM

BÖLÜM

3

Dr. Yağmur HARPUTLU
Doç. Dr. Esra GÜNEY

GİRİŞ

Duygudurum bozukluğu ruh halini etkileyen tüm depresyon ve bipolar bozukluk alt tiplerini içeren geniş bir terimdir ve acil servise başvurunun sık nedenleri arasında yer almaktadır. Ruhsal sorunları olan hastaların intihar, şiddet ve morbidite riski yüksek olduğundan doğru değerlendirilmeleri önemlidir. Depresif, öforik veya öfkeli bir hasta acil servise geldiğinde, ilk olarak hasta ve çevresindekiler açısından güvenliğin sağlanması hedeflenmelidir ve güvenlik sağlandıktan sonra hastanın değerlendirilmesine devam edilmelidir. Acil servisteki değerlendirmeler duygudurumda değişiklik, nörovejetatif belirtiler ve son stres faktörleri dahil olmak üzere mevcut klinik duruma odaklanmalıdır.¹

DEPRESİF BOZUKLUK

Major depresif bozukluk mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, huzursuzluk, enerji azalması, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku bozuklukları gibi belirtilerle karakterize bir ruhsal bozukluktur. Yaygınlık oranları yaş grubu, popülasyon ve risk gruplarına göre farklılık göstermektedir. Yapılan çoğu çalışmada ergenlik öncesi çocuklarda %1-2, ergenlik döneminde %5 oranında klinik olarak depresyon belirtilerinin olduğu gösterilmiştir.² Depresif bozukluklar her yaşta çocukta görülebilir, ancak yaş ilerledikçe çok daha yaygındır. Depresif bozukluğu olan çocuk-

Risperidon (oral) 0.25-6.0 mg/gün
Olanzapin (oral) 5-20 mg/gün
Ketiypin (oral) 25-600 mg/gün
Aripiprazol (oral) 5-30 mg/gün
<i>*Gudmundsen ve arkadaşları (2011) ve Axelson (2020a) 'dan yararlanılarak hazırlanmıştır.^{34,38}</i>

KAYNAKLAR

1. Boursiquot PE, Brasch JS (2010) Depression, euphoria, anger. Emergency Department Clinical Manual of Emergency Psychiatry birinci baskı içinde, Riba MB ve Ravindranath D (ed), American Psychiatric Publishing Inc., Washington, DC, s:93-115.
2. Rey JM, Bella-Awusah T, Liu J (2015) Depression in children and adolescent. JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health içinde, Rey JM ve Martin A (ed), International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Genova.
3. Sadock BJ, Sadock VA (2009) Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
4. McCauley E, Carlson GA, Calderon R (1991) The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30(4), 631-635.
5. Kovacs M, Goldston D (1991) Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30(3), 388-392.
6. Özatalay E (1995) Çocuk ve ergenlik depresyonlarında ayırıcı tanı. III. Anadolu Psikiyatri günleri: Depresyon, Bekaroğlu M (ed), Karadeniz.
7. Swanson JW, Linskey AO, Quintero-Salinas R ve ark (1992) A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31(4), 669-678.
8. Şener Ş, Şenol S, Şeri E ve ark. (2011) Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde, Ekşi A (ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul Ruh Sağlığı Derneği, Trabzon, s:321-326.
9. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5.baskı. Text Revision Washington, DC; American Psychiatric Association.
10. Kieltyka CA, Nordstrom KD (2018a) Depression. Quick Guide to Psychiatric Emergencies Tools for Behavioral and Toxicological Situations içinde, Nordstrom KD ve Wilson MP (ed), American Association for Emergency Psychiatry Parker, CO, USA, s:49-56.
11. McCauley E, Gudmundsen GR, Rockhill C ve ark. (2011) Child and adolescent depressive disorders. Child and Adolescent Psychiatry The Essentials 2.baskı içinde, Cheng K ve Myers KM (ed), Lippincott Williams & Wilkins.
12. Swann AC (2003) Psychiatric emergencies in bipolar disorder. Psychiatric Issues in Emergency Care Settings, 2 (summer):4-13, 2003.
13. Glick RL (2002) Emergency management of depression and depression complicated by agitation or psychosis. Psychiatric Issues in Emergency Care Settings, 1 (winter):11- 16.

14. Glick RL (2004) Starting antidepressant treatment in the emergency setting. *Psychiatric Issues in Emergency Care Settings*, 3:6–10.
15. Sadock BJ, Sadock VA (2007) Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10.baskı. Sadock BJ, Sadock VA(ed), Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
16. Diler RS, Goldstein BI, Birmaher B (2019) Pediatric bipolar disorder. *Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry* 3.baskı içinde, Ebert MH, Leckman JF, Petrakis IL (ed), Mc Graw-Hill Education, New York, pp: 527-545.
17. Pfeifer JC, Kowatch RA, DelBello MP (2010) Pharmacotherapy of bipolar disorder in children and adolescents: recent progress. *CNS drugs*, 24(7), 575–593.
18. Goodwin FK, Jamison KR (2007) Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2.baskı, Oxford, UK, Oxford University Press. Goldstein.
19. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J ve ark. (2007) Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64:543–552.
20. Kessler RC, Avenevoli S, Green J ve ark. (2009) National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A): III. Concordance of DSM-IV/CIDI diagnoses with clinical reassessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:386–399.
21. Wozniak J, Spencer T, Biederman J ve ark. (2004) The clinical characteristics of unipolar vs. bipolar major depression in ADHD youth. *Journal of Affective Disorders*, 82 Suppl 1:S59-69.
22. Diler RS, Goldstein TR, Hafeman D ve ark. (2017) Distinguishing bipolar depression from unipolar depression in youth: preliminary findings. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 27:310-319.
23. Goodwin FK, Jamison KR (1990) Manic Depressive Illness. *Psychological Medicine*, Newyork, Oxford University Press, 21(3) 803-803.
24. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B ve ark. (2009) Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *American Journal of Psychiatry*, 166:795-804.
25. DelBello MP, Hanseman D, Adler CM ve ark. (2007) Twelve month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*, 164:582-590.
26. Van Meter AR, Burke C, Kowatch RA ve ark. (2016) Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania. *Bipolar Disorders*, 18:19-32.
27. Diler RS ve Birmaher B (2019) Bipolar disorders children and adolescents. JM REY'S IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health içinde, Rey JM ve Martin A (ed), International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Genova.
28. Washburn JJ, West AE, Heil JA (2011) Treatment of pediatric bipolar disorder: A review. *Minerva Psichiatria*, 52(1), 21–35.
29. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A ve ark. (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disorders*, 11:225-255.
30. Samudra K (2018) <https://physicians.utah.edu/echo/pdfs/2018.06.14-pediatric-bipolar-disorder.pdf> adresinden 08.06.2020 tarihinde alınmıştır.

31. McClellan J, Kowatch R, Findling RL (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(1), 107–125.
32. Birmaher B (2004) *New Hope for Children and Adolescents with Bipolar Disorders*. Three Rivers Press, New York.
33. Kieltyka CA, Nordstrom KD (2018b) Mania. Quick Guide to Psychiatric Emergencies Tools for Behavioral and Toxicological Situations içinde, Nordstrom KD ve Wilson MP (ed), American Association for Emergency Psychiatry Parker, CO, USA, s:57-62.
34. Gudmundsen GR, Hlastala SA, Myers K (2011) Early-onset bipolar disorder. *Child and Adolescent Psychiatry The Essentials*, 2.baskı içinde, Cheng K ve Myers KM (ed), Lippincott Williams & Wilkins.
35. Pavuluri MN, Henry DB, Carbray JA ve ark. (2004) Open-label prospective trial of risperidone in combination with lithium or divalproex sodium in pediatric mania. *J Affect Disord*, 82 Suppl 1:S103-11.
36. Findling RL, McNamara NK, Stansbrey R ve ark. (2006) Combination lithium and divalproex sodium in pediatric bipolar symptom re-stabilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(2): 142.
37. Wagner KD, Redden L, Kowatch RA ve ark. (2009) A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of divalproex extended-release in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(5):519-32.
38. Axelson D (2020a) Pediatric bipolar disorder: Overview of choosing treatment. UpToDate içinde, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA.
39. Kowatch RA, Suppes T, Carmody TJ ve ark. (2000) Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(6):713-20.
40. Joshi G, Wozniak J, Mick E ve ark. (2010) A prospective open-label trial of extended-release carbamazepine monotherapy in children with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 20(1):7-14.
41. Birmaher B, Axelson D (2005) Pediatric psychopharmacology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. baskı içinde, Sadock BJ ve Sadock VA (ed), Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, s:3363-3375.
42. Colling C, Taylor E (2009) Violence and extreme behaviour. *Emergency Department Handbook Children and Adolescents with Mental Health Problems*, Kaplan T (ed), The Royal College of Psychiatrists, London, s:76-86.
43. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C ve ark. (2005) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disorders*, 7(Suppl 3):5–69.
44. Goodwin GM (2009) Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 23(4):346–88.
45. Pavuluri MN, Henry DB, Carbray JA ve ark. (2005) Divalproex sodium for pediatric mixed mania: a 6-month prospective trial. *Bipolar Disorders*, 7(3), 266–273.
46. Pavuluri MN, Henry DB, Findling RL ve ark. (2010) Double-blind randomized trial of risperidone versus divalproex in pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12(6), 593–605.
47. Fountoulakis KN, Kontis D, Gonda X ve ark. (2012) Treatment of mixed bipolar states. *Int J Neuropsychopharmacol*, 15(7), 1015–1026.

48. Chang K, Saxena K, Howe M (2006) An open-label study of lamotrigine adjunct or monotherapy for the treatment of adolescents with bipolar depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(3):298-304.
49. Patel NC, Delbello MP, Bryan HS ve ark. (2006) Open-label lithium for the treatment of adolescents with bipolar depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(3), 289–297.
50. Findling RL, Ginsberg LD (2014) The safety and effectiveness of open-label extended-release carbamazepine in the treatment of children and adolescents with bipolar I disorder suffering from a manic or mixed episode. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10:1589-1597.
51. Axelson D (2020b) Pediatric bipolar major depression: Choosing treatment. UpToDate içinde, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA.
52. Frye MA (2011) Bipolar disorder: A focus on depression. *New England Journal of Medicine*, 364:51-59.
53. Clark A (2001) Proposed treatment for adolescent psychosis. 2:Bipolar illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(2), 143-149.

ÇOCUK VE ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞINA ACİL YAKLAŞIM

BÖLÜM

4

Dr. Sarper İÇEN
Prof. Dr. Elvan İŞERİ

GİRİŞ

Kendine zarar verme başlığında incelenen kavramlardan ilki bireylerin kendi ölümlerini istedikleri tüm biliş ve etkinlikleri içeren geniş yelpazeyi kapsayan “suisidal davranış”tır. Uyuyup yeniden uyanmamayı, ölmüş olmayı isteme şeklindeki “pasif suisidal düşünceler” ile kendini öldüreceğinden bahsetme, zihninden planlar yapma şeklindeki “aktif suisidal düşünceler” suisidal davranışın en hafif formlarıdır ve suid girişimlerine öncüllük ederler. Sonucundan bağımsız olarak, ölme niyetiyle yapılan her türlü eylem ya da eyleme geçmek üzere yapılan hazırlıklar “suid girişi-mi” olarak ele alınır. Girişimden bir şekilde vazgeçilmiş, girişim kesintiye uğramış ya da tamamlanmış ancak başarısızlıkla sonuçlanmış olabilir.¹

Kendine zarar verme davranışlarının hayatını sona erdirmeye niyetiyle yapılmayan, bazı vakalarda tekrarlayıcı olabilen şekline “parasuisidal davranış” ya da “suisidal olmayan kendine zarar verme davranışı (non-suicidal self injury)” denmektedir. Sağlık açısından risk taşıyan ve dolaylı zararları olan alkol-madde kullanımı, korunmasız cinsel ilişki gibi davranışlar bu kapsamda ele alınmaz. Bu tanı bazı sendromlarda görülen self-mutilasyon davranışları ile tıbbi bakım elde etme amacıyla yapılmış eylemleri de kapsamaz. Suisidal olmayan kendine zarar verme eylemleri ölüm niyeti taşımasa da yetersiz bilgiye sahip olma ya da davranışın sonucunu hesaplayamama neticesinde ciddi yaralanmalara ve ölüme yol açabilir. Ayrıca

yapılmamalıdır ancak hastaneye yatışın önerildiği hastaya ve ebeveynlerine net şekilde ifade edilmelidir. Hastaya muayene notu koyulurken hastaneye yatışın net bir şekilde önerildiğini, ebeveynlerinin reddetme nedenlerini ve ev ortamında güvenlikle ilgili alınacağı söylenen tedbirleri belirtmek gerekir. Güvenlik planları silahlar, kesici aletler, zehirler ve ilaçlar dahil olmak üzere ölümcül olma potansiyeli olan tüm objeleri kilit altında tutmayı içermelidir.⁷

İlaç tedavisi olarak görüşmeye engel olacak düzeyde akut ajitasyon ve anksiyete olması durumunda kısa etkili benzodiazepinler genellikle yardımcı olacaktır. Şiddetli depresif duygudurumu olan çocuk ve ergenlerde antidepresanların yararlı olacağına dair kanıtlar olmakla beraber tedavinin ilk haftalarında suicidal düşünce ve davranışların artabiliyor olması nedeniyle izlem sürecinden emin olunamayan, daha önceden terapötik ilişki kurulmamış bir hastaya acil servis şartlarında antidepresan başlarken çok dikkatli olunmalıdır.⁴

KAYNAKLAR

1. Jans T, Vloet TD, Taneli Y ve ark. (2018) Suicide and Self-harming Behavior. JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health içinde, Rey JM & Martin A (eds), Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
2. Frosch E, Kelly P (2013) Issues in pediatric psychiatric emergency care. Emergency Psychiatry içinde, Chanmugam A, Triplett P & Gabor Kelen (eds), Cambridge University Press, s: 193-4.
3. Bella T, Adejumo O, Ibeziako P ve ark. (2017) Child Psychiatric Emergencies. Emergencies in Psychiatry in Low and Middle-Income Countries içinde, Thara R & Vijayakumar Lakshmi (eds), Routledge Press, s: 113-4.
4. Gill TS (2007) Child and Adolescent Psychiatric Emergencies. Handbook of Emergency Psychiatry içinde, Khouzam HR, Tan DT & Gill TS (eds), Mosby Elsevier Press, s: 402-5.
5. Kaplan T (2009) Self-harm: Issues, Assessment and Interventions. Emergency Department Handbook Children and adolescents with mental health problems içinde, Kaplan T (ed), The Royal College of Psychiatrists, s: 63-75.
6. Puri BK, Treasaden IH (2008) Psychiatric Emergencies in Children and Adolescents: Self-harm. Emergencies in Psychiatry içinde, Puri BK & Treasaden IH (eds), Oxford University Press, s:252.
7. Lelonek G (2018) Children and Adolescents with Psychiatric Emergencies. Big Book of Emergency Department Psychiatry içinde, Balan Y, Murrell K & Lentz C (eds), CBC Press, s: 283-4.

8. Hawton K, O'Connor RC, Saunders KEA (2015) Suicidal Behavior and Self-Harm. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry Sixth Edition içinde, Thapar A, Pine DS, Leckman JF ve ark (eds), John Wiley and Sons Press, s: 893-910.
9. Pfeffer CR (2017) Child and Adolescent Suicidal Behavior. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry Fifth Edition içinde, Martin A, Bloch MH & Volkmar FR (eds), Wolters Kluwer Press, s: 500-6.
10. Matarazzo BB, Homaifar BY, Wortzel HS (2014) Therapeutic risk management of the suicidal patient: safety planning. Journal of Psychiatric Practice, 20: 220-224.

Ek 4.1. Acil Durum Güvenlik Planı Örneği
Acil Durum Güvenlik Planım
1. Basamak: Benim tehlike işaretlerim İnsanlarla kavga etme, yoğun tartışmalar yaşama Aşırı doz ilaç almayı düşünmeye başlama
2. Basamak: İçsel baş etme stratejileri – kendi başıma dikkatimi dağıtmak için yapabileceğim şeyler Yürüyüşe çıkma Müzik dinleme
3. Basamak: Dikkatimi dağıtmama yardımcı olabilecek sosyal ortamlar Kitap kulübü toplantısı Kahve içebileceğim bir yer
4. Basamak: Yardım isteyebileceğim kişiler Aile bireylerim Arkadaşlarım Rehber öğretmenim
5. Basamak: Kriz sırasında iletişime geçebileceğim profesyoneller ya da kurumlar Doktorum Terapistim Mental kriz yardım hattı
6. Basamak: Çevreyi güvenli hale getirmek İlaçlarımı anneme teslim etmek, alkol bulundurmamak
<i>*Matarazzo ve ark. 2014'ten alıntılanmıştır.¹⁰</i>

ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKOTİK BELİRTİLERE ACİL YAKLAŞIM

5

Uzm. Dr. Ahmet ÖZASLAN

GİRİŞ

Son yıllarda psikiyatrik hastalıklar nedeniyle acil servis başvurularının sıklığı artmıştır. “Psikoz” terimi bireyin sosyal, duygusal ve fiziksel sağlığının önemli ölçüde etkilendiği algı, düşünce ve davranış değişiklikleriyle giden, varsanı ya da sanrı gibi gerçeği değerlendirmenin bozulduğu yaşantılarla karakterize durumları tanımlamaktadır.¹ Psikotik belirtiler şizofreni, şizofreniform bozukluk gibi primer psikotik bozuklukların yanı sıra duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi diğer psikiyatrik bozukluklar ya da deliryum, limbik ensefalit gibi tıbbi nedenler dahil olmak üzere birçok farklı durumda kendini gösterebilmektedir.² Şizofreni tipik olarak genç erişkinlikte ya da daha nadir olarak ergenlikte başlangıç gösterir ve 12 yaşın altındaki çocuklarda görülme olasılığı oldukça düşüktür. Bu nedenle ergenlerde çocuklara kıyasla primer psikotik bozukluklarla ilişkili psikotik belirtilerin görülme ihtimali daha yüksektir. Bununla birlikte bütün yaş gruplarında ilaç ve madde entoksikasyonları, deliryum, psikotik depresyon veya bipolar bozukluk gibi başka nedenlerden kaynaklanan psikotik belirtilerin sıklığı primer psikotik bozukluklardan çok daha fazladır.^{3,4} Bu nedenle acil servise psikotik tabloyla başvuran hastaya yaklaşımda ayırıcı tanının yapılması, sürecin yönetimi ve tedavinin planlanması oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Abidi S, Mian I, Ortega G, ve ark. (2017) Canadian guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in children and youth. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9): 635-647.
2. McClellan J (2018) Psychosis in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(5): 308-312.
3. Frosch E, Kelly P (2013) Issues in Pediatric Psychiatric Emergency Care. *Emergency Psychiatry içinde*, Chanmugam A, Triplett P, Kelen G (ed), Cambridge University Press, New York, 12, 185-193.
4. Vasudev IA, Kumar S, Hussain N (2018) Fifteen-minute consultation: An approach to a child presenting to the emergency department with acute psychotic symptoms. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice*, 103(4): 184-88.
5. Staal M, Panis B, Schievelde JN (2018) Early warning signs in misrecognized secondary pediatric psychotic disorders: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28: 1159-1167.
6. Merritt J, Tanguturi Y, Fuchs C ve ark. (2020) Medical etiologies of secondary psychosis in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 29(1): 29-42.
7. Stern D, Majczak M (2019) Medical evaluation of psychotic symptoms in children and adolescents: Key approaches. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 35(5): 1-6.
8. Del-Bem C, Armanda C, Marques J ve ark. (2010) Differential diagnosis of first-episode psychosis: importance of an optimal approach in psychiatric emergency. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2): S78-S86.
9. Brown J (2009) Child and adolescent mental health presentations in the emergency department. *Emergency Department Handbook: Children and Adolescents with Mental Health Problems içinde*, Kaplan T (ed), RCPsych Publications, London, 4: 33-63.
10. Levine BH, Najara JE (2015) Child And Adolescent Emergency Psychiatry. *Clinical Manual of Emergency psychiatry içinde*, Riba MB, Ravindranat, D, Winder GS (ed.) American Psychiatric Pub, Arlington, VA, 10: 223-253.
11. Gill T (2007) Child And Adolescent Psychiatric Emergency. *Handbook of Emergency Psychiatry E-Book içinde*, Khouzam R ve Doris T (ed), Elsevier Health Sciences, 18: 400-419.
12. Carubia B, Becker A ve Levine BH (2016) Child psychiatric emergencies: Updates on trends, clinical care, and practice challenges. *Current Psychiatry Reports*, 18: 41.

ÇOCUK VE ERGENLERDE DELİRYUMA YAKLAŞIM

6

Uzm. Dr. Ahmet ÖZASLAN

GİRİŞ

Çocukluk çağında görülen deliryum geçmişte fiziksel bir hastalığa eşlik eden, nispeten önemsiz bir nöropsikiyatrik birliktelik olarak kabul edilmekte iken son yıllarda bu alanda yapılan çalışmalarla bu görüş değişmiştir.¹ Deliryum özellikle yoğun bakımdaki çocuk ve ergenlerde sık görülen ve ciddi bir klinik tablodur. Hastane yatışının uzaması ve altta yatan nedenlerden bağımsız olarak mortalite ve morbidite artışı ile bağlantılıdır. Altta yatan nedenlerin erken tespiti ve uygun tedavinin başlanması deliryumun morbidite ve mortalite oranlarını oldukça düşürmektedir. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde deliryum erken fark edilmesi gereken acil bir durum olarak kabul edilmektedir.²

Deliryum altta yatan fiziksel bir hastalıktan kaynaklanabileceği gibi madde zehirlenmesi ya da yoksunluğu, sedatiflerin uzun süreli kullanımı, doz aşımı veya multifaktöriyel iyatrojenik nedenler ile de ilişkili olabilir. Genellikle altta yatan organik, farmakolojik ve çevresel faktörlerin düzeltilmesiyle çözümlenen geçici bir süreçtir. Klinik görünümü temel olarak her yaşta benzerdir ve tipik olarak bilinç ve dikkatte bozulma ile başlar. Karakteristik belirtileri arasında bilinç ve farkındalıkta bozulma; dikkati yönlendirme, odaklama, sürdürme ve kaydırmada yetersizlik; uyku-uyanıklık döngüsünde anormallikler, apati, içe çekilme, uykuya meyil, düşünce süreçlerinde bozulma ve dezorganize davranışların varlığı gösterilmek-

KAYNAKLAR

1. Hatherill S, Flisher AJ (2010) Delirium in children and adolescents: a systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4): 337-344.
2. Silver G, Kearney J, Traube C ve ark. (2015) Delirium screening anchored in child development: The Cornell Assessment for Pediatric Delirium. *Palliative & Supportive Care*, 13(4): 1005-1011.
3. Turkel SB (2017) Pediatric delirium: recognition, management, and outcome. *Current Psychiatry Reports*, 19(12):101.
4. Malas N, Brahmbhatt K, McDermott C ve ark. (2017) Pediatric delirium: evaluation, management, and special considerations. *Current Psychiatry Reports*, 19(9): 65.
5. Robyn P, Thom R (2017) Pediatric delirium. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 12(2): 6-8.
6. Feroz S, Donnelly KM (2020) Not just to survive but to thrive: delirium in the pediatric cardiac ICU. *Current Opinion in Cardiology*, 35(1): 70-75.
7. Kudchadkar SR, Aljohani OA, Punjabi NM (2014) Sleep of critically ill children in the pediatric intensive care unit: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(2): 103-110.
8. Karnik NS, Joshi SV, Paterno C ve ark. (2007) Subtypes of pediatric delirium: a treatment algorithm. *Psychosomatics*, 48(3): 253-257.
9. Turkel SB, Jacobson JR, Tavaré CJ (2013) The diagnosis and management of delirium in infancy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 23(5): 352-356.
10. Van Tuijl S, Van Cauteren Y, Pikhhard T ve ark. (2014) Management of pediatric delirium in critical illness: a practical update. *Minerva Anestesiologica*, 81(3): 333-341.
11. Gerson RN, Malas N, Mroczkowski MM (2018) Crisis in the emergency department: the evaluation and management of acute agitation in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 27(3): 367-386.
12. Becker JE, Smith JR, Hazen EP (2020) Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry: An Update and Review. *Psychosomatics*.

ÇOCUK VE ERGENLERDE DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLARA ACİL YAKLAŞIM

7

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin TAŞ TORUN

GİRİŞ

Dissosiyasyon bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışların uygun örüntüler halinde bütünleştirilmesinde bozukluk ya da uyumsuzluk olarak tanımlanır.^{1,2} Çocuk ve ergenlerde gözlenen dissosiyatif belirtiler primer, sekonder ve tersiyer belirtiler olarak sınıflandırılmaktadır. Primer dissosiyatif belirtiler arasında amneziler ve bellek bozuklukları, dissosiyatif süreç belirtileri (örn. dalgalılık, işitsel varsanılar, depersonalizasyon, derealizasyon, hızla ortaya çıkan regresif davranışlar, pasif etkilenme yaşantıları, farklı alter kişilik durumlarının varlığı), travma ile ilişkili stres belirtileri (örn. tekrar yaşantılama, kaçınan özelliklerin ortaya çıkışı, aşırı uyarılma) yer almaktadır. İkincil dissosiyatif belirtiler ise depresyon, duygusal labilite, anksiyete, özgüvende azalma ve somatoform belirtilerdir (örn. hızla ortaya çıkan ve kaybolan fiziksel yakınmalar, baş ağrıları, konversiyon belirtileri, pseudonöbetler). Tersiyer belirtiler ise intihar düşünceleri/girişimleri, kendine zarar verme davranışları, davranım sorunları ve akademik problemlerdir.³ Yapılan çalışmalarda, az ve işlevselliği bozmayacak şekilde sağlıklı bireylerde de zaman zaman ortaya çıkabilen dissosiyatif belirtilerin sıklığının %10 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle küçük çocuklarda yoğun hayali etkinlik ve fanteziler, hayali oyunlar ve hayali rollerin normal gelişimin bir parçası olduğu unutulmamalıdır.¹ Ayrıca pek çok çocuk ve erişkinin küçük gündelik

KAYNAKLAR

1. Zoroğlu SS (2016) Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, Akay Pekcanlar A, Ercan ES (eds). Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara, s:346-366.
2. Akcan G, Öztürk E (2018) Dissosiyatif Temel Belirtiler ve Temel Psikoterapötik Yaklaşımlar. Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon içinde, Öztürk E (ed). Türkiye Klinikleri, Ankara, s: 20-30.
3. Putnam FW, Helmers K, Trickett PK (1993) Development, reliability, and validity of a child dissociations scale. Child Abuse Negl, 17:731-741.
4. Gül H, Öner Ö (2017) Dissosiyatif bozuklukların nörobiyolojisi ve beyin görüntüleme çalışmaları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics,10(3): 177-84.
5. Jans T, Schneck-Seif S ve ark. (2008) Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2(1):1-10.
6. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM, 5th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC.
7. Şar V (2018) Dissosiyatif Bozukluklar. Temel ve Klinik Psikiyatri içinde, Karamustafalıoğlu KO (ed) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s:453-461.
8. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R ve ark. (2011) Dissociative disorders in DSM-5. Depression and anxiety, 28(12):17-45.
9. Şar V, Ross C (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. Psychiatric Clinics, 29(1):129-144.
10. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Öztürk M ve ark. (2000) Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1:197-206.
11. Şar V, Koyuncu A, Ozturk E ve ark. (2007) Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. General Hospital Psychiatry, 29(1):45-50.
12. Singh S, Kumar S, Deep R (2020). Pediatric psychiatric emergencies at a tertiary care center in India. Mental Retardation, 2:3-1.
13. Coşkun M (2016) Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, Akay Pekcanlar A, Ercan ES (eds). Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara, s:545-572.
14. Uytun MÇ, Durmuş R, Öztop DB (2014) Diagnosis and differential diagnosis of dissociative disorder. J Clin Psy, 17(1): 41-48.
15. Sun P, Alvarez-Jimenez M, Simpson K ve ark. (2018) Does dissociation mediate the relationship between childhood trauma and hallucinations, delusions in first episode psychosis? Comprehensive Psychiatry, 84:6874.
16. Vermetten E, Spiegel D (2014) Trauma and dissociation: Implications for borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep, 16(2):434.
17. (2015) Dissociation following traumatic stress. Zeitschrift für Psychologie/J Psychol, 218(2):109-27.
18. Lensvelt-Mulders G, van Der Hart O, VanOchten JM ve ark. (2008) Relations among peritraumatic dissociation and post traumatic stress: A meta-analysis. Clin Psychol Rev, 28(7):1138-51.
19. Van der Hart O, Van Ochten JM, Van Son MJ ve ark. (2008) Relations among peritraumatic dissociation and post traumatic stress: J Trauma Dissociation, 9(4):481-505.

20. Van der Velden PG, Wittmann L (2008) The independent predictive value of peritraumatic dissociations for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clin Psychol Rev*, 28(6):1009-20.
21. Brewin CR (2001) A cognitive neuroscience account of post traumatic stress disorder and its treatment. *BehavResTher* 2001;39(4):373-93.
22. Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW ve ark. (2018) Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48: 2467-2476.
23. Trond HD (2005) Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59:79-91.
24. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V ve ark. (2003) Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatr Clin Neurosci*, 57:119-126.

ÇOCUK VE ERGENLERDE SOMATİK BELİRTİLER VE İLİŞKİLİ DURUMLARA ACİL YAKLAŞIM

8

Dr. Zeynep Kübra ÇEVİK
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin TAŞ TORUN

GİRİŞ

Somatizasyon ruhsal sıkıntı veya stresin fiziksel bir yakınma olarak ortaya çıkması ve altta yatan medikal bir neden ile açıklanamaması olarak tanımlanabilir. Somatizasyon kişinin hayatını, işlevselliğini etkilediğinde ve sürekli olduğunda bir bozukluk olarak ele alınır.¹ Yapılan çalışmalarda bazı mizaç özelliklerinin (örn. utangaçlık, mükemmeliyetçilik) ve efektif olmayan baş etme stratejilerinin (örn. kaçınma), bilişsel kapasitede geriliğin, dil ve öğrenme zorluklarının, ailede psikiyatrik ya da psikiyatri dışı hastalıkların varlığının, olumsuz yaşam olaylarının ve çocuktaki psikiyatrik hastalıkların somatik belirti ve ilişkili bozukluklar için risk faktörleri olduğu gösterilmiştir.²

Çocuk ve ergenlerde somatizasyon oldukça sık görülmektedir. Somatizasyonu olan çocuk ve ergenler başvuru yakınmaları fiziksel olduğundan öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerine, pediatri veya acil tıp birimlerine başvururlar.³ Kanada'da yapılan bir çalışmada, çocuk acil servisine olan başvuruların %3,3'ünün muhtemel bir somatizasyon bileşeni içerdiği ve %13,3'ünün mevcut sorunlara ek bir somatizasyon içerebileceği ancak daha kapsamlı bir değerlendirme gerektirdiği bildirilmiştir.⁴ Somatik belirtilerle ilişkili bozukluklarda çocuğun fiziksel yakınmaları tıbbi öykü, muayene bulguları ve tetkiklerle tutarlılık göstermez ancak çocuk ve ailenin hayatını ciddi düzeyde etkiler (örn. okul devamsızlığının sık olması,

Ebeveyn ve çocuk için aile psikoterapisi ve/veya bireysel psikoterapi gibi psikiyatrik tedaviler sağlanmalıdır. Çocuk koruma birimleri ve adli makamlar mutlaka bilgilendirilmelidir. Yasal önlemler ve hapis yoluyla ebeveynin çocuktan uzaklaştırılması söz konusu olabilmektedir. Hasta olarak getirilen çocuğun, varsa evde bakıma muhtaç diğer çocukların da tedavisi ve korumaya alınması gerekebilir.^{39,41}

KAYNAKLAR

1. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L ve ark. (2017) Pediatric somatic symptom disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 19(2):11.
2. Fiertag O, Taylor S, Tareen A ve ark. (2019) Somatic Symptom, Bodily Distress and Related Disorders in Children and Adolescents. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health içinde, Rey JM ve Martin A (eds), Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
3. Mutluer T (2018) Çocuk ve Ergende Psikosomatik Hastalıklar. Şar V (ed), Stres ve Bedensel Hastalıklar: Günümüzde Psikosomatik Tıp, Ankara: Türkiye Klinikleri, p.58-63.
4. Virk P, Dzung XV, Ellis J ve ark. (2020) Pediatric somatization in the emergency department: assessing missed opportunities for early management. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 22(3):331-337.
5. Cozzi G, Minute M, Skabar A ve ark. (2017) Somatic symptom disorder was common in children and adolescents attending an emergency department complaining of pain. *Acta Paediatrica*, 106(4):586-593.
6. Cozzi G, Barbi E (2019) Facing somatic symptom disorder in the emergency department. *J Paediatr Child Health*, 55(1):7-9.
7. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed), Washington DC.
8. Heimann P, Herpertz-Dahlmann B, Buning J ve ark. (2018) Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 28;12:34.
9. Campo JV (2012) Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(5):575-92.
10. Gesuete V, Fregolent D, Contorno S ve ark. (2020) Follow-up study of patients admitted to the pediatric emergency department for chest pain. *European Journal of Pediatrics*, 179(2):303-308.
11. Lipsitz JD, Gur M, Sonnet FM ve ark. (2010) Psychopathology and disability in children with unexplained chest pain presenting to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 26(11):830-836.
12. Brown J (2009) Child and Adolescent Mental Health Presentations in the Emergency Department. *Emergency Department Handbook Children and Adolescents With Mental Health Problems* içinde, Kaplan T (ed), The Royal College of Psychiatrists, s: 46-48.
13. Husain H, Browne T, Chalder T (2007) A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child Adolesc Ment Health*, 12:2-7.

14. Güler AS (2018) Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel İ ve ark. (ed), Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, HYB, Ankara, s:367-385.
15. Silber TJ (2011) Somatization disorders: diagnosis, treatment and prognosis. *Pediatr Rev*, 32(2):56-63.
16. Pehlivan Türk B (2008) Somatoform Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde, Çuhadaroğlu F, Pehlivan Türk B, Ünal F ve ark. (eds), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:423-438.
17. Samuels A, Tuvia T, Patterson D ve ark. (2019) Characteristics of conversion disorder in an urban academic children's medical center. *Clin Pediatr (Phila)*, 58(11-12):1250-1254.
18. Coşkun M, Zoroğlu S (2009) Long lasting conversion disorder and hospitalisation in a young girl: importance of early recognition and intervention. *Türk Pediatri Dergisi*, 51: 282-286.
19. Kayıpmaz S (2016) Acil Serviste Sık Görülen Psikiyatrik Durumlar. *Pratik Acil Tıp Cep Kitabı* içinde, Kavalcı C, Özkan S (ed), Derman Tıbbi Yayıncılık, Ankara s:418-420.
20. Çayköylü A, Korkmaz SA, Kabadayı E ve ark. (2016a) Psikosomatik Tıp: İşlevsel Nörolojik Belirti Bozukluğu. *Kaplan & Sadock Psikiyatrisi*, 11. Baskı içinde, Bozkurt A (çev ed), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, s: 475-476.
21. Pehlivan Türk B, Ünal F (2008). Cultural and clinical aspects of conversion disorders with special reference to Turkish children and adolescents. *Culture and Conflict in Child and Adolescent Mental Health*, Vol 17. Garralda EM ve Raynauld JP (eds), Maryland, USA: Jason Aaronson, 133-56.
22. Reilly C, Menlove L, Fenton V ve ark. (2013) Psychogenic nonepileptic seizures in children: A review. *Epilepsia*, 54(10): 1715-1724.
23. Doss JL ve Plioplys S (2018) Pediatric psychogenic nonepileptic seizures: a concise review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 27(1):53-61.
24. Davis BJ (2004) Predicting nonepileptic seizures utilizing seizure frequency, EEG, and response to medication. *Eur Neurol*, 51:153-6.
25. Sonubar B, Pehlivan Türk B (1999) Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu. *T Klin Psikiyatrisi*, 1:62-67.
26. Hopp JL (2019) Nonepileptic episodic events. *Continuum (Minneapolis)*, 25(2):492-507.
27. Devinsky O, Gazzola D, LaFrance WC (2011) Differentiating between nonepileptic and epileptic seizures. *Nature Reviews Neurology*, 7(4):210-20.
28. Hingray C, Biberon J, El-Hage W ve ark. (2016) Psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Rev Neurol (Paris)*, 172(4-5):263-9.
29. Lortie A (2013) Psychogenic nonepileptic seizures. *Handb Clin Neurol*, 112:875-9.
30. Warnke A, Romanos M (2014) Psychiatric Emergency Therapy in Children and Adolescent. *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents, Basic Pharmacology and Practical Applications* içinde, Springer Verlag Wien, s:493-498.
31. Coşkun M (2018) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Acil Durumlar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel İ ve ark. (ed), Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, HYB, Ankara s:556-557.
32. Feldman MD, Ford CV (2000) Factitious Disorders. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed içinde, Sadock BJ ve Sadock VA (eds), Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1533-1543.

33. Ehrlich S, Pfeiffer E, Salbach H ve ark. (2008) Factitious disorder in children and adolescents: A retrospective study. *Psychosomatics*, 49: 392-398.
34. American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)*, 25. Washington DC.
35. Libow JA (2000) Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics*, 105:336-342.
36. Pridmore S (2013) Factitious disorder. *Download of Psychiatry, Chapter 23* <http://eprints.utas.edu.au/287/> adresinden 19.06.2020 tarihinde alınmıştır.
37. Bahalı K, İpek H, Kurban S ve ark. (2014) Ergenlik döneminde psikolojik belirtilerle seyreden yapay bozukluk: bir olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 21(1): 45-49.
38. Catalina M, Gómez Macias V, de Cos A (2008) Prevalence of factitious disorder with psychological symptoms in hospitalized patients. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(6):345-9.
39. Çayköylü A, Korkmaz SA, Kabadayı E ve ark. (2016b) *Psikosomatik Tıp: Yapay Bozukluk*, Kaplan ve Sadock *Psikiyatri*, 11. Baskı içinde, Bozkurt A (çev ed), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, s: 490-496.
40. Eastwood S, Bisson J (2008) Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4):209-18.
41. Pekcanlar-Akay A ve Diler RS (2008) Yapay Bozukluk. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* içinde, Çuhadaroğlu F, Pehlivan Türk B, Ünal F ve ark. (eds), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:455-461.
42. Sönmez İ (2016) *Acil Psikiyatrik Tıp*. Kaplan ve Sadock *Psikiyatri*, 11. Baskı içinde, Bozkurt A (çev ed), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, s:763-790.
43. Sheridan M (2003) The deceit continues: an updated literature review of munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect*, 27(4):431-51.
44. Puri BK, Treasaden IH (2008) *Psychiatric Emergencies in A & E: Munchausen syndrome (hospital addiction syndrome)*. *Emergencies in Psychiatry* içinde, Puri BK ve Treasaden IH (eds), Oxford University Press, s:186-187.

ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETE BOZUKLUKLARINA ACİL YAKLAŞIM

BÖLÜM

9

Dr. Samet Can DEMİRCİ
Prof. Dr. Yasemen IŞIK

GİRİŞ

Anksiyete akut tehdit karşısında genellikle tanımlanması zor olan yoğun endişe hissi ve otonomik sinir sisteminin artmış aktivasyonuna bağlı bedensel belirtilerin gözleendiği bir durumdur. Kişiyi yaklaşan tehlikeler için uyarır ve tehdit ögesi ile baş etmek üzere önlem alınmasını sağlar.¹ Korku da anksiyeteye benzer bir uyarıdır; ancak korku dışarıda bulunan, bilinen, açık olarak tanımlanabilen ve kökeni iç çatışmaya dayalı olmayan bir tehdide karşı gösterilen tepkidir. Oysa anksiyete bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir. Örneğin karşıdan karşıya geçerken hızla gelmekte olan bir arabayı görünce korkma sırasında yaşanan duygu ile ilk kez girilen yabancı bir ortamda bulunmaktan ötürü duyulan, tanımlanması zor rahatsızlık duygusu birbirinden çok farklıdır. Bu iki duygusal tepki arasındaki farklardan biri de korkunun akut, anksiyetenin ise kronik özellikte olmasıdır.²

Her bireyde akut bir tehdit karşısında anksiyetenin bazı bileşenleri gözlenebilir. Anksiyete bozukluklarında ise anksiyete ya müphem bir tehdit algısına yöneliktir ya da var olan tehditle orantısız olarak şiddetli ve sürekli. Bu durum bireyi rahatsız eder ve işlevselliğini bozar. Anksiyete bozukluklarında çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtiler gözlenir. Anksiyete bedensel olarak tehlikeye tepki vermeye hazırlayan fizyolojik değişiklikleri tetikler. Bu tepki kaçma, savaşıma ya da donma şeklinde olabilir. Akut

KAYNAKLAR

1. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR ve ark. (2003) Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17(3) s:173-179.
2. Köroğlu E (1995) Anksiyete Bozuklukları. *Psikiyatri içinde*, Köroğlu E (ed), Hekimler Yayın Birliği, (2): 51.
3. Feng GK, Ma XJ, Chen YY ve ark. (2018) Effects of Chailong Jieyu Pill on Behavior, Monoamine Neurotransmitters, and Corticosteroid Receptors in a Rat Model of Anxiety Disorder. *Evid Based Complement Alternat Med*, Vol. 2018, 5489215.
4. Liu Y, Zhao J, Guo W (2018) Emotional roles of mono-aminergic neurotransmitters in major depressive disorder and anxiety disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, s: 2201.
5. Sadock BJ, Sadock VA (2003) *Synopsis of Psychiatry*, 9th Edition. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, s:591–642.
6. Ravindranath D, Abelson J (2010) The Anxious Patient. *Clinical Manual of Emergency Psychiatry içinde*, Riba MB ve Ravindranath D (eds), American Psychiatry Publishing, Arlington VA, s: 141-163.
7. Lentz C (2018) Anxiety and Mood Disorders in an Emergency Context. *Big Book of Emergency Department Psychiatry içinde*, Balan Y, Murrell K & Lentz C (eds), CBC Press, s: 147-171.
8. Ramsawh HJ, Chavira DA, Stein MB (2010) Burden of anxiety disorders in pediatric medical settings: prevalence, phenomenology, and a research agenda. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(10), s:965-972.
9. Milner KK, Florence T, Glick RL (1999) Mood and anxiety syndromes in emergency psychiatry. *Psychiatry Clinics of North America*, 22:755–777.
10. Deacon B, Lickel J, Abramowitz JS (2008) Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 s:344–350.
11. Kaplan T (2009) Self-harm: Issues, Assessment and Interventions. *Emergency Department Handbook Children and Adolescents with Mental Health Problems içinde*, Kaplan T (ed), The Royal College of Psychiatrists, s: 63-75.
12. Bahalı K, Tahiroğlu AY, Avcı A (2009) Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 10, s:310-317.
13. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S ve ark. (2014) Separation anxiety, social phobia and generalized anxiety disorders in the Chilean epidemiological study of children and adolescents. *J Child Adolesc Behav*, 2(133), s: 2.
14. Işık Y (2007) Anksiyete Bozuklukları. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde*, Aysev AS Işık Y (ed), Johnsson&Johnsson Press, s: 443-493.
15. Işık E, Taner YI (2006) Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları. *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları içinde*, Işık E (ed), İstanbul: Golden Print; s:367-491.
16. Coley KC, Saul MI, Seybert AL (2009): Economic burden of not recognizing panic disorder in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 36:3–7.
17. Austin DW, Richards JC (2001) The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 39:1277–1291
18. Ervin SE, Williams J (2013) Challenging cases: how do we intervene with pediatric med/psych issues? *Hospital Pediatrics*, 3(1) s: 65-69.

19. Warnke A (2014) Anxiety Disorders and Phobias. *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents içinde*, Gerlach M, Warnke A, Greenhill L (eds), Springer-Verlag, Wien, s: 359-368
20. Gerlach M, Warnke A (2014) Anxiolytics and Sedative Hypnotics. *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents içinde*, Gerlach M, Warnke A, Greenhill L (eds), Springer-Verlag, Wien, s:219-256
21. Taylor D, Barnes TRE, Young AH (2018) Children and Adolescents. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry içinde*, Wiley Blackwell, 2(5) s:480-495.
22. Susman J, Klee B (2005) The role of high-potency benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 7 (1): 5– 11.
23. Rund DA, Ewing JD, Mitzel K ve ark. (2006) The use of intramuscular benzodiazepines and antipsychotic agents in the treatment of acute agitation or violence in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 31 (3): 317– 324
24. Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M (2015) Alcohol withdrawal syndrome: Benzodiazepines and beyond. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9 (9): VE01– VE07.
25. O' Brien C (2005) Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (2): 28– 33.
26. Drug Enforcement Administration, Diversion Control Division (1999) Don't be scammed by a drug abuser. Drug Enforcement Administration Website.
27. Grover CA, Elder JW, Close RJH ve ark. (2012) How frequently are “ classic” drug-seeking behaviors used by drug-seeking patients in the emergency department? *Western Journal of Emergency Medicine* 13 (5): 416– 421.
28. Cheng X, Chen Z, Zhang L ve ark. (2020) Efficacy and Safety of Midazolam Oral Solution for Sedative Hypnosis and Anti-anxiety in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 11, s: 225.
29. Klein LR, Driver BE, Miner JR ve ark. (2018) Intramuscular midazolam, olanzapine, ziprasidone, or haloperidol for treating acute agitation in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 72(4), s: 374-385.
30. Simeon JG, Ferguson HB (1987) Alprazolam effects in children with anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 32(7), s:570-574.
31. Gerson R, Malas N, Feuer V ve ark. (2019) Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *Western Journal of Emergency Medicine içinde*, 20(2), s:409.
32. Witek MW, Rojas V, Alonso C, ve ark. (2005) Review of benzodiazepine use in children and adolescents. *Psychiatric Quarterly*, 76(3) s:283-296.

ÇOCUK VE ERGENLERDE İSTİSMAR ŞÜPHEİNDE ACİL YAKLAŞIM

10

Dr. İbrahim ZEYREK
Dr. Sarper İÇEN
Prof. Dr. Elvan İŞERİ

GİRİŞ

İstismar genel olarak emosyonel sindirme, fiziksel yaralama, rıza olmadan yapılan cinsel eylemler ve bazen tecavüze varabilen süregelen zorlayıcı davranışları içerir. Çocuk istismarının uygulayıcısı sıklıkla ebeveyn, bakıcı ya da gözetmen rolündeki (örn. dini lider, antrenör, öğretmen) çocuğun tanıdığı bir kişidir. Özellikle cinsel istismarın suçlusu tipik olarak tanınan ve güvenilen birisidir. Sorumluluk, güç ya da güven unsurlarına sahip olan istismarcı nadiren şiddet kullanır ancak çocuğun güvenini manipüle eder. Aile içi istismar kan bağı olan bireyler arasında gerçekleşen istismarları kapsar ve genellikle gizlenmektedir. Bu nedenle istismar mağdurlarını değerlendirip yardımcı olabilmek için öncelikle istismarın belirti ve bulgularının farkında olmak, sonrasında bu durumlarda istismar olasılığından şüphelenmek gerekir. Acil serviste klinisyenler aile içindeki ve ev ortamındaki istismara karşı tetikte olmalıdır. Tablo 10.1’de aile içi istismar kapsamında değerlendirilmesi gereken durumlara yer verilmiştir. Şüphelenilen vakalarda mutlaka çocuklara tek başına görüşme imkanı tanınmalıdır.

Tablo 10.8. Tecavüz Mağduru İçin Acil Terapötik Yaklaşımlar***Yenilemek**

- Hastalara psikolojik güvenliği sağlama ve medikal çevrenin güvenliğini hissetme konusunda yardımcı olmak; eğer hastalar güç ve kontrol açısından hassas ise sakin, saygılı bir yaklaşım güvenlik hissi geliştirmelerine yardımcı olacaktır.

Bilgi sağlamak

- Tıbbi durumları hakkında mağdurlara bilgi vermek, gelecek sağlık problemleri (örn. gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV enfeksiyonu) hakkında endişeleri ele almak; yasal olarak ceza arayışına karar veren mağdurlar için hukuk sistemi, polisin rolü ve kanıt toplama gerekliliği hakkında hastaya eğitim verilmelidir.

Yanlış düzeltmek

- Tecavüz mağdurları sıklıkla yanlış bir şekilde olanlar hakkında kendilerini suçlamakta ve bazen karanlıkta dışarı çıkmanın daha fazla saldırıya yol açacağı inancı gibi korkular geliştirebilmektedir; tecavüz deneyimini mağdurun daha gerçekçi şekilde tanımlamasına yardımcı olunmalıdır.

Psikoeğitim ve sağaltım

- Tecavüzle baş ederken irritabilite, uyku sorunları, intruzif düşünceler, kabuslar, kaçınmalar ve uyuşma gibi bazı belirtiler sıklıkla görülmektedir; mağdurlara psikolojik güçlenmelerini yeniden sağlamalarına, tecavüz sonrasındaki düşüncelerin felaketleştiren doğasını tanımalarına ve “çıldırıldıklarına” ya da “kontrolü kaybettiklerine” ilişkin korkularını sakinleştirmelerine yardımcı olunmalı, anksiyete suçluluk ve öfkeyi azaltmak için müdahalelere başlanmalıdır.

*Khouzam 2007'den yararlanılarak tablolaştırılmıştır.¹

KAYNAKLAR

1. Khouzam HR (2007) Victims of Domestic Abuse and Rape. Handbook of Emergency Psychiatry içinde, Khouzam HR, Tan DT & Gill TS (eds), Mosby Elsevier Press, s: 419-52
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K ve ark. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet, 373 : 68 – 81
3. King WK, Kiesel EL, Simon HK (2006) Child abuse fatalities: are we missing opportunities for intervention? Pediatr Emerg Care, 22:211–214.
4. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A ve ark. (1999) Analysis of missed cases of abusive head trauma. JAMA, 281:621–626.
5. Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T (2005) Observational study of suspected maltreatment in Italian pediatric emergency departments. Arch Dis Child, 90:406-410.
6. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. (2002) Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. J Emerg Med; 23:341-345.
7. Gill TS (2007) Child and Adolescent Psychiatric Emergencies. Handbook of Emergency Psychiatry içinde, Khouzam HR, Tan DT & Gill TS (eds), Mosby Elsevier Press, s: 402-5.
8. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S ve ark. (2010) Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. Dtsch Arztebl Int, 107(13): 231–240.

9. Puri BK, Treasaden IH (2008) Psychiatric emergencies in children and adolescents. *Emergencies in Psychiatry* içinde, Puri BK ve Treasaden IH (eds), Oxford University Press, New York, s:254-55.
10. Bella T, Adejuma O, Ibeziako P ve ark. (2017) *Emergencies in Psychiatry in Low- and Middle- Income Countries* içinde, Thara R ve Vijayakumar L (eds), Routledge Press, New York NY, s:104-123.
11. Atzemis AD, Kondis JS (2015) *Child Maltreatment. The Washington Manual of Pediatrics second edition* içinde, White AJ (ed), Wolters Kluwer Inc, s:187-200.
12. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S ve ark (2008) *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und Rechtliche Grundlagen*, Springer-Verlag Heidelberg, s: 144–55.
13. Jacobi G (2008) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen*. Verlag Hans Huber, Bern.
14. Harris TB, Sargent J (2011) *Trauma and Associated Disorders. Child and Adolescent Psychiatry The Essentials* içinde, Cheng K ve Myers KM (eds), Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia s:122–39.
15. Jain AM (1999) Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin N Am*, 17:575–93.
16. Newberger EH (1990) Pediatric Interview Assessment of Child Abuse. *Challenges and Opportunities*, *Pediatr Clin North Am*, 37(4):943-54.
17. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR ve ark (2015) Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Ann Emerg Med*, Nov, 66(5):447-54.

ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMA SONRASI ACİL YAKLAŞIM

11

Dr. Sarper İÇEN
Prof. Dr. Elvan İŞERİ

GİRİŞ

Bu bölümde çocuk ve ergenlerde yaşanan sınırları belirli tek bir travmanın etkisiyle oluşabilecek aciller ele alınacaktır. İstismar da kimi zaman bu şekilde sınırlı bir travma olabirse de daha sıklıkla görülen süreğen istismar vakaları özel bir yaklaşım gerektirmektedir ve bunlara Bölüm 10'da yer verilmiştir. Çoklu ya da süreğen travmadan etkilenme farklı şekillerde olmaktadır. Bunlar akut stres bozukluğuna yapılacak kısa müdahalelerden farklı bir yaklaşım gerektirmektedir.

Travma ilişkili bozukluklar travmatik olaya doğrudan maruz kalma, başkasının maruziyetine tanık olma ya da yakın aile bireyleri ve yakın arkadaşlar gibi birinin başına geldiğini öğrenme sonrasında görülebilmektedir. Değer verilen birinin kaybedilmesi, fiziksel saldırı yaşama ya da yaşadığına tanık olma ve yanıklar yaygın görülen bireysel travmalardır. Bazen toplu olarak maruz kalınan kitlesel travmalar da yaşanmaktadır. Doğal afetler (örn. deprem, yangın, sel, kasırga, tsunami), endüstriyel kazalar (örn. nükleer santral patlaması), trafik kazaları (örn. yolcu otobüsü, tren, uçak, gemi), ateşli saldırı ve patlama şeklindeki terör eylemleri, yoğun kayıplar yaşanan salgın hastalıklar, savaşlar ve yol açtıkları sıkıntılar bütün toplum üzerinde travmatik etki yaratabilen olaylardır.

Travmaya yanıtın zamanlaması, şiddeti ve süresi bireysel farklılıklar gösterir. Psikolojik etkilenme düzeyi travmanın tipine, yol açtığı kayıplara,

KAYNAKLAR

1. Khouzam HR (2007) Emergency Psychiatric Care of Survivors of Natural Disasters and Terrorism. Handbook of Emergency Psychiatry içinde, Khouzam HR, Tan DT & Gill TS (eds), Mosby Elsevier Press, s: 474-520.
2. Tharoor H, Padmavati R (2017) Psychiatric Emergencies in Grief. Emergencies in Psychiatry in Low and Middle-Income Countries içinde, Thara R & Vijayakumar Lakshmi (eds), Routledge Press, s:36-43
3. Danese A, Smith P, Chitsabesan P ve ark (2020) Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. Br J Psychiatry, 216(3):159-162.
4. Harris TB, Sargent J (2011) Trauma and Associated Disorders. Child and Adolescent Psychiatry The Essentials, 2nd edition içinde, Cheng K, Myers KM (eds) Lippincott Williams&Wilkins, E-book.
5. Sumathipala A (2017) Psychiatric Emergencies in Disaster Situations. Emergencies in Psychiatry in Low and Middle-Income Countries içinde, Thara R ve Vijayakumar Lakshmi (eds), Routledge Press, s: 94-103.
6. McLauchlan CA (1990) ABC of major trauma. Handling distressed relatives and breaking bad news. BMJ, 301, 1145–1149.
7. Leon G, Polusny MA (2004) Introduction to the special theme issue on psychosocial issues in disasters and terrorism. Prehospital Disaster Med, 19, 2–3.
8. Khan MM, Nadeem T, Asad N (2017) Psychiatric Emergencies After Terrorist Attacks. Emergencies in Psychiatry in Low and Middle-Income Countries içinde, Thara R ve Vijayakumar Lakshmi (eds), Routledge Press, s: 180-193.
9. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK ve ark. (2010) Acute stress reaction and completed suicide. Int J Epidemiol, 39, 1478–1484.
10. De Young AC, Kenardy JA (2017) Preventative Early Intervention for Children and Adolescents Exposed to Trauma. Evidence Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents içinde, Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U (eds), Springer International Publishing, Switzerland, s:121-144.
11. Kassam-Adams N, Winston FK (2004) Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(4), 403–411.
12. Kahana SY, Feeny NC, Youngstrom EA ve ark. (2006) Posttraumatic stress in youth experiencing illnesses and injuries: An exploratory meta-analysis. Traumatology, 12, 148–161.
13. Le Brocque RM, Hendrikz J, Kenardy JA (2010) The course of posttraumatic stress in children: Examination of recovery trajectories following traumatic injury. Journal of Pediatric Psychology, 35(6), 637–645.
14. Bryant RA (2016) Acute Stress Disorder in Children. Acute Stress Disorder: What It Is and How to Treat It içinde, The Guilford Press, New York, NY, s: 220-231.
15. Yule W, Smith P (2015) Post Traumatic Stress Disorder. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry Sixth Edition içinde, Thapar A, Pine DS, Leckman JF ve ark (eds), John Wiley and Sons Press, s:806-821.
16. Kassam-Adams N, Garcia-Espana JF, Miller VA ve ark. (2006) Parent– child agreement regarding children's acute stress: The role of parent acute stress reactions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(12), 1485–1493.

17. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013) Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. ACPMH, Melbourne.
18. NICE (2005) Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE Clinical Practice Guideline Number 26.
19. Kassam-Adams N, Felipe García-España J, Marsac ML ve ark. (2011) A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *J Trauma Stress*, 24(3):252–259.
20. Kenardy JA, Cox CM, Brown FL (2015) A web-based early intervention can prevent long-term PTS reactions in children with high initial distress following accidental injury. *J Trauma Stress*, 28(4):366–369.
21. Cox CM, Kenardy JA, Hendrikz JK (2010) A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 581–592.
22. Kazak AE, Kassam-Adams N, Schneider S ve ark. (2006) An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *J Pediatr Psychol*, 31(4):343–355.
23. Kramer DN, Landolt MA (2011) Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 2:7858.
24. Kazak AE, Rourke MT, Alderfer MA ve ark. (2007) Evidence-based assessment, intervention and psychosocial care in pediatric oncology: a blueprint for comprehensive services across treatment. *J Pediatr Psychol*, 32(9):1099–1110.
25. Marsac ML, Kassam-Adams N, Hildenbrand AK ve ark. (2015) Implementing a trauma-informed approach in pediatric health care networks. *JAMA Pediatr*, 170(1):70–77 .
26. Stuber ML, Schneider S, Kassam-Adams N ve ark. (2006) The medical traumatic stress toolkit. *CNS Spectr*, 11(2):137–142.
27. Brymer M, Jacobs A, Layne C ve ark. (2006) Psychological first aid: field operations guide, 2nd edn. National Child Traumatic Stress Network, Los Angeles, CA, USA.
28. Berkowitz S, Bryant R, Brymer M ve ark. (2010) Skills for psychological recovery: field operations guide. National Center for PTSD and National Child Traumatic Stress Network. Los Angeles, California, USA
29. Le Brocque R, De Young A, Montague G ve ark. (2016) Schools and natural disaster recovery: the unique and vital role that teachers and education professionals play in ensuring the mental health of students following natural disasters. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 1–23.
30. De Young AC, Hendrikz J, Kenardy JA ve ark. (2014). Prospective evaluation of parent distress following pediatric burns and identification of risk factors for young child and parent posttraumatic stress disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 24(1):9–17.
31. Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR (2011) The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 676–685.
32. Sumathipala A, Siribaddana S, Samaraweera S ve ark. (2009) Psychosis, severe depression, medically unexplained symptoms (MUS), epilepsy and heavy alcohol use: Identification, treatment and referral. Battaramulla, Sri Lanka: Institute for Research and Development.

33. Sareen, J (2014), Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry*, 59, 460–467.
34. Ravindran LN, Stein MB (2009) Pharmacotherapy of PTSD: Premises, principles, and priorities. *Brain Res*, 1293, 24–39.
35. Marsac ML, Donlon K, Berkowitz SJ (2014) Indicated and selective preventive interventions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 383–397.
36. Sheridan RL, Stoddard FJ, Kazis LE ve ark. (2014) Long-term posttraumatic stress symptoms vary inversely with early opiate dosing in children recovering from serious burns: Effects durable at 4 years. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 76(3), 828–832.
37. Saxe G, Stoddard F, Courtney D ve ark. (2001) Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 915–921.
38. Robert R, Tcheung WJ, Rosenberg L ve ark. (2008) Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: A randomized, double-blind study. *Burns*, 34(7), 919–928.
39. Stoddard FJ, JrLuthra R, Sorrentino EA ve ark. (2011) A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(5), 469–477.
40. Meighen KG, Hines LA, Lagges AM (2007) Risperidone treatment of preschool children with thermal burns and acute stress disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(2), 223–232.
41. Nugent NR, Christopher NC, Crow JP ve ark. (2010) The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 282–287.
42. Sharp S, Thomas C, Rosenberg L ve ark. (2010) Propranolol does not reduce risk for acute stress disorder in pediatric burn trauma. *Journal of Trauma*, 68(1), 193–197.
43. Cully JA, Teten AL (2008) *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Houston, TX: Department of Veterans Affairs, South Central MIRECC.
44. Lentz C (2018) Anxiety and Mood Disorders in an Emergency Context. *Big Book of Emergency Department Psychiatry* içinde, Balan Y, Murrell K, Lentz C (eds), CBC Press, s: 147-171.
45. O'Neil A, Quirk SE, Housden S ve ark. (2014) Relationship between diet and mental health in children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 104 (10): e31– e42.
46. Fergusson D, Boden J, Horwood J (2009) Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66 (3): 260–266.

ÇOCUK VE ERGENLERDE İNTOKSİKASYONLARA ACİL YAKLAŞIM

12

Dr. Şeyma GÜRBÜZ
Prof. Dr. Yasemen IŞIK

GİRİŞ

İntoksikasyonlar ilaçların aşırı dozları veya ilaç etkileşimlerinin yanı sıra yasa dışı madde kullanımı, intihar girişimi veya kazara maruziyete kadar değişen klinik durumları kapsamaktadır. İntoksikasyon olgularıyla acil servislerde %0,8-5 oranında karşılaşılır ve bir kısmı yoğun bakıma yatırılarak tedavi edilir.¹ Bu hastaların hızlı stabilizasyon ve resüsitasyonun yanı sıra majör toksik sendromların (toksidrom) tanınması ve tedavisi önemlidir.² Yaygın görülen toksidrom özelliklerine Tablo 12.1'de yer verilmiştir.

İntoksikasyonlarda 15 yaş altında olguların %63'ü 1-4 yaş arasında iken 14 yaş üstünde en sık 25-35 yaş grubunda görülür.^{4,5} Zehirlenmelere bağlı ölüm oranı gelişmiş ülkelerde %1 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %3-5 arasında olduğu bildirilmektedir.⁶ Acilen tanınıp müdahale edilmesi gereken ölümcül zehirlenmelerin özelliklerine Tablo 12.2'de yer verilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Özköse Z, Ayoğlu F (1999) Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Ankara, Turkey. *Hum Exp Toxicol*, 18(10):614-8.
2. Altınyazar V (2010) Psikiyatride Sık Karşılaşılan Toksik Sendromlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4):532571.
3. LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (2011a) Initial Evaluation of the Patient: Vital Signs and Toxic Syndromes. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book, s:34.
4. Kahveci M, Çeltik C, Karasalihoğlu S ve ark. (2004) Bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran çocukluk çağı zehirlenmelerinin değerlendirilmesi. *STED*, 13(1): 19-21.
5. Akköse Ş, Köksal Ö, Fedakar R ve ark. (2006) 1996-2004 Yılları arasındaki erişkin zehirlenme olguları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 32(1):25-7.
6. Tüfekçi IB, Curgunlu A, Şirin F (2004) Characteristics of acute adult poisoning cases admitted to a university hospital in Istanbul. *Hum Exp Toxicol*, 23(7):347 -51.
7. Offerman SR (2018) A Primer on Medical Toxicology. *Big Book of Emergency Department Psychiatry* içinde, Balan Y, Murrell K, Lentz C (eds), CRC Press Taylor&Francis Group, Boca Raton, FL, s: 255-274.
8. Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F ve ark. (2013) Psychiatric Emergencies (Part II): Psychiatric Disorders Coexisting With Organic Diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 17 Suppl 1:65-85.
9. Olson KR, Anderson IB, Benowitz NL ve ark. (2018) Poisoning & Drug Overdose, 7e.
10. İçişleri Bakanlığı Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2019.
11. Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL (2005) Adolescent substance use: brief interventions by emergency care providers. *Pediatr Emerg Care*, 21(11):770-6.
13. Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark (2011b) Principles of Managing the Acutely Poisoned or Overdosed Patient. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book, s:40.
14. Schwartz DT (2011) Diagnostic Imaging. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book, s:62.
15. Vanden Hoek TL, Morrison LJ, Shuster M ve ark. (2010) Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122:S829.
16. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ ve ark. (2016) *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*.
17. Gude AB, Hoegberg LCG (2011) Techniques Used To Prevent Gastrointestinal Absorption. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book, s:90-96.
18. Yin S (2020) Opioid intoxication in children and adolescents, Uptodate.
19. Papadakis MA, McPhee SJ, Bernstein J (2019) *Quick Medical Diagnosis & Treatment*.
20. Jaffee WB, Trucco E, Levy S ve ark. (2007) Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. *J Subst Abuse Treat*, 33:33.
21. Baum CR (2019) Ethanol intoxication in children: Clinical features, evaluation, and management, Uptodate.

22. Nelson LS, Howland MA, Lewin NA ve ark. (2019) Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 11e.
23. Ivnitsky JJ, Schafer TV, Malakhovsky VN ve ark. (2004) Intermediates of Krebs cycle correct the depression of the whole body oxygen consumption and lethal cooling in barbiturate poisoning in rat. *Toxicology*, 202:165–172.
24. Howland MA (2011) Antidotes In Depth (A23): Flumazenil. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book, s: 1074.
25. Vo KT, Horng H, Li K ve ark. (2018) Cannabis Intoxication Case Series: The Dangers of Edibles Containing Tetrahydrocannabinol. *Ann Emerg Med*, 71:306.
26. Ashton CH (2001) Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychiatry*, 178:101.
27. Wang GS (2019) Cannabis (marijuana): Acute intoxication, Uptodate.
28. Wang GS (2019) Synthetic cannabinoids: Acute intoxication, Uptodate.
29. Riederer AM, Campleman SL, Carlson RG ve ark. (2016) Acute Poisonings from Synthetic Cannabinoids 50 U.S. Toxicology Investigators Consortium Registry Sites, 2010-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 65:692.
30. Spiller HA, Ryan ML, Weston RG ve ark. (2011) Clinical experience with and analytical confirmation of "bath salts" and "legal highs" (synthetic cathinones) in the United States. *Clin Toxicol (Phila)*, 49:499.
31. Kugelmass AD, Oda A, Monahan K ve ark. (1993) Activation of human platelets by cocaine. *Circulation*, 88:876.
32. Barbey JT, Roose SP (1998) SSRI safety in overdose. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 15:42.
33. Kant S, Liebelt E (2012) Recognizing Serotonin Toxicity in the Pediatric Emergency Department. *Review, Pediatr Emerg Care*, s:817-21.
34. Hayes BD, Klein-Schwartz W, Clark RF ve ark. (2010) Comparison of toxicity of acute overdoses with citalopram and escitalopram. *J Emerg Med*, 39(1):44–48.
35. Stork CM (2011) Serotonin Reuptake Inhibitors and Atypical Antidepressants. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book, s: 1037-1045.
36. Swoboda H, Meehan TJ (2019) Psychotherapeutic Drugs. Strange and Schafermeyer's Pediatric Emergency Medicine, 5th, New York, N.Y. : McGraw-Hill Education LLC.
37. Boyer EW, Shannon M (2005) The Serotonin Syndrome. *Review article, N Engl J Med*, 352:1112-1120.
38. Liebelt EL (2011) Cyclic Antidepressants. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book, s: 1054.
39. Juurlink DN (2011) Antipsychotics. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, Ninth Edition içinde, Nelson LS, Lewin NA, Howland MA ve ark. (eds), McGraw-Hill Companies, E-book. s: 1003-1013.
40. Spiller HA, Hays HL, Aleguas A (2013) Overdose of Drugs for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Clinical Presentation, Mechanisms of Toxicity, and Management. *Review CNS Drugs*, (7):531-43.
41. Lanphear BP, Matte TD, Rogers J ve ark. (1998) The contribution of lead-contaminated house dust and residential soil to children's blood lead levels. A pooled analysis of 12 epidemiologic studies. *Environ Res*, s:79:51.

42. Özmert E, Yurdakök K, Laleli Y (2003) Ankara'da ilkokul çocuklarında kan kurşun düzeyi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46:20-23.
43. Sample JA (2020) Childhood lead poisoning: Clinical manifestations and diagnosis, Uptodate.
44. Cavanagh JJ (2018) Acute Intoxication: General Considerations. *Quick Guide to Psychiatric Emergencies* içinde, Nordstrom KD ve Wilson PW (eds), Springer International Publishing, E-book, s:153-156.

ÇOCUK VE ERGENLERDE YEME BOZUKLUKLARINA ACİL YAKLAŞIM

13

Dr. Hale Müge YETKİN
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin TAŞ TORUN

GİRİŞ

Yeme bozuklukları sağlıklı gelişim için gerekli olan yeme davranışının belirgin olarak bozulduğu, beden ağırlığı ile ilgili aşırı uğraşlar ile seyreden; bireyin duygusal, psikososyal ve fiziksel sağlığını önemli ölçüde etkileyen ruhsal bozukluklardır.¹ DSM 5'te beslenme ve yeme bozuklukları bir arada sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamaya göre beslenme ve yeme bozuklukları 8 alt gruba ayrılmıştır: anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknircasına yeme bozukluğu (TYB), pika sendromu, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu.¹ Kitabın bu bölümünde sık görüldüğü yaş dönemi, klinik ve etiyolojik özellikleri göz önünde bulundurularak yeme bozukluklarına acil yaklaşım anlatılmıştır.

Yeme bozuklukları önemli psikiyatrik ve diğer tıbbi morbiditelerle ilişkilidir. Fiziksel ve psikolojik etkileri nedeniyle hastanın sağlığı, sosyal hayatı ve günlük aktiviteleri önemli derecede etkilenir. İyileşmeyi takiben bile komplikasyonlardan dolayı hastaların uzun süreli sağlık ihtiyaçları devam edebilir. Yeme bozukluğu olan hastalar normal popülasyona oranla daha sık acil servise başvurumaktadırlar.² Hastalar halsizlik, karın ağrısı, çarpıntı ve amenore gibi genel yakınmalar nedeniyle başvurabilirler.^{3,4} Fakat bu hastaların tedavileri, yeme bozukluklarının patofizyolojisi nedeniyle yay-

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. Striegel-Moore R, DeBar L, Wilson G ve ark. (2008) Health services use in eating disorders. *Psychol Med*, 38:1465–1474.
3. Sansone R, Wiederman M, Sansone L (1997) Healthcare utilization among women with eating disordered behavior. *Am J Manag Care*, 3:1721–1723.
4. Mitchell J, Myers T, Crosby R, ve ark. (2009) Health care utilization in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 42:571–574.
5. Treasure J, Russell G (2011) The case for early intervention in anorexia nervosa: Theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry*, 199:5–7.
6. Merikangas KR, He JP, Burstein M ve ark. (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(10):980–9.
7. Isomaa AL, Isomaa R, Marttunen M ve ark. (2010) Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents. A twostep interview study. *Nord J Psychiatry*, 64(2):123–9.
8. Smink FRE, Van Hoeken D, Oldehinkel AJ ve ark. (2014) Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*, 47(6):610–9.
9. Micali N, Hebebrand J (2015) Anorexia nervosa through the looking glass of the draft ICD 11 diagnostic criteria: a disorder in transition. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24:1149–1152.
10. Romano C, Chinali M, Pasanisi F ve ark. (2003) Reduced hemodynamic load and cardiac hypotrophy in patients with anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr*, 77:308–312.
11. Caseiro D, Frishman WH (2006) Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiol Rev*, 14:227–231.
12. Mehler PS, Krantz MJ (2005) QT dispersion in anorexia nervosa. *Am J Cardiol* 96:1034.
13. De Simone G, Scalfi L, Galderisi M ve ark. (1994) Cardiac abnormalities in young women with anorexia nervosa. *Br Heart J*, 71:287–292.
14. Mascolo M, Trent S, Colwell C (2012) What the emergency department needs to know when caring for your patients with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 45: 977–981.
15. Mehler PS, MacKenzie TD (2009) Treatment of osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*, 42:195–201.
16. Whitelaw M, Gilbertson H, Lam PY, ve ark. (2010) Does aggressive refeeding in hospitalized adolescents with anorexia nervosa result in increased hypophosphatemia? *J Adoles Health*, 46:577–582.
17. Fisher M, Simpser E, Schneider M (2000) Hypophosphatemia secondary to oral refeeding in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 28:181–187.
18. Yasuhara D, Deguchi D, Tsutsui J ve ark. (2003) A characteristic reactive hypoglycemia induced by rapid change of eating behavior in anorexia nervosa: A case report. *Int J Eat Disord*, 34:273–277.
19. Narayanan V, Gaudiani JL, Harris RH (2010) Liver function test abnormalities in anorexia nervosa—Cause or effect. *Int J Eat Disord*, 43:378–381.

20. NSW Ministry of Health (2018) A practice-based guide to the inpatient management of children and adolescents with eating disorders. NSW Ministry of Health, North Sydney.
21. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D ve ark. (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7):714-23.
22. Suri R, Poist ES, Hager WD ve ark. (1999) Unrecognized bulimia nervosa: a potential cause of perioperative cardiac dysrhythmias. *Can J Anaesth*, 46(11):1048-52.
23. Alpaslan AH (2020) Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları ve komorbidite. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları 1. Baskı içinde, Çöpür M (ed), Ankara: Türkiye Klinikleri, p:54-8.
24. Davis C (2015) The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*, 20(6):522-29.
25. Herpertz-Dahlmann B (2017) Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6):438-45.
26. Gümüş YY, Say GN (2020) Yeme bozukluklarında farmakoterapi ve yataklı tedavi. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları 1. Baskı içinde, Çöpür M (ed), Ankara: Türkiye Klinikleri, p.79-86.
27. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM ve ark. (2015) Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *J Adolesc Health*, 56(4):370-5.

ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKİYATRİK ACİLLERE PSİKOFARMAKOLOJİK YAKLAŞIM

14

Uzm. Dr. G. Melike GÜVELİ BOZKURT

Çocuk ve ergenlerin psikiyatrik hastalıklar nedeniyle acil servislere başvuru sıklığında dünya çapında bir artış gözlenmektedir. Son yapılan çalışmalara göre tüm pediatrik acil servis başvurularının yaklaşık %2-5'i davranışsal sorunlar ve psikiyatrik bozukluklar nedeni olmaktadır.¹ Bu nedenle acil servise başvuruda bulunan çocuklara yaklaşımda uygulanacak tedavinin niteliği giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Merkezi sinir sistemi üzerine etki gösteren ve mental bozuklukların sağaltımında kullanılan antidepresan, antipsikotik, duygudurum düzenleyici, anksiyolitik vb. ilaçlar psikotrop ilaçlar olarak bilinmektedir. Çocukluk çağında psikopatoloji konusundaki farkındalığın artması psikotrop ilaçların kullanımını artırmıştır.² Bununla birlikte çocuk ve ergenlerde davranışsal ve duygusal sorunları tedavi etmek için kullanılan ilaçların çeşitliliğinde de artış gözlenmiştir. Psikotrop ilaçların çocuk ve ergenlerde kullanımı günümüzde giderek yaygınlaşmakla birlikte çok uzun bir geçmişe sahip değildir. 1930'lu yıllarda Charles Bradley tarafından benzedrinin keşfi ve kullanımı ile başlayan bu serüven günümüzde çocuklar üzerinde yapılacak ilaç çalışmalarının etik olarak uygun görülmeşi, psikotropaların gelişen beyin üzerindeki etkilerinin bilinmezliği, çocukların ilaç yan etkilerine daha duyarlı olması gibi sebeplerle hala kısıtlı bir alanda devam etmektedir.³ Hatta bu sebeple çocuk ve ergen yaş grubu için "terapötik öksüzler" terimi kullanılmaktadır. Günümüzde klinik pratikte çocuk ve ergenlerde kullanılan pek çok ilaç hala "off-label" (endikasyon dışı) kullanılmaktadır.

- Hastayla kurulacak terapötik ilişkinin niteliği çok önemlidir. Yapılacak her türlü girişim hastayla paylaşılmalı, acil müdahale sırasında mecbur kalınmadıkça parenteral yerine oral ilaç uygulama yolu tercih edilmelidir.
- Oral ilaç almayı reddeden ya da medikal durumu nedeniyle oral alımın uygun olmadığı hastalarda intramuskuler (IM) ya da intravenöz(IV) ilaç uygulama yoluna gidilebilir.
- Yaşa, gelişim düzeyine ve komorbid hastalıklara en uygun ilaç seçilerek, etkin olan en düşük dozda tedaviye başlanması ve yavaş titrasyonla dozun artırılması önerilmektedir.
- Mümkün olduğunca polifarmasiden kaçınılması ve hastanın eşlik eden medikal durumu nedeniyle kullandığı ilaçların çocuk psikiyatri hekimi tarafından bilinmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Grover P, Lee T (2013). Dedicated pediatric behavioral health unit: serving the unique and individual needs of children in behavioral health crisis. *Pediatric Emergency Care*, 29(2), s: 200-202.
2. Rapoport JL (2013) Pediatric psychopharmacology: too much or too little? *World Psychiatry*, 12(2), s: 118-123.
3. Strohl MP (2011) Bradley's benzedrine studies on children with behavioral disorders. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 84(1), s: 27.
4. Araş Ş, Ünlü G, Varol Taş F (2007) Symptoms, diagnoses and diagnostic procedures of patients who presented to the child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 10(1), s: 28-37.
5. Bottelier MA, Schouw ML, Klomp A ve ark. (2014) The effects of Psychotropic Drugs On Developing Brain (ePOD) Study: Methods and Design. *BMC Psychiatry*, 14(1), 48.
6. Swaab D, Boer K (2001) Functional teratogenic effects of chemicals on the developing brain. *Fetal and Neonatal Neurology and Neurosurgery*, s: 251-265.
7. Karanges E, Li KM, Motbey C ve ark. (2011) Differential behavioural and neurochemical outcomes from chronic paroxetine treatment in adolescent and adult rats: a model of adverse antidepressant effects in human adolescents. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(4), 491-504.
8. Lorberg B, Davico C, Martsenkovskiy D ve ark. (2019) Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health içinde. Rey JM, Martin A (ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
9. İşeri E, Güney E (2015) Çocukluk ve ergenlik çağı psikofarmakolojisi. *Psikofarmakoloji içinde*, Yüksel N (ed), Ada Basın Yayın, Ankara, s: 461-502.
10. Findling RL, Landersdorfer CB, Kafantaris V ve ark. (2010) First-dose pharmacokinetics of lithium carbonate in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(4), s: 404.

11. Rao N (2007) The clinical pharmacokinetics of escitalopram. *Clinical Pharmacokinetics*, 46(4), s: 281-290.
12. Thyssen A, Vermeulen A, Fuseau E ve ark. (2010) Population pharmacokinetics of oral risperidone in children, adolescents and adults with psychiatric disorders. *Clinical Pharmacokinetics*, 49(7), 465-478.
13. Mehler-Wex C, Kölch M, Kirchheiner J ve ark. (2009) Drug monitoring in child and adolescent psychiatry for improved efficacy and safety of psychopharmacotherapy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 14.
14. Seeman P, Bzowej NH, Guan HC ve ark. (1987) Human brain dopamine receptors in children and aging adults. *Synapse*, 1(5), s: 399-404.
15. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J (2006) Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), s: 332-339.
16. Stone M, Laughren T, Jones ML ve ark. (2009) Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339:b2880.

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE ETİK İLKELER VE YASAL SORUMLULUKLAR

BÖLÜM

15

Dr. Esra KARA AŞKIN
Doç. Dr. Esra GÜNEY

GİRİŞ

Ahlak felsefesi anlamına gelen etik, doğru ve yanlış davranışın teorisidir.^{1,2} Etik, davranışları yönlendiren standartları belirler.^{2,3} Tıp etiği ise tıp ahlakı demektir ve tıp alanında doğru ve yanlış davranışı ayırt etmeye rehberlik eden etik prensipleri içerir ve bu alanda görev yapan kişilerin uymaları gereken ilkeleri belirler.^{4,5} Tıbbi uygulamalarda sorunun henüz oluşmadan engellenmesi, etik sorunların belirlenmesi ve çözümlenmesi tıp etiğinin amaçları arasındadır.⁶ Her hekim tıbbi uygulamalarında tıbbin evrensel etik ilkelerine uymakla yükümlüdür. Bu yükümlülük hekimler tarafından etik kavramının ve etik ilke ve kuralların bilinmesini gerekli kılmaktadır.

Dünyada etik ilkelerin birçok sınıflandırması olsa da hemen hepsinin temelinde benzer içerikte ilkeler mevcuttur. Tıp etiği çerçevesinde tıbbi eylemlerle daha yakından ilişkilendirilmiş bazı temel ilkeler vardır. Hastaya yarar sağlama, zarar vermeme, hastanın özerkliğine saygı gösterme ve adalet tıp etiğinin 4 temel ilkesidir. Mahremiyete saygı gösterme, dürüstlük, sadakat ve güvenilirlik ikincil ilkeler arasında sayılabilir.² Tıp etiği ilkeleri yasalar gibi kesin hükümler ya da katı ve değişmez kurallar olmayıp, sorunların çözümünde bu ilkeler doğrultusunda özgül bir olaya en uygun yaklaşımı belirleyip ona göre hareket etmek en uygun yöntemdir.⁷

Yarar sağlama ilkesi her türlü koşulda çocuğun yararını öncelikli kılarak yararlı olmayı hedefler. Yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri birbiri ile

Tüm tıbbi müdahalelerde hastanın ya da yasal temsilcisinin onamının alınması ve tıbbi müdahalelerin etik ilke/kuralları ve hukuk kurallarına uygun olması, bu müdahaleler sonucunda doğabilecek olumsuz sonuçlardan dolayı hekimin sorumlu tutulmasını engelleyecektir.²⁶ Çocuk ve ergen psikiyatristleri olarak, psikiyatrik uygulamaları merkeze alan bir anlayışla, mesleki etik ilkeler ve yasal sorumluluklar hakkında bilgi sahibi olmak ve bunlara uygun hareket etmek önemli mesleki bir yükümlülüktür.

KAYNAKLAR

1. Billington R (1997) Felsefeyi Yaşamak. Ahlak Düşüncesine Giriş içinde, Çev: Abdullah Yılmaz, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, s:45-47.
2. Demirhan Erdemir A, Elçioğlu Ö (2011) Tıp Etiği: Tedavi İçin Çocuğun Rızası. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde, Ekşi A (ed), Nobel Kitabevi, s:649-661.
3. Resnik D (2004) Bilim Etiği. Çeviren: Vicdan Mutlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, s:30-43.
4. Sayım F (2011) Tıbbi Etik ve Deontoloji Kavramları. Sağlık Piyasası ve Etik içinde, Marmara Kitap Merkezi Yayınları, Bursa, s:51-63.
5. Arabacı Baysan L, Mutlu E (2018) Etik ilkeler ışığında geçmişten günümüze psikiyatri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 26(3): 148-155.
6. Yıldırım G, Kadioğlu S (2007) Basic Concepts of Ethics and Medical Ethics. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 29(2): 7-12.
7. Aydın E, Ersoy N (1995) Tıp etiği ilkeleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 3(2):48-52.
8. Tokaç M (2017) Hasta Hakları ve Etik. http://istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/duyurular/belge/hasta_haklari_ve_etikboyutu.pdf adresinden 15.06.2020 tarihinde alınmıştır.
9. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) T.C. Resmi Gazete, 863, 04.04.1928. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3> adresinden 17.06.2020 tarihinde alınmıştır.
10. Türk Medeni Kanunu (2001) T.C. Resmi Gazete, 24607, 08.12.2001. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf> adresinden 12.06.2020 tarihinde alınmıştır.
11. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2014) T.C. Resmi Gazete, 28994, 08.05.2014. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html> web adresinden 12.06.2020 tarihinde alınmıştır.
12. Küreci HD, Büken NÖ (2014) Çocuklar ve ergenler aydınlatılmış onam sürecinin neresinde? Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 23(59):190-196.
13. Çobanoğlu N (2009) Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam. Sağlık Hukuk Dergisi, (1):1, s:70-86.
14. Ay A, Çınar S, Boztepe H (2019) Çocuklarda aydınlatılmış onam. Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dergisi, 6(2): 120-125.
15. Hakeri H (2007) Tıp Hukuku. Hukuk Kitapları Dizisi içinde, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s:103-185.

16. Gemici HB, Göksoy ÖE, Doğan A ve ark. (2014) Çocuklarda aydınlatılmış onamda güncel yaklaşımlar. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 5 (3): 496-503.
17. Suzuki LK, Kato PM (2003) Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(4): 159-174.
18. Decker C, Phillips CR, Haase JE (2004) Information needs of adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(6):327-334.
19. Committee on Bioethics (1996) Ethics and the care of critically ill infants and children. *Pediatrics*, 98:149-152.
20. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (1999) https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31 adresinden 13.06.2020 tarihinde alınmıştır.
21. Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı (2015) Çeviren: Murat Civaner, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Gözden Geçirilmiş 3. Baskı, s:36-55.
22. Havens JF, Gerson RS, Marr M (2017) Designing Emergency Psychiatric Services for Children and Adolescents. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* içinde, Martin A, Bloch MH, Volkmar FR (ed), s:844-856.
23. Lenolek G (2018) Children and Adolescents with Psychiatric Emergencies. *Big Book of Emergency Department* içinde, Balan Y, Murrell K, Lentz CB (ed) s:279-280.
24. Tamer G (2019) Sağlık meslek mensuplarının meslekleriyle ilgili yasal sorumlulukları ve yükümlülükleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(3): 355-366.
25. Chown P KM, Sancı L, Newnham V ve ark. (2008) Conducting a Youth-Friendly Consultation. *Adolescent Health GP Resource Kit, Practise Point [Internet]* içinde, Sidney.
26. Özaslan A, Kulusayın Ö (2011) Hekimin Yasal Sorumlulukları. *Adli Tıp Ders Kitabı* içinde, İstanbul Üniversitesi Cerrahaşa Tıp Yayınları, s:13-40.