

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE ACİL DURUMLAR

73.

BÖLÜM

Bürge KABUKÇU BAŞAY¹

GİRİŞ

Acil servise ruhsal/davranışsal sorunlar ile başvuran çocuklar ve ergenler, bir psikiyatrik hastalığın neden olduğu yakınmalardan, kriz tablosuna yol açmış akut bir ruhsal sorundan ya da hemen herkes için travma etkisi yaratabilecek bir durum veya kayıptan dolayı sıkıntı yaşıyor olabilir. Bununla birlikte, acil psikiyatrik değerlendirmede, acil tıbbi durumların da eşlik ediyor olabileceği, ya da bazı tıbbi durumların psikiyatrik rahatsızlıklara benzer klinik sorunlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır (1). Çocuk ve ergen yaş grubunda acil psikiyatrik durumların tanım ve kapsamıyla ilgili kesin sınırlar bulunmamaktadır (2). Psikiyatrik sorunun aciliyeti daha çok, çocuğun ve ergenin kendinin veya ailesinin güvenliğini tehdit eden potansiyel tehlikenin ciddiyeti ve ailenin sosyal ve klinik kaynaklara ulaşabilme, kullanabilme imkânı ile belirlidir. Ayrıca çocuğun düşünce, duygu ve davranışlarının psikiyatrik bir acil durum oluşturduğuna ve mevcut imkânlarla yönetilemeyeceğine dair yargıya varan genellikle çevredeki yetişkinlerdir. Sonuç olarak ebeveynler, diğer aile üyeleri, öğretmenler vb. kişiler acil servis başvurusunu başlatabilir (3). Dolayısıyla acil psikiyatrik başvuru, ciddi intihar girişimleri, intoksikasyonlar, akut toksik metabolik durumlar, akut psikotik ya da anksiyete durumları veya şiddetli agresyon, homisidal tehdit ve kriz hâlleri gibi çok yönlü psikiyatrik ve tıbbi değerlendirme ve müdahaleyi gerektiren nedenlerle olabileceği gibi, daha kronik veya daha az acil olan, ailenin kriz

yönetimi ve başa çıkma sistemlerini etkin olarak kullanamaması veya çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında ayaktan poliklinik destek ve tedavi imkânlarına yeterli şekilde ulaşamaması neticesinde ortaya çıkan hâller nedeniyle de olabilir (3). Başvuru her ne nedenle olursa olsun, acil psikiyatrik duruma yaklaşım, durumun öncüllerini anlayıp ayırıcı tanı ve tanıya yönelik bilgiyi etkin şekilde toplayarak ve risk değerlendirmesi yaparak, iş birliği sağlamayı ve uygun müdahale ve tedavi yaklaşımlarını en doğru şekilde ve en kısa zamanda uygulamayı gerektiren aktif bir süreçtir.

ACİL PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME VE YAKLAŞIM

Acil psikiyatrik değerlendirmede öncelikle hastanın, çevresindekilerin ve sağlık personelinin güvenliği sağlanmalı, görüşmede gerektiğinde yardım çağırabilme imkânı var olmalıdır (4). İlk olarak, mevcut duruma neden olmuş olabilecek tıbbi bir durum ya da ruhsal hastalık veya krizin neden olmuş olabileceği tıbbi sonuçlar dışlanmalı veya uygun şekilde müdahale edilmeli; gereğinde multidisipliner yaklaşım ile yönetilmelidir. Fizik muayene, vital bulguların değerlendirilmesi, gerekli laboratuvar ve görüntüleme değerlendirmelerinin yapılması, ihtiyaç hâlinde toksikolojik kan değerlendirmeleri bu aşamada yapılmalıdır (5). Altta yatan olası bir tıbbi durumun ekartasyonu, böyle bir durum varsa stabilizasyonu ve sonrasında psikiyatrik müdahale planlanmalıdır. Çocuğun ve ergenin acil psikiyatrik değerlendirmesi, yetiş-

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, burgekabukcu@yahoo.com
ORCID iD: 0000-0003-4124-2340

akut, bir aydan uzun ise posttravmatik stres bozukluğu olarak adlandırılır. Akut dönemde çocuk/genç travmanın kendine odaklıdır; genellikle dissosiyatif şekilde yaşantılamalar olabilir. Korku, dehşet, ajite, dezorganize davranışlar, yeniden yaşantılama, travmayı hatırlatacak uyaranlardan kaçınma, artmış uyarılmışlık gibi belirtiler mevcuttur. Kaçınma davranışı nedeniyle çocuklar veya gençler travmatik olaydan bahsetmek ya da hatırlamak istemeyebilirler. Böyle durumlarda tanı koymak daha güçleşir. Küçük çocuklarda oyun sırasında travmayı yeniden yaşantılama, gece korkunç rüyalar görme, hırçınlık, ayrılık anksiyetesi geliştirme, daha büyük çocuklarda ise daha genel anksiyete belirtileri olabilir (1). Çocuklarda ve ergenlerde travmatik yaşantılara yönelik tedavide daha çok psikoterapi yönelimli yaklaşımlar, travma odaklı bilişsel davranışçı terapi uygulamaları, psikoeğitim, gevşeme tekniklerinin kullanımı, baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi gibi yöntemler uygulanmaktadır. Akut dönemde benzodiyazepin kullanımı önerilmemektedir. Uzun dönemde de ilaç kullanımı ile ilgili veriler sınırlı olmakla birlikte seçilmiş vakalarda farmakoterapi uygulanabilir (61).

SONUÇ

Çocuklarda ve ergenlerde psikiyatrik aciller yaklaşım, önceden beri var olan veya yeni ortaya çıkan psikiyatrik hastalığın, akut ruh sağlığı sorunlarının ve ruhsal hastalık durumlarında ortaya çıkabilen medikal sorunların sistematik, özlü ve hızlı değerlendirmesini gerektirir (1). Acil değerlendirmenin amaçları, tanı koymanın yanı sıra, çocuk ve ergenin bedensel ve ruhsal bütünlüğü yönüyle riskleri, mevcut durumu tetikleyen ya da sürdüren risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri ve ailesel ve sosyal destek sistemlerinin varlığını belirleyebilmektir. Değerlendirmenin akabinde, acil müdahale (öncelikle medikal stabilizasyon ve güvenliğin sağlanmasına yönelik yaklaşım ve tedbirler, akabinde akut ruhsal krizi yönetmeye yönelik girişimler) hızlıca planlanmalı ve süreçte sağlanacak en uygun tedavi uygulamaları için yönlendirme yapılmalıdır (41).

Çocuk ve genç ruh sağlığı alanında acil servis ortamlarında ya da poliklinik değerlendirmelerinde acil durum olarak ele alınması ve yönetil-

mesi gereken ve yukarıda özetlenen durumların yanı sıra yeme bozuklukları, okul reddi, aile içi kriz durumları, uyku bozuklukları gibi durumlar da acil ilgi gerektiren hâller olarak karşımıza çıkabilmektedir. Çocuğun ve gencin acil psikiyatrik değerlendirmesinde gereğinde farklı tıbbî branşların, sağlık personelinin, sosyal hizmet birimi ve adli makamların iş birliği içinde olduğu ekip çalışması sağaltımı mümkün kılmaktadır (4).

KAYNAKÇA

1. Carandang C, Gray C, Marval-Ospino H, MacPhee S. Child and adolescent psychiatric emergencies. In Rey JM, editor. IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015; section J1, p. 1-31.
2. Coşkun M, Zoroğlu S. Acil durumlar. Çuhadaroglu Çetin F, Coşkun A, Pehlivan Türk B, ve ark. editörler. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı içinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008; s. 594-608.
3. Thomas LE, King RA. Child and adolescent psychiatric emergencies. In: Martin A, Volkmar FR, editors. In Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002; p. 900-911.
4. Tekin U, Erermiş HS. Ergenlikte Acil Psikiyatrik İlgi Gerektiren Durumlar. Türkiye Klin Child Psychiatry - Spec Top. 2018;4(2):247-54.
5. Özcan Ö. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde acil durumlar. Soykan Aysev A, Işık Taner Y, editörler. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları içinde. İstanbul: Golden Print, 2007; s. 851-864.
6. Coşkun M. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde acil durumlar. Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel İ, ve ark. editörler. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları içinde. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2016; s. 545-572.
7. Heyneman EK. The aggressive child. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2003;12(4):667-77.
8. Marzullo LR. Pharmacologic Management of the Agitated Child. Pediatr Emerg Care. 2014;30(4):269-75.
9. Malas N, Brahmabhatt K, McDermott C, Smith A, Ortiz-Aguayo R, Turkel S. Pediatric Delirium: Evaluation, Management, and Special Considerations. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(9):65.
10. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. 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. West J Emerg Med. 2019;20(2):409-18.
11. Frazier JA. Agitation and aggression. In: Martin A, Scallion L, Charney DS, Leckman JF, editors. Pediatric psychopharmacology principles and practice. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 671 - 85.
12. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. Vol. 65, Drugs. Springer International Publishing; 2005. p. 1207-22.

13. Dorfman DH. The use of physical and chemical restraints in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2000;16(5):355–60.
14. Glassman AH, Bigger J. Antipsychotic drugs: Prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death. Vol. 158, *American Journal of Psychiatry*. 2001. p. 1774–82.
15. Alldredge BK. Seizure risk associated with psychotropic drugs: Clinical and pharmacokinetic considerations. Vol. 53, *Neurology*. 1999. p. S68–75.
16. Mehta SH, Morgan JC, Sethi KD. Drug-induced movement disorders. Vol. 33, *Neurologic Clinics*. 2015. p. 153–74.
17. Rasimas JJ, Liebelt EL. Adverse Effects and Toxicity of the Atypical Antipsychotics: What is Important for the Pediatric Emergency Medicine Practitioner. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2012;13(4):300–10.
18. Wiley CC, Wiley JF. Pediatric benzodiazepine ingestion resulting in hospitalization. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1998;36(3):227–31.
19. Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. Vol. 20, *Emergency Medicine Journal*. 2003. p. 339–46.
20. Margret CP, Hilt R. Evaluation and Management of Psychiatric Emergencies in Children. *Pediatr Ann*. 2018;47(8):e328–33.
21. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry*. 2005;4(2):114–20.
22. Havens JF, Gerson RS, Marr M. Designing emergency psychiatric services for children and adolescents. In: Martin A, Volkmar FR, Bloch MH editors. *In Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2018; p. 2362.
23. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs. *JAMA*. 2005;293(13):1635.
24. Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behavior. In Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015; section E4, p. 1–41.
25. Garvey KA, Penn J V, Campbell AL, Esposito-Smythers C, Spirito A. Contracting for safety with patients: Clinical practice and forensic implications. Vol. 37, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2009. p. 363–70.
26. Olten B, Bloch MH. Meta regression: Relationship between antipsychotic receptor binding profiles and side-effects. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2018;84(Pt A):272–81.
27. Trollor JN, Chen X, Sachdev PS. Neuroleptic Malignant Syndrome Associated with Atypical Antipsychotic Drugs. *CNS Drugs*. 2009;23(6):477–92.
28. Casey DE, Zorn SH. The pharmacology of weight gain with antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 7:4–10.
29. Warnke A, Romanos M. Psychiatric emergency therapy in children and adolescents. In Gerlach M, Warnke A, Greenhill L. editors. *Psychiatric drugs in children and adolescents: basic pharmacology and practical applications*. Wien: Springer-Verlag, 2014; p. 493.
30. Sater N, Constantino JN. Pediatric emergencies in children with psychiatric conditions. Vol. 14, *Pediatric Emergency Care*. 1998. p. 42–50.
31. Rocker JA, Oestreicher J. Focused Medical Assessment of Pediatric Behavioral Emergencies. Vol. 27, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2018. p. 399–411.
32. Dunkley EJC, Isbister GK, Sibbritt D, Dawson AH, Whyte IM. The Hunter Serotonin Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity. *QJM*. 2003;96(9):635–42.
33. Witek MW, Rojas V, Alonso C, Minami H, Silva RR. Review of benzodiazepine use in children and adolescents. Vol. 76, *Psychiatric Quarterly*. 2005. p. 283–96.
34. Williams DT. Delirium and Catatonia. In: Martin A, Volkmar FR, editors. *In Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002; p. 647–654.
35. Trzepacz PT, Wise MG. Neuropsychiatric aspects of delirium, in *The American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry*, 3rd ed. Edited by Yudofsky SC, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pp 447–470.
36. Madden K, Hussain K, Tasker RC. Anticholinergic medication burden in pediatric prolonged critical illness: A potentially modifiable risk factor for delirium. *Pediatr Crit Care Med*. 2018;19(10):917–24.
37. Smith HAB, Brink E, Fuchs DC, Ely EW, Pandharipande PP. Pediatric Delirium. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(3):741–60.
38. Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR. The Use of Environmental Strategies and Psychotropic Medication in the Management of Delirium. *Br J Psychiatry*. 1996;168(4):512–5.
39. O'Keeffe S, Lavan JN. Clinical significance of delirium subtypes in older people. *Age Ageing*. 1999;28(2):115–9.
40. Karnik NS, Joshi S V, Paterno C, Shaw R. Subtypes of pediatric delirium: A treatment algorithm. Vol. 48, *Psychosomatics*. 2007. p. 253–7.
41. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32 Suppl 2:S112–20.
42. Turner WC, Muck RD, Muck RJ, Stephens RL, Sukumar B. Co-Occurring Disorders in the Adolescent Mental Health and Substance Abuse Treatment Systems. *J Psychoactive Drugs*. 2004;36(4):455–62.
43. Hoffmann NG, Bride BE, Macmaster SA, Abrantes AM, Estroff TW. Identifying Co-Occurring Disorders in Adolescent Populations. *J Addict Dis*. 2004;23(4):41–53.
44. Jackson P, Chaney M, Prager LM. Substance Use in Children and Adolescents. In *Humana*, Cham; 2019. p. 199–209.
45. Griswold KS, Del Regno PA, Berger RC. Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *Am Fam Physician*. 2015;91(12):856–63.
46. Starling J, Feijo I. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. In Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015; section H5, p. 1–22.

47. Semper TF, McClellan JM. The psychotic child. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12(4):679-91.
48. Reimherr JP, McClellan JM. Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorders. Vol. 65, *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004. p. 5-11.
49. Castro-Fornieles J, Parellada M, Gonzalez-Pinto A et al. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): Design and baseline results. *Schizophr Res*. 2007;91(1-3):226-37.
50. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. ed. (DSM-V). 2013.
51. Taylor DO, Miklowitz DJ. Bipolar Disorder in Childhood and Adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(SUPPL. 3):22-6.
52. İnal Emiroğlu N, Diler RS. Çocukluk çağı bipolar bozukluğu. Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel İ, ve ark. editörler. *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları içinde*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2016; s. 167-185.
53. Şahin F. Fiziksel İstismar. Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, Pehlivan Türk B, ve ark. editörler. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı içinde*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008; s. 462-469.
54. McDonald KC. Child abuse: Approach and management. Vol. 75, *American Family Physician*. 2007. p. 221-8.
55. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 2019;56(6):774-86.
56. Leetch AN, Leipsic J, Woolridge DP. Evaluation of Child Maltreatment in the Emergency Department Setting: An Overview for Behavioral Health Providers. Vol. 24, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015. p. 41-64.
57. Dursunkaya D. Duygusal örselenme ve ihmal. Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, Pehlivan Türk B, ve ark. editörler. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı içinde*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008; s. 478-487.
58. Sar V, Koyuncu A, Oztürk E et al. Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(1):45-50.
59. Putnam FW. *Dissociation in children and adolescents*. Washington: Williams and Wilkins Press, 1996.
60. Putnam FW. Child Development and Dissociation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1996;5(2):285-302.
61. Karakaya, I. Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar. Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel İ, ve ark. editörler. *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları içinde*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2016; s. 325-345.