

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE YATAKLI TEDAVİ UYGULAMALARI

118. BÖLÜM

Arif ÖNDER¹

GİRİŞ

Psikiyatrik rahatsızlıkların büyük bir kısmı çocukluk ve ergenlik döneminde başlamaktadır (1). Son yıllarda çocuk ve ergen ruh sağlığı servisinde (ÇERSS) yatırılarak tedavi edilen hastaların sayısı artmaya devam etmekte, buna karşın gelişmiş ülkelerin çoğunda çocuk ve ergen kapalı servislerinin sayısı ve kişi başına düşen yatak sayısı azalmaktadır (2,3). Bu nedenle dünya genelinde yatarak tedavi ihtiyacı olan birçok çocuk tedavi olanaklarından mahrum kalmaktadır (4). Her ne kadar son yıllarda artan psikotrop ilaç kullanımı ile dünya genelinde çocukların ve ergenlerin yatış süresi kısalma eğilimi gösterse de yataklı tedavi yöntemleri hâlen tedavinin önemli gereksinimlerinden biridir (5,6).

YATAKLI PSİKİYATRİ SERVİSLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

1600'lü ve 1700'lü yıllarda akıl hastaneleri kurulmadan önce kimsesiz, bakıma muhtaç, suça karışan veya psikiyatrik sorunları olan çocukların bakımı için daha çok çalışma ve düzeltme evleri kullanılmaktaydı (7). 1800'lü yıllarda ruhsal rahatsızlığı olan çocuklar ve ergenler, erişkinlerle beraber büyük akıl hastanelerine kapatılmaktaydı (8). 19. yüzyıl ortalarında pediatri uzmanlığının olmadığı dönemde, yenidoğan ve çocukların tıbbi ihtiyaçları daha çok aileler ve ebeler tarafından karşılanmakta, doktorlar nadiren çocuk hastaları kabul etmekteydi (9). Her ne kadar tam bir çocuk psikiyatrisi servisi olmasalar da çocuklara özel ilk ser-

vislerin kurulması 1920'li yıllarda ensefalit sonrası sekel gelişen çocukların tedavi ihtiyacı ile olmuştur. Gerçek anlamda ilk çocuk psikiyatrisi kliniği 1930 yılında Leo Kanner ve Adolf Meyer yönetiminde Johns Hopkins Hastanesi'nde kurulmuştur (10,11). 1920'li yıllarda modern anlamda çocuk psikiyatrisi uzmanlık alanının kurulması ile çocuklar için ayrı yataklı servislerin kurulumuna başlanmıştır. Ancak uzunca bir süre çocuklar ve ergenler erişkinlerle beraber aynı servislerde tedavi edilmiştir (11). Son yıllarda çocukların kendilerine yakın yaş grubundaki çocuklarla birlikte takip edilmesi gerektiği giderek daha fazla vurgulanmaktadır (12). Günümüzde çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları servislerine yatış süresi eskisine göre kısalmakta, yatış kararı verilmeden önce uzun süre ilaç tedavileri ve diğer psikoterapi yöntemleri denenmektedir. Örneğin geçmiş yıllarda sık yatış sebebi olan unipolar depresyon gibi tanılar artık daha sıklıkla ayaktan tedavi edilmektedir (5). Ancak tedavi yöntemlerindeki tüm gelişmelere rağmen yataklı servisler tedavinin önemli bir parçasıdır.

YATIŞ ENDİKASYONLARI

ÇERSS'lere en temel yatış sebebi kriz yönetimi ve güvenliği sağlamaktır. Bununla birlikte birçok farklı yatış sebebi bulunmaktadır. Bunlar arasında en sık görülenleri aşağıda sıralanmıştır (13).

1. *Kendine zarar verme davranışı*: En sık yatış sebeplerinden biridir, aynı zamanda ÇERSS'lere kabul edilen çocukların büyük bir kısmında kendine zarar verme öyküsü bulunmaktadır (14).

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, arifonder@akdeniz.edu.tr
ORCID iD: 0000-0003-0571-9295

çocuklar bazen akranları tarafından saygısız ve aşağılayıcı tutumlara maruz kalmaktadırlar (60). Yatarak tedavi sonrasında benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyon sık olarak görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada gençler yatış sırasında duygularını ifade etmekte güçlük yaşadıklarını, yatarak tedavinin stres uyandırıcı olduğunu, bazı durumlarda diğer hastaların kaygılarını artırmamak için kendi sıkıntılarını gizlediklerini ifade etmişlerdir. Bazı çocuklar yatışları sırasında otonomi kaybı yaşadıklarını vurgulamışlardır. Aynı zamanda servis ekibi tarafından anlaşılmadıklarını, yapmayı istemedikleri şeylere zorlandıklarını bildirmişlerdir (61). Yapılan bir çalışmada ergenler kendilerini yatış sırasında nelerin rahatsız ettiği sorulduğunda genel olarak servisteki önceliklerin kendi önceliklerine uymadığını, kuralların ve tedavinin katı olduğunu, karar verme süreçlerinin kendilerinden bağımsız yürüdüğünü söylemişlerdir. Kendilerini en çok rahatsız eden uygulamanın odalarında geçirdikleri aşırı zaman ve kapatılma hissi olduğunu ifade etmişlerdir (62). Klinik uygulama sırasında deneyimlediğimiz bir diğer sorun da yatış öncesi çok yüksek düzeyde beklentileri olan ailelerin tedavi sonucunda beklentilerinin karşılanmaması sonucunda hayal kırıklığına uğramasıdır.

Ancak genel olarak bakıldığında çocuğun ve ailelerinin tedavi ile ilgili tatmin seviyelerinin yüksek olduğu, yatarak tedavinin çocuğun sağlığına katkısının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (20).

SONUÇ

Her ne kadar günümüzde çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı servislerinde yatışlar azaltılmaya çalışılsa da yataklı servisler hâlen tedavinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Ancak ülkemizde yetersiz psikiyatri yatak sayısı nedeni ile hastalar, aileleri ve hekimler ciddi sıkıntılar yaşamaktadır (52). Hastalar acil servis şartlarında bekletilmekte, erişkin servislerinde kendilerinden çok daha büyük hastalarla kalmaktadır. ÇERSS bulunsa bile bu servis başka bir şehirde olduğu için aile ve çocuk ulaşım açısından sorun yaşamaktadır. Ülkemizdeki yatak sayısının çocuk nüfusuna göre belirlenecek çağımızın gerekliliklerine uygun hâle getirilmesi çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı için önemlidir. Son yıllarda ulusal ruh sağlığı eylem planı kapsamında

10 yıl içinde ülke genelinde bölge ve şehir hastanelerinde açık ve/veya kapalı servislerin açılması planlanmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-986.
2. Blader JC. Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(12):1276-1283.
3. Geller JL, Biebel K. The premature demise of public child and adolescent inpatient psychiatric beds. *Psychiatr Quart*. 2006;77(3):251-271.
4. Koppelman J. Children with mental disorders: making sense of their needs and the systems that help them. *National Health Policy Forum*, 4 June 2004, Washington DC.
5. Meagher SM, Rajan A, Wyshak G, Goldstein J. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991–2008. *Psychiatr Quart*. 2013;84(2):159-168.
6. Güvenir T, Taş FV, Özbek A. Child and adolescent mental health inpatient services in Turkey: Is there a need and are they effective? *Arch Neuropsychiatry*. 2009;46(4):143-148.
7. Boswell J. The kindness of strangers: The abandonment of children in Western Europe from late antiquity to the Renaissance. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
8. Green J, Jacobs B. In-patient child psychiatry: modern practice, research and the future. New York: Routledge; 2013.
9. Mahnke CB. The growth and development of a specialty: the history of pediatrics. *Clin Pediatr*. 2000;39(12):705-714.
10. Skokauskas N, Fung D, Flaherty LT, et al. Shaping the future of child and adolescent psychiatry. *BioMed Central*; 2019.
11. Blader JC, Foley CA. (2007) Milieu-based treatment: Inpatient and partial hospitalization, residential treatment. In Martin A, Volkmar FR, editors. *Lewis' textbook of child and adolescent psychiatry 4th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007; p.865-877.
12. O'Herlihy A, Worrall A, Banerjee S, et al. National inpatient child and adolescent psychiatry study (NICAPS). Royal College of Psychiatrists Research Unit; 2001.
13. Green J, Worrall-Davies A. Provision of intensive treatment: in-patient units, day units and intensive outreach. In: Michael Rutter editor. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry 4th edition*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2002; p.1126-1142.
14. Wolff J, Frazier EA, Esposito-Smythers C, Burke T, Sloan E, Spirito A. Cognitive and social factors associated with NSSI and suicide attempts in psychiatrically hospitalized adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(6):1005-1013.
15. Dazzi F, Picardi A, Orso L, Biondi M. Predictors of inpatient psychiatric admission in patients presenting to the emergency department: the role of dimensional assess-

- ment. *Gen Hosp Psychiat*. 2015;37(6):587-594.
16. Sharfstein SS. Textbook of hospital psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2009.
 17. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382.
 18. Tas FV, Guvenir T, Cevrim E. Patients' and their parents' satisfaction levels about the treatment in a child and adolescent mental health inpatient unit. *J Psychiatr Ment Hlt*. 2010;17(9):769-774.
 19. Önder A, Kavurma C, Adanır AS et al. Sociodemographic features, diagnosis, and the use of medication in patients receiving inpatient treatment in a child and adolescent psychiatry clinic of a mental health hospital. Paper presented at 10th International Congress on Psychopharmacology & 6th International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology 2018 Apr 25-29; Antalya, Turkey.
 20. Özbaran B, Köse S, Yılmaz E, Aydın AN, Aydın C. Çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamasında yataklı servis deneyimi ve yatışın iyileşmeye katkısının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Der*. 2016;17(2):120-126.
 21. Mutlu C, Kiliçoğlu AG, Günes H, et al (2015). Characteristics of pediatric psychiatric emergency population in a mental health hospital. *Journal of Academic Emergency Medicine*. 2015;14(3):123-130.
 22. Kinner SA, Harvey C, Hamilton B, et al. Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiol Psych Sci*. 2017;26(5):535-544.
 23. Lam K, Kwan JS, Kwan C, et al. Factors associated with the trend of physical and chemical restraint use among long-term care facility residents in Hong Kong: data from an 11-year observational study. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(12):1043-1048.
 24. Önder A, Adanır AS, Kavurma C, et al. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda fiziksel tespitin tanı ve ilaç kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2019;20(5):530-538.
 25. Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract*. 2007;13(5):308-317.
 26. Masters KJ, Bellonci C. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(2):4-25.
 27. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-897.
 28. Uzun U, Sancak B, Özer Ü, et al. Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği. *Yeni Symposium*. 2015;54(4):16-21.
 29. Seckman A, Paun O, Heipp B, et al. Evaluation of the use of a sensory room on an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2017;30(2):90-97.
 30. Kronström K, Ellilä H, Kuosmanen L, Kaljonen A, Soulander A. (2016). Changes in the clinical features of child and adolescent psychiatric inpatients: a nationwide time-trend study from Finland. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(6):436-441.
 31. Case BG, Olfson M, Marcus SC, Siegel C. Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007;64(1):89-96.
 32. Martin A, Leslie D. Trends in psychotropic medication costs for children and adolescents, 1997-2000. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(10):997-1004.
 33. Mayes SD, Calhoun SL, Krecko VF, et al. Outcome following child psychiatric hospitalization. *J Behav Health Ser R*. 2001;28(1):96-103.
 34. Varol Taş F, Güvenir T, Miral S. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç kullanımı. *Türk J Child Adolesc Ment Health*. 2007;14(3):139-150.
 35. Usta MB, Ürer E, Aral A, et al. Çocuk Psikiyatrisi Hastalarında Yatış Süresine Etki Eden Faktörler. *Klin Psikiyatri Derg*. 2017;20:263-267.
 36. Green J, Kroll L, Imrie D, et al. Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(3):325-332.
 37. Pfeiffer SI, Strzelecki SC. Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(6):847-853.
 38. Varol Taş F, Güvenir T, Özbek A. Çocuk ve Ergenlerin Yatarak Tedavisinde İyileşme Ne Kadar Kalıcı Oluyor? *Noro Psikiyatr Ars*. 2010;47(4):319-323.
 39. Ougrin D, Corrigan R, Poole J, et al. Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(6):477-485.
 40. Permission P. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*. 1995;95(2):314-317.
 41. Ay A, Çınar S, Boztepe H. Çocuklarda Aydınlatılmış Onam. *Hacettepe Hem Fak Derg*. 2019;6(2):120-125.
 42. Yap MBH, Reavley N, Jorm AF. Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):255-261.
 43. Kaltiala-Heino R. Involuntary commitment and detainment in adolescent psychiatric inpatient care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(8):785-793.
 44. Öztürk Tükmen H. Çocuk Psikiyatrisi ve Etik. In: Aysev A, Taner YI, editors. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Golden Print, 2007; p. 1001-1019.
 45. Türk Medeni Kanunu [homepage on the internet]. c2019 [updated 2001 November 22; cited 2020 January 02]. Available from <https://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat-Metin/1.5.4721.pdf>
 46. Alderson P. European charter of children's rights. *Bull. Med. Ethics*. 1993;92:13-15.
 47. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Hatling T, et al. Admissions to acute adolescent psychiatric units: a prospective study of clinical severity and outcome. *Int J Ment Health*.

- 2011;5(1):1-11.
48. Swadi H, Bobier C. Hospital admission in adolescents with acute psychiatric disorder: how long should it be? *Australas Psychiatry*. 2005;13(2):165-168.
 49. Gathright MM, Holmes KJ, Morris EM, et al. An innovative, interdisciplinary model of care for inpatient child psychiatry: An overview. *J Behav Health Ser R*. 2016;43(4):648-660.
 50. Memik NÇ, Şişmanlar SG, Yıldız ÖÖÇ, et al. Çocuk ve ergen ruh sağlığında gündüz kliniği uygulamaları: Türkiye'den bir örnek *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2010;11(2):185-189.
 51. McCarthy G, Baker S, Betts K, et al. The Development of a New Day Treatment Program for Older Children (8–11 Years) with Behavioural Problems: The Go Zone. *Clin Child Psychol P*. 2006;11(1):156-166.
 52. Karaçetin G. Yataklı Servisler. In: Akay AP, Ercan ES, editors. *Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, 2016; p. 676-686.
 53. Yüksek Güvenlikli Servisler Hakkında Görüş Ve Öneriler. TPD Adli Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi Raporu. [homepage on the internet]. c2010 [updated 2010 December 03; cited 2020 January 06]. Available from <http://www.psikiyatri.org.tr/55/turkiye-psikiyatri-derneginin-yuksek-guvenlikli-servisler-hakkinda-raporu-adl>
 54. Şentürk Pılan, B. Hastane Temelli Ruh Sağlığı Modeli Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sunumu, 11.04.2019. İzmir.
 55. YEDAM. Yataklı çocuk madde bağımlılığı tedavi merkezleri. [homepage on the internet]. c2019 [updated 2019; cited 2019 November 18]. Available from <http://www.yedam.org.tr/cematem>.
 56. AACAP. Model for minimum staffing patterns for hospitals providing acute inpatient treatment for children and adolescents with psychiatric illnesses. [homepage on the internet]. c1990 [updated 1990; cited 2019 November 18]. Available from https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/1990/Model_for_Minimum_Staffing_Patterns_for_Hospitals_Providing_Acute_Inpatient_Treatment.aspx
 57. Mahon K, Roach C. Quality Network for Inpatient CAMHS: Annual Report Cycle 14. Royal College of Psychiatrists, London, 2016.
 58. Catton NS. Lessons From the Lion's Den: Therapeutic Management of Children in Psychiatric Hospitals and Treatment Centers. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
 59. Green J. Child in-patient treatment and family relationships. *Psychiatr Bull*. 1994;18(12):744-747.
 60. Moses T. Determinants of mental illness stigma for adolescents discharged from psychiatric hospitalization. *Soc Sci Med*. 2014;109:26-34.
 61. Reavey P, Poole J, Corrigan R, et al. The ward as emotional ecology: Adolescent experiences of managing mental health and distress in psychiatric inpatient settings. *Health place*. 2017;46:210-218.
 62. Moses T. Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? *Psychiatr Q*. 2011;82(2):121-137.