

Çocuklarda psikofarmakolojik tedavi



Dr. Erol Göka

SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Asistanı

ENDİKASYONLAR:

İlaç tedavisi, psikotik çocuklarda ve çocukların orta dereceli ya da ağır ruhsal rahatsızlıklarında kullanılan temel ya da yardımcı bir tedavi biçimidir. Eğer ilaç doğru seçilebilirse, bazı ilaçla tedaviler, çocuklara diğer tedavi biçimlerinden ve eğitmeden daha çok yarar sağlayabilirler. Ancak hiperkinetik sendrom ya da minimal beyin disfonksiyonu dışında, çocuk psikiyatrisinde farmakoterapinin etkinliği, henüz tam anlamıyla ortaya konabilmiş değildir. İlaçla tedavi yalnız diğer tedaviler, ya da ana-babanın çabaları, ya da her ikisiyle birarada yürütüldüğünde yardımcıdır. İlaçla tedaviye alınmış çocuklarda, ilaçların kendileri ne normal uyum ve bilinçli davranış yaratabilir, ne de ebeveynlerin gerekli davranış değişikliklerini sağlayabilir. Şimdiki bilgilerimize göre, çocukluk yaş grubundaki her hangi bir psikiyatrik tanı kategorisine özgü bir ilaç henüz yoktur. Ayrıca yine bu yaş grubunda, hastalığın şiddeti, hatta psikoz bile,

her zaman ilaç tedavisi için gerçek bir neden olamaz. Örneğin; hipoaktif, apatik, konuşamayan ya da çok az konuşabilen küçük bir psikotik çocuğa, eğer chlorpromazine gibi standart bir nöroleptik verilirse, yanıt genellikle yetersiz olacak ve belki de çocuğun yönelimi bozulabilecektir.

Uygun kullanılan ilaçlar, en çok uykusuzluk, hiperaktivite, impulsivite, iritabilite, eksitabilite, disorganize davranış, psikotik düşünce bozukluğu ve belirli saldırgan davranış biçimleri gibi semptomları azaltmada etkilidir. Hiperaktif, ilgisi dağınık bir çocuk sakinleştirebilir ve dikkati daha iyi toplanabilirse bazı okuma ve yazma işlemlerini başarabilir. Yine oldukça saldırgan, hırçın ya da kendine zarar veren bir çocuk, etkili bir ilaçla denetim altına alınır, öğrenmesi gelişecek, daha olumlu ve uyumlu ilişkilere girebilecektir. Deneyimler bu çocuklarda ilaç vermeksizin yapılan eğitim ve ortam (milieu) tedavilerinin sonuç vermeyeceğini, ya da yetersiz kalacağını göstermektedir.

Apati, hipoaktivite, rüya hali ve ilişki kuramama belirtileri bulunan çocuklar Trifluoperazine ve Haloperidol gibi stimulan nöroleptiklere, Chlorpromazine gibi sedatif etkisi fazla olan nöroleptiklerden daha iyi yanıt verirler. Bu durumdaki çocuklar ileride bu yaş gurubunda henüz araştırma döneminde olan Triiodothyranine gibi stimulan psikoaktif ilaçlardan da yarar görebilecektir.

TARİHÇE:

Cocukların ruhsal rahatsızlıklarında özgün bir psikofarmakoloji ilk kez Bradley'in 1937'de Amfetaminlerin davranış bozukluğu olan çocuklarda yararlı etkileri olduğunu bildirmesi üzerine başladı. 1960'larda ise, Methphenidate, Chlorpromazine, Diphenhidramine, Meprobomat ve Reserpine çocuklarda da kullanıldı. 1961'de Cilles de la Tourette hastalığında haloperidolun etkinliği gösterildi ve değişik hastalıklarda Trisiklik antidepresanlar kullanıldı. 1970'li yıllarda ise, trisiklik antidepresanlar okul korkusu, anorexis nervoza ve dikkatin eksik olduğu rahatsızlıklarda kullanılmaya başlandı. Çocuklukta depresyon ve maninin geçerli tanısal ölçütlerin araştırılmasına yönelmesiyle 1960'larda bulunmasına karşın lityum çocuklarda 1970'lerde denendi. Yine 1970'lerden başlayarak psikoaktif ilaçların kullanımı, yan etkilerinin ve ilaç etkilerinin araştırılması hızla arttı.

İLAÇ TEDAVİSİNİN GENEL İLKELERİ:

1— Psikofarmakolojik ajanların verilmesi tedavinin yalnızca bir bölümüdür.

2— Çocukluk çağındaki her psikiyatrik bozukluk ya da semptom, bedensel ve ruhsal gelişmenin bir bölümünü ya da tamamını yavaşlatıp durdurabilir. İlaç tedavisinin ilk amacı bedensel ve ruhsal gelişmeyi sağlamaktır. Ayrıca tedavi, çocuğu tedavinin diğer biçim ve aşamalarına hazırlamaya, öğrenmesini geliştirerek olumlu ve uyumlu toplumsal ilişkiler kurabilmesine yönelik olmalıdır.

İlaçla tedavi çocuğun büyüme, gelişme ve öğrenmesini her hangi bir biçimde durduruyorsa, tedaviye son vermeli-dir.

3— Yalnızca kısa sürede, hemen elde edilen sonuçlarla yetinmemeli, ilaç tedavisi daha global tedavi planıyla koordine edilmeli, hastane dışında geçecek olan uzun dönem temel olarak alınmalıdır.

İlacın yapabileceği etki sınırlı olsa da, ilacın yalnız semptomlara etkili olduğu, hastalık sürecine dokunmadığı gibi yanlış anlamlara kapılmamalıdır.

4— İlacın iyi bilinmesi kuraldır. Her grup psikoaktiflerin bir ya da iki tanesinin iyi bilinmesi yeterlidir. Ayrıca özgül semptomlara ya da tanı kategorilerine etkili özel ilaçlar olup olmadığı araştırılmalıdır. Bir ilacın istenilir uygun-

lukta olması için aşağıdaki durumlara özellikle dikkat edilmelidir.

A) Terapotik etkiler

B) Yan etkiler ve toksik reaksiyonlar

a) İlaç sınıfına ya da özellikle ilaca spesifik yan etkiler (Örnek: extrapiramidal,üriner,gastrointestinal,dermatolojik)

b) Herhangi bir ilaçta ya da bütün ilaçların belirli doz düzeylerinde gözlenen nonspesifik olanlar (iştah ve kilo yitirimi, iriritabilite, hipoaktivite ve hiperaktivite gibi davranış değişiklikleri, uykusuzluk)

c) Değişik kişilerde herhangi bir ilaçla hipersensivite reaksiyonları ortaya çıkabilir. Genel olarak ilaçlara dayanıksız ya da duyarlılığı bulunan çocuklara bu ilaçlar verilmemelidir. Allerji öyküsü olan çocuklarda nöroleptik verilirken dikkat edilmelidir.

d) Psikoaktif ilaç kombinasyonlarının çocuklarda kullanışlı olduğu gösterilmemiştir.

5— Çocuk ve erişkin arasındaki temel farklılıklar;

a) Psikososyal: Çocuk, verilmiş bir ilacın uygun kullanılması için bir yetişkine bağımlıdır. Ana babalara çocuklarına verilen ilacın terapötik etkisi, yan etkileri ve toksisitesine ilişkin gerekli bilgiler verilmeli, bir nöroleptik ya da daha güçlü etkisi olan bir başka ilaç, ancak ana-babalar hekime yeterince yardımcı ve güvenilirse verilmeli ve onların denetiminde kullanılması gerektiği kesinkes söylenmelidir.

Ana-babalar, ilaç tedavisine karşı olumlu ya da olumsuz değişik tutumlar gösterebilirler. Bunlardan bazıları, çocuklarını sürekli denetimde tutma eğiliminde olduklarından, ilaç almaları için çocuğa zor kullanabilirler. Değişik nedenlerle ilaç almaları konusunda kendilerine zor kullanılan çocuklar, doktorla ana-babalarını kendisine karşı bir cephe oluşturmuşlar gibi algılayabilirler. Yine bazı ana-babalar, ilaçları çocuğun bedensel yapısına dışardan yapılan bir müdahale olarak değerlendirdiklerinden, ilaçlardan korkabilirler. Bunların yanı sıra bazı ana-baba da, gerek kendi istekleri gerekse hekimle ilişkilerinin düzgün olmaması yüzünden ilaçların çok ideal, hemen iyileştirici, büyüme etkileri olduğu inancına uygun davranışta bulunurlar.

Aldığı ilaç konusunda çocuğun yorumu ise kendi denetimini yitireceği, zehirleneceği, zayıflayacağı korkusundan, daha iyi ve daha kuvvetli olacağı beklentisine kadar değişiklikler gösterir. Ayrıca daha kötü kokulu ilacın daha iyi geleceği ya da artmış semptomlar için daha fazla ilaca gereksinimi olacağı gibi inançlar, dozaj ayarlandıktan sonra bile terapotik sonuçları etkileyebilir. Yine bazı çocuklarda ilaç, bir obje gereksinmesinin yerini tutabilir.

toplum ve hekim

b) İlaçın Biyolojik İşlevi; Erişkinle çocuk arasında santral sinir sisteminin nörofizyolojik olgunlaşmamış olmasını da kapsayan yalnız nicel değil nitel ayrımların da olduğunu savunan görüşler vardır. Çocukların bazen psikoaktif ilaçlara paradoksik, zıt ve tutarsız yanıtlar vermelerinin nedeni henüz bilinmemektedir. Örneğin, Amfetamin yetişkinlerde bir stimulan ve antidepresan etki gösterirken hiperaktif çocuklarda aktiviteyi azaltıcı bir etki yapmaktadır. Yine barbitüratlar erişkinlerde hipnotik bir etki gösterirken bu grup ilaç alan çocuklarda uykusuzluğa ve davranış bozukluklarına yolaçabilmektedirler.

c) Dozaj: Çocukların ve erişkinlerin bedensel işlevlerinde farklılıklar olması nedeniyle, çocuklar psikofarmakolojik ilaçları erişkinlerden daha iyi tolere edebilmekte, bu ise çocukların ilaç gereksinmesinin değişik olmasına yol açmaktadır. Bu yüzden çocuk dozları, yetişkin dozlarına göre basitçe bir akıl yürütmeye çıkartılamaz. Kilo ve yaş her zaman güvenilir ölçütler değildir. Çocuk için dozaj beden yüzeyine göre saptanır. Yine de ilaç alan çocuklar arasında maksimum tolere doz ya da optimal doz konusunda çocuğun yaşı, kilosu, giderek psikiyatrik hastalığın şiddetiyle hiç ilgisi olmayan önemli farklılıklar ortaya çıkabilir.

d) Yan Etkileri ve Toksikite: Çocuklardaki davranışsal yan etkiler erişkinlerdekinden değişiktir. Çocuklarda fazla ilaç alımı ya da ilaç yan etkileri erişkinlerdekinin tersine sözel alanda daha çok affektomotor alanda ortaya çıkar. Çocuk kısmen ayrılmamış (undifferentiated) bir organizma olduğundan davranış repertuarı sığdır ve birçok şeye irritable, motor aktivitede artma ya da azalma, iştah yitimi gibi nonspesifik yanıtlar verir. Extrapiramidal belirtiler, distonik reaksiyonlar ve tardiv diskinezi gibi yan etkiler, özellikle 6 yaşın altındakilerde olmak üzere çocuklarda daha az görülür. Denilebilir ki çocuğun beyni ve bütün organizması erişkinden daha çalışkandır. Antipsikotiklerle tedavi edilen çocuklarda en sık rastlanan (hemen hemen % 100) yan etki kilo almadır. Ayrıca % 25 oranında distoniler, % 23 oranında extrapiramidal belirtiler ve % 19 oranında uyuklama olur. Bunun yanında karaciğer fonksiyonlarında azalma, ilaca bağlı sarılık ve kemik iliği zedelenmesi de çocuklarda daha az görülür. (Tüm bu oranlar Engelhardt ve Polizos'un 1978'deki araştırmasından alınmıştır. Engelhardt ve Polizos yine aynı araştırmalarında uzun süredir Antipsikotiklerle tedavi gördükten sonra ilaçları kesilen çocuklarda % 51 oranında baş, gövde ve extremitelerde koreform istek dışı hareketler ve ataksi olduğunu da saptamışlardır) Çocukluk yaş grubunda yan etkiler erişkinlere göre her ne kadar az olursa olsun, yine de her psikofarmakolojik ilaç alan çocuk, ciddi bir klinik ve laboratuvar izleme alınmalıdır.

e) uzun Süreli Etkiler: Uzun süreli ilaçla tedavi bazı sorunlar yaratır. Böyle geç etkiler üzerine bilimiz şimdilik, sınırlıdır. Ancak son zamanlarda, deney hayvanlarında ortaya çıkan ilaç etkileri yetişkinlerde Chlorpromazine, Halope-

ridol ve Lithiumun growth hormon üzerine, çocuklarda ise methylphenidate ve dextroamphetaminin boy ve kilo gelişimi üzerine etkileri konusunda yayımlar vardır. Nöroleptiklerin, Antidepresanların (imipramine) ve Anxiolitiklerin (Chlordiazepoxide) tiroid fonksiyonunu etkileyebileceğini, Lithiumun biraz antitiroid etkisi olduğunu kesin olarak bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Chlorpromazine, Amitriptyline, Perphenazine, İmipramine ve Chlordiazepoxid alan yetişkinlerde prolaktin artışı ve galaktore gözlenmektedir. Şizofrenik yetişkinlerde Chlorpromazine kullanımı, ovuluar yetmezlik ve pregnandiol atılımında artış ile birlikte olabilmektedir. Olgunlaşmamış deney hayvanlarında Chlorpromazine'nin lüteinleştirici hormon salınımını inhibe ettiği bildirilmiştir. Monoamine nörotransmitterleri (katekolaminler ve indoller), pituitar ve diğer endokrin fonksiyonları düzenleyen, hipotalamik nörohormonların (releasing ve inhibiting faktörleri) salınımını denetler. Bu nörotransmitterler, değişik psikoaktif ajanlarca etkilenmektedir. Pubertenin başlangıcında, hipotalamusun görevleri nedeniyle, prepubertal çocuklara bu ilaçlar dikkatle verilmelidir.

Normal zekalı hiperkinetiklerde genel performans ve dikkat dağılımlığında stimulan ilaçlarla düzelmeler sağlanırken, psikotik ve retarde çocuklarda chlorpromazine ve thioridazine gibi sedatif tip nöroleptik ilaçların kognitif fonksiyonlarında azalma yaptığını gösteren bazı bulgular vardır. Aynı ilaç, çocuğun I.Q.su için daha fazla klinik kanıt ve araştırma gereklidir.

Adölesan öncesi çocuklarda, özgül davranışsal ve afektif endikasyonlar için verilmiş ilaçların alışkanlığı ya da psikolojik bağımlılığının büyük bir sorun olmadığı görülmektedir.

6— Doz Ayarlaması: Özellikle nöroleptiklerde ve belirli antidepresanlarla tedavide dozun yavaş yavaş artırılması önerilmektedir. Çocuğa ilk önce terapötik olarak etkisiz, düşük bir doz verilmeye başlanır ve düzenli aralarla (Örneğin; haftada iki kez) terapötik etkiler görülünceye kadar artırılır. Bu arada istenmeyen etkiler saptanıp yazılır. Optimal doz belirlenir ve tedavi bu dozda sürdürülür. Optimal doz ve tolere edilebilen maksimum doz her çocuğa göre değişiklik göstereceğinden, en yaygın korku, etkisiz bir dozda kalınacağı ya da aynı dozun bir başka hastada yeterli olmamasına karşın doz artırıldığında bazı hastalarda istenmeyen etkilerin başlayabileceğidir. Böyle istenmeyen etkilerin bazıları, istenen etkilerin çok fazla artışı biçiminde olabilir. Örneğin stimule etmenin amaç olduğu çocuklara verilen yüksek doz bir stimulan, iritabiliteye, aşırı uyarılma ya da hiperaktiviteye neden olabilir. Diğer yandan hiperaktif agresif bir çocuğa yatıştırmak amacıyla verilen ilacın fazla dozu hipoaktivite ve uykululuk durumu yapabilir. Gerçekten de bazan istenilen ve istenilmeyen etkilerin başlayabileceği doz aynı olmaktadır. Bu durumda bazan doz düşürülmeksizin çocuk bu doza adapte olabildiğinden, doz bir kaç gün bu düzeyde tutulup daha sonra düşürülmek zorunda kalmaktadır. Dikkatli olunması gereken bir nokta da baş-

langıçta hiçbir istenmeyen etki görülmeyen hastalarda, aynı dozda tedavi sürdürülürken ilaç birikimine bağlı olarak bu etkilerin daha sonra ortaya çıkmasıdır.

Doz ayarlamasında hekimi, güç durumda bırakan hastalar, yatanlardan daha çok ayaktan tedaviye gelen hastalardır. Bunun için, çocuğun oyunda ya da okulda gözlenmesi, dolayısıyla ana-baba ve öğretmenlerle güvenilir bir işbirliği yapılması gereklidir.

7— Verilen İlaça yetersiz yanıt alınması ilaç tedavisini sonlandırmak için bir neden olmamalıdır. Eğer uygun dozda bir ay sürdürülmesine karşın ilaç terapitik bir sonuç vermiyorsa, bu çocuğa ya aynı sınıftan ya da ayrı bir sınıftan, ama aynı aksiyon ya da profili olan başka bir ilaç verilebilir. İlaç tedavisi okul öncesi psikotik çocuklarda total tedavinin temel bir parçasıdır. Daha sonraki yaşlarda da hastalığın

daha sonraki dönemlerinde böyle bir çocuk, ilaç tedavisine önceden olduğu gibi yanıt vermeyebilir. Unutulmamalıdır ki, çocuğun semptomları ve hastalığı, her hangi bir tür ilaç tedavisine dirençli olabilir, bu durumda ilaç tedavisinin yerini başka tedavi yöntemleri almalıdır. Birden fazla ilaçla tedavi, sık ilaç değişiklikleri, gereksiz doz düzenlemeleri çocuklarda genellikle hastalığı ilerletir.

8— İlaç Tedavisinin Süresi: Çocuklarda psikoaktif ilaçlara iyi yanıt alınan olgularda, tedaviye uygun sürede son verilmeli, gereksiz uzatmalardan kaçınılmalıdır. Bazı akut psikotik nöbetlerde ilaç tedavisini bir ay sürdürmek doğru olabilir. Daha kronik olgularda patoloji tam olarak ya da predominant olarak intrinsik olduğundan tedavi daha fazla uzatılabilir, yıllar sürebilir. Ancak uzayan farmakoterapinin beklenen yan etkileri nedeniyle, uzun süre ilaç alanlarda her 3,4 ayda bir, birer haftalık sürelerle ilacın azaltılması ve tam olarak kesilmesi yoluna gidilmelidir (Drug washout). Eğer, bu sırada ilaçsız olduğu halde yeni kazanılan pozitif ya da daha uyumlu davranış ve gelişmeler sağlanmışsa, ilaç miktarı buna göre ayarlanır. İlerde semptomlarda yinelemeler ortaya çıkarsa ilaç yeniden düzenlenir.

9— İlaç Seçimi: Çocuğun yaşına, tanısına, hastalığın şiddet ve süresine bağlıdır. Çocuğun yatan ya da ayaktan izlenen hasta olması ilaç tedavisinin yapılmasında hangi ilacın verileceğinde önemli rol oynar. Çünkü bazı tedaviler hasta ayaktan izleniyorsa, bazı davranış ve laboratuvar izlemelerine gerek olduğundan, ana-babalar işbirliği kurmuyor ya da güvenilir değilse, kullanılmazlar.

İLAÇLARIN SINIFLANDIRILMASI:

1— Nöroleptik İlaçlar (Antipsikotikler, Majör Trankilizanlar). Bu ilaçların jenerik ve ülkezimdeki firma adları, dozları Tablo 1'de ve 2'de gösterilmiştir.

A— Penothiazine'ler: Psikotik çocuklarda ilk seçilecek ilaç uzun bir kullanım deneyimi olan ve diğer grupların bu gruba üstünlüğü henüz kanıtlanamayan uygun bir fenotiazin olmalıdır. Bu grup ilaçlar, etkileri yan etkileri ve psikofarmakolojik etkilerine göre 3 grupta incelenir. Bu grupların içinde bilinen bir çok ilaç olduğu halde, etkileri en iyi tanıyan ilaçlar aşağıda belirtilmiştir.

a) Alifatik phenothiazine'ler (Chlorpromazine, Trifluoperazine. Bu gruptan olan, ancak hakkında bilgi edinilemeyen Plegicil piyasa adlı Acepromazine jenerikli bir ilaç bulunmaktadır.)

b) Piperidine'ler (Thioridazine)

c) Piperazine'ler (Trifluoperazine)

Alifatik grup genel olarak daha sedatif, piperazine grubu ise daha stimulan etki gösterdiğinden, alifatikleri, hiperaktif ve saldırgan çocuklarda, piperazineleri daha anejrik ve apatik çocuklarda kullanmak uygun olur. Extrapiramidal yan etkiler, özellikle daha büyük çocuklarda olmak üzere

TABLO : 1

ÇOCUKLARDA KULLANILAN BAZI ÖNEMLİ PHENOTHIAZİNELER

Jenerik Adı	Piyasa Adı	Günlük Doz (x) mg.	Kaç Kerede
Chlorpromazine	Largactil 25 mg.amp 25 mg tab	5 yaşa kadar Maksimum 40 mg. (5-12 yaş) Maksimum 75 İ.M. oral 9-200	2-4
Triflupromazine	Flumazine 10 mg. amp ve kaps	1-150	2-4
Trifluoperazine ^(xx)	Telazin 1-2-5 mg.dr.	1-20 0,25 mg/kg/gün	1-2
Thioridazine	Melleril 25-100 mg.dr. Mellerettes 15-10 mg.dr.	10-200 2,5 mg/kg/gün	2-4

(x) : Dozlar 2-12 yaş arası için önerilmiştir. Adolesan dozları adult dozlarına kıyasla hazırlanmalıdır.

(xx) : 6 yaşın üstündeki çocuklara verilir.

toplum ve hekim

re, piperazine türevlerinde daha çok görülür. Tedaviden önce (diğer bütün psikofarmakolojik preparat kullanımlarında olduğu gibi) tam idrar ve kan tetkikleri ve SGOT SGPT ve serum alkalin fosfatı bakılmalı, ve tedavinin ilk ayında haftada bir, daha sonra ayda bir bu testler yinelenmelidir.

B— Butyrophenone'ler ve Thioxanthene'ler: Bu iki grup ilaç kimyasal olarak aralarında hiçbir ilişki olmadığı halde antipsikotik aksiyonları ve stimulan olma özellikleri aynı olduğundan, birlikte ele alınmıştır. Bu iki grup ilaç beyin zedelenmesi bulunan ya da bulunmayan kronik apatik, anejik, şizofrenik ve diğer psikotik çocuklarda yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Henüz çoğu konuşamıyor durumda olan okul öncesi psikotik çocuklar yalnız yaşamlarının ilk yıllarında psikotik sürece girmeyen hastaların düzeyine getirilmekle kalmayıp, ayrıca dillerinin ve uyumlarının da geliştirilmelerine gereksinim gösterirler. Oysa alifatikler gibi daha çok sedatize edici nöroleptiklerin etkisi sonucu, bu çocukların konuşma işlevleri zarar görmekte, bu yüzden öğrenmede gecikme sorunları doğmaktadır. Yine bazı araştırmacılar Gilles de la tourette sendromunda (emosyonel gerginlik, multiple tik, ekolali gibi bulgularla belirlenir) özellikle butyrophenoneleri (Haloperidol) önermektedirler. Ancak Haloperidol ve Thiothixene'nin extrapiramidal yan etkilerinin fazla olduğu da bir gerçektir. Klinik deneyimler bu iki grup ilaçla duyarlılık reaksiyonlarına ender olarak rastlandığını göstermektedirler.

TABLO :2

ÇOCUKLARDA KULLANILAN BAZI ÖNEMLİ BUTYROPHENONE VE THIOXANTHENELER

Jenerik Adı	Piyasa Adı	Günlük Doz	Kaç Kerede
Haloperidol	Haldol	2-16 mg ^(x)	1-2
	2-5 mg tab	0,5-01	
	25 mg amp.	mg/kg/gün	
	10 damla = 1 mg		
Thiothixene	Navane	1-40 mg	1-2
	5 mg.tab.	0,25 mg/kg/gün	
Chlorprothixene	Tractan	10-20 mg	1-2
	5-15-50	1,25 mg/kg/gün	
	mg dr.		

(x) : Gilles de tourette'de de 2-6 mg/gün başlangıç doz, bir terapötik doz ve uzun süreli sürdürme dozuyula % 90 başarı (Shapiro ve arkadaşları, 1973).

2— Antidepresan ilaçlar ve psikomotor stimulanlar: (Tablo 3)

a) Trisiklik antidepresanlar: Bu grup ilaçları imipramine temsil eder. Psikotik çocuklarda da verilebileceği bazı çalışmalarda gösterildiği halde, bu çalışmalar tartışmalı olup, kontrol grupları da yoktur. Çocukluk çağındaki depressif durumlar henüz iyi bilinmediğinden ve manik depresif hastalığın 10-12 yaşın altında görülmeceği genel olarak kabul edildiğinden, erişkinlerde imipramine benzeri ilaçların, özellikle psikomotor retardasyon gösterenlerde kesin antidepresan etkisi gösterildiği halde, deprese çocuklardaki etkisi tam olarak saptanamamıştır. Ancak imipramin'in enüreziste, hiperaktif davranış bozukluklarında, ve başka ruhsal rahatsızlığı olmayan çocukların okul korkularında etkili olduğu değişik çalışmalarda bildirilmektedir.

b) Mao İnhibitörleri: Bu ilaçlar toksisiteleri nedeniyle çocuklara verilmemelidir.

c) Psikomotor stimulanlar: Bu grup ilaçların (Amphetamine, Methylphenidate) minimal beyin disfonksiyonunda

TABLO : 3

ÇOCUKLARDA KULLANILAN BAZI ÖNEMLİ TRİSİKLIK ANTİDEPRESANLAR

Jenerik Adı	Piyasa Adı	Günlük Doz ^(x)	Kaç Kerede
İmipramine ^(xx)	tofranil	6-225 ^(xxx)	1-2
	10-25 mg.dr.	1-5 mg/kg/gün	
Amytriptyline	Laroxyl	2-75 mg	1-3
	10-25	1-2 mg/kg/gün	
	mg.dr. 50 mg.amp		

(x) : Dozlar 2-12 yaş arası için önerilmiştir. Adölesan dozları erişkin dozlarına oranla hazırlanmalıdır.

(xx) : 12 yaşın altındaki çocuklara genel olarak imipramine benzeri ilaçlar önerilmez. Buradaki öneriler literatür çalışmalarını temel alınarak yapılmıştır.

(xxx): İmipramine 4 yaşın altındaki enüretik çocuklarda verilmemelidir. 4 yaşın üstündekilerde ise 30 kg.'dan az olanlar yatmadan 1 saat önce 25 mg. 30 kg'ın üstünde olanlara ise 35-50 mg. kullanılır. İmipraminenin okul korkusundaki verilışı ise şöyledir: İlk 3 gün 25 mg/gün, dah sonraki 4 gün 50 mg/gün, bölünmüş dozlarla 100 haftada 200 mg'a kadar çıkarılır, sonra azaltılarak düşürülür.

yaygın ve etkin bir kullanımı olduğu bilinmektedir. Psikotik bozukluklarda disorganizasyonu arttırdığından kontrendike olan bulaçlar ülkemizde yasaklanmıştır.

3— Minör Trankilizanlar ve Sedatif Hipnotikler. Düzenli kontrol çalışmaları olmadığından minör trankilizanların ve sedatif hipnotiklerin çocuklardaki kullanım değeri, nevroitik durumlarda, hafif ve orta şiddette anksiyete durumlarında oldukça yaygın olarak kullanılmasına karşın tam bilinmemektedir.

a) Diphenhydramine: Hafif ya da orta şiddette davranış bozuklukları ve hiperaktiviteyle birlikte olan organik bozukluklarda etkili ve güvenilir bir ilaçtır. Ayrıca yatma öncesi sedasyon amacıyla da kullanılabilir. Etkili dozaj günde 4 doza bölünmüş olarak 25-60 mg'a kadar sağlanabilir. Bunun dışında nöroleptiklere bağlı akut distonik reaksiyonlarda 25-50 mg. İ.M. dozlarında etkili olmaktadır. Ancak ülkemizde, ilacın parenteral kullanış formu bulunmamaktadır. Yan etkileri genellikle antikolinergik etkisine bağlı, deride kızarıklık, ağız-burun kuruluğu ve kabızlıktır. Türkiye'de Benadryl piyasa adıyla bulunan ilacın 10 mg/ml'lik süspansiyonu ve 25 mg'lık kapsülü vardır.

b) Chlordiazepoxide: Bazı sınırdaki hastalarda psikozun netleşmesine ve yine önceden saldırganlığı olan bazı kişiliklerde saldırganlığında daha da kötüleşmesine ve öfke reaksiyonlarına yol açabildiğinden dikkatli olunmalı, 6 yaşın altındaki çocuklarda kullanılmamalıdır.

c) Diazepam: Çocuklarda anksiyete tedavisinde değerli olduğu, tam tersine anksiyete'yi arttırdığı belirtilmektedir. Bilindiği gibi şiddetli psikotik rahatsızlıklar gösteren çocuklarda minör trankilizanların etkisi olmamaktadır. Diazepam çocuklarda, tetanozda kas gevşeticisi olarak ve anti-epileptik amaçlar ve Non-Rem'e bağlı klinik tablolar dışında kullanılmamalıdır.

d) Barbitürat'ler: Anksiyete'yi artırıcı, psikolitik çocuklarda disorganizasyon etkileri ve toksisiteyi nedeniyle epilepsi dışında çocukluk yaş grubunda kullanılmazlar. Ancak ülkemizde özellikle Luminalle olmak üzere, barbitüratlarla pediatrik yaş grubunda kullanılan bir çok ilaç kombinasyonu bulunmakta ve oldukça fazla tüketilmektedir.

e) Chloral hydrate: Uykusuzluklarda, yatma öncesi sedasyonu sağlamak amacıyla çocuklara 10-50 mg/kg hesabaıyla verilebilir.

4— Antikonvülsanlar: Diphenylihydantoin'nin çocukların davranış bozukluklarında kullanışlı olduğu gösterilmiştir.

5— Diğerleri:

a) Promethazine: Kimyasal olarak bir phenothiazine olan, ancak bazı araştırmalara göre diphenhydramine benzer

özellikleri nedeniyle antihistaminik gibi sınıflanan bu ilacın Türkiye'de yalnızca Phenergan piyasa adlı bir deri pomadı vardır. Oysa ilaç yatma öncesi sedasyon sağlamada ve anti-anksiyete ajan olarak oldukça kullanışlı olup, çok az olguda lökopeni ve agranülositöz bildirilmesine karşın toksisitesi düşük bir ilaçtır.

b) Lithium: Asıl olarak yetişkinlerin manik depressif hastalığında kullanılan lithium tuzlarının 12 yaşın altındaki çocukların davranış bozukluklarına olan etkisi henüz bilinmemektedir. İnsanlarda antiagresif etkileri olduğu saptanan bu ilacın, çocukların agresif durumlarında ve hiperkinetik çocuklarda kullanılabilirliği sanılmaktadır. Bunu kanıtlayan araştırmalar vardır.

c) Triiodothyronine: T_3 'ün antipsikotik ve stimulan etkisinin gösterildiği çocuk çalışmaları vardır. Çocukluk şizofrenisi ve otizmde T_3 ü kullanan klinikler bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1— *Ruh sağlığı ve Hastalıkları: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Şubat 1981, Ankara*
- 2— *Manuel of Psychiatric Therapeutics: R.I. Shader (Ed), Little, Brown and Company, 1976, Boston.*
İlgi, Ankara Tabip Odası yayını, Yayın No: 1, 1981, Ankara
- 4— *Comprehensive Textbook of Psychiatry: Third edition, Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock B.J., William Wilkins, 1980 baltimore.*



ONU SEVİYORSUNUZ...
BİR BABA OLARAK
ONUN DAHA İYİ
YETİSMESİ İÇİN
UĞRAŞIYORSUNUZ...
HER ANA BABA GİBİ BU
SORUMLULUK SİZİN...

AMA,
BİR HEKİM OLARAK DA SORUMLULUKLARINIZ VAR.
HİZMET VERDİĞİNİZ TOPLUMA VE TIP BİLİMİNE
KARŞI SORUMLULUKLARINIZ GİBİ.

YA KENDİNİZE, HEKİM KİŞİLİĞİNİZE OLAN
SORUMLULUĞUNUZ?

HEKİMLİK MESLEĞİ ONURUNUN KORUNMASINDAN,
HEKİMLER ARASI GÜÇLÜ BİR BİRLİKTELİĞİN
OLUŞTURULMASI VE SÜRDÜRÜLMESİNDE SİZ
SORUMLUSUNUZ...

BUNU, HEKİMLERİN MESLEK ÖRGÜTÜ OLAN TÜRK
TABİPLERİ BİRLİĞİ TABİP ODALARINA ÜYE
OLARAK VE ÇALIŞMALARDA GÖREV ALARAK
YAPABİLİRSİNİZ..



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ