

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Bir Gündüz Kliniği Deneyimi

An Experience of A Child and Adolescent Psychiatry Day Clinic Treatment Program

Dr. Nursu ÇAKIN MEMİK,^a
Dr. Özlem YILDIZ ÖÇ,^a
Dr. Işık KARAKAYA,^a
Dr. Şahika GÜLEN ŞİŞMANLAR,^a
Dr. Belma AĞAOĞLU^a

^aÇocuk ve Ergen
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kocaeli

Geliş Tarihi/Received: 25.08.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 24.11.2009

*Bu makale, 19. Ulusal Çocuk ve Ergen
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Kongresi'nde poster bildiri
olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Nursu ÇAKIN MEMİK
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları AD, Kocaeli,
TÜRKİYE/TURKEY
nursucakmemik@gmail.com

ÖZET Amaç: Gündüz klinikleri, çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında kısa süredir hizmet vermektedir. Gündüz kliniklerinde görüşmeler yoğunudur ve çeşitli tedavi yöntemleri bütüncül bir biçimde kullanılabilir. Bu çalışmanın amacı, bütüncül bir tedavi sağlayan ve Türkiye'de ilk kez Kocaeli Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında kurulmuş olan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Gündüz Kliniğinde uygulanan tedavinin hastaların işlevselliğinin artırılmasında ve belirtilerin azaltılmasındaki etkinliğini değerlendirmektir. **Gereç ve Yöntemler:** Gündüz kliniğinde izlenen 31 hastanın bulguları terapist ve ebeveynlerinin değerlendirmeleriyle incelenmiştir. Bu inceleme cinsiyet, yaş grubu, eşhastalanım ve ebeveynin eğitim düzeyi göz önüne alınarak çocuklar için genel değerlendirme ölçeği, klinik global izlem ölçeği ve tedavi değerlendirme ölçeği ile yapılmıştır. **Bulgular:** Çocuklar için genel değerlendirme ölçeğinden elde edilen puan ortalaması tedavinin başında 52.59 ± 9.02 iken, tedavi sonunda 69.07 ± 11.01 olmuştur. Klinik global izlem ölçeğinden alınan puan ortalaması 4.52 ± 0.975 'ten 2.70 ± 1.068 'e düşmüştür. Tedavi değerlendirme ölçeği ile yapılan değerlendirmede ise elde edilen puan ortalamasının 3.75 ± 0.40 (çok iyi) olduğu görülmüştür. Cinsiyet, yaş grubu, eş hastalanım ve ebeveynin eğitim düzeyi göz önüne alınarak yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmanın sonucunda gündüz kliniğinde tedavi edilen hastaların çocuklar için genel değerlendirme ölçeği ve klinik global izlem ölçeğinden elde edilen bulgular doğrultusunda işlevselliklerinde artma olduğu saptanmıştır. Tedavi değerlendirme ölçeği ile yapılan değerlendirme sonucunda anne-babalar tarafından gündüz kliniği tedavisinin yararlı bulunduğu görülmüştür. Ayaktan ve yataklı tedaviye bir alternatif tedavi yöntemi olan gündüz klinikleri için daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk gündüz yuva merkezleri; ergen; çocuk

ABSTRACT Objective: Day treatment in child and adolescent psychiatry is quite brief. Day treatment programs allow intensive, multimodal management. The aim of this study was to examine the efficacy of Kocaeli University Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Day Clinic treatment program for adolescents. **Material and Methods:** Thirty-one patients who completed the day treatment program were assessed by their therapists and parents. The functioning was assessed using the children's global assessment scale, clinical global impression scale, and treatment assessment scale considering gender, age, comorbidity and educational level of the parents. **Results:** The mean score of children's global assessment scale was 52.59 ± 9.02 at admission, and improved to 69.07 ± 11.01 at discharge. The mean score of clinical global impression scale was 4.52 ± 0.975 at admission, and dropped to 2.70 ± 1.068 at discharge. The mean score of treatment assessment scale- parent proxy was 3.75 ± 0.40 (very good) at discharge. After the evaluations done by considering gender, age, comorbidity and educational level of the parents, no statistical difference was found among the mean scores. **Conclusion:** As the result of the study patients who completed the day treatment program appeared to function better globally at discharge on children's global assessment scale and clinical global impression scale scores. This study showed that day treatment was perceived by families as helpful on treatment assessment scale. Even though day treatment can be an alternative for in or outpatient treatment but more research is needed.

Key Words: Child day care centers; adolescent; child

Oldukça genç bir anabilim dalı olan çocuk ve ergen psikiyatrisi 1968 yılında psikiyatri, nöroloji ve pediatriден ayrı ayrı bir bilim dalı olarak tanınmıştır.¹ Çocuk ve ergen psikiyatrisi 1970'li yıllardan sonra yalnızca çocuk ve ergenin kendisi yerine aile üzerine de odaklanmanın önemini kavramıştır. Ruhsal bozuklukların nedenleri incelendiğinde, bozuklukların pek çok etkene bağlı olarak ortaya çıkabildiği görülmüş ve aile odaklı ve sosyal-psikiyatrik kavramların önemi fark edilmiştir. Çocuk ve ergenin ruhsal bozukluklarının tedavisi sırasında aile desteğinin önemi gündüz kliniklerine olan gereksinimi artırmıştır.² Bunun üzerine 1970'li yıllarda özellikle de 1980'li yılların başında dünyada çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan gündüz klinikleri artış göstermeye başlamıştır ve bu sayıca artış günümüzde de sürmektedir.¹ Tarihte psikiyatri alanında hizmet veren ilk gündüz kliniğinin 1930 yılında zamanın Sovyetler Birliği'nde psikiyatri hastanesinde yatak sıkıntısı nedeniyle açıldığı bilinmektedir.³ Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de ilk gündüz kliniğinin 1946 yılında açıldığı, gündüz kliniklerinin 1960'lı yıllarda artış gösterdiği, 1981 yılında ise çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında hizmet veren 353 gündüz kliniğinin bulunduğu bildirilmiştir.^{1,4} İngiltere'de 1950'li, Fransa'da ise 1960'lı yıllarda gündüz klinikleri çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında hizmet vermeye başlamıştır.¹ Huss ve ark., 2000 yılında Almanya'da çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan 61 gündüz kliniğinin bulunduğunu ve bu kliniklerin çoğunlukla yataklı birimin de bulunduğu bir hastanede bunlardan ayrı olarak hizmet verdiğini, daha az sayıda gündüz kliniğinin ise bağımsız bir birim ya da bir yataklı birimin parçası olarak hizmet verdiğini bildirmiştir.⁵ Buna karşın İsviçre'de gündüz klinikleri yataklı ya da ayaktan tedavi birimine bağlı olmaktan çok bağımsız birimler olarak hizmet vermektedir.¹

Alman ruh sağlığı politikasına göre, 1.5 milyon nüfusluk bir yerleşim bölgesinde, ortalama 80 genel ve 20 özelleşmiş çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı biriminin, 12'şer hasta kapasiteli 4 gündüz kliniğinin ve bunlara bağlı çalışan ayaktan tedavi birimlerinin olması gerekmektedir. Ülkemizin 70 milyonluk nüfusunun 27 milyonluk kısmını çocuk

ve ergen nüfusu oluşturmaktadır ve bu nüfus için yalnızca bir gündüz kliniği ve yedi yataklı birim (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Adana Kız Ergen Rezidental Tedavi Merkezi, Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi) bulunmaktadır. Ülke genelinde çocuk ve ergen psikiyatrisi uzman hekimlerinin ve alanlarında uzmanlaşmış psikolog, hemşire, çocuk gelişim uzmanı, meşguliyet uzmanı, öğretmen gibi personelin sayıca az olması bu duruma neden olarak gösterilebilir. Bu sorunun çözümünde ilk olarak halen oluşturulmamış olan ulusal bir çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları politikasının geliştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çocuk ve ergenlerde ruhsal hastalıkların etiolojisinde birçok çevresel ve genetik etken rol oynadığından, tedavinin de çok yönlü olması gerekmektedir. Çocuk ve ergenlerin ruhsal bozuklukların tedavisinde, hastanın kendisinin terapiye dahil edilmesi kadar aile ve sosyal çevrenin de ele alınmasının önemi açıktır.⁶ Gündüz kliniği tedavisinin başarı sağlamasının; ailenin de tedaviye dahil olması, tedavi ortamının hastanın yaşadığı ortama benzer olması ve hastaya çoklu tedavi uygulamalarının sunulması koşullarının karşılanması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.¹ Gündüz kliniğinde tedavi altında olan hastalar gün içinde 7-8 saat klinikte bulunup diğer zamanlarını kendi sosyal ortamlarında sürdürmektedirler. Bu da hastalara çatışma alanlarından uzaklaşmadan, doğrudan girişim ve değişim olanağı sağlamaktadır. Gündüz kliniklerinin yataklı tedavi şekillerinden en önemli üstünlüğü de budur. Ayaktan tedavide hasta ve ailesi sınırlı sürede değerlendirilip tedavi edilmekte ve daha geniş aralıklarla takipleri yapılmaktadır. Gündüz kliniklerinin bu sınırlılığı içermemesi ayaktan tedaviye oranla tedavi güçlerini artırmaktadır.^{7,8}

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde hastaların tanı ve tedavileri sıklıkla ayaktan yürütülmektedir. Kendine ya da başkalarına zarar verici davranış tehlikesi olan ya da aile veya sosyal çevrelerinden uzaklaştırılması gereken hastalar için ise yataklı te-

davi düşünülmektedir. Ayaktan takibi güç olan ve yatacak düzeyde ağır hastalığı olmayan hastaların tedavisinin gündüz kliniklerinde yürütülmesi uygun görülmektedir. Gündüz klinikleri ayaktan tedavi merkezleri ya da yataklı birimlere oranla sayıca az olmakla birlikte zaman içinde hızlı artış göstermişlerdir.¹

Gündüz kliniğinde ebeveynler de tedaviye uygun bir biçimde dahil edilip terapist ile birlikte “yardımcı terapist” gibi çalışmaktadır. Aileler çocuklarına yapılacak müdahaleler, sorun alanları ve iletişim zorlukları ile ilgili konularda eğitilmekte ve uygulamada bulunmaları sağlanmaktadır. Ebeveynlerin terapi sürecinde terapistle sağladıkları destek arttıkça tedavi etkinliğinin de arttığı bildirilmektedir.¹ Hastanın yaşadığı ruhsal bozukluk ailesinden kaynaklanıyorsa aile terapisi önerilmekte ve tedavide özellikle aile ilişkileri ele alınmaktadır.¹

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde gündüz klinikleri ile ilgili araştırma yapmak zordur. Araştırmalarda hastaların kontrol grupları ile karşılaştırılması bilimsel açıdan en kıymetli verileri vermektedir. Ancak gündüz kliniklerinde tedavi altına alınan hastalar için kontrol grubunun oluşturulması etik açıdan mümkün görünmemektedir. Bunun yerine hastanın kontrol grubu ile karşılaştırılması bekleme listesinde bulunan hastalar ile gündüz kliniğinde tedavi altına alınan hastaların karşılaştırılması yolu ile yapılabilmektedir. Ancak bekleme sürecinde hastaların ayaktan tedavi almaları, sosyal çevrelerinde değişikliklerin meydana gelmesi ya da hastanın gelişiminde fiziksel ve duygusal değişikliklerin olması beklenen sağlıklı verileri elde etmemizi engelleyebilir. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde gündüz klinikleri ile ilgili araştırma yapmanın diğer bir yolu da hastanın kendisini tedavi öncesi ve sonrasındaki işlevsellik düzeyi ile karşılaştırmak olabilir, ancak bu yöntemde de hastalık özelliği, aile yapısı, ruhsal ve fiziksel gelişim ve değişim gibi etkenler nedeniyle zorluklar yaşanmaktadır. Öte yandan çocuk ve ergen psikiyatrisinde değerlendirme araç ve gereçlerinin nesnel olmaması, hastada meydana gelen değişimin çoğunlukla anne-baba, hekim, öğretmen ya da hastanın kendisi gibi birçok farklı kişinin öznel değerlendirmeleri sonucu yapılabildiği ve hastada meydana gelen olumlu, olumsuz

gelişmelerin çevresel etkenlerden kaynaklanma olasılığı nedeniyle meydana gelen değişimin tek başına uygulanan tedaviye bağlanması güçtür. Tarihsel açıdan henüz yeni sayılabilecek bir alan olan çocuk ve ergen psikiyatrisi ile ilgili araştırma alanında yaşanan bu zorluklar gündüz klinikleri ile ilgili sınırlı sayıda yazın bilgisine rastlanmasına yol açmaktadır.¹

Bu yazıda, Türkiye’de ilk kez Kocaeli Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında kurulmuş olan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Gündüz Kliniğinde izlenen olguların sosyodemografik özelliklerinin ve tedaviye yanıt oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Gündüz Kliniğinde 01.01.2008/01.01.2009 tarihleri arasında izlenen hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Psikiyatri servislerinde yatan hastaya uygulanan çok yönlü tedavi gün boyunca benzer bir biçimde kliniğimizde de uygulanmıştır. Tedavi ekibi, 1 rekreasyon uzmanı, 1 sınıf öğretmeni, 1 araştırma görevlisi, 2 uzman hekimden oluşmuştur. Hastalar bir yandan spor aktiviteleri, el işleri, mutfak uygulamaları, oyun, grup etkinlikleri gibi etkinliklere katılırken diğer yandan tedavi ekibi tarafından ruhsal tedavileri düzenlenip hastaya ve bozukluğun özelliğine göre bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim, meşguliyet terapisi, ortam terapisi (mileu terapi), farmakoterapi gibi terapi yöntemleri uygulanmıştır. Her bir hastanın gündüz kliniğine başladıktan hemen sonra öğretmenleriyle görüşülmüş, bilgi alınmış ve kliniğimizde çalışan sınıf öğretmeni tarafından hastanın eğitimi şekillendirilmiştir. Haftada iki kez yapılmış olan vizitlerle tedavi ekibi ile hasta bir araya gelmiş ve verilen ödevler, yaşanan zorluklar, kazanması planlanan beceriler, kullanılan ilacın etki ve yan etkileri konuşulmuştur. Hastalar ile her gün, aileleri ile en az haftada bir kez görüşme yapılmıştır. Bireysel görüşmeler dışında hastalar sürekli bir arada ve etkileşim halinde olmuştur.

Hastaları değerlendirebilmek için önce hasta ve ailelerinden onam alınmıştır. Çocukların sosyodemografik özellikleri dosya bilgilerinden toplan-

miştir. Tedaviye yanıt oranları Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ), Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİ) ve Tedavi Değerlendirme Ölçeği (TDÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir.

ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ÇGDÖ)

Yetişkinler için genel değerlendirme ölçeğinden uyarlanan bu ölçek çocukların tedavi izlemi sırasında klinisyen gözlemine dayanarak puanlanmaktadır. ÇGDÖ, hastalık belirtileri, sosyal ve okul işlevler ve sorunlarla baş edebilme gibi değişkenleri kullanarak hastanın genel iyilik ve işlevselliğinin değerlendirildiği bir ölçektir. Bu ölçekte hastaya yukarıda bahsedilen özellikler dikkate alınarak 100 üzerinden puan verilir. Yüksek puanlar iyi genel durum ve işlev düzeyini göstermektedir⁹. Bu ölçek "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli" içinde Türkçeye uyarlanmıştır.¹⁰

KLİNİK GLOBAL İZLEM ÖLÇEĞİ (KGİ)

KGİ Guy ve ark. tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. KGİ üç boyutlu bir ölçektir ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin tedaviye yanıtlarını değerlendirmek amacıyla hekim tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur: I. KGİ-Hastalık Şiddeti (KGİ-HŞ): Toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1= normal, hasta değil, 2= sınırda ruhsal hastalık, 3= hafif derecede hasta, 4= orta derecede hasta, 5= belirgin derecede hasta, 6= şiddetli derecede hasta, 7= en ağır derecede hasta. II. KGİ-Global İyileşme (KGİ-Gİ): Toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişinin, çalışmaya girdiği zamanki durumuna göre ne kadar değiştiği 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1= çok fazla iyileşti, 2= oldukça iyileşti, 3= minimal iyileşme, 4= değişiklik yok, 5= minimal kötüleşme, 6= oldukça kötüleşti, 7= çok fazla kötüleşti.¹¹

TEDAVİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TDÖ)

TDÖ'nün ebeveyn, hasta ve terapist tarafından doldurulan üç ayrı formu bulunmaktadır. Bizim çalış-

mamızda ebeveyn tarafından doldurulan tedavi değerlendirme ölçeğinin kısa formu kullanılmıştır. Bu ölçek ile tedavi başarısı, tedavi süreci ve ebeveyn toplam memnuniyeti değerlendirilebilmektedir. 0-0.4= kötü, 0.5-1.4= yetersiz, 1.5-2.4= orta, 2.5-3.4= iyi, 3.5-4.0= çok iyi derecede tedavi başarısını, tedavi sürecini ve ebeveyn toplam memnuniyetini göstermektedir.¹² Ülkemizde bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamış olmasına rağmen ailenin gündüz kliniğindeki tedaviyi değerlendirip bize geri bildirim vermesi açısından yararlı olacağı düşünülmüş ve kullanılmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın verileri, Windows için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 10.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma) ve ikili grupların karşılaştırmalarında ise Man Whitney-U testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Gündüz kliniğimizde bir yıl içinde 31 hasta tedavi edilmiştir. İzlenen 10-17 yaşları arasındaki ergenlerin yaş ortalaması 13.6 ± 1.8 yıl olup 10 (%32.3)'ü erkek 21 (%67.7)'i kız çocuğudur. Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1'de görülmektedir. Gündüz kliniğinde hastalar 2 ila 36 hafta arasında kalmış olup, tedavi süreleri ortalama 6.5 ± 6.3 haftadır. Bir yıl boyunca gündüz kliniğinde izlenen hastaların cinsiyete göre tanı dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Gündüz kliniğinde izlenen hastaların aldıkları en sık tanının dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğu, 19 (%61.3) hastanın ise birden fazla Eksen I tanısı aldığı saptanmıştır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda 12 hastanın 7 (%58.3)'sinde, anksiyete bozukluklarında ise 12 hastanın 8 (%66.6)'inde eş tanı olduğu görülmüştür.

Hastaların ÇGDÖ puan ortalamasının tedavinin başında 52.59 ± 9.02 , tedavi sonunda 69.07 ± 11.01 olduğu saptanmıştır. İstatistiksel açıdan değerlendirildiğinde tedavi sonunda ÇGDÖ puan ortalamasının anlamlı oranda arttığı saptanmıştır ($t = -6.91$, $df = 36$, $p = 0.000$).

TABLO 1: Sosyodemografik özellikler.

	n	%
Cinsiyet		
Kız	21	67.7
Erkek	10	32.3
Sınıf		
5.-8.	16	51.6
9.-12.	12	38.7
Okul devamı yok	3	9.7
Annenin eğitim düzeyi		
İlköğretim	27	87.1
Lise	3	9.7
Yüksek okul	1	3.8
Babanın eğitim düzeyi		
İlköğretim	19	61.3
Lise	5	16.1
Yüksek okul	7	22.6
Annenin iş durumu		
Çalışıyor	2	6.5
Çalışmıyor	29	93.5
Emekli	-	-
Babanın iş durumu		
Çalışıyor	26	83.9
Çalışmıyor	2	6.5
Emekli	3	9.7
Ailenin ekonomik durumu		
Kötü	2	6.5
Orta	24	77.4
İyi	5	16.1

Hastanın gündüz kliniğinde tedavi altına alındığı sıradaki KGİ-HŞ puan ortalaması 4.52 ± 0.975 bulunmuştur. Son değerlendirmede KGİ-Gİ puan ortalaması ise 2.70 ± 1.068 'dir. KGİ-Gİ'ye göre 3 ve daha düşük puan alma tedaviye yanıt vermiş olarak kabul edildiğinden taburculukta hastaların %77.8 (n= 21)'inin belirtilerinin belirgin olarak düzeldiği saptanmıştır.

TDÖ'ye göre ebeveyn memnuniyeti (3.38 ± 0.47) ve tedavi başarısı (3.11 ± 0.69) "iyi düzeyde", tedavi seyri (3.75 ± 0.40) "çok iyi düzeyde" saptanmıştır. Cinsiyete, yaş grubuna, eş hastalanımın olup olmamasına göre ÇGDÖ, KGİ ve TDÖ puanları Tablo 3'te gösterilmiştir. Ebeveyn eğitim düzeyleri ayrı ayrı ele alınmış, annenin ve babanın eğitim

düzeyine göre ÇGDÖ, KGİ ve TDÖ puanları Tablo 4'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Gündüz kliniğimizde hastalar 2 ila 36 hafta arasında kalmış olup tedavi süreleri ortalama 6.5 ± 6.3 (42.72 ± 44.40 gün) haftadır. Berger ve ark., gündüz kliniklerinde ortalama kalış süresini 64 gün, Mund ve ark., ise 9 hafta (43.2 ± 24 gün) olarak bildirmişlerdir.^{5,13} Bunun yanında Almanya'da bulunan tüm gündüz kliniklerindeki hastaların tedavi süresinin ortalama 104 gün olduğu bildirilmiştir.⁵ Diğer gündüz kliniklerine oranla gündüz kliniğimizdeki tedavi süresinin az olması ebeveynlerin okul eğitimini ruhsal bozukluğa göre daha fazla önemseyip belirtilerde tam olmasa da kısmi düzelmeye gördükten sonra motivasyonlarının azalması ve tedavi ekibinin de tedaviyi kısmi remisyondan sonra ayaktan tedaviye yönlendirmeleri ile açıklanabilir.

TABLO 2: Cinsiyete göre hastaların tanı dağılımı.

DSM-IV tanıları	(n)		(%)
	kız	erkek	
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	8	4	38.7
Karşıt olma karşı gelme bozukluğu	-	1	3.2
Özgül öğrenme bozukluğu	2	2	12.9
Enürezis	1	-	3.2
Travma sonrası stres bozukluğu	1	-	3.2
Majör depresif bozukluk	4	-	12.9
Psikotik özellikli majör depresif bozukluk	1	-	3.2
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	1	-	3.2
Yaygın anksiyete bozukluğu	4	2	19.4
Obsesif kompulsif bozukluk	3	-	9.7
Panik bozukluk	2	-	6.5
Sosyal fobi	-	1	3.2
Konversiyon bozukluğu	3	-	9.7
BTA somatoform bozukluk	2	-	6.5
Ağrı bozukluğu	-	1	3.2
Otitik bozukluk	1	-	3.2
Asperger sendromu	-	1	3.2
Şizofreni	-	1	3.2
Şizoaffektif bozukluk	2	-	6.5
Artikülasyon bozukluğu	1	-	3.2
Sınırdaki entelektüel işlevsellik	3	2	16.1
Hafif mental retardasyon	2	1	9.7

TABLO 3: Cinsiyete, yaş grubuna ve eş hastalanıma göre ÇGDÖ, KGİ ve TDÖ puan ortalamaları.

	Kız	Erkek	İstatistiksel test*		Erken ergen (10-14 yaş grubu)	Orta ergen (15-17 yaş grubu)	İstatistiksel test*		Eşhastalanımın olmaması	Eşhastalanımın olması	İstatistiksel test*	
			Z	p			Z	p			Z	p
ÇGDÖ												
Tedavi başında	53.42 ± 8.82	50.63 ± 9.79	-0.66	0.50	54.44 ± 7.048	48.89 ± 11.66	-0.98	0.32	54.44 ± 8.81	51.67 ± 9.23	-0.48	0.63
Tedavi sonunda	70.53 ± 12.23	65.63 ± 6.78	-1.30	0.19	69.44 ± 12.70	68.33 ± 7.07	-0.31	0.75	70.00 ± 9.01	68.61 ± 12.10	-0.05	0.95
KGİ												
KGİ-HŞ	4.47 ± 1.07	4.63 ± 0.74	-0.36	0.71	4.33 ± 0.84	4.89 ± 1.16	-1.26	0.20	4.33 ± 1.00	4.61 ± 0.97	-0.64	0.51
KGİ-Gİ	2.58 ± 1.17	3.00 ± 0.75	-0.99	0.32	2.72 ± 1.07	2.67 ± 1.11	-0.05	0.95	2.33 ± 1.00	2.89 ± 1.07	-1.25	0.20
TDÖ												
Tedavi başarısı	3.40 ± 0.58	2.75 ± 0.68	-1.83	0.06	3.00 ± 0.67	3.40 ± 0.74	-0.94	0.34	3.15 ± 0.64	3.08 ± 0.76	-0.04	0.96
Tedavi seyri	3.76 ± 0.40	3.75 ± 0.42	-0.10	0.91	3.76 ± 0.37	3.72 ± 0.52	-0.11	0.91	3.85 ± 0.35	3.68 ± 0.44	-1.11	0.26
Ebeveyn memnuniyeti	3.58 ± 0.37	3.13 ± 0.50	-1.87	0.06	3.31 ± 0.45	3.56 ± 0.53	-1.09	0.27	3.40 ± 0.53	3.36 ± 0.45	-0.13	0.89

* Mann-Whitney U testi.

ÇGDÖ: çocuklar için genel değerlendirme ölçeği, KGİ: Klinik global izlem ölçeği, TDÖ: Tedavi değerlendirme ölçeği, KGİ-HŞ: KGİ-hastalık şiddet, KGİ-Gİ: KGİ-global iyileşme.

TABLO 4: Ebeveyn eğitim düzeyine göre ÇGDÖ, KGİ ve TDÖ puan ortalamaları.

	Anne			Baba				
	İlköğretim	Lise/ yüksek okul	İstatistiksel test*		İlköğretim	Lise/ yüksek okul	İstatistiksel test*	
			Z	p			Z	p
ÇGDÖ								
Tedavi başında	52.61 ± 7.51	52.50 ± 17.07	-1.25	0.20	53.44 ± 7.23	52.50 ± 9.57	-0.10	0.92
Tedavi sonunda	69.35 ± 10.58	67.50 ± 15.00	-0.32	0.74	69.06 ± 12.00	68.75 ± 6.29	-0.04	0.96
KGİ								
KGİ-HŞ	4.48 ± 0.94	4.75 ± 1.25	-0.08	0.93	4.31 ± 0.94	5.00 ± 0.81	-1.34	0.18
KGİ-Gİ	2.70 ± 1.06	2.75 ± 1.25	-0.08	0.93	2.88 ± 1.02	2.75 ± 1.25	0.00	1.00
TDÖ								
Tedavi başarısı	3.16 ± 0.74	2.86 ± 0.30	-0.52	0.59	3.26 ± 0.63	3.10 ± 0.98	-0.54	0.58
Tedavi seyri	3.86 ± 0.27	3.20 ± 0.52	-1.92	0.05	3.86 ± 0.32	3.90 ± 0.14	-0.56	0.57
Ebeveyn memnuniyeti	3.45 ± 0.47	3.03 ± 0.40	-0.90	0.36	3.45 ± 0.48	3.50 ± 0.42	0.00	1.00

* Mann-Whitney U testi.

ÇGDÖ: çocuklar için genel değerlendirme ölçeği, KGİ: Klinik global izlem ölçeği, TDÖ: Tedavi değerlendirme ölçeği, KGİ-HŞ: KGİ-hastalık şiddet, KGİ-Gİ: KGİ-global iyileşme.

Gündüz kliniğimizde bir yıl içinde 21 kız (%67.7) kız, 10 (%32.3) erkek çocuğu tedavi edilmiştir. Berger ve ark.nın gündüz klinikleri ile ilgili deneyimlerini aktardıkları yazılarında 15 aylık süre içinde 14 kız, 25 erkek çocuk olmak üzere toplam 39 hasta tedavi ettiklerini, Huss ve ark., ise 2000 yılında tüm Almanya'da izlenen hastaların %69'unu erkek hastaların, %31'ini ise kız hastaların oluşturduğunu bildirmişlerdir.^{2,5} Çocuklukta başlayan psikiyatrik bozuklukların çoğunun erkek çocuklarda, ergenlik dönemi başlangıçlı bozuk-

lukların ise kız çocuklarının sayıca daha fazla görüldüğü bilinmektedir.¹⁴ Yazınla karşılaştırıldığında gündüz kliniğimizde kız hastaların sayıca daha fazla olmasının hastalarımızın ergenlik döneminde bulunması ile ilişkili olabileceği gibi bu sonucun örnekleme özgü de olabileceği düşünülmüştür.

Gündüz kliniğinde izlenen 10-17 yaşları arasındaki ergenlerin yaş ortalaması 13.6 ± 1.8 'dir. Almanya'da çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında hizmet veren gündüz kliniklerinde izlenen hasta-

ların yaş ortalamasının 10.2 olduğu saptanmıştır.⁵ Farklı merkezlerde yaş ortalamalarının değişiklik gösterdiği, Berger ve ark.nın yaptığı çalışmada ise gündüz kliniklerinde izlenen hastaların yaş ortalamasının 15 olduğu bildirilmiştir.² Gündüz kliniğimizde izlenen hastaların yaş ortalamasının diğer merkezlerin sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Gündüz kliniğinde izlenen hastaların ebeveynlerinin iş durumlarına bakıldığında babaların %83.9'unun çalıştığı, annelerin ise %93.5'inin çalışmadığı görülmektedir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne ilk kez başvuran ergenlerde yapılan bir çalışmada da ebeveynlerin iş durumları benzerlik göstermektedir.¹⁵ Ülkemizde annelerin çoğunlukla çalışmadığı ve ev hanımı olduğu düşünülürse babaların da sıklıkla evin geçiminden sorumlu olduğu ve çalıştığı göz önüne alınırsa bu oranların beklenen bulgular olduğu söylenebilir.

Almanya'da gündüz kliniğinin tedavi hedefi ICD-10'a göre, Eksen VI'da (psikosozyal işlevsellik alanı) düzelmeye sağlamaktır. Ülkemizde DSM-IV sınıflandırması daha yaygın olarak kullanıldığından, tedavi hedefi olarak hastanın işlevselliğini ölçen Eksen-V'te düzelmeye belirlenmiş ve değerlendirmeler bu alanda yapılmıştır. Hastaların işlevsellik düzeyleri hastayı izleyen hekim tarafından tedavi öncesi ve sonrasında değerlendirilmiştir. Hastaların tedavi başında ÇGDÖ puan ortalamasının düşük, KGİ hastalık şiddeti puan ortalamasının ise yüksek olması, gündüz kliniğine alınan hastaların işlevselliklerindeki bozulmanın şiddetinin de bir göstergesidir. Tedavinin sonunda bu puan ortalamalarında belirgin düzeyde düzelmeye gözlenmesi gündüz kliniğindeki tedavi etkinliğinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. Gündüz kliniğimizde tedavi altına alınan hastalarımızın sosyal ilişkilerinden koparılmaması, günlük yaşama benzer bir ortam içinde tedavinin yürütülmesi çatışmalarını daha iyi ele alınabilmesini sağlamaktadır. Hasta tedavi ile elde ettiği kazançları, çatışmaların çözümü için geliştirdiği yeni becerileri, kişiler arası ilişkilerde öğrendiği yeni yolları günlük hayatına zaman kaybetmeden aktarabilmektedir. Öte yandan gündüz kliniğimizde tedavi altına alınan hastalar ayrıntılı

gözlemlenebilmekte, hem hastaya hem de aileye yoğun tedavi uygulanabilmektedir. Gündüz kliniğinde uygulanan ilaç tedavisinin etkinlik ve yan etkileri günlük olarak tedavi ekibi tarafından izlenebilmekte ve herhangi bir olumsuzluk karşısında hekim zaman kaybetmeden tedaviye müdahale edebilmektedir. Tüm bu özellikler gündüz kliniğimizde uygulanan tedavinin gücünü artırmakta ve hastalarımızın işlevselliklerinde görülen belirgin düzelmeye nedenini açıkça ortaya koymaktadır. Belirgin düzelmeye ergoterapi (meşguliyet terapisi), psikofarmakoterapi, bilişsel davranışçı terapi, ortam terapisi (milieu terapi) gibi terapi yöntemlerinin hastaya ve hastalığa göre ayrı ayrı ya da eş zamanlı uygulanabiliyor olmasının da katkısının olduğu düşünülebilir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde yaygın görülen bozukluklar olmasından dolayı gündüz kliniklerinde yıkıcı davranış bozuklukları ve duygudurum bozukluklarının sıklıkla ele alındığı ancak özkıyım düşünceleri olan, kendine ve başkalarına zarar verici davranış olasılığı olan hastaların tedavisinin önerilmediği bilinmektedir.¹ Risk değerlendirmesi her hasta için ele alınmalı, kendine ve çevreye zarar verme olasılığı çok detaylı olarak değerlendirilmelidir. Belli bir risk değerinin üzerindeki hastalarda, ilk planda yüksek güvenlikli yataklı birimlerin düşünülmesi ve gündüz kliniğinde uygulanacak tedavinin ertelenmesi uygun görülmektedir.¹⁶ Yazın bilgileri ile uyumlu biçimde bu örnekte dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu en sık tanı olarak belirlenmiştir. Berger ve ark. da gündüz kliniklerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yüksek oranda izlendiğini bildirmişlerdir.² 2000 yılında Almanya'daki çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan tüm gündüz kliniklerinin değerlendirildiği bir çalışmada da hiperkinetik bozukluklar ve davranış bozuklukları (%20.2) en sık izlenen tanıları olmuştur.⁵ Bu bulgu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun çocuklardaki yaygınlığının oldukça yüksek olması ile açıklanabilir.¹⁷⁻²⁰

Gündüz kliniğimizde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun kız çocuklarında daha yüksek oranda gözlenmesi dikkat çeken bir sonuçtur. Bilindiği gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu erkek cinsiyette daha yüksek oranda görül-

mektedir.^{18,21} Ancak kız cinsiyette dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri kız çocuklarına yakıştırılan ve olumlu geri bildirimlerle pekiştirilen sakin, durgun ve çekingen davranışlar ile çelişmektedir. Kız çocuklarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinden aileler yakınabilir. Bu tutumların toplum tarafından da bir eksiklik ve olumsuz özellik olarak algılanması, kız çocuklarında sorunun daha fazla farkına varılmasına yol açabilir. Bu durumda da ailenin tedavi isteği ve hekimin tedavi beklentisi erkek çocuklarına oranla daha yüksek olabilir. Öte yandan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun kız çocuklarının işlevselliklerini daha fazla bozduğu ve bunun sonucunda da tedavi arayışlarının daha yoğun olduğu düşünülebilir. Yine örnekleme bulunan kız hasta sayısının erkek hastalara oranla iki kat fazla olması örnekleme dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun kız çocuklarında daha yüksek oranda gözlenmesini açıklayabilir.

Birçok ruhsal bozuklukta eş tanılarının oranının yüksek olduğu bilinmektedir.²²⁻²⁴ Benzer olarak gündüz kliniğimizde izlenmiş olan hastaların %61.3'ü ikinci bir Eksen I tanısı almaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda %58.3, anksiyete bozukluklarında ise %66.6 oranında eş tanı olduğu görülmüştür. Yazın bilgisi gözden geçirildiğinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda %70, anksiyete bozukluklarında ise %28.8 eş tanı oranlarının olduğu saptanmıştır.^{25,26} Gündüz kliniğimizde izlenmesine karar verilen hastaların çoğunlukla ayaktan tedavi koşullarında takibin güç olduğu, tanı karmaşası olan ve karmaşık belirtilere sahip hastalar olduğu göz önüne alındığında, eş tanı oranlarının yüksek olmasının beklenen bir bulgu olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte bozukluklar tek tek ele alındığında hasta sayısının oldukça azalması bulgular ile ilgili yorum yapılmasını ve genel çıkarımlarda bulunulmasını güçleştir-mektedir.

Yapılmış olan bir çalışmada yıkıcı davranış bozukluğu olan 30 hastanın 15'i gündüz kliniğinde, diğerleri ise ayaktan tedavi edildiği bir çalışmada gündüz kliniğinde tedavi edilen hastalarda iyileşme oranlarının daha yüksek olduğu ve iyilik halinin altı aydan sonra da sürdüğü gösteril-

miştir.²⁷ Ciddi davranış sorunları olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada gündüz kliniği tedavisi ayaktan tedaviye oranla davranış sorunlarının ve depresif belirtilerin azalmasında, sosyal becerilerinin artışı ve aile işlevselliğinin iyileşmesinde daha etkili bulunmuştur.⁷ Gündüz kliniği tedavisini tamamlamış ciddi davranış sorunları olan 33 hastanın 5 yıl sonraki işlevselliğinin değerlendirildiği bir çalışmada iyilik halinin uzun dönemde sürdüğü bildirilmiştir.⁶ Yapmış olduğumuz çalışmada hastaların işlevsellik düzeyleri ve ebeveyn memnuniyeti değerlendirmeye alınmıştır. Ancak hastaların tedavi sonrası izlem bulguları değerlendirilmemiştir ve ayaktan tedavi yöntemi ile karşılaştırmalar yapılmamıştır. Bu kısıtlılığa rağmen hastaların işlevsellik düzeylerinde belirgin düzelmenin olması gündüz kliniği tedavisinin kısa dönem etkinliğini desteklemektedir.

Hastaların işlevsellik düzeyleri çocuklar için genel değerlendirme ölçeği ve klinik global değerlendirme ölçeği yardımıyla gündüz kliniğinde tedavi altına alındığı ilk gün ve taburcu oldukları gün olmak üzere iki kere yapılmıştır. Ebeveynlerin gündüz kliniğindeki tedaviden memnun olup olmadıklarının belirlenmesi ise tedavi değerlendirme ölçeği kullanılarak hastanın taburcu edildiği gün yapılmıştır. Ölçek puanları cinsiyete, yaş grubuna ve ebeveynin eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde hem tedaviden önce hem de taburculukta yapılan değerlendirmelere göre kız ve erkek çocuklar arasında, erken ya da orta ergenler arasında ve ilköğretim ile lise/yüksek okul eğitim düzeyinde olan ebeveynlerin çocukları arasında işlevsellik düzeylerinde farkın olmadığı görülmüştür. Hastanın gündüz kliniğinde tedavi altına alınmasına karar verilirken özellikle yaş, cinsiyet ve ebeveyn eğitim düzeyinden çok hastanın işlevsellik düzeyi göz önüne alındığından tedaviden önceki işlevsellik düzeyleri arasında farkın olmaması beklenen bir sonuç olmuştur. Bunun yanında eş hastalanımı olan ile olmayan hastaların tedaviden önce işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı bir farkın görülmemesi hastada eş hastalanım olmasa bile işlevseliği belirgin düzeyde etkilenmiş hastaların gündüz kliniğine kabul edilmesine bağlanabilir.

Gündüz kliniğinde cinsiyet, yaş, ebeveyn eğitim düzeyi ve eş hastalanım açısından hastalarda farklılıkların olmasına karşın uygulanan tedavi yöntemlerinin hastaya ve hastalığına özgü biçimlendirilmesi hastaların benzer yarar görmesine, ebeveyn memnuniyeti ve gruplar arasında işlevsellik düzeylerinde farkın olmamasına neden gösterilebilir.

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

İzlenen hastaların sayıca az olması araştırma sonuçlarını genelleştirmemizi engellemektedir. Tedavi etkinliğinin hekimin ve ebeveynlerin öznel değerlendirilmesi sonucu yapıldığı, hastaların öz bildirimlerinin değerlendirilmemiş olması bulgularımızın gücünü azaltmaktadır. Gündüz kliniği tedavisinin ayaktan ya da yataklı birimde tedavi gören hastalarla, diğer tedavi modellerinin etkinliği ile karşılaştırılmaması, hastalar taburcu olduktan sonra iyilik hallerinin sürekliliğine yönelik bir değerlendirmenin yapılmamış olması, tedavi sonunda tedavinin etkinliğini değerlendiren hekimin hastalara kör olmaması çalışmamızın sınırlılıklarından biridir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda belirtilmiş olan kısıtlılıkların göz önüne alınması ve hastanın hastalığa özgü ve genel ölçüm araç ve geri bildirim-

leri ile tedavi düzeylerinin belirlenmesi önerilmektedir.

SONUÇ

Gündüz kliniği tedavi uygulamaları Almanya'da 20. yüzyılın başlarında, Avusturya'da ise son yıllarda gelişmeye başlamıştır.² ABD ve Avrupa'daki hızlı gelişime karşın gündüz klinikleri ile ilgili sınırlı sayıda bilimsel yayın bulunmaktadır.² Yapılmış olan sınırlı sayıda çalışmada gündüz kliniği tedavi modelinin hızlı düzelmeye yol açtığı, sosyal işlevselliği artırdığı, aile yükünü hafiflettiği ve tekrarlama oranlarını azalttığı bildirilmiştir.²⁸⁻³¹ Gündüz kliniklerinde izlenen hastalarda ortaya çıkan davranış değişikliğinin yoğun olması, tedavinin hem çocuk hem de aileye uygulanıyor olması nedeniyle tekrarların azaldığı bildirilmekte ve gündüz kliniği tedavi yaklaşımının etkili bir tedavi yaklaşımı olduğu kabul edilmektedir.^{6,8,17} Batılı ülkelerde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında gündüz kliniği uygulamaları uzun yıllardan beri kullanılmakta olmasına rağmen ülkemiz için yeni bir kavramdır. Ayaktan tedavinin yetersiz kaldığı hastalarda gündüz kliniğinin etkili bir tedavi yöntemi olduğu, çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanımının yaygınlaştırılması gerektiği söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Kashef M. [The child and adolescent psychiatry day clinic. Evaluation, tasks, advantages and boundaries]. 1.Band, Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2008. p.10-91.
- Berger E, Steinberger K, Huber N. [Adolescent psychiatry day clinic-Establishment and Experiences]. *Neuropsychiatrie* 2006;20(2): 127-30.
- Volovik VM, Zacheptskii RA. Treatment, care, and rehabilitation of the chronic mentally ill in the U.S.S.R. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37(3):280-2.
- Cameron DE. The day hospital; an experimental form of hospitalization for psychiatric patients. *Mod Hosp* 1947;69(3):60-2.
- Huss M, Jenetzky E, Lehmkühl U. [Day treatment in German child and adolescent psychiatry: analysis of data from a nationwide survey with respect to cost effectiveness]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2001;50(1):31-44.
- Grizenko N. Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: a five-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):989-97.
- Grizenko N, Papineau D, Sayegh L. A comparison of day treatment and outpatient treatment for children with disruptive behaviour problems. *Can J Psychiatry* 1993;38(6):432-5.
- Rey JM, Denshire E, Wever C, Apollonov I. Three-year outcome of disruptive adolescents treated in a day program. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7(1):42-8.
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(11):1228-31.
- Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. [Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T)]. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004;11(3):109-16.
- Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. DHEW publication; No. (ADM) 76-338. 1st ed. Rockville, MD: Revised US Dept Health, Education and Welfare publication National Institute of Mental Health; 1976. p.603.
- Mattejat F, Remschmidt H. [QAT: Questionnaire for the Assessment of the Treatment]. Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Ed) In: Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis, 1). 1. Band, Göttingen: Hogrefe Verlag, 2002. p. 91-4.
- Mundt A, Hand I, Rufer M. [Specific behaviour therapy day clinic]. *Nervenarzt* 2002;73(11): 1082-7.
- Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44(8):1092-115.

15. Akdemir D, Çuhadaroğlu Çetin F. [Clinical characteristics of adolescent admissions to the clinic and adolescent psychiatry outpatient clinic]. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003;10(1):5-13.
16. James A, Javaloyes A Commentary on use of an adolescent in-patient unit. *Adv Psychiatric Treatment* 1999;5(3):199-201.
17. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2(2):104-113.
18. Vierhile A, Robb A, Ryan-Krause P. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: closing diagnostic, communication, and treatment gaps. *J Pediatr Health Care* 2009;23(1 Suppl):S5-23.
19. Dopheide JA, Pliszka SR. Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update. *Pharmacotherapy* 2009;29(6):656-79.
20. Rader R, McCauley L, Callen EC. Current strategies in the diagnosis and treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am Fam Physician* 2009;79(8):657-65.
21. Faraone SV, Biederman J, Mick E, Williamson S, Wilens T, Spencer T, et al. Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1077-83.
22. Kılıç BG, Şener Ş. [Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder]. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16(1):21-8.
23. Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(10):1307-14.
24. Toros F. [Risk factors of depression in childhood and adolescence]. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry* 2002;3(2):75-9.
25. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
26. Posner K, Melvin GA, Murray DW, Gugga SS, Fisher P, Skrobala A, et al. Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(5):547-62.
27. Grizenko N, Papineau D, Sayegh L. Effectiveness of a multimodal day treatment program for children with disruptive behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(1):127-34.
28. Schene AH, Gersons BPR. Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74(4):335-40.
29. Pang J. Partial hospitalization: an alternative to inpatient care. *Psychiatr Clin North Am* 1985;8(3):587-95.
30. Greene LR, De La Cruz MS. Psychiatric day treatment as an alternative to and transition from full-time hospitalization. *Community Ment Health J* 1981;17(3):191-202.
31. Moscovitz IS. The effectiveness of day hospital treatment: a review. *J Community Psychol* 1980;8(2):155-64.