

# ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞINDA YATAKLI TEDAVİNİN YERİ

Taner GÜVENİR\*, Fatma VAROL TAŞ\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Ayaktan ya da gündüz kliniği koşullarında tedavi edilemeyecek düzeyde ağır ruhsal sorunlar yaşayan çocuk ve ergenlerin hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekebilmektedir. Bu yazıda, gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan ancak ülkemizde henüz yeterince gelişme fırsatı bulamamış olan çocuk ve ergen ruh sağlığında yataklı tedavi seçeneğinin ve özelliklerinin yazındaki son bilgiler ışığında tartışılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çocuk ve ergen ruh sağlığında yataklı tedavi hizmeti ve bu tedavi modelinin özellikleri hakkında ülkemizde yayınlanmış bir yayına rastlanmadığı için bu konuda özellikle Avrupa ülkelerinde kısıtlı da olsa yapılmış çalışmalar ve derlemelerden yararlanılmıştır. **Sonuçlar:** Yataklı servisler, çeşitli ruhsal sorunlar yaşayan çocuk ve ergenlere güvenli, ilgili ve anlayan bir ortam sunarak tedavi edici çalışmaların gerçekleşmesine olanak sağlar. Yatarak tedavi deneyimi çocuk ve ergen için sadece belirti düzeyinde düzelme değil, aynı zamanda kişilik gelişiminde ve benlik saygısında da olumlu bir etki sağlar. **Tartışma:** Türkiye'de mevcut yatak kapasitemizin gereksinimlerin çok altında olduğu ortadadır. Ülkemizde bir an önce, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinden başlayarak yataklı servis tedavi hizmetine kadar her aşamada ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi, ruh sağlığı yasası ile teminat altına alınması ve gerekli maddi kaynağın ayrılması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk ve ergen ruh sağlığı, yataklı tedavi, ortam tedavisi

## SUMMARY:INPATIENT TREATMENT IN CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

**Objective:** Child and adolescents who are suffering from psychological problems should be admitted to an inpatient unit if they can not be managed at outpatient or day clinic settings. In this paper, we aimed to overview the latest literature about the inpatient child and adolescent mental health services which are very common treatment alternatives in Western countries but unfortunately has not been developed enough in our country. **Method:** We reviewed the research and review papers especially from European countries which were generally limited in number. **Results:** Inpatient services provide a containing, understanding and caring setting for child and adolescents in which they may find a chance to work therapeutically about their problems. The experience of a treatment in an inpatient unit not only can heal symptomatically but also can have a positive impact on personality development and self esteem. **Discussion:** The number of child and adolescent mental health inpatient units are limited in number in Turkey. In our country, covering all means of mental health, starting from preventive through inpatient services, we need to have a nationwide mental health strategy which is framed by a national mental health law that enables enough funds for investments in this field.

**Key Words:** Child and adolescent mental health, in-patient treatment, milieu therapy

## GİRİŞ

Fiziksel sağlığın travmalar, genetik bozukluklar, zehirlenmeler ve hastalıklar karşısında bozulabileceği uzun süreden beri bilinen bir gerçek iken, aynı stres etkenlerinin ruh sağlığını da etkileyebileceği ve uzun vadeli yan etkiler doğurabileceği ise ancak yakın zamanda fark edilebilmiştir. Şimdilerde kabul edilen bir başka gerçek ise, çocukluk döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunların erişkin dönemde devam eden yıkımlar yarattığıdır. Bu nedenle özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde etkin ruh sağlığı yaklaşımları planlayabilmek çok büyük önem taşımak-

tadır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı, optimal psikolojik işlevselliğe ulaşma ve bu işlevselliği koruyabilme kapasitesidir. Optimal psikolojik işlevsellik, "hastaliksızlık" durumundan çok; ilişki kurabilme ve bu ilişkiyi sürdürebilmeyi, olumsuz yaşam deneyimlerini, gelişimsel zorlukları ve kültürel kaynakları duygusal gelişim için kullanabilmeyi, olumlu kendilik algısı ve kendilik değerini, uygun aile ve akran ilişkisini, öğrenme ve üretken olabilmeyi içermektedir (WHO 2005).

Birçok farklı ülkede yapılan çalışmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran çocukların %12-29'u psikiyatrik tanı almaktadır (Giel ve ark. 1981). Bunların ancak %10-22 arasındaki

\*Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

\*\*Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

kısmı birinci basamak sağlık çalışanı tarafından fark edilebilmektedir. Bu da çocuk ve ergenlerin büyük bir çoğunluğunun gerekli ruh sağlığı hizmetinden yararlanamadığını göstermektedir. Bunun da ötesinde, eşik altı olarak tanımlanan, yani tanı konmadığı halde ruhsal sorunlar yaşayan bir grup ise hiçbir ruhsal girişim ve destek şansını kullanamamaktadır. Oysa ki, çocuk ve ergenlerin yaşadıkları ruhsal hastalıkların birçoğu uygun bir yaklaşımla tedavi edilebilir ve bu çocuklar ve aileleri normal ya da normale yakın bir hayat yaşayabilirler. Ruhsal hastalık yaşayan çocuk ve ergenler uygun tedavi ve destek almadıkları sürece sorunları devam edecek ve bu durum onların sosyal, eğitimsel ve mesleki geleceklerini tehlikeye sokacaktır. Bu da aile için ek maddi yük ve toplum için üretim kaybı anlamına gelmektedir (WHO 2005).

Ayaktan ya da gündüz kliniği koşullarında tedavi edilemeyecek düzeyde ağır ruhsal sorunlar yaşayan çocuk ve ergenlerin hastaneye yatırılması yoğun ruhsal tedavi hizmetine bir örnektir. Ancak bu durum, normal yaşamlarını sürdürmelerinin engellenmesi ve uygunsuz davranış modelleri ile karşılaşma olasılığı nedeni ile belli riskler taşımaktadır. Ayrıca oldukça masraflı bir hizmet olması nedeni ile gerçekten işe yarayıp yaramadığının ortaya konması gerekmektedir (Jaffa ve Stott 1999, Beecham ve ark. 2003). Bu yazıda, gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan ancak ülkemizde henüz yeterince gelişme fırsatı bulamamış olan çocuk ergen ruh sağlığında yataklı tedavi seçeneği yazındaki son bilgiler ışığında tartışılacaktır.

### TARİHÇE

250 yıl önce ruhsal hastalığı olan çocuklar çok fark edilemezken, ergenler toplama kamplarına ya da akıl hastanelerine yatırılmıştır. 19. yüzyıl başlarında bu yaş grubuna ilişkin ruhsal sorunlara yönelik ilgi giderek artmaya başlamıştır. Aynı yüzyılın sonlarına doğru erken bunama ve manik depresif bozukluğa ilişkin araştırmalar sonucu bu ilgi tepe noktasına ulaşmıştır. 1930'larda Avrupa ve Amerika'da gelişen çocuk ve aile danışmanlığı akımı ile birlikte çocuk psikiyatrisi ile pediatri arasında yakın bir ilişki olmuştur. Ruhsal sorunlar yaşayan erken yaş çocuk ve ergenler yeni açılmakta olan ana-çocuk

sağlığı merkezlerine yönlendirilirken, daha büyük yaşta ergenlerin ruhsal sorunları erişkin psikiyatrisi koşullarında ele alınmaya devam etmiştir. 1960'lı ve 70'li yıllarda Avrupa ve Amerika'da çocuk ve ergenlere özel yataklı psikiyatri klinikleri açılmaya başlamıştır. Ancak bunların çoğu erişkin psikiyatri hastaneleri bünyesinde planlanmıştır. Böylece, koruyucu ruh sağlığı ve erken yaş çocuk ve ergen ruh sağlığı sorunları için pediatri ile, yataklı tedavi ve geç dönem ergenleri ilgilendiren ruhsal sorunlarda ise erişkin psikiyatrisi ile olan işbirliği 90'lı yıllara kadar sürmüştür. Günümüzde ise, yataklı servislerin büyük çoğunluğu hemen her türlü ruhsal soruna ait tedavi hizmeti vermekte iken, sadece bazı özel ruhsal sorunların (yeme bozukluğu, madde bağımlılığı gibi) ele alındığı özelleşmiş çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisleri de bulunmaktadır (Cotgrove ve Gowers 1999).

### ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞINDA YATAKLI TEDAVİ MODELİNİN ESASLARI

#### Genel Tedavi Yaklaşımı

Tıpta yataklı tedavi yaklaşımları genel olarak klasik modelden köken alır. Bu modelin bakış açısına göre çocuk hastadır, hastaneye yatırılır ve hastane tedavisi çocuğun hastalığının iyileştirilmesine odaklanır. Çocuk iyileştiğinde eve dönebilir. Bu model akut tıbbi durumlar için geçerli olsa da, kronik tıbbi durumlar ya da psikiyatrik hastalıklar için uygun bir model değildir. Çünkü bu gibi durumlarda çocuğu tam şifa ile, yani düzelterek, eve göndermek çoğunlukla mümkün olamaz. Çocuğun sosyal çevresini gelişimsel gereksinimlerine yanıt verecek şekilde değiştirebilmek, en az çocuğu iyileştirmek kadar önem kazanır (Cotgrove ve Gowers 1999). Bu nedenle uygulanacak psikiyatrik tedavinin niteliği kadar, farklı disiplinlerin bir arada ve eşgüdümlü bir çalışma sonucu çocuğa uygun bir tedavi programı ve psikososyal destek sistemi oluşturması ve yaşama geçirmesi klasik tıbbi modele göre çok daha fazla zorluklar içerir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığında yataklı tedavi kavramı birçok hizmeti ve tedavi felsefesini içerir. Bazı servisler sadece yataklı tedavi hizmeti verirken, bazılarında ise aynı klinik içinde, gündüz hastanesi, ayaktan tedavi birimi

ya da alanda çalışan ekipler de bulunabilir. Çoğu servis, koşulları elverdiği sürece 0-18 yaş aralığı yerine, okul dönemi (7-12 yaş), erken ergen (13-16 yaş) ve geç ergen (16-18 yaş) yaş gruplarını için birbirinden ayrı şekilde yapılandırılmış bir hizmet vermektedir. Tedavi felsefesi olarak belli bir çalışma modeli (örneğin tedavi edici ortam yaratma) benimsenebileceği gibi daha eklettik bir yaklaşım da seçilmiş olabilir. Tek bir tedavi felsefesini benimseyen ve sadece belli ruhsal sorunları ele alan yataklı servislerin sayısı giderek azalmaktadır. Bunların yerini daha eklettik yaklaşımların benimsendiği ve farklı ruhsal sorunları bir arada kabul eden genel çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisleri almaktadır (O'Herlihy ve ark. 2003). Yakın zamana kadar, hangi tedavi modelinin daha iyi sonuç verdiğine dair yeterli bilimsel kanıt olmadığı için, seçilecek tedavi modeli genellikle karizmatik liderin eğilimleri ve tecrübesine göre belirlenmekteydi (Cotgrove ve Gowers 1999).

### Ortam Terapisi (Milieu Therapy)

Çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı tedavi hizmetlerinde günümüzde en yaygın olarak benimsenen tedavi modeli "ortam terapisi - milieu therapy" dir. Bu modelin ilk tanımlamalarına, geçtiğimiz yüzyılın ilk yarısında Aichorn, Bettelheim, Redl ve Wineman ile Trieschman'ın yazılarında rastlanmaktadır. Bu yazarlar, tedavide "yaşam alanı modeli" nin kullanılmasından söz ederler. Bunun anlamı, çocuğun fiziksel ve sosyal çevresindeki tüm unsurların terapötik yaklaşım ve girişim için kullanılabilir olduğudur. Ortam terapisi ilk kez bireysel anlamda çocuğun psikanalitik açıdan anlaşılmasına odaklanmış olmasına karşın, grup, uğraş ve davranışçı terapilere de başarı ile uyarlanarak, iyileştirici terapötik yaşam deneyiminin gelişmesine olanak vermektedir. Ortam terapisinin özellikleri psikiyatrik tanıya ve gelişimsel döneme bağlı olarak değişiklik gösterse de temel prensipler genelde aynıdır (Cotton 1993).

Bu ortamın oluşturulması, çocuk ve ergenlerin kendi aralarında ve tedavi ekibi ile, yapılandırılmış günlük ve haftalık etkinlik programı dahilinde kurdukları ilişkiler yoluyla olur. Yataklı tedavi, çocuk ve ergenin diğer tedavi edici girişimlerin yanı sıra olumlu akran ilişki-

leri geliştirmesine olanak vererek benlik saygısının artmasına yol açabilir (Delaney 2006). Yataklı servisler, çeşitli ruhsal sorunlar yaşayan çocuk ve ergenlere güvenli, ilgili ve anlayan bir ortam sunarak bu tedavi edici çalışmaların gerçekleşmesine olanak sağlar. Bazı ergenler için sürekliliği olan ve kararlı bir erişkinle karşılaşmak ve ilişkiye girmek yeni bir deneyim olabilir. Bir süre sonra, bu yeni erişkin modelini ve ilişki şeklini içselleştirmeyi başarabilirler. Bu tür bir deneyim ergenin kişilik gelişiminde ve benlik saygısında olumlu bir etki bırakabilir (Steinberg 1986).

Yataklı kurumlarda oluşturulmaya çalışılan tedavi edici ortam ve düzene karşı en önemli tehdit, ağır ruhsal bozukluklar yaşayan çocuklar ve ergenler ve onların acil yatış gereksinimleridir. Acil yatışların olumsuz etkileri, tedavi edici ortamın bozulması ve dolayısı ile güvenliğinin zarar görmesi, planlı yatışın getirdiği bir dizi avantajın ortadan kalkması ve yatış için uzun bir bekleme listesinin olmasıdır. Özellikle ergenlerde acil yatış taleplerinin çoğunluğu kendine zarar verme riskinin yüksek olduğu durumlarda söz konusu olmaktadır. Ancak, bu gibi durumlarda hastaneye yatışın olumlu etkisini gösteren yeterli veri bulunmamaktadır. Bu gibi olgularda genellikle asıl gereksinim, kısa süre sonra yeni bir uzaklaştırılma yaşayacağı acil hastane yatışından çok, uzun döneme yayılmış, güvenli, ilgili ve anlayan bir çevrenin oluşturulmasıdır. Acil yatışın öncelikli olarak düşünülebileceği hastalar, akut psikotik atak yaşayan ergenler olmalıdır (Cotgrove ve Gowers 1999).

### Tedavi Ekibi

Çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servislerinde görev alan multidisipliner ekipler, psikiyatri, psikiyatri hemşireliği, sosyal hizmetler, psikoloji ve eğitim disiplinlerinden hepsi ya da bazılarının bir araya gelmesi ile oluşur. Diğer uzmanlık gerektiren disiplinlerden, psikoterapist, uğraş terapisti ve yaratıcı terapistler de çoğu zaman ekip içinde yerlerini alırlar. Bunların yanında, sekreter ve yardımcı personeller de ekibin tamamlayıcı unsurlarıdır. Ekipte yer alan disiplinlerde eğitim gören stajyerler de geçici olarak ekip içinde yer alabilirler. Her servisin yukarıda sayılan disiplinlerden hepsi ya

## GÜVENİR VE VAROL TAŞ

da bazılarında oluşan çekirdek bir kadrosu bulunur. 24 saat kesintisiz bakım hizmeti veren ve dolayısı ile sayıca en fazla temsil edilen disiplin olan psikiyatri hemşireleri, tedavi ekibinin vazgeçilmez üyeleridir. Sayıca daha az olmakla birlikte ekibin bel kemiğini oluşturan diğer iki önemli disiplin ise, psikiyatri ve eğitimidir. Alınan roller gereği, hemşireler günlük bakım, ruhsal destek ve tedavi edici ortamın sağlanması gibi görevler üstlenirken, çocuk ve ergen psikiyatristleri ruhsal değerlendirme, tanılama, tıbbi sorumluluk ve sıklıkla ekip liderliği görevlerini yerine getirmeye çalışırlar. Öğretmenlerin ve eğitimin yeri ve rolü birçok ruh sağlığı servisinde farklı şekilde tanımlanmaktadır. Bazı servislerde eğitim kadrosu tamamen ayrı yapılır ve tedavi programının önemli bir bölümü servis içinde ya da bu amaçla planlanmış hastane içerisindeki okulda devam eder. Bazı servislerde ise eğitimin tedavi programındaki yeri daha sınırlı tutularak öğretmenlerin diğer servis aktivitelerinde yer alması sağlanır (Cotgrove ve Gowers 1999).

Sosyal hizmet uzmanı, sosyal hizmetlerle ilişkilerde eşgüdümü sağlayan, çocuk koruma yasası ve uygulamaları alanlarında yetkin ve yatan hastaların uygun sosyal yardım almalarını sağlamak amacı ile gerekli incelemeleri ve çalışmaları yürüten önemli bir tedavi ekibi üyesidir (Hughes ve Wilson 1986, Speede 2004).

Psikoloğun görevleri ise psikometrik testler yardımı ile tanısız değerlendirmeye katkıda bulunmak ve genellikle diğer ekip elemanlarının deneyiminin ve birikiminin az olduğu bilişsel ve/veya davranışçı terapileri yürütmektir (Derek 1986).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı tedavi ekiplerinde "çalışma, takım çalışması ve multidisipliner çalışma" gibi kavramlar sıklıkla birbiri yerine kullanılmaktadır. Ancak bu yaklaşım ciddi riskler taşımaktadır. Örneğin, ekip baskısı ya da ekibin birlikte hareket etme sevdası olarak tanımlanabilecek yaklaşımda, ekip üyelerinin bireysel uzmanlık becerileri ve farklılığı baskılanmış olacaktır. Öte yandan farklı disiplinlerden uzmanların bir araya geldiği ve her birinin işleri kendi bildiği şekilde hallettiği bir ruh sağlığı servisinde kaosun ortaya çıkması, güvenlik ve huzur duygusunun kaybolması da

kaçınılmazdır. Bu iki uç örneğin ortasını bulmak belli bir enerji, çaba ve zaman gerektirir (Parry-Jones 1986).

Bir yataklı servisin ne kadar iyi çalıştığı organizasyonel yapısı ile yakından ilişkilidir. Hiyerarşik düzen, görev tanımları ve sorumlulukları açık olarak tanımlanmış olmalıdır. Tedavi ekibinin yaklaşımı, çocuk ve ergenin araştırmasına ve kendini ifade etmesine izin veren bir esneklik ile (ergenin gelişimsel özelliği nedeni ile kaçınılmaz olarak karşı gelmeye çalışacağı) kurallar ve yasaklar arasında bir dengeyi yansıtmalıdır. Her iki yönde de aşırıya kaçıldığında, servis içi huzursuzluk artacak ve tedavi edici ortam zarar görecektir (Cotgrove ve Gowers 1999, James ve Javaloyes 1999).

Çocuk ve ergenlerin grup süreçleri çoğu zaman kolaylıkla idare edilemez ya da yönlendirilemez. Servisteki bir çocuk ya da ergene ilişkin tedavi ekibi içinde gelişen görüş ayrılıkları, bölünmeler ve emosyonel tepkilerdeki farklılıklar, sıklıkla tartışmaya konu olan hastanın borderline kişilik örgütlenmesinin, ailesindeki psikopatoloji düzeyinin ya da cinsel ve/veya fiziksel istismara uğramaya ilişkin geçmişinin tedavi ekibi üzerine bir yansımaları sonucu olabilir. Tedavi ekibi, hastanın bu yansımalarını değerlendirme amacıyla duyarlı ve eşgüdümlü bir şekilde çalışabilir ve ekip içindeki bölünme sürecini doğru olarak ve zamanında saptayabilirse, bunu tedavi amaçlı kullanabilir. Bunun gerçekleşmesi için, iyi düzenlenmiş ekip toplantıları, ekip içinde yüksek moral, motivasyon, açık iletişim ve eldeki verilerin araştırıldığı tartışma ortamları gerekir. Tercihen ekip dışından, psikodinamik ya da sistemik kuram yönelimli danışmanlık eğitimi almış bir moderatörün önderliğinde düzenli aralıklarla yapılan ve ekip içi süreçlerin değerlendirildiği toplantılar, ekip içi ilişkileri ve çalışma motivasyonunu olumlu yönde etkileyecektir (Cotgrove ve Gowers 1999, Foskett 1986).

### Hastaneye Yatış Endikasyonları

Yataklı tedavi için uygun endikasyon psikiyatrik tanı kategorilerinden çok tedavi gereksinim düzeyine göre belirlenir (Gowers ve Cotgrove 2003). Buna göre, ayaktan tedavi ya da gündüz hastanesi koşullarının yeterli olamayacağı düzeyde yoğun psikiyatrik değerlendirmenin ya

da güvenli bir ortamda karmaşık ruhsal sorunların ele alınmasının gerektiği durumlarda yatarak tedavi seçeneği düşünülmelidir.

Çocuk ve ergen için yataklı tedavinin uygun ve gerekli bir seçenek olduğunun belirlenmesine dikkatli ve detaylı yapılacak bir psikiyatrik değerlendirme sonucunda karar verilir. Bu değerlendirme multidisipliner bir ekip tarafından zenginleştirilmelidir (James ve Javaloyes 1999). Örneğin, sosyal hizmet uzmanının hazırlayacağı sosyal inceleme raporu farklı bir açıdan gelen bilgilerle uygulanacak tedavi modeli hakkında daha uygun karar vermeyi kolaylaştırabilir. Böylelikle, ağır davranış sorunları yaşayan bir ergenin sosyal servisler tarafından yürütülen bir rehabilitasyon merkezinde mi, yoksa bir çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisinde mi tutulacağı tartışmaya açılabilir.

Herhangi bir yatış kararının asıl amacı uzun süreli psikopatolojinin riskini ya da şiddetini azaltabilmektir. Yoğun bir yataklı tedavi deneyimi, çocuk ve ergenin kişilik gelişimi üzerine diğer hiçbir tedavi girişimi modelinde olmadığı kadar önemli ve kalıcı bir etki yaratabilir (James ve Javaloyes 1999).

### Yatış Öncesi Risk Değerlendirmesi

Risk değerlendirme her hasta için ayrıca ele alınmalı, kendine ve çevreye zarar verme olasılığı çok detaylı olarak değerlendirilmelidir. Psikotik bozukluk ile saldırganlık, davranım bozuklukları ile kendine zarar verme ve depresyon ile intihar riski birlikte ele alınmalı ve ergenlik döneminde eyleme vurma davranışının özellikle psikopatoloji ile doğru oranda arttığı akıldan çıkarılmamalıdır. Belli bir risk değerinin üzerindeki hastalarda, ilk planda yüksek güvenlikli servislerin düşünülmesi uygun olacaktır (James ve Javaloyes 1999).

Yatış için uygun olmayan çocuk ve ergenler, her servisin kendi fiziksel alanının ve tedavi ekibinin koşullarına ve sunduğu tedavi hizmetinin özelliklerine göre ayrıca belirlenir. Servise yatışının uygun olmadığı düşünüldüğünde, kendine ve çevreye zarar verme riski yüksek olan hastaya uygun bir adres gösterilmelidir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisleri

genelde farklı birçok ruhsal sorunu olan çocuk ve ergene aynı anda yardımcı olmaya çalışır. Bazı durumlarda, yeni bir hastanın yatışının, kendisine ya da o anda serviste yatmakta olan diğer çocuk ve ergen hastaların durumuna olumsuz etkide bulunması mümkündür. Örneğin, serviste hastalar arasında yoğun bir ilişki sorunu yaşanmakta iken, hassas, kırılğan ve kolay etkilenebilen bir ergenin yatışı ertelenebilir. Ya da, belli sorunlardan dolayı (borderline kişilik örüntüsü, kendini yaralama ya da cinsel istismar gibi) serviste yatmakta olan yeterli sayıda hasta varken benzer bir sorunu olan yeni bir ergenin yatışının, servis içindeki dengeleri olumsuz etkileme riskinin olması durumunda da, yatışın ertelenmesi söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda yatışı düşünülen ergenin bir süre ayaktan izlenmesi ve servisteki hastaların dağılımı değiştiğinde yatışın tekrar gündeme alınması uygun olabilir (Parry-Jones 1986). Ancak böyle bir erteleme planı yapılamayacak durumda ise, yatışı gerçekleşmeyen ergene yeni bir adres belirlemek tek seçenek olarak karşımıza çıkabilir. Ne yazık ki, birçok durumda yetişkin servislerinden başka uygun adres bulmak mümkün değildir.

Hastaneye yatışın yarardan çok zarar getirebilme olasılığı yatış değerlendirmesi sırasında her zaman tartışmaya açık bir konu olmalıdır. Yatış için taraflar arasında tam bir uzlaşma sağlanmış olsa bile, ruh sağlığı servisine yatışın bağımlılığı artırma ve damgalanma riski her zaman vardır. Kaygı uyandırması gereken bir başka nokta ise tekrarlayıcı yatışların kendilik algısına ve içsel kontrole olan olası olumsuz etkileridir (Cotgrove ve Gowers 1999).

### Tedavi Programları ve Hedefleri

Tedavi programları, tedavi ekibi tarafından her hastanın özelinde, yatış için değerlendirme sürecinde planlanarak çocuk/ergen ve ailesine bildirilmelidir. Çocuk/ergen ve ailesinin, servise yatıştan önce, uygulanacak özel tedavi programı ve beklenen sonuçlar hakkında bilgi sahibi olmaları ve onay vermeleri gerekir. Ayrıca yatış öncesinde servisi ziyaret etmeleri sağlanmalıdır. Bu, zihinlerinde yatmadan önce gelişen olumlu ya da olumsuz çağrışımların ve yatış anksiyetesinin en aza indirilmesinde faydalı olmaktadır. Tedavi programı, belli bir ruhsal

## GÜVENİR VE VAROL TAŞ

bozukluğun tedavisini, belirtilerde rahatlamayı ve içgörü kazanmayı hedeflediği kadar, benlik saygısını arttırıcı, kimlik algısını güçlendirici olmalı, dış dünyada kendi ayakları üzerinde durabilecek beceriler kazandırmayı ve gerçekçi gelecek beklentileri oluşturmayı da hedeflemiştir (James ve Javaloyes 1999).

Yatış sürecinde, yatışın amaçları ve hedefleri konusunda belirlenmiş ve üzerinde anlaşmış bir kontrat olması, tedavi edici çalışmanın odaklanacağı alanları belirlemede yararlı olmaktadır. Sorunlar, bireysel dinamikler, gelişimsel ve yapısal etkenler doğrultusunda formüle edilir ve standardize edilmiş bir formatta yazıya dökülür. Tedavi hedeflerine ulaşma amacı, koşulları ve yolları açık olarak belirtilir. Bu koşullar düzenli olarak ekip toplantılarında gözden geçirilir. Bu sayede temel tedavi planının, süreçte ortaya çıkacak ikincil sorunlardan, bunlara ayrılacak zamandan ve hedef saplamalarından etkilenmesinin önüne geçilmeye çalışılır. Bu yönde yapılan tedavi planlama çalışmalarının asıl amacı, yatış süresinin gereksiz nedenlerle uzamasının önüne geçmektir (Harper 1989, Nurcombe 1989).

Yataklı tedavi seçeneği belli bir zaman aralığında birden çok tedavi modelinin aynı anda uygulanabilmesine olanak sağlayan eşsiz bir fırsattır. Uygulanabilecek tedavi seçenekleri arasında; psikofarmakoloji, bireysel, grup ve aile terapileri, davranışçı tedavi programları, sosyal beceri eğitimi, eğitim desteği ve servis dışı etkinlikler sayılabilir.

Çocuk ve ergenlerin yaşadığı bazı ruhsal sorunlara yönelik psikofarmakolojik girişimler giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bireysel ve ayaktan tedavi uygulamalarında ergenlere ilaç başlamak konusunda bazı psikiyatristler hala belli tereddütler yaşasa da, yataklı tedavi planlanan ergenlerde bu söz konusu değildir. Özellikle psikotik durumlarda ilaç tedavisinin kanıtlanmış etkileri bulunmaktadır (Najjar ve ark. 2004).

Eğitim çalışmaları da yine servisin temel aktiviteleri arasında yer almaktadır. Hastalar bazı günler zamanlarının çoğunu kendi düzeylerine uygun planlanmış derslerde geçirebilir. Tedavi edici ortamın geliştirilmesi için uygu-

lanan temel grup uygulamalarının yanı sıra bireysel çalışmalara da yer verilmektedir.

Serviste kaldıkları süre içinde birlikte uzun bir zaman geçiren çocuk ve ergenlerin kendi aralarındaki ilişkileri çalıştıkları grup çalışmaları, ayaktan yapılan grup uygulamalarına oranla çok daha zengindir ve gerçek malzemenin çalışılmasına olanak sağlar (Cotgrove ve Gowers 1999). Grup aktiviteleri, grup psikoterapisini, psikodramayı ve yaratıcı terapileri içerir. Yaratıcı terapiler, ergenlerin sözel olarak ifade etmekte güçlük çektikleri duygusal sorunları çalışabilme ortamı hazırlar (Riley 1999).

Servise yatırılan çocuk ve ergenlerin çoğunun ailesinde hiyerarşik sorunlara ve iletişim bozukluklarına rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada, yataklı serviste tedavi gören ergenlerin anne babasında psikiyatrik hastalık oranı %44 olarak bulunmuştur. Bu oran, kardeşler ve bir önceki kuşaklar da katıldığında %66'ya yükselmektedir (James ve Javaloyes 1999). Terapötik amaçlı aile çalışması çocuk ve ergen ruh sağlığı servislerinin en önemli tedavi girişimlerinden biridir. Düzenli aralıklarla aileye sunulan zaman ve alanda, ergenin gelişimine ilişkin genel görüşlerin paylaşımı, ailenin gözüyle ergendeki değişimin anlaşılması, ailenin, ergenin serviste geçirdiği, tedavi ekibinin de ergenin evde geçirdiği zamanda nasıl olduğunu öğrenmesinin yanı sıra ergen ile ailesi arasında yaşanan zorlukların çalışılması için de olanak sağlanmış olur (Wynn 1986).

## BAZI ÜLKELERDEKİ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE YATAKLI TEDAVİNİN YERİ

### İngiltere

İngiltere'deki çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetinde basamak sistemi kullanılır. Her basamakta çocuk ve ergenlerin gereksinim duyduğu farklı ruhsal değerlendirme esasları, girişim modelleri, dolayısı ile daha esnek ve uygun çalışma şekilleri tanımlanır. İngiliz Ulusal Sağlık Danışmanlık Servisi'nin önerdiği yeni yapıya göre çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmeti birbirleri arasında geçiş alanları bulunan 4 basamaktan oluşmaktadır:

1. Basamak (Ön Saf Çalışanları): Pratisyen hekim - aile hekimi, sağlık memuru, sosyal hizmet uzmanı, öğretmen ve gönüllü kuruluşlar gibi.
2. Basamak (Tek Alan Uzmanı): Çocuk psikiyatristi, klinik psikolog, toplum psikiyatri hemşiresi, eğitim psikoloğu, uğraş terapisti, psikoterapist, sosyal hizmet uzmanı v.b.
3. Basamak (Multidisipliner Uzman Ekip): Ayaktan tedavi birimleri, gündüz kliniği ekipleri, aile terapisi ekipleri, psikoterapi ve danışmanlık ekipleri, mobil değerlendirme ekipleri ve madde kötüye kullanım ekipleri gibi.
4. Basamak (Özel Uzman Girişimleri ve Yataklı Bakım): Bu basamakta ruh sağlığı hizmetine gereksinim duyan hastalar genelde 3. basamak ekiplerinden yönlendirilir. Yataklı çocuk ve ergen psikiyatrisi servisleri, yarı-güvenli, güvenli ve adli çocuk ve ergen psikiyatri servisleri bu basamaktaki hizmetleri yürütür (Health Advisory Service 1995).

İngiliz ruh sağlığı yasalarına göre, 1 milyon nüfusa 20-40 arası çocuk ergen ruh sağlığı yatağı düşecek şekilde planlamalar yapılmaktadır. Yataklı servisler için yatak sayısı en fazla 10-12 olarak planlanmıştır. Tedavi ekibinin yapısı ise, mevcut uzmanlık alanları, karşılanması istenen talep ve hasta özelliklerine uygun olacak şekilde belirlenmektedir. Hasta/tedavi ekibi oranı, yatan hastanın düzeyine göre değişmekle birlikte, 1-3 / 1-3 oranları arasındadır. Tedavi ekibi en az 2 gündüz ve 1 gece hemşiresi, 1 çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı, 2 çocuk ve ergen psikiyatri asistanı, 1 yarı zamanlı sosyal hizmet uzmanı, 1 yarı zamanlı psikoterapist, 1 yarı zamanlı aile terapisti ve 4 hastayla bir öğretmen çalışacak şekilde oluşturulur (Gowers ve Cotgrove 2003). 2007 yılı itibari ile İngiltere'de 100'e yakın yataklı servis ve 1200 civarı yatak kapasitesi bulunmaktadır ve bu sayının artırılması çalışmaları sürmektedir. Mevcut yatak sayısının yarısından çoğu genel çocuk ve ergen ruh sağlığı servislerinde bulunmaktadır. Kalan yataklar ise yeme bozuklukları servisi, adli servis (çevreye zarar verme riski taşıyan ergenlerin yatırıldığı), güvenli servis (kendine zarar verme riski taşıyan ergenlerin yatırıldığı), bağımlılık servisi, öğrenme bozuklukları servisi ve psikiyatri-pediatri ortak servisleri gibi özelleşmiş servisler tarafından kullanılmaktadır. Bu servislerin %95'i Ulusal Psikiyatri Birliğinin bir alt komisyonu tarafından (Quality Network

of In-patient Child and Adolescent Mental Health Services-QNIC) düzenli olarak denetlenmekte ve kalite kontrol ağı içinde sürekli olarak işbirliği halinde olmaları sağlanmaktadır (QNIC 2007).

### Almanya

Almanya'da yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre çocuk ve ergenlerin % 20-25'i ruhsal sorunlar nedeni ile ruh sağlığı merkezlerine başvurmakta, %6'sına ruhsal bir tedavi girişimi uygulanmakta ve %0.5'i ise yatarak tedavi edilmektedir. Günümüzde, bu ülkede 10.000 nüfusa 1 çocuk ve ergen psikiyatrisi yatağı düşecek şekilde ruh sağlığı hizmeti planlanmaktadır (Shepker 1998).

30 yıl öncesinde Almanya'da sadece birkaç çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisi bulunmaktaydı. Bunlardan bir kısmı genelde yoğun medikal modeli benimseyen, çoğunlukla nöropsikiyatrik ve gelişimsel bozuklukları tedavi eden ve kısa yatış süreleri olan servislerdi. Diğerleri ise yoğun eğitimsel tedavi programları olan ve hasta yatışları yıllar süren merkezlerdi. Birinci örnekteki merkezler daha sonraları Amerikan ruh sağlığı hizmetleri tarafından benimsenmiştir ve çok kısa süreli yatışlar ve yoğun ilaç tedavileri, Amerika'nın çocuk ve ergen ruh sağlığında yataklı tedavilere yaklaşım biçimi haline gelmiştir. İkinci örnek ise, çok iyi ve yeterli sayıda ayaktan ve gündüz tedavi merkezleri ve bunun yanında sayıca daha az ama uzun süreli hasta yatışına imkan veren günümüzde "İsveç Modeli" olarak tanımlanan modeli oluşturmuştur. Son zamanlarda Almanya'da çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde bu iki modelin entegrasyonunu benimseyen yasal düzenlemeler getirilmiştir (Shepker 2001).

Almanya'da yapılan yeni yasal düzenlemelere göre, bu merkezlerin hizmet kalitesinin en önemli unsuru tedavi ekibinin oluşturulması alanında getirilen kurallardır. Yönetmeliğe göre, çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servis hizmeti ancak yeterli eğitim almış ve farklı disiplinlerden oluşan bir ekip tarafından verilebilir. Bunun sonucu olarak bu servislerde, çocuk ve ergen psikiyatristi, psikolog, eğitimci, hemşire, uğraş terapisti, motopedagog (hareket terapisti) ve oyun terapisti gibi farklı disiplinlerden gelen multi-disipliner bir tedavi ekibinin hizmet ver-

## GÜVENİR VE VAROL TAŞ

mesi zorunluluğu getirilmiştir. Hastalık grubunun şiddetine ve tedavinin hangi aşamasında olduğuna göre hasta/tedavi ekibi sayısal oranı değişmektedir. Örneğin, akut psikotik atak yaşayan bir ergen için daha çok doktor ve hemşire gereksinimi duyulurken, kronik seyirli bir şizofreni hastasının daha çok uğraş terapisti, sosyal hizmet uzmanı ve eğitimle zaman geçirmesi beklenmektedir. Hasta/tedavi ekibi sayısal oranının hesaplanması, çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisleri için belirlenen optimal yatak sayısı olan 12 yatak üzerinden yapılmaktadır. Ciddi ruhsal sorunlar yaşayan çocuklara ve ergenlere olumlu yönde etki yapacak bir tedavi edici ortam oluşturulmasında belli kalite standartlarının saptanması gerekmektedir. Bu amaçla, Almanya'da son yıllarda yapılan düzenlemelere göre ülke çapında çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servislerinin standartları belirlenmiştir. Buna göre 10-12 yataklı küçük servislerde, hasta/tedavi ekibi sayısal oranı 1/1.2 olacak şekilde planlanır ve bu sayede hastalara bireysel ve grup tedavisi girişimleri için yeterli zaman ve alan yaratılmış olur. Diğer bir yapısal kalite standardı servis koşullarına ilişkindir. Kazanılan terapötik etkilerin taburculuk sonrası süreçte devam etmesi hedeflendiğinden, tedavi ortamının ev koşullarına yakın bir düzende olması gerekmektedir. Bu anlamda, çocuk ve ergenlerin birlikte zaman geçirecekleri ortak yaşam alanlarının yanı sıra, kendilerine özgü kişisel alanlara da gereksinim duyulur. Bu nedenle çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisleri için normal pediatri servislerinden daha geniş alanlara gereksinim duyulmaktadır. Bu anlamda planlanacak bir servis, yatak başına en az 60 m<sup>2</sup> üzerinden hesaplanmaktadır. Yeni düzenlemelere göre, 1,5 milyon nüfus kapsama alanı içinde, ortalama 80 genel ve 20 özelleşmiş (yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ya da zihinsel gerilik gibi) çocuk ve ergen ruh sağlığı yatağı, 12 hasta kapasiteli 4 gündüz hastanesi ve bunlara bağlı çalışan ayaktan tedavi birimleri olmalıdır (Shepker 1998).

### Amerika

Amerika'da 70'li yıllarda bilimsel, politik ve ekonomik etkiler ile çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde yatak sayısı hızlı bir artış göstermiştir. Ancak 90'lı yılların başlarında, inanılmaz politik ve mali baskılar nedeniyle yatak sayısının

daki artış durmuş ve ortalama yatış süresi giderek azalmıştır. Buna karşın yatış oranlarındaki artış sürmüştür. 90'lı yılların ortalarına gelindiğinde ortalama yatış sürelerinin oldukça düşmüş olması (ortalama 14 gün), grup evleri, yetiştirme yurtları ve tutukevlerindeki tedavi programlarının geliştirilmesi ile dengelenmeye çalışılmıştır.

Klinisyenlerin ve tıbbi görüşlerin dışındaki güçler tarafından gerçekleştirilen bu kurumsal yer değiştirme, günümüzde Amerikan Ruh Sağlığı sisteminde halen etkinliğini korumaktadır. Benzer eğilim, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkeleri de etkisi altına almıştır (Woolston 2002).

Yataklı psikiyatri tedavisinde yaşanan hızlı ve beklenmedik değişim birçok sıkıntıyı da beraberinde getirmiştir. 1980'lerde 10-20 yataklı, kapsamlı değerlendirmelerin yapıldığı ve birkaç ay süren tedavi programlarının uygulandığı servis modelleri ile hizmet verilmekte iken (Harper ve Greta 1985), 90'lı yıllara gelindiğinde yatış süresi bir kaç haftaya kadar düşmüştür (Swadi ve Bobier 2005). Bu değişim sonucu, uzun süreli tedaviler yerine daha çok kriz değerlendirmesi ve girişimine odaklanılmaya başlanmıştır. Özel ve devlet sağlık sigortaları, genellikle kısa süreli yatışları karşılamakta ve ayaktan yoğun psikiyatrik yardım ya da uzun süreli kurum bakımı sigorta kapsamına alınmamaktadır. Ne yazık ki hastane yatışlarının birkaç hafta ile kısıtlanması çocuk ve ergenler için hastaneye yatışı olumsuz bir yaşantı haline getirmiştir. Çünkü bu süre içinde çocuk ve ergen için belirlenen yeni gelişimsel gereksinimlerin, çocuğun kendi sosyal ortamında, sosyal servis, okul ya da ayaktan tedavi birimlerince hemen karşılanabilmesi mümkün olmamaktadır (Woolston 1989).

### Yunanistan

Komşumuz 12 milyon nüfuslu Yunanistan'da çocuk ve ergen psikiyatrisi 1981 yılında ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Günümüzde 250'yi aşkın çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanı bulunan ülkede ilk çocuk ruh sağlığı danışmanlık merkezi 1932 yılında kurulmuştur. 1956 yılında Atina'da ilk toplum ruh sağlığı merkezi açılana kadar birçok zihinsel özürülüler danışmanlık merkezi çocuk ruh sağlığı

hizmeti vermiştir. İlk çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisi olan Daou Pentelis Nöro-Pediyatrik-Psikiyatri Hastanesi 1961 yılında 30 yatak kapasitesi ile hizmete girmiştir. Bunu 70'li ve 80'li yıllarda Atina, Selanik, Patras ve Girit'te açılan yataklı servisler izlemiştir.

Önümüzdeki yıllarda ruh sağlığı reformunu tamamlamayı planlayan Yunanistan, gelişmiş Avrupa ülkelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı yatak sayısına henüz ulaşamasa da bu konudaki yatırımlarını hızla sürdürmektedir (Anagnostopoulos ve Lazaratou 2005).

### Türkiye

Ülkemiz, çoğunluğunu çocuk, ergen ve gençlerin oluşturduğu 70 milyonu aşkın nüfusu ile oldukça dinamik bir ülkedir. 0-15 yaş, genel nüfusun %29.1'ini, 0-19 yaş ise %38.9'nu oluşturmaktadır. Bu oran İngiltere'de sadece %24 civarındadır. Öte yandan, aile başına düşen ortalama çocuk sayısı Almanya'da 1.3 iken, Türkiye'de 2.5 civarındadır (TNSA 2003).

Almanya ruh sağlığı yasalarına göre ülkemizin yatak gereksinimini hesaplayacak olursak; 3600 çocuk ve ergen ruh sağlığı yatağı, 933 özelleşmiş yatak (madde bağımlılığı, yeme bozukluğu vb.), 12 hasta kapasiteli, 180 gündüz hastanesine gereksinim duyulmaktadır.

Oysa şu anda Türkiye çapında genel çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisi olarak; Bursa Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi (0-18 yaş) 24 yatak, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi (0-18 yaş) 10 yatak, İstanbul Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ergen/Genç-Erişkin Servisi (14-20 yaş) 35 yatak, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Servisi (0-18 yaş) 24 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Bunun dışında İstanbul, Ankara ve İzmir'de toplam 56 yatak kapasiteli çocuk ve ergen için madde bağımlılığı servisleri ve Adana'da istismar mağduru ergen kızların kabul edildiği 20 yatak kapasiteli bir rezidantal tedavi merkezi bulunmaktadır.

### SONUÇ

Ruhsal hastalığı olan çocuk ve ergenlerin tedavisi için kurumlar ve aileler yüksek bedeller

ödemek durumunda kalmaktadır. Çocuk ya da ergen ruhsal sorunlar nedeni ile okula devam edemeyebilir, çalışamayabilir ve maddi gelir elde edemeyebilir. Ailenin üretim gücünde kayıp olacağı gibi fazladan masraflarla karşı karşıya kalabilir. Ebeveynler, çocuğu ile ilgilenmek ya da evde olmak adına işini değiştirmek ya da bırakmak zorunda kalabilir. Kısaca, hem çocuk ve ergenler hem de aileler bu durumdan olumsuz etkilenir. Depresyon ve/veya davranım bozukluğu olan çocuklukların, çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde yüksek masraflara yol açtığı belirtilmiştir (Knapp ve ark. 1999, 2002). Dahası komorbid depresyon ve davranım bozukluğu olan çocukların erişkin servisleri kullanma sıklığının daha fazla olduğu ve genel nüfusa ve sadece depresyonu olanlara oranla daha yüksek hizmet maliyetine yol açtığı gösterilmiştir (Scott ve ark 2001).

Türkiye'de çocuk ve ergen nüfusu 28 milyon civarındadır. Epidemiyolojik çalışma verilerinden yola çıkarak ülkemizde ruh sağlığı sorunları yaşayan çocuk ve ergen sayısının 5 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilebilir. Bu sayının yaklaşık %0,5'nin yataklı tedavi gereksinimi olacağını öngördüğümüzde (Shepker 1998) mevcut yatak kapasitemizin gereksinimlerin çok altında olduğu ortadadır. Ülkemizde bir an önce, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinden başlayarak yataklı servis tedavi hizmetine kadar her aşamada ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi, ruh sağlığı yasası ile teminat altına alınması ve gerekli maddi kaynağın ayrılması gerekmektedir.

Ruhsal hastalığı tedavi etmek pahalı olabilir, fakat ruhsal hastalığı tedavisiz bırakmak bir ülke için karşılanamayacak kadar masraflı ve lükstür (WHO 2005).

### KAYNAKLAR

Anagnostopoulos D, Lazaratou H (2005) *Advances in child psychiatry in Greece. WPA Regional and Intersectional Congress: Advances in Psychiatry içinde, Advances in child psychiatry in Mediterranean Countries Sempozyumu, Sözel Bildiri, Atina, Yunanistan.*

Beecham J, Chisholm D, O'Herlihy A ve ark. (2003) *Variations in cost of child and adolescent psychiatric in-patient units. Br J Psychiatry 183:220-225.*

## GÜVENİR VE VAROL TAŞ

- Cotgrove AJ, Gowers SG (1999) Use of an adolescent in-patient unit. *Advances in Psychiatric Treatment* 5:192-199.
- Cotton NS (1993) *Lessons From the Lion's Den*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Delaney KR (2006) Learning to observe in context: child and adolescent in-patient mental health assessment. *J Child Adolesc Psychiatr Nursing* 19:170-174.
- Derek B (1986) *The Clinical Psychologist in Adolescent Psychiatry*. The Adolescent Unit içinde, D Steinberg (ed), John Wiley Sons, Chichester, s:113-121.
- Foskett J (1986) *The Staff Group*. The Adolescent Unit içinde, D Steinberg (ed), John Wiley Sons, Chichester s:169-179.
- Giel R, Arango M, Climent CE ve ark (1981) Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 68:677-683.
- Gowers SM, Cotgrove AJ (2003) The future of in-patient child and adolescent mental health services. *Br J Psychiatry* 183:479-480.
- Harper G, Gready R (1985) *Hospital and Residential Treatment*. *Psychiatry* içinde, R Michael (ed), Basic Books, New York.
- Harper G (1989) Focal in-patient treatment planning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:31-37.
- Health Advisory Service (1995) *Child and Adolescent Mental Health Services: Together We Stand*. London, HMSO.
- Hughes L, Wilson J (1986) *Social Work On The Bridge*. The Adolescent Unit içinde, D Steinberg (ed), John Wiley Sons, Chichester, s:1-19.
- Jaffa T, Stott C (1999) Do in-patients on adolescent units recover? A study of outcome and acceptability of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 8:292-300.
- James A, Javaloyes A (1999) Commentary on use of an adolescent in-patient unit. *Advances in Psychiatric Treatment* 5:199-201.
- Knapp MRJ, Scott S, Davies J (1999) The cost of anti-social behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 4:457-473.
- Knapp MRJ, McCrone P, Fombonne E ve ark (2002) The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *Br J Psychiatry* 180:19-23.
- Najjar F, Welch C, Grapentine WL ve ark. (2004) Trends in psychotropic drug use in a child psychiatric hospital from 1991-1998. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 14:87-93.
- Nurcombe B (1989) Goal-directed treatment planning and the principle of brief hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:26-28.
- O'Herlihy A, Worrall A, Lelliott P ve ark (2003) Distribution and characteristics of in-patient child and adolescent mental health services in England and Wales. *Br J Psychiatry* 183:547-551.
- QNIC (2007) *The Quality Network for In-patient CAMHS*. College Centre for Quality Improvement. Royal College of Psychiatrists. [www.rcpsych.ac.uk/crtu/centreforqualityimprovement/qnic.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/crtu/centreforqualityimprovement/qnic.aspx), İngiltere.
- Parry-Jones W (1986) Multidisciplinary team work: help or hindrance? The Adolescent Unit içinde, D Steinberg (ed) John Wiley & Sons, Chichester, s:193-201.
- Riley S (1999) *Contemporary Art Therapy with Adolescents*. Jessica Kingsley Publishers, Londra.
- Scott S, Knapp MRJ, Henderson J ve ark. (2001) Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 323:191-195.
- Shepker R (1998) *Structure, procedures and evaluation of in-patient therapy in Germany*. Sözel Bildiri, 9. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, Sarıyerme.
- Shepker R (2001) *Treatment in the Day Clinic*. Sözel Bildiri, 7. Ergen Günleri Sempozyumu, İzmir- Foça.
- Speed B (2004) All aboard in the N.H.S: collaborating with colleagues who use different approaches. *J Family Therapy* 26:260-279.
- Steinberg D (1986) *Developments in Psychiatric Services for Adolescents*. The Adolescent Unit içinde, D Steinberg (ed), John Wiley Sons, Chichester, s:209-233.
- Swadi H, Bobier C (2005) Hospital admission in adolescent with acute psychiatric disorders: how long should it be? *Australian Psychiatry* 13:165-168.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2003) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Woolston JL (2002) *Psychiatric Inpatient Services*. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* içinde, M Lewis (ed). Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia. S:1091-1095
- World Health Organization (2005) *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. WHO Library Cataloguing-in-publication Data. Mental Health Policy and Services Guidance Package.
- Wynn B (1986) *Family Therapy and an Adolescent Unit*. The Adolescent Unit içinde D Steinberg (ed), John Wiley Sons, Chichester s:83-97.