



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAKLI
TEDAVİ ETKİNLİĞİNİN KLİNİK DEĞİŞKENLER VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ**

Muhammed Enes BİNGÖL

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı Prof. Dr. Özlem Özel ÖZCAN

MALATYA

2020

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAKLI
TEDAVİ ETKİNLİĞİNİN KLİNİK DEĞİŞKENLER VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ**

Muhammed Enes BİNGÖL

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

Tez Danışmanı Prof. Dr. Özlem Özel ÖZCAN

MALATYA

2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ.....	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Yataklı Tedavi	4
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	4
2.1.2. Yataklı Tedavi Endikasyonları	6
2.1.3. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Yataklı Tedavinin Etkinliği.....	7
2.1.4. Yatarak Tedavi Gören Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik, Klinik ve Sosyal Özellikleri	9
2.1.5. Yataklı Tedavi Modelleri	10
2.1.6 Taburculuk ve Taburculuk Sonrası Takip	12
2.2. Yürütücü İşlevler.....	13
2.2.1. Yürütücü İşlevler ve Bileşenleri	13
2.2.2. Yürütücü İşlevlerin Gelişimi, Çocuk ve Ergenlerde Yürütücü İşlevler	15
2.2.3. Yürütücü İşlevlerin Değerlendirilmesi	16
2.2.4. Yürütücü İşlevler ve Psikopatolojiler.....	18
2.2.5. Yürütücü İşlevler ve Tedavi Etkinliği	19
2.3. Duygu Düzenleme.....	20
2.3.1 Duygu Düzenleme ve Bileşenleri	20
2.3.2. Duygu Düzenlemenin Gelişimi, Çocuk ve Ergenlerde Duygu Düzenleme ..	22
2.3.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü (Emotional Dysregulation) ve Psikopatolojiler	24

2.3.4. Duygu Düzenleme ve Tedavi Etkinliği	26
2.4. Pekiştireç Duyarlılığı	27
2.4.1. Pekiştireç Duyarlılığı Teorisi (Reinforcement Sensitivity Theory)	27
2.4.2. Pekiştireç Duyarlılığı Teorisi ve Psikopatolojiler	28
2.4.3. Pekiştireç Duyarlılığı ve Tedavi Etkinliği	28
2.5. Aile İşlevselliği	29
2.5.1. Aile ve Aile İşlevselliği	29
2.5.2. Aile işlevselliği ve Psikopatolojiler	32
2.5.3. Aile İşlevselliği ve Tedavi Etkinliği	33
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	35
3.1. Çalışma Örnekleme	35
3.2. Çalışma Deseni	35
3.3. Deneklerin Seçimi	35
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	35
3.3.2. Dışlama Kriterleri	35
3.4. Kullanılan Değerlendirme Gereçleri	36
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	36
3.4.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY DSM-5)	36
3.4.3 Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)	36
3.4.4. HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescent)	37
3.4.5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	37
3.4.6. Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE).	37
3.4.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)	38
3.4.8. Pekiştireç Duyarlılığı Ölçeği (PDÖ)	38
3.5. Araştırmanın Uygulanması	38
3.6. İstatistiksel Değerlendirme	39

4.BULGULAR.....	40
4.1. Sosyodemografik Veriler	40
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler	40
4.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler	41
4.2. Olguların Psikiyatrik Öykülerine İlişkin Bulgular	42
4.3. Olguların Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bulgular	42
4.3.1. Psikiyatrik Tanılara Ait Veriler	42
4.3.2. Yataklı Tedavi Sürecine İlişkin Bulgular	44
4.4. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarına İlişkin Bulgular	44
4.5. Yürütücü İşlevler, Duygu Düzenleme, Pekiştireç Duyarlılığı, Aile İşlevselliği Ölçümlerine İlişkin Bulgular	45
4.6. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi	47
4.7. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişimin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisinin Değerlendirilmesi	48
4.8. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişimin Psikiyatrik Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi	49
4.9. ÇGDÖ ve HoNOSCA Değişim Puanlarının Olguların Tanıları ve Yatış Süresi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi	51
4.10. ÇGDÖ ve HoNOSCA Değişim Puanlarının Yürütücü İşlevler, Duygu Düzenleme, Pekiştireç Duyarlılığı, Aile İşlevselliği Ölçüm Puanları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi	52
5.TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR	74
EKLER	103

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları eğitim hayatıma bilgi ve deneyimi ile ışık tutan, iş disiplini ve yaklaşımına hayranlık duyduğum, beraber çalışmanın benim için büyük bir şans olduğunu düşündüğüm, beni büyük bir içtenlikle destekleyen ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Özlem Özel Özcan'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde desteğini her zaman arkamda hissettiğim, üretmeye ve öğretmeye olan tutkusuyla ilham olan, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam Dr. Öğr. Gör. Yunus Emre Dönmez'e, eğitim sürecimde bilgi ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan ve bana her zaman destek olan değerli hocalarım Dr. Öğr. Gör. Arzu Çalışkan Demir ve Dr. Öğr. Gör. İlknur Ucuz'a,

Asistanlığımın bir kısmını geçirdiğim, eğitimime çok önemli katkıları olan ve parçası olmaktan gurur duyduğum Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ailesindeki değerli hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Rotasyon sürecimde eğitimime önemli katkılarda bulunan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri ve Çocuk Nöroloji ailelerine, beraber çalışma fırsatı bulamasam da başvurduğumda ve danıştığımda yardımlarını esirgemeyen İnönü Üniversitesi Psikiyatri ve Çocuk Nöroloji hocalarına,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum çalışma arkadaşlarım asistan doktorlar, psikolog, hemşire ve diğer personellere,

Her zaman yanımda olan, varlığı ile bana güç veren yol arkadaşım eşim Meral'e, çocukluğumdan beri eğitim hayatımı önemseyen ve çabalarını esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Muhammed Enes BİNGÖL

Ekim 2020, MALATYA

ÖZET

Çocuk ve Ergen Psikiyatri Servisinde Yataklı Tedavi Etkinliğinin Klinik Değişkenler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları servisinde yatırılarak tedavi edilen çocuk ve ergenlerde tedavi etkinliğinin sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma İnönü Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları servisinde yapılmıştır. Çalışmaya 12-18 yaş aralığındaki yatırılarak tedavi edilen 42 olgu dahil edilmiştir. Katılımcılarla ÇDŞG-ŞY uygulanarak ve DSM 5 tabanlı psikiyatrik görüşme yapılarak psikiyatrik değerlendirmeleri yapılmıştır. ÇGDÖ ve HoNOSCA yataklı tedavi başlangıcı ve taburculukta uygulanarak yataklı tedavi sürecindeki iyileşmeleri belirlenmiştir. Sosyodemografik özellikler değerlendirilmiş ve YİYDDE, DDGÖ, PDÖ, ADÖ kullanılarak ölçüm yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda yataklı tedavi ile ÇGDÖ puanlarında anlamlı artış ve HoNOSCA puanlarında anlamlı azalma olduğu bulunmuştur. Yataklı tedavi başlangıcı ve taburculuk arasında ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki iyileşmeler ile YİYDDE alt ölçekleri (inhibisyon, set değiştirme, başlatma, çalışma belleği, planlama/organize etme, düzenli olma, izleme, davranışsal düzenleme indeksi, üstbilis indeksi, global yönetici puanı) arasında ve ADÖ alt ölçekleri (roller, duygusal tepki verebilme, genel işlevsellik) arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. Bipolar Afektif Bozukluk tanısı ile HoNOSCA puanlarındaki azalma arasında anlamlı pozitif korelasyon, Borderline Kişilik Bozukluğu ile ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki iyileşme arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki iyileşme ile yataklı tedavi başlangıcındaki ÇGDÖ puanları arasında anlamlı negatif korelasyon, yataklı tedavi başlangıcındaki HoNOSCA puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Sosyodemografik özellikler, yatış süresi, DDGÖ ve PDÖ puanları ile tedavi sonuçları arasında anlamlı ilişki saptanamadı.

Sonuçlar: Sonuçlar değerlendirildiğinde çocuk ve ergen psikiyatrisinde yataklı tedavinin etkin bir tedavi yöntemi olduğu, tedavi başlangıcında daha düşük işlevselliğe ve daha fazla belirti düzeyine sahip hastaların tedavi ile daha fazla iyileşme gösterdikleri, tedavi öncesi yürütücü işlevler, aile işlevselliği ve tanıların tedavi sonuçlarını etkileyen faktörler olduğu anlaşılmaktadır. Sonuçlarımız yürütücü işlevleri ve aile işlevselliğinde daha fazla bozulma gösteren hastaların daha az iyileşme gösterdiğini düşündürmektedir. Yataklı tedavilerin etkin kullanımı için tedavi sonuçları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinin önemli olduğu, bu konuda yapılacak daha fazla ve büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Yatan hasta, yürütücü işlevler, duygu düzenleme, aile işlevselliği

ABSTRACT

The Relationship of Inpatient Treatment Effectiveness with Clinical Variables and Sociodemographic Characteristics in Child and Adolescent Psychiatry Service

Aim: The aim of this study is to evaluate the relationship between the sociodemographic and clinical characteristics of treatment efficacy in children and adolescents hospitalized in the Child and Adolescent Mental Health service.

Material and Method: This study was conducted in the İnönü University Child and Adolescent Mental Health Service. Forty-two inpatients between the ages of 12-18 were included in the study. Psychiatric evaluations were made with the participants by applying the K-SADS-PL and conducting a DSM-5 based psychiatric interview. The CGAS and HoNOSCA were administered at the beginning of the inpatient treatment and discharge, improvements in the inpatient treatment process were determined. Sociodemographic characteristics were evaluated and measurements were made by using the BRIEF, DERS, RST-PQ-C, FAD.

Results: In our study, it was found that there is a significant increase in CGAS scores and a significant decrease in HoNOSCA scores with inpatient treatment. During inpatient treatment, It was found that there is a significant negative correlation between the improvement in CGAS and HoNOSCA scores and subscales of BRIEF (inhibition, shift, initiate, working memory, plan/organize, organization of materials, monitor, behavioral regulation index, metacognition index, global executive composite) and subscales of FAD (roles, affective responsiveness, general family functioning). It was found that there was a significant positive correlation between bipolar affective disorder diagnosis and decrease in HoNOSCA scores; significant negative correlation between Borderline Personality Disorder diagnosis and improvement in CGAS and HoNOSCA scores. It was found that there is a significant negative correlation between the improvement in CGAS and HoNOSCA scores and the CGAS scores at admission, and a significant positive correlation between the HoNOSCA scores at admission. There was no significant correlation between sociodemographic characteristics, length of stay, DERS scores, RST-PQ-C scores and treatment results.

Conclusion: When the results are evaluated, it is understood that inpatient treatment is an effective treatment method in child and adolescent psychiatry; inpatients with lower functionality and higher symptom levels at the beginning of treatment show more improvement with treatment; pre-treatment executive functions, family functionality and diagnoses are the factors that affect treatment results. Our results suggest that patients with greater impairment in executive functions and family functionality show less improvement. We think that it is important to determine the factors associated with treatment outcomes for the effective use of inpatient treatments, and more large-scale studies are needed on this subject.

Key Words: Inpatients, executive functions, emotion regulation, family functioning

KISALTMALAR

ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
BAB	: Bipolar Afektif Bozukluk
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BRIEF	: Behavioral Rating Inventory of Executive Function
CGAS	: Children's Global Assessment Scale
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni
ÇEMATEM	: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi
ÇGDÖ	: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği
DAS	: Davranışsal Aktivasyon Sistemi
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DDKS	: Dövüş-Don-Kaç Sistemi
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DERS	: Difficulties in Emotion Regulation Scale
DİS	: Davranışsal İnhibisyon Sistemi
DSM	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders
FAD	: Family Assessment Device Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
HoNOSCA	: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescent
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
PDÖ	: Pekiştireç Duyarlılığı Ölçeği
PDT	: Pekiştireç Duyarlılığı Teorisi
PFK	: Prefrontal Korteks
RST-PQ-C	: Reinforcement Sensitivity Theory - Personality Questionnaire – Children
YİYDDE	: Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

Şekil 1: Duygu Düzenlemede Süreç Modeli	21
Tablo 2.1. Ülkemizdeki Genel Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Servisleri ve Özellikleri	5
Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler	40
Tablo 4.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler	41
Tablo 4.3. Olguların Psikiyatrik Öykülerine İlişkin Bulgular.....	42
Tablo 4.4. Olguların Aldıkları Birincil Tanılar	43
Tablo 4.5. Olguların Eşlik Eden Tanılarla Birlikte Tanısal Verileri.....	43
Tablo 4.6. Yataklı Tedavi Sürecine İlişkin Veriler	44
Tablo 4.7. CGAS ve HoNOSCA Ölçek Puanları.....	45
Tablo 4.8. YİYDDE Ölçek Puanları	45
Tablo 4.9. DDGÖ Puanları.....	46
Tablo 4.10. PDÖ Puanları	46
Tablo 4.11. ADÖ Puanları	47
Tablo 4.12. ÇGDÖ VE HoNOSCA Ölçek Puanlarının Korelasyonu	47
Tablo 4.13. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ile Bireysel Sosyodemografik Özelliklerin Korelasyonu.....	48
Tablo 4.14. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişimin ve Ailesel Sosyodemografik Özelliklerin Korelasyonu.....	49
Tablo 4.15. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve Özgeçmiş Bilgilerinin Korelasyonu	50
Tablo 4.16. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve Ailesel Psikiyatrik Öykünün Korelasyonu	51
Tablo 4.17. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim, Yatış Süresi ve Tanıların Korelasyonu	52
Tablo 4.18. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve YİYDDE Puanlarının Korelasyonu	54
Tablo 4.19. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve DDGÖ Puanlarının Korelasyonu	55
Tablo 4.20. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve PDÖ Puanlarının Korelasyonu	55

Tablo 4.21. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve ADÖ Puanlarının Korelasyonu	56
---	----



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yataklı tedaviler çocuk ve ergenlerde psikopatolojilerin sağaltımında önemli bir yere sahiptir. İşlevsellik ve belirti düzeyindeki iyileşmeyi öngörme, iyileşme alanlarının belirlenmesi, eksikliklerin belirlenmesi, tedavinin etkinliğini arttırmaya yönelik araştırmalar ülkemizde sayıca az olan çocuk ve ergen psikiyatri servislerinin optimal kullanımı açısından anahtar role sahiptir.

Günümüzde yaklaşık her beş çocuk ve ergenden biri psikiyatrik bozukluk tanısı almaktadır (1). Psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin bir kısmı ise yatarak tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Yakın gözlem gerekliliği, kişinin işlevselliğini önemli derecede etkileyen hastalıklar, hayati tehlike varlığı yataklı tedavi ihtiyacını doğurabilir. Yapılan çalışmalar yıllar içerisinde çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi kullanımının arttığını göstermektedir (2, 3).

Yataklı tedavinin etkinliği ve iyileşmeyi yordayan faktörler ile ilgili çalışmalar yıllar geçtikçe artmaktadır. Yapılan çalışmalar çocuk ve ergenlerde yataklı tedavinin etkin ve gerekli olduğunu göstermektedir (4). Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatri servisi sayısının az olmasıyla paralel olarak bu alandaki yazın kısıtlı olmakla beraber yataklı tedavinin etkinliğine dair bilimsel araştırmalar artmaktadır (5, 6). Bu çalışmalarda genel olarak yataklı tedavilerin etkinlik düzeyi incelenmekte olup etkinlik düzeyini yordayan etmenlere dair bilgilerimiz kısıtlıdır. Hastaların demografik özelliklerinin tedavi sonuçlarını öngörüp öngörmediği hakkında yapılmış çalışmalar sonucunda çelişkili veriler mevcuttur, demografik veriler ve tedavi etkinliği arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olmakla beraber (7), sosyodemografik özelliklerin tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar (8) mevcuttur. Tedavi öncesi semptom şiddeti ve işlevsellik düzeyinin yataklı tedavi etkinliği ile ilişkili olduğu bilinmektedir. (8, 9). Hastaların yataklı tedavi kurumlarındaki yatış sürelerinin tedavi etkinliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (10, 11). Tanıların tedavi etkinliği üzerine olan etkileri ise tartışmalıdır. Anksiyete bozuklukları tanısı yataklı tedavi sonuçlarını olumlu etkilerken, psikotik bozukluklar, davranım bozukluğu ve kişilik bozukluklarının olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (12, 13). Diğer yandan yataklı tedavinin etkinliği psikiyatrik tanılardan bağımsız da olabilir (14).

Yürütücü işlevler, inhibitör kontrol, çalışma belleği, bilişsel esneklik, planlama, organizasyon becerisi, soyutlama, sözel akıcılık, duyguların düzenlenmesi, kazanılmış

bilgi ve becerilerin amaca yönelik kullanılabilmesi gibi bilişsel becerileri kapsayan yüksek düzeydeki bilişsel işlevler olarak tanımlanmıştır (15). Psikiyatrik hastalıklarda yürütücü işlevlerde bozulmanın olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (16). Fakat çocuk ve ergen yatan hastalarda tedavi sonuçları ve yürütücü işlevlerin ilişkisine dair veriler kısıtlıdır. Depresyon tanılı erişkin hastalarla yapılan çalışmalarda yürütücü işlevler bileşenlerindeki bozulmaların tedaviye yanıtta azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (17, 18). Yatarak tedavi gören erişkinlerde de bunu destekleyecek şekilde yürütücü işlevlerin tedavi sonuçlarını etkilediğine dair veriler mevcuttur (19).

Duygu düzenleme; duyguların farkında olma, duyguları anlama ve kabullenme, dürtüsel davranışları kontrol edebilme, olumsuz duygular karşısında da amaca uygun şekilde davranma, duygusal tepkileri amaçlar doğrultusunda kullanabilme ve bunun için uygun stratejileri kullanabilme olarak tanımlanmış, duygu düzenleme güçlüğü ise bu alanlardaki bozulmayla ilişkilendirilmiştir (20). Duygu düzenleme becerileri ve yataklı tedavi sonuçları arasındaki ilişkiye dair yazının çok kısıtlı olduğu görülmektedir. Erişkin yatan hastalarla yapılan az sayıdaki çalışmada kötü duygu düzenleme becerilerine sahip veya işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini kullanan kişilerin daha az düzelme gösterdikleri bulunmuştur (21, 22).

Pekiştireç Duyarlılığı Teorisi (PDT), kişiliğin, bireysel farklılıkların, duyguların ortaya çıkmasının altında Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS) ve Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ve Dövuş-Don-Kaç Sistemi (DDKS) sisteminin aktivitesindeki farklılıkların yattığını öne süren nörobilişsel bir teoridir (23, 24). Yazın incelendiğinde PDT'nin bileşenleri ile psikopatolojilerin genel olarak tanı odaklı incelendiği, DİS, DAS ve DDKS'de artış veya azalmanın farklı kombinasyonlarının psikopatolojilerle ilişkilendirildiği fakat hastalıkların gidişatı ile ilişkili çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada depresif bir gruba depresif olmayan bir grubun DİS ve DAS puanlarını karşılaştırılmış ve hastaların takip değerlendirmelerinde, düşük DAS aktivitesinin aynı zamanda hastalığın seyrini tahmin etmede de yararlı olabileceği öne sürülmüştür (25).

Aile işlevselliği, aile içindeki ilişkileri, organizasyonu, çatışma ve uyum düzeylerini, iletişim kalitesini içerir. Aile işlevselliği iyi olduğunda açık iletişim ortamı, iyi tanımlanmış roller, işlevsel uyum becerileri, sağlıklı duygu kontrolü görülürken; işlevselliği kötü olan ailelerde ise fazla miktarda çatışma, kaotik ortam, düşük seviyede

duygu ve davranış kontrolü, iletişim kanallarının yetersizliği görülür (26). Aile işlevselliği, bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal sağlığını etkileyebilmesi nedeniyle önemli bir kavramdır. Aile işlevselliği; esneklik yaratmada, uygun olmayan koşullarla ilişkili mevcut ve gelecekteki riskleri hafifletmede önemli bir role sahiptir (27). Aile işlevselliğinin ergenlerde psikopatoloji ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (28). Yatırılarak tedavi edilen çocuk ve ergenlerle yapılan az sayıda çalışma, iyi aile işlevselliğinin tedaviden görülen faydayı artırabileceğini ortaya koymuştur (29, 30).

Bu konu ile ilgili alanyazın gözden geçirildiğinde çocuk ve ergen psikiyatrisinde yataklı tedavinin genel olarak etkin olduğu fakat etkinliğin ilişkili olduğu faktörlere dair verilerin kısıtlı olduğu, mevcut verilerin de daha çok hastaların sosyodemografik ve tanısal özellikleri ile ilgili olduğu görülmüştür. Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinin sayıca az olması bu servislerin en verimli ve planlı şekilde kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle etkinliği öngören faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Çalışmamızda yataklı tedavi etkinliğinin, sosyodemografik ve tanısal özelliklerin yanı sıra duygu düzenleme becerileri, aile işlevselliği, yürütücü işlevler, pekiştireç duyarlılığı ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın hipotezini kurgularken duygu düzenleme güçlüklerinin, yürütücü işlevlerdeki bozulmanın, kötü aile işlevselliğinin yataklı tedavinin daha az etkin olması ile ilişkili olduğu, hastaların sosyodemografik ve tanısal özelliklerinin, pekiştireç duyarlılığı bileşenlerinin tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu varsayımı üzerinde duruldu.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Yataklı Tedavi

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Ruhsal hastalıklar, çocuk ve ergenlerin okul, aile ve akran ilişkilerinde bozulmalara yol açarak işlevselliklerini etkiyebilmektedir. Akademik güçlükler, adli sorunlar, sosyal problemler, aile içi sorunlar, yaşam kalitesinde düşme ve intihar nedenli hayatını kaybetme gibi çeşitli sorunlar psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Çocuk ve ergenlerin yaklaşık beşte birinde en az bir ruhsal hastalık görülmekte ve erişkinlerde görülen psikiyatrik hastalıklarının önemli bir kısmı ergenlik döneminde başlamaktadır (31). Bunun yanında önemli bir halk sağlığı sorunu ve çocuk-ergen psikiyatrisinin önemli uğraş alanlarından biri olan intihar, genç yaşta ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir (32). Ruhsal hastalıklarda ayaktan tedavinin yetersiz veya riskli olduğu belirli durumlarda yataklı tedavi önemli bir tedavi seçeneğidir.

Çocuk ve ergenlerin yataklı psikiyatri servislerinde takip edilmesinin ilk adımları, 1920 ve 1930'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde ensefalite yol açan salgın sonrası görülen davranış sorunları nedeniyle atılmıştır (33). Bu ilk yataklı tedavilerin amacı duygusal ve davranışsal sorunların tedavisinden ziyade bu kişileri gözetim altında tutmak olmuştur. O dönem çocuk ve ergenlerde psikiyatrik sorunların az olduğu düşünüldüğü için yataklı tedavilerin gelişimi yavaş olmuştur (34). Takip eden yıllarda Avrupa ve Amerika'da gelişen çocuklara yönelik danışmanlık akımı ile birlikte çocuk psikiyatrisi ile pediatri arasında ilişkiler kurulmaya başlanmış, çocuk psikopatolojilerinin daha iyi tanınması ve tedavi seçeneklerinin gelişim göstermesiyle çocuk psikiyatristleri tedavilerde daha fazla rol almışlardır. Avrupa ve Amerika'da 1960'lı ve 70'li yıllarda çocuk ve ergenler için yataklı psikiyatri klinikleri açılmaya başlamış ancak bunların çoğu erişkin psikiyatri hastaneleri bünyesinde açılmıştır (35). Özellikle 1970'lerle 1980'lerin sonu arasında daha fazla yataklı psikiyatri ünitesi kullanıma girmiştir (36). Bu psikiyatrik tesisler, ayakta tedavi edilemeyen her türlü psikiyatrik bozukluğu olan çocuklar ve ergenler için profesyonel bir ekip tarafından kapsamlı bir değerlendirme ve tedavi olanağı sağlamıştır. Aynı zamanda, yataklı tedavi kapsamındaki çocukların çeşitli ihtiyaçlarına uygun ortam yaratmanın önemli bir zorluk olduğu anlaşılmıştır (37). Sonraki dönemde mali baskılar ve politik etkiler, toplam yatak sayısındaki genişlemeyi durdurmuş ve ortalama yatış sürelerinin azalmasına yol açmıştır (36). İlk zamanlarda erişkin psikiyatri

servislerinde takip edilen çocuk ve ergenlerin yetişkinler tarafından istismar edilme ihtimali ve bozulmuş erişkin davranışlarından rahatsız olmaları gibi nedenlerle çocuk ve ergenlerin kendi gelişimlerine uygun ortamda tedavi edilme ihtiyacı doğmuş ve çocuk ve ergen psikiyatri servisleri açılmıştır (38).

Türkiye’de de çocuk ve ergenler ruhsal hastalıkları için uzun bir süre erişkin psikiyatri veya pediatri servislerinde takip edilmişlerdir. Uludağ Üniversitesi’nde erişkin psikiyatri servisi içerisinde çocuk ve ergenlere yönelik ayrı bir ünite kurulmuş ardından 2004 yılında ayrı klinik haline gelmiştir (39). Sonraki yıllarda çoğunluğu üniversite hastaneleri bünyesinde olmak üzere çocuk ve ergen psikiyatri servisleri açılmış, 2015 yılı verilerine göre ülkemizde 9’u genel çocuk ve ergen psikiyatri servisi, 2’si Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi (ÇEMATEM) olmak üzere 11 adet servis bulunduğu, genel çocuk ve ergen psikiyatri servislerinin toplam 127, ÇEMATEM’lerin toplam 31 yatak kapasitesi olduğu bildirilmiştir (38). 2015 yılı sonrasında ÇEMATEM servisi sayılarında artış olmuş, çeşitli illerde yeni ÇEMATEM servisleri faaliyete girmiş ancak genel çocuk ve ergen psikiyatri servisi sayısı ve yatak kapasitesinde belirgin bir değişim olmamıştır. Dönemsel değişiklikler olmakla beraber ülkemizdeki mevcut genel çocuk ve ergen psikiyatri servisleri Tablo 2.1’de özetlenmiştir.

Tablo 2.1.Ülkemizdeki Genel Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Servisleri ve Özellikleri

Servis	İl	Servis Tipi	Yaş Aralığı	Kapasite
İnönü ÜTF	Malatya	Yarı-açık	0-18	10
Dokuz Eylül ÜTF	İzmir	Yarı-açık ve gündüz kliniği	0-18	9 yatak ve 5 gündüz hastası kapasitesi
Ege ÜTF	İzmir	Yarı-açık	0-18	9
Kocaeli ÜTF	Kocaeli	Gündüz kliniği	12-16	6
SBÜ Bakırköy RSSH EAH	İstanbul	Kapalı	12-18	28
Uludağ ÜTF	Bursa	Yarı-açık	0-18	12
Manisa RSHH	Manisa	Yarı-açık	0-18	18
Pamukkale ÜTF	Denizli	Yarı-açık	0-18	7
YBÜ Yenimahalle EAH	Ankara	Kapalı	6-18	10

ÜTF: Üniversitesi Tıp Fakültesi, SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, RSSH: Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, RSHH: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, YBÜ: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

2.1.2. Yataklı Tedavi Endikasyonları

Ruhsal hastalığa sahip çocukların bir kısmı yatarak tedaviye gereksinim duymaktadır. Yataklı tedavi, çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunlarında etkin bir yöntem olmakla beraber (4) aileden ayrılmanın olumsuz etkisi, tedavi servisinde olumsuz davranışlara şahit olma veya uğrama, gözlemlenen olumsuz davranışların benimsenmesi, regresyon ve damgalanma gibi riskler barındırdığı için yatırılarak tedavi kararı alınırken dikkatli olunmalı ve sadece gerekli durumlarda yataklı tedaviye başvurulmalıdır (40).

Çocuk ve ergen psikiyatri servislerine yatış endikasyonları (40):

- a) Kendine zarar verme ve intihar riski bulunması,
- b) Şiddet, saldırganlık ve başkalarına zarar verme riski bulunması,
- c) Yeme bozuklarına bağlı tıbbi komplikasyonların gelişmesi,
- d) Ayaktan tedaviyle psikiyatrik hastalığın düzelmemesi veya semptomların artması,
- e) Tanısal formülasyonun yapılamadığı komplike olgularda ayrıntılı değerlendirme amacıyla
- f) Çocuğun aileden ayrı olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gereken durumlarda,
- g) Bir takım özel müdahalelerin yapılması veya ilaçların (örn; klozapin) başlanması gereken durumlarda yakın gözlem için,
- h) Multidisipliner yaklaşım gerektiren durumlar olarak özetlenebilir.

Hastaların veya çevresindekilerin tehlike altında olduğu durumlar mutlak yatış endikasyonuyken, diğer durumlar rölatif yatış endikasyonu olup problemin ağırlığı ve kronikliği göz önünde bulundurularak yatış kararı verilmelidir (41).

Yatış öncesinde hastanın kapsamlı ve detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın mevcut psikiyatrik durumu, hastalığının yaşamına olan etkisi, işlevselliğindeki bozulma düzeyi, yatışın gerekliliği, tedavi motivasyonu, genel tıbbi durumu, kronik hastalıkları değerlendirilmelidir. Sadece hasta değil, ailesi ve çevresel faktörleri de gözden geçirilmelidir. Ebeveynlerin tutumu, çocuklarına yanıt verme, destek olma, empati kurabilme ve ihtiyaçlarını karşılayabilme becerileri, tedaviye uyum ve motivasyonları değerlendirilmesi gereken faktörlerdir. Tıbbi izlem ve tedavi gerektiren durumlarda psikiyatri servisinin teknik koşulları, personel ve olanakları göz önünde bulundurulmalıdır. Tıbbi bakımın optimal sağlanamayacağı veya risk barındıran durumlarda hastanın pediatri servisinde takibi daha uygundur (38).

Çocuk ve ergen psikiyatri servislerine kabuller acil ve planlı kabul olarak 2 şekilde gerçekleşmektedir. Ciddi intihar riski, psikiyatrik hastalık tablosuna bağlı olarak kendisine veya başkasına zarar verme riski, akut gürültülü psikoz tabloları, komplikasyonların geliştiği yeme bozuklukları acil kabul gerektiren durumlar olarak sayılabilir (40). Ancak bu durumlar dışındaki şartlarda tedavi ihtiyacı ertelenmemeli, zamanlaması iyi planlanmış bir tedavi bozulmaların önüne geçilmesini sağlayabilir (42).

2.1.3. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Yataklı Tedavinin Etkinliği

Yataklı tedavi etkinliğini belirlemede çeşitli kısıtlılıklar ve zorluklar mevcuttur. Tedavi etkinliğini belirlemede sık kullanılan ve güvenilir bir yöntem olan randomize kontrollü çalışmaların etik sorunlar nedeniyle bu alanda kullanımı kısıtlıdır. Tedavi yanıtı, remisyon ve iyileşme kriterlerinin psikiyatrik hastalıklar arasında farklılıklar göstermesi yataklı tedavilerin tüm hastalar üzerindeki etkinliğinin belirlenmesi noktasında diğer bir zorluktur. Bu kavramlarla ilişkili çeşitli tanımlamalar olmakla beraber genel olarak tedavi yanıtı, tedavi yoluyla belirli bir düzeyde iyileşme sağlanması; remisyon (düzelme), belirli bir süre hastalık belirtilerinin olmaması veya düşük düzeyde olması; iyileşme (recovery) ise iyilik halinin belirli bir süre korunması anlamında kullanılmaktadır. Tedavi yanıtı, bir tedavinin etkinliğini analiz etmede faydalı olsa da tedavinin nihai hedefi için uygun nokta olmayabilir (43). Örneğin, depresyonda tedavi yanıtı, başlangıç noktasına göre ölçek skorlarında %50 düzelme anlamına gelir ancak tedavi yanıtı elde edilse bile hastalar hala şiddetli belirti gösteriyor ve hastalık kriterlerini karşılıyor olabilirler (44). Tedavi yanıtı kavramının tedavinin klinik sonuçlarını değerlendirmede yetersiz olması remisyon ve iyileşme kavramlarını gündeme getirmiş ve bunların tedavilerde nihai hedef olarak belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Remisyon ve iyileşme kriterleri ise hastalıklar arasında farklılık gösterebilmekte, hatta aynı hastalık için farklı tanımlamalar yapılabilmekte, kullanılan ölçeğe ve yaş grubuna göre kriterler farklılık gösterebilmektedir. Bir grup nörogelişimsel hastalıkta ise hastalığın doğası gereği remisyondan bahsetmek mümkün olmayabilir (45).

Bu nedenle yataklı tedavilerde etkinlik çalışmaları çoğunlukla ilk başvuru ve taburculuk esnasındaki belirti ve/veya işlevsellik düzeyindeki değişim esas alınarak yapılmıştır. Tedavi etkinliğini belirlemede ölçüm aracı olarak en sık HoNOSCA (Health of the Nation Outcomes Scale for Children and Adolescents) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ; Children's Global Assessment Scale) kullanılmaktadır (4).

Yapılan bir sistematik gözden geçirmede 2006-2017 arasında yapılmış 16 çalışma incelenmiş, çocuk ve ergen psikiyatri servislerinin çoğunlukla etkin olduğu bildirilmiştir (4). ABD’de yapılmış geniş örneklemli bir çalışmada yatış sürecinde klinik olarak anlamlı iyileşmeler olduğu gösterilmiştir (10). İngiltere’de toplam 8 klinikte yatan çocuk ve ergen hastalarla yapılan prospektif bir çalışmada yataklı tedavi ile hastaların işlevsellik düzeylerinde anlamlı artış olduğu ve bu etkinin 1 yıllık takipte korunduğu gösterilmiştir (30).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada hastaların yataklı servise kabul ve taburculukları esnasındaki hastalık şiddetleri karşılaştırılmış, hastalık şiddetinde anlamlı azalmanın olduğu gösterilmiştir (6). Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada yataklı tedavinin, hastaların belirti düzeyi ve işlevsellik seviyesinde anlamlı düzelme sağladığı gösterilmiştir (5). Yazındaki çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla yataklı tedavinin etkin olduğu bildirilmekle beraber, yataklı tedavinin sadece belirli gruplarda etkin olduğu da bildirilmiştir (12).

Çocuk ve ergenlerde yataklı tedavinin etkinliği ve ilişkili olduğu faktörler değerlendirildiğinde çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Etkinliği yordayan faktörlere ait veriler çoğunlukla tedavi öncesi hastalık/işlevsellik düzeyi, sosyodemografik özellikler ve hastaların almış oldukları tanılar ile ilişkilidir. Etkinliği yordayan faktörlerin incelendiği çalışmalarda elde edilen verileri hastalığa ait, tedavi sürecine ait, bireysel ve ailesel/çevresel faktörler olarak ayırıp incelediğimizde, hastalığa ait faktörlere dair kanıtların görece daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastalığa ait faktörlere içerisinde tedavi öncesi belirti ve/veya işlevsellik düzeyi tedavi sürecinde düzelme ile ilişkili gösterilmiştir (8, 9). Psikotik bozukluklar, davranım bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanılarını alan hastaların yataklı tedaviden daha az fayda gördüğü; anksiyete bozukluklarına sahip hastaların ise daha fazla fayda gördüğü bildirilmiştir (12, 13). Tanıların yanısıra altta yatan organik sebep bulunmasının, bizar ve antisosyal belirtilerin daha olumsuz sonuçları öngördüğü bildirilmiştir (13).

Uzun yatış süresi, terapötik ittifak, planlı taburculuk, tedavi planının tamamlanması olumlu sonuçları öngördüğü bildirilen tedavi sürecine ait faktörlerdir (13, 30).

Bireysel faktörler açısından baktığımızda ise yaş ve zeka düzeyinin tedavi sonuçlarına etkisi çelişkilidir, yaş dışındaki diğer sosyodemografik özellikler ise tedavi sonuçlarıyla ilişkisiz görünmektedir (8, 13, 46). Gönüllülük ve tedaviye katılım konusunda yetersizliğin ise olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (11).

İyi aile işlevselliği tedavi etkinliğiyle olumlu yönde ilişkisi olduğu gösterilen önemli faktörlerden biridir (13, 30). Bozulmuş akran ilişkileri, ailede psikiyatrik hastalık ve yatış öyküsü, aile içi istismar ve ihmal ise tedavi etkinliğini olumsuz etkileyen ailesel/çevresel faktörler olarak gösterilmiştir (11, 47, 48).

Yataklı tedavi etkinliğini öngören faktörler ile ilgili erişkinlerle yapılmış çalışmalarda tanı (49), sosyal işlevsellik ve eşlik eden organik hastalık (50), daha önceki yatış sayısı ve tedavi öncesi belirti düzeyi (51), tedavi öncesi işlevsellik (52), intihar girişimi öyküsü (53), daha önceki tedavi öyküsü ve tedavi öncesi hastalık süresi (54), yatış süresi (49), tedavi yöntemi ve tedaviye katılım (55), servis yapısı (56), hastaların tedaviye yönelik algıları ve servis içi iletişim düzeyi (52); yaş (50), cinsiyet (56), iş durumu (50), sosyoekonomik düzey (53), göç öyküsü (54), tedavi öncesi genel yaşam memnuniyeti ve aile ziyaretlerinin sıklığı (56), yataklı tedavi etkinliği ile ilişkili olduğu gösterilmiş faktörlerdir.

2.1.4. Yatarak Tedavi Gören Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik, Klinik ve Sosyal Özellikleri

Yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerde intihar veya kendine zarar verme girişimi/düşüncesi en sık yatış sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (7, 57). Sosyodemografik ve klinik özelliklere baktığımızda kız oranının daha yüksek olduğu (%52-74.5), ortalama yaşın 12.8 ile 16.41 arasında değiştiği, en sık tanının duygudurum bozukluğu (%6.41-64) olduğu, ortalama yatış süresinin 6.12 ile 335.4 gün arasında değiştiği görülmektedir (4). Ülkemizdeki veriler de dünyadakilerle benzerdir (5, 6). Özellikle yatış sürelerindeki geniş aralığı değerlendirirken çalışmaların dahil edilme kriterlerini, servislerin özellikleri ve hasta profillerinin, yıllar içindeki trendleri ve yaklaşım farklılıklarını göz önünde bulundurmak gerekir.

Klinik faktörlerin yanı sıra sosyal ve ailesel faktörler, yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerde farklılıklar gösterebilmektedir. Eğitim hayatı ve sosyal yaşamda güçlükler, sosyoekonomik zorluklar, aile işleyişinde problemler, ailede psikiyatrik sorunlar, kurum

bakımında olma yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerde daha sık görüldüğü bildirilen özellikleridir (58-60).

2.1.5. Yataklı Tedavi Modelleri

Yataklı tedavi modelleri; zaman yönelimli yaklaşım, tedaviye dayalı yaklaşım ve spesifik olarak probleme dayalı yaklaşım olmak üzere üç yaklaşımla incelenebilir (41).

Zaman-Yönelimli Yaklaşım: Bu yaklaşıma göre yataklı tedaviler ultra kısa süreli yatış (1 haftadan kısa), kısa süreli yatış (1-4 hafta), orta süreli yatış (1-6 hafta) ve uzun süreli yatış (6 aydan uzun) olmak üzere 4 gruba ayrılır (38). Ultra kısa tedavi akut krizler için, kısa süreli tedavi hafif/orta patoloji durumlarında, orta ve uzun süreli tedavi orta/ağır patoloji durumlarında veya dirençli olgularda uygulanabilir (41). Yatış süresinin uzamasının ekonomik bedeli ve yoğun talebi karşılama konusunda zorluklar, zaman içerisinde yatış sürelerinin kısalmasına neden olmuştur (61). Örneğin, ABD’de 1991 yılında ortalama yatış süresi 44.05 gün iken 2008’de 10.7 güne düşmüştür (3). Bunun yanında ruh sağlığı hizmetlerine olan talepler arttıkça kurumlar, artan maliyetleri azaltmaya çalışırken etkinliklerini koruma ve arttırma konusunda desteklenmelidirler (62).

Tedaviye Dayalı Yaklaşım: Tıbbi (medikal) model, bilişsel davranışçı model, psikodinamik model, aile yönelimli yaklaşım ve ortam terapisi modeli olmak üzere çeşitli tedavi modelleri bu yaklaşıma göre sıralanabilir (38).

Tıbbi (medikal) modelde ilaç tedavisi ihtiyacının belirlenmesi ve başlanacak ilaca karar verilmesi için kısa süreli yatışlar yapılabilir. Tanılama, merkezi sinir sistemi patolojisinin ve etyolojinin belirlenmesi önceliklidir. Bu model, ilaç tedavisine iyi yanıt veren çocuk ve ergenler için uygun bir modelken; gelişimsel özelliklerin, aile dinamiklerinin yeterince değerlendirilememesi ve medikal tedaviye dirençli olgularda etkisiz olması modelin dezavantajıdır (30, 41).

Bilişsel davranışçı modelde insan davranışlarını açıklarken öğrenmeyi merkeze koyan bilişsel-davranışçı terapilerin işlevsel analiz, güçlü yönlerin belirlenmesi, pekiştireçlerin belirlenmesi, davranışı değiştirmeye yönelik müdahaleler gibi bileşenleri yataklı tedavilerde kullanılır (38).

Çocuk ve ergenlerin ruhsal yapılarında değişim yapmaları ve yaptıkları değişimin semptomatik iyileşme ile sınırlı kalmaması prensibine dayanan psikodinamik yaklaşımın

(63), yataklı tedavi ortamına uyarlanarak hasta-terapist arasında gelişen aktarım yataklı tedavi esnasında gerçekleşmesi hedeflenir. Yataklı tedavilerin süresinin bir kısıt olmasından dolayı amaç hastanın kendi duygu ve düşüncelerini araştırma konusunda istek duymasıdır. Bu istek taburculuk sonrası terapiye devam için motivasyon sağlamaktadır (64).

Aile yönelimli yaklaşımda ailelerin tedavi sürecinde daha etkin rol almaları sağlanır. Aile ile işbirliğini arttırmak ve çocuğun hastalığının aileye etkisini anlamak amacıyla tedavi ekibi ve aile arasında toplantı düzenlenerek aileye tedaviye katılımlarının önemi ve kendilerinden beklenen açıklanır, ailenin kaynaklarını daha etkin kullanması hedeflenir (64).

Ortam terapisi (milieu therapy) modeli, çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı tedavilerinde yaygın olarak benimsenen tedavi modelidir (65). Servis ortamının kendisi tedavinin parçası olarak kabul edilir (34). Hastaların stres düzeyinin azalması, kontrol hissi kazanmaları ve iyileşmelerine olanak sağlayan bir ortam oluşturulabilmesi için servis koşullarının ve personel davranışlarının düzenlenmesi amaçlanmaktadır (66). Bu ortamın oluşturulması, çocuk ve ergenlerin kendi aralarında ve tedavi ekibi ile yapılandırılmış program dahilinde kurdukları olumlu ilişkiler yoluyla, diğer etkilerin yanında benlik saygısının artmasını da sağlayabilir (67). Tutarlılık, kapsayıcılık, destek olma, sınırları belirleme ve yapılandırılmış bir ortamın oluşturulması ortam terapisinin temel öğeleridir (40, 41).

Spesifik Olarak Probleme Dayalı Yaklaşım: Adli servisler, alkol-madde bağımlılığı servisleri, yeme bozukluğu servisleri, travma servisleri gibi belirli bir problem alanı veya işlev için oluşturulmuş merkezler probleme dayalı yaklaşımı benimsemiş servisler olarak gösterilebilir (68). Bu servisler, alanında uzmanlaşmış personel ve bakımın olması, stigmatizasyon riskinin az olması gibi avantajlara sahip olmakla beraber hastaların birbirlerinin problemlerinden beslenmeleri, özgül probleme odaklanırken altta yatan patolojilerin gözden kaçma olasılığının bulunması gibi dezavantajları barındırmaktadırlar (41). Yeme bozukluğu servislerinin, yeme bozuklukları için daha iyi sonuçlar verdiği bildirilmekle beraber ergen yeme bozukluğu servisleri için bu avantaj kanıtlanmamıştır (40, 69). Ağır zihinsel yetersizlik veya otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklar bu alanlarda özelleşmiş servislere ihtiyaç duyabilirler (40).

2.1.6 Taburculuk ve Taburculuk Sonrası Takip

Taburculuk sonrası hasta takibi, yataklı tedavinin devamında hem bütünleyici olması hem de yeni krizlere müdahale noktasında tedavinin önemli parçalarından biridir. Ancak riskli dönem olarak kabul edilen taburculuk sonrası dönemde hastaların neredeyse yarısının düzenli takibi yapılamamaktadır (30). Taburculuk planının ve taburculuk sonrası takibin iyi yapılması yataklı tedavilerden görülen faydanın önemli belirleyicileri ve tamamlayıcılarıdır (34).

Ergenlerde taburculuk sonrası ilk bir yılda mortalite oranları aynı yaştaki normal popülasyona göre 6 kat daha yüksektir (2). Yapılmış başka bir çalışmada daha önce psikiyatri yatışı öyküsü olan ergenlerin intihar nedeni ölüm riskinin 14.2 kat, doğal olmayan yollardan ölüm riskinin ise 7.8 kat arttığı bulunmuştur (70). Kız cinsiyet, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve yeme bozukluğu tanımlı ergenler mortalite açısından daha yüksek riske sahiptir (2, 70).

Taburculuk sonrası tekrar yatışlar da görülebilmektedir. Taburculuk sonrası 6-12 aylık dönemde çocuk ve ergenlerin yaklaşık üçte birinin tekrar yatışı olmaktadır (71). Tekrarlayan yatışları öngörücü faktörlerle ilgili çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda çoğunlukla tutarsız sonuçlar elde edilmiştir. Tekrar yatış ile yaş başta olmak üzere sosyodemografik özelliklerin ilişkisi net değildir. Tanı (davranım bozukluğu gibi), hastalık şiddeti, psikiyatrik ve tıbbi komorbiditeler, intihar girişimi öyküsü, ebeveyn çocuk ilişkisinde yetersizlik ve sert ebeveyn tutumu tekrar yatışla ilişkili faktörler arasında gösterilebilir (71, 72). Bunun yanında daha önceki yatış sayısı, tedavi uyumu, taburculuk sonrası yaşam ortamı tekrar yatış açısından güçlü birer öngörücüdürler (71). Taburculuk sonrası takip ile tekrar yatışlar arasındaki veriler de çelişkilidir (72-74). Yetersiz takip ve takiplere uyumsuzluk, çocuk ve ergenlerin psikiyatrik durumunun izlenmesini ve gerekli yerlerde tedavi güncellemelerinin yapılmasını zorlaştırarak kötüleşmelere ve tekrarlayan yatışların artmasına neden olabilirken; taburculuk sonrası düzenli takip, sağlık sistemi içerisinde kalmayı ve tedavi vericilerle ilişkiyi sürdürmeyi sağlayarak problem olması durumunda fark edilmeyi ve sağlık sistemine ulaşımı kolaylaştırdığı için tekrar yatışın artmasına neden olabilmektedir.

Hastaların taburculukları farklı nedenler ve şekillerle olabilir. Hastanın iyilik hali, yatarak tedavi ihtiyacının ortadan kalkması, ek tedaviye gerek görülmemesi, başka merkeze sevk, ailenin yatışı sonlandırmak istemesi taburculuk nedeni olabilir. Hastaneye

yatış kadar taburculuk da çocuklar ve aileleri için stres yaratan bir durumdur bu nedenle taburculuk öncesi çocuk ve ailesinin hazırlanması gerekir. Hospitalize olan çocuklarda evde olmanın artıları üzerine çalışılması gerekebilir. Taburculuk sonrası ilk kontrolün servis doktoru tarafından yapılması, daha sonraki kontrollerin poliklinikte devam edeceğinin açıklanması tedavi devamlılığına katkı sunabilir (39). Taburculuk sonrası en az 1 yıllık takip önerilmektedir (70).

2.2. Yürütücü İşlevler

2.2.1. Yürütücü İşlevler ve Bileşenleri

Yürütücü işlevler, birbiriyle ilişkili fakat birbirinden farklı birçok bilişsel yeteneği bünyesinde barındıran şemsiye bir terimdir. Bu bilişsel becerilerin öne çıkanları inhibisyon, çalışma belleği, esneklik, planlama, problem çözme, akıl yürütme, karar verme, sözel akıcılık, dikkat, öz-düzenleme olarak sayılabilir (75, 76). Yürütücü işlevlerin temelinde inhibisyon/inhibitör kontrol, çalışma belleği ve bilişsel esneklik olmak üzere üç işlev bulunurken, bu çekirdek işlevler bir araya gelerek akıl yürütme, problem çözme, planlama gibi daha üst düzey işlevleri inşa eder (77).

Inhibitör kontrol (tepki ketleme), çekirdek yürütücü işlevlerden biridir. Dikkati, davranışı, düşünceyi ve duyguları kontrol etme ve gerek içsel gerek dışsal çelıcilere rağmen uygun ve gerekli noktalara yönlendirme becerisidir. Kişiyi dürtülerinin, koşullanmış tepkilerinin ve çekici uyarıların güdümünden çıkararak kişiye değişim ve seçim imkanı tanır. Bilişsel inhibisyon, seçici dikkat, öz-kontrol ve disiplin inhibitör kontrole ait bileşenlerdir (77).

Çalışma belleği (working memory), çekirdek yürütücü işlevlerden bir diğeridir. Bilginin akılda kısa süreli tutulması ve işlenmesini sağlar. Sözel ve sözel olmayan (görsel-uzamsal) çalışma belleği olmak üzere iki tür çalışma belleğinden bahsedilebilir. Önceki bilgiyi sonrakiyle ilişkilendirme işlevi nedeniyle anlama ve anlamlandırmada önemli role sahiptir. Matematiksel işlemler, talimatları eyleme dönüştürme, yeni bilgileri öğrenip önceki eylemler üzerinde güncelleme yapma, öğelerin zihinsel olarak yeniden sıralanması, nesneler veya fikirler arasında ilişki kurma, alternatifleri düşünme, akıl yürütme, yaratıcılık çalışma belleği gerektiren işlevlerden bazılarıdır (77).

Bilişsel esneklik, inhibitör kontrol ve çalışma belleğinden temel alan üçüncü çekirdek yürütücü işlevdir (78). Perspektifi mekansal düzeyde, kişilerarası düzeyde ve düşünce şekli düzeyinde değiştirebilme becerisidir. Perspektifi değiştirebilmek için

önceki perspektifi engellemek (inhibitör kontrol gerektirir) ve yeni perspektifle değiştirmek (çalışma belleği gerektirir) gerekir. Bu nedenle zihinsel esneklik için inhibitör kontrol ve çalışma belleği öncüdür. Değişen taleplere ve önceliklere uyum sağlama, yanıldığını kabul etme, yeni fırsatlardan yararlanma ile ilişkili olan bilişsel esneklik, rijiditenin karşıtıdır (77).

Planlama, bir amaca ulaşmak için gereken eylemlerin formülasyonu, değerlendirilmesi ve seçiminde yer alan yürütücü işlevleri içeren daha üst düzey bir bilişsel işlevdir. Akıl yürütme, kavram oluşumu ve yaratıcılığı sağlayan genelleme ve soyutlama süreçlerinin temelidir. Problem çözme, çözüme ulaşmak için bir problemin ayrıntıları üzerinden çalışma süreci olup, matematiksel veya sistematik işlemleri içerebilir ve bireyin eleştirel düşüncesinin bir göstergesi olabilir (79).

Yürütücü işlevler modelinin kavramsallaşmasının öncülerinden biri olan Luria, bir dizi yürütücü işleve dayalı problem çözme davranışını dikkate almış, beklentiler (gerçekçi beklentiler belirleme, sonuçları anlama), planlama (organizasyon), yürütme (esneklik, set oluşturma) ve kendini izlemeyi (emoinsyonel kontrol, hataları tanıma) majör yürütücü işlevler olarak tanımlamıştır (80).

Yürütücü işlevler, amaca ulaşmak için eylemleri planlama ve uygulama, karmaşık görevleri yerine getirme için gereken mental kapasitedir (15). Farklı görevler veya setler arasında geçiş yapma, alakasız otomatik tepkileri engelleme ve çalışma belleğinde tutulan temsillerin güncellenmesine dayalı bu işlevler davranışsal kontrol sürecinde çalışırlar (81).

Sohlberg ve Mateer, altı bileşen içeren bir klinik model oluşturmuşlardır. Bu bileşenler; başlatma (bilişsel bir sistemin aktivasyonu veya başlatılması), yanıt inhibisyonu (otomatik yanıt verme eğilimini durdurma), görevi sürdürme (görev tamamlanana kadar davranışı sürdürme), organizasyon (bilginin düzenlenmesi ve sıralanması), üretken düşünme (bir soruna birden çok çözüm oluşturma ve esnek bir şekilde düşünme) ve farkındalıktır (kişinin kendi davranışını izlemesi ve değiştirmesi) (82).

Yürütücü işlevlerle ilgili bir diğer sınıflamada sıcak (hot) ve soğuk (cool) yürütücü işlevlerden bahsedilmiştir. Soğuk yürütücü işlevler görece soyut, bağlamsız ve duygusal olmayan koşullar altında ortaya çıkan, mantık ve eleştirel analiz gerektiren işlevlerdir (83). Problem çözme, akıl yürütme, planlama, sıralama, bilişsel esneklik,

Çalışma belleği, inhibisyon örnek olarak verilebilir (84). Bunlar daha çok talamus, bazal gangliyonlar, hipokampus ve neokorteks ile güçlü baağlantılar içeren dorsolateral prefrontal korteks tarafından kontrol edilen işlevlerdir (85). Sıcak yürütücü işlevler ise duygusal, motivasyonel baağlamı olan yürütücü işlevlerdir (86). Sosyal biliş, duygusal karar verme, duygusal düzenleme ve tatmini geciktirme gibi duygusal bilişsel yetenekler sıcak yürütücü işlevlerin bir parçasıdır (84). Limbik bölge ve amigdala ile baağlantıları oluşturan orbitofrontal ve ventromedial prefrontal korteks ile ilişkili oldukları düşünülen işlevlerdir (87).

Bunların yanısıra fonksiyonel nroğrltleme çalışmalarına dayanan modeller de mevcuttur. Modeller arasında bazı farklılıklar olsa bile yürütücü işlevlerin çoğunlukla prefrontal korteks (PFK) tarafından kontrol edilen alt bileşenleri kapsadığı konusunda genel bir mutabakat vardır (79).

2.2.2. Yürütücü İşlevlerin Gelişimi, ocuk ve Ergenlerde Yürütücü İşlevler

Yürütücü işlevler, PFK gelişimi ile paralel olarak yavaş yavaş gelişen ve matur hale gelen son bilişsel fonksiyonlar arasında olup bu gelişim paterni, yaşam boyunca gözlemlenen bilişsel gelişim aşamaları arasındaki farkı açıklayabilir (79). Genel olarak genç erişkinler, çocuklar ve yaşlılara göre daha iyi yürütücü işlevlere sahiptirler (79). Bebekler uyaran odaklıdır, o anda ve yakın çevrelerindeki olaylara tepki verirler. Bununla birlikte, yaşamın ilk yılında bebekler, temel kuralları anlama, dikkat ve hafıza yeteneklerine dair ilk işaretleri sergileyebilirler (88). Genellikle 3-6 yaş arasında kurallara uyma becerisi kazanılır ve kazanılan beceriler kendini düzenleme, inhibitör kontrol, emosyon regülasyonu, problem çözme gibi yürütücü işlevlerin gelişmesine yardımcı olur (89). Bilişsel esneklik, planlama ve problem çözmenin temelinde olduğu düşünülen inhibitör kontrol ve çalışma belleği okul öncesi dönemde gelişmeye başlar (90). İnhibitör kontrol ergenlik dönemi boyunca gelişmeye devam eder (91). Aynı şekilde çalışma belleğinin gelişimi uzun bir dönemi kapsar, bilgiyi akılda tutma yeteneği çok erken gelişe de çalışma belleğinin olgunlaşması ve matur hale gelmesi yavaş ve uzun süreli bir gelişim sürecinin neticesinde olur (92). Planlama, set değiştirme gibi beceriler 3 yaşında gelişmeye başlar ancak esas gelişimleri 7 yaşından sonra olur ve genel olarak yürütücü işlevlerin gelişimlerinin uzun bir süreci kapsadığı, birbirleriyle ilişkili şekilde geliştikleri ve PFK maturasyonu ile yakından ilişkili olduğu söylenbilir (79).

PFK beynin en son gelişen bölgesidir ve diğer kortikal ve subkortikal alanlarla yoğun bağlantıları bulunur (93). Paryetal ve temporal lob gibi neokortikal bölgelerden, hipokampustan, singulat korteksten, substantia nigradan, talamustan ve medial dorsal çekirdeklerden girdiler alır. Medial dorsal çekirdeklere, amigdalaya, septal çekirdeklere, bazal gangliyonlara ve hipotalamusa projeksiyonlar gönderir (94). Çalışma belleği, dorsolateral prefrontal korteks ile; inhibitör kontrol, sağ inferior frontal korteks ve ventral frontostriatal devre ile; bilişsel esneklik frontoparyetal ve striatal devrelerle; planlama sol kortikal ve subkortikal bölgelerle etkileşen sol posterior dorsolateral PFK ile; akıl yürütme bilateral rostrolateral PFK ve sağ dorsolateral PFK ile ilişkilidir(79).

2.2.3. Yürütücü İşlevlerin Değerlendirilmesi

Çocuk ve ergenlerde yürütücü işlevlerin değerlendirmesinde performansa dayalı ve gözleme dayalı testler kullanılmaktadır. Yürütücü işlevlerin ölçümünde performansa dayalı testler sıklıkla kullanılmaktadır. Wisconsin Kart İşleme Testi, İz Sürme Testi, Stroop Testi belirli görevleri içeren testlerdir. Bunun yanında daha kapsamlı değerlendirme için Delis-Kaplan Yürütücü İşlev Sistemi Bataryası, Cambridge Nöropsikolojik Test Bataryası, Yürütücü İşlev Bozukluğu'nun Davranışsal Değerlendirilmesi Bataryası, Gelişimsel Nöropsikolojik Değerlendirme Bataryası kullanılmaktadır. Son yıllarda çocuk ve ergenlerin günlük yaşamlarını kapsayacak şekilde yeni değerlendirme araçları geliştirilmiştir. Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE) , Çocuklar için Yürütücü İşlev Bozukluğu Anketi, Amsterdam yürütücü İşlev Envanteri bunlara örnek olarak verilebilir (84).

Performansa dayalı testler, belirli bileşenleri kısa zaman diliminde değerlendirdikleri için günlük hayattaki çok boyutlu süreci değerlendirmede yetersizlik gösterebilirler. Orijinal adı Behavioral Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) olan YİYDDE, çocukların yürütücü işlevlerini kendi doğal ortamlarında ve günlük yaşam becerilerinden hareketle ölçmeye yönelik ilk girişimlerden biridir (96). Yürütücü işlevlerin, hedefe yönelik davranış ve bilişsel etkinliklerden sorumlu birbiriyle ilişkili işlevler veya süreçlerin bir koleksiyonu olduğu, ayrıca davranışı ve duygusal tepkileri ve bilişsel süreçleri kontrol eden “orkestranın şefi” olduğu anlayışına dayanılarak oluşturulmuştur (97). Odaklandığı bilişsel beceriler şunlardır (98):

Bastırma: Bireyin kendi davranışını uygun zamanda durdurabilme yeteneği, diğer bir deyişle bir dürtüyü engelleme, direnme veya hareket etmeme yeteneğidir.

Set Değiştirme: Bir durumdan, faaliyetten veya bir sorunun bir yönünden diğerine serbestçe geçme yeteneğidir. Geçiş yapma, problemi esnek bir şekilde çözme, dikkati bir yönden başka bir yöne kaydırma yeteneklerini kapsar.

Duygusal Kontrol: Duygusal tepkileri düzenleme becerisidir. Zayıf duygusal kontrol, emosyonel labilite veya duygusal patlayıcılık olarak ortaya çıkar. Bu alanda zorluk yaşayan bireyler, küçük olaylara karşı aşırı duygusal tepki verebilirler.

Başlatma: Bir göreve veya etkinliğe bağımsız olarak başlama ve fikirler, yanıtlar veya problem çözme stratejileri oluşturma becerisidir. Başlatma uyumsuzluk veya ilgisizliği yansıtmaya, başlatma sorunu olan bireyler genellikle bir işte başarılı olmak ister, ancak başlayamazlar. Bireyler, bir göreve veya faaliyete başlamak için yönlendirme ve işaretlere ihtiyaç duyarlar.

Çalışma Belleği: Bir görevi tamamlamak amacıyla bilgileri etkin bir şekilde akılda tutma becerisidir. Çok aşamalı eylemlerin yürütülmesi, bir dizi işlemin uygulanması veya karmaşık talimatların izlenmesi gibi çeşitli günlük faaliyetler için gereklidir. Zayıf çalışma belleğine sahip bireyler, birkaç dakika için bile bir şeyleri hatırlamakta zorluk çekebilir, çalışırken yaptıkları şeyleri kaybedebilir veya talimat verildiğinde ne yapmaları gerektiğini unutabilirler.

Planlama/Organize Etme: Plan bileşeni, gelecekteki olayları öngörme, talimatları veya hedefleri yerine getirme ve bir görevi veya etkinliği yürütmek için önceden uygun adımları geliştirme yeteneği ile ilgilidir. Planlama bir dizi eylemi veya yanıtı sıralamayı veya dizmeyi gerektirir. Planlama genellikle görevlere zamanında başlayabilme ya da aktiviteyi tamamlamak için gerekli olan doğru araçları ya da malzemeleri elde edebilme yeteneği olarak tanımlanır. Organize etme bileşeni ise, bir amaca ulaşmak için bilgi, eylem veya malzemelere düzen getirme yeteneği ile ilgilidir. Organizasyon sorunu olan bireyler genellikle görevlere gelişigüzel yaklaşırlar, bilgi içerisinde bocalarlar ve düzeni sağlamada zorlanabilirler.

İzleme: Kendini izleme ve görev izleme işlevini içerir. Kendini izleme, kişisel veya sosyal bir kendini izleme işlevini, kişinin kendi davranışını ve başkaları üzerindeki etkisini ne ölçüde izlediğini ölçer. İzleme ile ilgili sorunlar, kişinin kendi sosyal davranışını ve bunun başkaları üzerindeki etkisini anlayamamak veya farkında olmamaya neden olabilir. Görev izleme ise, bir görevi yerine getirirken veya sonrasında performansını değerlendirmeyi içerir. Görev odaklı izleme ile ilgili problemler, problem

özme gibi aktiviteler sırasında kişinin kendi hatalarını anlayamamasına veya farketmemesi yol açabilir.

Düzenli Olma: Kişinin çalışma, oyun, yaşam ve depolama alanları gibi günlük ortamında organizasyonu sürdürme yeteneğini ölçer. Doğrudan bir yürütücü işlev alt bileşeni olmasa da kısmen yürütücü işlev becerilerini yansıttığı düşünülmektedir.

2.2.4. Yürütücü İşlevler ve Psikopatolojiler

Psikiyatride boyutsal yaklaşım, son dönemde gittikçe dikkat çekmekte ve bu alandaki çalışmalar artmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların kategorik sınıflamasının yarattığı sorunlar, psikiyatrik bozuklukların patofizyolojik mekanizmalarına dayalı bir sınıflama geliştirmeyi hedefleyen, boyutsal yaklaşıma dayalı Araştırma Alanı Ölçütleri (Research Domain Criteria; RDoC) projesini doğurmuştur (99). Psikopatolojilerin altında yatan mekanizmaları kavramsallaştıran Araştırma Alanı Ölçütleri'nin belirlediği ana alanlardan birisi ise dikkat, çalışma belleği, dil, bilişsel kontrol ve algıyı içeren bilişsel alandır (99). Psikiyatrik hastalıkların kökeninde ortak mekanizmalar bulunduğu ve psikopatolojilerin temel alt boyutların bir tezahürü olduğunu ileri süren boyutsal yaklaşımının, yürütücü işlev bileşenlerini ana alanlardan biri olarak tanımlaması yürütücü işlevlerin psikopatolojilerin gelişiminde ve sürdürülmesindeki anahtar rolünü vurgulamaktadır.

Yürütücü işlevler, bilişsel ve sosyal gelişim, okul ve hayat başarısı, ruhsal ve fiziksel sağlık için gerekli becerilerdir (77). Psikopatolojilerin yanı sıra birçok günlük yaşam faaliyetini etkileyebilmektedirler. Kötü yürütücü işlevler kötü tedavi uyumu (100), kötü iş performansı, iş bulma ve işini korumada zorluklar (101), suç ve şiddet (102) ile ilişkilidir. Yürütücü işlevleri iyi olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu (103), yürütücü işlevlerin genel zekadan bağımsız olarak akademik becerileri öngördüğü, matematik ve okuma becerileri ile yakından ilişkili olduğu (104) bildirilmiştir.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda yürütücü işlev bozuklukları birçok psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir. DEHB (105), davranım bozukluğu (106), depresyon (107), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (108), şizofreni (109), BAB (110), otizm spektrum bozukluğu (OSB) (111), TSSB ve yaygın anksiyete bozukluğu (112) bu alandaki bozulmalarla ilişkili olduğu gösterilen hastalıklara örnek olarak verilebilir.

2.2.5. Yürütücü İşlevler ve Tedavi Etkinliği

Yürütücü işlevlerin psikopatolojilerle ilişkisinin bir boyutu ruhsal hastalıklarla birliktelik göstermesiyken diğer bir boyutu ise psikopatolojilerin sağaltımında aldığı rol ve tedavi yanıtı ile ilişkisidir. Bu ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılmış çalışmalar önemli veriler sunmaktadır. Örneğin, madde kötüye kullanımı olan ergenlerde tedavi öncesi düşük çalışma belleği performansının uzun süreli kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (113). Benzer şekilde, alkol/madde kötüye kullanımı olan ergenlerde motivasyonel görüşme etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, düşük çalışma belleğinin üç aylık takipte daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (114). Çocuk ve ergenlerde inhibisyon başta olmak üzere yürütücü işlevlere ait bileşenlerdeki bozulma düzeyinin DEHB’de tedavi sonuçlarını yordadığı (115); genç yaştaki psikotik hastalarda yürütücü işlevlerdeki bozukluğun şizofreni veya şizoafektif bozukluğa ilerleme ile ilişkili olduğu (116) gösterilmiştir. Depresyonda tedavi öncesi yürütücü işlev becerileri, tedavi yanıtıyla ilişkili görünmektedir (117). Başka bir çalışmada depresyon tanılı hastalarda zayıf problem çözme ve sözel inhibisyon becerilerinin medikal tedaviye yanıtı azalttığı ortaya konmuştur (18). Tedavi öncesi sözel akıcılık, çalışma belleği ve dikkati bir yönden başka yöne kaydırma becerileri depresyonda üç aylık antidepresan tedavisine yanıt ile ilişkili bulunmuştur (17). Şizofreni tanılı hastalarda kötü yürütücü işlevlerin antiagresyon tedavisine yanıtı etkilediği gösterilmiştir (118). Yürütücü işlevlerin OKB’de tedavi yanıtları üzerine etkisi ise çelişkilidir, tedaviyi etkinliğini hem olumlu hem olumsuz etkilediğine dair sonuçlar mevcuttur (119, 120). Bu konuda yapılmış çalışmalar yürütücü işlevlerin tedavi sonuçlarını öngörme ve etkilemede önemli bir belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Yürütücü işlevlerin psikiyatride önemli araştırma alanlarından biri olması nedeniyle psikopatolojilerle ilişkisi, psikopatolojilerin sağaltımı üzerindeki etkileri ve sağaltım sürecinde yürütücü işlevlerdeki değişimler araştırılmış olmasına rağmen yataklı tedavi gören hastalarda ise yazın yetersizdir. Genellikle tek bir tanıya odaklanılan bu çalışmalarda yürütücü işlevlerin ergenlerde psikoz prognozu (121) ve erişkinlerde depresyonda tedavi yanıtı ve prognoz (19) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmaların az sayıda olmasına ek olarak bu çalışmaların belirli tanımlarla yapılmış olması yürütücü işlevlerin bir boyut olarak tedavi üzerindeki etkisinin anlaşılmasını güçleştirmektedir.

2.3. Duygu Düzenleme

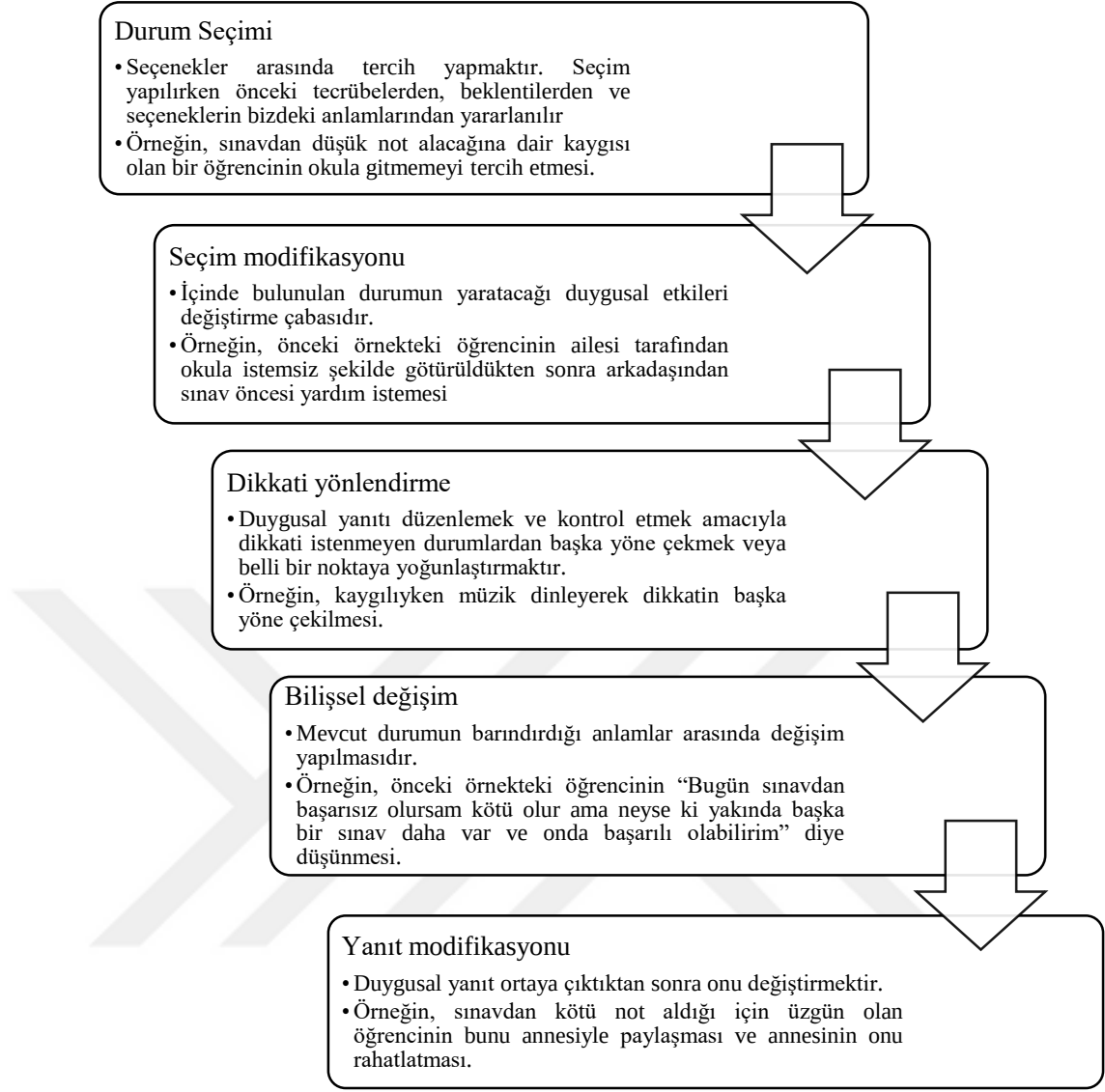
2.3.1 Duygu Düzenleme ve Bileşenleri

Duygu düzenleme, kişinin amaçlarına ulaşabilmesi için duygularını ve duygusal tepkilerini kontrol etmesi, izlemesi, değerlendirmesi ve de i tirebilmesini sağlayan içsel ve dışsal süreçlerdir (122). Bu düzenleyici süreçler fizyolojik, davranışsal ve psikolojik bileşenleri içermektedir (123). Başka bir tanımlama ile uyumsal işlevlere yönelik bireyin yaşadığı duygusal durumları değiştirme ve düzenleme becerisidir (124). Duygu düzenleme sürecinde kişiler tepkilerini kontrol etmek için planlı bir biçimde aktif çaba sergiler. Ancak bunun her zaman böyle olmayabilece ine, duygu düzenlemenin otomatikle en ve çaba gerektirmeyen örtük formlarının bulunduğuna dair görüşler de vardır (125).

Duygu düzenleme, duyguların; düşünceleri, tepkileri veya davranışı düzenlemesi ya da duyguların kendilerinin düzenlenmesi anlamına gelebilmektedir. Bu durum duygu düzenlemeyi zaman zaman karmaşık bir kavram haline getirebilmektedir. Duyguların kendilerinin düzenlendiği bir dizi süreç anlamına gelen ikinci kullanımı, duygu düzenleme için daha uygun bir kullanımdır (126).

Duygu düzenleme kavramı; duyguları geniş biçimde ele alarak hem negatif hem pozitif duyguları kapsayan, duyguların ya anma şekli, ifade edili i ve değiştirilmesi ile ilgili geniş yelpazeli bir kavram olup (127) ve duygusal tepkilerin değiştirilmesi esasına dayanır (128).

Yıllar içerisinde giderek artan biçimde duygu düzenleme üzerine araştırmalar yapılmış farklı tanım ve görüşler ileri sürülmüş, bu görüşler neticesinde farklı modeller ileri ortaya çıkmıştır. Bu modeller, düzenleme sürecinin anlaşılmasına, hayatın her alanındaki rolünün ve i leyi  mekanizmasının daha iyi anlaşılmasına katkı sunmaya  alı mı lardır. Duygu düzenleme ile ilgili etkili, sık kullanılan ve kabul gören modellerden biri, duyguların farklı basamaklarda farklı stratejiler kullanılarak düzenlendiği bir dizi ardışık süreci içeren Gross'un süreç modelidir (127). Modele göre duygu düzenleme stratejileri, uygulandıkları zamana göre durum seçimi, seçim modifikasyonu, dikkati yönlendirme, bilişsel değişim ve yanıt modifikasyonu olmak üzere basamaklara ayrılır ve bu basamaklar düzenleme sürecine katkı sunar (129). Bu stratejiler  ekil-1'de özetlenmiştir (129, 130):



Şekil 1: Duygu Düzenlemede Süreç Modeli

Araştırmacılar, meydana getirdikleri psikopatolojik etkilere göre uyuma yönelik stratejiler (problem çözme, kabullenme, bilişsel yeniden değerlendirme gibi) ile uyumu bozucu (felaketleştirme, ruminasyon, kaçınma, bastırma gibi) stratejileri ayırmaya çalışmışlardır (130). Süreç modeline göre duygu düzenleme stratejileri geçmiş odaklı stratejiler ve tepki odaklı stratejiler olarak ikiye ayrılmaktadır. Geçmiş odaklı stratejiler, duygular ortaya çıkmadan önce aktive olur; tepki odaklı stratejiler ise duygusal tepki ortaya çıktıktan sonra geliştirilir ve duygusal tepkilerin değiştirilmesini amaçlar (126, 127). Süreç modeline göre başlıca iki mekanizma bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırmadır. Bilişsel yeniden değerlendirme, geçmiş odaklı strateji olup duygusal tepkiyi meydana getiren durumun bilişsel olarak yeniden ele alınıp bu duruma mantık

çerçevesinde alternatif açıklamalar getirilmesidir (126). Bastırma ise tepki odaklı bir stratejidir ve duygunun dışavurumunun azaltılması amaçlanır (131).

2.3.2. Duygu Düzenlemenin Gelişimi, Çocuk ve Ergenlerde Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme becerileri yaşamın ilk döneminden itibaren gelişmeye başlar (132). İlk gelişen duygu düzenleme becerisinin emosyonel uyaranlara verilen tepkisellik boyutunda olduğu söylenebilir (124). Çevresel uyaranlara verilen fizyolojik tepkiler düzenlemenin basamağı olarak kabul edildiğinde anne karnındaki bebeklerde uyaranlara karşı kalp hızında değişiklik olması ve hareket etmeleri duygu düzenleme süreci öncüllerinin henüz anne karnındayken gelişmeye başladığını gösterebilir (127, 133).

Erken yaşlarda, özellikle ilk bir yaş olmak üzere 0-2 yaş arasında duygu düzenleme temel olarak bakımverenin sağladığı dış etkilerle karakterize dışsal süreçlerle ilişkilirken sonrasında içsel süreçler devreye girer (124, 134). İlk üç ayda emme, uyku gibi fizyolojik süreçler ön plandadır, ilkel yaklaşma/uzaklaşma deneyimleri gözlenebilir. Üçüncü aydan itibaren parmak emme gibi ilkel kendini yatıştırma davranışları, basit motor davranışlar ve ağlama gibi huzursuzluk göstergeleri, üç-altı ay arasında basit motor eylemler, bir yaşından sonrasında karmaşık motor eylemler kullanılır (124, 135). Okul öncesi döneme geçişle içsel süreçler, sosyal, kişilerarası ve kültürel faktörler önem kazanmaktadır (134). Okul çağı döneminde (6-12 yaş) yürütücü işlevlerin gelişmesi gibi nörolojik gelişmeler, duygulara yönelik daha derin bir farkındalığı sağlar ve duyguların yönetimini kolaylaştırır (136). Ergenlikle birlikte bu nörobiyolojik gelişmeler, bilişsel yeniden değerlendirme ve problem çözme gibi bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanımını artırır (137). Ergenlik döneminde, üst düzey yürütücü işlevler ve sosyal süreçler gibi duygu düzenlemede çok önemli olan bilişsel süreçlerde (çalışma belleği, inhibitör kontrol, soyut düşünce, karar verme ve perspektif alma gibi) önemli gelişmeler olur (138). Düşünceler, beklentiler, tutumlar ve kişisel farklılıklar gibi duygusal deneyiminin farklı bileşenlerinin anlaşılmasına başlanmasıyla duygu düzenleme kapasitesindeki bireysel farklılıklar ortaya çıkar ve duygular ile kişiliğe ve uyarılma ihtiyaçlarına uygun biçimde başa çıkılmaya başlanır (129).

Çocuklar ve özellikle ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve bu alanda yaşanan zorluklar giderek daha fazla çalışılan alanlardır. Devam eden beyin gelişimi nedeniyle ergenlerin, duygularını düzenleme konusunda daha az başarılı oldukları, kaygı ve stresle ilgili bozukluklar için daha büyük risk altında oldukları varsayılmaktadır (139).

Duygu düzenleme için gerekli olan çalışma belleği, inhibitör kontrol, soyut düşünme, karar alma, perspektif geliştirme gibi yüksek düzeyde yürütücü işlevler ve sosyal süreçler ergenlik boyunca gelişim gösterir (138). Ergenlik döneminde karmaşık sosyal ağlar ve ilişkiler gelişir. Duygusal süreçler ve duygu düzenlemenin ergenlikte doğrusal olmayan bir şekilde gelişmesi, ergenlikte artmış duygusal değişkenlik ve risk alma davranışını kısmen açıklayabilir (140).

Yapılan çalışmalar duygu düzenleme ile ilgili beyin bölgelerinin gelişiminin çocukluk ve ergenlik boyunca devam edip ve erişkinliğe kadar uzanabileceğini göstermektedir (141). Subkortikal ve limbik bölgeler gibi duygu düzenleme süreçlerinde ağırlıklı olarak rol alan beyin bölgeleri ergenlik döneminde gelişimsel değişiklikler gösterir (142). Prefrontal korteks (PFK) duygu düzenleme işlevleri açısından merkezi bir role sahiptir, bu bölgede bulunan dorsolateral PFK, ventromedial PFK ve ventrolateral PFK bu süreçlerle yakından ilişkilidir (143). PFK'nin gelişimi; kortikal gri cevher hacminde, yoğunluğunda ve kalınlığında ergenliğe ve yaşamın üçüncü dekatına kadar devam eder (144).

Duygu düzenleme, beyindeki çeşitli bölgeler ve bu bölgeler arasındaki etkileşimler ile sağlanır (145). Amigdala, korku yanıtının öğrenilmesi, ifade edilmesi ve emosyonel çıktılarının sıklığının belirlenmesi ile (87); ventral striatum, davranışın duygusal ve motivasyonel yönüyle ve ödül süreçleri ile ilişkili subkortikal bölgelerdir (146). Kortikal alanlara baktığımızda ise dorsolateral PFK, bilişsel kontrol süreçleriyle ilişkilidir ve bu süreçler özellikle olumsuz duyguların azaltılması olmak üzere duygusal kontrol üzerinde etkilidir (147). Subjektif negatif duyguların azaltılması esnasında inferior frontal girus triangularis/ventrolateral PFK aktivitesi artar (148). Ventrolateral PFK'nin inhibitör kontrolde kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir (149). Medial PFK, özellikle zihin teorisi (theory of mind) ve sosyal duyguları anlama gibi sosyal bilişsel süreçlerde rol alır (150), bunun yanında dikkat, biliş, duygular ve hafıza ile ilgili orta talamus, bazolateral amigdala ve ventral hipokampustan gelen girdileri birleştirir (151). Emosyonel ve bilişsel yürütücü fonksiyonlar esnasında anterior singulat korteks aktivasyonu artar (152). Orbitofrontal korteks de eylemlerden beklenen ödül ve cezaları işleme ile ilişkilidir, bu nedenle adaptif öğrenmede önemlidir (153).

2.3.3. Duygu Düzenleme G  l   (Emotional Dysregulation) ve Psikopatolojiler

Gratz ve Roemar (2004) duygu düzenlemeyi duyguların farkında olma, duyguları anlama ve kabullenme, dürtüsel davranışları kontrol edebilme, olumsuz duygular karşısında da amaca uygun şekilde davranma, duygusal tepkileri amaçlar doğrultusunda kullanabilme ve bunun için uygun stratejileri kullanabilme olarak tanımlamış, duygu düzenleme g  l  n  ise bu alanlardaki bozulmayla ilişkilendirmişlerdir. İekli, belirledikleri konsepte uygun olarak duygu düzenlemeye ait alt bileşenler tanımlamış ve duygu düzenleme g  l  klerini  l me amacıyla kullanmışlardır. Bu bileşenler; duyguların farkında olma (farkındalık), duyguların net olması (netlik), duyguların kabullenilmesi (kabul etme), dürtüsel davranışları kontrol etme (dürtü), olumsuz duygular altında da hedefe yönelik davranışlar sergileme (hedefler) ve duruma uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanmak (strateji) olarak belirlenmiştir (20).

Duygu düzenlemek için kullanılan stratejiler; uzun vadede olumlu sonuçlarla ilişkili olanlar adaptif (uyumlu, uygun) stratejiler ve uzun vadede olumsuz sonuçlarla ilişkili olanlar adaptif olmayan (uyumsuz, uygun olmayan) stratejiler olarak ayrılabilir (154). Adaptif stratejiler; akademik başarı, daha iyi sosyal işlevsellik, psikolojik ve fiziksel iyilik hali ilişkiliyken (154), uygun stratejilerin doğru biçimde kullanılmaması duyguları anlama, algılama ve düzenleme g  l  klerine yol açarak emosyonel ve psikolojik sorunlara neden olabilir (155).

Duygu düzenleme g  l  klerinin birçok psikopatoloji ile ilişkisi bulunmaktadır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları (156), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (157), davranış sorunları (158), BKB (159), travma sonrası stress bozukluğu (TSSB) (160), bipolar afektif bozukluk (BAB) (161), yeme bozuklukları (156) ve psikotik bozukluklar (162) duygu düzenleme g  l  kleri ile ilişkili bozukluklara örnek olarak verilebilir.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi i e atım problemlerinin olduğu ergenlerin bastırma, kendini suçlama, ruminasyon gibi uyumsuz stratejileri daha fazla kullandığı; bilişsel yeniden değerlendirme ve problem çözme gibi adaptif becerileri daha az kullandıkları, belirti şiddetinin kullanılan stratejilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (163). Travmaya maruz kalmış çocuklar içerisinde TSSB gelişenlerde gelişmeyenlere göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü bulunmaktadır (164). Emosyonel disregülasyon, “International Statistical Classification of Diseases and Related Health

Problems (ICD-11)” tanılama sistemine yakın zamanda giren “Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu” tanısının kriterlerinden biri haline gelmiştir (165).

İçe atım bozukluklarının yanısıra darvanım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), DEHB duygu düzenleme ile yakından ilişkili bozukluklardır (157). Kötü duygu düzenleme becerileri proaktif saldırganlığa nazaran reaktif saldırganlıkla daha fazla ilişkilidir (166). DEHB’de eşlik eden duygu düzenleme güçlüğü akademik performans, akran ilişkileri, aile hayatında daha fazla bozulma (167) ve daha sık komorbidite (168) ile ilişkilidir. Nispeten yeni bir tanı olan yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu da duygu düzenleme becerileri ile ilişkilidir (169). Ergenlerde duygu düzenleme güçlükleri, intihar düşüncesi ile intihar girişiminin ayırımında rol alırlar (170). İntihar girişiminin kendisi negatif duyguları azaltmak için uygulanan uyumsuz bir duygu düzenleme çabası olarak görülebilir (171). Ergen intihar girişimlerinin önemli bir kısmında kötü hislerden kurtulma motivasyonu olduğu gösterilmiştir (172). Ergenlerle yapılmış geniş örneklemlerli bir çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinin son bir yıldaki intihar girişimleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır (171). Erişkin yatan hastalarla yapılmış bir çalışmada bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırmanın intihar düşüncesi ve isteğiyle ilişkisi araştırılmış ve bastırmanın intihar düşüncesini öngördüğü gösterilmiştir (173). Duygu düzenleme güçlüğü ile yakından ilişkili diğer bir bozukluk da BKB’dır. Bu bozukluk “duygu düzenleme güçlüğü bozukluğu” olarak da adlandırılabilir (174).

Psikiyatrik bozukluklar arasında hızla artan komorbidite oranları, tanı kategorileri arasındaki işlev bozukluğunu açıklamaya yardımcı olabilecek boyutsal faktörleri gündeme getirmiştir. Geleneksel olarak risk faktörleri spesifik bir tanı odaklı incelenmekte fakat bu faktörler özellikle komorbid durumlar olmak üzere diğer bozukluklar için de risk oluşturabilmektedir. Bu nedenle hastalığa özgül risk faktörleri yerine farklı psikopatoloji formlarının gelişmesinde ve sürdürülmesinde rol oynayan boyutsal faktörlere odaklanılmasının daha verimli bir yaklaşım olduğu ileri sürülmektedir (156). Duygu düzenleme bu alanda üzerinde en çok durulan ve dikkat çeken faktörlerden biridir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, içe atım ve dışa atım problemleri arasında görülen komorbiditelerde duygu düzenlemenin rolünü vurgulamaktadır (175). Tedavi süreçlerinde tanı ve kullanılan tedavi yöntemine bakılmaksızın hastalık belirtilerindeki azalmayla paralel bir şekilde gelişim göstermesi de duygu düzenlemenin boyutsal rolünü desteklemektedir (176).

2.3.4. Duygu Düzenleme ve Tedavi Etkinliği

Duygu düzenlemenin boyutsal rolüne uygun olarak çok sayıda çalışma, bu becerilerin tedavinin dinamik bir parçası olduğunu ve hastalığın sağaltımında rol oynadığını göstermiştir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu ve BKB gibi birçok hastalığın seyrinde duygu düzenleme tedavi kazanımlarına aracılık etmektedir (176). Aynı zamanda nörogörüntüleme çalışmaları duygu düzenlemenin tedavi yanıtındaki rolünü desteklemektedir. Örneğin, duygu düzenleme ile ilişkili beyin aktivitesinin, depresyonda antidepresan yanıtını öngörebildiği gösterilmiştir (177). Duygu düzenlemenin kendisi de tedavi sürecinde iyileşme gösterebilmekte ve bu durum hastalık belirtilerindeki azalmayla paralellik gösterebilmektedir. Örneğin; borderline kişilik patolojisi olan ergenlerde bu becerilerdeki iyileşme, eşlik eden anksiyete bozukluğu, depresyon ve TSSB belirtilerindeki azalmayla ilişkilidir (178). Aynı şekilde yeme bozukluğu olan hastalarda duygu düzenleme becerilerindeki iyileşmenin yeme bozukluğu belirtilerindeki azalmayla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (179).

Yazında duygu düzenlemenin psikopatolojilerle ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma olmasına rağmen yataklı tedavi sonuçlarıyla ilişkisine dair veriler ise kısıtlı ve erişkinlerle yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Depresyon tanılı erişkin yatan hastalarla yapılan bir çalışmada adaptif duygu düzenleme becerilerinin taburculuk esnasındaki ve taburculuktan 3 ve 12 ay sonraki depresif belirti düzeyini öngördüğü fakat bu ilişkinin yalnızca tedaviye cevap veren kişilerde görüldüğü gösterilmiştir (180). Yatarak tedavi gören 2472 erişkin hasta ile yapılmış başka bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğünün bazı bileşenlerinden (kabul etmeme, bozulmuş hedef odaklı davranış ve dürtü kontrolü, olumsuz duygular altında uygun strateji geliştirmek, nörotisizm, deneyimsel kaçınma) oluşan ve rijiditeyi belirlemek için kullanılan faktör yapısı, anksiyetenin azalması ve iyilik hali ile negatif ilişkili bulunmuştur (21). Rijidite başka çalışmalarda da semptomların sürmesi ile ilişkili bulunmuştur (181, 182). Ayaktan ve yatarak tedavi gören erişkin hastalardan oluşmuş bir örnekleme yapılan başka bir çalışmada bastırma düzeyi hem yatan hasta grubunda hem tüm hastalarda iyileşme ile negatif ilişkili bulunmuştur (22).

2.4. Pekiştireç Duyarlılığı

2.4.1. Pekiştireç Duyarlılığı Teorisi (Reinforcement Sensitivity Theory)

PDT, ödül ve ceza içerikli uyaranlara yanıt veren nörobiyolojik sistemlerin işleyişinin kişilikteki ve davranışlardaki farklılıkların temelinde yattığını ileri süren motivasyon temelli bir teoridir. Teorinin oluşmasında Pavlov'un klasik koşullanması ve Eysenck'in geliştirdiği modelin rolü vardır (183).

Kişilik özelliklerindeki bireysel farklılıkların bazı beyin sistemlerinin aktivitesinden ortaya çıktığı perspektifine dayanan Eysenck'in modeline göre kişilik yapısı, dışa dönüklük-içe dönüklük ve nörotisizm-stabilite boyutları arasında şekillenir (184). İki uçlu bir yapıya sahip olan modele göre farklı nöral yapılar ve mekanizmalar bu özelliklerle ilişkili psikolojik farklılıkları meydana getirir. Dışa dönüklük-içe dönüklük, ARAS (Ascending Reticular Activation System) aktivitesi ile; nörotisizm-stabilite, serebral korteksi otonom sinir sistemine bağlayan kortikal limbik döngü tarafından kontrol edilir (183).

Eysenck'in modelini yeniden şekillendiren Gray, PDT'yi oluşturmuş, emosyonel durumun sadece uyarılmanın yoğunluğu ile değil davranışın motivasyonel yönü ile de bağlantılı olduğunu belirtmiştir (185, 186). Kişilik ile pekiştireç (ödül/ceza) arasındaki ilişkiye vurgu yapan PDT, motivasyonel, emosyonel ve öğrenme süreçleri ile ilişkili olan nörodavranışsal sistemin aktivitesindeki varyasyonların kişilik yapısındaki farklılıkları oluşturduğunu öne sürmektedir. Gray'in teorisinde anksiyete ve dürtüsellik olmak üzere kişiliğin boyutları vardır ve anksiyete, ceza içeren uyaranlara duyarlılık ile, dürtüsellik ise ödül içeren uyaranlara duyarlılık ile ilişkilidir (185, 186).

PDT'ye göre beyinde DiS ve DAS olmak üzere motivasyon temelli sistemler bulunmaktadır. DiS çevresel uyaranlardan kaçınma davranışını düzenlerken, DAS çevresel uyaranlara yaklaşma davranışını düzenler (187). Teorinin revize edilmiş halinde ise DDKS ayrı bir sistem olarak korku ile ilişkilendirilmiştir (23, 24). DiS cezaya duyarlılık, anksiyete ve içedönüklük ile; DAS ödüle duyarlılık, dürtüsellik ve dışadönüklükle ile; DDKS cezaya duyarlılık, korku, kızgınlık ile ilişkilidir (23, 24, 187).

DAS, ödül içeren veya ceza içermeyen koşullu ve koşulsuz uyaranlara yanıt vermekten sorumlu sistemdir. Bu uyaranlardan biri mevcut olduğunda DAS aracılığıyla davranışta iki etki meydana gelir. İlki, uyaran kaynağına doğru davranışı stimüle eden ve yönlendiren motivasyonel etki; ikincisi, dikkati uyaran kaynağına yönlendirerek bilgi

işlemeyi kolaylaştıran öğrenme ile ilişkili etkidir (188). DAS, dorsal striatum (kaudat ve putamen) ve ventral striatumdaki (nukleus akumbens) dopaminerjik aktivite ile ilişkili olup olumlu duygulanım/duygudurum ve dürtüsellik gelişimi, hedefe ulaşma ısrarı ve ulaşıldığında alınan haz süreçleri ile ilişkilidir (183, 189).

DİS, ceza içeren, ödül içermeyen olumsuz olaylar ile ilişkili veya yeni uyaranların işlenmesinden sorumlu sistemdir. Davranışsal performansı baskılar, çevreye ve yeniliğe olan dikkati artırır ve böylece bir sonraki performansın daha yoğun ve hızlı gerçekleşmesini sağlar. Bilişsel düzeyde bir sonra gelişecek olayı tahmin edip mevcut durumla karşılaştırır. Septohipokampal sistemden PFK'ye giden çıktıların işleyişi ile ilişkilidir. Olumsuz duygulanım/duygudurum, anksiyete, pasif kaçınma, kaygıya yol açabilecek bir durumun gelişme riskinin değerlendirilmesi ile ilişkilidir (183, 187).

2.4.2. Pekiştireç Duyarlılığı Teorisi ve Psikopatolojiler

Çeşitli araştırmalarda DİS ve DAS duyarlılığı ile psikopatolojiler arasındaki bağlantı incelenmiş, tanı odaklı hipotezler ileri sürülmüş ve bu noktadan hareketle birçok araştırma yapılmıştır. DİS ve DAS ile psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda genelde orijinal PDT referans alınmıştır (190).

Çalışmalara genel bir çerçevede bakacak olursak çalışmalarda teorinin kuramsal temelleriyle de uyumlu olarak genellikle depresyon, anksiyete bozukluğu gibi içe atım problemleri yüksek DİS aktivitesi ile; hiperaktivite, saldırganlık gibi dışa atım problemleri yüksek DAS aktivitesi ile ilişkili bulunmuştur (190).

Çocuk ve ergenlerde de bulgular genel tablo ile uyumlu görünmektedir. Yapılan bir çalışmada panik bozukluk, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon ile DİS arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (191). Başka bir çalışmada DAS ile hiperaktivite, davranış sorunları ve saldırganlık ve dışadönüklük arasında; DİS ile anksiyete, depresyon arasında ilişki bulunmuştur (192).

2.4.3. Pekiştireç Duyarlılığı ve Tedavi Etkinliği

PDT'nin psikopatolojilerle ilişkisi hakkında nispeten daha fazla çalışma bulunurken PDT bileşenlerinin tedavi sonuçlarına etkisi ile ilgili veriler oldukça yetersizdir. Depresyon hastalarıyla kontrol grubunun karşılaştırıldığı ve daha sonra 8 aylık takibin yapıldığı bir çalışmada deprese grupta yüksek DİS düşük DAS aktivitesi bulunmuş, düşük DAS aktivitesinin hem daha fazla hastalık şiddeti ile hem de takipte

daha fazla devam eden belirti ve tanı devamlılığı ile ilişkili olduğu, ayrıca DİS ve DAS seviyelerinin takip sürecinde stabil kaldığı gösterilmiştir (25). Madde kötüye kullanımı olan erkeklerle yapılan bir takip çalışmasında ödül duyarlılığı ve dürtüsellik takipten düşme ile ilişkili bulunmuş fakat nüks ile ilişki gösterilememiştir (193). Kumar bağımlılığı ve kompulsif satın alma davranışı sergileyen kadınlarla yapılan bir çalışmada ödül duyarlılığı, kumar bağımlılığı olanlarda takipten düşmeyle, kompulsif satın alma davranışı olanlarda zayıf tedavi uyumuyla, ceza duyarlılığı ise kompulsif satın alma davranışı olanlarda takipten düşme ile ilişkili bulunmuştur (194).

2.5. Aile İşlevselliği

2.5.1. Aile ve Aile İşlevselliği

Klasik tanımıyla toplumun en küçük birimi olan aile, bireyler arasındaki etkileşimlerden oluşan bir sistemdir. Aile üyeleri ve birbirleri ile ilişkileri, aile sistemini oluşturur. Aile daha büyük bir üst sistemin alt sistemidir. Her aile içinde farkında olunan veya olunmayan kurallar vardır. Bu kurallar öngörülebilir, durağan, değişime dirençli bir sistem oluştururlar. Ancak, bu durağanlık ve düzen, zaman içinde değişim gösterebilir. Aile sisteminin sınırı, ailenin kendisi ile dışardakileri ayırt etmesiyle oluşur. Bu sınır, oluşma aşamasında daha belirsiz iken, aile olgunlaştıkça belirginleşir. Aile sisteminde iletişim örüntüleri, bu örüntülerin sonucunda sergilenen davranışlar vardır ve ailenin gösterdiği davranış örüntüleri, ailenin yorumlama sistemi, değerleri ve kendini tanımlaması ile uyumludur (195).

Aile işlevselliği, ailenin rollerini ve işlevlerini yerine getirebilmesi için stresle başa çıkma, problem çözme ve aile bireyleri arasında koordinasyonu sağlama becerisidir. Bireyler arası iletişim ve etkileşimi, aile bireylerinin birbirlerine tepkilerini, alt sistemler arasındaki sınırları ve değişime karşı esneklik kapasitesini kapsamaktadır (196). Aile işlevselliği, bir aile ortamının yapısal ve ilişkisel yönlerini ifade eder. Ailenin ortam, ailenin elementleri ve ilişkisel düzeyde işleyişinin değerlendirilmesi ile ilişkilidir ve sağlıklı aile işlevleri (örn; açık iletişim, işbirliği içinde problem çözme) ile sağlıklı aile işlevlerini (örn; çatışma, düzensizlik) içerir (197). İşbirliği içerisinde sorunlarının üstesinden gelebilen, herkesin kendi rolünü uygun biçimde yerine getirebildiği, birbirlerini aşırıya kaçmadan kontrol edebilen, duygusal olarak birbirlerine bağlı ve ilgili, bunu yaparken birbirlerinin özgürlüklerini kısıtlamadıkları, aralarında açık, net ve rahat bir iletişim bulunan aileleri sağlıklı işlevselliğe sahip ailelerdir (198).

Aile Sistemleri Teorisi, aileyi karmaşık, karşılıklı etkileşim halinde bir sistem olarak görür ve aileyi açık, devam eden, hedef odaklı, kendi kendini düzenleyen bir sosyal sistem olarak çerçeveleştirir. Sistemin bileşenlerinin birbiriyle bağlantılı olduğu, sistemin bir bütün olarak en iyi şekilde anlaşılacağı, çevreyle etkileşim halinde olduğu ve sistemin aileyi daha iyi anlamak için oluşturulmuş bir kavram olduğu varsayımlarına dayanır (199).

Aile işlevleri ile ilgili sistemik bakış açısına dayanan çeşitli modeller bulunmaktadır. Sık kullanılan bir model olan McMaster Aile İşlevselliği Modeli'nin temel varsayımları şunlardır (200):

- a) Ailenin tüm paydaşları birbiriyle bağlantılıdır.
- b) Ailenin bir kısmı, aile sisteminin geri kalanından ayrı olarak anlaşılabilir.
- c) Ailenin işleyişi, tek tek aile üyelerinin veya alt grupların anlaşılmasıyla tam olarak anlaşılabilir.
- d) Aile yapısı ve organizasyonu aile üyelerinin davranışlarını etkiler ve belirler.
- e) Aile sisteminin etkileşim paterni bireylerin davranışlarını belirler.

McMaster Modeli, aile işleyişinin tüm yönlerini kapsamaz ancak ailelerin karmaşık kalıplarını ve davranışlarını anlamak için ailenin, klinik olarak yararlı olması beklenen, 6 boyutuna odaklanmıştır. Bunlar iletişim, problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolüdür. Bu boyutlar şu şekilde özetlenebilir (200, 201):

Problem Çözme: Bir ailenin var olan sorunlarını çözerek işlevselliğini sürdürme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Burada söz konusu olan sorun ailenin bir çözüm bulmakta zorlandığı, varlığı ailenin bütünlüğünü ve işlevselliğini tehdit eden sorunlardır. Ailelerin bütünlüklerini ve işleyişlerini tehdit etmeyen sorunlar dikkate alınmaz. Sorunlar kavramsal olarak araçsal ve duygusal tip olmak üzere ayrılır. Araçsal sorunlar, para yönetimi veya yaşanacak bir yere karar verme gibi mekanik problemlerdir. Duygusal problemler, hissedilenler ve emosyonel deneyimle ilgili problemlerdir.

İletişim: Aile içindeki bilgi alışverişi olarak tanımlanmıştır. Odak noktası sözlü alışverıştır. İletişim de problem çözmede olduğu gibi araçsal ve duygusal olarak ayrılır. İki alan arasında çakışma olsa da, bazı aileler duygusal iletişimde belirgin zorluklar

sergilerken, araçsal iletişimde iyidirler. Ayrıca iletişim açık-maskeli ve direkt-indirekt yönleri de önemlidir. Açık-maskeli ayrımı, mesajın açık mı yoksa muğlak şekilde mi iletildiğiyle ilgilidir. Direkt-indirekt ayrımı söylenen şeyin kişiye doğrudan mı söylendiği dolaylı yollardan mı iletildiği ile ilgilidir.

Roller: Bireylerin aile işlevlerini yerine getirmekte kullandıkları tekrarlayan davranış kalıplarıdır. Model, yukarıda belirtildiği gibi aile işlevlerini araçsal ve duygusal alanlara ayırır. Roller açısından ek olarak, gerekli işlevler ve diğer işlevler olarak ikiye ayrılır. Gerekli işlevler, iyi aile işlevselliği için ailenin tekrar tekrar ilgilenmesi gerekenleri içerir. Bu işlevler araçsal, duygusal veya ikisinin bir kombinasyonu olabilir. Diğer aile işlevleri, iyi aile işlevselliği için gerekli olmayan, ancak her ailenin hayatında değişen derecelerde ortaya çıkan işlevlerdir. Roller ile ilgili boyut, görevlerin sağlıklı olarak üyelere dağılımı ve görevlerin sorumluluk içerisinde yerine getirilmesini içermektedir. Bu alanda işlevsel bir aileler, aile bireylerinin bakımını, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş olan ailelerdir.

Duygusal Tepki Verebilme: Ailenin bir dizi uyarana uygun nitelik ve nicelikte cevap verme yeteneği olarak tanımlanır. Kalite açısından iki yön önemlidir. Birincisi, aile üyeleri olumlu veya olumsuz tüm duygulara cevap veriyor mu? İkincisi, yaşanan duygu, uyarıcı ve durumsal bağlamla uyumlu mu? Nicelik yönü ise, yanıtın derecesine odaklanır, bir süreklilik içerisinde yetersiz yanıt vermeyi, uygun yanıtlamayı ve aşırı duyarlılığı kapsar. Bu işlevini yerine getirebilen ailelerde her türlü duygusal tepki uygun nitelik ve nicelikte ifade edilebilir.

Gereken İlgiyi Gösterme: Ailenin bir bütün olarak aile bireylerine ve faaliyetlerine ilgi göstermesi ve değer vermesi olarak tanımlanır. Odak noktası, aile üyelerinin birbirlerine gösterdikleri ilgi ve yatırımı ne kadar ve ne şekilde yaptıklarıdır. Sadece ailenin birlikte ne yaptığını değil, aile üyeleri arasındaki ilişki derecesini de ifade eder. Modele göre ideal ailelerde bireyler, birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirine fazla bağımlı olduğu ile ilişkiliyken, az ilgilenme birbirlerine yetersiz sevgi ve ilgi göstermeleri ile ilişkilidir.

Davranış Kontrolü: Bir ailenin üç tür durumda davranış kontrolü için benimsediği model olarak tanımlanır. İlki, fiziksel olarak tehlikeli durumlardır. İkincisi, yeme, içme, uyuma, cinsellik ve saldırganlık gibi psikobiyolojik ihtiyaçları içeren durumlardır. Sonuncusu, hem aile üyeleri arasında hem de aile dışındaki kişilerle kişilerarası sosyal

ilişkileri içeren durumlardır. Bu üç durumda ailenin; üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimini tanımlar. Ailenin kural ve standartlarının uygunluğu değerlendirilirken, kişilerin yaşı ve durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Aileler kendi kabul edilebilir davranış standartlarını ve bu davranışlarla ilgili olarak izin verecekleri sınırları geliştirirler. Bu standartlar ve sınırlar, ailede davranış kontrolünün derecesini belirler.

Bunlara ek olarak disfonksiyonel etkileşim paterni, aile üyeleri arasında yukarıda açıklanan aile işlev alanlarının bir veya daha fazla boyutunda işlev bozukluğu ile ilişkili karakteristik veya ortak etkileşimleri ifade eder. Genel olarak, bu işlevsiz etkileşim kalıpları, genel aile işlevselliği pahasına ailede bir bütün olarak ya da aile üyelerinin bazı alt-gruplarında kaygıyı azaltmaya yarar. Modelde doğrudan bir işlev boyutu olarak tanımlanmasa da bazı durumlarda önemli olabilmektedir (200).

Olson'un Circumplex modeli ise, aile işlevselliğinin üç boyuta dayanan alt tipleri olduğunu öne sürmektedir. Modeldeki boyutlar: a) aile üyeleri arasındaki duygusal bağlantı ve desteğin derecesini ifade eden uyum; b) aile üyelerinin strese tepki olarak rol ve kuralları değiştirme yeteneğini ifade eden adapte olabilirlik ve c) iletişimidir (202).

Diğer bir model ise Beavers Modeli'dir. Modelde aileler, optimal, yeterli, ortalama, sınırda ve ciddi disfonksiyonel aileler olarak işlevsellik düzeylerine göre sınıflandırılmışlardır. Optimal aileler, tutarlı ve açık iletişimin olduğu, bireylerin birbirine yakın olduğu ve birbirlerini destekledikleri, farklı bakış açılarına, bireysel seçim ve algılara saygı duyulan, bir araya gelerek problemlerini çözebilen, sınırların net olduğu, çatışma olsa bile hızlıca çözüm bulabilen aileler olarak tanımlanmıştır. Disfonksiyonel ailelerde ise ciddi iletişim sorunları ve iletişimsel tutarsızlıklar görülür, müzakere ve uyum becerileri düşüktür, çatışmaları çözme ve hedeflere ulaşmakta güçlük yaşarlar, duygusal uzaklık ve kaotik bir ortam vardır (203).

2.5.2. Aile işlevselliği ve Psikopatolojiler

Aile işlevselliği ve psikopatolojiler arasında çift taraflı bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. Psikopatolojiler ailesel zorlukların hem nedeni hem sonucu olabilir. Psikopatolojiler sadece hasta için değil ailesi başta olmak üzere çevresi için bir yüküdür ve aile işlevleri açısından önemli sonuçlara neden olabilir (204). Çatışma, destekleyici olmayan ortam ve tutarsızlıklarla karakterize olan kötü aile ortamı, prefrontal korteksin gelişimini etkileyebilecek strese neden olabilir ve çocuklarda fiziksel ve ruhsal açıdan

daha kötü sonuçlarla ilişkilidir (205, 206). Ebeveynlerin sahip olduğu psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olması nedeniyle aile işlevselliği, ebeveyn psikopatolojisi ve çocukların gelişimi arasında moderatör role sahiptir. Ebeveyn psikopatolojisi daha fazla çatışma, daha az uyum becerisi ve bağlılık nedeniyle aile işlevselliğini bozmaktadır. Kötü işlevselliğe sahip ailelerin çocuklarında daha fazla psikiyatrik problem gözlemlenmektedir (207). Bununla ilişkili olarak aile işlevselliğinin, ailesel hastalık yükünün kliniğe yansımada aracı rollerden birine sahip olduğu düşünülebilir. Örneğin, depresif annelerin çocuklarında depresyon yaygınlığı ile aile işlevselliği arasında önemli bir bağlantı olduğu gösterilmiştir (208). Benzer şekilde kaotik aile ortamının psikiyatrik hastalığa sahip ebeveynlerin çocuklarında ruhsal hastalıklar açısından bağımsız bir prediktör olduğu bildirilmiştir (209). Genotip-çevre ilişkisinin araştırıldığı uzunlamasına bir çalışmada biyolojik annelerinde şizofreni-spektrum bozuklukları olan çocukların evlat edinildikten sonra işlevsiz bir aile ortamında yetiştirilmelerinin, şizofreni spektrum bozuklukları geliştirmeleri açısından önemli bir prediktör olduğu gösterilmiştir (210). Aile işlevselliği, psikoz açısından yüksek riskli gençlerdeki sosyal işlevsellik ve rollerini yerine getirme alanındaki bozulmayı modere etmektedir (211). Aile içi şiddet, çocuk istismarı ve diğer travmatik olayların çocuklar üzerindeki etkisinde de aile işlevselliği moderatör role sahiptir (212). Aynı zamanda iyi aile işlevselliği, psikolojik dayanıklılığı arttıran koruyucu bir faktör olabilir (213).

2.5.3. Aile İşlevselliği ve Tedavi Etkinliği

Aile işlevselliğinin, psikopatolojiler ve tedavi yanıtları ile ilişkisi hakkında çalışmalar yapılmış ve kanıtlar elde edilmiştir. Bozulmuş aile işlevselliği, depresyon ve bipolar bozukluğa sıklıkla eşlik edip prognozu ve tedavi sonuçlarını etkilemektedir (214). Benzer şekilde çocuk ve ergenlerde OKB ile yakından ilişkilidir ve OKB tedavisinde kötü aile işlevselliği tedavi cevabını olumsuz etkileyen faktörlerden biridir (215). BAB ve depresyon tanılı çocuk ve ergenlerde problem çözme ve iletişim alanları başta olmak üzere aile işlevselliğindeki bozulmalar daha fazla intihar girişimiyle ilişkilidir (216, 217). Yeme bozuklukları (218), DEHB (219) ve anksiyete bozuklukları (220) aile işlevselliğinin ilişkili olduğu ve prognozunu etkilediği diğer durumlara örnek olarak gösterilebilir.

Çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi sonuçlarıyla aile işlevselliğinin ilişkisine bakacak olursak, iyi aile işlevselliğinin olumlu sonuçlar için önemli bir prediktör olduğu bildirilmiştir (13). Yataklı tedavi süreci ve sonraki 6 aylık izlemi kapsayan bir çalışmada

tedavi öncesi aile işlevselliğinin sonuçlarla ilişkili olduğu, iyi aile işlevselliğinin daha iyi sonuçları öngördüğü gösterilmiştir (29). Yataklı tedavi süreci ve bir yıllık takibi içeren başka bir çalışmada da benzer şekilde tedavi başlangıcında ölçülen aile işlevselliğinin iyi olmasının tedaviden daha fazla fayda görme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (30).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Örneklemi

Bu araştırma, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı servisinde altı aylık zaman diliminde yatarak tedavi gören hastalar ile yapılmıştır. Çalışmaya yatarak tedavi gören 42 olgu alınmıştır. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı servisi Malatya ili başta olmak üzere Türkiye'nin birçok ilinden hastaların yattığı, 10 yatak kapasiteli bir klinik. Serviste 2 öğretim görevlisi, 1 araştırma görevlisi, 1 psikolog, 5 hemşire, 1 uğraş öğretmeni, 2 personel görev yapmaktadır. Yatan hastalara yönelik farmakoterapi, bilişsel davranışçı yönelimli terapi, haftalık grup terapisi, periyodik aile görüşmeleri, iş-uğraş terapisi, spor-egzersiz uygulamaları yapılmaktadır.

Çalışmanın amacı katılımcılara ve ailelerine ayrıntılı bir şekilde açıklanmış, yazılı bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan aileler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışma için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2020/361 karar sayılı onay alınmıştır.

3.2. Çalışma Deseni

Bu çalışma tek merkezli naturalistik izlem çalışması olarak planlanmıştır.

3.3. Deneklerin Seçimi

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- a) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı servisinde yatarak tedavi görüyor olmak
- b) 12-18 yaş aralığında olmak

3.3.2. Dışlama Kriterleri

- a) Klinik olarak zihinsel yetersizlik tanısı almış olmak
- b) OSB tanısı almış olmak
- c) Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı almış olmak
- d) Kronik nörolojik hastalığa sahip olmak
- e) Katılımcının ebeveynlerine ulaşamamak

- f) Katılımcının veya ailenin okur-yazar olmaması
- g) Katılımcının, veri toplama süreci tamamlanmadan ailesinin isteğiyle taburcu olması

3.4. Kullanılan Değerlendirme Gereçleri

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastanın ve ailesinin sosyodemografik verilerinin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Hastaya ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanılan yer, aile tipi, kronik hastalık verileri, kendine zarar verme ve intihar girişimi öyküsü, istismar öyküsü, daha önceki psikiyatrik yatış öyküsü, hastanın daha önce kullandığı psikiyatrik tedavi bilgileri, sigara alkol madde kullanımı verileri; anne-babaya ait yaş, eğitim durumu, meslek bilgileri, kronik tıbbi hastalık ve psikiyatrik tedavi öyküleri, anne baba arası akrabalık olup olmadığı, ailede bilinen psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik yatış bilgileri kaydedildi.

3.4.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY DSM-5)

ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016, tarafından DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir (221). ÇDŞG-ŞY DSM-5, çocuk ve ergenlerde şu anda ve geçmişte bulunan psikiyatrik hastalıklara tanı konulması için kullanılmaktadır. Üç bölümden oluşan bu görüşme çizelgesinin ilk bölümünde çocuğun ve ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel işlevselliği irdelenir. İkinci bölümde geçmiş ve şu anki belirtilere ilişkin sorular bulunur. Üçüncü bölüm ise tarama sorularından elde edilen bilgilere göre DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan gözlem ve değerlendirmeleri barındırır. Her bir kaynaktan alınan bilgiler ayrı ayrı değerlendirilir ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Çizelgenin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ünal ve ark. (221) tarafından yapılmıştır.

3.4.3 Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)

Çocuk ve ergenlerin genel işlevsellik düzeyinin belirlenmesinde kullanılan bir ölçektir. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış şeklidir. 10 işlevsellik derecesinden oluşan ölçek klinisyen

tarafından 1-100 arasında puanlanmaktadır. Yüksek puanlar sağlıklı işlevselliği göstermektedir (223).

3.4.4. HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescent)

Gowers ve ark. tarafından (224) geliştirilen, psikiyatrik belirtileri, sosyal, davranışsal ve fiziksel işlevlerini belirlemek amacıyla kullanılan ölçekte yıkıcı davranışlar, hareketlilik ve dikkat sorunları, kendine zarar verme, madde kötüye kullanımı, skolastik/dil becerileri, fiziksel hastalık, sanrı/varsanı, organik olmayan somatik belirtiler, kişisel bakım, aile ilişkileri, akran ilişkileri ve okul devamlılığı alanlarına yönelik 13 madde bulunmaktadır. 15 maddeli ölçeğin son 2 maddesi hastanın güçlüklerini anlama veya bilgi edinme eksikliklerini içerir, doğrudan puanlamaya dahil edilmez. Ölçekteki her bir madde 0-4 arası puanlanır. “0” o alanda problem olmamasını ifade ederken, “4” belirgin problem olmasını ifade eder, dolayısıyla yüksek puanlar bozulma ile ilişkilidir. Öz bildirim, ebeveyn formu ve klinisyen tarafından doldurulan formları bulunan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması İşcanlı ve ark. (225) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin klinisyen tarafından puanlanan formu kullanılmıştır.

3.4.5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Orijinal adı “McMaster Family Assesment Device” olan ölçek, ailelerin işlevlerini belirlemek amacıyla kullanılan, öz bildirim dayalı bir ölçektir. Dörtlü likert tipte 60 maddelik ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevsellik olmak üzere 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Her madde 1-4 arasında puanlanır. Aynen katılıyorum için 1 puan, hiç katılmıyorum için 4 puan verilir. Her bir alt ölçek için yüksek puanlar o alandaki işlev bozulmasını gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bulut (226) tarafından yapılmıştır.

3.4.6. Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE)

Gioia ve ark. (96, 227) tarafından geliştirilen ölçeğin “Ebeveyn Formu” ve “Öğretmen Formu” olmak üzere iki formu bulunmaktadır. 86 madde içeren ölçeğin 8 adet alt ölçeği bulunmaktadır: Bastırma (Inhibit), Set Değiştirme (Shift), Duygusal Kontrol (Emotional Control), Başlatma (Initiate), Çalışma Belleği (Working Memory), Planlama/Organize Etme (Plan/Organize), Düzenli Olma (Organization of Materials),

İzleme (Monitor). Alt ölçeklerin toplanmasıyla meydana gelen 2 indeksi bulunmaktadır. Davranışsal Düzenleme İndeksi (Behavioral Regulation Index): Bastırma, Set Değiştirme, Duygusal Kontrol ölçeklerinin toplamından oluşan indekstir. Üstbiliş İndeksi (Metacognition Index): Başlatma, Çalışma Belleği, Planlama/Organize Etme, Düzenli Olma, İzleme ölçeklerinin toplamından oluşan indekstir. Davranışsal Düzenleme İndeksi ve Üstbiliş İndeksi birlikte değerlendirilerek ölçekten elde edilen toplam puan da Global Yönetici Puanı (Global Executive Composite) vermektedir. Üçlü likert tipte olan ölçekten alınan yüksek puanlar bozulmayı göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Batan ve ark. (228) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin ebeveyn formu kullanılmıştır.

3.4.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Gratz ve Roemar (20) tarafından geliştirilen 5'li likert tipte 36 maddelik bir ölçektir. Duygu düzenlemede yaşanan zorlukları belirlemek amacıyla kullanılan ölçeğin duygusal tepkiler konusunda farkındalık eksikliği (farkındalık), duygusal tepkilerin netliğinin olmaması (netlik), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), etkili stratejiler geliştirmede güçlük (stratejiler), dürtüsel davranışı kontrol etmede zorluklar (dürtü) ve hedefe yönelik davranışlarda bulunmada güçlükler (amaçlar) olmak üzere 6 alt ölçeği vardır. Ölçekten alınan yüksek puanlar duygu düzenlemede güçlüğü göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması erişkinlerde Rugancı ve Gençöz (229) tarafından yapılmıştır.

3.4.8. Pekiştireç Duyarlılığı Ölçeği (PDÖ)

Cooper ve ark. (230) tarafından geliştirilmiş 21 madde içeren 4'lü likert tipte ölçektir. Ölçeğin, a) davranışsal inhibisyon sistemi (behavioural inhibition system), b) davranışsal aktivasyon sistemi (behavioural approach system), c) dövüş-don-kaç sistemi (fight-flight and freeze system) olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Her alt ölçek 7 madde içermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahtiyar ve ark. (231) tarafından yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Katılımcılar ve aileleri ile ayrıntılı klinik görüşme yapılmış, ÇDŞG-ŞY DSM-5 uygulanarak ve DSM-5 tanı kriterlerine göre klinik psikiyatrik muayene yapılarak değerlendirme yapılmıştır. Çalışmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olarak belirlenen hastalar ve aileleri çalışmanın amacı, yapılacak işlemler, görüşmenin süresi

gibi konular hakkında sözel olarak bilgilendirilmiş, ek olarak tüm olgulara yazılı aydınlatılmış onam verilmiş ve gönüllü olanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılar ve aileleri ile birlikte yataklı tedavi başlangıcında SDVF doldurulmuş, olgulara DDGÖ, DDÖ ve PDÖ verilmiş, ailelerine ADÖ ve YİYDDE verilmiştir. Tedavi ekibi tarafından her katılımcı için yataklı tedavi başlangıcı (T1) ve taburculuk (T2) esnasında ÇGDÖ ve HoNOSCA doldurulmuştur. Hastaların yatış süreçleri boyunca psikiyatrik tanıları gözden geçirilmiş, hastaların tedavisi kıdemli öğretim görevlisi liderliğindeki multidisipliner ekip tarafından yürütülmüştür. Çalışma süresi boyunca tedavi ekibinin liderliğini aynı öğretim görevlisi üstlenmiştir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analiz için SPSS 22,0 (Statistical Program in Social Sciences) paket programı kullanıldı. Nicel değişkenler, ortalama $\pm$ standart sapma (ss) ve minimum- maksimum olarak, nitel değişkenler ise sayı, yüzde olarak sunulmuştur. Nicel değişkenlerin normallik analizi Shapiro Wilk testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Değişkenlerin arası ilişkilerin değerlendirmesinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Katılımcıların yataklı tedavi başlangıcı ve taburculuk sonrası ÇGDÖ ve HoNOSCA puanları Paired Samples T testi ile değerlendirilmiştir. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza 29 (%69) kız ve 13 (%31) erkek olmak üzere toplam 42 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Yatarak tedavi gören olguların genel yaş ortalaması $15,55 \pm 1,42$, kızların yaş ortalaması $15,72 \pm 1,39$, erkeklerin yaş ortalaması $15,15 \pm 1,46$ olarak saptandı. Okula devam durumlarına baktığımızda 32 (%76,2) kişi okula devam etmekte, 10 (23,8) kişi okula devam etmemekteydi. Katılımcıların 5'i (%11,9) köyde, 8'i (%19) ilçede, 29'u (%69) il merkezinde yaşıyordu. Sigara kullanan 18 (%42,9) katılımcı bulunmaktaydı. Alkol kullanma öyküsü olan 4 (%9,5) katılımcı bulunurken, madde kullanım öyküsü olan katılımcı yoktu. Katılımcıların 4'ünün (%9,5) diğer tıbbi kronik bir hastalığı bulunmaktaydı. Bireysel sosyodemografik veriler Tablo-4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler		Ortalama $\pm$ SS	Min-Mak
Yaş		15,55 $\pm$ 1,42	12-17
		n	%
Cinsiyet	Kız	29	69
	Erkek	13	31
Eğitim Durumu	Okula Devam Ediyor	32	76,2
	6. Sınıf	1	2,4
	7. Sınıf	2	4,8
	8. Sınıf	4	9,5
	9. Sınıf	6	14,3
	10. Sınıf	7	16,7
	11. Sınıf	6	14,3
	12. Sınıf	6	14,3
	Okula Devam Etmiyor	10	23,8
Yaşadığı Yer	Köy	5	11,9
	İlçe	8	19,0
	İl	29	69,0
Sigara Kullanımı	Yok	24	57,1
	Var	18	42,9
Alkol Kullanım Öyküsü	Yok	38	90,5
	Var	4	9,5
Madde Kullanım Öyküsü	Var	0	0
	Yok	42	100
Diğer Tıbbi Kronik Hastalık	Yok	38	90,5
	Var	4	9,5

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum

4.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler

Olguların %90,5'i (n:38) çekirdek ailesi ile beraber yaşamakta olup %88,1'inin (n:37) anne babasının birlikteliği devam etmektedir. Olguların ailelerinin %42,9'u (n:18), düşük gelire (asgari ücret ve altı) sahip olduğunu ifade etmiştir. Annesi çalışan olgu sayısı 6 (%14,3), babası çalışan olgu sayısı ise 36 (%85,7) olarak bulundu. Birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olan katılımcı sayısı 28 (%66,7) iken, 13'ünün (%31) birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarında yataklı psikiyatrik tedavi alma öyküsü vardı. Olguların ailesel sosyodemografik verileri Tablo-4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	38	90,5
	Geniş Aile	4	9,5
Ebeveyn Birlikteliği	Birlikte	37	88.1
	Boşanmış	4	9,5
	Baba vefat etmiş	1	2,4
Gelir	Düşük (Asgari ücret ve altı)	18	42,9
	Orta-Yüksek (Asgari ücretin üstü)	24	57,1
Anne Eğitim Durumu	Okuryazar değil	8	19,0
	Okuryazar ama eğitim yok	1	2,4
	İlkokul terk	2	4,8
	İlkokul mezunu	20	47,6
	Ortaokul mezunu	2	4,8
	Lise mezunu	6	14,3
	Ön lisans-Lisans mezunu	3	7,1
Anne Meslek	Çalışıyor	6	14,3
	Çalışmıyor	36	85,7
Annede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	30	71,4
	Var	12	28,6
Baba Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0	0
	Okuryazar ama eğitim yok	1	2,4
	İlkokul terk	2	4,8
	İlkokul mezunu	15	35,7
	Ortaokul mezunu	12	28,6
	Lise mezunu	9	21,4
	Ön lisans-Lisans mezunu	3	7,1
Baba Meslek	Çalışıyor	36	85,7
	Çalışmıyor	5	11,9
	Vefat	1	2,4
Babada Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	37	88,1
	Var	5	11,9
Ailede* Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	14	33,3
	Var	28	66,7
Ailede* Psikiyatrik Yatış Öyküsü	Yok	29	69
	Var	13	31

*:Birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarda

4.2. Olguların Psikiyatrik Öykülerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza dahil ettiğimiz olguların 8'i (%19) daha önce psikiyatrik tedavi almamıştı. Olguların 15'i (%35,7) ise yataklı tedavinin hemen öncesinde mevcut bir psikiyatrik tedavi almamaktaydı. Daha önce yatarak psikiyatrik tedavi alan olgu sayısı ise 8 (%19) idi. Olguların % 38,1'inin (n:16) intihar girişimi öyküsü, % 33,3'ünün (n:14) intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı öyküsü, %11,9'unun (n:5) ise cinsel istismara uğrama öyküsü bulunmaktaydı. Olguların psikiyatrik öykülerine ilişkin verileri Tablo-4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Olguların Psikiyatrik Öykülerine İlişkin Bulgular

		n	%
Daha Önce Psikiyatrik Tedavi	Var	34	81
	Yok	8	19
Yataklı Tedavinin Hemen Öncesinde Psikiyatrik Tedavi	Var	27	64,3
	Yok	15	35,7
Daha Önce Yatarak Psikiyatrik Tedavi	Var	8	19
	Yok	34	81
Daha Önce Psikiyatrik Yatış Sayısı	0	34	81
	1	5	11,9
	2	2	4,8
	3	1	2,4
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	16	38,1
	Yok	26	61,9
İntihar Amaçlı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Öyküsü	Var	14	33,3
	Yok	28	66,7
Cinsel İstismara Uğrama Öyküsü	Var	5	11,9
	Yok	37	88,1

4.3. Olguların Tanı ve Tedavilerine İlişkin Bulgular

4.3.1. Psikiyatrik Tanılara Ait Veriler

Çalışmamıza dahil edilen olguların aldıkları en sık birincil tanı depresif bozukluk (n:11, %26,2) olarak saptandı. Olguların aldıkları birincil tanılarına ilişkin bilgiler Tablo-4.4'te verilmiştir. Olguların %50'si (n:21) birincil tanıya eşlik eden en az bir tanı daha aldı. Olguların aldıkları birincil tanılarına ilişkin verileri tablo-4.4'te verilmiştir. Birincil ve eşlik eden tanıları birlikte değerlendirildiğinde en sık tanı yine depresif bozukluk (n:12, %28,6) idi. Olguların eşlik eden tanılarıyla birlikte tanısal verileri Tablo-4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Olguların Aldıkları Birincil Tanılar

Tanı	n	%
Depresif Bozukluk	11	26,2
Bipolar Afektif Bozukluk	8	19
Borderline Kişilik Bozukluğu	6	14,3
Davranım Bozukluğu	6	14,3
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	3	7,1
Anksiyete Bozuklukları	3	7,1
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	4,8
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu	2	4,8
Yeme Bozukluğu	1	2,4
Toplam	42	100

Tablo 4.5. Olguların Eşlik Eden Tanılarla Birlikte Tanısal Verileri

Tanı		n	%
Depresif Bozukluk	Var	12	28,6
	Yok	30	71,4
Bipolar Afektif Bozukluk	Var	8	19
	Yok	34	81
Borderline Kişilik Bozukluğu	Var	11	26,2
	Yok	31	73,8
Davranım Bozukluğu	Var	6	14,3
	Yok	36	85,7
Anksiyete Bozuklukları	Var	6	14,3
	Yok	36	85,7
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu	Var	8	19
	Yok	34	81
Yeme Bozukluğu	Var	1	2,4
	Yok	41	97,6
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Var	3	7,1
	Yok	39	92,9
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Var	3	7,1
	Yok	39	92,9
Bedensel Belirti Bozuklukları	Var	6	14,3
	Yok	36	85,7
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Var	2	4,8
	Yok	40	95,2
Dışa Atım Bozuklukları	Var	1	2,4
	Yok	41	97,6
Komorbidite	Var	21	50
	Yok	21	50

4.3.2. Yataklı Tedavi Sürecine İlişkin Bulgular

Ortalama yatış süresi $22,81 \pm 15,06$ gün olarak saptandı. Tüm hastalar yataklı tedavi sürecinde en az bir psikotrop ilaç kullanmaktayken, en sık kullanılan ilaç grubu antipsikotikler ($n:37$, %88,1) idi. Antidepresanlar (%45,2) ise ikinci en sık kullanılan ilaç grubuydu. Olgulardan 13'ü (%31) yataklı tedavi esnasında tek ilaç kullanırken 29'u (%69) en az iki ilacı birlikte kullanmaktaydı. Yataklı tedavi sürecine ilişkin veriler Tablo-4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Yataklı Tedavi Sürecine İlişkin Veriler

		Ortalama $\pm$ SS	Min-Mak
Yatış Süresi (Gün)		22,81 $\pm$ 15,06	5-60
		n	%
Antidepresan	Var	19	45,2
	Yok	23	54,8
Antipsikotik	Var	37	88,1
	Yok	5	11,9
Duygudurum Düzenleyici	Var	10	23,8
	Yok	32	76,2
Anksiyolitik	Var	9	21,4
	Yok	33	78,6
Stimülan/Nonstimülan	Var	3	4,8
	Yok	39	95,2
Medikasyon Tipi	Tek İlaç	13	31
	Çoklu İlaç	29	69

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum

4.4. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarına İlişkin Bulgular

Olguların yataklı tedavi başlangıcındaki (T1) ortalama ÇGDÖ puanı $47,86 \pm 5,31$, taburculuk esnasındaki (T2) ortalama ÇGDÖ puanı $63,1 \pm 8,04$; yataklı tedavi başlangıcındaki (T1) ortalama HoNOSCA puanı $18,52 \pm 3,44$, taburculuk esnasındaki (T2) ortalama HoNOSCA puanı $10,4 \pm 3,21$ olarak bulundu. HoNOSCA puanlarında tüm olguların azalma gösterdiği, ÇGDÖ puanlarında değişim göstermeyen bir olgu dışında tüm olguların artış gösterdiği bulundu. Yataklı tedavi sürecinde ÇGDÖ puanlarındaki ortalama artış $15,24 \pm 8,48$, HoNOSCA puanlarındaki ortalama azalma $8,12 \pm 3,95$ olarak bulundu. ÇGDÖ ve HoNOSCA başlangıç-taburculuk puanları karşılaştırıldığında hem ÇGDÖ puanlarında anlamlı artış ($p < 0,001$) hem de HoNOSCA puanlarında anlamlı azalma ($p < 0,001$) olduğu bulundu. ÇGDÖ ve HoNOSCA ölçek puanları Tablo-4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. CGAS ve HoNOSCA Ölçek Puanları

		Ortalama ^a	SS ^a	Ortalama ^b	SS ^b	%95 Confidence Interval		p
						En düşük	En yüksek	
HoNOSCA	T1	18.52	3.44	8.11	3.95	6.88	9.35	< 0.001
	T2	10.40	3.21					
ÇGDÖ	T1	47.86	5.31	-15.23	8.47	-17.88	-12.59	< 0.001
	T2	63.10	8.04					

a = Testlerin ortalama puanlarını ve standart sapmayı ifade etmektedir. b = ön test ile son test arasındaki farkın ortalamasını ve standart sapmasını ifade etmektedir. SS: Standart Sapma, ÇGDÖ: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği, HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescent, T1: Yataklı tedavi başlangıcı, T2: Taburculuk

4.5.Yürütücü İşlevler, Duygu Düzenleme, Pekiştireç Duyarlılığı, Aile İşlevselliği Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Yürütücü işlev becerilerini değerlendirmek amacıyla uygulanan YİYDDE’de olguların duygu düzenleme indeksi ortalaması $69,81 \pm 12,97$, üstbiliş indeksi ortalaması $93,71 \pm 20,13$ ve ortalama global yönetici puanı ortalaması $163,52 \pm 30,19$ olarak bulundu. Olguların YİYDDE alt ölçek puanları Tablo-4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. YİYDDE Ölçek Puanları

YİYDDE Alt Ölçek	Ortalama $\pm$ SS	Min-Mak
İnhibisyon	27,29 $\pm$ 6,75	17-43
Set Değiştirme	21,07 $\pm$ 3,99	14-30
Duygusal Kontrol	21,45 $\pm$ 5,09	13-39
Bastırma	15 $\pm$ 3,32	9-23
Çalışma Belleği	20,45 $\pm$ 4,46	12-32
Planlama/Organize Etme	27,9 $\pm$ 6,39	19-41
Düzenli Olma	14,38 $\pm$ 4,18	8-23
İzleme	15,95 $\pm$ 4,02	8-24
Duygu Düzenleme İndeksi	69,81 $\pm$ 12,97	50-106
Üstbiliş İndeksi	93,69 $\pm$ 19,95	61-134
Global Yönetici Puanı	163,5 $\pm$ 29,86	118-232

SS: Standart sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Duygu düzenleme güçlüklerini değerlendirme amacıyla uygulanan DDGÖ’de olguların farkındalık alt ölçeği ortalaması $15,1 \pm 5,31$, netlik alt ölçeği ortalaması

12,88±5,14, kabul etmeme alt ölçeği ortalaması 15,48±6,31, stratejiler alt ölçeği ortalaması 21,71±7,39, dürtü alt ölçeği ortalaması 17,33±5,93, amaçlar alt ölçeği ortalaması 16,48±4,5, toplam DDGÖ puanı ortalaması 99,26±24,94 olarak saptandı. Olguların DDGÖ alt ölçek ve toplam puanları Tablo-4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. DDGÖ Puanları

DDGÖ Alt Ölçeği	Ortalama±SS	Min-Mak
Farkındalık	15,1±5,31	8-30
Netlik	12,88±5,14	5-25
Kabul Etmeme	15,48±6,31	7-29
Stratejiler	21,71±7,39	9-35
Dürtü	17,33±5,93	6-29
Amaçlar	16,48±4,5	6-24
Toplam	98,98±25,4	55-148

Min: Minimum, Mak: Maksimum

Olguların PDÖ’de DİS alt ölçek ortalaması 19,9±3,9, DAS alt ölçek ortalaması 23,36±4,89, DDKS alt ölçek ortalaması 16,67±4,7 olarak bulundu. PDÖ alt ölçek puanları Tablo-4.10’da verilmiştir.

Tablo 4.10. PDÖ Puanları

PDÖ Alt Ölçek	Ortalama±SD	Min-Mak
Davranışsal İnhibisyon Sistemi	19,9±3,9	9-28
Davranışsal Aktivasyon Sistemi	23,36±4,89	11-28
Dövüş-Don-Kaç Sistemi	16,67±4,7	8-28

Min: Minimum, Mak: Maksimum

Aile işlevselliğini değerlendirmek amacıyla uygulanan ADÖ’de problem çözme alt ölçeği ortalaması 2,18±0,7, iletişim alt ölçeği ortalaması 1,98±0,61, roller alt ölçeği ortalaması 2,13±0,56, duygusal tepki verebilme alt ölçeği ortalaması 2,06±0,67, gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ortalaması 2,35±0,43, davranış kontrolü alt ölçeği ortalaması 2,21±0,39, genel işlevsellik alt ölçeği ortalaması 1,98±0,57 olarak saptandı. ADÖ alt ölçek puanları Tablo-4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. ADÖ Puanları

ADO Alt Ölçek	Ortalama±SD	Min-Mak
Problem Çözme	2,18±0,7	1-3,83
İletişim	1,98±0,61	1-3,12
Roller	2,13±0,56	1,36-3,45
Duygusal Tepki Verebilme	2,06±0,67	1-3,16
Gereken İlgiyi Gösterebilme	2,35±0,43	1,42-3,28
Davranış Kontrolü	2,21±0,39	1,33-3,11
Genel İşlevsellik	1,98±0,57	1,25-3,16

Min: Minimum, Mak: Maksimum

4.6. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

T1 ve T2 arasında ÇGDÖ puanlarındaki artış (işlevsellikte artma) ile HoNOSCA puanlarındaki azalma (belirtilerde azalma) arasında pozitif korelasyon ($r:0,869$, $p<0,001$) olduğu saptandı. ÇGDÖ puanlarındaki artış ile ÇGDÖ-T1 puanları arasında negatif korelasyon ($r:-0,394$, $p:0,01$), HoNOSCA-T1 puanları arasında pozitif korelasyon ($r:0,406$, $p:0,008$) olduğu bulundu. HoNOSCA puanlarındaki azalma ile ÇGDÖ-T1 puanları arasında negatif korelasyon ($r:-0,365$, $p:0,017$), HoNOSCA-T1 puanları arasında pozitif korelasyon ($r:0,631$, $p<0,001$) olduğu bulundu. ÇGDÖ ve HoNOSCA ölçek puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12. ÇGDÖ VE HoNOSCA Ölçek Puanlarının Korelasyonu

	ÇGDÖ-T1	ÇGDÖ-T2	ÇGDÖ Artış	HoNOSCA -T1	HoNOSCA -T2	HoNOSCA Azalma
ÇGDÖ-T1	r 1	0,245	-0,394	-0,752	-0,356	-0,365*
	p	0,118	0,010	<0,001	0,021	0,017
ÇGDÖ-T2	R	1	0,794	-0,069	-0,906	0,675
	p		<0,001	0,664	<0,001	<0,001
ÇGDÖ Artış	r		1	0,406	-0,636	0,869
	p			0,008	<0,001	<0,001
HoNOSCA-T1	r			1	0,294	0,631
	p				0,058	<0,001
HoNOSCA-T2	r				1	-0,556
	p					<0,001

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri

4.7. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişimin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yaş ile T1 ve T2 arasında ÇGDÖ puanlarındaki artış ($r:-0,031$, $p:0,844$) ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ($r:0,097$, $p:0,542$) arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Cinsiyet ile ÇGDÖ puanlarındaki artış ($r:0,142$, $p:0,37$) ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ($r:-0,019$, $p:0,904$) arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile okula devam durumu (sırasıyla $r:-0,116$, $p:0,465$; $r:-0,060$, $p:0,706$), yaşanılan yer ($r:-0,064$, $p:0,686$; $r:-0,034$, $p:0,832$), sigara kullanımı ($r:0,176$, $p:0,264$; $r:0,245$, $p:0,118$) ve alkol kullanımı ($r:-0,058$, $p:0,717$; $r:-0,031$, $p:0,847$) arasında da anlamlı korelasyon saptanmadı. Yaş ile sigara kullanımı ($r:0,554$, $p<0,001$) ve alkol kullanımı ($r:0,336$, $p:0,029$) arasında; okulu bırakma ile sigara kullanımı arasında pozitif korelasyon ($r:0,420$, $p:0,006$) saptandı. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ile bireysel sosyodemografik özelliklerin korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ile Bireysel Sosyodemografik Özelliklerin Korelasyonu

		Yaş	Cinsiyet	Okulu Bırakma	Yaşadığı Yer	Sigara Kullanımı	Alkol Kullanımı
ÇGDÖ Artış	r	-0,031	0,142	-0,116	-0,064	0,176	-0,058
	p	0,844	0,370	0,465	0,686	0,264	0,717
HoNOSCA Azalma	r	0,097	-0,019	-0,060	-0,034	0,245	-0,031
	p	0,542	0,904	0,706	0,832	0,118	0,847
Yaş	r	1	0,188	0,340	0,021	0,554	0,336
	p		0,233	0,028	0,895	<0,001	0,029
Cinsiyet	r		1	-0,109	0,106	0,059	0,217
	p			0,490	0,505	0,708	0,167
Okulu Bırakma	r			1	-0,218	0,420	0,200
	p				0,165	0,006	0,205
Yaşadığı Yer	r				1	0,049	0,200
	p					0,756	0,204
Sigara Kullanımı	r					1	0,375
	p						0,015

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri,

ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile ebeveyn birlikteliği ($r:-0,116$, $p:0,464$; $r:-0,033$, $p:0,838$), aile tipi ($r:-0,058$, $p:0,717$; $r:-0,093$, $p:0,558$), aile gelir düzeyi ($r:-0,062$, $p:0,699$; $r:-0,084$, $p:0,545$), anne eğitim düzeyi ($r:-$

0,159, p:0,313; r:-0,171, p: 0,279) ve baba eğitim düzeyi (r:-0,136, p:0,389; r:-0,204, p: 0,195) arasında korelasyon saptanmadı. Aile tipinin geniş aile olmasıyla anne eğitim düzeyi (r:-0,439, p:0,004) ve baba eğitim düzeyi (r:-0,389, p:0,011) arasında negatif korelasyon; aile gelir düzeyi ile anne eğitim düzeyi (r:0,488, p:0,001) ve baba eğitim düzeyi (r:0,433, p:0,004) arasında pozitif korelasyon bulundu. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve ailesel sosyodemografik özelliklerin korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.14’te verilmiştir.

Tablo 4.14. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişimin ve Ailesel Sosyodemografik Özelliklerin Korelasyonu

		Ebeveny Birlikteliği	Aile Tipi	Aile Geliri	Anne Eğitim Düzeyi	Baba Eğitim Düzeyi
ÇGDÖ Artış	r	-0,116	-0,058	-0,062	-0,159	-0,136
	p	0,464	0,717	0,699	0,313	0,389
HoNOSCA Azalma	r	-0,033	-0,093	-0,084	-0,171	-0,204
	p	0,838	0,558	0,595	0,279	0,195
Ebeveny Birlikteliği	r	1	-0,102	-0,272	0,021	-0,195
	p		0,521	0,081	0,894	0,216
Aile Tipi	r		1	-0,047	-0,438	-0,389
	p			0,768	0,004	0,011
Aile Geliri	r			1	0,488	0,433
	p				0,001	0,004
Anne Eğitim Düzeyi	r				1	0,756
	p					<0,001

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri

4.8. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişimin Psikiyatrik Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileri ile İlişkinin Değerlendirilmesi

ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile daha önce psikiyatrik tedavi alma (r:0,086, p:0,587; r:0,061, p: 0,699), daha önce yatarak psikiyatrik tedavi alma (r:0,240, p:0,127; r:0,249, p: 0,112), önceki yatış sayısı (r:0,223, p:0,156; r:0,207, p: 0,188), intihar girişimi öyküsü (r:-0,022, p:0,889; r:0,014, p: 0,931), intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı öyküsü (r:0,070, p:0,658; r:0,108, p: 0,497), cinsel istismara uğrama öyküsü (r:0,253, p:0,106; r:0,139, p: 0,379) ve dahili kronik hastalık öyküsü (r:-0,106, p:0,504; r:-0,114, p: 0,473) arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı öyküsü ile daha önce psikiyatrik tedavi alma arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r:0,343, p:0,026).

ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve özgeçmiş bilgilerinin korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.15’de verilmiştir.

ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (r:0,020, p:0,899; r:0,086, p: 0,587), ailede yatarak psikiyatrik tedavi alma öyküsü (r:0,012, p:0,941; r:-0,007, p: 0,964), anne psikiyatrik hastalık (r:-0,018, p:0,910; r:-0,033, p: 0,937) ve babada psikiyatrik hastalık olması (r:-0,098, p:0,536; r:-0,011, p: 0,944) arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve özgeçmiş bilgilerinin korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.15. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve Özgeçmiş Bilgilerinin Korelasyonu

		Psikiyatrik Tedavi Alma Öyküsü	Yataklı Psikiyatrik Tedavi Öyküsü	Önceki Yatış Sayısı	İntihar Girişimi Öyküsü	NS- KZVD Öyküsü	Cinsel İstismar a Uğrama Öyküsü	Kronik Dahili Hastalık Öyküsü
ÇGDÖ Artış	r	0,086	0,240	0,223	-0,022	0,070	0,253	-0,106
	p	0,587	0,127	0,156	0,889	0,658	0,106	0,504
HoNOSCA Azalma	r	0,061	0,249	0,207	0,014	0,108	0,139	-0,114
	p	0,699	0,112	0,188	0,931	0,497	0,379	0,473
Psikiyatrik Tedavi Alma Öyküsü	r	1	0,235	0,208	0,006	0,343	-0,009	0,157
	p		0,134	0,185	0,970	0,026	0,955	0,320
Yataklıpsikiyatrik Tedavi Öyküsü	r		1	0,886	-0,006	0,171	0,009	0,049
	p			<0,001	0,970	0,277	0,955	0,757
Önceki Yatış Sayısı	r			1	-0,042	0,152	0,063	0,227
	p				0,791	0,337	0,691	0,149
İntihar Girişimi Öyküsü	r				1	0,277	-0,137	0,080
	p					0,075	0,387	0,617
NS-KZVD Öyküsü	r					1	0,052	0,115
	p						0,744	0,469
Cinsel İstismara Uğrama Öyküsü	r						1	-0,119
	p							0,452

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri, NS-KZVD: Nonsuicidal kendine zarar verme davranışı

Tablo 4.16. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve Ailesel Psikiyatrik Öykünün Korelasyonu

		Ailede Psikiyatrik Hastalık	Ailede Yatarak Psikiyatrik Tedavi	Annede Psikiyatrik Hastalık	Babada Psikiyatrik Hastalık
ÇGDÖ Artış	r	0,020	0,012	-0,018	-0,098
	p	0,899	0,941	0,910	0,536
HoNOSCA Azalma	r	0,086	-0,007	-0,033	-0,011
	p	0,587	0,964	0,837	0,944
Ailede* Psikiyatrik Hastalık	r	1	0,473	0,447	0,260
	p		0,002	0,003	0,096
Ailede* Yatarak Psikiyatrik Tedavi	r		1	0,489	0,072
	p			0,001	0,651
Annede Psikiyatrik Hastalık	r			1	0,093
	p				0,558

*:Birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalar, r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri

4.9. ÇGDÖ ve HoNOSCA Değişim Puanlarının Olguların Tanıları ve Yatış Süresi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Olguların aldıkları tanıları (eşlik eden tanıları dahil) ile yataklı tedavi sürecinde ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki iyileşme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ÇGDÖ puanlarındaki artış ile BKB tanısı arasında anlamlı negatif korelasyon ($r:-0,308$, $p:0,047$) saptandı. HoNOSCA puanlarındaki azalma ile BAB tanısı arasında anlamlı pozitif korelasyon ($r:0,327$, $p:0,035$), BKB tanısı arasında anlamlı negatif korelasyon ($r:-0,337$, $p:0,029$) saptandı. Yatış süresi ile ÇGDÖ puanlarındaki artış ($r:0,206$, $p:0,191$) ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ($r:0,228$, $p:0,146$) arasında anlamlı korelasyon bulunamadı. Yatış süresi ve BAB arasında anlamlı pozitif korelasyon ($r:0,328$, $p:0,034$) bulundu. Davranım bozukluğu ile DEHB arasında ($r:0,495$, $p:0,001$) ve komorbidite varlığı ile bedensel belirti bozuklukları arasında ($r:0,408$, $p:0,007$) anlamlı pozitif korelasyon bulundu. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve özgeçmiş bilgilerinin korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.17’de verilmiştir. Tabloda yer verilmeyen tanıları, olgu sayısı az olduğu için analize dahil edilmedi.

Tablo 4.17. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim, Yatış Süresi ve Tanıların Korelasyonu

		Yatış Süresi	MDB	BAB	BKB	AB	DEHB	DB	BBB	Komor- bidite
ÇGDÖ	r	0,206	0,171	0,240	-0,308	-0,054	0,095	-0,133	-0,174	0,000
Artış	p	0,191	0,280	0,127	0,047	0,733	0,550	0,400	0,270	1,000
HoNOSCA	r	0,228	0,062	0,327	-0,337	-0,143	0,218	0,022	-0,152	0,006
Azalma	p	0,146	0,698	0,035	0,029	0,366	0,165	0,888	0,337	0,969
Yatış	r	1	0,153	0,328	-0,105	0,015	-0,112	-0,072	0,101	0,202
Süresi	p		0,332	0,034	0,507	0,927	0,480	0,648	0,524	0,200
MDB	r		1	-0,307	-0,017	0,093	-0,038	-0,108	0,043	0,211
	p			0,048	0,914	0,558	0,809	0,498	0,787	0,180
BAB	r			1	-0,151	-0,178	-0,235	-0,198	-0,025	-0,243
	p				0,340	0,259	0,134	0,209	0,876	0,122
BKB	r				1	-0,219	-0,013	-0,243	-0,088	0,162
	p					0,164	0,934	0,121	0,578	0,304
AB	r					1	-0,178	-0,150	0,270	0,221
	p						0,259	0,343	0,084	0,160
DEHB	r						1	0,495	-0,198	0,243
	p							0,001	0,209	0,122
DB	r							1	-0,167	0,136
	p								0,291	0,390
BBB	r								1	0,408
	p									0,007

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri, MDB: Major Depresif Bozukluk, BAB: Bipolar Afektif Bozukluk, BKB:Borderline Kişilik Bozukluğu, AB:Anksiyete Bozuklukları, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, DB:Davranım Bozukluğu, BBB:Bedensel Belirti Bozuklukları

4.10. ÇGDÖ ve HoNOSCA Değişim Puanlarının Yürütücü İşlevler, Duygu Düzenleme, Pekiştireç Duyarlılığı, Aile İşlevselliği Ölçüm Puanları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yataklı tedavi sürecinde ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile YİYDDE puanları (yüksek puanlar bozulmayı gösterir) arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ÇGDÖ puanlarındaki artış ile “inhibisyon” alt ölçeği (r:-0,380, p:0,013), “set değiştirme” alt ölçeği (r:-0,450, p 0,003), “başlatma” alt ölçeği (r:-0,576, p<0,001), “çalışma belleği” alt ölçeği (r:-0,428, p:0,005), “planlama/organize etme” alt ölçeği (r:-0,426, p:0,004), “düzenli olma” alt ölçeği (r:-0,433, p:0,004), “izleme” alt ölçeği (r:-0,393, p:0,01), “davranışsal düzenleme indeksi” (r:-0,342, p:0,027), “üstbilis indeksi” (r:-0,509, p:0,001), “global yönetici puanı” (r:-0,489, p:0,001) anlamlı negatif

korelasyon saptandı. Başlangıç ve taburculuk arasında HoNOSCA puanlarındaki azalma ile “inhibisyon” alt ölçeği ($r:-0,417$, $p:0,006$), “set değiştirme” alt ölçeği ($r:-0,481$, $p:0,001$), “başlatma” alt ölçeği ($r:-0,522$, $p<0,001$), “çalışma belleği” alt ölçeği ($r:-0,353$, $p:0,022$), “planlama/organize etme” alt ölçeği ($r:-0,356$, $p:0,021$), “düzenli olma” alt ölçeği ($r:-0,371$, $p:0,016$), “izleme” alt ölçeği ($r:-0,335$, $p:0,03$), “davranışsal düzenleme indeksi” ($r:-0,412$, $p:0,007$), “üstbiliş indeksi” ($r:-0,425$, $p:0,005$), “global yönetici puanı” ($r:-0,463$, $p:0,002$) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve YİYDDE puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.18’de verilmiştir.

Yataklı tedavi sürecinde ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile DDGÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde başlangıç ve taburculuk arasında ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile herhangi bir alt ölçek ve toplam DDGÖ puanı arasında anlamlı korelasyon bulunamadı. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve DDGÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.19’da verilmiştir.

Yataklı tedavi sürecinde ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile PDÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile herhangi bir alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve PDÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.20’de verilmiştir.

Yataklı tedavi sürecinde ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile ADÖ alt ölçekleri (yüksek puanlar bozulmayı gösterir) arasındaki ilişki değerlendirildiğinde başlangıç ve taburculuk arasında ÇGDÖ puanlarındaki artış ile “roller” alt ölçeği ($r:-0,361$, $p:0,019$), “duygusal tepki verebilme” alt ölçeği ($r:-0,368$, $p:0,017$), “genel işlevsellik” alt ölçeği ($r:-0,328$, $p:0,034$) arasında; HoNOSCA puanlarındaki azalma ile “roller” alt ölçeği ($r:-0,379$, $p:0,013$), “duygusal tepki verebilme” alt ölçeği ($r:-0,341$, $p:0,027$), “genel işlevsellik” alt ölçeği ($r:-0,307$, $p:0,048$) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Diğer alt ölçekler ile ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim arasında anlamlı ilişki saptanmadı. ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ve ADÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler Tablo-4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.18. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve YİYDDE Puanlarının Korelasyonu

		İNH	SD	DK	BAŞ	ÇB	POR	DO	İZL	DDİ	ÜBİ	GYP
ÇGDÖ	r	-0,380	-0,450	-0,014	-0,576	-0,426	-0,463	-0,433	-0,393	-0,342	-0,509	-0,489
	p	0,013	0,003	0,931	<0,001	0,005	0,002	0,004	0,010	0,027	0,001	0,001
HoNOSCA	r	-0,417	-0,481	-0,119	-0,522	-0,353	-0,356	-0,371	-0,335	-0,412	-0,425	-0,463
	p	0,006	0,001	0,452	<0,001	0,022	0,021	0,016	0,030	0,007	0,005	0,002
İNH	r	1	0,450	0,579	0,517	0,469	0,667	0,563	0,584	0,886	0,640	0,813
	p		0,003	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
SD	r		1	0,415	0,651	0,529	0,436	0,568	0,537	0,705	0,594	0,703
	p			0,006	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
DK	r			1	0,263	0,182	0,229	0,357	0,266	0,821	0,286	0,548
	p				0,093	0,248	0,144	0,020	0,089	<0,001	0,066	<0,001
BAŞ	r				1	0,692	0,689	0,724	0,745	0,572	0,844	0,813
	p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
ÇB	r					1	0,869	0,628	0,751	0,479	0,900	0,809
	p						<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
POR	r						1	0,736	0,788	0,571	0,943	0,878
	p							<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
DO	r							1	0,681	0,608	0,844	0,828
	p								<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İZL	r								1	0,574	0,889	0,843
	p									<0,001	<0,001	<0,001
DDİ	r									1	0,628	0,854
	p										<0,001	<0,001
ÜBİ	r										1	0,941
	p											<0,001

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri, İNH: İnhibisyon, SD: Set değiştirme, DK: Duygusal Kontrol, BAŞ: Başlatma, ÇB: Çalışma belleği, POR: Planlama/organize etme, DO:düzenli olma, İZL: İzleme, DDİ: Davranışsal düzenleme indeksi, ÜBİ: Üstbiliş İndeksi, GYP: Global yönetici puanı

Tablo 4.19. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve DDGÖ Puanlarının Korelasyonu

		Farkındalık	Netlik	Kabul Etmeme	Strateji	Dürtü	Amaçlar	DDGÖ Toplam
ÇGDÖ Artış	r	-0,163	0,247	0,171	-0,009	-0,084	0,131	0,059
	p	0,302	0,115	0,279	0,957	0,596	0,408	0,708
HoNOSCA Azalma	r	-0,040	0,193	0,160	-0,037	-0,088	0,149	0,065
	p	0,801	0,221	0,311	0,815	0,579	0,347	0,681
Farkındalık	r	1	0,177	0,108	0,125	0,310	0,245	0,424
	p		0,261	0,497	0,431	0,046	0,118	0,005
Netlik	r		1	0,345	0,481	0,664	0,557	0,719
	p			0,025	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Kabul Etmeme	r			1	0,714	0,442	0,474	0,736
	p				<0,001	0,003	0,001	<0,001
Strateji	r				1	0,752	0,543	0,864
	p					<0,001	<0,001	<0,001
Dürtü	r					1	0,540	0,857
	p						<0,001	<0,001
Amaçlar	r						1	0,743
	p							<0,001

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri

Tablo 4.20. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve PDÖ Puanlarının Korelasyonu

		Davranışsal İnhibisyon Sistemi	Davranışsal Aktivasyon Sistemi	Dövüş-Don-Kaç Sistemi
ÇGDÖ Artış	r	-0,165	0,183	0,088
	p	0,296	0,246	0,581
HoNOSCA Azalma	r	-0,256	0,198	0,183
	p	0,102	0,209	0,245
Davranışsal İnhibisyon Sistemi	r	1	0,368	0,043
	p		0,016	0,785
Davranışsal Aktivasyon Sistemi	r		1	0,157
	p			0,321

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri

Tablo 4.21. ÇGDÖ ve HoNOSCA Puanlarındaki Değişim ve ADÖ Puanlarının Korelasyonu

		Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki Verebilme	Gereken İlgii Gösterme	Davranış Kontrolü	Genel İşlevsellik
ÇGDÖ Artış	r	-0,210	-0,044	-0,361	-0,368	0,011	-0,082	-0,328
	p	0,182	0,782	0,019	0,017	0,946	0,605	0,034
HoNOSCA Azalma	r	-0,145	0,031	-0,379	-0,341	0,017	-0,090	-0,307
	p	0,361	0,848	0,013	0,027	0,915	0,569	0,048
Problem Çözme	r	1	0,520	0,705	0,656	0,214	0,381	0,661
	p		<0,001	<0,001	<0,001	0,174	0,013	<0,001
İletişim	r		1	0,554	0,503	-0,106	0,248	0,602
	p			<0,001	0,001	0,504	0,113	<0,001
Roller	r			1	0,638	0,321	0,406	0,694
	p				<0,001	0,038	0,008	<0,001
Duygusal Tepki Verebilme	r				1	0,166	0,505	0,664
	p					0,293	0,001	<0,001
Gereken İlgii Gösterme	r					1	0,311	0,312
	p						0,045	0,044
Davranış Kontrolü	r						1	0,405
	p							0,008

r:Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören 12-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin işlevsellik ve belirti düzeyindeki iyileşmeleri ile sosyodemografik ve klinik özelliklerinin ilişkisi incelenmiştir. Çalışmamız sosyodemografik özellikler, bireysel ve ailesel faktörler, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin verilerin yanı sıra yürütücü işlevler, duygu düzenleme, pekiştireç duyarlılığı gibi boyutsal faktörler ve aile işlevselliğinin tedavi etkinliği ile ilişkisini değerlendiren geniş perspektifli bir çalışmadır. Aynı zamanda çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi etkinliği ile alt bileşenleri dahil olmak üzere tedavi öncesi yürütücü işlevler, duygu düzenleme güçlükleri, pekiştireç duyarlılığı ve aile işlevselliği ilişkisinin birlikte değerlendirildiği ilk çalışmadır. Yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerde olguların klinik ve sosyodemografik özelliklerini, bilişsel, duygusal ve ailesel güçlüklerini belirleyip tedavi sonuçları üzerine etkisini araştırdığımız bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda tartışılmıştır.

Örneklekimizi oluşturan olguların yaş ortalamasının $15,55 \pm 1,42$ olup, %69'u kızlardan oluşuyordu. Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde yatan hastalarla son yıllarda yapılmış çalışmalarda çalışmamıza benzer olarak kızların oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (11, 232, 233). Bununla beraber 2000 yılı öncesi çalışmaların derlendiği bir gözden geçirme çalışmasında (34) erkek oranının daha yüksek olduğu bildirilmesi, yıllar içerisinde cinsiyet dağılımının değişmiş olabileceğini göstermektedir. Son yıllarda özellikle yataklı tedavi gören ergen yaş grubunda kız cinsiyet oranının arttığını bildiren çalışmalar da bunu desteklemektedir (233). Yataklı tedavilerin en sık sebeplerinden olan depresyon ve kendine zarar verme davranışının ergen kızlarda daha fazla görülmesi (234) kız cinsiyet oranındaki yüksekliği açıklayabilir. Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde yapılmış çalışmalarda Eray ve ark. (2018) kız cinsiyet oranını %68,1, ortalama yaşı 14.58 (235); Güvenir ve ark. (2009) kız cinsiyet oranını %67,8, ortalama yaşı 15,3 (5); Özbaran ve ark. (2016) kız cinsiyet oranını 63,1, ortalama yaşı 14,2 (6) olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda bulduğumuz cinsiyet dağılımı bu çalışmalarla benzerken çalışmamızda elde ettiğimiz yaş ortalamasının bu çalışmalara kıyasla hafif yüksek olması 12 yaşın altındakileri çalışmaya dahil etmememizden kaynaklanıyor olabilir. Coşkun ve ark. (236) ise ortalama yaşı 16.4 olarak bulmuşlar fakat bu çalışma erişkin psikiyatri servisinde yatan 18 yaş altı hastalarla yapılmıştır.

Çalışmamızda ortalama yatış süresi $22,81 \pm 15,06$ gün olarak tespit edildi. Yazın incelendiğinde ortalama yatış süresinin geniş bir aralıkta değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Çalışmaların dahil edilme kriterleri, ülkeler ve merkezler arası yaklaşım ve sağlık politikasındaki farklılıklara göre ortalama yatış süreleri değişkenlik gösterebilmektedir. Son yıllarda çocuk ve ergenlerde psikiyatrik yatış süreleri ekonomik baskılar, yatan hastalara yönelik potansiyel riskler ve toplum temelli tedavi seçeneklerinin artması ile azalmaktadır ve bunun sonucu olarak, yataklı tedavi hedefleri, uzun süreli tedaviye odaklanmaktan kriz müdahalesine ve desteğine kaymıştır. (237). Ülkemizde yapılmış çalışmalarda Eray ve ark. (2018) ortalama yatış süresini 20,12 gün (235); Özbaran ve ark. (2016) ortalama yatış süresini 24,4 gün (6); Coşkun ve ark. (2012) ortalama yatış süresini 22,2 gün (236) olarak saptamışlardır. Bu çalışmalarda elde edilen veriler, bulgularımız ile tutarlıdır. Bununla beraber ülkemizde daha uzun yatış süresi bildiren çalışmalar mevcuttur. Serim Demirgören ve ark. (2017) en az bir ay yatan hastaların dahil edildiği çalışmalarında ortalama yatış süresini 85,5 gün (238); Güvenir ve ark. (2009) 2-3 gün yatan hastaların dahil edilmediği ve en kısa yatış süresinin 14 gün olarak bildirildiği çalışmalarında ortalama yatış süresini 77,3 gün (5) bildirmişlerdir. Her iki çalışmanın aynı merkezde yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda merkezler arası yaklaşım farklılıkları ve çalışmaların dahil edilme kriterleri ortalama yatış süresinin bizim çalışmamızdan yüksek olmasını açıklayabilir. Diğer taraftan psikotik bozukluklarda yatış süresinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (235, 239). Çalışmamıza psikotik bozuklukların dahil edilmemesi bulduğumuz ortalama yatış süresini azaltan faktörlerden biri olabilirken diğer taraftan değerlendirme süreci tamamlanmadan ailesin isteği ile taburcu olan olguları da (yatış süreleri genellikle 3 gün ve daha kısa süreli) çalışmaya dahil etmememiz ortalama yatış süresini arttıran faktörlerden biri olabilir.

Çalışmamızda olguların en fazla aldığı tanı depresif bozukluk (%28), tanı grubu ise duygudurum bozuklukları (%47,6) idi. Bulgularımız önceki çalışmalar (240-242) ile uyumludur. Kliniğimizde daha önce yapılmış geniş örneklemli bir çalışmada da (243) en sık tanı depresif bozukluk olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda (5, 6, 235) çalışmamıza benzer olarak en sık tanı duygudurum bozuklukları olarak bulunmuş, farklı olarak Pisan ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada en sık tanıyı davranım bozukluğu olarak bildirmişlerdir (244). Servis tipi ve hasta profili, tanı farklılıklarında etkili olabilir. Çalışmamızda yatarak tedavi gören hastalarımızda psikiyatrik komorbidite %50 oranında saptandı. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar, psikiyatrik komorbidite oranının

yüksek olduğunu destekler niteliktedir. Yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerde komorbidite oranını Setoya ve ark. (8) %23,8 olarak, Hayes ve ark. (245) %73,6, Garralda ve ark. (246) %50 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise komorbidite oranını %36,9 olarak bildirilmiştir (238). Servisimizin bölgedeki tek çocuk ve ergen psikiyatri servisi olması nedeniyle tedavi gören hastaların komplike ve kronik tablolara sahip olması komorbidite oranımızın bu çalışmaya göre yüksek olmasında rol oynamış olabilir.

Çalışmamızda tüm olgular en az bir psikotrop ilaç kullanmaktaydı. En sık kullanılan ilaç grubu ise antipsikotikler (%88,1) idi. Olguların %69'u ise en az iki psikotrop ilacı birlikte kullanmaktaydılar. Pılan ve ark. (2017) yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerin ilaç kullanım profillerini araştırdıkları çalışmada psikotrop ilaç kullanım oranını (%94,8), en az iki psikotrop ilacı beraber kullanma oranını %76,9, en sık kullanılan ilaç grubunun ise antipsikotikler olduğunu (%84,9) bildirmişlerdir (244). Diğer bir çalışmada psikotrop ilaç kullanma oranı %100, en az iki psikotrop ilacı birlikte kullanma oranı %78,2, en sık kullanılan ilaç grubunun antipsikotikler olduğu (%80,4) bildirilmiştir (247). Bulgularımız ülkemizde yapılan bu çalışmalar ile uyumludur. Özellikle tolere edilebilirlik ve ekstrapiramidal sistem yan etkiler açısından daha iyi bir profile sahip olan, birçok psikiyatrik tabloda geniş kullanım alanı ve onayı olan, hızlı sağaltım olanağı sunan atipik antipsikotiklerin ortaya çıkması ile beraber antipsikotiklerin çocuk ve ergenlerde kullanımı artmaktadır (248, 249).

Yataklı tedavi, çocuk psikiyatrisinde uzun yıllardır kullanılan etkinliği gösterilmiş ve kabul edilmiş bir tedavi yöntemidir. İşlevsellik ve belirti düzeyi, birbirini etkileyen durumlar olsa da iyileşmenin daha kapsamlı değerlendirilmesi açısından her ikisinin de iyileşmeyi belirlemek açısından önemli olduğunu düşünüyoruz. Bu nedenle çalışmamızda yataklı tedavinin hem işlevsellik hem de belirti düzeyinde etkinliğini inceledik. Çalışmamızda işlevsellik düzeyini belirlemek amacıyla ÇGDÖ'yü kullanıldı. ÇGDÖ, Global Değerlendirme Ölçeği çocuklara uyarlanarak, sosyal ve psikiyatrik işlevlerin farklı yönlerinin sentezlenmesine ve özümsemesine olanak sağladığı vurgulanarak oluşturulmuştur (223). ÇGDÖ çocuklarda işlevsellik düzeyini belirlemek için en çok kullanılan, kullanımı kolay ve belirli bir zaman dilimindeki değişimi ölçmek için uygun bir ölçektir (250). Belirti düzeyini belirlemek için ise HoNOSCA kullanıldı. Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde uygulanan tedavinin etkinliğini belirlemek için kullanılan sonuç ölçütü, tedavi sonuçlarını değerlendirmede önemli yer tutar. Erişkin

kl niklerinde kullanılan HoNOS'un çocuklara uyarlanması ile geliştirilen HoNOSCA yataklı tedavi ortamında davranışsal ve duygusal belirtileri, öğrenmedeki ve fiziksel sağlıktaki bozulmaları ve sosyal işlevselliği belirlemekte kullanılan yararlı bir sonuç ölçütüdür (251). Yataklı tedavi ortamlarında HoNOSCA kullanımının, uygun ve kabul edilebilir olduğu bildirilmiştir (252). Başlangıç ve taburculuktaki işlevsellik ve belirti düzeylerini karşılaştırdığımızda yataklı tedavinin, ÇGDÖ puanlarında istatistiksel olarak önemli artış sağladığını ve HoNOSCA puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma sağladığını saptadı . Bu sonuçlar yataklı tedavinin günlük hayattaki işlevselliği arttırma ve psikopatolojilere bağlı meydana gelen bozulmaları tedavi etme açısından etkin olduğunu desteklemektedir.

Yataklı tedavi boyunca ÇGDÖ puanlarında meydana gelen artış ile başlangıçtaki düşük ÇGDÖ puanları ve yüksek HoNOSCA puanları arasında pozitif korelasyon olduğunu saptadı . Buna benzer şekilde HoNOSCA puanlarındaki azalma ile başlangıçtaki düşük ÇGDÖ puanları ve yüksek HoNOSCA puanları arasında pozitif korelasyon saptadı . Diğer bir deyişle bu veriler, başlangıçta daha düşük işlevsellik gösteren ve daha fazla belirti sergileyen hastaların yataklı tedavi sürecinde daha fazla iyileşme gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu durum başlangıçta ilginç görünse de  ocuk ve ergen yataklı servislerinde yapılan önceki çalışmalarda da başlangıçtaki yüksek HoNOSCA puanlarının yataklı tedavi boyunca HoNOSCA puanlarında daha fazla azalma ile ilişkili olduğunu (7, 246, 252), başlangıçtaki düşük ÇGDÖ puanlarının yataklı tedavi boyunca ÇGDÖ puanlarında daha fazla artış ile ilişkili olduğunu (8, 238, 253) bildiren çalışmalarla uyumludur. Yataklı tedavinin endikasyonları ve psikiyatrideki kullanım yeri bunu kısmen açıklayabilir. Yataklı tedaviye genellikle akut ve ayaktan tedaviye uygun olmayan durumlarda başvurulur ve stabilizasyon sağlanıp hasta takiplerine ayaktan devam edebilecek noktaya geldiğinde ise taburculuk yapılır. Başlangıçtaki psikiyatrik tablosu daha kötü olan hastanın ayaktan tedaviye devam edebilecek noktaya gelmesi için kat etmesi gereken mesafenin daha fazla olması nedeniyle bu kişilerin yataklı tedavi sürecinde işlevsellik artışları ve belirti azalmaları daha fazla olabilmektedir. Bununla beraber bu açıklama tek başına yeterli değildir. Remberk ve ark (2018) farklı bir yöntem izleyerek yatarak tedavi gören  ocuk ve ergen hastaları iyileşen ve iyileşmeyenler olarak 2 gruba ayırmış, önceki bahsedilen çalışmalara paralel olarak iyileşmeyen grupta tedavi başlangıcındaki hastalık şiddetinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (12). Akut tabloların kronik tablolara göre daha gürültülü seyretmesi fakat kronik tabloların

sağaltımının daha güç olması bu durumu açıklayan diğer bir faktör olabilir. Çalışmamızda kronik bir tablo olan BKB'nin hem ÇGDÖ hem HoNOSCA'daki iyileşme ile negatif korelasyon göstermesi, doğası gereği ataklar ile seyreden bipolar afektif bozukluğun ise HoNOSCA puanlarındaki azalma ile pozitif korelasyon göstermesi bu bilgiyi desteklemektedir. Çalışmamızda bir olgu dışında BKB tanılı diğer olgularda işlevsellik artışı meydana gelmiş, tüm olgularda HoNOSCA puanlarında düşme saptanmış fakat bu kişilerin yataklı tedaviden daha az fayda gördüğü bulunmuştur. Ergenlerde kişilik bozukluğu tanısının konulmasının, genellikle kaçınılan bir durum olması nedeniyle çocuk ve ergenlerde bu alanda yazın kısıtlıdır fakat BKB tanılı bireyler sık ve uzun süreler yatarak tedavi görebilmektedirler (254). Bu nedenle ayrı bir tanı olarak değerlendirilmesinin önemli olduğu kanaatindeyiz. Bizim çalışmamızla benzer olarak başka bir çalışmada (12) daha BKB, çocuk ve ergenlerde yataklı tedavide olumsuz sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. Ayaktan hastalarda BKB'nin eşlik ettiği psikopatolojilerde tedavi yanıtının daha kötü olduğu bildirilmiştir (255, 256). BKB'nin kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkisini gösteren bu çalışmaların yanı sıra BKB tanılı hastalar için orta ve uzun vadeli psikoterapi ve tedavi önerilmesi de (257) bulgularımızı desteklemektedir. BKB konusunda uzamış hastaneye yatışın bozulmaya yol açabileceğini bu nedenle bu kişilerin yatışlarının kısa tutulması gerektiğini dair görüşler mevcuttur (258, 259). Bunun ötesinde yataklı tedavi ortamlarının bu hastalar için uygun olmadığı da ileri sürülmektedir (260, 261). Ancak intihar düşünceleri/girişimleri, kendine zarar verme davranışları, işlevsellikte ciddi bozulmalar ve eşlik eden tanılar hem etik açıdan hem de yataklı tedavi endikasyonları açısından bu hastalarda yataklı tedavi ihtiyacı doğurabilmektedir. Yukarıda bahsedilen görüşlere zıt olarak BKB tanılı hastaların hastane ortamında kötüleştiğine dair güçlü kanıtlar bulunmadığını ve bu kişilerde ortaya çıkan depresyon, anksiyete, intihar düşünceleri ve fonksiyonel bozulmaların yataklı tedaviden fayda gördüğünü bildiren (262) ve kişiler arası ilişkilerde aşırı duyarlılık ve tutarsızlık sergileyen bu kişilerde yataklı tedavi ortamındaki kısıtlı ve stabil çevrenin iyileşmeye katkı sağladığını bildiren çalışmalar (263) mevcuttur. BKB tanılı, özellikle çocuk ve ergen hastalarda yataklı tedavinin tedavi sürecindeki yeri ve yataklı tedavinin etkinliğine dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Az sayıdaki önceki çalışmalarda iyileşme ile olumsuz ilişkisi olduğu bildiren diğer tanılar psikotik bozukluklar ve davranım bozukluğudur (246). Anksiyete bozukluğu ise iyileşme ile olumlu ilişkili olarak bildirilmiştir (264). Çalışmamızda psikotik bozuklukların dahil edilmemesi, davranım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanısı alan olguların sayıca az olması sonuçlarımızı

etkilemiş olabilir. Çocuk ve ergenlerde komorbid psikiyatrik bozukluklar, psikopatolojilerde tedavi sonuçlarını etkileyen bir faktör olabilmekle beraber (265), çocuk ve ergen yataklı tedavisinde bu ilişki gösterilememiştir (245, 246). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde komorbidite olması ile sonuçlar arasında ilişki bulunamadı. Bu durum yatarak tedavi gören ve ayaktan tedavi gören hastaların psikiyatrik tablolarındaki farklılıklar ile ilişkili olabilir. Tanı ve komorbidite varlığı ile iyileşme arasındaki ilişkiyi belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Elde ettiğimiz bulgularda ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı korelasyon saptanamadı. Bulgularımızın aksine yaşla beraber yataklı tedavi sürecinde iyileşmenin arttığını gösteren çalışmalar olmakla beraber geniş kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında bulgularımızı destekler şekilde yaş ve cinsiyet ile iyileşme arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (13). Yaşın artması ile iyileşme arasında ilişki olduğu gösterilen çalışmalardan bir tanesi genellikle 15 yaş altı çocuklarla yapılmış ve olguların ortalama yaşı 12,8 olarak bildirilmiştir (8). Diğer bir çalışmada ise yaş aralığı 77-215 ay arasında değişmektedir (238). Zihinsel yetersizlik ve diğer gelişimsel problemler gibi kronik ve dirençli olabilen tablolara sahip çocukların diğer çocuklara göre yataklı tedavi ihtiyaçları daha erken yaşlarda ortaya çıkabilmektedir (8). Çalışmamızda belirli bir yaş grubunun (12-18 yaş) dahil edilmesi nedeniyle yaş açısından dar aralıkta ve homojen bir grup olması, ayrıca zihinsel yetersizlik ve OSB olan çocukların çalışmaya dahil edilmemesi bulgularımızın farklı olmasında rol oynamış olabilir.

Bu çalışmada iyileşme ile ilişkili çıkmayan faktörlerden bazıları önceki yatış sayısı, diğer tıbbi kronik hastalık bulunması, cinsel istismara uğrama öyküsü, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı öyküsü, sigara ve alkol kullanımı idi. Gabel ve Shindledecker (1990) yaptıkları çalışmada şüpheli çocuk istismarının çocuk ve ergen yataklı tedavisinde kötü sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (47) fakat bu çalışmada farklı olarak sadece cinsel istismar değil diğer istismar türleri de dahil edilmiştir, ayrıca istismar öyküsü olan olgu sayısının az olması (n:5) da sonuçlarımızın bu çalışmadan farklı olmasında etkili olmuş olabilir. Ghuman ve ark (1989) 113 ergenle yaptıkları çalışmada olguları iyileşen ve iyileşmeyen olarak gruplara ayırmış ve önceki psikiyatrik yatış öyküsünün kötü sonuçlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (266). Çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak daha önce yatış öyküsü olması ÇGDÖ puanlarındaki artış (r:0,240) ve HoNOSCA puanlarındaki azalma (r:0,249) ile istatistiksel anlamlı olmayan

zayıf pozitif korelasyon gösterdi. Olgularımızdan daha önce psikiyatrik yatış öyküsü olan sekiz hastanın üçünde BAB, dördünde ise depresif bozukluk vardı. Depresif bozukluk iyileşme ile anlamlı ilişki göstermese de korelasyonu pozitif yönlüydü, BAB ise HoNOSCA puanlarındaki iyileşme ile istatistiksel olarak anlamlı olmak üzere iyileşme ile pozitif yönlü korelasyon göstermesi nedeniyle olgularımızın tanısal özellikleri bu farklılığa neden olmuş olabilir. Olgularımızın %38'inde intihar girişimi öyküsü, %33'ünde intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı öyküsü vardı fakat her ikisi de tedavi sonuçlarıyla ilişki göstermedi. Bulgularımız çocuk ve ergenlerde intihar girişimi/düşünceleri ile yataklı tedavi sonuçları arasında ilişki bildirmeyen önceki kimi çalışmalarla (47) uyumludur. Diğer tedavi yöntemleri ile yapılan çalışmalarda ise çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (267, 268). Yöntemsel farklılıklar, hasta grubunda ve tedavi yöntemindeki farklılıklar farklı sonuçlara neden olabilmektedir. Tıbbi kronik hastalık öyküsünün yataklı tedavide tedavi sonuçlarıyla ilişkisine yönelik güçlü kanıtlar bulunmamaktadır. Doğrudan kronik tıbbi hastalığı değerlendirmese de bununla ilişkili olan pediatrik hastaneye yatış ve cerrahi öyküsünün yataklı tedavide kötü sonuçlarla ilişkilendirilmiş olması (12) kronik tıbbi hastalığın sonuçlar üzerinde potansiyel etkisi olabileceğini düşündürmektedir fakat çalışmamıza nörolojik hastalığı olanları dahil etmememiz ve nöroloji dışı kronik hastalığı olan olgu sayımızın az olması (n:4) sonuçlarımızın anlamlı ilişki göstermemesine neden olmuş olabilir. Her ne kadar geçmiş ve şimdiki alkol kullanımı ile tedavi sonuçları arasında ilişki olmadığını bildiren bir çalışma (269) sonuçlarımızı destekler şekilde olsa da alkol kullanım öyküsü olan olgu sayımızın az olması (n:4), bu olguların hiçbirinde ciddi kullanım düzeyinin olmaması sonuçlarımızı karşılaştırmayı uygun kılmamaktadır. Olgularımızda sigara kullanma oranı %42,8 idi. Ayrıca sigara kullanımı ile alkol kullanımı, okulu bırakma ve yaş arasında pozitif korelasyon saptadık. Sigara kullanımının psikopatolojilere sıklıkla eşlik ettiği bilinmektedir (270). Ayrıca sigara kullanımının, psikopatolojilerle birlikteliğin yanı sıra psikopatoloji gelişimi için risk oluşturduğu gösterilmiştir (271). Fiziksel sağlığın yanı sıra ruh sağlığı açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı ergenlerde yaş ile birlikte artmaktadır (272) Sigara kullanımı ile alkol kullanımı birlikte sık görülebilmektedir (273). Daha önce birliktelikleri sıklıkla gösterilmiş olan sigara kullanımı ile okul başarısızlığı ve okula devamsızlık arasında karşılıklı bir ilişkiden bahsetmek mümkündür (274, 275). Bu bilgiler verilerimiz ile uyumlu ve destekler niteliktedir. Diğer taraftan sigara kullanımı ve iyileşme arasında ilişki bulamadık. Sigara kullanımı belirti düzeyi, atak sayısı, hastalığın şiddeti ile ilişkilendirilmiş olsa da (276),

sigara kullanımının belirli bir tedavi ortamında tedavi yanıtı ile ilişkisini incelenmemesi nedeniyle yöntemsel olarak çalışmamızdan farklıdır, bunun yanında sigara kullanımının çevresel ve bireysel faktörlerle yakın ilişkisi (272) sonuçların çalışma örneklemine göre değişkenlik göstermesine neden olabilmektedir.

Yatış süresi ile ÇGDÖ puanlarında artış arasındaki pozitif yönlü zayıf korelasyon istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşamadı. Aynı şekilde yatış süresi ile HoNOSCA puanlarındaki azalma arasındaki pozitif yönlü zayıf korelasyon istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşamadı. Yatış süresi ve iyileşme arasında yazında farklı bulgular mevcuttur. Yatış süresi ve iyileşme arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar (10, 11, 13) olmakla beraber ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da (14, 277, 278) bulunmaktadır. Çalışmamızda yatış süresi ile iyileşme düzeyi arasında zayıf korelasyon bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamaması örneklemimizin dar olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan James ve ark (2010) ilk psikiyatrik yatışı olan 126 gençle yaptıkları çalışmada uzun yatış süresinin sonraki dönemde tekrarlayan yatışlar için risk faktörü olduğunu bildirmiştir (73). Swadi ve Bobier (2005), 16-18 yaş arası 72 ergenle yaptıkları çalışmada ortalama yatış süresini tüm grup için 27,3 gün, duygudurum bozuklukları için 23,7 gün, anksiyete bozuklukları için 18,9 gün, psikotik bozukluklar için 46,9 gün bulmuş, HoNOSCA puanlarındaki majör azalmanın (yataklı tedavi boyunca meydana gelen ortalama 7,3 puanlık azalmanın 5,5 puanlık bölümü) ilk 3 hafta içerisinde olduğunu bildirmişlerdir (279). Madden ve ark. (2015) 82 anoreksiya nervosa tanılı ergenle yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, tıbbi stabilizasyona odaklanan kısa süreli yatış ile kiloya odaklanan uzun süreli yatışı karşılaştırmış gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (280). Kalış süresi ve iyileşme arasındaki ilişkinin belirlenmesi, kalış süresinin artmasının potansiyel faydaları ve risklerinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla uzunlamasına çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sosyodemografik özellikler, tanı ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerin yanısıra tanıdan bağımsız olarak ele aldığımız boyutsal faktörleri değerlendirdiğimizde hipotezimizle uyumlu biçimde iyi yürütücü işlevlere sahip hastaların tedaviye daha iyi yanıt verdiği saptandı. Yürütücü işlev bileşenlerinden inhibisyon, set değiştirme, başlatma, çalışma belleği, planlama/organize etme, düzenli olma, izleme, davranışsal düzenleme indeksi, üstbilis indeksi, global yönetici puanı alt ölçeklerinde bozulmayı gösteren yüksek puanlar hem ÇGDÖ puanlarındaki azalma ve HoNOSCA puanlarındaki artış ile anlamlı negatif korelasyon gösterdi ve korelasyon düzeyleri her iki ölçek arasında

tutarlıydı. Sadece duygusal kontrol alt ölçeği puanları ÇGDÖ ve HoNOSCA puanlarındaki değişim ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermedi. Yazında yürütücü işlevler ile yataklı tedavi etkinliğinin ilişkisini inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Erken başlangıçlı psikoza olan ergen yatan hastalarla yapılmış bir çalışmada bazal Wisconsin Kart Eşleme Testi sonuçlarının sonraki süreçte şizofreni tanısına ilerleme, psikotropik ilaç kullanımı ve psikiyatrik başvuru ile ilişkili olduğu bulunmuştur (121). Depresyon tanılı yatarak tedavi gören erişkin hastalarla yapılan çalışmalarda zayıf bölünmüş dikkat becerisinin akut dönemde antidepresan tedavisine yanıt, taburculuk öncesi remisyona ulaşma ve 6 aylık takipte relaps ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (19). Çalışmaların az sayıda olması, belirli tanılara odaklı yapılması ve yalnızca birinin ergen yaş grubuyla yapılmış olması karşılaştırmayı zorlaştırırsa da bulgularımızla tutarlı olarak iyileşme ve yürütücü işlevler arasında ilişki olduğunu destekler niteliktedir. Bunun yanında ayaktan hastalarda yürütücü işlevlerin iyileşme üzerindeki etkisini gösteren çalışmalar yürütücü işlevlerin tedavi sonuçları için anlamlı bir öngörücü olduğunu desteklemektedir (18, 281, 282). Davranışı, düşünceyi, duyguları ve dikkati yönlendirme ve kontrol etme, bilgiyi işleme ve kontrol etme, esneklik gösterebilme, uygun problem çözme stratejileri geliştirebilme, problemleri öngörme, amaçlar doğrultusunda planlama yapip planları düzenli bir şekilde uygulayabilme ve planları sürdürebilme, kendini izleme ve davranışlarının çevre üzerindeki etkisini algılayabilme ile ilişkili olan yürütücü işlevlerin psikopatolojilerde sağaltım üzerinde etkili olduğu gibi günlük hayattaki işlevsellik, okul başarısı, sosyal ve fiziksel sağlık üzerinde de etkili olması (77) yürütücü işlevlerin hayatın her alanında geniş bir etki alanı olduğunu göstermektedir. Yürütücü işlevlerin belirlenmesi için yüzün üzerinde test bulunmakta, dolayısıyla çalışmalarda bildirilen bulguları değerlendirirken testin etkisini göz ardı etmemek gerekir. YİYYDE ise farklılıklara duyarlı yaygın kullanılan ölçüm araçlarından biridir (283). Psikopatolojiye göre de yürütücü işlevlerdeki bozulmalar farklılık gösterebilir. Örneğin kontrol grubuna göre bozulma düzeyi DEHB ve davranım bozukluğunda tik bozukluğu ve KOKGB'ye göre daha fazladır, aynı şekilde depresif bozuklukta bozulma düzeyi diğer psikopatolojilere ve kontrol grubuna göre daha fazla olabilmektedir (283). Biz ise çalışmamızda yürütücü işlevleri bir boyut olarak ele alıp tanısal farklılık gözetmeksizin doğrudan yürütücü işlevler ve iyileşme arasındaki ilişkiyi inceledik ve ölçtüğümüz hemen hemen tüm alt bileşenleriyle beraber yürütücü işlevlerdeki tedavi öncesi bozulma düzeyinin iyileşmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olduğunu bulduk. Yürütücü işlevler prefrontal korteks başta olmak üzere beyindeki geniş bölgeler ve ağlarla

düzenlenmektedir (284). Beyin bölge ve devrelerdeki yapısal farklılıkların ve aktivite farklılıklarının psikopatolojiler için tedaviye yanıtı öngören bir faktör olması (285, 286) iyileşme ve yürütücü işlevleri ilişkisinin altında yatan mekanizmayı açıklayabilir fakat özellikle çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi etkinliği ve yürütücü işlevler ilişkisi hakkında yeterli çalışma olmaması, yürütücü işlevler ile akut stabilizasyona odaklı yataklı tedavi yanıtı ilişkisini netleştirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç doğurmaktadır.

Beklentimizin aksine herhangi bir DDGÖ alt ölçeği ve toplam DDGÖ puanı ile ne ÇGDÖ puanları ne HoNOSCA puanlarındaki iyileşme arasında anlamlı ilişki saptanamadı. Çalışmamız çocuk ve ergen yataklı tedavisinde tedavi öncesi duygu düzenleme güçlüğü ile tedavi etkinliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bildiğimiz ilk çalışmadır. Duygu düzenleme becerilerinin, psikiyatrinin temel bileşenlerinden biri olması nedeniyle tedavi öncesi duygu düzenleme becerilerinin çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi sonuçları üzerinde etkili olup olmadığının belirlenmesinin önemli olduğu ileri sürebilir. Duygu düzenleme teorik olarak birçok patolojinin hem patogenezinin hem tedavisinin altında yatan transdiagnostik bir mekanizmadır ve psikopatolojilerin etkili tedavisinde duygu düzenlemedeki olumlu değişimin rol aldığı düşünülmektedir (287). Duygu düzenleme becerilerindeki iyileşmenin psikopatolojilerde belirti azalmasıyla ilişkili olduğunu (288, 289) ve duygu düzenleme becerilerini hedefleyen stratejilerin psikopatolojilerin sağaltımında (290, 291) etkili olduğunu gösteren çalışmaların giderek artması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Duygu düzenlemenin tedavideki temel rolü nedeniyle tedavi öncesi duygu düzenleme becerilerinin sonuçları öngörüp öngörmediği araştırma konusu olmuştur fakat elde edilen veriler çelişkilidir, ayrıca yapılan bu çalışmalar genellikle tek bir tanıya odaklanılarak yapılmıştır. Nielsen ve ark (2019) anksiyete bozuklukları tanılı 76 kişi ile yaptıkları çalışmada başlangıçtaki duygu düzenleme güçlüğüne tedavi sonuçlarını öngörmediğini bildirmişlerdir (292). Benzer şekilde Toorenborg ve ark. (2020) travma sonrası stres bozukluğu tanılı 62 hasta ile yaptıkları çalışmada başlangıç DDGÖ puanlarının tedaviye yanıt ve tedavi sonrası 6 aylık süreçte relaps ile ilişkili olmadığını bildirmişlerdir (293). Bu iki çalışma belirli tanı gruplarında yapılmasıyla çalışmamızdan farklı olsa da başlangıç duygu düzenleme güçlüğü ile tedavi sonuçları arasında ilişki olmaması açısından bulgularımız ile uyumludur. Bu çalışmaların aksine 74 yeme bozukluğu hastasıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada bilişsel davranışçı terapi alan grupta duygu düzenleme güçlüğüne az olmasının kilo artışı, aile tabanlı terapi alan grupta duygu düzenlemedeki

problemlerin belirti artışını öngördüğü bildirilmiştir (294). Alkol bağımlılığında tedavi öncesi duygu düzenleme becerilerinin tedavi süresince alkol kullanımı ile ilişkili olduğu, adaptif duygu düzenleme becerileri yüksek kişilerin daha az alkol kullandıkları bildirilmiştir (295). Duygu düzenleme işlevleri sırasındaki beyin aktivitesinin depresyonda sertralin yanıtını öngörebildiği bildirilmiştir (177). Bu bulgular, sonuçlarımızdan farklıdır fakat çalışmamızda duygu düzenleme, belirli bir tanı özelinde değil tanılardan bağımsız bir boyut olarak ele alınmıştır. Bunun yanında örneklemimizin dar olması da duygu düzenleme ve iyileşme arasında anlamlı ilişki saptanmamasında rol oynamış olabilir. Her ne kadar çalışmamızda duygu düzenleme ile iyileşme arasında anlamlı ilişki saptanmasa da duygu düzenleme ile yakından ilişkili olan ve birçok duygu düzenleme becerisinin temelinde yer alan yürütücü işlevlerin (145) iyileşme ile ilişkili olması, tedavi öncesi duygu düzenleme becerilerinin iyileşme ile tümünden ilişkisiz olmadığını düşündürmektedir. Duygu düzenleme çocuk ve ergen psikiyatrisinde gittikçe artan biçimde araştırılan ve anlaşılmaya çalışılan bir boyuttur fakat hem çocuk ve ergenlerde hem de yatan hastalarda tedavi yanıtıyla ilişkisi yeterince araştırılmamıştır. Duygu düzenleme ile çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi yanıtı arasındaki ilişkiye dair bilgilerimizin artması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda incelenen diğer bir boyut pekiştireç duyarlılığı idi. Pekiştireç duyarlılığı gittikçe ilgi çeken bir alan olmakla beraber tedavi sonuçları ile ilişkisine dair bilgiler henüz kısıtlıdır. Çocuk ve ergen yataklı tedavisinde pekiştireç duyarlılığının sonuçlarla ilişkisini inceleyen başka bir çalışma bildiğimiz yazında yoktur. Çalışmamızda yüksek DİS puanları ile HoNOSCA puanları arasında zayıf negatif korelasyon saptansa da bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. BKB ile DİS daha belirgin olmak üzere yüksek DİS ve DAS puanları arasında ilişki olduğunu bildiren iki çalışmanın (296, 297) sonuçlarını ve çalışmamızda BKB'nin iyileşme ile negatif korelasyon göstermesini göz önüne aldığımızda bu durum, DİS puanlarının sonuçlarla anlamlı olmayan zayıf korelasyonunda rol oynamış olabilir. Çalışmamızda DAS puanları ile tedavi sonuçları arasında ilişki bulamadık. Yakın zamanda 76 BAB tanılı erişkin ile yapılan bir çalışmada bulgularımız ile tutarlı biçimde DAS ile tedavi sonuçları arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir (298). Bu çalışmanın sonuçları sonuçlarımız ile uyumlu olsa da depresyonda erken dönemde DAS puanlarındaki artışın, 8 hafta sonraki depresif belirtiler ve anhedonideki azalma ile ilişkili olduğunun gösterilmesi (299), aynı şekilde DAS aktivitesinin BAB tedavi ve prognozu üzerindeki etkisi (300) DAS ile tedavi sonuçları

arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmaların bizim çalışmamızdan farklı olarak belirli tanılar ile yapılmış olması, erişkinlerle yapılmış olması ve tedavi ortamının farklı olması sonuçlarımızdaki farklılıkta rol oynamış olabilir. Psikiyatride önemli boyutsal faktörler olan ceza ve ödül duyarlılığının tedavi sonuçları için öngörücü rolünün belirlenmesi için ilerleyen çalışmalar önem arz etmektedir.

Çocuk ve ergenlerde psikopatolojileri ele alırken ailenin değerlendirilmesi ve sürece dahil edilmesi erişkin hasta grubuna göre daha fazla önem taşımaktadır. Tedavi sürecinde de ailesel birçok değişken tedavi sonuçlarını etkileyebilir. Özellikle yataklı tedavi açısından bakıldığında, yataklı tedavi gören çocuk ve ergenlerin ailelerinde psikopatolojiler sık görüldüğü bildirilmektedir (301) ancak yazında yataklı tedavi sonuçları ile ebeveyn psikopatolojisi arasında ilişkiye dair verilerimiz kısıtlıdır. Harrington ve ark. (2000) ayaktan ve yatarak tedavi gören 141 çocuk ile yaptıkları çalışmada ebeveynlerde bulunan depresyonun yaygın olduğunu ve tedavi sonuçları ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (302). Nispeten eski çalışmalar ebeveynde psikopatoloji olması, ebeveynlerin daha önce yatarak psikiyatrik tedavi görmesinin tedavi sonuçları üzerinde etkili olduğunu bildirilmiştir (47, 48). Çalışmamızda ebeveynlerde psikopatoloji ve daha önce yatarak tedavi görme öyküsü olması ile tedavi sonuçları arasında ilişkili saptanamadı. Bulgularımızla paralel biçimde Mayes ve ark. (2001) ebeveyndeki psikopatoloji ile çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi sonuçları arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir (303). Yataklı tedavi sonuçlarıyla ebeveyn psikopatolojisi ilişkisine dair veriler az olmasına rağmen ayaktan hastalarda ebeveyn psikopatolojisinin kötü tedavi sonuçlarına yol açtığı sıklıkla gösterilmiştir (304-306). Bunun aksi yönünde ebeveyn psikopatolojisinin akut tedavi sonuçları (307) ve remisyon (308) ile ilişkili olmadığı da bildirilmiştir. Schleider ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada ise tedavi öncesi ebeveyn psikopatolojisi daha fazla olanların tedavi ile aile işlevselliğinin daha fazla düzeldiğini bunun da çocuklardaki anksiyete düzeyinde daha fazla iyileşmeyi öngördüğünü bildirmişler ve ebeveynlerde psikopatoloji bulunması halinde iyileşmeye açık alan genişlediği ve çocuğun tedavi görmesi ebeveyn üzerinde rahatlatma yaratarak motivasyonlarını arttırabildiği için daha hızlı tedavi yanıtına neden olabildiğini öne sürmüşlerdir (309). Diğer taraftan ebeveyn psikopatolojisi bozulmuş aile ortamı, destek sistemlerinin sağlıklı yürütülememesi nedeniyle tedavi sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Yataklı tedavi ayaktan tedaviye göre çoğunlukla kısa süreli olmakta ve akut stabilizasyon amacı güdülmektedir. Akut dönem sonuçlarının uzun süreli tedavi sonuçları arasındaki

farklılık da ebeveyn psikopatolojisi ve çocuktaki tedaviye yanıt ilişkisinde farklılığa neden olabilir. Bu nedenle ebeveyn psikopatolojisinin çocuklardaki psikopatolojilerin sağaltımı üzerindeki etkileri konusunda özellikle yataklı tedavi sürecini ve sonraki takip dönemlerini kapsayacak şekilde daha fazla sayıda ve geniş örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ebeveynde psikopatoloji bulunmasının yanı sıra ebeveyn eğitim düzeyi, ebeveyn birlikteliği, aile tipi ve aile geliri ile tedavi sonuçları arasında anlamlı ilişkili bulunmadık. Çocuk ve ergen yataklı tedavisinde ebeveyn eğitim düzeyi, çocuğun ebeveynlerle birlikte yaşaması ve her iki ebeveynle birlikte olmasından bağımsız olarak iyileşme olduğunun daha önce gösterilmiş olması (303) bulgularımızı desteklemektedir. Düşük sosyoekonomik düzey erişkin yatan hastalarda tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiş olsa da (53) çocuk ve ergen yatan hastalarda bu tür bir ilişkiye dair güçlü veriler yoktur. Düşük sosyoekonomik düzey, çocuklarda ruhsal, fiziksel sağlık ve bilişsel beceriler üzerinde etkili olabilmekle (310, 311) beraber ailede iyi işlevselliğin, düşük ebeveyn stresinin, olumlu ebeveynlik becerilerinin, destekleyici ortamın sosyoekonomik düzeyin olumsuz etkilerine karşı koruyucu olabilmektedir (312, 313). Bu nedenle sosyoekonomik düzeyin diğer etkenlerden bağımsız olarak tek başına değerlendirilmesi yeterli olmayabilir.

Bu çalışmada yataklı tedavi sürecinde ÇGDÖ puanlarında artış ile ADÖ alt ölçeklerinden roller, duygusal tepki verebilme ve genel işlevsellik arasında olduğu gibi HoNOSCA puanlarındaki azalma ile roller, duygusal tepki ve genel işlevsellik arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu saptandı. Dolayısıyla aile içi roller, duygusal tepki verebilme ve genel işlevsellik alanında işlevsellikteki bozulma iyileşmeyi olumsuz etkiliyor gibi görünmektedir. Problem çözme, iletişim, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü alt ölçekleri ile iyileşme arasında ise anlamlı ilişki saptanamadı. Aile işlevselliği yataklı tedavilerde zaman zaman değerlendirilmiştir. Aile işlevselliğinin ve ADÖ'nün alt bileşenlerini değerlendirmeye almamız nedeniyle çalışmamız önceki çalışmalara göre daha geniş kapsamlı bir çalışmadır. Çalışmamızda yataklı tedavi başlangıcında ölçtüğümüz tedavi öncesi aile işlevselliği kullanılmıştır, önceki yapılan çalışmalarda (29, 314) yataklı tedavi sürecinde aile işlevselliğinin genellikle değişmediği gösterilmiştir. Çocuk ve ergenlerde psikiyatri servislerinde aile işlevselliği ile ilgili yapılan çalışmaları incelendiğinde King ve ark. (1997) yaptıkları çalışmada aile değerlendirme ölçeğinin sadece genel işlevsellik alt ölçeğini kullanmışlar ve çalışmaları neticesinde tedavi öncesi aile işlevselliğinin tedavi sonuçları ile ilişkili olduğunu,

bozulmayı gösteren genel işlevsellik alt ölçek puanları yüksek hastaların hem başlangıç hem de sonuç belirti düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (315). Gavidia-Payne ve ark. (2003) ise aile işlevselliğinin yataklı tedavi boyunca ve sonrasında değişip değişmediğini incelemiş, tedavi başlangıcı, taburculuk ve taburculuktan dört ay sonrası olmak üzere üç ayrı zaman diliminde ölçüm yapmışlardır ve çalışma sonucunda sadece roller alt ölçek puanlarında tedavi başlangıcı ve taburculuk arasında iyileşme olduğu fakat taburculuk sonrası tekrar kötüleştiği, davranış kontrolü alt ölçeğinde tedavi başlangıcı ve taburculuktan dört ay sonrası arasında anlamlı düzelme olduğu, diğer alt ölçeklerde ise değişim olmadığı gösterilmiştir (314). Green ve ark. (2001) tedavi başlangıcı ve taburculuk arasında aile işlevselliği düzeyinin değişmediği, tedavi öncesi aile işlevselliğinin iyileşmeyi öngördüğünü göstermişlerdir (29). Green ve ark. (2007) yataklı tedavi etkinliği ve maliyet üzerine yaptıkları, taburculuk sonrası bir yılı da kapsayan diğer bir çalışmada tedavi öncesi iyi aile işlevselliğinin, daha iyi sonuçları öngördüğü ve taburculuk sonrası ÇGDÖ puanlarındaki iyileşme ile ilişkili olduğu aynı zamanda faydaya göre maliyet ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir (30). Farklı olarak Mayes ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada aile işlevselliği ve tedavi sonuçları arasında ilişki bulunamamıştır fakat bu çalışmada kullanılan ölçek bizim çalışmamızdan farklıdır (303). Aile işlevselliği çocuk ve ergen psikiyatri servisleri dışında da tedavi sonuçlarıyla ilişkili olarak gösterilmiştir. Aile işlevselliğinin farklı tedavi seçenekleri ve farklı hasta grupları içerisinde de tedavi etkinliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (316, 317). Çalışmamızda genel işlevsellik alt ölçeğinin iyileşme ile ilişkili çıkması önceki çalışmalarla da uyumlu olarak aile işlevselliğinin iyileşme üzerinde önemli bir değişken olduğunu düşündürmektedir. Roller alt ölçeği aile içi görev sorumlulukların dağılımı ve yerine getirilmesi ile ilişkilidir. Bu noktadan yola çıkarak görev ve sorumluluklar açısından olumlu davranış kalıpları geliştiren ailelerin çocuklarının tedaviye daha iyi yanıt verdikleri söylenebilir. İyileşme ile ilişkili çıkan diğer bir bileşen ise ailenin duygulara ve uyaranlara uygun ve yeterli tepki verebilmesini gösteren ve duygusal uyaranlarla baş etme becerileri ile ilişkili olan duygusal tepki verebilmedir. Dolayısıyla yeterli ve uygun tepkiler verebilen, baş etme becerileri iyi olan ailelerin çocuklarının tedaviye daha iyi yanıt veriyor gibi görünmektedir. Aile içi çatışma, tutarsız tepkiler ve destekleyici olmayan tutumların yarattığı stres yoluyla prefrontal korteks gelişimini etkileyerek daha kötü ruhsal sonuçlara yol açması (205, 206) bu alanlardaki problemlerin iyileşme ile ilişkisini açıklayabilir. Aile işlevselliği, aynı zamanda yürütücü işlevlerin gelişiminde de rol oynamaktadır (318). Çalışmamızda yürütücü işlevlerin de iyileşme ile ilişkili olması aile

işlevselliğinin iyileşme ile olan ilişkisini desteklemek açısından tutarlıdır fakat az sayıda çalışma olması, incelediğimiz kimi bileşenlerin daha önce incelenmemiş olması nedeniyle özellikle yataklı tedavilerde aile işlevselliği ve bileşenlerinin iyileşme ile ilişkisi hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi etkinliği ile ilişkili faktörleri inceleyen kısıtlı sayıda çalışmadan biri olması, tanıdan bağımsız olarak duygu düzenleme, yürütücü işlevler ve pekiştireç duyarlılığı gibi boyutsal faktörleri ele almamız, bireysel özelliklerin yanı sıra aileye ait özelliklerin de geniş bir bakış açısıyla ele alınması çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Ancak bazı kısıtlılıklarımız da mevcuttur. En önemli kısıtlılık örneklem sayısının az olmasıdır. Küresel pandemi nedeniyle alınan tedbirler, hastane başvurularının azalması ve dışlama kriterlerimiz olgu sayımızın az olmasında rol oynadı. Diğer bir kısıtlılık ise verilerimizin bir kısmının öz bildirim ölçeklerine dayalı olmasıdır. Çalışma süresince tedavi ekibi çoğunlukla korunmakla beraber ekip içerisindeki kısıtlı değişiklikler olması çalışmanın diğer bir sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları servisinde yatırılarak takip edilen 12-18 yaştaki hastalarda yataklı tedavi etkinliği ile klinik ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisini belirlemeyi amaçladığımız çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1. Yatarak tedavi gören olguların %69'u kız, olguların genel yaş ortalaması $15,55 \pm 1,42$, kızların yaş ortalaması $15,72 \pm 1,39$, erkeklerin yaş ortalaması $15,15 \pm 1,46$ 'dır.
2. Yataklı tedavinin, hem işlevsellik hem de belirti düzeyi açısından etkin bir tedavi yöntemi olduğu tespit edilmiştir.
3. Başlangıçtaki daha fazla belirti olduğunu gösteren HoNOSCA puanlarındaki yükseklik ve başlangıçtaki daha düşük işlevselligi gösteren ÇGDÖ puanlarındaki düşüklük ile yataklı tedavi boyunca meydana gelen iyileşme arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.
4. Yataklı tedavi boyunca ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma ile yürütücü işlev bileşenleri (inhibisyon, set değiştirme, başlatma, çalışma belleği, planlama/organize etme, düzenli olma, izleme, davranışsal düzenleme indeksi, üstbilis indeksi, global yönetici puanı) ilişkili çıkmıştır. Tedavi öncesi yürütücü işlevlerdeki bozulma ile yataklı tedavi boyunca meydana gelen iyileşme arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir.
5. Yataklı tedavi etkinliği ile aile işlevselliğinin roller ve duygusal tepki verebilme bileşenleri ve genel aile işlevselliği arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu alanlardaki tedavi öncesi bozulmayı gösteren yüksek puanlar ile ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalma arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.
6. BAB ve BKB, tedavi sonuçları ile ilişkili çıkan tanılar olarak bulundu. BKB tanısının, ÇGDÖ puanlarındaki artış ve HoNOSCA puanlarındaki azalmanın her ikisiyle negatif korelasyonu olduğu, BAB tanısının ise HoNOSCA puanlarındaki azalma ile pozitif korelasyonu olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; çocuk ve ergen psikiyatrisinde önemli bir yeri olan yataklı tedavinin etkinliği tedavi öncesi yürütücü işlevler, aile işlevselliği, belirti ve

işlevsellik düzeyi ve hastaların tanıları ile ilişkili görünmektedir. Tedavide önemli yeri olmasına rağmen kısıtlı düzeyde olan çocuk ve ergen yataklı servislerinin etkin kullanımı için tedavi sonuçlarını öngörücü faktörlerin belirlenmesi önemlidir ve bu alandaki çalışmaların az olması daha fazla çalışma yapılması ihtiyacı doğurmaktadır.



7. KAYNAKLAR

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet* 2007, 369(9569):1302–13.
2. James A, Clacey J, Seagroatt V, Goldacre M. Adolescent inpatient psychiatric admission rates and subsequent one-year mortality in England: 1998-2004. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010, 51(12):1395-404.
3. Meagher SM, Rajan A, Wyshak G, Goldstein J. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991-2008. *Psychiatric Quarterly* 2013, 84(2):159-68.
4. Hayes C, Simmons M, Simons C, Hopwood M. Evaluating effectiveness in adolescent mental health inpatient units: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing* 2018, 27:498–513.
5. Güvenir T, Varol Taş F, Özbek A. Child and adolescent mental health inpatient services in Turkey: Is there a need and are they effective? *Noro Psikiyatri Ars* 2009, 46:143-8.
6. Özbaran B, Köse S, Yılmaz E, Aydın AN, Aydın C. Çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamasında yataklı servis deneyimi ve yatışın iyileşmeye katkısının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016, 17(2):120-6
7. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Hatling T, Jensen G, Olstad PM, Stangeland T, Tinderholt T. Admissions to acute adolescent psychiatric units: A prospective study of clinical severity and outcome. *International Journal of Mental Health Systems* 2011, 5(1):1.
8. Setoya Y, Saito K, Kasahara M, Watanabe K, Kodaira M, Usami M. Evaluating outcomes of the child and adolescent psychiatric unit: A prospective study. *International Journal of Mental Health Systems* 2011, 5:7.
9. Yuan JM. HoNOSCA in an adolescent psychiatric inpatient unit: An exploration of outcome measures. *Psychiatria Danubina* 2015, 27:357–63.
10. Sperbeck DJ, Mayo M. Measuring child and adolescent psychiatric treatment outcomes: The development and validation of the Symptom Acuity Rating Scale. *Journal of Projective Psychology & Mental Health* 2016, 23:82–87.

11. Kennedy J, Hembry P, Green D, Skuse D, Lewis S. Predictors of change in global psychiatric functioning at an inpatient adolescent psychiatric unit: A decade of experience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2020, 25(2):471–82.
12. Remberk B, Bażyńska AK, Brągoszewska J, Niwiński P, Piróg-Balcerzak A, Popek L, Rybakowski F. Inpatient psychiatric treatment is not always effective in adolescent sample. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2018, 22(1): 70-76.
13. Pfeiffer SI, Strzelecki SC. Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1990, 29(6):847–53.
14. Mathai J, Bourne A. Patients who do Well and who do less well in an inpatient adolescent unit. *Australasian Psychiatry* 2009, 17(4):283–6.
15. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological Assessment*, 4rd ed. New York, Oxford University Press, 2004.
16. Millan MJ, Agid Y, Brüne M, Bullmore ET, Carter CS, Clayton NS, Connor R, Davis S, Deakin B, DeRubeis RJ, Dubois B, Geyer MA, Goodwin GM, Gorwood P, Jay TM, Joëls M, Mansuy IM, Meyer-Lindenberg A, Murphy D, Rolls E, Saletu B, Spedding M, Sweeney J, Whittington M and Young LJ. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews Drug Discovery* 2012, 11:141–68.
17. Gorlyn M, Keilp JG, Grunebaum MF, Taylor BP, Oquendo MA, Bruder GE, Stewart JW, Zalsman G, Mann JJ. Neuropsychological characteristics as predictors of SSRI treatment response in depressed subjects. *Journal of Neural Transmission* 2008, 115:1213– 19.
18. Dunkin JJ, Leuchter AF, Cook IA, Kasl-Godley JE, Abrams M, Rosenberg-Thompson S. Executive dysfunction predicts nonresponse to fluoxetine in major depression. *Journal of Affective Disorders* 2000, 60:13–23.
19. Majer M, Ising M, Kunzel H, Binder EB, Holsboer F, Modell S, Zihl J. Impaired divided attention predicts delayed response and risk to relapse in subjects with depressive disorders. *Psychological Medicine* 2004, 34:1453–63.
20. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2004, 26(1):41-54.

21. Wiltgen A, Shepard C, Smith R, Fowler JC. Emotional rigidity negatively impacts remission from anxiety and recovery of well-being, *Journal of Affective Disorders* 2018, 236:69–74.
22. Scherer A, Boecker M, Pawelzik M, Gauggel S, Forkmann T. Emotion suppression, not reappraisal, predicts psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research* 2015, 27(2):143–53.
23. Gray JA, McNaughton N. *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry in to The Functions of The Septo-Hippocampal System*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2000.
24. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory of personality questionnaires: Structural survey with recommendations. *Personality and Individual Differences* 2016, 89:60–64.
25. Kasch K., Rottenberg J, Arnow BA, Gotlib IH. Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology* 2002, 111(4):589–97.
26. Alderfer MA, Fiese BH, Gold JJ, Cutuli JJ, Holmbeck G, Goldbeck L, Chambers CT, Abad M, Spetter D, Patterson J. Evidence-based assessment in pediatric psychology: family measures. *Journal of Pediatric Psychology* 2008, 33(9): 1046–61.
27. Ghamari M, Khoshnam AM, Examine the relationship between family functioning and quality of life among students. *Journal of Family Studies* 2011, 7(27):343–54.
28. Jozefiak T, Wallander JL. Perceived family functioning, adolescent psychopathology and quality of life in the general population: a 6-month follow-up study. *Qual Life Res* 2016, 25:959–67.
29. Green J, Kroll L, Imrie D, Frances FM, Begum K, Harrison L, Anson R. Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001, 40(3):325–32.
30. Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, Briskman J. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry: A prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007, 48(12):1259–67.
31. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008, 49(3): 226–36.
32. World Health Organization. *Global Health Estimates 2013: Deaths by Cause, Age and Sex, Estimates for 2000–2012*. Geneva, World Health Organization. 2014.

33. Hersov L. Inpatient and day hospital units. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Oxford, Blackwell Science, 1994:993-5
34. Blanz B, Schmidt MH. Practitioner review: Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000, 41(6):703–12.
35. Cotgrove AJ, Gowers SG Use of an adolescent in-patient unit. *Advances in Psychiatric Treatment* 1999, 5:192-9.
36. Woolston J. (1996). Psychiatric inpatient services. In Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins. 1996:890-4.
37. Green J, Burke M. The ward as a therapeutic agent. In Green J, Jacobs B (eds). *In-patient Child Psychiatry. Modern Practice, Research And The Future*. London, Routledge. 1998: 93–109.
38. Karaçetin G. Yataklı tedaviler. İçinde: Pekcan A, Ercan ES (editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. Ankara, Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, 2016:676-85.
39. Taneli S. Hospitalizasyon, psikiyatrik yataklı servisler. İçinde: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivantürk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F (edyörler) *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, 1. Baskı Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008:713-7.
40. James A, Worrall-Davies A. Provision of intensive treatment: Intensive outreach, day units, and in-patient units. In: Thapar A, Pine DS, Scott S and et al. (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th ed. Abingdon, John Wiley & Sons, 2015:648–60.
41. Ghuman HS, Saries RM. *Handbook of Adolescent Inpatient Psychiatric Treatment*. New York, Brunner-Routledge, 2003.
42. Green J, Worrall-Davies A. Provision of intensive treatments: in-patient units, day units and intensive outreach. In: Rutter M. et al, (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th ed. Oxford, Wiley Blackwell, 2008.
43. Paykel ES. Achieving gains beyond response. *Acta Psychiatrica Scand* 2002, 106(Suppl.415):12-17.
44. Karamustafalıoğlu KO. Tedavi yanıtı ve remisyon tanımları ise hastalıklara göre farklılık gösterebilmektedir. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2010, 20(1):1-11.

45. Thapar A, Rutter MA. Neurodevelopmental disorders. In: Rutter M, et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th ed. Oxford Wiley Blackwell, 2008: 31-40.
46. Chaplin R, Roach S, Johnson H, Thompson P. Inpatient Children and Adolescent Mental Health Services (CAMHS): outcomes of young people with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2015, 59(11): 995–8.
47. Gabel S, Schindlecker R. Parental substance abuse and suspected child abuse/maltreatment predict outcome in children's inpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990, 29:919–24.
48. Sourander A, Helenius H, Leijala H, Heikkilä T, Bergroth L, Phia J. (1996). Predictors of outcome of short-term child psychiatric inpatient treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1996, 5:75–82.
49. Sonesson O, Arvidsson H, Tjus T. Effectiveness of psychiatric inpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012, 27(2):319–26.
50. Dalgarrondo P, Botega NJ, Banzato CE. Patients who benefit from psychiatric admission in the general hospital. *Rev Saude Publica* 2003, 37:629-34.
51. Spellmann I, Riedel M, Schennach R, Seemüller F, Obermeier M, Musil R, Jäger M, Schmauß M, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Schmidt LG, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Maier W, Lemke MR, Rüther E, Klingberg S, Gastpar M, Möller HJ. One-year functional outcomes of naturalistically treated patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 2012, 198:378-85.
52. Wallsten T, Kjellin L, Lindstrom L. Short-term outcome of inpatient psychiatric care: impact of coercion and treatment characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41:975–80.
53. Cheng IC, Liao SC, Lee MB, Tseng MM. Predictors of Treatment Response and Length of Stay for Inpatients with Major Depression. *Journal of the Formosan Medical Association* 2007, 106(11):903–10.
54. Hennings JM, Owashi T, Binder EB, Horstmann S, Menke A, Kloiber S, et al. Clinical characteristics and treatment outcome in a representative sample of depressed inpatients - findings from the Munich Antidepressant Response Signature (MARS) project. *Journal of Psychiatric Research* 2009, 43:215-29.
55. Giacco D, Conneely M, Masoud T, Burn E, Priebe S. Interventions for involuntary psychiatric inpatients: A systematic review. *European Psychiatry* 2018, 54:41–50.

56. Russo J, Roy-Byrne P, Jaffe C, Ries R, Dagadakis C, Avery D. Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatric Services* 1997, 48(11):1427–34.
57. Duddu V, Rhouma A, Qureshi M, Chaudhry IB, Drake T, Sumra A, Husain N. An acute in-patient psychiatric service for 16- to 17-year-old adolescents in the UK: a descriptive evaluation. *BJPsych Bulletin* 2016, 40(5):261-5.
58. Laukkanen M, Hakko H, Räsänen P, Riala K. Does the use of health care and special school services, prior to admission for psychiatric inpatient treatment, differ between adolescents housed by child welfare services and those living with their biological parent(s)?. *Community Mental Health Journal* 2013, 49(5):528–39.
59. John Tonge B, Catherine Hughes G, Marie Pullen J, Beaufoy J, Gold S. Comprehensive description of adolescents admitted to a public psychiatric inpatient unit and their families. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2008, 42(7): 627–35.
60. McDermott B, McKelvey R, Roberts L, Davies L. Severity of children's psychopathology and impairment and its relationship to treatment setting. *Psychiatr Serv* 2002, 53:57-62.
61. Blader JC. Acute Inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives Of General Psychiatry* 2011, 68(12):1276–83.
62. Hall CL, Moldavsky M, Taylor J, Sayal K, Marriott M, Batty MJ, Pass S, Hollis C. Implementation of routine outcome measurement in child and adolescent mental health services in the United Kingdom: a critical perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014, (4):239-42.
63. Mees, P. A psychoanalytic child psychotherapy contribution to generic assessments. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2016, 21(1):133–44.
64. Green J, Jacobs B. *In-patient Child Psychiatry: Modern Practice, Research And The Future*. London and New York, Routledge, 2013.
65. Güvenir T, Varol Taş F. Çocuk ve ergen ruh sağlığında yataklı tedavinin yeri. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2008;15:37-46.
66. Delaney KR. Evidence base for practice: reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (2006), 3(1):19–30.

67. Delaney KR. Learning to observe in context: Child and adolescent in-patient mental health assessment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2006b, 19:170-4.
68. Sharfstein SS. Goals of inpatient treatment for psychiatric disorders. *Annual Review of Medicine* 2009, 60:393-403.
69. Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Rowlands L, Roots P. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technology Assessment* 2010, 14(15):1-98.
70. Park S, Kim CY, Hong JP. Unnatural causes of death and suicide among former adolescent psychiatric patients. *Journal of Adolescent Health* 2013, 52(2):207–11.
71. Fontanella CA. The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 2008, 78:187-98.
72. Blader JC. Symptom, family, and service predictors of children's psychiatric rehospitalization within one year of discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43: 440-51.
73. James S, Charlemagne SJ, Gilman AB, Alemi Q, Smith RL, Tharayil PR, Freeman K. Post-discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth. *Adm Policy Ment Health* 2010;37: 433-45.
74. Carlisle CE, Mamdani M, Schachar R, To T. Aftercare, emergency department visits, and readmission in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012, 51(3):283–93.
75. Goldstein S, Naglieri JA, Princiotta D, Otero TM. A history of executive functioning as a theoretical and clinical construct. In: Goldstein S, Naglieri JA(eds). *Handbook of Executive Functioning*. New York, Springer Science & Business Media. 2014:3-12.
76. Burnett AC, Scratch SE, Anderson PJ. Executive function outcome in preterm adolescents. *Early Hum Dev* 2013, 89(4):215-20.
77. Diamond A. Executive functions. *Annual Review of Psychology* 2013, 64:135-68.
78. Davidson MC, Amso D, Anderson LC, Diamond A. Development of cognitive control and executive functions from 4–13 years: evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching. *Neuropsychologia* 2006, 44:2037–78.

79. Cristofori I, Cohen-Zimmerman S, Grafman J. Executive functions. *Handbook of Clinical Neurology* 2019, 163:197–219.
80. Luria A. *The Working Brain: An Introduction To Neuropsychology*, New York, Basic Books, 1973.
81. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: a latent variable analysis. *Journal of Cognitive Psychology* 2000, 41:49–100.
82. Sohlberg K, Mateer CA. *Cognitive Rehabilitation: An Integrative Neuropsychological Approach*, New York, Guilford Press, 2001.
83. Peterson E, Welsh M. The development of hot and cool executive functions in childhood and adolescence: are we getting warmer?. In: Goldstein S, Naglieri JA (eds). *Handbook of Executive Functioning*. New York, Springer, 2014:45–65.
84. Nyongesa MK, Ssewanyana D, Mutua AM, Chongwo E, Scerif G, Newton CRJC and Abubakar A. Assessing executive function in adolescence: a scoping review of existing measures and their psychometric robustness. *Frontiers in Psychology* 2019, 10:311.
85. Zelazo PD, Müller U. Executive function in typical and atypical development. In: Goswami U (eds). *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development*, 2nd ed. Oxford, Wiley-Blackwell, 2011.
86. Zelazo PD, Carlson SM. Hot and cool executive function in childhood and adolescence: development and plasticity. *Child Development Perspectives* 2012, 6:354–60.
87. LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience* 2000, 23(1): 155-84.
88. Rose SA, Feldman JF, Jankowski JJ (2016). Infant cognitive abilities: potential building blocks of later executive functions. In: Griffin JA, McCardle P, Freund LS, Griffin JA (eds). *Executive Function in Preschool-Age Children: Integrating Measurement, Neurodevelopment, and Translational Research*. Washington DC, American Psychological Association, 2016:139–56.
89. Espy KA, Sheffield TD, Wiebe SA, Clark CA, Moehr MJ. Executive control and dimensions of problem behaviors in preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 2011, 52(1): 33-46.

90. Best JR, Miller PH. A developmental perspective on executive function. *Child Development* 2010, 81(6): 1641-60.
91. Luna B. Developmental changes in cognitive control through adolescence. *Advances in Child Development and Behavior* 2009, 37:233–78.
92. Cowan N, AuBuchon AM, Gilchrist AL, Ricker TJ, Saults JS. Age differences in visual working memory capacity: not based on encoding limitations. *Developmental Science* 2011, 14:1066–74.
93. Semendeferi K, Lu A, Schenker N, Damasio H. Humans and great apes share a large frontal cortex. *Nat Neurosci* 2002, 5(3):272–6.
94. McGarry LM, Carter AG. Prefrontal cortex drives distinct projection neurons in the basolateral amygdala. *Cell Reports* 2017, 21(6):1426–33.
95. Gioia GA, Kenworthy L, Isquith PK. Executive function in the real world: BRIEF lessons from Mark Ylvisaker. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2010, 25(6):433–9.
96. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology* 2000, 6(3):235–8.
97. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC. Assessment of executive function in children with neurological impairments. In: Simeonsson R, Rosenthal S (eds). *Psychological and Developmental Assessment*. New York, The Guilford Press. 2001:317– 56.
98. Roth RM, Isquith P, Gioia G. (2014). Assessment of Executive Functioning Using the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). In: Goldstein S, Naglieri JA (eds). *Handbook of Executive Functioning*. New York, Springer. 2014:301-32.
99. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
100. Riggs NR, Spruijt-Metz D, Sakuma KK, Chou CP, Pentz MA. Executive cognitive function and food intake in children. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2010, 42:398–403.
101. Bailey CE. Cognitive accuracy and intelligent executive function in the brain and in business. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2007, 1118:122–41.
102. Denson TF, Pedersen WC, Friese M, Hahm A, Roberts L. Understanding impulsive aggression: Angry rumination and reduced self-control capacity are mechanisms underlying the provocation-aggression relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2011, 37(6):850-62.

103. Brown TE, Landgraf JM. Improvements in executive function correlate with enhanced performance and functioning and health-related quality of life: evidence from 2 large, double-blind, randomized, placebo-controlled trials in ADHD. *Journal of Postgraduate Medicine* 2010, 122:42–51.
104. Blair C, Razza RP. Relating effortful control, executive function, and false-belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Development* 2007, 78:647–63.
105. Lui M, Tannock R. Working memory and inattentive behaviour in a community sample of children. *Behavioral and Brain Function* 2007, 3:12.
106. Fairchild G, van Goozen SH, Stollery SJ, Aitken MR, Savage J, Moore SC, Goodyer IM. Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects. *Biological Psychiatry* 2009, 66(2):162-8.
107. Taylor Tavares JV, Clark L, Cannon DM, Erickson K, Drevets WC, Sahakian BJ. Distinct profiles of neurocognitive function in unmedicated unipolar depression and bipolar II depression. *Biological Psychiatry* 2007, 62:917–24.
108. Penadés R, Catalán R, Rubia K, Andrés S, Salamero M, Gastó C. Impaired response inhibition in obsessive compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2007;22(6):404-10.
109. Barch DM. The cognitive neuroscience of schizophrenia. *Annual Review of Psychology* 2005, 1: 321–53.
110. Kurtz MM, Gerraty RT. A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical state. *Neuropsychology* 2009, 23:551–62.
111. Robinson S, Goddard L, Dritschel B, Wisley M, Howlin P. Executive functions in children with autism spectrum disorders. *Brain and Cognition* 2009, 71:362–8.
112. Castaneda AE, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Suvisaari J, Lönngqvist J. A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders* 2008, 106(1-2):1-27.
113. Wetherill RR, Squeglia LM, Yang TT, Tapert SF. A longitudinal examination of adolescent response inhibition: neural differences before and after the initiation of heavy drinking. *Psychopharmacology*. 2013, 230(4):663–71.
114. Houck JM, Feldstein Ewing SW. Working memory capacity and addiction treatment outcomes in adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2018, 44(2):185-92.

115. Scheres A, Oosterlaan J, Sergeant JA. Speed of inhibition predicts teacher-rated medication response in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Disability, Development and Education* 2006, 53:93–109.
116. Correll CU, Smith CW, Auther AM, McLaughlin D, Shah M, Foley C, Olsen R, Lencz T, Kane JM, Cornblatt BA. Predictors of remission, schizophrenia, and bipolar disorder in adolescents with brief psychotic disorder or psychotic disorder not otherwise specified considered at very high risk for schizophrenia. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2008, 18(5):475-90.
117. Groves SJ, Douglas KM, Porter RJ. A Systematic review of cognitive predictors of treatment outcome in major depression. *Frontiers in Psychiatry* 2018, 9:382.
118. Krakowski MI, Czobor P. Executive function predicts response to antiaggression treatment in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2011, 73(01):74–80.
119. D'Alcante CC, Diniz JB, Fossaluza V, Batistuzzo MC, Lopes AC, Shavitt RG, Shavitt RG, Deckersbach T, Malloy-Diniz L, Miguel EC, Hoexter MQ. Neuropsychological predictors of response to randomized treatment in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2012, 39(2):310-7.
120. Hybel KA, Mortensen EL, Lambek R, Højgaard DRMA, Thomsen PH. Executive function predicts cognitive-behavioral therapy response in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2017, 99:11–18.
121. Remberk B, Bażyńska AK, Krempa-Kowalewska A, Rybakowski F. Executive impairment predicts schizophrenia diagnosis and treatment status in mid-term follow-up of early-onset psychosis. *Neuropsychobiology*, 2014, 70(3):181–8.
122. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research In Child Development*, 1994, 59(2/3):25-52.
123. Werner KH, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. In: Kring AM, Sloan DM (eds). *Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework*. New York Guilford Press, 2009:13–37
124. Calkins SD, Hill A. Caregiver influences on emerging emotion regulation: biological and environmental transactions in early development. In: Gross JJ (ed). *Handbook of Emotion Regulation*. New York, The Guilford Press, 2007: 229–48.
125. Koole SL. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion* 2009, 23(1):4-41.

126. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation, conceptual foundations. In: Gross JJ (ed). New York, The Guilford Press, 2007:3-24.
127. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 1998, 2(3): 271-99.
128. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 2002, 39: 281–91.
129. Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*. New York, Guilford Press, 2007:654.
130. Moltrecht B, Deighton J, Patalay, P, Edbrooke-Childs J. Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020.
131. Dan-Glauser E, Gross JJ. Emotion regulation and emotion coherence: Evidence for strategy-specific effects. *American Psychological Association* 2013, 13(5):832-42.
132. Kopp C, Neufeld S. Emotional development during infancy. In: Davidson RJ, Scherer KR, Goldsmith HH (eds). *Handbook of Affective Sciences*. Oxford, Oxford University Press, 2003: 347–74.
133. Muir D, Slater A. *Infant Development: The Essential Readings*. London, Blackwell publishers, 2000.
134. Thompson RA, Goodman M. Development of emotion regulation: More than meets the eye. In: Kring AM, Sloan DM(eds). *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York, The Guilford Press, 2010:38-58.
135. Tufan AE. Oyun dönemi ve emosyon gelişimi. İçinde: İşeri E, Güney E, Taş Torun Y (editörler). *Oyun Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2018:73-82.
136. Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE, Walker PA, Zeitlin SB. The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment* 1990, 55(1&2):124–34.
137. Riediger M, Klipker K. (2014). Emotion regulation in adolescence. In: Gross JJ (ed). *Handbook of Emotion Regulation*, 2nd ed. New York, Guilford Press, 2014:187-202.
138. Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience* 2012, 15(9):1184–91.
139. Powers A, Casey BJ. 2015. The adolescent brain and the emergence and peak of psychopathology. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*. 2015, 14 (1):3–15.

140. Casey BJ, Caudle K, The teenage brain: self control. *Current Directions in Psychological Science*. 2013, 22:82–87.
141. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?. *Nat Rev Neurosci* 2008, 9(12):947-57.
142. Schumann CM, Hamstra J, Goodlin-Jones BL, Lotspeich LJ, Kwon H, Buonocore MH, Lammers CR, Reiss AL, Amaral DG. The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism; the hippocampus is enlarged at all ages. *J Neurosci* 2004, 24(28):6392-401.
143. Ochsner K, Gross J. Cognitive emotion regulation insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science* 2008, 17:153–8.
144. Shaw P, Kabani NJ, Lerch JP, Eckstrand K, Lenroot R, Gogtay N, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Rapoport JL, Giedd JN, Wise SP. Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *J Neurosci* 2008, 28(14):3586-94.
145. Ahmed SP, Bittencourt-Hewitt A, Sebastian CL. Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience* 2015, 15: 11–25
146. Schultz W. Behavioral theories and the neurophysiology of reward. *Annual Review of Psychology* 2006, 57:87–115.
147. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – a possible prelude to violence. *Science* 2000, 289:591–4.
148. Mitchell DG. The nexus between decision making and emotion regulation: a review of convergent neurocognitive substrates. *Behavioural Brain Research* 2011, 217(1):215–31.
149. Elliott R, Deakin B. Role of the orbitofrontal cortex in reinforcement processing and inhibitory control: evidence from functional magnetic resonance imaging studies in healthy human subjects. *International Review of Neurobiology* 2005, 65:89–116.
150. Blakemore SJ. The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience* 2008, 9: 267–77.
151. Vertes RP, Hoover WB, Szigeti-Buck K, Leranath C, Nucleus reuniens of the midline thalamus: link between the medial prefrontal cortex and the hippocampus. *Brain Research Bulletin* 2007, 71(6):601–9.

152. Gasquoin PG. Localization of function in anterior cingulate cortex: from psychosurgery to functional neuroimaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2013, 37:340–8.
153. Schoenbaum G, Takahashi Y, Liu TL, McDannald MA. Does the orbitofrontal cortex signal value? *Annals of the New York Academy of Sciences* 2011, 1239(1):87–99.
154. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010, 30(2): 217–37.
155. Gross, JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science* 2014, 2(4):387–401.
156. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy* 2010, 48(10): 974–83.
157. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2014, 171(3):276-93.
158. Beauchaine TP, Gatzke-Kopp L, Mead HK. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology* 2007, 74:174–84.
159. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2006, 115(4):850–5.
160. Ehring T, Quack D. Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy* 2010, 41(4):587–98.
161. Johnson SL. Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review* 2005, 25:241–62.
162. Kring AM, Caponigro JM. Emotion in schizophrenia where feeling meets thinking. *Current Directions in Psychological Science* 2010, 19(4):255–9.
163. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth And Adolescence* 2017, 46(2):261-76.
164. Villalta L, Smith P, Hickin N, Stringaris A. Emotion regulation difficulties in traumatized youth: a meta-analysis and conceptual review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018, 27(4):527-44.

165. World Health Organisation. ICD-11 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision. 2018. Available from: <https://icd.who.int/en/>
166. Eisenberg N, Spinrad T L, Eggum ND. Emotionrelated self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology* 2010, 6: 495–525.
167. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with adhd and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health* 2010, 46(3):209–17.
168. Biederman J, Petty C, Monuteaux MC, Evans M, Parcell T, Faraone SV, Wozniak J. The CBCL-pediatric bipolar disorder profile predicts a subsequent diagnosis of bipolar disorder and associated impairments in ADHD youth growing up: a longitudinal analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2009, 70(5):732-40.
169. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E, Klein DN. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine* 2014, 44(11):2339-50.
170. Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A, Pearlstein T. Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36:793–8.
171. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, et al. Emotion regulation difficulties, youthadult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *J Youth Adolesc* 2013, 42:807–20.
172. Kienhorst CW, de Wilde EJ, Diekstra RF, Wolters WH. Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85:222–8.
173. Forkmann T, Scherer A, Böcker M, Pawelzik M, Gauggel S, Glaesmer H. The Relation of Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression to Suicidal Ideation and Suicidal Desire. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2014, 44(5):524–36.
174. Schore A. *Affect Dysregulation And Disorders Of The Self*. New York, Norton 2003:58-72.
175. Aldao A, De Los Reyes A. Commentary: A practical guide for translating basic research on affective science to implementing physiology in clinical child and adolescent assessments. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2015, 44:341–51.

176. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2017, 57:141-63.
177. Fonzo GA, Etkin A, Zhang Y, Wu W, Cooper C, Chin-Fatt C, Jha MK, Trombello J, Deckersbach T, Adams P, McInnis M, McGrath PJ, Weissman MM, Fava M, Trivedi MH. Brain regulation of emotional conflict predicts antidepressant treatment response for depression. *Nature Human Behavior* 2019, 3(12):1319-31.
178. Gratz KL, Bentley JP, Young J. Impact of borderline personality pathology on treatment outcomes in adolescents in residential treatment: The role of emotion regulation. *Journal of Psychiatric Practice* 2018, 24(6):388–98.
179. Rowsell M, MacDonald DE, Carter JC. Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of Eating Disord* 2016;4:17.
180. Ebert DD, Hopfinger L, Bockting CLH, Berking M. Emotion regulation protects against recurrence of depressive symptoms following inpatient care for major depressive disorder. *Behavior Therapy* 2017, 48(6): 739–49.
181. Ellis TE, Rufino KA. Change in experiential avoidance is associated with reduced suicidal ideation over the course of psychiatric hospitalization. *Archives of Suicide Research* 2016, 20(3):426–37.
182. Smith R, Shepard C, Wiltgen A, Rufino K, Fowler JC. Treatment outcomes for inpatients with obsessive-compulsive personality disorder: An open comparison trial. *J Affect Disord* 2017, 209:273–8.
183. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2004, 28(3):317–32.
184. Eysenck HJ. *The Biological Basis of Personality*. Springfield Ill, Thomas, 1967.
185. Gray JA. The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*. 1970, 8:249–66.
186. Gray JA. Neural Systems of motivation, emotion and affect. In J. Madden (ed). *Neurobiology of Learning, Emotion And Affect*. New York, Raven Press. 1991:273-306.
187. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory (RST): Introduction. In: Corr PJ (ed). *The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality*. Cambridge, Cambridge University Press. 2008:1-43.

188. Pickering AD, Smillie LD. The behavioural activation system: challenges and opportunities,” In: Corr PJ (ed). *The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality*. Cambridge, University Press, 2008:120–153.
189. Merchán-Clavellino A, Alameda-Bailén JR, Zayas García A, Guil R. (2019). Mediating Effect of Trait Emotional Intelligence Between the Behavioral Activation System (BAS)/Behavioral Inhibition System (BIS) and Positive and Negative Affect. *Frontiers in Psychology*, 2019, 10:424.
190. Bilge Y, Sertel Berk HÖ. Gray’ın Pekiştirme Duyarlılık Teorisi ve Psikopatoloji. İçinde: Erdoğan T (editörler). *Akademisyen Yayınevi Bilimsel Araştırmalar Kitabı Sosyal Bilimler İnsan ve Toplum*. Ankara, Akademisyen Yayınevi, 2018: 183-194.
191. Vervoort L, Wolters LH, Hogendoorn SM, De Haan E, Boer F, Prins PJ. Sensitivity of Gray’s behavioral inhibition system in clinically anxious and non-anxious children and adolescents. *Personality and Individual Differences* 2010, 48(5): 629-33.
192. Muris P, Meesters C, De Kanter E, Timmerman PE. Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: Relationships with Eysenck’s personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences*, 2005, 38(4):831-41.
193. Boog M, Goudriaan AE, Wetering BJMVD, Polak M, Deuss H, Franken IHA. Rash impulsiveness and reward sensitivity as predictors of treatment outcome in male substance dependent patients. *Addictive Behavior* 2014, 39(11):1670-75.
194. Mestre-Bach G, Granero R, Steward T, Fernández-Aranda F, Baño M, Aymamí N, Gómez-Peña M, Agüera Z, Mallorquí-Bagué N, Moragas L, Del Pino-Gutiérrez A, Soriano-Mas C, Navas JF, Perales JC, Menchón JM, Jiménez-Murcia S. Reward and punishment sensitivity in women with gambling disorder or compulsive buying: Implications in treatment outcome. *J Behav Addict* 2016, 5(4):658-65.
195. Yalın A, Oral N, Yılmaz B, Gökler I (2008) Aile terapisi. İçinde: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F (editörler). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 2008:694-710.
196. Walsh, F. (2012). *Normal Family Processes: Growing Diversity And Complexity*. New York, The Guilford Press, 2012.

197. Psihogios AM, Fellmeth H, Schwartz LA, Barakat LP. Family functioning and medical adherence across children and adolescents with chronic health conditions: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology* 2019, 44(1):84–97.
198. Epstein NB, Boldwing LM and Bishop DS. "The McMaster Family Assessment Device". *Journal of Marital and Family Therapy* 1983, 9(2):171-80.
199. White JM, Klein DM. *The Systems Framework. Family Theories*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2008:151-77.
200. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy* 2000, 22:168-89.
201. Bulut I, *Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi*. Ankara, Başbakanlı Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, 1993.
202. Olson, D. FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy* 2011, 37:64–80.
203. Beavers R, Hampson RB. The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy* 2000, 22: 128-43.
204. Robinson E, Rodgers B, Butterworth P. Family relationships and mental illness: Impacts and service responses. AFRC Issues. Commonwealth of Australia, Australian Government, Australian Institute of Family Studies, 2008:1-19.
205. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 2002, 128(2):330-66.
206. Skosnik PD, Chatterton RT Jr, Swisher T, Park S. Modulation of attentional inhibition by norepinephrine and cortisol after psychological stress. *International Journal of Psychophysiology* 2000, 36(1):59–68.
207. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *Int J Environ Res Public Health* 2019, 16(7):1278.
208. Hammen C, Brennan PA, Shih JH. Family Discord and Stress Predictors of Depression and Other Disorders in Adolescent Children of Depressed and Nondepressed Women. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004, 43:994–1002.

209. Warner V, Mufson L, Weissman MM. Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1995, 34, 786–97.
210. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Läksy K, Moring J, Naarala M, Nieminen P, Wahlberg KE. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry* 2004, 184:216-22.
211. Thompson E, Rakhshan P, Pitts SC, Demro C, Millman ZB, Bussell K, DeVlyder J, Kline E, Reeves GM, Schiffman J. Family functioning moderates the impact of psychosis-risk symptoms on social and role functioning. *Schizophrenia Research* 2019, 204:337-42.
212. Telman MD, Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Finkenauer C, Schuengel C. Family functioning and children's post-traumatic stress symptoms in a referred sample exposed to interparental violence. *Journal of Family Violence* 2016, 31:127-36.
213. von Soest T, Mossige S, Stefansen K, Hjemdal O. A validation study of the resilience scale for adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2010, 32(2):215–25.
214. Weinstock LM, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Miller IW. (2006). Family functioning and mood disorders: A comparison between patients with major depressive disorder and bipolar I disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006, 74:1192–202.
215. Ginsburg GS, Kingery JN, Drake KL, Grados MA. Predictors of Treatment Response in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008, 47(8):868–78.
216. Berutti M, Dias RS, Pereira VA, Lafer B, Nery FG. Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2016, 192: 28–33.
217. McDermut W, Miller I, Solomon D, Ryan CE, Keitner GI. Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry* 2001, 42(2):96–104.
218. Ciao AC, Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Lock J, Le Grange D. Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2015, 48(1):81-90.

219. Kofler MJ, Sarver DE, Spiegel JA, Day TN, Harmon SL, Wells EL. Heterogeneity in ADHD: Neurocognitive predictors of peer, family, and academic functioning. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence* 2017, 23(6):733-759.
220. Jongerden L, Bögels SM. Parenting, family functioning and anxiety-disordered children: Comparisons to controls, changes after family versus child CBT. *J Child Fam Stud* 2015, 24:2046–59.
221. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D ve ark. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 Working draft. New Haven, Yale University, *Child and Adolescent Research and Education*, 2016.
222. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Doğan BS, Kütük F, Yanar E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 Kasım 2016 –Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T) Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2019, 30(1):42-50.
223. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:1228-31.
224. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Beever A, Lelliott P, Jezzard R, Wing JK. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. *Br J Psychiatry* 1999, 174:428-31.
225. İşcanlı L, Güvenir T, Taş FV. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında bir klinik gidiş değerlendirme ölçeğinin türkçe formunun (HONOSCA-TR) geçerlik ve güvenirlik çalışması. 20. *Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı*, 2010:131.
226. Bulut I. *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı*. Ankara, Özgüzel Matbaası, 1990.
227. Gioia GA, Isquith PK, Retzlaff PD, Espy KA. Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a clinical sample. *Child Neuropsychol* 2002, 8(4):249-57.
228. Batan SN, Tanör ÖÖ, Kalem E. Reliability and validity studies of Behavioral Rating Inventory Of Executive Function (BRIEF) in a Turkish normative sample. *Elementary Education Online* 2011, 10(3): 894-904.

229. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology* 2010, 66(4):442–55.
230. Cooper AJ, Stirling S, Dawe S, Pugnaghi G, Corr PJ. The reinforcement sensitivity theory of personality in children: A new questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2017, 115:65–69.
231. Bahtiyar I, Corr PJ, Krupić D. (2019). The psychometric properties of the Turkish version of Reinforcement Sensitivity Theory - Personality Questionnaire – Children (RST-PQ-C). *Personality and Individual Differences* 2019, 148:73-76.
232. Urban S, Pihet S, Graap C, Baier V, Dyson C, Courosse S, Holzer L. Clinical Utility of the 2 New Scales of the Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): A Naturalistic, Prospective Study in a Psychiatric Unit for Adolescents. *J Psychiatr Pract* 2015, 21(3):232-40.
233. van Kessel K, Myers E, Stanley S, Reed LW. Trends in child and adolescent discharges at a New Zealand psychiatric inpatient unit between 1998 and 2007. *N Z Med J* 2012, 125(1355):55-61.
234. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK: Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:21-27.
235. Eray Ş, Akkuzu N, Yıldırım Ö, Vural AP. Bir çocuk psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerin klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Cocuk ve Genclik Ruh Sagligi Dergisi* 2018, 25:223-35.
236. Coşkun M, Bozkurt H, Ayaydın H ve ark. Bir üniversite hastanesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi edilen ergen hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Genclik Ruh Sağlığı Dergisi* 2012, 19 (1):17-24.
237. Indig D, Gear C, York A. The role of inpatient care for children and adolescents with moderate-to-severe mental disorders: an Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute (www.saxinstitute.org.au) for the NSW Ministry of Health, 2017.
238. Serim Demireören B, Ozbek A, Gencer O. Factors affecting improvement of children and adolescents who were treated in the child and adolescent psychiatry inpatient unit. *Journal of International Medical Research* 2017, 45(4):1318–23.
239. Usta MB, Ürer E, Aral A, Say GN, Karabekiroğlu K. Çocuk psikiyatri hastalarında yatış süresine etki eden faktörler. *Klinik Psikiyatri* 2017, 20:263-7.

240. Barnes LE. Relationship of age group, gender, and race to basis-24 subscales for adolescent psychiatric inpatients: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2009, 69:7128.
241. Bobier C, Dowell J, Swadi, H. An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing* 2009, 18:301–309.
242. Haggerty G, Kahoud D, Walsh E, Ahmed Z, Blais MA. A brief inpatient measure of global psychiatric symptom severity: Initial validation of the brief symptom measure-25 for an adolescent inpatient sample. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2013 201:971–6.
243. Ucur O, Soylu N, Karatoprak S, Algan Z, Dogan O, Gungoren S, Dönmez Y, Ozcan O. Clinical attendance rates and associated factors after discharge of patients treated in a child psychiatry clinic. *Annals of Medical Research* 2020, 27(5):1428-36.
244. Pılan BŞ, Bilaç Ö, Orhon Z, Erkuran HÖ. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç kullanımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2017, 24(3):207-18.
245. Hayes C, Simmons M, Palmer VJ, Hamilton, B, Simons C, Hopwood M. A profile of adolescents admitted to a private inpatient unit and mental health outcomes. *Australasian Psychiatry* 2019:103985621987506.
246. Garralda M, Rose G, Dawson R. Measuring outcomes in a child psychiatry inpatient unit. *Journal of Children's Services* 2008, 3(3):6-16.
247. Varol Taş F, Guvenir T, Miral S. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç kullanımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007, 14(3):139-50.
248. Zito JM, Safer DJ, de Jong-van den Berg LT, Janhsen K, Fegert JM, Gardner JF, Glaeske G, Valluri SC. A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008, 2(1):26.
249. Vitiello B, Correll C, van Zwieten-Boot B, Zuddas A, Parellada M, Arango C. Antipsychotics in children and adolescents: increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009, 19(9):629-35.
250. Schorre BE, Vandvik IH. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004, 13(5):273-86.

251. Manderson J, McCune N. The use of HoNOSCA in a child and adolescent mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 2003, 20(2):52-55.
252. Garralda ME, Yates P, Higginson I. Child and Adolescent mental health service use. HoNOSCA as an outcome measure. *Br J Psych* 2000, 1 77: 52-58.
253. Lyons JS and Schaefer K. Mental health and dangerousness: characteristics and outcomes of children and adolescents in residential care. *J Child Fam Stud* 2000, 9:67–73.
254. Dasgupta P and Barber J. Admission patterns of patients with personality disorder. *Psychiatr Bull* 2004, 28(9):321–3.
255. Levenson JC, Wallace ML, Fournier JC, et al. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2012, 80:719–29.
256. Feske U, Mulsant BH, Pilkonis PA, et al. Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2004, 161:2073–80.
257. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014, 134:782–93.
258. Livesley WJ, *The Practical Management of Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 2003.
259. Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, Linehan MM. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *The Psychiatric quarterly* 2001, 72(4):307-24.
260. Dawson D, MacMillan HL. *Relationship Management of the Borderline Patient: From Understanding to Treatment*. New York, Brunner/ Mazel, 1993.
261. Paris J. *Stepped Care for Borderline Personality Disorder*. London, Academic Press, 2017.
262. Fowler JC, Clapp JD, Madan A, Allen JG, Frueh BC, Fonagy P, Oldham JM. A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. *J Affect Disord* 2018, 235:323-31.
263. Yoshimatsu K, Rosen BH, Kung S, Palmer BA. Improvements in depression severity in hospitalized patients with and without borderline personality features. *J Psychiatr Pract* 2015, 21(3):208-13.

264. Nilsen TS, Handegård BH, Eisemann M, Kvernmo S. Predictors of rate of change for children and youth with emotional disorders: a naturalistic observational study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2016;10:11.
265. Nilsen TS, Eisemann M, Kvernmo S. Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013, 22(2):69-87.
266. Ghuman HS, Jayaprakash S, Saidel DH, Whitmarsh G. Variables predictive of the need for placement in a long-term structured setting for adolescents. *Psychiatr Hosp* 1989, 20(1):31-34.
267. Kautzky A, Baldinger-Melich P, Kranz GS, Vanicek T, Souery D, Montgomery S, Mendlewicz J, Zohar J, Serretti A, Lanzenberger R, Kasper S. A new prediction model for evaluating treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2017, 78(2):215-22.
268. Bingham KS, Rothschild AJ, Mulsant BH, Whyte EM, Meyers BS, Banerjee S, Szanto K, Flint AJ; STOP-PD Study Group. The Association of baseline suicidality with treatment outcome in psychotic depression. *J Clin Psychiatry* 2017, 78(8):1149-54.
269. Bedard-Gilligan M, Garcia N, Zoellner LA, Feeny NC. Alcohol, cannabis, and other drug use: Engagement and outcome in PTSD treatment. *Psychol Addict Behav* 2018, 32(3):277-88.
270. Breslau N, Kilbey M, Andreski P: DSM-III-R nicotine dependence in young adults: Prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction* 1994, 89:743–54.
271. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Ng F, Henry MJ, Nicholson GC, Kotowicz MA, Berk M. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *Br J Psychiatry* 2008, 193:322-6.
272. Wellman RJ, Dugas EN, Dutczak H, O'Loughlin EK, Datta GD, Lauzon B, O'Loughlin J. Predictors of the onset of cigarette smoking: a systematic review of longitudinal population-based studies in youth. *Am J Prev Med* 2016, 51(5):767-78.
273. Bizzarri JV, Casetti V, Panzani P, Unterhauser J, Mulas S, Fanolla A, Zitelli C, Briani A, Giupponi G, Maremmanni I, Conca A. Risky use and misuse of alcohol and cigarettes in psychiatric inpatients: a screening questionnaire study. *Compr Psychiatry* 2016, 70:9-16.

274. Pennanen M, Haukkala A, de Vries H, Vartiainen E. Longitudinal study of relations between school achievement and smoking behavior among secondary school students in Finland: results of the ESFA study. *Subst Use Misuse* 2011, 46(5):569-79.
275. Wang MT, Fredricks JA. The reciprocal links between school engagement, youth problem behaviors, and school dropout during adolescence. *Child Dev* 2014, 85(2):722-37.
276. Waxmonsky JA, Thomas MR, Miklowitz DJ, et al. Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Gen Hosp Psychiatry* 2005, 27(5):321-8.
277. Faretra G. A profile of session from adolescence to adulthood. *Am J Orthopsychiatry* 1981, 51:439-53.
278. Lewis M, Lewis DO, Shanok SS, Klatskin E, Osborne JR. The undoing of residential treatment: a follow-up study of 51 adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1980, 19(1):160-71.
279. Swadi H, Bobier C. Hospital admission in adolescents with acute psychiatric disorder: How long should it be? *Australasian Psychiatry* 2005, 13(2):165-8.
280. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Lock J, Le Grange D, Jo B, Clarke S, Rhodes P, Hay P, Touyz S. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med* 2015, 45(2):415-27.
281. Flessner CA, Allgair A, Garcia A, Freeman J, Sapyta J, Franklin ME, Foa E, March J. The impact of neuropsychological functioning on treatment outcome in pediatric obsessive– compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2010;27:365–71.
282. Flessner CA, Allgair A, Garcia A, Freeman J, Sapyta J, Franklin ME, et al. The impact of neuropsychological functioning on treatment outcome in pediatric obsessive– compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2010;27:365–71.
283. Weyandt LL, Willis WG, Swentosky A, Wilson K, Janusis GM, Chung HJ, Turcotte K, Marshall S. A review of the use of executive function tasks in externalizing and internalizing disorders. In: Goldstein S, Naglieri JA (eds). *Handbook of Executive Functioning*. New York, Springer Science + Business Media; 2014:69-87.

284. Chung HJ, Weyandt LL, Swentosky A. The physiology of executive functioning. In: Goldstein S, Naglieri JA (eds). *Handbook of Executive Functioning*. New York, Springer Science + Business Media; 2014:13-27.
285. Evans KC, Dougherty DD, Pollack MH, Rauch SL. Using neuroimaging to predict treatment response in mood and anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2006,18(1):33-42.
286. Phillips ML, Chase HW, Sheline YI, Etkin A, Almeida JR, Deckersbach T, Trivedi MH. Identifying predictors, moderators, and mediators of antidepressant response in major depressive disorder: neuroimaging approaches. *Am J Psychiatry* 2015, 172(2):124-38.
287. Gratz KL, Weiss NH, Tull MT. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Curr Opin Psychol* 2015, 3: 85–90.
288. Forkmann T, Scherer A, Pawelzik M, Mainz V, Druke B, Boecker M, Gauggel S. Does cognitive behavior therapy alter emotion regulation in inpatients with a depressive disorder? *Psychol Res Behav Manag* 2014, 7:147–53.
289. Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Werner K, Kraemer H, Heimberg RG, Gross JJ. Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 2012, 80(6):1034-40.
290. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70(5):1067-74.
291. Sauer-Zavala S, Boswell JF, Gallagher MW, Bentley KH, Ametaj A, Barlow DH. The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behav Res Ther* 2012, 50(9):551-7.
292. Nielsen SKK, Hageman I, Petersen A, Daniel SIF, Lau M, Winding C, Wolitzky-Taylor KB, Steele H, Vangkilde S. Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? - an investigation in clinical settings. *Psychother Res* 2019, 29(8):999-1009.
293. van Toorenburg MM, Sanches SA, Linders B, Rozendaal L, Voorendonk EM, Van Minnen A, De Jongh A. Do emotion regulation difficulties affect outcome of

- intensive trauma-focused treatment of patients with severe PTSD? *Eur J Psychotraumatol* 2020;11(1):1724417.
294. Nyman-Carlsson E, Birgegård A, Engström I, Gustafsson SA, Nevonen L. Predictors of outcome among young adult patients with anorexia nervosa in a randomised controlled trial. *Eur Eat Disord Rev* 2019, 27(1):76-85.
 295. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol* 2011, 79(3):307-18.
 296. Claes L, Vertommen S; Smits D. Bijttebier P. Emotional reactivity and self-regulation in relation to personality disorders, *Personality and Individual Differences* 2009, 47(8):948-53.
 297. Pastor MC, Ross SR, Segarra P, Montañés S, Poy R, Moltó J. Behavioral Inhibition and Activation Dimensions: Relationship to MMPI-2 Indices of Personality Disorder. *Personality and Individual Differences*, 2007, 42(2):235–45.
 298. Kwan JW, Bauer IE, Hautzinger M, Meyer TD. Reward sensitivity and the course of bipolar disorder: A survival analysis in a treatment seeking sample. *J Affect Disord* 2020, 261:126-30
 299. Allen TA, Lam RW, Milev R, Rizvi SJ, Frey BN, MacQueen GM, Müller DJ, Uher R, Kennedy SH, Quilty LC. Early change in reward and punishment sensitivity as a predictor of response to antidepressant treatment for major depressive disorder: a CAN-BIND-1 report. *Psychol Med.* 2019, 49(10):1629-38.
 300. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Bender RE, Wagner CA. Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: a behavioral approach system (bas) perspective. *Clin Psychol (New York)* 2009, 16(2):206-26.
 301. Campbell TCH, Reupert A, Sutton K, Basu S, Davidson G, Middeldorp CM, Naughton M, Maybery D. Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020.
 302. Harrington R, Peters S, Green J, Byford S, Woods J, et al. Randomised comparison of the effectiveness and costs of community and hospital based mental health services for children with behavioural disorders. *British Medical Journal* 2000, 321(7268):1047-50.

303. Mayes SD, Krecko VF, Calhoun SL, Vesell HP, Schuch S, Toole WR. Variables related to outcome following child psychiatric hospitalization. *General Hospital Psychiatry* 2001, 23(5):278–84.
304. Kennedy SM, Tonarely NA, Sherman JA, Ehrenreich-May J. Predictors of treatment outcome for the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *J Anxiety Disord* 2018, 57:66-75.
305. Rishel CW, Greeno CG, Marcus SC, Anderson C. Effect of maternal mental health problems on child treatment response in community-based services. *Psychiatr Serv* 2006, 57(5):716–9.
306. Wergeland GJ, Fjermestad KW, Marin CE, Bjelland I, Haugland BS, Silverman WK, Öst LG, Bjaastad JF, Oeding K, Havik OE, Heiervang ER. Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2016, 76:1-12.
307. Compton SN, Peris TS, Almirall D, Birmaher B, Sherrill J, Kendall PC, March JS, Gosch EA, Ginsburg GS, Rynn MA, Piacentini JC, McCracken JT, Keeton CP, Suveg CM, Aschenbrand SG, Sakolsky D, Iyengar S, Walkup JT, Albano AM. Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: results from the CAMS trial. *J Consult Clin Psychol* 2014, 82(2):212-24.
308. Ginsburg GS, Keeton CP, Drazdowski TK, Riddle MA. (2011). The utility of clinicians ratings of anxiety using the Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS). *Child & Youth Care Forum*, 2011, 40(2):93–105.
309. Schleider JL, Ginsburg GS, Keeton CP, Weisz JR, Birmaher B, Kendall PC, Piacentini J, Sherrill J, Walkup JT. Parental psychopathology and treatment outcome for anxious youth: roles of family functioning and caregiver strain. *J Consult Clin Psychol* 2015, 83(1):213-24.
310. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology* 2002, 53(1):371–99.
311. Noble KG, Norman MF, Farah MJ. Neurocognitive correlates of socioeconomic status in kindergarten children. *Developmental Science* 2005, 8(1): 74–87.
312. Coscia J, Christensen B, Henry R, Wallston K, Radcliffe J, Rutstein R. Effects of home environment, socioeconomic status, and health status on cognitive functioning in children with HIV-1 Infection. *Journal of Pediatric Psychology* 2001, 26(60):321–9.

313. Linver MR, Brooks-Gunn J, Kohen DE. Family processes as pathways from income to young children's development. *Developmental Psychology* 2002, 38(5):719-34.
314. Gavidia-Payne S, Littlefield L, Hallgren M, Jenkins P, Coventry N. Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2003, 37(2):204-11.
315. King CA, Hovey JD, Brand E, Ghaziuddin N. Prediction of positive outcomes for adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36(10):1434-42.
316. Scheibe G, Albus M. Predictors and outcome in panic disorder: a 2- year prospective follow-up study. *Psychopathology* 1997, 30(3):177-84.
317. Wallis A, Miskovic-Wheatley J, Madden S, Rhodes P, Crosby RD, Cao L, Touyz S. How does family functioning effect the outcome of family based treatment for adolescents with severe anorexia nervosa? *J Eat Disord* 2017, 5:55.
318. Downes M, de Haan M, Telfer PT, Kirkham FJ. The role of family functioning in the development of executive functions in preschool children with sickle cell anemia. *Dev Neuropsychol* 2019, 44(6):452-67.

EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

HASTANIN ADI SOYADI:	
DOĞUM TARİHİ:	
CİNSİYETİ:	
TELEFON NO :	
YAŞADIĞI YER:	KÖY ☐ İLÇE ☐ İL ☐
KARDEŞ SAYISI:	KAÇINCI ÇOCUK:
OKULU/SINIFI:	
AİLE TİPİ:	ANNE-BABA BİRLİKTE ☐ AYRI ☐ ANNE ÖLÜ ☐ BABA ÖLÜ ☐ ANNE VE BABA ÖLÜ ☐ KİMİNLE YAŞIYOR ÇEKİRDEK AİLE ☐ GENİŞ AİLE ☐ AKRABALARINDA ☐ SOSYAL HİZMETLER YURDU ☐ YATILI OKUL ☐
AİLENİN GELİR DURUMU:	DÜŞÜK ☐ ORTA ☐ YÜKSEK ☐
PRENATAL:	GEBELİK PLANI VE İSTEĞİ GEBELİKTE GEÇİRİLEN HASTALIK: İLAÇ KULLANIMI ☐ XRAY MARUZİYETİ ☐ SİGARA KULLANIMI ☐
NATAL:	GEBELİK SÜRESİ: DOĞUM AĞIRLIĞI: DOĞUM ŞEKLİ: DOĞUM KOMPLİKASYONU:
POSTNATAL:	KÜVEZ ☐ SARILIK ☐ FOTOTERAPİ ☐ HASTALIK:
GELİŞİM BASAMAKLARI:	YÜRÜME: İLK KELİME: CÜMLE: TUVALET EĞİTİMİ:
KRONİK HASTALIK:	YOK ☐ VAR ☐
ANNE-BABADA AKRABALIK:	YOK ☐ VAR ☐
DAHA ÖNCE PSİKİYATRİ YATIŞI:	YOK ☐ VAR ☐ : (SAYISI/TARİHİ/SÜRESİ)
İLK GİRİŞTE KULLANDIĞI İLAÇ:	YOK ☐ VAR ☐ :
DAHA ÖNCE KULLANDIĞI PSİKİYATRİK İLAÇLAR:	
İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ:	YOK ☐ VAR ☐
KZVD ÖYKÜSÜ:	YOK ☐ VAR ☐
İSTİSMAR ÖYKÜSÜ:	YOK ☐ VAR ☐ :
KÖTÜ ALIŞKANLIK:	SİGARA ☐ ALKOL ☐ MADDE ☐
AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK:	YOK ☐ VAR ☐ :
AİLEDE PSİKİYATRİ YATIŞI:	YOK ☐ VAR ☐ :

ANNE HAKKINDA		
YAŞI:		
MESLEĞİ:		
EĞİTİM DURUMU:		
PSİKİYATRİK HASTALIK:	YOK ☐	VAR ☐ :
KRONİK HASTALIK:	YOK ☐	VAR ☐ :

BABA HAKKINDA		
YAŞI:		
MESLEĞİ:		
EĞİTİM DURUMU:		
PSİKİYATRİK HASTALIK:	YOK ☐	VAR ☐ :
KRONİK HASTALIK:	YOK ☐	VAR ☐ :



EK 2. Aile Değerlendirme Ölçeği

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (**Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum**)

Her cümlemin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

CÜMLELER:	Aynen Katılı-yorum	Büyük Ölçüde Katılı-yorum	Biraz Katılı-yorum	Hiç Katılı-mı-yorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranınız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Probleminizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EK 3. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

COCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ara değerler kullanın (örn: 35, 58, 62). Tedavi ve sonlanımı dikkate almadan o sıradaki işlevselliği ölçün. Aşağıdaki örnekler yalnızca yol göstermek amacıyla verilmiştir, değerlendirme yapılırken aynı koşulların bulunması gerekli değildir.

- 100-91 Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik (evde, okulda ve akran ilişkilerinde); çok çeşitli etkinliklerde bulunur ve bir çok ilgi alanı vardır (hobiler, okul dışındaki etkinliklere katılma ya da izcilik gibi bir organizasyonun içinde yer alma); sevilir, güvenlidir; "sıradan" kaygılar hiç bir zaman kontrol dışına çıkmaz; okulda iyidir; herhangi bir belirti yoktur.
- 90-81 Bütün alanlarda iyi işlevsellik; evde, okulda ve yaşlıları ile ilişkileri güvenlidir; geçici zorluklar olabilir ve "sıradan" kaygılar nadiren kontrol dışına çıkabilir (önemli bir sınavı olduğunda hafif kaygılanma, nadiren kardeşlerine, ana babasına ya da yaşlılarına karşı yaşanan öfke patlamaları).
- 80-71 Evde, okulda ya da yaşlı ilişkilerinde işlevsellikte yalnızca hafif bir bozulma; zorlu yaşam olayları (anne baba ayrılığı, ölüm, kardeş doğumu) karşısında hafif bir duygusal sıkıntı ya da davranışlarda bir miktar bozulma görülebilir; ancak bunlar kısa sürelidir ve işlevsellikteki engellenme geçicidir; bu çocuklar başkaları için yalnızca çok az rahatsız edicidir ve onları iyi tanıyan kişiler tarafından sorunlu olarak düşünülmezler.
- 70-61 Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği oldukça iyidir (nadiren okulu asma, önemsiz hırsızlıklar gibi tek tük antisosyal davranışlar; okul ödevlerinde süregelen hafif zorluklar; kısa süreli duygudurum değişimleri; belirgin kaçınma davranışına yol açmayan korku ve kaygılar; kendinden emin olmama); anlamlı bazı kişiler arası ilişkileri vardır; çocuğu iyi tanımayan bir çok kişi onda bir sorun olduğunu düşünmese de iyi tanıyanlar bu sorunları ciddiye alabilir.
- 60-51 Yer yer bozulmalarla giden değişken işlevsellik ya da sosyal alanların hepsinde olmasa da bir çoğunda belirtilerin olması; çocuğun işlevselliğini bozan bir ortamda ya da zamanda değerlendirme yapan için işlevsellikteki bozulma açıktır ama çocuğu diğer ortamlarda gözleyenler bunu fark etmezler.
- 50-41 Çoğu sosyal alanda işlevsellikte orta düzeyde bir engellenme ya da bir alandaki işlevsellikte ciddi bozulma (intihar düşünceleri, okul reddi ve diğer kaygı biçimleri, obsesif ritüeller, majör konversiyon belirtileri, sık anksiyete atakları, zayıf ya da yetersiz sosyal beceriler, anlamlı sosyal ilişkinin bir miktar korunması ile birlikte sık saldırgan ya da antisosyal davranış dönemleri).
- 40-31 Bir çok alandaki işlevsellikte belirgin bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşlı ilişkilerinde ya da topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır (Örn: belli bir tehdit olmaksızın süren saldırganlık, belirgin sosyal içine kapanma ve duygulanım ya da düşünce bozukluğu nedeniyle davranışlarda izolasyon, ölüm niyetiyle olduğu açık intihar girişimlerinde bulunma); bu çocukların özel eğitim koşullarında okutulmasına, hastaneye yatırılmasına ya da okuldan alınmasına (bu durum bu kategoride yer alması için yeterli bir koşul değildir) gerek olabilir.
- 30-21 İşlevselliğinin hemen her alanında engelli (Örn: sosyal etkinliklere katılmadan bütün gününü evde, kurunda ya da yatağında geçirir; gerçeği değerlendirmesinde ya da iletişimde ciddi bozulma vardır, bazen enkoheran ve uygunsuz davranır).
- 20-11 Başkalarına ya da kendine zarar (Örn: sıklıkla saldırgan olma, yineleyen intihar girişimlerinin olması) vermesini önlemek için belirgin bir düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme ya da iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik (Örn: sözel iletişim ve jestleri kullanmada ciddi sorunlar, belirgin sosyal kapalılık, stupor) nedeniyle yardıma gereksinim duyar.
- 10-1 Sürekli denetim gereklidir (24 saat bakım); şiddetli saldırganlık ya da kendine zarar verici davranışlar vardır; gerçeği değerlendirmede, iletişimde, öz bakım becerilerinde duygulanım ve bilişsel alanlarda ciddi bozulma gözlenir.

Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği (Children's Global Assessment Scale) yetişkinler için genel değerlendirme ölçeğinden (Global Assessment Scale for Adults) uyarlanmıştır (Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Bird, H., Aluwahlia, S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231).

EK 4. Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri-Aile Formu



YİYDDE

Yönetici İşlevlere Yönelik
Davranış Derecelendirme Envanteri

AİLE FORMU

Yönergeler :

İlerleyen sayfalarda çocukları tarif eden ifadelerin bir listesi bulunmaktadır. Çocuğunuzun, geçirdiğiniz 6 ay boyunca bu ifadelerde belirtilen davranışlarla ilgili problem yaşayıp yaşamadığını öğrenmek istiyoruz.

Lütfen bütün maddeler için verebileceğiniz en iyi yanıtı veriniz. Lütfen hiçbir maddeyi atlamayınız. Her bir ifadeyi okurken çocuğunuzun düşününüz ve cevabınızı yuvarlak içine alınız.

Eğer davranış Hiçbir zaman sorun olmuyorsa H
Eğer davranış Bazen sorun oluyorsa B
Eğer davranış Sık sık sorun oluyorsa S

Örneğin, çocuğunuz ödevlerini zamanında bitirmekte hiçbir zaman sorun yaşamıyorsa, bu madde için H harfini yuvarlak içine alınız:

Ödevlerini zamanında bitirmekte zorlanır ☒ H ☐ B ☐ S

Eğer bir hata yapar ya da cevabınızı değiştirmek isterseniz, SİLMEYİNİZ. Değiştirmek istediğiniz yanıt üzerine bir çarpı (X) koyunuz ve sonra doğru yanıtı yuvarlak içine alınız.

Ödevlerini zamanında bitirmekte zorlanır ☒ H ☐ B ☐ S

Maddeleri yanıtlamaya başlamadan önce, bir sonraki sayfanın en üst kısmında bulunan boşlukları; çocuğunuzun ismini, doğum tarihini, cinsiyetini, kendi isminizi, çocukla olan yakınlığınızı ve bugünün tarihini yazarak doldurunuz

Çocuğunuzun

Adı / Soyadı :

Formu Dolduran kişi :

Cinsiyeti :

Çocuğa Yakınlığınız :

Doğum Tarihi :

Formu Doldurma Tarihi :

H=Hiçbir zaman

B=Bazen

S=Sık Sık

1	Küçük sorunlara aşırı tepkiler verir	H	B	S
2	Yapması için üç şey istendiğinde sadece ilkinin ya da sonuncusunu hatırlar	H	B	S
3	Kendi başına bir işe başlayamaz	H	B	S
4	Oyun odasını dağınık bırakır	H	B	S
5	Okul ödevleri, arkadaşları, günlük ev işleri... vb. ile ilgili sorunlarda farklı bir çözüm yolunu kabul etmekte direnir ya da zorlanır	H	B	S
6	Yeni ortamlarda tedirgin olur	H	B	S
7	Ani sinir patlamaları yaşar	H	B	S
8	İşe yaramasa da bir problemi çözmek için aynı çözüm yolunu deneyip durur, değiştiremez	H	B	S
9	Dikkat süresi kısadır	H	B	S
10	İstekli bile olsa, bir görevi yapmak için bunun ona söylenmesine ihtiyaç duyar	H	B	S
11	Ev ödevlerini, imzalanması gereken kâğıtları, araç-gereçleri eve getirmez	H	B	S
12	Planlarda bir değişiklik olduğunda rahatsız olur	H	B	S
13	Öğretmen ya da sınıf değişikliğinden rahatsızlık duyar	H	B	S
14	Yaptığı işlerde hata olup olmadığını kontrol etmez	H	B	S
15	Güzel fikirleri vardır ancak bu fikirleri kağıda dökemez	H	B	S
16	Oyun zamanlarında veya boş zamanlarında ne yapacağı konusunda kendine ait fikirler bulmakta zorluk çeker	H	B	S
17	Okul ödevlerine ve günlük işlere konsantre olmakta güçlük çeker	H	B	S
18	O günün ödevini yapmakla alacağı not arasında bir bağlantı kuramaz	H	B	S
19	Gürültü, hareket ya da görüntülerden ötürü dikkati kolayca dağılır.	H	B	S
20	Gözleri hemen dolar	H	B	S
21	Dikkatsizlikten kaynaklanan hatalar yapar	H	B	S
22	Ödevlerini yapmış olsa bile teslim etmeyi unutur	H	B	S
23	Günlük işler, yiyecekler, mekân... vb. ile ilgili değişikliklere karşı direnç gösterir	H	B	S
24	Birden fazla aşaması olan günlük işleri ve görevleri yerine getirmekte güçlük çeker	H	B	S
25	Küçük bir sebepten dolayı sinir patlamaları yaşar	H	B	S
26	Duygu durumu sık sık değişir	H	B	S

27	Bir görevi yapmayı sürdürebilmek için bir yetişkinin yardımına ihtiyaç duyar	H	B	S
28	Ayrıntılara takılır kalır, geneli göremez	H	B	S
29	Odasını dağınık bırakır	H	B	S
30	Yeni durumlara (derslikler, gruplar, arkadaşlar) alışmakta güçlük çeker	H	B	S
31	El yazısı kötüdür	H	B	S
32	Ne yapmakta olduğunu unutur	H	B	S
33	Bir şey almaya gönderildiğinde ne alması gerektiğini unutur	H	B	S
34	Hareketlerinin diğerlerini nasıl etkilediğinin ya da sıkıntıya soktuğunun farkında değildir	H	B	S
35	Güzel fikirleri vardır ancak uygulamaya koymaz (işin sonunu getirmez)	H	B	S
36	Geniş kapsamlı ödevlerden bunılır	H	B	S
37	Görevlerini (günlük işler, ev ödevleri) bitirmekte güçlük çeker	H	B	S
38	Grup içerisinde diğerlerine göre daha hiddetli ve saçma davranışlar sergiler	H	B	S
39	Aynı konu üzerinde çok fazla düşünür	H	B	S
40	Kendisine verilen görevleri yerine getirmek için gereken zamanı gereğince ayarlayamaz	H	B	S
41	Başkalarının sözünü keser	H	B	S
42	Davranışlarının olumsuz tepkilere neden olduğunu fark etmez	H	B	S
43	Uygun olmayan zamanlarda yerinden kalkar	H	B	S
44	Arkadaşlarına nazaran daha çok kontrolden çıkar	H	B	S
45	Diğer çocuklara nazaran olaylara daha sert tepkiler verir	H	B	S
46	Verilen görevlere ya da günlük işlere en son dakikada başlar	H	B	S
47	Ev ödevlerine ve günlük işlere başlamada güçlük çeker	H	B	S
48	Arkadaşları ile birlikte etkinlik organize etmekte güçlük çeker	H	B	S
49	Söylememesi gereken şeyleri ağzından kaçıır	H	B	S
50	Duygu durumu o anki durumdan hemen etkilenir	H	B	S
51	Okul ödevlerine başlamadan önce plan yapmaz	H	B	S
52	Güçlü ve zayıf yönlerini anlama yetisi zayıftır	H	B	S
53	Yazılı ödevleri pek düzenli değildir	H	B	S
54	Aşırı asi ve kontrolden çıkmış davranışlar sergiler	H	B	S
55	Hareketlerini frenlemekte güçlük çeker	H	B	S
56	Bir yetişkin tarafından yol gösterilmediğinde başını derde sokar	H	B	S
57	Bir kaç dakika için bile olsa bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çeker	H	B	S
58	Amaçlara (özel bir şey için para biriktirmek, iyi bir not alabilmek için ders çalışmak) ulaşmak için gerekli olan eylemleri yerine getirmekte güçlük çeker	H	B	S
59	Çok budalaca davranışlar sergiler	H	B	S
60	İşleri baştan savma yapar	H	B	S
61	Girişken değildir	H	B	S
62	Sinir ya da ağlama krizleri şiddetlidir ancak aniden bitiverir	H	B	S
63	Belirli davranışlarının diğerlerini rahatsız ettiğinin farkına varmaz	H	B	S

64	Önemsiz olaylar büyük tepkileri tetikler	H	B	S
65	Uygun olmayan zamanlarda konuşur	H	B	S
66	Yapacak hiçbir şey olmadığından şikayet eder	H	B	S
67	Odasında ya da okuldaki sırasında bazı şeyleri bulamaz	H	B	S
68	Her nereye gitse eşyalarının bir kısmını gittiği yerde unutur	H	B	S
69	Başkalarının düzenlemesini gerektirecek boyutta dağınıklık yaratır	H	B	S
70	Çok kolay üzüldür	H	B	S
71	Evde çok zaman geçirir ("çoğunlukla da televizyon izler")	H	B	S
72	Elbise dolabı darmadağındır	H	B	S
73	Sırasını beklemekte güçlük çeker	H	B	S
74	Beslenme çantasını, parasını, izin belgesini, ödevlerini... vb. kaybeder	H	B	S
75	Kıyafetlerini, gözlüğünü, ayakkabılarını, oyuncaklarını, kitaplarını, kalemelerini... vb. bulamaz	H	B	S
76	Doğru cevapları bilse dahi testlerde başarısız olur	H	B	S
77	Uzun süreli projeleri bitirmez	H	B	S
78	Sıkı bir şekilde gözetlenmelidir	H	B	S
79	Bir şey yapmadan önce düşünmez	H	B	S
80	Bir etkinlikten bir diğerine geçmekte güçlük çeker	H	B	S
81	Yerinde duramaz	H	B	S
82	Fevri hareket eder	H	B	S
83	Aynı konu üzerinde uzun süre konuşamaz	H	B	S
84	Tek bir etkinliğe ya da konuya takılıp kalır	H	B	S
85	Aynı şeyleri söyleyip durur	H	B	S
86	Sabahları okula gitmek için hazırlanmakta güçlük çeker	H	B	S

EK 5. Duygu Düzenleme G  l         

DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ      

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli       üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı      ten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

		Bazen (%11 - %35)			�o�u zaman (%66 - %90)	
1	2	3	4	5		
Hemen hemen hiç			Yaklaşık yarı yarıya		Hemen hemen her zaman	
(%0 - %10)			(%36 - %65)		(%91 - %100)	

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissetti�imi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissetti�ime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissetti�imi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissetti�imi �nemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa ya�arım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissetti�imde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissetti�ime i�lerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissetti�imde kontrolden �ıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissetti�imde uzun süre böyle kalaca�ıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissetti�imde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5

18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

EK 6. Pekiştireç Duyarlılığı Ölçeği

Pekiştireç Duyarlılığı Ölçeği Türkçe Formu

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice oku. Sonrada, sağ tarafta verilen şıklardan senin için en uygun olanını seç ve kutunun içini işaretle.

	Hiçbirzaman	Bazen	sık sık	Herzaman
Bir oyun oynadığım ya da spor yaptığım zaman dikkatli olabilirim				
Bir kaykay yada bisiklet ile yokuş aşağı gitmeden önce durup düşünürüm				
Yeni ve heyecanlı şeyler yapmaktan hoşlanırım				
Eğer denizde yüzeriken büyük bir gölge görseydim olduğum yerde donakalırdım				
Yapmayı en çok sevdiğim şeylerde kendimi geliştirmeye devam etmek istiyorum				
Eğer yaralanacağımı düşünseydim yaptığım şeyi yapmayı bırakırdım				
Eğer benimle birlikte banyoda bir yılan ya da örümcek olsaydı olduğum yerde donakalırdım				
Eğer yaralansaydım ne olabileceği hakkında endişelenirdim				
Yapmayı sevdiğim bir şeyde daha iyi olabilmek için alıştırmayı yapmayı severim				
Eğer bir örümcek ya da yılan görseydim koşarak kaçabilirdim				
Eğer devam etmek çok riskli olsaydı yaptığım şeyi yapmayı bırakabilirdim				
Eğer geceleyin yataktayken yabancı sesler duysaydım donakalırdım				
Yeni yerler keşfetmeyi severim				
Birşeye kalkışmadan önce ya beceremessem diye dikkatlice düşünürüm (örneğin spor takımı yada okul kaptanlığı)				
Eğer alt katta ışık olmasaydı yukarı kata geri koşabilirdim				
Amacıma ulaşmak için çok çalışırım (ya da istediğim yere gelebilmek için)				
Eğer bir kuşun bana saldıracağını düşünseydim donakalırdım				
Eğer beni korkmuş hissettirseydi bir hayvandan koşarak uzaklaşabilirdim				
Beni incitebilecek birşey yaptığımda dikkatliyimdir				
Yapmayı sevdiğim şeylerde daha iyi olabilmek için alıştırmayı yaparım (örneğin spor yada hobi)				
Yapmayı sevdiğim şeyleri iyi yapmak için çok çalışırım				

EK 7. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
04.02.2020	03	2020/361	
Karar No: 2020/361: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 04.02.2020 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Özlem ÖZEL ÖZCAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Arş. Gör. Muhammed Enes BİNGÖL'ün yardımcı araştırmacısı olduğu; “Çocuk ve Ergen Psikiyatri Servisinde Yataklı Tedavi Etkinliğinin Klinik Değişkenler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi” başlıklı çalışması; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Başkanı	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

