

Kemik İliği Transplantasyonunun Psikososyal Yönleri

İnci ÖZGÜR İLHAN, Hakan KUMBASAR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Kemik iliği transplantasyonu her Őeyden önce bir "kriz" olarak alınmalıdır. Kriz sözcüğü, psikiyatri alanında, bir olay ya da duruma bağlı olarak ortaya çıkan, bireyin başa çıkma becerilerini geçici olarak yetersiz kılan, yoğun bir belirsizliğin yaşandığı karmaşık bir dönemi anlatır. Kriz bir ruhsal bozukluk değildir; her insanın yaşamı boyunca karşılaşılabileceği zorlayıcı dönemleri ve bu dönemlerde verdiği tepkileri tanımlamak için kullanılır. Süregiden yaşamda bir değişiklik söz konusudur ve bu değişiklik karşısında yeni kararlar almak gerekir. Yaşantısal krizlere doğal felaketlerden, evlenme, boşanma, bir yakının ölümu ve hastalıklara kadar çeşitlilikte örnekler verilebilir. Eğer kriz olumlu sonuçlanırsa onu yaşayan krizden güçlenmiş ve yeni baş etme yolları öğrenmiş olarak çıkar. Öte yandan krizin olumsuz sonuçlanması, kişinin krizden önceki işlevsellik düzeyine ulaşamaması, daha da ötesinde bir ruhsal bozukluğun gelişmesi anlamına gelebilir (Sayıl 2000). Kriz, içinde olduğu bağlamdan ayrı ele alınamaz; yaşamın içinde gelişen bir durum hem bireyi, hem de o bireyin başta ailesini, daha geniş olarak da tüm sosyal çevresini değişen ölçülerde etkiler.

Kemik iliği transplantasyonu da hastayla birlikte hem hastanın ailesi ve yakın çevresini hem de tedavi ekibini ilgilendiren bir kriz durumudur. Kemik iliği transplantasyonu süreci, karar verilmesi ve başa çıkılması gereken, içerisinde belirsizliği, karmaşık yaşantı ve duyguları barındıran, her zamankinden farklı bir uyumu gerektiren bir durum olması nedeniyle bir krizdir. Bu dönemde hastanın birincil olarak iliğki kuracağı kişiler olarak hastanın ailesi ve tedavi ekibi üyelerinin hastanın yaşadıklarını anlamak için hastaya yaklaşımda nelere

dikkat edeceklerini ve hangi durumlarda psikiyatri konsültasyonuna baş vurmaları gerektiğini bilmeleri önemlidir.

Psikiyatride konsültasyon-liyezoz sadece ruhsal bozukluğu olduğundan kuşku duyulan hastaların takibinde bir konsültasyon-liyezoz hekiminin değerlendirmesini yaptıktan sonra önerilerini yazıp gitmesi anlamına gelmemelidir. Psikiyatri konsültasyon-liyezoz hizmetleri bölümler arasında sürekli bir iliğki, işbirliği ve ekip çalışmasını gerektirir (Strain 1996). Ayrıca bu anlamdaki duyarlılık sadece "psikiyatrik vaka" olarak tanımlanmış hastalara yöneltilmemeli, kemik iliği transplantasyonu boyunca her aşamada birincil, ikincil ve üçüncül koruma müdahaleleri açısından konsültasyon liyezoz psikiyatrisinin yardımına baş vurulabileceği bilinmelidir.

Bu kriz dönemini üç evrede ele almak kemik iliği transplantasyonu uygulanacak hastanın durumunu daha net anlamada yardımcı olabilir, çünkü bu üç evre ayrı özellikleri taşıyan dönemlerdir. Bu evreler, transplantasyon öncesi, transplantasyon ve transplantasyon sonrasını kapsar (McQuellon ve Andrykowski 2000).

Transplantasyon Öncesi Evre

Bu evre, hem hekim hem de hasta ve ailesi tarafından bir karar verme evresidir. Karar vermesi gereken hasta çoğunlukla o güne kadar bazı tedavi denemelerini ve yorucu işlemleri yaşamıştır. Hasta ve ailesi, bu tedavi yöntemini tek ve son şans olarak gördüğünde karar vermek olasılıkla çok zor olmayacaktır, çünkü onlara sunulan tek bir seçenek vardır. Oysa başka tedavi seçeneklerinin de değerlendirilmesinin gerektiği durumlarda

seçim ve karar verme daha zor olacaktır. Hastanın çocuk olması durumunda ailenin karar vermesi oldukça yüklü bir sorumluluktur. Her durumda hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi hekimin ilk sorumluluğudur. Çünkü "son şans" olsa bile hasta ve ailesinin işlemin nasıl yapılacağı, ağırlı/acılı olup olmayacağı, ölüm ve sakatlık riskinin ne olduğu gibi sorularının yanıtlanması onların birinci hakkıdır.

Bu dönemde en sık görülen tepki bunaltıdır. Karar verme durumunda olan kemik iliği transplantasyonu adaylarının alındığı bir çalışmada hastaların %50'sinden fazlasında önemli düzeyde bunaltı ve gerginlik saptanmış, ancak hastaların %20'sinde önemli düzeyde depresyon bulunmuştur. Aynı çalışmada hasta ve tedavi ekibinin depresyondan çok bunaltı konusunda görüş birliğinde olduğu gösterilmiştir (Trask ve ark 2002). Bunaltının en başta gelen nedeni belirsizliktir. Bu belirsizliği gidermenin yolu, hastayı ve ailesini bilgilendirmektir. Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve o sırada nelere dikkat edileceği önemlidir (Stewart 1999). Hasta, kemik iliği transplantasyonu ile ilgili önceden duyduklarından bazı yanlış bilgiler edinmiş olabilir. Öncelikle hastanın kemik iliği transplantasyonu ile ilgili neler bildiği, neleri yanlış bildiği anlaşılmalıdır; yanlış bildiklerini düzeltmek eksikleri tamamlamak amaçlanmalıdır. Ülkemizde genel olarak eğitim düzeyinin düşüklüğü ya da tıbbi ya da tıbbi olmayan terimlerin genellikle yabancı dillerden kaynaklanıyor olması hastanın anlatılanları anlamamasına ya da yanlış anlamasına yol açabileceği için hastayla görüşmede onun anlayabileceği terimleri kullanmak ve hastanın anladığından emin olmak gerekir. Kemik iliği transplantasyonu hazırlığı içinde olan hastanın içinde bulunduğu gergin durum hastanın dikkatini de etkileyebileceği önemli bilgiler anlaşılabilir.

Bu dönemde sıkıntıyla baş etmede bir savunma düzeneği olarak hasta anlatılanların olumsuz yanlarını görmezden gelip olumlu noktaları alma eğiliminde olabilir. Böylesi bir inkara izin verilmemeli ve hasta gerçekçi bir biçimde yönlendirilmelidir. Böylelikle transplantasyon sonrası gelişebilecek olumsuzluklar karşısında hastanın yaşayabileceği düş kırıklığı ve öfke duyguları baştan engellenmiş olur (Andrykowski ve McQuellon 1999).

Hastalar hekimin zamanını almamak, yanlış bir soru sormaktan çekinmek ya da hekim tarafından terslenme ile karşılaşmaktan korkmak nedeniyle soru sormaktan çekinebilir. Bu yüzden hekim hastasını soru sormak için yüreklendirmeli, hastasına yeterince zaman ayırabilmeli, sorularını beklediği-

ni hastasına ifade etmeli ve hastanın her sorusunu yargısız bir tavırla karşılayabilmelidir. Hekim, uygun gördüğünde hastasına yazılı kaynak da sağlayabilir.

Bilgilendirme sadece kemik iliği transplantasyonu öncesine ait bir yükümlülük değildir, tüm süreç boyunca gerekli olduğu durumlarda hastanın gereksinmesine ve sorularına göre bilgi verilmelidir.

Kemik iliği transplantasyonu işleminin ne kadar ağırlı olacağı her hastanın aklına gelebilecek bir endişe kaynağı olabilir. Hastanın ne kadar ağrı yaşayabileceği, bu ağrının nasıl kontrol edilebileceği hastaya anlatılmalıdır.

Transplantasyon Evresi

Kemik iliği transplantasyonu işlemlerinin başlatılmasından taburculuğa kadar yoğun bir medikal tedaviden sonra izolasyon ve bekleme dönemi başlar. Bu dönemde hasta ilaçların ve radyasyonun bulantı-kusma, saç dökülmesi, halsizlik, ağızda oluşan yaralar gibi yan etkilerle baş etmek durumundadır. Kullanılan ilaçların bazen deliriuma kadar varan nörokognitif yan etkileri hasta ve ailesi için çok korkutucu olabilir. Bilgilendirme bu dönemde de devam etmeli, hastanın karşılaşılabileceği tedavi yan etkileri hasta ve ailesine anlatılmalıdır.

Bu dönemde hasta ve refakatçisinin tedavinin bir parçası olarak izole edilmesi ayrı bir sıkıntı kaynağıdır. Bir çalışmada önceden hiçbir ruhsal bozukluk tanısı almamış hastaların yarısının kemik iliği transplantasyonu için izolasyon sırasında çabuk öfkelenme, ajitasyon, ciddi düzeyde bunaltı, çökkün duygudurum, uykusuzluk, sanrı, varsanı ya da konfüzyon gibi belirtileri sergilediği gözlenmiştir (Sasaki ve ark 2000). Hasta, desteğe en fazla gereksinme duyduğu bir zamanda yakınlarından uzak kalmıştır. Tedavi ekibi ve refakatçisinden gelen uyarılar dışında bir çok sosyal ve duygusal uyarandan uzakta kalması hastanın kendi bedenine daha fazla dönüp fiziksel duymalara ve ağrıya karşı duyarlılığını artırabilir (Herschel 2000). Bu durum, refakatçi ve tedavi ekibi tarafından hastanın yaşadığı fiziksel sıkıntıları abartması biçiminde değerlendirilmemelidir.

İzolasyon ve yoğun tıbbi tedavinin yaşatabileceği bir diğer duygu ise bir başkasına bağımlılık ya da kontrol kaybı duygusudur. Bu duyguların ardından yersiz öfke tepkileri görülebilir. Hasta refakatçisine ya da tedavi ekibine sert çıkışlar yapabilir. Bağımlılık duygusu, yaşı ne olursa olsun hastada regresif davranışlara neden olabilir: hasta neredeyse bebekleşip tümüyle içine kapanabilir

(Herschl 2000). Hastanın kontrol duygusunu bir ölçü de olsa yaşamasını sağlamak için yapılabilecek şey yine hastayı yapılan ve yapılması planlanan işlemler hakkında bilgilendirmek ve bu dönemi hemen herkesin sıkıntılı yaşadığını hastaya hatırlatmaktır (Goldberg 1987). Ayrıca tedavi ekibinin hastaya zaman ayırarak onun yanında bulunması bile hasta için bir destek olacaktır. Hastanın refakatçisine de sadece hastanın yanında bulunmasının bile önemli bir destek ve yardım olduğunu hissettirmek gerekir.

Hastanın ailesi için bu dönemdeki asıl zorluk, hastanın evinden ve işinden uzakta olmasından dolayı, aile içinde sorumluluk ve rollerin dağılımının yeniden belirlenmesidir. Yeni sorumlulukların yüklenilmesi aile bireylerinde gerilim ve tüm ailede çatışma yaratabilir. Öte yandan hastanın ailesinin desteğine en fazla gereksinimi olduğu dönemdir, bu yüzden aile de desteklenmesi için gereğinde müdahale sağlanmalıdır. Bununla birlikte refakatçi ve aileler sadece hasta için destek olabilecek kişiler olarak görülmemeli, onların da bireysel olarak desteğe gereksinimi olabileceği unutulmamalıdır. Bir çalışmada refakatçilerin kemik iliği transplantasyonu uygulanan hastaları kadar öfke, gerginlik, yorgunluk ve depresyon yaşadıkları, hastalara göre aile ve iş ilişkilerinde daha fazla sorunlar ve hastalıkla ilgili kabuslar görme, kemik iliği transplantasyonu ile ilgili yoğun düşünceler gibi daha fazla sıkıntılı zamanlar yaşadıkları gösterilmiştir (Siston ve ark 2001).

Transplantasyon, yeni hücrelerin infüzyonu, simgesel olarak "yeni bir yaşam" demektir. Böylesine yaşamsal bir beklenti beraberinde her zamankinden daha fazla bir duyarlılık getirecektir. Bu duyarlı bekleyişin içerdiği ayrı bir yan da transplantasyonun başarısız olması endişesidir. Böyle bir dönemde gelişebilen yeni komplikasyonların hastanede kalış süresini uzatması hastada engellenme ve öfke duygularını ya da depresif belirtiler çıkarabilir. Hastanın özellikle öfkesini yöneltebileceği kişinin en yakınındaki kişi, yani refakatçisi olduğu ve bu tür tepkilerin beklenmedik olmadığı hastanın refakatçisine açıklanmalıdır. Hasta tepkisel olarak tedaviye uyumsuzluk sergileyebilir. Böyle durumlarda hastanın duygularını ifade etmesi engellenmemeli ve tolere edilebilmeli, hastanın olumlu ve işlevsel olan davranışları desteklenmeli ve güçlendirilmelidir (Andrykowski ve McQuellon 1999).

Transplantasyon Sonrası Evre

Artık uzun ve yorucu müdahalelerin çoğu ta-

mamlanmıştır, bütün bunlarla baş etmek için çaba harcanmıştır. Uzun bir yatış döneminden sonra taburculuk da aslında hasta için yeni bir uyum dönemi olarak belirmektedir. İlk bakışta "rahata ermek" gibi görünse de taburculuk hasta için çoğu zaman güvenli ve gereğinde yardıma hemen koşup müdahale edebilecek tedavi ekibinden ayrılmak anlamına geldiği gözlenmiştir (Stewart 1999, Herschl 2000). Bu durum hasta tarafından yine endişe verici olarak yaşanacaktır.

Yorgunluk ve bitkinlik taburculuktan sonraki erken dönemde hastanın yaşamını en belirgin olarak kısıtlayan belirtiler olarak gözlenmiştir. Günlük yaşamda hastalık öncesi fiziksel işlevsellik düzeyine ulaşamayan, kendisinden beklediği fiziksel uyumu kısa dönemde gösteremeyen hasta bir engellenme ve öfke ya da çökkünlük yaşayabilir (Andrykowski ve McQuellon 1999). Bu yüzden hastanın ve ailesinin önceden bilgilendirilmiş olması ve aile ve yakın çevresinin desteklenmesi gereklidir. Bu dönemde hastanın henüz yapamadığı işlerde kendisini zorlaması engellenmeli, yapabildiği işler üzerinde durulmalıdır.

Bu arada hastanedeki tedavisi boyunca hastanın ailesinden uzakta kalması sırasında aile içinde yeni bir işbölümü ve rol dağılımı belirlenmiştir. Hastanın taburculuğuyla beraber diğer aile bireylerinin de yeni döneme uyum sağlamaları gerekecektir. Ailede sessiz kalmış ve ertelenmiş çatışmalar bu dönemde alevlenebilir. Bu çatışmaların yaşanması olağan zamanlarda daha çok öfke tepkileriyle birlikte oluyorsa, hastalık zamanında aileden birinin hasta yakınına öfke duyması suçluluk duygularını da beraberinde getirebilir.

Taburculuktan sonra tedavi ekibinin karşılabileceği önemli bir sorun hastanın tedaviye uyumsuzluğu olabilir. Bunun nedeni, hastanın tıbbi önerileri anlamaması olabilir. Öte yandan hastadaki genel motivasyon azlığının hem tedavi önerilerine uyumda hem de hastanın genel olarak kendine bakımında sorunlara neden olduğu gözlenmiştir (Andrykowski ve McQuellon 1999). Böyle bir durumda ailenin de tedavinin yürütülmesinde daha fazla sorumluluk alması istenebilir.

Kemik iliği transplantasyonu sonrasındaki 6 ay-2 yıl arası dönemde hastaların önemli bir kısmında transplantasyonun bazı fiziksel komplikasyonları hastanın yaşamını önemli ölçüde etkilemeye devam edebilir. Enfeksiyon kapma korkusu, isteksizlik, infertilite, düşük kendilik değeri, yaygın bir öfke, beden imgesindeki sorunlar, depresyon gibi nedenlerle ortaya çıkan (Herschl 2000) cinsel işlev bozukluklarının hastaların %12'i kadarında

Tablo 1. DSM-IV'e göre uyum bozukluğun tanı ölçütleri

Uyum bozuklukları (DSM IV)

- A** Stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde gösterilebilir stres etken(ler)ine bir tepki olarak duygusal ya da davranışsal belirtilerin gelişmesi.
- B** Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kantlandırıldığı üzere bu semptomlar ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:
- 1) stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre daha aşırı, belirgin sıklık
 - 2) toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulma
- C** Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir eksen I (birincil bir ruhsal bozukluk) ya da eksen II bozukluğunun (kişilik bozukluğu) bir alevlenmesi değildir.
- D** Bu belirtiler yası göstermemektedir.
- E** Stres etkeni (ya da bunun sonuçları) bir kez sonlandıktan sonra belirtiler ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez.

Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu

Önde gelen görünümleri depresif duygudurum, ağlamaklı olma ya da umutsuzluk duyguları gibi belirtiler olduğunda

Anksiyete ile giden uyum bozukluğu

Önde gelen görünümleri sınırlılık, özlemlilik, aşırı kaygı ya da çocuklarda aşı bağlandığı kişilerden ayrıntı korkusu gibi belirtiler olduğunda

görüldüğü bildirilmiştir (McQuellon ve Andrykowski 2000). Bu tür sorunların nedenleriyle birlikte saptanıp müdahale edilmesi hasta ve eşi arasındaki ilişkiyi iyileştirici olacaktır.

Kemik iliği transplantasyonundan aylar hatta yıllar sonra bile hastanın hastalığının yinelenme korkusunu taşıyor olması olasıdır. Bu normal bir tepki sayılmalı, hastaya da bu korkunun normal olduğu anlatılmalıdır.

Kemik İliği Transplantasyonu Sürecinde Psikiyatrik Müdahalenin Gerekli Olduğu Durumlar

Kemik iliği transplantasyon süreci boyunca hasta ile birincil olarak ilişki kuran hekim ve diğer tedavi ekibi üyelerinin genel olarak bilmesi ve uygulaması beklenen konulara açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Hekim, kemik iliği transplantasyonunun her aşamasında psikiyatri konsültasyon-liyezon bölümünün yardımına baş vurabileceğini bilmelidir; bunun için hastada bir ruhsal bozukluğun gelişmiş olması gerekmez. Bununla birlikte psikiyatrinin doğrudan müdahalesini gerektiren bazı zorlu durumlar da belirebilir. Böyle durumlarda konsültasyon liyezon psikiyatrisine daha fazla iş düşmekle birlikte kemik iliği transplantasyonu ekibi ile de daha sık ve yoğun ilişkiler başlayacaktır.

Kemik iliği transplantasyonu hastalarının %50'si kadarında bir ruhsal bozukluk saptanmıştır, (Fritzsche ve ark 2003); saptanan ruhsal bozuklukların en önde geleni bunalıt ve/veya depresif belirtili uyum bozukluğudur (Sasaki ve ark 2000, Fritzsche ve ark 2003). (Depresif duygudurum ve anksiyete ile giden uyum bozukluklarının "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"-DSM-IV'e göre tanı ölçütleri Tablo 1'de ve-

rilmıştır.)

Hastanın hastalık öncesi psikososyal uyumunun genel olarak değerlendirilmesi ve tedavi ekibinin transplantasyon sırasındaki gözlemleri psikiyatrik müdahalenin gerekliliği açısından yol göstericidir. Önceden bir ruhsal bozukluğu bulunan, tedaviye ve tedavi ekibine uyumsuzluğu belirgin olan, aile desteği zayıf olan, hastalık ve tedaviyle ilgili olumsuzlukları ciddi olarak yadsıyan ya da ciddi düzeyde bunalıt veya depresyon belirtileri sergileyen hastalar için psikiyatriye danışılmalıdır.

Kemik iliği transplantasyonu olağandışı bir yaşantıdır. Bu sürecin zorluklarıyla baş etmek de olağanüstü bir çabayı gerektirir. Hastanın baş etmede kendini yetersiz hissetmesi, kendilik değerinin azalmasına ve depresyona yol açabilir. Bu yüzden hastanın bu olağandışı süreçte yaşadığı zorlukların doğal olduğu, bunun güçsüzlük olmadığı anlatılmalıdır. Gereğinde psikiyatrinin yardımına baş vurulmasının da normal olduğu ve bu yaklaşımın genellikle uygulandığı hastaya açıklanmalıdır.

Hiçbir hasta için kemik iliği transplantasyonu deneyiminin öncesi ve sonrası aynı olmayacaktır, çünkü bunun yaşanabilecek en zorlu deneyimlerden biri olduğu kuşkusuzdur. Böylesine bir kriz döneminden başarıyla çıkmak hastanın kendilik değerini artırmalıdır. İçinde ölüm olasılığı geçen bir yaşantıdan geçmiş olmak ve hala yaşıyor olmak hastanın yaşamındaki öncelikleri de yeniden gözden geçirmesini sağlayabilir. Kendini gizli hissettiren kişilerarası çatışmaların bu dönemde açığa çıkması çözümü de beraberinde getirmiş olabilir. Tüm süreç boyunca amaç hayatta kalmak olduğu kadar yeni kazanımlar elde etmek de olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Andrykowski MA, McQuellon RP Psychological issues in hematopoietic cell transplantation. Hematopoietic Cell Transplantation, ED Thomas, KG Blume, SJ Forman (ed), ikinci baskı, Blackwell Science Inc., Maryland, 1999; 398-406.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV-TR Tam Ölçütleri Başvuru El Kitabı, E Köroğlu (çev), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001; 263-264.
3. Goldberg RJ Anxiety in the medically ill. Principles of Medical Psychiatry, A Stoudemire, BS Fogel (ed), Grune & Stratton Inc., Orlando, 1987; 177-203.
4. Fritzsche K, Struss Y, Stein B, Spahn C Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. Hematological Oncology, 2003; 21:83-89.
5. Herschl J Psychosocial considerations: a family approach to patient care. Hematopoietic Stem Cell Therapy, ED Ball, J Lister, P Law (ed), birinci baskı, Churchill Livingstone, Philadelphia, 2000; 672-681.
6. Kumbasar H. Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Çalışmaları ve A.Ü.T.F'de yeni bir uygulama II.Sosyal Psikiyatri Sempozyumu, Kuşadası 1995.
7. McQuellon RP, Andrykowski MA Psychosocial complications of hematopoietic stem cell transplantation. Clinical Bone Marrow and Blood Stem Cell Transplantation, K Atkinson (ed), birinci baskı, Cambridge University Press, New York, 2000; 1045-1054.
8. Sasaki T, Akaho R, Sakamaki H ve ark Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia. Bone Marrow Transplantation, 2000; 25:315-318.
9. Sayıl I Kriz kavramı, krize müdahale ve koruyucu ruh sağlığındaki yeri. Kriz ve Krize Müdahale, I Sayıl, OE Berksun, R Palabıyıköğlü, H Devrimci-Özgüven, Ç Soykan, S Haran (ed), birinci baskı, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Ltd. Şti, 2000; 7-37.
10. Siston AK, List MA, Daugherty CK ve ark Psychosocial adjustment of patients and caregivers prior to allogenic bone marrow transplantation. Bone Marrow Transplantation, 2001; 27:1181-1188.
11. Stewart SK The patient's perspective. Hematopoietic Cell Transplantation, ED Thomas, KG Blume, SJ Forman (ed), ikinci baskı, Blackwell Science Inc., Maryland, 1999; 386-389.
12. Strain JJ Liaison psychiatry. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, JR Rundell, MG Wise (ed), American Psychiatric Press, birinci baskı, Washington DC, 1996; 38-51.
13. Trask PC, Paterson A, Riba M ve ark Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. Bone Marrow Transplantation, 2002; 29:917-925.