

# Kalp nakli olan bir çocuk olguda psikiyatrik destek ve tedavinin önemi

*The importance of psychiatric support and treatment in a child with heart transplantation*

Özge Çelik<sup>1</sup>, Emre Ürer<sup>2</sup>, Emrah Cem Bayram<sup>3</sup>, Birim Günay Kılıç<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-3558-9068>

<sup>2</sup>Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0562-837X>

<sup>3</sup>Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-9255-4913>

<sup>3</sup>Prof., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-4566-2564>

## ÖZET

Kronik hastalıklar ve uzun süreli hastane yatışı gerektiren durumlar çocuklar ve aileleri için psikososyal yükleri beraberinde getirmektedir. Özellikle organ nakli ihtiyacı olan çocuklarda preoperatif ve postoperatif dönemlerde aile ve çocuk psikiyatrik açıdan özenle incelenmeli, gerekli sosyal destek sistemleri harekete geçirilmelidir. Bu dönemde hastaların, olası do-ku/organ reddi ile ilgili düşünce ve duygularını ifade edememelerinin, kaygı ve korkularını sözelleştirememelerinin ve etkili baş etme yöntemlerini kullanamamalarının bakım ve tedaviyi zorlaştırdığı bilinmektedir. Bu sebeplerden dolayı hastanın nakil sonrası tedavi uyumunun sağlanması ve psikiyatrik destek ve tedavilerinin yapılması için ilgili tıp alanlarıyla birlikte ruh sağlığı profesyonelleri ile ortak çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu olgu sunumunda, restriktif kardiyomyopati tanısı ile hastane yatışı yapılan ve sonrasında ulusal acil nakil liste-sinden kalp nakli gerçekleştirilen bir hastada, nakil operasyonu öncesi ve sonrasındaki psikiyatrik değerlendirmenin önemini vurgulamayı amaçladık.

**Anahtar Sözcükler:** Organ nakli, kalp nakli çocuk, psikososyal destek, tedavi

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:487-492)

DOI: 10.5505/kpd.2019.98704

## SUMMARY

Chronic illnesses and situations requiring long-term hospitalization bring psychosocial burdens for children and their families. Especially in children who need organ transplants, family and child should be carefully examined in terms of preoperative and postoperative periods and necessary social support systems should be mobilized. It is known that in this period, patients could not express their thoughts and feelings about possible tissue / organ rejection, not being able to verbalize their anxiety and fears and make effective coping methods difficult to care and treatment. For these reasons, it is necessary to cooperate with mental health professionals with the related medicine fields in order to ensure compliance of the patient after transplantation and to provide psychiatric support and treatment. In this case report, we aimed to emphasize the importance of psychiatric evaluation before and after transplantation in a patient with diagnosis of restrictive cardiomyopathy and then underwent a heart transplantation from the national emergency transplant list.

**Key Words:** Transplantation, hearth transplant child, psychosocial support, treatment

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaygın kullanılan tanımlamasına göre sağlık, herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur. Bu tanım çerçevesinde çocuk ve gençlere sağlık hizmeti sunan tüm meslek elemanlarının biyo-psiko-sosyal bütünlük içinde ve özellikle gelişimsel bakış açısıyla çocuğu ve çevresini (aile-okul vb.) değerlendirmesi gerekir.

Fiziksel sağlık sorunları nedeniyle yatırılarak tedavi edilen çocukların %18-20'sinde davranışsal ve emosyonel sorunlar olduğu bildirilmiştir. Daha ileri tedavi ve girişimleri gerektiren kronik hastalıklarda bu oranın daha fazla olması beklenebilir. Hastalığın kronik doğası, seyrinin ciddiyeti yanı sıra travmatik tıbbi girişimler de çocuklar için olumsuz psikolojik etkileri arttırabilir.

Kronik bedensel hastalığı bulunan kişilerin mevcut bedensel hastalıklarına psikolojik ve sosyal problemler de eşlik edebilmektedir (1). Psikiyatrik eş tanıların varlığı, kronik bedensel hastalığın hem seyrini hem de tedavisini olumsuz etkilemektedir. Tedavi için uzun süreli hastane yatışı gerektiren durumlar yalnızca çocuğa değil tüm aile bireyelerine ek psiko-sosyal zorluklar getirmektedir (2).

Kronik hastalık ve organ yetersizliği durumları bazen nakil ihtiyacı doğurmakta ve bu da uzun ve çok zahmetli bir tedavi sürecini beraberinde getirmektedir. Nakil öncesi dönemde; hastalığın kapsamlı psikiyatrik ve psikometrik değerlendirmeleri yapılmaktadır. Bu aşamada amaç; hastanın, ebeveynlerin ve ailedeki diğer bireylerin hastalık ve nakil ile ilgili bilgilerini arttırmak, hastanın psikiyatrik açıdan nakile uygun olup olmadığını değerlendirmek, psikososyal destek sistemlerini gözden geçirmek, varsa psikiyatrik eş tanıları saptamak ve tedavi etmektir (3).

Nakil sonrası erken dönem bir yandan yoğun tıbbi tedavilerin sürdüğü ve çoğu zaman çocuk ve aile üyelerinden birinin enfeksiyon riski nedeniyle uzun süre izolasyonunun gerektiği bir zaman dilimdir. Daha sonra tedaviler devam etmekte ve çocuğun ve ailenin tedavi uyumu önemini korumaya devam

etmektedir. Bu dönemde hastaların, gerçekleşmesi olası rejeksiyon (doku/organ reddi) ile ilgili duygularını ifade edememelerinin, kaygı ve korkularını sözelleştirememelerinin ve etkili baş etme yöntemlerini kullanamamalarının, bakım ve tedaviyi zorlaştırıcı öfke, düşmanlık, suçluluk, güçsüzlük, ümitsizlik duygularına yol açtığı bilinmektedir.

Yoğun bakım sürecinden çıktıktan sonra da hastaların; sürekli izlem, düzenli poliklinik kontrolü, ilaç tedavisi, beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü açısından yaşam tarzı değişikliklerine uyumu içeren karmaşık bir tıbbi rejime uymaları gerekmektedir. Ayrıca, organ reddini önlemek amacıyla aldıkları bağışıklık baskılayıcı tedaviler nedeniyle diğer hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı daha savunmasız bir halde yaşamak ve yabancı bir organın kendi vücudunun bir parçası olması fikrine alışmak zorundadırlar. Tüm bu zorluklar birey üzerinde stres yaratır (4). Bu aşamada nakledilen organın korunmasında en önemli faktörlerden birinin medikal tedaviye uyum olması sebebi ile buna ilişkin risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin gecikmeksizin alınması çok önemlidir (5).

Bu olgu sunumunda, kalp nakli öncesi ve sonrasında takip ettiğimiz ve nakil sonrası dönemde yoğun uyum sorunları yaşayan bir çocuk hastayı sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

### Özgeçmiş

12 yaşında kız hasta; Planlı ve sorunsuz bir gebeliği takiben, ailenin 2. çocuğu olarak normal spontan vajinal yolla 3300 gr ağırlığında doğmuş. Perinatal ya da postnatal herhangi bir komplikasyon olmamış. İki yaşına kadar anne sütü almış. 18 aylıkken yürümüş, 1 yaşında ilk kelimelerini söylemiş, 2 yaşında iki kelimelik cümleler kurmaya başlamış. 6 yaşında anasını-fina, 7 yaşında ilkökula başlamış. Kendisinden 1 yaş büyük olan ablası ile aynı okulda öğrenim görüyormuş. Okulda derslere katılımı ve notları iyi olan bir öğrenci olmakla birlikte, sınıf arkadaşları ve akranlarıyla ilişkileri çok iyi değilmiş.

### **Soygeçmiş ve aile öyküsü**

4 çocuklu bir ailenin ikinci çocuğu olan hastamızın, 13 ve 3 yaşlarında iki kız kardeşi ve 7 yaşında bir erkek kardeşi olduğu, tüm kardeşleri sağ ve sağlıklı olup, 3 yaşındaki kardeşi dışındakilerin örgün eğitime devam ettikleri öğrenildi.

Annenin 37 yaşında, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olduğu, ilkokul birinci sınıftan sonra eğitim almadığı ancak okur yazar olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı ve ev ekonomisine katkısının olmadığı öğrenildi.

Babanın 40 yaşında, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olduğu, ilkokulu bitirdikten sonra okula devam etmediği ve inşaat işçiliği, kağıt toplamak gibi gününbirlik işlerle evin geçimini sağladığı öğrenildi.

Tüm ailenin; Hastamızın nakil süreci sebebiyle, yaşadıkları şehirden tedavinin yapıldığı şehre göç ettikleri, kardeşlerin burada okula devam ettikleri, göç edilen şehrin görece büyükşehir olması ve masraflarının daha fazla olması sebebiyle geçim sıkıntısı yaşadıkları öğrenildi.

### **Klinik öykü**

Hastanın 5 yaşından beri ara ara olan halsizlik, iştahsızlık, efor ile belirginleşen nefes darlığı, zaman zaman bacaklarda ve karında şişlik, ellerde ve dudak çevresinde morarması ve eforla belirginleşen çarpıntı şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Daha önce demir eksikliği anemisi tanısı konulduğu, demir tedavisi ile anemisinin düzelmediği öğrenildi. Nefes darlığı ve çarpıntı şikayetlerinin belirginleşmesi üzerine, bulunan şehirdeki özel bir hastanenin acil servisine başvurmuşlar. Burada yapılan tetkilerde kalp yetersizliği bulguları saptanması üzerine, üniversitemizin çocuk kardiyoloji anabilim dalına acil koşullarda sevk edilmiş.

### **Tıbbi Tanı ve Tedavi Süreci**

Bulduğumuz kurumdaki çocuk kardiyoloji anabilim dalında yapılan değerlendirmeler so-

nucunda hastanın “Restrik kardiyomiyopatiye bağlı kalp yetersizliği” tanısı ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldığı öğrenildi. Olgunun yaşı, tıbbi durumu ve hayati tehlikesi göz önüne alındığında kalp nakli ihtiyacının olduğu düşünülerek, ulusal acil kalp nakil listesine alınmış. Bu süre zarfında hasta çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine nakil uygunluğu ve psikiyatrik değerlendirme amacıyla konsulte edildi. Hasta tarafımızca çocuk yoğun bakım servisinde değerlendirildi, kendisi, anne ve babası ile psikiyatrik görüşme yapıldı ve kalp nakline kontrendikasyon oluşturacak bir psikopatoloji düşünülmedi. Ailenin ve hastanın kliniğimizde düzenli takipleri önerildi.

Ulusal nakil listesinde uygun kalp bulunduktan sonra, hastanın çocuk yoğun bakım ünitesine yatışının 4. Gününde kalp nakli gerçekleştirilmiş.

Nakil sonrası dönemde 2 hafta çocuk yoğun bakım ünitesinde sorunsuz takip edilen hasta, sonrasında kardiyopulmoner rehabilitasyon amacıyla fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğine devredilmiş. Hasta nakil sonrası 17. Günde fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinden, tedavi uyumunun bozulması, su içmeyi reddetmesi ve böbrek fonksiyon testlerinde buna bağlı bozulma olması gerekçeleriyle tarafımıza konsulte edildi.

2 ay süreyle fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde ve sonrasında 2 ay süreyle de çocuk kardiyoloji kliniğinde, yatak başı psikiyatrik görüşmeler devam etti.

### **Çocuk Ergen Ruh Sağlığı İzlemi**

Yapılan ruhsal durum muayenesinde; Hastanın yaşından küçük görüldüğü, öz bakımı yetersiz olduğu gözlemlendi. Bilinci açıktı. Yer, zaman ve kişi yönelimi korunmuştu. Zekası klinik değerlendirme ile normaldi. Duygudurumu anksiyöz ve depresif, afektif duygudurumu ile uyumluydu. Düşünce içeriğinde mevcut tıbbi durumu ve uzun süreli hastane yatışı ile uyumlu karam-sarılık ve umutsuzluk mevcuttu. Dikkat ve bellek normal değerlendirildi. Algı bozukluğu yoktu, gerçeği değerlendirme yetisi korunmuştu.

Çocuk Depresyon Ölçeği puanı 31 olup; Beier Cümle tamamlama testinde, “Hastalığından önce ailesinin onu daha çok sevdiği”, “Bunların O’ nun başına gelmesinin şanssızlık olduğu”, “Hiç arkadaşının bulunmadığı” şeklinde, depresif temalar mevcuttu. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WÇZÖ) uygulandı ve tüm zeka bölümü puanı 87 olarak belirlendi. Bu bulgular ışığında çocukta “Major depresif bozukluk (hafif/orta düzey)” ve Tıbbi durumla ilişkili uyum sorunlarına ikincil karşı gelme davranışları (su içmeyi reddetme) olduğu düşünüldü.

Nakil sonrası yapılan ilk değerlendirmeden sonra durumun aciliyeti göz önüne alınarak hasta tarafımızdan her gün yataklı serviste bir saatlik görüşmeler ile takip edilmeye başlandı. Bu görüşmelerin ilişkinin gücünü arttırmak amacıyla hep aynı hekim tarafından yapılması planlandı. Destekleyici görüşmeler ve ek olarak yaşam kalitesini ve tedavi uyumunu arttırmaya yönelik davranışçı müdahalelerde bulunuldu. Bu süreçte herhangi bir psikotrop tedavi başlanmadı.

Günlük görüşmelerin başlangıcında hasta işbirlikçi bir tutum sergilememekte, karşılıklı ko-nuşmalarda son derece sınırlı sayıda cümle kurmakta, hastalığı ve nakil süreci ile ilgili ko-nuşmaktan belirgin şekilde kaçınıyordu. Gece uykuya dalamadığı, gündüz tedavi saatlerinde uyuduğu, bu nedenle fizyoterapi seanslarının aksadığı ilgili kat hekiminden öğrenildi. Bu sebeplerle görüşmelerde hastanın günlük işleri organize edebilmesi ve tedavi programını ak-satmaması üzerinde de çalışılmaya başlandı. Aileye ve yattığı klinikteki tedavi ekibine davranış/tutum önerileri verildi.

Takip eden görüşmeler süresince hastanın günlük su alımında artış, böbrek fonksiyon testlerinde normale düzeye inme kaydedildi. Düşünce içeriğinde hastalığıyla ilgili umutsuz ve hastalığı reddedici temaların azaldığı, özbakımının daha iyi olduğu, duygu ve düşüncelerini daha kolay paylaşmaya başladığı, görüşmelerde daha konuşkan olduğu gözlemlendi. İlgili tedavi ekibinden kardiyopulmoner fizyoterapiye daha düzenli ve istekli katıldığı, sabah saatlerine denk gelen seansları kaçırmadığı öğrenildi. 3 hafta süren günlük görüşmeler sonucunda tekrar uygulanan

Çocuk Depresyon Ölçeği puanı 19’ du.

Hastanın yatışının 23. Gününde, 3 yaşındaki kız kardeşinin evde kaza sonrasında yüzünün yandığı, anne ve babanın başka bir hastanede O’ nunla ilgilenmekte olduğu öğrenildi. Bu günden itibaren hastanın yanında 13 yaşındaki ablası refakatçi olarak kalmaya başladı. Bu süreçte hastamızda depresif bulgularda artış gözlemlendi ve klinik tabloya enürezis eklendi. Aile destek sistemlerinin yetersizliği nedeniyle, çocuğun yüksek yararı düşünülerek, ilgili anabilim dallarının katılımıyla bir konsey kurulması planlandı. Üniversitemiz bünyesindeki “Çocuk Koruma Birimi” multidisipliner konseyinde hastanın ve ailesinin psikososyal durumu tartışıldı. Anne ve babaya yasal destek sistemlerinden bahsedilerek, mevcut durumun “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” na bildirilmesine karar verildi. Annenin anhedoni, depresif duygu durumu, anksiyete gibi ruhsal belirtileri tanımlaması üzerine erişkin psikiyatrisine yönlendirildi. Bu süreç boyunca, fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde yattığı süre boyunca, hasta ile günlük görüşmelere devam edildi. Depresif mizaçlı uyum bozukluğuna yönelik sertralin 50mg/gün dozunda başlandı. 2 ay süren fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniği yatışından sonra hasta çocuk kardiyoloji kliniğine devir edildi. Bu klinikteki yatışı sırasında da 2 ay süreyle haftada 2 kez olmak üzere, aynı hekim tarafından düzenli takip edildi. Bu süre zarfında, “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” nca 2 kez ailenin yaşadığı ev ve yaşam ortamı değerlendirildi. Aile mahkemesince Aileye maddi destek, danışmanlık tedbiri ve hastamıza da sağlık tedbiri kararı çıkarıldı. Anne erişkin konsültasyon liyezon psikiyatrisi kliniğince değerlendirildi ve depresif mizaçlı uyum bozukluğu tanısı ile medikal tedavisi başlandı, görüşmelere düzenli devam ettiği öğrenildi.

Hasta taburculuğunun ardından halen kliniğimizdeki görüşmelerine sağlık tedbiri ile belirlenen aralıklarla gelmekte, daha önce kendisini yatak başında gören hekim tarafından değerlendirilmektedir. Medikal tedavisi sertralin 50 mg/g dozunda devam etmektedir.

## TARTIŞMA

Uzun süreli takip ve tedavi gerektiren bedensel hastalıklarda psikiyatrik yakınmalar oldukça sıktır. Organik hastalığın direk etkisine bağlı deliryum tabloları görülebilmekle birlikte, hastalık ve tedavi uyum sorunlarına bağlı depresif belirtiler, anksiyöz belirtiler, karşıt olma-karşı gelme gibi davranış sorunları sık görülür. İmpulsivite, suisidal düşünce veya davranışlar görülebilmektedir. Enürezis, enkoprezis gibi bozukluklar, baş ve karın ağrıları gibi somatik yakınmalar da görülebilir. (6).

Benzer şekilde bizim olgumuzda da uzun süreli hastane yatışı ve nakil sürecinin getirdiği engellemeler depresif duygu durumu, anhedoni ve tedaviye uyum bozukluğu ve enürezise sebep olmuştur. Hastanın kalp nakli olduğu gerçeğini kabullenmesi ve bu konuyla ilgili konuşabilmesi çok uzun zaman almış, hasta başlangıç görüşmelerinde bu konu ile ilgili belirgin şekilde kaçınan davranışlar sergilemiştir. Hastanın düzenli görüştüğü psikiyatristi ile karşılıklı güven ilişkisi kurulduktan sonra, problemlerini daha rahat ifade edebildiği gözlenmiştir. Hastanın bu durum ile ilgili hissettiği duyguları tanımlayabilmeyi öğrenmesi ve korkularını paylaşabilmesi aşamasından sonra hasta ile yapılan görüşmeler daha verimli hale gelebilmiş ve görüşmelerin hasta üzerindeki olumlu etkisi daha net gözlenmiştir. Bu anlamda hastanın içinde bulunduğu duygu durumunu anlatabilmesine yardımcı olmak oldukça önemli görünmektedir.

Hastanın ilk görüşmelerdeki isteksiz ve direngen tavrı görüşen hekim açısından da büyük zorluklar içermiş, görüşmenin amacına uygun ilerleyebilmesi ve hastayla iletişim kurulabilmesi son derece güçleşmiştir. Bu zorluğun sabırla görüşmelere devam edilmesi ile hastanın hekime olan güveninin artması sonucu aşılabildiği görülmüştür.

İlerleyen yaşla birlikte çocuklar sorunlarını anlatmada sözel iletişimi daha iyi kullanır hale gelirler. Anne ve baba ile çocuğu hakkında görüşmek oldukça önemli olsa da çocukla yapılacak psikiyatrik görüşmenin önemi göz ardı edilmemelidir. Sadece ebeveyn ile görüşülürse depresyonu olan çocukların %50'sinin tanısının atlanabileceği,

sadece çocuk ile görüşülürse %25'inin tanısının atlanabileceği bildirilmektedir (7,8). Bu sebeple bizim vakamızda da olduğu gibi hastanın hem kendisi hem de ailesi ile birlikte yapılan görüşmeler, hastanın içinde bulunduğu duygu durumunu daha iyi değerlendirmemize ve daha kapsayıcı bir şekilde hastayı ele almamıza olanak sağlamıştır. Ayrıca aileyle yapılan görüşmeler hastanın dışındaki diğer aile bireyleri hakkında bilgi edinmemizi sağlamıştır. Anne, baba ve diğer kardeşler bir bütün olarak ele alınabilmiştir. Bu sayede "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" na gerekli bildirimler yapılmış, ailenin maddi ve manevi açıdan desteklenmesi sağlanmıştır. Sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi, hastanın taburculuğu sonrası dönemde de tedavisinin yardımcı olacaktır. Nakil sonrası dönemde immünyüpresif tedavilerin kullanıldığı, belli aralıklarla kontrollere gelmeleri gerektiği düşünüldüğünde, bu durum tedavi uyumu ve biyopsikosozal iyilik halinin devamı için oldukça önemlidir.

Depresif çocuk ve ergenlerde depresyonunun rekürrens oranı oldukça yüksektir. Önceki çalışmalar geçirilmiş depresyonu olanların 6-7 yıl sonra tekrar değerlendirildiğinde %40-50 oranında benzer problemlerin olduğunu göstermiştir (9). Bu sebeple vakamızda bu durumu önlemek amacıyla hastanın taburcu olması durumunda da psikiyatrik görüşmelere düzenli olarak devam edilmesine karar verilmiş, hastanın ve ailesinin nakil sonrası günlük hayatlarına daha iyi uyum sağlayabilmesi açısından bu durumun önemi üzerinde durulmuştur.

Kronik hastalığa sahip bir çocuğun ebeveyni olmanın ailelere getirdiği ruhsal yükün yanı sıra, uzun süreli hastane yatışları nedeni ile iş yaşamından ve sosyal hayattan uzak kalma, tedavi masrafları, kimi zaman il değişiklikleri ve bu faktörlerin yol açtığı ekonomik zorluklar ailelerin yükünü daha da artırmaktadır. Transplantasyon süreci, çocuklarının hayatını kurtaracak olmakla birlikte, aileleri farklı bir kronik hastalık sürecine sokmaktadır. Özellikle tüm ailenin bütüncül olarak ele alınması, psikososyal değerlendirmelerin nakil öncesinde yapılması önemlidir. Bu sayede, nakil süreci öncesinde ya da nakil sürecinde sosyal destek sistemleri hızla devreye sokulabilir (10).

Çocuk ve ergen yaş grubunda kronik hastalık ya da organ nakli durumlarında, multidisipliner yaklaşım ve kurumlar arası işbirliği önemlidir. Çocuk ergen yaş grubundaki konsültasyon liyezon hizmetleri ile hastanın tedavi uyumunun artacağı ve ailenin destekleneceği düşünül-mektedir.

---

Yazışma Adresi: Dr. Emre Ürer, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye  
emreurer55@gmail.com

---

#### KAYNAKLAR

1. Wasserman A. Principles of psychiatric care of children and adolescents with medical illness. *Psychiatric disorders in children and adolescents*: WB Saunders, Philadelphia; 1990. p. 487-8.
2. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Tanımı, Kavramları, Hizmet Alanı, Eğitim ve Araştırma Objektifleri İle Dünyada gelişimi ve Bir Bilim Dalı ve Uzmanlık Alanı Olarak Kurumsallaşması. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. 1994;1995.
3. Olbrisch ME, Benedict SM, Ashe K, Levenson JL. Psychological assessment and care of organ transplant patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70:771.
4. Wu YP, Aylward BS, Steele RG. Associations between internalizing symptoms and trajectories of medication adherence among pediatric renal and liver transplant recipients. *Journal of pediatric psychology*. 2010;35:1016-27.
5. Fredericks EM, Zelikovsky N, Aujoulat I, Hames A, Wray J. Post-transplant adjust-ment-The later years. *Pediatric transplantation*. 2014;18:675-88.
6. Tamar M, Çocuk ÖB, Depresyon E. *Klinik Psikiyatri* 2004. Ek.2:84-92.
7. Şenol S, Karacan E, Şener Ş. Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. A Ekşi (Ed), *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü İstanbul*, Nobel Tıp Kitabevleri. 1999:335-43.
8. Erdoğan İ, Tamar M, Erdoğan E. Major depresif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde belirti dağılımının karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2002;9:144-53.
9. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Carmody T, Mayes TL. Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. *Depression and anxiety*. 1998;7:32-9.
10. Simons L, Ingerski LM, Janicke DM. Social support, coping, and psychological dis-tress in mothers and fathers of pediatric transplant candidates: a pilot study. *Pediatric trans-plantation*. 2007;11:781-7.