

Kuadriplejili Bir Hastada Panik Bozukluğu ve Psikolojik Savunma Süreçleri

Oya AYDINER*, Işın BARAL KULAKSIZOĞLU**

ÖZET

Medulla spinalis yaralanmaları hastanın yaşantısında sosyal, psikolojik ve bedensel açıdan önemli sorunlara yol açar. Depresyon, panik bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, depresif ve/ya da anksiyeteli uyum güçlükleri, akut stres reaksiyonları ve diğer anksiyete bozuklukları gibi fiziksel hastalığa ikincil gelişen psikiyatrik bozukluklar medulla spinalis yaralanmalarında görülebilir. Birey yeni durumuna uyum sürecinde başetme yolları geliştirir. Hastalarda en sık inkar, minimizasyon ve rasyonizasyon savunmaları kullanılır. Erken dönemlerde tedavi ve yeni duruma uyumu kolaylaştırıcı olabilen bu başa çıkma yolları ilerleyen dönemlerde uyum bozucu da olabilir. Bu yazı, kuadripleji gelişiminden sonra özellikle inkar savunma mekanizmasını kullanan, yeni durumunu kabullenme gücünü çeken ve psikiyatrik olarak panik bozukluğu tanısı alan genç, erkek olgu ile ilgilidir. Bu yazının amacı; fiziksel hastalıklarda bireylerin tedavisinde multidisipliner biyopsikososyal yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktır.

Anahtar Sözcükler: Kuadripleji, panik bozukluğu, konsültasyon liyezon psikiyatrisi

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;1:62-66

SUMMARY

Panic Disorder and Psychological Defence Processes of a Quadriplegic Patient

The spinal cord injuries cause important social, psychological and physical problems in daily life of the patients. Due to spinal

cord injuries secondary psychiatric disorders occur related to physical illness such as depression, panic disorders, posttraumatic stress disorders, adjustment disorders (with depression and/or anxiety), acute stress reactions and other anxiety disorders. In the process of adaptation to the new situation, patient develops some ways to cope. Spinal cord injured patients generally use denial, minimization and rationalization. Early coping mechanisms may facilitate treatment and the adaption to the new situation in the early stages on the contrary may become maladaptive in the later stages. In this paper a young man who use especially denial as a defense mechanism, who has difficulties about acceptance of his physical status and who has been diagnosed as a panic disorder after the development of quadriplegia is presented. The aim of this paper is to emphasize the necessity of multidisciplinary, biopsychosocial treatment approach to the patient with physical illness.

Key Words: Quadriplegia, panic disorder, consultation liaison psychiatry

GİRİŞ

Medulla spinalis yaralanmaları (MSY), bireyin yaşantısında sosyal, psikolojik ve bedensel açıdan önemli sorunlara yolaçar (Stewart 1987). Hareket, duyu, seküel fonksiyonların ve en temel bedensel işlevlerin kayıpları söz konusu olabilir. Özellikle kuadripleji gibi durumlarda bu kayıplar daha da ağır seyredebilir. Hastalarda akut travma dönemi geçtikten sonra meslek yaşamları, aile ve sosyal ilişkileri, daha sonraki yaşam koşulları konusunda endişeler ön plana çıkar, ardından da fiziksel hastalığa uyum gücünü, depresyon ya da yas/kayıp reaksiyonu gelişebilir.

* Dr., ** Uzm. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Başlangıçta kuadruplejisini kabul etmiş gibi görünen hastalarda bile basitçe travmaya değinmeme ya da yaralanmanın getirdiği sorunları tümüyle inkar ortaya çıkabilecek durumlardır (Riehter ve Stoudemire 1987).

Medulla spinalis yaralanmalarına bağlı felçlerde çok olma, akut anksiyete reaksiyonu, fiziksel duruma uyum sorunları sıklıkla görülür ve çeşitli anksiyete bozukluklarına zemin hazırlar. Yatarak tedavi gören bu hastalarda depresyon, panik bozukluğu, posttravmatik stres bozuklukları, depresif ve anksiyeteli uyum bozuklukları, akut stres reaksiyonu ve diğer anksiyete bozuklukları gibi fiziksel hastalığa ikincil gelişen psikiyatrik tablolar görülür (Forrest 1992, Goldberg 1987, Rosenbaum 1987, Stewart 1987, Scivoletto ve ark. 1997).

Anksiyete benliğinin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve tehlike sinyalıdır. Fiziksel hastalıklarda kişisel bütünlük için bir saldırı veya travma olarak algılanır ve çeşitli savunma reaksiyonlarına yol açar. İlk başta uyuma yarayan bu savunmalar, hastalığın ilerleyen dönemlerinde uyum bozucu olabilir, tıbbi tedavinin aksamasına neden olabilir. İnkâr minimize etme ve rasyonalizasyon hastaların sık kullandıkları savunma mekanizmaları olarak bildirilmektedir (Forrest 1992, Stewart 1987). Eğer kişi hastalığına ve tedaviye uyum sağlayamazsa bu durumda da psikiyatrik bozukluklar ön plana çıkar. Fiziksel hastalığa ikincil olarak gelişen anksiyete bozukluklarında, hastalığın anlam ve önemine ilişkin bilinç dışı unsurlar, kişilik organizasyonu, sosyal destek sistemlerinin etkinliği anksiyetenin gelişim ve şiddetini etkiler. Anksiyete durumlarının genel nüfustaki prevalansı %4-7 olarak bildirilmişken, tıbbi hastalardaki oranının ve yaygınlığının daha yüksek olduğu (%10-20) kabul edilen bir bulgudur (Özkan 1993). DSM-IV'de anksiyete bozuklukları içerisinde sınıflandırılan Panik Bozukluğunun genel popülasyondaki prevalansı %1-2 olarak bildirilirken bu oran hastanede yatarak tedavi gören hastalarda %6-10 olarak bildirilmiştir (Rosenbaum ve Pollack 1987). Bilgin ve arkadaşları bir yıldan kısa ve bir yıldan uzun süre geçen medulla spinalis yaralanmalı bir grup hastada yaptıkları çalışmada, durumluk ve sürekli kaygı puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamadıklarını bildirmişlerdir. Ancak bir yıldan kısa süreli olan grupta her iki tür anksiyete puanının da yükselme eğiliminde olduğunu saptamışlardır. Sürekli kaygı puanları açısından hastaların %35'i, durumluk

kaygı puanları açısından ise %47'si ortalama değerden fazlasını elde etmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlar, genel medikal hastalar için literatürde belirtilen Durumluk Kaygı Ölçeği ortalamaları (41,33±12,55) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (42,62±13,76) ortalamaları ile uyumlu bulunmuştur (Bilgin ve ark. 1996). Medulla spinalis yaralanmalarında gözlemlenen panik bozukluğu prevalansı hakkında yeterli veri yoktur (Marshall ve Sperling 1991).

Burada kuadrupleji gelişiminden sonra özellikle inkâr savunma mekanizmasını kullanan, yeni durumuna adaptasyon güçlüğü çeken ve psikiyatrik olarak panik bozukluğu tanısı alan bir genç erkek olgu sunulmuştur.

OLGU

Olgu 23 yaşında erkek, fizik mühendisliği öğrencisi, aynı yaşta erkek ikizi var, ailesiyle beraber yaşıyor.

Haziran 1998 tarihinde, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) servisinde kuadrupleji tanısıyla izlenmekte olan hasta için huzursuzluk, uyku bozukluğu ve tedaviye uymama nedeniyle Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalımızdan konsültasyon istendi. Olgu ile yapılan görüşmelerde, gün boyunca hafif ancak sürekli sıkıntı hissi yaşadığı, zaman zaman sanki yüzüne bir yastık kapatılıyor gibi bir hisle birlikte çarpıntı, terleme ve nefes darlığı yakınmaları olduğu öğrenildi.

Öyküsünden 2 ay önce tatildeyken havuza dalmak isterken başını havuzun dibine çarptığı ve boyunda C5-C6 seviyesinde tam vertebra fraktürü ve medulla spinalis kesisine bağlı olarak kuadrupleji geliştiği öğrenildi. Konsültasyon istendiği tarihte FTR'de rehabilitasyon amaçlı tedavi gören olgunun sıkıntı, terleme, nefes almada zorlanma ve çarpıntı yakınmalarının ilk defa bir ay önce başladığı ifade edildi. Önce ani bir sıkıntı geldiği, ardından çarpıntı, terleme ve yastıkla boğuluyor gibi bir hisle nefes almakta zorlandığı, boğulmaktan korktuğu öğrenildi. Bu yakınmalarının yaklaşık olarak 5 dakika sürdüğü, başlangıcının daha şiddetliyerek giderek hafiflediği, günde ortalama 3-4 defa olduğu anlaşıldı. Beklenti anksiyetesi gelişmemiş olan hastanın ataklar ve sıkıntı nedeniyle çevreyle ilişki kurmakta zorlandığı ve fizik tedaviyi durdurmak zorunda kaldığı öğrenildi. Bu yakınmalarının tamamen sağlıklı ikiz kardeşinin onu ziyarete geldiği günlerde, çoğu kez onun gitmesinin hemen ardından ya da o günün akşamı artması dikkat çekiciydi. Tedavi ekibinden ve aileden alınan bilgiye göre, olgunun

travmadan sonra ikizi olan erkek kardeşine "seni görmek istemiyorum" şeklinde sözler söylediği öğrenildi. Olgu bu atakların gece gelmesi halinde sabaha kadar uyuyamadığını da belirtiyordu.

Özgeçmişinde; doğumunun normal doğum olduğu, gelişimsel süreçlerini normal seyrinde tamamladığı öğrenildi. Daha önce psikiyatrik yakınması ve tedavi geçmişi olmadığı ve genel sağlık durumuyla ilgili bir problemi olmadığı belirtildi. Olgunun travma öncesinde basketbol ve tenis oynadığı, derslerinde çalışkan ve başarılı bir öğrenci olduğu öğrenildi.

Premorbid kişiliği; hareketli, neşeli, sosyal ilişkilerinde oldukça başarılı olarak tanımlandı.

Olgunun soygeçmişinde belirgin bir özellik yoktu.

Nörolojik muayenesinde; sağ elini hafif oynatma dışında motor hareketi yoktu. Nörojenik mesane nedeniyle aralıklı üretral kateterizasyon yapılmaktaydı.

FTR servisinde yatağı başında yapılan ruhsal durum muayenesinde; hastanın kendine bakımı iyi idi, yaşında gösteriyordu. Göz kontağı kuruyordu. Görüşmeye istekli ve ilişki kurmaya açıktı. Bilinç açık, koopere, yönelimi tamdı. Konuşması spontandı. Duygudurumu disforik, affektü uygundu. Algı bozukluğu saptanmadı. Düşünce süreci normaldi. Düşünce içeriğinde; "mutlaka iyi olacağım, tekrar yürüyeceğim, bu durumum geçici" şeklinde temalar vardı. Durumunun uzun süreli bir felç olduğu konusunda bilgilendirilmesine rağmen tamamen iyileşeceği şeklinde gerçekçi olmayan bir beklenti içinde olduğu dikkati çekiyordu. Hasta iyileşir iyileşmez çok sürat yapabilen bir araba alacağını ifade ediyordu. Konsantrasyon, bellek muayeneleri normaldi. Soyut düşüncesi normaldi. Uykuya dalma güçlüğü ve gece gelen ataklar yüzünden yeniden uyumakta zorlandığını belirtiyordu. Her türlü kişisel ihtiyacı, bakımını üstlenmiş annesi tarafından karşılanmakta idi.

Klinik Gözlem ve Tedavi

Panik bozukluğu tanısı konan hastanın FTR servisinde, yatağı başında izlenmesine karar verildi. Panik bozukluğuna yönelik olarak fluvoksamin 100 mg/gün ve alprazolam 1 mg/gün başlandı. Yaklaşık 10 gün içerisinde fluvoksamin dozu 150 mg/gün ve alprozolam dozu 2 mg/güne çıkıldı. Hastaya ilaç tedavisinin yanısıra, hastalığın ve tedavinin anlamı gibi konularda bilgilendirici ve hastanın kullandığı inkar savunma mekanizmasının uyum bozucu bir

özellik kazanmasını engelleyici, destekleyici psikoterapi uygulanmasına karar verildi. Bu amaçla psikoterapötik görüşmeler yapıldı. Haftada iki kez yapılan görüşmeler toplam sekiz seans sürdü.

Tedavi sürecinde panik atakları kayboldu. Tıbbi tedaviye uyumu daha iyi olmaya başladı. Hastanın durumunu hafife alan ve zaman zaman tedavi ekibine karşı sergilediği uzlaşmacı olmayan davranışları görece olarak azaldı. Kardeşi ile olan ilişkisi hastaneden çıkana kadar değişmedi. Yine onu görmek istemiyordu.

Hasta daha sonra evinde ziyaret edilerek tedavisi sürdü. Evde hiç panik atağı olmadı ve uykuları düzenli idi. Haftada üç kez olan fizyoterapiye uyumu iyiydi. Kendisine tamamen iyileşmek yerine, tekerlekli sandalye ile dolaşabilmek şeklinde yeni bir hedef belirlmişti. Bu nedenle zaman zaman aşırı çalıştığı belirtildi. Annesine sık sık duyu muayenesi yaptırarak, günlük iyileşmeler olması yolunda yine gerçekçi olmayan bir tutumu vardı. Konsültan psikiyatrist tarafından aylık kontrollere alınan hasta halen fluvoksamin 150 mg/gün ve 1 mg/gün alprazolam kullanmakta ve tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Medulla spinalis yaralanmaları anksiyete, depresyon başta olmak üzere psikolojik sorunlara sık olarak sebep olurlar. Rehabilitasyon süreci, hastalığa uyum ve önceki ailesel ve sosyal yaşamla mesleğine geri dönebilme olasılıkları ile ilgili olarak derin endişeler yaratabilir (Hancock ve ark. 1993, Fullerton ve ark. 1981). Bizim olgumuzda da hafif derecede depresif duyguduruma eşlik eden anksiyetenin ön planda olduğu DSM-IV kriterlerine göre panik bozukluğu tanısını karşılayan bir psikiyatrik durum söz konusuydu.

Panik ataklar, beklenmedik bir biçimde başlayan, hızla doruk düzeyine erişen ve yaklaşık 10 dakika içinde şiddeti giderek azalan ayrı bir korku ve rahatsızlık duyma ile somatik ve/veya kognitif semptomların eşlik ettiği durumlarla karakterizedir (DSM-IV 1987). Olguda beklenmedik yoğun bir sıkıntı ve huzursuzluk hissini ardından nefes almada zorlanma, terleme, çarpıntı ve yüzüne yastık kapatılmış gibi bir hisle boğulmaktan endişe duyma vardı. Olgu bu ataklar sırasında çevre ile olan ilişkisini sürdürmekte zorlanıyor, hatta rehabilitasyonu yarıda kesmek zorunda kalıyordu.

Fiziksel hastalığı olan bireylerde anksiyetenin temelinde terkedilme ya da izolasyon korkusu, otonominin kaybı, vücut organ ve kısımlarının zedeleneyeceği korkusu, mahremiyetin kaybı, prognoz ve hastalığı hakkındaki belirsizlik, ekonomik kaygılar ve ölüm korkusu bulunabilir (Goldberg 1987, Fricchione ve ark. 1996). Kuadriplejili bu olguda, motor fonksiyonların kaybı, beslenme ve tuvalet ihtiyacı gibi en basit yaşamsal ihtiyaçlarını gidermek için başkalarına bağımlı olma ve vücudunu kullanamama şeklinde belirgin otonomi kaybı söz konusuydu. Ayrıca olguda anne babanın zamanla kendisinden bıkip terkedebileceği düşüncesi, okul ve sosyal yaşamından tamamen izolasyonu gibi anksiyeteyi arttırıcı faktörler söz konusuydu.

MSY'de anksiyete her zaman olumsuz bir durum olarak değerlendirilmemelidir. Anormal bir duruma normal bir yanıt olarak ortaya çıkabilir. Sıklıkla geçirilen aşamalar şok, inkar, öfke, depresyon ve kabuldür. Psikolojik belirtilerin olması uzun dönem izlenen hastalarda herhangi bir psikiyatrik bozuklukla korele olmamıştır. Öte yandan başlangıçta psikiyatrik bozukluk geliştiren bireylerde uzun dönemde daha da fazla sorun çıktığı ve uyumlarının zor olduğu bildirilmiştir (Hancock ve ark. 1993). Bizim olgumuzda panik atakların özellikle ikizi olan erkek kardeşinin kendisini ziyarete gelmesi ile -onu kendisinin sağlam ve sağlıklı bir eş modeli olarak karşısında gördükten sonra artması bilinçdışı çatışmaları işaret ediyor gibi görünmektedir. Kardeşi kendi kısıtlılığını dolaylı olarak hatırlatan onun yapamadıklarının ve yapamayacaklarının canlı bir örneği gibi algılanmış olabilir. Hastamız hastanede olduğu sürede erkek kardeşini görmeye dayanamadığını belirtiyordu.

Travmadan sonra 1 yıl süre ile izlenen medulla spinalis yaralanmalı bir grup hastada yapılan çalışmada, hastaların %13'de anksiyete ve %16'sında depresyon bulunmuştur. Aynı çalışmada psikolojik hastalık geliştirme riskinin ciddi komplikasyonların olması, otonomi kaybının şiddeti ve eğitim durumunun düşüklüğü ile bağlantısı gösterilmiştir (Scivoletto ve ark. 1997). Olguda kuadripleji gibi ciddi bir otonomi kaybının sözkonusu olması ve ciddi bir komplikasyonun gelişmesi nedeni ile, uzun dönem izlenmesi sırasında çeşitli başka psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığı yüksektir.

Hastalık evrensel olarak özgüven kaybı tepkisine neden olur. Kaygıya çökkünlük ve çaresizlik duyguları eşlik eder. Bunların devam etmesi halinde zorlanma

ve hastalıkla başetme ile ilgili çeşitli psikolojik savunmalar gelişir. Premorbid özellikler, iç çatışmalar ve olumsuz duyguların devamı ve zorlanmanın sürmesi durumunda savunma mekanizmaları yetersiz kalır ve psikopatoloji başlar. Bireyler içinde buldukları durumu iç çatışmalar, yaşam amaçları çerçevesinde farklı yaşantılarla. Örneğin; hastalık fiziksel ve duygusal bütünlüğe saldırı olarak algılanınca ya da yetersizlik korkularına yol açarsa güçlülük gösterileri ya da yaygın inkar gelişecektir (Özkan 1993).

Savunma mekanizmaları ve başa çıkma yolları ile ilgili süreçler fiziksel hastalığı olan bireylerde erken dönemlerde psikososyal uyuma ve tedaviye katkıda bulunmasının yanısıra bunun tam tersi bir etkileşim zinciri de oluşabilir. Örneğin; inkar hafif ve erken dönemde kısa süreli olursa uyumu kolaylaştırıcı; ancak daha uzun sürer ve tedavinin reddine sebep olursa uyum bozucudur (Özkan 1993). Rosenstiel ve Roth medulla spinalis yaralanması geçirmiş hastalarla yaptıkları bir çalışmada; hastalığa en iyi uyum yapmayı başarmış olanların da öncelikle inkar ve rasyonalizasyon savunma mekanizmalarını kullandıklarını bulmuşlardır. Bu sebeple hastalığın erken dönemlerinde matür sayılabilecek bu savunma mekanizmalarının kullanılmasının işe yarıyorsa hoşgörülmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir (Forrest 1992). Olgu; Hacett ve arkadaşlarının yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerde stresin idamesine yönelik olarak tanımladıkları "büyük reddedici" tanımına uymaktadır. Bu kişiler mevcut hastalıklarını hiç de önemli değilmiş gibi yaşarlar ve bakımları için gerekli olan tedaviyi küçümseme eğilimindedirler. Buna karşın yine de kaygılı bir duygudurum içinde oldukları gözden kaçmaz. Durumlarının ciddiyeti ile ilgili olarak yapılan bilgilendirmeyi kayıtsız bir şekilde reddediler. Bunlara bir örnek olarak lösemiden ölmek üzere olan bir hastanın son dönemlerine gelmesine rağmen vasiyetini yazmaması verilebilir (Groves ve Kucharski 1987). Bizim olgumuzda FTR sevisinde yatarak tedavi gördüğü dönemde tedavi ekibinin bakımına yönelik girişimlerini çoğu kez ciddiye almayan bir tavır sergilemişti. Durumunun tamamen iyileşeceğine inanarak tüm bilgilendirmeleri umursamaz bir tutum içinde yoksaymıştı. Ayrıca başlangıçta matür düzeyde olabilecek bir başetme mekanizması geliştirmiş olmasına karşın 4 ay sonra hala yadsıması bakımından immatür düzeyde bir savunmanın geliştiği düşünüldü. Olgu 6 ay geçmesine rağmen tama yakın iyileşeceği inancını taşımakta hergün aşırı ve ağır şekilde egzersiz yapmaktadır.

MSY'li hastalarda psikiyatrist hastanın mevcut durumu ile başatmesinde ona yardımcı olacak stratejiler belirlemelidir. MSY'de depresyon veya başka bir psikiyatrik bozukluk gelişmesi kaçınılmaz bir durum değildir. Hastanın premorbid kişiliği, sosyal destek sistemleri, bir travma ile başa çıkabilme yetisi sonucu belirleyebilir.

Psikiyatristin görevleri arasında oluşmuş psikopatolojinin tedavisi, hastanın beklentilerini netleştirmesine yardımcı olma, uygun hedefleri belirleme, başatme stratejilerine alıştırmak için güvenli ortamlarda alıştırmalar yapmak ve giderek bu alıştırmaları normal günlük yaşama yaymak, hayal kırıklığına karşı dayanabilmeyi geliştirme ve bu ihtimallere karşı planlar geliştirme sayılabilir (Forrest 1992).

SONUÇ

Ağır fiziksel ve ruhsal travma yaratan travmatik kuadrupleji durumlarında FTR, Beyin Cerrahisi gibi bağlantılı diğer disiplinlerle Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi'nin işbirliği içinde olması oldukça önemlidir. Bireyin yeni fiziksel durumunun getirdiği ruhsal sorunlar konusunda ve bu duruma uyum gösterme sürecinde psikiyatriste önemli görevler düşmektedir.

Hastalığı sadece tedavi etmek değil, aynı zamanda hastanın kişisel dinamiklerini, psikososyal bütünlüğünü, medikal tedavi birimi ve aile ilişkilerini de ele almak gereklidir. Hastalığı bir bütün olarak ele almadıkça aile ve hastaya yardım güç olacaktır.

KAYNAKLAR

- Bilgin I, Taneli B, Kırılı S ve ark. (1996) Bir yıldan kısa ve bir yıldan uzun süreli travmatik medulla spinalis yaralanmalı hastaların depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılması. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kitabı, IV Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, I. Basım, M Özkan (Ed), İstanbul, s.304-311.
- DSM IV (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised, Washington DC.
- Forrest DV (1992) Psychotherapy of patients with neuropsychiatric disorders. The American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry, Neuropsychiatric Treatments, Section V, 2. Baskı, SC Yudofsky, RE Hales (Ed), Washington DC. American Psychiatric Press.
- Fricchione G, Weilburg JB, Murray GB (1996) Neurology and Neurosurgery. The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, 1. Baskı, Cilt II, Bölüm III, JR Rundel, MG Wise (Ed), American Psychiatric Press, Washington DC London, England, s.697-719.
- Fullerton DT, Harvey RF, Klein MH ve ark. (1981) Psychiatric disorders in patients spinal cord injuries. Arch Gen Psychiatry, 38:1369-1371.
- Goldberg RJ (1987) Anxiety in the medically ill. Principles of Medical Psychiatry, Grune and Stratten, In AStoudemire, BS Fogel (Ed), s.177-205.
- Groves JE, Kucharski (1987) Brief psychotherapy. Handbook of General Hospital Psychiatry, TP Hacett, NH Cassem (Ed), Year Book Medical Publishers, s.309-332.
- Hancock KM, Craig AR, Dikson HG ve ark. (1993) Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. International Medical Society of Paraplegia, 31: 349-357.
- Marshall JR, Sperling KB (1991) Panic disorder in a paraplegic patient. Psychosomatic, 3:346-349.
- Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. I. Basım, İstanbul, s.71-83.
- Riehter AM, Stoudemire A (1987) Surgery and trauma. Principles of Medical Psychiatry, Grune and Stratten. A Stoudemire, BS Fogel (Ed), s.423-451.
- Rosenbaum JE, Pollack MH (1987) Anxiety. Handbook of General Hospital Psychiatry. TP Hackett, NH Cassem (Ed), Year Book Medical Publishers, s.154-184.
- Scivoletto G, Petrelli A, Di-Lucente L ve ark. (1997) Psychological investigation of spinal cord injury patients. Spinal Cord, 35(8):516-20.
- Stewart TD (1987) The spinal cord injured patients. Handbook of General Hospital Psychiatry, TP Hacett, NH Cassem (Ed), Year Book Medical Publishers, s.448-462.