

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7.Psikiyatri Birimi
Başhekim: Doç.Dr. Medaim Yanık
Klinik Őefi: Doç.Dr. Cem İlnem

EPİLEPSİ HASTALARINDA PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE
VE BUNUN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.Handan Neze
2006

Uzmanlık eğitimim süresince, bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan klinik şefim Doç.Dr.Cem İLNEM'e, sağladığı bilimsel çalışma ortamından dolayı Başhekim Doç.Dr.Medaim Yanık'a, rotasyonlarım sırasında yanlarında çalışma olanağı bulduğum ve birikimlerinden yararlandığım Sayın Dr.Niyazi UYGUR, Sayın Doç.Dr.Duran ÇAKMAK, Sayın Doç.Dr.Dursun KIRBAŞ, Sayın Prof.Dr.Ümran TÜZÜN, Sayın Doç.Dr.Yüksel ALTINTAŞ'a, tez çalışmam sırasında istatistiksel bilgi ve klinik tecrübelerini paylaşan Sayın Uz.Dr.Serhat ÇITAK'a, servis uzmanlarım Sayın Dr.Faruk ASLANER ve Sayın Dr.Ferhan YENER'e birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm şef yardımcıları, başasistanlar, uzmanlar,psikologlar, hemşireler ve asistan arkadaşlarıma, eğitimime her zaman destek olan ve bana her zaman güvenen aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1-2
GENEL BİLGİLER.....	3-26
YÖNTEM VE GEREÇ.....	27-33
BULGULAR.....	34-58
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	59-63
ÖZET.....	64
SUMMARY.....	65
KAYNAKLAR.....	66-75
EKLER.....	76-82

GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepsi nöroloji, psikiyatri, nöroşirurji, pediatri gibi farklı disiplinlerin en önemli ortak araştırma alanlarından birisidir. Özellikle son yüzyılda epilepsinin psikiyatrik yönü üzerine de pek çok çalışma yapılmaya başlanılmıştır. Nöbet tipiyle ve nöbet odağının laterilizasyonu ile, psikopatoloji arasında ilişki araştırma konularının başında gelmektedir.

Epilepsiye bağlı psikiyatrik bozukluklar 1957' de Pond tarafından sınıflandırılmış olup günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır.

Yapılan bir çalışmada, 35 yıllık izlem sonucunda epilepsi hastalarının normal kontrol grubuna göre psikiyatrik hastalık geliştirme riskinin 4 kat fazla olduğu saptanmıştır (3). En sık gözlenen psikiyatrik bozukluğun da özellikle depresyon başta olmak üzere affektif değişiklikler olduğu bilinmektedir (53).

Birçok çalışma epilepsi hastalarının pek çok psikososyal problemlerle karşılaştığını bunların da sıklıkla depresyon, anksiyete ve düşük benlik saygısına neden olduğunu bildirmektedir (81, 78).

Son yıllarda araştırmacılar epileptik hastalarda yaşam kalitesi üzerine yoğunlaşmaktadır. Yapılan bu çalışmalarda önceleri nöbetlerin klinik özellikleri veya tedavinin etkileri üzerinde durulurken artık psikiyatrik komorbiditenin de önemi vurgulanmaktadır.

İnteriktal psikiyatrik komorbidite epilepsi hastalarının yaşamına ayrı bir sıkıntı eklemektedir (87,88). Genel psikiyatrik literatürde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesine etkisi olduğu bilinmektedir. Epilepsi ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer bir etkinin olduğu saptanmıştır (89).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır (82).

Toplum merkezli tedavinin hedeflerinden biri hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir.

Son yıllarda epilepsi de dahil olmak üzere pek çok hastalıkta gerek hastanın memnuniyetini ve yaşam standartını yükseltmek gerekse hastalığın neden olduğu maliyeti azaltmak amacıyla hastaların yaşam kalitesi üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesini saptamak amacıyla kullanılacak ölçekler geliştirilmiştir.

Epilepsi hastalarının önemli bir bölümü hastalığın doğası gereği zaten düşük yaşam kalitesine sahip iken, eklenen psikiyatrik rahatsızlıkların da düşük yaşam kalitesine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bu nedenle eklenen psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi ve uygun tedavi yöntemleri ile iyileştirilmesi son zamanlarda önem kazanan konular arasındadır.

Bu çalışmada ayaktan tedavi gören epilepsi hastaları ile interiktal dönemde görüşülerek, interiktal psikiyatrik komorbiditenin ve bu komorbiditenin yaşam kalitesine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu amaçla, interiktal dönemde psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı; nöbet tipiyle psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişki; nöbet tipiyle yaşam kalitesi arasındaki ilişki; psikiyatrik bozukluğun varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, psikiyatrik komorbiditesi olan epilepsi hastaları ile komorbiditesi olmayan grup karşılaştırılarak araştırılmıştır.

Çalışmaya alınan epilepsi hastalarında komorbiditesi olan grup hasta, komorbiditesi olmayan grup ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

GENEL BİLGİLER

EPİLEPSİ

Tanımlama

Epileptik nöbetler beyindeki nöronların anormal ve yoğun deşarjları sonucu ortaya çıkan, şuur değişiklikleri ile birlikte olan ya da olmayan; motor, duyuşsal, otonomik ya da psişik semptomlarla karakterize bir durumdur. Epileptik nöbetlerin tekrarlamasıyla karakterize klinik duruma epilepsi denilir. Epilepsi bilişsel, davranışsal, emosyonel, motor veya duyuşsal bozukluklara neden olabilir.

Epilepsi sendromu: Nöbet tipleri, etioloji, EEG bulguları, nörolojik durumu, prognozu ve bazen spesifik antiepileptik ilaçlara cevabı uygunluk gösteren klinik durumları tarif etmek için kullanılır. Bu kavram etiyolojik bir benzerliği gerektirmez.

Tarihçe

Eski yunanlılara kadar epileptik hastaların Tanrının gazabına uğramış kişiler olduğu düşünülürdü. Öteden beri epileptik nöbetlerin sıklığının, ay tarafından düzenlendiğine inanılmıştır. Epilepsi hastalarına her zaman tanrısal bir imaj yüklenir olmuştur. Eski Yunan dönemlerinde “lunatic” (bugünkü ikili anlamda delilik veya aya ait) terimi vardır. Bu terim her zaman epilepsi hastaları ile sınırlı kalmıştır. “Maniac” terimi ise, daha çok akıl hastalığına eşdeğer kullanılmıştır. Ancak inanişaya göre, eğer epileptik nöbetler uzun sürerse, bu kişiler “lunatic” oldukları kadar “maniac” hale de gelirler. İlk çağın bu görüşü, bugün de epileptik psikozla ilgili yaklaşımın temel taşını oluşturmuştur. İlk kez Hipokrat epilepsinin insan organizmasından kaynaklandığını belirtmiştir.

Dejeneratif teori Morel, Kraepelin, Bleuler gibi birçok tanınmış yazar tarafından onaylanmıştır. Harvard'dan Lennox ve Gibbs'in, Mausley'den Pond ve Hill'in epilepsi ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik çalışmaları konunun güncelliğini arttırmıştır. 1949'da temporal lobe epilepsisinin keşfi limbik sistem ve Papez halkası ile ilgili düşünelere, mental hastalıkların spesifik beyin alanlarındaki, özellikle temporal lobe'deki epileptik bozukluklarla bağlantılı olduğu düşüncesi öncülük etmiştir. Epilepsi ile psikiyatrik

bozukluklar arasındaki ilişki üzerinde yapılan çalışmalar günümüzde de çok yönlü olarak sürmektedir.

Epidemiyoloji

Epilepsi, baş ağrısından sonra nöroloji hekimleri tarafından ikinci sıklıkta görülen kronik bir nörolojik durumdur.

Aktif epilepsi prevalansı binde 4 ile 10 arasında değişmektedir. İnsidans ise yüzde 20 ile 70 arasındadır (1). Yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelere oranla gelişmekte olan ülkelerde epilepsi insidansı daha yüksek olarak bulunmuştur. Erişkin yaşamda insidans daha düşük olarak stabil bir seyir izler, yaşlanma ile insidans yeniden artar.

40 yaşın altındaki epilepsi hastalarının ortalama %50'si parsiyel orijinli ve %50'si jeneralize kaynaklıdır. 40 yaş sonrasında parsiyel epilepsilerin dağılımı %70'lere ulaşır (2).

Genel nüfusun %2-5'i ömürleri boyunca en az bir kez epileptik nöbet geçirir.

Epileptik Nöbetlerin Sınıflanması

Epilepsiyle Savaş Birliği'nin (ILAE) 1993 yılında yayınladığı sınıflandırma sistemine göre nöbetler parsiyel ve jeneralize olmak üzere iki geniş gruba ayrılmıştır. Sınıflama şu şekildedir:

I. Parsiyel nöbetler (fokal başlangıçlı nöbetler)

A. Basit parsiyel nöbetler (bilinçte bozulma yok)

1. Motor belirtilerle

2. Duyumsal ya da özel duyumsal semptomlarla (Basit halüsinasyonlar, vızıltı sesi, ışıklı görüntüler, karıncalanma gibi duysal belirtiler)

3. Otonomik belirti ve bulgularla (solgunluk, terleme, kızarma, tüylerin dikenleşmesi ve pupiller dilatasyon gibi belirtiler)

4. Psişik bulgularla (kognitif, affektif belirtiler, konuşma bozukluğu şeklinde olabilir)

B. Kompleks parsiyel nöbetler (bilinçte bozulma ile birlikte)

1. Basit parsiyel olarak başlayan nöbetler

2. Başlangıçtan itibaren bilinç bozulması ile birlikte olan nöbetler

C. Parsiyel başlayıp sekonder jeneralize olan nöbetler

II. Jeneralize nöbetler

1. Absans nöbetler

2. Myoklonik nöbetler

3. Klonik nöbetler

4. Tonik nöbetler

5. Tonik- klonik nöbetler

6. Atonik nöbetler

III. Klasifiye edilemeyen nöbetler

IV. Ek sınıflandırma

Korteksin sınırlı bir alanından kaynaklanan nöbetler parsiyel olarak, başlangıçtan itibaren simetrik ve senkron olarak tüm korteksi tutan nöbetler ise jeneralize nöbetler olarak isimlendirilir.

Yetersiz veriler nedeniyle şimdiye kadar tanımlanmış olan sınıflandırmaya dahil edilemeyen nöbetlerin tümü sınıflandırılmayan epileptik nöbet grubuna girer.

Nöbetlerin tekrarlama özelliklerine veya nöbeti ortaya çıkaran tetik çekici olaylara göre sınıflandırma (örneğin menstrüel siklus veya uyku- uyanıklık) ek sınıflandırma içerisinde yapılır.

EPİLEPSİ HASTALARINDA PSİKIYATRİK KOMORBİDİTE

EPİLEPSİDE GÖRÜLEN PSİKIYATRİK BOZUKLUKLARIN SINIFLANDIRMASI

Pond tarafından yapılan sınıflamaya göre epileptiklerde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar üçe ayrılır:

- I- Nöbete neden olan beyin hastalığına bağlı psikiyatrik bozukluklar (Alzheimer hastalığı veya vasküler demans gibi hem epilepsiye hem de psikiyatrik bozukluğa neden olan hastalıklar)
- II- Nöbetle doğrudan doğruya ilişkili psikiyatrik bozukluklar
- III- İnteriktal dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar

1957’de yapılan bu sınıflama günümüzde de halen geçerliliğini korumaktadır.

Nöbetle doğrudan ilişkili psikiyatrik bozukluklar

Nöbetle ilişkili psikiyatrik bozukluklar üç devrede görülürler: Prodromal (preiktal), iktal ve erken postiktal dönem.

Prodromal semptomlar nöbetten birkaç saat veya birkaç gün önce görülebilir. İrritabilite ve disfori siktir. Yatan hastaların %20'sinde rastlanır. Nöbet geçtikten sonra tablo ortadan kalkar. Nöbet fazında özellikle temporal lop nöbetlerinde karmaşık varsanılar, kognitif ve affektif bozukluklar, otomatizm şeklinde psikomotor belirtiler görülebilir. Varsanılar multimodal karakterde (aynı anda işitsel, görsel veya başka bir duyudan) olabilir. Daha çok primer duyuusal korteksten değil, sekonder (assosiyasyon) korteksten kaynak alır.

Epileptik nöbetler anında her türlü duygusal değişiklik yaşanabilir. Sıklıkla ölüm korkusu yaşanır. Birkaç saniye içinde kaybolur. Nöbetlerde depresyon pek görülmez ancak postiktal dönemde rastlanabilir. Kızgınlık ve erotik yaşantılar seyrekdir. Ancak görüldüğünde çok şiddetli olarak ortaya çıkarlar.

Postiktal dönemde konfüzyon ve irritabilite sık görülür. Bu dönemde görülen psikotik bozukluklar genellikle paranoid özellikler şeklindedir.

III-İnteriktal Bozukluklar

Epileptik nöbetten bağımsız olarak, nöbetten herhangi bir zaman sonra meydana gelirler. Oluşumlarında epilepsi ve/veya serebral epileptojenik bir lezyon rol alır. Nöbetlerin sıklığı bu tür psikiyatrik bozuklukları bir dereceye kadar etkiler.

İnteriktal dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar, genel olarak fonksiyonel psikiyatrik bozukluklara benzer. Ancak klinik tablo bazı noktalarda farklılıklar gösterebilir. Örneğin epilepsi hastalarında gözlenen şizofreni benzeri psikozda daha sıcak bir afekt,

hafif ölçülerde bir dağılma, daha çok dinsel motifler içeren paranoid sanrılar, mistik sanrılar ve daha sık olarak ta görsel varsanılar bulunur.

DSM IV

GENEL TIBBİ BİR DURUMA (EPİLEPSİYE) BAĞLI MENTAL BOZUKLUKLAR

1 - EPİLEPSİYE BAĞLI KİŞİLİK DEĞİŞİKLİĞİ: Kişinin daha önceki kendine özgü kişilik yapısının değişmiş olduğunu gösteren sürekli bir kişilik bozukluğu vardır ve bu bozukluk toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir strese ya da bozulmaya neden olur.

Tipleri: 1- Labil Tip: Önde gelen özellik affektif labilitedir.

2- Dezinhibe Tip: Önde gelen özellik, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma vb' nin bulunması ile görüldüğü üzere dürtü kontrol düzeyinin düşük olmasıdır.

3- Agresif Tip: Önde gelen özellik agresif davranıştır.

4- Apatetik Tip: Önde gelen özelliği belirgin apati ve endiferansın olmasıdır.

5- Paranoid Tip: Önde gelen özellik, kuşkuculuk ve paranoid düşüncedir.

6- Diğer Tip: Önde gelen özellik, yukarıdakilerden herhangi biri değildir.

7 - Bileşke Tip: Birden fazla özellik klinik görünümde belirgindir.

8- Belirlenmemiş Tip

2 - EPİLEPSİYE BAĞLI PSİKOTİK BOZUKLUK: Belirgin halüsinasyonlar ya da hezeyanlar vardır. Özellikle lastik yanığı kokusu ya da hoş olmayan başka bir takım kokular

gibi olfaktör halüsinasyonlar temporal lob epilepsisini düşündürür. Dinsel hezeyanlar bazı olgularda temporal lob epilepsisi ile özel olarak ilişkilidir.

3- EPİLEPSİYE BAĞLI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU: Aşağıdakilerden biri (ya da her ikisi) ile belirli belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu klinik görünümüne egemendir (1) depresif duygudurum ya da tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (2) kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum vardır.

4- EPİLEPSİYE BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU: Klinik görünümüne belirgin anksiyete, panik atakları ya da obsesyonlar veya kompulsiyonlar egemendir.

5- EPİLEPSİYE BAĞLI DELİRİUM: Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu vardır. Çevrede olup bitenin farkında olma düzeyi düşmüştür. Daha önceden varolan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğu ortaya çıkmıştır ya da bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi bilişsel değişiklik vardır. Kısa süre içinde gelişir (genellikle saatler ya da günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi taşır.

6- EPİLEPSİYE BAĞLI DEMANS: Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul kognitif defisit gelişmiştir (1) bellek bozukluğu (2) aşağıdaki kognitif bozukluklardan en az biri bulunur: (a) afazi (b) apraksi (c) agnozi (d) yönetsel işlevlerde bozulma

7- EPİLEPSİYE BAĞLI AMNESTİK BOZUKLUK: Yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri yada geçmişteki olayları anımsama yetileri bozulmuştur.

8- EPİLEPSİYE BAĞLI CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU: Belirgin bir sıkıntı ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklar doğuran, klinik açıdan önemli bir cinsel işlev bozukluğu klinik görünümünün önde gelen bozukluğudur.

9- EPİLEPSİYE BAĞLI UYKU BOZUKLUĞU: Başlıca bozukluk, ayrıca ilgilenilmeyi gerektirecek derecede ağır bir uyku bozukluğunun olmasıdır.

Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu

bozuklukların epilepsinin doğrudan fizyolojik bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Bu bozukluklar başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadırlar.

10- EPİLEPSİYE BAĞLI BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN MENTAL BOZUKLUK: Bu geriye kalan kategori epilepsinin doğrudan fizyolojik etkilerinin neden olduğu bir bozukluk saptanan ancak epilepsiye bağlı özgül bir mental bozukluk tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlar için kullanılmalıdır. (örneğin kompleks parsiyel nöbetlere bağlı dissosiyatif semptomlar)

EPİLEPSİ HASTALARINDA PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE ÇALIŞMALARI

Epilepsi hastaları normal kontrol grubuna göre psikopatoloji açısından daha yüksek riske sahiptir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki epilepsi hastalarında, özellikle depresyon olmak üzere psikiyatrik komorbidite sık rastlanılan bir durumdur.

Jalava ve Sillanpa yaptıkları 35 yıllık prospektif çalışmada epilepsi hastalarının normal kontrol grubuna göre psikiyatrik hastalık geliştirme riskini 4 kat fazla olarak bulmuşlardır (3).

Pond ve Bidwell 245 hastalık bir vaka seride %29 oranında tedaviyi gerektirecek şiddette, dikkat çekici psikiyatrik komorbidite oranı bulmuşlardır (4).

Hermann ve Whitman 1962'den 1984'e kadar temporal lobe epilepsisi ile psikoz, saldırganlık, cinsel işlev bozukluğu, kişilik değişiklikleri, affektif bozukluklar ve genel psikopatoloji arasındaki ilişki üzerine yapılmış çalışmaları karşılaştırmışlardır. Toplam 64 çalışmanın değerlendirilmesi sonucunda epilepsi grubunda psikopatoloji riskinin sağlıklı kontrol grubuna oranla yüksek olduğunu, ama kronik hastalığı olanlar grubuna benzer olduğunu açıklamışlardır (5).

Epilepside psikoz görülme oranı Manchanda ve arkadaşları tarafından %4 oranında belirtilmesine karşın bazı araştırmalarda bu oran %10'a kadar varmaktadır (6). Psikotik bozukluk genel popülasyona oranla epilepsi hastalarında 10 kat daha sıktır.

Gudmundsson 987 vakalık yaptığı bir çalışmada 512 (%52) oranında kişilik değişikliği tespit etmiştir (7).

Cockerell ve arkadaşları 64 epilepsi hastasının izlemine yapmışlar ve bir yıl içerisinde 31 hastanın iktal ve postiktal dönemde, 33 hastanın da interiktal dönemde akut psikiyatrik bozukluk gösterdikleri; %30 oranında vakada antiepileptik ilaç reçete edilmesinden sonra psikiyatrik bozukluğun oluştuğunu saptamışlardır. Bu ilaçların da genel olarak karbamazepin, lamotrijin ve vigabatrin olduğu bu araştırmanın diğer bir sonucudur (8).

Currie ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada 666 epilepsi hastasından 375'ini (%56) normal, 127'sini (%19) anksiyöz, 71'ini (%11) deprese, 47'sini (%7) agresif, 41'ini (%6) obsesif ve 38'ini (%6) şiddetli affektif bozukluk olarak saptamışlardır (9).

EPİLEPSİ VE PSİKOZ

Epileptik nöbetin kompleks parsiyel status ve postiktal konfüzyon gibi mental fonksiyonlar üzerine olan acil etkisinin dışında, epileptik psikozlar üç tiptedir:

- Akut interiktal psikoz
- kronik interiktal psikoz ve
- postiktal psikoz.

İnsidans:

Kansai bölge hastanesi epilepsi merkezinde 1984 yılından 1999 yılına kadar epilepsi hastaları psikoz açısından değerlendirilmiş ve 2905 hastanın 51'inde (%2) postiktal psikoz, 75'inde (%3) akut interiktal psikoz ve 57'sinde (%2) kronik interiktal psikoz saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise temporal lobe epilepsisi olan hastaların postiktal psikoz prevalansı (%11) olarak genel epilepsi popülasyonundan yüksek bulunmuştur (12).

Epileptik hastalarla yapılmış toplumu temel alan çalışmalar nadirdir. Krohn, Norveç'te yaptığı toplum çalışmasında epilepsi hastalarında %2 oranında psikoz saptamıştır (14).

Postiktal psikozlar epilepside görülen psikozların %25' ini oluşturur (15). Çoğu hastada epileptik nöbetler ile psikozun ortaya çıkması arasında 1- 6 günlük karakteristik bir

interval mevcuttur (16). Genellikle çoğu postiktal psikoz jeneralize nöbetlerin bir serisi veya statusu ile presipite olur.

Klinik özellikler:

Postiktal psikoz jeneralize tonik-klonik nöbet veya kompleks parsiyel nöbet kümesinden sonraki 7 gün içinde oluşan psikoz olarak tanımlanır. İnteriktal psikozlar ise nöbetten bağımsız olarak ortaya çıkar. Remisyon olmadan sürekli bir şekilde halüsinasyonların ve delüzyonların olduğu tablo ise kronik interiktal psikoz olarak tanımlanır.

Epilepside görülen şizofreni-benzeri psikozda affekt daha iyi korunmuştur. Buna karşın paranoid fikirler ve dini içerikli düşünceler artmıştır. Epilepsi hastalarında görülen şizofreni- benzeri psikozda tipik şizofrenik yıkım görülmez.

İnteriktal ve postiktal psikozlar epilepsi hastalığının başlangıcı ile psikoz başlangıcı arasında yaklaşık 10 yıl gibi uzun bir latent period olması ve temporal lop nöbetleriyle yakın ilişkileri açısından benzer özellikler gösterirler (10). Buna karşın interiktal psikozu olan vakalarda epilepsi başlangıç yaşı daha erkendir (11). Epilepsi başlangıcı ile psikoz başlangıcı arasındaki latent period postiktal psikozlarda daha uzundur. İnteriktal psikozlarda IQ postiktal psikozlara oranla daha düşüktür (11).

Postiktal psikozun psikopatolojisi polimorfiktir ancak çoğu hasta anormal duygudurum ve paranoid sanrılar sergiler (17). Bazı hastalar epizod boyunca konfüzedir; diğerleri dalgalanan bilinç bozukluğu ve yönelim bozukluğu sergiler. Postiktal psikoz boyunca EEG genellikle bozuktur; artmış epileptik yavaş dalga aktivitesi gösterir.

Postiktal psikoz akut interiktal psikoza göre daha kısa sürelidir. Hastaların yarısından fazlasında psikotik epizod ilk hafta içerisinde meydana gelmekte ve sıklıkla psikotik durum günler veya haftalar içinde antipsikotik tedaviye ihtiyaç göstermeden iyileşmektedir (18). Hastaların önemli bir kısmında da postiktal psikozun tekrarlama eğilimi gösterdiği saptanmıştır (12,13).

Postiktal psikotik bozuklukta seksüel davranışta değişiklikler, mistik hezeyanlar ve yükselmiş duygudurum ile birlikte olan grandiyözite sık iken; interiktal psikozlarda hezeyanlı algılama ve kendi aralarında tartışan sesler gibi birinci sıra Schinaderian belirtiler daha sıktır.

Risk Faktörleri

Epileptik hastalarda psikotik bozuklukların patogenezi heterojendir:

- Genetik yatkınlık: Birçok araştırmada genetik yatkınlığı destekler bulgu saptanmamış olmasına karşın (19,20,21) K. Alper yaptığı çalışmada ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olmasını postiktal psikoz gelişimi ile ilişkili olarak bulmuştur (22).
- Cinsiyet: Bazı araştırmalarda (23) kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmesine karşın kontrollü çalışmalarda bu desteklenmemiştir (24).
- Epilepsi süresi: Erken adolesanda başlangıç risk faktörüdür.
- Epilepsi tipi: Temporal lob epilepsilerinde daha sık psikotik bozukluk gözlenmiştir.
- Nöbet tipi: Bazı çalışmalarda psikoz gelişen hastalarda fokal nöbet belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Hermann ve Chabria iktal korku ile paranoya arasında ilişki saptamışlardır (25).
- Epilepsinin şiddeti: Aktif epilepsinin süresi (21), multipl nöbet tipi (26,27,28), status öyküsü (28), tedaviye zayıf yanıt (27) belirgin risk faktörleridir.
- Laterilizasyon: Sol temporal lob disfonksiyonu psikoz için risk faktörüdür (19). Trimble bu konuda yapılmış 14 çalışmayı özetlemiş ve 341 hastanın %43 sol, %23 sağ ve %34 ününde bilateral olduğunu bildirmiştir (29).
- Yapısal lezyon: Epilepsi hastalarında beyin hasarı varlığının psikoz gelişimi ile yakından ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Bilateral nöbet odağı; bilateral limbik lezyon ve nöbet sıklığı psikotik semptom görülmesini belirler. Hipokampus CA1 alanında unilateral sinir hücre kaybı ve gliozis idiopatik generalize ve temporal lob epilepsilerinde en yaygın gözlemlenen beyin lezyonudur. Anterior hipokampustaki skleroz hem epileptik nöbetlerin hem de psikopatolojik bozukluğun önemli bir nedenidir (30).

- Zorlu normalleşme: Landolt nöbetleri kontrol altına alınan epileptik hastalarda psikoz gelişimini vurgulamış ve zorlu normalizasyon tanımını yapmıştır (31). EEG anormalliklerinin normalleşmesini takiben akut psikoz tablosunun ortaya çıkmasına “zorlu normalleşme” denilmektedir.
- Febril konvulsiyon öyküsü: Tekrarlayan febril konvulsiyonlar ammon boynuzunda skleroza (mezotemporal skleroz) neden olur. Bu da temporal lop epilepsisi ve psikoz ile ilişkilidir. Bazı yazarlar tedaviye dirençli epilepsi hastalarında ve ammon boynuz sklerozunda psikoz görülme oranının arttığını bildirmektedir (32).
- Antiepileptik ilaç politerapisi (özellikle yüksek doz kullanımda)

EPİLEPSİ VE AFFEKTİF BOZUKLUKLAR

Epilepsi ve depresyon arasındaki ilişki Hipokrat zamanından beri tanımlanmaktadır. Hipokrat: “ Melankolikler genellikle epileptik ve epileptikler de genellikle melankolik olur” demiştir (33).

Epileptik hastalarda affektif değişiklikler (özellikle depresyon) en sık gözlenen psikiyatrik bozukluklardır (53).

İnsidans

Epilepsi hastalarında yaşam boyu major depresif epizod geçirme olasılığı %3.7 ile %6.7; minör depresif epizod (distimi) %2.1 ile %3.8 arasında ve manik epizod %0.6 ile %1.1 arasında saptanmıştır (34). Robertson ve Trimble’in yaptıkları çalışmada epilepsi hastalarının %40’ ında endojen özellikli ve orta şiddette depresyon bulunduğunu bildirmişlerdir (44). Yapılan çalışmalarda (35,36) normal kontrol grubuna göre depresyonun epileptiklerde daha sık olduğu bildirilmiştir.

DEPRESYON

Epilepsi hastalarında disfori, güçsüzlük, uyku bozuklukları, özsaygı kaybı depresyonun önde gelen belirtilerini oluşturur ve bu hastalarda özkıyım riski yüksektir (37). Epilepsi hastalarında görülen depresyon periiktal ve interiktal olarak bildirilmiştir.

Periiktal depresyon: İrritabilite ve depresyon gibi prodromal değişiklikler nöbetten önceki saatlerden günlere kadar değişen bir süre içinde olabilir ve nöbetin ardından bu belirtiler yatıştır (38). Blanchet ve Frommer birçok hastada interiktal döneme göre nöbetten önceki günlerde daha fazla depresif semptomatoloji olduğunu bildirmiştir (39).

İktal depresyon: William 2000 vakalık bir epilepsi serisinde yaklaşık %1 oranında auranın bir parçası olarak depresyon saptamıştır (40). İktal depresyon temporal lobe epilepsilerinde daha sık olarak görülmekte ve bazı serilerde bu oran %10 olarak bildirilmektedir (41). İktal depresyon ani olarak başlar ve çevresel faktörlerle ilişkili değildir (42).

Postiktal depresyon: Sık görülür ve nöbetten sonra uzun süre devam edebilir. Blummer postiktal depresyonun nöbet sonundaki inhibisyon mekanizmasının sonucu olduğunu bildirmiştir (43).

İnteriktal Depresyon: İnteriktal depresyonun peri-iktal depresyondan daha sık olduğuna inanılmaktadır; fakat prevalans bilinmemektedir (42).

Etiyoloji

Etiyolojisi üzerinde multifaktoriyel etkiler vardır:

1. Cinsiyet: Çalışmaların sonuçlarının uyumlu olmamasına rağmen çoğu çalışma erkeklerin daha fazla risk altında olduğunu göstermiştir (42).

2. Genetik ve çevresel faktörler: Robertson ve arkadaşları epilepsi ve depresyon komorbiditesi olan 66 hastanın yarısından fazlasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, özellikle de depresyon saptamışlardır (44).

3. Endokrin ve metabolik faktörler: İktal aktivite boyunca birçok metabolik ve hormonal değişiklik saptanmıştır (45).

4. Epilepsi ile ilişkili faktörler: Epilepsi başlangıç yaşı, epilepsi süresi, nöbet tipi, nöbet odağının lokalizasyonu, nöbet sıklığı ve şiddeti, nöbetin kontrol altına alınması, zorlu normalleşme ilişkili durumlardır.

Kompleks parsiyel nöbetlerde depresyonun daha sık olduğunu gösteren pek çalışma mevcuttur (9,44,46). Birçok çalışma temporal lobe epilepsisinde depresyonun daha sık olduğu bildirilmektedir (9,46).

Özellikle hipomani (47) olmak üzere psikiyatrik bozuklukların sağ odakla ilişkili olma eğiliminde iken, depresyonun sol odakta daha sık görüldüğünü bildirmektedir (48,49).

5. İyatrojenik faktörler: Antiepileptik ilaç tipi, sayısı, serum düzeyi ve antiepileptiklerin sekonder etkileri.

6. Psikososyal faktörler: Stigmatizasyon, nöbet korkusu, aile aşırı koruyuculuğu, sosyal destek sosyoekonomik durum.

7. Nörolojik: Depresyon yapısal lezyonu olan hastalarda daha sık gözlenebilir (50).

İnteriktal disforik bozukluk

Memphis'te yapılan çalışmada epilepsi hastalarında gözlenen affektif semptomatolojinin intermitant (aralıklı) nitelikte olduğu ve geniş bir semptom profili gösterdiği saptanmıştır (51).

Epileptik hastalarda interiktal dönemde gözlenen affektif semptomlar “interiktal disforik bozukluk” olarak adlandırılır. Bu bozukluk:

- Labil depresif semptomlar (Depresif duygudurum, anerji, ağrı, uykusuzluk)
- Labil affektif semptomlar (Korku, anksiyete)
- Ayırt edici semptomlar (Paroksizmal irritabilite, öforik duygudurum) şeklinde özetlenebilir.

Depresif duygudurum, anerji ve irritabilite en sık rastlanılan semptomlardır (52).

İnteriktal disforik bozukluk, primer (DSM-IV tanı kriterlerine göre) affektif bozukluktan intermittan özelliği ile ayrılır (51). Primer affektif bozukluktaki haftalar veya aylar gibi süreden farklı olarak; bu bozuklukta semptomların süresi saatler veya günlere kadar değişebilmektedir.

BİPOLAR BOZUKLUK

Epilepsi ile iki uçlu mizaç bozukluğu ile ilgili literatürün önemli bir kısmını olgu sunumları oluşturmaktadır.

Flor-Henry temporal lop epilepsisi ve psikoza olan 50 hastalık bir seride 9 hastanın mizaç bozukluğu olduğunu, Toone ve arkadaşları ise retrospektif bir çalışmada mizaç bozukluklarıyla epilepsi arasında özel bir ilişki kanıtlayamadıklarını bildirmişlerdir (55).

Manik epizod epilepsi hastalarında nadiren bildirilmiştir. Antiepileptik olarak kullanılan ilaçların antimanik etkili olması, epilepsi hastalarında manik epizodun nadir görülmesini açıklamak için önerilen bir hipotezdir (54).

Manik durumların oluşumunda özellikle temporal lop epilepsileri önemli bir rol oynar (52).

ANTİEPİLEPTİK İLAÇLARIN DAVRANIŞ ÜZERİNE ETKİSİ

Tüm antiepileptik ilaçlar düşünme, duygudurum ve davranış üzerine etki yapabilir. İlaçlar ile psikiyatrik yan etki gelişimi öncelikle zorlu normalleşme, folat eksikliği, ilaç toksisitesi ve ilaç çekilme sendromu fakat özellikle de biyolojik ve genetik yatkınlıkla ilişkilidir.

Depresif epizodların %28'i ve psikotik epizodların %15'inin ilaç tedavisine bağlı olarak meydana geldiği bildirilmektedir (76). Fakat bu bulgular yeni antiepileptiklerin çıkışından önce tanımlanmıştır. Matsuura 1999 da antiepileptik ilaç değişimini takiben %40 vakada psikoz geliştiğini bildirmiştir (77).

Primidon ve fenobarbital tedavisi ile depresyon arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (78). Fenitoin sizofreni benzeri psikozu yüksek serum düzeylerinde provake edebilir (79). Karbamazepin ile bildirilen affektif problemler nadirdir.

Özellikle de vigabatrin ve topiramet gibi yeni antiepileptiklerde psikoz gabaerjik substans kullanımı ile ilişkili görünmektedir. Ferrie ve arkadaşları vigabatrin ile % 3.4 oranında psikiyatrik komplikasyon bulmuşlardır (80).

EPİLEPSİ VE KİŞİLİK

Bazı epileptik hastalar DSM-IV'e göre spesifik psikiyatrik bozukluk tanısı koyulabilecek kriterleri olmayan kişilik özellikleri gösterirler.

Waxman ve Geschwind temporal lop epilepsisi olan hastalarda interiktal kişilik bozukluğunu tanımlamış (56); Bear ve Fedio da bu tanımı geliştirmiştir (35).

Bear ve Fedionun oluşturdukları envanterdeki kişilik özellikleri: Visközite, çevresellik, mizah yeteneğinden yoksunluk, emosyonel değişkenlik ve dengesizlik, hipergrafi, obsesif kişilik, aşırı ahlakçılık, depresyon, öfke, saldırganlık, paranoid kişilik, taşkınlık, suça eğilim, bağımlılık, aşırı dindarlık, felsefi konularla aşırı ilgilenme, kadercilik, hiposeksüalite veya hiperseksüalite olarak tanımlanmıştır.

En sık gözlenen kişilik özellikleri visközite, ayrıntıcılık, hipergrafi ve daha az oranda da artmış dini uğraştır (57). Temporal lop epilepsisi olan hastalarda gözlenen bu kişilik özellikleri obsesif kompulsif bozuklukla ilişkili perseverasyon, kompulsivite gibi psikopatolojik karakteristiklerle ilişkili görünmektedir. Obsesif-kompulsif bozukluktaki serotonerjik teoriye göre temporal lop epilepsisindeki davranışsal bozuklukların serotonerjik ajanlarla tedavi edilebileceği düşünülmektedir (69).

Visközite ve çevresellik: Kişiler arası ilişkilerde yapışkanlık olarak tanımlanır ve sıklıkla içerik olarak boş konuşmayı ifade eden çevresellik ile birliktelik gösterir. Sol temporal lop epilepsilerinde daha sık görülür (37).

Visközite konuşmada bozulma, sosyal kohezyon, mental yavaşlama ve psikolojik bağımlılığın sonucu olarak ortaya çıkabilir (58).

Hiposeksüalite: Temporal lop epilepsilerinde çok çeşitli interiktal sexüel değişiklikler gözlenir. Hiposeksüalite hiperseksüaliteye oranla daha sık gözlenmektedir (59). Azalmış libido ve impotansı içeren hiposeksüalite cinsiyetler arası fark gözetmeksizin temporal lop epilepsisi olan hastaların yarısında gözlenir (58).

Dini ve felsefi konulara ilgide artma: Epilepside gözlenen aşırı dindarlık organize bir dinle ilişkili olmaktan çok kişinin kendisine özgü bir din çerçevesinde dönmektedir.

Sonuç olarak olgu yapılan çalışmalardan elde edilen verilere dayanılarak epilepsinin başlangıcından sonra davranış değişiklikleri geliştiği; fakat tek bir epileptik kişilik kavramını desteklemediği söylenebilir.

Epilepsi ve Özkıyım Davranışı

Epileptik hastalarda depresyonu tanımlamak ve tedavi etmek bu hastalardaki özkıyım riski nedeniyle son derece önemlidir.

Genel popülasyonda özkıyım ile ölüm oranının %1.4 olduğu, epileptiklerde ise bu oranının %5 olduğu bildirilmiştir (60). Yapılan bir çalışmada 14 yıllık izlem sonunda 2763 epilepsi hastasının 164'ünün öldüğü; bunların %26'sında ölüm sebebi epilepsi iken, %20'sinde neden olarak özkıyım bulunmuştur (61).

Birkaç çalışmada epileptik hastaların yüksek doz ilaç alarak özkıyım girişiminde bulunma oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (62).

Özkıyım için risk faktörleri şöyle tanımlanmıştır: önceden kendine zarar verici davranış öyküsü, ailede özkıyım öyküsü, stresli yaşam olayları, stigma ve özellikle madde kullanımı, depresyon, psikoz ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalık olması (63).

EPİLEPSİ VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Epileptik hastalarda anksiyete sıklıkla gözlenir. Anksiyete ve ilişkili bozukluklar basit parsiyel nöbet (aura), nöbetin gelişini haber veren bir psikolojik reaksiyon, postiktal bir durum veya interiktal bir davranış veya panik atak şeklinde gözlenebilir (57).

İktal korku ve anksiyete

Korku ve anksiyete basit parsiyel nöbetlerde sık gözlenen semptomlardır (41,57). Basit parsiyel nöbeti olan hastalarda korku bir aura belirtisi olarak yaklaşık %10 -15 oranında bildirilmiştir. Anteromedial temporal ve singulat girus nöbetleri korkuya neden olabilir (64).

Panik ataklar iktal korku ile karışabilir. Fakat iktal korku paroksizmal ve kısa süreli (57) iken panik ataklar daha uzun sürer. Ayrıca panik ataklar daha stereotipik bir görünüm şeklindedir (65).

İnteriktal korku ve anksiyete

İnteriktal anksiyete semptomları epilepsi hastalarının %66'ında bildirilmiştir (64).Panik bozukluk epilepsi hastalarının %21'inde görülür (67).

İnteriktal anksiyete ve panik atakları daha çok limbik odakla ilişkili parsiyel epilepsilerde bildirilmiş olmasına rağmen; Devinsky ve Vazquez primer jeneralize epilepsilerde de artmış oranda anksiyete saptamışlardır (57).

Parsiyel nöbetler ve epizodik gidiş gösteren anksiyete arasındaki benzerlik her iki durumun da limbik disfonksiyon ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (64).

Hastalarda klinik tablo genelleşmiş anksiyete bozukluğu, fobi, panik bozukluk veya obsesif-kompulsif bozukluk şeklinde ortaya çıkabilir. Birçok hasta nöbetlerinden korkarken gerçek nöbet fobisi nadirdir (66).

Epileptik hastalar genellikle nöbetlerinin sonucu olarak oluşabilecek ölüm ve/ veya beyin hasarı nedeniyle korku hissederler (66). Sonuç olarak interiktal korku veya anksiyete

nöbetlerin neden olduğu endişe veya epilepsi nedeniyle bozulan yaşam kalitesi sonucunda ortaya çıkar (68).

Dissosiyatif bozukluklar

İktal dissosiyatif bozukluk depersonalizasyon, derealizasyon ve nadir olarak ta çoğul kişilik gibi kişilik değişikliklerini içerir. Füg durumu epilepsi hastalarında bildirilmiş dissosiyatif tablolardandır (64). Epileptik hastalarda görülen poriomani özellikle postiktal dönemde görülen ve başboş dolaşma şeklinde uzamış bir fügdür (37).

Çoğul kişilik ve Capgras sendromu nöbetler ve zorlu normalleşme ile ilişkili olarak bildirilmiştir (57).

Psödoepileptik (Nonpileptik) Nöbetler

Beyinde paroksizmal nörofizyolojik değişikliklerin sonucu şeklinde ortaya çıkmayan paroksizmal davranışsal olaylar ve/ veya bilinçte bozuklukla giden durumlar “psödonöbet” olarak tanımlanır (70). Prevalansı yaklaşık %5-35 kadardır (71).

Psödonöbetler panik atak, somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla veya nonpsikiyatrik durumlarla (vazovagal ataklar, hipoglisemi vs.) ilişkili olabilir.

Bazı yazarlar psödonöbetleri olan hastaların tipik profilini; kadın cinsiyet, düşük zeka, altta yatan histerik kişilik bozukluğu ve seksüel kötüye kullanım olarak bildirmişlerdir (72).

Moore ve Baker nonpileptik atağı olan 185 hastanın psikolojik özelliklerini tanımlamışlardır. Nonpileptik atakların gelişimini ve devamını anlamakta önemli olan bu faktörler; anksiyete veya stres, fiziksel kötüye kullanım, belirgin kayıp, aile desteğinin yetersizliği, ilişki problemleri, depresyon ve seksüel kötüye kullanımdır (73). Bowman 27 psödonöbeti olan hastada yaptığı çalışmada %77 seksüel kötüye kullanım ve %70 oranında da fiziksel şiddet saptamıştır (74).

Sıklıkla 15 -35 yaş arasında gözlenir. Hastaların çoğunluğu kadındır. Sosyolojik ve kültürel özellikler psödonöbetlerin gelişimini etkiler. Ekonomik ve sosyal kısıtlamaların kadınlarda daha yüksek oranda olması kadınlarda yüksek oranda görülmesini açıklayabilir. Bu hastaların çoğu konulan tanılarını netleştikten sonra kötü bir gidiş gösterir ve yaklaşık %30' unda nöbetler tamamen iyileşir (75).

YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır (82). Bu algı, amaçlar, beklentiler, standartlarla ilgilidir. Bu tanımın 6 ana boyutu vardır: 1. Fiziksel 2. Psikolojik 3. Bağımsızlık derecesi 4. Sosyal ilişkiler 5. Çevre 6. Dini inançlar. Bu boyutlar bireyin yaşam niteliği algısına odaklanır (83).

Yaşam kalitesi, kişinin sağlık durumu, yaşam stili, yaşamdan doyum alma düzeyi, ruhsal durumu veya iyilik hali ile tek tek örtüşmeyen, bir anlamıyla da bunların hepsini kapsayan öznel bir durumdur (100) .

Yaşam Niteliği, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, öte yandan kendi çevreleriyle olan ilişkilerinden karmaşık bir biçimde etkilenir (102).

Dünya sağlık örgütünün 1980' lerde başlayan, kişilerin kendi yaşam kalitelerini öznel olarak tanımlama biçimlerini ve bunun ölçülebilirliğini konu alan çalışmaları WHOQOL yaşam kalitesi ölçeğinin gelişmesiyle sonuçlanmıştır. Bu ölçek bir çalışma protokolü çerçevesinde birçok ülkede sınanmış ve halen kullanılmaktadır (101).

EPİLEPTİK HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

Epileptiklerde yaşam kalitesi 4 alan ile ilişkilidir:

- Nöbetler: tipi, sıklığı, önceden kestirilememesi ve nöbetin şiddeti
- Tedavi: özellikle ilaç yan etkileri ve tedaviye uyum

- Sosyal problemler: iş, bağımlılık
- Psikolojik sorunlar: depresyon, anksiyete, kognisyon ve benlik saygısı (64)

Birçok çalışma epileptik hastaların psikososyal problemlerle karşılaştığını bunların da sıklıkla depresyon, anksiyete ve düşük benlik saygısına neden olduğunu bildirmektedir (81,78).

İş durumu, eğitimi ve ev işlerinin yapılmasını sürdürebilmek epileptik hastalarda ciddi bir problemdir. Örneğin yılda bir veya birden fazla epileptik nöbet geçiren hastaların yarısından çoğu işe alınmamaktadır. Ayrıca çocukluk çağında başlayan ağır nöbet durumu hastanın eğitim almasını engellemekte; bu da hastanın ileriki yaşlarda işsiz kalmasına neden olmaktadır (101).

Epileptik hastalar daha az oranda çalışmakta, evlilik oranları düşük olmakta ve diğer yetişkinlere göre daha fazla sosyal izolasyon göstermektedirler (84). Thompson ve Oxley tarafından yapılan çalışmada nöbetleri yeterince kontrol altına alınamamış epilepsi hastalarının yaşamında en büyük tatsızlıkların sosyal fonksiyon alanında olduğu bildirilmiştir (103).

Epileptik hastalar sıklıkla durumlarından ötürü stigmatizasyon hissetmektedirler (85). Yapılan son çalışmalarda remisyon halindeki epileptiklerde sık nöbet geçiren epileptiklere oranla daha iyi bir psikososyal profil saptanmıştır (86).

Epileptik hastalarla yapılan bir çalışmada düşük eğitim seviyesi, sık nöbet geçirme ve uzun bir hastalık öyküsünün düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (105).

EPİLEPTİK HASTALARDA PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE VE YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda araştırmacılar epileptik hastalarda yaşam kalitesi üzerine yoğunlaşmaktadır. Yapılan bu çalışmalarda önceleri nöbetlerin klinik özellikleri ve ya tedavinin etkileri üzerinde durulurken artık psikiyatrik komorbiditenin önemi de vurgulanmaktadır.

İnteriktal psikiyatrik komorbidite epilepsi hastalarının yaşamına ayrı bir sıkıntı eklemektedir (87,88).

Goffman stigmatizasyonu “derin bir saygınlığı yitirme” olarak tanımlamıştır (96). Epilepside nöbetler ve stigmatizasyon fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda birçok probleme neden olur. Bunun sonucunda da benlik saygısı, çalışma hayatı, aile yaşamı etkilenir (97). Dell ‘in gözlemlerine göre epileptiklerin maruz kaldığı stigmatizasyon psikopatoloji riskini ve sosyal ilişkilerde bozulmayı arttırmaktadır (106). Stigma ile umutsuzluk, somatizasyon, depresyon ve anksiyete arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Stigma erişkinlerde artmış psikopatoloji riski ile ilişkilidir.

Arnoston stigmatizasyon ile depresyon, umutsuzluk düşünceleri, somatik belirtiler ve anksiyete gibi affektif bozukluklar ile arasında pozitif; yaşam memnuniyeti ve benlik saygısı ile negatif ilişki olduğunu bildirmiştir (84).

Epilepsi önceden kestirilemez bilinç kaybı ve davranış değişiklikleri nedeni ile utanma ve saygınlığı yitirme durumuna neden olur (78). Seligman bu durumu “öğrenilmiş çaresizlik “ olarak tanımlar (92). Bu pesimistik düşünce yapısı iş, arkadaş kaybı veya ilişki sorunları gibi genel zorluklara neden olur; bu da depresyon gelişimi ile ilişkilidir (93). Rodin ve arkadaşları örneklem grubunun yarısından fazlasında sosyal ve psikolojik problemleri olduğunu bildirmişlerdir (94). Dodrill 315 vakalık bir seride hastaların yarısından fazlasında emosyonel, kişiler arası ilişki, iş ve finansal durumlarında sorun saptamıştır (95).

Epileptik hastalar nöbetler sonrasında oluşabilecek yaralanmalar ve epilepsinin uzun dönemli bir sonucu olarak oluşabilecek psikiyatrik ve kognitif bozukluklarla ilişkili olarak korku duyarlar. Bu korku güven kaybı, depresyon, anksiyete gibi emosyonel ve davranışsal güçlüklerle eğilimi arttırır.

Kronik epilepsi vakalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir. Genel psikiyatrik literatürde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesine belirgin etkisi olduğu ve yapılan ilk epilepsi ile ilgili çalışmalarda da karşılaştırılabilir etkileri olduğu saptanmıştır (89).

Wiegartz ve arkadaşları major depresyon tanısı almış epileptik kişilerde halen veya geçirilmiş bir depresyon öyküsü olmayan kişilere kıyasla düşük yaşam kalitesi oranı bulmuşlardır (90). Gilliam interiktal depresif sendrom ile yaşam kalitesi arasında lineer bir ilişki saptamış; Beck depresyon envanteri gibi self report ölçeklerde daha şiddetli semptomu olan vakaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bulmuştur (91). Ayrıca medikal tedavinin yan etkilerinde artışın da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (89) .

Au ve arkadaşları (99) “kontrol duygusunun kaybı” nın düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bu bulgu nöbet kontrolünde güçlük çekilen hastalarda ortaya çıkan yaşamlarını kontrol edememe ve umutsuzluk duygusu ile ilişkilidir. Bu umutsuzluk duygusu düşük yaşam kalitesi şeklinde kendisini göstermektedir. Saptanan diğer bir bulgu da sosyal desteğin bir dereceye kadar yaşam kalitesi ile ilişkili olduğudur.

Hermann ve arkadaşları temporal lop epilepsisi olan hastalar ile yaptıkları çalışmada bu hastalarda saptanan emosyonel ve davranışsal bozuklukların düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (98).

Epilepsi psikososyal alana ve yaşam kalitesine etkisi bulunan bir hastalıktır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki epilepsi kişide bağımlılık gelişmesine, sosyal fonksiyonlarda bozulmaya, düşük benlik saygısına neden olmaktadır. Bunun sonucunda genç erişkinlerde sağlıklı kişilik algısının gelişiminde, başarılı sosyal ilişkiler kurmada ve otonomi kazanımında bozulmalar ortaya çıkmaktadır (104). İlerleyen yaşlarda da bu durum kendisini depresyon, yalnızlık hissi, anksiyete ve davranışsal problemler şeklinde göstermektedir.

Yapılan çalışmalar nöbet sıklığı ve şiddetinin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu; nöbetleri kontrol altında olan hastaların daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir (107). Ayrıca şiddetli nöbet olan hastalarda düşük benlik saygısı saptanmıştır.(39) Fakat Szaflarski ile arkadaşlarının yaptıkları çalışmada nöbet sıklığı ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Buna göre yaşam kalitesi temelde primer hastalığın şiddetinden çok hastanın duygudurumuna bağlıdır (108).

Yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ölçeğindeki tüm skorlarda depresyonun şiddeti ile ilişki saptanmıştır (109). Yaşam kalitesi depresyonu olmayanlarda en fazla iken; ılımlı depresyonda daha kötü; major depresyonda ise en kötü olarak bulunmuştur.

Yakın zamanda epileptik nöbet geçirenlerde daha uzak tarihte nöbet geçirenlere oranla yaşam kalitesi düşük olarak saptanmıştır (109).

Yaşam kalitesi nöbet şiddeti ve depresyon ile ilişkili bulunurken; yaş, cinsiyet ve epilepsi süresi ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (109).

Baker ve arkadaşları geç başlangıçlı epilepsisi olan yaşlı hastalarda anksiyete ve depresyon ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptamışlardır (110).

Bazı çalışmalarda epileptik nöbet tipi ve sıklığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur. Buna göre nöbet tipi tonik- klonik olanlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (111).

YÖNTEM VE GEREÇLER

YÖNTEM

Bu çalışma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji / Epilepsi Polikliniği tarafından ayaktan tedavi edilen epilepsi hastalarının değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Epilepsi ve psikiyatrik komorbiditesi olan 30 kişilik vaka grubu elde edilene kadar toplam 93 hasta ile görüşüldü. Komorbiditesi olmayan ve çalışmaya alınan ilk 30 kişi kontrol grubu, komorbiditesi olan 30 kişi ise hasta grubu olacak şekilde değerlendirilip; gruplar arasında yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır.

Gruplar; epilepsi polikliniğinde, çalışmaya alınma koşullarını karşılayan ve gönüllü hastalarla, onayları alınarak, ardışık olarak görüşmek suretiyle oluşturulmuştur. Uygulanan materyaller sonucunda psikiyatrik komorbiditesi olan epilepsi hastaları ile psikiyatrik komorbiditesi olmayan grup yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Görüşmeler interiktal dönemde yapılmıştır. Kendilerinde psikiyatrik bozukluk teşhis edilen epilepsi hastalarına gerekli tıbbi yardım önerilerinde bulunulmuştur.

Epilepsi hastaları çalışmaya alınırken şu özelliklerin bulunmasına dikkat edilmiştir:

1. 17 yaşından küçük, 60 yaşından büyük olmamaları
2. Kompleks parsiyel veya jeneralize tipte nöbet geçiriyor olmaları ve epilepsi tanısının en az bir yıldır kesinleşmiş olması.
3. Son 6 ay içerisinde en az bir nöbet geçirmiş olması
4. Halen herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanımının olmaması
5. Nöbetin tümoral, metabolizma bozukluğu ya da akut enfeksiyon gibi nedenlere doğrudan bağlı olmaması.
6. Yaşam kalitesini etkileyebilecek kronisite kazanmış ciddi bir başka tıbbi sorunun ve/veya bir nörolojik hastalığın olmaması
7. Yeterli ve sağlıklı bir iletişim kurabilmesi için, zeka seviyesi klinik gözlemlerle anlama ve kavrama gücüne neden olabilecek derecede düşük olarak değerlendirilen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

ARAÇLAR

Çalışmaya alınan hastalara sırayla:

1. Sosyodemografik Bilgi Formu
2. Epilepsi Bilgi Formu
3. SCID-I
4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL- BREF) uygulanmıştır.

Sosyodemografik bilgi formu ve epilepsi bilgi formu ekte verilmiştir.

SCID-I

DSM- IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), major DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Uygulanması bir takım kurallara dayanır. Birinci eksen tanısı koyabilmek için birkaç değişik şekli vardır:

SCID-P (Yatan hastalar için): hastanede yatan hastalara uygulanır.

SCID-OP (Hastanede yatmayan hastalar için): Psikotik bozuklukların az görüldüğü bu nedenle de psikotik bulguların ayrıntılı bir biçimde soruşturulmasının gereksiz olduğu hastanede yatmayan hastalarda uygulanır.

SCID- NP (Hasta olmayanlar için) : psikiyatrik hastalığı olmayan kişiler için kullanılan, alan taramaları gibi çalışmalar için hazırlanmıştır.

SCID-I ' in Kapsadığı 1. Eksen Bozuklukları:

1. Mizaç bozuklukları
2. Psikotik bozukluklar
3. Madde kullanım bozuklukları
4. Anksiyete bozuklukları
5. Somatoform bozukluklar
6. Yeme bozuklukları
7. Uyum bozuklukları

SCID-I, 1. eksen tanısının herhangi bir zamanda var olup olmadığını (yaşam boyu prevalans) ve son 1 ay içinde bozukluğun semptomlarının varlığını ya da yokluğunu saptar.

Bu araştırmada SCID-OP (Scale for Clinical Interview and Diagnosis: Klinik Görüşme ve Tanı Çizelgesi) kullanılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL- BREF)

Dünya sağlık örgütü tarafından geliştirilen ölçek 26 item ve 5 bölümden oluşmaktadır. Kişinin algıladığı yaşam kalitesini konu edinir. Sorular son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanmaktadır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Yanıt skalaları başlıca:

1. Bedensel alan

*Ağrı ve rahatsızlık: Kişinin hoş olmayan bedensel duyuları ve bu duyuların onun yaşamını ne derece rahatsız edip engellediğini ortaya çıkarır. Bu bölümün soruları, kişinin ağrı derecesini araştırdığı gibi, ağrı azaldığında ulaştığı rahatlamayı da kontrol eder. Kişi ağrıdan ne kadar kolay kurtulabilirse, ağrı korkusunun ve bunun yaşam kalitesine yapacağı etkinin de o kadar az olacağından hareket edilerek bu varsayıma ulaşılmıştır. Aynı şekilde ağrı düzeyindeki değişiklikler ağrının kendisinden daha fazla rahatsız edici olabilir. Ağrının zaman zaman geliyor olması nedeni ile ortaya çıkan sürekli ağrı tehdidi yüzünden yaşam kalitesi etkilenebilir. Kişiler ağrıya farklı tepkiler verirler, ağrıya dayanırlıkları, ağrıyı kabullenebilmeleri farklıdır ve bütün bunların yaşam kalitelerine yansıdığı kabul edilir.

*Canlılık ve bitkinlik: Kişinin gündelik işleri olduğu kadar kendini yenileme gibi serbest etkinlikleri gerçekleştirdiği sıradaki canlılık, coşku ve dayanıklılığı araştırır. Bu durum, gerçek bir canlılık hissinden, işten alıkoyan yetersiz enerji düzeyine ve yorgunluk hissine kadar uzanır.

*Uyku ve dinlenme: Kişinin ne kadar uyuyup dinlendiği, bu alandaki sorunlar ve bunların kişinin yaşam kalitesine olan etkileri ile ilgilidir. Uyku sorunları kavramı, uykuya daima güçlüğü, gece uyanmaları, sabah erkenden uyanma ve yeniden uyuyamama ile dinlenmeden uyanmayı kapsamaktadır. Bu bölümün odak noktası uykunun bozulmuş olup olmadığıdır; buradaki sorular kişinin uyku ilacı kullanıp kullanmaması gibi özgül yönlerini

araştırmaz.

2. Bağımsızlık düzeyi:

*Bedensel hareketlilik: Kişinin bir yerden diğerine gidebilme, evde ve işyerinde dolaşabilme, işe gidebilme veya ulaşım araçlarına binip inebilme yetisi hakkında kendisi ile ilgili görüşüdür. Kişinin kullandığı araç ne olursa olsun dilediği yere başkasının yardımı olmaksızın gidebilme yetisine odaklanmıştır. Kişinin hareketliliğinin başkalarına önemli derecede bağımlı olmasının o kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği kabul edilmiştir. Hareketlilikteki değişikliğin ani ya da yavaş yavaş ortaya çıkmasının kişinin yaşam kalitesini farklı şiddette etkilediği bilinir; buna karşın hareket kısıtlılığı olan kişilere sorulan sorularda bu durum göz önüne alınmamıştır.

*Günlük işleri yürütebilme: Kişinin günlük işleri yürütebilme becerisini araştırır. Bu beceri kişinin kendisine ve eşyalarına uygun şekilde bakımını kapsar. Kişinin günlük olarak yapması gereken işleri yürütebilme yeteneğine odaklanılır. Kişinin günlük işleri yürütmeye başkalarının yardımına muhtaç olma derecesi onun yaşam kalitesini etkileyecektir.

*İlaçlara veya tedaviye bağımlılık: Kişinin bedensel ve ruhsal iyilik halini sürdürmesi için ilaçlara ve tıbbı ne kadar bağımlı olduğunu araştırır. İlaçlar bazı kişilerin yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkileyebilir (kemoterapi yan etkileri gibi). Bazılarında ise yaşam kalitesini artırır.

*Çalışabilme gücü: Kişinin enerjisini işi için kullanmasını araştırır. “İş” kişinin meşgul olduğu temel etkinlik olarak tanımlanmıştır. “Temel etkinlik”, iş, ücret ödenmeyen iş, gönüllü sosyal etkinlikler, tam gün çalışma, çocuk bakımı ve ev işlerini içermelidir. Bu bölüm, yaptığı işin türü ne olursa olsun kişinin işi yürütebilme becerisi üzerinde durmaktadır.

3. Ruhsal alan:

*Olumlu Duygular: Kişinin iç huzuru, denge, barışıklık, mutluluk, ümit, neşe ve yaşamdaki iyi şeylerden tat alma gibi olumlu duyguları ne ölçüde yaşadığını araştırır. Kişinin geleceğe yönelik bakış açısı ve duyguları, bu bölümün önemli bir parçasıdır.

*Düşünme öğrenme, bellek ve dikkatini toplama: Kişinin düşünme, öğrenme, bellek, dikkatini toplama ve karar verme yetisi hakkındaki görüşünü araştırır. Bilişsel bozuklukları

olan bazı kişiler soruları anlayamayabilir ve bu kişilerin cevaplarının dışarıda bırakılması gerekebilir.

*Benlik Saygısı: Kişinin kendisi hakkında ne hissettiğini araştırır. Bu hissedilenler kişinin kendisi hakkında olumlu duygularından, aşırı olumsuz duygularına dek değişebilir. Kişinin kendisine ne kadar değer verdiği araştırılır. Benlik saygısının, kişinin kendisinden hoşnut olması ve özdenetimi ile ilişkili yönü de bu bölümün odak noktasıdır.

*Beden imgesi ve dış görünüş: Kişinin beden görünümüne bakış açısını araştırır. Beden görünümünün olumlu ya da olumsuz algılanması, kişinin beden görünümünden hoşnutsuzluk düzeyi ve bunun kendilik kavramını nasıl etkilediği bu bölümün odak noktasıdır. Başkalarının kişinin görünümüne karşı takındığı tavır çoğunlukla kişinin kendi beden imgesini algılayışını dikkate değer ölçüde etkiler.

*Olumsuz duygular: Kişinin ümitsizlik, suçluluk, üzüntü, ağlamaklı olma, elem, sinirlilik, bunaltı ve yaşamdan haz alamama gibi olumsuz duyguları ne ölçüde yaşadığıyla ilgilidir. Bu bölüm olumsuz duyguların ne ölçüde rahatsız edici olduğunu ve kişinin günlük işlevlerini ne ölçüde yaşadığıyla ilgilidir.

4. Sosyal ilişkiler

*Diğer kişilerle ilişkiler: Kişilerin diğer kişilerle kurduğu yakın ilişkilerinden ne ölçüde dostluk, sevgi ve destek beklediklerini ve bu alanda ne hissettiklerini araştırır. Kişinin diğer kişilere duyduğu ilgi ve yakınlık ile sorumluluğa da değinilir. Ayrıca kişinin sevme, sevilme, fiziksel ve ruhsal olarak yakın ilişkiler kurabilme beceri ve olanağı da bu bölümde yer alır.

*Sosyal destek: Kişinin ailesinden ve arkadaşlarından aldığı destek, onay ve gündelik yardımları nasıl değerlendirdiğini araştırır. Kişinin arkadaş ve aile desteği hakkında ne hissettiğine, özellikle bir kriz durumunda bu desteğe ne kadar güvenebileceğine odaklanır.

*Cinsel yaşam: Kişinin cinsel dürtü ve isteğini kapsar. Ayrıca cinsel arzusunu uygun biçimde ifade edebilme ve yaşayabilme düzeyiyle ilgilidir. Burada cinselliğin hangi değer

yargularıyla ele alındığıyla ilgili olmayıp, yalnızca kişinin cinsel etkinliğinin onun yaşam kalitesini nasıl etkilediğini araştırmaya yöneliktir.

5. Çevre

*Fiziksel güvenlik ve emniyet: Kişinin fiziksel zararlardan koruma ve güvenlik algısını araştırır. Daha çok kişinin özgürlük algısı doğrudan araştırılmaktadır. Sorular kişinin güvenlik ve emniyet duygusu veren ya da verebilecek kaynakları ne ölçüde hissettiğini içerir. Kişinin korunma ve güvenliğinin olup olmadığı konusundaki duygularına, onun yaşam kalitesini etkilemesi açısından yaklaşır.

*Ev ortamı: Kişinin yaşadığı esas yeri (en azından uyuduğu ve eşyalarının çoğunun bulunduğu yeri) ve bu ortamın onun yaşamına etkisini araştırır. Evin kalitesi, yalnızca rahatlık düzeyiyle değil, kişiye güvenle oturabileceği bir yer sağlaması açısından da değerlendirilir

*Maddi kaynaklar: Kişinin hem maddi kaynaklarına bakışını, hem de bu kaynakların sağlıklı ve rahat yaşam sürebilmesi için gerekli olan şeyleri ne ölçüde sağladığını araştırır. Kişinin yaşam kalitesini etkileyebilecek şeyleri temin etmesi ya da edememesi üzerinde durulmuştur. Kişinin geliriyle elde edebileceği şeylerle ilgili doyum ya da doyumsuzluk duygusunu içermektedir.

*Sağlık ve sosyal hizmetlerde ulaşılabilirlik ve nitelik: Kişinin yakın çevresindeki sağlık hizmetlerine ve sosyal yardıma bakış açısını değerlendirir. Kişinin sağlık hizmetlerine ve sosyal yardımlara ulaşabilmenin yanı sıra, alabildiği veya alabilmeyi umduğu hizmetlerin kalitesi ve bütünlüğü konusundaki görüşlerini de kapsar.

*Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları: Kişinin neler olup bittiği hakkında fikir sahibi olma ve yeni bilgi ve beceriler edinme arzu ve fırsatlarını araştırır. Bu süreç resmi eğitim programları yoluyla olabileceği gibi tek başına ve ya; grup halinde yürütülen yetişkin eğitim hizmetleri, boş zamanları değerlendirme etkinlikleri yöntemleriyle de gerçekleştirilebilir. Bu bölüm hem eğitim alanındaki bilgilenmeyi, hem de kişinin yaşam kalitesi üzerinde az çok

etkisi olan yerel, ulusal ya da uluslararası haberleri edinmeyi kapsar.

*Dinlenme ve boş zamanı değerlendirebilme ve bunlara katılabilmek: Kişinin boş zaman değerlendirme, eğlenme ve rahatlama fırsatlarına katılabilmek eğilim ve yeteneğini araştırır.

*Fiziksel Çevre: Kişinin çevresine bakış açısını araştırır. Gürültü, kirlilik, iklim ve çevrenin genel estetik görünümü ile bunların kişinin yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz biçimde nasıl etkilediğini kapsar.

*Ulaşım: Kişinin bir yerlere gidebilmek için ulaşım araçlarını bulabilmesinin ve onlardan yararlanabilmesinin ne kadar kolay olduğu hakkındaki görüşünü kapsar.

*Sosyal baskı: Bu bölümde Türk toplumuna özgü sosyal baskı alanı oluşturulmuştur.

Bu ölçek, bireylerin öznel görüşlerini yansıtmaktadır ve diğer benzeri ölçekler gibi bir toplam puana sahip değildir. Yani bütün alanların puanı toplanıp tek bir yaşam kalitesi puanı ortaya konamaz ve her bir alanın puanı kendi başına önem taşımaktadır.

İstatistik değerlendirme yöntemleri:

Araştırmada SPSS 8.0 istatistik programı kullanılmıştır. Nicel değerlendirmeler için student-t ve one-way anova testleri; nitel değerlendirmeler için ki-kare testleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik veri formundan elde edilen bulguların istatistiksel verileri sırayla ve tablolar halinde aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1: Grupların yaş ortalamaları ve yaş dağılımı

	Yaş ortalaması	F	P
Hasta	30.8 + 12.0	0.601	0.689
Kontrol	29.6 + 9.6		

Yaş ortalaması yönünden gruplar benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 2: Grupların Cinsiyet Dağılımı

	Kadın		Erkek		kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	14	46.7	16	53.3	1.071	0.438
Kontrol	18	60	12	40		

Cinsiyet yönünden gruplar benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 3: Grupların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Yok		İlk orta		Lise		Üniversite		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	22	73.3	6	20	0	0	3.178	0.365
Kontrol	0	0	24	80	5	16.7	1	3.3		

Hasta ve kontrol grubunda eğitim düzeyinin ilk ve ortaokul mezunu olarak kümelendiği saptanmış; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4: Grupların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Evli		Bekar		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	16	53.3	14	46.7	0.0067	1.000
Kontrol	15	50	15	50		

Gruplar medeni durumları yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 5: Grupların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Çocuğu var		Çocuğu yok		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	12	40	18	60	0.271	0.795
Kontrol	14	46.7	16	53.3		

Gruplar çocuk sahibi olma yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 6: Grupların Mesleklerine Göre Karşılaştırılması

	Çalışmıyor		Memur		İşçi		Esnaf		Köylü		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	19	63.3	0	0	10	33.3	0	0	1	3.3	9.989	0.041
Kontrol	22	73.3	2	6.7	3	10	3	10	0	0		

Gruplar mesleklerine açısından karşılaştırıldıklarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Kontrol grubunda çalışmayan sayısının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: Grupların son 5 yılda birlikte yaşadıkları kişiye göre karşılaştırılması

	Eşyle		Anne babası ile		Çocuğu ile		Yalnız		Diğer		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	15	50	13	43.3	1	3.3	1	3.3	0	0	1.040	0.904
Kontrol	15	50	12	40	1	3.3	1	3.3	1	3.3		

Gruplar son 5 yıldır kiminle yaşadıkları yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8: Grupların Ekonomik Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Yüksek		Orta		Düşük		Çok düşük		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	4	13.3	14	46.7	8	26.7	4	13.3	3.905	0.272
Kontrol	10	33.3	10	33.3	8	26.7	2	6.7		

Kontrol grubunda yüksek gelir durumunun daha fazla olduğu saptanmış; ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 9: Grupların Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

	Büyük şehir		Şehir		İlçe		Köy		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	26	86.7	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1.407	0.704
Kontrol	28	93.3	1	3.3	1	3.3	0	0		

Gruplar yaşadıkları yer yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 10: Grupların İntihar Girişimi Açısından Karşılaştırılması

	Evet		Hayır		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	28	93.3	2.069	0.492
Kontrol	0	0	30	100		

Hasta grubunda intihar girişiminin daha yüksek olduğu saptanmış; ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 11: Grupların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından Karşılaştırılması

	Ailede psikiyatrik hastalık var		Ailede psikiyatrik hastalık yok		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	1	3.3	29	96.7	0.351	1.000
Kontrol	2	6.7	28	93.3		

Gruplar ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 12: Grupların El Dominansı Açısından Karşılaştırılması

	Sağ el		Sol el		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	25	83.3	5	16.7	0.111	1.000
Kontrol	24	80	6	20		

Gruplar el dominansı yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 13: Grupların Nöbet Tiplerine Göre Karşılaştırılması

	Kompleks parsiyel nöbet		Jeneralize tonik klonik nöbet		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	16	53.3	14	46.7	0.271	0.795
Kontrol	18	60	12	40		

Gruplar nöbet tipleri yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 14: Grupların Epilepsi Nedeniyle Hastaneye Yatışları Açısından Karşılaştırılması

	Hastaneye yatış var		Hastaneye yatış yok		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	5	16.7	25	83.3	0.417	0.748
Kontrol	7	23.3	23	76.7		

Gruplar epilepsi nedeniyle hastaneye yatışları yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 15: Grupların Febril Konvulsiyon Öyküsü Açısından Karşılaştırılması

	Havale öyküsü var		Havale öyküsü yok		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	14	46.7	16	53.3	3.590	0.103
Kontrol	7	23.3	23	76.7		

Hasta grubunda havale öyküsü (%46.7) kontrol grubuna (%23.3) kıyasla daha yüksek olarak saptanmış; ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 16: Grupların Nöbet Sıklığı Açısından Karşılaştırılması

	6 ayda 1-2 nöbet		Ayda 10 veya daha az sayıda nöbet		Gün aşırı nöbet		Hemen hergün bir veya daha fazla nöbet		kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	4	13.3	14	46.7	8	26.7	4	13.3	3.905	0.272
kontrol	10	33.3	10	33.3	8	26.7	2	6.7		

Gruplar nöbet sıklığı yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 17: Grupların Status Öyküsü Açısından Karşılaştırılması

	Status öyküsü var		Status öyküsü yok		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	6	20	24	80	4.043	0.103
Kontrol	1	3.3	29	96.7		

Hasta grubunda status öyküsü (%20) kontrol grubuna (%3.3) oranla yüksek olarak bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 18: Grupların Son Nöbet Geçirme Tarihleri Açısından Karşılaştırılması

	Son 1 hafta		Son 1 ay		Son 6 ay		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	13	43.3	11	36.7	6	20	7.523	0.023
Kontrol	9	30	5	16.7	16	53.3		

Gruplar son nöbet geçirme tarihleri açısından karşılaştırıldıklarında hasta grubunda yakın tarihte nöbet geçirme oranının yüksek olması şeklinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 19: Grupların Ailede Epilepsi Öyküsü Varlığı Açısından Karşılaştırılması

	Ailede epilepsi öyküsü var		Ailede epilepsi öyküsü yok		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	4	13.3	26	86.7	0.480	0.731
Kontrol	6	20	24	80		

Gruplar ailede epilepsi öyküsü yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 20: Grupların Anne Baba Akrabalığı Açısından Karşılaştırılması

	Anne baba akrabalığı var		Anne baba akrabalığı yok		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	8	26.7	22	73.3	0.317	0.779
Kontrol	10	33.3	20	66.7		

Gruplar anne baba akrabalığı yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 21: Antiepileptik İlaç Kullanımı Açısından Grupların Karşılaştırılması

	Hiç ilaç kullanımı yok		Tek ilaç kullanımı		Birden fazla sayıda ilaç kullanımı		F	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	18	60	9	30	2.795	0.247
Kontrol	8	26.7	15	50	7	23.3		

Gruplar ilaç kullanımı yönünden benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 22: Hasta Grubunda Tanı Dağılımı

	Sayı	%
Depresyon	13	43
Psikotik bozukluklar	2	6.6
Distimi	1	3.3
Panik bozukluk	4	13.3
Obsesif kompulsif bozukluk	1	3.3
Alkol madde kullanım bozukluklar	1	3.3
Uyum bozuklukları (depresif mizaçlı uyum bozukluğu)	7	23.3
Genelleşmiş anksiyete bozukluğu	1	3.3

Hasta grubunda tanı dağılımı tabloda gösterilmektedir. En sık rastlanılan bozukluk depresyon ve depresif mizaçlı uyum bozukluğudur.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

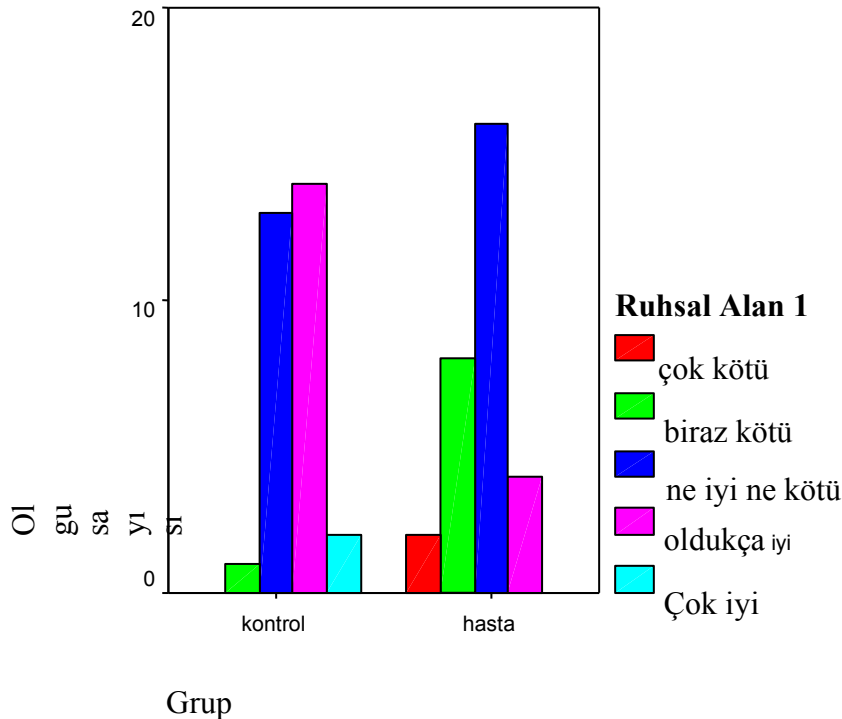
Yaşam kalitesi ölçeğinde hasta ve kontrol grubu arasında sadece istatistiksel anlamlılığı saptanmış olan alt parametreler tablo şeklinde aşağıda sunulmuştur.

Yaşam kalitesi alt parametreleri 5 farklı alanda değerlendirilmektedir. Bunlar ruhsal alan, bedensel alan, bağımsızlık düzeyi, çevre ve sosyal ilişkidir.

Tablo 23: Ruhsal Alan- 1/ Karşılaştırma (Soru 1)

	Çok kötü		Biraz kötü		Ne iyi ne kötü		Oldukça iyi		Çok iyi		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	8	26.7	16	53.3	4	13.3	0	0	15.310	0.004
Kontrol	0	0	1	3.3	13	43.3	14	46.7	2	6.7		

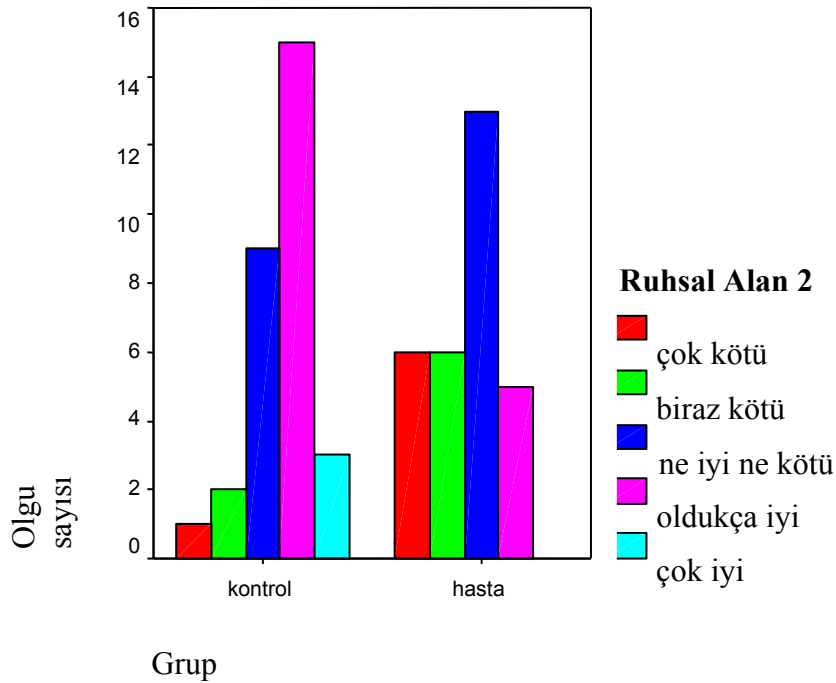
“Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 24: Ruhsal Alan 2 Karşılaştırma (soru 2)

	Çok kötü		Biraz kötü		Ne iyi ne kötü		Oldukça iyi		Çok iyi		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	6	20	6	20	13	43.3	5	16.7	0	0	14.299	0.006
Kontrol	1	3.3	2	6.7	9	30	15	50	3	10		

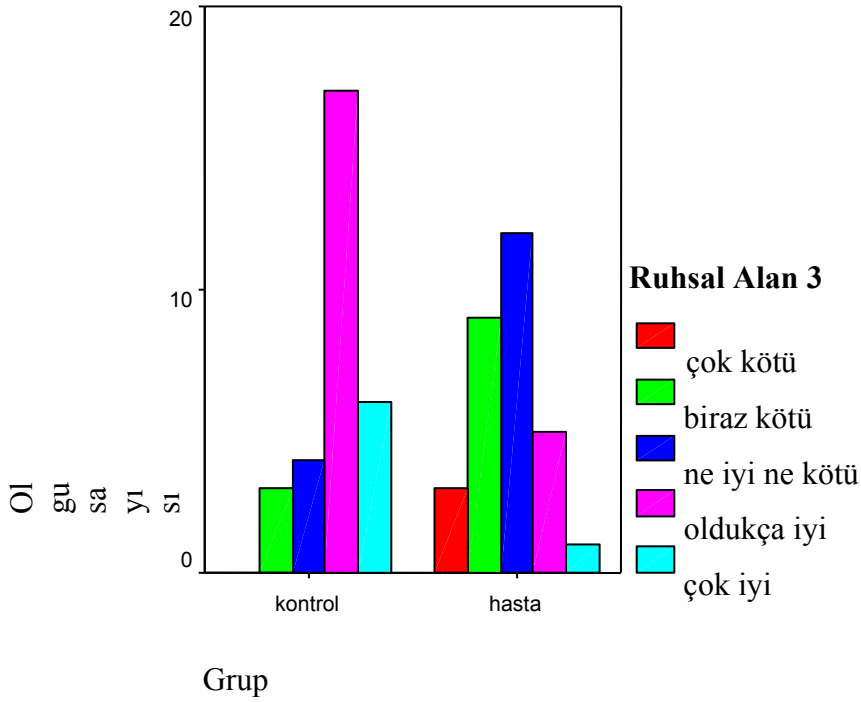
“Yaşam kalitenizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 25: Ruhsal Alan 3 Karşılaştırma (soru 5)

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	9	30	12	40	5	16.7	1	3.3	20.117	0.001
Kontrol	0	0	3	10	4	13.3	17	56.7	6	20.0		

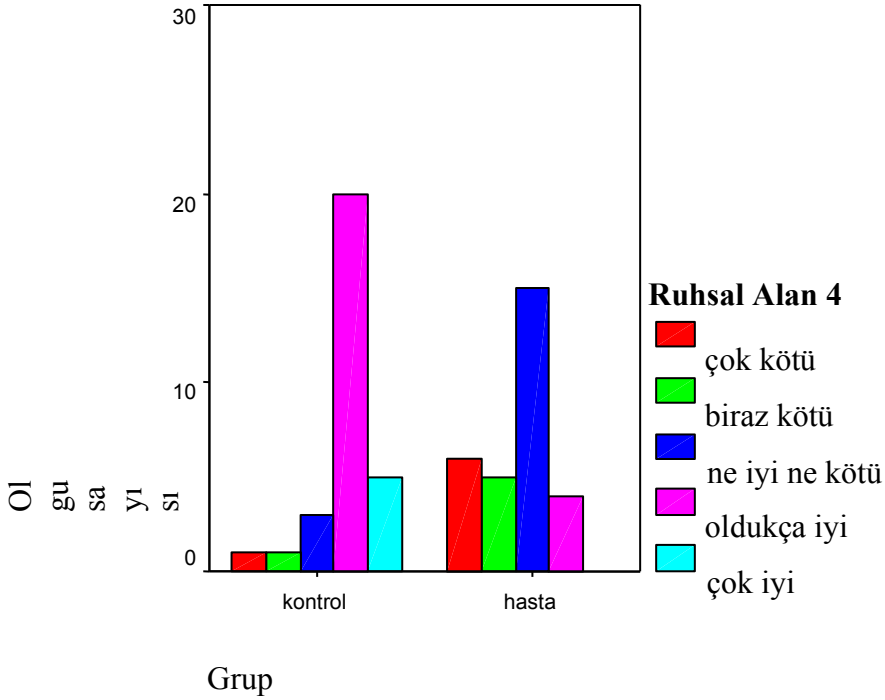
“Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 26: Ruhsal Alan 4 Karşılaştırma (soru 6)

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	6	20	5	16.7	15	50	4	13.3	0	0	29.905	0.001
Kontrol	1	3.3	1	3.3	3	10	20	66.7	5	16.7		

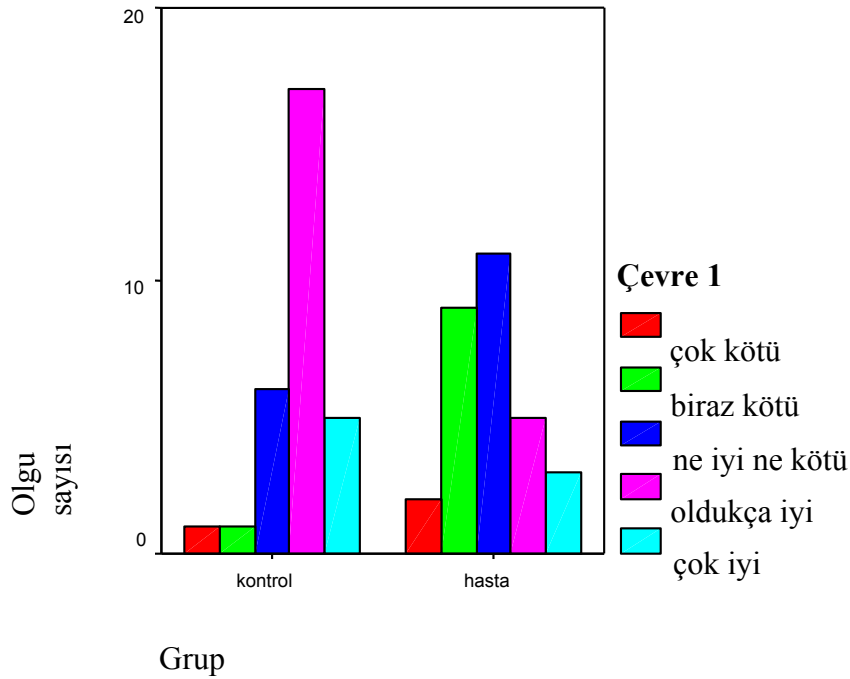
“Yaşamınızı ne derece anlamlı buluyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 27: Çevre 1 Karşılaştırma (soru 8)

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	9	30	11	36.7	5	16.7	3	10	15.249	0.004
Kontrol	1	3.3	1	3.3	6	20	17	56.7	5	16.7		

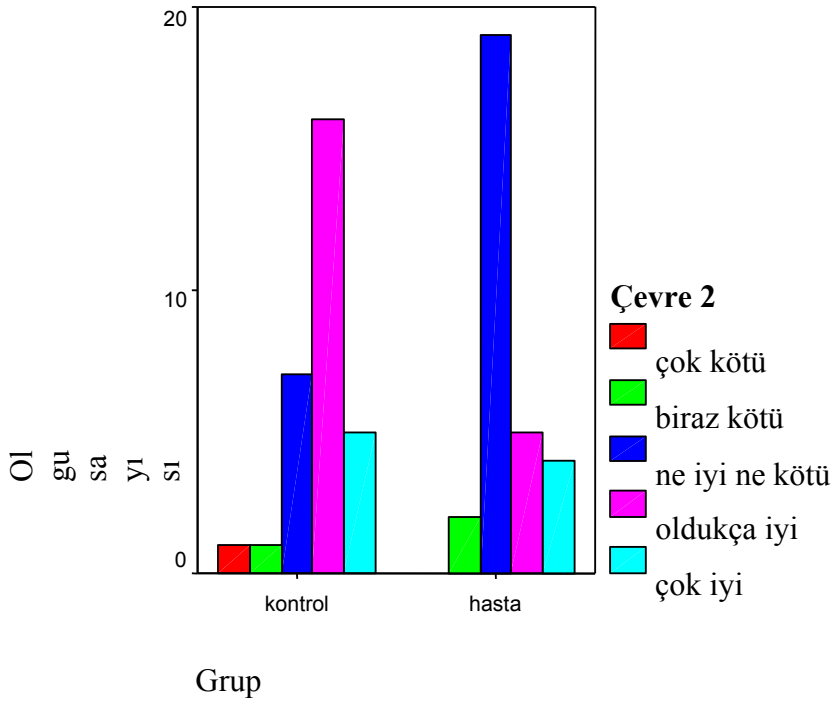
“Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 28: Çevre 2 karşılaştırma (soru 9)

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	0	0	2	6.7	19	63.3	5	16.7	4	13.3	12.745	0.013
Kontrol	1	3.3	1	3.3	7	23.3	16	53.3	5	16.7		

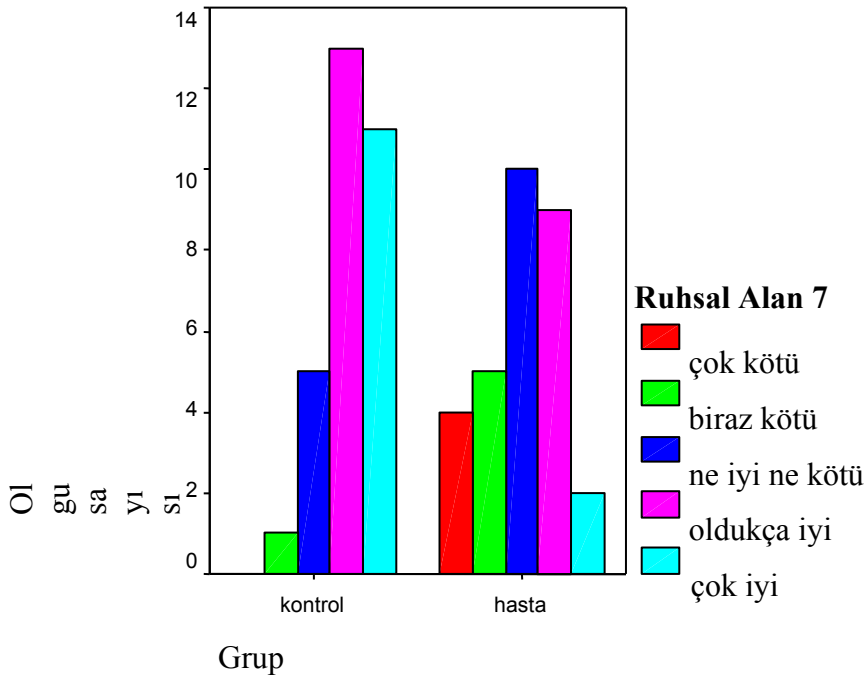
“Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 29: Ruhsal alan 7 karşılaştırma (soru 19)

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut- ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	4	13.3	5	16.7	10	33.3	9	30	2	6.7	15.291	0.004
Kontrol	0	0	1	3.3	5	16.7	13	43.3	11	36.7		

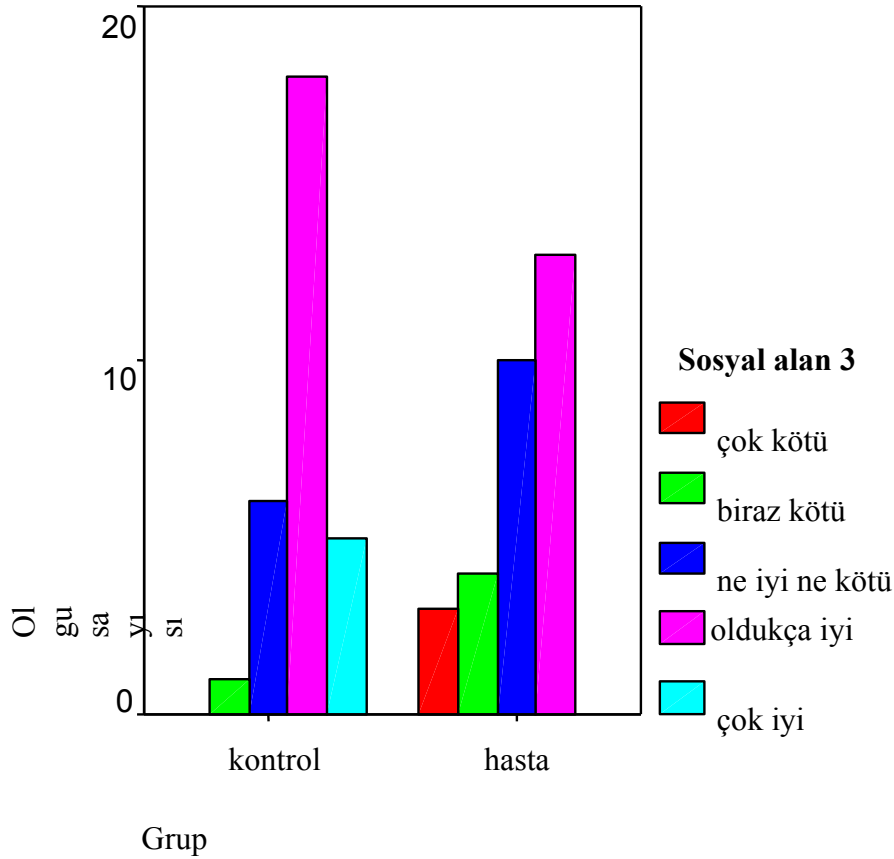
“Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 30: Sosyal alan 3 karşılaştırma (soru 22)

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	4	13.3	10	33.3	13	43.3	0	0	11,606	0.021
Kontrol	0	0	1	3.3	6	20	18	60	5	16.7		

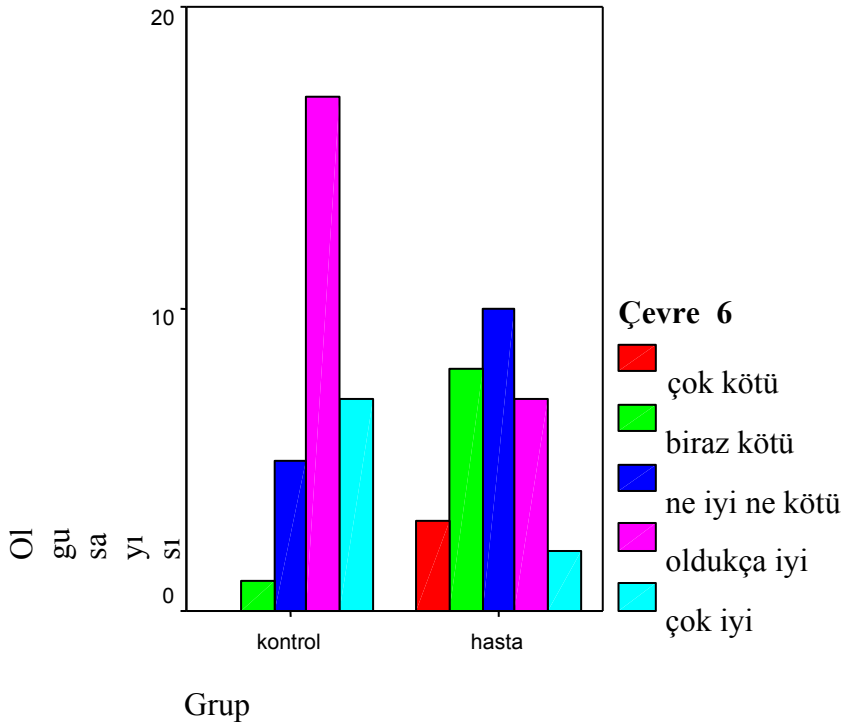
“ Arkadaşlarımızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 31: Çevre 6 karşılaştırma (soru 23)

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	8	26.7	10	33.3	7	23.3	2	6.7	17.056	0.002
Kontrol	0	0	1	3.3	5	16.7	17	56.7	7	23.3		

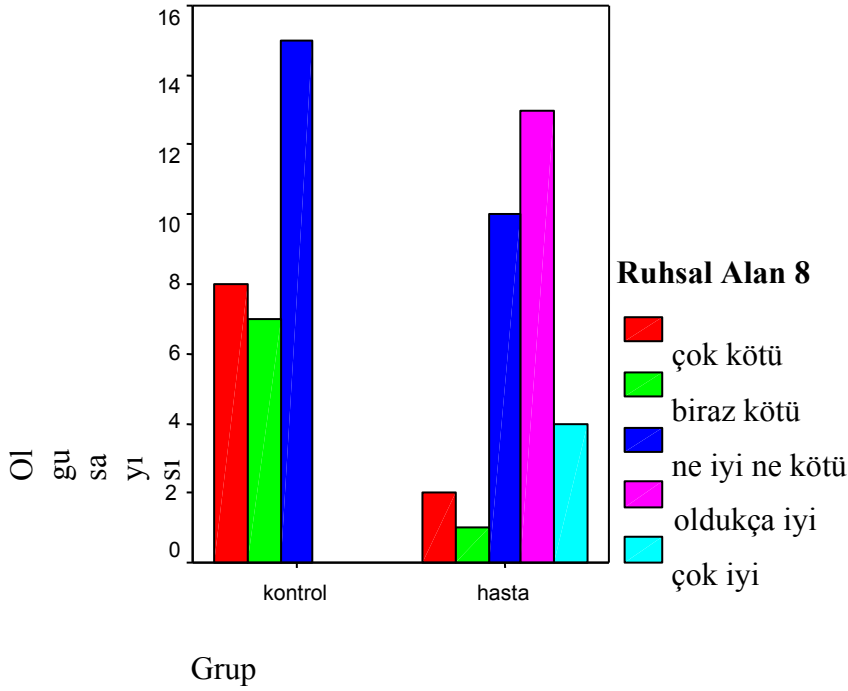
“Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Tablo 32: Ruhsal alan 8 karşılaştırma (soru 26)

	Hiçbir zaman		Nadiren		Arasıra		Çoğunlukla		Her zaman		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	8	26.7	7	23.3	15	50	0	0	0	0	26.100	0.001
Kontrol	2	6.7	1	3.3	10	33.3	13	43.3	4	13.3		

“Ne sıklıkla hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.



Yaşam kalitesi ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmayan alt ölçeklerin karşılaştırılması aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 33: Bedensel alan 1/ Karşılaştırma

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	11	36.7	8	20.0	6	26.7	5	16.7	0	0	2.421	0.659
Kontrol	11	36.7	7	23.3	9	30	2	6.7	1	3.3		

Soru 3: “Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derecede engellediğini düşünüyorsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 34: Bağımsızlık düzeyi 1/ Karşılaştırma

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	8	26.7	4	13.3	6	20	2	6.7	10	3.3	3.166	0.530
Kontrol	14	46.7	4	13.3	3	10	2	6.7	7	23.3		

Soru 4: “Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 35: Ruhsal alan 5/ Karşılaştırma

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Son derecede		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	1	3.3	7	23.3	11	36.7	9	30	2	6.7	3,521	0.475
Kontrol	0	0	5	16.7	8	26.7	12	40	5	16.7		

Soru 7: “ Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 36: Bedensel alan 2/ Karşılaştırma

	Hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Tamamen		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	1	3.3	3	10	10	33.3	9	30	7	23.3	3,683	0.451
Kontrol	0	0	1	3.3	7	23.3	14	46.7	8	26.7		

Soru 10: “Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 37: Ruhsal alan 6/ Karşılaştırma

	Hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Tamamen		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	1	3.3	6	20	16	53.3	5	16.7	4,667	0.323
Kontrol	0	0	1	3.3	3	10	16	53.3	10	33.3		

Soru 11: “Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 38: Çevre 3/ Karşılaştırma

	Hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Tamamen		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	11	36.7	9	30	4	13.3	3	10	4,281	0.369
Kontrol	1	3.3	7	23.3	8	26.7	8	26.7	6	20		

Soru 12: “Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 39: Çevre 4/ Karşılaştırma

	Hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Tamamen		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	0	0	2	6.7	4	13.3	19	63.3	5	16.7	1,363	0.714
Kontrol	0	0	3	10	4	13.3	15	50	8	26.7		

Soru 13: “Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 40: Çevre 5/ Karşılaştırma

	Hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Tamamen		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	4	13.3	8	26.7	13	43.3	3	10	3,120	0.538
Kontrol	1	3.3	3	10	4	13.3	16	53.3	6	20		

Soru 14: “Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 41: Bağımsızlık düzeyi 2/ Karşılaştırma

	Çok kötü		Biraz kötü		Ne iyi ne kötü		Oldukça iyi		Çok iyi		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	2	6.7	14	46.7	7	23.3	5	16.7	7,113	0.130
Kontrol	0	0	2	6.7	7	23.3	10	33.3	11	36.7		

Soru 15: “Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 42: Bedensel alan 3/ Karşılaştırma

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	4	13.3	2	6.7	8	26.7	12	40	4	13.3	3,105	0.540
Kontrol	2	6.7	1	3.3	8	26.7	10	33.3	9	30.0		

Soru 16: “Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 43: Bağımsızlık düzeyi 3/ Karşılaştırma

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	5	16.7	9	30	8	26.7	6	20	7,124	0.129
Kontrol	0	0	1	3.3	7	23.3	15	50	7	23.3		

Soru 17: “Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 44: Bağımsızlık düzeyi 4/ Karşılaştırma

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	7	23.3	6	20	9	30	6	20	5,119	0.275
Kontrol	0	0	3	10	5	16.7	12	40	10	33.3		

Soru 18: “ İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 45: Sosyal alan 1/ Karşılaştırma

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	1	3.3	3	10	10	33.3	12	40	4	13.3	7,066	0.132
Kontrol	0	0	1	3.3	4	13.3	16	53.3	9	30		

Soru 20: “Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 46: Sosyal alan 2/ Karşılaştırma

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	9	30	8	26.7	7	23.3	4	13.3	2	6.7	5,095	0.278
Kontrol	5	16.7	6	20	5	16.7	8	26.7	6	20		

Soru 21: “Cinsel yaşantınızdan ne kadar hoşnutsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 47: evre 7/ Karşılaştırma

	Hiç hoşnut değil		çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	1	3.3	3	10	6	20	17	56.7	3	10	3,600	0.463
Kontrol	1	3.3	3	10	2	6.7	17	56.7	7	23.3		

Soru 24: “ Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

Tablo 48: evre 8 /Karşılaştırma

	Hiç hoşnut değil		çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		çok hoşnut		Kikare	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	1	3.3	1	3.3	6	20	18	60	4	13.3	2,550	0.636
Kontrol	0	0	2	6.7	3	10	20	66.7	5	16.7		

Soru 25: “Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?” sorusunun istatistiksel açıdan karşılaştırılması tabloda belirtildiği şekildedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları” şeklinde tanımlamaktadır (82).

Yaşam Niteliği, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, öte yandan kendi çevreleriyle olan ilişkilerinden karmaşık bir biçimde etkilenir (102).

Literatürde yaşam kalitesini tespit etmek amacıyla birçok yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Bu nedenle metotların çeşitliliği çalışmalar arasındaki kıyaslamaları zorlaştırmıştır. Biz çalışmamızda daha önce epilepsi hastalarının yaşam kalitesini tespit etmek amacıyla kullanılmış ve Türkiye’de de daha önce yapılmış çalışmalarda sosyal içerik yönünden geçerliliği kanıtlanmış WHQOL-BREF yaşam kalite ölçeğini kullandık.

Epilepsi hastalığının kişinin yaşam kalitesini etkilediği pek çok çalışma ile bildirilmiştir (84,105). Aynı şekilde eklenen psikiyatrik bozukluğun da yaşam kalitesine etkisi bilinmektedir (64,87,88).

Bu çalışmada epilepsi hastaları ile interiktal dönemde görüşülerek, interiktal psikiyatrik komorbiditenin ve bunun yaşam kalitesine etkisi araştırılmıştır. Psikiyatrik komorbiditesi olan grup hasta; olmayan grup ise kontrol grubu olarak belirlenmiş ve gruplar sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır.

Çalışmada komorbiditesi olan epilepsi hastalarının sayısı 30 olacak şekilde toplam 93 epilepsi hastası ile görüşülmüş olup psikiyatrik komorbidite oranı %32 olarak saptanmıştır. Bu literatürde %29 olarak bildirilen komorbidite oranına yakın bir değerdir (4).

Komorbidite tanıları arasında en sık depresif mizaçlı uyum bozukluğuna rastlanılmıştır. Yapılan çalışmalarda da epileptik hastalarda en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluğun affektif değişiklikler (özellikle de depresyon) olduğu bildirilmektedir (53).

Epilepsi hastalarında saptanan depresyona yatkınlık; sosyal destek eksikliği, düşük benlik saygısı, epilepsiye bağlı stigmatizasyon, nöbetler nedeniyle ortaya çıkan kontrol duygusunun yitimi ve hastalık nedeniyle iş veya ehliyet sahibi olamama gibi birçok psikososyal nedene bağlıdır (81).

Çalışmaya alınan hasta ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Gruplar yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı ve eğitim düzeyleri açısından benzer bulunmuştur.

Gruplar ekonomik durumlarına göre kıyaslandığında kontrol grubunda yüksek gelir düzeyi %33.3 iken hasta grubunda bu oranın %13.3 olduğu bulunmuş; fakat istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Epileptik hastalarda yaşanan stigmatizasyon kişinin yaşamında pek çok alanda sorun yaşamasına neden olur. “Saygınlığını yitirme” olarak tanımlanan (96) stigmatizasyon beraberinde psikiyatrik bozuklukları da getirir bu da benlik saygısı, çalışma hayatı ve aile yaşamını etkileyerek sosyoekonomik düzeyde düşüşe neden olur (97).

Gruplar havale öyküsü açısından karşılaştırıldıklarında hasta grubunda 14 kişide (%46.7); kontrol grubunda ise 7 kişide (%23.3) havale öyküsü olduğu saptandı. Ancak istatistiksel anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yapılan çalışmalarda tekrarlayan febril konvulsiyonların ammon boynuzunda skleroza neden olduğu (mezotemporal skleroz) bildirilmektedir (32). Birçok çalışma tarafından da bildirildiği gibi temporal lop epilepsisi psikiyatrik bozukluk gelişimi açısından risk faktörüdür (19).

Gruplar intihar girişimi açısından karşılaştırıldıklarında hasta grubunda 2 kişide (%6.7) oranında intihar girişimi bulunurken kontrol grubunda intihar girişimi saptanmamıştır. Bununla birlikte özellikle depresif dönemlerde intihar riskinin arttığı bilinmektedir (37). Çalışmamıza bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması ile birlikte bu vaka sayısının yetersizliğinden kaynaklı olabilir.

Gruplar son nöbet geçirme tarihleri açısından karşılaştırıldıklarında; hasta grubunda son 1 hafta ile 1 ay içerisinde nöbet geçirme oranının %80; kontrol grubunda ise %46.7 olduğu ve bunun istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda epileptik hastalarda postiktal dönemde pek çok psikiyatrik tablonun görülebildiği bildirilmektedir. Postiktal psikozlar epilepside gözlemlenen psikozların %25'ini oluşturur (15). Psikotik tablonun ortaya çıkması ile epileptik nöbet arasında 1-6 günlük interval mevcuttur (16).

Postiktal depresyon da sık görülen bir tablodur ve nöbet sonundaki inhibisyon mekanizması sonucu olduğu bildirilmiştir (43). Yine epileptik hastalarda postiktal dönemde başıboş dolaşma şeklinde füğ tabloları ortaya çıkabilir (37).

Gruplar yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldıklarında 26 parametreden 9'unda istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır.

“Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?” ve “Yaşam kalitenizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorularında hasta grubunda istatistiksel anlamlılık gösterecek şekilde skorların düşük olduğu gözlenmiştir. Epilepsi hastalarında genel populasyona göre düşük olan yaşam kalitesinin psikiyatrik komorbiditesi olan grupta daha da azaldığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda hafif depresyonlarda yaşam kalitesi skorlarında hafif azalma saptanırken orta ve ağır depresyon durumunda belirgin düşme gözlenmektedir (109).

“Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?” ve “ Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?” soruları açısından hasta grupta yaşam kalitesi skorlarında belirgin düşme saptanmış; bu istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Komorbiditesi olan hasta grubunda tanı dağılımı açısından en sık görülen hastalığın depresyon olması bu bulguyu açıklamaktadır.

Wiegartz ve arkadaşları major depresyon tanısı almış epileptik kişilerde halen veya geçirilmiş bir depresyon öyküsü olmayan kişilere kıyasla daha düşük yaşam kalitesi oranı bulmuşlardır (90). Gilliam interiktal depresif sendrom ile yaşam kalitesi arasında lineer bir ilişki saptamış; Beck depresyon envanteri gibi self-report ölçeklerde daha şiddetli semptomu olan vakaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu bildirmiştir (91).

“Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?” sorusu açısından da hasta grubunda istatistiksel anlamlı farklılık yaratacak şekilde düşük skorlar saptanmıştır. Epileptik hastalar kontrol edilemez nöbetler yaşamaları nedeniyle kontrol duygusu kaybı

yaşarlar. Au ve arkadaşları “kontrol duygusu kaybının” düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (99). Bu bulgu nöbet kontrolünde güçlük çekilen hastalarda ortaya çıkan yaşamlarını kontrol edememe ve umutsuzluk duygusuyla; bu da depresif duygudurum ile ilişkilidir. Bu umutsuzluk duygusu düşük yaşam kalitesi şeklinde kendisini göstermektedir.

Sosyal çevre ve desteğinin değerlendirildiği “Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusu açısından hasta grubunda destek eksikliğinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır.

Epileptik hastalarda sosyal izolasyona sık rastlanır (84). Thompson ve Oxley, nöbetleri yeterince kontrol altına alınmamış epileptiklerin yaşamında en büyük tatminsizliklerin sosyal fonksiyon alanında olduğunu bildirmişlerdir (103).

Epileptik hastalar nöbetleri nedeniyle sıklıkla stigmatizasyona maruz kalmaktadır (85). Stigmatizasyonun beraberinde getirdiği sosyal çevre desteğinin eksikliği de ek psikiyatrik tabloların oluşumuna neden olur (73).

“Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?” ve “Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?” sorusu skorlar açısından karşılaştırıldığında yine hasta grupta istatistiksel anlamlılık yaratacak şekilde düşüklük saptanmıştır. İş durumunu, maddi yeterliliği, eğitimini ve ev işlerini sürdürebilmek epilepsi hastalarında ciddi bir problemdir. Komorbid psikiyatrik hastalıklar da epilepsi hastalarının yaşadığı güçlükleri arttırmaktadır.

“Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplarda hasta grupta düşük skor nedeniyle, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalar gerek yaşadıkları stigmatizasyon, gerekse epileptik nöbetler sonucunda, “öğrenilmiş çaresizlik duyguları” hissederler (92). Epilepsi hastalarının “öğrenilmiş çaresizlik duyguları” ve azalmış benlik saygısı nedeni ile kendilerinden memnuniyetleri düşük durumdadır. Epilepsi üzerine eklenen depresyon ve psikoz gibi hastalıklarda da pesimistik düşünce yapısı bu duruma katkıda bulunur (93).

“Ne sıklıkla hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı farklılık

yaratacak şekilde hasta grubunda daha düşük skorlar saptanmıştır. Bu bulgu hasta grubunda depresyon ve depresif mizaçlı uyum bozukluğu tanısının ağırlıkta olması ile açıklanabilir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin diğer parametrelerinde istatistiksel fark bulunmaması ise örneklem grubunun sayısının yetersizliği ile açıklanabilir.

Sonuç olarak WHOQL-BREF ölçeği ile değerlendirilen epilepsi hastalarından komorbid psikiyatrik hastalığı olan grupta yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu düşünmekteyiz.

Öneriler: Çalışmaya alınan epilepsi hastalarının direkt olarak sorulmadığı takdirde psikiyatrik sorunlarını belirtmedikleri bu nedenle yaşam kalitesini bozan ve tedavi maliyetini arttıran bir durumla karşılaştığı fark edilmiştir. Ayrıca epilepsi hastalarında özellikle postiktal depresyon durumunda özkıyım girişimlerinin sık olduğu bilinmektedir. Bu nedenle epilepsi polikliniğine başvuran hastalar ile ayrıntılı psikiyatrik görüşme yapılması ve saptanan psikiyatrik bozukluklarının tedavisi, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde arttıracak gibi, yaşam sürelerini de uzatacaktır.

ÖZET

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi epilepsi polikliniğinde takip edilen epilepsi tanısı olan 93 hasta çalışmaya alındı. Bu gruptan 30 psikiyatrik komorbitesi olan epilepsi hastası, komorbiditesi olmayan 30 epilepsi hastası ile WHOQL-BREEF yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak karşılaştırıldı.

Epileptikler hastalıklarını doğası gereği hayatlarının pek çok alanında zorlukla karşılaşmaktadırlar. Stigmatizasyon, sosyal izolasyon, düşük sosyoekonomik düzey ve ek psikiyatrik bozukluklar bunlardan sadece bir kısmıdır. Ne yazık ki sıklıkla da komorbid psikiyatrik bozukluklar atlanmakta ve tedavi olamamaktadır.

Literatürden alınan bilgiler ışığında epilepsinin sıklıkla psikiyatrik komorbiditeyi ve buna bağlı olarak düşük yaşam kalitesini de beraberinde getirdiği bilinmektedir. Biz de yaptığımız çalışmanın sonucunda literatür bilgileri ile uyumlu olarak komorbiditesi olan grupta yaşam kalitesinin on alt parametresinde düşük skorlar saptadık.

SUMMARY

93 epilepsy diagnosed patients, followed by epilepsy outpatients service of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Hospital were accepted for our study. 30 epilepsy patients with psychiatric comorbidity were compared with 30 epileptic patients without psychiatric comorbidity using WHOQL-BREF quality of life scale.

Epileptic patients as for the nature of their disease face difficulties in many areas of their lives. Stigmatisation, social isolation, low socioeconomic status and psychiatric comorbidity are only some of these. Unfortunately psychiatric comorbidity are frequently unrecognized.

Knowledge from the literature assumes that epilepsy is frequently with psychiatric comorbidity and as a result with low quality of life. We found lower scores for ten items in epileptic patients with psychiatric comorbidity group in our study as the literature.

KAYNAKLAR

1. Chadwick D. Epilepsy: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1994; 57; 264 -277
2. ILAE: Commission report. The epidemiology of the epilepsies: Future directions. Epilepsia 1997; 38(5): 614 -618
3. Jalava M and Sillanpaa M. Concurrent illness in adult with childhood-onset epilepsy: a population-based 35-year follow-up study. Epilepsia 1996;37, 1155 -63
4. Pond DA and Bidwell BH. A survey of epilepsy in fourteen general practices II. Social and psychological aspects. Epilepsia 1959/ 1960; 1, 285 -99
5. Hermann BP, Whitman S. Behavioral and Personality Correlates of Epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. Psychological Bulletin 1984; 95,3, 451 -497
6. Manchanda R, Schafer B, McLachlan R ve ark: Psychiatric disorder in candidates for surgery for epilepsy. J Neurol Neurosurg psychiatry 1996; 61, 82 -9
7. Gudmundsson G. Epilepsy in Iceland- a clinical and epidemiological investigation. Acta Neurol Scand, Suppl 1966; 25: 43, 64 -90
8. Cockerell OC, Moriarty J, Trimble MR, Sander JWAS and Shorvo SD. Acute psychological disorders in patient with epilepsy: a nation- wide study. Epilepsy Res 1996; 25, 119 -31
9. Currie S, Heathfield KWG, Henson RA and Scott DF. Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy- a survey of 666 patients. Brain 1971; 94, 173 -90
10. Savard G, Andermann F, Oliver A and Remillard GM. Postictal psychosis after partial complex seizures: a multiple case study. Epilepsia 1991; 32, 225 -31

11. Umbricht D, Degreef G, Barr WB, Lieberman JA, Pollack S and Schaul N. Postictal and chronic psychosis in patients with temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 1995; 152, 224-31
12. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P and Morris HH. Postictal psychiatric events during prolonged video- electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol* 1996; 53, 258 -63
13. Lanchman ME, Craven WJ, Asconape JJ and Penry JK. Clinical management of recurrent postictal psychosis. *J Epilepsy* 1994; 7, 47 -51
14. Krohn WA study of epilepsy in northern Norway, its frequency and character. *Acta Psychiatr Scand* 1961; 150: 215 -225
15. Dongier S. Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 5336 psychotic episodes occurring in 516 epileptics between clinical seizures. *Epilepsia* 1959 -1960; 1: 117-142
16. Sommer W. Postepileptisches Irresein. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1881; 11: 549 -612
17. Longsdail SJ, Toone BK. Postictal psychoses. A clinical and phenomenological description. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 246 -252
18. Michael R, Trimble and Bettina Schmitz. The psychoses of epilepsy/ Schizophrenia. A comprehensive Text Book: *Epilepsy*. 1997; 2071 -82
19. Flor Henry P. Psychosis and temporal lobe epilepsy. A controlled investigation. *Epilepsia* 1969; 10: 363 -395
20. Perez MM, Trimble MR. Epileptic psychosis- diagnostic comparison with process schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1980; 137; 245 -249
21. Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenia-like psychosis of epilepsy. *Br J Psychiatry* 1963; 109: 143 -150

22. Kenneth, Alper O, Devinsky L and Westbrook ve ark. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. Washington: Fall 2001 Vol. 13, Iss. 4; pg. 492
23. Taylor DC. Ontogenesis of chronic epileptic psychoses. A reanalysis. Psychol Med 1971; 1: 247- 253
24. Kristensen O, Sindurp HH. Psychomotor epilepsy and psychosis. I. Physical aspects. Acta Neurol Scand 1978; 57: 370 -379
25. Hermann BP, Chabria S. Interictal psychopathology in patients with ictal fear. Arch Neurol 1980; 37: 667 -668
26. Hermann BP, Schwartz MS, Karnes WE, Valdat P. Psychopatology in patients with ictal fear: A quantitative investigations. Neurology 1982; 32: 7 -11
27. Lindsay J, Ounsted C, Richards P. Long-term outcame in childeren with temporal lobe seizures. II Psychiatric aspects in childhood and adult life. Dev Med Child Neurol 1979; 21: 610 -636
28. Schmitz B. Psychosen bei Epilepsie. Eine epidemiologiche Untersuchung. Tesis, FU Berlin, 1988.
29. Trimble M. The psychoses of epilepsy. New York: Raven Press, 1991.
30. Stevens JR. Abnormal reinnervation as a basis for schizophrenia: an hypotesis. Arch Gen Pschiatry 1993; 49: 238 -43
31. Landolt H. Some clinical EEG correlations in epileptic psychoses. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1953; 5: 121
32. Taylor DC. Factors influencing the occurrence of schizophrenia-like psychosis in patients with temporal lobe epilepsy. Psychol Med 1975;5: 249 -54

33. Lewis AJ. Melancholia: a historical review. *J Ment Sci* 1934; 80: 1 -42
34. Clayton PJ. Bipolar illness. In: Winokur G, Clayton PJ, eds. *The Medical Basis of Psychiatry and ed.* Philadelphia: WB Saunders, 1994: 47 -67
35. Bear D, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977;34: 454 -467
36. Dodrill CB, Batzel LW. Interictal behavioral features of patients with epilepsy. *Epilepsia* 1986;27: 64 -76
37. Perrine K. and Congett S. Neurobehavioral Problems in Epilepsy II: special issues. 1994: 12(1), 129 -151
38. Devinsky O, Bear DM. Varieties of depression in epilepsy. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1991; 4: 49 -61
39. Blanchet P, Frommer GP. Mood change preceding epileptic seizures. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 471 -6
40. Williams D. The structure of emotions reflected in epileptic experiences. *Brain* 1956; 79: 29 -67
41. Devinsky O, Feldmann E, Bomfield E, Emoto S, Raubertis R. Structured interview for simple partial seizures: clinical phenomenology and diagnosis. *J Epilepsy* 1991; 4: 107 -16
42. Michelle V Lambert, Mary M. Robertson. Depression in epilepsy: Etiology, Phenomenology and Treatment. *Epilepsia* 1999; 40: 21 -47
43. Blummer D. Postictal depression: significance for the neurobehavioral disorder of epilepsy. *J Epilepsy* 1992; 5: 214 -9
44. Robertson MM, Trimble MR, Townsend HRA, Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia* 1987; 28: 364 -72

45. Meldrum BS. Neurochemical substrates of ictal behavior. In: Smith Db, Treiman DM, eds. Neurobehavioral problems in epilepsy. New York: Raven pres, 1991: 35 -45
46. Gureje O. Interictal psychopathology in epilepsy. Prevalanca and pattern in a Nigerian clinic. Br J Psychitary 1991; 158: 700 -5
47. Hurwitz TA, Wada JA, Kosaka BD, Strauss EH. Cerebral organization of affect suggested by temporal lobe seizures. Neurology 1985; 35: 1335 -7
48. Mendez MF, Doss RC, Taylor JL, Salguero P. Depression in epilepsy. Relationship to seizures and anticonvulsant therapy. J Nerv Ment Dis 1993; 181: 444 -7
49. Bromfield EB, Altshuler L, Leiderman DB ve ark. Cerebral metabolism and depression in patients with complex partial seizures. Arch Neurol 1992; 49: 617 -23
50. Lishman WA. Organic psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science, 1998
51. Blummer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric comorbidity in seizure patient on a neurodiagnostic monitoring unit. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1995; 7: 445 -456
52. Blummer D, Altshuler L. Affective Disorders. In Engel J Jr, Pedley TA, eds. Epilepsy: A Comphrensive Textbook. Philadelphia: Lippincott- Raven. 1997: 2083 -99
53. Fenwick P. Psychiatric Disorder and Epilepsy. Epilepsy. 2nd edn. Edited by Anthony Hopkins, Simon Shorvon and Gregory Cascino. Published in 1995 by Chapman& Hall.
54. Howland R.H. Bipolar Disorder Associated with Primary Generalised Epilepsy. British Journal of Psychiatry 1993: 162, 699 -700
55. Atalay H. İki Uçlu Mizaç Bozukluklarında Karmaşık Kısmi Nöbet Semptomlarının Araştırılması. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1991. Uzmanlık Tezi.

56. Waxman S, Geschwind N. The ictal behavior syndrome in temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1580 -1586
57. Devinsky O, Vazquez B. Behavioral changes associated with epilepsy. *Neurol Clin* 1993; 11: 127 -49
58. Devinsky O, Najjar S. Evidence against the existence of a temporal lobe epilepsy personality syndrome. *Neurology* 1999; 53: 23 -25
59. Fenwick PBC, Toone BK, Wheeler MJ, Nanjee MN, Grant R, Brown D. Sexual behavior in a center for epilepsy. *Acta Neurol Scand* 1985; 71: 428- 435
60. Matthews WS and Barabas G. Suicide in epilepsy: a review of the literature. *Psychosomatics* 1981; 22: 515-24
61. Henriksen B, Juul-Jensen PP and Lund M. The mortality of epileptics. In *Life Assurance Medicine*, ed. R.D.C. Brackenridge, pp. 1970; 139-48
62. Mackay A. Self poisoning: a complication of epilepsy. *Br J Psychiatry* 1979;34: 277 -82
63. Robertson MM. Suicide, parasuicide and epilepsy. In: Engel J Jr, Pedley TA, eds. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincot- Raven, 1997
64. Torta R, Keller R. Behavioral, Psychotic and Anxiety Disorder in Epilepsy: Etiology, Clinical Features and Therapeutic Implications. *Epilepsia* 1999; 40(10): 2-20
65. Young GB, Chandarana PC, Blume WT, McLachlan RS. Mesial temporal lobe seizures presenting as anxiety disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995; 7: 352 -7
66. Newsom Davis- I. Goldstein LH and Fitzpatrick D. Fear of seizures: an investigation and treatment. *Seizure* 1998; 7: 101-106
67. Pariente PD, Lepine JP and Lellouch J. Lifetime history of panic attacks and epilepsy: an Association from general population survey. *J. Clin. Psychiatry* 1991;52, 88 -89

68. Hermann B. Quality of life in epilepsy. *J Epilepsy* 1992;5: 153 -165
69. Torta R. *Depressione: Parkinson ed Epilessia*. Milano: Midserve 1995
70. Boon PA and Williamson PD. The diagnosis of pseudoseizures. *Clin Neurol Neurosurg* 1993; 95: 1 -8
71. Trimble MR. Pseudoseizures. *Neurol Clin*, 1986;4: 531 -548
72. Scott DF. Recognition and diagnostic aspects of nonepileptic seizures. In: Riley TL, Rog A, eds. *Pseudoseizures*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982: 21 -34
73. Moore PM, Baker GA. Nonepileptic attack disorder: a psychological perspective. *Seizure* 1997; 6: 429 -34
74. Bowman ES. Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression and dissociation. *Psychosomatics* 1993;34: 333 -42
75. Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology* 1983; 33: 498 -502
76. Schmitz B. The effect of antiepileptic drugs on behaviour. In: *The neuropsychiatry of epilepsy*. Cambridge University Press 2002;16: 241 -255
77. Matsuura M. Epileptic psychoses and anticonvulsant drug treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 1999; 67: 231 -3
78. Robertson MM, Trimble MR and Townsend HRA. Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia* 1987; 28: 364 -72
79. Mcdanal CE and Bolman WM. Delayed idiosyncratic psychosis with diphenylhydantoin. *J Am Med Assoc* 1975; 231, 1063

80. Ferrie CD, Robinson RO, Panaziotopoulos CP. Psychotic and severe behaviour disorders: a retrospective survey. *Epilepsy Res* 1996; 25: 21 -7
81. Collings, J. Epilepsy and well-being, *Soc. Sci. Med.* 31 1990; 165-170
82. Fidaner H, Billington R, Eser E, Elbi H. Yaşam kalitesi ve ruh sağlığı. 34. Ulusal Psikiyatri kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı 1998; 53 -56
83. D. Wiersma. Role Functioning as a Component of Quality of Life in Mental Disorders. Katshing H, Freeman H, Satrorius N (eds.). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex, Willwy 1997; 43 -54
84. Arnston P, Drodge D, Norton R and Murray E. The perceived psychosocial consequences of having epilepsy. In: S. Whitman and B. Hermann (eds.). *Psychopathology in Epilepsy: Social Dimensions*, Open Universty Pres. Buchingham, 1986, pp. 144 -161
85. Jacoby A, felt versus enacted stigma: a concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission, *Soc. Sci. Med.* 38 1994; 269-274
86. Jacoby A. Epilepsy and qaulity of life: findings from a study of people with well controlled epilepsy, *Soc. Sci. Med.* 43 1993; 657-666
87. Blummer D. Psychiatric aspectd of interactable eplepsy. *Advç Exp Med Biol* 2000; 497:133 -47
88. Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric co-morbidity in chronic epilepsy: identification, consequences and teratment of major depression. *Epilepsia* 2004; 41: 3 -41
89. Johnson E, Jones J, Seidenberg M, Hermann P. The Relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004. 45 (5): 544 -550
90. Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard A ve ark. Co-morbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: recognitoin and etiology of depression. *Neurology* 1999; 53: 3 -8

91. Gilliam F. Optimizing health outcomes in active epilepsy. *Neurology* 2002; 58: 9 -20
92. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 87: 49 -74
93. Hermann BP, Trener MR, Colligan RC. Learned helplessness, attributional style and depression in epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37: 680 -6
94. Rodin EA, Shapiro HL, Lennox K. Epilepsy and life performance. *Rehab Lit* 1977; 38: 34 -9
95. Dodrill CB, Breyer DN; Diamond MB, Dubinsky BL, Geary BB. Psychosocial problems among adults with epilepsy. *Epilepsia* 1984;25: 168 -75
96. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.
97. Cramer J Quality of life assessment for people with epilepsy. In *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, second edition, ed. B. Spilker, pp. 1996; 909-18. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven.
98. Hermann BP, Seidenberg M and Bell B. Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: Association with chronicity of epilepsy and impact on quality of life. *Epilepsy and Behaviour* 2000; 1, 184 -190
99. Au A, Li P, Chan J ve ark. Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2002; 3: 50 -7
100. The WHOQOL Group: What quality of life: *World Health Forum* 1996; 17, 354 -356
101. Polat B. Meziyal temporal lop epilepsili hastalarda amigdalohipokampektomi operasyonu öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2004. Uzmanlık Tezi.

102. Güneri S. Şizofrenide Yaşam Niteliği. 2000. Uzmanlık Tezi.
103. Thompson PJ, Oxley J. Socioeconomic accompaniments of severe epilepsy. *Epilepsia*. 1988; 29 Suppl 1: 9 -18
104. Coleman JC and Hendry LB. *The nature of adolescence* 1999; 3rd ed. Routledge
105. Djibuti M, Sharkarishvili R. Influence of clinical, demografic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 570 -573
106. Dell JL. Social dimensions of epilepsy, stigma and response. In: Whitman S, Hermann BP, editors. *Psychology in epilepsy, social dimensions*. New York: Oxford University Pres: 1986. P. 185 -210
107. Leidy NK, Elixhauser A, Vickrey B ve ark. A randomized, controlled trial the health-related quality of life of adults with epilpesy. *Neurology* 1999; 53: 162 -6
108. Ruo B, Rumsfeld JS, Hatky MA ve ark. Depressive symptomps and health-related quality of life: the heart and soul study. *JAMA* 2003; 290: 215 -21
109. Cramer J, Blum D, Reed M and Fanning K for he epilepsy impact Project group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy and Behaviour* 2003; 515 -521
110. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Brooks J, Potts P, Chadwick DW. The quality of life of older people with epilepsy: findings from a UK community study. *Seizure* 2001; 10: 92 -9
111. Jacoby A, Baker GA, Sten N, Potts P, Chadwik DW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK community study. *Epilepsia* 1996; 37: 148-61

EKLER

KİMLİK VE SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hastane protokol no:

Tarih:

Hastanın adı soyadı:

Doğum Tarihi ve yeri:

Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek

Öğrenim düzeyi:

- 0-okuma yazması yok
- 1-ilkokul - ortaokul mezunu
- 2-lise mezunu
- 3-üniversite mezunu

Yasal medeni durumu:

- 1. evli
- 2. bekar
- 3. dul-ayrılmış

Çocuğu var mı: 1. evet 2.hayır
varsa sayısı:

Son 5 yılda en uzun süre kiminle yaşadığı:

- 1. evli ya da partneriyle
- 2. anne ve ya babasıyla
- 3. çocuklarıyla
- 4. yalnız
- 5. diğerk

Meslek:

- 1. Çalışmıyor
- 2. Memur
- 3. İşçi
- 4. Esnaf/ tüccar
- 5. Köylü/ çiftçi

Çalışma düzeni:

- 1. düzensiz-kısa aralıklarla
- 2. düzenli
- 3. emekli

Epilepsi nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kalmış mı?

1. Evet 2. Hayır

Askerlik yapmış mı?

1. Evet 2. Hayır

Cevap hayır ise epilepsi nedeni ile mi?

1. Evet 2. Hayır

Ekonomik düzey:

1. yüksek (1 milyar ve üzeri)
2. orta (500 milyon 1 milyar arası)
3. düşük (250- 400 milyon arası)
4. çok düşük (250 milyon ve altı)

Halen yaşadığı yer:

1. büyükşehir
2. şehir
3. ilçe-kasaba
4. köy
- 5.

İlk epileptik nöbet öncesinde psikiyatrik rahatsızlık tanısı konulmuş mu?

- 1.evet 2. hayır

Epilepsi tanısı konulduktan sonra konulmuş ek psikiyatrik tanısı var mı?

- 1.evet 2.hayır

Evet ise tanı: 1. 2. 3.

Halen tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlık:

Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışı var mı?

- 1.evet 2.hayır

Önceden hiç intihar girişimi var mı?

- 1.evet 2.hayır

Varsa ne şekilde?.....

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? 1.evet 2.hayır

Varsa tanısı: 1. 2.

EPİLEPSİ BİLGİ FORMU

Hastanın adı soyadı:

El dominansı: 1. sağ 2.sol

Epileptik nöbet tipi:

1. Kompleks Parsiyel Nöbet
2. Jeneralize tonik-klonik nöbet
3. Her ikisi birden

Hastalığın başlangıç yaşı:

Epilepsi nedeniyle hastaneye yatışı var mı?

1.var 2.yok

Varsa sayısı: 1 2 3

Ayaktan tedaviye uyumu: 1.düzenli 2.düzensiz

Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı:

1. ikiden az
2. üç ile 6 arasında
3. altıdan fazla

sosyal güvencesi: 1.var 2.yok

Uygulanan tedavi ve dozu: 1. 2. 3. 4. 5.

Kullandığı ilaçları ne kadar süredir kullanıyor:

Nöbet Sıklığı:

1. ayda iki ve ya daha az
2. ayda 3-10 nöbet
3. nerdeyse gün aşırı olacak şekilde nöbet öyküsü
4. hemen hergün genelde bir nöbet
5. hemen her gün birden fazla nöbet
6. 6 ayda bir iki nöbet şeklinde

Prodrom belirtileri:

1.var 2.yok

Status geçirmiş mi: 1. evet 2. hayır

En son nöbet geçirme tarihi:

1. Son 1 hafta içinde
2. Son 1 ay içinde
3. Son 6 ay içinde