

Epilepsili Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar

Ashlan YAPICI *, Ceyda GÜVENÇ *, M. Emin CEYLAN *, Emine KILINÇ *, Nihan OĞUZ *

ÖZET

Epilepsi sinir hücrelerinin aralıklı, aşırı, düzensiz deşarjı ile karakterizedir. Epileptik atak ise beynin bir bölümünde olan anormal elektrik ritminin paroksizmal deşarjıdır. Epilepsinin kardinal özelliği bu deşarjların tekrarlayıcı olmasıdır. Epilepsi seyri sırasında dikkat, bellek, motor hızda defisitler, aberran kişilik özellikleri, anksiyete, depresyon, hatta psikoz gibi psikiyatrik problemler gelişebilmektedir. Antiepileptik ilaçlar interiktal ve postiktal davranış bozukluklarını düzeltmede yardımcı olabilmesine rağmen kendileri de kognitif disfonksiyona neden olabilir. Nöropsikiyatrik belirtilerin epileptik nöbetlerin her döneminde izlenebildiği bazen de ruhsal belirtilerin nöbetin tek bulgusu olabildiği bildirilmektedir. Bu nedenle epileptik bozukluklar hem psikiyatri hem de nöroloji alanında araştırmacıların dikkatini çekmektedir. Bu yazıda epilepsi hastalarında sıklıkla rastlanan ruhsal sorunlar gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, psikiyatrik bozukluklar, davranış bozuklukları

Düşünen Adam; 2003; 16(4):240-248

SUMMARY

Epilepsy is an occasional and excessive and disorderly discharge of the neurons. Epileptic attack is the manifestation of a paroxysmal discharge of abnormal electrical rhythms in some part of the brain. If one adds that such discharges are likely to be repetitive, one has defined the cardinal features of epilepsy. Sometimes psychiatric difficulties such as deficits in attention, memory, motor speed and aberrant personality changes, anxiety, depression, psychosis may be seen during the course of the illness. Antiepileptic drugs themselves which ceases neurobehavioral disorders could lead to cognitive dysfunctions. Neuropsychiatric symptoms may occur at the preictal, postictal and interictal periods of epileptic seizure and also sometimes one psychiatric symptom may be the only sign of the seizure. Because of this, epilepsy is important for both neurology and psychiatry. In this review, we aimed to investigate the common psychiatric difficulties that can be seen during the course of epilepsy.

Key words: Epilepsy, psychiatric disorders, behavioral disorders

GİRİŞ

Epilepsi genel popülasyonda en sık rastlanan kronik nörolojik hastalıktır. Amerika'daki nüfusun yaklaşık olarak % 1'ini etkilemekte olduğu bildirilmektedir. Psikiyatri hastalarında da epilepsi görülebilmesi, epilepsi tanısı almış kişilerdeki psikososyal etkilenme, sık kullanılan antiepileptik ilaçların kognitif ve psikolojik etkileri nedeniyle epilepsi, psikiyatristlerin de ilgisini çekmektedir.

Epilepsi hastalarının yaklaşık olarak % 17'sinin belirgin sosyal problemleri olduğu yapılan çalışmalar-

da gözlemlenmiştir, ayrıca % 50'sinde ciddi mesleki problemler bildirilmiştir. Hastaların % 30-50'sinde psikiyatrik problemler saptanmış, bunların % 7'sinin psikiyatri kliniklerinde yatırılarak izlendiği bildirilmiştir. Epilepsi hastalarında en sık görülen davranışsal değişikliğin kişilik değişikliği olduğu, psikoz, şiddet kullanımı ve depresyonun ise daha nadir görüldüğü bildirilmiştir (1,2,3,4).

Epilepsi

Epileptik nöbet serebral fonksiyondaki nöronların spontan fazla uyarılmasıyla meydana gelen geçici

* Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

paroksizmal bozukluktur. Hastalar tekrarlayıcı nöbetleri olduğu zaman epilepsi tanısı alırlar.

İktus veya iktal evre nöbetin görüldüğü evredir. Nöktal dönemlerse preiktal, postiktal, interiktal olarak sınıflandırılır. İktal dönemdeki semptomlar nöbetin beyinde orjin aldığı ve yayıldığı alana bağlı olarak ortaya çıkar. İnteriktal semptomlar, interiktal dönemden ve diğer nöropsikiyatrik ve psikososyal faktörlerden etkilenir. Burada sözü edilen, eşlik eden nörolojik ve psikiyatrik bozukluğun olması, psikososyal stresörler veya premorbid kişilik özelliklerinin varlığıdır (1,3,5).

Sınıflandırma

Epileptik nöbetler, jeneralize ve parsiyel olmak üzere iki ana başlıkta incelenir. Parsiyel nöbetler lokalize beyin bölgelerindeki epileptiform aktiviteden kaynaklanır. Jeneralize nöbetlerde ise beyinde yaygın epileptik aktivite gözlenir.

Epileptik nöbetlerin uluslararası sınıflandırması:

1) Parsiyel nöbetler

a) basit semptomlarla seyreden parsiyel nöbetler (bilinçte bozulma genelde olmaz)

- 1) motor semptomlarla seyreden
- 2) duyuşsal semptomlarla seyreden
- 3) otonom semptomlarla seyreden
- 4) birleşik formlar

b) kompleks semptomlarla seyreden parsiyel nöbetler (genel olarak bilinç bozukluğu içeren temporal lob veya psikomotor nöbetler)

- 1) sadece bilinçte bozulmayla seyreden
- 2) bilişsel semptomlarla seyreden
- 3) affektif semptomlarla seyreden
- 4) psikosensör semptomlarla seyreden
- 5) psikosensör semptomlar ve otomatizmalarla seyreden
- 6) birleşik formlar

2) jeneralize nöbetler (bilateral+simetrik)

a) absans (petit mal)

- b) myoklonus
- c) infantil spazm
- d) klonik nöbetler
- e) tonik nöbetler
- f) tonil-klonik nöbetler (grand mal)
- g) atonik nöbetler
- h) akinetik nöbetler

3) unilateral nöbetler

4) sınıflandırılmayan nöbetler (1,3,5,8)

EPİLEPSİ VE RUHSAL SORUNLAR

Toplumsal önyargılar ve hastalık ile sonuçları hakkındaki yanlış değerlendirmeler, epileptik bireyin tüm yaşam alanlarında çeşitli güçlükler yol açabilmektedir. Az gelişmiş ülkelerde bu tip sorunların daha çok görüldüğü gözönüne alındığında toplumda var olan yanlış anlamaları azaltmak ve epileptik hastayla ailesine destek olmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Özellikle jeneralize tonik klonik nöbetler diğer kişilerce ürkütücü olarak algılanmakta, bunun sonucunda hastalardan uzaklaşmakta, acınp gereğinden fazla sorumlulukları alınarak hastalar bağımlı bireyler haline getirilmektedir. Gerek sosyal izolasyon, gerekse bağımlılık duyguları hastanın kişiler arası ilişkilerde sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (3,4,5,6).

Epileptik hastaların % 30'u psikolojik sorunlar yaşamakta, bunların % 7'si ise psikiyatri birimlerinde yatırılarak tedavi görmektedir. Tüm epileptik hastaların % 10'un eğitim düzeyi açısından normalin altında olduğu bilinmektedir. Ayrıca 1 gün veya 1 hafta sürebilen konvülsiyonun izlenmediği "non konvülsif nöbetler"de, bazen mental belirtiler nöbetin tek bulgusu olabilmekte ve bu nedenle epilepsi tanısı atlanabilmektedir. Bazen de bunun tam tersi olabilmekte ve kullandığı psikotrop ilacı bırakmayla ilgili olarak, geçmişinde bir defa yoksunluk nedeniyle konvülsif nöbet geçiren bir psikiyatrik hasta, gereksiz yere yıllarca nörolojik kliniklerinde izlenmektedir. Çeşitli araştırmalar koruyucu tedavilerin iyi düzenlenmesiyle psikiyatrik sorunların oldukça azaltılabildiğini göstermektedir (3,4).

Geçen yüzyıl ve bu yüzyılın başında yapılan araştırmalarda, epilepsiye bağlı entelektüel işlev bozuklu-

ğunun kaçınılmaz olduğuna inanılmıştır. Son zamanlardaki araştırmalar ise entelektüel işlevlerdeki bozulma oranının daha az olduğunu göstermektedir. Bu durumda beyin hasarının lokalizasyonu da önem kazanmaktadır. Grand mal ve psikomotor nöbetler daha belirgin entelektüel bozulmaya işaret etmektedir. Vislie ve Henriksen 1958'de yaptıkları araştırmada, en çok bozukluğun temporal lob epilepsilerinde gözlemlendiğini saptamışlardır. Stores 1978'de yaptığı çalışmada, temporal lob ve jeneralize tonik klonik nöbetleri olan çocuklarla, epileptik olmayan çocuklar bilişsel işlevsel açılarından karşılaştırılmış, temporal lob epilepsisi olan çocukların okuma ve bununla ilişkili dikkatinde belirgin bozulma saptanmış, sol temporal lob orjinli nöbeti olanlarda ise bu farkın ileri derecede anlamlı olduğu bildirilmiştir. Öte yandan günümüzde, kullanılan anti-epileptiklerin entelektüel işlevlerde bozulmaya neden olduğu da bilinmektedir. Bu durum gerek konsantrasyonda bozulma yapmaları gerekse folik asit eksikliği yapmalarıyla açıklanabilir (2).

Etiyoloji

Epilepsiye bağlı olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların etiyojisiyle ilgili olarak iki varsayım öne sürülmüştür. Bunlardan bir tanesi ortaya çıkan bozuklukların, nöbetlerin doğrudan etkisine bağlı olduğu, diğeri ise olası inhibitör düzeneklerin rol oynadığı görüşüdür.

Psikiyatrik bozuklukların genellikle hastalığın başlamasından ortalama iki yıl sonra ortaya çıkması, nöbetler kontrol altına alındıktan sonra devam etmesi bu bozukluklarda inhibitör düzeneklerin rol aldığı görüşünü desteklemektedir. Psikotrop ilaçların nöbet eşikini değiştirmeyecek dozlarda verilmesiyle, artmış ve psikiyatrik belirtilere neden olmuş inhibitör düzeneklere etki edilerek ortaya çıkan semptomlar düzeltilebilmektedir (3,5,6).

Epilepsiye bağlı psikiyatrik bozukluklar DSM-4'de "genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk" grubunda sınıflandırılmaktadır.

Nöropsikiyatrik belirtiler epileptik nöbetlerin her döneminde izlenebilir.

a) preiktal dönem ve psikiyatrik belirtiler

Preiktal dönem birkaç güne kadar sürebilen prodromal dönem ve hemen nöbet öncesinde birkaç saniye ile birkaç dakika süren aura dönemi olarak ikiye ayrılır.

Prodromal dönem: Kişiden kişiye değişen özellikler gösterebildiği gibi aynı hastada, değişik zamanda değişik belirtiler izlenebilir. Özetle prodromal belirtiler özgün değildir ve nöbet anamnezinde ısrarla araştırılması gerekmez. Prodromal dönemle ilgili olarak midede yanma ve doluluk hissi, karın ağrısı gibi otonomik duyumlar, kızarma, sararma, baş dönmesi, baş ağrısı, huzursuzluk, sinirlilik, prekordiyal ağrı gibi otonomik belirtiler, depresyon ve mani benzeri affektif belirtiler ve kişilik değişiklikleri ortaya çıkabilir.

Tedavi: Antikonvülfif ilacın dozunu artırarak ya da geçici süre ilacı kesip tam bir nöbetin ortaya çıkması sağlanarak bu durumlar ortadan kaldırılabilir.

Aura dönemi: Bu dönem her hasta için özgün olup, hastalarda % 10-90 oranında gözlenebilir ve oldukça stereotipik biçimde ortaya çıkar. En sık görülen auralar; yükselen epigastrik his, koku, tad duyusu ve görsel algılamada distorsiyona benzer şekilde algı bozuklukları yanında, deja-vu, jameis-vu gibi amnestik belirtiler, zorlanmış düşünceler, depersonalizasyon, derealizasyon ve özellikle nedensiz korku duyusu başta olmak üzere anksiyete ve depresif duygulanımlardır. Bazı olgularda ise ekstaz (vecd) durumları gözlenebilir. Bazı hastalar bu dönemi daha belirgin tanımlarken bazılarının ise tanımlamakta güçlük çektiği gözlenir. Auralar fokal başlangıçlı nöbetlerin en önemli belirtisi olup, tanı yönünden önemlidirler. Bu nedenle aura hakkında ayrıntılı bilgi almak çok önemlidir. Auradan sonra hastaların bilinç düzeylerinin farklı oranlarda etkilendiği gözlenmektedir.

Tedavi: Antikonvülfif ilaçlar kullanılır. Aura döneminin tedavisi bu dönemi takip eden epileptik nöbetlerin ortadan kalkmasını da sağlar. Yapılan çalışmalarda epilepsi cerrahisi uygulanan hastaların ortalama % 15'inde auraların ilaç tedavisine rağmen devam ettiği gözlenmiştir. Auraların hastanın yaşam kalitesini etkilemediği durumlarda klinik öneminin olmadığı kabul edilmektedir (3,5).

b) İktal dönem ve psikiyatrik belirtiler:

İktal dönemde kompleks parsiyel ve petit mal (absans) nöbetlerde, öncelikli olarak değişik düzeyde bozukluğu olmak üzere; mutizm, psikomotor retardasyon, saldırganlık, myoklonus ya da otomatizmal davranışlar, fügler gibi çeşitli belirtiler gözlenebilir. Bu dönemde izlenen belirtilerin özelliği belli bir amaca yönelik olmamasıdır. Örneğin hasta nöbet sırasında hiç tanımadığı bir kişiye saldırgan davranışlarda bulunabilir (3,6).

Tedavi: Bazı olgularda ortaya çıkan klinik tabloların kendiliğinden düzeldiği izlenirse de uzun süren durumlar için benzodiazepinler intravenöz yoldan uygulanabilir (1).

c) İnteriktal dönem ve psikiyatrik belirtiler

1) Epilepsi ve kişilik değişiklikleri

Bu yüzyılın başlarında epilepside ortaya çıkan kişilik değişimlerinin, epilepsiye yol açan biyolojik faktörlerle ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Temporal lob epilepsilerinde gözlenen kişilik değişikliklerinden limbik sistem ve neokortekse ulaşan bir "sensory-limbik hiperkonneksiyon" sorumlu tutulmuştur (2). "Epileptik karakter" egosentrik, iritabl, mistik, kavgacı, yapışkan özellikler taşıyan bir kişilik olarak tanımlanmıştır. Ancak bu tanımlar kliniklerde takip edilen hastalara dayanılarak yapılmıştır. Bugün toplumda yaşayan epileptik hastaların çoğunda kişilik bozuklukları görülmezken, bir kısmında ise klasik sendromdan farklı kişilik değişikliklerinin görülebildiği bilinmektedir. Kişilik değişiklikleri, epilepside en sık görülen psikiyatrik bozukluklar olup özellikle temporal lob kaynaklı epilepsilerde gözlenmektedir. En belirgin özellikler; artmış dinsel uğraş, vizkozite ve cinsel davranış değişikliğidir. Ayrıca yoğun ve labil duygulanım ile iritabl davranışlar da izlenebilmektedir (3,5,6). Tariflenen bu tipik özelliklerin de yine temporal lob epilepsili hastalarda daha sık gözlenmesi dikkat çekmiştir (2).

Artmış dinsel uğraşlar; hem dinsel aktivitelere katılım hem de ahlaki, kavramsal ve felsefi konulara aşırı uğraşlar şeklinde kendini göstermektedir. Özellikle ergenlerde ve genç erişkinlerde bu aktivite ve uğraşlar şizofreninin prodromal belirtileriyle karıştırılabilir (7). Yapılan çalışmalarda sol temporal lob kaynaklı epilepsilerde bu özelliğin sağ temporal lob

örjnilere göre daha sık olduğu bildirilmiştir (2).

Vizkozite; en belirgin olarak hastanın konuşmasından anlaşılmaktadır. Yavaş, ciddi, sıkıcı, bilgiç, ayrıntıcı, çevresel ve dinleyiciyi sıkı bir konuşma örüntüsü mevcuttur. Bu örüntü hastanın yazısında da hipergrafi olarak izlenebilir ve kompleks parsiyel nöbetler için tanı koydurucudur (5,6). Vizkozitenin temporal lob ile ilişkili olan "Klüver-Bucy" sendromunda da gözlemlendiği bilinmektedir (2).

Cinsel davranış değişiklikleriyse; hiperseksüelite, cinsel sapmalar (fetişizm, transseksüelizm gibi) ya da daha sık olarak hiposeksüelite şeklinde izlenmektedir. Hiposeksüelite de hem cinsel ilgi hem uyarılmada sorun olduğu saptanmıştır. Kompleks parsiyel nöbetler, puberte öncesi başlarsa sağlıklı cinselliğe ulaşılmayabilir ve hastalar bu durumdan rahatsızlık duymazlar. Puberte sonrası başlayan kompleks parsiyel epilepside hastalar cinsel davranış değişikliklerinden rahatsızdırlar. Böyle bir sorunla karşılaştığı zaman epileptik hastaların yaşadığı sosyal uyum sorunları ile antiepileptik ilaçların yan etkileri de akla gelmelidir (3,7).

Çocuklarda sedatif ve uyarıcı ilaçlar paradoks bir etki gösterebilir. Örneğin fenobarbital epileptik çocuğu huzursuz ve iritabl hale getirebilir. Bu durum yine fenobarbital ile tedavi edilen temporal lob epilepsili erişkinlerde de gözlenebilir. Ayrıca yine kişilik değişikliklerinde ilaçların yol açtığı folat eksikliğinin de rolü olduğu unutulmamalıdır (2).

1964'de Brady'nin bir çalışmasında temporal lob epilepsili hastalarda artan nöbet sıklığıyla kişilik değişikliklerinin belirginleştiği, tam tersine temporal lob epilepsili olmayan hastalarda ise; artan nöbet sıklığıyla bu değişikliklere daha az bir oranda rastlandığı gösterilmiştir (2,5).

2) Epilepsi ve psikotik bozukluklar

İnteriktal psikotik bozukluklara iktal psikozdan daha sık rastlanmaktadır. Özellikle temporal lob kaynaklı epilepsiler olmak üzere epilepside şizofreni benzeri psikozlar görülebilmektedir. Yine kompleks parsiyel epilepside % 10-30 oranında psikotik belirtilere rastlanmaktadır. Kadınlar, sol elini kullananlar, nöbet

lerin puberte öncesi başladığı olgular ile sol hemisfer lezyonu olanların psikoz geliştirme açısından risk grubunda bildirilmiştir (1).

Epileptik psikozların etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide temporal lobe epilepsinin bu konudaki rolü yanında, hastalarda kullanılan anti-epileptik ilaçların da sorumlu olduğu ileri sürülmüştür. İleri sürülen bir görüş de limbik yapılardan kaynaklanan ve mezolimbik dopaminerjik sistemdeki ateşleme mekanizmasının (kindling) davranış anormalliklerine yol açabileceğidir. Bu uyarılar belirli bir epileptik nöbet oluşturmaksızın sadece davranış anormalliği oluşturduklarından bunlara subikital deşarj adı verilmektedir. Jeneralize nöbet sisteminin aktivasyonu limbik sistemi tek yönlü olarak baskılar. Çünkü limbik sistemin aktivasyonu da sekonder jeneralize nöbetlere neden olabilmektedir. Yani bir yönüyle eksituar bir yönüyle de inhibitör olan bir ilişki söz konusudur. Bu nedenle temporal lobe epilepsisinde, şizofreni benzeri psikozların oluşumu, fronto temporal limbik deşarjların varlığı ve sıklığı ile ters ilişkilidir (3,5,6).

Epilepsiye bağlı ortaya çıkan benzer tabloları gerçek bir şizofrenden ayırt etmek zaman zaman zorluk yaratabilir. Çünkü bu olgular oldukça sinsi başlayıp kronik seyir gösterebilmektedir. Ayrıca mevcut epilepsi öyküsünden 10-15 yıl sonra bile bu tür psikozlar ortaya çıkabilmektedir. Bu olgularda izlenen katatonik durumlar, akinetik durumlar, stupor, görsel halüsinasyonlar ya da paranoid halüsinatuar yaşantılar, tabloyu karmaşık hale getirebilmektedir. Çünkü epileptik psikozda şizofrenide görülen tüm belirtiler izlenebilir (5,6). Ancak 2-3 haftaya kadar uzayabilen bilinç sislenmeleri, affektif katılımin daha sıcak ve uygun olması, konuşmada bloklanmadan çok çevreselliğin gözlenmesi ayırıcı tanıda önemlidir (1,2). Ayrıca hastanın aptipsikotik ilaçlara cevap vermesi ya da belirtilerin aksine daha da artması, klinikte epileptik nöbet gözlenmesi ya da EEG anormalliğinin saptanması da tanıya ulaşmada oldukça anlamlı faktörlerdir (3,7).

1930 yıllarında şizofreni hastalarında konvülzyon sonrasında psikozun yatıştığı izlenmesi üzerine, epilepsi, şizofreninin karşıt durumu olarak ele alınmıştır. Daha sonraki çalışmalarda şizofrenideki epilepsi sıklığının normal popülasyondan daha yüksek

olduğunun bulunması da görüşü zayıflatmıştır (3,6).

Epileptik psikozlarda farklı klinik görünlere rastlanmaktadır;

- 1) Epileptik hastalarda epizodik olarak izlenen ve bilinç değişiklikleri, algısal değişiklik ya da bellekte fakirleşmeyle giden psikotik tablolar
- 2) İşitme halüsinasyonları, perseküsyon hezeyanları ya da diğer algısal değişikliklerle giden kronik psikotik tablolar
- 3) Bir grup epileptik hastada ise dirençli depersonalizasyon yaşantıları ya da görsel distorsiyonlarla seyreden tablolar izlenir (bu durum başka bir isim bulunamadığından psikoz olarak adlandırılır. Aslında kronik psikotik durumların bir varyasyonu olduğu düşünülmektedir) (5,6).

Son yıllarda epilepsi hastalarında izlenen iki tür psikozdan söz edilmektedir. Bunlardan iki hastanın geçirdiği kompleks parsiyel (psikomotor ya da temporal lobe) nöbetlerle seyreden ve % 80 oranında temporal lobe epilepsisiyle özellikle de sol hemisfer temporal lobe epilepsisiyle ilgili şizofreniye benzer tablolardır. Buradan nöropatolojik olarak embriyogenez sırasında oluşan ve gelişme dönemlerinde, dominant hemisfer organizasyonunu bozan nörolojik anormallikler, beyin hasarları ve ensefalit gibi lezyonlardan sözedilebilir. Epileptik psikozlar 2 dönemde izlenmektedir. Birinci dönem, EEG'de epileptik bozuklukların olduğu, ancak klinik olarak konvülzyonun görülmediği dönemdir. Bu dönemde anti-epileptik ilaçlarla düzelebilen ve iktal dönemlerde görülebilen psikotik epizodlar söz konusu olabilir. İkinci dönemdeyse EEG'de, epileptik anormalliklerin azaldığı ya da kaybolduğu, anti-epileptik tedaviye dirençli, interiktal dönemlerde izlenebilen psikotik yer almaktadır. İktal dönemlerde izlenen epizodlarla sürenin daha kısa olduğu (1-2 gün, 1-2 hafta), interiktal dönemlerde izlenen psikozlarda ise daha uzun olduğu bilinmektedir. Şizofreni benzeri psikozun interiktal psikozu olanlarda postiktal psikozu olanlardan daha sık olduğu ileri sürülmüştür. 2001 yılında Taruli A, Devinsky O, Keneth A'nın yaptığı bir çalışmada 7-96 ay içerisinde daha öncesinde postiktal psikoz tanısıyla izlenen hastaların % 10'da interiktal psikoz geliştiği gösterilmiştir (9).

Jeneralize tip epileptik nöbetlerde de, konfüzyonel psikoz tarzında seyreden ve alacakaranlık hali denen psikotik durumlar ortaya çıkabilir. Bu tabloda da klinik olarak hekimin dikkatini çeken, hastanın içinde bulunduğu konfüzyon hali ve bilişsel işlevlerdeki bozukluktur (3,5,6).

Epilepsi hastalarında izlenen ve hastaların antiepileptik ilaçlarla kontrol altına alındığı dönemlerde EEG'nin normale dönmesiyle başlayan psikotik tablolar fokal jeneralize, kompleks parsiyal epilepsiler sırasında ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda atipik özellikler, affektif bulgular ve deliryum tablosu daha çok dikkat çekmektedir. Psikotik dönem sırasında EEG'de epileptik aktivitenin kaybolmasına "zoraki normalleşme" (forced normalizasyon) adı verilmektedir.

Epilepsiye bağlı ortaya çıkan bu psikiyatrik tabloları gerçek bir şizofreniden ayırmak güç olmakla beraber, ayırıcı tanıda gözönüne alınması gereken bazı noktalar vardır. Epilepside ortaya çıkan psikozlar genellikle ani başlangıçlı olup, çoğunlukla bitişi de ani olmaktadır. Klasik şizofrenide görülen belirtilerin büyük kısmı, hasta tarafından ego distonik olarak yaşanır. Bilinç kaybı ve konfüzyonel durumlar epilepsili hastalarda sıklıkla gözlenir. Bu kişilerde genellikle daha önce geçirilmiş epileptik nöbet öyküsü de vardır. EEG tetkiklerinde kabaca % 50-60 oranında epilepsiye özgü bozukluklar saptansa da; bazı epilepsi hastalarında normal EEG'ye rastlanabileceği, bazı şizofrenlerde de EEG anormalliğinin izlenebileceği unutulmamalıdır (3,7). Özellikle katatonik olarak takip edilen genç hastaların % 25'inde EEG'de epilepsiye benzer değişiklikler gözlenmiştir (2). Uzun süren epileptik psikozlarda hezeyanlar ve halüsünasyonlar daha da belirgin bir halde izlenebilir ve bu tablolar şizofreniye daha çok benzerler. Yine şizofrenide bloklar ve çağrışımlarda çözüme görülürken, epileptik psikozlarda kavramsallaştırma ve çevresellik vardır. Düşünce ve konuşma bozukluklarının şizofreni hastalarında farklı oluşu ve özellikle duygusal tepkilerin fazla bozulmaması ayırıcı tanıda epileptik psikoz lehine önemli ölçütlerdir (5,6). 2002'de Matsuura'nın yayınladığı bir çalışmada şizofreni spektrum grubunda yer alan hastaların % 21'inde psikoz tablosunun izlendiği aile öyküsüne rastlanırken, epilepsiye bağlı psikozu olan hastaların bulunduğu grupta psikoz açısından aile yüklülüğüne

hiç rastlanmamıştır. Aile öyküsü açısından benzer sonuçlar başka çalışmalarda da elde edilmiş olup, ayırıcı tanıda akılda tutulması gereklidir (2,10).

Tedavi

Epilepsinin seyri sırasında izlenen psikoz durumlarında antiepileptik ilaçlar tek başına yararlı olmayabilir. Bu nedenle hastalarda antiepileptik ilaçların yanısıra antipsikotik ilaç tedavisi de uygulanmaktadır. Bu konuda tercih edilen ilaç bir butirefenon türevi olan haloperidoldür. Bu ilacın mümkün olduğunca düşük ve gün içinde bölünmüş dozlarda verilmesi, doz değişimi yapılacaksa 6-8 haftalık bekleme süresi önerilmektedir. Bunun dışında diğer nöroleptik ilaçlarda benzer şekilde kullanılmaktadır (örneğin sülprid, flufenazin, pimozid, risperidon, tiyoridazin, züklopentiksol). Epilepsi hastalarında klorpromazin ve loksapin yüksek risk taşımaları nedeniyle tercih edilmemelidir. Bazı antikonvülzanların enzim indüksiyonu yoluyla psikotrop ilaçların serum düzeylerini azaltacakları, bazı antipsikotiklerinse antikonvülzif ilaçların serum düzeyini arttıracaklarının dikkate alınması önerilmektedir (3,5,6).

3) Epilepsi ve duygudurum bozuklukları

Epilepsi, kişinin gerek sosyal yaşantısı ve çalışma hayatına, gerekse neden olduğu travmalar sebebiyle beden sağlığına olumsuz etkiler yapmaktadır. Bu nedenle pek çok epileptik kişinin, benzer gerekçelerle yaşamlarını belli ölçülerde kısıtladıkları izlenir. Bu kişilerde depresif durumlara oldukça sık bir oranda rastlanır. Epilepsi hastalarının 3/4'ü depresyon tanısıyla hastaneye yatırılmaktadır (3,7). Robertson epilepsi ve psikiyatrik bozukluklar tanılarıyla hastanede yatarak izlenmekte olan 66 hastayı incelemiş, hastaların % 40'ında depresif, % 12'sinde de psikotik özellikler tanımlamıştır. Ayrıca depresyonlarda anksiyete, hostilite ve depersonalizasyon yaşantıları oranlarının yüksekliğine dikkat çekmiştir (2).

İntihar, epileptik hastalarda dört kat fazla görülmektedir. Bu tablolar epilepsiye bağlı intihar riskini arttıran dürtüsellliği de içerdiğinden hayati önem kazanabilmektedir (1,3).

Genel popülasyona göre epilepsi hastalarında depresyon ve diğer emosyonel sorunlar daha sık olmak

la beraber şizofreni benzeri psikozlardan daha seyrek görülmektedir (1). Kimi araştırmacılar oranın tam tersi yönde olduğunu fakat affektif bozukluk tanılarının atlanmasından kaynaklanan bir hata olduğunu savunmaktadırlar (2). Duygudurum bozuklukları ya nöbetlerle beraber ya da daha sık olarak interiktal dönemde karşımıza çıkmaktadır. Duygudurum bozukluklarının epizodik olduğu ve daha çok nondominant temporal lob kaynaklı epilepsilerde görüldüğü bildirilmektedir. Bununla beraber bazı yazarlar sol taraf epileptik lezyonlarla depresif belirtiler arasında ilişki olduğunu bildirmektedir. Hastanın hastalık öncesi kişiliği, hastalığını kabullenışı ve yaşayış biçimi, hastalığın getirdiği psikososyal sorunlar ve doğrudan epilepsiye bağlı çeşitli etkenlerin birlikte rol oynadığını düşünmek yerinde olacaktır (1,3,7). Ayrıca anti-epileptik ilaçların da depresif durumlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Robertsonun 1983 ve 1985 yıllarındaki çalışmalarında fenobarbital kullanan hastaların karbamazepin kullananlara oranla daha depresif oldukları saptanmıştır (2).

Affektif belirtilerin nöbet sırasında da gözlenebileceği unutulmamalıdır. Depresif belirtilerin aura ya da postiktal dönem sırasında ortaya çıkabilir (5,6).

Tedavi

Epilepsi hastalarında görülen depresif bozuklukların tedavisinde, psikoterapinin yerinin sınırlı olduğu bilinmektedir. Epilepsiyle eşlik eden depresyonu olan hastalar karbamazepinden yarar görürken, epilepsiyle bipolar affektif bozukluğu olan hastalar valproik asit kullanımından da faydalanabilirler. Gerekliğinde optimal antiepileptik tedaviye düşük dozda antidepresanlar da eklenebilir. Çünkü yüksek doz antidepresif kullanımı nöbetleri kolaylaştırır. İnteriktal dönemlerdeki depresif bozukluklardaysa şu ilaçlar kullanılabilir:

SSRI: Epilepsi eşiğini diğer antidepresanlara göre daha az düşüren ilaçlardır.

MAO İNH: Geri dönüşlü mao inhibitörleri kullanılabilir.

TRİSİKLIK ANTİDEPRESANLAR: İrritabilite, korku ve anksiyete gibi belirtileri de kapsayan geniş spektrumlu etkilerinin bulunması, anksiyolitik etki-

lerin 1-2 günde ortaya çıkması, düşük dozda anksiyolitik etki göstermeleri nedeniyle tercih edilirler. Maprotilin gibi epilepsi eşiğini düşüren ilaçların yüksek dozda kullanılmaması gerektiği akılda tutulmalıdır. 22 hasta üzerinden yapılan bir çalışmada ikili antidepresan tedaviyle hastaların % 73'ü tama yakın iyileşme gösterirken % 91'de kısmi iyileşme gözlenmiş, % 18 ise tedaviden hiç yarar görmemiştir.

Yukarıda adı geçen ilaçların dışında epilepsi yönünden orta derecede riskli olarak kullanılan antidepresifler ise mianserin, venlefaxsin, trazadon ve nefazadondur (3,5,6,7).

4) Epilepsi ve şiddet

Mahkumlar arasında yapılan çalışmalarda epilepsi oranının (% 7-8) topluma göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak işlenen suçun türü ya da agresyon ile epilepsi arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Bu yüksek oran epilepsi hastalarının yaşadıkları toplumsal güçlükler nedeniyle yasalarla sorun yaşamalarına bağlanabilmektedir (3,5).

Temporal ya da frontal lob kaynaklı epilepsilerde ise epizodik şiddet davranışı izlenebilmektedir. Bu davranış epileptik nöbet ya da interiktal psikopatolojilere bağlı olabilir.

Ancak yapılan çalışmalar, iktal dönemde görülen şiddet davranışının çok seyrek olduğunu düşündürmektedir. Bu konuda birçok yayın olup çarpıcı bir örnek olarak; 1969 yılında McDonald'ın, nöbeti sırasında çaydanlık yerine ocağın üstüne bebeğini koyduğunu bildirmesi verilebilir (2).

5) Epilepsi ve anksiyete bozuklukları

Epilepsi ve anksiyete bozukluklarında belirtilerin oldukça benzerdir. Benzodiazepinle belirtilerin azalması ayırıcı tanıyı zorlaştırır. Özellikle kompleks parsiyel epilersiyle anksiyete benzerliği belirtilerin birbiriyle örtüşmesi şeklinde izlenmiştir. Kompleks parsiyel epilepsiyle panik ataklar arasındaki benzerlik en belirgin olarak saptanmıştır. Kompleks parsiyel epilepsinin panik atağıyla benzerliği bazı yazarların panik atakların pariyatal ve frontal lobla ilgili nöronal döngüyle ilişkisini gündeme getirmiştir. Epilepsi nöbetleri de panik atak gibi ani olarak başlar. Panik

Tablo 1.

Bulgu	Epileptik Nöbet	Yalancı Nöbet
Klinik:		
Gece nöbeti	+	-
Aura	+	-
Siyanoze cilt	+	-
Kendine zarar	+	-
İnkontinans	+	-
Postiktal küfüzyon	+	-
Vücut hareketleri	tonik, klonik veya her ikisi	atipik ve senkronize değil
EEG:		
Diken ve dalga formları	+	-
Postiktal yavaşlama	+	-
İnteriktal		
Anormallikler	değişken	değişken (3)

bozukluğunun korku, desersonalizasyon, derealizasyon, iama ve, de ja vu, yanlış algı, illüzyon, sersemlik hissi, sıcak basması, parastezi özellikleri, obsesif kompulsif bozukluğun zorlayıcı obsesyonel düşünceleri; travma sonrası stres bozukluğunun sıkıntı verici anıların yeniden yaşantılanması benzeri terrarları, iritabilite, konsantrasyon güçlüğü, agorofobinin aktiviteyi kısıtlayan korku atakları gibi belirtileri epilepsi hastalarında da görülebilmektedir.

Panik bozukluğunda genellikle bilinç bozukluğu ve işitsel halüsinasyonlar olmaz, ailede hastalık öyküsü vardır. EEG genellikle normaldir ve anti epileptik tedaviye yanıt alınmaz. Kompleks parsiyel epilepsideyse genellikle agarofobi yoktur. EEG bozukluğu ve otomatizmler vardır. Ataklar çok kısa sürer, zemin SPECT'i anormaldir ve antidepresanlar tabloyu kötüleştirir.

Dirençli anksiyete ya da panik atağı benzeri semptomları olan hastalarda, psikotrop ilaca yanıt alınmadığında, epileptik bozuklukların yeniden araştırılması önerilmektedir (3,5,6).

Tedavi

Epilepsi hastalarında görülen hafif şiddette anksiyete durumlarında psikoteropatik yaklaşık önerilmektedir. Ciddi ve dirençli anksiyetesi olan olgularda ise farmakolojik tedavi uygulanmalıdır (5,7).

e) Postiktal dönem ve psikiyatrik belirtiler

Epilepsi hastalarında genellikle nöbeti izleyen 24

saat içinde değişik derecelerde bilinç bozukluğu başta olmak üzere saldırganlık, eksitasyon, paranoid içirikli hezeyanlar, işitsel halüsinasyonlar ve intihar girişimleri izlenebilir.

Tedavi

Hastaya karşı yumuşak, sakin, güven verici ve yatıştırıcı bir biçimde yaklaşılmalıdır. Gerekğinde gün içinde bölünmüş şekilde ve olabildiğince küçük dozlarda haloperidol kullanılabilir ve zorunluluk halinde zor yükseltilebilir. Çoğunlukla 1 hafta içinde tam düzelme izlenir (3,7).

Psödonöbet

Konversiyon bozukluğu olan psikiyatri hastalarında yalancı nöbetlerde izlenebilir. Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bir takım özellikler vardır;

- Aura dönemi konversiyon nöbetlerinde yoktur.
- Nöbetlerin ortaya çıkışında çoğunlukla psikolojik stres yaratan çatışmalar rol oynar, hastanın ikincil kazançları vardır.
- Hastanın nöbet geçirme yeri genellikle çatışması olan kişinin bulunduğu ya da haberdar olabileceği mekanlardır.
- Konversif nöbetler uykuda izlenmez
- Hastada düzensiz çarpınmalar, sıçramalar şeklide kol ve bacak hareketleri izlenebilir. Bazı olgularda da tüm aslarda genel bir gevşeme hali ortaya çıkabilir. Ekstremitelerin oynatılmasına ya da göz kapaklarının açılmasına direnç izlenir.
- Konversiyonlu hastalarda bilinç kaybı ya yoktur ya da, göreceli değişiklikler izlenebilir. Çoğunlukla nöbet sırasında çevredeki insanların konuşmalarını çok uzaktan geliştirmişçesine duyduklarını ancak yanıt veremediklerini belirtirler. Ağrılı uyaranlara yanıt verirler.
- Nöbet sırasında patolojik refleksler alınmaz.
- Otonom sinir sistemi bulguları yoktur.
- Nöbetler sürece daha uzun olup (10-15 dakika ya da 1-2 saat) kadar sürebilir. Hastalar genellikle gülerken, ağlayarak, ya da hıçkırarak nöbeti sonlandırır.
- Amneziye genel olarak rastlanmaz.
- EEG kural olarak bozukluk göstermez (Ancak bazen epilepsi hastalarında da EEG'nin normal olabileceği unutulmamalıdır).
- Epilepsi nöbetlerinin tersine, psödonöbetlerde

nöbet sonrası 30. dakikada prolaktin artışı beklenmez (2,5,6,7,11).

Tedavi

Bu tabloların tedavisinde intrapsikişik çatışmaların ya da ikincil kazançların temel nedenlerini anlamaya yönelik psikoterapötik yaklaşımların daha uygun olduğu bildirilmektedir.

Bu tür yaklaşımlara uygun olmayan hastalarda plasebo ya da faradizasyon uygulaması gibi yöntemler denenebilmektedir.

Bu tabloların tedavisinde eğer eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk yoksa psikotrop ilaçların faydasının olmayacağı bildirilmektedir (3,6).

Açıktır ki epileptik hastalarda tedavilerin iyi düzenlenmesiyle; nöbetlerin kontrol altına alınmasıyla psikiyatrik sorunlar en aza indirgenecek, gerektiğinde uygun psikiyatrik tedavi yaklaşımlarıyla hastaların yaşam kalitesi arttırılacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, Eight edition, World Color, 1997: 351-358.
2. Lishman WA, Organic psychiatry, 3rd edition, Oxford: Blackwell science, 1998: 237-314.
3. Organik psikiyatri, Epilepsi ve ruhsal sorunlar, ed.: Prof. Dr. Erdal Işık, Ankara 1999: 305-316.
4. Gidiş D, Karaca S, Demir O ve ark.: Epilepsi hastalarının normal kişilere göre ruhsal belirti düzeyleri ve stresle başa çıkma yolları, Nöropsikiyatri gündemi, 1:1, 1996.
5. Gelder M, Gath M, Mayou R, Cowen P: Oxford textbook of psychiatr, 3rd edition, Oxford: Oxford University Press, 1996: 308-341.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Dördüncü baskı, Amerikan psikiyatri birliği, Washington DC, 1994'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
7. Kayatekin EZ: Epilepsi ve psikoz, Düşünen Adam, 2:2, 1998.
8. Gestaut H: Clinical and electroencefalographical classification of epileptic seizures, Epilepsia 11:102, 1970.
9. Taruli A, Devinsky O, Keneth A: Progression to interiktal from postiktal psychosis, Epilepsia 1468-1471, 2001.
10. Adachi N, Matsuura M, Okubo Y ve ark.: Prective variables of enterictal psychosis in epilepsy, Neurology 55:1310-1314, 2000.
11. Stevenson JM, King JH: Textbook of neuropsychiatry, Neuropsychiatric aspects of epilepsy and epileptic seizures, American Pyschiatric Press, Washington, p.220, 1987.