

# Epileptik Psikoz: İki Olgu Raporu

## EPILEPTIC PSYCHOSIS: REPORT OF TWO CASES

Nesim KUĞU\*, Ayşenur TAŞ\*\*

\* Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

\*\*Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD, SİVAS

### Özet

**Amaç:** Epilepsili hastalarda epileptik olmayan hastalara ve temporal lob parsiyel epilepsili hastalarda ise jeneralize epilepsili hastalara göre psikozların daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Sol temporal lob odaklı temporal lob epilepsili hastalarda 'şizofreni benzeri psikoz' gelişme riskinde artış bulunmuştur. Epilepside psikozlar interiktal, iktal ve postiktal evrede ortaya çıkabilir. Bu yazıda Genel Tıbbi Duruma (Epilepsi) Bağlı Psikotik Bozukluk tanısı konulan iki olgu sunulmuştur.

**Olgu Raporları:** İlk olgu otuz yaşında, erkek, onyediy yıldır kompleks parsiyel nitelikte epileptik nöbetler tanımlanan, EEG'de sol temporal lob odağı tespit edilen, son yedi yıldır nöbetlerin olmadığı dönemlerde içe kapanma, dinsel uğraşlarda artış, şüphencilik, kötülük görme düşünceleri bulunan ve 100 mg/gün Lamotrijin tedavisiyle nöbetleri ve düşünce bozuklukları belirgin şekilde düzelen bir interiktal psikoz olgusudur. İkinci olgu ise kırkbeş yaşında, erkek, yirmi yıldır kompleks parsiyel tarzda epileptik nöbetler tanımlanan, EEG'de sağ ön ve orta temporal bölgelerde keskin dalganın odaklaştığı epileptiform aktivitesi bulunan, nöbet sonrası dönemlerde dini konularla ilgili uğraşlarda artma, kendisinin Allah veya peygamber olduğunu öne sürme gibi düşünceleri olan ve 600 mg/gün Karbamazepin tedavisiyle psikotik tablosu düzelen bir postiktal psikoz olgusudur.

**Sonuç:** Bu iki olgu nedeniyle epileptik psikozlar genel olarak gözden geçirilmiş ve sonuç olarak epileptik psikozlu hastaların gerek kendilerinin gerekse ailelerinin yaşam kalitelerini düzeltmek amacıyla doğru tanı konulmasının önemli olduğu ve bu hastaların epileptik nöbetlerinin düzeltilmesi ile psikotik tablolarının da tedavi edilebileceğinin unutulmaması gerektiği kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Epilepsi, Kompleks parsiyel nöbet, Psikoz

T Klin Psikiyatri 2002, 3:12-18

### Summary

**Purpose:** It was reported that psychosis is seen more frequently in epileptic patients than non-epileptics and in partial temporal lobe epileptics than generalised epileptics. The development of schizophrenia-like psychosis risk in the left temporal lobe focused temporal lobe epileptic patients is found to be increased. Psychosis in epilepsy could be occur in interictal, ictal and postictal periods. In this report we discuss two patients with psychotic disorder due to the general medical condition (epilepsy).

**Case Reports:** The first case is a 30 years old man who have complex partial epileptic attacks for 17 years. A left temporal lobe focus was found by EEG examination. For the past 7 years he was having social withdrawal, an increase in religious occupation, doubtness and persecution ideas in interictal periods. In this interictal psychosis case, epileptic attacks and thought disorders were improved by daily 100 mg Lamotrigine treatment. The second case is a 45 years old man. He has complex partial epileptic attacks for 20 years. Epileptiform activity with sharp waves focused right anterior and middle temporal region was found on EEG examination. He has delusional ideas such as is god and prophet in postictal periods. Psychotic symptoms were improved by daily 600 mg Carbamazepine treatment.

**Conclusion:** In this study two cases are reported and literature is reviewed. We concluded that accurate diagnosis is essential for improving the life qualities both patients and their families. Therefore one must bare in mind that the treatment of psychotic symptoms in those patients is possible by improving the epileptic attacks.

**Key Words:** Epilepsy, Complex partial attack, Psychosis

T Klin J Psychiatry 2002, 3:12-18

**Geliş Tarihi:** 21.02.2001

**Yazışma Adresi:** Dr.Nesim KUĞU  
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri AD, SİVAS

Epilepsiyle psikoz arasındaki ilişki 19.yüzyıldan beri dikkat çekmektedir (1). Epilepsili hastalarda psikozlar, epileptik olmayan hastalara oranla daha yüksek sıklıkta bildirilmiştir. Epilepsi ve psi-

kozların komorbidite oranları %1.1-%10.3 arasında değişmektedir (2). Epilepsi genel olarak psikozlardan daha erken yaşlarda ortaya çıkar. Psikozların epilepsi başladıktan ortalama 10-15 yıl sonra ortaya çıktığı bildirilmektedir (1,3).

Epilepside psikozlar, interiktal, iktal ve postiktal evrede ortaya çıkabilir (4). İnteriktal psikozlar 'epileptik hastalarda nöbetlerle temporal bağlantısı olmayan psikotik epizodlar' olarak tanımlanmaktadır. İktal psikozlarda psikotik semptomlar nöbetlerin direkt manifestasyonudur. Postiktal psikozlarda ise psikotik semptomlar nöbetlerin ardından oluşur (2).

Temporal lob orijinli parsiyel epilepsili hastalarda psikozların jeneralize epilepsilere kıyasla daha sık olarak ortaya çıktığı öne sürülmüştür (5,6). Sol temporal lob odaklı temporal lob epilepsili (TLE) hastalarda 'şizofreni benzeri psikoz' gelişme riskinin arttığı bildirilmektedir (7,8). Epileptik psikozlu hastalarda tek bir tip nöropatolojik bulgu belirlenememiştir. En yaygın nöropatolojik anormallikler, hipokampus ve ilişkili mezial temporal yapılarda gösterilmiştir (8).

Epileptik psikozlar için risk faktörleri şöyle sıralanabilir: 1) Çok sayıda nöbet geçirme öyküsünün olması 2) Status epilepticus 3) Dirençli epilepsi varlığı 4) Kadın cinsiyeti 5) Epilepsinin 13-18 yaşları arasında başlaması 6) Şizofreni için aile öyküsünün (+) olması 7) Nöbetlerin başlangıç zamanı ile psikozun başlangıç zamanı arasında fark olması (ortalama 14 yıl) 8) TLE olması 9) Kompleks parsiyel nöbet tipi 10) Nöbet sıklığında azalma olması 11) Nörolojik bulguların solda olması 12) Ganglioma ve hamartomalar 13) Sol taraflı mediobazal odakta EEG anormalliklerinin bulunması (2,9).

Bu yazıda nöbetleri kontrol altına alındığında psikotik atakları da düzelen Genel Tıbbi Duruma (Epilepsi) Bağlı Psikotik Bozukluk tanısı alan iki kompleks parsiyel nöbet olgusunda interiktal ve postiktal psikoz sunulmuş ve epileptik psikozların literatür bilgisi eşliğinde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Olgu 1:** Otuz yaşında, erkek hasta. Onyeddi

yıldır epileptik nöbet tanımlanan hastanın nöbetleri gözlerini tavana dikme ve boş boş bakmayı takiben tüm vücudunda kasılma-çırpınma hareketleri, ağızdan köpük gelme, ara sıra altına idrar kaçırma şeklinde oluyormuş. Bu nöbetlerden sonra genellikle 10-15 dakika kadar (bazen daha uzun) uyuklama dönemi geçiriyor ve daha sık olarak ise olduğu yerde hiç kasılmadan bir noktaya bakıyor, boş ve anlamsız konuşmalar yapıyormuş. Bulunduğu yerde dönüyor, etrafındakileri tanımıyor ve söylenenleri anlamıyormuş. Birkaç kez evinden kilometrelerce uzakta anlamsız hareketler yaparken bulunmuş. Hasta kendine geldiğinde oraya nasıl ve niye gittiğini bilmediğini söylüyormuş. Genellikle ayda 5-6 kez nöbet geçiriyor ancak bazen nöbetleri sıklaşıp günde 4-5 kez geldiği de oluyormuş. Nöbet öncesinde içinde bir korku hissediyormuş. Son 2 yıldır nöbet sıklığında azalma olmuş.

Hastada son 7 yıldır nöbetlerle beraber içine kapanma, sinirlilik, etrafına karşı ilgi azalması ve dinsel uğraşlarında artış olmaya başlamış. Bazen din kitapları alıp yola çıkıyor ve insanları dindar olmalarını konusunda ikna etmeye çalışıyormuş. Ayrıca hastada şüphecilik de başlamış. Etrafındaki herkesin kendisi hakkında konuştuğunu ve kendisine kötülük yapacaklarını düşünüyormuş. Gördüğü her kadınla cinsel ilişkisinin olduğunu düşünüyormuş. Ara sıra nedensiz ağlamaları oluyormuş.

Hasta bu şikayetlerle birkaç kez nöroloji ve psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi görmüş. Hasta tedavi için başvurduğunda düşük doz karbamazepin (400 mg/gün) kullanıyordu. Özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsünde bir özellik saptanmadı.

Nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere ve oryante idi. Pupiller izokorik 2 mm/2 mm, DIR, IR +/+ idi. Kraniyel sinir muayenesi ve motor-duyusal-serebellar muayene bulguları normaldi. Patolojik refleks ve menenjial iritasyon bulgusu yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde hastanın kişisel bakımı azalmıştı. Konuşması yavaşlamış ancak amaca yönelikti. Anksiyeteli duygulanımdaydı. Düşünce akışı yavaşlamıştı. Düşünce içeriğinde ise

referans fikirleri, mistik ve paranoid nitelikte hezeyanları vardı. Gerçeği değerlendirme yetisi bozuktu. Soyut düşünme yetisi ise normaldi. Zeka ve bellek kabaca normal olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemelerinde rutin kan biyokimyası ve idrar testlerinin sonuçları normal sınırlardaydı. EKG, PA akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografide (BT) patolojik bir bulgu saptanmadı. Karbamazepin kan düzeyi normal düzeylerdeydi (4.8 mcg/ml). Farklı aralıklarla çekilen EEG'lerinde: 1) Teta frekansında diffuz yavaş aktivite. 2) Sol temporal bölgede keskin dalganın odaklaştığı epileptiform aktivite mevcuttu.

Genel Tıbbi Duruma (Epilepsi) Bağlı Psikotik Bozukluk (interiktal psikoz) tanısı konulan hastanın tedavisinde antipsikotik ilaç başlanmasına gerek duyulmaksızın 3 yıl önce düzensiz kullandığı antiepileptik ilaçlar değiştirildi ve Lamotrijin 100 mg/gün tedavisine geçildi. Bu tedavi protokolünden sonra, yatışının 8. gününden itibaren hastanın ruhsal durumunda değişiklikler olduğu, konuşması, düşünce akışındaki yavaşlamanın ve düşünce içeriğindeki referans fikirleri, mistik ve paranoid nitelikteki hezeyanlarının belirgin şekilde düzeldiği; gerçeği değerlendirme yetisinin normal olduğu ve hastalığına karşı içgörü kazandığı gözlemlendi. Taburculuk sonrası 6 aylık izleme süresinde hastanın psikotik belirtilerinin tekrarlamadığı ve epileptik nöbetlerinin tamamen kontrol altında olduğu tespit edildi.

**Olgu 2:** 45 yaşında, erkek hasta. 20 yıldır epileptik nöbet tanımlanan hasta nöbetler gelmeden önce nöbetin geleceğini hissediyormuş. Sonra gözlerini bir noktaya dikip üstündeki elbiselerle oynamaya, aynı kelimeleri aralıksız olarak tekrarlamaya başlıyormuş. Nöbet sonrası huzursuzluk, başında dolgunluk ve sersemlik hissi olduğundan söz ediyormuş. Nöbetler haftada bir veya bazen iki kez nadiren de 2-3 ayda bir kez oluyormuş. Bazı nöbetleri sırasında tüm vücudunda kasılma-çırpınmalar oluyor, ağzından köpük geliyor ve morarıyormuş. Nöbet sonrası uyukluyormuş. Bu tip nöbetler son 2-3 aydır artmış.

Hasta yaklaşık son 10 yıldır özellikle epileptik

nöbetlerden sonra çevresiyle kolayca kooperasyon kuramıyor ve dini konularla ilgili çok konuşuyormuş. Nöbet sonrası birkaç kez kendisinin Allah veya peygamber olduğunu ve şeytanla savaşmak amacıyla gönderildiğini söylüyormuş. Alkol satılan bir yer işletmesi nedeniyle günahkar olduğunu düşünerek sinirleniyor ve ağlıyormuş. Bazen camide namaz kılarken kendisini imam zannediyor ve imama çekilmesini söyleyerek namazı kendisinin kıldıracağını söylüyormuş. Uykusuzluğu varmış ve dikkatini toplayamıyormuş. Yaptıkları ve söyledikleri hatırlatıldığında bunları hiç anımsamıyormuş.

Hasta bu şikayetlerle nöroloji ve psikiyatri kliniklerinde birçok kez yatarak tedavi görmüş. Özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsünde bir özellik saptanmadı.

Nörolojik muayenesi normaldi. Ruhsal durum muayenesinde bilinç açık, koopere ve oryante idi. Konuşması normal ve amaca uygundu. Disforik duygulanımdaydı. Düşünce akışı ve çağrışımları normal ve düşünce içeriğinde ise grandiyöz ve mistik nitelikte hezeyanları mevcuttu. Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştu ancak soyut düşünme yetisi normaldi. Algı kusuru tanımlamıyordu. Zeka ve bellek muayenesi kabaca normaldi.

Laboratuvar tetkiklerinde rutin kan biyokimyası, idrar tahlilleri, EKG, PA Akciğer grafisi ve BT sonuçları normal olarak değerlendirildi. Aralıklı olarak çekilen EEG'lerinde: 1) Sağ hemisferde fokal ve teta frekansında aktivite 2) Sağ ön ve orta temporal bölgelerde keskin dalganın odaklaştığı epileptiform aktivite vardı.

Genel Tıbbi Duruma (Epilepsi) Bağlı Psikotik Bozukluk (postiktal psikoz) tanısı konulan ve epilepsi nöbetleri için Karbamazepin 600 mg/gün tedavisi başlanan hastaya psikiyatri servisinde yatışı süre içinde ek olarak Olanzapin 10 mg/gün verilmiştir. Yatışının 11. gününden itibaren hastanın düşünce içeriği bozukluklarının (grandiyöz ve mistik nitelikte hezeyanlar) düzelmeye başladığı gözlemlenmiş ve yatışının 20. gününde hezeyanlarının tamamen düzelmeye başlaması ve gerçeği değerlendirme yetisinin normal olması, hastalığına içgörü kazan-

miş olması nedeniyle Olanzapin tedavisi kesilmiş ve tedaviye yalnızca 600 mg/gün Karbamazepin ile devam edilmiştir. Hastanın taburculuk sonrası 4 aylık izleme süresinde aylık psikiyatrik ve nörolojik kontrollerinde nöbetlerinin tamamen kontrol altına alınmış olduğu ve psikotik belirtilerinin tekrar ortaya çıkmadığı gözlenerek tedaviye antiepileptik ilacı ile (Karbamazepin 600 mg/gün) devam edilmiştir. Ancak hastanın daha sonraki kontrollere gelmediği saptanmıştır.

### Ayırıcı Tanı

Epileptik psikozların ayırıcı tanısında şu durumlar düşünülmelidir: 1) İktal psikozlar: İktal psikoz, psikotik semptomların iktal EEG deşarjları ile bağlantılı olduğunu ima eder (10). Olgularımızda (Olgu 1 ve 2) psikotik semptomlar iktal EEG deşarjlarıyla bağlantılı değildi. 2) Postiktal konfüzyon: Psikozla çok benzeyen psikiyatrik semptomatoloji ile sıklıkla birarada olan, hezeyanlar, hallüsinasyonlar ve davranışsal değişiklikler gibi psikiyatrik belirtiler içeren bu epizodlar bilinç sislenmesi ile birlikte ve genel olarak kısa sürer (2). Gerek olgu 1 gerekse olgu 2'de bilinç sislenmesi olmaması nedeniyle postiktal konfüzyon düşünülmedi. 3) İktal saldırgan davranış: Başlıca frontal veya temporal lob orijinli kompleks parsiyel nöbetlerle birlikte görülen kısa süreli, stereotipik ve plansız davranışlardır (11). Her iki olguda da bu özellikleri taşıyan saldırgan davranışlar görülmemiştir. 4) Antiepileptik ilaçlara bağlı psikoz: Etosüksimid, clobazam, fenitoin, karbamazepin, fenobarbital, primidon, benzodiazepinler ve vigabatrin çok nadir olarak psikotik semptomların gelişimiyle bağlantılıdır (2). Olgu 1, çok kısa süreli ve düşük doz (400 mg/gün) karbamazepin tedavisi almıştı. Ancak tedaviye uyumsuzluğu nedeniyle bu antiepileptik ilacı terapotik dozda (kan düzeyi: 4.8 mcg /ml) kullanmamıştı. Bu nedenle ortaya çıkan psikotik tablonun karbamazepin tedavisine ikincil olarak gelişmiş olabileceği düşünülmedi.

### Tartışma

Epilepsi, motor aktiviteleri olduğu kadar bilinç düzeyini, yönelimi, bellek fonksiyonlarını, algılama, düşünce sistemi ve emosyonların her türlü

modalitesi ile tüm davranışları etkileyebilen nöropsikiyatrik bir fenomendir. Özellikle temporolimbik yapılardan kaynaklandığında ya da bu yapılar, epileptik deşarjlar ile etkilendiğinde, klinik semptomatoloji, psikozdan nevroza kadar her türlü varyasyonu gösterebilir (12).

Psikozla epilepsi arasındaki ilişkinin mekanizması bilinmemektedir. Bir hipoteze göre interiktal psikozlar, epilepsinin etkisiyle gelişen psikozlardır ve 'kindling modeli'ne benzerlik gösterirler (13). Buna göre mezial temporal bölge veya diğer temporal dışı bölgeleri etkileyen sık nöbetler psikotik semptomlara neden olur (14). Bununla birlikte pek çok hastada sık ve ciddi nöbetler bu bölgelerde psikoz gelişme olasılığını artırmamaktadır ki bu da başka faktörlerin spesifik bir yatkınlık yarattığını düşündürmektedir (2). Diğer bir hipotez nöbetler başlamadan önce hem epilepsi hem de psikoz gelişiminden sorumlu olarak bir lezyonun varlığını öne sürmektedir. Bu teoriyi destekleyen durum her iki bozukluğun sık olarak bazı nöropatolojik bulguları paylaşmasıdır (15,16). Bu hipotezde de pek çok sorunun yanıtı belirsizdir. Örneğin, niçin limbik bölgede lezyon olan tüm hastalarda hem epilepsi hem psikoz gelişmemektedir? Niçin önce epilepsi daha sonra psikoz gelişmektedir?. Başka bir görüşe göre psikoz ile epilepsi arasında savunulabilir üç değişik şekilde ilişki vardır: 1- Psikoz ile epilepsinin birarada olmaları rastlantıdır. 2-Psikoz ile epilepsi arasında antagonizma vardır. 3-Psikoz ile epilepsi arasında bir yakınlık, benzerlik vardır (12).

Taneli, epilepsi ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye farklı ve ilginç bir yorum getirmiştir. Taneli'ye göre 'Eğer, klasik tipte epileptik nöbetleri olan kişilerde, epileptik patolojiye bağlı olarak değişik psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabiliyorsa, belli odaklardan (özellikle temporolimbik yapılardan) kaynaklanan epileptik deşarjlar, klasik tipte epileptik nöbetler olmaksızın, bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına pekala neden olabilir'. Bir başka deyişle Taneli, bu psikiyatrik bozuklukları epileptiform bir bozukluk ya da epilepsinin, psikiyatrik bozukluklar ile ortaya çıkan özel bir formu olduğunu öne sürmüştür (17, 18).

Epilepsi ile psikoz arasındaki etyolojik ilişkiyi belirleyen kesin ilkeler olmamakla birlikte işaret eden bazı belirtiler mevcuttur. Epileptik nöbetlerin kontrol altında olmaması, sıklaşması ile mental bozukluğun başlaması, alevlenmesi ve remisyonu arasında geçici bir birlikteliğin olması bu ölçütlerden birisidir. Dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta, primer mental bozukluk için atipik özelliklerin bulunmasıdır. Ayrıca bu tür bozukluklarda kognitif bozuklukların primer mental bozukluklardan daha fazla olması da dikkat çekicidir (19). Kompleks parsiyel epilepsili hastaların %10-30'unda psikoz bildirilmiştir (20). Epilepsideki interiktal psikozlar, 'şizofreni benzeri psikozlar' olarak adlandırılmaktadır. İnteriktal şizofreniform psikoz, hastaların %5-10'unda görülür. Epilepsi süresi uzundur (21). Gerçek şizofreniden farkı duygulanımın, kişilerarası ilişkilerin korunması ve daha iyi prognozlu olmalarıdır (4,22). Bu psikozlara sıklıkla mezial temporal lob aktivitesi, bilateral veya multifokal diken odağı eşlik eder ve sol temporal lob odağı daha belirgin olabilir (23,24).

Olgu 1'de psikoz epilepsi başladıktan 10 yıl sonra ortaya çıkmıştır ki bu da önce epilepsinin başladığı ve 10-15 yıl süreden sonra psikozların ortaya çıktığı şeklindeki literatür bilgisiyle uyumludur (1,3).

Epilepsideki interiktal psikozlarda sol temporal lob odağının daha belirgin olabileceği bildirilmiştir. Olgu 1'de de EEG'de sol temporal lob odağı tespit edilmiştir. İnteriktal psikozlar nöbetler arasında ortaya çıkar ve doğrudan nöbete bağlanamaz. İnteriktal psikozlarda sıklıkla paranoid ve şizofreniform semptomlar görülmektedir. Duygulanımın sıcaklığını koruması ve kişilik yıkımının görülmemesi tipiktir. Formel düşünce bozukluğu ve negatif semptomlara daha az rastlanır. Ailede şizofreni veya şizoid kişilik özelliği öyküsü nadirdir. Antipsikotik ilaç tedavisine nadiren gerek duyulur ve prognoz da oldukça iyidir (9). Temporal lobdan kaynaklanan epileptik sendromlar ile paranoid psikozlar arasında yakın ilişki olduğu dikkat çekmektedir. Temporal lob epilepsisinde görülebilen paranoid psikozların dikkat çeken özellikleri şunlardır: sıklıkla mistik nitelikte hezeyanlar, deper-

sonalizasyon, derealizasyon, kontrol edilme, etkilene hezeyanları, perseküsyon, kıskançlık fikirleri, mistik nitelikte işitsel ve/veya görsel halüsinasyonlar, perseverasyonlar (25). Olgu 1'de paranoid ve mistik içerikli hezeyanlar ön planda olan psikotik semptomlardı. Duygulanım anksiyeteliydi ancak künt veya uygunsuz değildi. Formel düşünce bozukluğu ve negatif semptomlar yoktu. Ailede şizofreni veya şizoid kişilik özelliği öyküsü yoktu. Antipsikotik ilaç tedavisine gerek duyulmaksızın antiepileptik ilaçlarla klinik tablo düzelerek iyi bir prognoz gösterdi.

Postiktal psikozlarda (PİP) epileptik nöbetler sıklıkla sekonder jeneralize olan veya olmayan kompleks parsiyel tipte nöbetlerdir (26,27). Epizodlar arasında hastalarda psikopatoloji gösterilemez ve genellikle geçmişte psikoz öyküsü yoktur (28). Bazı hastalarda nöbeti izleyen yirmidört saat içinde saldırganlık, eksitasyon, paranoid hezeyanlar, işitme varsanıları ve intihar girişimleri görülebilir (29). Olgu 2'de epileptik nöbetler, kompleks parsiyel nöbet şeklinde başlayıp sekonder jeneralize olan nöbetler şeklindedir, geçmişte psikoz öyküsü yoktur ve interiktal dönemde psikopatolojik bulgu tespit edilmemiştir.

Postiktal psikozların epileptik hastalardaki yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte %6-10 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (26) ve epilepsideki tüm psikozların yaklaşık %25'ini oluşturur (4). PİP'un semptomatolojisinde sıklıkla paranoid hezeyanlar ve pozitif psikiyatrik semptomlar vardır (28). Olgu 2'de de paranoid ve mistik hezeyanlar gibi pozitif psikiyatrik semptomlar ön plandaydı.

PİP'un altında yatan mekanizma bilinmemektedir. PİP fenomeninin 'Todd's paralizisi' ile veya sık nöbetlerin yol açtığı aşırı uyarılmadan sonra nöron havuzundaki tükenmeyle ilişkili diğer postiktal manifestasyonlarla karşılaştırılabilir olduğu öne sürülmektedir (30). Dopaminerjik aşırı duyarlılık (19) ve GABA'erjik bir mekanizmanın da sorumlu olabileceği düşünülmektedir (4).

Bir çalışmada PİP'lu hastaların %15'inde kronik psikoz geliştiği bildirilmesine rağmen (31)

genellikle olumlu prognoza sahip olduğu düşünülmektedir (2). Molindone ve Olanzapine gibi antipsikotik ilaçların postiktal psikozların tedavisinde etkili oldukları bildirilmiştir (4). Olgu 2'de antiepileptik ve antipsikotik (Olanzapin 10 mg/gün) kombinasyonuna iyi yanıt vermiş ve olumlu bir prognoz göstermiştir.

### Sonuç

Epileptik hastaların önemli bir kısmı herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmaksızın yaşamlarını sürdürebilmekle birlikte bilişsel ya da kişilikle ilgili değişiklikler, anksiyete, depresyon ve psikotik belirtiler şeklinde bir takım psikiyatrik tablolar epilepsiye eşlik edebilmektedir. Epileptik psikozlu hastaların gerek kendilerinin gerekse ailelerinin yaşam kalitelerini düzeltmek amacıyla doğru tanı konulmasının önemi ve bu hastaların epileptik nöbetlerinin düzeltilmesi ile psikotik tablolarının da tedavi edilebileceği unutulmamalıdır.

### KAYNAKLAR

- Kanemoto K, Kawasaki J, Kawai I. Postictal psychosis: A Comparison with Acute Interictal and Chronic Psychoses. *Epilepsia* 1996; 37 (6):551-6.
- Lancman M. Psychosis and peri-ictal confusional states. *Neurology* 1999; 53 (Suppl 2):S33-S38.
- Scholtes FB, Renier WO, Meinardi H. Non-convulsive status epilepticus: causes, treatment, and outcome in 65 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61:93-5.
- Perrine K. Cognitive deficits in epilepsy and contribution to psychopathology. *Neurology* 1993; 53 (Suppl 2):39-48.
- Perez MM, Trimble MR. Epileptic psychosis: diagnostic comparison with process schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1980; 137:245-9.
- Manchanda R, Schaefer B, McLachlan RS. Psychiatric disorders in candidates for surgery for epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61:82-9.
- Mellers JDC, Adachi N, Takei N, Cluckie A, Toone BK, Lishman WA. SPECT study of verbal fluency in schizophrenia and epilepsy. *Br J Psychiatry* 1998; 173:69-74.
- Barr WB, Ashtari M, Bilder RM, Degreef G, Lieberman A. Brain Morphometric comparison of first-episode schizophrenia and temporal lobe epilepsy. *Br J Psychiatry* 1997; 170:515-9.
- Doksat MK, Aydın S, Biliciler Ş, Balcıoğlu İ, İlkay E. Uzun seneler nöroleptik ve EKT ile düzelmeyen ve Karbamazepinle iyileşen bir pariktal epileptik psikoz vakası. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 1:52-8.
- Wolf P, Trimble MR. Biological antagonism and epileptic psychosis. *Br J Psychiatry* 1985; 146:272-6.
- Delgado-Escueta AV, Mattson RH, King L, Goldensahn ES. Special report: the nature of aggression during epileptic seizures. *N Engl J Med* 1981; 305:711-6.
- Taneli B, Taneli S, Özaşkın S, Baş M, Yılan Ü, Bilici M, Esen A, Taneli T. Epilepsi ve anksiyete. I. Anksiyete Sempozyumu (5-7 Haziran 1992) Bilimsel Çalışmalar Kitabı; 51-64.
- Flor-Henry P. Determinants of psychosis in epilepsy: Laterality and forced normalization. *Biol Psychiatry* 1983; 18:1045-57.
- Smith PF, Darlington CL. The development of psychosis in epilepsy: a re-examination of the kindling hypothesis. *Behav Brain Res* 1996; 75:59-66.
- Bruton CJ, Stevens JR, Frith CD. Epilepsy, psychosis and schizophrenia: clinical and neuropathologic correlations. *Neurology* 1994; 44:34-42.
- Roberts GW, Done DJ, Bruton C. A 'mock up' of schizophrenia: temporal lobe epilepsy and schizophrenia-like psychosis. *Biol Psychiatry* 1990; 28:127-43.
- Taneli B. Biyolojik Psikiyatri yönünden bir yaklaşım: psikotik epilepsi (şizofreni benzeri epilepsi, affektif psikoz benzeri epilepsi). 22. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Marmara 1986;839-59.
- Taneli B. Psikomotor epilepsinin psikoz, nöroz ve sosyopati ile ilişkisinin klinik gözlem ve EEG'ye dayanarak araştırılması (Profesörlük Tezi). Bursa (Uludağ) Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Suppl. 8, 1979.
- DSM-IV. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4.Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998;204-6.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 7th ed, USA: Williams and Wilkins, 1994.
- Mace CJ. Epilepsy and Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;163: 439-45.
- McKenna PJ, Kane JM, Parrish K. Psychotic syndromes in epilepsy. *Am J Psychiatry* 1985; 142:895-904.
- Reynolds EH. Interictal psychiatric disorders: neurochemical aspects. *Biol Psychiatry* 1994; 35:47-58.
- Umbricht D, Degreef G, Barr WB, Lieberman JA, Pollack S, Schaul N. Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 1995; 152:224-31.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi. ROCHE Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul 1993, 145-52.

- 26.Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, Morris HH. Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. Arch Neurol 1996; 53:258-63.
- 27.Baumgartner C, Podreka I, Brenda N. Postictal psychosis: a SPECT study. Epilepsia 1995; 36 (Suppl 3) :S218.
- 28.Lancman ME, Craven WJ, Asconape JJ, Penry JK. Clinical management of recurrent postictal psychosis. J Epilepsy 1994; 7:47-51.
- 29.Trimble MR, Bowling TG. Aspects of Epilepsy and Psychiatry. Jhon Wiley and Sons, New York 1986;31-61.
- 30.Savard G, Andermann F, Olivier A, Remillard GM. Postictal psychosis after partial complex seizures: a multiple care study. Epilepsia 1991; 32: 225-31.
- 31.Szabo CA, Lancman M, Stagno S. Postictal psychosis: a review. Neuropsychiatry Neuropsychol Neurol 1996; 4:258-64.