

# Psikiyatrik Bir Populasyonda Epileptik Semptomatoloji

EPILEPTIC SYMPTOMATOLOGY IN A  
PSYCHIATRIC POPULATION

İbrahim BALCIOĞLU  
Yıldırım B. DOĞAN  
Coşkun ŞARMAN

Ankara Üniv, Tıp Fak. İç Hastalıkları ve Psikiyatri ABD.

Geliş Tarihi: 27 Aralık 1989  
Kabul Tarihi: 25 Haziran 1990

## ÖZET

*Bu çalışma retrospektif nitelikli bir tarama çalışması olup EEG patentlerinden yola çıkarak erişkin psikiyatriksi polikliniğinde epileptik klinik fenomenler karşısında, klinisyenin değişik yönlerden tutum ve davranışını araştırmayı amaçlamaktadır.*

*Sonuç olarak, klinisyenin anamnestik değerlendirme ve laboratuvara başvurma konusunda nisbeten sağlıklı bir tutum içinde olduğu ancak, medikasyon konusunda riskli bir tutumu benimsediği anlaşılmaktadır. Hastalığı konusunda yeterli bir bilgisi olmayan bir popülasyon için bu tutum ele alınmaya gerektirecek önemdedir.*

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, psikiyatri

T Kİ Tıp Bil Aras Dergisi C.4. S.6. 1990,515-518

## GİRİŞ

Epilepsi insanlık tarihinde bilinen en eski hastalıklardan biridir. Son yarım yüzyılda, klinik ve laboratuvar açılarından üzerinde en çok durulan konulardan biri epilepsi olmuştur. EEG metodunun konuyu aydınlatmada büyük yarar sağladığı şüphesizdir. Ancak, çeşitli klinik tipleri olan epilepsinin tek bir tanımını yapabilmek oldukça zordur. EEG esas alınırca epilepsi "paroksizmal Serebral disritmi"dir. Ancak aynı zamanda, tekrarlayan epileptik nöbetlerle karakterize, çeşitli etyolojik nedenlere bağlı kronik bir durum olarak tanımlanır.

Epilepsinin değişken bir semptomatolojiye ve klinik gidişe sahip bir tablo olması; hem

## SUMMARY

*This retrospective-screening study aims to determine the clinicians general attitude in psychiatry who is actually facing epileptic phenomena through anamnestic and clinical history,*

*That so-called attitude seems to be developed relatively on a healthy basis regarding to anamnestic assessment and indication of laboratory examination. As to the understanding of medication, on the other hand, a risky approach is concerned. Especially in a population with a poor knowledge of disease concept, that aforementioned risky approach is of utmost importance for dealing within clinical practice.*

KeyWords: Epilepsy, psychiatry.

T J Research Med Sri V.8. N.6. 1990,515-518

psikiyatrinin hem de nörolojinin alanı içinde yer alması; her ikisini de otaklaşa yakından ilgilendiren, klinik ve teknik açıdan, önemli sorunların doğmasına yol açmıştır.

Epileptik bir fenomeni, yerinde ve uygun biçimde sorulmuş sorularla daha anamnez aşamasında teşhis etmek mümkündür. Ancak, epilepsi bazen sübjektif ifadelerin ya da sübjektif görünümlü belirtilerin gerisine gizlenerek gerek teşhiste gerekse tedavide klinisyeni istenmeyen sonuçlarla yüz yüze getirilebilir.

Bu konuda belli bir tutuma işaret edebilecek nitelikteki bazı sorular şunlardır:

1. Klinisyen hangi koşullarda bu fenomen karşısında uyanık olmalıdır?

2. Epilepsiyi araştıran sorulara rutin anamnez sırasında düzenli olarak yer verilmeli midir?

3. Epileptiform bir durumu belirlemede EEG tek başına yeterli midir?

Gerek bu sorular gerekse bunlara eklenen pek çok benzerleri, klinik psikiyatrinin hep gündeminde kalmıştır.

Bu çalışma, yılda 10-15 bin civarında poliklinik hasta kapasitesine sahip bir üniversite kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hususlar şunlardır:

1. Yukarıda dile getirilen sorular doğrultusunda: Poliklinik hizmeti çerçevesi içerisinde klinisyen ne türlü bir tutuma sahiptir?

2. Klinisyen hangi koşullarda epilepsiye ait bir soruya yönelmektedir?

3. Klinisyen için epilepsi söz konusu olduğunda; ne türlü tulum ve davranış görüntüleri vardır?

## MATERYAL VE METOD

Çalışma geriye dönük (retrospeküf) nitelikli bir çalışma olup 1 Ocak 1987 31 Aralık-1988 olmak üzere iki yıllık bir süreyi kapsamaktadır.

Başlangıç olarak A.Ü.T.F. psikiyatri kliniği EEG laboratuvarındaki EEG raporu kayıtlarına müracaat edilmiş ve "genel bozukluk" olarak bildirilen EEG raporları esas alınmıştır.

Söz konusu raporlardan hareketle poliklinik başvuru kartlarına-varsa yatış dosyalarına ulaşılmıştır. Bu aşamada toplam denek sayısı-400 olarak belirlenmiştir.

Çalışmada erişkin popülasyonu amaçlandığı için 20 yaş alt sınır olarak alınıp, çocuk psikiyatrisine ve ergen psikiyatrisine yönelik başvurular değerlendirme dışı bırakılmıştır (iki yıllık EEG kayıtlarının %78'i). Böylelikle son aşamada denek sayısı n=96 olarak belirlenmiştir.

Denek grubu önce:

- Yaş
- Eğilim
- Medeni durum
- Meslek olmak üzere demografik açıdan ele alınmış, daha sonra EEG sonuç raporlarından çıkarak ilk başvuruda kullanılan tanıları, nöbet olarak bildirilen belirtilere ait özellikler kalitatif

olarak dökümlenmiş; Kantitatif düzeyde işaret edilen her özelliğe ait sayılar ve % oranları tablolar halinde verilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmamızda ele alınan grupta, ileri yaştakilerin azlığı, gençlerin fazlalığı epilepsinin "genç hastalığı" olduğu inancım pekiştirmektedir. Denek grubunda en küçük yaş yirmi (20), en büyük yaş elli dokuz (59) olup ortalama yaş otuz iki (32) dir. Denek grubunda 20-39 yaş grubunda bir kümelenme vardır. Deneklerin %77'i bu grupta yer almaktadır. Gerek hastalık gerekse tedavi konusunda kurulacak ilişkide eğilim düzeyi önemli bir faktördür ve tedavinin başarısını etkiler. Deneklerin yarısının ilköğretim eğitimi aldığı, %40'nın da orta-lise eğitimi aldığı saptanmış olup, bilgi alışverişi açısından uygunluk taşımaktadır. Bilindiği üzere epilepsi medeni durum ilişkisi; gerek evlilik aşamasında gerekse evlilik sırasında aileye müdahaleyi esas olan birtakım yaklaşımlar açısından önem taşımaktadır. Ancak klinikle tanı koymakla ve tedavide (özellikle ilaç) belirleyici ağırlıktadır.

Tablo 1'de denek grubunda "Sonuç" raporlarına göre EEG palternleri görülmektedir. Tablo 2'de ise denek grubunda ilk muayene aşamasında düşünülen ön tanıları ait dökümler vardır. %43 oranında epilepsi tanısına yer verilmekle birlikte, %67 oranında her türlü psikiyatrik tanı antitesinin kullanılması ilginçtir. Adeta EEG palternlerinin belirleyici olamayacağını kabul eden görüşlere uygunluğu taşımaktadır.

Tanımlanan subjektif hasta ifadelerinin, epilepsi kliniği ve terminolojisi açısından gruplandırılmış klinik bilgiler haline getirilmesi Tablo 3'de yansıtılmıştır. Yarıya yakın denek, bu konuda bilgi vermemekte ve bir "tarif yapmamaktadır. Daha sık

Tablo 1. Denek Grubunda Sonuç Raporlarına Göre EEG Palterni (n = 96)

HIİF Patenti	Sayı	%
Non-fokal	15	15.6
Paroksizmal	56	58.3
Diğerleri (hafif derecede yaygın)	25	26.1
Toplam	96	100

tanımlandığı varsayılan belirtiler, genel konvülsiyon belirtileri, kompleks otomatizma ve davranış bozukluğudur.

Bu belirtiler kümesinin gerisinde presipite edici faktörler araştırılmış ve Tablo 4'de gösterilmiştir. Hasta ifadeleri değerlendirildiğinde, neden-

Tablo 2. Çalışma Grubunda (İlk Başvuru) Kullanılan Ön Tanılar (n = 96)

Ön Tanılar	Sayı	%
Epilepsi	43	44.7
Nörotik Reaksiyon	5	5.2
Reaktif Depresyon	11	11.4
Şizofrenik Reaksiyon	3	3.2
Post Partum Psikoz	2	2.1
Organik Beyin Sendromu	5	5.2
Lipidofreni	2	2.1
DISS. Sendrom	5	5.3
Psikotik Reaksiyon	6	6.2
Konversiyon Reak.	2	2.1
Psikosomatik Sendrom	2	2.1
Anksiyete Nörozu	4	4.1
Paranoid Reak.	2	2.1
Migren	2	2.1
Anoreksia Nervroza	2	2.1
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tablo 3. Nöbet Olarak Bildirilen Belirtilerin Epilepsi Lehine Gruplandırılış Biçimi (n = 96)

Gruplandırılış Biçimi	Sayı	%
Genel konvülsiyon Belirtileri	30	31.2
Fokal Belirtiler	7	7.3
Absans Hali	2	2.1
Kompleks Otomatizma	19	19.8
Davranış Bozukluğu		
Hiçbirini Tarif etmiyor	36	37.5
Bilmiyor	2	2.1
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tablo 4. Kayıtlara Göre Belirtileri Presipite Edici Durumlar ve Nöbet İlişkisi (n = %)

Presipite etmenler ve Nöbet İlişkisi	Uykusuzluk		Yorgunluk		Işık Uyarısı		Psikososyal .Stresi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Her zaman	28	29.3	14	14.5	13	13.5	8	8.5
Bazen	16	16.6	22	22.9	6	6.6	12	12.5
Ayırım yok	42	43.7	47	48.9	58	60.4	61	63.5
Bilgi yok	10	10.4	13	13.7	9	9.5	15	15.5
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

sellik bağlantısı kurulabilecek etmenler; uykusuzluk, yorgunluk, ışık uyarısı, psikososyal stres olarak bildirilmiştir. Bunlardan uykusuzluk %30 oranda, diğerleri ise daha düşük oranlardadır. Bu ise epilepsi kliniği ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Medikasyon konusunda yarıdan fazla hastaya ilaç verilmemiş olması, hekimin klinik lanı konusunda beklemeğe değer bir tutumu algıladığına işaret etmektedir. Bu sağlıklı bir tutumdur (Tablo 5). Ancak, %40'a yakın oranda difenilhidantoin ve karbamazepine gibi epilepsi klinik alt tiplerine yönelik medikasyon: klinisyenin ön muayenedeki anamnezi yeterli bulunduğu işaret etmektedir. Bunun riskli bir tutum olduğunu ve ciddi yanlılıklara yol açabileceğini söylemekte yarar vardır (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Bu tarama çalışmasının çıkarılabilecek sonuçlarını şöylece özetlemek mümkündür:

1. Her paroksislik faaliyetin epilepsi tanısına götürmeyeceği konusunda yerleşik klinik bir anlayış vardır (Tablo 1,2) (2-5,13,15,16),

2. Klinik tanı, iyi alınmış bir anamnez değerlendirilmesinden daha çok semptomatolojik gözlemlere dayanmaktadır (Tablo 2) (3-5,13,15).

3. Hasta tarafından nöbet olarak bildirilen ifadelerin, epilepsi olarak değerlendirilebilmesi için kategorize edilmiş parametrelerle birlikte ele alınması zorunluluğu vardır. Böylelikle EEG indikasyonu daha anlamlı konulabilir. Ya da epilepsideki psikiyatrik semptomatoloji klinisyeni laboratuvara daha sık başvuruya yönlendirmektedir (Tablo 3) (1,4,5,9).

4. Hastanın yaptığı başvurunun hasta tarafından belirlenmiş ve teşhise yönelik bir motivasyon taşımadığı, belirtilerin devanı süresinden anlaşılmaktadır. Esasen hasta "Hastalığım" bilmek zorunda değildir. Hasta ifadeleri içinde; nöbet

Tablo 5. Ön Tanı Aşamasında Medikasyona Ait Bölgeler (n = 96)

Medikasyon	Sayı	%
Tegretol (Carbamazepin)	19	19.7
Eptantoin (Difenilhydantoin)	20	20.8
Haldol (Haloperidol)	1	1.1
Laroxyl (Amitriptilin)	1	1.1
Maliasin (Barbek Saklon)	5	5.2
İlaç verilmemiş	50	52.1
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

belirtilerinin ortaya çıkışında ilişki kurulabilecek bir presibitan ancak %30 oranında gündeme gelmektedir (Tablo 4) (2,4-6,9,14,15).

Buraya kadar sıralanan hususların bütünü araştırma kapsamındaki soruların optimal bir düzeyde cevaplandırmaktadır. Önemli olan husus, klinisyenin tutum ve davranışının çoğu yerde sağlıklı olmasına rağmen, medikasyon konusunda risk taşıyan bir aceleciliği içermesidir (8-11,17-20).

## KAYNAKLAR

1. Ardila A, Gomez J. Complex Partial Status and Schizophrenia. Instituto Neurologica de Colombia, Bogota South America. Int. Neurosci. 39:235-244,1988.
2. Blumer D, Benson DF: Psychiatric Manifestations in Epilepsy. In D.F. Benson. D. Blumer (Ed.). Psychiatric aspects of neurological disease. New York: Grune straton, 1982.
3. Dongier S: Personality and Psychosis In Temporal Ixibe Epilepsy. Elect roencephalogs. C.L. Neurophysiol. Suppl. 35:135-143,1982.
4. Flor-Henry P: ictal and interictal manifestations in epilepsy. Specific or non-specific. Epilepsia, 13:773-783, 1972.
6. Flor-Henry P: Psychosis and temporal lobe epilepsy. A Controlled investigation. Epilepsia, 10: 363-395, 1969.
7. Flor-Henry P: Telemetered EEG in Schizaphrcnia. J.Neurol Neurosurg Psychiatr, 46:287-288, 1983.
8. Frykhalm B: Clonazepam-antipsychotic effect in a case of Schizophrenia-like psychosis with epilepsy and in three cases of atypical psychosis. Acte Psychiatr Scand 71: 539-542. 1985.
9. Güvener A: Epilepsi ve tedavisi. Türkiye Klinikleri. 2: 125-131, 1982.
10. Jensen I: Lorsen JK. psychoses in drug-resistant temporal lobe epilepsy. J Neurol Neurosurg psychiatr, 42:948-954, 1979.
11. Klein F, Bental E, Terer B et al: Carbamazepine and haloperidol, placebo in excited psychosis. Arch Gen. psychiatr, 41: 165-172, 1984.
12. I'aidlow J. and Richens A (Eds): A textbook of epilepsy. 2nd. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1982.
13. Lesser RP, Luedens HE, Dinner DS: Evidence for epilepsy in patients with psychogenic seizures. Neurology, 33: 502-504, 1983.
14. Mossey EW, Mc Ilery Jr, EC: Hysteroepilepsy in the nineteenth Century. Charcot and Govers. Neurology, 36. 65-67, 1986.
15. Mc Kenna JK Kane JM, Parrish K: Psychiatric syndromes in epilepsy. American Journal of psychiatry, 142:895-904, 1985.
16. Parnas J, Karsgaard S: Epilepsy and psychosis. Acta Psychiatr Scand. 66:89-99, 1982.
17. Post RM, Uhde TW, Wolff EA: Profile of clinical efficiency and side effect of carbamazepine in Psychiatric illness: Relationship to blood and CSF levels of Carbamazepine and its 10,11-epoxide Metabolite. Acta psychiatr Scand Suppl. 313: 104-120, 1984.
18. Koll TW, Schleifer JS: Drugs effective in the treatment of the epilepsies. The pharmacological basis of therapeutics. Eds: A Goodman Cilman LS: Goodman and A. Cilman, Mac millan Publ. Co. 1980.
19. Richens A: Drug treatments of epilepsy. Henry Kimptom Publ. (Ixindon) 1976.
20. Shopino S et al: Anticonvulsants and parenteral epilepsy it the development of birth defects. Lancet, 1:272-275, 1976.
21. Stevens JR: Epilepsy and psychosis. Br. J. psychiatry, 147:321-322, 1985.
22. Sarman Coşkun, Kürşad N: Epilepsinin Psikiyatrik yönleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mecmuası 3: 191-207, 1974.
23. Toonc B: Psychosis and epilepsy. In E.H. Reynolds M.R Trimble (Eds). Epilepsy and psychiatric disorders. New York. Churchill, 1981.
24. Vonder CW: Giordoni B, Berent S, Drcifuse FE, Sackellanes JC: Personality of patients with pseudoseizures Neurology. 36:644-668, 1986.