



**T.C.**  
**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİ HASTALARINDA SOSYAL FOBİ, AGORAFOBİ VE  
DEPRESYON SIKLIĞININ KLİNİK ÖLÇEKLER KULLANILARAK  
SAPTANMASI**

Dr. Miruna Florentina ATEŞ  
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. İpek MİDİ

İSTANBUL 2016





**T.C.**  
**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİ HASTALARINDA SOSYAL FOBİ, AGORAFOBİ VE  
DEPRESYON SIKLIĞININ KLİNİK ÖLÇEKLER KULLANILARAK  
SAPTANMASI**

Dr. Miruna Florentina ATEŞ  
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. İpek MİDİ

İSTANBUL 2016

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, asistanı olmaktan gurur duyduğum, hekimliği ve yönetici vasfı ile örnek aldığım, sabrı ve anlayışıyla bana olan desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam, Nöroloji Anabilim dalı Başkanı Prof.Dr. Tülin TANRIDAĞ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof.Dr. Dilek İNCE GÜNAL'a, Prof.Dr. Neşe TUNCER ELMACI'ya, Prof.Dr. İpek MİDİ'ye, Prof.Dr. Kadriye AĞAN'a, Prof. Dr. Kayıhan ULUÇ'a, Doç.Dr.Barış İŞAK'a, Yrd.Doç.Dr. Pınar KAHRAMAN KOYTAK'a, Uzm.Dr. Hande ALİBAŞ'a, Uzm.Dr. Gülin SÜNTER'e, Uzm.Dr.Miraç Ayşen ÜNSAL'a, Uzm.Dr.Nurhak DEMİR'e,

Tezimin tüm aşamalarında yanımda olan, bu zorlu süreci kolaylaştıran, ilgi ve emeklerini esirgemeyen Prof. Dr.İpek MİDİ'ye

Uzmanlık eğitimim sayesinde tanışıp birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm değerli asistan arkadaşlarıma, klinikte birlikte çalıştığım değerli hemşire arkadaşlarım ve yardımcı sağlık personeline,

Tezin hazırlanma aşamasında, destek veren Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine ve Psikolog Başak GÖKÇEİMAM'a,

Hayatım boyunca bana sabır, anlayış ve sevgi ile yaklaşan, aldığım her kararda desteklerini hissettiğim, bana hayatı, bilgiyi ve insanları sevdiren annem Rodica GURAU'a,

Uzmanlık boyunca bana desteğini veren, bana inanan ve sevgi ile dolu davranan, istatistik aşamasını yapan sevgili eşime Saygın ATEŞ'e,

Türkiye'ye geldiğim ilk günden bugüne kadar, arkadaşlığını devam ettiren ve tezime katkı sağlayan Zeynep AYDIN'a, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Miruna Florentina ATEŞ

İSTANBUL, 2016

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. TANIM.....	2
2.2. TARİHÇE.....	2
2.3. EPİDEMİYOLOJİ.....	4
2.4. ETYOLOJİ.....	5
2.5. SINIFLAMA.....	6
2.5.1. Parsiyel Epilepsi.....	14
2.5.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler.....	14
2.5.1.2. Kompleks Parsiyel Nöbetler.....	15
2.5.1.3. Sekonder Jeneralize Nöbetlere Dönüşen Parsiyel Nöbetler.....	16
2.5.2. Jeneralize Nöbetler.....	16
2.5.3. Bazı Epileptik Sendromlar.....	18
2.5.3.1. Temporal Lob Epilepsisi.....	18
2.5.3.2. Frontal Lob Nöbetleri.....	18
2.5.3.3. Pariyetal Lob Nöbetleri.....	18
2.5.3.4. Oksipital Lob Nöbetleri.....	18
2.6. TEDAVİ.....	19
2.7. EPİLEPSİ VE PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	27
3.2. Kullanılan Ölçekler, Testler ve İncelemeler.....	28
3.2.1. Sosyodemografik bilgi formu.....	28
3.2.2. Nöropsikolojik değerlendirme.....	28

3.2.2.1.	BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	28
3.2.2.2.	LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ.....	29
3.2.2.3.	PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ (PAÖ) .....	30
3.2.2.4.	İSTATİSTİKSEL YÖNTEM .....	31
4.	ARAŞTIRMANIN BULGULARI .....	31
4.1.	DEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRME SONUÇLARI .....	31
4.2.	HASTALIK SÜRESİ VE NÖBET TİPİ.....	35
4.3.	UYGULANAN TEDAVİLERE AİT VERİLERİ .....	36
4.4.	PSİKİYATRİK ÖLÇEK SONUÇLARI .....	37
5.	TARTIŞMA.....	46
6.	SONUÇLAR.....	52
7.	KAYNAK.....	53

## ÖZET

**GİRİŞ:** Epilepsi, merkezi sinir sisteminde belirli işleve sahip bir nöron topluluğunun ani, anormal ve hipersenkron deşarjıdır. Epilepsi hastalarında nöbetlerin getirdiği yük dışında psikiyatrik bozukluklar da hastalığa eşlik eder ve hastaların yaşam kaliteleri azaltırken, intihar riskini de artırır.

**AMAÇ:** Bu çalışmada epileptik hastalarda depresyon, anksiyete, sosyal fobi, agorafobi düzeyleri araştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışma Eylül 2015 – Eylül 2016 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji polikliniğine başvuran rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş 150 hasta (18-66yaş), yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 70 kontrolden oluşmuştur. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği (LSFÖ) ve Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) her iki gruba da uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Sonuçlar değerlendirildiğinde hastaların %62,7'si kadın olup, hastaların yaş ortalaması  $34.2 \pm 10.9$ , kontrol grubunun ise  $33.00 \pm 10.2$ 'idi, hastaların ve kontrol grubunun eğitim düzeyinin yaklaşık %50'sini ilk ve ortaokul düzeyi oluşturmaktaydı. Hastaların %74'ün nöbet tipi jeneralize tonik-klonik nöbeti, %44,7'sinde hastalık süresi 10 yıldan fazlaydı. %60,67'si monoterapi ile tedavi altındaydı. Hasta ve kontrol grubu BDÖ'ne göre kıyaslandığında hasta grubunda  $15.18 \pm 12.25$ , kontrol grubunda  $10.87 \pm 9.06$  değerleri elde edilmiş olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0.0038$ ). Hastaların %30'unda antidepresan kullanım öyküsü mevcut olmakla birlikte, sonuçlar ilaçtan bağımsız olarak anlamlı çıkmıştı. Hasta ve kontrol grubu LSFÖ göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamış olup ( $p>0.05$ ), subgrup analizleri de benzer şekilde sonuçlanmıştır. Agorafobi ölçeği açısından iki grup değerlendirildiğinde, hastaların %29,33'ünde agorafobi tespit edilmiştir. Bu durum kadın hastalar arasında daha yaygın olup, özellikle kapalı alanlarda panik atak yaşadıklarını belirtmişlerdir. Asansör, tünel, uçak, metro, restoran, gemi gibi kapalı alanlar, hastalar tarafından en sık mekanla ilişkili agorafobi olarak tanımlanmıştır.

**SONUÇ:** Çalışmamız sonucunda literatürle uyumlu olarak depresyonun, epileptik hastalarda kontrol grubuna göre daha sık rastlandığı gösterilmiş olmakla birlikte, sosyal fobi, kaygı ve kaçınma açısından iki grup arasında bir farklılık saptanmamıştır. Hasta grubu arasında kapalı alan fobisi, özellikle de kadınlarda daha belirgin bulunmuştur. Epilepsi hastalarında psikiyatrik bozukluklar sıklıkla atlanmakta ve iyi tedavi edilmemektedir. Bu nedenle, epilepside komorbid faktörleri tanımlamak ve tedavi etmek, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önem taşımaktadır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Depresyon, sosyal fobi, agorafobi, epilepsi

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Epilepsy, is a specific function of a cohort of neurons in the central nervous system with a sudden, abnormal, hiper synchrony discharge. Except the burden of seizures, patients with epilepsy can develop psychiatric disorders. These factors decrease quality of life and increase suicide rate.

**PURPOSE:** Our study was designed to investigate depression, anxiety, social phobia, agoraphobia of epilepsy patients.

**METHODS:** The study was done between September 2015-September 2016 in Marmara University Pendik Research Hospital Neurology Polyclinic, among 150 random sample patients (18-66 years old) and 70 controls with age and gender coherent. Beck Depression Inventory, Liebowitz Social Phobia Inventory and Panic Agoraphobia Inventory were applied to both groups.

**RESULTS:** When the results are evaluated, 62,7% of the patients are women, and the average age of the patients are  $34.2 \pm 10.9$ , whereas the control group's average age is  $33.00 \pm 10.2$ . 50% of the education level of both patients and control group is primary and middle school. 74% of the type of the seizure is generalized tonic-clonic seizure, 44,7% of the duration of the disease is more than 10 years and 60,67% of patients are under treatment with monotherapy. When the 2 groups are compared according to BDI, the patients are with results  $15.18 \pm 12.25$ , control group with  $10.87 \pm 9.06$ , the result is statistically significant ( $p=0.0038$ ). While there is a history of antidepressant consumption, the result was meaningful independent of the pills usage. When both the patient and control group are compared according to LSPI, there is no statistical significant result ( $p>0.05$ ), and the subgroup analysis are giving the same result. When the two groups results are evaluated according to agoraphobia scale, there were findings of agoraphobia in 29,33% of patients. Agoraphobia is more common among women and they have mentioned that they were having panic attack in closed areas. Elevators, tunnels, airplane, metro, restaurants, ships are the most frequent areas that are linked with agoraphobia.

**CONCLUSION:** According to the literature, at the end of our result, besides finding out that depression is more common with epileptic patients compared to control group, there is no difference between two groups in terms of social phobia, anxiety, and avoidance. Among the patient group, claustrophobia was more common among women. In epileptic patients, psychiatric deficiencies are frequently ignored and not treated properly. That is why it is very important to identify and treat comorbid factors in order to increase the life quality of the patients in epilepsy.

**KEYWORDS:** Depression, Social phobia, agoraphobia, epilepsy

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ILAE</b>	International League Against Epilepsy
<b>EEG</b>	Elektroensefalografi
<b>MRG</b>	Manyetik rezonans görüntüleme
<b>PET</b>	Pozitron emisyon tomografi
<b>SPECT</b>	Tek foton emisyon tomografi
<b>MEG</b>	Manyetoensefalografi
<b>GABA</b>	Gama aminobutirik asid
<b>CBZ</b>	Karbamazepin
<b>VPA</b>	Valproik asit
<b>LTG</b>	Lamotrijin
<b>OXC</b>	Okskarbazepin
<b>LEV</b>	Levetirasetam
<b>BDÖ</b>	Beck Depresyon Ölçeği
<b>LSFÖ</b>	Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği
<b>PAÖ</b>	Panik Agorafobi Ölçeği
<b>M.Ö.</b>	Milattan Önce
<b>SSS</b>	Santral Sinir Sistemi

## TABLÖLAR

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubu Cinsiyet Dağılımı Karşılaştırması .....	31
Tablo 2: Hasta Grubu Yaşların Ortalama ve Standart Sapma Bilgileri .....	32
Tablo 3: Kontrol Grubu Yaşların Ortalama ve Standart Sapma Bilgileri .....	32
Tablo 4: Hasta ve Kontrol Grubu Yaş Ortalaması Değerleri .....	33
Tablo 5: Hasta ve Kontrol Grubunun Eğitim Düzeyleri Dağılımı .....	33
Tablo 6: Hasta ve Kontrol Grubunun Eğitim Düzeyi Ortalama Değerleri .....	34
Tablo 7: Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş Aralığı Dağılımı .....	34
Tablo 8: Hastalık Süreleri Dağılımı .....	35
Tablo 9: Hastaların Antiepileptik İlaç Kullanım Dağılımı .....	36
Tablo 10: Hastaların Antidepresan İlaç Kullanım Durumu .....	36
Tablo 11: Hasta ve Kontrol Grubunu BDÖ Değerlendirilmesi. ....	37
Tablo 12: Hasta Grubunda BDÖ Puansal Dağılımı .....	37
Tablo 13: Kontrol grubunda BDÖ Puansal Dağılımı .....	38
Tablo 14: Hasta ve Kontrol Grubu Yaş Aralıklarına Göre BDÖ dağılımı .....	38
Tablo 15: Hasta ve Kontrol Grubu Cinsiyete Göre BDÖ dağılımı .....	39
Tablo 16: Hasta ve Kontrol Grubunda Eğitim Düzeyine Göre BDÖ Ortalama ve Standart Sapma Değerleri .....	39
Tablo 17: Hasta Grubunun BDÖ ile Hastalık Süresi, Yaş Grupları ve Eğitim Düzeyleri İlişkisinin Değerlendirilmesi .....	40
Tablo 18: Kontrol Grubun BDÖ ile Yaş Grupları ve Eğitim Düzeyleri Değerlendirilmesi .....	41
Tablo 19: Hasta ve Kontrol Grubunu LSFÖ Değerlendirilmesi. ....	41
Tablo 20: Hasta Grubunda Liebowitz Ölçeğinin Puansal Dağılımı .....	42
Tablo 21: Kontrol grubunda Liebowitz Ölçeğinin Puansal Dağılımı .....	42
Tablo 22: Hasta Grubu Yaş Aralıklarına Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği .....	43
Tablo 23: Kontrol Grubu Yaş Aralıklarına Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği .....	43
Tablo 24: Hasta Grubu Cinsiyetlerine Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği ..	44
Tablo 25: Kontrol Grubu Cinsiyete Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği .....	44
Tablo 26: Hasta ve Kontrol Grubunda Eğitim Düzeyine Göre LSFÖ Ortalama ve Standart Sapma Değerleri .....	44
Tablo 27: Panik Atakların Sıklıkla Yaşanladığı Alanlar .....	45

## ŞEKİLLER

Şekil 1: Hastalarda Rastlanan Nöbet Tipleri:.....	35
Şekil 2: Hastaların Antiepileptik İlaç Kullanım Dağılımı.....	36



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepsi; kortikal nöronların anormal, aşırı aktivitesine bağlı olarak ortaya çıkan ve spontan tekrarlayan nöbetler ile karakterize, nöroloji pratiğinde baş ağrılarından sonra ikinci en sıklıkta karşılaşılan kronik nörolojik bir hastalıktır [1]. Tüm dünya üzerinde yaklaşık 50 milyon epilepsi hastası olduğu ve bunun da %80'ninin gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu tahmin edilmektedir [2]. Epilepsi hastaları hem hastalığın kendisi, hem de verilen tedavilere bağlı olarak pek çok sorun yaşamakta ve bu da hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Tedavi ile kontrol altına alınamayan nöbetlerin varlığı, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların epilepside sık görülmesi, kullanılan anti-epileptik ilaçlara bağlı gelişen yan etkiler, toplum tarafından damgalanma ve iş bulma güçlüğü, ülkeler arasında farklı politikalar olmasına rağmen araba kullanmak ve ehliyet sahibi olma hakkındaki kısıtlılıklar hastaların yaşam kalitesini etkileyen temel faktörlerdir. Bu sayılanlar arasında hastaların yaşam kalitesini en çok bozan etkenin devam eden nöbetlerin varlığı olduğu gösterilmiştir[3]. İkinci en önemli etken ise depresyon varlığıdır [4].

Biz bu çalışmada epilepsi hastalarının günlük hayatta karşılarına çıkan problemlerin, psikososyal durumlarına etkisinin hangi düzeyde olduğunu belirlemeyi hedefledik. Epilepsi hastalarında depresyon, anksiyete sıklığı araştırılmış olmasına rağmen fobi üzerinde yapılmış çalışmanın çok az olması nedeni ile kendi polikliniğimize başvuran epilepsi hastalarında fobi değerlendirmesini klinik ölçekler doğrultusunda yapmayı amaçladık.

Depresyon, sosyal fobi, panik atak ve mekanla ilişkili panik agorafobi ölçeklerini kullanmak, kontrol grubu ile hasta grubu arasında psikometrik parametreler açısından bir fark olup olmadığını ortaya koymak, bu parametrelerin nöbet tipi, süresi ve nöbet başlangıç yaşı ile ilişkisini saptamak şeklinde planladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. TANIM

Epilepsi, merkezi sinir sisteminde belirli işleve sahip bir nöron topluluğunun ani, anormal ve hipersenkron deşarjıdır. Primer veya sekonder artmış nöronal uyarılabilirlik sonucunda beynin gri maddesinde ani, düzensiz ve yoğun elektrik deşarjı sonucu ortaya çıkan, motor, duysal, otonom, bilişsel veya afektif bileşenlerden oluşan, bilinç düzeyinde bozulmanın eşlik edebildiği beyin fonksiyonlarının geçici ve yineleyici bozukluklarını kapsar [5].

### 2.2. TARİHÇE

Tarihsel veriler bir hastalık belirtisi olarak epileptik fenomenlerin ve özellikle de jeneralize nöbetlerin oldukça eski dönemlerden beri, çeşitli toplumlarca fark edildiğini göstermektedir. Günümüzde kullandığımız epilepsi sözcüğü eski Yunanca'da yakalamak, kavramak anlamlarına gelen "epilambanein" kelimesinden gelmektedir [6].

Epilepsi ile ilgili bulunmuş en eski kayıtlar Mezopotamya uygarlığına aittir. Babil kralı Hammurabi'nin yasalarında (M.Ö. 1750) *'Eğer bir kişi erkek ya da kadın bir köleyi satın alır ve bir ay geçmeden kölede bennu hastalığı ortaya çıkarsa, köleyi satıcısına geri verecek ve ödenmiş olan parayı geri alacaktır.'* denilmektedir. O dönemde epilepsi karşılığı olarak *'bennu'* sözcüğü yer almaktadır [7]. Babil'de bulunmuş M.Ö. döneme ait bir tablette ise epilepsi karşılığı olarak Sümerce *'antasubba'* (gökten düşme) sözcüğü kullanılmıştır [8, 9].

Epileptik nöbeti şeytan ve cin gibi doğa dışı varlıkların veya ay gibi gök cisimlerinin etkisine bağlayan mistik yorumlar sonucu ortaçağda epilepsi *'demonicus'*, *'lunaticus'* gibi sözcüklerle adlandırılmıştır [10].

Epilepsi ilk çağlardan beri bilinmektedir ve M.Ö. 460 yılında doğan Hipokrat epilepsiyi bir beyin hastalığı olarak ilk kez tanımlamıştır. Epilepsi ile ilgili ilk monograf olan "On the sacred disease" (Kutsal hastalık hakkında) adlı kitabında hastalığın beyin yerleşimli olduğunu belirtmiş ve epilepsiye *'mal caduque'* adını vermiştir [11].

Antik Romalılar, epilepsiye bedene giren bir gücün neden olduğuna inanmışlar ve bu gücün, karın ya da göz gibi noktalardan çıkarılabileceğini düşünmüşlerdir. Aulus Cornelius Celsus, De Medicina adlı eserinde Roma'da gladyatörün kesik gırtlaktan alınan kanın epilepsili hastaya tedavi amacıyla içirildiğinden bahsetmiştir. Epilepsi tedavisinde ilk çağlardan itibaren deve beyni, erkek deve kanı, yanmış insan kemiği, kaplumbağa yumurtası, ada soğanı, lavanta, kişniş gibi çeşitli organik maddeler kullanılmıştır. Geleneksel Çin tıbbında ise bitkisel kaynaklı ürünlerin yanında akupunktur ve masaj kullanılmıştır. İslam ülkelerinde din büyüklerinin manevi gücünden faydalanmak amacıyla yapılan türbe ziyaretleri, muska ve benzeri dini sembolleri kullanma gibi davranışlar günümüze kadar gelmiştir.

İlk kez 19.yüzyılın sonlarında İngiliz nörolog J. Hughling Jackson, epilepsi için “sinir dokusunun ara sıra, aşırı, düzensiz deşarjı” olarak modern tanımı yapmıştır [12]. Gowers ise hastalığın klinik semptomlarını detaylandırmış ve hatta epileptik ve nonepileptik (histerik) kasılmaların ayrımıyla ilgili görüşler bildirmiştir. Jean Martin Charcot ve ekibi de epilepsi ve “histero-epilepsi” olarak adlandırdıkları ayırım için çalışmalar yapmışlardır. Aynı dönemde Briquet ve Morel bazı nöbet tiplerinde davranışsal ve kognitif bozuklukların iktal veya interiktal dönemlerde gelişebileceğini bildirmişlerdir [13]. Epilepsi tedavisi de 19. yüzyılda gelişmeye başlamıştır. Sir Locock bromürü denemiş, 1912’de fenobarbital kullanıma girmiştir. Epilepsi pratiği ve araştırmalarında önemli basamaklardan biri ise H. Berger’in 1929 yılında EEG’yi bulması ve klinik uygulamaya sokmasıdır [7].

Tarihte nöbet geçirdiği bilinen pek çok ünlü isim mevcuttur. Ünlü düşünür Sokrat’ın basit parsiyel ve kompleks parsiyel nöbetler geçirdiği düşünülmektedir. Çocukluğundan itibaren periyodik olarak bu iki tip nöbeti geçirdiğinden Sokrat’ta temporal lob epilepsisi varlığına inanılmaktadır [14, 15].

Sıra dışı kuvveti ile tanınan bir mitolojik kahraman olan Hercules; delilik nöbetleri sırasında karısını ve 3 oğlunu öldürmüştür. Hercules’ün aşırı kuvveti ve vahşiliğinin epileptik nöbetler sırasında ortaya çıktığı düşünüldüğünden eski çağlarda epilepsi için “Hercules Hastalığı” (*Hercules morbus*) ismi kullanılmıştır.

Aziz Paul'un (St. Paul) Şam yolunda kompleks parsiyel nöbet geçirdiği bilinmektedir. Bu nedenle eski İrlanda'da epilepsi "Aziz Paul Hastalığı" olarak isimlendirilmiştir [15, 16].

### 2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy ILAE) Epidemiyoloji Komisyonu epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmak üzere ortak bir terminoloji önerisinde bulunmuştur. Buna göre epilepsi, iki veya daha fazla sayıda tekrarlamış, ani, tanımlanabilen bir olayla tetiklenmemiş epileptik nöbetler ile karakterize durumdur [7].

Epilepsi sık rastlanan nörolojik bir bozukluk olmakla birlikte farklı çalışmalar arasında insidans ve prevalans oranlarını karşılaştırmada güçlükler yaşanmaktadır. Bu güçlüklerin hasta tanımı, dışlama kriterleri, tanı koyma metotları ve bölgesel popülasyon farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde insidans 40-70/100.000 arasında değişirken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran 100-190/100.000 düzeylerine kadar çıkmaktadır [17]. Epilepsi prevalansı ise gelişmiş ülkelerde 6/1000 ve gelişmekte olan ülkelerde ortalama 18.5/1000 düzeyindedir [6].

Epilepsinin Türkiye'de görülme sıklığı 10.2/1000 olarak bildirilmiştir [18]. Dünyada yaklaşık 50 milyon epilepsi hastası olduğu tahmin edilmektedir [19].

Gelişmekte olan ülkelerde epilepsi insidans ve prevalansının daha yüksek olmasında doğum travması, kafa travması, sağlık hizmetlerine kısıtlı erişim gibi faktörler rol almaktadır. Epilepsiye dolaylı yoldan katkıları olan alkol ve madde bağımlılığı gibi sosyal hastalıkların riski daha yüksektir [20]. Yetersiz hijyen koşulları, merkezi sinir sistemini etkileyen ve nöbetlere neden olan enfeksiyöz hastalıklarının sık görülmesine neden olur [21].

Epilepsinin yaşa göre insidansı gelişmiş ülkelerde bimodal dağılım gösterir. Oranlar ilk dekatta, özellikle bir yaşından önce yüksektir ve yaşla birlikte giderek azalır, 20-39 yaşları arasında minimum düzeye düşer. İkinci artış 55 yaşından sonra olur ve ilerleyen yaşla artar [22]. Bimodal dağılım gelişmekte olan ülkelerde bu

kadar belirgin değildir. Çalışmalar arası farklılıklar görülmekle beraber, erkeklerde epilepsi görülme oranı kadınlara göre 1-2,4 kat daha fazladır [13].

#### 2.4. ETYOLOJİ

Nöbetler etyolojilerine göre 3 gruba ayrılır; idiyopatik, semptomatik ve kriptojenik.

*İdyopatik sendromlara* genelde başka bir nörolojik disfonksiyon eşlik etmez, altta gösterilebilen herhangi bir patolojik süreç yoktur; nörolojik muayene ve görüntüleme normaldir. EEG interiktal dönemde normal temel aktivite gösterir. Ailesel özellik genellikle dikkat çeker, nöbetler daha seyrek ve tedaviye yanıt daha iyidir. İdiyopatik form iyi bir prognoz gösterir ve remisyon olasılığı vardır.

*Semptomatik epilepside* altta yatan bir beyin hastalığı ve buna bağlı nörolojik bozukluklar izlenir. EEG'de zemin aktivitede yavaşlama saptanır.

*Kriptojenik epilepsi* kognitif etkilenme veya nörolojik defisitinin olduğu, edinsel bir nedeni olması gerektiği düşünülen ancak saptanamayan epilepsiler için kullanılan bir terimdir [6, 23].

Nöbetler; beyin dokusunun eksitabilitesini artıran herhangi bir serebral patolojiden köken alabilirler [24]. Erişkindeki en önemli etyolojik faktörler serebrovasküler hastalıklar, tümörler, travmatik beyin hasarları, santral sinir sistemi enfeksiyonları, nörodejeneratif hastalıklardır [24]. Çeşitli yaş gruplarında değişik baskın etyolojik faktörler saptanmaktadır. Yirmi–40 yaşlar arasında en sık etyolojik faktörler kafa travması, beyin tümörü ve arteriovenöz malformasyonlardır [24]. Genç erişkinlerde erken santral sinir sistemi (SSS) hasarına bağlı (örn. serebral palsi) rezidüel epilepsi görülebilir [24]. Altmış yaş üstünde serebral arterioskleroz ve primer ya da metastatik beyin tümörleri sıktır, bunları Alzheimer Hastalığı gibi nörodejeneratif hastalıklar izler [24]. Etiyoloji tüm yaş gruplarında değerlendirildiğinde şu şekilde sıralanabilir: idiyopatik ve/veya kriptojenik :%65,5, vasküler:%10,9, konjenital %8, travma: %5,5, neoplastik %4,1, dejeneratif:%3,5, enfeksiyon:%2,5 [25].

Son yapılan çalışmalar sonucunda epilepsinin etyolojik gruplandırılmasında; idiyopatik için 'genetik', semptomatik için 'metabolik/yapısal', kriptojenik içinse 'bilinmeyen' terimleri kullanılmaya başlanmıştır [23].

## **2.5. SINIFLAMA**

İlk olarak 1960'larda uluslararası epilepsi uzmanlarının bir araya gelmesi ile epileptik nöbetlerin sınıflamasına başlanmıştır. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE)'nin yaptığı çalışmalar sonucunda 1981 yılında epileptik nöbetlerin klinik ve elektroensefalografik sınıflaması yapılmıştır. ( Tablo 1.)

Epilepsilerde klinik seyir, prognoz, etyoloji ve dolayısıyla tedavi yaklaşımının çok farklı özellikler gösterebileceği dikkate alındığında sadece semiyolojik nöbet sınıflaması yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle 1989 yılında epileptik sendromların sınıflaması yapılmıştır [22]. (Tablo 2.)

2001 yılında bu tablo revize edilerek son şeklini almıştır (Tablo 3.).

Epilepsi tanısı koymak için ana unsurlar derinlemesine öykü alınması ve olaya tanıklık eden kişilerin tarifleridir [26]. Uygun tedaviyi verebilmek için epilepsi tanısının doğru konulması gerekir [27]. Bu aşamada ilk basamak epileptik nöbetleri nonepileptik nöbetlerden ayırmak olmalıdır [27]. Sonraki basamak ise etyolojiyi ya da epilepsinin altında yatan temel bozuklukları tanımlamaktır [27]. Tanısal incelemeler elektroensefalografi (EEG), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve daha yeni tetkikler olan pozitron emisyon tomografi (PET), tek foton emisyon tomografi (SPECT) ile manyetoensefalografi (MEG) dir [26]. Epileptik alanın doğru lokalizasyonunda hem yapısal hem fonksiyonel metodlar kullanılır ancak epilepsi fonksiyonel bir hastalık olduğundan tanıda fonksiyonel testler ve EEG temel rolü oynamaktadır [28].

### **Tablo 1. Epileptik nöbetlerin klasifikasyonları (ILAE, 1981)**

#### **I. Parsiyel Nöbetler :**

##### **A. Basit Parsiyel Nöbetler : (Bilinç bozukluğu yoktur)**

1. Motor semptomlu nöbetler
2. Somatosensoriyel veya özel duysal semptomlu nöbetler
3. Otonomik semptom veya bulguları olan nöbetler
4. Psikişik semptomlu nöbetler.

**B. Kompleks Parsiyel Nöbetler: (Bilinç bulanıklığı vardır)**

1. Basit parsiyel başlangıcı bilinç bulanıklığının izlediği nöbetler
2. Başlangıçtan itibaren bilinç bulanıklığı olan nöbetler.

**C. Sekonder Jeneralize Olan Parsiyel Nöbetler :**

1. Basit parsiyel şeklinde başlayıp jeneralize olan nöbetler
2. Kompleks parsiyel şeklinde başlayıp jeneralize olan nöbetler
3. Basit parsiyel şeklinde başlayıp, kompleks parsiele dönüşüp jeneralize olan nöbetler.

**II. Jeneralize Nöbetler (Konvülsif veya Nonkonvülsif) :**

- A. Absans nöbetleri
- B. Miyoklonik nöbetler
- C. Tonik nöbetler
- D. Klonik Nöbetler
- E. Atonik nöbetler
- F. Tonik-Klonik nöbetler.

**III. Sınıflandırılmayan Epileptik Nöbetler**

## **Tablo 2. Epilepsilerin ve epileptik sendromların uluslararası sınıflaması (ILAE, 1989)**

### **I. Lokalizasyona bağlı (fokal, lokal, parsiyel) epilepsiler ve sendromlar**

#### **1.1. İdyopatik (yaş bağlı başlangıç)**

\*Santrot temporal dikenli selim çocukluk çağı epilepsisi

\*Oksipital paroksizmlili çocukluk çağı epilepsisi

\*Primer okuma epilepsisi

#### **1.2. Semptomatik**

\*Temporal lob epilepsisi

\*Frontal lob epilepsisi

\*Parietal lob epilepsisi

\*Oksipital lob epilepsisi

\*Çocukluk çağının kronik progresif epilepsia parsiyalis kontinuası

\*Spesifik faktörlerle uyarılan nöbetlerle karakterize sendromlar

#### **1.3. Kriptojenik**

### **II. Jeneralize epilepsiler ve sendromlar**

#### **2.1. İdyopatik (yaş bağlı başlangıç-yaş sırasına göre sıralanmıştır)**

\*Selim ailesel yenidoğan konvülsyonları

\*Selim yenidoğan konvülsyonları

\*Süt çocukluğunun selim miyoklonik epilepsisi

\*Çocukluk çağı absans epilepsisi (piknolepsi)

\*Jüvenil absans epilepsisi

\*Jüvenil miyoklonik epilepsi (impulsif petit mal)

\*Uyanırken gelen grand mal nöbetli epilepsi

\*Diğer jeneralize idyopatik epilepsiler

\*Belirli aktivasyon yöntemleriyle uyarılan epilepsiler

## **2.2. Kriptojenik veya semptomatik (yaş sırasına göre)**

\*West sendromu (infantil spazmlar, Blitz-Nick-Salaam Kraempfe)

\*Lennox-Gastaut sendromu

\*Miyoklonik astatik nöbetli epilepsi

\*Miyoklonik absanslı epilepsi

## **2.3. Semptomatik**

### **2.3.1. Spesifik olmayan etyolojili**

\*Erken miyoklonik ensefalopati

\*(Supression-burst)' lu erken infantil epileptik ensefalopati

\*Diğer semptomatik jeneralize epilepsiler

### **2.3.2. Spesifik sendromlar**

## **III. Fokal veya jeneralize olduğu belirlenemeyen epilepsiler**

### **3.1. Jeneralize ve fokal nöbetli epilepsiler**

\*Yenidoğan konvülsyonları

\*Süt çocuğunun ağır miyoklonik epilepsisi

\*Yavaş dalga uykusu sırasında devamlı diken-dalgalı epilepsi

\*Edinsel epileptik afazi (Landau-Kleffner sendromu)

\*Diğer belirlenemeyen epilepsiler

### **3.2. Jeneralize veya fokal özelliği ayırdedilemeyenler (uykuda gelen grand mal nöbet olguları gibi)**

## **IV. Özel (özgün) sendromlar**

### **4.1. Duruma bağlı nöbetler**

\*Febril konvülsyonlar

\*İzole nöbet veya izole status epileptikus

\*Akut metabolik veya toksik nedenlere bağlı nöbetler

**Tablo 3. Epileptik Nöbet Tipleri (ILAE, 2001)**

**I. KENDİNİ SINIRLAYAN NÖBET TİPLERİ**

**1 - Jenaralize nöbetler**

1.1.1 Tonik-klonik nöbetler

1.1.2 Klonik nöbetler (Tonik komponentsiz; Tonik komponentli)

1.1.3 Tipik absans nöbetler

1.1.4 Atipik absans nöbetler

1.1.5 Myoklonik absans nöbetler

1.1.6 Tonik nöbetler

1.1.7 Fleksör Spazmlar

1.1.8 Myoklonik nöbetler

1.1.9 Massive bilateral myklonus

1.1.10 Göz kapağı myklonusu (Absanssız; Absanslı)

1.1.11 Myoklonik atonik nöbetler

1.1.12 Negativ myklonus

1.1.13 Atonik nöbetler

**2- Fokal nöbetler**

1.2.1 Fokal duyusal nöbetler

Elementer basit duyusal semptomlar ( oksipital ve paryetal lop nöbetleri)

Eksperimental (deneyimsel) duyuşal semptomlar ( temporoparietooksipital bileşke nöbetleri)

#### 1.2.2 Fokal motor nöbetler

Elementer klonik motor bulgulu

Asimetrik tonik motor nöbetli (ör: suplementar motor nöbetler)

Tipik (Temporal lop) otomatizimli (ör: mezial temporal lop nöbetleri)

Hiperkinetik otomatizimli

Fokal negatif myoklonuslu

İnhibitör motor nöbetler

#### 1.2.3 Jelastik nöbetler

#### 1.2.4 Hemiklonik nöbetler

#### 1.2.5 Sekonder jeneralize nöbetler

#### 1.2.6 Fokal epilepsi sendromlarında refleks nöbetler

## II- SÜREKLİ NÖBET TIPLERİ

### 1 - Jeneralize status epileptikus

2.1.1 Jeneralize tonik-klonik status epileptikus

2.1.2. Klonik status epileptikus

2.1.3.Absans status epileptikus

2.1.4 Tonik status epileptikus

2.1.5 Myoklonik status epileptikus

### 2- Fokal status epileptikus

2.2.1. Epilepsia parsialis continua

2.2.2. Aura kontinyu

2.2.3. Limbic status epileptikus (psikomotor status)

2.2.4. Hemiparazili hemikonvulsiv status

### **III- REFLEKS NÖBETLER İÇİN TETİKLEYİCİ UYARANLAR**

3.1.Görsel uyarın

3.2.Müzik dinleme

3.3.Yeme

3.4.Praksis

3.5.Somatosensorial

3.6.Proprioseptif

3.7.Okuma

3.8. Sıcak su

### **Tablo 4. Lüders'e göre semiyolojik nöbet sınıflaması (1998)**

1. Epileptik nöbet

1. Aura

• Somatosensoriyel

- İşitsel
- Abdominal
- Görsel
- Tat
- Otonomik
- Psişik

2. Otonomik nöbet

3. Dialeptik nöbet

- Tipik dialeptik nöbet

4. Motor nöbet

- Basit motor nöbet

- Miyoklonik nöbet

- Epileptik spazm

- Tonik- klonik nöbet

- Klonik nöbet

- Versif nöbet

- Kompleks motor nöbet

- Hipermotor nöbet

- Otomotor nöbet

- Jelastik nöbet

- Özel nöbetler
  - Atonik nöbet
  - Hipomotor nöbet
  - Negatif miyoklonik nöbetler
  - Astatik nöbet
  - Akinetik nöbet
  - Afazik nöbet

## 2. Paroksizmal olay

### 2.5.1. Parsiyel Epilepsi

Parsiyel nöbetler, beynin bir bölgesindeki nöronların deşarjı sonucu ortaya çıkan, klinik ve EEG bulgusu bu anatomik lokalizasyon ile ilişkili olan nöbetlerdir. Lokalizasyona bağı epilepsilerin semptomatik grubunda epileptojenik lezyon bir serebral hemisferin bir bölgesinden kaynaklanırken, idiyopatik, grupta her iki hemisferin benzer bölgeleri tutulmuş olabilir [29].

Parsiyel nöbetler, bilinç kaybı olmadığı zaman basit, bilinç kaybı olduğu zaman kompleks olarak tanımlanmaktadır. Basit parsiyel nöbetler, kompleks parsiyel nöbetlerin içine girebilmekte ve bunların her ikisi de sekonder jeneralize nöbete dönüşebilmektedir. Basit ve kompleks parsiyel nöbetlerin kaynaklandığı anatomik bölgeye göre klinik ve EEG bulguları değişkenlik göstermektedir [29].

#### 2.5.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler

Tüm epilepsi hastalarının % 60'ında parsiyel, % 10-21'inde ise basit parsiyel nöbetler vardır. Hastalarda bilinç kaybı olmadan lokalize motor ve duyuşal semptomlar vardır [29].

**1. Motor semptomlarla birlikte olan basit parsiyel nöbetler:** Kortekste motor kortikal alanda temsil edilen bölgeye bağlı olarak nöbet semptomları ortaya çıkar. Fokal motor nöbet başladığı yerde kalabilir veya komşu motor kortekse yayılarak diğer vücut alanlarını etkileyerek Jaksonian nöbetlere neden olabilir. Basit motor nöbetler, karşı hemisferin presantral veya postsantral girusundan veya suplementar motor alandan başlayan deşarjların yayılması ile oluşur. Basit motor nöbetler klonik, tonik, versif veya fonatuar olabilir. Bazen nöbet geçirilen bölgede, nöbet sonrası geçici paralizi oluşabilir. Todd Paralizi olarak adlandırılan bu tablo, 48 saate kadar uzayabilen, nöbetin izlendiği vücut bölgesinde görülen fonksiyonel motor defisittir [29].

**2. Somatosensoriyel veya özel duyuşsal semptomlu nöbetler:** Uyuşma, karıncalanma, körlük, vızıltı, ışık çakmaları, iğnelenme, hoş gitmeyen kokular, baş dönmesi ve batma hissi şeklinde tanımlanır. Sıklıkla derin duyu ve uzaysal algılama bozukluklarına da rastlanır [29].

**3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler:** Bu tip nöbetlerde, solukluk, terleme, yüzde kızarma, piloereksiyon, pupiller dilatasyon, epigastrik duyular, karın ağrısı, kusma, geğirme, çarpıntı, göğüs ağrısı ve inkontinans görülür. Deşarjlar sıklıkla temporal ve frontal lobların limbik bölgelerinden kaynaklanır. Otonomik bulgu ve belirtiler tek başına basit parsiyel nöbet oluşturabildiği gibi, kompleks parsiyel veya sekonder jeneralize nöbetlerin ilk komponenti de olabilir [29].

**4. Psişik belirtilerle seyreden nöbetler:** Sıklıkla kompleks parsiyel nöbetler olarak izlenirler. Disfazik (konuşmanın durması veya afazik konuşma bozuklukları), dimnezik (zamanın algılanmasında değişkenlik, rüya hali), kognitif (algılama bozuklukları), affektif (aşırı zevk, korku, sebepsiz öfke patlamaları), illuzyonlar (algılamada objeler deforme görülür, uzaklıkta değişimler, bedenın yanlış algılanması) şeklinde ortaya çıkabilir. Psişik nöbetler sıklıkla diğer nöbet tiplerinin gelişimi sırasında da izlenebilir [29].

#### **2.5.1.2. Kompleks Parsiyel Nöbetler**

Bilinç kaybı veya bilinç değişikliği ile seyreden bütün parsiyel nöbetleri içerir. Çocukluk yaş grubundaki nöbet tiplerinin % 20-40'ını oluştururlar. Bilateral limbik, unilateral temporal yapılara yayılan neokorteks lezyonları, orbital ve meziyal frontal, limbik korteks, inferior oksipital korteks alanlarından kaynaklanırlar. Nöbetler iki tipte görülür. Birinci tipte, 0.5-5 dakika süreli basit otomatik davranışlar, uzun süren auradan sonra donuk bakış, hareketsizlik ve bunu takip eden otomatizmalardan oluşurken, ikinci tipte ise genellikle bir dakikadan kısa süren duraksama ve otomatizmanın olmadığı, yarı amaçlı motor aktiviteler şeklinde görülür [29].

**Otomatizma:** Nöbet sırasında veya sonrasında, bilincin bozulduğu sırada görülen ve sıklıkla amnezinin eşlik ettiği istem dışı motor hareketlerdir. Semptomatolojik açıdan en sık görülen tipi orolalimenter (dudak emme, çiğneme, yalanma, yutkunma) otomatizmalardır. Gestural (elbise ile oynama, giyinme, soyunma), ambulatuvar (aniden ayağa kalkarak yürüme veya konuşma), verbal (sürekli bazı kelimelerin söylenmesi) şeklinde olabilir. Otomatizmalar kompleks parsiyel nöbetlere özgü olmayıp jeneralize nöbetlerde de görülebilir [29].

### **2.5.1.3. Sekonder Jeneralize Nöbetlere Dönüşen Parsiyel Nöbetler**

Tonik-klonik nöbetlerde başlangıçta belli kasların tonusunda artış (tonik faz) ve bunu izleyen dönemde ekstremitelerde bilateral simetrik kasılmalar (klonik faz) oluşur. En sık semptomatik fokal epilepsilerin bir parçası olarak görülür. Nöbetler kaynaklandığı odağa uygun düşen fokal nöbet fenomeni bulgu ve belirtileri ile başlar, sırasıyla tonik ve ardından klonik faz gelişir. Kan basıncı artışı, sfinkter tonusunda artma, kızarıklık, siyanoz, piloereksiyon, terleme, salivasyon ve bronş sekresyonunda artış şeklinde otonomik fenomenler preiktal fazda başlayıp, klonik faz sonunda aniden sonlanır ve toplam süresi 2-3 dakika olan nöbetlerdir [29].

### **2.5.2. Jeneralize Nöbetler**

Jeneralize epilepsiler klinik belirtileri ile her iki hemisferin eş zamanlı olarak etkilendiği ve EEG bulgularının eş zamanlı bilateral olduğu nöbetlerdir. Tüm nöbetlerin % 24'ünü oluşturur. İdiopatik ve semptomatik olmak üzere ikiye ayrılmaktadırlar. İdiopatik jeneralize epilepsilerde genetik yatkınlıktan başka bir etyolojik neden bulunamazken, semptomatik jeneralize epilepsilerde nöbetler bilinen

bir patolojiye sekonder olarak ortaya çıkar ve EEG bulguları daha düzensiz, klinik belirtileri de daha atipiktir. Nöbetler çoğu zaman spontan olarak, bazen de hiperventilasyon ve fotik stimülasyonla aktive olmaktadır [29].

**A- Absans nöbetler:** Nöbetlerin özelliği devam eden aktivitenin kesilmesi, hastanın etrafını farketmeyerek, sorulara cevap vermeyerek sabit bakmasıdır. Nöbet ani başlayıp ani bittiği için aura veya postiktal konfüzyon yaşanmaz. Bir gün içinde çok sayıda nöbet görülebilir. Nöbet sırasında EEG’de bilateral 3 cys/sn’lik “burst”ler şeklinde diken dalga deşarjları kaydedilir. Nöbetler sadece bilincin etkilendiği basit bir nöbet olabileceği gibi, bazen klonik, atonik, tonik, myoklonik komponentlerle beraber otomatizmalar ve otonomik bulgular eşlik edebilir [29].

Absanslar tipik veya atipik olabilirler. *Tipik absanslar* 10-20 saniye kadar sürer, bilinç kaybı tamdır, nöbetler aniden başlar ve biter. Gün içinde çok sayıda nöbet izlenebilir. Hiperventilasyon nöbetleri provake eder ve fotosensitivite vardır. *Atipik absanslar*, tipik olanlardan daha uzun sürer, postural tonus değişiklikleri daha siktir, bilinç kaybı tam olmaz, başlangıç ve bitişi daha az belirgindir, otomatizmalar belirgin, otonomik fenomen siktir. Genellikle semptomatik epilepsilerde görülür ve nörolojik anormallik eşlik eder [29].

**B- Myoklonik nöbetler:** İstemsiz, hızlı, ani başlayan aritmik hareketlerdir. Ekstansiyon veya fleksiyon tarzında, simetrik veya asimetric olabilir, tüm vücudu veya vücut parçalarını etkileyebilir ve en sık boyun, kol ve omuzda görülür [29].

**C- Jeneralize tonik-klonik nöbetler:** Jeneralize tonik-klonik nöbetler en çok bilinen ve en ağır nöbet şeklidir. Ani ortaya çıkan bilinç kaybı ile yaygın tonik kasılma ve takiben tonik-klonik hareketler ile karakterizedir. En sık prodromal belirtiler kişilik değişikliği, uyku bozukluğu, sinirlilik, huzursuzluktur [29].

**D- Tonik nöbetler:** Nadir olarak görülen nöbetlerdir. Çocukluk çağında daha sık olmak üzere her yaşta görülebilir. Yaygın olarak kas tonusunun arttığı ve klonik hareketlerin izlenmediği ve postiktal konfüzyon olan nöbetler olarak tarif edilir [29].

**E- Klonik nöbetler:** Jeneralize nöbetlerde tonik dönem olmadan tekrarlayan klonik hareketler olabilir. Bu tür nöbetlerin postiktal dönemleri kısadır [29].

**F- Atonik nöbetler:** Özellikle erken çocukluk döneminde görülür. Kısa süren bilinç kaybı ve kas tonusunda azalma ile karakterize olup, hastanın aniden yere düşmesine neden olur. Ani düşmeler özellikle yüz ve kafa yaralanmalarına neden olur [29].

### **2.5.3. Bazı Epileptik Sendromlar**

#### **2.5.3.1. Temporal Lob Epilepsisi**

Daha çok çocukluk ve genç erişkinlik çağında başlayan basit parsiyel, kompleks parsiyel veya sekonder jeneralize nöbetlerden oluşabilir. Otonomik ya da psişik semptomlarla veya ikisi birlikte, koku alma ve işitsel illüzyon veya halüsinasyon gibi belli duyuusal fenomenler gözlenebilir de en yaygın duyu giderek artan epigastrik rahatsızlık hissidir. En sık görülen formu meziyal temporal nöbetlerdir. EEG’de anterior temporal bölgede belirgin unilateral veya bilateral diken aktivitesi gözlenir. Hastaların çoğunda aile öyküsü ve febril konvulziyon öyküsü mevcuttur [30].

#### **2.5.3.2. Frontal Lob Nöbetleri**

Frontal lob epilepsileri basit parsiyel, kompleks parsiyel veya sekonder jeneralize nöbetler ya da tüm bunların kombinasyonları olarak görülür. Frontal lob epilepsileri; kısa süreli olup, kompleks parsiyel nöbetten sonra postiktal konfüzyonun olmaması veya minimal olması, hızla sekonder jeneralize forma dönebilme, tonik ve postural belirgin motor bulgular, başlangıçta kompleks gestural otomatizmalar, nöbet sırasında sıklıkla düşme ve sık status epileptikus atakları gibi özellikler sergiler [30].

#### **2.5.3.3. Pariyetal Lob Nöbetleri**

Genellikle basit parsiyel ve sekonder jeneralize nöbetlerle karakterizedir. Nöbetlerin çoğu basit parsiyel olarak kalır ve duyuusal olaylar gözlenir. Nöbetler en çok anterior pariyetal tiptedir ve postsantral girusu tutar, komşu yapıların da ilerleyici olarak tutulmasıyla Jaksonian nöbete ilerler [30].

#### **2.5.3.4. Oksipital Lob Nöbetleri**

Karakteristik özelliği pozitif ve negatif görsel fenomenlerdir. Parlak ve renkli ışıklar olarak tanımlanan halüsinasyonlar pozitif fenomenler, amaroz, skotomlar ve hemianopsi ise negatif fenomenlerdir. Tonik ve klonik göz deviasyonu, baş deviasyonu, göz kırpma ve nistagmoid göz hareketleri ortaya çıkabilir [30].

## 2.6. TEDAVİ

Epilepsi uzun süreli tedavi gerektiren bir durumdur. Tedavi seçenekleri arasında medikal tedavi, cerrahi tedavi ve ketojenik diyet yer almaktadır. Antiepileptikler, artmış nöronal eksitabilitenin kontrolü amacıyla kullanılan ilaçlardır. İlaç tedavisinde hedef, vücuda zarar vermeden nöbet gelişimini engellemektir[31].

Antiepileptik ilaç tedavisine, geçirilen kaçınıcı konvulziyondan sonra başlanması gerektiği ile ilgili farklı görüşler olsa da, genel kanı ilk konvulziyondan sonra ilaç tedavisinin başlanılmaması yönündedir. İlk geçirilen konvulziyondan sonra ikinci konvulziyonun geçirilme olasılığı ile ilgili yapılmış çalışmaların meta analizinde, Berg ve Shinnar [31] bu ihtimali ortalama %40 olarak bulmuşlardır. Birinci konvulziyondan sonraki konvulziyonun %75 ihtimalle ilk altı ay içinde, büyük çoğunluğunun ise ilk birkaç hafta içinde oluştuğu bildirilmiştir. Semptomatik etyolojinin olması, parsiyel nöbet olması, EEG'de interiktal diken deşarjların varlığı, mental ve motor retardasyon, kranial MRG'da lezyonun bulunması ikinci konvulziyon için risk faktörleri olarak saptanmıştır[31].

Tekrarlayan nöbetler, hastaların bireysel ve toplumsal yaşamlarında ağır kesintilere yol açar ve kontrole alınmamış epilepsisi olan çocukların ve gençlerin hem fizik güvenlikleri hem de yaşam kaliteleri, oldukça etkilenir. Epilepsili hasta gruplarında ölüm, özellikle de ani ölüm insidansı, genel nüfusta görülenden daha yüksektir [31].

Primer epilepsilerin nedeni tam anlaşılamadığından, uygulanacak tedavi yöntemi nedeni ortadan kaldırmak değil, nöbetleri önlemeye yönelik olmalıdır.

Antiepileptik ilaçlar hücresele seviyede 3 farklı mekanizma ile etki gösterirler [32].

1- Voltaj bağımlı iyon kanalları üzerinden (Na, K, Cl, Ca).

2- Gama aminobutirik asid (GABA) aracılı inhibitör nörotransmitterleri arttırarak.

3- Eksitator (özellikle glutamat) uyarıları azaltarak .

İlaç seçiminde; nöbet türü, hastanın yaşı, başka bir sistemik hastalığın var olup olmadığı, ilacın kullanım şekli, sosyo-ekonomik koşullar ve ilacın yan etkileri göz önüne alınmalıdır. İdeal bir antikonvulzan; birçok nöbet türünde etkili olmalı, emilimi ve dağılımı hızlı olmalı, eliminasyon yarılanma zamanı uzun olmalı, etkilerine karşı tolerans gelişmemeli, diğer antiepileptiklerle ilaç etkileşimine girmemeli, günde 1 ya da 2 dozda kullanılabilir, yan etkisi ve teratojenik etkileri olmamalı, anne sütüne geçmemeli ve fiyatı ucuz olmalıdır [32].

İlk keşfedilen antiepileptik fenobarbitaldir (PB). Bunu takiben fenitoin (DPH), karbamazepin (CBZ), etosüksimid, valproik asit (VPA) ve benzodiazepinler bulunmuştur. Bu ilaçların uzun yıllardır ilk basamak tedavide veri olup en sık kullanılan antiepileptiklerdendir. Son 10 yılda vigabatrin, topiramet (TPR), gabapentin (GBP), felbemat, lamotrijin (LTG), tiagabin, zonisamid (ZON), pregabalin (PRG), okskarbazepin (OXC) ve levetirasetam (LEV) gibi yeni antiepileptikler bulunmuştur [32].

**Fenobarbital:** Barbitürik asit türevidir, 1912 den beri antiepileptik olarak kullanılmaktadır. Sedatif özelliğinden fazla antikonvülfik etkisi vardır. Jeneralize ve parsiyel tipteki epilepsi nöbetlerinde ve febril konvülsiyonları önlemede etkilidir. Etki mekanizmasının; esas olarak GABA-A reseptör kompleksinde inhibitör nörotransmisyonu güçlendirmek ve ayrıca glutamatın eksitator etkilerini baskılamak yoluyla olduğu düşünülmektedir. Fenobarbital %40-60 oranında plazma proteinlerine bağlanır. Plazma yarılanma ömrü 25-150 saattir. Erişkinlerde en sık yan etkisi sedasyon, yorgunluk ve uykuya yatkınlıktır. Çocuklarda ise bunun tam tersine sıklıkla irritabilite, davranış bozukluğu ve huzursuzluğa neden olabilmektedir. Diğer yan etkileri megaloblastik anemi, makrositoz, deri döküntüsü, osteomalazi. Teratojenite değerlendirilmesinde D kategorisindedir [32].

**Fenitoin:** Basit ve kompleks parsiyel nöbetler, jeneralize nöbetler ve status epilepticus tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Absans ve myoklonik nöbetleri kötüleştirebilir ve febril konvülsiyonlarda etkisizdir. Nöronların voltaj bağımlı Na kanallarının tekrarlayıcı uyarılmalarını bloke ederek etkisini gösterir. Membran stabilizasyonunu sağlar. Plazma proteinlerine %75-95 oranında bağlanır. Karaciğerde metabolize olur. Yarılanma ömrü; 8-40 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu; 200-400 mg'dır. En sık yan etkileri: ciltte döküntü, hirsütizm, gingival hiperplazi, polinöropati, lökopeni ve teratojenitedir. Doza bağımlı olarak; nistagmus, somnolans, yorgunluk, dizartri, ataksi ve ensefalopati görülebilir. Teratojenite değerlendirilmesinde D kategorisindedir [32].

**Primidon:** Jeneralize ve parsiyel tipteki nöbetlerde etkilidir. Etkisini; hızlı nöronal inhibisyon, presinaptik GABA reseptör aktivasyonu, inhibitör postsinaptik GABA reseptörleri üzerinden gösterir. Plazma proteinlerine %20 oranında bağlanır. Karaciğerde metabolize olur. Yarılanma ömrü; 10-25 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu; 750-1000 mg'dır. Oral kontraseptif ve oral antikoagülan ilaçlarla etkileşimi vardır. En sık yan etkileri konsantrasyon eksikliği, cilt döküntüsü, cinsel disfonksiyon ve teratojenitedir. Doza bağımlı olarak; somnolans, ataksi, görme bulanıklığı ve baş dönmesi görülebilir [32].

**Etosüksimit:** Nöronda T tipi voltaja bağlı Ca kanallarında azaltma yoluyla etki ettiği gösterilmiştir. Ayrıca kortekste glutamat salınımını azalttığı bilinmektedir. Absans ve myoklonik nöbetlere etkilidir. Yaklaşık 3-4 saat içinde tepe plazma konsantrasyonuna ulaşır. Eliminasyon yarılanma ömrü 40-60 saattir. En sık görülen yan etkileri; bulantı, kusma, anoreksi, sersemlik, baş ağrısıdır. Ürtiker, Stevens Johnson sendromu, SLE, lökopeni, ve trombositopeni gibi nadir görülen yan etkiler de bildirilmiştir. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Karbamazepin:** 1962'de klinik pratiğe girmiş bir ilaçtır. Basit ve kompleks parsiyel epilepsi nöbetlerinin ve jeneralize nöbetlerin tedavisinde kullanılan ilk sırada seçilecek ilaçlardandır. Tonik-klonik nöbetlerde ve parsiyel nöbetlerde etkisi fenitoin ve fenobarbitale eşdeğer veya daha üstündür, ayrıca yan etkileri de daha azdır. Primer jeneralize nöbetlerden absans ve myoklonik nöbetlerin tedavisinde etkisizdir. Antiepileptik özelliğinin yanı sıra trigeminal nevralji ve bipolar

duygudurum bozukluğunun tedavisinde de etkilidir. Etki mekanizması fenitoine benzer şekilde, Na kanallarının uyarılmadan önceki durumuna dönme hızını yavaşlatarak aksiyon potansiyelinin tekrarlayıcı ateşlemelerini sınırlandırır. Yeni yapılan çalışmalarda, omurilik nöronlarında NMDA ile aktive olan akımları bloke ettiği bildirilmiştir. %75-80 oranında plazma proteinlerine bağlanır ve plazma tepe konsantrasyonuna 4-8 saatte ulaşır. Plazma eliminasyon yarılanma ömrü 24-36 saattir . Yetişkinde günlük doz 400-1800 mg arasında değişir, ancak bazen 2400 mg'a kadar dozlara gereksinim olabilir. Sedatif yan etkileri minimize etmek için doz titrasyonu önerilir.

Karbamazepinin en sık akut yan etkileri; doz bağımlı ortaya çıkan, sersemlik, görme bulanıklığı, diplopi, ataksi ve denge bozukluğudur. Daha nadir olarak, hiponatremi, lenfadenopati, lökopeni, anemi, trombositopeni görülebilir . Karbamazepin ile tedavinin geç bir komplikasyonu olan hiponatremiye özellikle yaşlılarda dikkat edilmesi gerekir. Teratojenite değerlendirilmesinde D kategorisindedir [32].

**Okskarbazepin:** CBZ'nin keto-analoğudur, etki mekanizması karbamazepine benzer. Plazma proteinlerine %60 oranında bağlanır. Karaciğerde metabolize olur. Yarılanma ömrü; 8-10 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu: 900-3600 mg'dır. Alerjik yan etkileri karbamazepinden daha azdır ancak karbamazepinden daha fazla oranda hiponatremiye yol açar. Yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda etkinlik bakımından karbamazepinden daha güçsüzdür. Tedavide kullanım alanları karbamazepin ile aynıdır. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Valproik Asit:** Voltaj bağımlı Na kanallarını bloke ederek Ca bağımlı K kanallarını aktifleştirmektedir. Valproik asitin biyoyararlanımı %80'den fazla olup, ağızdan alınan bir dozdan sonra iyi emilmektedir. Kandaki doruk seviyeleri iki saat içinde gözlenmektedir. Uygun dozlarda kullanıldığında plazma yarılanma ömrü 7-10 saat olup, yüksek dozlarda kullanıldığında ise 30 saate kadar çıkabilmektedir. Gastrointestinal sistemden hızla absorbe edilmekte ve plazma proteinlerine %90-95 oranında bağlanmaktadır.

West Sendromu, Lennox-Gastaut Sendromu, absans epilepsi, kompleks parsiyel epilepsi, myoklonik epilepsi, komplike febril konvulziyon, myoklonik astatik epilepsi ve jeneralize tonik klonik epilepsilerin tedavisinde kullanılmaktadır. En sık görülen yan etkileri bulantı, kusma, karın ağrısı ve diyare gibi gastrointestinal bulgulardır. Trombositopeni ve trombosit agregasyonunu inhibe ettiğinden kanama zamanını uzatabilmekte, hiperfaji ve seyrek olarak da saç dökülmesi yapabilmektedir. Hepatotoksik etkisi olup nadir de olsa fatal hepatit yapabilmekte ve bu yan etki doza bağlı olmadan kişiye özel olarak da gelişebilmekte, nadiren de Reye sendromu benzeri klinik tablo oluşturabilmektedir. Teratojenik bir ilaç olup nöral tüp defekti gelişimi riskini arttırmaktadır (D kategorisi) [32].

**Vigabatrin:** GABA'nın yapısal analogu olup etkisini GABA transaminaz enzimini irreversibl olarak inhibe ederek gösterir. Plazma proteinlerine bağlanmaz. Böbrekten metabolize olmadan atılır. Yarılanma ömrü 5-8 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu 2000-4000 mg'dır. Terapotik kan düzeyi belirlenmemiştir. İlaç etkileşimleri minimal düzeydedir. Psikoz, görme alanı defektleri ve renal toksisitesi gibi önemli yan etkileri vardır. Teratojenite riski bilinmemektedir. Doza bağımlı olarak baş dönmesi, baş ağrısı, yorgunluk, davranış değişiklikleri, ajitasyon ve depresyon görülebilir [32].

**Lamotrijin:** Etkisini nöronların voltaj bağımlı Na kanallarının tekrarlayıcı uyarılmalarını bloke ederek gösterir. Glutamat ve aspartatın patolojik salınımını inhibe ettiği de ileri sürülmüştür. Plazma proteinlerine %55 oranında bağlanır. Karaciğerde metabolize olur. Yarılanma ömrü 6-30 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu 200-300 mg'dır. Terapotik kan düzeyi belirlenmemiştir. CBZ gibi enzim indükleyen ilaçlar, lamotrijinin kan düzeyini düşürür, VPA ise arttırır. Doza bağımlı olarak diplopi, somnolans, insomnia, ataksi, baş ağrısı görülebilir. Nadir olmayarak Stevens-Johnson sendromu ve Dissemine İntravasküler Koagülasyona yol açabilir ve bunlar en korkulan yan etkileridir. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Topiramet:** Voltaj bağımlı Na kanallarının tekrarlayıcı uyarılmalarını bloke eder, GABA geçişini arttırarak inhibitör etkisini arttırır, glutamat salınımını azaltır. Plazma proteinlerine çok az oranda (%10-15) bağlanır. Az oranda karaciğerde

metabolize olur, büyük oranda (%70) böbrekten metabolize olmadan atılır. Yarılanma ömrü; 12-24 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu 200-400 mg'dır. İlaç etkileşimleri minimal düzeydedir. Yan etkileri minimaldir. Kilo kaybı, nefrolitiazis, psikiyatrik semptomlar görülebilir. Doza bağımlı olarak baş ağrısı, baş dönmesi, kognitif etkilenme, parestezi, yorgunluk, tremor, ataksi görülebilir. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Levetirasetam:** Çoklu etkiye sahip olduğu ileri sürülmekle beraber etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Antiepileptojenik ve nöroprotektif etkileri olduğu ileri sürülmüştür. Voltaj bağımlı Ca ve K kanallarının tekrarlayıcı uyarılmalarını bloke eder, GABA geçişini arttırarak inhibitör etkisini arttırır, glutamat salınımını azaltır. Plazma proteinlerine bağlanmaz. Böbrekten metabolize olmadan atılır. Yarılanma ömrü 6-8 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu 1000-3000 mg'dır. İlaç etkileşimleri minimal düzeydedir. Yan etkileri minimaldir; baş dönmesi, yorgunluk, uyku hali, görme bulanıklığı, davranış değişiklikleri, sinirlilik görülebilir. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Gabapentin:** GABA'nın yapısal analogu olup etkisini GABA sentezini arttırma yoluyla, GABA seviyesini yükselterek gösterir. Plazma proteinlerine çok az oranda (%5-10) bağlanır. Böbrekten metabolize olmadan atılır. Yarılanma ömrü 5-8 saat arasındadır. Günlük uygulama dozu 2000-4000 mg'dır. Terapotik kan düzeyi belirlenmemiştir. İlaç etkileşimleri minimal düzeydedir. Kilo alımı ve diplopi gibi yan etkileri olabilir. Doza bağımlı olarak baş dönmesi, bulantı, yorgunluk, sersemlik, ataksi, myoklonus görülebilir. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Pregabalin** Yapısal ve kimyasal olarak gabapentine benzer ancak antiepileptik etkinlik açısından ondan daha potenttir. Voltaj bağımlı Ca kanallarının alfa-2-delta alt ünitesine bağlanarak etkinlik gösterir. Plazma proteinlerine bağlanmamaktadır. Diğer ilaçlarla etkileşimi bildirilmemiştir. Renal fonksiyon bozukluğu olanlarda yarılanma ömrü uzamaktadır. En önemli yan etkileri, uyuklama, yorgunluk, baş dönmesi ve kilo alımıdır. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Zonisamid** Tüm refrakter parsiyel ve jeneralize epilepsilerde, Lennox-Gastaut Sendromu'nda, West Sendromu'nda ve progresif miyoklonik epilepside endikedir. Voltaj bağımlı Na kanallarını bloke eder, voltaj bağımlı T tipi Ca kanallarını inaktive eder, GABA reseptörüne dopaminerjik ve serotoninerjik nörotransmisyonu kolaylaştırır. Böbrek taşı oluşumu, azalmış konsantrasyon ve irritabilite gibi yan etkileri vardır. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

**Lakosamid** Voltaj kapılı sodyum kanallarının hızlı inaktivasyonuna etki etmeksizin, aynı kanalların yavaş inaktivasyonunu artırmak yoluyla etkisini gösterir. Plazma proteinlerine %15 den daha az oranda bağlanır ki bu ilaç etkileşim olasılığını azaltmaktadır. Yaklaşık 1 - 4 saat içinde plazma tepe konsantrasyonuna ulaşır ve yarılanma ömrü 12-16 saattir. Lakosamid, parsiyel başlangıçlı nöbetlerin ek tedavisi ve nöropatik ağrı tedavisi için onay almış bir moleküldür. En sık görülen yan etkiler arasında; ataksi, baş dönmesi, kusma, çift görme, bulantı, bulanık görme vardır. Bu yan etkiler hastaların yaklaşık %10 unda görülür. Teratojenite değerlendirilmesinde C kategorisindedir [32].

## 2.7. EPİLEPSİ VE PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE

Epilepsi hastaları genel popülasyon ile ve diğer kronik hastalıklar ile kıyaslandığında, psikiyatrik komorbidite oldukça sıktır. Birçok yayında en yaygın psikiyatrik komorbiditenin depresyon olduğu, ayrıca epilepsi hastalarının arasında intihar girişiminin de beklenenden daha yüksek oranda bulunduğu belirtilmektedir.

Ayrıca anksiyete, fobi, duygu durum bozuklukları, psikoz gibi birçok psikiyatrik hastalık, epilepsi hastalarında görülmekte ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olmaktadır. Bu komorbid hastalıklar sıklıkla gözden kaçmakta ve tedavi edilmemekte, bu da hastayı daha çıkmaza sokmakta ve adeta bir kısır döngü içine girmesine neden olmaktadır.

Bu çalışmada depresyon, sosyal fobi ve agorafobinin, kullanılan psikiyatrik ölçekler ile kendi örneklem grubumuz içindeki yaygınlığını ve bu durumların

demografik özellikler, hastalık süresi, nöbet tipi gibi diğer parametrelerle ilişkisinin ne olduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Örnekleme

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi polikliniğinde takip edilmekte olan, epilepsi tanısı almış ve çalışmaya dahil olmayı kabul eden 150 gönüllü hasta seçilmiştir. Hastaların klinik öyküleri epilepsi ile uyumlu, nörolojik muayeneleri normal idi. Araştırmaya dahil edilen hastaların, epilepsi polikliniğinde takipleri sırasında yapılmış olan elektrofizyolojik ve nörogörüntüleme bulguları değerlendirilmiştir.

Hasta grubu yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi demografik özelliklerinin yanı sıra nöbet tipi ve hastalık süresi açısından da değerlendirilmiştir. Kontrol grubu olarak da hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna sahip olan 70 sağlıklı gönüllü alınmıştır.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu tarafından değerlendirilen 09.2015.195 protokol numaralı araştırma projemize 25.06.2015 tarihli toplantıda, etik açıdan izin alınmıştır.

Çalışmaya dahil olma kriterleri;

- a)- 18-60 yaş arasında olma
- b)- Epilepsi tanısının kesin olması ve en az 6 aydır polikliniğimizde takip ediliyor olma
- c)- Akut yada kronik başka bir hastalığı olmamak
- d)- Uygulanacak psikiyatrik klinik ölçek testlerine kognitif açıdan yeterliliği olmak
- e)- Kontrol grubu olarak seçilen popülasyonun akut ve kronik bir hastalığı olmaması.

Çalışmaya dahil olmama kriterleri;

a)- Ciddi psikiyatrik rahatsızlığı bulunma

b)- Zihinsel yetersizlik yaratacak malign epilepsi sendromu tanısı olmak.

### **3.2. Kullanılan Ölçekler, Testler ve İncelemeler**

#### **3.2.1. Sosyodemografik bilgi formu**

Deneklere ait sosyodemografik bilgiler, araştırmacı tarafından geliştirilen ve doldurulan sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edildi. (Ek-2) Formun içeriğinde; deneğin adı, yaşı, cinsiyeti, doğum tarihi, eğitim durumu, el tercihi, telefon numarası yer almaktaydı. Epilepsi hastalarında, hastalık süresi, nöbet tipleri, nöbet sıklığı, son nöbet tarihi, antiepileptik ilaçları, antidepresan ilaç kullanımı, çekilen EEG ve MRG bilgileri not edildi.

#### **3.2.2. Nöropsikolojik değerlendirme**

Hasta ve kontrol grubunun depresif belirtilerini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. (Ek-3)

Hasta ve kontrol grubunun sosyal hayatlarındaki kaygı ve kaçınma düzeyini ölçmek amacıyla Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği kullanıldı. (Ek-4)

Hasta ve kontrol grubunun panik bozukluk ve hangi mekanlarda daha tedirgin olduklarını ortaya çıkarmak için Panik Agorafobi Ölçeği kullanıldı. (Ek-5)

#### **3.2.2.1. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Seçilen örneklemin depresyon yönünden riskini ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. BDÖ depresyona verilen duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmek amacıyla 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Bunlardan; on biri bilişi, ikisi duyguyu, ikisi açıkça görülen davranışı, biri kişiler arası sorunları, beşi somatik yakınmaları ölçmektedir. Ölçekten alınacak

toplam puan 0-63 arasında değişmektedir alınan puan arttıkça depresyonun düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Beck ölçeğine göre puanlamalar; [33]

- **0-9 puan** = normal
- **10-16 puan**= hafif ruhsal sıkıntı
- **17-20 puan**= sınırdaki klinik depresyon
- **21-30 puan**= orta depresyon
- **31-40 puan**= ciddi depresyon
- **40+ puan** = çok şiddetli depresyon

şeklindedir.

### 3.2.2.2. LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ

Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği (LSFÖ), bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirilmek üzere 1987 yılında Michael Liebowitz tarafından geliştirilmiştir. LSAS sosyal fobi için geçerliliği ve güvenilirliği olan ve tedavi için duyarlı bir ölçektir (Heimberg ve ark. 1999). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ( $r=0.98$ ). 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren toplam şiddetin yanı sıra performans korkusu, performans kaçınması, sosyal korku ve sosyal kaçınmayı ölçen 24 maddeden oluşur. Liebowitz ölçeğine göre puanlamalar; [34]

- **55-64 puan** = Orta derecede sosyal fobi
- **65-79 puan**= Belirgin sosyal fobi
- **80-95 puan**= Şiddetli sosyal fobi
- **95+ puan**= Çok şiddetli sosyal fobi

şeklindedir.

### 3.2.2.3. PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ (PAÖ)

Panik Bozukluğu tanısı almış hastalarda panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde hastalığın şiddetini belirleyen test, B.Bandelow tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Özellikle klinik ilaç çalışmalarını izlem amacıyla geliştirilmiş olmakla beraber, psikolojik tedavilerin etkinliğini ya da bu bozukluğun hangi boyutta olduğunu saptanmasında kullanılmaktadır. Tanısal değerlendirmede kullanılan bir araç değildir. Gerek gözlemci ve gerekse öz bildirim formlarından her biri beşer başlıkta toplam 14'er soru içermektedir. Başlıklar ve kapsadıkları soru sayıları sırasıyla; (A başlığı: panik atakları ve özellikleri (3+1), B başlığı: agorafobi(7) kaçınma davranışı (3), C başlığı: beklenti anksiyetesi(2), D başlığı: yeti yitimi(3), E başlığı: organik hastalık inancı(2) ve klinik çalışmaların haftalık değerlendirmesi amacıyla kullanılmıştır. "U" maddesi (atakların kendiliğinden mi yoksa beklenen durumlarda mı ortaya çıktığı) toplam puanlamaya katılmayarak, geriye kalan 13 maddenin aritmetiksel toplamı ölçeğin toplam puanını oluşturur. Her iki ölçekte de her bir başlığın başlık puan toplamı, o başlık puanını ve tüm başlıklar toplamı toplam panik bozukluğu ve bileşenleri şiddet puanını verir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini, Tural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ülkemizde yapılan çalışma sonucunda kesme noktası 11/12 puan arasında alındığında en yüksek özgüllük (%92.94) ve duyarlılık (%92.00) sağlanmaktadır.

### 3.2.2.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Bu çalışmada analizi için R istatistik yazılımı kullanılmıştır. R istatistiksel hesaplama ve grafikleri için bilgisayar programı olup aynı zamanda programlama dilidir. Yeni Zelanda Auckland Üniversitesinden Ross Ihaka ve Robert Gentleman tarafından ortaya çıkarılan R hali hazırda geliştirilmektedir [35]. İstatistiki yazılım geliştirme için istatistikçiler arasında de facto standart haline gelen R istatistiki yazılım geliştirme ve veri analizi alanında kullanılmaktadır [36].

Verilerin kıyaslanmasında Student-t testi kullanılmış, ayrıca Ki-Kare testi ile kontrol edilmiştir. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Pearson ve Spearman kolerasyon testleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarında istatistiksel anlamlılık seviyesi için 0.05 değeri alınmıştır.

## 4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Çalışmaya dahil olma kriterleri göz önüne alınarak, 150 Epilepsi tanılı hasta ve 70 sağlıklı gönüllü değerlendirilmeye alınmıştır.

### 4.1. DEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

**Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubu Cinsiyet Dağılımı Karşılaştırması**

Cinsiyet	Hasta		Kontrol	
	Adet	Yüzde	Adet	Yüzde
Erkek	56	37,30%	29	41,43%
Kadın	94	62,70%	41	58,57%
<b>Toplam</b>	150	100,00%	70	100,00%

Hastaların 37,30%'u (n=56) erkek, 62,70%'si (n=94) ise kadınlardan oluşmaktadır. Kontrol grubunun ise 41,43%'ü (n=29) erkek, 58,57%'si (n=41) kadınlardan oluşmaktadır.  $p>0.05$  olup cinsiyet açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

**Tablo 2: Hasta Grubu Yaşların Ortalama ve Standart Sapma Bilgileri**

<b>Cinsiyet</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Minumum Yaş</b>	<b>Maksimum Yaş</b>	<b>Yaş Ort. ± SS</b>
<b>Erkek</b>	56	37,3%	18	66	36,0 ± 12,1
<b>Kadın</b>	94	62,7%	19	61	33,1 ±10,0
<b>Toplam</b>	150	100,0%	18	66	34,2 ± 10,9

Hasta grubundaki erkeklerin yaş ortalaması  $36,0 \pm 12,1$ , kadınların yaş ortalaması ise  $33,1 \pm 10,0$  şeklinde oluşmaktadır.

**Tablo 3: Kontrol Grubu Yaşların Ortalama ve Standart Sapma Bilgileri**

<b>Cinsiyet</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Minumum Yaş</b>	<b>Maksimum Yaş</b>	<b>Yaş Ort. ± SS</b>
<b>Erkek</b>	29	41,43%	19	53	31,7 ± 10,9
<b>Kadın</b>	41	58,57%	17	51	34,4 ± 9,3
<b>Toplam</b>	70	100,0%	17	53	33,0 ± 10,2

Kontrol grubundaki erkeklerin yaş ortalaması  $31,7 \pm 10,9$ , kadınların yaş ortalaması ise  $34,4 \pm 9,3$  şeklinde oluşmaktadır.

**Tablo 4: Hasta ve Kontrol Grubu Yaş Ortalaması Değerleri**

	<b>Hasta Ort. ± SS</b>	<b>Kontrol Ort. ± SS</b>	<b>p</b>
<b>Yaş</b>	34.2 ± 10.9	33.00 ± 10.2	0.4269

Hastaların yaş ortası (34.2) ile kontrol grubunun yaş ortalaması (33.0) değerlendirildiğinde  $p=0.4269 >0.05$  elde edildiğinden istatistiksel olarak anlamlılık sağlanamamıştır.

**Tablo 5: Hasta ve Kontrol Grubunun Eğitim Düzeyleri Dağılımı**

<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Hasta</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>Adet</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Okuryazar</b>	1	0,7%	0	0,0%
<b>İlkokul</b>	52	34,7%	26	37,1%
<b>Ortaokul</b>	21	14,0%	16	22,9%
<b>Lise</b>	43	28,7%	10	14,3%
<b>Üniversite</b>	33	22,0%	18	25,7%
<b>Toplam</b>	150	100,0%	70	100,0%

Hasta ve kontrol grubununun ağırlıklı olarak eğitim düzeyi ilkokuldur.

**Tablo 6: Hasta ve Kontrol Grubunun Eğitim Düzeyi Ortalama Değerleri**

	<b>Hasta Ort. ± SS</b>	<b>Kontrol Ort. ± SS</b>	<b>p</b>
<b>Eğitim</b>	9.46 ± 4.75	9.48 ± 4.91	0.8273

Eğitim düzeyi açısından iki grup arasında  $p=0.8273$  olup  $>0.05$  elde edildiğinden istatistiksel olarak anlamlılık sağlanamamıştır.

**Tablo 7: Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş Aralığı Dağılımı**

<b>Yaş Aralığı</b>	<b>Hasta</b>		<b>Kontrol</b>			
	<b>Adet</b>	<b>%</b>	<b>Yaş Ort. ± SS</b>	<b>Adet</b>	<b>Yaş Ort. ± SS</b>	
<b>17-28</b>	54	(36,0%)	23,4 ± 2,9	28	(40,0%)	22,1 ± 2,6
<b>29-40</b>	54	(36,0%)	33,6 ± 3,4	24	(34,3%)	36,1 ± 3,8
<b>41-52</b>	32	(21,3%)	46,0 ± 3,1	17	(24,3%)	45,2 ± 3,4
<b>52+</b>	10	(6,7%)	57,6 ± 4,2	1	(1,4%)	53,0 ± 0,0
<b>Toplam</b>	150	(100.0%)	34,2 ± 10,9	70	(100.0%)	33,0 ± 10,2

Hasta grubunda 17-40 yaş aralığındaki kişiler tüm hastaların %72'sini oluştururken, kontrol grubunda bu oran %74 olup, hemen hemen hasta grubundaki oran ile aynıdır.

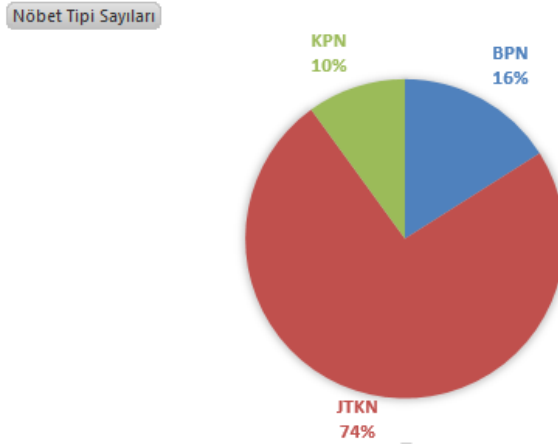
## 4.2. HASTALIK SÜRESİ VE NÖBET TİPİ

**Tablo 8: Hastalık Süreleri Dağılımı**

Hastalık Süresi	Hasta Sayısı	Yüzde
1-5	50	33,3%
6-10	33	22,0%
11-20	42	28,0%
21+	25	16,7%
<b>Toplam</b>	150	100,0%

Hastalık süresi ortalama 12 yıldır. Bununla birlikte  $\pm 9.98$  yıl standart sapma ile geniş bir dağılım göstermektedir.

**Şekil 1: Hastalarda Rastlanan Nöbet Tipleri:**



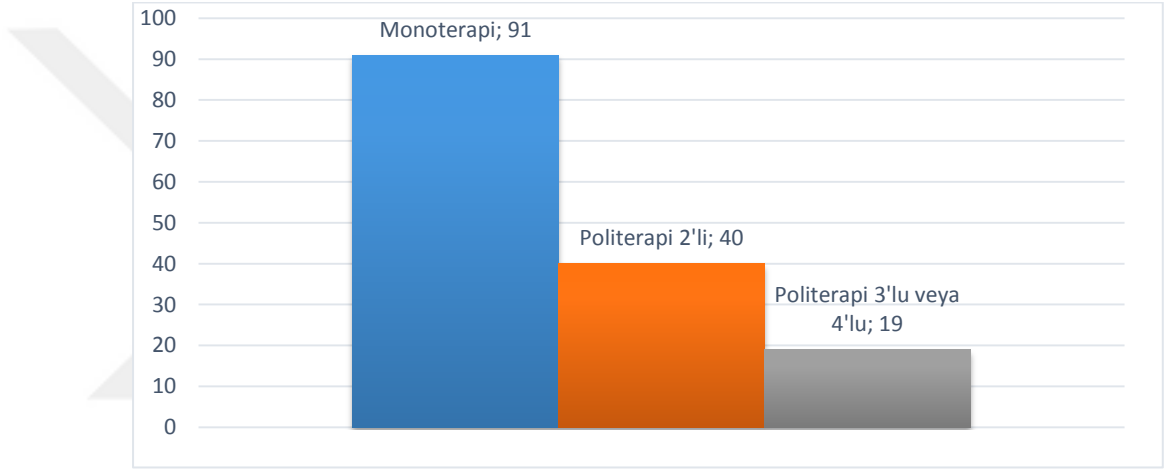
Hastaların nöbet tipi bakıldığında %74 JTKN, %16 BPN ve %10 KPN izlendi.

### 4.3. UYGULANAN TEDAVİLERE AİT VERİLERİ

**Tablo 9: Hastaların Antiepileptik İlaç Kullanım Dağılımı**

Anti Epileptik İlaç	1	2	3+
%	60.67%	26.67%	12.67%
Sayı	91	40	19

**Şekil 2: Hastaların Antiepileptik İlaç Kullanım Dağılımı**



Hastaların %60'ında monoterapi ile nöbet kontrolünün sağlandığı görülmüştür.

**Tablo 10: Hastaların Antidepresan İlaç Kullanım Durumu**

Anti Depresan İlaç	0	1	2+
%	70%	22%	8%
Sayı	105	33	12

Hastaların %30'unda antidepresan ilaç kullanımı mevcuttur.

#### 4.4. PSİKİYATRİK ÖLÇEK SONUÇLARI

**Tablo 11: Hasta ve Kontrol Grubunu BDÖ Değerlendirilmesi.**

	<b>Hasta Ort. ± SS</b>	<b>Kontrol Ort. ± SS</b>	<b>p</b>
<b>BDÖ</b>	15.18 ± 12.25	10.87 ± 9.06	0.0038

Hasta ve kontrol grubu BDÖ göre kıyaslandığında  $p=0.0038<0.05$  elde edilmiştir. Bu değer istatistiksel olarak anlamlılık teşkil edecek ölçüde yüksektir.

Bu hastaların %30'unda antidepresan kullanım öyküsü olmakla birlikte, hastaların BDÖ sonucunun ilaçtan bağımsız olduğunu göstermektedir.

**Tablo 12: Hasta Grubunda BDÖ Puansal Dağılımı**

<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	<b>Puan</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Normal</b>	0-9	60	<b>40,0%</b>
<b>Hafif Ruhsal Sıkıntı</b>	10-16	35	23,3%
<b>Sınırdaki Klinik Depresyon</b>	17-20	10	6,7%
<b>Orta Depresyon</b>	21-30	26	17,3%
<b>Ciddi Depresyon</b>	31-40	13	8,7%
<b>Çok Ciddi Depresyon</b>	40+	6	4,0%
<b>Toplam</b>		150	100,0%

**Tablo 13: Kontrol grubunda BDÖ Puansal Dağılımı**

Beck Depresyon Ölçeği	Puan	Adet	Yüzde
Normal	0-9	38	54,29%
Hafif Ruhsal Sıkıntı	10-16	16	22,86%
Sınırdaki Klinik Depresyon	17-20	7	10,00%
Orta Depresyon	21-30	7	10,00%
Ciddi Depresyon	31-40	1	1,43%
Çok Ciddi Depresyon	40+	1	1,43%
<b>Toplam</b>		70	100,0%

Hasta grubunun %40'ı, kontrol grubunun ise yaklaşık %55'inde BDÖ normal olarak saptanmıştır.

**Tablo 14: Hasta ve Kontrol Grubu Yaş Aralıklarına Göre BDÖ dağılımı**

Yaş Grubu	Hasta Beck Ort. ± SS	Kontrol Ort. ± SS
17-28	15,76±12,01	11,82±10,06
29-40	16,61±13,38	11,63±8,16
41-52	12,34±10,91	8,71±8,77
52+	13,50±11,35	3,00±0,00
<b>Toplam</b>	15,19±12,26	10,87±9,07

Hasta ve kontrol grupları, yaş aralıklarına göre subgrup analiz yapıldığında her iki grup arasında elde edilen BDÖ sonuçlarının farkı daha belirgin olarak ortaya çıkmıştır.

**Tablo 15: Hasta ve Kontrol Grubu Cinsiyete Göre BDÖ dağılımı**

<b>Cinsiyet</b>	<b>Hasta Beck Ort. ± SS</b>	<b>Kontrol Ort. ± SS</b>
<b>Erkek</b>	15,07±12,57	10,75±9,975
<b>Kadın</b>	15,26±12,14	10,97±8,311
<b>Toplam</b>	15,19±12,26	10,87±9,066

Hasta grubunda, kontrol grubuna göre BDÖ değerleri daha yüksek gelmiş ve hastalarımızın depresyona daha eğilimli olduğu sonucuna varılmıştır. Cinsiyet açısından farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 16: Hasta ve Kontrol Grubunda Eğitim Düzeyine Göre BDÖ Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Hasta Beck Ort. ± SS</b>	<b>Kontrol Ort. ± SS</b>
<b>Okuryazar</b>	6,00±00,00	00,00
<b>İlkokul</b>	16,73±12,49	10,80±11,40
<b>Ortaokul</b>	15,90±12,49	11,40±8,11
<b>Lise</b>	15,33±13,27	11,00±9,47
<b>Üniversite</b>	12,39±10,37	10,55±6,03
<b>Toplam</b>	15,19±12,26	10,87±9,066

Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça Beck ölçek değerleri azalmaktadır. Kontrol grubunda BDÖ de eğitim seviyeleri açısından farklılık gözlenmemiştir.

**Tablo 17: Hasta Grubunun BDÖ ile Hastalık Süresi, Yaş Grupları ve Eğitim Düzeyleri İlişkisinin Değerlendirilmesi**

	<b>Hasta Grubu BDÖ</b>
<b>Hastalık Süresi</b>	0.0809
<b>Yaş Grubu</b>	-0.0926
<b>Eğitim</b>	-0.1105
<b>Cinsiyet</b>	-0.0072

Bu tablo verileri arasındaki ilişkide Pearson ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Hasta grubunun hastalık süreleri ile BDÖ arasındaki korelasyon incelendiğinde, aralarında doğru yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür. Hastalık süresi arttıkça, BDÖ artmaktadır.

Hasta grubunun yaşları ile BDÖ arasındaki korelasyon incelendiğinde aralarında ters yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür. Hastaların yaşları arttıkça BDÖ azalmaktadır.

Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça Beck ölçek değerleri azalmaktadır.

Hasta grubunun cinsiyeti ile BDÖ arasındaki korelasyon incelendiğinde aralarında ters yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür.

**Tablo 18: Kontrol Grubun BDÖ ile Yaş Grupları ve Eğitim Düzeyleri Değerlendirilmesi**

	<b>Kontrol Grubu BDÖ</b>
<b>Yaş Grubu</b>	-0.1519
<b>Eğitim</b>	-0.0099

Kontrol grubunun yaşları ile BDÖ skoru arasındaki kolerasyon incelendiğinde aralarında ters yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür. Hastaların yaşları arttıkça BDÖ azalmaktadır. Kontrol grubundakinin yaş ve BDÖ ilişkisi, hastalarındakine göre daha kuvvetlidir.

Kontrol grubunda eğitim düzeyleri arttıkça BDÖ değerlerinde de toplam skorda azalma izlenmektedir.

**Tablo 19: Hasta ve Kontrol Grubunu LSFÖ Değerlendirilmesi.**

	<b>Hasta Ort. ± SS</b>	<b>Kontrol Ort. ± SS</b>	<b>p</b>
<b>LSFÖ</b>	82.46 ± 24.85	86.24 ± 20.49	0.08

Hasta ve kontrol grubu arasında LSFÖ değerleri açısından  $p=0.08 >0.05$  olup istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

**Tablo 20: Hasta Grubunda Liebowitz Ölçeğinin Puansal Dağılımı**

<b>Liebowitz Ölçeği</b>	<b>Puan</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Normal</b>	<55	15	10,0%
<b>Orta Sosyal Fobi</b>	55-64	28	18,7%
<b>Belirgin Sosyal Fobi</b>	65-79	36	24,0%
<b>Şiddetli Sosyal Fobi</b>	80-95	29	19,3%
<b>Çok Şiddetli Sosyal Fobi</b>	95+	42	28,0%
<b>Toplam</b>		150	100,0%

**Tablo 21: Kontrol grubunda Liebowitz Ölçeğinin Puansal Dağılımı**

<b>Liebowitz Ölçeği</b>	<b>Puan</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Normal</b>	<55	2	2,86%
<b>Orta Sosyal Fobi</b>	55-64	7	10,00%
<b>Belirgin Sosyal Fobi</b>	65-79	22	31,43%
<b>Şiddetli Sosyal Fobi</b>	80-95	13	18,57%
<b>Çok Şiddetli Sosyal Fobi</b>	95+	26	37,14%
<b>Toplam</b>		70	100,0%

Hem hasta grubunda (%28), hem kontrol grubunda (%37,14) en çok izlenen LSFÖ subgrup analizinde ‘çok şiddetli sosyal fobi’ olarak saptanmıştır.

**Tablo 22: Hasta Grubu Yaş Aralıklarına Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği**

Yaş Aralığı	Liebowitz	Kaygı	Kaçınma
17-28	81.20	44.61	36.59
29-40	87.23	46.92	40.31
41-52	79.02	41.71	37.31
52+	74.30	40.40	33.90
<b>Toplam</b>	82.45	44.55	37.90

**Tablo 23: Kontrol Grubu Yaş Aralıklarına Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği**

Yaş Aralığı	Liebowitz	Kaygı	Kaçınma
17-28	86.35	44.71	41.64
29-40	82.25	42.70	39.54
41-52	92.23	47.76	44.47
52+	77.00	43.00	34.00
<b>Toplam</b>	86.24	44.74	41.50

Liebowitz toplam skoru; kaygı ve kaçınma değerleri olarak 2 alt gruba ayrıldığında hasta ve kontrol grubunda elde edilen skorlar açısından bir fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 24: Hasta Grubu Cinsiyetlerine Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği**

Cinsiyet	Liebowitz	Kaygı	Kaçınma
Erkek	78.39	42.39	36.57
Kadın	84.54	45.84	38.70
Toplam	82.46	44.74	41.50

**Tablo 25: Kontrol Grubu Cinsiyete Göre Liebowitz, Kaygı ve Kaçınma Ölçeği**

Cinsiyet	Liebowitz	Kaygı	Kaçınma
Erkek	88.21	45.83	42.37
Kadın	84.03	43.51	40.51
Toplam	82.24	44.74	41.50

Hasta ve kontrol grubunda LSFÖ de cinsiyet açısından farklılık gözlenmemiştir.

**Tablo 26: Hasta ve Kontrol Grubunda Eğitim Düzeyine Göre LSFÖ Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Eğitim Durumu	Hasta Liebowitz Ort. ± SS	Kontrol Ort. ± SS
Okuryazar	82±00,00	00,00
İlkokul	89,59±27,98	88,15±22,87
Ortaokul	85,09±21,01	90,83±24,33
Lise	79,83±23,38	82,87±13,42
Üniversite	72,96±21,08	84,22±20,79
Toplam	82,46±24,85	86,24±20,49

Hasta grubunda LSFÖ de eğitim düzeyi artıkça LSFÖ skoru azaldığını görmüştür. Kontrol grubunda LSFÖ de eğitim seviyeleri açısından farklılık gözlenmemiştir.

## AGORAFOBİ

150 hastanın %29,33'ünde (n=44) Agorafobi vardır. Buna karşın kontrol grubundaki 70 kişiden %24,2'inde (n=17) Agorafobiye rastlanmıştır. Agorafobiye rastlanan kişilerin büyük çoğunu kapalı alanlarda panik atak yaşadıklarını belirtmiştir. Kapalı alanların arasından en sık asansör, tünel, uçak, metro, restoran, gemi panik atakların nedeni olmuştur. Açık alan agorafobisi içine de sokakta yürümek, köprülerden geçmek ve yüksek yerlerde bulunmak dahil edilmiştir.

**Tablo 27: Panik Atakların Sıklıkla Yaşanladığı Alanlar**

Açık Alanlar	Kapalı Alanlar
Kalabalıklar	Uçaklar
Sokakta yürümek	Parti ya da sosyal toplantılar
Tarlalar, geniş	Geniş salonlar
Caddeler, avlular	Metro
Yüksek yerler	Otobüsler, trenler
Köprülerden geçmek	Lokantalar
Evden uzaklara gitmek	Gemiler
Kuyrukta beklemek	Müzeler
Stadyumlar	Tiyatrolar, sinemalar
	Asansörler
	Süpermarketler
	Kapalı yerler (tünel gibi)
	Sınıflar, konferans salonları
	Evde tek başına kalmak
	Konser salonları
	Otomobile binmek veya sürmek

## 5. TARTIŞMA

Epilepsi; en sık görülen nörolojik hastalıklardandır ve dünya üzerinde yaygın görülen bir sağlık problemidir[37]. Tüm dünya nüfusunun yaklaşık %1'nin epilepsi hastası olduğu ve bunun da %80'inin gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu tahmin edilmektedir [2]. Yirmi yaş popülasyonun %1'ini, 75 yaş ve üstü popülasyonun %3'ünü etkiler[38]. Her iki cinsi eşit oranda etkilediği kabul edilmektedir [39].

Epilepsi hastalığının epidemiyolojik özellikleri ile ilişkili yapılan çalışmalarda, epilepsi hastalığının başlama zamanının gelişmiş ülkelerde genç yaş ve yaşlılar olmak üzere iki dönemde eşit oranda görüldüğü, ancak gelişmekte olan ülkelerde ise daha sıklıkla, geç çocukluk dönemi ve genç erişkinlikte görüldüğü ifade edilmektedir [40]. Bizim çalışmamızda hastaların ortalama yaşının 34 ve hastalık süresinin 12 yıldan fazla olduğu düşünüldüğünde, hastalık başlangıç yaşı açısından literatürle uyumlu olarak değerlendirildi. Yapılan bir çok çalışmada epilepsi hastalığının erkekler arasında daha sık rastlandığı belirtilmekle birlikte, bizim hastalarımızın %62,7'sini kadınlar oluşturmaktaydı.

Epilepside psikiyatrik komorbidite birçok çalışmanın konusu olmuştur. Epilepsi hastalarında anksiyete ve fobik bozukluklar, minor ve major depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk, bipolar affektif bozukluk ve şizofreninin ayrışmamış formları hastalığa eşlik edebilir. Bu nedenle ILAE komisyonu psikiyatrik sınıflandırmada epilepsi hastalarının geleneksel sınıflandırma kriterleri ile değerlendirilmesini önermiştir[41]. Epilepsi hastaları arasında en sık rastlanan psikiyatrik semptom depresyondur. Ayrıca epilepsi hastalarında depresyonun, diğer kronik hastalıklardan daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir [42, 43]. Epilepsi hastalarında nöbetlerin aniden oluşması, kişinin kendisini kontrol edememesine ve bundan dolayı kendisine saygısını yitirmesine ve utanmasına sebep olmakta, öğrenilmiş çaresizlik olarak tanımlanan bir durum içine sokmakta ve bu da iş ve sosyal çevresini etkileyerek depresyonun kaçınılmaz hale gelmesine neden olmaktadır [44].

Depresif semptomların gelişmesinde birçok faktör rol oynar; nöbetlerin kontrolsüz olması, öngörülemezliği, stigma algısı, beyin anomalileriyle birlikte oluşu, limbik sistemin etkilenme derecesi, nöbetlerin başlangıç yaşı, nöbet tipi ve sayısı, sosyal destek gibi [13].

Hermann ve Seidenberg[45] epilepsi ve psikiyatrik komorbidite üzerine yapılmış 36 çalışmayı incelemişler ve epilepsi ve depresyon ilişkisindeki göstergeleri 4 kategoriye ayırmışlardır.

a. Nöroepilepsi (başlangıç yaşı, lateralizasyon, hastalık süresi, etyoloji, nöbet tipi gibi)

b. Psikolojik ve sosyal (epilepsi hastalığına, algılanan ayrımcılık ve stigmaya ve stresli yaşam olaylarına adaptasyon gibi)

c. Tedavi (monoterapi, politerapi, barbitürat kullanımı gibi)

d. Sosyodemografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim gibi)

Toplum bazlı araştırmalardan elde edilen veriler, depresif bozuklukların prevalans oranlarını %20-22 aralığında rapor etmektedir [46]. Dirençli epilepsisi olan hastaların %30-50'sinde major depresyon olup, nöbet sayısından ziyade yaşam kalitesini etkileyen en güçlü faktörlerden biridir [47]. Gilliam ve ark. çalışmalarında depresyon sıklığının halen nöbet geçirmekte olan hastalarda %20-55, nöbet kontrolü sağlanmış hastalarda ise %3-9 oranında olduğunu bildirmişlerdir [47]. Epilepsi hastalarında intihar, ölüm nedenleri arasında yer almakta ve genel popülasyona göre 10 kat daha sık görülmektedir [47]. Temporal lob epilepsisi olanlarda daha yüksek oranda depresyona rastlandığına ilişkin yayınlar mevcuttur.

Jacoby ve ark. bildirdikleri bir çalışmada halen nöbet geçirmekte olan 168 epilepsi hastasının %21'inde depresyon tespit edilmiştir [48]. Baker 1996 yılında yaptığı bir çalışmada 696 epilepsi hastasından %25'inde depresyon saptamıştır[49].

Biz de 150 epilepsi hastası içinde % 60'ında depresif semptomların olduğunu ve bunun da sıklıkla % 22,86 'hafif ruhsal sıkıntı' BDÖ 10-16 puan değerleri arasında yer aldığını saptadık.

Eđitim durumunu içeren çalıřmalar incelendiđinde; Koç ve ark.'nın bir arařtırmasında; 57 epilepsi hastasının 52'sinin lise ve daha dūřuk eđitim seviyesine sahip olduđu bulunmuřtur. Yine Neze ve ark. 2006 yılında yaptıđı 93 hastadan oluřan çalıřmasında, 58 hastanın lise ve daha dūřuk eđitim seviyesinde olduđunu ortaya konmuřtur. Xinjun Li ve ark. da 2008'de yaptıkları geniř çaplı bir çalıřmada, epilepsi hastalarının %80'inin lise ve daha dūřuk eđitim dūzeyinde olduđu bildirilmiřtir [50]. Akçalı ve ark.'larının yaptıđı 139 epileptik hastayı içeren çalıřmalarında eđitim dūzeyi ( 5-8 yıl ) dūřuk olanlarda Beck depresyon deđerleri daha yūksək bulunmuřtu [44]. Yine aynı çalıřmada kompleks parsiyel sekonder jeneralize nōbeti olan grupta en yūksək Beck depresyon olek deđerleri saptanmıřtı [44].

Bizim alışmamızda da hastaların %78,1'sinin lise ve daha dūřuk seviyede eğitim aldığı gōrōldō. Bu açıdan çalışmamızın sosyodemografik bulguları incelendiğinde, yapılan diğer çalışmalara benzer özellikler taşıdığı gōrōldō. Ayrıca Beck depresyon oleği ile eğitim durumu karşılaştırıldığında eğitim dūzeyi dūřuk olanlarda Beck depresyon değerlerinin de daha yūksək çıktığı gōrōldō.

Epilepsi; kronik bir hastalık olması nedeni ile hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir durumdur [51]. Epilepsili hastaları ile yapılan çalışmalar, genel popōlasyonla karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin dūřuk olduğunu gōstermektedir. Hastaların durumları incelendiğinde; özellikle nōbet sıklığı ve nōbet tipinin yaşam kalitesi üzerine en etkili faktōrler olarak ortaya konulduğu gōrōlmektedir[52-54]. Epilepsi hastalarında yaşam kalitesinin dūřūklōđüne neden olan faktōrler arasında psikiyatrik ve bilişsel bozukluklar önemli yer tutmaktadır [55]. Diđer önemli bir faktōr de tekrarlayan nōbetlerdir. Epilepsi hastalarında nōbet gelişimini ve sıklığını epilepsi ve tedavisinde kullanılan antiepileptik ilaçlar, hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini ve seks steroid hormonların salınımı arasındaki ilişkinin bozulması etkilemektedir. Bu nedenle puberte, hamilelik ve premenopozal dōnemlerde hormonal değişime bağlı olarak epilepsinin birey üzerine etkisi de belirlenmektedir [56].

W.Allen Hauser ve ark. 92 epilepsi hastasıyla yaptıkları çalışmada, hastalarında %60 oranında parsiyel epilepsisi olduğunu belirtilmişlerdir [57]. Biz

çalışmamızda ise hastaların büyük çoğunluğunun nöbet tipinin jeneralize tonik-klonik (JTKN) %74 (bunda sekonder jeneralize nöbetlerde dahildir), ikinci sıklıkta basit parsiyel nöbet (BPN) %16 geçirdiğini saptadık. Onal A.E. ve ark. 2002 yılında, toplam 58 epilepsi hastasında yaptıkları çalışmada hastaların %47'sinin jeneralize nöbet, %41,7'sinin parsiyel nöbet geçirdikleri saptanmış, kalanların nöbet tipi belirlenememiştir [58]. Her ne kadar çalışmamızda jeneralize nöbetlerin daha fazla görüldüğü bulunsada, epilepsiye ilişkin epidemiyolojik çalışmalarda parsiyel nöbetlerin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Çalışmamızda hasta sayısının az olması, genç hastalarda jeneralize epilepsinin daha sık görülmesi bu sonucun doğmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda hastalarımızın %60,67'in tek antiepileptik ilaç, %26,6'sı ikili, %12,67'si üçlü ve dördü antiepileptik ilaç kullanmaktaydı. Literatür incelendiğinde, Brodie ve ark.'nın yapmış oldukları referans kabul edilen prospektif çalışmada da epilepsi hastalarının %60 gibi büyük bir kısmının monoterapi ile en az bir yıl nöbetsiz olduğu gösterilmiştir [59]. Bizim çalışmamızda bu referans çalışmanın verileri ile uyumlu gelmiştir. Epilepsi hastalarının yaklaşık %70'inde nöbetler, bir veya daha fazla antiepileptik ilaçla kontrol altına alınabilmektedir [60]. Bununla birlikte hastaların yaklaşık %30'unda politerapiye rağmen nöbet kontrolü sağlanamamaktadır [61]. Tedavi başarısızlığının nedenlerinden birisi de hastalarda ilaç uyumunun iyi olmamasıdır ve ilaç uyumsuzluğu oranı epilepsi hastalarında yüksek saptanmıştır [62, 63]. Yapılan çalışmalarda epilepsi hastalarının %30-50'sinin verilen antiepileptik tedavilere uyum göstermediği bildirilmiştir [37, 64]. İlaç tedavisine uyumsuzluk, hastalarda mortalite ve morbiditede artışı, yaşam kalitesinde ve üretkenlikte düşüklüğe sebep olmaktadır [37, 65].

Epilepsi hastalarının; sağlıklarını ve özgürlüklerini geriye dönüşümsüz kaybettiklerine inanmaları, ölüm korkusu yaşamaları ve hastalığın kronik olması akut ya da kronik strese neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda epilepside nöbetler ve stres arasında ilişki olduğu gösterilmiştir [51, 66]. Epilepsi hastalığına yönelik öne sürülen farklı görüşlerden biri tıbbi (medikal) görüş olup, hastalık sürecinin kendisinin primer olarak psikolojik strese neden olduğu ve psikolojik stresin zamanla daha da arttığını ileri sürmektedir.

Epilepsili hastalarında psikososyal sorunlar, genel popülasyondan daha fazla görülmektedir [67]. Epilepsi hastalarında sıklıkla görülen psikososyal sorunlar; sosyal izolasyon, sosyal adaptasyon sorunları, benlik saygısında azalma, okul performansında düşme, iş bulmada güçlükler, sosyalliğin ve evlilik yaşamının bozulmasıdır. Epilepsinin doğrudan etkileri (bilinç kaybı, düşme, kazalar vb) kişinin günlük fonksiyonlarını etkileyebilir, mesleki ve sosyal işlevselliğini azaltabilir. Özellikle epilepsili hastalarda sosyal uyumla ilgili problemler (örn. İş olanaklarının azalması, araba sürme) olduğu bildirilmektedir [66-68]. Bu sorunların en önemli nedeni nöbet geçirme ile ilgilidir. Nöbetler arası süre uzun bile olsa epilepsi hastaları sürekli olarak yeni bir nöbet geçirme korkusu yaşarlar. Tekrarlayan nöbetler hastaların eğitimini, iş hayatını, araba kullanmasını, aile ve sosyal ilişkiler kurmalarını ve geliştirmelerini engelleyebilir [68]. Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında; epilepsili bireyler bedensel ve ruhsal sağlıklarının bozuk olduğunu, yaşama bağlılıklarının azaldığını ve toplumsal görevlerini yerine getirmediğini düşünmektedirler [69].

Epilepsi ile ilişkili psikososyal sorunlar hastanın yaşına, hastalığın altta yatan etiyolojisine ve nöropatolojisine, epilepsinin süresine, nöbetlerin sıklığına, şiddetine ve tipine, EEG deşarjına, anti epileptik ilaçlara ve çeşitli psikolojik faktörlere bağlı olabilmektedir [70].

Epilepsili hastalarda sosyal sorunlar; özellikle depresyon, anksiyete, antipsikopatolojik kişilik gibi mental sağlık problemleri ile ilişkili olabilmektedir. Epilepsisi olan kişilerde major depresyon başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların ve intihar girişimlerinin sıklığı epilepsili olmayan kişilere göre daha yüksektir [47]. Depresyon en sık rastlanan klinik tablodur. Nöbetlerin önceden belirlenememesi ve herhangi bir yer ve zamanda ortaya çıkabilmesi, epileptik hastalarda sosyal fobi ve değersizlik hissi gelişimine neden olabilir. Bu faktörler hastaların psikososyal fonksiyonunu, yaşam kalitesini azaltmakta ve depresyon sıklığını da arttırmaktadır [71].

Çalışmamızda diğer incelediğimiz bir alan da sosyal fobi ve agorafobi olmuştur. Kutlu ve ark. [71] yaptığı 132 epilepsi hastası, 61 kontrol grubu üzerinde yaptıkları çalışmada, Kocaeli bölgesi içinde takip ettikleri epilepsi hastalarındaki depresyon ve sosyal fobi sıklığını kontrol grubu ile kıyaslamışlardır. Yüz otuz iki

hastanın 88'i kadın, 44'ü erkek olup, yaş ortalaması 26.66±11.3, kontrol grubunu oluşturan 61 hastanın 36'sı kadın, 25'i erkek olup yaş ortalaması 32.16±7.99'dur. Bu hastalarda da çalışmamıza benzer şekilde Beck depresyon ve Liebowitz Sosyal anksiyete ölçeği kullanılmıştır. Beck Depresyon ölçeği, kontrol grubunda hasta grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Yine aynı şekilde Liebowitz kaçınma ve kaygı ölçeklerinin toplam skorlaması hasta grubunda daha yüksek oranda gelmiş, her iki test ölçeğinde cinsiyet ve nöbet tipi ile ilişkisi gösterilememiştir. Kutlu ve ark. [71] uyguladığı LSAÖ'ı epilepsi hastalarında uygulanan ilk klinik çalışmadır. Yaş, hastalık süresi, nöbet sıklığı, nöbet tipi ile ölçekler arasından istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır.

Bizim hasta grubumuzda da BDÖ sonuçları kontrol grubu ile belirgin olarak anlamlı bulunmuş, bu sonuçlar cinsiyet, eğitim, hastalık süreci ile de aynı anlamlılığı korurken, LSFÖ de hasta ve kontrol grubumuz arasında istatistiksel anlamlılık elde edilmemiştir.

Agorafobi testindeki soruları, kapalı ve açık ortamda agorafobi olarak iki kısımda toplamaya çalıştığımız araştırmamızda, hasta grubunda daha fazla sayıda agorafobisi olan kişi çıkmış, bunların özellikle kadın hastalar olduğu saptanmış, kapalı ortamlarda agorafobinin daha baskın olduğu görülmüş ve bu durumun eğitimden bağımsız olduğu sonucuna varılmıştır. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışma dikkatimizi çekmemiştir.

Sonuç olarak, hastalarda yeterli nöbet kontrolünün sağlanması yolunda hasta tedavilerinin uygun bir şekilde yönetimi, ilaç uyumunun etkin bir şekilde takip edilebilmesinde depresyon, sosyal fobi ve agorafobide azalma izlenebilir.

## 6. SONUÇLAR

Çalışmamızda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Hastalarımızın demografik analizinde: sonuçlar değerlendirildiğinde hastaların %62,7'si kadın olup, hastaların yaş ortalaması  $34.2 \pm 10.9$ , kontrol grubunun ise  $33.00 \pm 10.2$ 'idi, hastaların ve kontrol grubunun eğitim düzeyinin yaklaşık %50'sini ilk ve ortaokul düzeyi oluşturmaktaydı. Hastaların %74'ün nöbet tipi jeneralize tonik-klonik nöbeti, %44,7'sinde hastalık süresi 10 yıldan fazlaydı. %60,67'si monoterapi ile tedavi altındaydı.
2. Hasta ve kontrol grubu BDÖ'ne göre kıyaslandığında hasta grubunda  $15.18 \pm 12.25$ , kontrol grubunda  $10.87 \pm 9.06$  değerleri elde edilmiş olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0.0038$ ). Hastaların %30'unda antidepresan kullanım öyküsü mevcut olmakla birlikte, sonuçlar ilaçtan bağımsız olarak anlamlı çıkmıştı.
3. Hasta ve kontrol grubu LSFÖ göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamış olup ( $p>0.05$ ), subgrup analizleri de benzer şekilde sonuçlanmıştır.
4. Agorafobi ölçeği açısından iki grup değerlendirildiğinde, hastaların %29,33'ünde agorafobi tespit edilmiştir. Bu durum kadın hastalar arasında daha yaygın olup, özellikle kapalı alanlarda panik atak yaşadıklarını belirtmişlerdir. Asansör, tünel, uçak, metro, restoran, gemi gibi kapalı alanlar, hastalar tarafından en sık mekanla ilişkili agorafobi olarak tanımlanmıştır.
5. Sonuç olarak epilepsi hastalarında psikiyatrik bozukluklar sıklıkla atlanmakta ve iyi tedavi edilmemektedir. Bu nedenle, epilepside komorbid faktörleri tanımlamak ve tedavi etmek, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önem taşımaktadır.
6. Çalışmanın zorlukları : Hastaların eğitim düzeyleri göz önüne alındığında, anket sorularını cevaplamaya ve psikiyatrik ölçek testlerine yapmaya hevesli olmadıkları görüldü.

## 7. KAYNAK

1. Hirtz, D., et al., *How common are the "common" neurologic disorders?* *Neurology*, 2007. **68**(5): p. 326-37.
2. Thurman, D.J., et al., *Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy.* *Epilepsia*, 2011. **52 Suppl 7**: p. 2-26.
3. Guekht, A.B., et al., *Factors influencing on quality of life in people with epilepsy.* *Seizure*, 2007. **16**(2): p. 128-33.
4. Loring, D.W., K.J. Meador, and G.P. Lee, *Determinants of quality of life in epilepsy.* *Epilepsy Behav*, 2004. **5**(6): p. 976-80.
5. Ropper, A.H., M.A. Samuels, and J. Klein, *Epilepsy and disorder of consciousness, Adams and Victor's principles of neurology*, in *McGraw-Hill's AccessMedicine*. 2014, McGraw Hill Medical,: New York, N.Y. p. 2v (xliii, 3,610, 158) p.
6. Yeni, S.N. and C. Gurses, *Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi*, in *Epilepsi*, I. Bora, Editor. 2008, Nobel Tıp kitabevleri: İstanbul. p. 3-12.
7. Yeni, S.N. and I. Bora, *Epilepsinin Tarihçesi, Epidemiyolojisi ve Prognozu*, in *Nöroloji Temel Kitabı*, M. Emre, Editor. 2013, Güneş Tıp Kitabevleri İstanbul. p. 1035-7.
8. Eadie, M.J. and P.F. Bladin, *A disease once sacred : a history of the medical understanding of epilepsy.* 2001: 248, Eastleigh, England: John Libbey. viii, 248 p.
9. Stol, M., *Epilepsy in Babilonia.* 1993, Groningen: STYX Publications.
10. Temkin, O., *The falling sickness; a history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology.* Publications of the Institute of the history of medicine, the Johns Hopkins university 1st ser : Monographs, vol IV. 1945; 37-45, Baltimore,: The Johns Hopkins Press. xv, 380 p.
11. Leaffer, E.B., D.C. Hesdorffer, and C. Begley, *Psychosocial and sociodemographic associates of felt stigma in epilepsy.* *Epilepsy Behav*, 2014. **37**: p. 104-9.
12. Jackson, J.H., *On the Anatomical Investigation of Epilepsy and Epileptiform Convulsions.* *Br Med J*, 1873. **1**(645): p. 531-3.
13. Ertem, D., *Mezial Temporal Lob Epilepsili ve Juvenil Miyoklonik Epilepsili Hastalarda Psikiyatrik Komorbidite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması*, in *Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman RuhSağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.* 2012: İstanbul.
14. Muramoto, O. and W.G. Englert, *Socrates and temporal lobe epilepsy: a pathographic diagnosis 2,400 years later.* *Epilepsia*, 2006. **47**(3): p. 652-4.
15. Bilgin, Ö., *İlacı dirençli epilepsilerde etiyolojik faktörler.* 2007, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

16. Budrys, V., *Neurological eponyms derived from literature and visual art*. Eur Neurol, 2005. **53**(4): p. 171-8.
17. Sander, J.W., *The epidemiology of epilepsy revisited*. Curr Opin Neurol, 2003. **16**(2): p. 165-70.
18. Karaagac, N., et al., *Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey*. Epilepsia, 1999. **40**(5): p. 637-42.
19. Leonardi, M. and T.B. Ustun, *The global burden of epilepsy*. Epilepsia, 2002. **43 Suppl 6**: p. 21-5.
20. Bradley, W.G., *Neurology in clinical practice*. 5th ed. 2008; 1910, Philadelphia, PA: Butterworth-Heinemann/Elsevier.
21. de Bittencourt, P.R., et al., *Epilepsy in the tropics: I. Epidemiology, socioeconomic risk factors, and etiology*. Epilepsia, 1996. **37**(11): p. 1121-7.
22. Hauser, W.A., J.F. Annegers, and L.T. Kurland, *Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984*. Epilepsia, 1993. **34**(3): p. 453-68.
23. Baykan, B.G., C. Bebek, N. Gökyiğit, A. , *Epilepsi*, in *Nöroloji İ.U İstanbul Tıp Fak. Temel Klinik Bilimler Ders Kitapları*, E.A.B. Oge, B. , Editor. 2004, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul. p. 279-309.
24. Jokeit, H. and M. Schacher, *Neuropsychological aspects of type of epilepsy and etiological factors in adults*. Epilepsy Behav, 2004. **5 Suppl 1**: p. S14-20.
25. Predley, T.S., M.L. Walczak, T.S., *Epilepsy*, in *Merrit's Textbook of Neurology 9th Ed*, T.S. Predley, M.L. Walczak, T.S., Editor. 1995, Rowland, L.P. Williams and Wilkins. p. 845-868.
26. Stefan, H., *[How to diagnose and treat epilepsy]*. MMW Fortschr Med, 2004. **146 Spec No 2**: p. 41-4, 46.
27. Oguni, H., *Diagnosis and treatment of epilepsy*. Epilepsia, 2004. **45 Suppl 8**: p. 13-6.
28. Morgan, V.L., et al., *Resting functional MRI with temporal clustering analysis for localization of epileptic activity without EEG*. Neuroimage, 2004. **21**(1): p. 473-81.
29. *Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy*. Epilepsia, 1981. **22**(4): p. 489-501.
30. Brownes, T.R.H.G.L., *Nöbet tipleri*, in *Epilepsi El Kitabı* S. Komşuoğlu, Editor. 2007, Güneş tıp kitapevleri İstanbul. p. 21-43.
31. Berg, A.T. and S. Shinnar, *The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review*. Neurology, 1991. **41**(7): p. 965-72.
32. R.H., L.R.H.M., *Principles of antiepileptic drug action*, in *Antiepileptic Drugs*, M.B.S.P. E, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. p. 1-22.
33. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry, 1961. **4**: p. 561-71.
34. Soykan, C., H.D. Ozguven, and T. Gencoz, *Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version*. Psychol Rep, 2003. **93**(3 Pt 2): p. 1059-69.

35. Hornik, K., *The Comprehensive R Archive Network. 2.1* in *What is R?* 2016: [https://cran.r-project.org/doc/FAQ/R-FAQ.html#What-is-R\\_003f](https://cran.r-project.org/doc/FAQ/R-FAQ.html#What-is-R_003f).
36. Vance, A. "Data Analysts Captivated by R's Power". 2009 [cited [Okunma : 01.11.2016].
37. Leppik, I.E., *How to get patients with epilepsy to take their medication. The problem of noncompliance.* Postgrad Med, 1990. **88**(1): p. 253-6.
38. Browne, T.R., G.L. Holmes, and Ovid Technologies Inc., *Handbook of epilepsy.* 2008, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
39. Neligan, A., W.A. Hauser, and J.W. Sander, *The epidemiology of the epilepsies.* Handb Clin Neurol, 2012. **107**: p. 113-33.
40. Newton, C.R. and H.H. Garcia, *Epilepsy in poor regions of the world.* Lancet, 2012. **380**(9848): p. 1193-201.
41. Krishnamoorthy, E.S., M.R. Trimble, and D. Blumer, *The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: a proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy.* Epilepsy Behav, 2007. **10**(3): p. 349-53.
42. Hermann, B.P. and S. Whitman, *Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model.* Psychol Bull, 1984. **95**(3): p. 451-97.
43. Robertson, M.M., M.R. Trimble, and H.R. Townsend, *Phenomenology of depression in epilepsy.* Epilepsia, 1987. **28**(4): p. 364-72.
44. Akçalı A, A.A., Geyik S, Cansel N. , *Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek.* Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, 2009: p. 91-97.
45. Hermann, B.P., M. Seidenberg, and B. Bell, *Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression.* Epilepsia, 2000. **41 Suppl 2**: p. S31-41.
46. Mula, M., *Epilepsy and Depression: Clinical Problems and Therapeutic Approaches.* Epilepsi, 2012. **18**(3)(Turkish Epilepsy Society): p. 1-8.
47. Gilliam, F.G., et al., *Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction?* Epilepsia, 2004. **45 Suppl 2**: p. 28-33.
48. Jacoby, A., et al., *The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a U.K. Community study.* Epilepsia, 1996. **37**(2): p. 148-61.
49. Baker, G.A., A. Jacoby, and D.W. Chadwick, *The associations of psychopathology in epilepsy: a community study.* Epilepsy Res, 1996. **25**(1): p. 29-39.
50. Li, X., J. Sundquist, and K. Sundquist, *Socioeconomic and occupational risk factors for epilepsy: a nationwide epidemiological study in Sweden.* Seizure, 2008. **17**(3): p. 254-60.
51. Uysal, S.E., T., *Epilepsi, spor, psikososyal yaşam.* Türk Pediatri Arşivi 2005. **40**: p. 68-71.
52. Leidy, N.K., et al., *Seizure frequency and the health-related quality of life of adults with epilepsy.* Neurology, 1999. **53**(1): p. 162-6.

53. Baker, G.A., D. Gagnon, and P. McNulty, *The relationship between seizure frequency, seizure type and quality of life: findings from three European countries*. *Epilepsy Res*, 1998. **30**(3): p. 231-40.
54. Baker, G.A., et al., *Quality of life of people with epilepsy: a European study*. *Epilepsia*, 1997. **38**(3): p. 353-62.
55. Ünal, A.S., S., *Epilepsi Hastalarında Görülen Psikiyatrik Bozukluklar*. *Türkiye Klinikleri* 2005. **40**(J Int Med Sci): p. 40-45.
56. Pennell, P.B. and P. Thompson, *Gender-specific psychosocial impact of living with epilepsy*. *Epilepsy Behav*, 2009. **15 Suppl 1**: p. S20-5.
57. Poonam Nina Banerjee, D.F., W.Allen Hauser, *The descriptive epidemiology of epilepsy-a review*. NIH Public Access, *Epilepsy Res.* , 2009. **85**(1): p. 31 -45.
58. Onal, A.E., et al., *Epilepsy prevalence in a rural area in Istanbul*. *Seizure*, 2002. **11**(6): p. 397-401.
59. Brodie, M.J., et al., *Patterns of treatment response in newly diagnosed epilepsy*. *Neurology*, 2012. **78**(20): p. 1548-54.
60. O., D., *Definition and overview of intractable epilepsy. The comprehensive evaluation and treatment of epilepsy: a practical guide.* . San Diego Accademic Press, 1997(San Diego): p. 86-7.
61. Garnett, W.R., *Antiepileptic drug treatment: outcomes and adherence*. *Pharmacotherapy*, 2000. **20**(8 Pt 2): p. 191S-199S.
62. Leestma, J.E., et al., *Sudden unexpected death associated with seizures: analysis of 66 cases*. *Epilepsia*, 1984. **25**(1): p. 84-8.
63. O., D., *Patients with refractory seizures*. *N Engl J Med*, 1999. **340**(May(20)): p. 1565-70.
64. Eraker, S.A., J.P. Kirscht, and M.H. Becker, *Understanding and improving patient compliance*. *Ann Intern Med*, 1984. **100**(2): p. 258-68.
65. Gomes Mda, M., S. Maia Filho Hde, and R.A. Noe, *Anti-epileptic drug intake adherence. The value of the blood drug level measurement and the clinical approach*. *Arq Neuropsiquiatr*, 1998. **56**(4): p. 708-13.
66. Suurmeijer, T.P., M.F. Reuvekamp, and B.P. Aldenkamp, *Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy*. *Epilepsia*, 2001. **42**(9): p. 1160-8.
67. Raguraman, J.W., O., *Unravelling the psychological shadows of epilepsy*. *JK-Practitioner*, 2006. **13**: p. 248-50.
68. Oto R, A.İ., Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE., *Epilepsinin psikososyal etkileri*. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004. **7**: p. 210-14.
69. Wagner, A.K., et al., *The health status of adults with epilepsy compared with that of people without chronic conditions*. *Pharmacotherapy*, 1996. **16**(1): p. 1-9.
70. Koponen, A., et al., *Social functioning and psychological well-being of 347 young adults with epilepsy only--population-based, controlled study from Finland*. *Epilepsia*, 2007. **48**(5): p. 907-12.
71. Kutlu, A.G., G. Büyükbürgaz,Ü. Selekler,M. Komşuoğlu,S., *Epilepsili hastalarda benlik saygısı, sosyal fobi ve depresyon*. *Nöropsikiyatri arşivi* 2013. **50**: p. 320-24.

## **8. EKLER**

### **8.1. Hasta ve Sağlıklı Kontrol Bilgilendirme Formu ve Aydınlatılmış Onam Formu ( Ek-1 )**

#### **1. Gönüllü Grubu Bilgilendirme Formu**

#### **“Epilepsi hastalarında sosyal fobi, agorafobi ve depresyon sıklığıının klinik ölçekler kullanılarak saptanması”**

Çalışma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde Dr.Miruna Florentina Ateş tarafından klinik bilgileriniz alınacak ve muayene edileceksiniz. Yaklaşık 60 dakika süreyle soru-cevap şeklinde düzenlenmiş özel testler aracılığı ile bilişsel aktiviteleriniz ve duygu durumunuz değerlendirilecektir. Size uygulanan sözel testlerin bir riski ya da yan etkisi yoktur. Sizi bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Çalışmaya katılmanız tamamen isteğinize bağlıdır. Sizden ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

İsteddiğiniz zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde takip ve tedavinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu formu imzalamadan önce araştırma ile ilgili sorularınız varsa lütfen Dr. Miruna Ateş’e sorunuz.

## 2. Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

### **3. Hasta Bilgilendirme Formu**

**“Epilepsi hastalarında sosyal fobi, agorafobi ve depresyon sıklığının klinik ölçekler kullanılarak saptanması”.**

Çalışma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde Dr. Miruna Florentina Ateş tarafından klinik bilgileriniz alınacak ve muayene edileceksiniz. Yaklaşık 60 dakika süreyle soru-cevap şeklinde düzenlenmiş özel testler aracılığı ile bilişsel aktiviteleriniz ve duygu durumunuz değerlendirilecektir. Size uygulanan sözel testlerin bir riski ya da yan etkisi yoktur. Sizi bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Çalışmaya katılmanız tamamen isteğinize bağlıdır. Sizden ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

İstedığınız zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde takip ve tedavinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu formu imzalamadan önce araştırma ile ilgili sorularınız varsa lütfen Dr. Miruna Ateş’e sorunuz.

#### 4. Hasta Onay Formu

##### **“Epilepsi hastalarında sosyal fobi, agorafobi ve depresyon sıklığının klinik ölçekler kullanılarak saptanması”**

Dilediğiniz zaman araştırmadan çıkma hakkına sahipsiniz.

##### **ONAY**

Sayın Miruna Florentina Ateş tarafından Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji AD Epilepsi biriminde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma (Epilepsi hastalarında sosyal fobi, agorafobi ve depresyon sıklığının psikiyatrik klinik ölçeklerle saptanması) ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Miruna Florentina arayabileceğimi biliyorum. Kendisine direkt olarak Marmara

Üniversitesi Hastanesi Nöroloji kliniğinden (Mimar Sinan Cad Fevzi Çakmak Mah Üst Kaynarca Pendik) ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Hasta adı:

Tarih:

İmza:

Açıklamayı yapan Dr.:

Tarih:

İmza:

Tanık:

Tarih:

İmza:

## 8.2. Sosyodemografik Bilgi Formu ( Ek-2 )

Ad Soyad:

Cinsiyet: K / E

Yaş :

Doğum tarihi:

Eğitim durumu:

Dominant el (yazarken kullandığınız el): sağ / sol

Nöbet sıklığı:

Son nöbet tarihi:

Nöbeti anlatın:

Hastalık süresi ( ne zaman başladı?):

Antidepresan ilaç hiç kullandınız mı? Cevap EVET se hangisi? :

Kullandığı ilaçları ve dozları:

EEG sonuç:

MR sonuç:

Telefon no:

## 8.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ ( Ek-3 )

### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Adı Soyadı : .....

Cinsiyeti :

.....

Yaşı : .....

A. **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**A. 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**A. 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

**A. 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**A. 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

A. **0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

A. **0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

A. **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

A. **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

A. **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

A. **0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

A. **0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

A. **0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- **0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- **0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**S- 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ..... Hayır .....

**U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.

**A. 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

**8.4. LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLçEğİ ( Ek-4 )**

Lūtfen ařaęıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine gōre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine gōre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere gōre yapın.

Teřekkūrlar.

**Kaygı**

- 1: Yok ya da çok hafif
- 2: Hafif
- 3: Orta derecede
- 4: Şiddetli

**Kaçınma**

- 1: Kaçınma yok ya da çok ender
- 2: Zaman zaman kaçınırım
- 3: Çoğunlukla kaçınırım
- 4: Her zaman kaçınırım

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak Seyirci önünde hareket, gösteri		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak Seyirci önünde hareket, gösteri	
2. ya da konuşma yapmak		2. ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
Romantik veya cinsel bir ilişki		Romantik veya cinsel bir ilişki	
4. kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak Bir gruba önceden hazırlanmış		4. kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak Bir gruba önceden hazırlanmış	
5. sözlü bilgi sunmak Başkaları içerdeyken bir odaya		5. sözlü bilgi sunmak Başkaları içerdeyken bir odaya	
6. girmek		6. girmek	
Kendisinden daha yetkili biriyle		Kendisinden daha yetkili biriyle	
7. konuşmak		7. konuşmak	
Satın aldığı bir malı ödediği		Satın aldığı bir malı ödediği	
8. parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek Çok iyi tanımadığı birisine		8. parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek Çok iyi tanımadığı birisine fikir	
9. fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi Gözlendiği sırada		9. ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
Çok iyi tanımadığı		Çok iyi tanımadığı	
13. birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da		14. Yetenek, beceri ya da	

	bilginin sınanması		bilginin sınanması
15.	Gözlendiği sırada yazı yazmak	15.	Gözlendiği sırada yazı yazmak
16.	Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	16.	Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak
17.	Umumi yerlerde yemek yemek	17.	Umumi yerlerde yemek yemek
18.	Evde misafir ağırlamak	18.	Evde misafir ağırlamak
19.	Küçük bir grup faaliyetine katılmak	19.	Küçük bir grup faaliyetine katılmak
20.	Umumi yerlerde bir şeyler içmek	20.	Umumi yerlerde bir şeyler içmek
21.	Umumi telefonları kullanmak	21.	Umumi telefonları kullanmak
22.	Yabancılarla konuşmak	22.	Yabancılarla konuşmak
23.	Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	23.	Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak
24.	Umumi tuvalette idrar yapmak	24.	Umumi tuvalette idrar yapmak

## 8.5. PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ ( Ek-5 )

### Hasta Anketi

Adı Soyadı:

Tarih:

Vizit:

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız.

Panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bunaltı(sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

- ◆ Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- ◆ Terleme
- ◆ Titreme, sarsılma
- ◆ Ağız kuruluğu
- ◆ Nefes almada güçlük
- ◆ Boğulma duygusu
- ◆ Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- ◆ Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örneğin midenin alt üst olması)
- ◆ Baş dönmesi, düşecek gibi olma baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- ◆ Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da "tam olarak burada değilim" duyguları
- ◆ Denetim kaybı,"delirme" ya da bayılma korkusu
- ◆ Ölüm korkusu
- ◆ Ateş basması ya da ürperme
- ◆ Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı
1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu.
2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu.
3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu.
4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu.

A.2. Geçen hafta içindeki panik ataklarınız ne şiddetteydi?

0. Panik atağı olmadı
1. Ataklar çok az şiddetteydi.
2. Ataklar orta derecede şiddetliydi
3. Ataklar epeyce şiddetliydi.
4. Ataklar çok şiddetliydi.

A.3. Panik atakların her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

0. Panik atağı olmadı.
1. 1-10 dakika arası sürdü.
2. 10 dakikadan çok 1 saatten az sürdü.
3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü.
4. 2 saatten daha uzun sürdü.

U. Ataklardan çoğu beklenen atak mıydı (yani korkulan durumlarda ortaya çıkan) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mi ortaya çıkıyordu?

0. Çoğunlukla beklenmedik.
1. Beklenmedikler beklenenlerden çok
2. Bazısı beklendik bazısı beklenmedik
3. Beklenenler beklenmediklerden çok
4. Çoğunlukla beklendik

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

0. Kaçınma yok (veya panik ataklarımın nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor)
1. Oldukça nadir kaçındım.
2. Bazen kaçındım.
3. Sık sık kaçındım.
4. Her zaman kaçındım

B.2. Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyiniz.

- |                                  |   |                                       |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| 01. Uçaklar                      | 09. Parti ya da sosyal toplantılar                        | 17. Geniş salonlar (lobiler)          |
| 02. Metro (yer altında)          | 10. Kalabalıklar  | 18. Sokakta yürümek                   |
| 03. Otobüsler, trenler           | 11. Lokantalar  | 19. Tarlalar, geniş caddeler, avlular |
| 04. Gemiler                      | 12. Müzeler   | 20. Yüksek yerler                     |
| 05. Tiyatrolar, sinemalar        | 13. Asansörler  | 21. Köprülerden geçmek                |
| 06. Süpermarketler               | 14. Kapalı yerler (tünel gibi)                            | 22. Evden uzaklara gitmek             |
| 07. Kuyrukta beklemek            | 15. Sınıflar, konferans salonları                         | 23. Evde tek başına kalmak            |
| 08. Konser salonları, stadyumlar | 16. Otomobile binmek veya sürmek (örn. Trafik sıkışıkken) |                                       |

Diğer durumlar:

24..... 25. .... 26. ....

B.3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

0. Önemli değil (veya kaçınma yok)
1. Çok az önemli
2. Orta derecede önemli
3. Epeyce önemli
4. Çok önemli

C. 1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

0. Hiçbir zaman korkum olmadı.

1. Oldukça nadiren korktum.
2. Bazen korktum.
3. Sık sık korktum.
4. He zaman korktum.

C. 2. Bu " korkudan korkmak" ne kadar şiddetliydi?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede
3. Epeyce
4. Çok şiddetli

D. 1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinin aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb.) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok.
1. Çok az bozulma oldu.
2. Orta derecede bozulma oldu.
3. Epeyce bozulma oldu.
4. Çok şiddetli bozulma oldu.

D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlanmaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

0. Bozulma yok.
1. Çok az bozulma oldu.
2. Orta derecede bozulma oldu.
3. Epeyce bozulma oldu.
4. Çok şiddetli bozulma oldu.

D.3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinizin iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok.
1. Çok az bozulma oldu.
2. Orta derecede bozulma oldu.
3. Epeyce bozulma oldu.
4. Çok şiddetli bozulma oldu.

E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede
3. Epeyce
4. Çok şiddetli

E. 2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedeni olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

0. Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
1. Oldukça nadir
2. Bazen
3. Sık sık
4. Her zaman (daha çok organik bir hastalıktır)

#### PUANLAMA

B.2. Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin.

Korkulan durum yok	= 0 puan,
Korkulan 1 durum var	=1 puan
Korkulan 2-3 durum var	= 2 puan
Korkulan 4-8 durum var	= 3 puan,
Korkulan durum 8'den çok	= 4 puan

TOPLAM PUAN = U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın.



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2015.195	70737436-050.06.04-
	PROJE ADI	Epilepsi Hastalarında Sosyal Fobi, Agorafobi Ve Depresyon Sıklığının Klinik Ölçekler Kullanılarak Saptanması”	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç.Dr.Ipek MİDİ	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek projenin yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> EVET <input checked="" type="checkbox"/> HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Elif AYDINER KARAKOÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	