

Epileptik Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Başvuru ve Tedavi

Kağan Gürkan¹, Ümran Tüzün²

ÖZET:

Epileptik çocuk ve ergenlerde psikiyatrik başvuru ve tedavi

Amaç: Epileptik çocuk ve ergenlerde psikiyatrik sorunlar sık gözlenmektedir. Bu çalışmada epileptik çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik sorunlar ile çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine başvuru arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bir üniversite hastanesi çocuk nörolojisi ve epilepsi polikliniğine ardışık olarak başvuran 64 epileptik çocuk ve ergen çalışmaya alınmıştır. Olgulara sosyodemografik veri formu ve 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) uygulanmıştır. Bütün olgularla tanıtıl psikiyatrik görüşme yapılmış ve DSM-IV ölçütlerine dayalı olarak tanı konmuştur.

Bulgular: Olguların %48.4(n=31)'ünde psikiyatrik bir tanı olmasına karşın çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümlerine başvurma ve tedavi edilme oranı %29.7(n=19)'dir. On dört olgunun (%21.9) psikiyatrik ilaç tedavisi aldığı görülmüştür. Başvurusu olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında, iki grup arasında ÇGDÖ'nin somatik sorunlar, suç yönelik davranış, saldırgan davranışlar, sosyal, düşünce ve dikkat sorunları ile dışa yönelim, içe yönelim ve toplam alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümlerine başvurusu olan olgulara psikiyatrik bozukluk tanısı daha sık konulmuştur. Başvuruda bulunan ailelerin gelir düzeyi daha yüksektir. Dikkat eksikliği sorunları klinik başvuru yordayan en önemli etmen olarak saptanmıştır.

Sonuç: Epileptik çocuk ve ergenlerdeki yetersiz psikiyatrik hizmet alma oranının yüksek olması, bu hastaların uygun tedavi edilebilmeleri için çocuk nörolojisi ve epilepsi bölümleri ile çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümleri arasında daha fazla konsültasyon liyezon çalışması yapılmasına gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Epilepsi, çocuk, psikopatoloji, psikiyatrik tedavi

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:22-30

ABSTRACT:

Psychiatric referral and treatment in children and adolescents with epilepsy

Objective: Psychiatric problems are frequently observed in children and adolescents with epilepsy. The aim of the present study was to investigate the relation between psychiatric problems and mental health service in children and adolescents with epilepsy.

Method: Sixty four children and adolescents with epilepsy who were consecutively referred to the child neurology department and the epilepsy unit of a university hospital were included in the study. Sociodemographics questionnaire and Child Behavior Checklist (CBCL) were applied to all of the cases. Then each case were interviewed and diagnosed according to DSM-IV criteria.

Results: Although 48.4% (n=31) of the cases have a psychiatric diagnosis, the rate of cases who seek for psychiatric treatment was only %29.7 (n=19). Fourteen cases (21.9%) were taking psychiatric medication. When we compared the cases that referred to child psychiatry departments and those who did not, there were differences of the scores of some subscales between the two groups such as somatic complaints, delinquent behavior, aggressive behavior, social, thought, attention problems, externalizing, internalizing and total problem subscales of the CBCL. Psychiatric diagnoses were more frequent in children who referred to a child psychiatry department. Family income level was found to be associated with the demand of mental health service. Attention problems were the most important predictor for psychiatric referral.

Conclusion: High rate of unmet mental health service demand in epileptic children and adolescents underscores the need for more consultation-liaison studies among child psychiatry departments and child neurology and epilepsy clinics in order to provide mental health service to these patients.

Key words: Epilepsy, child, psychopathology, mental health treatment

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:22-30

GİRİŞ

Epilepsi çocukluk döneminde yaygın olarak görülen kronik hastalıklardan biridir. Yirmi yaş altında en az bir nöbet geçiren çocukların oranı %5'tir. Genel toplumdaki epilepsi yaygınlığı %1'dir ve olguların %50'den fazlası, çocukluk döneminde başlamaktadır (1).

Çocuk ve ergenlik dönemindeki epilepsiler ile ilişkili psikopatolojinin varlığı,

araştırmacılar tarafından sıklıkla gösterilmiştir. Epileptik çocukların normal topluma ve diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha fazla psikiyatrik sorunlara sahip oldukları, bunun nedeni olarak da epilepsinin doğrudan merkezi sinir sistemini etkileyen bir rahatsızlık olması gösterilmiştir (2). Bazı çalışmalar ise, epileptik çocuklardaki psikopatolojinin kısmen hastalığın kronik doğasından kaynaklanabileceğini, nörolojik ve psikososyal faktörlerin birlikte ele alın-

¹Uzm. Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Askeri Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Etlik, Ankara-Turkey
²Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul-Turkey

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Uzm. Dr. Kağan Gürkan, Doruk sk. No:25/7,
İçcebeci, Ankara-Turkey

Telefon / Phone: +90-312-304-4567

Elektronik posta adresi / E-mail address:
kaganka@gmail.com

Kabul Tarihi / Date of acceptance:
3 Mart 2006 / March 3, 2006

ması gerektiğini bildirmektedirler (3). Epileptik erişkinlerde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlere oranla psikopatolojinin çok daha yüksek oranda saptanması (4) ve intihar girişimlerinin rapor edilmesi (5) çocuklukta başlayan davranışsal ve psikiyatrik sorunların artarak devamlılık gösterdiğini düşündürmektedir.

Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) kullanılarak epileptik çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda davranışsal sorunlar %21-53.8 oranında saptanmıştır (6-8). Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (ÇDŞG) kullanılarak yapılan araştırmalarda ise %55-60 oranında psikiyatrik tanı konduğu gösterilmiştir (9,10).

Depresyon ve kaygı bozukluklarının epileptik çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmektedir (11). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı epilepsilerinde duygudurum bozuklukları sıklıkları %12-36.4 arasında değişen oranlarda saptanmıştır (10,12,13). Epilepsisi olan 171 çocuk ile yaptıkları çalışmada Caplan ve arkadaşları %33 oranında depresyon ve kaygı bozuklukları olduğunu, %20 oranında ise intihar düşüncesi taşıyan hasta bulunduğunu göstermişlerdir. İntihar girişiminde bulunan çocuk olmamıştır (14). Ott ve arkadaşları depresyon oranını kompleks parsiyel epilepsisi (KPE) olan 48 çocukta %12, primer generalize epilepsisi (PGE) olan 40 çocukta %13 olarak tespit etmişlerdir(10). Bu çalışmada intihar düşüncesi ve planı oranları sırasıyla PGE'li çocuklarda %18 ve %11, KPE'li çocuklarda %17 ve %8 olarak belirtilmiştir. Dunn ve arkadaşlarının 115 ergen ile yaptığı bir çalışmada %23 oranında depresif belirtiler saptanmıştır (15). Erişkin hastalarda yapılan çalışmalar intihar girişimi oranlarının daha fazla olduğunu göstermektedir (5).

Kaygı bozukluklarının da epileptik çocuklar arasında yaygın olduğu bildirilmektedir (16). Nöbetlerin ani oluşu, ölüm korkusu, anne babaların kaygılı tepkileri gibi nedenlerle epileptik çocuklar kaygı bozukluklarına yatkın hale gelmektedir. Bir araştırmada epileptik çocukların %18'inde ılımlı-orta kaygı, %5'inde ağır kaygı belirtileri saptanmıştır. Ek olarak öğrenme ve davranış bozukluklarının olması ve çoklu ilaç tedavisinin artmış kaygı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (16).

Epileptik çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) eş tanısı %1.6-%54 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir(17). Güncel çalışmalardan birinde normal toplumdaki DEHB oranının %4-5

olarak bildirilmesine karşın epileptik çocuklarda bu oran %29.1 olarak bulunmuştur (12).

Psikotik bozuklukların epileptiklerde genel topluma göre daha sık görüldüğü bilinmekle birlikte çocuklardaki yaygınlık oranları henüz kesin değildir (18). Japonya'da yapılan bir araştırmada erişkin epilepsi kliniklerinde psikoz oranı %0.9-9.1 oranında bildirilirken, çocuk hastalıkları kliniklerinde psikoz oranı %0.7 olarak bildirilmiştir (19).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da epileptik çocuklarda davranışsal sorunlar ve psikopatolojinin normalere göre daha yüksek oranlarda olduğu gösterilmiştir. Türkbay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada epileptik çocuklara Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Piers-Harris Özkavram Ölçeği uygulanmış; davranım bozukluğu ve kendilik saygısı dışında tüm ölçümlerde epileptik çocuklara ait puanların anlamlı olarak daha kötü olduğu ortaya konmuştur (20). Oğuz ve arkadaşlarının epileptik çocuklara Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve ÇDÖ uygulayarak yaptığı çalışmada ise depresyon ve kaygının bu çocuklar arasında yaygın olduğu, depresyon ve intihar düşüncelerinin sırasıyla %28.6 ve %17.1 oranında bulunduğu saptanmıştır (21).

Epileptik çocukların hastalıklarıyla ilişkili olarak düşük kendilik saygısı ve etiketlenme sorunları yaşadığı bilinmektedir. Epileptik hastalar daha düşük evlilik ve çocuk sahibi olma oranlarına sahiptirler (11). Nöbetlerin sıklığı yaşam kalitesini belirleyen en önemli etmenlerden biridir. Epileptik çocukların anne babalarının da kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (22).

Epileptik çocukların normal topluma, hatta diğer kronik hastalıklara oranla daha fazla davranışsal, psikiyatrik sorunları olduğu ve yaşamlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (2,23,24). Ek olarak merkezi sinir sistemini ilgilendiren hastalıklar ve mental retardasyon bulunduğu psikopatoloji ve ilişkili olumsuzluklar artmaktadır (25,26). Buna karşın ne derecede psikiyatrik tedavi aldıklarına ilişkin yeterli sorun saptaması yapılmamıştır ve bu hizmeti alabilmeleri için nasıl bir yol izleneceğine ilişkin bir çalışma yoktur. Sadece dış kaynaklı iki çalışma epileptik çocukların aldığı psikiyatrik hizmet oranlarını araştırmıştır (14,27). Ülkemizde ise bu

konu ile ilgili araştırma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda psikiyatrik bozukluğu olan çok sayıda epileptik çocuk ve ergenin bu sorunları fark edilmediği için çocuk psikiyatrisi bölümlerine yönlendirilmediği düşünülerek, psikiyatrik başvurunun psikopatolojiye oranla daha düşük olacağı, dolayısıyla bu olguların yetersiz psikiyatrik tedavi alacağı varsayılmıştır. Bu noktadan yola çıkarak psikopatoloji ile çocuk ruh sağlığı kliniklerine başvuru arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Psikiyatrik başvuru ve tedavi alma sıklığının incelenerek, başvurusu olan olguları ayırt eden özellikler belirlenmeye çalışılmıştır.

YÖNTEM

Örnekleme

Çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi ve Epilepsi polikliniklerine ardışık başvuruda bulunan, 5-18 yaş grubundaki 64 epileptik çocuk ve ergenle gerçekleştirildi. Çalışmanın koşulları anlatılarak tüm olguların anne baba veya yakınlarından bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışmaya alınan hastalara epilepsi tanılarını bir nöroloji uzmanı tarafından, klinik belirtiler ve EEG bulgularına dayanarak Uluslararası Epilepsi Sınıflamasına göre konuldu (28). Olgular en az bir yıldır antiepileptik tedavi alan ve ayaktan takip edilen çocuk ve ergenler arasından seçildi. Altta yatan diğer nörolojik hastalığı, doğumsal metabolik hastalığı, doğumsal genetik hastalığı ve mental retardasyonu olan olgular çalışmaya alınmadı. Mental retardasyon klinik psikiyatrik muayene sonucunda DSM-IV ölçütleri temel alınarak belirlendi. Hasta dosyalarında psikometrik verileri olan hastaların bu değerlendirmeleri de göz önüne alındı. Olgular psikiyatrik başvurusu olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak karşılaştırmaları yapıldı.

Araçlar

Çalışmaya alınan tüm olgular için sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Davranış sorunlarını değerlendirmek için kronik hastalıklardaki davranış sorunlarının takibinde uygun bir ölçek olduğu kabul edilmiş olan, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) anne-babalara uygulandı. Anne-babalara ÇGDÖ'yü nasıl dolduracakları anlatıldı. Nöbetle ilişkili davranışları yanlılıkla davranış problemi olarak değerlendirmelerini önlemek için bil-

gi verildi ve nöbeti düşündüren davranışları değerlendirme dışı bırakmaları istendi. Ayrıca olguların yakınlarından çocuklarına epilepsi tanısı konulduktan sonra şimdiki kadar psikiyatrik yardım almak için başvuru yapıp yapmadıkları soruldu ve kullanılan psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgiler alındı. Ölçekler doldurulduktan sonra tüm olgularla psikiyatrik tanı görüşmesi yapıldı. Tanı görüşmesinde DSM-IV ölçütleri temel alınmıştır (29).

ÇGDÖ Achenbach ve Edelbrock tarafından geliştirilmiştir(30). Tıbbi hastalığı olan çocuklarda psikopatoloji taramalarında en yaygın kullanılan ölçeklerden birisidir. Ölçek 118 sorudan ibaret olup çocuğun davranışlarını, bakım veren kişinin üç dereceli bir ölçekle değerlendirmesini sağlamaktadır (0= doğru değil, 1= bazen ya da biraz doğru, 2= tamamiyle ya da sıklıkla doğru.) Çocuğun anne baba ve yakınlarının kendi kendilerine doldurabilecekleri bir ölçektir. Belirtiler 9 boyutta ele alınmış, içe ve dışı yönelim olarak 2 tanı grubuna ayrılmıştır (30). Ölçeğin 1991 formunun Türkçe'ye çevirisi Erol ve Kılıç tarafından yapılmış ve ülkemizdeki 1985 formuyla (31) sürekliliğini sağlayabilmek amacıyla çeviriler gözden geçirilmiştir (32). Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği .70 ve .84 olarak saptanmıştır. İç tutarlılık değerleri ise .39 ve .86 olarak bulunmuştur (33). Araştırmada, ölçeğin DOS işletim sistemi üzerinde çalışan programı kullanılarak, kız ve erkek çocuklar için uygun (4-11 yaş) yaş dilimlerine göre elde edilen alt ölçek puanları ve toplam puan hesaplanmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Elde edilen veriler 'SPSS İstatistiksel Paket Programı 10.0' ile değerlendirildi. İki farklı grubu karşılaştırırken psikiyatrik başvuru yapan gruptaki olguların sayısının az oluşu nedeniyle non-parametrik istatistiksel analiz yöntemleri kullanıldı. Kategorik veriler Ki kare ve/veya Fisher kesin Ki kare testi ile karşılaştırıldı. Devamlı verilerin ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değerler gibi tanımlayıcı istatistiksel değerleri belirtildi. Devamlı verilerin karşılaştırmaları Mann Whitney U (MWU) testi ile yapıldı. p değeri 0.05'den küçük olduğunda istatistiksel anlamlılığın bulunduğu kabul edilmiştir. İkili karşılaştırmalarda anlamlı bulunan değişkenler lojistik regresyon analizine sokularak başvuru yordayan değişkenlerin saptanmasına çalışılmıştır.

BULGULAR

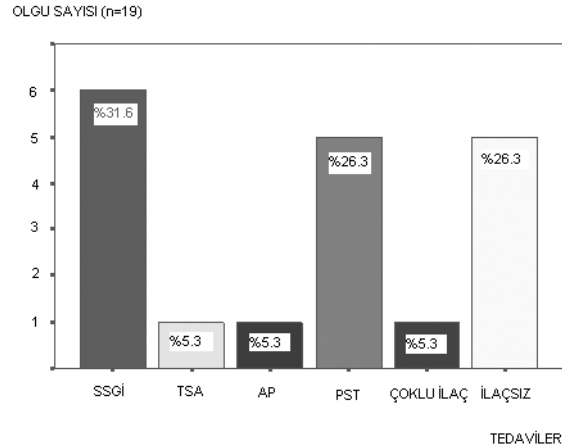
Çalışmadaki olguların yaş ortalaması 11.8 yıldır (SS: 2.9, aralık 5-18). Epileptik olguların 44'ü (%68.8) erkek 20'si (%31.2) kızdır. Otuz dört olguya PGE, 30 olguya KPE tanısı konulmuştur.

Olguların 31'ine (%48.4) DSM-IV ölçütlerine göre psikiyatrik tanı konulmuşken, 33'ü (%51.6) tanı ölçütlerinden herhangi birini karşılamamıştır. En fazla konulan tanının dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olduğu görülmüştür. Bunu depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları takip etmektedir. Olguların %31.3'ü (n=20) tek tanı, %15.6'sı (n=10) iki eş tanı ve %1.6'sı (n=1) üç eş tanı almıştır. Çoklu tanı alan olguları incelediğimizde, psikiyatrik başvurusu olan grupta DEHB+enürezis+tik bozukluğu, DEHB+depresif bozukluk, DEHB+kaygı bozukluğu, DEHB+ölgül öğrenme bozukluğu, DEHB+enürezis, psikoz+tik bozukluğu olan birer olgu saptanmıştır. Psikiyatrik başvurusu olmayan grupta ise depresif bozukluk+enürezis, kaygı bozukluğu+tik bozukluğu, ölgül öğrenme bozukluğu+enürezis, DEHB+enürezis, DEHB+iletişim bozukluğu olan birer olgu olduğu görülmüştür. Psikiyatrik bozukluk tanısı olan hastaların dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Olguların sadece 19 (%29.7)'u psikiyatrik yardım al-

nılan ilaçlar ve oranları Şekil 1'de verilmiştir. Psikiyatrik başvuru yapan olguların %26.3(n=5)'ünde ise ilaç dışı tedavi yöntemleri (bilişsel davranışçı terapi, psikososyal yaklaşımlar vb.) kullanılmıştır. Başvuru yapan ve psikiyatrik tanı konan olgulardan iletişim bozukluğu tanısı alan sadece 1 olguda psikiyatrik ilaç tedavisi kullanılmamıştır. Psikiyatrik tanı konmayan 5 olgu ise ilaç dışı tedavi yöntemleri ile takibe alınmışlardır.

Psikiyatrik başvuru yapan ve yapmayan olgular ara-



Şekil 1: Psikiyatrik başvuruda bulunan ve tedavi alan olguların oranları (n=19)

SSGİ: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri, TSA: Trisiklik antidepressanlar, AP: Antipsikotikler, PST: Psikostimülanlar

Tablo 1: DSM-IV ölçütlerine göre psikiyatrik bozukluk tanısı konulan olguların dağılımı

Tanı	Tüm olgular (n=64)		Psikiyatrik Başvuru			
	n	%	Var (n=19)	%	Yok (n=45)	%
Psikiyatrik tanı	31	48.4	15	78.9	16	35.6
Çoklu tanı	11	17.2	6	31.6	5	11.1
DEHB	11	17.2	8	42.1	3	6.7
Depresif Bozukluk	9	14.0	4	21.1	5	11.1
Kaygı Bozuklukları	8	12.5	3	15.8	5	11.1
Enürezis	7	10.9	2	10.5	5	11.1
Tik Bozuklukları	3	4.6	2	10.5	5	11.1
İletişim Bozuklukları	2	3.1	1	5.3	1	2.2
Ölgül Öğrenme Bozuklukları	2	3.1	1	5.3	1	2.2
Psikoz	1	1.6	1	5.3	-	-

[20 (%31.3) olgu tek tanı, 10 (%15.6) olgu iki eş tanı ve 1 (%1.6) olgu üç eş tanı almıştır.]

mak için başvuruda bulunmuşken, 45 olgu (%70.3) herhangi bir çocuk psikiyatrisi merkezine gitmemiştir. Psikiyatrik başvurusu olan olguların %73.7 (n=14)'sinde psikiyatrik ilaç kullanımı olduğu görülmüştür. Tüm olgular göz önüne alındığında %21.9'unun psikiyatrik ilaç kullandığı ortaya çıkmıştır. En fazla kullanılan ilaçların seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) olduğu görülmüştür (ilaç kullanan olguların %31.6'sı [n=6]). Kulla-

sında sosyodemografik veriler ve epilepsi ile ilgili özellikler açısından yapılan karşılaştırmalar Tablo 2'de verilmiştir. Psikiyatrik başvuru yapan ve yapmayan olgular arasında cinsiyet, yaş, anne ve baba eğitim alma oranları, sağlık güvencesi varlığı ve soy geçmişlerinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığı açısından anlamlı fark bulunmazken; psikiyatrik başvuru yapan ailelerin aylık gelir ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 2: Sosyodemografik değişkenler ve epilepsi ile ilgili etmenler açısından olguların karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler Ve Epilepsi ile İlgili Değişkenler	Tüm Olgular (n=64)		Psikiyatrik Başvuru				İstatistiksel Karşılaştırma (Psikiyatrik başvurusu olan ve olmayan arasında)	
			Var (n=19)		Yok (n=45)			
Yaş, Ort (±SS)	11.8	(±2.9)	11.0	(±2.6)	12.2	(±3.1)	MWU,	p=0.12
Cinsiyet, n (%)								
Kız	20	(31.2)	6	(31.6)	14	(31.1)	X ² = 0.001,	p=0.9
Erkek	44	(68.8)	13	(68.4)	31	(68.9)		
Nöbet tipi, n (%)								
PGE	34	(53.1)	11	(57.9)	23	(51.1)	X ² = 0.2,	p=0.6
KPE	30	(46.9)	8	(42.1)	21	(46.7)		
Epilepsi süresi, (yıl) Ort (±SS)	4.8	(±2.8)	4.8	(±2.9)	4.8	(±2.7)	MWU	p=0.9
Son nöbetten sonra geçen süre, Ort (±SS) (yıl)	1.3	(±1.5)	1.0	(±1.3)	1.4	(±1.6)	MWU	p=0.4
Nöbet başlangıç yaşı, Ort (±SS)	7.0	(±3.1)	6.2	(±3.1)	7.3	(±3.0)	MWU,	p=0.2
*Nöbet kontrolü, n (%)							X ² = 0.08,	p=0.8
Var	32	(50.0)	9	(47.4)	23	(51.1)		
Yok	32	(50.0)	10	(52.6)	22	(48.9)		
Antiepileptik tedavi, n (%)							X ² = 3.2,	p=0.5
Karbamazepin	15	(23.4)	4	(21.1)	11	(24.4)		
Valproat	29	(45.3)	8	(42.1)	21	(46.7)		
Okskarbazepin	5	(7.8)	3	(15.8)	2	(4.4)		
Çoklu tedavi	13	(20.3)	4	(21.1)	9	(20.0)		
Diğer	2	(3.1)	-	-	2	(4.4)		
Aile gelir düzeyi, Ort (±SS)	516.3	(±320.8)	655.8	(±455.6)	457.4	(±224.8)	MWU,	p=0.02*
Sağlık güvencesi, n (%)							Fisher kesin ki kare,	p=0.4
Var	55	(85.9)	15	(78.9)	40	(88.9)		
Yok	9	(14.1)	4	(21.1)	5	(11.1)		
Ailede psikiyatrik öykü, n (%)							X ² = 2.02,	p=0.15
Var	16	(25.0)	7	(36.8)	9	(20.0)		
Yok	48	(75.0)	12	(63.2)	36	(80.0)		
Anne eğitim düzeyi, n (%)							X ² = 2.0,	p=0.2
Okur yazar değil	2	(3.1)	-	-	2	(4.4)		
İlköğretim	50	(78.1)	15	(79.0)	35	(77.8)		
Lise	9	(14.1)	2	(10.5)	7	(15.6)		
Yüksek	3	(4.7)	2	(10.5)	1	(2.2)		
Baba eğitim düzeyi, n (%)							X ² = 0.6,	p=0.4
Okur yazar değil	2	(3.1)	-	-	2	(4.4)		
İlköğretim	32	(50.0)	10	(52.6)	22	(48.9)		
Lise	20	(31.3)	6	(31.6)	14	(31.1)		
Yüksek	10	(15.6)	3	(15.8)	7	(15.6)		

MWU: Mann Whitney U testi, x²: ki kare testi

Her iki gruptaki olgular nöbet başlangıç yaşı, nöbetlerin kontrol altında olup olmaması, son nöbetin ne kadar süre önce geçirildiği, epilepsinin tipi ve kullanılan ilaçlar yönünden karşılaştırıldığında, her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmüştür (son bir yılı nöbetsiz geçiren olgular için nöbetler kontrol altında kabul edilmiştir) (Tablo 2).

Psikiyatrik başvuru yapan ve yapmayan gruplar

arasındaki psikopatoloji açısından farkı incelediğimizde, psikiyatrik başvuru yapan grup anlamlı olarak daha fazla psikiyatrik tanı almıştır (X²= 10.1, p=0.002). Psikiyatrik başvuru yapan grupta tanı alma oranı % 78.9 (19 hastadan 15'i) iken başvurusu olmayan grupta bu oran %35.6'da (45 hastadan 16'sı) kalmıştır. Çoklu tanı alma oranları açısından iki grup arasında fark yoktur (Fisher kesin ki kare, p=0.07).

Tablo 3: Psikiyatrik başvuruda bulunan ve bulunmayan olguların ÇGDÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Davranış Sorunu	Tüm Olgular (n=64) Ort (±SS)	Psikiyatrik Başvuru Ort (±SS)		p
		Var (n=19) Ort (±SS)	Yok (n=45) Ort (±SS)	
Somatik sorunlar	62.3 (±10.6)	66.4(±11.3)	60.6(10.0)	0.04 *
Suçta yönelik davranış	59.0 (±7.9)	63.7(±7.8)	57.1(±7.1)	0.003**
Saldırgan davranışlar	61.4 (±8.4)	66.05(±8.6)	59.4(±7.6)	0.009**
Dışa yönelim	61.5 (±8.0)	65.9(±7.9)	59.6(±7.3)	0.004**
İçe yönelim	64.0 (±8.8)	68.1(±9.0)	62.4(±8.2)	0.022*
Toplam	65.3 (±8.2)	69.9(±7.3)	63.3(±7.8)	0.003**
Sosyal sorunlar	59.6 (±8.7)	63.9(±9.4)	57.8(±7.8)	0.009**
Düşünce sorunları	61.0 (±9.6)	65.6(±11.1)	59.1(±8.3)	0.020*
Dikkat sorunları	64.0 (±9.3)	70.6(±9.4)	61.2(±7.8)	0.000***
Kaygı-depresyon	61.8 (±8.9)	64.1(±10.7)	60.8(±8.0)	0.295
Sosyal içe dönüklük	60.0 (±10.3)	61.9(±11.4)	59.3(±9.8)	0.423

(Mann-Whitney U ile, *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001), SS: Standart Sapma, Ort: ortalama

Tablo 4: ÇGDÖ alt ölçek skorları >65 olan olguların oranları ve oransal karşılaştırmaları

Davranış Sorunu	Tüm Olgular (n=64)		Psikiyatrik Başvuru				X ²	p
	n	%	Var (n=19)	Yok (n=45)	n	%		
Somatik sorunlar	15	23.4	8	42.1	7	15.6		0.049
Suçta yönelik davranış	14	21.9	8	42.1	6	13.3		0.02*
Saldırgan davranışlar	20	31.3	9	47.4	11	24.4	3.3	0.07
Dışa yönelim	18	28.1	10	52.6	8	17.8	8.03	0.005**
İçe yönelim	22	34.4	10	52.6	12	26.7	4.0	0.046*
Toplam	27	42.2	13	68.4	14	31.1	7.6	0.006**
Sosyal sorunlar	13	20.3	8	42.1	5	11.1		0.014*
Düşünce sorunları	20	31.3	10	52.6	10	22.2	5.8	0.016*
Dikkat sorunları	27	42.2	13	68.4	14	31.1	7.6	0.006**
Kaygı-depresyon	19	29.7	8	42.1	11	24.4	2.0	0.2
Sosyal içe dönüklük	14	21.9	5	26.3	9	20.0		0.7

(Ki Kare veya Fisher Kesin Ki Kare Testi, * p<0.05, ** p<0.01)

ÇGDÖ alt ölçeklerinden her iki gruba ait olguların aldıkları puan ortalamaları ile standart sapmaları ve psikopatoloji açısından anlamlı kabul edilen 65 puanın yukarısında alan olguların oranları ve karşılaştırmaları Tablo 3 ve 4'te verilmiştir. İki grup arasında, ÇGDÖ'nin somatik sorunlar, suçta yönelik davranış, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, dışa yönelim sorunları, içe yönelim sorunları ve toplam alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmakta iken, sosyal içe dönüklük ve kaygı depresyon alt ölçek puanları açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 3). Somatik sorunlar, suçta yönelik davranış, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, dışa yönelim sorunları, içe yönelim sorunları ve toplam alt ölçek puanları 65'in üzerinde olan olguların oranı psikiyatrik başvuru yapan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Psikiyatrik başvuru yapıp yapılmamasını yordayan özelliklerin hangileri olduğunun anlaşılması için

Tablo 5: Lojistik regresyon modeline göre psikiyatrik başvuru üzerine değişkenlerin etkileri

	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p
Suçta yönelik davranış	1.3	0.98-1.63	0.064
Saldırgan davranışlar	1.2	0.87-1.68	0.251
Dışa yönelim	0.7	0.43-1.16	0.173
Toplam	0.9	0.83-1.13	0.72
Sosyal sorunlar	0.9	0.82-1.05	0.254
Dikkat sorunları	1.2	1.03-1.42	0.01*

(Lojistik regresyon, *p<0.05)

lojistik regresyon uygulanmıştır. MWU testi ile iki grup arasında anlamlı olarak farklı bulunan değişkenlerden saldırganlık, suçta yönelik davranış, dikkat sorunları, sosyal sorunlar, dışa yönelim sorunları, toplam sorunlar alt ölçek puanları lojistik regresyon analizine sokulmuştur. Eş zamanlı seçim yöntemi ile lojistik regresyon analizi uygulandığında dikkat eksikliği bulunmasının anlamlı bir psikiyatrik başvuru yordayıcısı olduğu görülmüştür. Lojistik regresyon sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamız ülkemizdeki epileptik çocukların çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine başvuru oranlarını ve psikiyatrik tedavi almadaki yetersizliğini ortaya koyan ilk çalışmadır. Psikopatolojisi olan olguların önemli oranda psikiyatrik tedavi için başvuruda bulunmadığı görülmüştür.

Psikiyatrik tedavi için başvurulmasının ailenin gelir düzeyi, psikiyatrik tanı alma ve davranış sorunları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Başvurusu olanlarda ailelerin gelir düzeyinin daha yüksek olması dikkat çekicidir. Çocukların cinsiyeti, yaşları, anne baba eğitim düzeyleri, aile öyküsünde psikiyatrik bozukluk olması, sağlık güvencesinin olmaması, hastanın çoklu psikiyatrik tanı alması, epilepsinin tipi, çoklu ilaç kullanımı ve nöbetlerle ilgili diğer değişkenler psikiyatri servislere başvuru ile ilişkili bulunmamıştır.

Ayrıntılı literatür taraması yapıldığında sadece iki çalışmada epileptik çocuklarla ilgili psikiyatrik başvurunun incelendiği görülmüştür (14,27). Bu çocukların aldıkları psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgi veren bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bunlardan birincisinde 114 çocuğa ÇGDÖ ve ÇDŞG uygulayarak psikopatoloji ölçülmüş, hastaların %60'ı psikiyatrik tanı almasına karşın, başvuru oranı %33 olarak belirtilmiştir. Diğerinde ise 171 çocuk üzerinde ÇGDÖ, ÇDŞG ve ÇDÖ kullanarak duygudurum ve kaygı bozuklukları ile intihar düşünceleri araştırılmıştır. Duygudurum ve kaygı bozuklukları %33 oranında, intihar düşünceleri %20 oranında saptanırken; olguların %33'ünün psikiyatrik hizmet aldığı görülmüştür. Çalışmamızdaki olguların ise yarısına yakın kısmında psikiyatrik tanı konulmuş ve dörtte birinden daha fazlasında depresyon ve kaygı bozukluklarının bulunduğu saptanmıştır. En sık rastlanan tanının ise DEHB olduğu görülmüştür ve diğer çalışmalardaki oranlarla karşılaştırılabilir niteliktedir (12,17,27). Psikiyatrik başvuru ve tedavi alma oranı ise %30'un altındadır ve bu çalışmalardan daha düşüktür.

Ott ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük yaş, ailenin eğitim düzeyinin düşük olması, antiepileptik tedavide çoklu ilaç kullanılmaması, yüksek sözel zekâ bölümü, çocuğun epilepsi tipinin PGE olması ve tek psikiyatrik tanı olması psikiyatrik hizmet alınmamış olması ile ilişkili bulunmuştur. Daha iyi eğitilmiş anne babaların çocukların sorunlarını daha iyi anlayacaklarını

ve duygusal durumlarını daha kolay fark edeceklerini belirtmişler, yaşça büyük çocukların da yine problemlerini daha kolay fark ederek daha fazla başvuruda buldukları sonucunu çıkarmışlardır. Çoklu ilaç alan çocukların, daha fazla bilişsel yan etkiler nedeniyle, KPE'li çocukların da daha belirgin klinik belirtiler nedeniyle daha fazla başvuruda bulunacağını bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise sadece ailenin gelir düzeyi başvuru yapan çocukların ailelerinde anlamlı olarak yüksektir.

Bazı çalışmalarda ÇGDÖ'nin epileptik çocuklardaki psikiyatrik tanıları öngörmediği ve tedavi gerektiren psikopatolojiyi saptamada kısıtlı bir değerinin olduğu belirtilmektedir (10). Buna paralel bir bulgu olarak çalışmamızda da ÇGDÖ alt ölçek puanları başvuru yapan ve yapmayan gruplar arasında farklı olmasına karşın, büyük oranda başvuruyu öngörmemektedir. Psikiyatrik başvuruyu anlamlı olarak yordayan tek belirti dikkat eksikliğidir.

Başvurusu olan olguların yüksek oranda psikiyatrik ilaç tedavisi alıyor olması dikkati çekmiştir. Kaygı bozuklukları, depresyon ve DEHB'nin en sık görülen tanıları olmasına paralel olarak, en sık kullanılan ilaç gruplarının sırasıyla SSG'leri ve psikostimulanlar olduğu görülmüştür. Başvurusu olan ancak, psikiyatrik tanı konmayan diğer hastaların da ilaç dışı tedaviler olarak takip edilmekte olduğu görülmüştür. Psikiyatrik tanı konması için belirti eşliğini aşamayan, ancak davranış sorunları gösteren epileptik olguların da psikiyatrik tedaviye gereksinim duyduğu anlaşılmaktadır. Çalışma sırasında psikiyatrik tanı konan ve davranışsal sorunlar yaşayan epileptik olgular tedavi almak üzere çocuk psikiyatrisi bölümlerine yönlendirilmiştir.

Çalışmamızdaki sonuçların farklılığı olgu sayısının az oluşu ve olguların toplandığı kaynakların farklı oluşu ile açıklanabilir. Çalışmadaki olgu grubunun sadece bir üniversite hastanesi örneklemini temsil ettiği düşünüldüğünde sağlık güvencesi olmayan veya mevcut sağlık güvencesi ile üniversite hastanesine ulaşma güçlüğü bulunan devlet hastanelerindeki hastalarda başvuru oranlarının daha düşük olacağı tahmin edilebilir. Bu nedenle olgu sayısının artırılarak devlet hastanelerini de kapsayan daha geniş örneklemlerle çalışmaların yapılması, sorunun boyutlarını saptama ve ilişkili sosyodemografik etmenleri ortaya koyma açısından önemli bilgiler verecektir. Çalışma ile ilgili kısıtlılıklardan biri de psikiyatrik tanı koymak için yapılandırılmış bir görüş-

me uygulanmamış olmasıdır. Bu şekilde yapılacak olan çalışmalarda konulan tanıların güvenilirliği artacak ve bazı tanıların gözden kaçması ihtimali azalacaktır.

Çalışmamız çocuk ve ergenlerdeki yaygın psikiyatrik sorunların varlığına karşın yetersiz psikiyatrik hizmet aldıklarını ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar epileptik çocuklardaki psikopatolojinin süreklilik göstermesi; erişkinlikte intihar ve ölüm oranlarının yüksekliği ile birlikte düşünüldüğünde, erken tanı ve tedavinin önemi daha iyi anlaşılacaktır. Ayrıca epileptik çocuklar ve annelerinde psikiyatrik belirtiler daha az olduğunda

antiepileptik ilaç uyumunun da artacağı bildirilmiştir (34). Bu da çocuğun ve ailenin psikiyatrik tedavisi yapıldığında, epilepsinin kontrolünün de kolaylaşacağını düşündürmektedir.

Bu hastaların psikiyatrik tedavi alabilmesi için çocuk nörolojisi ve epilepsi klinikleri ile çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümleri arasında daha kapsamlı konsültasyon-lijezon çalışmalarına gereksinim vardır. Psikiyatrik muayenesi gereken hastaların dikkatten kaçmaması ve konsültasyon sürecinde takip edilecek bir yol haritası oluşturulması amacıyla ileri çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Franks RP. Psychiatric issues of childhood seizure disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003;12:551-565
2. Howe GW, Feinstein C, Reiss D, Molock S, Berger K. Adolescent adjustment to chronic physical disorders-I. Comparing neurological and non-neurological conditions. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:1153-1171
3. Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM, Aldenkamp AP, Dekovic M. Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2005;30:453-468
4. Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G, Canevini MP, Canger R, Pellegrini A, Testa G. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;61:601-605
5. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in the epilepsies: A meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy Behav* 2005;7:305-310
6. Austin J, Harezlak J, Dunn D, Huster GA, Rose DF, Ambrosius WT. Behavior problems in children before first recognized seizures. *Pediatrics* 2001;107:115-122
7. Dunn D, Austin J, Huster G. Behaviour problems in children with new onset epilepsy. *Seizure* 1997;6:283-287
8. Datta SS, Premkumar TS, Chandy S, Kumar S, Kirubakaran C, Gnanamuthu C, Cherian A. Behaviour problems in children and adolescents with seizure disorder: associations and risk factors. *Seizure* 2005;14:190-197
9. Caplan R, Arbelle S, Magharious W, Guthrie D, Komo S, Shields WD, Chayasirisobhon S, Hansen R. Psychopathology in pediatric complex partial and generalized epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 1998;40:805-811
10. Ott D, Caplan R, Guthrie D, Siddarth P, Komo S, Shields WD, Sankar R, Kornblum H, Chayasirisobhon S. Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:907-914
11. Pellock JM. Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5 Suppl 3:3-9
12. Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpcao F Jr, Rzezak P, Fuentes D, Fiore L, Valente KD. Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy? *Epilepsy Behav* 2004;5:988-994.
13. Ettlinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, Gadow KD, Vitale SA, Andriola MR, Lenn NJ, Novak GP, Hermann BP. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia* 1998;39:595-599
14. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shields WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2005;46:720-730
15. Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1132-1138
16. Williams J, Steel C, Sharp GB, DelosReyes E, Phillips T, Bates S, Lange B, Griebel ML. Anxiety in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4:729-732
17. Schubert R. Attention deficit disorder and epilepsy. *Pediatr Neurol* 2005;32:1-10
18. Kanner AM. Psychosis of Epilepsy: A Neurologist's Perspective. *Epilepsy Behav* 2000;1:219-227
19. Matsuura M, Trimble MR. Psychoses in Epilepsy: A Review of Japanese Studies. *Epilepsy Behav* 2000;1:315-326
20. Türkbay T, Akin R, Söhmen T. A Comparative Study Inattentiveness, Hyperactivity, Impulsivity, Self-Esteem, Depressive Symptomatology, and Behavioral Problems in Epileptic Children. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:9-15
21. Oğuz A, Kurul S, Dirik E. Relationship of Epilepsy Related Factors to anxiety and Depression Scores in Epileptic Children. *J Child Neurol* 2002;7:37-40

22. Williams J, Steel C, Sharp GB, DelosReyes E, Phillips T, Bates S, Lange B, Griebel ML. Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4:483-486
23. McDermott S, Mani S, Krishnawami S. A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *J Epilepsy* 1995;8:110-118
24. Austin JK. Comparison of child adaptation to epilepsy and asthma. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs* 1989;2:139-144
25. Buelow JM, Austin JK, Perkins SM, Shen J, Dunn DW, Fastenau PS. Behavior and mental health problems in children with epilepsy and low IQ. *Dev Med Child Neurol* 2003;45:683-692
26. Caplan R, Austin JK. Behavioral aspects of epilepsy in children with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2000;6:293-299
27. Ott D, Siddarth P, Gurbani S, Koh S, Tournay A, Shields WD, Caplan R. Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia* 2003;44:591-597
28. Epilepsy, Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1989;30:389-399
29. American Psychiatric Association(APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-IV). Washington DC; 1994
30. Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT; 1983
31. Akçakın M. Çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği'nin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1985;5:3-6
32. Erol N, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. Birinci baskı. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (Eds) Eksen Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, 1998 s. 25-75
33. Erol N, Arslan BL, Akçakın M. The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. *European Approaches to Hyperkinetic Disorders içinde, Sergeant J(EDITOR), Eunethydis. Zurich:Fotoratar, 1995:97-113*
34. Otero S, Hodes M. Maternal expressed emotion and treatment compliance of children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 2000;42:604-608