

# Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Psikiyatrik Tanılarının Gözden Geçirilmesi

## Evaluation of Life Quality in Epilepsy Patients and Review of Psychiatric Diagnosis

Aylin BİCAN DEMİR,<sup>1</sup> Pınar UZUN USLU,<sup>1</sup> Gülfer ATASAYAR,<sup>1</sup> Oğuzhan KILINÇEL,<sup>2</sup> Cengiz AKKAYA,<sup>2</sup> İbrahim BORA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa

### Özet

**Amaç:** Epilepsili hastalarda, yaşamdan beklentilerle fiziksel, psikolojik ve sosyal kısıtlılık durumları arasındaki uyum ve dengenin derecesi yaşam kalitesinin düzeyini de belirlemektedir. Bu çalışmada, epilepsili hastalarda yaşam kalitesi, psikiyatrik tanıları ile anksiyete ve depresyon üzerine etkisini araştırmayı hedefledik.

**Gereç ve Yöntem:** Epilepsi polikliniğinde anamnezleri, nörogörüntülemeleri, EEG'leri ve nöropsikometrik testleri ve psikiyatri konsültasyonları yapılan toplam 161 epilepsi hastası çalışmaya alındı. Hastalara SF-36 yaşam ölçeği, HAS ve HDS uygulandı.

**Bulgular:** Nöbetlerin %30'u (49/161) jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet, %29'u (48/161) fokal başlangıçlı motor nöbet, %23'ü (35/161) fokal başlangıçlı iki taraflı tonik-klonik nöbet, %18'i (29/161) fokal başlangıçlı non-motor nöbet olarak belirlenmiştir. DSM-IV'e göre psikiyatri tanıları sırasıyla 41'inde depresif mizaçlı uyum bozukluğu, 38'inde majör depresif bozukluk, 12'sinde konversif bozukluk, 12 distimik bozukluk, beş hafif düzey mental retardasyon, dört hastada başka türlü adlandırılmayan psikolojik bozukluk, üç obsesif kompulsif bozukluk şeklindeydi.

**Sonuç:** Epilepsi de en sık gözlenen psikiyatrik bozukluğun da özellikle depresyon (%9–22) başta olmak üzere afektif hastalıklar olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da hastalarda depresyon en sıklıkla rastlanan ko-morbid durum olup yaşam kalitesi ölçeğinde hastaların belirgin kayıp olduğu dikkati çekmiştir. Yapılan kontrollerde hastaların eşlik eden sosyal ve psikiyatrik sorunlarına saptamak gerekli durumlarda psikiyatri konsültasyonu istemek, hastaların yaşam kalitesini arttırmada nöbet kontrolü kadar önemlidir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete; depresyon; epilepsi; yaşam kalitesi.

### Summary

**Objectives:** The degree of harmony and balance between expectancies from life as well as physical, psychological, and social limitations determine the level of life quality in epilepsy patients. In our study, the aim was to research on the quality of life, psychiatric diagnosis of epilepsy patients, and the effects of anxiety and depression.

**Methods:** A total of 161 epileptic patients, in whom medical history was obtained in the outpatient epilepsy clinic, and neuroimaging assessment, EEG, and neuro-psychometric tests were performed together with psychiatry consultation, were enrolled in the study. SF-36, HAS, and HDS were performed in the patients.

**Results:** Of all patients enrolled in the study, 30% (49/161) had generalized-onset tonic-clonic-myoelonic seizures, 29% (48/161) had focal-onset motor seizures, 23% (35/161) had focal-onset bilateral tonic-clonic seizure, and 18% (29/161) had focal-onset non-motor seizures. The psychiatric diagnoses were depressive adjustment disorder in 41, major depressive disorder in 38, conversion disorder in 12, dysthymic disorder in 12, mild mental retardation in 5, mental disorders not otherwise specified in 4, and obsessive compulsive disorder in 3 patients, according to DSM-IV criteria.

**Conclusion:** To identify the accompanying social and psychiatric disorders of patients and to consult with psychiatry when necessary during follow-up are as important as seizure control for increasing the quality of life of patients.

Keywords: Anxiety; depression; epilepsy; quality of life.



Dr. Aylin BİCAN DEMİR



## Giriş

Epileptik nöbetler beyindeki nöronların anormal ve yoğun deşarjları sonucu ortaya çıkan, şuur değişiklikleri ile birlikte olan ya da olmayan; motor, duyusal, otonomik ya da psişik semptomlarla karakterize bir durumdur. Epilepsi ortalama 4-10/1000'lik hayat boyu prevalans ile en sık görülen nörolojik hastalıklardan biridir.<sup>[1,2]</sup> Epilepsi kronik bir hastalık olup, bu hastalarda birincil hedef nöbetlerin kontrol altına alınmasıdır. Ancak bu hastaların bir diğer başlıca problemi eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığıdır. Sıklıkla görülen psikososyal problemlerin depresyon, anksiyete ve düşük benlik saygısı olduğu saptanmıştır.<sup>[3,4]</sup> Bu problemler hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, yaşam kalitesi, sadece hastalık veya sakatlık halinin olmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içinde olmasıdır.<sup>[5]</sup> Bu nedenle epilepsi hastalığına eklenen psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi ve uygun tedavi yöntemleri ile iyileştirilmesi yaşam kalitesini arttırmak açısından giderek önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada, epilepsili hastalarda, yaşam kalitesi, psikiyatrik tanıları ile anksiyete ve depresyon üzerine etkisini araştırmayı hedefledik.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya Uludağ Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı, Epilepsi Polikliniğine 2013–2016 yıllarında başvuran, öyküleri doğrultusunda psikiyatrik komorbidite eşlik ettiği düşünülüp psikiyatri konsültasyonu istenmiş olan, 161 epilepsi hastası geriye dönük olarak incelendi. Taranan hastaların mevcut Hamilton Depresyon ve Anksiyete, SF-36 ölçekleri gözden geçirildi. Epilepsi polikliniğince takip edilen hastaların dosyalarından nöbet tipleri 2017 ILAE sınıflamasına göre belirlendi.<sup>[6]</sup> Nöbet tiplendirme yapılan hastaların psikiyatri hekimleri tarafından yapılarak saptanmış olan psikiyatrik komorbiditeleri ve bunların birbiri ile ilişkisi gözden geçirildi.

### Uygulanan Ölçekler:

#### Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçeği

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeciler tarafından uygulanır. On yedi maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark.<sup>[7]</sup> tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Hamilton

Anksiyete Ölçeği (HAM-A): Anksiyete düzeyi ile belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan, toplam 14 sorudan oluşan, beşli likert tipi ölçüm sağlayan ve klinik gözlemci tarafından uygulanan bir ölçektir. Yazıcı ve ark.<sup>[8]</sup> tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır.

#### Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Yaşam kalitesi ölçeği (SF36) kişinin sağlık durumunu değerlendirebilen sık kullanılan ve iyi bilinen ölçeklerdendir. Ölçek 36 maddeden oluşur ve sekiz boyutta ölçüm sağlamaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (4 madde), ağrı (2 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), mental sağlık (5 madde), emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (3 madde), enerji (4 madde) ve genel sağlık anlayışıdır (5 madde). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlık durumunu 0–100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir.<sup>[9–11]</sup>

### İstatistiksel analiz

Verilerin analizi "SPSS for Windows 13.0" paket programıyla yapıldı. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama±standart sapma değerleri kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. P<0.05 düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %53'ü kadın idi. Hastaların ortalama yaşları 47 olarak saptandı. Nöbetlerin %30'u (49/161) jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet, %29'u (48/161) fokal başlangıçlı motor nöbet, %23'ü (35/161) fokal başlangıçlı iki taraflı tonik-klonik nöbet, %18'i (29/161) fokal başlangıçlı non-motor nöbet olarak belirlendi. Hastaların 98'i kombine antiepileptik, 63'ü monoterapi şeklinde antiepileptik tedavi almaktaydı. Psikiyatrik konsültasyon ve değerlendirme sonucu DSM-IV e göre çalışma grubunda en sık görülen psikiyatrik hastalığın %25 (41) ile depresif mizaçlı uyum bozukluğu olduğu saptandı.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yapılan değerlendirmede kadınlarda (Tablo 2) fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı

**Tablo 1.** Hastaların demografik özellikleri, nöbet tipleri ve saptanan psikiyatrik komorbiditeleri

	n	%
Kadın	85	53
Erkek	76	47
Ortalama yaş	47	
Nöbet tipleri		
Jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet	49	30
Fokal başlangıçlı motor nöbet	48	29
Fokal başlangıçlı bilateral tonik-klonik nöbet	35	23
Fokal başlangıçlı non-motor nöbet	29	18
DSM-IV e göre psikiyatrik tanıları		
Normal	46	30
Depresif mizaçlı uyum bozukluğu	41	25
Majör depresif bozukluk	38	24
Konversiyon	12	7
Distimi	12	7
Hafif mental retardasyon	5	3
Başka yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluk	4	2.1
Obsesif kompulsif bozukluk	3	1.9

rol kısıtlaması, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık parametrelerinde anlamlı sonuçlar saptanmadı. Ancak basit ve kompleks parsiyel ile sekonder jeneralize nöbetleri olan kadınlarda genel sağlık maddelerinde düşüklük anlamlı olarak saptandı ( $p<0.001$ ). Farklı epilepsi gruplarının tümünde yer alan kadınların enerji ve emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması açısından sonuçları anlamlıydı ( $p<0.001$ ).

**Tablo 2.** Kadınlar için SF-36 alt ölçekleri değerlendirilmesi

Kadınlarda SF-36 Ölçütleri	Jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet	Fokal başlangıçlı motor nöbet	Fokal başlangıçlı iki taraflı tonik-klonik nöbet	Fokal başlangıçlı non-motor nöbet	p
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	53.8±16.54	52.43±17.01	55.0±18.83	60.0±27.76	0.802
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlanması	51.4±12.34	50.8±10.05	53.21±11.12	52.10±18.6	0.676
Ağrı	56.44±21.1	55.11±19.95	53.19±18.65	59.11±11.25	0.734
Genel sağlık	54.46±20.05	36.38±18.75	45+65±19.67	39.12±09	0.001
Enerji	24.32±11.54	24.84±10.23	22.09±12.23	19.12±09	0.001
Sosyal fonksiyon	42.3±11.01	49.4±15.50	51.4±32	50.02±0.9	0.961
Emosyonel duruma bağlı rol kısıtlanması	21.4±12.34	16.4±12.34	31.4±12.34	11.4±12.34	0.001
Mental sağlık	41.4±10.23	43.4±11.0	44.12±10.87	46.4±19.43	0.934

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Epilepsili hastalara uygulanan Hamilton Anksiyete ve Depresyon ölçeği sonucunda kadın hastalarda (Tablo 3) primer jeneralize nöbetleri olan hastalarda depresyon, kompleks parsiyel ve sekonder jeneralize nöbetleri olanlarda ise hem depresyon hem anksiyete saptandı ( $p<0.001$ ).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yapılan değerlendirmede erkeklerde (Tablo 4) fiziksel durum ve fonksiyon, ağrı ve mental sağlık parametrelerinde anlamlı sonuçlar saptanmadı. Ancak sekonder jeneralize nöbetleri olan hastaların fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması ve sosyal fonksiyonlarında olan düşüklük anlamlı olarak saptandı ( $p<0.001$ ). Farklı epilepsi gruplarının tümünde yer alan erkeklerin genel sağlık maddeleri, enerji ve emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması açısından sonuçları anlamlıydı ( $p<0.001$ ).

Epilepsili hastalara uygulanan Hamilton Anksiyete ve Depresyon ölçeği sonucunda erkek hastalarda (Tablo 5), jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet, fokal başlangıçlı motor nöbet ve fokal başlangıçlı iki taraflı tonik-klonik nöbet nöbetleri olanların depresyon açısından sonuçları anlamlı bulundu ( $p<0.001$ ). Fokal başlangıçlı non-motor nöbetleri olanların anksiyete ve depresyon açısından sonuçları anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ). Ayrıca erkek hastaların herhangi bir epilepsi grubunda anksiyete varlığı anlamlı olarak saptanmadı ( $p>0.05$ ).

## Tartışma

Epilepsi hastaları normal popülasyona göre psikopatoloji açısından daha yüksek riske sahiptir. Çalışmamızda epilepsi-

**Tablo 3.** Kadınlarda anksiyete ve depresyon oranları

Kadın hastalar	Hamilton Anksiyete Ölçeği	Hamilton Depresyon Ölçeği
Jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet (n=41)	8.70±3.13 p>0.05	11.34±3.85 p<0.001
Fokal başlangıçlı motor nöbet (n=39)	12.85±2.90 p<0.001	10.05±3.40 p<0.001
Fokal başlangıçlı non-motor nöbet (n=20)	6.33±2.94 p>0.05	6.19±1.64 p>0.05
Fokal başlangıçlı bilateral tonik-klonik nöbet (n=17)	10.52±2.36 p<0.001	9.70±2.18 p<0.001

**Tablo 4.** Erkekler için SF-36 alt ölçekleri değerlendirilmesi

Erkeklerde SF-36 Ölçütleri	Jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet	Fokal başlangıçlı motor nöbet	Fokal başlangıçlı non-motor nöbet	Fokal başlangıçlı iki taraflı tonik-klonik nöbet	p
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	56.15±21.12	54.30±11.12	51.12±11.12	52.60±12.23	0.655
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlanması	61.4±12.34	60.2±21.04	63.21±09.98	42.10±11.19	0.001
Ağrı	56.60±11.1	52.99±16.65	53.19±12.45	53.19±11.01	0.679
Genel sağlık	44.41±10.10	34.58±21.39	46+01±20.01	29.19±11	0.001
Enerji	21.16±16.55	22.43±11.45	21.07±10.53	16.19±39	0.001
Sosyal fonksiyon	42.3±11.01	49.4±15.50	51.4±32	30.02±0.9	0.001
Emosyonel duruma bağlı rol kısıtlanması	21.4±12.34	16.4±12.34	31.4±12.34	11.4±12.34	0.001
Mental sağlık	52.45±11.86	54.23±10.05	53.6±14.9	54.24±16.65	0.661

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

**Tablo 5.** Erkeklerde anksiyete ve depresyon oranları

Erkek hastalar	Hamilton Anksiyete Ölçeği	Hamilton Depresyon Ölçeği
Jeneralize başlangıçlı tonik-klonik-miyoklonik nöbet (n=41)	8.70±3.13 p>0.05	11.34±3.85 p<0.001
Fokal başlangıçlı motor nöbet (n)=39	12.85±2.90 p<0.001	10.05±3.40 p<0.001
Fokal başlangıçlı non- motor nöbet (n=20)	6.33±2.94 p>0.05	6.19±1.64 p>0.05
Fokal başlangıçlı bilateral tonik-klonik nöbet (n=17)	10.52±2.36 p<0.001	9.70±2.18 p<0.001

li hastaların %70'ine psikiyatrik bir komorbidite eşlik ettiği görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran erişkin epilepsi tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada Klinik Görüşme Çizelgesi (Clinical Interview Schedule, CIS) ile psikiyatrik hastalık oranlarına bakılmış ve 82 hastanın 37'sinde psikiyatrik hastalık saptanmıştır.<sup>[12]</sup> Manchanda ve ark.nın<sup>[13]</sup> 71 tedaviye dirençli epileptik hastayı Genel Sağlık

Anketi (General Health Questionnaire) ile değerlendirdikleri çalışmada ise %45 oranında psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Currie ve ark.<sup>[14]</sup> yaptıkları bir çalışmada 666 epilepsi hastasından 375'ini (%56) normal, 127'sini (%19) anksiyöz, 71'ini (%11) deprese, 47'sini (%7) agresif, 41'ini (%6) obsesif ve 38'ini (%6) şiddetli affektif bozukluk olarak saptamışlardır.

Çalışmamızda epilepsi hastalarında yüksek saptanan psikiyatrik komorbidite oranının psikiyatrik semptomlar açısından şüphelenilerek psikiyatri konsültasyonu istenmiş olan hastaların dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Epilepside artmış psikopatoloji riskini açıklayabilecek etkenler nörobiyolojik etkenler, psikososyal etkenler, ilaçlara bağlı etkenler olarak üçe ayrılabilir.<sup>[15]</sup> Nörobiyolojik etkenler; epilepsiye sebep olan patolojiler, nöbet tipi ve nöbet sayısı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, nöbet kontrolünün olup olmaması iken, psikososyal etkenler; hastalığın kronik bir hastalık olması, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, hastalık nedeniyle toplum tarafından ayrımcılığa uğrama, "nöbet gelecek" korkusu olarak sayılabilir. İlaçlara bağlı etkenler ise kullanılan antiepileptik ilacın mekanizması, sayısı, süresi ve ilaç etkileşimi gibi nedenlerdir.

Epilepsi hastalığının kişinin yaşam kalitesini etkilediği pek çok çalışma ile bildirilmiştir.<sup>[16,17]</sup> Türkiye'de yapılan bir çalışmanın verilerinde nöbet sıklığı, depresyon varlığı ve halsizlik epilepsi hastalarında yaşam kalitesini en fazla etkileyen faktörler olarak saptanmıştır.<sup>[18]</sup> Parsiyel başlayıp sekonder jeneralize nöbet geçirenlerin diğer nöbet tiplerine göre yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve aile desteği yönünden daha kötü durumda oldukları gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda da SF-36 ile değerlendirilen epilepsili hastaların yaşam kalitesinde özellikle genel sağlık problemleri, enerji kaybı ve emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlanmaları saptandı.

Epilepsili hastalarda eklenen psikiyatrik bozukluğun da yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi bilinmektedir.<sup>[19,20]</sup> Bu nedenle hastalar epilepsiye eşlik edebilecek psikiyatrik durumlar açısından iyi değerlendirilmelidirler. Swinkels ve ark.<sup>[21]</sup> yaptıkları çalışmada epilepsili olgularda anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı %25, duygudurum bozukluklarının bir yıllık prevalansı %19 olarak saptanmıştır. Tellez-Zenteno ve ark.<sup>[22]</sup> tarafından yapılan toplum kökenli bir çalışmada epilepsili olgularda yaşam boyu duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları prevalansları benzer olarak bulunmuştur (%24.4, %22.8). Bizim çalışmamızda epilepsili tüm hasta gruplarında duygudurum bozukluğu oranları yapılan toplum çalışmaları ile benzer iken, özellikle kompleks parsiyel ve sekonder jeneralize nöbetleri olan kadın hastalarda anksiyetenin yüksek saptanmasına rağmen tüm epilepsili erkek hasta grubunda anksiyetenin anlamlı bulunmaması yapılacak çalışmalarda kadın ve erkek hastaların anksiyete açısından ayrı değerlendirilmesi gerekliliğini düşündürmüştür.

Toplum-bazlı araştırmalardan elde edilen veriler, epilepsi de depresif bozuklukların prevalans oranlarını %20–%22 aralığında rapor etmektedirler. Üçüncü basamak tedavi merkezleri veya cerrahi programlar gibi seçilmiş popülasyonlarda ise, prevalans oranı daha da yüksektir ve %30 ile %50 arasında seyretmektedir. Bizim çalışmamız da bu yüksek prevalans sonuçları ile korelasyon saptanmıştır. Bu farklılığın epilepsinin şiddeti ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.<sup>[23]</sup>

## Sonuç

Epilepsi hastalarında nöbet kontrolü birincil hedefdir. Ancak epilepside görülebilecek psikiyatrik komorbiditelerin saptanması ve tedavi edilmesi hastalara fiziksel iyiliğin yanı sıra ruhsal ve sosyal iyilik hali de kazandırmaktadır. Bu nedenle yapılan kontrollerde hastaların eşlik eden sosyal ve psikiyatrik sorunlarını saptamak, gerekli durumlarda psikiyatri konsültasyonu istemek, hastaların yaşam kalitesini arttırmada nöbet kontrolü kadar önemlidir.

## Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız.

## Çıkar Çatışması

Bildirilmemiştir.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: A.B.D., İ.B., C.A.; Dizayn: A.B.D., İ.B., C.A.; Veri Toplama veya İşleme: A.B.D., P.U.U., G.A.; Analiz ve Yorumlama: A.B.D., İ.B., C.A.; Literatür Arama: A.B.D., P.U.U., G.A.; Yazan: A.B.D., C.A., P.U.U.

## Kaynaklar

1. Hauser WA, Hesdorffer DC. Epilepsy: Frequency, causes, and consequences. Landover: Epilepsy Foundation of America; 1990.
2. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996;61(5):433–43. [\[CrossRef\]](#)
3. Ferrie CD, Robinson RO, Panayiotopoulos CP. Psychotic and severe behavioural reactions with vigabatrin: a review. Acta Neurol Scand 1996;93(1):1–8. [\[CrossRef\]](#)
4. Collings JA. Epilepsy and well-being. Soc Sci Med 1990;31(2):165–70. [\[CrossRef\]](#)
5. Fidaner H, Billington R, Eser E, Elbi H. Yaşam kalitesi ve ruh sağlığı. 34. Ulusal Psikiyatri kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı: 1998; s. 53–6.
6. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia 2017;58(4):522–30. [\[CrossRef\]](#)
7. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton depresyon derecelendirme

- ölçeği: Bazı psikometrik ve ICD-10 depresyon tanısı ile karşılaştırılması. 2. Bahar Sempozyumu Poster Bildiri: 1998.
8. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9(2):114–7.
  9. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: New England Medical Center, the Health Institute; 1993.
  10. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473–83. [CrossRef]
  11. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102–6.
  12. Edeh J, Toone BK. Antiepileptic therapy, folate deficiency, and psychiatric morbidity: a general practice survey. *Epilepsia* 1985;26(5):434–40. [CrossRef]
  13. Manchanda R, Schaefer B, McLachlan RS, Blume WT. Interictal psychiatric morbidity and focus of epilepsy in treatment-refractory patients admitted to an epilepsy unit. *Am J Psychiatry* 1992;149(8):1096–8. [CrossRef]
  14. Currie S, Heathfield KW, Henson RA, Scott DF. Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy. A survey of 666 patients. *Brain* 1971;94(1):173–90. [CrossRef]
  15. Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard A, Gidal B, Hermann B. Comorbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: recognition and etiology of depression. *Neurology* 1999;53(Suppl 2):3–8.
  16. Arnston P, Drodge D, Norton R, Murray E. The perceived psychosocial consequences of having epilepsy. In: Whitman S, Hermann B, editors. *Psychopathology in Epilepsy: Social Dimensions*. Buchingham: Open University Press; 1986. p. 144–61.
  17. Djibuti M, Shakarishvili R. Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74(5):570–3. [CrossRef]
  18. Şenol V, Soyuer F, Arman F. Erciyes Üniversitesi Nöroloji Polikliniğine Başvuran Yetişkin Epilepsi Hastalarının Sosyo-Demografik, Klinik Özellikleri ve Depresyonla İlişkisi. *Türk J Neurol* 2007;13(4):259–66.
  19. Blumer D. Psychiatric aspects of intractable epilepsy. *Adv Exp Med Biol* 2002;497:133–47. [CrossRef]
  20. Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia* 2000;41 Suppl 2:S31–41. [CrossRef]
  21. Swinkels WA, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;7(1):37–50. [CrossRef]
  22. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007;48(12):2336–44. [CrossRef]
  23. Mulo M. Epilepsy and Depression: Clinical Problems and Therapeutic Approaches. *Epilepsi* 2012;18(3):1–8. [CrossRef]