

## Multiple Sklerozda Depresyon ve Anksiyete

Nuran ŞEN<sup>1</sup>, Şengül GÜRBÜZ GENÇ<sup>1</sup>, Naciye KILIÇ AYDIN<sup>1</sup>, Oğuzhan KILINÇEL<sup>1</sup>, İdris ALTINIŞIK<sup>1</sup>, Şenay KILINÇEL<sup>2</sup>, İsmail Hasan KÖLE<sup>2</sup>, Salih Saygın EKER<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

<sup>2</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

### ÖZET

Bu çalışmamızda Multiple Skleroz (MS) hastalarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin sıklığı, Genişletilmiş Özürlülük Durum Skalası (EDSS) değerleri, hastalık süresi, atak sayısı ve sosyodemografik faktörlerle olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın araştırma grubunu 50 MS hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Genişletilmiş Özürlülük Durum Skalası (EDSS, Expanded Disability Status Scale), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) ve sosyodemografik veri ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmamızda MS hastalarında sosyodemografik faktörlerin depresyon ve anksiyete açısından anlamlı bir risk oluşturmadığı görülmüştür. Hastaların HAM-D toplam ölçek puanı ile EDSS ölçek skoru ( $r=0,738$ ;  $p<0,001$ ), hastalık süresi (yıl) ( $r=0,332$ ;  $p=0,019$ ) ve atak sayısı ( $r=0,511$ ;  $p<0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı. HAM-A toplam ölçek puanı ile EDSS ölçek skoru arasında anlamlı korelasyon ( $r=0,306$ ;  $p=0,031$ ) varken hastalık süresi (yıl) ve atak sayısı arasında anlamlı ilişki yoktu. Bu bulgular değerlendirildiğinde MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin hastalığın seyrinde etkili olduğu söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Multiple Skleroz. Depresyon. Anksiyete.

### Depression and Anxiety in Multiple Sclerosis

### ABSTRACT

In this study it's analysed the frequency of the symptoms of anxiety and depression in MS patients, the relation with the duration of disease, EDSS values, numbers of attacks and sociodemographic factors. 50 MS patients were included in the study. The datas of research were collected by using Expanded Disability Status Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale and Sociodemographic Data Scale. It was seen that sociodemographic factors of MS patients didn't create significant risk in terms of depression and anxiety. It was detected that there were correlations between HAM-D total score and EDSS score ( $r=0,738$ ;  $p<0,001$ ), duration of disease (year) ( $r=0,332$ ;  $p=0,019$ ) and numbers of attacks ( $r=0,511$ ;  $p<0,001$ ). While there was a positive correlation between HAM-A total score and EDSS score ( $r=0,306$ ;  $p=0,031$ ), it wasn't detected the same correlation between duration of disease and numbers of attacks. In conclusion, it seem that depression and anxiety are effective in process of Multiple Sclerosis.

**Key Words:** Multiple Sclerosis. Depression. Anxiety.

Multiple Skleroz (MS), genç nüfusu etkileyen, ataklar ve remisyonlarla seyreden, beyin ve spinal kord boyunca rastgele dağılan, parsiyel aksonların korunduğu fokal demiyelinize lezyonlarla karakterize santral sinir sisteminin inflamatuvar ve demiyelinizan hastalığıdır.<sup>1</sup> Kronik seyirli ve yeti kaybına neden olan bir hastalıktır.<sup>2</sup> MS klinik tablosunda, psikiyatrik bozukluklar çok sık ortaya çıkmaktadır.<sup>3,4</sup> Bütün olarak

psikiyatrik semptomlar, tipik olarak genç yaşta başlayan ve bu kronik, ilerleyici ve öngörülemez nörolojik hastalığın birçok yönüne atfedilebilir. MS fiziksel fonksiyonları azaltır, engelliğe neden olur ve muhtemelen eğitim, iş, cinsellik, aile yaşantısı, sosyallik ve günlük aktivitelerde bozulmaları tetikler.

Psikiyatrik belirtiler tanı konmadan önce, ilk nörolojik belirtiler ortaya çıktığında ya da retrospektif çalışmalarda bahsedildiği gibi tanı konduktan sonra ortaya çıkabilirler. MS'li hastalarda psikiyatrik bozukluklar hastalığın seyri sırasında depresyondan öforiye ve psikotik bozukluğa kadar değişen bir yelpazede ortaya çıkmaktadır.<sup>5</sup> Düşünsel ve davranışsal değişikliklerle birlikte hastalar uyku, iştah, konsantrasyon gücü ve hafıza kaybından şikayetçi olabilirler.

MS' de depresyon en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur ve genel popülasyona ve başka kronik has-

Geliş Tarihi: 26 Nisan 2015  
Kabul Tarihi: 27 Temmuz 2015

Dr. Nuran ŞEN  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Bursa.  
Tel: 0 224 2951840  
e-Posta: dr\_nuransen@hotmail.com

talıklara göre MS hastalarında oldukça yüksek oranda olduğu ileri sürülmektedir.<sup>6</sup> Depresyonun nokta prevalansı %20-50 iken, yaşam boyu prevalansı ise %50 civarındadır.<sup>7</sup> Farklı ve geçerliliği olan ölçümler kullanılarak yapılan değerlendirmelerde depresyon sıklığının % 27-54 arasında değiştiği belirtilmektedir. MS'li hastalarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı diğer medikal ya da nörolojik hastalıklardan daha yüksektir. Bu durumun nedenleri tam olarak aydınlatılmamakla beraber biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerinin etkileşimi sonucu geliştiği düşünülmektedir. Hastalığın kronik, progresif seyretmesi ve özür-lülüğe yol açıyor olması depresif duygu durumunun daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Depresyon hastalığın seyri sırasında ya da başlangıç semptomu olarak ortaya çıkabileceği gibi, uygulanan tedavilerin yan etkisi olarak da gelişebilmektedir. MS'de depresyon etyolojisinde, immüdisregülasyon, nöroendokrin anormallikler, artmış sosyal stres, yetersiz aile ve sosyal çevre desteği suçlanmaktadır.<sup>8</sup>

Anksiyete belirtileri de MS'de yüksek oranda görülen tablolardan biridir. Prevalansı %20-40 civarındadır.<sup>7</sup> Nedenleri arasında, hastaların kendilerindeki bilişsel, mental ve fonksiyonel kayıpları farketmeleri (katastrofik anksiyete), çevreden gelen uyarıların yeterli değerlendirilememesi, olayların üstesinden gelememe, sosyal kayıplar, yalnız kalma, depresyon ya da demansa eşlik eden fiziksel hastalıklara bağlı zorluklar yer alabilir.<sup>9</sup> Depresyon, anksiyete ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde değişik nöropsikolojik testler kullanılmaktadır.

Biz bu çalışmamızda nöroloji polikliniğinde takip edilen MS'li hastalarda Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) kullanarak depresyon ve anksiyete belirtilerinin sıklığı, Genişletilmiş Özür-lülük Durum Skalası (EDSS, ExpandedDisabilityStatusScala) değerleri, hastalık süresi, atak sayısı ve sosyodemografik faktörlerle olan ilişkisini incelemeyi amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Ağustos 2014-Ekim 2014 tarihleri arasında nöroloji polikliniğinde takip edilmekte olan ve ayaktan başvuran McDonald ve ark.'nın tanımladığı kriterleri karşılayan MS kesin tanısı konulmuş 50 MS hastasını kapsamaktadır.<sup>10</sup> Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Nöroloji polikliniğine başvuran hastalara, çalışmanın protokolleri hakkında bilgilendirildikten sonra yeti yitimini tespiti amacıyla Kurtzke'nin<sup>11</sup> Genişletilmiş Özür-lülük Durum Skalası (EDSS, ExpandedDisabilityStatusScala) nöroloji hekimi tarafından uygulanıp, aynı gün hastalar psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir. Yönlendirilen hastalara psikiyatri hekimi tara-

findan Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve sosyodemografik veri ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda depresyon veya anksiyete belirtileri olanlarla olmayanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ya da eğitim durumu açısından fark olup olmadığı, EDSS skoru ile HAM-D veya HAM-A puanı arasında ilişki olup olmadığı, hastalık süresi ve atak sayısı ile HAM-A ve HAM-D arasında ilişki olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışma protokolü, etik kurul tarafından onaylanmış olup tüm katılımcılara yazılı metin ile sunulmuştur.

### 1. Sosyodemografik ve klinik veri formu

Bu form, çalışmacı tarafından oluşturulmuş olup, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyini, ayrıca toplam hastalık süresi, atak sayısı, EDSS puanı ve hastaneye yatış sayısını da içermektedir.

### 2. Genişletilmiş Özür-lülük Durum Skalası (EDSS, ExpandedDisabilityStatusScala)

Kurtzke tarafından oluşturulan bu test MS hastalarında yeti yitimini ve nörolojik semptomları ölçmektedir. Ölçek hastanın fizik muayenesini ve nörolojik öyküsünü bilen bir nöroloji hekimi tarafından doldurulur.0 ile 10 arasında puan verilir.0, herhangi bir yetiyitimi veya bozukluk olmadığını gösterirken, 10, MS'e bağlı ölümü gösterir. MS hastaları, EDSS puanlarına göre 2 gruba ayrılmıştır. EDSS <6 (yürümek için desteğe ihtiyacı henüz yoktur) ve EDSS >=6 (yürümek için baston, koltuk değneği ya da diğer yardımlara gereksinim duyar) şeklinde iki gruba ayrılmıştır.<sup>11</sup>

### 3. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

HAM-A ölçeği, 1959'da Hamilton tarafından, bireylerde anksiyete düzeyini, belirti dağılımını belirlemek ve şiddet gelişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. tarafından 1998'de yapılmıştır.<sup>14</sup> HAM-A düzeylerine göre anksiyete derecelendirildiğinde, 6-14 arası minor, 15=<major anksiyete olarak değerlendirildi.<sup>13</sup>

### 4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için hekimlerce kullanabilen 17 soruluk bir testtir. Max Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve hala depresyonun derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir.<sup>15</sup> Son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşur. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. (1996) tarafından test edilmiştir.<sup>16</sup> HAM-D düzeylerine göre depresyon derecelendirildiğinde, 8-13 arası düşük, 14-18 arası orta, 18 ve üstü şiddetli olarak değerlendirildi.<sup>12</sup>

## Multiple Sklerozda Depresyon ve Anksiyete

### 5. İstatiksel Analiz:

Sürekli verilerin dağılımı Shapiro-wilk testi ile varyansları ise Levene's test ile değerlendirildi. Normal dağılıma sahip veriler ortalama ve standart sapma ile belirtildi. İki farklı grubun normal dağılıma ve homojen varyansa sahip verileri karşılaştırılırken Independent Student's t test kullanıldı. Kategorik veriler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanıldı. Daha sonra hastalık özellikleri ile HAM-A ve HAM-D toplam ölçek puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde SPSS 22.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, IL) paket programı kullanıldı. Çift-kuyruklu anlamlılık değeri ( $p < 0,05$ ) anlamlı kabul edildi.

### Bulgular

Bu örneklem grubunun 38'i (%76) kadınlardan, 12'si (%24) erkeklerden oluşuyordu. MS hastalarının 16'sında (%32) depresyon ( $HAMD \geq 8$ ), 37'sinde (%74) anksiyete ( $HAMA \geq 6$ ) saptanmıştır.

Depresyonu olan 16 hastanın yaş ortalaması  $39,75 \pm 10,8$ , depresyonu olmayan 34 hastanın yaş ortalaması ise  $38,3 \pm 10,51$  idi. Hastaların 34'ü (%68) evliydi. Evli olanların 12'sinde (%35), bekarların 4'ünde (%25) depresyon saptanmıştır. Erkeklerin 3'ünde, kadınların ise 13'ünde depresyon saptanmıştır. Evli olanların 27'sinde (%79), bekar olanların 10'unda (%55,5) anksiyete saptanmıştır. Kadınların 30'unda, erkeklerin ise 7'sinde anksiyete saptanmıştır.

MS hastalarının depresyon ölçeği toplam puanı 8 ve üzerinde olanlar ile altında olanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo Ib). Benzer şekilde anksiyete ölçeği toplam puanı 6 ve üzerinde olanlar ile altında olanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo Ia).

**Tablo Ia.** Katılımcıların sosyodemografik verileri ile Hamilton anksiyete ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması.

	HAM-A<6 n, %	HAM-A>=6 n, %	p
YAŞ (ort ± ss)	39,4 ±11,68	38,5 ±10,24	0,789
CİNSİYET			
Kadın	8 (61,5)	30 (81,1)	0,256
Erkek	5 (38,5)	7 (18,9)	
MEDENİ DURUM			
Evli	7 (53)	27 (73)	0,301
Bekar	6 (46)	10 (27)	
EĞİTİM DURUMU			
İlkokul	0 (0)	3 (8,1)	0,100
Ortaokul	9 (69,2)	14 (37,8)	
Lise	0 (0)	9 (24,3)	
Yüksek okul	4 (30,8)	11 (29,7)	

**Tablo Ib.** Katılımcıların sosyodemografik verileri ile Hamilton depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması.

	HAM-D<8 n, %	HAM-D≥8 n, %	P
YAŞ (ort ± ss)	38,3 ±10,51	39,75 ±10,82	0,659
CİNSİYET			
Kadın	25 (73,5)	13 (81,3)	0,728
Erkek	9 (26,5)	3 (18,8)	
MEDENİ DURUM			
Evli	22 (64,7)	12 (75)	0,467
Bekar	12 (35,3)	4 (25)	
EĞİTİM DURUMU			
İlkokul	2 (5,9)	1 (6,3)	0,101
Ortaokul	18 (52,9)	5 (31,3)	
Lise	3 (8,8)	6 (37,5)	
Yüksek okul	11 (32,4)	4 (25)	

Hastaların HAM-D toplam ölçek puanı ile EDSS ölçek skoru ( $r=0,562$ ;  $p < 0,001$ ), hastalık süresi (yıl) ( $r=0,332$ ;  $p=0,019$ ) ve atak sayısı ( $r=0,511$ ;  $p < 0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı. HAM-A toplam ölçek puanı ile EDSS ölçek skoru arasında anlamlı korelasyon ( $r=0,306$ ;  $p=0,031$ ) varken hastalık süresi (yıl) ve atak sayısı arasında anlamlı korelasyon yoktu (Tablo II).

**Tablo II.** Katılımcıların hastalık özellikleri ile psikometrik ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları.

	HAMD	HAMA	EDSS	HASTALIK SÜRESİ (yıl)
HAMA	$r$ 0,738 $p$ <0,001			
EDSS	$r$ 0,562 $p$ <0,001	0,306 0,031		
HASTALIK SÜRESİ (yıl)	$r$ 0,332 $p$ 0,019	0,098 0,498	0,359 0,010	
ATAK SAYISI	$r$ 0,511 $p$ <0,001	0,339 0,016	0,504 <0,001	0,615 <0,001

### Tartışma

MS, psikiyatrik semptomların sık görüldüğü nörolojik bir hastalıktır. MS hastalarında psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %27-66 arasındadır.<sup>17</sup> Nöroloji polikliniğine başvurdıkları sırada bu hastaların %40'ında bir duygu durum bozukluğu, %45'inde bir anksiyete bozukluğu bulunmaktadır.<sup>18</sup>

Major depresyon, %40-50 oranındaki yaşam boyu yaygınlığı ile MS'lilerde en sık görülen psikiyatrik bozukluktur ve MS' de fazlasıyla çalışılmıştır.<sup>17,19</sup> MS hastalarında, psikiyatrik belirtilerin yaşam kalitesi ve hastalığın klinik doğası üzerine olumsuz etkileri vardır.<sup>20</sup> Major depresyon varlığında özkıyım riski normal topluma göre artmış bulunmaktadır.<sup>21</sup> Bu nedenle,

gerektiğinde psikiyatrik durumların saptanması ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır. Ancak depresyon yanında major depresyon ölçütlerini karşılamayan, çok sayıda affektif belirti gösteren olgular da vardır. Eşikaltı belirtilerin de tedaviden yararlanabileceği ve yaşam kalitesini etkileyebileceği unutulmamalıdır.<sup>6</sup>

MS' de görülen depresyonun etyolojisi tam olarak bilinmezken en azından üç mekanizmayla oluştuğu düşünülmektedir. Birincisi, hastalıkla başa çıkmadaki yetersizlik<sup>22</sup> ve sosyal statü ve rolde azalmaya<sup>23</sup> verilen psikolojik reaksiyondur. İkincisi, merkezi sinir sistemindeki lezyonların fazlalığı<sup>24</sup> ve üçüncüsü, immün sistemdeki değişikliklerdir.<sup>25</sup> Böylece, depresyon MS'de bir belirti olmanın yanısıra bir komplikasyon da olabilmektedir. Depresyonun MS'li hastalarda nokta prevalansı %20-50 iken, yaşam boyu prevalansı ise %50 civarındadır.<sup>7</sup> Gottberg ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada MS hastalarında depresyon oranını %19 olarak belirlemişlerdir.<sup>26</sup> Bu çalışmada, bu oran %32 olarak belirlenmiştir. Bu oran normal popülasyona göre oldukça yüksektir.<sup>6</sup> MS olgularındaki depresyon ailesel özellik göstermemektedir. Nörolojik belirtilerden sonra belirginleşmektedir. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) bulguları ve bilişsel bozulmalarla bağlantılı bulunmaktadır.<sup>27</sup> MS'de depresyon için risk faktörleri; erken yaşta başlangıç, progresif tip MS, atak döneminde olma, düşük gelir düzeyi, genç yaşta olma, fiziksel yeti kaybı fazlalığı ve sosyal destek düşüklüğüdür.<sup>28</sup> Ancak yine de MS hastalarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin sosyodemografik faktörler, işlevsellik ve klinik değişkenler ile ilişkisi halen çözümlenmemiş bir sorudur.

Anksiyete belirtileri de MS'de normal popülasyona göre yüksek oranda görülen psikiyatrik tablolardan biridir<sup>29</sup> ancak depresyona göre daha az ilgi çekmiştir.<sup>30</sup> Sıklıkla depresyon ile birlikte görülür. Anksiyete çalışmaları, hem anksiyete belirtilerinin (ölçek çalışmaları) hem de eksen 1 tanılarının belirlenmesini amaçlamıştır.<sup>31</sup> Kehler ve ark.'nın çalışmasında<sup>20</sup> MS hastalarında normal popülasyona göre artmış sağlık anksiyetesi saptanmışken bu çalışmada MS hastalarının 37'sinde (%74) anksiyete belirtileri (HAMA $\geq$ 6) saptanmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda, kadın hastalarda depresyon düzeyleri erkek hastalardan daha yüksek bulunurken<sup>9</sup> sağlıklı grupla MS grubunun karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda ise hem kontrol hem MS grubunda cinsiyet farklılığının istatistiksel açıdan önemli bir risk oluşturmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, MS hastalarının depresyon ve anksiyetesi olanlar ve olmayanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yapılan çalışmalarda atak sayısı ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.<sup>32</sup> Ancak ataktaki hastaların remisyon dönemindeki hastalara göre daha depresif olduğu belirtilmektedir.<sup>33</sup>

Bizim çalışmamızda atak sayısı ile depresyon arasında pozitif bir ilişki saptanmışken anksiyete ile pozitif ilişki saptanmamıştır. Bu, MS hastalarında atak sayısı arttıkça yeti yitiminin artması, hastanede yatış sayı ve süresinin artması, bu nedenle sosyal işlevsellikte azalmayla ayrıca yeni atak beklentisine alışık olmayla ilişkili olabilir.

Galeazzi ve arkadaşları, çalışmamızla uyumlu olarak, yaşın depresyonla ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir.<sup>34</sup> Çalışmamızın bu bulguları literatür ile uyumludur.

Depresyon ile hastalık süresi arasında ilişki olup olmadığını araştıran çalışmalarda farklı ve birbiri ile çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda öne sürüldüğünün aksine Mendes ve ark. ile Iwasaki ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda depresyon ile hastalık süresi arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.<sup>35,36</sup> Süreye rağmen depresyon oranının artmamış olması, süre ilerledikçe hastalık ve sonuçları ile başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesine bağlanabilir.

Bizim çalışmamızda hastalık süresiyle anksiyete arasında pozitif yönde ilişki saptanmazken depresyonla hastalık süresi arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu sonuç depresyon ve anksiyetenin etyolojisinde multifaktöryel nedenlerin rol aldığı görüşünü düşündürmektedir. Ayrıca, hastalık süresinin ilerlemesi sosyal desteğin azaldığı algısının oluşmasına, izolasyona ve sosyal geri çekilmeye yol açabilir. Bu da, hastanın sosyal rollerinde MS'in şiddetli etkisine katkıda bulunur. Bunun yanı sıra, olası yeni bir nöks ihtimaline yada ilaç yan etkilerine bağlı günlük sağlıkla ilgili kararsızlık hissi ya da öz saygıda azalma yaşam kalitesini oldukça bozmaktadır.

EDSS ile depresyon arasındaki ilişki için literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Mendes ve arkadaşlarının 84 atak ve iyileşmelerle giden MS (Relapsing - Remitting MS)'li hasta ile, BDI (beck depresyon ölçeği) ve EDSS kullanılarak yaptığı çalışmada, depresyon ve yetiyitimi arasında korelasyon olduğu, fakat depresyonla cinsiyet, yaş ve hastalık süresi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.<sup>37,38</sup> Iwasaki ve ark.'nın, 48 MS hastası üzerinde yaptığı bir çalışmada ise depresyon ve yetiyitimi arasında herhangi bir korelasyon olmadığı saptanmıştır.<sup>36</sup>

Bu çalışmada, anksiyete belirtilerinin ve depresyonun EDSS puanlarıyla pozitif yönde bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu, kronik ve tedavisi zor olan bir hastalığa ve sosyal işlevsellik düzeyindeki azalmaya uyumun zorluğundan kaynaklanabilir.<sup>39</sup>

Sonuç olarak; bu çalışmalar MS hastalığı seyrinde multidisipliner yaklaşımın yeri ve önemini destekler niteliktedir. Hastaların yaşam kalitelerinin artırılabilmesi için psikiyatrik açıdan da değerlendirmelerinin önemi vurgulanmak istenmiştir. Olgu sayısının görece az olması, aynı yaş ve cinsiyette herhangi bir kontrol grubu içermemesi çalışmanın kısıtlılıklarıdır. Olgu

## Multiple Sklerozda Depresyon ve Anksiyete

sayıları artırılarak daha geniş çalışmalara gerek duyulmaktadır. Klinikte MS'li hastalarda duygudurum durumundaki değişikliklerin saptanması, nörolojik hastalıklar ve depresif semptomlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yeni araştırmalara, gelişmiş teknik ve standartlara uygun psikiyatrik incelemelere, testlere ihtiyaç vardır. Hastaların duygudurum değişikliklerinin saptanması depresyon tedavisinde hem psikoterapinin hem de uygulanan farmakoterapinin etkinliği konusunda önemli yararlar sağlayacaktır.

### Kaynaklar

1. Aronson KJ. Quality of life among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Neurology* 1997; 74:80.
2. Yüksel N, Demans, Multiple Skleroz, Parkinson Hastalığı ve Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromunda İzlenen Nöropsikiyatrik belirtiler. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5:151-159.
3. Garland EJ, Zis AP. Multiple Sclerosis and affective disorders. *Can J Psychiatry* 1991; 36:112-117.
4. Minden SL, Schiffer RB. Affective disorders in multiple sclerosis presenting to psychiatric hospitals. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 297-308.
5. Gordon SF, Duguet P, Antel JP. Inflammatory demyelinating diseases of central nervous system. In: *Neurology in clinical practice*, 2nd edn Bradlej WG, Daroff DB, Fenichel GM, Marsden CD (eds). Butterworth Heinemann, USA, P.1307-1343, 1996.
6. Feinstein A, Feinstein K. Depression associated with multiple sclerosis looking beyond diagnosis to symptom expression. *J Affect Disord* 2001; 66:193-198.
7. A. Giardon. Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences* 2011; 307:86-91.
8. U. Emre. Multiple Skleroz ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Düşünen Adam* 2003; 16(1)s: 53-56.
9. İrkeç C, Işık E: Multiple Skleroz. *Organik Psikiyatri* (ed) Işık E. Ankara 1998; 219-248.
10. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, Fujihara K, Havrdova E, Hutchinson M, Kappos L, Lublin FD, Montalban X, O'Connor P: Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revision to the McDonald criteria. *Ann Neurol* 2011 Feb; 69 (2):292-302.
11. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-1452.
12. Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ ve ark. A comparison of depression ratings scales. *Br J Psychiatry*, 1982; 141:45-49.
13. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
14. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:114-7.
15. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
16. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-9.
17. Aksel Siva ve Turk Multipl Skleroz Çalışma Grubu. Edirne şehir merkezinde MS prevalans çalışması. 39. Ulusal Nöroloji Kongresi program ve bildiri özet kitabı 2003; 248.
18. Barclay L, Lie D. International panel revises McDonald diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2005; 58:840-846.
19. Azzimondi G, Stracciari A, Rinaldi R, D'Alessandro R, Pazzaglia P. Multiple sclerosis with very late onset: report of six cases and review of the literature. *Eur Neuro* 1994; 134:332-336.
20. Kehler MD, Hadjstavropoulos HD. Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *J Behav Med* 2009; 32(2):150-61.
21. Brønnum H, Stenager E, Stenager EN, Koch-Henriksen N. Suicide among Danes with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76:1457-9.
22. Pakenham KI. Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. *Health Psychol* 1999; 18:383-92.
23. Gulick EE. Correlates among quality of life among persons with multiple sclerosis. *Nurs Res* 1997; 46:305-11.
24. Feinstein A, Roy P, Lobaugh N, Feinstein K, O'Connor P, Black S. Structural brain abnormalities in multiple sclerosis patients with major depression. *Neurology* 2004; 62:586-90.
25. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines in the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* 2006; 27:24-31.
26. Gottberg K, Enorsson U, Fredrikson S, von Koch L. A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm County: Association with functioning and sense of coherence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78:60-5.
27. Feinstein A. Multiple sclerosis, depression and suicide. *BMJ*, 1997; 315 (7110):691-692.
28. Turner AP, Williams RM, Bowen JD, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87:1073-8.
29. Noy S, Achiron A, Gabbay U, Barak Y, Rotstein Z, Laor N, and Sarova-Pinhas I. A New Approach to Affective Symptoms in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 36, No. 5 (September/October) 1995: pp 390-395.
30. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Mult Scler* 2007; 13:67-72.
31. Beiske AG, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen ED, Aarseth JH, et al. Depression and anxiety among multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol* 2008; 15(3):239-45.
32. Tanık N. ve ark. Multipl Skleroz'da Tedavi, Özürlülük ve Depresyon Arasındaki İlişki, *Nöropsikiyatri Arşivi* 2012; 49:300-303.
33. Minden SL, Schiffer RB. Affective disorders in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1990; 47:97-104.
34. Galeazzi GM, Ferrari S, Giaroli G, Mackinnon A. Psychiatric disorders and depression in multiple sclerosis outpatients: Impact of disability and interferon beta therapy. *Neurosci* 2005; 26:255-62.
35. Whitlock FA, Siskind MM. Depression as a major symptom of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980; 43:861-865.
36. Iwasaki Y, Iwamoto K, Igarashi O, Kiyozuka T, Aoyagi J, Hirano K, Sato R, Kawase Y, Iwasa Y, Ikeda K. Depression in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2005; 111:209.
37. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimelli S, Moreira MA, Barão-Cruz AM. Depression in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61:591-595.
38. Bilgi E. ve ark., Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi, *Türk Nöroloji Dergisi* 2013; 19:11-4.
39. Janssens AC, Buljevac D, van Doorn PA, van der Meché FG, Polman CH, Passchier J, et al. Prediction of anxiety and distress following diagnosis of multiple sclerosis: a two-year longitudinal study. *Mult Scler* 2006; 12:794-801.

