

Parkinson Hastalarında Psikiyatrik Bozuklukların Araştırılması

Aslı Sarandöl**, S. Saygın Eker*, E. Yusuf Sivrioğlu**, Güven Özkaya****, Sevda Erer*****, Mehmet Zarifoğlu*****, Selçuk Kırılı***

- * Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzman Doktor
** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yardımcı Doçent Doktor
*** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Profesör Doktor
**** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi
***** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzman Doktor
***** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Profesör Doktor

Tel: +902244428400 / 1795

Faks: +902244428852

E-mail: asli@uludag.edu.tr

ÖZET

Amaç: Parkinson hastalarında psikiyatrik bozuklukların araştırılması

Yöntem: Çalışmaya alınan hastalar iki psikiyatri uzmanı tarafından yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeyle değerlendirildi. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), Hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği (HAM-A), Yaşlılar için depresyon ölçeği (YDÖ), BEHAVE-AD-FW, standardize mini mental durumu değerlendirme ölçeği (S-MMSE), Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) ve Shwab England ADL ölçeği uygulandı.

Bulgular: Yapılan psikiyatrik görüşme sonrası 22 (%38.6) hasta majör depresif bozukluk, 1 (%1.8) hasta obsesif kompulsif bozukluk, 8 (%14) hasta demans tanısı almıştır. Depresyon tanısı alan grupta depresyon tanısı almayan gruba göre HAM-D, HAM-A, YDÖ, UPDRS-bölüm1 puanlarının yüksek, PH başlangıç yaşının ise düşük (ölçekler için $p<0.001$, yaş için $p<0.05$) olduğu dikkati çekmiştir. PH'nın süresi ile HAM-A ($p<0.001$, $r:0.271$) ve BEHAVE-AD-FW arasında pozitif ilişki ($p<0.05$, $r:0.298$) bulunmuştur.

Tartışma: Değerlendirmede en sık görülen psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğu ancak Parkinson hastalığının motor belirtileri ile depresyon arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır. YDÖ kesme puanına göre depresyonu olan hasta sayısı ile klinik görüşme ile saptanan depresyon oranının aynı olduğu dikkati çekti. Anksiyetenin ve bilişsel bozuklukların depresyona eşlik ettiği düşünüldü.

Sonuç: PH'da psikiyatrik bozuklukların tanınması ve tedavisiyle PH'nın seyrinin değişip değişmeyeceği yönünde daha fazla hastanın yer aldığı ileriye dönük takip çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Parkinson hastalığı, depresyon, anksiyete, psikiyatrik bozukluk

ABSTRACT

Evaluation of Psychiatric Disorders in Parkinson's Disease

Objective: Research of psychiatric disorders in Parkinson's disease (PD) patients.

Method: Enrolled patients are evaluated by two psychiatrists via semi-structured interview. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Geriatric Depression Scale (GDS), BEHAVE-AD-FW, Mini Mental Status Examination (MMSE), Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) and Shwab England ADL scales were applied to all patients.

Findings: We diagnosed 22 patients (38.6%) as major depressive disorder, 1 patient (1.8%) as Obsessive Compulsive Disorder and 8 patients (14%) as Dementia. Scores of HDRS, HARS, GDS and UPDRS-section 1 were found higher in depressed patients compared to non-depressed patients. Also in depressed group the onset of PD was earlier compared to non-depressed patients ($p<0.001$ for scales, $p<0.05$ for age). A positive correlation was found between duration of PD and HARS ($p<0.001$, $r:0.271$) and BEHAVE-AD-FW ($p<0.05$, $r:0.298$).

Discussion: We found that major depressive disorder is the most common psychiatric disorder in PD; however, we found no relationship between depression and the motor signs of PD. The number of detected depressive patients by the cut off point of GDS and the number of depressive patients detected by psychiatric interview did not differ. We assume that depression was accompanied by anxiety and cognitive impairments.

Conclusion: More progressive studies with larger samples are needed to evaluate psychiatric disorders and their treatment which may contribute the progress of the disorder.
Keywords: Parkinson's disease, depression, anxiety, psychiatric disorder

GİRİŞ

Parkinson hastalığı [PH] primer bir hareket bozukluğu olup tremor, bradikinezi, rijidite, postural dengesizlik ve sıklıkla da psikiyatrik komplikasyonlarla seyreden nöropsikiyatrik bir bozukluktur. PH'nda sık rastlanan nöropsikiyatrik sorunlar; duygudurum ve anksiyete bozuklukları, yorgunluk ve apati, psikoz, bilişsel bozukluklar, uyku bozuklukları şeklinde sıralanabilir. Bu bozukluklar, PH sürecinde nörotransmitterler arasındaki karmaşık etkileşimlere ve patolojik değişimlere bağlı olabileceği gibi hastalığa karşı gelişmiş emosyonel bir tepki veya tedavide kullanılan ilaçlara bağlı yan etkiler nedeniyle de ortaya çıkabilir (Aarsland ve ark. 1999).

Depresyon, Parkinson hastalarında en sık bildirilen psikiyatrik bozukluktur. Hastalığın herhangi bir evresinde ortaya çıkabilir. Çoğu hastada hafif veya orta derecede depresyon bulunmakta, majör depresyon daha az sıklıkta gözlenmektedir (Ferreri ve ark. 2006). Yeni çalışmalarda PH'da majör depresyon yaygınlığının %5-10, herhangi bir depresyonun ise görülme sıklığının %50 olduğu bildirilmiştir [minör depresyon, majör depresyon veya subsendromal depresyon] (Tandberg ve ark. 1996). Depresyon, PH'nın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmekte, hayat kalitesini bozmakta ve motor yeti kaybının artmasına neden olabilmektedir (Weintraub ve ark. 2004).

PH'da %40'ı aşan oranda klinik anlamlılığa ulaşmış düzeyde anksiyete, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu bildirilmektedir. Bu oran genel popülasyona göre yüksek olmakla beraber Multipl Skleroz gibi diğer kronik hastalıklarla benzerdir (Richard ve ark. 1996). Sıklıkla depresyon ile birlikte bulunur bu yüzden klinik tanıda depresyonun da varlığının araştırılması gerekmektedir (Ferreri ve ark. 2006). Psikoz ise Parkinson hastalarında %20-40 oranında bildirilmektedir (Papapetropoulos ve Mash 2005). En sık bildirilen semptomlar özellikle akşamları ortaya çıkan görsel hallüsinasyonlardır. Paranoid hezeyanlar sıklıkla da kıskançlık tipi hezeyanlar görülebilmektedir (Ferreri ve ark. 2006). Bununla birlikte Parkinson hastalarının yaklaşık %50'sinde demans olmadan bilişsel testlerle saptanan orta düzeyde bilişsel sorunlar olduğu da bildirilmektedir. Heterojen olarak işlevlerin bozulduğu bildirilse de daha sık olarak yöneltil, viziospatial, dikkat ve dil fonksi-

yonlarının etkilendiği bildirilmiştir (Camicioli ve Fisher 2004).

PH'na eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tanınması klinik belirtilerin tıbbî hastalık belirtileri ile örtüşmesi nedeniyle güçlük yaratmaktadır. Bu çalışmada bir grup Parkinson hastasında yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeyle beraber nörolojik ve psikiyatrik değerlendirme ölçekleri kullanılarak psikiyatrik bozukluklar araştırılmıştır.

YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Hareket Bozuklukları Polikliniği'ne Ocak 2004-Temmuz 2004 tarihleri arasında başvuran 70 Parkinson hastasının tümü değerlendirilmeye alındı. Değerlendirilen hastaların çalışmaya katılmayı kabul eden 57 bakım vereni ve hastasından çalışma için bilgilendirilmiş olur formu alındı. Hasta grubu 24 [%42.1] kadın, 33 [%57.9] erkekten oluşmaktaydı. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı alındı. Çalışmayı kabul eden hastalara iki psikiyatri uzmanı tarafından Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV TR, Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) esas alınarak yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapıldı. Sosyodemografik veriler için araştırmacılar tarafından oluşturulan bir form uygulandı. Parkinson hastası için klinik özellikler [başlangıç yaşı, süresi, tutulum tarafı, kullanılan ilaçlar] hakkında bilgi, psikiyatri uzmanları tarafından poliklinik dosyalarındaki nörolojik değerlendirme bilgilerinden alınırken, nörolojik değerlendirme ölçekleri nöroloji hekimi tarafından dolduruldu.

Uygulanan Nörolojik Ölçekler

Unified Parkinson's Disease Rating Scale [UPDRS]: PH'nın ciddiyetini ölçmek üzere uygulanan bir ölçektir. Üç klinik alanda değerlendirme yapılır. UPDRS- bölüm 1: Mental durum, UPDRS- bölüm 2: Günlük hayat aktivitesi, UPDRS-bölüm 3: Motor muayene ve komplikasyonlar değerlendirilir (Fahn ve Elton 1987).

Shwab England ADL ölçeği [SE]: Hastadaki günlük hayat aktivitesi ve yeti kaybını belirlemek için kullanılır (Shwab ve England 1969).

Uygulanan psikiyatrik ölçekler

BEHAVE-AD-FW: Bu ölçek Reisberg ve arkadaşla-

Tablo 1. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

		Hasta Sayısı (n:57)
Yaş (yıl)		67.2±8.7
Cinsiyet	Kadın	24(%42.1)
	Erkek	33(%57.9)
Medenî Durum	Evli	50(%87.7)
	Dul	7(%12.3)
Eğitim	Okuma yazma yok	7(%12.3)
	İlkokul	32(%56.1)
	Ortaokul	7(%12.3)
	Lise	2(%3.5)
	Üniversite	9(%15.8)
Hastalık başlangıç tarafı	Sağ	27(%47.4)
	Sol	26(%45.6)
	Çift	4(%7)
Parkinson hastalığı başlangıç yaşı (yıl)		59.8±9.9
Hastalık Süresi (ay)		85.8±67.8

Tablo 2. Hastalarda Değerlendirilen Ölçeklerin Ortalama Değerleri

Değerlendirilen Ölçek		Ortalama Değeri
HAM-D		12.4±4.6
HAM-A		7.2±4.5
BEHAVE-AD-FW		6.4±8.2
S-MMSE		24.6±4.5
YDÖ		12.0±8.8
UPDRS	Bölüm-1	3.7±2.3
	Bölüm-2	10.0±4.4
	Bölüm-3	14.5±6.2
SE		72.5±15.1

Unified Parkinson's Disease Rating Scale:UPDRS, Shwab England ADL ölçeği:SE, Standardize Mini Mental Test: S-MMSE, Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği: YDÖ, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: HAM-D, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği: HAM-A

rı (1989) tarafından geliştirilen 25 maddeli Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease [BEHAVE-AD] ölçeğini temel alarak Monteiro ve ark. (2001) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Davranış bozukluklarının ciddiyeti kadar sıklığını da ölçmektedir. Değerlendiren kişi tarafından hasta yakınından alınan bilgilerle doldurulur. Bu çalışmada Parkinson hastalarındaki davranış bozukluklarını değerlendirebilen özgün bir ölçek olamaması nedeniyle bu ölçeğin kullanılması tercih edilmiştir.

Standardize Mini Mental Test [S-MMSE]: Hastalardaki bilişsel yetileri en kısa ve güvenilir biçimde de-

ğerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan form uygulanmıştır.

Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği [YDÖ]: Yaşlı kişilerde depresyon için tanı özgüllüğü düşük olan somatik yakınmaları yanında depresyonla ilgili cinsel işlev ve gelecekte beklenen beklenti gibi maddelerin dışarıda bırakılarak depresyon yönünden değerlendirme yapmak, depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek aslında kişilerin kendileri tarafından doldurulmasına rağmen ülkemizde eğitim düzeyi de göz önünde bulundurularak görüşmeci tarafından hastaya sorularak doldurulması önerilmektedir. Parkinson hastaları için Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği [HAM-D]: Her yaştaki kişide klinik araştırma amaçlı depresyon düzeylerinin saptanması için geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği [HAM-A]: Anksiyete düzeyini, belirti dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmaya alınan 57 Parkinson hastasının verileri kodlanarak, bilgisayarda değerlendirildi ve istatistiksel değerlendirmeler "SPSS for Windows Ver. 13.0" istatistik paket programında gerçekleştirildi. Kategorik veriler sıklık [n, %] ve sürekli değerler alan verileri ortalama ± standart sapma olarak sunuldu. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov Lilliefors testi ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen parametrik olmayan değişkenler için iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman bağıntı [korelasyon] katsayısı kullanıldı. Tüm analizlerde 0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma grubuna ait sosyodemografik ve PH'na ait özellikler Tablo 1 de verilmiştir.

Yapılan psikiyatrik görüşme sonrası 22 [%38.6] hasta majör depresif bozukluk, 1 [%1.8] hasta obsesif kompulsif bozukluk, 8 [%14] hasta demans tanısı al-

muştır. Depresyon ölçeklerinin kesme puanlarına göre yapılan değerlendirmelerde; YDÖ kesme puanı 14 alındığında depresyonu olan hasta sayısı yarı yapılandırılmış görüşmeyle aynı iken, HAM-D kesme puanı 13 olarak alındığında ise sadece 11 [%19.3] hastada depresyon varlığı dikkati çekmiştir. Psikiyatrik görüşmeyle psikotik bozukluk tanısı alan hasta bulunmasa da hastalarda psikotik semptomların taranmasında 6 [%10.5] hastada görsel hallüsinasyonların, 3 [%5.3] hastada paranoid hezeyanların bulunduğu saptanmıştır.

Depresyon tanısı alan grupta tanı konmayan gruba göre HAM-D, HAM-A, YDÖ, UPDRS-bölüm 1 puanlarının yüksek, PH'nın başlangıç yaşının ise düşük (ölçekler için $p<0.001$, yaş için $p<0.05$) olduğu dikkati çekmiştir. Bununla beraber hastalığa ait diğer değişkenler ve sosyodemografik değişkenlere göre, değerlendirilen ölçek puanları açısından yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık saptanmamıştır.

PH'na ait değişkenler ile değerlendirilen ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesinde sadece hastalık süresi ile HAM-A [$p<0.001$, $r:0.271$] ve BEHAVE-AD-FW arasında pozitif ilişki [$p<0.05$, $r:0.298$] varken, S-MMSE puanı ile negatif ilişki [$p<0.05$, $r:-0.395$] bulunmuştur. Nörolojik ölçeklerin değerlendirmesinde ise hastalık süresi ile UPDRS-bölüm 2 arasında pozitif [$p<0.05$, $r:0.325$], SE puanı ile negatif ilişki [$p<0.05$, $r:-0.339$] bulunmuştur.

Değerlendirilen ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise HAM-D ile HAM-A ve YDÖ arasında pozitif [$p<0.001$, $r:0.888$], S-MMSE puanı ile HAM-A ve YDÖ puanları arasında negatif [$p<0.01$, sırasıyla $r:-0.426$, $r:-0.431$] ilişki dikkati çekerken, nörolojik ve psikiyatrik ölçekler arasındaki ilişkide UPDRS-bölüm 1 ile HAM-D, HAM-A ve BEHAVE-AD-FW arasında pozitif [$p<0.05$, sırasıyla $r:0.292$, $r:0.353$, $r:0.540$], UPDRS-bölüm 2 ile HAM-A ve BEHAVE-AD-FW arasında pozitif [$p<0.05$, $r:0.288$, $r:0.595$] ilişki bulunmuştur.

Sosyodemografik değişkenlerden cinsiyete, medenî duruma, eğitime ve meslek gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda gerek psikiyatrik gerekse nörolojik ölçek değerlendirmelerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. İlaç dağılımlarına göre yapılan karşılaştırmalarda ise dopamin agonisti alanlarda S-MMSE puanlarının diğer ilaç gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek [$p<0.05$] olduğu bulundu. Katekol-o-metiltansferaz tedavisi alanlarda diğer ilaç gruplarına göre YDÖ puanlarının anlamlı düzeyde yüksek [$p<0.05$] S-MMSE puanlarının ise anlamlı düzeyde düşük [$p<0.05$] olduğu dikkati çekmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada değerlendirilen 57 Parkinson hastasında psikiyatrik bozukluklar arasında en sık majör depresif bozukluk bulunduğu, klinik görüşmedeki depresyon tanısını YDÖ puanlarının da desteklediği, PH başlangıç yaşının depresyon tanısı alan grupta almayan gruba göre daha düşük olduğu PH'nın süresi ile HAM-A ve BEHAVE-AD-FW puanları arasında pozitif ilişki olduğu psikotik semptomların sadece demansı olan hastalarda bulunduğu dikkati çekmiştir.

Parkinson hastalarında depresyonun görülme sıklığı ortalama %40–50 arasında değişmekle birlikte yapılan çalışmalar %4–70 arasında değişebildiğini bildirmektedir. Bu oranlardaki değişkenliğin ise depresyon tanısının yapılandırılmamış görüşmelere veya daha çok hasta bildirimine dayanan ölçeklerle yapılan değerlendirmelere bağlı olabileceği bildirilmiştir (Cumings 1992). Bu çalışmada saptanan %38.6 oranındaki majör depresif bozukluk tanısı yukarıda bildirilen oranlar arasında yer almaktadır.

Depresyon ve PH şiddeti arasındaki ilişki konusunda yapılan çalışmalarda çelişkili veriler de bulunmaktadır (Oertel ve ark. 2001, Weintraub ve ark. 2004) Birçok çalışma hastalık şiddeti ile ilişki olduğunu bildirirken, bir kısmı ilişki olmadığını bildirmektedir (Poewe ve Luginger 1999). Tandenberg ve arkadaşları (1996) UPDRS-bölüm 1 ve 2 alt ölçekleri ile depresyon şiddeti arasında ilişki bildirirken, Rojo ve arkadaşları (2003) UPDRS'in tüm alt ölçekleri ile depresyon düzeyi arasında ilişki saptamıştır. Gupta ve arkadaşları (2000) PH şiddeti arttıkça depresyon şiddetinin de arttığını bildirmişlerdir. Bunun yanında Papapetropoulos ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise duygudurum bozuklukları ile hastalığın motor belirtileri arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde motor belirtiler ile depresyon şiddeti arasında ilişki saptanmadı. Sadece mental durumun değerlendirildiği UPDRS-bölüm 1 puanlarının depresyon grubunda tanı konmayan gruba göre yüksek olduğu dikkati çekti. PH'nda hastalık şiddeti ile depresyon arasındaki ilişki şu şekilde özetlenebilir: hastalık şiddetinin artması "reaktif" olarak depresyonun gelişmesine neden olabileceği gibi, nörokimyasal etkileşimle de depresyonun oluşabilmesi mümkündür. Parkinson hastasında depresyonun bulunmasının UPDRS puanlarının değerlendirilmesine de etkisi olabileceği bildirilmiştir. Bu etki, var olan depresif semptomların hatalı olarak PH'na bağlı semptomlar gibi değerlendirilmesiyle puanların daha yüksek saptanması şeklinde olabileceği gibi, testin değerlendirilmesinde özellikle bilişsel sorunların da eklenmiş olduğu hastalarda uyumun da azalmasıyla PH semp-

tomlarının değerlendirilememesine ve sonuçta UPDRS puanının da düşük bulunmasına neden olabilmektedir (Papapetropoulos ve ark. 2006).

PH'nda depresyonun mevcudiyeti, hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, hasta ve yakınlarına ek külfet getirmesinin yanı sıra işlev kayıplarına neden olmaktadır (Nilsson ve ark. 2002). PH ile depresyon semptomlarının birbirine benzerliği nedeniyle diğer birçok tıbbi hastalığa göre tanısını koymak güçlük yaratmaktadır. PH'na özgü ölçeklerin kullanılması da bu yüzden önem kazanmaktadır. YDÖ, HAM-D ve Beck depresyon ölçeği kullanılarak Parkinson hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada YDÖ'nün Beck depresyon ölçeği gibi kendini bildirim ölçeği olması yanında HAM-D gibi depresyonu olanı olmayandan ayırt edebildiği bildirilmiştir (Papapetropoulos ve ark. 2006). Bu çalışmada yapılan değerlendirmede HAM-D kesme puanına göre depresyon olan hasta sayısı [n:11] YDÖ kesme puanına göre depresyon hasta sayısına [n:22] göre belirgin düşüktür. HAM-D depresyonun araştırıldığı çalışmalarda en sık kullanılan ölçeklerdir. Ancak bu ölçekte uyku, iştah, gastrointestinal belirtiler, somatik yakınmalar, cinsel hayat gibi birçok tıbbi hastalığın belirtisi de olabilecek belirtiler değerlendirilmektedir. Bu nedenle tıbbi hastalarda bu ölçek uygulandığında mevcut depresyon şiddetinden daha yüksek puanlar saptanabileceği gibi, mevcut depresyon belirtileri de hatalı olarak tıbbi hastalığa âit olarak düşünülüp HAM-D puanının düşük bulunmasına neden olabilir. Bununla beraber YDÖ'de daha çok depresyona özgü belirtiler sorgulanmakta ve somatik belirtilere yer verilmemektedir. Bu çalışmadaki ölçeklerle belirlenen depresyon oranları arasındaki farklılık bu nedene bağlı olabilir.

Bazı çalışmalarda PH'daki depresyonla ilişkili olarak kadın cinsiyetin (Tandberg ve ark. 1996), daha önce depresyon öyküsünün olmasının (Starkstein ve ark. 1990), erken başlangıçlı PH'nın olmasının (Cole ve ark. 1996), özellikle de sağ taraflı motor semptomlarının bulunmasının daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (Starkstein ve ark. 1990). Bu çalışmada yukarıdaki değişkenlerden sadece erken başlangıç yaşının depresyon tanısı alan grupta anlamlı olarak düşük bulunduğu saptanmıştır. Bunun yanında hastalık süresi ile anksiyete puanları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Birçok Parkinson hastasında aslında anksiyete bozukluğu ile birlikte depresyon veya depresyon hastasında anksiyete belirtileri bulunmaktadır (Menza ve ark. 1993). Bu çalışmada yapılan psikiyatrik görüşmede DSM-IV'e göre eksen 1'de anksiyete bozukluğu olarak sâdece 1 hastada obsesif kompulsif bo-

zukluk saptanmıştır. Ancak depresyon tanısı konulanlarda HAM-A puanlarının yüksek olduğu, PH süresi ile HAM-A puanları arasında da pozitif ilişki olduğu dikkati çekmiştir. Anksiyetenin sıklıkla depresyona eşlik eden bir bulgu olduğunu bildiren yayınlarla bu bulgu uyumludur (Ferreri ve ark. 2006.)

Yapılan psikiyatrik değerlendirmede sâdece 8 hastaya demans tanısı konduğu saptanmıştır. Ancak tüm grubun S-MMSE puan ortalaması 24.6 ± 4.5 olarak bulunmuştur. Hastalarda saptanan bilişsel sorunlar Parkinson hastalarında demans olmadan orta düzeyde bilişsel sorunların yaklaşık hastaların %50'sinde bulunduğunu bildiren yayınlarla uyumludur. Hastalığın başlangıcında bellek sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunlar daha çok yönetsel [plânlama ve çalışma belleği], viziospasial, dikkat ve dil sorunları nedeniyle olabilir (Comicioli ve Fisher 2004). Erken dönemdeki yönetsel işlevlerdeki bozukluklar ve bellek sorunları demans gelişimi açısından risk yaratmaktadır (Levy ve ark. 2002). Ancak bu çalışmanın kesitsel yapılması nedeniyle bilişsel bozukluğun gidişiyile ilgili veri sağlanması mümkün olmamıştır. Bununla beraber nöropsikolojik değerlendirmenin yapılmaması nedeniyle hangi alanda bilişsel bozukluğun olduğu yönünde de bulgu sağlanamamıştır. Bu durum çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

Değerlendirmede görsel hallüsinasyonlar ve hezeyanlar sâdece demans hastalarında saptanmıştır. Parkinson hastalarındaki davranış sorunlarını değerlendirebilen özgün ölçek olmaması nedeniyle BEHAVE-AD-FW ölçeği bu çalışmada kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastalık süresi, UPDRS-bölüm 1 ve bölüm 2 ile bu ölçek puanları arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Parkinson hastalarında tedavi altındayken %15-40'lara varan oranda psikotik belirtileri görülebildiği bildirilmiştir. Bu belirtiler sıklıkla antiparkinson ilaçlara, ciddi bilişsel bozukluğun mevcudiyetine, hastalık süresine, depresyon ve anksiyetenin mevcudiyetine bağlanmıştır. Bu çalışmada değerlendirilen kesitte herhangi bir hastada psikotik bozukluk saptanmamıştır. Ancak, hastayla yapılan klinik görüşmelerde veya PH'na özgü geliştirilecek ölçeklerle psikotik belirtilerin ve davranış sorunlarının taranması hastanın işlevselliği, bakım verenin külfeti açısından önem taşımaktadır.

SONUÇ

PH seyri sırasında sıklıkla klinik tabloya eşlik eden psikiyatrik bozukluklar hastalığın gidişini, hasta ve bakım verenin hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, yeti kayıplarını da arttırmaktadır. Tıbbi hasta-

lık belirtileri ile psikiyatrik belirtilerin örtüşebilmesi psikiyatrik bozukluğun tanısını ve beraberinde tedaviyi de güçleştirmektedir. Günlük pratikte kullanılan psikiyatrik ölçeklerin birçoğunun PH'na özgün olmayışı da bu güçlüğü arttırmaktadır. Bu alanda daha fazla özgün ölçeklerin geliştirilmesine, bu ölçeklerin de yardımıyla psikiyatrik değerlendirme sonrası saptanan psikiyatrik bozuklukların tedavisiyle PH'nın seyrinin değişip değişmeyeceği yönünde daha fazla hastanın yer aldığı ileriye dönük takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aarsland D, Larsen JP, Lim NG, Janvin C, Tandberg E, Cummings JL (1999) Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 67: 492-496.
- Akdemir A, Örsel İ, Dağ H, Türkçapar H, Işcan N, Özbay H (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği ve klinik kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*; 4: 251-259.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Psikiyatride Hastalıkların Tanınması ve Sınıflandırılması El Kitabı: Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV TR), Köroğlu E, Çeviren. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Camicoli R, Fisher N (2004) Progress in clinical neurosciences: Parkinson's disease with dementia and Lewy bodies. *Can J Neurol Sci*; 31: 7-21.
- Cole SA, Woodard JL, Juncos JL, Kogos JL, Youngstrom EA, Watts RL (1996) Depression and disability in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 8: 20-25.
- Cummings JL (1992) Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry*; 149: 443-454.
- Ertan FS, Ertan T, Kızıltan G, Uygucul H (2005) Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in depression in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 76(10):1445-1447.
- Fahn S, Elton RL (1987) Members of the UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Goldstein M, editors. *Recent Developments in Parkinson's Disease*. Macmillan Healthcare Information, 153-64.
- Ferreri F, Agbokou C, Gauthier S (2006) Recognition and management of neuropsychiatric complications in Parkinson's disease. *CMAJ*; 175: 1545-1552.
- Gupta A, Bhatia S (2000) Psychological functioning in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Rel Disord*; 6: 185-190.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F (2002) Reliability and validity of the Standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Türk Psikiyatri Derg*; 13: 273-281.
- Levy G, Jacobs DM, Tang MX, Cote LJ, Louis ED, Alfora B, et al (2002) Memory and executive function impairment predict dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord*; 17: 1221-1226.
- Menza MA, Robertson-Hoffman DE, Bonapace AS (1993) Parkinson's disease and anxiety: comorbidity with depression. *Biol Psychiatry*; 34: 465-470.
- Monteiro IM, Boksay I, Auer SR, Torossian C, Ferris SH, Reisberg B (2001) Addition of a frequency-weighted score to the Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale: the BEHAVE-AD-FW: methodology and reliability. *Eur Psychiatry*; 16(suppl 1): 5-24.
- Nilsson FM, Kessing LV, Sorensen TM, Andersen PK, Bolwig TG (2002) Major depressive disorder in Parkinson's disease: a register-based study. *Acta Psychiatr Scand*; 106: 202-211.
- Oertel WH, Hoglinger GU, Caraceni T, Girotti F, Eichhorn T, Spottke AE, et al (2001) Depression in Parkinson's disease. An update. *Adv Neurol*; 86: 373-383.
- Papapetropoulos S, Ellul J, Argyriou AA, Chroni E, Lekka NL (2006) The effect of depression on motor function and disease severity of Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg*; 108(5): 465-469.
- Papapetropoulos S, Mash DC (2005) Psychotic symptoms in Parkinson's disease. From description to etiology. *J Neurol*; 252: 753-764.
- Poewe W, Luginger E (1999) Depression in Parkinson's disease: impediments to recognition and treatment options. *Neurology*; 52(7 suppl 3): 2-6.
- Reisberg B, Ferris SH, Franssen E, Jenkins EC, Wisniewski KE (1989) Clinical features of a neuropathologically verified familial Alzheimer's cohort with onset in the fourth decade: comparison with senile onset Alzheimer's disease and etiopathogenic implications. *Prog Clin Biol Res*; 317:43-54.
- Richard IH, Schiffer RB, Kurlan R (1996) Anxiety and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 8: 383-392.
- Rojo A, Aguilar M, Garolera MT, Cubo E, Navas I, Quintana S (2003) Depression in Parkinson's disease: clinical correlates and outcome. *Parkinsonism Rel Disord*; 10: 23-28.
- Sağduyu A (1997) Yaşlılar için Depresyon Ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 8: 3-8.
- Schwab RS, England AC (1969) Projection technique for evaluating surgery in Parkinson's disease. Gillingham FJ, Donaldson IML (editors). *Third Symposium on Parkinson's disease*. Edinburgh. Livingstone, 152-157.
- Starkstein SE, Preziosi TJ, Bolduc PL, Robinson RG (1990) Depression in Parkinson's disease. *J Nerv Ment Dis*; 178: 27-31.
- Tandberg E, Larsen JP, Aarsland D, Cummings JL (1996) The occurrence of depression in Parkinson's disease. A community-based study. *Arch Neurol*; 53: 175-179.
- Weintraub D, Moberg PJ, Duda JE, Katz IR, Stern MB (2004) Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc*; 52: 784-788.