

KRONİK BİR HASTALIK OLAN MULTİPL SKLEROZUN MODERN HAYATIN VAZGEÇİLMEZİ OLAN STRES İLE İLİŞKİSİ

Ezgi Fırat

ezgifrt.ef@gmail.com

Bilkent Üniversitesi, Psikolojik Danışmanlık ve Gelişim Merkezi

Son yıllarda yürütülen çalışmalar, stres yaşantısının alışıla geldiği gibi yalnızca psikiyatrik rahatsızlıklara yönelik değil, birçok kronik rahatsızlık için de tehdit edici bir faktör olabildiğini göstermektedir (Dimsdale, 2008). Bilindiği üzere stres tepkisi, evrimin bir armağanı olarak hayati bir tehlike karşısında akut bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Böylece, kaçma ya da mücadele edebilmek için gerekli olan enerji üretimi gerçekleşmektedir (McEwen, 2005). Akut stres tepkilerinin sıklıkla tekrarlanması, süresinin ve yoğunluğunun artması; yüksek düzey glukokortikoidlerin ve çeşitli birtakım stres hormonlarının açığa çıkmasıyla sonuçlanmaktadır. Böylelikle, bağışıklık sistemi baskılanmakta ve hastalık riski artmaktadır (Sapolsky, 2004). Biriken yani kronikleşen stres; kalp damar rahatsızlıklarının gelişiminde ya da bağışıklık sisteminin zayıflamasında önemli bir risk faktörü olmasının yanı sıra (Ho, Neo, Chua, Cheak ve Mak, 2010), ilerleyici bir nörolojik rahatsızlık olan multipl skleroz (MS) gibi rahatsızlıklarda da tetikleyici bir faktördür. Kronik stres, merkezi sinir sisteminde miyelin kılıf hasarı sonucu lezyonların oluşmasıyla açıklanan MS belirtilerinin artışı ile ilişkilendirilmektedir (Mohr, Hart, Julain, Cox ve Pelletier, 2004). Diğer bir deyişle; biriken, kronikleşen stres kronik rahatsızlıklarla başa çıkmayı da zorlaştırmaktadır (Schneiderman, Ironson ve Siegel, 2005).

Multipl Skleroz (MS)

Demyelizan ve enflamatuar bir hastalık olan MS, nöronlar arası iletimi sağlayan aksonu çevreleyen ve bu iletimi hızlandıran miyelin kılıfın hasara uğramasıyla ortaya çıkmaktadır. Beyindeki miyelinizasyonun gerçekleşmesinde rol oynayan destek hücrelerden oligodendrositlerin işlevselliğinin yetersizleşmesi sonucunda miyelin kılıf hasarı görülür ve nöral iletişimde zarara yol açarak MS ataklarına ve belirtilerine yol açar (Compston ve Coles, 2002).

MS teşhisi genelde 20 ila 50 yaş arası konulmaktadır. Atak ya da ilerleme sonrasında gözlenen genel belirtiler, uzuvlarda işlev ve his kaybı, gaita ve idrar kaçırma, cinsel işlev bozukluğu, artan yorgunluk ve tükenmişlik, görme hasarı, denge kaybı, ağrı, bilişsel bozukluklar ve olumsuz duygusal değişimlerdir (Mohr ve Cox, 2001). MS hastalığının 400 kişide 1 görülme riski vardır ve bu hasta popülasyonunun üçte birinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme becerileri hastalık sonucu zarar görmektedir (Compston ve Coles, 2002).

MS hastalığı atak ve beraberinde tamamen toparlanma ya da atak sonrası birtakım hasarın kalıcı olması yönünde seyrediyorsa yineleyici yenileyici yani "Relapsing Remitting" MS (RRMS) olarak adlandırılmaktadır (Compston ve Coles, 2002). RRMS teşhisi alan kişilerde yaşanan atağın ardından gelişen nörolojik hasara bağlı olarak belirtiler ani bir şekilde artar, birkaç hafta ya da ay içinde bu belirtilerin bir kısmı veya tamamı artık görülmez olur (Gold ve ark., 2005). MS ilerleyici türde seyrediyorsa Sekonder Progresif

MS (SPMS) ya da Primer Progresif MS (PPMS) olarak tanımlanmaktadır. Bu ikinci türde RRMS'den farklı olarak ataklar görülmeksizin nörolojik hasar ve beraberinde de hastalık belirtileri, ataklar olmazsın görülmekte ve iyileşmeksizin stabil bir şekilde artmaktadır. Bir kısım RRMS vakasında ise sürecin ilerleyen zamanlarda SPMS olarak ilerlediği görülmektedir (Gold ve ark., 2005).

MS ve Stres

MS hastalığının kimi hastalarda RRMS olarak başlayıp ilerlememesi kimi hastada ise ilerleyerek SPMS şeklinde devam etmesi, birçok araştırmacının ve klinisyenin dikkatini çekmiştir. MS'in ilerleyici yönde seyretmesine yönelik risk faktörleri ise; hastalığın ileri yaşlarda başlaması, tanı sonrası ilk 5 yıl içinde atakların sık görülmesi ve ilk atağa bağlı görülen belirtilerin tamamen iyileşmemesidir. Ancak; boylamsal bir çalışmada RRMS tanısı sonrası %11'lik bir grubun depresyon teşhisi aldığı ve depresyonun tedavi edilmemesi durumunda hastalığın ilerleyici bir yönde seyrettiğinin görülmesi dikkat çekicidir (Bsteh ve ark., 2016). Aynı zamanda, depresyon (Siegert ve Abernethy, 2005) ve kimi zaman da kaygı bozuklukları MS tanısı ile sıklıkla beraber görülen psikolojik rahatsızlıklardır (Compston ve Coles, 2002).

Rahatsızlığın coğrafi dağılımı incelendiğinde dikkat çekici bir benzerliğe rastlanmaktadır. MS hastalığının görülme sıklığı başta İngiltere, İrlanda, İskoçya ve etnik özellikleri açısından birbirleriyle benzerlik taşıyan Danimarka, Norveç ve İsveç gibi Avrupa ülkelerinde oldukça yüksektir. Aynı zamanda, Amerika, Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi ülkelerde de, zamanında kolonileşme nedeniyle Avrupa ülkelerinden göçün yoğun olduğu bölgelerde hastalığın görülme sıklığının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Hatta, öyle ki II. Dünya Savaşı sırasında İngilizlerin İzlanda ile İskoçya arasında kalan, günümüzde ise Danimarka'ya bağlı özerk bir bölge olan Faroe Adalarını işgali sonrasındaki yıllarda MS hastalığının ortaya çıkması sonucu hastalığın dirençli bir viral enfeksiyon olabileceğine dair birtakım hipotezler gündeme gelmiştir (Pugliatti, Sotgiu ve Rosati, 2002).

Günümüzde MS hastalığının etiolojisi tam olarak açıklanamadıysa da, rahatsızlığın stres ile olan ilişkisi Mohr'un (2007) da dikkatini çekerek, nörolojik hasarın artmasına zaman zaman yol açabilen ve belirtilerin ilerlemesinde rol oynayan stresin türünü incelemeye yönelmiştir. Görülen o ki, MS ve stres arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar batı toplumlarında yürütülmüştür. Batı toplumlarında stresin kişilerarası ilişkiler, iş hayatı ya da ekonomik problemlere yönelik ortaya çıktığı bildirilmiş ve haftalar, hatta aylarca kronik türde seyrettiği gözlenmiştir (Heesen ve ark., 2007). MS hastalığının stresi kronik bir şekilde yaşayan toplumlarda görülme sıklığının daha yüksek olması, MS teşhisi ile psikolojik rahatsızlıkların sıklıkla ilişkilendirilmesi ve psikolojik rahatsızlıkların tedavi edilmediği takdirde has-



Kaynak: saglikk.com

talğın ilerlemesinde bir rol oynaması, bu hastalıkta stresin de önemli bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır. Aslında, Charcot (1868) yüzyıllar önce MS teşhisi alan kişilerin sıklıkla ataklar öncesi kişiler arası ilişkilerde çatışma ve de kayıp gibi stresli yaşantılar deneyimlediklerine değinmiştir (akt., Sandyk, 1996). Benzer şekilde, günümüzde de derleme çalışmaları hastalğın ilerlemesi ile stres yaşantısının ilişkili olduğunu göstermektedir (Artemidas, Anagnostouli ve Alexopoulos, 2011; Mohr ve ark., 2004).

Nisipeanu ve Korczyn (1993), Basra Körfezi Savaşı'nda füze saldırısı nedeniyle hayati tehlike altında olan MS hastalarının ataklarının sıklığı ile stres düzeylerini iki ay süresince takip etmişlerdir. Çalışmaya katılmı gösteren MS hastalarının her sene en az bir atak geçirdikleri bilinmektedir. 234 sivilin yaralandığı ve 544 kişinin hastanelere akut psikolojik şikayetlerle başvurduğu bu süreçte, maruz kalınan yoğun düzey strese rağmen iki aylık süreçte 32 katılımcıdan sadece birinin iki ay içinde atak geçirdiği görülmüştür. İki kişinin ise savaş sonrası atak geçirdiği görülmüştür. Bu geçirilen atakların ardından görülen belirtilerin de ilerleyen zamanlarda görülmediği belirtilmiştir. Bu kadar yoğun yaşanan strese rağmen, stres yaşantısıyla ilişkili görülen MS belirtilerinin gözlenmemesi önemli bir araştırma sorusunu doğurmaktadır. Buradan hareketle, Mohr ve arkadaşları (2000), MS rahatsızlığı olan kişilerin yaşantıladıkları stres faktörlerini ayrıntısıyla ele alarak beyin lezyonlarını takip etmişlerdir. Aile hayatında yaşanan birtakım sorunlar veya iş hayatıyla ilişkili görülen, bir diğer deyişle sıklıkla kişinin hayatında tekrarlayarak kronik strese dönüşecek stres faktörleri, yeni oluşum gösteren beyin lezyonlarıyla ilişkilendirilirken aileden birinin kaybı gibi daha büyük stres faktörlerinin

beyin lezyonlarının gelişimi ile herhangi bir ilişkisi görülmemiştir.

Alanyazın göz önünde bulundurulduğunda birçok çalışma MS hastalğında atakların görülmesinde ve hastalığa ilişkin belirtilerin artmasında kronik stresin rolüne değinmektedir. Ackerman ve arkadaşları (2002), bir yıl süresince her hafta stres içerikli yaşantıları sorguladıkları bir çalışmada, son bir buçuk ayda bir ya da daha fazla stres içerikli yaşantı deneyimleyen RRMS ve SPMS tanılı kişilerin hastalığa yönelik belirtilerinin %85 oranında arttığını bildirmiştir. Schwartz ve arkadaşları (1999) ise, altı sene boyunca yürüttükleri bir çalışmada son altı ay içerisinde stres faktörlerinin artmasıyla hastalık belirtilerinin arttığını bulmuştur. Brown ve arkadaşları (2006) da son üç ayda stres belirtilerinin artması ile beraberinde MS ataklarının da sıklığına belirtmiştir.

Görüldüğü üzere, stresin türü nedeniyle stres ile MS hastalğında görülen ataklar ve hastalık belirtilerinin ilişkisi farklılık göstermektedir. Nisipeanu ve Korczyn (1993) ve Mohr ve arkadaşlarının (2000) yürüttükleri çalışmalar incelendiğinde, deneyimlenen travmatik strese rağmen ataklarda ya da nörolojik belirtilerde ilerleme görülmemesi, 'travmatik stres ile artan kortizol düzeyinin atakları tetikleyen enflamatuvarı baskılayarak atakları önlediği' hipotezi ile açıklanmaktadır. Ancak; tekrarlayarak kronik strese yol açan birtakım stres faktörleri ise, kortizolün uzun süre vücuttan atılamamasına yol açarak bağışıklık hücrelerinin işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Mohr, 2007). Bu bulgulardan hareketle, nöroimmünolojik bir rahatsızlık olan MS hastalğında gözlenen atakların ve hastalık belirtilerinin kronik stresin bağışıklık sistemini etkilemesi sonucu tetiklendiği düşünülebilir.

MS Hastalarının Hastalığa Dair Algıları

MS hastalığının sıklıkla genç yaşlarda görülmesi, hastalığın yorgunluk, birtakım fiziksel işlevlerin kısıtlanması, sürecinin belirsiz ve zaman zamanda ilerleyici olması hastalığın kendisini de bir stres faktörü kılmaktadır. Rahatsızlığın kronik doğası nedeniyle bireyler hayatlarının teşhis sonrası farklılaşacağını düşünmektedirler. O nedenle de, ileride kariyerlerinde, romantik ve kişilerarası ilişkilerinde problemler çıkacağını düşünerek kaygılanmaktadırlar (Mitsonis, Potagas, Zervas ve Sfagos, 2009). Öyleki, tanı sonrası kimi hastalar ileri düzeyde stres deneyimlemekte ve bu yaşanan stresle işlevsel olmayan yollarla başa çıkmaya çalışmaktadırlar (akt., Mitsonis ve ark., 2009).

Issakson, Gunnarsson ve Ahlström'ın (2007) yürüttüğü bir çalışmada MS tanılı bireylerin hastalığa yönelik algıları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %62'si sağlıklarına ilişkin kayıp yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda, teşhis sonrası geleceğe dair umutlarının azaldığı, kendi yaşamları, bedenleri üzerinde kontrol sahibi olmayacaklarını düşünerek bağımlı hale geleceklerini ve toplum içerisindeki rollerinin farklılaşacaklarına dair kaygı duyduklarını da dile getirmişlerdir. Yas tepkilerini andıran bir duygudurum içinde olan MS hastalarının kaygı, korku ve öfke gibi birtakım duygularla birlikte hastalığın kendisini de başlı başına bir stres faktörü olarak değerlendirdikleri ve var olan streslerini kronikleştirdikleri görülmüştür (Issakson ve ark., 2007).

Rabins ve arkadaşları (1986), MS hastalarının kendi rahatsızlıklarına yönelik algılarını incelemek amacıyla MS hastalığı olan ve hastalığa bağlı omurilikte lezyonları olan hastalar ile farklı rahatsızlıklar sonucunda omurilikte benzeri lezyonları olan hastaların stres belirtilerini kıyaslamışlardır. İki katılımcı grubunun da lezyonlarının yerleri ve sıklığı nedeniyle deneyimledikleri belirtiler her ne kadar benzer olsa da, MS hastalarının yaşadıkları stres belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulgu ışığında, MS hastalığının yalnızca adının bile ne denli kritik olabileceği söylenebilir. Ayrıca, stres ile hastalık belirtilerinin ya da atakların arttığını gösteren çalışmalar, aynı zamanda, hastalık belirtilerinin ya da ataklarının da MS tanılı kişilerin hayatında bir stres faktörü oluşturarak biriken strese katkı sağladığını vurgulamaktadırlar (Brown ve ark., 2006; Schwartz ve ark., 1999).

Sonuç olarak; birçok çalışma, MS hastalığında kronik stresin süreci olumsuz etkileyerek atakların ve hastalık belirtilerinin artmasında kritik bir rolü olduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle, MS hastalığı ve stres ile ilişkili çalışmaları göz önünde bulundurarak hastalık sürecinde stres yönetiminin ele alınmasının da tedavinin etkililiğinde önem taşıdığı söylenebilir.

Kaynaklar

Ackerman, K. D., Heyman, R., Rabin, B. S., Anderson, B. P., Houck, P. R., Frank, E. ve Baum, A. (2002). Stressful life events precede exacerbations of multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 64(6), 916-920.

Artemiadis, A. K., Anagnostouli, M. C. ve Alexopoulos, E. C. (2011). Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: A systematic review. *Neuroepidemiology*, 36(2), 109-120.

Brown, R. F., Tennant, C. C., Sharrock, M., Hodgkinson, S., Dunn, S. M. ve Pollard, J. D. (2006). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: Part II. Direct and indirect relationships. *Multiple Sclerosis Journal*, 12(4), 465-475.

Bsteh, G., Ehling, R., Lutterotti, A., Hegen, H., Di Pauli, F., Auer, M., Deisenhammer, F., Reindi, M. ve Berger, T. (2016). Long term clinical prognostic factors in relapsing-remitting multiple sclerosis: Insights from a 10-year observational study. *Plos One*, 11(7), e0158978.

Compston, A. ve Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *The Lancet*, 372(9648), 1502-1517.

Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.

Gold, S. M., Mohr, D. C., Huitinga, I., Flachenecker, P., Sternberg, E. M. ve Heesen, C. (2005). The role of stress-response systems for the pathogenesis and progression of MS. *Trends in Immunology*, 26(12), 644-652.

Heesen, C., Gold, S. M., Huitinga, I. ve Reul, J. M. H. M. (2007). Stress and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in experimental autoimmune encephalomyelitis and multiple sclerosis—a review. *Psychoneuroendocrinology*, 32(6), 604-618.

Ho, R. C., Neo, L. F., Chua, A. N., Cheak, A. A. ve Mak, A. (2010). Research on psychoneuroimmunology: Does stress influence immunity and cause coronary artery disease. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 39(3), 191-196.

Isaksson, A. K., Gunnarsson, L. G. ve Ahlström, G. (2007). The presence and meaning of chronic sorrow in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 315-324.

Kern, S., Schultheiss, T., Schneider, H., Schrepf, W., Reichmann, H. ve Ziemssen, T. (2011). Circadian cortisol, depressive symptoms and neurological impairment in early multiple sclerosis. *Psychoneuroendocrinology*, 36(10), 1505-1512.

McEwen, B. S. (2005). Glucocorticoids, depression, and mood disorders: structural remodeling in the brain. *Metabolism*, 54(5), 20-23.

Mitsonis, C. I., Potagas, C., Zervas, I. ve Sfagos, K. (2009). The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis: A review. *International Journal of Neuroscience*, 119(3), 315-335.

Mohr, D. C., Goodkin, D. E., Bacchetti, P., Boudewyn, A. C., Huang, L., Marrietta, P., ...Dee, B. (2000). Psychological stress and the subsequent appearance of new brain MRI lesions in MS. *Neurology*, 55, 55-61.

Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Cox, D. ve Pelletier, D. (2004). Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: A meta-analysis. *Bmj*, 328(7442), 731.

Mohr, D. C. ve Cox, D. (2001). Multiple sclerosis: Empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 479-499.

Mohr, D. C. (2007). Stress and multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 254, 1165-1168.

Nisipeanu, P. ve Korczyn, A. D. (1993). Psychological stress as risk factor for exacerbations in multiple sclerosis. *Neurology*, 43(7), 1311-1311.

Pugliatti, M., Sotgiu, S. ve Rosati, G. (2002). The worldwide prevalence of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 104, 182-191.

Rabins, P. V., Brooks, B. R., O'donnell, P., Pearlson,

G. D., Moberg, P., Jubelt, B., ...Folstein, M. F. (1986). Structural brain correlates of emotional disorder in multiple sclerosis. *Brain*, 109(4), 585-597.

Sandyk, R. (1996). Tryptophan availability and the susceptibility to stress in multiple sclerosis: A hypothesis. *International Journal of Neuroscience*, 86, 47-53.

Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping*, vol. 560. New York: Henry Holt & Company.

Siegert, R. J. ve Abernethy, D. A. (2005). Depressi-

on in multiple sclerosis: A review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(4), 469-475.

Schneiderman, N., Ironson, G. ve Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.

Schwartz, C. E., Foley, F. W., Rao, S. M., Bernardin, L. J., Lee, H. ve Genderson, M. W. (1999). Stress and course of disease in multiple sclerosis. *Behavioral Medicine*, 25(3), 110-116.