

# Problemy i kryzysy psychiczne w przebiegu padaczki

W przebiegu padaczki często równocześnie występują zaburzenia psychiczne, które często pozostają nierozpoznane lub są niewłaściwie leczone. Najczęstsze problemy to depresja, zaburzenia lękowe, psychozy, zachowania agresywne, zmiany osobowości, nadmierna impulsywność i zaburzenia uwagi.

## Depresja w przebiegu padaczki

U chorych na padaczkę **depresja** jest jednym z głównych czynników wpływających na pogorszenie jakości życia. Szacowana częstość występowania depresji jest większa w grupie chorych na padaczkę (30–40%) niż w populacji ogólnej (ok. 15%). Istnieje też odwrotna zależność – u chorych na depresję częściej stwierdza się padaczkę, a depresja może być czynnikiem ryzyka wystąpienia padaczki. W przypadku obu tych zaburzeń niejednokrotnie stwierdza się podobne zmiany w zakresie neuroprzekąźnictwa w mózgu oraz w jego strukturze, co być może wyjaśnia częste ich współwystępowanie.

Rozpoznanie depresji u pacjentów z padaczką może utrudniać częsty brak typowych objawów tej pierwszej choroby. Zamiast tego powszechniejsze mogą być: zmienny lub labilny nastrój dysforyczny, drażliwość oraz okresowo pojawiająca się euforia. Chorzy mogą ponadto się skarżyć na dolegliwości bólowe, brak energii i bezsensowność. U osób cierpiących na padaczkę depresja często ma charakter przewlekły, ale zarazem łagodniejszy niż w przypadku typowej dużej depresji i może przypominać dystymię.

Objawy depresyjne mogą się pojawić w trakcie napadu padaczkowego, przed, po oraz między napadami. **Depresja śródnapadowa** to zmiany nastroju będące bezpośrednią konsekwencją napadu padaczkowego i obejmują m.in. krótkotrwałą anhedonię, poczucie winy oraz myśli samobójcze.

Niektórzy chorzy odczuwają pogorszenie nastroju w okresie 1–3 dni przed napadem. Wkrótce po nim niejednokrotnie zgłaszają poprawę nastroju. Przypuszcza się zatem, że u niektórych chorych zmiana nastroju może być objawem prodromalnym napadów padaczkowych.

**Depresja ponapadowa** występuje u ok. 40% chorych, u których padaczka nie jest skutecznie leczona. Często u tych osób rozpoznawano depresję międzynapadową, której objawy nasilały się po napadzie padaczkowym. Najczęściej występującym typem depresji u chorych z padaczką jest **depresja międzynapadowa**.

Występowanie padaczki wiąże się ze znacznie zwiększonym odsetkiem samobójstw (populacja ogólna ok. 1,1%, pacjenci z z padaczką – ok. 11%.)

Współwystępowanie depresji i padaczki ma wpływ na wybór leków przeciwpadaczkowych, a decyzje w tym zakresie mogą wymagać konsultacji psychiatrycznej.

W przypadku konieczności leczenia przeciwdepresyjnego zaleca się głównie leki z grupy SSRI (z wyboru citalopram, sertralina oraz escitalopram, pozostałe leki z tej grupy mogą powodować zmianę stężenia leków przeciwpadaczkowych). Leki te stwarzają mniejsze prawdopodobieństwo obniżenia progu drgawkowego, a według jednej z analiz leki z grupy SSRI i inne nowe leki przeciwdepresyjne (z wyjątkiem bupropionu – który zwiększa ryzyko wystąpienia drgawek) wykazują działanie przeciwdrgawkowe.

## Zaburzenia lękowe w przebiegu padaczki

Chorzy na padaczkę często zgłaszają **lęk** związany z wystąpieniem napadu padaczkowego, a niemal 15% z nich uznaje lęk za jeden z objawów obecnych w czasie aury poprzedzającej napad. Lęk jest czynnikiem, który w sposób niezależny od depresji i częstości napadów, wpływa na jakość życia chorych na padaczkę. Zaburzenia te omówiono w artykule „[Zaburzenia lękowe i depresyjne w padaczce](#)”

## Zaburzenia psychotyczne w przebiegu padaczki

U chorych na padaczkę obserwuje się większą częstość występowania **psychoz** (9%) niż w populacji ogólnej. U chorych, u których objawy psychotyczne występują w okresach między napadami, z reguły obserwuje się obecność urojeń i omamów bez zaburzeń myślenia i wyraźnie zaznaczonego rozpadu osobowości.

Stosowanie leków przeciwpowietycznych u chorych z padaczką stwarza większe ryzyko wystąpienia napadów, co w szczególności dotyczy klozapiny, a w mniejszym stopniu – olanzapiny i kwetiapiny. Bezpieczniejsze pod względem wpływu na próg drgawkowy np. haloperidol i risperidon.

Problem ten bardziej szczegółowo omówiono w artykule „**Psychoza w przebiegu padaczki**” ([Psychoza w przebiegu padaczki](#)).

## Zachowania agresywne w przebiegu padaczki

U chorych z padaczką obserwuje się dwa typy **agresji**. Mogą one wiązać się z wystąpieniem napadów padaczkowych i występować w okresie okołonapadowym, ale mogą też nie mieć związku czasowego z pojawieniem się napadów padaczkowych i stanowią wówczas element struktury osobowości chorego, ukształtowanej przez warunki socjoekonomiczne lub wynikający z nieprawidłowości w mózgu, które leżą u podłoża samej choroby.

Z obserwacji klinicznych wynika, że okołonapadowe zachowania agresywne są chaotyczne i nieukierunkowane. Zachowania agresywne pojawiające się w stanie dezorientacji są zazwyczaj w sposób skierowane do osób znajdujących się w bezpośrednim otoczeniu i często pojawiają się, gdy pacjent jest unieruchomiony.

Chociaż zachowania agresywne mogą nie wiązać się z określonym rodzajem padaczki, to bez wątpienia u niektórych chorych pojawiają się one jako konsekwencja aktywności napadowej. Przeprowadzenie diagnostyki w kierunku padaczki jest szczególnie wskazane wówczas, gdy akty przemocy i gwałtowne zachowania pacjenta mają charakter przypadkowy, nieukierunkowany i epizodyczny.

U chorych z padaczką, przejawiających zachowania agresywne, leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych (prze psychiatrę) może zmniejszyć liczbę i nasilenie popełnianych aktów przemocy, podobnie jak w przypadku terapii związanej z objawami depresyjnymi i psychotycznymi.

## Zmiany osobowości w przebiegu padaczki

Wysoki stopień zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego oraz przewlekły (niejednokrotnie obejmujący całe życie) przebieg padaczki, sprawia, że u pacjentów cierpiących na tę chorobę często dochodzi do **zmian osobowości**. U chorych z pewnymi postaciami padaczki częściej się spotyka takie cechy, jak nadmierna religijność i zajmowanie się sprawami „pozaziemskimi”. Inne opisane cechy to hipergrafia, zmniejszone zainteresowanie seksem, nadmierne zaabsorbowanie kwestiami moralności, drobiazgowość/rozwlekłość, agresja i złość. Zaobserwowano też takie cechy jak społeczna „lękowość” (tendencja do przedłużania kontaktów z innymi osobami), brak poczucia humoru oraz obsesyjność.

## Uwaga i impulsywność w przebiegu padaczki

Szacuje się, że rozpowszechnienie **ADHD** wśród dzieci z padaczką wynosi ok. 14%.

Zaburzenia uwagi mogą być spowodowane subtelnymi zmianami w aktywności mózgu. Zaobserwowano, że prowadzenie terapii lekami przeciwpadaczkowymi prowadzi do poprawy uwagi, co wskazywałoby, że zaburzenia w tym zakresie po części wynikają z aktywności napadowej. Niepełna skuteczność terapii przeciwpadaczkowej również może się przyczyniać do pogorszenia uwagi.

W porównaniu z grupą kontrolną u dzieci z ADHD częściej stwierdza się nieprawidłowości w zapisie EEG. U chorych z ADHD istnieje 2,5 razy większe prawdopodobieństwo rozwoju padaczki niż u osób nieobciążonych tym zaburzeniem.

Uważa się, że leczenie chorych z padaczką przy użyciu leków psychostymulujących (metylofenidat) jest bezpieczne oraz wykazano, że terapia ta jest efektywna u dorosłych pacjentów z ADHD i współwystępującą padaczką.

## Leki przeciwpadaczkowe

Większość chorych z padaczką otrzymuje leki przeciwpadaczkowymi w celu opanowania występujących u nich napadów i zapobiegania im. Leki te wykazują działanie psychotropowe. Pacjentów z padaczką poddaje się długotrwałej farmakoterapii i trzeba być przygotowanym, że oprócz spodziewanych korzyści mogą u nich wystąpić również działania niepożądane wynikające ze stosowania leków przeciwpadaczkowych. Niedawno przeprowadzono badanie, w którym oceniano jakość życia chorych przyjmujących leki przeciwpadaczkowe i wykazano, że najlepsze wyniki w zakresie poprawy nastroju stwierdza się u osób leczonych lamotryginą i karbamazepiną. Z kolei najsilniej wyrażone działania niepożądane w postaci pogorszenia nastroju obserwowano u chorych poddawanych terapii z użyciem leków wpływających na przewodność w układzie gabaergicznym (tiagabiny, topiramatu, wigabatryny).

Pacjenci z padaczką napotykają wiele trudności wynikających z samej choroby, a ponadto często cierpią z powodu współwystępujących zaburzeń psychicznych. Świadomość tej współchorobowości jest coraz większa, co ma korzystny wpływ na jakość życia chorych. Taki postęp powinien przyczynić się do zmiany w zakresie terapii chorych z padaczką, polegającej na stworzeniu biopsychospołecznego modelu zdrowienia, w którym uwagę koncentruje się na osobie, jako całości, a nie jedynie na samym procesie chorobowym.

Powyższe dane skłaniają również do konkluzji, że dla poprawy jakości życia osób z padaczką (oraz w celu ulżenia ich bliskim) przydatna może być współpraca neurologa z psychiatrą.

*Opracował lek. med. Paweł Brudkiewicz na podstawie: Psychiatric aspects of epilepsy, Marcangelo i wsp, Psychiatric Clinics of North America, 2007.*