

Zespoły depresyjne i napadowe zaburzenia nastroju u chorych na padaczkę

Depressive syndromes and ictal mood disorders in patients with epilepsy

ADAM BILIKIEWICZ

Z Katedry i II Kliniki Chorób Psychiczych AM w Gdańsku

STRESZCZENIE. Na podstawie piśmiennictwa i własnych badań autor przedstawia problem rozpoznawania i leczenia depresji i napadów afektywnych (dystymicznych) u chorych na padaczkę.

SUMMARY. On the grounds of the literature and the author's own studies the problem of diagnosis and treatment of depression and affective (dysthymic) attacks in patients with epilepsy is discussed.

Słowa kluczowe: zespoły depresyjne / napadowe zaburzenia nastroju / padaczka

Key words: depressive syndromes / ictal mood disorders / epilepsy

NAPADY DYSTYMICZNE

Zaburzeniom nastroju u chorych na padaczkę poświęcono zarówno w starszym, jak i nowszym piśmiennictwie dużo uwagi. Lekarze praktycy leczący chorych na padaczkę zauważyli, że chorzy ci miewają krócej lub dłużej trwające stany obniżonego nastroju: dysfornii, przygnębienia, rozdrażnienia. Stanom tym nadano w piśmiennictwie nazwę endogennych zmian nastroju. Pierwszą wzmiankę na ten temat zawdzięczamy Hoffmannowi, który w 1862 r. stworzył pojęcie równoważnika (ekwiwalentu) padaczkowego. Termin ten wyszedł z użycia, ale autor dał pierwowzór opisu napadu psychomotorycznego, a także napadu afektywnego, wysuwając przeszło 100 lat temu pogląd, że nagły stan lęku przed śmiercią może niekiedy być równoważny napadom padaczkowemu. Obszerniejsze prace na ten temat wyszły spod pióra Aschaffenburga (1894), który użył dwóch pojęć na określenie zmian nastroju u chorych na padaczkę. To właśnie ten autor mówi o napadach endogennych zmian nastroju (Anfälle von Verstimmung) lub okresowych wahaniach nastroju (*periodische Stimmungsschwankungen*). Aschaffenburg zwrócił

jako pierwszy uwagę na duże zróżnicowanie symptomatologii psychopatologicznej endogennych zmian nastroju: od stanów lękowych, przygnębienia z myślami samobójczymi lub nagłego nieuzasadnionego rozdrażnienia, do stanów pobudzenia psychoruchowego przebiegających ze słowotokiem i nastawieniem urojeniowym (pieniaczym lub prześladowczym) do otoczenia. Autor ten, podobnie jak wcześniej Hoffmann, endogenne zmiany nastroju utożsamiał z równoważnikami napadów padaczkowych, za czym przemawiać miały towarzyszące im często objawy wegetatywne: tachykardia, kołatanie serca, błądź lub zaczerwienienie twarzy, poty, biegunka, rozszerzenie źrenic. Przytoczone poglądy są dzisiaj pod wielu względami przestarzałe, trzeba jednak pamiętać, że Aschaffenburg działał pod koniec XIX stulecia i nie dysponował ani EEG, ani innymi metodami pozwalającymi na uściślenie rozpoznania klinicznego.

Może nie od rzeczy będzie przypomnieć terminologię, a więc określenia synonimowe dla endogennych zmian nastroju, które przewijają się w piśmiennictwie neurologiczno-psychiatrycznym, a w ostatnich czasach - epileptologicznym. Mowa jest o: "napadach emo-

cjonalnych", "napadowych stanach emocjonalnych", "zaburzeniach nastroju" lub "objawach dystymicznych" (*troubles thymique, symptomes dysthymiques*), "stanach okresowej dysforii" (*troubles dysphoriques, les états dysphoriques periodiques* - autorów francuskich) w padaczce. W piśmiennictwie angielskojęzycznym używa się terminu "wahania nastroju" (*mood swings*) lub "napadowa depresja" (*ictal depression*). Do tej samej kategorii zjawisk należałoby zaliczyć napady wściekłości (niem. *Wutanfälle*, ang. *ictal anger, rage attacks*) i napadowe stany euforii (*ictal euphoric states*). Niektórzy autorzy wyosabiają "napadowy lęk" jako szczególną postać endogennych zmian nastroju lub napadu padaczkowego (niem. *Angstanfall*, ang. *ictal anxiety, ictal fear*).

W piśmiennictwie nie ma jednak jednolitości poglądów na temat usytuowania klasyfikacyjnego napadowych zmian nastroju. Tej miary epidemiolodzy, jak Landolt, zaliczali endogenne zmiany nastroju do wspólnej grupy z tzw. produktywno-psychotycznymi stanami pomrocznymi ze względu na identyczny obraz bioelektryczny. W stanach tych ma bowiem występować zjawisko wymuszonej normalizacji zapisu EEG (*forcierte Normalisierung*), czego jednak nie potwierdzali inni autorzy.

Istnieje duże piśmiennictwo wskazujące na związek napadowych zmian nastroju i depresji ze skroniowym umiejscowieniem ogniska padaczkowego. Koronnym dowodem na powiązanie tych zaburzeń z padaczką skroniową były wyniki zabiegów neurochirurgicznych i obserwacji poczynionych podczas tych operacji bez znieczulenia ogólnego. Jako pierwsi Penfield i Jasper (1954) drażniąc określone pola płata skroniowego wywoływali u operowanych chorych różne reakcje emocjonalne jak: strach, smutek, lęk, przerażenie itp. Te klasyczne do dzisiaj doświadczenia, rozwiły w pewnym sensie wątpliwości, jakie zrodziły się pod wpływem głośnych doświadczeń Hessa na zwierzętach. Padało wówczas pytanie, czy elektrostymulacja struktur podkorowych (zwłaszcza międzymózgowia) u zwierzęcia

wywoływała jedynie zewnętrzne (behavioralne) przejawy życia emocjonalnego (niem. *Pseudowut*, ang. *pseudoaffect, sham rage*), czy zachowaniom tym istotnie towarzyszył podmiotowy stan nazywany emocją lub uczuciem przeżywanym w strumieniu świadomości.

Pod koniec lat sześćdziesiątych przeprowadziłem własne badania w grupie 80 chorych na padaczkę, którzy byli hospitalizowani w Klinice Chorób Psychiczych AM w Gdańsku w latach 1956-1967. U chorych tych rozpoznano napadowe zaburzenia nastroju, którym nadałem nazwę napadów dystymicznych. W tym okresie w Klinice leczono 799 chorych na padaczkę. Analizowana grupa stanowiła 9,8% całej tej populacji. Na podstawie przeprowadzonych badań klinicznych z EEG włącznie, ustaliłem następującą definicję, którą przypomnę "...napadami dystymicznymi (*paroxysmi dysthymici*) nazywamy zmiany nastroju, odznaczające się nagłym początkiem i nagłym końcem, przebiegające bez zaburzeń świadomości, mające charakterystyczną symptomatykę psychopatologiczną i będące wyrazem padaczki skroniowej w znaczeniu klinicznym" [A.Bilikiewicz, 1969]. W 96% przypadków napady dystymiczne występowały samodzielnie lub pojawiały się po innych napadach padaczkowych. Zgodnie z obowiązującymi wówczas wymogami klasyfikacji międzynarodowej, zaliczyłem je do napadów częściowych o semiologii złożonej - afektywnej. Aktualnie, ze względu na niewystępowanie w ich przebiegu zaburzeń świadomości, powinno zaliczać się ten gatunek napadów do napadów częściowych prostych [*Kliniczna i elektroencefalograficzna klasyfikacja napadów padaczkowych* zalecona przez Międzynarodową Ligę Przeciwpadaczkową, Światową Federację Neurologii, Światową Federację Towarzystw Neurologicznych i Międzynarodową Federację Towarzystw EEG i Neurofizjologii Klinicznej - wg Majkowskiego, 1986]. Zostały jednak zaliczone do napadów częściowych o symptomatologii złożonej, przy czym owa złożoność w porównaniu z napadami pro-

stymi oznacza zorganizowany, wysoki poziom czynności mózgu. Autorzy klasyfikacji informują, że napady o objawach złożonych mogą się zacząć objawami prostymi. Osobiście skłaniałbym się do tego poglądu, choć u obserwowanych przez siebie chorych nie widywałem zaburzeń świadomości, których obecność jest podstawowym kryterium pozwalającym na zaliczanie napadów częściowych do grupy złożonej.

W 1971 roku ogłosiliśmy (wspólnie z T. Bilikiewiczem) wyniki leczenia napadów dystymicznych karbamazepiną. Leczone 27 chorych, w tym monoterapię karbamazepiną przechodziło 18 chorych i u 12 z nich uzyskano ustąpienie napadów. Karbamazepinę w skojarzeniu z innymi lekami przeciwpadaczkowymi (primidon, neofenal, hydantoinal) stosowano u 9 pacjentów, uzyskując ustąpienie napadów u 5 z nich. Dzisiaj, jak wiadomo, preferuje się monoterapię pod kontrolą poziomu leku we krwi i karbamazepina w leczeniu napadów częściowych o symptomatyce psychopatologicznej należy do podstawowych leków.

ZESPOŁY DEPRESYJNE U CHORYCH NA PADACZKĘ

Istnieje stosunkowo duże piśmiennictwo wskazujące na pojawianie się u chorych na padaczkę stanów depresyjnych. Nasuwa się jednak pytanie, czy istnieje swoisty związek przyczynowy między padaczką i depresją. Odpowiedź na tak postawione pytanie nie może być prosta i jednoznaczna. Grupa chorych na padaczkę nie jest wszak jednolita pod względem nozologicznym, rodzaju i częstotliwości napadów, umiejscowienia ogniska padaczkorodnego, stopnia organicznego uszkodzenia mózgu, współwystępowania (koincydencji) endogennych chorób psychicznych i powikłań psychiatrycznych, stosowanego leczenia, sytuacji rodzinnej i psychospołecznej chorych itd. Pużyński (1988) umieszcza depresje w schorzeniach organicznych ośrodkowego układu nerwowego w 6 grupach, które przytoczę: (1) procesy zwyrodnieniowo-zanikowe (np. cho-

roba Alzheimer), (2) guzy mózgu, zwłaszcza płata czołowego i skroniowego, (3) choroby naczyń mózgowych, (4) stany pourazowe, zwłaszcza uszkodzenie płatów czołowych i skroniowych, (5) padaczka, zwłaszcza z ogniskiem w płacie skroniowym i (6) inne schorzenia: stwardnienie rozsiane, wodogłowie, wady genetyczne. Obraz kliniczny depresji, które występują u chorych z organicznymi uszkodzeniami o.u.n. (niezależnie od przyczyn tych uszkodzeń i przyczyn depresji), wykazuje, zdaniem Pużyńskiego, duże zróżnicowanie. Autor ten wyodrębnia dwa podstawowe obrazy kliniczne: jeden to przewlekły stan depresyjny o niedużym nasileniu objawów, w którym występuje przygnębienie, dolegliwości hipochondryczne, przewlekły choć niezbyt nasilony lęk i zaburzenia snu oraz drugi, to depresja z pobudzeniem, rozbudowanymi urojeniami depresyjnymi (hipochondrycznymi, katastroficznymi, nihilistycznymi i skłonnościami samobójczymi). Wspólną cechą stanów depresyjnych, niezależnie od ich etiologii, występujących u osób z chorobami organicznymi mózgu jest skłonność do przewlekania się, dość często mała skuteczność leków przeciwd depresyjnych oraz większe od przeciętnego, na co Pużyński zwraca słusznie uwagę, ryzyko występowania objawów niepożądanych neurologicznych. Jeżeli chodzi o wiek chorych, u których pojawiają się objawy depresyjne, to wszyscy autorzy są zgodni, że odsetek depresji rośnie z wiekiem pacjentów i w wieku podeszłym dotyczy nawet 30% osób.

Wracając do problemu zespołów depresyjnych u chorych na padaczkę należy podkreślić, że ocena informacji epidemiologicznych jest stosunkowo trudna, gdyż wśród tzw. epizodów depresyjnych kryć się mogą zarówno wspomniane napady dystymiczne jak i dłużej trwające stany psychopatologiczne, nie mające cech napadu. W naszych własnych badaniach epidemiologicznych u chorych na padaczkę zarejestrowanych w województwie bydgoskim w latach 1976-1980 [A. Bilikiewicz i wsp., 1986] zaburzenia afektywne (zespoły subdepresyjne i depresyjne, zespoły maniakał-

ne, stany (nie napady) dystymiczne dotyczyły zaledwie 2,9% analizowanej grupy chorych na padaczkę liczącej 2635 osób. Mogłoby z tego wynikać, że poglądy o częstym pojawianiu się depresji u chorych na padaczkę są zbyt przesadzone.

Z rozpoznaniem padaczki wiąże się zwiększone ryzyko samobójstwa. Pogląd ten ma konkretne umocowanie w danych piśmiennictwa [Diehl, 1986, Barraclough, 1987, Robertson, 1995, Miller, 1996]. Według cytowanych autorów ryzyko występowania samobójstw dokonanych rośnie w grupach padaczek o ciężkim przebiegu osiągając pięciokrotny wzrost w tzw. ciężkich padaczkach, a 25-krotny wzrost u chorych na padaczkę skroniową. Odsetek zgonów u chorych na padaczkę z powodu samobójstw wahał się wg różnych autorów w latach 1963-1995 w szerokich granicach od 0,4% do 20% [cyt. wg Millera, 1996]. Zwiększone ryzyko samobójstwa u chorych na padaczkę może sugerować obecność objawów depresji u tych chorych. Świadczy o tym fakt, że wiele przypadków samobójstw usiłowanych u chorych na padaczkę jest rejestrowanych pod rozpoznaniem depresji [Miller, 1996].

Na związek depresji i stanów lękowych u chorych na padaczkę skroniową wskazują badania ostatnich lat [Mendez i wsp., 1986, 1989, Post i wsp., 1990]. Przyczyny należy upatrywać w obecności stałej subklinicznej indukcji okolicy limbicznej, jak w procesie *kindling*, prowadzącej do trwałego uszkodzenia tej okolicy. Z badań Altshulera i wsp. (1990) wynika, że u chorych na padaczkę z objawami depresji i lęku zmiany ogniskowe umiejscawiają się w lewej półkuli mózgu, polegają na ogniskowych wyładowaniach w EEG i zmianach metabolicznych w PET.

Krzysztof Miller (1996) starał się prześledzić czynniki ryzyka otruc samobójczych u chorych na padaczkę. Badania swoje oparł na grupie 75 chorych na padaczkę hospitalizowanych w latach 1990-1994 w Regionalnym Ośrodku Ostrego Zatrucia w Sosnowcu po zamachach samobójczych. Głównym motywem

otruc samobójczych u tych osób była konfliktowa sytuacja lub nastrój depresyjny, zaś 23 osoby podjęły próbę w trakcie upojenia alkoholowego. Badania autora, jakkolwiek nie reprezentatywne dla całej populacji chorych na padaczkę, dotyczące bowiem wyłącznie osób usiłujących się otruć, wskazują na stosunkowo częste podejmowanie prób samobójczych przez chorych na padaczkę. W ocenianym przez Millera materiale stanowili oni 9% osób hospitalizowanych z powodu otruc samobójczych w ROOZ w okresie pięcioletnim i odsetek ten wykazuje tendencję wzrostową. Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych są podobne w grupie chorych na padaczkę do osób przebywających z innym rozpoznaniem. Czynnikiem istotnie obciążającym ryzyko jest nadużywanie alkoholu, co dotyczyło 42% pacjentów z napadami padaczkowymi. Cechy depresji autor stwierdził u 21 osób, co stanowi blisko 30% całej grupy. Pod względem nozologicznym nie była to podgrupa jednorodna. Na podkreślenie zasługuje fakt, że autor nie wykazał jakichś swoistych dla padaczki czynników ryzyka samobójstwa.

PODSUMOWANIE

Podsumowując należy stwierdzić, że leczenie chorych na padaczkę wykazujących zaburzenia nastroju, bądź napadowe, bądź dłużej trwające, jest zadaniem trudnym. Obecność czynników zwiększających ryzyko samobójstwa (sytuacja konfliktowa w rodzinie, nadużywanie alkoholu, zaburzenia zachowania) każe chorych tych traktować ze szczególną ostrożnością. Leczenie depresji u chorych na padaczkę nie odbiega od sposobów postępowania w tzw. depresjach organicznych. Chory ci na ogół źle tolerują leki psychotropowe, zaś leki przeciwdepresyjne w większości obniżają próg pobudliwości drgawkowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Altshuler L.L., Devinsky O., Post R.M. i wsp.: Depression, anxiety and temporal lobe epilepsy. Laterality of focus symptoms. Arch. Neurol. 1990, 47, 284-288.

2. Aschaffenburg G.: Über gewisse Formen der Epilepsie. Arch. Psychiat. Nervenkrankh. 1894, 27, 955-957.
3. Aschaffenburg G.: Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker, Verlag von Carl Merhold, Halle a. S. 1906.
4. Barraclough B.M.: The suicide rate of epilepsy. Acta Psychiatr. Scand. 1987, 76, 339-345.
5. Bilikiewicz A.: Badania kliniczne nad istotą napadów padaczkowych dystymicznych. Psychiatr. Pol. 1969, III, 1, 1-10.
6. Bilikiewicz A.: The nosography of dysthymic epileptic seizures. Annals of the Medical Section of the Polish Academy of Sciences 1972, 17, 1, 5-49.
7. Bilikiewicz A. i wsp.: Sytuacja epidemiologiczna i psychopatologiczna chorych na padaczkę zarejestrowanych w województwie bydgoskim w latach 1976-1980. Ann. Acad. Med. Bydgosci. 1986, II, 233-247.
8. Bilikiewicz T., Bilikiewicz A.: Wyniki leczenia karbamazepiną napadów dystymicznych. Neurol. Neurochir. Pol. 1971, V, 3, 345-350.
9. Diehl L.W.: Epilepsie und Suizid. Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. 1986, 38, 625-633.
10. Hess W.R.: Das Zwischenhirn. Schwabe, Basel 1949.
11. Hess W.R., Akert K.: Experimental data on role of hypothalamus in mechanism of emotional behavior. A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat. 1955, vol. 2, 73, 127-129.
12. Hoffmann Fr.: Ueber die Einteilung der Deisteskrankheiten in Siegsburg. Allg. Z. Psychiat. 1862, XIX, 4, 367-391.
13. Landolt H.: Die Temporallappenepilepsie und ihre Psychopathologie. S. Karger, Basel 1960.
14. Landolt H.: Die Dämmer- und Verstimmungszustände bei Epilepsie und ihre Elektroencephalographie. Dtsch. Z. Nervenheilk. 1963, 185, 411-430.
15. Landolt H.: Petit mal; Temporallappenepilepsie; epileptische Dämmerzustände und Versimmungen. W: Schulte W., Lehmanns J.F. (red.): Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis. Verlag, München 1964.
16. Majkowski J.: Padaczka. Diagnostyka, leczenie, zapobieganie. PZWL, Warszawa 1986.
17. Mendez M.K., Cummings J.L., Benson F.: Depression in epilepsy. Significance and phenomenology. Arch. Neurol. 1986, 43, 766-770.
18. Mendez M.K., Lanska D.J., Manon-Espaillet R. i wsp.: Causative factors for suicide attempts by overdose in epileptics. Arch. Neurol. 1989, 46, 1065-1068.
19. Miller K.: Czynniki ryzyka otruc samobójczych u chorych na padaczkę. Maszynopis rozprawy doktorskiej. Zabrze 1996.
20. Panfield W., Jasper H.H.: Epilepsy and functional anatomy of the brain. Little, Brown et Co., Boston 1954.
21. Pużyński S.: Depresje. Wyd. II uzupełnione. PZWL, Warszawa 1988.
22. Robertson M.: Depression in people with epilepsy. Epilepsia 1995, 35, suppl. 3, 211.

*Adres: Prof. Adam Bilikiewicz, II Klinika Chorób Psychiczych AM,
ul. Srebrniki 1, 80-282 Gdańsk*