

AGATA ŻEŚLAWSKA-FALEŃCZYK

Zaburzenia lękowe u pacjentów chorych na padaczkę skroniową*

Anxiety Disorder in Patients with Temporal Lobe Epilepsy

Zakład Pediatrii Społecznej, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zaburzenia psychiatryczne współistniejące z padaczką obejmują lęk, zaburzenia nastroju, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i psychozy. Wskaźnik częstości występowania zaburzeń psychicznych jest szczególnie wysoki w przypadku padaczek ogniskowych, głównie padaczki skroniowej (TLE) i waha się na podstawie literatury 20–70%.

Cel pracy. Ocena nasilenia symptomów zaburzeń lękowych w grupie pacjentów z TLE w porównaniu z pacjentami chorymi na padaczkę uogólnioną i grupą osób zdrowych.

Materiał i metody. Dane kliniczne i socjodemograficzne od 70 osób stanowiących grupę kliniczną i 70 osób będących grupą kontrolną zostały zgromadzone za pomocą narzędzi badawczych: Arkusza Samopoznania R.B. Cattella, Inwentarza Stanu i Cech Lęku Ch.D. Spielbergera (STAI), kwestionariusza Willoughby w modyfikacji Wolpego do samooceny reakcji lękowych, kwestionariusza paniki oraz kwestionariusza osobowego i klinicznego.

Wyniki. Zaobserwowano istotnie większe nasilenie objawów paniki, fobii, niepokoju i lęku w grupie pacjentów chorych na padaczkę w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych. Istnieją niewielkie korelacje między nasileniem objawów fobii, poziomem niepokoju oraz nasileniem lęku a częstotliwością napadów. Związek między nasileniem objawów paniki a liczbą napadów jest istotny statystycznie. Zaobserwowano większe nasilenie objawów lękowych w TLE. Zależność między objawami paniki a występowaniem TLE jest istotna statystycznie.

Wnioski. W ocenie ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych u osób chorych na epilepsję istotne znaczenie ma określenie typu padaczki (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 2, 111–120).

Słowa kluczowe: lęk, zaburzenia lękowe, padaczka skroniowa, napady częściowe złożone, ciało migdałowate, padaczka.

Abstract

Background. Psychiatric disorders comorbid with epilepsy include anxiety, mood disorders, obsessive-compulsive disorder and psychosis. The prevalence of psychiatric disorders is considerably high in focal epilepsies, especially temporal lobe epilepsy (TLE), and this rate varies based on the literature from 20% to 70%.

Objectives. To evaluate the intensity of anxiety disorders in patients with TLE compared with patients with generalized epilepsy and the healthy group.

Material and Methods. Clinical data of 70 patients and 70 healthy controls were collected using the following instruments: R.B. Cattell Self-Rating Questionnaire, The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Willoughby Questionnaire for self-assessment of anxiety reactions, Panic Questionnaire and Personal and Clinical Questionnaire.

Results. There was a significantly higher intensity of panic, phobia, anxiousness and anxiety symptoms in patients with epilepsy compared with healthy controls. There is little correlation between the severity of phobia symptoms, anxiousness, anxiety level and frequency of seizures. Relationship between panic symptoms and frequency of seizures is statistically significant. Higher intensity of anxiety disorders in TLE was observed. The relationship between panic symptoms and the occurrence of TLE is statistically significant.

Conclusions. When assessing the risk of anxiety disorders in people with epilepsy, it is important to determine the type of epilepsy (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 2, 111–120).

Key words: anxiety, anxiety disorders, temporal lobe epilepsy, complex partial seizures, amygdala, epilepsy.

* Artykuł oryginalny napisany na podstawie badań własnych prowadzonych w ramach pracy magisterskiej obronionej w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, promotor pracy: prof. dr hab. Anna Suchańska, dyrektor Instytutu Psychologii; prof. dr hab. Jerzy Brzeziński.

Epilepsja jest zespołem objawów somatycznych, wegetatywnych i psychicznych mogących występować na podłożu zmian morfologicznych i metabolicznych w mózgu [1]. Obraz kliniczny padaczki zależy od liczby oraz umiejscowienia komórek nerwowych, które ulegają wyładowaniom. W toku badań zauważono istotny związek czasowy między występowaniem napadów padaczkowych i zaburzeń psychiatrycznych. Ze względu na wspomniany związek w literaturze można spotkać się z podziałem zaburzeń psychicznych na: napadowe, okołonapadowe (przednapadowe i ponapadowe) oraz międzynapadowe [1, 13]. Warto zaznaczyć, że zaburzenia psychiatryczne towarzyszące padaczce wpływają nie tylko na postępowanie medyczne, ale również jakość życia pacjentów. Johnson et al. zauważyli, że zaburzenia depresyjne i lękowe wyjaśniają większy zakres wariacji zmiennej jakości życia związanej ze zdrowiem niż cechy demograficzne i kliniczne (tzn. częstość napadów, nasilenie i przewlekłość epilepsji) w grupie 87 pacjentów z TLE [14].

Analizując wyniki badań dotyczące obecności syndromów psychiatrycznych u osób chorych na epilepsję, szczególną uwagę zwraca większa częstotliwość występowania depresji i lęku w grupie pacjentów z padaczką ogniskową, szczególnie skroniową i czołową, w porównaniu chorych na padaczkę uogólnioną [11] oraz populacją osób zdrowych [7]. Bragatti et al. zauważyli, że wśród osób z TLE u 53 pacjentów (54,1% grupy klinicznej) występują zaburzenia psychiatryczne. Najczęstszymi zaburzeniami neuropsychiatrycznymi w badanej grupie były zaburzenia nastroju zaobserwowane u 42 chorych (42,9%) oraz występujące u 18 chorych (18,4%) zaburzenia lękowe. Zaburzenia psychotyczne zauważono u 6 pacjentów (6,1%) [2]. De Oliveira et al. stwierdzili, że pacjenci z TLE wykazują dużą częstość występowania zaburzeń psychicznych w ciągu życia (70% pacjentów). Najczęstszymi z nich były zaburzenia nastroju (49,3%) i zaburzenia lękowe (42,5%). Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD) zaobserwowano u 11,0%, a zaburzenia psychotyczne u 5,5% badanej grupy [3].

Na podstawie krótkiego przeglądu powyższych badań można zauważyć, że umiejscowienie ogniska padaczkowego i charakter zaburzeń napadowych może mieć istotny wpływ na częstotliwość występowania zaburzeń psychiatrycznych, m.in. lękowych u osób chorych na epilepsję. Dlatego umiejscowienie ogniska padaczkowego jest istotną zmienną uwzględnioną w niniejszych badaniach.

Uważa się, że lęk jest dominującym uczuciem w czasie napadu padaczki skroniowej. Może także pojawiać się bezprzyczynowo w okresie międzynapadowym. Jednym z wyjaśnień związku TLE

z występowaniem lęku jest powstawanie wyładowań w czasie napadu, które są umiejscowione w strukturach stanowiących anatomiczne podłoże emocji. Cechy neuropsychiatryczne padaczki mogą więc wiązać się z wyładowaniami padaczkowymi pochodzącymi z obszarów centralnego układu nerwowego, które są istotne dla powstawania emocji (szczególnie ciała migdałowatego). Część autorów zaznacza również związek czynników psychologicznych z zaburzeniami lękowymi: ograniczenia funkcjonowania wynikającego z napadów i dyskryminującego wpływu społecznego (poczucie stygmatyzacji), nieprawidłowego wychowania dziecka oraz skutków ubocznych leków przeciwpadaczkowych [10, 15].

Celem przeprowadzonych badań była próba odpowiedzi na pytania dotyczące związku zaburzeń lękowych z występowaniem padaczki skroniowej. Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy występowanie epilepsji wiąże się z zaburzeniami lękowymi, poziomem gotowości do reagowania lękiem, niepokojem, napięciem lub/i występowaniem niepokoju?
2. Czy częstotliwość napadów wpływa na występowanie zaburzeń lękowych, poziom gotowości do reagowania lękiem, niepokojem, napięciem lub/i występowanie niepokoju?
3. Czy osoby z TLE różnią się w sposób istotny statystycznie od osób z padaczką uogólnioną pod względem występowania zaburzeń lękowych, poziomu gotowości do reagowania lękiem, niepokojem, napięciem lub/i występowania niepokoju?

Materiał i metody

Grupę kliniczną stanowiły osoby dorosłe (od 18. r.ż.) z rozpoznaniem epilepsji. Większość badanych to osoby szukające kontaktu i wymiany doświadczeń z innymi chorymi na padaczkę na głównych polskich forach internetowych związanych tematycznie z epilepsją. Na podstawie rozpoznanego wcześniej u chorych rodzaju zaburzenia padaczkowego, zostali zakwalifikowani do dwóch głównych grup: osób z TLE oraz napadami uogólnionymi drgawkowymi (bez zaznaczającego się w badaniach neuroobrazowych ogniska padaczkowego). Rodzaj epilepsji był określany na podstawie wiedzy osób badanych o rodzaju występujących u nich napadów. Wiedza ta była oparta na wcześniejszej standardowej diagnostyce zaburzeń napadowych (badanie EEG, badanie neuroobrazowe) i diagnozie lekarskiej. W badaniu wzięły udział 74 osoby chorych na padaczkę. Wyeliminowano kwestionariusze od 4 osób (w 1 przypadku niespełnione kryterium wieku, w 3 pozostałych przypadkach z powodu długiego, wynoszącego ponad 10 lat

okresu remisji). Podstawowe cechy demograficzne i kliniczne grupy badawczej umieszczono w tabeli 1. Tabela 2 przedstawia natomiast liczbę osób w poszczególnych przedziałach częstotliwości napadów.

Analizując rozkład rodzajów napadów w grupie klinicznej, można zauważyć, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby z napadami uogólnionymi drgawkowymi – 29 osób (41,4% badanej grupy) oraz badani z napadami częściowymi złożonymi z umiejscowieniem ogniska w płacie skroniowym – 20 osób (29,4% grupy klinicznej). Są to dwie główne grupy (obok kontrolnej) wykorzystywane przy testowaniu hipotez badawczych. Kilkoro badanych wyraźnie zaznaczyło występowanie u siebie kilku typów napadów – napadów częściowych (z wyłączeniem osób z TLE) oraz napadów wtórnie uogólnionych (8 osób). U 7 badanych występowały napady częściowe (o umiejscowieniu ogniska innym niż płat skroniowy), 3 ankietowanych natomiast cechowało się napadami uogólnionymi niedrgawkowymi typu absence. W przypadku 2 osób zaznaczały się trudności w sklasyfikowaniu napadów.

Do badania została włączona grupa kontrolna zdrowych osób, dobrana w taki sposób, aby była jak najbardziej zbliżona do grupy klinicznej pod

względem cech: płci, wieku oraz wykształcenia. Grupa kliniczna i kontrolna były równoliczne.

Dane kliniczne i socjodemograficzne od 70 osób stanowiących grupę kliniczną i 70 osób będących grupą kontrolną zostały zgromadzone za pomocą następujących narzędzi badawczych: Arkusza Samopoznania R.B. Cattella, Inwentarza Stanu i Cech Lęku Ch.D. Spielbergera (STAI), Kwestionariusza Willoughby w modyfikacji Wolpego do samooceny reakcji lękowych, kwestionariusza paniki oraz kwestionariusza osobowego i klinicznego.

Arkusze samopoznania R.B. Cattella służy do badania reakcji lękowych, reakcji niepokoju [16]. Zgodnie z założeniami Cattella inwentarz bada tzw. lęk „niezwiązany”, bliżej nieokreślony, w przeciwieństwie do lęku przed czymś konkretnym lub strachu. Kwestionariusz został skonstruowany z pytań inwentarza osobowości, który opracował Cattell w celu pomiaru 16 wyodrębnionych przez siebie elementów struktury osobowości. Do badań wykorzystano polską wersję arkusza Cattella, według tłumaczenia K. Hirszela z 1959 r. Kwestionariusz obejmuje 40 pytań. Połowa z nich dotyczy symptomów jawnych lęku, z których ludzie zdają sobie sprawę. Pozostałe pytania dotyczą tzw. symptomów ukrytych lęku, których z regu-

Tabela 1. Cechy demograficzne i kliniczne osób chorych na padaczkę

Table 1. Demographic and clinical characteristics of people with epilepsy

Zmienna (Variable)	Częstość/Średnia (Frequency/Average)	%
Płeć (Sex)		
mężczyzna (male)	17	24,3
kobieta (female)	53	75,7
ogółem (total)	70	100,0
Wiek (Age)		
średnia (mean)	30,74	–
osoba najmłodsza – lata (the youngest person - years)	18	–
osoba najstarsza – lata (the oldest person – years)	61	–
Wykształcenie (Education)		
podstawowe (primary school)	2	2,9
średnie (secondary school)	45	64,3
wyższe (higher education)	15	21,4
zawodowe (trade school)	8	11,4
Początek wystąpienia zaburzeń padaczkowych (średnia wieku) (The onset of epileptic disorders – age)	16,76	–
Czas trwania – lata (Duration – ages)	13,45	–
Rodzaje napadów (Types of seizures)		
uogólnione drgawkowe (generalized seizures)	29	41,4
TLE (TLE)	20	29,4
częściowe oraz wtórnie uogólniające się (partial and secondarily generalized)	8	11,4
częściowe (z wyłączeniem TLE) (partial (with the exception of TLE))	7	10,0
uogólnione niedrgawkowe nieświadomości (typ absence) (absence)	3	4,3
TLE oraz wtórnie uogólniające się (TLE and secondarily generalizing)	1	1,4
Ogółem (Total)	68	97,1
Bez określenia typu (Without specifying the type)	2	2,9

Tabela 2. Częstotliwość napadów w grupie klinicznej**Table 2.** The frequency of seizures in the clinical group

Częstotliwość napadów (Frequency of seizures)		Liczba (Number)	%	% skumulowany (Cumulative percent)
Ważne (Number)	raz w roku lub rzadziej (once a year or less)	22	31,4	31,9
	2–6 razy w roku (times a year)	10	14,3	46,4
	7–11 razy w roku (times a year)	3	4,3	50,7
	1–5 razy w miesiącu (times a month)	22	31,4	82,6
	6–10 razy w miesiącu (times a month)	7	10,0	92,8
	11–15 razy w miesiącu (times a month)	–	–	92,8
	16–20 razy w miesiącu (times a month)	2	2,9	95,7
	21–25 razy w miesiącu (times a month)	–	–	95,7
	26–30 razy w miesiącu (times a month)	1	1,4	97,1
	31 razy w miesiącu lub częściej (times a month or more)	2	2,9	100
	ogółem (total)	69	98,6	
Brak danych (No data)	b.d.	1	1,4	
Ogółem (Total)		70	100	

ły świadomie nie wiąże się z doświadczaniem tej emocji. Kwestionariusz stosuje się do badań indywidualnych i grupowych [16]. Obejmuje 40 pytań diagnostycznych wskazujących na występowanie lęku „niezwiązanego”. Zgodnie z kluczem testu odpowiedziom diagnostycznym przyznaje się po 2 punkty [16]. Wypełniając kwestionariusz, badana osoba, mogła uzyskać minimalnie od 0 punktów – brak symptomów lęku „niezwiązanego”, do maksymalnie 80 punktów – maksymalne nasilenie symptomów.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Ch. D. Spielberga (STAI) składa się z dwóch odrębnych skal samooceny mierzących dwa rodzaje niepokoju związane z odrębnymi koncepcjami teoretycznymi. Osoby badane wypełniały tylko drugą skalę kwestionariusza oceniającą niepokój rozumiany jako względnie stała dyspozycja (cecha) do przeżywania lęku. Lęk jako cecha jest rozumiany przez autora opisywanej koncepcji jako „indywidualne różnice w skłonności do przeżywania stanów lękowych, jakie ujawniają ludzie w sytuacjach zagrożenia” [16]. Inwentarz do oceny lęku jako dyspozycji może być wykorzystywany w badaniach grupowych oraz indywidualnych. Skala dotycząca niepokoju jako dyspozycji składa się z 20 twierdzeń. Za pomocą zdań inwentarza badana osoba opisuje swoje przeciętne zachowania. Inwentarz wypełniany przez osoby badane zawiera 7 pozycji sformułowanych nie wprost oraz 13 zdań sformułowanych wprost [17]. Badana osoba mogła uzyskać minimalnie 20 punktów (mały lęk), a maksymalnie 80 punktów (duży lęk).

Kwestionariusz Willoughy do oceny reakcji lękowych służy głównie do oceny fobii. Został zmodyfikowany przez Wolpego [16]. Osoba badana opisuje swoje typowe zachowanie za pomocą ustosunkowania się do 26 stwierdzeń kwestionariusza. Przy każdym pytaniu badany wykorzystuje cztero-stopniową skalę, aby określić nasilenie występujących u niego symptomów, reakcji lub zachowań. Wyniki oblicza się przez proste zsumowanie wartości liczbowych zaznaczonych przez badanego. Wypełniając kwestionariusz, można uzyskać minimalnie 0 punktów (brak symptomów), a maksymalnie 104 punkty (skrajne nasilenie symptomów).

Kwestionariusz paniki został skonstruowany przez autorkę z wykorzystaniem polskiego tłumaczenia Kwestionariusza SCL-90 (Symptom Checklist-90) będącego listą objawów psychopatologicznych. Oryginalna wersja kwestionariusza objawów jest złożona z 90 pozycji tworzących 9 podstawowych zespołów symptomów stanowiących skalę: somatyzacji, natręctwa, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji, lęku, wrogości, fobii, myślenia paranoidalnego, psychotyczności [16]. Do stworzenia narzędzia została wykorzystana tylko skala lęku. Kwestionariusz paniki skonstruowano przez wybranie czterech twierdzeń skali lęku opisujących objawy paniki. Osoby badane poproszono o określenie częstotliwości występujących u siebie symptomów (w ostatnich czterech tygodniach), zgodnie z jedną z czterech odpowiedzi: 1) bardzo silne występowanie objawów (4 punkty), 2) znaczne występowanie objawów (3 punkty), 3) umiarkowane występowanie objawów (2 punkty), 4) nieznaczne

występowanie objawów (1 punkt), 5) objawy wcale nie występowały (0 punktów). Osoba badana mogła uzyskać minimalnie 0 punktów (brak objawów), a maksymalnie 16 punktów (skrajne nasilenie dolegliwości).

Kwestionariusz osobowy i kliniczny również został opracowany przez autorkę w celu zgromadzenia danych demograficznych i klinicznych pacjentów chorych na padaczkę. Pozwolił na operjonalizację i gromadzenie informacji dotyczących częstotliwości napadów oraz rozpoznanego typu zaburzeń napadowych. Osoby badane poproszono między innymi o odpowiedź na pytanie: „Ile ma Pan/Pani napadów w ciągu miesiąca (średnia)?” Częstotliwości występujących napadów (od częstotliwości napadów występujących raz w roku lub rzadziej do liczby 31 napadów w miesiącu lub częściej) są przyporządkowane wartości liczbowe (skala 10-punktowa). W kwestionariuszu uwzględniono także podstawowe rozpoznania i nazwy potoczne typów epilepsji: padaczkę skroniową, napady pierwotnie uogólnione drgawkowe, napady pierwotnie uogólnione bezdrgawkowe (napady absence, petit mal), napady częściowe (zarówno ze znanym, jak i nieznanym umiejscowieniem ogniska padaczkowego). Zadaniem ankietowanych było określenie rozpoznanego wcześniej i występującego u nich typu padaczki, wpisanie diagnozy lekarskiej oraz wyników badań diagnostycznych (badanie EEG, badania neuroobrazowe).

Badania ankietowe przeprowadzano od początku stycznia do końca maja 2008 r., głównie za pośrednictwem Internetu lub Internetu i spotkań indywidualnych. W celu zgromadzenia grupy klinicznej umieszczono ogłoszenie dotyczące prowadzonych badań na głównych forach internetowych dotyczących epilepsji. Do osób z grupy klinicznej wysłano za pośrednictwem Internetu informację dotyczącą prowadzonych badań oraz zaproszenie do udziału w nich. Osobom, które wyraziły chęć uczestniczenia w badaniu przesłano dokładne informacje dotyczące badań – ich dobrowolnego charakteru i anonimowości. Za pośrednictwem korespondencji internetowej lub spotkań osobistych i korespondencji internetowej odpowiadano na ewentualne pytania osób badanych i udzielano dodatkowych informacji. Część osób z grupy klinicznej (po przeczytaniu ogłoszenia dotyczącego prowadzonych badań) sama skontaktowała się z osobą prowadzącą badanie i wyraziła chęć wypełnienia ankiet.

Badanie ankietowe członków grupy kontrolnej zostało przeprowadzone za pośrednictwem Internetu. Na rozmaitych forach społecznościowych umieszczono ogłoszenie dotyczące prowadzonych badań kierowane do potencjalnych uczestników grupy kontrolnej. Osobom wyrażającym chęć udziału w badaniu przesłano informację dotyczącą badań

(ich dobrowolnego charakteru i anonimowości) oraz poproszono o wypełnienie kwestionariuszy.

Wyniki

Zaburzenia napadowe a występowanie zaburzeń lękowych, poziom gotowości do reagowania lękiem, występowanie niepokoju

Pierwsze pytanie badawcze dotyczy różnic pod względem występowania objawów zaburzeń lękowych (doświadczenia symptomów fobii oraz paniki), poziomu gotowości do reagowania lękiem (lęk jako cecha) oraz występowania symptomów niepokoju (tzw. lęk „niezwiązany”) w grupie klinicznej w stosunku do grupy kontrolnej. Statystycznej weryfikacji zależności między zmiennymi dokonano z wykorzystaniem testu *t* równości średnich dla grup niezależnych. Tabela 3 przedstawia wartości średnich i odchyłeń standardowych zmiennych (nasilenie symptomów zaburzeń lękowych, niepokoju, lęku jako cechy) w grupie klinicznej i kontrolnej. Zaobserwowano istotnie większe nasilenie objawów paniki i fobii (istotność na poziomie 0,01) oraz istotnie większą intensywność występowania niepokoju i lęku jako cechy (istotność na poziomie 0,001) w grupie pacjentów z padaczką w porównaniu z grupą kontrolną (tabela 4).

Częstotliwość napadów a występowanie zaburzeń lękowych, poziom gotowości do reagowania lękiem, występowanie niepokoju

Drugi problem badawczy dotyczy zależności między częstotliwością występujących napadów a występowaniem zaburzeń lękowych, poziomem gotowości do reagowania lękiem oraz występowania symptomów niepokoju. Do statystycznej weryfikacji zależności między zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji rho Spearmana. Tabela 5 przedstawia wyniki analizy statystycznej dla powyższych zmiennych. Uzyskano wynik na poziomie istotności 0,05 tylko w odniesieniu do związku między nasileniem symptomów paniki a częstotliwością napadów. Związek ten ma charakter wprost proporcjonalny. Istnieją niewielkie korelacje między nasileniem symptomów fobii, poziomem niepokoju oraz nasileniem lęku jako cechy a częstotliwością napadów. Mają one zarówno charakter wprost proporcjonalny, jak i odwrotnie proporcjonalny i nie są istotne statystycznie.

Tabela 3. Zaburzenia padaczkowe a występowanie zaburzeń lękowych, poziom gotowości do reagowania lękiem, występowanie niepokoju – statystyki opisowe

Table 3. Epileptic disorders and the comorbidity of anxiety disorders, tendency to fear response, the occurrence of anxiousness – descriptive statistics

Zmienna (Variable)	Rodzaj grupy (Type of group)	Liczba (Number)	Średnia (Mean)	Odchylenie standardowe (Standard deviation)	Błąd standardowy średniej (Standard error of mean)
Nasilenie symptomów paniki (Intensity of panic symptoms)	grupa kontrolna (control group)	70	2,93	2,656	0,317
	osoby z epilepsją (people with epilepsy)	70	4,73	4,142	0,495
Nasilenie symptomów fobii (Intensity of phobia symptoms)	grupa kontrolna (control group)	69	36,41	15,013	1,807
	osoby z epilepsją (people with epilepsy)	70	45,94	20,662	2,470
Niepokój ukryty (Hidden anxiousness)	grupa kontrolna (control group)	70	14,30	5,879	0,703
	osoby z epilepsją (people with epilepsy)	70	18,19	6,339	0,758
Niepokój jawny (Observable anxiousness)	grupa kontrolna (control group)	70	13,33	6,404	0,765
	osoby z epilepsją (people with epilepsy)	70	18,06	8,340	0,997
Niepokój ogólny (Anxiousness general)	grupa kontrolna (control group)	70	27,43	11,097	1,326
	osoby z epilepsją (people with epilepsy)	70	36,07	13,082	1,564
Lęk jako cecha (Anxiety as a trait)	grupa kontrolna (control group)	70	41,44	7,864	0,940
	osoby z epilepsją (people with epilepsy)	70	48,94	11,644	1,392

Tabela 4. Zaburzenia padaczkowe a występowanie zaburzeń lękowych, poziom gotowości do reagowania lękiem, występowanie niepokoju

Table 4. Epileptic disorders and the comorbidity of anxiety disorders, tendency to fear response, the occurrence of anxiousness

Test T równości średnich (Test T)	t	df	Istotność dwustronna (Bilateral significance)
Nasilenie symptomów paniki (Intensity of panic symptoms)	-3,061	117,528	0,003(*)
Nasilenie symptomów fobii (Intensity of phobia symptoms)	-3,116	126,023	0,002(*)
Niepokój ukryty (Hidden anxiousness)	-3,760	138	0,000(**)
Niepokój jawny (Observable anxiousness)	-3,762	138	0,000(**)
Niepokój ogólny (Anxiousness general)	-4,215	138	0,000(**)
Lęk jako cecha (Anxiety as a trait)	-4,466	121,104	0,000(**)

* istotność na poziomie $p < 0,01$.

** istotność na poziomie $p < 0,001$.

* level of significance $p < 0.01$.

** level of significance $p < 0.001$.

Typ epilepsji (TLE a napady uogólnione drgawkowe) a występowanie zaburzeń lękowych, symptomów niepokoju oraz poziom gotowości do reagowania lękiem

Trzecie pytanie badawcze dotyczy zależności między typem epilepsji (początkowo uwzględnio-

no 2 odrębne typy – napady uogólnione drgawkowe oraz napady częściowe złożone z ogniskiem umiejscowionym w płacie skroniowym) a występowaniem zaburzeń lękowych (symptomy paniki i fobii), symptomów niepokoju oraz poziomem gotowości do reagowania lękiem. Do statystycznej weryfikacji powyższych zależności zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji oraz test t dla

Tabela 5. Częstotliwość napadów a występowanie zaburzeń lękowych, poziom gotowości do reagowania lękiem, występowanie niepokoju**Table 5.** The frequency of seizures and the comorbidity of anxiety disorders, tendency to fear response, the occurrence of anxiousness

rho Spearmana (Spearman Rho)	Częstotliwość napadów (Seizures frequency)		
	współczynnik korelacji (correlation coefficient)	istotność, dwustronna (significance, bilateral)	liczba (number)
Nasilenie symptomów paniki (Intensity of panic symptoms)	0,267(*)	0,027(*)	69
Nasilenie symptomów fobii (Intensity of phobia symptoms)	-0,022	0,859	69
Niepokój ukryty (Hidden anxiousness)	-0,015	0,900	69
Niepokój jawny (Observable anxiousness)	0,039	0,748	69
Niepokój ogólny (Anxiousness general)	0,004	0,972	69
Lęk jako cecha (Anxiety as a trait)	0,063	0,604	69

* istotność na poziomie $p < 0,05$.* level of significance $p < 0.05$.**Tabela 6.** Występowanie zaburzeń lękowych, poziom gotowości do reagowania lękiem, występowanie niepokoju – w grupie pacjentów z TLE i napadami uogólnionymi drgawkowymi**Table 6.** Anxiety disorders, tendency to fear response, the occurrence of anxiousness – patients with TLE and generalized epilepsy seizure

Zmienna (Variable)	Rodzaj grupy (Type of group)	N	Średnia (Mean)	Odchylenie standardowe (Standard deviation)	Błąd standardowy średniej (Standard error of mean)
Nasilenie symptomów paniki (Intensity of panic symptoms)	TLE napady uogólnione drgawkowe (generalized epilepsy seizure)	20 29	8,10 3,55	4,866 3,418	1,088 0,635
Nasilenie symptomów fobii (Intensity of phobia symptoms)	TLE napady uogólnione drgawkowe (generalized epilepsy seizure)	20 29	54,10 42,97	23,010 20,753	5,145 3,854
Niepokój ukryty (Hidden anxiousness)	TLE napady uogólnione drgawkowe (generalized epilepsy seizure)	20 29	21,25 17,21	6,324 5,960	2,414 1,107
Niepokój jawny (Observable anxiousness)	TLE napady uogólnione drgawkowe (generalized epilepsy seizure)	20 29	20,45 17,59	7,451 9,179	1,666 1,704
Niepokój ogólny (Anxiousness general)	TLE napady uogólnione drgawkowe (generalized epilepsy seizure)	20 29	41,70 34,38	12,380 12,720	2,768 2,361
Lęk jako cecha (Anxiety as a trait)	TLE napady uogólnione drgawkowe (generalized epilepsy seizure)	20 29	53,70 46,17	13,297 10,306	2,973 1,714

grup niezależnych. Tabela 6 przedstawia wartości średnich i odchyłeń standardowych zmiennych w grupie pacjentów z TLE i napadami uogólnionymi drgawkowymi. Zaobserwowano wyższe średnie zmiennych zależnych w grupie pacjentów z TLE, co wskazuje na większe nasilenie objawów lękowych. Zależność między symptomami paniki a występowaniem TLE jest istotna statystycznie (tab. 7) na poziomie 0,001. Pozostałe zależności nie kształtują się na poziomach statystycznie istotnych.

W celu odpowiedzi na ostatnie pytanie badawcze zastosowano także analizę testem t dla grup niezależnych. Pierwszą grupę stanowiły osoby z TLE (20 osób), drugą badani z innymi typami zaburzeń napadowych (47 osób). Z analizy wyłączono 1 osobę, u której występowały zarówno napady skroniowe, jak i napady uogólnione o charakterze drgawkowym oraz badanych bez określonego typu epilepsji. Wynik uzyskano na poziomie istotności 0,05 w odniesieniu do związku między nasileniem

Tabela 7. Typ epilepsji a występowanie zaburzeń lękowych, symptomów niepokoju oraz poziom gotowości do reagowania lękiem – porównania wielokrotne**Table 7.** Type of seizures and anxiety disorders, tendency to fear response, the occurrence of anxiousness – multiple comparisons

Test Tukeya HSD (Tukey's HSD Test)	Jednoczynnikowa analiza wariancji, porównania wielokrotne (One-way analysis of variance ANOVA, multiple comparisons)		
	(I) typ epilepsji – epilepsja skroniowa (J) typ epilepsji – napady uogólnione drgawkowe (I) TLE (J) generalized epilepsy seizure		
Zmienna zależna (Dependent variable)	różnica średnich, I–J (difference between mean, I–J)	błąd standardowy (standard error)	istotność (significance)
nasilenie symptomów paniki (intensity of panic symptoms)	4,548(*)	1,072	0,001(**)
nasilenie symptomów fobii (intensity of phobia symptoms)	11,134	6031	0,444
niepokój ukryty (hidden anxiousness)	4,043	1,816	0,241
niepokój jawny (observable anxiousness)	2,864	2,416	0,842
niepokój ogólny (general anxiousness)	7,321	3,728	0,374
lęk jako cecha (anxiety as a trait)	7,028	3,400	0,318

** istotność na poziomie $p < 0.01$.** level of significance $p < 0.01$.**Tabela 8.** TLE a inne typy epilepsji – występowanie zaburzeń lękowych, symptomów niepokoju oraz poziom gotowości do reagowania lękiem**Table 8.** TLE and other types of epilepsy – anxiety disorders, tendency to fear response, the occurrence of anxiousness – multiple comparisons

Test t równości średnich (Test t)	t	df	Istotność dwustronna (Bilateral significance)
Nasilenie symptomów paniki (Intensity of panic symptoms)	3,957	25,208	0,01(*)
Nasilenie symptomów fobii (Intensity of phobia symptoms)	2,001	65	0,050(*)
Niepokój ukryty (Hidden anxiousness)	2,560	65	0,013(*)
Niepokój jawny (Observable anxiousness)	1,436	65	0,156
Niepokój ogólny (General anxiousness)	2,241	65	0,028(*)
Lęk jako cecha (Anxiety as a trait)	2,044	65	0,045(*)

* istotność na poziomie $p < 0,05$.* istotność na poziomie $p < 0.05$.

symptomów paniki, niepokoju ukrytego, niepokoju ogólnego, lęku jako cechy a występowaniem TLE. W odniesieniu do związku między występowaniem symptomów fobii w grupie z TLE uzyskano wynik na granicy istotności statystycznej 0,05. Powyższe wyniki przedstawia tabela 8.

Omówienie

Celem przeprowadzonych badań była próba uzyskania odpowiedzi na pytanie o związek zaburzeń lękowych i zaburzeń padaczkowych. Wyniki

wcześniejszych analiz dotyczących funkcjonowania emocjonalnego osób z epilepsją pozwalały na sformułowanie hipotezy o większej częstotliwości występowania objawów lęku w grupie klinicznej w porównaniu z grupą kontrolną. Weryfikacja powyższej hipotezy wykazała statystycznie istotną zależność między występowaniem padaczki a zaburzeniami lękowymi. Zastanawiając się nad wieloczynnikowym podłożem obserwowanych zależności, warto przytoczyć słowa prof. Majkowskiego: „Nie można nie doceniać roli społeczeństwa wobec chorych. Normy społeczno-kulturowe i związane z nimi postawy społeczne wobec cho-

rych powodują przeobrażenia w zachowaniu i występowaniu chorych na padaczkę” [18]. Postawy społeczeństwa wobec osób chorych na epilepsję mogą być jednym z czynników kształtujących postawy lękowe u tych osób. Społeczeństwo nie ma rzetelnej wiedzy dotyczącej padaczki, co powoduje utrzymywanie się niekorzystnych stereotypów i lęku wobec osób z zaburzeniami padaczkowymi oraz utrudnia sytuację zawodową tej grupy.

Kościelska wskazuje natomiast na ważną rolę rodziców i opiekunów w kształtowaniu zachowań lękowych chorych na padaczkę dzieci [19]. Emocjonalne podejście do napadów i brak umiejętności pogodzenia się przez rodziców z sytuacją ich występowania powoduje modelowanie postaw lękowych u dzieci i przekazywanie obaw rodzicielskich dotyczących np. przyszłości i zdrowia swoich wychowanków. Do źródeł zaburzeń lękowych towarzyszących padaczce należą więc wspomniane wyżej nieodpowiednie oddziaływania społeczne i wychowawcze oraz skutki uboczne farmakoterapii i zaburzenia funkcjonowania mózgu [10, 15].

Przy tym ostatnim czynniku szczególnie istotne jest określenie typu napadów i umiejscowienia ogniska padaczkowego. Na podstawie analizy przeprowadzonych badań zauważono, że osoby chore na padaczkę częściową o ognisku padaczkowym umiejscowionym w płacie skroniowym różnią się w znaczący sposób od pacjentów z innym typem napadów pod względem funkcjonowania emocjonalnego. Zastanawiając się nad związkiem umiejscowienia ogniska padaczkowego i funkcjonowania emocjonalnego badanej grupy, warto odwołać się do biologicznych koncepcji podłoża emocji. W powstawaniu emocji i uczuć ważną funkcję pełni związany z płatem skroniowym układ limbiczny (szczególnie ciało migdałowe). Współczesny badacz Antonio Damasio dokonał podziału emocji na pierwotne (wczesne) i wtórne (późne) [20]. Emocje pierwotne, istniejące od urodzenia, wiążą się z reagowaniem na określone cechy bodźców świata zewnętrznego. Cechy te są przetwarzane i identyfikowane przez odpowiedni składnik mózgowego układu limbicznego. Jądra neuronowe ciała migdałowego zawierają tzw. reprezentacje dyspozycyjne wyzwalające stany ciała charakterystyczne dla odczuwanego strachu i modyfikujące procesy poznawcze, aby odpowiadały temu stanowi. Nie jest potrzebna identyfikacja obiektu, aby spowodować reakcję, jest natomiast konieczne rozpoznanie i skategoryzowanie kluczowych cech danego obiektu. Ważną rolę pełni w tym procesie wczesna kora czuciowa. Jądro migdałowe pośredniczy w zmianie stanu ciała, wyrażającego daną emocję. Wiąże się to z odczuwaniem emocji oraz postrzeganiem obiektu, który ją wzbudził. Pierwotne procesy emocjonalne,

których mechanizm został wyżej opisany, opierają się na obwodach układu limbicznego, ciała migdałowego, przedniej części obręczy oraz wczesnej korze czuciowej. W procesie rozwoju na emocje pierwotne nakładają się emocje wtórne. Przestają wystarczać wówczas struktury układu limbicznego, wymagane jest współdziałanie kory przedczołowej oraz somatosensorycznej [20].

Badaczem, który w badaniach nad mózgowym podłożem emocji koncentruje się na układzie strachu jest Joseph LeDoux. Prowadząc doświadczenia nad emocjonalnym uczeniem (z wykorzystaniem klasycznego mechanizmu warunkowania strachu), LeDoux stwierdza, że w emocjonalnym uczeniu pośredniczą dwie drogi nerwowe przekazu bodźców: tzw. droga niska (bezpośrednia) i wysoka. W drodze niskiej informacje są przekazywane bezpośrednio ze wzgórza do ciała migdałowego. W drodze wysokiej w przekazie informacji między wzgórzem i ciałem migdałowym pośredniczy kora mózgowa [21]. W obu tych koncepcjach najważniejszą rolę wpływania na procesy emocjonalne i ich ekspresję pełnią struktury układu limbicznego, szczególnie umiejscowione w przyśrodkowej części płata skroniowego ciało migdałowe. Neurony struktur układu limbicznego pobudzane są podczas napadu padaczkowego. Wpływa to na różnice w doświadczaniu objawów zaburzeń lękowych u osób z TLE w stosunku do innych typów zaburzeń napadowych.

Zgodnie z klasyfikacją Międzynarodowej Ligi Przeciwko Epilepsji (*The International League Against Epilepsy* – ILAE) można wymienić dwa typy TLE, w zależności od struktur początkowo zaangażowanych w czynność napadową: limbiczną (przyśrodkową) padaczkę skroniową oraz korową padaczkę skroniową. Część napadów angażuje zarówno struktury limbiczne (przyśrodkowe), jak i korowe. W związku z ograniczeniami badań niniejszej pracy oraz tym, że powyższy podział TLE ma charakter bardziej akademicki niż praktyczny (w czasie zwyczajowej diagnostyki zaburzeń padaczkowych nie określa się tak dokładnego umiejscowienia ogniska napadowego), osoby z TLE uznano za grupę jednolitą. Mimo to statystyczna weryfikacja pytań badawczych pozwala na zauważenie wyraźnego związku między występowaniem objawów lękowych i TLE.

Wnioski

Podczas diagnozy psychologicznej osób chorych na epilepsję należy uwzględnić nie tylko wpływ padaczki na funkcje poznawcze, lecz także na funkcjonowanie emocjonalne. W przypadku terapii zaburzeń emocjonalnych osób z epilepsją należy uwzględ-

nić wielość czynników (nie tylko wpływ stereotypów społecznych na temat padaczki i aspektów psychologicznych, ale także czynnik biologiczny) mogących warunkować utrzymywanie się objawów lękowych.

U osób chorych na epilepsję występuje większe nasilenie objawów zaburzeń lękowych w porównaniu do osób bez padaczki. Można wskazać kilka potencjalnych czynników wpływających na nasilenie zaburzeń lękowych w grupie klinicznej: czynnik społeczny (m.in. nieprawidłowe wychowanie, stygmatyzacja społeczna) oraz czynnik biologicz-

ny (m.in. zaburzenia funkcjonowania o.u.n., skutki uboczne farmakoterapii).

W ocenie ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych u osób z epilepsją, istotne znaczenie ma określenie typu padaczki. Większe prawdopodobieństwo występowania objawów paniki, fobii lub niepokoju wiąże się z TLE.

Częstotliwość występowania napadów ma mniejsze znaczenie dla nasilenia symptomów lękowych (wykluczając objawy paniki) niż typ napadów.

Piśmiennictwo

- [1] Jędrzejczak J.: Padaczka. Czelej, Lublin 2006.
- [2] Bragatti J.A., Torres C.M., Londero R.G., Assmann J.B., Fontanna V., Martin K.C., Hidalgo M.P., Chaves M.L., Bianchin M.M.: Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy: the value of structured psychiatric interviews. *Epileptic Disord.* 2010, 12 (4), 283–291.
- [3] De Oliveira G.N., Kummer A., Salgado J.V., Portela E.J., Sousa-Pereira S.R., David A.S., Teixeira A.L.: Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil. *Seizure* 2010, 19 (8), 479–484.
- [4] Pauli E., Stefan H.: Emotional and affective disorders in epilepsy. *Nervenarzt* 2009, 80 (6), 729–744.
- [5] Ertekin B.A., Kulaksızoğlu I.B., Ertekin E., Gürses C., Bebek N., Gökyiği A., Baykan B.: A comparative study of obsessive-compulsive disorder and other psychiatric comorbidities in patients with temporal lobe epilepsy and idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2009, 14 (4), 634–639.
- [6] Filho G.M., Rosa V.P., Lin K., Caboclo L.O., Sakamoto A.C., Yacubia E.M.: Psychiatric comorbidity in epilepsy: a study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008, 13 (1), 196–201.
- [7] García-Morales I., de la Peña Mayor P., Kanner A.M.: Psychiatric comorbidities in epilepsy: identification and treatment. *Neurologist* 2008, 14 (6 suppl. 1), 15–25.
- [8] Beyenburg S., Damsa C.: Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Bull. Soc. Sci. Med. Grand Duche Luxemb.* 2005, 3, 283–292.
- [9] Gaitatzis A., Trimble M.R., Sander J.W.: The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol. Scand.* 2004, 110 (4), 207–220.
- [10] Botrz J.J.: Neuropsychiatric and memory issues in epilepsy. *Mayo Clin. Proc.* 2003, 78 (6), 781–787.
- [11] Piazzini A., Canevini M.P., Maggiori G., Canger R.: Depression and Anxiety in Patients with Epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2001, 2 (5), 481–489.
- [12] Swinkels W.A., Kuyk J., de Graaf E.H., van Dyck R., Spinhoven P.: Prevalence of Psychopathology in Dutch Epilepsy Inpatients: A Comparative Study. *Epilepsy Behav.* 2001, 2 (5), 441–447.
- [13] Landowski J.: Mięzynapadowe zespoły depresyjne i ich leczenie farmakologiczne. *Epileptologia* 2003, 11 (2), 161–169.
- [14] Johnson E.K., Jones J.E., Seidenberg M.: The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004, 45 (5), 544–550.
- [15] Korwin-Piotrowska T., Drozdowski W.: Zaburzenia psychiczne w padaczce. *Epileptologia* 2004, 12 (2), 184–187.
- [16] Siek S.: Wybrane metody badania osobowości. Wyd. Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa 1993.
- [17] Wrześniewski K., Sosnowski T.: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1987.
- [18] Majkowski J., Bułachowa L.: Padaczka. Porady dla chorych. PZWL, Warszawa 1991.
- [19] Kościelska M.: Psychologiczne problemy padaczki u dzieci. PWN, Warszawa 1976.
- [20] Damasio A.: Błąd Kartezjusza. Dom Wydawniczy Rebis, Warszawa 2002.
- [21] LeDoux J.: Mózg emocjonalny. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2000.

Adres do korespondencji:

Agata Żesławska-Faleńczyk
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
tel.: 609 661 200
e-mail: agata.zeslawska@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.03.2011 r.
Po recenzji: 4.04.2011 r.
Zaakceptowano do druku: 4.05.2011 r.

Received: 7.03.2011
Revised: 4.04.2011
Accepted: 4.05.2011