

## „Epilepsinės asmenybės“ sindromo kritika

### A. Jasionis

*Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Klinikinės medicinos institutas, Neurologijos ir neurochirurgijos klinika*

**Santrauka.** „Epilepsinės asmenybės“ sindromas, kartais dar vadinamas Waxman-Geschwind sindromu, – tam tikrų tarp priepuolių pasireiškiančių emocijų, mąstymo ir elgesio pakitimų rinkinys, nuo senų laikų siejamas su epilepsija ir dažnai priimamas kaip savaime suprantamas bei neginčijamas. Asmenybės pakitimai nėra išskiriami nei galiojančiame epilepsijos apibrėžime, nei asmenybės sutrikimų klasifikacijose.

„Epilepsinės asmenybės“ sindromas dažnai suvokiamas kaip neišvengiamas ir mažai kintantis. Tai užkerta kelią galimybei koreguoti simptomus, be to, didina sergančiųjų epilepsija patiriamą stigmą. Šio straipsnio tikslas – panagrinėti mokslinius įrodymus, kuriais remiasi šio sindromo egzistavimas, ir paieškoti alternatyvių simptomų paaiškinimų.

**Raktažodžiai:** epilepsinė asmenybė, Waxman-Geschwind sindromas, epilepsija.

Epilepsija – viena seniausiai žinomų neurologinių ligų, aprašyta dar senovės babiloniečių. Nepaisant daugiau kaip trijų tūkstančių metų stebėjimo, nuomonių ir tyrinėjimų, ji išlieka tarp labiausiai mistika ir prietarais apipintų ligų. Pagrindinis ir, su retomis išimtimis, būtinas epilepsijos simptomas – pasikartojantys epilepsijos priepuoliai. Visgi, epilepsija nėra tik liga, pasireiškianti epilepsijos priepuoliais. Tą pabrėžia ir dabartinis Tarptautinės lygos prieš epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy*, ILAE) **apibrėžimas** – tai „galvos smegenų sutrikimas, kuriam būdingas išliekantis polinkis generuoti epilepsijos priepuolius, ir šios būklės neurobiologinės, kognityvinės, psichologinės ir socialinės pasekmės“ [1]. Lydinčius simptomus galime suskirstyti pagal pasireiškimo laiką priepuolių atžvilgiu – tai preiktaliniai (pasireiškiantys prieš priepuolius), iktaliniai (vykstantys priepuolių metu), postiktaliniai (pasireiškiantys po priepuolių) ir interiktaliniai simptomai (pasireiškiantys tarp priepuolių ir nesusiję su jais tiesiogiai) [2].

Ar, sergant epilepsija, pakinta asmenybė? Turbūt daug kas net nekeltų tokio klausimo. Dar daugiau, dažnai manoma, kad tam tikri asmenybės bruožai, sergant epilepsija, pasireiškia dažniau ir tam tikras jų rinkinys yra būdingas išskirtinai sergantiesiems epilepsija ir vadinamas „interiktaliniu elgesio sindromu“, „interiktaliniu asmenybės sin-

dromu“ ar tiesiog „epilepsine asmenybe“. Šio sindromo egzistavimas dažnai neginčijamas ir priimamas kaip faktas, kartais net dogma.

Šio trumpo **komentaro tikslas** – pakalbėti apie „epilepsinės asmenybės“ sindromo atsiradimo aplinkybes, mokslinius duomenis, kuriais grindžiamas (ir kritikuojamas) jo egzistavimas, gal net paskatinti į simptomus, vadinamus „asmenybe“, pasižiūrėti kiek kitu kampu.

Kas yra asmenybė? Šį terminą skirtingi autoriai apibrėžia ir aiškina nevienodai. Dažniausiai asmenybe vadinama santykinai stabili bruožų visuma, kuri apibūdina asmens elgesį, mąstymą ir emocijas [3]. Ją nulemia tiek biologiniai, tiek išoriniai veiksniai. Asmenybę bandyta paaiškinti keliomis skirtingomis teorijomis, pagrindinės jų: biologinė, psichodinaminė, elgesio, humanistinė ir bruožų. Bruožų teorijos šalininkai teigia, kad asmenybė susideda iš kelių pagrindinių bruožų, o jų išreikštumas skiriasi nuo labai išreikšto iki visiškai neišreikšto. Eysencko modelis išskiria tris bruožus (ekstraversija / intraversija, neurotiškumas / stabilumas ir psichotiškumas / normalumas), penkių faktorių modelis – penkis (atvirumas, rūpestingumas, ekstraversija, sutarimas su aplinkiniais ir neurotiškumas). Turbūt žinomiausias ir labiausiai kritikuojamas modelis – Briggs-Myers tipų indikatorius, kuris pagal asmens energijos kryptį (ekstraversija / intraversija), informacijos apdorojimą (pastabumas / nuojauta), sprendimų priėmimą (racionalumas / jausmai) ir elgesio taktiką (teisimas / suvokimas) asmenybės suskirsto į šešiolika skirtingų tipų. Kai kurie asmenybės testai (pvz., Minesotos daugiafazis asmenybės inventorių) remiasi asmenybės sutrikimų, nurodomų psi-

#### Adresas:

Arminas Jasionis  
Vilniaus universitetas, Neurologijos centras  
Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius  
El paštas arminas.jasionis@santa.lt

© Neurologijos seminarai, 2019. Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License CC-BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

chiatrinėse klasifikacijose, išreikštumu. Pagrindinėse šiuolaikinėse psichiatrijos klasifikacijose (Tarptautinės ligų klasifikacijos 10 versija ir Amerikos psichiatrijos asociacijos patvirtinto Psichikos sutrikimų diagnostinio ir statistinio vadovo (*Diagnostic and Statistic Manual*) 5 versija) „epilepsinės asmenybės“ tipas nėra išskiriamas.

## „EPILEPSINĖS ASMENYBĖS“ SINDROMO IŠTAKOS

Asmenybės pakitimai, sergant epilepsija, aprašomi nuo senų senovės. Aretėjus iš Kapadokijos rašė, kad ligai progresuojant, pacientai tampa „apatiški, bedvasiai, nežmoniški, nesocialūs, nelinkę palaikyti santykių, bemiegiai ir linkę baisingiems sapnams, neturintys apetito ir prastai virškinantys, išbalę, švino spalvos, lėtai besimokantys, neveiklūs suvokimu ir potyriais, blogai girdintys ir turintys triukšmus galvoje“, ir manė, kad tai atsiranda „dėl ligos pobūdžio arba žaizdų priepuolio metu“ [4]. Tokie ir panašūs apibūdinimai epilepsiją lydėjo šimtmečiais. XIX a. psichiatriniai simptomai buvo akcentuoti dar labiau – prancūzų psichiatras Benediktas Morelis teigė, kad egzistuoja tylioji, arba „lervuota“ (pranc. *epilepsie larvée*), forma, kurios metu priepuolių nebūna, o pasireiškia „charakterio nestabilumas, padidėjęs motorinis aktyvumas, įvairūs kliedesiai, staigus eksplozyvinis elgesys ar riksmas, epizodinis stereotipinio pamišimo pasikartojimas ir pan.“ Kas lėmė tokius XIX a. pacientų aprašymus? Greičiausiai Morelio laikų psichiatrai susidurdavo su visiškai kita pacientų populiacija nei mes: į uždardus psichiatrijos ligonines patekdavo netirti ir negydyti pacientai, kuriems, greta psichikos ir neurologinių sutrikimų, pasireikšdavo (ar net nepasireikšdavo) traukuliai – po tuometine epilepsija slepiasi psichikos

ligos, provokuoti traukuliai, organiniai smegenų pažeidimai ir, žinoma, XIX a. beveik epideminis, progresuojantis paralyžius su demencija ir traukuliais (tretinis sifilis).

Artimesnių mokslui asmenybės pakitimų aprašymų pradėta rastis tik XX a. viduryje. Pirmasis „epilepsinės asmenybės“ bruožus aprašė Henri Gastaut. Jis bandė juos paaiškinti kaip Klüver-Bucy sindromo antitezę (Klüver-Bucy sindromas pasireiškia pažeidus abi smilkinines skiltis, pagrindiniai jo bruožai: regos agnozija, sumažėjęs baimės jausmas, padidėjęs lytinis potraukis, polinkis objektus tyrinėti burna) [5]. Detaliau asmenybės simptomų rinkinį 1975 m. aprašė Harvardo medicinos mokyklos gydytojai Stephen Waxman ir Norman Geschwind. Tai buvo trijų pacientų, sergančių temporalinės skilties epilepsija, apžvalga. Autoriai išskyrė pagrindinius simptomus ir laikė juos diagnostinės vertės, simptomų atsiradimą aiškino interiktaliniu aktyvumu limbinėse struktūrose [6]. Nuo to laiko asmenybės pakitimai, sergant temporalinės skilties epilepsija, dažnai vadinami tiesiog Waxman-Geschwind sindromu.

## „EPILEPSINĖS ASMENYBĖS“ SINDROMO MOKSLINIAI ARGUMENTAI

1977 m. pirmą kartą, po kelių tūkstantmečių ekspertų nuomonių ir sutarimų, išspausdintas tiriamasis darbas apie asmenybės ir elgesio pakitimus, sergant epilepsija. Autoriai, remdamiesi literatūra, išskyrė aštuoniolika pagrindinių interiktalinių elgesio ir asmenybės bruožų, tai: emocionalumas, euforija, liūdesys, pyktis, agresija, pakitęs lytinis potraukis, kaltė, moralizavimas, obsesyvumas, klampumas, aplinkybiškumas, asmeniškumai, hipergrafija, padidėjęs religingumas, susidomėjimas filosofija, priklausomumas, humoro stoka ir paranoja (lentelė). Šių simptomų pasi-

Lentelė. Bear ir Fedio nurodyti pagrindiniai interiktaliniai elgesio ir asmenybės bruožai

Bruožas	Klinikiniai pastebėjimai
Emocionalumas	Emocijų paryškėjimas, užtrukęs intensyvus afektas
Euforija	Grandioziškumas, pakili nuotaika, diagnozuotas maniakinis ir depresinis sutrikimas
Liūdesys	Nedrašumas, verksmingumas, savęs nuvertinimas, diagnozuota depresija, bandymai žudytis
Pyktis	Padidėjęs susierzinimas, dirglumas
Agresija	Atviras priešiškus, įsiūčio protrūkiai, žiaurūs nusikaltimai, žmogžudystės
Pakitęs lytinis potraukis	Libido netekimas, hiposeksualumas, fetišizmas, transvestizmas, ekshibicionizmas, hiperseksualumo epizodai
Kaltė	Polinkis savęs nagrinėjimui ir kaltinimams
Hipermoralizmas	Dėmesys taisyklėms, negalint atskirti reikšmingų ir smulkių pažeidimų, noras nubausti pažeidėjus
Obsesyvumas	Ritualinis elgesys, tvarkingumas, kompulsyvus potraukis detalėms
Aplinkybiškumas	Kalbus, pedantiškumas, detalizavimas, periferiškumas
Klampumas	Klampumas, polinkis kartotis
Asmeniškumas	Įvykiams suteikiamas didelis asmeninis reikšmingumas, Dievo valia priskiriama daugeliui gyvenimo aspektų
Hipergrafija	Kaupiami išsamūs dienoraščiai, detalūs aprašymai, rašoma autobiografija ar romanas
Padidėjęs religingumas	Gilus (dažnai išskirtinai) religinis tikėjimas, pasikartojantys atsivertimai, mistinės būsenos
Susidomėjimas filosofija	Gimstančios metafizinės ar moralinės spekuliacijos, kosmologinės teorijos
Priklausomumas	Kosmiškas bejėgiškumas, buvimas „likimo rankose“, bejėgiškumo pasireiškimai
Humoro stoka	Nuobodus susirūpinimas, humoro nebuvimas ar išskirtinumas
Paranoja	Įtarumas, motyvų ir įvykių padidėjęs interpretavimas, diagnozuota paranoidinė šizofrenija

reiškimas vertintas subjektyviai (pacientų pildomas klausimynas) ir objektyviai (vertintojų pildoma skalė), o bruožų dažnis palygintas tarp keturių grupių: dešinės (15 tiriamųjų) ir kairės (12) pusės temporalinės skilties epilepsija sergantys pacientai, kitomis neurologinėmis ligomis sergantys pacientai (9) ir 12 kontrolinių tiriamųjų. Pabrėžtina, kad trečios grupės pacientai sirgo sunkiomis progresuojančiomis neuroraumeninėmis ligomis (miopatijos, galinių stadijų neuropatijos ir šoninė amiotrofinė sklerozė). Beveik visi bruožai sergančiųjų epilepsija grupėse pasireiškė dažniau. Po regresinės analizės svarbiausi subjektyvūs simptomai buvo humoro nebuvimas, priklausomumas ir obsesyvumas, o svarbiausi objektyvūs simptomai: smulkmeniškumas, susidomėjimas filosofija ir pyktis, paaiškinę atitinkamai 90 ir 92 % variacijos [7].

Tyrimas buvo kritikuotas dėl mažos imties, nereprezentatyvių ir skirtingų tiriamųjų grupių bei dėl pačių autorių sudaryto vertinimo klausimyno (*Bear-Fedio Inventory*). Anksčiau atlikti tyrimai rėmėsi klasikiais asmenybės vertinimo testais (pvz., Minesotos multifaziu asmenybės inventoriu (MMPI). Vis dėlto šis tyrimas tapo klasika, galima sakyti, netgi dogma. Jis buvo priimtas dešimtmėčiams nekvestionuojant, netgi generalizuotas visoms epilepsijos formoms (nors buvo tiriami tik temporalinės skilties epilepsija sergantys pacientai!). Kelios tyrėjų grupės bandė reprodukuoti rezultatus, remdamosi tuo pačiu Bear-Fedio inventoriu. Shetty ir Trimble iš London Queen Square ligoninės juos apibendrina kaip mažos apimtys tyrimus, kurių dalis nustato pakitimus tik daliai pacientų, o skirtumai tarp grupių yra gana nedideli [8].

## „EPILEPSINĖS ASMENYBĖS“ SINDROMO KRITIKA

Pirmasis šį sindromą sukritikavo Mungas iš Kalifornijos universiteto. Naudodamasis tuo pačiu Bear-Fedio inventoriu, jis palygino tris tiriamąsias grupes: pacientus, sergančius temporalinės skilties epilepsija, organiniais elgesio sutrikimais ir psichikos sutrikimais. Nė vieno iš aštuoniolikos bruožų subjektyvūs ir objektyvūs įverčiai tarp grupių nesiskyrė [9]. Toliau klausimas dėl sindromo specifiškumo keltas vis kituose vandenyse. Lyginant asmenybės bruožus tarp pacientų, sergančių temporalinės skilties epilepsija ir patiriančių neepilepsinius (psichogeninius) priepuolius, skirtingų bruožų įvertis pagal BFI tarp grupių nesiskyrė, o iš aštuoniolikos bruožų tik hipergrafijos dažnis buvo nedaug didesnis sergančiųjų temporalinės skilties epilepsija grupėje [10]. Olandų tyrėjų grupė, lyginusi pacientų, sergančių temporalinės ir ekstratemporalinės skilties epilepsija, grupes, nerado jokių asmenybės bruožų, nerimo ar depresijos vidurkių skirtumo [11]. Savitos charakterio ir temperamento savybės gali būti būdingos net ne židininėms epilepsijoms. Lyginant su kontroliniais asmenimis, sergantieji juveniline mioklonine epilepsija pasižymi didesniu naujovių ieškojimo ir žalos vengimo polinkiu bei egocentrizmu [12], jaunuoliai dažniau turi reikalų su teisė-

sauga, susiduria su neteisėtomis medžiagomis ar prievarta [13]. Šiuos pakitimus pastebėjo dar Dieteris Janzas, pirmasis aprašęs juvenilinę miokloninę epilepsiją [14].

Taigi kyla klausimas dėl pakitimų specifiškumo, nes nerandama aiškaus skirtumo tarp temporalinės skilties epilepsijos ir kitų epilepsijos formų, tarp patiriančių epilepsinius ir neepilepsinius priepuolius, galiausiai – tarp epilepsijos ir kitų sutrikimų apskritai.

## ALTERNATYVUS POŽIŪRIS

Visus Bear ir Fedio išskirtus „epilepsinės asmenybės“ bruožus galėtume šiurkščiai (sutikdami, kad jie iš dalies persidengia) suskirstyti į tris dideles grupes – tai emocijų pakitimai (pvz., euforija, liūdesys, pyktis, ir pan.), mąstymo pakitimai (klampumas, aplinkybiškumas, padidėjęs religingumas ir pan.) ir elgesio pakitimai (agresija, pakitęs lytinis potraukis ir pan.). Ar galime šiuos bruožus paaiškinti alternatyviai?

Pirmiausia, psichiatriniai sutrikimai yra labiau paplitę tarp epilepsija sergančių asmenų – sergant epilepsija, dažniau pasireiškia tiek nerimo, tiek depresiniai, tiek psichoziniai sutrikimai, dažnesnės suicidinės mintys [15, 16]. Psichozės gali būti susijusios su priepuoliais (iktalinės, preiktalinės ir postiktalinės psichozės), su jais nesusijusios (interiktalinės psichozės) ar pasireiškiančios jiems išnykus (forsuotos normalizacijos fenomenas). Sergant epilepsija, dažnesni yra nerimo ir depresijos sutrikimai – tai susiję tiek su epilepsija, kaip lėtine neurologine liga, tiek su staigia ir nenuspėjama ligos prigimtimi. Dar daugiau – greičiausiai ryšys tarp epilepsijos ir depresijos yra dvikryptis! Hesdorferio vadovaujama grupė peržiūrėjo 3 773 epilepsija sergančių asmenų ir 14 025 kontrolinių asmenų medicininius įrašus, kuriuose ieškojo duomenų apie psichiatrinius sutrikimus. Tyrimas išskirtinis tuo, kad buvo nagrinėjami įrašai nuo trejų metų iki epilepsijos diagnozės iki trejų metų po epilepsijos diagnozės. Rezultatai parodė, kad psichozės, depresijos, nerimo sutrikimų ir bandymų žudyti dažnis sergantiesiems epilepsija buvo didesnis nei kontroliniams asmenims tiek prieš, tiek po epilepsijos diagnozės. Taigi pasireiškė anksčiau, nei buvo diagnozuota epilepsija [17]. Kanadiečių grupė atliko kohortinį stebėjimo tyrimą ir nustatė ne tik padidėjusią depresijos riziką sergančių epilepsija asmenų grupėje (HR = 2,04), bet ir priešingą ryšį – daugiau kaip dvigubai padidėjusią epilepsijos riziką sergantiesiems depresija (HR = 2,54) [18]. Natūralu, kad, esant didesniai psichiatriniai sutrikimų dažniui, daliai pacientų pasireiškia kai kurie emocijų, mąstymo ir elgesio pakitimai. Juos pastebėję, galime laiku nustatyti gretutinius psichiatrinius sutrikimus ir tikėtis jų sumažėjimo ar išnykimo (priešingai nei priskyrę juos „pakitusiai asmenybei“).

Epilepsija yra susijusi su įvairaus laipsnio kognityviniais sutrikimais. Sutrikimo profilis ir išreikštumas priklauso nuo epilepsijos formos ir gali svyruoti nuo minimalių iki katastrofinių [19]. Sergant temporalinės skilties epilepsija, dažniausiai nukenčia ir, atliekant kognityvinius

testus, reikšmingai nuo kontrolinių asmenų skiriasi ne tik atmintis, bet ir kiti kognityviniai domenai: dėmesys, kalba, vizualinės ir erdvinės, vykdomosios ir motorinės funkcijos [20]. Nenuostabu, kad pacientai, ilgą laiką sergantys temporalinės skilties epilepsija, gali sunkiau reikšti mintis, akcentuoti detales, kartotis, žymėtis įvykius užrašuose ir pan. Vėlgi, tai ne „pakitusios asmenybės“, o sutrikusios atminties ir kitų kognityvinių funkcijų pasekmė. Juos gali nulemti epilepsijos priežastis, dažni priepuoliai ir interiktalinis epileptiforminis aktyvumas, vartojami vaistai. Siekdami priepuolių remisijos ir optimizuodami gydymą vaistais nuo epilepsijos, taikydami atminties lavinimo metodikas [21], galime tikėtis ir šių simptomų sumažėjimo.

Mažiau tirtas kognityvinis domenai – socialinės kognityvinės funkcijos, kurių pagrindinės yra emocijų atpažinimas ir minčių teorija (angl. *Theory of Mind*) – gebėjimas suprasti ir nuspėti kitų asmenų elgesį, remiantis jų įsitikinimais, jausmais ir ketinimais. Šios funkcijos užtikrina normalų asmens funkcionavimą visuomenėje. Nustatyta, kad šios funkcijos sutrinka ne tik sergant temporalinės skilties [22], bet ir frontalinės skilties [23] bei idiopatinėmis generalizuotomis epilepsijomis [24, 25]. Esant ryškesniems socialinių kognityvinių funkcijų sutrikimams, pacientų mąstymas, elgesys ir kalba aplinkiniams gali atrodyti keistoki, ne visai adekvatūs ar net nepriimtini.

Pacientų emocijas, mąstymą ir elgesį gali veikti ir pats epilepsijos gydymas, tiksliau vaistų nuo epilepsijos šalutinis poveikis. Tuo metu, kai buvo aprašinėjami „epilepsinės asmenybės“ paveikslai, pagrindiniai vaistai buvo bromidai, vėliau – barbitūratai ir fenitoinas. Tai smarkiai slopinančios ir elgesį veikiančios medžiagos. Beje, pati pirmoji bromidų indikacija buvo lytinio potraukio mažinimas. Nenuostabu, kad hiposeksualumas buvo priskirtas prie pagrindinių „epilepsinės asmenybės“ bruožų. Šiuolaikinių vaistų nuo epilepsijos kognityvinis toksiškumas yra mažesnis, tačiau jie gali slopinti dėmesį ir vykdomąsias funkcijas (benzodiazepinai, karbamazepinas, valproinė rūgštis, topiramatas, mažiau – zonisamidas, gabapentinas, okskarbazepinas, eslikarbazepinas, etosukcimidas ir kt.), atmintį (karmazepinas, valproinė rūgštis, topiramatas, mažiau – zonisamidas, pregabalinas, gabapentinas, tiagabinas), kalbą (topiramatas, mažiau – zonisamidas, karbamazepinas) [26]. Vaistai nuo epilepsijos gali bloginti nuotaiką, keisti elgesį, net sąlygoti sunkius psichozinius sutrikimus (levitiracetamas, tiagabinas, vigabatrinas, rečiau – kiti) [27]. Vėlgi, priklausomai nuo požiūrio, pacientui, gydomam 400 mg topiramato ir sunkiai formuluojančiam mintis, galime koreguoti gydymo schemą, tačiau galime ir viską suversti klampumui bei „epilepsinei asmenybei“...

Epilepsijos priepuoliai dažniausiai yra nuspėjami, sergančiajam jie gali atrodyti keisti ir nepaaiškinami, neretai jų metu pakinta aplinkos ir paties savęs suvokimas. Tai gi, pati epilepsijos prigimtis gali lemti tam tikrus mąstymo pakitimus: susidomėjimą filosofinėmis idėjomis ir religija, detalių sureikšminimą, įvykių asmeninę reikšmę, priklausomumo ir bejėgiškumo jausmą, obsesyvias mintis ir pan. Tai jau beveik trečdalis Waxman-Geschwind sindromo kriterijų! Bet ar tai asmenybės sutrikimo bruožai? Supran-

tamai pateikiama informacija apie priepuolius, jų atsiradimą, papildomi informacijos šaltiniai, aplinkinių, šeimos ir draugų, pacientų tarpusavio pagalbos grupių supratimas ir parama gali koreguoti ar, dar geriau, neleisti atsirasti šiems mąstymo ir elgesio pakitimams.

## „EPILEPSINĖS ASMENYBĖS“ SINDROMO VIETA ŠIUOLAIKINĖJE MEDICINOJE

Nors aprašytas daugiau kaip prieš keturiasdešimt metų, šis sindromas remiasi atvejų aprašymais ir keliais nedidelės apimties tyrimais. Medicinoje sindromu dažniausiai vadinamas kartu pasireiškiančių simptomų rinkinys, tačiau „epilepsinė asmenybė“ dažnai priskiriama remiantis vienu ar keliais iš nurodytų aštuoniolikos bruožų.

Abejotinas ir šio sindromo susiejimas su temporalinės skilties epilepsija (dažnai net ir su visų formų epilepsijomis). Tik maža dalis pacientų turi šių bruožų. Juos taip pat galime aptikti ir asmenims, nesergantiems epilepsija. Kalbant medicininės statistikos terminais, šie kriterijai pasižymi tiek mažu jautrumu, tiek mažu specifiskumu.

„Epilepsinės asmenybės“ koncepcija ne tik skatina į šiuos pakitimus žiūrėti, kaip į neišvengiamus ir nekoreguojamus, bet ir (klaidingai) manyti, kad sergantiesiems epilepsija būdinga kitokia asmenybė nei sveikiems ar sergantiems kitomis ligomis asmenims.

Visgi, didžiąją dalį simptomų galime paaiškinti alternatyviai: lydinčiais psichiatriniais sutrikimais, kognityvinių funkcijų sutrikimais, vaistų šalutiniu poveikiu, galiausiai reakcijomis į pačią epilepsijos eigą ir priepuolių prigimtį. Psichiatrinis, kognityvinis sutrikimas, vaistų šalutinius reiškinius galime numanyti, išvengti, o išsivysčius – gydyti ar koreguoti, o informacija apie ligą ir priepuolius bei aplinkinių palaikymas gali padėti suprasti ligą ir gyventi, ja sergant.

## Literatūra

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55(4): 475–82.
2. Munger Clary HM, Salpekar JA. Should adult neurologists play a role in the management of the most common psychiatric comorbidities? Practical considerations. *Epilepsy Behav* 2019; 98B: 309–13.
3. Corr PJ, Matthews G, eds. *The Cambridge handbook of personality psychology*. 1<sup>st</sup> ed. Cambridge University Press, 2009.
4. Aretaeus Cappadocis. *De causis et signis acutorum et diuturnorum morborum*. E Typographeo Clarendoniano, MDCCXXIII.
5. Klüver H, Bucy PC. Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. *Arch Neurol Psychiatry* 1939; 42: 979–1000.
6. Waxman SG, Geschwind N. The interictal behavior syndrome in temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1580–6.

7. Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977; 34: 454–67.
8. Shetty T, Trimble M. The bear fedio inventory: twenty years on. *J Epilepsy* 1997; 10: 254–62.
9. Mungas D. Interictal behavior abnormality in temporal lobe epilepsy. A specific syndrome or nonspecific psychopathology? *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39(1): 108–11.
10. Tremont G, Smith MM, Bauer L, Alosco ML, Davis JD, Blum AS, et al. Comparison of personality characteristics on the bear-fedio inventory between patients with epilepsy and those with non-epileptic seizures. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012; 24(1): 47–52.
11. Swinkels WA, van Emde Boas W, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. *Epilepsia* 2006; 47(12): 2092–103.
12. Moschetta S, Fiore LA, Fuentes D, Gois J, Valente KD. Personality traits in patients with juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011; 21(4): 473–7.
13. Syvertsen M, Selmer K, Enger U, Nakken KO, Pal DK, Smith A, et al. Psychosocial complications in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2019; 90: 122–8.
14. Janz D. Epilepsy with impulsive petit mal (juvenile myoclonic epilepsy). *Acta Neurol Scand* 1985; 72(5): 449–59.
15. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007; 48(12): 2336–44.
16. Clancy MJ, Clarke MC, Connor DJ, Cannon M, Cotter DR. The prevalence of psychosis in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 75.
17. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol* 2012; 72(2): 184–91.
18. Josephson CB, Lowerison M, Vallerand I, Sajobi TT, Patten S, Jette N, et al. Association of depression and treated depression with epilepsy and seizure outcomes: a multicohort analysis. *JAMA Neurol* 2017; 74(5): 533–9.
19. Helmstaedter C, Witt JA. Clinical neuropsychology in epilepsy: theoretical and practical issues. In: Stefan H, Theodore WH, eds. *Handbook of clinical neurology*. Vol. 107. Elsevier, 2012; 437–59.
20. Oyegbile TO, Dow C, Jones J, Bell B, Rutecki P, Sheth R, et al. The nature and course of neuropsychological morbidity in chronic temporal lobe epilepsy. *Neurology* 2004; 62: 1736–42.
21. Thompson PJ, Conn H, Baxendale SA, Donnachie E, McGrath K, Gerald C, et al. Optimizing memory function in temporal lobe epilepsy. *Seizure* 2016; 38: 68–74.
22. Bora E, Meletti S. Social cognition in temporal lobe epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Epilepsy Behav* 2016; 60: 50–7.
23. Hu Y, Jiang Y, Hu P, Ma H, Wang K. Impaired social cognition in patients with interictal epileptiform discharges in the frontal lobe. *Epilepsy Behav* 2016; 57: 46–54.
24. Jiang Y, Hu Y, Wang Y, Zhou N, Zhu L, Wang K. Empathy and emotion recognition in patients with idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav* 2014; 37: 139–44.
25. Giorgi FS, Guida M, Caciagli L, Pagni C, Pizzanelli C, Bonanni E, et al. Social cognition in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Res* 2016; 128: 61–7.
26. Witt JA, Helmstaedter C. How can we overcome neuropsychological adverse effects of antiepileptic drugs? *Expert Opin Pharmacother* 2017; 18(6): 551–4.
27. Chen B, Choi H, Hirsch LJ, Katz A, Legge A, Buchsbaum R, et al. Psychiatric and behavioral side effects of antiepileptic drugs in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2017; 76: 24–31.

#### A. Jasionis

#### CRITICISM OF “EPILEPTIC PERSONALITY” SYNDROME

##### Summary

“Epileptic personality” syndrome, sometimes known as Waxman-Geschwind syndrome, is a constellation of interictal changes of emotions, thinking and behaviour, long associated with epilepsy. We frequently accept the existence of this syndrome as self-explanatory and unquestionable, however, there is no mention of alterations of personality in the current ILAE definition of epilepsy as well as in current psychiatric diagnostic manuals (DSM-V and ICD-10).

As a disturbance of personality, the syndrome is dangerously perceived as inevitable and constant. This prevents us from the possibility of symptom correction and also increases stigma perceived by people with epilepsy.

The article shortly discusses the scientific evidence of “epileptic personality” syndrome and possible alternative explanations of the symptoms.

**Keywords:** epileptic personality syndrome, Waxman-Geschwind syndrome, epilepsy.

Gauta:  
2019 07 15