

חרדה בחולי אפילפסיה בזמן המלחמה ודרכי ההתמודדות אתה

מאז אירועי שבת ה-7 באוקטובר, ובשל מצב המלחמה מאז, ישנה עלייה בצורך של כלל הציבור בטיפול תרופתי ותומך להתמודדות עם חרדה, קשיי שינה ודכאון. בילדים ומבוגרים עם אפילפסיה עולות שאלות לגבי הקשר בין אירועים אפילפטיים למתח, חרדה ודכאון, וכן שאלות לגבי האפשרות להשתמש בתכשירים רפואיים להפחתת חרדה ודכאון המומלצים להם על ידי אנשי המקצוע בשילוב עם התרופות נוגדות הפרנסים: האם התרופות יכולות להחמיר פרכוסים או להפריע להשפעת התרופות נוגדות הפרנסים. במסמך זה ננסה לענות לכם על שאלות אלה.

חרדה ומאפייניה

חרדה יכולה להתקיים כמצב טבעי תגובתי למצבי מתח (stress) חיצוני, אך כאשר תסמיניה מתמשכים גם מחשבתית וגם גופנית ומשפיעים לרעה על תפקודו של החווה אותה ניתן להגדירה כהפרעת חרדה.

ביטויי מצב החרדה כוללים: תחושת דאגה בלתי פוסקת, חוסר יכולת להתרכז, חוסר יכולת להירדם ולישון באופן רציף, עייפות, רגזנות, תחושת דכאון, ובנוסף תסמינים גופניים של דפיקות לב מהירות, הזעה, מתח שרירים מוגבר, רעד, צמרמורת, יובש בפה וסחרחורת. כאשר ביטויים אלה קיצוניים ומופיעים באופן חד הם תואמים הגדרה של התקף פניקה.

הספרות מצביעה על כך ששכיחות הפרעת חרדה גבוהה יותר אצל חולים עם אפילפסיה, גם מסיבות ביולוגיות וגם מסיבות פסיכולוגיות. לכן גם בתגובה למצבי הלחץ הנוכחיים שאנחנו נתונים בהם, הסיכוי לביטוי בולט יותר של מצב החרדה גבוה יותר.

תחושת החרדה והתנהגות חרדתית הקשורים לאפילפסיה עצמה עלולים להתגבר במצב המיוחד בו אנחנו נמצאים כיום. המצב הבסיסי של רובנו כרגע הוא במידת מה מצב של חרדה. בנוסף, לאדם עם אפילפסיה או להורה של ילד עם אפילפסיה מתווסף החשש שאירוע אפילפטי יקרה תוך כדי מצב החרום (הליכה, ריצה למרחב המוגן, בתוך מרחב מוגן ציבורי, או בנוכחות אנשים זרים במקומות לא מוכרים כמו אצל אוכלוסיית המפונים). קיימים גם חשש שהאירוע לא יוכל לקבל את הטיפול המתאים בגלל הסיטואציה בה הוא מופיע, חרדה סביב לקיחת תרופות מסודרת בתקופה שבה כל סדרי החיים משתנים, ועוד. חששות אלה מגבירים את התחושות של חרדה ואת הסימנים המאפיינים אותה.

חלק מהחולים עם אפילפסיה מוקדית עלולים לחוות תסמיני חרדה כסימנים מקדימים לאירוע עצמו (אאורה). בנוכחות תסמיני חרדה גורפים יותר בגלל המצב בכלל, ומצבים רגועים בתוכו (אזעקות, צפייה במחזות קשים הכרוכים באירועים שעברנו, מפגשים קשים), החולה יכול לתרגם את תחושת החרדה שאינה קשורה באירוע אפילפטי לתחושת חרדה המקדימה אירוע. דבר זה כמובן יעצים את תחושת החרדה ולעיתים עלול אף להביא לאירוע פסיכוגני המחקה פרכוס.

כמו כן, עצם מצב החרדה המתמשך או החריף הוא מצב של stress גופני. מצבים כאלה עלולים לעורר אירועים אפילפטיים בחולים עם אפילפסיה מאוזנת ושאינה מאוזנת (מצבי חרדה אינם יכולים לעורר התקף אפילפטי במי שאין לו אפילפסיה).

בנוסף חוסר השינה שמלווה מצב חרדה יכול להביא לעליה בתדירות האירועים האפילפטיים. תחושת חוסר השליטה, וחוסר הריכוז יכולים לגרום ללקיחה בלתי מסודרת של התרופות שגם היא יכולה לעורר אירוע אפילפטי.

חלק מהתרופות נוגדות הפרנסים יכולות לעיתים לגרום לעליה בתחושת חרדה, אך הגישה המקובלת היא לנסות להימנע מלשנות את הטיפול התרופתי בתקופות שבהן המצב החיצוני אינו יציב ואינו צפוי, במיוחד אם הושגה כבר שליטה בהתקפים האפילפטיים. חשוב גם לציין שאנשים הנמצאים בחרדה חווים בצורה בולטת יותר את תופעות הלוואי של התרופות. לכן לעיתים תרופה שלא החמירה תחושת חרדה בעבר עלולה לעשות זאת כשהחרדה כשלעצמה מתגברת מסיבות חיצוניות. כך גם לגבי תופעות לוואי אחרות. במקרים אלה חשוב להבין שסביר שהשינוי בחוויית תופעות הלוואי הוא זמני ויחלוף כשהמצב יירגע. במקרים קיצוניים ניתן לפנות לרופא המטפל ולשקול החלפת תרופה, הורדת מינון או תוספת תרופה נוגדת חרדה.

כביטוי קיצוני למצב חרדה אנשים יכולים לחוות התקף "פניקה" שתואר קודם לכן. אירועים אלה, הכוללים מרכיבים גופניים שיכולים לחקות אירוע אפילפטי, עלולים להיחשד כאירוע אפילפטי ולהביא לאבחנה שגויה אם מתרחשים אצל אנשים שאין להם אפילפסיה בעברם. אירועים אלה עלולים גם להיחשד כאירועים אפילפטיים אמיתיים בחולים עם אפילפסיה ובכך להביא לטיפול שגוי (העלאה מיותרת של מינונים, החלפת תרופות).

ההמלצה עבור כלל האוכלוסייה להפחתת חרדה היא למעט בחשיפה לתכנים קשים המופצים ברשתות החברתיות ולעיתים גם בטלוויזיה, לנסות להמשיך בשגרת חיים (עבודה, פעילות גופנית) אם ניתן. עיסוק בפעילות התנדבותית בימים אלה נותן תחושת ערך ויכול לסייע להרגשה הכללית.

הטיפול בחרדה גם באנשים עם אפילפסיה צריך להיות מדורג ולכלול בשלב ראשון גישה פסיכו-טיפולית: טיפול התנהגותי שיכול להיות גם קצר טווח, לימוד טכניקות הרפיה, וטכניקות CBT, ו/או שימוש במרגיעים שאינם תרופות (מפורטים להלן). באם השפעת טיפולים אלה אינה מתקיימת או שהינה חלקית, רצוי להתקדם ולבקש עזרה רפואית הכוללת טיפול תרופתי. כאשר תחושת החרדה בעוצמה המפריעה לתפקוד, ניתן בשלב ראשון לפנות לרופא המשפחה (רובם מיומנים בטיפול בחרדה) או למטפל בקהילה (פסיכולוג, או איש מקצוע טיפולי אחר). גם רופא המשפחה וגם המטפלים האחרים יפנו את המטופל לפסיכיאטר באם יחשבו

שהתמונה מורכבת מידי לטיפול על ידם בלבד. ניתן במקביל לדווח על הפרעת החרדה לנוירולוג המטפל והוא ידע לתת לכך מענה או שיפנה לאיש המקצוע המתאים.

כאשר פונים לפסיכיאטר חשוב להביא לידיעתו שלפונה יש גם אפילפסיה. חשוב שהפסיכיאטר יכיר את התרופות בהן הפונה משתמש לטיפול במחלה האפילפטית, ואם תהיה התלבטות לגבי התרופה המתאימה לתסמיני החרדה או הדיכאון הוא יוכל לפנות ישירות לנוירולוג המטפל ולהחליט במשותף (בימים אלה קשר במייל בין רופאים הוא מצוין ומאפשרת תקשורת מהירה ויעילה).
באם הנוירולוג המטפל אינו זמין הפסיכיאטר ידע לפנות לנוירולוג אחר בקהילה ו/או לרוקח להתייעצות לגבי בחירת התרופה. אין צורך לחפש פסיכיאטר או מטפלים אחרים ה"מומחים" לאפילפסיה אך כפי שנאמר חשוב שלא תהיה התעלמות מהמחלה האפילפטית והטיפול בה במהלך תהליך האבחון והטיפול בחרדה.

שימוש בנוגדי חרדה, תרופות משרות שינה ונוגדי דכאון בחולי אפילפסיה – טיפול תרופתי ותכשירים ללא מרשם

הנחיות כלליות לשימוש בנוגדי חרדה פורסמו ע"י ארגון הרוקחות בשפות עברית, ערבית ורוסית בקישור הבא: [שימוש מושכל בתרופות לטיפול בחרדה ובקשיי שינה - ארגון הרוקחות בישראל \(psi.org.il\)](#) – הנחיות אלה כאמור הינן כלליות ואינן קשורות דווקא באנשים עם אפילפסיה.

באם קבלתם המלצה מפסיכיאטר או רופא המשפחה לטיפול בחרדה, דכאון והפסיכיאטר מציין בפניך שאינו רואה כל בעיה בשימוש בתרופה זו יחד עם הטיפול נוגד האפילפסיה רצוי לידע את הנוירולוג אך אין צורך להמתין לאישורו לצורך התחלת הטיפול.

ההמלצות הבאות לגבי הטיפול בחרדה, קשיי שינה ודכאון מיועדות ספציפית לחולי אפילפסיה.

חלק מהתרופות האנטי-אפילפטיות יכולות להשפיע בעצמן לטובה או לרעה על מצב הרוח. לפני תחילת טיפול תרופתי בחרדה או דיכאון, כדאי להתייעץ עם הנוירולוג המטפל לגבי התרופות האנטי-אפילפטיות שאתם מטופלים בהן, בכל מקרה חשוב ביותר שלא לבצע שינוי בלקיחת התרופות נוגדות הפרוסים (עליה או ירידה במינון, הפסקת תרופה או עיתוי הלקיחה) ללא התייעצות עם הנוירולוג המטפל. יש לדווח לרופא גם אם יש עלייה בתדירות ההתקפים או בחומרתם, או שמופיעים התקפים מסוג חדש.

לחלק מנוגדי הדיכאון ונוגדי החרדה יש תגובות בין-תרופתיות עם תרופות אנטי-אפילפטיות ויש להתייעץ עם הנוירולוג לפני תחילת הטיפול. הנוירולוג יבחר את השילוב הבטוח והיעיל ביותר עבורכם. יחד עם זאת, אם מופיעות תופעות לוואי חדשות יש לדווח בהקדם לנוירולוג/הרופא המטפל. יתכן גם שהרופא יבקש בדיקות דם או ECG, לפני תחילת הטיפול המשולב ובמהלכו.

כללית, תכשירים ממקור צמחי אינם בהכרח בטוחים יותר מתרופות מרשם. גם תכשירים ממקור צמחי עלולים להשפיע על היעילות והבטיחות של הטיפול באפילפסיה. מספר תכשירים ממקור צמחי המפורטים בהמשך יכולים לסייע בהפחתת חרדה ובהשראת שינה גם בחולי אפילפסיה ולא דווח על בעייתיות בשימוש בהם. לעומתם, יש להימנע מתכשירים נוגדי דכאון המכילים **היפריקום** שעלולים להפחית את היעילות של תרופות אנטי-אפילפטיות.

יש לזכור: היעילות והבטיחות של תכשירים ממקור צמחי לא נבדקו בצורה מכוונת בחולי אפילפסיה.

טיפול בחרדה ובקשיי שינה בחולי אפילפסיה

יש להיזהר במיוחד בשימוש בנוגדי חרדה/תרופות לשינה (כולל חומרי טבע) אם אתם מטופלים בפנוברביטל, פרימידון, קלונזפם, קלובזם, ופרמפנל. שילובים אלה עלולים לגרום לכך שיקשה עליכם להתעורר מהשינה או לעסוק בפעולות יומיומיות המחייבות ריכוז. זהירות מיוחדת נדרשת בקשישים בשל חשש מנפילות ושברים. **אם אתם בכל זאת נאלצים להיות מטופלים בשילובים כאלה, יש להימנע מאלכוהול (אפילו בכמות קטנה).**

אסור להפסיק בבת אחת את הטיפול בנוגדי החרדה! במידה ומעוניינים להפסיק את השימוש בנוגדי החרדה, יש להתייעץ עם הנוירולוג המטפל כיצד לרדת במינון. לחלק מנוגדי החרדה יש פעילות נוגדת פרוסום, וחלקם עלולים לגרום לתלות. הפסקה פתאומית של הטיפול בתרופות אלו עלולה להחמיר פרוסום ואף לגרום להתקפים מסוכנים.

הפרסום של ארגון הרוקחות מדגיש שבטיפול בחרדה, מרבית התרופות אינן מיועדות לטיפול לטווח ארוך, אלא לתקופה של מספר שבועות בלבד. במהלך תקופה זו, יש להיות בקשר עם הרופא המטפל (רופא משפחה, פסיכיאטר) כדי להעריך את המשך הצורך בטיפול, את יעילותו ואת האפשרויות להחליפו לטיפול ארוך-טווח במידת הצורך.

שימוש בתכשירים ממקור "טבעי"

ניתן להשתמש במלטונין להשראת שינה גם בחולי אפילפסיה. מלטונין הוא אמנם הורמון המופרש במוח, אך גם תכשיר זה עלול להגיב עם חלק מהתרופות לטיפול באפילפסיה. למשל, קלובזם, קלונזפם, פנוברביטל ותכשירי קנאביס המכילים קנאבידיול, יכולים להגביר את השפעתה ואילו התרופות קרבמזפין ופניטואין עלולות להפחית את השפעתה. הרוקח יכול ליעץ לגבי תגובות בין-תרופתיות כאלה.

תכשירי ולריאן (להרגעה ולשינה): יתכן שיש להם השפעה מיטיבה על פרכוסים אך לא בוצעו מחקרים מבוקרים בהם. יש להיזהר בשילוב עם תרופות אנטי-אפילפטיות בעלות השפעה מרגיעה או מיישנת. מבין התכשירים ממקור צמחי המתוארים בסעיף זה, ולריאן הוא החומר שלגביו קיים הידע הרב ביותר לגבי האפשרות לתגובות בין-תרופתיות. עד כה, המחקרים שבדקו תגובות אפשריות של ולריאן עם תרופות לא מצאו כאלה.

תכשירי פסילורה ("רגיעון"): לא ידוע על סיכון מוגבר להתקפים או סיכון לתגובות בין-תרופתיות של תכשירים אלה עם תרופות נוגדות פרכוסים אבל רצוי להיזהר בשילוב עם תרופות אנטי-אפילפטיות בעלות השפעה מרגיעה או מיישנת.

שמן לבנדר (לשינה): לא ידוע על סיכון מוגבר להתקפים או סיכון לתגובות בין-תרופתיות שלו עם תרופות אנטי-אפילפטיות. יש להיזהר בשילוב עם תרופות אנטי-אפילפטיות בעלות השפעה מרגיעה או מיישנת.

טיפול בדיכאון בחולי אפילפסיה

בניגוד לדעה המקובלת לפיה נוגדי דיכאון עלולים להגביר את הסיכון לפרכוסים, מרבית נוגדי הדיכאון נחשבים בטוחים יחסית בחולי אפילפסיה ואין מניעה להשתמש בהם בהתאם להמלצת הפסיכיאטר או רופא המשפחה.

חשוב לדעת שפעילותם של נוגדי דיכאון אינה מיידית אלא מתפתחת על פני מספר שבועות. בתחילת הטיפול תסמיני הדיכאון אף עלולים להחמיר. **יש לעקוב אחר בני משפחה המתחילים טיפול בנוגדי דיכאון ולדווח לרופא המטפל מיידית במידה ומתרשמים שיש החמרה במצבו של המטופל.**

אוקטובר 2023

נכתב ע"י פרופ' ברוריה בן זאב ופרופ' שרה אייל