

PSYCHIATRICKÉ ASPEKTY EPILEPSIE

doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.^{1,2}, MUDr. Erik Herman^{1,3}, MUDr. Michal Bajaček¹, MUDr. Pavel Doubek³,
MUDr. Ján Praško⁴

¹Neurologické oddělení, epileptologické a neuropsychiatrické centrum, nemocnice Na Františku s poliklinikou, Praha

²Neurochirurgická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

³Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

⁴Psychiatrické centrum Praha, 3. LF UK, Praha

Pro optimální kvalitu života nemocných s epilepsií je dobrá psychická kondice stejně významná, jako kompenzace vlastních epileptických záchvatů. V klinické praxi však zůstává tato mezioborová problematika dosud často nedoceněna. V naší práci se věnujeme následujícím základním třem okruhům psychiatrické problematiky u nemocných s epilepsií: diferenciální diagnostice záchvatů epileptických a neepileptických psychogenních, dále nejčastější psychiatrické komorbiditě u nemocných s epilepsií a možnostem léčby a nakonec ovlivněním psychiky nemocných s epilepsií vlastní antiepileptickou léčbou. **Klíčová slova:** epilepsie, psychiatrická komorbidita, neepileptické psychogenní záchvaty, antiepileptika, antidepresiva, anpsychotika.

*Epilepsy affects people individually.
The impact of epilepsy on person's life
is as individual as a fingerprint.*

Devinsky 2000

Úvod

Cílem protizáchvatové léčby je zlepšení kvality života nemocných, snaha o optimalizaci jejich funkčního stavu (6). Jde na jedné straně o potlačení epileptických záchvatů, zmírnění jejich závažnosti a dopadu na interiktální období a to za cenu pokud možno žádných, minimálních či přijatelných vedlejších účinků léčby. Rovněž je však významná bilance mezi mírou potlačení záchvatů a kvalitou interiktálního stavu, ve které by nemocný měl pokud možno normálně žít (6). Psychické poruchy se u nemocných s epilepsií vyskytují častěji než v běžné populaci a mohou narušovat kvalitu jejich života obdobně, jako záchvaty samotné. V tomto ohledu je správná diagnostika a adekvátní léčba psychiatrické komorbidit u nemocných s epilepsií stejně důležitá, jako léčba epileptických záchvatů.

Pro účely tohoto sdělení uvádíme základní tři okruhy psychiatrické problematiky u nemocných s epilepsií, o kterých se zmiňujeme podrobněji:

- diferenciální diagnostika záchvatů epileptických a neepileptických psychogenních
- epilepsie a psychiatrická komorbidita u nemocných s epilepsií, možnosti léčby
- ovlivnění psychiky nemocných s epilepsií antiepileptickou léčbou.

1. Diferenciální diagnostika epileptických a neepileptických psychogenních záchvatů

Ve vztahu k epilepsii jde diferenciálně diagnosticky u malých dětí nejčastěji o neepileptické afektivní záchvaty, u dospělých o paroxysmální úzkostné poruchy (panická

porucha), disociační poruchy (disociační amnézie, disociační křeče), somatoformní poruchy (somatizační porucha, nediferencovaná somatizační porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce aj.). Dle literárních údajů i našich vlastních zkušeností jsou tyto poruchy častou příčinou chybné diagnózy epilepsie (3, 5, 9, 15, 19). Nezřídka k tomu přispívá nadhodnocení abnormálních EEG nálezů či nespecifických nálezů na MRI (10). Panická porucha a disociační poruchy se navíc často vyskytují v koincidenci s epilepsií (10, 13). Například výskyt disociačních poruch u nemocných s epilepsií se uvádí až u 20 % léčených pro epilepsii, jde o jednu z nejčastějších příčin tzv. „pseudofarmakorezistentní“ či „pseudorefrakterní“ epilepsie (3, 19). Méně častými psychogenními příčinami jsou simulované záchvaty a jiné poruchy chování (Münchhausenův syndrom).

U těchto poruch mohou být u řady pacientů příznaky velmi podobné epileptickým záchvatům. Adekvátní diferenciálně diagnostický postup je nezbytným předpokladem pro správnou volbu léčebné metody, která je u těchto poruch značně odlišná (5, 10). V případě nejasností je vždy indikováno video-EEG vyšetření s využitím

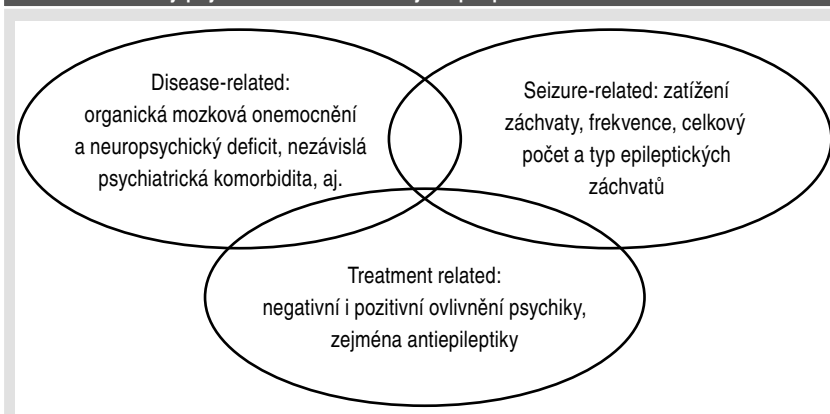
aktivačních metod, včetně sugesce (10). Vždy pomýšlíme nejen na alternativu, ale také na možnost časté koincidence epilepsie a neepileptických, psychogenních záchvatů. Indikovány jsou zde psychiatrická, psychologická vyšetření a další cílená léčba, nikoli paušálně, z nejistoty či pro jistotu nasazená antiepileptická léčba.

2. Epilepsie a nejčastější psychiatrická komorbidita, možnosti léčby

U nemocných s epilepsií se vyskytují psychické poruchy častěji než v běžné populaci. Zůstávají často nepoznány, neléčeny a mohou negativně ovlivňovat kvalitu života nemocných obdobně jako záchvaty samotné (6, 7). Například aktuální prevalence depresivní poruchy u nemocných s epilepsií je 40–60 % oproti 2–4 % v běžné populaci, prevalence úzkostných poruch u epileptiků je 20–40 % oproti 3–7 % v běžné populaci a psychotických poruch schizofrenního okruhu 2–8 % oproti 1 % u neepileptických osob (3, 13, 16, 19).

Příčiny psychiatrické komorbidit u epilepsie lze zjednodušeně rozdělit do základních

Obrázek 1. Příčiny psychiatrické komorbidit u epilepsie



Tabulka 1. Stručný souhrn základních diferenciálně diagnostických příznaků mezi epilepsií, disociační poruchou a panickou poruchou (5, 10)			
	epilepsie	disociační porucha	panická porucha
charakter záchvatu	stereotypní	měnlivý	měnlivý, s vegetativními příznaky
provokující moment	obvykle chybí psychogenní provokace	emočnírozlada, vzrušení; někdy pravidelně se opakující provokace – určité situace, telefonáty, ale i kalendářní datum	emočnírozlada, klaustrofobické, agorafobické situace
frekvence	vzácněji více než 1× denně	různá, často opakovaně během dne	různá, sporadicky i několikrát denně
přítomnost jiných osob	někdy, často o samotě, v noci	v naprosté většině případů v přítomnosti druhých osob, často příbuzných, vzácně v noci	většinou, v agorafobických a klaustrofobických situacích, přítomnost osob ±
prostředí	kdekoli	v místnosti, nejčastěji doma	z „čistého nebe“, v klaustrofobických, agorafobických situacích
varovné příznaky	pokud jsou přítomna, tak stereotypní, „aura“ – subjektivní simplexní parciální záchvat	měnlivá, někdy na počátku ataky hyperventilace	hyperventilace, točení hlavy, brnění rtů a kříž, bušení srdce, dušnost, prožitek úzkosti
počátek	obvykle náhlý	většinou pozvolný	poměrně rychlý
výkřik	na počátku některých záchvatů, v průběhu záchvatů s vokalizací	v průběhu záchvatu, často bizární ráz, symbolický obsah	není
křeče	stereotypní, tonicko-klonické, tonické, hypermotorické, automatizmy	měnlivé, rigidita, atonie, nesnáhodnými obrannými pohyby, hypermotorické asynchronní pohyby, pohyby pávnví, deviací hlavy od přítomné osoby, kývavé pohyby hlavy ze strany na stranu – typu „ne-ne“, zavření očí, aktivní odpor při pokusu o otevření	přímá sviní hyperventilace, tetanické spazmy a křeče z důvodu hypokalcémie přerospirační alkalóze
pokousání	jazyk	poranění rtů, rukou, někdy druhé osoby	není
pomočení	dost často	velmi vzácně	není
poranění	dost často	vzácněji, může být přítomno – není výlučným kritériem	není
mluvení během ataky	vzácně	často – bizární, symbolický ráz	ano
vědomí	dle typu záchvatu od neporušeného pokvalitativního, kvantitativního narušení až do časounoutrátvé vědomí, postparoxysmální alteracesamnézií, která přetrvává, postupná úprava vědomí, někdy pozáchvatový spánek	kvalitativní porucha vědomí častá, ztráta vědomí je možná (disociační amnézie), obvykle se s odstupem zkracující	derealizace, depersonalizace, výjimečně krátkodobá ztráta vědomí
trvání	nejčastěji do 30 s – 1 minuty	minuty i déle	minuty, nejdéle cahodina, následnéprotrahované dále mírnější projevy úzkosti
EEG	většinou abnormní interiktálně (cca 10% bez epileptiformní abnormity), při záchvatu, většinou iktální korelát	mezizáchvaty většinou normální, ale i abnormní (většinou pomalá abnormita, někdy i epileptiformní), při záchvatu trvá obdobný nálezy, tedy bez iktálního korelátu; přinočních záchvatech předchází „probuzení“ v EEG.	normální při záchvatu i mimo záchvat, někdy nespecificky abnormní při záchvatu i mimo záchvat, bez iktálního korelátu
prolaktin v séru	zvýšená u 90–100% pacientů po generalizovaných záchvatech (GTCS), dvojnásobné zvýšení proti individuální normě, vrchol 15–30 minut po záchvatu; u CPS (temporálních) u 43–100%, u SPS v 10%	není elevace	není elevace
provokace sugescí	Ne	ano, častá, většina nemocných	možná
léčba	antikonvulziva	komplexní léčba, psychoterapie, antidepresiva, antipsychotika, antikonvulziva	antidepresiva (SSRI), psychoterapie

Tabulka 2. Riziko výskytu epileptických záchvatů při léčbě antidepresivy

nižší výskyt (<0,3%)	
sertralin	0,07
citalopram, paroxetin	0,1
fluvoxamin	0,2
fluoxetin	0,2
venlafaxin	0,26
vyšší výskyt (>0,3%)	
imipramin	0,3–0,6
amitriptylin	0,1–0,3
mianserin	0,6
clomipramin	0,5–1,0
maprotilin	0,4
bupropion	0,44

Tabulka 3. Riziko výskytu epileptických paroxysmů při léčbě antipsychotiky

clozapin (do 600 mg/den)	1–3 %
chlorpromazin (do 1000 mg/den)	0,5 %
risperidon	0,3 %
zotepin (do 450 mg/den)	1,3–2,7 %
olanzapin (do 20 mg/den)	0,8 %
klasická antipsychotika	0,1–0,2 %

tří okruhů. Ty se mohou různou mírou vzájemně kombinovat a mohou být v různé míře léčebně ovlivnitelné (obrázek 1).

Mezi **faktory neovlivnitelné** patří například organická mozková léze a v jejím důsledku existující neuropsychický deficit, případně „a priori“ nepříznivý epileptický syn-

drom s refrakterními epileptickými záchvaty a progredující organickou mozkovou lézí. Mezi **faktory ovlivnitelné** patří například dobrá kompenzace epileptických záchvatů, výběr vhodné antiepileptické léčby, včas indikovaná epileptochirurgická léčba, ale i primární psychiatrická komorbidita, volba vhodné psychofarmakoterapie a také faktory psychosociální.

Při léčbě psychiatrické komorbidit u epilepsie v zásadě platí, že prvním krokem je snaha o kompenzaci epileptického onemocnění pomocí optimální antiepileptické léčby, pokud možno s příznivými účinky na psychické funkce (viz kapitola 3). Dobrá kompenzace záchvatů je zcela zásadní tam, kde jsou při-

znaky psychické poruchy vázány na iktální či periiktální období. Teprve dalším krokem je použití vhodných psychofarmak, především s nízkým prokonvulzivním potenciálem (17) (tabulky 2, 3). Jde zejména o léčbu psychických poruch „interiktálních“.

Interiktální depresivní porucha

Je nejčastější poruchou nálady a psychickou poruchou u nemocných s epilepsií. Je přítomna u 40–60 % pacientů s epilepsií, nicméně je málokdy diagnostikována a léčena. Nemá bezprostřední časovou vazbu na záchvat, nepředstavuje pouze psychogenní reakci na epileptické onemocnění a většinou má chronifikovaný, několikaletý průběh. Jedním z důvodů poddiagnostikování je odlišnost interiktálních depresivních příznaků u nemocných s epilepsií oproti depresivním příznakům u depresivních nemocných, kteří epilepsií netrpí (7). Tyto odlišnosti jsou představovány především provleklejším průběhem méně výrazných depresivních příznaků, které mají často obraz spíše chronické dystymie, než jasně vyjádřených depresivních příznaků a smutku. Časté jsou inhibice, neradostnost, mrzutost, atypické bolesti, aj. Období depresivní jsou často přerušována obdobími, kdy se nemocný cítí po psychické stránce relativně dobře, psychické příznaky jsou rovněž více měnlivé v čase i intenzitě než u depresivních nemocných, kteří epilepsií netrpí (14).

Při léčbě interiktální depresivní poruchy se doporučuje tento postup:

1. Správně diagnostikovat

Neurolog samostatně, případně ve spolupráci s psychiatrem, by měl cíleně při vyšetření pacienta trpícího epilepsií klást otázky, týkající se přítomnosti depresivních příznaků. Měl by být vzdělán v otázkách incidence depresivních příznaků a odlišnostech depresivních rysů u nemocných s epilepsií. Měl by o tomto tématu pacienta informovat a podpořit ho v antidepresivní léčbě (7, 14).

2. Optimalizovat výběr antiepileptika

V situaci přítomnosti depresivních příznaků u nemocného s epilepsií je nezbytné v tomto smyslu zhodnotit aktuálně podávané léky. Za nejrizikovější z hlediska depresogenního účinku se pokládají antiepileptika 1. generace: PHB, PRIM, PHT, z nové generace VGB. V této situaci je vhodné uvážit změnu léčby a použít minimálně antiepileptika 2. generace (karbamazepin a valproát). Nejvhodnější z hlediska depresivity se však jeví podávání antiepileptik s antidepresivním a náladu stabilizujícím účinkem (lamotrigin), případně anxiolytickým účinkem (gabapentin).

3. Léčit antidepresivem

Pokud nedojde i po úpravě antiepileptické léčby k odeznění depresivních příznaků, je indikována léčba antidepresivy. Moderní antidepresiva mají nízký vliv na záchvatový práh. Shodně se jako léky první volby v léčbě depresivních nemocných s epilepsií doporučují antidepresiva typu SSRI, nejčastěji sertralin a citalopram. Incidence vzniku epileptických záchvatů u těchto léků se udává u 0,07–0,26 % léčených (18). Z tohoto hlediska se za nevhodné pokládají především clomipramin, burpion a maprotilin, u kterých je uvedené riziko až 10x vyšší. Lékové interakce mezi paroxetinem, sertralinem, citalopramem a antikonvulzivy jsou rovněž nízké. Doporučuje se zahájit léčbu s dávkou poloviční (ekvivalent 25 mg setralinu nebo 10 mg citalopramu denně) a zvyšovat ji postupně na dávku účinnou (ekvivalent 50–100 mg sertralinu nebo 20–40 mg citalopramu denně). Délka podávání účinné dávky antidepresiva je minimálně 6 až 12 měsíců (7, 8).

Dlouhodobější podávání anxiolytik ze skupiny benzodiazepinů se důrazně nedoporučuje z hlediska rizika vzniku závislosti a dalších možných nežádoucích účinků. Naopak antidepresiva mají vlastní postupně se rozvíjející anxiolytický účinek. Případná psychoterapie se zaměřuje na vyrovnaní se s nemocí, zlepšení sociální adaptace, snížení případné hyperprotektce rodiny a zvládnání anticipační úzkosti.

Elektrokonvulzivní terapie může být použita i u nemocných s epilepsií, se závažnou refrakterní depresivní nebo psychotickou depresí. Zvyšuje záchvatový práh a nezhoršuje frekvenci záchvatů (4).

Úzkostné poruchy

U nemocných s epilepsií jsou úzkostné poruchy hned **po depresivní poruše druhou nejčastější psychiatrickou komorbiditou**. Současné studie uvádějí aktuální prevalenci různých forem úzkostných poruch u nemocných s epilepsií nejčastěji v rozmezí 20–30 %, tedy výrazně vyšší než v běžné populaci. Úzkostné příznaky se mohou vyskytovat **samostatně**, ale bývají též velmi často **součástí depresivní poruchy** (7).

V interiktálním období se mohou projevovat úzkostné příznaky v plné své šíři, jak jsou známy z oblasti psychiatrie. Generalizovaná úzkostná porucha, fobie (např. sociální), obsedantně-kompulzivní porucha se u nemocných s epilepsií vyskytují častěji a komplexní léčba se řídí dle zásad soudobé psychiatrie. Vedle psychoterapie je doporučováno u nemocných s epilepsií opět využití vhodných antidepresiv z řady SSRI (např.

sertralin, citalopram). Jde o léky, které jsou bezpečné z hlediska potenciálních prokonvulzivních účinků, mají minimum lékových interakcí s antikonvulzivy a mají též minimální další vedlejší účinky, např. útlum. Dlouhodobá léčba benzodiazepinovými anxiolytiky dnes není doporučována. V nevyhnutelných případech je možno zvážit krátkodobé podání clonazepamu, clobazamu. Přínosný může být zvláště u nemocných s výraznými somatickými příznaky úzkosti propranolol.

Zvláštní pozornost si u nemocných s epilepsií zaslouží výskyt paroxysmálních úzkostných stavů – panické poruchy (PP). Každý, kdo se zabývá léčbou epilepsie, by měl být obeznámen s diagnostikou panické poruchy, jejíž jádrové příznaky představují panické ataky (PA). Řada příznaků panické poruchy se překrývá s iktální epileptickou úzkostí a diferenciální diagnostika panické poruchy od epilepsie může být velmi problematická. Setkáváme se s tím často v naší každodenní praxi. Za klíčové odlišující příznaky PP od epileptického záchvatu se pokládají: počátek mezi 20–30. rokem, pozitivní rodinná anamnéza pro PP, nepřítomnost amnézie, trvání od několika minut po hodiny, nepřítomnost postiktální zmatenosti, silná anticipační úzkost, variabilita příznaků jednotlivých atak, pozitivní terapeutický efekt antidepresiv či anxiolytik. Pro epileptický původ úzkosti svědčí přítomnost případné amnézie a postiktální zmatenosti, kratší trvání od 30 sekund do dvou minut, stereotypie příznaků, počátek v jakémkoli věku, atypičnost příznaků (zejména topických), přítomnost strukturální léze v oblasti temporální oblasti, terapeutický efekt antikonvulziv. V nejasných případech je třeba nemocného podrobně vyšetřit, včetně video-EEG monitorování (3, 12, 19).

Na druhé straně i koincidence epilepsie (zvl. z oblasti limbické) a panické poruchy není výjimečná. Výskyt PA u nemocných s epilepsií se uvádí 6–7x častěji, než v běžné populaci. Příznaky PP i u plně kompenzovaných nemocných mohou být mylně pokládány za recidivu epileptického onemocnění a neadekvátně léčeny.

Psychotická porucha u nemocných s epilepsií

Využití oficiálních klasifikačních systémů jako je MKN-10 a DSM-IV při popisu psychotických poruch u nemocných s epilepsií je značně limitováno. Při striktní aplikaci kritérií není možné většinou v kontextu epilepsie hovořit o schizofrenii, proto se užívá termín „schizofrenia-like psychosis of epilepsy“ – schizofreniformní psychotická porucha u nemocných s epilepsií (1, 12, 20). **Vedle interiktální podoby psychózy se u epilepsie vyskytují**

Tabulka 4. Nejčastěji uváděné údaje o individuálně možném ovlivnění psychických funkcí dlouhodobě podávanou antiepileptickou léčbou

AED	pozitivní	negativní		
		útlum/kognice	emoce	psychóza, aj.
PHB, PRIM	0	+ / +	Deprese	Iritabilita, agrese, syndromy z vysazení
BZD	krátkodobě – anxiolyza, sedace	+ / +	Deprese	disinhibice, agrese, syndromy z vysazení
PHT	0	- / +	+ Deprese	toxická schizo-freniformní psychóza, encefalopatie
ETS	0	0	0	insomnie, alternativní psychóza
CBZ	stabilizace nálad, impulzivity, ovlivnění agrese	+ / +	0 vzácně mánie, deprese	0
VPA	stabilizace nálad – antimanický efekt	0	0	0 vzácně encefalopatie, akutní, chronická
VGB	0	0	deprese	iritabilita, agitovanost, agrese, encefalopatie, psychóza – interiktální, alternativní, syndromy z vysazení
TGB	zlepšení spánku	0	deprese	NCSE – pestré projevy
LTG	stabilizace nálad, vlastní antidepressivní účinky	- / - možné zlepšení	možná elace nálad	insomnie, vzácně psychotické příznaky
GBP	anxiolyza, stabilizace nálad?	0	0	vzácně agrese u dětí
TPM	0	+ / + zvl. při rychlé titraci	deprese, úzkost	psychóza – interiktální, alternativní
LVT	?	0	0–? riziko provokace afektivních příznaků při pozitivní psychiatrické anamnéze?	mrzutost, iritabilita, agrese, u nemocných s pozitivní psychiatrickou anamnézou, neuropsychický deficit, zejména u dětí?
PGB	anxiolytické účinky, dlouhodobě	0	0	0

i další, specificky popisované psychotické poruchy, iktální, postiktální a tzv. alternativní psychóza na podkladě tzv. forsírované Landoltovy normalizace. Jejich podrobný popis je však nad rámec tohoto sdělení a odkazujeme v nich na dostupnou literaturu (2, 7, 11).

Interiktální psychózy

Interiktální psychózy se objevují v obdobích mezi záchvaty při lucidním vědomí a není možné je přímo vázat k záchvatu samému. Diskutovány jsou různé mechanismy vzniku, neepileptické i epileptické. U řady pacientů dochází ke zhoršení psychotických příznaků v souvislosti se zvýšením frekvence záchvatů nebo s vysazením antikonvulziv. Naopak u jiných pacientů je popisována alternace psychotických příznaků a epileptických záchvatů (zvl. alternující psychóza na podkladě tzv. forsírované Landoltovy normalizace).

Udává se, že interiktální psychotické příznaky se nacházejí asi u 4% ambulantních pacientů epileptologických center a až u 60% nemocných s epilepsií, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrických léčebnách.

Řada autorů shodně popisuje **odlišné rysy interiktální psychotické poruchy** u nemocných s epilepsií od schizofrenních pacientů bez epilepsie: zachování živé emotivity i při dlouhodobém průběhu psychózy, málo negativních schizofrenních příznaků, absence formálních poruch myšlení, častá příměs afektivních příznaků.

Shodně se udává, že prognóza pacientů s epilepsií a psychotickými projevy je z hlediska psychiatrických příznaků lepší než u schizofrenních pacientů.

Interiktální psychotická porucha většinou vyžaduje léčbu antipsychotiky, jejichž užití může být rizikové vzhledem k jejich různé schopnosti snižovat záchvatový práh a interagovat s antikonvulzivy (18, 20). Pro léčbu psychotické

ké poruchy u nemocných s epilepsií se uvádějí tyto **zásady užití antipsychotik**:

1. clozapin a chlorpromazin by neměly být nemocným s epilepsií podávány pro jejich značný epileptogenní potenciál
2. z klasických antipsychotik se jeví být nejvhodnější haloperidol
3. při nutnosti dlouhodobé léčby jsou doporučována atypická antipsychotika, jako je quetiapin, olanzapin, risperidon a sulpirid, která mají nižší potenciál k tvorbě extrapyramidových příznaků a tardivních dyskinez
4. sedativní antipsychotika jako fluphenazin a thioridazin jsou riziková v kombinaci s antikonvulzivy v kumulaci sedativních účinků
5. nedoporučuje se užívání více než jednoho antipsychotika současně z důvodu rizika aditivního snížení záchvatového prahu
6. nezávisle na typu antipsychotika by měl lék být vždy nasazován v nízké dávce a pomalu titrován se sledováním tíže a frekvence záchvatů
7. nemocní s epilepsií a interiktální psychózou většinou reagují na nižší dávky léků než pacienti schizofrenní a je tedy možné užívat nižší udržovací dávky léků (24).

3. Ovlivnění psychických funkcí antiepileptiky

V následujícím zjednodušeném přehledu uvádíme nejčastěji citované údaje o individuálně možném ovlivnění psychických funkcí dlouhodobě podávanou antiepileptickou léčbou (3, 7, 10, 13, 19). Jde vždy jen o jistou míru pravděpodobnosti, která se u konkrétního nemocného může a nemusí projevit. V zásadě lze říci, že zcela bezpečné antiepileptikum není známo, u každého z nich byly ve větší či menší míře psychické poruchy popsány. Nejčastěji uváděnými riziky pro výskyt nežádoucích psychických účinků léčby jsou organická mozková léze, neuropsychický deficit, pozitivní psychiatrická anamnéza, farmakorezistentní epilepsie, polyterapie, věkový faktor (dětí, starší nemocní). Některá antiepileptika mohou psychické funkce ovlivňovat jen negativně (PHB, PRIM, PHT), jiná mohou mít i pozitivní „psychotropní“ účinky (CBZ, VPA, LTG, GBP), další se jeví jako nadějná, k definitivnímu zhodnocení však není ještě dostatek důkazů (LVT).

Závěr

Adekvátní diagnostika, diferenciální diagnostika a léčba psychických poruch u nemocných s epilepsií je pro kvalitu jejich života obdobně významná, jako kompenzace epileptických záchvatů. Tomuto mezioborovému tématu je nutno věnovat stejnou pozornost a vážnost, jako léčbě epileptických záchvatů samotných.

Užité zkratky:

CBZ – karbamazepin
VPA – valproát
ETS – etosuximid
PGB – pregabalin
PHT – phenytoin
PHB – phenobarbital
PRIM – primidon
BZD – benzodiazepiny
LTG – lamotrigin
GBP – gabapentin
LVT – levetiracetam
TPM – topiramát
TGB – tiagabin
VGB – vigabatrin
SUL – sulthiam
FEL – felbamát
MTD – maximální tolerovaná dávka
EEG – elektroencefalografie
PA – panická ataka
PP – panická porucha
ČLPE – Česká liga proti epilepsii
GTCS(generalisedtonic-clonicseizure)–generalizovaný tonicko-klinický záchvat
CPS(complexpartialseizure)–komplexníparciální záchvat
SPS(simplexpartialseizure)–simplexníparciální záchvat

Literatura

- Blumer D, Wakhlu S, et al. Treatment of interictal psychoses. *J. Clin. Psychiatry* 2000;61: 110–122.
- Brázdil M. Epileptická psychóza-kontra-verzní hledání souvislostí. *Neurologie pro Prax* 2002: 205–206.
- Ettinger AB, Kanner AM. Psychiatric issues in epilepsy. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA 2001: 1–400.
- Freeman CPL. ECT and other physical therapies. In: Kendell RE, Zealley AK, eds. Companion to psychiatric studies. 5th ed. Edinburgh: Churchill- Livingston, 1993: 847–867.
- Gummit RJ. Psychogenic seizures. In: Wyllie E (ed). The treatment of epilepsy, Williams and Wilkins, 1997: 677–680.
- Hovorka J. Základní principy protizáchvatové léčby. *Čes Slov Neurol Neurochir* (tématické suppl prosinec 1998): 1–16.
- Hovorka J, Herman E. Neuropsychiatrické aspekty u epilepsie. *Čes a Slov Neurol Neurochir, Suppl* (tématická příloha leden 2001) 2001; 63: 1–16.
- Hovorka J, Herman E, Němcová I. Treatment of interictal depression with citalopram in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior* 2000: 444–447.
- Hovorka J, Nežádál T, Herman E. Epileptické a neepileptické psychogenní záchvaty v neuropsychiatrickém centru, Nemocnice Na Františku: diagnostické zkušenosti. *Psychiatrie, Suppl* 2, 2003; 7: 37–38.
- Hovorka J, Nežádál T, Herman E, Praško J. Klinická elektroencefalografie. Maxdorf, Praha, 2003: 1–289.
- Libiger J. Epilepsie-psychóza, hledání společného jazyka. *Neurologie pro praxi* 2002: 207–208.
- McConnell H, Duncan D. Treatment of psychiatric comorbidity in epilepsy. In: McConnell H, Snyder P (eds). *Psy*
- Meador KJ, Gilliam KG, Kanner AM, Pellock JM. Cognitive and behavioral effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy & Behavior* 2; 2001: SS 1–17.
- Mendez MF, Cummings JL, Benson F. Depression in epilepsy: significance and phenomenology. *Arch Neurol* 1996: 766–770.
- Nežádál T, Hovorka J, Němcová I, Herman E. EEG findings in our patients with psychogenic seizures. *Epilepsia* 2002; 43 (Suppl 8): 101.
- Stagno SJ. Psychiatric aspects of epilepsy. In: Wyllie E (ed). The treatment of epilepsy, Williams and Wilkins, 1997: 1131–1142.
- Švestka J. Epileptogenní potenciál psychofarmak. *Psychiatrie pro praxi* 2001; 4; 169–172. chiatric comorbidity in epilepsy. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998: 336–339.
- Švestka J. Interakce antipsychotik a antiepileptik. *Psychiatrie pro praxi* 2003: 73–74.
- Trimble M, Schmitz. The neuropsychiatry of epilepsy. Cambridge University Press, UK, Cambridge 2002: 1–350.
- Trimble MR, Schmitz B. The psychoses of epilepsy. In: McConnell H., Snyder P., editors. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998:172–174.