

prejavuje ako náhly strach na začiatku alebo počas epileptického záchvatu, jeho trvanie je zvyčajne krátke, pohybuje sa od 30 do 60 s, jeho intenzita môže kolísať od miernej úzkosti až po neúmerný teror. Iktálny strach môže byť jediným prejavom pacientovho záchvatu, ktorý môže viesť k nesprávnej diagnóze panikovej poruchy.

Postiktálna anxieta sa rozvinie od 12 hodín do 7 dní po záchvate a vyskytuje sa takmer u polovice pacientov, pričom sa najčastejšie prezentuje ako pocit neustáleho znepokojenia, či panickými záchvatmi.

Paraiktálna úzkosť vzniká nezávisle od záchvatu a vyskytuje sa najčastejšie u pacientov s epilepsiou rezistentnou na liečbu po remisii alebo kontrole záchvatov (Teixeira, 2022).

Dôsledky úzkosti

Oblasť kontroly zdravia je koncept vypovedajúci o tom, či sa pacient cíti mať subjektívnu kontrolu nad svojím ochorením. Pacienti, ktorí tento dojem majú, mávajú nižšiu mieru úzkosti. Niektorí pacienti môžu prikladať vznik záchvatov nerelevantným faktorom a teda prežívať úzkosť (Asadi-Pooya et al., 2007). Prítomnosť úzkosti je asociovaná s prítomnosťou nežiadúcich účinkov liečby (Gomez-Arias et al., 2012). Špekuluje sa o tom, že u pacientov, ktorí majú vysokú mieru úzkosti a ktorí udávajú vysokú mieru nežiadúcich účinkov liečby je potrebné zamerať liečbu na odstránenie porúch nálad, skôr než meniť antikonvulzívnu liečbu. Tento vzťah však môže byť bidirektálny, tj. vyššie podávanie protizáchvatových liekov môže viesť k poruchám nálady. Poruchy nálady takisto zhoršujú adhérenciu s antikonvulzívnou terapiou (Guo et al., 2015). Autori takisto špekulujú, že nižšia sebaistota a problém zapamätať si užiť protizáchvatové lieky korelujú s prítomnosťou úzkosti. Tým, že títo pacienti pociťujú viac nežiadúcich účinkov liečby, môžu byť nonkompliantní k terapii (Gomez-Arias et al., 2012).

Úzkosť u pacientov s epilepsiou ovplyvňuje ich kvalitu života, kontrolu záchvatov, prispieva k nežiadúcim účinkom antikonvulzív a psychosociálnym problémom (Fiest et al., 2016).

Liečba

Liečba úzkostných porúch je založená na kombinácii režimových opatrení, psychoterapie a farmakologickej medikácie. K režimovým opatreniam patria obmedzenie potravín a nápojov, ktoré obsahujú kofeín, dostatočný spánok, správna strava, či dostatočná fyzická aktivita (Brandt et al., 2016).

Kognitívno behaviorálna terapia pomáha k zmene vzorcov myslenia a správania sa a je zlatým štandardom v liečbe úzkostných porúch. Je založená na princípe naučiť sa zvládať copingové stratégie, čo pacientom následne pomáha v problémoch s duševným zdravím. V štúdiu vykonanej na 200 pacientoch s epilepsiou a depresiou, kde úzkosť bola popísaná ako pridružená komorbidita boli pacienti podrobení buďto online poskytovanej kognitívno behaviorálnej terapii alebo štandardnej starostlivosti. U pacientov, ktorý podstúpili psychoterapeutické sedenia, boli popísané signifikantné zlepšenia úzkosti, depresie, stresu a kvality života. Pokiaľ boli podrobení kontrole o tri mesiace, boli títo pacienti menej často práceneschopní a mali menej dní hospitalizácie, ako kontrolná skupina (Meyer et al., 2019).

Úzkostné symptómy, ktoré sa zdajú byť čisto iktálneho charakteru, by sa jednoznačne zlepšili zlepšením kontroly záchvatov, najčastejšie pomocou antikonvulzívnych liekov (Salpekar a kol., 2023).

Na liečbu anxiózných porúch pri epilepsii sa dajú využiť inhibitory spätného vychytávania serotonínu (SSRI) a inhibitory spätného vychytávania serotonínu a norepinefrínu (SNRI), pričom v tejto indikácii sa využívajú najmä duloxetín, venlafaxín, paroxetín a escitalopram (Salpekar a kol., 2023). Existuje latencia 2 – 6 týždňov, kým dosiahnu požadovaný efekt (Bandelow et al., 2013).

Benzodiazepíny sa takisto dajú použiť pri liečbe úzkostných porúch a epilepsie, avšak môžu spôsobiť radu vedľajších účinkov – vrátane závislosti, rebound úzkosti a syndrómu z vysadenia, ktorý sa môže prejaviť takisto aj zvýšením epileptických záchvatov. Benzodiazepíny sú často dobre tolerované,

majú výhodu rýchleho nástupu účinku v porovnaní s antidepresívami, čo sa dá využiť napríklad pri akútnych záchvatoch paniky (Salpekar a kol., 2023).

Z antikonvulzívnych liekov je možné použiť na redukcii úzkostnej symptomatiky tiež lacosamid, lamotrigín, pregabalin, či valproát. Lakosamid účinkuje inaktíváciou sodíkových kanálov, preto môže viesť k zníženiu úzkosti. Valproát je považovaný za širokospektrálne antikonvulzívum, ako aj všestranný stabilizátor nálady, ktorý má taktiež efekt na GABAergný systém. Napriek jeho častému využitiu sa len málo štúdií zaoberalo jeho priamymi účinkami na symptómy úzkosti (Salpekar a kol., 2023).

Hoci existujú klinické dôkazy, že levetiracetam môže viesť k zníženiu anxiety (Hagemann et al., 2013), dľa ďalších literárnych prameňov však môže zvyšovať úzkosť a podráždenosť, ktorá môže progredovať až do depresie (Salpekar a kol., 2023).

Pregabalin efektívne znižuje príznaky úzkosti u pacientov s refraktérnou fokálnou epilepsiou a komorbídnymi anxióznymi ochoreniami (Brandt et al., 2013). Takisto zlepšuje sociálnu fóbiu, generalizovanú úzkostnú poruchu, lamotrigín zlepšuje príznaky posttraumatickej stresovej poruchy a gabapentín zlepšuje sociálnu fóbiu (Mula et al., 2007).

Záver

Hoci úzkostné poruchy sa u pacientov s epilepsiou vyskytujú relatívne často, v klinickej praxi sa im neprikladá dostatočná pozornosť. Dľa populačných štúdií sa s úzkostnými poruchami stretávame dvakrát častejšie u pacientov s epilepsiou, ako u zdravej populácie. Dotazníkové metodiky môžu v klinickej praxi pomôcť diagnostikovať úzkosť v tejto skupine pacientov, pričom v rámci diagnostiky je potrebná takisto analýza a identifikácia všetkých rizikových faktorov. Dôsledkami úzkosti u pacientov sú častejšie nežiadúce účinky liečby, častejšia nonkompliancia k terapii a nižšia kvalita života u pacientov. Liečba úzkostných porúch je založená na kombinácii režimových opatrení, psychoterapie a farmakologickej medikácie.

LITERATÚRA

1. Asadi-Pooya AA, Schilling CA, Glosser D, et al. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy Behav.* 2007;11:347-350. doi:10.1016/j.yebeh.2007.06.008.

2. Bandelow B, Boerner JR, Kasper S, et al. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110:300-309.

3. Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, et al. Anxiety in pa-

tients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav.* 2005;7:161-171. doi:10.1016/j.yebeh.2005.05.014.

4. Brandt C, Mula M. Anxiety disorders in people with