

*Kazuistika***Psychické poruchy pri epilepsii**

M. Drímalová, J. Dragašek, V. Frank

Mental disorders due to epilepsy**Súhrn**

Psychické poruchy pri epilepsii zaraďujeme k organickým psychickým poruchám. Za ich klinický obraz sú zodpovedné dva typy morfológických zmien. Prvým typom sú regresívno-degeneratívne zmeny lokalizované prevažne v limbickom systéme. Druhým typom zmien sú progresívne zmeny s pozorovateľnou prestavbou nervových štruktúr. Epilepsia je zložitá porucha s viacerými špecifickými formami, charakterizovaná chronickými, akútnymi zmenami a intermitentnými zmenami, ktoré nazývame záchvatmi. Chronické zmeny nachádzame predovšetkým v oblasti porúch osobnosti. Akútne zmeny sú najčastejšie psychózy. Syndróm epileptózy môžeme zahrnúť medzi psychické poruchy pri epilepsii. Tento syndróm je podmienený léziami v limbickom a kmeňovo-modulačnom systéme. Je charakterizovaný úzkosťou, obavami, strachom, dysfóriou, bolesťami hlavy, dyspnoem, palpitáciami, nauzeou, dyspepsiou, potením a ostatnými vegetatívnymi symptómami. EEG zmeny u pacientov s epilepsiou často korelujú s opísaným klinickým obrazom. Autori poukazujú formou kazuistik na výskyt interiktálnej psychózy a epileptózy. Psychopatológia spojená s epilepsiou obťažuje pacienta viac ako samo základné ochorenie. Správna diagnostika a liečba pacientov s psychickými poruchami pri epilepsii zlepšuje kvalitu života pacientov s epilepsiou.

Kľúčové slová: epileptické psychické poruchy, epileptická schiziformná psychóza, epileptóza.

Summary

Mental disorders due to epilepsy belong to the organic disorders. There are two types of morphological changes responsible for this clinical picture. The first one is regressive-degenerative changes localized mostly in limbic system. The second one is progressive changes, in which the rebuilding of nerve-structures is appeared. Epilepsy is very complex disease with many specific forms, characterized by chronic, acute and intermittent changes, which should be termed attacks. We can find the chronic changes in the sphere of personality alterations. The acute changes are principally psychosis. We can include epileptosis syndrome to the mental disorders due to epilepsy. This syndrome is due to lesions of the limbic and brainstem modulation system. Anxiety, fear, fright, dysphoria, headache, dyspnoea, palpitation, nausea, dyspepsia, sweating and other vegetative symptoms characterize it. EEG signs of epileptic often correlate to that clinical picture. Authors in this work suggest for appearance of interictal psychosis and epileptosis syndrome in case reports. Psychopathology linked with the epilepsy syndrome often worries the patient more than the epileptic disease in general. Correct diagnosis and treatment of mental disorders due to epilepsy improves the quality of well being of patient with the epilepsy.

Key words: epileptic mental disorders, epileptic schiziform disorders, epileptosis.

Psychické poruchy pri epilepsii predstavujú pomerne širokú paletu porúch, s pestrými prejavmi v rámci klinickej symptomatiky, nezriedka s dramatickým dopadom na okolie postihnutého. Epilepsia spravidla vyžaduje interdisciplinárny prístup zo strany neurológie aj psychiatrie. Súčasný trend „zblížovania sa“ neurológie s psychiatriou v rámci neuropsychiatrie naznačuje pre epilepsiu nové možnosti stať sa akýmsi „spoločným prototypom“ pre klinickú prax a výskum. V práci sa venujeme diagnostickému rozboru pacientov s epilepsiou, ktorí boli pre súvisiace psychické poruchy hospitalizovaní za obdobie piatich rokov na našom pracovisku.

Súbor a metóda

Rozboru sme retrospektívne podrobili zdravotné záznamy pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na Psychiatrickej klinike JLF UK a MFN v Martine, v období rokov 1999 až 2003 s psychickými poruchami pri epilepsii: štyroch pacientov, jedného muža a tri ženy. Predstavujeme ich jednotlivo v stručných kazuistikách.

Kazuistika 1

Hospitalizovaná 46-ročná pacientka na Psychiatrickej klinike pre výrazné zmeny v správaní, verbálnu a brachiálnu agresivitu. Je 33 rokov liečená pre epileptické záchvaty, ktoré neurológ hodnotí ako parciálne, sekundárne generalizované. Nálada rezonantná, myslenie obsahovo chudobné s perzekučnými bludmi, sluchové imperatívne halucinácie. Konanie pod vplyvom psychotických zážitkov.

EEG vykazuje epizodický a difúzny výskyt θ eta aktivity, psychologické vyšetrenie psychoticky alterovaných osobností. Psychiatrická diagnóza bola zhodnotená vzhľadom na pestrú psychopatologickú symptomatiku a výskyt parciálnych epileptických záchvatov ako interiktálna schiziformná psychóza, porucha osobnosti organického pôvodu.

Kazuistika 2

22-ročná pacientka bola už v minulosti opakovane psychiatricky hospitalizovaná pre výraznú vegetatívnu symptomatiku, cefaleu, dyspepsiou, insomniu, akrálnu cyanózu, páľivé bolesti brucha a dysfóriu. Asi 2 mesiace pred prijatím prestala užívať antipsychotickú a antiepileptickú liečbu. Dva týždne pred prijatím sa objavili spolu s vegetatívnu symptomatikou aj pocity napätia, nervozity, duševnej nepohody, skleslosti v nálade aj prejavy zlosti.

Neurologicky: parciálne záchvaty sekundárne generalizované, na EEG epizodická θ eta aktivita. Psychologicky: organická porucha osobnosti. Pre výskyt parciálnych epileptických záchvatov, dysfórie, vegetatívnych príznakov a abnormného EEG diagnosticky uzavretá ako epileptóza.

Kazuistika 3

45-ročná pacientka bola opakovane vyšetrená a hospitalizovaná na Neurologickej klinike JLF UK a MFN pre kolapsové

stavy s výraznejšou vegetatívnou symptomatikou, a to cefaleou, nauzeou, vomitom, búšením srdca a dyspnoe. V psychiatrickom klinickom obraze je zvýšená únava, iritabilita, poruchy spánku, úzkostne-depresívna nálada. Spolu s uvedenými ťažkosťami sa vyskytovali aj epileptické záchvaty, v poslednom čase asi raz týždenne. Ťažkosti vrátane záchvatov boli provokované psychickou alebo fyzickou záťažou.

Neurologicky: parciálne záchvaty s komplexnou symptomatikou, neskôr sekundárne generalizované. Psychologicky: organická porucha osobnosti. V popredí psychiatrickej symptomatiky sú stavy úzkosti, dysfórie, vegetatívna symptomatika. Dochádza k striedaniu stavov, ktoré mali charakter kolapsov, resp. pithiatických paroxyzmov s typickými parciálnymi epileptickými záchvatmi. Uvedené umožňuje stav diagnosticky hodnotiť ako epileptózu.

Kazuistika 4

30-ročný pacient bol prijatý na hospitalizáciu pre asi 3 dni trvajúci psychomotorický nepokoj, zrakové a sluchové halucinácie a bludy s veľikášskym a religióznym obsahom. Dva mesiace pred hospitalizáciou pravidelný výskyt parciálnych záchvatov s komplexnou symptomatikou. 5 dní pred hospitalizáciou prítomnosť epileptických záchvatov s pretrvávajúcimi psychomotorickým nepokojom, halucinatórnymi zážitkami, postparoxyzmálnou obnubiláciou s prechodom do stavu s eleváciou nálady. V úvode hospitalizácie verbálne a brachiálne agresívny, nálada rezonantná. S podobnými ťažkosťami bol už v minulosti hospitalizovaný. Prvý epileptický záchvat mal v roku 1984, odvtedy liečený antikonvulzívmi, ktoré v posledných dvoch rokoch vysadil. V tomto období systematický abúzus alkoholu. Neurologicky: parciálne záchvaty s komplexnou symptomatikou a sekundárnou generalizáciou. Na EEG difúzna a epizodická aktivita v pásme θ eta. Psychologicky organická porucha osobnosti. Psychiatricky diagnosticky uzavretý pre parciálne záchvaty s komplexnou symptomatikou, postiktálne poruchy vedomia s postupným narastaním intenzity a pestrosti psychopatologickej symptomatiky ako postiktálna epileptická psychóza s prechodom do interiktálnej schiziformnej epileptickej psychózy.

Diskusia a záver

Epileptické psychické poruchy možno hodnotiť na úrovni symptómovej resp. syndrómmovej, v časovom vzťahu k záchvatu a vo vzťahu k ďalším faktorom, ako je lokalizácia mozgového poškodenia, trvanie epilepsie ako choroby, vo vzťahu k psychogénnym, sociálnym, prípadne iným faktorom. Psychický stav chorého s epilepsiou je ovplyvnený celým radom faktorov, ktoré sa môžu vzájomne kombinovať.

Hovorka a Herman (2001) uvádzajú genetické faktory a dispozície ako premorbidne neovplyvniteľné riziká. Význam organicity spočíva viac v jej lokalizácii prípadne lateralizácii, než v jej etiológii. Môže ísť o zmeny regresívno-degeneratívne v temporálnych lalokoch a v limbickom sys-

téme a môžu mať primárny alebo sekundárny charakter. Pri progresívnych zmenách dochádza k prestavbe nervových štruktúr, hlavne limbického systému. Z „epileptických“ faktorov uvádzajú tí istí autori ako rizikové pre psychiatrickú morbiditu záchvaty ložiskového pôvodu, zvlášť v oblasti limbického systému a v oblastiach frontotemporálnych. Podľa časového vzťahu k záchvatu sa psychické poruchy rozdeľujú na periiktálne poruchy pred záchvatom (prodrómy, aura) a po záchvate (kvalitatívne poruchy vedomia, depresia), interiktálne poruchy (epileptické psychózy v užšom slova zmysle) trvajúce dni, mesiace až celý život. Môžu prebiehať akútne, subakútne i chronicky. Bývajú spájané s paranoidne-halucinatórnym syndrómom, atypickými halucinatórnymi zážitkami alebo stavmi podobnými mánii či schizofrénii (Šťastný a spol., 1998). Faber (1995, 1996, 2001) opisuje syndróm, ktorý označuje ako epileptóza. Predpokladá sa, že u epileptikov s ložiskami v limbickom systéme a špeciálnou hypersenzitívnou osobnosťou sa vytvorí spojenie sústavným vzájomným ovplyvňovaním epileptických záchvatov a psychických symptómov patologickým procesom učenia. Potom môže spontánny alebo provokovaný dyskomfort vyvolať epileptický záchvat a naopak epileptický záchvat môže vyvolať psychické symptómy. Tieto stavy sú sprevádzané dysfóriou, anxiitou a pestrú vegetatívnou symptomatikou. Syndróm epileptózy je teda určený epileptickými záchvatmi a výraznou psychopatologickou symptomatikou, najmä stavmi dysfórie, panickej úzkosti a abnormným EEG. V súvislosti s epileptózou Faber (1995) uvádza, že po odznení paroxyzmálnej epileptickej aktivity skončí aj „záchvat“ epileptózy. Dlhotrvalé zmeny dysforickej nálady s vegetatívnou symptomatikou a panickou úzkosťou sú schopné pri podnete „naštartovať“ nový záchvat.

Lemke a Rennert (1979) opisujú pri epilepsii psychickú poruchu, ktorú označujú ako epileptickú dysfóriu. Vyznačuje sa dysforickou náladou, striedajúcou sa anxiitou, nepokojom, zvýšenou dráždivosťou, možnou vegetatívnou symptomatikou. Tieto stavy sa striedajú so záchvatmi, trvajú niekoľko dní. Aj pri určitej podobnosti, na rozdiel od Fabera, udávajú ich vznik nemotivovane, bez vonkajšieho podnetu.

V súbore našich pacientov by u dvoch pacientov (kazuistika 2 a 3) priebeh a psychopatologická symptomatika ako aj základná epileptická diagnóza zodpovedali syndrómu epileptózy, kým u ďalších dvoch (kazuistika 1 a 4) by boli naplnené

kritériá interiktálnej schiziformnej psychózy, ktorá býva dávaná do súvislosti s epileptickou aktivitou v temporálnych lalokoch (Perez a spol., 1985).

Do klinickej problematiky epileptikov výrazne zasahujú aj faktory psychogénne a sociálne, predstavujúce pre postihnutého dominantný problém, ktorému sa na druhej strane venuje obyčajne menej pozornosti. Ďalšou dôležitou kapitolou, ktorej sme však v tejto práci nevenovali pozornosť, je psychofarmakoterapia psychických porúch pri epilepsii.

Od rozvoja nového odboru – neuropsychiatrie si sľubujeme zlepšenie komplexného riešenia aj epileptologickej problematiky, doteraz „kompetenčne“ nie dosť úspešne delenej medzi odborními neurológie a psychiatrie.

Literatúra

Faber J. a spol.: Epileptóza - syndrom limbické léze. Česká a Slovenská psychiatrie, 91, 1995, č. 6, s. 327-351.

Faber J.: Vzťahy medzi psychotickými a epileptickými syndromy. Psychiatrie, 2001, Suppl. 2, s. 28-29.

Faber J. a spol.: Epileptosis - a syndrome or useless speculation? Sborník lékařský, 97, 1996, č. 1, s. 71-95.

Hovorka J., Herman E.: Neuropsychiatrické aspekty u epilepsie. Česká a Slovenská psychiatrie, 2001, s. 1-16.

Perez M., Trimble M.R., Murray N.M.F., Reider I.: Epileptic psychosis: An evaluation of PES profiles. The Brit. J. Psych., 146, 1985, s. 155-163.

Šťastný V., Pokora J., Kastroňová T.: Příspěvek k diferenciální diagnostice epileptických psychóz. Česká a Slovenská psychiatrie, 94, 1998, č. 3, s.137-142.

Lemke R., Rennert H.: Epilepsien und andere Anfallskrankheiten. In: Neurologie und Psychiatrie. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1979, s. 392-395.

Do redakcie došlo 11.2.2004.