

Epileptické a psychogenní neepileptické záchvaty: přínos jednotné terminologie a možnosti psychoterapeutické péče

Mgr. Dana Chmelařová^{1, 2, 3}, MUDr. Hana Vacovská¹

¹Neurologická klinika FN Plzeň

²Psychiatrická klinika FN Plzeň

³Lékařská fakulta UK Plzeň

Přehledový článek se v první části zaměřuje na diferenciální diagnostiku epileptických (ES) a neepileptických (NES), především psychogenně podmíněných záchvatů (PNES). Zamýšlí se nad potížemi, které mohou vzniknout následkem nejednotné mezioborové terminologie. V druhé části nabízí nové možnosti psychoterapie u pacientů s PNES a pacientů s kombinací ES a PNES. V závěru je uvedena kazuistika pacientky, u které byla, vzhledem k diagnóze kombinované ES a PNES záchvaty, zavedena kromě antiepileptické medikace i psychoterapie. Konkrétně byla využita Leunerova katatymně imaginativní psychoterapie (KIP). Je zdůrazněna nutnost multidisciplinární spolupráce neurologa, psychiatra a klinického psychologa.

Klíčová slova: epileptické záchvaty, psychogenní neepileptické záchvaty, diferenciální diagnostika, psychoterapie, katatymně imaginativní psychoterapie.

Epileptic and psychogenic non-epileptic seizures: benefits of uniform terminology and psychotherapeutic treatment options

In the first part the overview article is focused on the differential diagnostics of epileptic (ES) and non-epileptic (NES), mostly psychogenic non-epileptic seizures (PNES). It emphasizes the difficulties which can occur as a result of disunited interdisciplinary terminology. In the second part the article offers new possibilities of psychotherapy in patients with PNES and patients with combined EP and PNES. At the end of the article there is a case report of a female patient with the diagnosis of combined EP and PNES seizures; the patient has been treated both antiepileptic medication and psychotherapy. Specifically, katathym imaginative psychotherapy (KIP; also known as guided affective imagery, GAI) has been used. The article shows the necessity of interdisciplinary cooperation of a neurologist, psychiatrist, and clinical psychologist.

Key words: psychogenic non-epileptic seizures, epileptic seizures, differential diagnosis, psychotherapy of PNES, katathym imaginative psychotherapy.

Psychiatr. praxi 2012; 13(2): 54–57

Úvod

Epilepsie (EP) je jedním z nejčastějších chronických neurologických onemocnění, a to jak u dospělých, tak u dětských pacientů. Její incidence se ve vyspělých zemích pohybuje mezi 24–53/100 000 jedinců za rok, v rozvojových zemích je až trojnásobně vyšší (1). Vyskytuje se v jakémkoliv věku a uvádí se, že až u 5 % populace se někdy za život objeví alespoň jeden epileptický záchvat. Spojení EP s psychickými poruchami, především úzkostí, depresí, suicidálním chováním, kognitivním deficitem či psychotickými příznaky, je úzké. V poslední době je však stále více v popředí zejména problematika diferenciální diagnostiky mezi epileptickými a neepileptickými, především psychogenně ovlivněnými záchvaty.

Klasifikace

V dostupné literatuře panuje značná nejednotnost jednak v rámci jednotlivých atributů klasifikace a zároveň i nejednotnost v oblasti terminologie. Pro přehlednost zde předkládáme klasifikaci v tabulkách (1–3).

Základem diferenciální diagnostiky je odlišení ES (tabulka 1) a neepileptických záchvatů (NES), přičemž neepileptické záchvaty rozdělujeme do dvou skupin, a to na somaticky podmíněné (tabulka 2) a psychogenně podmíněné (PNES) (tabulka 3). Oproti výše uvedené klasifikaci se dle semiologické klasifikace záchvatů neepileptické záchvaty označují jako paroxysmální události (2).

V rámci PNES se nejednotnost klasifikace a terminologie projevuje v několika následujících oblastech. U nevědomě navozených záchvatů někteří autoři užívají termín konverze jako synonymum k termínu disociace (1, 3).

Setkáme se však i s odlišením těchto dvou termínů vycházejícím z odlišného vzniku obranných psychických mechanismů. V tomto případě je *disociace* chápána jako obranný mechanismus, který jedinec nevědomě použije, když jeho psychika není schopna se vyrovnat s určitým psychickým obsahem. Může nastat i u relativně zralého a psychicky vyrovnaného jedince za situace neúnosné traumatizace (např. když je obětí znásilnění, přepadení, havárie apod.). *Konverze* je psychický mechanismus, vlivem kterého je pro pacienta neúnosný psychický soubor pocitů, přání a myšlenek na-

Tabulka 1. Klasifikace EP záchvatů dle ICES, 1981 (1)

Parciální	počáteční klinické projevy nebo EEG obraz svědčí pro počátek záchvatu v jedné hemisféře	
	Simplexní	bez narušení vědomí
	Komplexní	s narušeným vědomím
Generalizované	zapojení obou hemisfér, vědomí bývá narušeno (absence, myoklonické záchvaty, klonické záchvaty, tonicko-klonické záchvaty, atonické záchvaty)	
Neklasifikované epileptické záchvaty	záchvaty, u kterých není dostatek údajů ke klasifikaci nebo které svou povahou nezapadají do žádné z výše uvedených kategorií	

Tabulka 2. Somaticky podmíněné neepileptické záchvaty (1, 5)

Dospělí	Děti	
	Typy záchvatů	Věk obvyklého výskytu
Oběhové poruchy	Neepileptické novorozenecké záchvaty	NV, KV
Metabolické a endokrinní poruchy	Apnoe, tonická protahování, třesy, dystonické ataky, kmenové deliberační fenomény	NV, KV
Toxické a lékové vlivy, abstinenční příznaky	Výrazné úlekové reakce, hyperekplexie (stiff baby syndrom, startle disease)	NV, KV, PDD
Cerebrovaskulární příhody	Familiární syndrom rektální bolesti	NV, KV, PDD
Periodické obrny	Benigní novorozenecké spánkové myoklonie	NV, KV
Paroxysmální vertigo	Patologické neepileptické myoklonie	NV, KV, PDD
Extrapyramidové hyperkinézy	Otřásání se, chvění se (shuddering attacks), epizody třesu	KV, BV
Poruchy spánku	Afektivní záchvaty	NV, KV, BV
	Sandifer syndrom a gastroezofageální reflux	NV, KV
	Masturbace	KV, BV, PV, ŠV a PDD
	Spasmus nutans	KV, BV, PV
	Syndrom kývavé panenky	KV, BV, PV
	Opsoclonus-myoclonus syndrom	BV, PV, ŠV
	Benigní paroxysmální tonická deviace pohledu nahoru v dětství	KV, BV
	Paroxysmální spánkové poruchy NREM a REM spánku	BV, PV, ŠV, A a u některých PDD
	Stereotypy	KV, BV, PV, ŠV a PDD
	Migréna, migrenózní ekvivalenty a paroxysmální příhody v dětství s předpokladem patogenetického vztahu k migréně	BV, PV, ŠV, A a u některých PDD
	Paroxysmální pohybové poruchy	KV, PV, ŠV PDD
	Hyperventilační syndrom akutní a chronický	ŠV a PDD
	Neepileptické psychogenní záchvaty v dětství a adolescenci	ŠV a PDD
Poznámky: Typizace věku: NV – novorozenecký věk, KV – kojenecký věk, BV – batolecí věk, PV – předškolní věk, ŠV – školní věk, A – adolescence, PDD – přesah do dospělosti		

Tabulka 3. Psychicky podmíněné neepileptické záchvaty (1, 3)

Nevědomě navozené záchvaty	Disociace (konverze) – nejčastěji disociativní křeče, disociativní porucha motoriky a disociativní fuga, somatoformní porucha	
Vědomě navozené záchvaty	Předstírané poruchy	■ Jsou z větší části kontrolované vědomím ■ Vedou k přímému dosažení určitých zisků ■ Často se vyskytují u pacientů se známkami disharmonického vývoje osobnosti nebo s rozvíjející se poruchou osobnosti
	Simulace	Vědomě předstírání potíží s předem vy kalkulo vaným ziskem (např. získání ID)
Poruchy osobnosti a chování	např. Münchhausenův syndrom a jeho varianty	
Afektivní záchvaty (u dětí)		
Panické ataky		

hrazen tělesným příznakem, většinou alterací senzorických a motorických onemocnění (4, 5). To znamená, že nepřítomnost traumatické události v životě pacienta (což je z naší praxe běžná situace) nevylučuje PNES a naopak umožňuje užití odlišných terapeutických možností s větší výtežností pro pacienta. V klasifikaci MKN-10 jsou psychické poruchy vznikající jak mechanismem disociace, tak konverze zařazeny společně do skupiny F44 disociativní (konverzní) poruchy. V klasifikaci DSM IV je kategorie disociační poruchy a somatoformní poruchy. Konverzní porucha je řazena jako podkategorie somatoformních poruch.

Nejednotnost panuje i v klasifikaci Münchhausenova syndromu a Münchhausenova syndromu

by proxy. Domníváme se, že u Münchhausenova syndromu je primární porucha osobnosti (1, 3), a není proto vhodné jej řadit pod vědomé poruchy (5). V MKN10 je Münchhausenův syndrom řazen pod jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých (F 68). Tato diagnóza zároveň vylučuje simulaci (Z76.5) a Münchhausenův syndrom v zastoupení (T74.8).

V neposlední řadě vnímáme i diagnosticky velmi obtížné odlišení simulace a předstírané poruchy v rámci záchvatů s vědomou kontrolou a zároveň i odlišení záchvatů s vědomou kontrolou a bez vědomé kontroly.

Dále musíme brát v úvahu, že v dětském věku se neepileptické záchvaty významně liší od záchvatů v dospělosti (tabulka 2). V dětství

a adolescenci je tedy rovněž často řešena diferenciální diagnostika mezi ES a PNES (6).

Dle semiologické klasifikace záchvatů mezi epileptické záchvaty řadíme i tzv. „hypermotorické záchvaty“, což jsou pohyby zejména trupu a končetin, imitující normální pohyby, které jsou ale v dané situaci neadekvátní a obyčejně postrádají smysl. Pohyby se stereotypně opakují a vytvářejí dojem činnosti. Záchvat trvá často méně než minutu a vědomí může být zachováno. Negativní nález na EEG a bizarní vzhled při zachovaném vědomí může vést i k chybné diagnóze neepileptických záchvatů psychogenních (7).

Výraznou heterogenitu PNES považujeme za překážku, která značně komplikuje jednot-

nou klasifikaci do podskupin podle převažující etiologie.

Jako nejčastější psychiatrická komorbidita u nemocných s ES a PNES je uváděna depresivní porucha, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti.

Vývoj terminologie PNES z historického pohledu

PNES popsal již Hippokrates, jasně je oddělil od epileptických a pojmenoval je hysterickými. Disociační podklad hysterie poprvé uvádí do medicínské literatury Moreau de Tours. K největšímu rozkvětu studia hysterie dochází na konci 19. století v Paříži, kde pod Charcotovým vedením sledují vztah sexuality, hypnotického transu, sugestibility a hysterické konverze Janet a Freud. Sám Charcot pokládá záchvaty za hlavní příznak hysterie (hysterie major) a ostatní konverzní příznaky za hysterii minor. Věřil však i v přítomnost organické léze jako podkladu záchvatů. Janet zakládá dodnes uznávané teoretické podklady čistě psychické etiologie hysterických záchvatů, jejich disociativní podklad a vztah k předchozímu duševnímu traumatu v minulosti (8). Freud pracuje nejprve obdobně se sexuální traumatem, nicméně později přechází k populárnější teorii hysterie: transformace-konverze neuskutečněných sexuálních prožitků a následného psychického rozporu do tělesných příznaků (9). V průběhu 20. století se od termínu hysterie postupně upouštělo z důvodu, že byl mezi laickou veřejností značně zprofanován a získal negativní pejorativní nádech. Užívaly se pak termíny hysterioepilepsie, konverzní záchvaty či pseudozáchvaty. Poslední pojem je dnes považován za nevhodný, zlehčující a není již doporučován (10). V současné epileptologii je tedy užíván termín psychogenní neepileptické záchvaty (PNES). Rozumíme tím záchvatovitě se vyskytující stavy, které připomínají záchvaty epileptické, ale nejsou podmíněny EP výbojem mozku, ale mechanismy psychogenními. Semiologie PNES je velmi různorodá, protože nejde o jednu chorobu, ale o souhrnné označení skupiny symptomů, které se vyskytují u různých psychiatrických poruch (1). Nejednotnost terminologie je dále komplikována jednostranně zjednodušujícím pohledem některých lékařů, a to jak ze strany neurologů, tak i ze strany psychiatrů, kteří ztotožňují PNES pouze s disociativními poruchami (zejména disociativními křečemi). Rovněž panuje nejednotnost oproti americkým psychiatrům ohledně shodného původu konverzních záchvatů a disociativních poruch, nyní však převažuje tendence ke sjednocení podle

MKN-10 pod diagnózou disociativní záchvaty (4, 9). Jako podmět k mezioborové diskuzi výše uvádíme model, který vychází z rozdělení psychicky podmíněných záchvatů dle úrovně jejich vědomé, respektive nevědomé kontroly.

Diferenciální diagnostika

Základní diagnostická rozvaha tedy musí zahrnovat, kromě podrobného anamnestického rozboru a odlišení somatických příčin záchvatů, laboratorní metody (hlavně u záchvatů vyvolaných metabolickými či toxickými noxiemi) a EEG – jehož výtěžnost je však proměnlivá (chybění iktálního EEG korelátu není výjimečné u záchvatů parciálních simplexních, ale i některých parciálních komplexních). Diagnosticky obtížné je například rozpoznání hypermotorických záchvatů. Nejvýtěžnějším prostředkem pro odlišení ES a PNES je video-EEG monitorace. Skutečnost, že diferenciální diagnostika ES a PNES není snadná, potvrzují literární zdroje, podle nichž zhruba pětina až čtvrtina dospělých pacientů vedených pod diagnózou farmakorezistentní EP ve skutečnosti trpí jinými (neepileptickými) záchvaty (1). Nesprávná diagnóza může být podložena i přítomností léze na MRI mozku u pacientů s neurologickými komorbiditami. Agresivní antiepileptická a symptomatická léčba, při nerozpoznané přítomnosti PNES, včetně ventilační podpory, s sebou nese potenciální závažné nežádoucí účinky. Správná a časná diagnóza PNES může předejít významnému iatrogennímu poškození neadekvátní léčbou i úmrtí pacienta (11). Nejobtížnější zřejmě zůstává péče o pacienty s farmakorezistentní epilepsií. Tato skupina pacientů často zahrnuje pacienty, u nichž dochází ke kombinaci ES a PNES (viz kazuistika). Stejně tak u pacientů, u nichž byla indikována a následně úspěšně provedena resekcční operace pro farmakorezistentní EP, se mohou nově objevit psychogenní záchvaty a paranoidní projevy (12). U některých nemocných totiž může dojít k dramatickým rozporům mezi uspokojivým epileptologickým efektem (vymizení záchvatů či výrazná redukce jejich frekvence) a podstatným zhoršením v subjektivním prožívání, vedoucím k vyvinutí nových čistě psychogenních neepileptických záchvatů (13) a v extrémních případech až k sebevraždě (14).

Důsledky nejednotnosti klasifikace/terminologie

Důsledkem nejednotnosti v klasifikaci a terminologii může dojít až k špatné diagnóze v konkrétním případě. Tak například nenalezení traumatické události v životě pacienta by tedy

mohlo vést k mylnému odvrácení se od možnosti přítomnosti psychogenních faktorů (jak se v praxi bohužel opakovaně stává) a odesílání pacientů z psychiatrické či psychologické ambulance zpět k neurologovi s tím, že PNES nebylo potvrzeno. Cílem péče o nemocné s PNES, případně o pacienty s kombinací PS a PNES, je časné a pozitivně (tedy ne způsobem „nejde o epilepsii“) stanovit diagnózu, zabránit opakování záchvatů a dosáhnout vymizení základní psychopatologie (15). Nesprávně vedená léčba s sebou nese významné zbytečné riziko léčby antiepileptiky a invazivními, potenciálně zdraví ohrožujícími zákroky.

Bagatelizace PNES není na místě. Ukazuje se, že pacienti s PNES a epilepsií vnímají svůj život jako stejně stresující, což ovlivňuje kvalitu nejen jejich života, ale i života jejich blízkých. Medicínské a ekonomické aspekty PNES pak mají i celospolečenskou dimenzi (15).

Z pohledu psychologa je pak vhodné pro různé druhy PNES užít různé druhy PT – a zde je zase důležitým východiskem správná a jasně deklarovaná diagnóza.

Terapeutické a psychoterapeutické (PT) možnosti při léčbě EP a PNES

Na základě výše uvedeného historického pohledu a popsané etiologie potíží doporučujeme běžně užívané terapeutické přístupy, tzn. zejména kognitivně behaviorální terapii a relaxační techniky, rozšířit i o další terapeutické techniky – u pacientů s PNES a v určitých případech i u pacientů s kombinací ES a PNES.

- Kognitivně behaviorální (KBT)
- Autoregulační a relaxační (autogenní trénink, dechová-relaxační cvičení apod.)
- Sugestivní a hypnotická PT
- Imaginační a psychoanalytická PT
- Rodinná a skupinová PT

Psychoterapie je hlavním léčebným přístupem u pacientů s PNES. Dosud však o ní byly publikovány takřka výhradně retrospektivní nerandomizované studie a i podle nich je jejich účinnost nepotvrzená (15). Chybí literatura, která by srovnávala různé terapeutické postupy. Je zřejmé, že významnou roli hraje motivace pacienta.

Většina studií vyznívá ve smyslu, že pacienti léčení si vedou lépe než pacienti neléčení za předpokladu individualizovaného přístupu a obzvláště při využití kombinace několika terapeutických postupů (15).

Závěr

Diferenciální diagnostika ES a PNES je velmi komplikovaná, špatná diagnóza může vést

až k iatrogenním poškozením pacienta. Situace je, mimo jiné, i významně komplikována nejednotnou klasifikací PNES. Tato nejednotnost vychází vždy z různého úhlu pohledu autora dané klasifikace a účelu daného členění. Často vede k vzájemným mezioborovým nepochopením a v konečném důsledku může vést i ke špatné diagnóze či ne zcela ideální terapii. Jeví se jako nezbytné, aby diferenciální diagnostika i následná péče byly záležitostí multidisciplinární a neurolog, psychiatr i klinický psycholog mluvili „stejnou řečí“.

Kazuistika

Čtyřiatřicetiletá pacientka trpěla 5 let záchvaty v trvání do jedné minuty, při kterých nemohla mluvit, přestávala slyšet. Z počátku byla frekvence 2x/měsíc, postupně však vzrůstala. Po několika měsících se začaly projevovat záchvaty se ztrátou vědomí. Byly ve vazbě na změnu spánkového režimu, menstruaci a větší psychickou zátěž. Bylo provedeno CT i MR s normálním nálezem. Na EEG byl zachycen abnormní graf s nespécifickou pomalou abnormitou fronto-temporálně vlevo. Přes opakovanou úpravu léčby nedochází k podstatnějšímu ovlivnění záchvatové frekvence a po dvou letech byl stav hodnocen jako farmakorezistentní EP se záchvaty parciálními komplexními. Z toho důvodu byla doporučena video-EEG monitorace. Ve video záznamu se podařilo zachytit jeden, vnějšími faktory vyvolaný neepileptický záchvat, začínající poruchou artikulace až zárazem řeči, chvěním svalstva brady, rukou a stáčením špiček nohou dovnitř a končící pláčem. Tento stav byl ukončen po několika minutách trvání aplikací placebo. Po dobu trvání záchvatu byl v EEG normální záznam intermitentně přerušovaný svalovými artefakty. Specifické epileptické grafoelementy (EP GE) nezastiženy. Vzhledem k průběhu a k výsledku hospitalizace i k dosavadnímu průběhu léčby, kdy byla prakticky nulová odpověď na antikonvulzivní léčbu včetně antikonvulziv 3. generace, byl stav uzavírán jako F44.1 neepileptické v. s. disociativní záchvaty a bylo přistoupeno k postupnému snižování medikace.

Po pěti dnech prodělala pacientka dva záchvaty se stáčením hlavy a bulbů, se sliněním, následovaly klonické křeče. Při následné 2. hospitalizaci byly na EEG zastiženy specifické EP GE (ostré vysokovoltážní vlny z pásma theta) vlevo FT až FCT s ojedinělou generalizací. Po úpravě antiepileptické léčby se již tento typ záchvatů neopakoval. Celkově byl tedy stav uzavírán jako epilepsie, záchvaty parciální simplexní přecházející v komplexní s následnou generalizací a di-

sociativní záchvaty v rámci úzkostné poruchy, tedy kombinaci ES a PNES. V této době bylo také uskutečněno první psychologické vyšetření. Pacientce byla doporučena další systematická psychoterapeutická (PT) péče.

Užité PT techniky

Mimo základních technik, jako je pozorování, rozhovor a zejména velmi podrobné snímání osobní i rodinné anamnézy, byla užitá technika Rogersovské PT k podpoření otevřenosti v sebeprojevování a navození pocitu bezpečné sounáležitosti. K zvládání neepileptických záchvatů, které ji velmi zatěžovaly v běžných životních situacích a navozovaly silný pocit úzkosti a které v počátečních obdobích PT hrozily až transformací do sociální fobie či panické ataky, byl prováděn nácvik autoregulační a relaxační techniky. Za předpokladu, že cílem záchvatů vycházejících z nevědomé roviny je nastolení ztracené rovnováhy narušené intrapsychickým konfliktem, o kterém však pacientka není schopna na vědomé úrovni referovat, bylo nutné užití některé hlubinně orientované techniky. Byla zvolena Leunerova katatymně imaginativní psychoterapie (KIP), tzn. imaginativní technika katatymního prožívání obrazu. Tato technika využívá relaxovaného stavu se změněným vnímáním k přehrávání a odžití závažných životních situací dle určitého scénáře. Umožňuje pacientovi nalézat nový přístup k řešení problému. Terapeut je zde průvodcem pacientovi, jenž se snaží aktivně zvládnout konflikt, který v době vzniku či následně odsunul do nevědomí jako neřešitelný. V neposlední řadě byl přínosný i rozbor nočních snů, zejména v souvislosti s nočními záchvaty.

Výsledky psychoterapie

Téměř po dvou letech psychoterapeutické péče došlo k významnému snížení počtu záchvatů a prodloužení doby bez záchvatů až na několik měsíců. Po čtyřech letech od počátku léčby prodělala 1 záchvat po výraznější fyzické zátěži v horkém počasí. Došlo k významnému snížení a později až vymizení anxiózních rysů a anxiózního prožívání zátěžových situací. V dalších 5 letech pokračuje antiepileptická farmakoterapie již bez PT, pacientka je dobře kompenzována s výskytem zcela ojedinělých záchvatů ve vazbě na významnou fyzickou zátěž či významný spánkový deficit (16).

Závěr

Díky KIP byl u pacientky s diagnózou disociativní záchvaty v rámci úzkostné poruchy cca po 8 měsících odhalen intrapsychický konflikt

ve spojení s traumatickou událostí, o kterém pacientka nebyla schopna na vědomé úrovni referovat a který byl dále terapeuticky zpracováván. **Odhalení intrapsychických konfliktů transformovaných do záchvatových projevů je záležitostí dlouhodobou a v naprosté většině případů je nelze diagnostikovat během jednoho či dvou sezení s klientem.**

Literatura

1. Brázdil M, Hadač J, Marušíč P, et al. Farmakorezistentní epilepsie. Praha: Triton, 2011: 13–23, 161–175.
2. Lüders HO, et al. Semiological Seizure Classification, Epilepsia vol 1998; 39(9): 1006–1013.
3. Brázdil M. Záchvatové stavy neepileptického původu. Neurol. prax 2010; 11(3): 144–146.
4. Seifertová D, Praško J, Höschl C. (eds). Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Medical Tribune CZ; 2004: 293–303.
5. Ošlejšková H, et al. Neepileptické záchvaty imitující epileptické v dětství a adolescenci. Neurol. prax 2010; 11(3): 147–153.
6. Bodde NM, Brooks JL, Baker GA, et al. Psychogenic non-epileptic seizures-diagnostic issues: a critical review. Clin Neurol Neurosurg 2009; 111(1): 1–9.
7. Marušíč P, Tomášek M. Atlas epileptických záchvatů. Triton Praha 2003: 18: 19.
8. Nežádal T. Autoreferát dizertační práce: Psychogenní neepileptické záchvaty – využití video-EEG monitorování. Praha 2010: Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc: 6.
9. Bowman ES. Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. Psychiatric Clinics of North America 2006; 29(1): 185–211.
10. Hovorka J, Nežádal T, Bjaček M, et al. Psychogenní neepileptické disociativní záchvaty – nejčastější psychická porucha napodobující epilepsii. Psychiatr. praxi 2007; 3: 114–117.
11. Reuber M, Baker GA, Gill R, et al. Failure to recognize psychogenic nonepileptic seizure may cause death. Neurology 2004; 62: 834.
12. Preiss J, Vojtěch Z. Kvalita života po resekcční operaci pro farmakorezistentní epilepsii. Čes a slov. Psychiat. 2007; 103(4): 175–183.
13. Parra J, Iroarte J, Kanner A, et al. De novo psychogenic nonepileptic seizures after epilepsy surgery. Epilepsia 1988; 39: 474–477.
14. Blumer D. Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis. In: Trimble MR, Schmitz B, (eds): The neuropsychiatry of epilepsy. Cambridge, Cambridge University Press, 2002: 107–116.
15. Vojtěch Z. Psychogenní neepileptické záchvaty u dospělých. Neurol. prax 2010; 11(3): 157–160.
16. Chmelařová D. Využití psychoterapie u pacientů s kombinovanými epileptickými a neepileptickými záchvaty. Čas. Lék. čes. 2005; 144: 557–559.

Článek doručen redakci: 29. 11. 2011

Článek přijat k publikaci: 3. 2. 2012

Mgr. Dana Chmelařová
LF UK Plzeň, PK a NK FN Plzeň
Alej Svobody 80, 300 00 Plzeň
chmelarova@fnplzen.cz

