

a strachem z onemocnění, resp. ze smrti. Za hlavní podněty vedoucí k úzkostnému prožívání označují sami pacienti ztrátu pocitu autonomie, strach z budoucích komplikací, nutnost vypořádávat se ze změnami zdravotního stavu a nedostatečnou podporu od profesionálů a zdravotního systému (Pinto, 2021). Změny zdravotního stavu (invalidní vozík, ztráta řeči, pseudohypersalivace) vedou nezhvědku k sociálně fobickým symptomům, které nemocné izolují a vedou k zanedbávání symptomatické terapie. Nutnosti nasazení farmakoterapie (SSRI, BZD) se mnohdy vyhne identifikací a odstraněním stresoru a řádnou edukací. Neznalost problematiky onemocnění a strach z neznámého jsou mnohdy zdrojem masivní úzkosti. Zejména v období diagnostického procesu a poté v terminální fázi onemocnění je v tomto ohledu také velmi přínosná podpůrná intervence ze strany psychologa.

### Závěr

I přesto, že v současnosti neexistuje dostatečně účinná kauzální terapie ALS, koncept multioborové péče zaměřený na řešení dílčích

**Tab. 4.** Příklady užívaných psychofarmak a jejich dávkování u psychiatrických poruch vyskytujících se u ALS

Psychiatrická porucha	Používané skupiny léčiv	Příklady látek, dávkování
Behaviorální příznaky ALS-FTSD	trazodon, SSRI při přetrvávající symptomatice tiaprid, antipsychotika II. generace	citalopram 20 mg, 1-0-0 sertralin 50 mg, 1-0-0 trazodon 75 mg na noc tiaprid 50 mg, např. 1-0-1, dále titrace dle efektu, quetiapin 25 mg, 0-0-0-1, dále titrace dle efektu
Pseudobulbární afekt	SSRI	citalopram 10 mg, 1-0-0
Depresivní porucha	SSRI, SNRI	citalopram 20 mg, 1-0-0 sertralin 50 mg, 1-0-0 venlafaxin 75 mg, 1-0-0
Úzkostné poruchy	SSRI, BZD	escitalopram 10 mg, 1-0-0 citalopram 20 mg, 1-0-0 alprazolam 0,5 mg nárazově

komplikací onemocnění společně s důrazem na adekvátní edukaci nemocných a jejich rodin umožňuje významně zlepšit kvalitu života nemocných. Předpokládá se, že správná diagnostika a terapie psychiatrických poruch doprovázejících ALS má potenciál prodloužit dobu přežití, nesporně ulehčuje život samotným pacientům a jejich rodinám, zlepšuje compliance nemocných a adherenci k podpůrným terapeutickým přístupům. Explorace psychiatrických poruch vyžaduje vzhledem k motorickému deficitu dostatečný časový prostor, cílené

pátrání po možné psychopatologii a objektivní informace od pečující osoby. Farmakoterapie nekomplikovaných stavů zahrnuje podávání antidepressiv SSRI, TCA, resp. antipsychotik 2. generace v nízkých dávkách a může být plně v kompetenci ošetřujícího neurologa. Příklady užívaných psychofarmak a jejich dávkování u psychiatrických poruch vyskytujících se u ALS shrnuje tabulka 4. Komplikované stavy zahrnující behaviorální příznaky ALS-FTSD, stavy neklidu a refrakterní deprese, patří do rukou psychiatra.

### LITERATURA

1. Abrahams S, Goldstein LH, Al-Chalabi A, et al. Relation between cognitive dysfunction and pseudobulbar palsy in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62(5):464-472. doi: 10.1136/jnnp.62.5.464.
2. Averill AJ, Kasarskis EJ, Segerstrom SC. Psychological health in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler*. 2007;8(4):243-54. doi: 10.1080/17482960701374643.
3. Beldman E, Raaphorst J, Klein M, et al. The cognitive profile of behavioural variant FTD and its similarities with ALS: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2018; 89(9):995-1002. doi:10.1136/jnnp-2017-317459.
4. Bezdíček O, Marková L, Sošová N, et al. Pilotní studie Edinburské kognitivně-behaviorální zkoušky pro amyotrofickou laterální sklerózu na české populaci. *Cesk Slov Neurol N*. 2018;81(2):208-212. doi:10.14735/amcsnn2018208.
5. Cummings JL, Arciniegas DB, Brooks BR, et al. Defining and diagnosing involuntary emotional expression disorder. *CNS Spectr*. 2006;11(S6):1-7. doi:10.1017/s1092852900026614.
6. De Carvalho M, Matias T, Coelho F, et al. Motor neuron disease presenting with respiratory failure. *J Neurol Sci*. 1996;139:117-122.
7. De Marchi F, Sarnelli MF, Solara V, et al. Depression and risk of cognitive dysfunctions in amyotrophic lateral sclerosis. *Acta Neurol Scand*. 2019;139(5):438-445. doi: 10.1111/ane.13073.
8. Floeter MK, Katipally R, Kim MP, et al. Impaired corticopontocerebellar tracts underline pseudobulbar affect in motor neuron disorders. *Neurology*. 2014;83(7):620-627. doi: 10.1212.
9. Goldstein LH, Abrahams S. Changes in cognition and behaviour in amyotrophic lateral sclerosis: nature of impairment and implication of assessment. *Lancet Neurol*. 2013;12(4):368-80. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70026-7.
10. Hanna J, Feinstein A, Morrow SA. The association of pathological laughing and crying and cognitive impairment in mul-

11. Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. 2002; 895 s. ISBN 80-9001301-5.
12. Kamminga J, Leslie FV, Hsieh S, et al. Syntactic comprehension deficits across the FTD-ALS continuum. *Neurobiol Aging*. 2016;41:11-18. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.201602.002.
13. Khishchenko N, Allen KD, Coffman CJ, et al. Time to diagnosis in the National Registry of Veterans with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler*. 2010;11(1-2):125-32. doi: 10.3109/17482960802572681.
14. Lochhead JD, Maguire GA, Nelson MA. Pseudobulbar Affect Versus Depression: Issues in Diagnosis and Treatment. *Psychiatric Times*. 2018; 35(7).
15. Maessen M, Veldink JH, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide in amyotrophic lateral sclerosis: a prospective study. *J Neurol*. 2014;261(10):1894-901. doi: 10.1007/s00415-014-7424-6.
16. Miller A, Pratt H, Schiffer RB. Pseudobulbar affect: the spectrum of clinical presentation, etiologies and treatments. *Expert Rev Neurother*. 2011; 11(7):1077-1088. doi:10.1586/ern.11.68.
17. Olney NT, Goodkind MS, Lomen-Hoerth C, et al. Behaviour, physiology and experience of pathological laughing and crying in amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*. 2011;134(Pt 12):3458-69. doi: 10.1093/brain/awr297.
18. Pinto-Grau M, Donohoe B, O'Connor S, et al. Patterns of Language Impairment in Early Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Neurol Clin Pract*. 2021;11(5):e634-e644. doi: 10.1212/CPJ.0000000000001006.
19. Poeck K. Pathologisches Lachen und Weinen bei bulbärer myatrophischer Lateralsklerose. *Dtsch Med Wochenschr*. 1969; 94(7):310-314. doi:10.1055/s-0028-1108948.

20. Rabkin JG, Albert SM, Del Bene ML et al. Prevalence of depressive disorders and change over time in late-stage ALS. *Neurology*. 2005;12:65(1):62-7. doi:10.1212/01.
21. Roos E, Mariosa D, Ingre C, et al. Depression in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology*. 2016;14:86(24):2271-7. doi: 10.1212/WNL.0000000000002671.
22. Rusina R, Matěj R, Cséfalvay Z, et al. Frontotemporal dementia. *Cesk Slov Neurol N*. 2021; 84/117(1):9-29. doi: 10.48095/cccsnn20219.
23. Strong MJ, Abrahams S, Goldstein LH, et al. Amyotrophic lateral sclerosis- frontotemporal spectrum disorder (ALS-FTSD): revised diagnostic criteria. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2017;18(3-4):153-174. doi: 10.1080/21678421.2016.1267768.
24. Thakore NJ, Pioro EP. Laughter, crying and sadness in ALS. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017;88(10):825-831. doi: 10.1136/jnnp-2017-315622.
25. Tsai RM, Boxer AL. Therapy and clinical trials in frontotemporal dementia: past, present, and future. *J Neurochem*. 2016;138(Suppl 1):211-221. doi:10.1111/jnc.13640.
26. Uhrová T, Roth J. *Neuropsychiatrie*. Praha: Maxdorf. 2020; s. 965 s. ISBN 978-80-7345-619-1.
27. van ES MA, Hardiman O, Chio A, et al. Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet*. 2017;390(10107):2084-98.
28. Young FG, Nguyen D. Treatment of pseudobulbar affect (PBA) in a patient with a history of traumatic brain injury, partial brain resection, and brainstem stroke: a case report. *J Med Case Rep*. 2020;14(1):235. doi: 10.1186/s13256-020-02525-3.
29. Yunusova Y, Ansari J, Ramirez J, et al. Frontal anatomical correlates of cognitive and speech motor deficits in amyotrophic lateral sclerosis. *Behav Neurol*. 2019;2019:9518309. doi: 10.1155/2019/9518309.