

- pacienti s EPI - často klienty NPS ambulancí
- EPI je jedním z nejčastějších neurologických onemocnění (úzce souvisí s kognitivními a behaviorálními procesy)
- řada pacientů je v aktivním věku - řeší problematiku pracovního uplatnění, charakteru vzdělávání nebo vzdělavatelnost obecně, invalidních důchodů, řidičských průkazů, průkazů ZTP nebo ZTP/P
- zde všude má NPS nezastupitelné místo
- specializované epileptologické ambulance nebo specializovaná centra pro léčbu epilepsie a epileptochirurgii (Brno, Praha) nemohou bez NPS existovat

INFORMACE

- jedno z nejčastějších neurologických onemocnění; cca 50 mil. lidí na celém světě
- prevalence 0.4-1% ve vyspělých zemích, v rozvojových až dvojnásobek
- incidence 24-53/100000 jedinců za rok, v rozvojových zemích 3x
- v ČR více než 70000 pacientů s aktivní EPI
- def. - chronické neurologické onemocnění mozku charakterizované opakovanými záchvaty a abnormálními výboji mozkových neuronů
- ke stanovení dg je nutný výskyt alespoň dvou nevyprovokovaných záchvatů
- 1-4% populace prodělá v životě zcela ojedinělý EPI záchvat většinou situačně podmíněný (porucha životosprávy, spánková deprivace, nadměrná zátěž organismu,...)

- EPI podle etiologie
- **idiopatické** - primární, kdy nelze žádnými dostupnými prostředky zjistit příčinu vzniku onemocnění; možné jsou i nerozpoznané vlivy genetické
- **symptomatické** - sekundární; příčina známá či předpokládaná (např: traumatické poškození mozku včetně poškození perinatálního, vývojové abnormality a genetické vlivy, nádorová onemocnění, infekce mozku, příčiny cévní, degenerativní, metabolické a toxické)
- předpoklad - každý z nás má určitou "záchvatovou pohotovost" - pouze u části populace dochází k rozvoji onemocnění - souhra více faktorů - vnitřních dispozic mozku, organismu jako celku a vnějších vlivů
- míra záchvatové pohotovosti kolísá s věkem - vysoká v dětství kolem druhého roku, v pubertě, v dospívání se snižuje a vzrůstá po 65.-70. roku
- lehce vyšší výskyt EPI u mužů než u žen

- klasifikace EPI dle charakteru záchvatů
- **parciální (fokální, ložiskové)** - klinické projevy záchvatu a/nebo EEG nálezy svědčí pro počátek záchvatu v některé z částí jedné mozkové hemisféry a lokalizace záchvatu následně koreluje s jeho klinickými projevy; dále se dělí dle toho zda dojde či nedojde k poruše vědomí a zda dojde k následnému rozvoji generalizovaného záchvatu
- **aura** - pacienti pocítují první příznaky přicházejícího záchvatu; např: pocity tepla či tlaku na hrudi, v oblasti žaludku, iluze již viděného či prožitého, sluchové či zrakové pseudohalucinace,..; pocit, “že na ně záchvat přichází”
- **primárně generalizované záchvaty** - klinické projevy záchvatu naznačují zapojení obou mozkových hemisfér; nemívají fokální počátek, bývají bez aury, k poruše vědomí dochází dle typu záchvatu
- **absence** - zahledění
- **tonicko - klonické záchvaty** (dříve grand mal)
- **neklasifikovatelné** EPI záchvaty - nelze je blíže klasifikovat nebo nezapadají do výše uvedených kategorií

- diferenciálně diagnosticky se odlišují záchvaty neepileptické; jsou dvojí etiologie
 - **somaticky podmíněné** - v důsledku oběhových poruch, metabolických a endokrinních poruch, toxických a lékových vlivů, migrén, cerebrovaskulárních příhod, periodické obrny, extrapyramidových hyperkinéz, poruch spánku,...
 - **psychicky podmíněné** - psychogenní neepileptické záchvaty (psychogenic nonepileptic seizures PNES) - disociační poruchy, panické ataky, poruchy osobnosti a chování, vědomě navozené záchvaty, ..

- primárně farmakologická - antiepiletická medikace + dodržování zásad životosprávy - spánkový režim, vynechání užívání návykových látek (včetně alkoholu)
- přídatná léčba PST nebo psychiatrická
- při standardní léčbě příznivá prognóza, u 70% pacientů po čase dojde k úplnému vymizení záchvatů, mnohdy i k vymizení specifického nálezu na EEG
- avšak asi u 20-30% pacientů ani při správné léčbě nejde dosáhnout bezzáchvatového stavu = **epilepsie farmakorezistentní** (refrakterní, intraktabilní)
- v ČR asi 20000 pacientů s refrakterní EPI, metodou léčby je pak epileptochirurgie

- klinicko-psychologické vyšetření je indikováno:

- po prvním záchvatu a dále v průběhu onemocnění dle indikace ošetřujícího neurologa
- při subjektivních a/nebo objektivních změnách v oblasti KF (paměť, pozornost, intelekt,..)
- při změnách nebo poruchách osobnosti, chování, emotivity, nálady a sociability

- NPS vyšetření je indikováno za účelem

- zhodnocení úrovně KF (kvantitativně i kvalitativně) nebo nerovnoměrností mentálního či psychomotorického vývoje (u dětí)
- předoperační lateralizace a lokalizace oblastí funkčního oslabení (ve vztahu k mozkovým strukturám)
- predikce možných rizik pooperačních deficitů u epileptochirurgické léčby
- pooperačního sledování
- sledování efektu farmakoterapie
- diferenciální diagnostiky somaticky a psychogenně podmíněných záchvatů (PNES)
- diagnostiky osobnosti, poruch nálady, úzkostných poruch
- posudková činnost (ID, ZTP)

- řada pacientů kompenzována, není nutné se obávat dalších záchvatů
- pokud se objeví, často stačí počkat na jeho odeznění (pokud se nejedná o závažnější formy záchvatů generalizovaných nebo pokud se pacient při záchvatu neohrožuje na zdraví) - vhodné na začátku vyšetření se zeptat na míru aktuální kompenzovanosti záchvatů a jejich charakter
- specifika na straně onemocnění - rizikové faktory, které alterují KF a behaviorální aspekty pacientovy osobnosti, i kvalitu jeho života: vlastní EPI záchvaty (věk počátku vzniku záchvatů, frekvence a charakter, trvání a etiologie), charakter léze, užívaná medikace
- obecně - čím dříve EPI vypukne, čím déle trvá, tím výraznější může být dopad na KF
- čím vyšší frekvence záchvatů a čím jsou delší, tím může být větší dopad na KF (markantně záchvaty generalizované, nejvýrazněji status epilepticus - stav, kdy jeden záchvat navazuje na druhý, aniž by u pacienta došlo k návratu vědomí po dobu minimálně 30 minut)

- klíčový fakt

- pacienti, kde záchvaty v důsledku progresivního degenerativního mozkového onemocnění mívají KD typicky; stejně tak pacienti s MR mají vyšší incidenci výskytu EPI, včetně farmakorezistentní; pacienti s fokální mozkovou lézí mohou vykazovat specifické kognitivní nebo behaviorální deficity při jinak poměrně kvalitním kognitivním profilu
- obecná zkušenost - pacienti s EPI hodnotí a vnímají své KD jako výraznější a závažnější, než se objektivně prokáže NPS vyšetřením
- ve fázi dekompenzace onemocnění - kognitivní výkony budou více alterované; nutnost zvážit, zda pokračovat ve vyšetření, pokud v jeho průběhu vznikne záchvat
- absence nebo některé typy parciálních záchvatů nejsou obvykle překážkou k dokončení vyšetření
- po generalizovaných záchvatech mohou být pacienti unavení, spaví, dezorientovaní - nejsou schopni další spolupráce
- antiepiletická léčba - není vhodné administrovat vyšetření, když má pacient sníženou nebo vysazenou medikaci (z důvodu video EEG monitorace, potažmo ve spojení se spánkovou deprivací), nebo v době nasazování nové medikace
- antiepiletická léčba má dopad na kognitivní procesy - např. fenobarbital, primidon, benzodiazepiny, fenytoin, karbamazepin - útlum, kognitivní zpomalení, poruchy pozornosti a učení se
- rizikovým faktorem je rychlá titrace léku, vyšší hladiny léku v krvi nebo polyterapie
- některé antiepiletické léky stabilizují náladu (karbamazepin, valproát, lamotrigin) nebo mají anxiolytický efekt (gabapentin, pregabalin)

- kromě standardních položek (definování účelu, základní anamnestické údaje, základní údaje o onemocnění, psychiatricko-psychologická anamnéza, zhodnocení kvality spolupráce, emotivity, aktuálního psychického stavu, psychopatologie, intelektového nadání a dalších specifických schopností - paměťových schopností, exekutivních fcí včetně pozornosti a kvality myšlení, zhodnocení symbolických, gnostických, praktických a vizuoprostorových schopností) také zhodnocení laterality, dle kontextu rozvahy o případné lateralizaci nebo topizaci funkčního oslabení KF
- u kontrolního vyšetření posouzení míry deteriorace/stabilizace/zlepšení KF, jejich změny v čase
- u pacientů v rámci epileptochirurgického programu též posouzení míry motivovanosti k zákroku a kvality spolupráce
- specifickou oblastí je hodnocení úrovně KF, osobnostní zralosti, samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy v běžném životě u pacientů s těžší MR nebo u mladších dětských pacientů - zde zaměření spíše na zhodnocení vývojové úrovně jednotlivých schopností

- k hodnocení intelektu - WAIS-III nebo WISC-III, užívaných u progresivních mánie zavádějící
- taktéž užití screeningových metod (MMSE nebo ACE-R) je pro pacienty s EPI nedostačující
- v praxi nemusíme nutně nacházet deterioraci v oblasti intelektu; manifestovat se mohou parciální specifické deficity, které korelují např. s lokalizací epileptogenní zóny (např: u pacientů s EPI FL můžeme pozorovat nižší výkony v subtestech Symboly, Opakování čísel, Podobnosti, Skládání objektů)
- určení typu laterality umožňuje vyslovit předpoklad, která z mozkových hemisfér je dominantní, na základě toho lze usuzovat i na lateralizaci některých kognitivních procesů
 - u naprosté většiny praváků je dominantní levá hemisféra (90-95%), u leváků levostranná hemisferální dominance (63-75%)
- z testových metod k diagnostice laterality - Matějčkův test laterality; Edinburgh Handedness Inventory
- ze strany neurologů požadavek na lokalizaci a lateralizaci funkčního postižení KF a jeho vztahování k neuroanatomickým nebo funkčním korelátům mozku
- v praxi se pak osvědčuje dělení EPI ve vztahu k jednotlivým lalokům mozku

LALOKU - TLE (TEMPORAL LOBE EPILEPSY)

- TL nejvíce epileptogenní část lidského mozku
- většina pacientů s TLE patří do skupiny medikamentózně obtížně ovlivnitelných, farmakorezistentních případů
- TLE má dopad jak na KF, tak na osobnost
- u TLE se specificky zaměřujeme na paměťové schopnosti, vizuospaciální fce, řeč, sluchovou percepci, rozpoznávání rytmů a případně tónových sekvencí
- u pacientů s TLE dominantního TL - potíže v oblasti manipulace a zpracování verbálního materiálu, deficity ve verbální paměti a učení se, rekognice verbálních obsahů, slov a hlasů (sluchová agnózie), řečové percepcie (senzorická afázie) - nejčastěji v iktálním nebo postiktálním období; výjimečně potíže ve čtení (alexie)
- u pacientů s TLE nedominantního TL – potíže v oblasti neverbální paměti a učení se, v rekognici vizuálních obsahů a tváří (prozopagnózie), v neverbální komponentě řeči (intonace, tempo, akcent), dále v oblasti prostorové orientace a paměti (zde rozhodující spolupodíl parietálního kortexu), rozpoznávání rytmů, tónových sekvencí (amuzie)

- stran konceptu lateralizace a modální specifikace paměťových fcí - záleží na testových metodách
- pacienti s levostrannou TLE - nižší výkony při učení se logicky nesouvislému verbálně-auditivnímu materiálu (seznam slov, párové asociace), paměť pro logicky souvislý materiál je relativně stabilní
- obdobný mechanismus i u pravostranné TLE - naší přirozenou tendencí je si vizuální paměťové podněty verbalizovat a připisovat jim sémantické významy
- proto je vhodné při hodnocení neverbální paměti více naslouchat výsledkům paměťových zkoušek, které jsou abstraktního rázu - Brief Visuospatial Memory Test, Bentonův test vizuální retence, subtest Vizuální reprodukce WMS-III, nebo subtest Tváře WMS-III, případně Rey-Osterriethova komplexní figura
- pacienti s lézí i v laterálním temporálním kortexu - potíže v sémantické paměti
- pac. s lézemi v mediálních temporálních oblastech (včetně hipokampu) - potíže v oblasti epizodické složky paměti

- paměťové testy
 - komplexní - WMS-III; Recognition Memory Test
 - jednodimenzionální - CVLT, RAVLT, subtest Opakování čísel, ROCFT, BVRT, Brief Visuospatial Memory Test
- testy vizuospaciálních fcí a paměti - ROCFT, Kostky z WAIS-R, Prostorový rozsah z WMS-III, Brief Visuospatial Memory Test
- testy sluchové a řečové percepce - Wepmanova-Matějčkova zkouška, Zkouška dichotického naslouchání
- testy řečových fcí - Western Aphasia Battery, Boston Diagnostic Aphasia Examination, Token Test, Screeningový test afází autorů Halsteada a Wepmanna, Boston Naming Test

LALOKU - FLE (FRONTAL LOBE EPILEPSY)

- její etiologie je většinou kryptogenní nebo symptomatická
- vzhledem k pestrému propojení FL s dalšími strukturami jsou NPS koreláty bohaté
- kognitivní i behaviorální deficity
- zejména oblast prefrontálního kortexu je spojována s vyššími mentálními procesy - anticipace, plánování, iniciace, rozhodování, kontrola nálady
- u pac. s lézemi v oblasti dorzolaterálního PFC - exekutivní dysfunkce, poruchy motorického programování, pracovní paměti, znovuvybavování a znovupoznávání, poruchy cílené fluence (verbální, vizuální)
- pac. s lézemi v orbitofrontálních oblastech - potíže při rozhodování pod tlakem, v oblasti kontroly impulzivního jednání, osobnostní změny a poruchy chování (podrážděnost, disinhibici, hypomanii)
- léze v oblastech (ventro) mediálních - dopad na exekutivní fce, pozornost, iniciaci a záměrnost našeho jednání, schopnost inhibice a na poruchy chování (apatie, netečnosti, poklesu iniciativnosti)

- mapujeme opět exekutivní fce, pozornost, myšlení, paměť – (konkrétně pracovní paměť, epizodickou + řazení událostí v čase + prospektivní paměť, procedurální a deklarativní paměť, znovupoznání a vybavení již uložených informací, asociační učení), řečové schopnosti, motorické schopnosti (programování pohybů; v návaznosti na léze v dominantní hemisféře se pak vzácně objevuje ideomotorická apraxie či naprostá agrafie)
- typicky užívané testy v souvislosti s FLE
- Wisconsinský test třídění karet, Test Londýnské věže, Stroop Test, Trail Making Test, zkoušky cílené verbální fluence (sémantické, lexikální) + zkoušky cílené vizuální fluence, Test kognitivního odhadu, Frontal Assessment Battery (FAB), Behavioral Dyscontrol Scale (BDS), testy motorických, řečových a praktických schopností

LALOKU - PLE (PARIETAL LOBE EPILEPSY)

- vyskytuje se méně často, obtížné stanovení diagnózy
- nižší četnost výskytu i sporá záchvatová symptomatologie a rychlé šíření paroxyzmální aktivity v počátku do ostatních laloků, a to i kontalaterálně - sekundárně výrazný dopad na kvalitu KF, které primárně s parietálními oblastmi nesouvisí
- u pac. nacházíme potíže v oblasti pozornosti, symbolických schopností (mohou vykazovat sy akalkulie, alexie, agrafie, apraxie - včetně motorického sekvencování), v oblasti somatosenzorických fcí (taktilní agnózie, taktilní extinkce)
- alterované výkony ve zkouškách hodnotících orientaci v tělesném schématu (agnózie poznávání prstů, autotopagnózie - neschopnost pojmenovat nebo lokalizovat části těla) a pravo-levou orientaci
- vzhledem k fčímu propojení temporo-parieto-okcipitálních (T-P-O) oblastí - dopad i na vizuomotorické a vizuospaciální schopnosti - potíže při lokalizaci předmětu v prostoru, narušení schopnost odhadnout vzdálenost a směr, topografická paměť, schopnost kopírovat nebo kreslit komplexnější obrazce

- u pac. s PLE specifické syndromy
- **1. Gerstmanův** - v důsledku lézí angulárního gyru dominantní hemisféry
 - agnózie prstů, prostá agrafie (agrafie bez alexie), porucha pravo-levé orientace, akalkulie
- **2. Neglect** - vzniká při lézích nedominantního parietálního, vzácně FL
 - porucha pozornosti pro kontralaterální polovinu prostoru bez ohledu na modalitu podnětu, extinkce (taktilní a zraková), anozognózie (popírání deficitu), anozodiaforie (lhostejnost vůči vnímané poruše funkcí), hemi akineze

- **zkoušky symbolických schopností** - nespecifické zkoušky nebo subtesty z komplexních baterií hodnotících kvalitu řečových fcí a afází
- **testy konstrukčně-praktických a vizuospaciálních schopností** - Test kresby hodin - kola, domu, květiny; ROCFT; BVRT; Bender-Gestalt Test; Kostky z WAIS-III
- **testy taktilní percepce, motoriky a praxe** - nestandardní zkoušky; Testy apraxií; Finger Tapping Test; Hand Dynamometr; Tactile Form Perception

LALOKU - OLE

- není moc častá, tvoří méně než 10% všech fokálních EPI
- okcipitální oblasti jsou klíčové pro vizuální procesy; fčně souvisí s mnoha dalšími KF - hlavně proto, že většinu informací z okolí zpracováváme za pomoci zraku
- pac. s lézemi na T-O pomezí - vizuální agnózie, kdy perceptivní agnózie je spojována s pravostrannými lézemi, oproti tomu asociační agnózie u lézí levostranných
- pac. s lézemi na P-O pomezí - pravostranně vykazují abnormality ve vnímání hloubky, formy a prostorových vztahů; mohou mít problém rozpoznat komplexní objekty, tváře (prozopagnózie) nebo barvy (achromatopsie)
- k často používaným NPS testům patří - Visual Object and Space Perception Battery (VOSP); Face Recognition Test; ROCFT; Benton Judgment of Line Orientation (JLO); případně nespecifické zkoušky


EPILEPTOCHIRURGIE - NPS ASPEKTY

- NPS - nedílná součást týmu; participuje na diagnostickém procesu - výběr vhodných kandidátů, upřesnění lokalizace epileptogenní léze, vyjádření se k případným pooperačním rizikům stran KF a kvality spolupráce), na pooperačním sledování, podporuje a provází pacienty či jejich rodinné příslušníky - formou podpůrné psychologické péče nebo PST


- součást preoperačních vyšetření
- administruje NPS ve spolupráci s neurologem, radiologem a laborantem EEG
- na počátku je zavedena skrz tříslu kanyla do jedné z arteria carotis interna - pacient má za úkol si zapamatovat prezentované paměťové podněty
- pak do arterie aplikována účinná látka, která na přechodnou dobu “vyřadí” z fce převážnou část příslušné hemisféry (převážnou část KF, včetně paměti a řeči; zajišťuje pouze druhá z hemisfér) **X** v tento okamžik je prezentována druhá alternativní série podnětů k zapamatování, současně je hodnocena kvalita řeči včetně expresivní složky, porozumění, vyhovění požadavkům, pojmenovávání, čtení a počítání
- po odeznění látky dotazy na prezentované podněty před aplikací (retrográdní paměťový materiál) a po aplikaci látky (anterográdní paměťový potenciál)
- pacient vybavuje formou volného vybavování, ale též znovupoznávání; výkon hodnocen kvantitativně i kvalitativně
- test administrován postupně pro obě mozkové hemisféry

- smyslem testu je:
 - určení lateralizace řeči a tím i dominance hemisfér (při nástřiku dominantní - afázie)
 - zmapování lateralizace mnestických fcí - umožňuje vyslovit předpoklad o pooperačních rizicích v oblasti paměti (pac. by měl podat lepší výkony v návaznosti na fungování hemisféry kontralaterální k předpokládanému epileptogennímu ložisku)
 - predikce lateralizace předpokládané epileptogenní oblasti mozku
- v posledních letech snaha nahradit tento test fMR

- metodou následné epileptochirurgické léčby jsou resekční zákroky - neurochirurgické odstranění části nebo celé předpokládané epileptogenní zóny či léze; dále kalosomie, hemisferektomie, alternativní přístupy - stereotaktická radiologie a termoléze
- pokud není vhodná neurochirurgická léčba - další metody: zavedení systému stimulace vagového nervu; implantace systému DBS - hluboké mozkové stimulace
- specifickou oblastí je participace NPS v rámci tzv. **awake craniotomy** (AC) - probíhá jako běžná operace, pacient je v průběhu při vědomí a komunikující; nejčastěji je účelem prevence poškození kognitivních, řečových nebo motorických fcí
- úkolem NPS je pacienta zákrokem provést a udržovat s ním kontakt, administrovat jednoduché testy - zaměřené na hodnocení kritických schopností, u nichž hrozí vlivem operace poškození; důležitá je souhra celého týmu

- 
- po operační léčbě - NPS - pravidelná kontrolní vyšetření, sledování pooperačního zlepšení kognitivního a psychického stavu - výsledek redukce či vymizení EPI záchvatů
 - v oblasti KF - nejčastěji stabilizace výkonového PM tempa, pozornosti, někdy i paměťových fcí (nelze zobecňovat)
 - v psychické oblasti - redukce anxiety a depresivního ladění, vzrůst sebejistoty a sebedůvěry
 - zlepšení zdravotního stavu má dopad i na sociálně-pracovní začlenění pacienta - snížení stupně invalidity

- kromě KD, změny chování, osobnosti, poruchy nálady, jiná psychiatrická symptomatologie
- lidé s EPI mají obecně více psychiatrických komorbidit než běžná populace; častější u pacientů s TLE oproti FLE; může být přítomna v iktálním období i interiktálně
- nejčastěji depresivní poruchy 40-60%; úzkostné poruchy 20-40%; psychotická symptomatologie 2-8%; častější je výskyt sy ADHD, suicidálních tendencí, i poruch osobnosti
- u pac. s TLE jsou poruchy osobnosti charakteristické specifickými syndromy
 - Gastautův-Geschwindův sy - tendence k hypergrafii, hyperreligiozitě, nadměrné moralizování, hyposexuality, viskozita - excesivní tendence k dotýkání se a blízkosti v sociálním kontaktu, iritabilita
 - Kluverův-Bucyho sy- hypersexualita, hyperoralita, placidita (klidnost, mírnost, úbytek agresivity), vizuální agnózie, změny ve stravování, poruchy paměti
- pac. s pravostrannou TLE - prohloubení emocionálního prožívání, tendence ke smutku, hypermoralizování **X** s levostrannou TLE - ruminace v myšlení, intelektualizování

- 
- z testových metod
 - zhodnocení kvality nálady - posuzovací škály depresivní nebo úzkostné symptomatologie - Beck, Hamilton, Zung
 - komplexnější škály hodnotící kvalitu aktuálního stavu - SCL-90; komplexní testy osobnosti - MMPI-2, ROR

SOCIÁLNÍ ROZEMÁTKA O EPI

- EPI významně ovlivňuje sociální aspekty života a jejich seberealizaci - výběr profese, nalezení partnera, založení rodiny, volnočasové aktivity, limituje držení ŘP, zbrojního průkazu
- těžší forma onemocnění neumožní separaci od pečujících osob, plné dozrání osobnosti, převzetí plné zodpovědnosti za svůj život
- v této souvislosti NPS pomáhá
 - vyšetřením v rámci posudkového řízení z důvodu přidělení ID
 - zhodnocením KF a osobnostního potenciálu a míry samostatnosti / závislosti v rámci posudkového řízení pro držení průkazky ZTP nebo ZTP/P
 - při hledání pracovního uplatnění a sociální seberealizace pacienta - navázání kontaktů se svépomocnými organizacemi a využitím možností podpory sociálního systému státu je důležitá spolupráce se sociálními pracovníky a optimálně rodinou
 - v oblasti držení či vracení ŘP - vhodné dopravně-psychologické vyšetření na specializovaném akreditovaném pracovišti
- z dotazníkových metod pro hodnocení subjektivní kvality života pacientů s EPI - WPSI - Washingtonský psychosociální dotazník pro záchvatová onemocnění; QOLIE - Quality of Life in Epilepsy