

Klinikai pszichológia a neurológiában

1. Epilepsziához társuló pszichológiai zavarok és kezelésük, rehabilitáció

2. Pszichogén rohamok felismerése és kezelése

dr. Békés Judit

Neurológiai kórképek jellegzetességei

Krónikus betegség + speciális jellemzők

- Maradványtünetek (pl. stroke)
- Progrediáló (pl. SM, Parkinson-kór)
- Tünetek: fejfájás, szédülés – októl függő
- **Meggyógyuló -krónikus – változó - epilepszia**

Epilepszia – betegség jellemzők

Gyakoriság 1.stroke

2. epilepszia

- leggyakoribb csecsemőkben és idős emberekben
- gyermekeknél mintegy 1%-os, felnőttekben 0.5 %-os gyakoriság
- gyermekkori epilepsziák mintegy fele felnőtt korra megszűnik

60 -100 000+ az érintett családtagok

Felosztás: eredet, ok

szimptomás epilepsziák :

- valamilyen helyi agyi szerkezeti eltérés, pl. agykérgi fejlődési zavar, agydaganat, sérülés, gyulladósos góc, vérellátási zavar, vagy bevérzett terület stb...
- temporális lebeny - leggyakoribb

idiopátiás epilepszia:

- a kérgi idegsejtek aktivitásának tartós kóros megváltozása idegrendszeri roham készség – öröklött hajlam, genetikai eredet
- ismeretlen eredet

aktivizálódás

- biológiai tényező (alvásmegvonás, fényingerek, láz stb.)
- stressz hatás?

Felosztás/2

Részleges vagy teljes bevontság

fokális

generalizált

Tipikus tünetegyüttállások–szindrómák

Legyakoribb rohamok:
tónusos-klónusos generalizált roham
absence
komplex parciális roham

Komplex parciális roham

<https://img.medscape.com/pi/meds/ckb/78/6678.mp4>

Complex partial seizure. Typical temporal lobe seizure with oral (chewing) and manual automatisms. Note the clear loss of awareness (patient unable to follow commands).

https://www.youtube.com/watch?v=Jj9_QNkoZ0c

<https://www.youtube.com/watch?v=EvtWoWCKlvk>

Leggyakoribb rohamok:
tónusos-klónusos generalizált roham
abscence
komplex parciális roham

Tónusos-klónusos generalizált roham (GM)

Generalized tonic clonic of idiopathic generalized epilepsy. Increased tone in all extremities associated with an epileptic cry followed by rhythmic clonic movements

<https://img.medscape.com/pi/meds/ckb/82/6682.mp4>

Abscence

<https://www.youtube.com/watch?v=mWK-oqwrJz0>

<http://www.epilepszia.hu/cikkek/galeria-erdekessegek/205/arnyekbol-a-fenybe>

Epilepszia jellemzők - kezelés

- Gyógyszeres: 60-70 % tünet mentesíthető
- Műtéti: 70-80 %-a tünet mentesíthető
- VNS Vagus Nervus Stimuláció, DBS Deep Brain Stimulation
- Ketogén diéta
- Rohamfrekvencia csökkentés – nem-gy. módszerek- EEG biofeedback, rohamgátló öningerlés, éberségi szint szabályozás

Klinikai pszichológia - epileptológia

- Diagnosztika - társuló pszichopatológiai zavarok, coping, erőtart.
pszichiátriai szövődmények **depresszió, szorongás, suicid készlet és kísérlet**
- Differenciáldiagnosztika - pszichogén rohamok (PNES)
- Pszichoterápia
- Pszichoedukáció
- Rehabilitáció
- Gondozás-orvos-beteg-család kapcsolat
- Compliance - együttműködés

Specifikus pszichológiai tényezők:

- kiszámíthatatlanság és rejtett hendikep
- kontroll vesztés- életvezetés, pszichés ruha
- sérüléstől, haláltól való félelem (SUDEP -sudden unexpected death in epilepsy, 500/év/ UK)
- saját testhez való negatív viszonyulás
- stigma és diszkrimináció

Epilepszia- betegség pálya (trajectory) különböző állomásai :

- első (nyilvános) roham
- ismétlődő r. -diagnózis alkotás-közlés !!!
- tünetmentesítés !
- tünetmentesítés nem sikeres !!!
- műtéti lehetőségének felvetése
- nem műthető !
- műtét –sikeres !!
- fennmaradó rohamok !!!

Pszichológiai zavarok

- szorongásos állapotok, roham fóbia, izoláció
- stressz mint rohamprovokáló tényező
- hangulati zavarok – depresszió, a szuicidium veszélye 3-4-szer magasabb, mint az átlagnépességben
- diszfunkcionális családi folyamatok (overprotektívitas -dependencia-átrendeződés)
- gyógyulási krízis, a normalitás terhe (burden of normality) szindróma (Bladin), elvesztett évek (lost years)
- ?epilepsziás személyiség? agresszivitás?

Hangulati zavarok-depresszió lehetséges okai

- biológiai komponensek (temporális lebeny e.)
- veszteségek
- tanult tehetetlenség

Tanult tehetetlenség

- Seligman és Overmeier (1967) - állatkísérletek (hatás: passzivitás, fásultság, étvágy és sexuális érdeklődés csökkenése, tanulási képesség deficit)
- Hiroto és mtsai (1974) - embereknél (+ alacsonyabb probléma megoldási képesség, kevesebb nyílt agresszió és versengés, magasabb betegség kockázat)

Attribúciós vagy magyarázó stílus jegyek: pesszimista

- globális
- stabil
- belső

negatív események

- specifikus
- átmeneti
- külső

pozitív események

Mérés: többféle kérdőív ill. a CAVE technika - tartalomelemzés,
Optimizmus-pesszimizmus - reménytelenség kérdőívek

TT -módosított elmélet: attribúciós stílus

- attributional v. explanatory style

(Seligman 1975, vmint Abramson és mtsai, 1978)

- konzisztensen jellemző, de beavatkozásra reagáló

Pszichoterápiás hatásvizsgálatok

- eredet: korai veszteség
szocializációs tapasztalatok

Epilepsziás betegekkel folytatott vizsgálatok

- 143 TLE 73/70 műtét e. kivizsgálás
Beck, CES-Depresszió skála, Optimism/ Pessimism Scale
 - nem, kor, betegség indulása, oldaliságtól függetlenül
a negatív attribúciós stílus és a depresszió összefüggése

Hermann, BP., *Learned Helplessness, Attributional Style, and Depression in Epilepsy*. *Epilepsia* 1996, 37(7):680-6

- review: rohamoknak való kitettség függ össze a depresszió mértékével
(szülők, PNES is)

Hoppe, C., Elger CE., *Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective*. *Nature Reviews Neurology*, 2011 7, 462–472

Stressz -epilepszia

**60-70 % trigger – csoportra jellemző: emocionális sérülékenység
generalizált szorongás zavar, depresszió**

UC Comprehensive Epilepsy Centre 2 vizsgálat

- **266 - 219 STRESS (+) 81%**
- **85% krónikus stressz- 68% akut stressz**
- **57% stresszkezelő módszer (jóga, mozgás, meditációs)**
- **88% rohamszám csökkenés**
- **25% STRESS (-) subjects 71% javulás**
- **roham előjelző, bejósolás**

Stressz -epilepszia

- epilepszia kialakulása, indulása – stressz?
- korai életkori tartós traumatizáció hatása – állatkísérletek – fejlődési, szerkezeti változás
- külső stresszorok hatása – provokálatlan rohamok
okozati, kockázatnövelő ?

Christensen et.al -dániai utánkövetéses vizsgálat 1980 - 1996 év szülők - gyermek halálának egészségügyi hatása - része

- epilepszia kockázatát 50 % növelte (kórházi v. ambuláns szakrendelés)
- apáké első 3 évben kétszeres, aztán visszatér a nem érintett csoport értékéhez
- az anyák kockázata az egész vizsgált időszakban magasabb marad

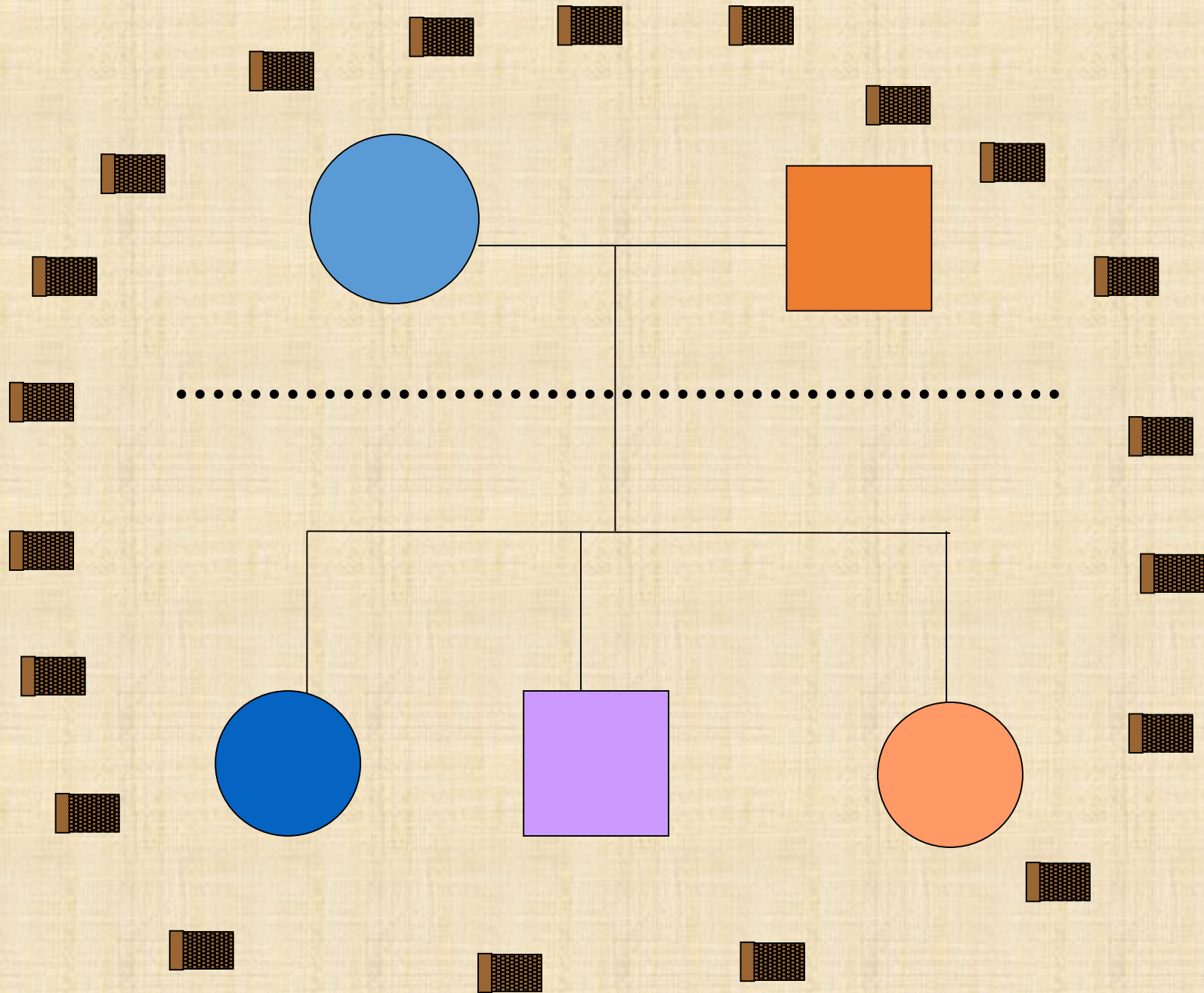
Stress and epilepsy: a population-based cohort study of epilepsy in parents who lost a child.

Christensen J, Li J, Vestergaard M, Olsen J.

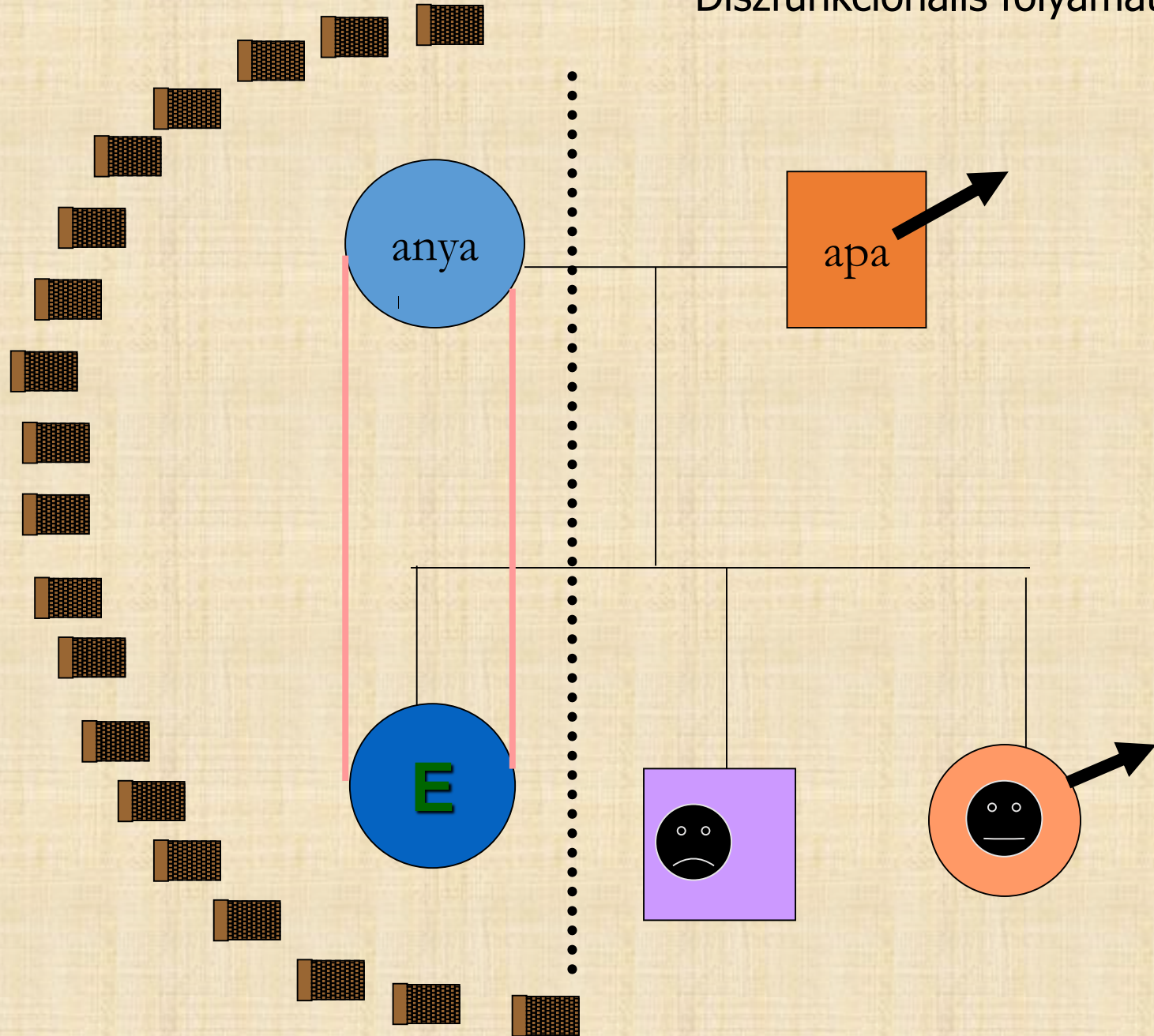
Epilepsy Behav. 2007 Nov

Pszichológiai zavarok

- szorongásos állapotok, roham fóbia
- stressz
- hangulati zavarok – depresszió, a szuicidium veszélye 3-4-szer magasabb, mint az átlagnépességben
- diszfunkcionális családi folyamatok (overprotektívitás - dependencia- átrendeződés)
- gyógyulási krízis, a normalitás terhe (burden of normality) szindróma (Bladin) az elvesztett évek (lost years)



Diszfunkcionális folyamatok - epilepszia



Pszichológiai zavarok

- szorongásos állapotok, roham fóbia
- stressz
- hangulati zavarok – depresszió, a szuicidium veszélye 3-4-szer magasabb, mint az átlagnépességben
- diszfunkcionális családi folyamatok (overprotektivitás - dependencia- átrendeződés)
- gyógyulási krízis, a normalitás terhe (burden of normality) szindróma (Bladin) az elvesztett évek (lost years)

Gyógyulási krízis

Hosszú betegségstörténet után bekövetkező „drámai” egészségessé válás (pl.műtét) – feldolgozási folyamatának jellemzői

1. Pszichiátriai jellegű tünetek- paradox gyógyulási hatás: a műtét utáni tartósan fennmaradó szorongás és hangulati zavar, pszichogén rohamok
a tünetmentes csoport egyharmadánál depresszív tünetek, az öngyilkossági ráta emelkedett marad
2. Emocionális, életvezetési zavarok:
 - a normalitás terhe szindróma:
felfokozott aktivitás az elveszett évek és lehetőségek bepótlására,
vagy nagyfokú passzivitás, dermedtség a
hirtelen fellépő elvárások és felelősségek nyomásában
 - a betegszerep elengedésének nehézségei,
a családi és környezeti kapcsolati rendszer átalakulása

PSZICHOTERÁPIÁS, PSZICHOSZOCIÁLIS METODIKÁK

- rohamfrekvencia csökkentése
- pszichoedukációs programok - self-kontroll, a betegség helyretétele
- egyéni pszichoterápia (eklektikus)
- családterápia és csoportterápia pszichodráma
- komplex rehabilitáció
- fizikai tréning -hardiness és testkép

preventív szemlélet

Roham frekvencia csökkentése- beavatkozási lehetőségek

- aura kiváltó tényezők és
- magas roham rizikójú állapotok beazonosítása
- éberségi szint
- stressz kezelés
- életvezetési egyensúly- alvás

Stressz kezelés

- Autogén tréning, progresszív relaxáció
- Mindfulness – meditáció
- Jóga
- Fizikai aktivitás (futás, gyaloglás)
specifikus és nem-specifikus hatás

Tang V., Poon W.S., and Kwan P.: *Mindfulness-based therapy for drug-resistant epilepsy an assessor-blinded randomized trial* . Neurology 2015;85:1100–1107

Pszichoedukáció-”Képzett beteg”

- 3-4 nap, 12-14 beteg és hozzátartozó
- Információ átadás - képzett beteg és emocionális feldolgozás
- coping stratégiák- adaptatív

Érzelmeik kifejezése

Vágyteljesítő fantázia

Önhibáztatás

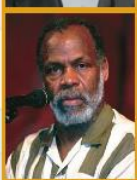
Veszély minimalizálás

Információ keresés

Kognitív átstrukturálás -kihívás

Rehabilitáció





*Munkát, értelmes elfoglaltságot keresel? Fejlesztened fizikai, szellemi kondíciódat?
Társaságra, programokra vágysz?*

Vár a



VALENTIN HÁZ

Az OPNI Epilepszia Centrum, a BBEC Alapítvány és az EsErnyő Alapítvány közös tevékenysége alapján a következő programokban való részvételre van lehetőség az 1998 óta működő Valentin Házban:

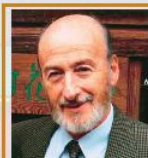
- Epilepszia oktatás – epilepsziával élők és hozzátartozóik részére
- Egyéni rehabilitációs és neuropszichológiai felmérés
- Autogén tréning-csoportos relaxáció – stresszkezelés
- Kézműves műhely, kreatív és ergoterápiás foglalkozások
- Munkavállalási és álláskereső tanácsadás
- Munkaterápiás foglalkozások
- Képzési tanácsadás, számítógépes tanfolyamok szervezése
- Egyéni, csoport és családterápia az epilepszia negatív pszichológiai következményeinek felszámolására
- Memória tréning
- Fizikai edzés programok (futás, önvédelmi sportok, pingpong)
- Klubnapok, Nyílt Napok

A Valentin Házban szívesen látunk mindenkit, akinek az epilepszia miatt nehézségei vannak.

Jelentkezni minden péntek délelőtt 10–12 között lehet személyesen, illetve telefonon a 391-54-60-as számon hétköznap 8–16 óra között.

Budapest – Bethel Epilepszia Centrum Alapítvány, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest 1021, Húvösvölgyi út 116.

A plakát elkészítését a Soros Alapítvány támogatta.



Dr. Halász Péter
epilepszia
program-igazgató



Dr. Békés Judit
szakpszichológus,
szakmai vezető



Mihalik Zsuzsa
gyógyfoglalkoztató



Bieliczky Edit
gyógyfoglalkoztató



Csorba Simon
művészeti tanár



Rehabilitációs módszerek

Képzett beteg-pszichoedukációs program

Stressz kezelési módszerek

Neuropszichológiai fejlesztési módszerek

Egyéni, csoport és családterápia

Ergoterápia, kreatív terápia, fizikai fitness foglalkozások

Képzési és foglalkoztatási tréningek

Közösségi programok

Rehabilitációs folyamat

- pszichológiai, neuropszichológiai és szociális felmérés
- rehabilitációs terv készítése, rehabilitációs szerződés megkötése
- a személyiségben és környezetében rejlő tartalékok, erőforrások feltárása, család bevonása a rehabilitációs folyamatba
- rehabilitációs folyamat kivitelezése: neuropszichológiai és pszichoszociális fejlesztés, pszichoterápiás kezelés
- képzési, munkavállalási tanácsadás
- utógondozás

Rehabilitáció - korrektív emocionális folyamat

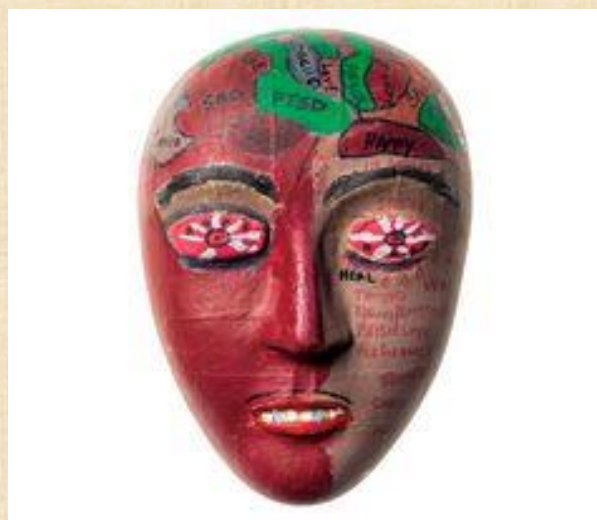












**Pszichogén Nem Epilepsziás
Rohamok/PNER
diagnosztika és terápiás lehetőségek**

**DSM-5 Konverziós zavarok rohamokkal vagy görcsökkel
BNO10 Disszociatív konvulziók**

Konverzió – emocionális – testi – szimbolikus jelzés

Disszociáció - megszűnik az integráció az emlékek, az identitástudat, pillanatnyi érzések, testmozgások között

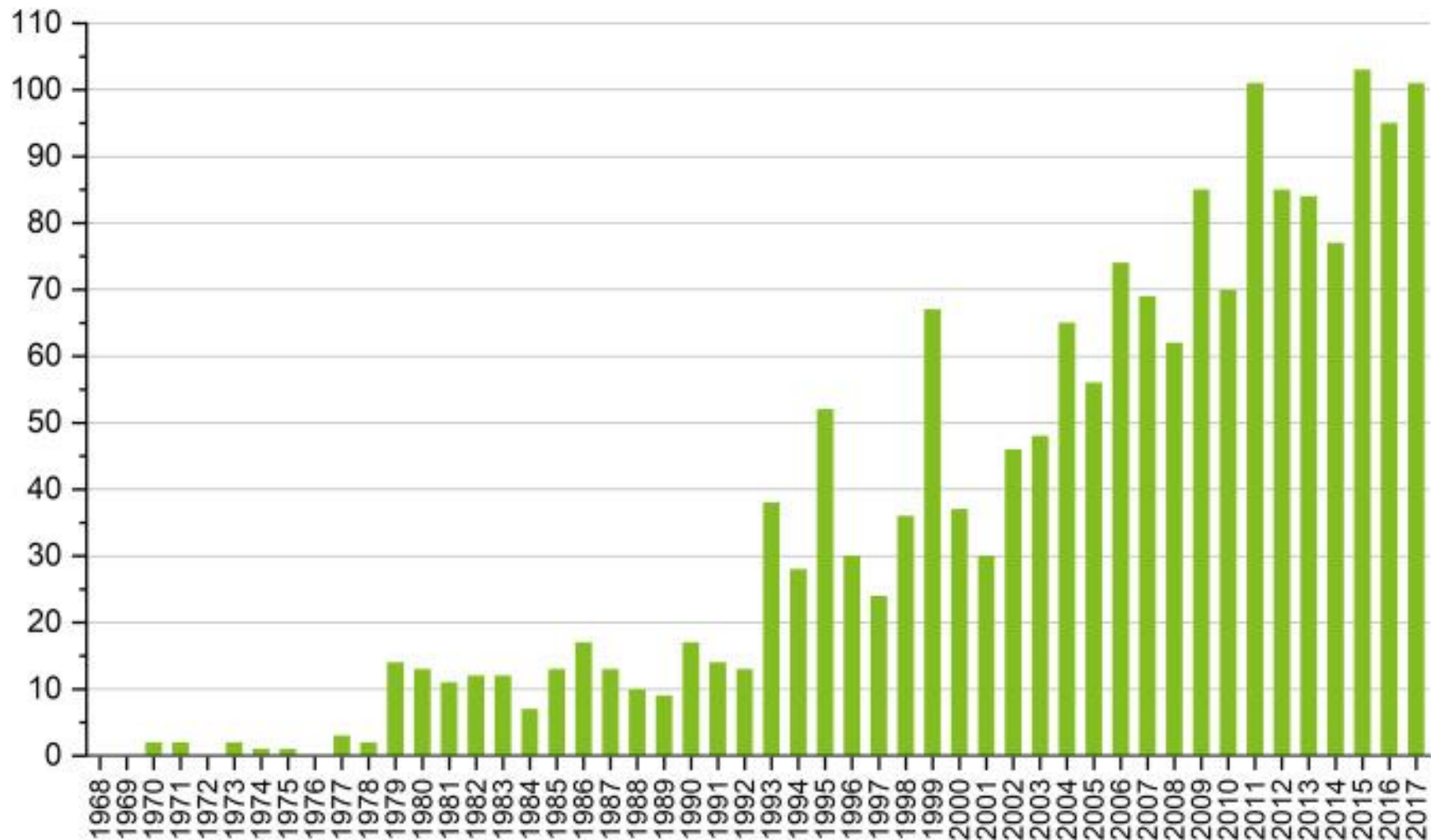
Hisztéria, neurózis fogalmának kivezetése?

PNER,PNES – nem diagnózis – hanem tünet- háttérben többféle pszichopatológiai, pszichiátriai zavar:

Személyiségzavar - borderline, hisztrionikus, PTSD, szorongásos zavarok

Társuló hangulatzavar depresszió

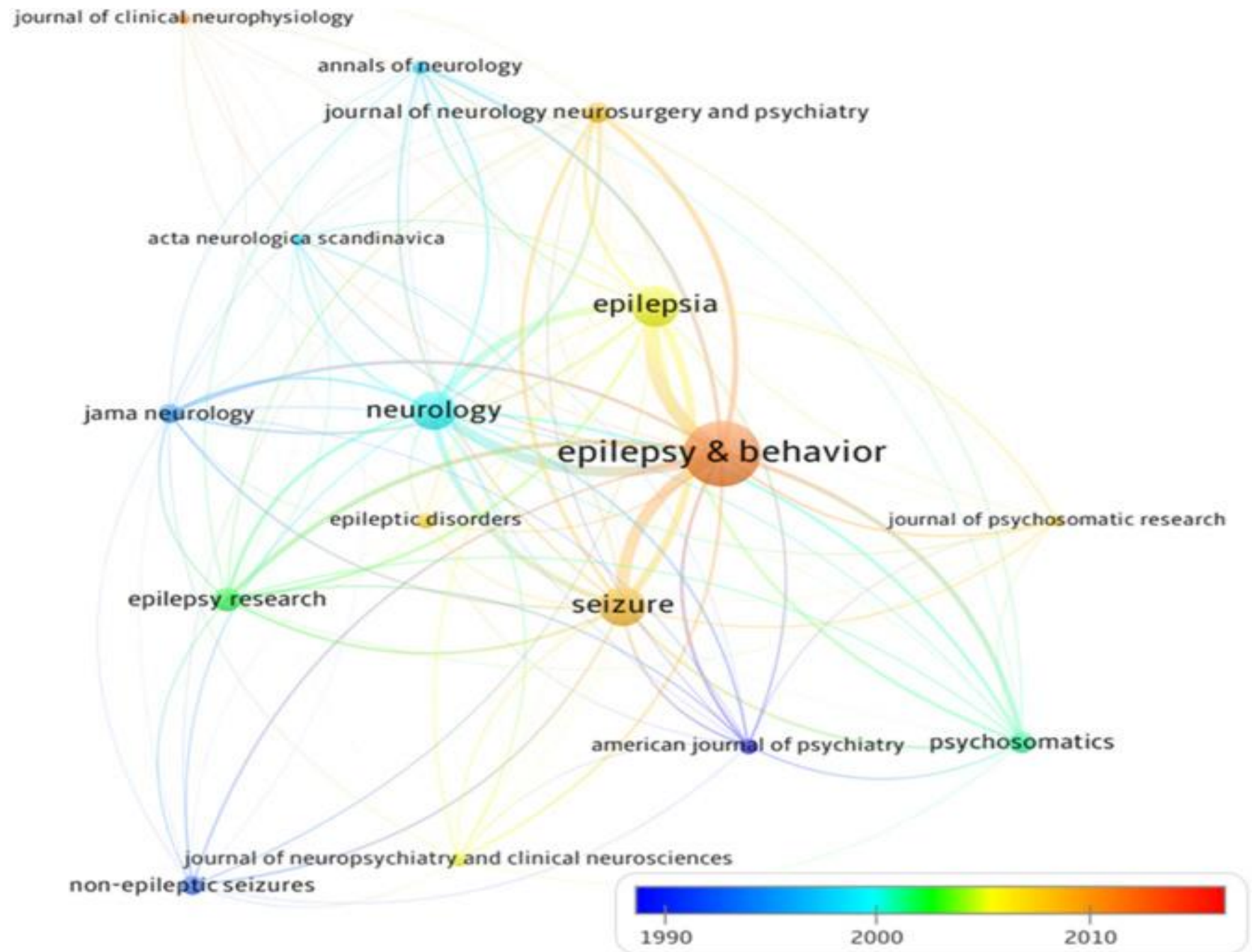
szuicid gondolatok, készítés 30-40%, suicid kísérlet 15-20%



1751 cikk

Research on dissociative seizures: A bibliometric analysis and visualization of the scientific landscape [Stoyan Popkirov](#) et. al

Epilepsy and Behavior, 2018-06-01, Volume 83, Pages 162-167



BEVEZETŐ ADATOK

- 1. Elnevezések:** hisztériás/pseudo/pszichés/pszichogén rohamok/disszociatív /lelki eredetű rosszullétek/
pszichogén nem epilepsziás rohamok PNES/PNER
- 2. Előfordulás:évi incidencia:** 3/100 000,
prevalencia:33/100 000
gyermek konverziós tünetek: 2.3-4.2 /100,000
epilepsziás betegek között 10-20 % (Ramsay és mtsai 1993)
specializált centrumokban 30-40 %
- 3. PNER kezdete** későbbi mint az epilepsziáé
PNER:14-30
60-70% nők (13 é. Kor után!)

4. **Diagnózis:** átlagosan 6-7 év (Reuber és mtsai 2002), a nem epilepsziás betegek kétharmada tartósan szed antiepileptikumot
gyakori intenzív osztályos kezelés, status - „pszichogén status”

5. **Pszichoszociális helyzet:**

Szocio-medicinálisan negatív attitűd veszi körül
állásnélküliség, alacsony életminőség, szociális támogatás
TLE- val összehasonlítva is lényegesen rosszabbnak ítélik meg

6. **Neuropszichológiai deficitek**

10-40%

- a jellemző elhárítási mechanizmus(elfojtás) miatt?
- a létező deficitek miatt alacsonyabb szintű elhárítási ill. megküzdési módok ?

7. Kimenettel: változó , a csak diagnosztizált, kezeletlen esetek 70 %-a rohamok továbbra is,
50-60 % korlátozott életvitel, szociális ellátás
hosszútávú tünetmentesség kedvezőtlen adatok

kedvezőbb kimenettel:

- korai kezdet
- korai diagnózis és terápia (Irwin és mtsai 2000)

PNES

ROHAM JELLEMZŐK

- fokozatos indulás
- a lokalizáció és lefolyás inkább a páciens hiedelmét, mint valós anatómiai-fiziológiai viszonyokat tükröz
- roham utáni gyors kapcsolatfelvétel, reorientáció – de ez a frontális rohamokra is jellemző
- roham hosszabb ideig, több mint 2 percig tart
- változó roham mintázat
- hullámzó motoros aktivitás
- mindkét oldali fejrázás
- csukott szem a roham alatt, ellenáll a szemnyitgatásnak
- részleges tudatzavar, nem teljes válaszképtelenség
- a roham intenzitás, elemei változik verbális vagy fizikai beavatkozásra
- nincs akaratlagos kontroll (tudattalan, tudatközei tényezők)

ELŐFORDULÁS

- alvásban nem jelentkeznek (de elalváskor ill. álomból felébredéskor gyakran)
- közvetlenül kiválthatóak provokációs eljárásokkal – etikai kérdések – bizalmi elem

Psychogenic nonepileptic attacks. The event is provoked by an induction (or provocative) technique. Note the typical irregular nonclonic nontonic and asynchronous movements (including bicycling) with stop-and-go phenomenon.

- <https://img.medscape.com/pi/meds/ckb/79/6679.mp4>

Epilepszia/PNES 48 klinikai jel, tünet prospektív vizsgálata
több a diagnózist és EEG-t nem ismerő értékelő, EMU video felvétel
120 epizód 36 PNER, 84 ER

48-ból 6 legszignifikánsabb jel azonosítása

PNES:

- 1. Megtartott tudat/osság (preserved awareness) – *részleges tudatzavar***
- 2. Pislogás (eye-flutter) – *nyitott szem, ellenállás a szem nyitásával szemben***
- 3. Roham intenzitás nő vagy csökken külső verbális vagy fizikai interakcióra**

Epilepsziás roham:

- 1. Hirtelen kezdet (abrupt onset)**
- 2. Szemnyitás/ kitágulás (eye opening/widening)**
- 3. Postiktális tájékozódási zavar/alvás (postictal confusion,sleep)**

Can semiology predict psychogenic nonepileptic seizures?

Syed T.U., LaFrance W.C., Kahriman E.S., et al Ann Neur. 2011 Jun;69(6):997-1004

PNER –jellemző adatok:

- Indulás 15-30 év között (később mint az epilepszia)
- 60-70% nő - ??
- 7-10 éves diagnosztikai késés, a nem epilepsziás betegek kétharmada tartósan szed ae.-t, gyakori intenzív osztályos kezelés
- Roham panasz új beteg 14-18 %
- jelentős, tartós pszichoszociális következmények (foglalkoztatás, jogosítvány stb.)
- Szocio-medicinálisan negatív attitűd veszi körül
- Kimenetel: változó , de a csak diagnosztizált, kezeletlen esetek 80 %-a rohamok továbbra is,
- hosszútávú tünetmentesség kedvezőtlen adatok

kedvezőbb kimenetel:

- **korai dg és kezdet (Irwin és mtsai 2000)**
- **jó intellektuális színvonal**
- **kevesebb társuló pszichiátriai - somatoform és disszociatív tünet**
- **gyermekekben jobb mint felnőtteknél és epilepszia társulása nélkül**

Failure to recognize psychogenic nonepileptic seizures may cause death

M. Reuber Neurology, 2004

Jellemzők - előzmény

- Antiepileptikus kezelés nem csökkenti a rohamszámot -terápia rezisztencia kettő vagy több antiepileptikum után
- Pszichiátriai tünetek, zavarok az előzményben
- Más szomatikus tünetek gyakran, krónikus fájdalom, krónikus fáradtság szindróma, fejfájás stb.
- Rohamok összefüggést mutatnak speciális környezetei és érzelmi hatásokkal
- Jellemző hogy van-e tanúja a rohamoknak: vagy kizárólag mások jelenlétében vagy egyedüllétkor
- Kevés, alacsony intenzitású reakció a rohamokra, állapotra („belle indifference”) / drámai színezet
- Abúzus vagy trauma az élettörténetben

Vizsgálatok

Klinikai pszichológiai

- Személyiség – MMPI magasabb Hd és Hy skála, alacsonyabb D skála „V” profil)
- Kérdőíves vizsgálatok: szorongás, disszociatív tünetek, alexitimia, depresszió, PTSD
- projektív tesztek Rorschach – összkép
hy munkamódok, vonások
szorongás és annak kezelése
egyes területek zavara
- PNES kérdőív T.U. Syed, 2009 Sindhu el Rayo, 2017
- Klinikai interjú, pszichológiai exploráció -trauma

Neuropszichológia

- kognitív tünetek 10-50 % - memória
- a jellemző elhárítási mechanizmus(elfojtás) miatt?
- az esetleges kognitív deficitek miatt alacsonyabb szintű elhárítási ill.
- megküzdési módok ?

Magyarázatok, elméletek

Janet: a mentális integráció elégtelensége esetén, egyes működések leválhatnak a tudatosság folyamáról (désintegration = dissociation) gyermekkori traumák-hisztéria - gyenge idegrendszer automatikus reakciója

Freud: a konverzió énvédő mechanizmus - az elfojtott pszichés, belső konfliktusok kapcsolódó fenyegető erejű érzelmek, emlékek tudattalanba szorítása - testi tünetek

Ferenczi (1933)kétfázisos trauma koncepció -a traumatizáció folyamata két elemre bontható: a trauma nem önmagában patogén, hanem negligáció, elutasítás,tagadás, teszi azzá.

Elsődleges nyereség – tudatosulás nélkül nyilvánulhat meg az intrapszichés konfliktus

Másodlagos nyereség – odafordulás, gyengédség, tehermenetesülés

- Tanult viselkedés - operáns kondicionálás -konverziós tüneteket - másodlagos előnyök nyújtotta megerősítések alakítják
- Szorongás konverziója szomatikus tünetekbe
- Disszociatív reakció fokozott izgalmi állapotra, traumatikus eseményekre
- Maladaptatív megküzdési stratégia
- Kommunikációs forma –érzelmek szomatikus nyelven való kommunikációja
- Alexitima az érzelmi ingerek felismerésének, azonosításának és kifejezésének zavara
- Neurobiológiai – egyes specifikus funkciók figyelem, érzelemszabályozás, végrehajtó funkciók, ellátásáért felelős agyi hálózatok eltérő szerveződése
- Ezek kombinációja –**bio-pszicho-szociális**

Modellek

PPP – predisposing, perpetuating, precipitating

5 szintű modell (Bodde 2009)

- 1. Pszichológiai etiológia:** Azok a faktorok, amelyek következményeként alakulhat ki a PNER (például: traumatikus életesemények, szexuális vagy fizikai abúzus, érzelmi elhanyagolás, családi diszfunkcionalitás)
- 2. Vulnerabilitás:** Azok a rizikótényezők, amelyek hajlamossá teszik az egyént a konverziós, testi működésbeli tünetképzésre (például: személyiségvonások, organikus vagy neurokognitív eltérések).
- 3. Alakító tényezők:** Azok a faktorok, amelyek a konverziós tünetek speciális, görcsrohamokban való megnyilvánulásáért felelősek (például: korábbi epilepsziás, rohamok vagy epilepsziáscsaládtag, trauma megjelenítés).
- 4. Kiváltó tényezők:** Azok a faktorok, amelyek aktuálisan előidézhetnek rohamot: fizikai vagy pszichés esemény, megterhelés, stressz fokozódás, szorongás,
- 5. Prolongáló faktorok:** Azok a tényezők, amelyek a rohamok hosszú távú fennmaradásához járulnak hozzá (pl. megküzdési stratégiák, másodlagos betegségelőny).

Egyes elemek interakcióban, és a hierarchia több szintjén is, pl. a családi diszfunkcionalitás a kórkép kialakulásában és fennmaradásában egyaránt

Korai/régebbi életesemények (prediszponáló tényezők)

1. Gyermekkorai szexuális bántalmazás
2. Gyermekkorai fizikai bántalmazás
3. Gyermekkorai elhanyagottság, elhanyagoltság, elutasítottság
4. Tartósan frusztráló vagy agresszív család agresszió kinyilvánítás tiltással a gyerek felé
5. Fizikai bántalmazás vagy fenyegetettség, traumatikus esemény felnőttkorban
6. Családon kívüli szexuális erőszak serdülőkorban vagy felnőttkorban

Közvetlen kiváltó, provokáló faktorok

1. Balesetek
2. Stressz csomagok
3. Szerep változás
4. Betegség vagy műtét
5. Haláleset vagy évforduló
6. Kapcsolati konfliktusok
7. Találkozás a korábbi bántalmazóval
8. Partneri bántalmazás
9. Munka, karrier nyomás

Típusok:

PSZICHOGÉN MOTOROS ROHAMOK:

nagy, rángó jellegű végtagmozgások, ritmikus csípőlökések, fejingatás
alcsoport: tantrum vagy viaskodás

PSZICHOGÉN KIS MOTOROS ROHAMOK:

alsó/és vagy felső végtagi remegés, rázkódás

ATÓNUSOS, AREAKTÍV ROHAMOK (dialeptikus)

elesés, összeesés tudati alterációval

Etiológia

- predisposing, precipitating, perpetuating, and triggering factors,

PNES rohamok jellemzői

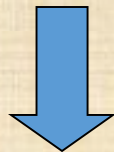
- kezdet hirtelen v. fokozatos, prolongált lefolyás, megszakításokkal, ismétlődésekkel zajlik, orientációs reakció nélküli zárás
- a motoros tevékenység szekvenciája nem követi az anatómiát és fiziológiát
- szem zárás, ellenállás a nyitással szemben
- az arcizmokat nem vesz részt a „generalizált konvulzióban”
- sírás a r. alatt v. utána
- a „klónusok” nem fokozatos csillapodása
- részlegesen megtartott tudat/válaszkészség kétoldali konvulziók mellett
- provokálási eljárásokkal kiválthatóak
- iktális EEG nem mutat epilepsziás történésre
- posztiktális kimerülés gyakran hiányzik

Jellemzők	Epilepsziás roham	Pszichogén NER
Alvás közben	Gyakran	Soha (?)
Aura	Jellegzetes lehet	Nem jellemző
Mozgásjelenségek	Tónusos, klónusos, komplex tartási tónusos motoros jelenségek	Kaotikus mozgások, gyakran újrakezdődnek, tremor gyakori
Tartam	pár sec-min	több perc-óra
Intervenció	nem szakítja meg	megszakíthatja
Provokálható szugg. eljárással	nem	igen
Sírás roham alatt	Nagyon ritka	gyakori

Iktális EEG	Kóros kivéve egyes frontális rohamokat	Mozgás műtermékek
Posztiktális EEG	Generalizált v. Lokális meglassulás	Normális

Tünetképzési modell

PSZICHOPATOLÓGIAI ZAVAR (HETEROGÉN jellegű)



konverzív, disszociatív mechanizmus



tünetválasztás/módosító faktor

- ? ROHAM - Aldenkamp, 1997 EEG eltérés 45%, családi epi. előfordulás 5%
- ? PTSD szimbolikus, emlék maradványok

1. Pszichopatológiai zavarok: PTSD, szorongásos, depresszív tünetek, histrionikus személyiségzavar, borderline személyiségzavar
suicid gondolatok, készítés 30-40%, suicid kísérlet 15-20%
2. Személyiségvonások- nincs egy jellegzetes
 - MMPI
magasabb Hd és Hy skála (alacsonyabb D skála „V” profil)
konfigurációs szabályok (Wilkus és mtsai) 80-85%-os beválás
 - Rorschach: hy munkamódok, vonások
szorongás és annak kezelése
egyres területék zavarára
3. Szomatizációs zavarok korábban vagy együtt (pl.krónikus fáradtság szindróma, tenziós fejfájás)
4. Családi jellemzők: súlyos familiáris konfliktusok, elégtelen támogatás és hiperkritikusság, érzelmek kifejezésének zavarára

Dinamikai folyamatok

1. Elhárított, (részben) tudattalanná váló intrapszichés konfliktus, feszültség ill. tartalmak megjelenítése – elsődleges nyereség
2. Reinforced, megerősítéssel úton létrejövő
ill. a másodlagos nyereség által fennmaradó tünetek
- odafordulás, gyengédség, figyelem elkerülés, tehermentesülés

Mintázatok

- Tudattalan intrapszichés konfliktus – elhárítás
- Korai pszichés trauma eredet
- PTSD poszttraumás zavar egyik tünete
- Fejsérülés, kómmóció utáni állapotok
- Krónikus traumatikus élettörténet
- Családi dinamika-index páciens
- Epilepszia + PNER (pl.családi fesz.,, gyógyulási krízis)

Diagnosztikus protokoll

- minél korábban
- video/EEG , otthoni video - ha szükséges provokáció ?
- pszichiátriai, pszichotatólógiai, pszichoszociális felmérés, exploráció - életesemények

ÉLETESEMÉNYEK ÉS PNER

gyermekkori trauma vagy felnőttkori trauma,
halálesetek és más veszteség,
akut vagy szituatív stressz

PNER 59 beteg(E.S. Bowman,1995)

- Strukturált interjú a pszichiátria diagnózis felméréséhez
- Exploratív interjú az életeseményekről
(+ konfliktus és érzelmek kezelése - saját és család)
- Kérdőív élettörténet - bántalmazás vagy trauma

Közvetlen kiváltó tényezők

	58 felnőtt	35 nő	23 ffi
1.Balesetek	11	9	2
2.Stressz csomagok	10	3	7
3.Szerep változás	10	4	6
4.Betegség vagy műtét	10	6	4
5.Haláleset vagy évforduló	8	7	1
6.Kapcsolati konfliktusok	8	1	7
7.Szexuális események	8	7	1
8.Találkozás a korábbi bántalmazóval	7	6	1
9.Partneri bántalmazás	7	6	1
10.Munka, karrier nyomás	5	0	5

Kontextuális tényezők (esetek 3/4)

1. Az életszakasz vagy helyzet a korai trauma egyre fokozódó felidéződését
2. Krónikusan frusztráló helyzet
3. Tartós házassági, kapcsolati feszültség vagy családi bántalmazás
4. Feloldhatatlan családi lojalitási konfliktusok

Korai/régebbi életesemények

1. Gyermekkorai szexuális abúzus (50 %)
2. Gyermekkorai fizikai bántalmazás (32%)
3. Emocionális elutasítás, elhanyagolás a szülők részéről
4. Gyermekkorai elhagyatottság, elhanyagoltság
5. Fizikai bántalmazás vagy fenyegetettség felnőttkorban
6. Tartósan frusztráló vagy agresszív család – agresszió kinyilvánítás tiltással a gyerek felé
7. Családon kívüli szexuális erőszak serdülőkorban vagy felnőttkorban

Saját csoportterápiás tapasztalatok (6)

Családi helyzet	Korai fejlődés	Neuropszich. deficit	epilepszia	pszichoterápia
<u>Nincs teljes család</u> 3 válás 2 örökbe-fogadott 1 anya halála-nevelőanya	4 korai elhagyatottság 2 fizikai abuse	1 határozott def. 2 tanulási zavar	2 is-is	Egyéni -5 család -5 szocio-, kreatív terápiák

8 ülés – 2 teljes tünetmentesség

(1 PNERmegszűnt, de borderline t. megmaradtak)

3 lényegesen ritkább, teljes belátás és kooperáció

1 kilépett 2 ülés után

Terápiás protokoll

- diagnózis közlési folyamat - közös video megtekintés (stáb, majd a családdal együtt - szokásos roham?)
- megbeszélés : megítélésmentes,
átcímkező
exploratív
- nem színlelés
- megfelelő pszichiátriai, pszichoterápiás kezelés elindítása
- első lépés a diagnózis elfogadtatása, a nem a tünetek gyors megszüntetése

Terápiás protokoll (folyt.)

- Egy ideig a beteg megtartása a neurológiai gondozásban is az antiepileptikum megvonásának módja (hangulat?)
- Határterület - aki tudná diagnosztizálni, nem tudja kezelni és fordítva ?
- szoros együttműködés pszichiátriai/pszichoterápiás intézménnyel

Stáb-beteg együttműködés nehézségei:

- odafigyelés-elhanyagolás-jutalmazás
- orvos-beteg: mindkét résztvevő bizonytalan és megszégyenüléstől fél

Pszichoterápiás lehetőségek, módszerek

- Diagnózis pszichoedukatív közlése -20-30 %
tünetmentesség –tünetváltás?
- Egyéni pszichoterápia a pszichopatológiai
folyamattól függően (dinamikus, kognitív,
viselkedésterápiás megközelítés, sématerápia)
- PTSD – EMDR Eye Movement Desensitization and
Reprocessing
- Családterápia
- Csoportterápia

Ádám (19é.)

„pánik jellegű rohamok”, suicid gondolatok
iskolai szakpszichológus: prepszichotikus állapot

Pszichiátriai majd neurológiai felvétel

Roszcullétek:

„homályállapot, orális és manuális automatizmusok,
kényszernevetés, kényszersírás iktusz-szerű
állapot”

OKITI - PNES

Élettörténet:

Ádám 43 hétre kétpetējű ikerterhességből született, fiú testvére van.

Az anya zenetanár, az apa vízvezeték szerelő, a gyerekek 6 éves korában váltak el.

Ádámnak a válás előtti időszakból nagyon kevés emléke van, általában is panaszkodik a memóriájára, később a terápiában feltűnő, ahogy nehéz időszakok szinte törlődnek számára. A 6 éves kori válás után az anyja hosszú ideig nem tartotta a kapcsolatot, időnként fel majd újból eltűnt.

Az anya 4 és fél évvel ezelőtt, amikor terhesen egy agresszív abuzív kapcsolatból visszamenekült az anyjához, kezdte újból rendszeresebben keresni a kapcsolatot a fiúkkal. Ádám engedett az anya kérésének, a húga egy éves kora óta rendszeresen jár vigyázni rá, amikor az anyának este elfoglaltsága van. Testvére nem tartja a kapcsolatot, évente egyszer-kétszer találkoznak. Az anya jelenleg is alkohol problémában szenved, Ádám szerint az anyai nagyanya is alkoholista volt, aki elhanyagolta az anyát gyerekkorában

Az apa lényegében a fiúk fizikai jóllétét tudta biztosítani, megbeszélni vele a válást, az anya eltűnését, majd visszatérését, bármilyen érzelmi-indulati dolgot lehetetlen.

Az utóbbi pár évben az apának van egy stabil kapcsolata, az anyának több rövid kapcsolat.

A fiúk 12-13 éves koruk óta szinte minden szabad idejüket a számítógép előtt töltik, a csetelnek, illetve egy on-line kalandjátékban élnek, játszanak, órákon, napokon, éjszakákon át, egymástól függetlenül, kortárs kapcsolatuk nincs.

Ádám számára szerepjáték egy másik világba való átlépést, tudatának kiürítését, egy virtuális közösségnek a tagja, agresszív feszültségének ventillációját biztosítja. „Itt fontosnak érzem magam, egyre erősebb klánokba vesznek bele”

Érettségi előtti évben kezdődtek a tünetek, amikor úgy nézett ki, hogy több tárgyból meg fog bukni, mert képtelen volt tanulni, figyelni az iskolában. Ez nagy szorongást váltott ki belőle, úgy érezte apjának a terheit növeli az iskolai kudarccal, sajnálta volna az apját, az anyja pedig indulatosan szidalmazni fogja, „hülyegyerek”nek nevezi ahogy korábban már többször.

Ásítózik, mellkasi szorítást, nyomást érez, kapkodja a levegőt, aztán kikapcsol, félig-meddig van tudatában a környezetének, arra emlékszik, hogy egyszer rosszullét után miközben kísérték a tanáriba, ki akart menni az ablakon. A környezet nevetéshez-síráshoz hasonlító zavart hangokat ír le a rosszullét során, amely után lassan veszi fel a környezettel való teljes kontaktust.

A terápiás folyamat főbb témái:

„nem érek semmit, nem vagyok fontos senkinek”

„legjobb lenne eltűnni, nem lenni”

„visszariadnak tőlem, ha új helyre megyek,
természetellenes, troll vagyok”

„a felnőtteknek nincsenek érzéseik, lelketlen
munkagépek”

- szorongás, feszültség kezelés
- félelem az anya indulataitól
- félelem a saját indulataitól
- korábbi kapcsolati próbálkozás, kudarc
- rémálmok – üldözik, öldöklés
- testvérrel kapcsolati próbálkozás

1 Maga a terápia számomra egy utazás volt magamon belül, be -és kiléptem számtalan ajtón. Minden egyes órát hihetetlenül vártam, egy felfrissülés volt számomra leülni beszélgetni. Minden alkalommal egy új dimenzió tárult elém ami által rájöhettam az ok-okozatra. Ha magát az egész procedúrát kéne leírnom, leginkább egy féreglyukon való áthaladásra tudnám hasonlítani. Az első és utolsó találkozásunk közötti idő eltelésére gondolok, mintha csak egy csettintés lett volna. Hidat alkotott a zavartság és a felvilágosodás között. Csak egyetlen dolog volt nehéz a terápia folyamán. Megtanulni szembenézni a dolgokkal a rendelő ajtaján kívül

2 A hangulatom kb. 3 naponta vándorol a van-e bárminek is értelme és az adjunk mindenbe a maximumot közöttTerveim nincsenek, van 1-2 dolog, hely amit el szeretnék érni a közeljövőben, de semmi szóravaló. Mondjuk ha nem sok mindennek látom értelmét akkor ez nem is fog változni, szóval nem kell csodálkoznom :D

- A) Epilepsziához társuló pszichopatológiai, pszichoszociális zavarok, kezelésük
- B) Pszichogén nem-epilepsziás rohamok jellemzők, diagnosztika, terápia
- C) Rehabilitációs modell epilepsziás betegek integrációjára

juditbekes@gmail.com

Dinamikai folyamatok, mintázatok

- Elhárított, (részben) tudattalanná váló intrapszichés konfliktus ill. elfogadhatatlan, letiltott emóciók, indulatok megjelenítése a tudatosodás veszélye nélkül
- PTSD poszttraumás zavar (T trauma)
- Reinforced, megerősítéses úton létrejövő ill. fennmaradó tünetek (odafordulás, gyengédség, figyelem elkerülés, tehermentesülés)
- Fejsérülés, posztkommóciós szindróma 35-45 ffi páciensek
- Krónikus traumatikus életszakasz, helyzet – prediszponáló: diszfunkcionális család, parentifikált tagja - ismétlődő érzelmi, stressz megterhelés – gyakran tehermentesüléssel időszakban – kerülő úton kifejezett feszültség (t trauma)
- Családi dinamika-index páciens – diszfunkcionális családok, elviselhetetlen családi lojalitás konfliktusok
- Epilepszia + PNER
 - fejlődési szakaszban való elakadás, függetlenségi, érzelmi konfliktusok
 - speciális esete: tünet -gyógyulási krízis, a normalitás terhe

- tisztázni kell, hogy nem antiepileptikumok szedése a megfelelő terápia, a terápia elsősorban pszichoterápia
- felajánlás: megfelelő pszichiátriai, pszichoterápiás kezelés szervezése, kapcsolatfelvétel biztosítása
- a beteg megtartása a neurológiai gondozásban is egy ideig!
 - A beteg ill. terapeuta újabb roham kétségei
 - jobb kimenetel párhuzamos gondozás (Krumholz & Hopp, 2006).
 - Újabb roham kapcsán iatrogén kezelések kivédése
 - neurológiai, epileptológiai konzultáció biztosítása a pszichoterapeuta részére
- megtervezni - antiepileptikum megvonásának módja (hangulatra való hatás?)
- gyógyszeres kezelés? szükség esetén (pl. hangulat, szorongás)
- Nehezen fogadják el a diagnózist, egy alkalom gyakran nem elég, lehetőséget kellene biztosítani arra, hogy kérdések lehessenek, ill. ellenőrizni, hogy értette a tájékoztatást a beteg

Is the neurologist's role over once the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures is made? No! A. M. Kanner *Epilepsy and Behavior*, 2008

Pszichiátriai, pszichoterápiás kezelés

pszichoterápiás módszerek:

- egyéni és csoportos pszichoedukáció
 - stresszkezelés
 - kognitív viselkedéses terápia CBT
 - dinamikus-feltáró pszichoterápia
 - Trauma – EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing
 - Mindfulness – tudatos jelenlét
 - családterápia
-
- Kezdeti törekvés a diagnózis elfogadtatása, nem a tünetek megszüntetése
 - elsődleges és másodlagos betegségelőnyök