Klinikai pszichológia a neurológiában

1. Epilepsziához társuló pszichológiai zavarok és kezelésük, rehabilitáció

2. Pszichogén rohamok felismerése és kezelése

dr. Békés Judit

OPNI - Juhász Pál Epilepszia Centrum, OKITI

Neurológiai kórképek jellegzetességei

Krónikus betegség + speciális jellemzők

- **Maradványtünetek (pl. stroke)**
- **Progrediáló (pl. SM, Parkinson-kór) Post stroke szorongás, hangulatzavar (PSD)**

multidiszciplináris terápiás team

- **Meggyógyuló -krónikus – változó - epilepszia**

Gyakoriság 1.stroke

2. epilepszia

Márkus Attila: Neurológia pszichológia szakos hallgatók számára Akadémiai Kiadó, 2006

Epilepszia – betegség jellemzők

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

80 -100 000+ az érintett családtagok

Felosztás: eredet, ok

szimptómás epilepsziák :

- valamilyen helyi agyi szerkezeti eltérés, pl. agykérgi fejlődési zavar, agydaganat, sérülés, gyulladásos 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 tünet együttállások–szindrómák

Leggyakoribb roham típusok

1.tónusos-klónusos generalizált roham

2. komplex parciális roham

3. Abscence

videó

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 – pszichológiai módszerek**

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

Klinikai pszichológia – epileptológia

- **Diagnosztika - társuló pszichopatológiai zavarok**
- **Differenciáldiagnosztika - pszichogén rohamok (PNES)**
- **Terápiás lehetőségek ER és PNER**
- **Pszichoedukáció**
- **Rehabilitáció**
- **Gondozás-orvos-beteg-család kapcsolat**
- **Compliance - együttműködés**

Specifikus pszichológiai tényezők:

- kiszámíthatatlanság és rejtett hendikep
- kontroll vesztés- életvezetés, pszichés ruha
- sérüléstól, haláltól való félelem (SUDEP -Sudden Unexpected Death in Epilepsy, 500/év/ UK, halálozások 8–18%-a)
- saját testhez való negatív viszonyulás
- stigma és diszkrimináció

Pszichológiai zavarok

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

Stressz -epilepszia

UC Comprehensive Epilepsy Centre 2 vizsgálat

- **266 - 219 STRESS (+) 81%**
- **57% stresszkezelő módszer (jóga, mozgás, meditáció) 88% javulás roham**
- **25% STRESS (−) subjects 71% javulás**

Privitera M., Walters M., Lee I., Polak E., Fleck A., Schwieterman D., et al: Characteristics of people with self-reported stress-precipitated seizures. Epilepsy Behav 2014

epilepszia kialakulása, fellépése– stressz?

- Christensen et.alii -dániai utánkövetéses vizsgálat 1980 - 1996 év szülők - gyermek halálának egészségügyi hatása - részfeldolgozás

  epilepszia kockázata 50 % magasabb

- 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

Hangulati zavarok-depresszió lehetséges okai

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

Tanult tehetetlenség

- Seligman és Overmeier (l967) - állatkísérletek
(hatás: passzivitás, fásultság, étvágy és sexuális érdeklődés csökkenése, tanulási képesség deficit)

- Hiroto és mtsai (l974) - embereknél
(hatás: passzivitás, alacsonyabb probléma megoldási képesség, kevesebb nyílt agresszió és versengés,magasabb betegség kockázat)

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

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

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 függ össze

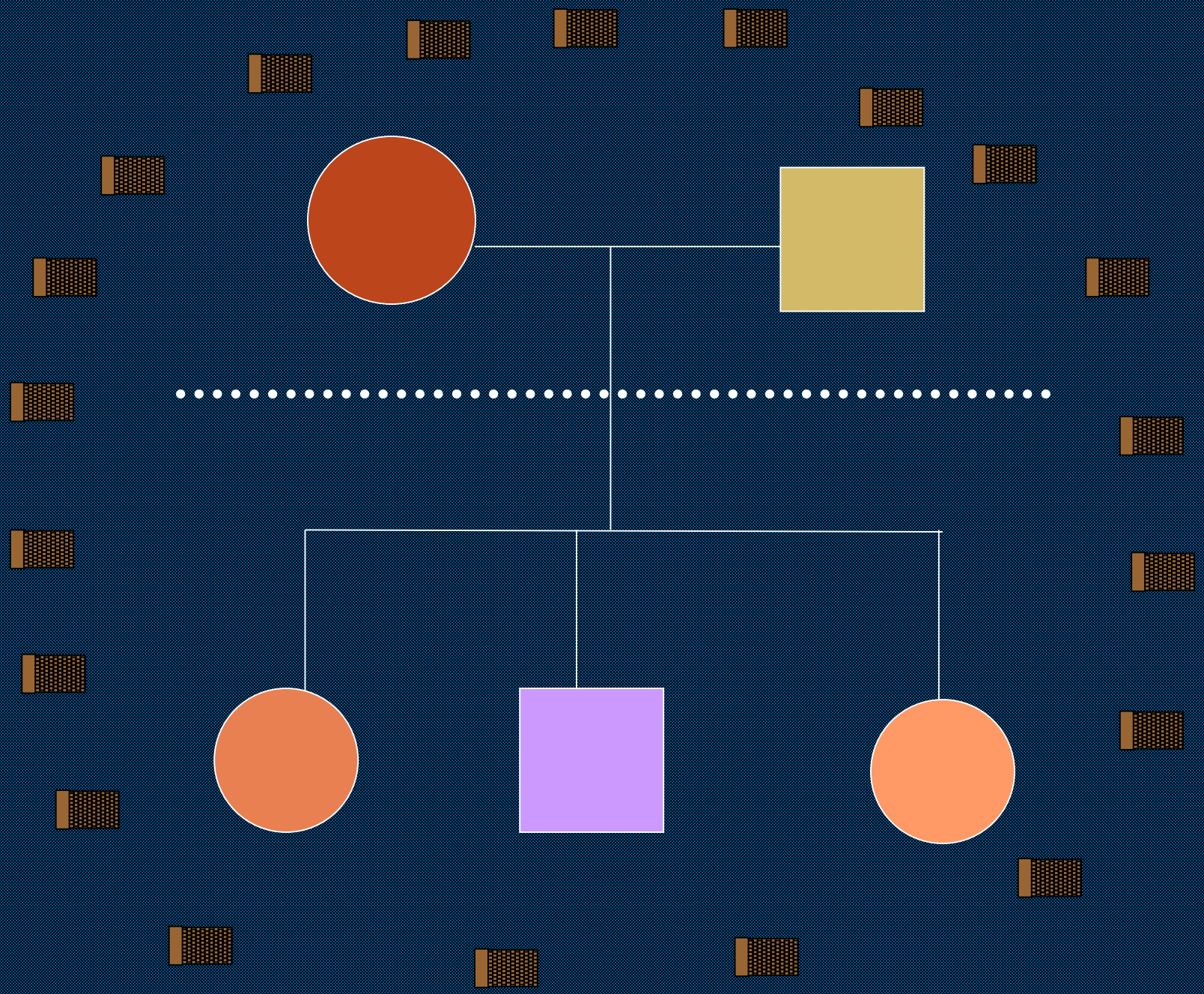
Hermann, BP., *Learned Helplessness, Attributional Style, and Depression in Epilepsy*. Epilepsia 1996, 37(7):680-6

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

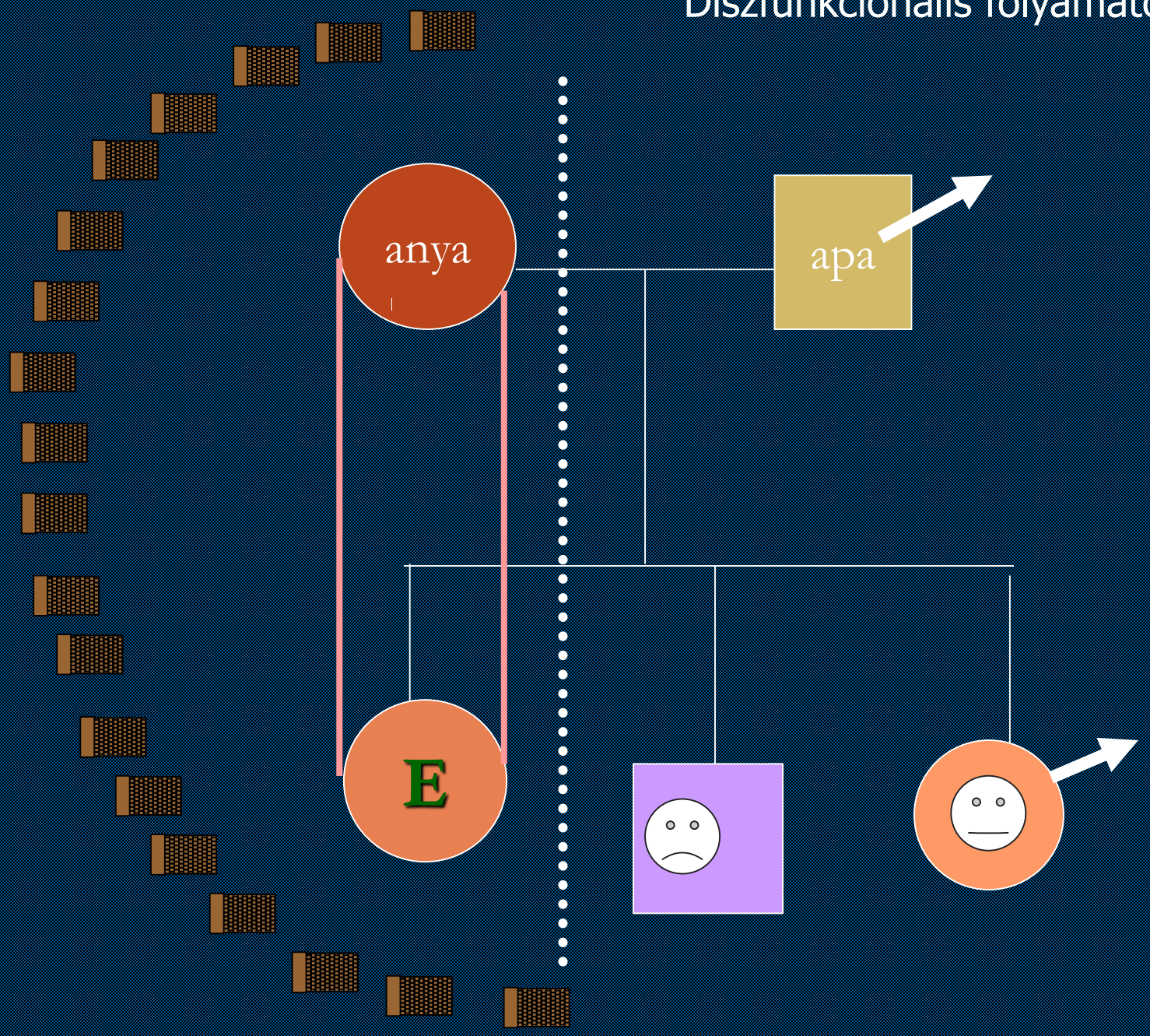
Hoppe, C., Elger CE., *Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective.* Nature Reviews Neurology, 2011 7, 462–472

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)



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, az elvesztett évek (lost years)

Gyógyulási krízis

Hosszú betegségtörténet 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. **Pszichoszociális 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 EEG biodfeedback, rohamgátló öningerlés, éberségi szint szabályozás
- 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
- Fizikai aktivitás (futás, gyaloglás)
- Jóga

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

Érzelmek kifejezése

Vágyteljesítő fantázia

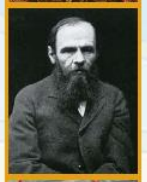
Önhibáztatás

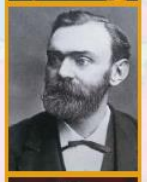
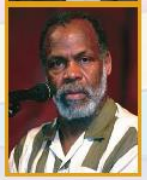
Veszély minimalizálás

Információ keresés

Kognitív átstrukturálás -kihívás

Rehabilitáció



Munkát, értelmes elfoglaltságot keresel? Fejlesztenéd 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 résztvételre 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, Hűvösvölgyi 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,

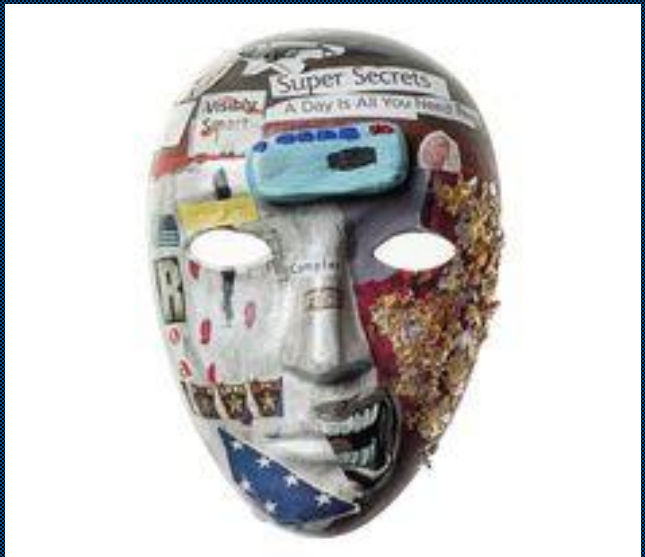
Fizikai fittness foglalkozások

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: szocializációs, neuropszichológiai és pszichoszociális fejlesztés, kreatív és foglalkoztatási terápia, pszichoterápia
- képzési, munkavállalási tanácsadás
- utógondozás


Super Secrets

Pszichogén Nem Epilepsziás Rohamok/PNER diagnosztika és terápiás lehetőségek

Diagnosztikai besorolás

Functional Neurological Disorders

DSM -konverziós zavar

Altípusok:

- Motoros tünetek v. deficitek

  (Pl. koordinációs, v. egyensúlyzavar, bénulás, v. lokálisizomgyengeség, nyelési nehézség, v. „gombóc torokban”aphonia)
- Szenzoros tünetek v. deficitek

  (pl. tapintás v. fájdalom érzés kiesése, kettős látás, vakság, süketség ,hallucinációk)
- **Rohamok v. konvulziók**

  Görcsök, v. rohamok motoros v. szenzoros komponensekkel

BNO-10 Disszociatív (konverziós) zavarokF44.0

- Disszociatív amnézia
- Disszociatív fuga
- Disszociatív stupor
- Transz(szerű) és megszállottsági zavarok
- Disszociatív mozgászavarok
- **Disszociatív konvulziók**

Jellemzők

TÜNET

Elnevezések:

hisztériás/pseudo/pszichés/pszichogén rohamok/disszociatív /lelki eredetű rosszullétek/

pszichogén nem epilepsziás rohamok PNES/PNER

dissociative seizures – pszichogén rohamok/rosszullétek

Előfordulás:

évi incidencia: 3/100 000,

prevalencia:33/100 000

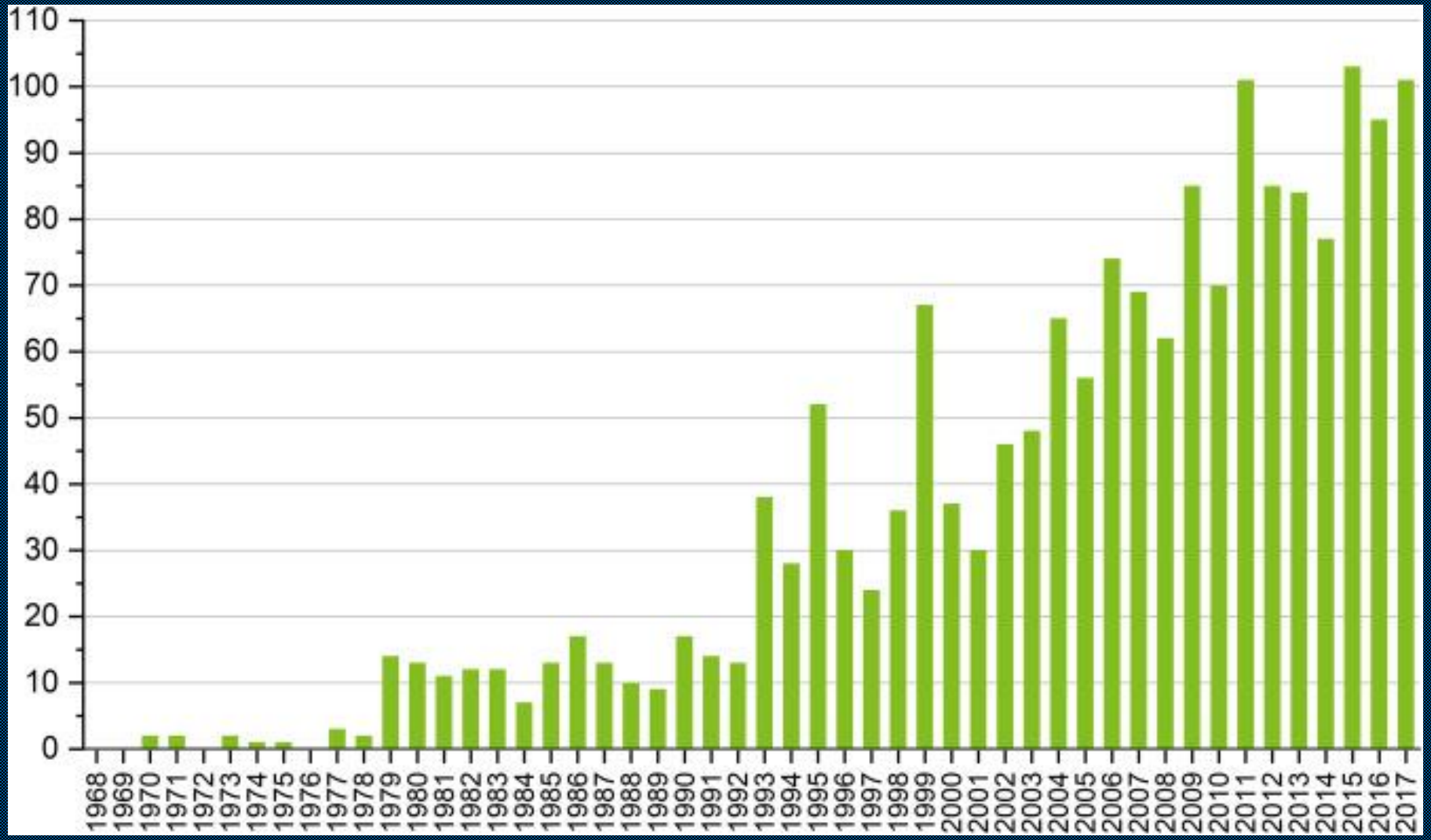
epilepsziás betegek között 10-20 % (Ramsay és mtsai 1993)

specializált centrumokban 30-40 %

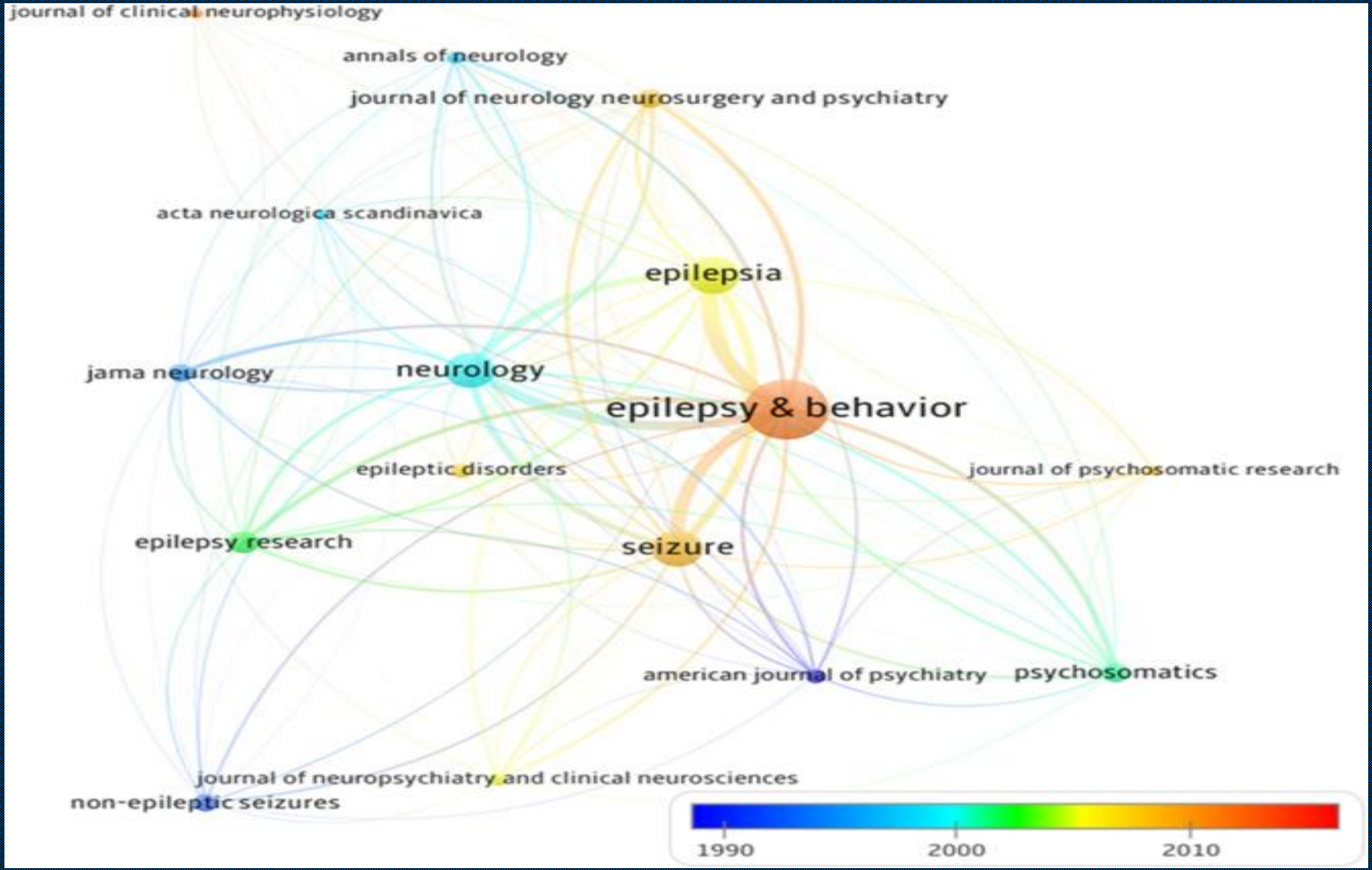
PNER kezdete későbbi mint az epilepszia PNER:14-30

60-70% nők

pszichiátria – neurológia



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


journal of clinical neurophysiology
annals of neurology
journal of neurology neurosurgery and psychiatry
acta neurologica scandinavica
epilepsia
jama neurology
neurology
epilepsy & behavior
epileptic disorders
journal of psychosomatic research
epilepsy research
seizure
american journal of psychiatry
psychosomatics
journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences
non-epileptic seizures
1990
2000
2010

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

Pszichoszociális helyzet:
negatív hatások, alacsony életminőség,

Neuropszichológiai deficitek
10-40%
- a jellemző elhárítási mechanizmus(elfojtás) miatt?
- a létező deficitek miatt alacsonyabb szintű elhárítási ill. megküzdési módok ?

Kimenetel:

változó , a csak diagnosztizált, kezeletlen esetek 80 %-a rohamok továbbra is, 50-60 % szociális ellátás

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 nékül

Típusok:

1. PSZICHOGÉN MOTOROS ROHAMOK:
   nagy, rángó jellegű végtagmozgások, ritmikuscsípő lökések, fejingatás
   alcsoport: tantrum vagy viaskodás

2. PSZICHOGÉN KIS MOTOROS ROHAMOK:
   alsó/és vagy felső végtagi remegés, rázkódás

3. AREAKTÍV -„SWOONING” ROHAMOK: elesés,
   összeesés tudat alterációval

video

PNES rohamok jellemzői

- Kezdet fokozatos
- Prolongált lefolyás
- Megszakításokkal zajlik
- A motoros tevékenység szekvenciája nem követiaz anatómiát és fiziológiát
- Ritmikus csipőmozgás
- Az arcizomzat nem vesz részt a „generalizált konvulzióban”
- Sírás az esemény során v. utána
- A „klónusok” nem fokozatos csillapodása
- Megtartott tudat/válaszkészség kétoldali konvulziók mellett
- Provokálhatók – etikai kérdés
- Iktális EEG nem utal iktális 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 mperc-2 perc	több perc-óra
Intervenció	nem szakítja meg	megszakíthatja
Provokálható szuggesztív eljárással	nem	igen
Sírás roham alatt/után	Nagyon ritka	gyakori

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

lingvisztikai stílusjegyek

PNER

- körülmények, elő és utó hatások,
- kevés jelenség leírás
- katasztrofizáló stílusjegyek, a külső személyek reagálásaiban is
- Interjú átirat, ráképzett neurológus értékelők 84 - 88 % kvalitatív analízis, 81- 84 % skála pontozás

- Biberon, Julien et. alii *Differentiating PNES from epileptic seizures using conversational analysis on French patients: A prospective blinded study* Epilepsy & Behavior 111 (2020)

Tünetképzési modell

pszichopatológiai zavar **(heterogén jellegű)**

konverzív, disszociatív pszichés mechanizmus

tünetválasztás/módosító faktor

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

Pszichopatológiai zavar

1. Pszichiátriai zavarok széles skálája
   (szorongásos, depresszív tünetek, személyiségzavar-borderline kép)
   suicid gondolatok, késztetés 30-40%, suicid kisérlet 15-20%

2. Pszichopatológiai mutatók
   Rorschach: hy munkamódok, vonások
   szorongás és annak kezelése
   egyes területek zavara
   MMPI
   magasabb Hd és Hy skála (alacsonyabb D skála „V” profil)
   konfigurációs szabályok (Wilkus és mtsai) 80-85%-os beválás

Dinamikai folyamatok

1. Elhárított, (részben) tudattalanná váló intrapszichés konfliktus ill. tartalmak, emóciók megjelenítése, tudatosulás nélkül nyilvánulhat meg az intrapszichés konfliktus –elsődleges nyereség

2. Reinforced, megerősítéses úton létrejövő ill. a másodlagos nyereség által fennmaradó tünetek (odafordulás, gyengédség, figyelem elkerülés, tehermentesülés)

Jellemzők

- Antiepileptikus kezelés nem csökkenti a rohamszámot -terápia rezisztencia kettő vagy több antiepileptikum után
- 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
- Pszichiátriai tünetek, zavarok az előzményben
- abúzus vagy trauma az élettörténetben

Janet: a mentális integráció elégtelensége esetén, egyes működések leválhatnak a tudatosság folyamáról (désintegration = dissotiation) 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.

- Szorongás konverziója szomatikus tünetekbe
- Maladaptatív megküzdési stratégia
- Kommunikációs forma –érzelmek szomatikus nyelven való kommunikációja
- Alexitima az érzelmi ingerek felismerésének, azonosításának és kifejezésének zavara van a háttérben
- Neurobiológiai – egyes specifikus funkciók figyelem, érzelemszabályozás, végrehajtó funkciók, ellátásáért felelős agyi hálózatok eltérő szerveződése
- Ezek kombinációja –**bio-pszicho-szociális**

mintázatok

- **Gyermekkori trauma az élettörténetben**
- **PTSD poszttraumás zavar**
- **Fejsérülés, kommóció utáni állapotok**
- **Krónikus traumatikus élettörténet**
- **Családi dinamika-index páciens nagyobb arányban** a családban előforduló pszichiátriai zavarok, súlyos familiáris konfliktusokról, elégtelen támogatásról és hiperkritikusságról
- **Epilepszia + PNER (gyógyulási krízis)**

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

Korai/régebbi életesemények

1. Gyermekkori szexuális abúzus (50 %)
2. Gyermekkori fizikai bántalmazás (32%)
3. Emocionális elutasítás, elhanyagolás a szülők részéről
4. Gyermekkori 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

Kontextuális tényezők (esetek 3/4)

1. Az életszakasz vagy helyzet a korai trauma egyre fokozódó felidéződését

2. Krónikusan emocionálisan megterhelő vagy frusztráló helyzet

3. Tartós házassági, kapcsolati feszültség vagy családi bántalmazás

4. Feloldhatatlan családi lojalitási konfliktusok

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

Saját csoportterápiás tapasztalatok (6)

Családi helyzet	Korai fejlődés	Neuropszich. deficitek	epilepszia	pszichoterápia
Nincs teljes család 3 válás 2 örökbe-fogadott 1 anya halála-nevelőanya	4 korai elhagya-tottság 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 PNERmegszünt, de borderline t. megmaradtak)

3 lényegesen ritkább, teljes belátás és kooperáció

1 kilépett 2 ülés után

Diagnosztikus protokoll

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

! nem kizárásos alapon

Terápiás protokoll

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

Tolchin B, Baslet G, Martino S, et al. : Motivational interviewing techniques to improve psychotherapy adherence.and outcomes

Terápiás protokoll (folyt.)

- egy ideig a beteg megtartása a neurológiai gondozásban is terápia során fellépő rohamok – iatrogénia kockázat az antiepileptikum megvonásának módjára is figyelve (hangulat)

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**
  - **kognitív-viselkedésterápia,**
  - **intenzív rövid dinamikuspszichoterápia ISTDP**
  - **Mindfullness alapú**
  - **PTSD – EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing**
- **Családterápia**
- **Pszichoedukatív csoportterápia**

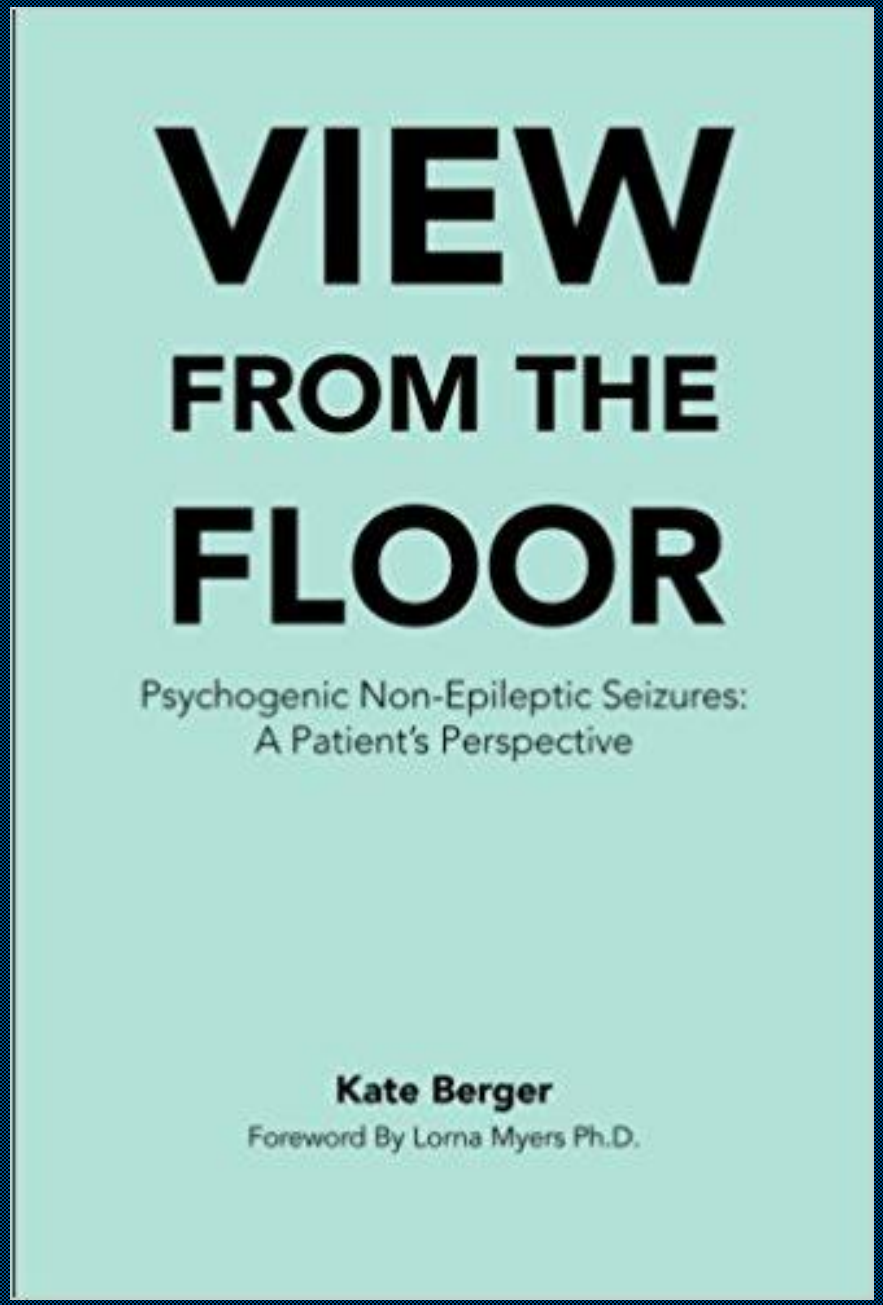
Eredményesség

Tünetmentesség: 50-60 % 12 hónap után csökken 30-40%

Tényezők:

- **kor,nem, színvonal,**
- **betegség fennállása,+ pszichiátriai tünetek,zavarok**
- **kötődési stílus – bizonytalan/szorongó kötődési stílus**

Villagrán A, Lund C, Duncan R, Lossius MI. The effect of attachment style on long-term outcomes in psychogenic nonepileptic seizures: Results from a prospective study. Epilepsy Behav. 2022



17 -24
Első roham 17 é.
szorongásos zavar, pánik tünetek
trauma
többféle pszichoterápia, pszichiátriai gyógyszer
jelenleg kompenzált életvitel, de részmunkaidő
ritka, de fennmaradó rohamok

A) Epilepsziához társuló pszichopatológiai, pszichoszociális zavarok, kezelésük

B) Pszichogén nem-epilepsziás rohamok jellemzők, diagnosztika, terápia

C) Rehabilitációs modell epilepsziás betegek integrációjára

Ádám (19é.)

„pánik jellegű rohamok”, suicid gondolatok

iskolai szakpszichológus: prepszichotikus állapot

Pszichiátriai majd neurológiai felvétel

Rosszullétek:

„homályállapot, orális és manuális automatizmusok,kényszernevetés,

kényszersírás iktusz-szerűállapot”

1. Temp. epilepszia lehetősége felmerült – negatív EEG, CT, -alvásmegvonásos EEG folyamatban– a rosszullétek kiváltásában vs. pszichogén komponens is fennáll, emiatt javasolt a pszichiátriai gondozói kontrol A valószínű kórképre tekintettel (temporális epilepszia) *carbamazepint* kezdtünk, mely mellett a beteg tünetmentessé vált rendszeres ideggyógyászati gondozói kontroll javasolt.”

2. OKITI

Ambulancia halmozott rosszullétek - osztályos felvétel, video-EEG negatív -

CBZ elhagyása pszichodiagnosztikára és pszichoterápiába irányítás

PTH exploráció+projektív teszt:

Jó mentális színvonal, ennek megfelelő ambíció, de komoly teljesítménygátlás és szorongás, kudarc jelzései, elsődleges kapcsolatok zavarának talaján kialakult konverziós tünetképződés, agresszió elhárítási és kezelési zavar.

Pozitív prognosztikai jelzés a motiváltság és az introspekciós készség.

Sem pszichózis, sem aktuális suicid veszélyesztettség nem észlelhető.

Pszichoterápia – dinamikus pth. kevert módszerek – edukatív, kognitív viselkedéster. elemek, relaxáció, imaginatív belső képek, zene és rajz, szociális támogatás

PNER -Ásítozik, 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
- testvérrel kapcsolati próbálkozás

Terápia kb. 2/3-ánál

- Rosszullétek ritkulnak majd teljesen megszüntek – átalakultak emociók kifejezése
- anyával való kapcsolat változása
- apa partnerével való kapcsolat változása
- munkatársakkal való kapcsolatban nyitottabb, programok
- Érettségi utáni szakképzés
- külső gyakorlóhelyen jól teljesít
- jogosítvány

- a feszültségek és a memória zavar rontják, veszélyeztetik az iskolai, munka működését, teljesítményét,
- minimális érzelmi, társas kapcsolat
- szűk élettér – on-line szerepjáték
- rémálmok ritkábban, de vannak
- húgával való kapcsolat nagy feszültség, ambivalencia -krízis

„felelősségteljesebb, ambiciózusabb lettem”
„lelkileg is jobban meg tudom védeni magam, ami feltapadt rám, azt le tudom söpörni”
„bármikor nemet tudok mondani”
„jó, hogy most én vagyok az erősebb, de abból is elegem van,
hogy kettőnk közül az anyámmal én vagyok a felnőttebb”

Terápia befejezésekor:

első párkapcsolat kb.1 éve, stabil munkahely, de nincs határozott jövőkép

játékidő jelentősen lecsökkent, PNER nincs

Utánkövetés:

PNER nincs

munkahelyen előbbre lépett,

párkapcsolat megszűnt, de szoros baráti kapcsolatai alakultak

memória problémákat – figyelmi zavaroknak értékeli

gyors hangulati változások megmaradtak

internetes játék jelentősen lecsökkent szinten, de megmaradt

Testvér – nem kezdte el az egyetemet, otthon játszik, súlyos konfliktusok az apával

Élettörténet:
Ádám 43 hétre kétpetéjű 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 fiaival.
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 eltünését, 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.
Érettségi -Jó-közepes átlag, angol dicsérettel

„A szóbelin minden oké volt, kivéve angolon, amikor a tételhez kapcsolódóan megkérdezte a tanár, hogy mondjak pár tulajdonságot anyámról.... ott elborult minden és totál kiborultam.

Nem érdemlem meg a dicséretet, úgyhogy még 1 ok, hogy felsőfokú nyelvvizsgát tegyek, mert ez így számomra csalás és 0”

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 rájöhettem 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 között Terveim 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

Ádám 20 é.	biológiai	pszichológiai	szociális
prediszponáló	anya borderline, alkoholizmus, apa hangulati zavar	súlyos gyermekkori érzelmi elhanyagoltság, visszautasítottság, elhagyás	Válás időszakában nincs támogatás
kontextuális **anya visszatérése**		követelőzése a gyerekvigyázásban ambivalencia – kötődés/elutasízás húgával való kapcsolat feszültsége-felelősség/kapcsolat Anya szoros/elhanyagoló kötődése a húgához	játékszenvedély miatti izoláció, rohamok miatt magántanuló izoláció csak internet kapcsolatok
Kiváltó/precipitáló – gimnázium utolsó éve- **érettségi**	kognitív figyelmi, memória zavarok	Szorongás az iskolai teljesítmény miatt,"csalódást okozok az apámnak"	iskolai támogatás hiánya
Fenntartó/perpetuáló		roham elsődleges nyeresége – feszültség, harag kifejeződése Diszfunkcionális családi heyzet az apa+testvér családban	