

Ben-Naim, S., Dienstag, A., Freedman, S. A., Ekstein, D., Abo Foul, Y., Gilad, M., Peled, O., Waldman, A., Oster, S., Azoulay, M., Blondheim, S., Arzy, S., & Eitan, R.. A novel integrative psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures based on the biopsychosocial model: A retrospective pilot outcome study. In: \*Psychosomatics\*, 2020, str. 1-9.

## **Nová integrativní psychoterapie pro psychogenní neepileptické záchvaty založená na biopsychosociálním modelu: retrospektivní studie**

### ÚVOD

Psychogenní neepileptické záchvaty jsou paroxysmální epizody, které připomínají epileptické záchvaty, ale postrádají kortikální elektrickou aktivitu spojenou s epilepsií. Porucha je klasifikována v DSM-5 jako funkční neurologická symptomatická porucha (konverzní porucha) s ataky nebo záchvaty. Odhaduje se, že 20-40% pacientů hospitalizovaných na jednotkách pro monitorování epilepsie trpí PNES, nejnovější přehled tento počet odhaduje na asi 12%.

Příčiny konverzních symptomů byly obecně rozděleny na 2 mechanismy: psychologický mechanismus, u něhož obtížně tolerovatelný afekt je „konvertován“ na tělesné příznaky buď kvůli raným traumatickým zkušenostem, nebo jiným mechanismům regulace emocí. Toto vysvětlení je podpořeno velkým množstvím traumatických životních událostí, psychiatrickou komorbiditou vč. deprese, úzkosti, PTSD a poruch osobnosti; a zjištěním, že míra závažnosti zkušeností s dětským zneužíváním vysvětluje vztah mezi závažností funkčních neurologických symptomů a sníženým objemem šedé hmoty v levé přední části insuly. V tomto duchu poskytují Pick et al. biopsychosociální rámec pro pochopení vývoje funkčních neurologických poruch (FND). Navrhují, že změny v emocionálním zpracování, způsobené biologickými a psychosociálními rizikovými faktory, mohou přispět k symptomům FND "prostřednictvím zvýšeného vlivu limbického systému na řadu nervových okruhů zapojených do vědomí a kontroly mnoha nižších procesů, včetně sensorických, motorických a behaviorálních funkcí". Druhé vysvětlení se opírá o proces učení prostřednictvím klasických a operantních mechanismů podmiňování, kdy pacienti mění své zdroje pozornosti, což vede k dysfunkci sensorických a motorických sítí. Toto vysvětlení je podpořeno účinností behaviorální léčby založené na mechanismu učení, která snižuje frekvenci záchvatů, jak je popsáno v následujícím textu.

Studie zabývající se léčbou psychogenních neepileptických záchvatů (PNES) zjistila, že psychofarmakologické intervence zatím nevykazují silné důkazy pro snížení frekvence záchvatů. Proto bylo zkoumáno několik psychologických nástrojů, které by mohly být účinné. V přehledu studií bylo identifikováno několik kontrolovaných i nekontrolovaných studií, které se zaměřovaly na léčbu PNES. Výsledky ukázaly, že kognitivně-behaviorální terapie (KBT) měla pozitivní vliv na snížení frekvence záchvatů, zmírnění příznaků a zlepšení celkového fungování pacientů. V současnosti probíhá v Británii velká multicentrická studie, která bude porovnávat účinnost KBT s účinností standardní lékařské péče u pacientů s PNES.

Psychoedukace byla spojena se snížením frekvence záchvatů, ačkoli randomizovaná kontrolovaná studie (RCT) ukázala, že nemá vliv na frekvenci záchvatů, ale zlepšuje pracovní a sociální adaptaci. Jednorázové motivační interview před psychoterapií bylo účinnější při dodržování léčby, snižování záchvatů a zlepšování kvality života než samostatná psychoterapie. Psychodynamická psychoterapie a skupinová terapie snižují frekvenci záchvatů podle nekontrolovaných studií. Prodloužená expoziční terapie byla účinná při snižování záchvatů u pacientů s komorbidní PNES a posttraumatickou stresovou poruchou

(PTSD) podle další nekontrolované studie. Nedávná studie zaznamenala snížení využívání zdravotní péče během a po skupinové intervenci u pacientů s PNES a PNES+ES, která zahrnovala psychoedukační skupinu a následnou psychodynamickou skupinu.

Obtíže při poskytování účinné jednotné léčby PNES souvisí s vysokou komorbiditou této diagnózy a s různorodostí pacientů. Studie ukázaly účinnost flexibilních léčebných přístupů s výrazným snížením počtu záchvatů.

V nedávném odborném přehledu se navrhuje, aby byl při léčbě pacientů s FND zvolen integrativnější přístup místo duálního přístupu, kdy se porucha považuje buď za neurologickou, nebo za psychiatrickou, a aby nebyl zaveden pouze jeden léčebný přístup. V návaznosti na pokyny navržené LaFrancem et al. předkládáme pro účinnou léčbu pacientů s PNES integrativní multimodelový psychotherapeutický přístup založený na biopsychosociálním modelu a popisujeme naše zkušenosti se vzorkem pacientů s PNES, u nichž se vyskytovaly různé komorbidní poruchy.

## PACIENTI

Léčebného programu se zúčastnilo 22 z 35 pacientů ve věku 16-57 let (průměrně 31,32 let) a 68,2 % tvořily ženy. Z celkového počtu pacientů mělo 40,9 % komorbidní epilepsii diagnostikovanou pomocí videoelektroencefalogramu (vEEG). Psychiatrické komorbidity byly diagnostikovány u 40,7 % zúčastněných. U všech pacientů byla PNES diagnostikována na základě vEEG vyšetření za hospitalizace na epileptologickém oddělení. Individuální psychoterapie trvala od 2 měsíců do 4 let (průměrně 15,7 měsíce). Následná setkání byla naplánována buď na 2, 6 a 12 měsíců po ukončení léčby. Další údaje o sledování byly shromažďovány až 24 měsíců po ukončení léčby.

## LÉČEBNÉ METODY

### Psychoedukace

Podle našich zkušeností a klinických pokynů byla po obdržení výsledků vEEG dokládajících přítomnost PNES (ať už se současnou epilepsií, nebo bez ní) diagnóza stanovena neurologem, psychiatrem a neuropsychologem.

Vysvětlení diagnózy bylo založeno na tom, že se zdůrazňovalo, že záchvat není epileptického původu, avšak v mozku se stále vyvíjí, a na ujištění personálu, že v dané chvíli je záchvat mimo pacientovu kontrolu. Když pacient projevoval obtíže s akceptováním diagnózy, následovalo další vysvětlení pomocí vEEG záznamů, které měly demonstrovat, že během záchvatu nedošlo k žádné epileptické aktivitě.

Byl kladen důraz na to, že zdrojem psychogenního záchvatu je mozek a PNES je považováno za neuropsychiatrické onemocnění. Stejně tak byla zdůrazněna schopnost behaviorálních technik ovlivnit mozek a přeměnit nechtěnou aktivitu na aktivitu řízenější, a dosáhnout tak uzdravení.

Rozhovory o původu onemocnění byly vedeny opatrně, v závislosti na schopnosti pacienta hovořit o svých emočních reakcích na předešlá traumata.

Pacient byl následně doporučen k účasti na léčebném programu, který zahrnoval psychoterapii poskytovanou neuropsychologem, neurologické sledování za účelem snížení dávky antiepileptik (pokud byla dříve užívána) a psychiatrické sledování, pokud byla nutná farmakoterapie. Pacienti s komorbidní epilepsií byli zařazeni k pokračování v užívání AED v rámci neurologického sledování. Sociální pracovník pomáhal pacientům se sociální rehabilitací v komunitním prostředí.

## Volba přístupu k léčbě

Léčba byla zahájena sestavením případové formulace pro každého pacienta. Hodnocení bylo založeno na osobní a zdravotní anamnéze a na informacích týkajících se předchozích traumat nebo významných zážitků a vzniku záchvatů. Cíle léčby byly dva: snížení počtu záchvatů a zvýšení povědomí o stresorech a zlepšení zvládnání stresu. Různé léčebné intervence pak byly aplikovány na základě terapeutovy představy o osobnosti pacienta a jeho osobní anamnéze. Všechny terapie byly prováděny nebo supervidovány hlavním zkoušejícím (S.B.-N.), aby bylo možné lépe kontrolovat rozdíly mezi jednotlivými lékaři. Léčebné techniky sahaly od psychoedukace, psychodynamických intervencí, rodinných intervencí, behaviorálních metod až po rehabilitační přístupy. Léčba byla ukončena, když pacient dosáhl plateau zotavení.

## Získání kontroly nad záchvaty

Redukce záchvatů byla založena především na behaviorálních technikách v návaznosti na práci Goldsteina a LaFrance a na doporučení CBT jako preferované léčby epizodických funkčních neurologických symptomů. Tato strategie zahrnovala rozpoznávání spouštěčů záchvatů, osvojení si relaxačních a techniky odvádění pozornosti, stejně jako expozici, mindfulness a kognitivní restrukturalizaci. Práce s behaviorálními technikami byla závislá na zjevné motivaci pacienta ke snížení záchvatů, která nebyla na začátku léčby vždy přítomna. Slabá motivace byla způsobena různými důvody, včetně primárního a/nebo sekundárního zisku, jakož i nedostatečným vhladem do psychologické podstaty pacientových záchvatů. Proto u některých pacientů předcházelo použití behaviorálních technik širší intervenci, jindy následovalo po jiných intervencích, pokud pacient potřeboval čas, aby získal náhled a motivaci k této práci. Většinou se behaviorální techniky používaly souběžně s širšími intervencemi. V některých případech, i přes značnou motivaci pacienta ke snížení záchvatů, narazil terapeut při aplikaci Goldsteinova protokolu CBT pro snížení záchvatů na překážky, jako jsou traumata z minulosti a maladaptivní strategie zvládnání. V takových případech byly do integrativního modelu začleněny další léčebné přístupy.

## Práce na minulých a současných stresorech a zvládnání stresu

Protokol prodloužené expozice byl nabídnut ke zvládnání symptomatologie posttraumatické stresové poruchy pacientům, kteří trpěli jedním traumatem. V případech protrahovaného traumatu byl řešen různými intervencemi využívajícími emoční zpracování, které poskytovalo smysl a emoční jazyk k vyjádření důsledků traumatu. Pozoruhodné je, že vyvolávání vzpomínek na trauma z minulosti často přechodně zhoršovalo výskyt PNES, stejně jako je tomu v případě zvýšené aktivity sympatiku. Kdykoli byli pacienti schopni uznat psychologickou etiologii výskytu záchvatů, byla použita další psychoterapie ke zkoumání psychologické funkce, kterou jim jejich záchvaty poskytovaly. A dialektický přístup týkající se záchvatů se v těchto případech ukázal jako užitečný, když se k záchvatům přistupovalo jako k mechanismu, který pacient musel použít, když neměl k dispozici žádný jiný zdroj, a zároveň vyjadřoval ochotu naučit se adaptivnější strategie zvládnání a regulace emocí. Kdykoli to bylo možné, byli do léčby zapojeni rodinní příslušníci, aby vysvětlili podstatu PNES, a to jak proto, aby zabránili obvinění pacienta z ovládnání záchvatů, tak proto, aby se vyhnuli odměňování chování nemocného a podpořili plán léčby.

## Komorbidní epilepsie

U 40,9 % pacientů v našem souboru byla diagnostikována komorbidní epilepsie. V některých případech se ukázalo jako užitečné rozlišení epileptické semiologie a PNES, a tedy vynaložení úsilí na redukci PNES, řešení stresorů, které je srážejí, a zároveň naučení se zvládat stávající epilepsii. V jiných případech toto rozlišení nebylo užitečné nebo možné. Ke všem záchvatům se pak přistupovalo jako k těm, které stojí za námahu při používání technik snižování záchvatů, a byly považovány za důsledek mozkové dysfunkce, a tedy za cíl léčby.

#### Měření

Úspěšnost léčby byla měřena změnami v pacientově skóre GAF (Global Assessment of Functioning) a snížením frekvence záchvatů. Pacienti byli hodnoceni podle skóre GAF před léčbou i bezprostředně po léčbě. Pacienti sami uváděli frekvenci záchvatů při přijetí a během léčby prostřednictvím týdenních standardizovaných záchvatových deníků, které shromažďovali a ověřovali jejich terapeuti. Pacienti byli poté hodnoceni z hlediska snížení počtu záchvatů po ukončení léčby.

#### VÝSLEDKY

Výzkum se zaměřoval na léčbu psychogenních neepileptických záchvatů (PNES) a její vliv na pacienty. Léčba byla prováděna certifikovanými terapeuty, stážisty psychologie a studenty magisterského studia psychologie s týdenní supervizí. Trvání léčby se pohybovalo mezi 2 a 48 měsíci. Výsledky ukázaly signifikantní snížení frekvence záchvatů a zvýšení skóre globální funkční úrovně (GAF) na konci léčby i při následném sledování. Také se zjistilo, že míra nezaměstnanosti se snížila na konci léčby.

Byl také zkoumán vliv různých charakteristik pacientů a léčby na výsledky léčby. Zjistilo se, že procento snížení záchvatů nezáviselo na tom, zda měli pacienti epilepsii nebo ne. Stejně tak zvýšení skóre GAF nebylo závislé na diagnóze. Větší nárůst skóre GAF při následném sledování byl pozorován u pacientů s PNES. Další faktory, jako je existence psychiatrické diagnózy, úroveň vzdělání terapeuta, počáteční zaměstnání pacienta a jeho pohlaví, věk v době diagnózy a doba od diagnózy, neměly vliv na účinek léčby. Délka léčby korelovala negativně s redukcí záchvatů na konci léčby, což naznačuje, že pacienti s menším zlepšením dostávali delší léčbu.

V textu jsou také uváděny dvě kazuistiky, které ukazují různé moduly léčby PNES. V prvním případě byla pacientka hospitalizována na psychiatrickém oddělení a používala se kontinuální vEEG monitorování k odhalení spouštěčů záchvatů. Postupně se pacientka naučila detekovat předcházející záchvatům fyzické pocity a aplikovala naučené relaxační techniky, čímž mohla omezit a předejít vzniku záchvatů. V druhé kazuistice se pacientka potýkala s konfliktem mezi potřebou zpracovat traumatizující události z minulosti a potřebou zabránit vzniku záchvatů. Byla využita terapie, která se zaměřovala na roli PNES v její historii a byla zkoumána psychologická užitečnost, kterou jí záchvaty poskytovaly.

Celkově lze tedy říci, že léčba PNES byla účinná a vedla k významnému snížení záchvatů a zlepšení funkční úrovně u pacientů. Různé charakteristiky pacientů a léčby neměly vliv na účinnost léčby. Kazuistiky ukazují, že různé moduly léčby mohou být úspěšné při zvládnání PNES.

#### DISKUSE

Model léčby pacientů s psychogenními non-epileptickými záchvaty (PNES) je založen na biopsychosociálním přístupu, který bere v úvahu vzájemné působení biologických, psychologických a sociálních faktorů. Terapeutické přístupy se liší podle individuálních strategií zvládnání stresorů pacienta. Vzhledem k minulým a současným traumatům bylo obtížné použít standardizovanou léčbu. Studie zahrnuje vzorek pacientů, který je reprezentativní pro běžnou populaci vyhledávající veřejnou zdravotní péči pro PNES. Výsledky studie naznačují úspěšnost léčby pro pacienty s PNES, ale absence kontrolní skupiny brání stanovení přesných účinků jednotlivých faktorů na snížení záchvatů a zlepšení fungování.

Dalším krokem pro doporučení terapie pro PNES je randomizované kontrolované studie (RCT), které by zkoumaly nadřazenost kognitivně behaviorální terapie (CBT) ve srovnání se standardní lékařskou péčí. Studie také podporuje RCT zaměřenou na účinnost integrativního modelu v léčbě PNES i PNES+ES. Léčba se zaměřuje na posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), což odpovídá předchozím výzkumům poukazujícím na význam traumat jako faktorů přispívajících k vzniku PNES. Studie také ukazuje, že pacienti s PNES a epilepsií dosahují podobných výsledků ve snížení počtu záchvatů, což naznačuje, že terapeutický protokol by mohl být účinný i pro epileptické záchvaty.

Důležitost individuální léčby pacientů s PNES je zdůrazněna. Navrhováno je zkoumání osobnostních charakteristik pacientů, aby se léčba a intervence mohly přizpůsobit. Studie naznačuje, že faktory jako bezpečná vazba a deprese mohou ovlivnit úspěšnost léčby PNES a snížení somatických příznaků. Je tedy potřeba flexibilního přístupu pro každého pacienta. Celkově výsledky studie ukazují potenciál terapeutického protokolu pro léčbu PNES, ale další výzkum je nezbytný pro potvrzení účinnosti a zkoumání specifických faktorů ovlivňujících výsledky.

OBRÁZEK 1. (A) Změny ve frekvenci záchvatů, (B) skóre GAF a (C) míra zaměstnanosti po léčbě. \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001 ve srovnání s původními měřeními. #P = 0,06.

