

Disocijativne konvulzije

Mlađen, Antonela

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:162454>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

DISOCIJATIVNE KONVULZIJE

Završni rad br. 63/SES/2020

Antonela Mladen

Bjelovar, listopad 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Mladen Antonela** Datum: 21.07.2020. Matični broj: 001736
JMBAG: 0314017335

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Disocijativne konvulzije**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **profesor visoke škole**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Živko Stojčić, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **Jasmina Marijan-Štefoković, univ.mag.admin.sanit., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 63/SES/2020

U radu je potrebno opisati razliku u kliničkoj slici i sestrijskom pristupu bolesnicima sa stvarnim epileptičkim napadima i bolesnicima sa disocijativnim konvulzijama. Kako se radi o klinički i vitalno ugrožavajućem stanju, vrlo je važno da medicinske sestre i tehničari znaju prepoznati kliničku sliku disocijativnih konvulzija u odnosu na epileptičke napade te pristupiti bolesnicima na adekvatan način.

Bolesnici sa disocijativnim konvulzijama prolaze detaljnje obrade na odjelima neurologije nakon opservacija u hitnim službama, iako se radi o psihičkom poremećaju te se vrlo često u detaljnoj neurološkoj obradi zapostavi psihijatrijska obrada i liječenje.

Uloga medicinske sestre je vrlo važna u svima aspektima zbrinjavanja bolesnika te usmjerenja u kasnijim fazama liječenja.

Zadatak uručen: 21.07.2020.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici dr. sc. Mariji Kudumiji Slijepčević na pomoći i vodstvu u pisanju završnog rada.

Također se zahvaljujem i svojoj obitelji na nesebičnosti kojom su mi omogućili školovanje i bezuvjetnoj potpori i motiviranju kroz protekle tri godine studiranja.

Sadržaj

1. UVOD	5
2. CILJ RADA	3
3. METODE	4
4. RASPRAVA	5
4.1. Konverzivni poremećaji	5
4.2. Disocijativne konvulzije	6
4.3. Etiologija	7
4.4. Epidemiologija	9
4.4.1. Spol i dob	9
4.5. Klinička slika	10
4.5.1. Razlika između epilepsije i disocijativnih konvulzija	11
4.6. Dijagnostika	12
4.6.1. Disocijativne konvulzije kod djece	12
4.6.2. Elektroencefalografija	13
4.6.3. Video-elektroencefalografija (VEEG)	14
4.7. Liječenje	15
4.7.1. Kognitivno-bihevioralna terapija	15
4.7.2. Ostale metode liječenja	17
4.7.3. Psihoterapija	18
4.7.4. Psihofarmakologija	19
4.7.5. Uključivanje pacijenta u liječenje	19
4.7.6 Liječenje disocijativnih konvulzija art-terapijom	20
4.7.7. Standardizirana medicinska skrb (SMC)	21
4.8. Intervencije medicinske sestre tijekom liječenja	21
4.8.1. Proces zdravstvene njege kod bolesnika s disocijativnim konvulzijama	23
4.9. Morbiditet i smrtnost od neepileptičkih napadaja	25
5. Zaključak	26
6. LITERATURA	27
7. OZNAKE I KRATICE	31
8. SAŽETAK	32
9. SUMMARY	33

1. UVOD

Disocijativne konvulzije jedan su od poznatih psihijatrijskih problema koji se učestalo susreće u bolničkim uvjetima. Disocijativne konvulzije nalikuju epileptičkim napadima, ali nemaju elektrofiziološki korelat. Manifestacije disocijativnih konvulzija mogu uključivati promjene svijesti kao što su trans ili omamljenost, amneziju i/ili hipermotoričke napadaje s više ili manje ritmičkim pokretima glave i trupa, ukočenost mišića i pokrete nalik tremoru. U aktualnim dijagnostičkim priručnicima može se pronaći kako disocijativne konvulzije nisu pod dobrovoljnom kontrolom pacijenta i smatra se da predstavljaju njegov nehotični odgovor na emocionalni stres (1).

Prvi dokumentirani slučaj konverzivnih poremećaja zabilježen je u drevnom Egiptu oko 1900. godine prije Krista na Ebersovom papirusu. Taj je zapis tada opisivao simptome napadaja i gušenja. Za njih je Hipokrat, krajem 5. stoljeća prije Krista, uveo pojam hysterije. Riječ hysterija dolazi od grčke riječi za maternicu, *hysterika*, a upotrijebio ju je, jer je smatrao da hysterija nastaje zbog nedostatka seksualnog odnosa. Hipokrat je objasnio da su abnormalni pokreti maternice uzrokovali pojave anksioznosti, osjećaja gušenja, tremora, paralize i konvulzija (2).

Sigmund Freud prvi je uveo pojam konverzivnog poremećaja, ali on se nije službeno upotrebljavao sve dok se hysterija u DSM-III klasifikaciji nije preimenovala 1980. godine. Freud je vjerovao kako mozak sam pretvori simptome tjeskobe u tjelesne simptome zato da bi se oslobodio anksioznosti (2).

Od 1980. EEG uvelike pridonosi istraživanjima i klasifikaciji disocijativnih konvulzija. U izdanjima DSM-III i DSM-III-R naglasak se stavlja na razlikovanje histeričnih manifestacija, pri čemu je moguće izdvojiti fizičke i mentalne te konverzivne i disocijativne smetnje. Spominje se i problematika u dijagnosticiranju i klasificiranju disocijativnih konvulzija (2).

Godine 1990. studije dokazuju poveznicu između kulturoloških i društvenih procesa i pojave hysterije. Još jedna značajna promjena koja se pojavljuje u literaturi 1990-ih godina bila je često

povezivanje traumatičnih iskustava i razvoja disocijativnih konvulzija u bolesnika. Istog desetljeća u odnos se dovode posttraumatski stres te disocijativni poremećaj, koje također povezujemo s disocijativnim konvulzijama (2).

Disocijativne konvulzije kategorizirane su kao manifestacija disocijativnih ili somatoformnih (konverzijskih) poremećaja. Video-EEG snimanje događaja zlatni je standard u postavljanju dijagnoze. Disocijativne konvulzije predstavljaju simptom, a ne osnovnu bolest, dok je mehanizam disocijacije presudan u patofiziologiji. Faktori predispozicije, taloženja i održavanja trebaju se pažljivo procijeniti od slučaja do slučaja. Proces priopćavanja dijagnoze multidisciplinarnim pristupom važan je i učinkovit terapijski korak (3).

Kako su disocijativne konvulzije velika nepoznanica u medicini, neurolozima i psihijatrima jako je teško postaviti točnu dijagnozu zbog sličnosti s epilepsijom. S obzirom na to da najčešće prođe sedam godina od prvog napadaja do točne dijagnoze, vjerojatnost pozitivnog ishoda liječenja sve više slabi. Zbog težine postavljanja ispravne dijagnoze liječnici najčešće bolesnike upućuju u centre za mentalno liječenje. Dužnost takvih centara je bolesnike upoznati s bolesti, uvesti ih u liječenje i pomoći im kako bi lakše izbjegavali stresne situacije, koje su jedan od glavnih okidača napadaja.

Medicinsko osoblje dužno je bolesnicima pomoći da usvoje potrebna saznanja o disocijativnim konvulzijama, da razumiju i prepoznaju simptome te prate učestalost napadaja. Od velike je važnosti olakšati im psihosocijalnu prilagodbu jer ti su bolesnici često depresivni i anksiozni.

2. CILJ RADA

Cilj rada je opisati definiciju konverzivnih poremećaja i disocijativnih konvulzija, povijest otkrivanja, epidemiologiju, etiologiju, kliničku sliku te morbiditet i mortalitet uzrokovan poremećajima. U radu se opisuju intervencije medicinske sestre u procesu pružanja zdravstvene njege i skrbi za bolesnike oboljele od disocijativnih konvulzija.

3. METODE

U radu je korištena znanstvena i stručna literatura dostupna na PubMed-u i Hrčak.hr. Ključni su pojmovi u pretraživanju: disocijativne konvulzije, epilepsija, dijagnosticiranje EEG-om, video-EEG, liječenje.

4. RASPRAVA

4.1. Konverzivni poremećaji

Konverzivnim poremećajima zajedničko je pojavljivanje tjelesnih simptoma koji nisu organskog porijekla, a uzrokuju ih psihogeni čimbenici. Kod konverzije ističu se mehanizmi uz koje osoba nesvjesno stvara simptome, što se najčešće odnosi na to da postoje određeni psihički konflikti koji se iskazuju tjelesnim simptomima. Konverzivni simptomi očituju se kroz motoričko, voljno i osjetno funkcioniranje i smatraju se pseudoneurološkima. Kroz bolnički pregled svi učinjeni nalazi ne pokazuju nikakve promjene, što mnoge liječnike navodi na to da bolesnika smatraju simulantom. Međutim, bolesnik se sa svim svojim simptomima osjeća kao da stvarno ima neku tjelesnu bolest, a nije svjestan da sam stvara simptome. Kako bi se sa sigurnošću mogla postaviti dijagnoza konverzivnog poremećaja, potrebno je učiniti temeljite medicinske pretrage da bi se isključila neurološka ili neka druga podloga bolesti. Katkad klinička slika konverzivnog poremećaja može prekrivati neki drugi tjelesni poremećaj, koji će se tek nakon nekog vremena moći dijagnosticirati. U slučaju četvrtine do polovice osoba kod kojih se postavi dijagnoza konverzivnih poremećaja kasnije se pojavi neki drugi tjelesni poremećaj. Konverzivni poremećaj najčešće se pojavljuje između kasnog djetinjstva i rane odrasle dobi. Rijetko će se dijagnosticirati kod djece mlađe od 10 godina (4).

Jedan od četiri podtipa konverzivnog poremećaja, koji su se utemeljili na simptomima i deficitima, je onaj s napadajima grčeva ili konvulzija. Danas se nazivaju psihogenim ili neepileptičkim napadajima i u stručnoj su literaturi dosta oskudno opisani. Naglašava se potreba za podjelom unutar samih psihogenih napadaja, i to na psihološke, organske i psihološko/organske. Miješani psihološko/organski napadaji češće se pojavljuju kod djece i adolescenata nego kod odraslih. Psihogeni napadaji kod konverzivnog poremećaja podijeljeni su u dvije veće skupine, a to su psihogeni napadaji bez motoričke aktivnosti i s gubitkom odgovora na podražaje te psihogeni napadaji s motoričkom aktivnošću, koja se najčešće manifestira kao bizarna, iregularna grčenja ekstremiteta, netipična za poznate oblike epileptičkih izbijanja (4).

Konverzivni poremećaji očituju se sljepoćom, paralizom, distonijom, teškoćom pri gutanju, disocijativnom amnezijom, motoričkim tikovima, poteškoćama u kretanju, halucinacijama i demencijom (2).

Podjela konverzivnog poremećaja

Konverzivni poremećaji su poremećaji izazvani stresom i pripadaju u neurotske, somatiformne poremećaje, pa su prema MKB-10 označeni šifrom F44.

Sastavnice podjele su:

F44 Disocijativni (konverzivni) poremećaji (2):

- F44.0 Disocijativna amnezija
- F44.1 Psihogeno lutanje
- F44.2 Disocijativna ošamućenost
- F44.3 Trans i poremećaji posjedovanja
- F44.4 Disocijativni mišićni poremećaj
- F44.5 Disocijativne konvulzije
- F44.6 Disocijativna anestezija i gubitak senzornih funkcija
- F44.7 Mješoviti disocijativni (konverzivni) poremećaji
- F44.8 Drugi disocijativni (konverzivni) poremećaj
 - Ganserov sindrom
 - višestruka osobnost

4.2. Disocijativne konvulzije

Disocijativne konvulzije nehotični su iskustveni i bihevioralni odgovori na unutarnje ili vanjske okidače koji površno nalikuju epileptičkim napadajima, ali kod kojih se na EEG zapisu ne prikazuju nenormalne električne aktivnosti kao što je to slučaj kod epileptičkih napadaja. Često se pojavljuju u neurološkoj praksi s prevalencijom do 33/100000. Unatoč tome, neurolozima je još uvijek jako teško objasniti tu dijagnozu bolesnicima i obiteljima.(5).

Na početku se učestalo disocijativne konvulzije pogrešno zamjenjuju s epilepsijom. Dijagnoza se potvrđuje praćenjem video-elektroencefalografije u oko četvrtine pacijenata upućenih u referentne centre za epilepsiju. Disocijativne konvulzije značajno utječu na kvalitetu života. Brojne studije povezivale su ih s pojavom psihijatrijskih stanja poput poremećaja raspoloženja, anksioznih

poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja, somatoformnih poremećaja, disocijativnih poremećaja i poremećaja ličnosti. Često se disocijativne konvulzije javljaju kod osoba koje su doživjele neku vrstu traumatskog događaja kao što je fizičko i/ili seksualno zlostavljanje. Različita neurološka stanja dokumentirana su kod osoba s disocijativnim konvulzijama - povijest blažih ozljeda glave, neuropsihološki deficiti, komorbidna epilepsija, intelektualni invaliditet itd. Nove bolesti, životni događaji, sukobi u odnosima, izloženost određenim lijekovima i drugi kognitivni čimbenici ponašanja također doprinose razvoju i održavanju disocijativnih konvulzija. Navedeni biološki i psihosocijalni faktori predispozicije ključni su za dijagnostiku i razmatranje liječenja, ali nijedan od njih nije dovoljan da objasni kako se disocijativne konvulzije razvijaju. Ukratko, kod disocijativnih konvulzija napadaji izgledaju kao neurološki poremećaji, ali zapravo to nisu (6).

Disocijativne konvulzije javljaju se iznenadnim i kratkotrajnim poremećajima motoričkih, senzoričkih, autonomnih, kognitivnih i emocionalnih funkcija, a koji često označavaju i epileptičke napade, pa zbog toga postoji sklonost njihovom miješanju. Razlika između disocijativnih konvulzija i epileptičkih napadaja jesu u ne povezanosti disocijativnih konvulzija s poremećajima središnjeg živčanog sustava (7).

U današnje vrijeme značajnije napreduje dijagnosticiranje i određivanje terapije kod disocijativnih konvulzija. Ipak, one i dalje ostaju velika nepoznanica na području neurologije i psihijatrije. Neurolozi i kad uspiju bolesniku postaviti ispravnu dijagnozu, jedino što mu mogu preporučiti je mentalna skrb koja u većini slučajeva ne dovodi do poboljšanja. Psiholozi i psihijatri skeptični su u susretu s bolesnicima koji imaju dijagnosticirane disocijativne konvulzije, čime kod bolesnika izazivaju sumnju u ispravno postavljenu dijagnozu (8).

4.3. Etiologija

Nedavno predloženi model, „integrativni kognitivni model“ (ICM), prilagođava trenutna istraživanja o iskustvenim, psihološkim i biološkim čimbenicima rizika za razvoj disocijativnih konvulzija, ali s obzirom na znatnu različitost manifestiranja simptoma nije sigurno kako se radi o univerzalnom modelu koji može zabilježiti cijeli niz manifestacija disocijativnih konvulzija. Kod

većine je ljudi okidač za njihovo pojavljivanje traumatski događaj ili neka iznenadna promjena, ali to ne mora biti pravilo (9).

Predisponirajući čimbenici mogu se podijeliti na:

Trauma – pojava disocijativnih konvulzija kod oko 90% bolesnika potaknuta je nekim traumatskim iskustvom. Trauma je manje važan etiološki faktor u nekim podskupinama bolesnika, kao na primjer kod muškaraca, osoba s napadajima u kasnoj odrasloj dobi ili osoba s poteškoćama u učenju. Najintenzivniji oblik traume je zlostavljanje u djetinjstvu, i to seksualno zlostavljanje koje je od fizičkog veći predisponirajući čimbenik za razvoj disocijativnih konvulzija.

Obiteljska disfunkcija - često se govori da disocijativne konvulzije nisu toliko posljedica samo zlostavljanja u djetinjstvu, koliko je neslaganje u obitelji čimbenik koji može prouzrokovati i zlostavljanje i dijagnozu. Pacijenti s disocijativnim konvulzijama više prijavljuju obiteljsku anamnezu nego bolesnici s epilepsijom jer od svoje obitelji obično dobivaju manje podrške i komunikacije.

Osobnost - disocijativne konvulzije ne pojavljuju se samo kod jednog profila ličnosti, već kod mnogih pacijenata s povišenom histerijom, hipohondrijom i shizofrenijom. Psihometrijski testovi otkrivaju niz abnormalnih profila osobnosti kod većine pacijenata.

Psihopatologija - disocijativne konvulzije povezane su s drugim psihičkim poremećajima, a to su somatoformni, disocijativni, posttraumatski stres, depresivni ili anksiozni poremećaji.

Percepcija bolesti i način suočavanja - ono što pacijente s disocijativnim konvulzijama karakterizira je drugačije shvaćanje patologije bolesti. Kod njih, za razliku od bolesnika s epilepsijom, shvaćanje da je stres okidač napada nije utemeljeno.

Kognitivni čimbenici - dokazano je da osobe s disocijativnim konvulzijama slabije rješavaju neuropsihijatrijske testove pa se zato ta dijagnoza povezuje s poremećajima funkcije prednjeg moždanog režnja.

Stres i dileme - mnogi bolesnici s disocijativnim konvulzijama doživljavaju stres i dilemu u svojoj okolini. Problemi su vezani za seksualno i fizičko zlostavljanje, ali i za neke traumatične događaje kao što su silovanje, zadobivanje ozljeda, zlostavljanje u djetinjstvu, operacijski zahvati (koji obuhvaćaju i porod te anesteziju), smrt člana obitelji, gubitak posla, ljubavni problemi itd. Studije

su pokazale da pacijenti s disocijativnim konvulzijama prijavljuju više negativnih životnih događaja nego bolesnici s epilepsijom.

Okidači za ponavljanje napadaja - ponavljajući napadaji u budućnosti mogu se potaknuti manje značajnim podražajima i događajima, a to su neke svakodnevne stvari kao odlazak liječniku, buka ili trepćuće svjetlo. U oko dvije trećine pacijenta disocijativne konvulzije mogu se izazvati kod posjeta liječniku, odnosno tijekom EEG-a nizom provokacijskih tehnika (10).

4.4. Epidemiologija

Procjenjuje se da 5 do 10% ambulantnih bolesnika koji primaju terapiju za epilepsiju zapravo imaju disocijativne konvulzije. U tercijarnim središtima taj je omjer dosegao 20 do 40% bolesnika, kako u razvijenim tako i u zemljama u razvoju. U istraživanju opće populacije u Škotskoj incidencija disocijativnih konvulzija procijenjena je na 4,9/100000/g, ili za usporedbu, otprilike na istoj razini kao i višestruka skleroza ili Parkinsonova bolest. Procijenjena prevalencija je 2 do 33/100000 stanovnika. Retrospektivna analiza populacija pacijenata u našem okruženju otkrila je da 17,4% pacijenata s dijagnozom epilepsije zapravo ima disocijativne konvulzije (11).

Disocijativne konvulzije identificiraju se u specijaliziranim klinikama. Prema istraživanjima 24% bolesnika s napadajima koji su se prijavili na uobičajeni pregled epilepsije putem EEG tehnologije, kod čak 50% tih osoba dijagnosticirane su disocijativne konvulzije, a ne epilepsija. Većina bolesnika mora čekati nekoliko godina do pojave prvih simptoma disocijativnih konvulzija i ispravne dijagnoze (12).

4.4.1. Spol i dob

Dokazano je kako će muškarci i žene razviti disocijativne konvulzije iz različitih razloga te će se prije razviti kod žena nego kod muškaraca. Seksualno zlostavljanje češće je uzročni faktor kod žena, a problemi vezani za posao kod muškaraca. Međutim, kod muškaraca se može pojaviti posttraumatska etiologija pacijenta, kao što je zabilježeno u slučaju ratnih veterana (13).

Disocijativne konvulzije će se najčešće se javljaju u drugom ili trećem desetljeću života, iako postoje zapisi o nekim napadajima koji su nastupili u mlađih od četiri godine i starijih od sedamdeset godina. Dokazano je da je bolja prognoza kod napadaja u djece i mlađih osoba. Ipak, stariji pacijenti mogu biti bolji u sposobnosti za uključivanje u psihoterapijski proces. Disocijativne konvulzije u starijoj dobi pojavljuju se jednako često kod muškaraca i žena, ali su okidači za napad manje povezani sa seksualnom traumom, a više sa zdravstvenim traumatičnim iskustvom (14).

4.5. Klinička slika

Sljedeće manifestacije napadaja mogu izazvati sumnju na disocijativne konvulzije (15):

- iznenadni i „teški“ napadaji bez prethodnog neurološkog ispada
- trešnja i trzanje; pomicanje glave s jedne strane na drugu te pokretanje ruku gore i dolje; izbacivanje zdjelice
- netipični događaji s različitim karakteristikama
- izazvani događaji potaknuti emocionalnim stresom
- neko vrijeme ne dolazi do napadaja pa napadaj može biti primijećen i zaustavljen – tako se bolesnici rijetko kad ozljede tijekom napadaja i ne dolazi do inkontinencije
- kod epilepsije bolesnici u napadaju zagrizu jezik ili sluznice, a bolesnici s disocijativnim konvulzijama učestalije zagrizu vrh jezika
- kod epilepsije bolesnici dišu otežano i usporeno, a kod bolesnika s disocijativnim konvulzijama ubrzano disanje javlja se nakon napadaja

Možemo razlikovati nekoliko vrsta disocijativnih konvulzija, a najčešće se manifestiraju prekomjernim pokretanjem ekstremiteta, glave i trupa. Rjeđe se javlja grčenje ili nekontrolirano drhtanje. Disocijativne konvulzije će se najčešće dijagnosticirati u bolesnika kod kojih se u napadajima primjećuju promjene u razini svijesti (16).

4.5.1. Razlika između epilepsije i disocijativnih konvulzija

U zadnjem desetljeću uvelike napreduju istraživanja i saznanja o poremećajima s neurološkim simptomima. Iako se u literaturi opisuju mnogobrojne razlike u simptomima između epileptičkih napada i disocijativnih konvulzija, oni najučinkovitiji za prepoznavanje potonjih su zatvaranje očiju tijekom napadaja, duže trajanje napadaja te pojava plača (17).

Kako bi se dijagnoza mogla postaviti sigurno, dijagnostički nalazi (kao povijest bolesti, EEG, neuropsihijatrijska i psihijatrijska procjena) moraju se temeljito analizirati (18).

Disocijativne konvulzije javljaju se naglo i više su stupnjevite za razliku od epilepsije. Kod njih je drhtanje asinkrono i asimetrično. Snažna i smanjena motorička aktivnost pojavljuje se u različitim fazama, što znači da se kod epilepsije trzaji mišića ekstremiteta postupno smanjuju tijekom napada, dok se kod disocijativnih konvulzija postupno pojačavaju. Izguravanje zdjelice prema naprijed primjećuje se i kod epilepsije i kod disocijativnih konvulzija. U potonjima se glava nekontrolirano kreće s jedne strane na drugu dok su oči i usta zatvoreni, što nije slučaj kod epileptičkih napadaja. Disocijativne konvulzije obično traju duže od epileptičkih napadaja, ali su manje stereotipne pa se vrlo lako mogu zamijeniti za epilepsiju. Studije su pokazale da su epileptički napadaji trajali od jedne minute do minute i 30 sekundi, a napadaj kod disocijativnih konvulzija trajao je od dvije do čak deset minuta. Bolesnici koji su imali dugotrajnije napadaje tretirani su i liječeni prema dijagnozi *status epilepticus*. Kod bolesnika s disocijativnim konvulzijama mogu se pojaviti nekontrolirani pokreti tijela tijekom prividne nesvjestice, ili suprotno, mogu zadržati punu svijest tijekom dugotrajnog generaliziranog napadaja (17).

Više od četvrtine bolesnika koji su imali napadaj epilepsije nije moglo kontrolirati tijelo, tj. nisu mogli zadržati urin i stolicu. Sinusna tahikardija česta je, i kod epilepsije se pojavljuje prije napada, a hormoni stresa više su povećani u njenom slučaju nego kod disocijativnih konvulzija. Porast temperature tijela također se češće pojavljuje kod epilepsije (19).

U dosadašnjim istraživanjima broja otkucaja srca i EEG snimke mogu olakšati dijagnosticiranje napadaja. Pokazalo se da se broj otkucaja srca iznad 130/min pojavljuje kod epilepsije, što je omogućilo da se s vjerojatnošću većom od 90% može postaviti sigurna dijagnoza (20).

Mora se imati na umu da su psihogeni napadi potaknuti nepodnošljivim unutarnjim nemirom i kao takvi mogu biti znak napada panike. Zanimljivo je da se kod velikog broja prijavljenih iskustava preklapaju napadi panike i psihogeni napadi, koji su posebno povezani s hiperventilacijom i autonomnim uzbuđenjem. Ti nalazi navode autore da ustvrde kako se epizode disocijativnih konvulzija najbolje promatraju kao odgovor na silno fiziološko uzbuđenje s nedostatkom visoke subjektivne anksioznosti (19).

4.6. Dijagnostika

Neurolozi i psihijatri ne mogu tijekom jednog pregleda i promatranja utvrditi dijagnozu disocijativnih konvulzija (21).

Prema istraživanjima koja su proveli Kozłowska, Chudleigh, Cruz i sur. pokazalo se da je potrebno oko sedam godina nakon prvog napadaja da se postavi točna dijagnoza disocijativnih konvulzija. Prema ovom se zaključuje kako je gotovo nemoguće u kratkom vremenu utvrditi razliku između epileptičkog napada i disocijativnih konvulzija. Potrebno je mnoštvo medicinskih, psihijatrijskih i laboratorijskih zapisa da bi se mogla utvrditi dijagnoza. Dijagnostički laboratorijski testovi koji se primjenjuju su određivanje razine hormona prolaktina i kortizola u serumu i njihova povećana razina prisutna je kod epilepsije. Međutim, ono što je ključno za postavljanje precizne dijagnoze su video zapisi i EEG monitoriranje (22).

4.6.1. Disocijativne konvulzije kod djece

Disocijativne konvulzije u djece i mladih u velikom broju slučajeva povezane su sa disfunkcionalnom obitelji i problemima u školi. Provodi se EEG i MRI testiranje, CT velikog mozga te ispitivanje razine glukoze u krvi. Pedijatri su otkrili da se najviše napadaja događa kod djece koja su doživjela neki od ključnih čimbenika za njihov nastanak, a to mogu biti psihičke i fizičke traume, seksualno zlostavljanje te korištenje antiepileptičkih lijekova. Disocijativne konvulzije mogu se dijagnosticirati pomoću EEG-a, no potreban je i video-EEG zapis koji se treba

predati na provjeru iskusnim epileptolozima kako bi se mogla usporediti razlika između disocijativnih konvulzija i epileptičkih napadaja (23).

4.6.2. Elektroencefalografija

Elektroencefalografija (EEG) jedna je od ključnih dijagnostičkih metoda u potvrdi dijagnoze disocijativnih poremećaja. Kako bi se mogla utvrditi razlika između disocijativnih konvulzija i epilepsije, potrebno je u EEG zapisu epileptiformne patološke elemente razvrstati na epileptiformne i neepileptiformne. Pri dijagnosticiranju disocijativnih konvulzija vrlo često se događaju pogreške. Svjedoci napadaja često ne mogu opisati njegov točan tijek, a to bi uvelike pomoglo u dijagnosticiranju. Sumnju u točnost dijagnoze povećavaju neepileptički elementi koji su slični epilepsiji. Često u dijagnosticiranju se koristi pokretni EEG kojim se kontinuirano snima izvan bolničke ustanove. Snimanje, koje traje nekoliko dana, bilježi cikluse budnosti i cikluse spavanja. Pomoću sučelja na kojemu se se čita zapis snimanja, bolesnici i promatrači mogu vidjeti i naznačiti vrijeme kada smatraju da se napadaj događa (24).

Olson je proveo istraživanje na 157 djece, čiji su roditelji tvrdili da djeca doživljavaju barem tri napadaja tjedno, a čak njih 140 je imalo napadaj tijekom pokretnog snimanja EEG-a. Učinjeno je zatim snimanje nativnim EEG-om i čak 76% napadaja bilo je neepileptičke prirode jer se snimke pokretnog i kliničkog EEG-a nisu podudarale. Pokretno EEG snimanje koristi se jer pomaže dijagnostici, najviše zato što se bolesnici kojima je dijagnosticirana epilepsija ne mogu sjetiti napadaja. Upotrebljava se i radi praćenja učestalosti napadaja. Stoga, za jasniju dijagnozu potrebno je napraviti pokretno snimanje EEG-om i kliničku snimku EEG-a (24).

Neki znanstvenici tvrde da je san pokretač epilepsije. S obzirom na tu sumnju Olson je proveo istraživanje koje je pokazalo da se kod bolesnika s epilepsijom, koji imaju normalne početne zapise bez interiktalnih epileptiformnih izbijanja, tek na sljedećem snimanju sna ista pojavljuju. Pogrešno tumačenje EEG zapisa vodi do pogrešne dijagnoze, ali bitno je znati i to da normalan EEG nalaz bez patoloških anomalija ne mora isključivati dijagnozu epilepsije. Jedno snimanje nije dovoljno da se postavi dijagnoza epilepsije, već ga je potrebno dugotrajno provoditi, kao i snimanje tijekom sna (24).

Razlikovanje disocijativnih konvulzija od epilepsije potrebno je za postavljanje dijagnoze, a samim tim i za davanje odgovarajuće terapije. Najvažnije je prepoznati razliku između primarne generalizirane i parcijalne epilepsije jer nepoznavanje može utjecati na dijagnozu zbog toga što osoba s disocijativnim konvulzijama može imati i primarnu i sekundarnu epilepsiju (2).

4.6.3. Video-elektroencefalografija (VEEG)

Video-elektroencefalografija (VEEG) postupak je koji se radi tijekom stacionarnog boravka u bolnici, koristeći kontinuirano snimanje EEG-a i video. Cilj je zabilježiti uobičajene događaje i utvrditi radi li se o epileptičkim napadima ili nekom drugom stanju. U slučaju epileptičkih napadaja VEEG može pomoći u određivanju njihove vrste i odrediti područje u mozgu odakle počinju napadaji. Snimanja koja traju kratko, do nekoliko sati, provode se u EEG laboratorijima, a ako je potrebno 24-satno snimanje, provodit će se u bolnicama. Video-EEG je pouzdaniji i ima više prednosti jer omogućava stručnom osoblju da vidi trajanje i jačinu napada, i sve karakteristike koje mogu biti ključne u dijagnosticiranju. Kako se snimanje provodi u bolnici, korisno je što osoblje može proučiti stanje nakon napadaja, kao, primjerice, neke posljedice tjelesne pojave. EEG i video-EEG snimanje provode se u kliničkim centrima zbog visoke tehničke opremljenosti i kvalitete snimanja – omogućuje se praćenje karakteristika koje se mogu pojaviti tijekom napadaja, poput stava i položaja tijela, pokreta očiju i lica. Prednosti snimanja u bolničkim centrima je sigurnost bolesnike koji su prestali uzimati antiepileptičke lijekove, a i ako dođe do napadaja, maksimalno je smanjena mogućnost zadobivanja teških ozljeda (24).

Prosječno vrijeme snimanja video-EEG-a koje je bilo potrebno do pojave prvog napadaja je dva dana, a nešto manje su se prvi napadaji javljali tek nakon tri ili više dana. Nekad se koriste određeni okidači za pojavu napadaja kao hiperventilacija i fotostimulacija različitog intenziteta. Smanjivanje sna ili iznenadno buđenje također se koriste kako bi se izazvali napadaji. Kod osoba koje su prestale koristiti antiepileptike povećava se mogućnost pojave napadaja, pogotovo u onih koji su ih prestali uzimati naglo (25).

Američko Nacionalno udruženje centara za istraživanje epilepsije (eng. *National Association of Epilepsy Centers*) ozakonilo je odluku da se mora provesti snimanje video-EEG-om ako se

bolesnicima nakon godinu dana od dijagnoze i uz korištenje antiepileptičkih lijekova nije popravilo stanje (24).

Smatra se da je video-EEG snimanje najbolje rješenje za postavljanje dijagnoze bolesnicima s ponavljajućim napadajima, jer kod 20% onih kojima se snimi video-EEG uopće ne postoji epilepsija. Mnogi su bolesnici koji nisu snimali video-EEG dugo vremena nepotrebno uzimali antiepileptike (26).

4.7. Liječenje

4.7.1. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija (eng. CBT – *Cognitive Bibehavioral Therapy*) je učinkovita, a koristi se u liječenju depresije i anksioznosti koje su prisutne kod bolesnika s disocijativnim konvulzijama (27).

Bolesnici s disocijativnim konvulzijama razlikuju se od bolesnika koji boluju od epilepsije što ponajprije pokazuju simptome fobije, anksioznost, depresija i strah (27).

Kako bi se dokazala učinkovitost CBT terapije, napravljena su mnoga istraživanja. U istraživanju koje su proveli Goldstein, Deale, O'Malley i sur. bolesnici su susretani pojedinačno tijekom 12 seansi jednom tjedno ili svaki drugi tjedan po najviše dva sata za prvu seansu, a jedan sat za svaku sljedeću. Terapiju je provodila medicinska sestra terapeutkinja koja je imala iskustva u radu s tom skupinom bolesnika, a oni su trebali slijediti detaljan raspored liječenja po seansama pripremljenim za istraživanje. Terapeutkinja, koja je imala i prethodno iskustvo u vođenju kliničkih ispitivanja, provodila je mjesečni nadzor i napredak liječenja. Ključni aspekt uključivanja sudionika u liječenje sadržavao je pružanje obrazloženja za pojavu i održavanje njihovih disocijativnih konvulzija. Bolesnicima je rečeno kako su imali napadaje kod kojih se mislilo da je njihov mozak ili um „isključen“ i da su izgubili svijest i kontrolu nad svojim radnjama. Dužnost terapeuta je da bolesnicima objasni kako njihovi napadaji predstavljaju zadnju mogućnost tog fenomena, koja se ostvaruje kao iznenadni obrambeni odgovor na anksioznost. Sudionicima je objašnjeno da ljudi s disocijativnim konvulzijama često ne mogu prepoznati okidače za napad, a oni su obično višestruki

stresni događaji u različitim područjima njihova života koji bi se mogli prikazati kao predisponirajući čimbenici. Pokušalo se ukazati na korisnost izbjegavanja nefunkcionalnog razmišljanja i depresivnih misli. Njegovatelji bolesnika bili su uključeni u liječenje (uz pristanak bolesnika) obično na prvoj, šestoj i dvanaestoj seansi. S obzirom na poteškoće koje su zabilježene u funkcioniranju obitelji bolesnika s disocijativnim konvulzijama, te želju da se maksimiziraju mogućnosti za generalizaciju dobitaka u liječenju, smatralo se važnim uključiti obitelji bolesnika u proces kako bi mogle pružiti podršku u pronalasku alternativnih načina smanjivanja disocijativnih konvulzija (28).

Prva i druga seansa odnosila se, prije svega, na angažman, izradu detaljne kognitivne procjene ponašanja, uvođenje upotrebe dnevnika napadaja i pružanje obrazloženja liječenja. Bolesnici su poticali na veću neovisnost. Tretman između treće i pete seanse obuhvaćao je tehnike odvratanja pozornosti i fokusiranja, tj. preusmjerenje pažnje sa znakova napadaja na drugu fizičku ili mentalnu aktivnost, ili neki predmet u okolini, zajedno s primjenjivanjem strategija opuštanja i kontroliranja disanja. Šesta seansa uključivala je pregled dosadašnjeg liječenja i utvrđivanje problema kojima će se baviti u sljedećim seansama. Bolesnici su otpušteni s aktivnog liječenja na 12-oj seansi, kada se procjenjivao napredak. Potom su susretani šest mjeseci nakon završetka liječenja na još jednoj seansi, kada su mjere ishoda ponovno dovršene. Uz to se raspravljalo o svim trajnim poteškoćama s ciljem pomaganja pacijentima da zadrže rezultate napretka postignute tijekom aktivnog liječenja. Na početku liječenja svi su uzimali antiepileptičke lijekove, što je postupno smanjeno. Na kraju CBT-a svih 16 sudionika uspješno je prestalo koristiti antiepileptičke lijekove, bez pojavljivanja napadaja (28).

Za disocijativne (neepileptičke) konvulzije nedavno je završeno ispitivanje koje su proveli Berry, Yuksel, Proctor, Foong. Iako cjeloviti rezultati tek trebaju biti objavljeni, većina bolesnika izvijestila je o smanjenju disocijativnih konvulzija nakon liječenja CBT-om. Pokazalo se da je CBT učinkovit u smanjenju učestalosti disocijativnih konvulzija, bez obzira na to što su koristile različito statističko modeliranje i imale više uzoraka. Sada su bolesnici ohrabrivani da nastave s vođenjem dnevnika napadaja, ali nisu svi u skladu s bilježenjem jačine disocijativnih konvulzija. To je razlog da neki od bolesnika možda nisu mogli razlikovati epileptične napadaje i disocijativne konvulzije, što utječe na pouzdanost mjera učestalosti disocijativnih konvulzija koje su sami prijavili. Kod bolesnika glavni su napadaji bili oni disocijativni, koji su se smanjili u učestalosti

nakon liječenja CBT-om. Prije liječenja CBT-om primijećene su depresija i anksioznost u skupini, a kasnije su značajno smanjene. Moguće je da je i poboljšanje raspoloženja povezano sa smanjenjem disocijativnih konvulzija (29).

4.7.2. Ostale metode liječenja

Zbog simptoma koji se pojavljuju, neurolozi, liječnici obiteljske medicine i psihijatri zdravstveni su djelatnici koji prvi procjenjuju disocijativne konvulzije. Neurolog je tu da postavi točnu dijagnozu kako bi se bolesnicima mogla dati pravodobna terapija i kako bi se spriječile komplikacije koje mogu nastati uslijed napadaja. One obično nastaju zbog uzimanja antiepileptičkih lijekova koje bolesnici koriste zato jer je dijagnoza nepravilno postavljena. Takvo neprikladno liječenje može dovesti do smrti. Također je zaključeno da ukoliko se što prije ne postavi dijagnoza, pozitivni ishod liječenja postaje sve slabiji. Zbog otežanog dijagnosticiranja bolesnike se s disocijativnim konvulzijama upućuje da se prijave na liječenje za mentalne bolesti. Liječnici stalno moraju biti u kontaktu kako bi pravodobno mogli primijeniti lijekove i spriječiti neprimjereno liječenje (28).

Tri su etape procjene disocijativnih konvulzija (28):

- 1) dijagnoza se istražuje kroz psihosocijalne čimbenike i učestalost pojavljivanja kako bi se mogla objasniti temeljna psihopatološka podloga
- 2) nastoji se u potpunosti uključiti bolesnika u liječenje
- 3) psihoterapijsko liječenje i praćenje napretka u daljnjem funkcioniranju

Inicijalna etapa liječenja osobito je važna u populaciji bolesnika s disocijativnim konvulzijama, s obzirom na to da se obično vrte neurolozima kako bi ispitali točnost postavljene dijagnoze. U ovoj je etapi bitno da bolesnici razumiju dijagnozu, a da ne traže njezinu potvrdu kod nekih drugih stručnjaka; da su stalno u kontaktu sa stručnjacima za mentalno zdravlje i traže aktivno sudjelovanje u liječenju. Ranim postavljanjem dijagnoze moguće je u većine bolesnika smanjiti učestalost pojavljivanja napadaja i korištenje lijekova. U jednom istraživanju koje su proveli Cahill, Ficker, Hughes i sur. gdje se pravovremeno postavila dijagnoza kod 50 novootkrivenih

bolesnika s disocijativnim konvulzijama, došlo je do smanjivanja napadaja kod 14% bolesnika u dva tjedna, a kod 20% njih napadaji su se drastično smanjili nakon 11 tjedana. Moguće objašnjenje za napredak može biti u tome da bolesnici dobivaju uvid u odnos stresora i pojava disocijativnih konvulzija, a takvo saznanje uvelike pridonosi oporavku zbog odabira prihvatanja te nastojanja izbjegavanja stresnih situacija. Druga etapa liječenja je akutna intervencija koja uključuje psihoterapijsko i psihofarmakološko liječenje, pri čemu je najvažnije smanjiti učestalost napadaja, ali i postići poboljšanje i unaprjeđenje kvalitete života i djelomični oporavak (30).

4.7.3. Psihoterapija

Psihoterapija dovodi do smanjenja učestalosti napadaja najmanje za polovicu kod 50% do 80% bolesnika. Kognitivna ponašanja u interdisciplinarnom tretmanu čine se najučinkovitijim oblikom liječenja, prema trenutnom stanju dokaza. Bolesnici koji su spremni na liječenje i redovito kontroliraju svoje stanje imaju znatno veće smanjenje frekvencije napadaja od onih koji se ne liječe. Istraživanje koje su proveli Cahill, Ficker, Hughes i sur. dokazano je da su šest mjeseci nakon liječenja liječeni bolesnici imali 1,5 napadaja na mjesec, dok su kontrolni bolesnici imali 5,0 napadaja. Dokazi sugeriraju da bolesnici koji se liječe psihoterapijom najviše koriste od nje imaju ako su prihvatili dijagnozu, i ako su imali napadaj akutno potaknut egzogenim stresom, ali su inače dobrog mentalnog i fizičkog zdravlja (30).

Psihodinamske intervencije koje se koriste su (30):

- rad na nesvjesnim međuljudskim sukobima, kako prošlim tako i sadašnjim
- terapijski rad na strukturnim oštećenjima
- konkretno rješavanje traumatičnih iskustava, npr. sa psihodinamskom terapijom za traume na temelju slika
- rad na promjeni nefunkcionalnih obrazaca međuljudskih odnosa iz prošlosti i sadašnjosti bolesnika
- uspostavljanje veza između sadašnjih neugodnih osjećaja i prošlih negativnih iskustva
- objašnjavanje povezanosti nefunkcionalnih obrazaca odnosa s manifestacijama napadaja
- iskorištavanje terapijskog odnosa

- promicanje prijenosa za liječenje napadaja neurotičnog porijekla, ograničavajući prijenos u liječenju napadaja trauma

4.7.4. Psihofarmakologija

Često psihijatrijski komorbiditeti pacijenata s disocijativnim konvulzijama zahtijevaju liječenje psihoaktivnim lijekovima. Lijekovi prvog izbora kod liječenja paničnih poremećaja su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) - norepinefrina, kao što je venlafaksin. Poremećaji spavanja mogu se liječiti antipsihoticima lijekovima male snage ili antidepresivima poput trimipramina ili mirtazapina. Dugotrajna primjena benzodiazepina pogoršava disocijativne simptome i trebala bi biti izbjegnuta. Depresija se može učinkovito liječiti selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina poput sertralina, ili venlafaksinom ili mirtazapinom ako je prvi neučinkovit; daljnji korisni lijekovi za depresiju uključuju tricikličke lijekove i inhibitore monoaminooksidaze. Za pacijente s graničnim poremećajem, koji izrazito utječe na nestabilnost i ponekad prouzrokuje pokušaje samoozljeđivanja, preporučeno je liječenje atipičnim antipsihoticnim lijekovima poput olanzapina ili aripiprazola, moguće u kombinaciji sa SSRI-ima ili s lijekovima za podizanje raspoloženja poput lamotrigina ili valproata. Psihoaktivni lijekovi smiju se davati samo u kombinaciji sa psihoterapijom i kao dio dobro definiranog cjelokupnog plana liječenja (30).

4.7.5. Uključivanje pacijenta u liječenje

Mnogi bolesnici s disocijativnim konvulzijama imaju poteškoće u prihvaćanju svoje dijagnoze što otežava uključivanje u liječenje. Posebnu pažnju zdravstveni radnici trebaju posvetiti bolesnicima s disocijativnim konvulzijama koji ne žele prihvatiti svoju dijagnozu jer isti vrlo često zahtijevaju više vremena i truda od strane zdravstvenih radnika s kojima imaju prvi kontakt. To su obično neurolog i psihijatar, čije su dužnosti pomoći u aktivnom uključivanju u liječenje narušenog mentalnog zdravlja bolesnika (31).

Bolesnici s disocijativnim konvulzijama općenito imaju drugačije poglede na odnos zdravlja, bolesti i liječenja. Zbog toga se događa da doživljaju kako samo primaju terapiju i liječenje, a ne sudjeluju aktivno u tome. Stoga je potrebna uključenost i liječnika i medicinskih sestara/tehničara u provedbu psihoterapijskih intervencija (32).

4.7.6 Liječenje disocijativnih konvulzija art-terapijom

Edukacijsko-rehabilitacijski centri u svom opsegu rada pružaju pomoć u liječenju bolesnika s disocijativnim konvulzijama art-terapijom, koja također može značajno doprinijeti u poboljšanju bolesnikovog mentalnog zdravlja. Art-terapija može se definirati kao oblik terapije u kojoj je kreiranje slika ili objekata ključno u stvaranju odnosa između art-terapeuta i bolesnika (2).

Bolesnici koji sudjeluju u art-terapiji imaju više dijagnoza, što se očituje kroz emocionalne i psihičke smetnje. Vrlo često te osobe imaju poteškoće s učenjem ili pate od fizičkih nedostataka, pretrpjele su neku ozljedu mozga ili imaju druge neurološke i tjelesne bolesti koje uvelike smanjuju kvalitetu života. Na temelju pregleda potreba bolesnika terapeut odlučuje hoće li se art-terapija provoditi u grupi ili individualno. Važno je naglasiti da art-terapija služi kao jedna od metoda u liječenju bolesnika s disocijativnim konvulzijama i da se za njezino provođenje ne mora imati iskustvo u likovnom izražavanju (33).

Istraživanje koje su proveli Brown, Pestana-Knight, Shella vezano za art-terapiju i njenu primjenu kod bolesnika s epilepsijom i disocijativnim konvulzijama pokazalo je kako koja dijagnoza utječe na način umjetničkog izražavanja. Bolesnici su na dobivenoj skulpturi bojama i materijalima trebali opisati kako doživljavaju svoj napadaj. To je važno jer se na temelju osobnog slikovitog opisa može dobiti bolji uvid u bolesnikovo doživljavanje napadaja. Nakon završetka bolesnici s disocijativnim konvulzijama više opisuju emocionalne probleme tijekom napada, a bolesnici s epilepsijom opisuju fizičke manifestacije tijekom trajanja napadaja. Na skulpturi su bolesnici s disocijativnim konvulzijama više koristili zatvorene i zagasite boje i materijale, što je izražavalo depresiju, ljutnju i moguće proživljene traume. Bolesnici s epilepsijom češće su opisivali svoje napadaje kao eksploziju energije, s nešto malo izražavanja emocija. Za svoju skulpturu birali su vedrije boje, i to na određenom mjestu na glavi, a ono što je karakteristično jest prikazivanje fizičkih manifestacija kao ozljeda nosa ili ugriz za jezik (34).

4.7.7. Standardizirana medicinska skrb (SMC)

Pružanje standardne medicinske skrbi bolesnika s disocijativnim konvulzijama razlikuje se, a također i različite specijalnosti mogu doprinijeti standardnoj skrbi na specifične načine. Kroz razvoj postojećih i novih protokola, kao i upotrebu poznatih materijala, uspostavljeni su ključni pristupi isporuke onoga što se ovdje smatra standardiziranom medicinskom skrbi (SMC). Standardiziranu medicinsku skrb će za proučavanje problema pacijenata pružiti neurolozi i psihijatri. Neurolozi će općenito napraviti procjenu stanja, a zatim postaviti dijagnozu, što je prvi korak na putu liječenja. Psihijatri će dalje procijeniti etiološke čimbenike i čimbenike održavanja, procijeniti i liječiti složene popratne morbiditete i dati savjet kako upravljati napadajima te se prilagoditi novonastaloj situaciji, ali bez korištenja CBT tehnika. Kao dio SMC-a osmišljene su dvije informativne knjižice o disocijativnim konvulzijama koje će se dati pacijentima kako bi dopunili saznanja koja su dobili u razgovoru s neurologom i psihijatrom. Te su knjižice:

1. časopis o disocijativnim konvulzijama (neurologija) - kratka knjižica koju neurolozi mogu dati pacijentima kada postavljaju dijagnozu;
2. činjenica o disocijativnim konvulzijama (psihijatrija) - više je detaljno pisana informacija kao dodatak SMC-u, o psihijatrijskoj procjeni i liječenju; daje se pacijentu u vrijeme početne psihijatrijske procjene (35).

4.8. Intervencije medicinske sestre tijekom liječenja

Intervencije medicinske sestre podrazumjevaju na prvome mjestu primjenu ordinirane terapije te se posebno moraju usredotočiti na skrb za žene i djecu jer napadaji kod djece mogu izazvati poremećaj u mentalnom razvoju, a kod žena mogu utjecati na mogućnost trudnoće, trudnoću, tijek porođaja te dojenje. Medicinska sestra/tehničar koji skrbe o bolesnicima trebaju se dodatno educirati te posjedovati specifična znanja i vještine kako bi znali prepoznati i adekvatno reagirati u slučaju napadaja. Sve što se zamijeti prije, za vrijeme i nakon napadaja obavezno se evidentira u sestrinskoj dokumentaciji. Čimbenici koji moraju biti navedeni u sestrinskoj dokumentaciji su (36):

- zapis je li napadaj uočen i promatran od početka;

- opis ponašanja bolesnika prije napadaja - je li bolesnik ukazivao na mogućnost napadaja, jesu li mu prethodili neki podražajni utjecaji;
- opis početka i tijeka napadaja - kakav je bio položaj tijela, vrste kretnji tijekom napadaja, položaj očiju i veličina zjenica, prisutnost nekih drugih motoričkih aktivnosti, je li bilo nemogućnosti zadržavanja urina ili fecesa, vremensko trajanje napadaja i ponašanje poslije njega.

Prvo i osnovno pravilo medicinska sestra mora obavijestiti liječnika o napadaju, te primijeniti ordiniranu terapiju. Bolesniku se mora osigurati privatnost, te ga polegnuti na leđa i pritom paziti na moguće ozljede glave. Tijekom cijelog napadaja medicinska sestra mora ostati uz bolesnika i nikako mu se ne smije na silu otvarati čeljust i ograničavati pokrete tijekom napadaja. Nakon napadaja bolesnik se postavi u bočni položaj kako bi mu se olakšalo disanje zbog mogućnosti zapadanja jezika u grlo, te kako ne bi došlo do aspiracije. Potrebno je pacijentu omogućiti miran san i pružiti mu podršku jer su bolesnici nakon napadaja često uznemireni i dezorijentirani (36).

Medicinska sestra kod disocijativnih konvulzija treba biti profesionalna i prije svega imati holistički pristup. Profesionalnošću i empatijom pridobit će pacijenta i njegovu obitelj na suradnički odnos, što će olakšati liječenje i edukaciju. Zdravstveni odgoj i edukaciju potrebno je provesti kako bi se pacijenta potaknulo na samostalnost i nastojanje ostvarivanja što kvalitetnijeg života. Kako su bolesnici s disocijativnim konvulzijama i epilepsijom vrlo ranjivi, potreban je empatijski pristup zato da bolesnik stekne povjerenje u medicinsku sestru jer one su te koje najviše vremena provode s njim. Rezultat toga bit će uspješnije liječenje, s kojim će se komplikacije bolesti smanjiti ili odgoditi, što će bolesnicima olakšati daljnji život s bolešću (36).

4.8.1. Proces zdravstvene njege kod bolesnika s disocijativnim konvulzijama

1. Visok rizik za ozljede u/s napadajem 2° disocijativnim konvulzijama

Prilikom disocijativnih konvulzija postoji mogućnost nastanka ozljeda, prvenstveno teških ozljeda glave koje mogu nastati prilikom pada bolesnika.

Cilj: Tijekom napadaja bolesnik se neće ozlijediti

Intervencije:

- poleći bolesnika
- obavijestiti liječnika
- primijeniti ordiniranu terapiju
- praćenje vitalnih funkcija
- postaviti bolesnika u bočni položaj
- otvaranje dišnog puta
- aspiracija po potrebi
- zaštita bolesnika od udaraca primjenom zaštitnih mjera i postupaka
- smiriti bolesnika
- pratiti vitalne funkcija
- pratiti stanje svijesti
- dokumentirati učinjeno u sestrinsku dokumentaciju

Evaluacija: Cilj je postignut. Tijekom napadaja bolesnik se nije ozlijedio

2. Neupućenost

Cilj: Bolesnik će biti upućen u stanje svoje bolesti, terapiju i način života.

Intervencije:

- procijeniti bolesnikovo znanje o bolesti, terapiji, mogućim komplikacijama i načinu života tijekom bolesti
- razgovarati s bolesnikom kako bi se razjasnila njegova pitanja i pogrešni stavovi

- poticati bolesnika na redovito uzimanje terapije te ga upoznati s mogućim nuspojavama i važnosti redovitih liječničkih pregleda
- ohrabriti bolesnika da iznesu svoje nedoumice vezane uz bolest
- educirati i bolesnikovu obitelj
- poticati obitelj na razumijevanje i komunikaciju s bolesnikom

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnik je upućen u stanje svoje bolesti, terapiju i način života.

3. Socijalna izolacija

Cilj: Bolesnik će razviti suradljiv odnos.

Intervencije:

- educirati pacijenta o njegovoj bolesti
- izbjegavati čimbenike koji mogu izazvati napad, kao što su bljeskajuće svjetlo u disko klubovima, alkohol, droga
- pružiti bolesniku empatiju i podupirati ga
- poticati obitelj na pružanje potpore bolesniku
- poticati na uključivanje u grupu bolesnika koji boluju od iste bolesti te mu omogućiti što brži povratak u društvo

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnik je razvio suradljiv odnos.

SESTRINSKA SKRB

Intervencije sestre su:

- kontinuirano praćenje bolesnikova stanja;
- pravodobno pružanje pomoći prilikom napada;
- kontinuirana edukacija bolesnika i njegove obitelji.

Cjelokupno praćenje, provedene intervencije i evaluacija moraju biti dokumentirani. Medicinska sestra prilikom prijema treba prikupiti sve podatke o bolesniku i njegovom načinu života. Nezaobilazne intervencije medicinske sestre uključuju edukaciju bolesnika usmjerenu na aktivno sudjelovanje u liječenju te edukaciju vezanu uz promjenu životnog stila i aktivnosti svakodnevnog života, a što podrazumijeva: dovoljno sna (najmanje osam sati dnevno), svijest o korisnosti svakodnevne umjerene aktivnosti, ali izbjegavanje one u kojoj se bolesnik može ozlijediti tijekom napadaja; zabrana konzumiranja alkohola i konzumacija kave svedena na minimum; izbjegavanje bljeskajućeg svjetla te nošenje tamnih naočala. Bolesnik ne bi trebao stvarati ovisnost o sestri, već ga je potrebno kroz edukaciju osamostaliti u životu s bolešću. Medicinska sestra u skrbi za bolesnike s disocijativnim konvulzijama mora imati specifična znanja i vještine, kako bi u što kraćem roku mogla pomoći i provesti potrebne postupke (36).

4.9. Morbiditet i smrtnost od neepileptičkih napadaja

Disocijativne konvulzije povezane su sa širokim rasponom popratnih bolesti, ali dominiraju nespecifični zdravstveni simptomi. Također su povezane i s više posljedica bolesti u nekoliko domena. Psihogeni komorbiditeti uočeni su prije početne dijagnoze. U mnogih je zabilježen povećani morbiditet ako se kasno postavi dijagnoza. Otkriveno je da se disocijativne konvulzije mogu dovesti u vezu s povišenim stopama metaboličkih bolesti (prekomjerna tjelesna težina, dijabetes tipa II i hiperkolesterolemija), što omogućuje da uz pojavu takvih psihičkih smetnja pretpostavimo i nezdravi sjedilački način života. Nekoliko je čimbenika odgovorno za povišene stope smrtnosti zabilježene u dječjoj, adolescentnoj i odrasloj dobi, uključujući težinu napadaja, osnovne bolesti, lijekove, popratne bolesti i čimbenike životnog stila. Zaključno, studije su otkrile da su disocijativne konvulzije povezane s brojnim zdravstvenim posljedicama i da su se morbiditeti proširili na nekoliko popratnih bolesti osim bolesti mozga. Zdravstveni radnici trebali bi biti imati u vidu mogućnost otkrivanja, dijagnosticiranja i upravljanja terapijom za liječenje disocijativnih konvulzija i epilepsije (te njihovo razlikovanje), a bolesnicima valja osigurati odgovarajuće informacije o njihovim poremećajima (37).

5. Zaključak

Disocijativne konvulzije još uvijek su velika nepoznanica i problem za prepoznavanje i razumijevanje današnjim neurolozima i psihijatrima. Velike poteškoće u postavljanju konačne dijagnoze prčinjavaju gotovo identični simptomi u manifestaciji epilepsije i disocijativnih konvulzija. Postoje vrlo male razlike između simptoma epilepsije i disocijativnih konvulzija, zbog čega liječnici većinom zaključuju kako pacijent boluje od epilepsije. Slijedom navedenog neophodno je provoditi daljnja istraživanja kako bi se shvatila etiologija nastanka disocijativnih konvulzija. Iako su do sada otkriveni mogući predisponirajući čimbenici, ima još dosta toga što bi se trebalo povezati s takvom, relativno nepoznatom dijagnozom. Pokazalo se da stres uvelike utječe na pojavu disocijativnih konvulzija pa je zato glavna preporuka upravo izbjegavanje stresa i stresnih situacija. Kako se pokazalo do sada, nema neke velike poveznice u pojavljivanju napadaja u određenoj dobi ili kod određenog spola. Mogućnost pojavljivanja ovisi o tome kakva je trauma prisutna kod pojedinaca. Otkriveno je kako se kasnija dijagnoza povezuje s lošijom prognozom razvoja bolesti i, samim tim, smanjenjem izbora metoda liječenja, stoga bi se trebalo smanjiti vrijeme koje je potrebno za dijagnosticiranje. Najviše bi istraživanja trebalo provesti u području liječenja, s obzirom na to da još ne postoji određen model po kojem će se ono provoditi. Ipak, neke su se metode pokazale uspješnima, kao što je to kognitivno-bihevioralna terapija. Za što bolje upoznavanje etiologije nastanka disocijativnih konvulzija ključna je suradnja i ulaganje zajedničkih napora kako bi se došlo do ispravne dijagnoze i osmislilo odgovarajući plan liječenja.

6. LITERATURA

1. Fritzsche, K., Baumann, K., Götz-Trabert, K., & Schulze-Bonhage, A. (2013). Dissociative Seizures. *Deutsches Aerzteblatt Online*. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23667393/> (10. 8. 2020.)
2. Barišić A-C. Psihogeni neepileptički napadaji (Diplomski rad). Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2018
3. Hingray, C., Biberon, J., El-Hage, W., & de Toffol, B. (2016). Psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Revue Neurologique*, 172(4-5), 263–269.
4. Klobučar A. Konverzivni poremećaj i psihogeni napadaji "epilepsija u dvoje", prikaz dva bolesnika. *Paediatrica Croatica*, Vol. 51 No. 2, 2007. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=22488 (12. 8. 2020.)
5. Rockliffe-Fidler, C., & Willis, M. (2019). Explaining dissociative seizures: a neuropsychological perspective. *Practical Neurology*. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30755460/> (12. 8. 2020.)
6. Baslet, G. (2011): Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism, *Seizure*; 20, 1–13. 6
7. LaFrance, W., Perez, D. (2016): Nonepileptic seizures: An updated review, *CNS Spectrums*; 21(3), 239-246.
8. Auxéméry, Y., Fidelle, G., Hubsch, C. (2011): Psychogenic non epileptic seizures: a review; 37(2), 153–158.
9. Popkirov S, Asadi-Pooya AA, Duncan R, Gigineishvili D, Hingray C, Miguel Kanner A, LaFrance Jr C Jr, Pretorius C, Reuber M. (2019). The aetiology of psychogenic non-epileptic seizures: risk factors and comorbidities 21(6):529-547
10. Reuber, M. (2008). Psychogenic nonepileptic seizures: Answers and questions. *Epilepsy & Behavior*, 12(4), 622–635

11. Popkirov, S., Jungilligens, J., Schlegel, U., & Wellmer, J. (2018). Research on dissociative seizures: A bibliometric analysis and visualization of the scientific landscape. *Epilepsy & Behavior*, 83, 162–167
12. Duncan, R., Graham, C., McKenzie, P., Oto M. (2011): Do patients whose psychogenic non-epileptic seizures resolve, 'replace' them with other medically unexplained symptoms? Medically unexplained symptoms arising after a diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.; 82(9), 967–969.
13. Devinsky, O., Mostacci, B., Tinuper, P., Widdess-Walsh, P. (2012): Psychogenic nonepileptic seizures, *Handb Clin Neurol*.; 107, 277-295.
14. Connolly, S. (2002): Historical criteria that distinguish syncope from seizures, *J Am Coll Cardiol*.; 40(1), 142-148
15. Driver-Dunckley, E., Locke, D., Noe, K., Stonnington C. (2011): Comparison of psychogenic movement disorders and psychogenic nonepileptic seizures: Is phenotype clinically important? *Psychosomatics*; 52, 337–345
16. Baker, G., Duncan, R., Goldstein, L., LaFrance Jr, W., Reuber, M. (2013): Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach: a report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force, *Epilepsia*; 54(11), 2005–2018.
17. Medford, N. (2014). Dissociative symptoms and epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 30, 10–13.
18. Bauer, J., Elger, C., Helmstaedter, C., Pukrop, R., Reuber, M., Tessendorf, N. (2003): Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients, *Ann Neurol*.; 53(3), 305–311.
19. Opherk, C., & Hirsch, L. J. (2002). Ictal heart rate differentiates epileptic from non-epileptic seizures. *Neurology*, 58(4), 636–638.
20. Elger, C., Reuber, M. (2003): Psychogenic nonepileptic seizures: review and update, *Epilepsy & Behavior*; 4, 205–216.

21. Fenton, V. i sur (2013): Psychogenic nonepileptic seizures in children: a review, *Epilepsia*; 54, 1715–1724
22. Kozłowska, K., Chudleigh, C., Cruz, C., Lim, M., McClure, G., Savage, B., ... Gill, D. (2017). Psychogenic non-epileptic seizures in children and adolescents: Part I – Diagnostic formulations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 140–159.
23. Haider, H., Hirsch, L., Moeller, J. (2010): Electroencephalography (EEG) in the diagnosis of seizures and epilepsy. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/electroencephalography-eeeg-in-the-diagnosis-of-seizures-and-epilepsy> (25. 8. 2020)
24. Olson, D. (2001): Success of ambulatory EEG in children, *J Clin Neurophysiol.*; 18,158.
25. Alix, J., Goodwin, E., Kandler, R. (2014): The value of home video with ambulatory EEG: a prospective service review, *Seizure*; 23, 480.
26. Jehi, L. (2016): Antiepileptic Drug Management in the Epilepsy Monitoring Unit: Any Standards? *Epilepsy Curr.* Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27073349/> (27. 8. 2020)
27. Prueter, C., Rimpau, W., Schultz-Venrath U. (2002): Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms, *Epilepsia* ; 43, 188–92.
28. Goldstein, L. H., Deale, A. C., O'Malley, S. J. M., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2004). An Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy as a Treatment for Dissociative Seizures. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 17(1), 41–49.
29. Berry, A. J., Yuksel, M., Proctor, B. J., & Foong, J. (2020). Cognitive behavior therapy for comorbid dissociative seizures in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32169599/> (4. 9. 2020)
30. Cahill, W., Ficker, D., Hughes, C., Privitera, M., Szaflarski, J., Szaflarski M. (2003): Psychopathology and quality of life: psychogenic non-epileptic seizures versus epilepsy. *Medical Science Monitor*; 9(4), 113–118.

31. Baslet ,G., Prensky, E., Roiko, A. (2010): Heterogeneity in psychogenic nonepileptic Seizures: understanding the role of psychiatric and neurological factors, *Epilepsy & Behavior*; 17, 236–241
32. Fritzsche, K., Baumann, K., Götz-Trabert, K., & Schulze-Bonhage, A. (2013). Dissociative Seizures. *Deutsches Aerzteblatt Online* 30. Baslet, G., Dworetzky, B., Oser, M., Perez, L. (2015): Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures: Updated Review and Findings From a Mindfulness-Based Intervention Case, *Clin EEG Neurosci.*; 46(1), 54–64.
33. Drew, C., Goldstein, L., Mellers, J., Mitchell-O'Malley, S., Oakley, D. (2000): Dissociation, hypnotizability, coping styles, and health locus of control: Characteristics of pseudoseizure patients, *Seizure*; 9, 314–322.
34. Brown, S., Pestana-Knight, E., Shella, T. (2018): Development and use of the art therapy seizure assessment sculpture on an inpatient epilepsy monitoring unit, *Epilepsy & Behavior Case Reports*; 9, 6–9.
35. Goldstein, L. H., Mellers, J. D. C., Landau, S., Stone, J., Carson, A., Medford, N., Chalder, T. (2015). COgnitive behavioural therapy vs standardised medical care for adults with Dissociative non-Epileptic Seizures (CODES): a multicentre randomised controlled trial protocol. *BMC Neurology*. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26111700/> (10. 9. 2020)
36. Keserović S. Čović I. Špehar B. *Sestrinski glasnik*, Vol. 19 No. 2, 2014. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/124522> (13. 9. 2020)
37. Jennum, P., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2019). Morbidity and mortality of nonepileptic seizures (NES): A controlled national study. *Epilepsy & Behavior*, 96, 229–233.

7. OZNAKE I KRATICE

MKB-10- *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*

10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

EEG- *Electroencephalography*

Elektroencefalografija

CBT- *Cognitive behavioural therapy*

Kognitivno bihevioralna terapija

SMC- *Standardised medical care*

Standardna medicinska skrb

SSRI- *Selective serotonin reuptake inhibitors*

Inhibitori ponovne pohrane serotonina

8. SAŽETAK

Disocijativne konvulzije su ozbiljno zdravstveno stanje. To su epizode promijenjene svijesti i nalikuju na epizode napadaja kod epilepsije, pa se zbog toga često umjesto dijagnoze disocijativnih konvulzija pripisuje upravo dijagnoza epilepsije. Do sada nema mnogo saznanja o disocijativnim konvulzijama, stoga je njihovo prepoznavanje znatno otežano. Javljaju se podjednako kod muškog i ženskog spola, a najčešće kod osoba koje su proživjele neku traumu kao seksualno zlostavljanje. Više su pogođene mlađe osobe, koje su podložnije stresu. Za postavljanje dijagnoze potreban je pregled i neurologa i psihijatra, a pretrage koje im mogu pomoći pri postavljanju dijagnoze su EEG i video-EEG. Nema određenog plana liječenja, ali neke metode uvelike pomažu, primjerice kognitivno-bihevioralna terapija. Važnu ulogu ima medicinska sestra u prepoznavanju napadaja i ponašanju tijekom njegova trajanja pa zato mora posjedovati specifična znanja i vještine kako bi mogla educirati bolesnika te ga potaknuti na samostalnost u unapređivanju svoje kvalitete života.

Ključne riječi: disocijativne konvulzije, epilepsija, liječenje, sestrinska skrb

9. SUMMARY

Dissociative seizures are a serious medical condition. They manifest in episodes of changed consciousness that look like epilepsy seizure episodes, so the diagnosis is often epilepsy instead of dissociative seizures. For now not much is known about dissociative seizures, and because of that they are very hard to recognise. They occur equally between men and women and especially in people that have lived through some trauma like sexual abuse. Younger people prone to stress are more affected. For making the diagnosis a visit to a neurologist and a psychiatrist is needed, who will make the diagnosis using regular and video EEG. There is no set plan for a treatment, because of that the nurse has to be professional so she can educate the patient and encourage him to be independent so he can improve his quality of life.

Key words: dissociative seizures, epilepsy, treatment, nursing care

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>6.10.2020</u>	ANTONELA MLADEN	<i>Antonela Mladen</i>

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

ANTONIJE LA MIADEKI

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 6. 10. 2020

Antoniela Miađeki
potpis studenta/ice