



Názov:

**Komplexný psychologický manažment  
dospelého pacienta s disociatívnou poruchou  
štandardný diagnostický a terapeutický postup**

Autori:

**doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.  
PhDr. Lucia Hrešková, PhD.  
Mgr. Andrej Pyšný  
PhDr. Mgr. Michal Masár  
PhDr. Katarína Jandová, PhD.  
prof. MUDr. Jan Praško, CSc.  
PhDr. Antónia Kotianová, PhD.**

Špecializačný odbor:

**Klinická psychológia**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

## **Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s disociatívnou poruchou - štandardný diagnostický a terapeutický postup**

<b>Číslo ŠP</b>	<b>Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP</b>	<b>Status</b>	<b>Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR</b>
0239	15. jún 2022	schválený	1. júl 2022

### **Autori štandardného postupu**

#### **Autorský kolektív:**

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; PhDr. Lucia Hrešková, PhD.; Mgr. Andrej Pyšný; PhDr. Mgr. Michal Masár; PhDr. Katarína Jandová PhD.; prof. MUDr. Jan Praško CSc., PhDr. Antónia Kotianová PhD.

#### **Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu**

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

#### **Recenzenti**

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

#### **Technická a administratívna podpora**

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** "Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

Disociatívne poruchy, diagnostika, liečba, manažment

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>DP</b>	Disociatívne poruchy
<b>DSM-5</b>	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch 5. revízia
<b>EMB</b>	Evidence based medicine, medicína založená na dôkazoch
<b>ISSTD</b>	The International Society for Study of Trauma and Dissociation
<b>KBT</b>	Kognitívno-behaviorálna terapia
<b>MKCH-10</b>	Medzinárodná klasifikácia chorôb 10. revízia
<b>NICE</b>	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Národný inštitút pre zdravie a starostlivosť)
<b>PNES</b>	Psychogenic nonepileptic seizures (psychogénne neepileptické záchvaty)
<b>PTSP</b>	Posttraumatická stresová porucha
<b>ŠDTP</b>	Štandardné diagnostické a terapeutické postupy

## Kompetencie

**Psychológ v zdravotníctve špecialista** (klinický psychológ) - psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. DP - špecifická psychoterapia, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v CPČ inej ako v špecifickej psychoterapii pre dg. DP v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. PTSP k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v CPČ psychoterapia – **psychoterapia**.

**Klinický psychológ** - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, bazálna psychoterapia, prevencia.

**Psychológ** - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, bazálna psychoterapia, prevencia, všetko vykonávané pod supervíziou.

**Lekár bez špecializácie** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

**Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater)** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia.

**Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) s certifikátom pre špecifické psychoterapeutické intervencie vychádzajúce z EBM pre DP** - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

**Sestra so špecializáciou** v odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

**Sestra so špecializáciou a s certifikátom** v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre DP - špecifická psychoterapia, supervízia.

**Sociálny pracovník** - prvotné posúdenie, prevencia, sociálno-právna podpora.

**Všeobecný lekár pre deti a dorast** - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

**Všeobecný lekár pre dospelých** - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

**Poradenský psychológ** - prvotné posúdenie, prevencia.

**Liečebný pedagóg** - prvotné posúdenie, prevencia.

**Liečebný pedagóg špecialista s certifikátom** v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre DP - špecifická psychoterapia, supervízia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

**Logopéd špecialista s certifikátom** v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre DP - špecifická psychoterapia, supervízia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

## **Úvod**

Účelom tohto štandardného, preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti pre pacientov trpiacich disociatívnymi poruchami (ďalej DP). Štandardný diagnostický a terapeutický postup (ŠDTP) je určený všeobecným lekárom pre dospelých, všeobecným lekárom pre deti a dorast, neurológom, klinickým psychológom a poradenským psychológom, psychiatrom a ďalším odborníkom v oblasti duševného zdravia. Zistenia, ktoré sú v rámci štandardného postupu uvádzané, sú v súlade s EBM, a ich účelom je zlepšenie kvality života pacientov trpiacich disociatívnymi poruchami. Dôležitou súčasťou tejto práce je tiež zvyšovanie informovanosti o týchto poruchách u zdravotníckych pracovníkov, a tiež celkové zlepšenie koordinácie manažmentu a efektivity liečby pacientov.

V lekárskej obci sa väčšinou o disociatívnych poruchách hovorí s odkazom na psychologické aspekty disociácie, ako napr. amnézia, depersonalizácia, derealizácia alebo poruchy identity. MacPhee (2013) poukazuje na fakt, že disociácia sa môže prejaviť aj fyzickými alebo zmyslovými zmenami, ktoré sa môžu podobáť bežným somatickým ochoreniam. Upozorňuje preto na potrebu diferenciálnej diagnostiky a popisu klinického obrazu. Motorické a behaviorálne prejavy disociatívnych porúch majú u jednotlivých pacientov rôzne podoby (napr. nápadná motorická aktivita, ochabnutie (akinéza) a pád, vokalizácia či iktálne zranenie) (Brown a Reuber, 2016).

Spoločnou črtou porúch v tejto skupine je čiastočná alebo úplná strata normálnej integrácie medzi spomienkami na minulosť, vedomím identity a bezprostredných pocitov a ovládaním pohybov tela. Pri disociatívnych poruchách sa predpokladá, že schopnosť vedomej a selektívnej kontroly je zhoršená do tej miery, že sa môže meniť zo dňa na deň, dokonca z hodiny na hodinu. Napr. psychogénny neepileptický záchvat popisujú pacienti ako stav mimo ich vôľovej kontroly. Začiatok a ukončenie disociatívnych stavov býva náhly. Na základe týchto informácií je vhodné zamyslieť sa nad potenciálne chybné diagnostikovanými disociatívnymi poruchami alebo ich nezachytením odborníkmi, a to nielen odborníkmi na duševné zdravie. Všetky typy disociatívnych stavov majú tendenciu k úprave v priebehu niekoľkých týždňov, alebo mesiacov, zvlášť ak vznikli v súvislosti s traumatickou udalosťou (Höschl a kol., 2002).

## **Prevenia**

Vzhľadom na fakt, že vystavenie traumatickým udalostiam predstavuje významný rizikový faktor pri vzniku DP, prevencia týchto porúch spočíva v minimalizácii expozície traumatickým udalostiam. Samozrejme, nie je to jednoducho kontrolovateľná premenná, a preto je taktiež podstatná pomoc ľuďom, ktorí boli vystavení rôznym akútnym alebo dlhodobým traumatickým udalostiam. V týchto prípadoch je na mieste aplikácia odporúčaných programov, postupov a metód zameraných na postupné vyrovňovanie sa s prežitými traumatickými udalosťami, resp. liečba symptómov podmienených traumatickými udalosťami. Podrobnejšie sa týmito postupmi zaoberá Štandardný operačný postup „Psychologický manažment akútnej stresovej reakcie, akútnej stresovej poruchy a posttraumatickej stresovej poruchy“ dostupný na webovej stránke Ministerstva zdravotníctva SR (<https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>). Obdobne sa postupuje aj pri významnom vplyve temperamentových alebo enviromentálnych faktorov.

## **Epidemiológia**

Niektoré štúdie naznačujú, že disociácia sa vyskytuje u približne 2 – 3 % bežnej populácie. Loewenstein (1994) odhaduje v bežnej populácii pre všetky disociatívne poruchy mieru prevalencie 10 %. Disociácia sa môže vyskytnúť v akútnej alebo v chronickej forme. Ihneď po ťažkej traume je výskyt disociačných javov pomerne vysoký. Približne 73 % osôb vystavených traumatickému incidentu zažije stavy disociácie už počas incidentu alebo v priebehu hodín, dní a týždňov. U väčšiny ľudí však tieto disociatívne zážitky samy odznejú do niekoľkých týždňov po odznení traumatického incidentu.

Fakulta medicíny Univerzity v Istanbuli v roku 2011 sumarizovala dáta severnej Ameriky, z Porto Rica, zo západnej Európy, Turecka a Austrálie. Výskumníci sa zamerali na klinické prípady chronických a komplexných foriem DP. V rámci severnej Ameriky sa zaznamenala prevalencia disociatívnych porúch u 13,0 – 20,7 % hospitalizovaných psychiatrických pacientov. V Turecku sa prevalencia disociatívnych porúch pohybuje mierne nad 10 % hospitalizovaných aj ambulantne liečených psychiatrických pacientov. V Holandsku, Nemecku a Švajčiarsku sa prevalencia disociatívnych porúch pohybuje medzi 4,3 – 8,0 % hospitalizovaných psychiatrických pacientov. Fínske štúdie potvrdili 14,0 % ambulantne liečených a 21,0 % hospitalizovaných psychiatrických pacientov. Vo Švajčiarsku

sa u ambulantne liečených psychiatrických pacientov potvrdila prevalencia disociatívnych porúch až 25 % (Sar, 2011).

V rámci štyroch hlavných disociatívnych porúch, nie sú dostupné exaktné empirické údaje pre disociatívnu amnéziu. Podľa Maldonado a kol. (2002) v rámci USA je miera prevalence *disociatívnej fugy* 0,2 % v bežnej populácii, pričom v obdobiach extrémneho stresu narastá.

Prevalenciu *psychogénnych neepileptických záchvatov (PNES)* tvorí približne 33 prípadov na 100 000 obyvateľov za rok. V porovnaní s prevalenciou epileptických záchvatov (780 prípadov na 100 000 obyvateľov za rok) je prevalencia PNES nižšia, predsa predstavuje významný problém, ktorý spôsobuje vysoké náklady pre pacienta, zdravotný systém i spoločnosť (Green a kol., 2017).

Skupina neepileptických záchvatov rôzneho pôvodu je pomerne veľká. Prehľad záchvatových ochorení je popísaný v Tabuľke č. 5 v kapitole „Klinický obraz a diagnostika“.

## Patofyziológia

Skutočná príčina disociatívnych porúch nie je známa, ale predpokladá sa, že v prípade tejto skupiny porúch:

- A- symptómy vznikajú psychogénne;
- B- príčina nie je pacientovi vedomo známa, je nevedomá;
- C- symptómy sú pre pacienta prospešné;
- D- vznikajú prostredníctvom psychologických mechanizmov disociácie alebo konverzie.

Samotný koncept konverzie zaviedli Breuer a Freud (1895) na základe rozpracovania Janetovho konceptu disociácie. Podľa tejto teórie psychická obrana potlačenia chráni jedinca proti spomienkam na traumatickú udalosť a tento negatívny afekt je konvertovaný do somatických symptómov. Disociácia je mechanizmus, kedy je narušená normálna integrácia funkcií – t.j. identity, pamäti, vedomia a percepcie. Dochádza k narušeniu či strate kontinuity vnímania seba samého. Nevysvetliteľné symptómy, ako sú napr. psychogénne neepileptické záchvaty (PNES), môžu slúžiť ako obranná funkcia s primárnym cieľom redukovať úzkosť, a so sekundárnym cieľom napr. vyhnúť sa pracovným či rodinným povinnostiam alebo emočnej blízkosti rodiny (Hrešková a Krámská, 2019).

**Psychodynamické teórie** ponúkajú vysvetlenie disociatívnych stavov v podobe funkčnej myšlienky, ktorá slúži na znižovanie úzkosti (**primárny zisk**), alebo ako vonkajšia motivácia, oslobodenie sa od povinnosti a získanie výhod (**sekundárny zisk**). Disociatívne stavy tiež môžu zodpovedať konceptu „identifikovaného pacienta“, ktorý slúži ako projekcia celého systému - pacient odvádza pozornosť od ostatných kríz (zjavných či skrytých), aby udržal homeostázu systému. Pacienti s disociatívnymi stavmi často mávajú ťažkosti v priamej artikulácii potrieb a pocitov z dôvodu nedostatočnej úrovne verbálnych komunikačných schopností, alebo preto, že priama komunikácia nie je podporovaná v rámci rodinného systému (Krámská, 2017).

**Behaviorálne prístupy** považujú disociatívne stavy za naučené patologické správanie, ktoré je prostredníctvom „odmeny“ pozitívne posilňované, a zároveň kvôli vyhnutiu sa trestu negatívne udržiavané. Teda u pacientov s disociatívnymi stavmi sú tieto prejavy upevňované na základe vlastnej skúsenosti alebo modelovým učením, napr. prítomnosťou pri záchvate u inej osoby (Svoboda a kol., 2012).

Klinická prax a viaceré štúdie potvrdzujú viaceré rizikové faktory významné pre vznik DP. Signifikantne najčastejšie sa uvádza trauma, no podľa Höschl a kol. (2002) rolu zohrávajú aj temperamentové, kultúrne a enviromentálne faktory. Simeon a kol (2001) pri vysoko stresujúcich situáciách uvádza napr. verbálne alebo emočné týranie alebo zanedbávanie v detstve. V súvislosti s vplyvom traumy je zaujímavé, že tento rizikový faktor sa častejšie vyskytuje najmä pri disociatívnej poruche identity (Simeon a kol., 2001).

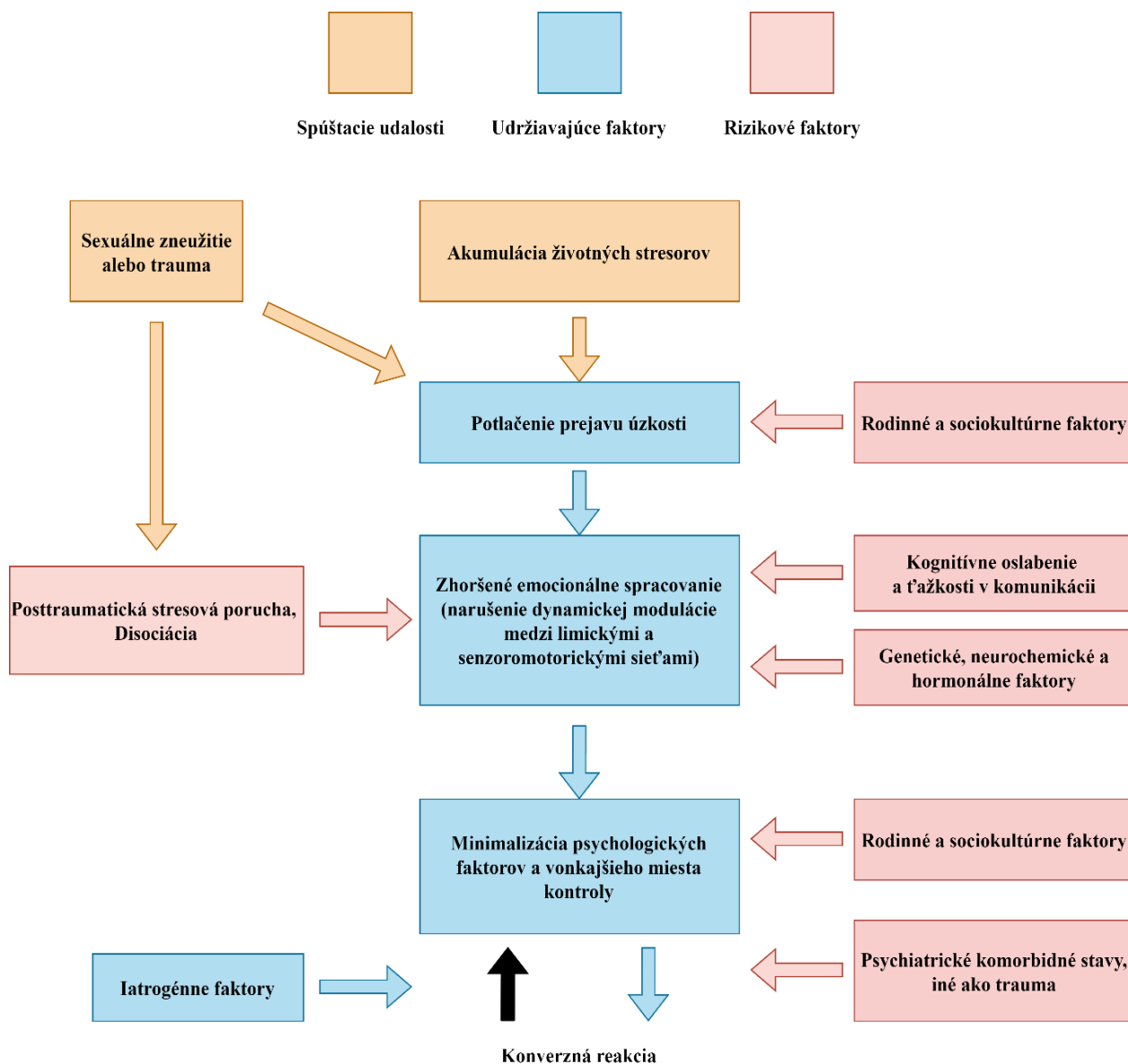
Simeon a kol. (2003) taktiež uvádza, že symptómy chronickej depersonalizácie a derealizácie, ktoré zodpovedajú diagnostickým kritériám pre poruchu, sa objavujú počas závažných alebo dlhotrvajúcich porúch nálad alebo úzkostných porúch. Tieto môžu samé o sebe pôsobiť ako silný vnútorný stresor.

K enviromentálnym rizikovým faktorom vzniku DP patria napr. závažný stres (finančný, pracovný, interpersonálny), depresie, úzkosti (predovšetkým panické ataky) a užívanie drog, pričom najčastejšie sa uvádzajú tetrahydrokanabinol, halucinogény, ketamín, či MDMA. V súvislosti s temperamentovými rizikovými faktormi sa pri vzniku depersonalizačnej a derealizačnej poruchy spájajú tzv. vyhýbanie sa ohrozeniu (harm - avoidance), nezrelé obranné mechanizmy a schémy tzv. rozpojenia (disconnection) a nadmerného zapojenia (overconnection) (Höschl a kol., 2002).


Súčasný bio-psycho-sociálny model PNES poukazuje na **multifaktoriálnosť tejto poruchy**. Na základe výskumov (napr. Baslet a kol., 2016; Brown a Reuber, 2016; Green a kol., 2017; Dworetzky a Baslet, 2017) je možné poukázať na niektoré udalosti, ktoré sa považujú za kauzálne pre vznik psychogénnych neepileptických záchvatov:

- závažná trauma prežitá v detstve (24 – 58 % sexuálne zneužívanie, CAN syndróm - týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa);
- závažná trauma prežitá v dospelosti (napr. znásilnenie, telesné napadnutie, osobná účasť pri nehodách);
- závažná emočná strata (napr. úmrtie blízkej osoby);
- akútne alebo situačný stres (napr. rodinný nesúlad, vývinová nepripravenosť, či nedostatočná zrelosť).

Obrázok č. 1: **Bio-psycho-sociálna konceptualizácia konverzných porúch (LaFrance a kol., 2013)**




**Tabuľka č. 1**


 <b>Nepriaznivé udalosti z minulosti, ktoré zvyčajne prispievajú ku vzniku disociatívnych porúch (Bowman, 2018)</b>	
1.	Sexuálne zneužívanie v detstve.
2.	Fyzické zneužívanie v detstve.
3.	Dlhodobé citové odmietanie zo strany rodičov.
4.	Opustenie rodičmi v detstve, alebo iná závažná trauma z detstva.
5.	Fyzické napadnutie, alebo život ohrozujúci zážitok v dospelosti.
6.	Rodinná klíma v detstve, ktorá u dieťaťa dlho vyvolávala hnev, a ktorá potláčala otvorené vyjadrovanie.



**Tabuľka č. 2**

 <b>Nepriaznivé udalosti z nedávneho života, ktoré zvyčajne predchádzajú vzniku disociatívnych porúch (Bowman, 2018)</b>
1. Nehoda akéhokoľvek typu (autonehoda, úraz, požiar...).
2. Kumulácia bežných životných stresorov (finančné ťažkosti, vzťahová disharmónia, zdravotné problémy...).
3. Zmena životnej roly (svadba, narodenie dieťaťa, nástup do zamestnania...).
4. Náhle ochorenie alebo operácia.
5. Úmrtie milovanej osoby alebo opustenie milovanou osobou (rozvod, rozchod...)
6. Vážny konflikt vo vzťahu.
7. Závažná sexuálna udalosť (menarché, začatie sexuálnej aktivity, homosexuálna skúsenosť, znásilnenie, incest).
8. Kontakt alebo hrozba kontaktu s osobou, ktorá osobu zneužila, alebo znásilnila.
9. Fyzické, alebo sexuálne zneužívanie a násilie zo strany životného partnera.
10. Strata zamestnania, pracovný stres, konflikty v práci.

**Tabuľka č. 3**

 <b>Životné situácie, ktoré prispievajú ku vzniku disociatívnych porúch (Bowman 2000)</b>
1. Postupne sa vynárajúce pocity alebo spomienky na zneužívanie v detstve. Napríklad keď potomok dorastie do veku, v ktorom bol rodič zneužívaný.
2. Chronická frustrácia v zdanlivo beznádejnej situácii. Napr. eskalujúci konflikt s nadriadeným v práci, keď sa zdá, že ukončenie pracovného pomeru nie je možné.
3. Dlhodobé napätie v rodinných vzťahoch alebo pretrvávajúce zneužívanie zo strany životného partnera.
4. Nezmieriteľný konflikt lojality v rodinných vzťahoch.

## Klinický obraz a diagnostika

V Tabuľke č. 4 je prehľad jednotlivých disociatívnych porúch v rámci klasifikačných systémov MKCH-10 a DSM-5.

Tabuľka č. 4

Prehľad jednotlivých disociatívnych porúch v rámci klasifikačných systémov MKCH-10 a DSM-5	
MKCH - 10	DSM - 5
<b>F44.0</b> Disociatívna amnézia	
<b>F44.1</b> Disociatívna fuga	<b>300.12</b> Disociatívna amnézia bez fúgy
<b>F44.2</b> Disociatívny stupor	
<b>F44.3</b> Stavy posadnutosti a disociatívny tranz	<b>300.13</b> Disociatívna amnézia s fúgou
<b>F44.4</b> Disociatívna porucha motoriky	
<b>F44.5</b> Disociatívne krče (konvulzie)	<b>300.14</b> Disociatívna porucha identity
<b>F44.6</b> Disociatívna anestézia a strata senzória	<b>300.15</b> Iné špecifikované disociatívne poruchy
<b>F44.7</b> Zmiešané disociatívne [konverzné] poruchy	
<b>F44.8</b> Iné disociatívne [konverzné] poruchy	<b>300.15</b> Nešpecifikované disociatívne poruchy
<b>F44.80</b> Ganserov syndróm	
<b>F44.81</b> Viacnásobná osobnosť	
<b>F44.89</b> Iné špecifikované disociatívne poruchy	
<b>F44.9</b> Nešpecifikované disociatívne [konverzné] poruchy	<b>300.6</b> Depersonalizačná a derealistická porucha
<b>F48.1</b> Syndróm depersonalizácie – derealizácie	

V nasledujúcom texte sú uvedené diagnostické kritériá podľa MKCH-10.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) uverejnila v roku 2018 - **11. revíziu medzinárodnej klasifikácie chorôb – MKCH-11**. Aktuálne sa v Európe prekladá a implementuje.

### Disociatívna amnézia

Pri disociatívnej amnézii je hlavnou črtou strata pamäte, ktorá sa obvykle týka dôležitých nedávnych udalostí, a ktorej príčinou nie je organická psychická porucha. Strata pamäti je príliš výrazná, než aby sa dala vysvetliť ako obyčajná zabudlivosť alebo vyčerpanosť. Amnézia sa obvykle sústreďuje na traumatické udalosti, ako sú nehody, nečakané úmrtia a pod.

Určujúcou charakteristikou disociatívnej amnézie je neschopnosť vybaviť si dôležité autobiografické informácie, ktoré by mali byť úspešne uložené v pamäti, a za normálnych okolností by mali byť ľahko vybaviteľné. Disociatívna amnézia sa líši od trvalých amnézií, ktoré sú spôsobené neurobiologickým poškodením alebo toxicitou, ktorá bráni ukladaniu informácií do pamäti, alebo ich vybaveniu tým, že je vždy potenciálne reverzibilná, pretože spomienka bola úspešne uložená. V rámci tejto diagnózy rozlišujeme:

- **Lokalizovanú amnéziu**, teda neschopnosť vybaviť si udalosti z určitého ohraničeného časového úseku, ktorá je najčastejšou formou disociatívnej amnézie. Tieto sa vyskytujú častejšie než amnézie na jedinú traumatickú udalosť (napr. mesiace alebo roky spojené so zneužívaním v detstve).
- **Selektívnu amnéziu**, kedy si jedinec dokáže vybaviť niektoré, ale nie všetky udalosti z ohraničeného časového úseku.
- **Generalizovaná amnézia**, kedy ide o kompletnú stratu spomienok na udalosti vlastného života. Býva pomerne vzácna. Pacienti s generalizovanou amnéziou môžu zabudnúť aj svoju osobnú identitu, niektorí strácajú predchádzajúce znalosti o svete, t.j. sémantické vedomosti, a nedokážu vykonávať ani dobre naučené zručnosti, t.j. využívať procedurálne vedomosti. Generalizovaná amnézia má akútny nástup: zmätenosť, dezorientácia a bezúčelné túlanie sa, pričom osoby s generalizovanou amnéziou väčšinou upútajú pozornosť polície. Najčastejšie býva medzi vojnovými veteránmi, obeťami sexuálnych útokov a jedincami, ktorí prežili extrémne emočné vypätie alebo konflikt.
- **Systematizovaná amnézia**, pri ktorej jednotlivec stráca spomienky na informácie z určitej oblasti (napr. všetky spomienky týkajúce sa vlastnej rodiny, určitého človeka, alebo sexuálneho zneužívania v detstve).
- **Kontinuálna amnézia**, kedy pacient zabúda každú novú udalosť ako náhle sa stane.

Trvanie zabudnutých udalostí môže byť v rozsahu od niekoľkých minút, až po desaťročia. Niektorí jednotlivci si môžu postupne vybavovať disociované spomienky v priebehu rokov. V dobe remisie amnézie môže byť prítomná významná nepohoda, suicidálne sklony a symptómy PTSP.

#### **Diagnostické kritériá:**

**A:** Neschopnosť vybaviť si dôležité autobiografické informácie, najčastejšie traumatického, alebo stresového pôvodu, ktoré nie je možné vysvetliť bežným zabúdaním. Disociatívna amnézia najčastejšie pozostáva z lokalizovanej alebo selektívnej amnézie na špecifickú udalosť, resp. udalosti; alebo z generalizovanej amnézie na identitu a životné udalosti.

**B:** Symptómy spôsobujú klinicky závažnú nepohodu, alebo funkčné narušenie v sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej udalosti.

**C:** Symptómy nie je možné pripísať fyziologickému účinku látok (napr. abúzus alkoholu, iných liekov), neurologickým alebo iným somatickým ochoreniam (napr. prechodná globálna amnézia, následky uzavretého poranenia hlavy a pod.).

**D:** Symptómy nie je možné lepšie vysvetliť disociatívnou poruchou identity, PSTP, akútnou stresovou poruchou, poruchou so somatickými symptómami, závažnou alebo miernou neurokognitívnou poruchou (Höschl a kol., 2002).

#### **Disociatívna fuga**

Táto porucha má všetky črty disociatívnej amnézie, a navyše sa pridáva účelové odcestovanie z domu alebo z miesta pracoviska mimo každodenného rozsahu, v priebehu ktorého si jednotlivec zachová starostlivosť o seba. V niektorých prípadoch môže pacient na niekoľko dní prijať novú identitu, ale aj na dlhšie časové obdobie, a to s prekvapujúcim stupňom úplnosti. Môže sa vyskytnúť cestovanie na známe, alebo emočne významné miesta z minulosti. Aj napriek tomu, že pacient má na dobu fugy amnéziu, jeho správanie sa môže zdať nezávislému pozorovateľovi ako normálne. Ide o vzácnu poruchu, ktorá sa častejšie objavuje pri katastrofách

a pri vojne. Predisponované k tejto poruche sú niektoré poruchy osobnosti, ako emočne nestabilná porucha osobnosti - hraničný subtyp, histriónska a schizoidná porucha osobnosti. Medzi predisponujúce faktory patrí aj abúzus alkoholu.

**Diagnostické kritériá:**

**A:** Musia byť splnené všeobecné kritériá pre disociatívnu poruchu.

**B:** Jedinec podnikne neočakávanú, ale organizovanú cestu z domu alebo z obvyklého miesta pracoviska a sociálnych aktivít, pričom starostlivosť o seba nezanedbáva (Höschl a kol., 2002).

**Disociatívny stupor**

Správanie pacienta spĺňa kritériá pre stupor, ale lekárske vyšetrenia ani nálezy nepreukážu žiadnu telesnú príčinu. Rovnako aj pri tejto diagnóze existuje psychogénne pôsobenie vo forme buď nedávnych stresujúcich udalostí alebo významných interpersonálnych, alebo sociálnych problémov. Stupor sa diagnostikuje na základe prenikavej alebo úplnej absencie vôľových pohybov a normálnej reaktivity na vonkajšie podnety ako sú svetlo, hluk, alebo dotyk. Pacient sedí alebo leží dlhšiu dobu úplne bez pohybu. Úplne alebo takmer úplne absentuje reč, spontánne a účelové pohyby.

**Diagnostické kritériá:**

**A:** Musia byť splnené všeobecné kritériá pre disociatívnu poruchu.

**B:** Vôľové pohyby a reč sú značne limitované alebo úplne chýbajú, rovnako tak aj normálna reakcia na svetlo, hluk a dotyk.

**C:** Je zachovaný normálny svalový tonus, držanie tela a dýchanie (a často obmedzené koordinované pohyby očí) (Höschl a kol., 2002).

**Tranz a stavy posadnutosti**

Ide o poruchy, pri ktorých je dočasná strata pocitu identity a plného uvedomovania si okolia. Zahŕňa len stavy tranzu, ktoré sú nedobrovoľné a nechcené, okrem náboženských alebo kultúrne akceptovaných situácií. V niektorých prípadoch osoba koná tak, ako by sa jej zmocnila iná osobnosť, duch, božstvo alebo „sila“. Obvykle sa rozvíja rýchlo, často v priebehu rituálneho obradu; odznieva spontánne.

**Diagnostické kritériá:**

**A:** Musia byť splnené všeobecné kritériá pre disociatívnu poruchu.

**B:** Musí byť prítomný niektorý z týchto znakov:

1. **Tranz.** Dochádza k zmene vedomia, ktorá sa prejavuje dvomi z troch nasledujúcich znakov:
  - a) strata obvyklého pocitu identity,
  - b) zúžené uvedomovanie si bezprostredného okolia, alebo neobvykle úzke a selektívne sústredenie sa na okolité predmety,
  - c) pohyby, postoje a reč sa obmedzujú na opakovanie ich malého repertoáru.
2. **Stav posadnutia.** Jedinec je presvedčený, že sa ho zmocnil duch, mocnosť, božstvo, alebo iná osoba.

**C:** Oba stavy uvedené v kritériu B pod bodom (1) a (2) musia byť nechcené a rušivé, a vyskytujú sa mimo náboženskej alebo inej situácie uznávanej v danej kultúre.

**D:** Najčastejšie užívaná doložka. Porucha sa nevyskytuje súčasne so schizofréniou, alebo príbuznými poruchami, ani s poruchami nálady s halucináciami alebo bludmi (Höschl a kol., 2002).

### **Disociatívne motorické poruchy**

Pri disociatívnych motorických poruchách dochádza k strate alebo k narušeniu pohybov. Pacient sa javí ako telesne chorý, avšak nie je možné nájsť nejakú telesnú poruchu, ktorá by vysvetľovala jeho symptómy. Symptómy často zodpovedajú predstave pacienta o telesnej poruche, ktorá môže byť v rozpore s fyziologickými alebo anatomickými pravidlami. **Najobvyklejším typom** je strata schopnosti pohybovať buď celou končatinou alebo jej časťou. „Ochrvnutie“ môže byť kompletne alebo čiastočné, pričom pohyby sú slabé a pomalé. Prejavovať sa môžu napr. bizarnou chôdzou alebo neschopnosťou stáť bez pomoci. Taktiež sa môže prejavovať prehnaným trasom alebo chvením jednej alebo viacerými končatinami, alebo celého tela. Porucha sa môže podobáť takmer všetkým druhom ataxie, apraxie, akinézií, afónie, dysartrie, dyskinézií, kŕčov alebo ochrvnutia.

#### **Diagnostické kritériá:**

**A:** Musia byť splnené všeobecné kritériá pre disociatívnu poruchu.

**B:** Musí byť prítomný niektorý z týchto znakov:

1. Úplná alebo čiastočná strata schopností vykonávať pohyby, ktoré sú normálne pod vôľovou kontrolou (vrátane reči).
2. Rôzne alebo meniace sa stupne nekoordinácie alebo ataxie, alebo neschopnosť stáť bez pomoci (Höschl a kol., 2002).

### **Disociatívne kŕče (konvulzie) - psychogénne neepileptické záchvaty (PNES)**

Disociatívne kŕče môžu veľmi pripomínať epileptické záchvaty charakterom pohybov, ale zriedkavo sa pri nich vyskytujú pohryzenie jazyky, podliatiny zavinené pádom a neudržanie moču. Strata vedomia nenastáva, alebo ju nahrádza stupor alebo tranz (MKCH-10, 1994).

Psychogénne neepileptické záchvaty (PNES - z *angl.* psychogenic nonepileptic seizures) sú paroxyzmálne, časovo ohraničené zmeny telesných alebo psychických funkcií prejavujúcich sa v správaní, v prežívaní alebo vo vnímaní, a ktoré sú psychologickú etiológiu. Ich klinický obraz pripomína epileptické záchvaty, nie sú však prejavom abnormálnej synchronizovanej neuronálnej aktivity, ktorá sa obvykle zobrazuje na elektroencefalogramе (Hrešková a Krámská, 2019). Podstatou PNES je nevedomé vyjadrovanie emocionálneho distresu (Beghi a kol., 2015).

Medzinárodná liga proti epilepsii (ILAE - International League Against Epilepsy) identifikovala psychogénne neepileptické záchvaty ako jeden z desiatich kľúčových neuropsychiatrických problémov spojených s epilepsiou (LaFrance a kol., 2013). Neuropsychologické vyšetrenie je jedným z rozhodujúcich aspektov v diagnostike a liečbe PNES s ohľadom na ich psychogénny charakter (Hrešková a Krámská, 2019; Krámská a kol., 2021).

Na potrebu zlepšenia neuropsychologickej diagnostiky PNES poukazuje i skutočnosť, že pätina až štvrtina dospelých pacientov, ktorí sú vedení pod diagnózou farmakorezistentnej epilepsie

má v skutočnosti neepileptické záchvaty alebo ich kombináciu (LaFrance a Schachter, 2018). Správnou a včasne stanovenou diagnózou sa môže predísť významnému iatrogénnemu poškodeniu v dôsledku neadekvátnej liečby, až úmrtiu pacienta (Asadi-Pooya a kol., 2014; Hrešková a Krámská, 2019). Výskumy poukazujú aj na značnú finančnú záťaž pre spoločnosť pri nesprávnych liečebných postupoch (Magee a kol., 2014).

Motorické a behaviorálne prejavy PNES majú u jednotlivých pacientov rôzne podoby (napr. nápadná motorická aktivita, ochabnutie (akinéza) a pád, vokalizácia či iktálne zranenie). Záchvaty sa vyskytujú prevažne v domácom prostredí, spravidla v prítomnosti iných osôb, väčšinou v dennú dobu a obvykle prekročia hranicu dvoch minút (Hrešková, 2019). Psychogénny neepileptický záchvat pacienti popisujú ako stav, ktorý je mimo ich vôľovej kontroly (Brown a Reuber, 2016).

Prevalencia PNES je približne 33 prípadov na 100 000 obyvateľov za rok (Green a kol., 2017). Manifestácia PNES je zväčša v druhom a treťom decénií (Asadi-Pooya a kol., 2014). Medzi pacientmi s diagnózou PNES sú početnejšie zastúpené ženy (asi  $\frac{3}{4}$  pacientov s diagnózou PNES) a osoby s nižším vzdelaním (Brown a Reuber, 2016), prípadne s mentálnym postihnutím (Kanemoto a kol., 2017).

PNES sa vyskytuje v rôznych kultúrach a kontinentoch. Udalosti opísané ako PNES je možné vidieť tak v priemyselne rozvinutých krajinách, ako aj z rozvojových krajinách. Zdá sa, že ochorenie PNES predstavuje pomerne univerzálny ľudský stav (Hrešková, 2019). Semiológia PNES je popísaná podobne u rôznych etnických a kultúrnych skupín (LaFrance a kol., 2013).

Komorbidity epilepsií s PNES sa udáva v rozmedzí 10 – 30 %. Najčastejšou psychiatrickou komorbiditou u pacientov s PNES je depresívna porucha, úzkostná porucha, poruchy osobnosti (predovšetkým hraničná porucha osobnosti), iné somatoformné a disociatívne poruchy (Dworetzky a Baslet, 2017; Krámská a kol., 2021). Neurologickú komorbiditu pri diagnóze PNES predstavujú migrény alebo iné typy bolesti hlavy, chronická bolesť, slabosť a znížená citlivosť (Mintzer, 2015; Goldstein a kol., 2015).

Podstatou **diferenciálnej diagnostiky PNES** je odlíšenie epileptických a neepileptických záchvatov, pričom neepileptické záchvaty rozdeľujeme do dvoch skupín, na somaticky podmienené a psychogénne podmienené (PNES) (Hrešková, 2019).


Manažment základnej diferenciálnej diagnostiky predmetných záchvatov je v kompetencii ošetrojúceho lekára.

Viacere štúdie (napr. Plug a Reuber, 2009; Robson a kol., 2012) demonštrujú spôsob, akým pacienti subjektívne popisujú svoje záchvaty. Zatiaľ čo pacienti s epilepsiou sa zameriavajú na subjektívne percipované symptómy záchvatov a snažia sa o ich detailný popis, pacienti s PNES majú tendenciu zameriavať sa skôr na popis situácií, v ktorých sa záchvaty vyskytli. Subjektívne symptómy záchvatov môžu byť uvedené, ale nie sú detailne opísané. Keď sa odborník pokúsi upriamiť pozornosť pacienta na niektoré mimoriadne záchvaty (napr.

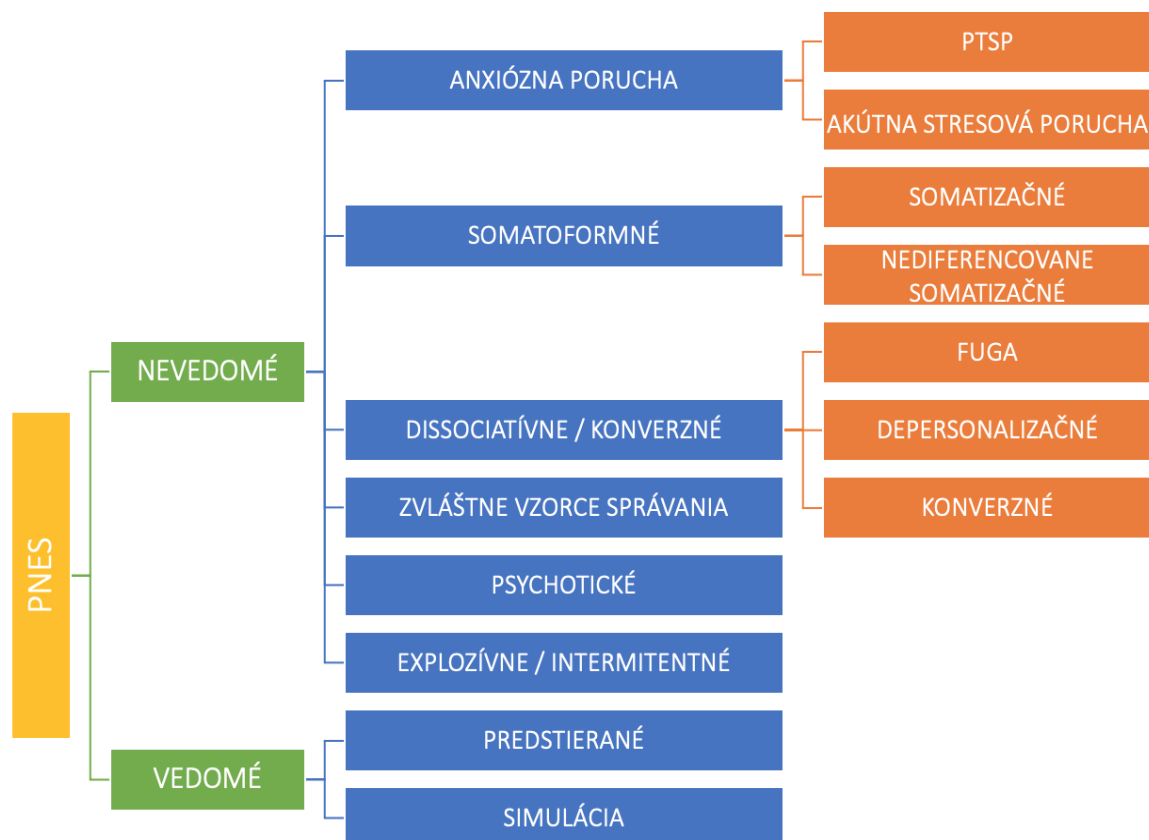
prvý, posledný alebo najhorší záchvat), pacienti s PNES sa obyčajne stavajú do odporu, a teda zovšeobecňujú alebo ďalšie informácie neposkytnú. Pacienti s PNES majú sklon ku katastrofizovaniu svojich záchvatov (LaFrance a kol., 2013).

Mnohí pacienti s diagnózou PNES udávajú o významné oslabenie svojich kognitívnych funkcií (Ozer Celik a kol., 2015). V iných štúdiách sa zas (napr. O'Brien a kol., 2015) nezaznamenal rozdiel v kognitívnych výkonoch medzi pacientmi s epilepsiou a pacientmi s diagnózou PNES. Zistenia poukazujú na nesprávnu interpretáciu vlastných kognitívnych schopností, podobne ako i vlastných telesných symptómov (Willment a kol., 2015). K potenciálnym faktorom ovplyvňujúcim kognitívne schopnosti u pacientov s diagnózou PNES patrí motivácia, simulácia, hypo-/hypervigilita, disociácia, alexitýmia, poruchy spánku, chronická únava, chronická bolesť, postraumatická stresová porucha, úzkostná porucha, poruchy nálady, účinky liekov (Dworetzky a Baslet, 2017).

**Tabuľka č. 5**

 <b>Prehľad záchvatových ochorení</b>	
<b>Záchvaty</b>	
<b>1. Epileptické</b>	
<b>2. Neepileptické</b>	
<b>A. Somatické</b>	<b>B. Psychogénne</b>
a. Kardiovaskulárna synkopa	a. Disociačné (konverzné)*
b. Prechodné ischemické ataky	b. Úzkosť - panika
c. Migréna	c. Psychotické
d. Abnormálne pohyby	d. Hypochondria
e. Poruchy spánku	e. Simulované
f. Endokrinné poruchy	
g. Užívanie liekov alebo drog	
h. Gastrointestinálne	

**Obrázok č. 2:** Diferenciácia psychogénnych neepileptických záchvatov (PNES) (Krámská, 2017) (Hrešková, 2019)



**Diagnostické kritériá:**

**A:** Musia byť splnené všeobecné kritériá pre disociatívnu poruchu.

**B:** U jedinca dochádza k náhlym a neočakávaným krčovitým pohybom, ktoré sa veľmi podobajú epileptickým záchvatom, ale nedochádza k strate vedomia.

**C:** Symptómy podľa kritéria B nie sú doprevádzané pohryznutím jazyka, vážnymi pohmoždeninami, alebo odreninami následkom pádu, ani inkontinenciou moču (Höschl a kol., 2002).

**Disociatívna porucha citlivosti a senzorické poruchy**

Disociatívna porucha citlivosti a senzorické poruchy majú často hranice, ktoré nepripúšťajú pochybnosť o tom, že sú spojené skôr s predstavami pacienta o telesných funkciách, ako s anatomickou realitou. Strata zraku je pri disociatívnych poruchách zriedkakedy úplná, a poruchy zraku sa prejavujú skôr stratou ostrosti alebo rozmazaným videním, alebo „tunelovým videním“. Psychogénna hluchota a anosmia sú oveľa menej časté ako strata senzitivity alebo zraku.

**Diagnostické kritériá:**

**A:** Musia byť splnené všeobecné kritériá pre disociatívnu poruchu.

**B:** Musí byť prítomný niektorý z týchto znakov:



**1:** Čiastočná, alebo úplná strata niektorých, alebo všetkých normálnych kožných vnemov z niektorých, alebo zo všetkých častí tela (špecifikácia na hmat, pocit pichania, vibrácie, horko, chlad).

**2:** Čiastočná, alebo úplná strata zraku, sluchu alebo čuchu (Höschl a kol., 2002).

### **Iné špecifikované disociatívne poruchy**

Do tejto kategórie je možné zaradiť prípady, pri ktorých síce sú prítomné symptómy charakteristické pre disociatívne poruchy, ktoré spôsobujú klinicky významnú nepohodu alebo funkčné narušenie v sociálnej, pracovnej alebo inej oblasti života, avšak zároveň nespĺňajú kritériá pre niektorú z porúch, ktoré je možné diagnostikovať ako jednu z disociatívnych porúch. Táto kategória sa používa v prípadoch, keď lekár popisuje konkrétny dôvod, prečo nie sú splnené všetky kritériá špecifických disociatívnych porúch.

Medzi klinické obrazy, kde je možné použiť označenie „iná špecifikovaná disociatívna porucha“ patria:

### **Chronické a rekurentné syndrómy zmiešaných disociatívnych porúch**

Do tejto kategórie sa zaraďujú poruchy identity, ktoré sú spojené s menej významnou diskontinuitou vo vnímaní a uvedomovaní si seba samého, zmeny identity alebo epizódy posadnutia u jedincov, u ktorých nie je prítomná disociatívna amnézia.

Porucha identity spôsobená dlhodobým a intenzívnym používaním nátlakových a donucovacích metód:

Do tejto kategórie je možné zaradiť zmeny identity alebo jej vedomé spochybňovanie, ktoré sa môže rozvinúť u jedincov, ktorí boli vystavení intenzívnym nátlakovým a donucovacím praktikám (brainwashing, ideologické presvedčanie, indoktrinácia v zajatí, mučenie, dlhodobé uväznenie z ideologických dôvodov, nábor členov sektami/kultmi alebo teroristickými organizáciami).

### **Akútna disociatívna reakcia na stresujúce udalosti**

Do tejto kategórie spadajú akútne a prechodné stavy, pre ktoré je typická dĺžka trvania menej ako mesiac. Niekedy trvajú i niekoľko dní dokonca niekoľko hodín. Pri týchto stavoch dochádza k stavom zúženého vedomia, depersonalizácií, derealizácií, zmenám vnímania (napr. spomalenie času, makropsia); mikroamnéziami, prechodným stuporom, a/alebo zmenami senzorických funkcií (analgézia, paréza) (Höschl a kol., 2002).

### **Ganserov syndróm**

Ganserov syndróm je mráкотný stav, ktorý patrí medzi kvalitatívne poruchy lucidity. Ide o psychogénne navodený stav v ťažkých situáciách (napr. vo väzbe - odtiaľ názov väzenská psychóza). K symptómom patria: značne nepravdivé, ale primerané odpovede na otázky, infantilná reč a výpadky spomienok na základné životné udalosti. Na EEG sa neprejavuje žiadnymi špecifickými zmenami. Príklad: pacient namiesto pozdravu zašteká (Höschl a kol., 2002).

### **Diagnostické kritériá:**

**A:** Musia byť splnené všeobecné kritériá pre disociatívnu poruchu. Pre Ganserov syndróm približné odpovede (*pozn.* ako je uvedené vyššie) (Höschl a kol., 2002).

## Disociatívna porucha identity

Hlavnou črtou disociatívnej poruchy identity je existencia dvoch alebo viacerých rozdielnych osobností u jedného jedinca, pričom sa prejavuje vždy len jedna. Každá osobnosť je kompletná, s vlastnými spomienkami, správaním a preferenciami. Žiadna osobnosť nemá prístup k spomienkam tej druhej, a takmer si nikdy jedna osobnosť druhú neuvedomuje. Zmena jednej osobnosti do druhej je náhla, a je úzko spojená s traumatickými udalosťami. Následné zmeny sú často obmedzené na dramatické a stresové udalosti, alebo sa vyskytujú počas terapie s terapeutom, ktorá zahŕňa relaxáciu, hypnózu alebo odreagovanie. Pri danej poruche je etiológia nejasná. Najčastejšie sa objavuje v adolescencii, a má tendenciu k chronickému priebehu.

### Diagnostické kritériá:

**A:** U jedného jedinca existujú dve alebo viac rozdielnych osobností, kde sa prejavuje vždy len jedna.

**B:** Každá osobnosť má svoje vlastné spomienky, preferencie a vzorce správania v určitom čase (a opakovane) plne kontroluje správanie jedinca.


**C:** Jediniec nie je schopný si vybaviť dôležité osobné informácie, a to do takej miery, že to nie je možné vysvetliť obvyčajným zabúdaním.

**D:** Symptómy nie je možné priradiť k organickým duševným poruchám ani poruchám vyvolaných psychoaktívnymi látkami (Höschl a kol., 2002).

**E:** Podrobnejšie diagnostické kritériá popisuje a rozvíja DSM-5.

**F:** Bowman (2018) popísala tiež odporúčaný postup vyšetrovania pacientov s pravdepodobnou disociatívnou poruchou vo vzťahu k uvedeným príčinám

Tabuľka č. 6

Standardné postupy 	
Vzor vyšetrovania pacientov s disociatívnou poruchou (Bowman, 2018)	
1.	Zisťovanie minulej traumy alebo emocionálneho utrpenia v ranom detstve a adolescencii.
2.	Otázky na emocionálne straty v dávnej a nedávnej minulosti: úmrtie blízkych, choroby v osobnej, rodinnej a blízkej oblasti, strata zamestnania alebo postavenia, finančná strata, zbedačenie, sťahovanie, rozpad vzťahu (rozvod, odchod detí - tzv. syndróm prázdneho hniezda).
3.	Posúdenie obvyklých mechanizmov zvládania emócií (presnejšie informácie často poskytujú členovia rodiny). Osobitnú pozornosť je potrebné venovať prežívaniu a vyjadrovaniu hnevu, nesúhlasu, smútku, smútku a úzkosti.
4.	Posúdenie súčasnej životnej situácie - pozri Tabuľku 3. Významnú pomoc môžu poskytnúť rodinní príslušníci.
5.	Skúmanie špecifických životných udalostí, ktoré môžu bezprostredne predchádzať vzniku disociácie. Je tiež potrebné preskúmať individuálnu symbolickú povahu týchto udalostí pre pacienta a ich súvislosť s udalosťami v dávnej minulosti.
6.	Hodnotenie a priradenie k trom základným modelom disociácie: (a) trauma z dávnej minulosti je aktivovaná nedávnou udalosťou, (b) závažná trauma v dospelosti bez traumy z detstva, (c) postupné hromadenie nepriaznivých životných udalostí alebo frustrácií u osobnosti s hraničnou frustračnou toleranciou.

## Neuropsychologické vyšetrenie u pacientov s diagnózou PNES


„Zlatým štandardom“ pre sformulovanie definitívnej diagnózy PNES je **video EEG monitorovanie** (synchronný záznam pacientovho správania a EEG krivky). **Psychologické vyšetrenie PNES** pozostáva z neuropsychologického vyšetrenia, z použitia projektívnych metód, osobnostných dotazníkov a testov na simuláciu a snahu (Hrešková, 2019).

Základom neuropsychologického vyšetrenia je podrobný diagnostický rozhovor a anamnéza mapujúca záťažové momenty a traumatické udalosti v živote pacienta. Vhodné je zahrnúť metódy zachycujúce citovú väzbu k rodičom v priebehu detstva a dospievania (Hrešková, 2019).

Podstatou **diferenciálnej diagnostiky** PNES je odlíšenie epileptických a neepileptických záchvatov, pričom neepileptické záchvaty rozdeľujeme do dvoch skupín, a to na somaticky podmienené a psychogénne podmienené (PNES). Absolútna špecificita je v diagnostike PNES fundamentálna vzhľadom na priemernú dobu medzi nástupom ochorenia a správnou diagnostikou dosahujúcou 5 až 10 rokov (Alessi a Valente, 2014).

Manažment diferenciálnej diagnostiky predmetných záchvatových stavov je v kompetencii ošetrojúceho lekára.

Tabuľka č. 7

 <b>Navrhované psychodiagnostické metódy na neuropsychologické vyšetrenie pacientov s diagnózou PNES (Willment a kol, 2015; Hrešková, 2019)</b>	
<b>INTELEKTOVÉ FUNKCIE</b>	
<b>Premorbídna úroveň intelektu</b>	Český Test Čtení Slova
<b>Intelektový kvocient</b>	Wechslerova intelligenčná škála pre dospelých (WAIS-III)
<b>Skríning kognitívneho deficitu</b>	Opakovateľná batéria na vyšetrenie neuropsychologického stavu (RBANS - Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status)
<b>POZORNOSŤ</b> odkazuje na rad procesov, ktoré umožňujú jednotlivcovi selektívne nasmerovať alebo orientovať kognitívne zdroje na cieľ, a zároveň znižovať pridelovanie kognitívnych zdrojov na nechcené alebo irelevantné vstupy.	
<b>Základný rozsah pozornosti</b>	Opakovanie čísel Opakovanie písmen a čísel
<b>EXEKUTÍVNE FUNKCIE</b> zahŕňajú širokú škálu kognitívnych a behaviorálnych schopností vyššej úrovne, ktoré umožňujú jednotlivcovi sledovať na cieľ orientované správanie.	
<b>Pracovná pamäť</b> <b>Rýchlosť spracovania</b> <b>Flexibilné riešenie problémov</b> <b>Flexibilné striedanie</b> <b>Flexibilná inhibícia reakcie</b> <b>Abstraktné uvažovanie</b>	subtesty Aritmetika a Opakovanie čísel z WAIS-III subtesty Kódovanie a Hľadanie symbolov z WAIS-III Wisconsinský Test Triedenia Kariet Test cesty B Stroop Color-Word Interference Test subtesty Podobnosti a Matrice z WAIS-III

<b>PAMÄŤ</b> sa vzťahuje sa na proces kódovania, ukladania a získavania informácií.	
	Wechslerova skrátaná pamäťová škála (WMS-IIIa) California Verbal Learning Test Benton Visual Retention Test Facial Recognition Test Rey Auditory Verbal Learning Test Verbal / Nonverbal Selective Reminding Test Rey-Osterrieth Complex Figure Test
<b>REČ</b> zvyčajne zahŕňa aspoň základné jazykové fungovanie (napr. porozumenie, opakovanie, čítanie, písanie) a vysvetlenie jazykových schopností vyššieho rádu (napr. konfrontačné pomenovanie, slovná plynulosť).	
<b>Konfrontačné pomenovanie</b>	Boston Naming Test Sentence Repetition Token Test Wide Range Achievement Test Verbálna fluencia (fonemická a kategoriálna)
<b>VIZUOPERCEPČNÉ SCHOPNOSTI</b>	
	Judgement of Line Orientation Benton Visual Retention Test
<b>MOTORICKÉ SCHOPNOSTI</b>	
U pacientov s diagnózou PNES môže znížené psychomotorické tempo súvisieť s množstvom faktorov, vrátane antiepileptických liekov alebo faktorov špecifických pre PNES, ktoré neboli doposiaľ úplne preskúmané.	
<b>Rýchlosť jemnej motoriky</b>	Finger Tapping Grip Strength Grooved Pegboard
<b>PSYCHOPATOLÓGIA</b>	
<b>Psychiatrická komorbidity</b>	Beckov inventár depresie, dotazník PHQ-9 Beckov inventár úzkosti , GAD-7 Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire
<b>Somatoformná disociácia</b>	Somatoform Dissociative Questionnaire
<b>Psychoformná disociácia</b>	Dissociative Experiences Scale
<b>Osobnosť</b>	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2
<b>EMOCIONÁLNA REGULÁCIA a COPINGOVÉ MECHANIZMY</b>	
<b>Emocionálna regulácia</b>	Affective Style Questionnaire Difficulties in Emotion Regulation Scale Emotion Regulation Questionnaire
<b>Subjektívne kognitívne problémy</b>	Everyday Problems Checklist Memory Complaints Inventory
<b><u>Disociatívne zážitky</u></b>	<u>Dissociative Experience Scale</u>
<b>Alexitýmia</b>	Quality of Life in Epilepsy Inventory-31 Toronto Alexithymia Scale-20
<b>Emocionálna inteligencia</b>	Berkeley Expressivity Questionnaire
<b>Vyhýbavé správanie</b>	Trait Meta-Mood Scale
<b>Copingové stratégie</b>	Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire Acceptance and Action Questionnaire-II Brief COPE
<b>Vnímaná úroveň stresu</b>	Perceived Stress Scale
<b>Vnímaná schopnosť znášať úzkosť</b>	Depression Anxiety and Stress Scale

	Distress Tolerance Scale
<b>HODNOTENIE MOTIVÁCIE a SNAHY</b>	
<b>Formálne metódy</b>	Test of Memory Malingering
<b>Inkorporované metódy</b>	WAIS-III (subtest Opakovanie čísel) Personality Assessment Inventory Negative Impression and Positive Impression Management Subscales

### **Depersonalizačný a derealizačný syndróm**

Depersonalizácia je pretrvávajúci alebo opakujúci sa pocit odlúčenia alebo odcudzenia sa od seba samého. Ide o zážitky neskutočnosti, odlúčenia alebo pocit akéhosi pozorovania zvonku, ktoré sa týkajú myšlienok (napr. „moje myšlienky sa mi nezdarujú ako moje“), pocitov (napr. znížená emocionálnosť: „viem, že mám pocity ale necítim ich“), zmyslov, tela (napr. dotyk, propriocepcia, hlad, smäd, libido) alebo správania (môže ísť napr. o zmeny vnímania, narušené vnímanie času, neskutočnosť alebo neprítomnosť seba, emočná a/alebo fyzická otupenosť). Taktiež môže byť narušená schopnosť uvedomovania si seba samého (napr. „cítim sa ako robot“, „ako automat“, absentuje kontrola nad vlastnou rečou alebo pohybmi) (Höschl a kol., 2002).

MKCH-10 pri syndróme depersonalizácie – derealizácie uvádza, že ide o zriedkavú poruchu, pri ktorej sa pacient spontánne sťažuje na to, že jeho vlastná psychická činnosť, telo a okolie sa kvalitatívne zmenšili, akoby boli neskutočné, vzdialené alebo zautomatizované. Z pestrých fenoménov sú najčastejšie sťažnosti na stratu citov a pocit odcudzenia alebo odlúčenosti od vlastného myslenia, tela alebo okolitého reálneho sveta. Napriek dramatickému zážitku si je osoba vedomá nereálnosti týchto zmien. Senzorium je normálne a schopnosť vyjadriť city je neporušená. Príznaky depersonalizácie - derealizácie sa vyskytujú ako súčasť rozpoznateľnej schizofrénnej, depresívnej, fobickej alebo obsedantno-kompulzívnej poruchy. V takom prípade sa má uviesť diagnóza hlavnej choroby (MKCH-10, 1994).

Podľa Höschl a kol. (2002) je derealizácia zážitok neskutočnosti alebo odlúčenia (detachment). Ten sa týka okolia (napr. osoby alebo veci sú vnímané ako neskutočné, snové, zahmlené, akoby bez života alebo vizuálne skreslené). Zážitok depersonalizácie môže vo svojej najextrémnejšej forme nadobudnúť podobu rozštiepenej osobnosti, kedy jedna časť akoby pozoruje, a druhá koná. Tento zážitok je tiež známy aj ako „mimotelový“. Pri epizóde derealizácie môže mať pacient pocit akoby bol v hmle, v sne, v bubline, alebo akoby medzi ním a okolitým svetom bolo sklo alebo závoj. Okolité prostredie môže vnímať ako umelé, bezfarebné alebo bez života. Derealizáciu môže sprevádzať aj subjektívne skreslenie zrakových vnemov, ako napr. rozmazanosť, zvýšená ostrosť, rozšírené, alebo naopak, zúžené zorné pole, dvojrozmernosť alebo plochosť, prehnaná trojrozmernosť alebo pozmenené vzdialenosti a veľkosti predmetov (tzv. makropsia alebo mikropsia). Tiež sa môžu vyskytnúť i skreslené sluchové vnemy, kedy sa zvuky alebo hlasy zdajú tlmené alebo zvýraznené.

#### **Diagnostické kritériá:**

V nasledujúcom prehľade sú uvedené diagnostické kritériá depersonalizačnej a derealistckej poruchy ako ich uvádza DSM - 5 (Raboch a kol., 2015).

- A.** Prítomnosť perzistentných alebo opakujúcich sa zážitkov depersonalizácie, derealizácie alebo oboch.

- B. Kontakt s realitou zostáva behom depersonalizácie, derealizácie nedotknutý.
- C. Príznaky spôsobujúce klinicky závažnú nepohodu alebo funkčné narušenie v sociálnych, pracovných alebo iných dôležitých oblastiach.
- D. Príznaky nie je možné pripísať fyziologickým účinkom látok (napr. abúzus látok/liekov) alebo iným somatickým ochoreniam (napr. epilepsii).
- E. Príznaky nie je možné lepšie vysvetliť iným duševným ochorením, ako napr. schizofrénia, panická porucha, veľká depresívna porucha, akútna stresová porucha, posttraumatická stresová porucha, iná disociatívna porucha (Höschl a kol. 2002).

## **Diferenciálna diagnostika**

### **Diferenciálna diagnostika DP a epilepsie**

Diferenciálna diagnostika záchvatových porúch na neuropsychiatrickom pomedzí (najmä medzi epilepsiou, psychogénnymi neepileptickými záchvatmi a panickou poruchou) má v oblasti disociatívnych porúch zásadný význam. Pri všetkých týchto poruchách môžu byť symptómy u mnohých pacientov veľmi podobné, a tak diferenciálna diagnostika je potom nevyhnutná pre správnu diagnózu a voľbu liečby, ktorá je pri týchto poruchách veľmi rozdielna.

U viac ako 10 % zdravých osôb sa vyskytujú nešpecifické EEG abnormality a u 1 – 2 % epileptiformné abnormality (Praško a kol., 2009).

### **Diferenciálna diagnostika DP a panickej poruchy**

Panická porucha so svojím paroxyzmálnym charakterom môže predstavovať diferenciálne diagnostické ťažkosti, najmä vo vzťahu k psychogénnym disociatívnym krčom, alebo dokonca vo vzťahu k epilepsii.

### **Diferenciálna diagnostika DP vo vzťahu k psychogénnym neepileptickým záchvatom**

Psychogénne PNES majú tiež záchvatovitý charakter, a podobajú sa s niektorými simplexnými parciálnymi záchvatmi pri epilepsii. Imitujú najmä psychické symptómy (iktálnu úzkosť), autonómne aury a autonómne, senzitivne epileptické záchvaty. Disociatívne symptómy (depersonalizácia, derealizácia) sa môžu vyskytnúť aj pri **panike**. Táto má typické symptómy (strach zo straty kontroly alebo smrti, búšenie srdca, potenie pri tlaku na hrudníku, tras, subjektívne napätie končatín, parestézia, závraty, nauzea, derealizácia, depersonalizácia). Základnou diferenciálnou vyšetrovacou metódou je video - EEG monitorovanie. Paroxyzmálna symptomatika úzkosti je však veľmi často prítomná tak pri epileptických záchvatoch, ako aj pri psychogénnych neepileptických záchvatoch disociatívneho pôvodu.

Tabuľka č. 8

 <b>Diferenciálne diagnostické znaky medzi epilepsiou, disociatívnou poruchou a panickou poruchou. (Herman a kol. 2004)</b>			
	<b>EPILEPSIA</b>	<b>DISOCIATÍVNA PORUCHA</b>	<b>PANICKÁ PORUCHA</b>
<b>CHARAKTER ZÁCHVATU</b>	Stereotypný	Menlivý	Menlivý, s vegetatívnymi príznakmi
<b>PROVOKUJÚCI MOMENT</b>	Obvykle chýba Psychogénna provokácia	Emočné rozladenie, vzrušenie. Niekedy pravidelne sa opakujúca provokácia - určité situácie, telefonáty, ale aj kalendárny dátum	Emočné rozladenie, klaustrofobické, agorafobické situácie
<b>FREKVENCIA</b>	Zriedkavo viac ako 1x denne mimo SPC	Rôzne, často opakovane počas dňa	Rôzne, sporadicky, aj niekoľkokrát denne
<b>PRÍTOMNOSŤ INÝCH OSÔB</b>	Niekedy, často osamote, v noci.	V prevažnej väčšine prípadov v prítomnosti iných osôb, často príbuzných, zriedkavo v noci	Väčšinou v agorafóbnych a klaustrofóbnych situáciách, nie je nutná
<b>PROSTREDIE</b>	Kdekoľvek	V miestnosti, najčastejšie doma	„Z ničoho nič“, v klaustrofobických, agorafóbnych situáciách
<b>VAROVNÉ PRÍZNAKY</b>	Ak je prítomný, stereotypný, "aura"-subjektívny simplexny parciálny záchvat	Variabilné, niekedy na začiatku záchvatu hyperventilácie	Hyperventilácia, točenie hlavy, mravčenie pier a očí, búšenie srdca, dýchavičnosť, pocit úzkosti
<b>POČIATOK</b>	Obvykle náhly	Prevažne pozvoľný	Pomerne rýchly
<b>VÝKRIK</b>	Na začiatku niektorých záchvatov, počas záchvatov s vokalizáciou	V priebehu záchvatu, ktorý má často bizarný charakter, symbolický obsah	Nie je
<b>KRČE</b>	Stereotypné, tonicko-klonické, tonické, hypermotorické, automatizmy	Variabilita, strnulosť s náhodnými obrannými pohybmi	Pri masívnej hyperventilácii tetanické krče
<b>POHRYZNUTIE</b>	Jazyk	Poranenia pier, rúk, niekedy aj druhej osoby	Nie je
<b>POMOČENIE</b>	Dosť často	Veľmi vzácne	Nie je
<b>PORANENIE</b>	Dosť často	Zriedkavejšie, môže byť prítomné - nie je vylučovacím kritériom	Nie je
<b>ROZPRÁVANIE POČAS ATAKU</b>	vzácne	Často	Áno
<b>VEDOMIE</b>	Podľa typu záchvatu od intaktného cez kvalitatívne, kvantitatívne poruchy až po dočasnú stratu vedomia, postparoxyzmálnu alteráciu s amnéziou, postupnú úpravu	Kvalitatívna porucha vedomia bežná, možná strata vedomia (disociatívna amnézia)	Derealizácia, depersonalizácia, výnimočne krátkodobá strata vedomia
<b>TRVANIE</b>	Najčastejšie do 30 s až 1 minúty	Niekoľko minút i dlhšie	Niekoľko minút, najviac hodinu, prerušovane, potom miernejšie prejavy úzkosti
<b>EEG</b>	Väčšinou abnormálne interiktálne (asi 10 % bez epileptiformnej abnormality), počas	Medzi záchvatmi väčšinou normálne, ale aj abnormálne (väčšinou pomalé abnormality, niekedy epileptiformné), počas	Normálne pri záchvate a mimo záchvatu, niekedy nešpecificky abnormálne pri záchvate a mimo záchvatu

	záchvatu, väčšinou iktálny korelát	záchvatu trvá podobný nález, t. j. bez "iktálneho" korelátu. Pri nočných záchvatoch predchádza záchvatu "prebudenie" v EEG.	
<b>PROLAKTÍN V SÉRE</b>	Zvýšená až u 90-100 % pacientov po generalizovaných záchvatoch (GTCS), 2-násobné zvýšenie oproti individuálnej norme, vrchol 15-30 minút po záchvate. V CPS (dočasné) v 43-100 %, v SPS v 10 %	Bez elevácie	Bez elevácie
<b>PROVOKÁCIA SUGESCIOU</b>	Nie	áno	Možno
<b>LIEČBA</b>	Antikonvulzíva	Komplexná liečba, psychoterapia, antidepresíva, neuroleptiká, antikonvulzíva	Antidepresíva (SSRI), psychoterapia

**GTCS (generalised tonic-clonic seizure)** - generalizovaný tonicko-klinický záchvat

**CPS (complex partial seizure)** - komplexný parciálny záchvat

**SPS (simplex partial seizure)** - simplexný parciálny záchvat

### Diferenciálna diagnostika disociatívnych porúch od iných chorôb

Ide väčšinou o telesné ochorenia so záchvatovým priebehom, prípadne spojené s kvalitatívnou poruchou vedomia. Somatické záchvatové poruchy tvoria široké spektrum diagnôz.

*Kardiovaskulárne príčiny* zahŕňajú najmä širokú škálu synkop (vazovagálne, ortostatické, kardiogénne, respiračné, situačné...). Synkopa má zvyčajne priebeh spojený so symptómami závratu, vertiga, pocitu zatmenia pred očami, postupnej poruchy vedomia, zvyčajne bez kŕčov, potenia alebo postiktálnej zmätenosti. Ak sa kŕče vyskytnú (konvulzívna synkopa), zvyčajne sú klonické a majú krátke trvanie. Diagnostické nástroje sú v tomto prípade najmä kardiologické (EKG monitorovanie s provokáciou, Holter, head-up tilt test, echokardiografia, prípadne elektrofyziologické vyšetrenie). *Cerebrovaskulárne príhody* sa svojimi symptómami líšia podľa miesta povodia ich vzniku. Záchvatovitý charakter majú tiež tranzitórne ischemické ataky. Poruchy vedomia sprevádzajú najmä príhody vo vertebrobazilárnom povodí, zatiaľ čo motorické a senzorické symptómy sprevádzajú epizódy v karotickom povodí. *Organický amnestický syndróm* po úraze hlavy, po prekonaní epileptického záchvatu je nutné odlišiť pomocou neurologických vyšetrovacích metód. Medzi *abnormálne pohyby* patria napr. tiky, neepileptický myoklonus, spánková nočná dystónia. *Poruchy spánku* (nočné mory, somnambulizmus, enuréza, poruchy REM, syndróm nepokojných nôh, narkolepsia) môžu imitovať epileptické a psychogénne záchvaty. V tomto prípade je dôležité monitorovanie spánku pomocou video - EEG. Z metabolických príčin je potrebné odlišiť *hypoglykémiu*.

Pri *intoxikáciách* rôznymi druhmi návykových látok (aj počas abstinenčných stavov) môžeme tiež pozorovať kvalitatívne a kvantitatívne poruchy vedomia, poruchy správania a kŕčovité stavy. Korsakovova alkoholová psychóza s amnestickým syndrómom môže imitovať disociatívnu amnéziu. *Psychózy* ako schizofrénia a iné psychotické ochorenia sa môžu prejavovať



behaviorálnymi a afektívnymi symptómami imitujúcimi epileptické záchvaty (halucinácie, katatonické symptómy, motorické symptómy) (Seifertová a kol., 2004).

### **Münchhausenov syndróm a simulované (predstierané) záchvaty**

Pacient s Münchhausenovým syndrómom produkuje množstvo telesných symptómov, aby bol chorý. Anamnézu uvádza dramaticky, často ide o inteligentných pacientov s dobrými vedomosťami o svojej chorobe, inokedy sú to pacienti s nižším intelektom, ale s dobrou sociálnou inteligenciou z menšinových sociálnych skupín. Po diagnostikovaní napr. PNES sa často objavia nové telesné symptómy. Jeho správanie nie je vedené zisťovacími úmyslami. Na druhej strane, simulované, predstierané záchvaty sú motivované sekundárnym ziskom, napríklad získaním invalidného dôchodku (Seifertová a kol., 2004).

### **Liečba**

Pre liečbu disociatívnych porúch aktuálne nie sú dostupné žiadne usmernenia, napr. NICE (National Institute of Health and Care Excellence). Uvádzame usmernenia, ktoré uvádza ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation). Pokiaľ ide o liečbu disociatívnych porúch, k dispozícii nie je dostatok empirických štúdií. Aktuálne poznatky vychádzajú skôr z klinickej praxe. Príčinou je pravdepodobne nízka prevalencia, resp. nesprávna diagnostika predmetných porúch.

Podľa Praška a kol. (2007) je cieľná liečba disociatívnych porúch dominantou **dynamickej psychoterapie, kognitívno-behaviorálnej terapie a hypnózy**. Brand a kol. (2019) vo svojej štúdií potvrdili úspešnosť on-line edukačného programu pre liečbu a redukciu disociatívnych symptómov. Základ edukačného programu tvoril konsenzus odborníkov pre postup liečby disociatívnej poruchy identity detí a dospelých navrhnutý ISSTD. Počet participantov tohto edukačného programu bol 111. Išlo o pacientov s diagnostikovanou disociatívnou poruchou identity, inými špecifikovanými disociatívnymi poruchami a nešpecifikovanými disociatívnymi poruchami. Dané poruchy boli diagnostikované na základe DSM–I–TR a DSM–5. Liečba v rámci tohto programu pozostávala z troch štádií.

**V prvom štádiu** sa odporúča využiť multimodálny prístup, ktorý je zameraný na súčasné prežívanie. Zdôrazňuje psychoedukáciu a kognitívno-behaviorálne intervencie, kým prostredníctvom psychodynamickej terapie sa konceptualizuje dynamika vzťahov. Toto štádium sa zameriava na osvojenie si zdravých stratégií sebaregulácie, vrátane techník tzv. uzemnenia a redukcie disociácie a emočnej regulácie.

**V druhom štádiu** sa citlivo stimuluje spracovanie traumatických spomienok.

**Tretie štádium** je zamerané na zvyšovanie aktivity v sociálnej a pracovnej sfére pacienta spolu s kompletnou alebo čiastočnou integráciou zložiek jeho prežívania. Participantí tohto programu vykazovali zníženie disociácií, symptómov PTSP, výskytu automutilácií a suicidálneho správania, zlepšenie v adaptívnych kapacitách a emočnej regulácii. Fine a Berkowitz (2001) vo svojej štúdií upozorňujú na uplatnenie desenzitizácie a spracovania pomocou očných pohybov (EMDR).

Cieľom liečebných postupov je podľa Praško a kol. (2007) spätná integrácia odštiepených súčastí psychiky k vedomej oblasti danej osoby, čo vedie k vymiznutiu symptómov a k celkovej stabilite psychiky.

Vzhľadom na vysokú komorbiditu disociatívnych porúch s inými psychickými poruchami sa odporúča symptomatická aplikácia psychofarmák. Depresívne, úzkostné a psychotické symptómy sa odporúča liečba pomocou antidepresív a antipsychotík. Pre zníženie napätia a úzkosti môžu byť krátkodobo prospešné i anxyolitiká. Vzhľadom na možnosť vytvorenia návyku je vhodné ich podávať krátkodobo na začiatku liečby. Účinnosť antidepresív sa viac odzrkadlí na nálade než na disociatívnych symptómoch. Aplikácia stabilizátorov nálady môže viesť k zníženiu emočnej lability, zmierneniu impulzivity a agresivity u pacientov, ktorí zároveň trpia emočne nestabilnou poruchou osobnosti (Praško a kol., 2007; Höschl a kol., 2002) uvádza efektivitu najmä nižších dávok clomipramínu (Anafranil), alebo antidepresív 3. generácie (citalopram, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamín, sertralín).

Indikácia a manažment farmakoterapie je v kompetencii príslušného ošetrojúceho psychiatra.

Konsenzus odborníkov v rámci liečby uvádza pozitívny vplyv edukácie. Dôkazy v systéme EBM dosahujú úroveň 2C. Závety štúdie (Duncan a kol., 2011), ktorej sa zúčastnilo 54 pacientov so psychogénnymi neepileptickými záchvatmi, uvádzajú, že po samotnej edukácii došlo k okamžitému uzdraveniu u 44 % z nich. Je potrebné dodať, že niektorí pacienti následne nastala recidíva.

Dôveryhodná a vhodná edukácia o diagnóze má potenciál vytvoriť terapeutickú alianciu s pacientom, a je základnou platformou akejkol'vek ďalšej liečby (Stone & Edwards, 2012). V rámci edukácie o disociatívnych/konverzných poruchách je možné pacientom poskytnúť aj písomné informácie, ktoré si môžu doma preštudovať a zdieľať s rodinou alebo priateľmi (Stonnington a kol., 2006).

V liečbe disociatívnych/konverzných porúch môže byť nápomocná multidisciplinárna liečba. Randomizovaná štúdia porovnávala multidisciplinárnu starostlivosť s bežnou starostlivosťou u pacientov s poruchami z disociatívneho spektra (n=23); multidisciplinárna starostlivosť pozostávala zo štyroch až šiestich sedení psychoterapie vedených psychiatrom a neurológom počas dvoch mesiacov. Skupina, ktorej sa poskytla multidisciplinárna starostlivosť, preukázala výraznejšie zlepšenie fyzických a psychických symptómov, a v priebehu ročného sledovania strávila v nemocnici menej dní (Hubschmid a kol., 2015). Pacientom s konverznými motorickými symptómami (Stone a Edwards, 2012) odporúčajú fyzioterapiu. Psychoterapia, najmä kognitívno-behaviorálna terapia, sa často používa súbežne alebo sekvenčne.

Sharpe a kol. (2011) vo svojej štúdií u 125 pacientov s funkčnými neurologickými symptómami bežnú starostlivosť doplnenú o KBT porovnáva s bežnou starostlivosťou samotnou. Z princípov KBT sa aplikovali najmä edukácia, svojpomocné techniky na redukciu dysfunkčných myšlienok a zlepšenie zvládania symptómov. Po 6 mesiacoch sa prítomné symptómy zlepšili u väčšieho počtu pacientov, ktorým bola poskytnutá bežná starostlivosť doplnená o postupy KBT, než samotná obvyklá starostlivosť (47 % oproti 30 %).

Bežná starostlivosť doplnená o KBT navyše viedla k lepšiemu fyzickému fungovaniu a k redukcii úzkosti.

U pacientov, ktorí chápu a akceptujú diagnózu, ale nereagujú na liečbu edukáciou, Stone a Edwards (2012) navrhujú fyzioterapiu prípadných motorických symptómov ako liečbu (úroveň dôkazov EBM 2C) a kognitívno-behaviorálnu terapiu pri iných symptómoch (úroveň dôkazov EBM 2B).

U pacientov, ktorí nereagujú ani na edukáciu alebo kognitívno-behaviorálnu terapiu, môžu byť prospešné ďalšie liečebné postupy, ako napr. farmakoterapia, hypnóza, krátkodobá psychodynamická psychoterapia, rodinná terapia, skupinová terapia alebo multidisciplinárna ústavná liečba. Medzi ďalšie liečebné postupy, ktoré je možné použiť doplnkovo, a ktoré pravdepodobne fungujú predovšetkým prostredníctvom nešpecifických terapeutických mechanizmov, patrí transkraniálna magnetická stimulácia a liečba sedatívami (Stone a Edwards, 2012).

Trojmesačná štúdia porovnávajúca hypnózu (najmenej 10 týždenných sedení, ako aj domáce úlohy s využitím autohypnózy) s kontrolnou skupinou čakacieho zoznamu u 44 ambulantných pacientov s konverznými symptómami zistila, že zlepšenie bolo výraznejšie u pacientov, ktorí boli liečení hypnózou (Moene a kol., 2003). Dvojmesačná štúdia porovnávala doplnkovú hypnózu (8 týždenných sedení, ako aj dennú autohypnózu) s doplnkovou psychoterapiou zameranou na stresory (8 týždenných sedení a denné písanie o stresore) u 45 hospitalizovaných pacientov s konverznými symptómami, ktorí všetci dostali multidisciplinárne ošetrovanie. Zlepšenie bolo v oboch skupinách porovnateľné (Moene a kol., 2002). V štúdiu u 63 pacientov sa zistilo, že psychodynamická terapia (medián 6 sedení, z ktorých každé trvalo 50 minút) sa spájala so zlepšením psychosociálneho fungovania, s menšou celkovou psychopatológiou a s redukciou počtu fyzických symptómov (Reuber a kol., 2007).

Štúdia na 47 pacientoch so psychogénnymi neepileptickými záchvatmi zistila, že zlepšenie (50 %-né alebo väčšia redukcia počtu neepileptických záchvatov) nastala u 66 % pacientov (Mayor a kol., 2013). Okrem toho systematické prehľady randomizovaných štúdií naznačujú, že pri somatických symptómoch a súvisiacich poruchách vo všeobecnosti môže byť prospešná psychodynamická psychoterapia (Kroenke, 2007; Sumathipala, 2007). Malá randomizovaná štúdia však porovnávala krátkodobú psychodynamickú psychoterapiu s neurologickým pozorovaním u 15 pacientov s funkčnou pohybovou poruchou; štúdia sa vyznačovala vysokou mierou prerušenia a nezistila žiadnu výhodu aktívnej liečby (Kompolti a kol., 2014).

Pacienti môžu prípadne profitovať z posúdenia fungovania rodiny v oblastiach, ako je komunikácia, riešenie problémov a úlohy. Identifikované problémy (napr. vyjadrenie potlačeného afektu), ktoré udržiavajú symptómy, sa potom môžu riešiť v rámci krátkodobej štruktúrovanej rodinnej terapie. V prehľade pozorovacích štúdií sa zistilo, že rodinná terapia môže zlepšiť symptómy (Stonnington a kol., 2006).

Multidisciplinárna ústavná liečba s fyzickou aj psychologickou rehabilitáciou je indikovaná u pacientov so závažnejším a chronickým telesným postihnutím (napr. používajúci invalidný vozík alebo silne závislí od pomôcok pri chôdzi). Ústavná liečba sa zdá byť vhodná najmä pri prítomnej komorbidnej psychopatológii v spojení s telesným postihnutím.

Observačné štúdie naznačujú, že liečba pacientov s ťažkou konverznou poruchou na špecializovaných lôžkových oddeleniach môže byť prospešná (McCormack a kol., 2014; Saifee a kol., 2012). Ako príklad je možné uviesť prospektívnu observačnú štúdiu, v ktorej sa hodnotili pacienti (n = 66), ktorí boli hospitalizovaní na špecializovanom oddelení pre ťažkú konverznú poruchu (zmiešaný podtyp) a absolvovali 4-týždňový multidisciplinárny program, ktorý zahŕňal fyzikálnu terapiu, ergoterapiu, kognitívno-behaviorálnu terapiu, neuropsychiatrické posúdenie, a podľa potreby aj intervenciu neurológa. Zlepšenie psychiatrických symptómov, správania a fungovania pri prepustení bolo podľa výskumníkov významné a klinicky veľké. Okrem toho, celkový zdravotný stav hodnotilo ako "lepší" alebo "oveľa lepší" 66 % pacientov, a to tak pri prepustení, ako aj pri následnom hodnotení po 1 roku (Demartini a kol., 2014).

Pacientom s konverznou poruchou (porucha funkčných neurologických symptómov), ktorí nereagujú na opakovanú liečbu, môže pomôcť opakovaná transkraniálna magnetická stimulácia (TMS) alebo aplikácia sedatív, ako aj biofeedback pri funkčnom tremore. Štúdie TMS preukazujú limitovaný prínos v liečbe konverzných porúch.

### **Disociatívna amnézia**

Pred začatím liečby je potrebné zistiť, či je amnézia disociatívneho pôvodu. To znamená, že je potrebné vylúčiť neurologické a/alebo iné medicínske príčiny. Postup liečby sa líši u pacientov s akútnym nástupom a s chronickým priebehom.

Podľa Maldonado a kol. (2002) je u pacientov s **akútnym prejavom amnézie** v prvom rade potrebné zabezpečiť bezpečné terapeutické prostredie.

Účinnosť hypnózy pri liečbe disociatívnej amnézie nebola potvrdená empirickými štúdiami. Napriek tomuto faktoru sa hypnóza v praxi úspešne použila pri obnove disociovaných a potlačených spomienok. Po zvrátení amnézie je následne dôležité preskúmať a identifikovať udalosti, ktoré disociatívnu amnéziu vyvolali. Terapeut by mal posilniť využitie efektívnych mechanizmov zvládania (Maldonado a kol., 2002).

Pre **chronickú amnéziu** sa farmakologická intervencia neodporúča. Prospešná môže byť hypnóza, najmä pri zotavovaní sa a prekonávaní traumatických spomienok v bezpečnom a pohodlnom tempe pre klienta. Počas procesu hypnózy môže dôjsť k preformulovaniu traumatických zážitkov. Cieľom terapie je integrácia disociovaného materiálu. Liečba chronickej disociatívnej amnézie je preto zvyčajne dlhodobá (Maldonado a kol., 2002).

### **Disociatívna fuga**

V súvislosti s liečbou disociatívnej fugy sa stretávame s nedostatkom empirických štúdií. Všetky aktuálne informácie tak vychádzajú z prípadových štúdií. Základnými súčasťami liečby

disociatívnej fugy sú bezpečné terapeutické prostredie, silné terapeutická aliancia, obnovenie vlastnej identity, identifikácia spúšťačov spojených s nástupom fugy, opätovné ošetrenie traumy a jej integrácia do súčasného bytia (Maldonado a kol., 2002).

### **Disociatívna porucha identity**

Liečba disociatívnej poruchy identity je dlhodobá, individuálna a vzťahovo založená psychoterapia. Vo väčšine prípadov sa odporúča minimálne jedenkrát týždenne, pričom závisí od množstva faktorov, ako napr. úroveň fungovania klienta, jeho zdroje, podpora a motivácia. Často sú potrebné dlhšie sedenia (od 75 do 90 minút, v niektorých prípadoch aj dlhšie). Liečba môže trvať zvyčajne 5 alebo aj viac rokov. Pomôcť môže eklektické použitie techník, ako je kognitívno-behaviorálna terapia, dialektická behaviorálna terapia, desenzitizácia a spracovanie pomocou očných pohybov (EMDR) a senzomotorická psychoterapia.

Konsenzus odborníkov spočíva vo *fázovo orientovanom modeli*. Ten je dominantne orientovaný na terapeutickú prácu, ktorej základom je nárast bezpečia, stability a lepšie prispôsobenie sa každodennému životu. Taktiež sa kladie dôraz na bezpečnú prácu s traumatickými spomienkami. Fázy tohto modelu sú:

- **Zaistenie bezpečia, stabilizácie a redukcie symptómov** - v počiatočnej fáze je potrebné kľásť dôraz na etablovanie, terapeutickú alianciu, edukáciu pacientov o diagnóze a symptómoch a vysvetlenie postupu liečby. Medzi **hlavné ciele** tejto fázy patrí udržiavanie osobného bezpečia, kontrola symptómov a budovanie tolerancie stresu. Je potrebné upriamiť pozornosť na prácu s alternatívnymi identitami. Tieto je možné chápať ako organizované, subjektívne „logické“ interakcie spojené pravidlami a/alebo konfliktné stavy, než aby sa pozornosť upriamila iba na diskkrétne alternatívne identity. Zdá sa nevyhnutné, aby pacienti začali rozumieť, akceptovať a získali prístup k alternatívnym identitám, ktoré zohrávajú aktívnu úlohu v ich súčasnom živote, a aby prijali zodpovednosť za konanie všetkých alternatívnych identít. Pre zlepšenie komunikácie a podporu vyjednávania medzi jednotlivými alternatívnymi identitami sa v praxi uplatňuje napr. uznanie dôležitosti všetkých alternatívnych identít. Dôležité je tiež stanovenie záväzkov v oblasti bezpečnosti pred sebapoškodením alebo samovražedným správaním. Rozvoj vnútornej spolupráce a spoločného vedomia medzi jednotlivými identitami je podstatnou časťou prvej fázy, ktorá plynule prechádza do fázy druhej. V tejto je potrebné naučiť pacienta rešpektovať a zohľadňovať všetky identity. Pre pacienta je dôležité prijať dôležitosť a úlohy iných identít, prípadne vyvírať tzv. terapeutické dohody.
- **Prepracovanie a integrácia traumatických spomienok** - v tejto fáze sa liečba zameriava na prácu s traumatickými zážitkami. Zahŕňa napr. vybavenie si, tolerovanie, spracovanie a integráciu ťaživej minulosti. Klinické skúsenosti preukázali, že spontánna a facilitovaná abreakcia psychoterapiou pomohla mnohým pacientom k významnému symptomatickému a aj celkovému zlepšeniu. Je nevyhnutné starostlivo naplánovať prácu na traumatických spomienkach. Pacient by s terapeutom mal prostredníctvom diskusie dosiahnuť dohodu o zameraní, intenzite a typoch intervencií v práci s traumatickými spomienkami. Integrácia traumatických spomienok sa týka spájania aspektov traumatických zážitkov, ktoré boli predtým jeden od druhého oddelené. Napr. spomienky a postupnosť udalostí, s nimi spojené afekty, fyziologické

a somatické reprezentácie zážitku. Terapeutická práca v tejto fáze je zameraná na uvedenie pacienta, že traumatické zážitky patria do minulosti, na pochopenie ich dopadu na život pacienta a rozvíjanie súvislejšej osobnej histórie a sebavedomia. Pacienti s touto poruchou si v tejto fáze môžu spomenúť na traumatické situácie v rámci alternatívnych identít, najmä tých, ktoré boli amnestické alebo bez emočnej reakcie na ne. V tejto fáze je však potrebné pamätať na riziko retraumatizácie. Keď sú traumatické zážitky integrované, môže dôjsť k tomu, že alternatívne identity sú prežívané menej a menej oddelene. Môžu sa tiež vyskytnúť spontánne alebo facilitované fúzie identít.

- **Integrácia a rehabilitácia** - v tejto fáze pacienti postupujú v internej kooperácii, koordinácii, fungovaní a integrácii. Spravidla začínajú dosahovať stabilnejšie pociťovanie seba samého a cit pre to, ako sa majú, ako súvisia s ostatnými a s vonkajším svetom. Pokračuje sa vo fúzii alternatívnych identít a v zlepšovaní svojho fungovania. V niektorých prípadoch môže byť potrebné pozrieť sa na históriu prežitej traumy s jednotnejšej perspektívy. Pacient sa tak môže menej zameriavať na traumy z minulosti a viac na smerovanie svojej energie na zlepšenie života v súčasnosti a na vývoj perspektívnej budúcnosti (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).
- Pri liečbe je potrebné pamätať na to, že „časti“ nie sú v skutočnosti samostatnými identitami alebo osobnosťami v jednom tele. Je potrebné ich chápať skôr ako časti jednotlivca, ktoré ešte nepracujú hladko, koordinovane a flexibilne. Cieľom terapie je uľahčiť zvýšenie koordinácie medzi týmito časťami, aby mohli skutočne fungovať spoločne, a je dokonca možné ich zlúčenie alebo splynutie. Dôležitá je práca na zvýšení komunikácie a spolupráca medzi jednotlivými osobnosťami, resp. „časťami“. Takto dochádza k dosiahnutiu úrovne spoločného vedomia, čo môže pacientovi pomôcť pociťovať oveľa lepšiu kontrolu na svojom živote.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) uvádza ako najčastejšie odporúčanú liečbu individuálnu **psychodynamicky orientovaný psychoterapiu**, s častým eklektickým začlenením ďalších techník. Napr. techniky kognitívno-behaviorálnej terapie môžu byť aplikované s cieľom pomôcť pacientom preskúmať a zmeniť dysfunkčné presvedčenia, založené na traumatických zážitkoch, a zvládať stresujúce zážitky alebo impulzívne správanie. Mnoho terapeutov tiež používa hypnózu ako doplnkovú formu liečby. Možno je tiež využitie aj špecializovanej liečby, ako napr. rodinná alebo expresívna terapia, EMDR a senzomotorická psychoterapia.

### **Depersonalizácia a derealizácia**

Prax ukazuje, že pacientom, ktorí trpia na depersonalizáciu/derealizáciu môžu pomôcť viaceré druhy psychoterapeutických intervencií. Dostupná literatúra a rôzne štúdie sa najčastejšie zmieňujú o kognitívno-behaviorálnej terapii, psychodynamickej terapii, hypnoterapii a podpornej terapii.

V súvislosti s liečbou depersonalizácie/derealizácie Simeon (2019) uvádza, že odporúčania vychádzajú z klinických skúseností a len z limitovaných publikovaných údajov. U väčšiny pacientov s touto poruchou, v porovnaní s inými prístupmi, navrhuje liečbu kognitívno-behaviorálnou terapiu. V rámci systému EBM podporuje svoje zistenia dôkazmi na úrovni 2C.

Liečba by mala zahŕňať psychoedukáciu o poruche a prvky podpornej psychoterapie, ako je upokojenie a dodávanie nádeje do budúcnosti.

V prípadoch pacientov s depersonalizáciou/derealizáciou, u ktorých sa vyskytuje fluktuácia symptómov spojená s nízkou toleranciou afektov a identifikovateľnými základnými intrapersonálnymi konfliktami Simeon (2019) navrhuje skôr psychodynamický prístup než KBT. V systéme EBM uvádza úroveň dôkazov 2C.

U pacientov s komorbiditou depresie alebo úzkostnej poruchy Simeon (2019) navrhuje liečbu kognitívno-behaviorálnou terapiou v kombinácii so selektívnym inhibítorom vychytávania serotonínu (SSRI). Úroveň dôkazov v systéme EBM - 2C.

Ordinácia farmakoterapie, resp. kombinácie farmakoterapie a psychoterapie, je v kompetencii psychiatra.

Možnosti liečby pacientov s depersonalizáciou/derealizáciou, u ktorých nie je dostatočná odpoveď na psychoterapeutický postup, zahŕňajú dlhodobejšiu psychoterapiu, farmakoterapiu a (pre tých, ktorí potenciálne reagujú) hypnózu. Pri absencii údajov porovnávajúcich účinnosť týchto postupov je možné urobiť výber medzi nimi na základe preferencie pacienta a dostupnosti liečby.


Klinické skúsenosti ukazujú, že pacienti s čiastočnou odpoveďou na psychoterapiu môžu mať úžitok z dlhodobejšej psychoterapie zameranej na riešenie základných konfliktov a traum pre ďalšie symptomatické zlepšenie.

### **Princípy liečby pacientov s diagnózou PNES**

Liečba pacientov s diagnózou PNES vyžaduje **multidisciplinárny prístup** s počiatkom v citlivom oznámení diagnózy PNES, vysadení antiepileptík, či prípadnom nastavení farmakologickej liečby pridružených psychiatrických ochorení, a zahájením vhodnej psychoterapie ako hlavného liečebného postupu (Hrešková a Krámská, 2019).

Carlson a Nicholson Perry (2017) v prvej metaanalýze o efektivite psychologických intervencií u pacientov s diagnózou PNES porovnávajú výsledky štúdií za posledných 20 rokov. Deklarujú malý počet dostatočne silných a kontrolovaných štúdií napriek tomu, že diagnóza PNES patrí k častým medicínsky nevysvetliteľným neurologickým symptómom. Súčasne zdôrazňujú zvýšenú potrebu edukácie o súčasných možnostiach liečby pre odborníkov, ktorí pracujú s týmito pacientmi, a taktiež apelujú na dôležitosť porozumenia tohto ochorenia aj samotnými pacientmi. **Výsledky analýz naznačujú, že psychologické intervencie u pacientov s diagnózou PNES znižujú mieru výskytu záchvatov v porovnaní s pacientmi bez psychoterapeutickej liečby.** Niektoré faktory spojené s ochorením PNES si môžu vyžadovať adaptáciu metodiky liečby PNES, respektíve prispôbenie terapie individuálnej psychologicko-histórii, ak má byť liečba úspešná. Doposiaľ nie je známe, či sú určité typy psychopatológie spojené s konkrétnymi prejavmi ochorenia PNES (Hrešková, 2019).

**Tabuľka č. 9**

 <b>Úroveň dôkazov DP</b>		
ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Referencie
Kognitívno-behaviorálna terapia pri PNES	2, 2B	Goldstein a kol., 2020)
Kognitívno-behaviorálna terapia		Duncan a kol., 2011
Kognitívno- behaviorálna terapia pri depersonalizácii a derealizácii	2C	Simeon, 2019
Edukácia	2C	Stone a Edwards, 2012
Fyzioterapia motorických symptómov	2C	Simeon, 2019

## Prognóza

Podľa Seifertová, Praško, Höschl (2004) sa disociatívne stavy vyznačujú často náhlym začiatkom a ukončením, ktoré je však ťažké postrehnúť, s výnimkou zámerných interakcií alebo postupov, ako je hypnóza alebo odreagovanie. Všetky typy disociatívnych stavov majú tendenciu k úprave v priebehu niekoľkých týždňov alebo mesiacov, najmä ak vznikli v súvislosti s traumatickou životnou udalosťou. Chronickejšie stavy, obrny a anestézie, sa môžu rozvinúť (niekedy pomalšie), ak je začiatok spojený s neriešiteľnými problémami alebo interpersonálnymi ťažkosťami. Terapeuticky rezistentné sa často stávajú disociatívne stavy, ktoré trvali viac ako 1-2 roky bez adekvátnej liečby.

**Disociatívna amnézia:** Počiatok aj ukončenie bývajú náhle. Končí spravidla úplným uzdravením.

**Disociatívna fuga:** Obvykle sa objaví po psychosociálnom strese a trvá krátko, spravidla niekoľko hodín, výnimočne niekoľko dní alebo mesiacov. Remisie nastupuje rýchlo. Na traumatické udalosti môže byť amnézia. Vo väčšine prípadov dochádza k spontánnemu odozneniu poruchy.

Disociovaný traumatizujúci materiál alebo odštiepenú časť osobnosti býva možné s pomocou hypnózy sprístupniť (Spiegel a Spiegel, 1978).

**Disociatívny stupor:** Obvykle náhle začne a náhle spontánne skončí.

**Tranz a stavy posadnutosti:** Obvykle sa rozvíjajú rýchlo, často v priebehu rituálneho obradu. Odoznievajú spontánne.



**Disociatívne krčče:** Často chronická porucha, trvajúca roky, aj po odznení sa prejavy môžu pri záťaži vrátiť.

**Disociatívne poruchy motoriky:** Na rozdiel od predošlých disociatívnych porúch býva priebeh rekurentný. Až v 30 % býva komorbídne somatické ochorenie, ktoré by lekár nemal prehliadnuť.

**Mnohopočetná osobnosť:** Najčastejšie sa objavuje v adolescencii a má tendenciu k chronickému priebehu.

### **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

Z posudkového hľadiska posudkoví lekári Sociálnej poisťovne posudzujú na účely invalidity pacientov podľa Prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. Z disociatívnych porúch podmieňujú invaliditu chronické stavy, ktoré prinášajú pacientovi dlhodobý veľký subjektívny dyskomfort, významne zhoršujú kvalitu jeho života. Percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa určí podľa závažnosti ochorenia.

### **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Pri disociatívnych poruchách predpokladáme psychogénny pôvod. Často sa spájajú s traumatizujúcimi zážitkami, udalosťami alebo s narušenými vzťahmi. Klinické, ani laboratórne vyšetrenia obvykle nikdy nepreukážu prítomnosť neurologickej poruchy. Začiatok a ukončenie disociatívnych stavov sa obvykle počas krátkej doby (niekoľkých týždňov) mení, resp. upravuje. Niektoré disociatívne stavy spontánne odoznievajú, avšak niektoré sa chronifikujú. Medzi efektívne liečebné postupy patrí KBT, hypnóza a dynamická psychoterapia.

Psychofarmaká sa používajú symptomaticky.

Psychologické intervencie by mali vykonávať zdravotnícki pracovníci vzdelaní v postupoch EBM podľa kompetencií tohto štandardu. Pacientom by mali byť vysvetlené možné príčiny a mechanizmy vzniku ťažkostí, a zároveň ponúknuté možnosti liečby dostupné v súčasnom zdravotnom systéme. Úspešnosť liečby vo veľkej miere závisí od osobnosti pacienta, od jeho schopnosti spolupráce, náhľadu a pochopenia psychologických súvislostí ochorenia a taktiež na podpore príbuzných či priateľov v liečbe (Hrešková, 2019).

### **Kognitívno - behaviorálna terapia (KBT)**

Na zvládnutie symptómov úzkosti či vyhýbavého správania je možné použiť štandardné kognitívno-behaviorálne techniky. Medzi tieto metódy patrí: *tvorba individuálnej formulácie problému pacienta a zaangažovanie pacienta do procesu terapie; orientácia a emočná podpora; abreakcia; riadené objavovanie a psychoedukácia (napr. o PNES) a o liečbe; bludný kruh príznakov; nácvik zvládania disociatívnych fenoménov; práca v imaginácii s traumatickými zážitkami; prepis udalosti v imaginácii; expozícia; zábrana vyhýbavého a zabezpečovacieho správania; expozícia; kognitívna reštrukturalizácia; relaxácia; nácvik*

*zvládania súčasných problémov a komunikačných schopností; prevencia relapsov (Hrešková, 2019).*

**Predstavenie fáz psychoterapie** u pacientov s diagnózou PNES navrhnutých autorským kolektívom (Goldstein a kol., 2018):

### **1. fáza: Zdôvodnenie a zapojenie**

V úvodnej fáze liečby sa pacientovi predstaví priebeh liečby a charakter ochorenia PNES. Diskutuje sa o možných udržiavajúcich faktoroch a o vzájomnej interakcii emócií, myšlienok, fyziologických prejavov a vonkajšieho správania. Ak pacient súhlasí, je vhodné zapojiť do procesu liečby aj blízkych osôb pacienta s cieľom generalizovať liečebné zisky.

### **2. fáza: Techniky na kontrolu záchvatov**

Táto fáza vychádza z predpokladu o výskyte PNES ako o podmienenej reakcii, ktorej účelom je vyhýbať sa prežívaniu výraznej tiesne, pretože postihnutý nemá dostatočne rozvinuté účinnejšie copingové stratégie. Nácvik efektívnejších copingových stratégií by mal viesť k redukcii týchto disociačných reakcií (PNES).

Techniky zvládania vychádzajú z prístupov, ktoré modifikujú pozornosť tým, že zámerne menia jej fókus (z angl. refocusing). Práca s pozornosťou umožňuje znížiť zameranie pacienta na maladaptívne chápanie emócií a zvyšuje ich akceptáciu - používajú sa aspekty všímavosti (pozorovanie, popis, sústredenie sa na konkrétnu činnosť, nehodnotiaci postoj a nereagovanie - nenechať sa zahltiť neprijemnými pocitmi).

K ďalším kľúčovým technikám, ktoré slúžia na odvrátenie podmienenej disociatívnej reakcie patrí relaxácia a kontrolované dýchanie. Tieto metódy umožňujú priame znižovanie fyziologických pocitov (napr. závraty, napätie, hyperventilácia) (Hrešková, 2019).

### **3. fáza: Redukcia vyhýbania sa: Techniky expozície**

Všetky formy vyhýbavého a zabezpečujúceho správania pomáhajú v udržiavaní negatívnych presvedčení pacienta. Preto je dôležité pacienta podnecovať k tomu, aby čelil obávaným situáciám alebo činnostiam opakovane a postupne. Je možné pacienta požiadať, aby vopred predpovedal, čo si myslí, že sa v priebehu tohto cvičenia stane (mieru vlastného strachu a katastrofy, ktoré sa stanú), aby bolo možné túto predpoveď porovnať so skutočným výsledkom. S pacientom vytvoríme hierarchiu situácií, ktorých sa obáva. Následne sa pacient postupne vystavuje jednotlivým situáciám. K obtiažnejšej situácii postupujeme vtedy, ak stávajúca situácia vzbudzuje u pacienta iba polovičnú úzkosť oproti tej pôvodnej.

### **4. fáza: Myšlienky spojené so záchvatmi**

Komplexnosť symptómov PNES je pre psychoterapeutickú liečbu obzvlášť náročná. Dramatické paroxyzmálne a často konvulzívne epizódy môžu zahŕňať zníženú citlivosť a amnéziu, a viesť k zraneniu.

Napriek tomu, že pacienti s diagnózou PNES zriedkavo udávajú pociťovanie úzkosti v priebehu ich záchvatov, prítomnosť somatických symptómov úzkosti uvádza 60 % pacientov (napr. tlak na hrudi, palpitácie, hyperventilácia), a výskyt prejavov agorafóbie je 3-krát častejší u pacientov s diagnózou PNES ako u pacientov s epilepsiou (Goldstein a Mellers, 2006). Na základe týchto zistení Goldstein a Mellers (2006) opísali model PNES, v ktorom sú záchvaty

vnímané ako disociatívna reakcia na vzrušenie („panický stav bez pociťovania paniky“), pričom vyhýbavé správanie pôsobí ako významný udržiavací faktor.

V porovnaní s pacientmi s epileptickými záchvatmi, je v profile pacientov s diagnózou PNES je prítomné signifikantne vyššie skóre psychopatologických symptómov (somatizácia, interpersonálna citlivosť, symptómy paniky, úzkosti a depresie) merané pomocou sebaopisovacej škály Symptom Checklist 90 (SCL-90-R), (Prueter a kol., 2002).

### **Psychodynamická terapia**

Podľa psychoanalytických teórií sa človek, v ktorom je hlboko ohrozená súdržnosť alebo stabilita sebaaprezentácií, môže uchýliť k odosobneniu, resp. k odpojeniu sa od seba, ako odpoveď na výrazné posuny v prežívaní. Aj keď takáto reakcia môže byť z krátkodobého hľadiska v niektorých ohľadoch všadeprítomná, pevne zapojená, a dokonca adaptívna, jej pretrvávanie v priebehu času sa stáva maladaptívnym a patologickým.

Psychodynamické chápanie fenoménov depersonalizácie/derealizácie sa sústreďuje okolo neschopnosti integrovať rôzne aspekty vlastného prežívania v dôsledku vonkajších stresových faktorov alebo vnútorných procesov, ktoré predstavujú veľkú výzvu pre „obvyklý očakávaný“ pocit človeka (Simeon, 2019). Akoby tak koncept Ja mohol strácať súdržnosť. Čiže „fyzické“ Ja, „mysliace“ Ja, „cítiace“ Ja alebo „konajúce“ Ja sú vzájomne nedostatočne integrované, čo vedie k rôznym diskontinuitám v prežívaní Ja.

V tomto druhu psychoterapie má terapeut možnosť pozorovať a analyzovať, často mikroprocesmi, dynamiku, ktorá sa vyskytuje v priebehu sedenia. Tento model naznačuje, že hypoemocionalita, emočná necitlivosť a alexitýmia vychádzajú z potreby „disociácie“ neznesiteľných afektov, ich sprievodných kognícií, vzťahových štruktúr a historického pôvodu. Afekty, s ktorými je potrebné sa vysporiadať, sa môžu líšiť v závislosti od osobnej histórie jedinca a zážitku seba samého, od negatívnych po pozitívne. Môže ísť o hnev, smútok, hanbu, pocit viny, vzrušenie alebo lásku. Tento prístup naráža na obranný aspekt depersonalizácie tak, že skôr mobilizuje afekt, než ako od neho odpája. Toto je v súlade s liečbou založenou na expozícii a kognitívnu reštrukturalizáciou pri stavoch súvisiacich s traumou, ako je posttraumatická stresová porucha alebo disociatívna porucha identity, pretože cieľom liečby je skôr aktivácia a prežívanie, než regulácia afektov. Doterajšie skúsenosti poukazujú na potrebu frekvencie sedení aspoň 1-krát za týždeň. Výsledky liečby sa môžu dostaviť do niekoľkých týždňov, mesiacov, alebo si môžu vyžadovať dlhšiu liečbu (Simeon, 2019).

### **Hypnoterapia**

Hypnóza, stav sústredenej koncentrácie, môže byť užitočná v pomoci pacientom rekonceptualizovať a kontrolovať svoje symptómy depersonalizácie/derealizácie. Pacienti sa učia, ako si môžu pomocou hypnózy precvičiť kognitívnu kontrolu symptómov, modulovať symptómy nadviazaním kontrolovaného spojenia s emocionálnymi spomienkami a/alebo interakciami, ktoré spôsobujú rôzne stupne disociačných symptómov, vrátane príjemných alebo menej nebezpečných foriem depersonalizácie a derealizácie.

Liečba hypnózou zahŕňa predovšetkým učenie autohypnotických stratégií u pacienta, ktoré sú určené na moduláciu symptómov ako:

- Navodenie fyzického pohodlia (predstav plávania alebo iných fyzických vnemov).
- Modulovanie symptómov depersonalizácie/derealizácie (pocit viac alebo menej odpojenia sa od svojho tela).
- Predstava seba samého v prostredí, kde sa symptómy tejto poruchy vyskytujú menej.

Klinické štúdie pojednávajúce o efektívite hypnoterapie pri liečbe depersonalizácie / derealizácie nie sú dostupné. Avšak podľa doterajších zistení je možné predpokladať, že hypnoterapia je aspoň dočasne nápomocná pri zmiernení symptómov depersonalizácie (Simeon, 2019).

### **Podporná psychoterapia**

Niektorí pacienti s chronickým priebehom depersonalizácie/derealizácie a subjektívnym extrémnym utrpením si môžu vyžadovať dlhodobú podpornú terapiu. Ide o pacientov, ktorých osobný, pracovný alebo spoločenský život je touto poruchou významne narušený, no chronický priebeh limituje možnosť aplikovať psychodynamické alebo KBT postupy.

Pri poskytovaní tohto druhu terapie by si mal byť terapeut vedomý interpersonálnej citlivosti pacienta, jeho utrpenia a pocitu beznádeje.

Údaje hodnotiace účinnosť podpornej terapie nie sú publikované. Doterajšie klinické skúsenosti však nasvedčujú, že tento typ terapie môže byť efektívny pri zlepšovaní pracovného, sociálneho alebo osobného fungovania a pri zmiernení vážneho utrpenia, ktoré je s touto poruchou často spájané.

Proces liečby pacientov s diagnózou PNES v komorbidite s poruchou osobnosti v porovnaní s inými pridruženými ochoreniami u pacientov s PNES môže trvať dlhšie (LaFrance a Schachter, 2018).

Na základe aktuálnych štúdií sa zistilo, že vek pacienta nie je významným prediktorom úspešnosti liečby (LaFrance a Wincze, 2015).

Potenciálne bariéry v liečbe zahŕňajú *vážnu autodeštruktívnu osobnostnú patológiu, psychózu, limitované kognitívne schopnosti, mieru pacientovho distressu, abúzus či sekundárny finančný zisk*. Tieto prekážky však liečbu nevylučujú. Výskumy preukazujú, že i takéto pacienti sú schopní urobiť zmeny a rozhodnutia, ktoré podporujú kontrolu ich záchvatov, pokiaľ sú motivovaní (Hrešková, 2019).

Myers (2014) odporúča u pacientov s diagnózou PNES.

- **Na začiatku liečby získať popis typických záchvatov a ich frekvenciu:**  
prítomnosť aury, začiatok záchvatu, charakteristika záchvatu - pád, vokalizácia, poranenie hlavy, tras, sebapoškodzovanie, chôdza, uhryznutie do jazyka, zachovanie reči v priebehu záchvatu, prítomnosť nejakého modifikátora (osoba, vec), ktorý priebeh záchvatu uľahčuje, priebeh následného zotavenia.
- **Liečbu zahájit' nácvikom správneho dýchania.**

- **V priebehu záchvatu s pacientom komunikovať** (uzemnenie - pripomenúť pacientovi, kde sa nachádza a predstaviť sa mu).
- **Po dvoch minútach** (v závislosti na priebehu záchvatu) **naznačiť, že záchvat pomaly odznieva a je potrebné sústrediť sa na dýchanie.**
- **Po záchvate spracovať s klientom, čo sa stalo, a posúdiť následný priebeh stretnutia** (pokračovať v expozícii alebo sa zamerať na proces spracovania záchvatu).

Témy špecifické pre psychoedukáciu pacientov s diagnózou PNES sú napr. *trauma a zneužívanie, hnev, depresia a úzkosť, tendencie k somatizácii, kvalita života, techniky zvládania stresu.*

## Ďalšie odporúčania

Disociatívne poruchy sú väčšinou psychické poruchy, pri ktorých je potrebné klásť väčší dôraz v primárnej, ambulantnej a ústavnej starostlivosti na jej identifikáciu. Takisto je potrebná edukácia širokej verejnosti, a rovnako dôležitým aspektom je aj edukácia lekárov a ďalších odborníkov o tejto poruche aj v oblasti diagnostiky. Vzhľadom na špecifiká poruchy je potrebné počas terapie vytvoriť atmosféru bezpečia, a mať s pacientom dobrý terapeutický vzťah. Okrem liečby základnej poruchy pacientov je potrebné tiež riešiť ich vzťahové, či pracovné problémy a sociálnu situáciu, pretože tie taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Podľa tohto je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom, ako aj v postgraduálnom vzdelávaní, a tiež vo vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapie.

## Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné vytvoriť efektívnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v liečbe disociatívnych porúch s určením kompetencií každého poskytovateľa. Pracovníci, ktorí budú diagnostikovať a liečiť disociatívne poruchy, potrebujú zodpovedajúcu komunikačnú spôsobilosť, schopnosť empatie a zvýšenú citlivosť na potreby postihnutých.

Psychológ je zdravotníckym pracovníkom, na ktorého sa vzťahuje povinnosť informovať pacienta o priebehu liečby v súlade s § 6 zákona č. 576/2004 Z.z., kvôli ochrane zdravotníckeho pracovníka a pacientov.

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - 2 roky, následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

## Špeciálny doplnok štandardu

Škála disociatívnych zážitkov - revidovaná Bob, P. (2000), upravené podľa Dalenberg, Carlson (2010)

### DES

meno: \_\_\_\_\_ vek: \_\_\_\_\_ dátum: \_\_\_\_\_

#### Pokyny

Tento dotazník obsahuje 28 otázok, ktoré sa týkajú zážitkov alebo udalostí, vo vašom živote. Zaujímá nás, ako často sa Vám to stalo. **Nie sú to sa však zážitky, ktoré boli pod vplyvom návykových látok alebo alkoholu.** Svoju odpoveď na otázku vyznačte na stupnici podľa toho, ako často mávate takéto zážitky.

Príklad:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

/ nikdy/

/ vždy /

1. Nieкто si pri riadení auta náhle uvedomí, že si nemôže spomenúť na to, čo sa stalo v priebehu celej cesty alebo jej časti. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2. Nieкто si pri počúvaní druhých ľudí náhle uvedomí, že nepočul časť alebo vôbec nič z toho, čo hovorili. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3. Nieкто zažil, že sa našiel na nejakom mieste a nevedel, ako sa tam dostal. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

4. Nieкто zažil, že bol oblečený v niečom a pritom si nepamätal, že si to obliekol. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

5. Niekomu sa stalo, že medzi svojimi vecami našiel niečo nové a nepamätá si, že si to kupoval. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Nieкто občas zistí, že sa stretol s neznámymi ľuďmi a volal ich iným menom, pretože si myslel že sa už stretli. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

7. Nieкто občas zažil pocit ako keby zo seba vystúpil a pozeral sa na seba, že niečo robí ako iná osoba. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

8. Nieкто občas nespoznáva priateľov alebo členov rodiny. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

9. Niektorý občas zistí, že si nepamätá na dôležité udalosti zo svojho života (napríklad svadba, promócie, maturita a podobne). Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Niektorý môže mať skúsenosť s tým, že bol obviňovaný z klamstva, bez toho že by si bol vedomí, že klamal. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

11. Niekomu sa občas stáva, že sa pozerá do zrkadla a nespoznáva sa. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

12. Niekomu sa občas stáva, že cíti, že iní ľudia, veci alebo svet okolo neho nie je skutočný /reálny/. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

13. Niekomu sa občas stáva, že cíti, ako keby mu nepatrilo vlastné telo. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

14. Niekomu sa občas stane, že si spomenie na niečo čo už prežil /zážitok, situáciu a pod./ tak živo, že cíti, ako by túto spomienku znova prežil. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

15. Niekomu sa občas stane, že si nie je istý, či udalosti na ktoré si spomína sa naozaj stali, alebo si ich len vysnil. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

16. Niekomu sa občas stáva, že sa ocitne na známom mieste, ktoré mu pripadá zvláštne a neznáme. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

17. Niekomu sa občas stáva, že keď sleduje televíziu alebo film, je tak pohltý príbehom, že nevníma čo sa okolo neho deje. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

18. Niekomu sa občas stáva, že je tak pohltý svojou fantáziou alebo denným snívaním, že cíti ako by sa to naozaj stalo. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19. Niekomu sa občas stáva, že je schopný ignorovať bolesť. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

20. Niekomu sa občas stáva, že sedí a uprene pozerá pred sebe, o ničom nepremýšľa a nie je si vedomý koľko času uplynulo. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

21. Niekomu sa občas stáva, že keď je sám, rozpráva sa nahlas sám so sebou. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22. Niekomu sa občas stáva, že v niektorých situáciách reaguje tak rozdielne v porovnaní s inými situáciami, že sa cíti, ako by bol dvomi rôznymi osobami. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

23. Niekomu sa občas stáva, že v niektorých situáciách je schopný vykonávať veci /napríklad šport, prácu, sociálne situácie/, ktoré sú pre neho obvykle ťažké, s úžasnou ľahkosťou a spontánnosťou. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24. Niekomu sa občas stáva, že si nevie spomenúť, či niečo naozaj urobil alebo si len myslí, že to urobil (napríklad nevie, či poslal list, alebo si len myslí, že ho poslal). Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

25. Niekomu sa občas stáva, že urobil veci, na ktoré si nevie spomenúť, aj keď ich už urobil. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

26. Niekomu sa občas stáva, že nájde zápisky, kresby alebo poznámky, ktoré sám urobil, ale nemôže si spomenúť kedy. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

27. Niekomu sa občas stáva, že počuje hlasy vo svojej hlave, ktoré mu hovoria, čo má robiť alebo komentujú to, čo robí. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

28. Niekomu sa občas stáva, že cíti ako by pozeral na svet cez hmlu, a tak sa mu ľudia a objekty javia byť vzdialené a nejasné. Vyznačte percentuálne ako často sa to stáva Vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

## Literatúra

1. Alessi, R., & Valente, K. D. (2014). Psychogenic nonepileptic seizures: Should we use response to AEDS as a red flag for the diagnosis? *Seizure*, 23(10), 906–908. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.07.016>
2. Asadi-Pooya, A. A., Emami, Y., Emami, M., & Sperling, M. R. (2014). Prolonged psychogenic nonepileptic seizures or pseudostatus. *Epilepsy & Behavior*, 31, 304–306. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.10.019>
3. Baslet, G., Seshadri, A., Bermeo-Ovalle, A., Willment, K., & Myers, L. (2016). Psychogenic Non-epileptic Seizures: An Updated Primer. *Psychosomatics*, 57(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2015.10.004>
4. Beghi, M., Negrini, P. B., Perin, C., Peroni, F., Magaudda, A., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2015). Psychogenic non-epileptic seizures: So-called psychiatric comorbidity and underlying defense mechanisms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2519–2527. <https://doi.org/10.2147/NDT.S82079>
5. Bob, P. (2000). Disociativní procesy a jejich měření. *Česká a slovenská psychiatrie*; 96, 301-309
6. Bowman, E. S. (2018). Relationship of remote and recent life events on the onset and course of non-epileptic seizures. In Gates and Rowan's *Nonepileptic Seizures*. Cambridge University Press. 10.1017/9781316275450.006
7. Brand, B. L., Schielke, H. J., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Loewenstein, R. J., Myrick, A., Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Steele, K., Classen, C. C., & Lanius, R. A. (2019). An Online Educational Program for Individuals With Dissociative Disorders and Their Clinicians: 1-Year and 2-Year Follow-Up: Online Intervention for Dissociative Disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 156–166. <https://doi.org/10.1002/jts.22370>
8. Brown, R. J., & Reuber, M. (2016). Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 157–182. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.003>
9. Bullock, K. D., Mirza, N., Forte, C., & Trockel, M. (2015). Group Dialectical-Behavior Therapy Skills Training for Conversion Disorder With Seizures. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 27(3), 240–243. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.13120359>
10. Carlson, P., & Nicholson Perry, K. (2017). Psychological interventions for psychogenic non-epileptic seizures: A meta-analysis. *Seizure*, 45, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.12.007>
11. Chen, D. K., Maheshwari, A., Franks, R., Trolley, G. C., Robinson, J. S., & Hrachovy, R. A. (2014). Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia*, 55(1), 156–166.



- <https://doi.org/10.1111/epi.12481>
12. Dalenberg C, Carlson E. New versions of the Dissociative Experiences Scale: The DES-R (Revised) and the DES-B (Brief). Paper presented at Annual Meeting of the International Society, November 2010.
  13. Demartini, B., Batla, A., Petrochilos, P., Fisher, L., Edwards, M. J., & Joyce, E. (2014). Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: A prospective study. *Journal of Neurology*, 261(12), 2370–2377. <https://doi.org/10.1007/s00415-014-7495-4>
  14. Duncan, R., Anderson, J., Cullen, B., & Meldrum, S. (2016). Predictors of 6-month and 3-year outcomes after psychological intervention for psychogenic non epileptic seizures. *Seizure*, 36, 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.12.016>
  15. Duncan, R., Razvi, S., & Mulhern, S. (2011). Newly presenting psychogenic nonepileptic seizures: Incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a first seizure clinic. *Epilepsy & Behavior*, 20(2), 308–311. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.10.022>
  16. Dworetzky, B. A., & Baslet, G. (Eds.). (2017). *Psychogenic Nonepileptic Seizures* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190265045.001.0001>
  17. Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The Wreathing Protocol: The Imbrication of Hypnosis and EMDR in the Treatment of Dissociative Identity Disorder and other Dissociative Responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 275–290. <https://doi.org/10.1080/00029157.2001.10404282>
  18. Goldstein, L. H., LaFrance, W. C., Mellers, J. D. C., & Chalder, T. (2018). Cognitive Behavioral Based Treatments for Psychogenic Nonepileptic Seizures. In W. C. LaFrance, Jr & S. C. Schachter (Eds.), *Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures* (4th ed., pp. 300–309). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316275450.030>
  19. Goldstein, L. H., & Mellers, J. D. C. (2006). Ictal symptoms of anxiety, avoidance behaviour, and dissociation in patients with dissociative seizures. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77(5), 616–621. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.066878>
  20. Goldstein, L. H., Mellers, J. D. C., Landau, S., Stone, J., Carson, A., Medford, N., Reuber, M., Richardson, M., McCrone, P., Murray, J., & 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*, 15(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0350-0>
  21. Goldstein, L. H., Robinson E.J., Mellers J.D.C., Stone J., Carson A., Reuber M., Medford N., McCrone P., Murray J., Richardson M.P., Pilecka I., Eastwood C., Moore M., Mosweu I., Perdue I., Landau S., Chalder T.; CODES study group. Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):491-505. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30128-0. Epub 2020 May 20. PMID: 32445688; PMCID: PMC7242906.
  22. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
  23. Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 107–133). Context Press/New Harbinger Publications.
  24. Green, B., Norman, P., & Reuber, M. (2017). Attachment style, relationship quality, and psychological distress in patients with psychogenic non-epileptic seizures versus epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 66, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.10.015>
  25. Gross, J. J. (Ed.). (2015). *Handbook of emotion regulation* (2. ed., paperback ed). Guilford Press.
  26. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Tigis.
  27. Herman, E., Hovorka J., Nežádal, Praško J., (2004) *Disociativní poruchy*. In Seifertová D., Praško J., Höschl C.: *Postupy v léčbě psychických poruch*, Academia Medica Pragensis, Praha
  28. Hrešková, L. (2019). *Neuropsychologická diagnostika a psychoedukácia pacientov s diagnózou psychogénnych neepileptických záchvatov (PNES) [Dizertačná práca, Univerzita Karlova]*. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/108713>
  29. Hrešková, L., & Krámská, L. (2019). Základní principy psychotherapeutické léčby pacientů s diagnózou psychogenních neepileptických záchvatů (PNES). *Psychoterapie*, 13(3), 213–221.
  30. Hubschmid, M., Aybek, S., Maccafferri, G. E., Chocron, O., Gholamrezaee, M. M., Rossetti, A. O., Vingerhoets, F., & Berney, A. (2015). Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and nonepileptic attacks. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 448–455. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.007>
  31. International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011): *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*, *Journal of Trauma & Dissociation*, 12:2, 115-187 <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
  32. Kanemoto, K., LaFrance, W. C., Duncan, R., Gigineishvili, D., Park, S.-P., Tadokoro, Y., Ikeda, H., Paul, R., Zhou, D., Taniguchi, G., Kerr, M., Oshima, T., Jin, K., & Reuber, M. (2017). PNES around the world: Where we are now and how we can close the diagnosis and treatment gaps-an ILAE PNES Task Force report. *Epilepsia Open*, 2(3), 307–316. <https://doi.org/10.1002/epi4.12060>
  33. Kompoliti, K., Wilson, B., Stebbins, G., Bernard, B., & Hinson, V. (2014). Immediate vs. delayed treatment of psychogenic movement disorders with short term psychodynamic psychotherapy: Randomized clinical trial. *Parkinsonism & Related Disorders*, 20(1), 60–63. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.09.018>
  34. Krámská, L. (2017). *Psychogenní neepileptické záchvaty (PNES)*. In *Klinická neuropsychologie v praxi*. Karolinum.
  35. Krámská, L., Hrešková, L., Vojtěch, Z., Krámský, D., & Myers, L. (2020). Maladaptive emotional regulation in patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) compared with healthy volunteers. *Seizure*, 78, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.02.009>
  36. Krámská, L., Myers, L., Hrešková, L., Jerie, M., & Vojtěch, Z. (2021). A descriptive study of patients diagnosed with psychogenic nonepileptic seizures at a tertiary epilepsy center in the Czech Republic: One-year follow-up. *Epilepsy & Behavior*, 118, 107922. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107922>
  37. Kramská, L., Myers, L., Hreskova, L., Kramsky, D., & Vojtech, Z. (2021). Diagnostic utility of the Minnesota multiphasic personality inventory-2 in patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures in the Czech Republic. *Epilepsy & Behavior*, 115, 107698. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107698>
  38. Kroenke, K. (2007). Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881–888. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b00c4>
  39. LaFrance, W. C., Reuber, M., & Goldstein, L. H. (2013). Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 54, 53–67. <https://doi.org/10.1111/epi.12106>

40. LaFrance, W. C., & Schachter, S. C. (Eds.). (2018). *Gates and Rowan's nonepileptic seizures* (Fourth edition). Cambridge University Press.
41. LaFrance, W. C., & Wincze, J. (2015). *Treating nonepileptic seizures: Therapist guide*.
42. Loewenstein, R. J. (1994). Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: Report submitted to the Clinton Administration Task Force on Health Care Financing Reform. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 7(1), 3–11.
43. Mackay, M., Mahlaba, H., Gavillet, E., & Whittaker, R. G. (2017). Seizure self-prediction: Myth or missed opportunity? *Seizure*, 51, 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.08.011>
44. MacPhee, E. (2013). Dissociative Disorders in Medical Settings. *Current Psychiatry Reports*, 15(10), 398. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0398-8>
45. Magee, J. A., T. B., Delanty, N., N., P., & G.M., F. (2014). The economic cost of nonepileptic attack disorder in Ireland. *Epilepsy & Behavior*, 33, 45–48. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.02.010>
46. Maldonado, J. R., Butler, L. D., & Spiegel, D. (2002). Treatments for Dissociative Disorders. In *A Guide to Treatments that Work* (2nd ed.) (pp. 463–496). Oxford University Press.
47. Mayor, R., Brown, R. J., Cock, H., House, A., Howlett, S., Smith, P., & Reuber, M. (2013). A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, 22(9), 760–765. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.06.008>
48. McCormack, R., Moriarty, J., Mellers, J. D., Sholtbalt, P., Pastena, R., Landes, N., Goldstein, L., Fleminger, S., & David, A. S. (2014). Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: A retrospective comparative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(8), 895–900. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305716>
49. Mintzer, S. (2015). Driven to Tears: Epilepsy Specialists and the Automobile. *Epilepsy Currents*, 15(5), 279–282. <https://doi.org/10.5698/1535-7511-15.5.279>
50. Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., & Dyck, R. V. (2003). A Randomized Controlled Clinical Trial of a Hypnosis-Based Treatment for Patients with Conversion Disorder, Motor Type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29–50. <https://doi.org/10.1076/iceh.51.1.29.14067>
51. Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., & van Dyck, R. (2002). A Randomised Controlled Clinical Trial on the Additional Effect of Hypnosis in a Comprehensive Treatment Programme for In-Patients with Conversion Disorder of the Motor Type. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 66–76. <https://doi.org/10.1159/000049348>
52. Monzoni, C. M., Duncan, R., Grünewald, R., & Reuber, M. (2011). Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. *Patient Education and Counseling*, 85(3), e189–e200. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.014>
53. Myers, L. (2014). *Psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A guide*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
54. Myers, L., Matzner, B., Lancman, M., Perrine, K., & Lancman, M. (2013). Prevalence of alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures and epileptic seizures and predictors in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 26(2), 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.11.054>
55. Novakova, B., Howlett, S., Baker, R., & Reuber, M. (2015). Emotion processing and psychogenic non-epileptic seizures: A cross-sectional comparison of patients and healthy controls. *Seizure*, 29, 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.03.007>
56. O'Brien, F. M., Fortune, G. M., Dicker, P., O'Hanlon, E., Cassidy, E., Delanty, N., Garavan, H., & Murphy, K. C. (2015). Psychiatric and neuropsychological profiles of people with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 43, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.11.012>
57. Ozer Celik, A., Kurt, P., Yener, G., Alkin, T., Oztura, I., & Baklan, B. (2015). Comparison of Cognitive Impairment between Patients having Epilepsy and Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(2), 163–168. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7290>
58. Plug, L., & Reuber, M. (2009). Making the diagnosis in patients with blackouts: It's all in the history. *Practical Neurology*, 9(1), 4–15. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2008.161984>
59. Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.
60. Praško, J., Pastucha, P., Raszka, M., Látalová, K., Herman, E., Hovorka, J., & Doubek, P. (2009). *Disociativní křeče*. Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie, 5, 429–436.
61. Prueter, C., Schultz-Venrath, U., & Rimpau, W. (2002). Dissociative and Associated Psychopathological Symptoms in Patients with Epilepsy, Pseudoseizures, and Both Seizure Forms. *Epilepsia*, 43(2), 188–192. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2002.45900.x>
62. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*.
63. Rawlings, G. H., Brown, I., & Reuber, M. (2017). Deconstructing stigma in psychogenic nonepileptic seizures: An exploratory study. *Epilepsy & Behavior*, 74, 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.06.014>
64. Razvi, S., Mulhern, S., & Duncan, R. (2012). Newly diagnosed psychogenic nonepileptic seizures: Health care demand prior to and following diagnosis at a first seizure clinic. *Epilepsy & Behavior*, 23(1), 7–9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.10.009>
65. Reuber, M., Burness, C., Howlett, S., Brazier, J., & Grünewald, R. (2007). Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(6), 625–632. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.013>
66. Roberts, N. A., & Reuber, M. (2014). Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: Emotion, emotion regulation and dissociation. *Epilepsy & Behavior*, 30, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.09.035>
67. Robson, C., Drew, P., Walker, T., & Reuber, M. (2012). Catastrophising and normalising in patient's accounts of their seizure experiences. *Seizure*, 21(10), 795–801. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2012.09.007>
68. Saifee, T. A., Kassavetis, P., Pareés, I., Kojovic, M., Fisher, L., Morton, L., Foong, J., Price, G., Joyce, E. M., & Edwards, M. J. (2012). Inpatient treatment of functional motor symptoms: A long-term follow-up study. *Journal of Neurology*, 259(9), 1958–1963. <https://doi.org/10.1007/s00415-012-6530-6>
69. Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5622. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622>
70. Seifertová, D., Praško, J., & Höschl, C. (2004). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia Medica Pragensis.
71. Sharpe, M., Walker, J., Williams, C., Stone, J., Cavanagh, J., Murray, G., Butcher, I., Duncan, R., Smith, S., & Carson, A. (2011).

- Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: A randomized controlled efficacy trial. *Neurology*, 77(6), 564–572. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318228c0c7>
72. Simeon, D. (2019). Psychotherapy of depersonalization/derealization disorder.
  73. Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B., & Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1027–1033. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1027>
  74. Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D., & Guralnik, O. (2003). Feeling unreal: A depersonalization disorder update of 117 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 990–997. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0903>
  75. Stone, J., & Edwards, M. (2012). Trick or treat?: Showing patients with functional (psychogenic) motor symptoms their physical signs. *Neurology*, 79(3), 282–284. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31825fd6f3>
  76. Stonnington, C. M., Barry, J. J., & Fisher, R. S. (2006). Conversion Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1510–1517. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1510>
  77. Sumathipala, A. (2007). What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 889–900. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b5cf6>
  78. Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). Psychopatologie a psychiatrie. Portál.
  79. Uliaszek, A. A., Prensky, E., & Baslet, G. (2012). Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 23(3), 364–369. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.01.009>
  80. Urbanek, M., Harvey, M., McGowan, J., & Agrawal, N. (2014). Regulation of emotions in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 37, 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.06.004>
  81. Willment, K., Hill, M., Baslet, G., & Loring, D. W. (2015). Cognitive Impairment and Evaluation in Psychogenic Nonepileptic Seizures: An Integrated Cognitive-Emotional Approach. *Clinical EEG and Neuroscience*, 46(1), 42–53. <https://doi.org/10.1177/1550059414566881>

### **Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidita alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

### **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. 7. 2022.

**Vladimír Lengvarský**  
minister zdravotníctva