



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

Klinikinės medicinos institutas

Psichiatrijos klinika

Ieva Rimaitė, VI kursas, 14 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Disociaciniai traukuliai klinikinėje praktikoje - diagnostika, gydymas ir
prognozė: klinikinis atvejis ir literatūros apžvalga**

**Dissociative Seizures in Clinical Practice - Diagnosis, Treatment and Prognosis.
Case Report and Literature Review**

Darbo vadovas

Lekt. Laurynas Bukelskis

Klinikos vadovė

Prof. med. dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2025

Studento elektroninio pašto adresas: ieva.rimaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	3
SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
ĮVADAS	6
METODOLOGIJA	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	9
1.1. Terminologija	9
1.2. Epidemiologija.....	9
1.3. Etiopatogeneze.....	11
1.4. Klinika	12
1.5. Diferencinė diagnostika.....	13
1.6. Diagnostika.....	19
1.6.1. Multidisciplininis požiūris.....	21
1.7. Gydymas.....	24
1.7.1. Kognityvinė elgesio terapija.....	27
1.7.2. Medikamentinis gydymas.....	28
1.7.3. Kiti gydymo metodai	28
1.8. Prognozė	30
2. KLINIKINIS ATVEJIS.....	33
2.1. Atvejo aprašymas	33
2.2. Atvejo aptarimas.....	40
IŠVADOS.....	43
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	44
PRIEDAI	48

SANTRUMPOS

DT – disociaciniai traukuliai

EEG – elektroencefalografija

EP – epilepsijos priepuolis

GSS – gilioji smegenų stimuliacija

IFS – intermituojanti fotostimuliacija

KET – kognityvinė elgesio terapija

KT – kompiuterinė tomografija

MNS – mediciniškai nepaaiškintas simptomas

MRT – magnetinio rezonanso tomografija

PAM – psichoaktyvios medžiagos

PET – pozitronų emisijos tomografija

SMP – standartinė medicininė priežiūra

SPECT – vieno fotono emisijos kompiuterinė tomografija

SSRI – selektyvieji serotonino reabsorbcijos inhibitoriai

TLPE – Tarptautinė lyga prieš epilepsiją

TMS – transkranijinė magnetinė stimuliacija

VmPSC – Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras

VUL SK – Vilniaus universitetinė ligoninė Santaros klinikos

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

SANTRAUKA

Darbo tikslas: Įvertinti disociacinių traukulių sutrikimo pasireiškimą klinikinėje praktikoje, diagnostinius iššūkius, apžvelgti literatūros duomenis apie naujausias gydymo galimybes ir ateities prognozes.

Medžiaga ir metodai: Atlikta literatūros apžvalga ir klinikinio atvejo analizė. Klinikinio atvejo tiriamasis objektas – Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro pacientas, kuris gydytas dėl disociacinių traukulių epizodų. Literatūros apžvalgai atlikta pasaulyje publikuotų susistemintų tyrimų paieška elektroninėse duomenų bazėse: MEDLINE (PubMed), NCBI ir Google Scholar. Įtraukimo kriterijai: sergantys disociacinių traukulių sutrikimu; atvira straipsnio prieiga; moksliniai straipsniai anglų kalba. Atmetimo kriterijai: moksliniai straipsniai ne anglų kalba; mokslinis straipsnis neaprepia sergančiųjų disociacinių traukulių sutrikimu; nėra atviros prieigos prie viso straipsnio teksto.

Rezultatai: Disociaciniai traukuliai dažnai klaidingai interpretuojami kaip epilepsija, todėl jų diagnostikai būtina atidi klinikinė analizė ir diferencinė diagnostika, įskaitant elektroencefalografijos tyrimą priepuolio metu. Klinikinio atvejo analizė parodė, kad pacientai, kuriems pasireiškia disociaciniai traukuliai, dažnai turi psichosocialinių traumų istoriją, gretutinius psichikos sutrikimus ar patiria stiprius emocinius stresorius. Pastebėta, kad prieštraukuliniai vaistai šių priepuolių gydymui yra neveiksmingi, todėl pagrindinė terapinė strategija turėtų būti paremta psichoterapija, psichoedukacija ir emocinės savireguliacijos įgūdžių lavinimu. Be to, nustatyta, kad multidisciplininis požiūris, apimantis gydytojų neurologų, gydytojų psichiatrų ir psichologų bendradarbiavimą, reikšmingai pagerina paciento gydymo rezultatus ir gyvenimo kokybę.

Išvados: Disociaciniai traukuliai yra funkcinis neuropsichiatrinis sutrikimas, kurio diferencinė diagnostika kelia iššūkių dėl dažnos klinikinės sąsajos su epilepsija. Siekiant tiksliai nustatyti diagnozę ir išvengti nereikalingo gydymo, būtina išsamiai įvertinti anamnezę, atlikti elektroencefalografijos tyrimą bei įtraukti psichologinį vertinimą. Tyrimai patvirtina, kad prieštraukuliniai vaistai nėra efektyvūs disociacinių traukulių gydymui, todėl prioritetas turėtų būti skiriamas psichoterapinėms intervencijoms. Be to, šis sutrikimas turi reikšmingą poveikį paciento socialinei, akademiniai ir profesinei veiklai, todėl ilgalaikės psichosocialinės paramos užtikrinimas yra esminis siekiant stabilios būklės.

Raktažodžiai: disociaciniai traukuliai; psichogeniniai neepilepsiniai traukuliai; diferencinė diagnostika; gydymo prognozė

SUMMARY

The aim of this thesis: To evaluate the manifestation of dissociative seizure disorder in clinical practice, assess diagnostic challenges, review the latest literature on treatment options and future prognosis.

Materials and methods: Conducted a literature review and analysis of a case report. The subject of the clinical case was a patient from the Vilnius City Mental Health Center who was treated for dissociative seizure episodes. The literature review included a systematic search of studies published in worldwide databases such as MEDLINE (PubMed), NCBI, and Google Scholar. The inclusion criteria were as follows: studies involving patients with dissociative seizure disorder, open-access articles, and scientific publications in English. The exclusion criteria included non-English scientific articles, studies that did not specifically focus on dissociative seizure disorder, and articles without full-text open access.

Results: Dissociative seizures are frequently misdiagnosed as epilepsy, highlighting the necessity of thorough clinical evaluation and differential diagnosis, including electroencephalography during an episode. The clinical case analysis revealed that patients with dissociative seizures often have a history of psychosocial trauma, comorbid psychiatric disorders, or experience significant emotional stressors. It was observed that antiepileptic drugs are ineffective in treating these seizures, emphasizing the importance of psychotherapy, psychoeducation, and emotional self-regulation strategies as primary therapeutic interventions.

Conclusions: Dissociative seizures are a functional neuropsychiatric disorder that presents diagnostic challenges due to its clinical overlap with epilepsy. Accurate diagnosis and prevention of unnecessary treatments require a comprehensive assessment, including detailed anamnesis, electroencephalography monitoring, and psychological evaluation. Studies confirm that antiepileptic medications are ineffective for treating dissociative seizures, underscoring the necessity of prioritizing psychotherapeutic interventions. Additionally, dissociative seizures significantly impact social, academic, and professional functioning, necessitating long-term psychosocial support to maintain patient stability.

Keywords: dissociative seizures; psychogenic non-epileptic seizures; differential diagnosis; prognosis of treatment

IVADAS

Disociaciniai traukuliai (DT) pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį leidimą, Australijos modifikaciją (TLK–10–AM), sisteminame ligų sąrašė yra apibūdinami kaip judesiai, kurie gali būti labai panašūs į epilepsijos priepuolius (EP), tačiau jų atvejais retai būna liežuvio susikandžiojimas, nubrozdinimai dėl kritimo ir šlapimo nelaikymas, sąmonė išlieka arba yra pakeičiama stuporo ar transo būseną [1]. Šie traukuliai imituoja EP, bet nėra susiję su smegenų žievės neuronų elektrinėmis iškrovomis elektroencefalografijos (EEG) įrašuose ir dažniausiai kyla dėl psichologinių priežasčių. Diagnostikos ir statistikos vadove, 5–ajame leidime (DSM–V, Amerikos psichiatrijos asociacija) šis sutrikimas apibrėžiamas kaip psichogeniniai neepilepsiniai priepuoliai (angl. *psychogenic non-epileptic seizures*) ir priskiriami konversiniams sutrikimams arba funkciniais neurologinių simptomų sutrikimams [20].

DT terminas laikomas tikslesniu nei „psichogeniniai neepilepsiniai priepuoliai“, „konversiniai priepuoliai“ ar „funkciniai priepuoliai“, nes jis atitinka plačiai pasaulyje naudojamas tarptautines ligų klasifikacijas ir pabrėžia, kad diagnozė nėra vien tik atmetimo proceso rezultatas. Be to, jis padeda pacientams geriau suprasti sutrikimo mechanizmus [6] ir nesumenkina paciento būklės rimtumo. Ši klasifikacijų įvairovė rodo, kad DT yra kompleksinis neuropsichiatrinis sutrikimas, kurį įvairios medicinos kryptys vertina skirtingai [7]. 2020 m. atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad net skubiosios pagalbos skyriuose DT buvo įvardijami 48 skirtingais terminais [10], o Tarptautinė lyga prieš epilepsiją (TLPE) šį sutrikimą priskiria prie dešimties svarbiausių neuropsichiatrinų būklių, susijusių su epilepsija [8].

Tinkamas diagnozės atpažinimas ir diferencijavimas nuo epilepsijos yra esminis žingsnis siekiant tinkamo gydymo ir paciento gyvenimo kokybės gerinimo. DT atsiradimas glaudžiai susijęs su psichologiniais stresoriais, psichikos sutrikimais ar ankstyvomis traumomis. DT diagnozė dažniausiai nustatoma vėlyvoje paauglystėje arba ankstyvame suaugusiųjų amžiuje. Šie priepuoliai dažniausiai siejami su psichologiniu stresu, emociniais sukrėtimais ar ilgalaikiu nerimu. Nepaisant to, šio sutrikimo patogenezė nėra visiškai aiški, o diagnostika išlieka sudėtinga, nes ne visi pacientai aiškiai atpažįsta ir įvardija savo emocinius sunkumus, kurie galėtų būti susiję su priepuoliais. DT gydymas reikalauja kompleksinio požiūrio, apimančio ne tik simptomų valdymą, bet ir ilgalaikę psichoterapinę priežiūrą. Todėl svarbu stiprinti pacientų supratimą bei žinias apie šią būklę, siekiant mažinti baimę ir padėti pacientams suprasti savo priepuolių kilmę.

Darbo tikslas: Įvertinti DT pasireiškimą klinikinėje praktikoje, diagnostinius iššūkius, apžvelgti literatūros duomenis apie naujausias gydymo galimybes ir ateities prognozes.

Darbo uždaviniai:

1. Aptarti DT diagnostinius kriterijus ir pagrindinius diferencinės diagnostikos aspektus, ypatingą dėmesį skiriant EEG tyrimo reikšmei.
2. Įvertinti kognityvinės elgesio terapijos efektyvumą gydant DT bei paciento motyvacijos, įsitraukimo svarbą terapiniam rezultatui ir multidisciplininio požiūrio naudą gydymo procese.
3. Apžvelgti dažniausiai pasitaikančius gretutinius psichikos sutrikimus sergant DT ir aptarti jų reikšmę gydymo taktikai bei ilgalaikiai prognozei.
4. Įvertinti ilgalaikę DT prognozę ir ją lemiančius veiksnius, įskaitant psichosocialinį kontekstą, paciento amžių bei gydymo prieinamumą. Apžvelgti ankstyvos diagnostikos ir individualizuoto gydymo naudą pacientui bei sveikatos sistemai, kartu pateikiant aktualias mokslinių tyrimų kryptis ir naujas terapines galimybes.

METODOLOGIJA

Atlikta literatūros apžvalga ir klinikinio atvejo analizė. Literatūros apžvalgai atlikta pasaulyje publikuotų susistemintų tyrimų paieška prieinamose duomenų bazėse – elektroninėse MEDLINE (PubMed), NCBI duomenų bazėse bei paieškos sistemoje Google Scholar. Atrinkti naujausi atlikti tyrimai apie disociacinių traukulių etiologiją, patogenezę, rizikos veiksnius, diagnostiką ir gydymą bei ateities prognozes. Identifikuoti publikuoti šaltiniai anglų kalba. Įtraukimo kriterijai: sergantys disociacinių traukulių sutrikimu; atvira straipsnio prieiga; moksliniai straipsniai anglų kalba. Atmetimo kriterijai: moksliniai straipsniai ne anglų kalba; mokslinis straipsnis neapėmia sergančiųjų disociacinių traukulių sutrikimu; nėra atviros prieigos prie viso straipsnio teksto.

Naudoti raktiniai žodžiai: disociaciniai traukuliai; psichogeniniai neepilepsiniai traukuliai; diferencinė diagnostika; gydymo prognozė (angl. *dissociative seizures; psychogenic non-epileptic seizures; differential diagnosis; prognosis of treatment*) ir jų deriniai.

Atrinktas ir nagrinėtas klinikinis atvejis iš Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro ūmiam vyrų skyriuje hospitalizuotų pacientų. Pasirinktas pacientas, kurio gydymą buvo galima stebėti ilgą laiką, dviejų hospitalizacijų metu. Į paciento gydymą buvo įtrauktos ir kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos diagnozei nustatyti, todėl šis atvejis atspindi sudėtingą sutrikimo diagnostiką ir gydymą.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Terminologija

Somatoforminiai epizodai buvo žinomi jau senovės Graikijoje, kur Hipokratas (IV–III a. pr. Kr.) pirmasis pavartojo terminą „isterija“ (angl. *hysteria*), kuris buvo siejamas su gimda. Isterijos sąvoka ne kartą minima medicinos istorijoje ir kitų mokslininkų. Egipto Kahun Papyri (1900 m. pr. Kr.) aprašė panašias „klajojančios gimdos“ (angl. *wandering womb*) teorijas, kuriose teigiama, kad gimdos garai juda per kūną ir sukelia tam tikrus simptomus [7]. Pirmasis funkcinį neurologinių simptomų aprašymas medicinos literatūroje buvo pateiktas XIX a. gydytojo neurologo Jean–Martin Charcot, kuris dirbo Paryžiuje, La Salpêtrière ligoninėje. Charcot aprašė simptomus, primenančius traukulius, tačiau neidentiškus jiems. Jis pavartojo terminą „isterijos–epilepsija“ (angl. *hystero-epilepsy*), norėdamas pabrėžti, kad šių simptomų priežastys yra psichiatrinės, o ne neurologinės kilmės ir pirmasis pažymėjo, kad šis sutrikimas gali būti ir vyrams. Vėliau neurologas Sigmundas Freudas atkreipė dėmesį į pacientus, patiriančius šiuos priepuolius, ir pabrėžė psichologinės traumos poveikį. Jis teigė, kad praeities psichinės traumos gali pasireikšti arba „konvertuotis“ į fizinius simptomus [2]. Alternatyvią disociacijos teoriją iškėlė Pierre Janet, kuris teigė, kad patirta trauma pasireiškia nesąmoningomis fizinėmis reakcijomis [7].

DT epizodai, pasižymi pakitusia subjektyvia patirtimi, nevalingais judesiais ir sumažėjusia savikontrolė. Jie gali priminti epilepsiją, sinkopę ar kitus paroksizminius sutrikimus. Skirtingai nei epilepsija, kuriai esant priepuoliai kyla dėl neuronų hipersinchronizacijos, ar smegenų hipoperfuzijos, DT atsiranda dėl sudėtingo neuropsichiatrinio disfunkcinio mechanizmo [3].

1.2. Epidemiologija

DT paplitimas svyruoja nuo 2 iki 33 atvejų 100 000 gyventojų (0,002–0,033 proc.), o vidutinis metinis sergamumas siekia 1,4 atvejo 100 000 gyventojų [5]. Jungtinėje Karalystėje (JK) metinis DT dažnis yra apie 4,9 atvejo 100 000 gyventojų [6]. Maždaug 17–22 proc. pacientų, sergančių DT taip pat serga epilepsija ir dažniau turi kitų psichikos sutrikimų, tokių kaip nerimas, depresija ar potrauminio streso sutrikimas. Taip pat pastebėtas didesnis sutrikimo paplitimas tarp seksualinę prievartą patyrusių asmenų. Tai gali iš dalies paaiškinti ir moterų dominavimą tarp pacientų – 73 proc. pacientų yra moterys [4]. DT dažniausiai prasideda vėlyvoje paauglystėje ar jauname suaugusiųjų amžiuje, tačiau jie gali išsivystyti bet kuriame gyvenimo etape [6]. Nors DT pasitaiko rečiau, nei epilepsija, šie priepuoliai itin dažnai pastebimi tarp ambulatorinių epilepsija sergančių pacientų (10 proc.) ir tų, kuriems stebimi neaiškos kilmės priepuoliai skubios pagalbos skyriuje (40 proc.) – tokie rodikliai atspindi šio sutrikimo reikšmingą neigiamą poveikį pacientų gyvenimo kokybei, negalios lygiui, simptomų atsparumui gydymui bei psichikos sutrikimų, tokių kaip nerimas

ir depresija, kurie dažnai pasireiškia sunkesne forma nei sergant epilepsija [5]. Taip pat manoma, kad 12–20 proc. suaugusiųjų, besikreipiančių į epilepsijos klinikas, iš tikrųjų serga DT [6]. Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) atlikto tyrimo duomenimis DT paplitimas siekė 108,5 atvejo 100 000 gyventojų, o metinis sergamumas 3,1 atvejo 100 000 gyventojų. Tais pačiais metais Norvegijoje atlikto populiacinio tyrimo duomenimis sergamumas buvo 3,1 atvejo 100 000 gyventojų per metus, o paplitimas 23,8 atvejo 100 000 gyventojų. Didžiausias paplitimas stebėtas 15–19 metų amžiaus grupėje – 59,5 atvejo 100 000 gyventojų [9]. Tarp pacientų, atvykstančių į skubios pagalbos skyrių dėl neaiškios kilmės priepuolių, DT diagnozuojami 11 proc. atvejų [14]. Tretinio lygio epilepsijos centruose, kur kreipiasi pacientai su tariamai vaistams atsparia epilepsija, DT diagnozuojami apie 30 proc. atvejų [15]. Specializuotose sinkopės klinikose DT sudaro apie 5 proc. pacientų. Tokiais atvejais diagnozė dažnai įvardijama kaip psichogeninė sinkopė arba pseudosinkopė [3]. Atlikus tyrimą, kuriame stebėti 367 566 asmenys per trejus metus, DT buvo diagnozuoti 4,9 atvejo 100 000 gyventojų per metus. Kaip ir būdinga 80 proc. pacientų buvo moterys, o vidutinis priepuolių pradžios amžius – 31 metai (± 15 metų). Didžioji dalis sergančiųjų buvo bedarbiai, o 46 proc. tiriamųjų anksčiau buvo diagnozuoti nerimo ar depresijos sutrikimai. Taip pat 57 proc. pacientų turėjo bent vieną papildomą mediciniškai nepaaiškintą simptomą (MNS), kas pabrėžia DT ir kitų funkcinių neurologinių sutrikimų komorbidiskumą [11].

DT dažniausiai prasideda paauglystėje ir jauname amžiuje, tačiau jie gali pasireikšti bet kuriame gyvenimo etape. Pranešama apie atvejus tiek tarp mažų vaikų (nuo 5 m. amžiaus), tiek tarp senyvo amžiaus pacientų (virš 70 m.), tačiau dauguma pacientų yra jauni suaugusieji. Kadangi diagnozės patvirtinimas dažnai užtrunka – daugelis pacientų ne vienerius metus gauna netinkamą gydymą, įskaitant vaistus nuo epilepsijos, kol galiausiai nustatoma teisinga diagnozė. Atliktame tyrime pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes pagal DT pradžios amžių. Pirmoji grupė – jaunesni nei 18 m., antroji grupė – 18–55 m. Traukulių pradžios amžius nebuvo susijęs su klinikiniais simptomais, tačiau predisponuojantys veiksniai reikšmingai skyrėsi tarp šių grupių. Jaunystėje prasidėję traukuliai dažniau buvo susiję su fizinio smurto atvejais, akademiniais sunkumais, epilepsija ar šeimos anamnezėje epilepsijos atvejais. Tuo tarpu suaugusiųjų DT dažniau buvo susiję su kitomis gretutinėmis ligomis [21]. Kitame tyrime buvo lyginami pacientai, kuriems traukuliai prasidėjo po 55 metų amžiaus ($n = 26$), su tais, kuriems traukuliai pasireiškė anksčiau ($n = 241$). Pastebėta, kad vėlyvos pradžios traukuliai dažniau pasireiškia vyrams ir yra labiau susiję su gretutinėmis ligomis [22].

Dauguma pacientų (75 proc.), sergančių DT yra moterys, tačiau šio lyčių skirtumo priežastys nėra iki galo aiškios. Daugelyje tyrimų nustatyta, kad DT yra žymiai dažnesni tarp moterų nei vyrų, tačiau Kinijoje atliktame tyrime moterų ir vyrų santykis buvo 1:1, o tyrimai iš penkių žemynų paprastai rodo, kad traukuliai dažniau pasitaiko moterims [23]. Nepaisant to, buvo iškelta keletas

teorijų, bandančių paaiškinti DT sergamumo skirtumus tarp lyčių. Viename tyrime buvo nagrinėjamas moterų dominavimas DT kontekste. Šie traukuliai buvo laikomi „įniršio, baimės ir bejėgiškumo“ išraiška, atsiradusia kaip reakcija į vyriškos prievartos situaciją. Tokiu atveju fiziniai DT simptomai interpretuojami kaip moterų slopinamos emocijos [24]. Kita socialinė–biologinė hipotezė, aiškinanti didesnę DT paplitimą tarp moterų, remiasi evoliucine teorija. Ankstyvaisiais žmonijos vystymosi etapais vykdavo genčių konfliktai, kuriuose vyrai turėjo kovoti ir žudyti. Nugalėtos genties moterys buvo atiduodamos nugalėtojams, tačiau, jeigu moteris turėjo sveikatos sutrikimų, pavyzdžiui, jeigu jai pasireikšdavo neaiškos kilmės priepuoliai – ji nebuvo išvežama iš savo genties. Ši hipotezė aiškina DT pasireiškimą kaip moterų išvystytą gynybos mechanizmą [7]. Kita teorija didesnę DT paplitimą tarp moterų sieja su traumomis ir smurtu. Moterys dažniau nei vyrai patiria traumas, įskaitant fizinį, emocinį ar seksualinį smurtą, o tai galėtų paaiškinti jų didesnę paplitimą šių sutrikimų tarpe [25]. Svarbu paminėti, kad reikalingi papildomi tyrimai, siekiant išsiaiškinti, ar lytiniai hormonai, tokie kaip testosteronas ar estrogenai, turi ypatingos reikšmės DT atsiradimui. Pavyzdžiui, žinoma, kad testosteronas daro įtaką organizmo reakcijai į grėsmę, todėl gali būti ryšys tarp jo poveikio ir DT išsivystymo. Svarbu atsižvelgti į galimas diagnostikos klaidas. Jeigu jauna moteris kreipiasi su tipiniais DT klinikiniais simptomais, gydytojai gali būti labiau linkę diagnozuoti šį sutrikimą, tačiau ta pati klinikinė išraiška vyresnio amžiaus vyrams gali paskatinti ieškoti kitų diagnozių ar atlikti papildomus tyrimus. Tai rodo, kad diagnostikos procese svarbu vengti išankstinių nuostatų, kurios gali lemti netikslias išvadas [7].

DT reikalauja išsamesnių epidemiologinių ir patofiziologinių tyrimų. Tikslesnis ir aiškesnis šio sutrikimo apibrėžimas galėtų nulemti būsimas mokslinių tyrimų kryptis. Siekiant pagerinti DT diagnostiką, būtina sukurti aiškias diagnostikos gaires ir atlikti gerai suplanuotus populiacinius tyrimus, kurie padėtų išsiaiškinti traukulių paplitimą skirtinguose pasaulio regionuose. Taip pat reikalingi tarpkultūriniai tyrimai, siekiant įvertinti predisponuojančius veiksnius, išprovokuojančius ir palaikančius faktorius bei regioninius ir socioekonominius skirtumus. Plataus masto ilgalaikiai populiaciniai tyrimai taip pat reikalingi tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse, siekiant ištirti mirtingumo rodiklius tarp pacientų įvairiose amžiaus grupėse ir galimus sudėtingus veiksnius, įskaitant savižalos elgesį, socialinius ir ekonominius aspektus bei medicininės gretutines ligas [12].

1.3. Etiopatogenezė

DT gali išsivystyti bet kuriame amžiuje, tačiau dažniausiai pasireiškia tarp 15 ir 35 metų amžiaus. Vaikystėje patirta seksualinė, emocinė ar fizinė prievarta yra stipriai susijusi su vėlesniu traukulių išsivystymu. Psichiatriniai sutrikimai, tokie kaip depresija, nerimas ir potrauminio streso sutrikimas yra dažni tarp DT patiriančių asmenų tarpe [9].

DT simptomai tradiciškai laikomi vidinio psichologinio distreso ir neišspręstų emocijų išraiška. Traukulių pasireiškimas yra labai įvairus, o tai trukdo sukurti vieningą etiologinį modelį. Tam tikri veiksniai yra plačiai pripažįstami, kaip didinantys traukulių riziką, įskaitant traumą ar kitus ūminius stresorius [26].

Dažniausiai DT provokuojantys stresoriai yra konfliktai su tėvais ir tėvų skyrybos vaikystėje, nuolatinė fizinė ir ypač seksualinė prievarta, artimojo netektis ir darbo ar finansiniai sunkumai [29]. Traukulių epizodiniai įvykiai gali atsirasti dėl neurologinių ar kitų fiziologinių priežasčių. Dažniausios neurologinės priežastys yra migrena, neepilepsinės kilmės mioklonija, lėtinė smegenų išemija ar insultas, parasomnijos. Kitos dažnos priežastys yra metaboliniai sutrikimai, širdies aritmijos, sinkopė (ypač, jeigu ją lydi toniniai ar kloniniai judesiai, būdingi neurologinei refleksinei sinkopei). DT patofiziologija yra sudėtinga ir iki galo nesuprasta, tačiau vis labiau pripažįstama biopsichosocialinių veiksnių hipotezė, teigianti, kad DT vystosi dėl fiziologinio jautrumo (biologiniai veiksniai), ankstyvos gyvenimo traumos ir neefektyvios įveikos strategijos bei nuolatinių socialinių stresorių, kurie palaiko DT pasireiškimą. Kai šie veiksniai sąveikauja tarpusavyje, jie ne tik išprovokuoja epizodus, bet ir prisideda prie jų lėtinės eigos ir reikalauja ilgalaikio gydymo ir psichiatrinės pagalbos [8].

Funkciniai ir struktūriniai tyrimai rodo pakitimus limbinėje sistemoje, įskaitant priekakčio, cingulinę ir insulinę žievę; hipokampą ir parahipokampo vingius ir migdolinį kūną. Šie pokyčiai gali būti susiję su emocijų reguliacijos sutrikimais ir pakitusiu sensoriniu ir motoriniu atsaku, kuris prisideda prie DT atsiradimo mechanizmo [27, 28]. Viena iš hipotezių teigia, kad DT atsiranda dėl sudėtingų neurokognityvinių sutrikimų, susijusių su pakitusia reakcija į stresą, emocijų apdorojimu ir dėmesio valdymu. Be to, pacientams, turintiems DT, dažniau diagnozuojamas lėtinio skausmo sindromas, migrena, astma ir galvos traumos, tačiau neaišku, ar šios būklės yra DT rizikos veiksniai, ar jų patofiziologiniai mechanizmai persipina tarpusavyje [10].

1.4. Klinika

DT dažniausiai yra hiperkinetiniai, tačiau kartais jie gali būti ir hipokinetiniai. Hiperkinetiniai priepuoliai yra panašūs į EP, tačiau turi tam tikrų skiriamųjų bruožų: akių užmerkimas (skirtingai nei EP, kur akys dažniausiai būna atmerktos); besikeičiantys judesiai; asinchroniškai judesiai skirtingose kūno dalyse; dubens kilnojimas; galvos ar kūno judėjimas į skirtingus puses; iš dalies sąmoningas pacientas; priepuolio metu pasireiškiantis verkimas ir priepuolio trukmė ≥ 2 minutės. Verkimas DT metu gali pasireikšti tiek priepuolio metu, tiek po jo. Verkimas dažniausiai būna kompleksinis ir emociškai stipriai išreikštas. EP „epilepsinis klyksmas“ dažniausiai pasireiškia toninėje priepuolio fazėje, yra primityvus ir neturi emocinės išraiškos. Kai kurie DT gali būti hipokinetiniai, primenantys

sinkopę: staigus sustingimas; minimali motorinė veikla; panašų į neurologinę refleksinę sinkopę ar kardiogeninę sinkopę. Kaktinės smegenų skilties EP kartais gali būti panašūs į DT, nes juose gali pasireikšti: dubens kilnojimas; kūnas išlenkiamas atgal; „mynimo“ (angl. *bicycling*) judesiai ir asinchroniški kūno judesiai. DT metu širdies ritmas paprastai atitinka paciento fizinio aktyvumo lygį. EP dažnai pastebimas staigus ir ryškus širdies ritmo pagreitis, nepriklausomai nuo paciento judesių. Šis skirtumas gali būti diagnostiniu požimiū naudingas, tačiau nėra absoliutus kriterijus, todėl būtinas papildomas klinikinis ir EEG įvertinimas [16]. Lentelėje (**1 lentelė**) pateikti DT klinikiniai simptomai, į kuriuos reiktų atkreipti dėmesį diagnozuojant šį sutrikimą [9].

1 lentelė. DT klinikiniai simptomai

Ilga traukulių trukmė (>10 min.)
Traukuliai su išlikusia sąmone
Galvos judesiai į šonus traukulių metu
Ritmiškas kūno trūkčiojimas (kloniniai judesiai)
Užmerktos akys priepuolio metu
Dubens kilnojimas
Besikeičiantis judesių modelis
Išsiblaškyimas priepuolio metu
Verkimasis priepuolio metu
Mikčiojimas priepuolio metu

1.5. Diferencinė diagnostika

DT vertinimas dažniausiai prasideda konsultacijoje pas gydytoją neurologą. Nors naujai atsiradę priepuoliai iš pradžių tiriami skubios pagalbos skyriuje, daugeliui pacientų galiausiai prireikia gydytojo neurologo konsultacijos, siekiant išsamesnio įvertinimo. Nepriklausomai nuo to, ar konsultacija vyksta skubios pagalbos skyriuje, ar pas gydytoją neurologą, pirmą kartą gyvenime pasireiškęs priepuolis turi būti nuodugniai įvertintas, siekiant nustatyti jo etiologiją ir diferencijuoti jį nuo kitų galimų būklių. Diferencinė diagnostika dažniausiai apima keturias pagrindines priepuolių

priežastis: naujai prasidėjusi epilepsija; ūminiai simptominiai priepuoliai dėl konkretaus neurologinio sutrikimo, pavyzdžiui, dėl insulto ar galvos traumos; išprovokuoti priepuoliai, kuriuos gali sukelti staigus alkoholio vartojimo nutraukimas ar hipoglikemija bei DT, kurie neturi organinės neurologinės priežasties, tačiau susiję su psichologiniais veiksniais [30]. Vienas pagrindinių diferencinės diagnostikos aspektų yra sinkopė, kuri dažnai imituoja naujai atsiradusius EP. Kadangi pradiniai diagnostiniai tyrimai ne visada pateikia aiškius rezultatus, būtina įvertinti, ar jau pirmojo apsilankymo metu reikėtų skirti gydymą vaistais nuo epilepsijos. Tai nereiškia, kad kiekvienas naujai pasireiškęs priepuolis turėtų būti automatiškai laikomas epilepsija, tačiau anamnezė ir klinikinis ištyrimas yra esminiai vertinant tikėtiną diagnozę bei priimant sprendimus dėl tolimesnės diagnostikos ir gydymo taktikos [18]. Jeigu priepuolis prasidėjo staigiu sąmonės praradimu, trumpais konvulsiniais judesiais, greitu pabudimu, o paciento anamnezėje yra duomenų apie širdies aritmiją, labiau tikėtina kardiogeninė sinkopė, todėl būtina išsamiai įvertinti paciento širdies būklę. Tuo tarpu, jei epizodas pasireiškė ryškiais chaotiškais judesiais, asinchroniškais rankų ir kojų trūkčiojimais, galvos kratymu į šonus ir verksmu, tačiau sąmonė išliko, labiausiai tikėtina diagnozė yra DT. DT neturėtų būti laikomi tik „atmetimo diagnoze“. Svarbu atlikti tinkamus diagnostinius tyrimus, siekiant kuo anksčiau patvirtinti diagnozę ir užtikrinti tikslų priepuolių diferencijavimą. Ankstyvas ir tikslus priepuolių kilmės nustatymas yra susijęs su geresne ligos prognoze [31]. Kai kuriais atvejais DT gali būti supainioti su kaktinės smegenų skilties epilepsija, nes abiejų būklių priepuoliai gali sukelti intensyvių elgesio ir emocinius simptomus, kurie gali klaidinti klinikinį vertinimą [18]. Kaktinės skilties EP dažnai pasižymi trumpa trukme, sąmonės išlikimu, ar greitu atsistatymu po epizodo ir gali pasireikšti neįprastais motoriniais fenomenais, tokiais kaip keisti judesiai, juokas, šauksmas, galūnių trūkčiojimai, primenantys DT. Vis dėlto, esminis skirtumas yra tai, kad kaktinės skilties EP trunka kelias sekundes ir dažniausiai pasireiškia miego metu [32]. Diagnozuojant DT svarbu kuo anksčiau nustatyti tikslią diagnozę, tačiau kartu nepraleisti ir galimos epilepsijos. Dėl to buvo sukurti diagnostiniai kriterijai, pagal kuriuos, idealiu atveju, paciento anamnezė turėtų atitikti DT klininius požymius. Tipinis priepuolis turėtų būti stebėtas ir užfiksuotas vaizdo įrašė gydytojo vertinimui, o EEG registracija priepuolio metu neturėtų rodyti epilepsiforminių iškrovų nei prieš, nei per, nei po priepuolio. Aukščiau diagnostikos standartu yra laikomas EEG tyrimas, dažniausiai atliekamas suteikus stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kai pacientui gali būti palaipsniui mažinami prieštraukuliniai vaistai, tačiau yra situacijų, kai stacionarinė stebėseną gali būti neįmanoma arba nepraktiška. Tokie atvejai yra, jeigu priepuoliai yra reti (pasireiškia rečiau nei kartą per dvi savaites); jeigu priepuoliai atsiranda tik specifinėse situacijose, pavyzdžiui, judant ar stovint ir jeigu pacientas gyvena per toli nuo specializuoto centro arba, kai yra sudėtingi gretutiniai sutrikimai, pavyzdžiui, stipri nikotino priklausomybė ar didelis nerimas, kurie neleidžia ilgai išbūti stacionare. Tokiais atvejais gali būti taikomi alternatyvūs metodai, įskaitant ambulatorinę EEG,

paciento ar artimųjų nufilmuoti priepuolių epizodai namuose bei kiti stebėjimo įrenginiai, pavyzdžiui, nešiojami EEG jutikliai. Neurologijos skyriuose atliekamas išsamus paciento būklės vertinimas, kuris dažnai apima ir papildomus diagnostinius tyrimus ir kitų sričių specialistų konsultacijas. Priklausomai nuo įtariamos diagnozės, gali būti rekomenduojami ir smegenų vaizdiniai tyrimai, pavyzdžiui, magnetinio rezonanso tomografija (MRT), siekiant atmesti struktūrinius smegenų pakitimus; stalo pakėlimo testas (angl. *tilt-table test*), jeigu įtariama sinkopė; kardiologinis ištyrimas, pavyzdžiui, Holterio paros monitoravimas esant širdies ritmo sutrikimams. Jeigu tyrimai rodo, kad priepuoliai yra susiję su kardiogeniniu ar metaboliniu sutrikimu, pacientas gali būti siunčiamas gydytojo kardiologo ar endokrinologo konsultacijai. Jeigu nustatoma, kad priepuoliai yra psichogeninės kilmės, kuo anksčiau turėtų būti pradėtas tikslinis gydymas, kuris dažniausiai apima psichikos sveikatos specialistų komandą [17].

Vienas reikšmingiausių diferencinės diagnostikos rodiklių tarp DT ir EP yra priepuolio trukmė – DT dažnai trunka ≥ 5 minutes, o tai net 24 kartus padidina tikimybę, kad priepuolis yra disociacinės kilmės, palyginti su epilepsija, kurios priepuoliai paprastai trunka < 2 minutes, išskyrus epilepsinės būsenos atvejus. Kitas svarbus diagnostinis kriterijus – akių būklė priepuolio metu. DT būdingos užmerktos akys, ypač priepuolio pradžioje, tuo tarpu epilepsijos metu akys dažniausiai būna atmerktos. Ilgai užmerktos akys ir atsako nebuvimas į aplinką yra specifiškesni DT. Papildomas požymis, padedantis diferencijuoti DT nuo EP, yra paciento akių vokų atsakas į pasyvų atvėrimą – jeigu akių vokai aktyviai priešinasi, tai stipriai rodo DT požymius, tuo tarpu epilepsijos metu akių vokai paprastai lengvai atsiveria, nes pacientas nesąmoningai nesipriešina. Nors kai kurie tyrimai kėlė abejonių dėl šio požymio diagnostinės vertės, kombinuojant jį su kitais DT klinikiniais bruožais, jis gali būti naudingas diferencinėje diagnostikoje. Liežuvio kandimas yra svarbus diferencinis požymis, nes jis laikomas labai specifišku epilepsijos požymiu. Tai įvyksta dėl stiprių toninių–kloninių judesių, kai dantys nevalingai sugniaužia liežuvį priepuolio metu. Svarbu atkreipti dėmesį į įkandimo lokalizaciją – šoninė liežuvio trauma yra būdingiausia epilepsijai, tuo tarpu priekinė liežuvio trauma (įkandimas) dažniau pasireiškia sinkopės arba DT metu. Kadangi DT nėra susiję su sinchronine elektrine smegenų veikla, raumenų susitraukimai jų metu dažniausiai būna mažiau intensyvūs nei epilepsijos atveju, todėl stiprūs nevalingi įkandimai yra retesni. Šlapimo nelaikymas gali pasireikšti tiek EP, tiek DT metu, tačiau jo dažnis ir mechanizmai skiriasi. Epilepsijos atveju nevalingas šlapimo išsiliejimas dažniausiai pasitaiko dėl toninės fazės metu atsipalaiduojančių sfinkterių, ypač generalizuotų toninių – kloninių priepuolių metu. Tuo tarpu DT metu šlapimo nelaikymas yra retesnis, tačiau negali būti visiškai atmetamas kaip diagnostinis kriterijus. Kadangi DT nėra susiję su smegenų žievės elektrine disfunkcija, sfinkterių atsipalaidavimas nėra toks ryškus kaip epilepsijos metu, tačiau kai kuriais atvejais psichologinis stresas ar emocinė įtampa gali lemti situacinį šlapimo nelaikymą. Periodas po priepuolio yra reikšmingas diferencinės diagnostikos

aspektas, leidžiantis atskirti DT nuo EP. DT atveju būdingi požymiai po priepuolio apima šnabždėjimą ar dalinius motorinius atsakus, seklių, tylų ir nereguliarių kvėpavimą, taip pat staigų atsistatymą be ilgalaikės sumaišties. Pacientai dažnai netikėtai „atsigauna“, grįžta į sąmoningą būseną ir gali bendrauti beveik iš karto po priepuolio. EP būdingas kitoks postiktalinis periodas. Po generalizuotų toninių–kloninių priepuolių dažniausiai pasireiškia gilus, garsus kvėpavimas. Be to, būdingas ilgesnis dezorientacijos laikotarpis, dar vadinamas postiktaline sumaištimi, kuris gali trukti nuo kelių minučių iki valandų, priklausomai nuo priepuolio pobūdžio ir trukmės. Vis dėlto, svarbu pažymėti, kad ne visų epilepsijos tipų atveju po priepuolio pasireiškia sumaištis. Kai kurioms epilepsijos formoms, pavyzdžiui, kaktinės skilties ar absansų epilepsijai, postiktalinės sumaišties gali nebūti, todėl vien jos nebuvimas negali būti pakankamas kriterijus atmetant epilepsijos diagnozę. Dėl šios priežasties būtinas išsamus klinikinis vertinimas ir papildomi diagnostiniai tyrimai, siekiant užtikrinti tikslią diferencinę diagnostiką [18]. Diagnozuojant DT, būtina apsvastyti ir kitas būkles, kurios gali pasireikšti panašiais simptomais. Tarp jų – migrena, galvos svaigimas (vertigo), sinkopė, judėjimo sutrikimai (paroksizminė distonija, diskinezija), miego sutrikimai (narkolepsija, katapleksija, parasomnijos). Apie 10 proc. pacientų, sergančių DT, taip pat turi ir epilepsiją, todėl labai svarbu tiksliai diferencijuoti priepuolių tipus. Jei pacientas arba jo šeimos nariai praneša apie daugiau nei vieno tipo priepuolius, būtina atlikti ilgalaikį EEG stebėjimą ir užfiksuoti visus epizodus. Kai patvirtinama, kad pacientui diagnozuojama tiek DT, tiek EP, svarbu informuoti pacientą ir jo artimuosius apie jų skirtumus. Vienas iš efektyviausių metodų – vaizdo įrašų analizė, kurioje pacientas ir šeimos nariai gali vizualiai palyginti skirtingų priepuolių pobūdį [9].

Sinkopė yra sąmonės netekimas, sukeltas smegenų hipoperfuzijos. Konvulsinio tipo sinkopė gali pasireikšti traukuliais, todėl labai svarbu diferencijuoti šią būklę nuo EP ir DT. Prieš sinkopę dažnai būna prodrominiai simptomai, tokie kaip galvos svaigimas, pykinimas, prakaitavimas, laikinas regos netekimas. Sinkopė dažniausiai būna trumpa (<30 s), ir jai būdingas greitas atsigavimas be ilgalaikės dezorientacijos. Ji dažnai pasireiškia po staigaus atsistojimo, emocinio streso ar stipraus skausmo. Liežuvio trauma gali pasireikšti ir sinkopės metu, tačiau ji dažniausiai būna priekinėje liežuvio dalyje, priešingai nei šoninis sukandimas, būdingas EP [8].

Miego sutrikimai, tokie kaip parasomnijos, gali sukelti epizodus, kurie įvyksta miego metu ir dažnai klaidingai interpretuojami kaip EP ar DT. Svarbu atkreipti dėmesį, kad šie sutrikimai dažniausiai pasireiškia naktį, pacientai gali dalinai reaguoti į aplinką, tačiau vėliau neprisimena įvykio. Priepuolio metu EEG tyrimas dažnai būna be pakeitimų, todėl polisomnografija gali būti reikalinga nustatyti tikslią diagnozę.

Funkciniai judėjimo sutrikimai, gali būti klaidingai interpretuojami, kaip DT, nes pasireiškia neepilepsiniai paroksizminiai judesiai. Šie judesiai dažniausiai yra asinchroniški, kintantys ir neretai pasireiškia kartu su kitais funkciniais neurologiniais simptomais, tokiais kaip, paralyžius ar tremoras.

Neurologinis ištirimas yra sarius šios būklės diferencijavimui, nes gali padėti atskirti funkinius simptomus nuo EP ar kitų neurologinių sutrikimų.

Net patyrusiems specialistams DT ir epilepsijos diferencinė diagnostika gali būti sudėtinga. Lentelėje (2 lentelė) pateikti pagrindiniai diferencinės diagnostikos bruožai, leidžiantys atskirti DT nuo epilepsijos [8].

2 lentelė. DT ir epilepsijos diferencinės diagnostikos požymiai

Požymiai	Disociaciniai traukuliai	Epilepsijos priepuolis
Prodromas	Bet kurio amžiaus pacientams, dažniausiai 15–20 m.	Bet kurio amžiaus pacientams, dažniausiai vaikams, 20 m. ir vyresniems nei 50 m.
Lytis	Moterims dažniau (3:1)	Nėra akivaizdaus skirtumo tarp lyčių
Aura	Retai	Dažnai
Priepuolio trukmė	>10 min.	1–2 min.
Priepuolių pasireiškimas	Nesinchroniški galūnių judesiai, ritmiškas tremoras su pauzėmis, galvos judesiai į šonus, dubens kilnojimas, užmerktos akys. Priepuolio metu pakėlus paciento ranką, jis ją gali išlaikyti.	Abipusė galūnių rotacija į save, po kurios seka toninis visų galūnių ištiesimas ir vėliau kloniniai trūkčiojantys judesiai. Priepuolio metu akys atmerktos. Pakėlus paciento ranką, jis negali jos išlaikyti – ranka krenta.
Verkimas ir kitos vokalizacijos	Gali pasireikšti, tačiau ne visada; balso tonas gali kisti. Dažnai stebimas verksmas ar rėkimas.	Pasireiškia priepuolio metu
Subjektyvūs simptomai	Reti	Dažni
Šlapimo nelaikymas priepuolio metu	Labai retai	Dažnai
Susižalojimas priepuolio metu	Retai, dažniausiai įsikanda liežuvio galą.	Dažni, susikanda liežuvio šonus.
Priepuolio pradžia naktį	Retai	Dažnai

Svarbiausias diagnostinis metodas išlieka EEG monitoravimas, kuris leidžia įvertinti smegenų veiklą priepuolio metu, tačiau toks tyrimas yra ne visada prieinamas, ypač jei pacientui epizodai

pasireiškia retai. Kai EEG nėra lengvai prieinamas, kai kuriuose tyrimuose buvo nagrinėjamas klinikinių simptomų aprašymas interviu forma, vertinant pacientų atsakymus apklausos būdu. Tokia standartizuota pacientų apklausa gali būti vertinga kaip diagnostikos priemonė, tačiau ji nėra pakankama norint patikimai atskirti DT nuo epilepsijos [13]. Siekiant išvengti klaidingos diagnozės, būtina sistemingai atmesti visas galimas alternatyvias diagnozes, įskaitant kardiologines patologijas, miego sutrikimus bei psichiatrines būkles. Laboratoriniai tyrimai gali būti naudingi diferencijuojant EP nuo DT, tačiau nė vienas iš jų nėra pakankamai jautrus ar specifiškas, kad būtų naudojamas, kaip vienintelis diagnostikos metodas. Pastebėta, kad po generalizuoto toninio–kloninio priepuolio prolaktino koncentracija kraujyje pakyla iki dvigubai didesnės normos, jeigu mėginys paimamas 20 minučių nuo priepuolio pradžios. Prolaktino padidėjimas gali padėti atmesti DT diagnozę, bet tai tikrai nėra naudingas tyrimas diferencijuojant židininį EP, kadangi tokiais atvejais prolaktino koncentracija dažniausiai nepakinta. Taip pat buvo tiriami ir kiti laboratoriniai rodikliai, tokie kaip, leukocitų skaičius, kortizolio lygis, kreatinkinazė, neurono specifinė enolazė, deksametazono slopinimo testas, tačiau nė vienas iš šių tyrimų nebuvo pakankamai jautrus ar specifiškas, kad būtų patikimai naudojamas DT diagnostikai [16].

Atliktame tyrime, kuriame buvo stebėta 120 priepuolių 35 pacientams, nustatyta, kad vaizdo įrašais dokumentuoti požymiai, tokie kaip, išlikusi sąmonė priepuolio metu, akių virpėjimas ir priepuolių intensyvumo skirtumai stebint kitiems asmenims, buvo patikimi DT diagnostiniai rodikliai. Priešingai, staigi priepuolio pradžia, atmerktos akys priepuolio metu ir po priepuolio pasireiškianti dezorientacija ar mieguistumas buvo patikimi EP diagnostiniai rodikliai [11]. Atsižvelgiant į klinikinį poreikį tiksliai atskirti DT nuo EP, vis dažniau taikomi priepuolių indukcijos protokolai. Nors kyla etinių diskusijų dėl provokacinių metodų, nes jie gali būti laikomi potencialiai klaidinančiais ar pacientui sukeliančiais diskomfortą, tyrimai rodo, kad standartinės EEG aktyvavimo procedūros, tokios kaip hiperventiliacija ar fotostimuliacija, gali būti veiksmingos pagalbinės diagnostikos priemonės nustatant DT, todėl specialus provokacinis testas dažniausiai nereikalingas. Svarbu, kad tiek pacientai, tiek visuomenė būtų tinkamai informuoti apie indukcijos protokolų naudą, nes tai gali sumažinti etinių klausimų problemas ir palengvinti diagnostinį vertinimą, tačiau būtina įvertinti, kad pacientai, sergantys DT, dažnai yra patyrę psichologines traumas, todėl provokaciniai testai gali veikti, kaip papildomi stresoriai [11].

TLPE neuropsichobiologijos komisija neseniai paskelbė sutarimo gaires, kuriose apibrėžti minimalūs reikalavimai DT diagnozei nustatyti. Lentelėje (**3 lentelė**) pateikti keturi diagnostiniai lygiai, kurie grindžiami klinikinės anamnezės duomenimis, priepuolio eigos stebėjimu ir EEG tyrimo išvadomis. Norint patvirtinti DT diagnozę, būtina, kad klinikiniai simptomai atitiktų DT požymius; priepuoliai būtų užfiksuoti EEG ir nerodytų epilepsiforminio aktyvumo ir tikėtina diagnozė priklausytų nuo prieinamų diagnostinių komponentų paciento vertinimo metu [19].

3 lentelė. TLPE gairių diagnostiniai kriterijai DT diagnozei patvirtinti

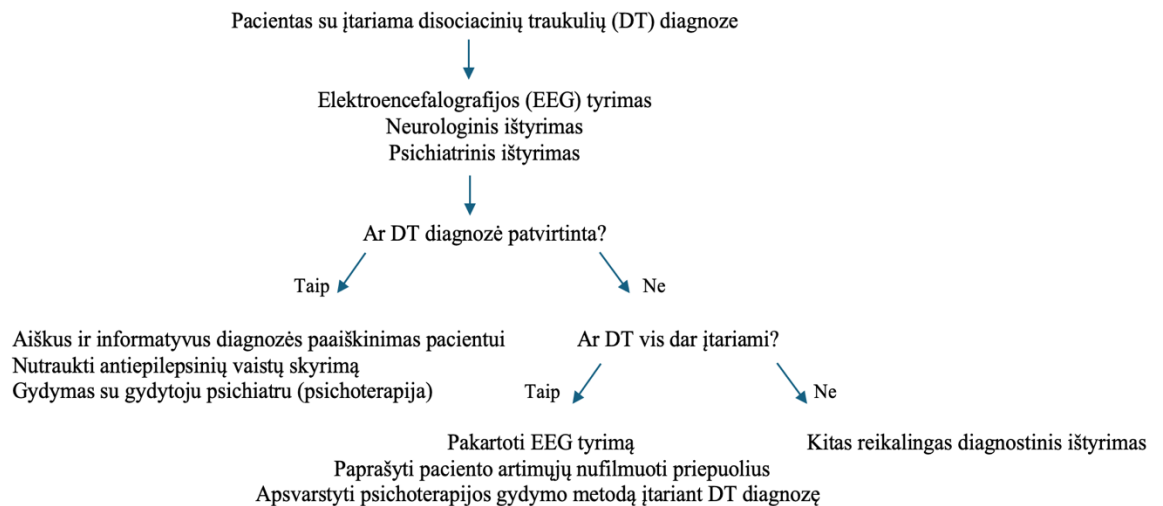
Diagnozė	Diagnostiniai kriterijai
Galima DT diagnozė	Remiantis paciento ar liudininkų aprašymu
Tikėtina DT diagnozė	Paremta klinicine gydytojo stebėta epizodo eiga
Klinikinė DT diagnozė	Paremta EEG tyrimu
Patvirtinta DT diagnozė	Kai epizodas užfiksuotas EEG, neesant epilepsijai būdingų EEG pokyčių

Dėl netikslios diagnozės pacientams dažnai skiriami prieštraukuliniai vaistai, kurie nėra veiksmingi DT gydyme. Tai ne tik nesuteikia terapinės naudos, bet ir didina gydymo sukeltų komplikacijų riziką, apsunkina paciento būklę ir neefektyviai naudoja sveikatos sistemos išteklius. Dėl to pacientai dažniau lankosi gydymo įstaigose, o gydytojams tampa sunkiau nukreipti juos tinkamam gydymui.

1.6. Diagnostika

DT dažnai diagnozuojami atmetant kitas galimas priežastis, todėl diagnozės nustatymas vidutiniškai užtrunka apie 7 metus. Nepaisant to, egzistuoja tam tikri klinikiniai požymiai, leidžiantys anksčiau atpažinti šį sutrikimą (**žr. 1 pav.**). Pagrindiniai skiriamieji bruožai apima ilgą priepuolio trukmę, banguojančią priepuolio eigą ir asinchroniškus judesius priepuolio metu [4].

Nors moksliniai tyrimai rodo, kad MRT gali aptikti subtilius funkcinius ir struktūrinius skirtumus tarp DT patiriančių pacientų ir sveikų kontrolinių asmenų, šios metodikos nėra kliniškai naudingos individualiai diagnozei. MRT tyrimai gali atskleisti smegenų aktyvumo modelių skirtumus, o kai kurie struktūriniai MRT tyrimai yra nustatę pakitimus limbinių, priekakčio žievės ir sensomotorinių smegenų sričių tūryje, tačiau šie radiniai dar nėra pakankamai patikimi, kad taptų diagnostiniu DT kriterijumi. Šiuo metu klinikiniai simptomai, EEG tyrimas ir diferencinė diagnostika su kitais sutrikimais išlieka patikimiausiais diagnostiniais metodais. MRT tyrimas naudingesnis neurologinių ligų atmetimui, tokių kaip epilepsija, insultas, onkologinės ligos, tačiau negalima remtis vien MRT tyrimu DT diagnozei patvirtinti ar atmesti [16].



1 pav. DT diagnostikos algoritmas [9]

EEG tyrimas yra laikomas auksiniu standartu DT diagnostikoje. Diagnozės patvirtinimui būtina atlikti EEG tarp priepuolių, kai nėra epilepsiforminio aktyvumo [33]. EEG duomenų kiekis tiesiogiai koreliuoja su diagnostinio tikslumo lygiu – iš pradžių diagnozė vertinama kaip galimi DT, vėliau kliniškai patvirtinti DT ir galutinai patvirtinama tik užfiksavus paciento tipinius priepuolius be epilepsiforminių iškrovų prieš, per ir po priepuolio. Normali smegenų elektrinė veikla gali būti stebima net esant sąmonės sutrikimui, kai DT priepuoliai trunka ≥ 2 min., tačiau EEG išlieka nepakitusi. Svarbu pažymėti, kad kaktinės smegenų skilties EP taip pat gali nesukelti aiškių EEG pakitimų, nes giliosios smegenų struktūros nėra gerai registruojamos paviršiniame EEG. Be to, židininiai EP be sąmonės sutrikimo gali nepalikti jokių epilepsiforminių iškrovų. Tokiais atvejais diagnozuojant reikėtų remtis klinikiniais duomenimis ir galimomis priepuolių priežastimis [16]. Pagrindiniai klinikiniai požymiai, susiję su DT ir EEG vertinimu yra ilga priepuolio trukmė (>10 min.), išliekanti sąmonė priepuolio metu, galvos judesiai į šonus, asinchroniški galūnių judesiai, užmerktos akys priepuolio metu, dubens kilnojimas ir kintantis judesių pobūdis [9]. EEG tyrimas dažniausiai atliekamas hospitalizuojant pacientą į neurologijos skyrių kelioms dienoms, siekiant užfiksuoti tipinius priepuolius ir įvertinti smegenų elektrinę veiklą. Tokia stebėsena yra ypač efektyvi, jeigu priepuoliai pasireiškia dažnai, pavyzdžiui, bent vieną kartą per kelias dienas. Kai kuriems pacientams priepuoliai yra per reti, pavyzdžiui, rečiau nei 1 kartą per 2 savaites, todėl stacionarinis EEG monitoravimas tampa neefektyvus. Tokiais atvejais gali būti naudojamos alternatyvios technologijos, leidžiančios ilgą laiką stebėti pacientą jo namų aplinkoje, tačiau tokios priemonės šiuo metu naudojamos retai [34]. EEG naudingumas priklauso nuo priepuolio pobūdžio. Informatyviausias, kai priepuoliai pasižymi ryškiais motoriniais požymiais ir priepuolio metu stebimas sąmonės sutrikimas. Mažiau naudinga EEG, jei pacientas patiria tik subjektyvius simptomus, tokius kaip: emocinės auros jautimas, baimės pojūtis, „dėjà vu“ jausmas, nemalonūs

pojūčiai viršutinėje pilvo srityje. Tokiais atvejais EEG gali nerodyti jokių aiškių pokyčių, o priepuolio metu stebimi elgesio pokyčiai gali būti klaidingai interpretuoti kaip DT. Jeigu diagnozė lieka neaiški, pacientas gali būti nukreiptas į specializuotą epilepsijos centrą, kur gali būti naudojamos pažangesnės diagnostikos priemonės, tokios kaip, EEG tyrimas [9]. Vieno kanalo elektromiografija – tai naujas, eksperimentinis tyrimo metodas, leidžiantis ilgą laiką (savaites ar mėnesius) registruoti paciento raumenų veiklą jo namų aplinkoje. Šis tyrimas gali būti naudingas diferencijuojant DT nuo epilepsijos (tiek židininės, tiek generalizuotos epilepsijos). Nors šis tyrimas dar nėra plačiai taikomas klinikinėje praktikoje, pirmieji tyrimų rezultatai rodo perspektyvias diagnostikos galimybes [34]. Rečiau atliekamuose moksliniuose tyrimuose DT diagnostikai naudojami: kompiuterinė tomografija (KT), difuzinis tenzorijų vaizdavimas, smegenų morfometrija, pozitronų emisijos tomografija (PET) ir vieno fotono emisijos kompiuterinė tomografija (SPECT), tačiau dėl nepakankamo patikimų tyrimų su didesnėmis pacientų grupėmis skaičiaus šie metodai nėra taikomi, individualioje klinikinėje diagnostikoje [10].

1.6.1. Multidisciplininis požiūris

DT diagnostikoje dažniausiai dalyvauja kelių sričių specialistai. Klinikiniai simptomai vertinami ir gydymo strategija nustatoma glaudžiai bendradarbiaujant gydytojui neurologui, gydytojui psichiatrui, psichologui, socialiniam darbuotojui bei ligoninės administraciniam personalui [17]. Kai kuriais atvejais komandą papildo slaugos personalas, gydytojai rezidentai, fiziooterapeutai, ergoterapeutai, logopedai ir neuropsichologai [35]. Nors kiekvienas komandos narys yra atsakingas už specifinę savo sritį, visi specialistai turi užtikrinti, kad pacientas ir jo artimieji suprastų diagnozę, taip pat identifikuoti socialinius veiksnius, kurie gali turėti įtakos ligai, pavyzdžiui, finansiniai sunkumai ar sveikatos draudimo apribojimai. Be to, svarbu įvertinti gretutines neurologines ir psichiatrines ligas, paaiškinti DT ir epilepsijos skirtumus, išsiaiškinti paciento gyvenimo sąlygas ir tikslus, bei įvertinti psichoaktyvių medžiagų (PAM) vartojimo ar smurto rizikos veiksnius [62].

Gydytojo neurologo vaidmuo yra ypač svarbus nustatant DT diagnozę. Svarbu, kad gydytojas neurologas būtų specializuotas epilepsijos diagnostavime ir gydyme, nes 10 proc. pacientų, turinčių DT, kartu serga ir epilepsija, todėl būtina tinkamai diferencijuoti šiuos sutrikimus. Neurologas privalo aiškiai paaiškinti pacientui ir jo šeimai diagnozės esmę, padėti suprasti ligos mechanizmus bei galimus gydymo būdus [63]. Be to, svarbu įvertinti kitus neurologinius simptomus, kurie dažnai pasireiškia pacientams, turintiems DT, pavyzdžiui, galvos skausmus, judėjimo ar pusiausvyros sutrikimus, jutimo sutrikimus, lėtinius skausmus, kognityvinius sutrikimus ir miego apnėją. Gydytojas neurologas turėtų laiku nukreipti pacientą pas tinkamą specialistą, pvz., kineziterapeutą, neuropsichologą ar fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoją, taip pat gali vadovauti visos

komandos koordinavimui, bendradarbiaujant su kitais gydytojais dėl paciento tolimesnės priežiūros. Stebėjimo vizitai dažniausiai planuojami kas 3–6 mėnesius, atsižvelgiant į paciento būklės dinamiką [36].

Gydytojo psichiatro vaidmuo yra ypatingai svarbus, nes papildomos neuropsichiatrijos žinios gali būti itin naudingos gydant pacientus su DT. DT dažnai būna susiję su gretutiniais psichiatriniais sutrikimais, todėl būtina identifikuoti ir gydyti komorbidines būkles, tokias kaip depresija, nerimas, potrauminio streso sutrikimas, obsesinis kompulsinis sutrikimas ar priklausomybė nuo PAM. Be to, būtina įvertinti traumos poveikį, nes psichologinė trauma dažnai yra viena iš pagrindinių DT priepuolių priežasčių [17]. Psichoterapijos koordinavimas yra esminė gydymo dalis, todėl gydytojas psichiatras turėtų parinkti tinkamiausią metodą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir būklę. Būklės stebėjimo vizitai gali būti planuojami individualiai pagal paciento poreikį, užtikrinant ilgalaikę emocinę ir psichologinę priežiūrą. Nors psichologo ir socialinio darbuotojo vaidmenys yra skirtingi, jų atsakomybės dažnai persipina, nes abu specialistai dalyvauja paciento gydymo procese, siekdami pagerinti jo gyvenimo kokybę ir prisitaikymą prie ligos [57].

Psichologai daugiausia gilina emocinius, elgesio ir pažinimo ypatumus, kurie daro įtaką ligos eigai. Jie padeda pacientui suprasti ir valdyti jo emocines reakcijas, ugdo streso įveikos strategijas bei prisideda prie psichoterapinio gydymo. Tuo tarpu socialiniai darbuotojai orientuojasi į paciento socialinę aplinką ir praktinius gyvenimo aspektus, dažniausiai atlieka šias funkcijas: vertina paciento socialinę situaciją (šeimos dinamiką, teisinę padėtį, finansinius iššūkius); užtikrina paciento prieigą prie medicininių ir socialinių paslaugų; bendradarbiauja su šeima ir kitais specialistais, siekdami padėti pacientui prisitaikyti prie diagnozės ir gyvenimo pokyčių [64]. Administracinė pagalba yra esminė multidisciplininės komandos dalis, nes padeda užtikrinti sklandų gydymo procesą. Administracijos specialistai: koordinuoja pacientų vizitus; tvarko medicininius dokumentus ir užtikrina informacijos apsaugą; organizuoja komandos susitikimus ir perduoda svarbią informaciją tarp specialistų; optimizuoja pacientų srautą, užtikrindami sklandų sveikatos priežiūros procesą [17].

Visi šie specialistai kartu sudaro integruotą pagalbos sistemą, kuri ne tik teikia medicininę priežiūrą, bet ir padeda pacientui socialiai bei emociškai prisitaikyti prie sveikatos iššūkių. Tokios multidisciplininės komandos modelio programa vykdoma Mičigano klinikoje [58]. Šiame modelyje pirmasis paciento kontaktas su komanda įvyksta konsultacijoje su psichologu, kuris įvertina paciento būklę ir padeda suprasti diagnozės pobūdį. DT diagnozė patvirtinama neurologijos specialistų stacionarinio priėmimo metu, kuomet atliekamas EEG tyrimas, skirtas atskirti DT nuo EP ar kitų neurologinių būklių [65]. Psichologas prieš paciento išrašymą iš specializuoto neurologijos skyriaus atlieka pirminį psichologinį vertinimą. Šis procesas sutelkiamas į paciento supratimą ir diagnozės priėmimą, užtikrinant sklandų perėjimą nuo neurologijos paslaugų prie psichinės sveikatos specialistų. Pacientui suteikiama išsami informacija apie rekomenduojamus papildomus tyrimus,

gydymo planą bei tolesnį stebėjimą, taip pat siūloma psichoterapinė pagalba, kuri padeda efektyviai valdyti traukulius ir pagerina gyvenimo kokybę [66]. Šis koordinuotas požiūris leidžia užtikrinti pacientui visapusišką priežiūrą, apimančią tiek neurologinius, tiek psichologinius gydymo aspektus [61]. Po išrašymo administracinis personalas organizuoja paciento tolimesnę priežiūrą neurologijos klinikoje, stengiantis, kad tęstinę stebėseną vykdytų tas pats specialistas, kuris išrašė siuntimą atlikti EEG tyrimą. Gydytojas neurologas, atsakingas už paciento gydymą ir stebėjimą po hospitalizacijos, užtikrina standartinę priežiūrą, skirtą DT įvertinimui ir valdymui. Po pirminio gydytojo neurologo įvertinimo ir konsultacijų su gydytoju psichiatru bei psichologu, pacientui skiriama pertrauka (15–45 min.), kurios metu multidisciplininė komanda individualiai aptaria paciento atvejį, siekia bendro sutarimo dėl rekomendacijų ir parengia individualizuotą gydymo planą. Vėliau pacientas kviečiamas į bendrą susitikimą su visais komandos nariais, kur jam pristatomas integracinis, holistinis biopsichosocialinis gydymo modelis [59]. Šiame susitikime rekomenduojama dalyvauti ir paciento šeimos nariams bei artimiesiems, jei pacientas pageidauja jų palaikymo. Artimųjų įtraukimas svarbus, nes geresnis jų supratimas apie DT gali padėti pacientui efektyviau valdyti traukulius, mažinti stigmą bei užtikrinti emocinio ir socialinio palaikymo tinklą. Kiekvienas specialistas pateikia savo rekomendacijas, siekdamas užtikrinti individualizuotą gydymo planą [17].

Gydytojas neurologas aptaria DT diagnozę, išaiškina jų kilmę ir diferencinę diagnostiką, peržiūri atliktus tyrimus bei pateikia rekomendacijas dėl papildomų diagnostinių priemonių, jei jos reikalingos [60]. Taip pat jis sprendžia dėl vaistų korekcijos – įvertina, ar pacientui būtina tęsti prieštraukulinių vaistų vartojimą. Jei vaistai buvo skirti nepagrįstai, pavyzdžiui, pacientui diagnozuoti tik DT be epilepsijos požymių, jie gali būti palaipsniui nutraukiami, tačiau prieštraukuliniai vaistai gali būti paliekami, jei jie vartojami dėl kitų indikacijų, pavyzdžiui, migrenos profilaktikai, neuropatiniam skausmui ar bipoliniam sutrikimui gydyti. Gydytojas neurologas taip pat vertina gretutinius psichiatrinius sutrikimus. Bendradarbiaudamas su gydytoju psichiatru, sprendžia dėl vaistų keitimo ar papildomo gydymo skyrimo. Be to, jei pacientas anksčiau vartojo benzodiazepinus, jų vartojimas palaipsniui mažinamas, kad būtų išvengta priklausomybės ir tolerancijos vystymosi [17].

Gydytojas psichiatras vertina paciento psichikos būklę ir skiria individualiai pritaikytą medikamentinį gydymą. Jei pacientui būdingi nerimo ar depresijos simptomai, gali būti rekomenduojami antidepresantai arba vaistai nuo nerimo. Psichiatras taip pat peržiūri paciento anksčiau vartotus benzodiazepinus ar opioidus ir, jeigu jie buvo skirti kitose įstaigose be aiškos indikacijos, pateikia strategiją jų nutraukimui. Psichiatras ir psichologas teikia rekomendacijas dėl tinkamiausios psichoterapijos rūšies – dažniausiai rekomenduojama kognityvinė elgesio terapija (KET), tačiau gali būti svarstomos ir kitokios intervencijos, atsižvelgiant į paciento poreikius [67]. Psichologas ir socialinis darbuotojas taip pat suteikia informaciją apie prieinamą psichologinę

pagalbą, galimas konsultacijas bei nukreipia pacientą į ilgalaikę paramos sistemą. Susitikimo pabaigoje pacientui ir jo artimiesiems suteikiama galimybė užduoti visus likusius klausimus, taip užtikrinant, kad jie suprato diagnozę, gydymo planą ir tolimesnius veiksmus. Šis struktūruotas procesas kartojamas visiems pacientams, besilankantiems specializuotoje multidisciplininėje klinikoje, kad būtų palaikomas nuoseklus požiūris į gydymą [17]. Pradiniai Mičigano medicinos centro duomenys apie multidisciplininės komandos taikomą DT gydymą rodo teigiamus rezultatus. Pacientai, kuriems buvo atliktas išsamus neurologinis ir psichosocialinis įvertinimas, pranešė apie sumažėjusį traukulių dažnį, geresnę gretutinių sutrikimų kontrolę ir pagerėjusią gyvenimo kokybę. Šie rezultatai atitinka ankstesnius atsitiktinių imčių klinikinius tyrimus, kurių pagrindu ir buvo sukurta dabartinė gydymo metodika [68]. Administracinės analizės duomenys rodo, kad klinika yra sėkminga tiek pacientų gydymo, tiek finansiniu požiūriu, tačiau išryškėjo sritys, kurias galima tobulinti: sumažinti laukimo laiką iki pirmojo vizito, nes didelis DT pacientų skaičius rodo aiškų poreikį gauti specializuotą priežiūrą kuo anksčiau ir didinti psichoterapijos paslaugų prieinamumą, nes tai yra svarbi DT gydymo dalis, padedanti pacientams geriau suprasti ir valdyti simptomus. Multidisciplininė priežiūra tampa vis plačiau taikomu modeliu gydant sudėtingas neurologines ir psichiatrines būkles. Kadangi DT dažnai pasireiškia kaip neuropsichiatrinis sutrikimas su stipria psichosocialine įtaka, jų diagnostika ir gydymas yra sudėtingas procesas, kuriam būtinas skirtingų medicinos sričių specialistų įsitraukimas. Integruotas komandos modelis leidžia įveikti DT diagnozavimo ir gydymo iššūkius, nes apjungia neurologijos, psichiatrijos, psichologijos, reabilitacijos ir socialinės pagalbos specialistų kompetencijas. Toks komandinis požiūris užtikrina: nuoseklų bendravimą tarp gydytojų ir paciento; aiškią ir nuoseklią informaciją apie diagnozę; glaudų bendradarbiavimą su paciento šeima, sklandų perėjimą nuo diagnostikos prie gydymo [17].

1.7. Gydymas

Pirmasis gydymo žingsnis – tiksli diagnozė. Informatyvus ir aiškus diagnozės pateikimas pacientui yra neatsiejama ne tik diagnostikos, bet ir gydymo dalis. Netinkamas arba nesuprantamas supažindinimas su diagnoze gali sukelti paciento pasipriešinimą, nerimą ir pabloginti jo būklę. Tyrimai rodo, kad net gydytojai dažnai klaidingai interpretuoja DT – 38 proc. pirminės sveikatos priežiūros ir skubios pagalbos gydytojų mano, kad DT priepuoliai yra suvaidinti, o 63 proc. gydytojų klaidingai mano, kad DT diagnozei patvirtinti nereikia EEG tyrimo [37]. Tokie klaidingi įsitikinimai gali lemti netinkamą pacientų gydymą, didinti stigmatizaciją, ir bloginti jų savijautą. Pacientams DT diagnozė gali būti paini ir sukelti emocinį stresą. Tie, kuriems anksčiau buvo klaidingai diagnozuota epilepsija, neretai jaučia pasipiktinimą, sumišimą ir baimę. Gydytojui pasakius, kad pacientas neserga epilepsija, gali susidaryti įspūdis, jog atsakomybė už gydymą perkeliama tik jam pačiam, o tai gali skatinti nepasitikėjimą gydytoju ir priešišumą rekomenduojamam gydymui [38]. Empatiškas ir

aiškus bendravimas su pacientu yra itin svarbus, siekiant užtikrinti gydymo rekomendacijų laikymąsi. Ypač svarbu į tai atsižvelgti, jei pacientas turėjęs traumų ar prievartos anamnezę, nes nuvertinantis gydytojo požiūris gali dar labiau stigmatizuoti pacientą, o tai gali lemti gydymo atsisakymą ar būklės pablogėjimą [9]. Dauguma neurologų pripažįsta, kad DT paaiškinimas pacientui yra jų atsakomybės dalis, tačiau tai gali būti sudėtingas procesas dėl kelių priežasčių [40]. Pagrindiniai iššūkiai yra psichiatrinių simptomų kompleksiskumas, dažni gretutiniai neurologiniai ir somatiniai sutrikimai, pacientų ir jų artimųjų išankstinės nuostatos bei nenoras suprasti DT pobūdį [41]. Tinkama gydytojo ir paciento komunikacija yra vienas svarbiausių veiksnių, galinčių lemti gydymo sėkmę. Tyrimai rodo, kad aiškus ir suprantamas diagnozės pateikimas pagerina paciento prognozę ir sumažina nerimą, susijusį su sutrikimu. Be to, pacientų ir jų šeimos įtraukimas į edukaciją apie DT bei galimas gydymo strategijas – didina gydymo priėmimą, skatina dalyvavimą psichoterapijoje ir mažina nereikalingų vizitų į skubios pagalbos skyrių skaičių. Taip pat stiprina pasitikėjimą gydytojais ir psichikos sveikatos specialistais, o tai ypač svarbu ilgalaikiam gydymo rezultatų gerinimui [42]. Pirmiausia svarbu padėti pacientui pripažinti, kad jo simptomai yra realūs, gali būti bauginantys ir riboti kasdienį gyvenimą, tačiau jis nėra vienas – DT yra dažnai stebimas sutrikimas epilepsijos stebėjimo skyriuose. Svarbu aiškiai pasakyti, kad pacientas neserga epilepsija ir prieštraukuliniai vaistai jam nereikalingi, jei tam nėra medicininių indikacijų. Jei vaistų vartojimas buvo pradėtas klaidingai, jų laipsniškas nutraukimas turėtų būti pradėtas kuo greičiau, nes tyrimai rodo, kad tai susiję su geresniais gydymo rezultatais [39]. Pacientui būtina padėti suprasti ryšį tarp emocijų, streso ir fizinių simptomų. Tai galima palyginti su nerimu sukeliama galvos ar pilvo skausmais – DT yra panašus organizmo atsakas į stresą, nors jų mechanizmai skiriasi nuo somatinių ligų. Gydytojui svarbu išlikti optimistiškam ir pabrėžti, kad DT gali būti išgydomi, o pacientai gali pasiekti visišką priepuolių kontrolę ir grįžti į normalų gyvenimą. Tokia pozityvi žinia skatina pacientą aktyviai dalyvauti gydymo procese ir priimti efektyvias intervencijas [9].

Skubios pagalbos gydytojai atlieka esminį vaidmenį gydant DT patiriančius pacientus. Jie ne tik gali padėti išvengti nereikalingo ir potencialiai žalingo prieštraukulinių vaistų skyrimo, bet ir užtikrinti, kad pacientai būtų laiku nukreipti pas neurologą ar psichiatrą. Be to, jų supratimas ir empatija gali sustiprinti paciento pasitikėjimą medicinos specialistais ir padėti gerinti ilgalaikius gydymo rezultatus [16]. Stebint DT epizodą skubios pagalbos skyriuje svarbu užtikrinti pirmosios pagalbos protokolo vykdymą, t. y. įvertinti paciento kvėpavimo takų praeinamumą, kvėpavimą ir kraujotaką, taip pat pašalinti pavojingus objektus iš aplinkos ir užtikrinti paciento saugumą bei komfortą. Dirginančių stimulų, tokių kaip fizinis ir grubus paciento žadinimas, reikėtų vengti, nes tai gali sustiprinti paciento emocinį distresą. Svarbu, kad gydytojas išlaikytų ramų toną ir užtikrintų raminančią aplinką, nes panika ar chaotiška reakcija gali paaštrinti priepuolį. Pacientą reikėtų stebėti iki epizodo pabaigos, o jeigu jam jau buvo diagnozuoti DT, galima padėti jam sumažinti priepuolio

intensyvumą skatinant gilų kvėpavimą. Pasibaigus priepuoliui, reikėtų padėti pacientui identifikuoti galimus triggerius, galinčius provokuoti priepuolius ateityje, nes tai gali būti naudinga prevencijai. Jeigu nėra aišku, ar priepuolis yra epilepsinės kilmės, būtina prieš skiriant prieštraukulinius vaistus apsvarstyti DT diagnozės tikimybę. Nereikalingas vaistų skyrimas ne tik nepadeda, bet ir gali sukelti komplikacijas. Jei kyla abejonių dėl diagnozės, pacientą visada reikėtų stebėti ir nukreipti tolimesniam neurologiniam ištyrimui, įskaitant EEG tyrimą [9].

Geriausias DT gydymo metodas nėra aiškiai nustatytas, todėl būtina individualizuoti terapiją, atsižvelgiant į kiekvieno paciento poreikius. Gretutinės psichikos ligos, tokios kaip potrauminio streso sutrikimas, depresija ar nerimo sutrikimai, turėtų būti gydomos atskirai, nes jos gali daryti didelę įtaką traukulių dažniui ir intensyvumui. Kai kurie pacientai gali nepriimti DT diagnozės ir aktyviai ieškoti kitų gydytojų nuomonės, o tai gali apsunkinti gydymo procesą. Tokiais atvejais svarbu užtikrinti aiškų, empatišką ir informatyvų diagnozės paaiškinimą, nes tai gali padėti sumažinti pasipriešinimą gydymui. Reguliarūs tolimesni vizitai pas specialistus yra būtini, siekiant pagerinti ilgalaikius gydymo rezultatus. Jie leidžia stebėti paciento būklės pokyčius, vertinti gydymo efektyvumą, prireikus koreguoti terapiją ir užtikrinti nuoseklų paciento bendradarbiavimą su sveikatos priežiūros specialistais [8].

Tiksli diagnozė ir efektyvus jos paaiškinimas pacientui yra esminiai veiksniai gerinant DT prognozę, tačiau vien tik komunikacijos nepakanka – daugumai pacientų būtinas kompleksinis gydymas. Po DT diagnozės dalis pacientų gali pradėti patirti kitus funkcinis neurologinius sutrikimus, o pacientai, kurie anksčiau buvo patyrę smegenų traumą, dažnai turi prastesnę prognozę. Tai siejama su didesne sunkios depresijos rizika, didesniu impulsyvumu, stipresniu potrauminio streso sutrikimu, didesne tikimybe gauti neįgalumo išmokas ir žemesniu bendru funkcionavimo lygiu [11]. DT gydymo konsultacijos dažnai apima paciento edukaciją, kurios tikslas – padėti suprasti sutrikimo pobūdį ir išmokyti efektyvesnių simptomų valdymo strategijų. Konsultacijų metu pacientams aiškinama: kaip ir kodėl atsiranda DT, pateikiant aiškius, suprantamus pavyzdžius, padedančius suvokti ryšį tarp emocijų ir fizinių simptomų; kaip atpažinti dažniausiai pasitaikančius dirgiklius ir juos valdyti, siekiant sumažinti priepuolių dažnį ir intensyvumą; emocijų reguliacijos įgūdžių stiprinimas, įskaitant relaksacijos technikas ir KET metodus, kurie padeda pacientams efektyviau valdyti stresą ir emocijas [9].

Tyrimai rodo, kad daugelis pacientų, sergančių DT, ir toliau patiria priepuolius nepaisant neurologinės ir psichoterapinės priežiūros. Net ir tie pacientai, kuriems priepuoliai sustoja, gali išlikti neįgalūs [43]. Blogesnę prognozę lemia ilgesnė simptomų trukmė, vyresnis amžius ligos pradžioje, diagnozės nepriėmimas, sunkesni gretutiniai psichiatriniai sutrikimai bei žemesnis išsilavinimas ir socialinis–ekonominis statusas. Tačiau vien priepuolių išnykimas neatspindi bendros paciento būklės

– svarbūs ir psichosocialiniai veiksniai, todėl gydymo tikslas turėtų apimti ne tik priepuolių kontrolę, bet ir bendrą emocinę bei socialinę paciento gerovę.

Pacientams, sergantiems DT, reikalinga ilgalaikė neurologinė ir psichiatrinė priežiūra. Efektyvus specialistų bendradarbiavimas ir koordinuota priežiūra gali padėti išvengti nereikalingų tyrimų, invazinių procedūrų bei vaistų sukeltų komplikacijų. Gydytojai turėtų atkreipti dėmesį į dažnus gretutinius neurologinius sutrikimus, tokius kaip galvos skausmai, svaigimas ar lėtinis skausmas, taip pat stebėti naujai atsirandančius simptomus, galinčius rodyti dvigubą diagnozę – DT ir EP, kuri nustatoma apie 10 proc. pacientų. Priklausomai nuo klinikinės situacijos, gali būti rekomenduojamos papildomos terapijos, tokios kaip šeimos terapija santykių konfliktams ar priklausomybės problemoms spręsti, kineziterapija ar ergoterapija, jei pacientui pasireiškia kiti funkciniai (konversiniai) sutrikimai [19].

1.7.1. Kognityvinė elgesio terapija

KET laikoma vienu efektyviausiu DT gydymo metodų. Ši terapijos forma pripažinta kaip efektyviausias ir veiksmingiausias gydymo metodas, tačiau viena didžiausių gydymo problemų išlieka pacientų neįsitraukimas į psichoterapiją [16]. Atsitiktinių imčių klinikiniai tyrimai parodė, kad KET gali sumažinti DT priepuolių dažnį daugiau nei 50 proc., o kai ši terapija buvo derinama su antidepresantu (sertralinu), priepuolių dažnis sumažėjo beveik 60 proc. Be to, tyrimai fiksavo reikšmingą gyvenimo kokybės, nuotaikos ir bendros savijautos pagerėjimą [8].

Per pastarąjį dešimtmetį įrodymais pagrįstas DT valdymas ženkliai patobulėjo. Atsitiktinių imčių kontroliuojamame tyrime, kuriame dalyvavo 66 DT turintys pacientai, buvo lyginama 12 savaitių KET kartu su standartine medicinine priežiūra (SMP) ir tik SMP. Rezultatai rodo, kad KET grupėje priepuolių dažnis reikšmingai sumažėjo gydymo laikotarpiu, tačiau po 3 mėnesių skirtumas tarp grupių nebebuvo statistiškai reikšmingas [11].

Atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas vertino grupinės psichoterapijos poveikį pacientams po DT diagnozės. Tyrime buvo taikomos 3 mėnesius trunkančios 1,5 valandos trukmės grupinės sesijos, vykstančios kartą per mėnesį. Rezultatai parodė pagerėjusias psichosocialines funkcijas, sumažėjusį skubios pagalbos skyriuje apsilankymų ir hospitalizacijų skaičių. Tačiau reikšmingo priepuolių dažnio sumažėjimo nebuvo pastebėta. Psichoterapija išlieka vienu veiksmingiausių DT gydymo metodų. Dviejų atsitiktinių imčių klinikinių tyrimų metu įrodyta, kad 12 KET sesijų kursas reikšmingai pagerino pacientų būklę. Metaanalizės rezultatai parodė, kad 47 proc. pacientų priepuoliai visiškai išnyko, o 82 proc. pacientų priepuolių dažnis sumažėjo bent 50 proc. Be to, KET pagrindu sukurtos DT psichoterapinės intervencijos ne tik pagerino priepuolių kontrolę, bet ir prisidėjo prie bendros gyvenimo kokybės gerinimo [9].

Tyrimai rodo, kad KET yra veiksminga mažinant DT epizodų skaičių, kartu gerinant psichikos sveikatą ir gyvenimo kokybę. Šiuo metu KET laikoma pirmo pasirinkimo psichoterapija suaugusiesiems ir vyresnio amžiaus pacientams, sergantiems DT. Tačiau nėra vieno standartiškai taikomo KET modelio – terapija gali būti modifikuojama pagal individualius paciento poreikius ir DT pobūdį, remiantis pagrindiniais KET principais ir metodikomis [19].

1.7.2. Medikamentinis gydymas

Atsitiktinių imčių dvigubai aklo placebo kontroliuojamo tyrimo rezultatai parodė, kad DT pacientai, vartoję sertralinę, patyrė 45 proc. priepuolių dažnio sumažėjimą, tuo tarpu placebo grupėje priepuolių dažnis padidėjo 8 proc. Kitame atsitiktinių imčių tyrime su 38 DT pacientais buvo lyginamos keturios gydymo grupės: pirmoje grupėje buvo skiriamas tik sertralinas, antroje – KET pagrindu suformuota psichoterapija, trečioje – KET psichoterapija kartu su sertralino vartojimu, o ketvirtoje – tik SMP. Rezultatai parodė, kad priepuolių dažnis antroje grupėje sumažėjo 51 proc., o trečioje grupėje – 59 proc. Sertralino monoterapijos ir SMP grupėse reikšmingo priepuolių dažnio sumažėjimo nebuvo stebėta [44].

Atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas vertino iškart prieš DT diagnozę nutrauktą prieštraukulinių vaistų vartojimą ir atidėtą vaistų nutraukimą. Rezultatai parodė, kad iškart nutraukus antiepilepsinius vaistus, sumažėjo priepuolių dažnis bei kitų vaistų vartojimas. Tyrimo išvadose patvirtinama, kad antiepilepsiniai vaistai turėtų būti skiriami tik tuo atveju, jei kartu diagnozuojama ir epilepsija.

Nors psichoterapija, ypač KET, yra veiksmingiausias DT gydymo metodas, kai kuriais atvejais gali būti skiriami medikamentai, ypač pacientams, kurie sunkiai priima terapiją arba turi gretutinių psichikos sutrikimų. Antidepresantai dažnai naudojami DT gydymui, ypač pacientams, kuriems būdingas ribotas ligos suvokimas arba nenoras įsitraukti į psichoterapiją. Tyrimai rodo, kad antidepresantai gali vieni patys sumažinti DT epizodų dažnį [45], tačiau jų derinys su psichoterapija yra dar efektyvesnis nei vien psichoterapija [46]. Selektyvieji serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI), tokie kaip sertralinas, dažniausiai pasirenkami kaip pirmos eilės gydymas. Benzodiazepinų poveikis DT vertinamas prieštaringai – nors kai kuriems pacientams jie gali padėti sumažinti nerimą, klonazepamas buvo siejamas su elgesio pokyčiais, kurie gali imituoti DT epizodus. Todėl benzodiazepinai turėtų būti skiriami tik atsargiai ir trumpą laiko tarpą [47].

1.7.3. Kiti gydymo metodai

Daugeliui DT pacientų pasireiškia gretutiniai psichikos sutrikimai, tokie kaip potrauminio streso sutrikimas, depresija ar asmenybės sutrikimai. Jų gydymas yra svarbi DT valdymo dalis, todėl

gali būti taikomos įvairios terapinės strategijos. Hipnozė gali padėti sumažinti disociacinius simptomus, o akių judesių desensitizacija ir minčių apdorojimo technika bei ilgalaikės ekspozicijos terapija yra veiksmingi potrauminio streso sutrikimo gydymo metodai [48]. Taip pat gali būti naudingos intensyvios ambulatorinės programos nuotaikos sutrikimams gydyti, dialektinė elgesio terapija pacientams su sunkiomis asmenybės sutrikimo formomis bei šeimos terapija, kuri ypač svarbi dėl dažnai pasitaikančių šeimos santykių problemų DT pacientų tarpe. Pacientams, kuriems patvirtinta DT diagnozė, prieštraukuliniai vaistai turėtų būti nutraukti, išskyrus atvejus, kai jie skiriami kitoms būklėms gydyti, pavyzdžiui, gretutinei epilepsijai, lėtiniam skausmui, migrenai ar nuotaikos sutrikimams, tokiems kaip bipolinis sutrikimas. Tyrimai rodo, kad nepagrįstas prieštraukulinių vaistų vartojimas yra susijęs su blogesniais gydymo rezultatais, todėl jų laipsniškas nutraukimas gali būti svarbus žingsnis siekiant efektyvesnio DT valdymo [9].

Neuroelgesio terapija yra patobulinta KET forma, sukurta specialiai pacientams, sergantiems DT [49]. Tai multimodalinė psichoterapija, grindžiama Becko KET modeliu, struktūrizuota į 12 sesijų ciklą, vykstantį kas savaitę. Neuroelgesio terapija siekia identifikuoti individualius DT išprovokuojančius ir palaikančius veiksnius per biopsichosocialinį vertinimą, mokyti pacientą savarankiškai valdyti simptomus, skatinti teigiamus elgesio pokyčius ir emocinį atsparumą, didinti paciento savikontrolę ir pasitikėjimą savo gebėjimais. Ši terapija išsiskiria tuo, kad apjungia tradicines KET technikas su papildomais metodais, pritaikytais specifiniams DT aspektams. Iš pradžių ji buvo sukurta epilepsijos pacientams, tačiau vėliau adaptuota DT gydymui, siekiant ne tik sumažinti priepuolius, bet ir gydyti kartu pasireiškiančius psichologinius sutrikimus. Tai lankstus modelis, kurį gali taikyti ne tik psichiatrai ir psichologai, bet ir neurologai, naudodami „Seizure Therapy Workbook“ kaip pagrindinę darbo priemonę. Tyrimai rodo, kad neuroelgesio terapija yra veiksminga, o ankstyvieji klinikiniai duomenys patvirtina, kad ji gali būti naudojama tiek individualiai, tiek kaip komandinės priežiūros dalis [19].

Klinikinės telemedicinos taikymas DT vertinimui ir gydymui pasirodė esąs veiksmingas metodas. Tyrime buvo analizuojama, ar pacientai per nuotolinius susitikimus pateikia tiek pat jautrios informacijos, kaip ir gyvų vizitų metu. Nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų tarp pacientų, vertintų nuotoliniu būdu ir tiesiogiai klinikoje, kas rodo, kad telemedicina gali būti pilnavertė alternatyva pacientų įvertinimui ir gydymui. Tolimesniame tyrime, kuriame dalyvavo 32 pacientai, vertintas nuotolinės KET poveikis. Rezultatai parodė, kad po gydymo reikšmingai sumažėjo priepuolių dažnis, pagerėjo depresijos ir nerimo simptomai, gyvenimo kokybė ir bendras funkcionavimas. Šie duomenys leidžia teigti, kad nuotolinė KET gali būti efektyvi alternatyva tradiciniam gydymui, ypač pacientams, kuriems sunku gauti specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas [50].

Psichodinaminės terapijos požiūriu, DT sukelia nesąmoningi, intensyvūs ir skausmingi išgyvenimai, susiję su trauma, prievarta ar netektimi. Šie epizodai gali būti laikomi gynybos

mechanizmu, kai fiziniai simptomai tampa būdu išstumti ir nuslopinti emocinį stresą. Nors pacientas gali neatrodyti išgyvenantis didelę emocinę įtampą, jo psichologiniai konfliktai pasireiškia fiziškai per traukulius [51]. Mažos apimties tyrimai rodo, kad psichodinaminė terapija gali sumažinti priepuolių dažnį, jų sunkumą, sumažinti psichologinį stresą ir pagerinti gyvenimo kokybę, tačiau dėl kontroliuotų tyrimų trūkumo ši terapija dar nėra pripažįstama kaip aukščiausio lygio įrodymais pagrįstas gydymo metodas. Nepaisant to, psichodinaminė terapija gali būti svarbi alternatyva pacientams, kuriems KET nėra tinkama ar veiksminga [19].

1.8. Prognozė

DT prognozė nėra visiškai aiški, nes priepuolių dažnis, atsakas į gydymą ir ilgalaikiai rezultatai labai priklauso nuo individualių veiksnių. Teisinga DT diagnozė ir tinkamas psichikos sutrikimų gydymas gali sumažinti priepuolių dažnį. KET yra efektyviausia psichoterapijos forma gydant DT, o geresni gydymo rezultatai stebimi pacientams, kurie priima diagnozę ir aktyviai dalyvauja terapijoje [11]. DT sergančiųjų mirtingumas yra daugiau nei dvigubai didesnis nei bendroje populiacijoje, o mirtingumo rodikliai panašūs į pacientų, sergančių vaistams atsparia epilepsija. Iki 20 proc. DT pacientų mirčių yra susijusios su savižudybe, todėl būtina nuosekli psichologinė ir psichiatrinė pagalba [52]. Be to, DT siejami su prasta gyvenimo kokybe, dideliu nedarbingumu ir neįgalumu. Daugelis pacientų patiria socialinę izoliaciją, sunkumus įsidarbinant ir nuolatinį sveikatos sutrikimų valdymą. Psichoterapija ir socialinė parama gali padėti sumažinti šią naštą bei pagerinti ilgalaikius rezultatus [29].

Prognozė gali būti įvertinama atsižvelgiant į individualius klinikinius ir asmenybės bruožus. Ilgalaikiame tyrime, kuriame buvo stebimi 164 suaugę DT pacientai vidutiniškai 11,9 metų po simptomų pasireiškimo ir 4,1 metų po diagnozės nustatymo, nustatyta, kad 71,2 proc. pacientų vis dar patyrė priepuolius, o 56,4 proc. buvo priklausomi nuo socialinės paramos. Geresni gydymo rezultatai buvo pastebėti pacientams, kurie buvo jaunesni diagnozės nustatymo metu, turėjo aukštesnį išsilavinimą, patyrė silpnesnius priepuolius, turėjo mažiau papildomų somatoforminių simptomų ir pasižymėjo mažesniu disociacijos lygiu [53].

DT kelia didelę naštą tiek skubiosios pagalbos, tiek planinės sveikatos priežiūros sistemai. Tyrimai rodo, kad daugumai pacientų, kuriems DT diagnozuojami EEG tyrimu, vėliau reikšmingai sumažėja medicininių paslaugų poreikis ir išlaidos. Viename tyrime nustatyta, kad naujai diagnozuotų DT pacientų vidutinės medicininės išlaidos iki diagnozės viršijo 15 000 JAV dolerių vienam pacientui, o dėl nedarbingumo patirti nuostoliai siekė daugiau nei 22 000 JAV dolerių. Kitame tyrime bendra išlaidų suma sumažėjo nuo vidutiniškai 4567 JAV dolerių per metus iki 2783 JAV dolerių po diagnozės nustatymo, kas sudarė beveik 1800 JAV dolerių sutaupymą vienam pacientui [56]. DT yra reikšminga problema ne tik JAV, bet ir visame pasaulyje – tiek išsivysčiusiose, tiek

besivystančiose šalyse pastebimas didelis šio sutrikimo poveikis bei gydymo prieinamumo sunkumai. Nepaisant pažangos diagnozuojant ir gydant DT, išlieka iššūkių tiek specialistams, tiek pacientams, įskaitant ilgą diagnostikos procesą, stigmatizaciją ir ribotas gydymo galimybes. Akivaizdu, kad šios srities moksliniai tyrimai ir klinikinės praktikos gairės turi būti toliau tobulinamos, siekiant efektyvesnio diagnostikos proceso, geresnės pacientų priežiūros ir veiksmingesnių gydymo metodų integravimo į sveikatos priežiūros sistemas.

Naujausiame tyrime buvo atliktas vienerių metų DT sukeltų sveikatos priežiūros paslaugų naudojimo auditas, vertinant laikotarpį nuo pirmųjų DT epizodų iki diagnozės nustatymo ir šešis mėnesius po diagnozės. Iki diagnozės 28 pacientai buvo atsakingi už 14 šeimos gydytojo vizitų į namus, 31 greitosios medicinos pagalbos iškvietimą, 34 apsilankymus skubiosios pagalbos skyriuje, 21 hospitalizaciją, 2 standartinius EEG tyrimus, 28 trumpus EEG tyrimus ir 5 ambulatorinius EEG tyrimus. Po diagnozės per šešis mėnesius buvo užregistruoti tik 2 apsilankymai skubiosios pagalbos skyriuje (94,1 proc. sumažėjimas), nebuvo nė vienos hospitalizacijos (100 proc. sumažėjimas), tik 2 greitosios pagalbos iškvietimai (93,5 proc. sumažėjimas), nebuvo nei šeimos gydytojo vizitų, nei naujų EEG tyrimų (100 proc. sumažėjimas) [55].

Ateities kryptys ir tyrimų perspektyvos DT srityje rodo, kad literatūroje vis dar dominuoja mažų imčių tyrimai, kurie skiriasi tiek klinikinių fenotipų, tiek neurovaizdinių metodikų požiūriu. Tai pabrėžia būtinybę koordinuoti mokslinius tyrimus, siekiant išspręsti metodologinius neatitikimus. Tarptautinio sutarimo, kuris nustatytų vieningą tyrimų metodologiją ir klinikinius įtraukimo kriterijus, sukūrimas galėtų pagerinti tyrimų atkuriamumą, palyginamumą ir leisti sukurti praktiškesnius jų dizainus. Neurovaizdiniai tyrimai gali ne tik prisidėti prie DT patofiziologijos supratimo, bet ir pagerinti pacientų edukaciją apie jų būklę, mažinant stigmatizaciją. Tradiciškai funkciniai neurologiniai sutrikimai buvo laikomi „mediciniškai nepaaiškinamais“, tačiau fiziopatologijos įrodymas per neurovaizdinius biomarkerius gali padėti keisti tiek pacientų, tiek gydytojų požiūrį į DT. Ilgalaikėje perspektyvoje tokie biomarkeriai galėtų būti naudojami ankstyvai DT diagnozei nustatyti, išvengti neteisingos epilepsijos diagnozės ir nereikalingo gydymo prieštraukuliniais vaistais, bei padėti kurti tikslines terapines intervencijas. Viena iš naujų terapinių krypčių yra transkranijinė magnetinė stimuliacija (TMS), paremta neurovaizdiniais tyrimais, nustatančiais paveiktus smegenų tinklus. 2019 m. atliktame atvejo tyrime aprašyta TMS, taikyta kaktinei sričiai, identifikuotai PET tyrimuose, kaip potencialiai efektyvi intervencija DT pacientui. Šis atradimas rodo, kad tikslingai nustatytos smegenų sritys gali būti vertinamos kaip galimi terapiniai taikiniai būsimuose klinikiniuose tyrimuose [10].

Prognozės veiksniai rodo, kad ilgesnė ligos trukmė yra svarbiausias neigiamos prognozės rodiklis – kuo ilgiau pacientas serga, tuo blogesnė jo būklės prognozė. Kiti neigiami veiksniai apima valstybinės finansinės paramos gavimą, gretutines psichikos sutrikimų diagnozes, psichopatologijos

požymius ir tarpasmeninius sunkumus su šeimos nariais. Tuo tarpu geresnė prognozė siejama su paciento užimtumu (darbo vieta), aukštesniu išsilavinimu, didesniu intelekto koeficientu ir mažesniu somatizacijos lygiu. Ateities tyrimai turėtų sutelkti dėmesį į šiuos veiksnius, siekiant pagerinti gydymo strategijas ir ilgalaikius pacientų rezultatus. Taip pat ateityje svarbu pritaikyti gydymo strategijas skirtingoms pacientų grupėms. Ne visiems pacientams tinkama KET, todėl būtina nustatyti individualizuotus gydymo metodus, atsižvelgiant į paciento motyvaciją ir įsitraukimą. Tyrimai turėtų nagrinėti, kokie pacientų požymiai lemia geresnį atsaką į specifines psichoterapijos rūšis. Iki šiol dauguma DT gydymo tyrimų orientuoti į KET, tačiau reikalingi išsamesni atsitiktinių imčių tyrimai, nagrinėjantys alternatyvius metodus, tokius kaip akių judesių desensitizacija, dėmesingo įsisąmoninimo (angl. *mindfulness*) terapija, hipnoterapija, šeimos ir grupinė terapija bei biologinio grįžtamojo ryšio (angl. *biofeedback*) ir nervinio grįžtamojo ryšio (angl. *neurofeedback*) metodai. Tik sisteminiai tyrimai gali parodyti, kurie metodai yra efektyviausi konkrečioms pacientų grupėms. Telemedicina ir KET gali tapti svarbiomis alternatyvomis gydant DT, ypač atsižvelgiant į specialistų trūkumą tam tikruose regionuose. Telemedicinos ir skaitmeninės psichoterapijos programų kūrimas galėtų padėti daugiau pacientų gauti tinkamą gydymą. Ateities tyrimai turėtų palyginti skaitmeninius metodus su tradicinėmis terapijomis, įvertinant jų veiksmingumą ir pacientų priėmimą. DT diagnostikos ir gydymo plėtrą gali paskatinti ir naujos technologijos. Dėvimi įrenginiai gali padėti stebėti fiziologinius pokyčius, tokius kaip širdies ritmas ar raumenų įtampa, ir anksčiau identifikuoti bei suvaldyti priepuolius. MRT gali tapti naudinga diagnostikos priemone, padedančia nustatyti struktūrinius ir funkcinis smegenų skirtumus DT sergantiems pacientams. Be to, neurostimuliacija – TMS ir gilioji smegenų stimuliacija (GSS) – gali tapti potencialiu gydymo būdu. Iki šiol dauguma DT tyrimų vertino tik priepuolių dažnį, tačiau ateities studijos turėtų plačiau analizuoti ir kitus veiksnius, tokius kaip gyvenimo kokybė, psichosocialinė funkcija, lėtinis skausmas, nuovargis bei gretutiniai psichikos sveikatos sutrikimai, tokie kaip depresija ir nerimas. Platesnis tyrimų spektras padėtų sukurti efektyvesnes gydymo strategijas ir pagerinti pacientų ilgalaikius rezultatus [16].

Lietuvoje DT diagnostikos ir gydymo tyrimų yra labai mažai, o išsamios epidemiologinės duomenų bazės apie šį sutrikimą praktiškai neegzistuoja. Tai apsunkina tiek sveikatos priežiūros specialistų galimybes laiku atpažinti ir tinkamai gydyti šią būklę, tiek pacientų supratimą apie savo ligą ir tolimesnę ligos prognozę. Dėl informacijos trūkumo DT dažnai painiojami su epilepsija, o tai gali lemti netinkamą gydymą, įskaitant nereikalingą prieštraukulinių vaistų vartojimą. Siekiant pagerinti pacientų priežiūrą ir gydymo efektyvumą, būtina atlikti išsamesnius tyrimus apie DT Lietuvoje, plėtoti multidisciplininius diagnostikos metodus ir didinti specialistų bei visuomenės informuotumą. Tokie tyrimai ne tik prisidėtų prie geresnės klinikinės praktikos, bet ir padėtų pacientams greičiau gauti tinkamą pagalbą, sumažintų sveikatos priežiūros išlaidas ir pagerintų gyvenimo kokybę žmonėms, kenčiantiems nuo šio sudėtingo sutrikimo.

2. KLINIKINIS ATVEJIS

2.1. Atvejo aprašymas

25 m. pacientas stacionariniam gydymui į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centrą (VmPSC) atvyko pirmą kartą pervežtas iš Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų (VUL SK) nervų ligų skyriaus dėl DT epizodų. Gydymo trukmė VmPSC pirmosios hospitalizacijos metu nuo 2024-03-13 iki 2024-05-10, antrosios – nuo 2024-10-24 iki 2024-11-19.

Gyvenimo anamnezė (iš medicininės dokumentacijos, paciento): pacientas – antras vaikas šeimoje. Turi vyresnį brolį (27 m.), kuris studijuoja robotiką ir gyvena su mergina. Jaunesnei sėsei 19 m., ji buvo įvaikinta būdama 5 m. amžiaus. Paciento teigimu sesuo turi intelekto sutrikimą, tačiau daug stengiasi mokytis, lavinasi, skaito knygas. Motina – 52 m., dirbo „gamybos vadove“, tačiau šiuo metu kelis mėnesius nedirba dėl atliktos stuburo operacijos. Tėvas dirba autobuso vairuotoju Kėdainių mieste. Nuo vaikystės pacientas buvo hiperaktyvus, išsiblaškęs, patirdavo pykčio epizodų. Mokykloje teigia patyręs patyčias dėl plaukų spalvos ir dėl to, kad buvo „kitoks“. Turėjo kelis draugus. Mokytis sekėsi vidutiniškai, tačiau susikaupti buvo sunku, dažnai būdavo užmaršus. Nepaisant to, valstybinius egzaminus išlaikė, pavyzdžiui, anglų kalbos egzamino įvertinimas – 99 balai. Buvo įstojęs į Kauno technologijos universitetą, bet pasimokė tik mėnesį – nurodo, kad buvo sunku susikaupti. 2020 m. pradėjo privalomąją karinę tarnybą. Tarnybos metu dažnai patirdavo patyčias ir bausmes dėl išsiblaškymo, pavyzdžiui, pamiršdavo, kur paliko ginklą, kas buvo laikoma dideliu aplaidumu. Dėl to ne kartą buvo taikytos fizinės nuobaudos. Pacientas teigė, kad tarnybos metu patyrė traumą bėgdamas – jautė stiprų spaudimą galvoje, po kurio tapo „šalta, atsijungiau, atrodė, kad galva sprogs“. Buvo tirtas Panevėžio ligoninėje, po įvykio tris savaites gulėjo „medicinos punkte“. Po šios traumos dažnai pasireikšdavo galvos skausmai ir svaigimas. Nepaisant to, karinę tarnybą baigė. Buvo pradėjęs paramediko studijas, mokėsi metus, tačiau studijų nebaigė. Teigia, kad pandemijos metu negalėjo atlikti praktikos, todėl neišlaikė egzamino. Šiuo metu yra neseniai išsiskyręs su mergina, su kuria draugavo dvejus metus. Pasak paciento, draugė jį paliko, nes „jai atsibodo mano ligos“. Jis teigia, kad draugė jį nusmukdė, nes pripratino prie marihuanos.

Ligos anamnezė: priepuoliai, kaip pacientas juos vadina, kartojasi apie metus. Iš pradžių teigia, kad jų metu netenka sąmonės, o aplinkiniai pasakoja, jog „visas kūnas purtos“. Pirmasis priepuolis įvyko maždaug 19 m. kariuomenės pratybų metu. Taip pat siūlo pažiūrėti mamos filmuotus įrašus. Prasidėjus priepuoliams jų dažnis būdavo 10–11 didesnių priepuolių per mėnesį. Priepuoliai gali trukti iki 1 valandos ar ilgiau. Iki hospitalizacijos VUL SK, epizodai kartodavosi kasdien. Nufilmuotoje medžiagoje stebimi priepuoliai, kai pacientas guli šonu ant grindų ar lovoje. Pastebimas ne visai ritmiškas, asinchroniškas didesnio dažnio drebinimas, matomi nepastovūs greiti akių mirksėjimai, dubens kilnojimo judesiai, kartais priepuolių metu atsako į klausimus. Priepuoliai neturi

tipiškos eigos – trūkčiojimai tai sustiprėja, tai liaujasi, trunka ilgai – keliolika minučių, maksimaliai iki valandos. Kai kurie priepuoliai kitokie – jų metu pacientas tiesiog guli, nereaguoja, lėtai judina rankas virš savęs.

Pacientas tirtas „Hilla“ medicinos diagnostikos ir gydymo centre – esą nustatyta epilepsija. EEG tyrimo metu buvo aprašomas epilepsiforminis aktyvumas intermituojančios fotostimuliacijos (IFS) metu, tačiau vaizdų, kur tai užfiksuota nėra. Skirtas prieštraukulinis gydymas. Paciento teigimu, po to priepuoliai tik padažnėjo, o prieš juos jausdavo galvos svaigimą. Pacientas teigia, kad dabar jau išmoko juos suvaldyti – pajutęs artėjančią priepuolį, atsigula ant lovos, giliai kvėpuoja, skaito knygą. Pasakoja, kad yra patyręs panikos atakų, dėl kurių išėjo iš darbo. Pirmą kartą mirguliavo akyse, drebėjo rankos, buvo silpna, manė, kad mirs. Padėjo širdies lašai. Dėl šių simptomų kreipėsi į gydytoją psichiatrą, vartojo escitalopramą ir alprazolamą. Dėl „psichozinės būklės“ gydytas Kaune, psichiatrijos stacionare – „atrodė, kad viskas kyla iš vidaus“. Yra vartojęs haliucinogeninių grybų, amfetamino, haliucinogeninio amfetamino ir marihuanos. Taip pat buvo gydytas Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje (RVPL) po savižalos epizodo, kai pjaustėsi ranką skutimosi peiliuku ir „rijo tabletes“. Buvo diagnozuotas ūmus polimorfinis psichozinis sutrikimas. Greta prieštraukulinio gydymo buvo skirtas gydymas risperidonu, olanzapinu, mirtazapinu ir escitalopramu. Pacientas neigė būklės pagerėjimą.

2024-02-10 buvo tirtas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikose. Stebėti psichogeniniai priepuoliai, EEG priepuolio metu be epilepsiforminio aktyvumo. Įvertinta, kad stebimi tik neepilepsiniai priepuoliai. Toliau psichiatriniam gydymui buvo nukreiptas ambulatoriškai, grįžus namo – vėl pasireiškė serija priepuolių.

Nuo 2024-02-27 iki 2024-03-13 pacientas buvo gydytas VUL SK nervų ligų skyriuje dėl besikartojančių traukulių priepuolių, kurie tęsėsi ir dažnėjo, nepaisant gydymo net trimis prieštraukuliniais preparatais. Atlikta interiktalinė EEG – visiškai normali. Priepuoliai buvo provokuojami IFS – stebėti įsitempimai, virpėjimai, kurių dažnis atitiko IFS, vokų tremoras. Išlieka dalinis suvokimas po priepuolio dezorientacijos. EEG supresijos nenustatyta, raumeniniai fermentai nepadidėjo. Buvo svarstoma dėl galimos psichogeninės priepuolių kilmės. Pacientas teigė, kad apie 5 metus jaučiasi apatiškesnis, vangesnis, apima liūdnumo, emocijų tuštumo būsenos. Sutriko studijų procesas, nepavyko įsitvirtinti darbo rinkoje. Būsenai koreguoti vartojo PAM, daugiausia marihuaną. Po šios medžiagos vartojimo 2023 m. pavasarį ir vasarą atsirado panikos atakos. Išsamiau išklausus, pacientas apibūdina būsenas, kai prieš savo valią sustingsta, negali pajudėti kelias minutes, sustingsta įmantriomis, nepatogiomis pozomis. Kartais neatsimena dalies įvykių. Galvoje mintys jaučiasi tarsi ne savos – kartais atrodo, kad jų nebelieka, lyg kas išima, o vėliau įdeda. Susiaurėjo domėjimosi ratas, tapo sunkiau susitelkti į kryptingą veiklą. VUL SK atlikti tyrimai (2024-02-29): atliekant EEG provokacinį testą buvo stebimas pasikartojantis ritmiškas dešiniųjų galūnių trūkčiojimas, kuris

mažėjo nuraminus pacientą ir keičiant jo padėtį. Ramybės EEG nebuvo nustatyta epilepsiforminio aktyvumo. Hiperventiliacija priepuolių neprovokavo. Teigiamas placebo išprovokavo kūno ir žandikaulio aukšto dažnio virpėjimą, asinchroniškus kojų judesius, sulėtėjo, vangiau atsakė į klausimus, tačiau vykdė prašymus. Atliekant IFS, pirmieji impulsai išprovokavo ritmišką galūnių susitraukinėjimą – rankos buvo sulektos per alkūnes, suspaustos į kumščius. Iš pradžių susitraukinėjimai sutapo su impulso dažniu ir trukme, vėliau tęsėsi ir ilgiau. Po galūnių susitraukinėjimų atsirado galvos lošimas, greitas akių užmerkimas ir atmerkimas. Priepuolio metu pacientas į klausimus neatsakė, gana greitai atsigavo, buvo orientuotas, verksmingas. EEG pokyčių nėra, fono supresijos po priepuolio taip pat nebuvo. Po neigiamo placebo suleidimo, į IFS reakcija šiek tiek švelnesnė, bet provokavosi. Taigi, EEG normali ir kliniškai priepuoliai ne epilepsinės kilmės.

2024–03–05 atlikta EEG išsotinčius iš valproinės rūgšties ir levetiracetamo. Tyrimo metu registruotas beta simetriškas aktyvumas, kairėje frontotemporalinėje srityje stebėti reti, aukštesni panašios morfologijos alfa bangų intarpai bei vienas bifazinis potencialas. Generalizuotų iškrovų nėra, todėl stebimas farmakologinis ritmas, minimalus jaudrumo padidėjimas kairėje frontotemporalinėje srityje.

2024–03–06 atlikta galvos smegenų MRT. Tyrimas atliktas T1, T2, T2 dark fluid, T1 fs, T2 fs, T2 hemo, DWI sekomis. Taikytas intraveninis kontrastavimas. Galvos smegenyse pataloginių židinių signalo pakitimų nematyti. Patologinio kontrastinės medžiagos kaupimo galvos smegenyse ir dangaluose nebuvo. Šoniniai skilveliai nežymiai platesni, simetriški. III skilvelis vidurio linijoje, neprasipletęs. Konveksitaliniai subarachnoidiniai tarpai diferencijuoti, simetriški. Retrobulbariai pataloginių darinių nematyti. Turkiabalnio sritis – be matomos patologijos. Pontocerebeliariniuose kampuose pataloginių darinių nematyti. Prienosiniai ančiai, etmoidinės ir mastoidinės celės oringos. Taigi, galvos smegenyse pataloginių židinių signalo pakitimų nerasta. Taip pat atlikti kraujo tyrimai, krūtinės ląstos rentgenografijos tyrimas ir pilvo ultragarsinis tyrimas, kuriuose nebuvo rasta jokių pakitimų. Likvoro tyrime buvo rasta monomorfinė pleocitozė, IgG indeksas nepadidėjęs. Atliktas ekstensyvus ištyrimas siekiant atmesti uždegiminį (imuninį ar neimuninį procesą), tačiau virusinių sukėlėjų likvoro nerasta. Specifinių infekcijų, žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) serologija neigiama. Neuroboreliozės antikūnų indeksas normalus; patogenų nosiaryklėje ir išmatose nerasta. Imunologiniai tyrimai dėl antikūnų prieš neuronų paviršinius ir branduolio antigenus – nerasta (AIE mozaika serume, AIE mozaika likvoro, paraneoplastinių AK mozaika serume, ANA, ANCA, ATPO, ATG, anti-GAD antikūnai serume – viskas neigiama). Likvoro limfocitų tėkmės citometrija be aberantinių fenotipų. Po neurologinio ištyrimo VUL SK ir gydytojų konsiliumo buvo nuspręsta, kad paciento priepuoliai yra psichogeniniai. Duomenų už aktyvią epilepsiją nėra ir gydymas prieštraukulinais vaistais netikslingas. Įvertinta, kad likvoro yra nedidelė monomorfinė pleocitozė,

tačiau jokie papildomi radiologiniai, elektrofiziologiniai, biocheminiai ar molekuliniai tyrimai neleidžia įtarti infekcinio ar imuninio CNS patologinio proceso. Tokia citozė vertinama kaip atsitiktinis radinys, nekoreliuojantis ir nepaaiškinantis paciento būklės. Hospitalizacijos metu klinikoje dominavo išreikšta neurozinė ir disociacinė simptomatika, įtariamai psichoziniai simptomai, todėl buvo rekomenduojama perkelti pacientą į psichiatrijos stacionarą. Pacientui rekomenduojama atvykti pas gydytoją neurologą įvertinimui po 3–6 mėn. Išrašant pacientą, buvo skiriamas medikamentinis gydymas: Tab. Escitaloprami 20 mg/d, Tab. Mirtazapini 30 mg/d, Tab. Clonazepami 0,5 mg/d, Tab. Diazepami 20 mg/d, Tab. Risperidoni 4 mg/d.

Nuo 2024-03-13 iki 2024-05-10 pacientas buvo hospitalizuotas VmPSC po pervežimo iš VUL SK. 2024-05-03 hospitalizacijos metu buvo įvertinti paciento būklės pokyčiai po skyriuje skirto gydymo: Tab. Escitaloprami iki 20 mg/d – dėl liekančio itin stipraus nerimo gydymas juo keistas į Tab. Paroxetini iki 60 mg/d; Tab. Mirtazapini iki 30 mg/d; Tab. Quetiapini iki 100 mg/d; Tab. Ac. Valproci et Natrii Valproas iki 1000 mg/d; Tab. Lamotrigini iki 150 mg/d; Tab. Metilphenydati iki 36 mg/d., Tab. Diazepami iki 20 mg/d; Tab. Risperidoni iki 2 mg/d (atvyko jį vartodamas, palaipsniui buvo nutraukta) ir po psichologinio konsultavimo. Gydytojų konsiliumo metu buvo pristatyti papildomi anamnestiniai duomenys – paciento ir jo mamos suteikta informacija apie vykstantį teisminį procesą dėl narkotikų platinimo. Apibendrinta, kad traukuliai skyriuje iš esmės – retėjantys, pastaruoju metu pasireiškėdavo kartą ar du per savaitę. Jų metu prasmingas kontaktas negalimas, į aplinką nereaguoja, nėra pasišlapinimo, liežuvis susikandimo, putų iš burnos. Priepuoliai trunka 2–3 minutes. Kartais priepuolį pacientas pats nujaučia, pasisako slaugytojai ar kitiems pacientams, kartais – tiesiog griūna ant žemės ir ima trūkčioti. Vieno priepuolio metu susimušę nugarą, kartą sulaužė akinius. Pakalbinus pacientą aptarimo metu – pokalbiui atėjo nedrąsiu žvilgsniu, sudarė išsigandusio, nežymiai drebančio įspūdį, žvilgsnis – tiriantis. Pokalbio metu į klausimus atsakė drebančiu balsu; bandė atsakyti išsamiai, patikslindamas pateiktą atsakymą. Apibūdindamas savo skundus, savijautą, akcentavo, kad aplinka lyg juda pro jį, o jis stovi vietoje. Jautėsi nesavas, netikras, aplinka atrodė dirbtinė. Suvokimo sutrikimų neišsiaiškinama. Nuotaika gydymo metu išliko bloga, tačiau ir pats pacientas pripažino, kad jį aplanko nežinia dėl ateities, gąsdina perspektyva, kad gali būti skriaudžiamas teisėsaugos pareigūnų – pamini, kad sulaikymo areštinėje metu buvo pareigūnų kviečiamas ir verčiamas prisipažinti, pareigūnams daužant su pagalve į kepenų sritį. Paklaustas, ar skiriamas metilfenidatas padeda geriau sutelkti dėmesį, linktelėjo galvą ir pakomentavo, kad jaučiasi geriau, gali daugiau pasakyti, lengviau dalyvauti pokalbyje: „dabar jau galiu sekti, ką kalba pašnekovai, pilnai pokalbyje dalyvauti galiu“. Suicidinės mintis ir ketinimus neigė. Dėl išliekamų derealizacijos ir depersonalizacijos reiškinių buvo rekomenduojama didinti lamotrigino dozę iki 100 mg/d. ir pritariama nustatytoms diagnozėms: F32.20 Sunkios depresijos

epizodas be psichozės simptomų, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu, F44.5 Disociaciniai traukuliai, F90.0 Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas.

Nuo 2024–03–22 iki 2024–05–09 pacientas 12 kartų dalyvavo individualiose konsultacijose su psichologu ir 7 kartus – grupinėje psichoterapijoje (**1 priedas**). Taip pat atliktas diagnostinis įvertinimas naudojant suaugusiųjų aktyvumo ir dėmesio sutrikimo nustatymui DIVA–5 klausimyną (angl. *Diagnostic Interview for ADHD in adults*) (**2 priedas**). Remiantis klausimyno išvadomis, pacientui nustatytas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas su mišriais simptomais. Išrašymo metu: paciento būklė pagerėjusi, stabili. Adekvačiai išreiškė jaučiamą nerimą, dėl artėjančio pervežimo į teismo stacionarinės ekspertizės skyrių Utenoje bei įtampos dėl būsimo teisinio proceso dėl disponavimo narkotinėmis medžiagomis. Objektyviai dinamikoje, lyginant su būkle atvykus – psichomotorinis tempas buvo greitesnis, pacientas sudarė žvalesnio įspūdį. Vis dėlto pacientas išliko dar psichomotoriškai lėtesnio nei vidutinis tempo. Suvokimo sutrikimų nenustatyta. Nuotaikos fonas išliko pažemėjęs situaciškai, mąstymas fiksuotas artėjančiame teismo procese, galimoje bausmėje. Kalbėjo apie išliekantį vidutinio intensyvumo nerimą, tačiau objektyviai jo išraiškos nestebėta. Impulsų kontrolė gera. Suicidines mintis ir ketinimus neigė. Rekomendacijos tolimesniam gydymui buvo tęsti medikamentinį gydymą: Tab. Paroxetini 60 mg/d, Tab. Ac. Valproci et Natrii Valproas 1000 mg/d, Tab. Mirtazapini 30 mg, Tab. Lamotrigini 150 mg/d, Tab. Quetiapini 100 mg/d, Tab. Metilphenydati 36 mg/d, esant reikalui koreguoti gydymą su gydytoju psichiatru. Taip pat rekomenduojama individuali psichoterapija ir psichiatro konsultacijos kartą per mėnesį.

Nuo 2024–10–24 iki 2024–11–19 pacientas pakartotinai hospitalizuojamas į VmPSC. Atvyko su siuntimu iš Kėdainių pirminės sveikatos priežiūros centro stacionariniam gydymui ir gydymo korekcijos dėl mėnesį laiko blogėjančios būklės. Pacientas skundėsi sustiprėjusiu nerimu, įtampa, svyruojančia nuotaika, pasikartojančiais traukulių priepuoliais (paskutinis 2024–10–20), „sunku mąstyti blaiviai“, užaina pyktis, nėra energijos, kartojasi „aptemimas akyse, galvoju, kad bus priepuolis, bet praeina“. Pacientas vartojo Tab. Paroxetini 60 mg/d, Tab. Ac. Valproci et Natrii Valproas 1000 mg/d, Tab. Mirtazapini 30 mg/d, Tab. Lamotrigini 150 mg/d, Tab. Quetiapini 100 mg/d, Tab. Metilphenydati 36 mg/d. Paciento savijauta po paskutinės hospitalizacijos buvo bendrai pagerėjusi, suretėję ir praėję traukulių priepuoliai, buvo žvalesnis, ramesnis, geresnės nuotaikos, pavyko studijuoti, susikaupti. Teigė, kad konsultavosi su gydytoju neurologu, kuris rekomendavo nutraukti valproinę rūgštį ir lamotriginą – šių vaistų nevartojo apie mėnesį laiko. Taip pat nutraukė kvetiapiną, nes jautė stiprų nerimą visame kūne. Nutraukęs šiuos vaistus teigė, kad jautėsi gerai. Testas visoms PAM – neigiamas.

Šiuo metu pacientas gyvena su tėvais Kėdainiuose, mokosi informacinių technologijų mokykloje Kaune. Važinėja iš Kėdainių į paskaitas, tačiau dažniausiai jos vyksta nuotoliniu būdu. Po paskutinės hospitalizacijos traukulių sumažėjo, tačiau vienas priepuolis buvo stipresnis – po jo pacientas buvo

gydytas reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuje. Vaistus po hospitalizacijos vartojo. Pripažįsta, kad daug įtampos sukelia teismo procesas. Paskirtą teismo posėdžio dieną būklė pablogėjo – jautė, kad gali įvykti priepuolis, todėl posėdis buvo atšauktas ir nukeltas į gruodžio mėnesį. Pacientas nežino, koks gali būti priimtas sprendimas. Jo teigimu yra daug galimų variantų – gali būti apribota laisvė, gali prireikti atlikti bausmę įkalinimo įstaigoje ir daug kitų variantų. Pokalbio metu pacientas iš pradžių į klausimus apie teismą atsakinėjo trumpai, stengėsi pakeisti temą, tačiau pakartojus klausimus – atsakė. 2024–10–20 įvyko traukulių priepuolis, kurio nepamena, tačiau pasitempė kaklą. Taip pat pasakoja apie pasireiškiančius pykčio priepuolius, nuotaikos svyravimus ir energijos trūkumą. Šiuo metu stebimas depresijos sindromas, pasireiškiantis netipiniais simptomais, vyraujant svyruojančiais nuotaikais, padidėjusiam nerimo lygiui, sutrikusiam miegui, sumažėjusiai motyvacijai, sutrikusiai dėmesio koncentracijai. Visa tai fiksuojama asmenybės ypatumų fone su pasikartojančiais DT bei gydomu aktyvumo ir dėmesio sutrikimu.

Hospitalizacijos metu, 2024–11–03, stebėtas priepuolis, kurio metu pacientas buvo įsitempęs, tačiau putų iš burnos nebuvo, nepasišlapino. Truko 10 min. Paciento teigimu tą dieną susipyko su kitu pacientu, todėl jautė įtampą. Vėliau, apie pietus, įsitempęs sukniubo ant žemės. Slaugos personalo duomenimis, priepuolis išoriškai priminė EP. Po priepuolio pacientas ilgą laiką buvo įsitempęs, negalėjo kalbėti. Įtampai šalinti papildomai skirta sol. Diazepami 0,5 proc. 4 ml ir Tab. Clonazepami 2 mg vienkartinai. Po dviejų dienų per sporto užsiėmimą pacientui vėl įvyko DT priepuolis. Pacientas sukniubo, išoriškai epizodas taip pat priminė EP, po kelių minučių atsigavo. Paciento teigimu užsiėmimo metu labai stengėsi, galbūt „persitempė“. Po šių priepuolių kitomis dienomis jautėsi gerai. Stebėtas pakilus afektas, personalo duomenimis daug juokėsi, dainavo. Teigė, kad „labiausiai nerimauju dėl artėjančio teismo, tai man provokuoja priepuolius“. Dar vienas priepuolis įvyko 2024–11–12. Dienos metu pabendravo su motina, po pokalbio jautė įtampą. Eidamas valgyti pasijuto silpnai, nusprendė grįžti į palatą, tačiau sukniubo koridoriuje. Stebėtas stiprus rankų drebulys. Po priepuolio pacientas buvo sustingęs, vėliau atsigavo, tačiau negalėjo kalbėti. Davus popieriaus lapą, užrašė: „noriu pavalgyti, negaliu prakalbėti, baisu“. Vienkartinai skirta sol. Diazepami 0,5 proc. 4 ml. ir koreguojamas gydymas: Tab. Karbamazepini 400 mg skyrimas didinamas iki 600 mg. Nuo 2024–10–09 iki 2024–11–18 įvertintas psichologo, skirtas individualus psichologinis konsultavimas 4 kartus (**3 priedas**). Antrosios hospitalizacijos metu buvo taikytas medikamentinis gydymas: Tab. Mirtazapini 30 mg/d, Tab. Paroxetini 60 mg/d, Tab. Metilphenydati 36 mg/d, Tab. Omeprazoli 40 mg/d, tab. Karbamazepini iki 600 mg/d, Sol. Diazepami iki 40 mg/p esant priepuoliams, Tab. Klonazepami 2 mg vienkartinai. Taip pat taikytos ir psichoterapinės priemonės: individualus psichologinis konsultavimas, užimtumo terapija, ergoterapija, kineziterapija, individuali psichokorekcija ir psichoedukacija. Atliktas įvertinimas pagal Morse (angl. *Morse Falls Scale*) griuvimų skalę (**4 lentelė**), įvertintas 70 balų – didelė griuvimų rizika (vertinimas: 0–24 balai

– nėra griuvimo rizikos; 25–44 balai – vidutinė griuvimo rizika; 45 ir daugiau balų – didelė griuvimo rizika).

4 lentelė. Morse griuvimų skalė

Parametras	Vertinimas	Įvertis balais
Buvę griuvimai	Ne	0
	Taip	25
Gretutinė patologija	Ne	0
	Taip	15
Pagalba vaikščiojant	Nereikalinga, gulintis lovoje, neįgaliojo vežimėlyje, padeda slaugytoja	0
	Ramentai, lazdelė, vaikštytė.	15
	Baldai	30
Intraveninė terapija	Ne	0
	Taip	20
Eisena / judėjimas	Normali, gulintis lovoje, neįgaliojo vežimėlyje	0
	Silpnas	10
	Sutrikęs	20
Protinė būklė	Orientuotas savo gebėjimuose	0
	Pervertina gebėjimus, pamiršta apribojimus	15

Hospitalizacijos pradžioje stebėtas sunkios depresijos epizodas su suprastėjusia nuotaika, nerimu, įtampa, miego sutrikimais, sumažėjusia motyvacija, sutrikusia dėmesio koncentracija ir kartu su besikartojančiais DT bei aktyvumo ir dėmesio sutrikimu. Artėjant numatytam teismo posėdžiui (2024–11–15) ir po jo atidėjimo, skyriuje pamažu ėmė kartotis DT priepuoliai. Priepuolių metu pacientas susmukdavo ant žemės, sutrikdavo sąmonė, stebėti traukuliai ir rankų tremoras. Traukulių metu nebūdavo pasišlapinimo ar liežuvio susikandimo. Po priepuolių nemiegodavo, užsiimdavo veiklomis. Protarpiais skyriuje stebėtas epizodinis emocijų labilumas, dirglumas, taip pat demonstratyvumas ir flirtavimas su praktika atliekančiomis studentėmis, kas vertinama kaip histrioninių asmenybės bruožų išraiška. Gydomo metu stebėtas būklės pagerėjimas: tapo lengviau laikytis dienos režimo, pradėjo gerai miegoti, padidėjo motyvacija, pagerėjo nuotaika, priepuoliai vėl

ėmė retėti, emocijos stabilizavosi, nuslūgo nerimas ir įtampa. Šiek tiek pagerėjo dėmesio koncentracija. Elgesys ramus, adekvatus. Naujų nusiskundimų dėl bendros savijautos pacientas neišsakė. Nuotaika vidutiniška. Emocijos stabilios. Suvokimo sutrikimus neigė, haliucinacinio elgesio nestebėta. Suicidines mintis ir ketinimus neigė. Somatoneurologinė būklė stabili. Gydyimą toleravo gerai, nepageidaujamų šalutinių poveikių nestebėta. Pagerėjus paciento būklei, įvykdžius tyrimų ir gydymo planą bei nesant būtinios ar priverstinės pagalbos indikacijų buvo išrašytas į namus tėvo palydoje. Tolimesnio gydymo rekomendacijos buvo tęsti skirtą medikamentinį gydymą: Tab. Mirtazapini 30 mg/d, Tab. Paroxetini 60 mg/d, Tab. Metilphenydati 36 mg/d, Tab. Karbamazepini 600 mg/d; įvykus traukulių priepuoliui švirkšti į raumenis diazepamo 10 mg; pacientui įteikta ir paaiškinta vaistų vartojimo atmintinė ir išduota pažyma Kauno apygardos teismui dėl gydymosi laikotarpio ir neatvykimo į teismą. Pacientui toliau rekomenduojamas tęstinis psichoterapinis gydymas, esant būklės pablogėjimui – kreiptis į psichiatrą.

2.2. Atvejo aptarimas

DT epizodai, dažnai klaidingai diagnozuojami kaip epilepsija, todėl pacientams gali būti taikomos nereikalingos procedūros ar gydymo metodai. Pastaruoju metu vis dažniau aprašomas DT kilmės biopsichosocialinis modelis, kuris apima genetinius veiksnius, aplinkos poveikį, asmenybės bruožus ir ankstyvos vaikystės patirtis. Šiuo atveju pacientas jau nuo vaikystės patyrė įvairius psichosocialinius sunkumus, kurie galėjo paveikti dabartinę jo būseną. Jau ankstyvoje vaikystėje pastebėtas hiperaktyvumas, išsiblaškymas, pykčio epizodai. Mokykloje patyrė patyčias dėl išvaizdos ir elgesio, sunkiai susikaupdavo. Paauglystėje ir sulaukus pilnametystės susidūrė su sunkiomis emocijomis ir psichologinėmis traumomis, dėl kurių buvo sunku pritapti akademinėje ir profesinėje srityje. Didelį psichologinį poveikį turėjo patirtys kariuomenėje – patyčios ir fizinės bausmės. Po šių įvykių dažnėjo galvos skausmai, svaigimas, o vėliau atsirado ir pasikartojantys DT, kurie priminė EP, tačiau po neurologinio ištyrimo ši diagnozė buvo atmesta. Sunkumai sustiprėjo po išsiskyrimo su mergina, su kuria draugavo dvejus metus – pacientas jautėsi atstumtas, kaltino save dėl santykių žlugimo. Paciento teigimu, mergina supažindino jį su marihuanos vartojimu, o ilgainiui jis eksperimentavo ir su kitomis PAM, įskaitant haliucinogeninius grybus ir amfetaminą. Po ilgalaikio PAM vartojimo atsirado panikos priepuoliai. Pacientas dėl savo būklės buvo priverstas išeiti iš darbo. Be fizinių simptomų pacientas išgyveno ir depersonalizacijos ir derealizacijos būsenas, jautėsi tarsi atsiskyręs nuo realybės, aplinka jam atrodė dirbtinė. Taip pat paciento ligos istorijoje aprašyta psichozinė būseną, tačiau negalima atmesti PAM intoksikacijos – buvo gydomas skirtingose psichiatrinėse ligoninėse dėl savižalos ir suicidinių minčių. Vėliau situaciją komplikavo teisiniai procesai dėl narkotinių medžiagų disponavimo, kurie kėlė didelį nerimą ir galėjo provokuoti DT epizodus.

Pacientas gydymo laikotarpiu nuo 2023 m. buvo hospitalizuotas skirtingose ligoninėse psichiatrijos ir neurologijos skyriuose. Nuo 2024-02-27 iki 2024-03-13 pacientas buvo hospitalizuotas VUL SK nervų ligų skyriuje dėl neurologinio ištyrimo priepuolių kilmei nustatyti. Pacientui atliktas išsamus neurologinis ir laboratorinis ištyrimas, tačiau objektyvių struktūrinių ar elektrofiziologinių pakitimų, patvirtinančių epilepsiją, nerasta. Vėliau du kartus (nuo 2024-03-13 iki 2024-05-10 ir nuo 2024-10-24 iki 2024-11-19) gydytas VmPSC dėl DT priepuolių diagnozės ir gretutinių psichikos sutrikimų. VmPSC nustatyta pagrindinė diagnozė: F44.5 Disociaciniai traukuliai, kadangi pacientui buvo stebimi neepilepsinės kilmės priepuoliai, stipriai susiję su emociniu stresu, nerimo didėjimu bei artėjančiais teisiniais procesais. Pacientas pripažino, kad priepuoliai atsiranda intensyvios įtampos laikotarpiais, prieš svarbius įvykius ar konfliktines situacijas. Gretutinės diagnozės, nustatytos gydymo eigoje: F32.20 Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu ir F90.0 Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas. Šie sutrikimai tarpusavyje susiję, kadangi stiprus emocinis nestabilumas ir nerimo būseną paveikė paciento elgesį, koncentraciją ir gebėjimą adaptuotis akademinėje bei socialinėje aplinkoje. Tiek DT, tiek depresija, tiek dėmesio sutrikimo sindromas turėjo abipusį poveikį paciento būklei – nerimo ir emocinio disbalanso laikotarpiu traukulių dažnis didėjo, o dėmesio sutrikimas ir impulsų kontrolės problemos apsunkino adaptaciją kasdienėse veiklose. Gydymo metu prioritetas buvo skirtas DT gydymui, jų kontrolės ir dažnio mažinimui, nes būtent šie epizodai buvo pagrindinė priežastis paciento hospitalizacijoms ir psichosocialiniams sunkumams. Pacientui taikytas kompleksinis gydymas, įskaitant medikamentinį gydymą ir psichoterapinės intervencijos, kurios yra svarbiausios šiame gydymo procese. Psichologinės pagalbos metu pacientas dalyvavo individualiose konsultacijose su psichologu, grupinėse psichoterapijos sesijose, kuriose buvo taikomos relaksacijos ir streso valdymo technikos. Didelį poveikį paciento emocinei būklei ir priepuoliams turėjo teisiniai procesai dėl narkotinių medžiagų disponavimo. Pacientas išreiškė didelį nerimą dėl artėjančio teismo sprendimo, kartais išreikšdamas įtarimus dėl galimos teisėsaugos korupcijos ar neteisingo įvertinimo jo byloje. Pastebėta, kad traukulių epizodai dažnėjo artėjant svarbioms teismo datoms, o po jų paciento emocinė būseną pagerėdavo. Priepuoliai dažniausiai pasireikšdavo antroje dienos pusėje ir dažnai sutapdavo su motinos apsilankymais ar kontaktu telefonu. Pavyzdžiui, vieno epizodo metu priepuolis ištiko netrukus po to, kai motina paskambinusi pareikalavo finansinės paramos advokatui – po kelių minučių pacientas prarado gebėjimą kalbėti ir į klausimus reagavo tik raštu. Šis pasikartojantis priepuolių pobūdis rodo galimą emocinį ryšį tarp simptomų pasireiškimų ir tarpasmeninių stresorių. Psichoterapijos metu išryškėjo histrioniniai asmenybės bruožai – pacientas demonstravo flirtavimą su praktika atliekančiomis studentėmis, siekė dėmesio, akcentavo savo būsenos sunkumą, tačiau tuo pačiu metu siekė emocinio ryšio su gydytojais

ir kitu medicininiu personalu. Šie aspektai buvo vertinami kaip galimi psichologiniai gynybos mechanizmai, kuriais pacientas bandė išlaikyti kontrolės jausmą bei reguliuoti savo emocinę būseną.

Nors gydymo metu buvo pastebėti teigiami pokyčiai – sumažėjo priepuolių dažnis, stabilizavosi paciento emocinė būsena, pagerėjo miego kokybė, dėmesio koncentracija – visgi lieka reikšmingų rizikos veiksnių, galinčių daryti neigiamą įtaką ligos prognozei. Pacientui išlieka didelis emocinis nestabilumas, stiprus socialinis nerimas, jautrumas išoriniam stresui, o pagrindinė problema – nepakankamai išvystytos emocijų reguliavimo ir streso įveikos strategijos. Atsižvelgiant į gydymo rezultatus ir paciento sudėtingą psichosocialinę situaciją, rekomenduojama: tęsti medikamentinį gydymą, esant poreikiui koreguojant vaistų dozes; aktyviai tęsti individualią psichoterapiją, orientuotą į emocijų reguliavimo įgūdžių stiprinimą, streso valdymą, savivertės didinimą; stebėti paciento emocinės būklės svyravimus, ypač teismo procesų metu, nes dėl didelio nerimo lygio išlieka minčių apie savižudybę rizika; skatinti paciento savarankiškumo ugdymą, mažinant priklausomybę nuo šeimos narių ir emocinės paramos iš gydytojų; užtikrinti ilgalaikę psichosocialinę priežiūrą, įtraukiant specialistus, galinčius padėti pacientui geriau adaptuotis akademinėje ir profesinėje srityje.

Šiuo metu pacientui būtinas tęstinis psichoterapinis gydymas, ilgalaikė emocinė parama ir struktūrizuota psichosocialinė pagalba, kadangi jo būklė yra kompleksiška ir veikiama daugelio socialinių, emocinių ir psichologinių veiksnių.

IŠVADOS

1. Disociaciniai traukuliai yra dažnai klaidingai diagnozuojami kaip epilepsija, todėl tinkama diagnostika, įskaitant elektroencefalografijos tyrimą priepuolių metu, yra būtina siekiant išvengti nereikalingo prieštraukulinio vaistų skyrimo ir netikslingo gydymo.
2. Kognityvinė elgesio terapija yra veiksmingiausia disociacinių traukulių terapinė gydymo forma, tačiau gydymo efektyvumui svarbus paciento įsitraukimas ir motyvacija. Pacientams, kurie aktyviai dalyvauja terapijoje, stebimas ženklus priepuolių dažnio sumažėjimas ir gyvenimo kokybės pagerėjimas. Disociacinių traukulių diagnozė ir tinkamas paaiškinimas pacientui gali pagerinti prognozę, tačiau vien edukacija nėra pakankama – būtinas multidisciplininis požiūris, apimantis neurologų, psichiatrų ir psichoterapeutų bendradarbiavimą.
3. Pacientams, sergantiems disociaciniais traukuliais, dažnai pasireiškia gretutiniai psichikos sutrikimai, tokie kaip depresija, nerimo ar potrauminio streso sutrikimai. Kompleksinis šių sutrikimų gydymas yra būtinas siekiant geresnių ilgalaikių rezultatų.
4. Ilgalaikė prognozė priklauso nuo įvairių veiksnių, įskaitant paciento amžių ligos pradžioje, socialinę paramą, gydymo prieinamumą ir motyvaciją dalyvauti terapijoje. Prastesni gydymo rezultatai stebimi pacientams, kurie nepriima diagnozės ar turi sunkesnius gretutinius psichikos sutrikimus. Ankstyva disociacinių traukulių diagnostika ir individualizuotas gydymas gali sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas bei pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, todėl svarbu toliau vystyti mokslinius tyrimus, gerinti diagnostikos metodus ir ieškoti naujų terapinių intervencijų.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [Internet]. Available from: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrius.html>
2. Kim A. Management of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *AJP Residents' Journal*. 2018;13(5):2–4.
3. Popkirov S, Asadi-Pooya AA, Duncan R, Gigineishvili D, Hingray C, Miguel Kanner A, et al. The aetiology of psychogenic non-epileptic seizures: risk factors and comorbidities. *Epileptic Disorders*. 2019;21(6):529–47.
4. Goleva SB, Lake AM, Torstenson ES, Haas KF, Davis LK. Epidemiology of Functional Seizures Among Adults Treated at a University Hospital. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12):e2027920.
5. Beimer NJ, LaFrance WC Jr. Evaluation and Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Neurologic Clinics*. 2022;40(4):799–820.
6. Goldstein LH, Robinson EJ, Mellers JDC, Stone J, Carson A, Reuber M, et al. Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):491–505.
7. Ertan D, Aybek S, W Curt LaFrance J, Kanemoto K, Tarrada A, Maillard L, et al. Functional (psychogenic non-epileptic/dissociative) seizures: why and how? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2022;93(2):144–57.
8. Huff JS, Lui F, Murr NI. Psychogenic Nonepileptic Seizures. 2024. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
9. Tilahun BBS, Bautista JF. Psychogenic nonepileptic seizure: An empathetic, practical approach. *CCJM*. 2022;89(5):252–9.
10. Hassan J, Taib S, Yrondi A. Structural and functional changes associated with functional/dissociative seizures: A review of the literature. *Epilepsy & Behavior*. 2024;152:109654.
11. Perez DL, LaFrance WC Jr. Nonepileptic seizures: an updated review. *CNS Spectr*. 2016;21(3):239–46.
12. Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*. 2015;46:60–5.
13. Vijay, Mithilaa; Reuber, Markusab. An update on psychogenic nonepileptic seizures. *Current Opinion in Neurology* 2024; 37(2):p 121-126.
14. Dickson J.M., Dudhill H., Shewan J., Mason S., Grunewald R.A., Reuber M., Cross-sectional study of the hospital management of adult patients with a suspected seizure (EPIC2). *BMJ Open*, 7 (7): 2017; e015696.
15. Asadi-Pooya A.A., Sperling M.R., Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*, 46, 2015; 60–5.
16. Marcolini E, Tolchin B. Functional Seizures. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2021;39(1):123–32.
17. Beimer NJ, LaFrance WC Jr. Evaluation and Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Neurol Clin*. 2022;40(4):799–820.
18. Leibeseder, A., Eisermann, M., LaFrance, W.C., Jr, Nobili, L. and von Oertzen, T.J. (2020), How to distinguish seizures from non-epileptic manifestations. *Epileptic Disorders*, 22: 716–38.
19. Lopez MR, LaFrance WC. Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2022;22(8):467–74.

20. Tolchin B, Altalib H. Addressing psychogenic nonepileptic seizures: clinical challenges. *Psychiatr Times*. 2019;36(7).
21. Asadi-Pooya AA, Emami M. Juvenile and adult-onset psychogenic non-epileptic seizures. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2013;115(9):1697–700.
22. Duncan R, Oto M, Martin E, Pelosi A. Late onset psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology*. 2006;66(11):1644–7.
23. An D mei, Wu X tong, Yan B, Mu J, Zhou D. Clinical features of psychogenic nonepileptic seizures: A study of 64 cases in southwest China. *Epilepsy & Behavior*. 2010;17(3):408–11.
24. Rosenbaum M. Psychogenic seizures--why women? *Psychosomatics*. 2000;41(2):147–9.
25. Kletenik I, Sillau SH, Isfahani SA, LaFaver K, Hallett M, Berman BD. Gender as a Risk Factor for Functional Movement Disorders: The Role of Sexual Abuse. *Movement Disorders Clinical Practice*. 2020;7(2):177–81.
26. Hopp JL. Nonepileptic Episodic Events. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2019;25(2):492.
27. Balachandran N, Goodman AM, Allendorfer JB, Martin AN, Tocco K, Vogel V, et al. Relationship between neural responses to stress and mental health symptoms in psychogenic nonepileptic seizures after traumatic brain injury. *Epilepsia*. 2021;62(1):107–19.
28. Szaflarski JP, LaFrance WC. Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES) as a Network Disorder - Evidence From Neuroimaging of Functional (Psychogenic) Neurological Disorders. *Epilepsy Curr*. 2018;18(4):211–6.
29. Goldstein LH, Robinson EJ, Reuber M, Chalder T, Callaghan H, Eastwood C, et al. Characteristics of 698 patients with dissociative seizures: A UK multicenter study. *Epilepsia*. 2019;60(11):2182-93.
30. Gavvala J.R., and Schuele S.U.: New-onset seizure in adults and adolescents: a review. *JAMA* 2016; 316:2657-68
31. Lempert T., and Schmidt D.: Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients. *J Neurol* 1990; 237:35-38
32. Lee R.W., and Worrell G.A.: Dorsolateral frontal lobe epilepsy. *J Clin Neurophysiol* 2012; 29:379-84
33. LaFrance W.C., Baker G.A., Duncan R., et al: Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach: a report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia* 2013; 54:2005-18
34. Husain AM, Towne AR, Chen DK, Whitmire LE, Voyles SR, Cardenas DP. Differentiation of epileptic and psychogenic nonepileptic seizures using single-channel surface electromyography. *J Clin Neurophysiol*. 2021;38(5):432-8.
35. LaFaver K., LaFrance W.C., Price M.E., et al: Treatment of functional neurological disorder: current state, future directions, and a research agenda. *CNS Spectrums* 2021; 26:607-13
36. Benbadis S.R., and Agrawal V.: How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology* 2001; 57:915-17
37. Shneker BF, Elliott JO. Primary care and emergency physician attitudes and beliefs related to patients with psychogenic nonepileptic spells. *Epilepsy Behav* 2008;13(1):243–7.
38. Karterud HN, Knizek BL, Nakken KO. Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: patients' experiences and understanding of their new diagnosis. *Seizure* 2010; 19(1):40–6.
39. Oto M, Espie CA, Duncan R. An exploratory randomized controlled trial of immediate versus delayed withdrawal of antiepileptic drugs in patients with psychogenic nonepileptic attacks (PNEAs). *Epilepsia* 2010; 51(10):1994–9.

40. LaFrance WC Jr, Rusch MD, Machan JT. What is "treatment as usual" for nonepileptic seizures? *Epilepsy Behav.* 2008;12(3):388-94.
41. Kanner AM. Psychogenic non-epileptic seizures 2020: The enhanced role of the neurologist. *Epilepsy Curr.* 2020;20(6_suppl):35S-37S.
42. LaFrance WC Jr, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, Reuber M. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach. *Epilepsia.* 2013;54(11):2005-18.
43. Reuber M, Mitchell AJ, Howlett S, Elger CE. Measuring outcome in psychogenic nonepileptic seizures: how relevant is seizure remission? *Epilepsia.* 2005;46(10):1788-95.
44. Reiter J, Andrews D, Reiter C, LaFrance Jr WC. *Taking Control of Your Seizures: Workbook.* Oxford University Press; New York: 2015
45. LaFrance WC Jr, Keitner GI, Papandonatos GD, Blum AS, Machan JT, Ryan CE, Miller IW. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology.* 2010;75(13):1166-73.
46. LaFrance WC Jr, Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Webb AF, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(9):997-1005.
47. Weaver DF. "Organic" pseudoseizures as an unrecognized side-effect of anticonvulsant therapy. *Seizure.* 2004;13(7):467-9.
48. Myers L, Vaidya-Mathur U, Lancman M. Prolonged exposure therapy for the treatment of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Epilepsy Behav.* 2017;66:86-92.
49. LaFrance WC Jr, Ho WLN, Bhatla A, Baird GL, Altalib HH, Godleski L. Treatment of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) using video telehealth. *Epilepsia.* 2020;61(11):2572-82.
50. LaFrance WC Jr, Ho WLN, Bhatla A, Baird G, Altalib HH, Godleski L. Examination of potential differences in reporting of sensitive psychosocial measures via diagnostic evaluation using computer video telehealth. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2020;32(3):294-301.
51. Ziegler FJ, Imboden JB, Meyer E. Contemporary conversion reactions: a clinical study. *Am J Psychiatry.* 1960;116:901-10.
52. Nightscales R, McCartney L, Auvrez C, Tao G, Barnard S, Malpas CB, et al. Mortality in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology.* 2020;95(6):643-52.
53. Reuber M, Pukrop R, Bauer J, Helmstaedter C, Tessendorf N, Elger CE. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol.* 2003;53(3):305-11.
54. Razvi S, Mulhern S, Duncan R. Newly diagnosed psychogenic nonepileptic seizures: health care demand prior to and following diagnosis at a first seizure clinic. *Epilepsy Behav.* 2012;23(1):7-9.
55. Ahmedani BK, Osborne J, Nerenz DR, Haque S, Pietrantonio L, Mahone D, et al. Diagnosis, costs, and utilization for psychogenic non-epileptic seizures in a US health care setting. *Psychosomatics.* 2013;54(1):28-34.
56. Seneviratne U, Low ZM, Low ZX, Hehir A, Paramaswaran S, Foong M, et al. Medical health care utilization cost of patients presenting with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 2019;60(3):349-57.
57. Kaplan R.M.: Health psychology: where are we and where do we go from here?. *Mens Sana Monogr* 2009; 7: 3-9.
58. Comprehensive Epilepsy Program. Department of Neurology, Michigan Medicine. Available at: <https://medicine.umich.edu/dept/neurology/clinical-programs/comprehensive-epilepsy-program>

59. LaFaver K.Maurer C.W.Perez D.L. et. al. Functional movement disorders: an interdisciplinary case-based approach. 2022.Springer NatureSwitzerland:267-90.
60. Gavvala J.R., and Schuele S.U.: New-onset seizure in adults and adolescents: a review. JAMA 2016; 316: 2657-68
61. LaFrance W.C., and Wincze J.P. Treating nonepileptic seizures: therapist Guide. Treatments that work. New York, NY: Oxford University Press, 2015.
62. Chen D.K., Maheshwari A., Franks R., et al: Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: a neurologist-initiated program in an epilepsy center. Epilepsia 2014; 55:156-66
63. Jung Y., Chen D.K., Bullock K.D., et al: Chapter 33. Training in treatment of psychogenic nonepileptic seizures. In (eds): Gates and Rowan's nonepileptic seizures. Lafrance WC Jr and schachter SC. New York: Cambridge University Press, 2018: 344-57.
64. Libbon R., Gadbar J., Watson M., et al: The feasibility of a multidisciplinary group therapy clinic for the treatment of nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2019; 98:117-23
65. Fenton L., Rothberg B., Strom L., et al: Chapter 19. Integrative care model for neurology and psychiatry: non-epileptic seizures project. In Connelly J.V., Feinstein M.S., (eds): Integrating behavioral health and primary care: pathways for integrated care. Feinstein RE. New York: Oxford University Press, 2017. 351-66
66. Wiseman H., Mousa S., Howlett S., et al: A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health professionals with limited experience in psychological treatment. Epilepsy Behav 2016; 63: 50-6.
67. Goldstein L.H., Robinson E.J., Mellers J.D.C., et al: Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2020; 7: 491-505
68. Avalos J.C., Silva B.A., Tev s Echazu M.F., et al: Quality of life in patients with epilepsy or psychogenic nonepileptic seizures and the contribution of psychiatric comorbidities. Epilepsy Behav 2020.

PRIEDAI

1 priedas. Psichologo ištirimas (Nuo 2024-03-22 iki 2024-05-09)

Konsultacijų tikslas: emocinis palaikymas, konsultavimas dėl tarpasmeninių santykių, konsultavimas dėl krizinės situacijos ar įvykio.		
Kontakto ypatumai: Užsiėmimų metu pacientas kontaktui prieinamas, leidžiasi gana noriai. Asmens judesiai sulėtinti, lyg suvaržyti, stebimas bendras psichikos ir kūno sustingimas. Asmens bendravimas lėtas, neskubotas. Palaikomas kiek ilgesnis nei įprastas akių kontaktas. Išsako nusiskundimus, daugiausia dėmesio skiriama traukuliams, depresinei simptomatikai, vėliau – disociacijos reiškiniams. Į konsultavimo procesą įsitraukęs, eigoje motyvacija krenta lygiagrečiai su būklės pablogėjimu, tačiau vis tiek dalyvauja, ateina pats. Grupiniuose užsiėmimuose dalyvauja įvairiai – pradžioje užimama daugiau stebėtojo pozicija, eigoje bando aktyviau įsitraukti pats, pabaigoje pastebimi disociaciniai momentai, reikia asmenį sugrąžinti į čia ir dabar. Kartą atsisako dalyvauti, atsisako motyvuodamas nuovargiu. Išdrįsta dalintis savo patirtimis, emocinė reakcija į kitų pacientų pasakojimus protarpinė, daugiau dėmesio sutelkia į save. Dalyvavimas grupėje įvairus: pradžioje užimama daugiau stebėtojo pozicija, eigoje bando aktyviau įsitraukti pats, pabaigoje pastebimi disociaciniai momentai, reikia asmenį sugrąžinti į čia ir dabar. Kartą atsisako dalyvauti – atsisako motyvuodamas nuovargiu. Išdrįsta dalintis savo patirtimis, emocinė reakcija į kitų pacientų pasakojimus protarpinė, daugiau dėmesio sutelkia į save.		
Psichoterapinis procesas / pagrindinės temos:		
Pirmosios 4 konsultacijos skirtos susipažinimui su pacientu, jo nusiskundimų nagrinėjimui, pradžioje atlikami relaksacijos pratimai įtampai mažinti. Nagrinėjama asmens savijauta dėl kas kelias dienas patiriamų DT (pradžioje asmuo neigia tyrimų išvadas, laiko juos epilepsija). Ryškus pasimetimas ir nerimas dėl savo sveikatos ir ateities. Skiriama laiko aptarti	Penktos konsultacijos metu asmuo deklaruoja, kad "aš pasiryžęs pasakyti, kas man iš tikrųjų yra". Asmuo dalyvauja teisiniame procese kaip kaltinamasis, neužilgo vyks teismo psichiatrijos ekspertizė, po kurios paaiškės jo tolimesnis likimas. Ši informacija prieš tai nebuvo išsakyta gydančiam personalui. Tiek laukiama ekspertizė, tiek informacijos slėpimas nuo gydytojų sukelia milžinišką įtampą, o įtampos	Aptartos traukulių patirtys, bandyta susieti traukulių pasireiškimus su asmens emocija būseną, su išorinėmis aplinkybėmis, kalbėtasi apie savo situacijos priėmimo svarbą. Kalbėtasi apie kaltės jausmą, gėdą, gailestį, apie būsimą ekspertizę, apie įkalinimo baimę, apie protarpines savižudybės mintis. Stengtasi padėti asmeniui išbūti šį sunkų laukimo laikotarpį, suteikti emocinę paramą. Asmens

problemiškiems santykiams su motina, jos perdėta globa.	įveikai psichika daugiausia pasitelkia neigimo, somatizacijos ir konversijos mechanizmus. Taip pasireiškia DT, kurie išoriškai labai panašūs į epilepsiją. Atskleidus šią informaciją traukulių dažnis mažėja, prieš išrašymą – didėja.	psichologinė būklė svyruoja viso gydymosi metu. Grupėje šiais sunkumais nesidalina, dalyvauja daugiau paviršutiniškai, labiau fokusuodamasis ties savimi. Kartą tenka stabdyti beprasidedantį traukulių priepuolį, kuris neišsprovokuoja pasitelkus direktyvius nurodymus sugrįžti į čia ir dabar, ramiai kvėpuoti.
Išvados ir rekomendacijos: Aptartos traukulių patirtys, bandyta susieti traukulių pasireiškimus su asmens emocine būseną, su išorinėmis aplinkybėmis, kalbėtasi apie savo situacijos priėmimo svarbą. Kalbėtasi apie kaltės jausmą, gėdą, gailestį, apie būsimą ekspertizę, apie įkalinimo baimę, apie protarpines savižudybės mintis. Stengtasi padėti asmeniui išbūti šį sunkų laukimo laikotarpį, suteikti emocinę paramą. Asmens psichologinė būklė svyruoja viso gydymosi metu. Grupėje šiais sunkumais nesidalina, dalyvauja daugiau paviršutiniškai, labiau fokusuodamasis ties savimi. Kartą tenka stabdyti beprasidedantį traukulių priepuolį, kuris neišsprovokuoja pasitelkus direktyvius nurodymus sugrįžti į čia ir dabar, ramiai kvėpuoti. Konsultacijų metu rekomenduojama išlikti kantriam, išbūti sunkų gyvenimo etapą, išlaikyti viltį. Po hospitalizacijos rekomenduojama palaikomoji psichoterapija, emocinė parama, poilsis, išitraukimas į užimtumą, bendravimas su palaikančiais žmonėmis. Gydymo metu išsako psichologui, kad aplanko pavienės mintys apie savižudybę, tačiau ši minimali rizika ateityje gali stipriai augti priklausomai nuo asmens teisminių procesų rezultato.		

2 priedas. DIVA–5 diagnostinis klausimynas suaugusiųjų aktyvumo ir dėmesio sutrikimo nustatymui

1 dalis: Dėmesio sutrikimo simptomai (DSM–5 kriterijus A1) Išankstinės instrukcijos: suaugusiame amžiuje simptomai turi būti jaučiami mažiausiai šeši mėnesius. Vaikystėje simptomai turėjo pasireikšti tarp penkerių ir dvylikos metų amžiaus. Simptomo pasireiškimas turi būti ilgalaikis (ne epizodiškas), tik tada jis gali būti priskirtas ADHD. A1 Ar jums dažnai nesiseka sutelkti dėmesį į detales arba savo darbe ar užsiimdamas(–a) kita veikla darote klaidų dėl neatidumo? <i>(Ar taip nutikdavo ir vaikystėje (atliekant užduotis mokykloje arba užsiimant kita veikla)?)</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystėje):

• Darote klaidų dėl neatidumo - ✓ • Turite dirbti lėtai, kad išvengtumėte klaidų • Atiduočiate neatidžiai atliktą darbą - ✓ • Neskaitote instrukcijų įdėmiai - ✓ • Nepastebite detalių arba jas praleidžiate - ✓ • Blogai atliekate kruopštumo reikalaujantį darbą - ✓ • Detalus darbas reikalauja labai daug laiko - ✓ • Lengvai įklimpstate detalesė - ✓ • Dirbate per greitai ir dėl to darote klaidų - ✓ • Kita: _____	• Klaidos atliekant užduotis mokykloje dėl neatidumo - ✓ • Darydavote klaidų, nes gerai neįsisikaitydavote į klausimus • Nepastebėdavote detalių arba jas praleisdavote • Atiduodavote neadekvačiai atliktą darbą - ✓ • Palikdavote neatsakytų klausimų, nes gerai į juos neįsisikaitydavote • Palikdavote neatsakytus klausimus kitoje testo pusėje • Sulaukdavote pastabų dėl neatidžiai atlikto darbo - ✓ • Nepasitikrindavote namų darbų atsakymų - ✓ • Labai daug laiko sugaišdavote užduotims, turinčioms daug detalių - ✓ • Kita: _____
---	---

A2 Ar jums dažnai sunku išlaikyti dėmesį atliekant užduotis? *Ar taip nutikdavo ir vaikystėje (žaidžiant)?*

Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Negalite ilgai susikaupti užduotims* - ✓ • Dėmesį greitai išblaško asociacijos / mintys - ✓ • Dėmesį lengvai išblaško mintys apie ką nors kita - ✓ • Sunku išlikti susikaupus paskaitos, pokalbio metu ar skaitant ilgesnį tekstą - ✓ • Sunku baigti žiūrėti filmą arba skaityti knygą* - ✓ • Greitai pasidaro nuobodu* - ✓ • Klausinėjate apie dalykus, kurie ką tik buvo aptarti - ✓ • Kita: _____ (pvz., šiuo atveju: "studijų metu negalėjo susikaupti")	• Sunku susikaupti darbui mokykloje • Sunku sukaupti dėmesį žaidžiant* - ✓ • Sunku išlikti susikaupus pamokos, pokalbio metu arba skaitant ilgesnį tekstą - ✓ • Greitai išsiblaškydavote - ✓ • Sunku susikaupti* - ✓ • Būdavo reikalinga daug struktūravimo, kad neišsiblaškytumėte • Veikla greitai nusibosdavo - ✓ • Kita: _____ (pvz., šiuo atveju: "supykęs nesakydavo nieko")

A3 Ar dažnai atrodo, kad nesiklausote, kai kas nors su jumis kalbasi? *Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?*

Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Užsisvajojate arba kažkur nuklystate mintimis - ✓ • Sunku susikaupti pokalbio metu • Nežinote, apie ką buvo kalbėta - ✓ • Dažnai keičiate pokalbio temą • Kiti jums sako, kad mintimis nuklydote kitur - ✓ • Atrodo tarsi mintimis būtumėte kitur, net jeigu niekas neblaško dėmesio - ✓	• Nežinote, ką sakė tėvai arba mokytojai - ✓ • Užsisvajodavote arba kažkur nuklysdavote mintimis - ✓ • Pradėdavote klausytis tik pajutęs(-usi) akių kontaktą arba tėvams ar mokytojams pakėlus balsą - ✓ • Atrodydavote tarsi mintimis būtumėte kitur, net jeigu niekas neblaškė dėmesio - ✓

Kita: _____ (pvz., „išžiūri į vieną tašką pokalbio metu, bet negirdi“)	- Kiti turėdavo kelis kartus į jus kreiptis, kad išgirstumėte - ✓ - Reikėdavo pakartoti klausimą, kad išgirstumėte - ✓ - Kita: _____ (pvz., „jei nepakartodavo, keisdavo kalbos temą, būdavo nepatenkintas“)
A4 Ar dažnai neįvykdote iki galo instrukcijų ir dažnai nepavyksta užbaigti buities darbų ar įvykdyti iki galo įsipareigojimus darbe? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje (mokykloje)?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius): - Griebiate tai vieno, tai kito darbo, bet nė vieno neužbaigiate - ✓ - Pradedate darbą, tačiau labai greitai išsiblaškite ir nukrypstate kitur - ✓ - Tam, kad užbaigtumėte darbą, reikalingi tikslūs terminai - ✓ - Sunku užbaigti administracinius darbus - ✓ - Sunku laikytis naudojimo instrukcijų - ✓ - Kita: _____	Pavyzdžiai (vaikystė): - Būdavo sunku laikytis nurodymų - ✓ - Kildavo sunkumų atliekant užduotis, susidedančias iš kelių etapų - ✓ - Pradedavote darbą, tačiau labai greitai išsiblaškydavote ir nukrypdavote kitur - ✓ - Neužbaigdavote darbų - ✓ - Nepadarydavote arba neatiduodavote namų darbų - ✓ - Reikėdavo daug struktūros, kad užbaigtumėte darbus - Kita: _____
A5 Ar dažnai sunku organizuoti užduotis ir veiklą? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius): - Kyla sunkumų planuojant kasdienes darbus - ✓ - Kyla sunkumų atliekant daug darbų vieną paskui kitą - ✓ - Netvarka namuose, darbo vietoje - ✓ - Sunku padėti daiktus į vietą - ✓ - Darbas atliekamas nerūpestingai ir netvarkingai - ✓ - Planuojate per daug arba planuojate neveiksmingai - ✓ - Nuolat susitarėte dėl susitikimų su skirtingais žmonėmis tuo pačiu metu - Vėluojate - Nesilaikote terminų - ✓ - Nesugebate nuolat naudotis darbo kalendoriumi - ✓ - Nelankstumas dėl nuolatinio plano laikymosi - ✓ - Prastas laiko suvokimas ir gebėjimas paskirstyti laiką - ✓ - Kuriate grafikus, tačiau jų nesilaikote - ✓ - Kitas žmogus turi suorganizuoti jūsų darbus - ✓ - Kita: _____	Pavyzdžiai (vaikystė): - Kildavo sunkumų pasiruošti laiku - Netvarka kambaryje, ant stalo, netvarkingi darbai - ✓ - Būdavo sunku padėti daiktus į vietą - ✓ - Būdavo sunku žaisti savarankiškai - Būdavo sunku planuoti užduotis arba namų darbus - ✓ - Griebdavotes tai vienos, tai kitos veiklos vienu metu - ✓ - Vėluodavote - Nesilaikydavote terminų - ✓ - Prastas laiko suvokimas - Būdavo sunku pačiam sugalvoti, ką veikti - ✓ - Kita: _____ (pvz., „Dažniausiai žaidė kompiuterinius žaidimus“)

A6 Ar dažnai vengiate užduočių (arba jų nemėgstate, nenorite daryti), kurios reikalauja ilgalaikių protinių pastangų? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius): • Pirmiausia atliekate tai, kas lengviausia arba maloniausia - ✓ • Dažnai atidėliojate nuobodžius arba sunkius darbus - ✓ • Atidėliodamas(-a) darbus praleidžiate terminą - ✓ • Monotoniško (pavyzdžiui, administracinio) darbo vengimas - ✓ • Vengiate rengti ataskaitas, pildyti formas arba skaityti ilgus straipsnius - ✓ • Nemėgstate skaityti, nes tai reikalauja protinių pastangų • Vengiate darbų, kurie reikalauja didelio susikaupimo - ✓ • Kita: _____ (pvz., „Negalėjo prisiversti kurti verslo“)	Pavyzdžiai (vaikystė): • Vengdavote namų darbų arba jų nemėgdavote - ✓ • Mažai skaitydavote arba nenorėdavote skaityti, nes tai reikalaudavo protinių pastangų - ✓ • Vengdavote veiklos, kuri reikalauja didelio susikaupimo - ✓ • Nemėgote mokykloje tų dalykų pamokų, kurie reikalaudavo didelio susikaupimo - ✓ • Dažnai atidėliodavote nuobodžius arba sunkius darbus - ✓ • Kita: _____
A7 Ar dažnai pametate daiktus, reikalingus užduotims atlikti arba kitai veiklai? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius): • Pametate įrankius, dokumentus, akinius, mobilųjį telefoną, piniginę, raktus, darbo kalendorių - ✓ • Nuolat paliekate, pamirštate daiktus - ✓ • Pametate darbui reikalingus popierius • Daug laiko sugaištate ieškodamas(-a) daiktų - ✓ • Panikuojate, jeigu kas nors padeda daiktus kitur - ✓ • Laikote daiktus ten, kur jiems ne vieta - ✓ • Pametate sąrašus, telefono numerius, užrašus - ✓ • Kita: _____ (pvz., „Norėjau panikuoti, negalėjau rasti el. cigaretės, kurią buvau palikęs pasikrauti“)	Pavyzdžiai (vaikystė): • Pamesdavote sąsiuvinius, rašiklius, knygas, kitus daiktus - ✓ • Pamesdavote drabužius, žaislus, namų darbus • Daug laiko sugaišdavote ieškodamas(-a) daiktų • Panikuodavote, jeigu kas nors padėdavo daiktus kitur - ✓ • Tėvai arba mokytojai sakydavo pastabas dėl daiktų pametimo • Kita: _____
A8 Ar jus dažnai išblaško išoriniai dirgikliai? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius): • Sunku atsiriboti nuo išorinių dirgiklių - ✓ • Išsiblaškius sunku vėl susikaupti ir grįžti prie darbo - ✓ • Dažnai išblaško garsai arba įvykiai - ✓ • Dažnai išblaško kitų žmonių pokalbiai - ✓ • Kyla sunkumų atsirenkant informaciją - ✓ • Kita: _____ (pvz., „Skaitant knygą išblaško aplinkoje esantys žmonės“)	Pavyzdžiai (vaikystė): • Klasėje dažnai žiūrėdavote pro langą • Dažnai išblaškydavo garsai arba įvykiai - ✓ • Išsiblaškius būdavo sunku vėl susikaupti ir grįžti prie darbo - ✓ • Kita: _____
A9 Ar užsiimdamas(-a) kasdieniais darbais esate užmaršus(-i)? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):

• Pamirštate susitarimus arba kitus įsipareigojimus - ✓ • Pamirštate raktus, darbo kalendorių ir t. t. - ✓ • Reikalingi dažni priminimai apie susitikimus - ✓ • Pamirštate perskambinti arba apmokėti sąskaitas - ✓ • Tenka grįžti namo pasiimti pamirštų daiktų - ✓ • Kad ko nors nepamirštumėte, griežtai laikotės dalykų, darbų sąrašų • Pamirštate ką nors įrašyti į darbo kalendorių arba į jį pasižiūrėti • Pamirštate atlikti buitį ar kitus reikalingus darbus (pirkinius) - ✓ • Kita: _____	• Pamiršdavote susitarimus arba kitus įsipareigojimus - ✓ • Pamiršdavote atlikti buitį ar kitus reikalingus darbus (pirkinius) - ✓ • Reikėdavo dažnai viską priminti - ✓ • Įpusėję(-usi) užduotį pamiršdavote, ką turite padaryti - ✓ • Pamiršdavote atsinešti į mokyklą, kas buvo liepta - ✓ • Pamiršdavote daiktus mokykloje arba pas draugus - ✓ • Kita: _____
--	---

2 dalis: Hiperaktyvumo / impulsyvumo simptomai (DSM-5 kriterijus A2)

Išankstinės instrukcijos: suaugusiame amžiuje simptomai turi būti jaučiami mažiausiai šešis mėnesius. Vaikystėje simptomai turėjo pasireikšti tarp penkerių ir dvylikos metų amžiaus. Simptomo pasireiškimas turi būti ilgalaikis (ne epizodiškas), tik tada jį galima priskirti ADHD.

H/I 1 Ar dažnai neramiai judinate rankas arba pėdas, sukiojatės kėdėje? *Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?*

Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Sunku ramiai nusėdėti - ✓ • Sėdėdamas(-a) judinate kojas - ✓ • Barškinate rašikliu arba žaidžiate kitais daiktais - ✓ • Kramtote nagus, sukate plaukus ant pirštų - ✓ • Galite suvaldyti neramius judesius, tačiau dėl to patiriate įtampą - ✓ • Kita: _____	• Tėvai dažnai sakydavo: „Sėdėk ramiai“ arba pan. - ✓ • Sėdėdamas(-a) judindavote kojas - ✓ • Barškindavote rašikliu arba žaisdavote kitais daiktais • Kramtydavote nagus, sukdavote plaukus ant pirštų • Negalėdavote ramiai nusėdėti ant kėdės - ✓ • Galėdavote suvaldyti neramius judesius, tačiau dėl to patirdavote įtampą • Kita: _____

H/I 2 Ar dažnai nutinka taip, kad atsistotumėte tokiose situacijose, kai tikimasi, kad bus ramiai sėdima? *Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?*

Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Būdamas(-a) biure ar kitur darbe, dažnai paliekate savo vietą - ✓ • Vengiate lankytis simpoziumuose, paskaitose, bažnyčioje ir pan. - ✓ • Labiau mėgstate vaikštinėti, nei sėdėti - ✓ • Negalite ilgai sėdėti, turite nuolat judėti - ✓ • Kadangi sunku ilgai sėdėti, patiriate įtampą - ✓	• Valgydamas(-a) arba mokykloje dažnai atsistodavote, palikdavote savo vietą • Mokykloje arba valgant būdavo labai sunku nusėdėti vietoje • Jums būdavo liepiama atsisėsti - ✓ • Prisigalvodavote priežasčių, kad galėtumėte pavaikštinėti - ✓ • Kita: _____

• Prisigalvojate pasiteisinimų, kad galėtumėte pavaikštinėti - ✓ • Kita: _____	
H/I 3 Ar dažnai jaučiatės neramus(-i)? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Jaučiate vidinį neramumą ar sujaudinimą tarsi kas varytų iš vidaus - ✓ • Nuolat jaučiate, kad turite būti kuo nors užsiėmęs(-usi) • Jums sunku atsipalaiduoti - ✓ • Kita: _____ (pvz., „Jaučia nerimą nuolat“)	• Bėgiodavote, kai iš jūsų buvo tikimasi priešingo elgesio - ✓ • Laipiodavote ant baldų arba šokinėdavote ant sofų - ✓ • Laipiodavote į medžius - ✓ • Jausdavote vidinį neramumą - ✓ • Kita: _____
H/I 4 Ar jums sunku ramiai užsiimti atpalaiduojančia veikla? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje (žaidžiant)?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Užsiimdamas(-a) kokia nors veikla kalbate, nors to nereikėtų daryti - ✓ • Viešumoje greitai tampate perdėtai savimi pasitikintis(-i) • Įvairiose situacijose garsiai kalbate - ✓ • Sunku ramiai užsiimti veikla - ✓ • Sunku kalbėti tyliai • Kita: _____ (pvz., „Prieš miegą neišklause atpalaiduojančio video iki pabaigos“)	• Garsiai kalbėdavote žaidimo metu / klasėje - ✓ • Negalėdavote ramiai žiūrėti televizoriaus arba filmų - ✓ • Gaudavote pastabų elgtis ramiau, tyliau - ✓ • Viešumoje greitai tapdavote perdėtai savimi pasitikintis(-i) - ✓ • Kita: _____ *(pvz., „Būdamas mažas dainuodavo garsiai 5m.“)
H/I 5 Ar jūs dažnai būnate užsiėmęs(-usi) įvairiomis veiklomis arba dažnai elgiatės lyg „viduje turėtumėte variklį“? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Nuolat esate kažkuo užsiėmęs(-usi) • Sunku ilgai išsėdėti ramiai, o jeigu tenka (pvz., restorane, susirinkime), jaučiatės nepatogiai - ✓ • Turite daug energijos, norite nuolat kažką daryti • Kiti žmonės sako, kad esate neramus(-i) arba kad su jumis sunku suspėti kartu - ✓ • Peržengiate savo galimybių ribas • Sunku pasiduoti įvykių eigai, didelis poreikis kažką daryti - ✓ • Kita: _____ (pvz., „Norėjo sukurti verslą“)	• Nuolat būdavote kažkuo užsiėmęs(-usi) • Kiti žmonės sakydavo, kad esate neramus(-i) arba kad su jumis sunku suspėti kartu - ✓ • Būdavo sunku ilgai išsėdėti - ✓ • Mokykloje ir namuose būdavote labai aktyvus(-i) - ✓ • Turėdavote daug energijos - ✓ • Jausdavote didelį poreikį kažką daryti • Kita: _____ *(pvz., „Užsispirdavo ir šokdavo viešose vietose, ar tiesiog gatvėje“)
H/I 6 Ar dažnai labai daug kalbate? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
Pavyzdžiai (suaugęs amžius):	Pavyzdžiai (vaikystė):
• Kalbate tiek daug, kad kitus žmones tai vargina • Esate pagarsėjęs(-usi) plepys(-ė) - ✓ • Sunku nustoti kalbėti - ✓	• Buvote vadinamas(-a) plepiu(-e) - ✓ • Mokytojai ir tėvai dažnai prašydavo patylėti - ✓

• Polinkis per daug kalbėti - ✓ • Jums kalbant, kitiems sunku įsiterpti - ✓ • Norėdamas(-a) ką nors pasakyti, vartojate labai daug žodžių - ✓ • Kita: _____ (pvz., „Pasakė, kad sunku nustoti kalbėti, neleidžia kitiems įsiterpti“)	• Mokytojai rašydavo pastabas dėl plepėjimo - ✓ • Buvote baudžiamas(-a) už plepėjimą - ✓ • Jūsų kalbėjimas trukdydavo mokytis kitiems - ✓ • Jums kalbant, kitiems būdavo sunku įsiterpti • Kita: _____
Socialiniai ryšiai	
• Socialiniai ryšiai greitai atsibosta • Sunku palaikyti socialinius ryšius - ✓ • Konfliktai dėl bendravimo problemų - ✓ • Sunku užmegzti socialinius ryšius - ✓ • Žemas pasitikėjimas savimi dėl neigiamų patirčių - ✓ • Nedėmesingumas (pamirštate nusiųsti pasveikinimą, užjausti, paskambinti ir t. t.) - ✓ • Kita: _____	• Sunku palaikyti socialinius ryšius - ✓ • Konfliktai dėl bendravimo problemų - ✓ • Sunku užmegzti socialinius ryšius - ✓ • Žemas pasitikėjimas savimi dėl neigiamos patirties - ✓ • Mažai draugų(-ių) - ✓ • Iš jūsų buvo tyčiojamosi - ✓ • Nebūdavo priimamas(-a) į grupę - ✓ • Tyčiodavotės iš kitų - ✓ • Kita: _____ *(pvz., „Iš kitų nesityčiodavo“)
Laisvalaikis / pomėgiai	
• Sunku atsipalaiduoti laisvu laiku - ✓ • Turite labai daug sportuoti, kad atsipalaiduotumėte • Traumos dėl intensyvaus sportavimo • Nesugebate perskaityti knygos arba pažiūrėti filmo iki galo - ✓ • Nuolat kuo nors užsiimate ir dėl to pervargstate - ✓ • Pomėgiai greitai atsibosta - ✓ • Nelaimingi atsitikimai / vairuotojo pažymėjimo praradimas dėl neatsargaus vairavimo • Ieškote aštrių pojūčių ir (arba) užsiimate pavojinga veikla • Turėjote reikalų su policija / teisėsauga - ✓ • Persivalgote - ✓ • Kita: _____	• Sunku atsipalaiduoti laisvu laiku • Turite labai daug sportuoti, kad atsipalaiduotumėte • Traumos dėl intensyvaus sportavimo • Nesugebėdavote perskaityti knygos arba pažiūrėti filmo iki galo - ✓ • Nuolat kuo nors užsiimdavote ir dėl to pervargdavote • Pomėgiai greitai atsibosdavo - ✓ • Ieškodavote aštrių pojūčių ir (arba) užsiimdavote pavojinga veikla • Turėjote reikalų su policija / teisėsauga • Dažni nelaimingi atsitikimai - ✓ • Kita: _____ (pvz., „3 metų netyčia išgėrė WITE SPIRITO, plovė skrandį, sunki būklė“)
Pasitikėjimas savimi / savęs vaizdas	
• Netikrumas dėl neigiamų kitų žmonių pastabų - ✓ • Neigiama nuomonė apie save dėl patirtų nesėkmių - ✓ • Nesėkmės baimė (baimė imtis naujos veiklos) - ✓ • Perdėta reakcija į kritiką - ✓ • Perfekcionizmas	• Netikrumas dėl neigiamų kitų žmonių pastabų - ✓ • Neigiama nuomonė apie save dėl patirtų nesėkmių - ✓ • Nesėkmės baimė (baimė imtis naujos veiklos) - ✓ • Perdėta reakcija į kritiką - ✓ • Perfekcionizmas

• Dėl ADHD simptomų jaučiate stresą - ✓ • Kita: _____	• Kita: _____
H/I 9 Ar dažnai trukdote kitų veiklą ar kišatės, primetate save? <i>Ar taip nutikdavo ir vaikystėje?</i>	
• Trukdote kitiems dirbti - ✓ • Pertraukiate kitus - ✓ • Neprašytas(-a) kišatės į kitų žmonių veiklą, perimate jų užduotis - ✓ • Kiti žmonės sako, kad jiems trukdote - ✓ • Jums sunku gerbti kitų žmonių nustatytas ribas - ✓ • Apie viską turite savo nuomonę ir ją iš karto pasakote - ✓ • Kita: _____ (pvz., „Pertraukinėja tėvų pokalbį“)	• Trukdydavote kitiems žaisti arba užsiimti kita veikla • Imdavote kitų daiktus neatsiklausęs(-usi) arba negavęs(-usi) leidimo - ✓ • Kišdavotės į kitų žmonių pokalbius - ✓ • Į viską reaguodavote (labai emociškai) - ✓ • Negalėdavote laukti • Kita: _____ (pvz., „Atėmė klasiokės bandelę“)
3 dalis: Simptomų sukelta disfunkcija (DSM-5 B, C ir D kriterijai)	
B kriterijus	
Ar pirmiau išvardyti dėmesio sutrikimo ir (arba) hiperaktyvumo/impulsyvumo simptomai stebimi visą gyvenimą?	
-Taip (keletas simptomų pasireiškė iki dvylikos metų) -Ne Jeigu ne: simptomai pradėjo reikštis nuo metų.	
C kriterijus	
Kokiose srityse jums kyla sunkumų dėl pirmiau išvardytų simptomų?	
Darbas / Mokslas (Suaugęs amžius) • Nebaigėte studijų/mokymų, reikalingų darbui - ✓ • Darbas neatitinka išsilavinimo - ✓ • Darbas dažnai atsibosta - ✓ • Naujame darbe išdirbate trumpai ir vėl ieškote kito - ✓ • Sunku atlikti administracines užduotis / planuoti - ✓ • Nesate paaugstinamas(-a) • Darbe nepasirodote gerai - ✓ • Išėjote iš darbo dėl konfliktų arba buvote atleistas - ✓ • Dėl simptomų gavote nedarbingumo/neįgalumo išmokas • Sutrikimai pasireiškė ribotai dėl aukšto IQ kompensacijos • Sutrikimai pasireiškė ribotai dėl išorinės struktūros kompensacijos • Kita: (pvz.: "Dėl nesusikaupimo negalėjo būti paskaitose")	Mokslas (Vaikystė) • Išsilavinimas žemesnis, nei galėtų būti pagal IQ - ✓ • Dėl dėmesio sutelkimo problemų buvo paliktas(-a) antriems metams • Nebaigėte mokslo arba buvote išmestas (-a) iš mokyklos • Mokėtės ilgiau nei tai yra įprasta - ✓ • Buvo sunku įgyti jūsų IQ atitinkantį išsilavinimą • Būdavo sunku atlikti namų darbus - ✓ • Dėl simptomų mokėtės pagal specialiojo ugdymo programą • Mokytojai sakydavo pastabas dėl elgesio, nedėmesingumo - ✓ • Sutrikimai pasireiškė ribotai dėl aukšto IQ kompensacijos • Sutrikimai pasireiškė ribotai dėl išorinės struktūros kompensacijos • Pvz.: „Metė muzikos mokyklą, vėliau kalbų mokyklą“
Santykiai ir (arba) šeima (Suaugęs amžius)	Šeima (Vaikystė)

- Santykiai greitai atsibosta - Impulsyviai užmezgiate/nutraukiate santykius - ✓ - Dėl simptomų užmezgami nelygiaverčiai santykiai - Santykių problemos, daug barnių, intymumo trūkumas - ✓ - Skrybės dėl jaučiamų simptomų - ✓ - Dėl simptomų patiriama seksualinių problemų - ✓ - Dėl jaučiamų simptomų kyla sunkumš auklėjant vaikus - Kyla sunkumų atlikti namų ruošos ir (arba) administracinius darbus - ✓ - Finansinės problemos/lošimas - Nedrįstate užmegzti santykių - Kita	- Dažnai pykdavotes su broliais/seserimis - ✓ - Buvote dažnai baudžiamas(-a)/mušamas(-a) - ✓ - Dėl konfliktų mažai bendraudavote su giminaičiais - ✓ - Tėvai turėjo struktūruoti ilgiau, nei tai yra įprasta - Kita: <i>"Bausmė didžiausia buvo sėdėti tam tikrą laiką vienoje vietoje ant bausmės suoliuko"</i>
Rezultatų forma	
DSM-5 A kriterijus	
Suaugęs amžius: Ar A simptomų ≥ 5? - Taip - Ne	Vaikystė: Ar pasireiškė keletas (ne mažiau kaip 3) A ir (arba) H/I simptomai? - Taip - Ne
Ar H/I simptomų ≥ 5? - Taip - Ne	
DSM-5 B kriterijus	
Ar yra požymių, rodančių, kad simptomai stebimi visą gyvenimą, tai yra pasireiškė iki 12 metų? - Taip - Ne	
DSM-5 C ir D kriterijai	
Simptomai ir disfunkcija pasireiškia mažiausiai 2 gyvenimo srityse?	
Suaugęs amžius: - Taip - Ne	Vaikystė: - Taip - Ne
DSM-5 E kriterijus	
Simptomus galima geriau paaiškinti kitais psichikos sutrikimais Ar diagnozę palaiko ir kitų šaltinių suteikta informacija? - Ne - Taip, dėl: _____	
Ar diagnozę palaiko ir kitų šaltinių suteikta informacija?	
- Tėvas/motina/brolis/sesuo/kt., būtent: Mama - Netaikoma [] 0 [] 1 [] 2 - Partneris/geras draugas(-ė)/kt., būtent: _____ - Netaikoma [] 0 [] 1 [] 2 - Mokyklos ataskaitos:	

• Netaikoma [] 0 [] 1 [] 2 0 = nepalaiko / mažai palaiko 1 = truputį palaiko 2 = aktyviai palaiko			
ADHD diagnozė:			
• Ne • Taip: • 314.01 Pasireiškia mišrūs simptomai • 314.00 Dominuoja nedėmesingumo simptomai • 314.01 Dominuoja hiperaktyvumo / impulsyvumo simptomai • 314.01 Kitas patikslintas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas • 314.01 Nepatikslintas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas • Iš dalies remisijoje		Rimtumas: • Lengvas • Vidutinis • Didelis	
A ir H/I simptomų santrauka			
Nurodykite, kurias 1 ir 2 dalies kriterijus atitinka pacientas, ir juos suskaičiuokite			
DSM-5 kriterijus	Simptomas	Pasireiškia suaugusiame amžiuje	Pasireiškė vaikystėje
A1a	A1. Dažnai nesiseka sutelkti dėmesį į detales savo darbe ar atliekant užduotis mokykloje, ar užsiimdamas(-a) kita veikla daro klaidų dėl neatidumo	✓	✓
A1b	A2. Dažnai sunku išlaikyti dėmesį atliekant užduotis, žaidžiant	✓	✓
A1c	A3. Dažnai atrodo, kad nesiklauso, kai kas nors su juo/ja kalbasi	✓	✓
A1d	A4. Dažnai neįvykdo iki galo instrukcijų ir dažnai nepavyksta užbaigti buitės darbų ar įvykdyti iki galo įsipareigojimus darbe	✓	✓
A1e	A5. Dažnai sunku organizuoti užduotis ir veiklą	✓	✓
A1f	A6. Dažnai vengia užduočių (arba jų nemėgsta, nenori daryti), kurios reikalauja ilgalaikių protinių pastangų	✓	✓

A1g	A7. Dažnai pameta daiktus, reikalingus užduotims atlikti arba kitai veiklai	✓	
A1h	A8. Dažnai išblaško išoriniai dirgikliai	✓	✓
A1i	A9. Užsiimdamas(-a) kasdieniais darbais yra užmaršus(-i)	✓	✓
Dėmesio sutrikimo kriterijų, kuriuos atitinka pacientas, skaičius: 9/9 ; 8/9			
A2a	H/I 1. Dažnai neramiai judina rankas arba pėdas, sukiuojasi kėdėje	✓	✓
A2b	H/I 2. Dažnai atsistoja klasėje ar kitoje situacijoje, kai tikimasi, kad bus ramiai sėdima	✓	
A2c	H/I 3. Dažnai bėgioja arba visur lipa, kai situacija rodo, kad toks elgesys netinkamas (paaugliai arba suaugusieji vietoje tokio elgesio dažniausiai jaučia nerimą)	✓	✓
A2d	H/I 4. Sunku ramiai žaisti arba užsiimti atpalaiduojančia veikla	✓	✓
A2e	H/I 5. Dažnai būna užsiėmęs(-usi) įvairiomis veiklomis, arba dažnai elgiasi lyg „viduje turėtų variklį“	✓	✓
A2f	H/I 6. Dažnai labai daug kalba	✓	✓
A2g	H/I 7. Sunku atsakyti iki galo neišklausęs(-iusi) klausimo	✓	✓
A2h	H/I 8. Dažnai sunku palaukti savo eilės	✓	✓
A2i	H/I 9. Dažnai trukdo kitų veiklą ar kišasi, primeta save	✓	✓
Hiperaktyvumo / impulsyvumo kriterijų, kuriuos atitinka pacientas, skaičius: 9/9; 8/9			
Suaugęs amžius: Ar disfunkcija patiriama ≥ 2 srityse? • Taip • Ne		Vaikystė: Ar disfunkcija patiriama ≥ 2 srityse? • Taip • Ne	

3 priedas. Psichologo ištyrimas (Nuo 2024–10–09 iki 2024–11–18)

Konsultacijų tikslas: Emocinis palaikymas, psichoterapija, konsultavimas dėl tarpasmeninių santykių, motyvacijos tęsti gydymą / psichoterapiją skatinimas.

Kontakto ypatumai: Į kontaktą leidžiasi labai noriai. Anksčiau turėjo individualias ir grupines konsultacijas. Asmuo inicijuoja sau aktualias temas, kelia klausimus, siekia nusiramino ir pagalbos. Didžiausi rūpesčiai: DT priepuoliai, laukiantis teismo dėl nusikalstamų veikų, įtempti ir konfliktiški santykiai su mama. Asmens nuotaika svyruoja priklausomai nuo priepuolių įvykimo ar neįvykimo. Po jų jaučiasi sukrėstas, pasimetęs. Prieš juos kartais patiria derealizaciją, vaizdines iliuzijas. Visgi, galima kelti ir stiprią prielaidą apie sąmoninį antrinės naudos siekimą. Skyriuje pastebimas demonstratyvumas, flirtavimas su praktika atliekančiomis studentėmis. Tai (kartu su DT) indikuoja apie galimus histrioninės asmenybės bruožus.

Psichoterapinis procesas / pagrindinės temos:

Nerimas dėl laukiančio teismo. Tiek dėl paties proceso, tiek dėl galimos įkalinimo ar priverstinio stacionarinio gydymosi tikimybės. Jaučiasi, jog pateikta netikslinga psichiatrinė ekspertizė, dėl to jaučia neteisybės jausmą, kyla įtarimų apie korupciją. Tikėtina, jog tai gynybinės reakcijos į jam nepalankų sprendimą.	Santykiai su mama. Mamos nurodinėjimai, kišimasis į asmeninį gyvenimą, perdėta kontrolė. Asmuo įvardina ir asmens alkoholio vartojimo problemas.	Savarankiškumo siekis. Didesnis išitraukimas į savo teismo procesą duoda savarankiškumo pajautą, mažėja mamos "sugedusio telefono" įtaka jo emocinei savijautai.	Traukulių patirtys. Artėjant teismo datai, jie dažnėja ir stiprėja. Visgi, asmuo į juos reaguoja daug ramiau negu pavasario metu. Traktuoja juos kaip psichikos iškrovą susikaupus įtampai, kuri į sąmoningą lygmenį neįleidžiama. Visgi, antrinės naudos galimybės neįžvelgia, nesupranta.
---	--	--	---

Išvados ir rekomendacijos: Rekomenduojama tęsti savo mieste pradėtą individualią psichologinę pagalbą, tačiau reikalinga nustatyti griežtas kliento–terapeuto bendravimo ribas ir santykį, kadangi asmuo specialistę mato "labiau kaip draugę".