

Tuloksekas hypnoterapia kehitysvammaisen potilaan vaikeahoitoisessa epilepsiassa

Hoitoresistenttien epileptisten kohtausten yhteydessä kannattaa muistaa psykogeenisten kohtausten (PNES, psychogenic non epileptic seizures) mahdollisuus. Niiden hoidossa voi kokeilla myös hypnoterapeuttista lähestymistapaa. Monimuotoiset epileptiset kohtaukset sekä erilaiset käyttäytymisen ja motoriikan häiriöt ovat tavallisia kehitysvammaisuuteen liittyviä oireita. Aivoperäisten epileptisten kohtausten erottaminen muista, ei-epileptisistä kohtauksellisista tiloista vaatii perusteellista anamneesia, potilaan kliinistä seurantaa sekä kohtauksen videointia yhdistettynä EEG-rekisteröintiin. Kuvaamme lievästi kehitysvammaisen potilaan, jonka jopa päivittäin toistuneet ja lääkehoitoon vastaamattomat kohtaukset todettiin psykogeenisiksi. Äidin ehdotuksesta koekieluonteisesti aloitettu hypnoterapeuttinen rentoutus osoittautui hyödylliseksi.

Epileptiset kohtaukset ovat tavallisimpia kehitysvammaisuuteen liittyviä neurologisia oireita, joiden erottaminen muista kehitysvammaisilla esiintyvistä kohtauksellisista liike- ja käytöshäiriöistä on vaativaa (Kerr ym. 2009). Epilepsia määritellään taipumukseksi saada toistuvasti epileptisiä kohtauksia ilman poikkeuksellisia altistavia tekijöitä (Keränen ja Eriksson 2009). On arvioitu, että näistä epileptisiksi tulkituista kohtauksista jopa 30 % on etiologialtaan psyykkisten tekijöiden aiheuttamia (Auxemery ym. 2011). Tällaisia kohtauksia kutsutaan psykogeenisiksi, toiminnallisiksi tai funktionaalisiksi. Psykogeenisista epileptisiakohtauksista kärsivien osalta oikean kohtaustyyppidiagnoosin vahvistumisen on

kuvattu kestäneen jopa seitsemän vuotta (Auxemery ym. 2011).

Psykogeenisiin kohtauksiin ei ole julkaistu yleisesti hyväksytyjä hoitosuosituksia. Epilepsialääkkeiden teho toiminnallisissa epileptisiakohtauksissa on heikko, eikä psykoterapiastakaan ole osoitettu olevan merkittävää hoidollista hyötyä tässä potilasryhmässä (Auxemery ym. 2011).

Hypnoterapia on hypnoositilassa tapahtuva vuorovaikutuksellinen prosessi, jonka tavoitteena on erilaisten ajatus- ja kokemusmaailmaan liittyvien, elämää haittaavien ajatusvääristymien korjaaminen. Yhdysvaltain psykologiyhdistyksen määritelmän mukaan hypnoosi tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisen tai tutkijan potilaalle tai koehenkilölle antamia suggestioita, jotka johtavat rentoutumiseen, hyvän olon tunteeseen ja tyyneyteen. Reaktiot hypnoosiin vaihtelevat yksilöllisesti. Toiset kuvaavat kokemusta muuttuneeksi tajunnan tilaksi, toiset pitävät hypnoositilaa keskittymisenä, johon liittyy tyyneyden ja rentouden tunne (Kallio ym. 2004).

Oma potilas

Nuorella 26-vuotiaalla itsenäisesti asuvalla naisella on lieväasteinen 48,XXX-kromosomipoikkeavuudesta johtuva älyllinen kehitysvamma. Potilaamme koki ensimmäisen poissaolotyyppisen kohtauksensa ennen kouluikää. Kymmenenvuotiaana yhä tiheämmin esiintyneiden huimaus- ja pyörtymiskohtausten vuoksi tehtiin EEG, jossa havaittiin hemisfäärien takaosiin painottuvia purkauksellisia häiriöitä. Magneettikuvauksessa (MK) todettiin pieniä, paikallisia perinataali-iskemiaan sopivia löydöksiä vasemmalla sivukammion etusarven vieressä ja vasemmalla talamuksen posteromedialisessa osassa. Sittemmin potilaalla esiintyi monentyyppisiä kohtauksellisia tuntemuksia, kuten kylmämisen tunnetta, sydämentykytystä ja

16-vuotiaasta alkaen varsinaisiksi poissaolo-kohtauksiksi sopivia tiloja. Kun potilas oli 20-vuotias, aloitettiin okskarbatsepiinilääkitys, minkä jälkeen potilas sai ensimmäisen tajuttomuuskouristuskohtauksensa ollessaan saunassa.

Epileptisten kohtausten hoitotasapaino heikkeni edelleen potilaan ollessa 25-vuotias, ja hänellä esiintyi useita sairaalahoitoa vaatineita pitkäkestoisia kohtauksia. Ne alkoivat lähes poikkeuksetta huimauksen tuntemuksella, jota seurasi vasemmasta yläraajasta alkava ja alaraajaan leviävä värinä. Kohtauksen edetessä ilmaantui velttoutta ja kouristelua kaikkiin raajoihin sekä vaihtelevasti tajunnan häiriöitä. EEG-rekisteröinneissä todettiin normaali löydös myös kohtauksen aikana. Okskarbatsepiinin rinnalle määrättiin levetirasetaamia.

Tutkimusjakson aikana kehitysvamma-alan yksikössä potilaan yleistila todettiin hyväksi. Osastoseuranassa havaittiin edellä kuvatun kaltaisia kohtauksia, joista ensimmäinen ilmaantui kaverin kanssa käydyin puhelinkeskustelun yhteydessä.

Oirekuvassa (vasemmanpuoleisten tai kaikkien raajojen kouristukset, tajunnan tason nopeat vaihtelut ja velttous) oli piirteitä niin paniikki- ja ahdistuneisuusoireesta kuin epileptiskohtauksesta. Potilasta ja hänen vanhempiaan haastateltaessa selvisi, että kohtauksia edelsi aina jokin stressaava tilanne tai sen laukeaminen. Äidin mukaan potilas on luonteeltaan arka ja hänellä on aina ollut vilkas mielikuvitus. Ajoittain mielikuvat ja todellisuus ovat sekoittuneet keskenään. Kliinisesti tilanne ilmeni ahdistuneisuushäiriönä, joka provosoi epileptisiä kohtauksia. Potilaamme oli hyvin herkkä lääkkeiden haittavaikutuksille ja reagoi poikkeuksellisen voimakkaasti pieniinkin lääkemuutoksiin.

Tutkimusjakson aikana heräsi epäily kohtausten psykogeenisestä luonteesta ja potilaalle aloitettiin sitalopraamilääkitys, jolla ei ollut vaikutusta kohtausoireisiin. Levettirasetaamin käyttö lopetettiin hyödyttömänä ja potilaan seuranta jatkettiin polikliinisesti.

Psykiatrin vastaanotolla potilas kertoi jännittävänsä uusia tilanteita voimakkaasti ja toi esiin monia käyttäytymiseensä vaikuttavia pelkoja. Seuranta-EEG:ssä ei edelleenkään todettu poikkeavaa edes kohtauksellisten oireiden yhteydessä, mikä vahvisti epäilyä kohtausten toiminnallisesta luonteesta.

Äidin ehdotuksesta päädyttiin kokeilemaan hypnoterapeuttisen rentoutuksen tehoa pelkotilojen lievittämiseksi ja epileptiatyyppisten kohtausoireiden vähentämiseksi. Samanaikaisesti jatkettiin hidasta okskarbatsepiinin vuorokausiannoksen vähentämistä.

Ensimmäisen rentoutuksen alussa potilas koki voimakasta huimausta, joka väistyi rauhoittelun myötä. Potilasta neuvottiin rentoutumaan keskittymällä hengityksen tasaamiseen. Vanhemmat olivat mukana hypnoterapiakäynnillä. Ensimmäisen tapaamisemme jälkeen potilaalla oli esiintynyt muutaman kerran alkavaan kohtaukseen viittaavaa huimauksen

tunnetta. Tilanteet oli saatu hallintaan äidin ohjauksella potilasta rentoutumaan neuvotulla tavalla.

Seuraavien hypnoterapiakäyntien aikana potilaamme on käsitellyt mielikuvien avulla monia hänelle ahdistuneisuutta ja kohtuutonta pelkoa aiheuttavia teemoja, kuten lentopelkoa. Yhden terapiakäynnin yhteydessä potilas hyvästeli kuolleen koiransa. Harjoituksissa on huomioitu potilaan lievä kehitysvammaisuus käsittelemällä esiin nousseita teemoja mahdollisimman konkreettisesti.

Terapiakäynnit ovat toteutuneet 1–3 kuukauden välein ja lääkitä lopetettiin vähitellen. Potilas on nyt ollut noin vuoden ajan oireeton.

Pohdinta

Esimerkkitapauksemme osoittaa, kuinka oikeaan diagnoosiin pääsy epilepsian suhteen huonossa hoitotasapainossa olevalla kehitysvammaisella edellyttää kattavaa anamneesia, potilaan tarkkailua osasto-olosuhteissa koulutetun hoitohenkilökunnan toimesta sekä polikliinistä seuranta. Kehitysvammaisilla on muuta väestöä suurempi riski sekä mielenterveyden häiriöihin että epileptiskohtauksiin (Kaski ym. 2009). Erotusdiagnoosissa on huomioitava, että käytöshäiriöiden syynä voi olla myös kehitysvammaisen vaikeus ymmärtää asiayhteyksiä. Siksi heillä ilmenee usein turvattomuuden tunnetta (Kaski ym. 2009). Tästä lienee ollut kyse myös omalla potilaallemme. Hänen kohtaukselliset tilansa osoittautuivat pääosin ahdistuneisuus- ja pelkotilojen aiheuttamiksi.

Toiminnalliset, ei-epileptiset kohtaukset (psychogenic non-epileptic seizures, PNES) aiheuttavat liike ja tunnekokemuksia epilepsian tapaan mutta ilman epilepsialle tyypillisiä aivosähkötoiminnan muutoksia. ICD-10-luokituksen mukaan oireen katsotaan kuuluvan dissosiativisten häiriöiden luokkaan ja DSM-IV-luokituksen mukaan somatoformisten häiriöiden luokkaan (Auxemery ym. 2011). PNES-kohtausten psykiatrisena taustana voi olla dissosiativisen konversiohäiriön ohella myös ahdistuneisuushäiriö (paniikkikohtaus), kiihtymystilat, simulaatio tai psykoosi. Myös erilaisilla stressitekijöillä saattaa olla vaikutusta (Ristic ym. 2004). Oikeaan diagnoosiin pääsy edellyttää perusteellista anamneesia, aiemman lääke- ja tutkimushistorian

selvittämistä sekä kliinisen seurannan lisäksi video-EEG-rekisteröintiä. Purkauksellisen aktiivisuuden puuttuminen EEG:ssä kohtauksen aikana varmistaa kohtauksen toiminnallisen luonteen (Seneviratne ym. 2010).

Kirjallisuuden mukaan psykogeenisten kohtausoireiden hoitotulokset ovat olleet vaatimattomia. Epilepsialääkkeiden teho toiminnallisissa epilepsiakohtauksissa on heikko, eikä psykoterapiastakaan ole osoitettu olevan merkittävää hyötyä tässä potilasryhmässä (Auxemery ym. 2011). Neljänkymmenenseitsemän potilaan tutkimuksessa psykodynaaminen psykoterapia kuitenkin paransi PNES-potilaiden elämänlaatua ja lievitti emotionaalista jännittyneisyyttä. Keskimäärin 25,5 % potilaista tuli 3,5 vuoden psykoterapian jälkeen kohtauksettomiksi, ja myöhemmin 40 % ilmoitti kohtaustaajuuden vähentyneen yli 50 %:lla (Mayor ym. 2010). Psykodynaamisen terapian hyödyt lienevät kehitysvammaisilla rajalliset, sillä heidän vuorovaikutustaidoissaan sekä psykologisessa oivalluskyvyssään on usein puutteita. Hypnoterapian hyödyistä psykogeenisten epilepsiakohtausten hoidossa ei löytynyt kirjallisuutta PubMed-haulla.

Lopuksi

Tapauksemme osoittaa, että kohtauksellisten oireiden diagnostiikka vaatii (kehitysvammaisen) pitkäaikaista kliinistä seurantaa, moniammatillista yhteistyötä ja ennakkoluulotonta

asennetta uusia hoitomuotoja kohtaan. Hoidon onnistumisen kannalta tapauksessamme oleellista oli motivoitunut potilas, läheisen tuki ja luottamuksellinen hoitosuhde. ■

EIRA RAATIKAINEN, LL, psykiatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri, psykiatrian ylilääkäri

NINA BJELOGRLIC-LAAKSO, LT, FM, neurologian erikoislääkäri, kehitysvammalääketieteen erityispätevyys, aikuispalvelujen ylilääkäri

Rinnekoti-Säätiö

SIDONNAISUUDET

Eira Raatikainen: Ei sidonnaisuuksia

Nina Bjelogrljic-Laakso: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Auxemery Y, Hubsch C, Fidelle G. Psychogenic non epileptic seizures. (Article in French) *Encephale* 2011;37:153–8.
- Kallio S, Lauerma H. toim. Hypnoosi ja suggestion lääketieteessä ja psykologiassa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2004.
- Kaski M, toim. Manninen A, Pihko H. Kehitysvammaisuus. WSOY Oppimateriaalit 2009, s. 112–5.
- Kerr M and Guidelines Working Group. Consensus guidelines into the management of epilepsy in adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2009;53:687–94.
- Keränen T, Eriksson K. Tarkka diagnoosi on epilepsian hoidon perusta. *Duodecim* 2009;125:2497–8.
- Mayor R, Howlett S, Grunewald R, Reuber M. Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: Seizure control and health care utilization. *Epilepsia* 2010;51:1169–76.
- Ristic AJ, Ptrovic I, Vojvodic N, Jankovic S, Sokic D. Phenomenology and psychiatric origins of psychogenic non-epileptic seizures. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo (abstrakti)* 2004;132:22–7.
- Seneviratne U, Reutens D, D'Souza W. Stereotypy of psychogenic nonepileptic seizures: Insights from video-EEG monitoring. *Epilepsia* 2010;51:1159–68.

Summary

Successful hypnotherapy in an intellectually disabled patient with drug treatment resistant epilepsy

The possibility of psychogenic non-epileptic seizures (PNES) should be considered in patients with treatment-resistant epilepsy for whom hypnotherapeutic approach may be tried as one treatment option. Multimodal epileptic seizures as well as various behavioral and dyskinetic disorders are commonly associated with intellectual disabilities. Differentiation of brain derived epileptic seizures from other non-epileptic seizures requires an extensive anamnesis, clinical follow-up of the patient and video-EEG recording of seizures. We describe a patient with mild intellectual disability whose almost daily, drug-resistant epileptic attacks were found to be psychogenic. Hypnotherapeutic relaxation initiated upon mother's suggestion turned out to be useful.