

Fordypningsoppgave

PNES, psykogene ikke epileptiske anfall.

PNES, Psychogenic nonepileptic seizures.

Hvordan kan psykoterapeutisk behandling bidra til bedret mestrings av utfordringene med PNES.

How can psychotherapeutic treatment contribute to coping with the challenges of PNES.

Forfatter: Kirsti Rein

Emnekode: MPH 451

Fordypningsoppgave i videreutdanning i psykisk helsefag.

Antall ord: 6432



Avdelingsnavn for
Høyskolen i Nord
Trøndelag

Abstakt

Mål med oppgaven.

Formålet med denne oppgaven er å oppnå større kunnskap og forståelse hvordan psykoterapeutisk behandling kan bidra til økt mestring av utfordringene med PNES, Psychogenic nonepileptic seizures.

Metode.

Dette er en litteraturstudie med grunnlag i systematisk litteratursøk og utvalg fra aktuelle søkebasen som inneholder nyere forskning om PNES. Utvalget baseres på psykoterapeutiske behandlingsmetoder som har utforsket pasientenes utbytte av intervensjonen.

Resultat.

Studien viser til at mange pasienter med PNES har opplevd positive resultater gjennom psykoedukasjon i et Empowerment perspektiv. Gjennom økt kunnskap og forståelse av sin diagnose har mange oppnådd generell forbedret psykopatologi og økt mestring av utfordringene med PNES. Det påpekes også at gruppebehandling har positiv innvirkning på mange med identifisering og aksept som hovedingredienser. Studien viser til at det ikke nødvendigvis er den enkelte metoden som er utløsende for gode resultater. En gjentatt påstand fremhever viktigheten av individuell tilnærming og sensitiv overlevering av diagnosen.

Konklusjon .

Pasienter med PNES har som oftest en forhistorie med epilepsidiagnose. En gjennomgående rød tråd i studiets funn peker mot viktigheten av hvordan PNES som ny diagnosen blir presentert for pasientene og behandling i forhold til bedret selvforståelse og bekreftelse av sin nye diagnose. Pasienter med PNES er en svært heterogen gruppe og det pekes på viktigheten av å se den enkelte pasient med sin særskilte historie som bakgrunn og legge behandlingen til rette med hensyn til individuelle behov.

Søkeord: Cognitive behavior therapy, coping, group therapy, psychoeducation, Psychogenic nonepileptic seizures, treatment.

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1. Formål med oppgaven og problemstilling.....	2
1.1.1. Avgrensning av problemstilling.....	2
1.2. Begrepsavklaring.....	2
2. PNES i et teoretisk perspektiv.....	4
3. Metode.....	6
3.1. Systematisk litteratursøk.....	6
3.2. Kvalitetsvurdering og analyse.....	8
3.3. Ethiske overveielser.....	8
4. Resultat.....	9
4.1. Kunnskap i et Empowerment perspektiv.....	9
4.2. Gruppeintervensjon.....	10
4.3. Individuell tilrettelegging.....	10
4.4. Anfallskontroll.....	11
5. Diskusjon.....	12
5.1. Metodediskusjon.....	18
5.2. Avsluttning.....	18
6. Litteratur.....	20

Vedlegg 1. Tabell 2. Inkluderte artikler

Vedlegg 2. Tabell 3. Analyse av artikler

1. INNLEDNING

PNES -Psykogene ikke epileptiske anfall er en relativt ukjent diagnose både i befolkningen generelt og i fagmiljøer. PNES defineres som anfall av epilepsilignende karakter, der det ikke er registrert epileptisk aktivitet i hjernen, og det antas at anfallene har psykiske årsaker. De aller fleste som får konstatert PNES har en forhistorie med epileptisk diagnose. Karterud (2006) viser til at opptil 25 % av de som henvises til epilepsisentre for terapieresistent epilepsi har PNES. Det rapporteres at mange pasienter får store utfordringer med å forholde seg til PNES som ny diagnosen og å bli overført fra neurologien til psykiatrien for videre behandling. Lund m.fl.(2009) beskriver at PNES kan ligne alle typer epileptiske anfall, fra enkelte partielle anfall med motoriske eller sensoriske symptomer til store dramatiske krampeanfall. Anfallene kan ha stor variasjon når det gjelder lengde, bevissthetsnivå og utforming. Noen anfall kan vare noen sekunder, andre mer enn en time. De fleste opplever at anfallene er utenfor deres kontroll. Da dette er en differensialdiagnose til epilepsi, er det svært viktig å få fastsatt riktig diagnose med hensyn til videre behandling.

Norsk epilepsiforbund beskriver at psykogen betyr at fysiske eller psykiske plager har psykiske eller psykososiale årsaker, en kroppslig reaksjon på psykologisk stress som pasienten ikke har herredømme over. Anfallene kan forekomme i alle aldre, men studier viser en tendens til at PNES debuterer i 20 årene og at det er en større andel på 75-80 % kvinner som blir rammet.

Det finnes ingen internasjonal gullstandard for behandling av PNES. Derimot finnes omfattende nyere forskning på temaet, som omhandler PNES etiologi og behandlingsmetoder. Kliniske studier viser til psykoterapi som adekvat behandling for PNES, tilbys både gjennom epilepsisenter og i psykiatri.

Baslet (2012) har gjennomført en studie med grunnlag i nyere kliniske studier for behandling av PNES, gjennomført etter år 2000. Tradisjonelt har PNES vært knyttet til en dysfunksjon i håndtering av psykososialt stress. Studiet har evaluert effekten av strukturerte, standardiserte, psykoterapeutiske og psykofarmakologiske intervensjoner. Det blir beskrevet effekt av kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi, gruppe psykoterapi, gruppe psykoedukasjon, og psykofarmakologis behandling.

Viktighet av fleksibel og individuell tilpasning av behandling for vellykkede resultat i klinisk praksis blir påpekt. Forfatteren peker også på at det vil være nødvendig med videre og mer omfattende studier av behandlingsmetoder som beskrevet.

Karterud (2006) beskriver at mange pasienter opplever det krevende både kognitivt og følelsesmessig å få endret diagnose fra epilepsi til PNES. Mange opplever det vanskelig å forholde seg til at deres tilstand har psykologiske årsaker og at de har blitt overført fra neurologien til psykiatrien for videre behandling. Denne overflyttingen gjør at mange kan oppfatte at de faller mellom to stoler og at ansvaret blir overlatt til dem selv. PNES gir store utfordringer i hverdagen, både når det gjelder egen mestring og vedkjennelse av tilstanden, samt å forholde seg til samfunnets forståelse.

1.1. Formål med oppgaven og problemstilling.

Tilnærming til er dette temaet har grunnlag i kliniske erfaringer med både epilepsi og PNES. Det er valgt å fokusere på psykoterapeutisk behandling som kan gi større kunnskapsgrunnlag for forståelse av miljørettet intervensjon i praksisfeltet.

Med bakgrunn i dette ble oppgavens problemstilling:

«Hvordan kan psykoterapeutisk behandling bidra til bedre mestring av utfordringene med PNES, -psykogene -ikke epileptiske anfall»

Med utgangspunkt i problemstillingen er det brukt nøkkelord: Cognitive behavior therapy, coping, group therapy, psychoeducation, Psychogenic nonepileptic seizures, treatment.

1.1.1. Avgrensning av problemstilling.

I avgrensning av problemstilling ble det valgt ikke-medikamentell behandling, og aldersperspektiv på voksne med PNES. Det er ikke spesifisert kjønn eller behandlingsvarighet.

1.2. Begrepsavklaring

Psykoedukasjon Psykoedukasjon beskrives som en terapeutisk intervensjon med fokus på kunnskapsformidling til pasienter og familier om lidelsens karakter. Dette kan bestå av informasjon om diagnose, realistiske forventninger om prognose og bedring. Behandlingen fokuserer på betydning av god kommunikasjon, fokus på kunnskap innad i familien og å

formidle kunnskap om medikasjon. Det vektlegges et mestringsperspektiv med fokus på empowerment. Denne kunnskapsbaserte tilnærmingen kan bidra til å løfte pasienter og pårørende fra en tradisjonell rolle som passiv mottager av behandling til å bli aktive bidragsyttere i et bedringsperspektiv (Skårderud m.fl. 2010).

Cognitive behavior therapy Psykiatriske lidelser har mye med tankemønster å gjøre. CBT tradisjonen retter fokus på tankemønster. Å gjenkjenne og akseptere sine egne følelser, ikke bare på hva en tenker, men på hvordan en tenker, hvordan forholde seg til sine tanker, opplevelser og følelser. Ønskede mål ved CBT er å få økt kontroll over indre liv, der pasientene skal hjelpes til både å kontrollere og å tørre å slippe kontroll, uten å opptre dysfunksjonelt (Skårderud m.fl. 2010).

Gruppeterapi Psykiske lidelser er i stor grad er preget av forstyrret forhold til andre og det kan det være nærliggende å tenke at påvirkningskraften i grupper kan utnyttes som psykoterapeutisk behandling Malt m.fl.(2003). Gruppeterapiens filosofi er omfattende, men en fellesnevner er at mange av våre konflikter, problemer og utfordringer oppstår i møte med andre mennesker. Forfatteren beskriver videre at gruppeterapi inneholder flere støttende komponenter. Felleskap med opplevelse av at andre har samme utfordringer som en selv. Å bli godtatt og forstått, og å gi og oppleve gjensidig støtte. Alminneliggjøring og identifisering kan oppnås gjennom å høre at andre har lignende problemer. Dette kan være en god erfaring der deltagere har trodd at de er helt annerledes og hel på side av alt «normalt». Slike opplevelse kan også gi grunnlag for håp og tro på bedring. Det blir også beskrevet at dette kan være en krevende behandlingsform, og det påpekes at ikke alle pasienter eller alle problemstillinger egner seg for behandling i gruppe.

Mestring Håkonsen (2004) beskriver mestring som individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet. I problemfokusert mestring fokuseres det på den aktuelle situasjonen og det søkes å endre, avslutte eller løse vanskeligheter eller problemer som er forbundet med den. Følelsesmessig mestring innebærer å fokusere på de følelsesmessige problemene som er knyttet til en situasjon eller hendelse og det etterstrebes å redusere eller eliminere det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen.

2. PNES I ET TEORETISK PERSPEKTIV

Terminologi. Psykogene ikke epileptiske anfall er ikke noe nytt fenomen. Historisk sett har slike anfall blant annet blitt kalt funksjonelle anfall, hysterioepilepsi eller hysteriske anfall. Da EEG ble tatt i bruk på 1970 tallet, ble det enklere å skille ut epilepsi fra ikke epileptisk aktivitet. Norsk epilepsiforbund beskriver at psykogen betyr at fysiske eller psykiske plager har psykiske eller psykososiale årsaker, en kroppslig reaksjon på psykologisk stress som pasienten ikke har herredømme over.

Benevnelsen PNES er i forandring. Karterud H. (2014) beskriver at benevnelsen NES,- Non Epileptic Seizures, blir mer og mer utbredt i fagmiljøene i dag. Dette har bakgrunn i at dette ikke indikerer så sterk kausalitet til psykologiske årsakssammenhenger. Det ønskes å legge mer vekt på risikofaktorer, trigger faktorer og vedlikeholds faktorer i forhold til tilstanden.

I denne oppgaven brukes PNES som hovedbegrep da det pr. dato er den mest brukte benevnelsen i fagmiljøene.

Forekomst. Utbredelse av PNES blir anslått opptil 33 pr. 100 000 (Baxter m.fl. 2012 og Goldstein m.fl. 2010). Det vises også til at opptil 25 % av de som henvises til epilepsisentre for terapiresistent epilepsi har PNES. Anfallene kan forekomme i alle aldre, men studier viser en tendens til at PNES debuterer i 20 årene og at det er en større andel på 75-80 % kvinner som blir rammet.

Etiologi. Når det gjelder årsaker til PNES antas det at det at både psykologiske faktorer og biologisk sårbarhet som ligger til grunn for å utvikle PNES. (Karterud m.fl.2010 og Lund m.fl. 2009). Komorbide psykiatriske tilstander er svært vanlige i denne pasientgruppen. Det er også beskrevet overhyppighet av somatisk sykdom, dissosiativ atferd, posttraumatisk stresstilstand, depresjon eller angst. Det vises til holdepunkter for at subnormale tester innen nevropsykologi, hodetraumer og lære vansker kan være risikofaktorer i utvikling av PNES. Det vises også at mange scorer høyt på hysteri, hypokondri og depresjon, og mange har personlighetsforstyrrelser som blant annet borderline. Baslet (2012) viser til at PNES blir knyttet til en dysfunksjon i håndtering av psykososialt stress. Personer som har vansker med å uttrykke følelser, fantasier og drømmer kan ha en høyere forekomst av PNES og de kan også

ha et høyere stressnivå og dårlige mestringsstrategier. Det nevnes også forekomst av fiendtlighet og familiære psykiatriske problemer, samt komorbiditet med epilepsi.

Diagnostisering. Det kan være vanskelig å diagnostisere PNES, som kan ligne på flere tilstander, eks. besvimelser, hjertesykdom, diabetes, migrene, raserianfall, hyperventilasjonstilstand eller tics. Det mest vanlige er å ta feil mellom epilepsi og PNES (Karterud 2006). Klinisk kan PNES ligne på alle typer epileptiske anfall og de to tilstandene er vanskelig å skille fra hverandre. PNES diagnosen stilles på bakgrunn av en totalvurdering, der anfallsutforming, anfallssetting, respons på epileptisk medisin, psykiatrisk intervju, EEG og bildediagnostikk av hjernen er viktige elementer.

PNES finnes ikke som egen betegnelse i ICD-10,(15) eller DSM-IV, (det amerikanske psykiatriske selskap) Tilstanden klassifiseres i ICD – 10 under

A)F 44,- dissosiative krampetilstander, eller B)F 45,-somatiserings lidelser. Hvis det ikke er klart hva anfallene kommer av, brukes ofte R 56,- Andre uspesifikke kramper. Anfall INA Krampeanfall INA. Ved å beskrive tilstanden på denne måten, med konkrete symptom, unngås det å ta stilling til komplekse årsaksforhold (Karterud 2006).

I denne oppgaven blir begrepet diagnostisering og diagnose brukt i tråd med annen forskning.

Behandling. Det er ingen internasjonal gullstandard for behandling av PNES. Det finnes imidlertid omfattende nyere forskning på temaet, som omhandler PNES etiologi og behandlingsmetoder. Kliniske studier viser til psykoterapi som adekvat behandling for PNES, som tilbys både gjennom epilepsisenter og i psykiatri. Det er imidlertid lite standardisering utover den første presentasjonen som blir gjort ved epilepsisenter, og hvordan dette blir videreført til psykiatrien.

3. METODE

Denne fordypningsoppgaven er en litteraturstudie med grunnlag i systematisk litteratursøk i publiserte forskningsartikler om det aktuelle tema. En litteraturstudie innebærer systematisk søkning, kritisk granskning og drøfting av et valgt tema eller problemområde (Forsberg og Wengstrøm 2008).

3.1. Systematisk litteratursøk.

I søkeprosessen er det brukt HINT bibliotek Bibsys søkebaser og Google Scholar. Pub Med og Medline har gitt de fleste relevante funn. Det er også søkt i Psyk Info med flere parallelle treff som i Pub Med. Avgrensninger av søkene er det gjort med 5 og 10 år, avhengig av antall treff på søkeordene. Ved bruk av valgte søkeord fikk jeg tilgang til artikler med interessante overskrifter der søkte jeg opp abstrakt og vurderte relevans for min oppgave. Det var ikke alle artiklene som er tilgjengelig fra privat PC. Høgskolens bibliotek har i disse tilfellene vært behjelpelige med å bestille og videreformidle dette. Det er også noen artikler som ennå ikke er utgitt offentlig i fulltekst, da de er for nye.

Søkeord; Cognitive behavior therapy, coping, group therapy, psychoeducation, Psychogenic nonepileptic seizures, treatment. Hovedbegrepet PNES ble koblet sammen med de andre søkeordene med AND mellom.

Jeg har også hatt kontakt med SSE,-Statens Senter for Epilepsi v. overlege, professor, dr med. Eylert Brotkorb, og leder på SSE. mestring og læringsenteret, Hilde Karterud og fått anbefalinger på aktuell litteratur som er brukt i oppgaven.

Litteratursøk er systematisert og synliggjort i tabell 1: Litteratursøk

Tabell 1: Litteratursøk

Database	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Utvalgt
----------	---------------	---------	-------	---------

Pub Med 01.01.2014	Siste 5 år	PNES AND rewiev	47	1.
Pub Med 01.01.2014	Siste 5 år	PNES AND coping	17	2.
Pub Med 01.01.2014	10 siste år	PNES AND coping AND therapy	7.	2.
Pub Med 05.01.2014	Siste 5 år	PNES AND treatment	71	3.
Pub Med 05.01.2014	Siste 5 år	PNES AND Cognitive Behavioral Therapy	3	1.
Pub Med 30.01.2014	10 år	PNES AND psychoeducation	3	2.
Pub Med 30.01.2014	10 år	Pnes and group therapy	18	6
Psyk Info 05.02.2014	2000- 2014	PNES AND treatment	94	Parallele treff.
Pub Med 30.02 2014		Hall - Patch and PNES (Etter anbef. fra Karterud H.)	4	1
Pub Med 30.02.2014		Baxter Susan and PNES (Etter anbef. fra Karterud H.)	1	1

3.2. Kvalitetsvurdering og analyse

Dette studiet baseres på vitenskapelige artikler som er publisert i anerkjente tidsskrift og internasjonale databaser. I vurdering av artikler har jeg brukt sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler, som er tilgjengelig gjennom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2006). I kvalitetssikringen av vitenskapelig artikler, inngår vurdering av hvilke tidsskrift artikkelen er utgitt i, om det er fagfellevurdert (Kilvik og Lamøy2007). Ved fagfellevurdering blir hver artikkel vurdert og godkjent av andre eksperter på samme fagområde før den blir publisert. Godkjenningen blir rangert til nivå 1 eller 2. Artikkelen i denne studien er på nivå 1 eller 2. Vurdering av de utvalgte artiklene ble systematisert gjennom en tabell som ble et oversiktlig arbeidsverktøy i det videre arbeidet. Viser til vedlegg nr. 1.- tabell 2; inkluderte artikler.

Underveis i analyseprosessen ble to artikler ekskludert, en på grunn av at undersøkelsen bare hadde en deltager og var kvalitetsmessig for enkel. Den andre på grunn av at temaet var så spesifikt at det ikke ble relevant for denne undersøkelsen.

I analyse av artiklene er artiklenes viktigste funn systematisert i hovedfunn, kategorier og subkategorier. Viser til vedlegg nr. 2. Tabell 3; Analyse av artikler.

Tema som ble valgt til videre diskusjon er « - *Kunnskap i et Empowerment perspektiv, - Gruppeintervensjon, -Individuell tilrettelegging, -Anfallskontroll*».

3.3. Ethiske overveielser

Ved bearbeidelse og gjengivelse av artiklenes resultater, er det essensielt å gjengi materialet mest mulig korrekt. Dette innebærer å lese teksten grundig og få fram det originale materialet og forsikre seg om at innholdet ikke forandrer mening ved oversettelse og omformuleringer. Referanser til alle påstander og funn i hver artikkel etterstrebtes for å yte forfatterne respekt og skille påstander fra egne betraktninger (Ringdal 2007). De fleste artiklene i denne oppgaven er utgitt på engelsk og det ble brukte oversettelsesprogram gjennom Bing translate og Google Scholar translate. Oversettingene gjennom disse programmene gir imidlertid ikke grammatisk korrekte oversettelser og må brukes med fornuft.

I utvelgelse og bruk av funn i dette studiet er det preget av problemstillingen og kan utelate andre funn i primærkilder.

4. RESULTAT

Resultater fra denne studien omfatter bearbeidelse av 10 artikler, 3 med kvantitativt og 7 med kvalitativt design. Studiene er utført i Norge, USA, England, Nederland.

I oppsummering av analysen blir dette sett i sammenheng med de kategoriene som ble utarbeidet under analysen. Kategoriene som ble valgt: Kunnskap i et Empowerment perspektiv, gruppeintervensjon, individuell tilrettelegging og anfallskontroll.

Viser til vedlegg 2. Tabell 3; Analyse av artikler.

4.1. Kunnskap i et Empowerment perspektiv.

7 av 10 artikler beskriver psykoedukasjon og kunnskapsformidling.

Flere studier påpeker pasienters forvirring og maktesløshet ved å få endret diagnose fra epilepsi til PNES. Baxter m.fl.(2012) beskriver i sin studie at psykoedukasjon har gitt gode resultater i en bedret forståelse av sammenhenger mellom psykisk og fysisk reaksjon. Karterud m.fl.(2010) viser til at informasjon og økt kunnskap har bidratt til aksept og forbedret sosial fungering. Det rapporteres at noen har oppnådd positiv endring i tankemønster og handtering av PNES. Det understrekes også i denne studien viktigheten av å se heterogeniteten i denne pasientgruppen og viktigheten av å legge til rette for individuell intervensjon.

Hall-Patch m.fl.(2010) beskriver en kommunikasjonsstrategi, en selvreguleringsmodell med fokus på kunnskap og bevisstgjøring. Studien viser til resultater der 94 % av deltagerne rapporterte bedret forståelse av sin diagnose, med redusert forvirring og bedret innsikt i hvordan dette påvirker dem.

Chen m.fl.(2014) viser til at mange har rapportert økt forståelse av sin diagnose som har bidratt til å få større kontroll i eget liv. Behandlingen bygger på at deltagerne skal ta en aktiv rolle vedrørende sin egen situasjon Det blir beskrevet forbedret psykososial fungering og redusert PNES relatert psykopatologi. Deltagerne i studiet beskriver aksept og legitimering av PNES som en handterbar atferdsforstyrrelse og ikke som uhandterbare livstruende hendelser.

Kuyk m.fl.(2008) har hatt fokus på CBT og kan vise til gode resultater i forhold til anfallsfrekvens som også sees i sammenheng med bedret mestringsopplevelse. Behandlingen

ble lagt opp til at pasientene gradvis kunne venne seg til at deres problem ikke er somatisk, men har en psykologisk opprinnelse. Det blir også pekt på som svært viktig å bli trodd og tatt på alvor av behandlere og helsepersonell. Dette skapte tillit til behandlingsapparatet og bidrog til aksept av sine utfordringer.

4.2. Gruppeintervensjon.

4 av 10 artikler beskriver gruppeterapi.

Barry m.fl.(2008) beskriver psykodynamisk gruppeterapi som viser positive resultater der gruppesettingen for mange ble et ideelt forum for diskusjoner, deling av erfaringer og identifisering. Behandlingen hadde fokus på diskusjoner og erfaringsutvekslinger rundt mestringsstrategier, og integrering av dette. Chen m.fl.(2014) har også vist til sammenfallende resultat, der det påpekes meningsfullt å få kunnskap delt i gruppebehandling, med en felles forståelse og opplevelse av normalisering og aksept. Gruppeintervensjonen gav også direkte dimensjon med beskrivelser av at deltagere hadde PNES i behandlingssituasjoner. Dette ble umiddelbart håndtert av hjelpere, uten at gruppebehandlingen ble avbrutt. Dette var med på å minimalisere oppmerksomhetsgevinst og normalisere situasjonen. Studien påpeker viktigheten av deltagerens aktive rolle i sin egen situasjon i et empowerment perspektiv, som fokuserer på å ta ansvar i eget liv og utvikling. Zaroff m.fl.(2004) beskriver at gruppebehandling har bidratt til identifiseringen blant gruppe medlemmene og minsket den sosiale isolasjonen som kan oppstå ved en så lite allment kjent diagnose.

4.3. Individuell tilrettelegging.

6 av 10 studier påpeker viktigheten av individuell tilnærming.

Denne pasientgruppen er heterogen og flere studier (Baxter m.fl 2011, Goldstein m.fl. 2010, Karterud m.fl.2010, Kuyk m.fl. 2008) påpeker viktigheten av individuelt tilrettelagt intervensjon for den enkelte. Det blir vist til de store variasjonene i etiologi og individuelle forutsetninger som må legges til grunn for å tilpasse behandlingen best mulig.

Behandlingsresultat er også avhengig av i hvilken grad pasienten er følelsesmessig moden for behandlingen.

Fairclogh m.fl.(2014) og Karterud m.fl.(2010) har i sine studier undersøkt pasienters opplevelser og holdninger i forhold til å få ny diagnose og behov for behandling. Det beskrives også at en sensitiv presentasjon av den nye diagnosen er avgjørende for motivasjon

og evne til å handtere diagnosen. Kunnskap og forståelse fra helsepersonell blir også påpekt som en viktig faktor for å takle diagnosen.

4.4. Anfallskontroll

7 av 10 studier hadde fokus på anfallskontroll.

Flere studier har i forkant hatt hypoteser om anfallsreduksjon og anfallsfrihet som viktige resultat i behandlingen. (Chen m.fl.2014, Goldstein m.fl.2010 og Zaroff m.fl.2004). Studienes resultat viser imidlertid til mindre effekt anfallsfrekvens enn forventet, en fellesnevner peker på individualitet og utfordringer med å treffe med riktig behandling til den enkelte pasient. Chen m.fl. (2014) diskuterte dette i sammenheng med at underliggende psykopatologi kan være dypt integrert hos mange og at mange kan ha behov for mer omfattende og langvarig behandling. Det diskuteres også om terapeutisk behandling burde fokusere mer på anfallsfrekvens versus funksjonalitet hos pasienter med PNES for å etablere betydelig forbedring i livskvalitet. Studiet rapporterte forbedringer på viktige funksjonsområder til tross for fravær av vesentlige endringer i anfallsfrekvens.

Hall-Patch m.fl. (2010) viser til gode resultater ved anfallsfrihet og reduksjon av anfall ved psykoedukasjon. Det ble vist til større opplevelse av identitet til sin diagnose, og økt mestring gjennom å vedkjenne seg tilstanden og å forholde seg til den. Kuyk m.fl. (2008) rapporterer også betydelig reduksjon i anfallsfrekvens. Det blir påpekt at anfallsfrihet viser seg som en viktig faktor i sammenheng med psykososial fungering og forbedret mestringsevne.

La France m.fl. (2009) viser til CBT med positive behandlingsresultater ved betydelig avfallsreduksjon og opphør av anfall. Det blir påpekt bedring av livskvalitet og psykososial fungering som ble satt i sammenheng med mer positivt tankemønster og endret selvopplevelse.

Barry m.fl.(2008) viser til svært gode resultater i sin studie tross stor variasjon i psykopatologi. Det blir vist til at 6 av 7 opplevde reduksjon av frekvens. 4 av 7 opplevde opphør av PNES, med unntak av sporadiske anfall ved stressede situasjoner. 4 av 7 rapporterte store forbedringer i livskvalitet.

5. DISKUSJON

Dette studiet viser til at behandling for PNES bør baseres på individuelle og fleksible tilrettelegginger for den enkelte, både når det gjelder innhold og varighet. Det blir fremhevet viktigheten av å se på denne pasientgruppens heterogenitet med svært forskjellig etiologi og behandlingsbehov. Pasienter understreker viktighet av sensitiv formidling av PNES som ny diagnose, der forståelse og identifisering er essensielt i et mestringsperspektiv.

Psykoedukasjon med økt kunnskap om diagnosen viser til positive resultater som økt aksept og større forutsetninger til å forstå sammenhengene mellom psykisk fungering og fysiske reaksjoner. Studiet viser til varierende grad av behandlingsutbytte som kan forstås i forhold til den enkelte sin modenhet og mottagelighet for behandling. Anfallsreduksjon og anfallsfrihet blir av noen studier påpekt som viktigste faktor i bedret psykososial funksjon. Det viser seg i andre studier at pasientene kan ha forbedret funksjon på viktige områder til tross av fravær av vesentlige reduksjoner i anfallsfrekvens.

Det er ikke noen internasjonal gullstandard for behandling av PNES. Det er mye nyere forskning som beskriver psykoterapeutisk behandling som intervensjon med både gruppe og individuelt fokus som har gitt positive resultater. Fairclough m.fl. (2014) har undersøkt pasienters holdninger til psykiatrisk henvisning og behandling av PNES, der deltagerne hadde klare oppfatninger om sine behandlingsbehov. Det blir påpekt at mange føler seg i diagnostisk ingenmannsland, med følelse av å være alene med en diagnose som ikke er så kjent hverken i befolkningen generelt eller i fagmiljøene. Dette har medført at mange har opplevd avvisning og følelse av å ikke bli forstått av profesjonelle hjelpere og viktige andre. Det blir uttrykt behov for validitet og legitimering av tilstanden. Dette samsvarer med andre studier som beskriver en endring av diagnose fra epilepsi til PNES kan være vanskelig å forholde seg til, både kognitivt og følelsesmessig (Fairclough m.fl. 2014, Karterud m.fl. 2006, Zaroff m.fl. 2004). Det beskrives at der årsakene til anfall var uklare resulterte dette i håpløshet og hjelpeløshet, og det viste seg behov for kunnskap om tilstanden og hjelp til endret selvinnsikt. Det beskrives at økt forståelse av de underliggende mekanismene bak anfallene ble ansett som avgjørende for å utvikle gode mestringsstrategier. Resultat viser til at individuell oppfattelse av kontroll og kunnskap om sin egen tilstand bidro til håp om å håndtere dette. Dette retter fokuset på kunnskapsformidling som en adekvat metode med bakgrunn i det disse studiene påpeker. Skårderud (2010) beskriver psykoedukativ tilnærming som baseres på å øke

pasienters faktiske kunnskap om forhold som kan fremme deres egen kompetanse som å mestre symptomer og mentale ubehag. Kunnskap og forståelse av egen tilstand kan gi realistiske forventninger om prognose og bedring, dette kan bidra til fokusendring mot mestring om hva en kan få til, mer enn hva man ikke mestrer. Kunnskap kan i denne vinklingen sees i et empowerment perspektiv, der kunnskap er makt.

Dette kan også sees i forståelse av Baxter m.fl. (2012) som beskriver psykoedukativ intervensjon der det påpekes at pasientens egen forståelse av sin sykdom er en viktig funksjon i en selvreguleringsmodell. Det forutsetter at deltagerne er aktive problemløsere og motivert til å behandle sykdommen i samsvar med sin forståelse av problemet. Skårderud (2010), beskriver at psykisk helsearbeid innebærer arbeid med behandlingsmotivasjon og relasjonstillit, der pasienten forventes å være aktiv i sin egen behandling for å få gode resultater. En klinisk kommentar til dette ser på viktigheten av relasjonens betydning, med tillit og bekreftelse fra behandler som essensielt i et konstruktivt samarbeid med pasient.

Baxter m.fl. (2012), beskriver at flere av studiets deltagere hadde uttrykt forvirring i forhold til å forstå sammenhengen mellom den fysiologiske reaksjonen og psykiske årsaker. Dette kan sees i lys av litteratur som beskriver dualisme i form av å splitte kropp og sinn er sentral i vestlig kulturhistorie. Det ligger til menneskers grunnleggende væremåte at vi knytter det følelsesmessige, særlig det som er vanskelig og utydelig opp mot det konkrete og sansbare (Skårderud 2010). Alle har vi en sterk trang til å søke forklaring, og gjennom kunnskap og forståelse av sammenhengen mellom psyke og fysiske reaksjoner kan dette bidra til større mulighet for mestring og håndtering av egne utfordringer.

Hall-Patch m.fl.(2010) har også hatt grunnlag i en selvreguleringsmodell som viser til hvordan folk oppfører seg i forhold til sykdom avhenger av deres egen oppfatning eller representasjon av sykdommen. Behandlingen bygger på detaljert og grundig informasjon med erfarne terapeuter som veiledere. Viktigste faktorer i behandlingen var utvikling av identitet, forklaringer av årsak og konsekvenser, tidsperspektiv og kontrollerbarhet. 94 % av deltagerne rapporterte at intervensjonen gjorde diagnosen bedre forståelig, mange fikk redusert forvirring og ble tryggere på sin tilstand. Dette samsvarer med Fairlogh m.fl.(2014) som i sin studie beskriver pasientenes behov for å finne svar og å få kontroll over sin tilstand igjen. Tillit til riktig diagnose og forstå den psykologiske forklaringen vedr. PNES er fremhevet. Dette kan forstås i lys av menneskers grunnleggende behov for å forstå sammenhenger i sitt liv. En modell for opplevelse av sammenheng,- SOC ; sence of coherence blir beskrevet av

Antonovsky (1996). Denne modellen bygger på en forståelse av at for å oppnå følelse av sammenheng i tilværelsen må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne frem til løsninger og finne god mening i å forsøke på det.

Goldstein m.fl.(2010) har sammenlignet CBT med SMC (standard medisinsk behandling) i forhold til å redusere anfallsfrekvens. Studien peker på en generell bedring i deltageres egenvurderte sosiale funksjon. Studiet viser også positiv utvikling ved anfallsfrihet. Forfatterne hadde forventinger om å finne stor behandlingseffekt ved anfallsreduksjon, resultatene konstaterte middels resultater. Det ble konkludert med at det er vanskelig å finne riktig behandling i forhold til den enkelte pasient. Dette sammenfaller med funn i Kuyk m.fl. (2008). Der diskuteres variasjonene i forhold til modenhet for behandling etter en relativt kortvarig behandlingstid. Studien har gjennomført en 4 ukers intensiv behandling, rettet mot kognitiv restrukturering, traumebehandling og mestring av stress. Resultatene viser en trend mot bedring i psykopatologi. Det blir også påpekt sammenheng med anfallsfrihet og forbedret psykososial fungering.

La France m.fl.(2009) bygger sin studie på hypotese at ved å identifisere og begrense kognitive forstyrrelser og miljømessige triggere ved PNES, kan dette redusere anfall. Gjennom å utvikle kommunikasjonsferdigheter med verbalisering av uro og bekymring på en positiv måte, bidro dette til endret selvopplevelse og et mer positivt tankemønster Studien viser bedring i psykiske symptomer, psykososial fungering og livskvalitet. Det beskrives forbedret anfallskontroll der 11 av 17 rapporterte opphør av anfall etter fullført behandling. Det ble fokusert på innlæring av mestringsteknikker som miljømessige tilpasninger, kartlegging av stressfaktorer. Dette er gjenkjennbare tilnærminger i miljøterapeutisk arbeid som på sikt kan bidra til bedret håndtering og kontroll av sine utfordringer.

Anfallsfrihet og anfallsreduksjon blir i flere studier antatt som viktige resultat i behandlingen (Chen m.fl.2014, Goldstein m.fl.2010 og Zaroff m.fl.2004). Studiene viser imidlertid til mindre effekt anfallsfrekvens enn forventet, en fellesnevner peker på individualitet og utfordringer med å treffe med riktig behandling til den enkelte pasient. Chen m.fl.(2014) påpeker resultater i sin studie mindre anfallsreduksjon enn forventet, som blir diskutert i sammenheng med at underliggende psykopatologi kan være dypt integrert hos mange og at mange kan ha behov for mer omfattende og langvarig behandling. Studiet rapporterte forbedringer på viktige funksjonsområder, til tross for fravær av vesentlige endringer i anfallsfrekvens.

Hall-Patch m.fl.(2010) viser til gode resultater ved anfallsfrihet og reduksjon av anfall med psykoedukasjon som intervensjon. Resultater viser til at 94 % av deltagerne rapportere at metoden gjorde diagnose bedre forståelig, og 70 % fikk forventninger innfridd under behandling. Det var lagt vekt på sensitiv tilnærming og forståelig informasjon som ble ledet av erfarne terapeuter. Det blir beskrevet opplevelse av tillit til behandler og behandlingen. Et tillitsforhold i en terapeutisk behandling vil avhenge av terapeutens holdninger og tilnærming. Snoek og Engerdal (2000) viser til at den mest virksomme enkeltfaktoren i psykoterapeutisk behandling ikke nødvendigvis er systematikken i behandlingsopplegget, men den relasjonen som utvikles mellom pasient og terapeut som skaper grunnlaget for forandring.

Kuyk m.fl.(2008) og La France m.fl.(2009) viser til CBT med positive resultater ved betydelig anfallsreduksjon og opphør av anfall. Det blir påpekt bedring i livskvalitet og psykososial fungering og endret selvopplevelse gjennom mer positivt tankemønster. Det vises også til betydelig reduksjon i anfallsfrekvens. Kuyk m.fl.(2008) påpeker at anfallsfrihet viser seg som en viktig faktor i sammenheng med psykososial fungering og forbedret mestringssevne.

I en klinisk forståelse av hvordan PNES påvirker hverdagslig fungering, med tap av kontroll over situasjoner ved anfall og uforutsigbarhet ved når det utløses, kan det se ut som anfallsfrihet og anfallsreduksjon kan ha stor betydning ved håndtering av hverdagen. Dette studiets funn viser også til at mange kan oppleve bedret livskvalitet uten de store endringene i anfallsfrekvens, noe som kan sees i sammenheng med økt forståelse og aksept av sin egen situasjon.

Baslet (2012) har utforsket forskjellig behandlingstilnærming av PNES, med grunnlag i nyere kliniske studier. En konklusjon fremhever ingen av intervensjonene spesielt, men en rød tråd peker på de individuelle behovene til hver enkelt pasient som må ligge til grunn for å oppnå vellykket resultat i klinisk praksis.

Denne pasientgruppen er heterogen og flere studier (Baxter m.fl 2012, Goldstein m.fl 2010, Karterud m.fl.2010, og Kuyk m.fl.2008) påpeker viktigheten av individuelt tilrettelagt intervensjon for den enkelte. Behandlingsresultat er også avhengig av i hvilken grad pasienten er følelsesmessig moden for behandlingen. Kuyk m.fl.(2008) beskriver individuell tilrettelagt intervensjon med vurdering av pasientenes ferdigheter, evner, psykopatologi og familiedynamikk som kan danne en hypotese om de underliggende problemene som kan forårsake og vedlikeholde anfall. Behandlingen legges opp til at pasientene gradvis kan venne

seg til forståelsen av at deres problem ikke er somatisk men har en psykologisk opprinnelse. Det beskrives også at en sensitiv presentasjon av den nye diagnosen er avgjørende for motivasjon og evne til å håndtere diagnosen.

Med kunnskap om den store etiologiske variasjonen hos denne pasientgruppen er det forståelig at det vil oppstå utfordringer i en behandlingstilnærming. Med årsaksforklaringer fra bevisste traumer til ubevisste og til dels uforståelige årsaksforhold vil det naturlig være svært varierende utgangspunkt for individuell forståelse av sin tilstand. Dette er noe som må prege tilnærmingen for behandling.

En hypotese som er gjentatt i flere studier er at prognosen for bedring er bedre der det har gått kort tid mellom diagnosesetting og behandling (Barry m.fl. 2008, Chen m.fl.2014, Kuyk m.fl.2008, og Zaroff m.fl.2004). Dette både bekreftes og motbevises i funn (Baxter m.fl.2012 Chen m.fl.2014 og Karterud.fl.2010). Det beskrives forskjellig respons på tiltak, som sees i forhold til denne diagnosens komorbiditet, de individuelle forutsetningene til hver enkelt deltager. Pasientenes integrerte oppfatninger om tidligere diagnose og modenhet for behandling blir påpekt som viktig i behandlingsprosessen. Dette understøtter klinisk erfaring med behandlingsintervensjon som ikke møtte pasientens behov der og da. Pasienten hadde vanskeligheter med å akseptert sin nye diagnose og var ikke moden for psykologisk behandling. Det er forståelig at en slik overgangsprosess vil ta mer eller mindre tid avhengig av hvor i prosessen den enkelte pasient er, samt at tilnærmingen må vurderes og justeres etter hver enkelt sitt ståsted.

Barry m.fl.(2008) vurderer psykodynamisk gruppeterapi som intervensjon. Terapi i gruppe kan normalisere problemene og gi håp og spredning av informasjon, samt gi grunnlag for et nytt nettverk. Det kan gi større perspektiv ved å oppleve at andre har samme problem og læring av andres mestringsstrategier og atferd. Studiet var orientert rundt fokus på anfall og påvirkning av skjulte / ubevisste følelser. Det overordna målet i terapien var å opparbeide bevissthet og verbal oppmerksomhet om mentalt stress og utvikle mestringsstrategier, med fokus på større selvsikkerhet rundt aggressive følelser og positiv handtering av dette.

Deltagerne ble oppfordret til oppmerksomhet rundt foranledningen til anfall så de kunne forstå sammenhenger mellom situasjons/ påvirkning som kan føre til anfall. Det ble i gruppen diskutert erfaringer som påvirker deres anfall og de ble utfordret til se dette i eget perspektiv for endring av negativ atferd. For noen var det enklere å identifisere hendelser før anfall for andre enn seg selv. Studien viser til svært gode resultater tross variasjon i psykopatologi. Det

blir vist til at 6 av 7 opplevde reduksjon av frekvens. 4 av 7 opplevde opphør av PNES med unntak av sporadiske anfall ved stressede situasjoner. 4 av 7 rapporterte store forbedringer i livskvalitet. Det blir referert til forbedret mestring, gjennom bevissthet og forståelse av sin egen tilstand og sammenhenger som påvirker anfall. Denne intervensjonen foregikk over 32 uker noe som i dette studiet er den behandlingen som har foregått over lengst tid. Dette kan være en av indikasjonene på de gode resultatene, i bedringsprosesser som nødvendigvis vil ta tid.

Zaroff m.fl.(2004) beskriver resultater i gruppebehandling med økt identitetsopplevelse mellom deltagerne og reduksjon ved den sosiale isolasjonen som kan oppstå ved en lidelse som er så lite kjent. Identitet beskrives i Tetzchner (2001) som individets opplevelse av sin plass i en større sammenheng. Fornemmelse av hvem man er og hvilke større og mindre sosiale grupper og grupperinger man har tilhørighet til eller vil ha tilhørighet til. Dette kan settes i sammenheng med studie Chen m.fl.(2014) viser til. Deltagerne hadde opplevd det meningsfullt å få delt kunnskap gjennom gruppe, med identifisering og opplevelse av normalitet gjennom å erfare at andre hadde samme utfordringer. Det blir også pekt på aksept og legitimering som viktige element. Resultater av studien viser til en trend mot større kontroll i eget liv gjennom å ta en aktiv rolle i et empowerment perspektiv. Å få bekreftelse og aksept fra omgivelsene er grunnleggende faktorer for positiv vekst i alle menneskers liv.

Gruppeterapi som beskrevet i dette studiet kan gi en ekstra dimensjon i situasjoner som denne pasientgruppen opplever, med opplevelse av å tilhøre en gruppe med samme utfordringer og ved å lære av hverandre. Karterud (2010) fremhever også gruppebehandling med positivt utbytte av å møte andre mennesker med samme utfordringer og dele erfaringer om at behandling har ført fram. Dette bidrar til å utløste meningsdannelse og håp om bedring.

Gruppebehandling i dette studiet viser til gjennomgående gode resultater. Malt m.fl.(2003) beskriver at gruppebehandling kan være en krevende behandlingsform, og det påpekes at ikke alle pasienter eller alle problemstillinger egner seg for behandling i gruppe. PNES er som tidligere nevnt en diagnose som ikke er så utbredt, og gruppebehandling kan i distrikt Norge være vanskelig å gjennomføre i praksis. Det forstås imidlertid som en behandlingsform som bør vurderes hvis alt ligger til rette for det.

5.1. Metodediskusjon.

Litteratursøking og spissing imot problemstilling ble en omfattende og krevende jobb. Både med grunn i liten erfaring med slik søking på forhånd og de forskjellige søkebasenes tilgjengelighet og praktiske bruksegenskaper. Det er hovedsakelig brukt Medline og Pub Med. Det er også brukt andre søkebasen som gav en del parallelle funn av samme artikler som brukt i oppgaven.

Det er få studier på dette temaet gjennomført i Norge. De utvalgte studiene er gjort i USA, UK, Nederland og Norge. Det kan gi begrensninger i generaliseringsgrad, med forskjeller i kultur og velferdssystemer. Tross dette er det deltagerens individuelle opplevelser som gjenspeiles i diskusjonen, noe som ikke nødvendigvis er avhengig av nevnte påvirkninger.

Ved utvelgelse av artikler ble det lagt vekt på psykoterapeutiske behandlingsmetoder ved PNES. I utvelgelsen av stoff ble det utfordrende å bli spesifikk nok, da det viste seg at studiene hadde mange vinklinger. Det ble lagt vekt på å finne resultater som vil belyse problemstillingen. I analyse av resultater er det fokusert på deltagerens respons på behandlingen, med fokus på mestring av utfordringene med PNES.

De fleste studiene som er valgt er kvalitative med relativt små utvalg. Kvalitative studier kan gi begrensninger i forhold til generaliserbarhet, men kan på den annen side gi mer nyansert informasjon fra deltagerne Ringdal m.fl.(2007).

5.2. Avslutning.

Med grunnlag i problemstillingen «*Hvordan kan psykoterapeutisk behandling bidra til bedre mestring av utfordringer med PNES,-psykogene ikke epileptiske anfall*» har denne studien undersøkt behandlingsintervensjoner rettet imot handtering av PNES

Resultatene viser trend for at psykoedukasjon og CBT har gitt positive resultater både i forhold til mindre psykopatologi, anfallsfrihet og anfallsreduksjon Det blir vist til forbedring av mestringsferdigheter sett i et empowerment perspektiv. Gruppebehandling viser seg også som en behandlingsform som har gitt positive resultater. Det som imidlertid viser seg som den viktigste faktoren er den felles forståelsen av behovet for individuell og fleksibel tilrettelegging for hver enkelt pasient. I en forståelse av psykisk helsearbeid med fokus på

relasjon og samhandling peker studien på viktigheten av dette samspillet med felles kunnskap og forståelse som viktige ingredienser.

I arbeidet med dette studiet har det dukket opp spørsmål under veis som hadde vært interessant å undersøke nærmere. Med kunnskap om at mange med PNES har opplevd flere års feildiagnostisering med samtidig feilmedisinering, kan det stilles spørsmål til om kunnskapsgrunnlaget i fagmiljøene er godt nok for å handtere denne pasientgruppen.

Dette studiet har forsket på behandling som har startet kort tid etter diagnosesetting og de fleste studiene har pågått i relativt kort tid. En tilbakevendende diskusjon har pekt på behovene for individuell tilrettelegging, både når det gjelder innhold og varighet av behandling for denne pasientgruppen. I en videre studie ville det vært interessant å utforske intervensjoner med oppfølging over lengre tidsrammer for å se om resultatene ved anfallsreduksjon og anfallsfrihet kan gi større utslag.

6. LITTERATUR

- Antonovsky, A.(1996) The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspektive. Israel journal of medical sciences, 32:170-178.
[http://scholar.google.no/scholar?q=Antonovsky,+A.\(1996\)+The+Sense+of+Coherence:+An+Historical+and+Future+Perspektive.&hl=no&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=KmVyU_GIKOK2yAOb34GYAg&ved=0CC0QgQMwAA](http://scholar.google.no/scholar?q=Antonovsky,+A.(1996)+The+Sense+of+Coherence:+An+Historical+and+Future+Perspektive.&hl=no&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=KmVyU_GIKOK2yAOb34GYAg&ved=0CC0QgQMwAA) (lastet ned 11.05.2014)
- Barry, J.J., Wittenberg, D., Bullock, K.D., Michaels, J.B., Classen, C.C., Fisher, R.S. (2008): "Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: a pilot study". I: *Epilepsy & Behavior*, vol. 13 (4) s. 624-629.
- Baxter, Susan., Mayor, R., Baird, W., Brown, R., Coock, H., Howlett, S., House, A., Messina, J., Smith, P., Reuber, M. (2012): "Understanding patient perceptions following a psycho-education intervention for psychogenic non-epileptic seizures". 2 I: *Epilepsy & behavior*, vol. 23, s. 487-493.
- Baslet, G. (2012): "Psychogenic nonepileptic seizures: a treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium?" I: *Neuropsychiatr Dis Treat*, vol. 8 s. 585-598.
- Chen, D.K., Maheshwari, A., Franks, R., Trolley, G.C., Robinson, J.S., Hrachovy, R.A. (2014): "Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist-initiated program in an epilepsy center". I: *Epilepsia*, vol.55, (1)s. 156-166.
- Fairclough, G., Fox, J., Mercer, G., Reuber, M., Brown, R.J. (2014): "Understanding the perceived treatment needs of patients with psychogenic nonepileptic seizures". I: *Epilepsy & Behavior*, vol.31, s. 295-303.
- Forsberg, C. og Wengstrøm, Y.(2008): *Att göra systematiska litteraturstudie. Vurdering, analys og presentasjon av omvårdningsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur og Kultur.
- Goldstein, L.H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M.R., Moriarty, J., Toone, B.K., Mellers, J.D.C. (2010) "Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT". I: *Neurology*. Vol. 74 (24) s. 1986-1994.
- Hall-Patch, L., Brown, R., House, A., Howlett, S., Kemp, S., Lawton, G., Mayor, R., Smith, P., Reuber, M. (2010) "Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures". I: *Epilepsia*, vol. 51(1) s. 70-78.
- Håkonsen, K.M.(2004): *Innføring I psykologi*.(3.utgave, 2. opplag.)Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karterud, H.N. (2006) Diagnose til besvær? «En studie av pasienters sykdomsforståelse og erfaringer med diagnosen Psykogen ikke epileptiske anfall». OSLO: Det medisinske fakultetet. Universitet Oslo.

Karterud, H.N., Knizek, B.L., Nakken, K.O. (2010) “Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: patients' experiences and understanding of their new diagnosis”. I: *Elsevier*, vol. 19 (1) s. 40-46.

Kilvik, A., og Lamøy, L.I. (2007) : *Litteratursøkning I medisin og helsefag*. 2. utgave. Trondheim: Tapir Akademisk forlag.

Kuyk, Jarl., Siffels, M.C., Bakvis, P., Swinkels, W. A.M. (2008) “Psychological treatment of patients with psychogenic non-epileptic seizures; An outcome study”. I: *Elsevier* vol.17, s. 595-603.

LaFrance, W.C. Jr., Miller, I.W., Ryan, C.E., Blum, A.S., Solomon, D.A., Kelley, J.E., Keitner, G.I. (2009) “Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures”. I: *Epilepsy Behavior*. vol.14(4) s. 591-596.

Lund, C., Haraldsen, I., Lossius, M.I., Bjørnes, H., Lossius, R., Nakken, K.O. (2009) «Psykogene ikke-epileptiske anfall». I: *Tidsskrift for den norske legeforening*. Vol.22 a. s. 2348-2351.

Malt, U.F., Rettersdøl, N., Dahl, A.A. (2003) *Lærebok i Psykiatri*. 2. utgave. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten . Tilgjengelig fra:
<https://www.google.no/#q=nasjonalt+kunnskapssenter+for+helsetjenesten>
<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistre-for-vurdering-av-forskningsartikler> (lastet ned 14.01 2014)

Norsk Epilepsiforbund. Tilgjengelig fra: <http://www.epilepsi.no/medisinsk-/psykogene/> (lastet ned 12.01.2014)

Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stanicke, E. (2010) : *Psykiatriboken. Sinn- kropp- samfunn*. 1. Utgave 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, J, E. og Engerdal, K. (2000) *Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Gjøvik Akribe forlag. . Utgave , 2. opplag.

Tetzchner, Stephen von. (2001) *Utviklingspsykologi Barne og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS. 1. utgave, 3 opplag.

Verdens helseorganisasjon (2011): *ICD-10. Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.* : Helsedirektoratet. Bergen: Fagbokforlaget.

Zaroff, C.M., Myers, L., Barr, W.B., Luciano, D., Devinsky, O. (2004)
“Grouppsychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. I: *Epilepsy behavior*”. Vol. 5(4) s. 587-592.

Overlege ved Statens senter for epilepsi, professor, dr med. Eylert Brotkorb, og leder på mestring og læringscenteret ved SSE, Hilde Karterud har anbefalt aktuell litteratur som er brukt i oppgaven.(pr.mailkontakt febr. 2014)

Vedlegg 1. Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler.

Vedlegg 2. Tabell 3. Analyse av artikler.

Tabell 2 Oversikt over artikler

Forfattere, årstall, land	Studiets tema	Design, Intervensjon	Deltagere, bortfall	Analysemetode	Hovedresultat	Kvalitet
Barry JJ. Mfl. USA. 2013 Group therapy for patients with PNES: a pilot study	Psykodynamisk gruppeterapi, med fokus på anfall og påvirkninger av skjulte/ ubevisste følelser. Det overordna målet i terapien var å opparbeide bevissthet og verbal oppmerksomhet om mentalt stress, og forståelse av sammenhenger mellom situasjonspåvirkning som kan føre til anfall.	Psykodynamisk gruppeterapi. 90 min. sekvenser en gang pr. uke gjennom 32 uker. Selvrapporteringskjema	12 startet 7 gjennomførte 75 % av behandlingen, som danner grunnlaget for studien. Alle kvinner. 30-60 år.	Beck Deppresion Inventory, the symptom Checklist- 90, og pasientenes daglige registreringer.	Studiet viser til svært gode resultater på tross av den lange gjennomsnittstiden på ca 7 år med PNES før behandling startet. Gruppesettingen blir beskrevet som et ideelt forum for diskusjoner, felles forståelse og identifisering.	Nivå 1. Utgitt i epilepsy bahavior.
Baslet, G. USA. 2010	Rev, studie som undersøker kliniske studier som har evaluert effekten av strukturerte,	Rev. Studie med undersøkelse av CBT og antidepressiva, psykodynamisk			Ingen gullstandard for behandling av PNES. Det vises til betydelige	Nivå 1. Utgitt i Neuropsychiatr

Tabell 2 Oversikt over artikler

<p>PNES; a treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium?</p>	<p>standardiserte psykotrapeutiske og psykofarmatiske intervensjoner.</p>	<p>interpersonlig psykoterapi, gruppe psykodynamisk psykoterapi, gruppepsykoedukasjon.</p>			<p>begrensninger i etiologisk forståelse av PNES, tross anerkjennelse, og dens effekt på menneske, samfunn og helsevesen. Vellykket praksis vil være avhengig av individuell tilpasning og fleksibel levering av tiltak.</p>	<p>ic Dis Treat.</p>
<p>Baxter Susan mfl. 2011 UK Understanding patient perception</p>	<p>Målet med denne studien er å få innsikt i deltagerens oppfatning av behandling i en psyko-pedagogisk intervensjon med psykoedukativ tilnærming med fokus på fem sentrale temaer:</p>	<p>Kvalitativ Intervju med opptak, transkribering og bearbeiding. Kort intervensjon: Fire individuelle økter. 1 t pr uke Informasjon, anfallskontroll</p>	<p>12 pasienter. 8 kvinner 4 menn Alder: mellom 18 - 51 år.</p>	<p>Analysert ved hjelp av prinsipper for tematisk analyse. Kvalitativ dataanalysemetode.</p>	<p>Studiets funn markerer betydelige individuelle variasjoner i respons. Det viser en trend mot endrede oppfatninger og forbedret forståelse hos noen pasienter mens andre fortsatte å søke svar eller</p>	<p>Nivå 1. Utgitt i epilepsy & behavior</p>

Tabell 2 Oversikt over artikler

following a psycho-educational intervention for PNES	identitet, årsak, konsekvenser, tidsperspektiv og kontrollerbarhet eller anfallsfrihet.	teknikker og planlegging Finne svar, forstå koblingen mellom følelser, søke en fysiologisk forklaring, tvile på diagnosen, medisineringsrollen og å finne veien fremover.	Anfallshistorikk 1-8 år.	Flere involvert i prosessen.	forklaringer til sine anfall.. Det var ingen klare sammenhenger mellom rapportert bedret forståelse eller aksept av diagnose og en oppfattet forbedring av tilstanden. Denne variasjonen i responser kan sees på i sammenheng med heterogenitet i denne pasientgruppen som antyder et behov for individuelt tilpasset og mer dyptgående behandling.	
Chen KK mfl. 2014 USA	Evaluering av terapeutisk effekt ved å forsterke den innledende kommunikasjon til	Randomisert kontrollert studie. kvantitativ	107 ble spurt, 36 ble ekskludert pga. inklusjonskriterier, 7 ønsket ikke å	Per -protokoll analyse av resultat.	Det er ikke observert betydelige gruppeforskjeller ved anfalls frekvens/	Nivå 1. Publisert i Epilepsia

Tabell 2 Oversikt over artikler

	<p>pasienter med PNES. En intervensjon med psukoedukasjon ledet av samme team som bekreftet diagnosen, ved epilepsisenter og innen 4 uker etter diagnosesetting.</p>	<p>Intervensjonsgruppe: Tre månedlige gruppemøter Kontrollgruppe: rutinemessig oppfølging. Begge gruppene fullførte spørreskjemaer ved oppstart, etter 3. mnd, og etter 6 mnd.. det ble etterspurt psykososial fungering, intervall anfallsfrekvens/intensitet, anfallsrelatert akuttmotaksbesøk, eller sykehusinnleggelse, utvikling av nye og medisinsk uforklarlige symptomer, og resultater på individuelle mål for kunnskap og persepsjon.</p>	<p>delta. 34 pasienter i intervensjonsgruppen, 30 i kontrollgruppen. Etter videre eksklusjon pga. muligheter for å fullføre behandlingen ble studiets grunnlag på 20 (20 fullførte) i intervensjonsgruppen, og 23(21 fullførte) i kontrollgruppen. Ingen beskrivelse ved. kjønn eller alder.</p>	<p>Flere anerkjente forskjellige analysemetoder ble beskrevet, samt diagram i fremstillingen av resultat.</p>	<p>intensitet . Intervensjonsgruppen viste signifikant bedring i arbeid og sosial fungering(WSAS) på begge oppfølgningene,- 1. (p-0.013), 2.(p-0,036). Det ble rapportert en trend mot færre akuttmotaksbesøk relater til anfall hos intervensjonsgruppen(p- 0,184) Positive resultater ble også påvist ved meningsfull innsikt vedr. individuelle mål.</p>	
--	--	---	---	---	---	--

Tabell 2 Oversikt over artikler

Fairclough G 2013 Understanding the perceived treatment needs of patients with PNES	Studien undersøker pasienter med PNES og deres holdninger til psykiatrisk henvisning og behandling.	Kvalitativt semistrukturert intervju.	12 pasienter 9 kvinner , 3 menn 17 til 64 år 1-35 år med PNES	Induktivt analysert i henhold til prinsipper i tematisk analyse.	Pasientene hadde klare ideer om sine behandlingsbehov.- komme tilbake til normalitet. Diagnostisk ingenmannsland. Ønske om validitet, gyldighet, bekreftelse, bli forstått av andre, mistilpassning.	Nivå 1. Utgitt av epilepsi behavior.
Goldstein mfl. England 2010 Cognitiv behavioral therapy for	Mål med studien er å sammenligne CBT,- kognitiv atferdsterapi med SMC,-standard helsetjenester som behandling for PNES.	RCT som sammenligner CBT med SMC i en poliklinisk nevropsykiatrisk setting. 4 mnd. Første intervensjon.	192 pasienter ble henvist til tjeneste, 103 oppfylte inklusionskriterier, 37 ønsket ikke å delta eller svarte	Analyse ble gjort med anerkjente og beskrevne analysemetoder i artikkelen.	Funn tyder på at CBT er mer effektiv enn SMC alene i å reducere anfallsfrekvens hos PNES pasienter.	Nivå 2. Utgitt i Neurology

Tabell 2 Oversikt over artikler

<p>psychogenic non epileptic seizures</p>	<p>Tilnærmingen med CBT var basert på at PNES representerer disosiativ lidelse, opphisselsestress, som kan oppstå når personer blir møtt med rigiditet eller mistillpassning.</p> <p>Fokus på atferdsmessige/fysologiske/ kognitive årsaker til anfall, oppmuntring bevissthet vedr. unngåelsesatferd,, negativ tenkning rundt sykdomsfokus på pnes, lav selvfølelse, humør og angst. Viktigst fokus hadde anfallsreduksjon og forbedret psykososial</p>	<p>Oppfølging etter 6 mnd.</p> <p>Behandling,- 1 times poliklinisk i uka i 12 uker/ hver 14 dag med cbt utdannede terapeuter .</p> <p>spørreskjema</p>	<p>ikke på henv.</p> <p>66 pasienter i alder 18-70 år. Ble tilfeldig plassert i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe.</p> <p>Forholdet mellom kjønn ble beskrevet til typisk for pasienter med PNES.</p> <p>Begge gruppene hadde like demografiske kjennetegn og anfallshistorikk</p>	<p>Grafiske fremstillinger av resultater</p> <p>Det bel målt anfallsfrekvens ved slutten av behandling og etter 6 mndrs. oppfølging, psykososial fungering, bruk av helsetjenester og sysselsetting.</p>	<p>Mindre behandlingseffekt enn forventet.</p> <p>Utfordrende å finne rett behandling i forhold til den enkelte pasient.</p>	
---	--	--	--	--	--	--

Tabell 2 Oversikt over artikler

	<p>fungering.</p> <p>I kontrollgruppen var det SMC fokus med forklaringer om det psykologiske grunnlaget for anfallene og nedtrapping av antiepileptika.</p>					
<p>Hall-Patch Lindsey mfl. UK 2010 Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the</p>	<p>Formålet med studien var å evaluere aksept og kortidseffekten av en tidlig igangsatt intervensjon kommunikasjonsstrategi, samt å utforske rekruteringspotensialet for behandlingsstudier. Kommunikasjonstrategi</p>	<p>Multisenter prospektiv studie der pasientene ble informert om diagnosen gjennom brosjyrer og klinisk praksis. Kvantitativ metode med datainnsamling ved telefonintervju og spørreskjema. Oppfølging etter 3 mnd.</p>	<p>56 pasienter var kvalifisert. 6 ønsket ikke å delta. 50 pasienter fullførte tlf. Intervju, 36, (72 %)-returnerte postspørreskjema,</p>	Ikke beskrevet	<p>Studien viser til en klar sammenheng mellom sykdomsoppfatning, mestringsatferd og sykdomsutfall. Resultat peker også på mye høyere sykdomsidentitet, mindre forvirring i forhold til diagnose.</p>	<p>Nivå 1 Utgitt i Epilepsia</p>

Tabell 2 Oversikt over artikler

<p>diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures.</p>	<p>n består av en detaljert pasientbrosjyre som blir gjennomgått av erfarne terapeuter. Denne informasjonen inneholder alle de viktigste områdene i et sykdomsbilde med PNES. Den bygger på en <u>selvreguleringsmodell</u>, - hvordan folk forholder seg til sykdom avhenger av deres egen oppfatning eller representasjon av sykdommen.</p> <p>5 elementer:</p> <p>Identitet, årsak, konsekvenser, tidsperspektiv og kontrollerbarhet.</p>		<p>49 (98%) gjennomførte tlf. oppfølging.</p> <p>90% av deltagerne var kvinner. Og hadde hatt PNES diagnosen gj.snittlig 5.2 år.</p> <p>Alder 17-69 år.</p>		<p>94 % av deltagerne fant informasjonsbrosjyren lett å forstå.</p> <p>14 % av deltagerne anfallsfrie etter 3 mnd. og 63% hadde redusert anfall med over 50%.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

Tabell 2 Oversikt over artikler

<p>Karterud. H. mfl. Norge 2010 Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: Patients experiences and understanding of their new diagnosis.</p>	<p>Å beskrive pasienters erfaringer med å få endret diagnose fra epilepsi til PNES</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturert dybdeintervju, med muligheter til å snakke fritt om det som var viktig for dem</p>	<p>10 pasienter 4 menn 6 kvinner 16-61 år 2-13 år med PNES gj.snitt 4,5 år . Kognitiv funksjon må være tilstrekkelig til å kunne reflektere over sin egen situasjon</p>	<p>Systematisk metode, tverrgående, kategorisert i hovedtemaer og sub temaer. Med gjennomgang og godkjenning av annen fagperson.</p>	<p>Presentasjon av diagnose ar avgjørende for motivasjon for behandling og evnen til å handtere diagnosen. Forståelse av de underliggende mekanismene bak anfallene ble ansett å være avgjørende for å utvikle gode mestringsstrategier Ifølge oppfølgingsstudien var den viktigste faktoren for å takle diagnosen det å bli tatt på alvor</p>	<p>Nivå 1. Utgitt i Elsevier</p>
--	--	---	---	--	---	--------------------------------------

Tabell 2 Oversikt over artikler

					av helsepersonell.	
Kuyk J.mfl. Nederland 2008 Psychological treatment of patients with psychogenic non-epileptic seizures: An outcome study.	Vurdering av behandling basert på CBT med tverrfaglig oppfølging.	Kvalitativ semistrukturert intervju. Ukontrollert, prospektiv døgnbehandling Varighet 2-6 mnd. Oppfølging etter 6 mnd.	22 pasienter deltok, hvorav 16 ble fulgt opp seks mnd. Etter behandling. 77.3 % kvinner, 22.7 % menn. Gjennomsnittlig alder 30.6 Gjennomsnittlig år med PNES diagnose før behandling 6,7 år. Selektert gruppe, pasientene aksepterte program.frafall ved alvorlig psykiatrisk kormorbiditet, som	Data ble analysert ved hjelp av SPSS for Windows 14. Endring i utfallsmål ble evaluert med Wicoxon matchet par Signert Rank test . Pearsons korrelasjoner måler forholdet mellom utfallsvariabler og anfallsfrekvens. Fishers eksakte	Resultater viser til at 81 & av pasientene hadde en anfallsreduksjon på over 50% og halvparten av dem var anfallsfrie. Studien viser også en tendens til reduksjon vedr. angst, depresjon og disossiering, økt mestring og økt helse relatert livskvalitet. I perioden mellom avsluttet behandling og oppfølging er de mest positive effektene vedlikeholdt og/ eller styrket. Pasienter som	Nivå 1. Utgitt i Elsevier

Tabell 2 Oversikt over artikler

			ble sett på som kontraindikasjon for behandling somatiske problem. To pasienter hadde lavere IQ enn 80. 16 pasienter takket nei til behandling(8 med omstridt diagnose, 2 stoppetopptak etter diagnose, 6 ønsket behandling andre steder).	testre sammenligner anfallsfrie pasienter og pasienter med pågående anfall.	ble anfallsfrie ved oppfølging scoret mer på psykologiske målsetninger enn de med vedvarende anfall. Resultater tyder på at behandlingen er effektiv, og at PNES pasienter kan tjene å en helhetlig, tverrfaglig behandlingsopplegg etter kognitive atferdsprinsipper. Fravær av anfall ser ut til å være en viktig faktor i forbedring av psykisk fungering.	
La. France WC mfl.	Vurdert effekten av CBT på reduksjon av PNES.	Kvalitativ studie Individuell dokumentasjon	101 pasienter ble vurdert , derav 80 ekskludert pga. at de	Dataanalyse ved hjelp av SAS for wWindiwa	Studien viser til at CBT i behandling av PNES kan være	

Tabell 2 Oversikt over artikler

<p>2009.</p> <p>Cognitive behavioral therapy for PNES:</p>		<p>av status ved oppstart behandling</p> <p>Spørreskjema med vurdering av,- depresjonssymptomer, angst, dissosiasjon, impulsivitet, familiefunksjon, somatikk, pasientens totale vurdering av sin funksjon, funksjonshemming, mestringsferdigheter, psykososial fungering, livskvalitet.</p> <p>Registreringer med anfallskalender,.sørreskjema.12 uker</p>	<p>ikke besto inkluderingskriteriene, hovedsakelig pga. fravær av EEG testing.21 deltagere startet, 17,-81 % fullførte behandlingen.</p> <p>81 % kvinner, gjennomsnittsalder 36 år</p>	<p>Version 9.1.</p>	<p>effektiv i reduisering av anfall, betydelig forbedring i livskvalitet, familiefungering og psykososial fungering i en slik kortvarig behandlingsmetode.</p>	
<p>Zaroff CM mfl.</p>	<p>Beskriver psykoterapi i gruppe med psykoedukasjon som</p>	<p>Kvantitativ studie, med spørreskjema utifra relevans til PNES,</p>	<p>10 pasienter, 7 gjennomførte de</p>	<p>Det var brukt anerkjente</p>	<p>Tendens til liten sammenheng mellom anfallsfrekvens og</p>	<p>Nivå 1 Utgitt i Elsevier</p>

Tabell 2 Oversikt over artikler

<p>USA 2004</p> <p>Group psychoeducati on as treatment for PNES</p>	<p>metode. Undersøkelsen vurderer livskvalitet, mestringstrategier, traumatiseringssymptom er, dissosiasjonssymptomer og sinneuttrykk.</p>	<p>selvrapporteringskjema. 10 uker 1t.pr.uke.</p>	<p>fleste øktene. 1 frafall 6 kvinner, 4 menn alder 21 – 57 år. Gj.snitt med PNES 5,5 år. Lite utvalg, ingen kontrollgruppe.</p>	<p>analysemetoder.</p>	<p>reduksjon etter behandling. Liten eller ingen endring i sinneuttrykk. En trend mot økede følelsesbaserte mestringstrategier, og redusere PNES assosiert psykopatalogi for noen pasienter. Liten grad av depresjon som ofte kobles til PNES. Diskuteres i forhold til de individuelle forskjellene hos pasienter med PNES.</p>	
---	--	--	--	------------------------	---	--

Tabell 3 Analyse

Forfattere, land og tittel på artikkel.	Hovedfunn	Subkategori	Kategori
Barry JJ. Mfl. USA 2013 Group therapy for patients with PNES: a pilot study	Viser til svært gode resultater på tross av den lange gj.snittlig stiden på ca.7 år med pnes før behandlingsstart.	Til tross for variasjon i psykopatalogi hadde de fleste deltagere ekstremt gode resultater.	Tidligere kunnskap har påpekt at det er bedre prognoser med kort tidsperspektiv PNES før behandling starter.
	6 av 7 opplevde reduksjon av anfallsfrekvens i behandlingsperioden, 4 av 7 (57% opplevde anfallsfrihet, unntatt sporadiske episoder ved forverring av emosjonelle plager.	Forståelse av sammenhenger, bevissthet og oppmerksomhet om mentalt stress.	Psykodynamisk gruppeterapi
		Normalisering, identitet , forståelse av egen tilstand, gjenkjennelse	Kunnskap om egen diagnose
		For mange ble gruppesettingen	Psykodynamisk gruppeterapi som

Tabell 3 Analyse

		et ideelt forum for diskusjoner, deling av erfaringer, identifisering.	intervensjon.
		Normalisering	PNES anfall under behandling
		Mestring	Fokus på mestringsstrategier
		Bevissthet og forståelse av sammenhenger som påvirket anfall.	Fokus på anfall og skjulte/ubevisste følelser
Baslet G. USA 2010 PNES; a treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium?	Presentere behandlingsmetoder for PNES siden 2000.	Vellykket resultater er avhengig av individuell tilpassning og fleksibilitet.	beskriver effekt av de utvalgte retningene.
	Viktig og vanskelig å finne rett behandling til hver enkelt	Bli ivarettatt	Samarbeid mellom neurologi og psykiatri viktig.

Tabell 3 Analyse

	pasient.		
	Betydelig begrensninger i etiologisk forståelse av PNES	Pasienter føler på negative holdninger og mistillit	Feiltolkning fra helsepersonell om frivillig fabrikasjon av anfall.
	Hovedfunn	Subkategori	Kategori
Baxter Susan mfl. 2011 UK Understanding patient perception following a psycho-educational intervention for PNES	Understreker heterogenitet i denne pasientgruppen og den forskjellige/individuelle responsen på tiltak.	Individuell tilpasset behandling	tilnærming
	Søker en fysiologisk forklaring	Forståelse av sammenheng mellom psykologisk og fysisk reaksjon.	Informasjon, opplæring, forklaring
	PNES-pasienter krever tilfredstillende svar	kunnskap	Informasjon opplæring, forklaring
	Forvirring ved	Kunnskap, overbevisning	Informasjon opplæring, forklaring

Tabell 3 Analyse

	epilepsimedisinering ved PNES		
	Tvile på diagnosen	aksept	Informasjon, kunnskap
	Finne veien fremover	For noen positiv endring i tankemønster håp,	Informasjon, kunnskap
	Forbedret psykososial fungering	Egenrapportering viste generell forbedret psykososial funksjon med cbt	Psykososial forbedring med cbt
Chen	Betydelig funksjonell bedring v.psykoedukasjon i gruppe, lære om sin diagnose.	Meningsfull innsikt	Psykoedukasjon med oppstart kort tid etter diagnosesetting, ved neurologisk senter
	Ikke rapportert betydelig forskjeller i anfallsfrekvens eller intensitet etter behandling	Mange av deltagerne rapporterte forbedringer på viktige funksjonsområder, til tross for fravær av vesentlige	Intervall anfalls frekvens/ intensitet

Tabell 3 Analyse

	<p>Kan ha sammenheng med den relativt korte behandlingstiden.</p> <p>Underliggende psykopatologi er dypt integrert og mange kan ha behov for mer omfattende og mer langvarig terapeutisk behandling</p>	<p>endringer i angrepsfrekvens.</p>	
	<p>Kunnskap og forståelse av PNES, utgjør ingen skade på hjernen eller andre organer</p>	<p>Økt forståelse</p>	<p>Informasjon om PNES</p>
	<p>Aksept og legitimitet av PNES som handterbare atferdsforstyrrelser og ikke uhandterbare livstruende hendelser.</p>	<p>Aksept og legitimering</p>	<p>Informasjon om PNES</p>
	<p>Meningsfullt å få kunnskap delt gjennom gruppe.</p>	<p>meningsfullt</p>	<p>Gruppensettingen oppmuntret til deling av personlige mestringstrategier</p>

Tabell 3 Analyse

	Normalisere, akseptere, minimalisere oppmerksomhetsgevinst.	normalisering	PNES i behandlingssituasjoner
	Signifikant forbedring i sosial fungering (wsas), arbeid	Redusert PNES relatert psykopatologi.	Psykososial fungering
	Aktiv rolle i sin egen situasjon	Større kontroll i eget liv.	Empowerment
Goldstein LH.	Funn i studien tyder på at CBT er mer effektiv enn standard medisinsk behandling alene i å redusere anfallsfrekvens hos PNES pasienter. Betydelig lavere frekvens for de som	Positiv utvikling v. anfallsfrihet	Anfallsregistreringer målt ved oppstart , ved slutten av behandling og etter 6 mnd. oppfølging

Tabell 3 Analyse

	hadde lengst behandlingstid.		
	En generell bedring i egen vurdert sosial funksjon.	Bedret psykososial fungering	Wasa registreringer, sosial fungering
	Uventet fravær av HADS score	Lite endring, kan gjenspeile heterogenitet i gruppen, med komorbide diagnoser.	Hads score, depresjonsregistreringer, sykehusangst
		Noen pasienter forble arbeidsledige og videre avhengige av bistand. Kan ha sammenheng med alder og individuelle behov.	Måling av pasientens bruk av helsetjenester og sysselsetting 6mnd før og 6 mnd. etter behandling.
	Vanskelig og utfordrende å finne riktig behandling i forhold til den enkelte pasient.	Resultater peker på middels behandlingseffekt.	Forventning om å finne stor behandlingseffekt ved anfallsreduksjon.

Tabell 3 Analyse

	hovedfunn	Subkategori	Kategori
Fairclough G 2013 Understanding the perceived treatment needs of patients with PNES	Studien undersøker pasienter med PNES og deres holdninger til psykiatrisk henvisning og behandling.	Deltagerne uttrykte usikkerhet i forhold til om psykologisk behandling vil møte deres behov.	Holdninger til psykiatrisk henvisning og behandling
	Deltagerne hadde klare ideer om behandlingsbehov og ønske om å vende tilbake til normalitet.	Tap av normalitet, Ønske om å få en ny start	Normalitet
		<ul style="list-style-type: none"> • Følte seg alene med en «ukjent « diagnose, • i mørket. • Tillit til riktig diagnose • Forstå den psykologiske forklaringen • følelsen av hjelpeløshet og frustrasjon, følelse av 	Diagnostisk ingenmannsland

Tabell 3 Analyse

		desperasjon for fremtidig behandling	
	Ønske om å finne svar.	Få forståelse av sin diagnose. Emosjonell frigjøring Ta kontroll Unngå fremtidige skuffelser	usikkerhet og engstelse for terapi
		Følelse av avvising og ikke bli forstått av profesjonelle og viktige andre.	Behov for validitet, legitimering av tilstanden
Hall-Patch Lindsey mfl. UK 2010 Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic	Aksept og effektivitet av en strategi for kommunikasjon av PNES.	Bevisstgjøring, vedkjenne seg tilstanden og forholder seg til den. Identitet, årsak , konsekvenser, tidsperspektiv, kontrollerbarhet etter behandling	Selvreguleringsmodell, tilpasset flere områder

Tabell 3 Analyse

nonepileptic seizures.			
	Etter 3 mnd var 14 % av deltagerne anfallsfrie og 63 % hadde halvert anfallsfrekvens.	Aksept for behandling	kunnskapsformidling
	94% av deltagerne rapporterte at metoden gjorde diagnose bedre forståelig.	Redusere forvirring og sinne	Kunnskapsformidling, informasjonsbrosjyre
	70 % fikk sine forventninger innfridd under behandling.	Tillit til behandler	Sensitiv tilnærming, forståelig informasjon
	9 % av deltagerne hadde rapportert forvirring ved informasjonen, som ikke var personlig relevant for dem. Heterogenitet	Forvirring, misnøye	Informasjon, kunnskap som ikke var personlig relevant for den enkelte.
	Hovedfunn	Subkategori	Kategori

Tabell 3 Analyse

<p>Karterud. H. mfl. Norge 2010 Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: Patients experiences and understanding of their new diagnosis.</p>	<p>Endring av diagnose fra epilepsi til PNES ble opplevd krevende både kognitivt og følelsesmessig.</p>	<p>Der årsaken til anfall var uklar resulterte dette i håpløshet og hjelpeløshet, det viste seg behov for evaluering av selvinnsikt og det ble opplevd større stressnivå.</p>	<p>Kvalitativ metode med Semistrukturerte dybdeintervju</p>
	<p>Studien ble gjort med tidlig intervensjon ved epilepsisenter kort tid etter diagnose er satt. Resultat viser til at det ikke alltid er best med tidlig aksept av Pnes diagnose, da ikke alle er følelsesmessig modne i så tidlig fase.</p>	<p>Følelsesmessig moden for denne type behandling.</p>	<p>Individuell tilrettelegging</p>
	<p>En sensitiv presentasjon av diagnose avgjørende for motivasjonen v. behandling og evne til å handtere diagnosen.</p>	<p>Tillit/ mistillit,</p>	<p>Viktig med et nært samarbeid mellom nevrologer og psykiatere.</p>

Tabell 3 Analyse

	Viktig med kunnskap om at behandling har fungert for andre med PNES diagnose	Identitet, forståelse	Informasjonsbehov om at andre med PNES har hatt god hjelp av behandling
	Viktig for pasientene å bli tatt på alvor av helsepersonell	Takler diagnosen bedre	Kunnskap og forståelse fra helsepersonell .
	PNES diagnosen vanskelig å forstå	Mestring	Kunnskap
Kuyk J.mfl. Nederland 2008 Psychological treatment of	Studien konkluderer med at pasienter kan ha positivt utvikling med en helhetlig, tverrfaglig behandlingsopplegg etter kognitive atferdsprinsipper.	Betydelig reduksjon i anfallsfrekvens. Betydelig reduksjon i antiepileptisk medisinerings	En ukontrollert prospektiv døgnbehandling, intensivt over 4 uker. basert på CBT med fokus på evaluering av anfallskontroll,

Tabell 3 Analyse

patients with psychogenic non-epileptic seizures: An outcome study.			generell psykopatologi, angst, depresjon, mestring, dissosiasjon og helse /livskvalitet.
	80% av deltagerne hadde anfallsreduksjon på over 50% og halvparten av dem var blitt anfallsfrie	Betydelig reduksjon i anfallsfrekvens.	Behandling CBT
	anfallsfrihet viser seg å være en viktig faktor i psykososial fungering.	Bedre mestringsevner hos pasienter med anfallsfrihet. Mindre generell psykopatologi, depresjon, angst og dissosiasjon	Behandling rettet mot kognitiv restrukturering, traumebehandling, stimulans differensiering, mestring, stressmestring og omfatter individuelle og gruppeterapier.
	Studien påpeker viktigheten av rask oppstart av behandling etter PNES diagnose er fastsatt.	Diskusjon om pasienten ikke er moden for behandling, prosess, integret oppfatning av tidligere diagnose, overgangstid mellom diagnosene.	Lang gjennomsnittstid med epilepsi før PNES diagnose.
	Noen pasienter fortsatte å ha	Noe bedring i psykopatologi.	handlingsfrihet, lære å handtere anfall

Tabell 3 Analyse

	anfall.		
	Behandlingen legges opp til at pasientene gradvis kan venne seg til ideen om at deres problem ikke er somatisk, men har en psykologisk opprinnelse	Gradvis prosess med forståelse og aksept.	Kunnskapsformidling, forklaring
	Viktig å gi pasientene opplevelse av å bli tatt svært alvorlig.	Tillit, aksept	Kunnskapsformidling, forklaring
	Viktig med individuelt tilrettelagt intervensjon	Pas. aktiv deltager, empowerment gi forklaring på anfall	Vurdering av pasientenes ferdigheter, evner, psykopatologi, familiedynamikk som danner en hypotese om de underliggende problemene som kan forårsake og vedlikeholde anfall.
	Hovedfunn	Subkategori	Kategori

Tabell 3 Analyse

<p>La France WC mfl. USA 2009 Cocnitive behavioral therapy for psychogenic non epileptic seizures.</p>	<p>Studien har vurdert effekten av CBT for reduksjon av PNES.</p>	<p>11 av 17 rapporterte opphør av anfall etter fullført behandling</p>	<p>CBT for PNES viser reduksjon i anfall.</p>
	<p>Hypotese om at å identifisere og begrense cognitive forstyrrelser og miljømessige triggere ved PNES kan redusere anfall.</p>	<p>bedring i psykiske symptomer, psykososial fungering og livskvalitet.</p>	<p>Selvinnsikt</p>
		<p>Endret selvopplevelse, mer positiv tankemønster</p>	<p>Verbalisere sin uro /bekymring på en positiv måte</p>
	<p>Innlæring av teknikker for bedre kontroll av anfall</p>	<p>kontroll av anfall</p>	<p>Miljømessige tilpassninger, eks kartlegge stressfaktorer</p>

Tabell 3 Analyse

	hovedfunn	Subkategori	Kategori
Zaroff CM USA 2004 Group psychoeducation as treatment for PNES	Kvantitativ studie som viser en trend mot at psykoedukasjon kan for noen være en effektiv metode for behandling av PNES	Kunnskap om egen diagnose	Psykoedukasjon i gruppe som metode. med Lite utvalg, ingen kontrollgruppe.
	Liten effekt av anfallsfrekvens og reduksjon av anfall etter behandling, diskuteres om det har sammenheng med få deltagere	Mindre effekt enn forventet, individualitet	Anfallsfrekvens
	Mange opplevde det vanskelig å få ny diagnose.	Tap. Forvirring	Endret diagnose
	Gruppebehandling har bidratt til identifisering blant gruppemedlemmene og minsket den sosiale isolasjonen som kan	Identifisering	gruppeterapi

Tabell 3 Analyse

	oppstå med en så lite allment kjent diagnose.		
		Diskusjon og ta igjen informasjon, større forståelse.	gruppeterapi
	Mindre effekt hos de som har hatt diagnosen lengre.	Individuelle forskjeller i behandlingsutbytte.	Selvrapporteringsskjema
	Studien støtter påstanden om økt kunnskap om diagnosen er effektiv i behandling.	Økt forståelse, mestring	Psykoedukasjon, kunnskap om egen diagnose med fokus på PNES som en reaksjon på stress samtidig som mestringsstrategier er svekket eller mistilpassede.