

ZÁKLADNÍ PRINCIPY PSYCHOTERAPEUTICKÉ LÉČBY PACIENTŮ S DIAGNÓZOU PSYCHOGENNÍCH NEEPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ (PNES)

Basic principles of psychotherapeutic treatment of patients diagnosed with Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES)

Lucia Hrešková¹, Lenka Krámská^{1, 2, 3}

¹ Oddělení klinické psychologie, Nemocnice na Homolce, Praha, CZ;
e-mail: lucia.hreskova@homolka.cz;

² Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova, Praha, CZ
e-mail: lenka.kramska@homolka.cz

³ Centrum pro epilepsie, Nemocnice na Homolce, Praha, CZ

Psychoterapie. 13 (3), 213–221; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Termínem psychogenní neepileptické záchvaty (PNES) se označuje konverzní porucha napodobující epileptické záchvaty, které jsou psychologické etiologie (dle MKN-10). Neuropsychologické vyšetření je integrální součástí diagnostiky a léčby PNES s ohledem na jejich psychogenní charakter. Hlavním léčebným postupem je psychoterapie.

Na základě současných výzkumů a dlouholetých klinických zkušeností s těmito pacienty (Centrum pro Epilepsie, Nemocnice na Homolce) jsme zpracovali základní principy psychotherapeutických a psychoedukačních postupů pro klinické psychology a psychotherapeuty pracujícími s pacienty s diagnózou PNES.

Aktuální výzkumné výstupy zdůrazňují důležitost zastoupení úvodní psychoedukace v psychotherapeutické léčbě pacientů s diagnózou PNES a jejich blízkých.

Klíčová slova: PNES, psychoedukace, psychoterapie

ABSTRACT

The term psychogenic non-epileptic seizures (PNES) refers to a conversion disorder mimicking epileptic seizures that are psychological etiologies (according to ICD-10). Neuropsychological examination is an integral part of the diagnosis and treatment of PNES concerning their psychogenic character. The primary treatment is psychotherapy.

Based on current research and long-term clinical experience with these patients (Epilepsy Center, Na Homolce Hospital) we elaborated the basic principles of psychotherapeutic and psychoeducation work for clinical psychologists and psychotherapists cooperating with patients diagnosed with PNES.

Recent research findings emphasize the importance of introducing initial psychoeducation in the psychotherapeutic treatment of patients diagnosed with PNES and their relatives.

Key words: PNES, psychoeducation, psychotherapy

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA CHÁPÁNÍ PSYCHOGENNÍCH NEPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ (PNES)

Psychogenní neepileptické záchvaty (dále „PNES“, zkratka anglického termínu psychogenic nonepileptic seizures) jsou paroxysmální, časově ohraničené změny tělesných a psychických funkcí projevující se v chování, prožívání nebo vnímání, a jsou psychogenní etiologie. Jejich klinický obraz připomíná epileptické záchvaty, nejsou však projevem abnormální synchronizované neuronální aktivity, obvykle se zobrazující na elektroencefalogramu (Dworetzky & Baslet, 2017).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) jsou PNES zařazeny pod kategorii F 40-49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Jakožto psychické poruchy vznikající mechanismem disociace a konverze spadají do skupiny F44.5 Disociační křeče. Podle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) Americké psychiatrické asociace jsou psychogenní záchvaty zahrnuty pod Poruchy se somatickými příznaky a související poruchy – 300.11 Konverzní porucha (porucha s funkčními neurologickými příznaky).

Samotný koncept konverze byl zaveden Breuerem a Freudem (1895), na základě rozpracování Janetova konceptu disociace. Podle této teorie psychická obrana potlačení chrání jedince proti vzpomínkám na traumatickou událost a tento negativní afekt je konvertován do somatických symptomů. Disociace je mechanismus, kdy je narušena normální integrace funkcí – identity, paměti, vědomí a percepce. Dochází k narušení či ztrátě kontinuity vnímání sebe

sama. Nevysvětlitelné symptomy jako je PNES mohou sloužit jako obranná funkce s primárním cílem redukovat úzkost a k sekundárním cílům jako např. vyhnout se pracovním či rodinným povinnostem nebo emoční blízkosti rodiny (Krámská, 2017).



**Lucia
Hrešková**

Mgr., Ph.D. V disertační práci se věnovala diagnostice emoční regulace a psychoedukaci pacientů s diagnózou PNES. Absolvovala stáž v Northeast Epilepsy Regional Group, programu pro pacienty s diagnózou PNES, pod vedením Lorry Myers, Ph.D. v New Yorku.

Psychodynamické teorie nabízejí vysvětlení PNES v podobě funkční myšlenky sloužící ke snižování úzkosti (primární zisk) či jako vnější motivace, osvobození se od povinností a získání výhod (sekundární zisk). PNES též může odpovídat konceptu „identifikovaného pacienta“, který slouží jako projekce celého systému – pacient odvádí pozornost od ostatních krizí (zjevných či skrytých) aby udržel homeostázu systému. Pacienti s PNES často mívají obtíže v přímé artikulaci potřeb a pocitů z důvodu špatné úrovně verbálních komunikačních dovedností nebo proto, že přímá komunikace není podporována v rámci rodinného systému (Krámská, 2017).

Behaviorální přístupy považují onemoc-

nění PNES za naučené patologické chování, které je prostřednictvím „odměny“ pozitivně posilované a zároveň přes vyhnutí se trestu negativně udržované. Tedy projevy u pacientů s PNES jsou upevňovány na základě vlastní zkušenosti nebo modelovým učením, například přítomností při záchvatu u jiné osoby (Svoboda et al. 2012).

Etiopatogeneze PNES je v současnosti pojímána za multifaktoriální. Bodde et al. (2009) navrhl modely psychologických faktorů PNES, které se mezi sebou mohou vzájemně prolínat a interagovat a obvykle bývají faktory rozdělovány na:

1. Psychologická etiologie – faktory, které jsou příčinnými faktory vzniku (např. sexuální zneužívání a traumatické zážitky).
2. Vulnerabilita – faktory predisponující konkrétního jedince ke vzniku psychosomatických symptomů jako je PNES – osobnost, pohlaví, neuropsychologické oslabení, „organicita“, věk.
3. Modifikující faktory – specificky tvarují symptomy tak, aby se projevy jako záchvaty, nikoli jako např. psychogenní poruchy hybnosti či bolesti hlavy apod. Může se např. jednat o příbuznou osobu trpící epilepsií či epilepsie v anamnéze pacienta.
4. Spouštěče – jedná se o situace či okolnosti, které vedou k objevení se záchvatu. Může se však též jednat o psychologický mechanismus, který transformuje emoční stav do záchvatu, jako je například somatizace či disociace. Tyto faktory vysvětlují skutečnost, že se PNES vyskytují v určité specifické dny, či v kumulaci a nikoli kontinuálně jako jiné konverzní poruchy (poruchy pohybu či vnímání).
5. Udržující faktory – podílejí se na přetrvá-

vání potíží v čase a ty se postupně stávají chronickou poruchou. Tyto faktory se podílejí na frekvenci a rezistenci vůči léčbě. Modulujícími faktory jsou např. copingové mechanismy či sekundární zisky.

Diagnostika a léčba pacientů s PNES vyžaduje multidisciplinární přístup (obvykle zahrnující epileptologa, specializovanou sestru, neuropsychologa a psychiatra) s počátkem v citlivém oznámení diagnózy PNES a podrobné edukaci o charakteru obtíží a doporučených postupech léčby. Následuje vysazení antiepileptik, nastavení farmakologické léčby přidružených psychiatrických poruch a zahájení vhodné psychoterapie jakožto hlavního léčebného postupu (Dworetzky & Baslet, 2017).

Carlson a Perry (2017) v první metaanalýze o užitečnosti psychologických intervencí u pacientů s diagnózou PNES porovnávali výsledky studií za posledních dvacet let. Deklarují malý počet dostatečně silných a kontrolovaných studií i přesto, že diagnóza PNES patří k častým medicínsky nevysvětleným neurologickým symptomům. Současně zdůrazňují zvýšenou potřebu edukace odborníků pracujících s těmito pacienty o současných možnostech léčby, a také apelují na důležitost porozumění onemocnění i samotnými pacienty. Výsledky analýz uzavírají, že psychologické intervence u pacientů s diagnózou PNES snižují míru výskytu záchvatů ve srovnání s pacienty bez psychoterapeutické léčby.

Retrospektivní studie (například Duncan et al. 2016) poukazují na zjištění, že přibližně u jedné třetiny pacientů po vhodném oznámení diagnózy PNES záchvaty vy-

mizely do tří až šesti měsíců od stanovení diagnózy, bez nutnosti další intervence.

Rozhovor, v němž lékař a psycholog sdělí pacientovi výsledky vyšetření a diagnózu PNES je velmi důležitým krokem zvyšující úspěšnost léčby pacientova onemoc-



**Lenka
Krámská**

Doc. PhDr., Ph.D. Je psychoterapeutka a klinická neuropsycholožka. Její zaměření je především na pacienty s (pseudo)neurologickými a neurochirurgickými diagnózami. Pracuje v Neurocentru a Centru pro Epilepsie Nemocnice Na Homolce v Praze. Absolvovala několik zahraničních stáží v Evropě a USA.

nění (především pro pochopení povahy vlastního problému). Dworetzky a Baslet (2017) hovoří o terapeutickém potenciálu komunikace o diagnóze PNES s pacientem. Nesprávné zprostředkování diagnózy PNES může oslabit pacientovu důvěru v lékaře (či jiného klinického odborníka) a snížit jeho schopnost převzetí kontroly nad vlastními záchvaty, a samotným zahájením následné léčby PNES. Rozhovor je často komplikovaný skutečností, že pacientům je zprostředkována nová diagnóza PNES, a současně negována předchozí diagnóza epilepsie, se kterou se mnohdy řadu let farmakologicky léčili. Navíc lékař, s dostatečnými odbornými znalostmi k vy-

světlení diagnózy PNES, obvykle není prvním (ani jediným) zdravotnickým odborníkem, který by s pacientem mluvil o jeho záchvatech. Mnozí pacienti se od začátku svého onemocnění mohli setkat s velmi negativními a odmítavými postoji k diagnóze PNES, jako například: „Pacient s diagnózou PNES je simulant nebo podvodník.“ (Dworetzky & Baslet, 2017). I z těchto důvodů je u pacientů s PNES velmi běžné odmítání odborné péče, časté změny ošetřujících lékařů a neakceptování doporučené léčby.

2. DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHOEDUKACE PNES

Úvodní psychoedukace pacientů (a jejich blízkých) je na základě aktuálních studií velmi důležitý krok v procesu léčby PNES (například Chen et al. 2014; Mayor et al., 2013). Retrospektivní studie (například Duncan et al. 2016) poukazují na zjištění, že přibližně u jedné třetiny pacientů po vhodném oznámení diagnózy PNES záchvaty vymizely do tří až šesti měsíců od stanovení diagnózy, bez nutnosti další intervence. K pozitivním prognostickým faktorům, které ovlivňují celkový stav pacienta patří: nižší věk, ženské pohlaví, krátká doba trvání PNES, identifikace traumatu, absence násilného napadení v minulosti, absence epileptických záchvatů (komorbidita epilepsie a PNES je udávána až v 30 %), absence psychiatrické diagnózy v anamnéze, ekonomická nezávislost, vyšší socioekonomická úroveň, inteligenční kvocient v pásmu normy, nižší míra dramatickosti záchvatů (Dworetzky & Baslet, 2017). Prediktory pro přetrvávání záchvatů zahrnují depresi, poruchy osobnosti (především hraniční porucha osobnosti) a abúzus

návykových látek (Dworetzky & Baslet, 2017).

Kvalitativní studie o komunikaci mezi lékaři a pacienty (Monzoni et al. 2011; podobné výsledky ve studiích Mackay et al. 2017; Rawlings et al. 2017), poskytuje objektivní důkazy o interakčním odporu pacienta vůči psychologickému vysvětlení jejich onemocnění. Většina pacientů se z počátku nedomnívá, že jejich záchvaty mohou mít souvislost s prožívaným stresem, negativními emocemi, traumatickými vzpomínkami nebo nepříznivými životními událostmi. S větší pravděpodobností uznávají, že zažili více negativních životních událostí před rozvojem záchvatů, ve srovnání s pacienty s diagnózou epilepsie, ale stále je pro ně obtížné akceptovat, že by tyto zkušenosti mohly být relevantní pro etiologii jejich záchvatové poruchy. Ihned v úvodu je proto důležité přijmout a pracovat s možnou optikou pacienta, a tedy jak by psychologická léčba mohla pomoci při řešení jejich fyzického problému (Dworetzky & Baslet, 2017).

Dworetzky a Baslet (2017) ve své publikaci *Psychogenic nonepileptic seizures: Toward the integration care* nabízejí úvodní vysvětlení onemocnění PNES pro pacienty.

Psychogenní neepileptický záchvat je rychlý reflex, se kterým se mozek naučil řešit vnitřní nebo vnější spouštěče. Tento reflex byl vytvořen k pozastavení člověka před uvědoměním si ohrožující situace (spouštěče). V té chvíli je mozek v režimu „zamrznutí“. To znamená, že každý psychogenní neepileptický záchvat přesouvá vnímavost pacienta z přítomnosti možného ohrožení, do stavu vyčerpání nebo rozrušení. Zdálo by se, že psychogenní neepileptické záchvaty nám slouží k dobru, ale z dlouhodobého

hlediska nám nepomáhají vyřešit problémy a způsobují nové závažné potíže. V mozku vzniká návyk využívat tento reflex na řešení podobných či nových ohrožujících spouštěcích mechanismů.

Tento reflexní model vysvětlení diagnózy PNES umožňuje klinickým odborníkům pečujícím o pacienty s onemocněním PNES vysvětlit, jak mohou být tyto reflexy odhaleny a nahrazeny jiným chováním prostřednictvím psychoterapeutické léčby. Reflexní model odklání interpretace onemocnění PNES od tradičního dualismu, a tedy oddělení psychologických a fyzických problémů (viz tabulka 1).

3. KTERÝ TERAPEUTICKÝ STYL JE VHODNÝ PRO LÉČBU PNES?

Studie autorů Goldstein et al. (2015) je první randomizovanou klinickou studií s kontrolní skupinou, která hodnotí účinnost psychologické intervence (v rámci kognitivně-behaviorální psychoterapie) při léčbě pacientů s diagnózou PNES (studie stále probíhá).

Dle dostupné literatury existují empirické doklady o efektu těchto terapeutických směrů: kognitivně behaviorální terapie (Goldstein et al. 2015), dlouhodobá terapie expozicí (Myers et al. 2017), psychodynamická terapie (Russell et al. 2016), terapie zaměřená na všímavost (Baslet et al. 2015), skupinové dialektické behaviorální terapie (Bullock et al. 2015).

Proces léčby pacientů s diagnózou PNES a komorbiditou poruchy osobnosti může trvat déle ve srovnání s jinými přidruženými onemocněními u pacientů s PNES (LaFrance & Schachter, 2018).

Dle dostupných studií bývají popisovány tři typy poruch osobnosti u pacientů s PNES: hraniční, nadměrně se kontrolující

Tabulka 1 Základní témata psychoedukačního programu pro pacienty s PNES (LaFrance & Wincze, 2015, s. 4–5).

SETKÁNÍ	NÁZEV	CÍL
Úvodní setkání	Porozumění záchvatům	Popis epileptických a neepileptických záchvatů
I. setkání	Rozhodnutí o zahájení procesu převzetí kontroly	Rozhodnutí pacienta zapojit se do léčby
II. setkání	Získání podpory	Zabývání se styly a cíli komunikace
III. setkání	Rozhodování o farmakoterapii	Diskuse o lécích působících na CNS
IV. setkání	Učit se pozorovat spouštěče	Zkoumání fyzických, vnitřních a vnějších spouštěčů
V. setkání	Vytváření produktivních myšlenek	Důraz na emoce, kognici a zmírňující chování
VI. setkání	Relaxace: zážitek vlastního těla	Učení se relaxačním technikám
VII. setkání	Identifikace před-záchvatové aury	Identifikace aury prostřednictvím sebe-uvědomujících technik
VIII. setkání	Zabývání se vnějšími životními stresory a jejich modifikací	Řešení vztahových a psychosociálních stresorů
IX. setkání	Řešení vnitřních problémů a konfliktů	Prozkoumávání traumat z minulosti a nevědomých procesů
X. setkání	Zlepšení vlastní pohody	Stanovení priorit zdravého životního stylu
XI. setkání	Další symptomy spojené se záchvaty (rozpoznat, přijmout a modifikovat)	Popis komorbidních příznaků
Probíhající proces	Převzetí kontroly (Rovnováha mezi sebeúctou a přijetím odpovědnosti)	Poskytnutí perspektivního pohledu na život po léčbě

a vyhýbavá (Krámská, 2017). Podle některých studií bývají v MMPI-II zvýšeny škály hypochondrie, hysterie, deprese, či schizofrenie ve větší míře, než u pacientů s epilepsií (Owczarek, 2003). Alper (1994) popisuje u pacientů s PNES častější výskyt

závislých rysů osobnosti. Uliaszek et al. (2012) též uvádí u pacientů s PNES nízkou úroveň emoční dysregulace charakterizovanou neuvědomováním a vyhýbáním se emocím a závažnou psychiatrickou symptomatologií a narušenou kvalitou života.

Věk pacienta na základě aktuálních studií (LaFrance & Wincze, 2015), není významným prediktorem úspěšnosti léčby. Potenciální překážky dle autorů zahrnují vážnou autodestruktivní osobnostní patologii, psychózu, omezené kognitivní schopnosti, míru pacientova distressu, abúzus či sekundární finanční zisk. Tyto překážky však nevylučují léčbu. Výzkumy ukazují, že i takoví pacienti jsou schopni udělat změny a rozhodnutí, které podporují zvládnání jejich záchvatů, pokud jsou motivováni.

V úspěšných psychoterapeutických programech pro pacienty s diagnózou PNES poukazují samotní pacienti na možnost zobecnění principů, kterým se naučili i pro další příznaky či jiné funkční poruchy (LaFrance & Wincze, 2015).

Nové poznatky v psychoterapii pacientů s diagnózou PNES (například Myers et al. 2017) zdůrazňují důležitost zaměření se na terapeutickou práci s traumatickými událostmi v anamnéze. Průměrné procento pacientů s diagnózou PNES splňujících kritéria pro PTSD je 38,9 % (s rozsahem 9–100 %). Tito pacienti pozitivně reagují na typ léčby zaměřený na symptomy PTSP (Posttraumatické stresové poruchy), pravděpodobně proto, že jde o klíčové symptomy v obraze jejich onemocnění. V jejich pojetí je PNES asociované s PTSP. Tedy pokud léčíme postraumatickou symptomatiku, pozitivně na tuto léčbu reaguje i PNES symptomatika, protože dle autorů představuje další způsob vyhýbavého chování (Myers et al. 2017).

Dr. Myers (2014) ve své publikaci věnované pacientům s diagnózou PNES nabízí doporučení pro psychology či terapeutky ke spolupráci s pacienty s diagnózou PNES.

- Na počátku léčby je třeba získat popis typických záchvatů a jejich frekvenci: přítomnost aury, začátek záchvatu, charakteristika záchvatu – pád, vokalizace, poranění hlavy, třes, sebepoškozování, chůze, kousnutí do jazyka, zachování řeči během záchvatu, přítomnost nějakého modifikátoru (osoba, věc), který průběh záchvatu usnadňuje, průběh následného zotavení.
- Léčbu zahájit nácvikem správného dýchání.
- Komunikovat s pacientem v průběhu záchvatu (uzemnění – připomenout pacientovi, kde se nachází a představit se mu).
- Po dvou minutách (v závislosti na průběhu záchvatu) naznačit, že záchvat pomalu odeznívá a je třeba soustředit se na dýchání.
- Po záchvatu zpracovat s klientem, co se stalo a posoudit následný průběh setkání (pokračovat v expozici nebo se zaměřit na zpracování záchvatu).

Témata specifická pro psychoedukaci pacientů s diagnózou PNES jsou trauma a zneužívání, hněv, deprese a úzkost, tendence k somatizaci, kvalita života, techniky zvládnání stresu. Pacientům by měly být vysvětleny možné příčiny a mechanismy vzniku obtíží a zároveň nabídnuty možnosti léčby dostupné v současném zdravotnickém systému. Úspěšnost léčby ve velké míře závisí na osobnosti pacienta, na jeho schopnosti spolupráce, náhledu a pochopení psychologických souvislostí onemocnění a také na podpoře příbuzných či přátel v léčbě.

Článek vyšel za podpory grantu číslo MH CZ-DRO (NNH, 193001).

Role autorů: Obě autorky se podílely na rešerši literatury, psaní všech kapitol a schválily jeho konečnou podobu.

Konflikt zájmů: Potvrzujeme, že jsme si přečetly stanovisko časopisu k otázkám souvisejícím s etickou publikací, a potvrzujeme, že tento článek je v souladu s těmito pokyny. Žádný z autorů nemá konflikt zájmů, který by měl zveřejnit.

SEZNAM LITERATURY

- Alper, K. (1994). Nonpileptic seizures. *Neurologic Clinics*, 12, 153–173.
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Baslet, G., Dworetzky, B., Perez, D. L., Oser, M. (2015). Treatment of Psychogenic Nonpileptic Seizures: Updated Review and Findings from a Mindfulness-Based Intervention Case Series. *Clinical EEG and Neuroscience*, 46(1), 54–64.
- Bodde, N. M. G., Brooks, J. L., Baker, G. A., Boon, P. A. J. M., Hendriksen, J. G. M., Aldenkamp, A. P. (2009). Psychogenic non-epileptic seizures – Diagnostic issues: A critical review. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 111(1), 1–9.
- Bruer, J. & Freud, S. (1895). *Studies in hysteria*. New York: The Hogarth Press.
- Bullock, K. D., Mirza, N., Forte, C., Trockel, M. (2015). Group dialectical-behavior therapy skills training for conversion disorder with seizures. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 27(3), 240–243.
- Carlson, P., Perry, K. N. (2017). Psychological interventions for psychogenic nonepileptic seizures: A meta-analysis. *Seizure*, 45, 142–150.
- Duncan, R., Anderson, J., Cullen, B., Meldrum, S. (2016). Predictors of 6-month and 3-year outcomes after psychological intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, 36, 22–26.
- Dworetzky, B. A., Baslet, G. C. (2017). *Psychogenic nonepileptic seizures. Toward the integration of care*. New York: Oxford University Press.
- Goldstein, L. H., Mellers, J. D. C., Landau, S., Stone, J., Carson, A., Medford, N., . . . Chalder, T. (2015). Cognitive behavioral therapy vs standardized medical care for adults with Dissociative non-epileptic seizure (CODES): a multicenter randomized controlled trial protocol. *BMC Neurology*, 15, 98–111.
- Chen, D. K., Maheshwari, A., Franks, R., Trolley, G. C., Robinson, J. S., Hrachovy, R. A. (2014). Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: a neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia*, 55(1), 156–166.
- Krámská, L. (2017). Psychogenní nonepileptické záchvaty (PNES). In *Klinická neuropsychologie v praxi* (s. 324–329). Praha: Karolinum.
- LaFrance, W. C., Schachter, S. C. (2018). *Gates and Rowan's Nonpileptic Seizures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LaFrance, W. C. & Wincez J. P. (2015). *Treating Nonpileptic Seizures: Therapist Guide (Treatments That work)*. New York: Oxford University Press.
- Mayor, R., Brown, R. J., Cock, H., House, A., Howlett, S., Smith, P., . . . Reuber, M. (2013). A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, 22, 760–765.
- Mackay, M., Mahlaba, H., Gavillet, E., Whittaker R. H. (2017). Seizure self-prediction: Myth or missed opportunity. *Seizure*, 51, 180–185.
- Myers, L. (2014). *Psychogenic non-epileptic seizures: A guide*. New York: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Myers, L., Vaidya-Mathur, U., Lancman, M. (2017). Prolonged exposure therapy for the treatment of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Epilepsy & Behavior*, 66, 86–92.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009*. Praha: Bomton Agency.

- Monzoni, C. D., Duncan, R., Grunewald, R., Reuber, M. (2011). Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. *Patient education and counseling*, 85, 189–200.
- Owczarek, K. (2003). Somatisation indexes as differential factors in psychogenic pseudoepileptic and epileptic seizures. *Seizures*, 12, 178–181.
- Rawlings, G. H., Brown, I., Reuber, M. (2017). Predictors of health-related quality of life in patients with epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 68, 153–158.
- Russell, L. A., Abbass, A. A., Allder, S. J., Kisely, S., Pohlmann-Eden, B., Town, J. M. (2016). A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 63, 17–19.
- Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Uliaszek, A. A., Prenskey, E., Baslet, G. (2012). Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*, 23, 364–369.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 8. 10. 2019. Revidované znění došlo 26. 11. 2019, k publikaci přijato 30. 11. 2019.