



Pseudo-epileptische Anfälle

Autor: Martin Schöndienst, August 2006, Juni 2016

077

Zusammenfassung

- Ratlosigkeit und Ohnmacht charakterisieren in der Regel den Umgang mit Patienten, die pseudo-epileptische Anfälle bekommen.
- Die Verwirrung, die sich im Umkreis solcher Anfälle einzustellen pflegt, erfasst die Begrifflichkeit.
- Gebräuchlich sind: pseudo-epileptisch, psychogen, hysterisch, dissoziativ.
- Wirksames Mittel der Differentialdiagnose ist nicht so sehr das Bestimmen einzelner Anfallsmerkmale als typisch für „pseudo-epileptisch“, sondern die Analyse der Gesamtgestalt der Anfälle.
- Sich den vornehmlich anfallsunabhängigen Aspekten eines Patienten, seinen unausgesprochenen Ängsten, Spannungen und Konflikten zuzuwenden, kann zum Ansatz einer wirksamen Behandlung werden.

Pseudo-epileptische Anfälle

Zur Prävalenz pseudo-epileptischer Anfälle liegen keine verlässlichen Schätzungen vor, so dass man sich begnügen muss, mit Angaben, die es zur Häufigkeit pseudo-epileptischer Anfälle bei jenen Patienten gibt, die wegen eines „unklaren Anfallsleidens“ mit einem intensiven Video/EEG-Monitoring untersucht werden. Unter diesen fanden sich pseudo-epileptische Anfälle bei 25% (Lüders). Umgekehrt ist natürlich auch von erheblichem Interesse, wie oft Patienten mit pseudo-epileptischen Anfällen zusätzlich epileptische Anfälle haben; nach einer größeren Erhebung von Lessart ist bei 5-20% der Patienten mit pseudo-epileptischen Anfällen zusätzlich von epileptischen Anfällen auszugehen.

Nicht in erster Linie die Häufigkeit pseudo-epileptischer Anfälle, sondern die besondere Ratlosigkeit und Ohnmacht, in der man sich in der Regel solchen Patienten gegenüber vorfindet, machen den besonders irritierenden und belastenden Charakter dieser Patientengruppe aus. Im Umkreis solcher Patienten pflegen Behandler wie Pflegekräfte leicht ungeduldig bis ärgerlich zu werden. Angehörige wissen oft kaum mit ihnen umzugehen. Krankheit scheint bei ihnen oft nur undeutlich von Simulation unterscheidbar zu sein.

Konzeptionelle Hilflosigkeit führt nicht selten zu immer wieder wechselnden therapeutischen Zuständigkeiten, so dass fruchtbare Behandlungsverläufe gar nicht erst entstehen können und Patienten wie Behandelnde trotz anstrengender Einsätze entmutigt werden.

Terminologie

- Mit pseudo-epileptisch wird zutreffend bezeichnet, dass solche Anfälle epileptischen ähnlich sehen, diese jedoch nur dem Schein nach (pseudo) sind. Der Terminus ist treffend, seine Unzulänglichkeit liegt jedoch darin, solche Anfälle für ausreichend charakterisierbar zu halten durch genau das, was sie nicht sind.

- Die Bezeichnung psychogene Anfälle besagt nichts weiter, als dass diese auf Seelisches zurückgehen. Damit ist vom Wortsinn her ein Spektrum umfasst, das von simulierten Anfällen bis zu epileptischen Anfällen reicht, die durch seelische Faktoren ausgelöst sind. Der Begriff erscheint darum ungeeignet zur Charakterisierung von Ereignissen, die sehr spezifisch gekennzeichnet sind durch eine willentlich nicht beherrschbare, episodische Alteration der Motorik und/oder des Bewusstseins.
- Die Bezeichnung hysterische Anfälle hat demgegenüber den Vorzug, auf eine dem Bewusstsein der Person unzulängliche Konfliktgenese zu verweisen und darüber hinaus darauf, dass im Anfall dieser Konflikt sowohl gezeigt als auch entlastet wird. Die Zuschreibung von „hysterisch“ besitzt jedoch entwertende Bedeutung, so dass der Begriff mehr Irritation bewirkt als sachliche Klarstellung.
- Der Begriff des Dissoziativen, den die psychiatrischen Diagnose-Glossarien (DSM III und ICD 10) vorschlagen, scheint die meisten Vorzüge in sich zu vereinen. Er bezeichnet den zentralen Vorgang, bei welchem sich motorische bzw. Bewusstseins-Funktionen in einem von der Person abgespaltenen – „dissoziierten“ – Bereich ereignen.
-

Symptomatik und Differentialdiagnose

Gerne werden Tabellen von Merkmalen zusammengestellt, die angeblich bei der Unterscheidung epileptischer und dissoziativer Anfälle helfen. So wird z.B. gesagt, dissoziative Anfälle fänden meist in Gegenwart anderer statt, führten kaum je zu Verletzungen, gingen nicht mit Blaufärbung der Haut und der Lippen einher, hätten oft einen einübenden Beginn und einen immer wieder auf- und ab-ebbenden (undulierenden) Verlauf.

Diese Aspekte sind jedoch keineswegs trennscharf. Für sich genommen bleiben sie diagnostisch vieldeutig. Sie können verglichen werden mit einzelnen Vokabeln, deren Kenntnis noch keineswegs das Verständnis einer fremden Sprache sicherstellt. Wie es zu deren Verständnis einer Syntax bedarf, so müssen Anfälle in ihrer Gesamtgestalt analysiert werden, innerhalb derer die Einzelmerkmale erst ihren Stellenwert erhalten.

Diagnostische Klarheit ist weniger vom Festhalten vorhandener bzw. fehlender einzelner Merkmale zu erwarten. Fruchtbarer ist es, den beobachteten Anfall schriftlich festzuhalten. Dadurch tritt immer eine Vergegenwärtigung signifikanter Details ein, die beim bloß mündlichen Berichten entgehen.

Es wird zuweilen versucht, die Suggestibilität mancher Patienten zu diagnostischen Zwecken zu benutzen: Man kündigt dem Patienten, bei dem pseudo-epileptische Anfälle vermutet werden, an, ihm werde nun ein Stoff injiziert, der Anfälle auslösen könne. Dann wird eine für sich wirkungslose Kochsalzlösung injiziert und – wenn darauf ein Anfall eintritt – auf dessen dissoziativen oder simulierten Charakter geschlossen. Diese Methode führt jedoch nicht selten zu falsch positiven Befunden. Sie erscheint auch deshalb problematisch, weil sie in die ärztliche Haltung einen Moment von Verstellung einführt. Dies kann gerade gegenüber Patienten, die ein besonderes Problem mit Verlässlichkeit zu haben pflegen, zu einer Störung in der Beziehung führen.

Diagnostisch ist oft hilfreich, nicht nur darauf zu achten, was die Patienten über ihre Anfälle berichten, sondern auch, wie sie dies tun. Hier kann oft eine charakteristische Kargheit und Affektlosigkeit auffallen, sozusagen ein Sprechen im Gestus der Selbstzurücknahme. Das gibt sowohl einen Hinweis auf die Art des Anfalls als auch auf die Weise der Krankheitsverarbeitung.

Anfallsdiagnostik ist nie zu verwechseln mit bloßer Beschreibung und Einordnung dessen, was man sieht. Sie setzt immer auch Interaktion voraus. So ist etwa das Phänomen, dass ein Patient auf den Versuch, ihm im Anfall die Augen zu öffnen, regelmäßig mit Augenzukneifen reagiert, diagnostisch viel bedeutsamer als jedes nur passiv bleibende Beobachten.

Behandlung

Dissoziative Anfälle pflegen infolge komplizierter, den Beteiligten nicht einfach bewusst zugänglicher Wechselwirkungen ein Vielfaches jener Reaktionen und Aktivitäten auszulösen, die bei epileptischen Anfällen als angemessen und ausreichend empfunden werden. Fatalerweise ziehen sich die Patienten in solchen Anfällen auch manche körperliche Zuwendung zu. Das ist ein um so wichtigerer primärer Krankheitsgewinn, je mehr körperliche Zuwendung im übrigen Leben entbehrt wird bzw. konflikthaft besetzt ist und ausgespart bleibt. Was den Anfällen nachfolgt, ist oft Erschöpfung der Beteiligten. Das kann beim Patienten zu der Erfahrung führen, man interessiere sich für ihn vor allem oder gar nur dann, wenn er einen Anfall habe. Diese Dynamik erkennen, hilft, ihr zu entgehen und sich statt dessen gerade den anfallsunabhängigen Aspekten eines Patienten zuzuwenden.

Dem Betroffenen im Fall dissoziativer Anfälle die Diagnose mitzuteilen, ist keine schlichte Aufgabe. Zu selten wird hierfür der richtige Augenblick abgewartet. Der ist immer erst dann gegeben, wenn der Patient ausdrückt, dass er wissen will, was er hat. Auf diese, oft sehr unvermittelt sich ergebende Anfrage, sollte man vorbereitet sein, um in der nötigen komplexen Weise antworten zu können.

Man sollte dem Patienten nicht einfach sagen, was er nicht hat. Man sollte ihm zugleich sagen, dass das, was er hat, eine schwierige, manchmal langwierige Erkrankung ist, dass man dieser nicht medikamentös, wohl aber durch eine Behandlung beikommen kann, die geeignet ist, die Ängste, Spannungen und Konflikte, in denen er steht, zu verstehen und abzubauen. Oft ist es zu diesem Zeitpunkt richtig festzulegen, in welchem Zeitraum die geeignete Art der weiteren Behandlung gemeinsam mit dem Patienten herausgefunden werden soll.

Welche Form von Psychotherapie sich dabei empfiehlt, richtet sich nach der Art der begleitenden psychiatrischen Störung des Patienten. Sie kann von einer einfachen abnormen Erlebnisreaktion über z.B. depressive Erkrankungen bis hin zu schweren, sogenannten frühen Charakterneurosen, etwa im Sinne der Borderline- oder auch der multiplen Persönlichkeit, reichen. Es bedarf dabei stets einer die Anfallsdiagnose ergänzenden psychodynamischen Diagnose, die oft versäumt wird, die oft aber auch durch die grelle Anfallssymptomatik gewissermaßen überblendet ist. Der entsprechende Psychotherapieplan kann in der Regel nicht vom Epileptologen erstellt werden, sondern nur von einem psychodynamisch wie auch interventionstechnisch versierten Arzt oder Psychotherapeuten.

Die stationäre Phase der Behandlung sollte der Er- und Verarbeitung der Diagnose, dem oft viel Angst bereitenden Absetzen überflüssiger Medikamente und der Entwicklung einer Idee beim Patienten dienen, in welcher Form Psychotherapie ihn weiterbringen könnte.

Da die Patienten meist in stark krankheitsbegünstigenden Umständen leben, ist frühzeitig auch zu klären, inwieweit ein Umzug, eine Umschulung oder dergleichen erforderlich sind. Sobald die weitere Lebens- und Behandlungsperspektive die nötige Kontur gewonnen hat, sollte die stationäre in die ambulante Behandlung übergehen. So können die regressionsfördernden Auswirkungen stationärer Aufenthalte begrenzt werden.

Weiterführende Materialien

- Bowman, E.S., Markand O.N.: Psychodynamics and psychiatric diagnosis of pseudoseizure subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (1996) 57-63
- Krämer, G., Lensch, E. (Hrsg): Psychogene Störungen in der Neurologie IV. Mainz 5./6. November 1994. *Aktuelle Neurologie*, 21, Sonderheft 1 (1994) S1-S24
- Thomas, L., Trimble, M.: *Non-epileptic seizures*. Wrightson Biomedical Publishing, Petersfield, 1995
- Christ, W., Schneble, H.: Psychogene Anfälle im Kindes- und Jugendalter – Ein Erfahrungsbericht aus der Kinderklinik des Epilepsiezentrums Kork. (Abstract) *Akt. Neurol.* 21 (1994) S4
- Schöndienst, M.: Psychogene Anfälle. *einfälle* 34 (1990) 16-18
- Schöndienst, M.: Psychogene Anfälle Teil II. *Einfälle* 35 (1990) 6-9
- Schöndienst, M.: Zur Differentialdiagnose nächtlicher epileptischer, nicht- und pseudo-epileptischer Anfälle. In: Meier-Ewert, K. und Stefan, H. (Hrsg): *Anfälle im Schlaf*. G. Fischer, Stuttgart, 1995, 183-187
- Bauer, J.: Psychogene Anfälle. *Epilepsie-Blätter* 9 (1996) 93-96
- Schmitz, B.; Trimble, M: *Psychiatrische Epileptologie*, 2005 Thieme Verlag KG, Stuttgart

Video

- Elger, C.E., Hufnagel, A.: Psychogene Anfälle (27 Min./1996).
- Mothersill, J.: Psychogenic Seizures (35 Min./1994). Informationen dazu über: Schweiz. Epilepsie-Klinik, Bleulerstr. 60, CH 8008 Zürich.
- Schulze-Bonhage, A.: Dissoziative Anfälle, Semiologische Charakteristika, Differentialdiagnose, Lehrfilm 2008

Hinweise

- Der italienische Spielfilm von Francesca Archibugi „Der große Kürbis“ (1993, Il Grande Cocomero) schildert bewegend und fachlich korrekt den Fall eines heranwachsenden Mädchens, das hilflos und unbewusst ihre familiären und pubertären Probleme durch pseudo-epileptische Anfälle der Umwelt mitzuteilen sucht.
- Informationen über Epilepsie sind auch erhältlich über: Deutsche Epilepsievereinigung/einfälle, Zillestr. 102 10585 Berlin, tel 030/3424414, fax 030/3424466; Internet: www.epilepsie-vereinigung.de , Stiftung Michael, Alsstraße 12, 53227 Bonn, Internet: <http://www.stiftung-michael.de> , Tel.: 0228 - 94 55 45 40

•

Standardhinweis

Dieses Informationsblatt enthält keine individuellen Behandlungshinweise. Besprechen Sie es gegebenenfalls mit Ihrem behandelnden Arzt.

Herausgeber: Dt. Gesellschaft für Epileptologie