

*Carsten Spitzer¹, Harald Jürgen Freyberger²
und Annegret Eckhardt-Henn³*

¹ Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, Rosdorf bei Göttingen, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Greifswald am Helios Hanseklinikum Stralsund, Deutschland

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Stuttgart - Krankenhaus Bad Cannstatt, Deutschland

Interessenkonflikt:

A. Eckhardt-Henn, H.J. Freyberger und C. Spitzer geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Zusammenfassung

Dissoziative Anfälle (DA) stellen ein heterogenes Krankheitsbild hinsichtlich Phänomenologie, Ätiopathogenese und Ansprechen auf (Psycho-)Therapie dar, die mit vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen verbunden sind. Ein multifaktorielles, biopsychosoziales Diathese-Stress-Modell trägt verschiedensten ursächlichen bzw. Risiko-, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren Rechnung. Hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen, die lange Dauer bis zur Diagnosestellung und damit die auch iatrogen verursachte Gefahr der Chronifizierung, ein somatisches Krankheitskonzept sowie ein u.U. hoher sekundärer Krankheitsgewinn erschweren die Anbindung an die psychosoziale Medizin und den Zugang zur Psychotherapie als Mittel der Wahl. Das schweregradgestufte, kooperative und koordinierte Management orientiert sich an Behandlungsphasen, die neben Anfallsreduktion auf die Verbesserung des emotionalen Befindens, des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität sowie auf ein angemessenes Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten fokussiert. Werden DA als Ausdruck von Beziehungsstörungen im Gesundheitswesen konzipiert, werden die vielfältigen Schwierigkeiten im Umgang mit dieser Patientengruppe ebenso verständlich wie das Spannungsfeld zwischen Epileptologie und psychosozialer Medizin.

Epileptologie 2018; 35: 100 – 109

A psychosocial look on dissociative seizures – a review

Dissociative seizures or psychogenic non-epileptic seizures (PNES) represent a heterogeneous disorder with regard to phenomenology, pathogenesis and response to (psycho) therapy. Their diagnostic and therapeutic problems are major challenges. A multi-factorial, biopsychosocial diathesis-stress model integrates different causal, risk, precipitating and perpetuating factors. High comorbidity rates with other mental disorders, the diagnostic delay until establishment of the correct diagnosis and the associated danger for a chronic course that is partly based on iatrogenic factors, a somatic illness concept as well as a high secondary gain make it difficult to motivate patients for psychosocial interventions and psychotherapeutic approaches, which are the treatment of choice. A cooperative and coordinated care approach accounts for the severity and is phase-oriented. Besides seizure reduction, therapeutic aims focus on the improvement of emotional well-being, psychosocial functioning and quality of life as well as an adequate illness behaviour and healthcare utilisation. Conceiving PNES as disorders of relating to one's own body, to others and to the healthcare system, the many difficulties in managing these patients can be understood as well as the area of conflict between epileptology and psychosocial medicine.

Crises dissociatives, vue d'ensemble sous l'angle psychosocial

Les crises dissociatives représentent un tableau clinique hétérogène en termes de phénoménologie, d'étiopathogénèse et de réponse à la (psycho)thérapie, à l'origine de multiples défis diagnostiques et thérapeutiques. Un modèle diathèse-stress multifactoriel, biopsychosocial tient compte des causes, facteurs de risque, de déclenchement et de maintien les plus divers. Des taux élevés de comorbidité avec d'autres

troubles psychiques, le long délai avant le diagnostic et donc le risque, y compris iatrogène, de chronicisation, une conception somatique de la maladie et les bénéfices secondaires parfois élevés de celle-ci compliquent le rattachement à la médecine psychosociale et l'accès à la psychothérapie en tant que traitement de choix. La prise en charge coordonnée, coopérative et adaptée à la gravité repose sur des phases de traitement qui visent non seulement à réduire les crises, mais aussi à améliorer le bien-être émotionnel, le niveau de fonctionnalité psychosociale et la qualité de vie, et se concentre sur un comportement approprié au regard de la maladie et du recours aux soins. Si les crises dissociatives sont envisagées comme l'expression de troubles relationnels dans le système de santé, les nombreuses difficultés à gérer ce groupe de patients deviennent aussi compréhensibles que les tensions entre l'épileptologie et la médecine psychosociale.

Einleitung

Patienten mit dissoziativen Anfällen stellen Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten und Psychosomatiker im klinischen Alltag immer wieder vor erhebliche diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten [1–4]. Dies spiegelt sich u. a. in der Vielfalt z. T. konkurrierender Begriffe wider, mit denen versucht wird, den gleichermaßen faszinierenden wie unheimlichen klinischen Phänomenen näher zu kommen, wobei sich in der neurologischen Terminologie der Begriff psychogene nichtepileptische Anfälle (psychogenic non-epileptic seizures; PNES) international durchzusetzen scheint [1].

Es ist zu Recht gefragt worden, ob dissoziative Anfälle (DA) eine nosologische Entität im Sinne eines Morbus sind oder nicht vielmehr als Symptom aufzufassen sind [1]; tatsächlich stellen sie kein einheitliches Krankheitsbild hinsichtlich Phänomenologie, Ätiopathogenese und Ansprechen auf (Psycho-)Therapie dar. Vielmehr findet sich bei den Betroffenen eine grosse Heterogenität hinsichtlich psychosozialen Hintergrund, Persönlichkeitsprofil, Beginn und Verlauf der Erkrankung sowie ursächlichen, auslösenden und krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren [5, 6]. Dieser Heterogenität und ihren therapeutischen Implikationen gehen wir in dieser Arbeit aus psychosozialer Perspektive nach, um abschliessend Aspekte des Spannungsfelds zwischen Neurologie und psychosozialer Medizin zu diskutieren.

Klinische Aspekte

Definition

Zentrales Charakteristikum eines DA ist ein plötzlich auftretender, anfallsartiger und von aussen beobachtbarer Wechsel in Verhalten und respektive oder Bewusstsein, das einem epileptischen Anfall stark ähnelt

und durch eine abrupte, zeitlich begrenzte Störung der Kontrolle motorischer, sensorischer, autonomer, kognitiver, emotionaler und Verhaltensfunktionen gekennzeichnet ist; dabei finden sich keine epilepsietypischen Veränderungen im Elektroenzephalogramm (EEG), jedoch deutliche Hinweise auf psychische oder psychosoziale Belastungen und eine Unfähigkeit, diese zu verarbeiten [7].

Symptomatik und Anfallstypen

Die Phänomenologie dissoziativer Anfälle ist sehr „bunt“ und es kommen alle Erscheinungsvarianten epileptischer Anfälle vor.

Während ältere, klinisch sehr praktikable Einteilungen [8] im Kern von drei Varianten ausgehen (Ohnmachtsanfälle [„swoons“], Wutanfälle [„tantrums“] und symbolische oder Abreaktionsanfälle [„abreactive attacks“]), basieren neuere Klassifikationsversuche auf Auswertungen von EEG-Video-Doppelbildableitungen, wobei sechs typische Anfallsmuster unterschieden werden [9]:

- Dystone Attacken mit primitiver gestischer Aktivität
- Hypokinetische Attacken mit erhaltener Responsivität
- Pseudosynkopen
- Hyperkinetische, prolongierte Attacken mit Hyperventilation und Aura
- Axiale dystone prolongierte Attacken
- Nicht klassifizierbarer Typus

Der einzelne dissoziative Anfall beginnt in der Regel allmählich, zeigt eine undulierende Symptomatik und dauert typischerweise länger als ein epileptischer Anfall (oft über vier Minuten). Die durchschnittliche Anfallsfrequenz bei Patienten mit DA wird auf zwölf pro Woche beziffert. Bei einer Anfallsdauer von über 20 Minuten wird von einem Status pseudoepilepticus gesprochen, der bei über der Hälfte der Betroffenen auftreten kann. Gerade in diesem Kontext kommt es oft zur Fehldiagnose eines epileptischen Status mit invasiven Massnahmen wie z.B. eine Intubation [10]. Insgesamt haben Patienten mit DA eine reduzierte Lebensqualität, nehmen das Gesundheitssystem übermässig in Anspruch und verursachen erhebliche direkte und indirekte Kosten [11, 12].

Diagnostischer Prozess

Die Erstmanifestation eines Anfalls erfordert eine sorgfältige organmedizinische Abklärung. Ergibt sich aus entsprechenden anamnestischen und klinischen Hinweisen der Verdacht auf einen DA, empfiehlt sich eine simultane organische und psychologische Diagnostik, damit auch den Betroffenen rechtzeitig die Möglichkeit einer psychischen Verursachung signalisiert

siert wird. Innerhalb der zahlreichen Differentialdiagnosen von DA bleibt die gleichermassen wichtigste und schwierigste diejenige zwischen epileptischen Anfällen und DA, wobei die EEG-Video-Doppelbildableitung (vEEG) den Goldstandard zur diagnostischen Differenzierung darstellt und zu einer hohen Diagnosesicherheit beiträgt [3, 13]. Dennoch kommt es immer wieder zu Fehldiagnosen von DA als Epilepsie, die u.a. zu einer Medikation mit Antikonvulsiva und Chronifizierung führen. Die mittlere Dauer bis zur Stellung der richtigen Diagnose beträgt durchschnittlich acht Jahre [14].

Eine gesicherte Diagnose ist jedoch aus zwei zentralen Gründen sowohl für den Neurologen als auch den psychosozialen Mediziner eminent wichtig:

- Bei chronischen Verläufen oder rezidivierend auftretenden Anfällen wird von den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen oder (neuen) Behandlern häufig eine wiederholte diagnostische Abklärung eingefordert; diese ist jedoch bei gesicherter Diagnose obsolet, weil sie nicht nur den Patienten verunsichert respektive auf ein organisches Krankheitsmodell fest schreibt, sondern auch unnötige Kosten verursacht.
- Der psychotherapeutische Prozess kann nur gelingen, wenn der Behandler gewiss ist, dass es sich um DA handelt; jeglicher Zweifel oder Skepsis bezüglich der Diagnose machen den Therapeuten anfällig für Vermeidungs- und Abwehrstrategien der Patienten, die häufig eine Auseinandersetzung mit den psychosozialen Faktoren ihrer Erkrankung vermeiden möchten.

Während DA aus neurologischer Perspektive häufig als Ausschlussdiagnose verhandelt werden, kann aus psychosozialer Sicht kaum überbetont werden, dass

dies keineswegs hinreichend ist. Vielmehr ist zwingend eine psychogene Verursachung plausibel zu machen. Dies wird auch von der ICD-10 in ihren diagnostischen Leitlinien gefordert, wo dissoziative Anfälle unter dem Code F44.5 verschlüsselt werden. Die Diagnosekriterien der ICD-10 für dissoziative Störungen im Allgemeinen und DA im Besonderen finden sich in **Tabelle 1**.

Eine sorgfältige Diagnostik hat jedoch nicht nur einen zeitlichen Zusammenhang zwischen DA und psychosozialer Belastung herauszuarbeiten, sondern angesichts ihres multifaktoriellen biopsychosozialen Bedingungsgefüges auch prädisponierende, auslösende und krankheitsaufrechterhaltende Faktoren zu erfassen. Traumatische Erfahrungen, weitere dissoziative Phänomene und andere psychische Störungen müssen exploriert werden, da Patienten mit DA eine hohe Komorbidität mit Angst-, depressiven, somatoformen, posttraumatischen Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen aufweisen [5, 15]. Nur so können eine ätiopathogenetische Einordnung und erfolgversprechende Therapieplanung gelingen.

Epidemiologie

Während Schätzungen auf der Grundlage von Allgemeinbevölkerungsstudien von einer Inzidenz dissoziativer Anfälle zwischen 1,4 und 4,3 auf 100 000 pro Jahr ausgehen, wird die Prävalenz zwischen 2 und 33 auf 100 000 geschätzt [16]. Hingegen machen erwachsene Patienten mit DA in Epilepsiezentren zwischen 10 und 58% aller Überweisungen aus [16]. Es wird angenommen, dass etwa 20 bis 30% aller (vermeintlich) therapie-

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für die dissoziativen Störungen im Allgemeinen (F44.x) und für dissoziative Anfälle im Besonderen (F44.5).

Dissoziative Störungen nach ICD-10 (F44.x)

1. Klinische Charakteristika, wie sie für die einzelnen Störungen (Amnesie, Fugue, Anfälle, Paresen, etc.) typisch sind.
2. Keine körperliche Erkrankung, welche die Symptome ausreichend erklären könnte.
3. Nachweis einer psychogenen Verursachung, d.h. zeitlicher Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung (auch wenn diese vom Patienten selbst geleugnet wird).

Dissoziative Anfälle nach ICD-10 (F44.5)

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung müssen erfüllt sein.
- B. Plötzliche und unerwartete krampfartige Bewegungen, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht mit einem Bewusstseinsverlust einhergehen.
- C. Kriterium B. geht nicht einher mit Zungenbiss, schweren Hämatomen oder Verletzungen aufgrund eines Sturzes oder mit Urininkontinenz.

resistenten Epilepsien auf dissoziative Anfälle zurückzuführen sind [3]. Frauen sind im Vergleich zu Männern etwa dreimal so häufig betroffen. Der Altersgipfel liegt bei Erwachsenen zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr, aber Erstmanifestationen in der Pubertät oder jenseits des 60. Lebensjahres sind beschrieben [16].

Ätiopathogenetische Modellvorstellungen

Nach dem aktuellen Kenntnisstand können DA nur mit Hilfe eines multifaktoriellen, biopsychosozialen Diathese-Stress-Modell verstanden werden, das von komplexen Wechselwirkungen multipler prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren ausgeht [2, 5]. Eine Illustration dieses Verständnisses findet sich in **Abbildung 1**.

Im Zentrum der Vulnerabilitätsmerkmale steht eine erhöhte Dissoziationsneigung der Betroffenen. Diese sind unter schweren psychosozialen Belastungen und traumatischen Erfahrungen nicht ausreichend in der Lage, mentale Prozesse und psychische Funktionen in einem einheitlichen Bewusstseinszustand zu integrieren und miteinander zu einem koordinierten Ganzen zu verbinden. Vielmehr kommt es zu einer partiellen oder vollständigen Unterbrechung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des (autobiographischen) Gedächtnisses, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung von Sinnesempfindungen sowie der Kontrolle willkürlicher Körperbewegungen – alles Phänomene, die bei DA zu beobachten sind.

Empirisch konnte bestätigt werden, dass sich bei Patienten mit DA deutlich höhere Raten an (Bindungs-) Traumatisierungen in Kindheit und Jugend finden als

bei Kontrollgruppen mit Epilepsien oder anderen psychischen Störungen [5]. Auch andere traumatische Erfahrungen werden häufiger berichtet, so dass eine hohe Komorbidität mit der posttraumatischen Belastungsstörung von durchschnittlich 40% besteht [17]. Eine erhöhte Dissoziationsneigung kann auch mit einer überdurchschnittlichen Suggestibilität einhergehen – ein diagnostisches Kriterium, das von neurologischer Seite immer wieder hervorgehoben wird [3].

Dissoziative Zustände sind zudem mit gestörten neuropsychologischen Funktionen wie Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und Exekutivfunktionen assoziiert. Dieser Befund wird in neueren Modellen wie folgt berücksichtigt: DA basieren demnach auf impliziten mentalen Repräsentanzen, die sich aus früheren Erfahrungen speisen. Deren Aktivierung führt zu einer vorübergehenden Störung der kognitiven Kontrolle und es kommt zu einer automatisch ablaufenden Verhaltensstereotypie, die klinisch als DA imponiert. Die Aktivierung der mentalen Repräsentanz erfolgt durch vielfältige Faktoren wie übermäßige autonome Erregung, erhöhte Suggestibilität und Emotionsvermeidung bzw. dadurch, dass die Kapazität zur Inhibition durch Traumatisierungen, Aufmerksamkeitsdysfunktionen und negative Affektivität reduziert ist [6]. Bei der Entwicklung dieser impliziten mentalen Repräsentanzen spielt möglicherweise Modelllernen eine wichtige Rolle: Gelegenheitsanfälle in der eigenen Vorgeschichte oder Epilepsien im persönlichen Umfeld können als Modelle fungieren [5].

Nach einem psychodynamischen Verständnis haben DA zudem eine intrapsychisch und u.U. auch interpersonell regulierende Funktion, die häufig mit den Begriffen

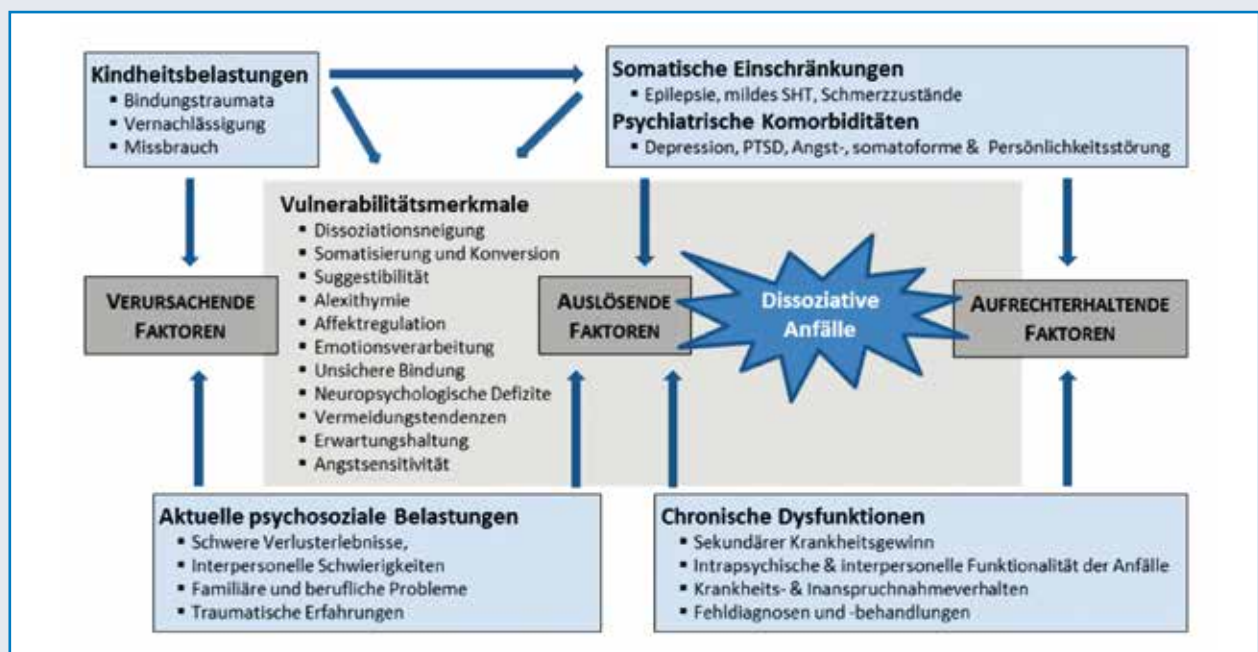


Abbildung 1. Multifaktorielles biopsychosoziales Diathese-Stress-Modell dissoziativer Anfälle (modifiziert und ergänzt in Anlehnung an [15]).

fen des primären und sekundären Krankheitsgewinns gefasst werden [18]. Ausgehend von der klinisch imposanten „belle indifference“ [1] ist eine ausgeprägte intrapsychische Entlastung durch die DA, z.B. in Form einer Angstminderung, angenommen worden [18].

Die empirische Befundlage zeichnet dazu jedoch kein einheitliches Bild. Vergleichsweise konsistent hat sich jedoch gezeigt, dass bei der Mehrzahl der Patienten vor, während und/ oder nach einem DA objektive Anzeichen einer erhöhten autonomen Erregung zu finden sind, ohne dass dies zwingend mit dem subjektiven Erleben von negativen Emotionen einhergeht. Gerade gegenüber der körperlichen Komponente von Emotionen sind Patienten mit DA aufmerksamer als Kontrollprobanden [5].

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Schwierigkeiten in der Affektregulation und Emotionsverarbeitung der Betroffenen eine wichtige Rolle in der Ätiopathogenese von DA spielen [2, 5]. Probleme im Umgang mit Emotionen sind auch ein Charakteristikum des Familienklimas von Patienten mit DA. Darüber hinaus finden sich in den Herkunfts- und aktuellen Familien der Betroffenen vielfältige Auffälligkeiten, die von Kommunikationsproblemen über geringe affektive Bezogenheit bis zu Überfürsorglichkeit, gar Kontrolle reichen [5].

Für die Aufrechterhaltung der Symptomatik ist neben dem primären insbesondere der sekundäre Krankheitsgewinn von hoher Relevanz. Darunter werden die Umweltreaktionen auf den DA, der ja eine organische Ursache nahelegt, verstanden, die dem Patienten neue Beziehungsmöglichkeiten mit seiner Umgebung eröffnen, z.B. die Sorge und Beachtung durch die Familie, Schonung und Dispens von beruflichen und Alltagsanforderungen [18]. Hinzu kommen iatrogene Faktoren im Umgang mit den Betroffenen, die zur Chronifizierung beitragen [2, 4, 5].

Klinisches Management und Behandlung

Da sich Patienten mit DA in der Praxis regelhaft zwischen verschiedenen medizinischen Fachrichtungen wie Allgemeinmedizin, Neurologie und psychosozialen Disziplinen sowie Versorgungsstrukturen (Primärversorgung inklusive Notfallmedizin, ambulanten und stationären Institutionen) bewegen, kann die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit in Simultandiagnostik und Behandlungsplanung kaum überbetont werden [2, 15, 19]. Dabei ist die Etablierung eines tragfähigen und belastbaren Arbeitsbündnisses hoch bedeutsam, zumal die Behandler-Patient-Beziehung oft von beiden Seiten als schwierig erlebt wird [20, 21].

Die therapeutische Haltung sollte symptom- und bewältigungsorientiert sowie aktiv-stützend sein und dem Gegenüber mit Respekt, Interesse, Kompetenz und innerer Gelassenheit begegnen. Dabei wird versucht, den Betroffenen als „Partner auf Augenhöhe“ zu ge-

winnen und situativ stimmig zwischen Bedürfnisbefriedigung und passiv-regressiver Haltung des Patienten einerseits und Begrenzung und aktivierend-progressiven Massnahmen andererseits zu oszillieren [19]. Wenn möglich, ist die Behandlungsplanung in ein schweregradgestuftes, kooperatives und koordiniertes sowie phasenorientiertes Versorgungsmodell einzubetten und sollte idealerweise die Betroffenen und deren Angehörige im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung an der Therapiekonzeption beteiligen [19].

Nur eine enge Kooperation zwischen allen Behandlern ermöglicht ein gemeinsam abgestimmtes Therapiekonzept, das sich an einem strukturierten Gesamtbehandlungsplan orientieren sollte. Obwohl derzeit keine evidenzbasierte Empfehlung für eine adäquate Behandlung formuliert werden kann, gilt Psychotherapie als das Mittel der Wahl [2, 4, 22].

Diagnosemitteilung: Die erste therapeutische Intervention

Die Diagnosemitteilung kann als erster „Meilenstein“ in der Therapie verstanden werden, weil auf diesem Wege wesentliche Grundlagen für die Akzeptanz, aktive Mitarbeit und somit die Prognose gelegt werden [1, 15, 23]. Da viele Betroffene meist schon lange mit der Diagnose Epilepsie leben oder unter wechselnden und daher verunsichernden diagnostischen Einschätzungen immer wieder Kontakt zum Gesundheitssystem haben, kann die Kommunikation der Diagnose für alle Beteiligten sehr schwierig und herausfordernd sein [4, 24]. Verschiedene Manuale und Protokolle mit Empfehlungen zur Diagnosemitteilung [23, 24] konvergieren in folgenden Aspekten:

- Ernstnehmen der Anfälle als bedrohlich und einschränkend, wodurch der Leidensdruck und die psychosozialen Konsequenzen anerkannt werden;
- keine Beschämung durch Andeutungen, dass der Patient „nichts hat“, sondern Benennung der Anfälle als dissoziative oder (psychogene) nichtepileptische Anfälle;
- Betonung, dass es auch andere Patienten mit dissoziativen Anfällen gibt;
- eventuell gemeinsames Anschauen der Anfälle auf Video.

Die weitere Psychoedukation sollte verdeutlichen, dass es sich bei dem Krankheitsbild nicht um epileptische Anfälle handelt und dass daher auch antiepileptische Medikamente nicht wirken und abgesetzt werden können [1]. Zudem sollte gemeinsam ein individuelles, biopsychosoziales, auch frühere und aktuelle Belastungen einschliessendes Krankheitsmodell erarbeitet werden, in dem (negative) Emotionen und Stress als Auslöser explizit vorkommen (vgl. Abb. 1). Immer wieder sollte die Veränderungsbereitschaft und Psychothera-

piemotivation der Betroffenen gestärkt werden, indem auf die Wirksamkeit von Psychotherapie hingewiesen wird [1, 22].

Die Anfallshäufigkeit und somit das Inanspruchnahmeverhalten können durch eine kompetente Kommunikation entlang der genannten Manuale und Protokolle reduziert werden [4, 15]. So fand eine Multicenter-Studie mit 50 Patienten, bei denen erstmalig dissoziative Anfälle diagnostiziert worden waren, dass nach Anwendung eines ausführlichen Manuals zur Diagnosemitteilung drei Monate später 20% der Patienten anfallsfrei waren; bei 63% kam es zu einer Reduktion ihrer Anfälle um mehr als 50%, und 86 % konnten akzeptieren, dass möglicherweise psychische Faktoren bei der Anfallsauslösung eine Rolle spielten [25]. Zusätzlich erhielten die Studienteilnehmer noch eine ca. 20-seitige Informationsbroschüre, und die Neurologen standen für weitere Fragen zur Verfügung, was von den Teilnehmern ebenfalls überwiegend (95%) als positiv bewertet wurde [25].

Weniger optimistisch sind andere Untersuchungen zur Prognose, nach denen die Anfallshäufigkeit nach manualisierter Diagnosemitteilung zwar zunächst abnimmt, aber im Langzeitverlauf wieder zunimmt [26]. Es muss daher das primäre Ziel sein, die Patienten für eine anschließende Psychotherapie als Mittel der Wahl zu gewinnen. Ob die Überweisung in eine psychotherapeutische Behandlung gelingt, hängt nicht zuletzt von der Kooperation und Abstimmung zwischen Neurologie und Psychotherapie ab [4, 15].

Der nächste Behandlungsschritt: Die Anbindung an die psychosoziale Medizin

Obwohl gesichertes Wissen fehlt, kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der Patienten mit DA keine adäquate Behandlung erhält bzw. diese in Anspruch nimmt. Von den unbehandelten respektive unspezifisch betreuten Patienten erreichen in kurzen Nachbeobachtungszeiträumen lediglich ca. 14% bis 23% eine Teil- oder Vollremission, wobei Teilremission als Reduktion der Anfallsfrequenz um mehr als 50% und Vollremission als völlige Anfallsfreiheit definiert wird [22]; im Gegensatz dazu stieg bei denjenigen, die weiterhin unter Anfällen litten, deren Frequenz um mehr als 50% verglichen mit dem Ausgangswert bei Studienbeginn [22]. Diese Zahlen belegen die relativ schlechte kurz- und langfristige Prognose von DA [1, 26] und untermauern, wie wichtig es ist, dass die Anbindung an die sprechende Medizin gelingt.

Idealerweise sollte der Patient seine Diagnose dissoziativer Anfälle nicht nur zur Kenntnis nehmen, sondern sich konstruktiv mit ihr auseinandersetzen und angemessene Konsequenzen ziehen [2, 23]. Dazu kann gehören, dass sich Betroffene von ihrer bisherigen Diagnose Epilepsie, auf die hin sie u.U. langjährig ihr Leben gestaltet haben, regelrecht verabschieden müssen

und auch die Kontakte zur Organmedizin nicht mehr indiziert sind. Dies bedeutet für Patienten eine hohe Anpassungsleistung, und manche halten lieber an einer körperlichen Erkrankung fest. Das spiegelt sich u.a. darin wider, dass sie immer wieder die Diagnose DA bezweifeln und erneute organmedizinische Abklärungsmassnahmen einfordern. An diesem ausserordentlich schwierigen Übergang von der Organ- zur psychosozialen Medizin sind nicht zuletzt iatrogene Faktoren und unser Gesundheitssystem sowie die z.T. chronifizierten somatischen Krankheitsmodelle und der sekundäre Krankheitsgewinn der Betroffenen beteiligt [19, 27].

Umso wichtiger ist es daher, dass die Brücke zur „sprechenden Medizin“ von denjenigen gebaut wird, die an der Diagnostik und bisherigen Behandlung der Patienten wesentlich beteiligt waren respektive sind, also in der Regel von den Neurologen und Epileptologen [4, 28]. Ein kurzes Gruppen-Psychoedukationsprogramm mit drei monatlichen Terminen, das vom selben Team durchgeführt wurde, das die Patienten in der vEEG-Abteilung während der Diagnostik begleitet hat, konnte beispielsweise das psychosoziale Funktionsniveau bei der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich verbessern [28]. Letztendlich besteht das Ziel dieser Behandlungsphase darin, dass der Patient seine Diagnose versteht und akzeptiert, keine weiteren organmedizinischen Massnahmen bezüglich Diagnostik und Behandlung initiiert, an die psychosoziale Medizin angebunden ist und sich aktiv an der Therapie beteiligt [23].

Psychotherapie

Unter naturalistischen Bedingungen ist die kurz- und langfristige Prognose von DA ungünstig [1, 26]. Hingegen erreichen Patienten mit DA, die eine psychosoziale Therapie beenden, jedoch gute Behandlungsergebnisse, wie eine jüngste Meta-Analyse zu psychologischen Interventionen zeigt: bei 47% kommt es zu Anfallsfreiheit und bei 82% zu einer mindestens 50%-igen Reduktion der Anfallsfrequenz [22]. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die Datenlage zu Therapieergebnissen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen unbefriedigend ist, insbesondere weil nur relativ wenige systematische, randomisierte und kontrollierte Behandlungsstudien zu dissoziativen Anfällen vorliegen [4, 23].

Ungeachtet des Konsenses, dass Psychotherapie das Mittel der Wahl zur Behandlung von DA darstellt [4, 15, 23], kann keine evidenzbasierte Empfehlung zur Differentialindikation zwischen den Psychotherapieverfahren ausgesprochen werden. Während die Mehrheit der Studien über gute Resultate kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze berichtet, mehren sich in jüngster Zeit auch Publikationen zu günstigen Ergebnissen bei psychoanalytischen, tiefenpsychologisch fundierten und interpersonellen Ansätzen [4, 22, 23].

Neben der „klassischen“ Einzelpsychotherapie psychodynamischer oder kognitiv-behavioraler Provenienz finden sich auch positive Erfahrungen mit Gruppentherapie, Hypnotherapie, achtsamkeitsbasierten Interventionen und Familienpsychotherapie [23]. In Einzelfällen können auch Psychoedukation und Selbsthilfemanuale hilfreich sein. Angesichts der klinischen und ätiopathogenetischen Heterogenität der Patienten mit DA wird empfohlen, den psychotherapeutischen Zugang an dem individuellen Einzelfall unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Indikationskriterien und Behandlungsvoraussetzungen der jeweiligen Verfahren auszurichten [2].

Anfallsreduktion oder gar -freiheit ist ein wichtiges, aber keineswegs das einzige **Therapieziel**. Vielmehr sind auch Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen und deren adäquate Behandlung zu berücksichtigen; zudem sollte auch die Verbesserung des emotionalen Befindens, des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität angestrebt sowie auf ein adäquates Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten fokussiert werden [2, 23].

Eine Psychopharmakotherapie von DA kann per se nicht empfohlen werden, sollte jedoch bei entsprechender psychischer Komorbidität (z.B. Depressionen) erwogen und dann leitliniengerecht durchgeführt werden [2]. Besonders problematisch ist die Verordnung von Antikonvulsiva bei gesicherten DA, weil Patienten u.U. nicht nur mit den organischen Nebenwirkungen dieser Präparate konfrontiert werden, sondern auch mit der widersprüchlichen Botschaft, einerseits an einer psychisch verursachten Störung zu leiden, andererseits aber Medikamente verordnet zu bekommen; hierbei besteht auch die Gefahr einer iatrogenen Fixierung auf eine somatische Ursache, was wiederum die Motivation zu einer konsequenten psychotherapeutischen Behandlung korrumpieren kann.

Langzeitbehandlung

Angesichts der eher geringen Anzahl Betroffener, die eine Psychotherapie in Anspruch nimmt und davon angemessen profitiert, sowie der sehr heterogenen Kurz- und Langzeitverläufe [15, 23, 26] kommt der Langzeitbehandlung eine grosse Relevanz zu, besonders bei Patienten, die keine ausreichende Anfallsreduktion erreichen, ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau und ein dysfunktionales Inanspruchnahmeverhalten aufweisen. Gerade in dieser u.U. langjährigen Behandlungsphase ist die interdisziplinäre, multiprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Behandlung Beteiligten von grosser Relevanz, v.a. wenn auch nach einer Psychotherapie die Symptomatik persistiert [15, 23].

Leichtere Verläufe, bei denen etwa die Anfälle eher selten, aber immer wieder in besonders belasteten Lebenssituationen auftreten, können im Rahmen einer

Basis-Behandlung durch den Hausarzt oder den betreuenden niedergelassenen Neurologen sinnvoll begleitet werden; idealerweise sollten hier Kompetenzen in der psychosomatischen Grundversorgung oder der Psychotherapie vorhanden sein [2, 4]. Neben klinischem Management, Bindung an den Behandler und kontinuierlicher Psychoedukation sind weitere Ziele, dysfunktionales Krankheitsverhalten (z.B. in Form von Schonung und Vermeidungstendenzen) abzubauen und relevante Stressoren im Vorfeld der Anfälle zu identifizieren und zu bearbeiten [2, 4, 23].

Hingegen erfordern schwere Verläufe, beispielsweise mit einem Status von DA, mit wiederholten Hospitalisierungen in der Neurologie oder mit Notfalleinsätzen ein koordiniertes multimodales Therapiekonzept, um Verschlechterungen vorzubeugen, Chronifizierungen zu verhindern und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens adäquat zu steuern. Dazu bedarf es eines zentralen Ansprechpartners, der die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen koordiniert [2, 4, 19]. Multimodale, d.h. verschiedenartige therapeutische Zugangswege sind nötig, um die genannten Behandlungsziele zu erreichen.

Sowohl bei krisenhaften Zuspitzungen als auch im Sinne einer Intervalltherapie bei chronischen Verläufen kann eine stationäre Behandlung indiziert sein; neben den dafür üblichen Indikationskriterien gelten bei DA die in **Tabelle 2** aufgeführten Merkmale als Hinweise auf eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit [19, 27]. Gerade die Spezifika stationärer Psychotherapie wie Multimodalität, Multiprofessionalität und die aktive Milieugestaltung können für Patienten mit chronischen und/oder therapierefraktären Verläufen schwerer DA dadurch hilfreich sein, dass suggestive, passiv-rezeptive ebenso wie aktivierende und nonverbale Ansätze in vielfältiger und sehr individueller Weise kombiniert und auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden können [29].

DA zwischen Neurologie und psychosozialer Medizin

Die oben dargestellten Befunde, Empfehlungen und Überlegungen repräsentieren in gewisser Weise einen anzustrebenden Idealzustand in der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit DA. In der gegenwärtigen Realsituation und aus praktischer Versorgungsperspektive stellen psychogene Symptome im Allgemeinen und DA im Speziellen jedoch eine gleichermassen unpopuläre wie unbequeme Angelegenheit sowie eine häufig frustrierende Herausforderung dar [3, 20].

Dies führt nach manchen Autoren [3] dazu, dass die psychosoziale Medizin einer klinischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesen Patienten und ihren Schwierigkeiten aus dem Weg geht und diese geradezu verleugnet. Obwohl auf psychiatrischer Seite durchaus erhebliche Wissenslücken zu DA bestehen [30], ist die Argumentation von Benbadis [3] unterkomplex

Tabelle 2: Merkmale von Patienten mit DA, die eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen.

- Ineffiziente Behandlungsmotivation respektive fehlende Belastbarkeit für den ambulanten Therapieprozess, rein somatisches Krankheitsverständnis
- Im ambulanten Setting besteht Therapieresistenz, d.h. ungenügende Anfallsreduktion oder gar -zunahme sowie ungenügende Verbesserung oder gar Verschlechterung des psychosozialen Funktionsniveaus in sechs Monaten nach Behandlungsbeginn
- Die Schwere der Symptomatik lässt keine ambulante Behandlung zu (z.B. tägliche DA)
- Hohe und komplexe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten
- Symptomverschiebungen und suizidale Krisen
- Hohe biografische Belastung mit komplexen und kumulativen (Beziehungs-) Traumatisierungen
- Grosse interaktionelle Probleme in der Behandler-Patient-Beziehung

und nur bedingt überzeugend. So interpretiert er z.B. den Mangel an Psychoedukations- und Patienteninformationsmaterial seitens der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften als Hinweis für diese Verleugungsstrategie. Natürlich wäre es sehr wünschenswert, wenn es das gäbe, aber möglicherweise sind andere Aspekte wie die (eher geringe) versorgungspolitische Relevanz und der erhebliche Aufwand und komplexe Abstimmungsprozess bei der Erstellung entsprechender Materialien entscheidender als der (un-)bewusste Wunsch, dieses Thema „unter den Teppich zu kehren“.

Des Weiteren wird behauptet [3], dass „Psychogenese“ häufig mit Täuschung gleichgesetzt werde – dies mag in Einzelfällen zutreffen, kann aber sicherlich nicht verallgemeinert werden. Vielmehr ist es so, dass dem Psychogenese-Konzept selbst erhebliche Probleme immanent sind, z.B. die mittlerweile sehr kritisch diskutierte bzw. überkommene Dichotomie zwischen reiner Psycho- vs. Somatogenese. Die umstrittenen Aspekte des Psychogenese-Modells haben u.a. zu vielfältigen Alternativbegrifflichkeiten geführt, die einer babylonischen Sprachverwirrung nahekommen [1]. Es wäre daher angebracht, wenn nicht nur nach „psychogen“, sondern auch nach anderen relevanten Begriffen wie etwa „funktionell“, „somatoform“ oder „medizinisch unerklärte Symptome“ in den Forschungsdatenbanken gesucht würde, um eine wissenschaftliche Vermeidung dieser Thematik aufzuzeigen.

Erfreulicherweise hat diese z.T. schon polemisch anmutende Argumentation [3] zu einer sehr differenzierten Auseinandersetzung geführt, in der neben den problematischen Aspekten auf Seiten der Neurologie weitere Gründe für die eher unbefriedigenden Erkenntnis- und Versorgungsfortschritte hinsichtlich von DA ausgewogen diskutiert werden [1]. Dazu zählen u.a. eine Verarmung psychiatrisch-psychotherapeutischer Theoriebildung angesichts einer an den Oberflächenphänomenen orientierten Diagnostik und Klassifikation, die irri- ge Annahme, dass DA eine nosologische Entität re-

präsentieren sowie heftigste Gegenübertragungsreaktionen bei allen, die mit Patienten mit DA arbeiten [1, 20].

Unabhängig von den teils sehr klugen, teils eher unsachlichen Argumenten belegt die dargestellte Debatte fast schon idealtypisch, dass psychogene respektive funktionelle Störungen im Allgemeinen und DA im Besonderen eine „Beziehungsstörung im Gesundheitswesen“ darstellen, die sich auf mindestens drei Ebenen festmachen lässt [31].

- Die Betroffenen haben eine Beziehungsstörung zum eigenen Körper, die aus maladaptiven körperlichen Erfahrungen in ontogenetisch frühen Entwicklungsphasen resultiert, z.B. durch Beeinträchtigungen der biographisch frühen (emotionalen) Versorgungsstruktur in Form von Vernachlässigung und Zurückweisung durch die überforderten, selber kranken oder gar fehlenden Bezugspersonen [31].
- Die Beziehungsstörung zeigt sich zudem auch zwischen Betroffenen und Behandlern: Die patientenseitigen, auf eine vermutete somatische Pathologie ausgerichteten Krankheitsmodelle erweisen sich als inkongruent mit den Vorstellungen der organmedizinisch ausgerichteten Ärzte, die den Körper für gesund befinden. Dies bedingt immer neue Frustrationen, was zu häufigen Arztwechseln und einem inadäquaten Inanspruchnahmeverhalten führen kann [20, 31]. Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, und die zunehmende Enttäuschung auf beiden Seiten erklären möglicherweise, warum es im Langzeitverlauf zu einer unbewussten, immer deutlicheren Betonung der Körperbeschwerden im Sinne eines „Kampfes um Legitimität“ kommt [32], wobei nicht nur der Patient, sondern eben auch der Arzt respektive Therapeut um seine Legitimität ringt.
- Dieser „Kampf um Legitimität“ und die Beziehungsstörung manifestieren sich darüber hinaus im Gesundheitswesen, wenn Neurologie bzw. Epileptologie auf der einen und psychosoziale Medizin auf anderen Seite darum ringen, wem nun Patienten

mit DA „gehören“, wer für ihre Versorgung zuständig ist und wer diese am besten gewährleisten kann [1, 3]. Es darf durchaus gefragt werden, ob sich auf Behandlerseite nicht ein Interaktionsmuster wiederholt, das die Betroffenen aus den Erfahrungen mit ihren primären Bezugspersonen bestens kennen und so frühe Beziehungserfahrungen geradezu reproduziert werden, die durch mangelnde Responsivität, ungenügende Beelterung und unzureichende Befriedigung basaler Bedürfnisse charakterisiert sind.

Eine adäquate Versorgung und Behandlung von Patienten mit DA wird nur gelingen, wenn diese komplexen Beziehungsstörungen fokussiert und überwunden werden. Dies ist angesichts der bekannten Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen nicht immer leicht, aber dennoch möglich, wobei es darauf ankommt, das Schlagwort der interdisziplinären Kooperation mit Leben zu füllen.

Referenzen

- Schmutz M. Dissociative seizures – a critical review and perspective. *Epilepsy Behav* 2013; 29: 449-456
- Spitzer C, Eckhardt-Henn A: Dissoziative Anfälle. *Psychotherapeut* 2018; 63: 75-92
- Benbadis SR. The problem of psychogenic symptoms: Is the psychiatric community in denial? *Epilepsy Behav* 2005; 6: 9-1
- Fritzsche K, Baumann K, Götz-Trabert K, Schulze-Bonhage A. Dissoziative Anfälle: Eine Herausforderung für Neurologen und Psychotherapeuten. *Dt Ärztebl* 2013; 110: 263-268
- Brown RJ, Reuber M. Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2016; 45: 157-182
- Reuber M, Brown RJ. Understanding psychogenic nonepileptic seizures - Phenomenology, semiology and the Integrative Cognitive Model. *Seizure* 2017; 44: 199-205
- Baslet G. Psychogenic non-epileptic seizures: a model of their pathogenic mechanism. *Seizure* 2011; 20: 1-1
- Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part I. *Seizure* 1992; 1: 19-2
- Wadwekar V, Nair PP, Murgai A et al. Semiologic classification of psychogenic non epileptic seizures (PNES) based on video EEG analysis: do we need new classification systems? *Seizure* 2014; 23: 222-226
- Dworetzky BA, Bublick EJ, Szaflarski JP; Nonepileptic Seizure Task Force. Nonepileptic psychogenic status: markedly prolonged psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2010; 19: 65-68
- Jones B, Reuber M, Norman P. Correlates of health-related quality of life in adults with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review. *Epilepsia* 2016; 57: 171-181
- Salinsky M, Storzbach D, Goy E et al. Health care utilization following diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2016; 60: 107-111
- Staack AM, Steinhoff BJ. Differenzialdiagnose epileptischer und psychogener nicht-epileptischer Anfälle und sich hieraus ergebende Behandlungskonsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2015; 83: 702-711
- Kerr WT, Janio EA, Le JM et al. Diagnostic delay in psychogenic seizures and the association with anti-seizure medication trials. *Seizure* 2016; 40: 123-126
- Baslet G, Seshadri A, Bermeo-Ovalle A et al. Psychogenic Non-epileptic Seizures: An Updated Primer. *Psychosomatics* 2016; 57: 1-17
- Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2015; 46: 60-65
- Fizman A, Alves-Leon SV, Nunes RG et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 818-825
- Mentzos S. *Hysterie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012
- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W et al. *Clinical Practice Guideline: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden*. *Dtsch Ärztebl* 2012; 109: 803-813
- McMillan KK, Pugh MJ, Hamid H et al. Providers' perspectives on treating psychogenic nonepileptic seizures: frustration and hope. *Epilepsy Behav* 2014; 37: 276-281
- Rawlings GH, Reuber M. What patients say about living with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic synthesis of qualitative studies. *Seizure* 2016; 41: 100-111
- Carlson P, Nicholson Perry K. Psychological interventions for psychogenic non-epileptic seizures: A meta-analysis. *Seizure* 2017; 45: 142-150
- LaFrance WC Jr, Reuber M, Goldstein LH. Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 2013; 54 (Suppl 1):53-67
- Fritzsche K, Baumann K, Schulze-Bonhage A. Dissoziative Anfälle. Ein Manual für Neurologen zur Diagnosemitteilung. *Nervenarzt* 2013; 84: 7-13
- Hall-Patch L, Brown R, House A et al. Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 2010; 51: 70-78
- Durrant J, Rickards H, Cavanna AE. Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Res Treat* 2011; doi:10.1155/2011/274736
- Fricke-Neef C, Spitzer C. Konversionsstörungen. *Nervenarzt* 2013; 84: 395-406
- Chen DK, Maheshwari A, Franks R Trolley GC, Robinson JS, Hrachovy RA. Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: a neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia* 2014; 55: 156-166
- Spitzer C, Rullkötter N, Dally A. Stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt* 2016; 87: 99-108
- Aatti Y, Schwan R, Maillard L, McGonigal A, Micoulaud-Franchi JA, de Toffol B, El-Hage W, Hingray C. A cross-sectional survey on French psychiatrists' knowledge and perceptions of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2016; 60: 21-26
- Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M, Dinkel A. Somatoforme Störungen. *Psychother Psych Med* 2010; 60: 227-236
- Henningsen P, Priebe S. Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate incapacity. *J Psychosom Res* 1999; 46: 209-214

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Carsten Spitzer
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
37124 Rosdorf bei Göttingen
Deutschland
Tel: 0049 551 5005 247
Fax: 0049 551 5005 301
c.spitzer@asklepios.com