Nr. 157
38. Jahrgang
1. Quartal 2021
75540
Sonderdruck

Die Zeitschrift der Deutschen Epilepsievereinigung e.V.

einfälle

Dissoziative Anfälle

Dissoziative Anfälle

Ursachen, Auswirkungen und Hinweise zum Umgang damit

Dr. med. Nora Füratsch ist Oberärztin der Erwachsenenstation des Epilepsie-Zentrums Berlin-Brandenburg, Epilepsieklinik am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin und Mitglied der Kommission „Psychosomatische Epileptologie“ der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie. Mit ihr sprach Conny Smolny.

Autorenfoto: Reinhard Elbracht

einfälle: *Frau Dr. Füratsch, wir danken Ihnen, dass Sie sich für dieses Gespräch zur Verfügung gestellt haben. Zunächst möchte ich Ihnen eine Frage zur Begrifflichkeit stellen. Einige Menschen sprechen von „dissoziativen Anfällen“, andere von „psychogenen nicht-epileptischen Anfällen“. Sind das unterschiedliche Begriffe für das Gleiche oder gibt es Unterschiede?*

Füratsch: Dissoziative Anfälle sind plötzliche, anfallsartig auftretende Veränderungen der Wahrnehmung und Bewegungskontrolle, die ähnlich wie organisch bedingte Anfälle (z.B. epileptische Anfälle) aussehen können. Sie sind Ausdruck einer psychischen Ursache. Der Begriff „Dissoziation“ steht dafür, dass es sich bei diesen Anfällen um die Abspaltung kognitiver Teilprozesse vom Bewusstsein handelt. Das heißt, dass die bewusste Kontrolle, z.B. über Körperbewegungen, nicht mehr möglich ist. Damit ist auch klar, dass dissoziative Anfälle nicht willentlich hervorgerufen werden, sie sind keine Simulation.

Der Begriff psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES) betont, dass es sich **nicht** um epileptische Anfälle handelt, sondern um Anfälle, die psychisch bedingt sind.

Beide Begriffe sind also unterschiedliche Namen bzw. Bezeichnungen für das Gleiche. Im Laufe der Zeit, seit etwa Mitte des 19. Jahrhunderts, haben sich die wissenschaftlichen Erklärungsmodelle und Bezeichnungen immer wieder geändert. Der Begriff „hysterische Anfälle“ zum Beispiel, wie dissoziative Anfälle auch einmal bezeichnet wurden, ist vom Erklärungsmodell her völlig überholt und wird nicht mehr verwendet.

einfälle: *Welche Ursachen liegen dissoziativen Anfällen zugrunde?*

Füratsch: Dissoziative Anfälle sind eine automatische Reaktion, eine Art Notfallprogramm der Psyche in einer belastenden, quasi nicht aushaltbaren Situation. Diese kann entstehen durch Reize von außen, jedoch auch durch unangenehme, beängstigende Gefühle, Erinnerungen oder auch Gedanken – also durch innere Vorgänge. Diese Zusammenhänge und Auslöser, die auch „Trigger“ genannt werden, sind den Betreffenden oft gar nicht bewusst. Daher können dissoziative Anfälle auch in Zeiten und Situationen auftreten, die von den Betreffenden als stressfrei wahrgenommen werden.

Die Ursachen dissoziativer Anfälle sind individuell sehr unterschiedlich und im Einzelfall häufig nicht eindeutig zu klären. Im Allgemeinen gehen wir von einem multifaktoriellen Krankheitsmodell aus, d.h. mehrere Faktoren kommen zusammen.

Manche Menschen haben eine biologisch gesteigerte Neigung zur Dissoziation. Diese kann angeboren sein. Wir wissen jedoch auch, dass Traumatisierungen im frühen Lebensalter die Entwicklung des Nervensystems und anderer Körpersysteme beeinflussen. Das kann Auswirkungen auf die späteren Persönlichkeitsmerkmale und individuellen Möglichkeiten der Stressverarbeitung haben. Viele Menschen mit dissoziativen Anfällen haben zusätzliche psychische Erkrankungen. Zu solchen Traumatisierungen in der Kindheit werden Gewalterfahrungen, Missbrauch, Vernachlässigung und auch nicht-verlässliches Verhalten oder Verlust von Bezugspersonen gezählt.

Selbstverständlich können auch im weiteren Lebensverlauf Traumatisierungen (z.B. Unfälle, Erkrankungen, Katastrophen) auftreten, die z.B. eine sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung mit u.a. dissoziativen Anfällen entstehen lassen.

Oder bei entsprechender Veranlagung treten erste dissoziative Anfälle in der Folge von Traumata auf. Allerdings berichten nicht alle Patienten mit dissoziativen Anfällen von einem Trauma.

Schwierige Lebenssituationen jeder Art können das Auftreten dissoziativer Anfälle begünstigen. Dazu gehören soziale oder familiäre Konflikte, körperliche Erkrankungen, Schlafstörungen, mangelnde Trink- oder Essensmenge etc., die die sogennante emotionale Verwundbarkeit erhöhen und damit die Anfälligkeit für Dissoziation.

einfälle: *Was unterscheidet dissoziative Anfälle von epileptischen Anfällen? Wie werden dissoziative Anfälle diagnostiziert?*

Füratsch: Anhand der Anfallssemiologie (Lehre der charakteristischen Krankheitszeichen) unterscheiden wir dissoziative Anfälle von epileptischen Anfällen – genauso, wie wir unterschiedliche epileptische Anfälle voneinander unterscheiden. Wichtig für die korrekte diagnostische Einordnung ist die Beantwortung folgender Fragen: Was sehe ich? Was höre ich? Handelt es sich um charakteristische Krankheitsmerkmale von epileptischen oder von dissoziativen Anfällen?

Daher ist es von großer Bedeutung, selbst Anfälle mitzuerleben oder im Video zu sehen. Mit dem Smartphone gemachte Videos haben häufig den Nachteil, dass der Anfallsbeginn fehlt – trotzdem sind sie oft bei der Diagnosefindung hilfreich. Das ist bei den Anfalls-Video-Beobachtungen im Krankenhaus oder jedenfalls im Langzeit-Video-EEG natürlich optimaler. Es ist sehr hilfreich, wenn während der Ableitung ein Anfall auftritt. Ist währenddessen ein Anfallsmuster im EEG zu sehen, ist die Diagnose eines epileptischen Anfalls gesichert. Bei manchen Anfällen aus dem Frontallappen des Gehirns und häufig auch bei Auren (bewusst erlebte Anfälle mit subjektiven Empfindungen) ist im Oberflächen-EEG jedoch kein Anfallsmuster zu sehen. Daher ist es so wichtig, in der Ausbildung und auch danach immer wieder Anfalls-Videos anzusehen, um eine sichere Zuordnung von Anfallssemiologien zu erlernen.

Es gibt epileptologisch-linguistische Studien dazu, dass sprachliche Unterschiede existieren zwischen dem Erzählen von Auren (bewusst erlebte epileptische Anfälle) und dissoziativen Symptomen. Die ersten Studien dazu kamen aus Bielefeld (Gülich, Schöndienst 2000), inzwischen wurden die Ergebnisse in Sheffield (Schwabe, Reuber 2007) und anderswo bestätigt. Es gilt also, genau zuzuhören und genau hinzusehen.

Dissoziative Anfälle von verschiedenen Personen können sehr unterschiedlich aussehen. Jedoch können auch bei einer Person unterschiedliche dissoziative Anfälle und Symptome auftreten. Es gibt kein einzelnes Symptom, das die diagnostische Abgrenzung zu epileptischen Anfällen beweist. Es sind eher verschiedene Merkmale, die in der Zusammenschau bzw. im Anfallsablauf die Diagnose sichern. Geschlossene oder gar zugekniffene Augen gelten als ein recht sicheres Merkmal dissoziativer Anfälle (Frauenheim 2018). Um den Verlauf eines Anfalls beurteilen und damit diagnostisch einschätzen zu können, ist es am besten, ihn selbst zu erleben und auch eine vielleicht mögliche Interaktion mit dem Patienten einzuschätzen.

einfälle: *Woran können Menschen erkennen, ob sie eher dissoziative oder eher epileptische Anfälle haben?*

Füratsch: Das ist quasi schon Teil der Therapie: die Vorzeichen, erste Anzeichen im Kopf und im Körper, zu erkennen und einzuordnen. In welchen Situationen neige ich zu dissoziativen Anfällen und muss deshalb besonders achtsam sein? Wann muss ich besonders gut auf mich aufpassen? Dies eröffnet die Möglichkeit, Selbstberuhigungsstrategien und neue Stressbewältigungsmechanismen zu erlernen und anzuwenden.

einfälle: *Wie reagieren die Betreffenden nach Ihrer Erfahrung, wenn bei ihnen die Diagnose „Dissoziative Anfälle" gestellt wird? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es und wie bekommen die Betreffenden Zugang dazu?*

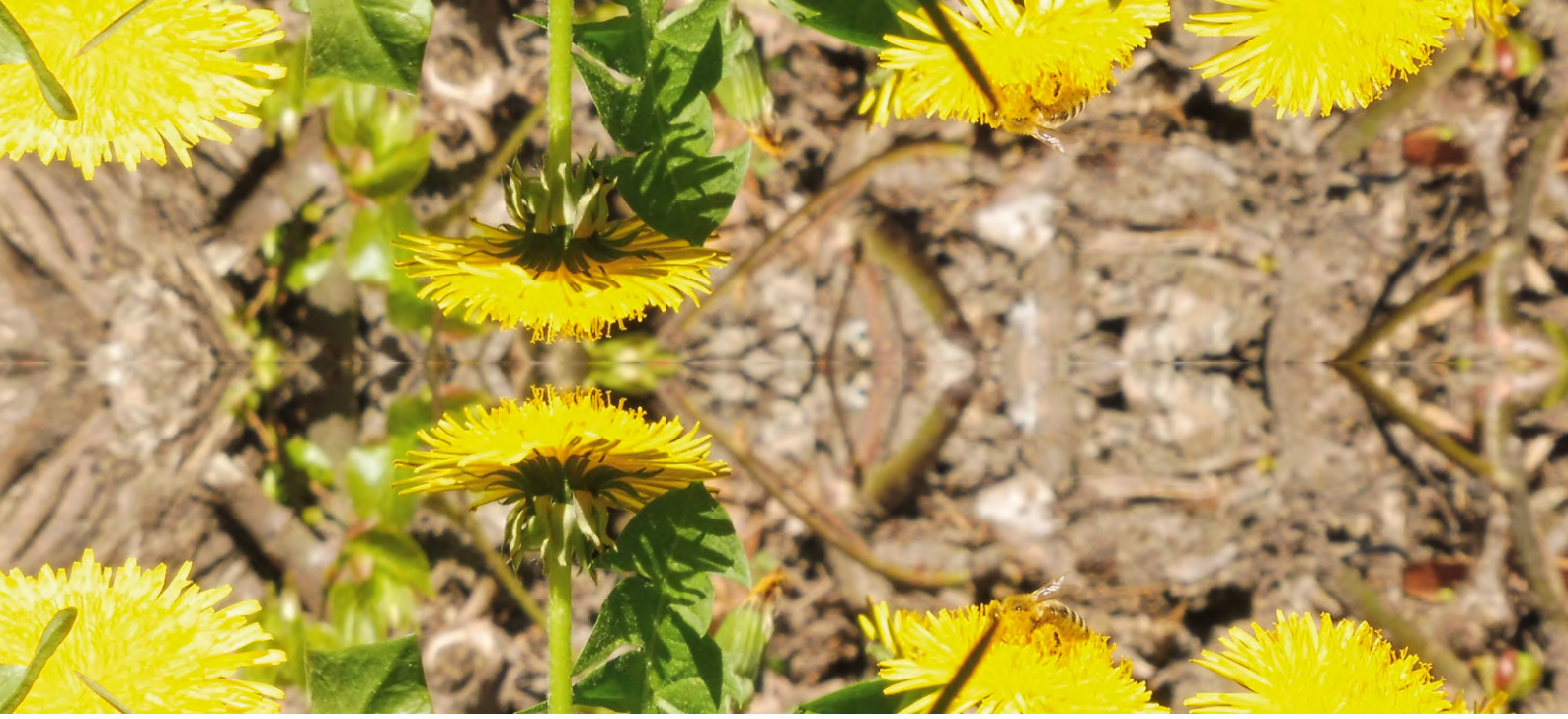
Es ist individuell sehr unterschiedlich, wie jemand auf die Diagnose „dissoziative Anfälle" reagiert. Manche Patienten sind überrascht oder gar verärgert, weil sie bisher unter der Diagnose „Epilepsie" behandelt wurden, teilweise über Jahre Medizin dagegen eingenommen haben und die eigentliche Erkrankung mit ihren verschiedenen negativen Auswirkungen nicht behandelt wurde. Andere Patienten können es nicht glauben und zweifeln, psychisch erkrankt zu sein. Wir erleben jedoch immer wieder Patienten, die darüber erleichtert sind, keine Epilepsie zu haben und dass endlich zur Sprache kommt, was sie schon länger intensiv beschäftigt und belastet. Manche sind gekränkt, enttäuscht oder sogar verzweifelt, weil sie schon seit Jahren mit den zugrunde liegenden Problemen kämpfen, haben schon eine Psychotherapie gemacht und sind enttäuscht, dass Lebenserfahrungen nicht durch eine Psychotherapie ungeschehen gemacht werden können.

Manchmal ist es hilfreich, sich die Zeit zu nehmen, gemeinsam mit dem Patienten ein Anfalls-Video anzusehen; Gefühlen und körperlichem Befinden des Patienten Raum und Zeit zu geben, sich Zeit zu nehmen, alles gemeinsam zu besprechen; aufmerksam und stützend beim Patienten zu sein. Es ist günstig, wenn die behandelnden Ärzte Erfahrung in der Begleitung von Emotionen bei Patienten haben. Krisen aufgrund einer möglichen Retraumatisierung durch das Ansehen des eigenen Anfallsvideos habe ich eigentlich nie erlebt.

Es muss von Beginn der Diagnostik an klar sein, dass eine Diagnose – egal ob epileptisch oder dissoziativ – gleichwertig ist in dem Sinne, dass es für die Betreffenden eine einschränkende Krankheit ist. Das Gespräch über die Diagnose muss respektvoll und motivierend sein, das Wort „nur" darf in unserer inneren Einstellung dazu und in unserer Sprache dabei nicht vorkommen, denn es würde den Eindruck einer unglücklichen Verharmlosung vermitteln. Ziel ist die richtige Diagnosestellung, um eine geeignete Therapie einleiten zu können und den Betreffenden motivierend Perspektiven aufzuzeigen.

Psychotherapeutische Erfahrung und Verständnis hilft natürlich auf unserer ärztlichen somatisch-neurologischen Seite des diagnostischen Prozesses und der Diagnose-Mitteilung, denn wir Ärzte haben einen großen Teil der Verantwortung für die Akzeptanz der Diagnose durch die Betreffenden und ihre Angehörigen und die daraus folgende Behandlungsmotivation.

In Epilepsiezentren wird die Diagnose „dissoziative Anfälle" relativ häufig gestellt. Das resultiert zum Teil aus einer vorausgegangenen Fehldiagnose einer therapieresistenten Epilepsie, die in ein Epilepsiezentrum führt und dort dann zum Glück geklärt wird. Zudem haben etwa 10% der Patienten mit Epilepsie auch dissoziative Anfälle (Howell 1989, Asadi-Pooya 2015). Die an der Komplex-



behandlung der Epilepsien beteiligten multiprofessionellen Teams in Epilepsiezentren sind also erfahren und geeignet, die Diagnose dissoziativer Anfälle zu stellen, diese unaufgeregt und empathisch zu begleiten und Therapiemöglichkeiten für die Zeit nach der Entlassung zu erarbeiten.

Die Perspektive und Behandlungsmöglichkeit ist Psychotherapie. Psychotherapie bedeutet nicht, etwas ungeschehen zu machen, sondern es zu sehen, zu akzeptieren und trotzdem mit persönlichen Zielen und Erfüllungen leben zu lernen.

Ambulante Psychotherapeuten zu finden ist oft schwierig. Viele psychosomatische Einrichtungen sind auch nicht geeignet, denn es fehlen dort meist die Erfahrungen mit Anfällen im Allgemeinen. Daraus resultieren dann die Sorgen und Skepsis, ob die Anfälle nicht doch vielleicht lebensgefährlich sind. Wir in Berlin haben das Glück, dass wir mit der Ambulanz für dissoziative Anfälle der Charité, der Station für Psychosomatische Epileptologie an der Epilepsieklinik Tabor in Bernau und der Psychosomatischen Tagesklinik des KEH zusammenarbeiten können.

einfälle: *Wie sollten Menschen reagieren, wenn sie einen dissoziativen Anfall miterleben – wenn sie es denn wissen? Sollten sie damit anders umgehen als mit epileptischen Anfällen?*

Füratsch: Erste Hilfe bei Anfällen jeder Art zu leisten besteht vorwiegend darin, Verletzungen zu verhindern. Ein Anfall geht vorbei. Ich verstehe jeden, der Angst bekommt, weil er sich vielleicht gar nicht mit Anfällen auskennt und den Notarzt ruft.

Wenn Angehörige wissen, dass es sich um einen dissoziativen Anfall handelt, sollten sie sich vor Augen führen, dass es sich nicht um einen lebensbedrohlichen Zustand handelt – auch dann nicht, wenn er wesentlich länger als 5 Minuten dauert (Schrecke 2020). Das beruhigt einen selbst in dieser Situation. Es sollte versucht werden, mit den Betreffenden Kontakt aufzunehmen, sie anzusprechen, als würden sie verstanden und zu versuchen, ihnen mit Worten ins Hier-und-Jetzt zurück zu helfen. Konkret: Eigenen Namen nennen, sich vorstellen, Datum und Ort mitteilen und ähnliches (Füratsch 2015).

Hilfreich ist es, wenn mit den Betreffenden besprochen und vereinbart wurde, was in solchen Situationen helfen kann. Das kann eine vereinbarte Ansprache sein, ein vereinbarter Reiz jeder Art (z.B. Ammoniak-Riechstäbchen), ein angenehmer Geruch oder etwas anderes.

Wenn ein dissoziativer Anfall lange dauert und das, was einem einfällt oder was vereinbart wurde, nicht hilfreich erscheint, sollte erwogen werden, das Zimmer zu verlassen und mitzuteilen, wann man wiederkommt – z.B. nach 5 Minuten. Das muss dann zuverlässig getan werden, man muss ehrlich, respektvoll und verlässlich sein.

einfälle: *Unterscheiden sich die Auswirkungen dissoziativer Anfälle auf die Lebensqualität der Betreffenden von denen epileptischer Anfälle?*

Füratsch: Einerseits kommt es zu den üblichen Auswirkungen wie bei epileptischen Anfällen, die ja häufig als solche angenommen werden. Dies mit allen sozialen negativen Folgen, auch Verletzungen sind möglich. Andererseits – und das ist zusätzlich problematisch – erfolgt die richtige Diagnose oft erst nach mehreren Jahren. In diesen Jahren wird keine Klarheit geschaffen und damit auch keine adäquate Therapie eingeleitet. Es wird also nichts getan, was zu Besserung beitragen kann. Ganz im Gegenteil.

Das führt zu einer ungünstigen Entwicklung, nämlich zur sogenannten Konditionierung, das heißt, zur Entwicklung und Verfestigung ungünstiger Verhaltens- und Interaktionsmuster. Dieser Zeitverzug führt zu einer schwierigeren Behandelbarkeit. Wenn etwas vermeintlich gut und entlastend funktioniert über Jahre, ist es schwierig diesen Weg zu verlassen und einen neuen, vielleicht zunächst anstrengenderen oder auch beängstigenden Weg einzuschlagen.

Zudem erfolgen Behandlungen mit vermeintlich indizierter antikonvulsiver Medikation mit möglichen Nebenwirkungen oder gar intensivmedizinische Behandlungen bei Verdacht auf Status epilepticus mit daraus möglichen resultierenden physischen und erneuten psychischen Folgen.

einfälle: *Gibt es noch etwas, was Sie unseren Leserinnen und Lesern mitteilen möchten?*

Füratsch: Leider ist die Zeit zwischen erstem Auftreten von dissoziativen Anfällen und dem Zeitpunkt der richtigen Diagnosestellung oft immer noch lang; im Durchschnitt in Deutschland sechs bis sieben Jahre (Walther 2019). Das ist aus genannten Gründen sehr ungünstig. Die strikte Trennung der Fächer „Neurologie“

versus „Psychiatrie/Psychotherapie“ ist da nicht hilfreich. In den letzten Jahren sehe ich zumindest einen Trend, dass das Problembewusstsein dafür zunimmt.

einfälle: *Vielen Dank, Frau Dr. Füratsch, für das sehr interessante und aufschlussreiche Gespräch.*

Die Literaturliste zu diesem Beitrag steht auf der Linkliste zu diesem Heft auf unserer Webseite zum kostenlosen Download zur Verfügung oder kann bei unserer Bundesgeschäftsstelle angefordert werden.

Empfehlenswerte Broschüre der Stiftung Michael zum Thema. Kostenloser Bezug über die Webseite der Stiftung (www.stiftung-michael.de) oder gedruckt bei: Stiftung Michael, Alsstraße 12, 53227 Bonn, Tel.: 0228 – 94 44 45 40

Die Broschüre der Charité – Universitätsmedizin Berlin zum Thema ist auch in Arabisch, Englisch und Französisch erhältlich. Kostenloser Download über die Webseite der DGfE Kommission psychosomatische Epileptologie (www.kommission-psychosomatische-epileptologie.de). Siehe dort auch die sehenswerte Videodokumentation über das Leben mit dissoziativen Anfällen.

Dissoziative Anfälle

Fluch oder Herausforderung?

Dissoziative Anfälle sind in der Epileptologie – aber auch in der Psychotherapie, im Alltag, im psychosozialen Hilfesystem wie auch in sozialrechtlichen Fragen – mit erheblicher Unsicherheit bei den daran erkrankten Menschen, Behandlern, Angehörigen, Ämtern usw. verbunden. Auch gehen sie mit viel Unsicherheit, Stigmatisierung, Bewertungen und eingestandenen oder nicht eingestandenen Ängsten einher.

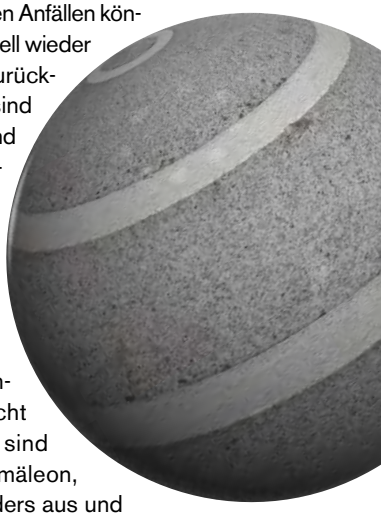
Frau L. (59) Jahre bekommt beim Zahnarztbesuch einen dissoziativen Anfall. Sie hatte dem Zahnarzt gesagt, was passieren könnte und ihn gebeten, sie in Ruhe zu lassen, bis der Anfall vorbei ist. Der Zahnarzt verweigert daraufhin jede weitere Behandlung. Dafür habe er keine Zeit.

Frau T. (52 Jahre) bekommt nach einer ambulanten Operation einen dissoziativen Anfall. Die Praxis gerät völlig in Panik – auch Frau T. hatte im Vorgespräch das Auftreten dissoziativer Anfälle erwähnt und im Falle des Auftretens um Ruhe und Zeit gebeten. Die Praxis ruft Notarzt und Rettungswagen, der sie in das nächste Krankenhaus (Rettungsstelle) bringt. Dort geht der Anfall weiter. Frau T. kann in den Anfällen alles hören, aber nicht reagieren. Sie hört, wie sich der psychiatrische Dienstarzt mit dem neurologischen Dienstarzt streitet, wer sie aufnehmen muss. Und dass keiner der beiden Ärzte „Lust auf so was“ habe. Frau T. ist verzweifelt, erschöpft und nachvollziehbar zutiefst gekränkt.

Frau D. (35 Jahre) hat eine Autismus-Spektrum-Störung, aber auch dissoziative Anfälle (und zwei Universitätsabschlüsse!). Nach diversen erfolglosen Behandlungsversuchen beantragt der behandelnde Arzt bei der zuständigen Krankenkasse eine Kostenübernahme für einen Behandlungsversuch mit Cannabis mit sehr ausführlicher Begründung. Die Krankenkasse lehnt die Kostenübernahme mit der Begründung ab, es solle leitliniengerecht behandelt werden. Leitlinien gibt es zur Behandlung vieler Erkrankungen, um Patienten eine qualitativ gute und wissenschaftlich gesicherte Behandlung zu ermöglichen – aber für dissoziative Anfälle (auch für Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter) gibt es keine Leitlinie.

Das sind drei Beispiele, die recht gut zeigen, wie schwierig es für Menschen mit dissoziativen Anfällen im Behandlungsalltag oft ist.

Dissoziative Anfälle können extrem unterschiedlich aussehen. Sie können Ohnmachtsanfällen ähneln, mit heftigen körperlichen Bewegungen (Bewegungsstürmen) einhergehen, Verkrampfungen am ganzen Körper abbilden oder sich in ihrem Aussehen ständig verändern. Die Betreffenden können das Bewusstsein vollständig oder teilweise verlieren. Auch die Dauer der Anfälle kann erheblich variieren – von wenigen Sekunden bis zu Stunden. Nach den Anfällen können manche schnell wieder in ihren Alltag zurückkehren, andere sind völlig erschöpft und brauchen eine Erholungszeit.



Dissoziative Anfälle sind in ihrer Art, ihrer Auswirkung und in ihren Ursachen sehr individuell. Für nicht damit Vertraute sind sie wie ein Chamäleon, sehen immer anders aus und haben scheinbar keinerlei Logik. Es ist für die Betreffenden, Angehörigen und auch Profis im Gesundheits-/Hilfesystem sehr hilfreich, einige Grundlagen zu verstehen. Das setzt allerdings bei allen drei Gruppen eine Bereitschaft voraus, sich darauf einzulassen.

Wenn die Betreffenden eine solche Verdachtsdiagnose bekommen, erscheint diese ihnen oft nahezu absurd. Der Körper macht was völlig unkontrollierbares – dass soll alles psychisch sein? „Ich habe doch keine ‚Psychomacke‘“, ist eine häufige und nachvollziehbare erste Reaktion. Die Betreffenden brauchen viel Zeit und gute Behandler mit Zeit und Geduld, um zu verstehen, was hinter diesem seltsam anmutenden Phänomen stecken könnte. Sie brauchen aber auch eine umfassende organische Ausschlussdiagnostik. Es

sollten sicher epileptische Anfälle, aber auch seltenere Herz-Kreislauf bedingte Ursachen, ausgeschlossen werden.

Für die meisten Menschen mit dissoziativen Anfällen ist es hilfreich, gemeinsam mit ihnen mögliche Auslöser zu suchen. Meist haben diese Auslöser direkt oder entfernt etwas mit erheblichem Stress zu tun.

„Da ließ der Herr Schwefel und Feuer regnen vom Himmel auf die Erde herab auf Sodom und Gomorrha und kehrte die Städte um und die ganze Gegend und alle Einwohner der Städte… Und Loths Weib sah hinter sich und ward zur Salzsäule …“ (1. Buch Mose19, 24-26).

Diese Beschreibung aus dem Alten Testament beschreibt eine solche Stresssituation. Es passiert etwas sehr Schlimmes, die Ehefrau von Loth ist damit seelisch völlig überfordert, die Seele schaltet ab – sie dissoziiert. Genaugenommen eigentlich ziemlich sinnvoll, sonst würde sie möglicherweise verrückt werden, oder noch schlimmeres.

Die eingangs erwähnte Frau T. kommt nach umfassender organischer Abklärung mit der gesicherten Diagnose dissoziativer Anfälle zur psychotherapeutischen Behandlung. Sie ist Ende 40 und arbeitet in einer leitenden Position (Therapieabteilung) in einem großen Krankenhaus. Sie ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder. Sie versteht nicht, was ihre Anfälle bedeuten sollen, wo diese herkommen, etc.. Sie will einfach nur wieder funktionieren. Sie sei immer ein aktiver Mensch gewesen. Ja, sicher, die aktuelle Situation sei etwas stressig, aber …

Sie berichtet, dass ihre berufliche Tätigkeit zusätzlich zu den üblichen Anforderungen durch Personalmangel, Umstrukturierungen, Umzug durch Neubau belastet ist, sie müsse viele Überstunden machen. Ihr Ehemann habe eine schwere depressive Episode gehabt, die Tochter sei in einer Krise. Der Sohn sei nach seinem Studium wieder bei ihr eingezogen. Bei der Mutter habe man eine Krebserkrankung festgestellt. Frau T. habe zusätzlich einen Vitamin- und Eisenmangel, fühle sich nicht mehr so belastbar.

Nachvollziehbar kommen hier viele kleinere und größere Stressfaktoren zusammen und summieren sich. Frau T. hat nie gelernt, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, war immer sehr leistungsorientiert (früher Leistungssport gemacht). Mit Gefühlen wie Angst und Hilflosigkeit, aber auch mit Wut, kann sie nicht umgehen (als Kind nie gelernt). Alle Überforderung, alle damit verbundenen Gefühle, sind für ihre Seele (oder auch Psyche) viel zu viel. Sie dissoziiert diese, der Körper drückt sie als Anfall aus. Die Anfälle sind sehr heftig und sehr anstrengend für sie. Es braucht eine längere Zeit, bis sie lernt, ihre Grenzen zu akzeptieren. Es braucht auch eine längere Zeit, bis die Familie das verstehen kann. Sie lernt, ihre Anfälle besser zu verstehen und kann sie meist selbst gut händeln. Sie spürt, wenn der Stress zunimmt und sucht sich dann bewusst eine ruhige Stelle, nutzt Atemtechniken. Lediglich wenn solch eine Situation wie oben beschrieben auftritt – OP-Panik, Aktion, Rettungsstelle – eskalieren die Anfälle sehr selten noch.

Für mich spielen im Verständnis dissoziativer Anfälle folgende Faktoren eine entscheidende Rolle:

1. Prädisponierende Faktoren (genetische Veranlagungen, andere schwere Erkrankungen)
2. Psychodynamische Entstehungsbedingungen (in welchem biographischen Kontext traten die Anfälle erstmals auf – z.B. sexuelle Traumatisierung, anderes Trauma, systemische Aspekte)
3. Aufrechterhaltende Faktoren (aktuelle Lebenssituation, aktuelle Stressfaktoren, Partner- oder andere familiäre Konflikte, aktuelle psychische Begleitsymptome wie Angst, depressives Erleben)
4. Motivation zur Veränderung (bewusst wollen alle ihre Anfälle loswerden, unbewusst gibt es aber doch gelegentlich Hindernisse, z.B. Sorge, jemand anderen zu verletzen; Angst, alte Traumata anzugehen; usw.)

Warum lösen dissoziative Anfälle bei Angehörigen und Fremden, aber auch Ärzten und anderen aus dem Helfersystem, so viel Verunsicherung aus?

Es ist gut nachvollziehbar, dass die dissoziierten fast immer negativen Gefühle in der Körpersprache des Anfalles deutlich werden. Zum Beispiel Hilflosigkeit in einem Anfall, der einer Ohnmacht ähnelt; Wut, die sich in heftigen körperlichen Bewegungen ausdrücken kann; oder Angst, die sich als Ausdruck eines völlig verkrampften Körpers deutlich zeigt. Diese heftigen Gefühle lösen bei Angehörigen, aber auch zufällig Anwesenden oder Profis unbewusst ein dringendes Verlangen aus, irgendwie zu helfen. Da das aber meist nicht möglich ist, reagieren Beobachter/-innen dann auch wieder mit Angst; es entsteht ein erheblicher Aktionismus – z.B. Notarzt holen, laut um Hilfe ru-

fen, irgendetwas tun zu müssen (der Ehemann einer Patientin hat mir mal erzählt, er schlage seiner Frau etwas stärker oder sehr stark auf die Wange, das wurde ihm so geraten). Die Betreffenden brauchen aber keinen Aktionismus, sondern vor allem Ruhe und Sicherheit.

Diese wird in aller Regel kein Notarzt oder keine Rettungsstelle vermitteln können, dort wird Stress und Hektik eher verstärkt. Hilfreicher ist es, die Betreffenden ruhig anzusprechen und – wenn bekannt – die vorher erarbeiteten Skills anzuwenden (das sind körperliche Reize, z.B. Gerüche, bestimmte Geräusche oder bestimmte Berührungen, die mit den Betreffenden im bewussten Zustand besprochen und ausprobiert wurden). Skills können den Betreffenden helfen, indem sie durch diese Sinnesreize wieder ihren Körper im Hier und Jetzt spüren können. Diese Skills können natürlich nur von Angehörigen oder vertrauten Bezugspersonen genutzt werden. Für eventuelle Notarzteinsätze ist es hilfreich, die Skills in einem Ausweis stichpunktartig zu notieren, in dem auch die Diagnose von behandelnden Ärzten dokumentiert ist. Diesen Ausweis sollten die Betreffenden mit sich tragen.

Viele Menschen können recht gut lernen, Skills auch dann einzusetzen, wenn sie spüren, dass ein dissoziativer Anfall kommt. Oft es ist möglich, Anzeichen von erheblichem Stress durch plötzlich einsetzende körperliche Signale wahrzunehmen (z. B. veränderte Muskelanspannung, veränderter Puls oder andere körperliche Empfindungen). Meist bedarf es aber dafür einer längeren Beobachtung der Anfälle und möglicher Auslösefaktoren.

Es ist sehr sinnvoll, dass die Betreffenden nahen Angehörigen gut kommunizieren, was sie in den Anfällen brauchen und was ihnen guttut. Das ist auch extrem unterschiedlich.

Können dissoziative Anfälle behandelt werden?

Wenn ich eine Blinddarmentzündung habe, wird der Blinddarm operiert und dann ist es wieder gut. Wenn ich eine Angina habe, nehme ich Penicillin und es ist wieder gut. Bei dissoziativen Anfällen helfen keine Operation und kein Medikament. Trotzdem ist eine Behandlung sehr gut möglich.

Frau D. hat seit mehr als 20 Jahren dissoziative Anfälle. Diese wurden mittel eines Langzeit- Video-EEGs sicher festgestellt. Sie waren zuvor – 20 Jahre lang (!) – als epileptische Anfälle interpretiert worden. Frau D. hatte unzählige Antiepileptika erhalten, trug dauerhaft einen Kopfschutzhelm und lebte in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Zu Beginn der Psychotherapie war sie sehr motiviert, sich zu hinterfragen und zu verändern. Sie konnte sich an lange Phasen ihrer Kindheit nicht wirklich erinnern. Anfälle hatte sie seit ihrem 16. oder 17. Lebensjahr. Die Anfälle gingen mit Stürzen einher. Sie sackte „wie ein nasser Sack“ zusammen, dann folgten heftige körperliche Bewegungsstürme. Die Anfälle waren meist sehr kurz, aber häufig. Auslöser waren immer Situationen, die mit einem Gefühl von schrecklicher Angst und Hilflosigkeit einhergingen. Sie berichtet, schon als Kind eher ängstlich gewesen zu sein. Sie habe eine sehr liebevolle Mutter gehabt, der Vater war ein guter Vater, aber die engere Bindung bestand zur Mutter. Als sie 11 Jahre alt war, sei ihr kleiner Bruder geboren worden.

Je mehr sie von dieser Zeit erzählt, desto mehr Erinnerungen kommen ihr wieder. Nach der Geburt des Bruders habe sich die Mutter verändert, habe sich oft zurückgezogen, sei nicht mehr für sie da gewesen. Als der Bruder etwa sechs Monate alt war, sei die Mutter gestorben. Frau D. braucht sehr lange, um die Erinnerung zuzulassen, wie das passiert ist. Letztlich erzählt sie stockend, traurig, hilflos (so, als wäre sie wieder 11 Jahre alt), dass die Mutter sich in der Küche der gemeinsamen Wohnung aufgehangen habe. Frau D. hatte an diesem Tag für die Schule ihre Sportsachen vergessen, beim Holen dieser habe sie die Mutter gefunden. An den weiteren Tag kann sie sich nicht erinnern. Aber an den nächsten Tagen habe der Strick, mit dem sich die Mutter erhängt hatte, immer noch auf dem Kühlschrank gelegen. Niemand habe mit ihr gesprochen, niemand habe sie getröstet. Der Vater sei vollkommen hilflos gewesen. Sie habe sich schuldig gefühlt, weil sie der Mutter nicht ausreichend geholfen habe.

Die Familie sei sehr schnell zur Tagesordnung übergegangen. Der Vater habe sich nicht um den kleinen Bruder kümmern können, er habe viel arbeiten müssen. Er habe sehr schnell eine neue „Mutter“ für die Kinder gesucht und wieder geheiratet. Die neue Mutter hat eine etwa gleichaltrige Tochter mit in die Familie gebracht. Frau D. hatte das Gefühl, von der neuen „Mutter“ nicht gemocht zu werden. Aber sie sieht auch, dass diese sich liebevoll um den kleinen Bruder kümmert. Die Stiefschwester behandelt sie eher ablehnend. Weil diese aber bessere Schulleistungen hat, wird sie ihr als Vorbild hingestellt. Weiterhin hat sie niemanden, mit dem sie über die

verstorbene Mutter reden kann. Sie hat das Gefühl, schuldig und nichts wert zu sein. Sie fühlt sich dumm im Vergleich zur Stiefschwester. Sie fühlt sich völlig hilflos, im Stich gelassen; in ihren Träumen tauchen oft die Ereignisse um den Tod der Mutter auf. Sie wird immer trauriger. Mit Beginn der Anfälle kümmern sich alle um sie, die Alpträume hören auf.

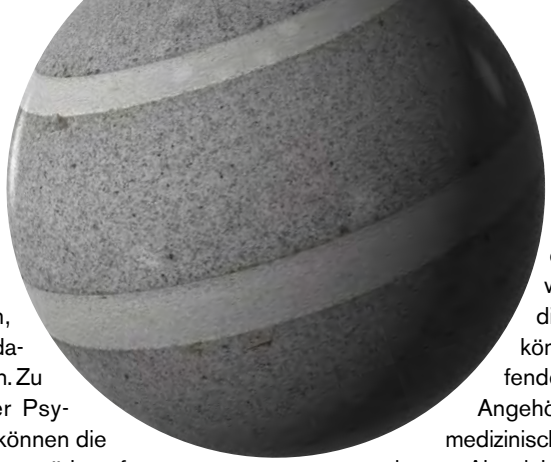
Nach über 20 Jahren kann sie jetzt ihre damalige Situation verstehen. Sie kann verstehen, dass die Mutter am ehesten eine Depression nach Geburt des Bruders hatte (postpartale Depression) und sie keinerlei Schuld am Tod der Mutter hatte; der Vater einfach völlig überfordert mit der Trauer, der Situation und der vollkommen hilflosen kleinen Tochter war. Sie kann jetzt aus der Erwachsenenperspektive sehen, was sie damals gebraucht hätte – Trost, Zuwendung, Gespräche. Sie kann aber auch sehen, wie tapfer sie eigentlich gewesen ist – trotz allem. Sie kann ihrer Traurigkeit Worte geben und sie durch Bilder ausdrücken.

Nach dem Ende der Behandlung – während dieser sind keine Anfälle mehr aufgetreten – gibt sie symbolisch ihren Kopfschutzhelm ab. Den brauche sie jetzt nicht mehr. Stattdessen kauft sie sich Inliner (die bisher wegen der vermeintlichen Epilepsie verboten waren). Sie zieht aus der Behinderteneinrichtung in eine eigene Wohnung. Sie nimmt nach Jahren wieder Kontakt zu ihrem Vater und zu ihrem Bruder auf. Sie kann endlich mit ihrem Vater über die damaligen Ereignisse sprechen. Es treten keine Anfälle mehr auf, lediglich kommt es zu einzelnen leichteren depressiven Episoden. Lediglich beim Tod des Vaters kommt es nach Jahren noch einmal zu einem Anfall – den Frau D. mit „der musste sein“ kommentiert.

Die Therapie war für Frau D. sehr anstrengend. Es erfordert sehr viel Mut, nach so vielen Jahren einen so kompletten Neubeginn zu wagen. Aber für Frau D. war es auch eine Befreiung.

Ich habe in dieser Behandlung sehr viel Respekt vor ihr und auch anderen Menschen bekommen, die sich einer solchen Herausforderung stellen.

Frau D. hat letztlich über viele Jahre Medikamente gegen Angst und Depression bekommen, die sie auch dankbar annehmen konnte.



Menschen mit dissoziativen Anfällen brauchen Therapeuten, die sich gut damit auskennen. Zu Beginn einer Psychotherapie können die Anfälle auch verstärkt auftreten, die Betreffenden müssen erst lernen, mit den vielen schwierigen Gefühlen anders umzugehen. Das ist für sie selbst und für ihre Therapeuten nicht immer einfach. Es erfordert viel gegenseitiges Vertrauen. Für die Therapeuten braucht es auch gute Absprachen, wenn sich Anfälle nicht an die normalen Therapiezeiten halten und kurz vor Ende der üblichen 50 Minuten auftreten, wo der nächste Patient / die nächste Patientin schon wartet.

Dissoziative Anfälle können ein Fluch sein, wenn sie ständig auftreten. Sie können die Betreffenden selbst, deren Angehörige, aber auch medizinisches Personal belasten. Aber ich wage trotzdem die These, dass dissoziative Anfälle dazu beitragen können, sich selbst und seine Gefühle besser verstehen und damit umgehen zu lernen, oder sie auch hinter sich zu lassen – wie den Kopfschutzhelm, den Frau D. nicht mehr braucht.

Katrin Bohlmann
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztehaus am KEH mit Epilepsiezentrum
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
www.keh-berlin.de

Stationäre Behandlung von Menschen mit dissoziativen Anfällen

In vielen Fällen kann Anfallsfreiheit erreicht werden

Dr. Juliane Fleischer ist Leitende Psychologische Psychotherapeutin auf der Station für Psychosomatische Epileptologie der Epilepsieklinik Tabor im Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg in Bernau, in der Nähe von Berlin. Die Station ist auf die Behandlung von Menschen mit dissoziativen Anfällen und ihre Abgrenzung von epileptischen Anfällen spezialisiert. Sie ermöglicht eine gezielte kombinierte epileptologische und psychotherapeutische, ggf. auch psychiatrische Behandlung. Sybille Burmeister sprach mit ihr.

Autorenfoto: Annette Koroll

einfälle: In Ihrer Klinik gibt es eine spezielle Station für die Behandlung von Menschen mit dissoziativen Anfällen. Was ist das Besondere an dieser Station?

Fleischer: Bisher gibt es in Deutschland nur wenige Behandlungsangebote, die auf die Diagnostik und Behandlung von Menschen mit dissoziativen Anfällen spezialisiert sind. Unserer Erfahrung nach haben die Betreffenden oft einen langen Leidensweg hinter sich, bis sie zu uns kommen. Häufig wurden die dissoziativen Anfälle erst spät als solche erkannt und zuvor unter der Diagnose pharmakoresistente Epilepsie behandelt, da sich epileptische und dissoziative Anfälle stark ähneln können. Oft bestehen zudem noch psychische Erkrankungen, die ebenfalls behandlungsbedürftig sind.

Dem wollen wir gerecht werden, indem wir unseren Patienten einen ganzheitlichen Behandlungsansatz bieten, der psychotherapeutische, neurologisch-epileptologische und psychiatrische Interventionen kombiniert. Das spiegelt sich nicht nur in unserem multimodalen Behandlungsangebot aus Gruppen- und Einzelpsychotherapie sowie medizinischen Untersuchungen und Interventionen wider, sondern auch in unserem multiprofessionellen Team. Auf unserer Station arbeiten Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten, Pflegekräfte, Kunst- und Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und eine Sozialarbeiterin. Unsere Station führt sowohl die Diagnostik als auch die stationäre Behandlung von Menschen mit dissoziativen Anfällen durch.

Die Kompetenz des gesamten Teams bei der Unterscheidung von epileptischen und dissoziativen Anfällen hat sich als wichtiges Element für die Behandlung herausgestellt und stellt den diagnostischen Rahmen kontinuierlich sicher. Von besonderer Bedeutung ist dies auch, wenn bei den Betreffenden sowohl epileptische als auch dissoziative Anfälle vorliegen.

einfälle: Wann sollten Menschen mit dissoziativen Anfällen oder dem Verdacht auf dissoziative Anfälle an eine stationäre Behandlung denken?

Fleischer: Eine stationäre Behandlung bietet sich an, wenn bei einer Person der Verdacht auf dissoziative Anfälle gestellt wurde und dieser Verdacht nun abgeklärt werden soll. Als Station stehen uns zur Diagnostik andere Mittel zur Verfügung als niedergelassenen Kollegen. So können wir beispielsweise ein EEG mit kontinuierlicher Videoaufzeichnung über 24 Stunden oder ggf. länger durchführen.

Die grundlegende und erfolgreichste Behandlungsmethode bei dissoziativen Anfällen ist die Psychotherapie. Oft ist es aber schwer, eine ambulante Behandlung zu finden. Das kann unterschiedliche Gründe haben: lange Wartezeiten auf einen fehlenden Therapieplatz; fehlendes Wissen der Therapeuten im Umgang mit dissoziativen Anfällen oder auch Unsicherheit, wenn die Diagnose noch fraglich ist. Das führt dann dazu, dass ambulante Therapeuten eine erneute diagnostische Abklärung einfordern. Es kann aber auch sein, dass die Lebensqualität und Alltagsbewältigung der Betreffenden durch die Anfälle so eingeschränkt ist, dass sie keine ambulante Behandlung wahrnehmen können. In all diesen Fällen empfiehlt sich eine stationäre Behandlung.

einfälle: Können Sie unseren Leserinnen und Lesern – ganz allgemein – erläutern, wie Sie bei der Diagnostik und Therapie Ihrer Patientinnen und Patienten vorgehen und welche Therapien dabei zum Einsatz kommen?

Fleischer: Die meisten unserer Patienten kommen mit dem Verdacht auf dissoziative Anfälle zu uns. Dann steht erst einmal Diagnostik im Vordergrund. Dazu führen wir ein Langzeit-EEG mit Videoaufzeichnung über 24 Stunden oder länger durch und beobachten die Anfälle auf Station. Wir befragen Angehörige, die Anfälle miterlebt haben und arbeiten die Krankheitsgeschichte auf. Zusätzlich machen wir auch psychologische und psychiatrische Diagnostik, um zu prüfen, ob die dissoziativen Anfälle vielleicht im Rahmen von anderen psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen, auftreten. Diese Diagnostikphase kann bis zu zwei Wochen in Anspruch nehmen.

Wenn wir alle Informationen zusammengetragen und den/die Patienten/-in ausreichend kennengelernt haben, ist es uns möglich, eine sichere Diagnose zu stellen. Wenn sich dabei zeigt, dass eine zuvor vermutete Epilepsie nicht vorliegt, begleiten wir ggf. auch die Patienten beim langsamen Ausschleichen von Antiepileptika.

Ab dem ersten Tag auf Station nehmen die Patienten an unserem psychotherapeutischen Gruppenprogramm teil. Das besteht aus mehreren Gesprächsgruppen, Bewegungstherapie, Kunst- und Ergotherapie. Zudem hat jeder Patient einen/eine Bezugstherapeuten/-in, mit dem einmal in der Woche ein ausführliches Einzelgespräch stattfindet. Wenn der Befund dissoziativer Anfälle erhoben wurde, werden gemeinsam mit dem/der Bezugstherapeuten/-in in diesen Einzelgesprächen Ursachen und Auslöser für die Anfälle herausgearbeitet und Strategien zum Anfallsmanagement erlernt. Darunter verstehen wir Strategien zur Stressbewältigung, zum Umgang mit Gefühlen, Entspannungsübungen und sogenannte „Skills“, die zur Anfallsunterbrechung genutzt werden können. Für jeden Patienten ist dabei etwas anderes wichtig.

Wenn die dissoziativen Anfälle im Rahmen einer anderen psychischen Erkrankung auftreten, ist es natürlich wichtig, auch diese zu behandeln, damit keine weiteren Anfälle auftreten. Dann konzentriert sich die Psychotherapie nicht nur auf die dissoziativen Anfälle, sondern auch darauf, zum Beispiel depressive Symptome zu lindern. Liegt eine Posttraumatische Belastungsstörung vor, bieten wir auch stationäre Traumatherapie an.

Da dissoziative Anfälle oft auch mit beruflichen und privaten Einschränkungen einhergehen, haben wir auf unserer Station auch eine Sozialarbeiterin, die unsere Patienten in allen sozialen Belangen berät.

einfälle: Welche Ziele verfolgen Sie mit der stationären Behandlung? Wie sind die Erfolgsaussichten bei der Behandlung?

Fleischer: Die Erwartung, Anfallsfreiheit zu erreichen, kann in vielen Fällen erfüllt werden. Wir haben vor einiger Zeit unsere Behandlungsergebnisse seit Beginn unseres Behandlungsprogramms im Jahr 2003 ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass wir dieses Ziel bei etwa 40% der Betreffenden erreichen konnten. Oft waren dazu aber mehrere Aufenthalte über einen längeren Zeitraum nötig. Bei einem weiteren Viertel unserer Patienten führte die Behandlung dazu, dass die Belastung durch die Anfälle im Alltag nur noch sehr gering ausfiel.

Zum Erfolg tragen sowohl ein gutes Anfallsmanagement als auch die erfolgreiche Behandlung von zugrundeliegenden oder

begleitenden Erkrankungen und Störungsbildern bei.

Anfallsmanagement heißt für die Patienten, Frühwarnzeichen für dissoziative Anfälle zu erkennen und diese dadurch rechtzeitig zu unterbrechen oder abzuwenden, so dass die Häufigkeit und Schwere der Anfälle nachlassen. Oft können wir auch das persönliche Umfeld beim Anfallsmanagement einbeziehen und durch Wissensvermittlung zu einem möglichst angemessenen Umgang mit den Anfällen beitragen und z.B. unnötige Krankenhausbehandlungen vermeiden. Dazu laden wir Angehörige meist schon während der stationären Behandlung zu einem Aufklärungsgespräch, ggf. auch am Telefon, ein.

Insgesamt sind die Aussichten auf deutliche Verbesserung also gut. Aber sie hängen von vielen Faktoren ab, wie zum Beispiel von der Krankheitsdauer, der Anzahl der Anfälle zu Beginn der Behandlung oder Grunderkrankungen.

In der Regel haben unsere Patienten zur Entlassung eine klare Diagnose, mehr Krankheitswissen und neue Strategien im Umgang mit den dissoziativen Anfällen erlernt. Dadurch gewinnen sie mehr Lebensqualität zurück. Wir bieten aber auch eine sogenannte Intervallbehandlung an, wenn es nötig ist. Das bedeutet, dass die Betreffenden zu einem weiteren stationären Aufenthalt zu uns kommen und weiter an ihren Therapieerfolgen arbeiten, nachdem sie diese eine gewisse Zeit, meist mehrere Monate, im Alltag erprobt haben.

einfälle: Wie bekommen Menschen mit dissoziativen Anfällen bei Ihnen einen Aufnahmetermin bzw. wie wird dieser vorbereitet?

Fleischer: Es gibt drei Wege, auf denen Menschen mit dissoziativen Anfällen zu uns kommen: Sie melden sich selbst, werden durch ihren ambulanten Neurologen oder Psychiater bei uns vorgestellt oder aus einem anderen Krankenhaus zu uns verlegt. Die Anmeldung erfolgt in allen Fällen über unsere Patientenkoordinatorin (siehe unten). Nach der Anmeldung erhalten die Betreffenden dann einen Termin für ein Vorgespräch, das ggf. auch telefonisch erfolgen kann. Das dient neben dem Erstkontakt auch zur Zielklärung für die stationäre Behandlung. Zudem können sich die Betreffenden über unsere Station informieren und offene Fragen klären. Nach dem Vorgespräch wird dann ein Aufnahmetermin vereinbart.

einfälle: Worauf müssen sich Menschen einstellen, wenn sie bei Ihnen stationär aufgenommen werden möchten?

Fleischer: Was die meisten Patienten überrascht, ist unsere Behandlungsdauer. Wie bereits erwähnt, kann allein die Diagnostik bis zu zwei Wochen in Anspruch nehmen. Wenn sich dann die Behandlung anschließt, kann der Aufenthalt schon einmal 10 bis 12 Wochen dauern. Das liegt daran, dass das zentrale Element der Behandlung bei dissoziativen Anfällen Psychotherapie ist – und die braucht nun einmal Zeit. Schließlich müssen Patient und Therapeut sich erstmal kennen lernen, Vertrauen zueinander aufbauen und dann gemeinsam in der Lebensgeschichte nach Ursachen für die Anfälle forschen. Auch das Erlernen und Erproben von individuellen Bewältigungsstrategien erfordert Zeit. Einfach gesagt: Der Mensch ist ein Gewohnheitstier. Und es ist gar nicht so einfach, Muster des Denkens, Empfindens und Verhaltens abzulegen, die vielleicht zum Auftreten der dissoziativen Anfälle beitragen und uns schon ein Leben lang begleiten.

einfälle: Wie geht es für die Betreffenden nach Abschluss des stationären Aufenthalts weiter?

Fleischer: Wir versuchen, alle unsere Patienten in die ambulante Weiterbehandlung zu vermitteln. Die kann bei jedem anders aussehen. Am wichtigsten ist dabei aber die Anbindung an den ambulanten Neurologen oder Psychiater sowie die ambulante Psychotherapie. Das kann sich manchmal aufgrund der Wartezeiten schwierig gestalten. Manchmal ist aber auch eine berufliche Reha-Maßnahme notwendig, wenn der Wiedereinstieg in den Beruf aufgrund der Anfallssituation nicht möglich ist. Was auch immer für den Patienten notwendig ist, wir unterstützen möglichst alle dabei, ein entsprechendes ambulantes Behandlungsangebot zu finden.

einfälle: An wen können sich Menschen wenden, die bei Ihnen stationär aufgenommen werden möchten?

Fleischer: An unsere Patientenkoordinatorin (Anmerkung der Redaktion: Annett Mierke, Tel.: 03338 – 752 346, a.mierke@epi-tabor.de).

einfälle: Gibt es noch etwas, was Sie unseren Leserinnen und Lesern mitteilen möchten?

Fleischer: Häufig berichten mir Patienten von besonders negativen Erfahrungen, wenn dissoziative Anfälle festgestellt wurden. Oft herrscht im Umfeld und auch bei professionellen Helfern die Ansicht, dass die Anfälle vorgespielt sind oder die Betreffenden damit Aufmerksamkeit erlangen wollen. Dies trifft nicht zu. Dissoziative Anfälle sind wie ein eigenständiges, inneres Alarmsignal des Körpers, das einen darauf hinweisen will, dass gerade etwas nicht in Ordnung ist oder einem etwas zu viel wird. Das kann etwas an der Situation sein, in der ich mich befinde, oder auch meine eigenen Gefühle, die mir gerade zu viel werden. Egal, was der Auslöser für das Alarmsignal ist: Wenn ich lerne, auf dieses Alarmsignal zu achten und rechtzeitig einzugreifen, kann ich auch meine Anfälle besser in den Griff kriegen. Wir als Behandlungsteam unserer Station können den Betreffenden dabei helfen.

einfälle: Vielen Dank, Frau Dr. Fleischer, für das sehr interessante und aufschlussreiche Gespräch.

Wahrscheinlich habe ich epileptische und dissoziative Anfälle

Ein Erfahrungsbericht

Mit 27 Jahren hatte ich zum ersten Mal einen vermeintlich epileptischen Anfall. Ich hatte einen Aussetzer beim Autofahren, als ich an der Ampel stand und bemerkte nicht, dass sie auf Grün geschaltet hatte. Mein Mann schrie mich an, ich solle doch losfahren. Daraufhin wäre ich fast in ein anderes Auto gefahren. Vorher hatte ich ein komisches Gefühl, das hatte ich schon öfter.

Kurze Zeit später war ich mit Freunden im Schwimmbad. Ich hatte wieder dieses komische Gefühl und wollte auf die Toilette gehen, bis es vorbei ist. Stattdessen setzte ich mich aber zu fremden Leuten an den Tisch und aß deren Erdbeeren. Meine Freunde haben sich gewundert, was mit mir los ist. Ich konnte mich an nichts erinnern. Zu der Zeit stand ich stark unter Stress. Meine Eltern lehnten meinen damaligen Freund ab und haben mich sehr unter Druck gesetzt. Obwohl ich mir von meinen Eltern immer alles habe vorschreiben lassen, habe ich meinen Freund trotzdem geheiratet. Später habe ich mich wieder scheiden lassen.

Nach dem Vorfall im Schwimmbad habe ich einen Neurologen aufgesucht. Ein EEG wurde gemacht, das war in Ordnung. Da ich mit 16 Jahren einen Schädelbasisbruch hatte, wurde noch ein CT veranlasst. Bei diesem wurde ein Temporallappendefekt links festgestellt. Der Neurologe verordnete Carbamazepin, was aber nicht half. Ich hatte weiter Anfälle. Daraufhin steigerte er die Dosis, was auch nicht half. Dann kamen Lamotrigin und Valproinsäure dazu, aber es wurde einfach nicht besser, eher schlimmer. Auf eigenen Wunsch habe ich dann in einer Klinik einen Schlafentzug gemacht. Im EEG meinte die junge Ärztin, etwas gesehen zu haben, was die Epilepsie bestätigen würde. Ich habe die Tabletten weiter genommen, bekam aber Probleme auf der Arbeit. Ich konnte mir nichts mehr merken, machte Fehler und war vergesslich. Manchmal ist mir nicht mehr eingefallen, wie ein Wort geschrieben wird. Ich kam dann stationär in eine Uniklinik. Ich habe niemandem davon erzählt, sondern Urlaub genommen. Nachdem ich eine Woche lang keinen Anfall hatte, wurden die Tabletten abgesetzt. Prompt hatte ich mehrere komplex-fokale Anfälle. Ich wurde daraufhin auf Levetiracetam und Lacosamid eingestellt, was auch nicht half. Ich habe eigenständig Lacosamid abgesetzt und Levetiracetam reduziert. Aber die Anfälle kamen immer wieder, meistens in Ruhe und Zuhause.

Ich habe angefangen, mich mit mir selber zu beschäftigen, habe täglich Yoga

Foto: Eva Schäfer

Foto: Norbert van Kampen

gemacht, meditiert, viele Bücher gelesen und stellte fest, dass es an meinem Selbstwertgefühl liegt. Daran habe ich gearbeitet. Es wurde langsam besser, aber meine Arbeit hat mich sehr gestresst. Es wurde immer mehr. Ich bin nur zwanzig Stunden beschäftigt und habe versucht, in der kurzen Zeit alles zu schaffen. Zu Hause in Ruhe kamen dann wieder die Anfälle. Einen Anfall hat mein Mann gefilmt, weil ich ihm sagen konnte, dass der Anfall käme. Ich saß auf dem Stuhl, mein Kopf fiel nach hinten, die Augen waren geschlossen, und die Arme fielen ganz langsam herunter. Ich hatte auch andere Anfälle mit einem Blackout, zum Beispiel auf dem Weg zur Arbeit. Ich bin nicht hingefallen, aber ich konnte mich nicht erinnern. Einmal bin ich mit dem Rad falsch abgebogen und war ganz woanders, als ich wieder zu mir kam. Ich bekam Angst, dass ich zu spät zur Arbeit komme, war dann aber trotzdem überpünktlich.

Ich zeigte das Video von meinem Anfall meinem neuen Neurologen, der auch naturheilkundlich arbeitet, und berichtete ihm auch von meinen Aussetzern. Er diagnostizierte dissoziative Anfälle, weil ich die Augen immer geschlossen habe und die Arme so langsam sinken. Außerdem zucke ich nicht. Er fragte nach meiner Kindheit, die leider nicht sehr schön war. Ich hatte sehr viel Angst vor meinem Vater und wurde oft geschlagen. Auch meine Mutter war keine liebevolle Frau.

Bei einem anderen Termin bei einem erfahrenen Epileptologen zeigte ich dem Arzt das Video. Auch er hat gesagt, dass es ein dissoziativer und kein epileptischer Anfall sei. Er meinte, es gäbe Menschen, die beide Formen der Anfälle haben. Ich hätte stationär aufgenommen werden sollen, um mit einem EEG-Monitoring möglicherweise die Epilepsie auszuschließen. Dann kam aber Corona und ich habe alles abgesagt.

Ich habe auch gemerkt, dass ich die Ursache bei meiner Mutter und meiner Schwester suchen muss. Ich war ein sehr angepasstes Kind und habe immer getan, was von mir erwartet wurde. Aus dieser Rolle bin ich nie rausgekommen. Obwohl ich einen Mann und einen erwachsenen Sohn habe, haben Mutter und Schwester immer versucht, mich zu bevormunden. Dagegen bin ich machtlos. Aber ich arbeite an mir und bin auf einem guten Weg.

Ich nehme weiter morgens und abends Levetiracetam, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass ich auch Epilepsie habe. Von der Anfallsselbstkontrolle hatte ich mir viel versprochen. Das hat leider nichts gebracht, obwohl ich es immer wieder versucht habe. Ich habe solche Anfälle wie meine auch im Internet nicht gefunden.

Ich hätte mehr Unterstützung auf der psychologischen Ebene gebraucht. Ich habe viel gelesen, z.B. zu Transaktionsanalysen und Selbstwertgefühl, und mich selber behandelt. Ich müsste vielleicht irgendwann eine Therapie machen, da ich vieles nicht aufgearbeitet habe. Das schaffe ich nicht alleine. Wenn mich ein Thema berührt und an meine Kindheit erinnert, fange ich an zu schlucken. Ich kann nicht mal weinen. Wenn ich traurig bin, schlucke ich es runter. Ich durfte das nicht zeigen in der Kindheit. Ich bin sehr streng erzogen worden.

Den Kontakt zu meiner Familie, in der ich immer bevormundet wurde, habe ich abgebrochen. Lange habe ich mir das gefallen lassen, jetzt nicht mehr. Ich bin seit Juni 2020 anfallsfrei. Ich hatte 27 Jahre Anfälle. Wenn es anderen auch so geht, dass sie über eine so lange Zeit nicht anfallsfrei werden und die Medikamente nicht wirken, rate ich dazu, auf der psychischen Ebene zu schauen, ob es irgendwo Baustellen gibt.

Name der Redaktion bekannt.

Der Text ist auf Grundlage eines Interviews entstanden, dass Conny Smolny geführt und aufgeschrieben hat.

Anfallsbegleitung bei psychogenen, nicht-epileptischen Anfällen

Hinweise zur Ersten Hilfe

Sich über Anfallsbegleitung Gedanken zu machen, ist in Hinsicht auf mehrere Aspekte hilfreich:

1. Damit den Betreffenden so gut wie möglich geholfen werden kann.
2. Damit die Anwesenden Verhaltensanweisungen für die Anfallsbegleitung zur Verfügung haben, die ihnen helfen, ihrem ohnehin starken Erschrecken etwas entgegen setzen zu können und so handlungsfähig zu werden. Der Anfall soll nicht aus dem Erschrecken und somit meistens überschießend aktiv, sondern zunächst selbstberuhigend und dadurch kontrolliert und gezielt begleitet werden.
3. Damit die Betreffenden und ihre Begleiter über die Anfallsbegleitung miteinander ins Gespräch kommen und so eine verbesserte Begleitung im Anfall ermöglicht werden kann.

Anfälle im Dreieck von Person und Situation

Ein Anfall findet, wenn eine Begleitperson anwesend ist, immer in einem Dreieck von **Anfall**sgeschehen, **Person**en (Person mit dem Anfall und Begleiter/-in) und in einer bestimmten **Situation** statt (s. Abb. 1). In diesem Dreieck zeigt sich häufig eine komplexe und oft unübersichtliche, weil wechselseitige Interaktion, die hier kurz skizziert werden soll.

Ein **Anfall,** bei dem die Person nur kurz innehält oder bei Bewusstsein bleibt und Anweisungen zur Begleitung geben kann, wird das Verhalten der Begleitperson anders beeinflussen und auch anders steuern als ein Anfall mit plötzlichem Sturz und Verletzungen und dadurch auch die Situation verändern. Ob die **Person** erfahren ist in der Anfallsbegleitung oder noch nie einen Anfall miterlebt hat, wird ebenfalls einen Einfluss auf die/den Betreffende/-n und seinen/ihren Anfall und auch auf die Situation ausüben. Genauso ist es mit der **Situation**. Eine private Situation, in der alle anderen über die/den Betreffende/-n und seine/ihre Anfälle informiert sind, wird anders verlaufen als eine Arbeitssituation, in der ein Anfall auftritt, alle Arbeitskollegen überwältigt sind und der Arbeitsablauf gestört wird.

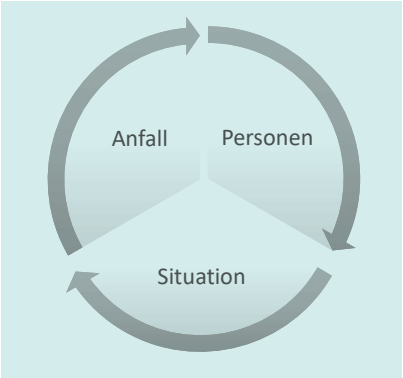


Abb. 1: Wechselwirkungen beim Anfall

Die Wechselwirkungen zwischen Anfall, Person und Situation werden aber auch durch die Dynamik der einzelnen Faktoren bestimmt. Verändert sich ein Faktor in diesem Dreieck, hat das Einfluss auf die anderen beiden Faktoren.

Es verändert die **Situation**, wenn die Betreffenden aus der Öffentlichkeit in eine geschützte Situation gebracht werden, wodurch auch das Verhalten der Begleitpersonen und im günstigsten Falle auch der Ablauf des Anfalles beeinflusst wird.

Der psychogene, nicht-epileptische (dissoziative) Anfall als psychischer Notfall

Psychogene Anfälle sind, abgesehen von einer Verletzungsgefahr durch heftige Bewegungen des Körpers gegen Materialien und Stürze, nicht lebensbedrohlich. Auch wenn ein psychogener Anfall mehrere Stunden andauert, kommt es nicht zu einem Sauerstoffmangel oder zu anderen lebensgefährlichen Situationen.

Psychogene Anfälle haben aber einen starken „Ansteckungscharakter“, d.h. die von den Betreffenden teilweise bewusst oder unbewusst durchlebten Ängste und Gefühle springen sehr schnell auf die Anwesenden über. Deshalb empfiehlt es sich, im Umgang mit psychogenen Anfällen die folgenden Hinweise zu beachten.

Erste Hilfe bei psychogenen Anfällen:

Die Betreffenden vor Verletzungen schützen:

- Aus gefährlicher Situation bringen, z.B. Straßenverkehr, Treppenbereich, vom Stuhl auf den Boden, damit er/sie nicht fällt. Wenn notwendig, die Betreffenden möglichst am Rumpf, nicht an den Armen und Beinen festhalten. Ansonsten nicht anfassen (es besteht die Gefahr, dass sich die Betreffenden im Anfall bedroht und angegriffen fühlen). Sich selbst nicht von den Betreffenden anfassen oder festhalten lassen. Es besteht Verletzungsgefahr, weil Menschen im Anfall unkontrollierte, starke Körperkraft entwickeln können.
- Gegenstände entfernen, an denen sich die Betreffenden stoßen können. Wenn dies nicht möglich ist, Polsterung zwi-

Das multiprofessionelle Team der Station für Verhaltensmedizinische und Psychotherapeutische Epileptologie im Krankenhaus Mara, Epilepsie-Zentrum Bethel

schen Körper und Gegenstand anbringen. Für Bewegungsfreiraum sorgen. Brennende Zigarette wegnehmen.

Bei Personen, die im Anfall herumlaufen:

- Nicht allein lassen. Nur festhalten, wenn Verletzungsgefahr besteht und diese dann auch benennen; ansonsten versuchen, sich den Betreffenden mit ausgebreiteten Armen in den zu Weg stellen, sie sanft von der Gefahrenstelle fernzuhalten und sie umzulenken. Wenn die Betreffenden im Anfall nicht zu lenken sind, sofort um Hilfe rufen und z. B. die Verkehrssituation verändern. Notruf absetzen.

Nie einen Gegenstand (z.B. Beißkeil) in den Mund der Betreffenden einbringen:

- Verlegung der Atemwege durch Kopfkissen, Plastikfolien etc. verhindern.

Beruhigung der Gesamtsituation:

- Ansprache von Helfenden, gezielte Aufträge erteilen: z.B. „Gaffer“ des Platzes verweisen (das Fotografieren ist mittlerweile strafbar!), Intimität und Anfallssituation schützen.
- Den Betreffenden die Situation erklären. Sich selbst vorstellen, zusichern, dass man aufpasst und keine akute Gefahr besteht.

Uhrzeit zum Beginn des Anfalls merken, Anfallsablauf beobachten

Ausschau halten nach Bändchen am Handgelenk oder am Hals („Notfallkapsel“):

- Informationen zum Anfall sichten, weitergeben.

Den Betreffenden helfen, sich zu orientieren:

- Situation, Zeit, Ort für die Betreffenden benennen
- Versuch, Blickkontakt aufzunehmen
- nach Namen, Zeit, Ort fragen
- Die Betreffenden anregen, Gegenstände in ihrer Nähe zu benennen.

Nach dem Anfall:

- Den Betreffenden beruhigend die Situation erklären, bei ihnen bleiben, bis diese vollkommen orientiert sind. Es muss sichergestellt sein, dass er/sie allein nach Hause gehen kann oder abgeholt wird.

Diese Empfehlungen wurden auf der **Station für Verhaltensmedizinische und Psychotherapeutische Epileptologie** des Epilepsie-Zentrums Bethel/ Bielefeld erarbeitet.

Mario Schrecke

Mario Schrecke, Christian Brandt, Birgitt Müffelmann, Christian G. Bien

Station für Verhaltensmedizinische und Psychotherapeutische Epileptologie
Epilepsie-Zentrum Bethel,
Krankenhaus Mara gGmbH
Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld
Campus Bielefeld-Bethel
Maraweg 21, 33617 Bielefeld

Mein chaotisches Leben

Ich habe eine Lebensform gefunden, in der ich mich wohlfühle

Ich habe seit meinem 12. Lebensjahr Epilepsie und seit ich 17 bin dissoziative Anfälle. Auf dem Gymnasium gab es nur mit einer Sportlehrerin Probleme. Sie wollte mich wegen der Anfälle nicht am Schwimmen teilnehmen lassen. Ansonsten musste ich, auf Grund von dissoziativen Anfällen während einer schriftlichen Matheprüfung, diese abbrechen und nachschreiben. Die Nachprüfung durfte ich sogar an „meiner“ Schule schreiben. Während der mündlichen Prüfung in Religion hatte ich auch einen dissoziativen Anfall. Dies hat meine Lehrerin so geregelt, dass Pause gemacht wurde, bis ich wieder voll da war.

Foto: Sybille Burmeister

Ich wollte nach meinem sehr guten Abitur gerne eine Ausbildung oder ein duales Studium machen, wurde aber auf Grund von dissoziativen Anfällen während der Vorstellungsgespräche abgelehnt. Dazu kommt bei mir noch ein atypischer frühkindlicher Autismus, eine Anpassungsstörung und eine phasenweise auftretende Depression mit Psychosen. Da ich keinen Ausbildungsplatz bekommen habe, wollte ich ein freiwilliges soziales Jahr machen, bin dort aber auf dieselben Probleme gestoßen wie bei der Ausbildungsplatzsuche.

Eine Bekannte hat mir dann die Hochschule in Schmalkalden empfohlen. Dort ist der Campus relativ klein und alles an einer Stelle. Ich habe dann angefangen, Volkswirtschaftslehre zu studieren. Die Professoren haben mich genauso unterstützt wie meine Kommilitonen. Trotzdem hatte ich viele dissoziative Anfälle. Im zweiten Semester habe ich dann nur die Hälfte der Vorlesungen besucht. Das hat so gut geklappt, dass ich in die Prüfungen gehen konnte. Ich habe sie insgesamt mit 1,3 abgeschlossen. Im dritten Semester jedoch hatte ich im Studentenwohnheim mit starken Vorurteilen zu kämpfen und wieder sehr viele dissoziative Anfälle. Daher habe ich dann leider aufhören müssen.

Foto: Norbert van Kampen

Danach wurde mir der Klinik, in der ich in Behandlung war, eine Rehabilitationsmaßnehme empfohlen. Die haben mich aber auch nicht genommen. Zwischendurch hatte ich eine Arbeitserprobung in einem Berufsbildungswerk. Auch dort wollten sie mich auf Grund sehr vieler dissoziativer Anfälle schon nach einer Woche nicht mehr haben. Damit hatte ich jegliche Hoffnung auf eine berufliche Zukunft für mich verloren.

Durch einen glücklichen Zufall wurde meine Mutter auf die Markusgemeinschaft in Hauteroda – eine integrative Wohn- und Lebensgemeinschaft – aufmerksam. Nach einem Kennlerngespräch haben sie mir schon zwei Tage später gesagt, dass ich willkommen bin. Mit Mai 2016 bin ich dann dort eingezogen.

Dort ist es super und ich fühle mich wohl. Meine Anfälle sind weniger geworden und ich werde gut durch meine behandelnden Ärzte in der Klinik, in der ich weiterhin in Behandlung bin, versorgt. In der Markusgemeinschaft werde ich so angenommen, wie ich bin. Sie ist für mich ein zweites Zuhause geworden.

Meine Epilepsie und meine autistische Beeinträchtigung werden mich zwar mein Leben lang begleiten, aber die dissoziativen Anfälle kann ich in den Griff bekommen.

Ramona