

DISSOZIATIVE, NICHT EPILEPTI- SCHE ANFÄLLE



**Aktualisierte und vollständig neu
bearbeitete Auflage 2024**



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 für diese Anfälle auch verwendete 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 unterschiedliche Namen bzw. Bezeichnungen für das Gleiche. In letzter Zeit wird auch der Begriff „funktionelle Anfälle“ verwendet.

Ursachen

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 Gedanken – also durch innere Vorgänge. Diese Zusammenhänge und Auslöser, die auch „Trigger“ genannt werden, sind den Betroffenen oft gar nicht bewusst. Daher können dissoziative Anfälle auch in Zeiten und Situationen auftreten, die von den Betroffenen als stressfrei wahrgenommen werden.

Die Ursachen dissoziativer Anfälle sind individuell sehr unterschiedlich und im Einzelfall häufig nicht eindeutig zu klären. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass mehrere Faktoren zusammenkommen.

Manche Menschen haben eine biologisch gesteigerte Neigung zur Dissoziation. Diese kann angeboren sein. Auch Traumatisierungen im frühen Lebensalter (z.B. Gewalterfahrungen, Missbrauch, Vernachlässigung, nicht-verlässliches Verhalten,

Verlust wichtiger Bezugspersonen) können 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.

Auch im weiteren Lebensverlauf können Traumatisierungen (z.B. Unfälle, Erkrankungen, Katastrophen) auftreten, die zum Beispiel eine sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung mit unter anderem dissoziativen Anfällen entstehen lassen; oder bei entsprechender Veranlagung treten erste dissoziative Anfälle in der Folge von Traumata auf. Allerdings berichten nicht alle Menschen mit dissoziativen Anfällen von einem Trauma.

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

Diagnostik

Für die Diagnostik dissoziativer Anfälle ist, wie bei epileptischen Anfällen auch, eine möglichst gute Beschreibung der Anfälle notwendig. 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 für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt 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 im Langzeit-Video-EEG natürlich optimaler. Ist während der Ableitung ein Anfallsmuster im EEG zu sehen, ist die Diagnose eines epileptischen Anfalls gesichert. Bei manchen

epileptischen Anfällen aus dem Frontallappen des Gehirns und häufig auch bei Auren ist im Oberflächen-EEG jedoch kein Anfallsmuster zu erkennen.

Ein fehlendes Anfallsmuster bei einem im Langzeit-Video-EEG auftretenden Anfall ist deshalb kein sicherer Hinweis auf einen dissoziativen Anfall. Das A und O der Diagnostik ist deshalb die sichere Einordnung der Anfallsmerkmale und deren Zuordnung zu einem Krankheitsbild (Dissoziation, Epilepsie, andere Erkrankungen). Da dies alles andere als einfach ist, sollte die Diagnostik von entsprechend qualifizierten und in Diagnostik und Behandlung dissoziativer Anfälle erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt werden. Zudem ist bekannt, dass Menschen mit dissoziativen Anfällen ihre Anfälle anders beschreiben als Menschen mit epileptischen Anfällen. 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. 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.

Vermittlung der Diagnose

Die Betroffenen reagieren individuell sehr unterschiedlich auf die Diagnose „dissoziative Anfälle“. Manche 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 können es nicht glauben und zweifeln, psychisch erkrankt zu sein. Viele sind jedoch darüber erleichtert, 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 sich schon seit Jahren mit den zugrunde liegenden Problemen beschäftigen und bereits eine oder mehrere Psychotherapien gemacht haben. Manche sind enttäuscht, dass ihre Lebenserfahrungen nicht durch eine Psychotherapie ungeschehen gemacht werden können.

Manchmal ist es hilfreich, wenn sich die Betroffenen zusammen mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt ein Video ihrer Anfälle ansehen; die Ärzte oder Ärztinnen sollten dabei den Gefühlen und körperlichem Befinden ihrer Patienten Raum und Zeit geben und sich die Zeit nehmen, alles gemeinsam in Ruhe zu besprechen. Es ist günstig, wenn die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte Erfahrung in der Begleitung von Emotionen haben.

Es sollte von Beginn der Diagnostik an klar sein, dass eine Diagnose – egal ob epileptisch oder dissoziativ – gleichwertig ist in dem Sinne, dass es für die Betroffenen eine einschränkende Erkrankung ist. Das Gespräch über die Diagnose sollte respektvoll und motivierend sein, das Wort „nur“ darf in der inneren Einstellung und in der Sprache der Ärzte und Ärztinnen 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 Betroffenen motivierend Perspektiven aufzuzeigen.

Psychotherapeutische Erfahrung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und ein entsprechendes Verständnis von Krankheitsprozessen ist sehr wichtig für die Diagnostik und Behandlung dissoziativer Anfälle, denn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte tragen einen großen Teil der Verantwortung für die Akzeptanz der Diagnose durch die Betroffenen und ihre Angehörigen und die daraus folgende Behandlungsmotivation.

In Epilepsiezentren wird die Diagnose „dissoziative Anfälle“ relativ häufig gestellt, zudem haben etwa 10 Prozent der Patienten mit Epilepsie auch dissoziative Anfälle. Die an der Komplexbehandlung beteiligten multiprofessionellen Teams in

diesen Zentren sind also in der Regel erfahren und geeignet, die Diagnose dissoziativer Anfälle zu stellen, die Betroffenen unaufgeregt und empathisch zu begleiten und mit ihnen Therapiemöglichkeiten für die Zeit nach der Entlassung zu erarbeiten.

Behandlung

Die Perspektive und Behandlungsmöglichkeit ist Psychotherapie (vgl. dazu unser Faltblatt „Psychotherapie bei Epilepsie“). 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 die Skepsis, ob die Anfälle nicht doch vielleicht lebensgefährlich sind. Es gibt in Deutschland jedoch entsprechend spezialisierte Kliniken und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die auf die Behandlung dissoziativer Anfälle spezialisiert sind (vgl. dazu unten).

Verhalten bei dissoziativen Anfällen

Wenn Angehörige wissen, dass es sich um einen dissoziativen Anfall handelt, sollten sie sich vor Augen führen, dass es sich dabei nicht um einen lebensbedrohlichen Zustand handelt – auch dann nicht, wenn er wesentlich länger als 5 Minuten dauert. Sie sollten mit den Betroffenen Kontakt aufnehmen, sie ansprechen und versuchen, ihnen mit Worten ins Hier-und-Jetzt zurück zu helfen. Konkret: Eigenen Namen nennen, sich vorstellen, Datum und Ort mitteilen und ähnliches.

Hilfreich ist es, wenn mit den Betroffenen besprochen und vereinbart wurde, was in solchen Situationen helfen kann. Das kann eine vereinbarte Ansprache sein, die Setzung eines vereinbarten Reizes jeder Art (z.B. Ammoniak-Riechstäbchen, Beißen auf eine Chili-Schote), ein angenehmer Geruch oder etwas anderes.

Wenn ein dissoziativer Anfall lange dauert und das, was

jemandem einfällt oder was vereinbart wurde, nicht hilfreich erscheint, sollte derjenige oder diejenige, die den Anfall beobachtet, erwägen, zum Beispiel das Zimmer zu verlassen und mitzuteilen, wann er oder sie wiederkommt – z.B. nach 5 Minuten. Das muss dann zuverlässig getan werden, die Betroffenen müssen ehrlich, respektvoll und verlässlich sein.

Wo finde ich Hilfe und Unterstützung?

Weitere Informationen zu dissoziativen Anfällen finden sich auf der Webseite www.kommission-psychosomatische-epileptologie.de der entsprechenden Kommission der *Deutschen Gesellschaft für Epileptologie*; die *Stiftung Michael* (www.stiftung-michael.de) hat eine lesenswerte Broschüre zu dissoziativen Anfällen herausgegeben, die auf deren Webseite als kostenloser Download zur Verfügung steht. Zudem gibt es eine Broschüre in Leichter Sprache (Anfälle mit seelischen Ursachen) und einen Sonderdruck unserer Mitgliederzeitschrift *epifälle*, die auf unserer Webseite als kostenloser Download zur Verfügung stehen und als Broschüre bei unserer Bundesgeschäftsstelle bestellt werden können.

Es gibt in Deutschland nur wenige Zentren und Ärztinnen und Ärzte, die auf die Behandlung von Menschen mit dissoziativen Anfällen spezialisiert sind. Empfehlenswert ist die Kontaktaufnahme zu Epilepsie-Zentren beziehungsweise Epilepsie-Ambulanzen, die hier – unter Umständen vermittelnd – helfen können (vgl. entsprechende Adressen auf unserer Webseite oder auf der Webseite der *Deutschen Gesellschaft für Epileptologie* www.dgfe.org). Auch die Epilepsieberatungsstellen können hier vermittelnd weiterhelfen, eine Übersicht über die Kontaktadressen findet sich z.B. auf der Webseite www.sozialarbeit-bei-epilepsie.de des entsprechenden Vereins.



Bundesgeschäftsstelle

Zillestraße 102

10585 Berlin

Fon 030 – 342 44 14

Fax 030 – 342 44 66

info@epilepsie-vereinigung.de

www.epilepsie-vereinigung.de

Besuchen Sie uns auch bei Facebook:



Spendenkonto

IBAN DE24 100 700 240 6430029 01

BIC (SWIFT) DEUT DE DBBER

Deutsche Bank Berlin

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Fachliche Beratung: Dr. med. Nora Füratsch (Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin)