

Psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES): Gibt es verlässliche Kriterien und Therapiemöglichkeiten?

Neurol Rehabil 2018; 24(3): 215–224

© Hippocampus Verlag 2018

M. T. Frauenheim

Zusammenfassung

Psychogene nicht-epileptische Anfälle (psychogenic non-epileptic seizure, PNES) sind in ihrem Erscheinungsbild zeitlich begrenzte Veränderungen motorischer, sensorischer, autonomer und/oder kognitiver Symptome, die epileptischen Anfällen ähneln, im Gegensatz zu diesen jedoch nicht durch epileptiforme ictale Aktivität verursacht sind [19]. Durch Fehldiagnosen liegen zwischen der Erstmanifestation bis zur korrekten Diagnosestellung oft mehrere Jahre mit inadäquater Behandlung. Die von epileptischen Anfällen sich häufig unterscheidende Semiologie der PNES (z. B. geschlossene Augen, Dauer von mehr als 5 Minuten, areaktives Verharren, fluktuierende, polymorphe und irreguläre motorische Bewegungen und Statusneigung) sollte bereits frühzeitig klinische Hinweise liefern. Der diagnostische Goldstandard ist die Erfassung eines habituellen Anfalls im Video-EEG. Eine frühzeitige und wertschätzende Vermittlung der Diagnose PNES hat einen entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz der Diagnose, auf die spätere Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung und somit auch auf die weitere Prognose [19]. Einzige Behandlungsmöglichkeit stellt eine – häufig multimodal orientierte und integrative – Psychotherapie dar.

Schlüsselwörter: dissoziative Anfälle, psychogene nicht-epileptische Anfälle, psychogenic non-epileptic seizures, PNES, Diagnose, Behandlung

*Krankenhaus Mara, Bethel
Epilepsie-Zentrum Bethel*

Einleitung und Begriffsbestimmung

Der Begriff der Dissoziation hat eine lange und bewegte Geschichte und entstammt dem mittlerweile veralteten Konzept der Hysterie. Das altgriechische Wort »Hystera« bezeichnet die Gebärmutter, welche nach den Vorstellungen von Hippokrates und Platon auf der Suche nach Befruchtung begehrt durch den Körper der Frau wandere und durch damit einhergehende Raumforderungen zu »hysterischen« Symptomen wie Ohnmachtsanfällen führe. Diese veraltete konzeptuelle Vorstellung prägte zum einen die diskriminierende Meinung, dass ausschließlich Frauen betroffen seien, als auch abgeleitete Behandlungsempfehlungen in Form der sexuellen Befriedigung oder Befruchtung der Frau. Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot etablierte 1882 im Hôpital de la Salpêtrière in Paris die erste eigenständige neurologische Abteilung in Europa und beschäftigte sich in seinen späteren Jahren mit der systematisch-wissenschaftlichen Beschreibung und Erfassung hysterischer Phänomene. Im Gegensatz zur Epilepsie nahmen er und seine Schüler (Pierre Janet und Sigmund Freud) eine psychische Genese der PNES in Form von traumatischen Erlebnissen an, die sich in den hysterischen Symptomen widerspiegeln würde. Pierre Janet beschrieb mit dem Begriff »désagrégation« den eher passiven mentalen

Prozess der eingeschränkten psychischen Integrationsfähigkeit. Demnach ist ein mehr oder weniger großes Muster von Erleben und Verhalten aus dem Bewusstsein abgespalten und entzieht sich damit der bewussten Kontrolle. Ätiologische Grundlage dessen seien traumatische Erlebnisse vor dem Hintergrund einer konstitutionellen Prädisposition. Sigmund Freud sah im Gegensatz dazu als Grundlage hysterischer Symptome einen aktiven mentalen Verdrängungsmechanismus an, den er als Konversion bezeichnete. Nach dem Strukturmodell der Psyche vermittelt die »Ich«-Instanz zwischen den Ansprüchen des »Es« (u. a. sexuelle Wünsche bzw. Regungen), den in der Instanz des »Über-Ich« angesiedelten sozialen Normen, Werten und moralischen Vorstellungen und der sozialen Umwelt derart, dass konflikthafte, nicht auslebbare Triebregungen oder traumatische Erinnerungen nicht ins Bewusstsein drängen, sondern in körperliche Symptome umgeformt werden und dieses auch symbolhaft widerspiegeln [8].

Dissoziation ist in der »Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme« (ICD-10) als »teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperregionen« (ICD-10; WHO 1991) definiert. Grund-

Psychogenic non-epileptic seizures (PNES): Are there reliable criteria and therapeutic options?

M. T. Frauenheim

Abstract

Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) are temporally limited changes in the appearance of motor, sensory, autonomic and/or cognitive symptoms, which are similar to epileptic seizures, but in contrast to these are not caused by epileptiform ictal activity [18]. Misdiagnoses often lead to inadequate treatment between initial manifestation and the correct diagnosis. The signs of PNES, which often differ from epileptic seizures (e. g., closed eyes, duration of more than 5 minutes, persistence, fluctuating, polymorphic and irregular motor movements, and status propensity) provide early clinical evidence. The diagnostic gold standard is the detection of a habitual seizure using video EEG. A careful and early diagnosis of PNES has a decisive influence on the **patient's accepting** the diagnosis, their subsequent participation in psychotherapeutic treatment and thus also the further prognosis [18]. There is only one treatment option: psychotherapy, which is often multimodal-oriented and integrative.

Keywords: dissociative seizures, psychogenic non-epileptic seizures, PNES, diagnosis, treatment

Neurol Rehabil 2018; 24(3): 215–224
© Hippocampus Verlag 2018

sätzlich ist zwischen dissoziativen Symptomen versus dissoziativen Störungen zu unterscheiden. Eine Störung besteht, wenn die Symptome für sich genommen in klinisch bedeutsamer Weisen zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktions- bzw. Lebensbereichen führen.

In den modernen psychiatrischen Klassifikationssystemen, wie dem »Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen« DSM-5 und der »International Classification of Diseases« ICD-10, wird das veraltete und überfrachtete Hysterie-Konzept nicht verwendet und in der ICD-10 in dissoziative Störungen, Somatisierungsstörungen und histrionische Persönlichkeitsstörung zergliedert. Nicht in der ICD-10, jedoch weiterhin im DSM-5 wird der Begriff der Konversionsstörung (Störung mit funktionell neurologischen Symptomen) unter dem übergeordneten Kapitel »Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen« verwendet und bezieht sich auf körperliche Symptome, die mit ausgeprägtem Leiden und Beeinträchtigungen einhergehen und diagnostisch nicht mit bekannten neurologischen oder körperlichen Störungen im Einklang stehen. Im DSM-5 werden dem Kapitel der dissoziativen Störungen diejenigen Symptome zugeordnet, die vorwiegend den Bereich der psychischen Funktion betreffen können (dissoziative Identitätsstörung, dissoziative Amnesie, Depersonalisations-/Derealisationsstörung u.a.) [6].

Dissoziative Anfälle sind nach LaFrance als paroxysmale, zeitlich begrenzte Veränderungen motorischer, sensorischer, autonomer und/oder kognitiver Symptome, die im Gegensatz zu epileptischen Anfällen nicht durch epileptiforme ictale Aktivität verursacht sind [19]. Sie können in ihrem Erscheinen zwar epileptischen Anfällen ähneln, sind jedoch nicht Ausdruck einer Epilepsie, sondern psychischer Genese. Die verminder-

te Kontrolle über den Körper kann unterschiedlicher Gestalt sein und sich beispielsweise in Form von areaktivem Verharren oder fluktuierenden, polymorphen bzw. irregulären motorischen Bewegung entäußern.

Alternative Begriffe zur Bezeichnung dissoziative Anfälle sind unter anderem psychogene Anfälle, hysterische Anfälle, funktionelle Anfälle, pseudoepileptische Anfälle oder nicht-epileptische Anfälle. Diese Begriffe bezeichnen zwar denselben Sachverhalt, implizieren zum Teil aber invalidierende Wertungen bzw. veraltete Annahmen oder umfassen wie der Begriff »nicht-epileptische Anfälle« verschiedene paroxysmale Störungen (z. B. Synkopen, PNES, paroxysmale Bewegungsstörungen u. a.). Der Begriff psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES) besticht dadurch, dass er einerseits namentlich die Abgrenzung zu epileptischen Anfällen innehat als auch andererseits auf einzelne konzeptuelle Annahmen verzichtet. Beispielsweise können PNES psychologisch als dissoziatives Phänomen, psychischer Verarbeitungsmechanismus, »etablierte« reflexartig ablaufende Reaktionsweise oder als erlerntes Verhalten verstanden werden [4].

Fakten zur Epidemiologie und Prognose

Die Inzidenz von PNES in der Bevölkerung beträgt ca. 3 pro 100.000 pro Jahr, die sich einer neurologischen Diagnostik wegen Anfällen unterziehen. Die Prävalenz in der Normalbevölkerung wird mit 2 bis 33 pro 100.000 oder ca. 4% der Prävalenz epileptischer Anfälle geschätzt [4]. In Anbetracht der häufigen Fehldiagnosen sind die epidemiologischen Daten allerdings zurückhaltend zu werten. Sie sind zudem von der jeweilig untersuchten Population abhängig. Häufig basieren diese auf Untersuchungen von Patienten, die zu neurologischen bzw. epileptologischen Abteilungen überwiesen werden. So weisen 20% der zur epilepsiechirurgischen Evaluation eingewiesenen Patienten PNES auf [21]. 25–30% der Patienten, die zu einem tertiären Epilepsiezentrum wegen therapierefraktärer Epilepsie überwiesen werden haben PNES [15]. Schließlich weisen 50% der Patienten mit therapierefraktärem Anfallsstatus einen PNES-Status auf [15]. Circa 10% der Patienten mit Epilepsie haben zusätzlich PNES. Diese Koinzidenz findet man häufiger bei Epilepsiepatienten mit Intelligenzminderung (ca. 20%).

Frauen sind dreimal häufiger als Männer betroffen. Das Manifestationsalter liegt überwiegend nach der Pubertät (Altersgipfel zwischen 20 und 30 Lebensjahren). Dennoch können diese in jedem Alter auftreten, äußerst selten jedoch vor dem 5. Lebensjahr [1].

Eine frühe Diagnosestellung und angemessene Behandlung bessert die Chance auf Heilung und soziale Reintegration. Leider besteht zwischen der Erstmanifestation und der Diagnosestellung häufig eine beachtliche zeitliche Latenz von mehr als sieben Jahren [1]. Eine

zeitnahe und adäquate Diagnosestellung und -mitteilung schafft sowohl für den Betroffenen als auch für den Behandler Klarheit. Dadurch kommt es bereits bei einem Teil der Patienten zur Anfallsfreiheit. Häufig wird nach der Diagnosestellung keine weitere psychotherapeutische Behandlung aufgenommen, zum Teil auch aufgrund der langen Wartezeiten oder Fehlen von bezüglich PNES spezialisierten Psychotherapeuten. So kommt es, dass in einer Studie aus der epileptologischen Universitätsklinik Bonn nach durchschnittlich 11,9 Jahren nach Manifestation und 4,1 Jahren nach Diagnose der PNES noch 71% der Patienten weitere Anfälle hatten und 56% sogar auf soziale Unterstützung im Alltag angewiesen waren. Erschreckend ist der Aspekt, dass 41% der Patienten ohne Hinweise auf eine zusätzlich bestehende Epilepsie nach der Diagnose von ausschließlich PNES wieder oder immer noch Antiepileptika (AED) einnahmen [33]. Hinsichtlich des Behandlungsziels Anfallsfreiheit sind an prognostisch ungünstigen Faktoren folgende zu nennen: längere Erkrankungsdauer und späte Diagnosestellung, Intelligenzminderung, Persönlichkeitsstörungen, fehlender Leidensdruck und etablierter sekundärer Krankheitsgewinn, Anfälle mit hypermotorischen Elementen und aggressiven Verhaltensmustern.

Diagnostik

Wie bereits erwähnt ist ein erster wichtiger Schritt in der Behandlung von PNES eine zügige Diagnostik und adäquate Vermittlung der Diagnose. Dies umfasst einerseits die Abgrenzung der PNES von epileptischen Anfällen sowie anderen paroxysmalen (nicht-epilep-

tischen) Störungen wie beispielsweise Synkopen oder paroxysmalen Bewegungsstörungen. Goldstandard für die Diagnostik von PNES ist die Erfassung der Anfälle im Video-EEG (VEEG). Bei jedem Patienten sollte wenn möglich eine kraniale Kernspintomographie durchgeführt werden, was dem strukturell-morphologischen Ausschluss bzw. der Identifizierung eines epileptogenen Fokus dient.

Anamnese & Semiologie

Die Erhebung der Anamnese der Anfälle kann sich an dem in **Tabelle 1** aufgeführten Gesprächsleitfaden orientieren, welcher die Berücksichtigung von interaktionsspezifischen und linguistischen Aspekten ermöglicht, die sich bei der Beschreibung von epileptischen vs. dissoziativen Anfällen unterscheiden und sich damit als äußerst wertvolles differentialdiagnostisches Instrument erwiesen hat [26, 27, 32]. Beispielsweise geben Patienten mit PNES gegenüber denen mit Epilepsie nur spärliche Angaben über ihr subjektives Erleben in den Anfällen an, sodass der Bezug häufig erst im Gespräch durch den Explorierenden hergestellt werden muss. Während Epilepsiepatienten kaum negierende Beschreibungen gebrauchen und verschiedene Formulierungen bzw. Umschreibungen anbieten, dominieren bei Patienten mit PNES häufig vereinfachte und absolute Angaben, wie »Ich war weg«, »Ich fühlte nichts« oder »Ich weiß nicht mehr, was passierte«. Stattdessen werden häufig die situativen Umstände der Anfälle beschrieben [26, 27, 32]. Jenkins et al. wiesen nach, dass nach einem kurzen Konversationsanalyse-Training die Differenzie-

Tab. 1: Explorationsleitfaden der Anamnese (modifiziert nach Plug and Reuber, 2009 [26])

Phase	Befragung	Dauer
»Offener« Gesprächsbeginn	Initiative und Verantwortung für den Gesprächsverlauf wird dem Patienten überlassen. Es werden möglichst wenig thematisch lenkende Fragen gestellt bzw. der Gesprächsablauf unterbrochen. – »Welche Erwartung haben Sie an den heutigen Termin?« Wenn Pausen entstehen, sollten diese mit dem Hinweis des weiteren Zuhörens toleriert werden und ggf. einzelne Äußerungen des Patienten wiederholt werden, um diesen zu weiteren Angaben zu ermutigen. Wenn der Patient im Verlauf dieser Phase selbst den Bezug zu den Anfällen und deren Beschreibung herstellt, schließt sich die nächste Gesprächsphase an.	5–10 Min.
Beschreibung einzelner Anfallsereignisse	Es wird ausführlicher nach den Anfällen gefragt. Dabei sollten so wenig konkrete Vorgaben wie möglich gegeben werden, sodass der Patient die Möglichkeit hat, über einen beliebigen Aspekt des Anfalls geschehen zu sprechen. Anschließend kann dieser aufgefordert werden etwas expliziter über die Anfälle zu sprechen. – »Was wissen Sie denn von Ihren Anfällen?«, »Beschreiben Sie bitte, wie so ein Anfall abläuft!« Im Gespräch kann sich zeigen, ob ein Widerstand zur Fokussierung bzgl. konkreter Anfallsereignisse besteht oder Unterschiede bzgl. der Erinnerbarkeit von einzelnen Anfallsepisoden vorliegen. Diesbezüglich kann nach der Beschreibung des ersten, letzten und schlimmsten Anfalls gefragt werden, die der Patient erinnert.	10 Min.
Gezielte Fragen	Gezielte Fragen über bestimmte Aspekte der beschriebenen Anfälle werden vertieft: »Jeder Patient bekommt während seiner Anfälle irgendetwas mit!«, »Wie merken Sie, dass der Anfall losgeht?«	5 Min
Sonstiges	Schließlich werden direkte Fragen über geschilderte oder nicht geschilderte Aspekte im Gespräch gestellt (klassisch ärztlich-epileptologische Exploration).	5 Min.

Anweisungen: Vermeide den Verlauf des Gesprächs durch neue Themen zu unterbrechen. Auch Stille sollte toleriert werden. Den Patienten zu weiteren Angaben motivieren, indem man z.B. Äußerungen wiederholt oder weiteres Interesse signalisiert (mh, ok, verstehe, etc.).

Tab. 2: Übersicht über semiologische und anamnestische Unterschiede von epileptischen vs. dissoziativen Anfällen (PNES) [29, 34, 36]

Merkmale	Psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES)	Epileptischer, vor allem generalisierter tonisch-klonischer Anfall
Semiologische Beobachtungen		
Auslöser	situationsabhängiger Beginn (emotionale Auslöser / Stressreaktion) ist nicht selten, gelegentlich durch Stimuli auslösbar	selten situationsabhängiger Beginn und durch Stimuli auslösbar (definierte Reflexmechanismen, feste Bindung an Schlafentzug)
Prodromi	diffuse und variable Symptome, zunehmender Anspannungszustand, variabel, protrahiert	klassische epileptische Aura, stereotyp, eher kurz
allmählicher Beginn	nicht selten	selten
undulierende motorische Aktivität	häufig	sehr selten
asynchrone Arm- und Beinbewegungen	häufig	ungewöhnlich
zielgerichtete Bewegungen	gelegentlich	sehr selten
rhythmische Beckenbewegungen	gelegentlich	selten i. R. von Anfällen bei Frontallappenepilepsie
Opisthotonus, »arc de cercle«	gelegentlich	sehr selten
Kopfschütteln	häufig	selten
iktuale prolongierte Atonie	gelegentlich	sehr selten
iktuales Weinen	gelegentlich	sehr selten
geschlossener Mund bei scheinbar tonischem Anfall	gelegentlich	sehr selten
Vokalisationen bei tonisch klonischen Bewegungen	gelegentlich: geformte Laute, teilweise Sprache, Schimpfen, Fluchen, Schmähungen, Schreien	sehr selten: dysarthrophon, unnatürlich, bizarr
Augen	sehr häufig: Lidschluss, oft fest zugekniffen, Blick oft gesenkt, geotrope Blickwendung	selten: Lidschluss, meist initial geöffnete Augen
Widerstand bei Augenöffnen	häufig	sehr selten
erhaltener Pupillenreflex	sehr häufig	ungewöhnlich
Reaktivität während Bewusstlosigkeit	gelegentlich	sehr selten
Sturz	Abfangbewegungen, allmähliches Hinsinken, Sturz in Richtung auf Wand oder Umstehende, eher selten schwere sturzbedingte Verletzungen	abrupt durch tonischen, atonischen oder myoklonischen Haltungsverlust, mgl. Verletzungen
Pupillen	Mydriasis kann vorkommen (bei erhöhten Sympathikotonus), selten Lichtstarre	lichtstarre, geweitete Pupillen (Mydriasis)
Automatismen	undulierend, bizarr, suggestibel, negativistisch (Augen zukneifen), symbolträchtig, Weinen, Kopfschütteln	repetitive Stereotypien, oraalimentär (komplex fokale Anfälle)
Anfallsdynamik	irregulär, asynchron, undulierend, Crescendo oder »waxing and waning«	tonisch-klonisch mit Decrescendo
Verletzungen	Selbstverletzungen, »carpet burns«, gezielte Fremdaggressionen	stereotypes Verletzungsmuster, Verbrennungen
Zungenbiss	gelegentlich, dann meist die Zungenspitze betreffend, mitunter mehrere Bisse	Zungenrand, Wange, sehr selten Zungenspitze
Enuresis	selten, v. a. Stuhlinkontinenz	möglich
Atmung	Häufig: normale Atmung oder Atempausen ohne Zyanose	selten: Apnoe mit reduzierter Sauerstoffsättigung und Zyanose
Dauer	eher lang, häufig länger als > 5 Minuten	typischerweise < 2–3 Minuten
Amnesie	meist partiell und auflösbar	komplett; bei frontaler Epilepsie partiell
postiktal	oft rasche Rekonvaleszenz, staunendes Erwachen / Augenreiben, Schreien, Wimmern, Stöhnen	langsame Reorientierung, Todd'sche Phänomene, Babinskizeichen
Kopfschmerzen	präiktal als Teil des zunehmenden Anspannungszustandes	postiktal
Anamnestische Beobachtungen		
Manifestationsalter vor dem 10. Lj.	ungewöhnlich	häufig
Veränderung der Anfallssemiologie	gelegentlich	selten
Verschlechterung unter AED	gelegentlich	selten
Anfälle in Gegenwart von Ärzten	häufig	ungewöhnlich
Rezidivierender Anfallsstatus	nicht selten	selten
multiple unerklärte körperliche Beschwerden, OP, invasive Untersuchungen	häufig	selten
psychiatrische Behandlung	häufig	selten
sexueller oder physischer Missbrauch	häufig	selten

zung zwischen epileptischen und psychogenen nicht-epileptischen Anfällen in 81,8% der Fälle möglich war [16].

Für die Semiologie von Anfällen wird eine deskriptive und phänomenologische Terminologie zur Beschreibung des klinischen Bildes von epileptischen Anfällen benutzt. Diese ist bei PNES häufig vielfältig und kann ein weites Spektrum von Anfallselementen aufweisen. Für sich genommen ist keines der Merkmale allein pathognomisch bzw. hinreichend spezifisch, um PNES von epileptischen Anfällen zu unterscheiden, sodass die Gesamtschau mehrerer Merkmale für die Unterscheidung berücksichtigt werden muss (Tabelle 2). Typischerweise manifestieren sich PNES mit Einschränkung des Bewusstseins, geschlossenen Augen, graduellem Beginn und allmählichem Abklingen der motorischen Phänomene beispielsweise in Form von Versteifen oder Überstrecken des Rumpfs (opisthotone Körperhaltung bzw. »Arc de cercle«), Pendelbewegung des Kopfes (Kopfschütteln), ausschlagenden Bewegungen der Extremitäten oder areaktivem Verharren. Die motorischen Anfallsphänomene sind dabei häufig asynchron, in der Amplitude sowie Richtung regellos, weisen unphysiologische Ausbreitungs- und Verteilungsmuster und fluktuierende Intensität (undulierend in Form von wiederkehrendem An- und Abschwollen der Zuckungen oder Krämpfe) auf. Die konvulsive Phase ist häufig länger als 5 Minuten. Zungenbiss tritt selten und meist auf die Zungenspitze begrenzt auf. Verletzungen können auftreten und weisen dann häufig den Charakter von Selbstverletzungen oder Schürfwunden (carpet burns) auf.

Eigen- oder Fremdanamnestic Angaben zu semiologischen Details der Anfälle werden häufig nicht korrekt erinnert. Beispielsweise wird die Anfallsdauer häufig überschätzt. Syed et al. zeigten in einer prospektiven Studie, dass von 48 semiologischen Merkmalen lediglich jeweils drei Merkmale für die jeweilige Anfallsart anamnestic für die Unterscheidung zuverlässig sind (3 PNES Merkmale: erhaltenes Bewusstsein, Augenflattern, die Anwesenheit von Personen kann die Anfälle verstärken; 3 Epilepsiemerkmale: abrupter Beginn, Augen sind weit geöffnet, postiktale Verwirrtheit/Schlaf) [35]. Die diagnostische Einordnung wird deutlich erleichtert, wenn Videos (z. B. Handy-Videos) der zu beurteilenden Anfälle zur Verfügung gestellt werden können.

Video-EEG

Goldstandard für die Diagnostik von PNES ist die Erfassung der Anfallsereignisse im Video-EEG. Die Analyse der im Video-EEG erfassten Anfälle erfolgt wiederum unter Berücksichtigung der bereits beschriebenen semiologischen Merkmale der Anfälle (siehe Abschnitt Anamnese und Semiologie). Wenn während eines Standard-VEEG kein habitueller Anfall auftritt, kann ein längeres VEEG durchgeführt werden. Hierbei tritt bei der Mehrheit

(75–96%) der Patienten ein Anfall innerhalb der ersten 48 Stunden auf, während eine Fortführung eines VEEG über 5,5 Tage häufig ergebnislos ist [23]. VEEG sollten demnach als zweiter Schritt 2–3 (max. 5 Tage) zur Erfassung spontaner PNES durchgeführt werden. Bei Erfolglosigkeit kann im dritten Schritt bei fehlender Klarheit über die Genese der Anfälle eine Suggestive Anfallsinduktion (suggestive seizure induction, SSI) folgen, die je nach verwendetem Protokoll unterschiedliche Erfolgsquoten aufweist (siehe Abbildung 1) [28]. Protokolle zur SSI beinhalten je nach verwendeter Methode unter anderem eine verbale Instruktion, Hypnose, die äußere Applikation von Substanzen (zum Beispiel alkoholgetränkter Schwamm wird in den Nacken gelegt) oder intravenöse Gabe eines Placebos. Unterschieden werden nach dem Grad der Täuschung Verfahren zur suggestiven Anfallsinduktion mit expliziter Täuschung (Aussagen werden verwendet, die unwahr sind, z. B.: »Ein Anfall wird jetzt durch die Injektion des Konvulsivums ausgelöst«), mit eingeschränkt offener Information (Informationen sind technisch wahr, aber ein exklusiver organischer Prozess wird immer noch unterstellt, z. B.: »Wir werden ein Medikament intravenös geben, was in der Auslösung ihrer üblichen hilfreich sein kann«) bis hin zur offenen und ehrlichen Kommunikation (»Während der Hyperventilation und Photostimulation können sowohl epileptische Anfälle als auch PNES provoziert werden«). Für das Vorgehen ohne vorsätzliche Täuschung konnten Hoepner et al. zeigen, dass dieses Vorgehen bereits eine Rate der Anfallsinduktion von 38% gegenüber der in der Studie untersuchten Kontrollgruppe mit 10% aufwies [14]. Protokolle, die mit dieser offenen nicht-invasiven SSI beginnen und anschließend zu Protokollen mit invasiver SSI übergehen, reduzieren die Notwendigkeit von intravenösen täuschenden Placebo-SSI auf ein notwendiges Minimum. Letztere können die Arzt-Patienten-

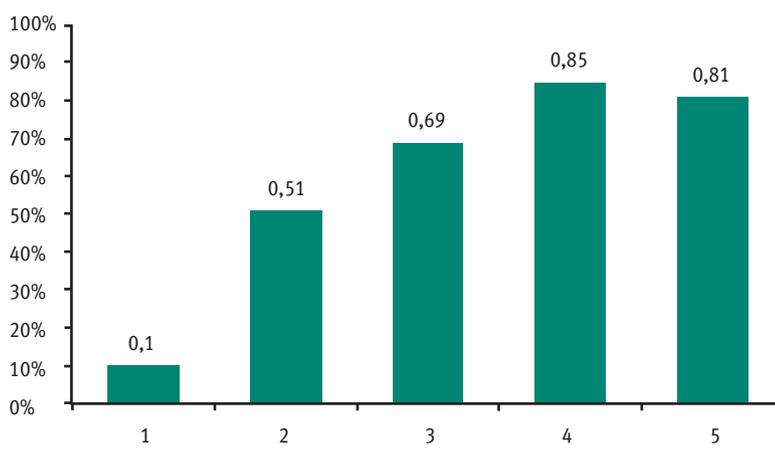


Abb 1: Erfolgsquoten der suggestiven Anfallsinduktion (SSI), geordnet nach dem Grad der Täuschung und der Konversationsanalyse in der Identifizierung von PNES: 1) ohne SSI, 2) offene und ehrliche verbale Suggestion, 3) Wahre, aber eingeschränkt offene verbale Suggestion, 4) explizite Täuschung (z. B. intravenöse Injektion eines Placebos), 5) Erfolgsquote der Konversationsanalyse [16, 28]

Tab. 3: Evidenzstufen der diagnostischen Sicherheit der Diagnose PNES nach LaFrance et al. [19]

Evidenzgrad	Anamnese	Anfallsbeobachtung	EEG
möglich	+	Von einem Beobachter oder Selbstbeurteilung/-beschreibung	Keine epilepsietypische Aktivität im interiktalen Routine- oder Schlafentzugs-EEG
wahrscheinlich	+	Bestätigung der für PNES typischen Semiologie durch die von einem Kliniker gesichteten Videos oder dessen eigene Beobachtung eines Anfalls	Keine epilepsietypische Aktivität im interiktalen Routine- oder Schlafentzugs-EEG
Klinisch gesichert	+	Bestätigung der für PNES typischen Semiologie ohne gleichzeitiges EEG durch einen in der Diagnostik von Epilepsie erfahrenen Kliniker (anhand Videos oder eigener Beobachtung eines Anfalls)	Keine epilepsietypische Aktivität im Routine-EEG oder ambulanten iktalen EEG während eines typischen Anfalls/Ereignisses, bei dem bei entsprechender Semiologie bei einem epileptischen Anfall üblicherweise iktale epilepsietypische EEG-Aktivität zu erwarten wäre.
VEEG dokumentiert	+	Bestätigung der für PNES typischen Semiologie unter Video-EEG durch einen in der Diagnostik von Epilepsie erfahrenen Kliniker	Keine epilepsietypische Aktivität unmittelbar vor, während oder nach einem Anfall mit für PNES typischer Semiologie während einer iktalen Video-EEG-Aufzeichnung

Abkürzungen: +: Anamnese ist konsistent mit PNES, EEG, Elektroenzephalographie

Beziehung schädigen, jedoch unter einer validierenden Nachbesprechung sogar auch therapeutisch förderlich sein [10]. Des Weiteren steht der raschen und kostengünstigen Klärung der Diagnose das rechtliche Problem einer Körperverletzung gegenüber.

Bei der Vergabe der Diagnose PNES sollte nach LaFrance et al. der Evidenzgrad angegeben werden [19]. Diesbezüglich sind neben der Anamnese von psychosozialen Belastungsfaktoren oder psychiatrischer Vorbehandlung die Beobachtung und Beurteilung der Anfallssemiologie und insbesondere die Ergebnisse der EEG-Diagnostik mit oder ohne Video zu berücksichtigen (Tabelle 3). Zwar stellt die Erfassung eines PNES im VEEG den Goldstandard der Diagnostik dar, sie sollte jedoch bei anamnestischer, linguistischer und klinisch-semiologischer Klarheit bzgl. der Diagnose PNES kein unerbittliches Ziel sein. Bei Koexistenz von PNES und Epilepsie können lediglich die Evidenzgrade klinisch-gesichert und mittels VEEG dokumentiert verwendet werden.

Behandlung

Psychoedukation

Diagnosemitteilung

Die Diagnose PNES kann bei den Betroffenen ganz unterschiedliche Gefühle bzw. Reaktionen auslösen. Möglicherweise sind ein Teil der Patienten verärgert, verunsichert oder enttäuscht, dass sie in der Vergangenheit

eine falsche Diagnose und nicht hilfreiche Behandlung erhalten haben. Ein anderer Teil reagiert mit Verärgerung, weil sie die psychische Verursachung der Anfälle nicht anerkennen oder akzeptieren können. Zweifel und Ängste können dazu führen, dass ein anderer Teil der Patienten weiterhin überzeugt ist, an einer Epilepsie erkrankt zu sein, was dann häufig weitere stationäre Abklärungen oder die erneute Eindosierung von Antiepileptika zur Folge hat. Die Vermittlung der Diagnose PNES hat einen entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz der Diagnose, die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung und der weiteren Prognose [13]. Zu berücksichtigende Schritte sind in Tabelle 4 aufgeführt. Die Verwendung einer Informationsbroschüre kann hierbei sehr nützlich sein, ersetzt jedoch nicht ein Gespräch über die Diagnose, welches u.a. eine Veränderungsmotivation zur Psychotherapie erarbeiten sollte [7].

Erklärungsmodell

Das Auftreten von PNES ist möglicherweise von einer kurzfristigen Funktionsstörung des Gehirns begleitet. Die damit in Zusammenhang stehende emotionale Dysregulation wird beispielsweise ausgelöst durch eine Konfrontation mit bedrohlichen oder vermiedenen Gefühlen, Gedanken oder Situationen [19, 20]. Die Ursachen von PNES sind individuell und vielfältig. Obwohl viele Fragen über die Ätiologie noch offen sind, kann man grob zwischen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren differenzieren [32].

Oftmals werden die ersten Anfälle durch ein beängstigendes, erschütterndes oder traumatisierendes Ereignis (wie beispielsweise einem Überfall, den Tod einer geliebten Person oder eine Vergewaltigung) oder durch andere größere Verluste, belastende Lebensveränderungen oder -umstände ausgelöst. Sie können während dieser belastenden Ereignisse, direkt danach oder mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung auftreten. Im letzteren Fall ist es den Betroffenen häufig nicht offensichtlich, warum Anfälle überhaupt begonnen haben [3].

Hat das Gehirn den »Bewältigungsmechanismus« der Dissoziation erst einmal durch Lernprozesse etabliert, können bei späteren Anfällen verschiedenste Auslöser identifiziert werden. Diese sind zum Beispiel unwillkürlich auftretende Erinnerungen an vergangene traumatische Situationen, belastende Gefühle oder Gedanken, Konflikte in wichtigen Beziehungen oder die Inkongruenz zwischen Motiven, die der Erfüllung oder der Bewahrung vor Verletzung von Grundbedürfnissen dienen.

Man geht davon aus, dass Stress und belastende Ereignisse mit Anfälligkeitsfaktoren interagieren und zur Auslösung von PNES beitragen. Grundlegende situationsübergreifende Anfälligkeitsfaktoren sind u.a. die genetische Disposition, frühkindliche Erlebnisse in der Beziehung zu den Eltern (inkl. Verluste nahestehender Personen, frühe Vernachlässigung oder Gewalterfahrung), die die Entwicklung eines Kindes grundlegend

bestimmen können sowie Einfluss auf die spätere Stressverarbeitung und Persönlichkeitsmerkmale haben. Bei vielen Patienten mit PNES liegen zusätzliche psychiatrische Störungen vor. Häufig sind hierbei somatoforme, sonstige dissoziative sowie affektive Störungen, Traumafolgestörungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung) und Persönlichkeitsstörungen (insbesondere emotional-instabile Persönlichkeitsstörung bzw. Borderline-Störung).

Daneben gibt es aktuelle Lebensumstände wie Schlafschwierigkeiten, eine zu geringe Trink- oder Nahrungsmenge, soziale beziehungsweise intrafamiliäre Konfliktsituationen oder unzureichend behandelte somatische Erkrankungen, die die emotionale Verwundbarkeit erhöhen und die Schwelle für psychogene nicht-epileptische Anfälle senken können.

Im Laufe der Zeit können dissoziative Anfälle (PNES) auch ohne offensichtliche Auslöser auftreten, selbst dann, wenn sich die Betroffenen ausgeglichen und entspannt fühlen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn PNES bereits über eine längere Zeit hinweg bestehen. Bei geringen Anzeichen von Belastung, die vielleicht gar nicht mehr bewusst wahrgenommen werden, kommt es dann im Sinne eines erlernten und etablierten Verarbeitungsmechanismus »sicherheitshalber« zu einem PNES. Damit ist die Reaktion nicht mehr hilfreich, sondern wird selbst zum Problem.

Anfälle können auch durch die damit einhergehenden Konsequenzen aufrechterhalten oder intensiviert werden. In der Verhaltenstherapie werden hierbei zwischen kurzfristigen und längerfristigen Vor- und Nachteilen unterschieden. So können dissoziative Anfälle beispielsweise kurzfristig eine Reduktion von unangenehmen und unerträglichen Gefühlen zur Folge haben. Längerfristig resultiert jedoch häufig daraus, dass Betroffene nicht lernen, ihre Bedürfnisse oder Grenzen auf andere Weise zum Ausdruck zu bringen und somit keine korrigierenden Erfahrungen mehr wirksam werden können. Stattdessen ziehen sich Betroffene zurück und vernachlässigen eigene Wünsche oder benötigen die Sicherheit der Begleitung von Angehörigen, was wiederum die Selbstwirksamkeit mindert und ein weiterer Auslöser für Anfälle darstellen kann.

Anfallsbegleitung und -unterbrechung

In der Begleitung von PNES sollte man sich bewusst werden, dass die eigene Reaktion das Geschehen des PNES in großem Maße beeinflussen kann. So kann man selbst ebenso schwer bemerkbar als auch intensiv mit durchaus potenziell destruktiven als auch verleitenden Affekten, Bewertungen und Handlungsimpulsen beteiligt sein (zum Beispiel: »Die Anfälle werden doch nur gespielt, um etwas zu erreichen«) [9]. Hierbei ist es wichtig, sich der eigenen Reaktion sowohl auf emotionaler als auch gedanklicher Ebene bewusst zu werden, diese zu

Tab. 4: Vorgehen bei der Diagnosemitteilung und zur Veränderungsmotivation nach Baslet et al. [2]

Berücksichtigung folgender Aspekte	Beschreibung
Multidisziplinäre Diagnostik	Die Diagnostik erfolgt über den Neurologen, und der Psychiater (und Psychotherapeut) ist in die Besprechung und die Diskussion der Diagnose involviert. Die Beteiligten einigen sich über ein entsprechendes Behandlungskonzept.
Objektive Diskussion der Untersuchungsergebnisse	Anfallsereignisse werden als Ergebnis der Diagnostik (in der Regel Beobachtungen im VEEG mit Abwesenheit von epileptischen Anfallsmustern im EEG) erklärt. Anfälle können gemeinsam mit dem Patienten auf Video angeschaut werden. Die erfassten Anfälle werden als PNES benannt.
Glaubhafte Übermittlung der Diagnose	Anfälle werden als real, bedrohlich, einschränkend und nicht eingebildet ernst genommen. Betont wird, dass die Anfälle als real angesehen und außerhalb der willkürlichen Kontrolle des Patienten erachtet werden.
Erklärung der psychischen Genese der Anfälle (Psychoedukation)	Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells, das die Interaktion von Stress, belastenden Ereignissen mit aktuellen und überdauernden Anfälligkeitsfaktoren berücksichtigt. Dissoziation kann beispielsweise als Bewältigungsmechanismus bezüglich überfordernder Gefühle beschrieben werden. Zudem sollte der Aspekt betont werden, dass es auch andere Patienten mit PNES gibt und PNES keine »Anfälle zweiter Klasse« sind.
Empfehlung einer Psychotherapie	Psychotherapie wird als eine Intervention vorgestellt, die wirksam ist und die Möglichkeit eröffnet, Zusammenhänge zwischen Anfällen und individuellen psychosozialen Faktoren herzustellen und die Vulnerabilität hinsichtlich PNES zu reduzieren. Dabei wird Hoffnung auf Sistieren oder Reduktion der Anfälle vermittelt, jedoch nicht eine Beseitigung der PNES für das gesamte folgende Leben versprochen. Zugehörige familiäre Einflussfaktoren sollten diskutiert werden.
Psychiatrische Komorbidität	Betonung der Notwendigkeit der psychopharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlung komorbider psychischer Störungen.
Einbeziehung des Neurologen nach Diagnosemitteilung	Der Neurologe sollte in die Behandlung weiterhin involviert und verfügbar sein und mit dem Psychiater / Psychotherapeuten zusammenarbeiten, um das Absetzen unnötiger AED zu ermöglichen, komorbide neurologische Erkrankungen (einschließlich Epilepsie) zu behandeln sowie eine kontinuierliche Bewertung neu auftretender Symptome oder Ereignisse zu ermöglichen.

reflektieren und einzuordnen, anstatt ohne diese selbst-reflexive Haltung aufdrängenden Handlungsimpulsen unkontrolliert nachzugeben. Dieser achtsame Abstand ermöglicht einen Wechsel von aufdrängenden Handlungsimpulsen wie beispielsweise der Retterrolle durch Medikamente hin zum vermittelnden Gegenüber, das den PNES als »somatischen« Kommunikationsversuch begreift und Brücken ins »Hier und Jetzt« bzw. in die Realität baut sowie dem Patienten eine aktive Rolle bzw. Eigenkompetenz zuschreibt. Dies schließt auch den wichtigen Aspekt ein, dass eine Applikation von Medikamenten zur Anfallsunterbrechung sowohl nicht nötig als auch destruktiv ist.

Im Rahmen der Anfallsbegleitung sollten Gefahrengegenstände entfernt werden und eine Entdramatisierung der Situation geschaffen werden, indem beispielsweise andere beteiligte Personen aus dem Raum

geschickt werden. Zwar ist die Reaktivität der Patienten mit PNES in mehr als 90% eingeschränkt [30], dennoch besteht häufig im Gegensatz zu epileptischen Anfällen mit Bewusstseinsstörungen eine partielle Erinnerungsfähigkeit, die mehr oder weniger bewusst wiedergegeben werden kann. Diesbezüglich sollte man sich mit Namen und Funktion vorstellen und bei ausbleibenden oder negierenden Antworten die gestellte Frage selbst beantworten (»Heute ist der 1. April 2018 und Sie sind 31 Jahre alt und im Krankenhaus Mara«). Während des Anfalls zu beobachtende motorische Entäußerungen sollten beschreibend dem Patienten als Rückmeldung zur Verfügung gestellt werden. Man sollte bei fehlender Wirksamkeit von antidissoziativen Reizen (wie beispielsweise Ammoniak-Riechstäbchen, ätherischen Düften u. a.) auch die Zeit geben, den Anfall enden zu lassen. Hierbei sollten Fortschritte beschrieben und gewürdigt werden (»Ich sehe, dass Ihre Muskelverkrampfung nachlässt«). Bei ausreichender therapeutischer Erfahrung und Kenntnis der psychotherapeutischen Behandlung können Gefühle angesprochen werden, die sich im PNES widerspiegeln. Auch ist es möglich, eigene Gefühle und Haltungen anzusprechen, wenn Sie in Ihrer Aussage dennoch validierend bleiben (z.B. »Ich merke, dass ich ungeduldig werde«). Wenn Anfälle sehr lange dauern und keine akute Verletzungsgefahr besteht, ist es möglich, den Raum für einen angekündigten Zeitraum (z.B. 10–15 Minuten) zu verlassen und sich zuverlässig wieder zurückzumelden. Hierbei wird weiterhin sowohl Schutz und Sicherheit signalisiert (beispielsweise bei Patienten mit Flashbacks im Rahmen der PNES notwendig) als auch positive verstärkende Konsequenzen (bspw. durch vermehrte Zuwendung im Rahmen der Anfälle anstelle einer Bedürfniserfüllung durch adäquatere Wege, die häufig erst im Rahmen einer Psychotherapie erarbeitet werden müssen). Bei Sistieren des Anfalls ist es die Leistung des Patienten, die positiv anerkannt werden sollte. Im Rahmen der Psychotherapie ist es dienlich, wenn Patienten ihre anfallsbezogenen Erinnerungen oder Erfahrungen notieren, um eine Integration der Erfahrungen sowie Affekte im Anfall im jeweiligen Kontext zu ermöglichen. Hierfür können sowohl frei handschriftliche Notizen genutzt werden als auch strukturiertere Anfallsbeschreibungen, die an die verhaltenstherapeutischen Situations- bzw. Verhaltensanalysen angelehnt sind. Ein fehlender Zugang zum im Anfall Erlebten kann in einem späteren Gesprächsangebot über die beobachtbaren Gefühle im Anfall ergänzt werden, was in einer verlässlichen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung möglich ist.

Psychotherapie

Methode der Wahl zur Behandlung von PNES ist die Psychotherapie, welche über verschiedene Behandlungsansätze hinweg mindestens eine 50%-ige Reduktion der

Anfallsfrequenz zur Folge hat [5]. Neben der Anfallsfreiheit oder Reduktion der Anfallsfrequenz können an weiteren Behandlungszielen die Reduktion der Überweisung zu weiteren unnötigen diagnostischen Abklärungen und Noteinweisungen sein. Längerfristig kann auch eine an den Werten des Betroffenen ausgerichtete Behandlung die Lebensqualität viel mehr als die ledigliche Reduktion der Anfallsfrequenz verbessern. Neben der ambulanten Psychotherapie gibt es auch für Patienten mit PNES stationäre Behandlungsangebote wie beispielsweise im Epilepsie-Zentrum Bethel, da in der Zusammenarbeit zwischen Epilepsiespezialisten und Psychotherapeuten Irritationen oder Zweifel in der diagnostischen Zuordnung und Abgrenzung zu anderen paroxysmalen Störungen (Epilepsie, Synkopen u. a.) am besten aufgelöst werden können. Des Weiteren können bei zusätzlich bestehender Epilepsie eine entsprechend der Anfallsätiologie angepasste Behandlung angeboten werden und weitere Schritte für die ambulante Behandlung gebahnt werden.

Wie bereits im vorherigen Abschnitt zur Diagnosemitteilung ersichtlich geworden, steht zu Beginn einer erfolgreichen Psychotherapie die angemessene und wertschätzende Vermittlung der Diagnose PNES an den Patienten als auch die Angehörigen, die maßgeblich in der bisherigen Anfallsbegleitung involviert waren. Zur Förderung der Behandlungsmotivation als auch einer geeigneten eigenen therapeutischen Haltung sollten die in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) von Linehan [22] formulierten Grundannahmen adaptiert berücksichtigt werden:

- Patienten mit PNES geben sich wirklich Mühe.
- Sie wollen sich verändern und verbessern.
- Für Veränderungen müssen sie sich stärker anstrengen, härter arbeiten und höher motiviert sein als andere. Das ist ungerecht!
- Obwohl die Patienten ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht haben, müssen sie diese selbst lösen.
- Patienten mit PNES müssen in vielen relevanten Lebensbereichen neue Verhaltensmuster erlernen.
- Patienten mit PNES können in der angebotenen Psychotherapie nicht versagen.

Hinsichtlich der weiteren psychotherapeutischen Behandlung gibt es kleinere randomisierte kontrollierte Studien mit an andere verwandte psychische Krankheitsbilder angelehnten wirksamen Behandlungsschritten [11, 18], welche überwiegend manualisierte verhaltenstherapeutische Behandlungsschritte zur direkten anfallsbezogenen Behandlung reflektieren. Bisherige Metaanalysen bestätigen auch ein diesbezügliches Vorgehen im Sinne der nachgewiesenen Wirksamkeit der Verhaltenstherapie von PNES [24]. Unter Verwendung von Situationsanalysen (bspw. SOR[K]C-Modell, ABC-Schema oder Verhaltens- bzw. Kettenanalysen der DBT)

werden Frühwarnzeichen identifiziert, erarbeitet und beispielsweise entsprechend dem Skills-Training der DBT antidissoziative Strategien zur Anfallsvorbeugung bzw. -unterbrechung erarbeitet. Ein weiterer Behandlungsschritt umfasst die Verbesserung des Umgangs mit anfallsbezogenen Gefühlen und Gedanken, was u. a. die Vermittlung von gefühlsregulierenden Strategien als auch eine kognitive Umstrukturierung und die Vermittlung von Problemlösetechniken einschließen kann. Zum Teil ist zu Beginn der Behandlung die Thematisierung des Erlebens während der PNES aufgrund der eingeschränkten Erinnerbarkeit erschwert. Diese »Lücken« können einerseits durch Informationen aus der Anfallsbegleitung oder durch eine in das therapeutische Setting eingebettete Anfalls-Video-Reflexion geschlossen werden. Letztere umfasst eine psychotherapeutisch begleitete graduelle Exposition gegenüber einem Video eines stellvertretenden bzw. habituellen Anfalls (hier darf der Patient jederzeit das Video stoppen) und die Thematisierung der damit auftauchenden Emotionen, Gedanken und Handlungsimpulse. Die Verwendung einer an die Schematherapie angelehnten Imaginationstechnik mit Affektbrücke kann den Bezug zum biografischen Kontext herstellen.

Entsprechend Brown et al. [4] sind PNES kein einheitliches psychopathologisches Syndrom (hierbei ist die Heterogenität der Ursachen und psychologischen Erklärungsansätze von PNES zu berücksichtigen) und sie treten häufig im Zusammenhang mit komorbiden psychischen Störungen auf, sodass eine lediglich auf die Anfälle ausgerichtete psychotherapeutische Behandlung zwar hilfreich und wirksam sein kann, jedoch häufig allein nicht ausreichend ist. Im Rahmen einer integrativen Psychotherapie sollten dementsprechend unter Berücksichtigung allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie (bspw. nach Grawe [12] die therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung) ein jeweils auf die individuelle Problematik (Fallkonzeption der Psychotherapie) des Patienten ausgerichtetes psychotherapeutisches Vorgehen angeboten werden. Demnach sind psychotherapeutische Behandlungsansätze von PNES häufig multimodal strukturiert, um mehr als ein einzelnes Problem bzw. eine einzelne psychische Störung zu berücksichtigen (Tabelle 5). Die Behandlung der mit den PNES zusammenhängenden komorbiden psychischen Störungen sollte evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungsverfahren integrieren. Beispielsweise liegt bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit durch intrusive Erinnerungen bzw. Flashbacks ausgelösten PNES im Verlauf der Behandlung der Schwerpunkt in einer traumafokussierten psychotherapeutischen Behandlung (Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionstechniken, Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Therapy (EMDR), Narrativer Expositionstherapie (NET), Kognitiver Prozesstherapie

(CPT) u. a.), welche neben der Verbesserung der Affektregulation eine Traumabearbeitung sowie eine psychosoziale Reintegration und Neuorientierung umfasst.

Medikamentöse Behandlung

In der Behandlung von PNES sind Antiepileptika ineffektiv oder können sogar eine Zunahme der Anfallsfrequenz zur Folge haben, was meistens mit Nebenwirkungen bei höheren Dosierungen der Fall ist [17]. Oto et al. (201) fanden bzgl. des prospektiven Absetzens von Antiepileptika, dass überwiegend die Anfallsfrequenz auch im Verlauf über 6–12 Monate signifikant sank [25]. Die Strategie, eine antikonvulsive Behandlung bei zweifelhafter Diagnose fortzusetzen, ist inkonsequent und birgt Restzweifel für die Betroffenen, denen infolgedessen über längere Zeit keine adäquate Behandlung zukommt oder falsche Hoffnung vermittelt wird. Die Rechtfertigung, sich lieber auf der sicheren Seite bewegen zu wollen sowie sich auf die möglicherweise stimmungsstabilisierende Wirkung zu berufen, ist aufgrund der Vermittlung, es könnte eventuell doch Epilepsie vorliegen, nicht zielführend. Darüber hinaus suggeriert eine antiepileptische Dauermedikation bei einer Notfallbehandlung wegen eines prolongierten PNES oder einem psychogenen nicht-epileptischen Status dem Notfallarzt das Vor-

Tab. 5: Psychotherapeutische Behandlungsschritte PNES

Anfallsbezogene psychotherapeutische Behandlungsschritte
Diagnosevermittlung und Psychoedukation
Erarbeitung der Veränderungsmotivation (motivierende Gesprächsführung, Nutzung bestehender Ressourcen) und Reduktion aufrechterhaltender Konsequenzen (Kontingenzmanagement)
Information und Entscheidung bzgl. der medikamentösen Therapie, wie z.B. Absetzen der Antiepileptika bei ausschließlich bestehenden PNES und fehlender Komorbidität einer Epilepsie und psychopharmakologische Behandlung komorbider psychischer Störungen
Identifikation von Anfallsauslösern und Frühwarnzeichen PNES bzw. Dissoziation
Erhöhung der Kontrolle über Dissoziation durch Erarbeitung kurzfristig wirksamer antidissoziativer und affektregulierender Strategien: Ablenkungsstrategien, Achtsamkeitsübungen wie z.B. achtsames Atmen, Entspannungsübungen (z.B. Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training)
Umgang mit anfallsbezogenen Gedanken und Emotionen
Exposition gegenüber vermiedener Situationen, Aktivitäten inkl. diesbezügliches Problemlösetraining
Rückfallsprävention
Psychotherapeutische Schritte zur Behandlung von Entstehungs- und aufrechterhaltenden Faktoren
Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Grundannahmen und Schemata
Verbesserung der Emotionsregulation bzgl. der mit PNES assoziierten aversiven Emotionen und Reduktion der emotionalen Verwundbarkeit
Verbesserung der Wahrnehmung und Regulation von Bedürfnissen
Verbesserung der Fähigkeit zur interpersonellen Beziehungsgestaltung
Störungsspezifische Behandlung von komorbiden psychischen Störungen, wie z.B. traumafokussierte Psychotherapie einer PTBS
Verbesserung der Lebensqualität durch Akzeptanztraining und Wertearbeit

liegen einer Epilepsie. Dies kann die Fehldiagnose eines Status epilepticus bahnen und damit zu einer iatrogenen Gefährdung durch eine intravenöse Medikation bis hin zu einer Narkosebehandlung führen [15].

Komorbide psychische Störungen sollten allerdings bei Notwendigkeit adäquat psychopharmakologisch behandelt werden. Dies sollte im Kontext einer begleitenden psychotherapeutischen Behandlung erfolgen.

Bei einer zusätzlich bestehenden Epilepsie sollten die Antiepileptika nur so hoch wie nötig und so niedrig wie möglich eindosiert werden. Der Behandler sollte dann bei Klarheit, welche Anfälle gegenwärtig vordergründig an Frequenz zugenommen haben (epileptisch vs. dissoziative Anfälle) die jeweilige Behandlung intensivieren und nicht voreilig eine Änderung der Dosierung oder Umstellung der Antiepileptika vollziehen.

Literatur

- Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2015; 46: 60–5.
- Baslet G. Psychogenic nonepileptic seizures: a treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012; 8: 585–98.
- Bowman ES, Markand ON. The contribution of life events to pseudoseizure occurrence in adults. *Bull Menn Clin* 1999; 63: 70–88.
- Brown RJ, Reuber M. Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *ClinPsychol Rev* 2016; 45: 157–82.
- Carlson P, Nicholson Perry K. Psychological interventions for psychogenic non-epileptic seizures: A meta-analysis. *Seizure* 2017; 45: 142–50.
- Falkai P, Wittchen H-U, ed. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe 2015.
- Frauenheim Mi, Labudda K, Brandt C. Dissoziative Anfälle - Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige 2015.
- Freud S. Sämtliche Werke (115 Titel in einem Buch – Vollständige Ausgaben): Psychoanalytische Studien + Theoretische Schriften + Briefe: Massenpsychologie und Ich-Analyse, Die Traumdeutung, Über Psychoanalyse, Das Ich und das Es, Abhandlungen zur Sexualtheorie und mehr. e-artnow 2015.
- Fürtsch N, Bohlmann K, Finzel M, Schöndienst M, Supplith J, Welteke H, et al. Leitfaden zum Umgang mit Patienten in dissoziativen Anfällen. *Z Für Epileptol* 2015; 28: 35–9.
- Gambini O, Demartini B, Chiesa V, Turner K, Barbieri V, Canevini MP. Long-term outcome of psychogenic nonepileptic seizures: the role of induction by suggestion. *Epilepsy Behav* 2014; 41: 140–3.
- Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology* 2010; 74: 1986–94.
- Grawe K. Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 1995; 40: 130–45.
- Hall-Patch L, Brown R, House A, Howlett S, Kemp S, Lawton G, et al. Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 2010; 51: 70–8.
- Hoepner R, Labudda K, Schoendienst M, May TW, Bien CG, Brandt C. Informing patients about the impact of provocation methods increases the rate of psychogenic nonepileptic seizures during EEG recording. *Epilepsy Behav* 2013; 28: 457–9.
- Howell SJ, Owen L, Chadwick DW. Pseudostatus epilepticus. *Q J Med* 1989; 71: 507–19.
- Jenkins L, Cosgrove J, Chappell P, Kheder A, Sokhi D, Reuber M. Neurologists can identify diagnostic linguistic features during routine seizure clinic interactions: results of a one-day teaching intervention. *Epilepsy Behav* 2016; 64: 257–61.
- Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology* 1983; 33: 498–502.
- LaFrance WC Jr, Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Frank Webb A, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 997–1005.
- LaFrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, Reuber M. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. *Epilepsia* 2013; 54: 2005–18.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 640–7.
- Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996; 46: 1499–507.
- Linehan MM. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien 2006.
- Martlew J, Pulman J, Marson AG. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *Cochrane Database SystRev* 2014; 2: CD006370.
- Moseley BD, Dewar S, Haneef Z, Stern JM. How long is long enough? The utility of prolonged inpatient video EEG monitoring. *Epilepsy Res* 2015; 109: 9–12.
- Oto M, Espie CA, Duncan R. An exploratory randomized controlled trial of immediate versus delayed withdrawal of antiepileptic drugs in patients with psychogenic nonepileptic attacks (PNEAs). *Epilepsia* 2010; 51: 1994–9.
- Plug L, Reuber M. Making the diagnosis in patients with blackouts: it's all in the history. *PractNeurol* 2009; 9: 4–15.
- Plug L, Sharrack B, Reuber M. Conversation analysis can help to distinguish between epilepsy and non-epileptic seizure disorders: a case comparison. *Seizure* 2009; 18: 43–50.
- Popkirov S, Gronheit W, Wellmer J. A systematic review of suggestive seizure induction for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure* 2015; 31: 124–32.
- Reuber M, Bauer J. Psychogene nichtepileptische Anfälle. *Psychogene Nichtepileptische Anfälle* 2003.
- Reuber M, Fernández G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger CE. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2002; 58: 493–5.
- Reuber M, Howlett S, Khan A, Grunewald RA. Non-epileptic seizures and other functional neurological symptoms: predisposing, precipitating, and perpetuating factors. *Psychosomatics* 2007; 48: 230–8.
- Reuber M, Monzoni C, Sharrack B, Plug L. Using interactional and linguistic analysis to distinguish between epileptic and psychogenic nonepileptic seizures: a prospective, blinded multirater study. *Epilepsy Behav* 2009; 16: 139–44.
- Reuber M, Pukrop R, Bauer J, Helmstaedter C, Tessendorf N, Elger CE. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003; 53: 305–11.
- Schmitz B, Trimble M. Psychiatrische Epileptologie. Stuttgart: Thieme 2005.
- Syed TU, LaFrance WC Jr, Kahrman ES, Hasan SN, Rajasekaran V, Gulati D, et al. Can semiology predict psychogenic nonepileptic seizures? A prospective study. *Ann Neurol* 2011; 69: 997–1004.
- Tebartz van Elst, L, Perlov E. eBook: Epilepsie und Psyche von Ludger Tebartz van Elst; München: Kohlhammer 2013.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Michael T. Frauenheim
Krankenhaus Mara | Bethel
Epilepsie-Zentrum Bethel
Maraweg 21
33617 Bielefeld
Michael.Frauenheim@evkb.de