

Matthias Schmutz, Thomas Dorn und Reinhard E. Ganz  
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum, Zürich

### Zusammenfassung

Epilepsieassoziierte psychiatrische Störungen sowie dissoziative Anfälle sind in der stationären und ambulanten epileptologischen Behandlung häufig anzutreffende Phänomene, die sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht eine grosse Herausforderung darstellen können. Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die wichtigsten Störungsbilder in diesem Bereich, der Schwerpunkt liegt allerdings auf den klinisch relevanten Behandlungsaspekten, so wie sie sich im Rahmen der stationären oder ambulanten epileptologischen Behandlung darstellen. Nebst depressiven Störungen, postiktalen Psychosen und Anpassungsstörungen kommen auch ausführlich Coping-, Compliance- und Übertragungsschwierigkeiten sowie deren Behandlungsmöglichkeiten zur Sprache. Diese Probleme treten bei Epilepsiepatienten häufig in nur subtiler Ausprägung auf, dennoch können sie in erheblicher Weise ungünstige Effekte auf die epileptologische Behandlung zeitigen. Abschliessend werden Erfahrungen und Fallstricke des interdisziplinären Behandlungssettings dargelegt und diskutiert

**Epileptologie 2008; 25: 28 – 34**

**Schlüsselwörter:** Epilepsie, psychiatrische Komorbidität, Coping, Compliance, psychotherapeutische Behandlung

### Psychological and Psychiatric Considerations in the Treatment of Epilepsy

Epilepsy-related psychiatric disorders as well as psychogenic non-epileptic seizures are frequently encountered in both in- and outpatient epileptology and form a diagnostic and therapeutic challenge. This paper focuses on the major disorders in this area, with the main emphasis on clinically relevant therapeutic aspects as they are encountered in epilepsy treatment settings. Depressive disorders, postictal psychosis and adjustment disorders are discussed, furthermore the role of coping, compliance and transference is explored. These latter phenomena are often subtle but nevertheless their negative impact on treatment may be significant. Finally our experiences of an interdisciplinary treatment setting will be discussed.

**Key words:** Epilepsy, psychiatric comorbidity, coping, compliance, psychotherapeutic treatment

### Composantes psychiatriques et psychologiques du traitement de l'épilepsie

Des troubles psychiatriques associés à une épilepsie ainsi que des crises dissociatives sont des phénomènes rencontrés fréquemment dans les traitements ambulatoires ou hospitaliers de l'épilepsie. Il s'agit là de situations qui peuvent être particulièrement complexes aussi bien du point de vue diagnostique que thérapeutique. Ce travail propose une revue des principaux tableaux cliniques dans ce domaine et met l'accent sur les aspects du traitement importants dans le cadre du traitement ambulatoire ou hospitalier de l'épilepsie. Il sera question non seulement des troubles dépressifs, des psychoses post-ictales et des troubles de l'adaptation mais également des difficultés d'adaptation psychologique, d'observance thérapeutique et de transfert ainsi que des possibilités de les traiter. Ces problèmes n'apparaissent chez les patients atteints d'épilepsie souvent que de manière très subtile; néanmoins leur effet défavorable sur le traitement de l'épilepsie peut être considérable. Pour terminer, des expériences faites avec des traitements interdisciplinaires et les embûches qui peuvent se présenter dans cette forme de setting seront discutées.

**Mots-clés :** épilepsie, comorbidité psychiatrique, adaptation psychologique, observance thérapeutique, traitement psychothérapeutique

### Einleitung

Bis ins 19. und teilweise noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die schulmedizinische Behandlung der Epilepsien im Bereich der Psychiatrie angesiedelt. Die zunehmend klarere Identifikation der Epilepsie als primär neurologisch zu erklärendes und zu behandelndes Krankheitsbild hat im Hinblick auf das seit Jahrhunderten bestehende Stigmatisierungsproblem sicherlich viel zu einer gewissen Entspannung beigetragen. Überkommene und häufig pejorative Vorstellungen über das vermeintliche Wesen und den Charakter von Epilepsiepatienten wurden zu Recht zurückgewiesen und aus den Lehrbüchern verbannt. Gleichwohl sollte vermieden werden, das (neuropsychiatrische) Kind mit dem (epileptologischen) Bade auszuschütten, das heisst eine unvoreingenommene und an empirischen Befunden orientierte Sichtweise hat anzuerkennen, dass Epilepsien häufig in direkter oder indirekter Weise mit (neuro-)psychiatrischen beziehungsweise psychologischen Prob-

lemen vergesellschaftet sind. Deren Diagnose und Behandlung impliziert nun aber nicht ein Wiederaufgreifen alter Vorurteile, vielmehr geht es um die sinnvolle, in manchen Fällen sogar zwingend notwendige Komplementierung der epileptologischen Behandlung.

Wir fokussieren in dieser Arbeit auf ausgewählte Aspekte der Behandlungstechnik und des Behandlungssettings bei den wichtigsten neuropsychiatrischen beziehungsweise komorbiden psychiatrischen Störungen bei Epilepsien. Der Schwerpunkt ist dabei kein theoretischer, sondern ein klinischer mit Betonung behandlungspraktischer Aspekte. Ergänzend kommen psychologische Aspekte von Coping, Compliance und Übertragung, wiederum unter klinisch-behandlungspraktischer Perspektive, zur Sprache. Solche Phänomene lassen sich bei vielen chronischen somatischen Erkrankungen in ähnlicher Form beobachten, einige charakteristische Besonderheiten bei Epilepsiepatienten sollen hier dargestellt werden. Die Ausprägung dieser Phänomene liegt oft in einem sub-ICD-10-diagnostischen Bereich, dennoch können ihre Auswirkungen auf Erfolg oder Misserfolg der epileptologischen Behandlung erheblich sein.

## Behandlung depressiver Störungen bei Epilepsien

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten neuropsychiatrischen Komplikationen bei Epilepsien. An erster Stelle stehen dabei chronisch rezidivierend auftretende depressiv-dysphorische Verstimmungszustände. Deren symptomatisches Bild unterscheidet sich deutlich von den in der ICD definierten klassischen depressiven Störungen, imponiert als teilweise nur subtil in Erscheinung tretendes affektiv-somatiformes Beschwerdebild mit Stimmungsschwankungen, intermittierender Reizbarkeit, Schlafstörungen und unspezifischen Schmerzen als Hauptsymptomen. Blumer [1] prägte hierfür den Begriff „Interictal Dysphoric Disorder“ (IDD), Kanner [2] verwendet unter Betonung des intermittierenden Verlaufes den Begriff „Dysthymic-like Disorder of Epilepsy“ (DLDE).

Aus psychiatrisch-nosologischer Sicht ist dieses Beschwerdebild als direkt epilepsieassoziiert, das heisst als organisch bedingt einzuschätzen. Aufgrund des (aus ICD-10-Perspektive) atypischen Symptombildes wird die Störung sowohl von neurologischer als auch von psychiatrischer Seite häufig übersehen und damit auch nicht behandelt. Betroffenen Epilepsiepatienten gereicht dies zum Nachteil, zeigen doch empirische Studien (zum Beispiel [3]) klar, dass nicht nur die Anfallsfrequenz, sondern ganz wesentlich auch das Ausmass an Depressivität für die subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verantwortlich zeichnet.

Im Vordergrund der Behandlung stehen psychopharmakologische Interventionen. Besteht keine Optimierungsmöglichkeit auf Seiten der antikonvulsiven Therapie (Vermeidung potenziell depressiogener Antikonvul-

siva, Umstellung auf psychotrop günstige Präparate wie z.B. Lamotrigin) oder sind diese Optionen ausgeschöpft, ist der Einsatz von Antidepressiva indiziert. Je nach primärer Zielsymptomatik sind eher sedierende und schlafregulierende oder aber antriebsneutrale beziehungsweise antriebssteigernde Substanzen aus dem Bereich der SSRI oder SNRI einzusetzen (vergleiche zum Beispiel [4]). Erfahrungsgemäss zeigt sich schon in niedrigen bis mittleren Dosisbereichen eine gute Wirksamkeit. Die häufig geäusserten Bedenken hinsichtlich möglicher prokonvulsiver Effekte antidepressiver Substanzen sind bei vorsichtigem therapeutischen Regime (zumindest für die „neuen“ Substanzen wie SSRI, SNRI, Mirtazapin) unbegründet: Die klinische Erfahrung sowie einige empirische Befunde (zum Beispiel [5]) zeigen, dass bei vorsichtiger Titrierung und niedrig bis mittleren Dosisbereichen statistisch kein erhöhtes prokonvulsives Risiko vorliegt (was natürlich im Einzelfall einen ungünstigen Effekt auf die Anfallsfrequenz nicht ausschliesst); einige kasuistische Studien und eine ältere Doppelblindstudie (für Imipramin) liefern gar Hinweise für antikonvulsive Effekte von Antidepressiva in niedrigen Dosisbereichen [6]. Abgesehen von einer guten Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen sind weiterführende psychologische oder psychotherapeutische Interventionen in der Regel nicht notwendig, können gegebenenfalls aber im Einzelfall aus anderen Gründen indiziert sein.

## Behandlung postiktaler Psychosen

Neben den interiktalen schizophrenieähnlichen Störungen gehören die postiktalen Psychosen zu den häufigsten psychotischen Störungen bei Epilepsien. Diese treten charakteristischerweise nach einem schweren Anfall beziehungsweise einer Anfallserie auf, in der Regel mit einem luziden, symptomfreien Intervall von ein bis drei Tagen. Diese Auftretenscharakteristik erschwert die Identifikation der postiktalen Psychose als anfallsassoziiertes Phänomen und kann zur Fehldiagnose einer interiktalen oder komorbiden Psychose führen. Der Verlauf der postiktalen Psychose ist passager, bei milder Ausprägung kann auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet werden, bei florider Symptomatik ist ein kurzzeitiger Einsatz von Neuroleptika indiziert. Grundbehandlung ist in jedem Fall eine Optimierung der antikonvulsiven Therapie, um die die Psychose auslösenden (schweren oder seriellen) Anfälle zu unterdrücken. Zu beachten ist, dass sich aus einer gegebenenfalls indizierten kurzzeitigen neuroleptischen Behandlung einer postiktalen Psychose nicht eine neuroleptische Dauertherapie ergibt, dies als Folge einer Verkennung des postiktalen Charakters der psychotischen Symptomatik.

## Behandlung epilepsieassoziierter Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen sind aus psychiatrischer Sicht definiert als Zustände subjektiven Leidens, die in der Regel soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Adaptationsprozesses nach subjektiv belastenden Lebensereignissen wie Verlusten, Trennungen, gravierenden Erkrankungen oder Ähnlichem auftreten. Die individuelle Vulnerabilität spielt für das Auftreten und die symptomatische Ausgestaltung der Anpassungsstörung sicherlich eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne vorausgehende Belastung nicht entstünde.

In der ambulanten und stationären Behandlung von Epilepsiepatienten eines spezialisierten epileptologischen Tertiärzentrums gehören Anpassungsstörungen mit depressiven, ängstlichen oder spezifisch anfallsphobischen Zügen mit zu den am häufigsten diagnostizierten psychiatrischen Störungen. Assoziierte soziale und berufliche Schwierigkeiten bis hin zu inadäquatem Rentenbegehren sind dabei häufig zu beobachten. Aus psychodynamischer Perspektive imponieren passiv-regressive Entwicklungen, nicht selten verbunden mit einer emotional tief verankerten Forderung nach äusserer Wiedergutmachung oder Kompensation für das subjektiv erlittene Unrecht der Epilepsieerkrankung.

Im Vordergrund der Behandlung stehen psychotherapeutische Interventionen. Ziel ist dabei eine Bearbeitung maladaptiver Kognitionen und Handlungsstrategien sowie deren zugrunde liegenden Konflikt- und Motivationsstrukturen. Bei beruflichen Schwierigkeiten oder gar psychiatrisch bedingter Arbeitsunfähigkeit sollte die Re-Etablierung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der beruflichen Leistungsfähigkeit nicht nur als eines der therapeutischen Ziele, sondern gleichermassen als wichtiges psychotherapeutisches Agens verstanden und gefördert werden. Der Einbezug sozialberaterischer Kompetenz (bei den Sozialdiensten von Kliniken, Zentren oder Gemeinden) im Sinne eines beruflich-rehabilitativen Coachings erweist sich in vielen Fällen als hilfreich, ebenso dezidierte Stellungnahmen involvierter Neurologen und Psychiater hinsichtlich des Grundsatzes, dass vor einer allfälligen Berentung eine hinreichend intensive qualifizierte Behandlung zu stehen hat. Je nach Beschwerdebild kann begleitend eine antidepressiv-anxiolytische Medikation angezeigt sein.

## Copingschwierigkeiten bei Epilepsien und deren Behandlung

Coping ist ein Konstrukt der Sozialpsychologie und bezeichnet die inneren und äusseren Strategien einer Person im Prozess der Bewältigung von als belastend erlebten Ereignissen oder Erlebnissen. Coping ist damit ein ubiquitäres, normalpsychologisches Phänomen,

und der Übergang in den psychopathologischen Bereich (wo man dann von einer Anpassungsstörung spricht) ist kein kategorialer, sondern vielmehr ein kontinuierlicher. Die Palette dieser Strategien umfasst sowohl intrapsychische Modi (was in der Psychoanalyse als Abwehr bezeichnet wird) als auch äussere, handlungsorientierte Aspekte. Das Ziel oder Ergebnis solchen Copings kann sehr unterschiedlich sein: von einer tatsächlichen Meisterung über eine verbesserte Toleranz/Akzeptanz bis hin zur Vermeidung des erlebten Stresses.

Abhängig von Auftretenshäufigkeit, Intensität und Form können epileptische Anfälle für betroffene Patienten einen erheblichen psychischen Stress darstellen. Die Unvorhersehbarkeit des Anfallsgeschehens, der rezidivierende Kontrollverlust, die Diskontinuität im subjektiven Zeit- und Identitätserleben, aber auch soziale und berufliche Einschränkungen sowie die weiterhin bestehende gesellschaftliche Stigmatisierung sind einige wichtige Aspekte, die viele Epilepsiepatienten als konfliktvoll erleben und die – nolens volens – die Aktivierung von Copingstrategien, welcher Art auch immer, erforderlich machen.

Verschiedene empirische Untersuchungen [7, 8] belegen übereinstimmend, dass Epilepsiepatienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weniger aktiv-kontrollierende, sondern vielmehr passiv-rezeptiv orientierte Copingstrategien präferieren. Gleichzeitig gibt es aber innerhalb der Gruppe der Epilepsiepatienten – und zwar unabhängig von der Anfallshäufigkeit – eine deutliche Assoziation zwischen passiv-rezeptiv-verleugnenden Copingmodi, höher wahrgenommener Anfallsintensität und tiefer eingeschätzter Lebensqualität. Umgekehrt berichten Patienten mit aktiven Copingmustern über eine höhere Lebensqualität und eine tiefer wahrgenommene Anfallsintensität. Die erwähnten Unterschiede in den Copingstilen bestehen unabhängig vom Einfluss allfälliger begleitender depressiver Störungen (wobei natürlich klar ist, dass sich eine depressive Störung auch in Form eines passiv-rezeptiv orientierten Copingstils manifestieren kann).

Insgesamt weisen diese Befunde aus der Copingforschung darauf hin, dass es in der klinischen Praxis bei Epilepsiepatienten lohnenswert ist, Qualität und Funktionalität des Krankheitscopings auch dann zu evaluieren, wenn der Schweregrad einer Anpassungsstörung nicht erreicht ist, und bei Bedarf psychotherapeutische Behandlungsmassnahmen in die Wege zu leiten.

## Complianceschwierigkeiten bei Epilepsien und deren Behandlung

Der Begriff der Compliance meint im medizinischen Kontext die Bereitschaft des Patienten zur Kooperation mit dem Arzt beziehungsweise seine Therapietreue im Hinblick auf die ärztlich verordneten Massnahmen, wobei eine weitere alltagssprachliche Bedeutung des Be-

griffs im Sinne einer Unterwerfungstendenz in der medizinischen Bedeutung hintergründig durchaus mit-schwingt. Entsprechend wird in der neueren Literatur im Hinblick auf ein mehr kooperativ und partnerschaftlich ausgerichtetes Arzt-Patient-Verhältnis der Begriff der Adhärenz präferiert; dieser meint das Einhalten auf Seiten des Patienten von gemeinsam mit dem Arzt ausgehandelten Therapiezielen beziehungsweise Behandlungsmassnahmen.

Non-Compliance (oder eben Non-Adhärenz) ist ein Phänomen, das sich bei einem Teil von Epilepsiepatienten in unterschiedlichem Ausprägungsgrad auffinden lässt. Empirische Studien [9, 10] weisen auf einen Anteil von ca. 30 - 40 % von Patienten mit mehr oder minder ausgeprägter Non-Compliance hin. Eigene klinische Erfahrungen in einem spezialisierten epileptologischen Tertiärzentrum mit vielen therapieschwierigen beziehungsweise therapierefraktären Epilepsien bestätigen, dass es sich bei der Non-Compliance um ein klinisch relevantes und behandlingstechnisch anspruchsvolles Thema handelt, welches auch in der ambulanten epileptologischen Behandlung von Bedeutung ist.

Am häufigsten bezieht sich Non-Compliance auf die regelmässige Einnahme der ärztlich verordneten Antikonvulsiva. In den meisten Fällen liegt dabei eine subtile Variante in Form von gelegentlichem Vergessen und sonstiger Einnahmeunregelmässigkeiten oder auch eigenständigen Erhöhungen oder Verringerungen der ursprünglich verordneten Dosierung vor. Während in der epileptologischen Exploration derartige Non-Compliance auch auf Nachfrage hin von Seiten der Patienten nur selten eingeräumt wird, lässt sie sich öfters aufgrund von Diskrepanzen zwischen verordneter Dosierung und gemessenen Blut-Serumkonzentrationen erschliessen. Gerade bei antikonvulsiver Pharmakotherapie-resistenz oder bei plötzlicher Verschlechterung der Anfallssituation lohnt es sich in jedem Fall, differenzialdiagnostisch auch die Möglichkeit einer medikamentösen Non-Compliance und damit das Vorliegen einer Pseudo-Pharmakotherapie-resistenz zu erwägen und abzuklären.

In behandlingstechnischer Hinsicht erweist es sich als ausserordentlich hilfreich, die medikamentöse Non-Compliance eines Patienten nicht im kriminalistischen Sinne als aufzudeckendes Vergehen, sondern vielmehr als Ausdruck eines suboptimalen oder dysfunktionalen Erkrankungscopings zu betrachten. In einigen Fällen, unter anderem auch bei vorherrschenden neuropsychologischen Schwierigkeiten, bewähren sich einfache edukativ-verhaltensorientierte Massnahmen mit Tipps und Hilfestellungen zur Medikamenten-Einnahmepaxis. In anderen Fällen jedoch ist eine Exploration der zugrunde liegenden Motivstruktur und damit eine Bearbeitung des Erkrankungscopings unabdingbar. Die Palette der hierfür erforderlichen Massnahmen reicht von einer einmaligen Intervention (gegebenenfalls durch den sozialmedizinisch engagierten Epileptologen) bis hin zu einer längerdauernden Fach-Psychotherapie.

Im Gegensatz zu diesen eher subtil sich manifestierenden Formen der Non-Compliance gibt es auch – klinisch allerdings eher selten zu beobachten – sehr manifeste Formen, das heisst Patienten, die offen deklariert Medikamente nicht oder nur unregelmässig einnehmen oder absetzen, trotz offenkundig ungünstiger Auswirkungen auf die Anfallssituation. In Extremfällen wird Non-Compliance hier zu einer Spielart der Selbstinduktion epileptischer Anfälle. Im Erwachsenenalter ist dies in aller Regel als Ausdruck einer erheblichen Suchtdynamik im Verbund mit einer strukturellen Persönlichkeitspathologie zu werten. Diesem psychiatrischen Grundmorbus gemäss ist die Behandlungsmotivation dieser Patienten oft ambivalent und brüchig, und die Prognose muss häufig als ungünstig eingeschätzt werden.

Nebst den erwähnten subtilen und manifesten Formen der direkten, Antikonvulsiva-bezogenen Non-Compliance lässt sich klinisch eine dritte Gruppe abgrenzen, bei der eine indirekte, nicht-medikamentöse Form der Non-Compliance sichtbar wird. Diese äussert sich in Verhaltensweisen, welche sich bekanntermassen prokonvulsiv auswirken können (wie beispielsweise Schlafmangel, grosse Mengen von Alkohol etc.) oder aber bei fehlender Anfallsfreiheit kontraindiziert beziehungsweise verboten sind (Schwimmen, Autofahren). Bei der juvenilen myoklonischen Epilepsie (Janz-Syndrom) werden solche Verhaltensauffälligkeiten überdurchschnittlich häufig vorgefunden, womit sich bei dieser Epilepsieform die Frage einer organischen Mitbedingung im Sinne einer neuropsychiatrischen Verhaltensauffälligkeit stellt. Ansonsten lassen sich bei diesen Verhaltensweisen häufig zugrunde liegende psychodynamische Konstellationen explorieren, wobei Selbstverletzungstendenzen, Schuld und Selbstbestrafungswünsche sowie (post-)adoleszentäre Autonomie- und Abhängigkeitskonflikte prominent vertreten sind. Nebst der Behebung allfälliger Informationslücken sollte hier die Empfehlung zur Psychotherapie dezidiert und zurückhaltend gleichermaßen erfolgen: dezidiert aufgrund der epileptologischer- und psychologischerseits gestellten Indikation, zurückhaltend aufgrund der Erfahrung, dass psychotherapeutische Zwangsbehandlungen sinnlos sind und dass ein gelingender Einstieg in eine Psychotherapie immer wesentlich von der inneren Bereitschaft des Patienten abhängt.

### Behandlung von Patienten mit sowohl epileptischen als auch psychogenen nicht-epileptischen Anfällen

Bei ca. 5 - 10 % aller Patienten mit gesicherten psychogenen nicht-epileptischen Anfällen treten komorbid auch epileptische Anfälle auf [11, 12]. Hieraus ergibt sich (bei bekannter Epilepsieprävalenz von ca. 0,8 % und einer geschätzten Prävalenz psychogener nicht-epileptischer Anfälle von ca. 0,017 % [11]), dass bei ca. 0,15 %

aller Epilepsiepatienten komorbid auch psychogene nicht-epileptische Anfälle auftreten. In epileptologischen Spezialambulanzen und Zentren tritt diese Problematik damit eher selten auf, allerdings stellen diese Patienten die behandelnden Ärzte beziehungsweise im stationären Setting die Behandlungsteams regelhaft vor erhebliche Schwierigkeiten.

Klinisch lassen sich die meisten Patienten mit dieser Doppeldiagnose in zwei Gruppen einteilen. Eine erste Gruppe bilden Epilepsiepatienten mit starker Lern- oder geistiger Behinderung, bei denen die zusätzlichen psychogenen nicht-epileptischen Anfälle als Reaktion auf unspezifische Stress- oder Belastungssituationen verstanden werden können. Geeignete agogische und milieuorientierte Interventionen führen hier in aller Regel zu einem raschen Sistieren der psychogenen nicht-epileptischen Anfälle.

Anders verhält es sich mit der zweiten Gruppe, deren Gemeinsamkeit eine zugrunde liegende Borderline-Persönlichkeitspathologie ist. Gerade wenn – was häufig der Fall ist – epileptische und psychogene nicht-epileptische Anfälle sowohl für die Patienten selbst als auch für professionelle Beobachter nicht differenzierbar sind, ergibt sich in behandlungstechnischer Hinsicht eine ausserordentlich schwierige Situation, da weder für die neurologische noch für die psychotherapeutische Behandlung eine klare Möglichkeit der symptomatischen Erfolgskontrolle besteht. Stellt man zudem die ausgeprägte Neigung dieser Patientengruppe zur manipulativen Instrumentalisierung der Anfälle in Rechnung, lässt sich nachvollziehen, dass für die beteiligten Neurologen und Therapeuten die Behandlung oft den Charakter eines Blindfluges aufweist. In der psychotherapeutischen Behandlung ist eine konsequente Ausrichtung auf den psychiatrischen Grundmorbus (und nicht auf die schwer fassbare Anfallssymptomatik) ratsam. Bei Verschlechterung der Anfallssituation oder bei anfallsassoziierten Selbstverletzungen empfiehlt sich eine sorgfältige interdisziplinäre Absprache, allfällige Interventionen wie beispielsweise Veränderungen der Antikonvulsiva resultieren dann aus einer klinischen Beurteilung in der neurologisch-psychotherapeutischen Zusammenschau der Gesamtsituation.

### Behandlung von Patienten mit ausschliesslich psychogenen nicht-epileptischen Anfällen

Die Behandlung von Patienten mit psychogenen nicht-epileptischen, das heisst (in psychiatrischer Terminologie) mit dissoziativen Anfällen, ist nicht Gegenstand der Neurologie, sondern eine genuin psychotherapeutisch-psychiatrische Aufgabe. Allerdings bedarf es zur Diagnosestellung der neurologischen Ausschlussdiagnostik und bei klinisch komplexen Fällen des stationär-epileptologischen Settings zur Diagnosesicherung mit Hilfe der ictalen EEG-Video-Registrierung. Damit fallen zentrale Aspekte der Diagnosestellung (das

heisst die somatische Ausschlussdiagnostik) sowie die Zuweisung zur indizierten, in der Regel psychotherapeutischen Behandlung in das neurologische Aufgabengebiet.

Neurologischerseits bewährt sich bei der Diagnosemitteilung eine klare Haltung zur nicht-organischen Genese der Anfälle, zur Kontraindikation von Antikonvulsiva sowie zur Indikation einer primär psychotherapeutischen Behandlung. Bekanntermassen stellen Patienten mit psychogenen nicht-epileptischen Anfällen häufig sehr ambivalente, fordernde und oft mit Enttäuschungen verbundene Beziehungen zum involvierten medizinischen Personal her und können damit erhebliche, meist aggressiv gefärbte Gegenübertragungsprobleme provozieren. Nicht selten werden diese Patienten als mühsam, befremdlich oder fraglich simulierend empfunden. Eine geeignete Kontrolle und gegebenenfalls Bearbeitung solcher Gegenübertragungsschwierigkeiten sowie eine Anerkennung und ein wenigstens rudimentäres theoretisches Verständnis intrapsychischer Prozesse und Fehlentwicklungen bilden – mehr noch als die in der Literatur häufig dargestellten manualisierten Gesprächsanleitungen – die wichtigste Grundlage für eine hinreichend gelingende diagnostische Mitteilung und Aufklärung [13].

Im stationär-epileptologischen Setting bewährt es sich, psychologisch-psychiatrisches Fachpersonal schon frühzeitig in das differenzialdiagnostische Prozedere zu involvieren. Konkrete Hypothesen über zugrunde liegende innere Konflikte, die über die generelle Feststellung einer psychischen Genese hinausgehen, erleichtern das diagnostische Gespräch, insbesondere erhöhen sie auf Seiten der Patienten die Plausibilität der Diagnosestellung und der therapeutischen Empfehlung [13].

In besonderen Fällen (zum Beispiel bei vorherrschender somatoformer Dynamik mit vielen somatischen Vor- und absehbar nachfolgenden Abklärungen oder bei anderweitig begründeten Schwierigkeiten der Diagnoseakzeptanz) lohnt sich postdiagnostisch eine kurze Phase intensiver psychotherapeutischer Diagnosebearbeitung und Psychotherapievorbereitung noch im stationär-neurologischen Setting. Einfacher als im ambulanten Setting kann hier zusätzlich dann auch dem latenten und nicht selten manifesten Patientenwunsch nach anfallsbedingter Krankschreibung oder sogar Berentung entgegengewirkt werden.

Während bei einer kleinen Anzahl von Patienten bereits die Diagnosemitteilung (aus psychoanalytischer Perspektive: die Deutung der Symptomatik als Ausdruck eines intrapsychischen oder psychosozialen Konfliktes) zum Sistieren der Anfälle führt, ist in den meisten Fällen eine ambulante Psychotherapie die Behandlung der Wahl. Da psychogene nicht-epileptische Anfälle keine psychiatrisch-nosologische Entität sui generis begründen, sondern in jedem Falle einzig ein Symptom einer zu diagnostizierenden zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung darstellen, hat die Auswahl des indizierten psychotherapeutischen Verfahrens nach

Massgabe dieses psychiatrischen Grundmorbus zu erfolgen. So können beispielsweise eine Konversionsstörung auf neurotischem Niveau, eine schwere Borderlinestörung oder eine Lernbehinderung bei akuter psychosozialer Belastung je mit dem Symptom psychogener nicht-epileptischer Anfälle einhergehen, das psychotherapeutische Vorgehen ist jedoch in den drei Fällen aufgrund der störungsspezifischen Erfordernisse sehr unterschiedlich. Psychogene nicht-epileptische Anfälle begründen per se keine psychopharmakologische Behandlung, psychopharmakologische Interventionen können allenfalls bei begleitenden psychiatrischen Symptomen (zum Beispiel bei depressiver Symptomatik) angezeigt sein.

## Grundsätzliche Behandlungsaspekte

Im stationären epileptologischen Setting erfordert die Behandlung der genannten epilepsieassoziierten psychiatrischen Störungen eine qualifizierte psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz. Eine recht verbreitete Möglichkeit hierzu ist die Etablierung konsiliar- oder liaisonpsychiatrischer Dienste, so wie dies an vielen neurologischen Einrichtungen der Fall ist. Im spezialisierten epileptologischen Tertiärzentrum bewährt sich aus fachlicher Sicht die enge Integration von psychiatrisch-psychologischem Fachpersonal in das stationäre Abklärungs- und Behandlungsprozedere. Hierdurch ist eine massgeschneiderte, das heisst bedarfsorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit kontinuierlichen Absprachemöglichkeiten und insbesondere einem qualifizierten Monitoring der Wechselwirkungen der jeweiligen pharmakologischen Behandlungen (zum Beispiel allfällige prokonvulsive Effekte von Psychopharmaka, allfällige negative psychotrope Effekte von Antikonvulsiva) möglich. Epileptologische und sozialmedizinische Aspekte einerseits und psychiatrisch-psychotherapeutische und rehabilitative Aspekte andererseits können so – bei Bedarf – optimal koordiniert und abgestimmt werden.

Besondere Anforderungen stellen sich in einem solchen Behandlungssetting für die Pflegefachleute, liegt doch ihr Aufgabenbereich in einem komplexen Grenzbereich zwischen neurologisch und psychiatrisch orientierter Pflege. Nebst den üblichen pflegerischen Aufgaben aus der somatischen Medizin sind die Pflegefachleute in hohem Masse auch mit genuin psychiatrischen Herausforderungen konfrontiert. Viele neuropsychiatrische Patienten und in besonderem Masse die rein psychiatrischen Patienten mit psychogenen nicht-epileptischen Anfällen geraten im stationären Setting regelhaft in regressive Verhaltensweisen und generieren hierdurch turbulente Stationsdynamiken, deren konstruktive Handhabung psychiatrisches, psychodynamisches und kommunikatives Wissen und Geschick erfordert. Das Management von Settingkonflikten sowie die Erarbeitung und wohlwollend-konfrontative Durchsetzung

von Tagesstrukturierungen sind zwei wichtige Beispiele in diesem Zusammenhang.

Patienten mit therapieschwierigen oder therapierfraktären Epilepsien, sei es mit oder ohne psychiatrische Begleiterkrankung, erleben innerlich – dem wechselhaften und schwierigen Therapieverlauf entsprechend – zuweilen sehr ambivalente und emotional intensive Beziehungen zum behandelnden Neurologen, geprägt von Hoffnungen, Wünschen, Enttäuschungen, Ärger und Ängsten. In psychoanalytischer Terminologie könnte man von einer erhöhten Übertragungsneigung sprechen, welche sich in der epileptologischen Behandlung – stationär oder ambulant – durchaus auch störend oder irritierend auswirken kann. In der Innenwelt dieser Patienten übernimmt der Neurologe – ungefragt – eine so genannte Holding-Funktion: diejenigen Aspekte der Epilepsieerkrankung, die zu schwierig, zu angstvoll und damit psychisch unverdaulich oder unintegrierbar bleiben, werden dem Neurologen überantwortet mit der unformulierten Hoffnung auf eine vorerst stellvertretende, später dann eigene bessere Verarbeitung und Integration. Dieses Konzept des Holdings stammt aus der entwicklungspsychologischen Forschung [14], ist theoretisch mittlerweile gut etabliert und bewährt sich in vielen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen als ausserordentlich hilfreich. Im Hinblick auf die neurologische oder auch hausärztliche Betreuung von Patienten mit therapieschwierigen Epilepsien mag es zu einem besseren Verständnis einiger Besonderheiten dieser Patienten in ihrer manchmal konflikthafter Beziehungsgestaltung zum Arzt beitragen.

## Referenzen

1. Blumer D. Dysphoric disorders and paroxysmal affects: recognition and treatment of epilepsy-related psychiatric disorders. *Harvard Rev Psychiatry* 2000; 8: 8-17
2. Kanner AM, Palac S. Neuropsychiatric complications of epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2002; 2: 365-372
3. Gilliam F. Optimizing health outcomes in active epilepsy. *Neurology* 2002; 58(Suppl 5): S9-S19
4. Ganz RE, Schmutz M, Lang CJG, Krämer G. Therapie psychiatrischer Störungen bei Epilepsie. In: Aktuelle Therapie in der Neurologie. Stefan H, Mamoli B (Hrsg): Landsberg/Lech: Ecomed 2004: III-1/1 - III-1/6
5. Kanner AM, Kozak AM, Frey M. The use of sertraline in patients with epilepsy: is it safe? *Epilepsy Behav* 2000; 1: 100-105
6. Ganz RE, Schmutz M, Krämer G. Epilepsie und Depression: Neue Perspektiven zur Pathophysiologie und Behandlung einer herausfordernden Komorbidität. *Akt Neurol* 2003; 30: 317-319
7. Oosterhuis A. Coping with epilepsy: the effect of coping styles on self-perceived seizure severity and psychological complaints. *Seizure* 1999; 8: 93-96
8. Piazzini A, Ramaglia G, Turner K et al. Coping strategies in epilepsy: 50 drug-resistant and 50 seizure-free patients. *Seizure* 2007; 13: 211-217
9. Cramer JA, Scheyer RD, Mattson RH. Compliance declines between clinic visits. *Arch Intern Med* 1990; 150: 1377-1378
10. Specht U, Elsner H, May TW et al. Postictal serum levels of antiepileptic

- drugs for detection of noncompliance. Epilepsy Behav 2003; 4: 487-495*
11. Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WO. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology 2001; 57: 915-917*
  12. Martin R, Burneo JG, Prasad A et al. Frequency of epilepsy in patients with psychogenic seizures monitored by video-EEG. *Neurology 2003; 61: 1791-1792*
  13. Schmutz M, Krämer G. Psychogene nicht-epileptische Anfälle. Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie 2007; 3: 15-20*
  14. Winnicott DW. *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler, 1974

**Korrespondenzadresse:**

**lic. phil. Matthias Schmutz**

**Leitender Psychologe**

**Schweizerisches Epilepsie-Zentrum**

**Bleulerstrasse 60**

**CH 8008 Zürich**

**Tel. 0041 44 387 61 11**

**Fax 0041 44 387 63 97**

**matthias.schmutz@swissepi.ch**