



Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 4 | Dezember 2011 | 12. Jahrgang

Herausgegeben von

Maria Borcsa
Michael Broda
Volker Köllner
Henning Schauenburg
Wolfgang Senf
Barbara Stein
Bettina Wilms

Anfälle

Anfälle

Herausgegeben von Michael Broda und Michael Brünger

Dezember 2011 · 12. Jahrgang · Seite 277–374

4 · 2011



Michael Broda



Michael Brünger

Editorial

- 277 Vom Erkunden neuer Felder**
Michael Broda · Michael Brünger

Standpunkte

- 279 Diagnostik und Behandlung von Anfallserkrankungen**
Michael Brünger · Hans Mayer

Aus der Praxis

Richtungen und Verfahren

- 286 Epilepsie – Basiswissen für Psychotherapeuten**
Michael Brünger
- 291 Epilepsie und psychische Komorbidität**
Philine Senf
- 298 Klinik, Differenzialdiagnose und Psychodynamik bei dissoziativen Anfällen**
Annegret Eckhardt-Henn
- 305 Psychodynamische Therapie nichtepileptischer Anfälle**
Andrea Möllering
- 311 Verhaltenstherapeutische Ansätze bei dissoziativen Anfällen**
Kathlen Priebe · Meike Müller-Engelmann · Regina Steil

Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

- 317 Antikonvulsive Pharmakotherapie bei Anfällen – Praxisrelevante allgemeine und psychische Nebenwirkungen der Antiepileptika**
Adelheid Wiemer-Kruel
- 321 Aspekte der Epilepsiechirurgie**
Andreas Schulze-Bonhage
- 325 Familiendynamische Aspekte auf dem Weg der epilepsiechirurgischen Behandlung**
Steffi Koch-Stoecker · Tilman Polster
- 329 Berufliche Integration und Mobilität bei Menschen mit einer Epilepsie**
Ingrid Coban
- 333 Welches Problem als Erstes angehen? – Beratung und Psychotherapie bei Familien mit einem epilepsiekranken Kind**
Friedrich Kassebrock
- 337 „Echter“ Anfall oder nicht? – Eindrücke und Erfahrungen jugendpsychiatrischer Stationsteams anhand von Fallschilderungen**
Inka Aspacher · Schalina Landwehr · Verena Briesach · Isabella Tedesco

343 „Morbus Behçet“ als artifizielle Störung? – Der besondere Fall*Miriam Weisenburger · Gertraude Ruff · Annegret Eckhardt-Henn***Interview****347 „Für ein ‚wildes Leben‘ war ich ungeeignet“***Ein seit vielen Jahren an Epilepsie erkrankter Patient im Gespräch mit Michael Brünger***349 „Die Krankheit schweißt meinen Freund und mich zusammen“***Eine junge Patientin mit Epilepsie im Gespräch mit Michael Brünger***351 Weltweit einzigartig – das Epilepsiemuseum in Kehl-Kork/Deutschland***Michael Brünger***353 Epilepsie – eine Krankheit im Spiegel der Menschheitsgeschichte***Hansjörg Schneble im Gespräch mit Michael Brünger***Résumé****356 Von der Fallsucht zur Fallkonzeptualisierung***Michael Brünger · Michael Broda***DialogLinks****357 Epilepsie und dissoziative Störungen im Internet – Informationen für Fachkreise und Betroffene***Christiane Eichenberg · Demetris Malberg***DialogBooks****362 Buchempfehlungen***Christina Huber***Im Dialog****367 Wir empfehlen...***Tilman Rentel***370 ADHS – und was vielleicht noch nachzutragen ist – Zur letzten Ausgabe der PiD (Heft 3 / 11)***Bettina Wilms***372 Herausgeberteam****373 Impressum****374 Vorschau****www.thieme.de/pid**

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indexiert in PSYINDEX

Vom Erkunden neuer Felder



Michael Broda · Michael Brünger

Wie kann man auf die Idee kommen, ein Heft über Anfälle zu machen?! Was für Anfälle überhaupt und wieso zusammengefasst? Als ob sich die Ätiologien und Nosologien nicht gründlich unterschieden. Und außerdem: Wir sind Psychotherapeuten und keine Neurologen! Das Signal der potenziellen AutorInnen aus dem neurologischen Fachgebiet blieb nicht aus: „Was soll ich da als Neurologe schreiben..., das müssten Sie doch eigentlich viel besser wissen!“

Wir sind auf die Idee gekommen und je mehr wir uns mit dem Heftkonzept und den Beiträgen der von uns angeworbenen AutorInnen beschäftigt hatten, desto besser gefiel uns die Idee. Dieses Heft handelt von beschriebenen und erlebten Zustandsbildern von PatientInnen, die

- ▶ erlebt und wahrgenommen schwer differenzialdiagnostisch beurteilt werden können,
- ▶ im akuten Geschehen unser Hauptwerkzeug, die verbale Intervention, wirkungslos machen,
- ▶ bei uns zu Hilflosigkeit und Überforderung führen können,
- ▶ im Verhalten kaum präzise vorhersehbar oder erklärbar sind.

Spannend fanden wir auch, den Schnittbereich zwischen Neurologie und Psychotherapie, zwei Fächer, die ja in der alltäglichen Praxis sonst wenige Berührungspunkte haben, zu beleuchten und somit den Versuch zu machen, eine Brücke zwischen präzisen Messverfahren und Bildgebungen und weichen, oft unscharfen Erlebnisdimensionen zu schlagen.

Michael Brünger (Klingenmünster) und Hans Mayer (Kork) stellen das Themenspektrum der Anfallsleiden in dem Standpunktebeitrag vor. Beide sind klinisch erfahrene Therapeuten, einmal mit ärztlich-psychotherapeutischem, zum anderen mit neuropsychologischem Hinter-

grund – also einer für das vorliegende PiD-Heft wichtigen und für die Behandlung von Anfallserkrankungen unerlässlichen Kombination. Sie beschreiben die Geschichte und epidemiologische Aspekte ebenso wie die Fortschritte auf der Behandlerseite und in der Versorgungslandschaft.

Michael Brünger schließt daran einen Beitrag mit „Wissenswertes für Psychotherapeuten“ an: Fakten, die wir bei der Behandlung von Menschen mit Anfallsleiden berücksichtigen müssen, um mehr Behandlungssicherheit zu bekommen.

Philine Senf war zum Zeitpunkt des Beitrags Neurologin an der Charité und verdeutlicht die vielen Aspekte der Epilepsieerkrankung sowie die häufigsten psychischen Komorbiditäten. Froh waren wir auch, Annegret Eckhardt-Henn aus Stuttgart gewinnen zu können, die, ebenfalls durch Fallbeispiele angereichert, psychodynamische Zugangs- und Interpretationswege aufzeigt.

Vertieft werden die psychotherapeutischen Überlegungen in den Beiträgen von Andrea Möllering vom bundesweit bekannten evangelischen Krankenhaus Bielefeld für die psychodynamische Perspektive sowie von Kathlen Priebe vom ZI Mannheim und Kolleginnen von der renommierten Verhaltenstherapie-Ambulanz der Uni Frankfurt.

Somit haben wir im ersten Teil ein breites Wissens- und Behandlungsangebot mit Vertretern wichtiger Versorgungsinstitutionen in Deutschland (Kehl-Kork, Charité Berlin, Stuttgart, Freiburg, Mannheim, Bielefeld, Frankfurt und Klingenmünster), die entweder epilepsiespezifische Therapie anbieten, oder auch Institutionen, die sich mit der Behandlung dissoziativer Zustände bei Kindern und Erwachsenen befassen.

Doch die Beschäftigung mit dem Thema Anfälle hat viele weitere Facetten:

Die wichtige Frage der Pharmakotherapie wird von Adelheid Wiemer-Kruel aus Kork abgehandelt, und Andreas Schulze-Bonhage vom Epilepsiezentrum Freiburg stellt die Möglichkeiten der Epilepsie-Chirurgie vor.

Steffi Koch-Stoecker und Tilman Polster (Bethel) verdeutlichen in ihrem Beitrag die Aspekte, die vor und nach einem chirurgischen Eingriff sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen eine Rolle spielen.

Friedrich Kassebrock (Bethel) zeigt auf, welche Beratungsmöglichkeiten genutzt werden können, um Eltern von an Epilepsie erkrankten Kindern eine Entscheidungshilfe und auch möglicherweise eine psychotherapeutische Unterstützung an die Hand zu geben.

Fragen der Konsequenzen für Ausbildung, Arbeitsplatzgestaltung und Gefährdung am Arbeitsplatz werden von Ingrid Coban (ebenfalls Bethel) beantwortet. Sie referiert auch die Leitlinien „zur Kraftfahreignung“.

Dieses Heft sollte auch ein Heft mit möglichst vielen anschaulichen Fällen werden: Inka Aspacher und Kolleginnen (Klingenmünster) geben einen Einblick anhand mehrerer Fallvignetten in die schwierige stationäre Arbeit mit Jugendlichen, die anfallsartige Zustände haben, von Anfällen betroffen sind, betroffen machen. Miriam Weisenburger und Kolleginnen (Stuttgart) präsentieren den Fall einer Patientin mit einer vermuteten artifiziellen Störung in stationärer Behandlung.

Michael Brünger interviewt zwei betroffene PatientInnen, die anschaulich und persönlich ihr Leben mit einer Anfallserkrankung schildern.

Wussten Sie, dass das weltweit einzige Epilepsie-Museum in Kehl-Kork steht?

Vermutlich nicht. Michael Brünger begleitet Sie auf einem Rundgang durchs Museum und stellt Ihnen im Interview noch den Epileptologen Hansjörg Schneble vor, der Kliniker und medizinhistorischer Forscher zugleich ist.

Wie gewohnt lesen Sie die Rubrik Dialog-Links von Christiane Eichenberg und Demetris Malberg (Köln) mit vielen hilfreichen Internetadressen für Betroffene und Helfer sowie die Rubrik DialogBooks, diesmal von Christina Huber (Pirmasens), in der sie Bücher von PatientInnen für PatientInnen oder auch von Profis für Betroffene, aber auch Fachbücher vorstellt. Neue Wege beschreiten wir in der Rubrik „Im Dialog“: Bettina Wilms, die Mitheerausgeberin der PiD und Mitheftherausgeberin des ADHS-Heftes (3/11) greift nochmals Fragen auf, die nach Erscheinen dieses Heftes gestellt wurden, und bezieht dazu Stellung.

Wie seit einigen Ausgaben machen wir auf ein empfehlenswertes und den Gedanken des Dialogs in sich tragendes Buch aufmerksam und stellen diesmal in einer Rezension von Tilman Rentel (Nürnberg) ein neu aufgelegtes Buch von Luise Reddemann vor.

Insgesamt hoffen wir, dass wir Ihnen nach Lektüre dieses Heftes mehr Einblicke in die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten von Epilepsie, aber auch psychogener Anfallserkrankung geben konnten und Ihnen damit, auch angeregt durch die vielen Falldarstellungen, zu mehr Behandlungssicherheit verhelfen können.

Wie wollen aber auch nicht verschweigen, worauf Sie in diesem Heft verzichten müssen: Bei unseren ersten Planungen kam uns die Idee, eine Parallele zwischen einem Anfallsgeschehen (individuell) und einem Erdbeben (gesellschaftlich) herzustellen. Wir hatten auch schon Kontakt zu Betroffenen, die das große Erdbeben in Kobe, Japan, miterlebt hatten, und wollten deren Erleben dem Erleben Anfallsbetroffener gegenüberstellen. Eine Woche, nachdem wir die Zusage zum Interview hatten, bebte in Japan erneut die Erde und löste die Katastrophe von Fukushima aus, die uns bis heute beängstigt, verfolgt und durch immer neue Szenarien in Atem hält. Es war uns sofort klar, dass wir auf diese Parallele verzichten müssen, da wir das unendliche, auch noch andauernde menschliche Leid in einer Fachzeitschrift in seinen Dimensionen unmöglich abbilden können. Das in aller Hilflosigkeit entstandene starke Mitgefühl mit den Opfern und Betroffenen relativiert die oft über unsere Köpfe zu wachsen drohenden Probleme und hilft uns den Blick zu schärfen, auf das, was wir haben und womit es uns gut geht. Und dies könnte eine Überschrift für manche Behandlung im Sinne einer Fokussierung auf Ressourcen von PatientInnen mit Anfallsleiden sein.

Es grüßen Sie herzlich
Michael Broda und Michael Brünger

In eigener Sache

Dinge verändern sich und dies trifft auch auf den Kreis der PiD-Herausgeber zu: Den aufmerksamen PiD-Lesern ist sicher aufgefallen, dass Jochen Schweitzer, Gründungsherausgeber der PiD, seit dem Jahr 2011 nicht mehr dem Herausbergergremium angehört. Er war zehn Jahre lang für PiD tätig und hatte neben den vielen Heften, die er verantwortlich mitherausgab, einen ganz wichtigen Platz als Ideengeber und innovativer Denker. Er hat sich entschlossen, seine beruflichen Schwerpunkte anders zu setzen und seinen Platz in der Herausgeberrunde zu räumen. Da er dies schon seit längerem angekündigt hatte, hatten wir mit Maria Borcsa und Bettina Wilms seinerzeit auch schon zwei systemisch orientierte Kolleginnen gewinnen können, um die beiden systemischen Urgesteine, Arist von Schlippe und eben auch Jochen Schweitzer, zu beerben. Jochen Schweitzer sei an dieser Stelle nochmals herzlich für seine Mitarbeit und sein Einbringen auch internationaler Kontakte gedankt. Er wird PiD sicherlich auch weiterhin verbunden bleiben.

Michael Broda
Schriftleitung

Diagnostik und Behandlung von Anfallserkrankungen

Michael Brünger · Hans Mayer

Zusammenfassung In diesem Heft stellen wir Problemkreise in einen Zusammenhang, die wir als Epileptologen, Neuropsychologen und Psychotherapeuten in unserem diagnostischen und therapeutischen Alltag trennen und trennen müssen: Epilepsie und dissoziatives Geschehen. Das Wissen um beide Bereiche und die oft verwirrenden Grenz- und Überschneidungsgebiete ist die Voraussetzung für das jeweils indizierte, von Wissenschaftlichkeit geleitete Vorgehen. Wir beschreiben damit ein Themenfeld, welches für uns in Jahrzehnten der Berufstätigkeit seine Faszination nicht verloren hat. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation im Netzwerk sind gefordert.

Schlüsselwörter

- ◉ Epilepsie
- ◉ dissoziative Anfälle
- ◉ diagnostische Prozeduren
- ◉ Persönlichkeit
- ◉ umschriebene Entwicklungsstörungen
- ◉ Pharmakotherapie
- ◉ Epilepsiechirurgie
- ◉ Selbsthilfe
- ◉ Psychoedukation

Korrespondenzadresse

- ◉ Dr. med. Michael Brünger
Pfalzinstitut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
michael.bruenger@pfalzlinikum.de

» Als Danielas Zuckungen bereits etwa vier Minuten andauerten, kam ihr Lehrer zu der Überzeugung, dass die Anfälle nicht von alleine aufhören würden. Sein Anruf bei der Rettungsleitstelle mit der Nachricht, dass auf dem Schulhof ein Notarzt umgehend erforderlich sei, setzte medizinische Hilfe sofort in Gang. Bei anhaltenden Zuckungen war es nicht möglich Daniela in eine stabile Seitenlage zu bringen, diese war jedoch deshalb nicht besorgniserregend, weil die Atmung nicht aussetzte und sich auch eine Blaufärbung des Gesichts nicht einstellte. Notarzt und Krankenwagen trafen circa zehn Minuten später ein, zu diesem Zeitpunkt hielten Danielas Zuckungen immer noch an. Nach Gabe von Diazepam änderte sich ihr Zustand nur wenig. Sie wurde dennoch als transportfähig eingeschätzt und wenig später der Notaufnahme des nächsten Krankenhauses übergeben. An die Ableitung eines EEGs war nicht zu denken. Da sich unter Beatmungsbereitschaft auch in der kommenden Dreiviertelstunde der Zustand wenig änderte, wurden alternativ eine Narkose und eine Verlegung per Hubschrauber in die nächste Großstadt überlegt. Nach Durchführung dieser Verlegung kam es schließlich im dortigen städtischen Klinikum zur Einleitung einer entsprechenden Narkose, zur Gabe weiterer Antiepileptika und zur Beatmung. Die Rettungskette hatte hervorragend funktioniert, der Notarzt war versiert vor-

gegangen, die Prozesse einer gestuften somatischen Versorgung waren logisch nacheinander abgelaufen. Allerdings lag kein epileptischer Anfall vor. Daniela hatte zum wiederholten Male ein ausgedehntes dissoziatives Geschehen gezeigt.

Die Tatsache, dass es sich nicht um einen Grand-Mal-Anfall gehandelt hatte, war für den Notarzt mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln nicht erkennbar. Sein notfallmäßiges Vorgehen konzentrierte sich auf die Unterbrechung eines lebensbedrohlich erscheinenden Zustandes, seine Maßnahmen führten zu keinen nachhaltigen Schäden. Auch konnte er nicht wissen, dass sich bei Daniela ähnliche Notarzteinsetze in gleicher Form – wenn auch ohne Hubschraubereinsatz – bereits achtmal abgespielt hatten. Die Verständigung zwischen städtischem Krankenhaus und einer jugendpsychotherapeutischen Station führte zu einer Verlegung in einen Daniela bereits vertrauten Kontext, in dem sie in den nächsten Wochen keine weiteren dissoziativen Zustände zeigte. Eine Epilepsie war bereits zuvor sicher ausgeschlossen worden.

Die Tatsache, dass Daniela von allem medizinischen Tun, von Rettungswagen und Sanitätserkluft völlig fasziniert war, kann als verstärkende Bedingung gewertet werden. Allerdings hatte auch die schriftliche Information der Zusammenhänge in verständlicher Beschreibung weder in der Schule noch in der Rettungsleitstelle diese dramatischen Abläufe verhindern können. ◀

Anfallsartige Zustände sind immer wieder geeignet hektische Betriebsamkeit auszulösen. Unsicherheiten im psychotherapeutischen Kontext im Bezug auf die Einschätzung epileptischer Anfälle sind dabei ebenso problematisch wie ein somatisches Vorgehen, welches bei einem dissoziativen Geschehen nicht immer geeignete Algorithmen berücksichtigen kann.

Historische Entwicklungen

Lenken wir den Blick zurück auf die Darstellungen von Anfällen und Zuständen von „Besessenheit“ in zahlreichen Bildnissen bis hin zum berühmten Gemälde von Raffael (1483–1520) im Vatikan (► **Abb. 1**): Schon von jeher muss die Dramatik des epileptischen Anfalls, wahrscheinlich aber auch der Anblick von dissoziativen Zuständen, so eindrücklich gewesen sein, dass beides immer wieder als Motiv verwendet wurde. Gegenüber beiden gesundheitlichen Störungen mag zudem eine große Hilflosigkeit bestanden haben. Sind wir heute weiter?

Diese Frage lässt sich eindeutig mit „Ja“ beantworten. Zwar können wir bereits bei Hippokrates¹ (460–377 v. Chr.) nachlesen, dass die Epilepsie eine Erkrankung des Gehirns ist. Aber erst im 20. Jahrhundert konnte beim Menschen die elektrische Aktivität des Gehirns in der Elektroenzephalografie (EEG) nachgewiesen werden: Beim Anfallskranken zeigte Hans Berger (1873–1941) in der Ableitung der menschlichen Hirnstromkurve von der Kopfoberfläche pathologische, mit dem Anfallsgeschehen eindeutig in Zusammenhang stehende Graphoelemente. Doch bis heute gilt, dass ein unauffälliges EEG kein sicherer Ausschluss einer Epilepsie ist. Damit nicht genug: Ein Zusammentreffen einer gesicherten Epilepsie mit dissoziativen Zustandsbildern bei ein- und demselben Patienten ist keine Seltenheit.

Neuropsychologische Diagnostik

Im Hinblick auf die Erfassung funktioneller Abläufe des Gehirns hat die Wissenschaft seit Berger durchaus große Fortschritte gemacht: Tiefenelektroden oder intraoperativ anwendbare Elektrodenfelder sind in speziellen Therapiesituationen unverzichtbar. Über die Erfassung der hirnelektrischen Aktivität hinaus haben Bildgebung und Neuropsychologie ganz wesentlich zu einer Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten beigetragen.

¹ In der Erforschung des Textes über die „Heilige Krankheit“ geht man davon aus, dass es sich um ein Konglomerat anonym überlieferter Schriften handelt, die allesamt unter dem Namen des Hippokrates tradiert wurden (siehe hierzu Hermann Grensemann: Die hippokratische Schrift „Über die Heilige Krankheit“. Berlin: De Gruyter; 1968).

Abb. 1 Raffael: Verklärung Christi, Vatikanische Pinakothek (rechts unten die Darstellung eines anfallskranken Jungen mit seinem Vater).



Bildgebung beschränkt sich dabei nicht nur auf die Verfahren der Computertomografie und Magnetresonanztomografie, vielmehr zeichnet sich deutlich ab, dass der Brückenschlag zwischen reiner Bildgebung und der Erfassung funktioneller Abläufe im Gehirn gerade für die präoperative Diagnostik zukunftsweisend ist.

So steht seit Anfang der 90er-Jahre die auf dem BOLD-Effekt („blood oxygen level-dependent“) beruhende funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT) als ein funktionelles Verfahren zur Diagnostik der zerebralen Organisation zur Verfügung. Mit dem fMRT ist die Darstellung von Hirnregionen möglich, die z. B. sprachliche Funktionen generieren. Diese Ergebnisse konnten anhand von parallel durchgeführten IATs (Intracarotid Amytal Testing) auch validiert werden (Spreer et al. 2002).

Problematisch erscheint aus klinischer Perspektive die fehlende Überprüfung der expressiven Sprache. Dies kann dann im Einzelfall die Frage nach einer möglichen hemispheriellen Dissoziation rezeptiver und expressiver Sprachleistungen nicht beantworten, sodass zu Klärung ein Wada-Test durchgeführt werden muss (Mayer 2011).

Zusammenfassend betrachtet können die verschiedenen Techniken der Bildgebung, vor allem die Kernspintomografie (aber auch PET und SPECT) als bedeutende Wei-

terentwicklung der Epilepsiediagnostik gewertet werden. So ist es in vielen Fällen möglich geworden, Hirnareale darzustellen, die an der Anfallsauslösung beteiligt sind und bei einem operativen Eingriff entfernt werden müssen, um Anfallsfreiheit zu erzielen (Lüders et al. 1993).

Im Rahmen der diesem Eingriff vorausgehenden prächirurgischen Diagnostik haben auch neuropsychologische Untersuchungen mittlerweile ihren festen Platz (Gleissner 2004). Folgende Fragen stehen im Rahmen der neuropsychologischen Diagnostik bei geplanten epilepsiechirurgischen Interventionen im Vordergrund:

- Welche globalen oder umschriebenen Funktionsstörungen sind präoperativ bzw. postoperativ objektivierbar?
- Auf welche Hirnregionen verweisen bestimmte Funktionsstörungen?
- In welchem Zusammenhang stehen diese Funktionsstörungen mit strukturellen Schädigungen?
- Von welcher Hemisphärendominanz (typisch – atypisch) ist auszugehen?

Bei der prächirurgischen neuropsychologischen Diagnostik steht also die exakte Erfassung von Funktionen bzw. Funktionsstörungen und deren Beziehung zu bestimmten Hirnregionen im Mittelpunkt. Die allgemeine neuropsychologische Diagnostik hat einen anderen Schwerpunkt. Hier sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden (Mayer 2011):

- Welche globalen oder umschriebenen Funktionsstörungen (Teilleistungsstörungen) sind objektivierbar?
- Welche Förder-, Trainings- bzw. Therapiemaßnahmen können eingeleitet werden?
- Welche Bedeutung hat die klinische bzw. subklinische Anfallsaktivität für Entwicklungsfunktionen (Sprache, Gedächtnis, Wahrnehmung etc.)?
- Wie verändert die antiepileptische Therapie das Leistungs- und Sozialverhalten?
- Welche Eigen- bzw. Verlaufsdynamik liegt vor (Progression – Regression)?
- Besteht eine Diskrepanz zwischen Leistungsmöglichkeiten und Leistungsrealisierung (Schule!)

Folglich ist neuropsychologische Diagnostik bei Epilepsien in erster Linie Funktionsdiagnostik.

Dass jede Epilepsie, ob generalisiert, fokal oder unbestimmbar, ein Risiko für neurokognitive, neuropsychologische und sozial-emotionale Funktionen darstellt, ist mittlerweile wissenschaftlich unbestritten. Das individuelle Risiko eines jeden

Patienten kann aber nur durch eine differenzierte neuropsychologische Diagnostik sowie durch eine entsprechende Anamnese und Exploration von Patient und Bezugspersonen abgeklärt werden (Mayer 2011).

Auf der Basis neuropsychologischer Befunde können dann Förder- bzw. Therapieprogramm eingeleitet werden. Es versteht sich von selbst, dass diese Begutachtung nur mit reliablen und validen psychometrischen Verfahren erfolgen sollte, wie sie für alle unten aufgeführten Funktionsbereiche vorliegen. Eine Zusammenstellung entsprechender Instrumente findet sich bei Mayer (2011).

Für die eigentliche neuropsychologische Untersuchung gilt, dass sie mehr sein muss als eine systematische Defizitanalyse. Eine valide Untersuchung sollte während einer stabilen Anfallsituation und antiepileptischer Therapie durchgeführt werden. Nur so kann herausgefunden werden, über welche Ressourcen ein Patient verfügt und welche Störungshierarchie vorherrscht.

Zur neuropsychologischen Begutachtung sollten folgende Funktionsbereiche gehören:

- ▶ Allgemeines kognitives Niveau
- ▶ Sprache (rezeptiv, expressiv)
- ▶ Aufmerksamkeit/Konzentration
- ▶ Kognitives Tempo
- ▶ Gedächtnis (Kurz-, Langzeitgedächtnisleistungen, verbal, visuell)
- ▶ Visuelle Wahrnehmung
- ▶ Auditive Wahrnehmung/
Diskrimination
- ▶ Visuomotorische, räumlich-konstruktive Leistungen
- ▶ Exekutive Funktionen
(Planung, Umstellungsfähigkeit)
- ▶ Verhalten
- ▶ Schulleistungen

In der Diagnostik von umschriebenen Teilleistungsstörungen hat sich das Diskrepanz-Konzept von Esser etabliert. Danach kann erst dann von einer Teilleistungsstörung gesprochen, wenn zwei Annahmen erfüllt sind (Esser 1995):

- ▶ **die Normalitätsannahme:**
Sie besagt, dass nur dann von Teilleistungsstörungen gesprochen werden kann, wenn eine umschriebene Entwicklungsstörung nicht auf eine allgemeine kognitive Basisstörung (Intelligenzdefizit) zurückgeführt werden kann. Daher bedarf es in aller Regel einer umfassenden Intelligenzdiagnostik mit einem standardisierten psychometrischen Verfahren.

- ▶ **die Diskrepanzannahme:**
Danach muss eine bedeutende Differenz zwischen allgemeinem Intelligenzniveau und der spezifischen Teilleistung bzw. zwischen Intelligenz und deren Realisierung in der Schule oder am Arbeitsplatz bestehen.

Die Bestimmung der Diskrepanz zwischen Teilleistung und dem übrigen Leistungsniveau muss drei Aspekte berücksichtigen:

- ▶ Die Diskrepanz sollte relevant sein.
- ▶ Die Teilleistung sollte sich im Bereich klinisch relevanter Störungen befinden, d.h. mindestens 1½ Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Altersgruppe liegen.
- ▶ Der Bezugspunkt (Gesamtniveau) für die Berechnung der Differenz zur Teilleistung sollte aus den von der Teilleistung unabhängigen Intelligenzbereichen stammen.

Eine andere Möglichkeit, Teilleistungsstörungen zu diagnostizieren, besteht in der differenzierten Analyse von Testprofilen. So kann auch ein vom mittleren Testprofil signifikant abweichendes Untertestergebnis, z. B. im Untertest „Rechnerisches Denken“ im HaWIK, ein erster wichtiger Hinweis auf eine Teilleistungsstörung sein. Dieses Vorgehen hat aber methodische Grenzen, würde nämlich in zwei oder mehr Untertests ein signifikant abweichendes Ergebnis festgestellt, bliebe selbstverständlich das Gesamtergebnis nicht unberührt, was wiederum die Signifikanzbeurteilung des Abweichungswertes berührt. D.h. mit steigender Zahl signifikanter Untertestabweichungen wird dieses Vorgehen zur Teilleistungsdiagnostik obsolet (Mayer 1999).

Neuropsychologische Störungen

Jede Epilepsie stellt ein Risiko für die Entwicklung neurokognitiver oder neuropsychologischer Funktionen dar (Helmstaedter 2000). Dieses Risiko ist über die verschiedenen Epilepsiesyndrome wie auch intraindividuell sehr variabel verteilt und reicht in seiner Wirkungsdynamik von „vernachlässigbar“ bis „prägend“. Vor dem Hintergrund dieser variablen Risikoverteilung wird verständlich, dass es selbst bei gutartigen (sogenannten benignen) Syndromen ungünstige Verläufe geben kann, während andererseits bei symptomatisch-fokalen Epilepsien, die häufig mit neuropsychologischen Teilleistungsstörungen oder allgemeinen kogni-

tiven Defiziten einhergehen, günstige Entwicklungen beobachtet werden können.

▶ **Abb. 2** zeigt die Verteilung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen) bei verschiedenen epileptischen Syndromen.

Risiken, die auf die Entwicklung von epilepsiekranken Kindern und Jugendlichen Einfluss nehmen, sind angeborene oder erworbene Hirnfunktionsstörungen bzw. Hirnschädigungen oder auch unterschiedliche (prä-, peri-, post-)iktale epileptische Aktivität (Vingerhoets 2006).

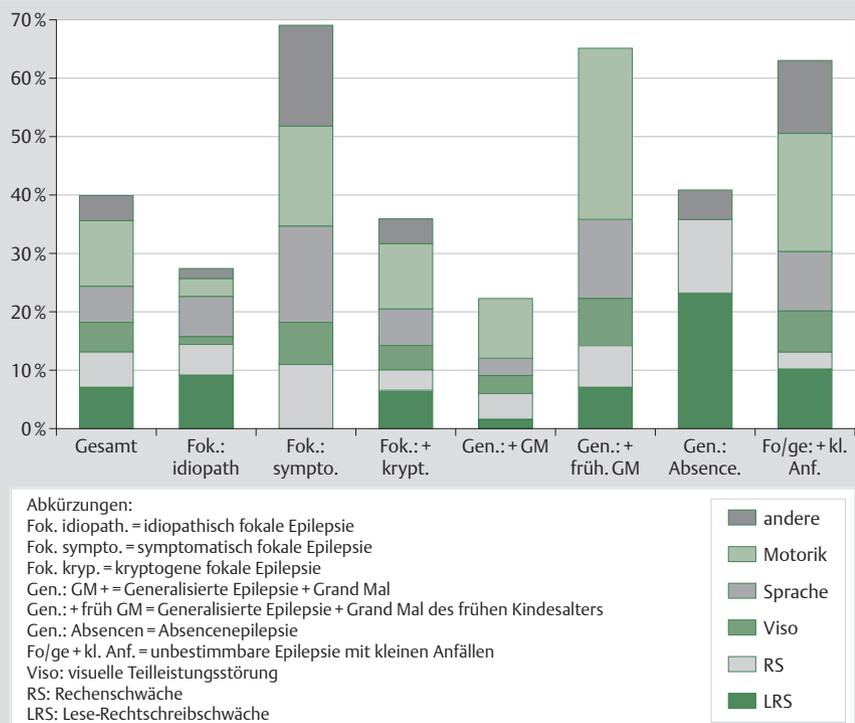
Heutzutage kann ein beträchtlicher Teil der Hirnschädigungen, seien sie angeboren oder erworben, mit bildgebenden Verfahren nachgewiesen werden, wobei die Aufklärungsrate durch die verbesserte Bildgebung weiter ansteigen wird. Wird eine Schädigung durch ein bildgebendes Verfahren nicht gesichert, ist dies natürlich kein Beweis dafür, dass es keine zugrunde liegende Schädigung gibt. Sie kann nur mit der zur Verfügung stehenden Technik nicht belegt werden (Mayer 1999).

Weitere Risiken sind durch die Nebenwirkungen der antiepileptischen Therapie bedingt. Nebenwirkungen können zu gravierenden Einschränkungen kognitiver wie auch sozial-emotionaler Funktionen führen (Mayer 1989, Diener u. Mayer 1996). Dies ist besonders bei Patienten mit (partiell) therapieresistenten Epilepsien häufig zu beobachten, da hier i.d.R. Kombinationstherapien eingesetzt werden.

Nicht zuletzt stellen auch die sozialen und emotionalen Bedingungen, die sich mit Ausbruch der Erkrankung einstellen, eine potenzielle Risikosituation dar.

Die gerade genannten Risiken wirken i.d.R. nicht isoliert, sondern sie sind untereinander dynamisch verknüpft (Diener u. Mayer 1996). Dementsprechend können sie sich gegenseitig verstärken, im ungünstigen Falle geradezu potenzieren. So kann etwa ein Kind, das bereits aufgrund einer Hirnschädigung sehr unruhig und umtriebig ist, sowohl durch die medikamentöse Therapie als auch durch soziale Faktoren noch weiter irritiert werden (Mayer 1996). Zunächst nur episodisch auftretendes affektlabiles Verhalten in Zusammenhang mit einer Anfallshäufung kann je nach sozialen Konsequenzen verstärkt oder abgemildert werden. Postiktal ungesteuert-aggressives Verhalten kann medikamentös stabilisiert oder forciert werden.

Abb. 2 Teilleistungsstörungen bei verschiedenen epileptischen Syndromen (nach dreijähriger Anfallsfreiheit, n = 378; Mayer 2011).



Altersnorm), wobei das Risiko für regressive Tendenzen fortbesteht.

Zeitlose diagnostische Instrumente: Beobachtung und Beschreibung

Apparative Instrumente der Diagnostik stehen uns bei dissoziativen Zuständen – zumindest jenseits der Ausschlussdiagnostik – nicht zur Verfügung. Umso wichtiger ist es darauf hinzuweisen, dass uns sowohl für den epileptischen Anfall als auch beim dissoziativen Geschehen eine ganz wesentliche diagnostische Methode zur Verfügung steht, die seit Menschengedenken ihren festen Platz im Repertoire des Diagnostikers hat: die aufmerksame Beobachtung durch einen möglichst erfahrenen Fachmann. Die sorgfältige Trennung von Beobachtung, Beschreibung und Bewertung gehört dabei in das Instrumentarium sowohl des Neurologen als auch des klinisch tätigen Psychotherapeuten.

In der differenzialdiagnostischen Abgrenzung verschiedener Anfallsformen und in der Erkennung dissoziativer Anfälle hat sich die Unterstützung durch Videoaufnahmen als sehr hilfreich erwiesen: Regelmäßig wird heute bei der EEG-Ableitung in spezialisierten Praxen und Kliniken das Videobild des Patienten parallel aufgezeichnet. Zeitlupeneinstellungen ermöglichen darüber hinaus eine Feinanalyse der Aufzeichnung. Trotzdem darf der Wert der im Alltag durch Angehörige und Betreuer angefertigten Anfallsbeschreibungen nicht unterschätzt werden – sie sind viel häufiger Zeugen eines Anfallsgeschehens als der ambulant behandelnde Arzt, gelegentlich auch häufiger als ein Klinikteam. Kontinuierliche Beobachtungen dieser Bezugspersonen lassen sich zu einem Gesamtbild zusammenfügen, welches als sehr wertvoll für die Fragen der Ätiologie und der Therapieoptionen anzusehen ist (**Box 1**).

Anfallserkrankungen und Persönlichkeit – Wesensänderung oder nicht?

Kontroverser als die Vorgehensweisen der Neuropsychologie wurden in den vergangenen Jahrzehnten die Aspekte der Persönlichkeitsdiagnostik diskutiert. Heute steht fest: Epilepsien mit sehr heterogenen Anfallsmanifestationen als neurologischem Symptom einer Vielzahl verschiede-

Je nach Risikobündelung bzw. Risikoverteilung sind unterschiedliche Formen an Entwicklungsstörungen wahrscheinlicher:

- ▶ Globale Entwicklungsstörungen; hier ist die Mitbeteiligung der kognitiven Basisfunktionen (Intelligenz!) obligat
- ▶ Umschriebene Störungen entwicklungsrelevanter Funktionen: Sprache, Gedächtnis, visuelle Wahrnehmung, exekutive Funktionen, Visomotorik und Visokonstruktion
- ▶ Störungen kognitiver Stützfunktionen wie Aufmerksamkeit, Konzentration und mentales Tempo.

Jede einzelne Funktion kann bereits beim Erwerb gestört sein mit entsprechenden Konsequenzen für die Weiterentwicklung. Bei bestimmten Epilepsiesyndromen (z. B. Landau-Kleffner-Syndrom oder Electrical Status Epilepticus during Sleep [ESES]) kann es auch zu einem Verlust bereits erworbener Funktionen kommen. Von demenziellen Verläufen sollte nur gesprochen werden, wenn es sich um einen realen Verlust handelt, der sich auch in psychometrischen Verfahren in einem Verlust von Rohwerten nachweisen lässt oder klinisch offensichtlich ist, z. B. Verlust der Sprache, des Lesens oder anderer Teilleistungen. Werden lediglich Verluste an Wertpunkten diagnostiziert, handelt es sich i. d. R. um eine verlangsamte bzw. um eine eingeschränkte Weiterentwicklung.

Grundsätzlich lassen sich im Kindesalter verschiedene Verläufe transienter oder überdauernder Störungen unterscheiden (Deonna u. Roulet-Perez 2005):

- ▶ Ein zunächst regelgerechter Entwicklungsverlauf erfährt mit Beginn der Epilepsie eine vorübergehende Regression.
- ▶ Eine kongenitale Entwicklungsstörung erfährt eine vorübergehende Regression, mit Kontrolle der Epilepsie (ohne Nebenwirkungen) wird das ursprüngliche Ausgangsniveau wieder erreicht.
- ▶ Eine kongenitale Entwicklungsstörung erfährt eine dauerhafte Verstärkung, d. h. der Entwicklungsverlauf verlangsamt sich infolge der Therapieresistenz (das Erlernen neuer Funktionen ist dauerhaft eingeschränkt).
- ▶ Eine kongenitale Entwicklungsstörung erfährt eine Regression, d. h. nicht nur das Erlernen neuer Funktionen ist dauerhaft eingeschränkt, sondern es kommt auch zum Verlust bereits erworbener Funktionen infolge unkontrollierter epileptischer Aktivität (und möglicher Nebenwirkungen).
- ▶ Eine Entwicklungsstörung (motorisch und kognitiv) bildet sich bei partieller Anfallskontrolle (ohne schwerwiegende Nebenwirkungen) leicht zurück (Entwicklungsniveau bleibt aber 2 Standardabweichungen unter der

Box 1 Anfallsprotokoll von B. R., Mitarbeiter der Station X

Thorsten B., Schwere Mehrfachbehinderung, bekannte therapieresistente Epilepsie
12.5.2011, 12:43 h

Beschreibung: Anfang nicht gesehen, ich stand gerade mit dem Rücken zu Thorsten. Hörte Sturz vom Stuhl in der Essenssituation, er fiel auf die Seite (Helm wurde getragen, Gesichtsschutz wegen der Mahlzeit abgenommen). Generalisierte Muskelanspannung in allen Extremitäten, nach ca. 40 Sekunden Übergang in rhythmische Zuckungen, Lippen blau. Nach ca. 2 Minuten lassen die Zuckungen nach. Einnässen. Ist nach dem Anfall kurz ansprechbar. Nachschlaf.

Bewertung: Grand-Mal-Anfall. Entsprechend dem Notfallplan wurde keine Notfallmedikation gegeben.

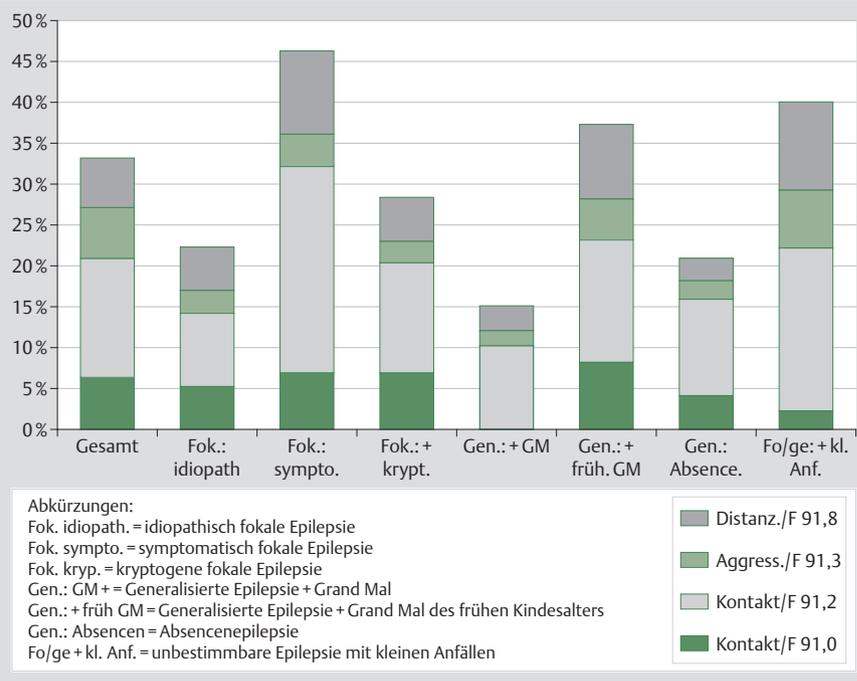
dener ursächlicher Störungen münden nicht ein in eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur oder eine „charakterisierende“ Psychopathologie. Die Dinge sind weitaus komplexer.

So muss die erstmalige Manifestation einer Epilepsie insbesondere auch für die Verhaltensentwicklung als ein *kritisches Lebensereignis* verstanden werden, das eine Fülle von psychosozialen Belastungen mit sich bringt. Um diese bewältigen zu können, bedarf es besonderer Fertigkeiten und Kompetenzen. Sind diese nicht verfügbar oder ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass sie im Verlauf der Erkrankung erworben werden können, steigt das Risiko für Fehlanpassungen.

Eine gerade im Kindes- und Jugendalter schwerwiegende Form dieser Fehlanpassung ist die Intensivierung des Bindungsverhaltens. Sie führt mittel- und langfristig dazu, dass eine zentrale Entwicklungsaufgabe, nämlich sich zu lösen bzw. neu zu binden (Kindergarten, Schule) nicht oder nur unzureichend bewältigt werden kann. Geht die Balance zwischen Binden und Lösen verloren, ist der Boden für Überbehütung bereitet. Durch diese Grundhaltung wird langfristig eine „soziale Mauer“ errichtet, die einerseits schützen, andererseits aber auch entwicklungsfördernde Interaktionen verhindern kann (Peters 1978).

Unzureichende Interaktionserfahrungen fördern sozialen Rückzug und führen letztlich in die soziale Isolierung, die wiederum sozialen Austausch und Interaktionserfahrungen verhindert. Dieser Teufelskreis wird auch nach dem Erreichen

Abb. 3 Verteilung von Störungen des Sozialverhaltens bei verschiedenen epileptischen Syndromen (in Anlehnung an ICD-10; Mayer 2011).



von Anfallsfreiheit bzw. nach „Ausheilen“ der Epilepsie häufig nicht durchbrochen (s.o.). Hält man sich diese Sozialisationsbedingungen vor Augen, kann es nicht verwundern, dass epilepsiekrankte Kinder und Jugendliche häufig Schwierigkeiten haben, befriedigende und belastungsfähige soziale Beziehungen aufzubauen (Rodenburg et al. 2005).

Insbesondere mit Beginn der Schulzeit entwickeln diese Patienten zudem oft Unterlegenheitsgefühle, da sie Leistungsanforderungen, etwa aufgrund von Teilleistungsstörungen oder Aufmerksamkeitsstörungen, nicht in erforderlichem Maße genügen können. Minderwertigkeitsgefühle werden aber auch durch unrealistische Leistungserwartungen von Eltern und Lehrer gebahnt. Diese Erfahrungen bestehen nicht selten über die Jugendzeit hinaus und prägen auch die langfristige Persönlichkeitsentwicklung. Insgesamt besehen erleben Epilepsiekrankte, gleich welchen Alters, häufiger als ihre gesunden Altersgenossen Misserfolg, soziale Zurückweisung und Ohnmacht, also Bedingungen, die zur sogenannten erlernten Hilflosigkeit beitragen, aber auch depressive Verstimmungen sowie ausgeprägte Depressionen bahnen können (Jones et al. 2008). Diese Bedingungen sind entscheidend, wenn es gilt, die hohen Raten an Verhaltensstörungen zu erklären (vgl.

• **Abb. 3**).

Über lange Zeit hinweg wurden die skizzierten Sozialisationserfahrungen unterschätzt, genetisch-konstitutionelle Faktoren zur Erklärung von Verhaltens- und Erlebensstörungen überschätzt. Ausdruck dieser Überschätzung ist das Konzept der epileptischen Wesensänderung, das eine typisch epileptische Psychopathologie unterstellt, für die es allerdings keinen empirischen Beleg gibt (Mayer 2011, Glogau 2006). Auch bei Patienten mit Temporallappenepilepsien sind entsprechende Nachweisversuche gescheitert (Swanson et al. 1995). Es ist weiterhin unklar, welche Auffälligkeiten bei welchen Patienten aufgrund welcher Ursachen auftreten: „As we find answers to some questions, several others emerge and controversies abound as a consequence“ (Krishnamoorthy 2001).

Außerdem muss insbesondere bei Temporallappenepilepsien (TLE) betont werden, dass die berichteten Verhaltensstörungen durch medikamentöse Faktoren bedingt sein könnten. TLE sind nämlich häufig therapieresistent, was in der Regel mehr Medikamente, höhere Medikamentenspiegel sowie eine insgesamt längerdauernde Therapie bedeutet (Rodin et al. 1976).

An der Diskussion um das Konzept der „epileptischen Persönlichkeit“ wird deutlich, dass ein Krankheitsverständnis, das sich implizit genetisch-dispositionell definiert und damit soziale, d.h. gesellschaftliche Risikofaktoren ausblendet, den kom-