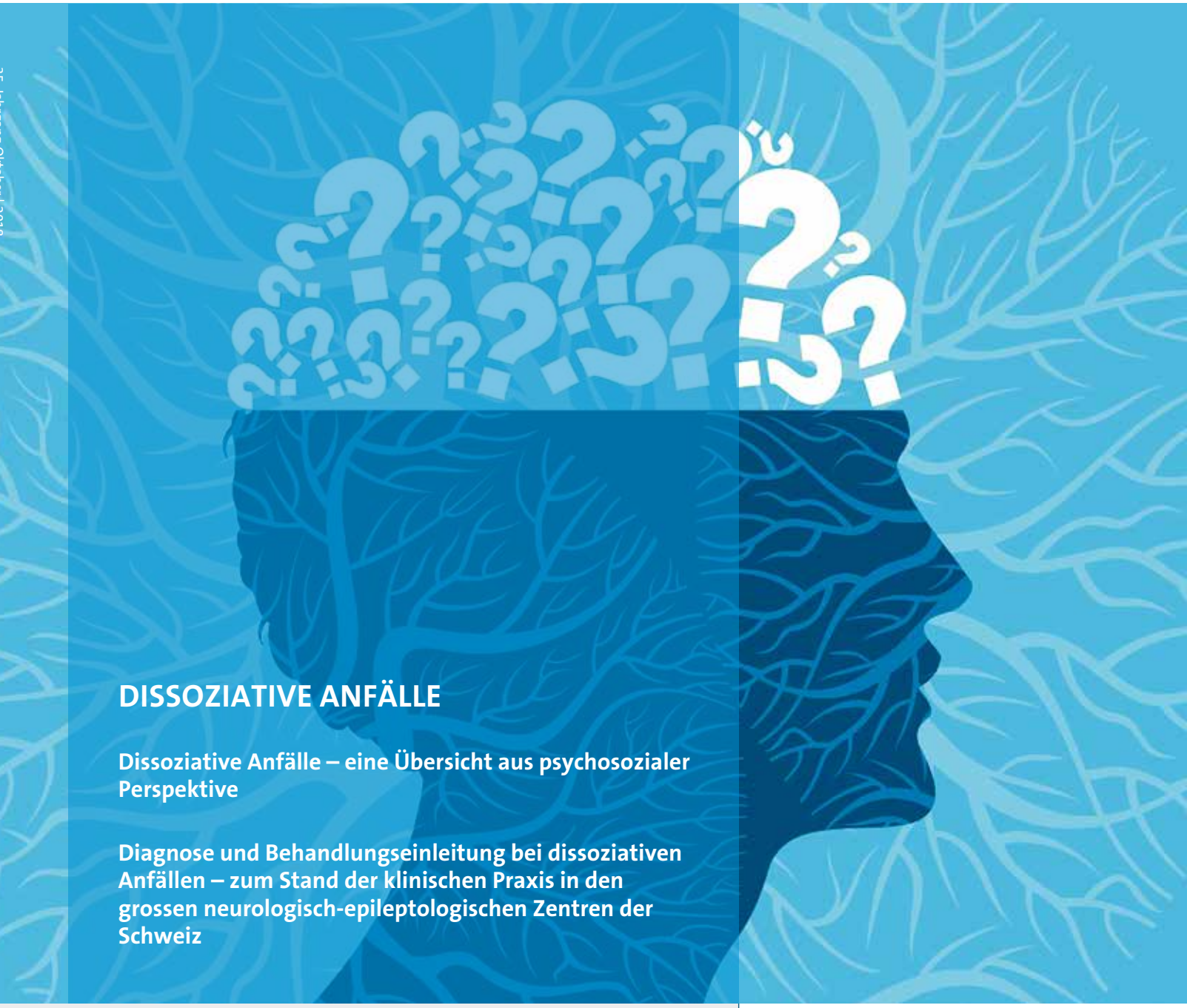
35. Jahrgang | Oktober | 2018 ISSN 1660-3656

Epileptologie



DISSOZIATIVE ANFÄLLE

Dissoziative Anfälle – eine Übersicht aus psychosozialer Perspektive

Diagnose und Behandlungseinleitung bei dissoziativen Anfällen – zum Stand der klinischen Praxis in den grossen neurologisch-epileptologischen Zentren der Schweiz

Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Lega Svizzera contro l'Epilessia
Swiss League Against Epilepsy

DESITIN
SUCCESS IN CNS

Desitin Pharma GmbH
Hammerstrasse 47 · 4410 Liestal
www.desitin.ch

Grösstes Antiepileptika-Portfolio der Schweiz mit innovativen, praxisrelevanten Galeniken.

Epileptologie | 35. Jahrgang

Oktober | 2018 ISSN 1660-3656

Epilepsie-Liga
Seefeldstrasse 84
CH-8008 Zürich

Redaktionskommission

Martinus Hauf | Tschugg
Dörthe Heinemann | Bern
Anna Marie Hew-Winzeler I Zürich (Vorsitz)
Oliver Maier | St. Gallen
Jan Novy | Lausanne
Fabienne Picard | Genève
Stephan Rüegg | Basel
Matthias Schmutz | Zürich
Serge Vulliémoz | Genève
Frédéric Zubler | Bern

Beirat

Pamela Agazzi | Lugano
Alexandre Datta | Basel
Thomas Grunwald | Zürich
Christian W. Hess | Bern
Anna Marie Hew-Winzeler | Zürich
Günter Krämer | Zürich
Theodor Landis | Genève
Noëlle Mercier | Lavigny
Klaus Meyer | Tschugg
Andrea O. Rossetti | Lausanne
Stephan Rüegg | Basel
Kaspar Schindler | Bern
Markus Schmutz | Basel
Margitta Seeck | Genève
Urs Sennhauser | Hettlingen
Franco Vassella | Bremgarten
Elmar Zwahlen | Tschugg

Inhalt

Editorial *97 - 99*

Dissoziative Anfälle – eine Übersicht aus psychosozialer Perspektive
Carsten Spitzer, Harald Jürgen Freyberger und Annegret Eckhardt-Henn *100 - 109*

Diagnosis and management of psychogenic non-epileptic seizures at Geneva University Hospitals | *Viridiana Mazzola, Guido Bondolfi, and Pierre Mégevand* *110 - 112*

Crises psychogènes à l'Institution de Lavigny | *Noëlle Mercier* *113 - 116*

Non-epileptic psychogenic seizures: diagnostic and therapeutic approach at the CHUV, Lausanne | *Andrea O. Rossetti* *117 - 118*

Assessing dissociative seizure patients at the Neurocentro della Svizzera Italiana
Pamela Agazzi *119*

Psychogene nichtepileptische Anfälle – Diagnosestellung und Therapiestrategie in der Klinik Bethesda Tschugg
Martinus Hauf und Klaus Meyer *120 - 122*

Assessing non-epileptic seizure patients: Experience from the University Clinic of Neurology in Bern | *Selma Aybek, Heidemarie Gast and Kaspar Schindler* *123 - 124*

Dissoziative Anfälle: Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Schweizerischen Epilepsie-Klinik, Zürich
Matthias Schmutz, Oona Kohnen, Carina Kouraichi und Thomas Grunwald *125 - 128*

Algorithmus Diagnostik und Behandlung dissoziativer Anfälle am Kantonsspital St. Gallen
Michaela Gegusch, Dominique Flügel, Dominik Zieglgänsberger und Barbara Tettenborn *129 - 133*

Fazit
Matthias Schmutz *134 - 139*

Epilepsie-Liga-Mitteilungen *140 - 146*

Kongresskalender *147 - 148*

Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Lega Svizzera contro l'Epilessia
Swiss League Against Epilepsy

Richtlinien für die Autoren

Allgemeines

Epileptologie veröffentlicht sowohl angeforderte als auch unaufgefordert eingereichte Manuskripte über alle Themen der Epileptologie. Es werden in der Regel nur bislang unveröffentlichte Arbeiten angenommen. Die Manuskripte oder wesentliche Teile daraus dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Zeitschriften angeboten werden oder anderweitig bereits zur Publikation angenommen worden sein. Alle Manuskripte werden zweifach begutachtet. Von den Beiträgen werden keine Sonderdrucke erstellt, sie werden jedoch als pdf-Datei zusätzlich auf der Liga-Homepage (www.epi.ch) veröffentlicht und können von dort heruntergeladen werden.

Redaktionsanschrift

Unaufgefordert eingereichte Manuskripte (inkl. Briefe an die Herausgeber) sind zu richten an: Frau J. Franke, Redaktion Epileptologie, Schweizerische Epilepsie-Liga, Seefeldstr. 84, 8008 Zürich. Tel. 043 477 07 06, Fax 043 488 67 78, E-Mail: franke@epi.ch.

Hinweise zur Manuskripterstellung

Manuskripte werden nur akzeptiert, wenn sie den folgenden Kriterien entsprechen. Nicht entsprechend abgefasste Manuskripte werden vor der Begutachtung zurückgesandt.

1. **Sprache:** Neben deutsch auch englisch und französisch möglich.
2. **Schreibweise (deutsch):** Als Schreibweise gilt die deutsche Form mit „z“ und „k“ (also z. B. Karzinom), lateinische Fachtermini behalten aber ihre Schreibweise (also z. B. Arteria carotis).
3. **Form:** Der gesamte Text, einschliesslich Literaturverzeichnis, Tabellen und Abbildungslegenden, ist folgendermassen zu formatieren:
   - DIN-A4-Papier, einseitig (1 1/2- oder 2-zeilig mit max. 30 Zeilen je Seite).
   - Literaturverweise werden gemäss der Reihenfolge, in der sie im Text vorkommen, arabisch nummeriert; im Text erscheinen die Verweiszahlen in eckigen Klammern.
   - Tabellen und Abbildungen haben eine jeweils fortlaufende arabische Nummerierung.
4. **Reihenfolge:** 1. Titelblatt (ggf. inkl. Danksagung, Förderung durch Hilfe anderer oder Drittmittelfinanzierung), 2. Zusammenfassung in Deutsch, Résumé in Französisch und Summary in Englisch sowie je drei bis fünf Schlüsselwörter, 3. Text, 4. Literatur, 5. Tabellen, 6. Abbildungslegenden und 7. Abbildungen:
   - Das Titelblatt enthält den vollen Titel der Arbeit (deutsch und englisch), Namen und Titel der Autoren, die Kliniken bzw. Institutionen, an denen alle Autoren arbeiten, sowie die vollständige Adresse des federführenden Autors mit Telefon- und Faxnummer sowie E-Mail.
   - **Zusammenfassung, Résumé und englischer Abstract (mit Titel der Arbeit):** Ohne Literaturzitate und Akronyme sowie unübliche Abkürzungen (je maximal 250 Wörter).
   - **Text:** Dabei bei Originalarbeiten Gliederung in Einleitung, Methode (inkl. Untersuchungsmaterial, Patienten, Versuchstiere etc., ggf. auch Angabe über Einwilligung bzw. Einhaltung der Deklaration von Helsinki inkl. Votum einer Ethikkommission), Ergebnisse und Diskussion. Abkürzungen sind bei ihrem ersten Erscheinen im Text voll auszuschreiben.
   - **Literaturverzeichnis:** Am Ende der Arbeit werden die Literaturstellen in der im Text zitierten Reihenfolge aufgeführt und nach untenstehendem Muster zitiert. Persönliche Mitteilungen, unveröffentlichte Befunde oder zur Publikation eingereichte Manuskripte werden nicht aufgenommen, sondern entsprechend im Text vermerkt. Zitierungen „im Druck“ bzw. „in press“ beziehen sich nur auf von einer Zeitschrift bereits angenommene Arbeiten (mit Angabe von Zeitschrift und – soweit bekannt – Band und Erscheinungsjahr. Das Zitieren von Arbeiten als „in Vorbereitung“ oder „in preparation“ ist nicht zulässig. Kongressmitteilungen können nur als zitierbare Abstracts oder Beitrag in Proceedings-Bänden berücksichtigt werden.
   - **Tabellen:** Jede Tabelle steht auf einer neuen Seite und hat eine kurze erklärende Überschrift. Abkürzungen oder Zeichen sind in einer Fussnote zu erklären.
   - **Abbildungslegenden:** Die Legende für jede Abbildung steht auf einer neuen Seite; alle Abkürzungen oder Zeichen sind darin zu erklären.
   - **Abbildungen:** Strichzeichnungen, schattierte Zeichnungen oder Fotografien (SW oder Farbe).
   - **Zitierweise:** Zeitschriftenartikel: Daoud AS, Batieha A, Abu-Ekteish F et al. Iron status: a possible risk factor for the first febrile seizure. Epilepsia 2002; 43: 740-743 (bei bis zu vier Autoren werden alle genannt; Abkürzungen der Zeitschriften nach der „List of Journals indexed in Index Medicus“); Bücher: Shorvon S. Status Epilepticus. Its Clinical Features and Treatment in Children and Adults. Cambridge: Cambridge University Press, 1994; Buchkapitel: Holthausen H, Tuxhorn I, Pieper T et al. Hemispherectomy in the treatment of neuronal migrational disorders. In: Kotagal P, Lüders HO (eds): The Epilepsies. Etiologies and Prevention. San Diego, London, Boston et al.: Academic Press, 1999: 93-102

Was ist an die Redaktion einzureichen?

Alle Manuskripte sind inklusive Abbildungen und Tabellen in elektronischer Form einzureichen (MS Word).

Dr. phil. Matthias Schmutz

Liebe Leserinnen, lieber Leser

Seit vielen Jahrzehnten gehören Abklärung und Behandlungseinleitung bei Patienten mit dissoziativen Anfällen mit zum Kerngeschäft neurologisch-epileptologischer Zentren. Wie bei allen Konversionsstörungen, so kommt auch bei den dissoziativen Anfällen dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Fach in Bezug auf die Diagnosestellung eine nachgeordnete Rolle zu: Erst bei gesicherter somatischer und insbesondere epileptologischer Ausschlussdiagnostik kommt die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zum Zuge.

Diese hier aus klinischer Sicht zwingende Nachrangigkeit des psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachs widerspiegelt sich möglicherweise auch in der Forschungsliteratur zum Thema: Es dominieren neurologische Publikationen, schwerpunktmässig zu Fragen der Differentialdiagnose und des klinischen Managements, teilweise aber auch über die Behandlungsinitiierung hinaus bis ins psychotherapeutische Behandlungsfeld hineinreichend. Beiträge genuin psychiatrisch/psychotherapeutischer Provenienz sind in der deutlichen Minderzahl – was bei diesem psychiatrischen Symptom mit durchaus markanter medizin- und psychiatriehistorischer Bedeutung doch erstaunt.

Das vorliegende Themenheft über dissoziative Anfälle beinhaltet zwei Teile. Im ersten Teil kommen drei prominente Vertreter der zeitgenössischen psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin zu Wort. Carsten Spitzer, Harald Freyberger und Annegret Eckhardt-Henn prägen die theoretische und klinisch-praktische Diskussion über dissoziative Störungen seit Jahren in massgeblicher Weise mit. Ich freue mich sehr, dass sie in diesem Heft eine umfassende Übersicht zu dissoziativen Anfällen aus psychosozialer Perspektive präsentieren.

Im zweiten Teil soll die konkrete klinische Praxis im Zentrum stehen. Ausgangspunkt waren eigene, teils unbefriedigende Erfahrungen bezüglich Abklärung und Behandlungsinitiierung bei Patienten mit dissoziativen Anfällen sowie eine partiell heterogene Datenlage in der Literatur. Daraus entstand die Idee eines gesamtschweizerischen Surveys zur klinischen Abklärungspraxis in den grossen neurologisch-epileptologischen Zentren des Landes. Die Kolleginnen und Kollegen wurden gebeten, in möglichst konkreter Weise die in ihren Zentren zur Anwendung gelangenden Abklärungsalgorithmen und praktischen Vorgehensweisen zu beschreiben. Nebst den (differential-)diagnostischen Standards und Routinen sollten auch die praktischen Aspekte der Terminologie, der Diagnoseeröffnung, der Behandlungsinitiierung sowie die Zusammenarbeit zwischen Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie im stationären Setting zur Sprache kommen. Im Hinblick auf die gewünschte Fokussierung auf konkrete klinische Prozeduren sollte auf theoretische Überlegungen verzichtet werden.

Diesen Vorgaben entsprechend sind die Literaturverzeichnisse der einzelnen Beiträge sehr kurz geworden oder fehlen gänzlich. Anstelle von einzelnen Abstracts werden am Ende des Heftes in einem Fazit die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Vorgehensweisen der einzelnen Zentren zusammenfassend kommentiert.

Ich bedanke mich an dieser Stelle sehr herzlich bei den Autorinnen und Autoren der teilnehmenden Zentren für ihre Beiträge und bei Martin Kurthen für seine kritischen Anmerkungen. Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich eine inspirierende Lektüre.

Matthias Schmutz

Dr. phil. Matthias Schmutz

Chères lectrices, chers lecteurs

Depuis plusieurs décennies, les clarifications et l'instauration du traitement chez les patients atteints de crises dissociatives font partie des activités clés des centres de neurologie et d'épileptologie. Comme dans tous les troubles de conversion, les disciplines de la psychiatrie et de la psychothérapie jouent un rôle secondaire dans l'établissement du diagnostic des crises dissociatives: un traitement psychiatrique et psychothérapeutique n'est mis en place qu'une fois que le diagnostic d'exclusion somatique et en particulier épileptologique est certain.

Cette subordination impérative d'un point de vue clinique de la discipline psychiatrique-psychothérapeutique se manifeste peut-être aussi dans la littérature de la recherche sur le sujet : les publications neurologiques dominent, l'accent étant mis sur les questions de diagnostic différentiel et de gestion clinique, parfois aussi au-delà de l'instauration de la thérapie jusque dans le domaine du traitement psychothérapeutique. Les contributions d'origine véritablement psychiatrique/psychothérapeutique sont clairement minoritaires, ce qui ne manque pas d'étonner dans le cas de ce symptôme psychiatrique dont l'importance dans l'histoire de la médecine et de la psychiatrie est marquante.

Ce numéro thématique sur les crises dissociatives se compose de deux parties. La première donne la parole à trois représentants prestigieux de la médecine psychosomatique et psychothérapeutique contemporaine. Carsten Spitzer, Harald Freyberger et Annegret Eckhardt-Henn influencent depuis des années de manière déterminante la discussion théorique et clinique-pratique sur les troubles dissociatifs. Je suis très heureux qu'ils présentent dans ce numéro une vue d'ensemble complète des crises dissociatives d'un point de vue psychosocial.

La seconde partie se concentre sur la pratique clinique concrète. Le point de départ était des expériences personnelles parfois insatisfaisantes en ce qui concerne les clarifications et l'instauration du traitement chez les patients atteints de crises dissociatives, ainsi qu'un état des données en partie hétérogène dans la littérature. C'est ainsi qu'est née l'idée d'une enquête nationale sur la pratique clinique des clarifications dans les grands centres de neurologie et d'épileptologie du pays. Nos collègues ont été priés de décrire de manière aussi concrète que possible les algorithmes de clarification et les procédures pratiques utilisées dans leurs centres. Outre les standards et les routines de diagnostic (différentiel), les aspects pratiques de la terminologie, de la communication du diagnostic, de l'instauration du traitement et de la coopération entre la neurologie et la psychiatrie/psychothérapie en milieu hospitalier devaient également être abordés. Compte tenu de la focalisation souhaitée sur les procédures cliniques concrètes, il convenait de renoncer aux réflexions théoriques.

Conformément à ces directives, les bibliographies des diverses contributions sont devenues très courtes, voire absentes. Au lieu de résumés individuels, un bilan des points communs et des différences dans les approches des différents centres est présenté à la fin de ce numéro.

Je profite de l'occasion pour remercier les auteurs des centres participants pour leurs contributions et Martin Kurthen pour ses remarques critiques. Quant à vous, chères lectrices, chers lecteurs, je vous souhaite une lecture inspirante.

Matthias Schmutz

Dr. phil. Matthias Schmutz

Dear readers

For many decades investigations and initiation of treatment with patients suffering from dissociative seizures have been part of the core activities of neurological-epileptological centres. As with all conversion disorders, the disciplines of psychiatry and psychotherapy play a secondary role when it comes to making a diagnosis with dissociative seizures: it is only when a somatic and, in particular, an epileptological diagnosis by exclusion has been confirmed that psychiatric-psychotherapeutic treatment is implemented.

Available literature reflects the fact that psychiatric-psychotherapeutic assessment will always take place after neurological diagnostics: neurological publications dominate, the focus of which are questions of differential diagnosis and clinical management. Occasionally these may extend beyond initiation of treatment, delving into the field of psychotherapeutic treatment. Genuine psychiatric/psychotherapeutic contributions have been few to date – which is astonishing in the light of the place this symptom has occupied in medical psychiatric history.

This special issue about dissociative seizures comprises two parts. The first part provides a forum for three prominent representatives of contemporary psychosomatic and psychotherapeutic medicine. Carsten Spitzer, Harald Freyberger and Annegret Eckhardt-Henn have played a significant role for many years in helping shape the theoretical and clinical-practical debate about dissociative disorders. I am delighted that in this issue they present a comprehensive overview of dissociative seizures from the psychosocial perspective.

The second part focusses on concrete clinical practice. The starting point was personal, sometimes unsatisfactory experience regarding investigations and initiation of treatment with patients suffering from dissociative seizures, as well as a partially heterogeneous data situation in the literature. It was from this that the idea emerged of conducting a survey throughout Switzerland, examining the clinical practice of investigations in the country's large neurological-epileptological centres. Our colleagues were asked to describe in as concrete terms as possible the algorithms of investigation and the practical procedures used in their centres. In addition to the standards and routines of (differential) diagnosis, the practical aspects of the terminology, communicating the diagnosis, initiation of treatment as well as the co-operation between neurology and psychiatry/psychotherapy in the inpatient setting also had to be addressed. The intention was to address concrete clinical procedures leaving theoretical considerations in this discourse aside.

Because of these recommendations, the bibliographies of the individual contributions have become very short or are absent entirely. Instead of individual abstracts, similarities and differences have been summarised in a comprehensive conclusion at the end of this issue.

My sincere thanks go to the authors of the participating centres for their contributions and to Martin Kurthen for his critical comments. As for you, dear readers, I wish you an inspiring read.

Matthias Schmutz

Schlüsselwörter für das gesamte Heft:
Dissoziative Anfälle, psychogene nichtepileptische Anfälle (PNES), Konversionsstörungen, funktionelle neurologische Störungen, somatoforme Störungen, Psychotherapie, psychiatrische Komorbidität, Diathese-Stress-Modell, Trauma, Anfallsregistrierung, Video-EEG-Monitoring, Anfallsprovokation.

Mots-clés de cette édition :
Crises dissociatives, crises non-épileptiques psychogènes (PNES), troubles de conversion, manifestations fonctionnelles, troubles somatoformes, psychotherapie, comorbidités psychiques, modèle diathèse-stress, trauma, enregistrement, vidéo-EEG, provocation d'une crise.

Key words for the entire issue:
Dissociative seizures, psychogenic non-epileptic seizures (PNES), conversion disorders, functional neurological disorders, somatoform disorders, psychotherapy, psychiatric comorbidity, diathesis-stress model, trauma, EEG video monitoring, provocative techniques

Dissoziative Anfälle – eine Übersicht aus psychosozialer Perspektive

Carsten Spitzer[1], Harald Jürgen Freyberger[2] und Annegret Eckhardt-Henn[3]

[1] **Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, Rosdorf bei Göttingen, Deutschland**

[2] **Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Greifswald am Helios Hanseklinikum Stralsund, Deutschland**

[3] **Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Stuttgart - Krankenhaus Bad Cannstatt, Deutschland**

Interessenkonflikt:
A. Eckhardt-Henn, H.J. Freyberger und C. Spitzer geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Zusammenfassung

Dissoziative Anfälle (DA) stellen ein heterogenes Krankheitsbild hinsichtlich Phänomenologie, Ätiopathogenese und Ansprechen auf (Psycho-)Therapie dar, die mit vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen verbunden sind. Ein multifaktorielles, biopsychosoziales Diathese-Stress-Modell trägt verschiedensten ursächlichen bzw. Risiko-, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren Rechnung. Hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen, die lange Dauer bis zur Diagnosestellung und damit die auch iatrogen verursachte Gefahr der Chronifizierung, ein somatisches Krankheitskonzept sowie ein u.U. hoher sekundärer Krankheitsgewinn erschweren die Anbindung an die psychosoziale Medizin und den Zugang zur Psychotherapie als Mittel der Wahl. Das schweregradgestufte, kooperative und koordinierte Management orientiert sich an Behandlungsphasen, die neben Anfallsreduktion auf die Verbesserung des emotionalen Befindens, des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität sowie auf ein angemessenes Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten fokussiert. Werden DA als Ausdruck von Beziehungsstörungen im Gesundheitswesen konzipiert, werden die vielfältigen Schwierigkeiten im Umgang mit dieser Patientengruppe ebenso verständlich wie das Spannungsfeld zwischen Epileptologie und psychosozialer Medizin.

Epileptologie 2018; 35: 100 – 109

A psychosocial look on dissociative seizures – a review

Dissociative seizures or psychogenic non-epileptic seizures (PNES) represent a heterogeneous disorder with regard to phenomenology, pathogenesis and response to (psycho) therapy. Their diagnostic and therapeutic problems are major challenges. A multi-factorial, biopsychosocial diathesis-stress model integrates different causal, risk, precipitating and perpetuating factors. High comorbidity rates with other mental disorders, the diagnostic delay until establishment of the correct diagnosis and the associated danger for a chronic course that is partly based on iatrogenic factors, a somatic illness concept as well as a high secondary gain make it difficult to motivate patients for psychosocial interventions and psychotherapeutic approaches, which are the treatment of choice. A cooperative and coordinated care approach accounts for the severity and is phase-oriented. Besides seizure reduction, therapeutic aims focus on the improvement of emotional well-being, psychosocial functioning and quality of life as well as an adequate illness behaviour and healthcare utilisation. Conceiving PNES as disorders of relating to one's own body, to others and to the healthcare system, the many difficulties in managing these patients can be understood as well as the area of conflict between epileptology and psychosocial medicine.

Crises dissociatives, vue d'ensemble sous l'angle psychosocial

Les crises dissociatives représentent un tableau clinique hétérogène en termes de phénoménologie, d'étiopathogénèse et de réponse à la (psycho)thérapie, à l'origine de multiples défis diagnostiques et thérapeutiques. Un modèle diathèse-stress multifactoriel, biopsychosocial tient compte des causes, facteurs de risque, de déclenchement et de maintien les plus divers. Des taux élevés de comorbidité avec d'autres

troubles psychiques, le long délai avant le diagnostic et donc le risque, y compris iatrogène, de chronicisation, une conception somatique de la maladie et les bénéfices secondaires parfois élevés de celle-ci compliquent le rattachement à la médecine psychosociale et l'accès à la psychothérapie en tant que traitement de choix. La prise en charge coordonnée, coopérative et adaptée à la gravité repose sur des phases de traitement qui visent non seulement à réduire les crises, mais aussi à améliorer le bien-être émotionnel, le niveau de fonctionnalité psychosociale et la qualité de vie, et se concentre sur un comportement approprié au regard de la maladie et du recours aux soins. Si les crises dissociatives sont envisagées comme l'expression de troubles relationnels dans le système de santé, les nombreuses difficultés à gérer ce groupe de patients deviennent aussi compréhensibles que les tensions entre l'épileptologie et la médecine psychosociale.

Einleitung

Patienten mit dissoziativen Anfällen stellen Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten und Psychosomatiker im klinischen Alltag immer wieder vor erhebliche diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten [1–4]. Dies spiegelt sich u. a. in der Vielfalt z. T. konkurrierender Begriffe wider, mit denen versucht wird, den gleichermassen faszinierenden wie unheimlichen klinischen Phänomenen näher zu kommen, wobei sich in der neurologischen Terminologie der Begriff psychogene nichtepileptische Anfälle (psychogenic non-epileptic seizures; PNES) international durchzusetzen scheint [1].

Es ist zu Recht gefragt worden, ob dissoziative Anfälle (DA) eine nosologische Entität im Sinne eines Morbus sind oder nicht vielmehr als Symptom aufzufassen sind [1]; tatsächlich stellen sie kein einheitliches Krankheitsbild hinsichtlich Phänomenologie, Ätiopathogenese und Ansprechen auf (Psycho-)Therapie dar. Vielmehr findet sich bei den Betroffenen eine grosse Heterogenität hinsichtlich psychosozialem Hintergrund, Persönlichkeitsprofil, Beginn und Verlauf der Erkrankung sowie ursächlichen, auslösenden und krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren [5, 6]. Dieser Heterogenität und ihren therapeutischen Implikationen gehen wir in dieser Arbeit aus psychosozialer Perspektive nach, um abschliessend Aspekte des Spannungsfelds zwischen Neurologie und psychosozialer Medizin zu diskutieren.

Klinische Aspekte

Definition

Zentrales Charakteristikum eines DA ist ein plötzlich auftretender, anfallsartiger und von aussen beobachtbarer Wechsel in Verhalten und respektive oder Bewusstsein, das einem epileptischen Anfall stark ähnelt und durch eine abrupte, zeitlich begrenzte Störung der Kontrolle motorischer, sensorischer, autonomer, kognitiver, emotionaler und Verhaltensfunktionen gekennzeichnet ist; dabei finden sich keine epilepsietypischen Veränderungen im Elektroenzephalogramm (EEG), jedoch deutliche Hinweise auf psychische oder psychosoziale Belastungen und eine Unfähigkeit, diese zu verarbeiten [7].

Symptomatik und Anfallstypen

Die Phänomenologie dissoziativer Anfälle ist sehr „bunt" und es kommen alle Erscheinungsvarianten epileptischer Anfälle vor.

Während ältere, klinisch sehr praktikable Einteilungen [8] im Kern von drei Varianten ausgehen (Ohnmachtsanfälle [„swoons"], Wutanfälle [„tantrums"] und symbolische oder Abreaktionsanfälle [„abreactive attacks"]), basieren neuere Klassifikationsversuche auf Auswertungen von EEG-Video-Doppelbildableitungen, wobei sechs typische Anfallsmuster unterschieden werden [9]:

- Dystone Attacken mit primitiver gestischer Aktivität
- Hypokinetische Attacken mit erhaltener Responsivität
- Pseudosynkopen
- Hyperkinetische, prolongierte Attacken mit Hyperventilation und Aura
- Axiale dystone prolongierte Attacken
- Nicht klassifizierbarer Typus

Der einzelne dissoziative Anfall beginnt in der Regel allmählich, zeigt eine undulierende Symptomatik und dauert typischerweise länger als ein epileptischer Anfall (oft über vier Minuten). Die durchschnittliche Anfallsfrequenz bei Patienten mit DA wird auf zwölf pro Woche beziffert. Bei einer Anfallsdauer von über 20 Minuten wird von einem Status pseudoepilepticus gesprochen, der bei über der Hälfte der Betroffenen auftreten kann. Gerade in diesem Kontext kommt es oft zur Fehldiagnose eines epileptischen Status mit invasiven Massnahmen wie z.B. eine Intubation [10]. Insgesamt haben Patienten mit DA eine reduzierte Lebensqualität, nehmen das Gesundheitssystem übermässig in Anspruch und verursachen erhebliche direkte und indirekte Kosten [11, 12].

Diagnostischer Prozess

Die Erstmanifestation eines Anfalls erfordert eine sorgfältige organmedizinische Abklärung. Ergibt sich aus entsprechenden anamnestischen und klinischen Hinweisen der Verdacht auf einen DA, empfiehlt sich eine simultane organische und psychologische Diagnostik, damit auch den Betroffenen rechtzeitig die Möglichkeit einer psychischen Verursachung signali-

siert wird. Innerhalb der zahlreichen Differentialdiagnosen von DA bleibt die gleichermassen wichtigste und schwierigste diejenige zwischen epileptischen Anfällen und DA, wobei die EEG-Video-Doppelbildableitung (vEEG) den Goldstandard zur diagnostischen Differenzierung darstellt und zu einer hohen Diagnosesicherheit beiträgt [3, 13]. Dennoch kommt es immer wieder zu Fehldiagnosen von DA als Epilepsie, die u.a. zu einer Medikation mit Antikonvulsiva und Chronifizierung führen. Die mittlere Dauer bis zur Stellung der richtigen Diagnose beträgt durchschnittlich acht Jahre [14].

Eine gesicherte Diagnose ist jedoch aus zwei zentralen Gründen sowohl für den Neurologen als auch den psychosozialen Mediziner eminent wichtig:

- Bei chronischen Verläufen oder rezidivierend auftretenden Anfällen wird von den Betroffen selbst, ihren Angehörigen oder (neuen) Behandlern häufig eine wiederholte diagnostische Abklärung eingefordert; diese ist jedoch bei gesicherter Diagnose obsolet, weil sie nicht nur den Patienten verunsichert respektive auf ein organisches Krankheitsmodell festschreibt, sondern auch unnötige Kosten verursacht.
- Der psychotherapeutische Prozess kann nur gelingen, wenn der Behandler gewiss ist, dass es sich um DA handelt; jeglicher Zweifel oder Skepsis bezüglich der Diagnose machen den Therapeuten anfällig für Vermeidungs- und Abwehrstrategien der Patienten, die häufig eine Auseinandersetzung mit den psychosozialen Faktoren ihrer Erkrankung vermeiden möchten.

Während DA aus neurologischer Perspektive häufig als Ausschlussdiagnose verhandelt werden, kann aus psychosozialer Sicht kaum überbetont werden, dass dies keineswegs hinreichend ist. Vielmehr ist zwingend eine psychogene Verursachung plausibel zu machen. Dies wird auch von der ICD-10 in ihren diagnostischen Leitlinien gefordert, wo dissoziative Anfälle unter dem Code F44.5 verschlüsselt werden. Die Diagnosekriterien der ICD-10 für dissoziative Störungen im Allgemeinen und DA im Besonderen finden sich in **Tabelle 1**.

Eine sorgfältige Diagnostik hat jedoch nicht nur einen zeitlichen Zusammenhang zwischen DA und psychosozialer Belastung herauszuarbeiten, sondern angesichts ihres multifaktoriellen biopsychosozialen Bedingungsgefüges auch prädisponierende, auslösende und krankheitsaufrechterhaltende Faktoren zu erfassen. Traumatische Erfahrungen, weitere dissoziative Phänomene und andere psychische Störungen müssen exploriert werden, da Patienten mit DA eine hohe Komorbidität mit Angst-, depressiven, somatoformen, posttraumatischen Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen aufweisen [5, 15]. Nur so können eine ätiopathogenetische Einordnung und erfolgversprechende Therapieplanung gelingen.

Epidemiologie

Während Schätzungen auf der Grundlage von Allgemeinbevölkerungsstudien von einer Inzidenz dissoziativer Anfälle zwischen 1,4 und 4,3 auf 100 000 pro Jahr ausgehen, wird die Prävalenz zwischen 2 und 33 auf 100 000 geschätzt [16]. Hingegen machen erwachsene Patienten mit DA in Epilepsiezentren zwischen 10 und 58% aller Überweisungen aus [16]. Es wird angenommen, dass etwa 20 bis 30% aller (vermeintlich) therapie-

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für die dissoziativen Störungen im Allgemeinen (F44.x) und für dissoziative Anfälle im Besonderen (F44.5).

Dissoziative Störungen nach ICD-10 (F44.x)
1. Klinische Charakteristika, wie sie für die einzelnen Störungen (Amnesie, Fugue, Anfälle, Paresen, etc.) typisch sind. 2. Keine körperliche Erkrankung, welche die Symptome ausreichend erklären könnte. 3. Nachweis einer psychogenen Verursachung, d.h. zeitlicher Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung (auch wenn diese vom Patienten selbst geleugnet wird).
Dissoziative Anfälle nach ICD-10 (F44.5)
A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung müssen erfüllt sein. B. Plötzliche und unerwartete krampfartige Bewegungen, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht mit einem Bewusstseinsverlust einhergehen. C. Kriterium B. geht nicht einher mit Zungenbiss, schweren Hämatomen oder Verletzungen aufgrund eines Sturzes oder mit Urininkontinenz.

resistenten Epilepsien auf dissoziative Anfälle zurückzuführen sind [3]. Frauen sind im Vergleich zu Männern etwa dreimal so häufig betroffen. Der Altersgipfel liegt bei Erwachsenen zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr, aber Erstmanifestationen in der Pubertät oder jenseits des 60. Lebensjahres sind beschrieben [16].

Ätiopathogenetische Modellvorstellungen

Nach dem aktuellen Kenntnisstand können DA nur mit Hilfe eines multifaktoriellen, biopsychosozialen Diathese-Stress-Modell verstanden werden, das von komplexen Wechselwirkungen multipler prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren ausgeht [2, 5]. Eine Illustration dieses Verständnisses findet sich in **Abbildung 1**.

Im Zentrum der Vulnerabilitätsmerkmale steht eine erhöhte Dissoziationsneigung der Betroffenen. Diese sind unter schweren psychosozialen Belastungen und traumatischen Erfahrungen nicht ausreichend in der Lage, mentale Prozesse und psychische Funktionen in einem einheitlichen Bewusstseinszustand zu integrieren und miteinander zu einem koordinierten Ganzen zu verbinden. Vielmehr kommt es zu einer partiellen oder vollständigen Unterbrechung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des (autobiographischen) Gedächtnisses, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung von Sinnesempfindungen sowie der Kontrolle willkürlicher Körperbewegungen – alles Phänomene, die bei DA zu beobachten sind.

Empirisch konnte bestätigt werden, dass sich bei Patienten mit DA deutlich höhere Raten an (Bindungs-) Traumatisierungen in Kindheit und Jugend finden als bei Kontrollgruppen mit Epilepsien oder anderen psychischen Störungen [5]. Auch andere traumatische Erfahrungen werden häufiger berichtet, so dass eine hohe Komorbidität mit der posttraumatischen Belastungsstörung von durchschnittlich 40% besteht [17]. Eine erhöhte Dissoziationsneigung kann auch mit einer überdurchschnittlichen Suggestibilität einhergehen – ein diagnostisches Kriterium, das von neurologischer Seite immer wieder hervorgehoben wird [3].

Dissoziative Zustände sind zudem mit gestörten neuropsychologischen Funktionen wie Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und Exekutivfunktionen assoziiert. Dieser Befund wird in neueren Modellen wie folgt berücksichtigt: DA basieren demnach auf impliziten mentalen Repräsentanzen, die sich aus früheren Erfahrungen speisen. Deren Aktivierung führt zu einer vorübergehenden Störung der kognitiven Kontrolle und es kommt zu einer automatisch ablaufenden Verhaltensstereotypie, die klinisch als DA imponiert. Die Aktivierung der mentalen Repräsentanz erfolgt durch vielfältige Faktoren wie übermässige autonome Erregung, erhöhte Suggestibilität und Emotionsvermeidung bzw. dadurch, dass die Kapazität zur Inhibition durch Traumatisierungen, Aufmerksamkeitsdysfunktionen und negative Affektivität reduziert ist [6]. Bei der Entwicklung dieser impliziten mentalen Repräsentanzen spielt möglicherweise Modelllernen eine wichtige Rolle: Gelegenheitsanfälle in der eigenen Vorgeschichte oder Epilepsien im persönlichen Umfeld können als Modelle fungieren [5].

Nach einem psychodynamischen Verständnis haben DA zudem eine intrapsychisch und u.U. auch interpersonell regulierende Funktion, die häufig mit den Begrif-

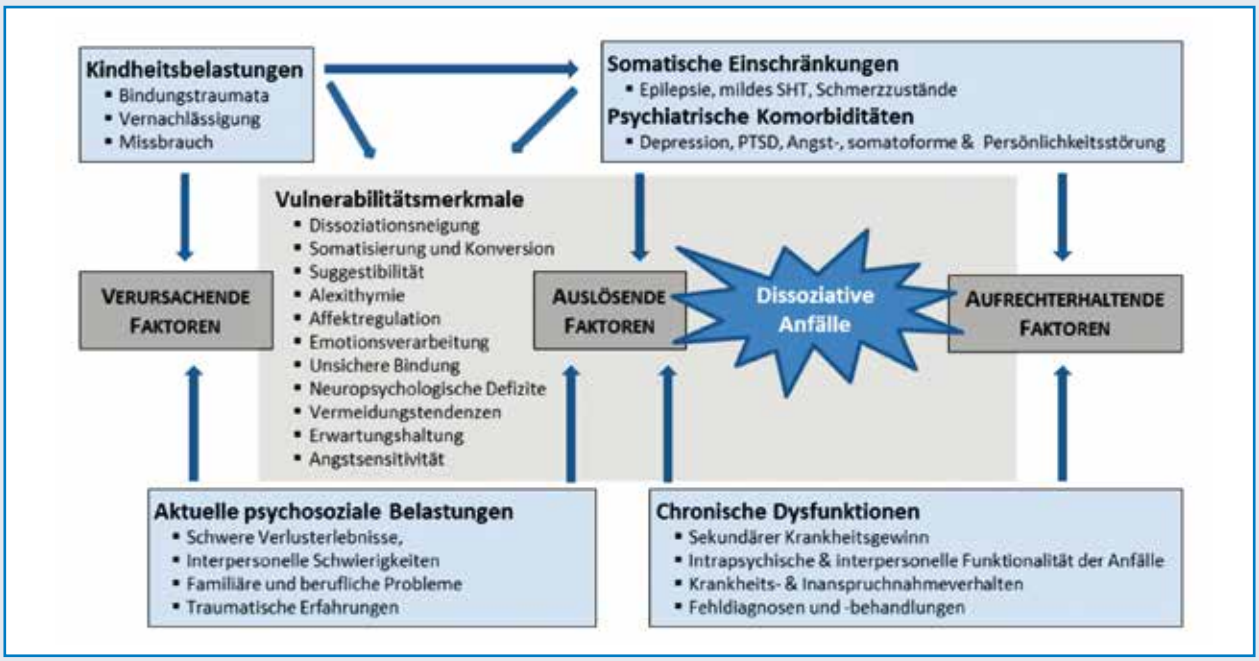


Abbildung 1. Multifaktorielles biopsychosoziales Diathese-Stress-Modell dissoziativer Anfälle (modifiziert und ergänzt in Anlehnung an [15]).

fen des primären und sekundären Krankheitsgewinns gefasst werden [18]. Ausgehend von der klinisch imposanten „belle indifference“ [1] ist eine ausgeprägte intrapsychische Entlastung durch die DA, z.B. in Form einer Angstminderung, angenommen worden [18].

Die empirische Befundlage zeichnet dazu jedoch kein einheitliches Bild. Vergleichsweise konsistent hat sich jedoch gezeigt, dass bei der Mehrzahl der Patienten vor, während und/ oder nach einem DA objektive Anzeichen einer erhöhten autonomen Erregung zu finden sind, ohne dass dies zwingend mit dem subjektiven Erleben von negativen Emotionen einhergeht. Gerade gegenüber der körperlichen Komponente von Emotionen sind Patienten mit DA aufmerksamer als Kontrollprobanden [5].

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Schwierigkeiten in der Affektregulation und Emotionsverarbeitung der Betroffenen eine wichtige Rolle in der Ätiopathogenese von DA spielen [2, 5]. Probleme im Umgang mit Emotionen sind auch ein Charakteristikum des Familienklimas von Patienten mit DA. Darüber hinaus finden sich in den Herkunfts- und aktuellen Familien der Betroffenen vielfältige Auffälligkeiten, die von Kommunikationsproblemen über geringe affektive Bezogenheit bis zu Überfürsorglichkeit, gar Kontrolle reichen [5].

Für die Aufrechterhaltung der Symptomatik ist neben dem primären insbesondere der sekundäre Krankheitsgewinn von hoher Relevanz. Darunter werden die Umweltreaktionen auf den DA, der ja eine organische Ursache nahelegt, verstanden, die dem Patienten neue Beziehungsmöglichkeiten mit seiner Umgebung eröffnen, z.B. die Sorge und Beachtung durch die Familie, Schonung und Dispens von beruflichen und Alltagsanforderungen [18]. Hinzu kommen iatrogene Faktoren im Umgang mit den Betroffenen, die zur Chronifizierung beitragen [2, 4, 5].

Klinisches Management und Behandlung

Da sich Patienten mit DA in der Praxis regelhaft zwischen verschiedenen medizinischen Fachrichtungen wie Allgemeinmedizin, Neurologie und psychosozialen Disziplinen sowie Versorgungsstrukturen (Primärversorgung inklusive Notfallmedizin, ambulanten und stationären Institutionen) bewegen, kann die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit in Simultandiagnostik und Behandlungsplanung kaum überbetont werden [2, 15, 19]. Dabei ist die Etablierung eines tragfähigen und belastbaren Arbeitsbündnisses hoch bedeutsam, zumal die Behandler-Patient-Beziehung oft von beiden Seiten als schwierig erlebt wird [20, 21].

Die therapeutische Haltung sollte symptom- und bewältigungsorientiert sowie aktiv-stützend sein und dem Gegenüber mit Respekt, Interesse, Kompetenz und innerer Gelassenheit begegnen. Dabei wird versucht, den Betroffenen als „Partner auf Augenhöhe“ zu gewinnen und situativ stimmig zwischen Bedürfnisbefriedigung und passiv-regressiver Haltung des Patienten einerseits und Begrenzung und aktivierend-progressiven Massnahmen andererseits zu oszillieren [19]. Wenn möglich, ist die Behandlungsplanung in ein schweregradgestuftes, kooperatives und koordiniertes sowie phasenorientiertes Versorgungsmodell einzubetten und sollte idealerweise die Betroffenen und deren Angehörige im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung an der Therapiekonzeption beteiligen [19].

Nur eine enge Kooperation zwischen allen Behandlern ermöglicht ein gemeinsam abgestimmtes Therapiekonzept, das sich an einem strukturierten Gesamtbehandlungsplan orientieren sollte. Obwohl derzeit keine evidenzbasierte Empfehlung für eine adäquate Behandlung formuliert werden kann, gilt Psychotherapie als das Mittel der Wahl [2, 4, 22].

Diagnosemitteilung: Die erste therapeutische Intervention

Die Diagnosemitteilung kann als erster „Meilenstein“ in der Therapie verstanden werden, weil auf diesem Wege wesentliche Grundlagen für die Akzeptanz, aktive Mitarbeit und somit die Prognose gelegt werden [1, 15, 23]. Da viele Betroffene meist schon lange mit der Diagnose Epilepsie leben oder unter wechselnden und daher verunsichernden diagnostischen Einschätzungen immer wieder Kontakt zum Gesundheitssystem haben, kann die Kommunikation der Diagnose für alle Beteiligten sehr schwierig und herausfordernd sein [4, 24]. Verschiedene Manuale und Protokolle mit Empfehlungen zur Diagnosemitteilung [23, 24] konvergieren in folgenden Aspekten:

- Ernstnehmen der Anfälle als bedrohlich und einschränkend, wodurch der Leidensdruck und die psychosozialen Konsequenzen anerkannt werden;
- keine Beschämung durch Andeutungen, dass der Patient „nichts hat“, sondern Benennung der Anfälle als dissoziative oder (psychogene) nichtepileptische Anfälle;
- Betonung, dass es auch andere Patienten mit dissoziativen Anfällen gibt;
- eventuell gemeinsames Anschauen der Anfälle auf Video.

Die weitere Psychoedukation sollte verdeutlichen, dass es sich bei dem Krankheitsbild nicht um epileptische Anfälle handelt und dass daher auch antiepileptische Medikamente nicht wirken und abgesetzt werden können [1]. Zudem sollte gemeinsam ein individuelles, biopsychosoziales, auch frühere und aktuelle Belastungen einschliessendes Krankheitsmodell erarbeitet werden, in dem (negative) Emotionen und Stress als Auslöser explizit vorkommen (vgl. Abb. 1). Immer wieder sollte die Veränderungsbereitschaft und Psychothera-

piemotivation der Betroffenen gestärkt werden, indem auf die Wirksamkeit von Psychotherapie hingewiesen wird [1, 22].

Die Anfallshäufigkeit und somit das Inanspruchnahmeverhalten können durch eine kompetente Kommunikation entlang der genannten Manuale und Protokolle reduziert werden [4, 15]. So fand eine Multicenter-Studie mit 50 Patienten, bei denen erstmalig dissoziative Anfälle diagnostiziert worden waren, dass nach Anwendung eines ausführlichen Manuals zur Diagnosemitteilung drei Monate später 20% der Patienten anfallsfrei waren; bei 63% kam es zu einer Reduktion ihrer Anfälle um mehr als 50%, und 86 % konnten akzeptieren, dass möglicherweise psychische Faktoren bei der Anfallsauslösung eine Rolle spielten [25]. Zusätzlich erhielten die Studienteilnehmer noch eine ca. 20-seitige Informationsbroschüre, und die Neurologen standen für weitere Fragen zur Verfügung, was von den Teilnehmern ebenfalls überwiegend (95%) als positiv bewertet wurde [25].

Weniger optimistisch sind andere Untersuchungen zur Prognose, nach denen die Anfallshäufigkeit nach manualisierter Diagnosemitteilung zwar zunächst abnimmt, aber im Langzeitverlauf wieder zunimmt [26]. Es muss daher das primäre Ziel sein, die Patienten für eine anschliessende Psychotherapie als Mittel der Wahl zu gewinnen. Ob die Überweisung in eine psychotherapeutische Behandlung gelingt, hängt nicht zuletzt von der Kooperation und Abstimmung zwischen Neurologie und Psychotherapie ab [4, 15].

Der nächste Behandlungsschritt: Die Anbindung an die psychosoziale Medizin

Obwohl gesichertes Wissen fehlt, kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der Patienten mit DA keine adäquate Behandlung erhält bzw. diese in Anspruch nimmt. Von den unbehandelten respektive unspezifisch betreuten Patienten erreichen in kurzen Nachbeobachtungszeiträumen lediglich ca. 14% bis 23% eine Teil- oder Vollremission, wobei Teilremission als Reduktion der Anfallsfrequenz um mehr als 50% und Vollremission als völlige Anfallsfreiheit definiert wird [22]; im Gegensatz dazu stieg bei denjenigen, die weiterhin unter Anfällen litten, deren Frequenz um mehr als 50% verglichen mit dem Ausgangswert bei Studienbeginn [22]. Diese Zahlen belegen die relativ schlechte kurz- und langfristige Prognose von DA [1, 26] und untermauern, wie wichtig es ist, dass die Anbindung an die sprechende Medizin gelingt.

Idealerweise sollte der Patient seine Diagnose dissoziativer Anfälle nicht nur zur Kenntnis nehmen, sondern sich konstruktiv mit ihr auseinandersetzen und angemessene Konsequenzen ziehen [2, 23]. Dazu kann gehören, dass sich Betroffene von ihrer bisherigen Diagnose Epilepsie, auf die hin sie u.U. langjährig ihr Leben gestaltet haben, regelrecht verabschieden müssen und auch die Kontakte zur Organmedizin nicht mehr indiziert sind. Dies bedeutet für Patienten eine hohe Anpassungsleistung, und manche halten lieber an einer körperlichen Erkrankung fest. Das spiegelt sich u.a. darin wider, dass sie immer wieder die Diagnose DA bezweifeln und erneute organmedizinische Abklärungsmassnahmen einfordern. An diesem ausserordentlich schwierigen Übergang von der Organ- zur psychosozialen Medizin sind nicht zuletzt iatrogene Faktoren und unser Gesundheitssystem sowie die z.T. chronifizierten somatischen Krankheitsmodelle und der sekundäre Krankheitsgewinn der Betroffenen beteiligt [19, 27].

Umso wichtiger ist es daher, dass die Brücke zur „sprechenden Medizin“ von denjenigen gebaut wird, die an der Diagnostik und bisherigen Behandlung der Patienten wesentlich beteiligt waren respektive sind, also in der Regel von den Neurologen und Epileptologen [4, 28]. Ein kurzes Gruppen-Psychoedukationsprogramm mit drei monatlichen Terminen, das vom selben Team durchgeführt wurde, das die Patienten in der vEEG-Abteilung während der Diagnostik begleitet hat, konnte beispielsweise das psychosoziale Funktionsniveau bei der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich verbessern [28]. Letztendlich besteht das Ziel dieser Behandlungsphase darin, dass der Patient seine Diagnose versteht und akzeptiert, keine weiteren organmedizinischen Massnahmen bezüglich Diagnostik und Behandlung initiiert, an die psychosoziale Medizin angebunden ist und sich aktiv an der Therapie beteiligt [23].

Psychotherapie

Unter naturalistischen Bedingungen ist die kurz- und langfristige Prognose von DA ungünstig [1, 26]. Hingegen erreichen Patienten mit DA, die eine psychosoziale Therapie beenden, jedoch gute Behandlungsergebnisse, wie eine jüngste Meta-Analyse zu psychologischen Interventionen zeigt: bei 47% kommt es zu Anfallsfreiheit und bei 82% zu einer mindestens 50%-ige Reduktion der Anfallsfrequenz [22]. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die Datenlage zu Therapieergebnissen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen unbefriedigend ist, insbesondere weil nur relativ wenige systematische, randomisierte und kontrollierte Behandlungsstudien zu dissoziativen Anfällen vorliegen [4, 23].

Ungeachtet des Konsenses, dass Psychotherapie das Mittel der Wahl zur Behandlung von DA darstellt [4, 15, 23], kann keine evidenzbasierte Empfehlung zur Differentialindikation zwischen den Psychotherapieverfahren ausgesprochen werden. Während die Mehrheit der Studien über gute Resultate kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze berichtet, mehren sich in jüngster Zeit auch Publikationen zu günstigen Ergebnissen bei psychoanalytischen, tiefenpsychologisch fundierten und interpersonellen Ansätzen [4, 22, 23].

Neben der „klassischen“ Einzelpsychotherapie psychodynamischer oder kognitiv-behavioraler Provenienz finden sich auch positive Erfahrungen mit Gruppentherapie, Hypnotherapie, achtsamkeitsbasierten Interventionen und Familienpsychotherapie [23]. In Einzelfällen können auch Psychoedukation und Selbsthilfemanuale hilfreich sein. Angesichts der klinischen und ätiopathogenetischen Heterogenität der Patienten mit DA wird empfohlen, den psychotherapeutischen Zugang an dem individuellen Einzelfall unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Indikationskriterien und Behandlungsvoraussetzungen der jeweiligen Verfahren auszurichten [2].

Anfallsreduktion oder gar -freiheit ist ein wichtiges, aber keineswegs das einzige **Therapieziel**. Vielmehr sind auch Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen und deren adäquate Behandlung zu berücksichtigen; zudem sollte auch die Verbesserung des emotionalen Befindens, des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität angestrebt sowie auf ein adäquates Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten fokussiert werden [2, 23].

Eine Psychopharmakotherapie von DA kann per se nicht empfohlen werden, sollte jedoch bei entsprechender psychischer Komorbidität (z.B. Depressionen) erwogen und dann leitliniengerecht durchgeführt werden [2]. Besonders problematisch ist die Verordnung von Antikonvulsiva bei gesicherten DA, weil Patienten u.U. nicht nur mit den organischen Nebenwirkungen dieser Präparate konfrontiert werden, sondern auch mit der widersprüchlichen Botschaft, einerseits an einer psychisch verursachten Störung zu leiden, andererseits aber Medikamente verordnet zu bekommen; hierbei besteht auch die Gefahr einer iatrogenen Fixierung auf eine somatische Ursache, was wiederum die Motivation zu einer konsequenten psychotherapeutischen Behandlung korrumpieren kann.

Langzeitbehandlung

Angesichts der eher geringen Anzahl Betroffener, die eine Psychotherapie in Anspruch nimmt und davon angemessen profitiert, sowie der sehr heterogenen Kurz- und Langzeitverläufe [15, 23, 26] kommt der Langzeitbehandlung eine grosse Relevanz zu, besonders bei Patienten, die keine ausreichende Anfallsreduktion erreichen, ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau und ein dysfunktionales Inanspruchnahmeverhalten aufweisen. Gerade in dieser u.U. langjährigen Behandlungsphase ist die interdisziplinäre, multiprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Behandlung Beteiligten von grosser Relevanz, v.a. wenn auch nach einer Psychotherapie die Symptomatik persistiert [15, 23].

Leichtere Verläufe, bei denen etwa die Anfälle eher selten, aber immer wieder in besonders belasteten Lebenssituationen auftreten, können im Rahmen einer Basis-Behandlung durch den Hausarzt oder den betreuenden niedergelassenen Neurologen sinnvoll begleitet werden; idealerweise sollten hier Kompetenzen in der psychosomatischen Grundversorgung oder der Psychotherapie vorhanden sein [2, 4]. Neben klinischem Management, Bindung an den Behandler und kontinuierlicher Psychoedukation sind weitere Ziele, dysfunktionales Krankheitsverhalten (z.B. in Form von Schonung und Vermeidungstendenzen) abzubauen und relevante Stressoren im Vorfeld der Anfälle zu identifizieren und zu bearbeiten [2, 4, 23].

Hingegen erfordern schwere Verläufe, beispielsweise mit einem Status von DA, mit wiederholten Hospitalisierungen in der Neurologie oder mit Notfalleinsätzen ein koordiniertes multimodales Therapiekonzept, um Verschlechterungen vorzubeugen, Chronifizierungen zu verhindern und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens adäquat zu steuern. Dazu bedarf es eines zentralen Ansprechpartners, der die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen koordiniert [2, 4, 19]. Multimodale, d.h. verschiedenartige therapeutische Zugangswege sind nötig, um die genannten Behandlungsziele zu erreichen.

Sowohl bei krisenhaften Zuspitzungen als auch im Sinne einer Intervalltherapie bei chronischen Verläufen kann eine stationäre Behandlung indiziert sein; neben den dafür üblichen Indikationskriterien gelten bei DA die in **Tabelle 2** aufgeführten Merkmale als Hinweise auf eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit [19, 27]. Gerade die Spezifika stationärer Psychotherapie wie Multimodalität, Multiprofessionalität und die aktive Milieugestaltung können für Patienten mit chronischen und/oder therapierefraktären Verläufen schwerer DA dadurch hilfreich sein, dass suggestive, passiv-rezeptive ebenso wie aktivierende und nonverbale Ansätze in vielfältiger und sehr individueller Weise kombiniert und auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden können [29].

DA zwischen Neurologie und psychosozialer Medizin

Die oben dargestellten Befunde, Empfehlungen und Überlegungen repräsentieren in gewisser Weise einen anzustrebenden Idealzustand in der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit DA. In der gegenwärtigen Realsituation und aus praktischer Versorgungsperspektive stellen psychogene Symptome im Allgemeinen und DA im Speziellen jedoch eine gleichermassen unpopuläre wie unbequeme Angelegenheit sowie eine häufig frustrierende Herausforderung dar [3, 20].

Dies führt nach manchen Autoren [3] dazu, dass die psychosoziale Medizin einer klinischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesen Patienten und ihren Schwierigkeiten aus dem Weg geht und diese geradezu verleugnet. Obwohl auf psychiatrischer Seite durchaus erhebliche Wissenslücken zu DA bestehen [30], ist die Argumentation von Benbadis [3] unterkomplex

Tabelle 2: Merkmale von Patienten mit DA, die eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen.

- Insuffiziente Behandlungsmotivation respektive fehlende Belastbarkeit für den ambulanten Therapieprozess, rein somatisches Krankheitsverständnis
- Im ambulanten Setting besteht Therapieresistenz, d.h. ungenügende Anfallsreduktion oder gar -zunahme sowie ungenügende Verbesserung oder gar Verschlechterung des psychosozialen Funktionsniveaus in sechs Monaten nach Behandlungsbeginn
- Die Schwere der Symptomatik lässt keine ambulante Behandlung zu (z.B. tägliche DA)
- Hohe und komplexe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten
- Symptomverschiebungen und suizidale Krisen
- Hohe biografische Belastung mit komplexen und kumulativen (Beziehungs-) Traumatisierungen
- Grosse interaktionelle Probleme in der Behandler-Patient-Beziehung

und nur bedingt überzeugend. So interpretiert er z.B. den Mangel an Psychoedukations- und Patienteninformationsmaterial seitens der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften als Hinweis für diese Verleugnungsstrategie. Natürlich wäre es sehr wünschenswert, wenn es das gäbe, aber möglicherweise sind andere Aspekte wie die (eher geringe) versorgungspolitische Relevanz und der erhebliche Aufwand und komplexe Abstimmungsprozess bei der Erstellung entsprechender Materialien entscheidender als der (un-)bewusste Wunsch, dieses Thema „unter den Teppich zu kehren".

Des Weiteren wird behauptet [3], dass „Psychogenese" häufig mit Täuschung gleichgesetzt werde – dies mag in Einzelfällen zutreffen, kann aber sicherlich nicht verallgemeinert werden. Vielmehr ist es so, dass dem Psychogenese-Konzept selbst erhebliche Probleme immanent sind, z.B. die mittlerweile sehr kritisch diskutierte bzw. überkommene Dichotomie zwischen reiner Psycho- vs. Somatogenese. Die umstrittenen Aspekte des Psychogenese-Modells haben u.a. zu vielfältigen Alternativbegrifflichkeiten geführt, die einer babylonischen Sprachverwirrung nahekommen [1]. Es wäre daher angebracht, wenn nicht nur nach „psychogen", sondern auch nach anderen relevanten Begriffen wie etwa „funktionell", „somatoform" oder „medizinisch unerklärte Symptome" in den Forschungsdatenbanken gesucht würde, um eine wissenschaftliche Vermeidung dieser Thematik aufzuzeigen.

Erfreulicherweise hat diese z.T. schon polemisch anmutende Argumentation [3] zu einer sehr differenzierten Auseinandersetzung geführt, in der neben den problematischen Aspekten auf Seiten der Neurologie weitere Gründe für die eher unbefriedigenden Erkenntnis- und Versorgungsfortschritte hinsichtlich von DA ausgewogen diskutiert werden [1]. Dazu zählen u.a. eine Verarmung psychiatrisch-psychotherapeutischer Theoriebildung angesichts einer an den Oberflächenphänomenen orientierten Diagnostik und Klassifikation, die irrige Annahme, dass DA eine nosologische Entität repräsentieren sowie heftigste Gegenübertragungsreaktionen bei allen, die mit Patienten mit DA arbeiten [1, 20].

Unabhängig von den teils sehr klugen, teils eher unsachlichen Argumenten belegt die dargestellte Debatte fast schon idealtypisch, dass psychogene respektive funktionelle Störungen im Allgemeinen und DA im Besonderen eine „Beziehungsstörung im Gesundheitswesen" darstellen, die sich auf mindestens drei Ebenen festmachen lässt [31].

- Die Betroffenen haben eine Beziehungsstörung zum eigenen Körper, die aus maladaptiven körperlichen Erfahrungen in ontogenetisch frühen Entwicklungsphasen resultiert, z.B. durch Beeinträchtigungen der biographisch frühen (emotionalen) Versorgungsstruktur in Form von Vernachlässigung und Zurückweisung durch die überforderten, selber kranken oder gar fehlenden Bezugspersonen [31].
- Die Beziehungsstörung zeigt sich zudem auch zwischen Betroffenen und Behandlern: Die patientenseitigen, auf eine vermutete somatische Pathologie ausgerichteten Krankheitsmodelle erweisen sich als inkongruent mit den Vorstellungen der organmedizinisch ausgerichteten Ärzte, die den Körper für gesund befinden. Dies bedingt immer neue Frustrationen, was zu häufigen Arztwechseln und einem inadäquaten Inanspruchnahmeverhalten führen kann [20, 31]. Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, und die zunehmende Enttäuschung auf beiden Seiten erklären möglicherweise, warum es im Langzeitverlauf zu einer unbewussten, immer deutlicheren Betonung der Körperbeschwerden im Sinne eines „Kampfes um Legitimität" kommt [32], wobei nicht nur der Patient, sondern eben auch der Arzt respektive Therapeut um seine Legitimität ringt.
- Dieser „Kampf um Legitimität" und die Beziehungsstörung manifestieren sich darüber hinaus im Gesundheitswesen, wenn Neurologie bzw. Epileptologie auf der einen und psychosoziale Medizin auf anderen Seite darum ringen, wem nun Patienten

mit DA „gehören“, wer für ihre Versorgung zuständig ist und wer diese am besten gewährleisten kann [1, 3]. Es darf durchaus gefragt werden, ob sich auf Behandlerseite nicht ein Interaktionsmuster wiederholt, das die Betroffenen aus den Erfahrungen mit ihren primären Bezugspersonen bestens kennen und so frühe Beziehungserfahrungen geradezu reproduziert werden, die durch mangelnde Responsivität, ungenügende Beelterung und unzureichende Befriedigung basaler Bedürfnisse charakterisiert sind.

Eine adäquate Versorgung und Behandlung von Patienten mit DA wird nur gelingen, wenn diese komplexen Beziehungsstörungen fokussiert und überwunden werden. Dies ist angesichts der bekannten Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen nicht immer leicht, aber dennoch möglich, wobei es darauf ankommt, das Schlagwort der interdisziplinären Kooperation mit Leben zu füllen.

Referenzen

1. *Schmutz M. Dissociative seizures – a critical review and perspective. Epilepsy Behav 2013; 29: 449-456*
2. *Spitzer C, Eckhardt-Henn A: Dissoziative Anfälle. Psychotherapeut 2018; 63: 75-92*
3. *Benbadis SR. The problem of psychogenic symptoms: Is the psychiatric community in denial? Epilepsy Behav 2005; 6: 9-1*
4. *Fritzsche K, Baumann K, Götz-Trabert K, Schulze-Bonhage A. Dissoziative Anfälle: Eine Herausforderung für Neurologen und Psychotherapeuten. Dt Ärztebl 2013; 110: 263-268*
5. *Brown RJ, Reuber M. Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. Clin Psychol Rev 2016; 45: 157-182*
6. *Reuber M, Brown RJ. Understanding psychogenic nonepileptic seizures - Phenomenology, semiology and the Integrative Cognitive Model. Seizure 2017; 44: 199-205*
7. *Baslet G. Psychogenic non-epileptic seizures: a model of their pathogenic mechanism. Seizure 2011; 20: 1-1*
8. *Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part I. Seizure 1992; 1: 19-2*
9. *Wadwekar V, Nair PP, Murgai A et al. Semiologic classification of psychogenic non epileptic seizures (PNES) based on video EEG analysis: do we need new classification systems? Seizure 2014; 23: 222-226*
10. *Dworetzky BA, Bubrick EJ, Szaflarski JP; Nonepileptic Seizure Task Force. Nonepileptic psychogenic status: markedly prolonged psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2010; 19: 65-68*
11. *Jones B, Reuber M, Norman P. Correlates of health-related quality of life in adults with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review. Epilepsia 2016; 57: 171-181*
12. *Salinsky M, Storzbach D, Goy E et al. Health care utilization following diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2016; 60: 107-111*
13. *Staack AM, Steinhoff BJ. Differenzialdiagnose epileptischer und psychogener nicht-epileptischer Anfälle und sich hieraus ergebende Behandlungskonsequenzen. Fortschr Neurol Psychiatr 2015; 83: 702-711*
14. *Kerr WT, Janio EA, Le JM et al. Diagnostic delay in psychogenic seizures and the association with anti-seizure medication trials. Seizure 2016; 40: 123-126*
15. *Baslet G, Seshadri A, Bermeo-Ovalle A et al. Psychogenic Non-epileptic Seizures: An Updated Primer. Psychosomatics 2016; 57: 1-17*
16. *Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2015; 46: 60-65*
17. *Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. Epilepsy Behav 2004; 5: 818-825*
18. *Mentzos S. Hysterie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012*
19. *Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W et al. Clinical Practice Guideline: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Dtsch Arztebl 2012; 109: 803-813*
20. *McMillan KK, Pugh MJ, Hamid H et al. Providers' perspectives on treating psychogenic nonepileptic seizures: frustration and hope. Epilepsy Behav 2014; 37: 276-281*
21. *Rawlings GH, Reuber M. What patients say about living with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic synthesis of qualitative studies. Seizure 2016; 41: 100-111*
22. *Carlson P, Nicholson Perry K. Psychological interventions for psychogenic non-epileptic seizures: A meta-analysis. Seizure 2017; 45: 142-150*
23. *LaFrance WC Jr, Reuber M, Goldstein LH Management of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 2013; 54 (Suppl 1):53-67*
24. *Fritzsche K, Baumann K, Schulze-Bonhage A. Dissoziative Anfälle. Ein Manual für Neurologen zur Diagnosemitteilung. Nervenarzt 2013; 84: 7-13*
25. *Hall-Patch L, Brown R, House A et al. Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 2010; 51: 70-78*
26. *Durrant J, Rickards H, Cavanna AE. Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Res Treat 2011; doi:10.1155/2011/274736*
27. *Fricke-Neef C, Spitzer C. Konversionsstörungen. Nervenarzt 2013; 84: 395-406*
28. *Chen DK, Maheshwari A, Franks R Trolley GC, Robinson JS, Hrachovy RA. Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: a neurologist-initiated program in an epilepsy center. Epilepsia 2014; 55: 156-166*
29. *Spitzer C, Rullkötter N, Dally A. Stationäre Psychotherapie. Nervenarzt 2016; 87: 99-108*
30. *Aatti Y, Schwan R, Maillard L, McGonigal A, Micoulaud-Franchi JA, de Toffol B, El-Hage W, Hingray C. A cross-sectional survey on French psychiatrists' knowledge and perceptions of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2016; 60: 21-26*
31. *Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M, Dinkel A. Somatoforme Störungen. Psychother Psych Med 2010; 60: 227-236*
32. *Henningsen P, Priebe S. Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate incapacity. J Psychosom Res 1999; 46: 209-214*

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Carsten Spitzer
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
37124 Rosdorf bei Göttingen
Deutschland
Tel: 0049 551 5005 247
Fax: 0049 551 5005 301
c.spitzer@asklepios.com

Diagnosis and management of psychogenic non-epileptic seizures at Geneva University Hospitals

Viridiana Mazzola[1], Guido Bondolfi[1], and Pierre Mégevand[2]

[1] Division of Consultative Psychiatry and Crisis Intervention, Department of Mental Health and Psychiatry, Geneva University Hospitals, Switzerland

[2] Division of Neurology, Department of Clinical Neurosciences, Geneva University Hospitals, Switzerland

Epileptologie 2018; 35: 110 – 112

Diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures (PNES)

In diagnosing PNES, we aim to follow the recommendations of the International League Against Epilepsy's Nonepileptic Seizures Task Force [1]. Our approach starts with a thorough history of the patient's events, together with the firsthand account of an eyewitness if available. Eyewitness reports, however, can be misleading [2]. Thus, if home video recordings of the patient's episodes are available, careful review by our team of expert neurologists can identify the features that most strongly evoke epileptic seizures versus PNES [3].

All patients in whom we suspect PNES undergo routine video EEG, and the vast majority also sleep video EEG in our epilepsy monitoring unit (EMU) with the recommended 25-electrode montage [4]. If the clinical features strongly suggest PNES over epileptic seizures, and in the absence of any epileptiform abnormality on the EEG, a diagnosis of probable PNES can be established (**Table 1**).

Table 1: Levels of certainty for the diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures (from [1])

Diagnostic category	Clinical features	EEG
Possible PNES	Described by the patient or an eyewitness	No epileptiform abnormality on interictal wake and sleep EEG
Probable PNES	Observed by the neurologist on video or in person (without concomitant EEG)	No epileptiform abnormality on interictal wake and sleep EEG
Clinically established PNES	Observed by the neurologist in person or on video (without concomitant EEG)	No abnormality suggesting an epileptic seizure on an ictal EEG of a typical event (without concomitant video)
Documented PNES	Observed by the neurologist while on video EEG	No abnormality suggesting an epileptic seizure on an ictal video EEG of a typical event

If the diagnosis remains uncertain, we admit the patient to the EMU in order to document a typical event with video EEG, which is the gold standard for the diagnosis of PNES. We routinely perform hyperventilation and intermittent photic stimulation in all patients undergoing video EEG; these activation procedures can trigger non-epileptic events in those with PNES [5]. Additionally, if the patient reports a circumstance that reliably triggers the events, we attempt to reproduce it in the EMU if possible. We do not typically perform additional provocation maneuvers such as saline injection because of ethical concerns [6].

We do not perform outpatient ambulatory EEG. Although studies comparing the two techniques for the diagnosis of PNES are lacking, the diagnostic yield of outpatient ambulatory EEG is felt to be inferior to that of inpatient video EEG monitoring in the EMU [7].

In order to diagnose PNES and to account for the inter- and intra-individual heterogeneity of the clinical phenomenon, we investigate with the patient:

1. The precipitating factor, i.e. the emotional context relevant to the patient at the moment when the PNES episode occurs;
2. The perpetuating factor, i.e. the underlying emotional load of the patient's current life situation;
3. The predisposing factor, i.e. an emotional suggestibility to key themes characterizing the affective-cognitive style of the patient in the matter of emotional activation, duration and regulation [8].

Communicating the diagnosis to the patient

When communicating the PNES diagnosis to patients, we discuss the non-epileptic nature of the episodes, but also the fact that they are generated by and in the patient's brain, regardless of its exact pathophysiology. Indeed, intracranial EEG recordings of PNES have demonstrated definite, specific changes in cerebral activity during the episodes [9]. Further, we emphasize that, even though they might occur in response to specific emotional stressors, the episodes are not volitional or deliberate in nature, thus clearly distinguishing PNES from a factitious disorder or malingering. For similar reasons, we avoid referring to PNES as pseudoseizures.

In order to prevent feelings of confusion or disbelief on the patient's side and to favor the retention of information, we use a step-wide approach:

- First consultation with the psychiatrist or the clinical psychologist to explore the possible diagnosis of PNES as outlined above;
- Four sessions with the clinical psychologist;
- Final, joint evaluation by the neurologist and the clinical psychologist.

Placing the patient's symptoms within a conceptual framework that links emotions, brain and body, we refer to the episodic manifestations of PNES as being triggered by an overloaded, "situation-by-person" interaction that exceeds the patient's individual threshold of tolerance or sensitivity to that situation.

Management of PNES

We start by identifying the subjective key themes characterizing the individual patient's affective-cognitive style through an anamnestic reconstruction of the moments in which the PNES episodes occurred. In order to disentangle the multiple potential components and triggers of the PNES episodes (e.g. fatigue, sleep deprivation, concomitant occurrence of other somatic symptoms, acute or pronounced emotional state), we engage the patient in an observational task of their own daily life. Each component and trigger will help us to unveil the underlying emotional and behavioral attitudes that must be modified in order to keep control on the crescendo of intensity that otherwise will facilitate the PNES episode.

Indeed, a primary step in our treatment is intended not only to define the composition of the symptom in such a way as to unravel its pathophysiological mechanism, but also to enable – through its deconstruction – an access to the automatic meaningful attitudes that the symptom obscures and presupposes. As the mechanism generating the symptom rests on the gap between lived experience and its narration, its disarticulation discloses the symptom's automatic dimension. Destructuring the symptom therefore restores the possibility of reconnecting the preceding emotional crescendo and the meaning of a certain experience to the situations [10].

References

1. *Lafrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. Epilepsia 2013, 54: 2005–18.*
2. *Syed TU, Lafrance WC, Kahriman ES, Hasan SN, et al. Can semiology predict psychogenic nonepileptic seizures? A prospective study. Ann Neurol 2011, 69: 997–1004.*
3. *Seneviratne U, Rajendran D, Brusco M, Phan TG. How good are we at diagnosing seizures based on semiology? Epilepsia 2012, 53: e63–6.*
4. *Seeck M, Koessler L, Bast T, Leijten F, et al. The standardized EEG electrode array of the IFCN. Clin Neurophysiol 2017, 128: 2070–7.*
5. *Benbadis SR, Johnson K, Anthony K, Caines G, et al. Induction of psychogenic nonepileptic seizures without placebo. Neurology 2000, 55: 1904–5.*

6. *Gates JR. Provocative testing should not be used for nonepileptic seizures. Arch Neurol. 2001 58: 2065–6.*
7. *Lawley A, Evans S, Manfredonia F, Cavanna AE. The role of outpatient ambulatory electroencephalography in the diagnosis and management of adults with epilepsy or nonepileptic attack disorder: A systematic literature review. Epilepsy Behav 2015, 53: 26–30.*
8. *Arciero G, Bondolfi G. Selfhood, Identity and Personality Styles. Chichester (UK): Wiley-Blackwell. 2009.*
9. *Arzy S, Halje P, Schechter DS, Spinelli L, et al. Neural generators of psychogenic seizures: Evidence from intracranial and extracranial brain recordings. Epilepsy Behav 2014, 31: 381–5.*
10. *Arciero G, Bondolfi G, Mazzola V. The Foundations of Phenomenological Psychotherapy. Berlin-Charlottenburg (Germany): Springer International Publishing. 2018.*

Address for correspondence:
Dr. Pierre Mégevand MD, PhD
Service de neurologie
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1211 Genève 14
Tel. 0041 22 372 84 76
Fax 0041 22 372 83 40
pierre.megevand@hcuge.ch

Crises psychogènes à l'Institution de Lavigny

Noëlle Mercier
Institution de Lavigny

Epileptologie 2018; 35: 113 – 116

Les crises non-épileptiques psychogènes (en anglais, psychogenic non-epileptic seizures ou PNES) sont assez fréquemment rencontrées dans notre pratique clinique quotidienne. Elles peuvent se présenter isolément, ou en association avec une épilepsie avérée, une déficience intellectuelle (DI) ou une autre problématique neurologique, situations qui posent des défis particuliers en termes de diagnostic et de prise en charge.

Approche générale des PNES

Notre approche se base en premier lieu sur une anamnèse détaillée, qui doit souvent être répétée, auprès du patient et de son entourage (famille, amis, professionnels, par ex. éducateurs, maîtres socio-professionnels, etc...), afin d'obtenir une description aussi exacte que possible de l'épisode clinique. Il est primordial d'avoir un contact avec les témoins directs de l'évènement, et d'éviter autant que possible les témoignages rapportés qui déforment souvent les faits. Ceci revêt une importance particulière chez les patients avec épilepsie et DI, chez qui on a tendance à attribuer tout comportement inhabituel ou paroxystique à une crise épileptique ou à une « absence ». L'anamnèse peut alors ouvrir le diagnostic différentiel vers des manifestations non épileptiques, d'origine psychogène ou non, y compris chez des patients qui présentent « les mêmes crises que d'habitude ».

En fonction de la situation, nous demandons aux témoins de filmer les épisodes, en particulier si nous n'avons pas pu les voir ou les enregistrer en vidéo-EEG. Ceci permet d'analyser la sémiologie de l'évènement, qui survient parfois uniquement dans un contexte particulier qui ne peut pas être reproduit au laboratoire EEG. Ainsi, nous pouvons le cas échéant visualiser les vidéos avec le patient et son entourage dans un deuxième temps, pour nous assurer que ce qui a été enregistré correspond aux manifestations habituelles, et pour bien différencier les épisodes cliniques lorsqu'un patient présente plusieurs types de manifestations (épileptiques et non épileptiques).

Diagnostic en vidéo -EEG

Si l'anamnèse fait suspecter des PNES ou si plusieurs types de manifestations différentes coexistent, nous nous efforçons d'obtenir un enregistrement vidéo-EEG, afin de clarifier la situation et de confirmer formellement la nature non-épileptique des épisodes. Il s'agit de l'examen de choix pour confirmer le diagnostic selon les standards actuels [1], et dans notre expérience ceci peut également faciliter l'acceptation du diagnostic, qui est souvent considéré comme plus fiable et objectif lorsqu'il est établi sur la base d'un examen paraclinique tel que l'EEG, et pas uniquement sur la base d'une description clinique.

Sous l'EEG, nous effectuons des manœuvres de provocation simples : diapason, suggestion, parfois combiné à la stimulation lumineuse intermittente (SLI), administrées sur un mode crescendo. Nous expliquons au préalable au patient que ces épreuves sont susceptibles de déclencher un malaise habituel, et que le but est de les enregistrer afin de comprendre leur nature exacte, et in fine de proposer la prise en charge la plus adaptée à sa situation. Nous soulignons que le patient est en sécurité à tout moment, et que le médecin qui effectue les stimulations est présent et peut réagir si besoin.

Dans la mesure où il est dans l'intérêt du patient qu'un diagnostic exact soit posé, il nous paraît légitime de procéder à ces stimulations simples qui sont d'ailleurs expliquées au patient. En revanche, nous n'administrons pas de placebo ou de solution saline. Outre la question éthique, qui nous paraît délicate, cela peut être simplement contre-productif pour la suite de la prise en charge une fois le diagnostic posé. En effet, si le patient le ressent comme un manque d'honnêteté, cela peut fragiliser ou rompre un lien de confiance qui est primordial pour le suivi. Dans notre expérience, et selon la littérature [2], ces stimulations simples permettent la plupart du temps d'obtenir l'information nécessaire.

Si une manifestation survient, les signes habituels sont recherchés sous l'EEG avec un examen clinique pendant le malaise ; le technicien ou le médecin explicite à voix haute ce qu'il observe (par ex « les yeux sont fermés, résistent si j'essaye de les ouvrir »), afin de

compléter la vidéo. Des signes cliniques discordants, une résistance active à l'ouverture des yeux, des signes moteurs spécifiques sont recherchés.

Nous nous assurons que l'enregistrement obtenu est suffisant pour confirmer sans équivoque le diagnostic ; si le malaise ne se termine pas spontanément, des suggestions ou des stimulations simples peuvent aider à mettre fin à l'épisode.

Les stimulations qui visent à déclencher des PNES ne sont pas répétées une fois que le diagnostic a été établi, s'il n'y a pas de nécessité clinique. Chez certains patients, les stimulations usuelles de SLI / hyperpnée utilisées pour sensibiliser la détection d'anomalies épileptiformes déclenchent des PNES; nous le documentons alors dans le dossier et renonçons à effectuer ces stimulations lors d'un EEG standard afin de ne pas déclencher des PNES «gratuitement», qui ne modifieraient pas la prise en charge et seraient sans conséquence pour le patient.

Après l'enregistrement, si la situation le permet, le patient est interrogé sur ce qui s'est passé, ce qu'il a ressenti, ce dont il se souvient, avant de discuter des résultats de l'examen lui-même.

Discussion et explication du diagnostic

L'approche est assez différente selon qu'il s'agit de patients chez qui aucun diagnostic n'a encore été posé, d'autres qui ont déjà tout un parcours dans le système de soins et chez qui le diagnostic a déjà été évoqué, ou de patients en situation de DI ou de handicap d'origine neurologique. Si un diagnostic a déjà été établi, il est utile de demander au patient ce qui lui a été expliqué ; ceci sert de base à la discussion et permet de partir de ce que le patient a compris. Parfois le dossier médical rapporte clairement qu'un diagnostic positif de PNES a été établi et expliqué, alors que le patient rapporte que « on n'a rien trouvé », ou que « on ne sait pas ce que j'ai ». Il faut donc prendre connaissance de ses représentations de la question, pour aborder la discussion d'une façon adéquate.

Nous sommes très attentifs à la terminologie, et évitons, auprès des patients et des proches, mais aussi dans les discussions avec les soignants et dans les rapports le terme de pseudo-crises ; en effet, ceci sous-entend que les crises seraient moins vraies ou moins réelles que des crises épileptiques ou d'autres malaises considérés d'origine plus somatique, et que ces « fausses crises » seraient simulées ou déclenchées volontairement. Le terme hystérie, connoté très négativement, est également évité. En général, nous parlons de manifestations fonctionnelles, de crises dissociatives, d'attaques non-épileptiques ou émotionnelles.

Plusieurs approches sont possibles, et bien détaillées dans la littérature [par exemple 3, 4]. En général, lors de la discussion, nous soulignons plusieurs points :

a) il s'agit d'une problématique bien connue, bien décrite dans la littérature médicale, rencontrée régulièrement, et non d'un diagnostic d'exclusion qui serait posé parce qu'on a rien trouvé d'autre.
b) les manifestations cliniques ne sont pas épileptiques, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas provoquées par des décharges électriques anormales dans le cerveau.
   Pour illustrer ce point, il peut arriver que nous montrions les tracés vidéo-EEG, en comparant le tracé de veille et celui de l'épisode, pour illustrer l'absence de modification visible de l'activité électrique du cerveau (hormis les artéfacts).
c) les manifestations sont d'origine fonctionnelle mais elles ne sont ni simulées ni déclenchées volontairement, précision très importante aussi pour l'entourage. Différentes analogies peuvent être utiles, par exemple celle du cerveau qui ne parvient plus à fonctionner lorsqu'il est « submergé », qu'il y a un «blocage», un « court-circuit », qu'il se « déconnecte » pour se protéger d'une situation trop stressante. Eventuellement, la notion de dissociation peut être discutée en partant de phénomènes vécus par tout un chacun au quotidien, et nous pouvons alors mentionner que cela arrive parfois chez des patients qui ont un vécu difficile ou traumatique.
d) la médication antiépileptique n'est pas utile puisqu'il ne s'agit pas de crises d'épilepsie (pour autant qu'il n'y ait pas des crises épileptiques concomitantes).
   Nous parlons des facteurs précipitants et perpétuants, de la gestion des émotions, du stress ou de l'anxiété, facteurs qui peuvent être latents ou peu conscients pour les patients.

En revanche, les facteurs sous-jacents, et notamment ceux d'un possible trauma chez le patient (facteur pré-disposants), ne sont en général pas questionnés d'emblée. En effet ceci nécessite du temps, et ne peut être abordé que dans le cadre d'une relation de confiance avec le patient, toujours avec beaucoup de tact et de respect. Des questions trop directes ou intrusives peuvent être problématiques puisque nous ne pouvons pas accompagner les patients une fois terminée la consultation ; notre approche se veut donc très prudente sur ce point, et nous sommes parfois amenés à différer cette discussion, et le cas échéant à la reprendre plus tard dans la prise en charge si les circonstances le permettent.

Les patients nous expliquent souvent qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils font des PNES, parce qu'ils ne se sentent pas particulièrement stressés ni anxieux, ou alors que les manifestations cliniques surviennent hors des moments où ils vivent des situations stressantes. D'ailleurs, dans notre cohorte de patients (données récoltées et analysées par la Dresse Malin Maeder et Mme Martine Veyre), il n'a pas pu être établi de corrélation claire entre la présence de PNES et les scores d'anxiété/dépression (score HAD). On peut avancer

l'hypothèse que ces échelles n'abordent pas cette problématique assez finement, ou alors que les PNES sont liés au fait que les patients ne ressentent pas, n'identifient pas ou n'expriment pas leurs ressentis psychiques (alexithymie).

Mise en place du suivi et évaluation psychiatrique

Le patient est encouragé à consulter un psychiatre pour une première évaluation, qui peut être notre psychiatre consultant ou le psychiatre traitant le cas échéant. Si un thérapeute est déjà présent dans la situation, nous favorisons le maintien du lien existant. Nous expliquons que la prise en charge avec le psychiatre est une part importante de la prise en charge, pour essayer d'identifier les facteurs sous-jacents – les « 3 P «, c'est-à-dire les facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants [3] – et traiter d'éventuelles comorbidités psychiques, ce qui peut améliorer la situation et diminuer la survenue des malaises. Nous expliquons également qu'il n'y a pas de médication reconnue efficace en soi pour les PNES, mais qu'en fonction de la situation, le psychiatre peut être amené à proposer une médication s'il le juge utile, ou faire appel à différentes techniques au cours du suivi.

Nous insistons sur la nécessité du double suivi neurologique et psychiatrique avec une bonne collaboration entre les professionnels impliqués. L'information et la transmission de l'information à l'ensemble du réseau de soins est également primordiale, afin d'éviter des erreurs de diagnostics qui peut mener à des escalades de traitement potentiellement dangereuses (traitement agressif d'un « état de mal psychogène ») ; ceci vise également à éviter des consultations à répétition ou le recours à de multiples spécialistes pour les mêmes questions, ce qui ne fait en général pas avancer les choses et peut éventuellement contribuer à perpétuer le problème.

Abbildung 1. Dépliant d'information « Crises non épileptiques » de la Ligue contre l'Epilepsie

Une documentation écrite comme la brochure de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie est souvent utilisée ; elle peut être relue tranquillement par le patient quand il le souhaite, ce qui lui permet d'intégrer les informations à son rythme, et fournit un bon support pour en discuter ensuite. Cela permet également de transmettre des informations aux personnes impliquées mais qui ne sont pas présentes lors de la consultation.

Finalement nous fixons un premier rendez-vous de suivi assez rapide, afin que le patient puisse revenir avec d'éventuelles points ou questions à rediscuter.

Temporalité

Ces différentes étapes pour poser le diagnostic, le communiquer, l'expliquer, et mettre en place une prise en charge cohérente prennent place dans un temps différent selon chaque personne, et qui peut parfois être assez long. Nous pensons qu'il est important de laisser au patient la possibilité d'avancer à son rythme sur ce chemin ; en particulier si le patient est réticent à voir le psychiatre, il est inutile de vouloir lui forcer la main. Il est plus constructif et finalement plus efficace de respecter son souhait, et d'en rediscuter régulièrement lors des consultations de suivi, ce qui permet souvent de faire évoluer sa position.

Cas particulier de la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle est, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la « capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement ». Dans les modèles actuels (modèle de la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé ou CIF, processus de production du handicap, etc.), le handicap est la résultante de l'interaction entre les facteurs liés à la personne (c'est à-dire la déficience), et le contexte environnemental ; il n'est donc pas intrinsèque à la personne, mais dépendant des facteurs extérieurs, et peut ainsi être modulé ou réduit en adaptant l'environnement.

Sur le plan clinique, le spectre de la DI est large, et il s'agit d'un continuum, dont les extrêmes sont d'un côté une légère diminution des capacités intellectuelles (DI légère, voire intelligence limite), de l'autre une déficience profonde touchant différents sphères du champ cognitif et entravant parfois gravement les possibilités de communication chez les patients avec polyhandicap, qui sont souvent non verbaux ou non communicants.

Dans cette population, les enjeux de diagnostic et de prise en charge des manifestations non-épileptiques sont particuliers. Le diagnostic peut être difficile pour plusieurs raisons :

La présentation des crises épileptiques est parfois atypique, avec des manifestations qui différent peu de l'état clinique habituel (par exemple absences atypiques chez les patients avec syndrome de Lennox-Gastaut corrélées avec des décharges de pointes-ondes lentes à l'EEG).

Les difficultés de communication verbale limitent l'accès à l'anamnèse directe et pour le patient, l'expression des difficultés qu'il peut rencontrer au niveau psychique, ce qui peut favoriser l'apparition ou la répétition d'épisodes psychogènes.

Selon l'étiologie de la déficience, et notamment si elle est associée à une atteinte neurologique structurelle sévère, des manifestations neurologiques comme des dyskinésies ou dystonies, des mouvements anormaux, un tremblement ou autre symptôme neurologique peuvent être présents ; on voit aussi fréquemment des stéréotypies, notamment chez les patients avec troubles du spectre autistique, ainsi que des troubles du comportement / comportements défis. Toutes ces différentes manifestations paroxystiques peuvent être concomitantes et difficiles à identifier sur une base purement clinique.

Enfin, une augmentation de la médication antiépileptique ou une charge médicamenteuse trop importante peut parfois favoriser l'apparition ou entretenir des manifestations non-épileptiques.

Pour ces différentes raison, l'identification de ces différents types de manifestations s'appuient d'autant plus sur la vidéo / vidéo-EEG. Chez ces patients vulnérables, il est donc particulièrement critique de poser un diagnostic correct, et de le communiquer clairement au patient et à ses proches, afin d'éviter une surcharge médicamenteuse non justifiée (notamment des réserves de benzodiazépines), avec son lot d'effets secondaires qui ajoutent un surhandicap chez des patients déjà fragiles.

Conclusion

La prise en charge des patients qui présentent des crises psychogènes peut être compliquée, et nécessite une étroite collaboration entre les différents professionnels, et une bonne communication avec les patients et l'entourage. Les principes généraux de prise en charge que nous avons exposés ci-dessus ne peuvent parfois pas être appliqués strictement ou complètement, et doivent toujours être adaptés à la situation individuelle du patient. Ceci requiert de la part des soignants souplesse et bienveillance envers le patient et ses proches, dès le moment du diagnostic et tout au long de la prise en charge.

Références

1. *Lafrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. Epilepsia 2013, 54: 2005–18*
2. *McGonigal A, Oto M, Russell AJC, et al. Outpatient video EEG recording in the diagnosis of non-epilepstic seizures: a randomised controlled trial of simple suggestion techniques. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72:549–51*
3. *LaFrance W. Curt Jr, Reuber M., Goldstein L. H. Management of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia, 54 (Suppl. 1): 53–67, 2013*
4 *Mellers JDC. The approach to patients with "non-epileptic seizures". Postgrad Med J 2005;81: 498–504*

Adresse de correspondance
Noëlle Mercier
Médecin responsable de l'épileptologie et médecine du handicap
Fondation Institution de Lavigny
Route du Vignoble 60
1175 Lavigny
Tel. 0041 21 821 46 46
noelle.mercier@ilavigny.ch

Non-epileptic psychogenic seizures: diagnostic and therapeutic approach at the CHUV, Lausanne

Andrea O. Rossetti
CHUV, Lausanne

Epileptologie 2018; 35: 117 – 118

Disclosure:
The author does not have anything to disclose.

Introduction

A proper PNES diagnosis appears not only important in order to offer a sound information and the suitable therapeutic approach to the patient, but also to avoid unnecessary and potentially harmful treatments. It is indeed known that up to one fifth of patients with PNES may present as "status", with prolonged episodes lasting minutes to hours [1], and that a considerable proportion of subjects treated in the intensive care unit for status epilepticus might eventually receive a PNES diagnosis [2]. The comorbidity with epilepsy has been estimated to lie between 10% - 20% [3–7].

Practical diagnostic approach

The initial steps are a careful history taking, including an overview of potentially relevant psychological aspects, and clinical examination. We also encourage relatives to record typical episodes on portable devices, and to bring these video recordings to the clinic.

Ultimately, the diagnostic gold standard relies in capturing a typical clinical event during EEG recording [8]. In an elective outpatient setting, we generally begin a routine EEG. In an inpatient setting, we rather favor prolonged EEG recordings (from some few hours up to an overnight study). This approach also proves often necessary if the first routine recording has been uneventful: we thus favor a stepwise strategy regarding EEG resources in this situation.

Each EEG includes routine stimulations such as hyperventilation and intermittent lights (if not otherwise contraindicated), always combined with a strong verbal suggestion. Further provocative methods, if the former were unsuccessful, may be placing a tuning fork on the forehead, or applying hand pressure over both temporal regions [9]. Although the use of nocebo is debated in this clinical setting, at the end of the EEG procedure it is our current practice to foresee an injection of physiological saline, still under suggestion [10, 11], if other maneuvers did not lead to an attack induction. We firmly believe that hereby it is mandatory not to lie to the patient. Our residents are instructed to avoid sentences like "the liquid will induce an epileptic seizure"; conversely, saying that "a diluted salt may induce a characteristic attack that will enable a correct diagnosis and treatment of your condition" just corresponds to the truth and is in our experience well accepted.

We retain a PNES diagnosis if the observed attack is compatible with a PNES semiology, and both clinical symptoms and the EEG at the same time do not show any alteration compatible with an ictal phenomenon. As stated above, patients with epilepsy may present at times both forms, and it is therefore important not to exclude a priori PNES diagnosis if, for example, epileptiform transients are observed but the clinical and ictal EEG are not in agreement with the suspected epileptic syndrome. We generally offer to review the episode with the patient and relatives, both to clarify the explanation of the diagnosis (see below) and to ensure that the episode is typical for the patient.

In parallel, we communicate with our liaison psychiatrists, which have been strong partners for more than a decade in this clinical setting: either an outpatient is seen by them at another appointment, or they consult an inpatient on the neurology ward.

How we explain the PNES diagnosis

We try as much as possible to organize an interdisciplinary explanation of the PNES diagnosis together with the patient, his/her relatives and the liaison psychiatrist, using a semi-structured approach. First, we question the patient and relatives regarding their considerations, representations, and expectations. Then, we underscore that the attacks are not due (only) to epilepsy, which is offered as good news. Finally, we introduce the keywords "functional disorder", which allows on the patient and relatives to be reassured that that his/her condition has a name, and to offer a practi-

cal explanation: the function of the brain may be transiently impaired or blocked, but is always restorable. There is no risk of death during an attack, and it's not necessary to call the ambulance for it. Instead, notifying the attack frequency to the therapists (see below) is encouraged.

At this point, we ask for questions and encourage to consider putative explanations: often it is thus possible to mention a psychogenic / stress trigger, depending on the receptivity and the level of understanding of the patient and relatives [12]. Further appointments may be needed depending on each situation. To close the circle, we ask the patient to resume in his/her words the discussion, and organize the follow-up.

Follow-up and treatment

We believe that it is of outmost importance that neurologists remain involved on a long-term basis during the follow-up of patients with PNES, also if psychotherapy represents the mainstay of the therapeutic approach. Our liaison psychiatrists usually see the patient for some appointments, before referring her/him to a colleague in private practice with experience in this field, often having a cognitive-behavioral approach. Alternatively, if a patient already has a psychotherapist, we communicate with her/him in order to allow a stable treatment frame. Regarding motor vehicles, we generally apply driving rules pertaining to patients with epilepsy.

In fact, a somewhat regular somatic check-up in patients with conversion / somatoform disorders [12] appears essential, not only to reassure the patient periodically (we normally schedule 2 to 3 yearly appointments on a long term basis), but also to guarantee a timely recognition of other functional manifestations, which might develop in up to one quarter of patients [14]. In practice, we undergo a sort of contract with the patient offering him this somatic frame, and inform regularly the other caregivers with a written report. If the patient does not show up without reasons for two consecutive appointments, however, we interrupt our follow-up, and notify this to the other caregivers.

References

1. *Dworetzky BA et al. Clinical characteristics of psychogenic nonepileptic seizure status in the long-term monitoring unit. Epilepsy Behav 2006, 9(2): 335-338*
2. *Holtkamp M, Othman J, Buchheim K, Meierkord H. Diagnosis of psychogenic nonepileptic status epilepticus in the emergency setting. Neurology 2006, 66(11): 1727-1729*
3. *Sigurdardottir KR, Olafsson E. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. Epilepsia 1998, 39(7): 749-752*
4. *Szaflarski JP, Ficker DM, Cahill WT, Privitera MD. Four-year incidence of psychogenic nonepileptic seizures in adults in hamilton county, OH. Neurology 2000, 55(10): 1561-1563*
5. *Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WOt. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? Neurology 2001, 57(5): 915-917*
6. *Asadi-Pooya AA, Emami Y, Emami M. Psychogenic non-epileptic seizures in Iran. Seizure 2014, 23(3): 175-177*
7. *Bettini L, Croquelois A, Maeder-Ingvar M, Rossetti AO. Diagnostic yield of short-term video-EEG monitoring for epilepsy and PNESs: a European assessment. Epilepsy Behav 2014, 39: 55-58*
8. *Lafrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. Epilepsia 2013, 54: 2005–18*
9. *Goyal G, Kalita J, Misra UK: Utility of different seizure induction protocols in psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy res 2014, 108(6): 1120-1127*
10. *Benbadis SR: Provocative techniques should be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2009, 15(2): 106-109; discussion 115-108*
11. *Leeman BA: Provocative techniques should not be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2009, 15(2): 110-114; discussion 115-118*
12. *LaFrance WC, Jr., Reuber M, Goldstein LH: Management of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 2013, 54 Suppl 1: 53-67*
13. *Razvi S, Mulhern S, Duncan R: Newly diagnosed psychogenic nonepileptic seizures: health care demand prior to and following diagnosis at a first seizure clinic. Epilepsy Behav 2012, 23(1): 7-9*
14. *McKenzie PS, Oto M, Graham CD, Duncan R: Do patients whose psychogenic non-epileptic seizures resolve, 'replace' them with other medically unexplained symptoms? Medically unexplained symptoms arising after a diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2011, 82(9): 967-969*

Address for correspondence :
Prof. Dr med. Andrea O. Rossetti
Service de Neurologie, BH 07
CHUV
1011 Lausanne
0041 21 314 1190
andrea.rossetti@chuv.ch

Assessing dissociative seizure patients at the Neurocentro della Svizzera Italiana

Pamela Agazzi
Ospedale Civico
Neurocentro della Svizzera Italiana
Lugano

Epileptologie 2018; 35: 119

Dissociative seizures are frequently encountered during our clinical practice. The diagnosis is often difficult to perform. Patients are usually referred to us with the suspicion of epileptic seizures or movement disorders. Alternatively, there could be a need for differential diagnosis to distinguish between "neurological" or "psychogenic" attacks. Patients can be evaluated at the emergency unit or as outpatients. Less often, they are directly referred by a general practitioner and treated as inpatients.

Our first step is an interview with the patient and, if possible, with eyewitnesses of the event or events (if they are not present during the visit, we try to contact them by phone if the patient agrees). The careful reconstruction of the patient's history plays a key role and several meetings may be necessary to do this. In most cases, the patient has already had several attacks and a long history when he/she arrives at the neurologist. The anamnesis is focused on triggers, frequency of episodes, stereotyped characteristics and duration of the attack. We also pay attention to the consequences of the events, such as falls and lesions. We ask about the time needed for recovery to try to identify postictal phenomena. We also usually address sleep characteristics and potential disturbances.

To carry out differential diagnosis of epileptic seizures we perform first a standard EEG and then a prolonged EEG, both with video monitoring to try to capture an event. For differential diagnosis of a movement disorder, we try to take a video recording as well. Home videos are also suggested in all situations.

In most cases we follow the patient in an ambulatory setting. Sometimes an admission is necessary (for various reasons, such as significant psychiatric comorbidity or difficulty in making a complete approach in an outpatient setting).

During a video EEG exam we try to explain the importance of recording an event. Our neurophysiology technicians follow the exam and carry out the standard provocative maneuvers (hyperventilation and photic stimulation). When specific triggers are reported in the clinical history, we try to create a similar setting if possible. We do not use any drug or placebo.

The possibility of the seizure being a non-epileptic event is rapidly communicated to the patient. We prefer to also involve the family in this conversation. The fear of the patient and his/her family is often that of not being taken seriously or not being believed. We generally follow the recommendation of communicating the diagnosis in a positive way and then planning the therapy. We also try to educate the patient and family about how to behave during an event. The terminology that we use when communicating the diagnosis is "psychogenic seizures".

In parallel with the video EEG we ask for a psychiatric evaluation. We refer patients first to our hospital psychiatric consultants, who plan a therapeutic approach. Sometimes they suggest an office-based psychotherapist/psychiatrist follow-up for practical reasons or specific comorbidities. We also plan neurological follow-up visits alongside the psychiatric therapy.

Regarding treatment, we usually recommend a psychotherapeutic approach that is specifically tailored to the individual by the psychiatrist and also takes into account specific comorbidities. The pharmacological treatment plan is customized as well. If the patient is already taking anti-epileptic drugs, we try to slowly discontinue them unless we want to use their beneficial psychopharmacological effects.

Address for correcspondence:
Dr.ssa med. Pamela Agazzi
Ospedale Civico
Neurocentro della Svizzera Italiana
Via Tesserete 46
Lugano
Tel. 0041 91 811 69 34
pamela.agazzi@eoc.ch

Psychogene nichtepileptische Anfälle – Diagnosestellung und Therapiestrategie in der Klinik Bethesda Tschugg

Martinus Hauf, Klaus Meyer
Klinik Bethesda Tschugg

Epileptologie 2018; 35: 120 – 122

Einleitung

Psychogene nichtepileptische Anfälle (PNEA) stellen eine häufige und wichtige Differentialdiagnose bei anfallsartigen Störungen dar. Die grundsätzlichen Überlegungen und charakteristischen klinischen Symptome und Begleiterkrankungen werden am Anfang dieser Ausgabe im Detail vorgestellt und diskutiert. Im Folgenden werden wir die aktuelle Vorgehensweise zu Diagnostik und Therapie von PNEA in der Klinik Bethesda Tschugg (KBT) zusammenfassen.

Diagnostik

Eine aktuell gültige Definition von PNEA sagt aus, dass es sich um Ereignisse handelt, die epileptischen Anfällen ähneln, jedoch ohne mit für Epilepsie charakteristischen elektrischen Entladungen (discharges) einherzugehen [1]. Dieses Konzept von PNEA als Ausschlussdiagnose hat unterschiedliche Schwächen. Zusammengefasst wird es den zugrundeliegenden neuropsychiatrischen Störungen nicht gerecht und es berücksichtigt nicht, dass es semiologische Zeichen gibt, die in hohem Mass typisch und spezifisch für PNEA sind, sodass ein Vorliegen dieser Symptome unserer Einschätzung nach in vielen Fällen eine frühzeitige Diagnosestellung ermöglichen würde [2].

Das diagnostische Vorgehen in der KBT orientiert sich an den Vorgaben der Taskforce der ILAE [2]. Angestrebt wird eine simultane Video-/EEG-Aufzeichnung im 10/20 System von patiententypischen Ereignissen. Insbesondere bei einer klinischen Semiologie, die auf Frontallappenanfälle hinweist, wird ggf. im 10/10 System ein High-density-EEG abgeleitet. In der KBT können sich die Patienten mit einem Langzeit-EEG innerhalb eines Bereiches der Klinik, der videoüberwacht ist, frei bewegen, sodass Aufzeichnungen in alltagnahen Situationen möglich sind.

Um Ereignisse erfassen zu können, ist aus unserer Erfahrung eine patientenspezifische Simulation von Stresssituationen wichtig. Somit integrieren wir neben üblichen Provokationsmethoden wie Schlafentzug, Kipptischuntersuchungen und Aufzeichnungen während neurokognitiver Testungen auch individuelle Stressoren, z.B. eine Exposition mit Konfliktpartnern, Alkoholtrinkversuche oder einen Fastentest. Eine suggestionsbasierte („Placebo-“) Provokation von Anfallsereignissen führen wir nicht durch, u.a. um die Vertrauensbasis für die anschliessende Behandlung nicht zu gefährden und um zu vermeiden, nicht patiententypische Ereignisse auszulösen.

Die Ergebnisse werden in gemeinsamen EEG-Besprechungen vorgestellt und klassifiziert. Das Vorhandensein/Fehlen von epilepsietypischen EEG-Veränderungen wird nach gängigen Kriterien beurteilt. Als Basis der Klassifikation für PNEA-typische semiologische Zeichen dienen insbesondere die Publikationen von LaFrance et al. sowie Reuber und Elger [2, 3]. Die Diagnosesicherheit der PNEA wird entsprechend der ILEA-Kriterien als „möglich“, „wahrscheinlich“ oder „dokumentiert“ klassifiziert. Die Kategorie „klinisch bestätigt“ wird nicht verwendet. Die PNEA-Semiologie wird soweit möglich den drei Subgruppen dialeptisch, Sturz („Swoon-Typ“) oder konvulsiv („trashing“) zugeordnet.

Andere Biomarker werden nur in Einzelfällen zur Diagnosebestätigung beigezogen. Die Prolactin- wie auch die Creatinkinase-Bestimmung im Blut nach einem Anfall haben eine niedrige Spezifität zur Differenzierung von epileptischen Anfällen und PNEA. Bildgebende Methoden sind hilfreich, begleitende Pathologien zu detektieren. Die funktionellen und strukturellen Veränderungen im MRT bei PNEA sind für den individuellen Patienten nicht ausreichend aussagekräftig. Eine iktale Tachykardie über 130/min. als Zeichen für eine epileptische Genese wird berichtet [4].

Eine obligatorische psychiatrische Evaluation wird durch einen bereits involvierten Psychiater durchgeführt. Bei fehlender psychiatrischer Anbindung wird eine Einschätzung durch einen psychiatrischen Facharzt im Haus vorgenommen, kombiniert mit einer poststationären externen psychiatrischen Evaluation und Anbindung.

Therapie

Das Therapiekonzept von PNEA in der KBT orientiert sich an dem 3-Stufen-Modell, wie es von unterschiedlichen Autoren vorgestellt wurde. Eine Zusammenfassung der wissenschaftlichen Basis findet sich als Cochraine review aus dem Jahre 2014 [5]. Dieses standardisierte Therapiekonzept wird seit 2014 in der KBT angeboten und wurde bis jetzt bei 80 Patienten angewendet.

Präsentation der Diagnose

- Ärztlich geführtes Diagnosegespräch mit Zusammenfassung der erhobenen Befunde, Deduktion der Diagnose „Psychogene nichtepileptische Anfälle", ggf. Abgrenzung zu den teils parallel auftretenden epileptischen Anfällen
- Vermittlung von individuellen klinischen Unterscheidungsmerkmalen der Anfallsformen.
- Klarstellen von Kerncharakteristika der PNEA (unwillkürlich, in der Regel nicht gefährdend, auch bei längerer Anfallsdauer, etc.)
- Vermittlung des pathophysiologischen Konzeptes der Instabilität der emotional/kognitiven Verarbeitung („Stressverarbeitungsstörung").
- Bei fehlender Indikation wird eine Reduktion oder ein Stopp der Antiepileptika indiziert. Die potentiell positiv psychotropen Effekte von Antiepileptika werden bei diesen Entscheidungen berücksichtigt.
- Initiierung einer Psychoedukation für PNEA (siehe unten) und Beginn einer Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) unabhängig von der psychiatrischen Symptomatik [6, 7].

Zur Verbesserung des Verständnisses und Annehmens der Diagnose ist nach unserer Erfahrung die Wiederholung der Inhalte wichtig. Ein Diagnosegespräch ist in der Regel nicht ausreichend, um einen dauerhaften therapeutischen Effekt zu erreichen [8], stellt aber einen wichtigen Schritt zur Initiierung von spezifischen Therapieangeboten dar. Gemäss unserer Erfahrung kann sich die Durchführung der diagnostischen Abklärung und weiterführende Therapien innerhalb einer Klinik, d.h. in einem kontinuierlichem Diagnostik-Therapie-Setting, positiv auf den Therapieerfolg auswirken.

Kontrolle der Anfälle

Wie im Cochrane review zusammengestellt und im Anschluss durch die Studie von La France mit Level I Evidence bestätigt, ist die spezifische kognitive Verhaltenstherapie (KVT) eine anerkannte Therapie, um PNEA zu kontrollieren [5, 7]. In der KBT orientieren wir uns an einem Konzept der KVT, vorgestellt von R. Mayor [9]. In 4 Modulen werden das Verständnis für die Erkrankung, Stressoren und Frühsymptome von Anfällen, Anfallsvermeidung/-unterbrechung durch Verhaltenstechniken und das Schwellenmodell von Stress erarbeitet und geschult. Ein wichtiger Teil ist die Selbstauseinandersetzung und Nacharbeitung der Inhalte zwischen den psychotherapeutischen Einheiten (Hausaufgaben). Flankierend werden Entspannungsübungen erlernt, die Tagesstruktur/Schlafstruktur verbessert sowie durch physiotherapeutische Einheiten die Belastbarkeit und durch berufsbezogene Arbeiten der Wiedereinstieg in den Alltag unterstützt.

Um eine intensive Auseinandersetzung mit PNEA und den individuellen Begleitsymptomen zu ermöglichen, bieten wir dieses Programm als elektive, in der Regel 2 Wochen dauernde stationäre Behandlung an.

Erhaltenstherapie

Die Erhaltenstherapie, das heisst die dauernde Stabilisierung und Vermeidung von Anfallsereignissen, findet im ambulanten Rahmen alltagsnah statt. Wissenschaftlich belegte Wirksamkeitsstudien für unterschiedliche Konzepte liegen nicht vor [5]. Eine Basis ist sicher die psychologisch/psychiatrische Anbindung und Betreuung. Ein weiterer zentraler Baustein für eine positive Prognose scheint das Vorhandensein einer sinnstiftenden Tätigkeit und positiven Lebenssituation der Patienten zu sein. Während der Hospitalisation in der KBT werden diesbezüglich, federführend durch den Sozialdienst, soweit möglich eine Integration und belastbare Tagesstruktur aufgebaut. Diese integrativen Therapiekonzepte der KBT sind im Detail bei M. Hauf nachzulesen [10]. Ein weiterer wichtiger Faktor im längerfristigen Therapiesetting erscheint uns die dauernde niederfrequente ambulante Anbindung an einen Facharzt Neurologie.

Referenzen

1. *Devinsky O, Gazzola D, LaFrance WC, Jr. Differentiating between nonepileptic and epileptic seizures. Nat rev Neurology 2011; 7(4): 210-20.*
2. *Lafrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. Epilepsia 2013, 54: 2005–18.*
3. *Reuber M, Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. Epilepsy Behav 2003; 4(3): 205-16.*
4. *Sundararajan T, Tesar GE, Jimenez XF. Biomarkers in the diagnosis and study of psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review. Seizure 2016; 35: 11-22.*
5. *Martlew J, Pulman J, Marson AG. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. Cochrane Database Syst Rev 2014(2): CD006370.*
6. *Goldstein LH et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. Neurology 2010; 74(24): 1986-94.*

7. *LaFrance WC et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry 2014; 71(9): 997-1005.*
8. *Mayor R et al. Short-term outcome of psychogenic non-epileptic seizures after communication of the diagnosis. Epilepsy Behav 2012; 25(4): 676-81.*
9. *Mayor R et al. A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. Seizure 2013; 22(9): 760-5.*
10. *Hauf M, Zwahlen E, Meyer K. Epilepsie: Diagnostik und Therapie in der Klinik Bethesda Tschugg. Epileptologie 2015; 32:25-32.*

Korrespondenzadresse:
PD Dr. med. Martinus Hauf
Klinik Bethesda Tschugg
3233 Tschugg
Tel. 0041 32 338 44 44
Hauf.M@klinik-bethesda.ch

Assessing non-epileptic seizure patients: Experience from the University Clinic of Neurology in Bern

Selma Aybek, Heidemarie Gast and Kaspar Schindler
Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital, Bern

Epileptologie 2018; 35: 123 – 124

Introduction

As part of a Swiss national survey, we present here our diagnosis and treatment clinical practice for patients with functional non-epileptic seizures in Bern.

Diagnosis

We use the DSM-5 clinical criteria of Functional neurological symptom/ Conversion disorder with attacks or seizure (code F44.5) [1].

The way to ascertain criteria B ("clinical findings provides evidence of incompatibility between the symptom and recognized neurological or medical condition") is by video-(EEG)-recording of a typical event (epilepsy monitoring unit or home-recorded) screening for positive signs [2] such as long duration (>2min), closed eyes, asynchronous movements, fluctuating course [3].

The way to rule out epilepsy as a cause of the typical event (criteria C "the symptom or deficit is not better explained by another medical or mental disorder") is by means of a standard video-EEG recording or video-EEG over days.

If the video recording shows clear positive signs and the interictal EEG is normal, no further tests are required to make the diagnosis (**Clinically probable** according to the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizure task Force [3]) and we communicate the diagnosis to the patient and start specific treatment (see below). For most cases, however, we aim at obtaining a typical event during a video-EEG recording (**Clinically established/documented**). Due to ethical concerns [4] [5], we do not apply provocation techniques and prefer long-term monitoring – for 3 days of longer, depending on the individual attack rate – as we have easy access to long-term telemetry in our in-hospital facilities.

If psychological factors are associated with the non-epileptic attacks onset, we specify so in the diagnosis (as in DSM-5, F44.5 "with psychological factor") but this is not a required/mandatory factor to make the diagnosis. Indeed, recent evidence showed that psychological stressors (life events and trauma) play a role in a bio-psycho-social model of functional disorders, but should not be seen as the only causal factor [6]. Within this framework, we no longer use the terminology "psychogenic" in our center.

If there are psychiatric co-morbidities, such as mood changes or psychotic symptoms, the patient is referred for evaluation to our psychiatrists at the sleep-wake-epilepsy center.

Communication

The diagnosis is communicated to the patient and her/his caregiver by the neurologist. The term "Functional neurological disorder" is used. Most of the time, the neurologist starts by telling the patient what she/he has and what her/his diagnosis is ("You suffer from attacks and your disorder is called Functional neurological disorders") and not by telling the patient what he does NOT have ("You don't have Epilepsy"). Often the typical event and its video-EEG is demonstrated to the patient and the way to make the diagnosis is explained; for example, the neurologist points out the positive sign of closed eyes and explains that this is a typical and specific sign for the diagnosis.

Then the neurologist explains the negative findings of the EEG, confirming that even though the events can resemble epileptic seizures, no abnormal electrical signals were recorded and epilepsy is not the cause of these events.

In cases where both epileptic and functional events occur in the same patient, the way to differentiate them through positive clinical signs and negative ictal EEG findings is explained to the patients and her/his caregiver.

Furthermore, the neurologist explores if the patient is worried about specific diagnosis (Do I have a tumor? Do I have a genetic condition? etc.) and answers each of these questions carefully. This is crucial in addressing patients' illness beliefs and ensures a better understanding of the diagnosis, because it is key to adherence to treatment.

Then the neurologist explains the "functional" nature of the disorder, often with the "software/hardware" metaphor; explaining that the symptoms are due to a temporary dysfunction of the brain (software) but not linked to a structural brain lesion (hardware).

For patients who wish further written information, the leaflet from the Swiss League Against Epilepsy is handed out (www.epi.ch/nichtepileptisch). For patients who wish to search further information on the internet, the following professional website

links are indicated: www.nonepilepticattacks.info and www.neurosymptoms.org.

After explaining the diagnosis, the patient is informed that he/she will need regular follow-up by a neurologist and the collaboration with the Functional Neurology Clinic (Funktionelle Neurologische Störung or FNS Sprechstunde at Inselspital) is offered. Patients who already have a private neurologist are referred back to their treating neurologist. Patients who have no neurologist are referred to the FNS Sprechstunde.

The patient is asked to maintain a diary with precise number and types of events as well as potential triggers so that he/she will be able to discuss them at follow-up with the neurologist. The principal aim of therapy is explained: regaining some control about the event and not necessarily complete disappearance of events. Not raising hope too high is crucial for setting realistic goals and expectations from the patient.

In addition, it is explained that psychotherapists specifically trained in "Cognitive Behavioural Therapy (CBT)" are experts in treatment and that this form of psychotherapy is the international gold-standard therapy for the disorder [7]. The patient is offered such a psychotherapy.

Treatment

For patients referred to the Funktionnelle Neurologische Störung (FNS) Sprechstunde at the Inselspital, a first consultation is made by the neurologist. The aim is to review the diagnosis process and ensure the diagnosis of Functional disorder with seizure (F44.5) is made. The second aim is to ascertain that the patient has understood the diagnosis. The third aim is to make sure the patient is willing to engage in our multidisciplinary treatment.

The patient is then referred to our CBT trained psychologist for 2-4 individual sessions. After that, a *joint session* is scheduled where the patients is seen for 45 minutes by the neurologist alone (to review the medical aspects, physical exam, medication), a session (45 minutes) with the CBT psychologist alone follows (to review the aims and progress from the first sessions), and a 30 minute session with both the neurologist and psychologist thereafter (to discuss the further steps of the multidisciplinary treatment).

For some patients, the outcome is already good and a follow-up session is planned at 3-6 months. For most others, a continued joint program is offered for an additional few months.

For some patients, long-term term psychotherapy is needed and accepted by the patient and he/she is then referred to a psychologists/psychiatrist in private practice. Furthermore, an epileptologist with training in CBT (H.G.) at our sleep-wake-epilepsy center provides not only comprehensive care for epilepsy patients before and after epilepsy surgery, but also for patients with non-epileptic seizures.

As our FNS Sprechstunde is new in Bern (started in 2017), we plan to expand it in the future by having more CBT-trained therapists in order to reduce waiting time and start treatment early. Indeed, the efficacy of CBT is currently the purpose of a big national randomized control trial in the UK (www.codestrial.org), but there is already good evidence that this is currently the most effective therapy [8]. We also plan to teach health professionals (neurologists in training, but also emergency medicine doctors and prehospital teams) to increase awareness of the disease and reduce the stigma surrounding it – these two aspects are important points that need to be better addressed worldwide, according to an international survey which includes Switzerland [8]. A national collaboration across the main Swiss centers, like the current survey, is an important first step towards increasing the standard of care for patients suffering from functional non-epileptic attacks.

References

1. *Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. JAMA Neurol 2018 Jun 4*
2. *Syed, T. U. et al. Can semiology predict psychogenic nonepileptic seizures? A prospective study. Ann Neurol 2011 69 (6): 997-1004*
3. *Lafrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. Epilepsia 2013, 54: 2005–18*
4. *Benbadis SR: Provocative techniques should be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2009, 15(2): 106-109; discussion 115-108*
5. *Leeman BA: Provocative techniques should not be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy Behav 2009, 15(2): 110-114; discussion 115-118*
6. *Ludwig L, Pasman JA, Nicholson T, Aybek S et al. Life events, stress and psychological trauma in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. Lancet Psychiatry 2018 Apr; 5(4): 307-320*
7. *LaFrance WC et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry 2014; 71(9): 997-1005*
8. *Kanemoto K et al. PNES around the world: Where we are now and how we can close the diagnosis and treatment gaps. An ILAE PNES Task Force report. Epilepsia Open 2017, 2(3): 307–316*

Address for correspondence:
Prof. Dr. med. Selma Aybek
Leitende Ärztin, Universitätsklinik für Neurologie, Inselpital
Lory Haus (Büro 225)
3010 Bern
Tel. 0041 31 632 66 07
Selma.aybek@insel.ch

Dissoziative Anfälle: Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Schweizerischen Epilepsie-Klinik, Zürich

Matthias Schmutz, Oona Kohnen, Carina Kouraichi und Thomas Grunwald
Schweizerische Epilepsie-Klinik, Zürich

Epileptologie 2018; 35: 125 – 128

Alle Autorinnen und Autoren bestätigen, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Einführung

Die differentialdiagnostische Abklärung ätiologisch unklarer Anfälle oder Bewusstseinsstörungen gehört zu den Routineaufgaben eines spezialisierten Tertiär-Zentrums wie der Schweizerischen Epilepsie-Klinik in Zürich. Aufgrund der erheblichen behandlungstechnischen und sozialmedizinischen Implikationen ist eine Minimierung der nach wie vor erheblichen zeitlichen Latenz zwischen Anfallserstmanifestation und korrekter diagnostischer Zuordnung [1] von grosser Bedeutung und rechtfertigt eine sorgfältige Abklärung im stationären Setting.

Eintritts-/Aufnahmegespräch

Je nach erster klinischer Einschätzung aufgrund der Vorbefunde und der eigenen gezielten Anamneseerhebung teilen wir den Patienten in einem kaderärztlich-pflegerischen Eintrittsgespräch am Aufnahmetag unsere differentialdiagnostischen Erwägungen mit. In aller Regel beinhaltet diese Information Hinweise auf die Möglichkeit einer epileptischen, psychischen, kardialen oder auch anderen organischen Genese der zur Abklärung stehenden Anfälle. Mithilfe der nachfolgenden Untersuchungen einschliesslich einer klinisch-psychologischen Exploration sollen diese Differentialdiagnosen gesichert bzw. ausgeschlossen werden.

Patienten mit dissoziativen Anfällen bekommen damit schon frühzeitig und gewissermassen beiläufig die Haltung vermittelt, dass psychisch bedingte Anfälle für die involvierten Fachpersonen in sehr selbstverständlicher Weise ein mögliches diagnostisches Resultat der stationären Abklärung darstellen. Diese Selbstverständlichkeit steht oft in scharfem Kontrast zur regelhaft hochambivalenten und konflikthaften Einstellung dissoziativer Patienten ihrer eigenen intrapsychischen Welt gegenüber und stellt damit schon eine erste therapeutische Intervention dar.

Diagnostisches Vorgehen

Der diagnostische Goldstandard für die sichere Diagnose eines dissoziativen Anfalles beinhaltet die Video-EEG-Registrierung eines patiententypischen Anfalls [2]. Die kontinuierliche mehrtägige Video-EEG-Untersuchung in unserer Intensiv-Monitoring-Einheit ist damit die Untersuchung der Wahl (Ableitung nach 10-20-System, zusätzlich antero-temporale Elektroden T1 und T2 sowie 1-Kanal EKG, fakulativ weitere Parameter wie Elektromyografie). Zwingend ist dieses Untersuchungssetting mit kontinuierlicher Überwachung durch geschultes Personal insbesondere in den Fällen, bei denen eine vorbestehende anfallspräventive Medikation zu diagnostischen Zwecken abdosiert oder ausgeschlichen wird.

Als Alternative steht die mobile Langzeit-EEG-Untersuchung zur Verfügung (Ableitung nach 10-20-System, zusätzliche Elektroden T1 und T2 sowie 1-Kanal EKG). Nachteil dieser Untersuchung ist die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass ein etwaiger, unter mobiler EEG-Ableitung auftretender Anfall weder von Fachpersonal noch Mitpatienten auf Station beobachtet werden kann und die Informationen zur Anfallssemiologie damit nicht objektiviert werden können. Zudem ist ohne entsprechende Überwachung eine allfällige Abdosierung der anfallspräventiven Medikation nicht möglich.

Ziel ist die Registrierung eines patiententypischen Anfalls. Zur Überprüfung, ob ein registriertes Ereignis tatsächlich den zur Abklärung führenden Ereignissen (und nicht einem iatrogenen Artefakt) entspricht, erfragen wir nebst den eigenanamnestischen Angaben auch fremdanamnestische Angaben zur Anfallssemiologie von Angehörigen oder Arbeitskollegen, ggf. mit gemeinsamer Visionierung unserer Videoaufnahmen.

Sind die nachfolgend aufgezählten Kriterien a)–e) alle erfüllt, legen wir uns diagnostisch auf eine psychische Genese der Anfälle fest:

a) das kritische EEG zeigt während des patiententypischen Anfalls keine Anfallsmuster bzw. keine Veränderung der fortlaufenden EEG-Aktivität,

b) das EKG ergibt keine Hinweise auf eine kardiale Genese,
c) es liegen keine Hinweise auf anderweitige somatogene Ursachen vor,
d) die Anfallssemiologie ist atypisch für einen epileptischen bzw. suggestiv für einen dissoziativen Anfall (gemäss den klinisch sehr praktikablen Kriterien von Tim Betts [3]) und schliesslich
e) es gibt eine plausible psychologisch/psychiatrische Einschlussdiagnostik (vgl. weiter unten).

Jenseits einer gesicherten Diagnose verwenden wir in Analogie zu den ILAE-Kriterien [2] je nach diagnostischem Sicherheitsgrad die Bezeichnungen «Hochgradiger V.a. dissoziative Anfälle» bzw. «V.a. dissoziative Anfälle» sowie, als schwächste Stufe, «Ätiologisch unklare Anfälle, DD dissoziativer Genese».

Zeigen sich im interitktalen EEG ausserhalb der als dissoziativ identifizierten Anfälle epileptische Anfallsmuster bzw. epilepsietypische Veränderungen, werten wie dies im Sinne einer dualen Anfallspathologie mit komorbid auftretenden dissoziativen und epileptischen Anfällen.

Schätzen wir in der vorläufigen klinischen Beurteilung bei Eintritt dissoziative Anfälle als relevante Differentialdiagnose ein, findet ggf. noch während der Langzeit-EEG-Untersuchung, spätestens aber unmittelbar nach Beendigung der Untersuchung in der Intensiv-Monitoring-Einheit eine erste klinisch-psychologische Exploration statt. Diese wird durch den klinikeigenen klinisch-psychologischen Dienst durchgeführt, der im Behandlungsteam der Klinik-Akutstationen fix vertreten ist und regelmässig an den Tagesbesprechungen und Wochenvisiten teilnimmt.

Bei geeigneter Vorgehensweise [4] lassen sich im Rahmen eines Erstgespräches Hinweise auf aktuelle oder stattgehabte soziale oder intrapsychische Konflikte bzw. Belastungen auffinden, die mit der Erstmanifestation der dissoziativen Anfälle in Verbindung gebracht werden können. Bei einem Teil der Patienten finden sich traumatisierende Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte. Trotz des prominenten Trauma-Diskurses in der gegenwärtigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Diskussion scheint uns wichtig, auch eine in klassischer Terminologie als neurotisch bezeichnete Genese dissoziativer Anfälle im Blick zu behalten.

Dissoziative Anfälle stellen ein psychiatrisches Symptom dar, historisch eng verbunden mit Konversions- und Somatisierungsstörungen. Terminologisch orientieren wir uns entsprechend an den Gepflogenheiten der Schweizer und Europäischen Psychiatrie und dem dort verwendeten Diagnosemanual der WHO, der ICD-10. Wenn immer möglich ergänzen wir die Symptomdiagnose (dissoziative Anfälle) durch eine Syndromdiagnose (z.B. im Rahmen einer Somatisierungsstörung, einer Borderline-Störung, einer Posttraumatischen Belastungsstörung etc.). Die Abgrenzung dissoziativer Anfälle (die ja mit unterschiedlichen Ausprägungen von Bewusstseinsalteration einhergehen) von artifiziellen bzw. simulierten Anfällen ist klinisch im Querschnitt in aller Regel nicht möglich und bedarf einer längeren Beobachtung des Erkrankungs- und Behandlungsverlaufes. Erfahrungsgemäss treten die beiden letztgenannten Störungen aber sehr selten auf.

Die Rolle der Pflege

Die involvierten Pflegefachpersonen spielen im stationären Abklärungsprozess eine wichtige Rolle. Sie werden von den Patienten im Stationsalltag sehr niederschwellig kontaktiert, die Patienten äussern sich dabei oft unbefangener und offener als in den strukturierten offiziellen Kontakten mit Ärzten oder Psychologen. In den Visitenbesprechungen sind die pflegerischen Informationen und Beobachtungen ein wichtiger Bestandteil der klinischen Gesamtbeurteilung.

Mit einer wohlwollend-unterstützenden Haltung trägt die Pflege zudem wesentlich zur emotionalen Sicherheit der Patienten bei, was wiederum die Auftretenswahrscheinlichkeit eines patiententypischen Anfalls im stationären Abklärungssetting erhöht. Aus psychologischer Perspektive muss ein Patient innerlich bereit sein, seine Anfälle im Abklärungssetting zu «zeigen», als psychisch bedingt interpretieren zu lassen und sich damit auf einen Veränderungsprozess einzulassen. Dies ist im Wesentlichen von der psychosozialen Gesamtsituation des Patienten abhängig. Eine als hinreichend sicher wahrgenommene Atmosphäre im Abklärungssetting trägt aber zweifelsohne dazu bei, dass der Patient diesen Schritt ohne übermässige Ängste und ohne Gesichtsverlust tun kann.

Iatrogene Anfallsprovokation

Pro- und Kontra-Argumente einer forcierten Diagnostik mithilfe suggestiver Anfallprovokationstechniken werden in der epileptologischen Literatur breit und mit beiderseitig gut nachvollziehbaren Argumenten diskutiert [5]. Falls in der Langzeit-EEG-Untersuchung spontan keine Anfälle auftreten, bieten wir den Patienten am Ende der in der Regel [6] 72 Stunden dauernden Ableitung eine Provokationsuntersuchung an, wobei wir die Patienten informieren, dass mit der Provokationsuntersuchung eine Situation geschaffen wird, die das Auftreten einer patiententypischen Störung und damit die Möglichkeit einer korrekten Diagnosestellung und Behandlung begünstigt. Seit vielen Jahren benutzen wir hierfür die Technik der suggestiv verstärkten intravenösen Injektion einer physiologischen Elektrolyt-Lösung. Eine deutliche Minderzahl aller in Frage kommenden Patienten lehnt diese Untersuchung ab, bei ca. 2/3 der durchgeführten Untersuchungen lässt sich ein patiententypisches Anfallsereignis provozieren. In keinem einzigen Fall haben sich bislang Probleme

oder Beeinträchtigungen des Verhältnisses zwischen Patient und Klinikpersonal im Anschluss an diese Untersuchungsmethode ergeben.

Wie oben schon angedeutet, gehen wir in der Zusammenschau davon aus, dass eine wohlwollende, nicht-stigmatisierende Haltung des involvierten ärztlichen und pflegerischen Fachpersonals einschliesslich eines angemessenen theoretischen Verständnisses über dissoziative Anfälle der wohl relevante iatrogene Beitrag zu einer gelingenden Anfallsdiagnostik ist.

Mitteilung der Diagnose und Behandlungsempfehlung

In einem gemeinsam von den involvierten Neurologen und Psychologen durchgeführten Gespräch mit dem Patienten und – wenn gewünscht – mit seinen Angehörigen erläutern wir unsere diagnostischen Befunde und Behandlungsempfehlungen. Wir erwähnen und begründen, was wir epileptologisch und somatisch ausgeschlossen haben, legen den Hauptfokus aber dezidiert auf die psychiatrische Einschluss-Diagnose. Unserer Erfahrung nach schätzen die allermeisten Patienten eine klare Kommunikation und empfinden die positive Betonung der ausgeschlossenen Diagnosen (so wie in der einschlägigen Literatur gelegentlich empfohlen) eher als verschleiernd und unangenehm [7]. In der Regel verwenden wir den Terminus «dissoziative Anfälle», dessen Bedeutung gemäss der rein deskriptiv gehaltenen Definition in der ICD-10 in einfachen Worten erklärbar und für Patienten gut verständlich ist. Auch im Bericht über die Hospitalisierung, der den Patienten immer in Kopie zugesandt wird, benutzen wir diesen Begriff als Diagnose. Bei kognitiv beeinträchtigten Patienten verwenden wir im diagnostischen Aufklärungsgespräch gelegentlich auch die Bezeichnung «Stress-bedingte Anfälle».

Der dargestellte Abklärungsalgorithmus mit einer schon frühzeitigen Involvierung des psychologischen Fachpersonals ermöglicht es, im Diagnoseeröffnungsgespräch in geeigneter Weise auf die entsprechenden Befunde Bezug zu nehmen, was für die Patienten die Plausibilität der diagnostischen Einschätzung erhöht. Wichtig an dieser Stelle erscheint uns, dass die neurologisch zuständigen Kaderärzte auch bei diesem Gesprächsteil anwesend und aktiv mitbeteiligt sind. Wie schon beim Eintrittsgespräch vermitteln wir den Patienten damit, dass auch die Vertreter der «richtigen, somatischen» Medizin die gestellte psychiatrische Diagnose in selbstverständlicher Weise vertreten.

In aller Regel empfehlen wir dezidiert eine ambulant-psychotherapeutische Behandlung, wobei unserer Erfahrung nach sowohl psychodynamisch als auch kognitiv-behavioral bzw. schematherapeutisch orientierte Behandlungen gleichermassen zielführend sind. Für Patienten aus Zürich und der näheren Umgebung können solche Behandlungen auf Wunsch in der psychotherapeutischen Poliklinik unseres Zentrums durchgeführt werden. Bei schon vor der stationären Abklärung etablierter psychotherapeutisch/psychiatrischer Behandlung empfehlen wir in jedem Falle deren Fortsetzung und bieten bei Bedarf noch weitergehende konsiliarische Unterstützung an.

Bei der Frage einer etwaigen psychopharmakologischen Mitbehandlung betonen wir, dass diese z.B. bei komorbider Depression oder Angst sehr sinnvoll oder sogar notwendig sein kann. Eine direkte Wirkungsbeziehung zwischen Psychopharmaka und dissoziativen Anfällen – so wie dies zwischen Antikonvulsiva und epileptischen Anfällen vorliegt – besteht jedoch nicht.

Bei sehr skeptischen Patienten oder bei invalidisierend florider Symptomatik bieten wir eine kurze Verlängerung des stationären Aufenthaltes an. Dieser dient entweder zur vertieften Erarbeitung eines gemeinsamen diagnostischen Konzeptes und zur Vorbereitung und Aufgleisung einer ambulanten Behandlung, oder aber zur Überweisung in die stationär-psychiatrische oder stationär-psychosomatische Behandlung. In einigen dieser Fälle wäre aus unserer Sicht eine ca. zwei Wochen dauernde stationäre Anschub-Therapie in unserem epileptologischen Setting sinnvoll, was bislang aber aus Gründen eines fehlenden Leistungsauftrags durch die zuständigen Gesundheitsbehörden nicht angeboten werden kann.

Fahreignung

Aufgrund der bei dissoziativen Anfällen alterierten Bewusstseinslage und eingeschränkten Handlungskontrolle erachten wir die Fahreignung für Motorfahrzeuge als nicht gegeben. Bei Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung ablehnen, raten wir – in Anlehnung an die offiziellen Richtlinien bei epileptischen Anfällen – dezidiert zu einer einjährigen Anfallsfreiheit vor Wiederaufnahme des Fahrens. Bei bestehender ambulanter Behandlung empfehlen wir eine Neubeurteilung und Re-Evaluation gemäss klinisch-symptomatischem und psychotherapeutischem Verlauf, wobei insbesondere ein ev. assoziiertes destruktives bzw. autodestruktives Potential zu evaluieren ist. In einer solchen Zusammenschau kann dann auch eine vergleichsweise kurze anfallsfreie Periode (z. B. 3-6 Monate) ausreichend sein, um eine Fahreignung zu befürworten. In spezifischen Einzelfällen kann die Fahreignung sogar bei persistierenden dissoziativen Anfällen gegeben sein, wenn dies aus therapeutischer Sicht stringent zu begründen ist [8].

Arbeitsfähigkeit

Florid auftretende dissoziative Anfälle können die Arbeitsfähigkeit kurzfristig beeinträchtigen, zudem sind die gleichen qualitativen Einschränkungen zu beachten, die auch bei Auftreten epileptischer Anfälle relevant sind. Prinzipiell vertreten wir jedoch den Patienten gegenüber die Haltung, dass eine möglichst baldige Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit aus psychotherapeutischer Sicht ein wichtiger Teil der Behandlung ist und wesentlich zu einem günstigen Behandlungsverlauf beiträgt. In Betracht zu ziehen sind weiterhin etwaige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, die sich durch die zugrunde liegende oder eine komorbid vorhandene psychiatrische Störung ergeben können.

Follow-up

Die feste Vereinbarung epileptologischer Verlaufskontroll-Termine erscheint uns in aller Regel nicht sinnvoll, da dies in subtiler Weise die aktuelle diagnostische Einschätzung unterminieren kann. Vielmehr bieten wir den Patienten und – via Austrittsbericht – auch den ambulant weiterbehandelnden psychotherapeutischen/psychiatrischen Kollegen an, dass wir bei diagnostischen Unklarheiten, bei Auftreten semiologisch neuartiger Anfälle oder bei persistierenden Anfällen jederzeit für eine epileptologische und/oder klinisch-psychologische Re-Evaluation zur Verfügung stehen.

Referenzen

1. *Kerr WT, Janio EA, Le JM et al. Diagnostic delay in psychogenic seizures and the association with anti-seizure medication trials. Seizure 2016; 40: 123-126*
2. *LaFrance WC et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. Epilepsia 2013, 54(11): 2005-2018*
3. *Mothersill, IW. Non-epileptic attack disorders in patients referred to a tertiary epilepsy centre, an analysis of clinical semiology and diagnostic errors. Dissertation MSc Epileptology. 2004. Kings College London*
4. *Schmutz M. Dissociative seizures – A critical review and perspective. Epilepsy Behav 2013; 29: 449-456*
5. *Kanner AM, Benbadis SR, Leeman B. Rebuttals and a final commentary. Epilepsy Behav 2009; 15: 115-8*
6. *Mothersill IW, Cenusa M, Bothmann J et al. A reappraisal of the value of interictal EEG findings in diagnosing epilepsy plus a critical review of controversial "normal variants", utilising long-term ambulatory EEG recordings. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2012; 163(1): 11-8*
7. *Schmutz M. Dissociation. In: Mula M (ed): Neuropsychiatric symptoms of epilepsy. Cham, Heidelberg, New York et al.: Springer, 2016: 141-61*
8. *Specht U. Fahreignung bei psychogenen nicht-epileptischen Anfällen. Z Epileptol 2007; 20:208-16*

Korrespondenzadresse:
Dr. Matthias Schmutz
Schweizerische Epilepsie-Klinik
Klinik Lengg AG
Bleulerstrasse 60
8008 Zürich
0041 44 387 67 67
matthias.schmutz@swissepi.ch

Algorithmus Diagnostik und Behandlung dissoziativer Anfälle am Kantonsspital St. Gallen

Michaela Gegusch, Dominique Flügel, Dominik Zieglgänsberger und Barbara Tettenborn
Neurologie Kantonsspital St. Gallen

Epileptologie 2018; 35: 129 – 133

Einleitung

Die Differentialdiagnose dissoziativer Anfälle stellt eine wichtige diagnostische und therapeutische Aufgabe für Neurologen dar. Im Rahmen dissoziativer Anfälle können Bewusstseinsstörungen auftreten mit oder ohne körperliche Symptome sowie auch rein körperliche Symptome. Die klinische Unterscheidung von epileptischen und nichtepileptischen Anfällen ist selbst für erfahrene Epileptologen schwierig.

Diagnostische Abklärung und Vorgehen in der Epilepsie-Monitoring-Unit (EMU)

Ein erfahrener Assistenzarzt, der zuvor in der Epilepsieambulanz über mehrere Monate gearbeitet hat, betreut gemeinsam mit einem Oberarzt mit epileptologischem Schwerpunkt die PatientInnen auf der EMU.

Die Indikation für die stationäre Aufnahme/Übernahme zur simultanen Video-EEG-Aufzeichnung in der EMU wird durch die Oberärzte mit epileptologischem Schwerpunkt gestellt und ein entsprechendes Anmeldeformular ausgefüllt, welches u.a. die Verdachtsdiagnose, geplante Dauer sowie zu erfolgende zusätzliche Massnahmen enthält (z.B. Medikamentenentzug/-umstellung, Laboruntersuchungen, zerebrale Kernspintomographie usw.), aber auch allgemein wichtige Anmerkungen zum Patienten. Bei den meisten PatientInnen dient die simultane Video-EEG-Aufzeichnung der Diagnosesicherung einer Epilepsie oder der Abklärung einer möglichen Epilepsiechirurgie bei therapierefraktärer Epilepsie. PatientInnen, bei denen zwar eine Epilepsie bekannt ist, sich aber zwischenzeitlich die Anfallssemiologie geändert hat, oder bei denen die Frequenz der Anfälle aus unklaren Gründen angestiegen ist, werden mit der Frage einer Komorbidität mit epileptischen und dissoziativen Anfällen abgeklärt.

Die Koordination der Aufnahme der PatientInnen sowie die Planung der Belegung der EMU insgesamt erfolgt dann über die Mitarbeiter der Elektrophysiologie.

Die PatientInnen werden vorwiegend aus der eigenen Epilepsieambulanz zugewiesen, teilweise aber auch nach notfallmässiger Vorstellung auf der Zentralen Notfallaufnahme, als direkte Übernahme von Intensivstationen, der allgemeinen neurologischen Station oder auch als Übernahme von Stationen anderer Fachrichtungen. Zudem werden PatientInnen von niedergelassenen Fachärzten für Neurologie oder anderen Fachgebieten zugewiesen.

Im ärztlichen Aufnahmegespräch bzw. der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung werden ein ausführlicher klinisch-neurologischer sowie ein internistischer Untersuchungsbefund erhoben und es erfolgt ein ausführliches Anamnesegespräch. Letzteres umfasst neben der Eigen-, Familien-, Sozial- und Systemanamnese eine genaue Medikamenten- und Anfallsanamnese, wenn immer möglich auch eine Fremdanamnese. Diese kann im Einverständnis der PatientInnen auch telefonisch ergänzt werden. Die PatientInnen werden gefragt, ob Anfallsvideos vorliegen bzw. diese z.B. von Angehörigen zur Verfügung gestellt werden können. Darüber hinaus erfolgt eine psychiatrische Anamnese.

Insbesondere bei Erhebung der Anfallsanamnese zeigen sich bereits häufig Hinweise auf das mögliche Vorliegen dissoziativer Anfälle. Diese sind unter dem Absatz „Psychiatrische Beurteilung“ weiter unten im Text nochmals aufgeführt.

Ergänzend erfolgt durch das Pflegeteam eine ausführliche Pflegeanamnese, die Vitalparameter werden dokumentiert und durch das Pflegeteam der neurologischen Überwachungsstation (NIPS) werden ein EKG sowie ein Pulsoxymeter an den PatientInnen angebracht. Über Funk werden diese Daten auf die neurologische Überwachungsstation übertragen und bei Über- bzw. Unterschreiten festgelegter Grenzwerte ein Alarm ausgelöst.

Als Goldstandard für die Diagnosestellung dissoziativer Anfälle ist eine simultane Video-EEG Aufzeichnung erforderlich [1]. Die Ableitezeit beträgt meistens 4–5 Tage, analog den PatientInnen, die zur Abklärung von Anfällen oder unklaren Ereignissen auf die EMU (Epilepsie-Monitoring-Unit) kommen. Diese Zeit ist meistens ausreichend, um die Diagnose stellen zu können [2]. Insbesondere bei PatientInnen mit Komorbidität von epileptischen und dissoziativen Anfällen ist der Zeitraum von 5 Tagen besonders wichtig, um auch sicher epilepsietypische Potentiale und ggf. auch epileptische Anfälle aufzeichnen zu können.

Der Ableitezeitraum kann auch verlängert oder verkürzt werden. Kürzere Aufenthalte ergeben sich, wenn sich PatientInnen durch den ständigen Aufenthalt mit Videodokumentation in einem Zimmer gestresst fühlen, vereinzelt kommt es dann auch zum Abbruch des stationären Aufenthaltes durch die PatientInnen. Dies beobachten wir nicht selten bei begleitenden Komorbiditäten, wie z.B. affektiven Störungen, aber auch psychotischen Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Eine zentrale Rolle spielt hier auch die Betreuung der PatientInnen durch das Pflegeteam, welches einen engen Patientenkontakt pflegt und versucht, die PatientInnen zu unterstützen und zu motivieren, den stationären Aufenthalt nicht vorzeitig zu beenden.

Die EEG-Ableitung erfolgt mit einem Standard 10/20 EEG mit 27 Kanälen, dabei werden auch immer T1- und T2-Elektroden geklebt. In jüngster Zeit haben wir die Ableitung gemäss den neuesten Guidelines der International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) erweitert, der inferiore Temporallappen wird nun durch zusätzliche Elektroden (F9/10, T9/10 und P9/10) abgedeckt [3].

Die kardiovaskuläre Überwachung der PatientInnen erfolgt zusätzlich mit einem kontinuierlichen EKG sowie einer kontinuierlichen transkutanen Pulsoxymetrie, die auf einem Monitor vom Personal der sich in unmittelbarer räumlicher Nähe gelegenen neurovaskulären Intensiv-Pflegestation überwacht wird. Ähnlich dem „Lyse call“ wurde auch ein eigenes Telefon angeschafft, das vom beobachtenden Personal sofort benützt werden kann, um einen Anfall zu melden. Der Alarm muss von dem Assistenten, der für die EMU verantwortlich ist (und im Zimmer neben der EMU seinen Arbeitsplatz hat), rasch quittiert werden, anderenfalls geht der Alarm an den Oberarzt weiter. Ziel des „Epicalls“ ist eine schnelle Supervision des Geschehens durch den Arzt.

Dieser führt, neben potenziell notwenigen ärztlichen Notfallmassnahmen, eine standardisierte iktale Testung durch, gemäss den Empfehlungen der International League Against Epilepsy [4]. Der Ablauf der iktalen und auch postiktalen Testung liegt ausgedruckt in jedem Überwachungszimmer der EMU bereit, zusätzlich haben alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter diesen auch als Pocketcard ausgehändigt bekommen.

Die Befunde werden anschliessend von ärztlicher Seite dokumentiert. Zusätzlich erfolgt eine Dokumentation der Anfälle bzw. Notfallintervention auf standardisierten Dokumentationsbögen durch das Pflegeteam, u.a. beinhalten diese zeitliche Angaben, Vitalparameter, verabreichte Medikation, klinische Anmerkungen und Angaben bezüglich Verlegung der PatientInnen.

Da das Pflegeteam in der Regel als erstes bei einem Anfall bei den PatientInnen ist, ist eine gute Schulung sowohl im Umgang mit epileptischen als auch dissoziativen Anfällen besonders wichtig. In diesem Zusammenhang erfolgen regelmässige Fortbildungen sowohl mit einer Fortbildungsreihe durch unser Epilepsiezentrum mit regelmässigen monatlichen Terminen, als auch auf Station intern durch die ärztlichen Mitarbeiter. Auch das Pflegeteam erhält so eine Schulung zur Durchführung der iktalen Testung, u.a. anhand von demonstrierten Video-Beispielen von verschiedenen Anfällen (epileptischen und dissoziativen Anfällen).

Bei Vorliegen von dissoziativen Anfällen wird von allen Mitarbeitern darauf geachtet, mit den PatientInnen während des Anfalls ruhig zu kommunizieren, in der Annahme, dass ein Teil des Bewusstseins erhalten ist und den PatientInnen helfen kann, den dissoziativen Zustand zu beenden. Wenn möglich, werden die PatientInnen dazu aufgefordert, aktuelle Empfindungen oder auftauchende Erinnerungen wahrzunehmen, die dann nach dem Anfall aufgegriffen und bearbeitet werden können. Durch unsere Fortbildungsveranstaltungen sind die Mitarbeiter auch geschult in Bezug auf typische klinische Zeichen, die auf dissoziative Anfälle hindeuten können. Dies beinhaltet z.B. eine lange Dauer der Anfälle, geschlossene Augen des Patienten, Einnahme einer Embryonalstellung während des Anfalls, nicht-rhythmische Bewegungen oder Weinen während des Anfalls.

Um die Diagnose „dissoziative Anfälle“ sicher stellen zu können, muss das aufgezeichnete Ereignis von den PatientInnen und den Angehörigen als typisch angesehen werden. Treten mehrere unterschiedliche Anfälle auf, die nicht alle mit dem Video-EEG aufgezeichnet wurden, kann die Diagnose „dissoziative Anfälle“ nicht sicher gestellt werden. Das EEG, das mit dem Anfall aufgenommen wird, muss die Diagnose unterstützen. Interiktale Auffälligkeiten helfen allein nicht, die Diagnose Epilepsie zu stellen, da sie unter Umständen auch bei Gesunden und bei PatientInnen mit Komorbidität Epilepsie und dissoziativen Anfällen auftreten können.

Während des stationären Aufenthaltes findet ergänzend eine Beratung durch unseren Sozialdienst statt. Diese umfasst insbesondere berufliche und finanzielle Fragen. Sie kann im ambulanten Rahmen weitergeführt werden.

Neuropsychologische Untersuchung

Eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung kann bei Bedarf während des stationären Aufenthaltes oder auch anschliessend ambulant ergänzt werden.

Psychiatrische Erstbeurteilung

Die psychiatrische Mitbeurteilung erfolgt in der Regel noch während des stationären Aufenthaltes durch einen Facharzt für Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapie. Es wird darauf geachtet, dass insbesondere der Beginn des Gesprächs sehr offen gestaltet wird,

um die unterschiedliche Schilderung der PatientInnen von dissoziativen Anfällen im Gegensatz zu epileptischen Anfällen herauszuarbeiten. PatientInnen mit epileptischen Anfällen versuchen sich häufig genau zu erinnern, möglichst viele Angaben zu machen, damit von ärztlicher Seite der Anfallshergang nachvollzogen werden kann. Im Gegensatz dazu fällt bei PatientInnen mit dissoziativen Anfällen im Gespräch häufiger auf, dass genaue Angaben zum Anfallshergang vermieden werden, häufig Negationen verwendet werden und lange Gesprächspausen entstehen. Von ärztlicher Seite entsteht meist das Gefühl, sich von dem genauen Anfallshergang kein klares Bild machen zu können [5].

Neben der Erhebung des aktuellen psychischen Befundes wird ein besonderes Augenmerk auf psychiatrische Komorbiditäten gelegt, wie z.B. affektive Erkrankungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen, und die Diagnosen werden dann gemäss der ICD-10- Kriterien festgestellt. Entsprechend erfolgt auch die Empfehlung zum Beginn einer psychopharmakologischen Behandlung. Die Eigen- und Fremdgefährdung wird beurteilt und zusammenfassend eine Empfehlung für eine entweder ambulante oder stationäre psychiatrisch/psychotherapeutische Weiterbehandlung ausgesprochen.

Weiterbehandlung nach Abschluss der simultanen Video-EEG Aufzeichnung

Bei hoher Anfallsfrequenz mit starkem Leidensdruck der PatientInnen können diese nach Abschluss des Video-EEG-Monitorings überbrückend noch einige Tage stationär in der Neurologie behandelt werden. Die Betreuung erfolgt dann interdisziplinär im Sinne einer fachärztlich neurologischen und psychiatrischen/psychotherapeutischen Betreuung, neben dem Angebot ergo- und physiotherapeutischer Massnahmen. Anschliessend kann der Austritt nach Hause mit geplanter ambulanter psychiatrischer/psychotherapeutischer Weiterbehandlung erfolgen. In einigen Fällen besteht auch die Indikation zur stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen Weiterbehandlung, zum einen bei hoher Anfallsfrequenz mit starkem Leidensdruck der PatientInnen, insbesondere aber auch, wenn im Rahmen der dissoziativen Anfälle eine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht.

Abschliessend wird mit den PatientInnen ein Verlaufstermin in unserer Epilepsiesprechstunde vereinbart, um den weiteren Verlauf zu beurteilen, als Ansprechpartner weiter zur Verfügung zu stehen und noch offene Fragen im Verlauf zu beantworten. Dies hat sich als sinnvoller Zwischenschritt für uns ergeben, um die Akzeptanz/Motivation des Patienten, sich auf eine weitere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung einzulassen, zu erhöhen, insbesondere wenn diese zwischenzeitlich noch nicht begonnen wurde. Teilweise werden auch mehrere Termine vereinbart, um die PatientInnen engmaschig zu betreuen, wenn nach abgeschlossener Diagnostik noch eingenommene Antikonvulsiva schrittweise abgesetzt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Diagnose und Behandlung von PatientInnen mit dissoziativen Anfällen ein enges, multidisziplinäres Zusammenarbeiten erfordert.

Iatrogene Anfallsprovokation

Hyperventilation und Fotostimulation werden als mögliche Provokation auch für dissoziative Anfälle bei allen unseren PatientInnen durchgeführt. Die Information durch den Arzt, dass diese Provokationen Anfälle auslösen können, kann dabei die Auslösewahrscheinlichkeit eines Anfalles erhöhen [6]. Partieller oder totaler Schlafentzug wird individuell vom einzelnen Patienten abhängig auch eingesetzt, gegebenfalls auch andere Auslöser, die von den PatientInnen als typisch angegeben werden. Anfallsprovokation mit intravenöser Kochsalzlösung wird aus ethischen Gründen, PatientInnen nicht täuschen zu wollen, in der Regel nicht eingesetzt. In seltenen Ausnahmefällen, wenn PatientInnen eine lange Anamnese von nichtepileptischen Anfällen haben und die stationäre Abklärung erfolglos blieb, kann die suggestive Anfallsprovokation mit Kochsalz eingesetzt werden.

PatientInnen, bei denen die Differentialdiagnose einer Synkope im Vordergrund steht, können auch mit einer simultanen Kipptischuntersuchung mit EEG abgeleitet werden.

Diagnosemitteilung „dissoziative Anfälle“

Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Art und Weise, wie die Diagnose dissoziativer Anfälle den PatientInnen mitgeteilt wird, von großer Bedeutung für das weitere Behandlungsergebnis ist [7, 8]. In einem ausführlichen Gespräch wird die Diagnose vom Oberarzt und Assistenten der EMU den PatientInnen mitgeteilt. In der Regel ist auch ein enger Familienangehöriger bei dem Gespräch anwesend, soweit dies von den PatientInnen nicht abgelehnt wird.

Bei der Aufklärung werden verschiedene Punkte berücksichtigt. Zunächst wird im Sinne einer guten Nachricht festgestellt, dass durch das simultane Video-EEG die Diagnose festgestellt werden konnte.

1. Wir bieten an, Ausschnitte aus dem Video-Langzeit-EEG mit Anfällen zu demonstrieren, wenn die PatientInnen hiermit einverstanden sind. Wir betonen, dass sie das Video zu jeder Zeit unterbrechen können, wenn es ihnen zu viel wird. Im Rahmen der Video-Demonstration haben Angehörige auch nochmals die Möglichkeit zu bestätigen, dass dies die typischen Anfälle der PatientInnen sind. Während der Video-Demonstration vermeiden wir schluss-

folgernde Kommentare. Anschliessend werden die PatientInnen befragt, wie es ihnen geht, welche Gefühle sie haben und sie werden empathisch dabei begleitet. Aufkommende Fragen werden beantwortet.

2. Feststellung, dass keine epileptischen Anfälle vorliegen und keine Epilepsie diagnostiziert werden konnte. Den PatientInnen wird erklärt, was dies bedeutet:
   - die Anfälle können nicht mit Antikonvulsiva erfolgreich behandelt werden, d.h. es besteht keine Indikation hierfür
   - es ist keine Notfallmedikation zur Anfallsunterbrechung notwendig, die den PartientInnen sogar schaden kann.
3. Entwicklung eines alternativen Behandlungskonzeptes. Den PatientInnen wird geschildert, dass es auch andere PatientInnen gibt, bei denen Anfälle auftreten, aber keine Epilepsie vorliegt und die Gründe hierfür sehr vielfältig sein können. Es wird betont, dass es sich um eine Erkrankung handelt, keine „non-disease“ [9]. Die Ursache ist unbekannt, aber die Risikofaktoren sind bekannt. Es wird erläutert, dass es Zusammenhänge mit erlebtem Stress durch seelische Belastungen gibt, die zu verschiedensten körperlichen Symptomen führen können, u.a. auch zu anfallsartig auftretenden Symptomen, die epileptischen Anfällen sehr ähnlich sehen können. Es wird auch erwähnt, dass dies aber nicht der Fall sein muss. Ziel der weiteren Behandlung ist nun, gemeinsam mit den PatientInnen nach möglichen Risikofaktoren zu suchen und es wird von ärztlicher Seite erstmals angesprochen, dass es sich um dissoziative Anfälle handelt. Der Ausdruck „psychogen“ wird vermieden, da er eher mit negativen Assoziationen behaftet ist. Die PatientInnen werden nun auch nach ihrem subjektiven Krankheitskonzept befragt. Im Gespräch werden offene Fragen verwendet wie z.B.: „Haben Sie Ideen, was bei Ihnen die Anfälle auslösen kann?“
4. Die Ursache der dissoziativen Anfälle wird offen gelassen, auch wenn z.B. aktuelle psychische Belastungen oder Traumatisierungen in der Vorgeschichte bekannt sind, da die PatientInnen den Zusammenhang zu diesem Zeitpunkt meist nicht nachvollziehen können, zudem soll eine erneute Traumatisierung vermieden werden. Zunächst wird auf das Krankheitsverständnis der PatientInnen eingegangen mit dem Ziel, die Ursachen für die dissoziativen Anfälle gemeinsam zu entwickeln und daraus die Behandlungsmöglichkeiten abzuleiten.
5. Empfehlung/Motivation für ein ergänzendes Gespräch mit einem Facharzt für Psychosomatik bzw. Psychiatrie aus den o.g. Gründen. Dabei wird den PatientInnen Raum gegeben für mögliche Vorbehalte und Enttäuschung hierüber. Der Ablauf einer solchen Beurteilung wird erläutert und erklärt, was eine psychotherapeutische Behandlung überhaupt bedeutet. Es wird betont, dass eine psychotherapeutische Behandlung immer erfolgreicher ist als der Spontanverlauf und das bei Nichtbehandlung mit einer schlechten Prognose der Erkrankung, d.h. Persistenz oder sogar Verschlimmerung der Symptome gerechnet werden muss. Wenn die PatientInnen nun verdeutlichen, dass sie sich nicht ernst genommen fühlen und annehmen, dass wir von einer „Simulation“ ihrer Anfälle ausgehen, betonen wir im Gespräch nochmals ausdrücklich, dass wir davon ausgehen, dass die Anfälle nicht willentlich beeinflusst sind und unbewusst ablaufen.
6. Thematisierung des Umganges der Angehörigen mit dissoziativen Anfällen. Fragen der Angehörigen werden beantwortet, Raum für Ängste gegeben, ggf. erfolgt eine Entlastung bei bestehenden Schuldgefühlen. Den Angehörigen wird empfohlen, im Rahmen weiterer Anfälle Ruhe zu bewahren, ruhig mit den PatientInnen während des Anfalls zu sprechen, auch wenn diese „abwesend“ wirken. Es wird nochmals betont, dass keine Notfallmedikation verabreicht werden soll. Betont wird auch, dass das Mitwirken der Angehörigen eine wichtige Rolle spielt, insbesondere im Rahmen einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung. Wird im Gespräch deutlich, dass z.B. ein Partnerschaftskonflikt besteht, wird auf die Möglichkeit einer Paarberatung oder -therapie hingewiesen.

Terminologie

Wir vermeiden den Begriff „psychogene Anfälle“ und bevorzugen den Begriff „funktionelle Störung” oder bei Konversionsstörung „dissoziative Störung”.

Empfehlung der Behandlung von dissoziativen Anfällen

Zur Behandlung dissoziativer Anfälle wird eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Wie bereits beschrieben, erfolgt in der Regel eine ambulante Psychotherapie, bei entsprechender Indikation (siehe oben) eine stationäre psychotherapeutische Behandlung. Zudem wird überbrückend eine neurologische Weiterbetreuung angeboten.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung erfolgt zunächst die Phase der Stabilisierung und Symptomreduktion [10]. Dies beinhaltet initial eine gute Psychoedukation, welche allgemein bei dissoziativen Störungen ein zentrales Element darstellt. Es erfolgt eine schrittweise Verbesserung der Emotions- bzw. Spannungsregulation, hier kann z.B. ein individueller Notfallkoffer zusammengestellt werden mit sogenannten Stress-Toleranz-Skills. Auch die Veränderungsmotivation soll im Rahmen der Therapie erhöht werden, hierzu werden Vor- und Nachteile der Dissoziation erarbeitet.

Die PatientInnen sollen Symptomtagebücher führen und entsprechende Verhaltensanalysen werden in den Therapiesitzungen durchgeführt, um auslösende Situationen, Gedanken und Gefühle identifizieren zu können. Dabei ist das Erkennen von Frühwarnzeichen vor den dissoziativen Symptomen wichtig, sowie das Erlernen antidissoziativer Fertigkeiten (z.B. Stimulation mit einem Igelball, Klatschen, Ingwer oder Chili-Schote), welche die PatientInnen dann eigenverantwortlich im Verlauf einsetzen können. Es ist in der Therapie zentral, zu vermitteln, dass Dissoziation kontrollierbar ist.

Wichtig ist auch ein gutes Kontingenzmanagement während der Therapie. Dazu müssen die Angehörigen, aber auch professionelle Helfer, mit einbezogen werden. Sie erleben die dissoziativen Symptome oft als beängstigend und reagieren intuitiv mit Fürsorge, verstärken so ungewollt die Symptomatik. Zur Unterbrechung dieser Verstärkungsprozesse müssen diese offen mit den PatientInnen und Angehörigen/Helfern besprochen werden. Dabei muss betont werden, dass die PatientInnen die Symptome nicht wegen der Konsequenzen absichtlich zeigen, sondern dass diese Konsequenzen eben auch nicht bewusst steuerbare körperliche Reaktionen beeinflussen.

Die psychotherapeutische Behandlung umfasst je nach Komorbidität verschiedene weitere therapeutische Massnahmen. Bei zurückliegendem Trauma kann in der zweiten Behandlungsphase ein etabliertes traumafokussiertes Behandlungsprogramm erfolgen.

Referenzen

1. *Syed TU, Lafrance WC Jr, Kahriman ES et al. Can semiology predict psychogenic nonepileptic seizures? A prospective study. Ann Neurol 2011; 69 (6): 997-1004*
2. *Foong M, Seneviratne U. Optimal duration of video-electroencephalographic monitoring to capture seizures. J Clin Neurosci 2016; 28: 55-60*
3. *Seeck M, Koessler L, Bast T et al. The standardized EEG electrode array of the IFCN. Clin Neurophysiol. 2017; 128 (10): 2070-2077*
4. *Beniczky S, Neufeld M, Diehl B, Dobesberger J. Testing patients during seizures: A European consensus procedure developed by a joint taskforce of the ILAE - Commission on European Affairs and the European Epilepsy Monitoring Unit Association. Epilepsia 2016; 57 (9): 1363-8*
5. *Schwabe M, Reuber M, Schöndienst M, Gülich E. Listening to people with seizures: how can linguistic analysis help in the differential diagnosis of seizure disorders? Commun Med 2008; 5: 59-72*
6. *Hoepner R, Labudda K, Schoendienst M et al. Informing patients about the impact of provocation methods increases the rate of psychogenic nonepileptic seizures during EEG recording. Epilepsy Behav 2013; 28(3): 457-9.*
7. *LaFrance WC, Reuber M, Goldstein LH. Management of psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 2013; 54 (Suppl 1): 53-67*
8. *Doss RC, LaFrance WC Jr. Psychogenic non-epileptic seizures. Epileptic Disord 2016 ; 18(4) : 337-43*
9. *Smith BJ. Closing the Major Gap in PNES Research: Finding a Home for a Borderland Disorder. Epilepsy Curr 2014; 14(2): 63-7*
10. *Priebe K, Schmahl C, Stiglmayr C. Dissoziative Störungen. In: Voderholzer U, Hohagen(eds): Therapie psychischer Erkrankungen, State of the Art. München: Urban u Fischer, 2018: 320-332*

Korrespondenzadresse:
Frau Dr. Dominique Flügel
Kantonsspital St.Gallen
Klinik für Neurologie
Rorschacher Strasse 95
9007 St.Gallen
Tel. 0041 71 494 11 11
dominique.fluegel@kssg.ch

Fazit

Insgesamt acht grosse neurologisch-epileptologische Zentren aus allen Sprachregionen der Schweiz haben – teils in summarischer, teils in sehr detaillierter Weise – Einblick in ihr praktisches Vorgehen bezüglich Abklärung und Behandlungsinitiierung bei Patienten mit dissoziativen Anfällen gegeben. Der Survey stellt keine strukturierte und repräsentative Erhebung dar, bietet aber dennoch einen Überblick zu der in der Schweiz real existierenden neurologischen Abklärungspraxis und zum Management dieser nach wie vor als schwierig geltenden Patientengruppe.

In der Zusammenschau der Beiträge fallen etliche Gemeinsamkeiten auf, die an dieser Stelle kurz hervorgehoben werden:

Grundsätzlich ist eine sehr wohlwollende Haltung sowie ein Bemühen um einen sorgfältigen, reflektierten Umgang mit dieser Patientengruppe erkennbar, die im Verhalten häufig als herausfordernd, gleichzeitig aber auch als sehr vulnerabel wahrgenommen wird. Aus den Angaben zu den Diagnoseeröffnungsgesprächen lässt sich erschliessen, dass letztlich alle Autorinnen und Autoren im Wesentlichen von einem den dissoziativen Anfällen zugrunde liegenden Diathese-Stress-Modell (in sicherlich sehr unterschiedlichen theoretischen Ausformungen) ausgehen. Dies widerspiegelt sich auch in der Haltung, den Patienten nicht mehr eine «Negativ»-Diagnose (keine Epilepsie), sondern primär eine «Positiv»-Diagnose mitzuteilen, wobei hier unterschiedliche Begrifflichkeiten zur Anwendung kommen (vgl. unten). Die Befürchtung vieler Patientinnen und Patienten, dass ihre dissoziativen Anfälle ärztlicherseits als simuliert oder artifiziell eingeschätzt würden, entbehrt also einer objektiven Grundlage.

Grundlage für die Diagnosestellung ist in allen befragten Zentren eine umfassende Anamneseerhebung, unter Einbezug fremdanamnestischer Informationen zur Anfallssemiologie. Als Goldstandard wird die simultane EEG-Video-Registrierung eines patiententypischen Ereignisses angestrebt. In den Fällen, bei denen eine sichere Diagnosestellung nicht möglich ist, bieten die Richtlinien der ILAE die terminologische Grundlage zur Bezeichnung der diagnostischen Sicherheit. Alle Zentren messen dem Diagnoseeröffnungsgespräch eine hohe Bedeutung zu und beschreiben diesbezüglich klare Vorgehensweisen mit obligatorisch anzusprechenden Themen oder sogar strukturierten Gesprächsleitfäden. Von sämtlichen Autorinnen und Autoren wird als Therapie der Wahl eine Form von psychotherapeutischer bzw. psychoedukativer Behandlung empfohlen. In allen Zentren besteht weiterhin eine Form von etablierter Kooperation zwischen federführender Neurologie einerseits und Psychiatrie/Psychotherapie andererseits (wobei Organisation und Intensität der Zusammenarbeit differieren).

Neben diesen Gemeinsamkeiten fallen in einigen Bereich auch Differenzen auf, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Im Bereich der verwendeten Terminologie besteht primär Einigkeit über die Begriffe, die in der Patientenkommunikation nicht mehr gebracht werden sollten, dies betrifft insbesondere die Termini «hysterische Anfälle» und «pseudoepileptische Anfälle». Ansonsten kommen alle in der Literatur auffindbaren Begrifflichkeiten (von funktionell über psychogen bis hin zu dissoziativ) zur Anwendung. Aus wissenschaftlicher Sicht mag diese heterogene Terminologie zu bedauern sein, im Hinblick auf die Kommunikation mit den Patienten scheinen die unterschiedlichen Begriffe keinen Nachteil darzustellen. Vielmehr ermöglichen sie den Behandelnden, mit jeweils passenden Metaphern die Diagnose patientengerecht zu erläutern.

Bei der Frage der iatrogen forcierten Anfallsprovokation (v.a. mittels intravenöser NaCl-Injektion) widerspiegelt sich die in der Fachliteratur sehr kontrovers geführte Diskussion. Einerseits werden ethische Bedenken bezüglich einer Täuschung des Patienten und einer Beschädigung der Patienten-Arzt-Beziehung ins Feld geführt. Andererseits wird auf die aus ethischer Sicht ebenfalls sehr wünschbare Verhinderung eventuellen zukünftigen iatrogenen Schadens (durch potentiell gefährliche intensivmedizinische Interventionen bei undiagnostizierten dissoziativen Anfällen) hingewiesen. Die Diskussion in diesem Bereich ist nicht geklärt, weder in der Literatur noch in der konkreten klinischen Praxis. Eine Klärung dieser Kontroverse ist nicht zu erwarten, beide Haltungen sind argumentativ gut zu vertreten.

Die Kooperation zwischen Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie ist in allen Zentren etabliert, variiert aber in Organisationsform und Intensität. Das Spektrum reicht von externer konsiliarischer Mitbeurteilung bis hin zur fest etablierten engen Zusammenarbeit der beiden Disziplinen im stationären Abklärungssetting. Neben konzeptionellen Überlegungen mögen dabei sicherlich auch finanzielle bzw. Ressourcenfragen eine entscheidende Rolle spielen.

Augenfällig sind die Unterschiede im Hinblick auf die Behandlungsempfehlungen. Insgesamt scheint dieser Bereich die grösste Heterogenität aufzuweisen. Auf der einen Seite des Spektrums steht die Empfehlung

für eine wenige Stunden dauernde kombinierte neurologisch-psychologische Behandlung im Rahmen einer Sprechstunde für funktionelle neurologische Störungen. Am anderen Ende des Spektrums steht die Empfehlung zu einer dezidierten psychotherapeutischen (psychodynamisch oder kognitiv-verhaltensorientierten) Behandlung der dissoziativen Anfälle einschliesslich der zugrunde liegenden psychiatrischen Grunderkrankung. Beide Empfehlungen rekurrieren auf empirische Evidenz. Die grosse Spannbreite der Behandlungsempfehlungen lässt sich zum einen sicherlich als Unterschied zwischen eher «Neurologie-nahen» und eher «Psychiatrie-nahen» Zugängen zum Störungsbild verstehen. Gleichzeitig widerspiegelt sich darin aber auch eine Charakteristik des psychotherapeutischen Bereiches selber, der nach wie vor durch eine Vielfalt von Zugängen und Methoden geprägt ist, die wissenschaftlichen Standards oft nur partiell entsprechen.

Als letzter Punkt schliesslich sind Unterschiede zu erwähnen im Hinblick auf die Rolle der Neurologie im Follow-up. Fest etablierte neurologische Nachkontrolltermine stehen einer dezidierten Behandlungsübergabe ans psychiatrisch-psychotherapeutische Fach (mit dem Angebot einer Stand-by-Funktion bei Bedarf) gegenüber. Auch in diesem Punkt können die unterschiedlichen Haltungen jeweils gut und nachvollziehbar begründet werden. Die hohe Rate von Behandlungsabbrüchen und das erhöhte Risiko weiterer dissoziativer Symptombildungen legen ein fixes neurologisches Follow-up nahe. Eine unzweideutige Behandlungsempfehlung und eine entsprechend dezidierte Übergabe der Behandlung ins psychiatrisch-psychotherapeutische Fach wiederum erweisen sich in prognostischer Hinsicht als günstig. Eine Konsensbildung ist also auch an dieser Stelle nicht notwendig.

Der vorliegende Survey legt nahe, dass in der Schweiz ein erfreulich hoher und in den wesentlichen Punkten weitgehend einheitlicher Standard bezüglich Abklärung und Behandlungsinitiierung bei Patienten mit dissoziativen Anfällen besteht. Im Hinblick auf die Behandlung von dissoziativen Anfällen (und Konversionsstörungen insgesamt) wären eine engere Kooperation zwischen den beteiligten Disziplinen, gerade auch im Forschungsbereich, sowie eine stärkere Involvierung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Faches sinnvoll und wünschenswert.

Matthias Schmutz

Conclusion

Au total, huit grands centres de neurologie et d'épileptologie de toutes les régions linguistiques de Suisse ont donné un aperçu parfois sommaire, parfois détaillé de leur approche pratique en termes de clarifications et d'instauration du traitement chez les patients atteints de crises dissociatives. Le sondage n'est pas un recensement structuré et représentatif, mais donne néanmoins un aperçu des pratiques de clarification neurologique existantes en Suisse et de la gestion de ce groupe de patients, toujours considéré comme difficile.

La synthèse des contributions fait ressortir de nombreux points communs, brièvement mis en évidence ici :

Globalement, on relève une attitude très bienveillante et un effort pour s'occuper de manière attentive et réfléchie de ce groupe de patients, dont le comportement est souvent perçu comme exigeant mais aussi très vulnérable. Les renseignements sur les entretiens de communication du diagnostic permettent de conclure qu'au final, tous les auteurs supposent qu'un modèle diathèse-stress (sous des formes théoriques certainement très différentes) est essentiellement à l'origine des crises dissociatives. Cela se traduit également par l'attitude de ne plus communiquer un diagnostic « négatif » (pas d'épilepsie) mais principalement un diagnostic « positif » aux patients, en sachant que différentes notions sont utilisées dans ce cadre (voir ci-dessous). Il n'existe donc pas de fondement objectif à la crainte de nombreux patients que leurs crises dissociatives soient jugées simulées ou artificielles par les médecins.

Dans tous les centres interrogés, le diagnostic repose sur une enquête exhaustive au sujet des antécédents médicaux, en tenant compte d'informations sur la sémiologie des crises issues d'anamnèses tierces. L'enregistrement vidéo EEG simultané d'un incident caractéristique du patient est le gold standard visé. Dans les cas où un diagnostic définitif n'est pas possible, les directives de l'ILAE fournissent la base terminologique pour dénommer le niveau de certitude du diagnostic. Tous les centres attachent une grande importance à l'entretien de communication du diagnostic et décrivent à cet égard des procédures claires avec des points à aborder obligatoirement ou même des lignes directrices pour structurer les entretiens. Tous les auteurs recommandent une forme de traitement psychothérapeutique ou psychoéducatif comme thérapie de choix. Dans tous les centres, il existe en outre une forme de coopération établie entre le chef de file, à savoir la neurologie d'une part, et la psychiatrie et la psychothérapie d'autre part (bien que l'organisation et l'intensité de la collaboration diffèrent).

Mais à côté de ces points communs, on note aussi des différences brièvement exposées ci-après. Dans le domaine de la terminologie utilisée, on s'entend principalement sur les termes qui devraient être bannis de la communication avec le patient, notamment « crises hystériques » et « crises pseudo-épileptiques ». Pour le reste, tous les termes présents dans la littérature (de fonctionnel à dissociatif en passant par psychogène) sont utilisés. On peut regretter cette terminologie hétérogène d'un point de vue scientifique, mais elle ne semble pas nuire à la communication avec les patients. Au contraire, elle permet aux soignants d'expliquer le diagnostic de manière adaptée au patient grâce à des métaphores appropriées.

La question des crises iatrogènes provoquées (principalement par injection intraveineuse de NaCl) est le reflet du débat très polémique dans la littérature spécialisée. Des réserves éthiques liées au fait de duper le patient et à la dégradation de la relation patient-médecin sont évoquées d'un côté. De l'autre, on souligne qu'il est très souhaitable d'un point de vue éthique également de prévenir d'éventuels dommages iatrogènes ultérieurs (du fait d'interventions de soins intensifs potentiellement dangereuses lors de crises dissociatives non diagnostiquées). Le débat dans ce domaine n'est pas clos, ni dans la littérature ni dans la pratique clinique concrète. Il ne faut pas s'attendre à ce qu'il le soit car les deux attitudes sont parfaitement défendables.

La coopération entre la neurologie et la psychiatrie/psychothérapie est établie dans tous les centres, mais son organisation et son intensité varient. Le spectre s'étend de la participation consultative externe à l'évaluation jusqu'à la coopération étroite et bien établie entre les deux disciplines dans l'environnement de clarification hospitalier. Outre les considérations conceptuelles, les questions financières et de ressources jouent certainement un rôle clé dans ce cadre.

Les différences en termes de recommandations de traitement sont frappantes. Globalement, c'est dans ce domaine que l'hétérogénéité semble la plus grande. D'un côté de l'éventail, on trouve la recommandation de quelques heures de traitement combiné neurologique et psychologique dans le cadre d'une consul-

tation pour les troubles neurologiques fonctionnels. De l'autre on a la recommandation d'un traitement résolument psychothérapeutique (psychodynamique ou orienté vers les aspects cognitifs et comportementaux) des crises dissociatives, y compris de la maladie psychiatrique sous-jacente. Les deux recommandations s'appuient sur des preuves empiriques. Le large éventail de recommandations de traitement se justifie certainement d'une part par la différence entre les approches plus « neurologiques » et plus « psychiatriques » des troubles. Mais il reflète aussi une caractéristique du domaine psychothérapeutique lui-même, qui se distingue toujours par une multiplicité d'approches et de méthodes qui ne correspondent souvent qu'en partie aux standards scientifiques.

En dernier lieu, il convient d'évoquer les différences dans le rôle que joue la neurologie dans le suivi. Des rendez-vous de suivi neurologique solidement établis sont à opposer à une transmission résolue du traitement à la discipline psychiatrique et psychothérapeutique (avec l'offre d'une fonction de stand-by si nécessaire). Sur ce point aussi, les différentes positions sont solidement et clairement justifiables. Le taux élevé d'interruptions de traitement et le risque accru d'autres symptômes dissociatifs expliquent un suivi neurologique fixe. Une recommandation thérapeutique sans ambiguïté et la transmission résolue du traitement au domaine psychiatrique-psychothérapeutique s'avèrent de leur côté favorables en termes de pronostic. Il n'est donc pas nécessaire de trouver un consensus ici non plus.

La présente étude suggère qu'il existe en Suisse une norme élevée et, sur les points essentiels, largement homogène de clarification et d'instauration du traitement chez les patients atteints de crises dissociatives. Au regard du traitement de celles-ci (et des troubles de conversion en général), une coopération plus étroite entre les disciplines concernées, y compris dans la recherche, et une plus grande implication de la psychiatrie et de la psychothérapie seraient judicieuses et souhaitables.

Matthias Schmutz

Conclusion

A total of eight large neurological-epileptological centres from all language regions of Switzerland provided an insight, sometimes in summarised form, sometimes in very detailed form, into their practical approach in terms of investigations and initiation of treatment with patients suffering from dissociative seizures. The survey does not constitute a structured and representative census, although it nevertheless offers an overview of the practices of neurological investigation that actually exist in Switzerland and the management of this patient group, which has always been regarded as difficult.

When the contributions are viewed overall, a number of common features are notable, which are highlighted briefly here:

Basically, we can recognise a very benevolent approach as well as an endeavour to deal carefully and thoughtfully with this patient group, which in terms of behaviour is often perceived as challenging but at the same time highly vulnerable as well. From the information on the communication of a diagnosis it may be concluded that ultimately all authors assume that a diathesis-stress model (in theoretical forms that are certainly very different) essentially underlies the dissociative seizures. This is also reflected in the approach of no longer communicating to the patients a «negative» diagnosis (no epilepsy) but primarily a «positive» diagnosis, although different terms are used in this context (see below). There is therefore no objective basis to the fear of many patients that their dissociative seizures are judged to be simulated or artificial by the medical profession.

In all centres surveyed, the diagnosis is made based on an extensive enquiry into the medical history, taking into account information on seizure semiology from the history provided by a third party. The simultaneous EEG video recording of a typical incident experienced by the patient is sought as the gold standard. In the cases where a definitive diagnosis is not possible, the guidelines of the ILAE provide the terminological base for describing the level of certainty of the diagnosis. All centres attach great importance to the interview for communication of a diagnosis and, with regard to this, describe clear procedures with mandatory points to be addressed or even guidelines to structure the interviews. A form of psychotherapeutic or psycho-educational treatment is recommended by all authors as treatment of choice. Furthermore, in all centres there is a form of established co-operation between the leading players, namely neurology on the one hand and psychiatry/psychotherapy on the other (although the organisation and intensity of the co-operation differ).

Besides these common features, in some areas there are also noticeable differences, which are outlined briefly below.

In the area of terminology used there is mainly consensus about the terms that should no longer be applied in communication with the patient, in particular the terms «hysterical seizures» and «pseudoepileptic seizures». Apart from that, all the terms available in the literature are used: from functional to psychogenic up to dissociative. From the scientific perspective, this heterogeneous terminology may be regrettable, although the different terms do not appear to present an obstacle to communication with the patients. Instead they enable the healthcare providers to explain the diagnosis in a suitably adapted manner to the patient using the appropriate metaphors.

With the question of iatrogenic induced seizure provocation (mainly by intravenous NaCl injection), the heterogenous practice reflects the highly controversial debate in the specialist literature. On the one hand, ethical concerns are raised regarding deceiving the patient and damaging the patient-physician relationship. On the other hand, it is emphasised that from the ethical perspective it is also highly desirable to prevent possible future iatrogenic injuries, caused by potentially dangerous intensive medical interventions with undiagnosed dissociative seizures. The debate in this field is not resolved, either in the literature or in concrete clinical practice. A resolution of this controversy is not to be expected, there are good arguments to support both approaches.

Co-operation between neurology and psychiatry/psychotherapy is established in all centres, although it varies in its form of organisation and intensity. The spectrum ranges from involving external consultants in assessments to firmly established close co-operation of the two disciplines in the inpatient investigation setting. In addition to conceptual considerations, questions of finance/resources certainly also play a critical role here.

The differences with regard to the treatment recommendations are striking. Generally, this area appears to show the greatest heterogeneity. On one side of the spectrum, there is the recommendation for a few hours of combined neurological-psychological treatment in the context of a consultation for functional neurologi-

cal disorders. At the other end of the spectrum, there is the recommendation for a resolute psychotherapeutic (psychodynamic or cognitive-behavioural oriented) treatment of the dissociative seizures, including the underlying psychiatric disease. Both recommendations draw on empirical evidence. The wide range of the treatment recommendations can certainly be understood as the difference between more «neurology-oriented» and more «psychiatry-oriented» approaches to the disorder. However, at the same time it also reflects a characteristic of the psychotherapeutic field itself, which is still distinguished by a multiplicity of approaches and methods that often only correspond in part to scientific standards.

Finally, as our last point, there are differences to be mentioned with regard to the role of neurology in the follow-up. Firmly established neurological follow-up appointments conflict with a resolute transfer of treatment to a psychiatric-psychotherapeutic discipline (with the offer of a stand-by function as required). On this point as well, there are good and plausible reasons to justify each of the different approaches. The high rate of interruptions of treatment and the increased risk of further dissociative symptoms suggest that a fixed neurological follow-up is advisable. An unambiguous treatment recommendation and an appropriately resolute transfer of treatment into the psychiatric-psychotherapeutic discipline again prove beneficial with regard to prognosis. It is therefore not necessary to build a consensus here.

This survey suggests that in Switzerland there is a pleasingly high and, in the essential points, largely uniform standard concerning investigations and initiation of treatment with patients suffering from dissociative seizures. With regard to the treatment of dissociative seizures (and conversion disorders in general), closer co-operation between the disciplines concerned, particularly in the field of research, as well as a greater involvement of the psychiatric-psychotherapeutic disciplines would be reasonable and desirable.

Matthias Schmutz

Unser Flyer „Nichtepileptische Anfälle“

Unser Informationsflyer über nichtepileptische Anfälle beschreibt mögliche Ursachen, Symptome, Diagnose sowie Behandlung und empfiehlt Massnahmen bei einem Anfall. Er richtet sich primär an Betroffene und Angehörige, die von psychogenen oder physiologischen Anfällen betroffen sind, ist aber auch für Fachpersonen von Interesse. Autor ist der Vizepräsident der Epilepsie-Liga, PD Dr. med. Andrea Rossetti.

„Seit meinem 17. Lebensjahr plagten mich immer wiederkehrende Krampfanfälle, und im Alter von 49 Jahren kam endlich die Erlösung. Ich weiss, was ich habe! Ich weiss, warum ich es habe! Und ich weiss, dass es eine Therapie gibt und ich diese Krankheit verstehen und vielleicht auch hinter mir lassen kann.“ (Mary-Rose W., Betroffene psychogener Anfälle)

Notre dépliant « Crises non épileptiques »

Notre dépliant d’information « Crises non épileptiques » décrit les causes possibles, les symptômes, le diagnostic ainsi que le traitement et préconise des mesures en cas de crise. Il s’adresse en premier lieu aux personnes atteintes de crises physiologiques ou psychogènes et à leurs proches, mais présente également un intérêt pour les professionnels. Son auteur est le vice-président de la Ligue contre l’Epilepsie, le Dr Andrea Rossetti, privat-docent.

« Je souffre de convulsions récurrentes depuis mes 17 ans, mais je n’ai trouvé le salut qu’à 49 ans. Je sais enfin ce que j’ai ! Je sais pourquoi je l’ai ! Et je sais qu’il existe un traitement, que je peux comprendre la maladie et peut-être même la laisser derrière moi. » (Mary-Rose W., patiente atteinte de crises psychogènes).

Schweizerische Epilepsie-Liga

Epilepsie und Schlaf

Jeder dritte Epilepsiebetroffene leidet unter Schlafstörungen, nicht nur durch nächtliche Anfälle. Guter Schlaf trägt wesentlich zum Wohlbefinden bei, deshalb gehört das Thema unbedingt zum „Epilepsiemanagement“.

Unser neuer Informationsflyer fasst die wichtigsten Aspekte rund um Schlaf und Epilepsie für Betroffene zusammen und gibt Tipps, um besser schlafen zu können.

Der Flyer lässt sich auf Deutsch, Französisch und Italienisch downloaden oder bestellen.

Foto: www.photocase.de, Urheberrecht: Rawpixel

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

D	F	I	Anzahl	Senden Sie mir bitte:
☐	☐	☐	.....	Erste Hilfe bei epileptischen Anfällen*
☐	☐	☐	.....	Was sind epileptische Anfälle und Epilepsien?*
☐	☐	☐	.....	Führerschein und Epilepsie*
☐	☐	☐	.....	Wichtige Merkmale von Anfällen
☐	☐	☐	.....	Häufigste Ursachen von Epilepsien
☐	☐	☐	.....	Medikamentöse Behandlung
☐	☐	☐	.....	Reisen und Epilepsie
☐	☐		.....	Sport und Epilepsie
☐	☐		.....	Arbeit und Epilepsie
☐	☐		.....	Epilepsie im Alter*
☐	☐	☐	.....	Häufige Anfallsformen bei Kindern und Jugendlichen
☐	☐	☐	.....	Kinderwunsch und Epilepsie
☐	☐	☐	.....	Frau und Epilepsie
☐	☐	☐	.....	Mann und Epilepsie
☐	☐		.....	Zusammenarbeit mit dem Arzt
☐	☐		.....	Vagusnervstimulation
☐	☐		.....	Ketogene Diäten
☐	☐		.....	Nichtepileptische Anfälle
☐	☐	☐	.....	Epilepsie und Schlaf

* Flyer auch auf Portugiesisch und Albanisch verfügbar.

D	F	I	Anzahl	
			.....	Fachzeitschrift «Epileptologie»
☐	☐	☐	.....	«Epilepsie News»
☐	☐	☐	.....	SOS-Karte
☐	☐	☐	.....	Ratgeber für Legate
			.....	Programmheft Veranstaltungen der Epilepsie-Liga
			.....	Einzahlungsschein(e) zur Unterstützung der Epilepsie-Liga

Ich (wir) möchte(n):

☐ Einzelmitglied der Epilepsie-Liga werden (50 Franken jährlich).
☐ Kollektivmitglied der Epilepsie-Liga werden (100 Franken jährlich).
☐ Fördermitglied der Epilepsie-Liga werden (min. 100 Franken jährlich).

Ligue Suisse
contre l'Epilepsie

Epilepsie et sommeil

Une personne atteinte d'épilepsie sur trois souffre de troubles du sommeil, qui ne sont pas toujours dus à des crises nocturnes. Un bon sommeil est essentiel pour le bien-être, c'est pourquoi ce sujet doit impérativement faire partie de la « gestion de l'épilepsie ».

Notre nouveau dépliant d'information résume les aspects les plus importants du sommeil et de l'épilepsie pour les personnes affectées et propose des conseils pour mieux dormir.

Il peut être téléchargé ou commandé en allemand, français et italien.

Absender | in

Vorname | Name

Beruf | Funktion

Strasse | Nummer

PLZ | Ort

Telefon

E-Mail

Bitte
frankieren

Schweizerische Epilepsie-Liga

Seefeldstrasse 84
8008 Zürich
Schweiz

Epilepsie-Liga-Mitteilungen

Forschungsförderungspreis

Förderung der wissenschaftlichen Forschung im Bereich der Epilepsie (vorwiegend Starthilfen) durch die Schweizerische Epilepsie-Liga

Die Epilepsie-Liga unterstützt wissenschaftliche Projekte im Bereich der Epileptologie im Gesamtbetrag von

CHF 25'000.—

pro Jahr. Insbesondere soll die Erforschung von Ursachen und Behandlungen der Epilepsie gefördert werden.

Stipendien für Aus- oder Weiterbildung oder Auslandaufenthalte werden nicht ausgerichtet. Hingegen können Reise- und Aufenthaltskosten (ohne Salär) für Kurzaufenthalte (maximal einige Wochen) finanziert werden, sofern sie dem Erlernen von Methoden dienen, welche im Rahmen eines unterstützten Projektes in der Schweiz eingesetzt werden.

Falls der Antragsteller/die Antragstellerin bereits anderswo Anträge für Unterstützung gestellt hat, ist offen zu legen, bei wem und mit welchem Ergebnis.

Termin für die Einreichung von Gesuchen:
31. Dezember 2018

Gesuche sind in elektronischer Form einzureichen an info@epi.ch

Siehe Richtlinien www.epi.ch/forschungsfoerderung

Schweizerische Epilepsie-Liga
Seefeldstrasse 84
8008 Zürich
Tel. 043 488 67 77 | Fax 043 488 67 78
info@epi.ch

Promotionspreis

Die Schweizerische Epilepsie-Liga vergibt alle 3 Jahre einen Preis in Höhe von

CHF 1'000.—

für die beste Dissertation an einer Schweizer Hochschule auf dem Gebiet der Epileptologie.

Bewerbungen sind bis zum 31. Dezember 2018 möglich.

Nähere Informationen : **www.epi.ch/promotionspreis**

Vorschau Epileptologie 4 | 2018
Pharmacoresistant epilepsy

Definition of pharmacoresistance
Jan Novy I Lausanne

Ultradian cycles
Maxime Baud I Bern

Predicting the outcome of epilepsy surgery with virtual resection
Michael Müller, Christian Rummel, Kaspar Schindler and Andreas Steimer I Bern

Case report: Classical and quantitative methods for pre-surgical evaluation
Frédéric Zubler, Heidemarie Gast, Michael Müller, Kaspar Schindler and Christian Rummel I Bern

Autoimmune limbische Enzephalitis
Rike Barth, Franca Wagner, Melanie Hackenberg und Frédéric Zubler I Bern

Hugo-Kahn-Preis 2017 und 2018

Die Stiftung Kahn hat den Hugo-Kahn-Preis zur Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten jüngerer Forscher aus dem gesamten Gebiet der Epileptologie gleich zweifach vergeben: Für 2017 zeichnete die Stiftung PD Dr. Francesca Pittau, Genf, aus; für 2018 PD Dr. Raoul Sutter, Basel. Damit folgte sie der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats, in dem der Liga-Präsident und zwei weitere von der Liga nominierte Spezialisten mitwirken. Der Preis ist mit CHF 10'000 dotiert.

Veränderungen im Liga-Vorstand

Marco Beng, Zürich, ist im Vorstand der Epilepsie-Liga neu für die Finanzen zuständig. Neu gewählt wurden ausserdem Noëlle Mercier, Lavigny, und Prof. Dr. Johannes Sarnthein, Zürich.

Die Mitgliederversammlung der Epilepsie-Liga hat am 30. Mai 2018 in Aarau drei neue Vorstandsmitglieder gewählt: Marco Beng tritt die Nachfolge von Elmar Zwahlen, Tschugg, als Finanzfachperson an. Er ist seit 2017 CEO der Schweizerischen Epilepsie-Stiftung in Zürich und damit Nachfolger des langjährigen Liga-Vorstandsmitglieds Christoph Pachlatko. Noëlle Mercier, médecin spécialiste en neurologie, folgt auf Dr. med. Malin Maeder als Repräsentantin der Fondation Lavigny im Vorstand der Liga. Prof. Dr. techn. Johannes Sarnthein wird im Liga-Vorstand für Grundlagenforschung zuständig sein und wurde direkt in die Forschungskommission gewählt. Er ist Oberassistent an der Klinik für Neurochirurgie des UniversitätsSpital Zürich.

Mitgliederversammlung und Vorstand dankten den vier ausscheidenden Vorstandsmitgliedern für ihre teils sehr langjährige engagierte Mitarbeit: Dr. Malin Maeder, Vorstandsmitglied 2012–2018; Elmar Zwahlen, Finanzfachperson 2016–2018; Dr. Günter Krämer, zuletzt Past-Präsident, Vorstandsmitglied 1994–2018; Dr. Markus Schmutz, Vorstandsmitglied 1992–2018.

Verabschiedungen der Epilepsie-Liga anlässlich der Mitgliederversammlung vom 30. Mai 2018

Dr. med. Malin Maeder

Frau Dr. Malin Mäder trat 2012 als Nachfolgerin von Dr. Foletti dem Vorstand bei, nachdem sie 2011 die Leitung der Epilepsieklinik in Lavigny übernommen hatte. Sie hat sich für die Interessen der Epilepsiekranken in der Romandie, insbesondere auch der schwer und chronisch betroffenen PatientInnen eingesetzt. Seit letztem Jahr geniesst sie nun ihren Ruhestand und ist deshalb zurückgetreten. Für Ihre Mitarbeit möchte ich ihr im Namen der Liga ganz herzlich danken.

Von ganzem Herzen wünschen wir ihr für den kommenden Lebensabschnitt Gesundheit, viel Glück, Freude und Erfüllung in allem, was sie tun und erleben darf. Vielen Dank Malin!

Stephan Rüegg

Margret Becker

Frau Becker schliesst per Ende Mai 2018 ihre langjährige, verdienstvolle Arbeit für die Schweizerische Epilepsie-Liga ab und übergibt nun auch die zuletzt noch versehene Tätigkeit als Redaktorin der Liga-Fachzeitschrift Epileptologie.

Von ganzem Herzen möchte ihr der Vorstand der Schweizerischen Epilepsie-Liga für alle die langjährige, äusserst zuverlässige, engagierte und umsichtige Tätigkeit in verschiedenen Positionen der Liga danken. Sowohl als Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle und später Geschäftsführerin haben Sie unendlich viel zum Wohlergehen der Liga beigetragen. Ihre Arbeit als jahrzehntelange Redaktorin der Epileptologie ist legendär. Ihrem sorgfältigen Gegenlesen entging kein Kommafehler oder falsche Jahreszahl und beim perfekten Formulieren in Deutsch oder Englisch schöpfte sie aus ihrer fundierten philologischen Ausbildung.

Die Schweizer Epilepsie-Liga verdankt Ihnen ganz viel und so wünschen wir Ihnen im kommenden Lebensabschnitt aufrichtig beste Gesundheit, viel Freude, Glück und Erfüllung bei allem, was Sie tun und erleben dürfen.
Herzlichen Dank und mit lieben Grüssen, Frau Becker

Stephan Rüegg

Dr. med. Günter Krämer

Lieber Günter

Von ganzem Herzen dankt Dir der Vorstand der Schweizerischen Epilepsie-Liga für Dein einzigartiges Engagement für unsere Organisation. Seit 23 Jahren hast Du Dich unermüdlich, umsichtig, vorausschauend, kompetent

und eloquent für sie im In- und Ausland eingesetzt. Die Liga ist dort „wer“, wie ich selbst gerade jetzt bei Aufenthalten im Ausland mit Genugtuung und Dankbarkeit Dir gegenüber feststellen konnte.

Nach Deiner prägenden Präsidentschaft hast Du uns nochmals als Past-Präsident mit Rat und Tat beigestanden; dafür gebührt Dir unser aufrichtiger Dank. So wünschen wir Dir herzlich unendlich viel Glück und Freude im kommenden Lebensabschnitt, ganz besonders auch gute Gesundheit und einfach jeden Tag viel Erfüllung in allem Tun und Sein.
Danke Günter!

Stephan Rüegg

Elmar Zwahlen

Nach gut zwei Jahren im Vorstand gilt es bereits wieder Abschied zu nehmen von Dir, lieber Elmar Zwahlen. Nach dem plötzlichen Tod unseres langjährigen Quästors Christoph Pachlatko hast Du Dich ohne Zögern, ruhig und bestimmt nach unserer Anfrage in den Vorstand wählen lassen und die Funktion der Finanzfachperson souverän, präzis und mit grosser Umsicht sowie fundierter Kompetenz wahrgenommen. Diese ruhige, sachliche Art sind genauso typisch für Dich wie auch Deine enorme Herzlichkeit und unübertroffene Gastfreundschaft – jeder, der einmal in Tschugg zu Gast sein durfte, weiss, wovon ich spreche.

Der Vorstand der Schweizerischen Epilepsie-Liga dankt Dir von ganzem Herzen für Deinen grossen, selbstlosen Einsatz für diese Institution in einer Zeit und unter Umständen, bei denen eine Finanzfachperson auch wirklich stark gefordert ist. Mit sicherer Hand hast Du als Finanz-Kapitän durch eine stürmische Zeit geführt.

In einem Jahr wirst Du pensioniert werden und Dich endlich voll Deinen vielfältigen Hobbies widmen können: dem Laientheater, dem Skifahren sowie auch der Kunst – so wird bald der Taschenrechner Pinsel und Staffelei weichen dürfen. Bei allen diesen Tätigkeiten im kommenden Lebensabschnitt seien Dir gute Gesundheit, viel Glück, Freude und Erfüllung geschenkt.
Nochmals mit herzlichem Dank, lieber Elmar

Stephan Rüegg

Dr. Markus Schmutz

Lieber Markus

Sagenhafte 26 Jahre hast Du Dich in den Dienst der Schweizerischen Epilepsie-Liga gestellt – das ist eine gesamte Generation und wenn ich nun als vergleichsweiser Grünschnabel-Präsident zur Laudatio aushole, mutet das schon beinahe humoristisch an.

Von Beginn an hast Du Dich – notabene „distinguished senior researcher“ und Leiter der Antiepileptika-Forschungs-Abteilung der damaligen Ciba-Geigy (sowie Vater von Rufinamid und Trileptal ....) – voll für die Anliegen der Liga eingesetzt, Dich stark mit ihr identifiziert. Und von meinem ersten Tag im Vorstand (im eigentlichen Liga-Neolithikum, also 2009) habe ich Deine wichtige Rolle als unabhängiges finanzielles Gewissen der Liga kennengelernt. Wie oft schwenkte der Blick des Präsidenten an Sitzungen bei der Präsentation von Jahresrechnung und Budget bange zu Dir, was Deine unerbittlichen Augen wohl wieder entdeckt oder Deine Nach-Nach-Nach-Kalkulationen berechnet haben könnten.

Dass diese Begebenheiten nie ausarteten, sondern in einer einzigartig luftig-leichten Ausformulierung daherkamen, lag wohl an Deiner zutiefst baslerischen, zurückhaltenden poetisch-(selbst-)ironischen Wesensart. Diskussionen und Unterhaltungen mit Dir waren immer in kürzester Zeit von frohem Lachen oder zumindest entspanntem Schmunzeln umgeben.

Zu besonderem Dank für Deine langjährige, fraglose und engagierte Tätigkeit für die Liga bin ich Dir ganz persönlich verpflichtet. Während zweier herausfordernder Situationen für die Liga hast Du Dich mit unbeschränktem zeitlichem, fachlichem und emotionalem Einsatz in der damaligen Task-Force und später auch in der Restrukturierungs- und Personalfindungskommission in unzähligen Sitzungen (selbst am Sonntagmorgen, weil der so furchtbar beschäftigte Prof. Rüegg nie anders Zeit hatte....) mit Deiner ganzen grossen Führungs- und Lebenserfahrung eingebracht – und damit noch nicht genug: Jedes Mal hast Du die beiden anderen Mitglieder mit auserlesenen Musik-CDs noch beschenkt und wieder aufgemuntert. Diese Grossherzigkeit sucht ihresgleichen und wird mir immer in Erinnerung bleiben.

So bleibt mir am Schluss vor allem, Dir aufrichtig zu danken und Dir, lieber Markus, als neugebackenem Hausbesitzer (diese Metapher ist jetzt schon gefährlich schief....), Jazz-Produzenten, Kreuzfahrer (besser als -Ritter...) zusammen mit Deiner Frau beste Gesundheit, viel Glück, Freude und Erfüllung bei allem, was Du tun und erleben darfst, zu wünschen.
Vielen herzlichen Dank, lieber Markus

Stephan Rüegg

Prix d'encouragement de la recherche

Promotion de la recherche scientifique dans le domaine de l'épilepsie (surtout sous forme d'aide initiale) par la Ligue Suisse contre l'Epilepsie (Ligue contre l'Epilepsie)

La Ligue contre l'Epilepsie soutient les projets scientifiques dans le domaine de l'épileptologie par un montant total de

CHF 25'000.—

par an, la priorité étant accordée aux projets cherchant à élucider les causes et à mettre au point des traitements de l'épilepsie.

Aucune bourse ne sera octroyée pour la formation de base ou continue ou pour des séjours à l'étranger. En revanche, la prise en charge de frais de voyage et de séjour (sans salaire) est possible pour les séjours de courte durée (quelques semaines au maximum) lorsque ces séjours servent à apprendre des méthodes appliquées dans le cadre d'un projet bénéficiant de soutien en Suisse.

Si le requérant a déjà fait une demande de soutien ailleurs, il faut nous en informer en spécifiant où et avec quel résultat.

Délai de remise des demandes :

31 décembre 2018

Les demandes sont à adresser par voie électronique à info@epi.ch.

Voir instructions : www.epi.ch/soutien_recherche

Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Seefeldstrasse 84
8008 Zurich
Tél. 043 488 67 77
Fax 043 488 67 78
info@epi.ch

Prix de la meilleure thèse

La Ligue Suisse contre l'Epilepsie décerne tous les 3 ans un prix d'un montant de

CHF 1'000.-

pour la meilleure thèse de doctorat à une université suisse dans le domaine de l'épileptologie.
Candidatures sont possibles jusqu'au

31 décembre 2018

Informations ultérieures : **www.epi.ch/these**

Prix Hugo Kahn de l'épileptologie

Avec le soutien de la Ligue contre l'Epilepsie, la fondation Kahn remet le Prix Hugo Kahn, qui encourage les travaux de jeunes chercheurs dans tous les domaines de l'épileptologie.

La fondation a distingué les docteurs et privat-docents Francesca Pittau de Genève pour 2017 et Raoul Sutter de Bâle pour 2018. Elle a ce faisant suivi la recommandation du comité scientifique, dont font partie le président de la ligue et deux autres spécialistes nommés par cette dernière. Le prix est doté de CHF 10'000.

Changements au sein du comité de la ligue

Marco Beng, de Zurich, est désormais responsable des finances au sein du comité de la Ligue contre l'Epilepsie. Noëlle Mercier, de Lavigny, et Le Prof. Dr Johannes Sarnthein, de Zurich, ont également été élus.

Le 30 mai 2018 à Aarau, l'assemblée générale de la Ligue contre l'Epilepsie a élu trois nouveaux membres au comité : Marco Beng succède à Elmar Zwahlen, de Tschugg, en tant que responsable des finances. Depuis 2017, il est CEO de la fondation Schweizerische Epilepsie-Stiftung à Zurich et donc successeur de Christoph Pachlatko, membre du comité de la ligue pendant de nombreuses années. Noëlle Mercier, médecin spécialiste en neurologie, succède au Dr méd. Malin Maeder en tant que représentante de la Fondation Lavigny au comité de la ligue. Le Prof. Dr techn. Johannes Sarnthein sera responsable de la recherche fondamentale au comité de la ligue et a été élu directement à la commission de recherche. Il est maître-assistant à la clinique de neurochirurgie de l'hôpital universitaire de Zurich.

L'assemblée générale et le comité ont remercié les quatre membres sortants du comité pour leur travail dévoué et, pour certains, de très longue durée : Dr Malin Maeder, membre du comité de 2012 à 2018 ; Elmar Zwahlen, responsable des finances de 2016 à 2018 ; Dr Günter Krämer, en dernier lieu past-président, membre du comité de 1994 à 2018 et Dr Markus Schmutz, membre du comité de 1992 à 2018.

Départs du comité de la Ligue contre l'Epilepsie à l'occasion de l'assemblée générale du 30 mai 2018

Dr méd. Malin Maeder

Le Dr Malin Maeder a succédé au Dr Foletti au comité en 2012, après avoir pris la direction de la clinique de l'épilepsie de Lavigny en 2011. Elle a défendu les intérêts des personnes atteintes d'épilepsie et notamment des patients gravement et chroniquement affectés en Suisse romande. Elle profite de sa retraite depuis l'an dernier, c'est pourquoi elle a démissionné. Au nom de la ligue, je la remercie chaleureusement pour son travail.

Du fond du cœur, nous lui souhaitons une bonne santé dans cette nouvelle étape de sa vie et beaucoup de chance, de joie et d'épanouissement dans tout ce qu'elle pourra entreprendre et vivre. Merci beaucoup Malin !

Stephan Rüegg

Margaret Becker

Après de nombreuses années de travail remarquable au service de la Ligue contre l'Epilepsie, Mme Becker a quitté fin mai 2018 sa dernière fonction de rédactrice de la revue spécialisée Epileptologie de la ligue.
De tout cœur, le comité de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie souhaite la remercier pour sa longue activité extrêmement fiable, engagée et avisée à divers postes au sein de la ligue. En tant que collaboratrice du secrétariat général, puis plus tard que directrice, vous avez immensément contribué à la bonne santé de la ligue. Vos décennies de travail en tant que rédactrice d'Epileptologie sont légendaires. Aucune virgule mal placée ou année erronée n'a échappé à votre relecture vigilante et grâce à votre solide formation en philologie, vous avez su trouver les formulations parfaites en allemand et en anglais.
La Ligue Suisse contre l'Epilepsie vous doit beaucoup et nous vous souhaitons sincèrement beaucoup de santé, de joie, de chance et d'épanouissement dans tout ce qui vous attend durant cette nouvelle étape de votre vie.
Merci infiniment Madame Becker !

Stephan Rüegg

Dr méd. Günter Krämer

Cher Günter

Le comité de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie te remercie du fond du cœur pour ton engagement unique envers notre association. Depuis 23 ans, tu as œuvré sans relâche, avec soin, prévoyance, compétence et éloquence

à son service, en Suisse et à l'étranger. La ligue y est « quelqu'un », comme je viens de pouvoir le constater avec satisfaction et beaucoup de gratitude à ton égard lors de séjours à l'étranger.

Au terme de ta présidence marquante, tu as continué de nous prêter main-forte en tant que past-président, ce dont nous te sommes sincèrement reconnaissants. Nous te souhaitons de tout cœur énormément de bonheur et de joie dans cette nouvelle période de ta vie, ainsi qu'une bonne santé et tout simplement de t'épanouir chaque jour dans tout ce que tu fais et vis.

Merci Günter !

Stephan Rüegg

Elmar Zwahlen

Après deux bonnes années au comité, le moment est déjà venu de prendre congé de toi, cher Elmar. Après le décès soudain de notre trésorier de longue date, Christoph Pachlatko, tu as accepté sans hésitation, calmement et résolument d'être élu au comité à notre demande et tu as exercé la fonction de responsable des finances avec brio, précision et vigilance, ainsi qu'une solide compétence. Cette manière d'être calme et rationnelle est aussi caractéristique de toi que ton immense gentillesse et ton hospitalité inégalée – tous ceux qui ont eu le privilège d'être invités à Tschugg savent de quoi je parle.

Le comité de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie te remercie du fond du cœur pour ton engagement fort et désintéressé envers l'association, à une période et dans des circonstances durant lesquelles un responsable des finances est très sollicité. C'est d'une main sûre qu'en tant que capitaine des finances, tu l'as guidée à travers la tempête.

Dans un an, tu prendras ta retraite et tu pourras enfin te consacrer pleinement à tes différents passe-temps : le théâtre amateur, le ski et l'art – pinceaux et chevalet remplaceront donc bientôt la calculatrice. Pour toutes ces activités de cette nouvelle étape de ta vie, nous te souhaitons une bonne santé, bonne chance, beaucoup de joie et d'épanouissement.

Merci encore, cher Elmar

Stephan Rüegg

Dr Markus Schmutz

Tu as été au service de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie pendant pas moins de 26 ans, une durée exceptionnelle, l'équivalent d'une génération – et le fait que moi, qui suis comparativement un blanc-bec, je m'apprête à faire ton éloge semble presque humoristique.

En tant que « distinguished senior researcher » et directeur du service de recherche sur les antiépileptiques de l'ancienne Ciba-Geigy (ainsi que père du rufinamide et du trileptal), tu t'es d'emblée engagé pleinement en faveur des intérêts de la ligue et fortement identifié à elle. Et dès mon premier jour au comité (au Néolithique de la ligue, c'est-à-dire en 2009), j'ai découvert ton rôle clé de conscience financière indépendante de la ligue. Combien de fois le regard du président s'est-il posé sur toi pendant les réunions, à l'occasion de la présentation des comptes annuels et du budget, dans l'attente angoissée de ce que tes yeux implacables avaient encore bien pu découvrir ou du résultat que ton acharnement à tout recalculer avait bien pu donner.

Le fait que ces interventions n'aient jamais dégénéré, mais aient toujours été formulées avec une légèreté unique tient sans doute à ta nature profondément bâloise et réservée, empreinte de poésie et d'(auto)dérision. Les discussions et entretiens avec toi étaient toujours très vite ponctués de rires joyeux ou du moins de sourires décontractés.

Je te dois des remerciements tout particuliers à titre personnel pour ton travail de longue date, assuré et engagé au service de la ligue. Dans deux situations difficiles pour la ligue, tu t'es investi sans compter sur les plans temporel, technique et émotionnel dans la task force de l'époque et par la suite dans la commission de restructuration et de recrutement à l'occasion d'innombrables réunions (y compris le dimanche matin, parce que le Prof. Rüegg, complètement débordé, n'avait jamais le temps autrement), apportant ton expérience du management et de la vie, mais ce n'était pas encore suffisant : à chaque fois, tu as en outre offert d'exceptionnels CD de musique aux deux autres membres et tu leur as redonné le moral. Ta générosité est inégalée et restera toujours dans ma mémoire.

Pour finir, il me reste surtout à te remercier sincèrement et à vous souhaiter à ton épouse et à toi, cher Markus, en tant que tout nouveau propriétaire de ta maison, producteur de jazz et adepte de croisières, une bonne santé et beaucoup de joie, de plaisir et d'épanouissement dans tout ce qui t'attend.

Merci beaucoup, cher Markus

Stephan Rüegg

2018

4.10.2018 I Lugano, 16 h
Epilessia e psyche
Crisi epilettiche: manifestazioni cliniche inusuali e crisi psicogene
Effetti psichici dei farmaci anti-epilettici
Disturbi psichiatrici come mediatori dell'outcome in epilessia
www.epi.ch/specialisti

4.10.2018 I Lugano, 18.45 h
Simposio per il pubblico: **Donne e anziani con epilessia – ci sono differenze?**
Epilessia nella terza età
Epilessia nella donna
www.epi.ch/pubblico

5.10.2018 I Lausanne, 19 h
Journée de l'épilepsie : Autour de Fiodor Dostoïevski
Séance de lecture avec le comédien Alain Carré
Avec la participation de la PD Dre Fabienne Picard (HUG) et le Prof. Andrea Rossetti (CHUV)
www.epi.ch/dostoievski

11.-13.10.2018 I St. Wolfgang, Österreich
Jahrestagung des deutsch-österreichisch-schweizer Arbeitskreises Epilepsie
www.ogfe.at

16.-19.10.2018 I Lyon, France
Journées Françaises de l'Epilepsie
www.jfe-congres.fr

30.10.-3.11.2018 I Berlin
Neurowoche 2018 (91. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, 44. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie und 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie)
www.dgnkongress.org

7.11.2018 I Aarau
Crashkurs Epilepsie für Pflegende
www.epi.ch/pflege

24.11.2018 I Zürich, 10 - 15 h
Patiententag: Zukunftsperspektiven Epilepsie
Forschungsperspektive Epilepsie
Tabu Epilepsie: Schweigen ist keine Option
Persönliche Zukunftsplanung
www.epi.ch/patiententag

30.11.-4.12.2018 I New Orleans, Louisiana, USA
72nd Annual Meeting of the American Epilepsy Society (AES)
www.aesnet.org/annual_meeting

2019

4.-11.5.2019 I Philadelphia, PA, USA
71st American Academy of Neurology (AAN) Annual Meeting 2019
www.aan.com/conferences/annual-meeting

8.-11.5.2019 I Basel
11. Jahrestagung der Schweizerischen Epilepsie-Liga und der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Epileptologie ("Dreiländertagung")
www.epi.ch

22.-26.6.2019 I Bangkok, Thailand
33. Internationaler Epilepsie-Kongress (IEC)
www.epilepsybangkok2019.org

23.-25. 10.2019 I Lausanne, EPFL-STCC
4th SFCNS Congress 2019
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies

2020

25.4.-2.5.2020 I Toronto, Ontario, Canada
72nd American Academy of Neurology (AAN) Annual Meeting 2020
www.aan.com/conferences/annual-meeting

4.-8. Juli 2020 I Genève
14th European Congress on Epileptology

Impressum

Herausgeber | Administration | Schlussredaktion
Schweizerische Epilepsie-Liga
Julia Franke, Dr. phil.
Seefeldstrasse 84
CH-8008 Zürich
Tel. 0041 43 477 07 06
Fax 0041 43 488 67 78
franke@epi.ch

Konzeption | Gestaltung | Reinzeichnung
screenblue Büro für Design | Birgit Depping
Gazellenkamp 99 | D-22529 Hamburg
bd@screenblue.de,
www.screenblue.de

Titelbild
www.istockphoto.com, Urheber: mustafahacalaki

Belichtung | Druck
Bruns Druckwelt GmbH & Co. KG
D-32423 Minden, www.bruns-druckwelt.de

Auflage
1.100 Exemplare

Versand
Eingliederungs- und Dauerwerkstätte
des Schweiz. Epilepsie-Zentrums
Bleulerstrasse 72, 8008 Zürich

Das Original

Lamotrigin

Lamictal®

Die bewährte Therapie bei Epilepsie*,1,2

* Zur Behandlung von partieller Epilepsie mit oder ohne sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle und von primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen.
- Monotherapie oder Zusatztherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren.
- Zusatztherapie bei Kindern von 2–12 Jahren. Nicht als initiale Monotherapie.

Weiterhin nur 10% Selbstbehalt für Patienten[3]

Lamictal®. W: Lamotrigin. **I:** Epilepsie (partielle und generalisierte tonisch-klonische Anfälle), als Monotherapie ab 12 Jahren, als Add-on-Therapie ab 2 Jahren. **D:** *Monotherapie:* Übliche Erhaltungsdosis: 100–200 mg/Tag in 1–2 Dosen. *Add-on-Therapie:* Übliche Erhaltungsdosis: Erwachsene und Jugendliche ab 12 J.: 100–400 mg/Tag je nach Begleitmedikation; Kinder von 2–12 J.: 1–15 mg/kg/Tag je nach Begleitmedikation. Details wie Eindosierungsschemata, Dosisanpassung bei mässiger bis schwerer Leberinsuffizienz und bei Änderungen der Begleitmedikation: siehe Fachinformation. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe, schwere Niereninsuffizienz. **W/V:** Vorsicht bei leichter bis mässiger Niereninsuffizienz. (Dosisabhängiges) Risiko schwerer Hautreaktionen: alle Patienten mit Hautausschlag umgehend untersuchen und Lamictal® sofort absetzen, sofern Kausalzusammenhang nicht sicher ausschliessbar. Risiko eines Überempfindlichkeitssyndroms (u.a. Kontrolle der Leberfunktionsparameter). Risiko einer aseptischen Meningitis. Rebound-Anfälle bei plötzlichem Absetzen von Lamictal®. Erhöhtes Risiko für Suizidalität. **IA:** Glukuronidierung-induzierende Medikamente (z.B. Carbamazepin, Phenytoin, Primidon, Phenobarbital, Rifampicin, gewisse HIV-Medikamente, Ethinylestradiol/Levonorgestrel) verkürzen Eliminationshalbwertszeit von Lamictal®. Glukuronidierung-inhibierende Medikamente (z.B. Valproat) verlängern diese. Lamotrigin hemmt die renale tubuläre Sekretion über OCT2-Proteine. Wirkung von Lamotrigin auf die Pharmakokinetik hormonaler Kontrazeptiva: Eine verminderte Wirksamkeit der Kontrazeptiva kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. **S:** Lamictal® soll während der Schwangerschaft nicht angewendet werden, es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich (tiefst mögliche therapeutische Dosis verwenden). Die physiologischen Veränderungen während der Schwangerschaft können Lamotriginspiegel und/oder Wirkung beeinflussen. **UW:** *Sehr häufig:* Exanthem, Schwindel, Kopfschmerzen, Ataxie, Schläfrigkeit, Diplopie, Verschwommensehen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Müdigkeit. *Häufig:* Aggressivität, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Tremor, Nystagmus. *Selten oder sehr selten:* u.a. Stevens-Johnson-Syndrom, toxische epidermale Nekrolyse (Lyell-Syndrom), Lupus-ähnliche Reaktionen, Alopezie, aseptische Meningitis, Leberversagen, Angioödem, Überempfindlichkeitssyndrom, hämatologische Auffälligkeiten (u.a. aplastische Anämie), Halluzinationen, Albträume, Bewegungsstörungen, extrapyramidale Effekte, Zunahme der Anfallshäufigkeit. **P:** Tabletten zu 2 mg, 30 Stk. Tabletten zu 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg, 56 Stk. **AK:** B. **Stand der Information:** Oktober 2016. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com.

Referenzen:

1. Marson AG et al. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. Lancet 2007; 369: 1000-1015.
2. Fachinformation Lamictal®, www.swissmedicinfo.ch
3. www.spezialitaetenliste.ch, 01.02.2017; Der reguläre Selbstbehalt von 10% ist für alle GSK-Medikamente gewährleistet.

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3–5, CH-3053 Münchenbuchsee, www.glaxosmithkline.ch

CH/LTG/0006/13(3)/22.02.2017/02.2017/Ca

JAHRESTAGUNG 2019

der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Epileptologie und der Schweizerischen Epilepsie-Liga

Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Swiss League Against Epilepsy

Deutsche Gesellschaft für **Epileptologie** e.V.

ÖGfE
österreichische gesellschaft für epileptologie

8.–11. MAI 2019 • Congress Center Basel