

Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Mitteilungen

**Vorstand:**

Martha Feucht
(1. Vorsitzende)

Christoph Baumgartner
(2. Vorsitzender)

Bruno Mamoli
(3. Vorsitzender)

Eugen Trinka
(1. Sekretär)

Barbara Plecko
(2. Sekretärin)

Martin Graf
(Kassier)

Sekretariat der Gesellschaft:

p.A. Univ.-Klinik für Neurologie
Währinger Gürtel 18–20

A-1090 Wien

Sekretärin:

Frau Ch. Adler

Tel.: 01/40 400–37 28

Fax: 01/40 400–31 41

E-Mail:

oe.sektion-ILAE@meduniwien.ac.at

Redaktion:

M. Graf

Abteilung für Neurologie

SMZ-Ost – Donauspital

A-1220 Wien

Langobardenstraße 122

E-Mail: mcgraf@aon.at

E. Trinka

Univ.-Klinik f. Neurologie

A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Homepage:

www.medicalnet.at/oe.sektion-ILAE

Verlag:

Krause & Pachernegg GmbH,

A-3003 Gablitz,

Mozartgasse 10

Druck: Floramedia Austria,

Missindorfstraße 21,

A-1140 Wien

Kapitany T, Baumgartner C

Psychogene nichtepileptische Anfälle

Mitteilungen der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga
gegen Epilepsie 2002; 2 (1), 5

Homepage:

www.kup.at/ilae

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Psychogene nichtepileptische Anfälle

Th. Kapitany¹ und Ch. Baumgartner²

Psychogene (nichtepileptische) Anfälle werden als paroxysmale Verhaltensschemata definiert, die epileptischen Anfällen in ihrer Symptomatik ähnlich sind, im EEG aber kein entsprechendes elektrophysiologisches Substrat aufweisen. Die Inzidenz von psychogenen Anfällen beträgt 1,4–3,0/100.000 Personen/Jahr, die geschätzte Prävalenz 2–33/100.000. Das häufigste Manifestationsalter liegt bei 15–35 Jahren, zu 70–80 % sind Frauen betroffen; bis zur Diagnosestellung vergehen durchschnittlich 5–8 Jahre. 5–20 % aller Patienten mit therapieresistenten Anfällen in einer Epilepsieambulanz bzw. 10–40 % aller Patienten, die zum prolongierten Epilepsie-Monitoring zugewiesen werden, leiden an psychogenen Anfällen. 11–23 % der Patienten, die wegen eines vermeintlichen Status epilepticus an einer Intensivstation aufgenommen werden, befinden sich im psychogenen Status epilepticus. Die Komorbidität von psychogenen und epileptischen Anfällen liegt bei 5–40 %.

Die rein klinische Differentialdiagnose von psychogenen vs. epileptischen Anfällen ist schwierig und mit einer hohen Unsicherheit behaftet, da kein einzelnes klinisches Symptom existiert, das eine verlässliche Differentialdiagnose erlaubt. Als typisch, jedoch keineswegs spezifisch für psychogene Anfälle, sind die folgenden Symptome anzuführen: lange Dauer von > 5 Minuten, undulierende Intensität der motorischen Symptome, präiktaler Pseudoschlaf, präiktale Kopfschmerzen, geschlossene Augen während des Anfalls, zusammengepreßter Mund in der tonischen Phase, Biß im Bereich der Zungenspitze, iktales Weinen und Drehen in die Bauchlage. Oft ermöglicht die „Gestalt“ eines Anfalls eine bessere Zuordnung als ein Einzelsymptom: So konnten in einer rezenten Studie drei typische Anfallsmuster, nämlich psychogene Zitteranfälle (Zittern aller 4 Extremitäten), hypermotorische psychogene Anfälle (klonische Zuckungen der Extremitäten, Schlagen, Treten, Beckenbewegungen, Überstreckung und Seit-zu-Seit-Bewegungen des Kopfes) und atonische psychogene Anfälle (Stürzen und regungsloses Daliegen) herausgearbeitet werden.

Den Goldstandard in der Diagnostik stellt das prolongierte Video-EEG-Monitoring dar, bei dem eine simultane Aufzeichnung von Klinik und EEG der Anfälle erfolgt. Falls während des Monitorings kein Anfall auftritt, kann man versuchen, einen Anfall zu induzieren (Hyperventilation, Flackerlichtstimulation, Injektion von Kochsalzlösung, Anbringen von Pflastern etc.). Labormarker für die Differentialdiagnose sind die Kreatinkinase und das Prolaktin, wobei letzteres aufgrund des kurzfristigen Anstiegs und seiner niedrigen Sensitivität bzw. Spezifität für die klinische Routinediagnostik letztlich ungeeignet ist.

Diagnostisch sind über 80 % der psychogenen nichtepileptischen Anfälle als Konversionsstörung anzusehen und den Somatoformen Störungen (DSM IV) oder den Dissoziativen Störungen (ICD 10) zuzuordnen. Konversion und Dissoziation sind Mechanismen der innerseelischen Konfliktverarbeitung bei der Entstehung dieser Störung. Bei den Kriterien für die Diagnosestellung wird als ein zentrales Kriterium verlangt, daß ein Zusammenhang des Auftretens bzw. der Exazerbation der Symptomatik mit innerpsychischen Konflikten oder auch äußeren psychischen Belastungen festgestellt werden kann. Einen wesentlichen zweiten Punkt stellt der Umstand dar, daß die Symptomatik nicht willentlich hervorgerufen wird, sondern unbewußt abläuft. Es handelt sich also bei diesen Patienten nicht um Simulanten. Vielmehr liegen diesen Störungen häufig schwierige Bedingungen in der persönlichen Entwicklung und traumatische Erfahrungen zugrunde. So findet sich in der Anamnese eine relevante Häufung von sexuellem Mißbrauch. Dieser Umstand wird als ein Faktor dafür angeführt, daß psychogene nichtepileptische Anfälle besonders häufig (75 %) bei Frauen auftreten.

Unbedingt zu beachten ist der Umstand, daß Patienten mit psychogenen nichtepileptischen Anfällen eine hohe Rate an komorbiden psychiatrischen Störungen aufweisen. Dazu gehören u. a. Depressionen, Angststörungen, mentale Retardierung, aber auch Substanzabusus. Zwischen 1/3 und 2/3 der Patienten weisen eine Persönlichkeitsstörung auf. Nur in sehr seltenen Fällen werden die Anfälle willentlich und wissentlich hervorgerufen und sind dann als Simulation (zur Erlangung eines persönlichen Vorteils) oder als sogenannte „Artifizielle Störung“ (mit zugrundeliegenden unbewußten Motiven zum Erreichen der Krankenrolle; hierher gehört auch das Münchhausensyndrom) anzusehen.

Die sorgfältige psychiatrisch-diagnostische Abklärung stellt jedenfalls eine wesentliche Voraussetzung dafür dar, daß die Patienten auch erfolgreich behandelt werden können. Der erste entscheidende Schritt in der Behandlung ist die Vermittlung der Diagnose eines psychogenen Geschehens. Dabei soll, wie in eigens entwickelten Behandlungsprogrammen formuliert, dem Patienten ein basales Krankheitsverständnis vermittelt und die Angst vor möglicher Stigmatisierung genommen werden. Erst wenn diese Schritte gelungen sind und der Patient die Diagnose akzeptieren kann, kann eine gezielte weiterführende Behandlung eingeleitet werden. Dabei handelt es sich dann zum Großteil um ein psychotherapeutisches Vorgehen. Bei entsprechender Komorbidität soll allerdings auch auf den, vielleicht nur vorübergehend notwendigen Einsatz von Psychopharmaka nicht verzichtet werden.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)