

# Psychogene Bewegungsstörungen in der Neurologie - am Beispiel psychogener Anfälle

**Prof. Dr. med. Dipl. Psych. U. Gschwandtner**

Neurologische Universitätsklinik, Basel, CH

Die Symptome von dissoziativen, nicht-epileptischen Anfällen (PNES: *psychogenic non-epileptic seizures*) sind in vielen Fällen nicht auf den ersten Blick erkennbar und unterscheiden sich oft nur geringfügig von epileptischen Anfällen. Obwohl immer wieder versucht worden ist, einheitliche diagnostische Kriterien für psychogene Anfälle zu entwickeln, ist es bisher nicht gelungen überzeugende diagnostische Parameter zu definieren oder diese Anfälle hinsichtlich ihrer Symptome klar von epileptischen Anfällen abzugrenzen. Erschwerend kommt hinzu, dass es auch Patienten gibt, die an Mischformen leiden, d.h. die sowohl psychogene nicht-epileptischen Anfälle als auch epileptische Anfälle haben. Es wird jedoch übereinstimmend von 10-20% psychogenen Anfällen in spezialisierten Epilepsiezentren berichtet.

Als diagnostische Leitlinie kann betrachtet werden, dass das Manifestationsalter von PNES im frühen Erwachsenenalter liegt und eine Manifestation vor dem 10. Lebensjahr äusserst untypisch zu sein scheint. Oft leiden diese Patienten an multiplen, schwer zu erklärenden somatischen Symptomen und berichten häufig über sexuellen Missbrauch.

Oft liegen zwischen Manifestation der ersten Symptome und korrekt gestellter Diagnose mehr als fünf Jahre. Dies trifft insbesondere im jüngeren Erwachsenenalter zu. Später verringert sich der Zeitraum zwischen Symptomanifestation und korrekter Diagnose.

Immer wieder wird auch ein spezieller Patiententyp der Entwicklung von PNES zugeordnet. Dies beinhaltet einen erhöhten Anteil an Frauen, der 70-80% erreichen kann. Der Intelligenzquotient ist meist durchschnittlich, die Erstmanifestation ist im 20-30 Lebensjahr und es kommt oft zu Notfallhospitalisation, die häufig erneute diagnostische Abklärungen nach sich ziehen. Die Anfallscharakteristik von PNES wurde ebenso immer wieder versucht zu charakterisieren, hat aber grosse Überlappungen mit der Anfallscharakteristik von epileptischen Anfällen. Ebenso soll eine Anfallsdauer von mehr als 5 Minuten, asynchrone, bizarre Bewegungsmuster, zugekniffene Augen und psychiatrische Vorbehandlungen in Richtung PNES weisen. Enuresis ist möglich, Enkopresis hingegen eher selten.

Differentialdiagnostisch kommen toxisch bedingte oder Drogen induzierte Anfälle in Betracht, es kann sich aber auch um Hypoglykämien, Panikattacken oder Hyperventilationsattacken handeln. Ein wesentliches diagnostisches Unterscheidungskriterium ist das abnorme interiktale EEG, welches überzufällig bei „echten“ epileptischen Anfällen zu finden ist.

Die gemischte Form von PNES und Epilepsie stellt eine besondere Herausforderung dar, da sich auch bei psychogenen Anfällen 1.8 Mal häufiger ein pathologischer EEG-Befund findet, als dies bei normal Personen zu finden wäre. Auch finden sich bei 12 % der Patienten mit psychogenen Anfällen Spikes oder Spike-Waves und auch Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (Borderline Persönlichkeitsstörungen, etc.) zeigen oft ein pathologisches EEG-Muster. Zu den häufigeren psychiatrischen Komorbiditäten zählt die Borderline Persönlichkeitsstörung (20-30%), affektive Störungen (30-60%), Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen (20-50%) sowie Angst- und Panikstörungen (10-30%).

Besonders zu beachten gilt, dass auch Patienten mit echter Epilepsie Komorbiditäten aufweisen.

Das sehr häufige Missbrauchsgeschehen bei PNES wird in Europa von ca. 30% der Patienten berichtet, in den USA sogar zu 100%.

Es findet sich auch, jedoch deutlich seltener, bei echten epileptischen Anfällen, wobei die Wortflüssigkeit am ehesten betroffen zu sein scheint. Sehr häufig finden sich auch dissoziative Syndrome, die mit verschiedenen Skalen beurteilt werden können. Hinsichtlich der Quality of Life (QoL) bestehen bei Patienten mit PNES keine einheitlichen Defizite. Der Beschäftigungsgrad dieser Patienten ist häufig reduziert, mit 20-30% durch anhaltende Schmerzen geprägt und in ca. 22% besteht eine reduzierte Rollenerfüllung. Wenn man den Langzeitverlauf der Patienten betrachtet sind bis ca. 70% anhaltend beschäftigungslos. Während Patienten mit echter Epilepsie sehr häufig von „Anfällen“ sprechen, berichten Patienten mit PNES häufig von einem sogenannten „Blackout“.

Die Klassifikation von PNES wird mit dem DSM-IV / V oder der ICD-10 Klassifikation vorgenommen.

Manche Kliniker und/ oder Forscher sprechen bei PNES von einem sogenannten organischen Psychosyndrom, weil sie annehmen, dass es sich bei diesen Anfallsereignissen um einen Fronto-Temporo-Limbische Dysfunktion handelt.

Im Rahmen eines Stressmodells gibt es theoretischen Überlegungen zu PNES als einer Konversionsstörung. Bei letzterem wird ein falsch gespeicherter Überlebensmechanismus angenommen, d.h. eine stressbedingte Konfliktlösung mit falschen Mitteln.

Neuropsychologische wird von der Pathologischen Fehlspeicherung eines „zombie agents“ ausgegangen, der repetitiv falsch abgerufen wird.

Als Therapiekonzepte wird die kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie und Familientherapie empfohlen, wobei alle psychotherapeutischen Verfahren mit Pharmakotherapie kombiniert werden können. Hierbei werden SSRIs, Benzodiazepine, NMDA-Rezeptor-Antagonisten und klassische Antidepressive als wichtigste Medikamente empfohlen. Es gibt allerdings wenig evidenzbasierte Studien und das therapeutische Outcome ist mässig bis schlecht. So werden nur 30-40% der Patienten stabil anfallsfrei 30-40% zeigen eine Verbesserung und 30-40 % zeigen einen anhaltend schlechten Verlauf. Hierbei gibt es keine spezifischen Marker, mit denen man Verlaufsaussagen machen könnte. Wichtig scheinen jedoch sowohl eine frühzeitige Diagnose und als auch eine unmittelbare Einleitung einer effizienten Therapie zu sein.