

Epileptische und dissoziative Anfälle - die Abrenzung

Bekommt man seinen ersten Krampfanfall, stellt sich die Frage nach Herkunft und Auslöser dieses erschreckenden Ereignisses. Manchmal beginnt eine lange Odyssee der Suche und Symptomeingrenzungen, in anderen Fällen probiert man sofort Antiepileptika und schaut, ob sie Linderung verschaffen. Helfen die Antiepileptika, kann man von einem epileptischen Geschehen ausgehen, bleibt die Wirkung aus, liegt entweder ein falsches Medikament oder die falsche Ursache vor.

Ganz so einfach, wie sich das alles anhört, ist es natürlich nicht, denn jeder Mensch reagiert verschieden auf die unterschiedlichsten Wirkstoffe und auch die Psyche spielt bei Krampfanfällen keine ganz untergeordnete Rolle. Viele Patienten beschwerten sich, dass sie sich als Versuchskaninchen behandelt fühlen, jedoch sollte man bedenken, dass dies auf jeden Fall die bessere Alternative ist, statt sich mit einer falschen Diagnose vielleicht jahrelang mit den falschen Medikamenten herumzuschlagen. Denn so verrückt das klingen mag, wenn epileptische Anfälle auch von hirnorganischem Ursprung und dissoziative/psychogene Anfälle von psychischer Herkunft sind, ist es nicht einfach die beiden Anfallsarten voneinander zu unterscheiden.

Im medizinischen Sinne ist dies jedoch zwingend notwendig, da die Behandlungen ganz unterschiedlich ansetzen.

Wenn wiederholt ambulante Untersuchungen nichts ergeben haben und parallel dazu verschiedene epileptische Therapieversuche nicht anschlagen, sollte der Patient auf eine Überweisung in eine spezialisierte Epilepsieambulanz oder zu einem Monitoring bestehen. Bei letzterem wird während einer dauerhaften EEG Ableitung eine Videoaufzeichnung gemacht. Oft auch unter Schlafentzug oder einer Anfallsprovokation.

Lässt sich hierbei ein Anfall beobachten, kann der geschulte Fachmann anhand einiger Merkmale die Herkunft des Anfalls bestimmen und damit die Therapie optimieren oder sogar komplett umstellen. Nicht selten entpuppen sich epileptische Anfälle als dissoziative Anfälle oder umgekehrt. Auch beide Arten der Anfälle können Patienten haben.

Was medizinisch zwar schwierig aber unerlässlich ist, könnte im sozialen und privaten Zusammenhang beinahe komplett außer Acht gelassen werden, denn die Patienten kämpfen mit denselben Schwierigkeiten. Doch gerade hier ist genau das Gegenteil der Fall. An Punkten, wo die Patienten zusammenhalten und sich gegenseitiges Verständnis geben könnten, fangen erneut die Ausgrenzungen an. Und nicht selten sind genau die Menschen, die sich über die Ausgrenzung wegen ihrer Epilepsie beschwerten, auch die Personen, die jetzt ihre Kollegen mit dissoziativen Anfällen ausgrenzen. Gibt es also „bessere“ oder „echtere“ Anfallspatienten? Wohl kaum.

Menschen mit dissoziativen Anfällen haben oft Selbst eine Epilepsie, oder beispielsweise ein Trauma, das die Anfälle ausgelöst hat. Sie haben also keine Wahnvorstellungen und sind auch nicht „verrückt.“ Man kann die Anfälle auch nicht gegeneinander aufrechnen, was schlimmer oder besser ist. Was meines Erachtens nach sowieso eine Unart ist, die im Allgemeinen viel zu oft unter Kranken an der Tagesordnung ist. Nein, dissoziative oder psychogene Anfälle sind so wenig beeinflussbar wie Herz-, Kopf- oder Magenschmerzen bei Aufregung oder das

„rot werden“ wenn man sich schämt. Wenn Patient A eine Gastritis wegen Stress bekommt, denken die meisten Menschen an Überarbeitung, wenn Patient B aber einen diss. Anfall wegen derselben Ursache bekommt, wird er meist als verrückt abgestempelt. Mitunter sogar von Epileptikern oder Ärzten. Die Gründe kann ich nicht ganz nachvollziehen, sind sie nicht nur absolut kontraproduktiv, sondern auch ungerecht und diskriminierend.

Mittlerweile haben immer mehr Epilepsiekliniken dieses Defizit erkannt und behandeln ihre Patienten mit dissoziativen Anfällen genauso intensiv wie ihre Patienten mit epileptischen Anfällen. Das ist ein guter Weg und ich hoffe, dass er Schule machen wird.

Der menschliche Umgang ist damit allerdings noch immer nicht verbessert. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass mein gesamtes Umfeld meine epileptischen und dissoziativen Anfälle sehr gut aufgenommen hat und mich niemals ausgrenzte, obwohl ich zeitweise mehrere schwerere Anfälle am Tag hatte. Bei Epilepsiepatienten war ich auch immer sehr beliebt, solange man nur von meinen epileptischen Anfällen wusste. Als man mir später zusätzlich diss. Anfälle diagnostizierte, rümpften einige Mitbetroffene die Nase oder zeigten mir ganz klar, dass sie mich für „nicht ganz dicht“ hielten. Mir machte das nichts aus, da ich einen guten Arzt hatte, der mir den medizinischen Hintergrund gut erläuterte. Doch nicht jeder hat dieses Glück!

Ich schrieb diesen Bericht 2011 und ich war sicher dass sich in den nächsten Jahren noch einiges tun würde – positiv gesehen natürlich. Ganz so positiv entwickelte es sich dann aus meiner Sicht dann doch (noch) nicht.

Ich eröffnete stellvertretend für eine junge Frau eine Gruppe für dissoziative/psychogene Anfälle und bin entsetzt, wie viele Verbrechenopfer unter den Anfallskranken sind. Ein Punkt mehr, warum mich die Ignoranz zu diesem Thema so aufregt.

Ich hatte in dieser Zeit 5 TV Anfragen, drei davon waren so inakzeptabel, dass ich die beiden letzten gleich mit den Worten, dass ich mich auf gar keinen Fall auf dramatische Geschichten einlassen würde, empfang. So wurden tatsächlich tolle Gespräche am Telefon geführt. Über eine Stunde gingen jeweils beide Gespräche, solange, bis ich erwähnte, dass ich zu meiner Epilepsie ja „auch“ dissoziative Anfälle hatte. Es wurde umgehend stiller am anderen Ende und letztlich der Dreh gecancelt.

Kürzlich erhielt ich die Anfrage, einen Vortrag zu dissoziativen Anfällen zu halten. Ich habe mich riesig gefreut, finde ich dieses Thema doch viel zu wichtig um es totzuschweigen. Doch genauso kam es. Es kam nichts mehr.

Letzte Woche dann im TV. Eine Frau erleidet einen dissoziativen Anfall und die „Retter“ beschimpften voller Häme ihre Patientin.

Für mich eine besorgniserregende Tatsache, die ein Ende finden muss. Zum einen, weil es wohl kaum einen Menschen auf dieser Erde gibt, dessen seelische Situation sich nicht ab und zu auf körperlicher Ebene abzeichnet, egal ob es der Spannungskopfschmerz oder der Herzinfarkt ist. Zum Anderen, weil niemand das Recht hat, einen anderen zu verhöhnen und zum Dritten, weil es immer mehr Epilepsiepatienten gibt, bei denen zusätzliche dissoziative/psychogene Anfälle diagnostiziert werden.

Für den Außenstehenden ist der Unterschied nicht erkennbar, für den Patienten meist nur an der Länge des Anfalles unterscheidbar und für den Arzt immer wieder eine Herausforderung. Wäre es unter diesen Umständen nicht langsam Zeit, dass alle Anfallspatienten zusammenkommen? Daher plädiere ich für ein Miteinander. Mit gegenseitiger Unterstützung kämen wir alle sehr viel weiter.

Ich wünsche allen eine anfallsfreie Zeit, egal welcher Art ihre Anfälle auch sein mögen.

Ihre Anja D.- Zeipelt

September 2011/überarbeitet März 2016