EPILEPSIE 91

Neurotransmitter und Epilepsien

Molekulargenetik der Epilepsien

Epilepsien mit komplex fokalen Anfällen

Epilepsiechirurgie und präoperative Diagnostik

Lernen und Epilepsie

Experimentelle Epilepsie-Forschung

Freie Vorträge

Posterdemonstration

31. Jahrestagung der
deutschen Sektion der Internationalen
Liga gegen Epilepsie
3.-5. Oktober 1991
in Magdeburg

Herausgegeben von
D. Scheffner

Einhorn-Presse
Verlag

Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Unterbrechung auraeingeleiteter Anfälle

M. Reker, A. Düchting-Röth, P. Wolf
Epilepsie-Zentrum Bethel, Klinik Mara I, Bielefeld

Daß Selbstkontrollverfahren in der Behandlung von Epilepsien grundsätzlich eine vollständige Anfallskontrolle bewirken können, ist methodisch am beeindruckendsten von EFRON (2) nachgewiesen worden. Er konnte 1956 am Beispiel einer farbigen Sängerin zeigen, daß auch ohne medikamentöse Behandlung die durch eine Aura mit olfaktorischer Halluzination eingeleiteten Anfälle durch rechtzeitig zugeführte alternative Geruchsreize konsequent unterbrochen werden konnten, bis hin zum völligen Sistieren des Anfallsleidens. Über die erfolgreiche Anwendung vergleichbarer Verfahren berichteten zudem FENWICK et al. (3). Ein umfangreicheres verhaltenstherapeutisches Konzept zur Kontrolle von Anfällen, insbesondere bei Kindern, wurde in den letzten Jahren von der Arbeitsgruppe um Joanne DAHL (1) entwickelt.
Ausgehend von einer eigenen Untersuchung aus dem Jahre 1987 (4), in der wir zeigen konnten, daß ca. 62% aller Patienten mit auraeingeleiteten Anfällen mehr oder weniger vielversprechende eigene Erfahrungen mit Selbstkontrollverfahren zur Unterbrechung ihrer auraeingeleiteten Anfälle haben, versuchten wir in den folgenden Jahren, die Erfahrungen dieser Patienten zusammenzutragen und dann in der gemeinsamen kontinuierlichen Arbeit mit dem Patienten ein Konzept zur Erarbeitung und Anwendung von Unterbrechungstechniken bei auraeingeleiteten Anfällen zu entwickeln.
Das Anliegen besteht zunächst darin, aus der Erfahrung mit bis zu zweijährigen Therapieverläufen neben der Darstellung des Konzeptes wesentliche Anwendungsschwierigkeiten und Fehlerquellen aufzuzeigen, um so in möglichst pragmatischer Weise umsetzbare Anregungen für eine die konservative Epilepsiebehandlung ergänzende oder alternative Therapie geben zu können.
Unser Vorgehen umfaßte nach umfassender diagnostischer Abklärung, inklusive Verhaltensanalyse, die folgenden Schritte:

1. Identifikation einer grundsätzlich geeigneten Anfallsunterbrechungstechnik unter Einbeziehung der im Vorfeld vom Patienten selbst gemachten Erfahrungen.

Schwierigkeiten bei der Etablierung einer Technik zur Anfallsunterbrechung liegen in der Regel nicht im Auffinden einer prinzipiell erfolgreichen Unterbrechungstechnik. Ein Großteil der Patienten hat mehr oder weniger umfassende eigene Erfahrungen, die von ärztlicher Seite bislang aber nur selten gewürdigt worden sind, geschweige denn, daß die Patienten zur konsequenten Anwendung ermutigt worden wären. Wird es dennoch notwendig, Patienten

bei der Entwicklung neuer Unterbrechungstechniken zu unterstützen, wissen sie oft auf Fragen wie: "Was ist für Sie das Gegenteil von einem Anfall?" (eine Anregung von Peter FENWICK) intuitiv eine Antwort, die bei angemessener Ernsthaftigkeit schließlich auf den Weg zu einer geeigneten Anfallsunterbrechungstechnik führt. Die Optimierung einer zunächst nur mäßig erfolgreichen Technik gelingt mitunter durch Einbeziehung weiterer Ebenen, der der kognitiven, emotionalen, motorischen und sensorischen Ebene.

2. Konsequente Anwendung der Anfallsunterbrechung durch den Patienten, Dokumentation von Erfolg und Mißerfolg und situativer Aspekte.

Das Problem liegt in der Regel vor allen Dingen in der konsequenten Anwendung der Unterbrechungstechnik in allen denkbaren Lebenssituationen. Haben Patient und Therapeut sich auf eine bestimmte Unterbrechungstechnik festgelegt, wird beim Durchsprechen der Anfallssituationen im weiteren Therapieverlauf überraschend schnell deutlich, daß gut definierbare Faktoren den Anfall provoziert oder die Anwendung der Technik verhindert haben. Lassen sich solche Faktoren nicht bestimmen, ist entweder die Unterbrechungstechnik noch zu verbessern, oder der Patient hat einen sekundären Krankheitsgewinn bei den Anfällen, der noch nicht zur Sprache gekommen ist. Voraussetzung zur genauen Differenzierung dieser Aspekte in der Therapiestunde ist allerdings eine gute Dokumentation der abgelaufenen Anfälle sowie der entsprechenden situativen Aspekte.

3. In der Therapiestunde Durchsprechen der einzelnen Anfälle unter der Fragestellung, warum die als adäquat angesehene Unterbrechungstechnik in den aufgetretenen Anfallssituationen nicht gegriffen hat:

a) Gibt es situative oder intrapersonelle Aspekte im Vorfeld der Anfälle, die eine erfolgreiche Anwendung verhindert haben?

In der ersten Behandlungsphase berichtet der Patient immer wieder von Situationen, in denen er seine Unterbrechungstechnik aus bestimmten Gründen nicht anwenden konnte. Die häufigste Variante ist dabei die Schilderung, man habe sich in der Öffentlichkeit befunden, möglicherweise sogar im Gespräch, man habe das Gespräch nicht durch die Unterbrechungsübung stören wollen und gehofft, die Aura gehe so vorbei. Immer wieder berichten die Patienten auch, sie hätten sich in einer bedrohlichen Situation befunden, z. B. mit dem Fahrrad mitten auf einer Kreuzung, hätten sich dann erst in Sicherheit bringen wollen, und dann sei es zum Unterbrechen zu spät gewesen.

Bedeutsam zur Bewältigung derartiger Schwierigkeiten wären Strategien wie ein Selbstsicherheitstrainung, um den Patienten, z.B. mit der Hilfe von Rollenspielen, die Anwendung der Technik auch in der Öffentlichkeit zu ermöglichen. Zielsetzung ist die Identifikation einer Technik, die situativ unabhängig anwendbar ist und vor allem das schrittweise Schaffen von Vertrauen für die gewählte Strategie, damit der Patient in jeder Situation sofort mit der Auraunterbrechung beginnen kann.

b) Gibt es intrinsische oder extrinsische Aspekte im Vorfeld der Anfälle, die als anfallsprovozierend angesehen werden können?
Beim Durchsprechen der Anfälle wird überraschend oft deutlich, wie häufig bestimmte intrinsische Gegebenheiten, seien sie kognitiv oder affektiv, der Aura vorausgehen. So hatte eine Patientin berichtet, sie bekomme ihre Anfälle immer dann, wenn sie Kontakt mit Leuten habe, mit denen sie eigentlich nichts zu tun haben wolle, ohne das zum Ausdruck bringen zu können. In solchen, sehr differenziert bestimmbaren Situationen ließ sich mit der Patientin eine affektiv wie kognitiv zu beschreibende innere Spannung darstellen, die ihr schließlich ein hohes Risiko bezüglich einer Anfallsmanifestation signalisieren konnte. So kann eine derartige Wahrnehmung als Hinweisreiz für eine frühzeitige Anwendung anfallshemmender Strategien angesehen werden. Für die definierten anfallsprovozierenden Situationen müssen dann Bewältigungsstrategien eingeübt werden, die den Anfall entbehrlich werden lassen.

c) Hat es bei der Anwendung der Unterbrechungstechnik Fehler gegeben, die korrigierbar sind?
Immer wieder tauchen bestimmte Anwendungsfehler bei der Anfallsunterbrechung auf, die leicht korrigierbar sind, wenn sie erst einmal indentifiziert worden sind. Dazu gehört insbesondere ein zu spätes Einsetzen mit der Technik, zum Beispiel dann, wenn seit Jahren praktizierte Selbstschutzmaßnahmen im Aurabeginn die Anwendung der Unterbrechungstechnik verzögern (s. o.). Eine Verkürzung der Reaktionszeit kann durch Trockenübungen sowie durch Wahrnehmung von nicht-epileptischen Hinweisreizen für ein erhöhtes Anfallsrisiko erreicht werden. Viele Patienten hören zudem zu früh oder zu abrupt mit ihrer Unterbrechungstechnik auf, was oft ein schlagartiges, unangekündigtes Einsetzen des schon unterdrückt geglaubten Anfalles zur Folge hat. Die gewählte Technik sollte dann entsprechend länger über die erfolgreich geglaubte Unterbrechung hinaus aufrechterhalten und dann kleinstufig ausgeblendet werden.

d) Gibt es Hinweise dafür, daß im Umfeld der Anfälle Aspekte erkennbar werden, die für den Patienten ein Vermeiden der Anfälle gar nicht wünschenswert sein lassen?
Ein immer wieder beobachtetes Phänomen liegt darin, daß die Anfälle zwar nicht weniger werden, sich im Tagesablauf aber deutlich verlagern, z.B. in den Feierabend hinein. Das liegt offenbar vor allem daran, daß die Anfallsunterbrechung für viele Patienten ein hohes Maß an Energieaufwand bedeutet, den sie, bewußt oder unbewußt, nur in den Situationen einzusetzen bereit sind, in denen Anfälle deutlich aversiv besetzt sind, nicht aber im lange vertrauten Rahmen oder gar allein zu Hause, wenn die Patienten den Anfall ungeschoren "einfach so an sich ablaufen lassen" können. Die Etablierung langfristiger Perspektiven einer Anfallsfreiheit wird hier besonders bedeutsam. Letzteres erscheint um so schwieriger, je länger das Anfallsleiden schon besteht und je besser sich der Patient mit seinem Anfallsleiden schon arrangiert hat.
Manchmal wird sogar deutlich, daß der Patient die eingeübte Anfallsunterbre-

chung bewußt unterläßt oder sogar selbst Anfälle induziert (3). In derartigen Fällen muß das Bedingungsgefüge der Anfälle weitergehend analysiert werden, um den sekundären Krankheitsgewinn für den Patienten auch ohne die Anfälle erreichbar werden zu lassen. Seltener stellen die Anfälle, wie bei dem wohl berühmtesten Epilepsie-Patienten, Dostojewski, in ihrer Symptomatik für den Patienten einen primären Krankheitsgewinn dar. In solchen Fällen muß mit dem Patienten in intensiven Gesprächen geklärt werden, ob eine vollständige Anfallskontrolle für ihn am Ende wirklich wünschenswert ist.

Die Erarbeitung von Selbstkontrolltechniken eröffnet somit den Blick auf eine psychosomatische Betrachtungsweise der Epilepsien, die auch für andere therapeutische Ansätze hilfreich wird.
Abseits dessen wird es in kommender Zeit darauf ankommen müssen, die Wirksamkeit der dargestellten Techniken angemessen zu evaluieren. Dabei haben die schon vorliegenden Erfahrungen gezeigt, daß das bloße Auszählen der Anfallsfrequenz, selbst wenn die Anfallsfreiheit beständiges Ziel bleibt, insgesamt zu kurz greift. Neben der veränderten, in der Regel reduzierten Symptomatik der Anfälle erscheint dabei insbesondere eine veränderte Einstellung der Patienten zu dem Anfallsgeschehen selbst maßgebend, indem die Patienten sich ihrer Erkrankung nicht mehr ausgeliefert sehen, sondern selbst Kontrolle über sie gewinnen. Eine solche Einstellungsänderung strahlt in der Regel auf die gesamte Persönlichkeit und ihre Lebensgestaltung aus und trägt damit dazu bei, Defizite abzubauen, wie sie für die Psychopathologie des Epilepsiekranken als allgemein typisch angesehen werden.

Literatur

(1) DAHL, J., MELIN, L., LEISSNER, P.: Effects of a Behavioral Intervention on Epileptic Seizure. Behavior and Paroxysmal Activity: A Systematic Replication of Three Cases of Children with Intractable Epilepsy.
Epilepsia 29 (2), 172-183, 1988

(2) EFRON, R.: The effect of olfactory stimulus in arresting uncinate fits.
Brain 79, 267-281, 1956

(3) FENWICK, P.B.C., BROWN, S.W.: Evoked and psychogenic epileptic seizures. I. Precipitation.
Acta neurol. Scand. 80, 535-540, 1989

(4) REKER, M.: Befragung von Anfallspatienten über ihre Erfahrungen mit der Unterdrückung Aura-eingeleiteter Anfälle; in: Wohlhüter et. al.: Medizinisches und Theologisches zur Epilepsie: neue Forschungsergebnisse aus d. Epilepsiezentrum.
Bethel-Verlag, Bielefeld, 1988

(5) REKER, M., DÜCHTING-RÖTH, A., WOLF, P., ROCKSTROH, B., ELBERT, Th., LUTZENBERGER, W., BIRBAUMER, N.: Selbstkontrolle der Regulation langsamer Hirnrindenpotentiale bei Epilepsiepatienten. In: Scheffner (Hrsg.): Epilepsie 90.
Einhorn-Presse Verlag, Reinbek, 1991