Das Anfallsunterbrechungsprojekt in Bethel: Bewertung erster Ergebnisse von fünf Therapieverläufen

M. Reker, A. Düchting-Röth, P. Wolf
Epilepsiezentrum Bethel, Bielefeld

Einleitung

Seit ca. vier Jahren wird am Epilepsiezentrum in Bielefeld-Bethel an einem verhaltenstherapeutischen Konzept zur Behandlung epileptischer Anfälle gearbeitet. Ausgehend von der beispielhaften Arbeit von Efron ist bis heute die primäre Zielgruppe ein Patientenklientel mit auraeingeleiteten Anfällen, da sich ein Konzept der Selbstkontrolle hier in besonderer Weise anbietet. Ausgehend von den von den Patienten selbst erprobten Selbstkontrolltechniken werden Unterbrechungstechniken eingeübt, deren Wirksamkeit in durchschnittlich monatlich stattfindenen Therapiesitzungen Anfall für Anfall überprüft wird. Daraus werden neue Lernerfahrungen gewonnen, die in die weitere Arbeit an den Anfällen eingehen können. Das therapeutische Vorgehen insgesamt ist im vergangenen Jahr auf der Epilepsie-Liga-Tagung in Magdeburg ausführlich vorgestellt worden (6).
Aus einer Gruppe von bislang 12 Patienten, die längerfristig an der Therapie beteiligt blieben, sollen aus jüngerer Zeit beispielhaft 5 Patienten vorgestellt werden, um erreichte Zwischenziele und aufgetretene Schwierigkeiten deutlich werden zu lassen.

5 Kasuistiken

Bei der ersten Patientin, Frau Veronika R., handelt es sich um eine jetzt 32jährige ledige Frau, die von Beruf Gärtnerin ist. Sie leidet seit dem 10. Lebensjahr unter einfach fokal eingeleiteten komplex fokalen Anfällen unklarer Ätiologie. Die Patientin erlebt als Aura einen ängstlichen Erwartungszustand, der über ein wahrgenommenes visuelles Symbol, nämlich ein Dreieck in einen Anfall mit Bewußtseinsverlust übergehen kann. Vor Therapiebeginn betrug die Frequenz der Anfälle 3 - 5 Anfälle/Monat + isolierte Auren.
Als Unterbrechungstechnik praktiziert die Patientin seit längerer Zeit die Selbsterzählung einer "Nonsens-Geschichte", die ritualisierend mit der Formel: "Es war einmal... " beginnt. Die Patientin machte für sich die Erfahrung, daß sie durch die Bindung der Aufmerksamkeit auf diesen Text sowie durch die

über die selbst erzählten Phantasien ausgelöste heitere Grundstimmung das Fortschreiten der Anfälle über die Aura hinaus grundsätzlich gut beeinflussen kann.
Insofern erwies sich die Unterbrechungstechnik frühzeitig grundsätzlich als erfolgreich: am Arbeitsplatz trat zunächst kein Anfall mehr auf, stattdessen aber immer wieder in Situationen, wenn die Patientin alleine war und den Anfall gewähren ließ. Offensichtlich erfordert die Anfallsunterbrechung von der Patientin sehr viel Aufmerksamkeit und Energieaufwand, die sie nur unter bestimmten Umständen aufzubringen bereit war. Traten im Leben andere (gesundheitliche, bei dieser Patientin vornehmlich orthopädische) Probleme in den Vordergrund, wurde die Anfallsunterbrechung völlig vernachlässigt mit einem erkennbaren Anstieg der Anfallsfrequenz.
Der therapeutische Ansatz des sog. "Self-management" (5) mag dazu beigetragen haben, daß die ledige, sehr auf das eigene Elternhaus fixierte Patientin über eine Partnervermittlung einen jungen Mann kennenlernte, mit dem sie inzwischen seit einem Jahr zusammenlebt. Erst jetzt wird im Gespräch über das Thema Familienplanung erstmals eine konstante Motivation spürbar, eine vollständige Anfallsfreiheit verwirklichen zu können.

Die zweite Patientin, Frau Heike L., ist eine 27jährige ledige Patientin, die von Beruf Dekorateurin ist. Ihre Anfälle manifestierten sich erstmals im Alter von 23 Jahren nach einem Status migraenosus. In der Folgezeit erlitt sie clusterförmig einfach fokal eingeleitete komplex fokale Anfälle mit wiederholten isolierten Auren in einer Frequenz von 3 bis zu 20 Anfällen/Monat. Als Aura beschreibt die Patientin ein den Körper aufsteigendes Hitzegefühl mit gustatorischen und olfaktorischen Sensationen, die von einem ausgeprägten Angstgefühl begleitet waren. Wir bedienten uns zunächst einer Unterbrechungstechnik, die Betts et al. 1990 in Dublin für Patienten mit ängstlich gefärbten olfaktorischen Auren vorgeschlagen hatten. Bei dieser sogenannten Aromatherapie werden im Rahmen eines Konditionierungstrainings Entspannungstechniken an einen aromatischen Geruchsreiz gekoppelt (1). Der der Patientin im Anfallsintervall sehr angenehme Geruch war der Patientin im Anfall derart unerträglich, daß sie sich weigerte, diese Form der Anfallsunterbrechung weiter zu praktizieren.
Stattdessen wurden situative Aspekte der Anfälle immer deutlicher. Anfälle traten clusterförmig immer dann auf, wenn die Patientin sich im Kontakt zu anderen nahestehenden Menschen gegen ihre eigene Überzeugung verhielt, z. B. wenn sie dem 60sten Geburtstag des Vaters beiwohnte, obwohl sie viel lieber einer Einladung der Freunde zum Skifahren gefolgt wäre. Konsequenterweise werden im Rahmen der Psychotherapie Beziehungen geklärt und neue Verhaltensmuster eingeübt. Situativ führt die Abklärung problematischer Situationen inzwischen zum sofortigen Sistieren des Clusters. Die Patientin nimmt Anfälle inzwischen als Hinweis war, daß sie sich inkonsequent verhalten hat.

Bei der dritten Patienten, Frau Mechthild W., handelt es sich um eine jetzt 52jährige geschiedene Frau, die gelernte Kinderpflegerin ist und die inzwischen als Küchenhilfe arbeitet.
Vermutlich seit dem 8.Lebensjahr treten bei der Patientin fokale Anfälle auf, die erst im Alter von 18 Jahren nach einem ersten Grand mal diagnostiziert wurden. Inzwischen bekommt sie einfach fokale eingeleitete komplex fokale Anfälle, die selten sekundär generalisieren. Anamnestisch traten 6 bis 15 Anfälle/Monat auf + isolierte Auren. Dabei handelt es sich um epigastrische Auren, begleitet von einem Derealisationserleben.
Die Patientin unterbricht die Anfälle regelmäßig erfolgreich durch einen Blick auf die Uhr sowie ein lautes Benennen der aktuellen Zeit. Dabei erlebt die Patientin es für sich als erfolgreich, die Aufmerksamkeit auf die Uhr zu fixieren, sich von der Angst vor dem Anfall abzulenken und über eine Konzentration auf sich selbst einen inneren Ruhepunkt zu finden.
Zu Behandlungsbeginn traten 75% der Anfälle in Überforderungssituationen auf, insbesondere am Arbeitsplatz, wenn die Patientin sich getrieben fühlte, insbesondere montags. Durch eine Tagesstrukturierung, Rollenspiele von Alltagssituationen am Arbeitsplatz sowie ein Selbstsicherheitstraining sind die Anfälle am Arbeitsplatz inzwischen vollständig verschwunden. Nach euphorischem Absetzen von Dibro-Be durch die Patientin traten Anfallsrezidive auf. Nach einem Wiederaufdosieren auf 2/3 der alten Bromid-Behandlung ist die Patientin seit inzwischen zwei Monaten anfallsfrei. Die bislang durch die Anfallsgefährdung an ihrem Arbeitsplatz in der Kantine völlig gehemmte Patientin hat sich durch die Erfahrung der Selbstkontrolle der Anfälle inzwischen an ihrem Arbeitsplatz Funktion für Funktion zurückerobert, bis vorn an die Bedienung der Gäste. Nach 35 Jahren gelernter Hilflosigkeit macht es Spaß zuzuschauen, wie die bislang schicksalsergebene Patientin sich schrittweise das Leben (zurück-)erobert.

Bei der vierten Patientin, Frau Petra L., handelt es sich um eine jetzt 22jährige ledige Studentin der Sozialarbeit, die im Alter von 12 Jahren an einer Masernencephalitis erkrankte. Es besteht seitdem eine spastische Hemiplegie links sowie ein symptomatisches Anfallsleiden mit auraeingeleiteten tonischen Anfällen, z. T. mit Sturz sowie seltenen Grand mal-Anfällen. Von 1982 bis 1989 war diese Patientin, mit einer kurzen Rezidivphase Weihnachten 1987, anfallsfrei. 1989 kam es ohne Medikamentenumstellung am ersten Studientag zu einem Anfallsrezidiv. Seitdem treten Anfälle clusterförmig auf mit bis zu 30 Anfällen am Tag und zwischenzeitlichen tagelangen anfallsfreien Intervallen. Die Auren werden beschrieben als schmerzhafte "Stiche ins Herz". Seit Ende 1990 bestehen zudem rezidivierende, tagelang anhaltende Aurenstaten mit "Verschwommensehen" und darin eingebetteten tonischen Anfällen.
Die Patientin praktizierte als Unterbrechungstechnik eine Beugung der Arme, die dem tonischen Streckmuster der Arme im Anfall vorgreifen sollen. Dabei rezitiert sie in ihrem Inneren einen ermutigenden und für sie entspannenden Text und versucht, sich ein Gefühl zu verschaffen, das zum Ausdruck bringen soll: "Mir kann keiner was!".
Die Patientin hat im Laufe der jetzt 1 1/2jährigen Auseinandersetzungen mit ihren Anfällen auf eine beeindruckende Art und Weise gelernt, das zu suchen und zu finden, was Fenwick einmal das jeweilige "Gegenteil von einem Anfall" genannt hat. So hat sie die Aura continua mit Verschwommensehen als analog einer ängstlichen Erwartungshaltung identifiziert. Wenn sie sich jetzt hinlegt und äußert: "Komm doch, Anfall, trau dich", verschwindet die Aura. Dieses Vorgehen erinnert an Falldarstellungen von Fenwick, der Patienten wiederholt vorgeschlagen hat, sich Auren aktiv vorzustellen, Auren evtl. sogar selbst zu induzieren, um Unterbrechungstechniken einzuüben und um die Angst vor dem Anfall zu verlieren (4).
Die Patientin hat mit vergleichbaren Techniken ihre Anfallsfrequenz inzwischen auf ca. 25 % reduziert, schreibt zur Zeit an ihrer Diplomarbeit über die Verhaltenstherapie bei Epilepsie und ist optimistisch, ihre Anfälle noch weitergehend in die Knie zwingen zu können.

Bei dem letzten hier vorzustellenden Patienten handelt es sich um einen jetzt 34jährigen verheirateten Verkäufer, der in einem Tabakwarengeschäft arbeitet. Seit dem 2. Lebensjahr leidet er an auraeingeleiteten komplex-fokalen Anfällen. Die epigastrischen Auren werden dominiert von einem Entfremdungserleben, dem sich im Rahmen unserer Behandlung Kribbelparästhesien zugesellt haben. Anamnestisch werden 3 bis 6 Anfälle/Monat angegeben + isolierte Auren.
Der Patient ist von Hause aus sehr religiös und suchte die Kontrolle der Anfälle darin, über religiöse Formeln einen Punkt innerer Ruhe und Selbstsicherheit zu finden. Dabei fixierte er seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Punkt. Sofort nach Einführung der Unterbrechungstechnik nahm der Patient seine Aura verändert war, verspürte erstmals Kribbelparästhesien. Die Aura wurde gedehnter, wechselte ihre Intensität je nach Engagement des Widerstand leistenden Patienten. Im Rahmen der Psychotherapie mit Stärkung autonomer Anteile des bislang deutlich aggressionsgehemmten Patienten tauchten autonome und aggressive Wünsche erst in Träumen auf, dann veränderte sich die Gestalt der psychomotorischen Anfälle. Während der Patient sonst im Anfall leicht führbar war, war er jetzt wehrig und wollte unbedingt "seinen Weg gehen". Als er durch derartige Anfallsverläufe mehrfach mehr als sonst in der Öffentlichkeit auffällig geworden war, insbesondere in seinem Geschäft, scheute er die weitere Therapie und brach diese zunächst ab.
Die aufgezeigten Therapieverläufe sind bezüglich der Anfallsfrequenz vielleicht wenig eindrucksvoll. Zwei der fünf Patienten zeigten eine Reduktion der Anfallsfrequenz um mehr als 50 Prozent, wobei insbesondere bei der dritten Patientin nach über 30jährigem Krankheitsverlauf Anfallsfreiheit greifbar nahe scheint. Insbesondere aus unserem EEG-Biofeedback-Projekt, das von Herrn

Düchting-Röth primär betreut wird (2), wären weitere Patienten darstellbar, bei denen durch die Einführung der Anfallsunterbrechungstechnik zuletzt ausschließlich isolierte Auren aufgetreten sind.

Zusammenfassung

Als Schlußfolgerung aus den hier vorgestellten Behandlungsverläufen sollen die folgenden Punkte noch einmal hervorgehoben werden:

1. Anfallskontrolle kann auch heißen, Anfälle dort zu haben, wo sie nicht schaden und dort zu verhindern, wo sie partout nicht auftreten dürfen. Im Einzelfall gilt das häufig nur für eine Übergangszeit (s. Beispiel Veronika R.). Dabei müssen wir uns als Ärzte streckenweise mit einem Gesundheitsbegriff auf seiten des Patienten auseinandersetzen, der unserem herkömmlichen nicht entspricht.

2. Selbstkontrolle von Anfällen verbindet sich in der Regel mit einem Verstehen des Ausdrucksgehaltes von Anfallsabläufen.
Daraus wird mitunter verstehbar, warum es einzelnen Patienten so schwerfällt, sich ganz von ihren Anfällen zu verabschieden. Therapeutische Aufgabenstellungen verschieben sich an dieser Stelle zunächst auf die Ebene einer verstehenden Akzeptanz des Patienten und seiner Epilepsie, um möglicherweise erst im zweiten Schritt Motivation zu Veränderung schaffen zu können (s. Beispiel des zuletzt genannten Patienten).

3. Anfälle können Signale setzen, deren Bedeutung über das hinausrückt, was die Krankheit selbst an Leidensdruck produziert (s. Beispiel 2 der Patienten Heike L.). Aufdeckendes Arbeiten im hier und jetzt muß dann die Behandlung der Symptome im engeren Sinne erst vorbereiten.

4. Einschränkend muß festgestellt werden, daß die Erfahrung der Selbstkontrolle von Anfällen mitunter nicht unbedingt zum Wendepunkt in der Epilepsiegeschichte, aber doch im Lebenslauf der Patienten werden kann, und zwar auch bei langer Anfallsanamnese und auch bei höherem Lebensalter (s. Beispiel 3 der Patientin Mechthild W.).
Dabei verlieren wir das Ziel der Anfallsfreiheit nicht aus dem Auge. Aber wir haben gelernt, geduldiger zu sein und Zielsetzungen so zu akzeptieren, wie Patienten sie für sich formulieren.

Literatur

(1) Betts, T., Boden, S., Clouston, T.: Use of Olfactory stimuli to aid self control of seizures. Poster, 2nd European Congress "Epilepsy and Society", Dublin, 1990

(2) Düchting-Röth, A., Reker, M., Wolf, P.: Unterbrechung auraeingeleiteter epileptischer Anfälle (unter Verwendung einer biofeedback-unterstützten Kontrolltechnik). In: Scheffner (Hrsg.): Epilepsie 91, Einhorn Presse Verlag, Reinbek, 1991

(3) Efron, R.: The effekt of Olfactory stimulus in arresting uncinate fits. Brain 79, 267 - 281, 1956

(4) Fenwick, P.B.C., Brown, S.W.: Evoked and psychogenic epileptic seizures. 1. Precipitation. Acta neurol. Scand. 80, 535 - 540, 1989

(5) Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D.: Selbstmanagement-Therapie, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1991

(6) Reker, M., Düchting-Röth, A., Wolf, P.: Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Unterbrechung auraeingeleiteter Anfälle. In: Scheffner (Hrsg.): Epilepsie 91, Einhorn Presse Verlag, Reinbek, 1991

EPILEPSIE 92

Mechanismen
sekundärer Epileptogenese

Nichtmedikamentöse Therapie /
Interaktive Überwachung

Idiopathische, kryptogenetische und
symptomatische Epilepsien

Präoperative Diagnostik
und Epilepsiechirurgie

Therapiestrategien

32. Jahrestagung
Deutsche Sektion der Internationalen
Liga gegen Epilepsie
17.-19.9.1992, Erlangen-Nürnberg

Herausgegeben von
H. Stefan