

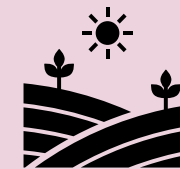


Dissoziative Anfälle – Diagnosestellung und Diagnosevermittlung als Grundlage für den Einstieg in die Therapie

Martin Finzel, Epilepsiezentrum Kleinwachau

Inhalt des Vortrags

- Dissoziative Anfälle - Definition
- Diagnostik
- Konzepte zur Dissoziation
- Diagnosevermittlung
- Therapie in Kleinwachau



Dissoziative Anfälle – Definition

Bei Ihnen wurden **nichtepileptische (dissoziative)** Anfälle festgestellt. Das bedeutet, Sie haben Anfälle, die wie epileptische Anfälle aussehen können, jedoch nichts mit Epilepsie zu tun haben.

Epileptische Anfälle werden von krankhaften Veränderungen der elektrischen Aktivität des Gehirns verursacht, die das Gehirn kurzzeitig in seiner Funktion behindern.

Ihre Anfälle sind nichtepileptisch. Das bedeutet, dass sie nicht von einer abweichenden elektrischen Aktivität des Gehirns oder von Hirnschäden verursacht.

Während des Anfalls können Sie die Kontrolle über verschiedene Körperfunktionen verlieren.

Dissoziative Anfälle – Definition

Sie können zum Beispiel:

- Das Bewusstsein verlieren und stürzen
- Schüttelnde Bewegungen der Arme, Beine oder des Kopfes erleben
- Andere ungewöhnliche Bewegungen vollführen
- Sich in die Zunge Beißen oder sich selbst verletzen
- Die Kontrolle über Blase und Darm verlieren
- Verwirrt oder abwesend sein oder die Umwelt als unreal empfinden
- Keine Erinnerung an den Anfall haben

Dissoziative Anfälle – Einteilung

Motorische Anfälle

klonische, hypermotorische Bewegungen, Beckenbewegungen, (tonische) Kopfbewegungen

Anfälle mit wenig Motorik

Zittern der Arme oder Beine

„atone“ Anfälle

Sturz auf den Boden als einziges Symptom

Dissoziative paroxysmale Bewegungsstörungen –
ohne eindeutige Bewußtseinsstörung (häufig)

Differentialdiagnose – Was gibt es?

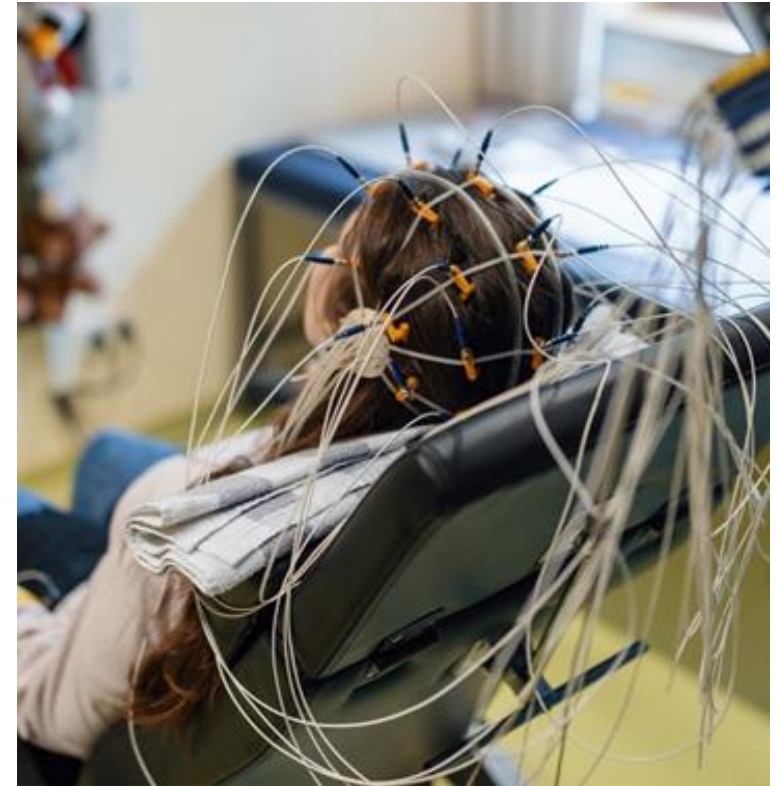
- Epileptische Anfälle
- **Dissoziative Anfälle**
- Synkopen
- **Andere paroxysmale Ereignisse**
(Migräne, Bewegungsstörungen,
Stoffwechselstörungen etc.)



Diagnostik

Methoden der Diagnostik

- Anamneseerhebung
- Neurologische Untersuchung
- Anfallsbeobachtung und Dokumentation
- Elektroenzephalographie (EEG)
- Bildgebende Verfahren: MRT (eher selten: CT, fMRT, PET, SPECT)
- Laborchemische Diagnostik – Blutuntersuchung
- evtl. genetische Untersuchung und Beratung
- Neuropsychologische Testung



Diagnostik

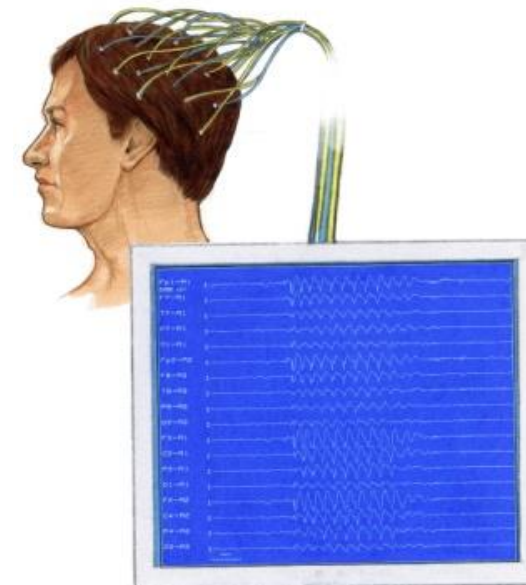
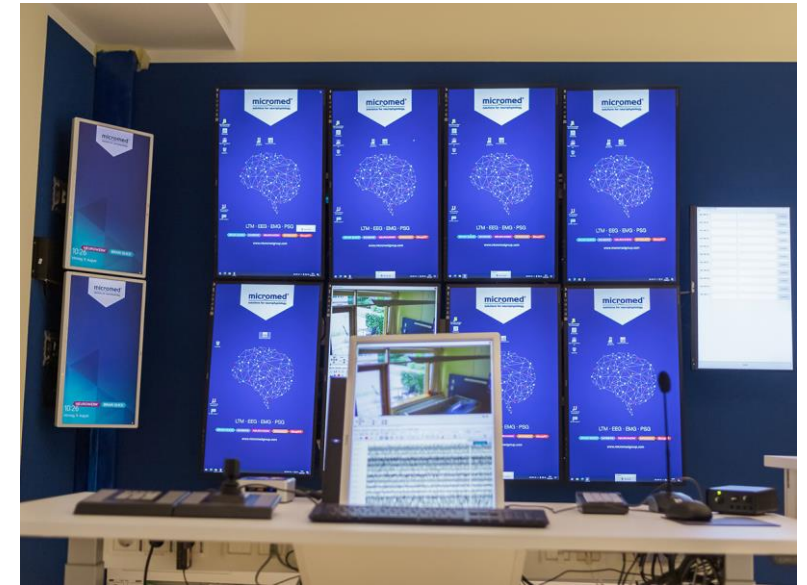
Elektroenzephalographie (EEG)

Aufzeichnung der von der Kopfhaut abgeleiteten elektrischen Aktivität der Nervenzellen des Gehirns

Zur Sicherung von Anfallsursprung und Epilepsieform

Allerdings:

- Epilepsietypische Potenziale (z. B. „Spikes“; bei 0,2-0,5% gesunder Erwachsener) beweisen allein keine Epilepsie
- Normalbefund (bei 8-40%) schließt Epilepsie nicht aus
- Video-Doppelbild-EEG
- Wach-EEG
- Schlaf-EEG
- Schlafentzugs-EEG
- Intensiv-Monitoring



Diagnostik – wie geht das?

Video-EEG-Monitoring:

- EEG wird über mehrere Tage 24h/Tag abgeleitet
- Video-Beobachtung findet gleichzeitig statt (außer im Bad)
- Das Zimmer gleicht eher einem Hotelzimmer als einer Intensivstation
- Daher bleiben die Patient:innen für diese Zeit in einem Raum
- Durch Absetzen von Medikamenten, Schlafentzug o.a. wird versucht Anfälle zu provozieren
- **Dissoziative Anfälle zeigen kein EEG-Anfallsmuster**
- Gleichzeitig findet Diagnostik und Beratung statt (Neuropsychologie, psychiatrische Untersuchung, Sozialberatung)
- Am Ende werden die Ergebnisse besprochen und weitere Behandlungsangebote gemacht



Differentialdiagnose – Wie geht das?

Unterscheidung dissoziative und epileptische Anfälle

Video-EEG-Monitoring (VEM) ist der Goldstandard

Aber es hat seine Grenzen:

- Es werden keine Anfälle registriert
- Anfälle zeigen im Oberflächen-EEG kein EEG-Anfallsmuster
- Menschen mit im Video-EEG-diagnostizierten Anfällen sterben nicht ganz selten plötzlich aus unklarer Ursache
- **In einem Artikel wird gefordert, dass man alle diagnostisch unklaren Patient*innen invasiv ableiten sollte!**

Differentialdiagnose

Was hilft weiter wenn man kein Monitoring hat?

Systematischer Review und Metaanalyse; Epilepsy and Behavior 2021

Allgemein spricht für dissoziativ:

- Weibliches Geschlecht
- PTSD
- Traumaanamnese
- Borderline
- „psychosomatische“ Komorbidität: Fibromyalgie, chronic Fatigue, chronic Pain, Spannungskopfschmerz, Reizdarm, Asthma, Migräne, gastro-oesophagaler Reflux
- Analgetika, Narkotika, Benzodiazepine, Antihypertensiva, Inhalers, Antireflux-Medikamente.

Differentialdiagnose

Was hilft weiter wenn man kein Monitoring hat?

Im Anfall spricht für dissoziativ:

Geschlossene Augen

Stottern im Anfall (100% spezifisch!)

Weinen im Anfall (100% spezifisch!)

Hin-und-Her-Bewegungen von Kopf und Körper

Hypomotorische Bewegungen bei geschlossenen Augen

Einfluss Außenstehender auf das Verhalten

„Preserved awareness“

„frequent pauses or discontinuity of behavior“

Paniksymptome u.a.

Differentialdiagnose

Was hilft weiter wenn man kein Monitoring hat?

Systematischer Review und Metaanalyse; Epilepsy and Behavior 2021

Im Anfall spricht für epileptisch:

Verletzungen im Mundbereich

Einnässen (?)

Gliederschmerzen postiktal

Offene Augen

Hypomotorisch mit „Starren“

Keine hin-und-her-Bewegungen

Tachykardie

Kopfschmerzen

Plötzlicher Beginn (?)

Erniedrigte O-2-Sättigung

Postiktales Schnarchen, tiefe, laute, regelmäßige Atmung

Differentialdiagnose

Was hilft weiter wenn man kein Monitoring hat? Ergebnisse von Metaanalysen

- Prolaktin differenziert nur tonisch-klonische Anfälle von dissoziativen Anfällen
- **Erhöhte CK-Werte: durchwachsene Sensitivität, hohe Spezifität für epileptisch!**
- Häufig treten auch bei dissoziativen Anfällen Verletzungen auf
- Augenschluss: Sensitivität 58%, Spezifität 80%
- Einnässen im Anfall hat keinen diagnostischen Wert
- **seitlicher Zungenbiss hat diagnostischen Wert (epileptisch!)**

Differentialdiagnose – „Gegenübertragung“

Epileptischer Anfall

- Handlungsorientierung, in der ärztlichen Rolle sicher (im Idealfall)
- Gedanken, Emotionen der Sachlage entsprechend:
- Z.B. Status epilepticus: bekomme ich einen Zugang rein?, wirkt das Medikament etc.

Dissoziativer Anfall:

- Nicht selten in der Rolle des Beteiligten („Traumadreiseck“: Retter, Täter, Opfer)
- Starke Gefühle: Mitleid, Ärger, Angst etc.
- **Aber: wir hatten schon Patient*innen mit Epilepsie bei deren Begleitung im epileptischen Anfall heftige Emotionen aufkamen**

Exkurs: wie reden die Patient*innen über ihre Anfälle

- **Patient*innen mit dissoziativen Anfällen:**
 - verwenden inkohärente Metaphern
 - beschreiben Anfall am ehesten als „Raum“
 - fokussieren nicht auf den Anfall sondern auf dessen Umstände
 - beschreiben (eher) keine Versuche, den Anfall zu kontrollieren

- **Patient*innen mit epileptischen Anfällen:**
 - verwenden kohärente Metaphern
 - Beschreiben Anfall als Gegner
 - bemühen sich um eine genaue Beschreibung („Reformulierungsanstrengung“)
 - beschreiben Versuche, den Anfall zu kontrollieren

Differentialdiagnose - Fazit

- Es gibt aussagekräftige klinische Zeichen
- Diese reichen aber oft nicht aus, um eine sichere Diagnose zu stellen
- Aufgrund der enormen Konsequenzen ist ein **Video-EEG-Monitoring** dringend empfehlenswert
- Diese liefert meist – leider nicht immer - eine sichere Diagnose
- Allein die Psychodynamik heranzuziehen kann auch in die Irre führen

Begleitung der Patient:innen im dissoziativen Anfall

Zum Thema der Übertragung:

„Jeder Notfall ist ansteckend, besonders der psychosomatische Notfall der dissoziativen Störung. Die im Symptom erhaltenen unerträglichen Affekte werden in den Untersucher projiziert. Sie verwirren den klinischen Blick und werden, wenn er diesen Vorgang nicht registriert, dem Patienten „unverdaut“, meist aggressiv und invasiv, zurückgegeben

(M. Kütemeyer et al, Kommunikative Anfallsunterbrechung – zum ärztlichen Umgang mit Patienten im Status pseudoepilepticus“
Z –Epileptologie 18:71-77 (2005)

Also:

Die eigene Reaktion beeinflusst das Geschehen in großem Maß.

Dissoziative Anfälle beteiligen den Beobachter in einer oft ebenso schwer merklichen wie intensiven Weise an Affekten von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Handlungsdruck und insbesondere auch Angst und Aggression

Begleitung der Patient:innen im dissoziativen Anfall II

“Umgangsregeln”

- Schaffen sie eine klare, eindeutige, übersichtliche Situation (auch für sich selbst)
- Sprechen Sie eine klare, einfache Sprache mit fester, möglichst neutraler Stimme
- Stellen Sie sich vor mit Namen, Funktion, ob Sie beide sich kennen u.ä.
- Stellen Sie einfache Fragen “Wie heißen Sie? “Wissen Sie ,wo Sie sind?”, “ Was ist heute für ein Datum?”
- Bei ausbleibenden oder negierenden Antworten stellen Sie selber die Frage und stellen die Situation klar: “Heute ist der.... Sie sind.... Jahre alt; Sind hier....”
- Bauen Sie Brücken ins Hier und Jetzt, in die Realität. Benennen Sie alles, was Sie tun.
- “ich fasse Sie jetzt an, muß Sie kurz untersuchen” “Ihr rechter Arm zuckt”
- Eigen-Kompetenz und Eigen-Verantwortung ansprechen, dem Patienten eine aktive Rolle zusprechen:
- “ich habe den Eindruck, es geht Ihnen irgendwie nicht so gut. Ich kann versuchen, Ihnen zu helfen. Was hilft Ihnen denn sonst in solchen Situationen? (das impliziert auch gleichzeitig, das diese Situation ein Ende haben wird)
- Versprechen Sie nichts, was Sie nicht halten können (“alles wird gut”)
- Validieren, nichts aufschwätzen, nicht beschönigen “ ist doch nicht so schlimm”
- Wenn sie ausreichend therapeutische Erfahrung haben, dürfen Sie Gefühle ansprechen (“z.B. ich habe den Eindruck, Sie haben Angst/Wut, ich weiß natürlich nicht, ob das so ist, wir können später darüber reden”)

Begleitung der Patient:innen im dissoziativen Anfall III

- Wenn Sie weniger therapeutische Erfahrung haben, bleiben Sie auf der sicheren Seite, bleiben Sie sachlich, nicht spekulieren
- Zeit lassen, den Anfall enden zu lassen “nach und nach wird alles besser werden”
- Fortschritte bemerken, erwähnen
- Bemerken und reflektieren Sie ihre eigenen Gefühle und Haltung
- Wenn Sie merken, dass Sie ungeduldig, wütend o. ä. werden, sprechen Sie es an – auch das schafft Klarheit “Ich *merke*, dass ich ungeduldig werde”
- Wenn es sehr lange dauert und keine akute Verletzungsgefahr besteht, verlassen Sie angekündigt den Raum für einen definierten Zeitraum, z.B. 5 Minuten und kehren Sie zuverlässig zurück
- Sprechen Sie mit dem Patienten, als sei klar, dass er/sie Sie versteht, als könnten Sie ihn/sie mit Worten erreichen – denn das ist Ihr Ziel
- Reden Sie vermeintlich banales “ich finde es hier sehr warm im Zimmer, wie finden Sie es, sollten wir mal das Fenster öffnen?”
- Die Situation sollte für die Patientin/den Patienten nicht beschämend enden
- Wenn der Anfall vorbei ist, hat die Patientin/der Patient es geschafft, dieses als Leistung der Patientin/des Patienten positiv anerkennen

Dissoziation und funktionelle neurologische Störungen - Konzepte

- Abwehrverhalten-System
- Konversion
- Vermeidung
- Modi und Anteile – strukturelle Dissoziation
- Dissoziation vs. Bindung
- Affektiv motorische Schemata
- Constructed emotions
- Genetik

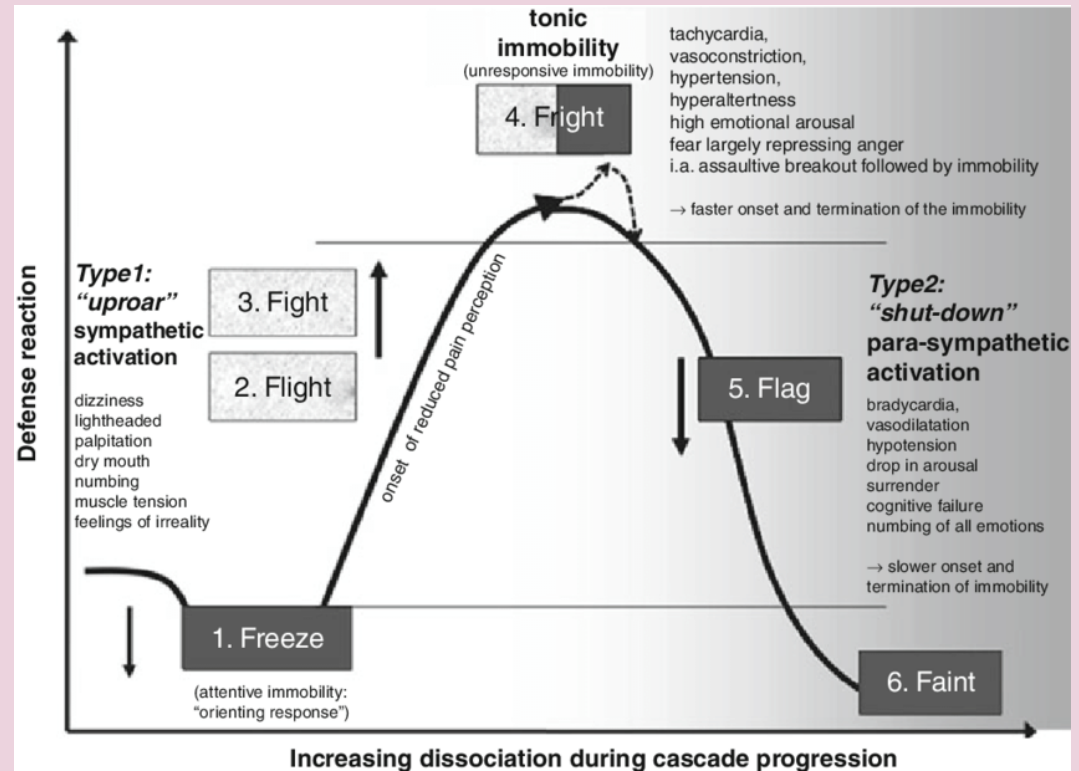


"Dieses Foto" von Unbekannter
Autor ist lizenziert gemäß [CC BY-NC-ND](#)

Dissoziation - Konzepte

Evolutionsbiologie:

Abwehrverhalten-System



Dissoziation – Konzepte

Dissoziation und Vermeidung:

Oft wird Dissoziation als Mechanismus verstanden

- **der ursprünglich davor schützt, unerträgliches Erleben bewusst wahrzunehmen**
- **dieser Mechanismus automatisiert sich, wird durch Trigger konditioniert**
- **primärer und sekundärer Krankheitsgewinn verstärken ihn**

Dissoziation - Konzepte

Strukturelle Dissoziation

- Anscheinend normale Persönlichkeit **ANP** (ggf. mit mehreren Anteilen)
- Emotionale Persönlichkeit **EP**
 - fragil
 - kontrollierend (z.B. Täteranteile)

Anfall: auf die Bühne tretender fragiler emotionaler Anteil?



Dissoziation – Konzepte

Dissoziation Folge einer Bindungsstörung?

Fremde Situation: (Mary Ainsworth, John Bowlby):

4 Bindungstypen beim Kleinkind:

sicher, unsicher vermeidend, unsicher ambivalent, desorganisiert

Adult Attachment Interview: (Carol George, Nancy Kaplan, Mary Main):

4 Bindungstypen bei Erwachsenen:

autonom, distanziert-beziehungsabweisend, präokkupiert-verstrickt, unverarbeitet, (nicht klassifizierbar)

Dissoziation – Konzepte

Dissoziation Folge einer Bindungsstörung?

Retrospektive Befragung von 44 Patient:innen vs. 44 Kontrollpersonen

(Adult Attachment Projective Picture System):

ungelöste, desorganisierte Bindungsstile

bei Patient:innen mit dissoziativen Anfällen:

signifikant häufiger

als in der Kontrollgruppe: 43% vs. 7%

„Bindungstrauma“

Dissoziation – Konzepte

Affektmotorische Schemata (Downing 1996)

Körperstrategien:

kognitive Überzeugungen und Affekte

+ motorische Überzeugungen

(Körpersprache)

(neulich in der Kassenschlange.....)



"Dieses Foto" von Unbekannter Autor ist lizenziert gemäß [CC BY](#)

Dissoziation – Konzepte

Constructed Emotions – Stichworte:

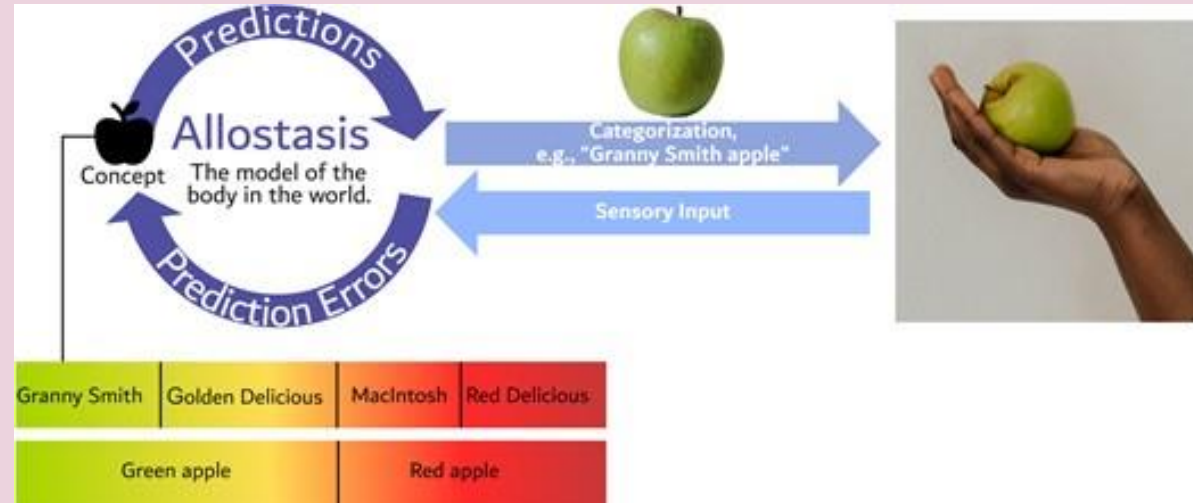
Emotionale Granularität

Allostase

Predictive processing

Prediction: Default network

Prediction errors - Precision signals: Salience network

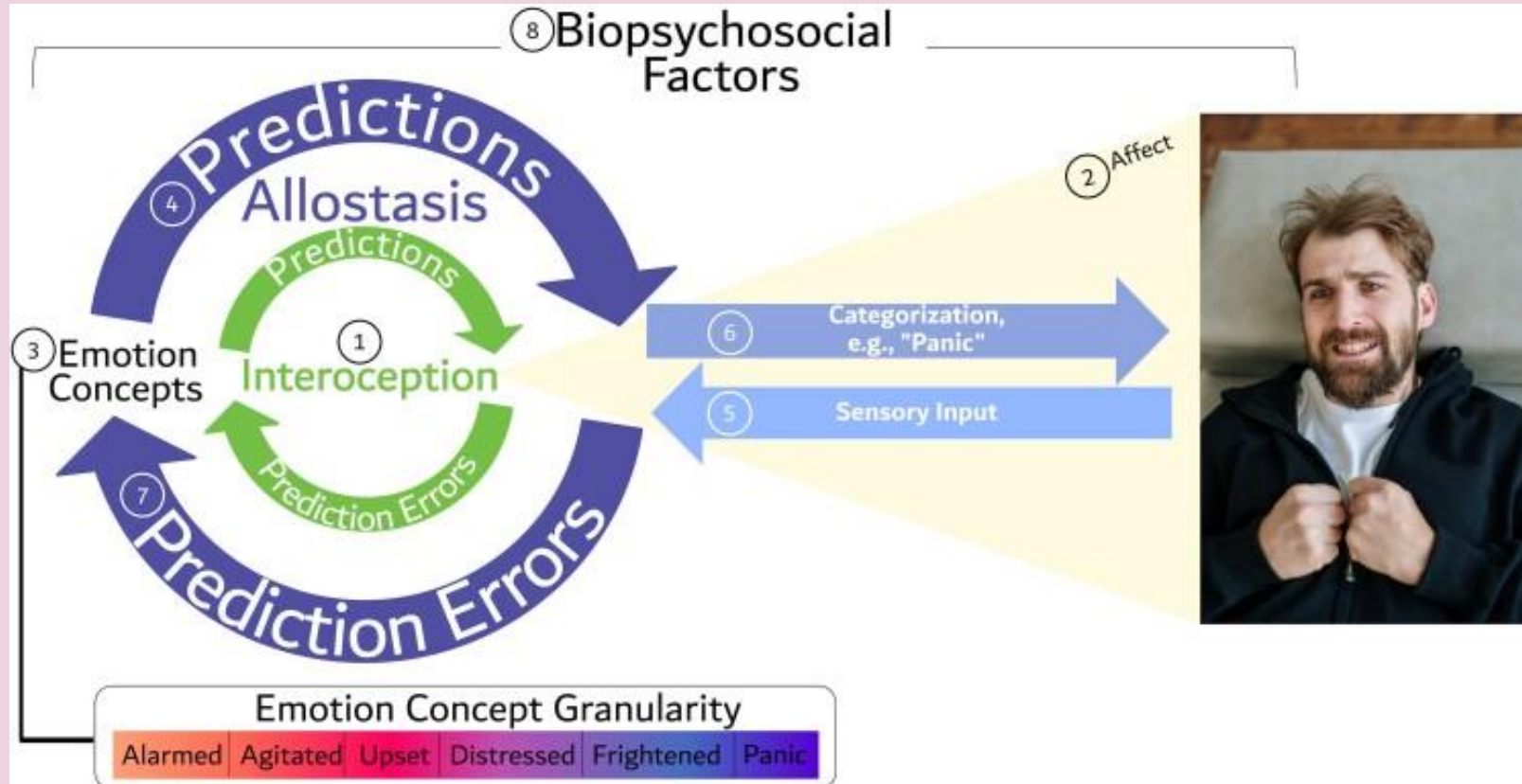


Dissoziation – Konzepte

Constructed Emotions – Stichworte: (Auswahl)

- **Interoception:**
valence, arousal
- **Prediction – incoming sensory information – experiences of the past – meaning - concepts:**
z.B: Constructions of emotions
- **Action preparation gives rise to**
= Experience

Dissoziation – Konzepte



Johannes Junggillgens et al.: A new science of emotion: implications for functional neurological disorder. BRAIN 2022: 145;2648-2663
Antonio Damasio: Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. Dtv 1998.

Dissoziation – Konzepte

Constructed Emotions – Fehlregulationen:

- Chronic energy mismangement
- Aberant emotion construction
- Konzepte für:
Alexithymia, panic attack without panic, **Dissociation**
- **Dissociation: =**
Uncoupling: Interoception – Allostatis/Body in the world
- Repertoire of concepts and their refinement is negatively effected by adverse life events

Dissoziation – Konzepte

Dissoziation, funktionelle neurologische Störungen und Emotionen

Beispiel:

Erfahrungen körperlicher und emotionaler Gewalt :

Körperliche Anspannung wird mit **motorischen Konzepten** und nicht mit adäquaten Emotionen wie Angst in Verbindung gebracht.

Zustände körperlicher Anspannung führen zu „**Fight and flight**“ Reaktionen und körperbezogenen Empfindungen statt zu „adäquaten“ Emotionen

Dissoziation – Konzepte

Dissoziation, funktionelle neurologische Störungen und Emotionen

Vielleicht ganz vereinfacht:

Je differenzierter wir Bindung aktiv gestalten können, desto granulärer können wir Emotionen wahrnehmen und dazu nutzen, Situationen einzuordnen, zu bewerten und adäquat zu handeln

Dissoziation – Konzepte

Dissoziation, funktionelle neurologische Störungen und Emotionen

Vielleicht ganz vereinfacht:

Je differenzierter wir Bindung aktiv gestalten können, desto granulärer können wir Emotionen wahrnehmen und dazu nutzen, Situationen einzuordnen, zu bewerten und adäquat zu handeln

Funktionelle neurologische Störungen könnten dann vielleicht als eine körperliche Reaktion verstanden werden, der eine differenzierte emotionale Einfärbung fehlt.

Offenbar ist aber beides erforderlich, körperliche Reaktion und „stimmige Emotion, damit wir uns als handelnd erleben

Dissoziation – Konzepte

Dissoziation, funktionelle neurologische Störungen und Emotionen

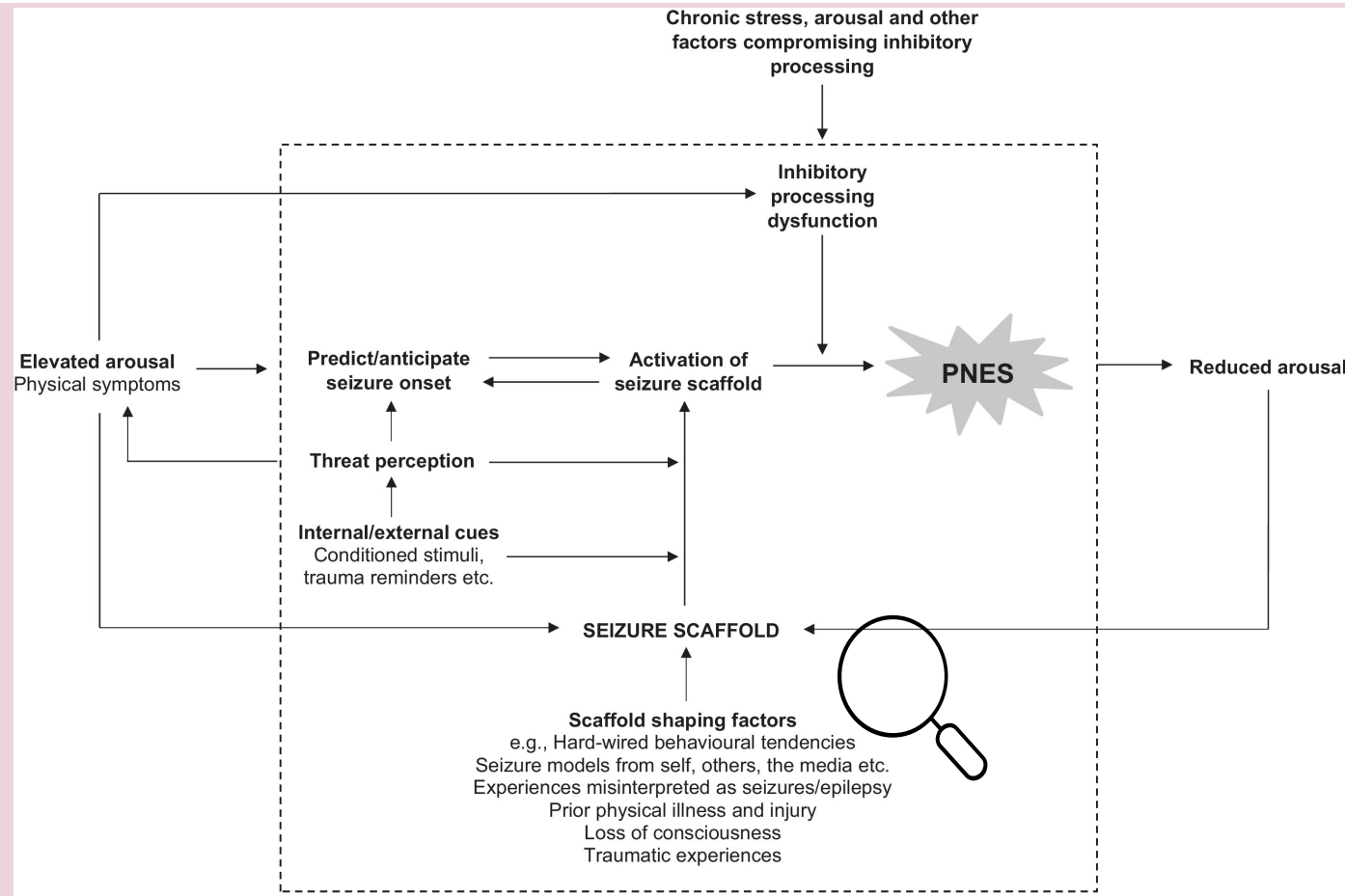
Vielleicht ganz vereinfacht:

Je differenzierter wir Bindung aktiv gestalten können, desto granulärer können wir Emotionen wahrnehmen und dazu nutzen, Situationen einzuordnen, zu bewerten und adäquat zu handeln

Funktionelle neurologische Störungen könnten dann vielleicht als eine körperliche Reaktion verstanden werden, der eine differenzierte emotionale Einfärbung fehlt.

Offenbar ist aber beides erforderlich, körperliche Reaktion und „stimmige Emotion, damit wir uns als handelnd erleben

Dissoziation: Aber warum Krampfanfälle?



SEIZURE SCAFFOLD



Scaffold shaping factors

e.g., Hard-wired behavioural tendencies

Seizure models from self, others, the media etc.

Experiences misinterpreted as seizures/epilepsy

Prior physical illness and injury

Loss of consciousness

Traumatic experiences

Warum Krampfanfälle?

Nochmals Ellert Nijenhuis:

- **Somatoforme** versus **psychoforme** Dissoziation
- Anfall als somatoforme Dissoziation
- Fragile und evtl. auch kontrollierende EP in Aktion?
- „sichtbare Emotionen“: Angst, Verzweiflung, Wut etc.



Dissoziative Anfälle – Konzepte

Zusammenfassung:

- **Es gibt verschiedene Konzepte für Dissoziation, die sich teils ergänzen**
- **Damit gibt es kein einzelnes Erklärungsmodell, das alles abbildet**
- **Das bedeutet, dass in der Diagnosevermittlung mit verschiedenen Modellen und in der Therapie mit verschiedenen Konzepten arbeiten können**
- **Dies sollte wenn nötig ehrlich anerkannt und angesprochen werden**
- **Dennoch brauchen wir überschaubare Modelle und prägnante Metaphern**

Dissoziative Anfälle – wie kommunizieren wir die Diagnose

- Anfälle sind „echt“ – nicht gespielt – und wirklich schlimm
- Haben einen Namen und sind eine bekannte Diagnose
- Sind nicht Epilepsie
- Ursache schwierig zu finden
- Auslöser können oft identifiziert werden
- Aufrechterhaltende Faktoren/Teufelskreis aus Angst/Stress/Anfällen mehr Angst/Stress...
- Antiepileptika sind nicht wirksam
- Hinweise dass Psychotherapie hilft
- Unterstützung bei Therapeut:innensuche
- Können wieder weggehen oder sich wenigstens verbessern



"Dieses Foto" von
Unbekannter Autor ist
lizenziert gemäß [CC BY-ND](#)

Wie kommunizieren wir die Diagnose?

Erstgespräch für „Fortgeschrittene“

- Symptom- und belastungs- und traumabezogene biografische Anamnese
- Bild über den Umgang mit Belastungen/Stress machen
- Anfälle können dann als zunächst sinnvolle „Lösungsmöglichkeit“ validiert werden
- Wir machen Mut, dass Psychotherapie andere Lösungsmöglichkeiten anbietet

Dissoziative Anfälle – die Patient:innen ins „Boot“ holen

- Zeit
- Empathie
- Augenhöhe
- Narrativ entwickeln
- Möglichst rasche Wirksamkeitserfahrung
- Idealfall:

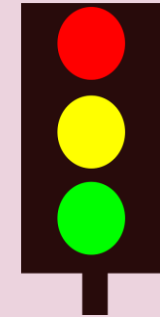
Erstellen eines individuellen Krankheitsmodells



Dissoziative Anfälle – Metaphern

Wir benutzen im Gespräch mit Patient:innen verschiedene Metaphern:

- Dissoziation als Schutzmechanismus – zunächst hilfreich, dann konditioniert auf Trigger
- Hochspannung: Systemabsturz
- Ampel
- Luftballon
- Mannschaft auf dem Schiff, Kapitän ist nicht mehr am Steuer, jeder macht, was er will...
- Inneres Team



Dissoziative Anfälle – Metaphern

Dampftopfmetapher:

- oben/Deckel öffnen:
Skills
- Unten/Feuer löschen:
Traumatherapie



Was gibt es an Info-Material?



Dissoziative Anfälle / Nichtepileptische Anfälle

Informationen für Betroffene, Familien und Freunde

Im Original: Non-epileptic attacks. Information for patients, family and friends.
NEST (Non-Epileptic Seizure Treatment) Group 2006
c/o Dr. Markus Reuber, Reader
Academic Neurological Unit, University of Sheffield
Royal Hampshire Hospital, Glossop Road Sheffield

Übersetzung: Sabine Schlotter, Epilepsiezentrum Kleinwachau
mit freundlicher Genehmigung der Autorengruppe von Dr. Markus Reuber



Psychogene nicht-epileptische Anfälle

Eine Broschüre für Betroffene und deren Angehörige

Arbeitsgruppe funktionell-neurologische Störungen der Charité Universitätsmedizin Berlin
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik



Von der Diagnostik zur Therapie - Zusammenfassung

- **Wir haben kein Konzept das alles erklärt (s.o.)**
- **Die Studienlage zu Therapien ist unbefriedigend**
- **Aber wir haben nichts anderes**
- **Wir dürfen sagen, dass Therapie hilft und Mut machen**

Anstalt für Epileptische-Kleinwachau

gegründet 1889









Wie behandeln wir in Kleinwachau?

Neurologische Fachklinik

55 Betten

Video-EEG-Monitoringstation mit 7 Betten als zentrale Diagnostikeinheit

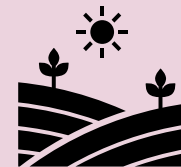
Psychosomatische Epileptologie/Therapiestation 12 Betten

Klinische Epileptologie mit 12 Betten

Station für Menschen mit Mehrfachbehinderung mit 12 Betten

Kinderstation mit 12 Betten

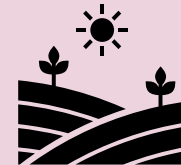
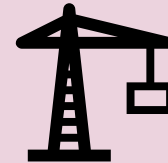
Sprechstunde psychiatrische Epileptologie



Wie behandeln wir in Kleinwachau?

Kinderstation:

- Diagnostik
- 2 Wochen-Psychoedukation - Skills
- Schwerpunktmodul für Jugendliche
- Interdisziplinäres Team
- Kooperation mit KJP immer gerne!



Kleinwachau – Ausstattung der Station 3



13 Betten

2 therapeutische
Einzelgespräche/
Woche

2 Stunden
Gestaltungstherapie,
meist einzeln/
Woche

Skillgruppe
2x/Woche
(Skilltrainer aus dem
Pflegeteam)

Bewegungstherapie
2-3 x/Woche

Achtsamkeit
oder PMR
2x/Woche

Körpertherapie
oder
therapeutisches Boxen

Bezugspflegegespräch
in der Regel 1x/Woche

Soziale Beratung

Diagnostik,
medikamentöse
Therapie

Physiotherapie
Bewegungstherapie

Soziales
Kompetenztraining
Exposition

Modularisierte Therapie in Kleinwachau

- Epi+
- **Skill&Motivation**
- **Traumatherapie**
- (Supportiv/sozialmedizinisch)



Modularisierte Therapie in Kleinwachau

Modularisierung - Ablauf:

Vorgespräch (oft telefonisch)

Therapeutisches Angebot

Zuweisung des Moduls

(evtl. Probatorik)

Diagnostik + Therapie nach Modul-Zuweisung



Therapie in Kleinwachau? „Phase 1 + 2“

Phase 1“: Arbeiten an den Anfällen

Modul: Skill + Motivation

- Zielvereinbarung
- Entwicklung eines tragfähigen Krankheitsmodells, evtl. **einschl.** Videokonfrontation
- Spannungsprotokolle
- Bedingungsanalyse, „Mikroanalyse“ der Anfälle
- Skills zur Anfallskontrolle aus der DBT- Modul Stressregulation
- Umgang mit Emotionen, Achtsamkeit, Körpertherapie, soziales Kompetenztraining
- Lebenslinie evtl.

(ggf. ausreichend)

Therapie in Kleinwachau? „Phase 1 + 2“

„Phase 2“: Arbeiten an der zugrundeliegenden Störung

Modul: Trauma

- Lebenslinie
- Traumatherapie: Stabilisierung, Exposition
- Umgang mit Emotionen, Achtsamkeit, Körpertherapie etc.
- Bindung!!!
- „zurück ins Leben“: weitere Perspektiven, Sozialmedizin etc.

„Heilung“ oder Chronifizierung?

Aktuelle Konzepte in der Psychotherapie

- Neue Theorien der Emotionsverarbeitung sprechen eher für ein **Neulernen** in der Integration körperlicher, und emotionaler Wahrnehmungen
- Das ist mehr als die Auflösung von Vermeidung, Verdrängung oder Konversion
- **Vielfalt in der Therapie:**
z.B. Skills, Achtsamkeit, Traumatherapie, Körpertherapie begründbar
- **Übungen** könnten hilfreich sein,
um neue, adaptivere „**Bahnen**“/**Concepts/Predictions** anzulegen



Philine Senf-Beckenbach
Janine Devine
Matthias Hoheisel

Behandlung psychogener nicht epileptischer Anfälle

Psychoedukation und
Körperwahrnehmung bei Dissoziation

Fazit:

Leider:

- Verständnis dissoziativer Anfälle unvollständig
- Therapien eklektizistisch, schlecht beforscht und nicht so gut wirksam wie gewünscht

Dennoch:

- Neue Ansätze wie „Constructed emotions“ erweitern den Horizont
- Wir entwickeln mit unseren Patient:innen ein **individuelles Störungsmodell**
- Daraus konzipieren wir unsere Behandlung
- Wir betreiben **Psycho-Somatik** im wörtlichen Sinne

„Vision“

Gruppenzuordnung (Analog der Studie)

Darauf abgestimmte Psychoedukation

Darauf abgestimmte Therapie

Nachbefragungen/Therapieforschung
(nach Gruppen)

Bessere Überleitung in die ambulante Psychotherapie



Psychosomatische Epileptologie



Brückenbau



"Dieses Foto" von Unbekannter Autor ist lizenziert gemäß [CC BY-NC](#)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!