



Deposited via The University of Sheffield.

White Rose Research Online URL for this paper:

<https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/215450/>

Version: Published Version

Article:

Opp, J., Schöndienst, M., Kreul, K. et al. (2024) Epilepsie und dissoziative Anfälle: Kommunikative Besonderheiten und ihre Implikationen für Diagnostik und Therapie. Clinical Epileptology, 37. pp. 179-185. ISSN: 2948-104X

<https://doi.org/10.1007/s10309-024-00686-5>

Reuse

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) licence. This licence allows you to distribute, remix, tweak, and build upon the work, even commercially, as long as you credit the authors for the original work. More information and the full terms of the licence here:

<https://creativecommons.org/licenses/>

Takedown

If you consider content in White Rose Research Online to be in breach of UK law, please notify us by emailing eprints@whiterose.ac.uk including the URL of the record and the reason for the withdrawal request.

Clin Epileptol 2024 · 37:179–185
<https://doi.org/10.1007/s10309-024-00686-5>
 Angenommen: 6. Juni 2024
 Online publiziert: 16. Juli 2024
 © The Author(s) 2024



Epilepsie und dissoziative Anfälle

Kommunikative Besonderheiten und ihre Implikationen für Diagnostik und Therapie

Joachim Opp¹ · Martin Schöndienst² · Katja Kreul¹ · Markus Reuber³ · Elisabeth Gülich⁴ · Julia Höfler⁵ · Barbara Frank-Job⁴

¹ Sozialpädiatrisches Zentrum und Neuropädiatrie, Evangelisches Krankenhaus Oberhausen, Oberhausen, Deutschland

² Bielefeld, Deutschland

³ Academic Neurology Unit, Royal Hallamshire Hospital, University of Sheffield, Sheffield, Großbritannien

⁴ Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

⁵ Universitätsklinik für Neurologie, Neurologische Intensivmedizin und Neurorehabilitation, Uniklinikum Salzburg, Salzburg, Österreich

Zusammenfassung

In unserem narrativen Review beschreiben wir die Besonderheiten der Interaktion von Patient:innen mit dissoziativen Anfällen. Wir zeigen, welches Potenzial in der Kenntnis dieser Besonderheiten liegt sowohl für die Differenzialdiagnose von epileptischen und dissoziativen Anfällen als auch für den klinischen Gebrauch. Patient:innen mit epileptischen Anfällen wollen das Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt nutzen, um möglichst viel von dem nachvollziehbar zu machen, was mit ihnen im Anfall passiert und wie sie versuchen mit den Anfällen sinnvoll umzugehen. Wir berichten davon, wie sich nach unserer Erfahrung die Kommunikation unterscheidet, wenn wir mit Patient:innen mit dissoziativen Anfällen sprechen: Sie berichten eher ohne Details und ohne das subjektive Erleben des Anfalls zu schildern. In ihren Beschreibungen wird meist deutlich, wie stark sie dem Geschehen ausgeliefert sind. Sie sind eher irritiert von den Nachfragen zum Erleben im Anfall und lenken das Gespräch in andere Richtungen. Damit die Gespräche mit Patient:innen, die von dissoziativen Anfällen betroffen sind, nicht ins Leere laufen, ist es wichtig, diese kommunikativen Besonderheiten zu kennen und Einsicht in ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie zu haben. Wir machen konkrete Vorschläge, wie Gesprächsführende mit der eigenen Irritation und mit den Aussagen der Patient:innen so umgehen, dass beide Seiten zu einem tieferen Verständnis der Situation kommen. So kann schon das Erstgespräch den Beginn der therapeutischen Arbeit einleiten. Wenn Kinder und Jugendliche zur Abklärung von Anfallsereignissen vorgestellt werden, so treten die Unterschiede in der Darstellung meist noch deutlicher zutage, da sie weniger Erzählroutine haben und eine meist deutlich kürzere Krankengeschichte.

Schlüsselwörter

Konversationsanalyse · Kinder · Anamnese · Bewältigungsstrategien · Differenzialdiagnose



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Die Gesprächsführung mit Patient:innen, die dissoziative Anfälle haben, fordert auf eine spezifische und oft auch anstrengende Weise. Ärzt:innen und Therapeut:innen, die die Besonderheiten kennen, können die Diagnose dissoziativer Anfälle frühzeitiger stellen und die therapeutischen Gespräche besser gestalten.

Lesen Sie im folgenden Beitrag, welche Interaktionsmuster typisch sind und welche Möglichkeiten es gibt, um darauf so zu reagieren, dass die Patient:innen gut an die Auseinandersetzung mit der eigenen Psychodynamik und ein Krankheitsverständnis herangeführt werden können.

Dem im klinischen Alltag immer wieder gewonnenen Eindruck, dass Menschen

Tab. 1 Häufige Interaktionsmuster von Patient:innen mit dissoziativen Anfällen. In der rechten Spalte ist zudem dargestellt, wie sich Gespräche mit Epilepsiepatient:innen davon abheben. (Mod. nach [7])		
	Dissoziativ	Epileptisch
1	Patient:in schildert sich als ausgeliefert ohne Chance, mit den Anfällen umzugehen	Patient:in schildert Versuch, Anfall zu stoppen oder zu kontrollieren
2	Holistische Negationen in der Anfallsbeschreibung, Schilderung der Phase des eingeschränkten Bewusstseins als zentrales Element des Anfallsgeschehens	Patient:in initiiert Beschreibung bestimmter Anfälle
3	Gesagtes wird im Gesprächsverlauf zurückgenommen, verändert und so eher unklarer als klarer (sog. „Verwischung“)	Erkennbare Formulierungsanstrengungen in der Anfallsbeschreibung lassen den Anfallsablauf immer klarer erkennen
4	Gesprächspausen und einhergehendes Gefühl von Leere	Patient:in nutzt den gegebenen Freiraum

mit epileptischen Anfällen anders über ihre Erkrankung sprechen als Menschen mit dissoziativen Anfällen, gingen Gülich und Schöndienst ab Mitte der 1990er-Jahre durch Aufnahmen, Transkriptionen und Konversationsanalysen insbesondere von Erstgesprächen in einer Anfallsambulanz nach. Dabei zeigte sich, dass sich bei Epilepsiepatient:innen bestimmte konversationelle Verfahren finden, die Patient:innen mit dissoziativen Anfällen kaum verwenden (z. B. Veranschaulichungen subjektiven Anfallserlebens, Kommentare zur Schwerbeschreibbarkeit oder narrative Rekonstruktionen von Anfallsergebnissen); ebenso verwenden umgekehrt Letztere Verfahren, die für Epilepsiepatient:innen ziemlich untypisch sind (wie z. B. die unten beschriebenen Verfahren der holistischen Aussagen oder der Verwischung) [5].

Wir machen im vorliegenden Beitrag Vorschläge, wie im Gespräch und in der Therapie weiterführend auf die Interaktionsmuster von Patient:innen mit dissoziativen Anfällen eingegangen werden kann.

Die Besonderheiten, die bei jugendlichen Patient:innen zu berücksichtigen sind, zeigen wir in einem weiteren Abschnitt.

Wir beziehen uns in unserem Review sowohl auf eigene Analysen als auch auf die umfangreiche Literatur zu diesem Thema.

Eigene Beobachtungen

Am Epilepsiezentrum Bethel wurden ab Mitte der 1990er-Jahre Gespräche mit erwachsenen Patient:innen aufgezeichnet. Die Gespräche mit Kindern und Jugendlichen wurden in der Neuropädiatrie des Evangelischen Krankenhauses Oberhausen geführt. Analysiert wurden 28 Gespräche mit Patient:innen mit mög-

lichen oder gesicherten dissoziativen Anfällen, 21 Gespräche mit Patient:innen mit fokalen Anfällen und 23 Gespräche mit Patient:innen mit generalisierten Anfällen. Es waren meist Patient:innen mit kurzer Krankheitsgeschichte und nur wenigen Anfällen.

Die Gespräche aus beiden Zentren wurden komplett oder in Ausschnitten nach gesprächsanalytischen Konventionen [11] transkribiert, also nicht nur der Wortlaut, sondern auch Betonungen, Gesprächspausen, Überlappungen der Redebeiträge beider Sprecher usw. Die Transkripte bildeten dann die Basis für die Analyse in der interdisziplinären EpiLing-Arbeitsgruppe [10].

Unterschiede in der Schilderung epileptischer und dissoziativer Anfälle

Wenn man Patient:innen im diagnostischen Erstgespräch zur Anfallsabklärung die Möglichkeit gibt, frei zu erzählen, was sie dazu berichten wollen, so zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Patient:innen mit epileptischen Anfällen und solchen mit dissoziativen Anfällen. Nur in diesem Freiraum kann der Interviewte deutlich machen, was ihm wichtig ist. Die **Tab. 1** zeigt die wesentlichen Merkmale und dient auch als Gliederung für die nachfolgende Erläuterung.

Item 1: Ausgeliefert sein

Patient:innen mit epileptischen Anfällen erwähnen regelhaft mehr oder weniger erfolgreiche Anfallsunterbrechungsbemühungen, dissoziative Patient:innen dagegen fast nie (s. unten Fallbeispiel 5). Im Gegenteil: Für Patient:innen mit dissoziativen Anfällen scheint sich das fundamentale Erleben von Ausgeliefertsein in jedem einzelnen Anfall zu wiederholen. Dies an-

zusprechen kann heikel sein [12], ist aber oft auch weiterführend, etwa in der Form: „In Ihrer Beschreibung taucht gar keine Möglichkeit auf, die es Ihnen erlauben könnte, Ihren Anfällen irgendetwas entgegenzusetzen, vielleicht bekommen wir in unseren weiteren Gesprächen eine Idee, dass Sie nicht ganz so ausgeliefert bleiben müssen.“ Man könnte sich auch vorstellen zu sagen: „Manche Menschen erleben in ihren dissoziativen Anfällen schwer zu ertragende Empfindungen, z. B. betrachten sie sich selbst von außen oder meinen, sie würden verrückt. Wenn das passiert, können manche Menschen es als Erlösung empfinden, wenn sie das Bewusstsein verlieren. Ist Ihnen das auch schon einmal passiert?“

Item 2: Holistische Negationen

Patient:innen mit dissoziativen Anfällen sind – im Unterschied zu Epilepsiepatient:innen – oft kaum anregbar, einzelne Anfallsepisoden zu beschreiben. Diese geradezu als Narrativierungsresistenz zu bezeichnende Erzählblockade lässt entsprechende Erzählaufforderungen immer wieder ins Leere laufen (Fallbeispiel 1). Was als eine Art Widerstand gegenüber gezieltem Explorationsbestreben erscheint, verweist auf eine mit der dissoziativen Grundstörung einhergehende Hemmung, sich die Anfälle erinnernd zu vergegenwärtigen. Dieses Phänomen sollte angesprochen werden: „Sie haben ja schon viele Anfälle durchgemacht, und doch fällt es Ihnen ganz schwer, sich an irgendein bestimmtes Ereignis zu erinnern. Fast, als gäbe es in Ihnen für vieles, was geschehen ist, eine Art Lösch Taste ...“ Manchmal kann es helfen, diese Vermeidung explizit anzusprechen: „Manchmal ist die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis so unangenehm, dass man die Erinnerung lieber vermeidet.“

Fallbeispiel 1: Patientin mit dissoziativen Anfällen reagiert auf die Eingangsfrage (Patientin 1, Alter 19 Jahre)¹

- Arzt: oder ham sie sich überleht was sie gerne selbst wissn oder klären möchtn
- Pat: nee <kurzes lachen> was
- Arzt: kann ja sein dass sie sich gedacht hätt dann kann ich ma dieses oder jenes fragen oder
- Pat: (4sec)nee weiß ich nich <leichtes lachen> nee einklich
- Arzt: sie wollen gar nix wissen, (5sec) is es denn für sie klar
- Pat: (5sec) mh mnö nich direkt ich mein ich krieg s halt nur erzählt wies aussieht und aber ich bi ja kein arzt ich kann das nich beurteiln
- Arzt: mmh aber sie merken sie und kriegn mit was davor is was d danach is vielleicht auch manchma was dabei is
- Pat: na dabei krie ich einglich nichts mit ja aber vorher merk ich ja auch gar nichts öh ich weiß halt nur dass ich danach halt sehr m matschich bin aber ich weiß es nich woran s liegt

Patient:innen mit epileptischen Anfällen initiieren dagegen häufig unaufgefordert narrative Rekonstruktionen bestimmter Anfallsepisoden wie die Patientin in Fallbeispiel 2.

Fallbeispiel 2: Patientin mit epileptischen Anfällen, die hier im Verlauf der Beschwerdeexploration selbst eine Anfallsepisode initiiert (Patientin 2, Alter 42 Jahre)

- Pat: und so äh im herbst achtennEUnzich bin ich mit meinem also sohn also spazieren gegangen <hustet> da hat das eigntlich bewusst begonnen, für mich (-) zumindest

(zu) bewusst m begonnen, <hustet> wir sind laTerne gegangen (-) <schluckt> und äh: hN auf einmal fing an: äh sich alles bei mir so zu drEhen es wurde (-) mir wurde schwindelich ich hatte das gefühl dass der boden (-) so wie wAtte war so äh: ja äh: schwAmmich ich also äh wenn man auftritt dass da kein boden IS obwohl da ja n boden WAR. (-) das lässt sich immer so schlecht beschreiben u:nd ä ich hatte so das gefühl dass das was ich SEhe so mein umfeld auf mich äh eben einkippt und äh dabei hatt ich ne stArke übelkeit (-) <schluckt> so n HITZEwelle gefühl vomhals bis in den bauchraum rein und so ungefähr also ich hatte das gefühl jetzt äh ja fließt kein blut mehr durch deinen körper. ne, ich äh jetzt kippste UM, oder (-) ne, äh JA <tonlos> fast so n gefühl jetzt äh würd ich sterben müssen, äh als wenn kei:n blut mehr durchn körper fließt, (-) und äh (-) ja ich wie gesacht ä es war nichts beSONderes oder so wir haben wir sind laterne gegangen also es war nich irgendwas weltbewegendes es hat mich aber (-) beUnruhigt

Wir bezeichnen die Detailliertheit der Anfallsbeschreibung und das Bemühen um Veranschaulichung als Formulierungsarbeit. Solche ist für das sprachliche Verhalten von Epilepsiepatient:innen typisch und bei dissoziativen Patient:innen kaum zu beobachten. Im älteren Schrifttum wird gern von Weitschweifigkeit als einem Merkmal von Mitteilungen Epilepsiekranker geredet, mit der Konnotation, sie teilten sich unnötig ausführlich mit. Liest man in Transkripten nach, was Patient:innen vermeintlich „weitschweifig“ zum Ausdruck zu bringen versuchen, mit immer wieder neuen Formulierungsansätzen, z. T auch Satzabbrüchen, Neustarts, Selbstkorrekturen etc., so erschließt sich darin regelhaft eine intensive Bemühung, *Formulierungsanstrengung* oder *Formulierungsarbeit* zu leisten [4], das Schwerfassbare von vor und in Anfällen Erlebtem dem Gegenüber zu vermitteln, wie dies in Fallbeispiel 2 deutlich wird.

Solche sprachliche Vermittlungsarbeit ist bei Patient:innen mit dissoziativen An-

fällen nicht zu beobachten. Deren im Gegenteil vorherrschende Tendenz, subjektives Erleben eher auszuspüren, kann thematisiert werden, etwa: „Wenn man überlegt, was bei Ihren Anfällen alles schon geschehen ist, kann man ja fast froh sein, dass Sie selbst kaum etwas davon zu wissen scheinen, was Sie selbst dabei erlebt haben. Aber vielleicht ist es auch eine Nachwirkung von etwas Schockierendem in der Vergangenheit, das es Ihnen schwer macht, es zu beschreiben.“

Patient:innen mit dissoziativen Anfällen verwenden in ihren erkrankungsbezogenen Äußerungen im Besonderen nicht kontextualisierte, also absolute bzw. uneingeschränkte Negationen signifikant häufiger, als Epilepsiepatient:innen dies tun (Merkmal 2 in ■ Tab. 1). Häufig treten diese in holistischen Aussagen der Art auf: „ich weiß (es) nicht“, „ich merke nix“ (Fallbeispiel 3). Sachverhalte durch Merkmale zu charakterisieren, die sie *nicht* auszeichnen, ist ein interessantes, unseres Wissens noch kaum untersuchtes interaktives Verfahren, das eine kommunikative, diskursive Bearbeitung verhindert.

Ist man in Gesprächen mit dissoziativen Patient:innen ihren häufigen Negationen ausgesetzt, kann es weiterführen, diese anzusprechen, etwa indem man sagt: „Wir wollen ja hier eigentlich ein bisschen klarer bekommen, was Ihnen immer wieder das Leben schwer macht, und indem wir das versuchen anzusprechen, sagen Sie vor allem, was dafür nicht typisch sei. Vielleicht wäre es einen Versuch wert, mal zur Sprache zu bringen, was Ihnen eigentlich vorschwebt, wenn Sie sagen, was etwas nicht ist.“ Nach unserer Erfahrung kann eine solche, metadiskursive Bemerkung unmittelbar weg von einer eher aussparenden auf eine beschreibende Ebene hinführen.

Item 3: „Verwischung“

Als Merkmal 3 führen wir in ■ Tab. 1 den Begriff der „Verwischungsaktivitäten“ ein. Als solche können jene Weisen des Sprechens bezeichnet werden, bei denen das in Rede Stehende, also ein Geschehen oder ein Sachverhalt etwa, statt im Mitteilungsverlauf deutlicher zu werden, eine stetige Verunklarung erfährt. In Anknüpfung an den psychoanalytischen Terminus „attacks on linking“ könnten Verwischungsaktivitä-

¹ In linguistischen Transkriptionen werden so viele Details erfasst, dass es für Ungeübte kaum möglich ist, den Gesprächsverlauf aus dem Transkript nachzuvollziehen. Wir haben für die Fallbeispiele hier deshalb nur die folgenden Merkmale übernommen: (-): kurze Pause (ca. 0,25 s); (--): mittlere Pause (ca. 0,50 s), (2s) gemessene Pause in Sekunden, <lachend>: sprachbegleitende Handlungen; akZENT: Primär- bzw. Hauptakzent, ?: hochsteigende Intonation, Frageintonation.

ten als „attacks on clarification“ bzw. als Attacken auf eine gemeinsame perspektivische Ausrichtung bezeichnet werden [3].

Verwischungsaktivitäten finden in Gesprächen mit dissoziativen Patient:innen häufig statt (s. auch Fallbeispiel 4), in Gesprächen mit Epilepsiepatient:innen praktisch nie. Sie zu erkennen kann den Interviewenden helfen, in ihnen aufkommende Verwunderung, was gerade geschieht, oder auch zunehmende Erschöpfung oder auch Ungeduld bis hin zu Schwindel besser zu begreifen.

Wenn man dieses konversationelle Verfahren „online“ in einem Gespräch erkennt, kann man es ansprechen, indem man z. B. sagt: „Irgendwie kriegen wir es gerade nicht so richtig hin, dass das, worüber wir sprechen, fassbarer wird. Mir wird davon fast ein bisschen taumelig. Vielleicht kennen Sie dieses Gefühl auch von sich selbst, dass etwas, was Sie eigentlich klarer kriegen möchten, sich immer mehr entzieht.“ Diese Art des Ansprechens eines Vorgangs, der in der Psychoanalyse „projektive Identifikation“ genannt wird, führt oft unmittelbar eine weiterführende Interaktion herbei.

Item 4: Lange Gesprächspausen

Bei Auszählung der in Transkripten ja stets auf die Sekunde genau erfassten Pausen zeigte sich, dass diese bei Patient:innen mit dissoziativen Anfällen hochsignifikant häufiger vorkommen und länger sind als bei Epilepsiepatient:innen (Fallbeispiel 3 und 4).

Im Gespräch vermittelt sich durch solche häufigen und oft langen Pausen eine zuweilen geradezu lähmende Leere. Psychodynamisch kann überlegt werden, ob solche Pausen verstanden werden können als Indikatoren eines spezifischen Geschehens der Aushandlung von Gesprächsinitiative und -führung bzw. auch einer Tendenz, („passiv-aggressiv“) die Gesprächsinitiative zu delegieren. Auch unbewusste Veränderungshemmnisse können für Pausen verantwortlich sein. Sie können manchmal verstanden werden als Angst der Betroffenen, dass ihnen die Anfälle und damit ihre Art, sich auszudrücken, genommen werden.

Man kann hierauf eingehen, etwa indem man sagt: „In unserem Gespräch tritt immer wieder eine eigentümliche Stille ein, und auch eine Art Unklarheit, wer von uns wann und wie das Gespräch fortsetzt. Insofern überlegen wir vielleicht noch mal, was Ihr Anliegen ist und was Sie selbst hier heute noch klarer kriegen möchten.“

Unterschiede zwischen Erwachsenen und Jugendlichen

Grundsätzlich haben unsere Analysen der 72 Anamnesegespräche mit jugendlichen Patient:innen im Alter zwischen 9 und 18 Jahren die in der **Tab. 1** aufgeführten Merkmale bestätigt. Im Unterschied zu Gesprächen mit erwachsenen Anfallspatient:innen verfügen Kinder und Jugendliche in der Regel jedoch nicht über ausgeprägte Erzählroutinen. Dies gilt umso mehr, als viele von ihnen erst wenige Anfälle, teilweise erst einen einzigen Anfall erlebt haben. Metaphorische Umschreibungen des Anfallsgeschehens sind deutlich seltener als bei erwachsenen Patient:innen, und der Anfallsablauf wird bei Kindern und Jugendlichen in der Regel nicht wie bei Erwachsenen mit Epilepsie unter beachtlichem Aufwand an Formulierungsarbeit rekonstruiert.

Auch sind Kinder und Jugendliche mit der Patient:innenrolle in der Begegnung mit der Ärztin/dem Arzt noch nicht vertraut und haben wenig Erfahrung damit, was Ärzt:innen von ihnen erwarten oder hören möchten. Sie sind diesbezüglich im besten Sinne naiv. Ihre Schilderungen sind deshalb unverfälscht und für die Auswertung im Rahmen unserer Diagnostik wertvoll. Eindrücklich treten daher einige der oben genannten Merkmale in reiner, unmittelbarer Gestalt in den Anfallsschilderungen der jugendlichen Patient:innen hervor. In der Anfallsbeschreibung dissoziativer Patient:innen gilt dies z. B. für immer wieder beobachtbare inhaltsfreie, verallgemeinernde Formulierungen, die durch lange Pausen unterbrochen sind.

Fallbeispiel 3: Jugendliche Patientin mit dissoziativen Anfällen reagiert auf Nachfrage des Arztes (Patientin 3, Alter 16 Jahre)

Arzt: (1s) und DANN?
 Pat: (---) und dann kOMmt das Anfall
 Arzt: (-) hm_hm; (1.12) und WO/ WAS kommt da?
 Pat: (1,6s) WEISS ich nicht; KEIne ahnung; (1.70) schwarze AUgen; (--) da bin ich ja nicht mehr DA so
 Arzt: (-) a HA
 Pat: (--) ich seh NIX mehr,
 Arzt: (.) hm_HM,
 Pat: (2s) und (--) WEISS ich nich;
 Arzt: hm_hm_hm;
 Pat: (2s) merke NIX;
 Arzt: (-) hm_HM;
 Pat: (5s) sonst HAB ich nix

Besonders bemerkenswert sind die oben genannten Verwischungsverfahren bei jugendlichen Patient:innen. Hierbei wird deutlich, dass auch bei kooperationsfreudigen Patient:innen begonnene Anfallsschilderungen in einer beeindruckenden Ausweichbewegung ins Vage abgleiten. Die begonnene narrative Rekonstruktion des Anfallsgeschehens wird sukzessive durch die oben beschriebenen inhaltsentleerten holistischen Statements ersetzt. Die Schilderung mündet in eine Gesamtgestalt, welche die Dissoziation auf sprachlicher, semantischer und prosodischer Ebene abbildet. Diese Gestalt wird abgeschlossen durch eine längere Interaktionspause, welche die Ratlosigkeit des Gegenübers anzeigt. Häufig erzwingen diese Verwischungsgestalten nicht nur längere Pausen, sondern auch einen Themenwechsel:

Fallbeispiel 4: Jugendliche Patientin mit dissoziativen Anfällen reagiert auf Nachfrage des Arztes (Patientin 4, Alter 15 Jahre)

Arzt: (1s) also ich hab geHÖrt du kippst
 UM (1s) ich KAnns Also äh nicht richtig VORstellen, hh
 Pat: hm, na es ist dann MEIstens äh (1s)ja schwierig zu sagen KOMmt MEIstens ziemlich plötzlich (3s) ich hab Auch schonmal drauf geACHtet also äh_verSUCHt drauf zu ACHten

auch_in welchem ZEITraum das so ist aber das (--) eigentlich immer unterschiedlich, (9s) ja so richtig beSCHREIBen Kann ich das nicht (14s) h° <<leiser werdend> (---) weiß ich jetzt grad nicht, (4s) äh

Die Klarheit, mit der sich in den Gesprächen differenzialdiagnostisch relevante Merkmale bei jugendlichen Patient:innen zu erkennen geben, wird auch bei Fragen nach der Möglichkeit zur Anfallsvermeidung oder Anfallsunterbrechung deutlich. Jugendliche Patient:innen mit dissoziativen Anfällen weisen die Möglichkeit zur Anfallsunterbrechung mit großer Bestimmtheit von sich. Dabei greifen sie zu Formulierungen, in denen die Dissoziation in sprachlicher Gestalt greifbar wird.

Fallbeispiel 5: Die Patientin aus Fallbeispiel 4 wird nach Anfallsunterbrechungsstrategien gefragt

- Arzt: was ist DANN, k/ können sie da was NOCH tUn? oder was/was machen
- Pat: NEIN;(-) da kann ich nicht mehr REDen da bin ich nicht mehr dA;(-) da bin/muss ich mich hinsetzen und mich AUSruhen; denn warten bis ich wieder DA bin; (---) und mein KÖRper,
- Arzt: (1.03) aHA, (2.56) ahja aber bisschen sind sie ja noch da wenn sie sich HINsetzen können, BISSchen was gEht ja,
- Pat: (-) NEIN;
- Arzt: ahSO;
- Pat: (2.04) erst SPÄter komm ich wieder,
- Arzt: (--) hm_hm;
- Pat: (1.70) DAUert ein bisschen;

Damit sich die oben beschriebenen sprachlich-kommunikativen Merkmale der Anfallsschilderung offenbaren, ist es wichtig, das Gespräch mit den Kindern und Jugendlichen allein zu führen, d.h. ohne die Bezugspersonen, die oft dazu neigen, für ihre Kinder zu sprechen. Das individuelle Entwicklungsalter sollte in der Gesprächsführung mit dem Kind oder Jugendlichen besonders berücksichtigt werden. In Abwesenheit der Bezugspersonen sollte durch die gesprächsführenden Ärzt:innen Sicherheit,

Unvoreingenommenheit und Offenheit für die Relevantsetzungen der jungen Patient:innen vermittelt werden.

Diskussion

Die Unterschiede in der Art, wie Patient:innen mit epileptischen Anfällen und wie Patient:innen mit dissoziativen Anfällen ihre Symptomatik schildern, wurden Ende des letzten Jahrhunderts erstmals beschrieben [5]. Seither konnten Studien aus England, Italien, Frankreich, China und Russland die ursprünglichen Beobachtungen bestätigen und belegen, dass es sich nicht um sprach- oder kulturspezifische Phänomene handelt [1, 2, 10, 13]. Zentrale Aspekte der qualitativen Ergebnisse wurden inzwischen auch mithilfe automatisierter Analysen repliziert [9].

Mitschnitte des Gesprächs und Arbeit am Transkript sind unverzichtbar, um Ärzt:innen zu sensibilisieren, dass sie ihre Aufmerksamkeit nicht nur auf die Inhalte lenken, sondern auch darauf, wie diese dargestellt und formuliert werden. Das lässt sich exemplarisch an einzelnen Fällen lernen und bildet dann die Grundlage für Beobachtungen in alltäglichen Gesprächen mit Patienten.

Eine Studie aus England konnte bereits belegen, dass Ärzt:innen nach einer eintägigen Einarbeitung in die Methode des Kommunikationsverhalten der Patient:innen auch ohne detaillierte transkriptionsgestützte Analyse so weit erfassen können, dass sie eine relativ sichere differenzialdiagnostische Einschätzung treffen können, ob es sich um die Schilderung eines epileptischen und oder die Schilderung eines dissoziativen Anfalls handelt [6]. Wir können in unserer Arbeitsgruppe zeigen, dass Ärzt:innen, die ein eintägiges Training absolvieren, vorgespielte Gesprächsmitschnitte in knapp 90 % der Fälle den Diagnosen epileptische Anfälle vs. dissoziative Anfälle richtig zuordnen können (Publikation in Vorbereitung). Auch für die Differenzialdiagnostik zwischen organisch bedingten und funktionellen Bauchschmerzen konnten wir valide Unterschiede im Gesprächsverhalten nachweisen [8].

Trotz dieser ermutigenden Ergebnisse bleibt das Video-EEG-Monitoring der Goldstandard in der Differenzialdiagnostik un-

klarer Anfallsereignisse. Die Einbeziehung von Beobachtungen aus der Interaktion kann hier nur ergänzen. Ob die hohe Trefferquote, die Teilnehmende des Trainings zeigten, auch dann erreicht wird, wenn sie das Verfahren in ihrem klinischen Alltag, also live anwenden, prüfen wir derzeit in einer Multicenterstudie (DRKS-ID: DRKS00033765).

Fazit für die Praxis

- Wer die kommunikativen Besonderheiten von Patient:innen mit dissoziativen Anfällen kennt, kann dieses Krankheitsbild oft schon im Erstgespräch identifizieren. Eine frühzeitige Diagnose erspart den Patient:innen viele diagnostische Prozeduren und eine unter Umständen jahrelange Fehlbehandlung.
- Man kann die Kenntnis dieser Interaktionsmuster auch in der Therapie nutzen. Oft zeigen sich schon im Erstgespräch Interaktionsmuster und Psychodynamiken, die sich dann auch in der Therapie als wesentlich für das Verständnis und die Arbeit mit den Patient:innen zeigen.

Korrespondenzadresse

Dr. Joachim Opp

Sozialpädiatrisches Zentrum und Neuropädiatrie, Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
Virchowstr. 20, 46047 Oberhausen, Deutschland
joachim.opp@eko.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Opp, M. Schöndienst, K. Kreul, M. Reuber, E. Gülich, J. Höfler und B. Frank-Job geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Gesprächsmitschnitte wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt (DRKS-ID: DRKS00032889). Von allen beteiligten Patient/-innen liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbil-

dungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Biberon J, De Liege A, De Toffol B et al (2020) Differentiating PNES from epileptic seizures using conversational analysis on French patients: A prospective blinded study. *Epilepsy Behav* 111:107239
2. Cornaggia CM, Di Rosa G, Polita M et al (2016) Conversation analysis in the differentiation of psychogenic nonepileptic and epileptic seizures in pediatric and adolescent settings. *Epilepsy Behav* 62:231–238
3. Frank-Job B (2021) Aushandlungen von Wissenszuständen in Gesprächen mit jugendlichen Anfallspatienten. In: Genz J, Gévaudan P (Hrsg) *Polyphonie in literarischen, medizinischen und pflegewissenschaftlichen Textsorten*. V&R unipress, Göttingen, S 157–176
4. Gülich E (2021) „Ich dachte, Sie stellen Fragen.“ Irritationen und Aushandlungsprozesse im Zusammenhang mit Gattungserwartungen. In: Beate W, Katharina K, Wolfgang I, Lars W (eds) *Verfestigungen in der Interaktion*. De Gruyter, Berlin, Boston, p 83–110
5. Gülich E, Schöndienst M (1999) „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“ Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differenzialdiagnostische und therapeutische Aspekte. *Psychother Sozialwiss Z Qual Forsch* 1:199–227
6. Jenkins L, Cosgrove J, Chappell P et al (2016) Neurologists can identify diagnostic linguistic features during routine seizure clinic interactions: results of a one-day teaching intervention. *Epilepsy Behav* 64:257–261
7. Opp J, Frank-Job B (2017) Hypothesen zur Genese dissoziativer Anfälle anhand der Anfallsschilderungen. *Z Epileptol* 30:34–38
8. Opp J, Schurmann M, Jenke A et al (2024) Drawing the abdominal pain: A powerful tool to distinguish between organic and functional abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 78:846–852
9. Pevy N, Christensen H, Walker T et al (2021) Feasibility of using an automated analysis of formulation effort in patients' spoken seizure descriptions in the differential diagnosis of epileptic and nonepileptic seizures. *Seizure* 91:141–145
10. Schwabe M, Reuber M, Schöndienst M et al (2008) Listening to people with seizures: how can linguistic analysis help in the differential diagnosis of seizure disorders? *Commun Med* 5:59–72
11. Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D et al (2009) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforsch – Online-zeitschrift Zur Verbalen Interakt* 10:353–402
12. Stone J, Carson AJ (2013) The unbearable lightheadedness of seizing: wilful submission to dissociative (non-epileptic) seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 84:822–824

Epilepsy and dissociative seizures. Communicative characteristics and their implications for diagnostics and treatment

This article presents a narrative review describing the special features of the interaction of patients with dissociative seizures. It shows the potential in the knowledge of these features for the differential diagnosis of epileptic and dissociative seizures and their utility and application in clinical practice. Patients with epileptic seizures use the session with the physician to explain as much as possible about what happens during the seizures and how they are trying to cope with the seizures. We describe the way the communication differs from that when talking to patients with dissociative seizures: they tend to talk about the seizures without providing details and without describing the subjective experiences of the seizures. The descriptions usually stress the extent to which they are at the mercy of what is happening. They tend to become irritated by further questions about the experiences during the seizures and steer the conversation in other directions. To ensure that conversations with patients affected by dissociative seizures are helpful, it is important to be aware of these communicative peculiarities and to have insights into their importance for the diagnosis and treatment. We make definitive suggestions on how clinicians can deal with their own irritation and with the patient's statements in such a way that both sides gain a deeper understanding of the problem. In this way the initial conversation can initiate the start of the therapeutic work. When children and adolescents are presented for clarification of seizure events, the differences in the presentation are usually even more readily apparent as they have less routine narrative and usually a much shorter medical history.

Keywords

Conversation analysis · Children · History taking · Coping strategy · Differential diagnosis

13. Yao Y, Ma W, Reuber M (2017) Conversation analysis in differential diagnosis between epileptic seizure and psychogenic nonepileptic seizure. *Chinese. J Neurol* 50:266–270

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.

