

Liebenauer Gesundheits-Info

Psychiatrisch-neurologische Informationen der Stiftung Liebenau

SEELISCHE STÖRUNGEN BEI EPILEPSIE (2)

Häufigkeit - Verlauf - seelische Störungen bei Epilepsie: Psychosen, Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen - pharmakogene Wesens-Änderung - psycho-reaktive Veränderungen - u. a.

Epileptische Erkrankungen gehören mit 0,5 bis 1% der Gesamtbevölkerung und 33,3 Neu-Erkrankungen pro 100.000 Einwohnern pro Jahr zu den häufigsten neurologischen Leiden. Einzelheiten zu Diagnose, Klassifikation, Beschwerdebild, Verlauf u. a. finden sich im vorangegangenen Beitrag.

Jetzt soll es um ein unterschätztes, ja, nach Experten-Meinung verkanntes und „untertherapiertes“ Kapitel gehen, nämlich seelische und psychosoziale Störungen bei Epilepsie. Denn bezogen auf ihre Lebenszeit erleiden wahrscheinlich mehr als die Hälfte aller Epilepsie-Betroffenen auch Psychosen, Depressionen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen, von den nachvollziehbaren Reaktionen auf die Belastung des Leidens ganz zu schweigen.

Dies betrifft vor allem Patienten mit Temporallappen-(Schläfenlappen-)Epilepsie, auch als komplex-fokale Anfälle bezeichnet. Außerdem jene Krankheiten, die nur unbefriedigend oder gar nicht auf antiepileptisch wirksame Arzneimittel ansprechen. Die Bedeutung des Problems für den Alltag wird auch dadurch ersichtlich, dass diese Patienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein um das 4- bis 5-fach erhöhtes Suizid-Risiko aufweisen.

Die Internationale Liga gegen Epilepsie (ILAE) drängt deshalb vermehrt auf eine Klärung, vor allem was die so genannten neuro-psychiatrischen Störungen angeht. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht:

Dabei unterscheidet man je nach Zeitablauf des Anfallsgeschehens psychische Symptome als Anfalls-Vorposten (Fachbegriff: Prodromi) oder die Aura (kurz vor Anfallsbeginn); ferner Krankheitszeichen als Haupt-Bestandteil des Anfallsgeschehens (Fachbegriff: ictal), nach dem Anfall (postiktal) und schließlich im anfallsfreien Intervall (interiktal). Außerdem gibt es noch die so genannten Alternativ-Psychosen (siehe später).

Nachfolgend nun eine Übersicht über die einzelnen seelischen Symptome oder Syndrome (zusammengehörige Krankheitszeichen) bzw. konkrete Krankheitsbilder im Zusammenhang mit epileptischen Erkrankungen:

- **Psychosen bei Epilepsie**

Eine Psychose ist populärmedizinisch eine „Geisteskrankheit“, fachlich gesprochen eine Störung, „bei der die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein solches Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Realitätsbezug, Einsicht und die Fähigkeit zu sehr gestört sind, um einigen der üblichen Lebensanforderungen noch zu entsprechen (Weltgesundheitsorganisation - WHO). Konkret heißt das: Halluzinationen, wahnhaftige Störungen oder bestimmte Formen schweren abnormen Verhaltens wie Erregungszustände, ausgeprägte seelisch-körperliche Hemmung u. a.

Man vermutet, dass etwa 4 bis 10% aller Epilepsie-Kranken damit zu kämpfen haben. In der Regel dominieren so genannte positive Symptome, also die erwähnten Sinnestäuschungen, wahnhaften Störungen u. a. Im Gegensatz zu schizophrenen Psychosen kommt es allerdings wesentlich seltener zu dem, was man eine affektive Verflachung („Gemüts-Verödung“) oder Residual-Syndrome (fortdauernde Rest-Beeinträchtigungen) nennt. Problematisch, ja mitunter riskant bis gefährlich sind die bisweilen heftigen Gemütsreaktionen.

Psychotische Zustände können in praktisch allen Verlaufsformen (vorher, während, danach, dazwischen) vorkommen. Am häufigsten sind sie bei generalisierten tonisch-klonischen (so genannten „großen“) oder komplex-fokalen Anfällen (vorwiegend bei Schläfenlappen-Epilepsie).

Gewöhnlich sind es paranoide (wahnhaftige) oder paranoid-halluzinatorische Symptome (Wahn- und Sinnestäuschungen) mit und ohne Störungen des Bewusstseins (d.h. Dämmerzustände oder allenfalls geringfügige Bewusstseins-Einengungen bzw. gar ein normales Bewusstsein).

Risikofaktoren sind lange Krankheitsdauer ohne vollständige Anfallsfreiheit, Kombination von Grand mal- und komplex-fokalen Anfällen, bestimmte (eher ältere) Antiepileptika sowie eine Psychose in der Vorgeschichte, d h. schon vor Ausbruch der Epilepsie.

Ein besonderes Problem ist die so genannte *interiktale* oder *paradoxe Psychose*, d. h. in den „gesunden“ Zwischenzeiten ohne Anfälle. Hier liegt meist eine mehrjährige Epilepsie-Erkrankung vor, oft schon seit der Jugendzeit, bis dann nach oftmals vielen Jahren (im Schnitt 14) schließlich auch noch eine solche Psychose ausbricht, meist mit optischen Halluzinationen (Gesichts-Trugwahrnehmungen), seltener auch mit akustischen (Stimmen, Geräusche u. a.). Die Wahn-Inhalte beziehen sich häufig auf religiös-mystische Themen.

Im Gegensatz dazu bilden sich bei Psychosen *nach* dem Anfall eher maniforme (hochgestimmte und angetriebene) Erscheinungsbilder aus mit euphorisch-ekstatischer Stimmungslage (inhaltsloses Glücksgefühl, „außer sich sein“ u. a.). Dabei aber auch Todesangst, bis hin zu selbst- oder fremd-aggressiven Durchbrüchen (Gewalt gegen sich selber und/oder andere).

Ein verwirrendes Phänomen ist die so genannte *Alternativ-Psychose*. Sie kann dann auftreten, wenn spontan oder durch erfolgreiche antiepileptische Behandlung die epileptischen Anfälle zurückgehen bzw. verschwinden, bis hin zu einem normalen elektroenzephalographischen Befund (EEG).

Oder kurz: Entweder Anfälle oder Psychose. Leider keine sehr erfreuliche Alternative, an der also auch - paradoxerweise - Antiepileptika beteiligt sind.

• Depressionen bei Epilepsie

Depressive Zustände scheinen bei epilepsiekranken Menschen häufiger als bei anderen mit chronischen Krankheiten vorzukommen. Umgekehrt – interessanterweise – findet man bei ursprünglich nur depressiven Patienten auch eine Häufung von Epilepsien (was sich nicht allein durch epilepsie-auslösende Antidepressiva erklären lässt).

Wahrscheinlich handelt es sich um eine biologische Beziehung zwischen beiden Erkrankungen. Außerdem hängt die Häufigkeit depressiver Störungen bei Epileptikern mit der Schwere der epileptischen Erkrankung zusammen. Auch scheint die Stimmungslage auf die Lebensqualität der Betroffenen mehr Einfluss zu haben als die Häufigkeit der epileptischen Anfälle.

Auch hier unterscheidet man zwischen Depressionen vor, während und nach den Anfällen sowie dazwischen und alternativ.

Bei den Verstimmungen vor den Anfällen finden sich vor allem Dysphorie (Missstimmung), Ängste und Reizbarkeit, seltener ausgeprägte depressive Stimmungstiefs. Während des Anfalls sind die Gemüts-Beeinträchtigungen am ehesten in Form einer Aura (kurz vor Anfallsbeginn) zu finden. Nach dem Anfall halten die Depressionen in der Regel nur kurz an, können aber immer wieder auftreten, ja, aufgrund begleitender Suizid-Impulse durchaus gefährlich werden.

Am häufigsten sind die Verstimmungen zwischen den Anfällen und das meist auch noch ohne jede Beziehung zur Anfalls-Aktivität. Reagieren die Patienten depressiv, obgleich ihre Anfälle antiepileptisch erfolgreich behandelt werden konnten, spricht man auch hier von einer *alternativen Depression* (wiederum mit der Möglichkeit der Normalisierung des EEG).

Das Beschwerdebild einer Epilepsie-Depression entspricht in der Regel nicht dem, was man sonst bei Depressionen vorfindet. Dieser Depressions-Schwer-

punkt liegt eher auf einer gedrückten Stimmung, matt, energielos, antriebsarm, Schlafstörungen, allgemeine und konkrete Ängste (Phobien), teils euphorische (inhaltslos hochgestimmt), teils gereizte Verstimmungen sowie körperliche Beschwerden bis hin zu Schmerzen, aber ohne organischen Befund.

Die depressiven Zustände zwischen den Anfällen brechen frühestens zwei Jahre nach Ausbruch einer Epilepsie aus und halten charakteristischerweise nur wenige Tage, ja Stunden an. Dabei kann es auch Übergänge zu psychotischen Zustandsbildern geben. Bedenklich ist auch hier die erhöhte Suizidgefahr.

Nicht zu unterschätzen sind depressive Verstimmungen als Folge antiepileptischer Behandlung. Tatsächlich sind für mehrere Antiepileptika so genannte depressiogene Effekte als mögliche unerwünschte Arzneimittel-Wirkung bekannt, d. h. Depressionen als Nebenwirkung.

• **Angststörungen bei Epilepsie**

Angststörungen nehmen schon generell zu. Das betrifft auch die Epilepsie-Patienten, wobei diese unselige Kombination natürlich so alt ist wie das Leiden selber, nur heute gezielter erkannt und behandelt. Insbesondere ältere Epilepsie-Kranke leiden häufig unter Angststörungen.

Auch hier unterteilt man in Angstsymptome vor, während, nach einem epileptischen Anfall und dazwischen. Außerdem kommen Angststörungen auch im Rahmen der Kombination Epilepsie/Psychose bzw. Epilepsie/Depressionen vor und - nicht zu unterschätzen - als Furcht der Epilepsie-Betroffenen vor den Folgen ihres Leidens (s. u.).

Angststörungen finden sich aber bei den Epilepsien beispielsweise auch als Angst-Aura sowie konkrete Furcht als psychologisch verstehbare Reaktion um den Anfall herum. Es können aber auch Angstzustände Stunden bis Tage dem nächsten Anfall vorausgehen. Und sie können als Nebenwirkung von ansonsten unverzichtbaren Antiepileptika belasten.

Die häufigsten Angst-Formen bei Epilepsie sind auch die Gleichen wie bei reinen Angststörungen. Beispiele: Panikattacken (überfallartige Angstzustände), Agoraphobie (Vielzahl von angstausslösenden Ursachen), Sozialphobie (die krankhafte Angst vor den anderen), Generalisierte Angststörung (krankhaft andauernde Erwartungsangst) sowie posttraumatische Belastungsstörung (seelische Verwundung mit Langzeitfolgen, z. B. auch Anfall als Trauma).

Interessanterweise kommen Angststörungen bei Epilepsie-Patienten häufig vor dem erstmaligen Ausbruch der Anfälle und in der Familien-Anamnese (Vorgeschichte) vor.

• Persönlichkeitsstörungen bei Epilepsie

Persönlichkeitsstörungen sind ein schwieriges Kapitel, nicht nur in der Psychiatrie. Auch im Rahmen der Epilepsien werden sie schon lange diskutiert. Tatsächlich finden sich Persönlichkeitsstörungen bei Epilepsie gegenüber der Normalbevölkerung leicht erhöht. Einiges geht auf die Erkrankung zurück, anderes auf die Nebenwirkungen von Antiepileptika und nicht Weniges auf die psychosoziale Reaktion der Betroffenen auf ihr Leiden mit entsprechenden Konsequenzen im Alltag.

Das frühere Konzept der „epileptischen Wesensänderung“, eine ohnehin unglücklich gewählte Bezeichnung, entspricht im Übrigen nicht mehr den heutigen Kenntnissen der Wissenschaft. Trotzdem bleiben einige Symptome übrig, die diagnostisch und klassifikatorisch eingeordnet werden müssen. Dies betrifft vor allem die Schläfenlappen-Epilepsie.

Inzwischen spricht man von einer „*interiktalen Persönlichkeitsstörung*“, die allerdings im Wesentlichen jene Symptome enthält, die die frühere „epileptische Wesensänderung“ betrafen.

Beispiele: viskös (mangelnde Umstellungsfähigkeit und Wendigkeit, zähflüssiger Gedankengang usw.), humorlos, Neigung zu Traurigkeit, Ärger, aber auch Reizbarkeit, veränderte (eher gedämpfte) Sexualität, Umständlichkeit, Paranoia (wahnhaft Reaktionen), Schuldgefühle, Hyper-Religiosität, Schicksalsglaube, überzogenes philosophisches Interesse, Euphorie (inhaltsloses Glücksgefühl), gesteigerte Emotionalität (Gefühlsbezogenheit, „Gefühlsduselei“), Neigung zu Abhängigkeit oder gar Passivität, zu Zwanghaftigkeit und einer Art Hyper-Moralismus, der sich auch schriftlich in einem überzogen moralisierend-religiösen Gepräge ausdrücken kann.

Diese Hinweise können, aber müssen nicht zutreffen, schon gar nicht alle, insbesondere nicht ausschließlich der Schläfenlappen-Epilepsie zugeordnet. Sie sind wissenschaftlich noch in Diskussion und warten nun auf ihre Verifizierung (statistisch tragbare Beweislage).

Zwei Aspekte sind es schließlich noch, die zwar schon anklingen, aber noch einmal kurz zusammengefasst werden sollen: 1. die pharmakogenen Veränderungen (durch Arzneimittel) und 2. die psychosoziale Reaktion der Betroffenen. Im Einzelnen:

• Pharmakogene Wesens-Änderung

Die pharmakogene (medikamentös bedingte) Wesens-Änderung bezieht sich meistens auf die unerwünschten Begleiterscheinungen der an sich unverzichtbaren Antikonvulsiva/Antiepileptika:

In psychischer Hinsicht sind es beispielsweise Dämpfung mit Beeinträchtigung von Merkfähigkeit, Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit, seelischem und psychomotorischem (Bewegungs-)Tempo sowie Denkvermögen. Es sind aber auch Hyperaktivität, Schlafstörungen, Reizbarkeit und emotionale (Gemüts-)Labilität möglich.

Deshalb gilt es einen Kompromiss zu finden zwischen medikamentös erfolgreicher Anfalls-Freiheit und unangenehmen, belastenden oder nicht hinnehmbaren Nebenwirkungen.

• **Psycho-reaktive Veränderungen**

Die psycho-reaktiven Folgen gehen zumeist auf Zurücksetzung und Minderwertigkeitsgefühle zurück. Durch Anfälle sowie organisch und/oder medikamentös bedingte seelische und psychosoziale Folgen nehmen die Betroffenen in der Familie und am Arbeitsplatz eine Außenseiter-Stellung ein. In der Familie werden sie meist überfürsorglich behandelt, am Arbeitsplatz benachteiligt und abgelehnt.

Vieles darf wegen der Eigen-Gefährdung durch Anfälle nicht mehr ausgeübt werden. Auch Beschäftigungen mit Publikumsverkehr oder Arbeiten, bei denen ständige Aufmerksamkeit erforderlich ist (z. B. Kontrolle von Mess-Geräten) können nicht ohne weiteres übernommen werden.

Für manche Tätigkeiten ist ein Teil der Patienten zu verlangsamt. Das Fahren eines Kraftfahrzeuges bedarf einer besonderen Prüfung und Kontrolle, was ohne diese Erlaubnis schon den Weg zum Arbeitsplatz zu einem Problem werden lässt. Freizeitaktivitäten wie Schwimmen, Radfahren, Rudern u. a. müssen aufgegeben oder können nur mit einer Kontrollperson ausgeführt werden. Die Teilnahme am Vereinsleben ist eingeschränkt, nicht zuletzt wegen des dort häufig üblichen Alkoholkonsums.

Schlussfolgerung

Es klang schon einmal zu Beginn des Kapitels an: Anfälle im Rahmen einer Epilepsie lassen sich mit den heutigen medikamentösen Möglichkeiten in der Regel gut beherrschen. Viele Patienten werden aber eher durch die psychosozialen Konsequenzen dieses Leidens und natürlich mögliche seelische Begleiterscheinungen zermüht.

Es ist deshalb unerlässlich, vor allem auf diese Belastungen zu achten, mit dem Patienten (und seinen Angehörigen) zu besprechen und alle, d. h. psychotherapeutische, medikamentöse und Alltags-Hilfen zu nutzen, die glücklicherweise reichlich zur Verfügung stehen – eine koordinierte haus- und nervenärztliche Betreuung vorausgesetzt.

Literatur

- Ausführliche Darstellung mit Literatur-Hinweisen in:
www.psychosoziale-gesundheit.net
- Gesamt-Übersicht in:
*Volker Faust: **Von Amok bis Zwang.*** ecomed, Landsberg 2011