Österreichische Sektion der
Internationalen Liga gegen Epilepsie

Mitteilungen

Vorstand:
Martha Feucht
(1. Vorsitzende)
Christoph Baumgartner
(2. Vorsitzender)
Bruno Mamoli
(3. Vorsitzender)
Eugen Trinka
(1. Sekretär)
Barbara Plecko
(2. Sekretärin)
Martin Graf
(Kassier)

Sekretariat der Gesellschaft:
p.A. Univ.-Klinik für Neurologie
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
Sekretärin:
Frau Ch. Adler
Tel.: 01/40 400–37 28
Fax: 01/40 400–31 41
E-Mail:
oe.sektion-ILAE@meduniwien.ac.at

Redaktion:
M. Graf
Abteilung für Neurologie
SMZ-Ost – Donauspital
A-1220 Wien
Langobardenstraße 122
E-Mail: mcgraf@aon.at

E. Trinka
Univ.-Klinik f. Neurologie
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Homepage:
www.medicalnet.at/oe.sektion-ILAE

Verlag:
Krause & Pachernegg GmbH,
A-3003 Gablitz,
Mozartgasse 10
Druck: Floramedia Austria,
Missindorfstraße 21,
A-1140 Wien

Trimble M, Trinka E

Psychosen und Epilepsie

Mitteilungen der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie 2002; 2 (1), 3-4

Homepage:

www.kup.at/ilae

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Psychosen und Epilepsie

M. Trimble[1], E. Trinka[2]

Die Geschichte der Beschreibung von epileptischen Psychosen geht weit in das 19. Jahrhundert zurück. Morel prägte 1860 den Terminus *„Épilepsie larvée“* und beobachtete bei seiner Untersuchung von 70 Anstaltspatienten mit Epilepsie zunächst eine Initialphase, die von Charakterstörungen gefolgt war und schließlich zum geistigen Verfall führte (*irritabilité, colère épileptique, fureur épileptique*). Im gleichen Jahr beschrieb Falret Psychosen bei Epilepsien als *„grand mal intellectuell“* in seinem Hauptwerk *„De l´ètat mental des èpileptiques“*. Auch im deutschsprachigen Raum beschrieb man diese Zustände: Griesinger, 1868, nannte dieses Phänomen *„epileptoide Zustände“*, Hoffmann, 1872, *„Epilepsieäquivalent“* und Samt, 1875, *„Epileptische Irreseinsformen“*. Diese Termini bezeichnen das, was man heute im DSM IV etwas reduktionistisch als *„Psychoses due to a general medical condition“* beschreibt. In epidemiologischen Studien wird die Rate von Psychosen bei Epilepsien zwischen 2 und 9 % angegeben, eine Einteilung kann anhand der zeitlichen Beziehung zwischen Psychose und epileptischem Anfall in periiktale Psychosen, postiktale Psychosen und interiktale Psychosen vorgenommen werden.

Die postiktalen Psychosen stellen rund 25 % aller epileptischen Psychosen dar [Schmitz 1988, Dongier 1959]. Diese treten meist nach einer Serie von Grand mal-Anfällen oder von komplex-fokalen Anfällen auf [Savard et al. 1991] und haben eine „polymorphe Symptomatik“. Stimmung, Bewußtsein und Orientierung sind fluktuierend, es treten paranoide Bilder auf, manchmal begleitet von aggressivem Verhalten. Die Halluzinationen haben manchmal religiöse Inhalte (z. B. Gott, Engel, Teufel). Dem Auftreten der psychotischen Symptomatik geht charakteristischerweise ein sogenanntes luzides Intervall voraus, dieses beträgt 24 bis 48 Stunden nach Savard et al. 1991, während ältere Studien [Sommer 1881] ein variables Intervall zwischen 1 und 6 Tagen berichten. Die postiktale Psychose geht selten in chronische schizophreniforme Psychosen über [Wolf 1976]. Der Pathomechanismus ist ungeklärt; die Interpretationen reichen von einem funktionellen Defizit in Analogie zur Todd'schen Parese bis zu einer verstärkten postiktalen Dopamin-Sensitivität [Logsdail & Toone 1988]. Als auslösende Ursachen können oft Compliance-Probleme oder eine Serie von Alkoholentzugsanfällen erkannt werden.

Davon abgetrennt muß die periiktale Psychose betrachtet werden. Periiktale Psychosen gehen parallel mit der Anfallsaktivität einher, sie sind in der Regel kurz und selbstlimitiert. Typischerweise besteht eine Bewußtseinstrübung. Ursächlich liegt eine iktale Aktivität (komplex-fokaler Status, nichtkonvulsiver Status epilepticus) zugrunde. Periiktale Psychosen können als Komplikation im Rahmen des präoperativen Epilepsiemonitorings auftreten. Von manchen Autoren werden periiktale Ereignisse mit postiktalen Psychosen gleichgesetzt. Aufgrund des unterschiedlichen Pathomechanismus erscheint die Trennung jedoch sinnvoll.

Bei den interiktalen Psychosen besteht keine zeitliche Bindung zu den Anfällen, die Phänomenologie ist schizophrenieähnlich [Slater et al. 1963], wobei die Langzeitprognose jedoch besser als bei Schizophrenie selbst ist. Die Unterscheidung der epileptischen Psychosen nach der Beziehung zu den Anfällen erscheint sinnvoll, da eine therapeutische Konsequenz daraus zu ziehen ist. Während die periiktalen Psychosen mit Benzodiazepinen zu behandeln sind, muß bei interiktalen und postiktalen Psychosen an eine milde Neuroleptikagabe gedacht werden, dabei bieten sich in erster Linie Risperidon und Sulpirid an.

Als Besonderheit muß bei epileptischen Psychosen auf einen möglichen funktionellen Antagonismus zwischen epileptischen Anfällen und interiktalen EEG-Veränderungen auf der einen Seite und Psychosen auf der anderen Seite eingegangen werden. Hans Landolt, der als medizinischer Direktor der Züricher Epilepsieklinik in den Jahren 1971 bis 1975 tätig war, prägte den Begriff der forcierten Normalisierung: Darunter versteht man eine *„… Form von Dämmerzuständen, besonnen oder desorientiert, mit oder ohne Amnesie, ohne eindeutige Bewußtseinsminderung, … mit deutlich produktiv psychotischen Zügen … und während welcher die Kraftpotentiale verschwinden und das EEG sich … weitgehend normalisiert“*. Die Dauer dieser Phänomene ist kurz und trägt manchmal paranoide psychotische Züge. Die Episode wird durch einen Anfall beendet oder durch Entzug von Antikonvulsiva. Dabei tritt wieder das „übliche“ interiktale EEG auf. Bereits damals wurde eine Assoziation mit bestimmten Antiepileptika vermutet, so trat z. B. forcierte Normalisierung bei Gabe von Ethosuximid auf. Auch neuere Medikamente, wie z. B. Vigabatrin, Topiramat, Tiagabin oder Zonisamid, können psychotische Bilder im Rahmen einer forcierten Normalisierung triggern. Als Risikofaktoren können dabei affektive Störungen und Psychosen in der Vorgeschichte des Patienten eruiert werden. Auch bei den neuen Medikamenten Levetiracetam und bei der Vagusnerv-Stimulation sind forcierte Normalisierungen in Einzelfällen beschrieben worden. Der Mechanismus dieses funktionellen Antagonismus zwischen epileptischen Anfällen und psychotischen Phä-

[1]*Institute of Neurology, London;* [2]*Univ.-Klinik für Neurologie, Innsbruck*

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

nomenen ist ungeklärt. Möglicherweise spielt eine exzessive inhibitorische Aktivität durch vermehrte GABAerge Mechanismen eine Rolle.

Da die derzeit gebräuchlichen psychiatrischen Klassifikationsschemata keine differenzierte Betrachtungsweise der Psychosen bei Epilepsiepatienten erlauben, ist eine phänomenologische Einteilung anhand des zeitlichen Bezugs der Psychosen zu den Anfällen wichtig und auch therapeutisch sinnvoll. Iktale psychotische Bilder entsprechen einem nichtkonvulsiven Status epilepticus und sollen auch wie dieser mit antiepileptischer Medikation behandelt werden. Im Gegensatz dazu sprechen postiktale Psychosen auf niedrigdosierte Benzodiazepine und niedrigdosierte Neuroleptikagaben in der Regel gut an. Die chronische interiktale schizophreniforme Psychose steht in keinem Bezug zur Anfallsaktivität, weist aber im Vergleich zur Schizophrenie eine etwas günstigere Prognose auf. Als besonderes Phänomen wird die forcierte Normalisierung hervorgehoben, wobei als deren Charakteristikum ein funktioneller Antagonismus zwischen dem Verschwinden von interiktalen EEG-Veränderungen und dem Auftreten von psychotischen Bildern verstanden wird.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**