

# Liebenauer Gesundheits-Info

---

## Psychiatrisch-neurologische Informationen der Stiftung Liebenau

### **EPILEPSIEN (1)**

**Häufigkeit - historischer Überblick - berühmte Betroffene - Ursachen - Risikofaktoren - die wichtigsten Anfalls-Formen: Absence, Grand mal-Anfall, komplex-fokaler Anfall, hypermotorischer Anfall, tonischer Anfall, klonischer Anfall, myoklonischer Anfall, Impulsiv-Petit-Mal, Nick-Anfall u. a. - psychogene Anfälle - Stigmatisierungs-Gefahr**

Epileptische Anfälle machen betroffen. Es bringt nichts, sich hier etwas vorzumachen. Es hat auch keinen Sinn, berühmte Beispiele anzuführen, die trotz ihres Krampfleidens Großes leisteten (siehe Kasten). Er ist und bleibt beunruhigend, der Krampfanfall, vielleicht sogar ein Schock für die Umgebung und eine ständige Belastung und vor allem Unsicherheit für die Betroffenen.

Doch gerade Letzteres muss nicht mehr sein. Die heutigen therapeutischen Möglichkeiten mittels moderner Antiepileptika (auch Antikonvulsiva, also krampfverhindernde Arzneimittel genannt) vermitteln soviel Sicherheit wie noch nie zuvor. Das setzt allerdings einige Kenntnisse über diese *neurologische Krankheit mit seelischen und psychosozialen Konsequenzen* voraus. Also nicht nur das rechtzeitige Erkennen, sondern auch Anerkennen, Akzeptieren und damit den Gang zu Hausarzt und Facharzt, also zum Neurologen oder Nervenarzt.

Und natürlich die so genannte „Therapietreue“, also insbesondere die regelmäßige Einnahme der verordneten Antiepileptika. Damit steht und fällt alles: seelisch, geistig, körperlich, gesellschaftlich, beruflich, partnerschaftlich, kurz: das gesamte Leben betreffend, was denjenigen kaum auffällt, die gesund bleiben durften. Aber wie gesagt: Auch Menschen mit einer Epilepsie können heute so normal und unbehelligt leben und arbeiten wie andere auch. Das sollte man nicht vergessen.

### **Epilepsie in Zahlen**

Nicht vergessen werden dies vor allem die Betroffenen und ihre Angehörigen. Denn die Epilepsien sind einerseits so alt wie die Menschheit (siehe später) und zum anderen nicht selten. Sie sind in der ganzen Welt verbreitet, betreffen alle

Rassen und sozialen Schichten und jede Altersstufe (besonders in Kindheit und höherem Lebensalter).

Man schätzt, dass 1,5 bis 5% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens einen epileptischen Anfall bekommen (Fachbegriff: Lebenszeit-Prävalenz). Viele davon entwickeln aber keine chronische Epilepsie oder werden wieder anfallsfrei. Die Wahrscheinlichkeit, nach einem ersten Anfall einen zweiten zu bekommen, liegt aber bei etwa 50%, abhängig von Ursache, Art des Anfalls und natürlich von der Behandlung. Hoch ist auf jeden Fall die so genannte Dunkelziffer jener Betroffenen, die nicht erfasst, nicht korrekt diagnostiziert und damit auch nicht erfolgreich behandelt werden (können).

Man spricht von 8 bis 25% aller Epilepsie-Betroffenen. Weltweit leiden demnach mindestens 40 Millionen Menschen an einer ausgeprägteren Epilepsie. 100 Millionen erkranken irgendwann im Laufe ihres Lebens an kurzfristigen Beeinträchtigungen.

### **Die Folgen unzureichender Behandlung**

Psychosozial belastend sind dabei weniger die Anfälle, mehr die damit verbundenen zwischenmenschlichen und beruflichen Folgen. Beispiele: keine zureichende Schulbildung, höhere Beschäftigungslosen-Quote (2- bis 3-mal mehr als bei anderen Behinderungen), Neigung zur sozialen Isolation und zu Rückzug durch verringertes Selbstwertgefühl mit Hilflosigkeit und depressiven Verstimmungen, auf jeden Fall beeinträchtigte Lebensqualität (man denke nur an die begrenzte Bewegungsfreiheit aus Furcht vor „Anfällen“).

Besonders benachteiligt sind, wie erwähnt, Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen. Bei ihnen werden gezielte Diagnose und Therapie am ehesten versäumt. Dabei könnten Dreiviertel aller Erkrankten ein normales Leben führen (von den Kosten ganz zu schweigen, die sich allein in Europa auf zweistellige Milliarden-Beträge summieren).

### **Historischer Überblick**

Und dies bei einer Krankheit, die so alt ist wie die Menschheit. Interessanterweise nicht nur für Menschen, auch für nicht wenige Tierarten. Dies geht schon auf prähistorische Funde von Schädeln zurück: Trepanationen, also Eröffnungen des knöchernen Schädels, wahrscheinlich um „bösen Geistern“ die Flucht zu ermöglichen und damit die Patienten von ihrer „Fallsucht“ zu befreien.

Die Babylonier unterschieden schon im 8. Jahrhundert v. Chr. verschiedene Anfalls-Symptome (ja sogar tageszeitliche Anfalls-Schwerpunkte). Die alten Griechen nannten es die „Heilige Krankheit“ (und unterschieden heilbare von unheilbaren Epilepsien). Sogar der gnadenlose Sklaven-Markt im Mittelmeerraum sah

ein Rückgaberecht vor, wenn der gekaufte Unglückliche sich als Epileptiker erwies.

### **Große Geister trotz der „Heiligen Krankheit“**

Der bekannteste Epileptiker ist wahrscheinlich Julius Caesar. Sein Beispiel ist deshalb so nützlich, weil er nicht nur ein erfolgreicher Heerführer und führender Politiker seiner Zeit, sondern auch ein bekannter Schriftsteller war (de bello gallico, jeder Schüler der Latein lernt, muss ihn lesen).

Betroffen waren aber auch bedeutende Philosophen, bereits im Altertum (z. B. Pythagoras, jeder Schüler kennt ihn aus dem Mathematik-Unterricht). Und eine ganze Reihe von großen theologischen Denkern, Kirchenfürsten und Heiligen, und zwar nicht nur im Westen, auch in anderen Religionen. Von den gekrönten Häuptern ganz zu schweigen, die aber nicht unbedingt zu den prägenden Gestalten zählen müssen. Tröstlich hingegen wiederum Betroffene wie der Komponist Berlioz, die Dichter Flaubert und vor allem der sein Leiden treffend schildernde Dostojewskij, dazu der Maler Vincent van Gogh u.a.m.

Sie alle signalisieren vor allem eines: Die Epilepsien konnten große geistige Leistungen nicht schmälern, selbst in jenen Zeiten, in denen es keine antiepileptischen Medikamente gab. Umso weniger muss man sich heute Sorgen machen, vorausgesetzt man steht in ärztlicher Betreuung.

Das Mittelalter war düster, wie zumeist in medizinischer Hinsicht. Im 18. Jahrhundert entwickelte sich eine Art Grundlage der modernen Epileptologie (also der Wissenschaft von der Erforschung und Behandlung der Epilepsien). Damals wurden nahezu sämtliche Formen epileptischer Anfälle fachlich einwandfrei beschrieben. Im 20. Jahrhundert kam der Durchbruch, nämlich die Entdeckung der Elektroenzephalographie (EEG), der Möglichkeit, Hirnströme abzuleiten und damit eine krankhafte Hirnfunktion ohne großen Eingriff zu diagnostizieren. Jetzt konnten auch bisher kaum fassbare (unterschwellig ablaufende) Epilepsie-Formen erkannt werden, z. B. bei Früh- und Neugeborenen, bei Säuglingen, oder die so genannten epileptischen Dämmerzustände, das Petit-mal, der Status psychomotoricus u. a.

Heute können die Neurologen und Nervenärzte und hier vor allem die auf die Epilepsie spezialisierten Epileptologen auf modernste Technik zurückgreifen: videographische Doppelbilddaufzeichnungen mittels Telemetrie oder tragbarer Magnetband-Kassette, frequenz-analytische Messungen, evozierte Potentiale, das Mapping, die stereo-elektroenzephalographische Tiefenableitung, die Magnet-Enzephalographie, die computerisierte Hirntomographie (CT), die Kernspintomographie (MRI) u. a. Und parallel dazu die großen Fortschritte in der Erblichkeits-Forschung.

So gesehen sind die Epilepsien heute kein medizinisches bzw. neurologisches Problem mehr. Die Schwierigkeiten liegen auf psychosozialer Ebene. Hier muss vor allem mehr Aufklärung weiterhelfen. Dazu sind alle aufgerufen, auch wenn sie mit dieser Krankheit nicht direkt zu tun haben.

### **Woher kommen epileptische Anfälle?**

Der Anteil der Neu-Erkrankten pro Jahr ist alters-abhängig. In den ersten Lebensjahren trifft es relativ viele, fällt bei Jugendlichen und Erwachsenen im mittleren Lebensalter ab und nimmt dann im höheren Alter wieder zu. In letzter Zeit geht sie bei Kindern zurück und steigt bei Älteren wieder an. Die Ursachen sind wahrscheinlich verbesserte Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebensjahre in positiver Hinsicht sowie die (im Grunde ja auch positive) höhere Lebenserwartung mit aber entsprechendem Anstieg von Gefäßerkrankungen, insbesondere des Gehirns, im Alter.

Die häufigste Ursache aber ist die unklare Ursache: 60 bis 70% aller Epilepsien werden als idiopathisch (auf Deutsch: Ursache unbekannt) oder kryptogen (Ursache unbekannt, wahrscheinlich auf einer Hirnschädigung beruhend) bezeichnet. Nur in 30 bis 40% kennt man Ursache und Risikofaktoren und nennt sie deshalb symptomatisch (für eine bestimmte Krankheit kennzeichnend).

Die *Ursachen* und *Risikofaktoren* sind vielfältig: Gehirnschädigung vor, während oder unmittelbar nach der Geburt, angeborene Stoffwechseldefekte, Gehirnentzündung, Tumoren, Schädel-Hirn-Verletzungen, zerebrovaskuläre (Gehirngefäß-)Erkrankungen u. a. Im Kindesalter dominieren Schädigungen um die Geburt. Nach dem 25. Lebensjahr sind es insbesondere Hirntumore, Kopfunfälle und bei älteren Menschen Gehirngefäß-Erkrankungen (z. B. Hirnschlag).

Einzelne epileptische Anfälle können durch Fieber, Entzug von Schlaf, Alkohol oder bestimmten Beruhigungsmitteln (Entzugs-Anfälle), durch Flackerlicht, Hyperventilation (Hecheln), gewisse Medikamente oder vergiftungs-gefährliche Substanzen provoziert werden.

Die *Prognose* (Heilungsaussichten) sind günstig: 60 bis 80% werden – eine entsprechende Therapie und insbesondere Einnahme-Zuverlässigkeit vorausgesetzt – anfallsfrei.

### **Die wichtigsten Anfalls-Formen**

Unabhängig von noch offenen wissenschaftlichen Fragen unterteilt man im praktischen Alltag in folgende Anfälle:

- **Absence:** Verlust oder deutliche Einschränkung des Bewusstseins von kurzer Dauer mit plötzlichem Beginn und Ende (starrer Blick, Bewegungsstopp u. a.).

- **Grand mal-Anfall:** Diese schwerste Form epileptischer Anfälle, auch als generalisierter tonisch-klonischer Anfall bezeichnet, geht mit Bewusstseinsverlust einher, gelegentlich mit einem gepressten Schrei und oft mit einem Sturz mit zum Teil unangenehmen Verletzungen. Im tonischen Stadium kommt es zur Versteifung sämtlicher Gliedmaßen sowie der Gesichts-, Hals- und Rumpfmuskulatur. Im klonischen Stadium zeigen sich allgemeine Zuckungen, anfangs sehr fein und rasch, später langsamer, dafür an Heftigkeit und Bewegungs-Ausschlag zunehmend.

Das Bewusstsein ist erloschen, die Gesichtsfarbe anfangs blass, später bläulich gefärbt. Urinabgang, Speichelaustritt und Biss-Verletzungen (Zunge, Wange) sind häufig. Am Schluss allgemeine Muskel-Erschlaffung und prustende Atmung.

Die Bewusstlosigkeit geht in einen tiefen Nach-Schlaf von kurzer bis ggf. stundenlanger Dauer über. Ist er kurz, finden sich oft Dämmer- und Verwirrtheitszustände mit Bewegungsunruhe und Verknennung von Ort und Personen.

Manchmal geht einem solchen „Großen Anfall“ ein „Vorgefühl“ (Fachbegriff: Aura) voraus. Dann kann sich der Betreffende eher darauf einrichten und die Sturz-Folgen sind nicht so heftig.

- **Komplex-fokaler Anfall**, auch psychomotorischer Anfall genannt. Hier finden sich automatische, d. h. koordinierte, unwillkürliche, aber meist sinnlose Bewegungsabläufe, die sich oft gleichmäßig wiederholen. Beispiele: Schmatz-, Leck-, oder Kau- sowie Nestel-, Zupf- oder Wisch-Bewegungen mit den Händen. Manchmal auch Umhergehen oder Auskleiden. Möglich, wenn auch selten, sind sogar kritische Situationen, z. B. im Verkehr (Unfallverursachung ohne es zu registrieren). Für den Anfall-Ablauf besteht meist Erinnerungslosigkeit (Fachbegriff: Amnesie). Oft auch hier zu Beginn ein „Vorgefühl“ (Aura).

- **Hypermotorischer Anfall:** Wie beim psychomotorischen Anfall (s. o.), jedoch heftiger: Hin- und Herwerfen von Kopf und Körper, ausfahrende Arm- und Bein- sowie heftige Beckenbewegungen. Dabei Stöhnen, Schimpfen oder Jammern. Das Bewusstsein kann erhalten bleiben.

- **Tonischer Anfall:** längere Anspannung der Muskulatur. Beispiele: Beuge- oder Streck-Bewegung eines Armes, entsprechende Bewegungen in alle Richtungen des Kopfes oder des Schultergürtels. Danach ggf. kurze Muskelzuckungen oder Nestel-Bewegungen. Das Bewusstsein kann erhalten oder gestört sein.

- **Klonischer Anfall:** Zuckungen einer oder mehrerer Muskelgruppen (meist einseitig), rhythmisch und anhaltend mit deutlich sichtbarem Bewegungseffekt von Arm, Gesichtshälfte usw. Bewusstsein ungestört. Wenn sich die Zuckungen von einer umschriebenen Region (z. B. Hand oder Fuß schrittweise auf andere Körperteile ausbreiten, nennt man dies „motorische Jackson-Anfälle“).

- **Myoklonischer Anfall oder Impulsiv-Petit-Mal:** typische, meist beidseitige und symmetrisch auftretende Muskelzuckungen, an den Armen vor allem Richtung Unterarm/Hand. Bei Kleinkindern so genannter „Blitzanfall“ mit einer einzelnen heftigen Zuckung.
- **Nick-Anfall:** kurze ruckartige Vorwärtsbewegung des Kopfes, oft in Serie. Meist bei jüngeren Kindern.

## Psychogene Anfälle

Manchmal gibt es auch psychogene, d. h. rein seelische Anfälle, die durch unbewusste bzw. unverarbeitete seelische Konflikte ausgelöst werden. Sie sind - zumindest anfangs - oft schwer von echten Krampfanfällen abzugrenzen.

Dennoch gibt es einige wichtige Unterschiede: So sind die seelisch bedingten Anfälle nicht so rhythmisch oder symmetrisch wie bei der Epilepsie, eher strampelnd, bisweilen auch zielbewusst, z. B. in Richtung des Beobachters schlagend.

Mitunter kommt es zu hysterisch erscheinenden Reaktionsweisen, die selbst dem unbefangenen Beobachter auffallen: Der zu Schaum geschlagene Speichel und das blaue Anlaufen finden sich nicht, Zungenbiss und Einnässen nur selten. Beim Versuch, dem Betroffenen die Augenlider zu öffnen, werden diese oft zugekniffen. Der Blick ist nicht starr wie beim echten Anfall, die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall. Auch Schmerzreize werden durchaus wahrgenommen und schwere Verletzungen wie Brüche oder größere Kopfplatzwunden ergeben sich kaum.

Beweisend für einen seelisch bedingten „Großen Anfall“ ist das vollständig erhaltene Bewusstsein. Auch der Schrei zu Beginn eines epileptischen Anfalls ist fast unmöglich nachzumachen. Schließlich laufen epileptische Anfälle fast immer relativ gleich ab, während seelisch ausgelöste häufig sehr unterschiedlich ausfallen.

Auch bekommt der Epileptiker seinen Anfall unabhängig davon wer zuschaut oder nicht (so auch häufig nachts, im Bett). Bei seelisch bedingten Anfällen finden sich meist Menschen-Ansammlungen oder für den Betreffenden wichtige Personen in der Nähe. Zuletzt erholt sich der Patient nach einem seelischen Anfall relativ schnell und zeigt kaum Benommenheit oder Verwirrtheit bzw. keinen tiefen anschließenden Schlaf.

Man muss allerdings auch zugestehen, dass nicht selten sowohl „echte“ epileptische als auch seelisch bedingte Anfälle zusammentreffen und dass manche Epileptiker ihre echten Anfälle auch bahnen können. Hier unterscheidet letztlich die Ableitung des Hirnstrombildes, das EEG.

## Stigmatisierung muss nicht sein

Was geschieht, wenn keine Anfalls-Freiheit erreicht werden kann, beispielsweise durch blanke Unkenntnis, auch durch Unwilligkeit, Gleichgültigkeit, falsche Ratschläge usw.? Dann drohen vielfältige Einschränkungen, die sich diejenigen, die gesund bleiben durften, gar nicht so recht vorstellen können.

Das beginnt mit der Anfälligkeit gegenüber anderen körperlichen und seelischen Erkrankungen, geht über Reise-Erlaubnisse (Flugreisen, bestimmte Impfungen), Aus- und Weiterbildung (Kindergarten, Schule, Lehre, Studium) sowie die Krankheitsverarbeitung bzw. -bewältigung in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft bis zu sportlichen Aktivitäten und schließlich Arbeitsplatz. Ganz zu schweigen von Fragen wie Kinderwunsch, Schwangerschaft, Fahrtauglichkeit und damit Führerschein, Haftungsprobleme usw.

Es lohnt sich also, sich zu informieren und - wenn es das Schicksal so will und die Diagnose Epilepsie wurde gestellt -, die heutigen therapeutischen Möglichkeiten zu nutzen. Denn das derzeitige Angebot an Antiepileptika hat einen solch hohen Stand erreicht, wie man sich das früher nicht vorzustellen hoffte.

Die bisweilen beklagte Stigmatisierung müsste eigentlich bei der Epilepsie nicht sein. Die Epilepsien müssten gar nicht „ent-stigmatisiert“ werden, wie gelegentlich gefordert wird, wenn die Betroffenen nur rechtzeitig diagnostiziert und konsequent therapiert würden. Beides ist inzwischen möglich. 4.000 Jahre Epilepsie-Geschichte haben es schließlich gebracht.

## Literatur

- Ausführliche Darstellung mit Literatur-Hinweisen in:

[www.psychosoziale-gesundheit.net](http://www.psychosoziale-gesundheit.net)

- Gesamt-Übersicht in:

*Volker Faust: Von Amok bis Zwang.* ecomed, Landsberg 2011