

# Interactie van epilepsie en psychiatrische problematiek: levensbedreigend

A.K. JONKER, J.J.F. VERKADE, A.W. DE WEERD

**SAMENVATTING** Epilepsie en psychiatrische problemen kunnen tegelijkertijd voorkomen en onverwacht interacties vertonen, waardoor levensbedreigende situaties kunnen ontstaan. Dit werd duidelijk bij een vrouw die tijdens een opname plotseling in een status epilepticus raakte. Deze hing samen met stiekem uitbraken van anti-epileptische medicatie. Dit braken was om emotioneel beladen posttraumatische intrusies te kunnen hanteren. Emigratie, een life event waardoor er sprake is van een toename van insulten en braakgedrag, speelde hier een luxerende rol. Vanwege mogelijke interacties lijkt het van belang om bij epilepsie vroegtijdig te screenen op psychopathologie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)8, 581-585]

**TREFWOORDEN** epilepsie, psychiatrische stoornissen

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat mensen met epilepsie een groter risico lopen op het ontwikkelen van psychopathologie dan mensen in gezonde controlegroepen (Swinkels e.a. 2005). Diverse psychiatrische stoornissen worden bij patiënten met epilepsie gevonden (Kessler e.a. 1994, Swinkels e.a. 2001). Dit komt waarschijnlijk deels door het chronische karakter van de aandoening en de daaraan gerelateerde psychosociale problemen (Wells e.a. 1988) en mogelijk deels door medicatie-effecten. Hoewel recent onderzoek laat zien dat de kans op psychopathologie bij patiënten met epilepsie niet verhoogd is als het limbische systeem betrokken is bij de epileptogene zone (Swinkels e.a. 2006), wordt deze relatie door andere onderzoekers wel gelegd (Kanner 2003). Vooral de amygdala zouden hierin een rol spelen (Satishchandra e.a. 2003). Depressieve stoornissen en angststoornissen komen relatief het meest voor (Kanner & Nieto 1999, Harden 2002). Het risico op angststoornissen is waarschijnlijk het grootst bij focale vormen van epilepsie, met name bij temporaal- en frontaalkwabepilepsieën, maar ook bij

primaire vormen van epilepsie (Goldstein & Harden 2000). Gezien de overlap tussen epilepsie en psychiatrische aandoeningen is het te verwachten dat patiënten adequaat worden gescreend op psychopathologie. Dit blijkt in de praktijk echter niet altijd te gebeuren (Carson e.a. 2003; Kanner & Balabanov 2002). Hierdoor bestaat de kans dat psychopathologie bij epilepsiepatiënten wordt ondergediagnosticeerd en -behandeld. In dit artikel wordt een patiënte met epilepsie beschreven, bij wie de diagnostiek en behandeling van een psychiatrisch probleem van groot belang bleek, omdat een levensbedreigende situatie ontstond door de wisselwerking tussen psychopathologie en epilepsie.

## GEVALSBESCHRIJVING

In april 2005 werd een 31-jarige hoogopgeleide patiënte vanuit een polikliniek van Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN) verwezen naar de kliniek. Het doel van de opname was enerzijds observatie van de epileptische aanvallen van-

wege de toename in aanvalsfrequentie en anderzijds het opnieuw instellen van anti-epileptische medicatie en het overwegen van een eventuele epilepsiechirurgie. Er was al vastgesteld dat de patiënte een cryptogene lokalisatiegebonden vorm van epilepsie had, waarschijnlijk vanuit rechtsfrontaal, gepaard gaande met partieel complexe en soms ook tonisch-klonische insulden. De medicatie bij opname bestond uit fenobarbital (60 mg/dag), fenytoïne (200 mg/dag), oxcarbazepine (1200 mg/dag) en topimaraat (150 mg per dag).

De aanvallen begonnen toen patiënte 9 jaar oud was. Het tweede insult volgde op 15-jarige leeftijd. Sindsdien bedroeg de aanvalsfrequentie ongeveer eens per jaar. Het aantal insulden nam een aantal jaren geleden plotseling toe: er was op jaarbasis sprake van een vertienvoudiging van het aantal aanvallen. Dit viel samen met het moment dat zij en haar partner vanuit India naar Nederland verhuisden. Tijdens de opname werden bij neurologisch en algemeen lichamelijk onderzoek en bij bloedonderzoek geen afwijkingen gevonden. Het eeg was niet alleen rechtsfrontaal maar ook linkstemporaal afwijkend. De MRI-scan was normaal. Op grond hiervan werd besloten niet te starten met een epilepsiechirurgietraject. Kort nadat patiënte aan een verpleegkundige vertelde in het verleden traumatische gebeurtenissen te hebben meegemaakt, trad een status epilepticus op met bijna dodelijke afloop. Deze werd met moeite na circa 30 minuten gecoupeerd. De status werd gekenmerkt door snel opeenvolgende tonisch-klonische insulden, die elkaar met een interval van 1 à 2 minuten opvolgden. Enkele dagen later trad wederom een reeks aanvallen op.

Het feit dat series insulden optraden wekte verbazing bij de behandelende neuroloog. Gezien de voorgeschiedenis, de medische toestand van de patiënte en de ingezette medicamenteuze behandeling leek dit vooraf niet aannemelijk. Tijdens een vaste dagelijkse ronde over de afdeling ontdekte een van de verpleegkundigen dat de patiënte in het geheim haar gehele maaltijd uitbraakte. Bij navraag bleek ze na elke maaltijd een vinger achter in haar keel te steken om vervolgens over te geven.

Ten tijde van de opname in de kliniek resulteerde dit in drie braakmomenten per dag. Omdat de medicatie tijdens de maaltijd werd ingenomen, werd de medicatie eveneens uitgebraakt. Op deze manier had de ingezette medicamenteuze behandeling geen kans van slagen. Bij bepaling van de bloedspiegels van de anti-epileptica werd duidelijk dat zij inderdaad nauwelijks medicatie binnen kreeg. Vanwege dit opvallende gedrag en het vermoeden van psychopathologie werden een psycholoog en een psychiater ingeroepen. Na een aantal intakegesprekken bleek dat het braken op 9-jarige leeftijd was begonnen. Sinds die tijd braakte ze met tussenpozen het genuttigde eten uit. Verder kwam de aard van de traumatische ervaringen in het verleden aan het licht: fysieke en emotionele mishandeling door de moeder (van zeer jonge leeftijd tot op haar 18de) en seksueel misbruik door de vader (van het 9de tot het 18de jaar). Pre-therapie vond plaats gericht op het ontdekken van het eigen aandeel in de huidige problematiek. De voorheen moeizame relatie met de moeder verbeterde door erkenning van het plaatsvinden van seksueel misbruik. Kort daarop vertrok patiënte samen met haar partner naar haar geboorteland voor een lange vakantie. Zij overweegt inmiddels een permanente terugkeer. De medicatie bij ontslag was: fenytoïne (400 mg/dag), oxcarbazepine (1200 mg/dag) en topimaraat (400 mg/dag).

## BESPREKING

Een status epilepticus is een toestand waarbij zich voortdurend epileptische aanvallen voordoen. Dit kan levensbedreigend zijn, zeker bij tonisch-klonische aanvallen. Continue anoxemie kan hersenoedeem geven. Het gevaar voor een verslikpneumonie neemt bij iedere aanval toe. Het is bekend dat een opeenvolging van insulden kan ontstaan door een plotseling weglaten van anti-epileptische medicatie (Oosterhuis 1997). Deze situatie bleek op patiënte van toepassing. Doordat zij de ingenomen medicatie ongezien weer uitbraakte, ontrok ze zich in feite eigenhandig aan de

farmacologische behandeling. Dit resulteerde in de status epilepticus. Het leek niet waarschijnlijk dat het braakgedrag onderdeel was van een werkelijke eetstoornis, omdat de patiënte totaal geen preoccupaties toonde met betrekking tot voedsel en lichaam. Dit werd verder onderbouwd door het vinden van normale kalium- en eiwitserumwaarden. Mede op grond hiervan leek het aannemelijker uit te gaan van een posttraumatische stressstoornis. De classificatie op grond van de DSM-IV-TR staat in tabel 1.

Het braakgedrag werd opgevat als een geconditioneerde respons die werd opgeroepen door aan trauma's geconditioneerde stimuli: intrusies met betrekking tot het seksuele misbruik (mogelijk van orale aard). Een belangrijke in stand houdende factor van het braakgedrag bleek het neutraliseren van emotioneel beladen intrusies te zijn, waardoor de patiënte een idee van controle ervoer. Het compulsief braken van de patiënte ontstond ongeveer gelijktijdig met het seksuele misbruik en het debuut van de epileptische aanvallen, toen ze negen jaar oud was. Herbelevingen van het misbruik (intrusies) werden sindsdien voortdurend vermeden, zowel door middel van het genoemde compulsieve braakgedrag als door op cognitieve wijze intrusies te vermijden. Uit de literatuur is bekend dat suppressie vaak juist leidt tot intensivering van intrusies (Wegner 1989). Het aantal compulsies neemt vervolgens navenant toe (Rassin e.a. 2000). Dergelijke intrusies blijven terugkeren totdat de gebeurtenissen zijn opgenomen in bestaande cognitieve schema's (Brewin e.a. 1996). Op langere termijn kunnen problemen ontstaan wanneer intrusies niet meer worden beschouwd als het gevolg van een trauma, maar worden geïnterpreteerd als bewijs voor een naderende dreiging. De kans op het ontwikkelen en in stand houden van een lang-

durige posttraumatische stressstoornis is dan groter (Engelhard & Van den Hout 2003).

Een vraag die overblijft, is waarom de combinatie van de al lang bestaande neurologische en psychiatrische problemen in het leven van de patiënte niet eerder tot levensbedreigende problemen heeft geleid. Waarschijnlijk werd de kans op een status epilepticus ten tijde van de verhuizing naar Nederland groter, omdat de emigratie als zeer stressvol en bedreigend werd ervaren. Ook de hierdoor toegenomen intrusies werden waarschijnlijk als bedreigend geïnterpreteerd, terwijl de emotionele impact hiervan werd ontweken. Het gevolg was een toename van het neutraliserend compulsief braakgedrag (Ursano e.a. 2004) wat leidde tot een toename van het aantal epileptische insulten (Roth e.a. 1994). Omdat ze vaker voedsel en medicijnen uitbraakte en tegelijkertijd in hogere mate afhankelijk was van de werkzaamheid van anti-epileptica, werd de kans op een levensbedreigende status epilepticus groter. De opname in de kliniek en de bereidheid om in een relatief veilige omgeving met anderen over de ervaringen in de jeugd te spreken was mogelijk luxerend. Hoewel bewustwording plaatsvond van het eigen aandeel in de problematiek, is de kans aanwezig dat de patiënte zich bij eventuele permanente terugkeer naar India afhankelijk gaat opstellen ten aanzien van de moeder en mogelijk weinig gemotiveerd zal zijn voor psychologische behandeling.

Deze gevalsbeschrijving maakt duidelijk dat epilepsie en psychiatrische problemen tegelijkertijd kunnen voorkomen en onverwacht interacties kunnen vertonen. Vroegtijdige screening op psychopathologie bij patiënten met epilepsie kan voorkomen dat deze interacties tot ernstige, mogelijk levensbedreigende toestanden leiden.

TABEL 1 Classificatie van de beschreven patiënte volgens de DSM-IV-TR

As I	309.81 posttraumatische stressstoornis (chronisch)
As II	799.9 uitgesteld
As III	epilepsie
As IV	emigratie
As V	GAF40 (huidig)

GAF = Global Assessment of Functioning Scale

#### LITERATUUR

- Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Carson, A.J., Postma, K., Stone, J., e.a. (2003). The outcome of depressive disorders in neurology patients: a prospective cohort study.

- Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 74, 893-896.
- Engelhard, I., & van den Hout, M. (2003). Intrusies na een ramp en de ontwikkeling van posttraumatische problemen. *Directieve Therapie*, 23, 225-236.
- Goldstein, M.A., & Harden, C.L. (2000). Epilepsy and anxiety. *Epilepsy & Behavior*, 1, 228-234.
- Harden, C.L. (2002). The co-morbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology, and treatment. *Neurology*, 59(Suppl. 4), S48-55.
- Kanner, A.M. (2003). The complex epilepsy patient: intricacies of assessment and treatment. *Epilepsia* 44(Suppl. 5), S3-8.
- Kanner, A.M. & Balabanov, A. (2002). Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology*, 58(Suppl.), S27-39.
- Kanner, A.M., & Nieto, J.C. (1999). Depressive disorders in epilepsy. *Neurology*, 53(Suppl. 2), S26-32.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S. e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Oosterhuis, H.J.G.H. (1997). *Klinische neurologie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H., e.a. (2000). 'Thought-action fusion' en suppressie: een model voor obsessieve-compulsieve symptomen. *Directieve Therapie*, 20, 31-41.
- Roth, D., Goode, K.T., Williams, V.L., e.a. (1994). Physical exercise, stressful life events and depression in adults with epilepsy. *Epilepsia*, 35, 1248-1255.
- Satishchandra, P., Krishnamoorthy, E.S., van Elst, L.T. e.a. (2003). Mesial temporal structures and comorbid anxiety in refractory partial epilepsy. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 450-452.
- Swinkels, W.A.M., van Emde Boas, W., Kuyk J., e.a. (2006). Interictal depression, anxiety, personality traits and psychological dissociation in patients with Temporal Lobe Epilepsy (TLE) and Extra-TLE. *Epilepsia*, 12, 1092-2103.
- Swinkels, W.A.M., Kuyk, J., van Dyck, R., e.a. (2005). Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7, 37-50.
- Swinkels, W.A.M., Kuyk, J., de Graaf, E.H., e.a. (2001). Prevalence of psychopathology in Dutch epilepsy inpatients: a comparative study. *Epilepsy & Behavior*, 2, 441-447.
- Ursano, R.J., Bell, C., Spencer, E. e.a. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(Suppl.), 1-31.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. Londen: The Guilford Press.
- Wells, K.B., Golding J.M., & Burnam M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145, 976-981.

## AUTEURS

A.K. JONKER is als psycholoog/hoofdbehandelaar werkzaam op de afdeling Voortgezette Behandeling Volwassenen van SEIN.

J.J.F. VERKADE is psychiater/psychotherapeut van SEIN.

A.W. DE WEERD is neuroloog en werkzaam als medisch hoofd van de afdeling Klinische Neurofysiologie van SEIN en hoofd van het Slaapcentrum van SEIN.

Correspondentieadres: A.K. Jonker, SEIN, Postbus 563, 8000 AN Zwolle.

E-mail: [ajonker@sein.nl](mailto:ajonker@sein.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-2-2007.

## SUMMARY

A life-threatening situation due to interactions between epilepsy and psychiatric problems – A.K. Jonker, J.J.F. Verkade, A.W. De Weerd –

Epilepsy and psychiatric problems can occur simultaneously and can, quite unexpectedly, trigger interactions that may lead to life-threatening situations. This became obvious in the case of a female patient who suddenly developed a status epilepticus while admitted to hospital. The seizure was probably connected with secret self-induced vomiting which led to a low intake of antiepileptic medication. She used the vomiting to control emotionally charged post-traumatic intrusions. Both the vomiting and the number of seizures were triggered by a life event (in this case emigration). In case of epilepsy, early screening for psychopathology seems advisable because there may be interactions with epileptic variables.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)8, 581-585]

KEY WORDS    epilepsy, mental disorders