

# Differentiaal-diagnostische problemen bij epilepsie

door O. G. Mulder

## Inleiding

Geen ziekte heeft in de loop van de geschiedenis van de mens zoveel verwarring teweeggebracht als epilepsie, om dus maar te zwijgen over de verwarring rond het onderscheid tussen epileptische en niet-epileptische aanvallen. In de antieke wereld bestond enig idee van de somatische genese en het verschil tussen epilepsie en hysterische fenomenen. De onverwoestbare Hippocrates, zonder wie geen voordracht de geur van degelijkheid krijgt, beschreef verrassend goed de partiële epilepsie na traumatisch hersenletsel, terwijl Areteus uit Klein-Azië de hysterie beschreef als lijkende op epilepsie maar zonder echte convulsies.

In de Christelijke beschaving werd de onzekerheid over de oorzaak van epileptische toevallen meestal omgezet in de geruststellende zekerheid van heiligverklaring of in beschuldiging van bezetenheid. Op zijn best werd gesproken van een convulsie-dispositie, waarin dan kennelijke hysterie en epileptische fenomenen ondergebracht werden, zoals door Thomas Willis die twaalf hoofdstukken vol schreef in zijn *On convulsive diseases* in 1684.

Toen in de vorige eeuw empirie en discriptie hun intrede deden, ontwikkelde zich een somatische differentiaal-diagnose die een lange reeks van ziekten, voornamelijk uit de interne geneeskunde, omvatte. Het onderscheid tussen epileptische aanvallen en hartritme-stoornissen, zoals Adams Stokes dat beschreef, schokkende bewegingen bij ernstige nierinsufficiëntie en zelfs de frequente vagovasale-collapsen kan onduidelijk zijn, maar ligt in principe vast binnen een medisch somatisch denkmodel. Deze differentiaal-diagnostische problemen worden hier nu verder besproken.

Sinds het Charcot en andere neurologen van zijn tijd niet gelukt was symptomen die we nu neurotisch noemen te verklaren met de

---

O. G. Mulder is neuroloog. Hij is als afdelingsneuroloog en als epileptologisch consultant werkzaam in het I.v.E. Tevens is hij neuroloog van de polsoc Amsterdam. Daarnaast is hij mede belast met de organisatie en inrichting van de computertomografie van het Instituut. Hij bekwaamt zich als psycho-analyticus.

kennis van neuronen, moest er ook een onderscheid komen tussen die aanvallen die kennelijk afkomstig waren van een tijdelijke hersenfunctiestoornis en die welke meer leken te berusten op stoornissen van wat men het psychische apparaat noemde. De praktijk van deze differentiaal-diagnose bleek nog moeilijker. Met behulp van de electroencefalografie werd vanaf de jaren '40 toch bewezen dat er aanvallen waren die op epileptische leken zonder dat men op het EEG afwijkingen vond. Samen met de anamnese en de observatie kon men dan waarschijnlijk met recht spreken van niet-epileptische aanvallen.

Op dit niveau speelt de differentiaal-diagnose tussen epilepsie en psychische en psychiatrische fenomenen zich ook tegenwoordig nog af. Deze gaf, zeer vakmatig gedacht, aanleiding tot verwarrende termen als echte en niet echt epileptische aanvallen, hysterische, functionele of psychogene aanvallen. Bij een steeds groter deel van de patiënten die op de observatie-afdelingen van epilepsie-instituten worden opgenomen is deze differentiaal-diagnose de belangrijkste vraagstelling en het kost vaak langdurige waarneming en vele EEG's om een bevredigend antwoord te geven.

Dat met deze bovengenoemde twee modellen van de differentiaal diagnose nog niet alles valt te begrijpen en dat een volgende moet worden toegevoegd, dan wel dat de terminologie moet worden veranderd, wil ik graag illustreren aan de hand van de somatische en psychopathologische ziektegeschiedenis van de volgende patiënt.

### **Casuïstiek**

Het betreft een nu bijna 40-jarige man van academisch opleidingsniveau, werkzaam als leraar, gehuwd met een part-time werkende onderwijzeres. Er zijn twee kinderen. Vanaf 1942 klaagde hij over perioden, tot driemaal daags, van een droomachtig gevoel, verlies van spraakvermogen en amnesie voor automatische, maar zinvolle handelingen zoals het aan de kant zetten van zijn auto. Tegelijkertijd klaagde zijn vrouw over een verheving van zijn normale autoritaire en egocentrische karaktereigenschappen. Verder werd hij vergeetachtig en meer in zichzelf gekeerd. Verschillende EEG's toonden echter geen afwijkingen en hij werd verwezen naar een Instituut voor Medische Psychotherapie. Men vond bij het eerste gesprek dat hij gestoord was in agressie, regulatie, angstig was en dat hij zijn problemen loochende. Er waren aanwijzingen voor een affectieve verwaarlozing in de vroege jeugd. Zijn vader beschreef hij als ziekelijk en uitermate onzeker als gevolg van een schildklier-afwijking, volgens zijn gegevens een hypothyreoïdie. Zijn moeder had ook een schildklier-afwijking waarvoor zij geopereerd was, maar zij was juist altijd zeer druk. De psychiater bij het I.M.P. merkte echter tijdens het eerste onderhoud een bewustzijnsdaling op die hem verdacht veel als epilepsie voorkwam en hij verwees patiënt weer naar een andere neuroloog met de zinsnede: 'Wij zien niet dat hij bij ons geholpen kan worden'. Een

met megimide geprovoceerd EEG toonde, weliswaar pas bij hoge dosering irritatieve verschijnselen, maar deze waren links frontaal haardvormig. Reden waarom een neurologische en röntgenologische analyse plaats vond met een PEG, arteriografie en later computertomografie. Hiermede werden geen aantoonbare afwijkingen gevonden. Behandeling met anti-epileptische medicatie had onvoldoende effect op de aanvalsfrequentie, die slechts daalde tot twee maal per week. Toenemende prikkelbaarheid met verbale agressie en een chaotische wijldlopgheid werden geduid als typisch voor epilepsie, maar in verband met de vele problemen met zijn vrouw kreeg hij toch het advies weer terug te gaan naar het I.M.P., een advies dat hij niet opvolgde.

Een inzicht gevende vorm van psychotherapie zoals T. Baart beschrijft als noodzakelijk en mogelijk voor mensen met epilepsie leek voor hem door zijn sterke rigiditeit en verdringing ook niet aangewezen. Hij accepteerde alleen verwijzing naar een van onze poliklinieken, waar hij aanvankelijk de vele klachten van zijn vrouw over hem heftig weersprak en alleen het feit van zijn aanvallen naar voren bracht als zijn enige probleem. Hij zou daardoor namelijk niet vrij zijn om van baan te veranderen, wat hij wilde in verband met de slechte werksfeer op zijn school. Zijn bedrijfsarts meldde echter dat zijn collegae ten einde raad waren door zijn chaotisch agressief ageren tijdens leraarsvergaderingen en zijn bizarre wijldlopgheid bij het lesgeven. De klachten van zijn vrouw kwamen er op neer dat hij de problemen ontkende en haar tergende door elke bespreking uit de weg te gaan. Hij leek steeds iemand nodig te hebben op wie hij zijn agressie kon koelen, en als er op school weer ruzie was geweest was hij thuis een tijdlang minder geïrriteerd. Het leek of hij vooral tegenover de kinderen agressief was, maar dit op anderen probeerde te verplaatsen. Opmerkelijk was dat zijn vrouw, ook in zijn aanwezigheid, op koel verstandelijke, zelfs quasi geamuseerde toon zijn misdragingen breed uitmat, waar hij dan toegeeflijk glimlachend naar luisterde. Zij dreigde al sinds lang op een wat uitdagende wijze met echtscheiding.

Bij ons toonden de EEG's wel af en toe focale epileptische activiteit, maar geen constant focus. Anti-epileptische medicatie gaf geen aanvalsfrequentie-daling en toen de huiselijke conflicten verhevigden, werd hij opgenomen op de Westvleugel van 'Meer en Bosch' (zie voor indeling observatie, vervolg- en verblijfopaviljoens de bijdrage van J. C. Kense in dit nummer). Daar werden enkele duidelijke psychomotore aanvallen geobserveerd, waarbij hij soms viel en zich verwondde. Reactie op medicatie was niet duidelijk. Zijn sociale vaardigheden bleken inderdaad minimaal, zodat hij zich zelfs in groepen met veel minder intelligente medepatiënten totaal niet kon handhaven en bij personeel en patiënten veel weerstanden opwekte. Bij conflicten dissimuleerde hij elk probleem, maar zijn denkpatroon werd dan nog chaotischer. Het psychologisch onderzoek toonde een goede intelligentie aan zonder tekenen van een verminderd intellectueel functioneren op ba-

sis van organisatie. Behalve een hoge extraversie- en neuroticisme-score leek hij veel zekerheid te willen ontleen aan het contact met anderen met een neiging zich afhankelijk op te stellen, onder andere ten opzichte van zijn vrouw. Op zijn dissimuleren van de problemen liepen de pogingen tot vermeerdering van zijn ziekte-inzicht vast, en patiënt werd in een weinig veranderde toestand ontslagen ondanks het hevige klagen van zijn vrouw over zijn toenemende egocentriciteit en onverschilligheid. Tijdens de poliklinische gesprekken bleek hij toch na de opname in zijn werk veel beter te functioneren, mogelijk ook door het feit dat hij per week minder uren les gaf. Opmerkelijk was dat hij zijn stemmingen van onzekerheid ook als aanvallen ging duiden en dat de duidelijke psychomotore aanvallen alleen thuis of in niet-bedreigende situaties voorkwamen, dus nooit voor de klas of op leraarsvergaderingen. Hij noch zijn bedrijfsarts klaagden meer over zijn wijdlopiegheid en concentratiestoornissen. Zijn vrouw was echter toenemend radeloos, verweet hem dat hij zijn aanvallen gebruikte om de bespreking van haar problemen af te houden en dat hij zich steeds meer arrogant in de studeerkamer terugtrok. Ook nu uitte ze haar klacht op bedekt agressieve, geamuseerde wijze en speelde zij ten opzichte van patiënt een spel van dreigen met scheiding waarover zij de beslissing steeds maar weer ophield. De seksuele relatie tussen hen was nu van zijn kant volledig bekoeld, synchroon aan de verhoging van de aanvalfrequentie. Vooral dit feit was zo evident dat ook hij er niet meer omheen kon en instemde met een verwijzing naar het I.M.P. voor een partner-relatie-therapie.

Naar mijn mening hebben een onzekere vader en een hyperactieve moeder, beiden door organische ziekten disfunctionerend, gezorgd voor een karakterneurotische ontwikkeling. Zijn zo voor organische afwijkingen verdachte chaotische denktrant en wijdlopiegheid bleek te fluctueren en dus niet een uiting te zijn van een cerebraal proces. Toen met name de seksuele problemen met zijn vrouw manifest werden, verbeterde zijn functioneren op school. De communicatie met zijn vrouw werd gekleurd door wederzijds uitdagen en schaakmat zetten, niet ongelijk aan de mechanismen binnen het karakter van patiënt. De bedoeling van de verwijzing voor een partner-relatie-therapie, waar beiden voor gemotiveerd waren, was een aanvang te maken met de bespreking van de problemen. Dat daarop een individuele therapie van patiënt zal kunnen volgen ligt mijns inziens binnen de verwachting. Als zijn vrouw voor hem weer de steunpilaar kan worden die ze kennelijk geweest is en die hij met zijn zwakke persoonlijkheid nodig heeft, kan hij de krenking overwinnen die het krijgen van epilepsie betekende. De passieve onzekerheid die epileptische aanvallen oplevert werd door hem omgezet in actieve agressiviteit. Analoog hieraan bestaat het mechanisme de baas te worden over zijn aanvallen door allerlei gevoelens ook aanvallen te noemen die hij dan immers zelf kan besturen.

## Beschouwing

Wat deze ziektegeschiedenis illustreert is het volgende:

Bij een karakterneurotische man ontstaat een epilepsie waarvan de aanvallen de confrontatie van de neurose en de buitenwereld verheven, maar waarbij de aanvallen ook bepaald worden door de situatie en een schamele ziekte winst in de ambivalente relatie met *zijn partner*.

Analoog aan deze cirkel van neurose en aanvallen is het verhaal van de hulpverlening. Van de neuroloog naar het I.M.P., van het I.M.P. naar de neuroloog en de epilepsiebestrijding, van de epilepsiebestrijding, ondanks vaststaande diagnose epilepsie, weer terug naar het I.M.P. Met het model van echte of niet echte, organische of psychogene aanvallen komen we hier niet uit. Zijn neurotische moeilijkheden werden sterk geluxeerd door zijn organische afwijking, zijn bewezen epileptische aanvallen traden op door zijn conflicten en de neurotische relatie met zijn partner. De opvatting dat hij zou lijden zowel aan echte als aan niet echte epileptische aanvallen levert hier niets op, want ook zijn op het EEG bewezen epileptische aanvallen werden geluxeerd door psychische factoren, waarbij bij voorbeeld medicatieverhoging niet hielp.

Zonder de noodzaak van nauwkeurige analyse naar oorzaken en mechanisme van de aanvallen te willen ontkennen meen ik dat teveel energie wordt besteed aan de strijdvraag tussen het organisch en het psychische model. Als ik weet dat de aanvallen, hoezeer ook door piekgolven begeleid, komen door psychische mechanismen en niet reageren op redelijke medicamenteuze therapie, zal ik als medicus practicus daaruit de enig logische consequentie moeten trekken en een psychotherapie moeten instellen dan wel in deze richting verwijzen. Zou niet de verwarrende terminologie kunnen worden verbeterd door het begrip psychogeen letterlijk op te vatten, namelijk 'door psychische mechanismen veroorzaakt'. Dan kan een zogenaamde 'echte' epileptische aanval door psychische conflicten ook rustig psychogeen epileptisch genoemd worden, naast psychogeen hysterische aanvallen. Bovendien komt dan ook meer plaats voor de erkenning dat er hysteriforme beelden zijn die door organische afwijkingen worden veroorzaakt (men hoeft slechts te denken aan de bonte hysterische beelden bij subarachnoïdale bloedingen). Deze zouden dan organische psychiatrische beelden kunnen worden genoemd, of liever: psychiatrische beelden met aantoonbaar organisch substraat, dit om de strijdvraag te vermijden of niet iedere psychische uiting een organische substraat heeft, zoal niet een causaliteit (consequent gedacht en analoog aan de term psychogeen zou men het woord organogeen kunnen invoegen, dat naar mijn mening geen voordelen biedt boven de bestaande term organisch).

Tot slot, enigszins lichtzinnig, een uitspraak van de niet-medicus Oscar Wilde: 'Those who see any difference between soul and body have neither'.