

Epileptologie, bijdrage tot bestrijding van het 'toeval' in de psychiatrie

door H. Meinardi

Kansberekening gaat ervan uit dat elementen die bij elkaar gevonden worden binnen een populatie vallen die zich op een bepaalde manier verdeelt. Men kan nagaan of elementen bij elkaar horen of dat het toeval bepaalde elementen bijeen heeft gebracht, indien men de spreiding van eigenschappen van elk der onderzochte elementen kent.

Het bovenstaande is gesteld om aandacht aan een aantal zaken te kunnen geven en om de mij door de organisatoren van deze najaarsvergadering min of meer opgelegde titel recht te kunnen doen. Een uitgangspunt is dat de registratiegegevens van psychiatrische inrichtingen aangeven dat zich binnen deze inrichtingen mensen met epilepsie, toevallijders dus, bevinden. Zijn zij daar toevallig of behoren zij tot die populatie? In de geneeskunde is een van de grote struikelblokken de semantiek, dat wil zeggen: de betekenis die aan woorden wordt gegeven. Veel te weinig worden definities gegeven van de zaken waar men over discussieert. Ons eerste probleem wordt de populatie van de psychiatrische inrichting te definiëren; het tweede een definitie te geven van de toeval of beter de toevallijder, de mens met epilepsie.

De eerste definitie zou kunnen luiden: 'Een psychiatrische inrichting is een inrichting waarin personen worden opgenomen, die zich tengevolge van meer dan honderdtwintig uur aanhoudende stoornissen in het denken, gevoelen en willen niet in de maatschappij kunnen handhaven, terwijl deze stoornissen niet uitsluitend berusten op een blijvend tekort aan intellect'.

Men zou de tweede definitie als volgt kunnen opstellen: 'Een toevallijder is iemand bij wie kortdurende gelijktijdig overmatige ontladingen van neuronen optreden, waardoor stoornissen in het functioneren ontstaan die afhankelijk zijn van plaats en aantal van de deelnemende neuronen'. Zo gedefinieerd is een mens met

Dr. H. Meinardi is zenuwarts/epileptoloog. Hij is algemeen directeur van het I.v.E. en tevens werkzaam in de polsoc Den Haag. Hij is voorzitter van de Federatie voor Epilepsiebestrijding en de Nederlandse Liga tegen Epilepsie. Als bestuurslid van Epilepsy International (Genève) is hij een van de organisatoren en president van het 11e Epilepsy International Symposium in Florence (30 sept.-3 okt. 1979) Italië, geweest.

epilepsie niet iemand die uit dien hoofde in een psychiatrische inrichting moet worden opgenomen. Indien epilepsie zich volledig onafhankelijk van psychische stoornissen onder de bevolking voordoet, zouden mensen met epilepsie in de psychiatrische inrichtingen aangetroffen moeten worden in dezelfde frequentie als in de populatie van waaruit de patiënt in de psychiatrische inrichting afkomstig is. Dit betekent dat op iedere 150 patiënten in de psychiatrische inrichting er één is, de behalve aan psychische stoornissen ook aan epilepsie lijdt.

Met name Meduna heeft beweerd dat het optreden van gegeneraliseerde tonisch-clonische insulten een psychische stoornis ongedaan zou kunnen maken. Zoals men in een malariabarak niet hoeft te zoeken naar een lijder aan 'sickle cell'-anaemie, zo zou ook de epilepsiepatiënt minder kans hebben in de psychiatrische inrichting terecht te komen. Toch bevinden zich in de meeste psychiatrische inrichtingen meer dan één per 150 patiënten die epilepsie hebben. Wanneer we zouden kijken naar de correlatie van de eigenschap psychiatrische inrichting en de eigenschap herbergen van een populatie waarin meer dan één per 150 personen lijdt aan epilepsie, zullen we ongetwijfeld merken dat die correlatie zo hoog is dat geen sprake kan zijn van een toevallig samengaan van die twee eigenschappen.

Er is een aantal mogelijkheden. Of het opnamecriterium van de psychiatrische inrichting is niet zoals hierboven gedefinieerd en men kent nog een tweede opnamecriterium, namelijk hulpverlening door middel van observatie, behandeling en verzorging aan die mensen die door het optreden van toevallen in de maatschappij niet mee kunnen. Dit is in feite het opnamecriterium dat epilepsiecentra hanteren. Of het zou kunnen zijn dat mensen met epilepsie niet minder doch veeleer meer aan psychische stoornissen lijden, die hen in aanmerking doen komen voor opname in een psychiatrische inrichting, gedefinieerd als hiervoor. Dan zou de definitie van de toevallijder ondeugdelijk zijn.

Vanuit de psychiatrische hoek is deze stelling wel verkondigd. Zo schrijft P. C. Kuiper in 1973 in *Hoofdsom der psychiatrie*: 'Epilepsie veroorzaakt allerlei psychiatrische toestandsbeelden: delire, schemertoestanden (gevaarlijk), ontstemmingstoestanden, persoonlijkheidsveranderingen (kleverigheid, hyperreligiositeit, instabiliteit, paranoidie), dementeringsprocessen'.

Rümke beschrijft een patiënt, op wie ik straks terugkom en concludeert: 'De beschreven patiënt is zo typisch, dat het mij volkomen gewrongen voorkomt bij hem niet van een echte ziekte te spreken. Ondanks alles wat ertegen wordt aangevoerd, blijf ik vasthouden aan de gedachte, dat er een echte ziekte epilepsie bestaat, een ziekte-eenheid in de zin van Kraepelin'. De patiënt die Rümke beschrijft, 'maakt een uiterst gespannen, beladen, men zou zeggen woeste indruk. Het bewustzijn is helder. Het denken lijkt iets vertraagd en is wel coherent. Er is neiging tot perseveratie. Inprenting is goed, geheugen matig. De patiënt is gedrukt met plotselinge neiging tot explosiviteit, wantrouwend en prikkel-

baar impulsief. Soms is hij zeker kleverig te noemen. In de tegenwoordigheid van deze patiënt had men inderdaad het gevoel bij een 'gevaarlijk' mens te zijn. Deze beleving heeft bij de epilepsie iets haast specifieks'. Aldus Rümke.

Omstreeks dezelfde tijd schrijft collega Laane, destijds chef de clinique van de inrichting 'Voorburg' te Vught, in het blad *Katholieke Gezondheidszorg*: 'Kort samengevat kunnen we zeggen, dat kritisch wetenschappelijk beschouwd één typische epileptische persoonlijkheid niet bestaat'. En verderop: 'Een groot aantal lijders aan epilepsie toont geen afwijkingen van betekenis in de persoonlijkheid. Het percentage epilepsielijders dat zo ernstige afwijkingen toont, dat gestichtopname nodig kan worden, is niet groot: ongeveer 5 tot 10 %'. Nu, dat zouden dan zo'n 4-8.000 mensen in Nederland zijn.

Ook in de recente literatuur zijn de visies op psychische stoornissen zeer uiteenlopend. Sauter, destijds geneesheer-directeur van het epilepsiecentrum in Zürich, schrijft in 1976: 'Epilepsie is geen ziekte, maar een reactie van de hersenen op allerlei stoornissen. Daarom is het onjuist psychische stoornissen met het verschijnsel epilepsie in verband te brengen. Gedragsveranderingen die in het verleden als typisch voor epilepsie werden beschouwd, bleken deels lokale psychosyndromen tengevolge van beschadigingen van diepere structuren en soms bij voorbeeld samen te hangen met tumoren van de fronto-basale en temporale gebieden'.

G. K. Köhler schrijft in *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* in 1975 uitvoerig over epileptische psychosen. Hij merkt daarbij op dat de epileptische psychosen zo nauw verbonden zijn met neurologische afwijkingen, in het bijzonder aanvalsgewijs optredende motorische stoornissen, en dat ze zulke duidelijke samenhang vertonen tussen psychopathologische en neurofysiologische verschijnselen dat ze met recht eerder tot de symptomatische dan tot de endogene psychosen moeten worden gerekend. Problemen zijn er echter bij de schizofrenie. Uiteindelijk worden echter ook deze tot de symptomatische psychosen gerekend.

Lamprecht ziet het alterneren van psychosen en toevallen als een alterneren van een te geringe en van overmatige dopamine-productie. Reijndols ziet eenzelfde verband met het al dan niet beschikbaar zijn van foliumzuur en vitamine B12. Penin stelt dat de epileptische psychosen gelijksoortige electroencefalografische beelden geven als de niet epileptische psychosen in het acute stadium; dat echter bij de epileptische psychosen in ieder stadium ook irritatieve activiteit wordt geregistreerd. Dat een paranoid hallucinatoir syndroom niet tevens een psycho-dynamische onderbouw kan hebben, is hiermee niet gezegd. Integendeel, verschillende auteurs hebben analytisch materiaal aangedragen dat de pathogenetische invloed van het levensverloop en de levensomstandigheden op de psychosen die bij mensen met epilepsie voorkomen duidelijk maakt (zie art. Mulder).

Dat er mensen met epilepsie zijn die tevens lijden aan langdurige stoornissen van het denken, gevoelen en willen, is uit de literatuur

evident. Voor personen met zulke syndromen lijkt de psychiatrische inrichting de meest geëigende gezondheidszorginstelling. Echter, wordt het wel door beide partijen zó ervaren? Ongetwijfeld zijn de toestanden uit de tijd van Pinel inmiddels verdwenen. Toen moesten de mensen met epilepsie afgezonderd van andere psychisch gestoorden worden verpleegd, omdat bij het optreden van aanvallen de medepatiënten zich op de ongelukkige stortten en hen bespogen en schopten. Toch wordt ook nu nog niet altijd even vriendelijk over mensen met epilepsie in de psychiatrische inrichtingen gedacht en wordt weinig of geen aandacht besteed aan de epilepsie zelf.

Toen in 1974 het rapport over de behandeling en verpleging van epilepsiepatiënten door de Gezondheidsraad werd uitgebracht, werden daarin acht aanbevelingen gedaan. Eén ervan luidde: 'Verbetering van de faciliteiten ten behoeve van de relatief kleine categorie ernstig psychisch gestoorde epilepsiepatiënten, die thans geen goede opvang hebben, dient bevorderd te worden. Ter verdere bestudering van dit probleem wordt gedacht aan één of twee psychiatrische ziekenhuizen, welke zich hier speciaal op willen toeleggen in samenwerking met epileptologen en aan welke daartoe de nodige voorzieningen verschaft moeten worden. Daarnaast zal verbetering te bewerkstelligen zijn door grotere differentiatie naar gedragsniveau in de verblijfseenheden van psychiatrische instituten'. Het rapport van de Gezondheidsraad gaat ervan uit dat categorale voorzieningen voor moeilijk behandelbare epilepsiepatiënten nodig zijn, omdat gespecialiseerde multidisciplinaire teams en bijzondere voorzieningen lonend worden, wanneer de probleemgevallen tezamen worden gebracht. Ook specifiek voor het geneeskundig aandeel geldt dat epilepsie, net als bij voorbeeld reuma, een symptomencomplex is dat een eigensoortige aanpak behoeft en waarvan het voorkomen en de diversiteit zodanig zijn dat een werkveld Epileptologie kan worden onderscheiden.

Epileptologie houdt zich bezig met de kennis van de reacties van het centraal zenuwstelsel die gepaard gaan met plotselinge overmatige ontladingen van neuronen en alles wat daaruit voortvloeit. Als typisch geneeskundige discipline zoekt de epileptologie ook naar behandelingsmethoden voor de kwaal en haar gevolgen. Dat er op dit terrein nog veel werk te verzetten valt, hoeft (zie de andere bijdragen) geen verder betoog. Dit jaar is het eerste lustrum van het Gezondheidsraad-rapport bereikt. Desalniettemin is nog geen enkele stap ondernomen om voornoemde aanbeveling te realiseren.

Een eerste stap is een goede inventarisatie van de mensen met epilepsie in de psychiatrische inrichtingen en hun psychiatrische en epileptologische status. Zo een inventarisatie vraagt geld voor een onderzoeksteam, bestaande uit een epileptoloog en eventueel een psychiater, een medisch socioloog en een administratieve kracht. Verder is nodig een goede medewerking van de psychiatrische inrichtingen, dat wil zeggen: het beschikbaar stellen van

tijd ter beantwoording van vragen van de onderzoekers en hulp bij het doen verrichten van laboratoriumonderzoek zoals EEG en BAS-bepaling.

Zo u het met het geschetste beeld eens bent, kan ik samenvattend zeggen dat *sommige mensen met epilepsie psychiatrische hulp nodig* hebben. In het algemeen gesproken zijn de psychiatrische instituten niet blij met deze categorie en meestal ontbreekt specifieke epileptologische hulp. Hoe de exacte situatie eigenlijk is, is nog onbekend. Een inventarisatie dient naar mijn mening spoedig te geschieden. Er is geen enkele reden voor de psychiatrische instituten (laten we zeggen de intramurale situatie) en de sociaal psychiatrische diensten (die noem ik dan maar de extramurale of ambulante situatie) niet mee te werken aan zo een inventarisatie.

Literatuur

- Köhler, G. K. (1975), Epileptische Psychosen, *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 43, 99-153.
- Kuiper, P. C. (1973), *Hoofdsom der psychiatrie*, Utrecht: Bijleveld, 231.
- Laane, W. L. J. M. (1961), De sociaal-psychiatrische aspecten van de zorg voor epileptische patiënten, *Katholieke Gezondheidszorg* 30, 6-13.
- Lamprecht, F. (1977), Epilepsy and schizophrenia: a neurochemical bridge, *J. Neural. Transmission* 40, 159-170.
- Penin, H. (1978), Antiepileptische Langzeitmedikation, *Nervenarzt* 49, 497-506.
- Pinel, Ph. (1965), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La Manie*, Parijs: Richard, Caille en Ravier.
- Reynolds, E. H. (1960), Mental effects of anticonvulsants, and folic acid metabolism, *Brain* 91, 197-214.
- Rümke, H. C. (1960), *Psychiatrie*, deel II: De Psychosen. Amsterdam, Scheltema en Holkema.
- Sauter, R. (1976), Epileptische Reaktionen, Hirnorganische Wesensänderung und Ausnahmestände *Diagnostik* 9, 82-84.
- Advies van de Gezondheidsraad aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1974); *Behandeling en verpleging van epilepsiepatiënten*, Serie Rapporten, verslagen en adviezen, Uitgave Staatsuitgeverij.