

Epilepsie im Kindes- und Jugendalter

Komorbidität

Epilepsien erhöhen das Risiko motorischer, kognitiver und affektiver Entwicklungsstörungen, von Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Schwierigkeiten. Grundsätzlich soll daher die psychiatrische Anamnese fixer Bestandteil der klinischen Untersuchung sein.

Von Univ.-Prof. Dr. Martha Feucht, M.D

Etwa zwei Drittel aller Epilepsien beginnen im Kindes- und Jugendalter, die höchste Zahl an Neuerkrankungen ist in den ersten zwei Lebensjahren zu verzeichnen. Die klinisch relevanten Aspekte der Krankheit treten also bei der Mehrzahl der Patienten in der ersten Lebensphase auf.

Bedingt durch rezent erzielte Fortschritte in Diagnostik und Behandlung werden heute etwa 60 bis 70 Prozent der Epilepsiepatienten im Kindes- und Jugendalter dauerhaft anfallsfrei, bei weiteren 20 bis 30 Prozent wird eine erhebliche Besserung erreicht. Langzeituntersuchungen haben ergeben, dass etwa zwei Drittel anhaltend anfallsfrei geblieben sind und langfristig auch keine Antiepileptika (AE) mehr benötigten.

Verantwortliche Faktoren

Wie andere chronische Erkrankungen des Gehirns auch, erhöhen Epilepsien jedoch das Risiko motorischer, kognitiver und affektiver Entwicklungsstörungen sowie konsequenter Verhaltensauffälligkeiten und sozialer Schwierigkeiten. Art, Ausmaß und Verlauf der Beeinträchtigung hängen von multiplen, einander in komplexer Weise beeinflussenden Faktoren und vom Ausgangsniveau bei Erkrankungsbeginn ab:

- Epilepsie-immanente Faktoren wie Ätiologie, Pathomechanismus und Epilepsiesyndrom (Anfallstyp und -frequenz, interiktale epileptiforme Aktivität, Erkrankungsalter, Dauer und Verlauf der Erkrankung sowie ihre Behandelbarkeit)
- Mögliche unerwünschte Wirkungen der medikamentösen Langzeittherapie mit AE
- Psychosoziale Rahmenbedingungen beziehungsweise Möglichkeiten und Probleme der psychosozialen Integration

Frühzeitige Diagnostik und gezielte Behandlung könnten Entwicklungschancen und damit die psychosoziale Integrationsfähigkeit sowie die Lebensqualität der jungen Patienten und ihrer Familien entscheidend verbessern. Im Gegensatz zu Störungen der Motorik werden jene der kognitiven Kompetenz, der Emotionsverarbeitung und des Verhaltens jedoch immer noch häufig übersehen beziehungsweise in Therapiekonzepten nicht oder zu wenig berücksichtigt.



Neuropsychologische Aspekte

Die globale Intelligenz ist bei der überwiegenden Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Epilepsie vergleichbar jener gesunder Gleichaltriger. Etwa 30 bis 50 Prozent leiden jedoch unter Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, und 30 bis 70 Prozent weisen umschriebene Leistungsminderungen basaler und übergeordneter Hirnfunktionen (früher „Teilleistungsstörungen“) auf.

Die am häufigsten beschriebenen Defizite umfassen die Bereiche Aufmerksamkeit und Konzentration, psychomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit, Gedächtnis, Sprache, visuelle Wahrnehmung und Motorik. Bei bis zu einem Viertel der Kinder muss mit einer globalen geistigen Behinderung gerechnet werden. Ein Teil hat erhebliche Schulprobleme trotz prinzipiell ausreichender intellektueller Fähigkeiten. Die Ursachen für diese Diskrepanz sind nicht zur Gänze geklärt, neben Aufmerksamkeits- und Teilleistungsstörungen spielen komorbide Verhaltensstörungen, geringer Selbstwert und mangelnde Motivation sowie geringe Erwartungen und Akzeptanz der Umgebung wahrscheinlich eine wesentliche Rolle und müssen berücksichtigt werden.

Foto: Barbara Kriebath



bei Epilepsie

Untersuchungen haben gezeigt, dass dies bei über 50 Prozent der Kinder der Fall ist. „Sanierung“ des EEG-Befundes durch AE verbesserte bei der Hälfte dieser Kinder die Leistung signifikant. Verschiedene Autoren empfehlen daher bei kognitiven Störungen ein EEG und – wenn hypersynchrone Veränderungen vorhanden sind – Zusatzuntersuchungen zur Aufdeckung von TCI.

Kontrovers diskutiert wird, da Daten aus plazebokontrollierten Studien fehlen, jedoch die Gabe von AE bei Kindern ohne manifeste Anfälle. Sowohl Diagnostik als auch Dosisfindung und Therapieüberwachung (testkontrolliert) sind aufwändig und somit derzeit spezialisierten Zentren vorbehalten.

Kontinuierliche interiktale epileptische Aktivität, vor allem, wenn sie mit Aufhebung der Organisation des Schlafes verbunden ist (Electrical Status Epilepticus During Slow Sleep, ESES; oder Continuous Spikes and Waves During Slow Sleep, CSWSS), führt zu schweren, letztlich irreversiblen Schäden und bei älteren Kindern zu Demenz. Tatsächliche Regression ist jedoch ein seltenes Ereignis, meist handelt es sich um eine Stagnation der Weiterentwicklung.

Antiepileptikagabe

Antiepileptika beeinflussen die kortikale Erregungsübertragung und können somit auch mehr oder minder die Informationsverarbeitung beeinträchtigen. Von den konventionellen AE haben zentral sedierende Präparate wie Barbiturate und Benzodiazepine den größten negativen Effekt auf die Kognition. Valproat und Phenytoin können in seltenen Fällen – vor allem bei hoher Serumkonzentration – zu progredienten Enzephalopathien führen. Hohe oder ...

Ursachen kognitiver Defizite

Die Ursachen kognitiver Defizite bei Kindern mit Epilepsie sind komplex. Insgesamt handelt es sich um eine Vielzahl potenziell beeinträchtigender Faktoren, die nicht unabhängig wirken und bezüglich Qualität und Schwere zu individuell unterschiedlichen Störungen führen können: Neben der zugrunde liegenden Hirnpathologie wird ein früher Krankheitsbeginn aufgrund der Interferenz der Erkrankung mit der in diesem Alter schnell fortschreitenden Hirnreifung – unabhängig von der Ätiologie beziehungsweise vom Epilepsiesyndrom – als der stärkste Prädiktor kognitiver Dysfunktion angesehen.

Über den unmittelbaren Einfluss der Anfälle (insbesondere bei hoher Frequenz und wiederholtem Status epilepticus) und periiktaler Störungen hinaus finden in diesem Zusammenhang die Auswirkungen der sowohl intermittierend als auch chronisch – vor allem im Schlaf – auftretenden interiktalen epileptischen Aktivität zunehmend Beachtung: Kurz dauernde, „subklinische“ epileptogene Aktivität kann die kognitive „Performance“ transitorisch beeinträchtigen (Transitory Cognitive Impairment, TCI).

Tabelle 1

Fazit: Neuropsychologische Aspekte

- Das Risiko begleitender neuropsychologischer Störungen ist nicht unbeträglich. Da Epilepsie nahezu alle Hirnregionen betreffen kann, gibt es jedoch keine per se epilepsiespezifische funktionelle Beeinträchtigung.
- Eine Vielzahl von Faktoren kann die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten beeinträchtigen. Auszuschließen sind (hirn-)organische Ursachen, unerwünschte Wirkungen der AE und psychiatrische Störungen. Nicht immer lassen sich die Ursachen zur Gänze klären, immer jedoch bei sorgfältiger Diagnostik Qualität und Schweregrad der Störung.
- Idealerweise sollte eine neuropsychologische Ausgangsuntersuchung („Baseline“) vor Beginn der Behandlung mit AE durchgeführt werden. Folgeuntersuchungen sind bei konkreten Problemen und einmal pro Jahr bei nicht erreichter Anfallsfreiheit indiziert.
- Die Testung sollte mit klaren Fragestellungen durch qualifizierte Neuropsychologen (bei Testkontrollen idealerweise mit dem gleichen Testleiter) vorgenommen werden.
- Werden unerklärliche fluktuierende kognitive Defizite berichtet, ist anzustreben, neuropsychologische Tests videokontrolliert unter gleichzeitiger Ableitung des EEG durchzuführen.

... toxische Serumkonzentrationen führen insgesamt bei einem Sechstel der Kinder unter Phenytoin, Primidon und Phenobarbital, ebenso unter Valproat und Carbamazepin zu messbaren Störungen. Mit Ausnahme von Topiramid wird bei den neuen AE keine wesentliche Beeinträchtigung berichtet, allerdings ist die Datenlage aufgrund des kürzeren Anwendungszeitraums eingeschränkt. Generell sind Monotherapien weniger beeinträchtigend als Kombinations- oder Polytherapien.

Epilepsiechirurgische Eingriffe

Anfallsfreiheit führt bei der Mehrzahl der Patienten zu einer deutlichen Verbesserung der kognitiven Leistungen. Ist sie durch AE nicht zu erzielen, ist daher zu prüfen, ob eine Indikation für einen epilepsiechirurgischen Eingriff vorliegt. Spezielle neuropsychologische Untersuchungen dienen hier dem Ausschluss einer möglichen Störung essenzieller Hirnfunktionen (Sprache, Gedächtnis etc.) durch die Operation sowie der Planung eventuell notwendiger postoperativer Rehabilitation.

Neuropsychologische Diagnostik

Im Gegensatz zu Erwachsenen spielt der entwicklungspsychologische Aspekt eine entscheidende Rolle. Konkret geht es darum, Faktoren zu identifizieren, die die weitere Entwicklung des Kindes beziehungsweise seine Anpassung an die wachsenden Anforderungen des Alltags gefährden. Bezüglich Testinventar ist eher das Entwicklungs- als das chronologische Alter zu berücksichtigen. Folgende Testverfahren sollten, ergänzt durch Verhaltensbeobachtung und Elterninterview (etwa Vineland Adaptive Behavior

Scales) am Beginn der Erkrankung, idealerweise noch vor Einstellung auf AE und dann einmal pro Jahr – wenn möglich, durch den gleichen Testleiter – durchgeführt werden:

- Ein bis 42 Monate (bei geistiger Behinderung länger, zur Bestimmung des Entwicklungsalters): Baily Scales of Infant Development (BSID II)
- Kindergarten- und Vorschulalter: Mc Carthy Scales of Children's Abilities (nur teilweise übersetzt); Kaufmann Assessment Battery for Children (eingeschränktes Spektrum klinisch relevanter Funktionsbereiche, sprachlich kognitive Leistung unberücksichtigt); Heidelberger Sprachentwicklungstest
- Ältere Schulkinder- und Jugendliche: Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder (HAWIK-R); spezielle neuropsychologische Testverfahren unter Beachtung von spezifischer Fragestellung und altersbezogenen Normwerten; Tests zur Prüfung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Verarbeitungsgeschwindigkeit

Da Entwicklungs- und Intelligenztests nur jeweils für eine begrenzte Altersspanne zur Verfügung stehen, empfiehlt es sich, um vergleichbare Verlaufsuntersuchungen zu ermöglichen, Instrumente auszuwählen, bei denen das Kind zu den jüngsten Kandidaten zählt, beziehungsweise solche, für die es kompatible Nachfolgeinstrumente gibt.

Psychische Auffälligkeiten

Psychische Auffälligkeiten und Störungsbilder treten insgesamt bei etwa 30 bis 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Epilepsie auf, zum Teil bereits kurz nach Manifestation der Erkrankung. In Vergleichsuntersuchungen fanden sich psychische Auffälligkeiten bei 26 bis 29 Prozent der unkomplizierten und bei 56 bis 58 Prozent der komplizierten Epilepsien mit zusätzlichen neurologischen Störungen, im Gegensatz dazu jedoch nur bei sieben bis neun Prozent der gesunden Kontrollen und bei 11,5 Prozent der Kinder mit chronischen, nicht das ZNS betreffenden Krankheiten wie Diabetes.

Spektrum komorbider Störungen

Das Spektrum komorbider psychischer Störungen bei Epilepsie scheint in allen Rassen und Kulturkreisen ähnlich und umfasst:

- tief greifende Entwicklungsstörungen inklusive Autismus
- Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen inklusive Hyperaktivitäts-Unaufmerksamkeitsstörung (ADHD)
- Persönlichkeits(entwicklungs)-/Anpassungsstörungen
- Angststörungen
- Depressionen
- Psychosen
- dissoziative Störungen

Die psychopathologische Präsentation dieser Störungen ist jedoch oft atypisch, so dass die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV die zu beobachtende Psychopathologie nicht oder nur schlecht treffen. Dies mag einer der Gründe dafür sein, dass psychische Störungen bei Epilepsie häufig nicht diagnostiziert und noch seltener adäquat behandelt werden.

Ursachen psychischer Auffälligkeiten

Kognitive Beeinträchtigung, medikamentöse Therapieresistenz und Polytherapie stellen die wichtigsten Risikofaktoren dar, während demografische Variablen, Anfallstyp und Epilepsiesyndrom von geringerem Einfluss zu sein scheinen. Eine weitaus größere Rolle als bei Erwach-

Tabelle 2

Fazit: Psychische Auffälligkeiten

- Psychische Symptome unterschiedlichster Genese sind bei Epilepsien des Kindes- und Jugendalters häufig. Eine ausführliche psychiatrische Untersuchung ist daher obligat.
- Im Gegensatz zu Erwachsenen verlangen bei Jugendlichen alle therapeutischen Interventionen systemische Elternarbeit. Ebenso gehören alle weiteren Bezugspersonen (Kindergärtner, Lehrer etc.) über Diagnose und therapeutisches Prozedere unterrichtet.
- Werden psychiatrische Symptome berichtet, sind in einem ersten Schritt (hirn)organische Ursachen, unerwünschte Medikamenteneffekte und kognitive Störungen als mögliche Ursache zu diagnostizieren und gegebenenfalls zu behandeln.
- Stehen psychosoziale Ursachen im Vordergrund, sind pädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen einzuleiten.
- Psychische Symptome beziehungsweise psychiatrische Krankheiten im engeren Sinn (ADHD, Angststörung, Depression, Psychose etc.) sind rasch zu diagnostizieren und unverzüglich gemäß internationalem Standard kombiniert psychotherapeutisch (in der Regel mittels Verhaltenstherapie) und medikamentös zu behandeln. Hierbei ist auf mögliche Besonderheiten, die sich durch die Epilepsie einerseits und durch die Komedikation von Psychopharmaka mit AE andererseits ergeben, zu achten.
 - AE mit an sich psychotroper Wirkung sind zu bevorzugen, da sie als Therapie unter Umständen ausreichen.
 - AE mit signifikantem Einfluss auf das Cytochrom-P450-System sind – wenn möglich – zu meiden, da sie Kombinationen erschweren.
 - Psychopharmaka mit bekannt ausgeprägter epileptogener Wirkung (manche Antidepressiva, Neuroleptika etc.) sind – wenn möglich – zu meiden. Therapien sind – vor allem am Beginn – vorsichtig und spiegelkontrolliert zu führen.

senen scheinen psychosoziale Variablen (prämorbid soziale Rahmenbedingungen, Krankheitsverarbeitung durch Kind und Familie etc.) zu spielen.

AE mit erhöhtem Risiko für psychische Nebenwirkungen inklusive propsychotischer Effekte sind Benzodiazepine, Barbiturate und Medikamente mit vorwiegend GABAerem Wirkmechanismus (Gabapentin, Topiramate etc.). Dramatisches Beispiel einer idiosynchronischen psychiatrischen Nebenwirkung ist die „forcierte Normalisierung“ oder „Alternativpsychose“, die bei acht Prozent der Erwachsenen und zwei Prozent der Kinder unter einer Therapie mit Ethosuximid auftritt.

Zu beachten ist auch, dass AE, die das Cytochrom-P450-System induzieren (Phenobarbital, Primidon, Phenytoin und Carbamazepin), die Wirkung einer Reihe von Psychopharmaka (zum Beispiel Antidepressiva) minimieren können. Analog können Enzyminhibitoren wie Valproat zu Intoxikationen führen.

Häufige Störungsbilder

• **Hyperaktivitäts-Unaufmerksamkeitsstörung (ADHD):** ADHD ist die am häufigsten beschriebene komorbide psychische Störung und scheint weitaus häufiger aufzutreten als in der Allgemeinbevölkerung. Prävalenzraten zwischen acht und 77 Prozent (im Mittel 38 Prozent) gegenüber zwei bis 18 Prozent in der Allgemeinbevölkerung wurden berichtet. Während in der Allgemeinbevölkerung ADHD vom kombinierten Typ überwiegt und Knaben signifikant häufiger (4:1 bis 9:1) betroffen sind als Mädchen, findet sich bei Kindern mit Epilepsie keine eindeutige Geschlechtspräferenz und überwiegend ADHD vom Unaufmerksamkeitsstyp. ADHD wird häufiger bei generalisierten als bei fokalen Epilepsiesyndromen gefunden. Differenzialdiagnostisch sind kognitive Störungen, vor allem TCI auf der Basis interiktaler epileptischer Aktivität, auszuschließen, weiters sind mögliche Auswirkungen der AE-Therapie zu evaluieren (Polytherapie, toxischer Bereich etc.). Mit Ausnahme von Benzodiazepinen und Barbituraten beeinflussen AE in therapeutischen Dosen Konzentration und Aufmerksamkeit kaum, allerdings bestehen individuelle Unterschiede bezüglich der



Feucht: „Psychische Auffälligkeiten und Störungsbilder treten insgesamt bei etwa 30 bis 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Epilepsie auf.“

Empfindlichkeit. Einige AE, wie Lamotrigin und Carbamazepin/Oxcarbazepin, können sich sogar günstig auswirken. Obwohl kontrollierte Daten fehlen, ist entsprechend bislang veröffentlichter Erfahrungen die gezielte Behandlung von ADHD mit Stimulanzien, Atomoxetin oder Bupropion auch bei manifester Epilepsie wirksam und sicher.


• **Störungen des Sozialverhaltens:** Insbesondere Störungen der Impulskontrolle und aggressives Verhalten sind nicht zwingend mit Epilepsie vergesellschaftet. Mögliche Ursachen sind kognitive Entwicklungs- und Leistungsstörungen (insbesondere der Exekutivfunktionen), Medikamenteneffekte, ungünstige psychosoziale Rahmenbedingungen und Probleme bei der Krankheitsverarbeitung. Im Einzelfall ist den Ursachen nachzugehen, um gezielte Behandlung zu ermöglichen.

• **Autistische Störungen:** Während epileptische Anfälle mit acht bis 28 Prozent bei autistischen Kindern signifikant häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung, ist umgekehrt ein gehäuftes Auftreten von Autismus bei Epilepsie nicht bekannt. Allerdings sind bestimmte Epilepsiesyndrome mit so genannten autistischen Enzephalopathien (schwere globale Entwicklungsverzögerung mit autistischen Zügen) vergesellschaftet. Hierzu gehören das West-Syndrom, Lennox-Gastaut-Syndrom, Landau-Kleffner-Syndrom, CSWS und verwandte Syndrome sowie bestimmte symptomatische Epilepsien (zum Beispiel tuberoöse Sklerose). AE können autistische Symptome sowohl verbessern als auch verstärken. Eine günstige Wirkung wurde in einer retrospektiven Studie für Valproat beschrieben. Nicht medikamentöse Therapien und zielsymptomorientierte Behandlung mit Psychopharmaka (Stimulanzien, Neuroleptika etc.) sind individuell zu planen.

• **Angststörungen:** In Verbindung mit Epilepsie können die für die verschiedenen Altersstufen typischen Ängste verstärkt auftreten: Acht-Monats-Angst im Säuglingsalter, Pavor nocturnus in der frühen Kindheit, Trennungsangst und Tierphobien im Vorschulalter, Schulphobie im Schulalter sowie Angstneurosen in der Adoleszenz.


Differenzialdiagnostisch auszuschließen ist, dass die Angst Teilsymptom epileptischer Anfälle (Aura) oder Reaktion ...





diagnose: PTSD

Das moderne Breitband-Antidepressivum gegen Depression, Panikstörungen, PTSD, Zwangsstörungen und Sozialphobie.



Tresleen[®]

Pfizer Corporation Austria Gesellschaft m.b.H., A-1210 Wien, Floridsdorfer Hauptstrasse 1, Hotline 0800 400 144, www.pfizer.at, Fachkurzinfo siehe Seite 36

TRE-009-05/V1/13.4.05

... auf subjektiv bedrohliche Anfallssymptome (Halluzinationen, vegetative Phänomene etc.) ist. Zugrunde liegende kognitive Leistungsbeeinträchtigungen und damit verbundene Überforderung sind ebenfalls auszuschließen. Mangelnder Selbstwert und mangelnde Akzeptanz durch die Umwelt gehören zu den häufigsten Ursachen vor allem sozialphobischer Störungen im Jugendalter. Die Behandlung erfolgt meist nicht medikamentös mittels verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (eventuell in Kombination mit Erziehungsberatung oder Familientherapie).

• **Affektive Störungen:** Im Gegensatz zu manischen Episoden treten Depression und Suizidalität bis hin zum Suizid bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie signifikant häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. Psychosoziale Faktoren scheinen dabei eine größere und organische Faktoren eine geringere Rolle zu spielen als bei Erwachsenen. In der Mehrzahl werden Depressionen spät oder überhaupt nicht erkannt und noch seltener behandelt. Dies trifft vor allem auf junge und behinderte Kinder zu, die ihre Befindlichkeit sprachlich nicht ausreichend artikulieren können. Appetitlosigkeit, Weinerlichkeit, Rückzug, Antriebsarmut und verminderte Leistungsfähigkeit sollten daher auch an die Möglichkeit einer depressiven Verstimmung denken lassen. Sedierende AE, insbesondere Barbiturate, sind bekanntermaßen depressiogen, während Lamotrigin und Carbamazepin (antidepressiogen) sowie Valproat und Topirammat (antimanisch) auch in der Psychiatrie als „Mood Stabilizer“ Verwendung finden. Primär sollte daher bei affektiver Komorbidität die bestehende AE-Therapie optimiert werden. Ergibt sich dennoch die Notwendigkeit der adjuvanten

Feucht: „Depression und Suizid treten bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie signifikant häufiger auf.“

gezielten medikamentösen Therapie mit Antidepressiva, ist zu berücksichtigen, dass eine Reihe der zur Verfügung stehenden Standardantidepressiva die Krampfschwelle zum Teil erheblich senken, während Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) ein geringeres Risiko aufweisen. Schnelle Titration, besonders zu Beginn der Therapie, und hohe Dosen sind jedoch generell zu vermeiden.

• **Psychosen:** Sie treten bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie sehr selten auf. Verschiedene Autoren fanden bei Erwachsenen einen überproportionalen Zusammenhang mit linkshirnigen Temporallappenepilepsien.

Darüber hinaus wurde immer wieder über psychotische Episoden bei raschen Therapieänderungen, insbesondere abruptem Absetzen und bei Behandlung mit einigen der neuen AE (vor allem Zonisamid, Vigabatrin etc.), berichtet. Manifeste psychotische Episoden sind – nach psychiatrischer Diagnosestellung – entsprechend den aktuellen Standards für die Behandlung von Psychosen mit Neuroleptika zu therapieren.

• **Dissoziative Anfälle:** Sie treten ab dem Vorschulalter, gehäuft jedoch im Jugendalter auf. Typisch sind emotionale und/oder leistungsmäßige Überforderung, seltener schwere Traumata als Auslöser zu eruieren. Oft bestehen epileptische und nicht epileptische Anfälle nebeneinander oder es kommt zum Symptombandel nach erfolgreicher Behandlung der Epilepsie. Die Diagnostik ist schwierig und oft nur

durch videokontrollierte EEG-Langzeitableitungen unter Anwendung von Provokationsprotokollen möglich. Die Therapie ist – vor allem bei bereits längerem Bestehen der Symptomatik – ebenfalls schwierig und erfordert die enge Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten.

Diagnostik psychischer Störungen

Grundsätzlich sollten psychiatrische Anamnese und psychischer Status fixer Bestandteil der klinischen Untersuchung epilepsiekranker Kinder und Jugendlicher sein. Eventuell ist dafür die Zuweisung zum Kinder- und Jugendpsychiater notwendig. Im Vordergrund stehen bei kleinen Kindern Elterninterview und Verhaltensbeobachtung, bei älteren Klein- und Schulkindern ergänzt durch Außenanamnese mit Kindergärtnern, Lehrern und Erziehern. Ältere Schulkinder und Jugendliche sollten darüber hinaus direkt und alleine untersucht werden (eventuell unter Zuhilfenahme semistrukturierter Interviews). Projektive Testverfahren können die psychiatrische Untersuchung abrunden, ersetzen diese aber nicht.

Zusammenfassung

Entsprechend Berichten der Weltgesundheitsorganisation ist die durch Epilepsie verursachte Belastung der Gesundheitssysteme eine der höchsten aller neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Die höchsten Kosten werden dabei durch schwer behandelbare chronische Verläufe und begleitende neuropsychologische und/oder neuropsychiatrische Störungen verursacht. Die optimale Behandlung einer Epilepsie erfordert daher nicht nur die Überwachung der Medikamenteneinnahme, sondern auch die Beachtung der vielfältigen kognitiven, psychischen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung. Die Mehrzahl der Epilepsien manifestiert sich im Kindes- und Jugendalter. Kinder und Jugendliche mit Epilepsie zeigen häufiger kognitive Probleme und Verhaltensstörungen als gleichaltrige Gesunde und Gleichaltrige mit anderen chronischen Krankheiten. Schulleistungsprobleme finden sich bei einem erheblichen Teil der jungen Patienten trotz ausreichender intellektueller Fähigkeiten. Psychische Auffälligkeiten sind ebenfalls häufig, gleichzeitig ist jedoch die Diagnostik aufgrund atypischer psychopathologischer Präsentation oft erschwert, da die operationalisierten Klassifikationssysteme psychischer Störungen ICD-10 und DSM-IV die zu beobachtende Psychopathologie nicht oder nur schlecht erfassen.

Grundkenntnisse auf diesem Gebiet sowie enge Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten (insbesondere Verhaltens- und Familientherapeuten), Neuropsychologen, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten sind daher in zunehmendem Maße für Epileptologen unabdingbar.

Lecture board

Univ.-Prof. Dr. Lüder Deecke, Univ.-Prof. Dr. Peter Fischer, Univ.-Prof. Dr. Reinhold Schmidt

Univ.-Prof. Dr. Martha Feucht, M.D.

Vorsitzende der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Leitende Ärztin des Bereiches Epileptologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien