

# EPILEPSIE UND DEPRESSION



Aktualisierte Neuauflage 2024



Wer kennt das nicht: Gefühle der Abgeschlagenheit, Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit bis hin zur Traurigkeit, Schwierigkeiten, sich zu neuen Aktivitäten aufzuraffen und sich am Leben zu erfreuen? Wenn solche Zeichen vorübergehend, etwa nach einer schwierigen privaten oder beruflichen Situation auftreten, so gehört das zum normalen Erleben und stellt keinen Anlass zu besonderer Sorge dar. Bleiben diese Gefühle jedoch als Grundstimmung über Wochen und Monate bestehen und überschatten das ganze Erleben, so wird von einer *Depression*, oder manchmal auch – bei milderer Ausprägung – von einer *Dysphorie*, gesprochen.

Menschen mit Epilepsie leiden häufiger als Menschen ohne Epilepsie unter depressiven Symptomen. Oft wird dies den behandelnden Ärzten gegenüber gar nicht angesprochen, weil die Epilepsie für sich schon genug Gesprächs- und Beratungsbedarf bietet. Zum anderen wird darüber in der ärztlichen Sprechstunde aber auch deshalb **nicht** gesprochen, weil die Betroffenen wie auch ihre Ärztinnen und Ärzte oft stillschweigend davon ausgehen, dass ein wenig Depressivität in Anbetracht der bestehenden Epilepsie als normal anzusehen ist – als Reaktion auf die Anfälle und die vielfältigen, mit der Epilepsie verbundenen Probleme.

### Depressionen sind nicht nur Folge der Epilepsie

Depressionen sind bei Menschen mit Epilepsie nicht nur häufiger als bei Menschen ohne Epilepsie, sondern auch häufiger als bei Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen (etwa *Diabetes mellitus* oder einer rheumatischen Erkrankung), die das Leben ähnlich schwer beeinträchtigen können.

Heute ist bekannt, dass Depressionen bei anfallskranken Menschen **nicht** nur eine – vielleicht sogar angemessene – Reaktion auf die epileptischen Anfälle darstellen. In vielen Fällen sind Epilepsie und Depression ursächlich miteinander verknüpft. Die Veränderungen in der Hirnstruktur, die zur Entstehung einer Epilepsie beitragen, tragen auch wesentlich zur Entstehung einer Depression bei – die Wissenschaft nennt das *neurobiologische* Grundlage der Depression.

Eine Reihe von Beobachtungen belegen diesen ursächlichen Zusammenhang. So tragen nicht alle Epilepsieformen das gleiche Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome. Besonders häufig ist das Auftreten einer Depression, wenn die Epilepsie ihren Ursprung im Schläfenlappen hat. Grund hierfür ist eine Beteiligung des *limbischen Systems* – eines Bereichs des Gehirns, der für die Verarbeitung von Gefühlen zuständig ist und wesentlich unsere Stimmung beeinflusst. Tritt hier während der Anfälle oder auch in der Zeit zwischen den Anfällen epileptische Aktivität auf, so wirkt sich dies auf die Verarbeitung von Gefühlen aus und kann Folgen haben, die weit über die Anfallssymptome hinausgehen.

Wird der Zeitpunkt, bei dem sich bei Menschen mit einer Epilepsie die ersten Symptome einer Depression gezeigt haben mit dem Zeitpunkt verglichen, zu dem der erste epileptische Anfall aufgetreten ist, zeigt sich, dass es durchaus zum Auftreten der depressiven Symptomatik gekommen sein kann, **bevor** der erste epileptische Anfall aufgetreten ist.

Zwei wichtige Studien aus Skandinavien und den USA konnten nachweisen, dass Depressionen nicht nur im Verlauf der Epilepsie häufiger sind, sondern dass depressive Symptome häufig schon vor dem ersten Auftreten eines epileptischen Anfalls vorliegen – also längst, bevor sich Angst vor weiteren Anfallsepisoden oder Schwierigkeiten bei der Verarbeitung der vielen privaten und beruflichen Konsequenzen der Epilepsie eingestellt haben können. Diese überraschende Erkenntnis hat wesentlich dazu beigetragen, die Unabhängigkeit der Erscheinung von Depressionen und der Epilepsie zu belegen und damit auch der Depression einen eigenen Stellenwert im Leben der betreffenden Menschen zuzubilligen.

In letzter Zeit wurde den biologischen Mechanismen, die zu der Entwicklung einer Depression beitragen können, weiter nachgegangen. So ließ sich zeigen, dass bei Menschen mit einer *Temporalleppenepilepsie* häufig auch Veränderungen der *Serotonin-Rezeptoren* vorliegen. *Serotonin* ist ein Überträgerstoff (Neurotransmitter), dessen Rolle für die Entwicklung von Depressionen seit vielen Jahren bekannt ist.

Ein Mangel an *Serotonin* in hierfür spezialisierten Verbindungen zwischen den Nervenzellen im Gehirn wird als ein wichtiger Grund für die Entwicklung depressiver Symptome angesehen. Bei anfallskranken Menschen mit Depressionen konnte gezeigt werden, dass dieser Mangel bei ihnen besonders häufig an Stellen auftritt, an denen das Serotonin seinen stimmungsaufhellenden Effekt entfaltet.

## Die Behandlung der Epilepsie kann zur Entwicklung einer Depression beitragen

Nicht nur die Ursache der Epilepsie und ihre Konsequenzen für das Leben der Betroffenen können zur Entwicklung einer Depression beitragen – auch die medikamentöse Behandlung der Epilepsie kann zur Verschlechterung der depressiven Symptomatik beitragen oder sogar eine Depression auslösen.

Eine Reihe von Medikamenten, die für die Epilepsiebehandlung zur Verfügung stehen, können depressionsfördernde Nebenwirkungen haben – dies gilt sowohl für einige der „alten“ Anfallssuppressiva (z.B. *Phenobarbital* und *Phenytoin*) als auch für einige der „neuen“ Präparate (z.B. *Topiramate* und *Levetiracetam*).

Zeigen sich bereits vor Behandlungsbeginn depressive Symptome, kann durch die Auswahl eines Medikaments gegen die Anfälle, welches diese unerwünschten Wirkungen in der Regel nicht hat, dazu beigetragen werden, dass diese nicht noch zusätzlich verstärkt werden.

Kommt es bei der Behandlung mit einem Medikament, das depressionsfördernde Nebenwirkungen haben kann, zum erstmaligen oder verstärkten Auftreten von depressiven Symptomen, ist unter Umständen eine medikamentöse Umstellung auf ein Präparat mit einem anderen Wirkstoff erforderlich.

## Konsequenzen für die Praxis

Die Erkenntnis, dass Depressionen bei anfallskranken Menschen eine eigenständige Erkrankung darstellen, hat

wesentliche Konsequenzen für den Umgang hiermit – sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die behandelnden Ärzte. Sie kann Mut machen, mit Freunden, Verwandten, in Selbsthilfegruppen und nicht zuletzt auch mit den behandelnden Ärzten über Stimmungsprobleme zu sprechen – sofern sie über Wochen oder Monate bestehen bleiben.

Im Gespräch kann dann geklärt werden, ob den Stimmungsproblemen ungelöste Konflikte, Schwierigkeiten mit der Krankheitsbewältigung, Lebenskrisen oder andere Faktoren zugrunde liegen und welcher Anteil hierdurch allein nicht erklärbar ist.

Die unabhängige Rolle von Depressionen macht aber auch deutlich, dass die depressiven Symptome einer eigenen Behandlung bedürfen. Dazu haben die behandelnden Ärzte eine Reihe von Möglichkeiten:

- Der Wechsel von Medikamenten zur Epilepsiebehandlung, die ein höheres Risiko der Auslösung von depressiven Symptomen haben, hin zu solchen, die stimmungsneutral sind oder sogar einen günstigen Effekt auf die Stimmung haben. Einige Substanzen tragen sogar eher zu einer Stimmungsaufhellung bei und kommen für eine medikamentöse Umstellung besonders infrage.
- Eine psychotherapeutische Behandlung kann andere therapeutische Veränderungen begleiten oder aber bei erheblichen Anteilen psychischer Probleme für die Depressionsentwicklung den Schwerpunkt der Therapie darstellen.
- Auch der Einsatz der *Vagus-Nerv-Stimulation* kann zu einer Verbesserung der Stimmung führen, die sich in der Regel bereits in den ersten Wochen der Behandlung einstellt und unabhängig von der Wirkung auf die Anfallsfrequenz auftritt.
- Schließlich sollte keine Scheu bestehen, zumindest vorübergehend auch Medikamente speziell zur Depressionsbehandlung einzusetzen. Solche *Antidepressiva* waren früher in Verruf gekommen, weil alte Substanzklassen (*trizyklische Antidepressiva* wie z.B.

*Amitriptylin*) mit einem Risiko einer Anfallsverschlechterung einhergehen konnten. Dies ist bei den neueren Wirkstoffen (*Serotonin-Wiederaufnahmehemmer*, wie z.B. *Citalopram*) jedoch in der Regel **nicht** mehr der Fall.

Treten bei Menschen mit einer Epilepsie Symptome auf, die auf eine sich entwickelnde oder bereits bestehende Depression hindeuten, sollte eine medikamentöse Behandlung der Depression nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Die Angst, dass sich dadurch die Anfallssituation verschlechtern könnte, ist in der Regel nicht gegeben – insbesondere dann nicht, wenn zur Behandlung der Depression einer der neueren Wirkstoffe eingesetzt wird.

Leider steht auch bei diesen Wirkstoffen im Beipackzettel weiterhin, dass ein Einsatz bei Menschen mit Epilepsie zu einer Verschlechterung der Anfallssituation beitragen kann – dies gilt jedoch nach derzeitigem Kenntnisstand als **widerlegt**. Sowohl experimentelle Ergebnisse als auch Untersuchungen an großen Patientenzahlen zeigen im Gegenteil, dass die Einnahme der modernen Antidepressiva mit einer Verminderung des Anfallsrisikos verbunden sein kann.

## Über Depression sollte offen gesprochen werden

Sowohl für Menschen mit Epilepsie als auch für ihre behandelnden Ärzte stellen die Erkenntnisse der letzten Jahre somit gute Gründe dar, ihr Denken über Depressionen zu verändern:

- Menschen mit Epilepsie sollten mit mehr Mut über ihre Stimmungsprobleme sprechen. Sie sollten diese in der ärztlichen Sprechstunde besprechen und gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten suchen.
- Menschen mit Epilepsie und ihre behandelnden Ärzte sollten die Scheu überwinden, zumindest für einen gewissen Zeitraum nicht nur die Epilepsie medikamentös zu behandeln, sondern bei Bedarf zusätzlich Medikamente zur Behandlung der Depression einzusetzen – so wenig erwünscht das Mehr an Tabletten auch erscheinen mag.

- Ärztinnen und Ärzte können ihren Patienten durch das heute vorhandene Spektrum möglicher antiepileptischer und antidepressiver Behandlungen eine wirksame Therapie anbieten und damit dafür Sorge tragen, dass depressive Symptome sich nicht in einem Umfang entwickeln, die die Betroffenen nicht nur beeinträchtigen, sondern sogar – wenn Suizidgedanken hinzukommen – gefährden können.

Die aus dem Gespräch in der ärztlichen Sprechstunde erwachsene Kenntnis der unterschiedlichen Komponenten der Entwicklung einer Depression – psychischer wie biologischer Ursachen – bildet die Voraussetzung dafür, den individuell besten Weg der Therapie herauszufinden und gemeinsam zu beschreiten. In Abhängigkeit von der Grundlage einer Depression kann auch das Hinzuziehen von Psychologen oder auch psychiatrisch tätigen Ärzten und Ärztinnen hilfreich sein.

### Wo finde ich Hilfe und Unterstützung?

Treten die beschriebenen Symptome einer Depression auf (z.B. Mutlosigkeit, dauerhafte Antriebslosigkeit), sollten diese ernstgenommen und es sollte gegebenenfalls mit einer Psychotherapie begonnen werden (vgl. dazu unser Falblatt *Psychotherapie bei Epilepsie*), entsprechende Adressen finden sich zum Beispiel auf der Webseite der *Psychotherapeutenkammer* ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

Die *Robert-Enke-Stiftung* (<https://robert-enke-stiftung.de>) hat ein Beratungstelefon geschaltet, an das sich Menschen mit Depressionen von Montag bis Freitag zu bestimmten Zeiten wenden können. Außerhalb dieser Zeiten kann sich jeder oder jede an die *Telefonseelsorge* wenden, die bundesweit rund um die Uhr erreichbar ist (Tel.: 0800 – 1 11 01 11 oder 0800 – 1 11 02 22). Auch Menschen mit Epilepsie sollten sich bei Bedarf nicht scheuen, diese Angebote in Anspruch zu nehmen.

Weitere Informationen zur Epilepsie und zum Leben mit Epilepsie erhalten Sie über unsere Bundesgeschäftsstelle. Auf unserer Webseite [www.epilepsie-vereinigung.de](http://www.epilepsie-vereinigung.de) finden

Sie viele hilfreiche Informationen; unter anderem stehen dort unsere Informationsfaltblätter und Broschüren als kostenloser Download zur Verfügung.

Es ist keine Schande ist, an einer Depression erkrankt zu sein. Eine Depression kann jeden treffen und ist in der Regel gut behandelbar – auch bei Menschen mit Epilepsie.



### **Bundesgeschäftsstelle**

Zillestraße 102

10585 Berlin

Fon 030 – 342 44 14

Fax 030 – 342 44 66

[info@epilepsie-vereinigung.de](mailto:info@epilepsie-vereinigung.de)

[www.epilepsie-vereinigung.de](http://www.epilepsie-vereinigung.de)

Besuchen Sie uns auch bei Facebook:



### **Spendenkonto**

IBAN DE24 100 700 240 6430029 01

BIC (SWIFT) DEUT DE DBBER

Deutsche Bank Berlin

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Fachliche Beratung: Katrin Bohlmann, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin