

## ABORDAREA PLURIDIMENSIONALĂ A URGENȚELOR PSIHIATRICE ÎN EPILEPSIE

Iuliana MURSA<sup>1</sup>, Oleg COBÎLEANSCHI<sup>1</sup>,  
Tatiana PROSPĂT<sup>2</sup>, Alexandru POPOV<sup>3</sup>,

<sup>1</sup>USMF Nicolae Testemițanu,

<sup>2</sup>Colegiul Național de Medicină și Farmacie Raisa Pocolo,

<sup>3</sup>Spitalul Clinic de Psihiatrie

### Summary

#### **The multi-dimensional approach of psychiatric emergencies in epilepsy**

*The paper describes an extremely vast and difficult field – psychiatric emergencies in epilepsy, the authors referring to their own experience of specific assisted cases as part of specialized services of Clinical Psychiatric Hospital in Chisinau. The psychiatric emergencies of epileptic character are currently being studied both epileptic paroxysm malmanifestations in terms of intra- or post critical character; due to the organic and functional basic disorders which characterize or accompany the epilepsy, and under the individualized therapeutic approach in accordance with the entire block of morbid circumstances that contribute to the exacerbation of psychosis containing all medical and often legal repercussions that imply them as well.*

*The authors describe briefly step by step the scenario of assistance that should be given to epileptic patients who all of a sudden have developed a psychiatric emergency, specifying the multidisciplinary nature of these activities. Optimal management of psychiatric emergencies of epileptic etiology implies a precise diagnosis which will not be limited to etiological determination alone.*

**Keywords:** epilepsy, psychosis, psychiatry, dementia

### Резюме

#### **Многогранность подходов в оказании urgentной психиатрической помощи при эпилепсии**

*Данная статья охватывает очень широкую и сложную область психиатрии – неотложные состояния при эпилепсии, в которой авторы делятся опытом, основанным на конкретных случаях в Психиатрической клинической больнице г. Кишинэу.*

*Представленные неотложные состояния эпилептического генеза и были проанализированы как со стороны пароксизмальных проявлений интра- и посткритического характера, которые обусловлены органической и функциональной дисфункцией, характеризующие или сопровождающие эпилепсию, так и со стороны терапевтического и индивидуального подхода, зависящего от коморбидного состояния пациента, имеющее определенное значение в обострении психоза с медицинскими и законодательными последствиями.*

*Авторы кратко и многопрофильно описывают шаг за шагом сценарий помощи, которую должны получить больные эпилепсией, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи. Оптимальное решение неотложной психиатрической помощи накладывает обязательство установить уверенный диагноз, который не должен быть ограничен только этиологическим подтверждением.*

**Ключевые слова:** эпилепсия, психоз, психиатрия, деменция

### Introducere

Tulburările psihiatrice din epilepsie, care pot degrada spre stări de psihoză acută catalogată ca fiind o urgență psihiatrică, impun aceleași măsuri active și adecvate situațiilor cu pericol vital pentru pacient și adesea pentru anturajul acestuia.

Așa sau altfel, se impune o abordare medicală ancorată în situația reală a cazului, iar medicul care poate să ofere primul ajutor este obligat ca, în condiții limitate de timp și cu mijloace modeste, să țină seama și să acopere singur cunoștințele necesare legate de toate aceste domenii. Acestea din urmă se referă la obligativitatea consemnării informațiilor privind discernământul pacientului, starea de pericol pe care o prezintă și, nu în ultimul rând, consimțământul privind conținutul asistenței acordate.

Specialiștii estimează că epilepsia și/sau leziunile epileptogene cerebrale sunt cele cu rol major în generarea tulburărilor psihice. Există chiar o regulă generală prin care tulburările psihice intercritice manifestă același grad de status mental și fenomene comportamentale ca și sindroamele psihiatrice funcționale în absența epilepsiei. Din punct de vedere etiologic, epilepsia este o afecțiune eterogenă, sumând numeroase realități clinice care se diversifică mereu.

Trebuie subliniată și existența epilepsiei simptomatice, care ridică probleme cu totul aparte și în cazul stărilor de urgență. Din alt punct de vedere, urgențele psihiatrice de natură epileptică diferă în urma manifestărilor epileptice paroxistice, având caracter intra- sau postcritic, fie în urma complexului disfuncțiilor organice și funcționale de fond care au cauzat, caracterizează sau însoțesc epilepsia. Aici se situează și întregul substrat anormal care se află la baza tulburărilor intercritice.

### Materiale și metode

Cea mai bine cunoscută și utilizată este metoda clinică de examinare a stării psihice a pacienților cu tulburări psihice, de comportament și caracteriologice la bolnavii cu

epilepsie, precum studiile catamnestice care conțin o prețioasă bază de date din domeniul psihiatriei epilepsiei. Acestea ne permit să delimităm acele particularități care sunt slab conturate la prima internare și asistare din staționar, devenind evidente la internările repetate.

Pe lângă examenul clinic, ne servesc și datele explorărilor de laborator și paraclinice, unde sunt depistate și confirmate datele despre procesul epileptogen (activitatea epileptiformă la traseele EEG și sindromul alternant, cu normalizarea forțată a traseului electroencefalografic, atunci când sunt evidente tulburările psihice, mai ales psihotice, la traseul EEG, exploarările prim emisie de protoni, RMN cerebral și altele).

Testele psihologice (scala Beak, Hamilton, scala frustrării, indicatorul recăderii remisiunilor, testul criteriilor de stigmatizare) la bolnavii de epilepsie de asemenea sunt foarte utile și elocvente pentru conturarea profilului de tulburări psihice.

Au fost luați în studiu 121 de pacienți cu epilepsie, cu tulburări psihice de personalitate și caracteriologice, dintre care 52 (42.15%) bărbați și 69 (57.85%) femei.

*Criteriile pentru luarea în grupul de studiu:* bărbați și femei mai în vârstă de la 18 ani, cu diagnosticul stabilit de „epilepsie” pe fundal de mono- și politerapie.

*Criteriile de excludere din studiu:* pacienți care nu îndeplineau criteriile de tulburări psihice sau erau supuși diferitor examinări de expertizare.

Pacienții au fost selectați din 300 de bolnavi care s-au tratat primar sau repetat în Spitalul Clinic de Psihiatrie Costiujeni, cu respectarea acordului informat pentru investigații și tratament, cerere pentru tratament și investigații, rezultate de investigații, traseele electroencefalografice primare și repetate în dinamică, examinări psihologice, tomografii computerizate cerebrale, imagini de rezonanțe magnetice nucleare cerebrale. Pacienții au fost supuși anchetării prin teste psihologice, totodată ținându-se cont de examinările clinice în dinamică pe parcursul asistenței lor din staționarul psihiatric.

Studiul a cuprins perioada 2011-2015. Adresări repetate au avut 114 pacienți incluși în studiu, 7 erau la prima adresare medicală în staționarul psihiatric. Examinările repetate au constituit 2 și mai multe ori.

Toți pacienții au fost supuși examinării clinice (somatice, neurologice, psihiatrice). S-au efectuat studii electroencefalografice de rutină primare și în dinamică, examene neurologice, tomografii computerizate cerebrale la necesitate și imagini de rezonanțe magnetice nucleare cerebrale la solicitare și la necesitate, exploarări de laborator în volumul ne-

cesar și în unele cazuri (la solicitarea pacienților și rudelor) – analizele pentru determinarea concentrației plasmatică în sânge a preparatelor.

Monitorizarea stărilor paroxismale (ictale), dar și a manifestărilor de tulburări psihice psihotice, nepsihotice și caracteriologice epileptoide la pacienții supuși studiului (121 persoane) a fost efectuată în cadrul secțiilor Spitalului Clinic de Psihiatrie Costiujeni. Crizele și tulburările psihice au fost determinate conform clasificății CIM-10. Am ținut cont de clasificarea ILAE 1981, 1989, 2001. Tratamentul a fost monitorizat și evaluat.

## Rezultate și discuții

### **Clasificarea tulburărilor psihice din epilepsie**

Exista câteva moduri prin care epilepsia predis-pune la tulburări psihice:

- 1) tulburări psihice asociate cu cauza de bază;
- 2) perturbări de comportament asociate cu crize:
  - a) precritice: status prodromal și perturbări ale dispoziției;
  - b) critice:
    - crize parțiale complexe;
    - absente;
    - status parțial complex;
  - c) postcritice:
    - automatisme;
    - afectarea conștiinței.
- 3) tulburări intercritice:
  - a) cognitive;
  - b) de personalitate;
  - c) de comportament sexual;
  - d) depresie și tulburări emoționale;
  - e) suicid și autoagresiune;
  - f) crimă;
  - g) psihoze.

Cazurile asistate ca fiind urgențe psihiatrice în cadrul serviciilor Spitalului Clinic de Psihiatrie s-au prezentat ca diferite grade de tulburare de conștiință – în cazul absenței epileptice (5 pacienți și 5 paciente), ce sfârșesc ca psihoze cronice schizofrenice (2 pacienți și 3 paciente), altele cu diferite forme de tulburări de personalitate (6 pacienți și 4 paciente), degradate până la urgențe psihiatrice. La acestea uneori se adaugă și existența unor complicații ale unor afecțiuni comorbide sau asociate. Este de consemnat că delimitarea lor promptă este esențială, deoarece atât problemele de diagnostic, cât și cele de intervenție terapeutică modernă de urgență diferă mult în funcție de prezența acestora. În absențele epileptice este de subliniat un aspect aparte, și anume urgența diagnosticului și a tratamentului specific destinat prevenirii diferitelor consecințe, uneori foarte grave. Am urmărit 9 pacienți

și 7 paciente, în cazul cărora absența s-a produs în situații care implicau risc de accidente.

Riscurile care impun intervenție de urgență sunt și ele foarte variate, sumându-le atât pe cele ale unei afecțiuni neurologice, cât și pe cele ale domeniului psihopatologic.

**Tabelul 1**

*Riscul diferitor stări ale bolnavilor epileptici care pot impune o intervenție de urgență*

Entitatea afectului	Bărbați		Femei	
	abs.	%	abs.	%
Stări agresive	6	11,54%	5	7,3%
Halucinații	3	5,77%	4	5,8%
Impulsivitate	3	5,77%	3	4,3%
Îngustarea câmpului conștiinței	8	15,38%	7	10,1%
Anxietate	4	7,695%	8	11,8%
Depresie majoră	3	5,77%	7	10,1%
Crize coleroase, crize de afect	3	5,77%	4	5,8%
Crize de panică	4	7,695%	9	13%
Convingeri delirante	3	5,77%	4	5,8%
Incapacitate de a aprecia corect realitatea	8	15,38%	9	13%
Ignorarea pericolelor și consecințelor faptelor să- vârșite	7	13,46%	9	13%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Riscul vital este reprezentat de finalul nefavorabil posibil prin diferite mecanisme: asfixie – 4 (8.89%) pacienți și 6 (13.04%) paciente, insuficiență cardiorespiratorie – 4 (8.89%) și, respectiv, 7 (15.22%), hemoragie cerebrală 1 (2.22%) și 2 (4.35%), traumatism craniocerebral 9 (20.0%) și 6 (13.04%) etc. Risc letal exista și în cazul crizei de grand-mal – 3 (6.67%) pacienți și 4 (8.69%) paciente, când persoana poate să se mutilizeze grav sau să-i agreseze pe cei din jur – 8 (17.8%) pacienți și 6 (13.04%) paciente sau pe membrii propriei familii – 4 (8.89%) pacienți și 3 (6.52%) paciente etc. Reacția față de boală și atitudinea stigmatizantă a anturajului au stat la baza comportamentului auto- sau heteroagresiv la 12 (26.67%) pacienți și 14 (30.43%) paciente din cele asistate.

În următoarea etapă, epilepsia poate simula afecțiuni cu caracter critic sau postcritic.

**Tabelul 2**

*Tulburări psihice în epilepsie*

Entitatea afectului	Bărbați		Femei	
	abs.	%	abs.	%
Stări de obnubilare	2	10%	2	8%
stări comatoase	1	5%	1	4%
stări confuzionale	4	20%	4	16%
stări confuziv- halucinatorii	3	15%	4	16%
stări confuziv- onirice	2	10%	3	12%
derealizare	2	10%	2	8%
depersonalizare	3	15%	4	16%
absențe	3	15%	5	20%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Tabelul 3**

*Gama tulburărilor psihiatrice în cadrul epilepsiei*

Entitatea afectului	Bărbați		Femei	
	abs.	%	abs.	%
Tulburări cantitative și calitative de percepție:				
• iluzii	2	3.92%	3	3.03%
• halucinoze	2	3.92%	3	3.03%
• halucinații	4	4.94%	4	4.04%
Tulburări din sfera reprezentărilor – pseudohalucinații	1	1.23%	2	2.02%
Tulburări cantitative de gândire	4	4.94%	6	6.06%
Tulburări calitative de gândire	5	6.17%	6	6.06%
Tulburări cantitative afective	4	4.94%	4	4.04%
Tulburări calitative afective	3	3.7%	5	5.05%
Tulburări cantitative de memorie	12	14.81%	13	13.13%
Tulburări calitative de memorie	8	9.88%	10	10.1%
Automatismul ambulatoriu diurn	2	3.92%	2	2.02%
Automatismul ambulatoriu nocturn	2	3.92%	3	3.03%
Pavorul nocturn cu caracter intercritic	2	3.92%	3	3.03%
Tulburări de personalitate reprezentate de:				
• impulsivitate	6	7.4%	8	8.08%
• agresivitate	9	11.1%	7	7.07%
• comportament violent	8	9.88%	8	8.08%
• crize de afect	4	4.94%	7	7.07%
Stări psihotice episodice sau de durată	3	3.7%	5	5.05%
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

În demențe (3 pacienți și 6 paciente) nu este vorba doar de cele care clasic poartă numele de

„echivalențe psihice”. La rândul lor, unele tulburări psihice pot mima epilepsia și aici vom exemplifica doar cu fenomenologia conversivă.

După cum am menționat mai sus, rezolvarea optimă a urgențelor psihiatrice de natură epileptică impune cu obligativitate un diagnostic cert și nu este vorba doar de a identifica natura epileptică a tulburărilor. În același ritm de urgență s-a impus a preciza dacă acestea sunt sau nu expresia unei crize (6 pacienți și 5 paciente) sau poate forme de status epileptic (2 pacienți și 2 paciente), stări post-critice sau fenomenologii intracritice (2 pacienți și 4 paciente). Certitudinea nu este ușor de obținut și nu numai din motivele menționate deja. Mai ales în cazul tulburărilor psihice epileptice intercritice, informațiile indispensabile sunt fie vagi, fie lipsesc. Nici examenul EEG intracritic (reper de diagnostic solide în cazul manifestărilor epileptice critice) nu aduce întotdeauna elemente de diagnosticare ferme. Mai mult, perceperea epilepsiei ca pe o afecțiune stigmatizantă îl face pe pacient să ascundă suferința sa, atitudine favorizată de medicația actuală care adesea controlează destul de bine crizele.

În următoarea etapă, examenul electroencefalografic este foarte util diagnosticului, deoarece oferă date semnificative, iar în caz de urgență fie nu este accesibil, fie nu poate fi efectuat din cauza opoziției pacientului, fie nu este în mod obligatoriu concludent. Ultima situație este caracteristică tulburărilor psihice epileptice intercritice sau din perioada postcritică. Totodată, este cunoscut faptul că tocmai acestea se remarcă prin prezența agresivității – 5 (20.0%) pacienți și 7 (16.28%) paciente, impulsivității – 3 (12.0%) pacienți și 6 (13.95%) paciente, anxietății – 3 (12.0%) pacienți și 9 (20.93%) paciente, agitației – 7 (28.0%) pacienți și 9 (20.93%) paciente, ideilor delirante de persecuție – 3 (12.0%) pacienți și 9 (20.93%) paciente și a actelor agresive 4 – (16.0%) pacienți și 3 (6.98%) paciente.

Mai mult, în cazul psihozelor epileptice înregistrate de noi zi de zi, uneori se întâlnește ceea ce a fost numit *traseu EEG hiper matur* – 3 (3.75%) pacienți și 3 (3.13%) paciente. Deși sunt descrise o serie de aspecte clinice care sugerează natura epileptică a urgenței, în cazul manifestărilor psihice cu substrat epileptic, prezența acestora nu este nici obligatorie și nici specifică. Avem în vedere: existența unor antecedente clinice și EEG comițiale indiscutabile – 3 (3.75%) pacienți și 5 (5.21%) paciente; caracterul recurent – 3 (3.75%) pacienți și 4 (4.17%) paciente și relativ stereotip – 3 (3.75%) pacienți și 4 (4.17%) paciente; apariția spontană neprovocată – 5 (6.25%) pacienți și 5 (5.21%) paciente și neașteptată – 7 (8.75%) pacienți și 8 (8.33%) paciente, predilecția pentru instalare brutală, cu desfășurare alertă și tulburări

cantitative sau calitative de conștiință – 9 (11.25%) pacienți și 11 (11.46%) paciente; comportament simplu și neorganizat – 6 (7.5%) pacienți și 8 (8.33%) paciente; discrepanța evidentă dintre motivație sau pretext – 3 (3.75%) pacienți și 5 (5.21%) paciente, pe de o parte, și intensitatea răspunsului și gravitatea consecințelor – 6 (7.5%) pacienți și 9 (9.38%) paciente pe de altă parte; absența sau fragilitatea măsurilor de acoperire a urmelor faptei indezirabile și a făptuitorului – 6 (7.5%) pacienți și 6 (6.25%) paciente, precum și prezența în buzunare a anti-epilepticelor – 14 (17.55%) pacienți și 17 (17.71%) paciente, sau a documentelor revelatoare – 12 (15.0%) pacienți și 11 (11.46%) paciente.

Se atestă manifestări epileptice care pot simula tulburări psihice de altă natură, manifestări cu caracter net paroxistic: criza grand-maltonico-clonică – 9 (14.75%) pacienți și 8 (11.59%) paciente, criza grand-mal atonă – 3 (4.92%) pacienți și 2 (2.90%) paciente, status grand-mal – 3 (4.92%) pacienți și 2 (2.90%) paciente, starea post criză grand-mal sau post status – 2 (3.28%) pacienți și 2 (2.90%) paciente, status petit mal – 3 (4.92%) pacienți și 5 (7.25%) paciente, status cu crize parțiale complexe sau psihomotorii – 6 (9.84%) pacienți și 9 (13.04%) paciente, manifestări temporare sau episodice intercritice – 5 (8.20%) pacienți și 8 (11.59%) paciente, stări crepusculare – 4 (6.56%) pacienți și 3 (4.35%) paciente, stări de obnubilare și confuzionale – 3 (4.92%) pacienți și 3 (4.35%) paciente, stări delirante și halucinatorii – 8 (13.11%) pacienți și 6 (8.69%) paciente, tulburări episodice de dispoziție 7 (11.47%) pacienți și 10 (16.39%) paciente, tulburări psihice permanente – 8 (13.11%) pacienți și 11 (15.94%) paciente.

Ideea naturii lor epileptice a fost și continuă să fie disputată. Datele existente converg în a susține caracterul naturii lor multifactoriale, subliniindu-se implicarea – în procente variabile de la un caz la altul – a numeroși factori, printre care: leziunile organice cerebrale ce însoțesc epilepsia (16 pacienți și 12 paciente), amploarea și sediul acestora; tipul de crize, complexitatea și frecvența lor, sexul pacientului, vârsta de debut; reacția pacientului și a celor din jur față de suferință; factorii genetici și chiar tratamentul.

Desigur că toate aceste dificultăți pot fi depășite, având în minte, în fața oricărei urgențe cu fenomenologie psihică, posibilitatea existenței unui substrat epileptic, folosind anamneza și examenul clinic (în caz că este accesibil – și de laborator) riguros, centrate pe identificarea datelor sugestive privind natura epileptică a tulburărilor. Acestea sunt însă elemente orientative, a căror prezență nu exclude riscul de a ne înșela. Mai mult, ele pot lipsi, pot fi incomplete sau deformate de către anturaj, iar debutul brutal, desfășurarea alertă și tulburările de

conștiință constituie obstacole reale în calea obținerii unor informații suficiente.

În practică se pot individualiza cel puțin următoarele situații delimitate de contextul diferit al problemelor pe care le ridică în mod obișnuit răspunsul ferm la întrebarea dacă suntem sau nu în fața unei urgențe psihiatrice de natură epileptică. Posibilele tipuri de urgențe psihiatrice de natură epileptică sunt:

1. *Urgență în condițiile în care, în afara informațiilor oferite de aspectul clinic prezent, nu dispunem de alte date.* Este cea mai dificilă situație. Ea nu este o excepție, deoarece este favorizată de faptul că tulburările pot apărea brusc, pe neașteptate, fără avertismente prealabile, sunt însoțite de afectarea conștiinței și, ca de obicei, din motive bine cunoscute, pacientul ține în secret suferința sa. De asemenea, în mod firesc, medicul nu este prezent din primul moment al apariției manifestărilor, el fiind confruntat cu stări postcritice, în timp ce datele despre ce s-a întâmplat sunt oferite de cine se nimerește sau de prea multe persoane, calitatea datelor fiind afectată și de dramatismul evenimentului. În plus, controlul buzunarelor pentru a identifica prezența unor medicamente sau a unor documente medicale evocatoare este și el adesea negativ. Astfel de cazuri solicită un examen clinic somatic, neurologic și psihic rapid și minuțios, un examen al fundului de ochi de rutină, cunoștințe profesionale solide, minte ordonată și experiență în domeniu, pentru a putea evalua ipotezele de diagnostic oferite de diferitele informații disponibile. Sunt motive care ar impune dotarea cu un oftalmoscop, abilitatea de a-l folosi și ca fiecare bolnav să aibă asupra sa un document care să ateste faptul că este epileptic.

2. *Urgență în cazul unui pacient cu antecedente epileptice cunoscute, aspect favorizat de faptul că epilepsia este o afecțiune de lungă durată, cu manifestări recurente care necesită un tratament continuu și, nu de puține ori, suport social.* Faptul nu înseamnă că suntem cu certitudine în fața unor manifestări de natură epileptică. Vor trebui avute în vedere și excluse:

- tulburările psihice din cadrul epilepsiilor simptomatice (infecțioase, tumorale, traumatice, vasculare etc.), care trebuie identificate și abordate în funcție de natura afecțiunii de bază;
- tulburările psihice din cadrul afecțiunilor comorbide și asociate, cum ar fi diabetul și manifestările hipo- sau hiperglicemice, care trebuie vizate în mod special;
- în caz că manifestările sunt evident prezente în cadrul sau ca urmare a unei crize grand-mal, nu trebuie scăpată din vedere posibilitatea existenței și a unui traumatism craniocerebral cauzat de criza epileptică;

- nu trebuie omisă nici posibilitatea ca un traumatism craniocerebral accidental să fie la originea manifestărilor, sugerând criza cu aspect grand-mal;
- trebuie avută în vedere și posibilitatea existenței unui supradozaj medicamentos, a unor fenomene de intoleranță medicamentoasă și a unei tentative de suicid;
- prezența unor afecțiuni asociate întâmplător.

3. *Pacient cu prezența unor semne clinice sugestive pentru epilepsie.* Nici de această dată nu trebuie să fim siguri că este vorba de manifestări epileptice și nici că ele pot fi minimizate pornind de la faptul că, de regulă, se jugulează spontan. De această dată, la problemele de mai sus se adaugă, în primul rând, grija pentru a elimina toate tulburările psihice pe care le pot mima și pentru a identifica manifestările epileptice ca simptom în cadrul altor afecțiuni.

4. *Pacient cu antecedente negative privind epilepsia.* Nu trebuie totuși minimalizat faptul că putem fi în fața unui debut.

5. *Pacient cu EEG neconcludent.* Este o situație tot mai posibilă astăzi, deoarece accesul la examinarea EEG este tot mai facil. Nu trebuie făcută greșeala de a exclude cu ușurință apartenența tulburărilor psihice la epilepsie.

Urgențele psihiatrice din cadrul epilepsiei beneficiază în principal de specificul terapiei anticonvulsivante moderne, respectiv ca răspuns la medicația antiepileptică. Este o condiție esențială pentru succesul terapeutic și un aspect avantajos. Existența unui tratament specific oferă și posibilitatea prevenirii apariției situațiilor de urgență prin administrarea regulată și corectă a tratamentului modern antiepileptic. Numai că specificitatea terapeutică obligă la stabilirea imediată – și de cele mai multe ori doar pe criteriile clinice ale momentului – a naturii epileptice a tulburărilor. De această dată, adoptarea unei atitudini de expectativă, specifică urgențelor psihiatrice de altă natură, care constă în administrarea de medicație simptomatică, respectiv sedativă în cazul stărilor de agitație, productive, sau de stimulare în cazul manifestărilor cu aspect de inhibiție psihomotorie, nu este numai inefficientă, ci și riscantă. Și aceasta nu numai pentru că neurolepticul ușor accesibil are uneori un efect convulsivant.

Inițiind o terapie pentru urgențele psihiatrice de natură epileptică, nu trebuie ignorat faptul că suntem în fața unui pacient care, de regulă, este sub influența unei medicații antiepileptice care poate fi subdozată, supradozată sau luată în scop suicidar și că aceasta poate interacționa negativ cu medicația administrată de rutină în cazul urgențelor psihiatrice de altă natură. De aceea, fiecare dintre aceste situații impune, în mod obligatoriu, identificarea ei și adec-

varea conduitei terapeutice. Medicația antiepileptică modernă poate induce stări de urgență ca urmare a politerapiei – 8 (36.36%) pacienți și 11 (36.67%) paciente sau a fenomenelor de intoleranță – stări confuzionale (fenitoină și carbamazepină) – 3 (13.64%) pacienți și 3 (10.0%) paciente, delirante – 4 (18.18%) pacienți și 4 (13.33%) paciente și halucinatorii (carbamazepină) – 2 (9.09%) pacienți și 2 (6.67%) paciente, agitație (valproat) – 2 (9.09%) pacienți și 5 (16.67%) paciente, agitație și agresivitate (clonazepam) – 3 (13.64%) pacienți și 5 (16.67%) paciente.

Administrarea de probă a medicației antiepileptice moderne are și ea riscurile ei – ineficiență, precum și posibilitatea existenței unei ingestii voluntare de medicamente, inclusiv de antiepileptice. Urgența în urgențele psihiatrice de natură epileptică o constituie diagnosticul de certitudine a naturii epileptice a tulburărilor psihice.

### Concluzii

1. În fața oricărei urgențe cu fenomenologie psihică este posibilă existența unui substrat epileptic, fiind necesare o anamneză și un examen clinic (în caz că este accesibil – și de laborator) riguros, centrate pe identificarea datelor sugestive privind natura epileptică a tulburărilor.

2. Rezolvarea optimă a urgențelor psihiatrice de natură epileptică impune cu obligativitate un diagnostic de certitudine și nu este vorba doar de a identifica natura epileptică a tulburărilor.

3. Urgențele psihiatrice din cadrul epilepsiei beneficiază în principal de specificul terapiei anticonvulsivante moderne, respectiv ca răspuns la medicația antiepileptică. Este o condiție esențială pentru succesul terapeutic.

4. Polimorfismul potențial al fenomenelor critice epileptice se poate manifesta printr-o simptomatologie psihică paroxistică, asociată sau nu cu unele simptome de ordin neurologic sau vegetativ. Autocritica bolnavului față de simptomatologia psihică poate fi abolită sau deformată în raport cu realitatea.

### Bibliografie

1. Barry J.J. *The recognition and management of mood disorders as a comorbidity of epilepsy*. In: *Epilepsia*, 2003, 44, Suppl. 4, p. 30-40.
2. Guerrini R., Parmeggiani L., Casari G. *Syndromes with epilepsy and paroxysmal dyskinesia*. In: Guerrini R.,

Aicardi J., Andermann F. et al. (eds). *Epilepsy and movement disorders*. Cambridge University, p. 407-420.

3. Leung L.S., Ma J., McLachlan R.S. *Behaviors induced or disrupted by complex partial seizures*. In: *Neurosciences and Behav. Reviews*, 2000, nr. 24, p. 763-775.
4. Lombroso C.T. *Nocturnal paroxysmal dystonia due to subfrontal cortical dysplasia*. In: *Epil. Dis.*, 2000, nr. 2, p. 15-20.
5. Milton J., Amin S., Singh S.P., Harrison G. *Aggressive incidents in first episode psychosis*. In: *Brit. J. Psychiatry*, 2001, nr. 178, p. 433-440.
6. Popescu V. *Diagnosticul diferențial al epilepsiei cu alte evenimente clinice paroxistice nonepileptice*. În: *Pediatria*. 2005, vol. LIV, nr. 3, p. 201-217.
7. Stephenson J.B. *Anoxic seizures; self-terminating syncope*. In: *Epileptic Disord*, 2001, nr. 3, p. 3-6.
8. Taylor D., Paton C., Kerwin R. *Prescribing Guidelines*. 7th. Ed. M.D. Martin Dunitz Taylor & Francis Group, London and New York, 2003, nr. 1-7, p. 198-203.
9. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. *Клиническая психология*. Воронеж, 2002.
10. Болдырев А.И. *Психические особенности больных эпилепсией*. М.: «Медицина», 2000, 437 с.
11. Болдырев А.И. *Психические изменения в развернутой стадии эпилепсии*. В: *Рос. психиатр. журнал*, 2001, №1, с. 10.
12. Вандыш-Бубко В.В., Кузьминова М.В. *К обоснованию типовых моделей судебно-психиатрической оценки эпилептических изменений психики*. В: *Рос. психиатр. журнал*, 2001, № 3.
13. Вассерман Л.И., Михайлов Е.Е., Ромицына Е.Е., Флерова И.Л. *Психологические механизмы адаптации к болезни и качество жизни больных эпилепсией*. В: *Международная конференция «Качество жизни в психоневрологии»*, тезисы докладов. С.-Петербург, 2000, с. 34.
14. Имам А. *Эпилепсия и поведение: краткая констатация вопроса*. В: *Медицинские исследования*, 2001, т. 1, вып. 1, с. 91.
15. Киссин М.Я. *Клиническая эпилептология*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 256 с.
16. Кузьминова М.В. *Изменения личности при эпилепсии*. Государственный народный центр социальной и судебной психиатрии им. В.Л. Сербского, Москва. В: *Российский психиатрический журнал*, М., 2000 г., № 3, с. 60.
17. Сорокина Н.Д., Карлов В.А., Селицкий Г.В. *Личностные особенности больных эпилепсией с состояниями деперсонализации и в межприступном периоде*. В: *Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова*, 2002, № 3, с. 12-15.

Prezentat la 14.03.2016

**Oleg Cobileanschi,**  
tel.: 068089846