

Urgențe psihiatrice în epilepsie- considerații practice

Psychiatric emergency in epilepsy- practical considerations

Ștefan Milea

Rezumat

Sunt identificate și prezentate zece aspecte care fac din urgența psihiatrică de natură epileptică o realitate clinică deosebit de complexă și de dificilă. Cu toate acestea, practica permite delimitarea a cinci situații cadru distincte din punctul de vedere al grupării obstacolelor diagnostice care trebuie depășite.

Cuvinte cheie: epilepsie, urgențe psihiatrice

Abstract

The article identifies and presents ten issues that make the psychiatric emergency of epileptic nature a very complex and difficult clinical reality. However, the practice allows the delineation of five different framework conditions in terms of grouping the diagnostic obstacles that have to be overcome.

Keywords: epilepsy, psychiatric emergencies

Introducere. Un subiect aparent limitat la o parte a problemelor unei singure afecțiuni neurologice. În realitate este un domeniu extrem de complex și dificil din numeroase motive.

Zece aspecte care fac din urgențele psihiatrice ale epilepsiei o problemă dificilă:

În primul rând, pentru că are un caracter multidisciplinar având patru fațete: • una neurologică; • una psihopatologică; • una somatică; • și una terapeutică. Mai mult, uneori au și implicații medico-legale. Acestea din urmă se referă la obligativitatea consemnării informațiilor privind discernământul, pericolozitatea și consimțământul privind conținutul asistenței acordate. Ca atare, medicul chemat să ofere primul ajutor este obligat, în condiții limitate de timp și cu mijloace modeste, să țină seama și să acopere singur cunoștințele necesare legate de toate aceste domenii.

În al doilea rând, deoarece pe de o parte, din punct de vedere etiologic, epilepsia este o afecțiune heterogenă sumând numeroase realități clinice care se diversifică neconținut. Trebuie subliniată și existența epilepsiei simptomatice care ridică probleme cu totul aparte și în cazul stărilor de urgență.

Pe de altă parte, urgențele psihiatrice de natură epileptică diferă putând fi expresia fie a manifestărilor epileptice paroxistice având caracter intra sau postcritic, fie a 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.

În al treilea rând, focarul epileptic poate fi situat sau poate antrena orice structură a creierului. În deplin acord cu Ervin (1976) se poate afirma că sunt puține fenomene psihopatologice care nu pot fi întâlnite și în calitate de manifestări epileptice. Ele încep

cu cele cinci grade de tulburare de conștiință descrise de Landolt (1956) în cazul absenței epileptice și se sfârșesc cu psihozele cronice schizofrenic-like sau cu tulburările de personalitate (Tabel 1), fiecare cu forme care se pot prezenta ca urgențe. La acestea se adaugă și posibilitatea existenței unor complicații și a unor afecțiuni comorbide sau asociate. Delimitarea lor promptă este esențială deoarece atât problemele de diagnostic cât și cele ale intervenției terapeutice de urgență sunt, în fiecare dintre situații, în multe privințe, diferite. Cât privește absențele epileptice, este de subliniat un aspect aparte și anume urgența diagnosticului și a tratamentului specific destinat prevenirii diferitelor consecințe, uneori foarte grave, în cazul că absența se produce în anumite situații care implică risc de accidente.

Tabel 1 Tulburări psihice de natură epileptică ce se pot prezenta ca urgențe

Cu caracter critic sau postcritic
Toate tipurile de tulburări cantitative sau calitative de conștiință: <ul style="list-style-type: none"> • obnubilare, stări comatoase, stări confuzionale, confuziv- halucinatorii • sau confuziv-onirice, derealizare, depersonalizare, absențe
Tulburări cantitative și calitative de percepție: iluzii, halucinoze, halucinații
Tulburări din sfera reprezentărilor- pseudohalucinații
Tulburări cantitative și calitative de gândire
Tulburări cantitative și calitative afective
Tulburări cantitative și calitative de memorie
Automatism ambulator diurn sau nocturn
Pavor nocturn
Cu caracter intercritic:
Tulburări de personalitate reprezentate de: impulsivitate, agresivitate, comportament violent, crize de afect
Stări psihotice episodice sau de durată
Demență

În al patrulea rând, 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. Stările agresive, halucinațiile, impulsivitatea, îngustarea câmpului conștiinței, anxietatea, starea depresivă, crizele cole-roase, crizele de afect și cele de panică, convingerile

delirante, incapacitatea de a aprecia corect realitatea, consecințele faptelor care pot fi săvârșite și ignorarea pericolelor impun intervenție de urgență, deoarece ele implică: risc vital pentru sine sau pentru cei din jur, risc pentru bunurile materiale, și risc psihologic reprezentat de necesitatea alinării stărilor emoționale generatoare de suferință intensă.

Riscul vital este reprezentat nu numai de sfârșitul nefavorabil prin diferite mecanisme (asfixie, insuficiență cardio-respiratorie, hemoragie cerebrală sau traumatism cranio-cerebral) posibile în cazul unei crize grand-mal, ci și de posibilitatea ca pacientul să-și pună singur capăt zilelor sau să agrezeze pe cei din jurul său inclusiv pe membrii propriei familii. De fapt, este bine cunoscut că conflictualitatea exagerată, irascibilitatea și agresivitatea deosebită întovărășesc adesea tulburările psihice de natură epileptică. Mai mult, reacția față de boală, ca și atitudinea stigmatizantă a anturajului pot sta și ele la baza comportamentului auto- sau heteroagresiv.

În al cincilea rând, urgențele psihiatrice din cadrul epilepsiei beneficiază în principal de specificitate terapeutică, respectiv de răspuns la medicație anti-epileptică. Este o condiție esențială pentru succesul terapeutic și un aspect avantajos. Mai mult, existența unui tratament specific oferă și posibilitatea prevenirii apariției situațiilor de urgență prin administrarea regulată și corectă a tratamentului 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 unele neuroleptice (clordelazin, haloperidol, de exemplu) ușor accesibile au uneori un efect convulsivant.

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

În al șaselea rând, epilepsia poate simula afecțiuni

psihice (Tabel 2) și 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. Așa cum am subliniat mai sus, rezolvarea optimă a urgențelor psihiatrice de natură epileptică impune cu obligativitate și pe loc, un diagnostic de certitudine și nu este vorba doar de a identifica natura epileptică a tulburărilor. Cu aceeași urgență se impune a preciza dacă acestea sunt sau nu expresia unei crize sau forme de status epileptic, a unei stări postcritice sau a unei fenomenologii intracritice. Numai că, certitudinea nu este ușor de obținut și nu numai pentru motivele menționate deja. Mai ales, în cazul tulburărilor psihice epileptice intercritice, informațiile indispensabile sunt fie vagi, fie lipsesc. Aceasta cu atât mai mult cu cât, de această dată, nici începutul și nici sfârșitul brusc al manifestărilor anterioare, nici debutul acut al celei prezente și nici examenul EEG intracritic (reper diagnostice solide în cazul manifestărilor epileptice critice), nu sunt totdeauna elemente diagnostice 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. Ca urmare, datele privind prezența bolii, foarte importante pentru diagnostic, nu sunt întotdeauna cunoscute de cei din anturaj.

În al șaptelea rând în cazul urgențelor 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 suicidal și că aceasta poate interacționa negativ cu medicația administrată de rutină în cazul urgențelor psihiatrice de altă natură. De aceea, fiecare din aceste situații impune, în mod obligatoriu, identificarea ei și adecvarea conduitei terapeutice. Mai mult, medicația antiepileptică poate, la rândul ei, induce stări de urgență ca urmare a politerapiei sau a fenomenelor de intoleranță – stări confuzionale (fenitoină și carbamazepină), delirante și halucinatorii (carbamazepină), agitație (valproat), agitație și agresivitate (clonazepam).

În al optulea rând, examenul electroencefalografic, foarte util diagnosticului atunci când oferă date semnificative, 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. Pe de altă parte, este cunoscut faptul că (vezi Milea și Roman-1988) tocmai acestea se remarcă prin prezența agresivității, impulsivității, anxietății, agitației, ideilor delirante de persecuție și a actelor agresive.

Mai mult în cazul psihozelor epileptice, uneori se întâlnește ceea ce a fost numit traseu EEG hiper matur.

În al nouălea rând, deoarece, 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; caracterul recurent și relativ stereotip; apariția spontană neprovocată și neașteptată, predilecția pentru instalare brutală desfășurare alertă și tulburări cantitative sau calitative de conștiință; comportament simplu și neorganizat; discrepanța evidentă dintre motivație sau pretext, pe de o parte, și intensitatea răspunsului și gravitatea consecințelor pe de altă parte; absența sau fragilitatea măsurilor de acoperire a urmelor faptei indenzirabile și a făptuitorului, ca și prezența în buzunare de antiepileptice sau de documente revelatoare.

Tabel 2 Manifestări epileptice care pot simula tulburări psihice de altă natură

Manifestări cu caracter net paroxistic
Criza grand-mal tonico-clonică
Criza grand-mal atonă
Status grand-mal
Starea post criză grand-mal sau post status
Status Petit Mal
Status cu crize parțiale complexe sau psihomotorii
Manifestări temporare sau episodice intercritice
Stări crepusculare, stări de obnubilare și confuzionale, stări delirante și halucinatorii, tulburări episodice de dispoziție
Tulburări psihice permanente¹
Tulburări de comportament și personalitate <ul style="list-style-type: none"> • instabilitate dispozițională, fond timic disforic, • irascibilitate, nemulțumire, iritabilitate, explozivitate, • agresivitate, susceptibilitate, suspiciozitate, caracter egoist, răzbunător, revendicativ • crize coleroase, crize de afect

1. 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 care însoțesc epilepsia, amploarea și sediului acestora; tipul de crize, complexitatea și frecvența acestora, sexul pacientului, vârsta de debut; reacția pacientului și a celor din jur față suferință; factorii genetici și chiar tratamentul.

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 care însoțesc epilepsia, amploarea și sediului acestora; tipul de crize, complexitatea și frecvența acestora, sexul pacientului, vârsta de debut; reacția pacientului și a celor din jur față suferință; factorii genetici și chiar tratamentul.

În al zecelea rând nu trebuie omis și faptul că, mai ales în cadrul tulburărilor psihice din cadrul epilepsiei, din diferite motive, uneori pacientul nu numai că poate fi cooperant deoarece ste înconștient, el poate ascunde date, se poate opune intervenției sau poate acționa agresiv.

Desigur că toate aceste dificultăți pot fi depășite având în minte, în fața oricărei urgențe cu fenomenologie psihică a posibilității existenței unui substrat epileptic și printr-o anamneză și examen clinic (și în caz că este accesibil și de laborator) riguros centrate pe identificarea datelor sugestive privind natura epileptică a tulburărilor. Așa cum am subliniat deja, toate 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 în timp ce debutul brutal, desfășurarea alertă și tulburările de conștiință constituie obstacole reale în calea obținerii de informații suficiente. În aceste condiții, în practică, se pot individualiza cel puțin cinci 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.

CINCI POSIBILE TIPURI DE URGENȚE PSIHIATRICE DE NATURĂ EPILEPTICĂ

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, se însoțesc de afectarea conștiinței și că de obicei, din motive bine cunoscute, pacientul ține 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 ofe-

rite de cine se nimerește sau de prea mulți, calitatea lor fiind afectată și de dramatismul evenimentului. În plus, controlul buzunarelor pentru a identifica prezența unor medicament 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 de fund de ochi de rutină, cunoștințe profesionale solide, minte ordonată și experiență în domeniu pentru a putea evalua ipotezele diagnostice oferite de diferitele informații disponibile. Sunt motive care ar impune dotarea cu un oftalmoscop, abilitatea de a-l folosi și ca fiecare epileptic 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 cazul 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 cranio-cerebral cauzat de criza epileptică. De asemenea, nu trebuie omisă nici posibilitatea ca un traumatism cranio-cerebral accidental să fie la originea manifestărilor, sugerând criza cu aspect grand-mal.

- Desigur că trebuie avută în vedere și posibilitatea existenței unui supradozaj medicamentos, a unor fenomene de intoleranță medicamentoasă și, de ce nu, a unei tentative de suicid.

- Și nu în ultimul rând, 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 minimalizate pornind de la faptul că, de regulă, se remit 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 simptom în cadrul unor alte afecțiuni.

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

5. Pacient cu EEG neconcludent. Este o situație astăzi tot mai posibilă deoarece accesul la examinarea

EEG este tot mai facil. Nu trebuie făcută greșeala de a exclude cu ușurință apartenența tulburărilor psihice la epilepsie. Suntem obligați să ne gândim și să excludem:

- stările postcritice,
- tulburările psihice intercritice.

*

* *

Introduction. It is a subject apparently limited to one aspect of the problems raised by a single neurological disorder. In reality, it is an extremely complex and difficult domain for many reasons.

Ten aspects that transform the psychiatric emergencies in epilepsy into a difficult problem:

Firstly, because they have a multidisciplinary character with four facets: • a neurological one; • a psychopathological one; • a somatic one; • and a therapeutic one. Moreover, sometimes they have forensic implications. The latter refer to the obligation of recording the information on discernment, danger and consent of the content of assistance. As such, the doctor called to provide first aid is required, under limited time and with modest means, to consider and cover by him/herself the necessary knowledge related to all these areas.

Secondly, because on the one hand, in terms of aetiology, epilepsy is a heterogeneous disease, summing up several clinical realities that are constantly diversifying. One has to highlight the existence of symptomatic epilepsy that raises very special problems in case of emergency, too.

On the other hand, psychiatric emergencies that are epileptic in nature are different. They may be the expression either of paroxysmal epileptic manifestations having intra or postictal character, or of the background organic and functional disorder complex which caused, characterize or accompany epilepsy. Here lies also the entire abnormal substrate underlying the intercritical disorders.

Thirdly, the epileptic focus can be located or can involve any structure of the brain. In full agreement with Ervin (1976), we can say that there are few psychopathological phenomena that cannot be encountered as epileptic manifestations, too. They start with the five degrees of disturbance of consciousness described by Landolt (1956) in the

case of epileptic absence and end with schizophrenic - like chronic psychosis or with personality disorders (Table 1), each with forms that may be described as emergencies. To this, one may add the possibility of complications and of certain comorbid or associated conditions. Their prompt delimitation is crucial, as both diagnostic problems and those concerning the urgency of therapeutic intervention are, in each case, in many respects, different. As for the absence seizures, a particular aspect should be emphasized, namely the urgency of diagnosis and of the specific treatment for the prevention of various consequences, sometimes very serious, in case the absence occurs in certain situations involving risk of accidents.

Table 1 Psychiatric disorders that are epileptic in nature and may be presented as emergencies.

Psychiatric disorders with critical or post-critical character
All kinds of quantitative or qualitative disturbances of consciousness: <ul style="list-style-type: none"> • obtundation, comatose states, confusional states, confusio - hallucinatory • or confusio - oneirotic states, derealisation, depersonalisation, absences
Quantitative and qualitative disturbances of perception: illusions, hallucinosis, hallucinations
Disturbances in the sphere of representation - pseudo-hallucinations
Quantitative and qualitative disturbances of thinking
Quantitative and qualitative affective disturbances
Quantitative and qualitative disturbances of memory
Diurnal or nocturnal ambulatory automatism
Pavor nocturnus
Psychiatric disorders with inter-critical character
Personality disturbances: impulsivity, aggression, violent behaviour, affective seizures
Episodic or long-lasting psychotic states
Dementia

Fourthly, risks that require emergency intervention are also very varied including both the risks of a neurological affection and those of the psychopathological domain. Aggressive states, hallucinations, impulsivity, narrowing the field of consciousness, anxiety, depressed moods, choleric attacks, affective seizures and panic seizures, delusional beliefs, inability to appreciate correctly the reality and the consequences of the acts that can be committed and ignoring the dangers, all these require emergency response because they involve: life threatening risk for oneself or for the others as well as the risk for material goods, and psychological risk represented by the need to alleviate the emotional states that generate intense suffering.

Life threatening risk is represented not only by the negative ending due to various mechanisms (asphyxia, cerebral haemorrhage, cardiorespiratory failure or head trauma) possible in a grand-mal seizure, but also by the possibility that the patient may commit suicide or assault those around him, including his family members. In fact, it is known that excessive conflicts, irritability and outstanding aggression often accompany psychiatric disorders such as epilepsy. Moreover, the response to disease, as well as the stigmatizing attitude of the entourage may also account for the self or hetero-aggressive behaviour.

Fifthly, psychiatric emergencies within epilepsy range benefit mainly from therapeutic specificity, respectively from response to antiepileptic medication. It is a prerequisite for therapeutic success and an advantage. Moreover, the existence of a specific treatment offers the possibility to prevent the occurrence of emergencies by administering regular and correct antiepileptic treatment. However, the therapeutic specificity forces the physician to establish the treatment immediately, and often, based only on the clinical criteria of the moment, on the epileptic nature of disorders. This time, adopting an attitude of expectation, specific in psychiatric emergencies of a different nature, which consists in administering symptomatic, respectively sedative medication in case of productive agitation states, or in stimulation in case of manifestations of psychomotor inhibition, is not only inefficient but also risky. In addition, this not only because some easily accessible neuroleptics (like chlordelazine or haloperidol, for example), have sometimes a seizure effect.

Administration of antiepileptic medication as a test has its own risks - inefficiency, and the possibility of a voluntary ingestion of drugs, including antiepileptic drugs. In other words, the most important emergency among other psychiatric emergencies that are epileptic in nature, is the correct diagnosis of the epileptic nature of mental disorders.

Sixthly, epilepsy can mimic psychiatric disorders (Table 2) and not just the ones that are classically called psychic equivalence. In turn, some mental disorders can mimic epilepsy and here we shall illustrate only with the phenomenology of conversion. As noted above, the optimal solution for psychiatric emergencies that are epileptic in nature imposes the obligation to establish a diagnosis of certainty on the spot and not just the identification of the epileptic nature of the disorders. The same urgency is required to indicate whether these manifestations are expression of a crisis, or forms of status epilepticus, or a postictal state or inter-ictal phenomenology. However, certainty is not easy to obtain and not only for the reasons already mentioned. Especially, in case of intercritical epileptic mental disorders, the necessary information is either vague or missing. This is even more so, this time, because neither the beginning, nor the abrupt ending of anterior manifestations and neither the acute onset of the present one, nor the intracritical EEG examination (which are solid diagnostic guidelines for critical epileptic manifestations) are always firm diagnostic elements. Moreover, the perception of epilepsy as a stigmatizing condition makes the patient to hide his suffering, an attitude favoured by current medications, which often controls crises well enough. As a result, those around the patient do not always know the data on the presence of the disease, so important for diagnosis.

Seventhly, in case of psychiatric emergencies that are epileptic in nature, it should not be ignored the fact that we are in front of a patient, who is usually under the influence of antiepileptic medication, that may be sub-dosed, overdosed, or taken to commit suicide and that it can interact negatively with medications routinely administered in other psychiatric emergencies. Therefore, each of these situations necessarily requires to be identified and to adjust the therapeutic conduct appropriately. Moreover, anti-epileptics may in turn induce urgency following polytherapy or intolerance phenomena - confusional state (phenytoin and carbamazepine) delusional and

hallucinatory (carbamazepine), agitation (valproate), agitation and aggression (clonazepam).

Eighthly, electroencephalographic examination, very useful in diagnosis when it provides meaningful data, in case of emergency, it is either not available or cannot be performed because the patient’s opposition or it is not necessarily conclusive. The last situation is characteristic to mental disorders of epileptic nature in intercritical or postcritical period. It is known that (see Milea and Roman -1988) such periods are characterized by the presence of aggressiveness, aggressive acts, impulsivity, anxiety, agitation, and delusions of persecution.

Moreover, in case of epileptic psychoses, one sometimes could meet what was called “hyper-mature” EEG trajectory.

Ninthly, although a number of clinical issues suggesting the epileptic nature of the emergency are described, in psychological manifestations with epileptic substrate, the presence of those particular clinical issues is neither mandatory, nor specific. One

should consider the following aspects:

- existence of certain clinical history and of indisputable epileptic EEG;
- recurrent and relatively stereotyped character;
- spontaneous, unprovoked and unexpected occurrence;
- penchant for brutal installation, alert development, and quantitative or qualitative disturbances of consciousness;
- simple and unorganized behaviour;
- obvious discrepancy between motivation or excuse, on the one hand, and the intensity of response and severity of the consequences, on the other hand;
- absence or fragility of measures meant to cover the traces of the undesirable deed and of the perpetrator;
- as well as the presence in the patient’s pockets of antiepileptic drugs or of some revealing documents.

Tenthly, it should not overlooked the fact that, especially in mental disorders in of epileptic nature, for various reasons, sometimes not only the patient is unable to cooperated because he is unconscious, but also he can hide data, or he may oppose intervention or act aggressively.

Of course, all these difficulties can be overcome having in mind, in any emergency with mental phenomenology, the possibility that there is an epileptic substrate, and using anamnesis and clinical examination (and, if it is accessible, the laboratory) all these rigorously focused on identifying suggestive data on the epileptic nature of the disorders. As already pointed out, these are but indicative elements whose presence does not exclude the risk of being deceived. Moreover, they may be missing, incomplete or may be distorted by the entourage while the abrupt onset, alert development and the disorders of consciousness are real obstacles in the way to obtain sufficient information. In these circumstances, the practice can individualize at least five cases defined by the different context of the problems usually posed by the firm answer to the question whether we are in front of a psychiatric emergency of epileptic nature.

FIVE POSSIBLE TYPES OF PSYCHIATRIC EMERGENCY HAVING EPILEPTIC NATURE

1 Emergency considering that, in addition to the information currently provided by clinical appearance, we do not possess any other data. It is the most difficult situation. It is not an exception

Tabel 2 Epileptic manifestations that can simulate r psychiatric disorders of a different nature

Manifestations of clear paroxysmal character
Grand mal, tonic-clonic seizure
Grand-mal atonic seizure
Status epilepticus
Post-crisis status or post grand mal status
Petit Mal Status
Status with complex partial seizures or psychomotor seizures
Temporary or intercritical episodic events
Twilight states, obnubilation and confusional states, delirious and hallucinatory states, episodic mood disorders
Permanent mental disorders¹
Behavioural and personality disorders <ul style="list-style-type: none"> • Dispositional instability, dysphoric thymic background, • Irrascibility, discontent, irritability, explosiveness, • Aggression, susceptibility, suspiciousness, • Selfish, vengeful and vindictive character, • Choleric crises, affective seizures.

1. The idea of their epileptic nature was and continues to be disputed. Existing data converge to support the character of their multifactorial nature, emphasizing the involvement of many factors, in proportions varying from one case to another. Such factors are: organic brain lesions that accompany epilepsy; the scale and location of these lesions; the type, complexity and frequency of seizures; the patient’s sex and age at onset; response of the patient and of those around him to grief; genetic factors and even the therapy itself.

because it is favoured by the fact that the disturbances may occur suddenly, unexpectedly, without previous warning, are accompanied by impaired consciousness and usually, out of well-known reasons, the patient keeps his suffering secret. In addition, naturally, the doctor is not present from the moment of occurrence of the events. Therefore, he is confronted with postictal states while data about what had happened are offered by whoever is available or by too many people, their quality being affected by the dramatic event. Moreover, the control of the pockets in order to identify the presence of drugs or of relevant medical documents is often negative, too. Such cases require a quick and thorough clinical somatic, neurological and mental examination, a routine fundus examination, solid professional knowledge, orderly mind and experience in the field in order to be able to assess the diagnostic hypotheses offered by the different information available. There are reasons that would require the provision of an ophthalmoscope, the ability to use it and, for each epileptic individual, there should be a requirement to carry a document certifying that he is epileptic.

2 Emergency in a patient with known history of epilepsy. This aspect is favoured by the fact that epilepsy is a disease of long duration, with recurring events that require continuous treatment and, not infrequently, social support.

That does not mean that we are certainly confronted with epileptic events. The following will have to be considered and excluded:

- Psychiatric disorders in the frame of symptomatic epilepsies (infectious, tumoral, traumatic, vascular, etc.) that have to be identified and dealt with according to the nature of the underlying disease.

- Psychiatric disorders within comorbid and associated diseases such as diabetes and hypo- or hyperglycemic events, which are to be targeted specifically.

-If manifestations are clearly present within or following a grand-mal seizure, the possibility of a brain injury caused by the seizure should not be overlooked. Also, one should not omit the possibility that an accidental head trauma might be at the origin of the manifestations suggesting a grand mal crisis.

-Of course, the possibilities of a drug overdose, of drug intolerance phenomena and, why not, a suicide attempt should be considered, too.

-And, finally yet importantly, the presence of disorders associated by chance.

3. Patient with the presence of clinical signs suggestive of epilepsy. Neither this time should one be sure that is faced with epileptic events nor can they be minimized starting from the fact that they usually resolve spontaneously.

This time, besides the problems evidenced above, there is the concern to remove carefully all psychiatric disorders that they may mimic and to identify epileptic symptom manifestations in other diseases.

4. Patient with negative history concerning epilepsy. One should not minimize the possibility that there might be a debut.

5. Patient with inconclusive EEG. Today this situation is more and more possible because access to EEG examination is increasingly easy. The mistake to exclude epilepsy affiliation of psychiatric disorders with ease should clearly not be made. We are forced to think and to exclude:

- Postictal states,
- Intercritical psychic disorders.

*

* *

Bibliografie / Bibliography

1. Ervin F., (1976) Organic Brain Syndromes Associated with Epilepsy. In Comprehensive Textbook of Psychiatry (sub red. Freedman a și colab.) ed. II-a. The Williams and Wilkins Co. Baltimore.
2. Landolt H. (1956) Die Bedeutung der electroencephalographie für die Behandlung Epilepsie. Tag Dtsch. Gesundh., Berlin.
3. Milea St., Roman I., (1988) Tulburări psihice în epilepsie. În: Psihiatrie vol II. Sub red. Predescu V. Ed. Medicală București