



MINISTERUL EDUCAȚIEI, CULTURII ȘI CERCETĂRII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA

FACULTATEA DE MATEMATICĂ ȘI INFORMATICĂ

Laboratorul de Cercetări Științifice „Tehnologii Informaționale”

Alexandru POPOV, Mariana BUTNARU,
Gheorghe CĂPĂȚÂNĂ, Ana CĂPĂȚÂNĂ

TULBURĂRI PSIHICE ȘI DE COMPORTAMENT ÎN EPILEPSIE:

- ***clasificarea***
- ***diagnosticul***
- ***algoritmii de conduită***
- ***anamneza***
- ***manifestările clinice***
- ***investigaţiile paraclinice***
- ***tratamentul***
- ***reabilitarea***
- ***resursele necesare***
- ***profilaxia***

Chişinău – 2018

CZU 616.853-008.1
T 93

În lucrare este abordată problema privind tulburările psihice și de comportament în epilepsie: clasificarea, diagnosticul, algoritmii de conduită, anamneza, manifestările clinice, investigaţiile paraclinice, tratamentul, reabilitarea, resursele necesare, profilaxia. Lucrarea finalizează cu anexe, printre care se numără Ghidul pentru pacient și persoanele care asistă.

Este adresată: Centrelor comunitare de sănătate mintală (psihiatrilor, psihoterapeuţilor, psihologilor clinicieni); Centrelor medicilor de familie, secţiilor psihiatrice din spitalele generale republicane, municipale și raionale; spitalelor psihiatrice (medicilor-psihiatri); Centrelor medicinii de urgență; studenților, doctoranzilor, cercetătorilor științifici în profil.

Investigația a fost înregistrată la AGEPI: Certificat de înregistrare a obiectelor dreptului de autor și drepturilor conexe. Seria OȘ (operă științifică) Nr. 5526 din 14.12.2016.

Rezultatele investigației au fost apreciate cu Medalia de Aur la Expoziția Internațională „Infoinvent", Ediția a XV-a (Chișinău,15-18 noiembrie 2017) și cu Medalia de Argint „Euroinvent", conferită în 2017 de către Forumul Inventatorilor Români.

Recomandată de Senatul și de Consiliul Ştiinţific ale Universității de Stat din Moldova.

Redactor științific: Aurelia CRIVOI, doctor habilitat, profesor universitar, Director al Centrului Ştiinţific „Ştiinţe ale Vieţii" din cadrul USM.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Tulburări psihice şi de comportament în epilepsie: clasificarea, diagnosticul, algoritmii de conduită, anamneza, manifestările clinice, investigaţiile paraclinice, tratamentul, reabilitarea, resursele necesare, profilaxia / Alexandru Popov, Mariana Butnaru, Gheorghe Căpăţână [et al.]; Universitatea de Stat din Moldova, Facultatea de Matematică şi Informatică, Lab. de Cercet. Șt. „Tehnologii Informaţionale". – Chişinău: CEP USM, 2018. – 118 p.: tab.

Bibliogr.: p. 112-116 (63 tit.). – 70 ex.

ISBN 978-9975-142-03-8.
616.853-008.1
T 93

ISBN 978-9975-142-03-8

© Al. Popov, M. Butnaru, Gh. Căpățână, A. Căpățână, 2018
© CEP USM, 2018

Viața este un mare dar al naturii,
dar adevărata fericire este să faci bine
pentru țara și poporul tău

Gheorghe Marinescu

Creierul este ca un copac.
Nici trunchiul, nici ramurile nu pot să
funcționeze singure

Wilder Penfield

CUPRINS

Cuvânt înainte 9

Prefață 11

Capitolul 1. **Noțiuni de bază referitoare la tulburările psihice și de comportament la pacienții cu epilepsie** 13

1.1. Unele noțiuni referitoare la epilepsie 13

1.2. Actualitatea cercetării TPCE 14

1.3. Metodele aplicate la cercetarea TPCE și performanțele actuale 14

1.4. Viziuni contemporane asupra TPCE la bolnavii de epilepsie 18

1.5. Unele studii epidemiologice și statistici referitoare la TPCE 22

1.6. Abordarea și delimitarea TPCE la bolnavii de epilepsie de către experți din diferite ramuri ale medicinii 23

1.7. Tulburările afective la bolnavii de epiepsie 27

1.8. Recomandări pentru tratament prin prisma interacțiunilor farmacocinetice ale medicamentelor 30

1.9. Studiul clinico-catamnezic al recăderilor remisiunilor la bolnavii de epilepsie cu tulburări psihice 32

Capitolul 2. **Clasificarea epilepsiilor cu TPCE** 35

2.1. Diagnosticul 35

2.2. Codul bolii 35

2.3. Scopurile *Lucrării* 35

2.4. Utilizatorii *Lucrării* 35

2.5. Lista autorilor şi informaţiile de contact 36

2.6. Definiţiile folosite în *Lucrare* 36

2.7. Informaţia epidemiologică 36

Capitolul 3. **Niveluri de asistenţă medicală primară și de reabilitare a TPCE** 38

3.1. Nivelul instituţilor de asistenţă medicală primară 38

3.2. Nivelul consultativ specializat (psihiatru) 38

3.3. Nivelul de asistenţă în staţionar 39

Capitolul 4. **Algoritmii de conduită**.....41
4.1. Asistenţa medicală în episodul psihiatric acut în cadrul epilepsiei 41
4.2. Descrierea metodelor, tehnicilor şi a procedurilor de tratament 41
4.2.1. Clasificarea TPCE 41
4.2.2. Profilaxia TPCE..... 48
4.2.2.1. Factorii de risc..... 48
4.2.2.2. Recomandări generale privind profilaxia TPCE în epilepsie 49
4.2.3. Conduita pacientului cu TPCE 49
4.2.3.1. Anamneza..... 50
4.2.3.2. Manifestările clinice..... 51
4.2.3.3. Investigaţiile paraclinice 59
4.2.3.4. Diagnosticul diferenţial..... 60
4.2.3.5. Condiţiile de tratament..... 63
4.2.3.6. Tratamentul TPCE..... 63
4.2.3.6.1. Terapia de jugulare a TPCE 64
4.2.3.6.2. Terapia de finisare şi de stabilizare a tratamentului bolnavilor cu TPCE..... 66
4.2.3.6.3. Terapia profilactică (de întreţinere) cu antiepileptice a bolnavilor cu TPCE..... 66
4.2.3.6.4. Terapia profilactică cu antipsihotice a bolnavilor cu TPCE 67
4.2.3.6.5. Reabilitarea socioprofesională a bolnavilor cu TPCE ... 67
4.2.3.6.6. Psihoterapia TPCE 68
4.2.3.7. Supravegherea pacienţilor cu TPCE 69
4.2.4. Complicaţiile TPCE..... 69

Capitolul 5. **Resursele umane şi materialele necesare respectării prevederilor *Lucrării***..... 72
5.1. Instituţiile consultativ-diagnostice 72
5.2. Secţiile de psihiatrie 72

Capitolul 6. **Indicatorii de monitorizare a implementării *Lucrării*** 74

Capitolul 7. **Reabilitarea psihofarmacologică a pacienţilor cu TPCE** 76

7.1. Principiile generale de farmacoterapie a bolnavilor cu TPCE 76

7.2. Principii de medicaţie a sindroamelor psihosomatice în TPCE 77

7.3. Programe de medicaţie complexă a TPCE 78

7.4. Programe de medicaţie complexă a TPCE cu anticonvulsivante 79

7.5. Efectele adverse ale medicaţiei antiepileptice 80

7.6. Programe de medicaţie complexă a TPCE cu remedii medicamentoase cu acţiune psihotropă 80

7.7. Medicaţia neurometabolică în tratamentul TPCE 83

7.8. Reabilitarea medicală şi psihosocială a pacienţilor cu TPCE 84

Capitolul 8. **Restabilirea abilităţilor psihice şi reabilitarea socială a pacienţilor cu TPCE** 86

Capitolul 9. **Unele rezultate şi concluzii** 87

Anexe 89

Anexa 1. Efectele clinice ale antipsihoticelor 89

Anexa 2. Remedii antipsihotice utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/ psihotice la pacienţii cu TPCE 90

Anexa 3. Remedii antipsihotice cu eliberare prelungită utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/psihotice la pacienţii cu TPCE .. 91

Anexa 4. Remedii pentru tratamentul efectelor secundare (extrapiramidale) ale terapiei cu antipsihotice la pacienţii cu TPCE 92

Anexa 5. Remedii tranchilizante şi hipnotice utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/psihotice la pacienţii cu TPCE 93

Anexa 6. Antidepresivele utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/ psihotice la pacienţii cu TPCE 94

Anexa 7. Dozele principalelor remedii psihoactive şi nootrope utilizate în tratamentul tulburărilor neuropsihice la copiii şi adolescenţiii cu TPCE 95

Anexa 8. Neurolepticele esenţiale folosite în tratamentul pacienţilor cu TPCE 97

Anexa 9. Antidepresivele esenţiale folosite mai frecvent în tratamentul pacienţilor cu TPCE 98

Anexa 10. Tranchilizantele esenţiale folosite în tratamentul pacienţilor cu TPCE 99

Anexa 11. Remediile neurometabolice care pot fi incluse în tratamentul pacienţilor cu TPCE 100

Anexa 12. Tulburări psihice și de comportament în cadrul epilepsiei: Ghid pentru pacient și persoanele care asistă..... 101

Anexa 13. Certificatul AGEPI de înregistrare a obiectelor dreptului de autor și drepturilor conexe..... 106

Anexa 14. Diploma de conferire a Medaliei de Aur *Lucrării*..... 108

Anexa 15. Diploma de conferire a Medaliei de Argint *Lucrării*..... 110

BIBLIOGRAFIA 112

Cuvânt înainte

Sarcina principală a autorilor prezentei lucrări rezidă în abordarea problemei privind diagnosticul şi tratamentul tulburărilor psihice şi de comportament în epilepsie, de care suferă peste 50 milioane de oameni din lume, dintre care 6 milioane sunt cazuri înregistrate în Europa. Este deosebit de valoros factorul patomorfozei clinice a epilepsiei, când diferite maladii somatice, nevrotice, endocrine sunt împănate astfel, încât numai sub vizorul competent al medicilor sunt spulberate dubiile şi corect se stabileşte diagnosticul de epilepsie.

Grupul de lucru încadrat în investigaţie având în componenţă un psihiatru epileptolog din cadrul IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie şi specialişti în informatică şi genetică de la Universitatea de Stat din Moldova, care au colaborat fructuos, a finalizat cercetările cu unele rezultate practice, orientate spre obţinerea remisiunilor terapeutice şi atingerea unui nou nivel de calitate a vieţii pentru pacienţii cu epilepsie.

Un interes deosebit prezintă Ghidul pacientului „Tulburări psihice şi de comportament în cadrul epilepsiei", destinat pacienţilor, familiilor şi persoanelor care asistă această categorie de pacienţi. Ghidul va contribui la selectarea mai eficientă a opţiunilor de îngrijire şi de tratament disponibile în cadrul Serviciului de Sănătate Publică.

În temeiul celor expuse, recomand pentru publicare lucrarea *Tulburări psihice şi de comportament în epilepsie* ce conţine: clasificarea, diagnosticul, algoritmii de conduită, anamneza, manifestările clinice, investigaţiile paraclinice, tratamentul, reabilitarea, resursele necesare, profilaxia, Ghidul pentru pacient şi persoanele care asistă.

Țin să menționez că autorii acesteia: Alexandru Popov, Mariana Butnaru, Gheorghe Căpăţână, Ana Căpăţână au dat dovadă de înalt profesionalism la elaborarea ei.

Recomandarea este argumentată și de faptul că prezenta lucrare a fost:

- ✓ înregistrată la AGEPI (Certificat de înregistrare a obiectelor dreptului de autor şi drepturilor conexe. Seria OŞ (operă ştiinţifică) Nr.5526 din 14.12.2016);
- ✓ apreciată cu Medalia de Aur la International Specialized Exhibition „Infoinvent" (2017);
- ✓ apreciată cu Medalia de Argint la Forumul Inventatorilor Români (2017).

***Aurelia CRIVOI*,**
doctor habilitat, profesor universitar,
Director al Centrului Ştiinţific „Ştiinţe ale Vieţii" din cadrul USM

Abrevierile folosite în lucrare

caps.	Capsule
comp.	Comprimante
EEG	electroencefalogramă
gr.	grupă
i.m.	administrare intramusculară
i.v.	administrare intravenoasă
IBE	International Bureau for Epilepsy
ICD-10	nomenclatorul internațional al maladiilor, OMS, ediţia a 10-a
ILAE	International League Against Epilepsy
IMSP	Instituţia Medico-Sanitară Publică
ISRS	inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină
LCȘ	Laboratorul de Cercetări Științifice „Tehnologii Informaționale”, Facultatea de Matematică și Informatică, Universitatea de Stat din Moldova
Lucrare	Tulburări psihice și de comportament în epilepsie: clasificarea, diagnosticul, algoritmii de conduită, anamneza, manifestările clinice, investigaţiile paraclinice, tratamentul, reabilitarea, resursele necesare, profilaxia, Ghidul pentru pacient și persoanele care asistă
mg	miligram
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PET	tomografie prin emisiune de protoni
SSRIs	denumirea grupei de medicamente pentru tratarea tulburărilor afective
RMN	rezonanţă magnetică nucleară
TC	tomografie computerizată
TPCE	tulburări psihice şi de comportament în epilepsie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemițanu”
USM	Universitatea de Stat din Moldova
vit.	Vitamine

Prefață

Abordarea problemei privind diagnosticul și tratamentul *tulburărilor psihice și de comportament în epilepsie* (în continuare – TPCE) reprezintă sarcina principală a autorilor prezentei lucrări.

Epilepsia este un ansamblu de tulburări neurologice, psihice şi caracterologice. Evident, importante sunt tulburările psihice la bolnavii de epilepsie [10, 11, 18]. Epilepsia este prin excelență o suferință a creierului, iar simptomatologia psihică acoperă o mare parte din tabloul clinic al acesteia, în unele forme reprezentând deseori singura manifestare [1, 8, 25].

Lucrarea „*Tulburări psihice și de comportament în epilepsie: clasificarea, diagnosticul, algoritmii de conduită, anamneza, manifestările clinice, investigaţiile paraclinice, tratamentul, reabilitarea, resursele necesare, profilaxia*" (în continuare – *Lucrarea*) a fost elaborată în coautorat: un psihiatru epileptolog din cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice (IMSP) Spitalul Clinic de Psihiatrie, specialiști în inteligența artificială și genetică de la Universitatea de Stat din Moldova.

La elaborarea ei de real folos s-a dovedit a fi experiența de peste 25 de ani acumulată de medicul psihiatru epileptolog și experiența de peste 10 ani de studiere a mecanismelor apariției, evoluării, tratamentului rațional al TPCE cu asistența computerului [2, 3, 5-8, 16, 17]. Aceste cercetări, finalizate cu rezultate practice, sunt orientate spre obținerea remisiunilor terapeutice și atingerea unui nou nivel de calitate a vieții pacienților cu TPCE [14, 15]. Lucrarea a fost elaborată în conformitate cu Programul Unic de Asistență Medicală Primară. Pentru realizarea tuturor activităţilor prevăzute în Programul Unic, inclusiv organizator-metodice, ce ţin de competenţa specialiştilor şi a personalului respectiv şi care sunt prevăzute în actele normative ale Ministerului Sănătăţii, conducătorul instituţiei medico-sanitare respective asigură condiţiile necesare prin conlucrarea cu Centrele comunitare de sănătate mintală, în conformitate cu actele normative în vigoare și ghidurile internaționale actuale privind tulburările psihice și comportamentale în epilepsie. Aceste activități pot servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale și naționale [5, 8].

Conform datelor statistice, dizabilitatea de muncă constatată în cazurile bolnavilor de epilepsie cu crize frecvente în raport cu bolnavii cu TPCE constituie 1:1,5.

Capitolul 1.
Noțiuni de bază referitoare la tulburările psihice și de comportament la pacienții cu epilepsie

1.1. Unele noțiuni referitoare la epilepsie

Terminul *epilepsie* apare în tratatele lui Hippocrate încă cu 400 de ani înaintea erei noastre. Hippocrate o destingea ca o boală a creierului ce se manifestă prin accese.

Epilepsia este cea mai răspândită maladie cu care se întâlnesc în practica medicală neurologii, psihiatrii și medicii de familie. Conform observațiilor profesorului T.A. Litovcenco epilepsia este de 10 ori mai frecvent întâlnită decât scleroza multiplă în plăgi și, de regulă, are un impact malign asupra sănătății individului. Epilepsia deseori face mari dificultăți de diagnosticare. Această boală provoacă multiple tulburări psihice și stigmatizează psihica pacientului epileptic.

Este cunoscut faptul că 5% din populația generală de pe glob pe parcursul vieții a avut măcar un acces epileptiform convulsiv, iar 10% din lumea de pe Terra s-a confruntat cu probleme din spectrul epileptologiei.

Conceptul *epilepsie* conține o grupă mare de diverse sindroame. Epilepsia necesită tratament specificat. De aceea, testarea și delimitarea epilepsiei este primordială.

Din anul 2005 Liga Internațională pentru Combaterea Epilepsiei (ILAE) și Biroul Internațional pentru Combaterea Epilepsiei definesc epilepsia ca o „tulburare cerebrală caracterizată printr-o predispoziție persistentă de a genera crize epileptice și prin consecințe neurobiologice, cognitive, psihologice și sociale" [12]. Constatarea epilepsiei necesită existența a cel puțin unei crize comițiale.

Experții Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) au definit epilepsia ca o maladie cronică, care se manifestă prin accese repetate, prin manifestări clinice și paraclinice specifice. În definiția OMS se remarcă că manifestările clinice sunt de fapt tulburări psihice clinice, iar schimbările specifice paraclinice sunt schimbări specifice ale traseului electroencefalografic (EEG).

Profesorul V.A. Karlov menționează că în definiția ILAE nu se specifică manifestările clinice ale bolnavilor de epilepsie (*a se vedea* [57]). De aici reiese că manifestările clinice, excluzând crizele epileptice despre care am vorbit mai sus, reprezintă modificări ale psihicului epilepticului, manifestate prin deteriorare mintală, tulburări psihice, de comportament și schimbări caracterologice în cadrul epilepsiei.

Astfel, se restabilește *statu-quo-ul* definiției epilepsiei și devine lesne de înțeles că epilepsia este nu doar o maladie *neurologică cronică,* dar și *psihia-*

trică. Din acest motiv este justificată implicarea medicilor psihiatri, a medicilor din alte domenii ale medicinii în elaborarea unei metodologii raționale unice de diagnosticare, tratament și reabilitare a bolnavilor de epilepsie.

Tulburarile psihice apărute la bolnavii de epilepsie creează dificultăți de adaptare *socioprofesională* și *sociofamilială*. Asistența bolnavilor de epilepsie cu modificări psihice este necesară pentru creșterea calitații vieții acestei categorii de pacienți. Acestea sunt motivele esențiale care argumentează că epilepsia și bolnavii epileptici necesită o atenție deosebită.

Epilepsia, în până la 20% cazuri de incidență, manifestă evoluţii maligne.

În acest context menționăm că se întâlnesc următoarele situații de evoluție a TPCE:

- ✓ *cu accese polimorfe frecvente în pofida tratamentului adecvat*;
- ✓ *tulburări psihice psihotice*;
- ✓ *tulburări non-psihotice cu un caracter pronunțat.*

În 2009, incidența tulburărilor psihice și de comportament în epilepsie (TPCE) constatate în Republica Moldova a fost de 11 cazuri la 10 000 populaţie.

1.2. Actualitatea cercetării TPCE

Studiul tabloului clinic al TPCE, publicațiile din ultimul deceniul au determinat simptomatica, patofiziologia și patogenza epilepsiei. Insuficient cercetată este problematica privind aprecierea tabloului clinic al epilepsiei. De aceea, este necesară aprofundarea cercetărilor în acest domeniu de mare importanță și, în particular, în ceea ce ține de tulburările psihice și schimbările de personalitate la bolnavii de epilepsie.

În acest context, constatăm că în tabloul clinic al epilepsiei tulburările psihice ocupă locul doi după stările paroxismale și sunt polimorfe în manifestările lor clinice.

1.3. Metodele aplicate la cercetarea TPCE și performanțele actuale

Exista dovezi ca atât la adulții, cât și la copiii bolnavi de epilepsie tulburarile psihice prevalează. Natura epilepsiei nu poate fi legată direct de apariția crizelor. M.Rutter și colaboratorii au supravegheat un lot de copii cu vârste cuprinse între 5 și 14 ani și au demonstrat că, cel putin în cazul copiilor, tulburările psihice nu sunt datorate doar unei reacții la stresul de a suporta o boală cronică [32]. Autorii au constatat o frecvență a tulburărilor psihice la copiii bolnavi de epilepsie de trei ori mai mare decât la copiii cu alte boli cronice ce afectează mai degrabă sistemul nervos periferic decât cel central. În ceea ce privește adulții bolnavi de epilepsie, evidența este mult mai echivocă.

Atunci când apar modificări intelectuale, factorii etiologici semnificativi sunt, probabil, leziunile cerebrale, tulburările de concentrare și de memorie în timpul perioadelor cu activitate electrică anormală și efectele adverse ale medicamentelor antiepileptice administrate în doze mari sau chiar în doze optime pentru controlul crizelor.

Primele încercări de a sistematiza tulburările psihice la bolnavii de epilepsie au fost efectuate încă în secolul XIX. Pe parcursul anilor din jumătatea a doua a secolului XX se considera indiscutabilă caracteristica specifică a tulburărilor psihice la bolnavii de epilepsie. În toate manualele și recomandările metodice tulburările psihice erau tratate fără a se lua în considerare platomorfoza TPCE, care devenea tot mai evidentă în ultimii ani. De aceea, până în prezent există dificultați în aprecierea tabloului clinic al tulburărilor psihice la bolnavii de epilepsie.

Aceste tulburări cel mai frecvent sunt însoțite de:

- ✓ *torpoare;*
- ✓ *rigiditate;*
- ✓ *încetinirea proceselor psihice manifestate prin lipsă de suplețe și agilitate;*
- ✓ *viscozitatea activității psihice*.

Aceste tulburări se manifestă în facultățile intelectual-mnezice, emoțional-volitive, afective și verbale ale pacienților respectivi.

Bradifrenia se manifestă prin încetinirea proceselor psihice și a proceselor asociative. Concomitent se depistează, de asemenea, *hipoprosexia* și *hipomnezia*, *diminuarea abilităților intelectuale*; *capacități reduse de instruire și de însușire a noilor cunoștințe*, *sărăcirea bagajului verbal* ș.a.

Cele mai frecvente tulburări psihice întâlnite la bolnavii de epilepsie sunt tulburările afective, care în dese cazuri se transformă din *tulburări tranzitorii* în *tulburări permanente* și *tulburări constante*.

La acești bolnavi, în pofida faptului că încetează accesele epileptice, observăm că tulburările afective reprezintă un obstacol în calea atingerii remisiunii și însănătoșirii complete.

La bolnavii epileptici se observă:

- ✓ *viscozitate afectivă;*
- ✓ *pletoare.*

Bolnavii demonstrează, de asemenea:

- ✓ *reactivitate sporită afectivă;*
- ✓ *brutalitate;*
- ✓ *rigiditate;*
- ✓ *încetinirea proceselor psihice manifestate prin lipsă de suplețe și agilitate.*

Aceste manifestări deseori provoacă:

- ✓ *agresivitate;*
- ✓ *brutalitate;*
- ✓ *violență socială.*

Anume această viscozitate afectivă cu alternare bruscă de adezivitate, sâcâială, mânie și violență sunt semne distincte caracteristice pentru pacientul epileptic, iar sucesiunea de manifestări specificate mai sus marchează și reprezintă bolnavul epileptic cu tulburări psihice și de comportament ca atare. Aceste stări de ambivalență (polaritate afectivă) sunt deosibite și caracteristice pentru bolnavii de epilepsie.

Tulburările afective sunt foarte specifice pentru epilepsie, fiind considerate drept tulburări cronice psihice numite și *tulburări caraterologice ale epilepticului*. Aceste tulburări psihice se manifestă în perioadele precritice sub formă de predecesori, în perioadele critice apar sub formă de echivalenți (înlocuitori) ai crizelor epileptice, însă în perioadele postcritice și intercritice se prezintă sub formă de schimbări caracterologice și de personalitate, stări psihotice acute și cronice. De aceea, la bolnavii de epilepsie frecvent se depistează tulburările psihice și schimbările comportamentale.

Conform multiplelor studii, apariția tulburărilor psihice la bolnavii de epilepsie este motivată de schimbările structurale ale focarului epileptogen, care provoacă modificări de caracter organic în creierul uman. Unii autori constată că mai frecvent se întâlnesc tulburările psihice la bolnavii de epilepsie cu proveniență din familii cu statut social vulnerabil.

Intensitatea formării tulburărilor psihice este direct dependentă de frecvența stărilor paroxismale la bolnavii de epilepsie. Ph.Bamberger și colegii au constatat că 30% din copiii cu epilepsie simptomatică și 12,5% din copiii cu epilepsie ideopatică au făcut tulburări psihice de tip debilitate mintală [3]. Acești cercetători consideră că tulburările de peronalitate mai frecvent depind de leziunea organică cerebrală decât de repetarea acceselor epileptice. Conform cercetărilor acestor autori, la bolnavii cu epilepsie simptomatică, în comparație cu bolnavii cu epilepsie generalizată, reacțiile emoționale poartă un caracter exploziv. Unele studii dovedesc că la copiii cu forme parțiale de epilepsii sunt frecvente tulburările comportamentale cu violență, iar la bolnavii cu epilepsii cu forme primare generalizate sunt mai frecvente tulburările psihice neurotice.

O.Devinsky a constatat că în cazul epilepsiilor mioclonice juvenile sunt caracteristice: iresponsabilitatea, iritabilitatea, dorința de a exagera, tendința de a duce un mod de viață boem [9].

Conform studiilor realizate de K.Jaspers, epilepsiile cu absențe foarte rar produc schimbări intelectuale și mnezice evidente, însă bolnavii cu aceste forme de epilepsii sunt foarte irascibili și violenți [15]. Aceste manifestări sunt prezente la bolnavii cu crize de absențe cu frecvență înaltă.

D.A. Pond și B.H. Bidwell constată că la bolnavii de epilepsie predomină fundalul depresiv de trăsături neurotice, mai ales la bolnavii de epilepsii cu forme non-convulsive [24].

Mulți autorii acordă o importanță deosebită studierii mecanismelor tulburărilor psihice și de comportament în epilepsie, cum ar fi:

- ✓ *localizarea focarului epileptogen;*
- ✓ *vârsta de debut a crizelor;*
- ✓ *vechimea bolii, importantă pentru evaluarea intensității tulburărilor psihice și caracterologice la bolnavii de epilepsie.*

Este cunoscut faptul că leziunea emisferei stângi a creierului în evoluția epilepsiei se caracterizează cu malignitate mare, care implică formarea demenței la epileptici. La pacienții respectivi sunt prezente din debutul bolii tulburările astenice, depresive și ipohondriace. Fundalul afectiv este diminuat. Acești bolnavi sunt senzitivi, plângăcioși, suspicioși și sunt prezente perioade de distimie cu anxietate agitată, stările depresive și ipohondriace.

În cazul leziunilor epileptice din emisfera dreaptă, se întâlnesc mai frecvent irascibilitatea și comportamentul impulsiv, reacțiile histrionice și diminuarea discernământului critic față de boală. De asemenea, sunt caracteristice irascibilitatea, coflictualitatea, stările de euforie și disforie cu comportament violent. Unii autori consideră că tulburările psihice și schimbările caracterologice la bolnavii de epilepsie depind mai mult de gravitatea leziunilor organice cerebrale.

Unii autori susțin că tulburările psihice și de comportament la epilepsie sunt mai frecvente în familiile cu bolnavi de epilepsie. Factorul educativ social și familial are o importanță deosebită pentru favorizarea schimbărilor de personalitate la bolnavii de epilepsie. Pronosticul de boală benefic pentru epilepsie este determinat de: starea de spirit optimistă, speranța de vindecare, sociabilitatea mare.

În unele studii se demonstrează că tratamentul cu preparate antiepileptice, pe lângă factorul benefic de stopare a acceselor epileptice, poate provoca tulburări psihice la bolnavii de epilepsie. Cele mai evidente sunt tulburările psihice provocate de la administrarea îndelungată a barbituratelor, care diminuează potențialul intelectual mnezic și provoacă schimbări de personalitate. Mai frecvente sunt așa schimbări ca: torpiditatea, rigiditatea și instabilitatea emoțională.

S-a constatat că aceste schimbări de personalitate, intelect și memorie sunt condiționate de începutul tardiv al tratamentului. С.А. Громов relatează că și după obținerea unei remisiuni terapeutice stabile la bolnavii de epilepsie în rezultatul tratamentului cu barbiturate acești pacienți nu-și restabilesc complet abilitățile congnitive [50-52].

Însă, până la moment, niciun studiu n-a dat un răspuns categoric referitor la cauzele apariției și evoluției tulburărilor psihice, de comportament și caracterologice la bolnavii de epilepsie. De aceea, pentru stabilirearea factorului ce determină apariția și evoluția tulburărilor psihice se propune de a fi aplicat *principiul polietiologic*.

1.4. Viziuni contemporane asupra TPCE la bolnavii de epilepsie

Activităţile oamenilor pot fi şi trebuie privite din punct de vedere economic, deoarece ei primesc salarii, pensii sau indemnizaţii pentru buletinele de boală. Un om bolnav de epilepsie cu tulburări psihice nu mai este apt de muncă. Acestuia categoric i se interzice conducerea unui mijloc de transport, inclusiv a bicicletei. Persoana bolnavă de epilepsie cu tulburări psihice nu poate fi răspunzătoare de bunuri materiale, financiare, de alte persoane etc. şi nu poate fi angajată fie şi în calitate de paznic. Ea singură are nevoie de înţelegere, tratare şi asistenţă. În loc să aducă profit societăţii, persoana bolnavă de epilepsie cu tulburări psihice devine o povară pentru societate, familie şi apropiaţi.

G.Huber menționează că numai 1,2% din pacienții cu epilepsie nu manifestă tulburări psihice [14]. Din acest motiv, nu poate fi subestimată importanța delimitării tulburărilor psihice la epileptici; ea devine iminentă și primordială. Prezența tulburărilor psihice la epileptici este bine cunoscută.

Importanța manifestării tulburărilor a fost abordată de neurologi, neurochirurgi și psihiatri de prestigiu. Epilepsia este prin excelență o suferință a creierului, iar simptomatologia psihică acoperă o mare parte din tabloul clinic al acesteia, în unele forme reprezentând deseori singura manifestare. Dacă la acestea mai adăugăm și gravitatea problemelor medico-legale pe care le ridică prezența tulburărilor psihice la epileptici, avem dimensiunea reală a împortanței pe care trebuie să o acordăm tulburărilor psihice.

Obiectivul studiilor aprofundate în neurobiologie și biomedicină este formarea specialiștilor interdisciplinari care să aibă cunoștințe în câteva domenii, care să investigheze relația dintre activitatea nervoasă, cerebrală și procesele psihocomportamentale.

Conexiunea dintre sfera existenței materiale și sfera existenței spirituale a fost tratată inițial ca o problemă a gândirii generale, filosofice, într-o perioadă în care lipseau cunoștiințele științifice privind funcțiile sistemului nervos, în care procesele neuronale erau constatate numai intuitiv.

Progresul cunoașterii științifice demonstrează că fenomenele neuronale și biomedicale sunt cel puțin acompaniatoare obligatorii, dacă nu determinante ale proceselor psihocomportamentale. De remarcat, că datele științifice actuale confirmă că activitatea psihică este o proprietate a celor mai complexe forme de organizare a materiei vii și, în primul rând, a sistemului nervos.

În prezent psihologii, medicii psihoneurologi, inginerii specializați în domeniul biomedicinei, în lumina desoperirilor de ultimă oră în bioinginerie cu instrumente de nanotehnologii, nu pot realiza o înțelegere reală a domeniilor de activitate fără a lua în considerare fenomenele nervoase. Tot așa nu poate fi considerat un veritabil specialist în neuroștiințe din domeniul nanobioingineriei medicale,

geneticii aplicative, decât cercetătorul care își desfășoară investigatiile în contextul fenomenelor psihice în care se integrează fenomenele neuronale ajutorate cu nanotehnologii biomedicale pe care le investighează.

Astfel, în perioada modernă este absolut necesară cunoașterea de către medici, ingineri, biologi, geneticieni, imunologi a proceselor de funcționare neuronală, pentru a putea explica natura apariției, mecanismele de formare și de dirijare a proceselor psihice. Această împletire s-a realizat și se realizează prin strânsă comunicare și colaborare dintre diversele categorii de cercetători, prin forme speciale de învățământ, de instruire practică, dar și prin implementarea bazelor de cunoștințe interdisciplinare, pentru depășirea obstacolelor din știința ortodoxală și deschiderea noilor orizonturi pe care le dictează realitatea contemporană.

Grație provocărilor propuse, nu trebuie să ne abatem de la abordările multiaxiale care, de fapt, și reprezintă știința interdisciplinară, unde nu se mizează doar pe un singur specialist în domeniu, dar se creează o nouă realitate, o nouă abordare pe familii de probleme, în care participă numeroși specialiști în diverse domenii, ceea ce mai înainte nu era posibil de aplicat. Prin urmare, relațiile dintre om și natură au căpătat noi dimensiuni, ceea ce permite a soluționa o gamă de probleme care își așteaptă rezolvarea.

Încă Hippocrate, cu aproximativ 2500 de ani în urmă, spunea că epilepsia este o boală diabolică și a numit-o *boală neagră.* Încă din acele vechi timpuri, oamenii care sufereau de această boală neagră erau protejați și nu erau supuși muncilor fizice, nu erau vânduți în sclavie.

În cadrul epilepsiei se manifestă multiple tulburări psihice de natură limitrofă, care sunt mai bine cunoscute ca tulburări neurotice și neurotiforme.

Acestea, de fapt, sunt *tulburări afective*:

- ✓ *depresie, atacuri de panică,*
- ✓ *tulburări anxios fobice,*
- ✓ *tulburări obsesiv-compulsive,*
- ✓ *disforii*
- ✓ *și altele*.

Mai rar reprezentate în cadrul epilepsiei sunt stările psihotice. Așadar, siptomatica psihică în cadrul epilepsiei este foarte frecventă. Astfel, epilepsia este prin excelență o suferință a creierului, iar simptomatologia psihică acoperă o mare parte din tabloul clinic al acesteia, în unele forme reprezentând deseori singura manifestare.

Pe fundalul acumulării de noi fapte științifico-practice, dar și al noiilor provocări în soluționarea problemelor de diagnostic și tratament al epilepsiilor, devin deosebit de actuale desoperirile mecanismelor de declanșare a acestor tulburări psihice. Sunt propuse și cu succes implementate metode noi de tratament rațional

al acestor tulburări psihice. Iar oamenii rămân în aşteptarea zilei, când epileptologii şi psihiatrii epileptologi vor declara că în şfârşit epilepsia se tratează.

Există mai multe clasificări ale tulburărilor psihice.

Pentru o delimitare şi tălmăcire mai înţeleasă a acestor tulburări se propune următoarea clasificare:

- ✓ *tulburări psihice nepsihotice* (*non-psihotice*);
- ✓ *tulburări psihice psihotice*;
- ✓ *tulburări psihice permanente ale caracterului şi comportamentului*.

Tulburările psihice nepsihotice sunt acele manifestări care au o intensitate mică sau neimpunătoare, dar care, totodată, pot masca parcursul bolii epileptice inducând în eroare medicii, împănându-se deseori sub aspectul unor boli generale somatice, neurologice şi chiar chirurgicale. În aceste cazuri sunt frecvente greşelile de diagnosticare a bolilor, iar pacienţii deseori bat pasul pe loc ori fac adresări cu asistenţă medicală nefericită şi neeficientă, pentru ca în ultimă instanţă să se descopere cu mare întârziere adevărata lor proveniență.

Putem spune în acest context că pacienţii diagnosticaţi incorect cu tulburări psihice atipice pentru epilepsie parcurg multiple şi costisitoare examinări şi investigaţii, în cele din urmă fiind debusolaţi din calea corectă de tratament. Aceşti pacienţi deseori recurg la diverse litigii pentru a le fi restituite pierderile şi frauda morală. De aceea, considerăm deosebit de importantă actuala abordare a tulburărilor psihice atipice la bolnavii de epilepsie. Rămâne însă să atenţionăm că în epoca contemporană manifestările clinice atipice sunt caracteristice şi pentru alte boli, datorită fenomenului de patomorfoză clinică a maladiilor. Prin urmare, nu poate fi pusă la îndoială importanţa acestei abordări a tulburărilor psihice şi de comportament cu conţinut non-psihotic la epileptici.

Tulburările psihice psihotice la epileptici sunt deseori confundate cu alte maladii psihice, de exemplu, cu schizofrenia, psihoza organică sau cu alte stări psihotice exogene şi de intoxicaţie, mai des cu stările delirioase alcoolice sau de intoxicaţie cu substanţe narcotice sau psihoactive. De asemenea, tulburările psihice psihotice, fiind de o intensitate mare şi având o expresie şi rezonanţă deosebită, chiar din start sunt ţinta unei delimitări mai minuţioase şi astfel nimeresc în vizorul medicilor de la asistenţă medicală de urgenţă şi au o mai mare şansă de a nimeri pentru asistenţă medicală la medicul psihiatru. Însă, şi la medicii psihiatri sunt frecvente incorectitudinile de diagnosticare a tulburărilor psihice psihotice la epileptici, deoarece, cu regret, nu toate cadrele medicale au pregătirea medicală corespunzătoare, pentru a stabili la timp şi corect diagnosticul de tulburare psihotică epileptică. Din acest motiv, deseori se pierde timpul preţios şi se irosesc resurse materiale considerabile. Aici remarcăm că de corectitudinea aprecierii diagnosticului de tulburare psihică psihotică la epileptici depinde eficienţa tratamentului şi urmările pentru starea de sănătate mintală a

acestor pacienți epileptici. Tratamentele greșite, dacă au loc, au un impact grav și negativ, emoțional și moral, pentru pacienți, deoarece acești pacienți nimeresc sub incidența convențiilor internaționale pentru combaterea tratamentelor degradante și inumane.

Generalizând cele expuse mai sus, constatăm că am încercat să demonstrăm adevărata importanță a manifestărilor referitoare la cunoașterea tulburărilor psihice psihotice la epileptici, în particular, și la general. Tulburările psihice cu caracter permanent, la fel ca și cele descrise mai sus, poartă un aspect particular și specific, deseori greu de deosebit. De aceea, pacienții cu aceste tulburări pot fi deseori tratați incorect. Stigmatizarea acestor pacienți, adică dezonorarea lor de către alte persoane din cadrul comunității, creează dificultăți de reabilitare, resocializare și integrare în societate. Pentru elocvență este necesar să specificăm că acești pacienți sunt mai nervoși, mai impulsivi și nereținuți; prin urmare, ei devint țintele deselor confruntări și certuri.

Epilepticii sunt:

- ✓ *egocentrici;*
- ✓ *monotoni;*
- ✓ *torpizi;*
- ✓ *sâcâitori;*
- ✓ *meticuloși;*
- ✓ *diligenți;*
- ✓ *religioși;*
- ✓ *căutători de adevăr și dreptate.*

Din aceste motive deseori sunt umiliți, ofensați, subestimați de către alte persoane, pretinse sănătoase.

De aceea epilepticilor le este deosebit de greu să se adapteze la situații noi și schimbări rapide din comunitate și colective, confruntându-se cu mari dificultăți pentru o viață calitativă și împlinită.

Din cauza necunoașterii trăsăturilor de caracter specifice epilepticilor, nu sunt luate în considerare aspectele pozitive ale acestor trăsături datorită cărora epilepticii pot fi resocializați foarte eficient prin diverse activități, dat fiind faptul că ei sunt cinstiți, pedanți, punctuali și atașați față de persoanele care îi favorizează și îi apreciază.

Este cunoscut faptul că epilepticii sunt lucrători foarte buni, grație punctualității, acurateței deosebite, respectului pentru adevăr și dreptate, versus celorlalți membri ai comunității care, din păcate, nu observă la ei și nu apreciază la justa valoare aceste trăsături bune de caracter.

Pacienții epileptici sunt creduli și iubitori de animale, stimează părinții și apropiații lor, despre care întotdeauna vorbesc numai cu bunăvoință, adresându-le cuvinte de laudă, deosebit respect și dragoste.

1.5. Unele studii epidemiologice și statistici referitoare la TPCE

Studiile epidemiologice sugerează că epilepsia este una dintre cele mai răspândite boli neurolgice cu anumite tulburări psihice.

În epidemiologie există doi indicatori cardinali:

- ✓ *incidența;*
- ✓ *morbiditatea* (*prevalența*).

Indicatorul *incidență* semnifică raportul dintre numărul de cazuri de îmbolnăvire la 100 000 de populație.

Indicatorul *morbiditate* se folosește pentru a evalua numărul de pacienți recent imbolnăviți în decursul anului.

Incidența epilepsiei în țările europene și în SUA este de aproximativ 40-70 de cazuri la 100 000 de locuitori. În țările în curs de dezvoltare incidența epilepsiei este mult mai mare [41].

Prezintă interes faptul că incidența epilepsiei la persoanele în vârstă este mai mare la femei. Practic, incidența epilepsiei arată o dependență de vârstă. Astfel, în primii 4 ani de viață incidența epilepsiei este de aproximativ 100 de cazuri la 100 000 de locuitori, în timp ce în intervalul 15-40 de ani incidența a cunoscut o scădere – 30 de cazuri la 100 000 de locuitori, iar după 50 de ani – o creștere a incidenței. De epilepsie suferă 0,5-1% din populația generală [58].

În unele studii epidemiologice efectuate peste hotare *incidența* epilepsiei este de 3,1% la vârsta de 80 ani. Cu alte cuvinte, în cazul în care toți oamenii ajung la vârsta de 80 ani, epilepsia ar putea apărea pe parcursul vieții la 31 de pesoane din 1000 de locuitori. În Europa, prevalența epilepsiei este de 1,5%, iar, reprezentată în valori absolute, de epilepsie suferă 6 milioane de oameni.

G.Huber și H.Penin afirmă că numai 1,2% din pacienți cu epilepsie nu manifestă tulburări psihice și de comportament.

Din acest motiv, afirmațiile că epilepsia este una dintre cele mai răspândite boli neurologice cu anumite tulburări psihice sunt false, deoarece tulburările psihice și de comportament în cadrul epilepsiei reprezintă 98,8% din cazuri.

Reiese că, practic, orice pacient cu diagnostic de epilepsie are tulburări psihice de diversă intensitate și structură clinică și evolutivă.

Prevalența tulburărilor psihice la epileptici la nivel mondial se evaluează aproximativ la 30-40% și poate depăși 60%, dacă se iau în considerare și deficitele neurologice asociate epilepsiei.

Conform aceloraşi autori, prevalența psihozelor se manifestă în 1-3% cazuri de epilepsie. Dacă ne referim la populația internată, prevalența psihozelor se ridică la 9 - 15%.

Morbiditatea psihiatrică este mai mare la cei cu epilepsie de lob temporal. De exemplu, pacienții internați în serviciile psihiatrice constituie 4,7% în Anglia

și 9,7% în SUA. Din numărul total al pacienților internați în servicii de asistare a epilepsiei, 30% aveau o internare anterioară psihiatrică, iar 18% primeau cel puțin un preparat psihotrop.

1.6. Abordarea și delimitarea TPCE la bolnavii de epilepsie de către experți din diferite ramuri ale medicinii

Modificările psihice la bolnavii de epilepsie sunt abordate diferit de oamenii din comunitate. Importanța și impactul obținute în urma acestor abordări vizează activitatea medicilor din toate domeniile medicinii. Necunoașterea de către medici a mecanismelor apariției, manifestărilor clinice ale tulburărilor psihice și de comportament la pacienții cu epilepsie și, în particular, a patomorfozei clinice a manifestărilor TPCE în epoca contemporană, demonsrează dimensiunile reale ale acestei probleme și gradul de reflectare asupra vieții individului. Diagnosticarea TPCE ca *tulburări intercritice temporare* (*de scurtă durată*) se impune, deoarece, scăpând de atenția medicului, ele pot crea un handicap serios în calea adaptării epilepticului și pot determina din partea anturajului reacții neadecvate, capabile să contribuie și ele la structurarea unor particularități reacționale dezadaptative cu caracteer stabil. Așa se formează dezonorarea personalității de către comunitatea contemporană, care, încununându-se cu subesitmarea pacienților cu TPCE, formează un *handicap cu caracter stabil* numit ***stigmatizare*.**

De aceea, necesitatea abordării și delimitării TPCE pentru lucrătorii medicali nu poate fi subestimată. Mai jos ne vom referi la unele aspecte definitorii și delimitatorii pentru a ajuta medicii în activitățile lor de asistare a pacienților cu TPCE.

Medicii de familie întâmpină cele mai mari dificultăți în ce privește aprecierea tulburărilor psihiice la epileptic, deoarece sunt insuficient școliți în domeniul psihiatriei, îndeosebi în domeniul epileptologiei practice. Cauza este bine cunoscută, deoarece acești medici nu-și pot fixa activitatea pentru studierea în detalii a manifestărilor psihice particulare la epileptic, dar se confruntă cu diverse greutăți în asistența aceștor pacienți, din motiv că psihicul epilepticului este specific amplificat de deficitul de timp pentru discuții mai îndelungate și aprofundate cu acești pacienți. Drept urmare, sunt dese situațiile de frustrare și de tensionare la locul de muncă a acestor medici.

Medicul de familie vede pacientul cu epilepsie numai ca pacient care prezintă accese convulsive, iar celelalte plângeri și particularități de comportament și modificări ale facultăților intelectuale, mnezice, comportamentale și caracterologice sunt slab cunoscute, fie nu li se acordă o careva importanță.

Medicii observă preponderent acele stări, care se manifestă prin comportament brutal și violent sau prin comportament vădit deosebit, care deseori este considerat ca o manifestare a altor maladii psihice, cel mai des a unei schizofrenii.

În cazurile în care pacientul manifestă tulburări afective, medicii de familie stabilesc un diagnostic de neuroză sau de depresie; astfel, acești pacienți nu sunt tratați corespunzător, deseori făcând decompensări grave tardive sub forme de stări psihotice sau crize convulsive în serii. În alte cazuri acești pacienti nimeresc la medicii de diferite specialități, care îi asistă de maladii somatice, endocrine, neurologice. Ca urmare, se formează un cerc vicios, cu o adresare foarte tardivă la un medic specialist pentru a i se acorda o asistență medicală psihiatrică competentă.

Medicii specialiști din diferite domenii ale medicinii, la fel ca și medicii de familie, au un protocol de conduită și un algoritm de examinare a pacienților cu tulburări psihice în epilepsie, care aparent par a fi la fel și nu diferă de alți pacienți. Astfel, medicul văzând în pacientul cu TPCE în timpul primei intervederi un pacient, la prima vedere, obișnuit, care se adresează la medic cu diverse plângeri, îl asistă ca pe un pacient obișnuit de profil general. În aceste cazuri de adresări ale pacienților cu TPCE, medicul delimitează maladia, reieșind din bagajul său profesional de cunoștințe, deseori fiind obligat să respecte protocoalele și standardele instituționale. Nu de rare ori, medicilor le scapă particularitățile deosebite ale plângerilor pacienților cu TPCE. Prin urmare, necunoașterea formelor atipice și deseori mascate de maladii la bolnavii cu tulburări psihice și, în particular, la pacienții epileptici cu tulburări psihice, oferă medicului șanse sporite de a exclude o formă atipică de maladie, care îmbracă tabloul clinic al diferitelor maladii somatice, endocrine, chirurgicale. Deseori, acestea se manifestă sub forme mascate de boli, pentru care se fac intervenții medicale de urgență, uneori intervenții chirurgicale, și alte manipulări invazive, care ulterior fac deosebirile de diagnosticare și produc probleme de ordin medico-legal. Astfel, pacienții fac adresări în instanța de judecată în legătură cu dauna cauzată de cadrele medicale în urma unei asistențe medicale neadecvate cu impact asupra stării de sănătate a pacientului. Așadar, vedem că deși acordarea asistenței medicale pare a fi corectă, impune probleme deosebite atât sănătății pacientului, cât și afectează imaginea profesională a medicului, deoarece nu s-a ținut cont de formele atipice și mascate de manifestare clinică a maladiilor, care au altă proveniență la pacienții cu TPCE. Dar, dacă luăm în considerare și schimbările de personalitate și caracterologice ale acestor pacienți cu tulburări psihice de comportament (aceștia sunt deosebit de pedanți, egocentrici, ranchinoși, impulsivi, răzbunători, căutători de dreptate și pledează pentru ea), obținem adevarata dimensiune a problemei, care la prima vedere pare neînsemnată, dar care deseori generează grave probleme medico-legale pe care le ridică pacienții cu TPCE față de medicii de diferite specialități care i-au asistat.

În țara noastră, la fel ca și în alte țări din lume, în diagnosticarea și tratamentul epilepsiei sunt implicați cel mai mult medicii psihiatri și neurologi. În ce privește activitatea de deservire a pacienților cu epilepsie, o linie clară de demarcație pentru neurologi și psihiatri nu există. Cu toate acestea, în conformitate cu tradițiile specifice de îngrijire a sănătății epilepticilor, *greul* în termenii de diagnosticare, tratare, reabilitare socială, familală, profesională aparține medicilor psihiatri. Acest lucru se datorează problemelor de sănătate mintală care apar la pacienții cu epilepsie.

Acestea includ modificările de personalitate a pacienților care sunt specifice pentru epilepsie, legate de deficitul intelectual-mnezic, de tulburările afective și, de fapt, de așa-numitele psihoze epileptice [55].

De asemenea, trebuie specificată varietatea de fenomene psihopatiforme, care apar în cadrul crizelor parțiale simple în epilepsie de lob temporal și care sunt, de asemenea, de mare interes pentru psihiatri. Astfel, devine clar cât de importante sunt pentru psihiatri diagnosticarea rapidă a tulburărilor mentale la pacienții cu epilepsie și tratamentul lor adecvat.

Este cunoscut faptul că schimbările de personalitate și demența în epilepsie sunt strâns legate între ele. În același timp, cu cât mai pronunțate sunt schimbările de personalitate, cu atât mai severă e demența prognozată. Schimbările caracterologice, în general, sunt fundamentale pentru dezvoltarea declinului intelectual. În acest caz, schimbarea de personalitate în epilepsie din prima nu afectează natura personalității; epilepsia schimbă doar primul curs de procese mentale, aspirațiile, modalitatea de expresie, reacțiile și comportamentul față de tendința de decelare și perseverența. În această privință, la pacienții cu epilepsie există o varietate și o multitudine de opțiuni premorbide de personalitate, ca și la persoanele sănătoase. Schimbările de personalitate la epileptici apar și progresează în urma repetării acceselor epileptice. Sunt cazuri de *epilepsii larvate*, când apariția și evoluția schimbărilor de personalitate și demența survin fără manifestări de accese epileptice [42].

Încetinirea proceselor mentale, viscozitatea, torpoarea la pacienții cu epilepsie determină dificultăți în acumularea de noi experiențe, reducerea abilităților combinatorii, deteriorează informațiile dobândite anterior. Pe de altă parte, trebuie să subliniem tendința acestora de a săvârși acte brutale și violente, care anterior au fost asociate cu iritabilitate crescută. Aceste trăsături de personalitate, care sunt descrise în literatura de specialitate de psihiatrie din ultimii ani, se numeau *caracter ixoidic* [55]. Prezența acestor trăsături conduce la scăderea productivității, iar progresia bolii dezvoltă o demență.

Este cunoscut faptul că demența epileptică este o stare de slăbire progresivă a abilităților congnitive și de memorie și de creștere a îngustimii de judecată. Pentru demență este caracteristică incapacitatea de a distinge importantul

de neimportant, incapacitatea de a sintetiza și generaliza, incapacitatea de a înțelege glumele. La etapele finale de demență se dezvoltă *monotonia*, *pierderea melodiozității vorbirii* și *vorbirea incoerentă* [45].

Schimbările de personalitate sunt persistente în epilepsia temporală primar generalizată.

Schimbările de personalitate în epilepsia primar generalizată sunt:

- ✓ *sociabilitatea redusă;*
- ✓ *încăpățânarea;*
- ✓ *privarea de determinare;*
- ✓ *neglijența;*
- ✓ *pierderea autocontrolului;*
- ✓ *nerespectarea prescripțiilor medicului;*
- ✓ *anosognosia;*
- ✓ *dorința de alcoolizare;*
- ✓ *comportamentul delicvent;*
- ✓ *labilitatea emoțională;*
- ✓ *neîncrederea în sine.*

Bolnavii de epilepsie temporală manifestă:

- ✓ *egocentrism;*
- ✓ *aroganță;*
- ✓ *ipohondrii;*
- ✓ *meschinitate;*
- ✓ *viscozitate;*
- ✓ *rigiditatea gândirii;*
- ✓ *ranchinitate;*
- ✓ *pedantism* (adaptat după [57]).

În dependență de localizarea focarului epileptogen (dreapta, stânga) se deosebesc trăsăturile de caracter modificat. La pacienții cu epilepsie cu afectarea lobului temporal drept există caracteristici de personalitate mai mult emoțional labile.

Pentru pacienții cu epilepsie este caracteristică o gamă largă de abilități intelectuale, de la retard mintal până la un nivel ridicat de inteligență. Prin urmare, măsurarea IQ-ului oferă ideile cele mai generale despre inteligență, nivelul căreia ar putea fi afectat de o serie de factori, cum ar fi timpul și frecvența crizelor, vârsta de la debutul epilepsiei, severitatea epilepsiei, adâncimea leziunii cerebrale, ereditatea, medicația și nivelul de educație. Gradul și gama schimbărilor intelectual-mnezice și ale IQ-ului în dependență de localizarea focarului epileptogen (drepta, stânga) se determină cu testul Wechsier.

Leziunile cerebrale cauzate în urma crizelor generalizate reduc nivelul de inteligență. Acest lucru este evident peste 10 ani de la debutul epilepsiei. Este

semnificativ faptul că la pacienții care au avut mai mult de 100 de crize dezvoltarea demenței are loc în medie în 94% din cazuri, în timp ce la pacienții cu mai puține crize din istorie doar în 17,6% din cazuri. Aceste date corespund statisticilor contemporane. Nivelul IQ scade cu 15% la bolnavii care au suportat stare de *rău epileptic de crize convulsive generalizate*.

Pentru reabilitarea proceselor de trofică cerebrală este importantă *fereastra de timp* dintre crize, care trebuie să aibă o durată mai mare de 5 zile, în caz contrar deteriorarea mintală progresează evident. Este demonstrat că nivelul de retard mintal e de 3-4 ori mai frecvent la copiii cu epilepsii simptomatice decât la copiii cu epilepsii ideopatice [54].

S-a demonstrat că la atingerea remisiunilor crizelor indicii IQ se restabilesc parțial. Deteriorarea intelectuală și mnezică depinde de forma acceselor, cele mai maligne fiind considerate *crizele parțiale temporale complexe*, care peste 5 ani de la debut depistează deficit intelectual mnezic.

Contribuția tratamentului de susținere cu antiepileptice este cunoscută nu doar prin efectul său benefic de sistare a crizelor, dar și prin consecințele sale adverse de la administrare îndelungată ca tratament de susținere. Astfel, fenitonina, carbamazepina, valproatele, dar mai ales fenobarbitalul, provoacă lentoare ideatorie și congnitivă, hipoprosexie, tulburări de memorie și scăderea indicelui IQ. Relativ puține efecte adverse fac anticonvulsivantele din noua generație; de exemplu, topiramatul influențează torentul verbal.

1.7. Tulburările afective la bolnavii de epiepsie

Depresiile.Tulburările afective sunt, probabil, principala semnificație a varietății tulburărilor psihice la pacienții cu epilepsie. Acestea includ depresiile, tulburările de panică, tulburările anxios-fobice, tulburările obsesiv-compulsive și disforiile. Acest lucru se datorează frecvenței lor ridicate la pacienții cu epilepsie. În special, s-a constatat că procentul de depresie în rândurile pacienților cu epilepsie este de cel puțin 25-50% [16]. Comparația incidenței tulburărilor depresive reale la pacienții cu epilepsie din populația generală arată că prima e de aproximativ 10 ori mai des întâlnită [40].

Principalele motive din care se dezvoltă tulburările de dispoziție sunt factorii reactivi și neurobiologici. În epileptologie predomina ipoteza principală referitor la rolul mecanismelor reactive în patogeneza depresiilor [34, 43]. O astfel de abordare nu și-a pierdut semnificația nici azi. În acest sens, având în vedere valoarea caracteristicilor psihosociale în viața pacientului cu epilepsie [11, 42], printre ele în primul rând distingem factorii de stigmatizare și discriminare socială, ceea ce duce adesea la pierderea locurilor de muncă și a familiilor de către pacienții cu

TPCE [11, 43]. Odată cu aceasta, originea simptomelor afective acordă importanță și mecanismelor de „neajutorare a persoanelor instruite și învățate”, care se bazează pe pierderea familiei sau a locului de muncă din cauza bolii. Acest lucru reduce activitățile sociale ale individului, provoacă inadaptarea în activitatea de muncă și în cele din urmă aduce omul la o stare de depresie [34].

În ultimii 15-20 de ani se sugerează că rolul principal în originea simptomelor afective nu-l au factorii psihoreactivi − preponderență au mecanismele neurobiologice. În acest sens, s-a demonstrat că pentru apariția simptomelor depresive sunt importante anumite tipuri de convulsii (complexe-parțiale) care determină localizarea activității epileptice focale (în special în lobii mediali, temporali ai creierului), lateralizarea de focalizare (mai ales în stânga), înalta frecvență de convulsii, durata bolii și debutul mai devreme al bolii [20].

În favoarea valorii predominante a factorilor biologici pentru apariția simptomelor afective în epilepsie este faptul că în alte tulburări grave tulburările afective apar mult mai frecvent decât în epilepsie [20]. În final trebie să luăm în considerare indicatorii de primă alegere a medicamentelor folosite pentru tratamentul anticonvulsivant pe termen lung. În acest sens s-a constatat că tratamentul prelungit cu *fenitoină* și *barbiturice* duce la dezvoltarea depresiei [54].

Crizele de manifestări afective sunt manifestate prin anxietate, frică sau panică, depresia majoră și mânia sunt mai rar întâlnite. Aceste fenomene ar trebui să fie privite ca o manifestare clinică a crizelor parțiale simple (aură) sau ca o etapă inițială de crize parțiale complexe. Crizele de tulburări afective apar, de regulă, în regiunea medio-temporală (lobul temporal paleocortical) în cadrul epilepsiei. Practic, sindromul psihopatologic manifestat e de cel puțin 25% din toate aurele (convulsiile parțiale simple), dintre care 60% sunt sindroame de anxietate și panică, iar 20% sunt sindroame de depresii [17].

Atacurile de panică. Diagnosticul precis de epilepsie, cu o imagine de tulburare de panică, prezintă mare dificultate. Analiza duratei ictale de panică în epilepsie de lob temporal sugerează că durata perioadei de panică nu depășește niciodată 30 de secunde, în timp ce tulburarea de panică de alură neepileptică poate să ajungă până la o oră. Panica la epileptici se caracterizează prin manifestări stereotipe și nu există nicio legătură cu evenimentele precedente. Aceasta trebuie să fie, de asemenea, un prilej pentru a sublinia orice semn de confuzie și automatism, a cărui severitate variază la o intensitate scăzută. Intensitatea sentimentelor de panică rareori ajunge la o intensitate mare, așa cum se observă în tulburarea de panică de alură neepileptică [58].

Diagnosticul greșit de tulburare de panică la pacienții cu epilepsie cu panică ictală (paroxismală) poate fi stabilit, parțial, din cauza lipsei de modificări EEG epileptice specifice în timpul crizei parțiale simple, la pacienții cu epilepsie

temporală [13]. De menționat faptul că la pacienții cu panică ictală pot apărea și atacuri de panică interictale, care sunt observate la 25% din pacienții cu epilepsie [45]. Mai mult ca atât, prezența afecțiunilor de frică și panică sunt un predicator de atacuri de panică și în perioadele interictale [2].

Disforiile. Alt rang de tulburări afective sunt tulburările afective de anxietate asociate cu tristețea. Astfel de distimii au simptomele predominante de iritabilitate cronică, intoleranță de frustrare și labilitate afectivă. Unii autori numesc această tulburare *tulburare interictală disforică* [17].

Disforia se caracterizează prin debut rapid și dispariție, se remarcă cu tendințe de repetare a aceluiași tip și imagine psihopatologică. Durata este de la minute, ore până la zile. Astfel, în structura depresiei simple predomină afectivitatea angoasă vitală cu orientare intrapunctivă severă (idei de autoculpabilitate și de autodezaprobare) și delir holotimic. În contrast, disforiile au o structură mult mai complexă. Caracteristicile principale ale disforiei sunt:

- ✓ *elemente de nemulțumire,*
- ✓ *frustrare,*
- ✓ *ranchinitate,*
- ✓ *furie pentru toată lumea,*
- ✓ *amărăciune pentru toată lumea.*

Pentru disforie este caracteristică o orientare extrapunctivă de retrăiri a bolnavului [63].

Tulburările afective organice în epilepsie. S-a stabilit că la pacienții cu epilepsie în perioada interictală (de obicei, mai mulți ani după încetarea convulsiilor), caracteristicile lor fenomenologice nu diferă de modelul de depresie endogenă. În acest caz, justificat este diagnosticul de tulburare afectivă organică care a apărut pe bază de epilepsie [15, 38]. Originea acestor fenomene este de obicei asociată cu dezvoltarea proceselor de inhibiție în creier la pacienții aflați în stare de remisiune de crize. Se crede că procesele de inhibiție sunt o consecință naturală a excitației și provin de la efectul benefic al terapiei antiepileptice [24]. În tabloul clinic al tulburărilor afective organice în epilepsie (T.A.O.E.) pe prim plan se evidențiază starea afectivă pronunțată de tristețe cu fluctuații noctirimale (în decursul zilei). Pe fundalul depresiv apar idei de autoculpabilitate și autodezaprobare. Actualitatea epilepsiei la acești pacienți nu este primordială, primordială; este starea depresivă.

Suicidul. Incidența tentativelor de suicid la bolnavii de epilepsie este aproximativ de 4-5 ori mai mare decât la populația generală. La pacienții cu epilepsie de lob temporal rata suicidelor depășește de 25-30 de ori rata populației generale [5].

Analiza ajustată a relației dintre severitatea de tulburare afectivă organică și suicid a arătat o corelație între acești parametri. Mai frecvent săvârșesc suicid femeile cu tulburări afective depresive bolnave de epilepsie [49]. Femeile bolnave de epilepsie cu depresii organice de 5 ori mai des săvârșesc suicide decât femeile bolnave de epilepsie fără depresii [39].

Tratamentul depresiilor în tulburările afective organice în epilepsie se face cu ajutorul antidepresantelor, aplicând următoarele reguli:

- ✓ *terapia cu antidepresnate se efectuează fără a anula antiepilepticele;*
- ✓ *prescrierea antidepresantelor care nu reduc pragul convulsivant;*
- ✓ *se acordă prioritate inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei;*
- ✓ *se va evita din antiepileptice fenobarbitalul, primidona, vagabatrina, valproatele, gabapentina și triagabina;*
- ✓ *se va recomanda din antiepileptice topiramatul și lamotrigina;*
- ✓ *se vor lua în considerare interacțiunile famacocinetice dintre medicamentele antiepileptice și antidepresante* [4].

1.8. Recomandări pentru tratament prin prisma interacțiunilor farmacocinetice ale medicamentelor

La tratamentul TPCE prin prisma interacțiunilor farmacocinetice ale medicamentelor se vor lua în considerare următoarele recomandări:

- ✓ *interacțiunile farmacocinetice dintre antidepresante și antiepileptice sunt realizate în enzimele hepatice CP-450;*
- ✓ *administrarea fenobarbitalului, fenitoinei și carbamazepinei duce la scăderea concentrației SSRIs (denumirea grupei de medicamente pentru tratarea tulburărilor afective) și implică inducția izoenzimei 2D6;*
- ✓ *admnistrarea SSRIs, dimpotrivă, duce la creșterea concentrației prepatratelor antiepileptice;*
- ✓ *administrarea fluoxitinei sporește cel mai tare și frecvent concentrația de carbamazepină și fenitoină;*
- ✓ *se recomandă de a evita combinarea în tratament a fluoxetinei cu preparate antiepileptice;*
- ✓ *se recomandă preparatele din SSRIs (la alegere):*

- *Paroxitina,*
- *Sertralina,*
- *Citalopramul.*

În tratamentul cu antidepresante la bolnavii de epilepsie cu tulburări afective se recomandă de a respecta următoarele limite terapeutice de dozaj:

- ✓ *paroxitina în limitele de 20- 40 mg în zi;*

- ✓ *sertralina în limitele de 50 -100 mg în zi;*
- ✓ *citalopramul în limitele 50-100 mg în zi*.

Psihozele epileptice sunt clasificate formal conform raportului față de stările ictale în epilepsie.

Psihozele epileptice se delimitează în:

- ✓ *psihoze ictale;*
- ✓ *psihoze interictale;*
- ✓ *psihoze periictale.*

Psihozele ictale sunt rar întâlnite, dar au o structură delirioasă paranoidă, caracterizată prin halucinații vizuale și auditive. Prezintă interes principiul descoperit de G.Huber, care afirmă că nu există un singur simptom și nici un singur sindrom de schizofrenie, care n-ar apărea la bolnavii de epilepsie, dar nu și invers [14]. Esența principiului este că această legitate nu are funcționare inversă. Cu alte cuvinte, există un număr mare de simptome psihopatologice patognomonice pentru epilepsie.

Pentru psihozele epileptice, mai ales ictale, sunt caracteristice următoarele sindroame și manifestări psihopatologice:

- ✓ *sindromul Fredoli;*
- ✓ *delirul de intermetamorfoză;*
- ✓ *ideile fantastice de depersonalizare și derealizare;*
- ✓ *sindromul oniric;*
- ✓ *starea de extaz;*
- ✓ *sindromul alternant, când are loc normalizarea forțată a traseului electroencefalografic (EEG).*

Psihozele interictale apar peste 1-2 ani după sistarea acceselor epileptice, de obicei, convulsive. Aceste psihoze se deosebesc de alte psihoze în cadrul epilepsiei [16].

Aceste deosebiri sunt următoarele:

- ✓ *în prim-plan apar simpomele de rangul I, în care sunt idei delirante de relație, urmărire, autoculpabilitate, halucinații diverse, dar mai frecvent vizuale și rareori pseudohalucinațiile;*
- ✓ *ideile delirante sunt durabile (de lungă durată) și, prin urmare, mai greu se obține remisiunea terapeutică la pacienții cu TPCE. Din acest motiv, pacienții la care obținem remisiunea demonstrează discernământ critic parțial față de comportamentul lor aberant în perioada de psihoză. Totodată, la acești pacienți se depistează perioade de amnezii lacunare, mai rar totale.*

- ✓ *pentru a face un diagnostic diferențiat în raport cu schizofrenia, cele mai veridice repere de delimitare sunt schimbările de personalitate și de caracter ale bolnavului cu TPCE* [54].

1.9. Studiul clinico-catamnezic al recăderilor remisiunilor la bolnavii de epilepsie cu tulburări psihice

Particularitățile evoluției epilepsiei sunt influențate mult de:

- ✓ *factorii declanșatori de recăderi ale bolii;*
- ✓ *tactica, eficiența și receptivitatea individuală la tratament la bolnavii de epilepsie.*

Totodată, eficinența monitorizării acceselor la bolnavii de epilepsie scoate în evidență importanța asigurării acestor pacienți cu un mod decent de viață. Astfel, o deosebită importanță se acordă modului decent de viață al pacienților de epilepsie, care în trecut prezentau accese epileptice, conștientizarea de către societate a bolnavilor de epilepsie, a egalității și integrării lor ca cetățeni ai societății contemporane. Bolnavii de epilepsie sunt deosebit de senzitivi și autocritici; astfel, atitudinea societății față de ei devine primordială, creându-le mari deficultăți în autoaprecierea lor, ținându-se cont de trecutul cu accese epileptice. În acest context, apare o semnalare de dezonorare a personalității, care poate fi calificată ca o ***stigmatizare a personalității individului***. Din acest motiv, abordarea, cercetarea factorilor destabilizatori în evoluția epilepsiei și stabilirea remisiunilor la boala epileptică sunt primordiale.

Remisiunile la bolnavii de epilepsie pot fi stabile. În acest context este deosebit de important să respectăm principiile de *tratament rațional* și, în caz de recăderi, să anticipăm o evoluție malignă a epilepsiei. Din acest motiv, studiul factorilor declanșatori de recăderi ale remisiunilor este foarte important. În diverse publicații sunt descriși peste 40 de factori care pot declanșa recăderile la bolnavii de epilepsie.

Cel mai important și greu de depășit pentru obținerea și păstrarea unei remisiuni este *factorul evolutiv al epilepsiei*.

Factorii evolutivi ai epilepsiei în recăderea remisiunilor se prezintă prin:

- ✓ *epilepsia medicamentos rezistentă, adică nereceptivă la administrarea primului drog antiepileptic;*
- ✓ *slab-receptivă la administrarea în combinație a câtorva preparate anticonvulsivante;*
- ✓ *sistarea sau abandonarea tratamentului anticonvulsivant după câțiva ani de lipsă de accese.*

Conform datelor din literatura de specialitate, de la 12% până la 66% din cazurile cu remisiuni ale bolnavilor de epilepsie cu TPCE fac recăderi ale remisiunilor prin repetarea acceselor.

S-a constatat, de asemenea, că epilepsia criptogenă demonstrează eșecuri de remisiune mai devreme decât în restul formelor de epilepsie. Rezultatele noastre nu coincid cu cele din literatură de specialitate referitoare la rolul epilepsiei simptomatice ca factor determinant nefavorabil în evoluția epilepsiei. Acest fapt se explică prin mentalitatea specifică pentru Republica Moldova, unde bolnavii de epilepsie criptogenă nu se consideră bolnavi adevărați de epilepsie. Epilepsia criptogenă este considerată de populație ca o boală necunoscută din cauza absenței factorului declanșator de boală. Prin urmare, se consideră că boala trece de la sine fără intervenția medicului. Astfel, pacienții se adresează târziu la medic cu o formă avansată de boală. Pe de altă parte, formele de epilepsii simptomatice, unde se cunoaște o cauză a bolii, adresările la medic sunt mult mai devreme – în fazele incipiente și neavansate.

În premieră se constată că în Republica Moldova din cauza adresărilor întârziate ale bolnavilor de epilepsii criptogene (formle benigme de epilepsii), formele maligne (epilepsiile simptomatice) în aparență par mai benefice, iar cele benigne (criptogene) par mai maligne. Prin urmare, pacienții se adresează cu întârziere la medic deja în calitate de bolnavi de epilepsie în faze avansate și cu multiple consecințe sub aspect psihologic, social și psihiatric.

Cazurile de abandonare a tratamentului au drept cauză toxicitatea preparatelor, efectele adverse nefavorabile și, nu în ultimul rând, costul mare al medicamentelor. Aceste rezultate științifice permit să concluzionăm că prezența recidivei afectează în mod direct durata bolii: cu cât durata bolii este mai mare (zeci de ani), cota pacienților epileptici cu recidive este mai redusă.

Se poate concluziona că probalitatea noilor recăderi este aproximativ aceeași pentru fiecare pacient în parte în funcție de timp. Altfel spus, riscul de recidivă a crizelor se constată nu doar în formele incipiente, dar și la etapele tardive ale bolii epileptice. Se mai poate constata că riscul de recidive (recăderi) se păstrează la toate etapele de evoluție a epilepsiei, ceea ce înseamnă că **pacienții au nevoie de tratament de susținere permanentă pe parcursul întregii vieți**.

Relația dintre *durata bolii* și *probabilitatea de viață fără boală* (*fără accese*), folosind analiza de supraviețuire conform *scalei Kaplan-Meier,* este elocventă. Probabilitatea eșecului remisiunii nu depinde de durata bolii.

Aplicând *testul de regresie Kox* în studierea riscurilor de eșec al remisiunilor, se observă următoarea legitate:

(a) asupra riscului de recidivă nu influențează semnificativ niciunul dintre următorii factori:

- *sexul*;
- *ritmul circadian la pacienți;*
- *distribuirea de convulsii în funcție de ciclul de somn/veghe;*
- *factorii precipitanți ce influențează efectuarea unui tratament antiepileptic adecvat.*

(b) doar doi factori s-au manifestat statistic semnificativi:

- *forma epilepsiei*;
- *tipul de evoluție a epilepsiei*.

Aceste afirmații demonstrează că relația manifestată dintre:

✓ *formele epilepsiei* și *durata de timp până la recădere*
corelează corespunzător cu:

✓ *tipul de evoluție a epilepsiei* și *cu timpul până la recădere.*

Capitolul 2.
Clasificarea epilepsiilor cu TPCE

2.1. Diagnosticul

Epilepsiile cu tulburări psihice și de comportament includ:

1. Epilepsiile cu tulburări psihice de nivel psihotic
2. Epilepsiile cu tulburări psihice de nivel non-psihotic
3. Epilepsiile cu tulburări psihice permanente (specifice epileptioide, de personalitate şi intelectual mnezic).

2.2. Codul bolii

ICD-10: F02.8x2-F7x1.

2.3. Scopurile *Lucrării*

Scopurile *Lucrarii* rezidă în:

1. Facilitarea procesului de diagnosticare a tulburărilor psihice şi de comportament la pacienții cu TPCE în epilepsie.
2. Sporirea calităţii managementului, tratamentului şi a calităţii vieţii pacientului cu TPCE.

2.4. Utilizatorii *Lucrării*

Utilizatori ai *Lucrării* pot fi:

1. Centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatrii, psihoterapeuţii, psihologii, asistentele medicale);
2. Centrele medicilor de familie (medicii de familie);
3. Cabinetele de consultaţie psihiatrică în centrele de consultație raionale sau comunitare;
4. Secţiile psihiatrice în spitalele generale municipale, raionale;
5. Spitalele psihiatrice republicane (medicii-psihiatri);
6. Centrele medicinii de urgență (medici în cadrul serviciului urgenţă);
7. Centrele de criză (medicii-psihiatri, psihoterapeuţii, psihologii, asistentele medicale) etc.

2.5. Lista autorilor şi informaţiile de contact

Numele	Funcţia
Popov Alexandru	medic psihiatru-epileptolog categorie superioară, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, Ministerul Sănătăţii, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova; cercetător științific în Laboratorul de Cercetări Științifice „Tehnologii Informaționale", Facultatea de Matematică și Informatică, USM; doctorand la USMF „Nicolae Testemiţanu"
Mariana Butnaru	lector universitar în Departamentul Informatică, cercetător științific în Laboratorul de Cercetări Științifice „Tehnologii Informaționale", Facultatea de Matematică și Informatică, USM; doctorandă
Căpătână Gheorghe	doctor inginer, profesor universitar în Departamentul Informatică, șeful Laboratorului de Cercetări Științifice „Tehnologii Informaționale", Facultatea de Matematică și Informatică, USM
Căpătână Ana	doctor în științe biologice, lector superior universitar în Departamentul „Biologie și Ecologie", Facultatea de Biologie și Pedologie; cercetător științific superior în Laboratorul de Cercetări Științifice „Tehnologii Informaționale", Facultatea de Matematică și Informatică, USM; postdoctorandă în bioinformatică și medicină la Universitatea Yale, USA.

2.6. Definiţiile folosite în *Lucrare*

Conform definiției date epilepsiei de Liga Internațională pentru Combaterea Epilepsiei și de Biroul Internațional pentru Combaterea Epilepsiei, „*epilepsia este o tulburare a creierului caracterizată printr-o predispoziție de durată pentru a genera crize epileptice, precum și consecințe neurobiologice, cognitive, psihologice și sociale*". Constatarea epilepsiei necesită existența a cel puțin unei crize comițiale.

2.7. Informaţia epidemiologică

Potrivit datelor OMS, de la 0,5 la 5% din toată populația de pe glob sunt afectate de epilepsie. Conform estimărilor Ligii Internaționale pentru Combaterea Epilepsiei, de epilepsie suferă circa 50 milioane de oameni, 6 milioane fiind europeni.

Prezenţa tulburărilor psihice la epileptici este bine cunoscută, gravitatea acestora fiind subliniată de neurologi, neurochirurgi şi psihiatri de prestigiu (A.Dimitriu, J.Engel, H.Gastaut, K.Jaspers, O.V. Kebricov, E.Kraepelin, A.Kreindler, N.Oprea,

W.G. Penfield, T.Pirozynski, D.A. Pond, L.Popoviciu, V.Predescu, W.Ronald, J.W. Sander, R.I. Shader, И.П. Ванчакова, А.И. Болдырев, Р.Г. Голодец, В.В. Гнездицкий, С.А. Громов, Л.Р. Зенков, М.Я. Киссин, Е.В. Малинина, Н.М. Сараджишвили, А.С. Тиганов, А.С. Шаманаев, Ю.А. Яковлева şi alţii).

Asocierea epilepsiei cu tulburările psihice este cunoscută din antichitate. E.Kraepelin afirma că pacienții epileptici prezintă tulburări de personalitate și o predispoziție pentru psihoze.

În alți termeni, epilepsia este prin excelență o suferință a creierului, iar simptomatologia psihică acoperă o mare parte din tabloul clinic al acesteia, în unele forme reprezentând deseori singura manifestare. De aceea, o definire, o detaliere şi o delimitare a tulburărilor psihice este necesară şi pe deplin justificată. Dacă la acestea mai adăugăm şi gravitatea problemelor medico-legale, sociale, pe care le ridică aceste tulburări psihice la epileptici, avem dimensiunea reală a importanţei pe care trebuie să le-o acordăm.

Prevalența tulburărilor psihice la epileptici la nivel mondial pare a fi de 30-40% și poate depăși 60% la cei cu deficite neurologice asociate epilepsiei [34]. După aceiași autori, prevalența psihozelor este de 1-3%, dar dacă ne referim la populația internată, ea se ridică la 9%. Morbiditatea psihiatrică este mai mare la pacienții cu epilepsie de lob temporal [13]. Pacienții internați în serviciile psihiatrice constituie 4,7% în Anglia și 9,7% în SUA. 30% din pacienții internați în servicii de asistare a epilepsiei aveau o internare anterioară psihiatrică, iar 18% primeau cel puțin un preparat psihotrop.

În Republica Moldova, potrivit datelor ce vizează anul 2012, persoanele cu epilepsie cu dereglări psihice și comportamentale au fost în număr de 11000, fiind la evidența medicilor psihiatri. În 2014 morbiditatea generală privind tulburările mintale și de comportament în cadrul epilepsiei asistate de către medicii psihiatri s-a prezentat cu 9912 pacienți cu TPCE care s-au adresat și înregistrat pentru consultaţie, dintre care 8736 de pacienţi au fost maturi și 1176 copii. În același an la evidență dispanserică au fost luați 8623 de pacienți cu TPCE, dintre care 1014 pacienți au fost copii. La momentul actual asistența specializată a pacienților cu TPCE este acordată în secțiile psihiatrice de profil general. Indicii de prevalență la pacienții cu TPCE în Republica Moldova constituie 0,33% în raport cu statistica mondială (2-5%). Este argumentată includerea întregii game de tulburări mintale și de comportament în cadrul epilepsiei în prezenta *Lucrare*, menită să asigure o asistență medicală de calitate pentru populația Republicii Moldova.

Pentru a îmbunătăți asistența medicală psihiatrică a pacienților cu epilepsie cu tulburări psihice și de comportament la nivel ambulator și în condiții de staționar, a fost elaborată această *Lucrare*, care vine în sprijinul medicinii primare având și scopul de a îmbunătăți calitatea asistenței psihiatrice specializate.

Capitolul 3.
Niveluri de asistenţă medicală primară şi de reabilitare a TPCE

3.1. Nivelul instituţilor de asistenţă medicală primară		
Descriere	**Motivele**	**Paşii**
1. Diagnosticul		
1.1. Suspectarea diagnosticului de TPCE (a se vedea pct. 4.2.3.1.-4.2.3.4)	✓ *Semnele predecesoare permit suspectarea TPCE.* ✓*Stările psihotice acute ale epilepsiei.*	**Obligatoriu:** ✓ *Anamneza (a se vedea Caseta 4 şi Anexa 12).*
1.2. Luarea deciziei: consultul specialistului şi/ sau spitalizarea (a se vedea pct. 4.2.3.5)	✓ *Modificările negative în relaţiile din familie. Modificările evidente de personalitate.*	✓ *Recomandarea consultaţiei specialistului tuturor pacienţilor cu suspecţie de TPCE (a se vedea Anexa 12).* ✓ *Spitalizarea obligatorie, în caz de dereglări psihotice pronunţate şi de comportament (a se vedea Casetele 8, 12, 13; pct. 4.1).*
2. Supravegherea (a se vedea pct. 4.2.3.7)	✓ *Starea somatică se monitorizează în scopul de a evita efectele adverse ale medicaţiei.*	**Obligatoriu:** ✓ *Monitorizarea stării somatice a pacientului pe toată perioada tratamentului de întreţinere (a se vedea Caseta 27; pct. 4.2.4).*
3.2. Nivelul consultativ specializat (psihiatru)		
Descriere	**Motivele**	**Paşii**
1. Diagnosticul		
1.1. Confirmarea diagnosticului de TPCE (a se vedea pct. 4.2.3.1-4.2.3.4)	✓ *În epilepsie nu sunt simptome patognomonice.* ✓ *Administrarea unui tratament adecvat necesită diagnosticare specializată.*	**Obligatoriu:** ✓ *Anamneza (a se vedea Caseta 4).* ✓ *Evaluarea simptomaticii (a se vedea Casetele 2, 3, 6-10; Anexele 1-12).* ✓ *Examenul de laborator (a se vedea Caseta 11).* ✓ *Efectuarea diagnosticului diferenţiat (a se vedea Anexa 4).* ✓ *Evaluarea pronosticului bolii (a se vedea Casetele 5, 8).*

1.2. Selectarea strategiei terapeutice: staţionar *versus* ambulatoriu (a se vedea pct. 4.2.3.5)	✓ *Evitarea stigmatizării pacientului cu TPCE.*	✓ *Evaluarea criteriilor de spitalizare (a se vedea Casetele 12, 13; Anexa 12).*
2. Tratamentul la domiciliu		
2.1. Jugularea simptomelor non-psihotice şi comportamentale (a se vedea pct. 4.2.3.6)	✓ *În caz de predominare a simptomelor non-psihotice şi comportamentale.* ✓ *Evitarea invalidizării ca rezultat al izolării sociale.*	**Obligatoriu:** ✓ *Remedii cu acţiune de dezinhibare, timostabilizatorie, antidepresive şi tranchilizante (a se vedea Casetele 14, 22; Anexele 1, 12).* ✓ *Aplicarea psihoterapiei.* ✓ *Medierea relaţiilor interpersonale.* ✓ *Reabilitarea socioprofesională (a se vedea Casetele 14, 21-25, 28).*
2.2. Terapia profilactică	✓ *Evitarea invalidizării prin realizarea unui tratament complex (asocierea metodelor farmacologice şi a celor psihoterapeutice).*	**Obligatoriu:** ✓ *Cu antipsihotice, tranchilizante şi anticonvulsivante (a se vedea Casetele 21, 22; Anexele 2, 12).* ✓ *Recuperarea socioprofesională (a se vedea Casetele 14, 23-25, 28).*
3. Supravegherea	✓ *Supravegherea psihiatrului este indicată pacienţilor pe un termen nu mai mic de 5 ani.*	**Obligatoriu:** *Conform recomandărilor (a se vedea Casetele 26, 28).*
4. Reabilitarea	✓ *Evitarea recăderilor datorate acţiunii stresorilor cotidieni.*	✓ *Reabilitarea socioprofesională (a se vedea Casetele 8, 23-25, 28).*
3.3. Nivelul de asistenţă în staţionar		
Descriere	**Motivele**	**Paşii**
1. Spitalizarea	✓ *Evitarea efectelor maladive ale comportamentului pacientului în stare psihotică.*	✓ *Criteriile de spitalizare: staţionarul de zi, staţionar (a se vedea Casetele 12, 13; Anexa 12).*

2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de TPCE (a se vedea pct. 4.2.3.1.-4.2.3.4.)	✓ *Diagnosticare corectă ţinându-se cont de similitudinea simptomatică a diverselor tulburări psihice.*	**Obligatoriu:** ✓ *Anamneza (a se vedea Casetele 1, 4).* ✓ *Evaluarea simptomelor (a se vedea Casetele 1, 6-9; Anexa 2).* ✓ *Examenul de laborator (a se vedea Caseta 11).* ✓ *Diagnosticul diferenţial (a se vedea Anexa 4).* ✓ *Evaluarea pronosticului maladiei (a se vedea Casetele 5, 28).*
3. Tratamentul epilepsiei		
3.1. Terapia de jugulare (a se vedea pct. 4.2.3.6)	✓ *Tratamentul eficient specific, posibil numai în serviciile specializate.*	**Obligatoriu:** ✓ *Regimul de tratament în condiţii de staţionar.* ✓ *Tratamentul psihofarmacologic (a se vedea Anexele 1-6).* ✓ *În caz de necesitate – tratamentul biologic (a se vedea Casetele 14-20, 22).*
4. Externarea	✓ *Rata (%) ameliorării stării: dispariţia simptomelor psihopatologice.*	*Externarea se efectuează în baza criteriilor de eficacitate a tratamentului, privind simptomatica psihopatologică (a se vedea Caseta 19).* *Extrasul **obligatoriu** va conţine:* ✓ *Diagnosticul exact (detaliat).* ✓ *Rezultatele investigaţiilor efectuate.* ✓ *Recomandările explicite pentru pacient.* ✓ *Programul individual de recuperare.* ✓ *Recomandările pentru medicul de familie (a se vedea Caseta 26; Anexa 12).*

Capitolul 4.
Algoritmii de conduită

4.1. Asistența medicală în episodul psihiatric acut în cadrul epilepsiei

Măiestria și dibăcia cu care este asistat pacientul psihiatric cu epilepsie este primordial pentru obținerea efectului benefic în tratament. Algoritmii de conduită a personalului medical sunt prezentați în Figura 1.



Fig.1. Asistența medicală în episodul psihiatric acut în cadrul epilepsiei.

4.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor de tratament

4.2.1. Clasificarea TPCE

Codurile TPCE, folosite în prezenta *Lucrare* (a se vedea Tabelul 1), sunt luate din Clasificatorul ICD-10 al TPCE. Simptomologie și diagnostic clinic [18].

La formularea descrierilor maladiilor analizate în acest compartiment a fost folosită experiența acumulată timp de peste 25 de ani la tratarea tulburărilor psihi-

ce și de comportament în epilepsie de către unul dintre autorii acestei lucrări (medicul epileptolog psihiatru) și elaborate în conformitate cu Clasificatorul ICD-10. De asemenea, la elaborarea *Lucrării* a fost luată în considerare experiența acumulată în cadrul cercetărilor TPCE efectuate în Rusia, SUA, Canada, Marea Britanie, Germania, România și în alte țari [21, 24, 31, 33, 37, 39, 42, 44-49, 54, 57, 58]. A fost benefică colaborarea savanților din diferite domenii pentru efectuarea cercetărilor interdisciplinare, inclusiv a cercetărilor TPCE cu impact aplicativ și economic pentru Republica Moldova.

Tabelul 1. Clasificarea tulburărilor psihice în epilepsie

	Demenţa se instalează în urma evoluției epilepsiei (a se vedea G40+)
F02.8×2. Demenţa în epilepsie	***Demența –*** *deteriorarea tuturor facultăților intelectuale, mnezice emoționale, volitive, pierderea capacității de instruire, pierderea capacității de a înțelege, perturbarea vorbirii, gândirii, pierderea valorilor morale și dezadaptarea socială, tulburare pronunțată a memoriei, cu referință la evenimentele recente şi îndepărtate în timp. Aceste simptome trebuie să persiste nu mai puțin de 6 luni. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F04.2. Sindrom amnezic organic în legătură cu epilepsia	*Sindromul se caracterizează prin asocierea tulburărilor de cunoaştere (agnozii) şi atenţie, memorie, emoţii şi comportament psihomotor. Preponderent este afectată memoria privind evenimentele recente. Sindromul constă în alterarea gravă a memoriei recente și de lungă durată cu prezentarea unei amnezii anterograde. Percepția și alte funcții congnitive sunt păstrate, inclusiv intelectul. Pe lângă indicii de organicitate se depistează semne de impulsație iritativă, hipersincronă, epileptiformă. Sunt prezente simptome cerebrastenice paroxismale. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F05.02. Delirium nesuprapus unei demențe în epilepsie	*Este un sindrom cerebral caracterizat prin perturbații de conștiință și atenție, percepție, gândire, memorie, comportament psihomotor și ritm somn-veghe. Pot fi prezente iluzii și halucinații vizuale, dezorientarea temporo-spațială cu false cunoașteri, coșmaruri și uneori halucinații după trezire. Este imposibil a stabili prezența certă a unei demenţe. Frecvent, datele traseului EEG semnalează activitate epileptică și la predecesori sub forma unei aure patogmonice pentru epilepsie. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.*

F05.12. Delirium suprapus pe demență în epilepsie	*Persistă deteriorarea tuturor facultăţilor intelectuale, mnezice emoționale, volitive, pierderea capacității de instruire, pierderea capacității de a înțelege, perturbarea vorbirii, gândirii, pierderea valorilor morale şi dezadaptarea socială. Tulburare pronunţată a memoriei, cu referinţă la evenimentele recente şi îndepărtate în timp (din trecutul îndepărtat). Aceste simptome trebuie să persiste nu mai puțin de 6 luni. Sunt schimbări specifice la traseul EEG şi stări paroxismale polimorfe. Există semene certe de demenţă. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F05.82. Alt delirium în legătură cu epilepsia	*Un sindrom cerebral organic nespecific, etiologic caracterizat prin perturbații simultane de conștiință și atenție, percepție, gândire, memorie, comportament psihomotor. Pot fi prezente iluzii și halucinații vizuale, afectarea evocării trecutului imediat, dar cu păstrarea trecutului mai îndepărtat în memorie. Pe traseul EEG se semnalează activitatea epileptică. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F05.92. Delirium neidentificat în legătură cu epilepsia	*În acest compartiment de delir preponderența o fac semnele de conștiință confuzionată subacută sau de delir subacut rudimentar și nestructurat. Cazuri care nu întotdeauna corespund tuturor criteriilor de delir. Sunt prezente scimbările caracterologice pentru o epilepsie cu schimbări specifice epileptice la traseul EEG. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.02. Halucinoză în legătură cu epilepsia	*În criteriile generale pentru halucinoza organică sunt prezentate halucinaţii permanente sau tranzitorii, de obicei vizuale sau (mai rar) verbale, care se manifestă pe fundal de conștiință lucidă, prin lipsa unui declin intelectual semnificativ, prin absența unei tulburări proeminente a dispoziției și prin lipsa ideilor delirante în prim-plan. La fel, sunt importante scimbările caracterologice pentru o epilepsie cu modificări specifice la traseul EEG demonstrate anterior într-un anamnestic cert pentru o epilepsie.*
F06.12. Stare catatonică în legătură cu epilepsia	*Tulburarea activităţii psihomotorii, cu diminuarea activităţii (stupoare) sau activitate sporită (agitaţie) asociată cu sindroame catatonice. Stările catatonice pot aparea în mare parte pe fundal de conștiință alterată cu perioade de hipoamnezii. Starea de agitație este fără acte de violență deosebite de cele la catatonia schizofrenă. Stările de stupoare sunt neexpresive cu parțialitate de mutism și rigiditate posturală, iar stările de trecere de la hiperagresivitate la stupoare sunt mai puțin proeminente. Sunt necesare scimbări caracterologice pentru o epilepsie cu schimbări specifice la traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*

F06.22. Tulburare delirantă în legătură cu epilepsia	*O tulburare în care delirurile persistente sau recurente domină tabloul clinic. Delirurile pot fi însoțite de halucinații. Pot fi prezente unele trăsături sugestive de schizofrenie, cum ar fi halucinațiile bizare sau tulburarea de gândire. Starea psihotică derulează pe fundal de conştiinţă lucidă. La fel sunt patogmonice epilepsiei: sindromul Fredoli, delir de intermetamorfoză, stările deosebite de extaz, crepusculare și onirice. Sunt importante delimitarea pentru epilepsie a sindromului alternant, ameliorarea traseului EEG în această perioadă psihotică. Sunt patogmonice schimbările caracterologice epileptoide acompaniate cu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.30. Tulburare psihotică maniacală în legătură cu epilepsia	*Tulburări caracterizate printr-o schimbare a dispoziției sau afectului, însoțite de obicei de o schimbare la nivelul intregii activități; manifestări maniacale, asociate și acompaniate de tulburări delirioase onirice cu retrăiri halucinatorii vizuale, mai rar auditive, olfactive, tactile, gustative. Aceste manifestări sunt pe un traseu EEG specific cu activitate epileptică și existența unui istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.31. Tulburare psihotică bipolară în legătură cu epilepsia	*Tulburări caracterizate prin modificări repetate ale dispoziției, de obicei însoțite de o schimbare a nivelului global de activitate cu perindarea perioadelor de mânie, hipomânie și a perioadelor de scădere a dispoziției și energiei până la stări depresive și subdepresive, asociate și acompaniate de tulburări delirioase-onirice cu retrăiri halucinatorii vizuale, mai rar de altă natură. Criteriul care permite includerea acestor tulburări în prezenta secțiune il constituie semnele paroxismale și caracterologice epileptoide și un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.32. Tulburare depresivă în legătură cu epilepsia	*Tulburări caracterizate prin modificări ale dispoziției, de obicei insoțite de o schimbare a nivelului global de activitate cu perioade de indispoziție și scăderea energiei până la stări depresive și subdepresive. Singurul criteriu care permite includerea acestor tulburări în această secțiune îl constituie existența semnelor paroxismale la EEG, schimbările caracterologice epileptoide și existența unui istoric cert pentru o epilepsie.*

F06.33. Tulburare non-psihotică afectivă mixtă în legătură cu epilepsia	*Tulburări caracterizate prin modificări ale dispoziției, însoțite de o schimbare a nivelului global de activitate cu perioade de mânie și activitate energetică sporită, alternarea perioadelor de indispoziție și scăderea energiei până la stări depresive și subdepresive. Singurul criteriu care permite includerea acestor tulburări în această secțiune îl constituie faptul existenței unei suferințe cerebrale cu indici de organicitate, cu semne paroxismale la traseul EEG și schimbări caracterologice epileptoide, dar și existența unui istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.34. Tulburare hipomaniacală în legătură cu epilepsia	*Tulburări caracterizate printr-o schimbare a dispoziției tip hipomaniacal, însoțite de obicei de o schimbare la nivelul întregii activitați de tip hipomaniacal, care nu sunt asociate de tulburări delirioase și halucinatorii, dar care survin ca o consecință a unei tulburări organice cu manifestare de tip paroxismal la traseul EEG, schimbări caracterologice. Este necesar un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.42. Tulburare anxioasă în legătură cu epilepsia	*O tulburare caracterizată prin trăsăturile descriptive esențiale ale unei tulburări de anxietate generalizată (a se vedea ICD-10, F41.1), ale unei tulburari de panică (a se vedea ICD-10, F41.0) sau ale unei combinații a celor două, dar survenind ca o consecință a epilepsiei. Tulburări care întrunesc criteriile ICD-10 pentru:* ➢ *Tulburare de anxietate generalizată paroxismală (a se vedea ICD-10, F41.1)* ➢ *Atac de panică paroximală (a se vedea ICD-10, F41.0)* ➢ *Tulburări mixte paroxismale: prin asocierea tulburării de anxietate generalizată cu atacul de panică paroxismală cu semne distinctive.* *Este necesară prezența unei tulburări organice cu manifestare de tip paroxismal la traseul EEG, un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.52. Tulburare disociativă în legătură cu epilepsia	*Include criteriile descriptive demonstrative pentru o tulburare disociativă (a se vedea ICD-10, F44) cu un istoric diagnosticat de epilepsie. O tulburare caracterizată printr-o pierdere parțială sau completă a integrării normale între amintirile trecutului, conștiința identității, a senzațiilor imediate și controlul mușchilor corpului (a se vedea ICD-10, F44), dar survenind ca o consecință a unei tulburări paroxismale, care apoi, fiind minuțios investigată, confirmă epilepsia. Este necesar un istoric cert pentru o epilepsie și activitate epileptică la traseul EEG.*

F06.62. Tulburare emoţional-labilă (astenică) în legătură cu epilepsia	*O tulburare caracterizată prin incontinența sau labilitatea emoțională, stare de extenuare și o varietate de senzații fizice neplacute (de ex., vertij) și dureri, dar survenind ca o consecință a unei tulburări organice cu manifestări de tip paroxismal. Sindromul axial este astenia (mai frecvent posturală), hipersensibilitatea, diminuarea activităţii motorii, irascibilitatea, tulburările praxisului şi ale memoriei, drept consecințe ale stărilor comițiale în manifestarea epilepsiei. Este necesar un istoric cert pentru o epilepsie și activitate epileptică la traseul EEG.*
F06.72. Tulburare congnitivă uşoară în legătură cu epilepsia	*O tulburare caracterizată prin alterarea memoriei, dificultăți de învățare și capacitate redusă de concentrare asupra unei sarcini pentru perioade mai mult decât scurte. Deseori există un sentiment marcat de oboseală mintală atunci când sunt întreprinse sarcini mintale, iar obținerea de noi cunoștințe este în mod subiectiv considerată a fi dificilă, chiar dacă obiectiv demonstrează un succes. Niciunul dintre aceste simptome nu este atât de sever încât să fie pus un diagnostic de demență (a se vedea ICD-10, F00-F03), fie de delirium (a se vedea ICD-10, F05). Tulburările mnezice nesemnificative, tulburările procesului asociativ, verbale şi comportamentale sunt strâns legate cu stările ictale epileptice, schimbări epileptiforme la traseul EEG și un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.81. Alte tulburări psihotice în legătură cu epilepsia	*Exemple servesc stările anormale ale dispoziției asociate cu stările halucinatorii, delirioase și onirice (mai des depresiile)* ***în timpul terapiei cu steroizi și cu antidepresante.*** *Include psihoza epileptică nespecificată și manifestări epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.82. Alte tulburări non-psihotice în legătură cu epilepsia	*Exemple servesc stările anormale ale dispoziției fără manifestări halucinatorii, delirioase și onorice (mai des depresii)* ***în timpul terapiei cu steroizi și cu antidepresante.*** *Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.91. Tulburări psihotice nediferenţiate în legătură cu epilepsia	*Includ stările cu structură sindromală psihotică incertă. Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*

F06.92. Tulburări non-psihotice nediferenţiate în legătură cu epilepsia	*Includ stările cu structură sindromală non-psihotică nediferenţiată şi manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F06.99. Tulburări psihice nediferenţiate în legătură cu epilepsia	*Se caracterizează prin modificări de personalitate – tip epileptic, torpiditate, viscozitatea gândirii; bradifrenie, euforie sau disforie. Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F07.02. Tulburări de personalitate în legătură cu epilepsia	*Tulburări caracterizate printr-o alterare semnificativă a tipurilor de comportament obişnuite subiectului înainte de survenirea bolii, implicând exprimarea emoţiilor, necesităţilor şi impulsurilor, alterarea funcţiilor cognitive şi de gândire. Se caracterizează prin modificări de personalitate – tip epileptic, torpiditate, viscozitatea gândirii; bradifrenie, euforie sau disforie. Includ sindromul personalităţii din epilepsia limbică şi manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric de diagnostic de epilepsie.*
F07.82. Alte tulburări mintale de personalitate şi de comportament în legătură cu epilepsia	*Tulburări emoţionale, cognitive, de personalitate şi comportament care n-au fost elucidate în compartimentele precedente. Acestea sunt tulburări afective organice ale emisferei drepte, unde sunt perturbate capacitatea de a se exprima sau de a înţelege, emoţia. Din acest compartiment fac parte tulburările cu diverse schimbări de personalitate şi comportament nedefinite mai sus şi cu grad uşor de afectare congnitivă care nu ating gradul demenţei din bolile mintale progresive, cum ar fi Alzheimer, Parkinson etc., şi exclude deliriumul (a se vedea ICD-10, F05). Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*
F07.92. Tulburări mintale nediferenţiate de personalitate şi comportament în legătură cu epilepsia	*Includ psihosindromul organic cerebral în cadrul epilepsiei. Includ manifestări epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.*

F7x1. Deficiență semnificativă a comportamentului și a abilităților intelectuale necesitând atenție sau tratament, cauzată de epilepsie**.**	*O afecțiune de dezvoltare intreruptă sau incompletă a intelectului, care este caracterizată în special prin deficiența unor abilități manifestate în perioada de dezvoltare, abilități care contribuie la întregul nivel al inteligenței, adică abilități cognitive, de limbaj, motrice și sociale. Retardarea se poate produce cu sau fără vreo altă afecțiune mintală sau fizică. Gradele de retardare mintală sunt estimate în mod convențional prin teste de inteligență standardizate. Acestea pot fi suplimentate prin scări gradate care evaluează adaptarea socială într-un mediu dat. Aceste măsuri furnizează o indicație aproximativă a gradului de retardare mintală. De asemenea, diagnosticul va depinde de evaluarea totală a funcționării intelectuale efectuată de către un diagnostician abilitat. Abilitățile intelectuale și adaptarea socială se pot schimba în timp și, oricât de puțin, se pot îmbunătăți ca rezultat al antrenamentului sau reabilitării. Diagnosticul ar trebui sa se bazeze pe nivelurile prezente de funcționare. Folosiți un cod adițional pentru a identifica afecțiunile asociate, cum ar fi epilepsia.* *Tulburările mnezice nesemnificative, tulburările procesului asociativ, verbale şi comportamentale sunt strâns legate cu stările ictale epileptice, schimbări epileptiforme la traseul EEG şi cu un istoric cert pentru o epilepsie.*
Etapa maladiei	*Procesuală, remisiune, acutizare.*
Complicaţiile	*Complicaţiile somatice, auto- şi heteroagresiunea, sinuciderea, „starea de rău epileptic”, asfixierea, politraumatismele, combustiile, coma.*

4.2.2. Profilaxia TPCE

4.2.2.1. Factorii de risc

Factorii de risc în dezvoltarea TPCE sunt prezentați în Caseta 1.

Caseta 1. Factorii de risc în dezvoltarea TPCE

- ✓ *Antecedentele heredocolaterale prezente.*
- ✓ *Creşte riscul de dezvoltare a TPCE în epilepsie în urma complicaţiilor placentare, care generează insuficienţa de oxigen a fătului* [11].
- ✓ *Hipoxia intra- şi perinatală sporeşte probabilitatea de dezvoltare a TPCE în epilepsie* [53].
- ✓ *Complicaţiile obstetricale cresc riscul de dezvoltare a TPCE în epilepsie* [11].
- ✓ *Traumatismele în timpul naşterii (în special travaliilor prelungite) sunt legate de apariţia modificărilor patologice pronunţate – atrofia cerebrală şi micşorarea mărimii hipocampului – atestate frecvent în TPCE în epilepsie* [43].

4.2.2.2. Recomandări generale privind profilaxia TPCE în epilepsie

Recomandările generale privind profilaxia TPCE în epilepsie sunt prezentate în Caseta 2.

Caseta 2. Recomandări generale privind profilaxia TPCE în epilepsie
Masurile de **profilaxie primară** se limitează la consultaţiile medico-genetice: ✓ *Pentru profilaxia epilepsiei o importanţă deosebită are evitarea căsătoriilor între bolnavii cu această patologie, deoarece riscul apariţiei bolii la copiii acestora atinge limita de 40%, în timp ce în situaţia unui părinte bolnav riscul constituie doar 10%.* **Profilaxia secundară** constă în: ✓ *depistarea precoce a bolii;* ✓ *efectuarea terapiei (în condiţii de staţionar şi/sau ambulatoriu), care previne progresia, agravarea şi apariţia recidivelor;* ✓ *crearea unui regim individual de tratament (în colaborare cu medicul psihiatru).* **Profilaxia terţiară** include un complex de măsuri (pedagogice, social-psihologice, profesionale şi altele) care vizează: ✓ *antrenarea mecanismelor de compensare;* ✓ *stimularea compartimentelor intacte ale psihicului pacientului, care vor permite restabilirea adaptabilităţii la condiţiile vieţii cotidiene;* ✓ *restabilirea relaţiilor sociale, a cunoştinţelor şi a abilităţilor profesionale;* ✓ *asigurarea condiţiilor igienice generale bune, a unui regim individual, cu excluderea supraefortului mintal sau fizic;* ✓ *pentru realizarea unei profilaxii maxime, pacientul trebuie să fie încadrat în regim de muncă şi odihnă raţională.*

4.2.3. Conduita pacientului cu TPCE

Paşii obligatorii în examinarea pacientului cu TPCE sunt prezentați în Caseta 3.

Caseta 3. Paşii obligatorii în examinarea pacientului cu TPCE
• ***Examene de bază***: ✓*examenul clinic psihiatric şi somatic, neurologic complet* ✓*obţinerea informaţiilor privind maladia şi factorii de risc din surse suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.)* ✓ *examenul paraclinic.* • ***Examene suplimentare***: ✓ *examenul psihologic* ✓ *consultul medical.*

4.2.3.1. Anamneza

Recomandări pentru colectarea datelor anamnezice în TPCE sunt prezentate în Caseta 4.

Caseta 4. Recomandări pentru colectarea datelor anamnezice în TPCE
✓ *Ereditatea (rude cu tulburări psihice).* ✓ *Depistarea semnelor prodromale*: o *Fenomene paraepileptice nocturne: fobii, excitaţie psihomotorie paroxistică, bruxism, somnilochism, fenomene mioclonice în perioada somnului, enurezis, somnambulism şi alte automatisme nocturne;* o *Paroxisme vegeto-viscerale parţiale polimorfe: respiratorii, cardiace, gastrointestinale, cefalee migreniformă etc.;* o *Tulburări de dispoziţie paroxistice cu elemente disforice;* o *Dereglarea somnului cu visuri terifiante, stereotipe, cromatice cu perturbarea structurii somnului;* o *Prezenţa în premorbid a trăsăturilor de personalitate torpidă cu gândire circumstanţială şi tendinţe de detaliere;* o *Diminuarea uşoară a funcţiilor mnezice şi prosexice;* o *Afectivitate exagerat labilă şi ambivalentă.* ✓ *Analiza factorilor individuali de risc pentru prevenirea acutizării în viitor***.**

Factorii privind pronosticul bolii de TPCE în epilepsie sunt prezentaţi în Caseta 5.

Caseta 5. Factori privind pronosticul bolii de TPCE în epilepsie	
Factori de pronostic favorabil	**Factori de pronostic nefavorabil**
✓ *Lipsa simptomelor neurologice de focar.* ✓ *Lipsa factorilor declanşatori evidenţi.* ✓ *Lipsa simptomelor specifice tulburărilor afective.* ✓ *Familie organizată.* ✓ *Lipsă tulburărilor mintale în istoricul familial.* ✓ *Prezenţa crizelor generalizate non-convulsive tip absenţe.* ✓ *Monomorfismul crizelor.* ✓ *Crize convulsive nocturne.* ✓ *Eficienţa monoterapiei antiepileptice.* ✓ *Normalizare rapidă şi completă a traseului EEG sub influenţa terapiei specifice.* ✓ *Sisteme de suport eficiente.*	✓ *Prezenţa simptomelor neurologice de focar.* ✓ *Prezenţa factorilor declanşatori evidenţi.* ✓ *Prezenţa simptomelor specifice tulburărilor afective.* ✓ *Prezenţa schimbărilor caracterologice în premorbid, la rude.* ✓ *Prezenţa schibărilor de caracter şi intelectual mnezice specifice.* ✓ *Prezenţa crizelor cu tendinţă de evoluţie în serii în anamneză.* ✓ *Prezenţa în anamneză a stărilor de „rău epileptic”.* ✓ *Patologie organică comorbidă.* ✓ *Persistenţa fenomenului de dezonorare și umilire din partea comunității, societății, cu formarea sindromului de „stigmatizare”.* ✓ *Prezenţa stărilor psihotice epileptice.* ✓ *Familie dezorganizată.* ✓ *Prezenţa tulburărilor mintale în istoricul familial.* ✓ *Prezenţa acceselor polimorfe cu frecvenţă în creştere.* ✓ *Ineficienţa monoterapiei.* ✓ *Istoricul familial de epilepsie.* ✓ *Sisteme de suport insuficiente.* ✓ *Istoricul de traumatism perinatal.* ✓ *Istoricul privind prezenţa episoadelor de furie, violenţă, automutilări.*

4.2.3.2. Manifestările clinice

Tabloul clinic al tulburărilor psihice non-psihotice în epilepsie este prezentat în Caseta 6.

Caseta 6. Tulburări psihice non-psihotice în epilepsie. Tabloul clinic

F06.42. Tulburare anxioasă în legătură cu epilepsia. O tulburare caracterizată prin trasăturile descriptive esențiale ale unei tulburări de anxietate generalizată (*a se vedea ICD-10, F41.1*), ale unei tulburări de panică (*a se vedea ICD-10, F41.0*) sau ale unei combinații a celor două, dar survenind ca o consecință a epilepsiei. Tulburări care întrunesc criteriile *ICD-10* pentru:

- ✓*Tulburare de anxietate generalizată paroxismală (a se vedea ICD-10, F41.1).*
- ✓*Atac de panică paroximală (a se vedea ICD-10, F41.0).*

Tulburări mixte paroxismale: prin asocierea tulburării de anxietate generalizată cu atacul de panică paroxismală cu semene distinctive.

F06.52. Tulburare disociativă în legătură cu epilepsia. Tulburarea care include criteriile descriptive demonstrative pentru o tulburare disociativă (*a se vedea ICD-10, F44*) cu un istoric de diagnostic de epilepsie. O tulburare caracterizată printr-o pierdere parțială sau completă a integrării normale între amintirile trecutului, conștiința identității și a senzațiilor imediate și controlul mușchilor corpului (*a se vedea ICD-10, F44*), survenind ca o consecință a unei tulburări paroxismale, care apoi, fiind minuțios investigată, confirmă epilepsia. În tabloul clinic se constată deteriorarea controlului asupra motoricii, senzorialului și memoriei. Sunt posibile tulburări amnezice, fugi, stupoare, transe, surdomutism, astazie, abazie, crize de convulsii polimorfe. Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.62. Tulburare emoţional-labilă (astenică) în legătură cu epilepsia. O tulburare caracterizată prin incontinența sau labilitatea emoțională, stare de extenuare și o varietate de senzații fizice neplacute (de ex., vertij) și dureri, survenind ca o consecință a unei tulburări organice cu manifestări de tip paroxismal. Sindromul axial este astenia (mai frecvent posturală), hipersensibilitatea, diminuarea activității motorii, irascibilitatea, tulburările praxisului și ale memoriei, drept consecințe ale stărilor comițiale în manifestarea epilepsiei. Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.72. Tulburare congnitivă uşoară în legătură cu epilepsia. O tulburare caracterizată prin alterarea memoriei, dificultăți de învățare și capacitate redusă de concentrare asupra unei sarcini pentru perioade mai mult decât scurte. Deseori există un sentiment marcat de oboseală mintală atunci când sunt intreprinse sarcini mintale, iar obținerea de noi cunoștințe este în mod subiectiv considerată a fi dificilă, chiar dacă obiectiv demonstrează un succes. Niciunul dintre aceste simptome nu este atât de sever încat să fie pus un diagnostic de demență (*a se vedea ICD-10, F00-F03*), fie de delirium (*a se vedea ICD-10, F05*). Acest diagnostic ar trebui sa

fie pus numai în asociere cu o tulburare fizică specifică și nu ar trebui să fie pus în prezența vreo uneia dintre tulburările mintale sau comportamentale clasificate la *ICD-10, F10-F99*. Tulburarea poate precede, însoți sau urma o largă varietate de infecții și tulburări fizice, atât cerebrale, cât și sistemice. Tulburările mnezice nesemnificative, tulburările procesului asociativ, verbale şi comportamentale sunt strâns legate cu stările ictale epileptice, schimbările epileptiforme pe traseul EEG și un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.82. Alte tulburări non-psihotice în legătură cu epilepsia. Exemple servesc stările anormale ale dispoziției fără stări halucinatorii, delirioase și onirice (mai des depresii) ***în timpul terapiei cu steroizi și cu antidepresante.*** Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.92. Tulburări non-psihotice nediferenţiate în legătură cu epilepsia. Includ stările cu structură sindromală non-psihotică nediferenţiată și manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.99. Tulburări psihice nediferenţiate în legătură cu epilepsia. Se caracterizează prin modificări de personalitate – tip epileptic, torpiditate, viscozitatea gândirii; bradifrenie, euforie sau disforie. Includ manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F07.02. Tulburări de personalitate în legătură cu epilepsia. O tulburare caracterizată printr-o alterare semnificativă a tipurilor de comportament obișnuite subiectului înainte de survenirea bolii, implicând exprimarea emoțiilor, necesităților și impulsurilor, de asemenea, alterarea funcțiilor cognitive și de gândire. Se caracterizează prin modificări de personalitate – tip epileptic, torpiditate, viscozitatea gândirii; bradifrenie, euforie sau disforie. Includ sindromul personalității din epilepsia limbică și manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F07.82. Alte tulburări mintale de personalitate şi de comportament în legătură cu epilepsia. Tulburări emoţionale, cognitive, de personalitate şi comportament care n-au fost elucidate în compartimentele precedente. Acestea sunt tulburări afective organice ale emisferei drepte, unde sunt perturbate capacitatea de a se exprima sau de a înțelege emoția. La acești pacienți se observă un fundal ușor depresiv, apărut din cauza limitării expresivității emoționale. Din acest compartiment fac parte pacienții cu diverse schimbări de personalitate și comportament nedefinite mai sus și cu grad ușor de afectare congnitivă, care nu ating gradul demenței din bolile mintale progresive, cum ar fi Alzheimer, Parkinson etc., și exclude deliriumul (*a se vedea ICD-10, F05*). Includ manifestări epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F07.92. Tulburări mintale nediferenţiate de personalitate şi comportament în legătură cu epilepsia. Includ psihosindromul organic cerebral în cadrul epilepsiei, precum și manifestări epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

Tabloul clinic al tulburărilor psihice psihotice în epilepsie este prezentat în Caseta 7.

Caseta 7. Tulburări psihice psihotice în epilepsie. Tabloul clinic
F05.02. Delirium nesuprapus unei demenţe în epilepsie. Un sindrom cerebral organic nespecific etiologic, caracterizat prin perturbaţii simultane de conştiinţă şi atenţie, percepţie, gândire, memorie, comportament psihomotor şi ritm somn-veghe. Durata este variabilă şi gradul de severitate variază de la uşor la foarte sever. Pot fi prezente iluzii şi halucinaţii vizuale, afectarea evocării trecutului imediat, dar cu păstrarea trecutului mai îndepărtat în memorie, hiper- şi hipoactiviate, creşterea sau scăderea tempoului verbal şi ideativ, dezorientarea temporo-spaţială, intricată uneori cu false cunoaşteri, tulburarea ritmului somn-veghe, vise, coşmaruri şi uneori halucinaţii după trezire, tulburări emoţionale de tip depresie, anxietate, euforie sau perplexitate. Frecvent datele traseului EEG semnalează activitate epileptică şi la predecesori sub forma unei aure patognomice pentru epilepsie. Este imposibil a stabili prezenţa certă a unei demenţe. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.
F05.12. Delirium suprapus pe demenţă în epilepsie. Persistă deteriorarea tuturor facultăţilor intelectuale, mnezice emoţionale, volitive, pierderea capacităţii de instruire, pierderea capacităţii de a înţelege, perturbarea vorbirii, gândirii, pierderea valorilor morale şi dezadaptarea socială.Tulburare pronunţată a memoriei, cu referinţă la evenimentele recente şi îndepărtate în timp (din trecutul îndepărtat). Aceste simptome trebue să persiste nu mai puţin de 6 luni. Sunt schimbări specifice la traseul EEG şi stări paroxismale polimorfe. Există semne certe de demenţă. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.
F05.82. Alt delirium în legătură cu epilepsia. Un sindrom cerebral organic nespecific, etiologic caracterizat prin perturbaţii simultane de conştiinţă şi atenţie, percepţie, gândire, memorie, comportament psihomotor. Durata şi gradul de severitate este variabil: de la uşor la foarte sever. Pot fi prezente iluzii şi halucinaţii vizuale, afectarea evocării trecutului imediat, dar cu păstrarea trecutului mai îndepărtat în memorie, hiper- şi hipoactivitate, creşterea şi scăderea tempoului verbal şi ideativ, dezorientarea temporo-spaţială, intricată uneori cu false cunoaşteri, tulburarea ritmului somn-veghe, vise, coşmaruri şi uneori halucinaţii după trezire, tulburări emoţionale de tip depresie, anxietate, euforie sau perplexitate. Pe traseul EEG se semnalează activitatea epileptică. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.
F05.92. Delirium neidentificat în legătură cu epilepsia. În acest compartiment de delir preponderenţa o fac semnele de conştiinţă confuzionată subacută sau de delir subacut rudimentar şi nestructurat. Cazuri care nu întotdeauna corespund tuturor criteriilor de delir. Sunt prezente semne demenţiale, preponderent de grad uşor şi scimbările caracterologice pentru o epilepsie cu schimbări specifice epileptice pe traseul EEG. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.02. Halucinoză în legătură cu epilepsia. În criteriile generale pentru halucinoza organică sunt prezentate halucinaţii permanente sau tranzitorii, de obicei vizuale sau (mai rar) verbale, care se manifestă pe fundal de conştiinţă lucidă, prin lipsa unui declin intelectual semnificativ, prin absența unei tulburări proeminente a dispoziției și prin lipsa ideilor delirante în prim-plan. Importante sunt și scimbările caracterologice pentru o epilepsie cu modificări specifice la traseul EEG demonstrate anterior într-un anamnestic cert pentru o epilepsie.

F06.12. Stare catatonică în legătură cu epilepsia. Tulburarea activităţii psihomotorii, cu diminuarea activităţii (stupoare) sau activitate sporită (agitaţie) asociată cu sindroame catatonice. Stările catatonice pot aparea în mare parte pe fundal de conștiință alterată cu perioade de hipoamnezii. Starea de agitaţie este fără acte de violență deosebite de cele la catatonia schizofrenă. Stările de stupoare sunt neexpresive cu parțialitate de mutism și rigiditate posturală, iar stările de trecere de la hiperagresivitate la stupoare sunt treceri mai puțin proeminente. Sunt necesare scimbări caracterologice pentru o epilepsie cu schimbări specifice la traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.22. Tulburare delirantă în legătură cu epilepsia. O tulburare în care delirurile persistente sau recurente domină tabloul clinic. Delirurile pot fi insoțite de halucinații. Pot fi prezente unele trasături sugestive de schizofrenie, cum ar fi halucinațiile bizare sau tulburarea de gândire. Starea psihotică derulează pe fundal de conştiinţă lucidă. La fel sunt patogmonice epilepsiei: sindromul Fredoli, delir de intermetamorfoză, stările deosebite de extaz, crepusculare și onirice. Sunt importante delimitarea pentru epilepsie a *sindromului alternant,* ameliorarea traseului EEG în această perioadă psihotică. Sunt patogmonice schimbările caracterologice epileptoide acompaniate cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.30. Tulburare psihotică maniacală în legătură cu epilepsia. Tulburări caracterizate printr-o schimbare a dispoziției sau afectului, însoțite de obicei de o schimbare la nivelul întregii activități; maniacal, asociate și acompaniate de tulburări delirioase onirice cu retrăiri halucinatorii vizuale, mai rar auditive, olfactive, tactile, gustative. Aceste manifestări sunt pe un traseu EEG specific cu activitate epileptică și este necesar un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.31. Tulburare psihotică bipolară în legătură cu epilepsia. Tulburări caracterizate prin modificări repetate ale dispoziției, de obicei însoțite de o schimbare a nivelului global de activitate cu perindarea perioadelor de mânie, hipomânie și a perioadelor de scădere a dispoziției și energiei până la stări depresive și subdepresive, asociate și acompaniate de tulburări delirioase-onirice cu retrăiri halucinatorii vizuale, mai rar de altă natură. Criteriul ce permite includerea acestor tulburări în prezenta secțiune il constituie semnele paroxismale și caracterologice epileptoide și un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.32. Tulburare depresivă în legătură cu epilepsia. Tulburări caracterizate prin modificări ale dispoziției, de obicei însoțite de o schimbare a nivelului

global de activitate cu perioade de indispoziție, scăderea energiei până la stări depresive și subdepresive. Unicul criteriu care permite includerea acestor tulburări în prezenta secțiune îl constituie existența semnelor paroxismale la EEG, schimbările caracterologice epileptoide și a unui istoric cert pentru o epilepsie.

F06.33. Tulburare non-psihotică afectivă mixtă în legătură cu epilepsia. Tulburări caracterizate prin modificări ale dispoziției, însoțite de o schimbare a nivelului global de activitate cu perioade de mânie și activitate energetică sporită, alternarea perioadelor de indispoziție și scăderea energiei până la stări depresive și subdepresive. Unicul criteriu care permite includerea respectivelor tulburări în această secțiune îl constituie existența unei suferințe cerebrale, în particular cu indici de organicitate și cu semne paroxismale la traseul EEG, schimbări caracterologice epileptoide, dar și un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.34. Tulburare hipomaniacală în legătură cu epilepsia. Tulburări caracterizate printr-o schimbare a dispoziției tip hipomaniacal, însoțite de obicei de o schimbare la nivelul întregii activități tip hipomaniacal, care nu sunt asociate de tulburări delirioase și halucinatorii. Acestea survin ca o consecință a unei tulburări organice cu manifestare de tip paroxismal la traseul EEG, schimbări caracterologice. Este necesar un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.81. Alte tulburări psihotice în legătură cu epilepsia. Exemple servesc stările anormale ale dispoziției asociate cu stări halucinatorii, delirioase și onirice (mai des depresii) ***în timpul terapiei cu steroizi și cu antidepresante.*** Includ psihoza epileptică nespecificată, manifestări epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie.

F06.91. Tulburări psihotice nediferenţiate în legătură cu epilepsia. Includ stările cu structură sindromală psihotică incertă, și manifestările epileptice pe traseul EEG cu un istoric cert pentru o epilepsie [43-45].

Tabloul clinic al demenţei în epilepsie este prezentat în Caseta 8.

Caseta 8. Demenţa în epilepsie. Tabloul clinic

Simptome cognitive și asociative:

- ✓ *Tulburarile de memorie în sensul diminuării cantitative (hipomnezia) sunt evidente și marchează pe plan clinic debutul demenței. Ele se agravează progresiv pâna la amnezie retro-anterogradă și uneori apar unele paramnezii.*
- ✓ *Hipoprosexia este constantă, accentuându-se progresiv până la pierderea totală a capacității de concentrare (aprosexie).*
- ✓ *Dezorientarea în timp, spațiu și la propria persoană sunt simptome invariabile în stadii mai avansate ale procesului deteriorativ.*
- ✓ *Gândirea devine lentă și săracă în conținut (săracire ideativă).*
- ✓ *Alterarea gândirii este cvasitotală, reflectându-se prin emiterea unor sunete fără sens sau mutism pe plan perceptiv, se instalează treptat.*
- ✓ *Agnozii, nerecunoaștererea anturajului.*

Simptome afective:

✓ *Iritabilitatea se poate asocia la depresie - apare dispoziția disforică.*

✓ *Stările disforice ale epilepsiei (stări numite şi **disforii)** sunt cele mai frecvente tulburări afective la bolnavii epileptici.*

Acestea sunt:

a) autohtone, indiferente, neavând legătură cu manifestările paroxismale critice;

b) precritice și

c) postcritice.

*Pentru disforii este caracteristică triada de simptome: **tristeţe, anxietate** şi **mânie.** Când sunt prezente toate cele trei componente în timpul declanşării psihozei, se pot declanșa acte de violență cu asasinate şi de violență deosebită.*

✓ *Stările de extaz la epilepsii se caracterizează printr-o afectivitate pozitivă care atinge uneori un nivel superlativ: cu retrăiri de fericire, bucurie, iar uneori forme de extaz şi senzaţii neobişnuite de naştere sau stări de orgasm psihic.*

✓ *Anxietatea este o stare afectivă pronunțată cantitativ, însoțită și acompaniată de o neliniște și frică nestăvilită, nefiind dereminată de pacient ca factor etiologic.*

✓ *În stadii avansate apare o aplatizare a reacțiilor afective la stimulări, dublată de explozii afective de tipul afectelor fără o cauză aparentă.*

Simptome comportamentale:

✓ *Primele simptome pe plan comportamental se referă la scăderea interesului pentru activități și a inițiativei (simptome care pot determina confuzie în diagnosticare ca pentru un episod depresiv).*

✓ *Progresiv apar perioade de akinezie întrerupte, alternând cu perioade de agitație, comportamentul devine dezorganizat, abundând stereotipiile și perseverările motorii și verbale*.

Sindrom amnezic organic în legătură cu epilepsia F04.2. Sindromul se caracterizează prin: asocierea tulburărilor de cunoaştere (agnozii) şi atenţie, memorie, emoţii şi comportament psihomotor. Preponderent este afectată memoria, privind evenimentele recente. Pronosticul depinde de evoluția leziunii de bază. Sindromul constă în alterarea gravă a memoriei recente și de lungă durată ce se caracterizează prin asocierea tulburărilor de instruire și a cunoștințelor noi, cu prezentarea unei amnezii anterograde și ușoară dezorientare în timp. Mai puțin e prezentă amnezia retrogradă care depinde de gradul de leziune organică și care poate ceda la recuperare. Percepția și alte funcții congnitive sunt păstrate, inclusiv intelectul. Pe lângă indicii de organicitate se depistează semne de impulsație iritativă, hipersincronă, epileptiformă și sensibilitate la probele funcționale efectuate. Sunt prezente simptome cerebrastenice paroxismale. Este obligatoriu un istoric cert pentru o epilepsie.

F7x1. Deficiență semnificativă a comportamentului necesitând atenție sau tratament, cauzată de epilepsie. O afectiune de dezvoltare întreruptă sau incompletă a intelectului, care este caracterizată în special prin deficiența unor abilități manifestate în perioada de dezvoltare, abilități care contribuie la întregul nivel al inteligenței, adică abilități cognitive, de limbaj, motrice și sociale. Retardarea se poate produce cu sau fără vreo altă afecțiune mintală sau fizică. Gradele de retardare mintală sunt estimate în mod convențional prin teste de inteligență standardizate. Acestea pot fi suplimentate prin scări gradate care evaluează adaptarea socială într-un mediu dat. Aceste măsuri furnizează o indicație aproximativă a gradului de retardare mintală. De asemenea, diagnosticul va depinde de evaluarea totală a funcționării intelectuale efectuată de către un diagnostician abilitat. Abilitățile intelectuale și adaptarea socială se pot schimba în timp și, oricât de puțin, se pot imbunătăți ca rezultat al antrenamentului sau reabilitării. Diagnosticul ar trebui sa se bazeze pe nivelurile prezente de funcționare. Folosiți un cod adițional pentru a identifica afecțiunile asociate, cum ar fi epilepsia.
Tulburările mnezice nesemnificative, tulburările procesului asociativ, verbale şi comportamentale sunt strâns legate cu stările ictale epileptice, schimbări epileptiforme la traseul EEG și cu un istoric cert pentru o epilepsie.

Cele mai frecvente simptome prezente la pacienţii cu epilepsie sunt prezentate în Caseta 9.

Caseta 9. Cele mai frecvente simptome prezente la pacienţii cu epilepsie

- ✓ *Tulburările de personalitate*
- ✓ *Tulburările congnitive și mnezice uşoare*
- ✓ *Tulburările organice emoţional labile*
- ✓ *Tulburările organice disociative*
- ✓ *Tulburările organice depresive, anxioase, obsesive, atacuri de panică*
- ✓ *Tulburările organice ale dispoziţiei afective*
- ✓ *Tulburările organice amnestice*

Tulburările comportamentale prezente la pacienţii cu epilepsie sunt prezentate în Caseta 10.

Caseta 10. Tulburări comportamentale prezente la pacienţii cu epilepsie

- **Tulburările caracteriale:**
  - ✓*egocentrismul*
  - ✓*sâcâială*
  - ✓*meticulozitatea*
  - ✓*adezivitatea*
  - ✓*pedanteria comică şi dragoste scrupuloasă de ordine în casă, în executarea indicaţiilor medicilor, înregistrarea acceselor şi exces de detalii în descrierea acuzelor sale*
  - ✓*punctualitatea*
  - ✓*ranchinozitatea*
  - ✓*infantilismul*
  - ✓*brutalitatea*
  - ✓*ataşamentul excesiv faţă de oameni, situaţii, obiecte, animale*
  - ✓*dorinţa extremă pentru dragoste de adevăr*
  - ✓*ideile şi expunerile de supravaloare faţă de rude, prieteni, despre care pacienţii vorbesc cu accent pe calităţile lor pozitive*
  - ✓*tendinţa de a predica banal şi edificator*
  - ✓*optimismul epileptic*
- **Tulburările de gândire**:
  - ✓*viscozitatea*
  - ✓*bradifrenia*
  - ✓*lentoarea ideomotorie*
  - ✓*circumstanţialitatea*
  - ✓*detalierea exagerată*
  - ✓*gândirea cu perseveraţii*
- **Tulburările emoţionale constante**:
  - ✓*viscozitatea afectivă*
  - ✓*irascibilitatea şi coflictualitatea*
  - ✓*impulsivitatea şi explozivitatea*
  - ✓*irascibilitatea şi violenţa*
  - ✓*pletora şi inertitatea afectivă*
  - ✓*distimia cu anxietatea agitată*
  - ✓*defensivitatea*
- **Tulburările afective şi de temperament:**
  - ✓*depresia*
  - ✓*anxietatea*
  - ✓*obsesiile*
  - ✓*instinct sporit de autoconservare*
  - ✓*activare instinctuală prevalentă*
  - ✓*diminuarea tempoului proceselor psihice*
  - ✓*dispoziţie diminuată (morocănoşie) [37, 42]*

Managementul stărilor psihotice acute cu comportament violent în epilepsie este prezentat în Tabelul 2.

Tabelul 2. Managementul stărilor psihotice acute cu comportament violent în epilepsie

Simptome	Recomandări pentru personalul medical
Tahipnee, vociferări, agitaţie psihomotorie, mişcări repetitive, gesticulaţie excesivă, impulsivitate, violenţă verbală şi motorie.	• *Propria intuiţie poate să vă fie de ajutor în această situaţie.* • *Fiind unul la unul cu bolnavul, asiguraţi-vă că sunteţi mai aproape de uşă decât de pacient.* • *Nu staţi singur cu pacientul; dacă este nevoie, chemaţi ajutor (ex., poliţia).* • *Încercaţi să-l calmaţi şi să vorbiţi cu pacientul. Nu-l atingeţi.* • *Folosiţi limbajul corporal pentru a-l calma (staţi liniştit, cu palmele desfăcute, fiţi vigilent).* • *Obţineţi consimţământul pacientului pentru acordarea tratamentului. Dacă pacientul nu este de acord, poate fi administrat tratamentul de urgenţă pentru a-i salva viaţa sau pentru a-i ameliora starea generală, în caz că ea se agravează sever (cu aprobarea verbală a oricărui medic).* • *Folosiţi la minimum posibil forţa fizică.*

4.2.3.3. Investigaţiile paraclinice

Investigaţiile paraclinice sunt prezentate în Caseta 11.

Caseta 11. Investigaţii paraclinice
Investigaţii paraclinice obligatorii: ✓ *hemoleucograma* ✓ *sumarul urinei* ✓ *reacţia de microprecipitare (RMP)* ✓ *coproscopia* ✓ *electrocardiografia (ECG)* ✓ *consultaţia ginecologului* **Investigaţii paraclinice recomandabile:** ✓ *ureea* ✓ *glicemia* ✓ *proteina totală, creatinina* ✓ *lactatdehidrogenaza (LDH)*

- ✓ *creatinfosfokinaza*
- ✓ *coagulograma (protrombina, fibrinogenul, D-dimerii)*
- ✓ *bilirubina totală şi fracţiile ei*
- ✓ *indexul protrombinic*
- ✓ *enzime: alaninaminotransferaza (ALT)*
- ✓ *aspartataminotransferaza (AST)*
- ✓ *ionograma (Na, K, Ca, Mg, Cl)*
- ✓ *Reacţia Wasserman*
- ✓ *Reacţii imunologice tip RIBT, ELISSA*
- ✓ *consult oftalmolog*
- ✓ *examinarea fund de ochi*
- ✓ *consult neurolog*
- ✓ *EEG de rutină, cu probe funcţionale, cu privare de somn, polisomnografia*
- ✓ *EEG-monitoring*
- ✓ *EEG-nocturnă*
- ✓ *EEG-video monitoring*
- ✓ *Eco-EG*
- ✓ *Reo-EEG*
- ✓ *dopplerografie*
- ✓ *cranioradiografie*
- ✓ *tomografie funcţională*
- ✓ *tomografie computerizată*
- ✓ *rezonanţa magnetică nucleară (RMN)*
- ✓ *tomografie prin emisie de protoni (PET)*
- ✓ *radiografie (o dată la 6 luni) [31,* 36]

4.2.3.4. Diagnosticul diferenţial

Diagnosticul diferenţial al stărilor morbide similare TPCE este prezentat în Tabelul 3.

Tabelul 3. Diagnosticul diferenţial al stărilor morbide similare epilepsiei

Starea morbidă	Etiologia	Starea prodromală	Debutul	Manifestări clinice	Durata psihozei	Markeri specifici	Nivelul intelectual până la boală	Conştiinţa
Psihoză indusă de substanţe psihoactive	*intoxicaţie cu alcool, droguri*	*în anamneză - date care confirmă abuzul de alcool, droguri*	*acut*	*tulburări de conştiinţă*	*ore, zile*	*alcoolemia*	*diferit, posibilă deteriorare organică cerebrală*	*afectată*
Schizofrenie şi stări schizotipale		*în anamneză - date care confirmă schizofrenia*	*acut sau lent*	*patern paroxistic*	*zile, luni*	*schimbări specifice la examinarea psihologică*	*nivelul intelectual relativ păstrat, tulburări specifice de gândire*	*afectată sau păstrată*
Psihoză involutivă	*modificări organice cerebrale, în special, vasculare*	*în anamneză - date care confirmă modificări moderate de comportament*	*insidios*	*tulburări de percepţie cu referinţă la situaţii habituale*	*ore, zile, luni*		*semne de reducere a nivelului intelectual*	*afectată sau păstrată*
Psihoză în demenţele de tip atrofic	*boala Alzheimer, Pick etc.*	*în anamneză - date care confirmă instalarea treptată a tulburărilor cognitive şi comportamentale*	*mai frecvent insidios*	*afectarea memoriei şi a funcţiilor cognitive*	*luni*	*modificări atrofice confirmate neuroimagistic prin TC sau RMN*	*se evidenţiază diminuarea nivelului intelectual*	*afectată (tip amnezic) sau păstrată*
Tulburare de personalitate tip schizoid	*diferită: organică şi/ sau non-organică*	*în anamneză - date care confirmă prezenţa particularităţilor schizoide de comportament*	*lent sau acut*	*absenţa simptomelor „pozitive”*	*ore, zile*		*este păstrat*	*păstrată*

Tulburare de personalitate disociativă	*organică şi/ sau non-organică*	*în anamneză - date care confirmă prezenţa particularităţilor histrionice de comportament*	*acut*	*acutizarea, de regulă, este precedată de situaţii stresogene*	*ore, zile*	-	*este păstrat*	*afectată sau păstrată*
Simulare	*psihogenă*	*poate fi presupusă existenţa problemelor habituale, juridice etc.*	*în funcţie de scopul persoanei*	*discordanţa simptomelor*	*ore, zile, ani*	-	*este păstrat*	*păstrată*
Reacţii psihogene (psihoză reactivă)	*psihogenă*	*evenimente catastrofice, dramatice în viaţa personală*	*acut*	*acutizarea pe fondal stresogen*	*ore, zile, luni*	-	*este păstrat*	*afectată*
Nevroze	*psihogenă*	*evenimente nefavorabile, malefice, de durată în viaţa personală, suprapuse pe conflictele intrapsihice*	*lent, insidios*	*se păstrează discernământul critic*	*ore, zile, ani*	-	*este păstrat*	*păstrată*
Psihoză bipolară	*endogenă*	*în anamneză – date care confirmă schimbările emoţionale pozitive sau/şi negative pronunţate*	*acut*	*corelaţia (prezentă sau absentă) tulburărilor de gândire şi de percepţie cu fondalul emoţional al pacientului*	*zile, luni*	-	*este păstrat*	*păstrată sau afectată*
Psihoze somatogene	*tulburări somatice*	*în anamneză - date care confirmă prezenţa bolilor somatice grave*	*diferit*	*tulburările de gândire şi percepţie apar pe fondalul tulburării conştiinţei*	*ore, zile, luni*	*modificări paraclinice în funcţie de patologia somatică*	*poate fi diferit*	*afectată*

4.2.3.5. Condiţiile de tratament

Criteriile de spitalizare a pacienţilor cu TPCE în epilepsie sunt prezentate în Caseta 12.

Caseta 12. Criteriile de spitalizare a pacienţilor cu TPCE în epilepsie
În staţionar (inclusiv spitalizare fără liberul consimţământ, în condiţiile prevăzute de Legea privind asistenţa psihiatrică) în cazurile dereglărilor psihotice pronunţate şi de comportament cu pericol pentru societate**:** ✓ *Depresia majoră cu idei autolitice* ✓ *Stările crepusculare cu comportament delirant - agresiv* ✓ *Delirul epileptic* ✓ *Halucinozele acute şi subacute* ✓ *Disforiile* ✓ *Oneroidul epileptic* ✓ *Stările de extaz* ✓ *Starea acută halucinator-paranoidă cu afect anxios-fobic şi impulsiv* ✓ *Stupoarea epileptică* ✓ *Agitaţia epileptică catatoniformă*

Criteriile de spitalizare în reanimare a pacienţilor cu TPCE în epilepsie sunt prezentate în Caseta 13.

Caseta 13. Criteriile de spitalizare în reanimare a pacienţilor cu TPCE în epilepsie
✓ *Decompensarea funcţiilor de importanţă vitală în caz de: statut epileptic, accese cu evoluţie în serii - tip* ***Grand Mal****, stupoare epileptică cu refuz alimentar, stări comatoase nediferenţiate.* ✓ *Stările grave ca consecinţă a tentativelor suicidare sau traumatism post-ictal.*

4.2.3.6. Tratamentul TPCE

Etapele de tratament al pacienţilor cu TPCE în epilepsie sunt prezentate în Caseta 14.

Caseta 14. Etapele de tratament al pacienţilor cu TPCE în epilepsie
✓ *Terapia de jugulare.* ✓ *\Terapia de finisare sau de stabilizare a tratamentului.* ✓ *Jugularea simptomelor psihotice şi restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională.* ✓ *Terapia profilactică (tratamentul de întreținere)* [38].

4.2.3.6.1. Terapia de jugulare a TPCE

Terapia de jugulare se va iniţia în momentul depistării dereglărilor psihice şi se va finisa în momentul constatării remisiunii clinice, adică va continua până la reducerea considerabilă sau totală a psihozei. În cazul tulburărilor psihotice la pacientul cu epilepsie, ***obiectivul principal constă în jugularea simptomelor psihozei acute*** (a se vedea Anexele 8-10).

Principiile tratamentului TPCE sunt prezentate în Caseta 15.

Caseta 15. Principiile tratamentului TPCE
✓ *Structura psihopatologică a tulburării psihice psihotice ori non-psihotice, care determină alegerea remediilor psihotrope.* ✓ *Substituirea sau asocierea altor metode de tratament, ţinându-se cont de dinamica transformării sindromului în proces curativ.* ✓ *Monitorizarea stării somatice a pacientului, ţinându-se cont de efectele adverse ale medicaţiei.*

Terapia de jugulare a tulburărilor psihice psihotice în epilepsie este prezentată în Caseta 16.

Caseta 16. Terapia de jugulare a tulburărilor psihice psihotice în epilepsie
✓ *Antipsihotice convenţionale şi atipice – în cazul prevalenţei simptomelor productive (a se vedea Anexele 8, 9).* ✓ *Antipsihotice cu acţiune preponderent sedativă (Clorpromazinum, Levomepromazinum) – în caz de agitaţie psihomotorie, agresivitate, ostilitate (a se vedea Anexele 1, 2, 10).* ✓ *Antipsihotice cu acţiune preponderent antihalucinatorie şi antidelirantă (Haloperidolum, Risperidonum, Trifluoperazinum) – în caz de manifestări halucinator-paranoide cu fenomene de automatism psihic, pseudohalucinaţii, delir de referinţă, persecuţie etc. (a se vedea Anexele 2, 8, 9).* ✓ *Prezenţa în structura psihozei a afectului depresiv pronunţat impune necesitatea administrării remediilor antidepresive în doze suficiente pentru jugularea afectului patologic, concomitent se va ţine cont de posibilitatea acutizării simptomelor productive. De aceea, preferenţial se vor indica antidepresive cu efect sedativ, dar cu prudenţă, deoarece cele triciclice cresc riscul acutizării convulsiilor (a se vedea Anexele 9, 10).* ***Notă:*** *Pentru evaluarea corectă a eficacităţii terapiei şi pentru selectarea dozelor se va evita asocierea simultană a mai multor remedii neuroleptice. În cazul în care simptomele halucinator-delirante vor evolua pe fondal de agitaţie psihomotorie marcată, poate fi admisă administrarea simultană a două neuroleptice - unul cu efect sedativ, altul - cu efect antipsihotic. La pacientul epileptic este mai benefică asocierea Haloperidolum cu Levomepromazinum (a se vedea Anexele 2, 8-10).*

Principiile de dozare a remediilor psihoactive în TPCE din epilepsie sunt prezentate în Caseta 17.

Caseta 17. Principiile de dozare a remediilor psihoactive în TPCE din epilepsie
În lipsa indicaţiilor urgente (ex.: psihoză acută, agitaţie pronunţată), doza de neuroleptic, de regulă, se majorează treptat până la atingerea rezultatului terapeutic sau pentru a împiedica dezvoltarea efectului secundar nedorit (fenomene extrapiramidale) pronunţat. Pentru evaluarea toleranţei remediului, tratamentul se va iniţia cu doze mici (de test - de exemplu, 25-50 mg Clorpromazinum sau Levomepromazinum). Lipsa reacţiilor alergice sau a altor reacţii pe parcursul următoarelor 2 ore după administrarea medicamentului permite creşterea treptată a dozelor (a se vedea Anexele 2, 8, 9). ***Notă:** Agitaţia psihomotorie se va jugula, de regulă, în primele zile ale tratamentului.*

Termenele aproximative ale tratamentului de jugulare în TPCE din epilepsie sunt prezentate în Caseta 18.

Caseta 18. Termenele aproximative ale tratamentului de jugulare în TPCE din epilepsie
• ***În staţionare:** În administrarea terapiei cu neuroleptice, termenele tratamentului sunt individuale în fiecare caz concret, fiind gestionate în dependență de compleanța remediilor antiepileptice cu respectarea dozelor terapeutice raționale în lipsa efectelor de supradozaj (a se vedea Anexele 2, 8, 9).* • ***În condiţii de ambulator:** individualizat și pe măsura prevalenței tulburărilor psihice cu impact mediu - antipsihotice și antidepresive până la compensarea stării pacientului (a se vedea Anexele 2, 8-11).*

Criteriile de evaluare a eficacităţii terapiei în psihoza acută sunt prezentate în Caseta 19.

Caseta 19. Criteriile de evaluare a eficacităţii terapiei în psihoza acută
✓ *Normalizarea comportamentului, dispariţia agitaţiei sau a inhibiţiei psihomotorii.* ✓ *Atenuarea simptomelor psihotice productive.* ✓ *Restabilirea atitudinii critice vis-à-vis de simptomele psihotice şi conştientizarea maladiei.* ✓ *Restabilirea funcţiei de rol social.*

Acţiunile medicului în absenţa evoluţiei pozitive a tratamentului sunt prezentate în Caseta 20.

Caseta 20. Acţiunile medicului în absenţa evoluţiei pozitive a tratamentului
• *În absenţa evoluţiei pozitive a tratamentului pentru o perioadă de 3-6 săptămâni (de verificat dacă pacientul administrează remediile, în special când sunt prescrise comprimate sau capsule) se va da preferinţă remediilor, care pot fi administrate parenteral sau se va utiliza un alt antipsihotic, care diferă ca structură chimică şi efecte clinice de precedentul.* • *În cazul în care terapia cu remedii antipsihotice nu este eficientă, sunt recomandate alte metode de tratament:* ✓ *anularea bruscă a tuturor preparatelor psihotrope;* ✓ *în unele cazuri pot fi utile plasmafereza şi laseroterapia, asociate cu psihofarmacoterapia.* ***Notă:*** *Selectarea metodelor menţionate în cazurile de refractare la tratament se vor efectua strict individual, luându-se în considerare specificul stării clinice şi datele privind eficienţa anterioară a diferitelor metode de tratament în cazul clinic concret. Se va ţine cont de starea somatică generală a pacientului şi de sensibilitatea acestuia la diverse metode terapeutice.*

4.2.3.6.2. Terapia de finisare şi de stabilizare a tratamentului bolnavilor cu TPCE

Principiile terapiei sunt prezentate în Caseta 21.

Caseta 21. Principiile terapiei
✓ *Se va continua administrarea antipsihoticului eficient.* ✓ *Se va opta pentru diminuarea până la reducerea totală a simptomelor productive reziduale.* ✓ *În cazul instituirii remisiunii clinice stabile, dozele de antipsihotic se vor reduce la minimum posibil.* ✓ *Durata tratamentului este diferită şi, în cazuri rezistente la tratament, poate atinge 90 de zile.* ***Notă:*** *Pe tot trialul terapeutic sunt recomandate intervenţii de recuperare şi reintegrare socială, activităţi psihosociale de grup şi încadrarea în câmpul muncii.*

4.2.3.6.3. Terapia profilactică (de întreţinere) cu antiepileptice a bolnavilor cu TPCE

Preparatele antiepileptice se referă la compartimentul „Boli ale sistemului nervos” (*a se vedea ICD-10, G40*).

4.2.3.6.4. Terapia profilactică cu antipsihotice a bolnavilor cu TPCE

Principiile terapiei profilactice cu antipsihotice sunt prezentate în Caseta 22.

Caseta 22. Principiile terapiei profilactice cu antipsihotice a bolnavilor cu TPCE

- *Tratamentul este direcţionat spre lichidarea paroxismelor noi şi încetinirea progresiei maladiei; menţinerea nivelului optim de funcţionare socială a pacientului.*
- *Întru atingerea acestui scop, se vor utiliza antipsihoticele, a căror administrare a diminuat starea psihotică, dar în doze mai mici, comparativ cu cele utilizate în perioada acută; se va da prioritate antipsihoticelor atipice şi celor cu eliberare prelungită (a se vedea Anexele 2, 3); în cazul paroxismelor frecvente, în structura cărora persistă dereglări afective pronunţate, se va administra **Carbamazepinum**, derivaţii acidului valproic, **Lamotriginum** şi altele timostabilizatoare.*
- *Terapia antirecidivantă la bolnavii de epilepsie poate fi realizată prin două metode de bază:*
  - ✓ ***Terapia continuă** – bolnavul administrează remediile timp mai îndelungat (adeseori este asociată cu diskinezii tardive, când timp îndelungat sunt administrate neuroleptice);*
  - ✓ ***Terapia periodică** – remediile antipsihotice sunt administrate în stările de prodrom sau în perioada în care se manifestă simptomele psihotice acute (este benefică în sensul evitării diskineziilor tardive, însă nu întotdeauna asigură o profilaxie eficientă a recăderilor sau/şi recidivelor de tulburări psihotice).*
- *Decizia privind tratamentul optim este strict individuală pentru fiecare pacient (a se vedea Anexele 8-11).*
- *Instalarea remisiunii clinice prevede reducerea treptată a dozelor de antipsihotic.*
- *Dozele medii, metodologia administrării şi intervalul de administrare a neurolepticelor cu eliberare prelungită sunt descrise în Anexele 3, 8, 9.*

4.2.3.6.5. Reabilitarea socioprofesională a bolnavilor cu TPCE

Reabilitarea socioprofesională a bolnavilor cu TPCE din epilepsie este un proces de durată, care nu se limitează doar la perioada tratamentului, ci continuă în toate etapele de evoluţie a maladiei [39, 43, 50]. Etapele reabilitării socioprofesionale sunt prezentate în Casetele 23-25 şi în Anexa 12.

Caseta 23. Etapa inițială a reabilitării socioprofesionale a bolnavilor cu TPCE
✓ *Vizează prevenirea dezvoltării diferitelor tulburări psihice şi stigmatizare.* ✓ *Se petrece inițial, pentru ajustarea tratamentului, în cadrul asistenței psihice în condiții de staționar.* ✓ *Sunt utilizate diverse exerciții (psihoterapie individuală şi de grup, ergoterapie, stimularea activităţii sociale etc.).*

Caseta 24. Etapa de fortificare a reabilitării socioprofesionale a bolnavilor cu TPCE
✓ *În această etapă bolnavii epileptici alienați se adaptează la codițiile sociale, familiale și profesionale;.* ✓ *Se realizează în condiții de ambulator;* ✓ *Stimularea acţiunilor psihosociale ale bolnavilor epileptici cu tulburări psihice se efectuează prin încadrarea în grupuri de susţinere (pacienţi cu aceleaşi probleme), prin activități profesionale, culturale etc. orientate spre autoafirmarea și păstrarea demnității de om.* ✓ *Deosebit de importantă este instruirea profesională şi angajarea în câmpul muncii.* ✓ *Altă latură deosebit de importantă constituie antrenarea rudelor în reabilitarea bolnavilor epileptici cu tulburări psihice.*

Caseta 25. Etapa finală a reabilitării socioprofesionale a bolnavilor cu TPCE
✓ *Recuperarea totală în condiții de ambulator a abilităților individuale şi sociale ale bolnavilor cu TPCE.* ✓ *Utilizarea diverselor activităţi psihosociale în familie, colectivul de muncă și în comunitate, eventual: cămine pentru persoanele solitare; implicarea pacienților în activităţi de grup, cluburi psihosociale etc.* ✓ *Reabilitarea prin muncă se va efectua în funcţie de severitatea şi durata maladiei.*

4.2.3.6.6. Psihoterapia TPCE

Psihoterapia se realizează după depăşirea stării acute a bolnavului cu TPCE:

- ✓ *psihoterapia de susţinere în grup (crearea şi păstrarea relaţiilor sociale);*
- ✓ *trainingul deprinderilor sociale;*
- ✓ *psihoterapia de familie, centrată pe crearea unui climat emoţional empatic;*
- ✓ *psihoterapia individuală.*

4.2.3.7. Supravegherea pacienţilor cu TPCE

Supravegherea pacienţilor cu TPCE este prezentată în Caseta 26 și în Anexa 12.

Caseta 26. Supravegherea pacienţilor cu TPCE

- ✓ *Pacienţii cu TPCE sunt supravegheaţi de psihiatrii secţiilor consultative: pe parcursul primei luni după externare - o dată în săptămână; pe parcursul următoarelor 5 luni - de 2 ori în lună; începând cu luna a 6-a până la finele unui an de la momentul externării - o dată în lună; după perioada menţionată pacienţii vor beneficia de consultaţii, la necesitate.*
- ✓ *Periodicitatea supravegherii pacienţilor cu TPCE de către medicul de familie.*
- ✓ *Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susţinere, pentru a preveni dezvoltarea efectelor adverse ale remediilor psihoactive.*

4.2.4. Complicaţiile TPCE

Complicaţiile tulburărilor psihice la epilepsie sunt prezentate în Caseta 27.

Caseta 27. Complicaţiile tulburărilor psihice la epilepsie

- Sindromul neuroleptic malign:
  - ✓ *akatizia*
  - ✓ *distonia acută*
  - ✓ *sindromul Parchinsonian*
  - ✓ *diskinezia tardivă*
- Efectele secundare adverse severe ale remediilor psihoactive:
  - ✓ *agranulocitoza*
  - ✓ *tromboembolismul*
  - ✓ *miocardiopatia*
  - ✓ *miocardita*
  - ✓ *aritmiile cardiace*
  - ✓ *infarctul de miocard*
  - ✓ *creşterea ponderală*
  - ✓ *reducerea libidoului*
  - ✓ *hipersedarea*
  - ✓ *oscilaţii ale tensiunii arteriale (creşterea sau reducerea)*
  - ✓ *hipersalivaţia*
  - ✓ *depresia*
  - ✓ *prelungirea intervalului electrocardiografic QT*
  - ✓ *hipokaliemia*
  - ✓ *hipomagneziemia*
  - ✓ *hipocalicemia*
  - ✓ *sindromul X metabolic*
  - ✓ *diabetul zaharat tip 2*
  - ✓ *reducerea toleranţei la glucoză*

Primul ajutor în caz de sindrom neuroleptic malign şi sindrom serotoninic este descris în Caseta 28.

Caseta 28. Primul ajutor în caz de sindrom neuroleptic malign şi sindrom serotoninic

Principala urgenţă în caz de **sindrom neuroleptic malign**:

- ✓ *sistarea administrării antipsihoticelor;*
- ✓ *diminuarea hipertermiei diencefalice;*
- ✓ *corecţia dereglărilor homeostaziei generale, tulburărilor hemodinamice, metabolismului proteic, restabilirea funcţiilor reologice de a menţine echilibrul hidroelectrolitic şi acidobazic;*
- ✓ *lupta cu deshidratarea prin infuzia cantităţilor mari de lichide (între 2,5 şi 6 litri/zi) poate preveni decesul pacientului (se va ţine cont de prezenţa/ absenţa edemului cerebral);*
- ✓ *pentru restabilirea funcţiilor reologice, a volumului volemic şi cu scop de detoxifiere se va da prioritate administrării Plasmei, Albuminum, Poliglicinum, Reopliglucinum, Hemodesum, soluţiilor saline;*
- ✓ *pentru menţinerea funcţiilor cardiace se recurge la* ***amestecuri polarizante*** *– preferenţial (sol. Glucozum 5% sau 10% – 100 ml + Kalii Chloridum 10% – 15-20 ml (Kalii aspartas + Magnesii aspartas 10 ml) + 4-6 UN de Insulinum humanum);*
- ✓ *vitaminoterapia (preferenţial Vit. din gr. B şi C);*
- ✓ *cu scop de sedare: sol. Diazepamum 0,5% (20-60 mg) sau Natrii oxybutyras 20% – 10-20 ml;*
- ✓ *în calitate de remedii patogenice se vor administra agonişti ai dopaminei: Bromcriptinum 7,5-60 mg/zi sau miorelaxante;*
- ✓ *terapia electroconvulsivă este eficientă doar în cazurile aplicării ei până la instalarea tulburărilor amentiforme;*
- ✓ *tratarea infecţiilor intercurente*.

Tratamentul este simptomatic şi include:

- ✓ sol. *Difenhidramina* 1% – 2,0 ml i.m.
- ✓ sol. *Diazepamum* 0,5% – 2,0 ml i.v.
- ✓ sol. *Clorură de calciu* 10% – 10,0 ml i.v.
- ✓ Colinolitice (*Trihexifenidilum* 5-10 mg per os)
- ✓ Se recomandă efectuarea ***plasmaferezei.***

Principala urgenţă în caz de **sindrom serotoninic**:

- ✓ *sistarea imediată a antidepresivelor (în special a ISRS) sau a antimigrenoaselor asociate tratamentului anticonvulsivant;*
- ✓ *măsurile de decontaminare gastrointestinală (lavaj gastric, administrarea de cărbune activat);*

- ✓ *tratamentul simptomatic (reglarea homeostaziei, a echilibrului acidobazic şi hidrosalin, menţinerea funcţiilor de importanţă vitală (PA, funcţiile: respiratorie, hepatică, renală etc.), ţinându-se cont de faptul că acest sindrom este în fond o stare de simpaticotonie generală (dar, în pofida simpaticotoniei PA, de regulă oscilează şi sunt posibile stări colaptoide);*
- ✓ *simptomele tip nelinişte psihomotorie; insomnie; cefalee; diaforeză; tremor; dispnee; inapetenţă până la anorexie; greţuri; constipaţii – pot fi asistate medical prin administrarea (i.v. – lentă) a benzodiazepinelor (sol. Diazepamum – 5-10 mg) la fiecare 15-20 min;*
- ✓ *în caz de convulsii se vor administra benzodiazepine (sol. Diazepamum), dozele fiind crescute în funcţie de caz, individual;*
- ✓ *în caz de aritmii ventriculare se va administra (i.m.) sol. Lidocainum10% (50-300 mg);*
- ✓ *în cazuri particulare este benefică administrarea antagoniştilor receptorilor serotoninergici (Ciproheptadinum, Clorpromazinum, Proprano-lolum);*
- ✓ *diminuarea hipertermiei diencefalice;*
- ✓ *corecţia dereglărilor homeostaziei generale; a tulburărilor hemodinamice, a metabolismului proteic, restabilirea funcţiilor reologice de a menţine echilibrul hidroelectrolitic şi acidobazic;*
- ✓ *pentru restabilirea funcţiilor reologice, a volumului volemic şi cu scop de detoxifiere se va da prioritate administrării Plasmei, Albuminum, Poliglucynum, Rheopliglucynum, Haemodesum, soluţiilor saline;*
- ✓ *pentru menţinerea funcţiilor cardiace se recurge la **amestecuri polarizante** – preferenţial (sol. Glucozum 5% sau 10% – 100 ml + Kalii Chloridum 10% – 15-20 ml (Kalii aspartas + Magnesii aspartas) + 4–6 UN de Insulinum humanum);*
- ✓ *vitaminoterapia (preferenţial Vit. din gr. B şi C).*

Capitolul 5.
Resursele umane şi materialele necesare respectării prevederilor *Lucrării*

5.1. Instituţi-ile consulta-tiv-diagnos-tice	**Personalul:** ✓ *psihiatru (la 25 mii de populaţie);* ✓ *psihoterapeut (la 25 mii de populaţie);* ✓ *psiholog (la 25 mii de populaţie);* ✓ *asistent serviciul social (la 25 mii de populaţie);* ✓ *ergoterapeut (la 12,5 mii de populaţie);* ✓ *asistența psihiatrului (la 10 mii de populaţie).*
	Aparatajul, utilajul: ✓ *tonometru;* ✓ *stetofonendoscop.*
	Medicamentele (a se vedea Anexele 1-7)**:** ✓ *neuroleptice (Clorpromazinum, Haloperidolum, Clozapinum, Risperidonum, Levomepromazinum);* ✓ *tranchilizante (Diazepamum, Chlordiazepoxidum);* ✓ *antidepresive (Amitriptylinum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum, Escitalopramum).*
5.2 Secţiile de psihiatrie	**Personalul:** ✓ *psihiatru;* ✓ *psihoterapeut;* ✓ *laborant;* ✓ *asistent serviciul social;* ✓ *ergoterapeut;* ✓ *asistente medicale;* ✓ *consultaţii calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog).*
	Aparatajul, utilajul ✓ *tonometru;* ✓ *stetofonendoscop;* ✓ *electrocardiograf;* ✓ *glucometru portabil;* ✓ *laborator clinic standard pentru realizarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici serici (glicemia, dehidrogenaza lacrică (LDH), creatinfosofokinaza, transaminazele, ionograma, creatinina, ureea ş.a.)*

	Medicamente (a se vedea Anexele 1-7): • *Remediile psihotrope:* ✓ *antipsihotice (Clorpromazinum, Haloperidolum, Clozapinum, Risperidonum, Levomepromazinum);* ✓ *tranchilizante şi hipnotice (Diazepamum, Chlordiazepoxid, Zopiclone, Zaleplon, Zolpidem etc.);* ✓ *antidepresive (Amitriptyline, Paroxetine, Fluoxetine, Fluvoxamine, Venlafaxine, Escitalopram etc.);* • *Medicamentele pentru tratamentul complicaţiilor (a se vedea Casetele 27, 28).*

Capitolul 6.
Indicatorii de monitorizare a implementării *Lucrării*

Nr. crt.	Scopurile *Lucrării*	Monitorizarea rezultatelor	Metoda de calcul al indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	*Facilitarea procesului de diagnosticare a TPCE*	*1.1. Numărul pacienţilor suspectaţi cu TPCE, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an*	*Numărul de pacienţi suspectaţi cu TPCE, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an × 100*	*Numărul total de pacienţi suspectaţi de TPCE, care se află la evidenţa psihiatrului pe parcursul ultimului an*
2.	*Sporirea calităţii managementului, tratamentului şi a calităţii vieţii pacientului cu TPCE*	*2.1. Numărul pacienţilor cu tulburări psihice în cadrul epilepsiei trataţi în condiţii de staţionar, conform recomandărilor Lucrării, pe parcursul unui an*	*Numărul de pacienţi cu TPCE trataţi în condiţii de staţionar conform recomandărilor Lucrării pe parcursul ultimului an × 100*	*Numărul total de pacienţi cu TPCE trataţi în condiţii de staţionar pe parcursul ultimului an*
		2.2. Numărul pacienţilor cu TPCE supravegheaţi de către medicul psihiatru, conform recomandărilor Lucrării, pe parcursul unui an	*Numărul de pacienţi cu TPCE supravegheaţi de către psihiatru, conform recomandărilor Lucrării pe parcursul ultimului an × 100*	*Numărul total de pacienţi supravegheaţi de către psihiatru cu diagnostic de TPCE în epilepsie pe parcursul ultimului an*
		2.3 Numărul pacienţilor cu TPCE în epilepsie cu o remisiune completă pe parcursul unui an	*Numărul de pacienţi cu TPCE în epilepsie, care au atins remisiune completă, pe parcursul unui an × 100*	*Numărul total de pacienţi cu diagnostic de TPCE în epilepsie, supravegheaţi de către psihiatru pe parcursul ultimului an*

3.	*Depistarea precoce a pacienţilor la care epilepsia a manifestat debut insidios*	*3.1. Numărul pacienţilor depistaţi în perioada iniţială a TPCE în epilepsie (până la afectarea personalităţii) pe parcursul unui an*	*Numărul de pacienţi depistaţi în perioada iniţială a TPCE în epilepsie (până la afectarea personalităţii) pe parcursul ultimului an × 100*	*Numărul total de pacienţi cu diagnostic de TPCE în epilepsie, supravegheaţi de către psihiatru pe parcursul ultimului an*
4.	*Evitarea invalidizării şi a stigmatizării, datorate fenomenului de „hospitalism", a dezonorării din partea comunităţii în cazul evoluţiei cronice a TPCE în epilepsie*	*4.1. Numărul pacienţilor cu TPCE în epilepsie, trataţi în centrele comunitare sau în condiţii de ambulator pe parcursul unui an*	*Numărul de pacienţi cu TPCE în epilepsie, trataţi în centrele comunitare pe parcursul ultimului an × 100*	*Numărul total de pacienţi cu diagnostic de TPCE ţn epilepsie, supravegheaţi de către psihiatru pe parcursul ultimului an*
		4.2. Numărul pacienţilor cu TPCE în epilepsie care au beneficiat de reabilitare psihosocială pe parcursul unui an	*Numărul de pacienţi cu TPCE în epilepsie care au beneficiat de reabilitare psihosocială pe parcursul ultimului an × 100*	*Numărul total de pacienţi cu diagnostic de TPCE în epilepsie, supravegheaţi de către psihiatru pe parcursul ultimului an*
		4.3. Numărul pacienţilor cu TPCE în epilepsie care au efectuat tentative suicidare şi/sau suicide consumate pe parcursul unui an	*Numărul de pacienţi cu TPCE în epilepsie care au efectuat tentative suicidare şi/sau suicide consumate pe parcursul unui an × 100*	*Numărul total de pacienţi cu diagnostic de TPCE în epilepsie, supravegheaţi de către psihiatru pe parcursul ultimului an*
		4.4. Numărul pacienţilor cu TPCE în epilepsie care s-au reintegrat social, familial şi profesional pe parcursul unui an	*Numărul de pacienţi cu TPCE în epilepsie care s-au reintegrat social, familial şi profesional pe parcursul ultimului an × 100*	*Numărul total de pacienţi cu diagnostic de TPCE în epilepsie, supravegheaţi de către psihiatru pe parcursul ultimului an*

Capitolul 7.
Reabilitarea psihofarmacologică a pacienţilor cu TPCE

Am reuşit să elaborăm recomandări terapeutice, având drept suport rezultatele tratării TPCE în epilepsie în diverse stadii ale ei. În acest cadru, ca element principal în elecţiunea preparatelor au fost utilizate, pe lângă semnele clinice triviale, datele de monitorizare subcurativă, inclusiv examene EEG repetate în dinamică, care fixau răspunsul subiectiv al pacienţilor.

Alegerea medicamentului eficient sau a unei combinaţii optime de preparate este uneori dificilă. Antiepilepticul perfect trebuie să fie cu acţiune lungă, nonsedativ, bine tolerat, foarte activ în diferite tipuri de accese convulsive şi lipsit de efecte nocive asupra organelor şi funcţiilor vitale. În plus, trebuie să fie efectiv în diferite forme de TPCE şi să restabilească bioelectricitatea cerebrală în limitele normalităţii. Datorită medicaţiei moderne, care beneficiază de un sortiment larg şi suficient de medicamente specifice eficiente, pot fi prevenite o mare parte din recurenţele şi din sechelele invalidante ale bolii. Efectele adverse ale medicamentelor sunt reduse; astfel, mulţi dintre pacienţii care în trecut ar fi fost marcaţi pe viaţă de această suferinţă acum pot să ducă o viaţă productivă. Posibilitatea reală de a controla această maladie previne efectiv mai multe dintre consecinţele ei severe [47].

7.1. Principiile generale de farmacoterapie a bolnavilor cu TPCE

În tratamentul dereglărilor psihice la pacienţii cu epilepsie trebuie să ţinem cont de următoarele principii:

- ✓ **Elecţiunea adecvată a remediului,** dozarea lui, căile de administrare şi efectele secundare posibile.
- ✓ **Majorarea treptată a dozelor**. Toate remediile iniţial se indică în doze minime, apoi doza treptat se măreşte până la afişarea primelor efecte pozitive; creşterea ulterioară a dozelor se face după o anumită perioadă de timp până ce duc la stabilizarea efectului pozitiv.
- ✓ **Tratamentul complex** – este necesară prescrierea unimomentană a remediilor anticonvulsivante din diferite clase şi grupe în combinaţie cu antipsihotice, antidepresante, timoleptice şi metode nemedicamentoase.
- ✓ **Terapia continuă.** Tratamentul de întreţinere cu antiepileptice este neîntrerupt, fiind combinat cu remedii psihotrope în dependenţă de sindromul psihiatric predominant până la jugularea lor completă (uneori, cu scop de prevenire a recăderilor).

7.2. Principii de medicaţie a sindroamelor psihosomatice în TPCE

Criteriile ce determină eficienţa remediilor psihotrope administrate în epilepsie sunt cele de ameliorare a proceselor de cunoaştere şi comportamentale. Un tratament mai diferenţiat se bazează pe aprecierea sindromală a dereglărilor psihice.

1. *Dereglările deficitare* (demenţă tranzitorie, diminuare intelectual-mnezică etc.). Tratamentul se practică continuu, alternând curele. Este raţională indicarea preparatelor din diferite subgrupe. La întocmirea schemei de tratament se iau în considerare următoarele criterii:

a) *mecanismul principal de acţiune*: nootrop, metabolic general, cerebrovascular sau actoprotector;
b) *acţiunea preponderentă asupra proceselor mediatoare*: *GABA-ergică* (*Piracetam*, *Phenibut*, *Acid gama-aminobutiric*); *Colinergică* (*Gliatilina*); *Dopaminergică* (*Nakom*) şi *combinate* (*Meclofenoxat*, *Glicină*, *Acid glutamic*);
c) *cu acţiune preponderentă asupra funcţiei structurilor encefalului*: asupra trunchiului cerebral şi subcortical (*Nakom*); asupra emisferei stângi (*Gliatilina*); asupra emisferei drepte (*Cortexin*);
d) *cu acţiune asupra activităţii psihomotorii*: stimulare majoră (*Piracetam*, *Nakom*, *Vinpocetină*), accentuare medie (*Aminalon*, *Acid Gama-Aminobutiric*, *Cerebrolizină*, *Nicergolină*, *Tanakan*), diminuare (*Fenibut*, *Glicină*, *Cinarizină*);
e) *calea de administrare*: parenterală, internă, endonazală, transorbitală (prin electroforeză), mixtă;
f) *durata curei*: de la 21 de zile până la 6 luni (*Nakom*, *Fenibut*). Pe fonul acestei terapii este posibilă şi indicarea dozelor profilactice de anticonvulsivante.

2. *Diferite tipuri de excitaţie* (haotică, crepusculară, delirantă, maniacală, de tip psihopat etc.). Tratamentul de suport – neurolepticile sedative. De asemenea, pot fi indicate tranchilizantele majore, barbituricele şi antidepresivele sedative.

2. *Manifestările delirante şi halucinatorii*. Mai raţionale sunt neurolepticele antipsihotice. În cazul sindromului neuroleptic – cu precauţie se suplimentează remedii corectoare. Ca preparate adjuvante se folosesc tranchilizantele de zi (diurne), în stările depresive sau anxioase se recurge la antidepresive.

3. *Dereglări productive emoţionale*. În stările de excitaţie sunt indicate neurolepticele (preponderent sedative) şi tranchilizantele, în depresie – antidepresivele, în disforii – neurolepticele, tranchilizantele şi antiepilepticele, în stări de anxietate – tranchilizantele şi antiepilepticele.

4. *Dereglările productive limitrofe*. Dereglările de tip psihopatic, de regulă, se tratează cu neuroleptice „minore", de preferinţă „*corectorii comportamentali*"

sau doze mici de *Risperidonă* şi *tranchilizante*; în manifestările de tip nevrotic (astenie, obsesii, isterie, ipocondrie) se recurge la *tranchilizante*, doze mici de antidepresive.

7.3. Programe de medicaţie complexă a TPCE

Tratamentul antiepileptic recomandat de noi pacienţilor cu epilepsie are drept scop controlul crizelor şi asigurarea unor condiţii de viaţă socială maximal apropiată de cea normală. Acest tratament îl vom baza pe utilizarea remediilor anticonvulsivante de ultima oră (*Carbamazepinum*, *Valproatul de sodiu*, *Phenobarbitalum*, *Diazepamum*, *Apaurinum*, *Phenitoinum*), care în majoritatea cazurilor au efecte adverse mai mult sau mai puţin pronunţate.

Principiile generale de tratament al TPCE în epilepsii rezidă în selectarea preparatului optim în funcţie de tipul crizelor epileptice, selectarea dozei optime (de obicei, minimale), ceea ce permite controlul plenar al crizelor epileptice. Tratamentul recomandat trebuie să fie: **pur individual, de lungă durată, normal neîntrerupt**. Însă, durata optimă a tratamentului specific este pur individuală pentru fiecare pacient cu TPCE în epilepsie în parte, indiferent de stoparea completă a crizelor. Uneori, în dependenţă de tipul crizelor epileptice, medicaţia o vom indica pe viaţă. Anularea tratamentului este necesar s-o efectuăm treptat, timp de 3-8 luni, cu monitorizare clinică şi electroencefalografică.

Tratamentul antiepileptic îl categorisim în:

- ✓ *asistenţa de urgenţă (de jugulare a crizelor);*
- ✓ *tratamentul de durată (de prevenire a crizelor);*
- ✓ *tratamentul etiologic.*

În opinia noastră, tratamentul medical al epilepsiilor trebuie să reprezinte, în măsura posibilităţilor, o monoterapie. Selecţia medicamentului se bazează pe tipul TPCE în epilepsii. În cadrul crizelor convulsive generalizate şi al crizelelor parţiale, care au fost înregistrate la pacienţii cu epilepsie examinaţi, medicamentul de primă intenţie recomandat de noi este *Carbamazepinum*, *Natrium Valproatuum*. La pacienţii cu absenţele *Petit Mal* medicamentul de elecţie administrat de noi este *Natrium Valproatuum*. Pacienţilor cu encefalopatii epileptice în calitate de tratament administrat le vom recomanda *Natrium Valproatuum* şi *Corticoizii*.

Unele eşecuri ale tratamentului, marcate prin repetarea crizelor, ne orientează iniţial spre întrebarea dacă acesta a fost corect aplicat sau nu. În legătură cu aceasta, este utilă determinarea concentraţiei serice a medicamentului. Dacă nivelul seric al medicamentului este satisfăcător, dar crizele se repetă, trebuie pusă în discuţie modificarea tratamentului prin administrarea sau asocierea celui de-al doilea antiepileptic. Continuarea tratamentului este esenţială, iar anularea bruscă a medicaţiei specifice creşte riscul crizei.

Principiul de bază, pe care îl recomandăm pacienţilor cu epilepsie pe parcursul mai multor ani pentru tratamentul stărilor de rău epileptic, este unul de maximă urgenţă, ce are două componente esenţiale, şi anume:

- ✓ *administrarea de anticonvulsivante pentru stoparea cât mai rapidă a răului epileptic;*
- ✓ *măsurile secundare, însă de importanţă vitală: întreţinerea în secţii de reanimare şi tratament intensiv.*

La utilizarea unui anticonvulsivant în doze terapeutice maxime cu apariţia fenomenelor adverse este raţională reducerea uşoară a dozei şi asocierea altor anticonvulsivante, cu sumarea efectelor preparatelor. Astfel, a devenit cunoscută potenţarea lor în diverse combinaţii, de aceea în prescrierea acestora este necesar un control minuţios în dinamică al stării funcţionale a rinichilor, ficatului şi al tabloului sângelui periferic.

7.4. Programe de medicaţie complexă a TPCE cu anticonvulsivante

Necesitatea utilizării remediilor din această clasă este condiţionată de sindromul epileptic cu frecvenţă accesuală de diferită intensitate. Ele au fost indicate de către noi pacienţilor în proces de examinare cu scopul de a preveni sau de a anihila accesele epileptice şi de a ocoli efectele adverse, care sunt determinate de acţiunea unora dintre ele asupra formaţiunilor reticulare prin creşterea pragului predispunerii convulsivante (îndeosebi la barbiturate).

Monoterapia cu preparate antiepileptice este cu *Carbamazepinum* (*Timonil*, *Finlepsin*, *Tegretol*), cu *Natrium Valproatuum* (*Depakine*, *Orfiril*, *Convulsofin*), cu *Phenobarbitalum* (*Luminal*), cu *Clonazepamum* (*Antilepsina*, *Rivotril*), cu *Diazepamum* (*Seduxen*, *Relanium*, *Apaurin*) şi *Phenitoinum*. Monoterapia se va folosi la două încercări de a controla paroxismele, după care se convine la combinarea raţională de antiepileptice.

Eficienţa curelor antiepileptice a fost mai bună şi am constat-o mai des la pacienţii care s-au tratat în *regim de staţionar* și apoi prin administrarea *remediilor anticonvulsivante* în *regim de ambulator*.

În tratamentul pacienţilor care dezvoltă curent paroxisme este necesar a indica anticonvulsivante de trei ori în zi, deoarece concentraţia remediilor anticonvulsivante se menţine în sânge timp de 6-8 ore. Tratamentul trebuie să fie îndelungat (câţiva ani), iar schimbările impuse se fac atent şi lent.

Selectând preparatul, am luat în considerare structura acceselor, dar o importanţă mare are toxicitatea lui şi faptul cum este suportat de pacient.

În ce privește anticonvulsivantele şi dozarea lor, în afară de structura accesului trebuie luate în considerare şi frecvenţa crizelor, vârsta, greutatea corporală etc. În caz de rezistenţă faţă de un preparat, este recomandată trecerea la altul sau de indicat o combinare.

7.5. Efectele adverse ale medicaţiei antiepileptice

Printre efectele adverse ale remediilor anticonvulsivante întâlnite sunt de menţionat:

- **Neurologice:** cefalee, vertij, dereglarea coordonării, ataxie, disartrie, nistagmus, tremor – mai pronunţate la *Phenitoinum* şi *barbiturice.*
- **Psihopatologice:**

✓ somnolenţă, adinamie, apatie, dereglarea proceselor de percepţie şi gândire (îndeosebi la *Phenobarbitalum* şi derivaţii lui);

✓ iritabilitate, excitabilitate, insomnie (mai frecvent la utilizarea *Phenitoinum*);

✓ euforie se observă la unii pacienţi care primesc *Carbamazepinum*, *Phenitoinum*, *Phenobarbitalum*.

- **Hematologice:**

✓ leucocitoză (*Carbamazepinum*),

✓ leucopenie cu agranulocitoză (*Phenitoinum*, *Phenobarbitalum*),

✓ trombocitopenie (*Phenitoinum, Carbamazepinum*).

- **Fenomene pe tegumente şi mucoase:** exantem, gingivite (la folosirea îndelungată a *Phenitoinum*).
- **Viscerale:** mai frecvent afectarea tractului gastrointestinal (*Phenitoinum*) şi hepatită medicamentoasă (*barbituricele*);
- **Endocrine:**

✓ mixedeme,

✓ caşexie,

✓ impotenţă,

✓ hiperpigmentaţie,

✓ hiperplazia gingiilor – la consumul îndelungat de *Phenitoinum.*

Cele mai puţine efecte adverse se constată la *Acidul Valproic*, apoi la *Carbamazepinum*, restul remediilor anticonvulsivante au prezentat o serie de reacţii adverse ce necesită a fi luate în considerare.

7.6. Programe de medicaţie complexă a TPCE cu remedii medicamentoase cu acţiune psihotropă

Psihofarmacoterapia presupune normalizarea stării psihice dereglate sau accelerarea restabilirii activităţii psihice. În acest scop se utilizează mai multe clase de remedii cu acţiune psihotropă: *neuroleptice, antidepresive, tranchilizante, psihostimulatoare* şi *remedii cu acţiune neurometabolică (nootrope în primul rând).*

Neurolepticele. La această clasă se referă remediile, a căror acţiune clinică principală se manifestă prin inhibiţia excitaţiei, agitaţiei, agresivităţii şi reducerea dereglărilor productive (halucinatorii, ideatorii, comportamentale). La utilizarea *în doze mici* ele au *un efect stimulator*, iar *în doze medii şi mari* – sedativ *marcată*. În mod predilect aceste remedii acţionează asupra structurilor subcorticale.

În cadrul tratamentului pacienţilor cu epilepsie se va apela la trei clase de neuroleptice:

Neuroleptice cu acţiune preponderent sedativă, pe care le-am folosit în jugularea diferitelor tipuri de excitaţii psihomotorii care vor fi înregistrate la pacienţii noştri.

Neuroleptice cu acţiune preponderent antipsihotică normal utilizate mai frecvent pentru abolirea fenomenelor halucinator-delirante. Efectul lor sedativ este mai moderat decât cel al remediilor din primul grup.

Neuroleptice cu acţiune preponderentă asupra dereglărilor limitrofe (dezinhibitorii). Acest grup va fi calificat la neurolepticele „*minore*", la care vom recurge pentru combaterea fenomenelor de tip nevrotic şi psihopatic, când utilizarea remediilor din primele două grupe nu este posibilă din cauza efectelor adverse de tip neuroleptic hipotensiv sau toxic.

Fenomene adverse în medicaţia cu neuroleptice. Cel mai frecvent se atestă *hipotensiunea ortostatică* (mai pronunţată la *Clorpromazinum* şi *Levomepromazinum*), dar cel mai ponderal fenomen advers generat de aceste substanţe este *sindromul extrapiramidal*, care este şi mai pronunţat decât la neurolepticele din alte grupe. Mai frecvent aceasta se dezvoltă după tratamentul cu *Haloperidol* şi *Trifluperidol*, mai rar – pe fundalul curelor cu *Risperidonum*. Pentru jugularea şi prevenirea dereglărilor extrapiramidale am recomandat *Colinoliticele – Tribexifinidilum*, însă utilizarea lor a fost limitată din cauza efectului pronunţat de inhibiţie a funcţiilor cognitive şi senzoriale.

Antidepresivele. Acţiunea principală a acestora constă în anihilarea diferitelor tipuri de depresie. Noi însă le vom utiliza în cadrul tratamentului unor pacienţi cu TPCE. Deosebim două grupe de antidepresive:

Antideprisive cu acţiune preponderent stimulatoare. Preparatele din această grupă noi le-am folosit în tratamentul unor stări cu inhibiţie, apatie, tristeţe apărute la pacienţii cu TPCE. Mai frecvent acţiunea lor antidepresivă a fost însoţită de înviorarea activistică a pacienţilor. În unele cazuri aceste remedii vor exercita şi o acţiune sedativă. Repartizarea dozei nictemerale pe parcursul zilei am făcut-o în aşa mod ca accentul să fie în orele matinale şi de zi.

Antidepresive cu acţiune preponderent sedativă. Vor fi indicate pacienţilor cu TPCE în cazurile când vor fi prezente stările anxioase, în stările însoţite de

nelinişte neîntemeiată, excitabilitate. În aceste situaţii dozele nictemerale se vor repartiza pentru prizele serale şi nocturne.

Efectele adverse ale medicaţiei cu antidepresive. Principalul efect advers al remediilor din această grupă este cel colinolitic, mai pronunţat la administrarea *Imipraminum* şi *Clomipraminum*, dar mai puţin exprimat la *Desipraminum* şi absent la *Fluoxetinum*, *Paroxetinum*, *Pirlindolum*. La începutul tratamentului cu *Clomipraminum* şi *Paroxetinum* la unii pacienţi cu crize vegetative însoţite de diaforeză s-a înregistrat tremor, palpitaţii etc. *Fluoxetinum* şi *Paroxetinum* pot provoca sindromul serotoninergic, însoţit de tremor, disfagii, anorexie. Efectul colinolitic a fost mai marcat pentru această grupă îndeosebi la administrarea *Amitriptilinum*, dar mai redus la *Maprolinum* şi practic absent la *Tiopentinum*.

Tranchilizantele. La această clasă se referă remediile (a se vedea tabelele 2 şi 3) cu efect sedativ, miorelaxant combinat cu cel anxiolitic, eficiente în tratamentul stărilor limitrofe.

Tranchilizante cu efect pronunţat de inhibiţie (majore). Remediile din această grupă diminuează stările fobice, tensiunea psihoemoţională, irascibilitatea, emotivitatea şi favorizează adormirea. La unii pacienţi cu TPCE ele manifestă un efect lejer de stimulare, acesta lipsind mai ales atunci când doza maximă nictemerală se indică în orele de seară. Preparatele cu acţiune mai pronunţată din această grupă sunt *Tofizopamum* şi *Oxazepamum*, pe care le indicăm cu efect clar în toate formele de dereglări limitrofe. Ele au fost în special eficiente în stările obsesive, în afluxul de idei astenice, în dereglările ipocondrice rezistente. În caz de excitaţie de tip psihopatiform e bine de indicat cu succes *Fenazepamum* şi *Oxazepamum*. În dereglările ipocondrice, isterice, nelinişte recomandăm *Diazepamum*, *Relaniumum*; în tulburările gen nevrotic, afişate cu senzaţii dezagreabile în regiunea precordială, recomandăm *Oxazepamum* şi *Lorazepamum,* în caz de insomnie neurogenă – *Fenazepamum*.

Tranchilizante fără efect marcat de inhibiţie (de zi sau minore). Se mai numesc tranchilizante *diurne*. Spre deosebire de remediile din grupul precedent, acestea nu provoacă somnolenţă şi pot fi utilizate ziua în dereglările uşoare de tip nevrotic. Pentru a înlătura o stare uşoară de tensiune, anxietate, irascibilitate, noi am inclus în programul de cură *Medazepamum*, iar întru depăşirea fenomenelor ce sugerează labilitatea vegetativă a pacientului cu TPCE recurgem la doze de *Tofizopamum*.

Efectele adverse ale medicaţiei cu tranchilizante. Unul dintre principalele efecte adverse care au afectat pacienţii a fost acţiunea sedativă marcată cu reducerea capacităţii de concentrare a memoriei, a proceselor psihomotorii şi cognitive. Aceste preparate frecvent au provocat efect miorelaxant, mai pronunţat a fost după întrebuinţarea *Fenazepamum*, *Diazepamum*, dar absent la *Meprobamatum*. Dezvoltarea dependenţei psihologice şi medicamentoase este mai frecvent posibilă la tratamentul îndelungat cu *Diazepamum*.

7.7. Medicaţia neurometabolică în tratamentul TPCE

Literatura de ultimă oră consacrată problemelor privind terapia epilepsiilor denotă că, folosind un spectru larg de remedii anticonvulsivante, se impune şi efectuarea unui şi control exact al concentraţiilor lor în plasmă, monitorizând în dinamică evoluţia subcurativă a pacienţilor medicaţi. Însă, evoluţia concepţiilor privind medicaţia pacienţilor cu TPCE reflectă nivelul metodelor de investigare şi diagnosticare, de gândire clinică a medicului, de supraveghere a pacienţilor în procesul tratamentului. Dezvoltarea şi perfecţionarea metodelor de monitorizare în TPCE au demonstrat că terapia medicamentoasă trebuie să fie începută cât mai timpuriu pentru a jugula procesul sau a-l recanaliza spre evoluţie benignă.

În cazurile în care utilizarea unui anticonvulsivant în doză terapeutică maximă este cauzată de apariţia fenomenelor adverse, adesea se încearcă reducerea ei, cu suplimentarea altui anticonvulsivant, pentru sumarea efectelor preparatelor, dar care se poate asocia cu un atac mai intens asupra echilibrului funcţional din organism. De aceea, prescrierea combinată a preparatelor impune un control minuţios în dinamică al stării funcţionale a rinichilor, ficatului şi al tabloului sângelui periferic.

Odată ce constatăm afectarea acestor sisteme, procedăm la tratamente cu remedii care ameliorează, direct sau indirect, procesele metabolice sistemice şi, în special, pe cele cerebrale.

Nootropele ameliorează activitatea psihică a pacienţilor, acţionând asupra funcţiilor integrative ale encefalului prin stimularea proceselor metabolice şi protejarea encefalului de hipoxie. Din cauza efectului stimulator, majoritatea acestor remedii au fost indicate în orele matinale sau pe parcursul zilei. Excepţie face *Oxibutiratul de natriu* care are efecte sedative. Proprietăţile nootrope, antiastenice şi activizatoare sunt mai marcate la *Piracetamum* şi mai reduse la *Enerbolum*, *Piritinolum* şi *Acidul Gama - Aminobutiric*. Acţiune antiparkinsoniană, anticonvulsivantă şi slab tranchilizantă dezvoltă *Acidul Homopantenic* şi *Fenibutum*. Pentru situaţiile mai speciale, când pacientul cu TPCE prezintă simptome depresive, se va prefera suplimentarea *Piritinolum*, care manifestă proprietăţi antidepresive şi neurostimulatoare. Unicul efect advers al nootropelor este cel stimulator, care poate acutiza simptomatologia productivă şi stimula focarul epileptogen.

Remediile cu acţiune metabolică generală se referă convenţional doar la psihotrope, iar efectul neurometabolic al acestor preparate este doar o parte componentă a acţiunii lor metabolice globale asupra organismului. Acţiune nespecifică metabolică exercită vitaminele din grupul B, dintre care mai convenabilă se recomandă forma vitaminei B_1 *–Benfotiaminum* (care se administrează

peroral). Ultima constă din două remedii active – *Benfogamum* şi *Milgamum*. În calitate de supliment preţios sau alternativ al terapiei cu nootrope pot fi considerate aminoacizii şi neuropeptidele, *Cerebrolysinum* cu efect favorabil asupra metabolismului proteic. În dereglările subcorticale s-au dovedit efective remediile dopaminergice *Nakomum* şi *Levodopa*, precum şi *Bromocriptinum, Glicinum*, *Aciduum Glutaminicum*, care stimulează şi ele metabolismul unor aminoacizi dotaţi cu tropism faţă de ţesutul nervos.

Remediile cerebrovasculare. Acţiunea neurometabolică a acestora este determinată de efectul lor hemodinamic. Multe din ele (de exemplu, *Rederginum*, *Nicergolinum*) dezvoltă şi alte efecte, inclusiv acţiuni psihostimulatoare – *Rederginum*; mai puţin *Nicergolinum*, preparatele gingobelobei; cu acţiune uşor sedativă – *Cinnarizinum*.

Deducţia de esenţă pentru valoarea diferitelor tratamente medicamentoase în asistarea TPCE este cea de preferinţă a monoterapiei. Selecţia medicamentului se bazează pe tipul crizelor, iar selectarea dozei optime permite adesea controlul eficient al crizelor.

Conchidem că există mai multe modalităţi de a remedia funcţiile neurometabolice ale organismului pacientului cu TPCE influenţat de medicamente indicate în regim de durată. Sugerăm medicilor specialişti în domeniul psihiatriei, neurologiei, precum şi medicilor de familie care supraveghează evoluţia maladiei la pacient, că ei trebuie să amelioreze procesele metabolice globale şi, în special neurometabolicele, mai ales că pentru aceasta ei pot opera cu un spectru bogat de remedii accesibile la care ne-am referit în această ordine de idei.

7.8. Reabilitarea medicală şi psihosocială a pacienţilor cu TPCE

Reabilitarea bolnavilor cu TPCE este mult mai complexă și dificilă comparativ cu alte categorii de bolnavi – reîncadrarea în familie, comunitate și în munca productivă. Acest fapt conturează adevărata proporție dacă luăm în considerare că incidența reală a bolii este foarte înaltă. Cercetările medico-socilogice subliniază dificultatea încadrării bolnavilor cu TPCE în mediul familial, social și profesional. Bolnavii cu TPCE integrează bonavi cu oligofrenie, demență, tulburare de personalitate, comportament, psihoze și cu stigmatizări. TPCE evidente manifestate la epileptici evocă opinii și atitudini diverse din partea familiei, colectivului de muncă și din partea societății. Nivelul de cultură, educație și toleranță al mediului decide soarta reabilitării pacientului cu TPCE. Relațiile interpersonale fericite și climatul psihologic pozitiv în familie, colectiv și comunitate nu admit dezonorarea personalității și exclud fenomenul de stigmatizare. Și invers, relațiile ostile, conflictele implică eșecul tratamentului și al procesului de reabi-

litare. Reacţiile destructive faţă de bolnavului cu TPCE, în loc de a facilita încadrarea socială a bolnavului, mai mult o îngreunează. Remarcăm că creşte nivelul de conştientizare a societăţii referitor la angajarea în câmpul muncii a bolnavilor cu TPCE. La moment, în Republica Moldova încadrarea epilepticilor în câmpul muncii este în permanentă creştere. În continuare trebuie combătută tendinţa de a scoate din muncă bolnavii cu TPCE din teama de răspundere, în eventualitatea producerii unor accidente de muncă, sau din teama unei prezenţe neregulate la serviciu. Această tendinţă este nejustificată etic, întrucât munca este nu doar necesară pentru societate, dar constituie şi un factor primordial în tratamentul bolnavilor cu TPCE, contribuind la reabilitarea acestora şi la ridicarea demnităţii lor de om, dar şi a angajatorilor (adaptat după [30]).

Reabilitarea psihică a bolnavilor cu TPCE implică un şir de măsuri orientate spre recăpătarea stării psihice şi sociale a bolnavilor. Acest tip de asistenţă reprezintă componenta principală a reabilitării armonioase, care include măsuri de restabilire a deprinderilor motorii şi verbale de menaj ale bolnavilor cu TPCE (adaptat după [47, 51]**).**

Capitolul 8.
Restabilirea abilităților psihice şi reabilitarea socială a pacienţilor cu TPCE

Restabilirea activităţii psihice şi a relaţiilor sociale a pacienţilor epileptici cu TPCE include:

- **Terapia de reabilitare** a pacienţului epileptic cu TPCE este orientată spre prevenirea formării defectului psihic şi restabilirea funcţiilor dereglate. Această etapă de reabilitare se desfășoară în perioada acută a bolii pacientului cu TPCE în condiţii de staţionar.
- **Readaptarea/adaptarea** pacienţului epileptic cu TPCE la condițiile mediului în care pacientul s-a aflat până la boală. Se realizează după curele de terapie specifică, fiind monitorizat în regim ambulatoriu ghidat de medic și de echipa multidisciplinară din centrele teritoriale de sănătate mintală.
- **Resocializarea** pacientului epileptic cu TPCE prevede montorizarea echipei multidisciplinare, dar și feedback-ul din partea pacientului cu TPCE. Astfel se preconizează restabilirea abilităților intelectual-mnezice ale pacienților cu TPCE și compensarea tulburărilor comportamentale, atingând acel nivel prielnic pentru a se încadra în calitate de membru al comunității, fără superstiții și de dezonorări din partea membrilor comunității, familiei. Pacientul cu TPCE reabilitat complet devine abil pentru activitatea umană utilă societății bucurându-se de adevărată demnitate de om și cetățean.

Capitolul 9.
Unele rezultate și concluzii

- ✓ Probabilitatea de recădere a remisiunilor la bolnavii de epilepsie nu depinde de faptul când a debutat epilepsia, fiind în egală măsură posibilă atât în fazele incepiente de îmbolnăvire, cât și în fazele tardive de epilepsii. Prognoza probabilității de recădere a remisiei este determinată numai de forma evolutivă a epilepsiei (de tipul epilepsiei).
- ✓ Rezultatele noastre pot fi corelate, de exemplu, cu datele mai recente obținute de către Y.Schiller, care a folosit metode statistice similare și a constatat că 40,2% din pacienți cu remisiuni de peste 5 ani cu medicație n-au avut recidive pe parcursul vieții [35].
- ✓ S-a demonstrat că cu cât e mai mare „vechimea de bolă (epilepsie)", cu atât e mai mare probabilitatea de recidivare a acceselor. Prin urmare, proporția de pacienți cu recidive este direct dependentă de durata bolii.
- ✓ Aceasta constatare corespunde definiției epilepsiei date de Comisia ILAE: *„Epilepsia este o boala a creierului care se caracterizează prin predispoziție persistentă pentru a genera crize epileptice și cu consecințe neurobiologice, cognitive, psihologice sociale ale acestora"*. În definiția epilepsiei se specifică „repetarea a cel puțin două accese".
- ✓ S-a constat că definiția epilepsiei propusă în 1989 de Comisia ILAE reflectă aspectele clinice și sociale ale bolii. R.S. Fisher și coautorii vizează epilepsia în context cu aspectul neurobiologic și indispensabil de societatea în care trăiește pacientul, pentru care repetarea chiar numai a unei singure crize de epilepsie dezonorează grav psihicul pacientului și poartă denumirea *stigmatizare*. În literatura de spacialitate se menționează că probabilitatea de recidive ale acceselor la anularea terapiei antiepileptice este considerabil mai mare în primii 5 ani de retragere a medicamentelor antiepileptice.
- ✓ S-a constatat, de asemenea, că epilepsia criptogenă demonstrează eșecuri de remisiune mai devreme decât în restul formelor de epilepsie.
- ✓ Rezultatele noastre nu coincid cu cele din literatură de specialitate referitoare la rolul epilepsiei simptomatice ca factor determinant nefavorabil în evoluția epilepsiei. Acest fapt se explică prin mentalitatea specifică pentru Republica Moldova, unde bolnavii de epilepsie criptogenă nu se consideră bolnavi adevărați de epilepsie. Epilepsia criptogenă este considerată de populație ca o boală necunoscută din cauza absenței factorului declanșator de boală. Prin urmare, se consideră că boala trece

de la sine fără intervenția medicului. Astfel, pacienții se adresează târziu la medic cu o formă avansată de boală. Pe de altă parte, în cazul formelor de epilepsii simptomatice unde se cunoaște o cauză a bolii, adresările la medic sunt mult mai devreme – în fazele incipiente și neavansate ale acesteia.

- ✓ **În premieră se constată că în Republica Moldova, din cauza adresărilor întârziate ale bolnavilor cu epilepsii criptogene (formle benigme de epilepsii), formele maligne (epilepsiile simptomatice) în aparență par mai benefice, iar cele benigne (criptogene) par mai maligne.** Prin urmare, pacienții se aresează cu întârziere la medic deja în calitate de bolnavi de epilepsie în faze avansate și cu multiple consecințe sub aspect psihologic, social și psihiatric.

Au fost:

- ✓ definite noțiunile de bază referitoare la tulburările psihice și de comportament la pacienții cu epilepsie și s-a făcut delimitarea lor;
- ✓ stabilite criteriile de delimitare pentru tulburările afective la bolnavii cu TPCE;
- ✓ date recomandări pentru tratament și elucidate eventualele efecte terapeutice în urma acestor interacțiuni ale remediilor psihoactive în tratamentul TPCE;
- ✓ delimitate tulburările psihice și de comportament la pacienții cu efect de remisiune terapeutică în TPCE;
- ✓ elaborați algoritmii de conduită în asistența pacienților cu TPCE;
- ✓ reflectate și descrise căile de depășire a efectelor adverse în urma medicației pentru TPCE;
- ✓ formulate și elaborate metodici pentru restabilirea abilităților psihice și reabilitarea socială a pacienților cu TPCE.
- ✓ elaborate:
  - Ghidul pacientului cu tulburări psihice și de comportament în cadrul epilepsiei
  - Ghidul pentru pacient și persoanele care asistă.

Anexe

Anexa 1. Efectele clinice ale antipsihoticelor

Medicamentul	Efect sedativ	Efect antipsihotic	Efect antidelirant
Clorpromazinum	++++	++	+
Levomepromazinum	++++	+	+
Periciazinum	+++	+	+
Preponderent cu acţiune antipsihotică			
Trifluoperazinum	++	+++	++++
Haloperidolum	++	+++	++++
Flufenazinum	+	+++	+++
Preponderent cu acţiune stimulantă			
Sulpiridum	-	++	+
Antipsihotice atipice			
Clozapinaum	++++	+++	+++
Quetiapinum	+	++	+++
Risperidonum	+	++	+++
Olanzapinum	++	+++	+++

(++++) – acţiune maximă;
(+++) – acţiune exprimată;
(++) – acţiune moderată;
(+) – acţiune slabă;
(-) – acţiune absentă.

Anexa 2. **Remedii antipsihotice utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/psihotice la pacienţii cu TPCE**

Medicamentul	**Doze (mg)**		
	mici	**medii**	**mari**
Haloperidolum	5-10	10-30	30-100
Clozapinum	50-100	100-300	300-600
Levomepromazinum	50-100	100-400	400-600
Olanzapinum	5-10	10-15	15-20
Risperidonum	2-4	4-8	8-16
Sulpiridum	200-400	400-600	600-2000
Trifluoperazinum	5-15	15-50	50-100
Flufenazinum	3-10	10-15	15-20
Clorpromazinum	25-75	250-300	600
Amisulpridinum	50	150	300
Quetiaminum	200	300	450

Anexa 3. **Remedii antipsihotice cu eliberare prelungită utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/psihotice la pacienţii cu TPCE**

Medicamentul	Dozele (în mg, i.m.)	Durata de acţiune
Decaldolum	50-300	2-3 săptămâni
Moditen depo	25	2 săptămâni

Anexa 4. **Remedii pentru tratamentul efectelor secundare (extrapiramidale) ale terapiei cu antipsihotice la pacienţii cu TPCE**

Medicamentul	Doza diurnă (mg)
Tolperisonum	100-450
Trihexifenidylum	5-20
Trihexifenidylum	2-8

Anexa 5. **Remedii tranchilizante şi hipnotice utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/psihotice la pacienţii cu TPCE**

Denumirea medicamentului original	**Doze minime (mg)**	**Doze medii (mg)**	**Doze maxime (mg)**
Alprazolamum	0,5-4	4-6	6-10
Bromazepamum	3-12	12-18	18-36
Diazepamum	5-20	20-40	40-60
Zolpidem	5-10	10-15	15-20
Zopiclone	3,75	7,5	15
Zaleplone	10	10	10
Clonazepamum	0,5-2	4-8	8-16
Oxazepamum	10-20	30-60	60-90
Tofizopamum	50-150	150-200	200-300
Chlordiazepoxidum	20-40	40-60	60-100

Anexa 6. **Antidepresivele utilizate în tratamentul tulburărilor psihice/ psihotice la pacienţii cu TPCE**

Denumirea medicamentului original	Doze minime (mg)	Doze medii (mg)	Doze maxime (mg)
Triciclice			
Clomipraminum	25-75 i.m. 25-50 i.v.	100-225 i.m. 75-100 i.v.	250-300 i.m. 100-150 i.v.
Tetraciclice			
Maprotilinum	25-75	100-175	200-250
Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei			
Paroxetinum	10	20	40-80
Sertralinum	50	50-100	150-200
Fluvoxaminum	50	100-200	250-400
Fluoxetinum	20	20	40-80

Anexa 7. **Dozele principalelor remedii psihoactive şi nootrope utilizate în tratamentul tulburărilor neuropsihice la copiii şi adolescenţiii cu TPCE**

Denumirea medicamentului	Dozele medii şi maxime în 24 de ore (mg)		
	3-6 ani	7-14 ani	15-18 ani
Antipsihotice			
Haloperidolum	0,1-0,3	0,75-4,5	1,5-9
Clozapinum	-	12,5-75	25-200
Levomepromazinum	-	12,5-75	12,5-100
Sulpiridum	25	50-100	100-200
Trifluoperazinum	0,25-5	1,0-15,0	5-40
Clorpromazinum	6-25	12,5-100	25-200
Risperidonum	0,25-0,5	0,5-1	1-2
Săruri de litiu			
Carbonat de litiu	-	600-900	600-1200
Antidepresive			
Amitriptyilinum	6,25-12,5	12,5-75	25-125
Clomipraminum	-	12,5-75	25-125
Sertralinum	-	-	25-100
Fluoxetinum	-	-	20-40
Fluvoxaminum	+	+	100-300
Tranchilizante şi hipnotice			
Alprazolamum	-	-	0,125-1,5
Diazepamum	1-5	2,5-10	5-20
Tofizopamum	-	25-50	50-100
Chlordiazepoxidum	5-10	10-20	10-50

Denumirea internațională a remediului	Sinonime	Forma de livrare	Doza diurnă, mg	
			Min.	Max.
I. Cu acţiune preponderent sedativă				
Clorpromazinum	*Aminazină*	Fiolă 2,5% - 1 ml; comp. 25; 50; 100 mg	25	100
Clozapinum	*Azaleptină*	Comp. 25; 100 mg	6	300
Levomepromazinum	*Tisercin*	Fiolă 2,5% - 1 ml; comp. 25 mg	7.5	150
II. Cu acţiune preponderent antipsihotică				
Haloperidolum		Fiolă 0,5% - 1 ml; comp. 1,5 - 5 mg	0.35	15
Risperidonum	*Rispolept*	Tab. 1,2 mg	4	25
Flufenazinum	*Moditen-depo*	Fiolă 0,25% - 1 ml; comp.1,5 mg	1.5	15
Trifluoperazinum	*Triftazină*	Fiolă 0,2% - 1 ml; comp. 1,5 mg	2	20
III. Cu acţiune preponderentă asupra dereglărilor limitrofe (dezinhibitorii)				
Sulpiridum	*Eglonyl*	Fiolă 5% - 2 ml; comp. 200 mg	50	400

Anexa 8. **Neurolepticele esenţiale folosite în tratamentul pacienţilor cu TPCE**

Denumirea internațională a remediului	**Sinonime**	**Forma de livrare**	**Doza diurnă (mg)**	
			min	**max**
I. Cu acţiune preponderent sedativă				
Clorpromazinum	*Aminazină*	Fiolă 2,5% - 1 ml; comp. 25; 50; 100 mg	25	100
Clozapinum	*Azaleptină*	Comp. 25; 100 mg	6	300
Levomepromazinum	*Tisercin*	Fiolă 2,5% - 1 ml; comp. 25 mg	7,5	150
II. Cu acţiune preponderent antipsihotică				
Haloperidolum		Fiolă 0,5% - 1 ml; comp. 1,5 - 5 mg	0,35	15
Risperidonum	*Rispolept*	Tab. 1,2 mg	4	25
Flufenazinum	*Moditen-depo*	Fiolă 0,25% - 1 ml; comp. 1,5 mg	1,5	15
Trifluoperazinum	*Triftazină*	Fiolă 0,2% - 1 ml; comp. 1,5 mg	2	20
III. Cu acţiune preponderentă asupra dereglărilor limitrofe (dezinhibitorii)				
Sulpiridum	*Eglonyl*	Fiolă 5% - 2 ml; comp. 200 mg	50	400

Anexa 9. **Antidepresivele esenţiale folosite mai frecvent în tratamentul pacienţilor cu TPCE**

Denumirea internațională a remediului	Sinonime	Forma de livrare	Doza nicteme-rală (mg)	
			min	max
I. Cu acţiune preponderent stimulatoare				
Clomipraminum	*Clominal*	Fiolă 1,25% - 2 ml; comp. 25 mg	6	75
Imipraminum	*Melipramină*	Fiolă 1,25% - 2 ml; comp. 25 mg	6	50
Paroxetinum	*Rexetină, Seroxat*	Comp. 20; 30 mg	5	40
Fluoxetinum	*Prozac, Deprenon*	Comp. 20 mg	10	40
II. Cu acţiune preponderent sedativă				
Amitriptylinum	*Triptizol*	Fiolă 1% - 2 ml; comp. 10; 25 mg	6	75
Maprotilinum	*Ladisan*	Comp. 12,5 mg	4	40

Anexa 10. **Tranchilizantele esenţiale folosite în tratamentul pacienţilor cu TPCE**

Denumirea internaţională a remediului	**Sinonime**	**Forma de livrare**	**Doza nicte-merală (mg)**	
			min	**max**
I. Cu efect pronunţat de inhibiţie (majore)				
Oxazepamum	*Tazepam, Nozepam*	Comp. 10 mg	10	60
II. Fără efect pronunţat de inhibiţie (diurne)				
Tofizopamum	*Grandaxin*	Comp. 50 mg	25	150

Anexa 11. **Remediile neurometabolice care pot fi incluse în tratamentul pacienţilor cu TPCE**

Denumirea internațională a remediului	**Sinonime**	**Forma de livrare**	**Doza diurnă (mg)**	
			min	**max**
I. Nootrope				
Acid gama-minobutiricum	*Aminalonum*	Comp. 250 mg	500	1500
Piracetam	*Nootropilum*	Fiolă 20% - 5 ml; caps. 400 mg	800	10000
II. Metabolice generale				
Glicinum	*Glicisedum*	Comp. 100 mg	100	600
Levodopa	*Isicomum*	Comp. 500 mg	250	4000
Nakomum	*Madoparum*	Comp. 250 mg	125	4000
III. Cerebrovasculare				
Vinpocetinum	*Cavintonum*	Fiolă 0,5% - 2 ml; comp. 5 mg	5	30
Stugeronum	*Cinnarizinum*	Comp. 25 mg	25	150
Niceroglinum	*Sermionum*	Fiolă 4 mg; comp. 5;10 mg	4	30

Anexa 12. Tulburări psihice și de comportament în cadrul epilepsiei: Ghid pentru pacient și persoanele care asistă

Introducere

Ghidul include informaţii despre asistenţa medicală şi tratamentul „Tulburărilor psihice și de comportament în cadrul epilepsiei" în serviciul de sănătate din Republica Moldova. Ghidul este destinat pacienţilor, familiilor acestora şi persoanelor care asistă această categorie de pacienți, dar și celor care doresc să cunoască cât mai mult despre această afecţiune.

Ghidul va facilita înţelegerea opţiunilor de îngrijire şi de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detaliu sau analizele şi tratamentul necesar. Aceste aspecte pot fi discutate cu medicul de familie sau cu o asistentă medicală. Deoarece accesele epileptice nu sunt unica și incontestabila manifestare la bolnavii epileptici, trebuie să știm că manifestarile clinice ale tulburărilor psihice și de comportament în cadrul epilepsiei pot fi clasificate în:

- tulburări psihice de nivel psihotic;
- tulburari psihice de nivel non-psihotic;
- tulburări psihice permanente (de personalitate şi intelectuale).

La fel de important este să știm că bolnavii epileptici au trăsături deosebite de caracter, precum: pedanterie comică și o dragoste scrupuloasă de ordine în casă și în respectarea indicațiilor medicilor; înregistrarea scrupuloasă și pedantică a crizelor pe tot parcursul bolii, a indicațiilor medicale privind curele de tratament, a multiplelor detalii ce țin de natura acceselor, de senzațiile și circumstanțele în care se manifestau accesele, a factorilor și senzațiilor ce premerg accesele și stările paroxismale; miticulozitate în descrierea stării sale și a condițiilor înainte de fiecare acces sau stare paroxismală și multe alte componente în legătura cu aceasta. Infantilism, imaturitate emoțională, dorința extremă pentru dragoste de adevăr și dreptate; tendința de a predica banal și edificator, idei și expuneri de supravaloare față de rude, prieteni, despre care pacienții vorbesc cu accent pe calitățile lor pozitive, atașament excesiv față de oameni, situații, obiecte și animale, optimism epileptic în fermitatea de a continua tratamentul și de a căuta remedii pentru a se face „bine, sănătoși". Încrederea fermă și incontestabilă în însănătoșire de boala epileptică pentru care sunt aduse „observații, opinii proprii despre boala epieptică, redau cu lux de amănunte din senzațiile suportate, cum se manifestă la ei accesele, dar și despre cele văzute la alți pacienți", prin care bolnavii imbărbătează medicii și expun incontestabila și irevocanta credință în curabilitatea la ei a epilepsiei. Egocentrism epileptic – încredere fermă în propriul „*eu*", care este întotdeauna în centrul atenției la pacienți. Ranchiunea este una dintre principalele schimbări prezente pentru natura epilepticului.

Indicaţiile din Ghid acoperă:

- Să știți modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are o tulburare psihică și de comportament în cadrul epilepsiei. E știut că epilepsia este o maladie curabilă cu mare eficiență; respectiv, tulburările psihice și de comportament în cadrul epilepsiei au la fel o bună curabilitate. De aceea, dacă se depistează la pacienți tulburări psihice comportamentale și de personalitate, nu trebuie să se geneze de acest fapt, ci trebuie să fie hotărâți în îndemnul de a învinge boala. Epilepsia nu trebuie să conducă viaţa lor.
- Să știți modul în care stilul de viață poate influenţa evoluţia maladiilor. Care sunt cauzele acestei maladii? Cauze ale declanșării tulburărilor psihice în epilepsie pot fi cele mai diverse. Debutul atipic al maladiei nu este apariția acceselor convulsive epileptice, primare sunt manifestările sub formă de tulburări psihice și de comportament (depresii, anxietăți, atacuri de panică, comportament violent și impulsiv, stări de halucinații vizuale, stări de déjà-viu). Sunt importante și trauma cerebrală, tumorile cerebrale, meningita, encefalita, sifilisul cerebral; diverse intoxicaţii în urma întrebuinţării alcoolului, drogurilor, narcozei, intoxicării cu oxid de carbon, tulburările endocrine, alergiile, leziunile perinatale, tulburările metabolice. Printre cauzele ce pot face epilepsia iminentă se înscrie și predispoziția ereditară.
- Să știți medicamentele ce necesită a fi prescise pentru tratament. În mod normal, pacientul trebuie să urmeze tratamentul cu anticonvulsivante până la stadiul când crizele vor lipsi timp de mai mulți ani (nu mai puțin de 2 ani) și periodic cu antidepresante, nootrope, depletive. Însă, doar medicul poate hotărî dacă tratamentul poate fi sistat. În anumite cazuri, tratamentul se va prelungi pentru o perioadă nedeterminată de timp.
- Să știți modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu tulburări psihice și de comportament în cadrul epilepsiei. Este obligatoriu tratamentul prelungit de întreținere aniepileptic și periodic cu antidepresante, nootrope, depletive. Uneori se recurge la o dietă specială, bazată pe grăsimi, în special în cazurile când epilepsia nu răspunde la tratamentul medicamentos. În unele cazuri poate fi de ajutor un implant, numit stimulator al nervului vag. Se respectă cu strictețe regimul de somn-veghe, se limitează consumul de lichide și sărat, mai ales în orele de seară. Este strictă respectarea regimului non-etanolic. Trebuie luat în considerare și faptul că acești bolnavi au nevoie de limitări fizice și psihice stresante.
- Luați aminte că comportamentul bolnavului poate fi determinat de unele probleme sociale care pot genera stresul, o tulburare emoţională, plictiseala.

- Este obligator a dezminți mitul despre incurabilitatea epilepsiei.
- Nu marginalizați bolnavii epileptici de alți membri ai comunității.

Să știți că:

- bolnavul cu epilepsie nu trebuie să aibă impedimente pentru o activitate sau instruire profesională, fiindcă numai în condițiile de integrare în comunitate poate fi evitată stigmatizarea lor;
- conducerea automobilului de către bolnavul epileptic sub tratament este interzisă. Conducerea autovehiculelor poate fi reluată la doi ani dupa întreruperea tratamentului anticonvulsivant, cu condiția dispariției crizelor;
- sportul de performanță nu poate fi practicat, fiind contraindicate scufundările, ascensiunile, înotul nesupravegheat;
- bolnavul epileptic nu trebuie sa consume alcool, sa lucreze la înălțime, în apropierea unor utilaje în mișcare, a unor surse de foc; la fel, el nu poate să facă serviciul militar;
- tulburarile psihice survenite la bolnavii epileptici creează dificultăți de adaptare socioprofesională și sociofamilială. Urmărirea și asistența modificărilor psihice sunt necesare pentru creșterea calității vieții subiecților;
- diagnosticul manifestărilor psihice critice în epilepsie se sprijină pe mai multe categorii de fapte ce necesită o analiză amanunțită.

Criteriile cu valoare practică:

- Relatările bolnavului (chiar cele parțiale) referitoare la ceea ce a „*trait*”, „*simțit*” în timpul crizei, coroborate cu date obiective relatate de persoanele care au văzut desfășurarea crizei.
- Descrierea desfășurării crizei, eventual a atitudinii, a actelor psihomotorii, raspuns la incitații și la orice alt fenomen, inclusiv comportamentul general al bolnavului din timpul crizei.
- Analiza atentă a eventualei simptomatologii asociate în afara celei pur psihice.
- Stabilirea anterioară a unor manifestări cu caracter de criză.
  - ✓ Un membru al familiei sau un prieten apropiat ar trebui instruit astfel încât să poată acorda ajutor în cazul producerii unei crize. Indivizii care tocmai au avut o criză nu ar trebui lăsaţi singuri până când se trezesc complet şi se pot deplasa normal.

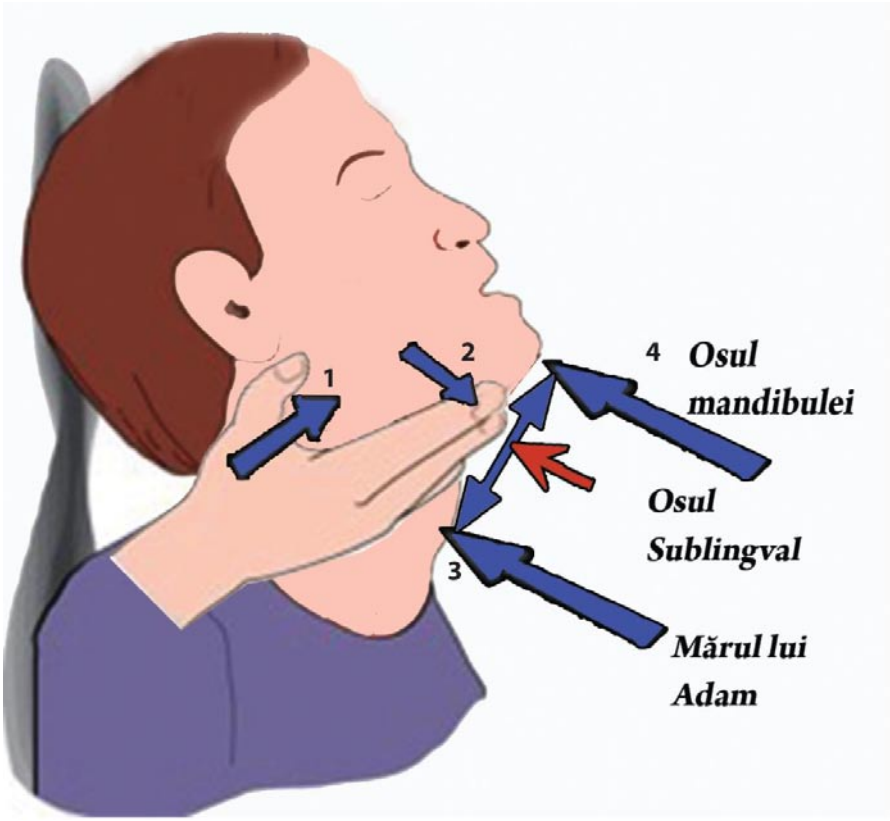
Cele descrise mai sus țin de deprideri practice elementare.

Noi însă considerăm că este deosebit de importantă modalitatea de a acționa eficient practic în cazul unei crize convulsive care poate fi controlată astfel:

1) Nu ar trebui să se încerce introducerea unui obiect – cum ar fi o lingură – în gura pacientului cu scopul de a proteja limba acestuia, deoarece

aceste încercări pot face mai mult rău decât bine. Se pot produce leziuni ale dinţilor sau pacientul îl poate muşca neintenţionat pe cel care acordă ajutor (atunci când muşchii maseteri se contractă). Persoanele care îşi pierd cunoştinţa ar trebui întoarse pe o parte, astfel încât să poată respira mai uşor.

2) Este important a se proteja pacientul faţă de căderi. Fixăm cu siguranță mandibula pacientului cu pernuțele degetului mare din ambele părți și apoi, folosindu-ne de pârghia obținută, fixăm totodată cu degetele mâînilor osul subligual. Reținem această poziție fixă pentru a evita prolabsul limbii în căile respiratorii superioare și alte mișcări ale limbii, asigurând astfel securitate și evităm mușcarea ei. Eliberăm din această pârghie improvizată pacientul numai la încetarea accesului epileptic convulsiv. Descheiem hainele acestuia la gât, iar sub cap îi vom pune o pernă.
3) După încetarea accesului convulsiv imediat se restabilește respirația și totodată este eliminată în exces saliva din cavitatea bucală, de aceea trebuie s-o ștergem obligator, pentru a evita inspirarea ei în plămâni în timpul respirației adânci revenite după acces.
4) La revenire, deseori pacienții sunt obnubilați, dezorientați și sunt totodată violenți fizic față de cei din jur, de aceea este deosebit de important să asigurăm protecție pentru cei din jur, informându-i preventiv despre posibilele acte violente din partea pacienților după accesele convulsive epileptice. Îi informăm și îi instruim despre necesitatea de a fi vigilenți, să ocupe o poziție laterală și la o distanță sigură nepericuloasă, suficientă pentru a se retraje în scop de precauție și de a anticipa agresarea fizică din partea pacientului.



1-2: Procedura de fixare a osului sublingval
1. Forța aplicată asupra mandibulei
2. Forța acțiunii ambelor mâini asupra osului sublingval pentru a-l imobiliza
3-4: Determinarea proiecției osului sublingval
3. Marginea cartilajului laringian
4. Din marginea exterioară internă a osului mandibular

Diagnosticul pozitiv se face în baza evidențierii elementelor definitorii ale epilepsiei. Acestea sunt:

- Manifestări convulsive și/sau echivalentele lor cu caracter paroxistic;
- Modificări caracteristice EEG;
- Tulburări psihice critice și/sau intercritice.

Anexa 13. **Certificatul AGEPI de înregistrare a obiectelor dreptului de autor și drepturilor conexe**



REPUBLICA MOLDOVA

Agenția de Stat pentru
Proprietatea Intelectuală

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR DREPTULUI DE AUTOR ŞI DREPTURILOR CONEXE

SERIA OŞ NR. 5526

DIN 16.12.2016

Eliberat în temeiul Legii nr.139/2010 privind dreptul de autor şi drepturile conexe, obiectul de pe verso a fost înregistrat în Registrul de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor şi drepturile conexe

AGENȚIA DE STAT PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ * REPUBLICA MOLDOVA *

Director General

CHIŞINĂU

Seria: OŞ (operă ştiinţifică)

Numărul de înregistrare: 5526

Data înregistrării: 07.12.2016

Numărul cererii: 267

Denumirea obiectului: „TULBURĂRI PSIHICE ŞI DE COMPORTAMENT ÎN EPILEPSIE: clasificarea, diagnosticul, algoritmii de conduită, anamneza, manifestările clinice, investigaţiile paraclinice, tratamentul, reabilitarea, resursele necesare, profilaxia, ghidul pentru pacient şi persoanele care asistă."

Autori:

Popov Alexandru **IDNP:** 0982402445486

Butnaru Mariana **IDNP:** 0991301882533

Căpăţână Gheorghe **IDNP:** 0970904420324

Căpăţână Ana **IDNP:** 0970907426361

Titularul drepturilor patrimoniale:

Universitatea de Stat din Moldova **IDNO:** 1006600064263

L.Ş. **Şef Direcţie Drept de Autor**

AGENŢIA DE STAT
PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ
A REPUBLICII MOLDOVA
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНСТВО
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

Anexa 14. **Diploma de conferire a Medaliei de Aur *Lucrării***



International Specialized Exhibiton

"INFOINVENT"

DIPLOMA

GOLD MEDAL

is awarded to

POPOV ALEXANDRU, BUTNARU MARIANA, CĂPĂȚÂNĂ GHEORGHE, CĂPĂȚÂNĂ ANA

for

LUCRAREA: TULBURĂRI PSIHICE ȘI DE COMPORTAMENT ÎN EPILEPSIE

CHAIRMAN OF THE ORGANIZING COMMITEE

CHAIRMAN OF THE INTERNATIONAL JURY

15-18 November 2017,
Chisinau, Republic of Moldova


THE STATE AGENCY ON INTELLECTUAL PROPERTY OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA
I.S.E.
INFOINVENT
15 - 18, November, 2017
Chisinau,
Republic of Moldova

Anexa 15. **Diploma de conferire a Medaliei de Argint *Lucrării***



ROMANIAN INVENTORS FORUM

FORUMUL INVENTATORILOR ROMÂNI

IAȘI - ROMÂNIA

DIPLOMA

EUROINVENT MEDAL

se acordă

POPOV Alexandru, BUTNARU Mariana, CĂPĂȚÂNĂ Gheorghe, CĂPĂȚÂNĂ Ana

pentru

TULBURĂRI PSIHICE ȘI DE COMPORTAMENT ÎN EPILEPSIE

President,
Ass.Prof.Eng.PhD. Andrei Victor SANDU

EURO INVENT
www.euroinvent.org

Chișinău, 15-18.12.2017

www.afir.org.ro


EUROINVENT European Exhibition of Creativity and Innovation
EUROPEAN EXHIBITION OF CREATIVITY AND INNOVATION
EURO INVENT
IASI
ROMANIA

BIBLIOGRAFIA

1. Arseni C., Popoviciu L. *Epilepsiile*. București: Editura Științifică și Enciclopedică 1984. - 644 p.
2. Barry J., Lembke A., Huynh N. *Affective disorders in epilepsy.* In: Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment. A. Ettinger, A. Kanner (Eds.). - LWW, Philadelphia, 2001, p. 45-71.
3. Bamberger Ph., Matthes A., Huber G. *Psychiatrie. Lehrbuchfür Studium und Weiterbildung*. Schattauer, 2004. - 780 p.
4. Blumer D. *Dysphoric disorders and paroxysmal affects: recognition and treatment of epilepsy-related psychiatric disorders*. In: Harvard Rev. Psychiatry, 2000, vol. 8, p. 8-17.
5. Blumer D. *Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis*. In: The neuropsychiatry of epilepsy. M.Trimble, B.Schmitz (Eds.). - Cambridge, 2002, p. 107-116.
6. Butnaru M., Capatana A., Capatana Gh., Cobileanschi O., Popov A. *The Intelligent Support System for Remission in Patients with Psychiatric Disorders in Epilepsy.* ICNBME-2011. In: International Conference on Nanotechnologies and Biomedical Engineering German Moldovan Workshop on Novel Nanomaterials for Electronic, Photonic and Biomedical Applications, Chisinau, July 7-8, 2011. - Chisinau: „Elan Inc." SRL, 2011, p. 452-454.
7. Butnaru M., Căpăţână Gh., Popov A. *Sistem expert în psihiatrie*. În: Materialele Conferinţei ştiinţifice internaţionale în memoria prof. univ. V.A. Zolotarevschi „Ecuaţii integrale şi modelarea problemelor aplicative - Integral Equations and Modeling of Applied Problems (IEMAP-2005)". - Chişinău: UCCM, 2005, vol. II, p. 249-251.
8. Casian I., Nistrean L., Popov A. *Aplicarea rezultatelor testului de dizolvare în modelarea farmacocineticii preparatului Orfiril long*. În: Analele Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu". Seria „Probleme medico-biologice, farmaceutice și de sănătate publică". - Chișinău, 2003, vol. 1, p. 252-256.
9. Devinsky O. *Interictal Behavioral Changes in Epilepsy.* In: Epilepsy and Behavior. Eds. O. Devinsky et al. - NY: Wiley-Liss, 1991, p. 1-21.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Source Information*, https://www.nlm.nih.gov/
11. Engel J., Wilson C., Lopez-Rodriguez F. *Limbic connectivity: anatomical substrates of behavioural disturbances in epilepsy*. In: Trimble M., Schmitz B. (ed.) The neuropsychiatry of epilepsy. - London, Cambridge: Cambridge University Press, 2002, p. 18-37.

12. Fisher R.S., van Emde Boas W., Blume W., Elger C., Genton P., Lee P., Engel J. Jr. *Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE).* In: Epilepsia, 2005 Apr; 46(4):470-2. PubMed PMID: 15816939
13. Harden C. *The co-morbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology, and treatment*. In: Neurology, 2002, vol. 59(6), p. 48-55.
14. Huber G. *Psychiatrie. Lehrbuchfür Studium und Weiterbildung*. - Schattauer, 2004. - 780 p.
15. Jaspers, K. *Allgemeine. Psychopathologie: fuer Studierende, Aerzte und Psychologen*: 3. verm. u. verb. Aufl. - Berlin: Springer, 1923. - 458 p.
16. Kanemoto K. *Postictal psychoses, revised.* In: The neuropsychiatry of epilepsy M. Trimble, B. Schmitz (Eds.). - Cambridge, 2002, p. 117-131.
17. Kanner A. *Recognition of the various expressions of anxiety, psychosis, and aggression in epilepsy*. In: Epilepsia, 2004, vol. 45 (Suppl.2), p. 22-27.
18. Kreindler A. *Probleme actuale în neurologie*. - București, 1984. - 56 p.
19. Lennox, W.G. *Epilepsy and Related Disorders*. Vol. 1, 2. - Boston-Toronto: Little, Brown and Co., 1960.
20. Lennox, W.G. *Phenomena and Correlations of Psychomotor Triad*. In: Neurology, 1951, no 1, p. 357-383.
21. *Mediacentre. Epilepsy*. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/.
22. Oprea N., Nacu A., Oprea V. *Psihiatrie*. - Chişinău, 2007. - 462 p.
23. Pirozynski T., Chiriță V., Boișteanu P. *Manual de psihiatrie*. - Iași, 1991. - 255p.
24. Pond D.A., Bidwell B.H. *A survey of epilepsy in fourteen general practices. Social and psychological aspects*. In: Epilepsia, 1960, vol. 1, p. 285-299.
25. Popov A. *Componente de e-Learning tulburări psihice și de comportament în epilepsie*. În: Analele Științifice ale USMF. Zilele Universității, 16-18 oct. 2013, Ed. a XIV-a [în 5 vol.]. - Chișinău: USMF, 2013, (CEP „Medicina"). Vol. 3. Probleme actuale în medicina internă, p. 630-637. ISSN 1857-1719.
26. Popov A. *Concept despre tulburările psihice și de comportament la bolnavii cu epilepsie*. *Definiții, delimitări, clasificare*. În: Anale Științifice ale USMF. Zilele Universității, 16-18 oct. 2013. Ed. a XIV-a [în 5 vol.]. - Chișinău: USMF, 2013 (CEP „Medicina"), Vol. 3. Probleme actuale în medicina internă, p. 638-646. ISSN 1857-1719
27. Popov A. *Metodologie originală de tratare a remisiunilor în epilepsie*. În.: Filosofia și cunoașterea economică: Aspecte teoretice, etice și po-

litice: Culegeri de lucrări științifice. - Chișinău: Editura ASEM, 2012, p. 227-235.
28. Popov A. *Studiul clinico-catamnezic al recăderilor remisiunilor la bolnavii de epilepsie cu tulburări psihice*. În: Studia Universitatis Moldaviae. Șeria „Științe reale și ale naturii". - Chișinău: CEP USM, 2014, nr.1(71), p. 46-51. ISSN 1814-3237
29. Popov A., Butnaru M., Căpățână A., Căpățână Gh. *Intelellegent support system for diagnosis and treatment assistance of mintal and behavioral disorders in epilepsy*. In: Conference „Mathematics & Information Technologies: Research and Education" (MITRE-2013). Chişinău, 18-22 August, 2013. Abstracts. - Chișinău: CEP USM, 2013, p. 119-120.
30. Popovici L. *Epilepsiile*. - Clij-Napoca: Dacia, 1976. - 336 p.
31. Ronald W., Pies M.D. *Manual of Psychiatric Therapeutics. Clinical Manual of Psychiatric Diagnosis and Treatment. A Biopsychosocial Approach*., M.D. 1994. - 608 p.
32. Rutter M., Graham P., Yule W. *A Neuropsychiatric Study in Childhood*. Philadelphia: JB Lippincott; 1970.
33. Sander J.W., Hart Y.M. *Epilepsy Questions and Answers*. Merit Publishing, Hampshire, 1999, p. 43-49.
34. Seligsohn R.E. *The personal and emotional aspects of epilepsy*. In: Int. Soc. Work, 1998, no 131, p. 165-172.
35. Schiller Y. *Seizure relapse and development of drug resistance following long-term seizure remission*, 2009.
36. Schmitz B. *Depressive disorders in epilepsy*. In: Seizures, affective disorders and anticonvulsant drugs M. Trimble, B. Schmitz (Eds. Clarius Press, 2002, p. 19-34.
37. Shader, Richard I. *Manual of Psychiatric Therapeutics*. Third edition, 2002. - 528 p.
38. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. - World Health Organization, 2015, http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf (accesat la 02.05.2015).
39. Vrabii L., Groppa St. *Optimizarea reabilitării bolnavilor de vârstă matură cu epilepsie*. În: Conferința a VI-a Națională de Epileptologie și a II-a Conferință Națională de Boli Vasculare Cerebrale, consacrată aniversării a 60 de ani de Învățământ Medical Superior în Republica Moldova (11-13 mai). Chișinău, 2005, p. 154-155.
40. Wolf P., Trimble M. *Biological Antagonism and Epileptic Psychosis*. In: Brit. J. Psychiat. 1985, vol. 146, p. 272-276.

41. World Health Organization-International League against Epilepsy-International Bureau for Epilepsy. Atlas: Epilepsy Care in the World 2005. Ginebra, Suiza: WHO; 2005, http://www.who.int/mental_health/neurology/Epilepsy_atlas_r1.pdf
42. Болдырев А.И. *Психические особенности больных эпилепсией*. Москва: Медицина, 2000. - 384 с.
43. Болдырев А.И. *Социальный аспект больных эпилепсией*. Издание второе, переработанное и дополненное. - Москва: Медицина, 1997. - 204 с.
44. Болдырев А.И. *Эпилепсия у взрослых*. 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Медицина, 1984. - 288 с.
45. Ванчакова Н.П. *Эпилепсия, начинающаяся с психических припадков:* Дисс. канд. мед. наук. - Ленинград, 1981. - 193 с.
46. Воронкова К.В., Петрухин А.С., Пылаева О.А., Холин А.А. *Рациональная антиепилептическая фармакотерапия*: Руководство для врачей. Москва: БИНОМ, 2008. - 192 с.
47. Гехт А.Б. *Современные стандарты ведения больных эпилепсией и основные принципы лечения*, http://www.nedug.ru/lib/lit/nevrol/01nov/nevrol24/ nevrol.htm
48. Гнездицкий В.В. *Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография*. Москва: МЕДпресс-информ, 2004. - 624 с.
49. Голодец Р.Г. *Эпилептические психозы: становление, течение, терапия: Современные методы диагностики и лечения эпилепсии*. - Смоленск,1997, с. 33-38.
50. Громов С.А. *Реабилитация больных эпилепсией*. - Ленинград: Медицина, 1987. - 172 с.
51. Громов С.А. *Эпилепсия. Реабилитация больных, лечение.* С.А.Громов, Л.В.Липатова, Н.Г.Незнанов. - СПб.: ИИЦ ВМА, 2008. - 392 с., http://docme.ru/doc/927940/sovremennye-aspekty-reabilitacii-bol._nyh-e-pilepsiej #expanded:on.
52. Громов С.А., Карташова Е.В., Акименко М.А. *Клинико-психологотомографическое обоснование систематизации и диагностики изменений личности при эпилепсии*. В: Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины: Сборник научых трудов, посвященных 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. - СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000, с. 84-86.
53. Зенков Л.Р. *Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии)*: Руководство для врачей. - Москва: ООО «МИА», 2010. - 408 с.

54. Казаковцев Б.А. *Психические расстройства при эпилепсии*. - Москва, 2015. - 570 с., ISBN: 978-5-9906134-7-8, http://www.litres.ru/b-a-kazakovcev/ psihicheskie -rasstroystva-pri-epilepsii/
55. Калинин В.В. *Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией*. В: Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2004, Том 104, № 2, с. 64-73.
56. Карлов В. А. *Эпилепсия*. - Москва: Медицина, 1990. - 336 с.
57. Киссин М.Я. *Структура и динамика психических расстройств при эпилепсии.* В: Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. - Москва, 2000, № 3, с. 121-125.
58. Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Саблина Т.Н., Кочкина А.А. *Эпилепсия в таблицах и схемах (клинические, терапевтические и социальные аспекты).* - Челябинск, 2014. - 56 с., http://www.chelsma.ru/files/misc/a5posobieepilepsija29.10.13.pdf
59. Михайлов В.А. *Актуальные вопросы эпилептологии – стигматизация, качество жизни и реабилитация больных*. В: Эпилепсия и пароксизмальные состояния. - Москва: Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН и Минздравсоцразвития России, Российская Противоэпилептическая Лига, 2010, Том 2, №3, с. 39-44, http://www.epilepsia.su/files/epilepsia_Mihailov_Epilepsia_3_2010.pdf,
60. Сараджишвили Н.М., Геладзе Т.Ш. *Эпилепсия*. - Москва: Медицина, 1977. - 304 с.
61. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. *Руководство по психиатрии*, в 2 томах / Под редакцией академика РАМН А. С. Тиганова. - Москва: Медицина, 1999. - 712 с.
62. Шаманаев А.С. *Судебно-психиатрическая оценка дисфорических состояний при эпилепсии*: Автореферат дисс. канд. мед. наук. - Москва, 2010. - 172 с.
63. Яковлева Ю.А. *Дисфорические состояния у детей и подростков, страдающих эпилепсией:* Автореферат дисс. канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2005. - 133 с.

Alexandru POPOV, Mariana BUTNARU,
Gheorghe CĂPĂȚÂNĂ, Ana CĂPĂȚÂNĂ

TULBURĂRI PSIHICE ȘI DE COMPORTAMENT ÎN EPILEPSIE:

- ***clasificarea***
- ***diagnosticul***
- ***algoritmii de conduită***
- ***anamneza***
- ***manifestările clinice***
- ***investigaţiile paraclinice***
- ***tratamentul***
- ***reabilitarea***
- ***resursele necesare***
- ***profilaxia***

Redactare – *Ariadna Strungaru*
Asistență computerizată – *Maria Bondari*

Bun de tipar 03.05.2018. Formatul 70x100 $^{1}/_{12}$.
Coli de tipar 9,8. Coli editoriale 6,0.
Comanda 35/18. Tirajul 70 ex.

Centrul Editorial-Poligrafic al USM
str. Al. Mateevici, 60, Chişinău, MD 2009