



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

«ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ»

**ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΣΙΑΡΑΒΑ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

«ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ»

**ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΣΙΑΡΑΒΑ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Ημερομηνία αίτησης της κ. Σιαράβα Ελευθερίας: 10-1-2008

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 631^α/18-3-2008

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Κυρίτσης Αθανάσιος, Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Λαγός Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Βούλγαρης Σπυρίδων, Επίκουρος Καθηγητής Νευροχειρουργικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 16-11-2011

«Ψυχιατρικές εκδηλώσεις στην επιληψία»

Ημερομηνία 1^η ανασυγκρότησης Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 725^α/6-12-2011

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Κυρίτσης Αθανάσιος, Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Πελίδου Συγκλητή Ερριέτα, Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Υφαντής Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία 2^η ανασυγκρότησης Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 906^α/25-11-2019

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Κυρίτσης Αθανάσιος, Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Κονιτσιώτης Σπυρίδων Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Υφαντής Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 908^α/17-12-2019

Γιαννόπουλος Σωτήριος	Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Κονιτσιώτης Σπυρίδων	Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Κυρίτσης Αθανάσιος,	Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σκαπινάκης Πέτρος	Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Υφαντής Θωμάς

Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μαντάς Χρήστος

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Πετρίκης Πέτρος

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 4-2-2020

Ιωάννινα 17-2-2020

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Άννα Μπατιστάτου

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας



Παραματέας του Τμήματος

ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

Στη Φανή

Στον Αλέξη, στο Θανάση και στη Δήμητρα

Ευχαριστίες-πρόλογος

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή Νευρολογίας Αθανάσιο Κυρίτση, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε να μου αναθέσει την παρούσα διδακτορική διατριβή, καθώς και για τη διαρκή επιστημονική και την ηθική καθοδήγησή του.

Έπειτα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Θωμά Υφαντή για την πολύτιμη συνεισφορά του στην οργάνωση του πρωτοκόλλου της διατριβής, την τεχνογνωσία για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων καθώς και τη διαρκή επιστημονική υποστήριξή του.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας Ερριέττα Πελίδου για τη σημαντική επιστημονική συνεισφορά και υποστήριξη. Αν και ήταν μέλος της τριμελούς επιτροπής, αντικαταστάθηκε λίγο καιρό πριν την ολοκλήρωση της διατριβής.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή Νευρολογίας Κονιτσιώτη Σπυρίδωνα, που βοήθησε καταλυτικά για την ολοκλήρωση της διατριβής.

Ιδιαίτερως θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιληπτολόγο Δρα. Σοφία Μαρκούλα, υπεύθυνη του εξωτερικού ιατρείου Επιληψίας Νευρολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, καθώς και υπεύθυνη του τμήματος Ηλεκτροεγκεφαλογραφίας και συνεχούς βίντεο Ηλεκτροεγκεφαλογραφικής καταγραφής. Η συμβολή της ήταν καθοριστική στη συλλογή των δεδομένων, καθώς οι ασθενείς προέρχονται από το δικό της ιατρείο αλλά και στη συγγραφή των δημοσιευμένων άρθρων. Με υπομονή και άρτια επιστημονική κατάρτιση αφιέρωσε ανιδιοτελώς, πολύ από τον προσωπικό της χρόνο, συμμετέχοντας ενεργά διαρκώς.

Ευγνώμων είμαι και σε όλους τους ασθενείς και υγιείς μάρτυρες που συμμετείχαν στην παρούσα διατριβή, τόσο για το χρόνο που αφιέρωσαν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όσο και για την ειλικρινή κατάθεση προσωπικών προβληματισμών και σκέψεων τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υπομονή και την υποστήριξή τους.

Περιεχόμενα

<u>Α΄ ΜΕΡΟΣ / ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	5
Ιστορική Αναδρομή	15
<u>Β΄ ΜΕΡΟΣ / ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</u>	17
Σκοπός της διδακτορικής μελέτης	19
Πρωτόκολλο, Μέθοδοι	20
<u>Γ΄ ΜΕΡΟΣ / ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>	29
Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	31
Ιατρικό ιστορικό ασθενών με επιληψία	33
Συχνότητα ψυχιατρικών παθήσεων στους ασθενείς με επιληψία και σύγκριση μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου	35
Παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν τους ασθενείς με επιληψία	51
Αξιολόγηση επίδρασης δημογραφικών παραγόντων	53
Αξιολόγηση επίδρασης χαρακτηριστικών επιληψίας	67
Σύγκριση των ερωτηματολογίων μεταξύ τους	83
Μοντέλα Ιεραρχικής Παλινδρόμησης	109
<u>Δ΄ ΜΕΡΟΣ / ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	119
Συχνότητα ψυχιατρικών παθήσεων	121
Σύγκριση ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου	125
Παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς με επιληψία	133
Επίδραση δημογραφικών παραγόντων	133
Επίδραση των χαρακτηριστικά της επιληψίας	137
Άλλες συσχετίσεις	141
Συμπέρασμα	145
Περίληψη	147
Abstract	149
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	151
Παράρτημα	161

Α΄ ΜΕΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Επιληψία

Ορισμοί

Ως *επιληπτική κρίση* ορίζεται μια παροδική πρόκληση σημείων ή/και συμπτωμάτων εξαιτίας υπερβολικής ή συγχρονισμένης νευρωνικής δραστηριότητας του εγκεφάλου¹.

Ετυμολογικά η επιληψία προέρχεται από το ρήμα επιλαμβάνομαι, που σημαίνει παίρνω υπό τον έλεγχό μου. Σύμφωνα με τον παλιό ορισμό του 2005, *Επιληψία* ορίζεται ως μια διαταραχή του εγκεφάλου, που χαρακτηρίζεται από διαρκή προδιάθεση να γεννώνται επιληπτικές κρίσεις, καθώς και από τις νευροβιολογικές, νοητικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες αυτής της κατάστασης. Ο ορισμός της επιληψίας απαιτεί την πρόκληση τουλάχιστον μίας επιληπτικής κρίσης¹. Ο ορισμός αυτός αναθεωρήθηκε το 2014 και σύμφωνα με αυτόν, η Επιληψία είναι μια νόσος του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από οποιαδήποτε από τις ακόλουθες καταστάσεις: 1) τουλάχιστον δύο μη προκλητές κρίσεις (ή αντανακλαστικές) κρίσεις, που συνέβησαν με διαφορά >24ωρών. 2) Μία μη προκλητή (ή αντανακλαστική) κρίση και πιθανότητα για περαιτέρω κρίσεις παρόμοια με το γενικό κίνδυνο επανεμφάνισης (τουλάχιστον 60%) μετά από δύο μη προκλητές κρίσεις, να συμβεί τα επόμενα 10 χρόνια. 3) Διάγνωση ενός επιληπτικού συνδρόμου. Σύμφωνα με το νέο ορισμό η Επιληψία θεωρείται ότι *ιάθηκε* σε όσους είχαν σχετικό με την ηλικία επιληπτικό σύνδρομο, αλλά τώρα έχουν περάσει την αναφερόμενη ηλικία ή αυτοί που παρέμειναν ελεύθεροι κρίσεων για τουλάχιστον δέκα χρόνια χωρίς φαρμακευτική αγωγή τα τελευταία πέντε χρόνια².

Στο νέο ορισμό η επιληψία χαρακτηρίζεται ως νόσος πια και όχι ως διαταραχή λόγω της σύγχυσης στο κοινό που πιθανώς δημιουργούνταν και υποβαθμιζόταν η σοβαρότητά της².

Μια κρίση που προκαλείται από έναν παροδικό παράγοντα δρώντας σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό εγkéφαλο μειώνοντας παροδικά το κατώφλι κρίσεων δεν προσμετράται για τη διάγνωση της επιληψίας². Μια τέτοιου είδους κρίση ονομάζεται *προκλητή*, μπορεί να οφείλεται για παράδειγμα σε πυρετό ή κατανάλωση αλκοόλ, αλλά δεν πρέπει να συγχέεται με τις κρίσεις που προκαλούνται από μη παροδικές αιτιολογίες, όπως όγκους³.

Ο όρος *αντανακλαστική κρίση*, αναφέρεται σε κρίσεις που προκαλούνται επαναλαμβανόμενα από συγκεκριμένα ερεθίσματα, όπως τα φωτεινά ερεθίσματα και αντιπροσωπεύουν προκλητές κρίσεις, που ορίζονται ως επιληψία. Αν και οι κρίσεις αυτές

είναι προκλητές, η τάση για επαναλαμβανόμενη απάντηση σε τέτοια ερεθίσματα με κρίσεις, πληροί τον εννοιολογικό ορισμό της επιληψίας, κατά τον οποίο οι αντανakλαστικές επιληψίες σχετίζονται με μια συνεχόμενη προδιάθεση να υπάρχουν τέτοιες κρίσεις⁴.

Οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να εμφανίζονται με μια ποικιλία εκδηλώσεων, όπως για παράδειγμα με τονικοκλονικούς σπασμούς, αφαιρέσεις, με διαταραχή της επικοινωνίας, ή με συγκεκριμένες κινήσεις ή αυτοματισμού⁵.

Ως *Τύπος των επιληπτικών κρίσεων*, ορίζεται η χρήσιμη ομαδοποίηση των χαρακτηριστικών των επιληπτικών κρίσεων για σκοπούς επικοινωνίας στην κλινική φροντίδα, τη διδασκαλία και την έρευνα⁶. Το 2017 προτάθηκε νέα κατάταξη επιληψιών από την Παγκόσμια Οργάνωση κατά της Επιληψίας (ILAE) σε εστιακής, γενικευμένης και αγνώστου έναρξης (πίνακας Α)⁶.

Πίνακας Α. τύποι επιληπτικών κρίσεων⁶ (διαβάζεται ανά στήλη)

εστιακής έναρξης		γενικευμένης έναρξης	αγνώστου έναρξης
με συνείδηση	επηρεασμένη συνείδηση	Κινητική τονικοκλονική άλλη κινητική μη κινητική (αφαίρεση)	Κινητική τονικοκλονική άλλη κινητική μη κινητική (αφαίρεση) αταξινόμητη
κινητική έναρξη μη κινητική έναρξη			
εστιακή έως αμφοτερόπλευρη τονικοκλονική			

Οι *τύποι επιληψίας* που προκύπτουν από την ανωτέρω κατάταξη, είναι εστιακή, γενικευμένη, με συνδυασμό εστιακών και γενικευμένων κρίσεων και αγνώστου είδους επιληψία⁵. Σε επόμενο επίπεδο είναι ο προσδιορισμός πιθανής ύπαρξης επιληπτικού συνδρόμου⁵.

Μια άλλη κατάταξη των επιληψιών, που προτείνεται από τον ILAE, είναι σχετική με την αιτιολογία και είναι δομικής, γενετικής, λοιμώδους, μεταβολικής, ανοσολογικής και αγνώστου αιτιολογίας επιληψία⁵.

Το *επιληπτικό σύνδρομο* αναφέρεται στην ύπαρξη συνδυασμού συγκεκριμένων τύπων κρίσεων καθώς και συγκεκριμένων ηλεκτροεγκεφαλογραφικών και απεικονιστικών

ευρημάτων. Συνήθως έχει χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία, όπως ηλικία έναρξης και ίασης, συγκεκριμένα ερεθίσματα που προκαλούν κρίσεις, ημερήσια διακύμανση και πρόγνωση⁵.

Μια υποκατηγορία των Γενικευμένων επιληψιών είναι οι *Ιδιοπαθείς Γενικευμένες Επιληψίες* (IGEs) και συμπεριλαμβάνουν τέσσερα επιληπτικά σύνδρομα: την Παιδική Αφαιρετική Επιληψία, τη Νεανική Αφαιρετική επιληψία, τη Νεανική Μυοκλονική Επιληψία και τη Γενικευμένων Τονικοκλονικών κρίσεων μόνο⁵. Υπάρχει διάθεση να αφαιρεθεί ο όρος Ιδιοπαθής, που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ουσιαστικά τη μη ύπαρξη άλλης γνωστής ή υποτιθέμενης αιτιολογίας, εκτός από την πιθανή γενετική προδιάθεση. Συστήνεται λοιπόν να αναφέρονται ως *Γενετικές Γενικευμένες Επιληψίες (GGEs)*⁵.

Μια υποκατηγορία των Επιληψιών εστιακών κρίσεων, είναι οι *Αυτοπεριοριζόμενες Εστιακές Επιληψίες* και είναι συνήθως καλοήθεις της παιδικής ηλικίας, με πιο συχνή την Αυτοπεριοριζόμενη Επιληψία με Κεντρο-κροταφικές αιχμές (BECTS), αλλά και άλλες όπως οι Αυτοπεριοριζόμενες Ινιακές Επιληψίες της παιδικής ηλικίας, όπως περιεγράφηκαν από τους Panayiotopoulos και Gastaut⁵.

Επιληπτικές εγκεφαλοπάθειες, ορίζονται οι καταστάσεις, όπου η επιληπτική δραστηριότητα αυτή καθευατή συμβάλει σε σοβαρά γνωστικά και συμπεριφορικά ελλείμματα, περισσότερο από ότι θα αναμενόταν να είχε συμβεί από την ίδια την υποκείμενη παθολογία από μόνη της (όπως μια φλοιική δυσπλασία)⁷.

Ένα ποσοστό 15-25% των ασθενών με επιληψία αναπτύσσουν *φαρμακοανθεκτική επιληψία*, που ορίζεται ως αποτυχία δύο επαρκών και καλά ανεκτών, κατάλληλα επιλεγμένων και χρησιμοποιούμενων αντιεπιληπτικών φαρμάκων σε μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό προκειμένου να επιτευχθεί ελευθερία κρίσεων⁸⁻¹¹.

Επιδημιολογία

Η επιληψία αποτελεί μια συχνή νευρολογική οντότητα με επιπολασμό 5 με 10 ανά 1000 άτομα και επίπτωση 50 άτομα ανά 100.000¹². Η επίπτωση της επιληψίας είναι αυξημένη κατά τα πρώτα χρόνια ζωής, παραμένει σταθερή κατά τα παιδικά χρόνια και την εφηβεία, μειώνεται κατά την ενηλικίωση και αυξάνεται ξανά μετά την ηλικία των 50^{13, 14}. Είναι ελαφρώς πιο συχνή στους άνδρες από τις γυναίκες¹⁵.

Γενικά

Η διαφορά της επιληψίας από τις χρόνιες νόσους έγκειται στο ότι οι ασθενείς αυτοί δεν βιώνουν διαρκώς συμπτώματα λόγω της επιληψίας, όπως πόνο ή αδυναμία, αλλά βρίσκονται συνεχώς αντιμέτωποι με το απρόβλεπτο των επιληπτικών κρίσεων, που πυροδοτούνται αιφνιδίως. Έτσι βιώνουν περιορισμό στην καθημερινότητα και την ανεξαρτησία τους, καθώς μπορεί να τους απαγορευτεί η οδήγηση¹⁶, η κολύμβηση σε βαθιά νερά¹⁷, η ορειβασία, ή η διασκέδαση εξαιτίας του γεγονότος ότι ο περιορισμένος ύπνος και το αλκοόλ μπορεί να πυροδοτήσουν κρίσεις¹⁸⁻²⁰.

Οι υπάρχουσες θεραπείες είναι φαρμακευτικές, αλλά και χειρουργικές προσεγγίσεις, ανάλογα με την ανθεκτικότητα των κρίσεων και την ανίχνευση επιληπτογόνου εστίας²¹.

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της επιληψίας παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των ασθενών²². Τα περισσότερα, λόγω της δράσης τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλούν ζάλη και υπνηλία ανάλογα με τη δόση τους²², ενώ μπορεί να παρουσιάζουν και άλλες παρενέργειες αύξηση βάρους²³ ή υπερπλασία των ούλων²⁴. Πρόκειται για θεραπείες που συνεχίζονται για πολλά έτη, ενώ είναι απαραίτητη η καλή συμμόρφωση των ασθενών για την αποφυγή νέων επιληπτικών κρίσεων²⁵.

Άλλη μία ιδιαιτερότητα της επιληψίας, είναι ότι οι ασθενείς αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με το στίγμα και την κοινωνική απομόνωση, με την ανάλογη φυσικά ψυχολογική επιβάρυνση²⁶.

Επιληψία και ψυχιατρικές εκδηλώσεις

Οι ψυχιατρικές παθήσεις στους ασθενείς με επιληψία ανέρχονται σε ποσοστό 19-62%²⁷, τρεις φορές πιο συχνές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό²⁸ και αυτό είναι ένα θέμα που απασχολεί πολύ έντονα τη βιβλιογραφία τον τελευταίο καιρό.

Η συχνότητα των ψυχιατρικών εκδηλώσεων εξαρτάται από το είδος της επιληψίας, δηλαδή εάν πρόκειται για γενικευμένη (20-35%)²⁹ ή εστιακή επιληψία κροταφικού λοβού (50%)³⁰ και μετωπιαίου λοβού (40%)³⁰⁻³². Από τα σύνδρομα γενικευμένης επιληψίας ξεχωρίζει η νεανική μυοκλονική επιληψία, όπου οι ψυχιατρικές διαταραχές εμφανίζονται σχεδόν με την ίδια συχνότητα (49%)^{30, 33}, όπως στη επιληψία κροταφικού λοβού.

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις εμφανίζονται όχι μόνο μεταξύ των επιληπτικών κρίσεων, αλλά και σε μεγαλύτερο βαθμό κατά τη διάρκεια των επιληπτικών κρίσεων καθώς και κατά την μετακριτική περίοδο στα πλαίσια της διαταραχής της λειτουργίας του εγκεφάλου³⁴.

Στην εκδήλωση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με επιληψία, σημαντικό ρόλο παίζουν και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων³⁵ (πίνακας Β).

Πίνακας Β. Παραδείγματα ψυχολογικής επίδρασης των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της επιληψίας³⁶⁻⁴⁰.

Κατηγορία φαρμάκων	Χρήση στην επιληψία	Ψυχολογική επίδραση
Βενζοδιαζεπίνες, γκαμπαπεντίνη πρεγκαμπαλίνη	Καταστολή κρίσης Αντιεπιληπτική αγωγή	Αγχολυτική επίδραση
Βαλπροϊκό νάτριο, λαμοτριγίνη, καρβαμαζεπίνη, οξκαρβαζεπίνη, εσλικαρβαζεπίνη.	Αντιεπιληπτική αγωγή	Σταθεροποίηση συναισθήματος
Λεβετιρακετάμη, τοπιραμάτη	Αντιεπιληπτική αγωγή	Ψυχιατρικές εκδηλώσεις, κατάθλιψη, ανησυχία

Ενδιαφέρον είναι πως κάποιες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην ψυχιατρική ευοδώνουν επιληπτικές κρίσεις, όπως τα αντιψυχωσικά⁴¹ και σε διάφορο βαθμό τα αντικαταθλιπτικά⁴². Αυτό παίζει κάποιο ρόλο στο να παρουσιάζουν ακόμη πιο συχνά επιληπτικές κρίσεις οι ψυχιατρικοί ασθενείς³⁴.

Όπως προαναφέρθηκε, εκτός από την φαρμακευτική θεραπεία, υπάρχει και η χειρουργική θεραπεία της επιληψίας που ενδείκνυται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις φαρμακοανθεκτικής επιληψίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις μετά από το χειρουργείο μειώνεται η συχνότητα των ψυχιατρικών εκδηλώσεων, και αυτό είναι ανεξάρτητο από τον έλεγχο ή μη των κρίσεων⁴³, ενώ βασικό ρόλο, βεβαίως, παίζει η εντόπιση της επέμβασης τόσο σε πιο λοβό αφορά, όσο και αν πρόκειται για δεξιά ή αριστερά⁴⁴.

Κατάθλιψη

Οι πιο συχνές ψυχιατρικές οντότητες που απαντώνται είναι οι συναισθηματικές διαταραχές και κυρίως η κατάθλιψη με ποσοστό μεγαλύτερο του 23%⁴⁵⁻⁴⁷. Ιδιαίτερη έμφαση, λοιπόν, δίνεται στην κατάθλιψη των ασθενών με επιληψία. Πέραν των κοινωνικών περιορισμών και του στίγματος²⁶, υπάρχουν ενδείξεις ότι πιθανώς η κατάθλιψη και η επιληψία έχουν ένα κοινό μονοπάτι στον παθογενετικό μηχανισμό. Οι Rayner et al. απέδειξαν με λειτουργική απεικόνιση f-MRI, ότι στους εγκεφάλους των ασθενών με κατάθλιψη και των ασθενών με επιληψία υπάρχει ανάλογη δυσλειτουργία των γνωσιακών δικτύων, ενώ οι ασθενείς που παρουσιάζουν επιληψία και κατάθλιψη έχουν περαιτέρω δυσλειτουργία αυτών των δικτύων⁴⁸. Στη μελέτη των Lothe et al. φαίνεται πως στον εγκέφαλο και το στέλεχος ασθενών με κατάθλιψη και ασθενών με εστιακή επιληψία υπάρχει μειωμένη σύνδεση σεροτονίνης με τους υποδοχείς της σε κροταφικού λοβού (TLE), όπως αποδείχθηκε με PET scan⁴⁹.

Άγχος

Ακολουθεί σε συχνότητα η αγχώδης διαταραχή με 16,7%⁵⁰. Συσχέτιση στην παθογένεση επιληψίας και Γενικευμένης Αγχώδους διαταραχής πιθανών να υπάρχει, καθώς η αμυγδαλή παίζει σημαντικό ρόλο στο κύκλωμα του άγχους και έχει αποδειχθεί με τη χρήση Μαγνητικού Τομογράφου συσχέτιση σκλήρυνσης ιπποκάμπου και άγχους⁵¹. Ακόμη οι ίδιοι GABA υποδοχείς παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένεση της επιληψίας και το άγχος και αυτό αποδεικνύεται και με την αποτελεσματικότητα των GABAεργικών φαρμάκων (βενζοδιαζεπίνες, πρεγκαμπαλίνη) και στις δυο αυτές νοσολογικές οντότητες⁵².

Αυτοκτονικός ιδεασμός

Δυστυχώς ο αριθμός των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκαταστροφής στους ασθενείς με επιληψία είναι αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό⁵³. Πιο συχνά αυτοκτονικό ιδεασμό εμφανίζουν οι ασθενείς με επιληψία που έχουν και άλλη ψυχιατρική συννοσηρότητα, οι ασθενείς με κροταφικού λοβού επιληψία και οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία της επιληψίας και κυρίως αν είναι ελεύθεροι κρίσεων ενώ είχαν συχνές κρίσεις!⁵³ Επίσης έχει συσχετισθεί και η αντιεπιληπτική αγωγή των ασθενών με επιληψία με την αυτοκτονικότητα⁵⁴.

Άλλες ψυχιατρικές οντότητες

Λιγότερο συχνά οι ασθενείς με επιληψία εμφανίζουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (10-25%)⁵⁵, ενώ πιο σπάνια εμφανίζονται η σχιζοφρένεια (2-7%)⁵⁶ και οι διαταραχές προσωπικότητας (1-2%)⁵⁶.

Ψυχιατρικές παθήσεις στην Ελλάδα

Λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα οι ψυχιατρικές παθήσεις και κυρίως η κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα παρουσιάζουν αύξηση⁵⁷⁻⁵⁹ ενώ έχει υποβαθμιστεί σημαντικά και η ποιότητα ζωής.⁵⁸

Επιληψία και ποιότητα ζωής

Οι ασθενείς με επιληψία έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό⁶⁰⁻⁶². Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών^{63, 64}, η συχνότητα των κρίσεων⁶⁴⁻⁶⁷ καθώς και η κατάθλιψη και το άγχος^{65, 68, 69}.

Επιληψία και θρησκευτικότητα

Στο μακρινό παρελθόν η επιληψία συσχετίσθηκε έντονα με θρησκευτικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις⁷⁰. Οι ασθενείς με κροταφική επιληψία και σκλήρυνση ιπποκάμπου εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό θρησκευτικότητας σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς με επιληψία⁷¹.

Επιληψία και αντίληψη για τη νόσο

Η αντίληψη για τη νόσο αποτελείται από τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους⁷² και είναι δυναμικά μεταβαλλόμενη μετά από ψυχολογική παρέμβαση⁷³. Οι αρνητικές πεποιθήσεις για τη νόσο σχετίζονται με υψηλότερη ψυχολογική καταπόνηση⁷⁴ και χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στους ασθενείς με επιληψία⁷⁵.

Χειρότερη αντίληψη για τη νόσο σχετίζεται με φτωχή πρόγνωση σε μερικές ασθένειες⁷⁶ και συχνότερη χρήση των πρωτοβάθμιων παροχών υγείας⁷⁷.

Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι οι τρόποι με τους το Εγώ προφυλάσσεται από δυσaréσκεια και άγχος και ασκεί έλεγχο σε παρορμητικές, συμπεριφορές το θυμικό και τις ενστικτώδεις παρορμήσεις. Λειτουργούν στο ασυνείδητο και εμποδίζουν το υπερβολικό άγχος να εισέλθει στο ενσυνείδητο⁷⁸, οπότε είναι καθοριστικός ο ρόλος τους στην αλληλεπίδραση του ατόμου με τους εξωτερικούς παράγοντες. Αποτελούν βασικό στοιχείο της ψυχαναλυτικής θεωρίας, συμπεριλαμβάνονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV⁷⁹ και έχει αποδειχτεί ότι παίζουν βασικό ρόλο και στη διαχείριση και στην έκβαση των χρονίων νόσων⁷⁹⁻⁸², καθώς και στην επίδραση των χρονίων νόσων στην ποιότητα ζωής των ασθενών⁷⁹. Οι μηχανισμοί άμυνας σχετίζονται άμεσα με ψυχιατρικές νόσους⁸¹, οι νευρωτικές άμυνες με άγχος και συναισθηματικές διαταραχές, ενώ οι δυσπροσαρμοστικές με την κατάθλιψη⁸³.

Ο Freud ήταν αυτός που πρώτος αναγνώρισε το ρόλο των μηχανισμών άμυνας στην προστασία του Εγώ από το Εκείνο, ενώ η κόρη του Anna Freud κατονόμασε 9 τύπους μηχανισμών άμυνας: την παλινδρόμηση, το σχηματισμό εξ' αντιδράσεως, την ακύρωση, την ενδοβολή, την ταύτιση, την προβολή, την επαναστροφή προς τον ίδιο τον εαυτό, τη μεταστροφή και τη μετουσίωση⁸⁴.

Σύμφωνα με τον Gabbard στο βιβλίο του «Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική πράξη», μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως πρώιμες-ανώριμες άμυνες (σχάση, προβλητική ταύτιση, ενδοβολή, άρνηση), νευρωτικές (απώθηση, μετάθεση, σχηματισμός εξ' αντιδράσεως, μόνωση του συναισθήματος, ακύρωση, σωματοποίηση, μετατροπή σωματο-μετατροπή), και ώριμες (καταστολή, αλτρουισμό, μετουσίωση, χιούμορ).

Ο Bond προτείνει έναν ιεραρχικό διαχωρισμό μηχανισμών άμυνας, που κατατάσσονται σε δυσπροσαρμοστικές (maladaptive) οι οποίες δυσχεραίνουν τον έλεγχο των παρορμήσεων, οι διατάραξης εικόνας (Image distorting) και αφορούν στη σχάση του εαυτού και των άλλων, οι αυτοθυσίας (self-sacrificing) που είναι η ανάγκη κάποιου να είναι ευγενικός, καλός με τους άλλους και να μην θυμώνει ποτέ, και τέλος οι προσαρμοστικές (adaptive) που είναι ενδεικτικές καλής διαχείρισης των παρορμήσεων⁸⁵.

Όσον αφορά στους ασθενείς με επιληψία οι άμυνες δεν έχουν μελετηθεί προς το παρόν.

Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος επιληψία προέρχεται από το ρήμα «επιλαμβάνειν», δηλαδή παίρνω υπό την κατοχή μου. Σύμφωνα με τον Μπαλογιάννη, Σ.⁷⁰ η πρώτη αναφορά της επιληψίας είναι στα ομηρικά έτη, όπου και χαρακτηρίζεται ως «ιερή νόσος». Πρόκειται για μια εποχή, όπου η ιατρική είναι συνδεδεμένη με τη θρησκεία και εξασκείται στα Ασκληπιεία. Ο Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης, 6^ο αιώνα π.Χ. στο βιβλίο του «περί επιληψίας» είναι ο πρώτος που αναγνωρίζει τη δράση του εγκεφάλου ως όργανο «ηγεμονικό» και ότι η επιληψία είναι μια νόσος του εγκεφάλου. Ο Ηρόδοτος στο βιβλίο του «Θάλεια» αναφέρει λεπτομερώς τα επιληπτικά φαινόμενα του Πέρση βασιλιά Καμπίση του Β', που υπέφερε από την «ιερή νόσο» και συμπεριφερόταν ως ψυχικά ασθενής και διοικούσε τυραννικά.

Ο Ιπποκράτης αρνείται πως η επιληψία είναι ιερή νόσος, αλλά όπως όλες οι άλλες νόσοι έχει μια φυσική βάση και σαφή αιτία. Και σε κάθε μορφή επιληψίας πάσχει ο εγκέφαλος. Υπάρχουν προειδοποιητικά σημεία έναρξης της επιληπτικής κρίσης για τα οποία είναι ενήμερος μόνο ο ασθενής, η αύρα. Οι άνθρωποι πιστεύουν ότι είναι θεϊκή λόγω άγνοιας.

Παρ' όλα αυτά, η δεισιδαιμονία ότι η επιληψία σχετίζεται με τα θεία εξακολουθεί να επικρατεί. Κατά το Μεσαίωνα⁸⁶ η δαιμονολογία και οι θρησκευτικοί συμβολισμοί επισκιάζουν οτιδήποτε επιστημονικό. Έτσι και στην επιληψία δίδονται ερμηνείες δαιμονοποίησης, υστερίας και ψύχωσης. Η θεραπεία της επιληψίας ήταν τελετουργίες εξορκισμού και οι ασθενείς υπέφεραν πραγματικά από αυτές τις μεθόδους, ενώ αντιμετώπιζονταν και ως μάγισσες ή διάβολοι, όπως περιγράφονται σε μωσαϊκά, πίνακες και αγάλματα. Ακόμη στο Μεσαίωνα η επιληψία θεωρούνταν και μολυσματική νόσος και εξαιρούνταν από την θεία κοινωνία προκειμένου να μην μολύνουν τα ιερά αντικείμενα.

Ο συνδυασμός της επιληψίας με την αστρονομία ήταν επίσης συχνή κατά τα μεσαιωνικά χρόνια, ιδιαίτερα ο συσχετισμός των επιληπτικών φαινομένων με τις θέσεις της σελήνης. Σε αντίθεση στο Βυζάντιο η προσέγγιση της επιληψίας ήταν πιο ορθολογική βασισμένη στους αρχαίους Έλληνες ιατρούς.

Οι Άραβες γιατροί κατά τα Μεσαιωνικά χρόνια διατηρούν τη συσχέτιση της επιληψίας με τα θεία και την ερμηνεύουν περισσότερο ως παρεμπόδιση του πνεύματος.

Κατά το διαφωτισμό στην Ευρώπη επικρατεί μια πιο ορθολογική και επιστημονική προσέγγιση της επιληψίας, επιχειρείται πλήρης διαχωρισμός από τα θεία, ενώ επιχειρείται και κατάταξη των διαφόρων επιληπτικών φαινομένων.

Μέσω της τέχνης εκφράστηκαν τόσο τα επιληπτικά φαινόμενα, όσο και οι ψυχιατρικές συννοσηρότητες⁸⁷. Ο Ραφαήλ σχεδίασε στον τελευταίο του πίνακα «the transfiguration» τον Χριστό και τον άνθρωπο που καταλαμβάνεται από επιληψία να στέκονται ως φιγούρες που αναγεννιούνται ⁷⁰. Όσον αφορά τη λογοτεχνία, ο Ντοστογιέφσκι έπασχε από επιληψία. Πολλοί ήρωές του είχαν ψυχοπαθολογία και κάποιοι επιληψία. Τα επιληπτικά φαινόμενα περιγράφονται με ιδιαίζον λεξιλόγιο νοσολογίας εκείνης της εποχής (19^{ος} αιώνας)⁸⁸.

Δεν ήταν παρά τα μέσα 20^{ου} αιώνα που η επιληψία αναγνωρίστηκε ως νευρολογική νόσος και δημιουργήθηκε μια πρώτη ταξινόμηση. Επίσης διαχωρίστηκαν τα ψυχιατρικά συμπτώματα που συνοδεύουν την επιληψία και διαχωρίστηκαν σε προ- μέσο- και μετα-κριτικά⁸⁹.

Β' ΜΕΡΟΣ ΣΧΕΔΙΑΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της Διδακτορικής μελέτης

Αρχικός στόχος της έρευνας αυτής είναι να καθοριστεί ένα ενδεικτικό ποσοστό ψυχιατρικών διαταραχών των ασθενών με επιληψία, που παρακολουθούνται από τα εξωτερικά ιατρεία Νευρολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Επίσης να γίνει σύγκριση των ασθενών με επιληψία με τον υγιή γενικό πληθυσμό όσον αφορά τα δημογραφικά τους στοιχεία την ένταση ψυχολογικών συμπτωμάτων, την ποιότητα ζωής, τη θρησκευτικότητα και τους μηχανισμούς άμυνας.

Στη συνέχεια, όσον αφορά στους ασθενείς με επιληψία να αξιολογηθεί η συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της επιληψίας με ψυχιατρικά συμπτώματα, την ποιότητα ζωής, την αντίληψη των ασθενών για την επιληψία, τη θρησκευτικότητα και τους μηχανισμούς άμυνας, καθώς και να προσδιοριστούν επιμέρους συσχετίσεις.

Πρωτόκολλο / Μέθοδοι

Εξετάσθηκαν σε αυτή τη μελέτη, το χρονικό διάστημα από το 2011-2016:

- Ενήλικές ασθενείς που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία Νευρολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και είναι διεγνωσμένοι με επιληψία, για περισσότερο από ένα χρόνο.
- Ενήλικες, συνοδοί ασθενών που νοσηλεύονταν στη Νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και δεν έχουν επιληψία, αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη μελέτη και έδωσαν τη συγκατάθεση συμμετοχής τους. Τηρήθηκαν οι κανόνες ιατρικού απορρήτου και δεοντολογίας.

Για όλους καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία (παράρτημα):

- ηλικία,
- φύλο,
- οικογενειακή κατάσταση, (άγαμος, παντρεμένος, διαζευγμένος, σε χηρεία)
- τόπος διαμονής (>100.000 κατοίκους, ≥50.000, <50.000 κατοίκους)
- εργασιακή κατάσταση (άνεργοι, φοιτητές, εργαζόμενοι, συνταξιούχοι, οικιακά)
- εκπαιδευτικό επίπεδο, (απόφοιτοι, δημοτικού, λυκείου, πανεπιστημίου)
- ιατρικό ιστορικό, φάρμακα
- ψυχιατρικό ιστορικό, φάρμακα (χρήση αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών, αντιψυχωσικών),
- κάπνισμα,
- και αν ο εξεταζόμενος οδηγεί ή κατέχει δίπλωμα οδήγησης.

Όλοι οι συμμετέχοντες εξετάσθηκαν, από την ερευνήτρια, στα εξωτερικά Ιατρεία Νευρολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων με την

Σύντομη ψυχιατρική συνέντευξη (Mini International Neuropsychiatric Interview) MINI

στην ελληνική έκδοση 5.0.0 DSM-IV, για την ανίχνευση πιθανής ψυχοπαθολογίας, σταθμισμένη σε ελληνικό πληθυσμό⁹⁰.

και έπειτα εξετάσθηκαν με τη γνωστική εκτίμηση Montreal MoCA, σε ελληνική έκδοση.

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια:

- την ελληνική Έκδοση του Ερωτηματολογίου Υγείας Ασθενούς (Patient Health Questionnaire, PHQ-9).
- Την Κλίμακα Εκτίμησης της Έντασης των Ψυχοπαθολογικών Συμπτωμάτων SCL-90R (Symptom Check List -90 Revised).
- Το Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής WHOQOL-BREF 100.
- Το ερωτηματολόγιο θρησκευτικών πεποιθήσεων (SBI-15R).
- Το ερωτηματολόγιο Life Style Index (LSI-GR) σχετικό με τους μηχανισμούς άμυνας.
- Και το Defense Style Questionnaire (DSQ-88GR) σχετικό επίσης με τους μηχανισμούς άμυνας.

Ειδικά για τους ασθενείς με επιληψία συμπληρώθηκαν τα εξής στοιχεία του ιατρικού ιστορικού τους:

- Η ηλικία έναρξης της επιληψίας.
- Η διάρκεια επιληψίας σε έτη.
- Η συχνότητα των κρίσεων (καμία κρίση για 1έτος, ≥ 1 κρίση το χρόνο, 1-3 κρίσεις το μήνα, 1 κρίση την εβδομάδα, > 1 κρίση την εβδομάδα)
- Το είδος της επιληψίας, (γενικευμένη, εστιακή, αταξινόμητη)⁵.
- Τα ευρήματα της Μαγνητικής Τομογραφίας εγκεφάλου (με παθολογική εστία, χωρίς παθολογικά ευρήματα).
- Ο αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής επί του παρόντος.
- Ο συνολικός αριθμός αντιεπιληπτικών που έχει λάβει ο ασθενής κατά της διάρκεια της ζωής του.
- Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα αναλυτικά.

Επιπλέον οι ασθενείς με επιληψία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια:

- Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία BIPQ (Brief Illness Perception Questionnaire).
- Το ερωτηματολόγιο Adverse Event Profile (AEP) για τον προσδιορισμό των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Κριτήρια Αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν:

- άτομα με νοητική υστέρηση. (1) Οι συμμετέχοντες έπρεπε να πετύχουν στο MoCA >26
- άτομα με εξαρτήσεις από ουσίες ή αλκοόλ. (1)
- άτομα με ενεργό ψύχωση ή βαριά ψυχοπαθολογία. (0)
- Οι ασθενείς που είχαν κρίση σε διάστημα μικρότερο των 48ωρών. (3)

Παρακολούθηση στο χρόνο

Η ερευνήτρια ήταν πάντα κοντά στους ασθενείς κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αλλά και μετά για τυχόν απορίες, μέσω τηλεφώνου. Σε περίπτωση που μετά τη συνέντευξη MINI παρουσιάζονταν ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, ο ασθενής παραπέμπονταν στα εξωτερικά ιατρεία Ψυχιατρικής.

Ερωτηματολόγια

Σύντομη Ψυχιατρική συνέντευξη (Mini International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.)

Η σύντομη συνέντευξη MINI, σε ελληνική έκδοση 5.0.0 DSM-IV, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο ανίχνευση ψυχοπαθολογίας, που μπορεί να διεξαχθεί από επαγγελματίες υγείας⁹¹. Σε σύντομο χρόνο, περίπου 20 λεπτών ελέγχεται η ύπαρξη ή μη: μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου τις τελευταίες δύο εβδομάδες και στο παρελθόν, μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με μελαγχολικά στοιχεία τις τελευταίες δύο εβδομάδες, δυσθυμίας, υπομανιακού επεισοδίου τον τελευταίο μήνα, διαταραχής πανικού στο παρόν και το παρελθόν, αγοραφοβίας στο παρόν, κοινωνικής φοβίας τον τελευταίο μήνα, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχή τον τελευταίο μήνα, διαταραχής στρες μετά ψυχοτραυματική εμπειρία τον τελευταίο μήνα, εξάρτησης από οινόπνευμα ή ουσίες τους τελευταίους 12 μήνες, ψυχωσικών διαταραχών στο παρόν και το παρελθόν, ψυχογενούς ανορεξίας τους τελευταίους 3 μήνες, ψυχογενούς βουλιμίας τους τελευταίους 3 μήνες, διαταραχής γενικευμένου άγχους τους τελευταίους 3 μήνες και αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στο παρόν και το παρελθόν. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη ή μη αυτοκτονικότητας ενώ βαθμολογείται ο κίνδυνος ως χαμηλός, μέτριος ή υψηλός.

(Τα επόμενα ερωτηματολόγια παρατίθενται στο παράρτημα).

Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (Patient Health Questionnaire PHQ-9)

Πρόκειται για ένα σύντομο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 9 ερωτήσεων για την ανίχνευση κατάθλιψης και για την εκτίμηση της βαρύτητάς της, βασισμένο στα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)⁹².

Οι 9 ερωτήσεις αφορούν στις τελευταίες δύο εβδομάδες και συμπληρώνονται αν τα συμπτώματα εμφανίστηκαν «καθόλου» 0 βαθμοί, «αρκετές ημέρες» 1 βαθμός, «περισσότερες από τις μισές ημέρες» 2 βαθμοί, «σχεδόν κάθε μέρα» 3 βαθμοί.

Οι ερωτήσεις με τη σειρά ελέγχουν για τα συμπτώματα, ανηδονία, καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου, μειωμένη ενέργεια, διαταραχές όρεξης, αισθήματα αναξιότητας,

διαταραχές συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, και τέλος για αυτοκτονικό ιδεασμό. Στο τέλος υπάρχει μια ερώτηση που αναφέρει να βαθμολογηθεί πόση δυσκολία προκάλεσαν τα ανωτέρω προβλήματα, με «καμία, μερική, μεγάλη, υπερβολική δυσκολία».

Το συνολικό άθροισμα είναι ενδεικτικό της καταθλιπτικής διάθεσης, και ορίζεται ως το ≥ 10 ως ενδεικτικό μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου⁹², ενώ σύμφωνα με τους Hyphantis et al. το όριο ≥ 8 είναι πιο ακριβές και αξιόπιστο, όσον αφορά ασθενείς που εξετάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών⁹³. Προτείνεται επίσης και μία άλλη βαθμονόμηση ανάλογα με το σκορ όπου, 0 ορίζεται ως χωρίς καταθλιπτική σημειολογία, 1-4 ελάχιστη, 5-9 ήπια, 10-14 μέτρια, 15-19 μετρίως σοβαρή, 20-27 σοβαρή κατάθλιψη⁹⁴.

Κλίμακα εκτίμησης της έντασης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Symptom Check List 90 Revised SCL-90)

Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα 90 ερωτήσεων που βαθμολογούνται από 0-4, όπου 0 σημαίνει «καθόλου», 1 «λίγο», 2 «μέτρια», 3 «αρκετά», 4 «υπερβολικά», και αναφέρεται σε συμπτώματα της τελευταίας εβδομάδας. Με την κλίμακα αυτή ελέγχονται 9 άξονες ψυχοπαθολογίας, η σωματοποίηση, η ψυχαναγκαστικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία, η κατάθλιψη, το άγχος, η επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, ο παρανοειδής ιδεασμός και ο ψυχωτισμός. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα ελέγχου αύξησης ή μείωσης της όρεξης, της επέλευσης ύπνου, της αφύπνισης και του ανήσυχου ύπνου, των σκέψεων θανάτου, των αισθημάτων ενοχής, καθώς και υπολογίζεται ένας γενικός δείκτης συμπτωμάτων⁹⁵⁻⁹⁷.

Ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής (WHO Quality of life brief WHOQOL-BREF)

Αποτελεί ένα εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας ζωής, μέσω 26 ερωτήσεων. Έχει συνταχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, και αποτελεί μία συντομευμένη έκδοση του αρχικού ερωτηματολογίου WHOQOL 100. Βαθμολογείται από το 1-5 και αφορά στις δύο τελευταίες εβδομάδες. Ελέγχει την αντίληψη των ερωτηθέντων για την ποιότητα ζωής τους, την αντίληψη για την υγεία τους, και βαθμολογεί την ποιότητα ζωής σε τέσσερις άξονες, τη σχετική με τη σωματική υγεία, τη σχετική με την ψυχική υγεία, τη σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις και τη σχετική με το περιβάλλον ποιότητα ζωής⁹⁸⁻¹⁰⁰.

Ερωτηματολόγιο θρησκευτικών πεποιθήσεων (System of Belief Inventory SBI-15R)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 15 ερωτήσεων εκ των οποίων οι 10 αναφέρονται στη συμμετοχή σε θρησκευτικές πρακτικές και οι 5 στην υποστήριξη που λαμβάνει ο ερωτηθείς από τη θρησκευτική κοινότητα. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0-3, όπου «διαφωνώ απόλυτα» 0 βαθμοί, «διαφωνώ κάπως» 1 βαθμός, «συμφωνώ κάπως» 2 βαθμοί, «συμφωνώ απόλυτα» 3 βαθμοί^{101, 102}.

Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντίληψεων για την Υγεία (Brief Illness Perception Questionnaire B-IPQ)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 8 ερωτήσεων, που βαθμολογούνται από 0-10, και ελέγχουν την αντίληψη των ασθενών για τη νόσο τους, ως προς τις συνέπειές της, τη χρονική της διάρκεια, τον προσωπικό τους έλεγχο πάνω σ' αυτή, το θεραπευτικό έλεγχο, την ταυτότητα, την ανησυχία που προκαλεί στον ασθενή, την κατανόηση της νόσου και τέλος ο συναισθηματικός αντίκτυπος της νόσου στους ασθενείς. Τέλος υπάρχει μια ερώτηση για το τι πιστεύει ο ασθενής ότι προκάλεσε τη νόσο του.

Τα αποτελέσματα υπολογίζονται αθροίζοντας το σκορ των 1+2+5+6+8 ερωτήσεων που έχουν αρνητικό περιεχόμενο ελέγχου της νόσου, και αφαιρώντας τις -3-4-7 που περιλαμβάνουν τον θετικό αντίκτυπο της νόσου. Άρα όσο μεγαλύτερο υπολογίζεται το συνολικό αποτέλεσμα τόσο πιο απειλητική αισθάνεται τη νόσο του ο ασθενής. Οι κατηγορίες απαντήσεων της τελευταίας ερώτησης κατατάσσονται σε ψυχολογικούς παράγοντες, παράγοντες κινδύνου, ανοσολογικούς και τον παράγοντα τύχη^{99, 100, 103}.

Ερωτηματολόγιο για τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (Adverse Event Profile Questionnaire)

Είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 19 ερωτήσεις σχετικά με τις πιο συχνές παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, και αφορά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι ασθενείς επιλέγουν ανάμεσα στις απαντήσεις «ποτέ» 1 βαθμός, «σπάνια» 2 βαθμοί, «μερικές φορές» 3 βαθμοί, «πάντα ή συχνά» 4 βαθμοί¹⁰⁴. Το ελάχιστο σκορ είναι 19 βαθμοί και το μέγιστο 57.

Ερωτηματολόγιο εκτίμησης μηχανισμών άμυνας (Life Style Index LSI)

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ελέγχει επίσης τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ μέσω 97 ερωτήσεων, με λήμματα «Ναι» ή «Όχι» και διαμορφώνονται τα αποτελέσματα για την άρνηση, την απώθηση, την παλινδρόμηση, την υπεραναπλήρωση, την προβολή, τη μετάθεση, τη διανοητικοποίηση, το σχηματισμό δια του αντιθέτου και τη συγκινησιακή παλινδρόμηση¹⁰⁵.

Ερωτηματολόγιο σχετικό με τις άμυνες (Defense Style Questionnaire 88 GR)

Αποτελείται από 88 ερωτήσεις που βαθμολογούνται από το 1 που αντιπροσωπεύει το «διαφωνώ απολύτως» έως το 9 που αντιστοιχεί στο «συμφωνώ απολύτως»^{78, 79}. Είναι σχεδιασμένο να εκτιμά 25 είδη άμυνας του εγώ που συνιστούν 4 διαφορετικά στιλ: δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί (maladaptive actions), διαταραχή εικόνας (image distortion), αυτοθυσίας (self-sacrificing), προσαρμοστικοί μηχανισμοί (adaptive).

Στο δυσπροσαρμοστικό στιλ ανήκουν κυρίως η παθητική επιθετική συμπεριφορά (passive aggressive behavior), η προβολή (projection), η παλινδρόμηση (regression), η προβλητική ταυτοποίηση (projective identification), η εκδραμάτιση (acting out), η σωματοποίηση (somatization), η μόνωση του συναισθήματος (isolation), μόνωση (inhibition), αυτιστική φαντασία (autistic fantasy), η ακύρωση (undoing) και η απόρριψη ζητούμενης βοήθειας (help rejecting complaining).

Στη διατάραξη εικόνας ανήκουν κυρίως η παντοδυναμία (omnipotence), η άρνηση (denial), η σχάση (splitting), η πρωτόγονη εξιδανίκευση (primitive idealization), η προβολή (projection), η μόνωση (inhibition) και η παθητική επιθετική συμπεριφορά (passive aggressive behavior).

Στην αυτοθυσία ανήκει η πρωτόγονη εξιδανίκευση (primitive idealization), η μόνωση του συναισθήματος (isolation), ο ψευδοαλtruισμός (pseudoaltruism), ο σχηματισμός εξ' αντιδράσεως (reaction formation) και η ακύρωση (undoing).

Στις προσαρμοστικές ανήκουν η συσχέτιση (affiliation), η μετουσίωση (sublimation), Η καταστολή (suppression), το χιούμορ (humor), προσκόλληση στο καθήκον (task orientation) και η πρόβλεψη (anticipation)⁷⁸.

Σχεδιασμός μελέτης

Έγιναν οι ακόλουθες στατιστικές αναλύσεις:

- Καταγραφή συχνότητας ψυχιατρικών παθήσεων στους ασθενείς με επιληψία.
- Σύγκριση μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου

Δημογραφικών στοιχείων

Αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων

Για τους ασθενείς με επιληψία

- Συσχέτιση αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων με
 - Δημογραφικούς παράγοντες
 - Χαρακτηριστικά επιληψίας
 - Αποτελέσματα από άλλα ερωτηματολόγια
- Μοντέλα ιεραρχικής παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό του ποσοστού των παραγόντων που εξηγούν
 - Την κατάθλιψη
 - Την ποιότητα ζωής
 - Την αντίληψη για τη νόσο
 - Την ένταση των παρενεργειών
 - Τη θρησκευτικότητα

Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. NY, USA. Χρησιμοποιήθηκαν: t-student test για ανίχνευση διαφορών παραμέτρων που αφορούν σε μέσου όρους, Chi-square correlation για σύγκριση κατηγορικών δεδομένων, Pearson correlation για σύγκριση συνεχών παραμέτρων και Spearman's correlation για categorical δεδομένα. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε παλινδρομική (Regression) ανάλυση, για να υπολογιστεί το ποσοστό που εξηγεί η εκάστοτε μεταβλητή και να αποκλειστούν τυχόν αλληλεπιδράσεις των παραγόντων. Χρησιμοποιήθηκε ο ιεραρχικός τρόπος παλινδρόμησης και οι σειρές των μοντέλων καθορίστηκε από προηγούμενες μελέτες. Η τιμή $p < 0.05$ αξιολογήθηκε ως στατιστικώς σημαντική.

Γ' ΜΕΡΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εξετάσθηκαν **140 άτομα** σε αυτή τη μελέτη, το χρονικό διάστημα από το 2011-2017, εκ των οποίων:

- 70 ασθενείς που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία Νευρολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και είναι διεγνωσμένοι με επιληψία, για περισσότερο από ένα χρόνο.
- 70 μάρτυρες αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Δημογραφικά στοιχεία

Κάτωθι παρουσιάζεται αναλυτικά και συγκριτικά τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών με επιληψία και της ομάδας ελέγχου (πίνακας 1.).

Πίνακας 1. Περιγραφή δείγματος

	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Συνολικός αριθμός	70	70	140	p=1
Γυναίκες	39(55.7%)	36(51.4%)	75(53.6%)	p>.05
Άνδρες	31(44.3%)	34(48.6%)	65(46.4%)	p>.05
Ηλικία	MN:38.3, SD:13.92	MN:39.5, SD:9.9	MN:38.9, SD:12	p>.05

Οικογενειακή κατάσταση

	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Άγαμοι	31(44%)	24(34.3%)	55(39.3%)	p>.05
Παντρεμένοι	37(52.9%)	43(61.4%)	80(57.1%)	
Διαζευγμένοι	2(2.9%)	2(2.9%)	4(5.8%)	
Σε χηρεία	0	1(1.4%)	1(0.7%)	

Εκπαίδευση

	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Α'βάθμια	4(5.7%)	1(1.4%)	5(3.6%)	
Β'βάθμια	40(57.1%)	23(32.9%)	62(44.3%)	
Γ'βάθμια	26(37.7%)	46(65.7%)	73(52.1%)	p<.001

Εργασία

	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Άνεργοι	15(21.4%)	10(14.3%)	25(17.9%)	
Εργαζόμενοι	22(31.4%)	53(75.7%)	75(53.6%)	p>.05
Φοιτητές	10(14.3%)	1(1.4%)	11(7.9%)	
Συνταξιούχοι	14(20%)	5(7.1%)	19(13.6%)	
Οικιακά	9(12.9%)	1(1.4%)	10(7.1%)	

Κατοικία				
	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
>100.000	36(51.5%)	50(71.5%)	86(61.5%)	p>.05
>50.000	16(22.9%)	17(24.3%)	33(23.6%)	
<50.000	18(25.7%)	3(4.3%)	21(15%)	
Δίπλωμα Οδήγησης				
	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Ναι	35(50%)	60(85.7%)	95(67.9%)	p<.001
Κάπνισμα				
	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Ναι	18(25.7%)	32(45.7%)	50(35.7%)	p=.014
Άλλες χρόνιες νόσοι				
	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Ναι	35(50%)	23(32.9%)	58(41.4%)	p>.05
Ψυχιατρικό ιστορικό				
	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Ναι	10(14.3%)	1(1.4%)	11(7.9%)	p=.005
Λήψη αντικαταθλιπτικών δισκίων				
	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	Σύνολο	Διαφορά chi
Ναι	6(8.6%)	2(2.4%)	6(8.6%)	p=.005

Ιατρικό ιστορικό ασθενών με επιληψία

Ακολουθούν στον επόμενο πίνακα τα χαρακτηριστικά της επιληψίας των ασθενών με επιληψία (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά της επιληψίας

	Μέσος όρος και απόκλιση
Ηλικία πρώτης κρίσης	MN:20.8, SD:12.6
Διάρκεια επιληψίας σε έτη	MN:16.9, SD:13.4
Αριθμός αντιεπιληπτικών φαρμάκων	MN:1.6, SD:0.97
Συνολικός αριθμός αντιεπιληπτικών	MN:2.41, SD:1.68
Συχνότητα κρίσεων	
	Συχνότητα
καμία κρίση για 1 έτος	8(11.4%)
≥ 1 κρίση το χρόνο	36(51.4%)
1-3 κρίσεις το μήνα	12(17.1%)
1 κρίση την εβδομάδα	12(17.1%)
> 1 κρίση την εβδομάδα	2(2.9%)
Είδος Επιληψίας	
	Συχνότητα
Γενικευμένη	32(45.7%)
Εστιακή	36(51.4%)
Αταξινόμητη	2(2.9%)
MRI εγκεφάλου	
	Συχνότητα
Φυσιολογική	51(72.9%)
Παθολογικά ευρήματα, δομικών βλαβών	19(27.1%)

Αντιεπιληπτικά φάρμακα

valproate	27(38.6%)
levetiracetam	23(32.9%)
lamotrigine	13(18.6%)
oxcarbazepine/eslicarbazepine	10(14.3%)
topiramate	9(12.9%)
carbamazepine	8(11.4%)
lacosamide	7(10%)
clobazam	3(4.3%)
phenytoin	3(4.3%)
zonisamide	3(4.3%)
phenobarbital	2(2.9%)

Περιέχονται αντιεπιληπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται και ως σταθεροποιητικά της διάθεσης (όπως βαλπροϊκό νάτριο, λαμοτριγίνη, καρβαμαζεπίνη, οξ/εσλικαρβαζεπίνη) στο θεραπευτικό σχήμα;

Ναι 49 (70%)

Συχνότητα ψυχιατρικών παθήσεων στους ασθενείς με επιληψία και σύγκριση μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου.

MINI

Κάτωθι παρουσιάζουν αναλυτικά τα αποτελέσματα της Ψυχιατρικής εξέτασης MINI για την ομάδα ασθενών και ομάδα ελέγχου ξεχωριστά, καθώς και συνολικά. Παρατίθεται ο απόλυτος αριθμός των ατόμων που πληρούσαν τα κριτήρια για την κάθε διάγνωση, όπως και το ποσοστό διάγνωσης σε κάθε ομάδα και συνολικά (πίνακας 3). Γίνεται σύγκριση των συχνοτήτων μεταξύ των ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου με Pearson Chi-Square. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές θεωρούνται αυτές με $p < 0.05$. Υπενθυμίζεται πως για να είναι έγκυρη η σύγκριση πρέπει για κάθε ομάδα να υπάρχουν τουλάχιστον 5 άτομα.

Πίνακας 3. MINI σύγκριση ασθενών και υγιών μαρτύρων.

MINI	Συχνότητα στους ασθενείς με επιληψία	Στην ομάδα ελέγχου	Συνολικά	Σημαντικότητα Pearson Chi-Square
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	22(28.6%)	2(2.9%)	24(17%)	$p < .001$
ΜΚΕ με μελαγχολικά στοιχεία	6(8.6%)	2(2.9)	8(5.7%)	$p > .05$
Δυσθυμία	8(11.4%)	0	8(5.7%)	$p = .004$
Υπομανιακό επεισόδιο	0	0	0	-
Διαταραχή πανικού	5(7.1%)	2(2.9%)	7(5%)	$p > .05$
Αγοραφοβία	3(4.3%)	0	3(2.2%)	$p > .05$
Κοινωνική φοβία	0	0	0	$p > .05$
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1(1.4%)	0	1(0.7%)	$p > .05$
PTSD	2(2.9%)	0	2(1.5%)	$p > .05$
Εξάρτηση οινόπνευματος	0	0	0	-
Εξάρτηση ουσιών	0	0	0	-
Ψυχωσικές διαταραχές	1(1.4%)	0	1(0.7%)	$p > .05$
Ψυχογενής ανορεξία	0	0	0	-
Ψυχογενής βουλιμία	0	2(2.9%)	2(1.5%)	$p > .05$
ΓΔΑ	30(42.9%)	16(22.9%)	46(32.9%)	.009

ΜΚΕ: Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, PTSD: Διαταραχή Στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, ΓΔΑ: Γενικευμένη διαταραχή άγχους.

Δώδεκα από τους 22 ασθενείς με επιληψία και δύο στους δύο υγιείς μάρτυρες είχαν ήδη διεγνωσθεί με κατάθλιψη. Άρα παρατηρήθηκε ένα ποσοστό 45% των ασθενών με επιληψία και κατάθλιψη που η κατάθλιψη ήταν αδιάγνωστη.

Ακολουθεί η εκτίμηση του βαθμού της **Αυτοκτονικότητας** κατά MINI. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συχνότητες της κάθε διάγνωσης καθώς και το ποσοστό τους στην ίδια ομάδα.

Πίνακας 4. Συγκριτική εκτίμηση της αυτοκτονικότητας σε υγιείς και ασθενείς.

	Ασθενείς με επιληψία	Ομάδα ελέγχου	συνολικά	Chi-Square
Χαμηλός κίνδυνος	9(12.9%)	7(10%)	16(11.4%)	
μέτριος	4(5.7%)	0	4(2.9%)	
υψηλός	0	0	0	
Συνολικά	13(18.6%)	7(10%)	20(14.3%)	.113

Υπενθυμίζεται ότι όλοι οι ανωτέρω που σημείωσαν έστω και χαμηλό κίνδυνο αυτοκτονίας παραπέμφθηκαν σε ειδικό Ψυχίατρο για εκτίμηση.

Σχολιασμός των αποτελεσμάτων:

- Οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα **Μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου**, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, και αυτή η διαφορά αν και είναι στατιστικώς σημαντική $\chi^2(1)=20,15$, $p<.001$, (μόνο 2 άτομα παρουσίασαν από την ομάδα ελέγχου <5). Odds ratio= 15.86
- Οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα δυσθυμίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, $\chi^2(1)=2,12$, $p=.004$.
- Ακόμη οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα στη **Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους**, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, και αυτή η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική $\chi^2(1)=6.35$, $p<.01$
Υπολογίζοντας περαιτέρω τη συσχέτιση του Odds ratio=
(ασθενείς με επιληψία και ΓΔΑ/ασθενείς χωρίς)/(υγιείς με ΓΔΑ/υγιείς χωρίς)=2.5
Άρα σύμφωνα με το δείγμα μας οι ασθενείς με επιληψία έχουν **2.5 φορές** μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους.
- Δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με επιληψία και της ομάδας ελέγχου όσον αφορά την Αυτοκτονικότητα $p>.05$
- Δεν παρατηρήθηκε άλλη στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υπόλοιπες ψυχιατρικές παθήσεις.

Συσχετισμός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και γενικευμένης διαταραχής άγχους (MINI)

Στον πίνακα 5 παρατίθενται οι ασθενείς και οι μάρτυρες που είχαν μόνο Μείζον καταθλιπτικό Επεισόδιο, μόνο Γενικευμένη Διαταραχή άγχους και αυτοί που είχαν και τις δύο ψυχιατρικές οντότητες μαζί.

Πίνακας 5. Συσχέτιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και γενικευμένης διαταραχής άγχους, σε ασθενείς και υγιείς.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μόνο	6(8,6%)	0
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και Γενικευμένη διαταραχή άγχους.	16 (22,9%)	2 (2.9%)
Γενικευμένη διαταραχή άγχους μόνο.	14 (20%)	14 (20%)
chi-square pearson	chi=11.7**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Στους ασθενείς με επιληψία υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και γενικευμένης διαταραχής άγχους, (χ^2)=11,70, $p < .01$.

Στους υγιείς δε γίνεται ο αντίστοιχος συσχετισμός στους υγιείς καθώς δεν υπάρχουν υγιείς μόνο με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

Συσχέτιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με αυτοκτονικό ιδεασμό (MINI).

Παρατίθενται στη συνέχεια οι ασθενείς και οι μάρτυρες που είχαν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αυτοκτονικό ιδεασμό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και αυτοκτονικό ιδεασμό (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Συσχέτιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και αυτοκτονικού ιδεασμού, σε ασθενείς και υγιείς.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μόνο	13(59%)	0
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και Αυτοκτονικός ιδεασμός	9(12,9%)	2 (2,9%)
Αυτοκτονικός ιδεασμός μόνο	4(30,8%)	5 (71,4)%
συσχέτιση Chi-square	chi=10,59**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Στους ασθενείς με επιληψία υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και αυτοκτονικού ιδεασμού, (χ^2)=10.59, $p < .001$.

Στους υγιείς δε γίνεται ο αντίστοιχος συσχετισμός στους υγιείς καθώς δεν υπάρχουν υγιείς μόνο με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

Συσχέτιση αυτοκτονικού ιδεασμού με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (MINI)

Ακολουθεί η ίδια συσχέτιση για τον αυτοκτονικό ιδεασμό με τη γενικευμένη διαταραχή άγχους (πίνακας 7).

Πίνακας 7. Συσχέτιση αυτοκτονικού ιδεασμού και γενικευμένης διαταραχής άγχους, σε ασθενείς και υγιείς.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου
Γενικευμένη διαταραχή άγχους μόνο	21 (70%)	14 (87,8%)
Γενικευμένη διαταραχή άγχους και αυτοκτονικός ιδεασμός	9 (12,9%)	2 (2,9%)
αυτοκτονικός ιδεασμός	4 (30%)	5 (71%)
chi-square	n.s.	n.s.

n.s.= μη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση

Σχολιασμός αποτελέσματος:

Καμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

PHQ-9

Ακολουθεί ο πίνακας, όπου συσχετίζονται οι μέσοι όροι των τιμών της κλίμακας PHQ-9, αρχικά του αθροίσματος και έπειτα κάθε ενός συμπτώματος ξεχωριστά (πίνακας 8).

Πίνακας 8. Συσχετισμός τιμών PHQ-9 μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου	Σημαντικότητα Sig.(2-tailed)	t-test /degrees of freedom	Effect size Pearson's r
Σύνολο PHQ-9	MN:7.57±6.31 SE:0.75	MN:4.16±4.13 SE:0.49	.000	t:3.788, (df:118.9)	0.33
Ανηδονία	MN:1, SE:0.12	MN:0.66, SE:0.09	.027	t: 2.23 df:138	0.19
Καταθλιπτική διάθεση	MN:0.93, SE:0.13	MN: 0.64, SE:0.96	.073	t:1.807 df:128.6	0.15
Διαταραχές ύπνου	MN:1.04, SE:0.14	MN:0.47, SE:0.09	.001	t: 3.562 df: 116.5	0.31
Μειωμένη ενέργεια	MN:1.19, SE:0.12	MN:0.67, SE:0.09	.001	3.407 df: 125.2	0.29
Διαταραχές όρεξης	MN:0.86, SE:0.11	MN:0.69, SE:0.09	.253	1.148 df:138	0.1
Αισθήματα αναξιότητας	MN:0.91, SE:0.14	MN:0.36, SE:0.07	.000	3.602 df:99.9	0.34
Διαταραχές συγκέντρωσης	MN:0.76, SE:0.12	MN:0.37, SE:0.09	.011	2.565 df:124.1	0.22
Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση	MN:0.69, SE:0.13	MN:0.2, SE:0.07	.001	3.338 df:106.3	0.31
Αυτοκτονικός ιδεασμός	MN:0.29, SE:0.08	MN:0.13, SE:0.05	.102	1.644 df:113.6	0.15

MN: Μέσος όρος, SE: Standard error mean

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει:

- Οι ασθενείς με επιληψία, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, παρουσιάζουν αυξημένο μέσο όρο του **συνολικού** σκορ της κλίμακας PHQ-9, με στατιστικώς σημαντική διαφορά $p<.001$, $r=0.33$

- Ακόμη οι ασθενείς με επιληψία είχαν υψηλότερο μέσο όρο, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στην ερώτηση για **αισθήματα αναξιοτήτας**, με στατιστικώς σημαντική διαφορά $p<.001$, $r=.34$.
- Οι ασθενείς με επιληψία, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, αυξημένο μέσο όρο στη σχετική με την **ανηδονία** ερώτηση, διαφορά στατιστικώς σημαντική, $p<.05$, $r=0.19$
- Ακολούθως αυξημένο μέσο όρο στην ερώτηση για **διαταραχές ύπνου**, παρουσίασαν οι ασθενείς με επιληψία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, διαφορά στατιστικώς σημαντική, $p<.01$, $r=0.31$.
- Στην ερώτηση για **μειωμένη ενέργεια**, οι ασθενείς με επιληψία είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο με επίσης στατιστικώς σημαντική διαφορά $p<.01$, $r=0.29$
- Στην ερώτηση για τη **διαταραχή συγκέντρωσης**, καταγράφηκε επίσης μεγαλύτερος μέσος όρος στους ασθενείς με επιληψία, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, με στατιστικώς σημαντική διαφορά, $p<.05$, $r=0.22$.
- Τέλος, οι ασθενείς με επιληψία παρουσίασαν μέσο όρο μεγαλύτερο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στην ερώτηση για **ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση**, με στατιστικώς σημαντική διαφορά $p<.01$, $r=0.31$.
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σημειώθηκε μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου στο μέσο όρο των ερωτήσεων για καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές όρεξης και αυτοκτονικό ιδεασμό, $p>.05$.

Βαρύτητα κατάθλιψης (PHQ-9)

Ακολουθεί η συσχέτιση βαρύτητας της κατάθλιψης για τους ασθενείς με επιληψία και την ομάδα ελέγχου (Πίνακας 9). (0 χωρίς κατάθλιψη, 1-4 ελάχιστη, 5-9 ήπια, 10-14 μέτρια, 15-19 μετρίως σοβαρή, 20-27 σοβαρή)

Πίνακας 9. Βαρύτητας κατάθλιψης μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου.

Βαρύτητα κατάθλιψης	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου
Χωρίς κατάθλιψη (0)	8 (11.4%)	9(12.9%)
Ελάχιστη (1-4)	18 (25.7%)	32 (45.7%)
Ήπια (5-9)	24 (34.3%)	27 (38.6%)
Μέτρια (10-14)	9 (12.9%)	0
Μετρίως σοβαρή (15-19)	7 (10%)	0
Σοβαρή (20-27)	4 (5.7%)	2(2.9%)

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Περισσότεροι ασθενείς με επιληψία παρουσίασαν ήπια βαρύτητα κατάθλιψης, ενώ οι περισσότεροι υγιείς μάρτυρες ελάχιστης βαρύτητας

Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο (PHQ-9)

Στη συνέχεια ακολουθεί η σύγκριση μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου όσον αφορά το σύνολο του PHQ-9, για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, δηλαδή των συχνοτήτων PHQ-9 $\geq$ 10 και PHQ-9 $\geq$ 8, όπως έχει οριστεί από τους Hyphantis et.al¹⁰² (πίνακας 10).

Πίνακας 10. Σύγκριση συχνότητας μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου	chi square value	sig.(2-tailed)
PHQ-9 $\geq$ 8	28(40%)	6(8.5%)	18.8	$p<.001$
PHQ9 $\geq$ 10	20(28.5%)	2(2.9%)	17,47	$p<.001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων.

Όπως προκύπτει, οι ασθενείς με επιληψία έχουν πιο συχνά από την ομάδα ελέγχου μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, $\chi^2(1)=18.8$, $p<.001$, ODDS ratio= 7.4.

SCL-90R

Ακολουθεί η σύγκριση των μέσων όρων των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου (πίνακας 11).

Πίνακας 11. Σύγκριση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου	Σημαντικότητα Sig.(2-tailed)	t-test /degrees of freedom	Effect size Pearson's r
Σωματοποίηση	MN:0.96, SE:0.09	MN:0.7, SE:0.08	.027	t:2.24, df:138	0.19
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	MN:1.12, SE:0.09	MN:0.89, SE:0.09	.076	t:1.79, df:138	0.15
Διαπροσωπική ευαισθησία	MN:0.96, SE:0.07	MN:0.79, SE:0.07	.081	t:1.76, df:138	0.15
Κατάθλιψη	MN:1.11, SE:0.09	MN:0.76, SE:0.08	.004	t:2.9, df:138	0.24
Άγχος	MN:0.78, SE:0.09	MN:0.5, SE:0.08	.019	t:2.36, df:138	0.2
Επιθετικότητα	MN:0.86, SE:0.09	MN:0.87, SE:0.12	.927	t:-0.92, df:129	0.08
Φοβικό άγχος	MN:0.47, SE:0.06	MN:0.41, SE:0.07	.561	t:0.58, df:138	0.05
Παρανοειδής ιδεασμός	MN:0.99, SE:0.08	MN:0.84, SE:0.08	.201	t:1.29, df:138	0.11
Ψυχωτισμός	MN:0.57, SE:0.07	MN:0.42, SE:0.05	.064	t:1.87, df:138	0.16
Αύξηση όρεξης	MN:0.5, SE:0.11	MN:0.27, SE:0.09	.117	t:0.55, df:138	0.05
Μείωση όρεξης	MN:0.9, SE:0.13	MN:0.8, SE:0.14	.581	t:0.55, df:137.7	0.05
Επέλευση ύπνου	MN:0.74, SE:0.11	MN:0.05, SE:0.12	.139	t: 1.49, df:138	0.13
Αφύπνιση	MN:1.3, SE:0.17	MN:0.76, SE:0.13	.011	t:2.59, df:129.61	0.22
Ανήσυχος ύπνος	MN:1.17, SE:0.16	MN: 0.84, SE: 0.13	.111	t:1.6, df:133.65	0.14
Σκέψεις θανάτου	MN:0.41, SE: 0.1	MN: 0.84, SE: 0.55	.179	t:1.6, df:113.57	0.15
Αισθήματα ενοχής	MN: 1.01, SE: 1.21	MN:0.91, SE:0.07	.589	t:0.54, df:131.18	0.05
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	MN:0.89, SE:0.06	MN:0.68, SE:0.07	.025	t:2.26, df:138	0.19

MN: Μέσος όρος, SE: Standard error mean

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Μετά από τη σύγκριση των μέσων όρων των συμπτωμάτων ψυχολογικής καταπόνησης, σύμφωνα με την κλίμακα SCL-90, προκύπτει:

- Κατά μέσο όρο οι ασθενείς με επιληψία σημείωσαν υψηλότερη **κατάθλιψη**, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, διαφορά στατιστικώς σημαντική διαφορά, με $p<.01$.
- Επίσης οι ασθενείς με επιληψία σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στη **Σωματοποίηση, στο άγχος, στην αφύπνιση, καθώς και του γενικού δείκτη συμπτωμάτων**, διαφορά στατιστικώς σημαντική, με $p<.05$.
- Στις υπόλοιπες παραμέτρους δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με επιληψία και της ομάδας ελέγχου.

WHOQOL-BREF

Στον κάτωθι πίνακα γίνεται η σύγκριση των μέσων όρων των παραμέτρων που προκύπτουν από το WHOQOL-BREF, μεταξύ των ασθενών με επιληψία και της ομάδας ελέγχου (πίνακας 12).

Πίνακας 12. Σύγκριση παραμέτρων ποιότητας ζωής ασθενών και υγιών μαρτύρων.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου	Σημαντικότητα Sig.(2-tailed)	t-test / degrees of freedom	Effect size Pearson's r
Θεωρούμενη ποιότητα ζωής	MN:3.83, SE:0.11	MN:3.97, SE:0.08	.297	t:1.05, df:127.35	0.09
Θεωρούμενη ποιότητα υγείας	MN:3.27, SE:0.11	MN:4.06, SE:0.11	.000	t:5.12, df:138	0.4
Σωματική υγεία	MN:24.27, SE:0.65	MN:28.29, SE:0.47	.000	t:5.01, df:125.97	0.41
Ψυχική υγεία	MN:21.01, SE:0.56	MN:22.79, SE:0.42	.012	t:2.54, df:127.79	0.23
Κοινωνικές σχέσεις	MN:11.44, SE:0.3	MN:12.19, SE:0.22	.046	t:2.02, df:127.24	0.18
Περιβάλλον	MN:28.93, SE:0.51	MN:28.1, SE:0.45	.222	t:1.23, df:138	0.1

MN: Μέσος όρος, SE: Standard error mean

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Μετά από την ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής και της στατιστικής σύγκρισης των μέσων όρων των τους προκύπτει ότι:

- Κατά μέσο όρο οι ασθενείς με επιληψία απάντησαν ότι είναι λιγότερο **ικανοποιημένοι από την υγεία τους** σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική, $p < .001$.
- Επίσης οι ασθενείς με επιληψία σημειώνουν, κατά μέσο όρο, χαμηλότερη **ποιότητα ζωής σχετικής με τη σωματική υγεία**, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στατιστικώς σημαντική διαφορά με $p < .001$.

- Χαμηλότερη **ποιότητα ζωής σχετικής με την ψυχική υγεία** έχουν οι ασθενείς με επιληψία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στατιστικώς σημαντική διαφορά με $p < .05$.
- Οι ασθενείς με επιληψία έχουν χαμηλότερη **ποιότητα ζωής σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις**, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στατιστικώς σημαντική διαφορά με $p < .05$.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο πόσο βαθμολογούν οι ίδιοι οι εξεταζόμενοι την ποιότητα ζωής τους γενικά, μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου, $p > .05$.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά, μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου, στην ποιότητα ζωής σχετικής με το περιβάλλον, $p > .05$.

SBI-15R

Στον πίνακα 13 παρατίθενται τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μέσων όρων των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου SBI-15, μεταξύ των ασθενών με επιληψία και της ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 13. Σύγκριση θρησκευτικότητας μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου	Σημαντικότητα Sig.(2-tailed)	t-test / degrees of freedom	Effect size Pearson's r
Θρησκευτικότητα	MN:18.87, SE:0.94	MN:14.29, SE:1.37	.007	t:2.76, df:122.6	0.24
Υποστήριξη	MN:6.09, SE:0.48	MN:4.1, SE:0.56	.008	t:2.69, df:135.07	0.23

MN: Μέσος όρος, SE: Standard error mean

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου για τη θρησκευτικότητα προκύπτει ότι:

- Οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές, κατά μέσο όρο, **θρησκευτικότητας**, σε πιστεύω και συμμετοχή στα κοινά, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικώς σημαντική, $p < .01$.
- Οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές ως προς την **υποστήριξη που λαμβάνουν από τη θρησκευτική ομάδα** σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, και αυτή η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική με $p < .01$.

DSQ-88

Ακολουθεί η συσχέτιση των αμυνών των ασθενών με επιληψία και της ομάδας ελέγχου (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Σύγκριση των αμυνών μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου.

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου	Σημαντικότητα Sig.(2-tailed)	t-test / degrees of freedom	Effect size Pearson's r
Δυσπροσαρμοστικές	MN:125.08 SE:4.46	MN:109 SE:4.44	.012	-2.55 124	.22
Διατάραξη εικόνας	MN:53.4 SE:2.33	MN:46.22 SE:1.61	.013	-2.538 110.19	.24
Αυτοθυσία	MN:36.78 SE:1.3	MN:36.19 SE:1.3	.750	-.319 124	.03
Προσαρμοστικές	MN:33.84 SE:1.08	MN:35.89 SE:1.07	.179	1.351 124	.12

MN: Μέσος όρος, SE: Standard error mean

Σχολιασμός:

- Οι ασθενείς με επιληψία εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο μέσο όρο **δυσπροσαρμοστικών αμυνών** σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, $p<.05$.
- Οι ασθενείς με επιληψία εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο μέσο όρο **διατάραξης εικόνας**, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου $p<.05$.
- Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην αυτοθυσία και τις προσαρμοστικές άμυνες μεταξύ των δειγμάτων.

LSI

Ακολουθεί σύγκριση των μηχανισμών άμυνας μεταξύ των ασθενών με επιληψία και της ομάδας ελέγχου (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Σύγκριση των αμυνών μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου

	ασθενείς με επιληψία	ομάδα ελέγχου	Σημαντικότητα Sig.(2-tailed)	t-test / degrees of freedom	Effect size Pearson's r
Άρνηση	MN:6.16 SE: .3	MN:6.41 SE: .31	.555	.592 124	.05
Απώθηση	MN:4.52 SE: .25	MN:3.75 SE: .25	.029	-2.215 124	.2
Παλινδρόμηση	MN:4.33 SE: .32	MN:4.3 SE: .43	.953	-.06 114.48	.006
Υπερاناπλήρωση	MN:4.13 SE: .24	MN:3.44 SE: .24	.047	-2.00 124	.18
Προβολή	MN:8.64 SE: .33	MN:8.37 SE: .36	.242	-1.175 124	.1
Μετάθεση	MN:3.41 SE: .32	MN:2.84 SE: .31	.211	-1.257 124	.1
Διανοητικοποίηση	MN:5.97 SE: .23	MN:5.4 SE: .21	.065	-1.86 124	.17
Σχηματισμός δια του αντιθέτου	MN:3.3 SE: .27	MN:3.05 SE:	.560	-.58 124	.05
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	MN:2.65 SE: .54	MN:1.83 SE: .62	.317	-1 124	.09

MN: Μέσος όρος, SE: Standard error mean

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Όπως προκύπτει από τη σύγκριση των μηχανισμών άμυνας των δύο ομάδων:

- Οι ασθενείς με επιληψία χρησιμοποιούν πιο πολύ την απώθηση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, $p < .05$.
- Οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο υπεραναπλήρωσης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, $p < .05$.
- Δεν παρατηρήθηκε άλλη στατιστική διαφορά.

Παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν τις ψυχομετρικές παραμέτρους, την ποιότητα ζωής, τη θρησκευτικότητα, την αντίληψη για τη νόσο και τις άμυνες των ασθενών με επιληψία

Αξιολόγηση επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων

MINI

Ακολουθεί η σύγκριση της συνέντευξης MINI με τους δημογραφικούς παράγοντες, ηλικία των ασθενών, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένοι ή μη), απασχόληση (άνεργοι ή μη), τόπος κατοικίας, κάπνισμα και κατοχή διπλώματος οδήγησης (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Συσχέτιση ηλικίας, φύλου, εκπαίδευση και καπνίσματος με τη MINI, στους ασθενείς με επιληψία.

MINI	αριθμός ασθενών	ηλικία	φύλο	εκπαίδευση	κάπνισμα
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	22(28.6%)	n.s.	n.s.	$r_s=-.318$ $p=.007$	n.s.
ΜΚΕ με μελαγχολικά στοιχεία	6(8.6%)	n.s.	n.s.	n.s.	$(\chi^2)=5.76$ $p=.016$
Δυσθυμία	8(11.4%)	n.s.	8 γυναίκες. $p=.007$	n.s.	$(\chi^2)=6.4$ $p=.011$
Υπομανιακό επεισόδιο	0	-	-	-	-
Αυτοκτονικός ιδεασμός	13(18,6)	n.s.	n.s.	$r_s=-.252$ $p=.035$	n.s.
Διαταραχή πανικού	5(7.1%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Αγοραφοβία	3(4.3%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Κοινωνική φοβία	0	-	-	-	-
Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	1(1.4%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
PTSD	2(2.9%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Εξάρτηση οίνοπνεύματος	0	-	-	-	-
Εξάρτηση ουσιών	0	-	-	-	-
Ψυχωσικές διαταραχές	1(1.4%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ψυχογενής ανορεξία	0	-	-	-	-
Ψυχογενής βουλιμία	0	-	-	-	-
ΓΔΑ	30(42.9%)	n.s.	n.s.	n.s.	$(\chi^2)=8.532$ $p=.003$

ΓΔΑ= Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους, n.s.= στατιστικώς μη σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα:

Σύμφωνα με τη Νευροψυχιατρική συνέντευξη MINI:

- Οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν χαμηλότερα ποσοστά ΜΚΕ και αυτοκτονικού ιδεασμού.
- Μόνο γυναίκες παρουσίασαν δυσθυμία. Δεν παρατηρήθηκε άλλη στατιστικώς σημαντική διαφορά όσον αφορά το φύλο.
- Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η απασχόληση των ασθενών δεν παρουσίασαν καμία συσχέτιση με την ψυχοπαθολογία.
- Ο τόπος κατοικίας των ασθενών και η κατοχή ή μη διπλώματος οδήγησης δε σχετίσθηκε σημαντικά με καμία διάγνωση της MINI

PHQ-9

Ακολουθεί η συσχέτιση της Κατάθλιψης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως αυτά προκύπτουν από την PHQ-9, με τους δημογραφικούς παράγοντες στους ασθενείς με επιληψία (πίνακας 17).

Πίνακας 17. Συσχέτιση κατάθλιψης με ηλικία και εκπαίδευση.

	ηλικία	εκπαίδευση
Σύνολο PHQ-9	n.s.	r= -.252 p=.035
Ανηδονία	r=.266 p=.026	n.s.
Καταθλιπτική διάθεση	n.s.	r= -.248 p=.039
Διαταραχές ύπνου	n.s.	n.s.
Μειωμένη ενέργεια	n.s.	r=-.246 p=.04
Διαταραχές όρεξης	n.s.	n.s.
Αισθήματα αναξιοτιίας	n.s.	n.s.
Διαταραχές συγκέντρωσης	n.s.	n.s.
Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση	n.s.	r=-.283 p=.018
Αυτοκτονικός ιδεασμός	n.s.	r=-.34 p=.004

n.s.= μη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

Αποτελέσματα:

- Η ηλικία των ασθενών είναι σημαντικά συσχετιζόμενη με το καταθλιπτικό σύμπτωμα ανηδονία.
- Οι άνδρες και οι γυναίκες δεν είχαν καμία σημαντική διαφορά κατά μέσο όρο στα καταθλιπτικά συμπτώματα και το συνολικό σκορ του PHQ-9.

- Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών ήταν αρνητικά συσχετιζόμενο με το συνολικό σκορ του PHQ-9, την καταθλιπτική διάθεση, τη μειωμένη ενέργεια, την ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.
- Οι παντρεμένοι ασθενείς δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές από τους μη παντρεμένους.
- Οι άνεργοι ασθενείς δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές από τους υπόλοιπους ασθενείς.
- Οι καπνιστές ασθενείς δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές με τους μη καπνιστές ασθενείς.
- Ο τόπος κατοικίας των ασθενών δεν φάνηκε να συσχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.
- Οι κάτοχοι διπλώματος οδήγησης δεν είχαν σημαντικές κατά μέσο διαφορές στα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους μη κατόχους διπλώματος οδήγησης ασθενείς.

SCL-90R

Ακολουθεί η συσχέτιση της Κατάθλιψης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τους δημογραφικούς παράγοντες, όπως αυτά προκύπτουν από την PHQ-9 (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Συσχέτιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων με ηλικία και εκπαίδευση

	ηλικία	εκπαίδευση
Σωματοποίηση	n.s.	r=-.350 p=.003
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	n.s.	n.s.
Διαπροσωπική ευαισθησία	n.s.	n.s.
Κατάθλιψη	n.s.	r=-.316 p=.008
Άγχος	r=.261 p=.029	r=-.376 p=.001
Επιθετικότητα	n.s.	r=-.313 p=.008
Φοβικό άγχος	n.s.	n.s.
Παρανοειδής ιδεασμός	n.s.	r=-.278 p=.020
Ψυχωτισμός	n.s.	r=-.261 p=.029
Αύξηση όρεξης	n.s.	n.s.
Μείωση όρεξης	n.s.	n.s.
Επέλευση ύπνου	n.s.	r=-.297 p=.013
Αφύπνιση	r=.398 p=.001	r=-.336 p=.004
Ανήσυχος ύπνος	n.s.	n.s.
Σκέψεις θανάτου	n.s.	n.s.
Αισθήματα ενοχής	n.s.	n.s.
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	n.s.	r=-.364 p=.002

n.s.= μη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση

Αποτελέσματα:

- Η ηλικία των ασθενών είναι στατιστικώς συσχετιζόμενη με το άγχος και την αφύπνιση.

- Οι άνδρες και οι γυναίκες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές κατά μέσο όρο στα συμπτώματα της SCL-90R
- Η εκπαίδευση είναι στατιστικώς σημαντικά αρνητικά συσχετιζόμενη με τη σωματοποίηση, την κατάθλιψη, το άγχος, την επιθετικότητα, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό, την επέλευση ύπνου, την αφύπνιση και το γενικό δείκτη συμπτωμάτων.
- Οι παντρεμένοι ασθενείς δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές κατά μέσο όρο στα συμπτώματα της SCL-90R, από τους μη παντρεμένους.
- Οι άνεργοι δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές κατά μέσο όρο στα συμπτώματα της SCL-90R από τους υπόλοιπους ασθενείς.
- Οι καπνιστές δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές κατά μέσο όρο στα συμπτώματα της SCL-90R από τους μη καπνιστές ασθενείς.
- Ο τόπος κατοικίας δεν φάνηκε να συσχετίζεται με κανένα σύμπτωμα της SCL-90R.
- Οι κάτοχοι διπλώματος οδήγησης δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές κατά μέσο όρο στα συμπτώματα της SCL-90R από τους μη κατόχους.

WHOQOLBREF

Ακολουθεί η συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, στους ασθενείς με επιληψία (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Συσχέτιση παραμέτρων ποιότητας ζωής με ηλικία και εκπαίδευση

	ηλικία	εκπαίδευση
Θεωρούμενη ποιότητα ζωής	n.s.	n.s.
Θεωρούμενη ποιότητα υγείας	n.s.	n.s.
Σωματική υγεία	r=-.308 p=.009	r=.338 p=.004
Ψυχική υγεία	n.s.	n.s.
Κοινωνικές σχέσεις	n.s.	n.s.
Περιβάλλον	r=-.255 p=.033	r=.24 p=.045

Αποτελέσματα:

- Η ηλικία των ασθενών με επιληψία σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με το περιβάλλον.
- Αντίθετα η εκπαίδευση σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία και αυτή που σχετίζεται με το περιβάλλον.
- Οι άντρες και οι γυναίκες ασθενείς δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές κατά μέσο όρο σε όλες τις μορφές ποιότητας ζωής.
- Οι παντρεμένοι δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές με τους μη παντρεμένους.
- Οι άνεργοι ασθενείς με επιληψία (10.35 ± 4.76) είχαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς (11.79 ± 2.44), ($p=.036$).
- Οι καπνιστές ασθενείς δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές με τους μη καπνιστές ασθενείς όσον αφορά τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής.
- Η κατοχή διπλώματος οδήγησης και ο τόπος κατοικίας δε συσχετίσθηκαν σημαντικά με την ποιότητα ζωής.

ΒΙΡQ

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται οι τιμές της αντίληψης για τη νόσο των ασθενών με επιληψία και η συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών με επιληψία με την αντίληψη για τη νόσο.

Πίνακας 20. Μέσος όρος παραμέτρων αντίληψης για τη νόσο και συσχέτιση αντίληψης για τη νόσο με την ηλικία την εκπαίδευση και την κατοικία.

	μέσος όρος	ηλικία	εκπαίδευση	κατοικία
Συνέπειες	5.49 ± 3.31	n.s.	n.s.	n.s.
Χρονική διάρκεια	7.11 ± 3.43	n.s.	n.s.	n.s.
Προσωπικός έλεγχος	5.49 ± 3.64	r=-.276 p=.021	n.s.	r=-.291 p=.015
Θεραπευτικός έλεγχος	7.7 ± 2.45	n.s.	n.s.	n.s.
Ταυτότητα	4.01 ± 3.46	n.s.	r=-.39 p=.001	n.s.
Ανησυχία	6.31 ± 3.46	n.s.	n.s.	n.s.
Κατανόηση	7.86 ± 3.07	n.s.	n.s.	n.s.
Συναισθηματικός αντίκτυπος	6.51 ± 3.6	n.s.	n.s.	n.s.
Σύνολο	7.96 ± 13.81	n.s.	r=-.241 p=.044	n.s.

n.s.=μη στατιστικώς σημαντικό

Αποτελέσματα:

- Η ηλικία των ασθενών με επιληψία σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με τον προσωπικό έλεγχο. Δηλαδή όσο μεγαλύτερος είναι ο ασθενής τόσο λιγότερο προσωπικό έλεγχο πιστεύει ότι έχει πάνω στην επιληψία.
- Η εκπαίδευση σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την ταυτότητα της νόσου. Δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης ενός ασθενούς, τόσο περισσότερα είναι τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής καθημερινά. Επίσης η εκπαίδευση σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με το σύνολο της αντίληψης για τη νόσο. Δηλαδή, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης ενός ασθενούς τόσο λιγότερο απειλητική αντιλαμβάνεται την επιληψία.

- Οι άνδρες και οι γυναίκες δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές όσον αφορά την αντίληψή τους για την επιληψία.
- Οι παντρεμένοι ασθενείς δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές με τους μη παντρεμένους ασθενείς όσον αφορά την αντίληψή τους για την επιληψία.
- Οι καπνιστές δεν είχαν σημαντικές διαφορές με τους μη καπνιστές όσον αφορά την αντίληψη για την επιληψία.
- Οι άνεργοι δεν είχαν διαφορές με τους μη άνεργους όσον αφορά την αντίληψη για την επιληψία.
- Οι κάτοχοι διπλώματος οδήγησης δεν είχαν σημαντικές διαφορές με τους μη κατόχους διπλώματος.
- Οι ασθενείς που μένουν σε μικρότερες πόλεις αναφέρουν σημαντικά μικρότερο προσωπικό έλεγχο σε σχέση με τους ασθενείς που μένουν σε μεγαλύτερες.

ΑΕΡ

Στη συνέχεια παρατίθενται οι συσχετίσεις των δημογραφικών παραγόντων με την ένταση των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Συσχέτιση έντασης παρενεργειών με τους δημογραφικούς παράγοντες.

	AEP score
Ηλικία	n.s.
Φύλο	n.s.
Εκπαίδευση	$r_s = -.343, p = .006$
Οικογενειακή κατάσταση	n.s.
Τόπος κατοικίας	n.s.
Εργασιακή κατάσταση	n.s.
Κάπνισμα	n.s.
Δίπλωμα οδήγησης	n.s.

n.s.= μη σημαντική συσχέτιση

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Από τους δημογραφικούς παράγοντες μόνο η εκπαίδευση σχετίζεται σημαντικά με την ένταση των παρενεργειών, όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο πιο χαμηλής έντασης ήταν οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών που βίωναν οι ασθενείς.

SBI-15R

Κανένας δημογραφικός παράγοντας δε σχετίστηκε σημαντικά με τη θρησκευτικότητα στους ασθενείς με επιληψία.

LSI

Ακολουθούν οι συσχετίσεις των δημογραφικών παραγόντων με τις άμυνες των ασθενών με επιληψία (και Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Συσχέτιση αμυνών με την ηλικία και την εκπαίδευση.

	ηλικία	εκπαίδευση
Άρνηση	n.s.	n.s.
Απώθηση	r: .291 p: .020	r: -.339 p: .007
Παλινδρόμηση	r: -.261 p: .039	n.s.
Υπερاناπλήρωση	r: -.372 p: .003	n.s.
Προβολή	r: -.079 p: .539	n.s.
Μετάθεση	n.s.	r: -.359 p: .004
Διανοητικοποίηση	n.s.	n.s.
Σχηματισμός δια του αντιθέτου	n.s.	n.s.
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	n.s.	n.s.

n.s.= μη στατιστικώς σημαντικό

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

- Όσο μεγαλύτεροι είναι σε ηλικία οι ασθενείς χρησιμοποιούν σημαντικά περισσότερο την απώθηση και λιγότερο την παλινδρόμηση, την υπεραναπλήρωση και την προβολή.

- Όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών τόσο περισσότερο χρησιμοποιούν την απώθηση και τη μετάθεση.
- Δε σχετίστηκε σημαντικά ο τόπος κατοικίας με τις άμυνες.
- Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών ασθενών.
- Οι κάτοχοι διπλώματος δεν παρουσίασαν διαφορές από τους μη κατόχους

DSQ-88

Ακολουθούν οι συσχετίσεις των δημογραφικών παραγόντων με τις άμυνες των ασθενών με επιληψία (πίνακας 23).

Πίνακας 23. Συσχέτιση των αμυνών με την εκπαίδευση

	εκπαίδευση
Δυσπροσαρμοστικές	n.s.
Διατάραξης εικόνας	n.s.
Αυτοθυσίας	$r=-.432$ $p<.001$
Προσαρμοστικές	$r=.253$ $p=.046$

Αποτελέσματα:

- Η ηλικία των ασθενών με επιληψία δε σχετίζεται σημαντικά με τις άμυνες.
- Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών με επιληψία τόσο πιο χαμηλές είναι οι άμυνες αυτοθυσίας και τόσο υψηλότερες είναι οι προσαρμοστικές άμυνες.
- Οι γυναίκες ασθενείς με επιληψία ($134,31 \pm 39,12$) έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες δυσπροσαρμοστικές άμυνες σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς ($113,54 \pm 26,43$) ($p=.015$).
- Οι μη παντρεμένοι ασθενείς δεν είχαν σημαντικές διαφορές στις άμυνες από τους παντρεμένους ασθενείς.
- Οι κάτοχοι διπλώματος οδήγησης δεν είχαν σημαντικές διαφορές στις άμυνες σε σχέση με όσους δεν έχουν δίπλωμα.
- Οι καπνιστές ασθενείς (29.25 ± 7.02) έχουν σημαντικά χαμηλότερες προσαρμοστικές άμυνες σε σχέση με τους μη καπνιστές ασθενείς (35.4 ± 8.51), ($p=.021$).
- Οι άμυνες των ασθενών δεν επηρεάζονται από τον τόπο κατοικίας των ασθενών.

Αξιολόγηση επίδρασης των χαρακτηριστικών της επιληψίας

MINI

Ακολουθεί η σύγκριση των στοιχείων του ιστορικού των ασθενών με επιληψία με τα ευρήματα από τη Νευροψυχιατρική συνέντευξη MINI (Πίνακας 24).

Πίνακας 24, Συσχέτιση διαγνώσεων την MINI με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας, τη συχνότητα των κρίσεων, το είδος των κρίσεων και τα ευρήματα στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου

MINI	αριθμός ασθενών	ηλικία 1 ^{ης} κρίσης	διάρκεια επιληψίας	συχνότητα κρίσεων	είδος επιληψίας	ευρήματα στην MRI
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	22(28.6%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
ΜΚΕ με μελαγχολικά στοιχεία	6(8.6%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Δυσθυμία	8(11.4%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Υπομανιακό επεισόδιο	0	-	-	-	-	-
Αυτοκτονικός ιδεασμός	13(18,6)	n.s.	n.s.	$r_s=-,289$ $p=.015$	n.s.	n.s.
Διαταραχή πανικού	5(7.1%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Αγοραφοβία	3(4.3%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Κοινωνική φοβία	0	-	-	-	-	-
Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	1(1.4%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
PTSD	2(2.9%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Εξάρτηση οινόπνευματος	0	-	-	-	-	-
Εξάρτηση ουσιών	0	-	-	-	-	-
Ψυχωσικές διαταραχές	1(1.4%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ψυχογενής ανορεξία	0	-	-	-	-	-
Ψυχογενής βουλιμία	0	-	-	-	-	-
ΓΔΑ	30(42.9%)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

n.s.= μη στατιστικώς σημαντικό

Αποτελέσματα:

- Οι ασθενείς με υψηλή συχνότητα κρίσεων είχαν υψηλότερο αυτοκτονικό ιδεασμό
- Καμία διάγνωση της συνέντευξης MINI δεν σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας, τον τύπο της επιληψίας και τα ευρήματα στη Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.
- Ακόμη δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά με τον αριθμό αντιεπιληπτικών φαρμάκων επί του παρόντος και τον αριθμό αντιεπιληπτικών που έχουν λάβει οι ασθενείς συνολικά.

PHQ-9

Στον πίνακα 25 παρατίθενται οι σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων της κλίμακας PHQ-9 και των στοιχείων της επιληψίας.

Πίνακας 25. Συσχέτιση της κατάθλιψης με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας, τη συχνότητα των κρίσεων, τον αριθμό των αντιεπιληπτικών και το συνολικό αριθμό αντιεπιληπτικών.

	ηλικία 1 ^{ης} κρίσης	διάρκεια επιληψίας	συχνότητα κρίσεων	αριθμός AEDs	συνολικός αριθμός AEDs
Σύνολο PHQ-9	$r=.162$ $p=.18$	$r=-.015$ $p=.9$	$r_s=.241$ $p=.044$	$r=-.004$ $p=.98$	$r=.076$ $p=.533$
Ανηδονία	$r=.261$ $p=.029$	$r=.08$ $p=.54$	$r_s=.372$ $p=.002$	$r=.06$ $p=.63$	$r=.143$ $p=.236$
Καταθλιπτική διάθεση	$r=.115$ $p=.2$	$r=-.034$ $p=.78$	$r_s=.157$ $p=.195$	$r=-.06$ $p=.65$	$r=-.057$ $p=.641$
Διαταραχές ύπνου	$r=.244$ $p=.042$	$r=-.086$ $p=.48$	$r_s=.148$ $p=.221$	$r=-.1$ $p=.39$	$r=.036$ $p=.766$
Μειωμένη ενέργεια	$r=.18$ $p=.135$	$r=.014$ $p=.908$	$r_s=.213$ $p=.076$	$r=.044$ $p=.717$	$r=.114$ $p=.346$
Διαταραχές όρεξης	$r=-.066$ $p=.589$	$r=-.038$ $p=.752$	$r_s=.219$ $p=.068$	$r=.124$ $p=.306$	$r=.15$ $p=.214$
Αισθήματα αναξιότητας	$r=.69$ $p=.571$	$r=-.132$ $p=.275$	$r_s=.056$ $p=.648$	$r=-.068$ $p=.574$	$r=-.041$ $p=.737$
Διαταραχές συγκέντρωσης	$r=-.03$ $p=.806$	$r=-.088$ $p=.469$	$r_s=.054$ $p=.658$	$r=-.11$ $p=.364$	$r=-.042$ $p=.732$
Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση	$r=.163$ $p=.179$	$r=-.042$ $p=.733$	$r_s=-.035$ $p=.775$	$r=-.105$ $p=.388$	$r=-.047$ $p=.679$
Αυτοκτονικός ιδεασμός	$r=.014$ $p=.909$	$r=.201$ $p=.096$	$r_s=.273$ $p=.022$	$r=.103$ $p=.395$	$r=.072$ $p=.554$

r = Pearson correlation, r_s = Spearman's correlation rho, p = Sig. (2-tailed)

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Μετά από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της κλίμακας PHQ-9 με τα στοιχεία ιστορικού των ασθενών με επιληψία προκύπτουν τα εξής:

- Υπάρχει σημαντική συσχέτιση της **ηλικίας 1^{ης} κρίσης** με την **ανηδονία**.
- Επίσης σημαντική συσχέτιση προκύπτει, της **ηλικίας 1^{ης} κρίσης** και των **διαταραχών ύπνου**.
- Δεν υπήρχε άλλη σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας 1^{ης} κρίσης και των παραμέτρων της PHQ-9.
- Δεν υπήρχε καμία σημαντική συσχέτιση της διάρκειας της επιληψίας με τις παραμέτρους της PHQ-9.
- Δεν υπήρχε καμία σημαντική συσχέτιση του αριθμού των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που λαμβάνονται επί του παρόντος και του αριθμού των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που έχουν λάβει συνολικά οι ασθενείς με τις παραμέτρους της PHQ-9.
- Οι ασθενείς με εστιακή επιληψία σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη **ανηδονία** ($1,31 \pm 6,26$) σε σχέση με τους ασθενείς με γενικευμένη επιληψία ($,072 \pm 6,51$) ($p=.017$).
- Δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική διαφορά στις παραμέτρους του PHQ-9 οι ασθενείς με παθολογική Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και οι ασθενείς με Μαγνητική χωρίς παθολογικά ευρήματα.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραμέτρων του PHQ-9 και των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς (βαλπροϊκό οξύ, λεβετιρακετάμη, καρβαμαζεπίνη/οξυκαρβαζεπίνη, λαμοτριγίνη).
- Οι ασθενείς που λάμβαναν σταθεροποιητικό της διάθεσης στο θεραπευτικό τους σχήμα παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στη **μειωμένη ενέργεια** ($1,35 \pm 1.03$) σε σχέση με αυτούς που δεν λάμβαναν ($0,08 \pm 0,92$), ($p= .044$).
- Επίσης οι ασθενείς που λάμβαναν σταθεροποιητικό της διάθεσης είχαν υψηλότερες τιμές **αυτοκτονικού ιδεασμού** ($0,39 \pm 0,79$) σε σχέση με αυτούς που δε λάμβαναν ($0,05 \pm 0,22$), ($p=.007$).

SCL-90R

Ακολουθεί η συσχέτιση των χαρακτηριστικών της επιληψίας με την κλίμακα SCL-90R (πίνακας 26).

Πίνακας 26, Συσχέτιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας τη συχνότητα των κρίσεων και το συνολικό αριθμό αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

	ηλικία 1 ^{ης} κρίσης	διάρκεια επιληψίας	συχνότητα κρίσεων	Συνολικός αριθμός AEDs
Σωματοποίηση	n.s.	n.s.	$r_s=.306$ $p=.010$	n.s.
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Διαπροσωπική ευαισθησία	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Κατάθλιψη	n.s.	n.s.	$r_s=.265$ $p=.027$	n.s.
Άγχος	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Επιθετικότητα	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Φοβικό άγχος	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Παρανοειδής ιδεασμός	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ψυχωτισμός	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Αύξηση όρεξης	n.s.	n.s.	n.s.	$r=.330$ $p=.005$
Μείωση όρεξης	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Επέλευση ύπνου	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Αφύπνιση	n.s.	$r=.301$ $p=.011$	$r_s=.329$ $p=.005$	$r=.244$ $p=.042$
Ανήσυχος ύπνος	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Σκέψεις θανάτου	$r=.237$ $p=.048$	n.s.	$r_s=.287$ $p=.016$	n.s.
Αισθήματα ενοχής	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	n.s.	n.s.	$r_s=.274$ $p=.022$	n.s.

AEDs= Αντιεπιληπτικά φάρμακα, n.s.=μη στατιστικώς σημαντικό

Αποτελέσματα:

Μετά από τη στατιστική συσχέτιση των αποτελεσμάτων ψυχολογικής καταπόνησης προκύπτει ότι:

- Η ηλικία πρώτης κρίσης σχετίζεται σημαντικά με σκέψεις θανάτου.
- Η διάρκεια επιληψίας σχετίζεται στατιστικά με την αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας.
- Η συχνότητα των κρίσεων σχετίζεται σημαντικά με τη σωματοποίηση, την κατάθλιψη, την αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας, τις σκέψεις θανάτου και το γενικό δείκτη συμπτωμάτων.
- Οι ασθενείς δεν παρουσίασαν καμία σημαντική διαφορά κατά μέσο όρο στα συμπτώματα ψυχολογικής καταπόνησης όσον αφορά το είδος της επιληψίας που είχαν.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στα συμπτώματα ψυχολογικής καταπόνησης μεταξύ των ασθενών που είχαν παθολογικά ευρήματα στη Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και τους ασθενείς με φυσιολογική Μαγνητική.
- Ο συνολικός αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων σχετίζεται στατιστικά με αύξηση της όρεξης και αφύπνιση.
- Ο αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που λαμβάνονται επί του παρόντος δεν συσχετίσθηκε σημαντικά με κανένα σύμπτωμα.
- Οι ασθενείς που λάμβαναν λεβετιρακετάμη παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο φοβικό άγχος ($0,71 \pm 0,7$) σε σχέση με τους ασθενείς που δε λάμβαναν λεβετιρακετάμη ($0,35 \pm 0,38$) ($p=,029$).
- Δεν παρατηρήθηκε άλλη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων με τα συμπτώματα ψυχολογικής καταπόνησης.

WHOQOL-BREF

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων της ποιότητας ζωής σύμφωνα με το WHOQOL-BREF και των χαρακτηριστικών της επιληψίας (πίνακας 27).

Πίνακας 27. Συσχέτιση των παραμέτρων της ποιότητας ζωής με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας τη συχνότητα των κρίσεων, τον αριθμό αντιεπιληπτικών φαρμάκων και το συνολικό αριθμό αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

	ηλικία 1 ^{ης} κρίσης	διάρκεια επιληψίας	Συχνότητα κρίσεων	αριθμός AEDs	συνολικός αριθμός AEDs
Θεωρούμενη ποιότητα ζωής	$r=-.031$ $p=.068$	$r=-.140$ $p=.246$	$r_s=.062$ $p=.613$	$r=.027$ $p=.827$	$r=-.108$ $p=.372$
Θεωρούμενη ποιότητα υγείας	$r=-0.25$ $p=.84$	$r=-.120$ $p=.324$	$r_s=-.260$ $p=.030$	$r=-.139$ $p=.249$	$r=-.252$ $p=.036$
Σωματική υγεία	$r=-.094$ $p=.441$	$r=-.247$ $p=.039^*$	$r_s=-.293$ $p=.014$	$r=-.333$ $p=.005$	$r=-.333$ $p=.005$
Ψυχική υγεία	$r=-.049$ $p=.688$	$r=-.149$ $p=.219$	$r_s=-.095$ $p=.432$	$r=.008$ $p=.950$	$r=.000$ $p=.998$
Κοινωνικές σχέσεις	$r=-.059$ $p=.627$	$r=-.155$ $p=.201$	$r_s=-.095$ $p=.432$	$r=-.091$ $p=.454$	$r=-.119$ $p=.327$
Περιβάλλον	$r=-.083$ $p=.496$	$r=-.168$ $p=.165$	$r_s=-.137$ $p=.259$	$r=-.134$ $p=-.268$	$r=-.161$ $p=.184$

Αποτελέσματα:

- Η ηλικία πρώτης κρίσης δεν σχετίζεται σημαντικά με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής.
- Η **διάρκεια της επιληψίας** σχετίζεται στατιστικά σημαντικά και αρνητικά με την **ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία**.
- Η συχνότητα των κρίσεων σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την θεωρούμενη ποιότητα ζωής και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία.

- Οι ασθενείς με **εστιακή επιληψία** παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές ποιότητας ζωής σχετικής με τη **σωματική υγεία** ($22,86 \pm 5,01$) σε σχέση με τους ασθενείς με γενικευμένη ($25,44 \pm 5,41$), ($p=.047$).
- Οι ασθενείς με **εστιακή** επιληψία παρουσίασαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετική με τις **κοινωνικές σχέσεις** ($10,72 \pm 2,84$) σε σχέση με τους ασθενείς με γενικευμένη ($12,16 \pm 1,78$), ($p=.014$)
- Οι ασθενείς με παθολογικά ευρήματα στη Μαγνητική εγκεφάλου αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ($10,21 \pm 3$) σε σχέση με τους ασθενείς με φυσιολογικά ευρήματα στη Μαγνητική ($11,9 \pm 2,1$) ($p=.033$).
- Ο αριθμός των λαμβανόμενων αντιεπιληπτικών φαρμάκων σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία.
- Ο αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που έχουν λάβει οι συνολικά οι ασθενείς σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την θεωρούμενη ποιότητα ζωής και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία.
- Οι ασθενείς δεν παρουσίασαν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής ανάλογα με την αντιεπιληπτική αγωγή που λάμβαναν (βαλπροϊκό οξύ, λεβετιρακετάμη, καρβαμαζεπίνη/οξυκαρβαζεπίνη, λαμοτριγίνη).
- Οι ασθενείς που λάμβαναν σταθεροποιητικό της διάθεσης παρουσίασαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την ψυχική υγεία ($20,29 \pm 4,38$) σε σχέση με αυτούς που δε λάμβαναν ($22,71 \pm 5,010$, ($p=.046$).

SBI-15R

Στη συνέχεια γίνεται συσχέτιση των θρησκευτικών πεποιθήσεων με τα στοιχεία της επιληψίας (πίνακας 28).

Πίνακας 28. Συσχέτιση της θρησκευτικότητας με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας τη συχνότητα των κρίσεων και τον αριθμό αντιεπιληπτικών φαρμάκων

	ηλικία 1 ^{ης} κρίσης	διάρκεια επιληψίας	συχνότητα κρίσεων	αριθμός AEDs
Θρησκευτικότητα	r=.032 p=.793	r=0.20 p=.871	$r_s=-.033$ p=.783	r=-.086 p=.478
Υποστήριξη	r=-.045 p=.713	r=.099 p=.416	$r_s=.024$ p=.841	r=.061 p=.618

Αποτελέσματα:

- Δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θρησκευτικότητας και την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας, τη συχνότητα των κρίσεων.
- Οι ασθενείς με γενικευμένη επιληψία είχαν κατά μέσο όρο ($21,15 \pm 6,44$) υψηλότερη θρησκευτικότητα σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν εστιακή επιληψία ($15,89 \pm 8,19$) ($p=.042$).
- Οι ασθενείς με παθολογικά ευρήματα στη Μαγνητική εγκεφάλου δεν παρουσίασαν σημαντικά διαφορετική θρησκευτικότητα από τους ασθενείς με Μαγνητική χωρίς παθολογικά ευρήματα.
- Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θρησκευτικότητας και του αριθμού λαμβανόμενων αντιεπιληπτικών φαρμάκων καθώς και του συνολικού αριθμού αντιεπιληπτικών φαρμάκων που έλαβαν οι ασθενείς.
- Το είδος της αντιεπιληπτικής αγωγής δε σχετίζεται σημαντικά με τη θρησκευτικότητα.

B-IPQ

Ακολουθεί συσχέτιση των παραμέτρων του B-IPQ με τα χαρακτηριστικά της επιληψίας (πίνακας 29).

Πίνακας 29. Συσχέτιση της αντίληψης για τη νόσο με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας τη συχνότητα των κρίσεων, τον αριθμό και το συνολικό αριθμό των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

	ηλικία 1 ^η κρίσης	διάρκεια επιληψίας	συχνότητα κρίσεων	αριθμός AEDs	συνολικός αριθμός AEDs
Συνέπειες	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Χρονική διάρκεια	n.s.	n.s.	n.s.	r=.337 p=.004	r=.335 p=.003
Προσωπικός έλεγχος	n.s.	n.s.	n.s.	r=-.41 p=.004	n.s.
Θεραπευτικός έλεγχος	n.s.	n.s.	r _s =-.330 p=.005	n.s.	n.s.
Ταυτότητα	n.s.	n.s.	n.s.	r=.248 p=.038	n.s.
Ανησυχία	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	r=.274 p=.022
Κατανόηση	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Συναισθηματικός αντίκτυπος	n.s.	n.s.	r _s =.309 p=.009	r=.340 p=.004	r=.364 p=.002
Σύνολο	n.s.	n.s.	r _s =.304 p=.010	r=.442 p=.000	r=.445 p<.001

n.s.= μη στατιστικώς σημαντικό, AEDs= αντιεπιληπτικά φάρμακα

Αποτελέσματα:

- Η ηλικία πρώτης κρίσης και η διάρκεια επιληψίας δε συσχετίζονται σημαντικά με καμία παράμετρο της αντίληψης για τη νόσο.
- Η συχνότητα των κρίσεων σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με τον θεραπευτικό έλεγχο. Επίσης σχετίζεται σημαντικά με το συναισθηματικό αντίκτυπο και το συνολικό σκορ.
- Ο **αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων** που λαμβάνει ο ασθενής σχετίζονται σημαντικά, με τη χρονική διάρκεια, αρνητικά με τον προσωπικό έλεγχο, την ταυτότητα, το συναισθηματικό αντίκτυπο και το συνολικό σκορ.

- Ο συνολικός **αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων** σχετίζεται σημαντικά με τη χρονική διάρκεια, την ανησυχία, το συναισθηματικό αντίκτυπο και το συνολικό σκορ.
- Οι ασθενείς με εστιακή επιληψία είχαν υψηλότερο συνολικό σκορ (11.53 ± 14.51) σε σχέση με τους ασθενείς με γενικευμένα (4.53 $\pm$ 12.37), ($p=.037$).
- Οι ασθενείς που έχουν παθολογικά ευρήματα στη Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (13.47 ± 14.9) έχουν σημαντικά υψηλότερο συνολικό σκορ αντίληψης της νόσου σε σχέση με τους ασθενείς με φυσιολογική απεικόνιση (5.9 ± 5.9) ($p=.04$).
- Οι ασθενείς που λαμβάνουν βαλπροϊκό οξύ στην αγωγή τους έχουν σημαντικά υψηλότερο σκορ αντίληψης νόσου (12.07 ± 12.16) σε σχέση με τους ασθενείς που δε λαμβάνουν βαλπροϊκό (5.37 ± 14.29) ($p=.047$).
- Οι ασθενείς που η αντιεπιληπτική αγωγή τους περιέχει καρβαμαζεπίνη/οξκαρβαζεπίνη σημειώνουν σημαντικά υψηλότερη διάρκεια νόσου (8.88 ± 2.03) σε σχέση με τους ασθενείς που δε λαμβάνουν (6.54 ± 3.6) ($p=.002$).
- Οι ασθενείς που λαμβάνουν καρβαμαζεπίνη ή οξκαρβαζεπίνη σημείωσαν επίσης υψηλότερο συναισθηματικό αντίκτυπο (7.88 ± 1.96) σε σχέση με τους ασθενείς που δε λάμβαναν (6.08 ± 3.09) ($p=.015$).
- Οι ασθενείς που λάμβαναν καρβαμαζεπίνη ή όξκαρβαζεπίνη είχαν συνολικά υψηλότερο σκόρ στην αντίληψη νόσου (15.24 ± 10.59) σε σχέση με τους ασθενείς που δε λάμβαναν (5.62 ± 13.99) ($p=.011$).
- Οι ασθενείς που λαμβάνουν λαμοτριγίνη σημειώνουν σημαντικά χαμηλότερη διάρκεια (5.23 ± 3.49) σε σχέση με τους ασθενείς που δε λαμβάνουν (7.54 ± 3.3) ($p=.027$).
- Οι ασθενείς που λαμβάνουν λαμοτριγίνη αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη κατανόηση της νόσου (6.08 ± 3.3) σε σχέση με αυτούς που δε λαμβάνουν (8.26 ± 2.9) ($p=.019$).
- Οι ασθενείς που λάμβαναν σταθεροποιητικό της διαθεσης στο θεραπευτικό τους σχήμα είχαν υψηλότερο συνολικό σκορ (10.76 ± 13.12) σε σχέση με τους ασθενείς που δε λάμβαναν (1.43 ± 13.45) ($p=.009$).

ΑΕΡ

Ακολουθούν οι συσχετίσεις των χαρακτηριστικών της επιληψίας με τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (πίνακας 30).

Πίνακας 30. Συσχέτιση έντασης παρενεργειών αντιεπιληπτικών φαρμάκων με τα χαρακτηριστικά της επιληψίας.

	ΑΕΡ
Ηλικία 1 ^{ης} κρίσης	n.s.
Διάρκεια	n.s.
Συχνότητα κρίσεων	$r_s=.262, p=.038$
Είδος επιληψίας	n.s.
Ευρήματα MRI	n.s.
Αριθμός AEDs	$r=.265, p=.036$
Συνολικός αριθμός AEDs	$r=.351, p=.005$
Σταθεροποιητικά διάθεσης	n.s.

n.s.= μη στατιστικώς σημαντικό, AEDs= αντιεπιληπτικά φάρμακα

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Η συχνότητα των κρίσεων, ο αριθμός των αντιεπιληπτικών και ο συνολικός αριθμός των αντιεπιληπτικών σχετίζονται σημαντικά με τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

LSI

Ακολουθεί η συσχέτιση των χαρακτηριστικών της επιληψίας με το ερωτηματολόγιο LSI (πίνακας 31).

Πίνακας 31. Συσχέτιση των αμυνών με την ηλικία πρώτης κρίσης, τη διάρκεια της επιληψίας τη συχνότητα των κρίσεων, τον αριθμό και το συνολικό αριθμό των αντιεπιληπτικών φαρμάκων

	ηλικία 1 ^η κρίσης	Διάρκεια επιληψίας	συχνότητα κρίσεων	αριθμός AEDs	συνολικός αριθμός AEDs
Άρνηση	r:3.67 p: .003	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Απώθηση	n.s.	n.s.	$r_s=.407$ p=.001	r:3.4 p: .016	n.s.
Παλινδρόμηση	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Υπερاناπλήρωση	n.s.	r:-.315 p: .012	n.s.	n.s.	n.s.
Προβολή	n.s.	n.s.	$r_s=.298$ p=.018	n.s.	n.s.
Μετάθεση	r:-.267 p.034	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Διανοητικοποίηση	r: .255 p: .044	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Σχηματισμός δια του αντιθέτου	n.s.	n.s.	n.s.	r: .282 p: .025	r= .283 p= .023
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	r: -.286 p: .023	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

n.s.= μη στατιστικώς σημαντικό

Αποτελέσματα

- Η ηλικία πρώτης κρίσης σχετίζεται σημαντικά με την άρνηση τη μετάθεση, τη διανοητικόποίηση και τη συγκινησιακή παλινδρόμηση.
- Η Διάρκεια της επιληψίας σχετίζεται σημαντικά με την υπεραναπλήρωση.
- Η συχνότητα των κρίσεων σχετίζεται σημαντικά με την απώθηση και την προβολή.
- Οι ασθενείς με εστιακή επιληψία είχαν σημαντικά υψηλότερη απώθηση ($5,47 \pm 1,6$) σε σχέση με τους ασθενείς με γενικευμένη ($3,77 \pm 1,87$), ($p<.001$).

- Οι ασθενείς με παθολογικά ευρήματα στη Μαγνητική τομογραφία είχαν σημαντικά υψηλότερη απώθηση ($5,53 \pm 1,5$) σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν φυσιολογική απεικόνιση ($4,09 \pm 1,97$) ($p=,006$).
- Ο αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων σχετίζεται σημαντικά με την απώθηση και το σχηματισμό δια του αντιθέτου.
- Ο συνολικός αριθμός αντιεπιληπτικών φαρμάκων σχετίζεται σημαντικά με το σχηματισμό δια του αντιθέτου

DSQ-88 GR

Δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των άμυνων των ασθενών και των χαρακτηριστικών της επιληψίας (ηλικία πρώτης κρίσης, διάρκεια επιληψίας, συχνότητα κρίσεων, είδος επιληψίας, ευρήματα στη Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, αριθμό λαμβανόμενων αντιεπιληπτικών φαρμάκων, συνολικό αριθμό αντιεπιληπτικών φαρμάκων και είδος αντιεπιληπτικών).

Σύγκριση των ερωτηματολογίων μεταξύ τους

Σύγκριση κατάθλιψης (PHQ-9) και ποιότητας ζωής (WHOQOLBREF)

Ακολουθεί η σύγκριση της επίδρασης των παραμέτρων του PHQ-9 στην ποιότητα ζωής, για των ασθενών με επιληψία (πίνακας 32).

Πίνακας 32. Συσχέτιση κατάθλιψης με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής

	PHQ-9 pearson's r	Sig.(2-tailed)
Θεωρούμενη ποιότητα ζωής	-.499	.000
Θεωρούμενη ποιότητα υγείας	-.421	.000
Σωματική υγεία	-.557	.000
Ψυχική υγεία	-.668	.000
Κοινωνικές σχέσεις	-.402	.001

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Όπως φαίνεται η κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά και σημαντικά με

- Την ποιότητα ζωής, όπως οι ίδιοι ασθενείς τη βαθμολογούν, $p < .001$.
- Την ποιότητα υγείας, όπως οι ίδιοι ασθενείς τη βαθμολογούν, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την ψυχική υγεία, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τις κοινωνικές σχέσεις, $p < .01$.

Σύγκριση της κατάθλιψης, της σωματοποίησης και του άγχους (SCL-90R)

Στον πίνακα 33 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις έντασης των συμπτωμάτων κατάθλιψης, σωματοποίησης και άγχους, όπως αυτά προσδιορίζονται από την SCL-90R.

Πίνακας 33. Συσχετίσεις των συμπτωμάτων κατάθλιψης, σωματοποίησης και άγχους

	κατάθλιψη	άγχος
Κατάθλιψη	-	$r=.788, p<.001$
Σωματοποίηση	$r=.662, p<.001$	$r=.767, p<.001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης της σωματοποίησης και του άγχους στους ασθενείς με επιληψία.

Σκέψεις θανάτου (SCL90R) και κατάθλιψη (PHQ-9, SCL-90R)

Ακολουθεί συσχέτιση των σκέψεων θανάτου, των ασθενών με επιληψία, που προκύπτουν από την SCL-90R με την κατάθλιψη, όπως αυτή υπολογίζεται από το PHQ-9 και την κατάθλιψη του SCL-90R (πίνακας 34).

Πίνακας 34. Συσχέτιση κατάθλιψης με σκέψεις θανάτου.

Σκέψεις θανάτου (SCL-90R)	
PHQ-9 συνολικό	$r=.314^{**}$
SCL-90R κατάθλιψη	$r=.368^{**}$

$*p<.05$, $**p<.01$, $***p<.001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Η κατάθλιψη σχετίζεται ισχυρά με τις σκέψεις θανάτου στους ασθενείς με επιληψία.

Αυτοκτονικότητα, άγχος και σωματοποίηση (PHQ-9, SCL-90R)

Ακολουθεί συσχέτιση των σκέψεων θανάτου, των ασθενών με επιληψία, με τη σωματοποίηση και το άγχος όπως όλα προκύπτουν από την SCL-90R. Επίσης γίνεται και συσχέτιση της αυτοκτονικότητας, όπως αυτή προκύπτει από την PHQ-9, με τη σωματοποίηση και το άγχος (SCL90R) (πίνακας 35).

Πίνακας 35. Συσχετίσεις σκέψεων θανάτου και αυτοκτονικότητας με τα συμπτώματα άγχους και σωματοποίησης.

	Σκέψεις θανάτου SCL-90R	Αυτοκτονικότητα PHQ-9
Άγχος SCL-90R	$r=.469^{***}$	$r=.672^{***}$
Σωματοποίηση SCL-90R	$.346^{**}$	$.572^{***}$

$*p<.05$, $**p<.01$, $***p<.001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Στους ασθενείς με επιληψία, η αυτοκτονικότητα, σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη, το άγχος και τη σωματοποίηση. Αξίζει να σημειωθεί πως όλες όμως αυτές οι παράμετροι σχετίζονται μεταξύ τους.

Διαταραχές ύπνου (SCL-90R) με κατάθλιψη (PHQ-9, SCL90), σωματοποίηση (SCL-90R) και άγχος (SCL-90R)

Ακολουθεί συσχέτιση των διαταραχών ύπνου με την κατάθλιψη το άγχος και τη σωματοποίηση, για τους ασθενείς με επιληψία (πίνακας 36).

Πίνακας 36. Συσχέτιση των διαταραχών ύπνου με την κατάθλιψη το άγχος και τη σωματοποίηση.

	σωματοποίηση (SCL-90R)	κατάθλιψη (SCL-90R)	άγχος (SCL-90R)	κατάθλιψη (PHQ-9)
Επέλευση ύπνου	$r=.601^{***}$	$r=.527^{***}$	$r=.591^{***}$	$r=.612^{***}$
Αφύπνιση	$r=.393^{**}$	$r=.239^*$	$r=.234$	$r=.288^*$
Ανήσυχος ύπνος	$r=.477^{***}$	$r=.509^{***}$	$r=.467^{***}$	$r=.467^{***}$

$*p<.05$, $**p<.01$, $***p<.001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Στους ασθενείς με επιληψία:

- Η επέλευση ύπνου σχετίζεται με τη σωματοποίηση, την κατάθλιψη και το άγχος.
- Η αφύπνιση σχετίζεται με τη σωματοποίηση και την κατάθλιψη.
- Ο ανήσυχος ύπνος σχετίζεται με τη σωματοποίηση, την κατάθλιψη και το άγχος.

Συσχέτιση ποιότητα ζωής (WHOQOLBREF) με την κατάθλιψη, το άγχος και τη σωματοποίηση (SCL-90R)

Στον πίνακα 37 παρουσιάζεται η συσχέτιση των παραμέτρων της ποιότητας ζωής (WHOQOLBREF) με την ένταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και σωματοποίησης (SCL90R).

Πίνακας 37. Συσχέτιση παραμέτρων ποιότητας ζωής με κατάθλιψη, άγχος και σωματοποίηση.

	κατάθλιψη	άγχος	σωματοποίηση
Σωματική υγεία	$r=-.666, p<.001$	$r=-.674, p<.001$	$r=-.579, p<.001$
Ψυχική υγεία	$r=-.711, p<.001$	$r=-.675, p<.001$	$r=-.446, p<.001$
Κοινωνικές σχέσεις	$r=-.508, p<.001$	$r=-.428, p<.001$	$r=-.241, p<.001$
Περιβάλλον	$r=-.52, p<.001$	$r=-.511, p<.001$	$r=-.415, p<.001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Και οι τέσσερις παράμετροι της ποιότητα ζωής σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη, το άγχος και τη σωματοποίηση στους ασθενείς με επιληψία.

Συσχέτιση θρησκευτικότητας (SB-15R) και κατάθλιψης (PHQ-9)

Στον πίνακα 38 παρουσιάζεται η συσχέτιση της θρησκευτικότητας (SB-15R) και της υποστήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς με επιληψία από τη θρησκευτική κοινότητα (SB-15R) σε σχέση με την κατάθλιψη (PHQ-9).

Πίνακας 38. Συσχέτιση θρησκευτικότητας με κατάθλιψη

	κατάθλιψη
Θρησκευτικότητα	$r=.322, p=.007$
Υποστήριξη	$r=.273, p=.022$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων

Η μεγαλύτερη ένταση συμπτωμάτων κατάθλιψης σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερη θρησκευτικότητα και υψηλότερη υποστήριξη από τη θρησκευτική ομάδα.

Συσχέτιση θρησκευτικότητας (SB-15R) με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (SCL90R), ποιότητα ζωής (WHOQOLBEF), αντίληψη για τη νόσο (BIPQ) και παρενέργειες αντιεπιληπτικών φαρμάκων (ΑΕΡ)

Η θρησκευτικότητα δεν συσχετίσθηκε σημαντικά με τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, την ποιότητα ζωής, την αντίληψη για τη νόσο ούτε και με τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (ΑΕΡ) και κατάθλιψη (PHQ-9)

Ακολουθεί η συσχέτιση της έντασης των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων με την ένταση της κατάθλιψης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως αυτά ορίζονται από το PHQ-9 (Πίνακας 39).

Πίνακας 39. Συσχέτιση έντασης παρενεργειών με την κατάθλιψη.

	ΑΕΡ
Σύνολο PHQ-9	$r=.609, p<.001$
Ανηδονία	$r=.374, p=.001$
Καταθλιπτική διάθεση	$r=.472, p=.001$
Διαταραχές ύπνου	$r=.332, p=.005$
Μειωμένη ενέργεια	$r=.625, p<.001$
Διαταραχές όρεξης	$r=.276, p=.021$
Αισθήματα αναξιότητας	$r=.343, p=.004$
Διαταραχές συγκέντρωσης	$r=.409, p<.001$
Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση	$r=.349, p=.003$
Αυτοκτονικός ιδεασμός	$r=.473, p<.001$

Σχολιασμός:

Όλες οι παράμετροι του PHQ-9 σχετίζονται ισχυρά με τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Παρενέργειες αντιεπιληπτικών φαρμάκων (ΑΕΡ) και κλίμακα ψυχολογικής καταπόνησης (SCL-90R)

Ακολουθεί η συσχέτιση της έντασης των ψυχολογικών συμπτωμάτων όπως προκύπτουν από την SCL-90R κλίμακα, με την ένταση των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων(πίνακας 40).

Πίνακας 40. Συσχέτιση παρενεργειών με τα συμπτώματα ψυχολογικής καταπόνησης.

	ΑΕΡ
Σωματοποίηση	$r=.713, p<.001$
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	$r=.615, p<.001$
Διαπροσωπική ευαισθησία	$r=.415, p<.001$
Κατάθλιψη	$r=.689, p<.001$
Άγχος	$r=.693, p<.001$
Επιθετικότητα	$r=.478, p<.001$
Φοβικό άγχος	$r=.256, p<.001$
Παρανοειδής ιδεασμός	$r=.493, p<.001$
Ψυχωτισμός	$r=.595, p<.001$
Αύξηση όρεξης	$r=.278, p=.02$
Μείωση όρεξης	n.s.
Επέλευση ύπνου	$r=.390, p=.001$
Αφύπνιση	$r=.248, p=.039$
Ανήσυχος ύπνος	$r=.312, p=.009$
Σκέψεις θανάτου	n.s.
Αισθήματα ενοχής	$r=.357, p=.002$
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	$r=.723, p<.001$

n.s.= μη στατιστικώς σημαντικό

Σχολιασμός:

Διαπιστώνεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων ψυχολογικής καταπόνησης και παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, εκτός όμως από τις σκέψεις θανάτου.

Παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (ΑΕΡ) και ποιότητα ζωής (WHOQOLBREF)

Ακολουθεί η συσχέτιση της έντασης των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής (πίνακας 41).

Πίνακας 41. Συσχέτιση έντασης παρενεργειών με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής.

	Παρενέργειες pearson r	Sig.(2-tailed)
Θεωρούμενη ποιότητα ζωής	-.450	.000
Θεωρούμενη ποιότητα υγείας	-.431	.000
Σωματική υγεία	-.613	.000
Ψυχική υγεία	-.560	.000
Κοινωνικές σχέσεις	-.320	.007

Σχολιασμός Αποτελεσμάτων:

Όπως φαίνεται οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων σχετίζονται αρνητικά και σημαντικά με :

- Την ποιότητα ζωής, όπως οι ίδιοι ασθενείς τη βαθμολογούν, $p < .001$.
- Την ποιότητα υγείας, όπως οι ίδιοι ασθενείς τη βαθμολογούν, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την ψυχική υγεία, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τις κοινωνικές σχέσεις, $p < .01$.

Παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (ΑΕΡ) και αντίληψη για τη νόσο (BIPQ)

Ακολουθεί η συσχέτιση της έντασης των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών (ΑΕΡ) με την αντίληψη για τη νόσο των ασθενών με επιληψία (BIPQ)(πίνακας 42).

Πίνακας 42. Συσχέτιση έντασης παρενεργειών με την αντίληψη για τη νόσο.

	ΑΕΡ
Συνέπειες	$r=.450, p<.001$
Χρονική διάρκεια	$r=.284, p=.024$
Προσωπικός έλεγχος	n.s.
Θεραπευτικός έλεγχος	n.s.
Ταυτότητα	$r=.560, p<.001$
Ανησυχία	$r=.353, p=.005$
Κατανόηση	n.s.
Συναισθηματικός αντίκτυπος	$r=.547, p<.001$
Σύνολο	$r=.535, p<.001$

n.s.= μη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Η ένταση των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (ΑΕΡ) σχετίζεται σημαντικά με τις συνέπειες, τη χρονική διάρκεια, την ταυτότητα, την ανησυχία, το συναισθηματικό αντίκτυπο και τη συνολική αντίληψη για τη νόσο.

Αντίληψη για την νόσο (BIPQ) και ποιότητα ζωής (WHOQOLBREF)

Ακολουθεί η συσχέτιση της αντίληψης των ασθενών για τη νόσο και των παραμέτρων της ποιότητας ζωής (πίνακας 43).

Πίνακας 43. Συσχέτιση αντίληψης για τη νόσο με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής.

	Αντίληψη ασθενών pearson's r	Sig.(2-tailed)
Θεωρούμενη ποιότητα ζωής	-.326	.006
Θεωρούμενη ποιότητα υγείας	-.530	.000
Σωματική υγεία	-.541	.000
Ψυχική υγεία	-.495	.000
Κοινωνικές σχέσεις	-.350	.003

Σχολιασμός Αποτελεσμάτων:

Όπως φαίνεται όσο αυξάνεται το σκορ του ερωτηματολογίου της αντίληψης των ασθενών για την επιληψία τόσο μειώνονται οι παράμετροι της ποιότητας ζωής. Αναλυτικά επηρεάζει:

- Την ποιότητα ζωής, όπως οι ίδιοι ασθενείς τη βαθμολογούν, $p < .01$.
- Την ποιότητα υγείας, όπως οι ίδιοι ασθενείς τη βαθμολογούν, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την ψυχική υγεία, $p < .001$.
- Την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τις κοινωνικές σχέσεις, $p < .01$.

Αντίληψη των ασθενών για τη νόσο (BIPQ) σε σχέση με την κατάθλιψη, το άγχος και τη σωματοποίηση (SCL90R)

Ακολουθεί η συσχέτιση της αντίληψης των ασθενών για τη νόσο με τρία συμπτώματα ψυχολογικής καταπόνησης κατάθλιψη, άγχος και σωματοποίηση, όπως αυτά προκύπτουν από την SCL-90R κλίμακα (πίνακας 44).

Πίνακας 44. Συσχέτιση της αντίληψης με τη νόσο με την κατάθλιψη το άγχος και τη σωματοποίηση.

	Κατάθλιψη	Άγχος	Σωματοποίηση
Συνέπειες	$r=.439, p<.001$	$r=.490, p<.001$	$r=.468, p<.001$
Χρονική διάρκεια	$r=.333, p=.005$	$r=.323, p=.006$	$r=.239, p=.047$
Προσωπικός έλεγχος	n.s.	n.s.	n.s.
Θεραπευτικός έλεγχος	n.s.	n.s.	n.s.
Ταυτότητα	$r=.514, p<.001$	$r=.515, p<.001$	$r=.482, p<.001$
Ανησυχία	$r=.287, p=.016$	n.s.	n.s.
Κατανόηση	n.s.	n.s.	n.s.
Συναισθηματικός αντίκτυπος	$r=.512, p<.001$	$r=.425, p<.001$	$r=.462, p<.001$
Σύνολο	$r=.506, p<.001$	$r=.456, p<.001$	$r=.453, p<.001$

n.s.= μη σημαντική συσχέτιση

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Η κατάθλιψη το άγχος και η σωματοποίηση σχετίζονται σημαντικά με τις συνέπειες, τη χρονική διάρκεια, την ταυτότητα, το συναισθηματικό αντίκτυπο και τη συνολικό σκορ της αντίληψης για τη νόσο, ενώ η κατάθλιψη σχετίζεται και με την ανησυχία.

Αντίληψη για τη νόσο (BIPQ) και κατάθλιψη (PHQ-9)

Ακολουθεί η συσχέτιση της αντίληψης για τη νόσο με την ένταση της κατάθλιψης, όπως ορίζεται από το PHQ-9 (πίνακας 45).

Πίνακας 45. Συσχέτιση των παραμέτρων της αντίληψης για τη νόσο με την κατάθλιψη.

	Κατάθλιψη
Συνέπειες	$r=.450, p<.001$
Χρονική διάρκεια	$r=.284, p=.024$
Προσωπικός έλεγχος	n.s.
Θεραπευτικός έλεγχος	n.s.
Ταυτότητα	$r=.560, p<.001$
Ανησυχία	$r=.353, p=.005$
Κατανόηση	n.s.
Συναισθηματικός αντίκτυπος	$r=.547, p<.001$
Σύνολο	$r=.535, p<.001$

n.s.= μη σημαντική συσχέτιση

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Η κατάθλιψη σχετίζεται σημαντικά με τις συνέπειες, τη χρονική διάρκεια, την ταυτότητα, την αντίληψη, το συναισθηματικό αντίκτυπο και τη συνολικό σκορ της αντίληψης για τη νόσο.

Συσχέτιση αμυνών (LSI) με την κατάθλιψη (PHQ-9)

Στον πίνακα 46 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των αμυνών (LSI) με την κατάθλιψη (PHQ-9).

Πίνακας 46. Συσχέτιση αμυνών με την κατάθλιψη

	Κατάθλιψη
Άρνηση	$r=-.260$ $p=.039$
Απώθηση	$r=.402$ $p=.001$
Παλινδρόμηση	$r=.259$ $p=.040$
Υπεραναπλήρωση	$r=.039$ $p=.762$
Προβολή	$r=.364$ $p=.003$
Μετάθεση	$r=.276$ $p=.029$
Διανοητικοποίηση	$r=-.165$ $p=.198$
Σχηματισμός δια του αντιθέτου	$r=.324$ $p=.010$
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	$r=.254$ $p=.044$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Όπως προκύπτει από τις συσχετίσεις, διαφορετικοί μηχανισμοί άμυνας επηρεάζουν την κατάθλιψη μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου.

Στους ασθενείς με επιληψία παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη η απώθηση $p<.01$, η παλινδρόμηση $p<.05$, η προβολή $p<.01$, η μετάθεση $p<.05$, ο σχηματισμός δια του αντιθέτου $p<.05$ και η συγκινησιακή παλινδρόμηση $p<.05$. Η άρνηση παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη $p<.05$.

Συσχέτιση αμυνών (LSI) με την αντίληψη για τη νόσο (B-IPQ)

Στον πίνακα 47 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των αμυνών, όπως προκύπτουν από το LSI με την αντίληψη για τη νόσο (λαμβάνεται το συνολικό σκορ του BIPQ).

Πίνακας 47. Συσχετίσεις των αμυνών με την αντίληψη για τη νόσο.

	Αντίληψη για τη νόσο
Άρνηση	$r = -.073$ $p = .571$
Απώθηση	$r = .439$ $p < .001$
Παλινδρόμηση	$r = .400$ $p = .001$
Υπεραναπλήρωση	$r = .260$ $p = .040$
Προβολή	$r = .140$ $p = .273$
Μετάθεση	$r = .209$ $p = .100$
Διανοητικοποίηση	$r = -.215$ $p = .090$
Σχηματισμός δια του αντιθέτου	$r = .284$ $p = .024$
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	$r = .318$ $p = .011$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Όπως προκύπτει από τη συσχέτιση, η απώθηση $p < .001$, η παλινδρόμηση $p < .01$, η υπεραπλήρωση $p < .05$, ο σχηματισμός δια του αντιθέτου $p < .05$ και η συγκινησιακή παλινδρόμηση σχετίζονται με υψηλότερο σκορ αντίληψης για τη νόσο.

Συσχέτιση των μηχανισμών άμυνας (LSI) με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF)

Στον πίνακα 48 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των αμυνών όπως προκύπτουν από την LSI με τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 48. Συσχετίσεις των αμυνών με την ποιότητας ζωής σχετικής με τη σωματική και ψυχική υγεία.

	Θεωρούμενη ποιότητα ζωής	Θεωρούμενη ποιότητα υγείας	Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία
Άρνηση	r: .316 p: .012	r: .238 p: .061	r: .411 p: .001	r: .369 p: .003
Απώθηση	r: -.293 p: .020	r: -.294 p: .019	r: -.638 p: .000	r: -.515 p: .000
Παλινδρόμηση	r: -.186 p: .145	r: -.429 p: .000	r: -.172 p: .178	r: -.339 p: .007
Υπερاناπλήρωση	r: -.110 p: .391	r: -.103 p: .422	r: -.054 p: .674	r: -.122 p: .341
Προβολή	r: -.061 p: .638	r: -.341 p: .006	r: -.241 p: .057	r: -.174 p: .172
Μετάθεση	r: -.187 p: .142	r: -.312 p: .013	r: -.255 p: .044	r: -.277 p: .028
Διανοητικοποίηση	r: .147 p: .251	r: .196 p: .123	r: .055 p: .671	r: .106 p: .406
Σχηματισμός δια του αντιθέτου	r: -.264 p: .036	r: -.276 p: .028	r: -.332 p: .008	r: -.234 p: .065
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	r: -.187 p: .141	r: -.350 p: .005	r: -.233 p: .066	r: -.283 p: .024

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

- Οι μηχανισμοί άμυνας που σχετίζονται με το πόσο οι ασθενείς βαθμολογούν την ποιότητα ζωής τους είναι: η άρνηση $p < .05$ και η απώθηση $p < .05$, ενώ ο σχηματισμός δια του αντιθέτου σχετίζεται αντίστροφα $p < .05$.
- Οι μηχανισμοί που σχετίζονται αρνητικά με το πόσο οι ασθενείς βαθμολογούν την υγεία τους είναι: η απώθηση $p < .05$, η παλινδρόμηση $p < .001$, η προβολή $p < .01$, η μετάθεση $p < .05$, ο σχηματισμός δια του αντιθέτου $p < .05$ και η συγκινησιακή παλινδρόμηση $p < .01$.

- Ο μηχανισμός άμυνας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία είναι η άρνηση $p < .01$, ενώ σχετίζονται αντίστροφα η απώθηση $p < .001$, η μετάθεση $p < .05$, και η διανοητικοποίηση $p < .01$.
- Ο μηχανισμός άμυνας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την ψυχική υγεία είναι η άρνηση $p < .01$, ενώ αρνητική συσχέτιση έχουν η απώθηση $p < .001$, η παλινδρόμηση $p < .01$, η μετάθεση $p < .05$ και η συγκινησιακή παλινδρόμηση $p < .05$.

Συσχέτιση των αμυνών (DSQ-88) με την κατάθλιψη (PHQ-9)

Στον πίνακα 49 παρουσιάζεται η συσχέτιση των αμυνών όπως προκύπτουν από το DSQ-88 με την κατάθλιψη όπως υπολογίζεται από το PHQ-9.

Πίνακας 49. Συσχέτιση των αμυνών με την κατάθλιψη

	PHQ-9	sig.
Δυσπροσαρμοστικές	$r=.506$	$p=.000$
Διατάραξη εικόνας	$r=.357$	$p=.004$
Διατάραξη εικόνας ελληνικά	$r=.346$	$p=.006$
Αυτοθυσία	$r=.282$	$p=.025$
Αυτοθυσία ελληνικά	$r=.279$	$p=.027$
Προσαρμοστικές	$r=-.313$	$p=.013$
Προσαρμοστικές ελληνικά	$r=-.180$	$p=.159$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Μετά από τη συσχέτιση των αμυνών με το σύνολο του PHQ-9 προκύπτει:

- Οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες σχετίζονται στατιστικά με το PHQ-9, $p<.001$.
- Η διατάραξη εικόνας και η ελληνική στάθμισή του σχετίζεται στατιστικά με το PHQ-9, $p<.01$.
- Η αυτοθυσία και η ελληνική στάθμισή της σχετίζονται με το PHQ-9, $p<.05$.
- οι προσαρμοστικές σχετίζονται στατιστικά αντίστροφα με το PHQ-9, $p<.05$.
- Οι προσαρμοστικές στην ελληνική δε σχετίζονται σημαντικά με το PHQ-9, στους ασθενείς με επιληψία.

Στη συνέχεια γίνεται ιεραρχική παλινδρόμηση για την εκτίμηση της συμβολής της κάθε άμυνας που προκύπτει από το DSQ88 στο PHQ-9. Τα μοντέλα χωρίζονται με τις κατηγορίες των αμυνών, μοντέλο 1 δυσπροσαρμοστικές, μοντέλο 2 διατάραξη εικόνας, μοντέλο 3 αυτοθυσία, μοντέλο 4 προσαρμοστικές άμυνες. (πίνακας 50).

Πίνακας 50. Μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης προκειμένου να υπολογιστούν οι συσχετίσεις όλων των αμυνών με την κατάθλιψη.

Σύνοψη μοντέλου

	R square change	Sig.
μοντέλο 1	.537	.000
μοντέλο 2	.020	.737
μοντέλο 3	.027	.252
μοντέλο 4	.071	.294

παράμετροι

	Μοντέλο1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
παθητικοεπιθετική συμπεριφορά	-.260*	-.282*	-.281	-.258
προβολή	.154	.040	.003	.036
παλινδρόμηση	.072	.088	.112	.108
προβλητική ταυτοποίηση	-.025	.057	.191	.136
εκδραμάτιση	-.016	.207	.057	.101
σωματοποίηση	.118	.051	.074	-.028
απόσυρση	.112	.116	.142	.205
αυτιστική φαντασία	.362**	.376	.360*	.205
απόρριψη ζητούμενης βοήθειας	-.076	-.036	.016	-.006
κατανάλωση	.299*	.305*	.295*	.240
ακύρωση	-.014	-.079	-.103	-.127
μόνωση	.083	-.113	-.005	-.098
παντοδυναμία		-.035	-.063	.135
άρνηση		-.015	-.038	.128
σχάση		.156	-.090	.226
εξιδανίκευση		.123	.087	.002
μόνωση συναισθήματος			-.099	-.098
ψευδοαλtruισμός			.167	.132
σηματισμός εξ' αντιδράσεως				-.018
συσχέτιση				-.072
μετουσίωση				-.083
καταστολή				-.243
χιούμορ				-.196
προσκόλληση στο καθήκον				.084
πρόβλεψη				.005

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Όπως φαίνεται στη σύνοψη των μοντέλων οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες προκαλούν στατιστικά σημαντική αλλαγή στο συνολικό PHQ-9, προκαλώντας αλλαγή κατά 53%, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν επηρεάζουν το μοντέλο.

Συσχέτιση αμυνών (DSQ-88) με την αντίληψη για τη νόσο (BIPQ)

Στη συνέχεια γίνεται ιεραρχική παλινδρόμηση για την εκτίμηση της συμβολής της κάθε άμυνας στην αντίληψη για την υγεία (πίνακας 51). Τα μοντέλα χωρίζονται με τις κατηγορίες των μηχανισμών άμυνας, μοντέλο 1 δυσπροσαρμοστικές, μοντέλο 2 διατάραξη εικόνας, μοντέλο 3 αυτοθυσία και μοντέλο 4 προσαρμοστικές άμυνες.

Πίνακας 51. Μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση συμβολής όλων των αμυνών στη διαμόρφωση της αντίληψης για τη νόσο.

Σύνοψη μοντέλου

	R square change	Sig.
μοντέλο 1	.353	.035
μοντέλο 2	.010	.950
μοντέλο 3	.002	.949
μοντέλο 4	.225	.009

παράμετροι

	Μοντέλο1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
παθητικοεπιθετική συμπεριφορά	-.049	.024	.024	-.057
προβολή	.501*	.624*	.616*	.511*
παλινδρόμηση	.148	.131	.139	.119
προβλητική ταυτοποίηση	-.273	-.055	-.358	-.210
εκδραμάτιση	.086	.029	.040	.293
σωματοποίηση	.110	.158	.164	-.015
απόσυρση	.258	.245	.249	.458*
αυτιστική φαντασία	.173	.185	.184	.092
απόρριψη ζητούμενης βοήθειας	.051	.030	.034	-.045
κατανάλωση	-.009	-.021	-.020	-.017
ακύρωση	-.043	-.009	-.11	.065
μόνωση	-.393*	-.413*	-.409*	-.249
παντοδυναμία		-.092	-.096	.305
άρνηση		.002	-.010	-.159
σχάση		-.058	-.072	.068
εξιδανίκευση		-.061	-.072	-.136
μόνωση συναισθήματος			-.358	-.249
ψευδοαλτρουισμός			.024	-.007
σηματισμός εξ' αντιδράσεως			.049	.053
συσχέτιση				-.213
μετουσίωση				-.016
καταστολή				-.466*
χιούμορ				-.297
προσκόλληση στο καθήκον				-.338
πρόβλεψη				.281

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Σημαντική μεταβολή της αντίληψης για τη νόσο προέκυψε από τις οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες με 35%, και οι προσαρμοστικές με 22,5%.

Η προβολή παίζει βασικό ρόλο στην αύξηση της αντίληψης για την νόσο, ενώ η προβολή και η καταστολή οδηγούν σε χαμηλότερο σκορ.

Συσχέτιση αμυνών (DSQ-88) με το άγχος (SCL-90R)

Στη συνέχεια γίνεται ιεραρχική παλινδρόμηση για την εκτίμηση της συμβολής της κάθε άμυνας στο άγχος (πίνακας 52). Τα μοντέλα χωρίζονται με τις κατηγορίες των μηχανισμών άμυνας, μοντέλο 1 δυσπροσαρμοστικές, μοντέλο 2 διατάραξη εικόνας, μοντέλο 3 αυτοθυσία και μοντέλο 4 προσαρμοστικές άμυνες.

Πίνακας 52. Μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της συμβολής κάθε άμυνας στο άγχος.

Σύνοψη μοντέλου

	R square change	Sig.
μοντέλο 1	.398	.011
μοντέλο 2	.006	.978
μοντέλο 3	.102	.018
μοντέλο 4	.073	.402

παράμετροι

	Μοντέλο1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
παθητικοεπιθετική συμπεριφορά	-.124	-.091	-.089	-.119
προβολή	.107	.095	.024	.007
παλινδρόμηση	.081	.077	.128	.121
προβλητική ταυτοποίηση	.273*	-.083	.207	.136
εκδραμάτιση	.117	.091	.195	.323
σωματοποίηση	.013	-.003	.044	-.062
απόσυρση	.070	.043	.091	.177
αυτιστική φαντασία	.198	.224	.199	.048
απόρριψη ζητούμενης βοήθειας	.103	.124	.162	.088
κατανάλωση	.119	.120	.107	.101
ακύρωση	.065	.056	.195	-.011
μόνωση	-.080	-.093	-.063	-.031
παντοδυναμία		-.050	-.101	.064
άρνηση		-.062	-.119	-.026
σχάση		.071	-.056	-.001
εξιδανίκευση		.038	-.039	-.052
μόνωση συναισθήματος		-.083	-.203	-.008
ψευδοαλτρουισμός			.299*	.286*
σχηματισμός εξ' αντιδράσεως			.308*	.201
συσχέτιση				-.229
μετουσίωση				.073
καταστολή				-.136
χιούμορ				-.199
προσκόλληση στο καθήκον				-.027
πρόβλεψη				-.077

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Μετά την ιεραρχική παλινδρόμηση προκύπτει ότι, το μοντέλο 1, δηλαδή οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες, προκαλούν μεταβολή 40% του άγχους, και το μοντέλο 3, η αυτοθυσία, προκαλεί 10% αλλαγή.

Η προβλητική ταυτοποίηση προκαλεί αύξηση στο άγχος, ενώ ο ψευδοαλτρουισμός και ο σχηματισμός εξ' αντιδράσεως συμβάλουν στη μείωσή του, στους ασθενείς με επιληψία.

Μοντέλα ιεραρχικής παλινδρόμησης

Κατάθλιψη

Ακολουθεί ιεραρχική παλινδρόμηση για να προσδιοριστεί το ποσοστό κατάθλιψης, όπως αυτή ορίζεται με την PHQ-9, που εξηγείται από διάφορους παράγοντες (πίνακας 53).

Στο μοντέλο 1 εισέρχονται οι δημογραφικοί παράγοντες που αποδεδειγμένα προκαλούν κατάθλιψη⁸⁵ η ηλικία, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση. Στο μοντέλο 2 υπάρχουν στοιχεία της επιληψίας των ασθενών, όπως η διάρκεια της επιληψίας σε έτη, το είδος των κρίσεων αν είναι εστιακές ή γενικευμένες, η ηλικία πρώτης κρίσης, η συχνότητα των κρίσεων και ο αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Στο μοντέλο 3 είναι η αντίληψη των ασθενών για την υγεία και στο μοντέλο 4 οι μηχανισμοί άμυνας, οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες, οι διατάραξης εικόνας, αυτοθυσίας και τέλος οι προσαρμοστικές.

Πίνακας 53. Μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης της κατάθλιψης

Σύνοψη μοντέλου

	R square adjusted	R square change	Sig.
μοντέλο 1 (δημογραφικά)	.100	.144	.026
μοντέλο 2 (επιληψία)	.338	.290	.001
μοντέλο 3 (αντίληψη για την υγεία)	.362	.031	.089
μοντέλο 4 (μηχανισμοί άμυνας)	.454	.112	.021

Δημογραφικοί παράγοντες

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
ηλικία	.004	.324	.315	.135
εκπαίδευση	-.375**	-.255	-.233	-.277
οικ. κατάσταση	.023	-.018	-.014	.098

Χαρακτηριστικά επιληψίας

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
παρενέργειες		.538***	.435**	.287*
ηλικία 1 ^{ης} κρίσης		-.260	-.257	-.097
διάρκεια		-.396	-.360	-.250
είδος κρίσεων		-.117	-.143	-.173
αριθμός αντιεπιληπτικών		-.146	-.230	-.065
συχνότητα κρίσεων		.125	.144	.091

Αντίληψη για την υγεία

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
αντίληψη			.227	.001

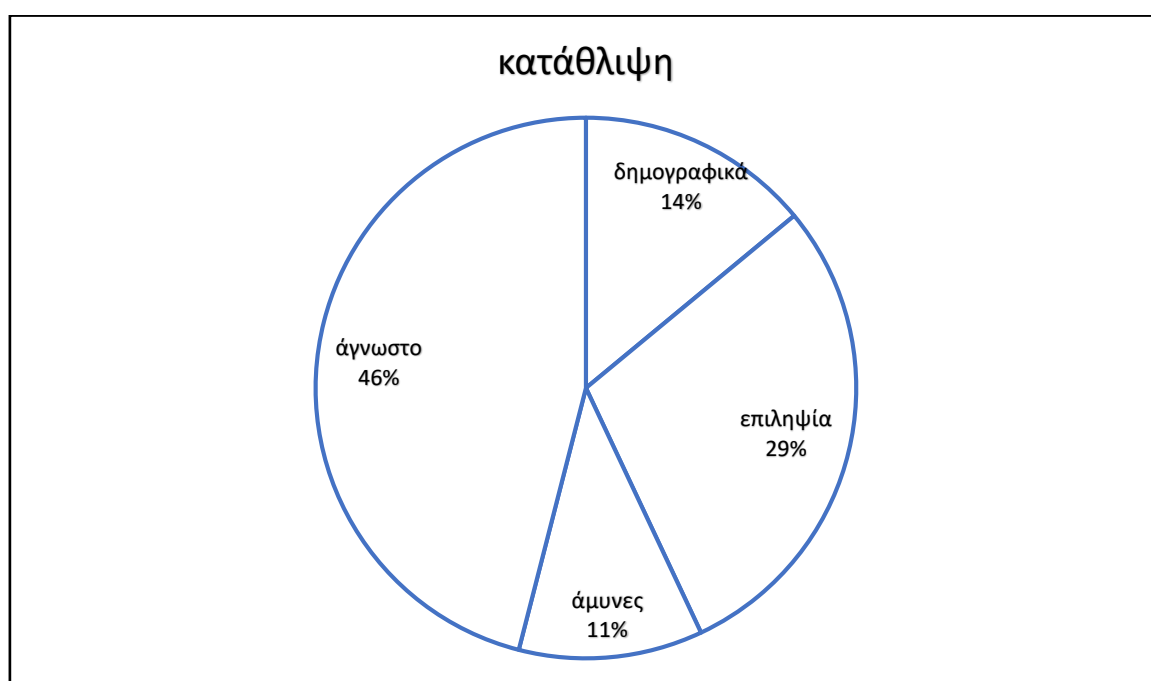
Μηχανισμοί άμυνας

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
δυσπροσαρμο- στικές				.360*
διατάραξη εικόνας				.084
αυτοθυσία				-.013
προσαρμοστικές				-.244*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Σχολιασμός αποτελεσμάτων

Σύμφωνα με το άνωθεν μοντέλο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προκαλούν 14% μεταβολή στην κατάθλιψη και αυτό οφείλεται κυρίως στο επίπεδο εκπαίδευσης. Τα χαρακτηριστικά της επιληψίας εξηγούν το 29% και η σημαντική αυτή μεταβολή οφείλεται κυρίως στις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Η αντίληψη των ασθενών με επιληψία, για την υγεία δεν φαίνεται να επηρεάζει την κατάθλιψη. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι μηχανισμοί άμυνας προκαλώντας μεταβολή 11%. Οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες προκαλούν αύξηση του συνολικού PHQ-9, ενώ οι προσαρμοστικές προκαλούν μείωση. (σχήμα 1)



Σχήμα 1. Ποσοστιαία εξήγηση της κατάθλιψης

Ποιότητα ζωής των ασθενών με επιληψία

Στη συνέχεια έγινε ένα μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης για να καθοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, που σχετίζεται με τη σωματική υγεία όπως ορίζεται από το WHOQOLBREF(πίνακας 54).

Στο μοντέλο 1 υπάγονται οι δημογραφικοί παράγοντες, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικογενειακή κατάσταση. Στο μοντέλο 2 υπάγονται τα χαρακτηριστικά της επιληψίας, όπως η διάρκειά της σε χρόνια, ο αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, η συχνότητα των κρίσεων, το είδος των κρίσεων, εστιακών ή γενικευμένων καθώς και το είδος πρωτοπαθώς γενικευμένες, απλές εστιακές, σύνθετες εστιακές πρωτοπαθώς εστιακές που γενικεύονται, η ηλικία πρώτης κρίσης και τέλος το σύνολο του ερωτηματολογίου των παρενεργειών των φαρμάκων. Στο μοντέλο 3 περιέχονται παράγοντες ψυχολογικής καταπόνησης δηλαδή το συνολικό PHQ-9, το άγχος και η σωματοποίηση, όπως αυτά προκύπτουν από το SCL-90. Ακολουθεί το μοντέλο 4, όπου εμπεριέχεται η αντίληψη για τη νόσο, το συνολικό σκορ του B-IPQ και τις ερωτήσεις για τον προσωπικό έλεγχο, τον θεραπευτικό έλεγχο, την ανησυχία, την κατανόηση της νόσου και το συναισθηματικό αντίκτυπο. Στο μοντέλο 5 περιέχονται οι μηχανισμοί άμυνας, άρνηση, απώθηση μετάθεση και σχηματισμός δια του αντιθέτου, όπως προκύπτουν από το LSI. Επιλέχθηκαν αυτοί οι μηχανισμοί καθώς παραπάνω φαίνεται ότι αυτοί επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, που σχετίζεται με τη σωματική υγεία. Τέλος στο μοντέλο 6 εμπεριέχεται η θρησκευτικότητα και η υποστήριξη του ασθενούς από τη θρησκευτική ομάδα, όπως προκύπτουν από το SBI-15.

Πίνακας 54. Μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης της ποιότητας ζωής σχετικής με τη σωματική υγεία

Σύνοψη

	R change	Sig.
μοντέλο 1 (δημογραφικά)	.220	.005
μοντέλο 2 (επιληψία)	.282	.001
μοντέλο 3 (ψυχολογικοί)	.148	.001
μοντέλο 4 (αντίληψη)	.041	.478
μοντέλο 5 (άμυνες)	.130	.000
μοντέλο 6 (θρησκευτικότητα)	.001	.922

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4	μοντέλο 5	μοντέλο 6
φύλο	.077	-.150	-.244*	-.248*	-.227	-.221
ηλικία	.282	.282	.463	.366	-.475	.457
εκπαίδευση	.367**	.066	-.173	-.145	-.036	-.033
οικ.κατάσταση	-.231	-.146	-.110	-.092	-.080	-.076

Χαρακτηριστικά επιληψίας

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4	μοντέλο 5	μοντέλο 6
διάρκεια επιληψίας		-.326	-.484	-.442	-.432	-.424
αριθμός φαρμάκων		-.118	-.255*	-.190	-.099	-.088
συχνότητα κρίσεων		-.100	-.011	-.013	.102	.095
είδος κρίσεων		.068	.105	.177	.175	.184
είδος επιληψίας		-.042	-.133	-.105	-.065	-.064
ηλικία 1 ^{ης} κρίσης		-.256	-.364	-.273	-.332	-.327
παρενέργειες		-.526***	-.213	-.134	-.088	-.099

Ψυχολογική καταπόνηση

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4	μοντέλο 5	μοντέλο 6
PHQ-9			-.124	-.124	.043	.039
άγχος			-.502**	-.444*	-.337*	-.329
σωματοποίηση			-.014	.014	-.171	-.171

Αντίληψη για την υγεία

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4	μοντέλο 5	μοντέλο 6
σύνολο				-.058	-.089	-.089
ερώτηση 3				-.027	-.066	-.066
ερώτηση 4				-.149	-.136	-.140
ερώτηση 6				.043	.009	.011
ερώτηση 7				.075	.059	.058
ερώτηση 8				-.229	-.157	-.170

Μηχανισμοί άμυνας

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4	μοντέλο 5	μοντέλο 6
άρνηση					.291**	.296**
απώθηση					-.365**	-.349**
μετάθεση					.271*	.275*
σχηματισμός. δια του αντιθέτου					-.021	-.021

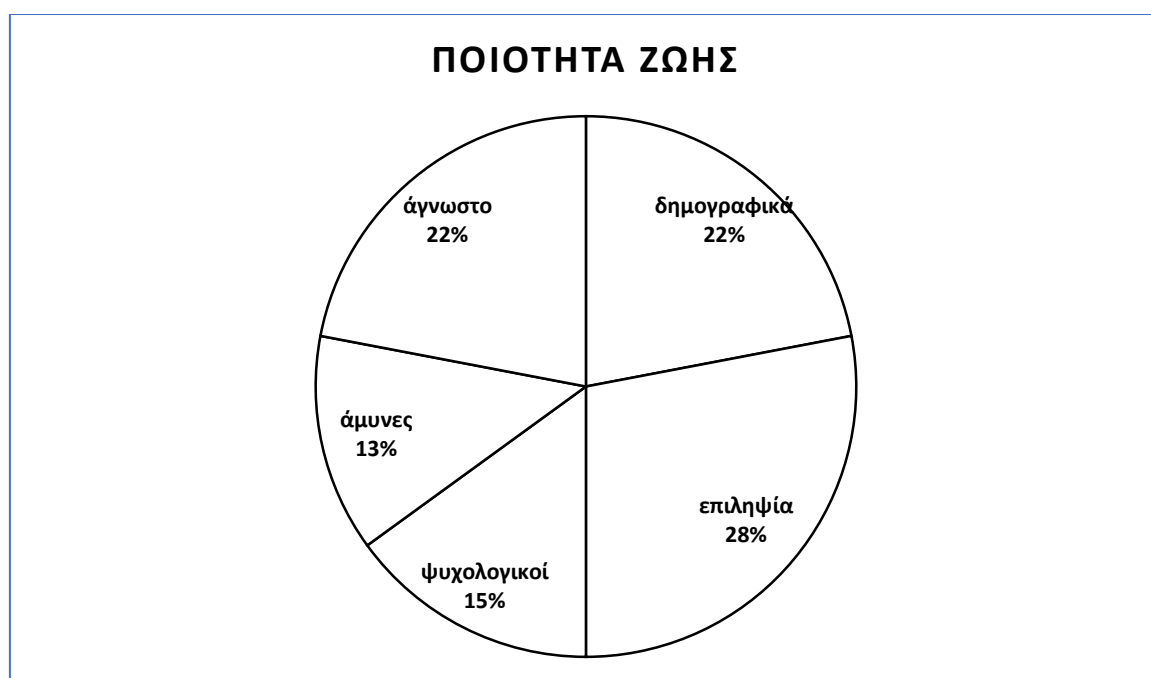
Θρησκευτικές αντιλήψεις

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4	μοντέλο 5	μοντέλο 6
θρησκευτικότητα						.056
υποστήριξη						-.042

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Όπως φαίνεται στη σύνοψη του μοντέλου, τα δημογραφικά στοιχεία προκαλούν μεταβολή στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία, στατιστικώς σημαντική, σε ποσοστό 22% και καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής παίζει η εκπαίδευση. Σημαντική μεταβολή προκαλούν και τα χαρακτηριστικά της επιληψίας, σε ποσοστό 28% και αυτό οφείλεται κυρίως στην αρνητική επίδραση των παρενεργειών, που προκαλούν τα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Η ψυχολογική καταπόνηση προκαλεί επίσης σημαντική μεταβολή 15% και κυρίως το άγχος συμβάλει στη μείωση της. Η αντίληψη για την υγεία δεν παρουσιάζει σημαντική μεταβολή. Οι μηχανισμοί άμυνας προκαλούν 13% μεταβολή. Η απώθηση φαίνεται να παίζει τον πιο σημαντικό ρόλο μειώνοντας την ποιότητα ζωής, ενώ η άρνηση και η μετάθεση δρουν θετικά. Τέλος η θρησκευτικότητα δε φαίνεται να έχει επίδραση στην ποιότητα ζωής. Εξηγήθηκε συνολικά το 68% της ποιότητας ζωής των ασθενών με επιληψία(σχήμα 2).



Σχήμα 2. Ποσοστιαία εξήγηση της ποιότητας ζωής, της σχετικής με τη σωματική υγεία

Αντίληψη για τη νόσο

Ακολουθεί ο προσδιορισμός του ποσοστού της αντίληψης για τη νόσο, όπως αυτή υπολογίζεται από το συνολικό σκορ του BIPQ, που εξηγείται από του διάφορους παράγοντες (πίνακας 55). Στο πρώτο μοντέλο είναι οι δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την αντίληψη για τη νόσο, δηλαδή η εκπαίδευση, στο δεύτερο τα χαρακτηριστικά της επιληψίας, στο τρίτο τα χαρακτηριστικά των φαρμάκων συμπεριλαμβανομένου και του AEP σκορ που αντιπροσωπεύει τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών. Στο τέταρτο μοντέλο η ψυχολογική καταπόνηση, όπως αυτή υπολογίζεται από το γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI) του SCL-90R.

Πίνακας 55. Μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης της αντίληψης για τη νόσο

BIP-Q	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
Εκπαίδευση	-.227	-.154	.011	.100
Είδος επιληψίας		-.047	.022	.039
Συχνότητα κρίσεων		.260*	.003	-.099
Ευρήματα MRI		.232	.215*	.173
Αριθμός AEDs			.197	.318*
Συνολικά AEDs			.128	.096
AEP score			.399***	.135
GSI				.394*
Adjusted R ² of model	.038	.117	.384	.437
R ² change	.051	.117	.287	.055
F change	3.69(1,68)	3.04(3,65)*	8.04(4,61)***	6.77(1,60)*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Εξηγήθηκε συνολικά το 47% του BIPQ score (σχήμα 3). Οι δημογραφικοί παράγοντες δεν μετέβαλαν σημαντικά το BIPQ score. Τα χαρακτηριστικά την επιληψίας εξήγησαν το 11,7% της αντίληψης για τη νόσο με σημαντική παράμετρο τη συχνότητα των κρίσεων. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα το 28.7% και παρέμεινε σημαντικό το ΑΕΡ σκορ. Η ψυχολογική καταπόνηση εξήγησε το 5.5%.



Σχήμα 3. Ποσοστιαία εξήγηση της αντίληψης για τη νόσο.

Παρενέργειες αντιεπιληπτικών φαρμάκων

Ακολουθεί το μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης για την ένταση των παρενεργειών που βιώνουν οι ασθενείς με επιληψία, όπως ορίζεται με το AEP (πίνακας 56).

Στο 1^ο μοντέλο είναι οι δημογραφικοί παράγοντες και μόνο η εκπαίδευση είναι στατιστικώς σημαντική από αυτούς. Στο 2^ο τα χαρακτηριστικά της επιληψίας, συχνότητα κρίσεων, και αριθμός και συνολικός αριθμός φαρμάκων. Στο 3^ο μοντέλο οι άμυνες, ανώριμες και διατάραξης εικόνας (DSQ-88) και στο 4^ο η κατάθλιψη όπως αυτή αντιπροσωπεύεται από το PHQ-9.

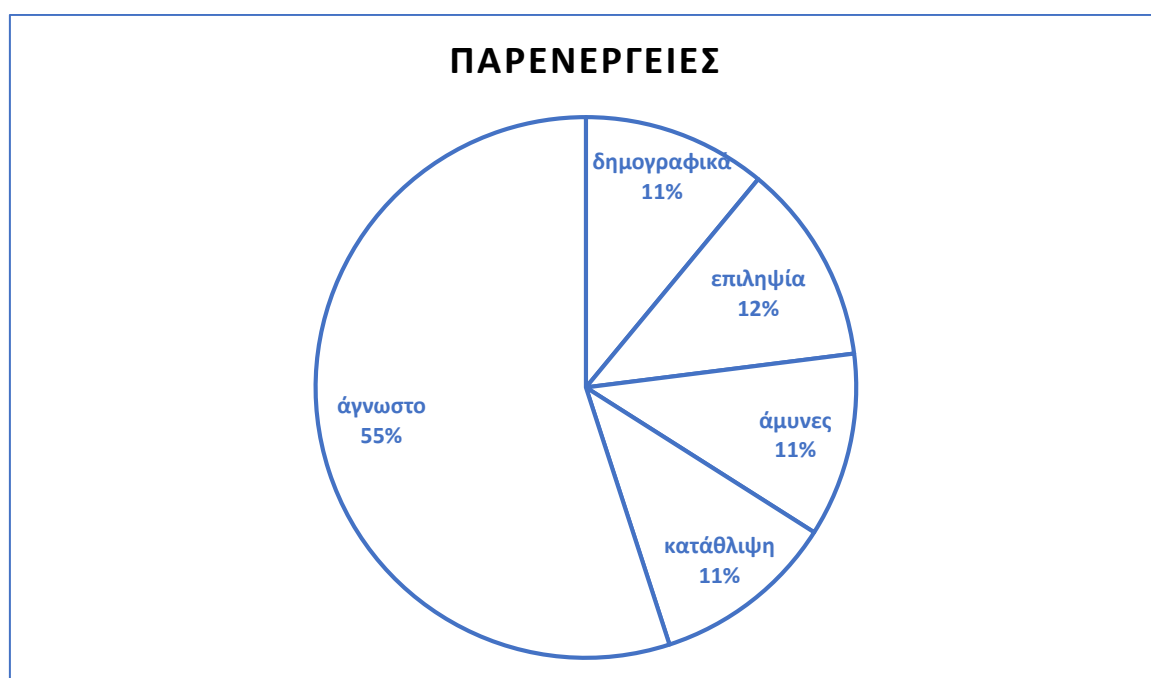
Πίνακας 56. Μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης για τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών.

	μοντέλο 1	μοντέλο 2	μοντέλο 3	μοντέλο 4
Εκπαίδευση	-.338**	-.326**	-.324**	-.177
Συχνότητα κρίσεων		.076	.010	-.043
Αριθμός AEDs		-.145	-.052	-.001
Συνολικός αριθμός AEDs		.421*	.333	.295
Δυσπροσαρμοστικές άμυνες			.327**	.131
Διατάραξη εικόνας			.046	.000
Κατάθλιψη				.443**
Adjusted R ² of model	.099	.183	.28	.396
R ² change	.114	.122	.114	.114
F change	7.844	3.084	4.922	11.718
Sig. of F change	.007	.034	.011	.001

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Σχολιασμός αποτελεσμάτων:

Συνολικά εξηγήθηκε το 45% των παρενεργειών (σχήμα 4). Η εκπαίδευση εξήγησε το 11%, τα χαρακτηριστικά της επιληψίας το 12%, ενώ ο συνολικός αριθμός αντιεπιληπτικών φαρμάκων παρέμεινε σημαντική παράμετρος, οι άμυνες εξήγησαν το 11% και οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες παρέμειναν σημαντικές, ενώ το PHQ-9 εξήγησε το 11%.



Σχήμα 4. Ποσοστιαία εξήγηση των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών

Σημείωση

Καθώς δεν προέκυψαν αρκετές σημαντικές συσχετίσεις όσον αφορά τη θρησκευτικότητα, δε δύναται να πραγματοποιηθεί μοντέλο παλινδρόμησης.

Δ' ΜΕΡΟΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συχνότητα ψυχιατρικών παθήσεων

Για τον υπολογισμό των ψυχιατρικών παθήσεων στους ασθενείς με επιληψία χρησιμοποιήθηκε κυρίως η εξέταση MINI.

Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

Αναλύοντας τα αποτελέσματά που προκύπτουν από την εξέταση MINI, βλέπουμε πως το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (ΜΚΕ) εμφανίζεται σε ποσοστό 28,6%. Για το ΜΚΕ χρησιμοποιήθηκε και η PHQ-9^{94, 106} με την οποία το ποσοστό αυτό υπολογίστηκε 28,5%. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ποσοστά ΜΚΕ στους ασθενείς με επιληψία αξιολογούνται στο 20-22%, σε μελέτες όπου χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια κατά DSM-IV^{46, 107}. Οι Vujsic et al. χρησιμοποιώντας την Hamilton Depression scale υπολόγισαν την κατάθλιψη στους ασθενείς με επιληψία στο 32.8%, στο Μαυροβούνιο¹⁰⁸. Οι Alssadi et. al με τη χρήση της PHQ-9 υπολόγισαν το ποσοστό ΜΚΕ 27% στους ασθενείς με επιληψία στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα¹⁰⁹.

Παρατηρήθηκε ένα ποσοστό 45% των ασθενών με επιληψία και κατάθλιψη που η κατάθλιψη παραμένει αδιάγνωστη, ποσοστό που στη βιβλιογραφία αναφέρεται γύρω στο 60%!^{110, 111}.

Δυσθυμία

Οι ασθενείς με επιληψία παρουσίασαν στο 11,4% δυσθυμία, ενώ ενδιαφέρον αποτελεί ότι ήταν όλες γυναίκες. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης ότι είναι συχνή η δυσθυμία στους ασθενείς με επιληψία¹¹², ενώ στο γενικό πληθυσμό διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε γυναίκες¹¹³.

Μανιακό- Υπομανικό επεισόδιο

Κανείς ασθενής δεν πληρούσε τα κριτήρια Μανιακού ή Υπομανιακού επεισοδίου. Η Μανία είναι σπάνια στην επιληψία εκτός και αν σχετίζεται με την αντιεπιληπτική αγωγή του ασθενούς ή με κρίσεις κροταφικού λοβού, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία^{114, 115}.

Φοβίες

Διαταραχή πανικού

Το ποσοστό διαταραχής πανικού στους ασθενείς με επιληψία υπολογίστηκε στο 7,1% σύμφωνα με τη MINI. Στη βιβλιογραφία υπολογίζεται στο 5.1%¹¹⁶.

Κοινωνική φοβία

Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε κοινωνική φοβία. Στη βιβλιογραφία περιγράφεται ότι το ποσοστό κοινωνικής φοβίας στους ασθενείς με επιληψία είναι σχεδόν 7%¹¹⁶.

Αγοραφοβία

Στην παρούσα μελέτη 4,3% των ασθενών με επιληψία έπασχαν και από αγοραφοβία. Στη βιβλιογραφία η επίπτωση της αγοραφοβίας στους ασθενείς με επιληψία υπολογίζεται στο ε 4,9%¹¹⁷.

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Στην παρούσα μελέτη ένας ασθενής με επιληψία (1,4%) παρουσίασε ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Στην επιληψία σχετίζεται με τις κρίσεις κροταφικού λοβού και υπολογίζεται σε συχνότητα 10-22%¹¹⁸.

Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (PTSD)

Από τους ασθενείς με επιληψία 2.9% πληρούσαν τα κριτήρια της PTSD. Στη βιβλιογραφία δεν γίνεται συγκεκριμένη αναφορά όσον αφορά την επίπτωσή της, ενώ αναφέρεται μια άλλη σχετική ψυχιατρική οντότητα, που σχετίζεται με το ψυχοτραυματικό στρες μετά από επιληπτικές κρίσεις¹¹⁹. Στην παρούσα μελέτη η ψυχοτραυματική εμπειρία των εν λόγω ασθενών δεν ήταν επιληπτική κρίση.

Ψυχωσικές διαταραχές

Στην παρούσα μελέτη ένας ασθενής είχε διάγνωση σχιζοφρένειας (1.4%), χωρίς όμως υπολειπόμενη λειτουργικότητα και χωρίς να παρουσιάζει ενεργό ψυχοπαθολογία κατά την εξέταση.

Σύμφωνα με την meta-analysis των Clancy et al.¹²⁰ η επίπτωση των ψυχωσικών διαταραχών στην επιληψία, μεσοκριτικά, υπολογίζεται στο 5,6%, ενώ στους ασθενείς με κροταφική επιληψία μπορεί να φτάσει και το 7%.

Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους

Σύμφωνα με τη MINI το ποσοστό των ασθενών με επιληψία που είχαν Γενικευμένη Διαταραχή άγχους (ΓΔΑ) ήταν 42,9%, πολύ υψηλότερο από το 16,8% που υπολόγισαν οι Wiglusz et al⁵⁰, το 22.8% των Tellez-Zenteno et al.¹²¹ και το 22,9% όπως προκύπτει από τη meta-analysis των Scott et al.¹²², ενώ είναι πιο κοντά στο 40% που προτείνει ο Dworetzky¹²³. Το μεγάλο ποσοστό των ασθενών με επιληψία που παρουσιάζουν και ΓΔΑ πιθανώς να σχετίζεται με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Από όσο γνωρίζουμε, δεν υπάρχει σχετική μελέτη που να εκτιμά τη ΓΔΑ στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης στο γενικό πληθυσμό ή στους ασθενείς με επιληψία.

Το 53% των ασθενών με επιληψία που είχαν ΓΔΑ είχαν και ΜΚΕ. Η συσχέτιση του άγχους με την κατάθλιψη στους ασθενείς με επιληψία έχει ήδη αναφερθεί στη βιβλιογραφία¹²⁴.

Αυτοκτονικός ιδεασμός

Οι ασθενείς με επιληψία σύμφωνα με τη MINI παρουσίασαν χαμηλό και μέτριο αυτοκτονικό ιδεασμό, συνολικά στο 18.6%. Κανένας ασθενής δε διεγνώσθη με υψηλό κίνδυνο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία 12.7% των ασθενών με επιληψία παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό¹²⁵.

Αξίζει να επαναλάβουμε ότι στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρουσιάστηκε αύξηση τόσο των αυτοκτονιών όσο και του αυτοκτονικού ιδεασμού των κατοίκων της⁵⁹.

Διαπιστώθηκε συσχέτιση του ΜΚΕ με τον αυτοκτονικό ιδεασμό καθώς, 69% των ασθενών με αυτοκτονικό ιδεασμό πληρούσαν και τα κριτήρια ΜΚΕ. Οι Castro et al.¹²⁶ υπολογίζουν αυτό το ποσοστό σε 55.6% σε ασθενείς όμως με φαρμακοανθεκτική επιληψία.

Στην παρούσα μελέτη η αυτοκτονικότητα συσχετίσθηκε σημαντικά με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, γεγονός που επιβεβαιώνεται και βιβλιογραφικά^{125, 127}.

Σύγκριση μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου.

Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου

Η ομάδα των ασθενών με επιληψία και η ομάδα ελέγχου δεν παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά στο φύλο, την ηλικία και τον τόπο κατοικίας.

Εκπαίδευση

Οι ασθενείς με επιληψία σημείωσαν σημαντικά μειωμένα ποσοστά φοίτησης σε πανεπιστήμιο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχει περιγραφεί ξανά ότι οι ασθενείς με επιληψία φοιτούν σε μικρότερο ποσοστό στο πανεπιστήμιο, σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, ανεξάρτητα του νοητικού τους επιπέδου⁶⁰.

Οικογενειακή κατάσταση

Οι ασθενείς με επιληψία είχαν ανάλογα ποσοστά γάμου με την ομάδα ελέγχου αν και στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς με επιληψία έχουν μικρότερα ποσοστά γάμου σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό^{60, 128}.

Εργασιακή κατάσταση

Οι ασθενείς με επιληψία και η ομάδα ελέγχου δε είχαν σημαντική διαφορά στα ποσοστά ανεργίας. Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς με επιληψία έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό⁶⁰.

Κάπνισμα

Είναι ενδιαφέρουσα η παρατήρηση ότι οι ασθενείς με επιληψία είχαν μικρότερα ποσοστά καπνιστών σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Έχει περιγραφεί και στο παρελθόν αυτή η διαπίστωση, από την Νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων¹²⁹.

Δίπλωμα οδήγησης

Οι ασθενείς με επιληψία είχαν μικρότερο ποσοστό κατοχής διπλώματος οδήγησης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Και στη βιβλιογραφία περιγράφεται ότι οι ασθενείς με επιληψία είναι κάτοχοι διπλώματος οδήγησης σε μικρότερο ποσοστό σε σχέση με υγιείς μάρτυρες¹³⁰.

Σύγκριση ψυχιατρικών παθήσεων και συμπτωμάτων μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου.

Κατάθλιψη

Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

Σύμφωνα με την εξέταση MINI το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (ΜΚΕ) εμφανίστηκε σε ποσοστό 28,6%, στους ασθενείς με επιληψία και σε ποσοστό 2,9% στην ομάδα ελέγχου.

Σύμφωνα με το PHQ-9^{94, 106} το ποσοστό ΜΚΕ ήταν τους ασθενείς 28,5% και στην ομάδα ελέγχου 2,9%. Οι ασθενείς με επιληψία είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα από την ομάδα ελέγχου το συνολικό σκορ, και τα περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Τέλος η κατάθλιψη εκτιμήθηκε με το SCL-90. Οι ασθενείς με επιληψία σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη ένταση συμπτωμάτων κατάθλιψης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στους ασθενείς με επιληψία^{28, 45, 47, 122, 131, 132}.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ποσοστά ΜΚΕ στους ασθενείς με επιληψία αξιολογούνται στο 20-22%, σε μελέτες όπου χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια κατά DSM-IV^{46, 107}.

Όσον αφοράς το γενικό πληθυσμό, η συχνότητα του ΜΚΕ, σε ενήλικες χωρίς άλλη συννοσηρότητα δίνεται στο 2-5%⁹³. Στην Ελλάδα αυτό το ποσοστό μπορεί να φτάσει πάνω από 12%⁵⁷.

Το γεγονός ότι τα ποσοστά της κατάθλιψης στους ασθενείς με επιληψία είναι υψηλότερα σε σχέση με άλλες χώρες, ενώ το ποσοστό κατάθλιψης στην ομάδα ελέγχου είναι σε ανάλογα επίπεδα, μπορεί να εξηγηθεί με την υπόθεση ότι οι ασθενείς με χρόνιες νόσους είναι πιο ευπαθείς στην κατάθλιψη κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης.

Δυσθυμία

Στους ασθενείς με επιληψία 11,4% παρουσίασαν δυσθυμία ενώ δεν παρουσίασε κανείς από την ομάδα ελέγχου. Στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η δυσθυμία είναι πιο συχνή στους ασθενείς με επιληψία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Μανιακό- Υπομανικό επεισόδιο

Κανείς συμμετέχων δεν πληρούσε τα κριτήρια Μανιακού ή Υπομανιακού επεισοδίου. Η Μανία είναι σπάνια στην επιληψία εκτός και αν σχετίζεται με την αντιεπιληπτική αγωγή του ασθενούς ή με κρίσεις κροταφικού λοβού, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία^{114, 115}.

Φοβίες

Διαταραχή πανικού

Διεγνώσθηκε διαταραχή πανικού, 7,1% στους ασθενείς με επιληψία και 2,9% στην ομάδα ελέγχου. Στη βιβλιογραφία τα ποσοστά διαταραχής πανικού αναφέρονται στους ασθενείς με επιληψία 5,1% και στο γενικό πληθυσμό 1,1%¹¹⁶.

Κοινωνική φοβία

Κανένας εξεταζόμενος δεν παρουσίασε κοινωνική φοβία. Στο γενικό πληθυσμό έχει επίπτωση 1,2% και στους ασθενείς με επιληψία 7,2%¹¹⁶.

Αγοραφοβία

Από τους ασθενείς με επιληψία 4.3% παρουσίαζαν αγοραφοβία και κανείς από την ομάδα ελέγχου. Τα ποσοστά αγοραφοβίας στη βιβλιογραφία στους ασθενείς με επιληψία αναφέρονται 4,9%¹¹⁷, ενώ στο γενικό πληθυσμό είναι 1,3%¹³³.

Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή

Στην παρούσα μελέτη ένας ασθενής με επιληψία (1,4%) παρουσίασε ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή σύμφωνα με τη MINI ψυχιατρική εξέταση, και κανένας από την ομάδα ελέγχου. Σύμφωνα με την κλίμακα SCL-90R δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην ένταση ιδιοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων μεταξύ των δυο ομάδων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι πιο συχνή στους ασθενείς με επιληψία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, σχετίζεται με τις κρίσεις κροταφικού λοβού και υπολογίζεται σε συσχότητα 10-22%¹¹⁸.

Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (PTSD)

Από τους ασθενείς με επιληψία 2.9% πληρούσαν τα κριτήρια της PTSD, ενώ κανείς δεν είχε από την ομάδα ελέγχου. Στη βιβλιογραφία δεν γίνεται συγκεκριμένη αναφορά όσον αφορά την επίπτωσή της PTSD στην επιληψία, ενώ αναφέρεται μια άλλη σχετική ψυχιατρική οντότητα που σχετίζεται με το ψυχοτραυματικό στρες μετά από επιληπτικές κρίσεις¹¹⁹. Στην παρούσα μελέτη η ψυχοτραυματική εμπειρία των εν λόγω ασθενών δεν ήταν επιληπτική κρίση.

Ψυχωσικές διαταραχές

Στην παρούσα μελέτη ένας ασθενής είχε διαγνωσθήσει ήπια ψυχωσική διαταραχή (1.4%), χωρίς να παρουσιάζει ενεργό ψυχοπαθολογία κατά την εξέταση. Κανείς από την ομάδα ελέγχου δεν είχε ψυχωσική διαταραχή. Στο SCL-90R δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαταραχές μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου, στον παρανοειδή ιδεασμό αλλά ούτε και στον ψυχωτισμό.

Οι ψυχωτικές διαταραχές είναι πιο συχνές στους ασθενείς με επιληψία σε σχέση με το γενικό, η επίπτωση των ψυχωσικών διαταραχών στην επιληψία, μεσοκριτικά, υπολογίζεται στο 5,6%, ενώ στους ασθενείς με κροταφική επιληψία μπορεί να φτάσει και το 7%¹²⁰. Η επίπτωση των ψυχωσικών διαταραχών είναι περίπου 3% στο γενικό πληθυσμό¹³⁴.

Γενικευμένη διαταραχή Άγχους

Το άγχος εκτιμήθηκε με τη MINI Ψυχιατρική εξέταση και με την παράμετρο του SCL-90.

Αρχικά η MINI ανέδειξε σημαντική διαφορά των ασθενών με επιληψία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, με τους ασθενείς με επιληψία να έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για Γενικευμένη Διαταραχή άγχους (ΓΔΑ).

Οι ασθενείς με επιληψία είχαν επίσης υψηλότερη έντασης συμπτωμάτων άγχους, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όπως προκύπτει από την κλίμακα SCL-90R.

Στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται πως οι ασθενείς με επιληψία έχουν 2,4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να ΓΔΑ¹²¹. Η συχνότητα της ΓΔΑ στο γενικό πληθυσμό αν και ποικίλει σημαντικά ανά περιοχή υπολογίζεται στο 2,7% ¹³⁵, ενώ εμείς την υπολογίζαμε σχεδόν

δεκαπλάσια στην ομάδα ελέγχου. Για τα τόσο μεγάλα ποσοστά ΓΔΑ στη μελέτη μας πιθανώς να οφείλεται η οικονομική κρίση. Από όσο γνωρίζουμε, δεν υπάρχει στη βιβλιογραφία σχετική αναφορά με τον επιπολασμό της αγχώδους διαταραχής στην Ελλάδα και την επίπτωση της οικονομικής κρίσης.

Αυτοκτονικός ιδεασμός

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, στην παρούσα μελέτη, εκτιμήθηκε με την MINI ψυχιατρική εκτίμηση, τη σχετική ερώτηση από την PHQ-9 και την παράμετρο σκέψεις θανάτου το SCL-90R. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου σε καμία από τις εν λόγω παραμέτρους. Οι ασθενείς με επιληψία σύμφωνα με τη MINI παρουσίασαν χαμηλό και μέτριο αυτοκτονικό ιδεασμό συνολικά 18.6%, ενώ η ομάδα ελέγχου αντίστοιχα 10%. Κανένας εξεταζόμενος δε διεγνώσθη με υψηλό κίνδυνο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζουν πιο συχνά αυτοκτονικό ιδεασμό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με επιπολασμό 12,7%¹²⁵. Στο γενικό πληθυσμό έχει επιπολασμό 2%, σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμός υγείας¹³⁶.

Διαταραχές ύπνου

Οι ασθενείς με επιληψία είχαν πιο συχνά διαταραχές ύπνου σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι ασθενείς με επιληψία έχουν αυξημένη επίπτωση διαταραχών ύπνου σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό^{137, 138}.

Σύγκριση επιπέδου Ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου

Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς με επιληψία είχαν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όπως περιγράφεται και στη βιβλιογραφία⁶⁰⁻⁶².

Σύγκριση Θρησκευτικότητας μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου

Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς με επιληψία είχαν σημαντικά υψηλότερου βαθμού θρησκευτικότητας και υποστήριξη από την θρησκευτική κοινότητα, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Από ότι γνωρίζουμε στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει σύγκριση της θρησκευτικότητας μεταξύ ασθενών με επιληψία και γενικού πληθυσμού.

Σύγκριση Μηχανισμών άμυνας μεταξύ ασθενών με επιληψία και ομάδας ελέγχου

Οι ασθενείς με επιληψία είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο σε δυσπροσαρμοστικές άμυνες και σε άμυνες διατάραξης εικόνας, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επίσης είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στην απώθηση και την υπεραναπλήρωση. Από ότι γνωρίζουμε δεν υπάρχει ανάλογη σύγκριση στη βιβλιογραφία. Μια πιθανή εξήγηση για αυτά τα ευρήματα θα μπορούσε να ήταν ότι οι ασθενείς με επιληψία μεγαλώνουν σε πιο προστατευμένο περιβάλλον σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και ίσως αναπτύσσουν περισσότερο τις ανώριμες άμυνες.

Παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν τους ασθενείς με επιληψία

Συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, την ποιότητα ζωής, τη θρησκευτικότητα και τις άμυνες στους ασθενείς με επιληψία

Ηλικία

Στην παρούσα μελέτη η ηλικία των ασθενών με επιληψία συσχετίσθηκε σημαντικά με την Ανηδονία, το άγχος, τις διαταραχές ύπνου, τη χειρότερη ποιότητα ζωής όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία, καθώς και χαμηλότερο προσωπικό έλεγχο της νόσου. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερη απώθηση και χαμηλότερες την παλινδρόμηση, την υπεραναπλήρωση και την προβολή.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ηλικία των ασθενών δε σχετίζεται σημαντικά με την επίπτωση της κατάθλιψης^{109, 139}. Το άγχος έχει αναφερθεί ότι και σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία^{50, 140} και ότι δε σχετίζεται¹⁴¹. Η αυτοκτονικότητα των ασθενών με επιληψία δε φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία των ασθενών⁵³. Η ηλικία των ασθενών με επιληψία δε συσχετίσθηκε με διαταραχές ύπνου, σύμφωνα με μια μελέτη σε ασθενείς με επιληψία στην Κίνα¹³⁸. Η ηλικία δεν αποδείχτηκε σημαντικός παράγοντας για τη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής^{142, 143}. Επίσης, η αντίληψη των ασθενών με επιληψία για τη νόσο δε φάνηκε να σχετίζεται με την ηλικία¹⁴⁴, σε αντίθεση με τη θρησκευτικότητα που φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία των ασθενών¹⁴⁵.

Φύλο

Η μοναδική σημαντική συσχέτιση που έγινε σχετικά με το φύλο, είναι ότι μόνο γυναίκες με επιληψία παρουσίασαν δυσθυμία.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δε φαίνεται να σχετίζεται το φύλο των ασθενών με επιληψία με την κατάθλιψη^{109, 139}. Σύμφωνα με μια μελέτη, 100 περίπου ασθενών, φάνηκε πως οι γυναίκες είχαν υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας¹⁴⁶. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες το φύλο δε σχετίζεται με το άγχος^{50, 116, 140}, αν και σε μια μελέτη φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερο άγχος από τις γυναίκες¹⁴¹. Επίσης δε φαίνεται να σχετίζεται το φύλο με τις διαταραχές ύπνου¹³⁸. Το φύλο σύμφωνα και με άλλους συγγραφείς δε σχετίζεται με την ποιότητα ζωής¹⁴³. Όσον αφορά την αντίληψη των ασθενών με επιληψία για τη νόσο, οι

άνδρες φαίνεται να θεωρούν ότι είχαν υψηλότερη κατανόηση της νόσου σε σχέση με τις γυναίκες σε μια μελέτη από την Ουγγαρία¹⁴⁴. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη θρησκευτικότητα σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς με επιληψία^{71, 145}.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Στην παρούσα μελέτη το επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε να είναι ο πιο σημαντικός δημογραφικός παράγοντας. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίστηκε με χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, αυτοκτονικού ιδεασμού, συμπτωμάτων σωματοποίησης, επιθετικότητας, παρανοειδούς ιδεασμού και ψυχωτισμού καθώς και διαταραχών ύπνου. Επίσης το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίστηκε με καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής και καλύτερη αντίληψη για τη νόσο.

Όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο χαμηλότεροι ήταν οι μηχανισμοί άμυνας αυτοθυσίας, απώθησης και μετάθεση ενώ ήταν υψηλότερες οι προσαρμοστικές άμυνες

Ήδη στη βιβλιογραφία είναι αναγνωρισμένος ο ρόλος της εκπαίδευσης στην επιληψία και η αρνητική συσχέτισή της τόσο με την κατάθλιψη¹⁴⁷ όσο και με το άγχος¹²⁴. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός δε φαίνεται να σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης σε μια μελέτη σε ασθενείς με φαρμακοανθεκτική επιληψία¹²⁶. Η εκπαίδευση έχει βρεθεί και σε άλλες μελέτες πως σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής^{63, 64} και την αντίληψη για τη νόσο¹⁴⁴. Το επίπεδο εκπαίδευσης δε συσχετίστηκε και στο παρελθόν με τη θρησκευτικότητα, στους ασθενείς με επιληψία⁷¹.

Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση δε σχετίστηκε ούτε με τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, ούτε με την ποιότητα ζωής, ούτε με την αντίληψη για τη νόσο, ούτε με τη θρησκευτικότητα, ούτε με τις άμυνες στους ασθενείς με επιληψία.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι ασθενείς με επιληψία που δεν είναι παντρεμένοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη¹⁴⁸, αν και αυτή η συσχέτιση δεν επιβεβαιώνεται πάντα¹⁰⁹. Η οικογενειακή κατάσταση δε σχετίζεται με το άγχος^{50, 140}. Ούτε ο αυτοκτονικός ιδεασμός φαίνεται να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση των

ασθενών με επιληψία¹⁴⁹. Η οικογενειακή κατάσταση έχει αποδειχθεί ότι δε σχετίζεται με την ποιότητα ζωής¹⁴³, αν και αναφέρεται και ότι οι παντρεμένοι έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους μη παντρεμένους ασθενείς¹⁴⁸.

Εργασιακή κατάσταση

Η εργασιακή κατάσταση δε σχετίστηκε ούτε με ψυχοπαθολογία, ούτε με την ποιότητα ζωής, ούτε με την αντίληψη για τη νόσο, ούτε με τη θρησκευτικότητα, ούτε με τις άμυνες στους ασθενείς με επιληψία.

Λίγα δεδομένα υπάρχουν όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση. Η εργασία σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με επιληψία^{60, 150, 151}.

Τόπος διαμονής

Ο τόπος διανομής, ανάλογα με τον αριθμό κατοίκων, δε σχετίστηκε με τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, την ποιότητα ζωής, τη θρησκευτικότητα, αλλά ούτε και με τις άμυνες.

Οι κάτοικοι μεγάλων πόλεων σημείωσαν μικρότερο προσωπικό έλεγχο στη νόσο σε σχέση με τους ασθενείς κατοίκους μικρότερων πόλεων.

Βιβλιογραφικά αναφέρεται πως οι ασθενείς με επιληψία που ζούσαν σε αστικές περιοχές είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής⁶⁰.

Κάπνισμα

Οι καπνιστές ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ΜΕΚ, συχνότερα δυσθυμία και ΓΔΑ ενώ παρουσίασαν αυξημένες δυσπροσαρμοστικές άμυνες σε σχέση με τους μη καπνίζοντες.

Από ότι γνωρίζουμε δεν έχουν γίνει παρόμοιες συσχετίσεις στο παρελθόν όσον αφορά τους ασθενείς με επιληψία.

Δίπλωμα οδήγησης

Δε σχετίστηκε η κατοχή διπλώματος ούτε με ψυχοπαθολογία, ούτε με την ποιότητα ζωής, ούτε με την αντίληψη για τη νόσο, ούτε με τη θρησκευτικότητα, ούτε με τις άμυνες στους ασθενείς με επιληψία.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι κατέχοντες διπλώματος οδήγησης ασθενείς έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής¹⁵¹.

Συσχέτιση των χαρακτηριστικών της επιληψίας με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, την ποιότητα ζωής, τη θρησκευτικότητα και τις άμυνες στους ασθενείς με επιληψία

Ηλικία πρώτης κρίσης

Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία πρώτης κρίσης τόσο πιο μεγάλη καταγράφηκε η ανηδονία, οι διαταραχές ύπνου, οι σκέψεις θανάτου, η άρνηση, η διανοητικοποίηση. Αντίθετα σε ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία πρώτης κρίσης παρατηρήθηκαν χαμηλότερες τιμές μετάθεσης και συγκινησιακής παλινδρόμησης.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ηλικία πρώτης κρίσης να σχετίζεται¹⁴⁷ και δε σχετίζεται¹³⁹ με την κατάθλιψη. Επίσης, έχει συσχετισθεί με αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας¹⁵². Η μικρή ηλικία πρώτης κρίσης έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας⁵³. Όσον αφορά το άγχος έχει διατυπωθεί τόσο ότι σχετίζεται με την ηλικία πρώτης κρίσης⁵⁰, όσο και ότι δεν σχετίζεται^{116, 122}. Η ηλικία πρώτης κρίσης δε φαίνεται να συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής¹⁵³. Η ηλικία πρώτης κρίσης δε φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την αντίληψη των ασθενών για τη νόσο¹⁴⁴, ωστόσο έχει φανεί ότι σχετίζεται με την ταυτότητα της νόσου¹⁵⁴.

Διάρκεια της επιληψίας

Η διάρκεια της επιληψίας συσχετίσθηκε με διαταραχές ύπνου και χαμηλότερη Ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η διάρκεια της επιληψίας δε φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη^{109, 139, 155} αλλά ούτε και με το άγχος^{50, 116, 122, 140}. Σχετίζεται με την αυπνία¹³⁸ καθώς και με χαμηλότερη ποιότητα ζωής⁶³ αν και αυτό η σχέση δεν επιβεβαιώνεται πάντα¹⁴². Όσον αφορά την αντίληψη για τη νόσο, έχει περιγραφεί ότι η διάρκεια της επιληψίας, με την ταυτότητα και τη διάρκεια καθώς και με χαμηλότερο προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο¹⁵⁶, αν και υποστηρίζεται επίσης ότι δε σχετίζεται με καμία παράμετρο της αντίληψης για τη νόσο¹⁴⁴.

Συχνότητα των κρίσεων

Σχετίζονται με τη συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων η κατάθλιψη, η ανηδονία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η Σωματοποίηση. Η υψηλή συχνότητα κρίσεων σχετίζεται επίσης με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής και χειρότερη αντίληψη για τη νόσο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η συχνότητα των κρίσεων σχετίζεται με την κατάθλιψη^{67, 139}, καθώς και με τον κίνδυνο αυτοκτονίας^{53, 157}. Όσον αφορά το άγχος δε φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τη συχνότητα των κρίσεων⁵⁰, αν και μια μελέτη από την Ελλάδα διαπιστώνει συσχέτιση μεταξύ συχνότητας κρίσεων και άγχους¹⁴¹. Η συχνότητα κρίσεων επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής⁶⁴⁻⁶⁷ και την αντίληψη για τη νόσο^{154, 156, 158}.

Είδος επιληψίας

Οι ασθενείς με εστιακές κρίσεις είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετικής με τις κοινωνικές σχέσεις σε σχέση με τους ασθενείς με γενικευμένες κρίσεις. Επίσης οι ασθενείς με εστιακές κρίσεις είχαν χειρότερη αντίληψη για τη νόσο σε σχέση με τους ασθενείς με γενικευμένες κρίσεις.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το είδος των κρίσεων δε σχετίζεται με την κατάθλιψη^{67, 109, 155}, τον αυτοκτονικό ιδεασμό⁵³, αλλά ούτε και με το άγχος^{50, 124}. Η ποιότητα ζωής δεν έχει φανεί να επηρεάζεται από τον είδος των κρίσεων^{142, 159}. Η αντίληψη των ασθενών για τη νόσο δεν επηρεάζεται από το είδος των κρίσεων¹⁴⁴.

Ευρήματα στην Μαγνητική Τομογραφία

Τα παθολογικά ευρήματα στην MRI εγκεφάλου συσχετίστηκαν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τις κοινωνικές σχέσεις και χειρότερη αντίληψη για τη νόσο, σε σχέση με τους ασθενείς με φυσιολογική απεικόνιση.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα παθολογικά ευρήματα στη Μαγνητική τομογραφία δε φαίνεται να σχετίζονται ούτε με τη συχνότητα της κατάθλιψης, του άγχους αλλά ούτε και με την ποιότητα ζωής των ασθενών με επιληψία^{109, 142}.

Αριθμός αντιεπιληπτικών φαρμάκων

Ο μεγάλος αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που λαμβάναν οι ασθενείς σχετίστηκε με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη αντίληψη για τη νόσο

Ο μεγάλος αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που έχει λάβει συνολικά ο ασθενής συσχετίστηκε με διαταραχές όρεξης και ύπνου καθώς και χαμηλότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη αντίληψη για τη νόσο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο ρόλος της πολυφαρμακίας στην επίπτωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με επιληψία είναι διφορούμενος^{109, 139, 147}. Ο αριθμός των αντιεπιληπτικών δεν έχει συσχετισθεί με αϋπνία¹³⁸ και επίσης δε φαίνεται να επηρεάζει την επίπτωση του άγχους^{50, 116, 122, 140}. Ο ρόλος του αριθμού των αντιεπιληπτικών στον κίνδυνο αυτοκτονικότητας δεν έχει πλήρως ξεκαθαριστεί⁵⁴. Αντιθέτως έχει αποδειχτεί πολλάκις η σημαντική αρνητική επίπτωση της πολυφαρμακίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών^{64, 66, 140, 159}. Ο αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη για τη νόσο¹⁵⁶.

Παρενέργειες αντιεπιληπτικών φαρμάκων

Οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών συσχετίστηκαν ισχυρά με την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, και με συμπτώματα σωματοποίησης, ιδεοψυχαναγκαστικότητας, διαπροσωπικής ευαισθησίας, άγχους, επιθετικότητας, παρανοειδούς ιδεασμού, ψυχωτισμού, καθώς και τη διαταραχή όρεξης και ύπνου. Επίσης οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών συσχετίστηκαν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη αντίληψη των ασθενών για τη νόσο.

Μετά από τα μοντέλα ιεραρχικής παλινδρόμησης ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας που συντελεί στην κατάθλιψη, στην ποιότητα ζωής και στην αντίληψη για τη νόσο.

Πολύς λόγος το τελευταίο καιρό γίνεται στη βιβλιογραφία για τη συσχέτιση των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων με την κατάθλιψη¹⁶⁰⁻¹⁶³ και το άγχος^{123, 160}. Επίσης καίριο ρόλο φαίνεται να παίζουν οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με επιληψία^{162, 164-166}. Ο ρόλος των παρενεργειών στην αντίληψη για τη νόσο δεν έχει μελετηθεί από όσο ξέρουμε στους ασθενείς με επιληψία.

Άλλες συσχετίσεις

Κατάθλιψη

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα μας η κατάθλιψη συσχετίστηκε με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, τη σωματοποίηση και το άγχος στους ασθενείς με επιληψία.

Επίσης υψηλής έντασης συμπτώματα κατάθλιψης σχετίστηκαν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής αρνητικά την ποιότητα ζωής και χειρότερη αντίληψη για τη νόσο. Επίσης η κατάθλιψη συσχετίστηκε με δυσπροσαρμοστικές άμυνες.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η κατάθλιψη των ασθενών με επιληψία σχετίζεται στενά με το άγχος¹²⁴ και την αυτοκτονικότητα¹²⁶. Επίσης υπογραμμίζεται ο πολύ σημαντικός αρνητικός ρόλος της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής^{140, 142, 159, 161, 162, 167, 168} και στην αντίληψη για τη νόσο των ασθενών με επιληψία^{154, 158}. Δεν υπάρχει από όσο γνωρίζουμε συσχέτιση συμπτωμάτων σωματοποίησης και κατάθλιψης στους ασθενείς με επιληψία.

Άγχος

Στην παρούσα μελέτη το άγχος συσχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη και τη σωματοποίηση. Επίσης επηρεάζει σημαντικά και αρνητικά την ποιότητα ζωής και την αντίληψη για τη νόσο των ασθενών με επιληψία.

Στη βιβλιογραφία το άγχος σχετίζεται όπως ήδη αναφέραμε με την κατάθλιψη και με χαμηλότερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με επιληψία¹²⁴. Επίσης το άγχος φαίνεται ότι σχετίζεται με χειρότερη αντίληψη των ασθενών για τη νόσο^{154, 158}. Από όσο γνωρίζουμε το δεν υπάρχουν δεδομένα στη βιβλιογραφία για τη συσχέτιση του άγχους με τη σωματοποίηση.

Σωματοποίηση

Όπως προαναφέρθηκε η σωματοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με την με την κατάθλιψη και το άγχος. Επίσης αυξημένης έντασης συμπτώματα σωματοποίησης συσχετίστηκαν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη αντίληψη των ασθενών για τη νόσο.

Η σωματοποίηση έχει περιγραφεί πολύ αναλυτικά στη βιβλιογραφία όσον αφορά τις Ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις,^{169, 170} άλλα όχι τόσο εκτενώς στους ασθενείς με επιληψία. Σε άλλες χρόνιες νόσους που έχει αναλυθεί, επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών^{80, 171}.

Συμπληρωματικά

Η χειρότερη **αντίληψη για τη νόσο** συσχετίσθηκε επιπλέον και με χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Υπάρχει άλλη μια μελέτη στη βιβλιογραφία, σε συμφωνία με αυτά τα αποτελέσματα¹⁵⁴.

Οι **διαταραχές ύπνου**, συσχετίσθηκαν με τη σωματοποίηση, το άγχος και την κατάθλιψη στους ασθενείς με επιληψία. Και στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι συσχετίζονται οι διαταραχές ύπνου με την κατάθλιψη και το άγχος^{138, 172}, ενώ από ότι γνωρίζουμε δεν υπάρχει σύγκριση για τη σωματοποίηση.

Η **θρησκευτικότητα** των ασθενών δε συσχετίσθηκε σημαντικά με τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα χαρακτηριστικά της επιληψίας, την ένταση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, την ποιότητα ζωής, ή την αντίληψη για τη νόσο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η θρησκευτικότητα έχει συσχετισθεί με κροταφική επιληψία και συγκεκριμένα σκλήρυνση του υποκάμπου⁷¹. Η αυξημένη θρησκευτικότητα έχει συνδεθεί με χαμηλότερη επίπτωση κατάθλιψης, άγχους και καλύτερη ποιότητα ζωής¹⁴⁵, ενώ έχει διατυπωθεί και το αντίθετο, ότι δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με επιληψία⁷¹.

Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάθλιψη, την ποιότητα ζωής, την αντίληψη για τη νόσο και την ένταση των παρενέργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων

Κατάθλιψη

Μετά από το μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης, φάνηκε ότι σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωσή της παίζουν η εκπαίδευση, οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων και οι δυσπροσαρμοστικοί και προσαρμοστικοί μηχανισμοί. Οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών ήταν η πιο ισχυρή παράμετρος.

Όπως προαναφέρθηκε, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι είναι σημαντικός ο ρόλος της εκπαίδευσης στην κατάθλιψη¹⁴⁷, καθώς και η συσχέτιση της με τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων¹⁶⁰⁻¹⁶³. Στους ασθενείς με επιληψία δεν έχει γίνει από όσο γνωρίζουμε συσχέτιση της κατάθλιψης με μηχανισμούς άμυνας.

Ποιότητα ζωής

Σημαντικοί παράγοντες για τον προσδιορισμό της ποιότητα ζωής ήταν, μετά από το μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης, η εκπαίδευση, οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών, το άγχος και οι μηχανισμοί άμυνας. Οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών ήταν η πιο ισχυρή παράμετρος.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αυτοί οι παράγοντες έχουν αναγνωριστεί σημαντικοί για την ποιότητα ζωής των ασθενών με επιληψία και στο παρελθόν^{63, 64 159, 161-163}. Από όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχει στη βιβλιογραφία συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τους μηχανισμούς άμυνας σε ασθενείς με επιληψία.

Αντίληψη των ασθενών για τη νόσο

Όσον αφορά στην αντίληψη για τη νόσο, φάνηκε μετά από το μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης ότι καθοριστικό ρόλο παίζει η συχνότητα των κρίσεων, οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών και η συνολική ψυχολογική καταπόνηση. Οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών ήταν η πιο ισχυρή παράμετρος.

Και σε προηγούμενες μελέτες έχει επισημανθεί η σημαντικότητα της συχνότητας των κρίσεων στην αντίληψη για τη νόσο^{154, 156, 158}, καθώς και ο αρνητικός ρόλος της κατάθλιψης και του άγχους^{154, 158}. Από όσο γνωρίζουμε δεν έχει γίνει στο παρελθόν συσχέτιση της αντίληψης για τη νόσο με τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών.

Παρενέργειες αντιεπιληπτικών φαρμάκων

Επιχειρήθηκε και μια αντίστροφη προσέγγιση. Διερευνήθηκε η υπόθεση ότι η ένταση των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων εξαρτάται και από άλλους μη φαρμακολογικούς παράγοντες. Μετά λοιπόν από το μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι η εκπαίδευση, ο συνολικός αριθμός αντιεπιληπτικών φαρμάκων, οι δυσπροσαρμοστικές άμυνες και η κατάθλιψη παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της έντασης των παρενεργειών. Η κατάθλιψη αποδείχτηκε η πιο ισχυρή παράμετρος.

Έχει ήδη διαπιστωθεί στη βιβλιογραφία η επίδραση της κατάθλιψης στην ένταση των παρενεργειών¹⁷³ ενώ ο ρόλος της πολυφαρμακείας αμφισβητείται από μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη¹⁷⁴ αν και είναι αναμενόμενη η συσχέτιση ακόμα και λόγω αλληλεπιδράσεων¹⁷⁵. Συσχετίσεις με την εκπαίδευση και τους μηχανισμούς άμυνας δεν έχουν ακόμη δημοσιευθεί, από όσο γνωρίζουμε.

Συμπέρασμα

Η κατάθλιψη και το ήταν η πιο συχνές ψυχιατρικές συννοσηρότητα στους ασθενείς με επιληψία. Σε ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με επιληψία και κατάθλιψη, η κατάθλιψη ήταν αδιάγνωστη.

Οι ασθενείς με επιληψία είχαν υψηλότερη συχνότητα κατάθλιψης, και υψηλότερης έντασης συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και σωματοποίησης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς με επιληψία δεν είχαν υψηλότερο βαθμό αυτοκτονικότητας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επίσης οι ασθενείς με επιληψία παρουσίασαν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η θρησκευτικότητα ήταν αυξημένη στους ασθενείς με επιληψία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Όσον αφορά τους ασθενείς με επιληψία, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και η χαμηλή συχνότητας κρίσεων συμβάλουν σε μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και σωματοποίησης, καθώς και σε καλύτερη ποιότητα ζωής και καλύτερη αντίληψη για τη νόσο. Οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών συνδέονται ισχυρά με συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και σωματοποίησης και επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής και την αντίληψη των ασθενών για τη νόσο.

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις στην επιληψία

Περίληψη

Στόχος:

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να καθοριστεί ένα ενδεικτικό ποσοστό ψυχιατρικών παθήσεων στους ασθενείς με επιληψία στην Ήπειρο. Να γίνει σύγκριση δημογραφικών στοιχείων, της έντασης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, της ποιότητας ζωής, της θρησκευτικότητας και των μηχανισμών άμυνας μεταξύ ασθενών με επιληψία και υγιών μαρτύρων. Και τέλος να καθοριστούν παράγοντες που σχετίζονται με την ένταση των ψυχολογικών συμπτωμάτων, της ποιότητας ζωής, της αντίληψης για τη νόσο, της θρησκευτικότητας και των μηχανισμών άμυνας στους ασθενείς με επιληψία.

Μεθοδολογία:

Ενήλικες ασθενείς που παρακολουθούνταν στα Εξωτερικά Ιατρεία Επιληψίας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων καθώς και υγιείς μάρτυρες συμμετείχαν στη μελέτη το διάστημα 2011-2016. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά τους στοιχεία καθώς και τα χαρακτηριστικά της επιληψίας των ασθενών. Εξετάσθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες από τη MINI Neuropsychiatric Interview και το Montreal Cognitive Assessment test (MoCA). Έπειτα συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Symptom Check List 90 Revised (SCL-90R), WHO Quality of life brief (WHOQOLBREF), System of Belief Inventory (SBI-15), Life Style Index (LSI) and Defense Style Questionnaire (DSQ-88) questionnaires. Οι ασθενείς με επιληψία συμπλήρωσαν επιπλέον τα Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) and Adverse Event Profile Questionnaire (AEP).

Αποτελέσματα:

Εβδομήντα ασθενείς και 70 μάρτυρες συμμετείχαν στη μελέτη. Από τους ασθενείς με επιληψία 28,6% των ασθενών παρουσίαζαν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (στο 45% αυτών των ασθενών η κατάθλιψη ήταν αδιάγνωστη), 7,1% διαταραχή πανικού, 18,6% αυτοκτονικότητα και 42,9% Γενικευμένη διαταραχή άγχους. Αντίστοιχα οι υγιείς μάρτυρες είχαν ποσοστά 2,9% (0 αδιάγνωστη), 2,9%, 10% και 22,9%.

Οι ασθενείς με επιληψία είχαν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις δύο ομάδες όσον αφορά το γάμο και τα ποσοστά ανεργίας.

Όσον αφορά τα ψυχολογικά συμπτώματα, οι ασθενείς με επιληψία είχαν πιο συχνά κατάθλιψη, άγχος και σωματοποίηση σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Οι ασθενείς με επιληψία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες ενώ η θρησκευτικότητα ήταν πιο υψηλή στους ασθενείς. Ακόμη, οι ασθενείς με επιληψία παρουσίαζαν πιο αυξημένες τις δυσπροσαρμοστικές άμυνες σε σχέση με τους μάρτυρες.

Στους ασθενείς με επιληψία, υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσής τους σχετίστηκε με χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού, καθώς και χαμηλότερης έντασης συμπτώματα άγχους και σωματοποίησης. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης επίσης συσχετίστηκε με καλύτερη ποιότητα ζωής και καλύτερη αντίληψη για τη νόσο. Η συχνότητα των κρίσεων σχετίστηκε σημαντικά με την ένταση συμπτωμάτων κατάθλιψης σωματοποίησης καθώς και με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη αντίληψη για τη νόσο. Ο μεγάλος αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων συσχετίστηκε με χειρότερη ποιότητα ζωής και χειρότερη αντίληψη για τη νόσο.

Οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων συσχετίζονται πιο ισχυρά από κάθε άλλη παράμετρο με την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, το άγχος και τη σωματοποίηση. Συμβάλουν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής καθώς και χειρότερη αντίληψη των ασθενών για την επιληψία.

Συμπέρασμα

Η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης, η μείωση της συχνότητας των κρίσεων και η μείωση των παρενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, σε βελτίωση της ποιότητας ζωής και σε βελτίωση της αντίληψης για τη νόσο στους ασθενείς με επιληψία.

Psychiatric manifestations in epilepsy

Abstract

Purpose:

The aim of the present study is to assess the frequency of psychiatric symptoms in patients with epilepsy in Epirus, Greece and to compare the, the severity of psychiatric symptoms, the quality of life, the religiousness and the defense mechanisms between patients with epilepsy and healthy controls. Furthermore, our study tries to find factors potentially related to the severity of psychiatric symptoms, the quality of life, the illness perception, the religiousness and the defenses in patients with epilepsy.

Methods:

Adult patients with epilepsy followed up at the University Hospital of Ioannina and healthy controls were recruited between 2011-2016. Demographic data of all the participants and epilepsy characteristics of the patients with epilepsy were recorded. All participants were examined with the MINI Psychiatric Interview and Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test. They completed the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Symptom Check List 90 Revised (SCL-90R), WHO Quality of life brief (WHOQOLBREF), System of Belief Inventory (SBI-15), Life Style Index (LSI) and Defense Style Questionnaire (DSQ-88) questionnaires. Patients with epilepsy also completed Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) and Adverse Event Profile Questionnaire (AEP).

Results:

Seventy patients with epilepsy and 70 healthy controls were enrolled in the study. In patients with epilepsy, 28.6% had Major Depressive Disease (in 45% depression was undiagnosed), 7.1% panic disorder, 18.6% suicidality and 42.9% Generalized Anxiety Disorder vs 2.9%, (0% undiagnosed), 2.9%, 10% and 22.9% respectively in controls. Patients with epilepsy had more severe depression, anxiety and somatization symptoms compared to controls. Patients had lower quality of life, higher religiosity and higher maladaptive defenses compared to controls.

Patients with epilepsy had lower educational level compared to healthy controls. However, there were no differences in marriage and unemployment rates.

In patients with epilepsy, higher educational level was associated to lower severity of depressive, anxiety, somatization symptoms and suicidality, to better quality of life and better illness perception. Seizure frequency was associated with depression and somatization, lower quality of life and worse illness perception. The number of antiepileptic drugs was related to lower quality of life and worse illness perception.

The adverse effects of antiepileptic drugs were strongly related to depression, suicidality, anxiety and somatization, to lower quality of life and worse illness perception.

Conclusion:

Improvement of the level of education, decrease of seizures frequency and less adverse effects of the antiepileptic drugs may decrease the severity of psychiatric symptoms and improve the quality of life and the illness perception of the patients with epilepsy.

Βιβλιογραφία

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46:470-472.
2. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55:475-482.
3. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia* 2010;51:671-675.
4. Harding G. The reflex epilepsies with emphasis on photosensitive epilepsy. *Supplements to Clinical neurophysiology* 2004;57:433-438.
5. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017;58:512-521.
6. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017;58:522-530.
7. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia* 2010;51:676-685.
8. Giussani G, Canelli V, Bianchi E, et al. A population-based study of active and drug-resistant epilepsies in Northern Italy. *Epilepsy & behavior : E&B* 2016;55:30-37.
9. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2010;51:1069-1077.
10. Lopez Gonzalez FJ, Rodriguez Osorio X, Gil-Nagel Rein A, et al. Drug-resistant epilepsy: definition and treatment alternatives. *Neurologia* 2015;30:439-446.
11. Kong ST, Ho CS, Ho PC, Lim SH. Prevalence of drug resistant epilepsy in adults with epilepsy attending a neurology clinic of a tertiary referral hospital in Singapore. *Epilepsy Res* 2014;108:1253-1262.
12. Bell GS, Sander JW. The epidemiology of epilepsy: the size of the problem. *Seizure* 2001;10:306-314; quiz 315-306.
13. Abbott RJ, Browning MC, Davidson DL. Serum prolactin and cortisol concentrations after grand mal seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980;43:163-167.
14. Helmers SL, Thurman DJ, Durgin TL, Pai AK, Faught E. Descriptive epidemiology of epilepsy in the U.S. population: A different approach. *Epilepsia* 2015;56:942-948.
15. Banerjee PN, Filippi D, Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Res* 2009;85:31-45.
16. Xu Y, Hackett ML, Glozier N, et al. Return to driving after a diagnosis of epilepsy: A prospective registry study. *Epilepsia* 2018.
17. Tian N, Shaw EC, Zack M, Kobau R, Dykstra H, Covington TM. Cause-specific mortality among children and young adults with epilepsy: Results from the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. *Epilepsy Behav* 2015;45:31-34.
18. Samsonsen C, Sand T, Brathen G, Helde G, Brodtkorb E. The impact of sleep loss on the facilitation of seizures: A prospective case-crossover study. *Epilepsy research* 2016;127:260-266.
19. Walsh S, Donnan J, Fortin Y, et al. A systematic review of the risks factors associated with the onset and natural progression of epilepsy. *Neurotoxicology* 2017;61:64-77.
20. Vongkasamchai N, Lertsinudom S, Topark-Ngarm A, et al. Prevalence of Provocative Seizures in Persons with Epilepsy: A Longitudinal Study at Khon Kaen University Hospital, Thailand. *Neurology research international* 2015;2015:659189.

21. Karasin B, Karasin M. Epilepsy: Clinical Review and Surgical Options. *AORN journal* 2017;106:393-414.
22. Zhuo C, Jiang R, Li G, et al. Efficacy and Tolerability of Second and Third Generation Anti-epileptic Drugs in Refractory Epilepsy: A Network Meta-Analysis. *Scientific reports* 2017;7:2535.
23. Gotlib D, Ramaswamy R, Kurlander JE, DeRiggi A, Riba M. Valproic Acid in Women and Girls of Childbearing Age. *Current psychiatry reports* 2017;19:58.
24. Grant RH, Parsonage MJ, Barot MH. Phenytoin-induced gum hypertrophy in patients with epilepsy. *Current medical research and opinion* 1988;10:652-655.
25. Kuzmanova R, Stefanova I, Stambolieva K. Significance of noncompliance when treating patients with epilepsy. *Neurologia i neurochirurgia polska* 2017.
26. Margolis SA, Nakhutina L, Schaffer SG, Grant AC, Gonzalez JS. Perceived epilepsy stigma mediates relationships between personality and social well-being in a diverse epilepsy population. *Epilepsy Behav* 2018;78:7-13.
27. Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia* 2000;41 Suppl 2:S31-41.
28. Josephson CB, Jette N. Psychiatric comorbidities in epilepsy. *International review of psychiatry* 2017;29:409-424.
29. Loughman A, Bendrups NA, D'Souza WJ. A Systematic Review of Psychiatric and Psychosocial Comorbidities of Genetic Generalised Epilepsies (GGE). *Neuropsychology review* 2016;26:364-375.
30. Filho GM, Rosa VP, Lin K, Caboclo LO, Sakamoto AC, Yacubian EM. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008;13:196-201.
31. de Araujo Filho GM, da Silva JM, Mazetto L, Marchetti RL, Yacubian EM. Psychoses of epilepsy: a study comparing the clinical features of patients with focal versus generalized epilepsies. *Epilepsy Behav* 2011;20:655-658.
32. Patrikelis P, Angelakis E, Gatzonis S. Neurocognitive and behavioral functioning in frontal lobe epilepsy: a review. *Epilepsy Behav* 2009;14:19-26.
33. de Araujo Filho GM, Yacubian EM. Juvenile myoclonic epilepsy: psychiatric comorbidity and impact on outcome. *Epilepsy Behav* 2013;28 Suppl 1:S74-80.
34. Maguire M, Singh J, Marson A. Epilepsy and psychosis: a practical approach. *Practical neurology* 2017.
35. Stephen LJ, Wishart A, Brodie MJ. Psychiatric side effects and antiepileptic drugs: Observations from prospective audits. *Epilepsy Behav* 2017;71:73-78.
36. Cipriani A, Reid K, Young AH, Macritchie K, Geddes J. Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013:CD003196.
37. Shim IH, Woo YS, Kim MD, Bahk WM. Antidepressants and Mood Stabilizers: Novel Research Avenues and Clinical Insights for Bipolar Depression. *International journal of molecular sciences* 2017;18.
38. Caniff K, Telega E, Bostwick JR, Gardner KN. Pregabalin as adjunctive therapy in benzodiazepine discontinuation. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists* 2018;75:67-71.
39. Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, et al. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 3: The Clinical Guidelines. *The international journal of neuropsychopharmacology* 2017;20:180-195.
40. Zimcikova E, Simko J, Karesova I, Kremlacek J, Malakova J. Behavioral effects of antiepileptic drugs in rats: Are the effects on mood and behavior detectable in open-field test? *Seizure* 2017;52:35-40.

41. Hedges DW, Jeppson KG. New-onset seizure associated with quetiapine and olanzapine. *The Annals of pharmacotherapy* 2002;36:437-439.
42. Wu CS, Liu HY, Tsai HJ, Liu SK. Seizure Risk Associated With Antidepressant Treatment Among Patients With Depressive Disorders: A Population-Based Case-Crossover Study. *The Journal of clinical psychiatry* 2017;78:e1226-e1232.
43. King ML, Tranel D. Stable psychological functioning after surgery for epilepsy: An informant-based perspective. *Epilepsy Behav* 2017;69:110-115.
44. Prayson BE, Floden DP, Ferguson L, Kim KH, Jehi L, Busch RM. Effects of surgical side and site on psychological symptoms following epilepsy surgery in adults. *Epilepsy Behav* 2017;68:108-114.
45. Strober LB, Chapin J, Spirou A, et al. Assessment of depression in epilepsy: the utility of common and disease-specific self-report depression measures. *The Clinical neuropsychologist* 2017;1-19.
46. Fela-Thomas A, Akinhanmi A, Esan O. Prevalence and correlates of major depressive disorder (MDD) among adolescent patients with epilepsy attending a Nigerian neuropsychiatric hospital. *Epilepsy Behav* 2016;54:58-64.
47. Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, et al. Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2013;80:590-599.
48. Rayner G. The Contribution of Cognitive Networks to Depression in Epilepsy. *Epilepsy currents* 2017;17:78-83.
49. Lothe A, Didelot A, Hammers A, et al. Comorbidity between temporal lobe epilepsy and depression: a [18F]MPPF PET study. *Brain : a journal of neurology* 2008;131:2765-2782.
50. Wiglusz MS, Landowski J, Cubala WJ. Prevalence of anxiety disorders in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2017;79:1-3.
51. Van Paesschen W, King MD, Duncan JS, Connelly A. The amygdala and temporal lobe simple partial seizures: a prospective and quantitative MRI study. *Epilepsia* 2001;42:857-862.
52. Mohler H. GABAA receptors in central nervous system disease: anxiety, epilepsy, and insomnia. *Journal of receptor and signal transduction research* 2006;26:731-740.
53. Verrotti A, Cicconetti A, Scorrano B, et al. Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors, and prevention. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2008;4:365-370.
54. Mula M. Do anti-epileptic drugs increase suicide in epilepsy? 10 years after the FDA alert. *Expert review of neurotherapeutics* 2018;18:177-178.
55. Hamed SA, Elserogy YM, Abd-Elhafeez HA. Psychopathological and peripheral levels of neurobiological correlates of obsessive-compulsive symptoms in patients with epilepsy: a hospital-based study. *Epilepsy Behav* 2013;27:409-415.
56. Gaitatzis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2004;110:207-220.
57. Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, et al. Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2016;51:1015-1024.
58. Mechili AE, Kalokairinou A, Kaitelidou D, Diomidous M. Greece Financial Crisis and Quality of Life. *Studies in health technology and informatics* 2015;213:207-209.
59. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 2013;12:53-59.
60. Kinyanjui DW, Kathuku DM, Mburu JM. Quality of life among patients living with epilepsy attending the neurology clinic at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya: a comparative study. *Health and quality of life outcomes* 2013;11:98.
61. Mrabet H, Mrabet A, Zouari B, Ghachem R. Health-related quality of life of people with epilepsy compared with a general reference population: a Tunisian study. *Epilepsia* 2004;45:838-843.

62. Gholami A, Salarilak S, Lotfabadi P, et al. Quality of life in epileptic patients compared with healthy people. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2016;30:388.
63. Ridsdale L, Wojewodka G, Robinson E, et al. Characteristics associated with quality of life among people with drug-resistant epilepsy. *Journal of neurology* 2017;264:1174-1184.
64. Nagarathnam M, Shalini B, Vijayalakshmi V, Vengamma B, Latheef SAA. Predictors of quality of life among adolescents with epilepsy in the state of Andhra Pradesh. *Neurology India* 2017;65:1019-1024.
65. Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004;45:544-550.
66. Thomas SV, Koshy S, Nair CR, Sarma SP. Frequent seizures and polytherapy can impair quality of life in persons with epilepsy. *Neurology India* 2005;53:46-50.
67. Dehn LB, Pfafflin M, Bruckner S, et al. Relationships of depression and anxiety symptoms with seizure frequency: Results from a multicenter follow-up study. *Seizure* 2017;53:103-109.
68. Whatley AD, Dilorio CK, Yeager K. Examining the relationships of depressive symptoms, stigma, social support and regimen-specific support on quality of life in adult patients with epilepsy. *Health education research* 2010;25:575-584.
69. Rawlings GH, Brown I, Reuber M. Predictors of health-related quality of life in patients with epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2017;68:153-158.
70. Rektor I, Schachter SC, Arzy S, et al. Epilepsy, behavior, and art (Epilepsy, Brain, and Mind, part 1). *Epilepsy Behav* 2013;28:261-282.
71. Tedrus GM, Fonseca LC, Fagundes TM, da Silva GL. Religiosity aspects in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2015;50:67-70.
72. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clinical medicine* 2006;6:536-539.
73. Keogh KM, White P, Smith SM, McGilloway S, O'Dowd T, Gibney J. Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. *BMC family practice* 2007;8:36.
74. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC psychology* 2014;2:50.
75. Salter KA, Prior KN, Bond MJ. Predicting wellbeing among people with epilepsy using illness cognitions. *Epilepsy Behav* 2017;71:1-6.
76. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA, Hazes JM, Breedveld FC, Rooijmans HG. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology* 1999;26:1686-1693.
77. Ninou A, Guthrie E, Paika V, et al. Illness perceptions of people with long-term conditions are associated with frequent use of the emergency department independent of mental illness and somatic symptom burden. *Journal of psychosomatic research* 2016;81:38-45.
78. Hyphantis T. The Greek version of the Defense Style Questionnaire: psychometric properties in three different samples. *Comprehensive psychiatry* 2010;51:618-629.
79. Bai M, Tomenson B, Creed F, et al. The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis. *Scandinavian journal of rheumatology* 2009;38:419-430.
80. Hyphantis TN, Tomenson B, Bai M, Tsianos E, Mavreas V, Creed F. Psychological distress, somatization, and defense mechanisms associated with quality of life in inflammatory bowel disease patients. *Digestive diseases and sciences* 2010;55:724-732.
81. Hyphantis TN, Christou K, Kontoudaki S, et al. Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *International journal of psychiatry in medicine* 2008;38:307-327.
82. Hyphantis TN, Bai M, Siafaka V, et al. Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: A preliminary survey. *Rheumatology international* 2006;26:828-836.

83. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista brasileira de psiquiatria* 2006;28:179-183.
84. Sandler J. Discussions with Anna Freud on The Ego and the Mechanisms of Defence: The Ego and the Id at Puberty. *The International journal of psycho-analysis* 1983;64 (Pt 4):401-406.
85. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of general psychiatry* 1983;40:333-338.
86. Diamantis A, Sidiropoulou K, Magiorkinis E. Epilepsy during the Middle Ages, the Renaissance and the Enlightenment. *Journal of neurology* 2010;257:691-698.
87. Schachter SC. Epilepsy and art: Windows into complexity and comorbidities. *Epilepsy Behav* 2016;57:265-269.
88. Voskuil PH. Epilepsy in Dostoevsky's novels. *Frontiers of neurology and neuroscience* 2013;31:195-214.
89. Reynolds EH, Trimble MR. Epilepsy, psychiatry, and neurology. *Epilepsia* 2009;50 Suppl 3:50-55.
90. Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International journal of law and psychiatry* 2006;29:68-73.
91. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
92. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General hospital psychiatry* 2015;37:67-75.
93. Hyphantis T, Kotsis K, Kroenke K, et al. Lower PHQ-9 cutpoint accurately diagnosed depression in people with long-term conditions attending the Accident and Emergency Department. *Journal of affective disorders* 2015;176:155-163.
94. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine* 2001;16:606-613.
95. Hyphantis T, Papadimitriou I, Petrakis D, et al. Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psycho-oncology* 2013;22:2009-2015.
96. Hyphantis T, Goulia P, Carvalho AF. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of psychosomatic research* 2013;75:362-369.
97. Carvalho AF, Hyphantis TN, Taunay TC, et al. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *Journal of affective disorders* 2013;146:58-65.
98. Paika V, Andreoulakis E, Ntountoulaki E, et al. The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument: psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of general psychiatry* 2017;16:13.
99. Yioti G, Stefaniotou M, Ziavrou I, Kotsis K, Hyphantis T. Illness Perceptions, Psychiatric Manifestations, and Quality of Life in Patients with Inherited Retinal Dystrophies. *Seminars in ophthalmology* 2017;32:428-437.
100. Kotsis K, Voulgari PV, Tsifetaki N, et al. Anxiety and depressive symptoms and illness perceptions in psoriatic arthritis and associations with physical health-related quality of life. *Arthritis care & research* 2012;64:1593-1601.

101. Ripamonti C, Borreani C, Maruelli A, Proserpio T, Pessi MA, Miccinesi G. System of belief inventory (SBI-15R): a validation study in Italian cancer patients on oncological, rehabilitation, psychological and supportive care settings. *Tumori* 2010;96:1016-1021.
102. Argyriou AA, Iconomou G, Ifanti AA, et al. Religiosity and its relation to quality of life in primary caregivers of patients with multiple sclerosis: a case study in Greece. *Journal of neurology* 2011;258:1114-1119.
103. Kotsis K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Drosos AA, Carvalho AF, Hyphantis T. Illness perceptions and psychological distress associated with physical health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome compared to systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Rheumatology international* 2014;34:1671-1681.
104. Jovanovic M, Jovic-Jakubi B, Stevanovic D. Adverse effects of antiepileptic drugs and quality of life in pediatric epilepsy. *Neurology India* 2015;63:353-359.
105. Hyphantis T, Goulia P, Floros GD, et al. Assessing ego defense mechanisms by questionnaire: psychometric properties and psychopathological correlates of the Greek version of the Plutchik's Life Style Index. *Journal of personality assessment* 2011;93:605-617.
106. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2007;57:650-652.
107. Wiglusz MS, Landowski J, Michalak L, Cubala WJ. Reevaluating the prevalence and diagnostic subtypes of depressive disorders in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2015;53:15-19.
108. Vujisic S, Vodopic S, Radulovic L, Injac-Stevovic L. Psychiatric comorbidities among patients with epilepsy in Montenegro. *Acta clinica Croatica* 2014;53:411-416.
109. Alsaadi T, El Hammasi K, Shahrour TM, et al. Prevalence of depression and anxiety among patients with epilepsy attending the epilepsy clinic at Sheikh Khalifa Medical City, UAE: A cross-sectional study. *Epilepsy Behav* 2015;52:194-199.
110. Fiest KM, Patten SB, Altura KC, et al. Patterns and frequency of the treatment of depression in persons with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2014;39:59-64.
111. Elger CE, Johnston SA, Hoppe C. Diagnosing and treating depression in epilepsy. *Seizure* 2017;44:184-193.
112. Kanner AM. Depression and epilepsy: a new perspective on two closely related disorders. *Epilepsy currents* 2006;6:141-146.
113. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American journal of public health* 2005;95:998-1000.
114. Schmitz B. Depression and mania in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2005;46 Suppl 4:45-49.
115. Kudo T, Ishida S, Kubota H, Yagi K. Manic episode in epilepsy and bipolar I disorder: a comparative analysis of 13 patients. *Epilepsia* 2001;42:1036-1042.
116. Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M, et al. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy--a prospective clinic based survey. *Epilepsy Behav* 2010;17:259-263.
117. Rai D, Kerr MP, McManus S, Jordanova V, Lewis G, Brugha TS. Epilepsy and psychiatric comorbidity: a nationally representative population-based study. *Epilepsia* 2012;53:1095-1103.
118. Kaplan PW. Epilepsy and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience* 2010;12:241-248.
119. Norup DA, Elklit A. Post-traumatic stress disorder in partners of people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2013;27:225-232.
120. Clancy MJ, Clarke MC, Connor DJ, Cannon M, Cotter DR. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014;14:75.
121. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jette N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007;48:2336-2344.

122. Scott AJ, Sharpe L, Hunt C, Gandy M. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia* 2017;58:973-982.
123. Dworetzky BA. Worrying More About Anxiety in Patients With Epilepsy. *Epilepsy currents* 2017;17:353-354.
124. Pham T, Sauro KM, Patten SB, et al. The prevalence of anxiety and associated factors in persons with epilepsy. *Epilepsia* 2017;58:e107-e110.
125. Altura KC, Patten SB, Fiest KM, Atta C, Bulloch AG, Jette N. Suicidal ideation in persons with neurological conditions: prevalence, associations and validation of the PHQ-9 for suicidal ideation. *General hospital psychiatry* 2016;42:22-26.
126. Castro SCC, Baroni GV, Martins WA, Palmini ALF, Bisol LW. Suicide risk, temperament traits, and sleep quality in patients with refractory epilepsy. *Epilepsy Behav* 2018.
127. Tao K, Wang X. The comorbidity of epilepsy and depression: diagnosis and treatment. *Expert review of neurotherapeutics* 2016;16:1321-1333.
128. Komolafe MA, Sunmonu TA, Afolabi OT, et al. The social and economic impacts of epilepsy on women in Nigeria. *Epilepsy & behavior : E&B* 2012;24:97-101.
129. Markoula S, Sioka C, Exarchopoulos T, et al. Gender specific association of decreased bone mineral density in patients with epilepsy. *Neurologia i neurochirurgia polska* 2015;49:267-271.
130. Drazkowski J. An overview of epilepsy and driving. *Epilepsia* 2007;48 Suppl 9:10-12.
131. Jette N, Amoozegar F, Patten SB. Depression in epilepsy, migraine, and multiple sclerosis: Epidemiology and how to screen for it. *Neurology Clinical practice* 2017;7:118-127.
132. Wiglusz MS, Landowski J, Michalak L, Cubala WJ. Symptom Frequency Characteristics of the Hamilton Depression Rating Scale of Major Depressive Disorder in Epilepsy. *Psychiatria Danubina* 2015;27 Suppl 1:S227-230.
133. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2005;15:435-443.
134. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry* 2007;64:19-28.
135. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience* 2015;17:327-335.
136. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry* 2010;71:1617-1628.
137. Staniszevska A, Maka A, Religioni U, Olejniczak D. Sleep disturbances among patients with epilepsy. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2017;13:1797-1803.
138. Shen Y, Zhang M, Wang Y, et al. Subjective sleep disturbance in Chinese adults with epilepsy: Associations with affective symptoms. *Epilepsy research* 2017;135:150-157.
139. Chandrasekharan SC, Menon V, Wadwekar V, Nair PP. High Frequency of Depressive Symptoms among Adults with Epilepsy: Results from a Hospital-based Study. *Journal of neurosciences in rural practice* 2017;8:S13-S19.
140. Alexander HB, Broshek DK, Quigg M. Quality of life in adults with epilepsy is associated with anticonvulsant polypharmacy independent of seizure status. *Epilepsy Behav* 2018;78:96-99.
141. Kimiskidis VK, Triantafyllou NI, Kararizou E, et al. Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables. *Annals of general psychiatry* 2007;6:28.
142. Alsaadi T, Kassie S, El Hammasi K, et al. Potential factors impacting health-related quality of life among patients with epilepsy: Results from the United Arab Emirates. *Seizure* 2017;53:13-17.
143. Taylor RS, Sander JW, Taylor RJ, Baker GA. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: a systematic review. *Epilepsia* 2011;52:2168-2180.

144. Kovats D, Csaszar N, Haller J, et al. Factors affecting quality of life in Hungarian adults with epilepsy: A comparison of four psychiatric instruments. *Epilepsy Behav* 2017;74:45-58.
145. Lee SA, Ryu HU, Choi EJ, et al. Associations between religiosity and anxiety, depressive symptoms, and well-being in Korean adults living with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2017;75:246-251.
146. Kalinin VV, Polyanskiy DA. Gender differences in risk factors of suicidal behavior in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;6:424-429.
147. Bifftu BB, Dachew BA, Tiruneh BT, Birhan Tebeje N. Depression among people with epilepsy in Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC research notes* 2015;8:585.
148. Wang FL, Gu XM, Hao BY, Wang S, Chen ZJ, Ding CY. Influence of Marital Status on the Quality of Life of Chinese Adult Patients with Epilepsy. *Chinese medical journal* 2017;130:83-87.
149. Haile K, Awoke T, Ayano G, Tareke M, Abate A, Nega M. Suicide ideation and attempts among people with epilepsy in Addis Ababa, Ethiopia. *Annals of general psychiatry* 2018;17:4.
150. Azuma H, Akechi T. Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2014;41:18-20.
151. Viteva E. Impact of social factors on the quality of life of patients with refractory epilepsy. *Acta neurologica Taiwanica* 2013;22:51-58.
152. Gammino M, Zummo L, Bue AL, et al. Excessive Daytime Sleepiness and Sleep Disorders in a Population of Patients with Epilepsy: a Case-Control Study. *Journal of epilepsy research* 2016;6:79-86.
153. Edefonti V, Bravi F, Turner K, et al. Health-related quality of life in adults with epilepsy: the effect of age, age at onset and duration of epilepsy in a multicentre Italian study. *BMC neurology* 2011;11:33.
154. Shallcross AJ, Becker DA, Singh A, et al. Illness perceptions mediate the relationship between depression and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2015;56:e186-190.
155. Petruzzi A, Rigamonti A, Finocchiaro CY, et al. Psychological features and quality of life in 50 adult patients with epilepsy and their caregivers from the Lecco epilepsy center, Italy. *Epilepsy Behav* 2017;71:13-16.
156. Ji H, Zhang L, Li L, et al. Illness perception in Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy research* 2016;128:94-101.
157. de Oliveira GN, Kummer A, Salgado JV, Filho GM, David AS, Teixeira AL. Suicidality in temporal lobe epilepsy: measuring the weight of impulsivity and depression. *Epilepsy Behav* 2011;22:745-749.
158. Goldstein LH, Holland L, Soteriou H, Mellers JD. Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy research* 2005;67:1-11.
159. Camara-Lemarroy CR, Hoyos M, Ibarra-Yruegas BE, Diaz-Torres MA, De Leon R. Affective symptoms and determinants of health-related quality of life in Mexican people with epilepsy. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 2017;38:1829-1834.
160. Micoulaud-Franchi JA, Bartolomei F, Duncan R, McGonigal A. Evaluating quality of life in epilepsy: The role of screening for adverse drug effects, depression, and anxiety. *Epilepsy Behav* 2017;75:18-24.
161. Gilliam FG, Fessler AJ, Baker G, Vahle V, Carter J, Attarian H. Systematic screening allows reduction of adverse antiepileptic drug effects: a randomized trial. *Neurology* 2004;62:23-27.
162. Carreno M, Donaire A, Falip M, et al. Validation of the Spanish version of the Liverpool Adverse Events Profile in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009;15:154-159.
163. Gomez-Arias B, Crail-Melendez D, Lopez-Zapata R, Martinez-Juarez IE. Severity of anxiety and depression are related to a higher perception of adverse effects of antiepileptic drugs. *Seizure* 2012;21:588-594.

164. Chen HF, Tsai YF, Hsi MS, Chen JC. Factors affecting quality of life in adults with epilepsy in Taiwan: A cross-sectional, correlational study. *Epilepsy Behav* 2016;58:26-32.
165. Martins HH, Alonso NB, Vidal-Dourado M, et al. Are adverse effects of antiepileptic drugs different in symptomatic partial and idiopathic generalized epilepsies? The Portuguese-Brazilian validation of the Liverpool Adverse Events Profile. *Epilepsy Behav* 2011;22:511-517.
166. Luoni C, Bisulli F, Canevini MP, et al. Determinants of health-related quality of life in pharmacoresistant epilepsy: results from a large multicenter study of consecutively enrolled patients using validated quantitative assessments. *Epilepsia* 2011;52:2181-2191.
167. Leunissen CL, de la Parra NM, Tan IY, et al. Antiepileptic drugs with mood stabilizing properties and their relation with psychotropic drug use in institutionalized epilepsy patients with intellectual disability. *Research in developmental disabilities* 2011;32:2660-2668.
168. Mula M, Sander JW. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug safety* 2007;30:555-567.
169. Plioplys S, Doss J, Siddarth P, et al. Risk factors for comorbid psychopathology in youth with psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure* 2016;38:32-37.
170. Wolf LD, Hentz JG, Ziemba KS, et al. Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures and epilepsy: the role of somatization and alexithymia. *Epilepsy Behav* 2015;43:81-88.
171. Hyphantis T, Tomenson B, Paika V, et al. Somatization is associated with physical health-related quality of life independent of anxiety and depression in cancer, glaucoma and rheumatological disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2009;18:1029-1042.
172. Moser D, Pablik E, Aull-Watschinger S, Patariaia E, Wober C, Seidel S. Depressive symptoms predict the quality of sleep in patients with partial epilepsy--A combined retrospective and prospective study. *Epilepsy Behav* 2015;47:104-110.
173. Perucca P, Jacoby A, Marson AG, et al. Adverse antiepileptic drug effects in new-onset seizures: a case-control study. *Neurology* 2011;76:273-279.
174. Canevini MP, De Sarro G, Galimberti CA, et al. Relationship between adverse effects of antiepileptic drugs, number of coprescribed drugs, and drug load in a large cohort of consecutive patients with drug-refractory epilepsy. *Epilepsia* 2010;51:797-804.
175. Perucca E. Overtreatment in epilepsy: adverse consequences and mechanisms. *Epilepsy research* 2002;52:25-33.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ιστορικό Ασθενών:

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Γενικά.

Ημ.εξέτασης.

Ονοματεπώνυμο.

Πατρώνυμο.

Διεύθυνση.

Τηλέφωνο.

Ημ γέννησης.

Φύλο.

Ασφάλεια.

Βάρος/ύψος.

Περίμετρος μέσης.

Μορφωτικό επίπεδο.

Επάγγελμα.

Επίδομα.

Οικογενειακή κατάσταση.

Άτομα με τα οποία διαμένει.

Άτομα από τα οποία συνοδεύεται.

Αυτοεξυπηρέτηση.

Διπλώμα οδήγησης- απώλεια λόγω νόσου-τροχαία.

Έξεις ζωής, hobbies/αθλητισμός.

Θρήσκευμα.

Ατομικό αναμνηστικό.

Φάρμακα.

Γυναικολογικό Ηχ. -έναρξη εμμήνου ρήσεως.

-αριθμός συντρόφων.

-αριθμός αμβλώσεων.

-λήψη αντισυλληπτικών tb.

Χρήση ακλοόλ.

Κάπνισμα.

Ειδικά για την επιληψία.

Ηλικία πρώτης κρίσης.

Περιγραφή.

Ημερομηνίες κρίσεων.

Περιγραφή.

Αιτιολογία κρίσεων.

Αριθμός νοσηλειών.

Παιδικοί πυρετικοί σπασμοί.

Διάγνωση.

Φ.Α. στο παρελθόν.

Φ.Α. τώρα.

Επίπεδα Φ.Α.

Συνέπεια στην αγωγή.

Αναφερόμενες παρενέργειες.

Συγγενής με επιληπτικές κρίσεις.

Απεικονιστικά ευρήματα.

ΗΕΓ ευρήματα.

Triplex καρωτίδων.

Ψυχιατρικό ιστορικό.

Επίσκεψη σε ειδικό. Φ.Α.

Συγγενής με Ψυχιατρικό ιστορικό.

Ερωτηματολόγια

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (PHQ-9)

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά ενοχληθήκατε
απ' οποιοδήποτε από τα παρακάτω προβλήματα;
(Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα "✓")

	Καθόλου	Αρκετές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	0	1	2	3
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	0	1	2	3
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	0	1	2	3
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	0	1	2	3
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	0	1	2	3
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν? Η το αντίθετο – είστε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(ή), που κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Εάν επιλέξατε κάποια προβλήματα, πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα;

Καμία δυσκολία
☐

Μερική δυσκολία
☐

Μεγάλη δυσκολία
☐

Υπερβολική δυσκολία
☐

Συντάχθηκε από τους Δόκτορες Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και τους συνεργάτες τους με εκπαιδευτική επιχορήγηση από την Pfizer Inc. Δεν απαιτείται άδεια για αναπαραγωγή, μετάφραση, εμφάνιση ή διανομή.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL-90 (Derogatis, 1977)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Ντώνιας & συν., 1991)

Ονοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείσθε να διαβάζετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόση ενόχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα **κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας**, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

Πρέπει να βάλετε σε κύκλο μόνον έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Πόσο έχετε ενοχληθεί από:					
1. Πόνους στο σώμα	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φτάνει για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
89. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

Το Σύνταμο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία

Στις επόμενες ερωτήσεις βάλτε παρακαλώ σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην άποψή σας

1. Πόσο πολύ επηρεάζει η ασθένειά σας τη ζωή σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία απολύτως επίδραση										Επηρεάζει σοβαρά τη ζωή μου

2. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η ασθένειά σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Για πολύ σύντομο διάστημα										Για πάντα

3. Πόσο πολύ έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην ασθένειά σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως έλεγχο										Εξαιρετικά μεγάλο έλεγχο

4. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καθόλου										Εξαιρετικά βοηθητική

5. Πόσο πολύ αισθάνεστε συμπτώματα της ασθένειάς σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως σύμπτωμα										Πολλά σοβαρά συμπτώματα

6. Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένειά σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία ανησυχία										Εξαιρετικά μεγάλη ανησυχία

7. Πόσο καλά αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένειά σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
?εν την κατανοώ καθόλου										Την κατανοώ ξεκάθαρα

8. Πόσο πολύ σας επηρεάζει η ασθένειά σας συναισθηματικά; (π.χ., σας θιμώνει, φοβίζει ή στεναχωρεί)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
?εν με επηρεάζει καθόλου										Με επηρεάζει εξαιρετικά

Παρακαλώ ιεραρχήστε τους τρεις πιο σημαντικούς παράγοντες που πιστεύετε ότι προκάλεσαν την ασθένειά σας

1. _____
2. _____
3. _____

WHOQOL-BREF

(Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000)

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πως **εσείς** αξιολογείτε την **ποιότητα ζωής σας**, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για σας**. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε.

Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας **τις δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **4** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **«Πολύ»**.

Αν δεν έχετε **«Καθόλου»** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5

	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο πολύ** βιώνετε κάποιες καταστάσεις **τις δυο τελευταίες εβδομάδες**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα ;	1	2	3	4	5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε ;	1	2	3	4	5
Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον που ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο απόλυτα**, δηλαδή **σε ποιο βαθμό** μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή **πόσο ικανός/ή** θεωρείτε ότι είστε έτσι ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Μπορείτε να αποδεχθείτε τη σωματική εμφάνισή σας;	1	2	3	4	5
Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανός/ή είστε να κινείστε στο χώρο και να κυκλοφορείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η** νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Πολύ δυσανε- στημένος/η	Δυσανε- μένος/η	Ούτε δυσανε- στημένος/η ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιη- μένος/η	Πολύ ικανοποιημένος
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σχέσεις σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά** έχετε ορισμένα συναισθήματα τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
	1	2	3	4	5

ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ (SBI-15R)

1. Η θρησκεία είναι σημαντική στην καθημερινή μου ζωή
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα

2. Η προσευχή ή ο διαλογισμός με έχει βοηθήσει να αντεπεξέλθω σε περιόδους σοβαρής ασθένειας
 - 0 - Καθόλου
 - 1 - Λίγο
 - 2 - Αρκετά
 - 3 - Συνεχώς

3. Απολαμβάνω να συμμετέχω σε θρησκευτικές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από τη θρησκευτική ή την πνευματική μου ομάδα
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα

4. Είμαι σίγουρος/η ότι υπάρχει Θεός με κάποια μορφή
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα

5. Όταν χρειάζομαι συμβουλές για το πώς να αντιμετωπίσω διάφορα προβλήματα, γνωρίζω κάποιον στη θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητα στον οποίο μπορώ να απευθυνθώ
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα

6. Πιστεύω ότι ο Θεός δε θα μου δώσει δοκιμασία που δε θα μπορώ να αντέξω
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
7. Χαίρομαι να συναντώ ή να μιλώ συχνά με ανθρώπους που μοιράζονται τις ίδιες θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις με εμένα
- 0 - Ποτέ
 - 1 - Λίγες φορές
 - 2 - Αρκετά συχνά
 - 3 - Συνεχώς
8. Σε περιόδους ασθένειας, οι θρησκευτικές ή πνευματικές μου πεποιθήσεις έχουν ενδυναμωθεί (ισχυροποιηθεί)
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
9. Όταν αισθάνομαι μοναξιά, βασίζομαι σε ανθρώπους που μοιράζονται τις ίδιες θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις με εμένα για υποστήριξη
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
10. Έχω βιώσει αισθήματα ελπίδας σαν αποτέλεσμα των θρησκευτικών ή πνευματικών μου πιστεύω
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα

11. Έχω βιώσει ψυχική ηρεμία με την προσευχή και το διαλογισμό
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
12. Η ζωή και ο θάνατος κάθε ανθρώπου ακολουθεί το σχέδιο του Θεού
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
13. Αναζητώ ανθρώπους στη θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητα όταν χρειάζομαι βοήθεια
- 0 - Ποτέ
 - 1 - Λίγες φορές
 - 2 - Αρκετά συχνά
 - 3 - Συνεχώς
14. Πιστεύω ότι ο Θεός με προστατεύει από το να πάθω κακό
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
15. Προσεύχομαι για βοήθεια στις δύσκολες στιγμές μου
- 0 - Ποτέ
 - 1 - Λίγες φορές
 - 2 - Αρκετά συχνά
 - 3 - Συνεχώς

Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Ifanti AA, Gerolymos MK, Kalofonos HP, Iconomou G. Religiosity and its relation to quality of life in Christian Orthodox cancer patients undergoing chemotherapy. *Psychooncology* 2009;18:284-89.

ANTI-EPILEPTIC DRUG ADVERSE EVENT PROFILE

Ονοματεπώνυμο:

Φάρμακο:

Τις 4 τελευταίες εβδομάδες, είχατε κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα ή παρενέργειες;

Ασάθεια	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Κόπωση	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Ανησυχία	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Τάσεις επιθετικότητας	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Νευρική άγχος ή ανησυχία	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Πονοκέφαλος	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Τριχόπτωση	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Δερματολογικά προβλήματα όπως ακμή, εξανθήματα	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Διπλωπία ή θόλωση όρασης	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Στομαχικές διαταραχές	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Δυσκολία στη συγκέντρωση	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Προβλήματα με το στόμα ή τα ούλα	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Τρόμος άκρων χειρών	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Αύξηση βάρους	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Ζάλη	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Υπνηλία	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Κατάθλιψη	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Διαταραχές μνήμης	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐
Διαταραχές ύπνου	Πάντα ή συχνά ☐	Μερικές φορές ☐	Σπάνια ☐	Ποτέ ☐

LIFE STYLE INDEX (Plutchik et al, 1979)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδείας: Θ. Υφαντής & συν., 2003)

Ονοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ, σημειώστε εάν κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει πώς νοιώθετε ή πώς αντιδράτε **συνήθως**.

Εάν η πρόταση σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο τη λέξη «ΝΑΙ».

Εάν η πρόταση δεν σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο την λέξη «ΟΧΙ».

Σας περιγράφει;

1. Είμαι πολύ καλόβολος άνθρωπος και τα πάω καλά με όλους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
2. Μου είναι δύσκολο να περιμένω για ν' αποκτήσω κάτι που θέλω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
3. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμενοι να έμοιαζα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
4. Ο κόσμος δεν με θεωρεί συναισθηματικό άτομο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
5. Αγανακτώ με τις άσεμνες ταινίες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
6. Σπάνια θυμάμαι τα όνειρά μου..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
7. Με κάνουν έξαλλο/η οι άνθρωποι που παριστάνουν το αφεντικό στους άλλους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
8. Μερικές φορές μου έρχεται να ρίξω μια γροθιά στον τοίχο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
9. Μ' ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
10. Όταν ονειροπολώ, φαντάζομαι πάντα ότι είμαι το επίκεντρο της προσοχής..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
11. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που δεν κλαίει ποτέ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
12. Εκνευρίζομαι όταν χρησιμοποιώ δημόσιες τουαλέτες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
13. Όταν υπάρχει μια διαφωνία είμαι πάντα πρόθυμος/η να ακούσω όλες τις πλευρές..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
14. Γίνομαι εύκολα έξω φρενών..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
15. Αν κάποιος μες το πλήθος με σπρώξει, μου έρχεται να τον κλωτσήσω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
16. Ο κόσμος θαυμάζει πολλά πράγματα σε μένα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
17. Πιστεύω ότι είναι καλύτερο να σκέφτεσαι προσεκτικά μερικά πράγματα παρά να θυμώνεις..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
18. Αρρωσταίνω συχνά..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
19. Δεν συγκρατώ εύκολα φυσιογνωμίες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
20. Μερικές από τις φορές που με απέρριψαν, μου ήρθε να αυτοκτονήσω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
21. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα, αισθάνομαι πολύ αμήχανα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
22. Βλέπω πάντα την θετική πλευρά των πραγμάτων..... ΝΑΙ - ΟΧΙ

23. Μισώ τους ανθρώπους που συμπεριφέρονται εχθρικά..... NAI - OXI
24. Δυσκολεύομαι να πετάξω κάτι που μου ανήκει..... NAI - OXI
25. Δυσκολεύομαι να θυμηθώ τα ονόματα των ανθρώπων..... NAI - OXI
26. Συχνά είμαι υπερβολικά παρορμητικός/ή..... NAI - OXI
27. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές
να γίνει το δικό τους..... NAI - OXI
28. Δεν έχω καμία προκατάληψη..... NAI - OXI
29. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός/η..... NAI - OXI
30. Όταν πηγαίνω ένα ταξίδι, το προγραμματίζω από πριν με κάθε
λεπτομέρεια..... NAI - OXI
31. Κάποιες φορές εύχομαι μια ατομική βόμβα να καταστρέψει τον κόσμο..... NAI - OXI
32. Η πορνογραφία είναι αηδιαστική..... NAI - OXI
33. Όταν τaráζομαι, τρώω πολύ..... NAI - OXI
34. Ποτέ δεν έχω νοιώσει ότι βαρέθηκα τους ανθρώπους..... NAI - OXI
35. Δεν μπορώ να θυμηθώ πολλά πράγματα από την παιδική μου ηλικία..... NAI - OXI
36. Συχνά παίρνω δουλειά μαζί μου όταν πηγαίνω διακοπές..... NAI - OXI
37. Με τη φαντασία μου, καταφέρνω σπουδαία πράγματα..... NAI - OXI
38. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ενοχλούν επειδή είναι πολύ εγωιστές..... NAI - OXI
39. Όταν ακουμπήσω οτιδήποτε γλοιώδες, με πιάνει ναυτία..... NAI - OXI
40. Όταν κάποιος με ενοχλεί, δεν το λέω στον ίδιο, αλλά έχω την τάση να
παραπονιέμαι σε κάποιον άλλον..... NAI - OXI
41. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν εάν δεν είσαι
προσεκτικός..... NAI - OXI
42. Μου παίρνει πολύ καιρό να αντιληφθώ τις κακές πλευρές άλλων
ανθρώπων..... NAI - OXI
43. Όταν ακούω ή διαβάζω για μια τραγωδία, ποτέ δεν δείχνω να
επηρεάζομαι..... NAI - OXI
44. Σε μια αντιπαράθεση, είμαι συνήθως πιο λογικός/ή από τον άλλο..... NAI - OXI
45. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν..... NAI - OXI
46. Η άστατη σεξουαλική ζωή είναι αηδιαστική..... NAI - OXI
47. Όταν οδηγώ, κάποιες φορές μου έρχεται να ρίξω το αυτοκίνητό μου
πάνω σ' ένα άλλο..... NAI - OXI
48. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως θα ήθελα, μερικές φορές κατεβάζω
τα μούτρα..... NAI - OXI
49. Όταν βλέπω κάποιον μέσ' τα αίματα, δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ..... NAI - OXI
50. Εκνευρίζομαι εύκολα όταν δεν με προσέχουν..... NAI - OXI
51. Ο κόσμος μου λέει πως ό,τι και να μου πουν θα το πιστέψω..... NAI - OXI

52. Φορώ ρούχα που κρύβουν τις ατέλειές μου..... NAI - OXI
53. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις..... NAI - OXI
54. Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους..... NAI - OXI
55. Ένα από τα πράγματα που μισώ στους ανθρώπους είναι ότι δεν είναι
ειλικρινείς..... NAI - OXI
56. Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι υπερβολικά αντικειμενικός/ή για τα
πάντα..... NAI - OXI
57. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων
ανθρώπων που ξέρω..... NAI - OXI
58. Όταν δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα, μου έρχεται να κλάψω..... NAI - OXI
59. Δείχνω να μη μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου..... NAI - OXI
60. Όταν κάποιος σκοντάφτει επάνω μου, γίνομαι έξαλλος..... NAI - OXI
61. Πράγματα που δεν μου αρέσουν, τα βγάζω έξω από το μυαλό μου..... NAI - OXI
62. Πολύ σπάνια νοιώθω τρυφερότητα για κάποιον..... NAI - OXI
63. Μισώ τους ανθρώπους που πάντα προσπαθούν να είναι το κέντρο της
προσοχής..... NAI - OXI
64. Κάνω συλλογή από πολλά και διάφορα πράγματα..... NAI - OXI
65. Εργάζομαι πιο σκληρά από τους περισσότερους ανθρώπους, για να
γίνω καλός σε ό,τι με ενδιαφέρει..... NAI - OXI
66. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει..... NAI - OXI
67. Μου έχει συμβεί να θυμώσω τόσο πολύ που να θέλω να σπάσω
πράγματα..... NAI - OXI
68. Είμαι πάντα αισιόδοξος/η..... NAI - OXI
69. Λέω πολλά ψέματα..... NAI - OXI
70. Νοιώθω να είμαι περισσότερο αφοσιωμένος/η στο καθήκον παρά στην
κοινωνική μου ζωή..... NAI - OXI
71. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί..... NAI - OXI
72. Δεν θα πήγαινα ποτέ σε μια ταινία με σκηνές σεξ και βίας..... NAI - OXI
73. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης..... NAI - OXI
74. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση..... NAI - OXI
75. Δεν μπορώ να καταλάβω τον λόγο για τον οποίο κάνω ορισμένα
πράγματα..... NAI - OXI
76. Μπορώ να κάνω πολλά πράγματα προκειμένου να δω ταινίες που
δείχνουν πολύ βία..... NAI - OXI
77. Πιστεύω ότι η κατάσταση στο κόσμο είναι πολύ καλύτερη από ό,τι οι
περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν..... NAI - OXI

78. Όταν απογοητεύομαι, γίνομαι πολύ οξύθυμος/η..... NAI - OXI
79. Στις μέρες μας ο τρόπος που οι άνθρωποι ντύνονται στις παραλίες είναι άσεμνος..... NAI - OXI
80. Δεν αφήνω τα συναισθήματά μου να με παρασύρουν..... NAI - OXI
81. Προετοιμάζομαι για το χειρότερο, έτσι ώστε να μην πιαστώ στον ύπνο..... NAI - OXI
82. Η ζωή μου είναι τόσο ωραία που πολλοί άνθρωποι θα εύχονταν να ήταν στη θέση μου..... NAI - OXI
83. Σε μια στιγμή θυμού έχω χτυπήσει ή κλωστήσει κάτι τόσο δυνατά που, χωρίς να το θέλω, χτύπησα εγώ ο ίδιος..... NAI - OXI
84. Οι άνθρωποι με χαμηλά ηθικά κριτήρια με αρρωσταίνουν..... NAI - OXI
85. Δεν θυμάμαι σχεδόν τίποτα από τα πρώτα σχολικά μου χρόνια..... NAI - OXI
86. Όταν ταραζομαι, παιδιαρίζω χωρίς να το θέλω..... NAI - OXI
87. Αισθάνομαι πιο άνετα όταν συζητώ για τις σκέψεις μου, απ' ό,τι όταν συζητώ για τα συναισθήματά μου..... NAI - OXI 88.
- Δείχνω να μη μπορώ να τελειώσω οτιδήποτε αρχίζω..... NAI - OXI
89. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες..... NAI - OXI
90. Τα μέλη της οικογένειάς μου δεν διαφωνούν σχεδόν ποτέ μεταξύ τους... NAI - OXI
91. Πολύ συχνά βάζω τις φωνές στους άλλους..... NAI - OXI
92. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν..... NAI - OXI
93. Όταν ταραζομαι, πολλές φορές μεθώ..... NAI - OXI
94. Είμαι τυχερός/ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους ανθρώπους NAI - OXI
95. Όταν κάτι με ενοχλεί ή με στενοχωρεί κοιμάμαι περισσότερο από το συνηθισμένο..... NAI - OXI
96. Νομίζω ότι είναι αηδιαστικό που οι πιο πολλοί άνθρωποι λένε ψέματα για να πάνε μπροστά..... NAI - OXI
97. Χρησιμοποιώ αρκετά συχνά βρώμικες λέξεις..... NAI - OXI

Defense Style Questionnaire (DSQ) (Bond et al, 1984)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδειάς: Thomas Hyphantis, 2010)

Ονοματεπώνυμο..... Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 88 ερωτήσεις.

Κάτω από κάθε ερώτηση υπάρχει μια βαθμολογία, από το 1 έως το 9:

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε ερώτηση, βάζοντας σε έναν κύκλο τον αριθμό που κατά τη γνώμη σας αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

Παράδειγμα:

#. **Η Αθήνα είναι μια πόλη της Ελλάδας.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Εδώ, θα συμφωνούσατε απολύτως και θα βάζατε σε κύκλο τον αριθμό εννέα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1. Με ευχαριστεί να βοηθάω τους άλλους και θα με λυπούσε πολύ αν μου το στερούσαν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 2. Συχνά ο κόσμος με λέει κατσούφη.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 3. Μέχρι να βρώ χρόνο να ασχοληθώ με ένα πρόβλημα που με απασχολεί, μπορώ να μην το σκέφτομαι.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 4. Πάντα μου φέρνονται άδικα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 5. Εκτονώνω το άγχος μου κάνοντας κάτι εποικοδομητικό και δημιουργικό, όπως το να ζωγραφίζω ή να ασχολούμαι με τη διακόσμηση.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 6. Κάπου-κάπου αναβάλλω για αύριο ό,τι πρέπει να κάνω σήμερα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 7. Μπλέκομαι συνέχεια σε καταστάσεις που με απογοητεύουν, και δεν μπορώ να καταλάβω γιατί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 8. Μπορώ πολύ εύκολα να γελώ με τον εαυτό μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 9. Όταν απογοητεύομαι φέρνομαι σαν παιδί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 10. Δειλιάζω όταν είναι να διεκδικήσω τα δικαιώματά μου απέναντι στους άλλους.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 11. Είμαι ανώτερος από τους περισσότερους ανθρώπους που ξέρω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 12. Οι άνθρωποι έχουν την τάση να μου φέρονται άσχημα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 13. Αν κάποιος με λήστευε στον δρόμο, θα προτιμούσα να γίνουν προσπάθειες να βοηθηθεί παρά να τιμωρηθεί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 14. Κάπου-κάπου σκέφτομαι πολύ κακά πράγματα, που δεν θα μπορούσαν να συζητηθούν.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 15. Κάπου-κάπου γελώ με ένα βρώμικο αστείο.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 16. Οι άνθρωποι λένε πως είμαι σαν την στρουθοκάμηλο, με το κεφάλι μου χωμένο στην άμμο. Μ' άλλα λόγια, λένε ότι έχω την τάση να αγνοώ τα δυσάρεστα γεγονότα, σαν να μην υπήρξαν.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 17. Δεν αφήνω τον εαυτό μου να βάζει τα δυνατά του όταν συναγωνίζομαι με άλλους.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 18. Συχνά νοιώθω ανώτερος απ' τους ανθρώπους γύρω μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 19. Κάποιος μου κλέβει ό,τι συναίσθημα έχω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 20. Μερικές φορές θυμώνω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

21. Συχνά οδηγούμαι στο να αντιδρώ παρορμητικά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

22. Θα προτιμούσα να λιμοκτονήσω παρά να πιεστώ να φάω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

23. Αψηφώ τον κίνδυνο σαν να ήμουν ο Σούπερμαν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

24. Είμαι περήφανος για την ικανότητά μου να δείχνω στους ανθρώπους ότι δεν είναι τόσο σπουδαίοι όσο φαντάζονται.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

25. Οι άνθρωποι μου λένε πως έχω μανία καταδίωξης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

26. Μερικές φορές όταν δεν νοιώθω καλά εκνευρίζομαι.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

27. Συχνά αντιδρώ παρορμητικά όταν κάτι με ενοχλεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

28. Αρρωσταίνω πραγματικά όταν τα πράγματα δεν μου πηγαίνουν καλά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

29. Είμαι ένα πολύ συγκρατημένο άτομο.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

30. Είμαι στ' αλήθεια ένας παραγνωρισμένος καλλιτέχνης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

31. Δεν λέω πάντα την αλήθεια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

32. Όταν πληγώνομαι κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

33. Πολλές φορές το παρακάνω κι έτσι οι άλλοι αναγκάζονται να μου βάλουν όρια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

34. Οι φίλοι μου με βλέπουν σαν κλόουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

35. Όταν είμαι θυμωμένος κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 36. Έχω την τάση να είμαι επιφυλακτικός με ανθρώπους που φέρονται περισσότερο φιλικά από όσο θα φανταζόμουν.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 37. Έχω κάποιες ιδιαίτερες ικανότητες που μου επιτρέπουν να ζώ χωρίς προβλήματα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 38. Συχνά σε διάφορες εκλογές ψηφίζω ανθρώπους για τους οποίους δεν ξέρω σχεδόν τίποτα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 39. Συχνά καθυστερώ στα ραντεβού μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 40. Ζώ περισσότερα πράγματα στη φαντασία μου παρά στην πραγματική ζωή μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 41. Είμαι πολύ άτολμος στο να πλησιάσω τους άλλους.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 42. Δεν φοβάμαι τίποτα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 43. Μερικές φορές νοιώθω ότι είμαι ένας άγγελος και άλλες ότι είμαι ένας διάβολος.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 44. Σ' ένα παιχνίδι προτιμώ να κερδίσω παρά να χάσω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 45. Όταν θυμώνω, γίνομαι πολύ σαρκαστικός.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 46. Όταν πληγώνομαι, γίνομαι ανοιχτά επιθετικός.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 47. Όταν κάποιος με πληγώσει πιστεύω ότι πρέπει να γυρίσω και το άλλο μάγουλο.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 48. Δεν διαβάζω κάθε μέρα όλα τα κύρια άρθρα στην εφημερίδα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 49. Όταν στεναχωριέμαι κλείνομαι στον εαυτό μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 50. Είμαι ντροπαλός σε θέματα σχετικά με το σέξ.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

51. Πάντα νοιώθω πως κάποιος που γνωρίζω είναι σαν φύλακας άγγελός μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

52. Η φιλοσοφία μου είναι «Δεν είδα τίποτα, δεν άκουσα τίποτα, δεν ξέρω τίποτα».

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

53. Για μένα, οι άνθρωποι είναι ή καλοί ή κακοί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

54. Αν το αφεντικό μου μούκανε τη ζωή δύσκολη, μπορεί να έκανα κάποιο λάθος στη δουλειά μου ή να δούλευα πιο αργά για να τον εκδικηθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

55. Όλοι είναι εναντίον μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

56. Προσπαθώ να είμαι καλός με τους ανθρώπους που δεν συμπαθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

57. Δεν θα ταραζόμουν πολύ αν χάλαγε ένας κινητήρας του αεροπλάνου την ώρα της πτήσης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

58. Ξέρω κάποιον για τον οποίο τίποτα δεν είναι αδύνατο και που είναι απολύτως έντιμος και δίκαιος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

59. Μπορώ να καταπιέσω τα συναισθήματά μου, αν νοιώσω ότι θα παρεμπόδιζαν ό,τι κάνω, εάν τα άφηνα να εκφραστούν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

60. Κάποιοι σχεδιάζουν να με σκοτώσουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

61. Συνήθως, μπορώ να δω την αστεία πλευρά μιας κατά τα άλλα δυσάρεστης κατάστασης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

62. Με πιάνει πονοκέφαλος όταν έχω να κάνω κάτι που δεν μου αρέσει.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

63. Συχνά πιάνω τον εαυτό μου να είναι πολύ καλός με ανθρώπους που θα είχα κάθε λόγο να είμαι θυμωμένος μαζί τους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

64. Δεν ισχύει αυτό που λένε «μπορείς να βρεις στον καθένα και κάποια καλή πλευρά». Αν είσαι κακός, είσαι τελείως κακός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

65. Δεν θάπρεπε ποτέ να θυμώνουμε με ανθρώπους που δεν συμπαθούμε.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

66. Σίγουρα η ζωή μου έχει φερθεί σκληρά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

67. Διαλύομαι όταν έχω στρές.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

68. Όταν ξέρω ότι θα πρέπει να αντιμετωπίσω μια δύσκολη κατάσταση, όπως κάποιες εξετάσεις ή μία συνέντευξη για εργασία, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα είναι και σχεδιάζω έναν τρόπο να τα βγάλω πέρα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

69. Οι γιατροί ποτέ δεν καταλαβαίνουν πραγματικά τι δεν πηγαίνει καλά με μένα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

70. Δεν νοιώθω να ταράζομαι όταν πεθαίνει κάποιος κοντινός μου άνθρωπος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

71. Αφού αγωνιστώ για τα δικαιώματά μου, έχω μετά την τάση να απολογούμαι για την επιμονή μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

72. Για τα περισσότερα πράγματα που μου συμβαίνουν, δεν είμαι εγώ υπεύθυνος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

73. Όταν είμαι αγχωμένος ή στεναχωρημένος, το να τρώω με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

74. Η σκληρή δουλειά με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

75. Οι γιατροί μου δεν μπορούν να με βοηθήσουν να ξεπεράσω πραγματικά τα προβλήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

76. Συχνά μου λένε ότι δεν δείχνω τα συναισθήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

77. Πιστεύω πως οι άνθρωποι συνήθως διακρίνουν περισσότερα πράγματα στις ταινίες, στο θέατρο ή στα βιβλία, από όσα πραγματικά υπάρχουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 78. Έχω κάποιες σταθερές συνήθειες ή «τελετουργικούς» τρόπους να κάνω κάποια πράγματα, γιατί φοβάμαι ότι αλλιώς κάτι τρομερό θα συμβεί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 79. Όταν είμαι σε ένταση, πίνω αλκοόλ ή παίρνω φάρμακα ή ακόμη και ναρκωτικά.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 80. Όταν νοιώθω άσχημα, προσπαθώ να είμαι παρέα με κάποιον.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 81. Όταν έχω τη δυνατότητα εκ των προτέρων να προβλέψω ότι θα στεναχωρηθώ, μπορώ να το αντιμετωπίσω καλύτερα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 82. Όσο και να παραπονούμαι, δεν βρίσκω ποτέ μια απάντηση που να με ικανοποιεί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 83. Συχνά ανακαλύπτω ότι δεν νοιώθω τίποτα σε καταστάσεις που θα δικαιολογούσαν έντονα συναισθήματα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 84. Το να ασχολούμαι με μια δουλειά που πρέπει να γίνει, με προστατεύει από το άγχος και τη στεναχώρια.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 85. Όταν εκνευρίζομαι, καπνίζω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 86. Αν αντιμετωπίζα μια κρίση, θα αναζητούσα κάποιο άλλο πρόσωπο που είχε το ίδιο πρόβλημα με μένα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 87. Δεν είναι δικό μου το φταιξιμο για τα λάθη που κάνω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 88. Αν κάνω κάποια επιθετική σκέψη, νοιώθω την ανάγκη να κάνω κάτι για να εξιλεωθώ.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως