

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική εργασία

Άγχος - Κατάθλιψη ασθενών με επιληψία

Ρούσσος Σπυρίδων
Νοσηλεύτης

Αθήνα 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική εργασία

Άγχος - Κατάθλιψη ασθενών με επιληψία

Ρούσσος Σπυρίδων
Νοσηλεύτης

Αθήνα 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Πολυκανδριώτη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Υπογραφή:

Γερογιάννη Γεωργία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

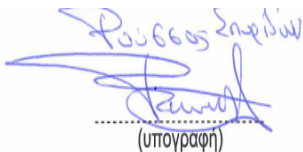
Δούσης Ευάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Ρούσσος Σπυρίδων του Γεωργίου, με αριθμό μητρώου 19001 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών



(υπογραφή)

Ρούσσος Σπυρίδων

Copyright © **Ρούσσοσ Σπυρίδων**, 2021. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής. Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

*Στο γιο μου Γιώργο
για την υπομονή και τη στήριξη του!*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
----------------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Επιληψία	4
1.1. Διάγνωση.....	7
1.2. Θεραπεία	8
2. Άγχος	13
2.1. Ταξινόμηση διαταραχών άγχους.....	14
2.2. Διάγνωση.....	17
2.3. Θεραπεία	18
3. Κατάθλιψη	21
3.1. Διάγνωση.....	22
3.2. Κλινική εικόνα	23
3.3. Θεραπεία	24
4. Άγχος-κατάθλιψη και επιληψία.....	26

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υλικό και μέθοδος	34
1.1. Δείγμα της μελέτης	34
1.2. Εργαλείο μέτρησης	35
1.2.1. Χαρακτηριστικά ασθενών.....	35
1.2.2. Μέτρηση άγχους και κατάθλιψης	36
1.3. Στατιστική ανάλυση	36
2. Αποτελέσματα.....	38
2.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	38
2.1.1. Χαρακτηριστικά ασθενών.....	38
2.1.2. Μέτρηση άγχους και κατάθλιψης	42
2.2. Στατιστικά αποτελέσματα	42
2.2.1. Συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών με το άγχος.....	42
2.2.2. Συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών με την κατάθλιψη..	46
2.3. Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στο άγχος και την κατάθλιψη.....	50
3. Συζήτηση αποτελεσμάτων	52
Περιορισμοί της μελέτης.....	62
Συμπεράσματα.....	63
Περίληψη Ελληνική	64
Περίληψη Αγγλική	65
Βιβλιογραφία	66

Εισαγωγή

Η επιληψία αποτελεί σοβαρή νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από κρίσεις κινητικών, αισθητικών, ψυχικών εκδηλώσεων. Η χρόνια αυτή νόσος σχετίζεται με κοινωνικό στίγμα, αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και υψηλό οικονομικό κόστος, παγκοσμίως.¹

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περισσότερα από 50 εκατομμύρια άτομα, παγκοσμίως πάσχουν από επιληψία, εκ των οποίων τα 40 και 10 εκατομμύρια άτομα διαβιώνουν στις αναπτυσσόμενες και στις ανεπτυγμένες χώρες, αντίστοιχα.² Αναλυτικότερα, 4-7 ανά 1.000 άτομα έχουν επιληψία στις ανεπτυγμένες χώρες και 5-74 ανά 1.000 άτομα στις αναπτυσσόμενες.^{3,4}

Η συχνότητα εμφάνισης της επιληψίας παρουσιάζει διακυμάνσεις ως προς την ηλικία και συγκεκριμένα είναι χαμηλότερη στις αρχές της ζωής, αυξάνεται στο υψηλότερο επίπεδο κατά την εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση, μειώνεται μετά την ηλικία των 30 ετών και παραμένει αρκετά σταθερή για το υπόλοιπο της ζωής. Αξιοσημείωτο είναι ότι, η νεοεμφανιζόμενη επιληψία έχει τριπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης σε άτομα ηλικίας >80 ετών συγκριτικά με αυτή των παιδιών. Επίσης, η συχνότητα νοσηλείας ατόμων ηλικίας ≥ 60 ετών με νεοεμφανιζόμενη επιληψία είναι τρεις φορές υψηλότερη σε σύγκριση με άτομα με χρόνια επιληπτική κρίση (52% έναντι 15%).^{5,6}

Η επιληψία σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα που μπορεί να οφείλονται σε φυσικά αίτια (π.χ. κατάγματα, εγκαύματα, μώλωπες) όπως και στη συννοσηρότητα. Ειδικότερα, τα άτομα με χρόνια επιληψία, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου ο οποίος είναι 3-5 φορές υψηλότερος συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.⁷ Η συμπτωματική επιληψία μπορεί να μειώσει το προσδόκιμο ζωής έως και 18 έτη.⁸

Η επιληψία σχετίζεται με σημαντική επιβάρυνση η οποία δεν περιορίζεται μόνο στις κλινικές πτυχές της νόσου αλλά επίσης περιλαμβάνει πολλά και ποικίλα προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα. Οι ψυχικές διαταραχές απαντώνται συχνά σε άτομα με επιληψία και συγκεκριμένα το ένα τρίτο των ασθενών πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για άγχος και καταθλιπτική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους.⁹

Αυτή η ψυχική επιβάρυνση (άγχος και κατάθλιψη) επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών και την κλινική πορεία της νόσου καθώς σχετίζονται με

φτωχή συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες. Για παράδειγμα, εάν η επιληψία παραμείνει χωρίς θεραπεία, μπορεί να έχει ακόμα και θανατηφόρα έκβαση. Η κατάλληλη αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή μπορεί να ελέγξει έως το 70% των επιληπτικών κρίσεων.^{10,11} Ωστόσο, σημειώνεται ότι, το ποσοστό των ατόμων με επιληψία που είτε δεν λαμβάνουν θεραπεία ή λαμβάνουν ανεπαρκή θεραπεία κυμαίνεται από 10% στις αναπτυγμένες χώρες έως 75% στις χώρες χαμηλού εισοδήματος.¹⁰⁻¹³

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο που μελετά την επιληψία, το άγχος, την κατάθλιψη και το δεύτερο που περιλαμβάνει το υλικό και μέθοδος, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους και κατάθλιψης των ασθενών με επιληψία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, περίπου 50 εκατομμύρια άτομα ζουν με επιληψία σε όλο τον κόσμο, εξ' αυτών 125.000 άτομα αποβιώνουν κάθε χρόνο με το 80% των θανάτων να αφορούν χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Παρότι, παρατηρήθηκε παγκόσμια μείωση του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με την επιληψία μεταξύ 1990 και 2016, ωστόσο, μικρότερες βελτιώσεις έχουν καταγραφεί σε χώρες με χαμηλούς κοινωνικούς και οικονομικούς πόρους. Για παράδειγμα, πρόσφατη έρευνα σε 13 χώρες της Αφρικής, έδειξε αύξηση του αριθμού των θανάτων ασθενών με επιληψία κατά τα τελευταία 26 χρόνια. Στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος απαιτούνται επείγουσες προσπάθειες για τη βελτίωση στη διαχείριση της επιληψίας.¹⁴

Ως επιληψία ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο εμφανίζει δύο ή περισσότερα επεισόδια μη ομαλών φαινομένων (κινητικών, αισθητηριακών ή ψυχικών) που δεν συνοδεύονται απαραίτητα από διαταραχή του επιπέδου συνείδησης.¹⁵ Επιληπτική κρίση ονομάζεται η αιφνίδια, υπερβολική και ανεξέλεγκτη ηλεκτρική εκφόρτωση νευρώνων στον εγκέφαλο, που μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη συνείδηση, στη συμπεριφορά και στις κινητικές και αισθητηριακές ικανότητες του ατόμου.¹⁶

Η επιληψία κατηγοριοποιείται ως ακολούθως: α) γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις με συμμετοχή και των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων και β) εστιακές επιληπτικές κρίσεις που αφορούν φλοιϊκή δραστηριότητα εντοπισμένη σε ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο.¹⁷

Οι γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις περιλαμβάνουν διαφόρους υποτύπους, οι κυριότεροι εκ των οποίων είναι οι ακόλουθοι: α) γενικευμένη τονικοκλονική κρίση (grand mal) β) αφαιρετικές κρίσεις ή αφαιρέσεις γ) μυοκλονικές κρίσεις δ) κλονικές κρίσεις ε) τονικές κρίσεις και στ') ατονικές κρίσεις. Στις γενικευμένες επιληψίες μπορεί να συνυπάρχουν περισσότερες του ενός τύπου κρίσεις, οι οποίες οφείλονται σε νευροχημική ή ανατομική βλάβη που δημιουργεί ταυτόχρονη επιληπτική δραστηριότητα κεντρικών εγκεφαλικών δομών και αφορούν και τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου.¹⁷

Από τις γενικευμένες κρίσεις οι πιο συνηθισμένες είναι οι τονικοκλονικές (grand mal) και οι αφαιρέσεις (petit mal).¹⁸ Το άτομο συνήθως βιώνει μια ασαφή και αόριστη προειδοποίηση ότι η κρίση επίκειται, ένα φαινόμενο γνωστό ως αύρα. Οι

κρίσεις μπορεί να διαρκούν 2-5 λεπτά, συνήθως παρατηρείται τονική σύσπαση του κορμού και των άκρων, στροφή του βλέμματος προς τα πάνω, διαστολή της κόρης και κυάνωση λόγω σπασμού των αναπνευστικών μυών.¹⁷ Η κρίση τυπικά ξεκινά με πτώση στο έδαφος ύστερα από απώλεια συνείδησης και τονική φάση (σύσπαση όλων των μυών του σώματος) η οποία διαρκεί ένα λεπτό ακολουθούμενη από την κλονική φάση, και κάποιες φορές συνοδεύεται με απώλεια ούρων και κοπράνων.¹⁸ Μετά την κρίση είναι δυνατόν να εμφανιστούν εξάντληση, σύγχυση και ληθαργικότητα (μετακρισικές εκδηλώσεις).¹⁶ Η γενικευμένη τονική κρίση ή grand mal είναι η πλέον γνωστή μορφή και θεωρείται συνώνυμη με την επιληψία.

Οι αφαιρέσεις είναι κρίσεις που τυπικά ξεκινούν στην παιδική ηλικία και σπάνια παραμένουν στην ενηλικίωση. Οι κρίσεις χαρακτηρίζονται από σύντομη απώλεια της συνείδησης (5-10 δευτερόλεπτα) χωρίς την απώλεια του μυϊκού τόνου.¹⁹ Οποιαδήποτε δραστηριότητα σταματά και ο ασθενής δεν αντιδρά στα εξωτερικά ερεθίσματα. Δεν παρατηρείται πτώση στο έδαφος και η αποκατάσταση είναι το ίδιο απότομη με την έναρξη.¹⁷

Οι εστιακές κρίσεις ταξινομούνται σε απλές εστιακές (χωρίς διαταραχή του επιπέδου συνείδησης), σε σύμπλοκες εστιακές κρίσεις (με διαταραχή της συνείδησης) και σε εστιακές κρίσεις δευτερογενώς γενικευμένες. Όταν η επιληπτική δραστηριότητα περιλαμβάνει πολλές περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την αντίληψη και την απαρτίωση του εγκεφαλικού φλοιού όπως ο ιππόκαμπος, οι προμετωπιαίες δομές και οι έσω κροταφικές δομές τότε η κρίση ονομάζεται σύμπλοκη όπου παρατηρείται πλήρης ή μερική διακοπή της επικοινωνίας και αμνησία του γεγονότος. Επιπρόσθετα, στις σύμπλοκες κρίσεις μπορεί να συνυπάρχουν αυτοματισμοί (δηλαδή ακούσιες κινήσεις, που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή μετά την κρίση), διαταραχές συμπεριφοράς (φόβος, λύπη, επιθετικότητα) και αύρα (προειδοποιητικά σημάδια έναρξης της κρίσης).¹⁷

Όπως προαναφέρθηκε, η επιληψία αποτελεί παθολογική κατάσταση, στην οποία ο εγκέφαλος προδιατίθεται στην πρόκληση επιληπτικών κρίσεων.¹⁷ Υποκείμενη σε αυτήν την κατάσταση είναι μια διαδικασία που ονομάζεται επιληπτογένεση, η οποία καθιστά ως επιληπτικό ένα φαινομενικά φυσιολογικό εγκέφαλο και αυτό μπορεί να οφείλεται σε συγγενές (όπως συμβαίνει σε γενετικά σύνδρομα ή εστιακή δυσπλασία του φλοιού) ή επίκτητο επιληπτογόνο παράγοντα (όπως μπορεί να συμβαίνει επί παρουσίας ενδοεγκεφαλικού όγκου, έπειτα από αγγειακό εγκεφαλικό έμφρακτο ή εγκεφαλικές λοιμώξεις). Αυτή η περιοχή του προσβεβλημένου εγκεφάλου έχει

προδιάθεση να προκαλέσει επιληπτικές κρίσεις και ως εκ τούτου αναφέρεται ως επιληπτική εστία.^{17,20}

Ενώ η επιληπτική εστία μπορεί να περιοριστεί σε ένα μικρό σημείο στο ένα ημισφαίριο ωστόσο, οι επιληπτικές κρίσεις μπορούν να γενικευτούν σε ολόκληρο τον εγκέφαλο.²⁰ Είναι πιθανόν οι ασθενείς με εστιακή επιληψία να εμφανίσουν εκτεταμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία και να υποφέρουν από νευρογνωστικές διαταραχές.²¹

Επιπλέον, οι ασθενείς είναι πιθανό να αναπτύξουν επιληπτικές κρίσεις, που προέρχονται από επιληπτική εστία μακρινής τοποθεσίας.²² Ορισμένοι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση επανεμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις, προερχόμενες από πηγές μακρινές από την αρχική εστία.²³

Τέλος, οι αταξινόμητες κρίσεις περιλαμβάνουν όλες τις κρίσεις που λόγω έλλειψης στοιχείων και ασαφούς συμπτωματολογίας δεν μπορούν να ταξινομηθούν.

Σημειώνεται ότι, η επιληπτική κατάσταση (Status epilepticus) είναι επείγουσα και απειλητική για τη ζωή. Στην κατάσταση αυτή εκδηλώνονται τονικοκλονικοί σπασμοί που έχουν διάρκεια μεγαλύτερη από 30 λεπτά με δύο ή περισσότερες κρίσεις χωρίς στο μεταξύ χρονικό διάστημα ο ασθενής να ανακτήσει το επίπεδο συνείδησης. Με τα σημερινά όμως δεδομένα, εάν μια κρίση υπερβεί τα 10 λεπτά της ώρας αντιμετωπίζεται ως status.¹⁵ Ο ασθενής διατρέχει μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσει υποξία, οξέωση, υπογλυκαιμία, υπερθερμία και εξάντληση, εάν η επιληπτική δραστηριότητα παραταθεί.²⁴

Σύμφωνα με τον Pack,²⁵ οι επιληπτικές κρίσεις ταξινομούνται καθορίζοντας το εάν οι αρχικές εκδηλώσεις της κρίσης είναι εστιακές ή γενικευμένες. Οι εστιακές κρίσεις ταξινομούνται σύμφωνα με το επίπεδο συνείδησης του ατόμου, τα εμφανή κινητικά ή μη κινητικά χαρακτηριστικά της κρίσης και το εάν η εστιακή κρίση εξελίσσεται σε τονική-κλονική κρίση.

Η ανωτέρω ταξινόμηση, παρά τις ατέλειες, επικρατεί ακόμα στη σύγχρονη κλινική πρακτική. Σημαντική είναι η διάκριση μεταξύ των όρων επιληψία που είναι το σύνδρομο και επιληπτική κρίση που είναι το σύμπτωμα.¹⁷

Σημειώνεται ότι, η ταξινόμηση βασίζεται όχι μόνο στα ανωτέρω κριτήρια αλλά επίσης στα ευρήματα από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ), τη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και άλλες εξετάσεις (αίματος, γονιδιακές).²⁶ Το νέο σύστημα ταξινόμησης δίνει έμφαση στην αιτιολογία των επιληπτικών κρίσεων και της επιληψίας.²⁵

Σύμφωνα με τον ορισμό που δημοσιεύθηκε το 2014, η επιληψία αποτελεί διαταραχή του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται όχι μόνο από τις επαναλαμβανόμενες επιληπτικές κρίσεις αλλά και από τις ψυχοκοινωνικές συνέπειές της. Η νέα ταξινόμηση που δημοσιεύθηκε το 2017 αναγνωρίζει τις συννοσηρότητες ως σημαντικό μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας. Επιπλέον, η νέα έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επισημαίνει την παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών στην επιληψία και τη σημασία αντιμετώπισής τους.^{26,27} Παρόλα αυτά, είναι σημαντική η διάκριση μεταξύ των συνδρόμων επιληψίας διότι έχουν διαφορετικά αποτελέσματα και αποκρίσεις στη θεραπεία.²⁸

Σύμφωνα με τα νέα κριτήρια η ταξινόμηση στηρίζεται στα εξής τρία χαρακτηριστικά: α) το σημείο έναρξης της κρίσης στον εγκέφαλο β) το βαθμό επιπέδου συνείδησης κατά τη διάρκεια της κρίσης (μνήμη, απόκριση του ατόμου) και γ) επιπλέον χαρακτηριστικά της κρίσης. Ειδικότερα ως προς το σημείο έναρξης, η κρίση μπορεί να είναι εστιακή, γενικευμένη, αγνώστου τόπου και εστιακής έναρξης που επεκτείνεται αμφοτερόπλευρα. Σχετικά με το επίπεδο συνείδησης μπορεί να είναι γενικευμένη (υπάρχει απώλεια συνείδησης), εστιακή χωρίς διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (παλαιότερα ως απλή εστιακή κρίση), εστιακή κρίση με διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (παλαιότερα ως σύμπλοκη εστιακή κρίση) και αγνώστου επιπέδου. Τα χαρακτηριστικά της κρίσης περιλαμβάνουν κινητικά ή άλλα μη κινητικά φαινόμενα και συγκεκριμένα υπάρχει εστιακή κινητική κρίση και εστιακή μη κινητική κρίση. Η έναρξη κρίσης μπορεί να είναι: α) γενικευμένη κινητική κρίση (grand mal) και ανάλογη με τον τύπο της κίνησης που επαναλαμβάνεται και β) γενικευμένη μη κινητική κρίση (petit mal) που μπορεί να συνοδεύεται από αυτοματισμούς ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις.²⁶

1.1. Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση, στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, στην αξονική και στη μαγνητική τομογραφία.¹⁶ Επιπλέον, απαιτείται διερεύνηση του οικογενειακού και ψυχοκοινωνικού ιστορικού, όπως επίσης άλλων πιθανών αιτιολογικών παραγόντων (κρανιοεγκεφαλική κάκωση, δύσκολος τοκετός, πυρετικοί σπασμοί, μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα).²⁹

Ειδικότερα, η νευροαπεικόνιση είναι σημαντική για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας των επιληψιών. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι απαραίτητο για τον προσδιορισμό και την εντόπιση της υπεύθυνης βλάβης, την επιβεβαίωση του τύπου

επιληψίας και την εκτίμηση της επιληπτογενούς ζώνης στον εγκέφαλο. Οι γενετικοί έλεγχοι έχουν αυξήσει σημαντικά την πιθανότητα εντοπισμού των αιτίων ορισμένων τύπων επιληψίας.³

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου απαιτείται, οσφουονωτιαία παρακέντηση και εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού για παρουσία λοίμωξης του κεντρικού νευρικού συστήματος ή όγκου.¹⁹

Η βελτίωση κατανόησης της επιληψίας αναμένεται να συμβάλει σε καλύτερες, θεραπευτικές, φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές θεραπευτικές στρατηγικές. Άλλες εξελίξεις είναι η κλινική εφαρμογή συσκευών ανίχνευσης επιληπτικών κρίσεων και νέων τεχνικών νευροδιαμόρφωσης, συμπεριλαμβανομένης της αποκριτικής νευρικής διέγερσης.³⁰

Η έγκαιρη θεραπεία είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας σε ό,τι αφορά τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση. Αντιθέτως, το ιστορικό υψηλού αριθμού επιληπτικών κρίσεων κατά τη στιγμή της διάγνωσης, η παρουσία γενικευμένων επιληπτικών κρίσεων, η συνυπάρχουσα νοητική διαταραχή, καθώς και η συμπτωματική αιτιολογία αποτελούν αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες. Διάφορα προγνωστικά πρότυπα απαντώνται κατά τη διαχρονική παρακολούθηση νέο-διαγνωσθέντων ασθενών καθώς η επιληπτογένεση δεν είναι μία στατική διαδικασία.²⁸

1.2. Θεραπεία

Η θεραπεία στην επιληψία είναι φαρμακευτική ή και χειρουργική. Η αποτελεσματική θεραπεία σημαίνει εξάλειψη των επιληπτικών κρίσεων στο βαθμό όπου αυτό είναι εφικτό.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να καταστέλλει τις επιληπτικές κρίσεις έως και στα δύο τρίτα όλων των ατόμων αλλά δεν μεταβάλλει τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση. Η επιλογή του είδους της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται από την ταξινόμηση της νόσου και την μορφή των επιληπτικών κρίσεων. Η φαρμακευτική αγωγή έχει ως στόχο τη μείωση των επιληπτογόνων αιτιών εάν αυτό είναι δυνατόν και τη μείωση της διεγερσιμότητας των νευρώνων. Απαιτείται συνεχή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής με ταυτόχρονη παρακολούθηση από νευρολόγο ιατρό.³¹

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα δρουν είτε αυξάνοντας τον επιληπτικό ουδό ή περιορίζοντας την επέκταση της ανώμαλης ηλεκτρικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο.²⁴ Τα πιο γνωστά αντιεπιληπτικά φάρμακα περιλαμβάνουν τη φαινοβαρβιτάλη, τη φαινυτοΐνη, την πριμιδόνη, την οξκαρβαζεπίνη, την καρβαμαζεπίνη και το

βαλπροϊκό οξύ τα οποία άλλαξαν ριζικά την ιστορία της επιληψίας.¹⁷ Στα φάρμακα νεότερης γενιάς εντάσσονται επίσης, η βιγκαπατρίνη, η γκαμπαπεντίνη, η λαμοτριγίνη, η λεβετιρακετάμη και η φελβαμάτη.¹⁷ Η λοραζεπάμη και η διαζεπάμη χορηγούνται για τον περιορισμό των επιληπτικών κρίσεων.¹⁵

Τα επίπεδα των φαρμάκων στον ορό του αίματος αξιολογούνται με διενέργεια αιματολογικού ελέγχου πρωινή ώρα και πριν τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Οι φυσιολογικές τιμές είναι: α) βαλπροϊκό οξύ 50-100 µg/ml, β) φαινυτοΐνη 10-20 µg/ml, γ) καρβαμαζεπίνη 4-12 µg/ml. Η μέτρηση γίνεται μετά παρέλευσης χρόνου ίσου με 5 επί του χρόνου ημίσειας ζωής του φαρμάκου. Πρακτικά, τα επίπεδα φαρμάκου στον ορό του αίματος μετρούνται μετά παρέλευση των τριών ημερών. Για τα νεότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα, η μέτρηση των συγκεντρώσεων του φαρμάκου συνιστάται σε ειδικές περιπτώσεις όπως στην εγκυμοσύνη (π.χ. λεβετιρακετάμη, λαμοτριγίνη κ.ά.).¹⁷

Χρησιμοποιούνται διαφορετικά φάρμακα ανά τύπο επιληπτικών κρίσεων. Στην κλινική πράξη, η μονοθεραπεία αποτελεί την πρώτη επιλογή και επιτυγχάνει εξάλειψη των επεισοδίων κρίσεων σε ποσοστό 70-80%. Η θεραπεία ξεκινά με τη λήψη χαμηλών δόσεων οι οποίες σταδιακά μπορεί να αυξηθούν. Εάν η μονοθεραπεία δεν αποδώσει το επιθυμητό αποτέλεσμα, τότε ενδείκνυται η συνδυασμένη θεραπεία με δύο ή περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα.³¹

Στην περίπτωση της πολυθεραπείας απαιτείται εξατομίκευση που βασίζεται αφενός στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή αφετέρου στα χαρακτηριστικά των φαρμάκων. Ειδικότερα, θα πρέπει να συνεκτιμάται η ηλικία και το φύλο του ασθενή, το σωματικό βάρος, η συννοσηρότητα, η αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα και το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής. Η ενίσχυση της φαρμακευτικής αγωγής επιτυγχάνεται με αλλαγές του τρόπου ζωής όπως κυρίως αποφυγή σωματικής καταπόνησης, διακοπή καπνίσματος και χρήσης αλκοόλ.³¹

Δεδομένης της απρόβλεπτης φύσης της επιληψίας παρά τη λήψη θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσοχή σε πολλές καταστάσεις όπως κατά τον χειρισμό μηχανημάτων, κατά την οδήγηση ή σε κάθε άλλη περίπτωση όπου η απώλεια συνείδησης μπορεί να αποβεί επικίνδυνη. Ιδιαίτερα ωφέλιμη είναι η διδασκαλία του ασθενή αναφορικά με τη βαρύτητα και την κλινική πορεία της νόσου καθώς πλήθος παραγόντων μπορούν να πυροδοτήσουν την εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων όπως η έλλειψη ύπνου, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η υπογλυκαιμία, οι λοιμώξεις, ή ακόμα και ηχητικές και οπτικές καταστάσεις.³¹

Τέλος, στις ανθεκτικές στη θεραπεία κρίσεις, δηλαδή σ' αυτές που επιμένουν παρά τη χορήγηση συνδυασμών αντιεπιληπτικής αγωγής, θα πρέπει να συζητείται το ενδεχόμενο πιθανής χειρουργικής παρέμβασης.¹⁹ Η χειρουργική επέμβαση στην επιληψία είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να επιτευχθεί διαβίωση ελεύθερη από επιληπτικές κρίσεις σε επιλεγμένα άτομα με εστιακή επιληψία ανθεκτική στα φάρμακα.³⁰

Παρότι, η χειρουργική θεραπεία για την επιληψία είναι αποδεκτή ωστόσο ασκείται σπανιότερα και θεωρείται ως η τελευταία λύση για επιλεγμένους ασθενείς. Μια έκρηξη ενδιαφέροντος για τη χειρουργική επέμβαση στην επιληψία στα μέσα του αιώνα προέκυψε από την πεποίθηση ότι, «αόρατες» επιληπτογόνες βλάβες θα μπορούσαν να αναγνωρίζονται ειδικά στην επιληψία του κροταφικού λοβού. Η δημοτικότητα της χειρουργικής επέμβασης στην επιληψία έλαβε μια δεύτερη ώθηση προς τα τέλη του 20ού αιώνα τόσο με την έλευση της νευροαπεικόνισης όσο και με την αύξηση των κέντρων επιληψίας παγκοσμίως όπου ο αριθμός τους διπλασιάστηκε μεταξύ του 1986 και του 1992.³² Η νευροαπεικόνιση βοήθησε επίσης στην αύξηση της εφαρμογής χειρουργικής θεραπείας σε βρέφη και μικρά παιδιά με σοβαρή επιληψία. Η χειρουργική επέμβαση έγινε αποδεκτή ως πρότυπο φροντίδας για την ανθεκτική στα φάρμακα εστιακή επιληψία. Οι εξελίξεις συνεχίστηκαν στον 21ο αιώνα με την εισαγωγή των προσεγγίσεων νευροδιαμόρφωσης, οι οποίες αύξησαν σημαντικά τον πληθυσμό των ασθενών που μπορούν να επωφεληθούν από τη χειρουργική επέμβαση. Οι σύγχρονες τεχνικές έχουν καταστήσει δυνατή τη χειρουργική θεραπεία σε πολλές χώρες του κόσμου.³²

Παρότι όμως, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της χειρουργικής θεραπείας στην επιληψία είναι πλέον γνωστή εντούτοις οι ασθενείς παραπέμπονται για χειρουργική επέμβαση κατά μέσο όρο είκοσι χρόνια μετά την έναρξη της επιληψίας, γεγονός το οποίο θεωρείται αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα για την πρόληψη αναστρέψιμης αναπηρίας. Οι προκλήσεις για την μεγιστοποίηση του οφέλους της χειρουργικής θεραπείας δεν σχετίζονται μόνο με τη συνεχή βελτίωση αυτής αλλά και με την αντιμετώπιση του χάσματος μεταξύ θεωρίας και θεραπείας που εμποδίζει τους κατάλληλους ασθενείς να παραπεμφθούν για χειρουργική επέμβαση.³²

Εκτός από την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου (φάρμακα, χειρουργική επέμβαση) θεωρείται σημαντική η εκπαίδευση των οικείων του ασθενούς για την αντιμετώπιση μιας επερχόμενης επιληπτικής κρίσης και την πρόληψη των

τραυματισμών. Οι κυριότερες παρεμβάσεις αντιμετώπισης μιας επιληπτικής κρίσης στον τόπο του συμβάντος συνοψίζονται ως εξής:³³

- Απομάκρυνση αντικειμένων πλησίον του ασθενούς για την αποφυγή τραυματισμού
- Τοποθέτηση κάποιου μαλακού αντικειμένου κάτω από το κεφάλι του ασθενούς
- Απομάκρυνση άλλων παρευρισκόμενων στο σημείο του συμβάντος
- Παρακολούθηση της διάρκειας και των χαρακτηριστικών της κρίσης
- Καταγραφή των χαρακτηριστικών της κρίσης (τρόπος και χρόνος) προκειμένου να ενημερωθούν οι θεράποντες ιατροί εάν πρόκειται για πρώτη κρίση καθώς το άτομο λόγω της απώλειας συνείδησης δεν είναι δυνατόν να τα αναφέρει.
- Τοποθέτηση του ασθενή σε θέση ανάνηψης μετά το τέλος της κρίσης

Η θεραπευτική αντιμετώπιση μιας επιληπτικής κρίσης στα επείγοντα νοσοκομείου περιλαμβάνει:^{15,17}

- Αποφυγή τραυματισμού
- Αξιολόγηση και εξασφάλιση της βατότητας των αεροφόρων οδών
- Χορήγηση οξυγόνου
- Λήψη αερίων αίματος (επί πιθανής ανάγκης διασωλήνωσης, κλήση αναισθησιολόγου)
- Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων
- Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος
- Μέτρηση σακχάρου τριχοειδικού αίματος
- Τοποθέτηση φλεβικής γραμμής και λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις (επίπεδα αντιεπιληπτικών φαρμάκων, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες, ηπατική και νεφρική λειτουργία, γενική αίματος)

Η έναρξη της θεραπείας ξεκινά πριν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων επιλέγοντας την επείγουσα φαρμακευτική αγωγή 1^{ης} γραμμής και συγκεκριμένα διαζεπάμη όπου χορηγούνται 2-4 mg το λεπτό έως 10mg συνολικά, ενδοφλεβίως. Αναλυτικότερα, όταν ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός χορηγείται κατευθείαν στη φλέβα (bolus) διαζεπάμη 10 mg σε ένα λεπτό ή χορηγείται λοραζεπάμη 1-2 mg ανά λεπτό συνολικά.¹⁷

Σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει φλεβική γραμμή χορηγείται μιδαζολάμη ενδοπαρειακά, ρινικά ή ενδομυϊκά και δοσολογία 10 mg και έως 20mg συνολικά. Εάν

οι κρίσεις επιμένουν και υπάρχει ευχέρεια φλεβικής γραμμής χορηγείται ενδοφλεβίως φόρτιση φαινυτοΐνης κατά ή μετά το τέλος της χορήγησης των βενζοδιαζεπινών.¹⁷

Η δόση της φαινυτοΐνης είναι ανάλογη του σωματικού βάρους (18-20 mg), η οποία διαλύεται σε φυσιολογικό ορό. Η μέγιστη χορήγηση του φαρμάκου είναι 50 mg ανά λεπτό. Εναλλακτικά, είναι δυνατόν να χορηγηθεί το βαλπροϊκό οξύ σε δόση 20-40 mg διαλυμένο με φυσιολογικό ορό και χρόνο χορήγησης 10-15 λεπτά. Εάν οι κρίσεις επιμένουν επαναλαμβάνεται η ενδοφλέβια φόρτιση, τηρούμενων των ανώτατων συνολικών δόσεων. Απαιτείται παρακολούθηση ηλεκτροκαρδιογραφήματος διότι η χορήγηση φαινυτοΐνης ενδεχομένως να προκαλέσει καρδιακές αρρυθμίες.¹⁷

2. ΑΓΧΟΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό και επιφέρουν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Στο γενικό πληθυσμό ο ετήσιος επιπολασμός όλων των αγχώδων διαταραχών είναι 15% και ο δια βίου επιπολασμός ανέρχεται στο 21-28%. Η πιο συχνά εμφανιζόμενη αγχώδη διαταραχή στο γενικό πληθυσμό είναι η ειδική φοβία με επιπολασμό δια βίου 13% ενώ η πιο σπάνια είναι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή 0.8%.³⁴

Το άγχος το οποίο προέρχεται από τη λέξη άγχω, δηλαδή σφίγγω το λαιμό, ορίζεται ως μια κατάσταση που αποτελεί μηχανισμό προειδοποίησης του ατόμου για κάποιο πιθανό επερχόμενο κίνδυνο. Το άγχος αποτελεί μια βασική εμπειρία που συμπορεύεται με την ανθρώπινη ύπαρξη και εξέλιξη.³⁵

Η συνειδητή αυτή ανθρώπινη εμπειρία ήταν ήδη γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη ο οποίος είχε αναφέρει τη φοβία και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Με το πέρασμα των χρόνων το άγχος έλαβε διάφορους ορισμούς οι οποίοι αποδίδονταν στις στάσεις, στις συμπεριφορές και στις πεποιθήσεις της εκάστοτε κοινωνίας. Ο πλέον γνωστός ορισμός δόθηκε από τον Cannon το 1939 ο οποίος ανέφερε την αντίδραση «πάλης ή φυγής» (fight or flight). Από την εποχή που ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωνε το άγχος ως προειδοποίηση για επερχόμενους κινδύνους έως σήμερα, το συναίσθημα αυτό εξακολουθεί να πλήττει το σύγχρονο άνθρωπο. Η συχνότητα εμφάνισης του άγχους αυξάνεται δραματικά τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους ασθενείς, παγκοσμίως.³⁶

Το άγχος αποτελεί μέρος της ανθρώπινης ζωής προσφέροντας ετοιμότητα και εγρήγορση απέναντι σε κάθε επικίνδυνη κατάσταση. Ταυτόχρονα το άγχος προετοιμάζει το άτομο ώστε να έχει μεγαλύτερη απόδοση σε κάθε συνθήκη που καλείται να αντιμετωπίσει. Σε αυτό το επίπεδο το άγχος θεωρείται εποικοδομητικό για την ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας και την αντιμετώπιση των καταστάσεων. Αντιθέτως ο προστατευτικός χαρακτήρας του άγχους χάνεται όταν αυτό εκδηλώνεται σε μόνιμη και υψηλή ένταση. Το παθολογικό άγχος ως δυσανάλογη αντίδραση σε μια κατάσταση επιφέρει συμπτώματα που σχετίζονται με τη σωματική και τη ψυχική διάσταση. Συγκεκριμένα επικρατεί διαταραχή της ομοιοστασίας του ατόμου με το περιβάλλον όπου η εκδήλωση των συμπτωμάτων άγχους επιτείνει ένα ήδη εγκατεστημένο άγχος. Επί της ουσίας, το άγχος γεννά συμπτώματα τα οποία

εκλαμβάνονται ως απειλή για το άτομο με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ένταση και η διάρκεια του. Σε αυτή την περίπτωση, το άγχος καθίσταται μη ωφέλιμο για την υγεία του ατόμου και είναι τέτοιου βαθμού όπου παρατηρείται απώλεια προσαρμογής στις νέες συνθήκες.³⁶

Το άγχος πρέπει να διαφοροποιείται από το φόβο και από το στρες. Ο φόβος αφορά υπαρκτό κίνδυνο και λαμβάνει ένταση και διάρκεια που ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος του. Το στρες, που πολλές φορές θεωρείται συνώνυμο με το άγχος, αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε στρεσογόνους παράγοντες όπως επίσης ένα οίονό χρόνιου άγχους. Το άγχος αποτελεί εσωτερικό συναίσθημα λόγω μιας ακαθόριστης απειλής εν αντίθεση με το στρες που πυροδοτείται από εξωτερικούς πιεστικούς παράγοντες.³⁶

Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν: τη διαταραχή πανικού και αγοραφοβία, τη διαταραχή γενικευμένου άγχους, τη διαταραχή κοινωνικού άγχους, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία και τις ειδικές φοβίες.

2.1. Ταξινόμηση διαταραχών άγχους

Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία

Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει αιφνίδιες και επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού που χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος, φόβο, δυσφορία και κορυφώνεται σε διάστημα 10 λεπτών. Τα συμπτώματα διαχωρίζονται σε: α) ψυχολογικά, όπως αίσθημα αποπροσωποποίησης, αίσθημα απώλειας ελέγχου, φόβο επικείμενου θανάτου και β) σωματικά, όπως αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, εφίδρωση, δυσχέρεια στη αναπνοή, αιμοδίες. Η διαταραχή πανικού περιλαμβάνει έντονη ανησυχία και φόβο για επακόλουθες κρίσεις. Η διαταραχή πανικού πολύ συχνά συνοδεύεται από αγοραφοβία δηλαδή φοβία να μείνει κάποιος μόνος του σε χώρους όπου η διαφυγή θα είναι δύσκολη σε περίπτωση εμφάνισης μιας κρίσης όπως σε γήπεδο ποδοσφαίρου, στο μετρό κ.α.³⁴

Η φαρμακευτική αγωγή είναι η προτεινόμενη θεραπεία και περιλαμβάνει κυρίως αντικαταθλιπτικά φάρμακα και βενζοδιαζεπίνες τα οποία συνδυάζονται με γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπείες.^{34,37}

Διαταραχή γενικευμένου άγχους

Χαρακτηρίζεται από υπερβολικό και ασύμβατο για τις περιστάσεις άγχος που επιμένει εις βάθος χρόνου. Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει την ανησυχία του τις περισσότερες ημέρες σε ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών. Υπάρχουν συνοδά συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου.³⁸

Η διαταραχή γενικευμένου άγχους παρουσιάζει συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές: μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο (58%) και διαταραχή προσωπικότητας (50%).³⁴ Η διαταραχή αυτή σχετίζεται με έκπτωση της καθημερινής λειτουργικότητας όπως επίσης των κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας. Η προτεινόμενη θεραπεία είναι η φαρμακευτική με τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's) και η ψυχοθεραπεία γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου.³⁸

Διαταραχή κοινωνικού άγχους

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους χαρακτηρίζεται από έκδηλο φόβο ή άγχος για μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο θεωρεί ότι εκτίθεται σε πιθανό έλεγχο από τους άλλους. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (π.χ., συναντά πρόσωπα που δεν είναι οικεία) και τις περιπτώσεις όπου το άτομο βιώνει ότι παρατηρείται (π.χ., όταν τρώει ή πίνει) ή ενεργεί ενώπιον άλλων (π.χ., παρουσιάζοντας μια ομιλία). Το άτομο φοβάται ότι θα εμφανίσει συμπτώματα άγχους τα οποία θα αξιολογηθούν αρνητικά (π.χ., θα απορριφθεί ή θα προσβάλει τους άλλους).³⁸

Το άτομο παρουσιάζει αδυναμία ελέγχου του άγχους την οποία αναγνωρίζει με αποτέλεσμα σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά του. Η διαταραχή κοινωνικού άγχους έχει δια βίου επιπολασμό 13% ενώ προτεινόμενη θεραπεία αποτελεί η ψυχοθεραπεία γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου και η φαρμακευτική θεραπεία με παροξετίνη που έχει τη μεγαλύτερη κάλυψη στη συγκεκριμένη διαταραχή.³⁴

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την παρουσία ιδεοληψιών ή ψυχαναγκασμών ή και των δύο. Ιδεοληψίες είναι οι επανειλημμένες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, οι οποίες βιώνονται ως παράλογες και απρόσφορες και οδηγούν το άτομο σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Το άτομο αντιλαμβανόμενο την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσπαθεί να καταστείλει τις σκέψεις, τις παρορμήσεις ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη. Οι ψυχαναγκασμοί είναι συμπεριφορές (π.χ., πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοερές πράξεις (π.χ., προσευχές, μετρήσεις, σιωπηρές επαναλήψεις λέξεων) τις οποίες το άτομο αισθάνεται αναγκασμένο επαναλάβει σε απάντηση μιας ιδεοληψίας ή σύμφωνα με κανόνες οι οποίοι πρέπει να εφαρμοστούν αυστηρά. Φαίνεται όμως ότι τελικά το άτομο εισέρχεται στο φαύλο κύκλο της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.³⁸

Αναλυτικότερα, το άγχος αυξάνεται κατά την προσπάθεια του ατόμου να μειώσει τις ψυχαναγκαστικές ιδέες όμως εν συνεχεία οδηγείται στην επιτέλεση των επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών κατά την προσπάθεια του να μειώσει το άγχος.³⁸

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή παρουσιάζει συννοσηρότητα με τη μείζων κατάθλιψη σε ποσοστά που ανέρχονται στο 50-60% των περιπτώσεων. Η ηλικία έναρξης της διαταραχής είναι περίπου τα 20 έτη ζωής και έχει χρόνια πορεία. Σε αυτή τη διαταραχή συνιστάται η συμπεριφορική θεραπεία ενώ η φαρμακευτική αγωγή με αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's) θεωρείται αποτελεσματική με πρώτη επιλογή την χλωριμιπραμίνη.³⁴ Σημειώνεται ότι, η θεραπεία είναι ανάλογη της βαρύτητας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία

Η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) αναπτύσσεται ύστερα από ένα έντονο ψυχοπιεστικό γεγονός που βιώνει το άτομο είτε είναι παρόν ή εμπλέκεται ή έχει πληροφορηθεί όπως για παράδειγμα σεισμός, τροχαίο ατύχημα, βιασμός κ.ά.³⁴ Αναλυτικότερα, η έκθεση στο πραγματικό γεγονός είναι δυνατόν να συμβεί όταν: α) το ίδιο το άτομο βίωσε το τραυματικό γεγονός ή συνέβη στο οικογενειακό του περιβάλλον β) το άτομο ήταν μάρτυρας στο τραυματικό γεγονός γ) το άτομο βίωσε συνεχή ή υπερβολική έκθεση στα χαρακτηριστικά του γεγονότος και δ) το γεγονός ήταν αιφνίδιου χαρακτήρα.³⁶

Το άτομο βιώνει επανειλημμένες, ακούσιες και διεισδυτικές ενοχλητικές μνήμες του τραυματικού γεγονότος μέσα από όνειρα, αναβιώσεις του γεγονότος σε εγρήγορση (flashbacks) ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να αποφύγει ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή αισθήματα που σχετίζονται στενά με το τραυματικό γεγονός.³⁸ Σε γενικές γραμμές τέσσερις τύποι συμπτωμάτων αναφέρονται με διάρκεια για τουλάχιστον ένα μήνα: συμπτώματα αποφυγής, επαναβίωσης, υπερδιέγερσης και αρνητικής διάθεσης και σκέψης. Συνήθως απαιτείται χρόνος προκειμένου τα άτομα να συμφιλιωθούν με το τραύμα και να προσαρμοστούν στην νέα κατάσταση ζωής με συναισθηματικές επενδύσεις ή προοπτικές για τη μετέπειτα ζωή.³⁶

Τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής ποικίλουν ανάλογα με το τραυματικό γεγονός και την προσωπικότητα του ατόμου. Υπολογίζεται ότι, το 20-40% βιώνουν ήπια έως μέτριου βαθμού συμπτώματα έως ένα χρόνο μετά το γεγονός.³⁴ Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κυρίως αντικαταθλιπτικά.³⁴

Ειδικές φοβίες

Οι ειδικές φοβίες αποτελούν αδικαιολόγητο φόβο προς ένα συγκεκριμένο αντικείμενο (ένας τύπος ζώου), ένα στοιχείο του φυσικού περιβάλλοντος (καταιγίδες) ή κάποιες καταστάσεις (αεροπλάνα, ασανσέρ).³⁴ Για παράδειγμα, η ειδική φοβία σχετικά με το αίμα καθιστά το άτομο αδύναμο να επισκεφτεί τις υπηρεσίες υγείας, γεγονός, που δυσκολεύει τόσο την πρόληψη όσο και την αντιμετώπιση μιας σωματικής νόσου. Επιπλέον είναι δυνατόν να αποτρέπει τα άτομα από την παροχή βοήθειας σε περίπτωση τραυματισμού κάποιου άλλου ατόμου πλησίον τους.

Η προσπάθεια αποφυγής της ειδικής φοβίας μπορεί να είναι εξουθενωτική και να οδηγεί σε σημαντικά κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα.³⁹ Οι ειδικές φοβίες αποτελούν ιάσιμη αγχώδη διαταραχή καθώς η θεραπεία έχει ποσοστό ανταπόκρισης στο 80-90% των περιπτώσεων.⁴⁰ Οι ψυχοθεραπείες συμπεριφοράς βοηθούν στην αντιμετώπιση των ειδικών φοβιών καθώς και η περιστασιακή χρήση βενζοδιαζεπινών για την βελτίωση του άγχους.³⁴

2.2. Διάγνωση

Η διαγνωστική διερεύνηση του άγχους αποτελεί σύνθετη διαδικασία που μπορεί να περιλαμβάνει συζήτηση με ψυχίατρο και συμπλήρωση ειδικών και έγκυρων ερωτηματολογίων, λήψη πλήρους ιστορικού και καταγραφή συμπτωματολογίας. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου οι εκδηλώσεις άγχους μπορεί να είναι ασαφείς και για το λόγο αυτό το άτομο καθυστερεί στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας με αποτέλεσμα η διάγνωση να μη τίθεται άμεσα.⁴¹

Το κυριότερο εργαλείο στην αξιολόγηση του άγχους αποτελεί η συνέντευξη κατά την οποία επιχειρείται ενθάρρυνση της έκφρασης και των βαθύτερων συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Επί αποτυχίας αποκαλύψεως των αιτιών του άγχους κρίνεται σκόπιμη η επανάληψη της συνέντευξης.⁴¹

Παρότι η ψυχιατρική εκτίμηση παρέχει πολύτιμη πληροφόρηση για την εκτίμηση του άγχους ωστόσο, θα πρέπει να συνεκτιμώνται και άλλοι παράγοντες όπως βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί, στρατηγικές αντιμετώπισης και η ίδια προσωπικότητα του ατόμου. Η διαγνωστική προσέγγιση απαιτεί τον αποκλεισμό άλλων οργανικών συμπτωμάτων που επικαλύπτονται με τα συμπτώματα άγχους. Το επικρατέστερο παράδειγμα είναι η αλληλοεπικάλυψη άγχους-κατάθλιψης όπου το άγχος αποτελεί σύμπτωμα της κατάθλιψης. Παρότι, τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης διαφέρουν ως προς την προέλευση ωστόσο είναι πιθανόν να εμπλέκονται ως ένας

κοινός τρόπος έκφρασης. Η εναλλαγή άγχους-κατάθλιψης συνεπάγεται έντονη συναισθηματική και σωματική επιβάρυνση όπου η ισορροπία είναι δύσκολο να επιτευχθεί.³⁶

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση μιας αγχώδους διαταραχής θα πρέπει να αποκλεισθεί η πιθανότητα τα συμπτώματα του άγχους να οφείλονται σε κάποια σωματική νόσο, σε λήψη φαρμακευτικής αγωγής και σε άλλη μείζονα ψυχική διαταραχή (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη).³⁴

Τα σωματικά συμπτώματα του άγχους είναι συνήθως η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η ναυτία, ο πόνος στο στήθος, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, οι διαταραχές κενώσεων, ο πονοκέφαλος, η ζάλη, η δυσχέρεια στην αναπνοή, το αίσθημα πνιγμονής, η αϋπνία, λιποθυμική τάση, η παράλυση και οι πόνοι.³⁴

Η σχέση άγχους και σωματικής νόσου είναι πλέον γνωστή και τονίζει τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του άγχους. Για παράδειγμα άγχος υψηλής έντασης είναι δυνατόν να καθυστερήσει την απόφαση μιας χειρουργικής επέμβασης ή ακόμα να έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην κλινική έκβαση μετά το χειρουργείο. Από την άλλη πλευρά, ο ίδιος ο χώρος του νοσοκομείου είναι δυνατόν να πυροδοτήσει το άγχος καθώς η νοσηλεία εξαντλεί τα αποθέματα του αρρώστου (σωματικά και ψυχικά).³⁶

Συνεπώς η διάγνωση του άγχους αποτελεί μια συνεχή διαδικασία που εστιάζει στην αντιμετώπιση του ασθενή ως ολότητα. Τονίζεται ότι, οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να υποτιμούν τη σπουδαιότητα αναγνώρισης του άγχους για πολλούς λόγους. Πρώτον, αποδίδουν τα συμπτώματα άγχους στη σωματική ασθένεια ή στη νοσηλεία. Δεύτερον, αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα άγχους λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας στο κλινικό περιβάλλον. Τρίτον, στερούνται κατάλληλης εκπαίδευσης για την έγκαιρη αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων του άγχους. Όλα αυτά τα εμπόδια θα πρέπει να υπερνικούνται προκειμένου η αναγνώριση του άγχους να είναι επιτυχής.³⁶

2.3. Θεραπεία

Όταν το άγχος είναι φυσιολογικό δεν υπάρχει ανάγκη θεραπείας. Σε αυτή τη περίπτωση, το άγχος κινητοποιεί το άτομο για δράση. Σε περίπτωση που το άγχος είναι παθολογικό κρίνεται απαραίτητη τόσο η αναγνώριση όσο και η θεραπεία του, η οποία περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και τη ψυχοθεραπεία.⁴²

Σημαντικό ρόλο εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή διαδραματίζει η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων του άγχους. Απώτερος στόχος κάθε θεραπείας του άγχους είναι η επιστροφή του ατόμου στις προηγούμενες του δραστηριότητες και γενικότερα στη πρωτότερη λειτουργικότητά του.⁴²

Γι' αυτό το λόγο απαιτείται η δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας. Μετά την ύφεση, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχίζεται για χρονικό διάστημα έξι έως δώδεκα μηνών. Κατά την επιλογή της θεραπείας, λαμβάνονται υπόψη η αποτελεσματικότητα, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, οι αλληλεπιδράσεις, το κόστος των φαρμάκων και η προτίμηση του ασθενούς. Επίσης, θα πρέπει να συνεκτιμώνται οι διαφορές ως προς το φύλο καθώς οι γυναίκες έχουν 1.5-2 φορές περισσότερες πιθανότητες διάγνωσης μιας αγχώδους διαταραχής συγκριτικά με τους άντρες.⁴²

Στο παρελθόν ποικίλες ουσίες χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία του άγχους. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν το οινόπνευμα, τα βρωμιούχα άλατα, η παραλδεΐδη, η ένυδρος χλωράλη, τα βαρβιτουρικά, η μεπροβαμάτη, η βενζοκταμίνη, η υδροξυζίνη κ.α.³⁵

Τα πιο διαδεδομένα φάρμακα για την αντιμετώπιση του άγχους θεωρούνται οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς. Επίσης, χρησιμοποιούνται και μη-βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά, όπως τα νευροληπτικά και η βουσπιρόνη.⁴²

Έχει αποδειχθεί με πειράματα ότι, η σεροτονινεργική λειτουργία έχει ρόλο στη δημιουργία του άγχους και των κρίσεων πανικού. Συνεπώς η φαρμακευτική θεραπεία εκλογής είναι τα σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά σε συνδυασμό τις περισσότερες φορές με αγχολυτικά φάρμακα της κατηγορίας των βενζοδιαζεπινών.^{34,41}

Οι βενζοδιαζεπίνες δρουν μέσω των υποδοχέων του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) στον εγκέφαλο που είναι οι βασικότεροι ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές. Κυριότεροι εκπρόσωποι των βενζοδιαζεπινών είναι η αλπραζολάμη, η λοραζεπάμη, η διαζεπάμη και η κλοναζεπάμη.⁴³ Οι βενζοδιαζεπίνες σχετίζονται με κίνδυνο εξάρτησης του ασθενούς και κατά συνέπεια τείνουν να αντικατασταθούν από νέους παράγοντες που εμφανίζουν διαφορετικές δράσεις.⁴²

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή η ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα εργαλείο ανακούφισης του άγχους των ασθενών. Οι κυριότερες μέθοδοι ψυχοθεραπείας είναι η συμπεριφορική, η γνωσιακή και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.⁴⁴

Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία: Αποτελεί προσέγγιση αναφορικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς η οποία δεν βασίζεται στην αναμόχλευση παλαιότερων

τραυμάτων. Αντιθέτως, αρχικά επιχειρείται καταγραφή των δυσλειτουργικών σημείων της συμπεριφοράς του ασθενούς και κατόπιν η σταδιακή αντιμετώπιση τους μέσω της καταλληλότερης ψυχοθεραπευτικής τεχνικής. Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές, όπως η μυοχαλάρωση, ο έλεγχος της αναπνοής και η εκπαίδευση για την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων.⁴⁴

Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Ο ασθενής εκπαιδεύεται να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τις συνθήκες εκείνες που προκαλούν το αίσθημα της απειλής.³⁴

Υποστηρικτική θεραπεία: Είναι μια μορφή θεραπείας που επικεντρώνεται στη σχέση ασθενή-ιατρού. Ο θεράπωντας ιατρός αναγνωρίζει και εστιάζει στην υγιή πλευρά του ασθενούς βοηθώντας τον να αναπτύξει υγιείς άμυνες έναντι των ερεθισμάτων που προκαλούν άγχος.⁴⁴

3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί χρόνια ιάσιμη νόσο που συνοδεύει τον άνθρωπο από τα πρώτα στάδια της ύπαρξης του. Η διαταραχή αυτή είναι δυνατόν να εκδηλωθεί σε ψυχιατρικούς ασθενείς και σε ασθενείς με παθολογικά νοσήματα. Η ψυχική αυτή νόσος σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου.⁴⁵

Η κατάθλιψη θα πρέπει να διαφοροποιείται από τα εξής: α) καταθλιπτικό συναίσθημα το οποίο είναι δυνατόν να εκδηλωθεί σε κάθε δεδομένη στιγμή β) καταθλιπτική διαταραχή η οποία διαρκεί μεγάλα χρονικά διαστήματα και γ) καταθλιπτική συναισθηματική διαταραχή που έχει τη δομή συνδρόμου με σημεία και συμπτώματα όπως επίσης συγκεκριμένη πορεία και έκβαση.⁴⁵

Συνοπτικά η κατάθλιψη επηρεάζει τις εξής διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης:⁴⁵

- Συναισθηματική διάσταση η οποία είναι δυσανάλογη μη μεταβαλλόμενη από τις εξωτερικές συνθήκες και δυσανάλογη με την πραγματικότητα όπου το άτομο διαβιώνει. Αυτή η διάσταση παρουσιάζει διακυμάνσεις ως προς την ένταση και τη χρονική διάρκεια
- Συμπεριφορική διάσταση κατά την οποία ο ασθενής εκδηλώνει δυσκολία να κινητοποιηθεί, να αναλάβει ευθύνες και να λάβει αποφάσεις
- Σωματική διάσταση η οποία σχετίζεται με κόπωση, ανορεξία και απώλεια βάρους όπως επίσης φτωχή ποιότητα ύπνου και μειωμένη σεξουαλική ζωή
- Γνωστική διάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία της σκέψης, γνωστική διαστρέβλωση και προσπάθεια αντίχνευσης στοιχείων που ενισχύουν την αρνητική εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Επιπλέον, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης ή ακόμα και αυτοκτονικός ιδεασμός
- Λειτουργική διάσταση όπου επικρατεί γενικευμένη δυσλειτουργικότητα του ατόμου

Σημειώνεται ότι, η κληρονομικότητα έχει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση κατάθλιψης η οποία, συχνά παρατηρείται στο 15% των συγγενών πρώτου βαθμού. Επιπλέον, η κατάθλιψη σχετίζεται με αλλαγές στην εγκεφαλική λειτουργία και συγκεκριμένα στους υποδοχείς της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. Αναφορικά με τις περιοχές του εγκεφάλου επικρατεί η πεποίθηση ότι η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται με την εκδήλωση της νόσου. Το ενδοκρινικό

σύστημα φαίνεται να συμμετέχει στην εκδήλωση της κατάθλιψης κυρίως με τον άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια.⁴⁵

Εκτός από τους ανωτέρω παράγοντες, διάφορες ψυχοκοινωνικές συνιστώσες είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην εκδήλωση της νόσου, όπως για παράδειγμα το πένθος, η χρόνια σωματική νόσος, η απώλεια προσφιλών προσώπων και πλήθος άλλων. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η λήψη φαρμάκων, οι λοιμώξεις, το σύνδρομο Cushing, διάφορα κακοήθη νοσήματα ή ακόμα και ο βαθμός ευαλωτότητας του ατόμου στο χρόνιο άγχος.⁴⁵

Η αυτοκτονία αποτελεί το σημαντικότερο κίνδυνο που βιώνουν οι ασθενείς με κατάθλιψη. Η μοναδική ευκαιρία έγκαιρης ανίχνευσης του κινδύνου αυτοκτονίας είναι κατά την επίσκεψη των ατόμων που βιώνουν κατάθλιψη στους επαγγελματίες υγείας ή στις υπηρεσίες φροντίδας. Η ενθάρρυνση της έκφρασης, της επικοινωνίας και η ειλικρινής συζήτηση με τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση των αρνητικών σκέψεων και στη παραπομπή σε ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας.⁴⁵

3.1. Διάγνωση

Η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης είναι κρίσιμης σημασίας προκειμένου να αποφευχθεί κάθε πιθανή αρνητική της επιρροή στη ζωή του ασθενούς. Στις περιπτώσεις που η κατάθλιψη έχει εκδηλωθεί ύστερα από κάποιο χρόνιο νόσημα τότε ελλοχεύει ο κίνδυνος δυσμενούς έκβασης της εν δυνάμει νόσου. Εντούτοις, μόνο στο ¼ των ασθενών με κατάθλιψη τίθεται διάγνωση και παραπομπή σε ψυχίατρο.⁴⁵ Ένα από τα συνηθέστερα αίτια είναι ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη εκδηλώνουν κυρίως σωματικά συμπτώματα και κατ' επέκταση οδηγούνται σε άλλες ιατρικές ειδικότητες οι οποίες δεν αναγνωρίζουν τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης.⁴⁵

Αρχικά, θα πρέπει να αποσαφηνιστεί εάν η κατάθλιψη είναι πρωτοπαθής και δεν οφείλεται σε άλλους οργανικούς παράγοντες και κατόπιν να αναγνωριστεί η βαρύτητα της κατάθλιψης, με σκοπό την εφαρμογή κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, είτε με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είτε με ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.⁴⁵

Η διάγνωση της κατάθλιψης προϋποθέτει τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, συμπεριλαμβανομένης της διερεύνησης φαρμακευτικών ή μη φαρμακευτικών σκευασμάτων ή άλλων ουσιών που επηρεάζουν το συναίσθημα (π.χ. ναρκωτικά).⁴⁵

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, DSM-5 για να τεθεί η διάγνωση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου θα πρέπει να είναι παρόντα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 2 εβδομάδων, τα εξής:³⁸

- Καταθλιπτική διάθεση με απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας π.χ. να αισθάνεται θλίψη, κενό ή απελπισία
- Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Σημαντική απώλεια σωματικού βάρους ή αύξηση του βάρους (π.χ., μεταβολή περισσότερο από 5% εντός ενός μηνός) ή διαταραχές της όρεξης (ελάττωση ή αύξηση)
- Αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρητικά)
- Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα
- Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή και συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας

Τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής ή και της επαγγελματικής λειτουργικότητας.

3.2. Κλινική εικόνα

Η κατάθλιψη θεωρείται η συνηθέστερη διαταραχή του συναισθήματος. Τα βασικά χαρακτηριστικά των συναισθηματικών διαταραχών είναι η χρόνια πορεία που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις ενώ στην ψυχοπαθολογία προεξάρχουν οι διαταραχές του συναισθήματος που μπορεί να είναι είτε στην κατηγορία της μανίας είτε στην κατηγορία της κατάθλιψης. Οι τρεις βασικές κλινικές οντότητες είναι η διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη), η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμία.³⁴

Στη μείζονα κατάθλιψη εκδηλώνονται συμπτώματα τόσο από τη σφαίρα του συναισθήματος και τις γνωσιακές λειτουργίες όσο και από την εμφάνιση και τις εκφράσεις του προσώπου. Ο ασθενής έχει χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο, παραμελειμένη εμφάνιση και μειωμένη βλεμματική επαφή.⁴⁴ Πολύ συχνά υπάρχουν

διαταραχές στην αντίληψη οι οποίες συνήθως είναι σύντονες με το συναίσθημα π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις με ύβρεις, υποτιμητικά σχόλια κ.ά.³⁴

Εκτός του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου υπάρχουν κι άλλοι τύποι κατάθλιψης όπως η δυσθυμία και η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή. Η χρόνια δυσθυμία (επιμένουσα καταθλιπτική διαταραχή) χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τουλάχιστον δύο χρόνια χωρίς διακοπή με ηπιότερα καταθλιπτικά στοιχεία. Η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα, καταθλιπτική διάθεση ή άγχος/ένταση στην εβδομάδα πριν την έναρξη της εμμήνου ρύσεως τα οποία βελτιώνονται κατά την εβδομάδα που ακολουθεί.³⁸

3.3. Θεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τη συχνότερη θεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης. Η φαρμακευτική αγωγή απαρτίζεται από τρεις κατηγορίες: α) τα αντικαταθλιπτικά, β) τις βενζοδιαζεπίνες και γ) τα αντιψυχωσικά φάρμακα.⁴⁵

Για να θεωρηθεί μία αντικαταθλιπτική αγωγή αποτελεσματική θα πρέπει να ακολουθούνται κάποιες βασικές αρχές. Αρχικά, θα πρέπει να χορηγηθεί επαρκής δοσολογία για ανάλογη χρονική περίοδο. Ένα από τα συνηθέστερα αρνητικά σημεία της αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής είναι ότι, το θεραπευτικό αποτέλεσμα εμφανίζεται μετά την παρέλευση περίπου τριών έως έξι εβδομάδων οπότε η πρόωρη αλλαγή στα σκευάσματα θεωρείται λανθασμένη επιλογή. Μετά την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου συνίσταται η συνέχιση της θεραπείας και η σταδιακή διακοπή της με ταυτόχρονη ιατρική επίβλεψη προς αποφυγή υποτροπών. Επιπλέον, συστήνεται ενίσχυση της θεραπείας με άλλες φαρμακευτικές ουσίες ή μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί η λεπτομερής πληροφόρηση των ασθενών και των οικείων τους ώστε να διασφαλιστεί η συμμόρφωση με τη θεραπεία.⁴⁵

Η φαρμακευτική θεραπεία πρώτης επιλογής για τις καταθλιπτικές διαταραχές είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's) και της σεροτονίνης νορεπινεφρίνης (SNRI's). Οι βασικότεροι εκπρόσωποι της πρώτης κατηγορίας είναι η φλουοξετίνη, η σερτραλίνη, η παροξετίνη, η σιταλοπράμη. Ειδικότερα, αυτή η κατηγορία φαρμάκων δρα εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης συνδεδεμένοι με τους υποδοχείς της με αποτέλεσμα να παραμένει μεγαλύτερη ποσότητα στη σύναψη και να ενισχύεται η αντικαταθλιπτική τους δράση.

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης με κυριότερους εκπρόσωπους τη βενλαφαξίνη και τη δουλοξετίνη δρουν στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης στον εγκέφαλο που είναι γνωστοί για τη ρύθμιση της διάθεσης. Τα φάρμακα αυτά θεωρούνται δεύτερης εκλογής σε ασθενείς μη ανταποκρινόμενους σε αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's).^{43,45}

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης που είναι αντικαταθλιπτικά παλιάς γενιάς έχουν μικρή κλινική εφαρμογή διότι είναι λιγότερο αποτελεσματικά και έχουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν αντικατασταθεί από τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's) διότι έχουν πολλές παρενέργειες, παρά την αποτελεσματικότητά τους.^{43,45}

Επίσης, χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για σύντομο χρονικό διάστημα. Τα αντιψυχωσικά χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς για να προληφθούν τυχόν παρενέργειες.⁴⁵ Για τη μακροχρόνια πρόληψη υποτροπής των καταθλιπτικών επεισοδίων χορηγούνται τα θυμορυθμιστικά φάρμακα όπου δρουν ως σταθεροποιητές του συναισθήματος (άλατα λιθίου, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο) και απαιτείται η μέτρηση των επιπέδων στον ορό του αίματος.⁴⁵

Μετά το παρέλευση έξι μηνών από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής εάν ο ασθενής εμφανίσει συμπτώματα της κατάθλιψης θεωρείται αναζωπύρωση του προηγούμενου επεισοδίου. Εάν ο ασθενής εκδηλώσει συμπτώματα της νόσου μετά από διάστημα έξι μηνών υπό την προϋπόθεση ότι είχε αντιμετωπιστεί με ικανοποιητική θεραπεία, τότε θεωρείται ως υποτροπή.⁴⁵

4. ΑΓΧΟΣ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Οι ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται στην επιληψία είναι κατά σειρά συχνότητας: καταθλιπτικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές, ψυχωσικές διαταραχές, διαταραχή μετατροπής ("ψευδοκρίσεις"), διασχιστικές καταστάσεις, διαταραχές συμπεριφοράς, σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας.⁴⁶

Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης είναι υψηλή στην επιληψία.

Σύμφωνα με τους Van Hees και συν.,⁴⁷ οι ψυχιατρικές συννοσηρότητες είναι έως και τρεις φορές περισσότερο συχνές σε άτομα με επιληψία συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών με επιληψία βιώνουν κατάθλιψη και άγχος.^{48,49} Τα άτομα με επιληψία αντιπροσωπεύουν έναν ευάλωτο πληθυσμό λόγω των αυξημένων ποσοστών ανεργίας και των οικονομικών προβλημάτων.⁴⁷

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στον Καναδά, στην Ιταλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις ΗΠΑ είναι υψηλότερος στα άτομα με επιληψία συγκριτικά με άλλες ασθένειες ή με το γενικό πληθυσμό. Το 9-37% των ατόμων με επιληψία πληροί τα κριτήρια για κατάθλιψη ενώ η κατάθλιψη παρατηρείται στο 9-10% των ασθενών με άλλες καταστάσεις και στο 6-19% του γενικού πληθυσμού.⁵⁰ Στις Η.Π.Α, το 36.5% των ασθενών με επιληψία ηλικίας άνω των δεκαοκτώ ετών βιώνει κατάθλιψη ενώ στον Καναδά, το ποσοστό άνω των δεκαπέντε ετών ανέρχεται στο 17.4%.⁵⁰ Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με κατάθλιψη ή άγχος έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από επιληψία συγκριτικά με εκείνα χωρίς κατάθλιψη ή άγχος.⁴⁸

Η κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς με επιληψία παρουσιάζει γεωγραφικές διακυμάνσεις με τα ποσοστά εκδήλωσης κατάθλιψης να ποικίλλουν στις διάφορες μελέτες. Αναλυτικότερα, τα ποσοστά κατάθλιψης στην επιληψία αφορούν στο 9-37% των ασθενών^{50,51} ενώ άλλες μελέτες έχουν δείξει ποσοστά που ανέρχονται στο 20-22% των ασθενών.^{49,52,53} Μετα-ανάλυση για τις διαταραχές άγχους σε 3000 άτομα με επιληψία έδειξε επιπολασμό 20.2% με τη γενικευμένη διαταραχή άγχους να είναι πιο συχνή (10.2%).⁵⁴ Ο επιπολασμός της κατάθλιψης μπορεί να ανέλθει στο 60% σε ασθενείς με επιληψία κροταφικού λοβού.^{52,55}

Η κατάθλιψη έχει τεκμηριωθεί ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας φτωχής ποιότητας ζωής σε ασθενείς με επιληψία,^{52,56} η οποία συχνά επιδεινώνεται από τη συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων και τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.^{52,57} Επιπλέον, η κατάθλιψη εμπεριέχει ιδεασμό αυτοκτονίας, ο οποίος είναι

υψηλότερος σε ασθενείς με επιληψία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.^{52,58} Η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρες και συναισθήματα κοινωνικού στιγματισμού. Αυτές οι εμπειρίες είναι επίσης πιθανό να αυξήσουν τις παρενέργειες που σχετίζονται με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα.⁵⁰ Επιπλέον, οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν τις επιληπτικές κρίσεις ως περισσότερο ισχυρές ή ενοχλητικές όπως επίσης επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας.⁵⁹ Η κατάθλιψη ή η σοβαρότητα μιας κρίσης επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής.⁶⁰ Η κατάθλιψη και το άγχος σχετίζονται με φτωχή συμμόρφωση στην αντιεπιληπτική αγωγή. Συγκεκριμένα, σχετική μελέτη σε 184 ασθενείς έδειξε ότι, το 39.7% των ασθενών είχε χαμηλή συμμόρφωση, το 34.2% είχε μέτρια και το 26.1% είχε υψηλή.⁶¹

Το άγχος μπορεί να επηρεάσει την επιληψία με πολλούς τρόπους. Το οξύ άγχος ενδεχομένως να προκαλεί τις επιληπτικές κρίσεις ενώ το χρόνιο να αυξάνει τη συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων. Το άγχος ενδεχομένως να αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης επιληψίας, ειδικά όταν οι στρεσογόνοι παράγοντες είναι παρατεταμένοι ή βιώνονται νωρίς στη ζωή.⁶² Οι McKee και συν.,⁶³ αναγνωρίζουν το άγχος ως τον πιο κοινό παράγοντα πυροδότησης μιας κρίσης. Το άγχος αυξάνει την ευπάθεια στις κρίσεις και πιθανώς αποτελεί μία ακόμη μορφή αντανακλαστικών κρίσεων.⁶⁴

Οι διαταραχές άγχους στην επιληψία μπορούν επίσης να ταξινομηθούν με βάση τη χρονική συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων και εμφάνισης κρίσεων. Τα προγνωστικά συμπτώματα άγχους εμφανίζονται από αρκετές ώρες έως αρκετές ημέρες πριν από την επιληπτική κρίση. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να αυξηθεί καθώς πλησιάζει ο χρόνος της κρίσης. Ο φόβος που εμφανίζεται μετά από μια κρίση μπορεί να συνεχιστεί έως και επτά ημέρες κυρίως σε ασθενείς με φαρμακοανθεκτική επιληψία. Η νευρικότητα, ο φόβος, ο θυμός και η ευερεθιστότητα μπορεί να εμφανιστούν ως αύρα των επιληπτικών κρίσεων.⁵⁰

Η βελτίωση της γνώσης σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ άγχους πρώιμης ζωής, επιληπτικών κρίσεων και επιληπτογένεσης θα μπορούσε να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών και να αποτελέσει τη βάση για νέες στρατηγικές θεραπείας.⁶²

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη βρέθηκαν τα εξής:

Μελέτη των Stauder και συν.,⁶⁵ όπου συμμετείχαν 80 ασθενείς με επιληψία έδειξε ότι, το 33% είχε φτωχή ποιότητα ύπνου, το 68% βίωνε κοινωνική απομόνωση, το 30% είχε ήπια κατάθλιψη και το 18% ανέφερε αυτοκτονικό ιδεασμό. Ως προς το φύλο, οι γυναίκες βίωναν υψηλότερη κατάθλιψη.

Από τους Gnanavel και συν.,⁶⁶ αναφέρεται ότι, η κατάθλιψη ανέρχεται σε ποσοστό 55% σε αυτό το πληθυσμό. Παρότι η κατάθλιψη αποτελεί ιάσιμη διαταραχή ωστόσο επιδεινώνει την ποιότητα της ζωής των ασθενών, εάν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε επιληπτικές κρίσεις, κυρίως λόγω της έλλειψης ύπνου ενώ από την αντίθετη πλευρά, οι κρίσεις μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη λόγω των βιολογικών μηχανισμών και των ψυχο-κοινωνικών επιπτώσεων της επιληψίας. Οι επιληπτογενείς ιδιότητες ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, όπως και ο φόβος της σύνδεσης της ψυχο-κοινωνικής επίδρασης της επιληψίας ως «καταθλιπτικής διαταραχής» έχουν αναχαιτίσει την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης.⁶⁶ Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων σχετίζονται με την κατάθλιψη και αποτελούν παράγοντα πρόβλεψης φτωχής ποιότητας ζωής.⁵²

Μελέτη των Hesdorffer και συν.,⁶⁷ που διερεύνησαν ασθενείς με επιληψία ανέδειξε τη μείζονα κατάθλιψη ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη επιληπτικής κρίσης. Ένα ιστορικό μείζονος κατάθλιψης ήταν 1.7 φορές περισσότερο συχνό μεταξύ των ασθενών με επιληψία. Οι Siarava και συν.,⁵² έδειξαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε ασθενείς με επιληψία συγκριτικά με τους μάρτυρες. Οι Li και συν.,⁶⁸ έδειξαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης 29.9% σε ένα δείγμα 461 ασθενών με επιληψία.

Στη μελέτη των Triantafyllou και συν.,⁶⁹ διερευνήθηκαν 90 ασθενείς για περίοδο τριών μηνών εκ των οποίων οι 42 είχαν γενικευμένη επιληψία, οι 29 εστιακή επιληψία και οι 19 αταξινόμητη επιληψία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 67% του δείγματος βίωνε κοινωνικό στίγμα λόγω της επιληψίας. Επιπλέον, μεταξύ των ασθενών που μελετήθηκαν, τα συμπτώματα της ευερεθιστότητας, της αναποφασιστικότητας και της προσωπικής υποτίμησης έδειξαν μια σταθερή αυξανόμενη τάση.

Μελέτη των Chaka και συν.,⁷⁰ όπου συμμετείχαν 422 ασθενείς με επιληψία έδειξε επιπολασμό της κατάθλιψης στο 43.8% του δείγματος. Παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη ήταν το γυναικείο φύλο, το κοινωνικό στίγμα, η μη τήρηση σωστής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής και η τρέχουσα χρήση ουσιών.

Μελέτη των Zis και συν.,⁷¹ όπου συμμετείχαν 90 ασθενείς με επιληψία έδειξε ότι, η διάγνωση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου αφορούσε στο 22.3% των ασθενών. Το γυναικείο φύλο αύξησε την πιθανότητα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά 19.68 φορές περισσότερο ενώ η ανεργία αύξησε κατά 6.46 φορές την πιθανότητα εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Μελέτη των Munger και συν.,⁷² έδειξε ότι, το 46.1% βίωνε υψηλό άγχος σε ένα δείγμα 540 ασθενών. Η επιληψία αγνώστου τύπου, η εστιακή επιληψία καθώς και η κατάθλιψη, συνδέθηκαν ανεξάρτητα με το υψηλό άγχος.

Μελέτη των Wang και συν.,⁷³ όπου συμμετείχαν 458 ασθενείς με επιληψία έδειξε ότι, το 33.4% και το 52.6% των συμμετεχόντων βίωνε άγχος και κατάθλιψη, αντίστοιχα. Η κοινωνική στήριξη και η συχνότητα των κρίσεων αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου άγχους ενώ το ετήσιο εισόδημα των ασθενών αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου κατάθλιψης.

Μελέτη των Lee και συν.,⁷⁴ όπου συμμετείχαν 702 ασθενείς με επιληψία έδειξε ότι, η κατάθλιψη, το άγχος, ο έλεγχος των επιληπτικών κρίσεων και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με επιληψία.

Μελέτη των Tsegabrhan και συν.,⁷⁵ που διερεύνησε τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε 300 ασθενείς χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory-II έδειξε, επιπολασμό της καταθλιπτικής διαταραχής στο 49.3%, εκ των οποίων, το 39.9%, το 38.5% και το 21.6% είχαν ήπια, μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, αντίστοιχα. Το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με την επιληψία, η υψηλή συχνότητα επιληπτικών κρίσεων και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης.

Η μελέτη των Kanner και συν.,⁷⁶ όπου συμμετείχαν 188 εξωτερικοί ασθενείς με επιληψία, έδειξε ότι, η κατάθλιψη και το άγχος επιδεινώνουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα.

Μελέτη των Hees και συν.,⁴⁷ σε ένα δείγμα 399 ασθενών με επιληψία (80.2% γυναίκες, μέση ηλικία 38.22±12.09 έτη) χρησιμοποιώντας την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης HADS έδειξε ότι, το 50.4% των ερωτηθέντων είχε άγχος και το 46.9% είχε κατάθλιψη. Το γυναικείο φύλο και τα οικονομικά προβλήματα συσχετίστηκαν με την κατάθλιψη και το άγχος.

Μελέτη των Pham και συν.,⁷⁷ σε 250 ασθενείς με επιληψία έδειξε άγχος στο 40% του δείγματος. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με υψηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης άγχους ήταν η ηλικία, το φύλο, η κατάθλιψη, οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, το κάπνισμα και η χρήση παράνομων ουσιών.

Μελέτη των Dehn και συν.,⁴⁸ όπου διερευνήθηκαν 198 ασθενείς πριν από την είσοδο τους σε ένα κέντρο επιληψίας και έξι μήνες μετά την έξοδο τους με την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS έδειξε σημαντική μείωση του άγχους, της κατάθλιψης

και της συχνότητας των επιληπτικών κρίσεων από την έναρξη έως την λήξη της παρακολούθησης. Το επίπεδο κατάθλιψης κατά την εισαγωγή προέβλεπε τη συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων κατά την παρακολούθηση. Το άγχος κατά την εισαγωγή δεν αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα της συχνότητας επιληπτικών κρίσεων κατά την έξοδο.

Μελέτη των Narayanan και συν.,⁷⁸ όπου συμμετείχαν 379 ενήλικες με επιληψία έδειξε ότι, το άρρεν φύλο και η μονοθεραπεία συσχετίστηκαν με χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.

Στη Κίνα, σε μελέτη των Zheng και συν.,⁷⁹ 184 ασθενείς χωρίστηκαν με τυχαίο τρόπο στην ομάδα παρέμβασης (n=92) και στην ομάδα ελέγχου (n=92). Οι δύο ομάδες έλαβαν αντιεπιληπτικά φάρμακα. Οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης, εκτός από την φαρμακευτική αγωγή ακολούθησαν για δώδεκα μήνες ένα διεπιστημονικό πρόγραμμα διαχείριση της επιληψίας, που αναπτύχθηκε από μια ομάδα η οποία απαρτιζόταν από ειδικευμένο νοσηλεύτη, νευρολόγο ειδικευμένο στην επιληψία, φαρμακοποιό και ψυχίατρο. Το πρόγραμμα αυτό μείωσε σημαντικά τα επίπεδα της κατάθλιψης και του άγχους, βελτίωσε το βαθμό συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή όπως επίσης και την ποιότητα ζωής.

Μελέτη των Cui και συν.,⁸⁰ σε 27.139 ενήλικες έδειξε ιστορικό επιληψίας στο 50.1% και στο 44.4% ενεργό επιληψία. Τα ποσοστά ενηλίκων ατόμων με ιστορικό επιληψίας και με ενεργή επιληψία που κατανάλωναν αλκοόλ ήταν σημαντικά χαμηλότερο από εκείνων που δεν έχουν ιστορικό επιληψίας. Οι ενήλικες με επιληψία είναι λιγότερο πιθανό από τους ενήλικες χωρίς επιληψία να υιοθετούν τα συνιστώμενα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και να έχουν καλή ποιότητα ύπνου. Η προώθηση ασφαλέστερης σωματικής δραστηριότητας και βελτιωμένη ποιότητα ύπνου είναι απαραίτητη σε ενήλικες με επιληψία. Τα χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ θα βελτιώσουν την υγεία των ενηλίκων με επιληψία.

Μελέτη των Ρούσσοσ και συν.,¹³ σε εξωτερικούς ασθενείς με επιληψία έδειξε ότι, το 65% ήταν καπνιστές εκ των οποίων το 46.2% κάπνιζε έντεκα έως δέκα οκτώ τσιγάρα ημερησίως ενώ στην ίδια έρευνα το 45% των ασθενών κατανάλωνε κάποιες φορές αλκοόλ. Τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο επιληπτικών κρίσεων κυρίως λόγω πλημμελούς λήψης της φαρμακευτικής αγωγής.⁸⁰

Σύμφωνα με τους Kwon και συν.,⁵⁰ ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλει στην παρουσία κατάθλιψης και άγχους στους ασθενείς με επιληψία είναι το κοινωνικό στίγμα που βιώνουν οι ασθενείς μετά τη διάγνωση της νόσου.

Παρότι, δεν αποτέλεσε αντικείμενο της παρούσας έρευνας, είναι σπουδαίο να τονιστεί ότι τόσο η κατάθλιψη όσο και η επιληψία έχουν απαρχή κατά την εφηβική ηλικία, γεγονός, που υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και της σωστής διαχείρισης αυτής της συννοσηρότητας.

Πριν από περισσότερα από 2000 χρόνια, ο Ιπποκράτης περιέγραψε μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και επιληψίας και συγκεκριμένα έγραψε: "Οι μελαγχολικοί συνήθως γίνονται επιληπτικοί και οι επιληπτικοί, μελαγχολικοί: αυτό που καθορίζει την προτίμηση είναι η κατεύθυνση που παίρνει η ασθένεια." Έκτοτε έως σήμερα, έχει παρατηρηθεί σύνδεση μεταξύ επιληψίας και κατάθλιψης-άγχους ωστόσο, αυτή η συννοσηρότητα δεν αποτελεί πάντα το επίκεντρο στον τομέα της έρευνας.⁵⁰

Η επιληψία έχει αμφίδρομη σχέση με την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι συχνά παρούσα πριν και μετά τη διάγνωση της επιληψίας. Αυτή η παρατήρηση μπορεί να υποδηλώνει την παρουσία κοινών υποκείμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών επιληψίας και κατάθλιψης. Μια συνέπεια της αμφίδρομης σχέσης μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και επιληψίας είναι ότι έχει αρνητικό αντίκτυπο στην απάντηση του ατόμου στη φαρμακευτική αγωγή. Η κατάθλιψη πριν από την έναρξη της διαταραχής της επιληψίας συσχετίζεται με μεγαλύτερο από διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης φαρμακοανθεκτικής επιληψίας.⁵⁰ Φαίνεται ότι, η κατάθλιψη και η αντιεπιληπτική αγωγή συνδέονται με αρνητικό τρόπο. Από τη μία πλευρά, οι ασθενείς με κατάθλιψη διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο παρενεργειών που σχετίζονται με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.⁵⁹ Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη αποτελεί σημαντική αιτία μη τήρησης της σωστής λήψης των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, γεγονός, που αιτιολογεί τα υψηλότερα ποσοστά ανεξέλεγκτων επιληπτικών κρίσεων στους ασθενείς με επιληψία που έχουν σοβαρή κατάθλιψη.^{60,61}

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων συγκαταλέγονται μεταξύ των κύριων λόγων για τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός, που μπορεί να διαταράξει τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών με επιληψία. Για παράδειγμα, οι νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με επιληψία που βιώνουν κατάθλιψη έχουν εννέα φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν εξάνθημα οφειλόμενο στη λήψη λαμοτριγίνης. Οι ανησυχίες ότι τα ψυχοτρόπα φάρμακα ενδεχομένως να επιδεινώσουν τις επιληπτικές κρίσεις αιτιολογούν έως ένα βαθμό την απροθυμία των ιατρών στη συνταγογράφηση αυτών των φαρμάκων.⁵⁰

Τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους αναγνωρίζονται σταδιακά ως σημαντικές πτυχές της θεραπείας των ασθενών με επιληψία. Ωστόσο, προς το παρόν

δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης αυτών των καταστάσεων. Επιπλέον, ούτε οι ασθενείς ούτε οι ιατροί φαίνεται να ανησυχούν αρκετά για την κατάθλιψη και το άγχος στην επιληψία. Από τη άλλη πλευρά, η βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους είναι πολύ πιθανό να μειώσει τα συμπτώματα της επιληψίας.⁵⁰

Οι κυριότερες επιπτώσεις του άγχους και της κατάθλιψης στη ζωή των ασθενών με επιληψία αφορούν στην αυτοκτονικότητα, στον κοινωνικό στιγματισμό, στις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, στην απόκριση στις φαρμακευτικές και χειρουργικές θεραπείες και στην ποιότητα ζωής. Ο επιπολασμός των αυτοκτονικών ιδεών είναι σχεδόν διπλάσιος στους ασθενείς με επιληψία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι τρεις φορές υψηλότερος μεταξύ των ασθενών με επιληψία από ό,τι στους μάρτυρες και υψηλότερος στους ασθενείς με επιληψία και συννοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, τα άτομα με κατάθλιψη έχουν 32 φορές υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας.⁵⁰ Ένα ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ήταν 5.1 φορές περισσότερο συχνό μεταξύ των ασθενών με επιληψία. Η μείζων κατάθλιψη και η απόπειρα αυτοκτονίας αυξάνουν ανεξάρτητα τον κίνδυνο για πρόκληση επιληπτικών κρίσεων. Η κατάθλιψη και η απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να οφείλονται σε διαφορετικές υποκείμενες νευροχημικές οδούς, καθεμία από τις οποίες είναι σημαντική για την ανάπτυξη της επιληψίας.⁶⁷

Απαιτείται μέριμνα για τη ζωή αυτού του ευάλωτου πληθυσμού που βιώνει κατάθλιψη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους και κατάθλιψης ασθενών με επιληψία.

Επιμέρους στόχοι:

E1: Η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με επιληψία

E2: Η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με επιληψία

E3: Η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με τις στάσεις και απόψεις των ασθενών με επιληψία

1.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1.Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς με επιληψία (35 άνδρες και 65 γυναίκες) που προσέρχονταν για περιοδικό έλεγχο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου του νομού Αττικής κατά τη χρονική περίοδο Δεκέμβριος 2020–Φεβρουάριος 2021.

Το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών ήταν δείγμα ευκολίας (convenience sample).

Κριτήρια ένταξης των ασθενών στη μελέτη ήταν: α) ηλικία >18 ετών, β) να κατανοούν την Ελληνική γλώσσα, γ) να έχουν ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας και αντιληπτικής ικανότητας και δ) να έχουν εμφανίσει τουλάχιστον δύο επιληπτικά επεισόδια στη ζωή τους.

Κριτήρια αποκλεισμού των ασθενών στη μελέτη ήταν: α) ηλικία < 18 ετών, β) όσοι είχαν διάγνωση ψυχιατρικής νόσου γ) όσοι ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για ψυχική νόσο και δ) όσοι είχαν να εμφανιστούν για επανεκτίμηση στο ιατρείο για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους.

Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου έδωσαν γραπτή πληροφορημένη συγκατάθεση αφού πρώτα είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της μελέτης.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης. Η διαδικασία διαρκούσε περίπου 20 λεπτά και ελάμβανε χώρα μετά την εξέταση του κάθε ασθενή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Για την τήρηση της εμπιστευτικότητας η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιούνταν σε ξεχωριστό χώρο στα εξωτερικά ιατρεία.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη ξεκίνησε αφού έγινε αποδεκτή από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του νοσοκομείου και πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την Διακήρυξη του Ελσίνκι (1989) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου. Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει άδεια με αριθμ. Πρωτοκόλλου: 745/2-12-2020 που κατέχει ο ερευνητής.

1.2. Εργαλείο μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση της κλίμακας “The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)” για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης στην οποία συμπεριελήφθησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών.

1.2.1. Χαρακτηριστικά ασθενών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συγκεντρώθηκαν τα εξής δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, ο τόπος διαμονής και ο αριθμός των παιδιών των ασθενών.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν: η ηλικία διάγνωσης, η συχνότητα των κρίσεων, η νοσηλεία λόγω κρίσεων τα τελευταία δύο έτη, ο τύπος θεραπείας (μονοθεραπεία, πολυθεραπεία), οι παρενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας, η ύπαρξη άλλου νοσήματος, η συχνότητα επισκέψεων στο ιατρείο ετησίως, εάν είχαν αϋπνίες και ο βαθμός συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική θεραπεία όπως δήλωσαν οι ίδιοι.

Στάσεις και απόψεις των ασθενών με επιληψία

Επιπλέον οι ασθενείς ερωτήθηκαν: για τη σχέση τους με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, το βαθμό της εξάρτησης από τους άλλους κατά τη διάρκεια της κρίσης, εάν διατηρούν επαφές με άλλα άτομα της ίδιας ομάδας, εάν βιώνουν άγχος για το ενδεχόμενο μιας επιληπτικής κρίσης στο περιβάλλον, εάν απέκρυπταν το πρόβλημά τους, εάν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες, εάν απέφευγαν καταστάσεις κατά τις οποίες η κρίση θα ήταν επικίνδυνη και εάν κρατούσαν μαζί τους το ενημερωτικό ιατρικό σημείωμα.

1.2.2. Μέτρηση άγχους και κατάθλιψης

Για τη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών με επιληψία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADs). Η κλίμακα HADs αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μία τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Σε κάθε μία από τις διαβαθμίσεις της τετράβαθμης κλίμακας αποδίδονται βαθμοί από 0-3. Οι 7 από τις 14 ερωτήσεις αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης και οι υπόλοιπες 7 αξιολογούν το επίπεδο άγχους των ερωτώμενων. Η βαθμολογία που αποδίδεται στις ερωτήσεις αθροίζεται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την κατάθλιψη και ξεχωριστά για αυτές που αξιολογούν το άγχος, οδηγώντας σε δύο βαθμολογίες, το εύρος τιμών των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 0 και 21. Υψηλότερες τιμές βαθμολογίας υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.⁸¹

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η εξής κατηγοριοποίηση: βαθμολογία 0-8 δεν υποδηλώνει άγχος ή κατάθλιψη και βαθμολογία >8 που υποδηλώνει άγχος/κατάθλιψη. Ικανοποιητικά αποτελέσματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας βρέθηκαν από τους Μιχόπουλο και συν.,⁸² το 2008 όπου η κλίμακα ελέγχθηκε σε 521 συμμετέχοντες (275 μάρτυρες και 246 εσωτερικοί και εξωτερικοί ασθενείς των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων δημοσίου γενικού νοσοκομείου του νομού Αττικής). Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε Cronbach's alpha 0.829 και 0.840 για τις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα.

Η κλίμακα HADs, έχει χρησιμοποιηθεί στο γενικό πληθυσμό, σε νοσηλευόμενους ασθενείς, σε περιβάλλον θεραπείας καρκίνου, ακόμη και σε ασθενείς με ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV).⁸²

1.3. Στατιστική Ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR), αναλόγως αν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή (ελέγχθηκε γραφικά με ιστογράμματα). Το κριτήριο X^2 έλεγχος ανεξαρτησίας χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη άγχους/κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών των ασθενών.

Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση εφαρμόστηκε για την εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στο άγχος και στην κατάθλιψη. Τα

αποτελέσματα παρουσιάζονται με OR (odds ratio) και 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (ΔΕ).

Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 25 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

2.1.1. Χαρακτηριστικά ασθενών

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι, οι άνδρες αποτελούσαν το 35% του δείγματος ενώ το 62% του δείγματος είναι ηλικίας μικρότερης των 50 ετών. Από τους συμμετέχοντες ασθενείς, το 40% ήταν άγαμοι, το 46% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 55% ήταν εργαζόμενοι και στη πλειοψηφία τους οι ασθενείς (58%) δεν είχαν παιδιά.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=100)	
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο	
Άνδρας	35(35.0%)
Γυναίκα	65(65.0%)
Ηλικία	
18-30	26(26.0%)
31-40	36(36.0%)
41-50	15(15.0%)
51-60	13(13.0%)
61-70	8(8.0%)
>70	2(2.0%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος	40(40.0%)
Έγγαμος	31(31.0%)
Διαζευγμένος	9(9.0%)
Συμβίωση	12(12.0%)
Χήρος	8(8.0%)
Μορφωτικό Επίπεδο	
Πρωτοβάθμια	10(10.0%)
Δευτεροβάθμια	33(33.0%)
Τριτοβάθμια	46(46.0%)
Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	11(11.0%)
Επάγγελμα	
Άνεργος- Οικιακά	25(25.0%)
Φοιτητής	13(13.0%)
Δημόσιος υπάλληλος	12(12.0%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	30(30.0%)
Ελεύθ. Επαγγελματίας	13(13.0%)
Συνταξιούχος	7(7.0%)
Αριθμός παιδιών	
0	58(58.0%)
1	26(26.0%)
2	14(14.0%)
>2	2(2.0%)

Στον Πίνακα 2, παρατηρείται η κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, το 77% των συμμετεχόντων είχε διαγνωστεί με επιληψία πριν την ηλικία των 30 ετών, το 48% είχε 1-2 κρίσεις τους τελευταίους 12 μήνες, το 70% δεν είχε νοσηλευτεί τα τελευταία δύο έτη, το 65% ακολουθούσε μονοθεραπεία, το 17% είχε παρενέργειες από τη φαρμακευτική θεραπεία, το 28% έπασχε από άλλο νόσημα και το 59% επισκέπτονταν το ιατρείο 2-3 φορές το χρόνο. Το 52% δήλωσε να λαμβάνει πολύ πιστά την φαρμακευτική θεραπεία του και το 31% είχε αϋπνίες.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά (n=100)	
Κλινικά χαρακτηριστικά	N (%)
Ηλικία Διάγνωσης	
<18	39(39.0%)
18-29	38(38.0%)
30-40	11(11.0%)
41-50	5(5.0%)
51-60	6(6.0%)
61-70	0(0.0%)
>70	1(1.0%)
Συχνότητα κρίσεων τους τελευταίους 12 μήνες	
Καμία	22(22.0%)
1-2	48(48.0%)
3-5	22(22.0%)
6-9	5(5.0%)
10-15	1(1.0%)
>15	2(2.0%)
Έχετε νοσηλευτεί τα τελευταία 2 έτη λόγω κρίσεων;	
Ναι	30(30.0%)
Όχι	70(70.0%)
Φαρμακευτική θεραπεία	
Μονοθεραπεία	65(65.0%)
Πολυθεραπεία	35(35.0%)
Παρενέργειες λόγω φαρμακευτικής θεραπείας	
Ναι	17(17.0%)
Όχι	83(83.0%)
Άλλο νόσημα	
Ναι	28(28.0%)
Όχι	72(72.0%)
Συχνότητα επισκέψεων στο ιατρείο ετησίως	
0-1	30(30.0%)
2-3	59(59.0%)
>3	11(11.0%)
Πιστεύετε ότι λαμβάνετε πιστά τη φαρμακευτική θεραπεία;	
Πολύ	52(52.0%)
Μέτρια	32(32.0%)
Λίγο	11(11.0%)
Καθόλου	5(5.0%)
Έχετε αϋπνίες;	
Ναι	31(31.0%)
Όχι	40(40.0%)
Κάποιες φορές	29(29.0%)

Στον Πίνακα 3 παρατηρείται η κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις στάσεις και τις απόψεις.

Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους είχαν πολύ καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό (76% και 78%, αντίστοιχα) και το 27% διατηρούσε σχέσεις με άλλους ασθενείς.

Επιπλέον, το 48% πίστευε ότι εξαρτάται πολύ από τα άτομα πλησίον του κατά την διάρκεια μιας κρίσης, το 61% βίωνε άγχος για το ενδεχόμενο μιας επιληπτικής κρίσης στο περιβάλλον του, το 41% απέκρυπτε το πρόβλημά του και το 48% απέφευγε καταστάσεις κατά τις οποίες μια κρίση θα ήταν επικίνδυνη.

Το 33% δήλωσε ότι αντιμετώπιζε οικονομικές δυσκολίες λόγω του προβλήματος υγείας και το 29% διατηρούσε μαζί του ένα ενημερωτικό ιατρικό σημείωμα που περιγράφει την νόσο του.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις στάσεις και τις απόψεις (n=100)	
Στάσεις και απόψεις	N (%)
Σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό	
Πολύ καλή	76(76.0%)
Καλή	20(20.0%)
Μέτρια	4(4.0%)
Κακή	0(0.0%)
Σχέση με το ιατρικό προσωπικό	
Πολύ καλή	78(78.0%)
Καλή	17(17.0%)
Μέτρια	5(5.0%)
Κακή	0(0.0%)
Πιστεύετε ότι εξαρτάστε από τα άτομα πλησίον σας, κατά την διάρκεια μιας κρίσης;	
Πολύ	48(48.0%)
Μέτρια	26(26.0%)
Λίγο	14(14.0%)
Καθόλου	12(12.0%)
Διατηρείτε προσωπικές επαφές με άλλα άτομα που ανήκουν στην ίδια ομάδα με εσάς;	
Ναι	27(27.0%)
Όχι	73(73.0%)
Βιώνετε άγχος για το ενδεχόμενο μιας επιληπτικής κρίσης στο περιβάλλον σας;	
Ναι	61(61.0%)
Όχι	18(18.0%)
Κάποιες φορές	21(21.0%)
Αποκρύπτετε το πρόβλημά σας από το κοινωνικό περιβάλλον;	
Ναι	41(41.0%)
Όχι	34(34.0%)
Κάποιες φορές	25(25.0%)
Έχετε οικονομικές δυσκολίες λόγω του προβλήματος της υγείας σας;	
Ναι	33(33.0%)
Όχι	60(60.0%)
Κάποιες φορές	7(7.0%)
Διατηρείτε μαζί σας ένα ιατρικό σημείωμα που περιγράφει τη νόσο και γνωστοποιεί το πρόβλημα σε περίπτωση ανάγκης;	
Ναι	29(29.0%)
Όχι	55(55.0%)
Κάποιες φορές	16(16.0%)
Πιστεύετε ότι αποφεύγετε καταστάσεις κατά τις οποίες μια κρίση θα ήταν επικίνδυνη;	
Ναι	48(48.0%)
Όχι	52(52.0%)

2.1.2. Μέτρηση άγχους και κατάθλιψης

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 4, που αφορούν στο άγχος και στην κατάθλιψη των ασθενών, το 58% και 48% είχε βαθμολογία > 8, στην κλίμακα HADs. το οποίο δηλώνει ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Η μέση τιμή της βαθμολογίας για το άγχος των ασθενών ήταν 9.6 ± 4.5 και για την κατάθλιψη 8.7 ± 4.7 .

Πίνακας 4: Μέτρηση άγχους-κατάθλιψης ασθενών με επιληψία (n=100)			
	N (%)	MT(TA)	Διάμεσος (IQR)
Άγχος		9.6±4.5	9(7-13)
Όχι (HADs score 0-8)	42(42.0%)		
Ναι (HADs score >8)	58(58.0%)		
Κατάθλιψη		8.7±4.7	8(6-12)
Όχι (HADs score 0-8)	52(52.0%)		
Ναι (HADs score >8)	48(48.0%)		

MT: Μέση τιμή, TA: Τυπική Απόκλιση, IQR: Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος

2.2. Στατιστικά αποτελέσματα

2.2.1. Συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών με το άγχος

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τη συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών και του άγχους.

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του άγχους των ασθενών και την ηλικία ($p=0.002$), τη νοσηλεία λόγω κρίσης ($p=0.042$), το πόσο πιστά δήλωσαν να λαμβάνουν τη φαρμακευτική θεραπεία ($p=0.002$), το εάν απέκρυπταν το πρόβλημα ($p=0.044$), τις οικονομικές δυσκολίες ($p=0.034$) και το εάν είχαν αυπνίες ($p=0.001$).

Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 40 ετών είχαν μεγαλύτερο ποσοστό άγχους (65.8%) σε σχέση με τους νεότερους (53.2%).

Οι ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί λόγω κρίσης είχαν μεγαλύτερο ποσοστό άγχους (73.3%) σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν νοσηλευτεί (51.4%).

Ομοίως, μεγαλύτερα ποσοστά άγχους είχαν αυτοί που δήλωσαν ότι δεν ακολουθούσαν πιστά την φαρμακευτική θεραπεία (87.5%), αυτοί που απέκρυπταν το πρόβλημά τους (62.2%), αυτοί που αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες (65.2%) και αυτοί που είχαν αυπνίες (64%).

Πίνακας 5α: Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με το άγχος (n=100)			
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Άγχος		p-value
	Όχι N(%)	Ναι N(%)	
Φύλο			0.329
Άνδρας	17(48.6%)	18(51.4%)	
Γυναίκα	25(38.5%)	40(61.5%)	
Ηλικία			0.002
≤40	29(46.8%)	33(53.2%)	
>40	13(34.2%)	25(65.8%)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.080
Άγαμος	15(37.5%)	25(62.5%)	
Έγγαμος	23(53.5%)	20(46.5%)	
Διαζευγμένος/Χήρος	4(23.5%)	13(76.5%)	
Μορφωτικό Επίπεδο			0.247
Πρωτοβάθμια	3(30.0%)	7(70.0%)	
Δευτεροβάθμια	11(33.3%)	22(66.7%)	
Τριτοβάθμια	28(49.1%)	29(50.9%)	
Επάγγελμα			0.258
Άνεργος/ Οικιακά	7(28.0%)	18(72.0%)	
Φοιτητής/Συνταξιούχος	9(45.0%)	11(55.0%)	
Εργαζόμενος	26(47.3%)	29(52.7%)	
Παιδιά			0.501
Όχι	26(44.8%)	32(55.2%)	
Ναι	16(38.1%)	26(61.9%)	

Πίνακας 5β: Συσχέτιση των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με το άγχος (n=100)			
Κλινικά χαρακτηριστικά	Άγχος		p-value
	Όχι N(%)	Ναι N(%)	
Ηλικία διάγνωσης			0.596
<18	14(35.9%)	25(64.1%)	
18-29	17(44.7%)	21(55.3%)	
≥30	11(47.8%)	12(52.2%)	
Συχνότητα κρίσεων τους τελευταίους 12 μήνες			0.317
0	12(54.5%)	10(45.5%)	
1-2	17(35.4%)	31(64.6%)	
>2	13(43.3%)	17(56.7%)	
Νοσηλεία λόγω κρίσης, τα τελευταία 2 έτη			0.042
Ναι	8(26.7%)	22(73.3%)	
Όχι	34(48.6%)	36(51.4%)	
Φαρμακευτική θεραπεία			0.766
Μονοθεραπεία	28(43.1%)	37(56.9%)	
Πολυθεραπεία	14(40.0%)	21(60.0%)	
Παρενέργειες λόγω φαρμακευτικής θεραπείας			0.090
Ναι	4(23.5%)	13(76.5%)	
Όχι	38(45.8%)	45(54.2%)	
Άλλο νόσημα			0.090
Ναι	8(28.6%)	20(71.4%)	
Όχι	34(47.2%)	38(52.8%)	
Συχνότητα επισκέψεων στο ιατρείο ετησίως			0.860
0-1	13(43.3%)	17(56.7%)	
>1	29(41.4%)	41(58.6%)	
Πιστεύετε ότι λαμβάνετε πιστά τη φαρμακευτική θεραπεία;			0.002
Πολύ	30(57.7%)	22(42.3%)	
Μέτρια	10(31.3%)	22(68.8%)	
Λίγο/Καθόλου	2(12.5%)	14(87.5%)	
Έχετε αϋπνίες;			0.001
Ναι/ Κάποιες φορές	18(36.0%)	32(64.0%)	
Όχι	24(48.0%)	26(52.0%)	

Πίνακας 5γ: Συσχέτιση των στάσεων και των απόψεων των ασθενών με το άγχος (n=100)			
Στάσεις και απόψεις	Άγχος		p-value
	Όχι N(%)	Ναι N(%)	
Σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό			0.197
Πολύ καλή	35(46.1%)	41(53.9%)	
Καλή	6(30.0%)	14(70.0%)	
Σχέση με το ιατρικό προσωπικό			0.648
Πολύ καλή	32(41.0%)	46(59.0%)	
Καλή	8(47.1%)	9(52.9%)	
Πιστεύετε ότι εξαρτάστε από τα άτομα πλησίον σας, κατά την διάρκεια μιας κρίσης;			0.403
Πολύ	22(45.8%)	26(54.2%)	
Μέτρια	8(30.8%)	18(69.2%)	
Λίγο/Καθόλου	12(46.2%)	14(53.8%)	
Διατηρείτε προσωπικές επαφές με άλλα άτομα που ανήκουν στην ίδια ομάδα με εσάς;			0.286
Ναι	9(33.3%)	18(66.7%)	
Όχι	33(45.2%)	40(54.8%)	
Βιώνετε άγχος για το ενδεχόμενο μιας επιληπτικής κρίσης στο περιβάλλον σας;			0.070
Ναι/Κάποιες φορές	25(31.6%)	54(68.4%)	
Όχι	17(81.0%)	4(19.0%)	
Αποκρύπτετε το πρόβλημά σας από το κοινωνικό περιβάλλον;			0.044
Ναι/Κάποιες φορές	31(37.8%)	51(62.2%)	
Όχι	11(61.1%)	7(38.9%)	
Έχετε οικονομικές δυσκολίες λόγω του προβλήματος της υγείας σας;			0.034
Ναι/Κάποιες φορές	23(34.8%)	43(65.2%)	
Όχι	19(55.9%)	15(44.1%)	
Διατηρείτε μαζί σας ένα ιατρικό σημείωμα που περιγράφει τη νόσο;			0.238
Ναι/ Κάποιες φορές	9(27.3%)	24(72.7%)	
Όχι	30(50.0%)	30(50.0%)	
Πιστεύετε ότι αποφεύγετε καταστάσεις κατά τις οποίες μια κρίση θα ήταν επικίνδυνη;			0.224
Ναι	16(35.6%)	29(64.4%)	
Όχι	26(47.3%)	29(52.7%)	

2.2.2. Συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών με την κατάθλιψη

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει τη συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών και της κατάθλιψης.

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της κατάθλιψης των ασθενών και το φύλο ($p=0.044$), την ηλικία ($p=0.001$), την οικογενειακή κατάσταση ($p=0.036$), το μορφωτικό επίπεδο ($p=0.003$), το επάγγελμα ($p=0.025$), το είδος της φαρμακευτικής θεραπείας ($p=0.029$), τις παρενέργειες ($p=0.041$), το εάν είχαν άλλο νόσημα ($p=0.003$), το πόσο πιστά δήλωσαν να λαμβάνουν τη φαρμακευτική θεραπεία ($p=0.002$), το εάν απέκρυπταν το πρόβλημά τους ($p=0.025$), τις οικονομικές δυσκολίες ($p=0.001$) και το εάν είχαν αυπνίες ($p=0.001$).

Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες ασθενείς είχαν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (55.4%) σε σχέση με τους άντρες (34.3%).

Οι ασθενείς άνω των 40 ετών είχαν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (68.4%) σε σχέση με τους νεότερους (35.5%).

Οι διαζευγμένοι ασθενείς είχαν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (76.5%) σε σχέση με τους άγαμους και έγγαμους (42.5% και 41.9%, αντίστοιχα).

Οι ασθενείς με πρωτοβάθμια εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (90%) σε σχέση με τους ασθενείς με δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση (57.6% και 35.1% αντίστοιχα).

Οι άνεργοι ασθενείς είχαν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (68%) σε σχέση με τους συνταξιούχους και εργαζόμενους (55% και 36.4%, αντίστοιχα).

Ομοίως, μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης είχαν αυτοί που λάμβαναν πολυθεραπεία (62.9%), αυτοί που είχαν παρενέργειες και άλλο νόσημα (70.6% και 71.4%, αντίστοιχα), αυτοί που δεν ακολουθούσαν πιστά τη φαρμακευτική θεραπεία (81.3%), αυτοί που απέκρυπταν το πρόβλημά τους (56.1%), αυτοί που αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες (69.7%) και αυτοί που είχαν αυπνίες (63.3%).

Πίνακας 6α: Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την κατάθλιψη (n=100)			
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Κατάθλιψη		p-value
	Όχι N(%)	Ναι N(%)	
Φύλο			0.044
Ανδρας	23(65.7%)	12(34.3%)	
Γυναίκα	29(44.6%)	36(55.4%)	
Ηλικία			0.001
≤40	40(64.5%)	22(35.5%)	
>40	12(31.6%)	26(68.4%)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.036
Άγαμος	23(57.5%)	17(42.5%)	
Έγγαμος	25(58.1%)	18(41.9%)	
Διαζευγμένος/Χήρος	4(23.5%)	13(76.5%)	
Μορφωτικό Επίπεδο			0.003
Πρωτοβάθμια	1(10.0%)	9(90.0%)	
Δευτεροβάθμια	14(42.4%)	19(57.6%)	
Τριτοβάθμια	37(64.9%)	20(35.1%)	
Επάγγελμα			0.025
Ανεργος/ Οικιακά	8(32.0%)	17(68.0%)	
Φοιτητής/Συνταξιούχος	9(45.0%)	11(55.0%)	
Εργαζόμενος	35(63.6%)	20(36.4%)	
Παιδιά			0.119
Όχι	34(58.6%)	24(41.4%)	
Ναι	18(42.9%)	24(57.1%)	

Πίνακας 6β: Συσχέτιση των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την κατάθλιψη (n=100)			
Κλινικά χαρακτηριστικά	Κατάθλιψη		p-value
	Όχι N(%)	Ναι N(%)	
Ηλικία διάγνωσης			0.331
<18	17(43.6%)	22(56.4%)	
18-29	23(60.5%)	15(39.5%)	
≥30	12(52.2%)	11(47.8%)	
Συχνότητα κρίσεων τους τελευταίους 12 μήνες			0.214
0	15(68.2%)	7(31.8%)	
1-2	22(45.8%)	26(54.2%)	
>2	15(50.0%)	15(50.0%)	
Νοσηλεία λόγω κρίσης τα τελευταία 2 έτη			0.116
Ναι	12(40.0%)	18(60.0%)	
Όχι	40(57.1%)	30(42.9%)	
Φαρμακευτική θεραπεία			0.029
Μονοθεραπεία	39(60.0%)	26(40.0%)	
Πολυθεραπεία	13(37.1%)	22(62.9%)	
Παρενέργειες λόγω φαρμακευτικής θεραπείας			0.041
Ναι	5(29.4%)	12(70.6%)	
Όχι	47(56.6%)	36(43.4%)	
Άλλο νόσημα			0.003
Ναι	8(28.6%)	20(71.4%)	
Όχι	44(61.1%)	28(38.9%)	
Συχνότητα επισκέψεων στο ιατρείο ετησίως			0.861
0-1	16(53.3%)	14(46.7%)	
>1	36(51.4%)	34(48.6%)	
Πιστεύετε ότι λαμβάνετε πιστά τη φαρμακευτική θεραπεία;			0.002
Πολύ	35(67.3%)	17(32.7%)	
Μέτρια	14(43.8%)	18(56.3%)	
Λίγο/Καθόλου	3(18.8%)	13(81.3%)	
Έχετε αϋπνίες;			0.001
Ναι/ Κάποιες φορές	22(36.7%)	38(63.3%)	
Όχι	30(75.0%)	10(25.0%)	

Πίνακας 6γ: Συσχέτιση των στάσεων και των απόψεων των ασθενών με την κατάθλιψη (n=100)			
Στάσεις και απόψεις	Κατάθλιψη		p-value
	Όχι N(%)	Ναι N(%)	
Σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό			0.489
Πολύ καλή	39(51.3%)	37(48.7%)	
Καλή	12(60.0%)	8(40.0%)	
Σχέση με το ιατρικό προσωπικό			0.315
Πολύ καλή	40(51.3%)	38(48.7%)	
Καλή	11(64.7%)	6(35.3%)	
Πιστεύετε ότι εξαρτάστε από τα άτομα πλησίον σας, κατά την διάρκεια μιας κρίσης;			0.796
Πολύ	24(50.0%)	24(50.0%)	
Μέτρια	13(50.0%)	13(50.0%)	
Λίγο/Καθόλου	15(57.7%)	11(42.3%)	
Διατηρείτε προσωπικές επαφές με άλλα άτομα που ανήκουν στην ίδια ομάδα με εσάς;			0.069
Ναι	10(37.0%)	17(63.0%)	
Όχι	42(57.5%)	31(42.5%)	
Βιώνετε άγχος για το ενδεχόμενο μιας επιληπτικής κρίσης στο περιβάλλον σας;			0.058
Ναι/Κάποιες φορές	39(47.6%)	43(52.4%)	
Όχι	13(72.2%)	5(27.8%)	
Αποκρύπτετε το πρόβλημά σας από το κοινωνικό περιβάλλον;			0.025
Ναι/Κάποιες φορές	29(43.9%)	37(56.1%)	
Όχι	23(67.6%)	11(32.4%)	
Έχετε οικονομικές δυσκολίες λόγω του προβλήματος της υγείας σας;			0.001
Ναι/Κάποιες φορές	10(30.3%)	23(69.7%)	
Όχι	40(66.7%)	20(33.3%)	
Διατηρείτε μαζί σας ένα ιατρικό σημείωμα που περιγράφει τη νόσο;			0.573
Ναι/Κάποιες φορές	22(48.9%)	23(51.1%)	
Όχι	30(54.5%)	25(45.5%)	
Πιστεύετε ότι αποφεύγετε καταστάσεις κατά τις οποίες μια κρίση θα ήταν επικίνδυνη;			0.423
Ναι	24(48.0%)	26(52.0%)	
Όχι	28(56.0%)	22(44.0%)	

2.3.Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στο άγχος και την κατάθλιψη

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το άγχος και την κατάθλιψη για να εκτιμηθεί η επίδραση των χαρακτηριστικών στο άγχος και την κατάθλιψη των ασθενών με επιληψία.

Στον πίνακα 7 παρατηρείται ότι, οι ασθενείς που δεν είχαν αυπνίες είχαν 82% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν άγχος σε σχέση με αυτούς που είχαν αυπνίες (OR=0.18 [95% ΔΕ:0.05-0.68], p=0.012).

Στον πίνακα 8 οι γυναίκες ασθενείς είχαν 10 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες (OR=10.49 [95% ΔΕ: 1.31- 84.14], p=0.027).

Ασθενείς με πολυθεραπεία είχαν 6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους ασθενείς με μονοθεραπεία (OR=6.15 [95% ΔΕ: 1.11- 34.10], p=0.038). Ασθενείς που δεν είχαν παρενέργειες της αγωγής είχαν 98% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν παρενέργειες (OR=0.02 [95% ΔΕ:0.00-0.65], p=0.027).

Πίνακας 7: Επίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών στο άγχος (n=100)		
	Άγχος OR (95%ΔΕ)	p-value
Ηλικία		
≤40	Κατ.Αναφ.	
>40	0.55(0.15- 1.97)	0.358
Νοσηλεία λόγω κρίσης τα τελευταία 2 έτη		
Ναι	Κατ.Αναφ.	
Όχι	1.50(0.38- 5.90)	0.562
Πιστεύετε ότι λαμβάνετε πιστά την φαρμακευτική θεραπεία;		
Πολύ	Κατ.Αναφ.	
Μέτρια	2.14(0.60- 7.61)	0.239
Λίγο/Καθόλου	0.45(0.04- 4.57)	0.496
Αποκρύπτετε το πρόβλημά σας από το κοινωνικό περιβάλλον;		
Ναι/Κάποιες φορές	Κατ.Αναφ.	
Όχι	0.85(0.24- 2.96)	0.795
Έχετε οικονομικές δυσκολίες λόγω του προβλήματος της υγείας σας;		
Ναι/Κάποιες φορές	Κατ.Αναφ.	
Όχι	0.53(0.12- 2.29)	0.395
Έχετε αυπνίες;		
Ναι/ Κάποιες φορές	Κατ.Αναφ.	
Όχι	0.18(0.05- 0.68)	0.012

Πίνακας 8: Επίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κατάθλιψη (n=100)		
	Κατάθλιψη OR(95% ΔΕ)	p-value
Φύλο		
Άνδρας	Κατ.Αναφ.	
Γυναίκα	10.49(1.31- 84.14)	0.027
Ηλικία		
≤40	Κατ.Αναφ.	
>40	0.73(0.04- 14.17)	0.834
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	Κατ.Αναφ.	
Έγγαμος	4.65(0.38- 56.49)	0.228
Διαζευγμένος/Χήρος	34.01(0.47- 2438.26)	0.106
Μορφωτικό Επίπεδο		
Πρωτοβάθμια	Κατ.Αναφ.	
Δευτεροβάθμια	1.84(0.02- 165.55)	0.791
Τριτοβάθμια	4.75(0.03- 783.45)	0.550
Επάγγελμα		
Άνεργος/ Οικιακά	Κατ.Αναφ.	
Φοιτητής/Συνταξιούχος	13.21(0.63- 275.14)	0.096
Εργαζόμενος	0.94(0.10- 8.75)	0.959
Θεραπεία		
Μονοθεραπεία	Κατ.Αναφ.	
Πολυθεραπεία	6.15(1.11- 34.10)	0.038
Παρενέργειες λόγω αγωγής		
Ναι	Κατ.Αναφ.	
Όχι	0.02(0.00- 0.65)	0.027
Άλλο νόσημα		
Ναι	Κατ.Αναφ.	
Όχι	0.71(0.03- 18.31)	0.836
Πιστεύετε ότι λαμβάνετε πιστά τη φαρμακευτική θεραπεία;		
Πολύ	Κατ.Αναφ.	
Μέτρια	2.20(0.33- 14.79)	0.416
Λίγο/Καθόλου	0.52(0.01- 23.57)	0.735
Αποκρύπτετε το πρόβλημά σας από το κοινωνικό περιβάλλον;		
Ναι/Κάποιες φορές	Κατ.Αναφ.	
Όχι	0.66(0.08- 5.16)	0.694
Έχετε οικονομικές δυσκολίες λόγω του προβλήματος της υγείας σας;		
Ναι/Κάποιες φορές	Κατ.Αναφ.	
Όχι	0.31(0.05- 2.00)	0.216
Έχετε αϋπνίες;		
Ναι/ Κάποιες φορές	Κατ.Αναφ.	
Όχι	1.28(0.17- 9.53)	0.810

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας φάνηκε ότι, το 58% και το 48% των συμμετεχόντων βίωνε άγχος και κατάθλιψη, αντίστοιχα. Ομοίως, αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους βρέθηκαν στο 21.7% και 12.7% ασθενών με επιληψία (n=189), αντίστοιχα.⁸³

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η έρευνα των Munger Clary και συν.,⁷² οι οποίοι διερεύνησαν 250 ενήλικες ασθενείς με επιληψία και έδειξαν ότι, το 46.1% του δείγματος βίωνε άγχος. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι, μόνο το 26% των συμμετεχόντων που βίωναν άγχος υψηλής έντασης ελάμβαναν αγχολυτικό φάρμακο. Οι παράγοντες που σχετίζονταν με το άγχος ήταν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η μη λευκή φυλή, η ισπανική μητρική γλώσσα, το προηγούμενο τραύμα στο κεφάλι και η πολυθεραπεία. Τονίζεται ότι στην παρούσα μελέτη βρέθηκε η πολυθεραπεία να συσχετίζεται με την κατάθλιψη και συγκεκριμένα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης είχαν όσοι ελάμβαναν πολυθεραπεία.

Η συχνότητα εμφάνισης του άγχους και της κατάθλιψης παρουσιάζει γεωγραφικές διακυμάνσεις. Συγχρονική μελέτη στην Αυστραλία που εκπονήθηκε από τους Lacey και συν.,⁸⁴ έδειξε, κατάθλιψη στο 44% του δείγματος (n=440). Μελέτη στην Αιθιοπία, σε 405 άτομα με επιληψία έδειξε επιπολασμό της κατάθλιψης στο 45.2%, εκ των οποίων το 29.6% βίωνε ήπια κατάθλιψη, το 14.8% μέτρια και το 0.8% σοβαρή κατάθλιψη.⁸⁵ Μελέτη σε Ελληνικό πληθυσμό στη Βορειοδυτική Ελλάδα έδειξε ότι, οι ασθενείς με επιληψία είχαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης και φτωχότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.⁵²

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στους ασθενείς με επιληψία που διαβιώνουν στην κοινότητα ανέρχεται στο 23.1%.^{86,87} Οι ασθενείς με επιληψία βιώνουν κατάθλιψη δυο ή τρεις φορές περισσότερο συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.⁸⁸ Το ποσοστό κατάθλιψης σε ασθενείς με επιληψία είναι σημαντικά υψηλότερο από το ποσοστό κατάθλιψης σε ασθενείς με άλλες χρόνιες ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή το άσθμα.⁸⁵

Σύμφωνα με τους Li και συν.,⁶⁸ το γυναικείο φύλο, η άγαμη κατάσταση, η συχνότητα επιληπτικών κρίσεων, η εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων τους τελευταίους 6 μήνες αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα των Li και συν.,⁶⁸ είναι παρόμοια με αυτά της παρούσας μελέτης η οποία έδειξε μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης στις γυναίκες και στους διαζευγμένους συμμετέχοντες.

Πλήθος παραγόντων πυροδοτούν το άγχος και την κατάθλιψη, εκ των οποίων οι κυριότεροι θεωρούνται οι αιφνίδιες και επαναλαμβανόμενες κρίσεις που μειώνουν τα ψυχικά και σωματικά αποθέματα του κάθε ασθενή, επηρεάζοντας αρνητικά την υγεία, την παραγωγικότητα και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.⁸⁹

Εκτός από τους ασθενείς, η κατάθλιψη και το άγχος ως κοινές συννοσηρότητες της επιληψίας έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην οικογένεια και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, η κατάθλιψη σχετίζεται με σημαντική επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας λόγω των αυξημένων δαπανών ενώ αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου και νοσηρότητας.⁹⁰ Ο συνδυασμός άγχους-κατάθλιψης αυξάνει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και ευθύνεται για φτωχή ποιότητα ζωής σε σύγκριση με ασθενείς που δεν εκδηλώνουν αυτή τη ψυχική νοσηρότητα.⁵²

Η κατάθλιψη και η επιληψία βρίσκονται υπό σχέση αλληλεπίδρασης. Για παράδειγμα, έως το 60% των επιληπτικών ασθενών εμφανίζουν κατάθλιψη ενώ στον αντίποδα η παρουσία κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο επιληψίας έως και 3-7 φορές.⁸⁵ Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης είναι αυξημένη τόσο πριν όσο και μετά τη διάγνωση της επιληψίας, γεγονός, που ενισχύει την πεποίθηση ότι η σχέση μεταξύ τους είναι αμφίδρομη.⁸⁴

Παρότι, η σημασία της διάγνωσης και της θεραπείας του άγχους και της κατάθλιψης στην επιληψία αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο στη σύγχρονη βιβλιογραφία εντούτοις στην κλινική πρακτική, συχνά υπο-διαγιγνώσκονται και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζονται. Η εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα με επιληψία απαιτεί έγκαιρη διάγνωση καθώς επηρεάζει αρνητικά σημαντικούς παράγοντες στη ζωή ενός ασθενούς, όπως προσαρμογή στην επιληψία, αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα, απώλεια ελέγχου στη ζωή τους λόγω της εμφάνισης απρόσμενων επιληπτικών κρίσεων, έλλειψη κοινωνικής στήριξης και ανάγκη για ουσιαστικές προσαρμογές στον τρόπο ζωής.^{91,92}

Τα ερωτηματολόγια ως εργαλείο μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης αποτελούν αφενός έναν εύκολο και άμεσο τρόπο αξιολόγησης των συμπτωμάτων αφετέρου είναι σωστό να εφαρμόζονται στην κλινική πρακτική σε συνδυασμό με την ιατρική εκτίμηση. Δεδομένου ότι, η συχνότητα εμφάνισης του άγχους και της κατάθλιψης παρουσιάζει γεωγραφικές διακυμάνσεις οι οποίες οφείλονται στη μεθοδολογία της έρευνας, στο μικρό δείγμα της εκάστοτε μελέτης ή ακόμα και στην τάση απόκρυψης της ίδιας της νόσου, καθίσταται πλέον ορατή η ανάγκη ενός έγκυρου

και παγκόσμια αποδεκτού ερωτηματολογίου το οποίο θα επιτρέψει συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών, σε παγκόσμια κλίμακα.^{93,94}

Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν κατάθλιψη στις γυναίκες, εύρημα που αποδίδεται στη διαφορά των ρόλων μεταξύ του φύλου. Πιθανόν, η επιληψία αποτελεί παράγοντα που αναχαιτίζει την ικανότητα των γυναικών να φροντίζουν την οικογένεια στο βαθμό που οι ίδιες επιθυμούν. Είναι γεγονός ότι, η ασθένεια επιβάλλει αλλαγές ρόλων, συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, οικονομική επιβάρυνση που πυροδοτούν ή ενισχύουν την κατάθλιψη. Οι Hajszan και συν.,⁹⁵ υποστηρίζουν ότι, η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης σε γυναίκες με επιληψία μπορεί να αντικατοπτρίζει μια κατάσταση ορμονικής ανεπάρκειας επειδή η επιληψία συνδέεται συχνά με προβλήματα στην αναπαραγωγική λειτουργία. Επειδή οι επιδράσεις των οιστρογόνων στη συναπτογένεση του ιππόκαμπου είναι παράλληλες με εκείνες των αντικαταθλιπτικών, φαίνεται ότι η απώλεια οιστρογόνων είναι ένας παράγοντας στην αιτιολογία των καταθλιπτικών διαταραχών. Ο ιππόκαμπος έχει κρίσιμο ρόλο τόσο στη δραστηριότητα των επιληπτικών κρίσεων όσο και στις διαταραχές της διάθεσης, γεγονός, που υποδηλώνει ότι η παθολογία σε αυτήν την περιοχή του εγκεφάλου μπορεί να παρέχει μια σύνδεση μεταξύ της επιληψίας και της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τους Gopinath και συν.,⁹⁶ οι συννοσηρότητες, τα χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης και το άγχος υψηλότερης έντασης εμφανίζονται περισσότερο συχνά στο γυναικείο φύλο. Συγκριτικά με τους άνδρες, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στην εύρεση συντρόφων ζωής, αυξημένο κίνδυνο διαζυγίου, περισσότερα προβλήματα στο γάμο και στην εργασία ακόμη και όταν τα κλινικά προφίλ των συνδρόμων της επιληψίας είναι παρόμοια.

Οι Liu και συν.,⁹⁷ παρατήρησαν διαφορές ως προς το φύλο, όπου οι άνδρες με επιληψία που βίωναν άγχος ήταν πιο πιθανό να έχουν διαταραχές ύπνου ενώ το άγχος στις γυναίκες σχετιζόταν με την συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων. Το μορφωτικό επίπεδο και η φτωχή κοινωνική λειτουργικότητα αποτελούσαν δείκτες κατάθλιψης σε άνδρες αλλά όχι σε γυναίκες. Το εύρημα ότι, το άγχος σχετιζόταν με τη συχνότητα επιληπτικών κρίσεων στις γυναίκες εν μέρει εξηγείται από το υψηλότερο επίπεδο ψυχολογικής επιβάρυνσης των γυναικών. Τονίζεται ότι, η διατήρηση μιας θετικής και αισιόδοξης στάσης συμβάλλουν στη μείωση του άγχους στο γυναικείο πληθυσμό.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, τα άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών βίωναν άγχος και κατάθλιψη. Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι ότι, αυτά τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι αδυνατούν να επιτελέσουν πρωτότερους λειτουργικούς ρόλους ή

να ακολουθήσουν δραστηριότητες που τους ευχαριστούσαν, βιώνουν άγχος και κατάθλιψη. Δεδομένου ότι, η συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης αυξάνεται με την ηλικία σε συνδυασμό με το γεγονός ότι, ο πληθυσμός της γης γερνάει, αναμένεται τα άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών να απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας στο μέλλον. Σύμφωνα με τους Acharya και συν.,⁹⁸ ένας επιπλέον λόγος που οι ασθενείς άνω των 40 ετών βιώνουν κατάθλιψη είναι η υποδιάγνωση της ίδιας της επιληψίας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, η εσφαλμένη ερμηνεία των ευρημάτων του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος και η απουσία εξειδικευμένων ιατρών στη διαγνωστική διαδικασία. Εκτός από τις δυσκολίες της διάγνωσης επιληψίας, άλλα σημαντικά θέματα που απασχολούν τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είναι η πολυφαρμακία, οι χειρουργικές επιλογές θεραπείας, όπως επίσης οι συννοσηρότητες και η θέση της επιληψίας στο ευρύτερο δίκτυο κοινωνικής φροντίδας.⁹⁹

Αντιθέτως, οι Escoffery και συν.,¹⁰⁰ υποστηρίζουν ότι, οι συμπεριφορές όσον αφορά στην ασφάλεια, στην ευεξία και στη θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματικές σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα. Πιθανόν αυτή η διαφορά αντανακλά το έλλειμμα ως προς την αυτοδιαχείριση της επιληψίας και τις δεξιότητες που πρέπει να αναπτύξουν αυτά τα άτομα προκειμένου να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι, τα άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών είχαν μικρότερες δυσκολίες στη μνήμη, λιγότερους περιορισμούς στην εργασία και στις επιδράσεις της αντιεπιληπτικής αγωγής καθώς και στην καθημερινή ζωή σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα άτομα.

Στην παρούσα μελέτη οι διαζευγμένοι ασθενείς βίωναν κατάθλιψη γεγονός το οποίο πιθανόν αποδίδεται στην έλλειψη στήριξης, συντροφικότητας και επικοινωνίας με τον/την σύντροφο. Πράγματι, η έλλειψη στήριξης έχει αρνητικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία. Στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία, η οικογένεια εξακολουθεί να αποτελεί το πλαίσιο όπου το άτομο καλύπτει τις βιολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Η μελέτη των Tedrus και συν.,¹⁰¹ σε 252 ασθενείς έδειξε ότι, η ψυχιατρική συννοσηρότητα και η μεγαλύτερη διάρκεια της επιληψίας σχετίζονται θετικά με το διαζύγιο, το οποίο ενισχύει το σπουδαίο ρόλο της στήριξης. Ο γάμος είναι λιγότερο συχνός στην επιληψία συγκριτικά με ασθενείς με άλλα χρόνια νοσήματα ή το γενικό πληθυσμό. Στην επιληψία παρατηρούνται τα υψηλότερα ποσοστά διαζυγίου. Επιπλέον, οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να φανερώσουν την επιληψία στους μελλοντικούς συζύγους.¹⁰¹ Οι Wada και συν.,¹⁰² υποστηρίζουν ότι, η απόκρυψη της επιληψίας είναι ένα σημαντικό θέμα διότι είναι δυνατόν να οδηγήσει σε

διαζύγιο όταν μετά το γάμο αποκαλύπτονται οι επιληπτικές κρίσεις ή η αναγκαία λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η επιληψία απαιτεί μακρόχρονη παρακολούθηση και κατά συνέπεια, είναι αδύνατον για τον ασθενή να συνεχίσει τη θεραπεία χωρίς να ενημερώσει τον/την σύζυγο. Ωστόσο, εάν κάποιος ασθενής παντρευτεί και κατόπιν προβεί σε ενημέρωση του/της συζύγου για την παρουσία της νόσου, διαταράσσει την ειλικρινή σχέση η οποία είναι σημαντική για τη διατήρηση του έγγαμου μου βίου.

Μελέτη των Motamedi και συν.,¹⁰³ σε 179 ασθενείς έδειξε ότι, το 39% των ασθενών που ζούσαν μόνοι τους αντιλαμβάνονταν την επιληψία ως εμπόδιο για να παντρευτούν με τον ιδανικό σύντροφο. Στην άλλη όψη του νομίσματος, όταν υπάρχει οικογένεια, η επιβάρυνση του φροντιστή (σωματική και ψυχική) σχετίζεται με την κατάθλιψη που βιώνουν τα άτομα με επιληψία.¹⁰⁴

Τα άτομα που ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης βίωναν κατάθλιψη. Μια πιθανή εξήγηση του ευρήματος είναι ότι, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δυσκολεύονται να κατανοήσουν την πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας, να αποδεχτούν τη νόσο και να συμμορφωθούν με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι πιθανόν να επιτείνουν μια ήδη εγκατεστημένη κατάθλιψη ή να προκαλέσουν την έναρξη της. Πράγματι, οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο μπορεί να έχουν φτωχές στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας, οι οποίες με τη σειρά τους οδηγούν σε μειωμένη ψυχοκοινωνική προσαρμογή.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η μελέτη των Engidaw και συν.,⁸⁸ οι οποίοι έδειξαν ότι, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η πολυθεραπεία σχετίζονταν με την κατάθλιψη. Άλλοι παράγοντες ήταν, η πρόωμη έναρξη της ασθένειας, η φτωχή κοινωνική στήριξη, το άγχος υψηλής έντασης και η συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, οι ασθενείς που αδυνατούν να διαβάσουν και να γράφουν έχουν περισσότερο από τέσσερις φορές την πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη συγκριτικά με εκείνους που ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή και άνω.

Στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, τα άτομα με επιληψία είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε διακρίσεις. Μελέτη στην Τανζανία, έδειξε ότι, τα άτομα με επιληψία είχαν χαμηλότερες ευκαιρίες στην απασχόληση, στην εκπαίδευση και στις σχέσεις με το άλλο φύλο. Ειδικότερα οι γυναίκες, τα άτομα με μεγαλύτερη λειτουργική αναπηρία και εκείνα με φτωχότερο έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων είναι περισσότερο ευάλωτα.¹⁰⁵ Απαιτείται επαγρύπνηση από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να παρέχουν

λεπτομερή πληροφόρηση στους ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο όπως επίσης να ενισχύουν την έκφραση αποριών ή παρανοήσεων αναφορικά με τη νόσο και τη θεραπεία αυτής. Τονίζεται δε, η σπουδαιότητα της αξιολόγησης των μαθησιακών αναγκών του κάθε ασθενή.

Από την πλευρά του ασθενή, η μειωμένη κατανόηση των οδηγιών σχετίζεται με αποτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης. Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να υιοθετούν ένα μοντέλο προσέγγισης βασισμένο στην καθοδήγηση και στη στήριξη του ασθενή σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη γνώση.¹⁰⁵

Οι άνεργοι ασθενείς είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψη σε σχέση με τους συνταξιούχους και τους εργαζόμενους. Μια συστηματική ανασκόπηση έδειξε ποσοστό απασχόλησης 58% στα άτομα με επιληψία.¹⁰⁶ Μελέτη των Motamedi και συν.,¹⁰³ σε 179 ασθενείς έδειξε ότι, περισσότεροι από τους μισούς εργαζόμενους αντιλαμβάνονταν την επιληψία ως εμπόδιο για την προώθηση της εργασίας τους.

Οι ασθενείς με επιληψία διατρέχουν κίνδυνο απρόβλεπτων καταστάσεων, δυνητικά απειλητικών για τη ζωή οι οποίες ευθύνονται για τις περιορισμένες ευκαιρίες απασχόλησης, τη μείωση του ρυθμού παραγωγικότητας στην εργασία, το χαμηλότερο εισόδημα, τις χαμηλότερες πιθανότητες εύρεσης συντρόφου ζωής και την κοινωνική περιθωριοποίηση. Συχνά, οι ασθενείς βιώνουν γνωστική εξασθένηση εξαιτίας των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.¹⁰⁷

Ένας σημαντικός λόγος που ευθύνεται για τις μειωμένες ευκαιρίες απασχόλησης είναι ο κίνδυνος του τραυματισμού λόγω πτώσης κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης. Οι Salas-Puig και συν.,¹⁰⁸ σε ένα δείγμα 406 ασθενών (47.5% γυναίκες) έδειξαν τουλάχιστον έναν τραυματισμό σχετιζόμενο με τονικο-κλονικές κρίσεις στο 59.6% κατά τους τελευταίους 12 μήνες, συχνότερα στο κεφάλι (35.5%).

Δυστυχώς, οι επιληπτικές κρίσεις αφενός δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν αφετέρου περιλαμβάνουν τραυματισμούς, το οποίο αποκαλύπτει το πρόβλημα στο περιβάλλον. Για παράδειγμα, έρευνα σε 200 ασθενείς έδειξε ότι, τα δύο πέμπτα είχαν υποστεί επιληπτικές κρίσεις κατά την εργασία. Οι περισσότεροι τραυματισμοί στην εργασία προκλήθηκαν από επιληπτικές κρίσεις που σημειώθηκαν τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Οι τύποι τραυματισμών που αναφέρθηκαν ήταν μώλωπες, εκδορές, και κατάγματα. Το ένα τέταρτο των ασθενών αυτών είχε εγκαταλείψει προηγούμενες δουλειές λόγω επιληψίας.¹⁰⁹ Η χρονική περίοδος που είναι ελεύθεροι από τις κρίσεις θα μπορούσε να είναι ένας παράγοντας που διευκολύνει τη συνέχεια της ζωής και της εργασίας. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Nozaki και συν.,¹¹⁰ το 87.9% (n=58) που

παρέμειναν ελεύθεροι κρίσεων μετά τη χειρουργική επέμβαση συνέχισαν να εργάζονται όπως πριν ή απέκτησαν νέα εργασία.

Στην παρούσα εργασία το 48% των συμμετεχόντων πίστευε ότι εξαρτάται από τα άτομα που ήταν πλησίον του κατά τη διάρκεια της κρίσης. Οι ασθενείς με επιληψία μπορεί να παρουσιάσουν καταθλιπτικές διαταραχές λόγω της αβεβαιότητας και της απροβλεψιμότητας της κρίσης, κυρίως κατά τη διάγνωση της επιληψίας ή σε περίπτωση φτωχού ελέγχου επιληπτικών κρίσεων παρά τη λήψη αντιεπιληπτικών φάρμακων.¹¹¹

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν να μην λαμβάνουν πιστά την αντιεπιληπτική αγωγή τους είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό άγχος και κατάθλιψη. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα έχουν εξελιχθεί πάρα πολύ κατά τις τελευταίες δεκαετίες και είναι πιο αποτελεσματικά, με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και καλύτερη ανοχή εκ μέρους των ασθενών. Ακόμη και αν απαιτούνται περισσότερα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, συνιστάται σταθερά η χρήση τους σε ασθενείς με κατάθλιψη. Εάν οι ασθενείς λαμβάνουν σωστά την φαρμακευτική τους αγωγή είναι σε θέση να συνεχίσουν να εργάζονται ή να σπουδάζουν και γενικώς να συνεχίζουν το ρυθμό ζωής τους. Αντιθέτως, τα άτομα που δεν λαμβάνουν σωστά τη φαρμακευτική αγωγή βιώνουν συνέπειες από επαναλαμβανόμενες κρίσεις.¹¹² Σημειώνεται ότι, απαιτείται διάκριση μεταξύ του άγχους που οφείλεται σε ανεπιθύμητες ενέργειες ενός αντιεπιληπτικού φαρμάκου και του άγχους που οφείλεται στον πανικό ή σε μια διαταραχή άγχους.¹¹³

Τα αποτελέσματα έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε όσους ελάμβαναν πολυθεραπεία και σε εκείνους που είχαν παρενέργειες. Η πολυθεραπεία σχετίζεται με φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και μείωση της ποιότητας ζωής. Εν συνεχεία, η αποτυχία συμμόρφωσης αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, τραυματισμών και καταγμάτων. Η ίδια η στάση των ασθενών καθορίζει έως ένα βαθμό της συμμόρφωση στη θεραπεία.¹¹⁴ Η πολυθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως εάν εμφανιστεί αντίσταση στη μονοθεραπεία και πρέπει να ξεκινά με χαμηλή δόση και στη συνέχεια να τιτλοποιείται σταδιακά στη δόση-στόχο.⁶ Η μονοθεραπεία αποτελεί την προτιμώμενη επιλογή προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων και να παραμένουν τα άτομα χωρίς επιληπτικές κρίσεις.⁶ Συγχρονική μελέτη σε 291 ασθενείς έδειξε ότι, οι 195 (67%) ελάμβαναν φαινοβαρβιτάλη και οι 97 (33.3%) ελάμβαναν φαινυτοΐνη. Τα φάρμακα αυτά ήταν τα

πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντιεπιληπτικά φάρμακα ως μονοθεραπεία ή συνδυαστική θεραπεία. Οι περίοδοι χωρίς επιληπτικές κρίσεις έχουν σημαντική σχέση με την φτωχή συμμόρφωση.¹¹⁵

Η αποτυχία κατανόησης της συμφωνηθείσας φαρμακευτικής αγωγής και της δοσολογίας αυτής ενδεχομένως να οφείλεται σε σφάλματα επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς.¹¹⁶

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, στην Ελλάδα παρατηρείται μη σωστή εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς που συνταγογραφούν φάρμακα. Μελέτη της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης κοινωνικής ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) έδειξε ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση φαρμάκων από οποιαδήποτε ιατρική ειδικότητα. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη των Γιαννόπουλος και συν.,¹¹⁷ συνταγογραφήθηκαν αντιεπιληπτικά φάρμακα σε 127.784 ασθενείς με επιληψία εκ των οποίων ο αριθμός των ειδικοτήτων που προτείνεται είναι ένας ενώ αντιθέτως ο αριθμός των ειδικοτήτων που τελικά συνταγογράφησαν ήταν σαράντα πέντε, όπως προέκυψε από τον αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Η εν λόγω παρέκκλιση στη συνταγογράφηση επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα φροντίδας και την προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Φαίνεται ότι, η σχέση επιληψίας και φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί περίπλοκο θέμα το οποίο αφορά τόσο τον ασθενή όσο και την ορθολογική συνταγογράφηση. Παρά την τοποθέτηση δημοσιονομικών περιορισμών και την καθιέρωση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από το 2011 φαίνεται ότι, υπάρχουν ακόμα εμπόδια στην πρόσβαση των ασθενών στην ενδεδειγμένη θεραπεία και στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.¹¹⁷

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι όσοι απέκρυπταν το πρόβλημα τους βίωναν άγχος και κατάθλιψη. Πράγματι, η επιβάρυνση της νόσου επηρεάζει το άτομο με επιληψία, την οικογένειά του και γενικότερα την κοινωνία. Όταν τα άτομα αποκρύπτουν το πρόβλημά τους, τότε ξεκλειδώνει μια σειρά αλυσιδωτών αρνητικών συνεπειών, που πυροδοτούν προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα όπως, άγχος και κατάθλιψη. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς βιώνουν απώλεια της αυτοπεποίθησης ή αμηχανία κατά τη συναναστροφή τους με άλλους και κατόπιν απομονώνονται από την κοινωνία και τους φίλους καθώς βιώνουν στιγματισμό. Ως αποτέλεσμα είναι δυνατόν να εκδηλώσουν συναισθηματική επιβάρυνση.¹¹⁸

Οι αλυσιδωτές αυτές αντιδράσεις επιτείνονται με τις ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων, εκ των οποίων οι κυριότερες είναι κόπωση, προβλήματα μνήμης, δυσκολία συγκέντρωσης, υπνηλία, δυσκολία στη σκέψη και νευρικότητα ή

διέγερση.¹¹⁹ Φαίνεται ότι, τόσο ο φόβος μιας επερχόμενης επιληπτικής κρίσης όσο και ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος αυτής προκαλεί άγχος και κατάθλιψη τα οποία μεγεθύνονται όταν προστεθεί ο φόβος κοινωνικού στιγματισμού, οι ανισότητες και η περιθωριοποίηση.¹¹² Μια έρευνα από την Αυστραλία έδειξε ότι, το 47% των ασθενών με επιληψία τεκμηριώνουν άδικη μεταχείριση στο χώρο εργασίας.¹¹⁷ Αυτός ο κύκλος αντιδράσεων μπορεί να εξηγήσει γιατί το ποσοστό αυτοκτονίας είναι υψηλό μεταξύ αυτών των ασθενών.¹²⁰

Μια μελέτη στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη έδειξε υψηλά επίπεδα κοινωνικού στίγματος σε ασθενείς με επιληψία που βιώνουν κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μόνο επιληψία. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι, ο χρόνος χωρίς επιληπτικές κρίσεις ήταν περίπου 6 (3-8) μήνες για τους ασθενείς που δεν βίωναν κοινωνικό στίγμα, 4 (3-6) μήνες για εκείνους που βίωναν ήπιο κοινωνικό στίγμα και 6 (4-9) για εκείνους με υψηλό κοινωνικό στίγμα. Ο μέσος χρόνος χωρίς επιληπτικές κρίσεις είναι σημαντικά διαφορετικός σε σχέση με το βαθμό έντασης του κοινωνικού στίγματος.⁹¹

Το κοινωνικό στίγμα όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα με κατάθλιψη, δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο στην επιληψία ο οποίος ενισχύει τη συνύπαρξη των δυο αυτών παραμέτρων (κατάθλιψη-κοινωνικό στίγμα). Οι ασθενείς που βιώνουν διπλό κοινωνικό στίγμα έχουν την τάση να αποκρύπτουν το πρόβλημα τους, φοβούμενοι τα αρνητικά στερεότυπα και τις προκαταλήψεις. Μελέτη που διερεύνησε τις πεποιθήσεις χρηστών του Διαδικτύου σε όλο τον κόσμο έδειξε ότι, μόνο το 7% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι, οι ψυχικές διαταραχές δύναται να ξεπεραστούν και μεταξύ 8% (χώρες υψηλού εισοδήματος) και 16% (χώρες χαμηλού εισοδήματος) πιστεύει ότι, τα ζητήματα ψυχικής υγείας είναι πιο σημαντικά από άλλα.¹¹⁹

Τα στερεότυπα είναι βαθιά ριζωμένα στη πεποίθηση του κοινωνικού συνόλου ανάλογα με τον πολιτισμό του. Επίσης, αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα εσωτερικεύουν την υποτίμηση από την κοινωνία. Αυτή ακριβώς η διαδικασία της εσωτερίκευσης είναι βασικό στοιχείο του κοινωνικού στιγματισμού όπου οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι αδυνατούν να αλλάξουν την κατάσταση και τελικά συντηρούν το ίδιο το κοινωνικό στίγμα οδηγούμενοι στην απόκρυψη του προβλήματος.¹²¹

Επιπλέον, το εύρημα ότι αποκρύπτουν το πρόβλημα της επιληψίας πιθανόν να σχετίζεται με άλλα αίτια που πηγάζουν από προγενέστερη ηλικία (ανάλογα με την ηλικία που ετέθη η διάγνωση) και συνοδεύουν τον ασθενή στην ενήλικη ζωή. Αυτή η υπόθεση δεν μπορεί να αναδειχθεί από την παρούσα συγχρονική μελέτη. Για

παράδειγμα, ένα παιδί με επιληψία αδυνατεί να συμμετάσχει στις δραστηριότητες της κοινωνικής ζωής διότι είτε μεγαλώνει σε οικογένεια με χαμηλούς οικονομικούς πόρους είτε οι γονείς του εγκαταλείπουν την εργασία τους προκειμένου να παρέχουν φροντίδα σε αυτό το παιδί. Ως συνέπεια, το παιδί αυτό αισθάνεται μειονεκτικά και μεταφέρει αυτό το συναίσθημα στην ενήλικη ζωή.

Σε πολλές χώρες του κόσμου η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη επηρεάζεται από το κοινωνικό στίγμα της επιληψίας. Για παράδειγμα, στην Ανατολική Αφρική, η επιληψία θεωρείται ότι οφείλεται σε δαιμονική κατοχή και ότι είναι μεταδοτική. Παρομοίως, στην Ασία υπάρχουν λανθασμένες αντιλήψεις ότι η επιληψία είναι κληρονομική, πεποίθηση που, οδηγεί σε δυσκολία γάμου ή εύρεση συντρόφου.¹²² Στην Κίνα, περίπου οι μισοί άνθρωποι θεωρούν την επιληψία ως «φοβερή» κατάσταση η οποία είναι κληρονομική και μη ιάσιμη.¹²³ Σε διάφορους πολιτισμούς, δυστυχώς επικρατούν ακόμα λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την επιληψία. Συγκεκριμένα, κάποιες οικογένειες αποτρέπουν τα παιδιά τους να παντρευτούν λόγω της πεποίθησης ότι, η επιληψία θα μεταδοθεί ως ασθένεια στα παιδιά τους ή θα αποτελέσει εμπόδιο προκειμένου να εκπληρώσουν προσωπικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς ρόλους.¹⁰¹

Δυστυχώς, ακόμα στην Ελλάδα, φαίνεται τα αρνητικά στερεότυπα να μην έχουν μειωθεί διότι όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, το 41% απέκρυπτε το πρόβλημα από το κοινωνικό περιβάλλον το οποίο πιθανόν να υποδηλώνει ότι, οι ασθενείς με επιληψία στην Ελλάδα βιώνουν κοινωνικό στίγμα ή αντιλαμβάνονται τη νόσο ως απειλή εάν την φανερώσουν.

Οι ασθενείς με επιληψία βιώνουν αίσθημα ντροπής από επιληπτικές κρίσεις και φόβο να αντιμετωπίσουν τη νόσο ή υποθέτουν ότι η ασθένειά τους θα υποτιμηθεί. Λόγω αυτής της στάσης, υιοθετούν τη στρατηγική κοινωνικής απομόνωσης και μυστικότητας που έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους και ενισχύει την αντίληψη του κοινωνικού στίγματος.⁹¹

Δεδομένου ότι, η συνύπαρξη επιληψίας και κατάθλιψης δεν παρουσιάζει γεωγραφικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς περιορισμούς καθώς παρόμοια στοιχεία έχουν αναφερθεί για χώρες χαμηλού εισοδήματος και υψηλού εισοδήματος είναι σημαντική η έγκαιρη αναγνώρισή τους. Οι κυβερνήσεις και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής όπως επίσης οι υπηρεσίες υγείας, οι οργανώσεις ασθενών, οι οικογένειες και το ευρύ κοινό πρέπει να γνωρίζουν το φαινόμενο του «διπλού στίγματος» (κατάθλιψη-επιληψία και κοινωνικό στίγμα) προκειμένου να αναπτύξουν εκστρατείες παρεμβάσεις προσαρμοσμένες σε αυτούς τους ασθενείς. Σημειώνεται ότι, ο Γάλλος κοινωνιολόγος

Emile Durkheim ήταν ο πρώτος που εξερεύνησε το στίγμα ως κοινωνικό φαινόμενο, όμως η συστηματική έρευνα για το κοινωνικό στίγμα στην ψυχική υγεία φαίνεται να ξεκίνησε τη δεκαετία του 1960 με τον Αμερικανό κοινωνιολόγο Erwin Goffman, ακολουθούμενο από τις δημοσιεύσεις των Thomas Schef και Bruce Link.¹²¹

Επιπλέον η παρούσα μελέτη έδειξε άγχος και κατάθλιψη στα άτομα που ανέφεραν αυπνίες. Μελέτη των Çilliler και συν.,¹²⁴ σε 75 άτομα με επιληψία έδειξε ότι, το 42.7% είχε φτωχή ποιότητα ύπνου, το 58.7% κόπωση, το 24% υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και το 74.7% κατάθλιψη.

Τα προβλήματα ύπνου εμφανίζονται συχνότερα στα άτομα με επιληψία συγκριτικά με τους υγιείς μάρτυρες.¹²⁴ Σε άνδρες με επιληψία, η φτωχή ποιότητα του ύπνου είναι παράγοντας εκδήλωσης διαταραχής άγχους.⁹⁷ Αντιθέτως, οι Karapinar και συν.,¹²⁶ διερεύνησαν 43 ασθενείς (μέση ηλικία 34.2±11.37 έτη) και 53 υγιείς μάρτυρες (μέση ηλικία 34.6±11.28 έτη). Οι ασθενείς με επιληψία εκδήλωσαν συχνότερα κατάθλιψη ενώ οι νυχτερινές κρίσεις, ο τύπος των κρίσεων και η φαρμακευτική αγωγή δεν είχαν καμία επίδραση στον ύπνο.

Οι διαταραχές του ύπνου, ιδιαίτερα η αϋπνία, μπορούν να προηγούνται, να συνυπάρχουν και να επιδεινώνουν τις ψυχικές διαταραχές. Από την άλλη πλευρά, οι διαταραχές του ύπνου μπορούν να μιμηθούν ψυχικές διαταραχές ή να προκύψουν από φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση αυτών.¹²⁷

Περιορισμοί της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη η δειγματοληψία ήταν ευκολίας η οποία όμως δεν είναι αντιπροσωπευτική του πληθυσμού των ασθενών με επιληψία στην Ελλάδα. Επιπλέον, η μελέτη ήταν συγχρονική το οποίο δεν επιτρέπει την ανάδειξη αιτιώδους σχέση μεταξύ άγχους-κατάθλιψης και χαρακτηριστικών των ασθενών. Υπάρχει απουσία διερεύνησης των χαρακτηριστικών σε άλλη χρονική στιγμή ή άλλη διαδοχική μέτρηση η οποία θα επέτρεπε συγκρίσεις. Επιπροσθέτως, η παρουσία άγχους-κατάθλιψης θα πρέπει να συνεκτιμάται με ψυχιατρική εκτίμηση και όχι μόνο με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Το δείγμα της μελέτης ήταν σχετικά μικρό παρότι αναδείχθηκαν αρκετά σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα. Η κλίμακα HADs αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο το οποίο θα συμβάλλει στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες ερευνητικές μελέτες σε παγκόσμια κλίμακα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης έδειξαν ότι, η ηλικία (άνω των 40 ετών), η νοσηλεία λόγω κρίσης, η μη σωστή λήψη της φαρμακευτικής θεραπείας, η απόκρυψη του προβλήματος, η ύπαρξη οικονομικών δυσκολιών και οι αϋπνίες σχετίζονται με το άγχος.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη ήταν η ηλικία (άνω των 40 ετών), το γυναικείο φύλο, η οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι), το μορφωτικό επίπεδο (πρωτοβάθμια εκπαίδευση), το επάγγελμα (άνεργοι), η πολυθεραπεία, οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, η ύπαρξη άλλου νοσήματος και οι αϋπνίες. Επιπλέον κατάθλιψη είχαν οι ασθενείς που δεν ακολουθούσαν πιστά την φαρμακευτική θεραπεία, που απέκρυπταν το πρόβλημά τους και όσοι αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες.

Τα αποτελέσματα θα διαφωτίσουν τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να παρέχουν ολιστική φροντίδα στους ασθενείς με επιληψία και να αξιολογούν συστηματικά την συν-νοσηρότητα άγχους-κατάθλιψης.

Παράλληλα, απαιτείται η ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών στην επιληψία. Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με άτομα με επιληψία συχνά δεν είναι ειδικευμένοι στην ανίχνευση ψυχολογικών συμπτωμάτων και ακόμη και όταν το κάνουν, συχνά αποτυγχάνουν να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα για περαιτέρω αξιολόγηση, διαχείριση και παραπομπή σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, η αντιμετώπιση της νόσου εστιάζεται όχι μόνο στον ασθενή αλλά γενικότερα και στην κοινωνία. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να μην αποκρύπτουν το πρόβλημα τους φοβούμενοι τον αρνητικό ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο.

Οι εκστρατείες ενημέρωσης των ασθενών με επιληψία μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα στην ευεξία και στα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Απαιτείται ύπαρξη κοινών εργαλείων μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης σε παγκόσμιο επίπεδο καθώς παρατηρείται ευρεία ετερογένεια μεταξύ των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών, η οποία αποδίδεται στις διαφορετικές μεθόδους εκτίμησης, όπως ερωτηματολόγια, κλινική αξιολόγηση ή διαγνωστικές κλίμακες.

Άγχος-Κατάθλιψη ασθενών με επιληψία

Περίληψη

Εισαγωγή: Η επιληψία αποτελεί χρόνια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες απρόκλητες επιληπτικές κρίσεις και επηρεάζει άτομα κάθε ηλικίας, φύλου, φυλής και κοινωνικής τάξης σε παγκόσμιο επίπεδο. **Σκοπός:** της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης ασθενών με επιληψία. **Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 εξωτερικοί ασθενείς με επιληψία. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης χρησιμοποιώντας την κλίμακα “The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)” στην οποία συμπεριελήφθησαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$. **Αποτελέσματα:** Από τους 100 συμμετέχοντες, 65% ήταν γυναίκες, 36% ήταν ηλικίας 31-40 ετών και το 31% ήταν έγγαμοι. Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά στο 38% η διάγνωση ετέθη στην ηλικία 18-29 ετών, το 59% ακολουθούσε τον περιοδικό έλεγχο στο ιατρείο κάθε 2 έως 3 φορές το χρόνο. Το 58% και 48% των ασθενών βίωναν άγχος και κατάθλιψη, αντίστοιχα. Άγχος και κατάθλιψη είχαν οι ασθενείς ηλικίας > 40 ετών ($p=0.002$ και $p=0.001$, αντίστοιχα), όσοι δήλωσαν ότι δεν ελάμβαναν πιστά τη φαρμακευτική θεραπεία ($p=0.002$ και $p=0.002$, αντίστοιχα), αυτοί που απέκρυπταν το πρόβλημά τους, ($p=0.044$ και $p=0.025$, αντίστοιχα), όσοι δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες ($p=0.034$ και $p=0.001$, αντίστοιχα) και όσοι είχαν αυπνίες ($p=0.001$ και $p=0.001$, αντίστοιχα). Επίσης, άγχος βίωναν οι ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί λόγω κρίσης ($p=0.042$) ενώ κατάθλιψη βίωναν οι γυναίκες ασθενείς ($p=0.044$), οι διαζευγμένοι ($p=0.036$), οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0.003$), οι άνεργοι ($p=0.025$), αυτοί που ελάμβαναν πολυθεραπεία ($p=0.029$), όσοι είχαν παρενέργειες ($p=0.041$) και όσοι είχαν άλλο νόσημα ($p=0.003$). **Συμπεράσματα:** Δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες όπως επίσης οι απόψεις των ασθενών σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη τα οποία θα πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά σε αυτό τον ευάλωτο πληθυσμό.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, κατάθλιψη, επιληψία, αντιεπιληπτικά φάρμακα

Anxiety-Depression in patients with epilepsy

Abstract

Introduction: Epilepsy is a chronic neurological disorder that is characterized by recurrent epileptic seizures and affects people of all ages, genders, races and social classes worldwide. The **aim** of this study was to explore the anxiety and depression of patients with epilepsy. **Material and methods:** The study sample consisted of 100 outpatients with epilepsy. Data were collected by the completion of the "The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADs)" which included patient characteristics. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** Out of 100 participants, 65% were women, 36% of them were aged between 31-40 years and 31% were married. In terms of clinical characteristics, in 38% the diagnosis was at the age of 18-29 years, 59% followed the periodic follow-up every 2 to 3 times a year. Furthermore, 58% and 48% of patients had anxiety and depression, respectively. Patients aged > 40 years had high levels of anxiety and depression, ($p=0.002$ and $p=0.001$, respectively), those who declared not to receive treatment ($p=0.002$ and $p=0.002$, respectively), those who concealed their problem ($p=0.044$ and $p=0.025$, respectively), those who did not face financial difficulties ($p=0.034$ and $p=0.001$, respectively), and those who had insomnia ($p=0.001$ and $p=0.001$ respectively). Also, patients who were hospitalized due to epileptic crisis ($p=0.042$) experienced anxiety while depression experienced, women patients ($p=0.044$), divorced ($p=0.036$), patients with primary education ($p=0.003$), the unemployed ($p=0.025$), those receiving multitherapy ($p=0.029$) those who had had side effects, ($p=0.041$) and those with another disease ($p=0.003$). **Conclusions:** Demographic, clinical characteristics and patients' attitudes are related to anxiety and depression and need systematic evaluation in this vulnerable group of population.

Keywords: Anxiety, depression, epilepsy, antiepileptic drugs

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon CS, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of international studies. *Neurology*. 2017;88(3):296-303.
2. Κωνσταντοπούλου Ε, Λυμπερίδου Μ, Γραμμτικόπουλος Η, Ροβίθης Μ, Λιναρδάκης Μ, Πανδής Δ, και συν. Καταγραφή και διερεύνηση της ποιότητας ζωής ενηλίκων ασθενών με επιληψία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2018;35(4):481-489.
3. Guerreiro CA. Epilepsy: Is there hope?. *Indian J Med Res*. 2016;144(5):657-660.
4. Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia*. 2010;51(5):883-890.
5. Vu LC, Piccenna L, Kwan P, O'Brien TJ. New-onset epilepsy in the elderly. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(10):2208-2217.
6. Copeland LA, Ettinger AB, Zeber JE, Gonzalez JM, Pugh MJ. Psychiatric and medical admissions observed among elderly patients with new-onset epilepsy. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:84.
7. Chen Z, Liew D, Kwan P. Excess mortality and hospitalized morbidity in newly treated epilepsy patients. *Neurology*. 2016; 87(7):718-725.
8. Mula M, Sander JW. Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach. *BJPsych Open*. 2016;2(4):270-274.
9. 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(6):1095-1103.
10. Song P, Liu Y, Yu X, Wu J, Poon AN, Demaio A, et al. Prevalence of epilepsy in China between 1990 and 2015: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2017;7(2):020706.
11. Scott RA, Lhatoo SD, Sander JW. The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bull World Health Organ*. 2001;79(4):344-51.
12. Sander JW. The use of antiepileptic drugs--principles and practice. *Epilepsia*. 2004;45(Suppl 6):28-34.

13. Ρούσσος Σ, Καστός Δ, Κουτελέκος Ι, Βασιλόπουλος Γ, Καπάδοχος Θ, Καλογιάννη Α, και συν. Επιληψία ενήλικων ασθενών: Περιγραφικά χαρακτηριστικά. *Περιεγχειρική Νοσηλευτική*. 2019;8(4):270-2.
14. Singh G, Sander JW. The global burden of epilepsy report: Implications for low- and middle-income countries. *Epilepsy Behav*. 2020;105:106949.
15. Τριανταφύλλου Ν. Εφαρμοσμένη κλινική νευρολογία. Εκδ., Βητα, Αθήνα, 2017.
16. Χαράτση-Γιωτάκη Ε. Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Εκδ., 2η. Εκδ., Πασχαλίδης, Ιωάννινα, 2014.
17. Βασιλόπουλος Δ. Νευρολογία. Εκδ., Πασχαλίδης, Κύπρος, 2016.
18. Μαρβάκη Χ, Καλογιάννη Α, Κοτανίδου Α, Παπαγεωργίου Δ. Επείγουσα Νοσηλευτική. Εκδ. 3η. Εκδ., Ίων, Αθήνα, 2012.
19. Aminoff JA, Greenberg DA, Simon RP. Κλινική Νευρολογία. Εκδ., Παρισιάνου, Αθήνα, 2007.
20. Burman RJ, Parrish RR. The Widespread Network Effects of Focal Epilepsy. *J Neurosci*. 2018;38(38):8107-8109.
21. Ung H, Cazares C, Nanivadekar A, Kini L, Wagenaar J, Becker D, et al. Interictal epileptiform activity outside the seizure onset zone impacts cognition. *Brain*. 2017;140(8):2157-2168.
22. Moseley BD, Sinha S, Meyer FB, Marsh WR, Britton JW. Long term outcomes in patients with preoperative generalized interictal epileptiform abnormalities following amygdalohippocampectomy. *Epilepsy Res*. 2012;99(1-2):171-175.
23. Vaugier L, Lagarde S, McGonigal A, Trébuchon A, Milh M, Lépine A, et al. The role of stereoelectroencephalography (SEEG) in reevaluation of epilepsy surgery failures. *Epilepsy Behav*. 2018;81:86-93.
24. Lemone P, Burke K, Bauldoff G. Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Επιμέλεια: Μπροκαλάκη-Πανανουδάκη Η. Εκδ., Λαγός, Αθήνα, 2011.
25. Pack AM. Epilepsy Overview and Revised Classification of Seizures and Epilepsies. *Continuum (Minneapolis)*. 2019;25(2):306-321.
26. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-521.

27. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-482.
28. Beghi E, Giussani G, Sander JW. The natural history and prognosis of epilepsy. *Epileptic Disord*. 2015;17(3):243-253.
29. Τσεμεντζής Σ. Επείγοντα Νευρολογικά και Νευροχειρουργικά Προβλήματα. Εκδ., Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007.
30. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. *Lancet*. 2019;393(10172):689-701.
31. Τριανταφύλλου Ν. Θεραπευτική των χρονίων νοσημάτων και συμπτωμάτων της νευρολογίας. Εκδ., Η γωνιά του βιβλίου, Αθήνα, 2010.
32. Engel J Jr. Evolution of concepts in epilepsy surgery. *Epileptic Disord*. 2019;21(5):391-409.
33. Anwar H, Khan QU, Nadeem N, Pervaiz I, Ali M, Cheema FF. Epileptic seizures. *Discoveries (Craiova)*. 2020;8(2):e110.
34. Παπαδημητρίου Γ, Λιάππας Ι, Λύκουρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδ., Βήτα, Αθήνα, 2013.
35. Αλεβίζος Β. Άγχος, Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Εκδ., Βήτα, Αθήνα, 2008.
36. Πολυκανδριώτη Μ, Κουτσοπούλου Β. Άγχος σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2014;13 (1):54-65.
37. Clark DM, Fairburn C.G. Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Chapter six: Panic disorder and social phobia. Oxford University Press, Oxford, 1997.
38. American Psychiatric Association. Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5. Μετάφραση -επιμέλεια: Κοτζαμάνης Κ. Εκδ., Λίτσας, Θεσσαλονίκη, 2015.
39. Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, Smith S, Goldstein RB, June Ruan W, et al. The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2007;37(7):1047-1059.
40. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(3):266-286.
41. Χατζημανώλης Γ. Άγχος Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήτα, Αθήνα, 2008.

42. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93-107.
43. Olkkola KT, Ahonen J. Midazolam and other benzodiazepines. *Handb Exp Pharmacol*. 2008;(182):335-360.
44. Μαδιανός Μ. Ψυχιατρική και αποκατάσταση. Εκδ., Καστανιώτη, Αθήνα, 2005.
45. Πολυκανδριώτη Μ, Στεφανίδου Σ. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το βήμα του Ασκληπιού. 2013;12(4):397-408.
46. Διαδικτυακή σελίδα: <http://www.encephalos.gr/full/47-1-01g.htm>. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-04-21.
47. Van Hees S, Siewe Fodjo JN, Wijtvliet V, Van den Bergh R, Faria de Moura Villela E, da Silva CF, et al. Access to healthcare and prevalence of anxiety and depression in persons with epilepsy during the COVID-19 pandemic: A multicountry online survey. *Epilepsy Behav*. 2020;112:107350.
48. Dehn LB, Pfäfflin M, Brückner S, Lutz MT, Steinhoff BJ, Mayer T, et al. Relationships of depression and anxiety symptoms with seizure frequency: Results from a multicenter follow-up study. *Seizure*. 2017;53:103-109.
49. Dworetzky BA. Worrying More About Anxiety in Patients With Epilepsy. *Epilepsy Curr*. 2017;17(6):353-354.
50. Kwon OY, Park SP. Depression and anxiety in people with epilepsy [published correction appears in *J Clin Neurol*. 2014;10(3):175-188.
51. Kumar N, Lhatoo R, Liu H, Colon-Zimmermann K, Tatsuoka C, Chen P, et al. Depressive Symptom Severity in Individuals With Epilepsy and Recent Health Complications. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(4):284-290.
52. Siarava E, Hyphantis T, Katsanos AH, Pelidou SH, Kyritsis AP, Markoula S. Depression and quality of life in patients with epilepsy in Northwest Greece. *Seizure*. 2019;66:93-98.
53. Josephson CB, Jetté N. Psychiatric comorbidities in epilepsy. *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(5):409-424.
54. Scott AJ, Sharpe L, Hunt C, Gandy M. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia*. 2017;58(6):973-982.
55. de Araújo Filho GM, Martins DP, Lopes AM, de Jesus Brait B, Furlan A, Oliveira C, et al. Oxidative stress in patients with refractory temporal lobe epilepsy and mesial temporal sclerosis: Possible association with major depressive disorder?. *Epilepsy Behav*. 2018;80:191-196.

56. 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.
57. 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.
58. Altura KC, Patten SB, Fiest KM, Atta C, Bulloch AG, Jetté N. Suicidal ideation in persons with neurological conditions: prevalence, associations and validation of the PHQ-9 for suicidal ideation. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;42:22-26.
59. Henning O, Nakken KO. [Epilepsy and depression]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2011;131(13-14):1298-1301.
60. Ettinger AB, Good MB, Manjunath R, Edward Faught R, Bancroft T. The relationship of depression to antiepileptic drug adherence and quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2014;36:138-143.
61. Guo Y, Ding XY, Lu RY, Shen CH, Ding Y, Wang S, et al. Depression and anxiety are associated with reduced antiepileptic drug adherence in Chinese patients. *Epilepsy Behav.* 2015;50:91-95.
62. van Campen JS, Jansen FE, de Graan PN, Braun KP, Joels M. Early life stress in epilepsy: a seizure precipitant and risk factor for epileptogenesis. *Epilepsy Behav.* 2014;38:160-171.
63. McKee HR, Privitera MD. Stress as a seizure precipitant: Identification, associated factors, and treatment options. *Seizure.* 2017;44:21-26.
64. Tuft M, Henning O, Nakken KO. Epilepsy and anxiety. *Epilepsi og angst. Tidsskr Nor Laegeforen.* 2018;138(17): 10.4045.
65. Stauder M, Vogel AC, Nirola DK, Tshering L, Dema U, Dorji C, et al. Depression, sleep quality, and social isolation among people with epilepsy in Bhutan: A cross-sectional study. *Epilepsy Behav.* 2020;112:107450.
66. Gnanavel S. Epilepsy and Depression: A Bidirectional Relationship. *J Neurosci Rural Pract.* 2017;8(Suppl 1):S5-S6.
67. Hesdorffer DC, Hauser WA, Olafsson E, Ludvigsson P, Kjartansson O. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures. *Ann Neurol.* 2006;59(1):35-41.

68. Li Q, Chen D, Zhu LN, Wang HJ, Xu D, Tan G, et al. Depression in people with epilepsy in West China: Status, risk factors and treatment gap. *Seizure*. 2019;66:86-92.
69. Triantafyllou N, Gatzonis S, Kararizou E, Papageorgiou CC. Patterns of depressive symptoms in epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(4):213-215.
70. Chaka A, Awoke T, Yohannis Z, Ayano G, Tareke M, Abate A, et al. Determinants of depression among people with epilepsy in Central Ethiopia. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17:27.
71. Zis P, Yfanti P, Siatouni A, Tavernarakis A, Gatzonis S. Determinants of depression among patients with epilepsy in Athens, Greece. *Epilepsy Behav*. 2014;33:106-109.
72. Munger Clary HM, Snively BM, Hamberger MJ. Anxiety is common and independently associated with clinical features of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;85:64-71.
73. Wang HJ, Tan G, Deng Y, He J, He YJ, Zhou D, et al. Prevalence and risk factors of depression and anxiety among patients with convulsive epilepsy in rural West China. *Acta Neurol Scand*. 2018;138(6):541-547.
74. Lee SJ, Kim JE, Seo JG, Cho YW, Lee JJ, Moon HJ, et al. Predictors of quality of life and their interrelations in Korean people with epilepsy: a MEPSY study. *Seizure*. 2014;23(9):762-768.
75. Tsegabrhan H, Negash A, Tesfay K, Abera M. Co-morbidity of depression and epilepsy in Jimma University specialized hospital, Southwest Ethiopia. *Neurol India*. 2014;62(6):649-655.
76. Kanner AM, Barry JJ, Gilliam F, Hermann B, Meador KJ. Depressive and anxiety disorders in epilepsy: do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug-related adverse events?. *Epilepsia*. 2012;53(6):1104-1108.
77. Pham T, Sauro KM, Patten SB, Wiebe S, Fiest K.M, Bulloch A, et al. The prevalence of anxiety and associated factors in persons with epilepsy. *Epilepsia*. 2017;58(8):e107-e110.
78. Narayanan J, Simon KC, Choi J, Dobrin S, Rubin S, Taber J, et al. Factors Affecting Cognition and Depression in Adult Patients with Epilepsy. *J Epilepsy Res*. 2019;9(2):103-110.
79. Zheng Y, Ding X, Guo Y, Chen Q, Wang W, Zheng Y, et al. Multidisciplinary management improves anxiety, depression, medication adherence, and quality of life

- among patients with epilepsy in eastern China: A prospective study. *Epilepsy Behav.* 2019;100(Pt A):106400.
80. Cui W, Zack MM, Kobau R, Helmers SL. Health behaviors among people with epilepsy--results from the 2010 National Health Interview Survey. *Epilepsy Behav.* 2015;44:121-126.
 81. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
 82. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry* 2008;7:4.
 83. Snoeijen-Schouwenaars FM, van Ool JS, Tan IY, Aldenkamp AP, Schelhaas HJ, Hendriksen JGM. Mood, anxiety, and perceived quality of life in adults with epilepsy and intellectual disability. *Acta Neurol Scand.* 2019;139(6):519-525.
 84. Lacey CJ, Salzberg MR, D'Souza WJ. What factors contribute to the risk of depression in epilepsy?--Tasmanian Epilepsy Register Mood Study (TERMS). *Epilepsia.* 2016;57(3):516-522.
 85. Biftu BB, Dachew BA, Tiruneh BT, Birhan Tebeje N. Depression among people with epilepsy in Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC Res Notes.* 2015;8:585.
 86. Josephson CB, Lowerison M, Vallerand I, Sajobi TT, Patten S, Jette N, et al. Association of Depression and Treated Depression With Epilepsy and Seizure Outcomes: A Multicohort Analysis. *JAMA Neurol.* 2017;74(5):533-539.
 87. Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, Wiebe S, Kaplan GG, Maxwell CJ, et al. Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2013;80(6):590-599.
 88. Engidaw NA, Bacha L, Kenea A. Prevalence of depression and associated factors among epileptic patients at Ilu Ababore zone hospitals, South West Ethiopia, 2017: a cross sectional study. *Ann Gen Psychiatry.* 2020; 19:19.
 89. Chen E, Sajatovic M, Liu H, Bukach A, Tatsuoka C, Welter E, et al. Demographic and Clinical Correlates of Seizure Frequency: Findings from the Managing Epilepsy Well Network Database. *J Clin Neurol.* 2018;14(2):206-211.
 90. Razzak HA, Harbi A, Ahli S. Depression: Prevalence and Associated Risk Factors in the United Arab Emirates. *Oman Med J.* 2019;34(4):274-282.

91. Suljic E, Hrelja A, Mehmedika T. Whether the Presence of Depressions Increases Stigmatization of People with Epilepsy? *Mater Sociomed.* 2018;30(4):265-269.
92. DiIorio C, Osborne Shafer P, Letz R, Henry T, Schomer DL, Yeager K. et al. The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003;4(3):259-267.
93. Fiest KM, Patten SB, Jetté N. Screening for Depression and Anxiety in Epilepsy. *Neurol Clin.* 2016;34(2):351-361.
94. Hingray C, McGonigal A, Kotwas I, Micoulaud-Franchi JA. The Relationship Between Epilepsy and Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(6):40.
95. Hajszan T, MacLusky NJ. Neurologic links between epilepsy and depression in women: is hippocampal neuroplasticity the key? *Neurology.* 2006;66(6 Suppl 3):S13-S22.
96. Gopinath M, Sarma PS, Thomas SV. Gender-specific psychosocial outcome for women with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2011;20(1):44-47.
97. Liu Z, Yin R, Fan Z, Fan H, Wu H, Shen B, Wu S, Kuang F. Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People With Epilepsy. *Front Psychiatry.* 2020;11:670.
98. Acharya JN, Acharya VJ. Epilepsy in the elderly: Special considerations and challenges. *Ann Indian Acad Neurol.* 2014;17(Suppl 1):S18-S26.
99. Sen A, Jette N, Husain M, Sander JW. Epilepsy in older people. *Lancet.* 2020;395(10225):735-748.
100. Escoffery C, McGee RE, Bamps Y, Helmers SL. Differences in epilepsy self-management behaviors among young and older adults. *Austin J Neurol Disord Epilepsy.* 2016;3:1015.
101. Tedrus GM, Fonseca LC, Pereira RB. Marital status of patients with epilepsy: factors and quality of life. *Seizure.* 2015;27:66-70.
102. Wada K, Iwasa H, Okada M, Kawata Y, Murakami T, Kamata A, Zhu G, et al. Marital status of patients with epilepsy with special reference to the influence of epileptic seizures on the patient's married life. *Epilepsia.* 2004;45 Suppl 8:33-36.
103. Motamedi M, Sahraian MA, Moshirzadeh S. Perceived impact of epilepsy in teaching hospitals of Tehran University. *Iran J Neurol.* 2011;10(3-4):43-45.
104. Han SH, Kim B, Lee SA. Korean QoL in Epilepsy Study Group. Contribution of the family environment to depression in Korean adults with epilepsy. *Seizure.* 2015;25:26-31.

105. Goodall J, Salem S, Walker RW, Gray WK, Burton K, Hunter E, et al. Stigma and functional disability in relation to marriage and employment in young people with epilepsy in rural Tanzania. *Seizure*. 2018;54:27-32.
106. Wo MC, Lim KS, Choo WY, Tan CT. Employability in people with epilepsy: A systematic review. *Epilepsy Res*. 2015;116:67-78.
107. Elger CE, Johnston SA, Hoppe C. Diagnosing and treating depression in epilepsy. *Seizure*. 2017;44:184-193.
108. Salas-Puig X, Iniesta M, Abraira L, Puig J. QUIN-GTC study group. Accidental injuries in patients with generalized tonic-clonic seizures. A multicenter, observational, cross-sectional study (QUIN-GTC study). *Epilepsy Behav*. 2019;92:135-139.
109. Nishida T, Terada K, Ikeda H, Inoue Y. Seizures, accidental injuries at work, and reasons for resignation in people with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2020;111:107237.
110. Nozaki T, Fujimoto A, Yamazoe T, Niimi K, Baba S, Yamamoto T. Freedom From Seizures Might Be Key to Continuing Occupation After Epilepsy Surgery. *Front Neurol*. 2021;12:585191.
111. Coppola G, Operto FF, Matricardi S, Verrotti A. Monitoring And Managing Depression In Adolescents With Epilepsy: Current Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:2773-2780.
112. Boling W, Means M, Fletcher A. Quality of Life and Stigma in Epilepsy, Perspectives from Selected Regions of Asia and Sub-Saharan Africa. *Brain Sci*. 2018;8(4):59.
113. Elger CE, Hoppe C. What is Depression in Epilepsy?. *Front Neurol*. 2011;2:79.
114. Elsayed MA, El-Sayed NM, Badi S, Ahmed MH. Factors affecting adherence to antiepileptic medications among Sudanese individuals with epilepsy: A cross-sectional survey. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(7):2312-2317.
115. Nasir BB, Berha AB, Gebrewold MA, Yifru YM, Engidawork E, Woldu MA. Drug therapy problems and treatment satisfaction among ambulatory patients with epilepsy in a specialized hospital in Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227359.
116. Mevaag M, Henning O, Baftiu A, Granas AG, Johannessen SI, Nakken KO, et al. Discrepancies between physicians' prescriptions and patients' use of antiepileptic drugs. *Acta Neurol Scand*. 2017;135(1):80-87.
117. Γιαννόπουλος Γ, Ποδηματάς Ι. Αναγκαίες κανονιστικές παρεμβάσεις στη συνταγογραφική πρακτική των ιατρών Η περίπτωση της χρήσης των ICD-10 στο

- σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2021;38(1):117-127.
118. Ashjazadeh N, Yadollahikhales G, Ayoobzadehshirazi A, Sadraii N, Hadi N. Comparison of the health-related quality of life between epileptic patients with partial and generalized seizure. *Iran J Neurol*. 2014;13(2):94-100.
119. Seeman N, Tang S, Brown AD, Ing A. World survey of mental illness stigma. *J Affect Disord*. 2016;190:115-121.
120. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol*. 2007;6(8):693-698.
121. Mula M, Kaufman KR. Double stigma in mental health: epilepsy and mental illness. *BJPsych Open*. 2020;6(4):e72.
122. Boling W. Diagnosis and Surgical Treatment of Epilepsy. *Brain Sci*. 2018;8(7):115.
123. Yang R, Wang W, Snape D, Chen G, Zhang L, Wu JZ, et al. Stigma of People with Epilepsy in China: Views of health professionals, teachers, employers and community leaders. *Epilepsy Behav*. 2011;21:261–266.
124. Çilliler AE, Güven B. Sleep quality and related clinical features in patients with epilepsy: A preliminary report. *Epilepsy Behav*. 2020;102:106661.
125. Latreille V, St Louis EK, Pavlova M. Co-morbid sleep disorders and epilepsy: A narrative review and case examples. *Epilepsy Res*. 2018;145:185-197.
126. Karapinar E, Yunusoğlu C, Tekin B, Dede HÖ, Bebek N, Baykan B, et al. Depression is a major determinant of sleep abnormalities in patients with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2020;78(12):772-777.
127. Sutton EL. Psychiatric disorders and sleep issues. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1123-1143.