МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ

„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“

Свети Николе – Битола – Р.С. Македонија



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

СТУДИСКА ПРОГРАМА:
КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

СТИЛОТ НА ЖИВОТ КАЈ ЛИЦАТА СО ЕПИЛЕПСИЈА

- МАГИСТЕРСКИ ТРУД -

Ментор: Доц.д-р Слаѓана Анѓлекоска **Студент: Марија Трајкоска**

Број на индекс: М193018

Битола, 2021

Содржина

КРАТЕНКИ 4
РЕЗИМЕ 5
ABSTRCT 8
ВОВЕД 10
1. ЕПИЛЕПСИЈА 11
1.1. Епидемиологија 13
1.2. Базични механизми на епилепсија 15
1.3. ЕТИОЛОШКИ ПРИЧИНИТЕЛИ НА ЕПИЛЕПСИЈАТА 17
1.4. ЕПИЛЕПТИЧНИ НАПАДИ 18
1.5. ПАРЦИЈАЛНИ НАПАДИ 19
1.5.1. Едноставни парцијални напади 19
1.5.2. Парцијални напади со комплекса симптоматологија 22
1.5.3. Секундарно генерализирани тонично – клонични напади 24
1.6. ГЕНЕРАЛИЗИРАНИ НАПАДИ 24
1.6.1. Генерализирани тонично – клонични напади 24
1.6.2. Абсанс напади 26
1.6.3. Миоклонични напади 27
1.6.4. Атонични напади 27
1.7. ЕПИЛЕПСИИ И ЕПИЛЕПТИЧНИ СИНДОРМИ 28
1.8. СТИЛОТ НА ЖИВОТ КАЈ ЛИЦАТА СО ЕПИЛЕПСИЈА 30
1.8.1. Модификациите на животниот стил 30
1.8.2. Влијанието на епилепсијата врз менталните способности 31
1.8.3. Влијанието на нападите врз нормалниот живот 31
1.8.4. Влијанието на трепкачките светла (светлината, филмските екрани, работата со компјутери) 32
1.8.5. Влијанието на нападите во спиење 34
1.8.6. Епилепсија и стрес 35
1.8.7. Влијание на епилепсијата врз женскиот организам 36
1.8.8. Односот на семејството кон пациентот 37
1.8.9. Трансгенерациското пренесување на епилепсијата 38
1.8.10. Состојбата на епилепсијата во текот на стареењето 39
1.8.11. Ментално здравје и стигматизација 39

2. ДОСЕГАШНИ ИСТРАЖУВАЊА 44
3. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 60
3.1. ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 61
3.2. ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 61
3.3. ЗАДАЧИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 61
3.4. ПОПУЛАЦИЈА И ПРИМЕРОК 62
3.5. ОРГАНИЗАЦИЈА И ТЕК НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 62
3.6. ВАРИЈАБЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 63
3.7. МЕТОДИ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 63
3.8. ХИПОТЕЗИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 64
3.9. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ 64
4. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ 66
5. ДИСКУСИИ 77
5.1. ПРЕПОРАКИ 81
5.2. ЗАКЛУЧОК 83
6. ЛИТЕРАТУРА 84
7. ПРИЛОЗИ 87

КРАТЕНКИ

СЗО	= Светска здравствена организација
МЛПЕ	= Меѓународна лига против епилепсија
ЕЕГ	= Електроенцефалографија
МКБ – 10	= Меѓународна класификација на болести
ЦНС	= Централен нервен систем
КЕС	= Конвулзивен епилептичен статус
АЕС	= Абсанс епилептичен статус
ЕСПК	= Епилептичен статус за парцијални комплексни напади
HRQOL	= Health-Related Quality of Life - Квалитет на живот поврзан со здравјето
ICTRP	= International Clinical Trials Registry Platform - Меѓународна платформа за регистрирање на клинички испитувања
QOLIE – 31	= Quality of Life in Epilepsy Inventory - Инвентар за квалитет на живот во епилепсија
QoL	= quality of life - квалитетот на животот
CI	= Continuous integration - Континуирана интеграција
ESMS	= Environmental and Social Management System - Систем за управување со животна средина и социјално управување
HOBSCOTCH	= Home Based Self-management and Cognitive Training Changes Lives - Домашно засновано самоуправување и когнитивна обука ги менува животите

РЕЗИМЕ

Трајкоска М. Епилепсија со стил на живот. Магистерски труд. Меѓинароден Славјански Универзитет "Гаврило Романович Державин": Битола, 2020; 1 – 90.

Вовед: Епилепсијата е нарушување на централниот нервен систем (невролошко) при кое мозочната активност станува абнормална, предизвикувајќи напади или периоди на невообичаено однесување, сензации и понекогаш губење на свеста.

Секој може да развие епилепсија. Епилепсијата влијае и на мажите и на жените од сите раси, етничко потекло и возраст.

Симптомите на напади можат да варираат во голема мера. Некои луѓе со епилепсија едноставно гледаат празно неколку секунди за време на нападот, додека други постојано ги грчат рацете или нозете. Да имате единечен напад не значи дека имате епилепсија. Најмалку две непровоцирани напади обично се потребни за дијагноза на епилепсија.

Третманот со лекови или понекогаш со хируршка интервенција може да ги контролира нападите кај поголемиот дел од луѓето со епилепсија. Некои луѓе бараат доживотно лекување за да ги контролираат нападите, но за други, нападите на крајот исчезнуваат. Некои деца со епилепсија може да ја надминат состојбата со возраста.

Цел: е да се испита влијанието на епилепсијата во стилот на живот. Колкаво влијание има значајната разлика на стилот на живот кај лица со епилепсија и колкаво влијание има значајната разлика на стилот на живот кај лицата без епилепсија.

Методи: во истражувањето е опфатен примерок од 100 испитаници, составен од една група испитаници лица со епилепсија (50) и друга група испитаници лица без епилепсија (50). Како метод ќе се користи дескриптивниот, што значи ќе се врши еден вид компаративна анализа на добиените податоци, односно резултати од истражувањето; како техники ќе се употребат анкета, во која ќе има различен тип на прашања наменети за лицата со епилепсија и за лицата без епилепсија; како инструмент на истражување ќе се користи анкетниот прашалник, во кој ќе има комбиниран тип на прашања, односно од отворен и затворен тип.

Резултати: Од податоците може да се види дека е присутна статистички значајна разлика во импулсивниот начин на однесување кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија што укажува на тоа дека епилепсијата значајно влијае врз начинот на однесување на испитаниците со епилепсија. Не е присутна статистички значајна разлика во однос на импулсивното однесување и анксиозноста кај испитаниците од машки и женски пол,што може да ни укаже дека епилепсијата подеднакво влијае брз импулсивното однесување и анксиозноста кај машките и кај женските испитаници. И исто така се покажува дека не е присутна статистички значајна разлика меѓу реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија, што значи дека и машките и женските испитаници во стресни ситуации реагираат на ист начин, односно епилепсијата во однос на епилептичните напади не влијаат врз промена на начинот на реагирање во стресни ситуации кај машките и женските испитаници. Со ова се покажа дека епилепсијата значајно влијае на однесувањето на испитаниците со епилепсија.

Заклучоци: Спроведеното истражување во целост покажа дека епилепсијата влијае брз стилот на живот кај лицата со епилепсија преку донесување на следниов заклучок:

Од добиените одговори на помошните хипотези, ја докажуваме главната хипотеза. Пациентите со епилепсија се соочуваат со многу неизвесности, во врска со дијагнозата на нивната состојба, времето и кога ќе се појават нападите, природата на нападите и колку најдобро можат да се контролираат. Најсериозната опасност од епилепсија не е нападите, туку поврзаните проблеми во однесувањето и психосоцијалните проблеми кои се склони да се развијат кај пациенти со ова нарушување.Може да се заклучи дека со примена на t – тест за независни групи кој беше применет во ова истражување ни покажа статистички значајна разлика помеѓу лицата со епилепсија,лицата без епилепсија како и импулсивното однесување . што укажува на тоа дека епилепсијата значајно влијае врз начинот на однесување на испитаниците со епилепсија. Разбирањето на најчестите проблеми со кои се соочуваат може да доведе до добар напредок во проценката, интервенцијата и постигнување на крајната цел за контролирање на овие проблеми, кои, најверојатно, го подобруваат квалитетот на нивниот живот. Многу истражувачи откриле дека лицата со епилепсија се оцениле како да имаат понизок квалитет на живот и имаат повеќе психолошки потешкотии отколку другите лица со посебни потреби. Притоа, не е присутна статистички значајна разлика во однос на импулсивното однесување и

анксиозноста кај испитаниците од машки и женски пол, што може да ни укаже дека епилепсијата подеднакво влијае брз импулсивното однесување и анксиозноста кај машките и кај женските испитаници. И исто така се покажува дека не е присутна статистички значајна разлика меѓу реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија, што значи дека и машките и женските испитаници во стресни ситуации реагираат на ист начин, односно епилепсијата во однос на епилептичните напади не влијаат врз промена на начинот на реагирање во стресни ситуации кај машките и женските испитаници.

Клучни зборови: епилепсија, здравствена состојба, функционален статус, предизвикувачко однесување,животен стил.

ABSTRCT

SUMMARY

Trajkoska M. Lifestyle Epilepsy. Master thesis. International Slavic University "Gavrilo Romanovich Derzhavin": Bitola, 2020; 1 – 90.

Introduction: Epilepsy is a disorder of the central nervous system (neurological), where the brain activity becomes abnormal, causing seizures or periods of unusual behavior, sensations and sometimes loss of consciousness.

Anyone can develop epilepsy. Epilepsy effects both men and women of all races, ethnicities and ages.

The symptoms of seizures can vary greatly. Some people diagnosed with epilepsy simply stare blankly for a few seconds during the seizure, while others have constant cramps in their arms or legs. Having a single seizure does not mean that you have epilepsy. At least two unprovoked seizures are usually needed to diagnose epilepsy.

Drug treatment or sometimes surgery can control the seizures of most people with epilepsy. Some people seek lifelong healing to control their seizures, but for others, the seizures eventually go away. Some children with epilepsy may outgrow this condition.

Purpose: To investigate the impact of epilepsy on the lifestyle. How much impact does the significant difference in lifestyle has on people with epilepsy and how much impact does the significant difference in lifestyle has on people without epilepsy?

Methods: The research included a sample of 100 respondents, consisted of one group of respondents with epilepsy (50) and another group of respondents without epilepsy (50). The descriptive method will be used, which means that a kind of comparative analysis of the obtained data will be performed, i.e. research results; a survey will be used as a technique, in which there will be different types of questions intended for people with epilepsy and for people without epilepsy; The survey questionnaire will be used as a research tool, in which there will be a joint type of questions, i.e., open and closed type.

Results: The data show that there is a statistically significant difference in the impulsive behavior of people with epilepsy and people without epilepsy, which indicates that epilepsy much affects the behavior of respondents with epilepsy.

There is no statistically significant difference in terms of impulsive behavior and anxiety, which may indicate that epilepsy equally affects rapid impulsive behavior and anxiety in male and female respondents. It also shows that there is no statistically significant difference between responding to a stressful situation and gender in people with epilepsy, which means that both male and female respondents in stressful situations reach in the same way i.e., epilepsy in relation to epileptic seizures does not affect change in the way of reacting in stressful situations in male and female respondents. This showed that epilepsy much affects the behavior of subjects with epilepsy.

Conclusions: The conducted research as a whole, showed that epilepsy affects the lifestyle of people with epilepsy by reaching the following conclusion: From the obtained answers to the auxiliary hypothesis, we prove the main hypothesis. Patients with epilepsy face many uncertainties regarding the diagnosis of their condition, the time when the seizures will occur, the nature of the seizures, and how best they can be controlled. The most serious risk of epilepsy is not the seizures, but the related behavioral problems and psychosocial problems that tend to develop in patients with this disorder. It can be concluded that using the t-test for independent groups used in this study showed us statistically significant difference between people with epilepsy, people without epilepsy and impulsive behavior, which indicates that epilepsy significantly affects the behavior of subjects with epilepsy. Understanding the most common problems they face can lead to good progress in assessing, intervening, and achieving the ultimate goal of controlling these problems, which are likely to improve their quality of life. Many researchers have found that people with epilepsy are assessed as having a lower quality of life and more psychological difficulties than other people with disabilities. There is no statistically significant difference in terms of impulsive behavior and anxiety in male and female respondents, which may indicate that epilepsy equally affects rapid impulsive behavior and anxiety in male and female respondents. It also shows that there is no statistically significant difference between responding to a stressful situation and gender in people with epilepsy, which means that both male and female respondents in stressful situations reach in the same way i.e., epilepsy in relations to epileptic seizures does not affect change in the way of reacting in stressful situations in male and female respondents.

Key words: Epilepsy, health status, functional status, challenging behavior, lifestyle.

ВОВЕД

Епилептијата претсавува функционално растројство кое се карактеризира со репетитивни епилептични напади. Според СЗО епилепсијата е дефинирана како: хронична мозочна болест, која има различни етиологии и која се карактеризира со рекурентни кризи врзани со екцесивен дешарж на мозочните неврони.

Се уште не можат да се донесат дефинитивни мислења, бидејќи епилепсијата е чест придружен симптом на некое основно органско заболување, или е предизвикана од траума. Тоа е термин кој се употребува во целиот свет.

Епилепсијата (доаѓа од старогрчкиот збор *epilepsia*, што значи "напад") е често **хронично невролошко пореметување** кое се карактеризира со напади. Тие напади се краткотрајни знаци и/или сипмтоми на абнормална, претерана или **хиперсинхрона невронска активност** во мозокот. Околу 50 милиони луѓе ширум светот страдаат од епилепсија и скоро секој втор од три нови случаи се откриваат во развиените земји. Како што се навлегува се подлабоко во староста, така епилепсијата станува се почеста болест. Голем дел од новите случаи се јавуваат најчесто кај малите деца и кај постарите. Како последица на операција на мозокот, нападите на епилепсија може да се појават и кај луѓето кои се на интензивна нега.

Епилепсијата може да се контролира со таблети, но не и целосно да се излечи. Сепак, преку 30% од луѓето со епилепсија не можат да ги контролираат нападите дури и со помош на најјаките таблети. При најлошите случаи, може да се примени и операција. Не сите синдроми на епилепсија траат цел живот и некои видови на напади се карактеристични само за одредени фази од детството. Епилепсијата не треба да се смета само како единечно пореметување туку како синдромско со многу различни симптоми, но сите синдроми се карактеризираат со епизодични абнормални електрични активности во мозокот.

МКБ-10	G40-G41
МКБ-9	345

1. ЕПИЛЕПСИЈА

Епилепсијата е хронична, честа и сериозна болест која на многу начини го оштетува здравјето на болната индивидуа. Појавата на нападите е непредвидлива, тие можат да се јават додека болниот шета, јаде, вози автомобил, ја извршува професионалната работа и сл. Поради тоа, овие болни живеат во постојан страв, очекувајќи нов напад. Овој страв уште повеќе се засилува поради загриженоста и стравот на роднините, пријателите и на другите од опкружувањето, создавајќи висок круг луѓе кои живеат во состојба на константна анксиозност. (*Влашки – Јејиќ.С. at.all. 2002*)

Исто така, епилепсијата на болниот му нанесува многу социо – економски консеквенци: чувство на отфрленост, неретко и ненормалност, многу проблеми околу вработувањето и задржувањето на работа, губење на правото да вози, да отслужува воен рок и сл. Квалитетот на животот на овие болни дополнително се влошува од несаканите ефекти (најчесто во когнитивното функционирање), кои ги предизвикува долготрајната медикаментна терапија. Поради тоа, лекувањето на овие болни не смее да се ограничи само на препишување лекови, туку треба да се разрешат или да се минимизираат и ваквите странични проблеми кои епилепсијата им ги создава.

Според современите знаења за оваа болест, најсоодветна дефиниција може да биде: епилепсијата претставува една голема група невролошки кондиции, чија најпроминентна карактеристика е појавата на повторувачки, непровоцирани епилептични напади. Во еден случај поимот епилепсија може да означува само еден од симптомите на некое мозочно оштетување (секвела од трауми на мозокот), во друг случај таа ќе значи болест (детска абсанс епилепсија, јувенилна моклонус епилепсија), а многу често поимот епилепсија означува синдром (Ленокс – Гастов синдром).*(Чадловски Г.Скопје,2004)* Има една забележлива аналогија меѓу поимите епилепсија и status febrilis. Основната болест ги одредува текот, прогнозата и терапевтските постапки на лекарот. Ситуацијата е иста и во случајот со епилепсијата. Таа е варијабилна според степенот на нејзината тежина. Едната крајност е претставена со болни од тешки и прогресивни мозочни заболвања, кои ќе прогредираат до целосна изолација од болниот. Другата крајност е претставена од болни со бенигни форми на епилепсијата (детска абсанс епилепсија), кои се само време на манифестација во еден период од нивнот живот и подоцна не се повторуваат. Меѓу нив се болните со сосема

контролирани напади, болни кои покрај медикаментниот третман и понатаму добиваат напади со променлива зачестеност. Болеста епилепсија, на болните им создава многу социјални, економски и други косеквенци, а кај најголем број од нив, тие се потешки и од самите напади. Лекарот мора да ги направи сите потребни напори за да ја открие и да ја обележи базичната кондиција (посттрауматска епилепсија, бенигна роладична епилепсија, епилепсија поврзана со локализација и сл), која ги предизвикува повторувачките епилептични напади. Повторувачките непровоцирани епилептични напади се заедничка и најпроминентна карактеристика на болните со епилепсија. Епилептичниот напад означува краткотрајно и само од себе ограничено растројство на мозочната функција, кое може да биде локализирано на делови од мозокот или може да ја опфати неговата сефкупна функција. *(Engel J. Raven, 1997)*

Појавата на еден епилептичен напад не значи и болест епилепсија. Поимите епилепсија и епилептичен напад мора да бидат сосема одделени. Епилептичниот напад може да биде предизвикан од:

a) Екстрацеребрални причини (хипоксија, растројства во електролитниот баланс, гликемија, интоксикации и др.), и
b) Заболувања на мозокот (на пример, воспалителни болести на ЦНС),

а во вакви ситуации, со повлекување на основното растројство се повлекуваат и нападите кои потоа никогаш не се повторуваат. Овие болни немаат епилепсија. *(Арсовска А. Штип, 2014)*

Потоа не е мал бројот на здравата популација кај која од сосема непознати причини, можат да се јават одделни непровоцирани епилептични напади, кои подоцна никогаш не се јавуваат. И овие напади не смее да се обележат со поимот епилепсија.

За да се направи јасна делиеација меѓу поимите епилептичен напад и болест епилепсија: дијагнозата епилепсија се поставува само ако болниот добил најмалку два непровоцирани епилептични напади. Овие напади мора еден од друг да се одделени со временски интервал подолг од 24 часа, а појавата на два или на серија напади за време на едно денонoќие се смета како единечна епизода.

Нападот претставува краткотраен епилепичен настан кој може да се дефинира како времено растројство на мозочната функција предизвикана од абнормално, хиперсинхро ексцесивно и само од себе ограничено избивање на кортикалните неврони.

Кај болниот, нападите можат да бидат ретки или чести, да се појавуваат само во спиење, само по будење и можат да имаат циклична појава која лесно може да се поврзе со хормоналните влијанија (на пример, појава на напади само за време на менструација), но сепак, тие најчесто следат свој сопствен нејасен и непредвидлив ред на појавување.

Епилептичните напади се сами од себе ограничени. Само неколку секунди по почетокот на икталниот настан, почнува процесот за неговото огранилување и прекинување. Оваа способност на мозокот претставува голема мистерија. Мора да се претпостави дека невроналните механизми кои ја регулираат оваа способност на мозокот, веројатно се сосема спротивни од невроналните механизми кои го почнуваат епилептичниот напад. Следејќи го примерот на epilepsia parcialis continua, каде нападите се ограничени, но континуирано се повторуваат во долг временски интервал, многу е веројатно дека постојат два одделни процеса, едниот кој го спречува ширењето на епилептичните избивања и вториот миханизам кој го завршува нападот.*(Кутурец М. 1997)*

Од медицински аспект терминот *епилепсија* е најкорисен во обележувањето на оваа хронична кондиција; меѓутоа, за лаиците тој сугерира непријатни импликации.

1.1. Епидемиологија

За организација на здравствената и на поголем дел од општествените служби во борбата против епилепсијата, потребни се епидемиолошки податоци за инциденцијата, преваленцијата, текот, прогнозата, терапевтскиот успех, соодносо на цената на лекувањето и добивките од овој термин. Од друга страна, ваквите податоци се од огромна корист за лекарот кој на индивидуалниот болен, уште по поставувањето на дијагнозата, мора да му ја објасни природата на неговата болест и што понатаму треба да се преземе. За да се добие одговор на овие прашања изработени се мноштво епидемиолошки студии кои дадоа многу дивергентни податоци. Тоа лесно се објаснува кога е познато дека епилепсијата не е една единствена болест, туку мноштво невролошки кондиции, со посебна етиологија , тек и прогноза; така што концептот и проучувањето на вкупната епилепсија можат да доведат до погрешни заклучоци.*(Божиновска Л.1998)* На пример, не можат

заеднички да се испитуваат прогнозата на бенигната роландична епилепсија и некоја прогресивна невролошка болест. Меѓутоа, досегашните епидемиолошки студии, главно, се направени врз основа на концептот за севкупна епилепсија.

Во повеќето студии, рангот на пресметаната *инциденција*, се движи од 11/100 000 до 134/100 000; иако има мали географски разлики, сепак овие големи варијации се резултат на различните методологии. Според тоа, во Р.Македонија годишно можат да се очекуваат од 220 до 2 680 нови болни. Сите овие студии се согласуваат дека инциденцијата на епилепсијата е највисока кај децата , со највисок ранг на возраст помала од 10 години. Друг втор максимум на зголемена инциденција се јавува кај лицата постари од 65 години (според некои најнови проучувања овој максимум е поголем отколку оној во детската возраст).

Исто така, и студиите кои ја проучуваат *преваленцијата,* на севкупната епилепсија покажуваат големи варијации, и се движат во распон од 1,5/1 000 до 31/1 000. Значи, треба да се очекува дека во Р.Македонија има меѓу 3 000 и 62 000 болни од епилепсија. Во најголемиот број студии кои ја испитуваат преваленцијата на активната епилепсија (болни кои имале напади во последниве 2 години), во Р.Македонија таа се движи во рангот 4 – 6/1 000, што апроксимативно пресметано изнесува од 8 000 до 12 000 од активна епилепсија.*(Арсовска А. 2014)*

Епидемиолошки од различни аспекти е проучувана прогнозата за повторување на нападите кај овие болни. Така, по првиот непровоциран напад, можноста да се развие епилепсија се движи во рангот од 16% до 81%; повторно методолошките разлики се главниот извор на толку големиот распон во одделни студии. Етиолошкиот фактор кој може да се докаже (на пример,тумор на мозокот) како причина на нападите, за постоењето невролошки дефицит, лица помлади од 16 години и постари од 65 години и присуството на промени во ЕЕГ од типот на ибивање од шилец – бран комплекси, се предвесници за полоша прогноза. Во повеќе студии е докажано дека медикаментниот третман кој е аплициран веднаш по првиот непровоциран напад, иако во одделни студии е изведен обратен заклучок.

По развивањето на епилепсијата и поради повторувањето на нападите се почнува со примена на медикаментен третман, а натамошната прогноза и крајниот исход, во поглед на постигнувањата трајна контрола во нападите, зависат од повеќе фактори. Во повеќе студии се потврдува дека почетокот на нападите во младоста е предвесник

за подобра прогноза. Значајно влијание врз прогнозата има видот на нападите: детската абсанс епилепсија е со одлична прогноза, односно 90% од децата се ослободени од нападите. Меѓутоа, и во овој случај критичен фактор е базичната етиологија, а анализирањето само на видот напади, независно од етиологијата, не е од голема корист. Така, утврдено е дека кај едиопатските епилепсии нивото на ремисиите кај болните кои биле следен 20 години од почетокот на болеста, ремисијата била само малку повисока кај болните со генерализирани тонично – клонични напади versus, кај оние со комплексни парцијални напади.

Кај значителен процент на болни од епилепсија, можно е со медикаментен третман да се постигне целосна контрола на нападите. Во една нова студија е истражуван исходот кај група болни кои постигнале целосна контрола врз нападите во текот на 2 години. Кај половина од овие болни била прекината терапијата, а кај другата половина болни се продолжило со истиот третман. Кај 41% болни од првата група нападите се повториле; меѓутоа кај 22% од болните нападите се појавиле и во групата која продолжила со терапија.

1.2. Базични механизми на епилепсија

Денес познаваме многу форми на епилепсии. Тоа го сугерира постоењето на различни патофизиолошки механизми. Една добро дефинирана епилептична кондиција опфаќа неколку специфични растројства во невроналната функција, кои се јавуваат истовремено или во одредени временски интервали пред појавата на епилептичниот напад.

Епилепичниот напад е акутен настан кој може да биде природна реакција на мозокот кон некое штетно влијание. Меѓутоа, во ваква ситуација се пропуштаат базичните епилептогени абнормалности кои се одговорни за повторувањето на епилептичните напади кај болните од епилепсија. Поради тоа, не се располага со директни информации за патофизиолошки механизми кои се одговорни за повторувањето на спонтаните напади. Во експерименталните методи на епилепсијата, се собрани доста информации за икталната преципитација, пропагација и завршувањето на икталните феномени.

Епилептогенезата претставува механизмот со кој се предизвикува еден епилептичен настан. Нема сомнение дека има повеќе форми епилептогенеза. Од една страна, идиопатските епилепсии се генетски пренесени, поврзани со возраста и по неколку години можат спонтано да се повлечат. Веројатно тие се предизвикани од дефекти за време на развојот на мозокот. Од друга страна, симптоматските епилепсии се предизвикани од структурни растројства на мозокот, кои по одреден период се образуваат во епилептогени лезии. Веројатно, во овој период оштетениот мозок се реорганизира на начин кој на крајот резултира со предиспозиција за повторувачки напад. Клиничките наоди сугерираат дека регијата на оштетениот мозок, возраста на болниот, видот на оштетувањето и генетската предиспозиција се фактори кои предиспонираат развиток на епилептогена лезија. Сосема е јасно дека механизмите кои предизвикуваат појава на епилептичен напад во моментот, или кусо време по одредено мозочно оштетуање, се разликуваат од оние што се поврзани со развитокот на хроничната епилептогена лезија.

Најголемит дел од сегашниве познавања на механизмите на хумаката епилептогенеза, главно, се базираат на анатомските, невробиохемиските, електро – физиолошките и молекуларните испитувања извршени кај болните или експерименталнит модели на епилепсијата од мезијалниот темпорален лобус.

Има повеќе докази кои сугерираат дека механизмите кои се опфатени со епилептогенезата кај посебните структурни лезии (тумор на мозокот, васкуларни лезии, кортикални дисплазии и др.), се разликуваат од оние на хипокампалната склероза.

1.3. ЕТИОЛОШКИ ПРИЧИНИТЕЛИ НА ЕПИЛЕПСИЈАТА

Причините за појавата на епилепсија се многубројни. Главни причинители за напади кај деца и возрасни се следниве:

Кај деца:

- Недефинирани причини
- Родилна и неонатална повреда
- Васкуларен инсулт
- Конгенитален дефект
- Повреди на главата
- Инфекција
- Неоплазма

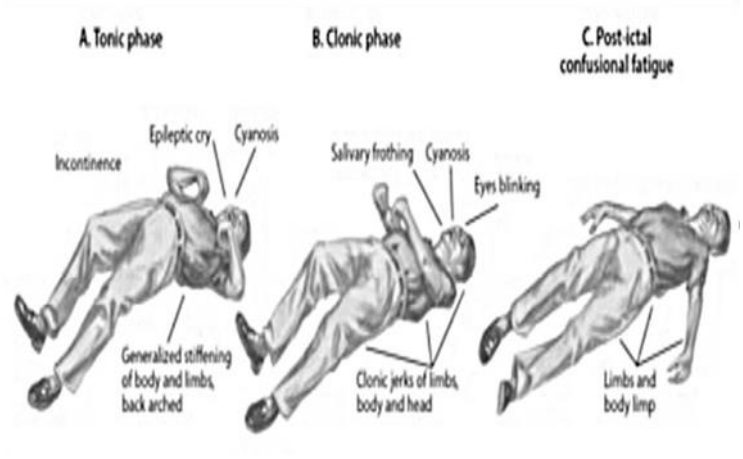
Кај возрасни:

- Недефинирани причини
- Васкуларни лезии
- Повреди на главата
- Алкохол,лекови
- Неоплазма
- Инфекција

Поделбата на етиологијата на епилесијата на идиопатска и симптоматска е недоволно одржлива, поради интерполацијата на самите фактори во двете групи, како што е примерот со хередитетот, кој е присутен во двете наведени групи на епилепсии. (*Арсовска.А. 2014*)

1.4. ЕПИЛЕПТИЧНИ НАПАДИ

Веќе повеќе години се употребуваат различни термини за да се опишат епилептичните напади и епилепсиите. Тоа создаде конфузија во односите меѓу болните и лекарите, а и меѓу самите лекари. Препознавајќи го значењето на овој проблем, Интернационалната лига против епилепсијата формира посебна комисија за класификација, која во 1969 година ја изработи првата класификација на видовите епилептични напади. Потоа во следниве децении оваа класификација е четири пати ревидирана. Последната класификација многу придонесе за сфаќањето на епилептичните феномени, за проценка на севкупните кондиции, развивањето рационални планови за истражувања, изборот на точна терапија и донесувањето прогностички одлуки. Овој систем ги класифицира епилептичните напади според клиничката симптоматологија и ЕЕГ наодите.



Новата класификација препознава две големи категории напади:

1. Оние кои почнуваат локално во еден специфичен дел на мозокот и потоа се шират (парцијални или фокални напади), и
2. Напади кои од почетокот се генерализирани (генерализирани напади). Понатаму овие две големи групи се делат на подгрупи.

Генерализирани напади се оние кај кои уште првите клинички избивања упатуваат на иницијално опфаќање на двете хемисфери. Свеста може да е нарушена, а ова растројство може да биде иницијална манифестација. Моторните манифестации се

билатерални. Икталните ЕЕГ наоди ги рефлектираат невроналните избивања кои се раширени во двете хемисфери. Групата генерализирани епилепсии е поделена во подгрупа врз основа на присуство или отсуство и карактерот на икталните моторни манифестации.

Парцијалните напади се оние кај кои првите клинички или ЕЕГ знаци покажуваат почетна активност во еден дел од хемисферата. Оваа група е поделена во подгрупи, а растројствата на свеста се кардиналниот знак кој ги одделува; свеста е зачувана кај едноставните парцијални напади, а комплексните парцијални напади секогаш презентираат растројства на свеста. Според оваа класификација, терминот свест се однесува на степенот на свесност или способност на болниот да одговара на надворешните стимули (да извршува едноставни наредби), да одржува контакт со настаните за време на атаката и неговата способност ова да го запомни. Неспособноста за одгварање повеќе е акинезија отколку парализа, афазија или апраксија. Еден парцијален напад може да не се прекине туку тој да прогредира во комплексен напад или едноставните и комплексните парцијални напади можат да прогредираат во секундарно генерализирани напади. Постојат значајни докази дека значајни парцијални напади секогаш зафаќаат само една хемисфера, а само во ретки случаи ги опфаќа и двете хемисфери, додека комплексните парцијални напади често ги зафаќаат и двете хемсфери.

Групата некласифицирани напади ги вклучува сите напади кои не можат да се класифицираат поради несоодветни или нецелосни наоди или тие кои не можат да се вклопат во опишаните категории на напади. Тука спаѓаат некои неонатални напади.

1.5. ПАРЦИЈАЛНИ НАПАДИ

1.5.1. Едноставни парцијални напади

Парцијални напади при кои свеста е зачувана се нарекуваат едноставни парцијални напади. При описот на епилептичните напади често се употребува терминот аура. Литературното значење на овој термин се однесува на растројствана на сензацијата која едно лице со епилепсија ја чувствува на почетокот на нападот. Таа е добар пример за едноставен парцијален напад кој секундарно се генерализира. Денес, аурата ја

сфаќаме како оној дел од парцијалниот напад кој се случил пред да настане губење на свеста и за кој е зачувано сеќавањето. Во случај на едноставни парцијални напади, аурата е цел напад; а ако свеста се губи постепено, тогаш аурата е еден симптом на комплексен парцијален напад.

Едноставните парцијални напади секогаш се последица на икталните избивања кои се јавуваат со еден ограничен и често мал дел од кортекстот (т.н. епилептоген фокус). Речиси секој симптом или феномен може да биде субјективна или видлива манифестација на овие напади. Според клиничка содржина на нападот, едноставните парцијални напади се поделени во подгрупи.

Едноставни моторни напади – тие се предизвикани од иктален почеток или од пропагација до прецентралната и постцентралната регија на контралатерлната хемисфера или суплементарната моторна регија. Кај една третина од овие болни се јавуваат сензорни феномени; тоа може да биде последиа од зафаќањето на прецентралните и постцентралните регии од епилептогена лезија или од ширењето на икталните избивања.

Доминантна карактеристика на икталната клиничка слика кај овие напади е појава на фокална моторна активност, која може да се презентира како клонична, тонична, постурална или фонаторна активност.

Клонични напади претставуваат грчовити, секогаш ритмички движења; тие можат да останат ограничени со еден регион или да се шират по Џексонов начин. Најголемиот број клонични напади се кратки, траат 1 – 2 минути.

Тонични напади предизвикуваат пролонгирани контракција на еден екстремитет, а може да се појават абдукција, кревање и ротација на контралаералната рака, а главата и очите се вртат кон кренатата рака. Дури и кај болните чии тонични напади се унилатерални, тонусот е билатерално зголемен или намален.

Верзивните напади се карактеризираат со предоминантно тонична контракција на мускулите од главата и од очите, што предизвикува пролонгирано вртење на една (контралатерална) страна и екстензија на вратот.

Фонаторните напади (движења на зборување, испрекинато зборување, прекинување на говорот или моторна афазија) се резултат од икталните избивања во примарниот моторен кортекс или суплементарна моторна регија.

Постиктлно може да се појави еден функционален невролошки дефицит кој трае од неколку минути до 48 часа. Овој феномен е наречен Todd – ова парализа и се претпоставува дека е резултат на постикталната невролошка хиперполаризација.

Едноставни сензорни напади – овие напади презентираат големо шаренило на клиничка феноменологија и често се дијагностички предизвик. Нападите кои потекнуваат од примарниот сензорен кортекс презентираат контралатерална позитивна или негативна симптоматологија во вид на трнење, здрвеност, желба за движење, чувство на движење, соматска болка, топло или студено, агнозија на делови од телото и фантомски сензации. Доколку нападите потекнуваат од калкариниот кортекст, тие се презентираат со видни халуцинации, како што се: ненадејна појава на светлина, испрекината светлина, црни точки слични на скотоми, обоени кругови или топки, дефект во видното поле, до целосна иктална амауроза. Нападите кое се со потекло од Хесловите бразди се манифестираат со појава на елемантарни слушни халуцинации во вид брмчење, чукање и сл., кои болниот не е во состојба да ги латерализира. Ретко се јавуваат како излорани олфактилни и густативни напади (појава на ненадејно чувство на непријатен или одвратен мирис). Најчесто тие се развиваат со комплексни парцијални напади. Нападите со вестибуларна симптоматологија или вертиго, во случај кога се изолирани, се многу тешки за поставување дијагноза, односно тие најчесто прво се третираат како растројство на n.vestibularis. Овие напади се презентираат како вистинско вертиго, нестабилност и многу често завртување на болниот.

Психички напади – ова е една од најинтересните форми на иктална феноменологија, која многу придонесе за разбирање на механизмите на нормалната когницица. Нивната клиничка слика може да се презентира со некоја од следниве манифестации: видни или аудитивни халуцинации, феномени на déjà vu и jamais vu, афективни симптоми како чувство на страв, жал, среќа, задоволство. Можат да се појават и други содржини на нападите во вид когнитивни растројства, како промена на реалноста или забрзано мислење. Болните можат да презентираат само интермитентни психички феномени или, многу често, овие напади ќе еволуираат во комплексни парцијални напади со проширена

симптоматологија (појава на автоматизам и дистонија) или секундарно ќе се генерализираат.

Едноставни автономни симптоми – епилептичниот напад може да ја атакира автономната функција на било кој орган; ако нападите предизвикуваат пароксизмални, повторувачки алтерации, се смета дека тоа се автономни напади. Овие напади имаат иктален фокус кој го инволвира автономниот нервен систем, но не предизвикува растројства на свеста. Нивната симптоматологија опфаќа широк спектар на автономни растројства и може да се презентира:

1. Со епигастрична/абдоменална симптоматологија; абдоменални сензации се еден од најчестите симптоми на парцијални напади, а се манифестираат како гадење, болка, страв, глад или непријатна топлина. Кај половина на болните сензацијата останува локализирана, додека кај другите болни таа се шири во градите и во лицето;
2. Кардиоваскуларни/торакални симптоми; по епигастрините симптоми, палпитациите и болката во градите се најчести симптоми на овие напади; и
3. Поретката содржина на овие напади е појава на мидријаза, миоза, хипус и епизодична пиломоторна ексцитација.

1.5.2. Парцијални напади со комплекса симптоматологија

Клиничката слика на комплексните парцијални напади содржи богат и разновиден спектар на симптоми и знаци.

Некои од нив се рефлексија на регијата од која потекнува избивањето, други се резултат на ширењето на соседните оддалечени регии, додека трети се неспецифични. Оваа разновидност на симиологијата на нападите, повеќе од практични причини, најдобро може да се презентира ако клиничките слики се поврзат со четири големи лобуси на мозокот.

Напади од темпоралниот лобус – тоа се најчести напади кај возрасната популација. Најчесто тие се фармако – резистентни напади и затоа се чести кандидати за хирушки третман. Тоа придонесе овие болни да бидат највнимателно испитувани

случаи со епилепсија. Денес се верува дека повеќето вакви напади почнуваат во мизијалните темпорални структури.

Нападите од темпоралниот лобус најчесто почнуваат со аура од типот на висцерални сензации, по која следува растројство на свеста. На почетокот на нападот се јавува проширување на палпебралната фисура и на мидријазата, веднаш потоа се јавуваат орално – алиментарни автоматизми (шлапање со уста, џвакање, оближување на усните, стегање на вилиците или движење на голтање). За време на нападот, болниот може да ја продолжи започнатата моторна активност или да реагира на еден полуприфатлив начин. Кај некои болни се јавува повторувачко моторно однесување, кое кај еден исто болен е слично за време на секој напад. Кај други болни нападот може да се презентира со различни девијации на главата, очите, унилатерални автоматизми и хемипареза. Икталните автоматизми можат нагло да се прекинат на крајот од нападот, или со променливо времетраење можат да продолжат во време на постикталниот стадиум. Постикталната фаза имапроменливо времетраење.

Напади од фронталниот лобус – иако не се ретки (ваквите болни се на второ место по хирушките зафати направени кај болните од епилепсија), оваа група напади се уште не е добро дефинирана. Големите епилептогени лезии, брзото ширење на епилептичните избивања и значително преклопување на клиничките слики, продуцираат голема разновидност во нивната симптоматологија, која тешко се систематизира, класифицира, а од друга страна, прави големи дијагностички тешкотии, особено во разграничувањето на овие напади од хистерични напади. Сепак, некои специфичности во феноменологијата на овие напади дозволуваат да се претпостави нивното фронтално потекло. Тоа се нагло почнување и завршување на нападот, неговото кратко траење и често повторување (најчесто во серии) и отсуство на постикталната конфузија. Клиничката слика на овие напади најчесто презентира афективни растројства, комплексни моторни автоматизми, сексуални автоматизми, бизарни хистерични слики, контралатерална девијација на главата и на очите и тоничните промени во положбата.

Нападите од париенталниот и окципиталниот лобус се многу поретки. Тие се опишани во поглавјето за соодветните епилепсии.

1.5.3. Секундарно генерализирани тонично – клонични напади

Било кој парцијален напад може да се прошири во генерализиран тонично – клоничен напад. Појавата на овој напад е најчеста причина поради која болните прв пат му се обраќаат на лекарот, иако претходно веќе имале парцијални напади.

1.6. ГЕНЕРАЛИЗИРАНИ НАПАДИ

1.6.1. Генерализирани тонично – клонични напади

Генерализираните конвулзивни напади биле познати уште во античко време. Многу векови тие се сметале за кардинална манифестација на генуина или едиопатска епилепсија кај лицата со предиспозиција за напади. Овие напади биле наречени grand mal напади, термин кој се задржал до денес. Поради нивната драматична клиничка слика секогаш, а и денес, тие се застрашувачки настани за болните, фамилиите и сведоците. Генерализираните конвулзивни напади можат да се појават како изолирани настани, потоа во текот на некоја енцефалопатија, а можат да бидат симптом на сериозно мозочно заболување или се составен дел на некој епилептичен синдром и епилепсија.

Терминот генерализирани тонично – клонични напади исклучително се однесува на конвулзивните напади, кои се генерализирани од нивниот почеток (првите клинички знаци укажуваат на зафаќање на двете хемисфери, моторните манифестации се билатерални, на почетокот икталните ЕЕГ абнормалности се билатерални и рефлектираат невронални избивања кои се проширени на двете хемисфери). Од овој термин се искучени секундарно генерализираните тонично – клонични напади (парцијален напад кој толку брзо се генерализира така што личи на генерализиран тонично – клоничен напад). Генерализираните тонично – клонични напади секогаш се манифестации на идиопатските епилепсии и на епилептичните синдроми и затоа се класифицираат во групата генерализирани напади.

Диференцијацијата меѓу генерализираните тонично – клонични напади и секундарно генералзииираните напади има огромно клиничко значење. Секундарно

генерализираните напади најчесто се експресија на таканаречените симптоматски епилепсии. Поради тоа, од исклучително големо значење е детална анализа на почетокот на нападот, кога може да се открие евентуалниот парцијален почеток на нападот. Кај голем број од случаи, сведоците на нападот не можат да дадат корисни податоци за решавањето на овој проблем. Оваа ситуација најдобро се решава со видео – ЕЕГ мониторирање.

Некои болни ги претчуствуваат генерализираните тонично – клонични напади. Неколку часа или дена пред нападот, тие можат да имаат продромални знаци во вид на промена на расположението, анксиозност, иритабилност, тешкотии во концентрацијата или растројствата на спиењето, а се тоа не е аура т.е. парцијален напад и не укажува на фокален почеток на надот.

Нападот почнува ненадејно и може да се случи кога болниот е во било која ситуација и положба, а најчесто е без било каква надворешна или внатрешна стимулација. Речиси кај една третина од болните, непосредно пред појавата и генерализираниот напад, се појавува билатерален и масивен миоклонус или поретко абсанс напад. Бидејќи нападот почнува без предупредување, а губењето свест е проминентен симптом кој им предходи на моторните феномени, паѓањето на болниот може да биде толку незгодно и тешко, така што најчесто е причина за разни сериозни повреди. Натамошниот развиток на нападот минува низ одредени фази кои се карактеризираат со одделни моторни и автономни феномени.

Тоничната фаза почнува со краткотраен спазам на флексорната аксијална мускулатура, кој брзо се шири со мускулите на сите екстремитети. Болниот губи свест. Булбусите се вртат кон горе, зениците се делатираат, вилицата е полуотворена и ригидна. Потоа се јавува пролонгирана тонична екстензија следена со затворање на вилица и во овој момент може да настане каснување на јазикот. Уште на почетокот на тоничната фаза се јавува апнеа која може да предизвика прогресивна цијаноза. Пулсот се забрзува, а тензијата се зголемува. Болниот профузно се поти и се јавува обилна трахеобронгијална хиперсекреција.

Клоничната фаза почнува со постепен развиток на дифузниот тремор, кој се меша со периоди на инхибиција и повторена појава на тонични контракции, така што неизменично се јавуваат периоди на атонија со повторувачки флексорни спазми. Во

периодот на атонија може да се јави спонтано уринирање. Обично двете фази траат 1 – 2 минути.

Постикталната фаза почнува во последниот спазам. Веднаш се враќа респирацијата, и болниот постепено се буди, обично по определен период на конфузност, во кој можат да се појават авоматизми и автоматско оденсување. Обично, болните се будат со чувство на замореност, болки во мускулите и во главата. Болниот не го помни нападот.

1.6.2. Абсанс напади

Абсансите се вид епилептични напади чија основна карактеристика е супресија на сите ментални функции до степен кој означува целосно прекинување на свеста. Се јавуваат во детството и имаат тенденција спонтано да се повлекуваат во време на пубертетот. Овие напади ја немаат спекатакуларноста на генералзииираните атаки, но за разлика од нив, се јавуваат со голема фреквенција; најчесто по 10 – 20 напади во еден ден, но можат да бидат и многу почести, така што кај одделни болни има и по 100, дури и повеќе атаки во текот на еден ден.

Нападот трае кратко (средно 1 – 15 секунди). Кај некои болни нападите се пократки (само 2 – 3 секунди) и, по правило, ваквите кратки абсанси остануваат незабележани од средината. Кај други болни, пак, можат да траат една минута, а дури и подолго. Нападот почнува нагло, а така и завршува. За време на нападот, детето е сосема отсутно, не гледа, не слуша и не одговара на поставените прашања. Атаката ја прекинува моменталната активност на детето; тоа останува фиксирано како статуа во положбата во која било, со вкочанет и празен поглед. Веднаш по завршувањето на нападот, детето ја продолжува прекинатата активност, имајќи притоа чувство на изгубено време. Тоа има целоста амнезија за настаните во време на атаката. Кај некои случаи, супресијата на свеста е само делумна и болниот за време на нападот може да продолжи со некоја помала комплицирана активност. Во вакви состојби тој е конфузен, остава впечаток дека е збунет. Поради тоа, често се случува ваквте напади да не се дијагностицираат или погрешно се дијагностицирани како парцијални напади со комплексна симптоматологија.

Типичните, абсанс, како главно обележје, се среќаваат кај четири епилептични синдроми: детска абсанс епилепсија, јувенилна абсанс епилепсија, јувенилна миоклонус епилепсија и миоклонична абсанс епилепсија.

Кога почнувањето и завршувањето на атаката не се толку јасни, или се јавуваат автономни и тонични компоненти, тогаш тие се нарекуваат атипични абсанси. Најчесто тие се среќаваат кај ретардираните деца со епилепсија или кај епилептичните енцефалопатии како што е Lennox – Gastaut – овиот синдром.

1.6.3. Миоклонични напади

Миоклоничните напади се карактеризираат со неволеви, брзи, краткотрајни мускулни грчеви кои можат да е појават билатерално или унилатерално, синхроно или асинхроно. Најчесто ги зафаќаат мускулите на вратот, рацете и рамењата, но можат да опфатат делови од телото или целото тело. Миоклоничните напади можат да се презентираат како мали грчеви на лицето, флексија или екстензија на раката, паѓање на главата, а ако ги зафатат долните екстремитети можат да предизвикаат тешко паѓање на болниот. Одделните миоклонични напади не се следени со растројства на свеста, но, ако нападите се многу чести или ако се јавуваат како миоклоничен епилептичен статус, тогаш може да се појави заматување на свеста.

1.6.4. Атонични напади

Овие напади се карактеризираат со ненадејно намалување на мускулниот тонус. Ова намалување може да биде фрагментирано и тогаш се презентира со паѓање на главата, со истовремено опуштање на вилицата или со паѓање на еден екстремитет. Ако загубата на тонусот ги зафати сите мускули од телото, тогаш болниот ќе се струполи.

1.7. ЕПИЛЕПСИИ И ЕПИЛЕПТИЧНИ СИНДОРМИ

Интернационална класификација на епилепсии и епилептични синдорми

1. Поврзани со локализацијата (фокални, локални, парцијални) епилепсии и синдроми
2. Генерализирани епилепсии и синдорми
3. Епилепсии и синдроми кои не се дијагностицирани како фокални или генерализирани
4. Специјални синдроми

Во 1989 година Интернационалната лига против епилепсијата ја прифати класификацијата на епилепсиите и епилептичните синдорими одделно од класификацијата на видовите епилептични напади. Тоа беше корисно од повеќе аспекти, многу подобро е да се опишува болеста (епилепсија) отколку епилептичен напад. Поимот епилепсија опфаќа многу клинички податоци кои се важни за етиологијата, клиничката слика, текот, прогнозата и терапијата кај болниот. Оваа класиикација ги дефинира епилептичните растројстваа како епилепсии и епилептични синдорми. Со терминот болест се означени само оние кондиции кои имаат заедничка етиологија и прогноза. Терминот синдром означува збир на знаци и симптоми кои заедно се јавуваат кај доволен број болни.

Епилепсиите и епилептичните синдроми се поделени во четири големи групи кои потоа се делат на подгрупи.

Првата група ги содржи епилепсиите и епилептичните синдроми поврзани со локализацијата. Поимот поврзани со локализацијата се однесува на епилептичните кондиции, при кои семиологијата на нападите или избивањата го покажуваагт локалниот почеток на нападите.

Во втората голема група спаѓаат генерализираните епилепсии, а овој поим означува епилептични кондиции при кои семиологијта на нападите или избивањата почнуваат на двете хемисфери. По правило, овие растројства почнуваат во детството или

во младоста и се или идиопатски или презентираат дифузна кортикална, а може и субкортикална дисфункција.

Третата голема група ги содржи епилепсиите за кои не е одредено дали се фокални или генерализирани. Тука спаѓаат болните кои имаат и фокални и генерализирани напади, а кај нив нема позитицни знаци ниту за фокален ниту за генерализиран почеток на нападот.

Четвртата група е составена од специјалните синдроми. Тука спаѓаат епилептичните кондиции, при кои епилептичните напади се јавуваат само кога е присутен еден минлив преципитирачки настан.

Епилептичните кондиции кои се последицас на познато или на суспектно растројство на ЦНС се означуваат симптоматски. Растројството може да потекнува од мозокот (на пример: тумор или иктус) или е последица на заболување кое почнало кај другите органи. Оттука, симптоматските епилепсии сами по себе не се болест, односно кај нив нападите се само дел од семиологијата на основната болест.

Спротивно, пак, поимот идиопатски означува растројство на кое не му претходело или не е следено од друго заболување, оваа кондиција потекна сама од себе. Иако многу генералзиирани епилепсии се идиопатски, овие термини не се синоними. Бенигната епилепсија на детството со роландични шилци е идиопатска епилепсија поврзана со локализацијата. Со новата класификација е воведен терминот криптогена епилепсија. Таа може да биде фокална или генерализирана епилепсија, за која се смета дека најверојатно е симптоматска, но кај неа не може да се утврди етиологијата.

1.8. СТИЛОТ НА ЖИВОТ КАЈ ЛИЦАТА СО ЕПИЛЕПСИЈА

Епилепсијата е честа состојба на мозокот во која едно лице има тенденција да има повторливи непредвидени напади.

Многу луѓе со епилепсија и нивните семејства се грижат како епилепсијата ќе влијае на секојдневниот живот. Исто како што епилепсијата е различна од една до друга личност, управувањето и справувањето со состојбата е различно за секого.

Имајќи непредвидливи напади, секако може да има влијание врз животниот стил. За некои луѓе ова влијание е минорно, додека други можеби ќе треба да направат поголеми промени во животниот стил.

1.8.1. Модификациите на животниот стил

Соодветен сон: Заморот е еден од најчестите предизвикувачи на напади, а нарушениот сон може да го направи мозокот поранлив на погрешно работење.

Избегнување на лекови и алкохол: Овие можат да бидат предизвикувачи на напади кај пациенти со епилепсија. Дури и една или две пијалоци може да предизвикаат напади.

Минимизирање на емоционалниот стрес: Иако не постои дефинитивен доказ дека стресот предизвикува напади, оние кои одржуваат здраво ниво на стрес, објавија дека веруваат дека го намалува нивниот ризик.

Фреквенција на вежбање: Покрај низа здравствени придобивки, редовното вежбање може да помогне во намалување на ризикот од напад. Сепак, треба да се консултирате со вашиот лекар пред да започнете нова рутина за вежбање, бидејќи некои вежби, ретко, можат да предизвикаат напади.

1.8.2. Влијанието на епилепсијата врз менталните способности

Тешки форми на конвулзивни напади и психомоторна епилепсија на која жариштето е во фронталниот или слепоочниот лобус на мозокот, ако не се соодветно третирани или во текот на годините покажат тврдокорност кон третманот, може да влијаат на намалување на менталните способности и го менуваат карактерот на лицето, и во релативно мал број случаи може да предизвика вистинско ментално нарушување.

Ослабување на интелектуалните способности и успорување на психомоторните реакции, може да предизвика и долгорочниот третман со големи колични на чиста барбитурат лекови и некои други антиепилептици. Добро контролирана епилепсија, ако не е последица на други заболување на мозокот, не мора и најчесто не остава на последици на интелектуалната способност и општата ментална состојба. Тука можеме да се потсетиме дека не е мал бројот на талентирани луѓе имале или имаат епилепсија.

1.8.3. Влијанието на нападите врз нормалниот живот

Точно е дека нападите може да се случат во секое време и без јасна причина. Сепак, кај многу луѓе нападите се случуваат во одредено време на 24 – часовен циклус, или се предизвикани од некои фактори кои придонесуваат за појава на нападите. Затоа, неопходно е да се воочат ситуациите кои ги претходат нападите и дали тие можат да бидат со нив во причинско – последична врска. На овој начин, повеќе нападите нема да бидат комплетно непредвидливи, и се отвора можност за нивна превенција.

Најважните неспецифичните фактори кои може да предизвикаат епилептични напади се следниве:

- Нередовно земање на лекови;
- Недостаток на сон;
- Конзумирање на премногу алкохол;
- Зголемен физички или ментален стрес.

Кај некои жени, хормоналните промени во текот на менструалниот циклус, исто така може да се поврзат со појавата на нападите.

Постојат и специични провокативни фактори кои играат улога само кај некои поединци. Најпознат е фактот на блиц светлина што може да дојде до израз при гледање телевизија, во дискотеки и слични ситуации. Исто така и некои видови на храна или пијалок кај особено чувствителни луѓе можат да придонесат за појава на нападите.

1.8.4. Влијанието на трепкачките светла (светлината, филмските екрани, работата со компјутери)

Кај секого од нас интензивната светлина од халогените ламби, која е дифузно дисперзирана, дава чувство на пријатност. Ист е ефектот кај пациентите. Значи, таквата светлина не им пречи. Меѓутоа, доколку светлинскиот извор емитира светлички стимули со брза фреквенција и ритмицитет, кога зборуваме за така наречен стробокопски ефект, тогаш кај пациентите може да се предизвика напад.

Ќе почнеме од светлечките спотови што се "украсени" со силни светлински и аудитивни ефекти. Тие се "присутни" насекаде, најчесто во ноќните клубови и кафулињата, со цел кај присутните да се постигне ефект на движење и промена. Светлинските ефекти се испрекинати, со различен интензитет, најчесто во една одредена ритмика, што, всушност, ја претставува најголемата опасност на пациентот, бидејќи токму тој светлечки ритмицитет може да декланшира (предизвика) криза.

Особено епилепткогени се светлинските стимули кои имаат фреквенција под 6 херци, па многу брзите над 60 херци во секунда, а најголема опасност претставуваат светлинските стимули со фреквенција помеѓу 10 и 30 херци во секунда. Оваа опасност е особено присутна кај пациентите со фотосензибилна чувствителност, за која се смета дека е присутна кај 5% од нормалната популација. Во овој процент спаѓа и еден мал број од пациентите кои што имаат и епилептични напади и се фотосензибилни, така што кај нив светлинската стимулација навистина може да предизвика напад. Превенцијата со темни очила, или филтри врз екранот, е без успех. Во основа, единствена во моментов препорачана превенција е следната:

- Висока дефиниција на сликата (се мисли на резулуцијата, односно на пикселите);

- Екран најмалку од 17 инчи;
- Просторијата да биде добро осветлена;
- Оддалеченоста на пациентот од екранот да биде петпати подолга од дијагоналата на екранот,во никој случај премногу блиску до екранот;
- Паузи за време на играњето, особено ако пациентот се почувствува малку изморен; и
- Играње на кратки периоди.

Исто така, голема опасност за пациентите претставуваат и некои сосема природни појави, на пример, патувањето со возило покрај дрворед, при што сонцето ритмички се сокрива и појавува, или патувањето низ тунел, во кој неонските светла се поставени на три метра и ритмички брзо се менуваат, така што тие делуваат како светлосен (стробоскопски) стимулатор, и, конечно, светлински стимулатор може да биде гледањето во водена површина, врз која што одблесокот на сончевите зраци ритмички "игра" во водата.

Гледањето филм (на широко филмско платно) во принцип не би требало да претставува проблем, освен ако нема ритмички светлосни ефекти што может да одиграат улога а светлосен стимулатор и да предизвикаат напад.

Работата на компјутерски екран со статична слика не претставува никаков проблем, секако, доколку пациентот не помине повеќе часови пред екранот, па 38 факторот замор да ја "одигра својата улога". Значи, потребни се повремени одмори на два до три часа.

Сосема друг проблем се компјутерските и видео игрите, кои поради светлосните и аудитините ефекти може да претставуваат сериозна закана за предизвикување на нападите. Тие, во никој случај, не се препорачуваат, да не кажеме дека треба да се забранат за пациентите.*(Чеперганов М. Европа 92, 2002г.)*

1.8.5. Влијанието на нападите во спиење

Епилептичните напади може да се појават во будност и/или спиење.

Често се зборува за ноќни напади, што е погрешно, бидејќи тие се напади кои се случуваат за време на спиењето било да е ноќ или ден, особено во текот на попладневната релаксација.

Нападите можат да се појават кај поспаност или во која било фаза на спиењето (главно површни фази на спиењето или при преминот од една фаза во друга), а исто така и при будење.

Кај многу луѓе со епилепсија ризик појава за напади може да бидат не спиење цела ноќ, почесто касно легнување или општ недостаток на сон.

Ова ја определува причината зошто често бара ЕЕГ снимање по делумно или целосно не преспиени ноќи.

Не спиење или отсуство на сон ја зголемува можноста за појава на ЕЕГ абнормалност во снимката.

Прекумерната дневна поспаност не е поврзана со самото нарушување.

Заморот и поспаноста често се поврзуваат со антиепилептичната терапија, па за ова треба да се консултирате со лекар.

Треба да се напомене дека нападите во спиењето многу ретко преминуваат во напади на будност, во т.н. мешани форми на епилепсија. **Појавата на нападите само во сон е олеснителен фактор при вработување и добивање возачка дозвола.**

Не смее да се заборави дека во текот на спиењето можат да се случат, и други клинички форми, како што се: ноќен страв, мори, енуреза и слично, што не претставуваат епилептични манифестации. Но, за тоа треба да се консултирате со лекар специјалист, кој ќе ја донесе конечната одлука за дијагнозата и можната потреба за третман.

1.8.6. Епилепсија и стрес

Многу луѓе со епилепсија пријавуваат силна врска помеѓу стресот и нападите, при што стресот е чест предизвикувач на напади. Сепак, дијагнозата на епилепсија може да донесе со себе и многу потенцијални стресови, од кои многу се долгорочни.

Во принцип, стресните состојби, се мисли на егзогените психотрауми како и на акцесивни агресии од органска природа, треба да се избегнуваат. Факт е дека стресот е секојдневна придружна агресија во модерниот живот на секоја индивидуа, така што од "него" тешко можеме да се одбраниме.

Ќе се обидеме да наброиме некои стресни состојби на кои пациентите со епилептични напади би требало да внимаваат.

Инсомнијата (**несоницата**) се смета за еден декланширачки фактор за предизвикување на кризи, токму за тоа на пациентите им се препорачува да имаат редовен, и тоа ноќен сон. Непроспиената ноќ може да доведе до појава на напад.

Придружник на несоница е секогаш **преморе**ност, од физички или психички карактер, така што и заморот се смета како еден важен фацилитантен и деклаширачки фактор за појава на напади.

Во ист контекст се става и прекумерното земање на **ексцитантни** (надразнувачки) **средства,** како на пример: чаеви, кафиња, медикаменти, кока кола богата со кофеин...

Од некои автори и **мирис** –от спомнува како деклаширачки фактор за нападите; навистина кај многу мал број на пациенти но сепак постои. Тоа се обично силните и природни мириси од лекови, бои, или од некои парфеми. Има пациенти кои откако ќе дојдат во контакт со мирис, непосредно потоа добиваат напади. Оваа бројка е многу мала. Обично, тоа се пациенти со темпорални кризи, но постои и затоа во превентивна смисла се советува таквите пациенти да не доаѓаат во контакт со тие мирис.

Исто така, **бучавата** и **шумот** се еден интегрален дел на нашиот секојдневен живот. Ги има секогаш и насекаде. Тешко може да се најде некое тивко место, без присуство на некаков шум. Тука се бучавите од транспортот, во домот звуците од радиото, од телевизорот, пациентите со епилептичните напади потешко ја поднесуваат бучавата,

иако не можеме да кажеме дека шумот директно декланшира напад. Тоа може да се случи доколку бучавата со траење од од повеќе часови го истоштува пациентот до таков степен, што во еден момент може да дојде и до криза, значи бучавата комбинирана со замор. Токму поради овие причини, на пациентите не им се дозволува да работат во простории со машини кои предизвикуваат голема бучава и шум.

1.8.7. Влијание на епилепсијата врз женскиот организам

Со оглед на фактот дека "богатиот хормонален живот" и дава посебен статус на жената, односно на женските деца, накратко ќе се насочиме на некои поединости.

Во периодот на пубертетот третманот на епилептичните напади не ја модифицира физиолошката еволуција. Ова важи како за женските така и за машките деца. Во овој контекст, кај девојчињата, доколку првите месеци циклусот не се регуларни, причината во никој случај не треба да се бара во лековите, туку секогаш треба да се бара некоја друга причина.

Некои форми на епилепсии во периодот на пубертето исчезнуваат, додека други, обратно, тогаш почнуваат.

Има пациенти кои за време на менструалниот циклус нападите се почести, но тоа не е така честа појава. Препорачливо е пациентката да води дневник, и во консултација со лекарот, да се најде решение со евентуална промена на третманот и на времето на земање лекови.

Во однос на бременоста, едно е сигурно дека бременоста како физиолошки транзиторна состојба не ја лекува епилепсијата, туку обратно. Кај една третина од пациентките нападите, можат да зачестат, кај втората третина бременоста во ништо не ги модифицира кризите, а кај третата третина нападите се проретчуваат, или ги нема воопшто.

Менопаузата во никој случај не може да биде инфлуирана од епилептичните напади, така што перидото на менопауза ја има и ја следи истата еволуција, како и кај другите жени, кои немаат напади.

Во фазата на формирање на ембрионот, од првата до 12 – тата недела, многу е важно дали пациентката имала напади, колку тие биле чести и каква терапија примала. Значи, капиталот е терапијата да биде адаптирана пред планираната бременост. За време на бременоста, во никој случај не смее и не треба да се прави титрирање на лек, или лекови. Поради ова, пациентката мора да му ја предочи планираната бремност на својот лекар, да се направи консултација со лекарот кој ја третира за епилептични напади. Инсистираме за правилото кое треба строго да се почитува. Имено, во никој случај пациентката не смее да ја менува терапијата или да прекине со неа. Секаква промена треба да биде во консултација со лекарот кој што ја третира.

Потребно е да бидат ординирани и витамини, за што веќе спомнавме.

Ехографските и лабараториските контроли со контрола на антиепилептикумот во крвта треба да бидат редовни. На генерален план, пациентката треба да има добра хигиена на животот, со одрбана исхрана, добар сон и без консумација алкохол и пушење. Професионалната активност треба да биде сообразена со бременоста, но во никој случај не смее да се дозволи прекумерно заморување и нередовност во исхраната и спиењето.

Подготовката на пациентката за породување треба да биде како и за другите жени. Породувањето, во секој случај, треба да се изврши во акушерска установа со високо ниво на можности, доколку за тоа дојде до потреба.

Да резимираме, секоја бременост треба да биде планирана во семејството и во консултација со лекарот кој што ја следи пациентката поради епилептичните напади. Третманот, исхраната и контролните прегледи треба да бидат редовни и под контрола на лекарот.

1.8.8. Односот на семејството кон пациентот

Епилептичните напади можат да бидат многу варијабилни и да се појават со различна фреквенција. Токму таа непостојаност и непредвидливост во појавувањето на нападите ги поставува пациентот и семејството во однос на напнатоста, исчекување и страв, особено ако се работи за фармакорезистентна форма, кога нападите се почести. Честите напади, на некој начин, ја модулираат семејната хармонија и организација. Оттаму, доколку постојат и карактерни промени кај пациентот, може да дојде и до

нарушување на интерперсоналните односи во семејството, особено ако пациентот се третира како хендикепирана личност. Семејството треба да биде информирано за овие можни проблеми, па во никој случај не би требало да дојде до промена и пореметување на семејната хармонија. Можеби ова е лесно да се каже, но потешко е да се спроведе во реалноста. Во секој случај, членовите на семејството се тие кои треба да го "понесат поголемиот товар – како што вели еден познат психолог и да ја моделираат неговата хармонија".

Во домашната средина, доколку пациентот има браќа или сестри, би требало да се практикува "однесување на еднаквост" – најнормално однесување и кон пациентот и кон другите деца, се разбира секогаш во услови, колку што тоа го дозволува состојбата на самиот пациент, односно типот на нападите, и нивната зачестеност. Целта е пациентот да не се чувствува хендикепиран. Меѓутоа, сите членови од семејството треба добро да ја познаваа природата на нарушувањето, клиничката манифестација на нападите и можностите како и на кој начин ќе може секој од нив поединечно да му помогне при евентуален напад.

Обично, децата имаат привилегиан однос со постарите членови на семејството (дедо и баба) и, по правило, овој однос треба да се негува и одржува.

Исто така, сите во семејството треба да го знаат телеонскиот број на лекарот што го лекува пациентот, во случај за неопходна и итна работа.

1.8.9. Трансгенерациското пренесување на епилепсијата

Веројатно, одговорот е секогаш индивидуален, и зависи од типот на нападите.

Прво и основно е да се разграничи дали се работи за:

- **Симптоматска форма на епилепсија** (што би значело постоење на повреди на мозочното ткиво, а епилептичните напади се само симптом на повредената и променето мозочно ткиво, особено ако е таа промена во кората на мозокот која се смета за епилептогена, поточно зона која може да "раѓа" епилептични напади), не е наследна, туку е стекната (аквивирана) за време на животот, на пример од повредата на глава и сл. Или за

- **Идиопатска** (sui generis форма, “сама од себе”) за која постојат бројни хипотези за патофизиолошкиот механизам на настанување на нападите, но исцрпно и прецизно, објаснување нема.

Факт е дека во сите познати светски епилептиколошки центри главното внимение е свртено кон патофизиолошките сознанија, иследувањата на полето на молекулрната генетика и, се разбира, кон пронаоѓањето на нови молекули за спречување на нападите.

Токму во овој контекст, познато е дека некои болести кои се проследени и со епилептични кризи, се (во суштина) хередитарни (наследни), но за добро, овие болести се навистина ретки. Во поголемиот број случаи постои една фамилијарна предиспозиција, така што некои индивидуи се многу поосетливи од другите, но не би можеле да кажеме дека постои “автоматска трансмисија” од родителите на децата. Во некои случаи, бројните статистички иследувања нотираат, сепак една трансмисија на зголемена осетливост кон фебрилни конвулзии, но, тие се во најголем број на случаите бенигни и исчезнуваат на возраст после петтата година.

1.8.10. Состојбата на епилепсијата во текот на стареењето

Дури ни во спонтан тек, што значи дека дури и да не се третира епилепсијата, не се влушува со стареењето, напротив, таа го слабее поради општата реактибилност на мозокот. Сепак, **во староста, појавата на нова епилепсија е поголема затоа што оштетувањата на мозокот се поброjни.** Но лошите последици од овие оштетувања, заради општото намалување, возбудливоста, исто така, не резултираат со чести напади.

1.8.11. Ментално здравје и стигматизација

Депресијата е честа кај луѓето со епилепсија. Се проценува дека едно од секои три лица со епилепсија ќе има депресија во текот на неговиот живот, често со придружни симптоми на анксиозно растројство. Кај возрасните, депресијата и анксиозноста се двете најчести дијагнози поврзани со менталното здравје. Кај возрасните, прашалникот за скрининг на депресија специјално дизајниран за епилепсија им помага на професиите во

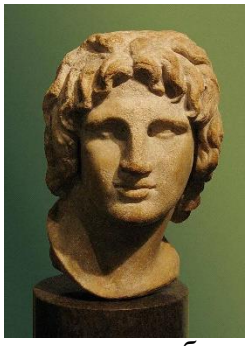
здравствената заштита да ги идентификуваат луѓето на кои им е потребен третман. Депресијата или вознемиреноста кај луѓето со епилепсија може да се третираат со советување или повеќето исти лекови што се користат кај луѓе кои немаат епилепсија. Луѓето со епилепсија не треба едноставно да прифаќаат дека депресијата е дел од епилепсија и треба да разговараат за симптомите и чувствата со здравствените работници.

Децата со епилепсија, исто така, имаат поголем ризик од развој на депресија и / или нарушување на хиперактивноста со дефицит на внимание во споредба со нивните врсници. Проблеми во однесувањето може да претходи на почетокот на нападите кај некои деца.

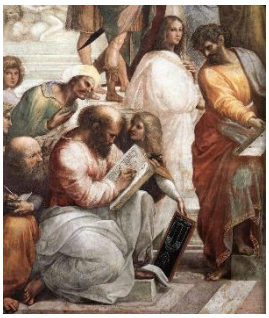
Децата се особено ранливи на емоционалните проблеми предизвикани од незнаење или недостаток на знаење меѓу другите за епилепсијата. Ова често резултира со стигматизација, малтретирање или задевање на дете кое има епилепсија. Ваквите искуства можат да доведат до однесување на избегнување во училиште и други социјални средини.

1.9. Епилепсија кај историски значајни ликови

Во повеќето случаи со епилепсија, нападите се дел од нормалниот и секојдневниот живот, и лицата кои ја имаат можат да водат скоро нормален начин на живот. Пример за тоа се познатите и славни луѓе кои го имале ова нарушување. Дел од нив се:



Александар III Македонски - (20 јули 356 п.н.е. – 10 јуни 323 п.н.е.) – исто така познат како Александар Велики бил антички крал (336 – 323 п.н.е.). Имал епилепсија, но со текот на времето, епилепсијата била позната како "света болест" поради верување дека оние кои имале напади биле опседнати од зли духови или допрени од страна на боговите и требало да се третира со повлекување мистична моќ.



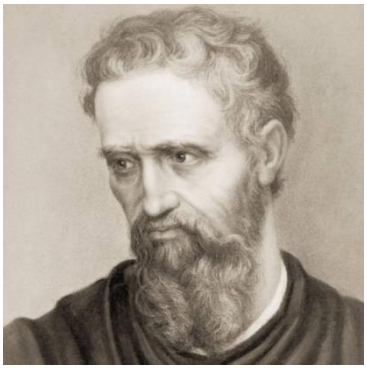
Питагора - (582 п.н.е. – 496 п.н.е.). Бил првиот човек кој се нарекол филозоф, "љубител на мудроста", најпознат по формулирање на питагоровата теорема. Оваа теорема е една од основните и најзначајни математички теореми.



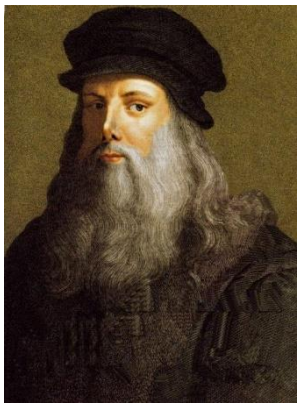
Исак Њутн **–** (Јануари 4, 1643 година – 31 Март, 1727 година). Многу важен научник кој е заслужен за основање на трите закони за движење, заедно со студиите за универзална гравитација. Се сметало дека неговите закони се производ на психози, но тие се навистина генијални.



Наполеон Бонапарта – (15 Август 1769 година – 5 Мај 1821 година). Француски воен и политички водач кој станал познат во текот на подоцнежните фази на Француската револуција војните во Европа. Многу книги денес тврдат дека Наполеон Бонапарта страдал од епилепсија во текот на неговиот живот. Иако не постои валиден доказ и некои веруваат дека тоа е само мит.



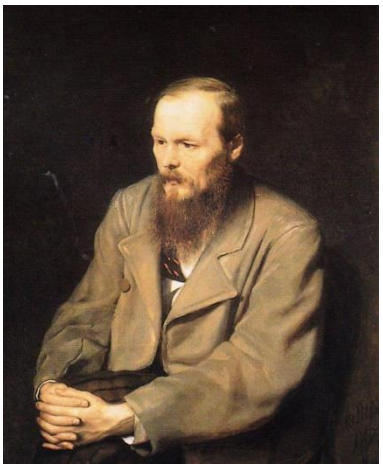
Микеланџело **–** (6 Март, 1475 година – 18 Февруари 1564 година). Склуптор на многу од најпознатите склуптури на сите времиња.



Леонардо да Винчи – (15 Април 1452 година – 2 Мај 1519 година). Човекот кој е одговорен за некои од најрелигиозните слики во историјата. Негови најпознати дела се сликите Мона Лиза и Тајната вечера на Исус Христос која е најстарата репродуцирана верска слика на сите времиња.



Аристотел **-** (384 п.н.е. – 322 п.н.е.), античкифилозоф полихистор, ученик на Платон, а учител на Александар III Македонски. Аристотел е еден од првите кој истакнал дека тесно поврзана е епилепсијата со генијалноста.



Фјодор Михајлович Достоевски **–** (11 Ноември 1821година – 9 Февруари 1881година). Руски писател и есеист, познат по неговите романи “Злосторвство и Казна” и “Браќа Карамазови”. Достоевски имал епилепсија а неговиот прв напад се случил кога имал девет години. Епилептичите напади се повторувале различно во текот на неговиот живот, а тие искуства на Достоевски се верува дека биле основа за неговиот опис на епилепсија кај Кнезот Мишкин е во неговиот роман “Идиот” и на Смердаков “Браќа Карамазови”. Починал како последица од крварење предизвикано од епилептични напади.

Ова се дел на лица со епилепсија, познати низ целиот свет.

2. ДОСЕГАШНИ ИСТРАЖУВАЊА

- *Стресот како талог на напади: Идентификација, придружни фактори и опции за третман - Heather R.McKee,Michael D.Privitera;*

Стресот е чест и важен преципитант на напади пријавен од пациенти со епилепсија. Досегашните студии користеле различни методологии за да ги идентификуваат односите помеѓу епилепсијата и стресот. Неколку студии идентификуваа анксиозност, депресија и детска траума како почеста кај пациенти со епилепсија кои пријавуваат стрес како напад на напад во споредба со пациенти со епилепсија кои не го идентификуваа стресот како напад на напад. Во една студија од истражувањето беше откриено дека мнозинството пациенти со напади предизвикани од стрес користеле самостојно некој вид метод на намалување на стресот и, од оние кои го пробаа ова, уште поголемо мнозинство сметаше дека овие методи ги подобруваат нивните напади. Покрај тоа, потенцијални испитувања од мала до умерена големина, вклучително и рандомизирани клинички испитувања, со употреба на општи методи за намалување на стресот, покажаа ветување за подобрување на резултатите кај пациенти со епилепсија, но резултатите од фреквенцијата на нападите беа неконзистентни. Врз основа на овие студии, препорачуваме кога клиничарите ќе наидат на пациенти кои пријавуваат стрес како напад на напад, овие пациенти треба да бидат прегледани за лекување на нарушување на расположението. Понатаму, иако намалувањето на нападот со методи на намалување на стресот не е докажано во рандомизирано контролирано испитување, други важни крајни точки како квалитетот на животот беа подобрени. Затоа, препорачувањето на методи за намалување на стресот на пациентите со епилепсија се чини дека е разумен додаток со низок ризик на стандардните третмани. Тековниот преглед ја нагласува потребата од идно истражување за да помогне во понатамошно разјаснување на биолошките механизми на односот на напад на стрес и ја нагласува потребата за поголеми рандомизирани контролирани испитувања за да се развијат препораки за третман засновани на докази.

Епилепсијата е сложена состојба, каде што различните основни патологии предизвикуваат прекумерна синхрона нервна активност во мозокот, што резултира со напади на различна клиничка семиологија, фреквенции и интензитети. Пациентите со епилепсија се соочуваат со многу предизвици со оваа состојба, но можеби најтешката е

непредвидливоста на појавата на напади. Понатаму, пациентите често пријавуваат специфични предизвикувачи на напади од разни егзогени и ендогени фактори. Најчестиот преципитирачки фактор пријавен од пациентите е стресот. Врската помеѓу стресот и епилепсијата е пријавена датира од пред повеќе од половина век. Забележано е дека стресот не само што може да ја зголеми подложноста кон напади и евентуално може да биде друга форма на рефлексна епилепсија, туку и да го зголеми ризикот од развој на епилепсија, особено кога стресните фактори се тешки, продолжени или искусни рано во животот. Овој е темелен преглед на човечки студии за проценка на односот помеѓу стресот и епилепсијата.

Најраните студии кои ги проценуваа ефектите на стресот и епилепсијата беа направени во форма на дневни студии за проценка на врската помеѓу индивидуалниот стрес и нападите. Во 1984 година Темкин и сор. објавија студија на 12 возрасни лица со епилепсија кои користеле 3-месечен дневник за да ги документираат своите напади и стресни животни настани. Студијата покажа дека пациентите доживеале значително повеќе напади во "денови со висок стрес" отколку "денови со низок стрес". Вебстер и сор., Го разгледаа влијанието на животните настани врз нападите со ретроспективна корелација на месечната фреквенција на напади во изминатите една до шест години со искусни животни настани кај 18 пациенти со епилепсија. Пронајдена е поврзаност помеѓу месечната фреквенција на напади и животни настани кај 3 пациенти (17%) и значителна промена во фреквенцијата на напади откако доживеале животен настан кај 6 пациенти (30%). Понатаму, Нојгебауер и сор. направи проспективна студија и откри значително зголемување на фреквенцијата на напади во рок од 24 часа по непријатен настан кај 5 од 37 пациенти (14%) и значително намалување кај 2 (5%) пациенти.

Други рани студии ги проценувале промените на електроенцефалограмот (ЕЕГ) како одговор на стресните вербални стимули кај здравите контроли и откриле дека има суптилни промени во ЕЕГ (стеснување на опсегот и регионални промени во фреквенцијата), но доволно големи за слепиот преглед да правилно идентификува 92% од стресните стимули на ЕЕГ. Слично на тоа, кај пациенти со епилепсија, стресните интервјуа предизвикаа промени во ЕЕГ (претерано шилење, пароксизмална активност или епилептиформски комплекси) во поголемиот дел. Исто така, имаше серија случаи од пет пациенти со епилепсија кои покажаа дека аудио и видео записи предизвикани од стрес може да предизвикаат напади. (*Heather R.McKee 2016)*

- *Депресија и вознемиреност кај лицата со епилепсија - Oh-Young Kwon, and Sung-Pa Park*

Апстракт

Многу неодамнешни епидемиолошки студии откриле дека преваленцата на депресија и анксиозност е поголема кај луѓето со епилепсија (PWE) отколку кај луѓето без епилепсија. Понатаму, луѓето со депресија или анксиозност почесто страдаат од епилепсија отколку оние без депресија или анксиозност. Скоро една третина од PWE страдаат од депресија и анксиозност, што е слично на распространетоста на епилепсија отпорна на лекови. Различни области на мозокот, вклучувајќи ги фронталните, темпоралните и лимбичните региони, се поврзани со биолошката патогенеза на депресијата кај PWE. Предложено е дека структурни абнормалности, моноамински патишта, метаболизам на церебрална гликоза, хипоталамо-хипофиза-надбубрежна оска и интерлеукин-1б се поврзани со патогенезата на депресијата кај PWE. Амигдалата и хипокампусот се важни анатомски структури поврзани со анксиозноста, а γ-аминобутерна киселина и серотонин се поврзани со нејзината патогенеза. Депресијата и вознемиреноста може да доведат до самоубиствена идеја или обиди и чувства на стигматизација. Овие искуства, исто така, веројатно ќе ги зголемат негативните ефекти поврзани со антиепилептични лекови и се поврзани со слаби реакции на фармаколошки и хируршки третмани. На крајот на краиштата, квалитетот на животот најверојатно ќе биде полош кај PWE со депресија и анксиозност отколку кај PWE без овие нарушувања, што го прави незаменливо раното откривање и соодветното управување со депресија и анксиозност кај PWE. Едноставни инструменти за скрининг може да бидат корисни во овој поглед, особено во зафатените клиники за епилепсија. Иако и медицинските и психо-бихевиоралните терапии можат да ги подобрат овие состојби, потребни се рандомизирани контролирани испитувања за да се потврди тоа.

Клучни зборови: епилепсија, депресија, анксиозност.

Вовед

Пред повеќе од 2000 години, Хипократ опиша двонасочна врска помеѓу депресија и епилепсија. Тој напиша: „Меланхолиците вообичаено стануваат епилептици, а епилептиците, меланхолиците: она што ја одредува предноста е насоката по која се одвива болеста“. Многу лекари оттогаш забележаа поврзаност помеѓу епилепсијата и депресијата и анксиозноста. Сепак, истовремена депресија и анксиозни нарушувања кај луѓето со епилепсија (PCB) не биле во фокусот на полето на истражување и справување со епилепсија долго време, иако многу неодамнешни епидемиолошки студии откриле голема преваленца на депресија и анксиозност кај PC. Овие студии откриле дека 9-37% од PWE страдале од депресија и 11-25% страдале од анксиозност, што е поголема пропорција отколку кај оние без епилепсија. Овие стапки на депресија и вознемиреност беа близу до стапката на резистентни лекови за епилепсија во долгорочна студија базирана на популација. И покрај големиот напредок во разбирањето и управувањето со резистентната епилепсија на лекови, прашањата поврзани со депресија и анксиозност кај PWE остануваат недоволно препознаени. Преваленцата на депресија или анксиозност е повисока кај огноотпорната епилепсија на лекови, а особено кај епилепсијата на темпоралниот лобус (TLE), отколку кај општата популација на PWE. Депресијата и анксиозноста се поврзани со самоубиство, самоубиствени идеи и стигматизација кај PWE. Неодамнешните студии идентификуваа депресија и анксиозност како фактори на ризик од резистентни лекови на епилепсија кај ново дијагностицирани епилептични пациенти. Овие фактори на ризик исто така се поврзани со полоши резултати на епилептична хирургија. Покрај тоа, депресијата и анксиозноста се поврзани со зголемени несакани дејства како одговор на антиепилептични лекови (AED) во PWE. На крајот на краиштата, психијатриските и клиничките ефекти на депресија и анксиозност можат да го нарушат квалитетот на животот (QOL) на PWE. Затоа, раното откривање и справување со депресија и анксиозност се од клучно значење за управување со PWE. Објавени се многу вредни извештаи за депресија и анксиозност кај PWE. Овој преглед е дизајниран да ги собере информациите дадени од овие студии, организирајќи ги според епидемиологијата, патогениот механизам, клиничката манифестација, влијанието, дијагнозата и третманот. Оваа новоорганизирана информација може да обезбеди корисни упатства за лекарите кои третираат PWE.

Епидемиологија на депресија и анксиозност кај PWE

Епидемиологија на депресија

Епилепсијата има двонасочна асоцијација со депресија. Во соодветна надолжна група студија заснована врз база на податоци за истражување на општа пракса на Обединетото Кралство, епилепсијата беше поврзана со зголемен почеток на депресија пред и по дијагнозата на епилепсија. Ова набудување може да сугерира присуство на вообичаени основни патофизиолошки механизми на епилепсија и депресија. Депресијата е најчесто појавувано придружно психијатриско нарушување кај епилепсијата. Студиите спроведени во Канада, Италија, Велика Британија и САД покажаа дека преваленцата на депресија беше поголема кај PWE отколку кај пациенти со други болести или кај општата популација. Во тие студии, 9-37% од PWE ги исполнувале критериумите за депресија, додека депресијата е забележана кај 9-10% од пациентите со други состојби и кај 6-19% од општата популација. Депресијата исто така беше почеста кај PWE отколку кај здрави контроли во нашата студија спроведена во корејски болници за терцијарно згрижување; Откриено е дека 27,8% од PWE и 8,8% од здравите контролори страдаат од депресија. Неодамнешното мета-анализирање на оригиналното истражување засновано врз население откри дека вкупната преваленца на активна депресија кај PWE е 23,1%.

Преваленцата на депресија кај ТЛЕ е највисока кај сите видови на епилепсија според студиите спроведени во Италија и Велика Британија. Исто така, резистентната епилепсија на лекови беше поврзана со поголема преваленца на депресија. Во студија спроведена на две практики на примарна здравствена заштита во Велика Британија, фреквенцијата на депресија беше 33% кај пациенти со чести напади и 6% кај пациенти во ремисија поради AED. Пациентите со неконтролирана епилепсија, исто така, покажаа повисоки стапки на депресија во споредба со оние со слабо или добро контролирана епилепсија во претходното претходно корејско истражување. Таа студија открила дека стапките на депресија кај луѓе со неконтролирана епилепсија, кај оние со слабо контролирана епилепсија, кај добро контролирана епилепсија и кај здрави контроли биле 54,3%, 23,8%, 14,0% и 8,8%, соодветно.

Епидемиологија на вознемиреност

Согласената надолжна група студија заснована врз базата на податоци за истражување на општата пракса на Обединетото Кралство, исто така, откри двонасочна поврзаност помеѓу анксиозност и епилепсија. Едно канадско истражување засновано врз население открило дека преваленцата на анксиозност во текот на животот била 2,4 пати поголема кај PWE отколку кај луѓето без епилепсија. 5 Студии спроведени во Канада, Велика Британија и САД откриле дека преваленцата на анксиозност била поголема кај PWE отколку кај луѓето без епилепсија; конкретно, тоа беше 11-25% кај PWE и 7-11% кај луѓе без епилепсија. Анксиозноста беше почеста кај PWE отколку кај здравите контроли во нашата студија спроведена во корејски болници за терцијарно згрижување: стапките на анксиозност беа 15,3% кај PWE и 3,2% кај здрави контроли. Како и кај преваленцата на депресија, претходните истражувања откриле дека преваленцата на анксиозност кај PWE е под влијание на статусот на епилепсија. Пријавената стапка на истовремена вознемиреност е поголема кај пациенти со епилепсија отпорна на лекови и пациенти со TLE отколку кај сите PWE, и поголема кај пациенти со TLE отколку кај пациенти со примарна генерализирана епилепсија или пациенти со други хронични заболувања. Според студиите извршени во Канада и Велика Британија, преваленцата на анксиозност била 11-44% кај луѓе со резистентна епилепсија на лекови, додека студија од Германија покажала дека 19 од 97 последователни амбулантски пациенти со епилепсија отпорна на лекови (19,6%) страдаат од вознемиреност. Понатаму, вознемиреност е пријавена кај 19% од пациентите со ТЛЕ и кај 24,7% од кандидатите за епилептична хирургија. Стапката на вознемиреност во нашето корејско истражување беше поголема кај пациенти со неконтролирана епилепсија (31,1%) отколку кај пациенти со слабо контролирана епилепсија (14,3%), пациенти со добро контролирана епилепсија (6,5%) и здрави контроли (3,2%).

Коморбидна депресија и вознемиреност

Депресијата и вознемиреноста често се истовремени, а во клиничката пракса е тешко да се оценат одделно бидејќи и двете вклучуваат негативни афективни симптоми. Затоа, блиската врска помеѓу депресијата и анксиозноста може да биде предизвикана не само од нивниот чест коморбидитет, туку и од негативните афективни симптоми што ги споделуваат. Важноста на истовремената појава на примарна депресија и анксиозни нарушувања доведе до тоа што спецификаторите за анксиозност беа додадени на

дијагностичките критериуми за депресивни нарушувања вклучени во петтото издание на статистичкиот прирачник за ментални нарушувања (ДСМ-5).

- ***Влијание на епилепсијата врз физичкото и психосоцијалното функционирање на пациентот: студија за Ирак -*** *Intisar A. G. Khudhur, Fakhria J. Mehabes*

Апстракт

Позадина: Епилепсијата е честа невролошка болест, која ги погодува луѓето од сите возрасти. Тоа е стигматизирачко, непредвидливо и оневозможувачко заболување. Примарната цел на оваа студија беше да се проценат физичките и психосоцијалните проблеми со кои се соочуваат пациентите со епилепсија. Вкупно 100 пациенти со епилепсија беа споредени со 100 нормални субјекти за да се откријат разликите помеѓу двете групи во однос на физичките и психосоцијалните проблеми. Прашалникот е генериран од претходни студии и кратка форма на здраво истражување (SF- 36). Тој беше изменет и тестиран за валидност и сигурност. Резултати: Просечната возраст на нашите пациенти беше 32,5 години. 69% од нив биле сингл, а 68% биле мажи. Резултатот покажа дека постојат статистички разлики помеѓу двете групи во однос на сите четири домени p = 0.000. Повеќето од пациентите се жалеле на закана за смрт (88%) и биле погодени од социјалната стигма (86%), повеќе од половина од бројот на примерокот не знаел зошто се случил нападот (78%), додека половина од нив не беа во можност да ја контролираат својата болест и покрај земањето лекови. Заклучоци: Ова е студија за Ирак подготвена да го разбере влијанието на епилепсијата врз физичкото и психосоцијалното функционирање на пациентот. Откриено е дека епилепсијата има големо влијание врз животот на пациентот, особено врз психолошкото функционирање на пациентите со значителни разлики. Разбирањето на проблемите на пациентот може да доведе до добар напредок во проценката на медицинската сестра, интервенцијата и постигнување на крајната цел за контролирање на овие проблеми, кои, најверојатно, го подобруваат квалитетот на нивниот живот. Клучни зборови

Епилепсија, влијание, квалитет на живот.

Вовед

Епилепсијата е невролошко заболување кое предизвикува напади кои се резултат на прекумерно електрично празнење во мозокот, тие се ненадејна, присилна и временски ограничена промена во однесувањето, вклучително и промена на свеста, моторна активност, автономно функционирање или сензација. Епилепсија, влијае на 0,5 до 1% од луѓето од кои 60% се проценува дека имаат делумна епилепсија. Студиите на Светската здравствена организација (СЗО) 2000 откриле дека глобалните физички, социјални и економски последици од епилепсија се високи, сочинуваат 0,5% од целиот товар на болести во светот. Пациентите со епилепсија се соочуваат со многу неизвесности, во врска со дијагнозата на нивната состојба, времето и кога ќе се појават нападите, природата на нападите и колку најдобро можат да се контролираат. Најсериозната опасност од епилепсија не е нападите, туку поврзаните проблеми во однесувањето и психосоцијалните проблеми кои се склони да се развијат кај пациенти со ова нарушување. Меѓународната лига против епилепсија (ИЛАЕ) и Светската здравствена организација (СЗО) нагласуваат отстранување на бариерите за подобар живот на оние со оваа болест. Во однос на другите хронични заболувања (астма, срцеви нарушувања и дијабетес), бројот на психолошки проблеми е откриен позастапен кај лицата со епилепсија. Традиционално, контролата на нападите кај пациенти со епилепсија се смета за најважен клинички исход. Сепак, сегашните антиепилептични лекови не секогаш го постигнуваат ова; околу 30% -40% од случаите останале неконтролирани и покрај фармаколошката интервенција.

Голем дел од социјалните проблеми придонесуваат за целокупниот несакан ефект на терапијата, како што се невработеноста или недоволното вработување, социјалната изолација и психолошкото вознемирување.

Овие проблеми можат да влијаат на квалитетот на животот на луѓето со епилепсија. Многу истражувачи откриле дека лицата со епилепсија се оцениле како понизок квалитет на живот и имаат повеќе психолошки потешкотии отколку другите лица со посебни потреби.

Постојат бројни студии кои го проценувале физичкото, психосоцијалното функционирање и квалитетите на живот кај пациенти со епилепсија извршени во САД, европски земји и Канада, некои од нив имаат слични резултати, а другите се разликуваат. Поголемиот дел од заклучоците од минатите истражувања беа донесени за поширок

меѓународни земји. И покрај тоа што откритието на случајот во една земја се користи за поддршка на здравствената пракса во други земји, сепак е можно разликите во културните регулативи, социјалните услови и во пракса да го отежнуваат генерализирањето на казните на студиите на другите источни популации.

Сложените меѓусебни односи меѓу психолошките, социолошките и физичките варијабли поврзани со животот со епилепсија не се добро испитани во арапските земји.

Овие односи се важни и за медицинските сестри при планирање на ефективна медицинска нега и интервенции. Затоа, целта на ова истражување беше да се идентификуваат физичките и психосоцијалните проблеми кои вообичаено се поврзани со епилепсија, што овозможува подобро идентификување на интервенциите кои имаат поголема веројатност да го подобрат квалитетот на животот на таквите луѓе.

Резултати

Резултатите покажаа дека поголемиот дел од возраста на пациентот е помала од 30 години (62%) со просечна и стандардна девијација е (31,54 ± 2,05) за пациентите и (31,9 ± 2,03) за нормалните испитаници, тие биле сингл (69%) и (68%) од испитуваниот примерок биле машки. Повеќето од пациентите знаат да читаат и пишуваат само (45%) и (25%) имаат средно училиште. (38%) од примерокот страдале од епилепсија пред 2 години, додека (26%) имале болест пред 8 години.

За да се открие вистинското влијание на епилепсијата врз пациентите, направена е споредба помеѓу одговорите на двете групи (епилептичен и нормален субјект), резултатот од физичката димензија покажа дека 74% од епилептичните пациенти стравувале од повреда по нападот, додека (60%) се жалат од губење на меморијата. Скоро половина од нашиот епилептичен примерок (48%) беше неусогласеност со нивните лекови.

Најдени се значителни разлики помеѓу двете групи во однос на доменот Психолошки проблеми (P = 0.000). Повеќето од нив се заканувале со смрт (88%). Тие имаа стравови од нападот и неговите низи (76%), а повеќе од половина од избраниот примерок имаа безнадежност по нападот.

Повеќето од пациентите биле сериозно погодени од социјалната стигма (86%) и чувствувале товар на нивното семејство (64%). Од друга страна, овој резултат на

студијата откри дека епилепсијата не ја менувала улогата на пациентот во нивното семејство.

Две третини од пациентите не знаеле зошто се случил нападот (78%) и тие не биле во можност да имаат деца (68%), табелата исто така покажала дека пациентите секогаш се плашат дали нивните деца имаат епилепсија (68%), додека половина од нив мислат дека не биле во можност да ја контролираат својата епилепсија.

Дискусија

Повеќето лица со епилепсија живеат надворешно нормален живот, но страв од повреда, губење на меморијата и вознемиреност за претстојните напади, социјална стигма, негативни ефекти на лекови, присуство на когнитивни или психијатриски компликации и често нарушување на спиењето може да има негативно влијание врз нивниот живот .

Споредувајќи ги резултатите од тековната студија со други студии, откри дека има некои разлики во демографските податоци кај ирачките пациенти, како што се возраста и статусот на образование, откриено е дека возраста на пациентите во оваа студија е (помалку од 30), додека пациентите возраста била поголема во други студии.

Повеќето од нашите испитаници пациенти биле сингл, машки, а половина од нив биле (неписмени / примарно ниво), слично како и „Марабет“ кој открил дека (47,3%) од туниските пациенти биле неписмени и имале основно ниво на образование. Тековните резултати од студијата покажаа дека времетраењето на епилепсијата е помало од другите студии (засновано на споредба со туниски пациенти). Испитаниците во нашата студија најверојатно велат дека нивната епилепсија влијае на сите четири димензии негативно, но во различни проценти. Најголем процент беше чувството дека епилепсијата го загрозува нивниот живот (88%) и социјалната стигма (86%) со значителни разлики помеѓу двете групи (p = 0.000). физичка димензија на нашите пациенти кои не се толку погодени од епилепсија. пациентите се плашеа од повреда што го ограничуваше нивното движење. Исто така, повеќето од нив ја изгубија меморијата и тоа може да биде затоа што несакани ефекти од лекови. Резултатите од сегашната студија во врска со губењето на меморијата беа повисоки од Бејкер, кој откри дека помалку од половина од луѓето што живеат во Иран и во Заливот, исто така, се жалат на губење на меморијата заради несакан ефект на антиепилептични лекови. Покрај тоа, тој открил дека има големи

разлики во однос на стапките на усогласеност на пациентите со лекови кај неговата студија, меѓутоа, во оваа студија стапката на неусогласеност била исто така висока (48% за секогаш и 28% за понекогаш) и тоа е исто така заради антиепилептични лекови несакан ефект.

Тековните откритија открија дека психолошкото и менталното здравје и перцепцијата на пациентот домени погодени од епилепсија повеќе од физички домен, повеќето од пациентите имале страв од смрт, низа на напад, безнадежност, што може да влијае на нивното ментално здравје и имало големо влијание врз нивното живее.

Претходните студии покажаа дека епилепсијата е причина за значително ниво на вознемиреност кај половина од испитаниците и се смета дека тие влијаат на многу различни аспекти од нивниот живот, Бејкер и Колинг во резултатите од нивната студија покажаа и инцидент на депресија и анксиозност кај епилептични пациенти . Ова треба да се земе предвид при обидот да им се помогне на пациентите со епилепсија. Нашиот резултат покажа дека епилептичните пациенти немаат страв од брак и секс, но се плашат ако нивните деца ја имаат истата болест. Ова откритие е различно од другите резултати од студиите кои откриле дека луѓето со епилепсија доживуваат тешкотии во ситуации кои бараат не само интимни контакти со други, туку и во повеќе површни ситуации. Пациентите исто така се чувствувале стигматизирани од нивната епилепсија и чувствувале товар врз нивните семејства што ги прави да се чувствуваат ниско самостојно стебло, со статистички разлики помеѓу двете групи што доаѓа во договор со Бејкер, Марабет и Рацаб.

Оваа студија откри важни разлики во перцепцијата на пациентите за нивниот здравствен статус повеќе од нормалните субјекти, бидејќи тие секогаш размислуваа зошто се случил нападот, Даути и во неговата европска студија откриле дека има некои празнини во знаењето, особено во прашањата поврзани со лекови причина за епилепсија. Нашиот резултат покажа дека пациентите не биле во можност да ја контролираат болеста што има големо влијание врз сите нивни животни аспекти, како што се социјалните односи, активности и вработување. Наодите јасно го потврдуваат влијанието на епилепсијата врз психолошкото функционирање на пациентите.

- *Психолошки третмани за лица со епилепсија* - *Rosa Michaelis, Venus Tang, Janelle L Wagner, Avani C Modi, William Curt LaFrance Jr, Laura H Goldstein, Tobias Lundgren, Markus Reuber*

Позадина: Со оглед на значителното влијание на епилепсијата врз квалитетот на животот поврзан со здравјето (HRQoL) на лица со епилепсија и нивните семејства, постои голем клинички интерес за психолошки третмани засновани на докази, насочени кон подобрување на психолошката благосостојба кај луѓето со епилепсија. Потребен беше преглед на тековните докази за да се проценат ефектите од психолошките третмани кај луѓето со епилепсија врз резултатите од HRQoL, со цел да се информираат идните терапевтски препораки и дизајни на истражување.

Цели: Да се проценат ефектите на психолошките третмани кај луѓето со епилепсија врз резултатите од HRQoL.

Методи на пребарување: Ги пребарувавме следните бази на податоци на 20 септември 2016 година, без ограничувања на јазикот: Специјализиран регистар на групата епилепсија Кокран, ЦЕНТРАЛ, МЕДЛИНСКИ ПСИЦИНФО, ClinicalTrials.gov, СЗО,Меѓународна платформа за регистрирање на клинички испитувања (ICTRP). Ги прегледавме препораките од вклучени студии и релевантни прегледи и контактиравме истражувачи од областа за необјавени студии.

Критериуми за избор: Разгледавме рандомизирани контролирани испитувања (RCT) и квази RCT за овој преглед. HRQoL беше главната мерка за исходот. За оперативната дефиниција на „психолошките третмани“, вклучивме широк спектар на третмани кои користеа психолошки или бихевиорални техники дизајнирани за подобрување на HRQoL, фреквенцијата и сериозноста на нападите и психијатриските коморбидитети за возрасни и деца со епилепсија, во споредба со третманот како и обично (ТАУ) или активна контролна група.

Собирање и анализа на податоци: Користевме стандардни методолошки процедури што се очекуваат од Кокренската соработка.

Главни резултати: Вклучивме 24 завршени РЦТ, со вкупно 2439 учесници. Единаесет студии истражувале психолошки интервенции, како што се когнитивни,

бихејвиорални и ум-базирани интервенции. Останатите студии беа класифицирани како едукативни интервенции (N=7), само-управување со интервенции (N = 3), придржувачки интервенции (N=1) и мешани интервенции (N = 2). Две студии истражувале интервенции за деца и адолесценти и пет студии истражувале интервенции за адолесценти и возрасни. Врз основа на задоволителна клиничка и методолошка хомогеност, ние обединивме податоци од шест студии за возрасни, две студии за адолесценти и возрасни и една за адолесценти и млади (468 учесници) за HRQoL, измерена со Квалитетот на животот во епилепсија-31 (QOLIE- 31). Откривме значителни просечни промени за вкупниот резултат QOLIE-31 и шест под-скали (емоционална благосостојба, енергија и замор, целокупен QoL, загриженост од напади, ефекти на лекови и когнитивно функционирање). Средните промени во вкупниот резултат на QOLIE-31 (средно подобрување од 5,68 поени (95% CI 3,11 до 8,24; P <0,0001) и три подскали, емоционална благосостојба (средно подобрување од 7,03 поени (95% CI 2,51 до 11,54 поени) ; P = 0,002); енергија и замор (просечно подобрување од 6,90 поени (95% CI 3,49 до 10,31; P <0,0001); и целокупниот QoL (просечно подобрување од 6,47 поени (95% CI 2,68 до 10,25; P = 0,0008)) прагот на минимално важна промена (МИЦ), што укажува на клинички значајно подобрување на QoL по интервенција. Ние го намаливме квалитетот на доказите обезбедени од мета-анализата заради сериозен ризик од пристрасност во некои од вклучените студии. Како резултат на тоа, овие резултатите обезбедија доказ за умерен квалитет дека психолошките третмани за возрасни со епилепсија може да го подобрат целокупниот QoL кај луѓето со епилепсија.

Заклучоци на авторите: Импликации за пракса: Психолошки интервенции и интервенции за самоуправување го подобрија QoL и емоционална благосостојба и намален замор кај возрасни и адолесценти со епилепсија Дополнителна употреба на психолошки третмани за возрасни и адолесценти со епилепсија може да обезбеди дополнителни придобивки за QoL кај оние кои вклучуваат управување насочено кон пациентот.

- *Практики за самоуправување поврзани со квалитетот на животот на возрасните со епилепсија* - *Robert Quon, Angeline Andrew, Samantha Schmidt, Cam Escoffery, Lindsay Schommer, Felicia Chu, Heidi Henninger, Keith Nagle, Nicholas Streltzov, Barbara Jobst*

Практиките на само-управување со епилепсија ја зголемуваат компетентноста и довербата на пациентот во управувањето со нивната хронична состојба, за што се претпоставува дека доведува до подобар квалитет на живот (QoL). Ја анализиравме врската помеѓу одговорите на скалата за самостојно управување со епилепсија (ESMS) и резултатите од квалитетот на животот во епилепсија (QOLIE-31). Беа администрирани основни прашалници од HOBSCOTCH, програма за самостојно управување со когнитивни проблеми, во четири центри за епилепсија во Нова Англија кај возрасни (n = 100) со поплаки за епилепсија и субјективна меморија. Немаше корелација помеѓу вкупните резултати за самоуправување и вкупните резултати за квалитетот на животот; сепак, анализите на под-скалата покажаа дека одредени практики на само-управување се силно поврзани со вкупниот резултат на QOLIE-31. Поточно, подобреното управување со животниот стил на ESMS беше поврзано со зголемен резултат на квалитетот на животот (прилагодено p <0,01), додека подобрените практики за управување со безбедноста на ESMS беа поврзани со намален вкупен резултат на квалитетот на животот (прилагодено> <0,01) Нашата анализа на ниво на ставки истакна специфични ставки во рамките на управувањето со безбедноста ESMS, управувањето со начинот на живот на ESMS и поддомените за управување со информации ESMS кои беа значајни предвидувачи за QoL. Исто така, се покажа дека депресијата е значително во корелација со QOLIE-31 (p <0,01). Нашата студија сугерира дека пренагласувањето на безбедносните практики може негативно да влијае на квалитетот на животот, додека подобреното управување со начинот на живот има позитивни ефекти. Понатаму, нашето откритие дека квалитетот на животот е во голема мера зависен од депресивни симптоми ја потенцира важноста на лекувањето на депресијата кај епилепсијата.

- *<u>Импулсивност кај општата популација: Национална студија</u> – Jaime Chamorro,Silvia Bernardi,Marc N. Potenza, Jon E. Grant, Rachel Marsh, Shuai Wang and Carlos Blanco*

Цел

Конструкцијата на импулсивноста е важна детерминанта на разликите во личноста, психијатриските нарушувања и придружните ризични однесувања. Повеќето постоечко знаење за импулсивноста доаѓа од клинички примероци. До денес, ниту една студија не ја проценила преваленцата на импулсивноста и ги испитала нејзините корелации кај општата популација.

Метод

Анализиравме податоци од голем национален примерок на население во САД. Истражувања лице-в-лице на 34 653 возрасни лица на возраст од 18 години и постари кои живеат во домаќинства се спроведени во периодот 2004-2005 година Дијагнозите на нарушувања на расположението, вознемиреноста и лековите, како и нарушувањата на личноста се засноваа на Распоред на интервју за нарушување на употребата на алкохол и поврзана попреченост - верзија ДСМ-IV.

Резултати

Импулсивноста беше честа (17% од примерокот), особено кај мажите и помладите лица, а се поврзани со широк спектар на нарушувања на оската I и II, особено зависноста од лекови, кластерот Б, зависни и шизотипни нарушувања на личноста, биполарно растројство и АДХД. Тоа беше поврзано со дезинхибиција во однесувањето, дефицит на внимание и недостаток на планирање. Поединци со импулсивност имале поголема веројатност да се однесуваат во однесување што може да биде опасно за себе или за другите, вклучувајќи несовесно возење, започнување тепачки, кражба во продавници, вршење семејно насилство и обид да се повреди или убие. Тие беа изложени на поголем ризик од траума во текот на животот и на значително физичко и психосоцијално оштетување.

Заклучок

Со оглед на поврзаноста на импулсивноста со психијатриски нарушувања и повеќе несакани настани, постои потреба да се насочи импулсивноста во напорите за превенција и третман.

3. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Епилепсијата претставува една голема група невролошки кондиции, чија најпроминентна карактеристика е појавата на повторувачки, непровоцирани епилептични напади. Појавата на нападите е непредвидлива, тие можат да се јават додека болниот шета, јаде, вози автомобил, ја извршува професионалната работа и сл. Поради тоа, овие болни живеат во постојан страв, очекувајќи нов напад. Овој страв упте повеќе се засилува поради загриженоста и стравот на роднините, пријателите и на другите од опкружувањето, создавајќи висок круг луѓе кои живеат во состојба на константна анксиозност.

Исто така, епилепсијата на болниот му нанесува многу социо – економски консеквенци: чувство на отфрленост, неретко и ненормалност, многу проблеми околу вработувањето и задржувањето на работа, губење на правото да вози, да отслужува воен рок и сл. Квалитетот на животот на овие болни дополнително се влошува од несаканите ефекти (најчесто во когнитивното функционирање), кои ги предизвикува долготрајната медикаментна терапија.

Целта е да се испита влијанието на епилепсијата врз стилот на живот кај лицата со епилепсија и кај лицата без епилепсија. Во таа насока е спроведено ова истражување со што ќе се докаже дека стилот на живот значајно се разликува кај лицата со епилепсија и епилептични напади за разлика од лица кои што немаат доживеано епилептични напади. Во таа насока спроведенотото истражување акцент става на анксиозноста и импулсивното однесување во секојдневни ситуации и случувања кои значајно може да влијаат врз одредување на стилот на живот кај овие лица.

Истражувањето е направено со доброволно учество на 50 лица со дијагностицирана епилепсија и 50 лица без епилепсија.

Методологијата на истражувањето е од фундаментално значење и врз која се темели истражувањето. Во ова поглавје е опишан општиот дизајн на истражувањето со методите, техниките и инструментите кои се користат за прибирање на податоците да се утврди статистичката значајна разлика на стилот на живот кај лицата со епилепсија, и кај лицата без епилепсија. Посебно ќе се разгледа стилот на живот кај лицата со епилепсија и лицата без кои ќе бидат земени како истражувачки примерок.

3.1. ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Предмет на истражувањето е да се согледа влијанието на епилепсијата и епилептичните напади брз стилот на живот кај овие лица со тоа што ќе се направи споредба на стилот на живот кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија.

3.2. ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Цел на истражувањето е да се испита влијанието на епилепсијата врз стилот на живот. Поради комплексноста на проблематиката на ова истражување главната цел е поделена на две под цели со намера подобро да се објасни и постигне целта на истражувањето:

1. Прва посебна цел е да се испита дали постои разлика во стилот на живот кај лицата со епилептични напади во зависност од нивниот пол. Колкаво влијание има значајната разлика на стилот на живот кај лица со епилепсија.
2. Втора посебна цел е да се испита колкаво влијание има значајната разлика на стилот на живот кај лица без епилепсија.
3. Трета посебна цел е да се испита дали постои разлика во стилот на живот кај лицата со епилептични напади во зависност од нивниот пол.
4. Четврта посебна цел е да се согледа разликата на стилот на живот кај лица со епилепсија и лица без епилепсија.

3.3. ЗАДАЧИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Задачи на истражувањето се:

1. Задачата во ова истражување е да се направи разлика во стилот на живеење на лицата со епилепсија и лицата без епилепсија.
2. Исто така задачата во истражувањето е и да се согледа влијанието на епилепсијата врз стилот на живот.

3.4. ПОПУЛАЦИЈА И ПРИМЕРОК

- Во истражувањето беа вклучени 100 лица. Основен критериум за вклучување на лицата со епилепсија во истражувањето беше лица кај кои што е дијагностицирано епилепсија. До податоци за испитаниците се дојде преку претседателот на Здружение “Епилепсија Македонија”. Од друга страна во истражувањето беа вклучени испитаници од општата популација кај кој не е дијагностицирано епилепсија
- Примеркот на ова истражување е составен од две целни групи испитаници, кои имаат вкупно 100 испитаници:
    1. Група испитаници со епилепсија – 50 испитаници
    2. Група испитаници без епилепсија – 50 испитаници.

Во ова истражување се работеше со пригоден примерок на испитаници. Податоците од првата група испитаници со епилепсија се добиени преку интервјуирање персонално со самиот испитаник врз кој се спроведува интервјуирањето. Во втората група испитаници без епилепсија се добиени преку интервјуирање персонално со самиот испитаник врз кој се спроведува интервјуирањето.

Истражувањето е спроведено на теријаторијата на Македонија во градовите: Прилеп и Кривогаштани.

3.5. ОРГАНИЗАЦИЈА И ТЕК НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Истражувањето почна со дефинирање на проблемот, за потоа да се пристапи кон изработка на планот што ги вклучува текот и спроведувањето на истражувањето.

Собирањето на податоци се вршеше преку водење структурирано индивидуално интервју персонално со самиот испитаник. Истражувањето, односно собирањето податоци траеше од март до ноември 2020 година.

Истражувањето се спроведе со претходно добиена согласност од институцијата Здружение “Епилепсија Македонија” надлежните на институцијата, како и согласност од самите испитаници кои што беа дел од ова истражување. Тестирањето беше анонимно

и податоците добиени од ова истражување ќе бидат користени само за целите на ова истражување.

3.6. ВАРИЈАБЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во истражувањето се опфатени две варијабли и се докажуваат нишните поврзаности и тоа:

1. ***Независни варијабли*** **- С**тил на живот
2. ***Зависни варијабли*** **-** Епилепсија.

3.7. МЕТОДИ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. ***Методи:***

- Како метод ќе се користи дескриптивниот, што значи ќе се врши еден вид компаративна анализа на добиените податоци, односно резултати од истражувањето;

2. ***Техники:***

- Како техники ќе се употребат анкета, во која ќе има различен тип на прашања наменети за лицата со епилепсија и за лицата без епилепсија;

3. ***Инструменти:***

- Како инструмент на истражување ќе се користи прашалник - **ПСЦ - Прашалник за проценка на чувствителноста на потврдата – Snežana Smederevac, Petar Čolović i Dušanka Mitrović**, во кој ќе има комбиниран тип на прашања, односно од отворен и затворен тип.

4. ***Опис на инструментите :***

- **ПСЦ - Прашалник за проценка на чувствителноста на потврдата -** Овој прашалник содржи изјави кои се однесуваат на чувствата, мислењата и однесувањето заедничко за сите луѓе. Опфаќа 5 суб скали. Со утврдува коефициент на сигурност според моделот на внатрешна конзистентност. Скалите

на прашалникот ПСЦ имаат задоволителна сигурност, репрезентативност и хомогеност. Прашалникот го пополнува секој испитаник индивидуално. Потребно време да се анкетира е 5 – 10 минути, а може и повеќе. Прашалникот се пополнува по одредени насоки/водич кои се доставени од самиот креатор.

3.8. ХИПОТЕЗИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Хипотезите на истражувањето произлегуваат од поставениот предмет и цели, па оттаму се поставени една главна хипотеза и неколку помошни.

- Главна хипотеза на истражувањето

  Присутна е статистичката значајна разлика на стилот на живот кај лицата со епилепсија, и кај лицата без епилепсија.
- Споредна хипотеза:

Хипотеза: 1. Присутна е статистички значајна разлика во импулсивниот начин на реагирање кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија.

Хипотеза: 2. Присутна е статистички значајна разлика во импулсивното однесување(БАС) и анксиозноста(БИС) и полот кај лицата со епилепсија.

Хипотеза: 3. Присутна е стратистички значајна разлика помеѓу стилот на реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија

3.9. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

Добиените податоци од истражувањето се групирани, табелирани и графички прикажани. Статистичката обработка и анализата се извршена со статистичкиот софтвер SSPS. Резултатите се прикажани како апсолутни броеви и проценти, перцентили и преку дистрибуција на фреквенција. Преку компарација на добиените резултати се утврдуваат разликите меѓу лицата со епилепсија и нивниот стил на живот и лицата без епилепсија и нивниот стил на живот со цел да се утврди дали постои статистичка значајна разлика. Проценката е направена со квалитативна анализа на добиените податоци на двете групи

на испитаници,со примена на SPSS – 20.Применети се следниве статистички постапки (t-тест на независни групи).Во дескриптиванта анализа направена е анализа на средна аритметичка вредност,стандардната девијација,највисоки и најниски резултати.

4. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

4.1. КОМПАРАЦИЈА НА ГРУПАТА ИСПИТАНИЦИ СО ЕПИЛЕПСИЈА И ГРУПА НА ИСПИТАНИЦИ БЕЗ ЕПИЛЕПСИЈА

4.1.1. Демографска анализа

Во однос на полот, се покажа дека кај лицата со еплепсија, од вкупно 50 испитаници, 26 од испитаниците (52%) се од женски пол, а 24 (48%) се од машки пол; додека во групата на испитаници без епилепсија, од вкупно 50 испитаници, 12 од испитаниците (24%) се од машки пол, а 38 (76%) се од женски пол. Приказот на испитаниците по пол е даден на слика 1.

Од резултатите е јасно дека во случајно избраниот примерок на лица со епилепсија има **повеќе женски од машки испитанити.** Тоа е потврдено со дескрипивната анализа на податоците.

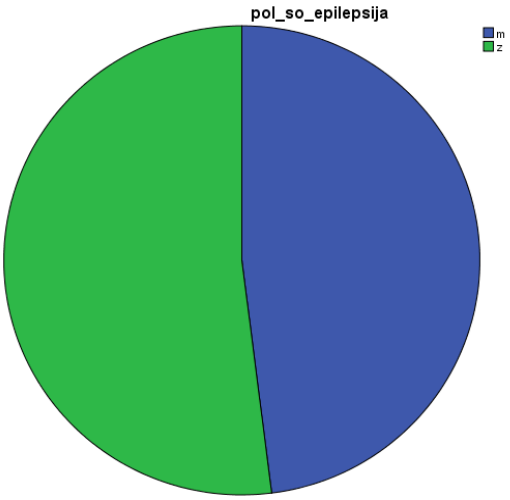
	Frequency
Машки	12
Женски	38
Total	50

Табела 1: Пол на испитаници без епилепепсија

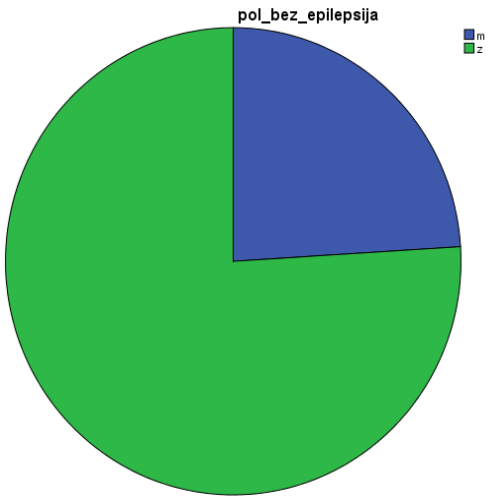
	Frequency
Машки	24
Женски	26
Total	50

Табела 2: Пол на испитаници со епилепсија

А.



Б.



Слика 1. А. Пол на испитнаниците со епилепсија. Б. Пол на испитаниците без епиелпсија

Испитаници	Аритметичка средина	Стандардна девијација	Skewness	Kurtosis
Со епилепсија	1,52	0,50	0,08	2,07
Без епилепсија	1,76	0,43	1,26	0,44

Табела 4

Од горните табели може да се види дека во истражувањето учествувале вкупно 100 испитаника од кои 50 се лица со епилепсија и 50 без епилпесија. Од испитаниците со епилепсија имаме 26 испитаници од женски пол и 24 испитаници од машки пол. Аритметичката средина изнесува 1,52 а стандардната девијација 0,50. Во однос на испитниците без епилепсија во истражувањето учествуваат 50 лица од кои 12 испитаници се од машки пол и 38 испитаници од женски пол. Аритметичка средина изнесува 1,76, а стандардна девијација 0,43. Од податоците на Skewness и Kurtosis може да видиме дека присутна е симетрична дистрибуција на податоците.

4.2. ТЕСТИРАЊЕ НА ХИПОТЕЗИ

***Хипотеза*: 1. Присутна е статистички значајна разлика во импулсивниот начин на реагирање кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија.**

Првиот чекор во обработката на добиените резултати е дескриптивната анализа со која добиваме јасна слика за испитуваната група,во овој случај лицата со епилепсија и лицта без епилепсија.

	N	Mean	Std. Deviation
bas_bez_epilepsija	50	33.4400	6.10507
pol_bez_epilepsija	50	1.7600	,43142

Табела 5: Дескриптивна анализа на полот на лицата без епилепсија

Од табела 3 може јасно да се види дека во истражувањето учествуваат вкупно 50 испитаници без епилепсија. Аритметичка средина на испитуваната група е M = 1,7600, додека стандардна девијација изнесува SD =.0,43. Од овие подаатоци може да се види дека групата не е изедначена по однос на полот.

	N	Mean	Std. Deviation
pol_so_epilepsija	50	1,5200	,50467
bis_so_epilepsija	50	25,1800	5,48724

Табела 6: Дескриптивна анализа на полот на лицата со епилепсија

Од табела 4 може да се види дека во истраживањето учествуваат 50 испитаници со епилепсија (M = 1,5200 ;SD = 0,50).

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
bas_bez_epilepsija	38,731	49	**,000**	33,44000	31,7050	35,1750
pol_so_epilepsija	21,297	49	**,000**	1,52000	1,3766	1,6634
pol_bez_epilepsija	28,847	49	**,000**	1,76000	1,6374	1,8826

Табела 7:

Од табелата може јасно да се види дека со примена на t – тест за независни групи кој беше применет во ова истражување ни покажа статистички значајна разлика на ниво p<0,01 помеѓу лицата со епилепсија ($t_{(49)} = 21,297$, p = .00), лицата без епилепсија ($t_{(49)} = 28,847$, p = .00) како и импулсивното однесување ($t_{(49)} = 38,731$, p = .00). од порадатоците може да се види дека е присутна статистички значајна разлика во импулсивниот начин на однесување кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија што укажува на тоа дека епилепсијата значајно влијае врз начинот на однесување на испитаниците со епилепсија.

Хипотеза: **2. Присутна е статистички значајна разлика во импулсивното однесување(БАС) и анксиозноста(БИС) и полот кај лицата со епилепсија.**

	pol_so_epilepsija	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
bas_so_epilepsija	m	24	26,5417	6,35869	1,29796
	z	26	29,5385	6,97556	1,36802
bis_so_epilepsija	m	24	25,8333	4,60309	,93960
	z	26	24,5769	6,22365	1,22056

Табела 8: Дескриптивна анализа на импулсивно однесување и анксиозност кај лица со епилепсија.

Од табелата 8 може да се види дека во истражувањето 24 машки испианици и 26 женски испитаници. Одговориле на скалата bas со аритметичка средина машките испитаници 26,541, женски испитаници со аритметичка средина 29,538 и стандардна девијација кај машките испитаници 6,358 а кај женските испитаници стандардна девијација 6,975. Додека на скалата на bis (анксиозност) имаме 24 машки испитаницци со аритметичка средина 25,833 и стандардна девијација 4,603 и 26 женски испитаници со аритметичка средина 24,576 и стандардна девијација 6,223.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
bas_so_epilepsija	Equal variances assumed	,570	,454	(1,583)	48	**,120**	(2,99679)	1,89291	(6,80274)	,80915
	Equal variances not assumed			(1,589)	47,994	**,119**	(2,99679)	1,88579	(6,78843)	,79484
bis_so_epilepsija	Equal variances assumed	2,054	,158	,806	48	**,424**	1,25641	1,55885	(1,87787)	4,39069
	Equal variances not assumed			,816	45,892	**,419**	1,25641	1,54033	(1,84431)	4,35713

Табела 9: t – тест за независни групи импулсивното однесување(БАС) и анксиозноста(БИС) и полот кај лицата со епилепсија.

Од табелата 9 може да се види дека не е присутна статистички значајна разлика во однос на импулсивното однесување и анксиозноста кај испитаниците од машки и женски пол, односно p>0,05 што може да ни укаже дека епилепсијата подеднакво влијае брз импулсивното однесување и анксиозноста кај машките и кај женските испитаници.

Хипотеза: 3. Присутна е стратистички значајна разлика помеѓу стилот на реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија

	pol_so_epilepsija	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
borba_so_epilepsija	m	24	20,7500	5,65878	1,15509
	z	26	21,5385	5,21713	1,02316
blokiranje_so_epilepsija	m	24	19,0417	5,34447	1,09094
	z	26	18,4231	5,31543	1,04244
beganje_so_epilepsija	m	24	19,2500	4,63681	,94648
	z	26	19,1154	5,49419	1,07750

Табела 10: дискриптивна анализа помеѓу стилот на реагирање во стресна ситуација кај лица со сплепсија

Од табела 10 може да се види дека во истражувањето 24 машки се испитаници и 26 се женски испитаници. Одговориле на скалата борба со аритметичка средина – машките испитаници 20,750, и стандардна девијација 5,658, женските испитаници со аритметичка средина 21, а стандардната девијација 5,217. Одговорите на скалата блокирање со аритметичка средина машките испитаници 19,041, стандардна девијација 5,344 и женските испитаници со аритметичка средина 18,423, и стандардна девијација 5,315. Одговориле на скала на бегање со аритметичка средина машки испитаници 19,250, стандардна девијација 4,636 и женски испитаници со аритметичка средина 19,115,и стандардна девијација 5,494.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
borba_so_epilepsija	Equal variances assumed	,461	,500	(,513)	48	**,611**	(,78846)	1,53798	(3,88078)	2,30386
	Equal variances not assumed			(,511)	46,765	**,612**	(,78846)	1,54308	(3,89315)	2,31623
blokiranje_so_epilepsija	Equal variances assumed	,007	,934	,410	48	**,684**	,61859	1,50858	(2,41461)	3,65179
	Equal variances not assumed			,410	47,638	**,684**	,61859	1,50892	(2,41589)	3,65307
beganje_so_epilepsija	Equal variances assumed	1,290	,262	,093	48	**,926**	,13462	1,44404	(2,76883)	3,03806
	Equal variances not assumed			,094	47,637	**,926**	,13462	1,43417	(2,74954)	3,01877

Табела 11: t – тест за разлика помеѓу стилот на реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија

Од табела 9 може да се види дека не е присутна статистички значајна разлика меѓу реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија,односно p>0.05,

што значи дека и машките и женските испитаници во стресни ситуации реагираат на ист начин, односно епилепсијата во однос на епилептичните напади не влијаат врз промена на начинот на реагирање во стресни ситуации кај машките и женските испитаници.

***Главна хипотеза** - Присутна е статистичката значајна разлика на стилот на живот кај лицата со епилепсија, и кај лицата без епилепсија.*

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
pol_bez_epilepsija	28,847	49	,000	1,76000	1,6374	1,8826
blokiranje_bez_epilepsija	22,567	49	,000	20,08000	18,2919	21,8681
borba_bez_epilepsija	29,231	49	,000	21,66000	20,1709	23,1491
bas_bez_epilepsija	38,731	49	,000	33,44000	31,7050	35,1750
bis_bez_epilepsija	23,933	49	,000	26,92000	24,6596	29,1804
beganje_bez_epilepsija	27,919	49	,000	21,42000	19,8782	22,9618
pol_so_epilepsija	21,297	49	,000	1,52000	1,3766	1,6634
blokiranje_so_epilepsija	25,051	49	,000	18,72000	17,2183	20,2217
borba_so_epilepsija	27,748	49	,000	21,16000	19,6276	22,6924
bas_so_epilepsija	29,267	49	,000	28,10000	26,1706	30,0294
bis_so_epilepsija	32,448	49	,000	25,18000	23,6205	26,7395
beganje_so_epilepsija	26,859	49	,000	19,18000	17,7449	20,6151

Табела 12 t – тест на стилот на живот кај лицата со епилепсија, и кај лицата без епилепсија

Од добиените одговори на помошните хипотези, ја докажуваме главната хипотеза. Може да се заклучи дека со примена на t – тест за независни групи кој беше применет во ова истражување ни покажа статистички значајна разлика на ниво $p<0,01$ помеѓу лицата со епилепсија ($t_{(49)} = 21,297$, $p = .00$), лицата без епилепсија ($t_{(49)} = 28,847$, $p = .00$)

како и импулсивното однесување ($t_{(49)} = 38,731$, $p = .00$). Од податоците може да се види дека е присутна статистички значајна разлика во импулсивниот начин на однесување кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија што укажува на тоа дека епилепсијата значајно влијае врз начинот на однесување на испитаниците со епилепсија. Не е присутна статистички значајна разлика во однос на импулсивното однесување и анксиозноста кај испитаниците од машки и женски пол, односно $p>0,05$ што може да ни укаже дека епилепсијата подеднакво влијае брз импулсивното однесување и анксиозноста кај машките и кај женските испитаници. И исто така се покажува дека не е присутна статистички значајна разлика меѓу реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија,односно $p>0.05$, што значи дека и машките и женските испитаници во стресни ситуации реагираат на ист начин, односно епилепсијата во однос на епилептичните напади не влијаат врз промена на начинот на реагирање во стресни ситуации кај машките и женските испитаници.

5. ДИСКУСИИ

Анализата на стилот на живот кај испитаниците со епилепсија, споредувајќи ја со стилот на живот кај испитаниците без епилепсија го прошири нашето разирање за промените што настануваат кај лицата со епилепсија врз животниот стил, и како тие реагираат на промени во текот на животот.

Епилепсијата е нарушување на централниот нервен систем (невролошко) при кое мозочната активност станува абнормална, предизвикувајќи напади или периоди на невообичаено однесување, сензации и понекогаш губење на свеста.Секој може да развие епилепсија. Епилепсијата влијае и на мажите и на жените. Многу луѓе со епилепсија и нивните семејства се грижат како епилепсијата ќе влијае на секојдневниот живот. Исто како што епилепсијата е различна од една до друга личност, управувањето и справувањето со состојбата е различно за секого.Имајќи непредвидливи напади, секако може да има влијание врз животниот стил. За некои луѓе ова влијание е минорно, додека други можеби ќе треба да направат поголеми промени во животниот стил.

Во спроведеното истражување целта беше да се согледа влијанието на епилептичните напади врз стилот на живеење кај лицата од машки и женски пол и да се направи споредба во стилот на живеење кај лицата кои што немаат дијагностицирана епилепсија. Во таа насока од истражувањето можеше да се види дека е присутна значајна разлика помеѓу стилот на живеење кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија. Но она што ми се појави како значаен податок е дека епилепсијата и нејзиното влијание и врз животниот стил кај машката и женската популација нема некоја поголема разлика. Ваквиот факт се должи на еднаквоста на симптомите од епилептичните напади и кај машките и кај женските. Јачината на епилептичните напади е подједнаква и кај двата пола што прави да нивниот животен стил не се разликува во голема мера.

Следниот значаен момент кој што произлезе од спроведеното истражување е импулсивниот начин на реагирање кај лицата со епилепсија и лицата без епилепсија, со што се доби сознание дека лицата кај кој што е дијагностицирана епилепсија се по импулсивни во своето реагирање во секојдневните животни ситуации, за разлика од лицата без епилепсија кај кој што беа опфатени со ова истражување. Ваквиот начин на реагирање кај лицата со епилепсија се должи на наланиот праг на толеранција поради честите епилептични напади кој што знаат да бидат болни и честото доживување на тие

епилептични напади прави да овие лица имаат намален праг на толеранција на секојдневни животни ситуации. Па така во ситуација која што во моментот ја доживуваат како ненадејан и не планирана прави да тие реагираат импулсивно и бунтовно. Исто така ова се должи и ја медикаментозната терапија која треба да ја примаат многу долг период а со тоа нивното внимание мора да биде насочено кон редовно земање на таа терапија што дополнително ги прави напнати и не можат да се опуштат во различни социјални ситуации што исто така може да доведе до импулсивно реагирање кај нив.

Покрај импулсивниот начин на реагирање во спроведеното истражување и добиените податоци при тестирање на хипотезите можеше да се забележи и покачена анксиозност кај лицата со епилепсија и кај машката и кај женската популација. Анксиозноста може да се јави како нормален одговор на организмот во секојдневните животни ситуации пред се ако се работи за егзистенцијални ситуации. Анксиозноста како патолошка појава се јавува кај поединците во ситуации кој реално не се во врска со опасноста при што особата целосно ќе биде обземена од стравот и ќе неможе рационално да размислува за причините за стравот. Симптомите на анксиозност се присутни и кај лицата со епилепсија иако истите се јавуваат кај лицата без епилепсија сепак кај лицата со епилепсија се многу по изразени а пред се кај овие лица анксиозноста е поврзана со агрофобијата односно страв дека може да добијат епилептичен напад на јавно место. Како резултат на овие анскиозни напади кај овие лица продолжената анксиозност може да испровоцира епилептичните напади, после што може повторно да дојде до зголемена анксиозност и на таков начин овие лица да влезат во тој круг на анксиозност од кој што многу тешко може да излезат без дополнителна стручна помош.

Слични истражувања се правени за докажување на поврзаноста на анксиозноста со епилептичните напади па така во студијата на Oh – Young Know и Song – Pa Park 11 – 25% страдале од анксиозност , што поголема пропорција отколку кај оние без епилепсија. Согласената надолжна група студија заснована врз базата на податоци за истражување на општата пракса на Обединетото Кралство, исто така, откри двонасочна поврзаност помеѓу анксиозност и епилепсија. Едно канадско истражување засновано врз население открило дека преваленцата на анксиозност во текот на животот била 2,4 пати поголема кај лицата со епилепсија отколку кај луѓето без епилепсија. 5 Студии спроведени во Канада, Велика Британија и САД откриле дека преваленцата на анксиозност била поголема кај лицата со епилепсија отколку кај луѓето без епилепсија;

конкретно, тоа беше 11-25% кај лицата со епилепсија и 7-11% кај луѓе без епилепсија. Анксиозноста беше почеста кај лицата со епилепсија отколку кај здравите контроли во нашата студија спроведена во корејски болници за терцијарно згрижување: стапките на анксиозност беа 15,3% кај лицата со епилепсија и 3,2% кај здрави контроли. Како и кај преваленцата на депресија, претходните истражувања откриле дека преваленцата на анксиозност кај лицата со епилепсија е под влијание на статусот на епилепсија.

Според студиите извршени во Канада и Велика Британија, преваленцата на анксиозност била 11-44% кај луѓе со резистентна епилепсија на лекови, додека студија од Германија покажала дека 19 од 97 последователни амбулантски пациенти со епилепсија отпорна на лекови (19,6%) страдаат од вознемиреност.

Од наведениве истражувања споредбено со моето истражување укажува на фактот дека анксиозноста е значајно присутна кај лицата со епилепсија не само во мојата популација која што е спроведено истражувањето туку и пошироко.

Од поставените хипотези и нивното докажување како и обработката на добиените резултати може да се забележи дека лицата со епилепсија се разликуваат во начинот на реагирање во стресни ситуации од лицата кои што немаат епилепсија. Стресот е се она што создава пореметување на нашето енергетско, кохерентно и биоенергетско поле и во нашиот организам доведува до дисбаланс. Ако таа состојба ддолго трае доведува до пореметуње на здравјето, бидејќи телото ги троши своите резерви и својата сила за да може да се справи со причинителите на стрес.

Акутниот како и хроничниот стрес кај пациентите со епилепсија предизвикуваат емоционални и психосоматски симптоми. А многу често може да ги провоцира и епилептичните напади. Степенот на стрес кај лицата со епилепсија е голем. И поради фактот дека самите лица кој што боледуваат од епилепсија одбиваат да ја прифатат еппилепсијата. Стресот кај лицата соо епилепсија може да се појави заедно со анксиозноста, а тоа да предизвика несоница, што повторно може да влијае на зачестени епилептични напади. Како механизам на одбрана на стресна ситуација лицата со епилепсија го применуваат гледањето од реалната ситуација. Ваквото бегање може да доведе до блокирање на рационалниот начин на размислување, повлекување од социјалната средина и доо промена на целокупниот нивен начин на реагирање.

Сите овие податоци и факти кои што се дојде во текот на истражувањето укажуваат на тоа дека кај лицата со епилепсија покрај тоа што е присутна самата епилепсија со своите епилептични напади таа доведува и до промена на нивниот стил на живот и начин на секојдневно функционирање. Тоа што неможе да се избегне се емоциите кои што се јавуваат кај лицата со епилепсија е нивниот став кон животот, а поради промената во стилот на живот кај нив може да се јави досада, немир, чувство на стагнација и депресија. Овие особи се раздразливи на момент може да бидат импулсивни и бунтовни и многу често може да се забележи дека не се радуваат со успехот на другите. Бидејќи нивниот живот е отежнат поради честите епилептични напади кои што и самите неможат да ги контролираат а со тоа и степенот на стрес е на многу високо ниво кај нив може да се јави намален имунитет во телото, бидејќи доаѓа до инхибирање на природните обранбени сили во организмот. Со тоа кај нив доаѓа до покачување на хортизолот и другите хормони на стрес кој значајно влијаат на оваа инхибиција.

Од сето ова што е изнесено погоре се потврдува и главната хипотеза на ова истражување дека присутна е разлика во стилот на живот кај лицата со епилепсија за разлика од лицата без епилепсија. Во таа насока сметам дека треба да се преиде кон адекватно лекување и адекватен третман кај лицата со епилепсија и тоа не само за да се спречат епилептичните напади туку и да им се даде модел со што ќе го подобрат својот стил на живот. Сметам дека најголем дезбаланс во нивниот пореметен стил на живот е стресот кој е одговорен и за анксиозните напади проследени со паника и друга психосоматика а исто така стресот е одоговрен и за намалениот праг на толеранција и импулсивниот начин на реагирање. Од тука може да се каже дека правилното третирање на стресот и учење на овие лица како да го надмитам стресот може да помогне лицата со епилепсија да немаат дополнително психичко оптеретување кое што ќе го промени нивниот стил на живот. Бидејќи сите континуирани психички фактори дополнително му го отежнуваат животот на лицето со епилепсија и може да придонесат да овие лица не се чувствуваат добро дури и во моменти кога епилептичните напади се добро контролирани.

5.1. ПРЕПОРАКИ

- **Не паничи!**

И покрај драматичната природа на големите напади, важно е да се задржи присебноста и да се стори сé што е можно за да му се помогне на лицето кое има напад.

- **Измерете го времето на нападот!**

Веднаш штом ќе започне нападот, потребно е да се погледне часовникот и да се измери неговото времетраење. Повеќето напади завршуваат за 2-3 минути и тогаш не е секогаш потребно веднаш да се јавите на лекар. Меѓутоа, ако нападот трае подолго, неопходна е итна медицинска интервенција. Без точен поглед на часовникот, многу е тешко да се процени времетраењето на нападот, бидејќи во овие ситуации „времето оди побавно“.

- **Спречете повреди, особено на главата!**

Најдобро е да ставите перница под главата. Но, ако тоа не е можно, секој мек предмет може да се стави под главата, како што е завиткано парче облека.

- **Ставете го лицето кое има напад во странична позиција!**

Кога станува збор за силни мускулни контракции, тоа нема да биде секогаш лесно. Сепак, позицијата на страна е поповолна од позицијата на грбот, бидејќи во оваа позиција проодноста на дишните патишта може подобро да се одржи и во оваа положба постои многу помал ризик дека некои од содржините на усната шуплина (плунка, за пример) стигнете до грклано или подлабоко во белите дробови.

- **Не обидувајте се да поставувате предмети помеѓу забите!**

Заблуда е дека ставањето предмети во устата може да спречи повреда на јазикот. Искуството покажува дека ваквите обиди можат да доведат до дополнителни повреди на јазикот, забите или образите, а не треба да се занемари опасноста туѓо тело да ја загрози проодноста на дишните патишта.

- **Не обидувајте се да го запрете нападот со ограничување на мускулните контракции!**

На овој начин, нападот не може да се запре, а во случај на невнимание може да се појават дополнителни повреди.

- **Добро е што само луѓето што даваат помош се во близина!**

Ако нападот се случи на јавен простор каде што има повеќе луѓе, објасни им дека станува збор за епилептичен напад што ќе помине наскоро и замоли ги да не бидат во непосредна близина. За лице кое се освестува по напад, збунувачки е ако види многу непознати лица околу себе.

- **За време и по напад, направете ги образецот на вашиот говор смирувачки!**

Ова е особено важно за една личност откако ќе престане нападот и кога постепено доаѓа до свест поминувајќи низ фаза на дезориентација и конфузија.

- **Останете со лицето додека не се опорави целосно или додека не пристигне брза помош!**
- **Не давајте им на луѓето лекови, храна или пијалоци додека не се разбудат целосно!**

5.2. ЗАКЛУЧОК

Спроведеното истражување во целост покажа дека епилепсијата влијае брз стилот на живот кај лицата со епилепсија преку донесување на следниов заклучок:

Од добиените одговори на помошните хипотези, ја докажуваме главната хипотеза. Пациентите со епилепсија се соочуваат со многу неизвесности, во врска со дијагнозата на нивната состојба, времето и кога ќе се појават нападите, природата на нападите и колку најдобро можат да се контролираат. Најсериозната опасност од епилепсија не е нападите, туку поврзаните проблеми во однесувањето и психосоцијалните проблеми кои се склони да се развијат кај пациенти со ова нарушување.Може да се заклучи дека со примена на t – тест за независни групи кој беше применет во ова истражување ни покажа статистички значајна разлика помеѓу лицата со епилепсија,лицата без епилепсија како и импулсивното однесување . што укажува на тоа дека епилепсијата значајно влијае врз начинот на однесување на испитаниците со епилепсија. Разбирањето на најчестите проблеми со кои се соочуваат може да доведе до добар напредок во проценката, интервенцијата и постигнување на крајната цел за контролирање на овие проблеми, кои, најверојатно, го подобруваат квалитетот на нивниот живот. Многу истражувачи откриле дека лицата со епилепсија се оцениле како да имаат понизок квалитет на живот и имаат повеќе психолошки потешкотии отколку другите лица со посебни потреби. Притоа, не е присутна статистички значајна разлика во однос на импулсивното однесување и анксиозноста кај испитаниците од машки и женски пол, што може да ни укаже дека епилепсијата подеднакво влијае брз импулсивното однесување и анксиозноста кај машките и кај женските испитаници. И исто така се покажува дека не е присутна статистички значајна разлика меѓу реагирање во стресна ситуација и полот кај лицата со епилепсија, што значи дека и машките и женските испитаници во стресни ситуации реагираат на ист начин, односно епилепсијата во однос на епилептичните напади не влијаат врз промена на начинот на реагирање во стресни ситуации кај машките и женските испитаници.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. **Арсовска А., Арсовски З., Поповски С., Сименовска Ј.Е.., Ѓорѓиева Е.**, *Неврологија*, Штип, 2014
2. **Adams R.D., Victor M., Ropper A.H**.: Principles of neurology, McGraw – Hill, New York, 1997.
3. **Божиновска Л**.: *Епилепсија и сознајната наука,* Епилепсија, 1998(4): 10-12.
4. **Демерџиев М.:** *Епилепсија и бременост,* Епилепсија, 1998(3); 6 – 9.
5. **Davinsky O., Theodore W**.,*Epilepsy and Behavior*; New York, NY; Wile – Liss. 1991.
6. **Engel J., Pedley T**.: *Epilepsy*, Vol. 1,2,3, Lippincott – Raven, 1997.
7. **F. Bandrsta N., S. Carfield C., R. Camfield P.** : " *Stigma of epilepsy*" - Can J Neurol Sci. 2008 Sep;35(4):436-40. doi: 10.1017/s0317167100009082.
8. **Филтишевски П**.: *Терапија епилепсиј,* Мед. Гласник,7,1959.
9. **Филдишевски П**.: *Синкопе код деце*, Зборник на Мед. Факултет, 1969.
10. **Филдишевски П**.: *Епилепсија,* Сипнозиум о неурологији и психијатрији, Љубљана. 1969.
11. **Јовиќ Н**.: Неуропсихологија епилепсија развојног доба, 2000, Графомаркет, Београд.
12. **Китева – Транчевска Г**.: *Епилепсија и циклусот на будност и спиење*, Епилепсија, 1998, (4:9 – 10).
13. **Кутурец М., Софијанов Н., Дуковски М., Дума Ф., Саболиќ – Аврамовска Б**.: *Convulsiones febrilis*, Epilepsija, 1997, (3):3 – 4.
14. **Leppik E**.: *Contemporary diagnosis and management of the patient with epilepsy*, Newtown, 1998.
15. **Michaelis R., Tang V., Wagner L.J.,Modi C.A., LaFrance Jr W.C., Goldstrein H.L., Lundgren T., Reuber M.** " *Psychological treatments for people with epilepsy*" - Cochrane Database Sys Rev.2017Oct27;10(10):CD012081.doi: 10.1002/14651858.CD012081.pub2.
16. **Наумовски Р**.: *Епилепсии, Просветно дело, 1985.*
17. **Naumovski R**.: *Phantom obsansec syndrome and grand mal seizures*, 6th Mediterranean Epilepsy Sonference, Cairo, 1999.
18. **Наумовски Р**.; *Што е епилепсија?*, Епилепсија, 2000 (7/8): 1 – 2.
19. **Наумовски Р**., *Возачка способност на болните со епилепсија*, Епилепсија, 2000, (9/10): 29 -30.

20. **Intisar A. G. Khudhur, Fakhria J. Mehabes,** Assistant Professor, Psychiatric Nursing/ Nursing Faculty, Al-Zaytoonah University, Amman/ Jordan; *Impact of epilepsy on patient's physical and psychosocial functioning: iraqi study;*
21. **Jaime Chamorro, Silvia Bernardi, Marc N. Potenza, Jon E. Grant, Rachel Marsh, Shuai Wang, and Carlos Blancoa,**: *Impulsivity in the general population: A national study,* J Psychiatr Res. Author manuscript; available in PMC 2013 Feb 5.Published in final edited form as:J Psychiatr Res. 2012 Aug; 46(8): 994–1001.Published online 2012 May 22. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.023
22. **Oh-Young Kwona and Sung-Pa Park;** *Depression and Anxiety in People with Epilepsy,* J Clin Neurol. 2014 Jul; 10(3): 175–188.Published online 2014 Jul 3. doi: 10.3988/jcn.2014.10.3.175
23. **Петрова В,. Илиевска Л**.: *Електоенцефалографски наоди кај епилепсиите*, Епилепсија, (1): 5 – 7.
24. **Петров И**.: *Епилепситични наоди кај болни од Паркинсова болест,*Епилепсија, 2000, (4): 30 – 32,
25. **Поп – Јорданова Н**. *Невропсихологија*, Епилепсија, Скопеј, 2011.
26. **Поп – Јорданова Н**. *Психолошки аспекти на конвулзивни болести*, Епилепсија, 1998, (1 – 2).
27. **R.Mackee Harter, D. Privitera Michael "***Stress as a seizure precipitant: Identification, associated factors, and treatment options",* Received 16 September 2016, Revised 12 December 2016, Accepted 14 December 2016, Available online 20 December 2016.
28. **Vinken P.J., Bruyn G.W**.:(Eds*). Handbook of clinical neurology*, North Holland Pub. Co, Amsterdam, Vol. 15,1997.
29. **Wyllie E**.: (Ed). *The treatment of epilepsy, Principies and Practices,* Lea&Febiger, Philadelphia. 1993.
30. **Чадловски Горги**, *Психијатрија*, том 2, Просветно Дело ад Скопје,2004
31. **Чеперганов Методи**, *Невролошки терапевтски прирачник*, Скопје, 2019.
32. **Чеперганов М**., *ЕПИЛЕПСИЈА да се живее со неа, Здружение за граѓани за лица со епилепсија и родители на деца со епилепсија Република Македонија* – ЕПИЛЕПСИЈА МАКЕДОНИЈА, Скопје, 2015г.
33. **Чеперганов М**., *Епилепсија – да се живее со болеста*, Европа 92, 2002г.
34. **Quon R., Andrew A., Schmidt S., Escoffery C**., Schommer L., Chu F.,Henninger H., Nagle K., Streltzov N., Jobs B. "*Self – menagment practices associated with quality of*

life for adults with epilepsy" - J Neurol. 2019 Nov;266(11):2821-2828. doi: 10.1007/s00415-019-09503-w. Epub 2019 Aug 14.

35. **http://epilepsijamakedonija.mk/%d0%bf%d0%be%d0%b7%d0%bd%d0%b0%d1%82%d0%b8-%d1%81%d0%be-epi**
36. **https://www.epilepsy.com/living-epilepsy**
37. **https://www.nm.org/conditions-and-care-areas/treatments/lifestyle-modification-considerations-for-epilepsy**
38. **https://www.healthline.com/health/epilepsy**

7. ПРИЛОЗИ

1. ПСЦ - Прашалник за проценка на чувствителноста на потврдата

Овој прашалник содржи изјави кои се однесуваат на чувствата, мислењата и однесувањето заедничко за сите луѓе. Со утврдува коефициент на сигурност според моделот на внатрешна конзистентност. Скалите на прашалникот ПСЦ имаат задоволителна сигурност, репрезентативност и хомогеност. Бараните информации се утврдуваат преку интервју на лица со епилепсија и на лица без епилепсија.

1.	Кога ќе ми текне некоја идеја, морам веднаш да започнам да ја реализирам.	1	2	3	4	5
2.	Јас секогаш се плашам од некои важни настани.	1	2	3	4	5
3.	Кога ќе се најдам во опасна ситуација, бегам од тоа ако можам.	1	2	3	4	5
4.	Секоја критика силно ме погодува.	1	2	3	4	5
5.	Кога некој ќе ме нападне, јас се спротивставувам без двоумење.	1	2	3	4	5
6.	Кога сакам нешто, никогаш не размислувам за можни пречки.	1	2	3	4	5
7.	Јас само се „следам“ кога сум многу исплашен.	1	2	3	4	5
8.	Кога ситуацијата е неизвесна, јас сум подготвен да ризикувам.	1	2	3	4	5
9.	Имам тенденција да се повлечам од конфликт дури и кога сум во право.	1	2	3	4	5
10.	Јас обично паничам во придружни ситуации.	1	2	3	4	5
11.	Стравот е мојата најголема пречка во животот.	1	2	3	4	5

12.	Кога некој ќе ме критикува, јас не му должам ништо.	1	2	3	4	5
13.	Давам се од себе за да избегнам ситуации во кои се плашам.	1	2	3	4	5
14.	Многу ме вознемируваат неочекувани ситуации, дури и кога се позитивни.	1	2	3	4	5
15.	Штом некој ме повреди, одма возвраќам.	1	2	3	4	5
16.	Може да направам приказна во еден момент што ќе ме извлече од неволја.	1	2	3	4	5
17.	ако резултатот е неизвесен, повеќе не сакам да започнам ништо.	1	2	3	4	5
18.	Јас секогаш сум подготвен да се карам кога ќе ме испровоцираат.	1	2	3	4	5
19.	Јас обично ја кршам непријатната тишина со разни приказни.	1	2	3	4	5
20.	Често паничам во некои безопасни ситуации.	1	2	3	4	5
21.	Кога моите принципи се компромитирани, се плашам за нив со сета моја моќ.	1	2	3	4	5
22.	Дури и кога ќе одлучам за нешто, долго време се прашувам дали мојот избор е вистинскиот.	1	2	3	4	5
23.	Кога некој ќе ми викне, мојот мозок „престанува“ да работи.	1	2	3	4	5
24.	Со задоволство прифаќам нови и возбудливи ситуации.	1	2	3	4	5
25.	Само кога ќе заврши конфликтот, се сеќавам што требаше да направам или да кажам.	1	2	3	4	5
26.	Никогаш не пропуштам можност да доживеам задоволство.	1	2	3	4	5

27.	Кога треба да изберам помеѓу две зла, многу се вознемирувам.	1	2	3	4	5
28.	Моите нозе се „отсечени“ кога ситуацијата ќе стане придружна.	1	2	3	4	5
29.	Расправијата обично е единствениот начин да се борам за моите права.	1	2	3	4	5
30.	Пропуштам многу добри прилики, размислувајќи што може да тргне наопаку.	1	2	3	4	5
31.	Се обидувам да избегнам конфликт по секоја цена.	1	2	3	4	5
32.	Јас ги прифаќам предизвиците со ентузијазам.	1	2	3	4	5
33.	Јас се двоумам да го кажам своето мислење ако не сум сигурен како другите ќе го прифатат тоа.	1	2	3	4	5
34.	Животот ќе ми беше многу полесен без моите вообичаени стравови.	1	2	3	4	5
35.	Повеќе внимание посветувам на опасностите отколку на пријатните настани.	1	2	3	4	5
36.	Јас секогаш сум подготвен за конфликт ако некој ме спречи да го сторам тоа што го замислив.	1	2	3	4	5
37.	Постојано сум фокусиран на позитивни настани во иднина.	1	2	3	4	5
38.	Не сум во можност да донесувам никакви одлуки во ненадејни ситуации.	1	2	3	4	5
39.	кога некој ќе ме нападне, јас веднаш се повлекувам.	1	2	3	4	5