

# Epilepsija sergančių žmonių asmenybės savybės

---

**V. Jurkuvėnas\***

**R. Mameniškienė\*\***

**A. Bagdonas\*\*\***

*\*Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Bendrosios psichologijos katedra*

*\*\*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Neurologijos ir Neurochirurgijos klinika; Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Neurologijos centras*

*\*\*\*Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Specialiosios psichologijos laboratorija*

**Santrauka.** Epilepsija sergantiems asmenims (ESA) būdingi ne tik pažinimo funkcijų sutrikimai, bet ir asmenybės pokyčiai ar net sutrikimai. Asmenybės savybių skirtumai tarp ESA ir sveikųjų dažniausiai siejami tiek su sveikata, tiek su psichosocialiniais veiksniais.

Šio tyrimo tikslas buvo ištirti ESA ir sveikųjų asmenybės savybių skirtumus, įvertinti ESA ir sveikųjų asmenybės savybių skirtumus, kurie nėra tiesiogiai susiję su psichikos sutrikimu, bei įvertinti ESA asmenybės savybių sąsajas su ligos, demografiniais ir socialiniais kintamaisiais.

Tyrime dalyvavo 237 lietuviakalbiai asmenys: 77 vyrai ir 160 moterų, amžiaus vidurkis – 36,47 metų. Ištirta 50 brandaus amžiaus (nuo 18 iki 73 metų) epilepsija sergančių asmenų, gebančių perskaityti ir suprasti užduodamus klausimus, ir 187 sveiki asmenys, kuriems nebuvo diagnozuota epilepsija ar tiesiogiai su smegenų pažeidimu susijusi liga. Tiriamųjų asmenybės savybės ir kai kurie demografiniai kintamieji buvo vertinti MMPI-2 klausimynu, o siekiant išsiaiškinti ESA ligos sunkumą, keliamas socialines problemas, buvo naudota specialiai tyrimui sukurta anketa.

Tyrime rezultatai parodė, kad epilepsija sergančių asmenų daugumos MMPI-2 skalių įverčiai buvo aukštesni negu sveikųjų, didžiausi skirtumai pasireiškė Nedažnumo ir Pabaigos nedažnumo validumo skalėse, Hipochondrijos ir Šizofrenijos klinikinėse skalėse, Susirūpinimo sveikata ir Neigiamo požiūrio indikatorių turinio skalėse. Išlyginus epilepsijos ir sveikųjų grupes pagal demografinius kintamuosius ir atmetus sergančiuosius psichiniais sutrikimais iš epilepsijos grupės, ESA MMPI-2 skalių įverčiai buvo aukštesni tik Depresijos klinikinėje ir Susirūpinimo sveikata turinio skalėse. MMPI-2 skalės buvo susijusios su pasakutinio priepuolio laiku, priepuolių dažniu, nuostata į jaučiamą stigmatizavimą, nuostata į gaunamą iš aplinkinių kasdienę ar finansinę paramą, nuostata į epilepsijos sukeltas neigiamas pažinimo pasekmes ir išsilavinimu.

**Raktažodžiai:** epilepsija, asmenybės savybės, MMPI-2.

Neurologijos seminarai 2013; 17(55): 17–28

---

## ĮVADAS

Epilepsija – liga, pasireiškianti kartotiniaus ir savaiminiais epilepsijos priepuoliais [1]. Nors dalis epilepsija sergančių asmenų (ESA), vartodami vaistus, nepatiria beveik jokių pasekmių ir visiškai kontroliuoja priepuolių pasireiškimą, jų problemos gali būti labai įvairios. ESA neretai lydi kiti lėtiniai susirgimai (vėžys, artritas, širdies sutrikimai, astma, diabetas, migrena, kaklo, nugaros skausmai ir t. t.), pažintinių funkcijų sutrikimai, subjektyviai patiriamas lūdesys, nervingumas, bejėgiškumas, savęs nuvertinimas, prie-

puolių pasikartojimo baimė, įsidarbinimo, šeiminių problemos ar stigmatizacija [2–6]. Bene trečdalis ESA turi psichikos sutrikimų [7]. Nerimas [8–10] ir depresija [11–13] pasireiškia ir aprašomi dažniausiai, be to, ESA taip pat dažniau nei sveikieji patiria psichozę ar serga šizofrenija [14, 15], obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu ar turi jam būdingų požymių [16, 17]. ESA sveikatos, socialinės ir psichologinės problemos yra tarpusavyje susijusios, tad vienos funkcionavimo srities problemos gali paveikti kitų funkcionavimo sričių problemas.

Asmenybės pokyčiai ar net sutrikimai taip pat būdingi ESA [18–21], tačiau jie neretai nepakankamai įvertinami klinikoje [22]. Asmenybė yra bent iš dalies stabilios savybės, kiekvienam žmogui suteikiančios individualumo. Asmenybei įtaką daro tiek psichologiniai, tiek socialiniai, tiek biologiniai veiksniai.

Šiuo metu Lietuvoje, tiriant ESA psichines funkcijas, pasitelkiami depresijos ir nerimo klausimynai [23, 24], ta-

---

### Adresas:

Vytautas Jurkuvėnas  
Vilniaus universiteto Filosofijos fakultetas,  
Bendrosios psichologijos katedra  
Universiteto g. 9/1, LT-01513 Vilnius  
Tel. (8 617) 71 372, el. paštas vytautas.jurkuvenas@fsf.vu.lt

čiau daugiamačiai asmenybės klausimynai dar nenaudojami. Nuo pat Minesotos daugiafazio asmenybės klausimyno (angl. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI) sudarymo šis instrumentas buvo skirtas naudoti gydymo įstaigose. MMPI-2 – antroji 1989 m. peržiūrėto klausimyno versija, kuri buvo papildyta naujomis skalėmis, iš naujo peržiūrėtas klausimyno validumas. Šiuo metu Vilniaus universitetas jau sudarė sutartį su Minesotos universiteto leidykla, atliktas teiginių ir vadovo vertimas, teiginių adaptavimas, tad pradėti tyrimai. Kadangi renkami duomenys, dar nėra galutinai sudarytos klausimyno normos. Tačiau lyginamajam tyrimui pakanka ir nestandartizuotų skalių reikšmių.

MMPI-2 skalės yra skirtos asmenybės psichopatologijai ir struktūrai atskleisti. MMPI-2 yra skirtas plataus psichinių sutrikimų ir asmenybės bruožų spektro tyrimui, gali suteikti daug informacijos apie paciento psichinę būseną. Daugiafunkcis instrumentas yra naudingas tuo, kad jį naudojant galima atlikti pirminę galimų sutrikimų paiešką, planuoti gydymą, ieškoti problemų, kurios nėra tiesiogiai susijusios su paciento pagrindiniais nusiskundimais [25]. MMPI-2 yra dažniausiai neurologinius sutrikimus turinčių pacientų asmenybės savybėms ir emocinei būklei tirti naudojamas instrumentas [26]. Be to, šis instrumentas pritaikytas ESA tyrimui. Rezultatai rodo, kad MMPI yra tinkamas sergančiųjų asmenybės bruožams apibūdinti [27].

Dėl skirtingų kultūrinių, visuomenės ir materialinių sąlygų kasdienis gyvenimas „su epilepsija“ gali labai skirtingai paveikti individo asmenybę ir visą psichiką. Todėl, matuojant asmenybės skirtumus tarp ESA ir sveikųjų, labai svarbu įvertinti, kaip įvairūs demografiniai, subjektyvaus epilepsijos patyrimo, socialiniai ir psichologiniai kintamieji siejasi su sergančiųjų asmenybės savybėmis. Žinant, kad aukštesnius MMPI-2 skalių įverčius gauna pažintinių gebėjimų sutrikimais besiskundžiantys neurologiniai ligoniai [28], verta tirti, kaip skundai dėl pažintinių gebėjimų sutrikimų siejasi su ESA asmenybe.

Kai psichologiniai kintamieji pridedami prie medicinoje išskiriamų simptomų, pacientas nebegali būti matomas kaip visuma nuspėjamų ir pastovių simptomų, kurie turi būti įvertinti. Pacientą veikiančios fiziniai, psichosocialiniai ir asmenybės kintamieji nuolat sąveikauja ir sukuria nuolat kintančią sistemą. ESA asmenybės profilių tyrimai, naudojant MMPI-2 metodiką, rodo, kad galima išskirti prasmingus ESA asmenybės bruožus. Tai reiškia, kad šis metodas galėtų būti naudojamas planuojant pagalbą sergantiesiems. Manoma, kad epilepsijos ir asmenybės bruožų sąryšyje dalyvauja tam tikri neurologiniai ir psichosocialiniai mechanizmai.

## TYRIMO TIKSLAS

Atskleisti ESA asmenybės ypatumus ir jų sąsajas su ligos, demografiniais ir socialiniais kintamaisiais.

## TYRIMO UŽDAVINIAI

- 1) Įvertinti ESA ir sveikų žmonių asmenybės savybių skirtumus, netaikant papildomų atrankos kriterijų.
- 2) Įvertinti ESA ir sveikų žmonių asmenybės savybių skirtumus, atrinkus tiriamuosius pagal demografinius kintamuosius ir atmetus tiriamuosius, sergančius psichiniais sutrikimais.
- 3) Įvertinti ESA asmenybės savybių sąsajas su ligos, demografiniais ir socialiniais kintamaisiais.

## TYRIMO METODIKA

### Dalyviai, jų atranka ir tyrimo sąlygos

Tyrimas atliktas 2011 m. balandžio–2012 m. balandžio mėnesiais Lietuvos epilepsija sergančiųjų integracijos asociacijoje (LESIA) ir Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (VULSK) Epileptologijos kabinete.

Tiriamieji parinkti „patogiosios“ imties sudarymo principu. Epilepsija sergančių asmenų (ESA) grupę sudarė 50 atrinktų lietuviakalbių tiriamųjų, brandaus amžiaus (arba suaugusių) ir gebančių perskaityti ir suprasti užduodamus klausimus. Kontrolinę grupę (n = 187) sudarė Vilniaus universiteto studentai ir jų artimieji, nesergantys nei epilepsija, nei jokia kita tiesiogiai su smegenų pažeidimu susijusia liga. Tiriamieji, turėję ryškių centrinės nervų sistemos sukeltų pažintinių funkcijų sutrikimų ar demenciją, nebuvo apklausiami.

Atlikus grupių išlyginimo procedūrą ir atmetus psichikos sutrikimais sergančius asmenis, abiejose grupėse liko po 42 tiriamuosius. Šios grupės nesiskyrė pagal amžiaus, lyties ar išsilavinimo rodiklius.

Visi tiriamieji savanoriškai sutiko užpildyti klausimynus (MMPI-2, Anoniminę anketą apie epilepsiją (pildė tik ESA).

Tyrimas truko vidutiniškai dvi valandas. Tyrimas vyko pirmoje dienos pusėje, tačiau dalis tiriamųjų klausimynus pildė namuose, tad jiems buvo nurodoma klausimynus pildyti savarankiškai, pagal instrukcijas.

### Tyrimo instrumentai

Tyrimas atliktas anketavimo metodu.

### Minesotos multifazinis asmenybės aprašas-2

Tiriamųjų asmenybės savybės ir kai kurie demografiniai kintamieji šiame tyrime buvo vertinami MMPI-2 klausimynu [29]. Šiame tyrime asmenybei vertinti naudotos:

- šešios validumo skalės, kurios padeda įvertinti, ar protokolas yra tinkamas interpretuoti, atsižvelgiant į galimus jo nevalidumo šaltinius;
- dešimt klinikinių skalių, susijusių su psichikos sveikatos sutrikimais ir sindromais (be papildomų įvertinimo šaltinių negali būti interpretuojamos kaip konkretaus sutrikimo indikatorius);

– penkiolika turinio skalių, kurios yra skirtos papildyti klinikinių skalių interpretaciją, jomis aprašomos papildomos asmenybės savybės.

Visos skalės sudarytos iš 567 teiginių, į kuriuos atsakoma „taip“ arba „ne“.

#### Validumo skalės

1. Nedažnumo skalė (angl. *Infrequency*; F) yra susijusi su fizinėmis problemomis, keistomis idėjomis, antisocialiu elgesiu ir deviantiniu požiūriu.

2. Pabaigos nedažnumo skalė (angl. *The Back Side F Scale*, F<sub>B</sub>) padeda aptikti atvejus, kai tiriamasis protokolo antroje dalyje pradeda nukrypti nuo savo anksčiau demonstruoto požiūrio ir atsitiktinai, bet kaip atsakinėti į klausimus.

3. Nedažnumo-psichopatologijos skalė (angl. *Infrequency-Psychopathology Scale*, F<sub>p</sub>) padeda nustatyti, ar tiriamasis siekia perdėti savo problemas, ar iš tiesų aukštas F skalės įverčius lėmė psichopatologija.

4. Melo skalė (angl. *The Lie Scale*, L) vertina bendrą tiriamojo atvirumą atsakinėjant į testo klausimus.

5. Korekcijos skalė (angl. *Correction Scale*, K) tarauja ir kaip nevalidumo indikatorius, ir kaip gynybiškumo tendencijos koregavimas – kaip atsvara tam, kokią įtaką gyvybiškas testo pildymas turi jo rezultatams.

6. Superliatyvaus savęs pateikimo skalė (angl. *Superlative Self-Presentation Scale*, S) – dar efektyviau atskleidžia gynybiškumą nei korekcijos skalė.

#### Klinikinės skalės

1. Hipochondrijos skalė (angl. *Hypochondriasis*; Hs) yra skirta matuoti hipochondriją (neurotišką susirūpinimą savo fizine sveikata).

2. Depresijos skalė (angl. *Depression*; D) padeda aptikti simptominę depresiją, atspindinčią bendrą mąstymo tendenciją, susijusią su prasta nuotaika, vilties trūkumu, nepasitenkinimu savo padėtimi gyvenime, ir su psichologiniais ir somatiniais depresijos simptomais.

3. Isterijos skalė (angl. *Hysteria*; Hy) – pagalbinė priemonė, diagnozuojant konversinį sutrikimą ir matuojant polinkį išsivystyti šiam sutrikimui (dažniausiai tai įvyksta esant didelio streso sąlygoms).

4. Psichopatinio nukrypimo skalė (angl. *Psychopathic Deviate*; Pd) padeda aptikti savybes, susijusias su antisocialiu arba psichopatinu asmenybės sutrikimu.

5. Vyriškumo-moteriškumo skalė (angl. *Masculinity-Femininity*; Mf) yra skirta matuoti asmenybės bruožus, atspindinčius identifikacijos su lyties lemtu vaidmeniu sunkumus.

6. Paranojos skalė (angl. *Paranoia*; Pa) yra skirta aptikti tiriamojo požiūrius ir įsitikinimus, galimai atspindinčius paranoidinį mąstymą ir elgesį, arba įtarumo ir nepasitikėjimo tendencijas, dažnai lydinčias asmenybės ir afektinius sutrikimus bei šizofreniją.

7. Psichastenijos skalė (angl. *Psychasthenia*; Pt) sukurta kaip pagalbinė priemonė diagnozuojant psichastenijos neurotinį sindromą, dabar vadinamą obsesiniu kompulsiniu sutrikimu.

8. Šizofrenijos skalė (angl. *Schizophrenia*; Sc) – jos turinys yra susijęs su socialiniu atsitraukimu, izoliacija, nusi-

skundimais dėl šeimos susvetimėjimo, keistais jausmais ir pojūčiais, mintimis apie išorinį poveikį, savotiškais kūno disfunkcijomis, bendru neadekvatumu ir nepasitenkinimu.

9. Hipomanijos skalė (angl. *Hypomania*; Ma) – stiprus emocinis susijaudinimas, padidėjęs aktyvumas, ekspansyvumas, idėjų antplūdis, euforija, pakili nuotaika, pernelyg didelis optimizmas, per didelis veiklų kiekis.

10. Socialinės introversijos skalė (angl. *Social Introversion*; Si) yra skirta matuoti susivaržymą ir nesaugumą socialinėse situacijose, savęs nuvertinimą, impulsų ir potraukių neigimą, pasitraukimą iš tarpasmeninių kontaktų.

#### Turinio skalės

1. Nerimo turinio skalė (angl. *Anxiety*; ANX) sukurta įvertinti generalizuoto nerimo lygį, t. y. per didelį susirūpinimą, nervinę įtampą, prastą miegą bei dėmesio ir koncentracijos sunkumus.

2. Baimių turinio skalė (angl. *Fears*; FRS) atspindi bendrą individo baimingumą ir specifines fobijas.

3. Obsesijos turinio skalė (angl. *Obsessiveness*; OBS) skirta įvertinti didelį, tačiau visiškai neproduktyvų kognityvinį aktyvumą, kitaip tariant, negebėjimą apsispręsti ir sprendimą apsunkinančius procesus: nerimą, nepasitikėjimą savimi, begalinį dėmesį detalėms.

4. Depresijos turinio skalė (angl. *Depression*; DEP) padeda įvertinti tiriamojo polinkį į disforiją, blogą nuotaiką, nuogąstavimą, pesimizmą, išsekimą, savikritiką, interesų rato susiaurėjimą, irzlumą, beviltiškumą, bejėgiškumą, motyvacijos stoką ir suicidines mintis.

5. Susirūpinimo sveikata turinio skalė (angl. *Health Concerns*; HEA) sukurta įvertinti tiriamojo somatinius nusiskundimus ir jo susirūpinimą sveikata.

6. Groteskiško mintijimo turinio skalė (angl. *Bizarre Mentation*; BIZ) vertina keistas ir neįprastas mintis: kontrolės, persekiojimo, paranojos.

7. Pykčio turinio skalė (angl. *Anger*; ANG) sukurta įvertinti pykčio epizodus ir impulsus, dažniausiai kylančius dėl elgesio ir emocinės kontrolės stokos ir galinčius pasibaigti daiktų laužymu ar aplinkinių sužeidimais.

8. Cinizmo turinio skalė (angl. *Cynicism*; CYN) atspindi įsitikinimą, kad aplinkiniai yra savanaudžiai, neverti pasitikėjimo, nesąžiningi, neįtaurūs, o gavę progą būtinai pasinaudos situacija savo naudai.

9. Antisocialių poelgių turinio skalė (angl. *Antisocial Practices*; ASP) yra susijusi su bejausmiškumu aplinkinių motyvams ir jausmams, prielankumu nusistovėjusios tvarkos ir taisyklių pažeidėjams, polinkiu į smurtą.

10. A tipo turinio skalė (angl. *Type A*; TPA) yra susijusi su nekantrumu, veržlumu, rigidiškumu, polinkiu į persidirbimą.

11. Žemos savivertės turinio skalė (angl. *Low Self-Esteem*; LSE) vertina pasitikėjimo savimi trūkumą, polinkį į savikritiką, nuolatinį savęs kaltinimą, tendenciją pasiduoti esant net nereikšmingoms kliūtims.

12. Socialinio diskomforto turinio skalė (angl. *Social Discomfort*; SOD) skirta įvertinti polinkį į uždaramą, keblumo socialinėse situacijose pojūtį, apsikvailinimo baimę, tylumą, bendravimo vengimą.

13. Šeiminių problemų turinio skalė (angl. *Family Problems*; FAM) yra skirta vertinti įtampai ir disharmonijai tiriamojo kilmės šeimoje, susvetimėjimui ir įtampai tarp šeimos narių.

14. Darbo trikdžių turinio skalė (angl. *Work Interference*; WRK) atspindi tiriamojo darbui neigiamą įtaką darančius trikdžius: įtampą, baimingumą, pesimizmą, inertiškumą, iniciatyvos stoką, pasitikėjimo savimi stoką, irzlumą, tendenciją pasiduoti susidūrus su problema.

15. Neigiamo požiūrio indikatorių turinio skalė (angl. *Negative Treatment Indicators*; TRT) atspindi beviltiškumą, nenorą planuoti ar priimti sprendimus, apatiją, irzlumą, negatyvų požiūrį į gydytojus.

Tikrinant klausimyno vidinį suderinamumą, buvo apskaičiuoti keturių klausimų grupių Cronbacho koeficientai (nuo  $\alpha = 0,54$  iki  $\alpha = 0,91$ ), kurie patvirtino klausimyno patikimumą.

Visos MMPI-2 asmenybės aprašo skalių interpretacijos turi būti atliekamos atsižvelgiant į tai, kokioje aplinkoje yra atliekamas tyrimas – klinikinėje ar ne. Tai reiškia, kad skalių įverčiai yra interpretuojami vienaip, kai tiriami turintys psichikos sveikatos sutrikimų, ir kitaip – neturintys tiriamieji. Nors lietuviškos MMPI-2 normos dar nėra sudarytos, šiame tyrime rėmėmės tyrimo grupės palyginimu su kontroline grupe ir atsižvelgėme į tai, kad kai kurie tiriamieji turėjo psichikos sutrikimų.

### Anketa apie epilepsiją

Siekdami išsiaiškinti ESA ligos sunkumą, socialines problemas, sukūrėme anketą: buvo klausama apie praėjusį laiką nuo paskutinio priepuolio, priepuolių pasireiškimo dažnumą, vaistų vartojimo reguliarumą, persirgtas ar esamas psichikos ligas, prašoma įvardinti diagnozę, neįgalumo lygį, gaunamą emocinę ir socialinę paramą iš įvairių socialinių grupių, gaunamą kasdienę ir finansinę paramą iš įvairių socialinių grupių; klausėme, ar įvairių socialinių grupių nariai vengia bendravimo su ESA, ar epilepsija sukelia ilgalaikių neigiamų pažinimo pasekmių. Klausimas apie galimus subjektyviai patiriamus pažintinius sutrikimus suformuluotas išskiriant standartines pažintinių funkcijų grupes. Socialinės ir emocinės problemos buvo vertinamos tiriamųjų prašant įvertinti paramą, gaunamą iš įvairių paramos ir socialinių grupių.

Anoniminė anketa sudaryta specialiai šiam tyrimui, remiantis įvairiais tyrimais ir metodikomis. Dar prieš tyrimą buvo sudarytas sąrašas klausimų, kurie atspindėtų ESA svarbiausius ligos patyrimo aspektus. Remiantis pradinės apklausos rezultatais (apklausus penkis sergančiuosius), kai kurie teiginiai buvo keisti ar jų atsisakyta. Rezultatams skaičiuoti naudotas tik galutinis anketos variantas. Galutinę anketos variantą, naudotą šiame tyrime, sudaro 10 klausimų. Tikrinant klausimyno vidinį suderinamumą, buvo apskaičiuoti keturių klausimų grupių Cronbacho koeficientai (nuo  $\alpha = 0,74$  iki  $\alpha = 0,86$ ), kurie patvirtino klausimyno patikimumą. Šia anketa matuotas tik subjektyvus pažintinių pasekmių, emocinės ir socialinės paramos, kasdienės ir finansinės paramos ir stigmatizavimo lygis, tad

rezultatų aptarime kintamuosius įvardijame kaip nuostatą – procesą, kuris gali būti redukuotas į elementarius vienetus. Taigi, tai – rezultatas daugelio afekto ir pažintinių procesų, kurie pasitelkiami ar pritaikomi prie situacijos ir motyvacijos apribojimų [30]. Daroma prielaida, kad nuostatų skalės netiesiogiai siejasi su epilepsijos sukeltomis neigiamomis pažinimo pasekmėmis, gaunama emocine ir socialine parama, kasdiene ir finansine parama, jaučiamu stigmatizavimu, tačiau atspindi ESA subjektyvų patyrimą.

### Duomenų apdorojimas

Statistiniam duomenų skaičiavimui buvo naudotos „SPSS 20.0“, „Microsoft Office Excel 2007“ programos. Statistinei duomenų analizei taikyti šie metodai: aprašomoji statistika, Stjudento kriterijus (t), koreliacinė analizė (Pearsono, kai skirstiniai normalūs, o imtis didelė, duomenys intervaliniai, ar Spearmano, kai skirstiniai nenormalūs, imtis maža ar duomenys kategoriniai).

Sveikųjų ir ESA grupės išlygintos kiekvienam ESA parenkant artimiausią tiriamąją iš sveikųjų grupės pagal euklido kvadrato atstumą šiuose matmenyse: lytis, amžius, išsilavinimas. Be to, iš ESA grupės buvo pašalinti visi asmenys, turintys diagnozuotą psichikos sutrikimą. Taip gautas lygus skaičius ESA ir sveikųjų grupėse. Grupės pasižymi labai panašiais amžiaus ir išsilavinimo parametrais, vyrų ir moterų skaičiumi.

Šiame tyrime skaičiuoti „žali“ MMPI-2 skalių įverčiai, nes dar nėra sudarytos Lietuviško MMPI-2 varianto normos, nėra baigtas jo standartizavimas, o T-balai, kuriais paprastai remiamasi tyrimuose ir klinikiniam darbe, yra skaičiuojami pagal klausimyno autorių [29] sudarytą metodą, remiantis angliško MMPI-2 varianto normomis.

### REZULTATAI

Tiriamųjų demografiniai duomenys pateikti 1 lentelėje. Tyrime dalyvavo 237 asmenys: 77 vyrai ir 160 moterų. Tiriamųjų amžius – nuo 16 iki 73 metų (amžiaus vidurkis –  $36,47 \pm 13,59$  m.). Dalis tiriamųjų ( $n = 5$ ) neįtraukta į tyrimą, nes neatitiko MMPI-2 validumo skalių reikalavimų ar neužpildė Anoniminės anketos apie epilepsiją.

### ASMENYBĖS SAVYBIŲ SKIRTUMAI TARP ESA IR SVEIKŲ ASMENŲ

Išsikėlėme uždavinį įvertinti ESA ir sveikųjų asmenybės savybių skirtumus. Taigi, palyginome ESA ir sveikųjų asmenybės savybes, kai grupės buvo neišlygintos pagal amžiaus, lyties, išsilavinimo rodiklius, ir kai grupės buvo išlygintos pagal amžiaus, lyties, išsilavinimo rodiklius. Be to, psichikos sutrikimų turintys asmenys nebuvo įtraukti į ESA grupę, kai imtys buvo išlygintos. Imtys išlygintos remiantis euklido kvadrato atstumais, parenkant artimiausius sveikus asmenis tiems, kurie serga EP. Šią procedūrą atlikus ESA ir sveikųjų imtyse, minėtų rodiklių (amžiaus,



1 lentelė. ESA ir sveikųjų pasiskirstymas pagal demografinius duomenis

| Demografiniai rodikliai   | ESA n = 50     | Sveikieji n = 187 |
|---|----------------|-------------------|
| Lytis: vyrai/moterys  | 23/27          | 54/133            |
| Amžius (metais)   | Nuo 18 iki 73  | Nuo 18 iki 69     |
| Vidurkis ± Standartinis nuokrypis   | 40,68 ± 15,62  | 35,33 ± 12,78     |
| Išsilavinimas<br>Nebaigtas vidurinis/Vidurinis/Profesinė mokykla/Aukštesnysis/<br>Aukštasis neuniversitetinis/Universitetinis | 7/9/10/10/2/11 | 15/30/9/21/12/100 |
| Šeiminė padėtis<br>Vedęs arba ištekęsusi/Gyvena su partneriu/Išsiskyres (-usi)/Našlys (-ė)/Nevedęs (-usi)                     | 18/3/4/3/22    | 81/18/14/3/71     |
| Gyvenamoji vieta<br>Didmiestis/Rajono centras/Miestelis/Kaimas  | 26/15/6/3      | 82/34/38/33       |
| Lėtinė liga (be EP)<br>Taip/Ne  | 10/40          | 13/174            |
| Veikla šiuo metu<br>Mokosi, studijuoja/Dirba/Nedirba, nes yra neįgalus (-i)/Nedirba, nes neranda darbo/Kita                   | 8/8/23/8/4     | 60/126/5/9/8      |

lyties, išsilavinimo) vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ( $p > 0,05$ ). ESA ir sveikųjų asmenybės skirtumai buvo vertinami trijose skalių grupėse: validumo skalėmis (2 lentelė), klinikinėmis skalėmis (3 lentelė) ir turinio skalėmis (4 lentelė).

**Validumo skalių** rezultatai atskleidė, kad neišlygintose imtyse ESA turi labiau išreikštas savybes, apibūdinamas Nedažnumo ( $t = -2,056$ ,  $p = 0,041$ ), Pabaigos nedažnumo ( $t = -2,042$ ,  $p = 0,042$ ), Nedažnumo-psichopatologijos ( $t = -2,816$ ,  $p = 0,005$ ) skalėse. Be to, yra labiau linkę meluoti ( $t = -2,231$ ,  $p = 0,027$ ) ar parodyti pernelyg daug gerų savo savybių ir nori pateikti save kuo palankiau. Vis dėlto išlygintose imtyse šių skirtumų nebuvo. Rezultatai pateikti 2 lentelėje.

**Klinikinių skalių** tyrimas parodė, kad neišlygintose imtyse ESA turi daugiau Hipochondrijos ( $t = -3,223$ ,  $p = 0,001$ ), Depresijos ( $t = -2,960$ ,  $p = 0,003$ ), Psichopati-

nio nukrypimo ( $t = -2,081$ ,  $p = 0,039$ ), Paranojos ( $t = -2,767$ ,  $p = 0,006$ ), Psichastenijos ( $t = -2,965$ ,  $p = 0,003$ ), Šizofrenijos ( $t = -3,304$ ,  $p = 0,001$ ) ir Hipomanijos ( $t = -3,082$ ,  $p = 0,002$ ) skalėse aprašomų savybių. Didžiausias skirtumas tarp ESA ir sveikųjų gautas Hipochondrijos ir Šizofrenijos skalėse, mažiausias – Socialinės introversijos ir Vyriškumo-moteriškumo skalėse (3 lentelė).

Išlygintose imtyse ESA pasižymėjo tik labiau išreikštomis Depresijos ( $t = 1,987$ ,  $p = 0,050$ ) skalėje aprašomomis savybėmis. Nors statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo, ESA grupė surinko aukštesnius įverčius Hipochondrijos ( $t = 1,739$ ,  $p = 0,086$ ), Psichopatinio nukrypimo ( $t = 1,340$ ,  $p = 0,184$ ), Psichastenijos ( $t = 0,561$ ,  $p = 0,576$ ), Šizofrenijos ( $t = 0,224$ ,  $p = 0,823$ ) ir Hipomanijos ( $t = 0,102$ ,  $p = 0,919$ ) skalėse. Taigi, išliko tos pačios tendencijos, nors, išlyginant grupes, skirtumai sumažėjo ir pasiekė statistiškai nereikšmingą lygį.

2 lentelė. ESA ir sveikųjų grupių MMPI-2 validumo skalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai, išlyginus imtis ir neišlyginus imčių

| MMPI-2 rodikliai | Neišlygintos imtys | Vidurkis (standartinis nuokrypis) | Išlygintos imtys  | Vidurkis (standartinis nuokrypis) |
|------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| F                | ESA (N = 50)       | <b>14,00*</b> (7,23)              | ESA (N = 42)      | 13,03 (6,41)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>11,19*</b> (8,41)              | Sveikųjų (N = 42) | 14,05 (10,32)                     |
| F <sub>B</sub>   | ESA (N = 50)       | <b>8,51*</b> (6,29)               | ESA (N = 42)      | 7,82 (5,90)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>6,28*</b> (6,78)               | Sveikųjų (N = 42) | 8,38 (7,94)                       |
| F <sub>p</sub>   | ESA (N = 50)       | <b>5,48*</b> (2,67)               | ESA (N = 42)      | 5,34 (2,71)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>4,34*</b> (4,53)               | Sveikųjų (N = 42) | 4,83 (4,81)                       |
| L                | ESA (N = 50)       | <b>5,17*</b> (2,65)               | ESA (N = 42)      | 5,03 (2,59)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>4,14*</b> (3,83)               | Sveikųjų (N = 42) | 4,24 (2,70)                       |
| K                | ESA (N = 50)       | 12,88 (4,77)                      | ESA (N = 42)      | 12,23 (4,68)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 14,01 (4,06)                      | Sveikųjų (N = 42) | 13,02 (4,28)                      |
| S                | ESA (N = 50)       | 28,04 (9,30)                      | ESA (N = 42)      | 27,88 (8,66)                      |

MMPI-2 – Minesotos multifazinis asmenybės aprašas-2; ESA – epilepsija sergantys asmenys; F – Nedažnumo skalė; F<sub>B</sub> – Pabaigos nedažnumo skalė; F<sub>p</sub> – Nedažnumo-Psichopatologijos skalė; L – Melo skalė; K – Korekcijos skalė; S – Superliatyvaus savęs pateikimo skalė.

Paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai: \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$

3 lentelė. ESA ir sveikųjų grupių MMPI-2 klinikinių skalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai, išlyginus imtis ir neišlyginus imčių

| MMPI-2 rodikliai | Neišlygintos imtys | Vidurkis (standartinis nuokrypis) | Išlygintos imtys  | Vidurkis (standartinis nuokrypis) |
|------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Hs               | ESA (N = 50)       | <b>13,00**</b> (5,92)             | ESA (N = 42)      | 12,21 (5,55)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>10,19**</b> (5,34)             | Sveikųjų (N = 42) | 10,14 (5,36)                      |
| D                | ESA (N = 50)       | <b>28,08**</b> (5,56)             | ESA (N = 42)      | <b>27,29*</b> (5,10)              |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>25,32**</b> (5,93)             | Sveikųjų (N = 42) | <b>25,07*</b> (5,12)              |
| Hy               | ESA (N = 50)       | 25,32 (7,07)                      | ESA (N = 42)      | 24,21 (6,61)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 23,86 (6,21)                      | Sveikųjų (N = 42) | 22,57 (6,85)                      |
| Pd               | ESA (N = 50)       | <b>23,24*</b> (6,01)              | ESA (N = 42)      | 22,48 (5,53)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>21,34*</b> (5,64)              | Sveikųjų (N = 42) | 20,93 (5,04)                      |
| (Vyrai) Mf-m     | ESA (N = 23)       | 24,41 (4,08)                      | ESA (N = 17)      | 23,65 (3,81)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 31)  | 25,06 (4,67)                      | Sveikųjų (N = 17) | 23,88 (5,27)                      |
| (Moterys) Mf-f   | ESA (N = 27)       | 30,79 (4,35)                      | ESA (N = 25)      | 31,00 (4,47)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 69)  | 32,57 (3,90)                      | Sveikųjų (N = 25) | 31,28 (4,59)                      |
| Pa               | ESA (N = 50)       | <b>14,44*</b> (4,59)              | ESA (N = 42)      | 13,81 (4,04)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>12,36*</b> (4,76)              | Sveikųjų (N = 42) | 13,26 (5,23)                      |
| Pt               | ESA (N = 50)       | <b>22,62*</b> (9,53)              | ESA (N = 42)      | 21,93 (8,75)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>18,49*</b> (8,51)              | Sveikųjų (N = 42) | 20,86 (8,74)                      |
| Sc               | ESA (N = 50)       | <b>27,18*</b> (11,14)             | ESA (N = 42)      | 26,05 (9,97)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>21,13*</b> (11,55)             | Sveikųjų (N = 42) | 25,48 (13,19)                     |
| Ma               | ESA (N = 50)       | <b>21,42*</b> (4,10)              | ESA (N = 42)      | 21,45 (4,17)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>19,19*</b> (4,64)              | Sveikųjų (N = 42) | 21,36 (4,43)                      |
| Si               | ESA (N = 50)       | 32,94 (7,99)                      | ESA (N = 42)      | 32,67 (7,97)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 32,25 (8,19)                      | Sveikųjų (N = 42) | 33,17 (7,31)                      |

MMPI-2 – Minesotos multifazinis asmenybės aprašas-2; ESA – epilepsija sergantys asmenys; Hs – Hipochondrijos skalė; D – Depresijos skalė; Hy – Isterijos skalė; Pd – Psichopatinio nukrypimo skalė; Mf-m – Vyriskumo-moteriškumo skalė vyrams; Mf-f – Vyriskumo-moteriškumo skalė moterims; Pa – Paranojos skalė; Pt – Psichastenijos skalė; Sc – Šizofrenijos skalė; Ma – Hipomanijos skalė; Si – Socialinės introversijos skalė.

Paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai: \*\*p < 0,01; \*p < 0,05

Atsižvelgiant į standartinius nuokrypius, išlyginimo procedūra nepadarė ryškių rezultatų pokyčių. Vis dėlto dauguma skirtumų tarp sveikųjų ir ESA, išlyginus grupes, nebuvo statistiškai reikšmingi.

**Turinio skalės.** Turinio skalių tyrimas (4 lentelė) parodė, kad neišlygintose grupėse ESA turėjo daugiau Neigiamo požiūrio indikatorių ( $t = -3,180$ ,  $p = 0,002$ ), Obsesijos ( $t = -2,566$ ,  $p = 0,011$ ), Susirūpinimo sveikata ( $t = -4,272$ ,  $p = 0,000$ ), Cinizmo ( $t = -2,467$ ,  $p = 0,014$ ), Žemos savivertės ( $t = -3,097$ ,  $p = 0,002$ ) ir Nerimo ( $t = -2,124$ ,  $p = 0,035$ ) skalėse aprašomų bruožų. Taigi, beveik visose turinio skalėse ESA įverčių vidurkiai buvo aukštesni nei sveikųjų. Didžiausias skirtumas tarp ESA ir sveikųjų gautas Susirūpinimo sveikata ir Neigiamo požiūrio indikatorių skalėse, mažiausias – A-tipo ir Socialinio diskomforto skalėse.

Išlygintose imtyse ESA pasižymėjo tik labiau išreikštomis Susirūpinimo sveikata ( $t = 2,143$ ,  $p = 0,035$ ) skalėje aprašomomis savybėmis. Nors statistiškai reikšmingo skirtumo negavome, išlyginus grupes, ESA išsiskyrė aukštesniais įverčių vidurkiais Nerimo, Obsesijos, Cinizmo, Žemos savivertės ir Neigiamo požiūrio indikatorių skalėse. Šie rezultatai sutampa su neišlygintų grupių rezultatais. Be to, Baimių ir Pykčio skalėse sveikųjų įverčių vidurkiai

aukštesni tiek išlyginus grupes, tiek to nepadarus, nors šis skirtumas taip pat nėra statistiškai reikšmingas.

Atsižvelgiant į standartinius nuokrypius, išlyginimo procedūra nepadarė ryškių rezultatų pokyčių. Vis dėlto, kaip ir lyginant klinikines skales, vertinant turinio skales, dauguma skirtumų, išlyginus grupes, nebuvo statistiškai reikšmingi.

#### ASMENYBĖS SAVYBIŲ SAŠAJOS SU DEMOGRAFINIAIS, SOCIALINIAIS IR LIGOS KINTAMAISIAIS

**Klinikinių skalių** rezultatai tik iš dalies patvirtina numatytas ESA asmenybės savybių (klinikinių skalių) sąsajas su laiku nuo paskutinio priepuolio, priepuolių dažniu, suvokta stigmatizacija, nuostata į neigiamas pažinimo pasekmes, nuostata į gaunamą emociją ir socialinę ir kasdienę ir finansinę paramą iš aplinkinių, išsilavinimu ir amžiumi. Paaiškėjo, kad ESA grupėje nuostatos į gaunamą emociją ir socialinę paramą ir amžiaus rodikliai nesulaukė nė su vienu iš klinikinėmis skalėmis matuotų asmenybės bruožų.

Dauguma ligą apibūdinančių kintamųjų koreliacijų su asmenybės bruožais yra silpnos ar vidutinės. Laiko nuo

4 lentelė. ESA ir sveikųjų grupių MMPI-2 turinio skalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai, išlyginus imtis ir neišlyginus imčių

| MMPI-2 rodikliai | Neišlygintos imtys | Vidurkis (standartinis nuokrypis) | Išlygintos imtys  | Vidurkis (standartinis nuokrypis) |
|------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| ANX              | ESA (N = 50)       | <b>11,08*</b> (4,34)              | ESA (N = 42)      | 10,79 (4,09)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>9,57*</b> (4,49)               | Sveikųjų (N = 42) | 10,48 (3,92)                      |
| FRS              | ESA (N = 50)       | 11,78 (4,57)                      | ESA (N = 42)      | 11,17 (4,32)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 12,63 (4,72)                      | Sveikųjų (N = 42) | 12,48 (4,78)                      |
| OBS              | ESA (N = 50)       | <b>7,62*</b> (3,65)               | ESA (N = 42)      | 7,62 (3,61)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>6,21*</b> (3,39)               | Sveikųjų (N = 42) | 7,60 (3,57)                       |
| DEP              | ESA (N = 50)       | 12,22 (6,30)                      | ESA (N = 42)      | 11,88 (5,94)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 10,39 (6,06)                      | Sveikųjų (N = 42) | 11,31 (6,33)                      |
| HEA              | ESA (N = 50)       | <b>14,18**</b> (5,77)             | ESA (N = 42)      | <b>13,62*</b> (5,49)              |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>10,31**</b> (5,67)             | Sveikųjų (N = 42) | <b>10,95*</b> (5,91)              |
| BIZ              | ESA (N = 50)       | 5,80 (4,46)                       | ESA (N = 42)      | 5,45 (3,89)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 4,87 (4,08)                       | Sveikųjų (N = 42) | 6,19 (4,72)                       |
| ANG              | ESA (N = 50)       | 10,56 (2,94)                      | ESA (N = 42)      | 10,71 (3,16)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 11,24 (3,20)                      | Sveikųjų (N = 42) | 11,62 (2,96)                      |
| CYN              | ESA (N = 50)       | <b>14,78*</b> (5,01)              | ESA (N = 42)      | 14,98 (4,74)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>13,04*</b> (4,26)              | Sveikųjų (N = 42) | 13,71 (4,32)                      |
| ASP              | ESA (N = 50)       | 10,92 (2,86)                      | ESA (N = 42)      | 11,17 (2,87)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 10,16 (3,17)                      | Sveikųjų (N = 42) | 10,74 (3,10)                      |
| TPA              | ESA (N = 50)       | 9,16 (3,43)                       | ESA (N = 42)      | 9,55 (3,32)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 9,27 (3,60)                       | Sveikųjų (N = 42) | 9,81 (3,98)                       |
| LSE              | ESA (N = 50)       | <b>10,68*</b> (5,20)              | ESA (N = 42)      | 10,40 (5,22)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>8,33*</b> (4,64)               | Sveikųjų (N = 42) | 10,19 (5,70)                      |
| SOD              | ESA (N = 50)       | 9,72 (4,02)                       | ESA (N = 42)      | 9,24 (3,72)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 9,66 (4,75)                       | Sveikųjų (N = 42) | 9,62 (4,43)                       |
| FAM              | ESA (N = 50)       | 9,10 (4,79)                       | ESA (N = 42)      | 9,12 (4,80)                       |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 8,47 (4,36)                       | Sveikųjų (N = 42) | 9,50 (4,47)                       |
| WRK              | ESA (N = 50)       | 13,88 (6,89)                      | ESA (N = 42)      | 13,79 (6,76)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | 12,06 (6,13)                      | Sveikųjų (N = 42) | 13,29 (6,71)                      |
| TRT              | ESA (N = 50)       | <b>11,80**</b> (5,05)             | ESA (N = 42)      | 11,60 (5,03)                      |
|                  | Sveikųjų (N = 187) | <b>9,28**</b> (4,96)              | Sveikųjų (N = 42) | 10,76 (5,19)                      |

MMPI-2 – Minesotos multifazinis asmenybės aprašas-2; ESA – epilepsija sergantys asmenys; ANX – Nerimo turinio skalė; FRS – Baimių turinio skalė; OBS – Obsesijos turinio skalė; DEP – Depresijos turinio skalė; HEA – Susirūpinimo sveikata turinio skalė; BIZ – Groteskiško mintijimo turinio skalė; ANG – Pykčio turinio skalė; CYN – Cinizmo turinio skalė; ASP – Antisocialių poelgių turinio skalė; TPA – A tipo turinio skalė; LSE – Žemos savivertės turinio skalė; SOD – Socialinio diskomforto turinio skalė; FAM – Šeiminių problemų turinio skalė; WRK – Darbo trikdžių turinio skalė; TRT – Neigiamo požiūrio indikatorių turinio skalė.  
Paryškinti statistiškai reikšmingi skirtumai: \*\*p < 0,01; \*p < 0,05

paskutinio priepuolio rodiklio ryšys su asmenybės savybėmis stipriausias Hipochondrijos ( $r = 0,525$ ,  $p = 0,001$ ) ir Psichopatinio nukrypimo ( $r = 0,373$ ,  $p = 0,008$ ) skalėse. Priepuolių dažnio ryšys su asmenybės savybėmis stipriausias Psichopatinio nukrypimo ( $r = 0,632$ ,  $p = 0,000$ ) ir Paranojos ( $r = 0,450$ ,  $p = 0,001$ ) skalėse.

Taip pat su asmenybės bruožais siejasi socialiniai ir nuostatos kintamieji ir demografinis išsilavinimo kintamasis. Nuostatos į jaučiamą stigmatizavimą rodiklio sąsaja stipriausia su Šizofrenijos ( $r = 0,401$ ,  $p = 0,008$ ) skale. Nuostatos į gaunamą kasdienę ir finansinę paramą sąsaja stipriausia su Hipochondrijos ( $r = 0,372$ ,  $p = 0,014$ ) skale. Nuostatos į epilepsijos sukeltas neigiamas pažinimo pa-

sekmes sąsaja stipriausia su Hipochondrijos ( $r = 0,513$ ,  $p = 0,000$ ) ir Depresijos ( $r = 0,549$ ,  $p = 0,000$ ) skalėmis. Išsilavinimas stipriausiai siejasi su Psichopatinio nukrypimo ( $r = -0,393$ ,  $p = 0,006$ ) ir Paranojos ( $r = -0,455$ ,  $p = 0,001$ ) skalėmis, ši koreliacija neigiama (5 lentelė).

**Turinio skalių** rezultatai tik iš dalies patvirtina numatytas ESA turinio skalėse apibūdinamų asmenybės savybių sąsajas su laiku nuo paskutinio priepuolio, priepuolių dažniu, suvokta stigmatizacija, pasekmėmis pažintiniams gebėjimams, nuostata į gaunamą emocinę ir socialinę bei kasdienę ir finansinę paramą iš aplinkinių, išsilavinimu ir amžiumi. Paaiškėjo, kad ESA grupėje nuostatos į gaunamą emocinę ir socialinę paramą ir amžiaus rodiklis nesusiję nė

5 lentelė. ESA (N = 50) klinikinėmis skalėmis apibūdinamų asmenybės savybių sąsajos su ligos, demografiniais ir socialiniais kintamaisiais

| MMPI-2 rodikliai | Amžius | Išsilavinimas  | Laikas nuo paskutinio priepuolio | Priepuolių dažnis | Nuostata į pažinimo pasekmes | Nuostata į gaunamą socialinę paramą | Nuostata į finansinę paramą | Nuostata į stigmatizavimą |
|------------------|--------|----------------|----------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Hs               | 0,19   | -0,18          | <b>0,53**</b>                    | <b>0,44**</b>     | <b>0,51**</b>                | 0,14                                | <b>0,37*</b>                | 0,23                      |
| D                | 0,16   | <b>-0,29*</b>  | <b>0,35*</b>                     | <b>0,45**</b>     | <b>0,55**</b>                | -0,04                               | 0,25                        | 0,23                      |
| Hy               | 0,03   | -0,14          | <b>0,33*</b>                     | <b>0,36**</b>     | <b>0,37**</b>                | -0,01                               | 0,21                        | -0,11                     |
| Pd               | -0,13  | <b>-0,39**</b> | <b>0,37**</b>                    | <b>0,63**</b>     | <b>0,37**</b>                | -0,03                               | 0,19                        | 0,29                      |
| (Vyrai) Mf-m     | 0,07   | -0,15          | 0,32                             | 0,29              | 0,1                          | -0,13                               | -0,18                       | 0                         |
| (Moterys) Mf-f   | 0,02   | -0,16          | -0,15                            | 0,1               | -0,29                        | 0,11                                | -0,08                       | -0,43                     |
| Pa               | 0,06   | <b>-0,46**</b> | <b>0,29*</b>                     | <b>0,45**</b>     | 0,27                         | -0,22                               | 0,15                        | 0,27                      |
| Pt               | 0,09   | -0,25          | 0,26                             | <b>0,44**</b>     | <b>0,50**</b>                | 0,05                                | 0,24                        | <b>0,32*</b>              |
| Sc               | 0,13   | <b>-0,39**</b> | <b>0,33*</b>                     | <b>0,44**</b>     | <b>0,50**</b>                | -0,03                               | 0,27                        | <b>0,40**</b>             |
| Ma               | 0,15   | -0,23          | 0,17                             | 0,23              | 0,19                         | 0,06                                | 0,25                        | 0,29                      |
| Si               | 0,1    | <b>-0,32*</b>  | 0,16                             | 0,16              | <b>0,40**</b>                | -0,01                               | 0,26                        | 0,26                      |

MMPI-2 – Minesotos multifazinis asmenybės aprašas-2; Hs – Hipochondrijos skalė; D – Depresijos skalė; Hy – Isterijos skalė; Pd – Psichopatinių nukrypimų skalė; Mf-m – Vyriškumo-moteriškumo skalė vyrams; Mf-f – Vyriškumo-moteriškumo skalė moterims; Pa – Paranojos skalė; Pt – Psichastenijos skalė; Sc – Šizofrenijos skalė; Ma – Hipomanijos skalė; Si – Socialinės introversijos skalė. Paryškintos statistiškai reikšmingos koreliacijų reikšmės: \*\*p < 0,01; \*p < 0,05

6 lentelė. ESA (N = 50) turinio skalėmis apibūdinamų asmenybės savybių sąsajos su epilepsijos pasireiškimo ir kitais kintamaisiais

| MMPI-2 rodikliai | Amžius        | Išsilavinimas  | Laikas nuo paskutinio priepuolio | Priepuolių dažnis | Nuostata į pažinimo pasekmes | Nuostata į gaunamą socialinę paramą | Nuostata į finansinę paramą | Nuostata į stigmatizavimą |
|------------------|---------------|----------------|----------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| ANX              | 0,2           | <b>-0,40**</b> | <b>0,31*</b>                     | <b>0,44**</b>     | <b>0,53**</b>                | -0,04                               | <b>0,31*</b>                | 0,24                      |
| FRS              | 0,21          | <b>-0,40**</b> | <b>0,35*</b>                     | <b>0,31*</b>      | <b>0,46**</b>                | -0,05                               | 0,16                        | 0,29                      |
| OBS              | 0,1           | -0,24          | 0,26                             | <b>0,36*</b>      | <b>0,33*</b>                 | 0,01                                | 0,16                        | <b>0,37*</b>              |
| DEP              | 0,1           | <b>-0,32*</b>  | <b>0,29*</b>                     | <b>0,34*</b>      | <b>0,50**</b>                | -0,1                                | 0,16                        | <b>0,33*</b>              |
| HEA              | 0,27          | -0,18          | <b>0,42**</b>                    | <b>0,40**</b>     | <b>0,40**</b>                | 0,04                                | 0,28                        | 0,23                      |
| BIZ              | 0,28*         | -0,13          | <b>0,31*</b>                     | <b>0,28*</b>      | <b>0,30*</b>                 | -0,11                               | 0,14                        | <b>0,43**</b>             |
| ANG              | <b>-0,32*</b> | -0,26          | 0,14                             | 0,2               | 0,26                         | 0,2                                 | -0,03                       | <b>-0,31*</b>             |
| CYN              | 0,14          | -0,04          | 0,19                             | 0,24              | 0,23                         | -0,14                               | 0                           | <b>0,42**</b>             |
| ASP              | 0,04          | 0              | 0,03                             | 0,11              | 0,08                         | 0,02                                | -0,09                       | 0,2                       |
| TPA              | 0             | 0,06           | -0,21                            | -0,08             | 0,14                         | 0,16                                | -0,01                       | -0,16                     |
| LSE              | 0,13          | -0,26          | 0,24                             | <b>0,29*</b>      | <b>0,35*</b>                 | 0                                   | 0,11                        | <b>0,47**</b>             |
| SOD              | 0,16          | -0,23          | 0,17                             | 0,15              | 0,28                         | -0,15                               | 0,16                        | 0,14                      |
| FAM              | 0,02          | -0,28          | 0,27                             | <b>0,37**</b>     | 0,22                         | 0                                   | 0,22                        | 0,25                      |
| WRK              | 0,11          | <b>-0,34*</b>  | 0,28                             | <b>0,31*</b>      | <b>0,43**</b>                | 0,12                                | <b>0,33*</b>                | <b>0,40**</b>             |
| TRT              | 0,16          | <b>-0,34*</b>  | <b>0,33*</b>                     | <b>0,30*</b>      | <b>0,41**</b>                | -0,0                                | 0,25                        | <b>0,44**</b>             |

MMPI-2 – Minesotos multifazinis asmenybės aprašas-2; ESA – epilepsija sergantys asmenys; ANX – Nerimo turinio skalė; FRS – Baimių turinio skalė; OBS – Obsesijos turinio skalė; DEP – Depresijos turinio skalė; HEA – Susirūpinimo sveikata turinio skalė; BIZ – Groteskiško mintijimo turinio skalė; ANG – Pykčio turinio skalė; CYN – Cinizmo turinio skalė; ASP – Antisocialių poelgių turinio skalė; TPA – A tipo turinio skalė; LSE – Žemos savivertės turinio skalė; SOD – Socialinio diskomforto turinio skalė; FAM – Šeiminių problemų turinio skalė; WRK – Darbo trikdžių turinio skalė; TRT – Neigiamo požiūrio indikatorių turinio skalė.

Paryškintos statistiškai reikšmingos koreliacijų reikšmės: \*\*p < 0,01; \*p < 0,05

su vienu iš klinikinėmis skalėmis matuotų asmenybės bruožų.

Vis dėlto ligą apibūdinantys kintamieji siejasi su asmenybės bruožais. Laiko nuo paskutinio priepuolio rodiklis stipriausiai siejasi su Baimių (r = 0,351, p = 0,013) ir Susirūpinimo sveikata (r = 0,420, p = 0,003) skalėmis. Priepuolių dažnio rodiklis stipriausiai siejasi su Nerimo (r = 0,439,

p = 0,001) ir Susirūpinimo sveikata (r = 0,397, p = 0,004) skalėmis.

Su asmenybės bruožais siejasi socialiniai ir nuostatos kintamieji bei demografinis išsilavinimo kintamasis. Nuostatos į jaučiamą stigmatizavimą rodiklis turi neigiamą ryšį su Pykčio (r = -0,311, p = 0,042) skale apibūdinamais asmenybės bruožais. Be to, Nuostatos į jaučiamą stigmatiza-



vimą rodiklis teigiamai stipriausiai siejasi su Žemos savivertės ( $r = 0,473$ ,  $p = 0,001$ ) ir Neigiamo požiūrio indikatorių ( $r = 0,443$ ,  $p = 0,003$ ) skalėmis. Nuostata į gaunamą kasdienę ir finansinę paramą iš aplinkinių rodiklis stipriausiai siejasi su Darbo trikdžių ( $r = 0,325$ ,  $p = 0,033$ ) skale. Nuostatos į epilepsijos sukeltas neigiamas pažinimo pasekmes rodiklis stipriausiai siejasi su Nerimo ( $r = 0,533$ ,  $p = 0,000$ ) ir Baimių ( $r = 0,456$ ,  $p = 0,001$ ) skalėmis. Išsilavinimas neigiamai stipriausiai siejasi su Nerimo ( $r = -0,402$ ,  $p = 0,005$ ) ir Baimių ( $r = -0,401$ ,  $p = 0,005$ ) skalėmis. Amžius siejasi su Groteskiško mintijimo ( $r = 0,282$ ,  $p = 0,047$ ) skale ir neigiamai siejasi su Pykčio ( $r = -0,324$ ,  $p = 0,022$ ) skalėje apibūdinamais asmenybės bruožais (6 lentelė).

## REZULTATŲ APITARIMAS

Kėlėme uždavinį įvardinti, kaip skiriasi ESA ir sveikų žmonių asmenybės savybės, be to, tyrėme, kaip šie skirtumai pasireiškia nepriklausomai nuo asmenybės savybių sąsajų su amžiumi, lytimi, išsilavinimu ar psichiniais sutrikimais. Rezultatai parodė, kad, neišlyginus grupių, sergantieji EP pasižymi labiau išreikštomis asmenybės savybėmis: tiek apibūdinamomis klinikinėmis MMPI-2 skalėmis, tiek turinio skalėmis. Be to, ESA grupė pasižymėjo žemesniais validumo skalių balais. Antra vertus, išlygintose grupėse išryškėjo tik ESA depresijos ir susirūpinimo sveikata bruožai, kurie leidžia visą šią grupę apibūdinti kaip turinčią polinkį kreipti daug dėmesio į savo fizinę būseną [31]. Galima daryti išvadą, kad asmenybės savybių skirtumus tarp ESA ir sveikųjų nulemia daug įvairių kintamųjų, tiesiogiai nesusijusių su epilepsija.

Remiantis Depresijos skalės įverčiais, ESA galima apibūdinti, kaip turinčius bendrą mąstymo tendenciją, kuri susijusi su prasta nuotaika, vilties trūkumu, nepasitenkinimu savo padėtimi gyvenime, ir su psichologiniais ir somatiniais depresijos simptomais. Šios asmenybės savybės gali būti aiškinamos tiek psichologiškai, tiek neurologiškai. Be to, gali būti, kad ESA bendras polinkis į depresiškumą tyrime pasireiškia todėl, kad depresiški individai labiau linkę naudotis gydytojų paslaugomis [32].

Remiantis Hipochondrijos, Psichopatinio nukrypimo, Paranojos, Psichastenijos, Šizofrenijos ir Hipomanijos skalių įverčiais, ESA yra neurotiškai susirūpinę savo fizine sveikata, turi antisocialių arba psichopatinų savybių, yra įtarūs ir nepasitiki kitais, nerimastingi, turi iracionalių baimių, negeba apsispręsti, turi žemą savigarbą ir save nuvertina, yra socialiai atsitraukę; turi šizofrenijai būdingų asmenybės bruožų; hipomaniški. Hipochondrijos, Psichopatinio nukrypimo, Psichastenijos ir Šizofrenijos skalių tendencijos išlieka ir išlyginus grupes, tačiau tik Depresijos skalės apibūdinami bruožai statistiškai reikšmingai skiriasi.

Šie rezultatai iš dalies patvirtina užsienio autorių tyrimus, kuriuose randama, kad ESA turi daugiau psichikos problemų [7, 14], labiau išreikštus su psichikos problemomis

mis sietinus asmenybės bruožus [22] ir labiau išreikštus MMPI-2 metodika matuojamus asmenybės bruožus [33]. Vis dėlto atlikome grupių išlyginimą, kadangi MMPI-2 metodika yra labai jautri psichikos sutrikimais sergančiųjų asmenybės bruožams, tad sergantieji psichikos ligomis gali smarkiai iškraipyti tiek validumo, tiek klinikinės, tiek turinio skalių rezultatus. Norėjome palyginti ESA ir sveikų žmonių asmenybės savybių skirtumus, kurie būdingi sergantiems epilepsija, tačiau tiesiogiai nesusiję su psichiniu sutrikimu. Išlyginant grupes, sergantys psichikos sutrikimais buvo pašalinti iš ESA grupės.

Išlygintų grupių skirtumai Depresijos skalėje sutampa su kitų tyrimų rezultatais, kurie patvirtina ESA bendrą polinkį į depresiškumą [11–13]. Manoma, kad depresiškumas, sergant epilepsija, gali būti susijęs su amžiumi, moteriška lytimi, prastesne finansine padėtimi, mažesne bendra gyvenimo kokybe, neįgalumu, įsidarbinimo ir darbo problemomis, stigma, vaistais vartojamais nuo epilepsijos, ir bene dažniausiai pasireiškiančia smilkinio skilties epilepsijos forma [11–13].

Depresijos skalė yra labai jautri somatiniais ir fiziniams skundams, todėl negalima daryti prielaidos, kad Depresijos skalės bruožai apibūdina vien depresiškumą, o ne somatinius skundus. Anot T. Z. King ir kolegų [33], neurologiniams ligoniams paprastai būdingi Hipochondrijos, Depresijos, Isterijos, Psichopatinio nukrypimo ir Šizofrenijos skalėmis apibūdinami asmenybės bruožai tiek dėl neurologinių simptomų įtakos šioms skalėms, tiek dėl ligos sukulto distreso. Anot C. S. Gass [34], į MMPI metodika gaunamus ESA ir sveikųjų asmenybės savybių skirtumus reikia žvelgti atsargiai, nes MMPI yra skirtas diferencijuoti psichinius ligonius nuo sveikųjų, tačiau skalės siejasi su kitais nepsichiniais sutrikimais. Be to, patys klausimai neretai atspindi kai kuriuos neurologinius ligoms būdingus simptomus.

Tyrime taip pat kėlėme uždutį atskleisti, kaip ESA ir sveikųjų asmenybės savybės skiriasi ne tik klinikinėmis ar validumo skalėmis, tačiau ir turinio skalėmis apibūdinamais bruožais. Rezultatai parodė, kad ESA pasižymi Nerimo skale apibūdinamais bruožais, siejamais su generalizuotu nerimu, miego ar dėmesio sutrikimais; ESA būdingas polinkis į obsesinį kompulsinį sutrikimą, įvairius somatinius skundus, kurie gali būti ir neurologiniai (Susirūpinimo sveikata skalė). ESA retai pasitiki kitais žmonėmis (Cinizmo skalė). Žemos savivertės skalės rezultatai leidžia teigti, kad ESA dažnai save kaltina ir nepasitiki savo jėgomis; aukštesni Neigiamo požiūrio indikatorių skalės rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad ESA yra gana depresiški, neretai nepasinaudoja psichologo pagalba [31].

Šiuos rezultatus iš dalies patvirtina E. Hessen [21] tyrimas, kuriame ESA, tačiau nebeatiriančių priepuolių MMPI-2 turinio skalių rezultatai parodė, kad šie asmenys yra linkę į susirūpinimą sveikata, žemą savivertę ir neigiamą požiūrį į sveikatą.

Išnagrinėjus visų MMPI-2 skalių sąsajas su demografiniais, ligos ir socialiniais kintamaisiais, išryškėja daugelio skalių ryšys su išsilavinimu, priepuolių pasireiškimo rodikliais (laikas nuo paskutinio priepuolio, priepuolių

dažnis), nuostata į epilepsijos sukeltas neigiamas pažinimo pasekmes ir nuostata į jaučiamą stigmatizavimą. Amžius ir nuostata į gaunamą emocinę ir socialinę paramą pasižymėjo labai silpnų ryšių su asmenybės rodikliais ( $r < 0,33$ ), o nuostata į gaunamą kasdienę ir finansinę paramą vidutiniškai stipriai ( $r = 0,37$ ) buvo susijusi tik su Hipochondrijos skale.

Mūsų tyrimo metu nustatytos išsilavinimo sąsajos su Depresijos, Psichopatinio nukrypimo, Paranojos, Šizofrenijos, Socialinės introversijos klinikinėmis skalėmis ir atitinka kitų autorių gautus rezultatus [35]. Be to, nustatėme, kad išsilavinimas siejasi su Nerimo, Baimių, Depresijos, Darbo trikdžių, Neigiamo požiūrio indikatorių turinio skalėmis. Didžiausia sąsaja nustatyta tarp išsilavinimo ir Paranojos skalės, tai reiškia, kad žemesnį išsilavinimą turintys ESA gali būti jautresni bendraujant, deklaruoja aukštesnius moralinius standartus, greičiau išsiseidžia, neigia savo įtarumą, gali būti ciniški ir perdėtai racionalūs. Vis dėlto teigti, kad asmenybės savybės tiesiogiai siejasi su išsilavinimu, negalime – šioje sąsajoje galimai dalyvauja tarpiniai kintamieji.

Kaip ir tikėtasi, nagrinėjant MMPI-2 skalių ryšį su priepuolių pasireiškimo rodikliais (laikas nuo paskutinio priepuolio, priepuolių dažnis), nustatytos stipriausios sąsajos su Susirūpinimo sveikata turinio skale ir visomis prastą prisitaikymą nurodančiomis klinikinėmis skalėmis (Hipochondrijos, Depresijos, Isterijos, Psichopatinio nukrypimo, Paranojos, Psichastenijos, Šizofrenijos). Kadangi aukštesni MMPI-2 įverčiai daugumoje skalių gali reikšti psichopatologiją, šie duomenys sutampa su kitų autorių duomenimis, kad įvairūs psichologiniai ir psichikos sutrikimai siejasi su priepuolių dažniu [14]. Be to, anot M. F. O'Donoghue [36], priepuolių dažnis siejasi ne tik su psichiniais sutrikimais, tačiau ir su subjektyviai suvokiama epilepsijos įtaka kasdieniam funkcionavimui. Įdomu tai, kad šiame tyrime stipriausia sąsaja, net  $r = 0,63$ , priepuolių dažnis siejosi su Psichopatinio nukrypimo skale. Šis rezultatas leidžia kelti hipotezę apie daugiau priepuolių patiriančių asmenų norą pasitraukti iš visuomenės.

Nuostatos į epilepsijos sukeltas neigiamas pažinimo pasekmes sąsajos su Hipochondrijos, Depresijos, Isterijos, Psichopatinio nukrypimo, Psichastenijos, Šizofrenijos ir Socialinės introversijos klinikinėmis ir Nerimo, Baimių, Obsesijos, Depresijos, Susirūpinimo sveikata, Groteskiško mintijimo, Žemos savivertės, Darbo trikdžių ir Neigiamo požiūrio indikatorių turinio skalėmis liudija apie pažintinių nusiskundimų svarbą asmens psichinei sveikatai. Šiuos rezultatus patvirtina kitų autorių gaunami rezultatai, kad subjektyviai įvardijami skundai dėl pažintinių gebėjimų siejasi su MMPI-2 skalėmis [28].

Paaikškėjo ir tai, kad nuostata į jaučiamą stigmatizavimą stipriausiai siejasi su Šizofrenijos, Žemos savivertės ir Neigiamų požiūrio indikatorių skalėmis. Taigi asmenys, kurie įvardija patiriantys daugiau stigmatizacijos, pasižymi atitolimo tendencijomis, įprastų taisyklių nesilaikymu, yra linkę abejoti savo darbais ir identitetu. Jie taip pat jaučiasi prastesni, nekompetentingi, taigi įvairiai save nuvertina ir yra depresiški. Šiems asmenims gali būti sunku teiki-

ti pagalbą, tad stigmatizacija yra didelis trukdys padedant ESA prisitaikyti prie gyvenimo su šia liga. Šio tyrimo rezultatus galima paaikškinti ir papildyti G. Scambler prastai prisitaikiusiųjų prie epilepsijos aprašu. Anot G. Scambler [6], šie asmenys taip daug galvoja apie epilepsiją, jos siaubą ir reikšmę, kad toks jų socialinis „aš“ iš esmės nustoja egzistuoti, jie dėl stigmos praranda kontrolės jausmą ir užsidaro.

## IŠVADOS

1. ESA daugumos MMPI-2 skalių įverčiai buvo aukštesni negu sveikųjų, didžiausi skirtumai pasireiškė Nedažnumo ir Pabaigos nedažnumo validumo skalėse, Hipochondrijos ir Šizofrenijos klinikinėse skalėse, Susirūpinimo sveikata ir Neigiamo požiūrio indikatorių turinio skalėse.
2. Išlyginus ESA ir sveikųjų grupes pagal demografinius kintamuosius ir atmetus sergančiuosius psichiniais sutrikimais iš epilepsijos grupės, ESA MMPI-2 skalių įverčiai buvo aukštesni tik Depresijos klinikinėje ir Susirūpinimo sveikata turinio skalėse.
3. MMPI-2 skalės buvo susijusios su paskutinio priepuolio laiku, priepuolių dažniu, nuostata į jaučiamą stigmatizavimą, nuostata į gaunamą iš aplinkinių kasdienę ir finansinę paramą, nuostata į epilepsijos sukeltas neigiamas pažinimo pasekmes ir išsilavinimu.
4. ESA ir sveikųjų asmenybės savybių skirtumus nulemia daug įvairių psichologinių ir socialinių bei sveikatos kintamųjų, tiesiogiai nesusijusių su epilepsija.

## PADEKA

Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. SIN-11/11/2010).

This research was funded by a grant (No. SIN-11/11/2010) from the Research Council of Lithuania.

Gauta:  
2012 11 14

Primta spaudai:  
2013 01 21

## Literatūra

1. Kolb B, Whishaw IQ. Fundamentals of human neuropsychology. NY: Worth Publisher, 2003.
2. Strine TW, Kobau R, Chapman DP, Thurman DJ, Price P, Balluz LS. Psychological distress, comorbidities, and health behaviors among U.S. adults with seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. *Epilepsia* 2005; 46(7): 1133–9.
3. Suurmeijer TPBM, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42(9): 1160–8.
4. Wirrell EC, Camfield CS, Camfield PR, Dooley JM, Gordon KE, Smith B. Long-term psychosocial outcome in typical absence epilepsy: sometimes a wolf in sheep's cloth-

- ing. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 1997; 151(2): 152-8.
5. Masia SL, Devinsky O. Epilepsy and behavior: a brief history. *Epilepsy & Behavior* 2000; 1: 27-36.
  6. Scambler G. Epilepsy. In: The experience of illness series. London: Routledge, 1989.
  7. Jacoby A. Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study of people with well-controlled epilepsy. *Social Science and Medicine* 1992; 43: 657-66.
  8. Vazquez B, Devinsky O. Epilepsy and anxiety. *Epilepsy & Behavior* 2003; 4: 20-5.
  9. Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger C E, Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: Systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy & Behavior* 2005; 7(2): 161-71.
  10. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999; 4(1): 2-20.
  11. Ettinger AB, Reed M, Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology* 2004; 63(6): 1008-14.
  12. Lambert MV, Robertson MM. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia* 1999; 40(10): 21-47.
  13. Witt JA, Hollmann K, Helmstaedter C. The impact of lesions and epilepsy on personality and mood in patients with symptomatic epilepsy: A pre- to postoperative follow-up study. *Epilepsy Research* 2008; 82: 139-46.
  14. Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, Sander JW. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsija* 2004; 45(12): 1613-22.
  15. Kanner AM. Psychosis of epilepsy: a neurologist's perspective. *Epilepsy & Behavior* 2000; 1: 219-27.
  16. Kaplan PW. Obsessive-compulsive disorder in chronic epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2011; 22(3): 428-32.
  17. Isaacs KL, Philbeck JW, Barr WB, Devinsky O, Alper K. Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2004; 5(4): 569-74.
  18. Zhu D, Jin L, Xie G, Xiao B. Quality of life and personality in adults with epilepsy. *Epilepsia* 1998; 39(11): 1208-12.
  19. Shehata GA, Bateh AEM. Cognitive function, mood, behavioral aspects, and personality traits of adult males with idiopathic epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2009; 14(1): 121-4.
  20. Swinkels WAM., Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven Ph. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2005; 7(1): 37-50.
  21. Hessen E, Lossius MI, Gjerstad L. Behavioural adjustment in seizure-free epilepsy patients on monotherapy. *Seizure* 2008; 17(5): 422-30.
  22. Johnson AL, Storzbach D, Binder LM, Barkhuizen A, Anger WK, Salinsky MC, Tun SM, Rohlman DS. MMPI-2 profiles: fibromyalgia patients compared to epileptic and nonepileptic seizure patients. *The Clinical Neuro-psychologist* 2010; 24(2): 220-34.
  23. Gelžinienė G, Šimaitytė I, Endzinienė M. Paauglių, sergančių idiopatine generalizuota epilepsija, nerimo ir depresijos simptomai. *Neurologijos seminarai* 2011; 15(1): 44-51.
  24. Mameniškienė R. Epilepsija sergančiųjų ligonių kognityvinių sutrikimų priklausomybė nuo demografinių veiksnių ir ligos klinikinį ypatumų. *Daktaro disertacija. Vilnius, 2003.*
  25. Sweet JJ, Tovian SM, Suchy Y. Psychological assessment in medical settings. *Handbook of psychology: Assessment psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2002; 291-315.
  26. Gass CS. Assessment of emotional functioning with the MMPI-2. In: *Neuropsychological assessment in clinical practice: a guide to test interpretation and integration*. New York: John Wiley, 2000.
  27. Derry P A, Harnadek MCS, McLachlan RS, Sontrop J, Blume WT, Girvin JP. A longitudinal study of the effects of seizure symptoms on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) clinical interpretation. *Journal of Clinical Psychology* 2002; 58(7): 817-26.
  28. Gass CS, Apple C. Cognitive complaints in closed-head injury: relationship to memory test performance and emotional disturbance. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1997; 19(2): 290-9.
  29. Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath, Tellegen A, Dahlstrom WG, Kaemmer B. *MMPI-2: Manual for administration, scoring interpretation*. Revised Edition. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2001.
  30. Cunningham WA, Johnson MK. Attitudes and evaluation: toward a component process framework. In: *Social neuroscience. Integrating biological and psychological explanations of social behavior*. New York: The Guilford Press, 2007; 227-45.
  31. Nichols D. *Essentials of MMPI-2 assessment*. New York: John Wiley & Sons, 2011.
  32. Cramer JA, Blum D, Fanning K, Reed M. The impact of comorbid depression on health resource utilization in a community sample of people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2004; 5(3): 337-42.
  33. King TZ, Fennell EB, Bauer R, Crosson B, Dede D, Riley JL, Robinson ME, Uthman B, Gilmore R, Roper SN. MMPI-2 profiles of patients with intractable epilepsy. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2002; 17(6): 583-93.
  34. Gass CS. MMPI-2 interpretation and closed head injury: a correction factor. *Psychological Assessment* 1991; 3(1): 27-31.
  35. Greene RL. Ethnicity and MMPI performance: a review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55(4): 497-512.
  36. O'Donoghue MF, Goodridge DMG, Redhead K, Sander JWAS, Duncan JS. Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: a community-based study. *British Journal of General Practice* 1999; 49(440): 211-4.

V. Jurkuvėnas, R. Mameniškienė, A. Bagdonas

## PERSONALITY TRAITS OF PATIENTS WITH EPILEPSY

### Summary

Epilepsy has significant effects on social, psychological and physical health of those who have it. Epilepsy is associated with an increased prevalence of mental health disorders compared with the general population. Also, epilepsy is associated with increased prevalence of personality disorders or smaller personality changes. Differences in personality profiles of those with and without epilepsy are associated with various social, demographic and health variables.

The aim of this study is to evaluate personality trait differences between those with and without epilepsy, also to evaluate these differences taking into account psychiatric comorbidity of epilepsy, and to assess relations between personality traits and various confounding measures.

237 persons participated in this study: 77 male and 160 female, including 50 patients with epilepsy, and 187 healthy individuals comprising the control group. Personality traits were assessed in five validity scales, ten clinical scales and fifteen content scales of MMPI-2. We used *Epilepsy Questionnaire* for assessment of epilepsy-specific, demographic and social variables.

*Results* of this study indicate: there are significant personality trait differences between patients with epilepsy and healthy individuals. Greatest differences were identified in Infrequency and The Back side F validity scales; Hypochondriosis and Schizophrenia clinical scales; Health concerns and Negative Treatment Indicators content scales. After excluding those

with a history of psychiatric disease and adjusting for demographic factors 42 epilepsy patients were matched to 42 control group participants. In this comparison significant differences between those with and without epilepsy were identified only in Depression clinical scale and Health Concerns content scale. Personality traits assessed by MMPI-2 were related to last time seizure occurred, seizure frequency, attitude toward stigmatization, attitude toward acquired financial or daily support from others, attitude toward subjective cognitive impairment and education.

**Keywords:** MMPI-2, epilepsy, personality traits, psychosocial.