

---

# Paauglių, sergančių idiopatine generalizuota epilepsija, nerimo ir depresijos simptomai

---

G. Gelžiniene  
I. Šimaitytė  
M. Endzinienė

Lietuvos sveikatos mokslų  
universiteto Neurologijos klinika

**Santrauka.** Epilepsija, prasidėjusi paauglystėje, gali pabloginti paauglių psichologinę sveikatą šiuo ir taip pakankamai sudėtingu laikotarpiu. Duomenys apie nerimo ir depresijos simptomus epilepsija sergantiems vaikams ir paaugliams yra gana prieštaringi, tyrimai apima platų amžiaus spektrą, dažniausiai atlikti su skirtingos etiologijos epilepsija.

**Tyrimo tikslas.** Įvertinti paauglių, neseniai susirgusių idiopatine generalizuota epilepsija (IGE), depresijos ir nerimo simptomus ir pastarųjų ryšius su epilepsijos klinikiniais požymiais.

**Tiriamieji ir metodai.** Tyrime dalyvavo 14–17 m. amžiaus IGE sergantys (n = 59) ir nesergantys epilepsija kontroliniai (n = 51) asmenys. Nerimo ir depresijos simptomai įvertinti naudojantis Nerimo ir depresijos skale (HAD) bei Spilenbergerio nerimo ir nerimastingumo klausimynu (STAI).

**Rezultatai:** IGE tiriamųjų grupės depresijos simptomų pagal HAD balų vidurkis nesiskyrė nuo kontrolinės grupės. Nerimo simptomų pagal HAD balų vidurkis buvo didesnis (atitinkamai  $6,3 \pm 3,6$  ir  $4,96 \pm 2,9$ ,  $p = 0,044$ ); STAI situacinio nerimo ( $39,2 \pm 10,8$  ir  $33,96 \pm 7,7$ ,  $p = 0,011$ ) ir nerimastingumo ( $40,9 \pm 8,5$  ir  $37,2 \pm 8,1$ ,  $p = 0,024$ ) balų vidurkiai IGE grupėje taip pat buvo didesni nei kontrolinių tiriamųjų. Neseniai patyrusių generalizuotus toninius-kloninius traukulius (GTKT) tiriamųjų depresijos ir nerimo bei nerimastingumo simptomų balai buvo didesni nei nepatyrusių GTKT per pastaruosius 3 mėn. iki tyrimo, o didesnis GTKT skaičius per šį laikotarpį buvo susijęs su didesniais depresijos, nerimo ir nerimastingumo simptomų rezultatais.

**Išvados:** neseniai IGE susirgusius paauglius nerimas ir nerimastingumas vargino labiau nei nesergančius epilepsija jų bendraamžius, o depresijos simptomų paplitimas buvo panašus. Nerimas tiesiogiai siejosi su neseniai patirtais GTKT. Naujai susirgusiems ar neseniai sergantiems epilepsija paaugliams, ypač patiriantiems GTKT, reikėtų įvertinti nerimo ir depresijos simptomų galimybę ir atitinkamai juos koreguoti.

**Raktažodžiai:** idiopatinė generalizuota epilepsija, depresija, nerimas, generalizuoti toniniai-kloniniai traukuliai, paaugliai.

Neurologijos seminarai 2011; 15(47): 44–51

---

## ĮVADAS

Paauglystė yra sudėtingas laikotarpis, kuriam būdingas nepriklausomybės siekimas, savojo identiteto formavimasis, bet kartu ir labai svarbi bendraamžių nuomonė, socialiniai kontaktai. Greitas fizinis augimas, ryškūs fiziniai ir psichologiniai pokyčiai gali turėti įtakos paauglių fizinei ir psichinei sveikatai. Paauglystėje prasidėjusi epilepsija, pasireiškianti nenusipėjamais ar neišvengiamais priepuoliais, galimai lemianti darbo, vairavimo, sporto ir kitų svarbių gyvenimo sričių apribojimus ir pasižyminti stigmatizacija, gali ypač pabloginti paauglių psichologinę sveikatą ir gerovę. Tyrimai rodo, kad epilepsija sergantiems vaikams ir paaugliams nerimas ir depresija yra dažnesni (12–28%) [1–4] nei sveikiems bendraamžiams (4,0–6,6%) ar sergan-

tiems kitomis lėtinėmis ligomis (6,0–12,0%) [1, 5, 6]. Pagal šiuolaikinį požiūrį, epilepsija ir psichikos sutrikimai vertinami kaip epifenomenai, o ne priežasties ir pasekmės ryšiais susiję faktoriai. Tokį požiūrį sustiprina tyrimų duomenys, rodantys kad 30,0–45,0% pirmuosius gyvenime epilepsijos priepuolius patyrusių vaikų dar iki priepuolių atsiradimo buvo nustatyti elgesio, dėmesio sutrikimai ar nerimo bei depresijos simptomai [7–9]. Antra vertus, da- liai epilepsija sergančių pacientų emocijų ir elgesio sutrikimai gali būti susiję su epilepsijos priepuolių nulemtais sutrikimais ir laikini, ypač jei nėra struktūrinių galvos smegenų pažeidimų, lemiančių epilepsijos ir psichiatrinių sutrikimų atsiradimą [10]. Deja, tyrimų su naujai susirgusiais ar neseniai epilepsija sergančiais vaikais ar paaugliais atlikta nedaug, o dauguma tyrimų, nagrinėjančių epilepsija sergančių vaikų ir paauglių nerimą ir depresiją, atlikti ilgalaikę ar sunkios eigos epilepsija sergančių pacientų grupėse, apima platų amžiaus spektrą nuo vaikystės iki paauglystės ir skirtingos etiologijos epilepsijos sindromus [2, 11–13].

Lietuvoje tyrimų, nagrinėjančių epilepsija sergančių vaikų ar paauglių nerimo ir depresijos simptomus, nebuvo

---

### Adresas:

Giedrė Gelžiniene  
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neurologijos klinika  
Eivenių g. 2, Kaunas  
Tel. (8 37) 326 962, el. paštas: giedregelziniene@hotmail.com

atlikta. 2002–2005 m. atlikto Lietuvos 7–16 m. amžiaus vaikų psichikos sveikatos tyrimo duomenimis, apie 22% jų nustatyta emocijų sutrikimų [14]. Be to, nustatyta, kad apie 10% vyresnių moksleivių nuolat patiria stresą [15]. Polinkis į savižudybę, kurį, be kitų veiksnių, didina ir depresiskumas bei nerimastingumas, būdingas apie 30% 11–15 m. amžiaus Lietuvos paauglių [16]. Taigi, epilepsija sergantiems paaugliams, pasižymintiems padidinta rizika patirti nerimą ir depresiją, ypač svarbu vertinti šiuos simptomus, nes nerimas ir depresija turi įtakos ne tik sergančiųjų gyvenimo kokybei [17–19], bet ir gali pabloginti epilepsijos priepuolių kontrolę [20, 21]. Mūsų tyrimo tikslas buvo įvertinti paauglių, naujai susirgusių ir neseniai sergančių idiopatine generalizuota epilepsija, nerimo ir depresijos simptomus, palyginti juos su tokio paties amžiaus nesergančių epilepsija paauglių depresijos ir nerimo simptomų įvertinimo rezultatais ir nustatyti galimą demografinių ir klinikinų veiksnių ryšį su nerimo ir depresijos simptomais.

## TIRIAMIEJI

Į tiriamųjų grupę buvo atrinkami 14–17 m. amžiaus paaugliai, 2009–2010 m. tirti ir gydyti Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neurologijos klinikoje ir atitinkantys diagnostinius idiopatinės generalizuotos epilepsijos (IGE) kriterijus (IGE grupė) [22, 23], išskyrus patiriančius tik absansų priepuolius, nes vaikų absansų epilepsija nėra būdinga paaugliams. Pagal tyrimo atrankos kriterijus į tyrimą buvo įtraukti tie IGE tiriamieji, kurie mokėsi bendrojo lavinimo mokykloje pagal bendrojo lavinimo programą ir kurių intelektinis gebėjimas pagal Wechslerio intelekto skalę vaikams (WISC-III<sup>LT</sup>) > 70, nebuvo patyrę galvos smegenų traumas su sąmonės netekimu anamnezėje, nesirgo kitomis neurologinėmis ar lėtinėmis vidaus organų ligomis, neturėjo gretutinių psichiatrinų ligų ir nebuvo patyrę generalizuotų toninių-kloninių traukulių (GTKT) per 24 val. iki tyrimo. Įtraukimo kriterijus atitiko 59 IGE pacientai.

Kontrolinę grupę sudarė tokio paties amžiaus nesergantys epilepsija tiriamieji (n = 51). Kadangi įtakos nerimo ir depresijos simptomams gali turėti pats patekimas į ligoninę ir ligoninės aplinka, siekdami išvengti galimos šių veiksnių įtakos nulemtu didesniu nerimo ir depresijos simptomų pasireiškimu stacionaro sąlygomis tiriamų epilepsija sergančiųjų grupėje, kontrolinę grupę sudarėme iš Akių ligų klinikos 14–17 m. pacientų, atliekančių akomodaciją lavinančius pratimus. Kiti atrankos kriterijai buvo analogiški tiriamųjų pacientų grupei.

## NERIMO IR DEPRESIJOS VERTINIMAS

IGE grupės ir kontrolinių tiriamųjų depresijos ir nerimo simptomams vertinti naudotos dvi skalės, kurias pildė patys tiriamieji – nerimo ir depresijos skalės (*Hospital Anxi-*

*ety and Depression Scale*, HAD) lietuviška versija, adaptuota R. Bunevičiaus ir S. Žilėnienės [24, 25], ir Spilbergerio situacinio nerimo ir nerimastingumo klausimyno (*State Trait Anxiety Inventory*, STAI) lietuviška versija, išversta ir adaptuota M. Balaišis ir bendraautorijų 2003 m. [26–28].

HAD skalę sudaro 14 klausimų, iš kurių 7 yra skirti įvertinti nerimo simptomus, likusieji – depresijos simptomus. Depresijos ir nerimo simptomų pasireiškimas vertintas pagal suminių balų skaičių atskirai nerimo (HAD-N) ir depresijos (HAD-D) klausimų poskalėse (nera – < 8 balai, yra – 8 balai).

Spilbergerio situacinio nerimo ir nerimastingumo klausimyną (STAI) sudaro dvi dalys, kurių kiekvieną sudaro 20 klausimų. Atsakymų variantai vertinami balais atskirai abiem dalims. Pirmieji 20 klausimų vertina situacinio nerimo (STAI-SN) simptomus, likusieji – nerimastingumo arba asmenybinio nerimo (STAI-AN) simptomus. Balų suma galima nuo 20 iki 80; didesnė balų suma rodo didesnę nerimą. STAI klausimynas neturi nustatyto atskaitos taško, nuo kurio būtų vertinamas nerimo ir nerimastingumo buvimas ar stiprumas, todėl atskaitos tašku savo tyrime pasirinkome kontrolinių tiriamųjų grupės STAI-SN ir STAI-AN balų vidurkį su vienu standartiniu nuokrypiu, t. y. skaitinę reikšmę, kuri buvo didesnė nei 68,3% kontrolinės grupės tiriamųjų nerimo ar nerimastingumo įvertinimo balų skaičius. Tiriamieji, kurių STAI-SN ar STAI-AN balų suma buvo didesnė nei šis išvestinis dydis, buvo vertinti kaip patiriantys nerimą ar nerimastingumą pagal STAI.

Statistinė analizė atlikta naudojantis SPSS 15.0 for Windows, grupių vidurkiams palyginti normalinio pasiskirstymo dydžiams naudotas t-kriterijus, nenormalinio pasiskirstymo dydžiams – Mann-Whitney U-testas. Reikšmingumo lygmuo statistinei analizei p < 0,05. Neturintys normalinio pasiskirstymo testų rezultatai tarp daugiau nei dviejų grupių analizuoti atliekant Kruskal-Wallis testą, post-hoc analizė atlikta naudojant Mann-Whitney U testą, reikšmingumo lygmuo šiai analizei buvo nustatomas pagal Bonferroni korekciją. Epilepsijos veiksnių įtaka nerimo ir depresijos simptomų rezultatams buvo įvertinta binarinės logistinės regresijos būdu.

## REZULTATAI

Tiriamųjų pacientų ir kontrolinė grupės nesiskyrė pagal demografinius požymius: abiejose grupėse buvo vienodas berniukų ir mergaičių santykis (1 : 1,8), reikšmingo lyčių skirtumo grupėse nebuvo, grupės nesiskyrė pagal amžių (amžiaus vidurkis abiejose grupėse – 15,5 ± 1,2 metų). IGE tiriamųjų duomenys pateikiami 1 lentelėje.

Kadangi mioklonijos yra laikomos skiriamuoju ir esminiu jaunuolių mioklonijų epilepsijos (JME) diagnostiniu požymiu [23, 29], tiriamuosius suskirstėme į 2 grupes pagal mioklonijų buvimą: grupė su mioklonijomis (M+ grupė) – 29 (49,2%) tiriamieji, kuriems diagnozuota JME, ir grupė be mioklonijų (M- grupė) – 30 (50,8%) tiriamųjų, patyrusių tik generalizuotus toninius-kloninius traukulius (GTKT).

1 lentelė. Demografiniai ir klinikiniai IGE sergančių tiriamųjų duomenys

Amžius ligos pradžioje metais	13,6 (Me = 14, IQR = 2)
Aktyvios epilepsijos trukmė mėnesiais	14,1 (Me = 7, IQR = 22,5)
<i>Gydymas:</i>	
Naujai susirgę, negydyti, n (%)	32 (54,2)
Gydomi VNE, n (%)	27 (45,8)
<i>Priepuolių pobūdis, n (%):</i>	
Tik GTKT	30 (50,8)
GTKT ir mioklonijos (su absansais ar be jų)	24 (40,7)
Mioklonijos be GTKT	5 (8,5)
<i>Remisija:</i>	
> 3 mėn., n (%)	10 (16,9)
< 3 mėn., n (%)	49 (83,1)
<i>Epilepsiforminiai iškrūviai EEG:</i>	
Būdravimo EEG (+), n (%)	20 (33,9)
Būdravimo EEG (-), n (%)	39 (66,1)
Miego EEG (+), n (%)	50 (84,7)
Miego EEG (-), n (%)	9 (15,3)
<i>Epilepsija šeimoje:</i>	
Yra, n (%)	21 (35,6)
Nėra, n (%)	38 (64,4)

VNE – vaistai nuo epilepsijos; GTKT – generalizuoti toniniai-kloniniai traukuliai; EEG – elektroencefalograma; Me – mediana; IQR – kvartilų skirtumas.

IGE tiriamųjų grupėje 32 (54,2%) tiriamieji buvo naujai susirgę ir iki tyrimo negydyti, 27 (45,8%) tiriamieji buvo gydomi vaistais nuo epilepsijos (VNE), iš jų 20 (74,1%) – valproine rūgštimi (VPA), 4 (14,8%) – lamotriginu (LTG), o 3 (11,1%) tiriamiesiems buvo skiriami 2 VNE. Vidutinė aktyvios epilepsijos trukmė buvo 14,1 mėn. (Me = 7, IQR = 22,5), naujai susirgusių IGE tiriamųjų – 4,4 mėn. (Me = 2, IQR = 5,25), gydomų – 25,6 mėn. (Me = 24,0, IQR = 24,0).

Kadangi tikslų epilepsijos priepuolių dažnį naujai susirgusiems tiriamiesiems įvertinti sudėtinga, naujai diagnozuotų ir seniau sergančių gydomų tiriamųjų priepuolių dažnio lyginimas nėra adekvatus, IGE grupėje vertinome ne priepuolių dažnį, o patiriamų priepuolių aktyvumą per pastaruosius 3 mėn. Priepuolių minėtu laikotarpiu nepatyrė 10 (16,9%) tiriamųjų, įvyko bent 1 GTKT – 30 (50,8%), įvyko bent vienas GTKT ir kartojosi mioklonijos/absansai – 11 (18,6%), kartojosi mioklonijos/absansai be GTKT – 8 (13,6%) tiriamiesiems.

Per 3 mėn. iki tyrimo GTKT patyrė 41 (69,5%) tiriamasis. Laiko nuo paskutiniojo GTKT iki tyrimo vidurkis buvo 7,5 mėn. (Me = 1,3, IQR = 4,5). GTKT skaičiaus per pastaruosius 3 mėn. mediana – 1,0 (min – 0, max – 9), mediana per pastaruosius 1 m. – 1,0 (min – 0, max – 17).

NERIMO IR DEPRESIJOS SIMPTOMŲ PASIREIŠKIMAS IGE IR KONTROLINĖJE GRUPĖSE

## NERIMO IR DEPRESIJOS SIMPTOMŲ PASIREIŠKIMAS IGE IR KONTROLINĖJE GRUPĖSE

HAD skalės poskalių ir STAI-SN bei STAI-AN vidinis patikimumas IGE ir kontrolinėje grupėse įvertintas Kronbacho alfa koeficientu. HAD nerimo poskalės ir STAI nerimo ir nerimastingumo dalių Kronbacho alfa koeficientas buvo gana aukštas abiejose tiriamųjų grupėse: IGE grupėje – 0,81; 0,91 ir 0,87, kontrolinėje – 0,77; 0,86 ir 0,83 atitinkamai. HAD depresijos poskalės Kronbacho alfa koeficientas buvo mažesnis už vidutinį abiejose grupėse: IGE grupėje – 0,64, kontrolinėje – 0,54, bet pakankamas statistinei analizei ir grupėms palyginti.

IGE tiriamųjų grupės depresijos simptomų įvertinimas pagal HAD (HAD-D) nesiskyrė nuo kontrolinės grupės, nerimo simptomų pagal HAD (HAD-N) bei situacinio nerimo (STAI-SN) ir nerimastingumo (STAI-AN) įvertinimo balų vidurkiai buvo didesni nei kontrolinių tiriamųjų (2 lentelė).

IGE grupėje HAD nerimo ir depresijos simptomų ir STAI nerimo įvertinimo balai nesiskyrė tarp berniukų ir mergaičių. Mergaičių STAI nerimastingumo įvertinimo balai buvo didesni nei berniukų ( $42,8 \pm 8,9$  ir  $38,9 \pm 7,1$ ,  $p = 0,035$ ). HAD ir STAI balai kontrolinėje grupėje pagal lytį nesiskyrė. Rezultatų koreliacijos su amžiumi tyrimo metu nebuvo abiejose tiriamųjų grupėse.

Pagal HAD-D poskalės balų skaičių, depresijos simptomai pasireiškė panašiai daliai tiriamųjų IGE ir kontrolinėje grupėse. Nerimo simptomai pagal HAD-N pasireiškė didesnei daliai tiriamųjų IGE grupėje nei kontrolinėje. Pagal tyrimo metodiką, STAI-SN balai IGE grupėje lyginti su kontrolinės grupės vidurkiu pridėjus vieną standartinį nuokrypį – 42 balai. IGE grupėje STAI-SN > 42 balai buvo didesnei daliai tiriamųjų nei kontrolinėje. Kontrolinės grupės STAI-AN balų vidurkis su vienu standartiniu nuokrypiu buvo 45 balai. STAI AN įvertinimas > 45 balai buvo didesnei daliai tiriamųjų IGE grupėje nei kontrolinėje. Tiriamųjų, kuriems nustatyti depresijos ir nerimo simptomai pagal

2 lentelė. HAD ir STAI įvertinimo balų vidurkiai IGE ir kontrolinėje grupėse

Tiriamųjų grupė	HAD-D	HAD-N	STAI-SN	STAI-AN
IGE grupė (n = 59)	2,7 ± 2,4	6,3 ± 3,6	39,2 ± 10,8	40,9 ± 8,5
Kontrolinė grupė (n = 51)	2,3 ± 2,0 p = 0,47	4,96 ± 2,9 p = 0,044	33,96 ± 7,7 p = 0,011	37,2 ± 8,1 p = 0,024

Lentelėje pateikiamas rezultatų vidurkis su standartiniu nuokrypiu; HAD-D – depresijos simptomų įvertinimo balai; HAD-N – nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-SN – Spilbergerio klausimyno nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-AN – Spilbergerio klausimyno nerimastingumo simptomų įvertinimo balai.

3 lentelė. Tiriamųjų, kuriems nustatyti depresijos ir nerimo simptomai pagal HAD bei STAI, skaičius

Tiriamųjų grupės	HAD-D 8	HAD-N 8	STAI-SN 42	STAI-AN 45
IGE grupė (n = 59)	5 (8,5)	23 (39,0)	25 (42,4)	21 (35,6)
Kontrolinė grupė (n = 51)	2 (3,9) p = 0,2	8 (15,7) p = 0,01	8 (15,7) p = 0,003	8 (15,7) p = 0,029

Lentelėje pateikiamas tiriamųjų skaičius su procentine dalimi skliaustuose; HAD-D – depresijos poskalė; HAD-N – nerimo poskalė; STAI – Spilbergerio klausimyno situacinio nerimo dalis; STAI-AN – Spilbergerio klausimyno nerimastingumo dalis.

4 lentelė. Naujai diagnozuotų ir gydomų IGE bei kontrolinių tiriamųjų nuotaikos testų rezultatų vidurkiai

Tiriamųjų grupė	HAD-D	HAD-N	STAI-SN	STAI-AN
Naujai diagnozuoti IGE (n = 27)	3,1 ± 2,4	6,9 ± 3,7*	41,8 ± 10,8*	42,6 ± 8,4*
Gydomi IGE (n = 23)	2,3 ± 2,2	5,5 ± 3,7	36,3 ± 10,1	38,9 ± 8,2
Kontrolinė grupė (n = 51)	2,3 ± 1,9	5,0 ± 2,9*	34,0 ± 7,7*	37,2 ± 8,1*

Lentelėje pateikiamas balų vidurkis su SN skliaustuose; \* – p = 0,017 (pagal Bonferoni korekciją); HAD-D – depresijos simptomų įvertinimo balai; HAD-N – nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-SN – Spilbergerio klausimyno nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-AN – Spilbergerio klausimyno nerimastingumo simptomų įvertinimo balai.

5 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų įvertinimo pagal HAD ir STAI nerimo ir nerimastingumo įvertinimo rezultatai grupėse pagal priepuolių pobūdį

Priepuolių tipas	HAD-D	HAD-N	STAI-SN	STAI-AN
Tik GTKT (n = 30)	3,5 ± 2,5 <sup>a</sup>	6,4 ± 3,7	40,7 ± 12,4	42,9 ± 9,1
GTKT + M (n = 24)	2,2 ± 1,9 <sup>b</sup>	6,8 ± 3,3	39,0 ± 8,8	39,5 ± 7,6
M su/be A (n = 5)	0,2 ± 0,4 <sup>a, b</sup>	2,8 ± 2,7	31,4 ± 5,2	35,2 ± 4,0

Lentelėje pateikiamas balų vidurkis su SN; <sup>a, b</sup> – p = 0,013 (pagal Bonferoni korekciją); GTKT – generalizuoti toniniai-kloniniai traukuliai; M – mioklonijos; A – absansai. HAD-D – depresijos simptomų įvertinimo balai; HAD-N – nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-SN – nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-AN – nerimastingumo simptomų įvertinimo balai.

HAD bei STAI-SN ir STAI-AN, balų skaičius, didesnis nei 68,3% kontrolinės grupės tiriamųjų, pateikiamas 3 lentelėje.

IGE grupėje nustatytas stiprus HAD-N įvertinimo ryšys su STAI-SN (p < 0,001, Spearman R = 0,64) ir STAI-AN balais (R = 0,56, p < 0,001) bei stiprus STAI-SN ir STAI-AN dalių balų skaičiaus tarpusavio ryšys (p < 0,001; Spearman R = 0,61). HAD-D įvertinimas stipriai koreliavo su HAD-N, STAI-SN ir STAI-AN balų skaičiumi (p < 0,001, Spearman R > 0,5). Kontrolinėje grupėje HAD-N įvertinimo ryšys su STAI-SN ir STAI-AN balais buvo labai stiprus (Spearman R = 0,73 ir 0,78, p < 0,001), stiprus STAI-SN ir STAI-AN ryšys (Spearman R = 0,8, p < 0,001), tuo tarpu HAD-D įvertinimo ryšys su STAI-SN rezultatu buvo stiprus (Spearman R = 0,59, p < 0,001), o su HAD-N įvertinimu ir STAI-SN rezultatais – patikimas, bet silpnas (Spearman R = 0,33 ir 0,34, p = 0,019 ir 0,017). Visi tiriamieji, tiek IGE, tiek kontrolinėje grupėje, kuriems nustatyti depresijos simptomai pagal HAD, turėjo ir nerimo simptomų.

#### NUOTAIKOS TESTŲ REZULTATAI IGE GRUPĖJE PAGAL KLINIKINIUS VEIKSNIUS

Naujai diagnozuotų ir iki tyrimo negydytų IGE tiriamųjų, gydomų IGE ir kontrolinių tiriamųjų grupėse depresijos simptomų balai nesiskyrė. Naujai diagnozuotų IGE nerimo simptomų pagal HAD balai buvo didesni nei kontroli-

nės grupės tiriamųjų (p = 0,005). STAI-SN ir STAI-AN naujai diagnozuotų IGE tiriamųjų grupėje taip pat buvo didesni nei kontrolinių (p = 0,001 ir p = 0,013), bet nesiskyrė nuo gydomų IGE tiriamųjų grupės. HAD nerimo, STAI-SN ir STAI-AN rezultatai tarp gydomų IGE ir kontrolinės grupių nesiskyrė (4 lentelė).

Lyginant HAD skalės ir STAI klausimyno rezultatus tiriamųjų grupėse pagal mioklonijų buvimą, nustatyta, kad M- grupės tiriamųjų HAD depresijos simptomų vertinimo balai buvo didesni nei M+ grupės (3,5 ± 2,5 ir 1,83 ± 1,8, p = 0,004), nerimo ir nerimastingumo rezultatai tarp grupių nesiskyrė. M+ grupėje nebuvo nuotaikų testų rezultatų skirtumo tarp tiriamųjų su aktyviomis ir neaktyviomis mioklonijomis tiriamuoju laikotarpiu.

HAD depresijos simptomų įvertinimo balai skyrėsi grupėse pagal patiriamų priepuolių pobūdį (p = 0,001): tik GTKT patiriančių tiriamųjų HAD-D balai buvo didesni nei patiriančių tik mioklonijas su absansais ar be jų (p = 0,001), GTKT ir mioklonijas patiriančių tiriamųjų – taip pat didesni nei tik mioklonijas su absansais ar be jų patiriančių tiriamųjų (p = 0,013); skirtumas tarp tik GTKT ir GTKT su mioklonijomis patiriančių tiriamųjų grupių nesiekė koreguoto pagal Bonferoni reikšmingumo p = 0,013 (p = 0,036). HAD-N, STAI-SN ir STAI-AN rezultatai nesiskyrė tarp grupių pagal priepuolių pobūdį, nors nepatiriančių GTKT tiriamųjų grupės nerimo ir nerimastingumo balai buvo mažiausi (5 lentelė).

6 lentelė. Nerimo ir depresijos simptomų pagal HAD ir STAI nerimo ir nerimastingumo rezultatai grupėse pagal GTKT pasireiškimą per 3 mėn. iki tyrimo

Tiriamųjų grupės	HAD-D	HAD-N	STAI-SN	STAI-AN
GTKT per 3 mėn. buvo (n = 41)	3,2 ± 2,3	7,0 ± 3,4	41,2 ± 10,8	42,6 ± 8,2
GTKT per 3 mėn. nebuvo (n = 18)	1,67 ± 2,2 p = 0,005	4,6 ± 3,6 p = 0,004	33,6 ± 8,4 p = 0,002	36,8 ± 7,7 p = 0,006

Lentelėje pateikiamas balų vidurkis su SN. GTKT – generalizuoti toniniai-kloniniai traukuliai. HAD-D – depresijos simptomų įvertinimo balai; HAD-N – nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-SN – nerimo simptomų įvertinimo balai; STAI-AN – nerimastingumo simptomų įvertinimo balai.

Tiriamųjų, kuriems jokie priepuoliai nesikartojo daugiau kaip 3 mėn., HAD depresijos ( $p = 0,03$ ) ir nerimo simptomų ( $p = 0,009$ ), STAI-SN ( $p = 0,008$ ) ir STAI-AN ( $p = 0,03$ ) balai buvo mažesni, nei tiriamųjų, kurių liga nebuvo pasiekusi remisijos.

HAD depresijos simptomų balai skyrėsi tarp grupių pagal priepuolių aktyvumą ( $p = 0,009$ ): analizė grupės viduje parodė, kad IGE tiriamųjų, patyrusių GTKT per 3 mėn. iki tyrimo, HAD-D balai buvo didesni nei IGE tiriamųjų, nepatyrusių priepuolių minėtu laikotarpiu ( $p = 0,002$ ), ir didesni nei IGE tiriamųjų, patyrusių tik mioklonijas per 3 mėn. iki tyrimo ( $p = 0,027$ ), bet skirtumas tarp mioklonijų ir GTKT grupių nesiekė reikšmingumo, koreguoto pagal Bonferoni kriterijų – 0,013. HAD nerimo simptomų balų skirtumo tarp grupių pagal priepuolių aktyvumą per 3 mėn. iki tyrimo nebuvo. STAI-SN balai skyrėsi grupėse pagal priepuolių aktyvumą ( $p = 0,023$ ), analizė grupės viduje parodė, kad STAI-SN balai buvo didesni patyrusių GTKT per 3 mėn. iki tyrimo nei nepatyrusių ( $p = 0,005$ ), skirtumo tarp kitų grupių nenustatyta. STAI-AN balai buvo didesni tiriamųjų, patyrusių GTKT, nei patyrusių tik mioklonijas su absansais ar be jų minėtu laikotarpiu ( $p = 0,012$ ); skirtumo tarp kitų tiriamųjų grupių pagal priepuolių aktyvumą nebuvo.

Nustatyta koreliacija tarp HAD-D balų ( $R = 0,35$ ,  $p = 0,007$ ), HAD-N balų ( $R = 0,32$ ,  $p = 0,012$ ), STAI-SN ( $R = 0,37$ ;  $p = 0,004$ ) ir STAI-AN ( $R = 0,37$ ;  $p = 0,004$ ) balų ir GTKT skaičiaus per 3 mėn. iki tyrimo. Tiriamųjų, patyrusių GTKT per 3 mėn. iki tyrimo, depresijos, nerimo ir nerimastingumo balai buvo didesni nei nepatyrusių GTKT minėtu laikotarpiu (6 lentelė).

Kadangi naujai diagnozuotų IGE grupėje didesnė dalis tiriamųjų patyrė GTKT priepuolį per 3 mėn. iki tyrimo nei gydymų IGE grupėje (29 (90,6%) iš 32 ir 12 (44,4%) iš 27,  $p < 0,001$ ), binarinės logistinės regresijos būdu įvertinome nerimo ir depresijos ryšį su gydymo pobūdžiu (naujai diagnozuoti ir dar negydyti bei gydomi VNE), kontroliuodami pagal GTKT pasireiškimą per 3 mėn. iki tyrimo; tokio ryšio neradome. M- ir M+ grupėse tiriamųjų, patyrusių GTKT per 3 mėn. iki tyrimo, skaičius buvo panašus – atitinkamai 24 (58,5%) iš 30 ir 17 (41,5%) iš 29,  $p = 0,095$ .

Aktyvi ligos trukmė, kontroliuojant pagal remisijos trukmę, neturėjo ryšio su HAD ir STAI rezultatais. Amžius ligos pradžioje neturėjo ryšio su HAD depresijos simptomų, STAI-SN ir STAI-AN balų skaičiumi. Nustatyta teigiama amžiaus ligos pradžioje koreliacija su HAD nerimo simptomų balais ( $R = 0,3$ ;  $p = 0,02$ ), tačiau kontroliuojant

pagal remisijos trukmę, dalinė koreliacija buvo nereikšminga ( $R = 0,24$ ;  $p = 0,09$ ).

Gydymų IGE tiriamųjų, vartojančių VPA, LTG ar dviejų VNE derinį, nerimo ir depresijos simptomų rezultatai nesiskyrė.

IGE tiriamųjų, kuriems būdravimo ar miego EEG buvo registruojami epilepsiforminiai iškrūviai, HAD ir STAI rezultatai nesiskyrė nuo IGE tiriamųjų grupių be pakitimų būdravimo ar miego EEG.

IGE tiriamųjų grupės, kurių šeimoje yra sergančių epilepsija, HAD ir STAI rezultatai nesiskyrė nuo tiriamųjų be šeiminės epilepsijos anamnezės.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų IGE grupėje depresijos simptomų įvertinimo balų vidurkis nesiskyrė nuo kontrolinės grupės (atitinkamai  $2,7 \pm 2,4$  ir  $2,3 \pm 2,0$ ), o depresijos simptomai nustatyti panašiai daliai tiriamųjų IGE ir kontrolinėje grupėse (8,5% ir 3,9%), skirtumo pagal lytį ir ryšio su amžiumi tyrimo metu negauta. Depresijos simptomų dažnis, gautas mūsų tyrimo metu, yra daug mažesnis už dalies kitų tyrėjų nurodomą depresijos simptomų dažnį tarp epilepsija sergančių vaikų. Ettinger ir bendraautorių tyrimo duomenimis, depresijos simptomai buvo 26% epilepsija sergančių vaikų [2]. Panašus depresijos simptomų dažnis gautas ir kitų autorių – nuo 23% iki 33% [1, 30, 31]. Tyrimo, kuriame dalyvavo idiopatine (generalizuota ir židinine) epilepsija sergantys 9–18 m. amžiaus paaugliai, duomenimis, depresija buvo nustatyta net 40% tiriamųjų 12–18 m. amžiaus grupėje [3]. Mažesni depresijos simptomų pasireiškimo dažnį mūsų tyrimo grupėje galima paaiškinti mūsų grupės išskirtinėmis savybėmis: ji gana homogeniška pagal amžių, ligos formą ir neilgą epilepsijos trukmę. Minėtuose tyrimuose dalyvavo paaugliai, sergantys židinine ir generalizuota epilepsija, mūsų tyrime – tik sergantieji IGE. Yra duomenų, kad depresijos ir jos simptomų dažnis yra didesnis vaikams ir paaugliams, patiriantiems židinius priepuolius nei generalizuotus [4, 13]. Tyrimo, kuriame dalyvavo simptomine ir idiopatine epilepsija sergantys bei židinius ir generalizuotus priepuolius patiriantys vaikai ir paaugliai, depresija nustatyta tik 10% idiopatine epilepsija sergančių ir generalizuotus priepuolius patiriančių tiriamųjų [13], o tarp neseniai generalizuota epilepsija sergančiųjų – 13% [9], – rodikliai, artimi mūsų nustatytiems. Didesnis depresijos dažnis sergantiesiems židinine, ypač ilgalaikė, epilepsija, nei

sergantiesiems generalizuota epilepsija nustatytas ir tyrimų su suaugusiaisiais duomenimis [32–35]. Visgi, epilepsijos ar priepuolių rūšies poveikis depresijos simptomams nėra vienareikšmis, nes kai kurie autoriai nenustatė depresijos dažnio skirtumų tarp židininis ir generalizuotus priepuolius patiriančių vaikų grupių [36, 37].

Verta pažymėti, kad tyrimuose, kurių metu nustatytas didesnis depresijos simptomų dažnis nei mūsų grupėje, dalyvavo ilgiau epilepsija sergantys tiriamieji [1, 2]. Mūsų tiriamųjų grupės vidutinė aktyvios epilepsijos trukmė buvo 14 mėn., o daugiau nei pusė tiriamųjų buvo naujai diagnozuoti ir sergantys tik kelis mėnesius. Nors kelių publikuotų tyrimų, kuriuose dalyvavo pirmuosius gyvenime priepuolius patyrę ar neseniai sergantys epilepsija vaikai ir paaugliai, nustatytas depresijos simptomų dažnis ir buvo didesnis nei mūsų tyrimo metu – apie 20% [9, 38], bet juose taip pat didesnė dalis tiriamųjų patyrė židininis nei generalizuotus epilepsijos priepuolius. Taigi, galime daryti prielaidą, kad neseniai generalizuota idiopatine epilepsija sergantys tiriamieji patiria mažiau depresijos simptomų, nei nurodo autoriai, atlikę tyrimus su įvairios etiologijos ir ilgalaikės trukmės epilepsija sergančiais vaikais. Žinoma, negalime paneigti ir galimo naudotų skirtingų metodikų poveikio rezultatams – galimai HAD skalės depresijos poskalės klausimai nebuvo pakankamai jautrūs šio amžiaus tiriamųjų depresijos simptomams nustatyti (poskalės vidinis patikimumas buvo mažesnis nei vidutinis), todėl ateityje būtų tikslinga įvertinti depresijos simptomus naudojant ir kitas, specialiai paauglių amžiui pritaikytas metodikas.

Tiriant abiem skalėmis – HAD ir STAI, nerimas ir nerimastingumas mūsų IGE grupėje buvo išreikštas labiau nei kontrolinėje. Tyrimų, nagrinėjančių nerimo ir jo simptomų paplitimą sergantiems epilepsija vaikams ir paaugliams, atlikta nedaug ir jų duomenys gana prieštaringi [20]: kai kurių tyrimų duomenimis, nerimo simptomai yra dažnesni epilepsija sergantiems vaikams ir paaugliams nei sveikiems [2–4, 9, 31], nors dalis kitų autorių to nepatvirtino [38, 39]. Literatūroje nurodomas nerimo ar jo simptomų dažnis svyruoja nuo 16% iki 49% [2, 9, 12, 38, 39].

STAI klausimyno situacinio nerimo balų vidurkis mūsų IGE grupėje buvo kiek didesnis nei Oguz ir bendraautorijų tyrimo metu [3] nustatytas tiriamiesiems su GTKT (atitinkamai 39,2 ir 31,9 balo), o nerimastingumo balų vidurkis buvo panašus (atitinkamai 40,9 ir 37,8 balo). Dalis tyrimų, nagrinėjusių nerimo simptomų dažnumą skirtingose vaikų ir paauglių amžiaus grupėse, nustatė didesnį nerimo simptomų paplitimą vyresniems vaikams [1, 3], kitų tyrėjų duomenimis, nenustatyta nerimo paplitimo skirtumų pagal amžių [2, 12]. Mūsų tyrimo metu ryšio nebuvo, tačiau apibrėžtos siauros mūsų tiriamųjų amžiaus ribos neleidžia daryti apibendrinančios išvados apie amžiaus ir nerimo ar depresijos simptomų ryšį.

Reikia paminėti, kad mūsų tiriamoje IGE ir kontrolinėje grupėse nebuvo paauglių, kuriems būtų nustatyti tik depresijos simptomai – visiems tiriamiesiems su esamais depresijos simptomais buvo nustatyti ir nerimo simptomai, o depresijos ir nerimo pagal HAD ir nerimo bei nerimastingumo

pagal STAI rezultatai buvo susiję. Taigi, mūsų tyrimo duomenimis, neseniai sergantys ar naujai susirgę IGE tiriamieji dažniau patyrė nerimo simptomus nei depresijos, o dalis patyrusių nerimo simptomus turėjo ir depresijos simptomus. Depresijos be nerimo simptomų mūsų grupėje nenustatėme.

Mūsų tyrimo dalyvavo IGE sergantys ir VNE gydomi paaugliai bei naujai diagnozuoti ir iki tyrimo negydyti tiriamieji. Depresijos, nerimo ir nerimastingumo simptomų rezultatai nesiskyrė tarp naujai diagnozuotų IGE ir seniau sergančių gydomų IGE grupių. Tačiau naujai diagnozuotų IGE tiriamųjų nerimo ir nerimastingumo simptomų balai buvo didesni nei kontrolinių tiriamųjų, o depresijos simptomų įvertinimo balai nesiskyrė. Taigi, galime daryti išvadą, kad naujai susirgę IGE tiriamieji patiria daugiau nerimo, bet ne depresijos, simptomų nei kontroliniai.

Nerimo ir depresijos simptomų analizė grupėse pagal patiriamų priepuolių pobūdį bei aktyvumą parodė, kad daugiau nerimo ir depresijos simptomų turi tiriamieji, patiriantys GTKT, ypač per 3 mėn. iki tyrimo. Kadangi tokių tiriamųjų daugiau buvo naujai diagnozuotų nei seniau sergančių ir gydomų IGE grupėje, įvertinome, kaip nerimo ir depresijos simptomų rezultatai siejasi su tuo, kad tiriamasis serga naujai diagnozuota epilepsija (t. y. susirgęs neseniai ir dar negydomas) arba yra sergantis seniau ir gydomas VNE, kontroliuojami GTKT pasireiškimą minėtu laikotarpiu, tokio ryšio nenustatėme. Todėl manome, kad naujai susirgusių IGE paauglių nerimo ir depresijos simptomams įtakos turi pirmą kartą gyvenime patirti GTKT („šoko reakcija“) ir būtent todėl yra didesni naujai diagnozuotų tiriamųjų grupėje.

Priepuolių pobūdžio ir nerimo bei depresijos ryšys, paskelbtų tyrimų duomenimis, nėra vienareikšmis. Dalis tyrimų tokio ryšio nenustatė [1–3], kiti teigia, kad židininiai priepuoliai susiję su didesne psichopatologijos rizika [13, 33]. Kadangi į savo tyrimą įtraukėme tik IGE sergančius tiriamuosius, didžioji jų dalis patyrė GTKT (vien tik juos ar kartu su kito pobūdžio generalizuotais priepuoliais), adekvatesnis yra ne priepuolių pobūdžio, o jų aktyvumo ir remisijos poveikio nerimo ir depresijos simptomams įvertinimas. Napatyrusių GTKT ir buvusių remisijoje bent 3 mėn. iki tyrimo nerimo ir depresijos simptomų balai buvo mažesni nei patyrusių GTKT minėtu laikotarpiu. Nustatėme, kad patyrusių daugiau GTKT per pastaruosius 3 mėn. nerimo, nerimastingumo ir depresijos simptomai buvo didesni. Priepuolių dažnio ir sunkumo poveikį nerimo ir depresijos simptomų buvimui nurodo ir kiti autoriai [3, 40], nors Sbara su bendraautoriais prospektyvinio tyrimo metu nenustatė šiuo aspektu skirtumo tarp paauglių su aktyviais epilepsijos priepuoliais ir esančiais remisijoje [11]. Skirtingai nuo radinių tarp GTKT patyrusių tiriamųjų, grupėse pagal mioklonijų buvimą bei aktyvumą nerimo ir nerimastingumo simptomų įvertinimo skirtumo nebuvo.

Depresijos simptomai buvo didesni sergančiųjų IGE tik su GTKT nei tiriamųjų, kuriems diagnozuota JME. Šis rezultatas taip pat rodo galimą didesnį GTKT poveikį depresijos simptomams pasireikšti mūsų tiriamoje grupėje, kaip buvo pastebėta ir kitų autorių [41], nors literatūroje yra duomenų ir apie teigiamą JME bei depresijos ryšį [42].

Nenustatėme ryšio tarp nerimo ir depresijos simptomų įvertinimo ir amžiaus ligos pradžioje ar aktyvios epilepsijos trukmės. Nerimo ir depresijos simptomų įvertinimo rezultatai nesiskyrė grupėse pagal iškrūvių buvimą EEG, šeiminę epilepsijos anamnezę, gydomų VPA, LTG ar dviejų vaistų deriniu.

Mūsų atliktas tyrimas turi keletą trūkumų, kurie kiek apriboja galimas išvadas. Pirmiausia, šiame tyrime naudojome ne diagnostinius, o daugiau atrankinius klausimynus. Antra vertus, mūsų tyrimo tikslas nebuvo depresijos ar nerimo diagnozės nustatymas, o simptomų buvimo ir stiprumo įvertinimas, todėl naudojome HAD skalę ir STAI klausimyną, kuriuos sudaro nedaug teiginių, užpildymas nereikalauja daug laiko, o įvertinimas – specialių psichiatrijos ar psichologijos žinių, todėl gali būti naudojami kasdienėje neurologo praktikoje ir padėti atrinkti epilepsija sergančius pacientus, kuriems reikalingas detalesnis psichiatriškas ištyrimas. Kita mūsų tyrimo ypatybė buvo kontrolinės grupės pasirinkimas. Sudarydami kontrolinę grupę, siekėme išvengti galimo nespecifinio paties stacionarizavimo ir ligoninės aplinkos poveikio, todėl ją sudarėme ne iš sveikos populiacijos, o iš toje pačioje ligoninėje dėl kitos priežasties, nesusijusios su nervų sistemos patologija ar ūmiais, skausmingais, trauminiais susirgimais, stacionarizuotų paauglių. Kaip tyrimo privalumą galėtume nurodyti mūsų gana homogenišką pagal amžių tyrimo metu ir epilepsijos pradžioje, aktyvios epilepsijos trukmę tiriamųjų grupę, kurie sirgo idiopatine generalizuota epilepsija, t. y. neturinčią matomų struktūrinių galvos smegenų žievės pakitimų, nesusijusia su lokaliais epilepsiforminiais pokyčiais, todėl leidžiančia tiksliau įvertinti pačių epilepsijos priepuolių ar kitų veiksnių, o ne lokalių galvos smegenų pokyčių, nulemtus nerimo ir depresijos simptomus.

Apibendrinami galime teigti, kad daugiau neseniai IGE susirgusių paauglių patyrė nerimo simptomus nei nesergantys epilepsija jų bendraamžiai, sergančiųjų nerimastingumas taip pat buvo didesnis. Tuo tarpu depresijos simptomų paplitimas nesiskyrė nuo nesergančių epilepsija grupės ir pasireiškė kartu su nerimo simptomais. Didesnis nerimastingumas nustatytas IGE sergančioms mergaitėms nei berniukams, kontrolinėje grupėje skirtumo pagal lytį nebuvo. Naujai diagnozuotų IGE tiriamųjų nerimo ir nerimastingumo įvertinimo rezultatai buvo didesni nei kontrolinių asmenų. Neseniai patyrusių GTKKT tiriamųjų depresijos ir nerimo bei nerimastingumo simptomų balai buvo didesni nei nepatyrusių GTKKT per 3 mėn. iki tyrimo, o didesnis GTKKT skaičius šiuo laikotarpiu buvo susijęs su didesniais depresijos, nerimo ir nerimastingumo simptomų rezultatais. Taigi, GTKKT buvimas ir jų dažnumas yra reikšmingas nerimo ir depresijos simptomus lemiantis veiksnys neseniai IGE sergantiems paaugliams. Todėl naujai susirgusiems ar neseniai sergantiems epilepsija paaugliams, ypač patiriantiems GTKKT, reikėtų įvertinti nerimo ir depresijos simptomų, greičiausiai susijusių su neseniai ištikusios ir diagnozuotos ligos poveikiu, galimybę ir atitinkamai juos koreguoti, padedant susidoroti su epilepsijos diagnozės, priepuolių ir galimų psichosocialinių apriboji-

mų baimėmis šiuo gana sudėtingu paauglystės periodu. Būtų prasmingi tolesni tyrimai, padedantys nustatyti su epilepsija susijusias nerimo ir depresijos simptomų priežastis.

Gauta:  
2011 02 18

Primta spaudai:  
2011 02 27

#### Literatūra

- Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1132–8.
- Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, et al. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia* 1998; 39: 595–9.
- Oguz A, Kurul S, Dirik E. Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. *J Child Neurol* 2002; 17: 37–40.
- Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, et al. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46: 720–30.
- Hoare P, Kelley S. Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33: 201–55.
- Davies S, Heyman I, Goodman R. A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45: 292–5.
- Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Behaviour problems in children with new onset epilepsy. *Seizure* 1997; 6: 283–7.
- Austin JK, Harezlak J, Dunn DW, et al. Behavior problems in children before first recognized seizures. *Pediatrics* 2001; 107: 115–22.
- Jones JE, Watson R, Sheth R, Caplan R, Koehn M, Seidenberg M, Hermann B. Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49: 493–7.
- Cornaggia CM, Beghi M, Provenzi M, Beghi E. Correlation between cognition and behavior in epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47(Suppl. 2): 34–9.
- Sbarra DA, Rimm-Kaufman SE, Pianta RC. The behavioral and emotional correlates of epilepsy in adolescence: a 7-year follow-up study. *Epilepsy Behav* 2002; 3: 358–67.
- Williams J, Steel C, Sharp GB, et al. Anxiety in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003; 4: 729–32.
- Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpcao JF, et al. Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy? *Epilepsy Behav* 2004; 5: 988–94.
- S. Girdzijauskienė, G. Gintilienė, D. Butkienė, ir kt. Vaikų psichikos sveikata ir psichosocialiniai veiksniai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005; 61–3. ISSN 1648–7338.
- Bulotaitė L. Apie moksleivių savęs vertinimą. Mokyklų psichologinės tarnybos centras. Vilnius, 1995.
- Žemaitienė N, Zaborskis A. Moksleivių įvardijamos savižudiško polinkio priežastys. *Psichologija* 2004; 29: 115–30.
- Choi-Kwon S, Chung C, Kim H, et al. Factors affecting the quality of life in patients with epilepsy in Seoul, South Korea. *Acta Neurol Scand* 2003; 108: 428–34.
- Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004; 45: 544–50.

19. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, et al. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology* 2004; 62: 258–61.
20. Ekinçi O, Titus BT, Rodopman AA, et al. Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: prevalence, risk factors, and treatment. *Epilepsy Behav* 2009; 14: 8–18.
21. Mattson RH. Emotional effects on seizure occurrence. *Adv Neurol* 1991; 55: 453–60.
22. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389–99.
23. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE commission on classification and terminology, 2005–2009. *Epilepsia* 2010; 51(4): 676–85.
24. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital depression and anxiety scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–70.
25. Bunevičius R, Žilėnienė S. Palyginamasis MMPI ir HAD skalių įvertinimas. Lietuvos aukštųjų mokyklų mokslo darbai. *Psichologija* 1991; 11: 95–102.
26. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene, et al. Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y). (“Self-evaluation Questionnaire”). Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc, 1983.
27. Balaisis M. First year students’ adjustment at Vilnius University in Lithuania: the role of self-orientation, locus of control, social support and demographic variables. Unpublished doctoral dissertation (2004). University of Toronto. ISBN/ISSN 9780612945296.
28. Balaisis M, Dragūns JG, Miezitis S. Students’ adjustment at Vilnius University: the role of self-orientation, locus of control, social support and demographic variables. *Baltic Journ Psychol* 2004; 5: 33–45.
29. Thomas P, Genton P, Gelisse P, et al. Juvenile myoclonic epilepsy. In: Roger J, Bureau M, Dravet Ch, et al, eds. *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. Montrouge: John Libbey Eurotext Ltd, 2005; 367–88.
30. Adewua AO, Ola BA. Prevalence and risk factors for anxiety and depressive disorders in Nigerian adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 6: 342–7.
31. Alwash RH, Hussein MJ, Matloub FF. Symptoms of anxiety and depression among adolescents with seizures in Irbid, northern Jordan. *Seizure* 2000; 9: 412–6.
32. Greenlee BA, Ferrell RB, Kauffman CI, McAllister TW. Complex partial seizures and depression. *Curr Psychiatr Rep* 2003; 5: 410–6.
33. Perini GI, Tosin C, Carraro C, et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1996; 61: 601–5.
34. Mameniškienė R. Epilepsija sergančiųjų ligonių kognityvinių sutrikimų priklausomybė nuo demografinių veiksnių ir ligos klinikinių ypatumų. Daktaro disertacija. Vilnius, 2003.
35. Mameniškienė R, Valančienė I, Jatužis D, Budrys V. Suicide and depression in patients with epilepsy. International Congress on Epilepsy, Brain and Mind. March 18–20, 2010, Prague, Czech Republic.
36. Ott D, Caplan R, Guthrie D, et al. Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 907–14.
37. Titus JB, Kanive R, Sanders SJ, Blackburn LB. Behavioral profiles of children with epilepsy: parent and teacher reports of emotional, behavioral, and educational concerns on the BASC-2. *Psychol Schools* 2008; 45: 892–903.
38. Loney JC, Wirrell EC, Sherman EMS, Hamiwka LD. Anxiety and depressive symptoms in children presenting with a first seizure. *Pediatr Neurol* 2008; 4: 236–40.
39. Baki O, Erdogan A, Kantarci O, et al. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 958–64.
40. Turkey A, Beavis JM, Thapar AK, Kerr MP. Psychopathology in children and adolescents with epilepsy: an investigation of predictive variables. *Epilepsy Behav* 2008; 12: 136–44.
41. Baker GA, Spector S, McGrath Y, Soteriou H. Impact of epilepsy in adolescence: a UK controlled study. *Epilepsy Behav* 2005; 6: 556–62.
42. De Araujo Filho GM, Pascalicchio TF, Sousa PS, et al. Psychiatric disorders in juvenile myoclonic epilepsy: a controlled study of 100 patients. *Epilepsy Behav* 2007; 10: 437–41.

### G. Gelžinienė, I. Šimaitytė, M. Endzinienė

#### ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENTS WITH IDIOPATHIC GENERALIZED EPILEPSY

##### Summary

Epilepsy starting in adolescence may worsen their psychological wellbeing during this complicated period of development. Data about the anxiety and depression in children and adolescents with epilepsy are rather controversial; studies involve both young children and adolescents with epilepsy of different etiology or syndromes. In this study we evaluated symptoms of anxiety and depression in adolescents with relatively recent idiopathic generalized epilepsy (IGE) and determined the relationship of anxiety and depression scores with epilepsy-related factors.

*Patients and methods.* We recruited 59 adolescents with IGE aged 14–17 years, and 51 adolescents of the same age without epilepsy as a control group. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the State Trait Anxiety Inventory (STAI) were applied to evaluate the symptoms of anxiety and depression in both groups.

*Results.* The mean score of the HADS depression subscale of IGE group was not different from that of the control group. The mean score of the HADS anxiety subscale was higher in the IGE group compared to the control group (6.3±3.6 and 4.96±2.9 respectively, p=0.044). The mean state anxiety score (39.2±10.8 and 33.96±7.7 respectively, p=0.011) and trait anxiety score (40.9±8.5 and 37.2±8.1 respectively, p=0.024) were also higher in the IGE group compared to the control group. Mean scores of depression, anxiety, state and trait anxiety were higher in adolescents with recent generalized tonic-clonic seizures (GTCS) compared to those without GTCS during 3 months before evaluation. The number of GTCS during this period correlated with depression, anxiety, state and trait anxiety scores.

*Conclusion.* Adolescents with recent IGE had anxiety, state and trait anxiety symptoms more expressed as compared to their peers without epilepsy while depression scores were similar in both groups. Anxiety symptoms were associated with recent GTCS. Adolescents with newly diagnosed or recent epilepsy, particularly those with GTCS, should be evaluated for possible depression and anxiety and treated adequately.

**Keywords:** idiopathic generalized epilepsy, depression, anxiety, generalized tonic-clonic seizures, adolescents.