

## ФАКТОРЫ РИСКА ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Е. В. Железнова, И. Л. Медведев

*Отделение экзогенно-органических расстройств и эпилепсии  
ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России*

Эпилепсия представляет собой пример междисциплинарной проблемы. За последние 20 лет интенсивные исследования в области эпилептологии проводятся разными специалистами, в частности неврологами, психиатрами, психологами, эндокринологами. Это наиболее наглядно прослеживается на модели женской эпилепсии, которая представляет собой самостоятельную проблему, сложность которой заключается в многообразии клинических проявлений, связанных не только с полиморфизмом приступов как маркеров эпилепсии, но и нарушений со стороны психической и эндокринной сферы.

Среди психической патологии у больных эпилепсией ведущее значение имеют аффективные расстройства. Так, распространенность депрессии у больных эпилепсией составляет от 11,2% до 60%. При этом у женщин депрессия отмечается примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин [3, 7, 15, 17]. Половые гормоны, различная эндокринная стрессовая реактивность, особенности личности, нейропсихологические, полоролевые и психосоциальные факторы вносят вклад в гендерные различия в частоте депрессии.

Катамениальная эпилепсия представляет собой особую форму эпилепсии, связанную с менструальным циклом. Исследованию катамениальной эпилепсии посвящено множество работ как отечественных, так и зарубежных авторов [2, 6, 9, 22], вместе с тем научные исследования, направленные на изучение взаимоотношения катамениальности и психической патологии, единичны [4].

Большинство исследователей единодушны во мнении, что такие характеристики эпилепсии, как высокая частота приступов, определенные типы приступов, чаще левосторонняя латерализация и височная локализация очага эпилептической активности способствуют формированию депрессивной симптоматики [14, 19]. Однако некоторые из клиницистов не находят каких-либо значимых факторов, приводящих к развитию депрессии [17, 21].

Общепризнано, что одним из факторов, способствующих развитию аффективных расстройств, является длительно применяемая противоэпилептическая терапия. Если препараты барбитурового

ряда вызывают седацию, депрессию и другие нежелательные психотропные эффекты, то ряд современных антиэпилептических средств лишен этого побочного действия. Кроме того, в ряде исследований препараты нового поколения продемонстрировали антидепрессивные свойства [18].

Результаты многочисленных исследований, посвященных изучению факторов, приводящих к развитию депрессивной симптоматики, часто противоречат друг другу. Кроме того, работы, направленные на изучение аффективных расстройств у женщин с эпилепсией в отечественной психиатрии, малочисленны. В связи с этим **целью исследования** явилось изучение факторов, способствующих формированию депрессивного расстройства у женщин с эпилепсией.

### Материалы и методы

Обследовано 66 женщин в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 30,29±8,36 лет). Критериями включения явились: диагноз эпилепсии в соответствии с критериями МКБ-10 (G40, F06–07), диагноз органического аффективного расстройства (F06.3). Преобладали женщины с парциальными (фокальными) формами эпилепсии (77,3%): криптогенная эпилепсия диагностирована у 42 пациенток (63,6%), симптоматическая – у 9 (13,7%). Идиопатическая генерализованная эпилепсия отмечалась у 15 женщин (22,7%). Катамениальная (перименструальная) эпилепсия имела место у 14 больных (21,2%). Средняя длительность течения эпилепсии составила 14,05±9,08 лет.

Для оценки тяжести приступов применялась Национальная госпитальная шкала тяжести припадков – National Health Seizure Severity Scale (NHS3) [19], включающая 7 критериев для оценки каждого типа приступов. Общее количество баллов по данной шкале составляет от 1 до 27.

Для оценки симптомов психических расстройств и эмоционального состояния больных были применены следующие клинические шкалы самооценки:

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [26], предназначенная для скринингового выявления тревоги и депрессии и состоящая из 14 позиций, с вариантами

ответов от 0 (отсутствие симптома) до 3 (максимальная выраженность). Результат оценивается по каждой подшкале (депрессии и тревоги) и составляет от 0 до 21 балла. Выделены 3 области значений: от 0 до 7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), от 8 до 10 баллов – «субклинически выраженная тревога и депрессия», выше 11 баллов – «клинически выраженная тревога и депрессия».

2. Опросник депрессии Бека – Beck Depression Inventory (BDI) [10], включающий 21 категорию, состоящую из 4–5 позиций, соответствующих симптомам депрессии с бальной оценкой в зависимости от степени выраженности симптома (от 0 до 3). Отсутствие депрессии констатируется при показателях от 0 до 9 баллов, легкая депрессия – 10–15 баллов, умеренная депрессия – 16–19 баллов, выраженная (средней) тяжести – 20–29 баллов, тяжелая депрессия – 30–63 балла.

3. Шкала Цунга для самооценки тревоги – Zung Anxiety Rating Scale (ZARS) [27], состоящая из 20 пунктов, с бальной оценкой степени выраженности симптомов, при этом суммарный балл максимально может составить 80.

4. Для оценки психопатологической симптоматики применялась шкала SCL-90 [11]. Данная шкала заполняется самим больным. В результате заполнения формируется 9 симптомокомплексов, отражающих различные психопатологические составляющие психического статуса больных. Они включают соматизацию, депрессию, тревогу, трудности межличностных контактов, фобическую тревогу, обсессивно-компульсивные переживания, враждебность, параноидные идеи и психотическую симптоматику.

5. Торонтская шкала алекситимии – Toronto Alexithymia Scale (TAS) [25], диагностирующая «алекситимический» и «неалекситимический» типы личности. Шкала включает 26 утверждений с 5-ю возможными вариантами ответов. Сумма баллов по всем пунктам равна итоговому баллу. При результате 74 балла определяется «алекситимический», а при 62 баллов и ниже – «неалекситимический» типы личности.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 6.0.

### Результаты исследования

В соответствии с типологией депрессий [1], было выделено 3 группы больных. Первую группу составили женщины с ведущим тревожным аффектом в структуре депрессии (28 больных, 42,4%), во вторую группу вошли 30 больных (45,5%) с ведущим тоскливым аффектом в структуре депрессивного синдрома. В ряде случаев, в связи с трудностями разграничения ведущего аффекта был выделен тревожно-тоскливый вариант депрессивного расстройства. Данный вариант диагностирован у 8 пациентов (12,1%). Больных с ведущим апатическим аффектом в структуре депрессии в исследовании не было.

Депрессии легкой степени тяжести отмечались у 25 женщин (37,8%), средней (умеренной) степени тяжести – у 41 женщины (62,2%). В исследуемом контингенте больных тяжелых депрессий диагностировано не было. Возраст дебюта депрессивного расстройства составил от 10 до 42 лет (средний возраст – 24,75±8,06 лет), длительность течения от момента дебюта составила от 3 месяцев до 27 лет (средняя продолжительность – 5,49±5,13 лет).

При анализе латерализации очага эпилептической активности выявлено, что показатель депрессии по шкале HADS оказался выше у больных с право-височной локализацией (n=19) по сравнению с лево-височной локализацией (n=10) эпиочага (9,69±3,84 и 6,0±2,78 соответственно, p=0,019).

Установлено, что в группе больных с тоскливой депрессией и правосторонней локализацией очага эпилептической активности (n=14) по сравнению с другой локализацией (n=10) отмечаются достоверно более высокие показатели по шкале депрессии Бека (p=0,035) и показатели обсессивности-компульсивности по шкале SCL-90 (p=0,04). По всем остальным шкалам самооценки также отмечаются более высокие показатели, однако они не достигают достоверных различий.

При тревожной депрессии с правосторонней локализацией очага эпилептической активности (n=14) по сравнению с левосторонней локализацией (n=7) отмечались более высокие показатели депрессии по шкале HADS (8,92±3,99 и 4,71±0,95 соответственно, p=0,015).

Депрессивная симптоматика у 8 больных (12,1%) предшествовала дебюту приступов. У 5 больных диагностирована тревожная депрессия, у 2 больных – тоскливая, и у 1 женщины – тревожно-тоскливая депрессия. Ремиссия припадков отмечена у 2-х женщин. У больных с депрессией в анамнезе, по сравнению с другими больными, отмечался более высокий показатель тревоги по шкале ZARS (p=0,027), что подтверждает преобладание в данной группе больных с тревожной депрессией. Тем не менее, обращают на себя внимание более высокие показатели депрессии по шкалам HADS и BDI, не достигающие уровня статистической значимости в этой группе больных по сравнению с другими больными.

Следует отметить, что длительность течения депрессии коррелировала с тяжестью припадков по шкале NHS3 (r=0,34). Кроме того, установлено, что чем тяжелее протекали приступы, тем более была выражена депрессия по шкале HADS и тревога по шкале ZARS (r=0,26, r=0,27 соответственно).

Установлено, что при высокой частоте простых парциальных приступов у больных с депрессивным расстройством отмечались более высокие показатели депрессии и тревоги по шкалам самооценки (общий балл по SCL-90 – r=0,48, соматизация – r=0,30, обсессии – r=0,30, тревога – r=0,26, депрессия – r=0,34, фобия – r=0,34, психотицизм – r=0,35, шкала тревоги HADS – r=0,29, ZARS – r=0,32). Частота вторично-генерализованных приступов положительно коррели-

рвала с показателями депрессии и тревоги шкалы HADS, а также BDI ( $r=0,34$ ,  $r=0,34$ ,  $r=0,28$  соответственно,  $p<0,05$ ). В то же время статистически значимых корреляций с частотой сложно-парциальных приступов получено не было.

При изучении влияния алекситимии на показатели психопатологической симптоматики, определяемые с помощью батареи шкал, получены следующие результаты. Установлено, что у больных с ремиссией приступов ( $n=21$ ) показатель по шкале TAS был достоверно ниже, чем у пациентов с продолжающимися приступами ( $58,05\pm 11,52$  и  $72,04\pm 12,88$  соответственно,  $t=4,25$ ,  $p=0,000072$ ). У больных с «алекситимическим» типом личности при правосторонней локализации ( $n=11$ ) очага эпилептической активности по сравнению с другой локализацией отмечаются более высокие показатели депрессии по шкале BDI ( $p=0,035$ ) и соматизации по шкале SCL-90 ( $p=0,029$ ). В группе больных с «неалекситимическим» типом личности каких-либо статистически значимых показателей в зависимости от сторонности очага эпилептической активности выявлено не было.

На следующем этапе нами была проанализирована роль фактора катамениальности при различных типах ведущего аффекта. Каких-либо значимых различий у женщин с катамениальной и некатамениальной эпилепсией при тревожной депрессии выявлено не было. У больных с тревожной депрессией и некатамениальной эпилепсией отмечены более высокие показатели по всем шкалам самооценки по сравнению с больными катамениальной эпилепсией.

При тоскливой депрессии у женщин с катамениальной эпилепсией отмечались более высокие показатели по шкале трудности социальных контактов ( $p=0,028$ ) и параноидность ( $p=0,0066$ ) по шкале SCL-90.

При наличии депрессивного расстройства (вне зависимости от типа аффекта) установлено, что у женщин с некатамениальной эпилепсией отмечаются достоверно выше показатели тревоги по шкале ZARS ( $p=0,021$ ).

При анализе влияния фактора катамениальности на выраженность психопатологической симптоматики при различной степени тяжести депрессивного расстройства установлены следующие закономерности. Так, у женщин с катамениальной эпилепсией при легкой степени тяжести депрессии ( $n=25$ ) отмечен более высокий показатель по шкале BDI ( $p=0,02$ ). Вместе с тем, у больных депрессией умеренной степени тяжести с некатамениальным паттерном припадков ( $n=35$ ) отмечались более выраженные показатели тревоги по шкалам HADS ( $p=0,030$ ) и ZARS ( $p=0,0075$ ).

У больных, принимающих барбитураты, отмечалась большая выраженность фобии ( $p=0,046$ ) по шкале SCL-90, а также имели место более высокие показатели депрессии по шкале SCL-90, тревоги по шкале HADS и SCL-90, агрессивности по шкале SCL-90, однако не достигающие до степени статисти-

ческой разницы. В тоже время, суточная доза барбитуратов положительно коррелировала с показателями депрессии ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ), фобии ( $r=0,26$ ,  $p<0,05$ ) по шкале SCL-90 и тревоги по шкале HADS ( $r=0,25$ ,  $p<0,05$ ).

В отличие от барбитуратов, доза топирамата отрицательно коррелировала с показателем депрессии по шкале SCL-90 ( $r=-0,25$ ,  $p<0,05$ ). У больных, принимающих топирамат, отмечалась менее выраженная симптоматика по шкале депрессии ( $p=0,027$ ) и агрессивности ( $p=0,038$ ) по шкале SCL-90.

У больных, находящихся на терапии окскарбапином, отмечались более низкие показатели обсессивности-компульсивности ( $p=0,009$ ) и фобии ( $p=0,043$ ) по шкале SCL-90. При этом суточная доза окскарбапина отрицательно коррелировала с показателями обсессивности-компульсивности ( $r=-0,32$ ,  $p<0,01$ ) и фобии ( $r=-0,25$ ,  $p<0,05$ ).

При тревожной депрессии доза ламотриджина отрицательно коррелировала с показателем тревоги по шкале ZARS ( $r=-0,39$ ,  $p<0,05$ ), а также со всеми показателями шкал, хотя и не достигала статистически значимого уровня.

### Обсуждение результатов

Значение латерализации очага эпилептической активности при развитии аффективных расстройств было показано многими исследователями, причем большинство из них полагает, что наличие левостороннего фокуса эпилептической активности предрасполагает к развитию депрессии [20, 21]. Вместе с тем, следует отметить, что в большинстве последних работ анализировались больные с тяжелым течением эпилепсии, у которых приступы были обусловлены, прежде всего, склерозом гиппокампа, а обследование проводилось в момент подготовки к нейрохирургическому лечению. В этом случае можно согласиться с мнением авторов о преобладании более тяжелых форм депрессивных расстройств при левосторонних фокусах. Но следует указать на количественное преобладание субдепрессивных расстройств и депрессий легкой и средней степени при правосторонней латерализации эпилептического очага, когда течение эпилепсии имеет менее прогрессивный характер или отмечается ремиссия приступов. Так, в нашем исследовании, как при тоскливом, так и при тревожном ведущем аффекте, депрессивная симптоматика была более выражена при правосторонней локализации эпилептического очага и, особенно, при височной локализации. Кроме того, больные с тоскливой депрессией и правосторонней латерализацией характеризовались склонностью к формированию навязчивых мыслей ущербного характера.

Интересными представляются исследования, в которых показано, что первичное развитие депрессии является фактором риска в отношении дебюта эпилептических приступов [13]. Полученные результаты подтверждают общие патогенетические механизмы, приводящие к развитию как депрессив-

ного расстройства, так и эпилепсии, а наличие одного расстройства предрасполагает к развитию другого [14]. На основании полученных нами данных можно полагать, что дебют депрессивного расстройства раньше дебюта эпилептических приступов является прогностически неблагоприятным в плане тяжести течения депрессии на фоне эпилепсии. Однако полученные данные нуждаются в уточнении в силу малочисленности выборки.

При анализе полученных результатов установлено, что базисные характеристики эпилепсии оказывают влияние на формирование депрессивной симптоматики у женщин с эпилепсией. В частности, существует прямая зависимость степени выраженности депрессии и длительности ее течения от тяжести припадков у женщин с эпилепсией, что подтверждается в исследованиях разных авторов [15, 17].

На основании полученных данных установлена связь депрессии с простыми парциальными и вторично-генерализованными приступами. В отличие от приступов, начинающихся с внезапной утратой сознания, те переживания, которые больные испытывают при парциальном начале приступа в сохранном сознании, являются хроническим, пролонгированным по времени фактором, который оказывает неблагоприятное влияние на эмоциональный фон и тем самым способствует развитию стойких депрессивных расстройств. Таким образом, полученные данные указывают на важное значение факта неизмененного сознания в момент переживания простого парциального приступа, протекающего с симптоматикой чаще вегетативного или аффективного круга. Это позволяет рассматривать простые парциальные и вторично-генерализованные приступы как факторы риска для развития депрессивных состояний.

В настоящем исследовании при оценке фактора алекситимии установлена его прямая связь с наличием и степенью выраженности тревожно-депрессивной симптоматики. Как известно, алекситимия является психологической характеристикой, при наличии которой больные с трудом идентифицируют и описывают собственные чувства. Данная категория больных никогда не акцентировала внимание врача на проблемах с настроением, даже не упоминала о них, а свое обращение к врачу мотивировала наличием приступов. В литературе указывается, что первичная алекситимия является устойчивой чертой личности, развитие которой формируется в подростковом возрасте. Вторичная алекситимия развивается в результате превалирования таких защитных механизмов, как избегание, изоляция, отрицание, и может быть реакцией личности на депрессию или тревогу [8]. В данном случае трудно достоверно точно разграничить эти 2 типа алекситимии, поскольку контингент больных не был исследован до момента дебюта как приступов, так и аффективной патологии. Тем не менее, можно предположить, что у подавляющего большинства больных алекситимия имела связь именно с личностной реакцией на течение эпилепсии, в то время как на развитие депрессии оказыва-

ла влияние в значительно меньшей степени. Это подтверждается тем, что показатель алекситимии был связан с частотой приступов, количеством типов приступов ( $r=0,30$ ,  $p<0,05$ ), с безремиссионным течением эпилепсии. В то же время, у больных с умеренной депрессией чаще отмечалась алекситимия, однако статистические различия в показателях двух групп едва достигают статистической значимости ( $p=0,048$ ). У ряда больных было установлено, что алекситимия возникла после дебюта эпилепсии и до развития аффективного расстройства. Вместе с тем, известно, что люди с алекситимией более склонны к развитию депрессии, что также отмечается и у больных эпилепсией женщин.

При анализе фактора катамениальности установлено, что у больных с депрессией и некатамениальной эпилепсией имеет место более выраженная тревожная симптоматика и, особенно, при умеренной степени тяжести депрессии. Таким образом, при катамениальной эпилепсии (КЭ) уровень тревоги в структуре депрессии был ниже, чем при некатамениальной эпилепсии. Из этого следует, что наличие катамениальности у женщин снижает риск развития и выраженность симптомов тревожной депрессии, что может рассматриваться как благоприятный фактор в предупреждении расстройств настроения при эпилепсии у женщин. При КЭ учащение приступов в перименструальный период, по-видимому, связано с падением уровня прогестерона и повышением эстрадиола, который обладает антидепрессивными свойствами. Действие эстрогенов на мозговые субстраты, в частности, на гиппокамп, похоже на действие антидепрессантов, селективно ингибирующих обратный захват серотонина. Механизмы такого действия стероидных гормонов до конца не изучены. Тем не менее, известно, что эстрогены приводят к увеличению концентрации серотонина в тех областях головного мозга, которые ответственны за настроение, а также способствуют синтезу в гиппокампе нейротрофического фактора (brain-derived neurotrophic factor – BDNF) [24], который наряду с серотонином способен регулировать развитие и пластичность нервных путей, вовлеченных в формирование расстройств настроения. Исследование показало, что собственно эстрадиол и оказывает влияние на тревожно-депрессивную симптоматику у больных с катамениальной эпилепсией. Данные результаты в очередной раз подтверждают имеющие место сложные патогенетические отношения между эндокринной и нервной системой с учетом фактора катамениальности.

Исследователи единодушны во мнении, что барбитураты являются одними из самых депрессогенных препаратов, используемых в настоящее время при лечении эпилепсии [12, 23]. В нашем исследовании получены аналогичные результаты. Кроме того, помимо выраженной депрессии при приеме барбитуратов в качестве моно- или политерапии имела место тревожно-фобическая симптоматика.

Наши результаты несколько отличны от данных некоторых авторов [16, 18], указывающих на разви-

тие депрессии при использовании топирамата. Нами установлено, что при применении топирамата отмечались достоверно более низкие показатели депрессии и агрессии по шкале SCL-90 по сравнению с барбитуратами. Это согласуется и с ранее проведенными исследованиями в отделе экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии [5], подтверждающими антидепрессивные и антиагрессивные свойства препарата. Выявлено, что вероятность развития депрессии при приеме топирамата возрастает при быстром титровании дозы, чего следует избегать.

Полученные данные указывают на наличие у окскарбазепина антифобического и антиобсессивного эффекта, в отличие от карбамазепина, что выго-

дно отличает препарат и расширяет возможности его применения у женщин при эпилепсии с депрессивными расстройствами, в структуре которых имеют место фобические и обсессивные феномены.

При тревожной депрессии эффективным оказался ламотриджин; благодаря присущим препарату антидепрессивным свойствам, достигался максимальный противотревожный эффект и нормализация настроения. Использование других препаратов не продемонстрировало каких-либо влияний по отношению к психопатологической симптоматике. Таким образом, выявление и учет перечисленных факторов риска будут способствовать расширению превентивных мероприятий по предупреждению депрессивных расстройств у женщин с эпилепсией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессии // Сборник трудов Московского НИИ психиатрии: Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 9–16.
2. Власов П.Н. Катамениальная эпилепсия: клинические, электрофизиологические, гормональные, терапевтические аспекты. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1993. 24 с.
3. Железнова Е.В. Эпилепсия с нейроэндокринными и психическими расстройствами у женщин (клиника, терапия): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2006. 225 с.
4. Железнова Е.В., Калинин В.В. Эпилепсия у женщин (нейропсихиатрический аспект). М.: Фантом Пресс, 2010. 224 с.
5. Калинин В.В., Железнова Е.В., Соколова Л.В. и соавт. Психотропные и когнитивные эффекты топирамата при лечении больных эпилепсией // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2008. Т. 108, № 2. С. 78–84.
6. Карлов В.А. К проблеме профилактики и лечения эпилепсии у женщин // Современные методы исследования и лечения больных эпилепсией. М., 1989. С. 57–60.
7. Киссин М.Я., Бондаренко И.И. Типология, патоморфоз и терапия неспихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией (по материалам Городского эпилептологического центра Санкт-Петербурга) // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2009. № 3. С. 25–29.
8. Проворотов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Т. 100, № 6. С. 66–70.
9. Bauer J., Hocke A., Elger C.E. Catamenial seizures – an analysis // *Nervenarzt*. 1995. Vol. 66, N 10. P. 760–769.
10. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1961. Vol. 4. P. 561–571.
11. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report // *Psychopharmacol. Bull.* 1973. Vol. 9, N 1. P. 13–28.
12. Devinsky O. Cognitive and behavioral effects of antiepileptic drugs // *Epilepsia*. 1995. Vol. 36, Suppl. 2. P. S46–65.
13. Hesdorffer D.C., Hauser W.A., Olafsson E. et al. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures // *Ann. Neurol.* 2006. Vol. 59, N 1. P. 35–41.
14. Kanner A.M. Depression and Epilepsy: A new perspective on two closely related disorders // *Epilepsy Curr.* 2006. Vol. 6, N 5. P. 141–146.
15. Kimiskidis V.K., Triantafyllou N.I., Kararizou E. et al. Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables // *Ann. Gen. Psychiatry*. 2007. Vol. 30, N 6. P. 28.
16. Kuzniecky R., Ho S., Pan J. et al. Modulation of cerebral GABA by topiramate, lamotrigine, and gabapentin in healthy adults // *Neurology*. 2002. Vol. 58. P. 368–372.
17. Mensah S.A., Beavis J.M., Thapar A.K., Kerr M. The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy // *Epilepsy Behav.* 2006. Vol. 8, N 1. P. 213–219.
18. Mula M., Sander J.W. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy // *Drug Saf.* 2007. Vol. 30, N 7. P. 555–567.
19. O'Donoghue M.F., Duncan J.S., Sander J.W. The National Hospital Seizure Severity Scale: a further development of the Chalfont Seizure Severity Scale // *Epilepsia*. 1996. Vol. 37, N 6. P. 563–571.
20. Perini G., Mendius R. Depression and anxiety in complex partial seizures // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1984. Vol. 172, N 5. P. 287–290.
21. Piazzini A., Canevini M.P., Maggiori G., Canger R. Depression and anxiety in patients with epilepsy // *Epilepsy Behav.* 2001. Vol. 2, N 5. P. 481–489.
22. Reddy D.S. Role of neurosteroids in catamenial epilepsy // *Epilepsy Res.* 2004. Vol. 62, N 2–3. P. 99–118.
23. Robertson M.M., Trimble M.R., Townsend H.R. Phenomenology of depression in epilepsy // *Epilepsia*. 1987. Vol. 28, N 4. P. 364–372.
24. Scharfman H.E., Mercurio T.C., Goodman J.H. et al. Hippocampal excitability increases during the estrous cycle in the rat: a potential role for brain-derived neurotrophic factor // *J. Neurosci.* 2003. Vol. 17, N 37. P. 11641–11652.
25. Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale // *Psychother. Psychosom.* 1985. Vol. 44, N 4. P. 191–199.
26. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67, N 6. P. 361–370.
27. Zung W.W. A rating instrument for anxiety disorders // *Psychosomatics*. 1971. Vol. 12, N 6. P. 371–379.

## ФАКТОРЫ РИСКА ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Е. В. Железнова, И. Л. Медведев

Материал: 66 женщин с эпилепсией и аффективными расстройствами. Установлены факторы риска для депрессий у женщин: правосторонний фокус эпилепсии, простые парциальные и вторично-генерализованные приступы, наличие алекситимии, некатамениальная форма эпилепсии и терапия барбитуратами. Показано благоприятное значение катамениаль-

ности при тревожной депрессии. Позитивные психотропные эффекты при тревожной депрессии выявлены у ламотриджина и окскарбазепина. Показаны антидепрессивные и антиагрессивные свойства топирамата.

**Ключевые слова:** эпилепсия у женщин, депрессия, катамениальность.

## RISK FACTORS FOR DEPRESSION IN EPILEPTIC WOMEN

E. V. Zheleznova, I. L. Medvedev

Material: 66 women with epilepsy and affective disorders. The risk factors for developing a depression happen to be: the right-side epileptic focus, simple partial and secondary generalized seizures, presence of alexithymia, non-catamenial epilepsy and treatment with barbiturates. Catamenial factor seems to play a positive role

in anxious depression. Lamotrigine and Oxcarbazepine are found to produce a positive psychotropic effect in anxious depression and Topiramate shows antidepressive and antiaggressive properties.

**Key words:** epileptic women, depression, catamenial epilepsy.

**Железнова Елена Валерьевна** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: e\_zheleznova@mail.ru  
**Медведев Игорь Леонидович** – аспирант отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России