

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
невролог
Департамента здравоохранения города
Москвы

_____ Н.А. Шамалов

«__» _____ 2022 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 18



«03 октября» 2022 г.

**ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Методические рекомендации № 90

Москва 2022

УДК 616.89+616.853

ББК 56.1

Д44

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы.

Составители:

Гехт А.Б. – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»,

Ридер Ф. К. – к.м.н., заведующая отделом ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»,

Зинчук М.С. – к.м.н., заведующий кризисным отделом ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»,

Кустов Г.В. - научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»,

Пашнин Е. В. - научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»,

Попова С. Б. - младший научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»,

Акжигитов Р.Г. – к.м.н., заместитель директора по лечебной работе.

Рецензенты:

Аведисова Алла Сергеевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФМИЦПН им. В.П. Сербского.

Щедеркина Инна Олеговна – к.м.н., руководитель Центра по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков (центр детского инсульта) ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», врач-невролог-эпилептолог высшей квалификационной категории.

Диагностика коморбидных психических расстройств у пациентов с эпилепсией: методические рекомендации/ составители: Ф.К. Ридер, М.С. Зинчук, Г.В. Кустов [и др.]. М., ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2022. - 28 с.

Методические рекомендации адресованы врачам психиатрам, неврологам, терапевтам и др., работающим с пациентами с эпилепсией. Методические рекомендации предназначены для диагностики коморбидных психических расстройств у пациентов с эпилепсией.

Данные методические рекомендации разработаны в ходе выполнения научно-исследовательской работы «Эпидемиология, коморбидность и клинические особенности эпилепсии»

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

Авторы несут персональную ответственность за представленные в методических рекомендациях данные.

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2022

© ГБУЗ «НПЦ им. З.П. Соловьева» ДЗМ, 2022

© Коллектив авторов, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА.....	6
ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ.....	7
А. ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	7
Б. ВАЛИДИЗАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ NDDI-E.....	10
В. ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	12
Г. ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ HADS-A.....	13
Д. ВАЛИДИЗАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ GAD-7.....	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	16
ЛИТЕРАТУРА.....	18
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	23
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	24
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	27

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Сокращения, принятые в настоящих методических рекомендациях:

БДР – большое депрессивное расстройство;

ГБУЗ «НПЦ им. З.П. Соловьева» ДЗМ - Государственное бюджетное учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»;

ГТР-7 - шкала генерализованного тревожного расстройства;

ПЭ – пациенты с эпилепсией;

ПЭП – противозепилептические препараты;

ЦНС – центральная нервная система;

AUC - Area Under the Curve (площадь под кривой);

BAI - Шкала Тревоги Бека;

BDI - самоопросник депрессии Бека;

BDI-I, BDI-II - Beck Depression Inventory I и II, соответственно;

CES-D - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale;

Cut-off – отсечения;

EASI - Epilepsy Anxiety Survey Instrument (Опросник Оценки Тревоги при Эпилепсии);

HADS-A - Hospital Anxiety and Depression Scale (Anxiety) - Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (Тревога);

НАМА - Hamilton Anxiety Rating Scale (Шкала Гамильтона);

ILAE - International League Against Epilepsy (Международная противозепилептическая лига);

NDDI-E - Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (Неврологический опросник депрессивного расстройства при эпилепсии);

NPV - Negative predictive value;

PHQ-9 - Patient Health Questionnaire;

PPV - Positive predictive value;

ROC - Receiver operating characteristic;

Sensitivity (Se) – чувствительность;

Specificity (Sp) – специфичность;

STAI - State-Trait Anxiety Inventory (Шкала Ситуативной и Личностной Тревоги Спилбергера);

ВВЕДЕНИЕ

С появлением все новых эффективных медикаментозных и немедикаментозных методов лечения пациентов с эпилепсией (ПЭ) вероятность достижения ремиссии эпилептических приступов растет. Тем не менее, нельзя недооценивать вклад коморбидных расстройств, в том числе психических, в бремя эпилепсии и, соответственно, в качество жизни больных и их семей. Необходимо также помнить о высокой распространенности суицидального поведения и самоповреждения у ПЭ, которая вносит свой вклад в проблему преждевременной смерти больных эпилепсией (<https://www.who.int/publications/i/item/epilepsy-a-public-health-imperative>; Зинчук М. С. и соавт., 2018, 2021; Кустов Г.В. и соавт., 2020; Braga P. et al., 2020).

В настоящее время в большинстве случаев ведение ПЭ осуществляется врачом-неврологом, и только небольшое число больных одновременно наблюдается и у врача-психиатра. Основной задачей врача-невролога является достижение контроля над приступами. Кроме того, высокий уровень стигматизации и самостигматизации ПЭ нередко приводит к тому, что больные и их родственники не жалуются неврологу на такие проблемы, как агрессивность, раздражительность, плохое настроение, считая их естественными следствиями основного заболевания, и не обращаются к психиатру самостоятельно. Между тем, относительно высокая распространенность психических расстройств у пациентов с эпилепсией (в сравнении с общей популяцией), наличие групп риска – пациентов с фармакорезистентной эпилепсией и др., а также возможность возникновения потенциальных нежелательных психотропных эффектов у ряда противоэпилептических препаратов (ПЭП) – все эти факты подтверждают необходимость введения в амбулаторную практику врача-невролога простых, удобных в применении опросников для диагностики депрессии и тревоги. Согласно клиническим рекомендациям «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» от 2022 года, было рекомендовано использование русскоязычной версии «Неврологического опросника депрессивного расстройства при эпилепсии» (Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy – NDDI-E), валидизированной в ГБУЗ НПЦ им. З.П.Соловьева ДЗМ в 2020 году, для диагностики депрессии у ПЭ, а также оценочной шкалы генерализованного тревожного расстройства GAD-7 (ГТР-7) или модуля для оценки тревоги Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS-A) для пациентов с эпилепсией старше 18 лет (Zinchuk M et al., 2020, 2021).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Значительная часть ПЭ страдают различными видами психических расстройств, и это обусловлено как биологическими, так и психосоциальными причинами (Mula M. et al., 2021). Непредсказуемость приступов, внешняя и внутренняя стигматизация, ограничения по выбору ряда профессий и вождению, побочные эффекты ПЭП, трудности с созданием семьи и рождением детей и другие проблемы нередко приводят к развитию тревожных расстройств и депрессии, а также повышают риск суицида (Герсамя А. Г и соавт., 2018; Зинчук М.С. и соавт., 2018). Распространенность депрессивных, тревожных и психотических расстройств, а также психогенных неэпилептических приступов по данным различных исследований отличается в зависимости от популяции: ниже у пациентов с генерализованными эпилепсиями, выше у больных с фармакорезистентной эпилепсией, когнитивным снижением и др. (Kanner A. et al., 2008, Lacey C.J. et al., 2016). Имеет значение также выбранные исследователями диагностические критерии и методология исследования – использование самоопросников, диагностических инструментов либо структурированного клинического интервью (Норре С. et al., 2011).

Распространенность активной депрессии (диагностированной на момент исследования или в течение последнего года) у взрослых ПЭ по разным данным составляет от 10.7 до 23.1% (Fiest K.M. et al., 2013), при этом в когортах пациентов с фармакорезистентной эпилепсией речь может идти о каждом втором больном (Boylan L. S. et al., 2004). К факторам риска развития депрессии при эпилепсии относятся: старший возраст, женский пол, низкий уровень образования, отсутствие работы, низкая комплаентность, политерапия, наличие стигмы и др. (Yang Y. et al., 2020).

Тревожные расстройства встречаются, по разным данным, не менее чем у 11% ПЭ, при этом в большом числе исследований речь идет о 20% и более (Brandt C. et al., 2010, Scott A.J. et al., 2017, Аведисова А. С. и соавт., 2018; Avedisova, A.S. et al, 2020). Распространенность тревожных расстройств при эпилепсии в два раза выше таковой в общей популяции (Kobau R. et al., 2006, Ottman R. et al., 2011).

Столь высокая распространенность депрессии и тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией, безусловно, определяется не только социальными факторами и самим фактом наличия у пациента хронического заболевания ЦНС, но и в значительной степени общими механизмами патогенеза. Двухнаправленная связь между эпилепсией и психическими расстройствами на сегодняшний день является общепризнанной (Mula M.

et al., 2021; Кустов ГВ и соавт., 2020; Rider, F.K. et al, 2018; Кустов ГВ и соавт., 2017; Ридер Ф.К. с соавт, 2016). Так, например, в случае депрессии потенциальные механизмы, вероятно, включают в себя гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, поскольку высокие уровни кортизола могут модулировать экспрессию и состав рецепторов гамма-аминомасляной кислоты, тем самым повышая возбудимость мозга и в конечном итоге приводя индуцируя эпилептогенез (MacKenzie G, Maguire J., 2015).

Еще одной значимой проблемой ПЭ, в особенности страдающих депрессией или тревожными расстройствами, является высокий риск суицида – от 3 до 5 раз выше в сравнении с общей популяцией (Christensen J et al., 2007; Fazel S et al., 2013; Hesdorffer DC et al., 2016; Thurman DJ et al., 2017, Abraham N et al., 2019). Самоубийства составляют 32,5% всех насильственных смертей у ПЭ. 13,5% всех суицидов совершается пациентами с эпилепсией (Pompili M et al., 2006). Таким образом, своевременная диагностика и лечение психических расстройств у пациентов с эпилепсией не только улучшает качество жизни пациентов, но и снижает риск преждевременной смерти в результате суицида.

Таким образом, врачу, ведущему прием пациентов с эпилепсией, необходимо помнить о высокой вероятности наличия депрессии и тревожных расстройств, а также о повышенном риске суицида у этой категории пациентов, даже в том случае если пациент и члены его семьи активно не предъявляют соответствующих жалоб.

ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Диагностика депрессии у пациентов с эпилепсией.

Первое время для диагностики депрессии у пациентов с эпилепсией использовались шкалы и опросники, валидизированные для общей и психиатрической популяции: BDI-I и BDI-II (Beck Depression Inventory I и II, соответственно), CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). О диагностических свойствах этих шкал можно судить по таким показателям, как чувствительность (sensitivity, Se) и специфичность (specificity, Sp), которые обычно определяются на основе построения четырехпольных таблиц сопряженности или методом ROC-анализа с построением ROC-кривой (Receiver operating characteristic). ROC-кривая, позволяет оценить качество модели по разделению на два класса путем определения порога или точки отсечения (cut-off) непрерывного или дискретного количественного признака (Fiest K.M. et al., 2013). К сожалению, многие

локальные языковые версии шкал и опросников для выявления депрессии у ПЭ не имеют точек отсечения, что делает их использование проблематичным.

Анкета состояния здоровья (PHQ-9) состоит из 9 пунктов и наиболее часто используется для выявления депрессии как в научных исследованиях, так и в повседневной клинической практике. Это скрининговый самоопросник, все вопросы в котором оцениваются по шкале от 0 до 3 (где «0» обозначает тот факт, что проблемы совсем не беспокоят человека, в то время как «3» говорит о том, что они присутствуют практически ежедневно). Опросник PHQ - 9 можно интерпретировать методом точки отсечения или алгоритмом. Если речь идет об общей популяции, при выборе метода точки отсечения общий балл 10 и выше позволяет поставить диагноз большой депрессии. При оценке методом алгоритма для диагностики депрессии необходимо пяти и более симптомов более чем в 50% оцениваемых дней (которые оцениваются в 2 или 3 балла, за исключением суицидальности, где учитываются любые оценки), при этом один из этих дней должен включать либо депрессивное настроение, либо ангедонию. В общей популяции метод точки отсечения PHQ-9 (10 из 27) в англоязычной версии продемонстрировал Se 88% и Sp 88% в сравнении со структурированным психиатрическим интервью (Kroenke K. Et al., 2001), а для русскоязычной версии показатели чувствительности и специфичности составили 68,9% и 93,3% (Pogosova N. Et al., 2014). Для пациентов с эпилепсией в англоязычной версии рекомендуемая точка отсечения также составляет ≥ 10 (Se, 92 %; Sp, 74 %) (Rathore JS et al., 2014).

Госпитальная шкала тревоги (HADS) состоит из 14 утверждений, позволяющих провести самооценку депрессии (HADS-D) и тревоги (HADS-A). 7 пунктов, касающиеся депрессии, оцениваются по шкале от 0 до 3. В общей практике HADS с точкой отсечения 8 продемонстрировал Se 89% и Sp 75% (Olsson I. Et al., 2005), для пациентов с эпилепсией с точкой отсечения 6 - Se 84,6%, Sp 77,9% (Fiest K.M. et al., 2014).

В 2014 году K. Fiest и соавт. сравнили психометрические свойства PHQ-9 и HADS-D при диагностике депрессии у пациентов с эпилепсией. Максимальная Se была достигнута при использовании HADS с точкой отсечения 6 (84.6%), а Sp с использованием метода алгоритма PHQ-9 (показатель 96.2%). Положительная прогностическая ценность (Positive predictive value, PPV) имел наилучшие значения в точке отсечения HADS - 8 (58,1%), а отрицательная прогностическая ценность (Negative predictive value, NPV) как PHQ-9 с точкой отсечения 9, так и HADS с точкой отсечения 6 составляла 96,8% (Fiest K.M. et al., 2014).

Опросники PHQ-9 и HADS могут быть рекомендованы для выявления депрессии у ПЭ. PHQ-9, в отличие от HADS, находится в свободном доступе. В то же время перечень вопросов HADS не содержит соматических симптомов депрессии, которые во многом схожи с возможными побочными эффектами терапии ПЭП и постприступными ощущениями.

Самоопросник депрессии Бека (BDI) используется для самооценки симптомов депрессии за предшествующие 2 недели (Beck A., 1961). Полученная сумма баллов варьирует от 0 до 63. Чем больше итоговая сумма, тем больше вероятность депрессии. В русскоязычной версии шкалы депрессии Бека при исследовании на общей популяции была получена точка отсечения 12 с показателем площади под ROC кривой (AUC) 0.96% (Andrjushhenko A.V. et al., 2003).. У пациентов с эпилепсией лучшие психометрические значения были продемонстрированы в точке отсечения 16 (Se 88,6% и Sp 91,2%, NPV более 90%, PPV около 80%) (de Oliveira G. et al., 2011), в другом исследовании – в точке 18 (Se, 90,5% и Sp, 70,7%, NPV 96,4%, PPV 46,3%). Высокие показатели чувствительности и специфичности сделали самоопросник депрессии Бека одним из наиболее популярных инструментов клинических исследований. Однако в рутинной практике из-за длительного (около 15 минут) времени заполнения и трудностей использования у пациентов с когнитивными нарушениями опросник используется относительно редко (de Oliveira G.N. et al., 2014).

Опросник **BDI-II** содержит 21 утверждение относительно депрессивных симптомов, каждое из которых предлагается оценить по шкале от 0 до 3 и отличается от BDI-I большей чувствительностью к симптомам атипичной депрессии (Beck A. et al., 2003; Beck C et al., 2003). Опросники BDI-II и CES-D также могут использоваться для выявления депрессии при эпилепсии. Анализ опросников BDI-II и **CES-D** продемонстрировал значения AUC от 0.88 до 0.94 ($p < 0,001$), Se - от 84% до 96%, Sp – более 78%, NPV - более 0,97, PPV не выше 55% (Mintzer S. et al., 2002; Victoroff J.I. et al., 1994). Таким образом, эти инструменты также могут быть использованы в качестве скрининговой методики, с учетом корректировки для пациентов с эпилепсией соответствующих точек отсечения.

Систематический обзор исследований 16 инструментов скрининга депрессии у взрослых ПЭ показал, что опросник **Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E)**, который к настоящему времени валидизирован более чем на 15 языках, в том числе на русском, на сегодняшний день является наиболее эффективным и практичным инструментом скрининга депрессии у пациентов с эпилепсией. Это

объясняется прежде всего тем, что при его создании были учтены факторы, связанные с заболеванием и его лечением, которые могут повлиять на точность выявления депрессии (Gilliam F.G. et al., 2006; Gill S.J. et al., 2017; Mula M. et al., 2016; Zinchuk M.C. et al., 2020).

Опросник NDDI-E состоит из 6 пунктов, позволяющих оценить симптомы большого депрессивного эпизода на протяжении последних 14 дней. Каждый из шести пунктов оценивается по 4-х балльной шкале от 1 до 4, общая оценка варьирует в пределах от 6 до 24, при этом больший балл соответствует большей вероятности депрессии. К неоспоримым достоинствам опросника относится время его заполнения - не более трех минут (Gilliam F.G. et al., 2006). В англоязычной версии вероятность наличия текущей депрессии оценивается как высокая при общем количестве баллов по опроснику более 15 (при Se 81%, Sp 90%, PPV 62%, NPV 96%). Таким образом, этот опросник позволяет выявить большой депрессивный эпизод в 8 случаях из 10 и квалифицировать 9 людей из 10 без депрессии как здоровых.

Еще одним преимуществом NDDI-E является наличие 4-го пункта, посвященного нежеланию жить, который может быть использован для скрининга текущей суицидальности (NDDI-E-I4), что особенно важно в условиях дефицита инструментов скрининга суицидальности у ПЭ, о котором уже говорилось выше. Возможности 4-го пункта NDDI-E выявлять высокий суицидальный риск были продемонстрированы в целом ряде исследований, в том числе в российской популяции (Mula M. et al., 2016; Li Q. Et al., 2019; Zinchuk M. S. et al., 2021).

Валидизация русскоязычной версии NDDI-E.

В 2020 году М.С.Зинчуком и соавт. Была валидизирована русскоязычная версия шкалы NDDI-E в качестве инструмента для быстрого выявления большого депрессивного расстройства (БДР) у пациентов с эпилепсией из Российской Федерации. В исследование вошли 175 пациентов, направленных в ГБУЗ НПЦ им. З.П.Соловьева ДЗМ с сентября 2019 года по апрель 2020 (Zinchuk M.C. et al., 2020). Критериями включения были: возраст старше 18 лет и диагноз эпилепсии, основанный на критериях и классификации Международной лиги по борьбе с эпилепсией (Fisher R.S. et al., 2014; Scheffer I.E. et al., 2017). Критериями исключения были наличие тяжелого сопутствующего соматического или неврологического расстройства, а также расстройств шизофренического спектра, интериктальные и постиктальные психозы в анамнезе, когнитивные нарушения, которые могли помешать пациенту правильно понять вопросы, употребление психоактивных

веществ и злоупотребление алкоголем в предыдущие 12 месяцев; регистрация эпилептического приступа в течение 48 часов до или после заполнения опросника. Состояние всех ПЭ оценивалось с помощью Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI 6.0.0), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) и русскоязычной версии NDDI-E. Хи-квадрат, критерий Фишера и критерий Манна-Уитни были использованы для статистической обработки при сравнении групп с БДР и без БДР. Мы оценили внутреннюю структурную валидность, внешнюю валидность и данные ROC-анализа.

У 99 (56.5%) пациентов было диагностировано БДР, у 76 (44.5) – нет. Ни у кого из участников не возникло никаких трудностей с пониманием вопросов NDDI-E. Внутренняя согласованность опросника была удовлетворительной (коэффициент Кронбаха = 0,856). Корреляция между показателями NDDI-E и HADS была умеренной ($r = 0,64$, $P < 0,001$), что указывает на приемлемую внешнюю валидность. NDDI показал хорошую способность обнаруживать БДР, с площадью под кривой 0.919 (95% CI = 0.868–0.955; standard error: 0.019; $p < 0.001$). Оптимальная точка отсечения с самым высоким индексом Юдена ($J = 0,699$) составляла >12 , при этом показатель специфичности составил 88.16% (95% CI = 78.7%–94.4%), чувствительности - 81.82% (95% CI = 72.8%–88.9%), PPV - 59.3% (95% CI = 48.8%–69.0%), NPV - 95.8% (95% CI = 92.5%–97.7%) (Рис.1).

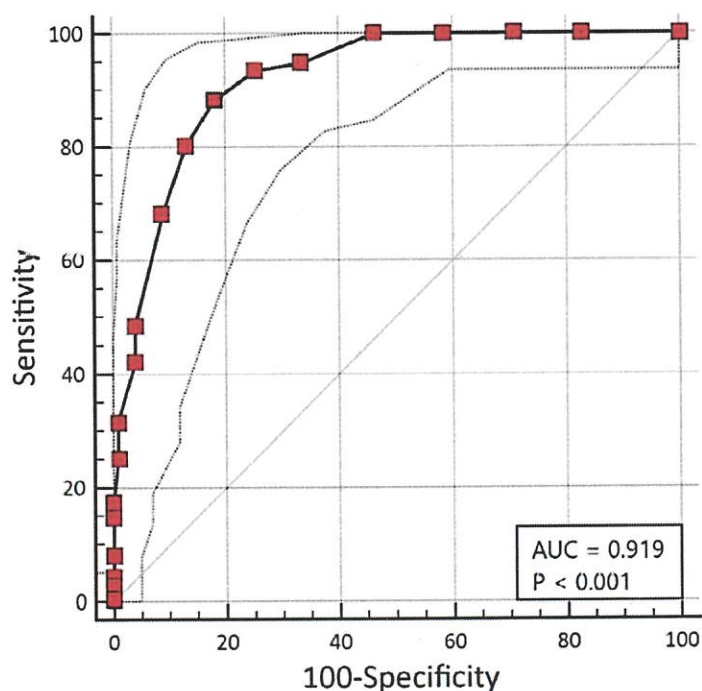


Рис. 1. ROC-кривая рабочих характеристик российской версии NDDI-E (с БДР/без БДР по сравнению с золотым стандартом MINI). AUC – площадь под кривой.

Был сделан вывод о том, что русскоязычная версия NDDI-E - это доступный и быстрый инструмент скрининга с хорошим сочетанием чувствительности и специфичности (см. Приложение 1).

Оптимальной точкой отсчета для скрининга депрессивного эпизода, с наилучшим соотношением специфичности и чувствительности для NDDI-E является сумма баллов более 12. То есть если пациент набирает 13 и более баллов, целесообразно направить пациента к психиатру для подтверждения диагноза и назначения лечения.

Диагностика тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией.

Для выявления тревоги в общей популяции обычно используются Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS-A), Шкала Тревоги Бека (BAI) и Шкала Гамильтона (НАМА), Опросник Генерализованного Тревожного Расстройства (GAD-7), а также Шкала Ситуативной и Личностной Тревоги Спилбергера (STAI). Из перечисленного набора шкал у ПЭ наиболее надежными и, соответственно, популярными считаются такие инструменты, как модуль тревоги HADS-A (Wiglusz M et al., 2018) и GAD-7, валидизированный на нескольких языках (Seo J. et al., 2014; Micoulaud-Franchi J. et al., 2016).

Согласно мета-анализу Wang Z et al. (2019), точкой отсечения для диагностики генерализованного тревожного расстройства (ГТР) с помощью шкалы GAD-7 у ПЭ является число баллов 8 и выше (Sp - 87.9%, Se - 88.1%, PPV - 95.0% и NPV - 96.1%, а для модуля тревоги HADS-A - 10 и более баллов (Se = 75.6; Sp = 76.6).

В структуре HADS-A и GAD-7 отсутствуют соматические, когнитивные и неврологические симптомы, которые могут быть связаны с проявлениями и последствиями эпилептических приступов, а также с побочными эффектами ПЭП, благодаря чему достигается низкий риск ложноположительных результатов (Kanner A., 2011). В то же время необходимо учитывать, что GAD-7 в большей степени специфичен для ГТР, и в меньшей – для других тревожных расстройств, а Se и Sp модуля HADS-A ниже требований, предъявляемых к современным скрининговым инструментам. Кроме того, эти шкалы не учитывают сами по себе эпилептические приступы как возможную патогенетическую причину для развития тревоги. Между тем, в 2007 году комиссия по психофизиологии эпилепсии ILAE (International League Against Epilepsy призвала обратить внимание на важность разработки дифференциальных критериев специфического для

эпилепсии «страха приступа», который сама по себе может приводить к дезадаптации не меньше, чем другие тревожные расстройства (Krishnamoorthy E. et al., 2007).

Вплоть до последнего времени HADS-A и GAD-7 не были валидизированы для российской популяции, при этом проведённые исследования различных языковых версий этих опросников выявили значимое влияние культуральных особенностей и факта наличия эпилепсии на точку отсечения (Tong X. et al., 2016; Hinz A. et al., 2017). В связи с этим в 2019 году были разработаны Опросник Оценки Тревоги при Эпилепсии (Epilepsy Anxiety Survey Instrument - EASI) и его короткий вариант (brief EASI – brEASI) (Scott A. et al., 2019).

Опросник EASI, разработанный для всесторонней оценки тревоги/тревожности у ПЭ, состоит из 18 пунктов-вопросов, предполагающих ответ по 4-бальной шкале Ликерта (испытуемый оценивает степень своего согласия или несогласия с каждым из суждений). Учитывая факторную структуру опросника, врач может сделать заключение о том, отражают ли симптомы тревоги проблемную адаптацию к жизни с эпилепсией (например, преувеличенный страх социальных или физических последствий приступов, чрезмерное беспокойство по поводу них) или симптомы тревоги не связаны напрямую с приступами. Эта информация может быть использована при формировании плана лечения, в особенности психотерапевтической тактики.

Короткая версия опросника - brEASI, состоящая из 8 пунктов, может использоваться в условиях интенсивной работы неврологических клиник для быстрой диагностики тревожных расстройств у ПЭ. По данным авторов опросника, в точке отсечения 8 и больше эта шкала позволяет с высокой Sp (84%) и Se (76%) заподозрить наличие любого из тревожных расстройств, что выгодно отличает её от опросника GAD-7. При данной точке отсечения площадь под кривой (AUC) была равна 0.89 (доверительный интервал = 0.82-0.94).

Оценка психометрических свойств русскоязычной версии HADS-A.

Мы провели оценку психометрических свойств русскоязычной версии HADS-A в качестве инструмента скрининга генерализованных тревожных расстройств у ПЭ (Zinchuk M. S. et al., 2021). Были опрошены 233 ПЭ, направленных в ГБУЗ НПЦ им. З.П.Соловьева ДЗМ НПЦ, две трети из которых были женщинами; средний возраст составил 41,1 года, средний возраст начала эпилепсии составил 24,8 года. Пациенты опрашивались с помощью соответствующего модуля Международного нейропсихиатрического интервью

Mini (MINI) и HADS-A. Оценивались демографические и клинические характеристики, обработка данных велась с помощью ROC-анализа.

Из всей выборки более четверти (27,5%) имели генерализованное тревожное расстройство. ROC-анализ продемонстрировал, что HADS-A имеет площадь под кривой (AUC) 0,862 (95% CI 0,811-0,913). Оптимальная точка отсечения с самым высоким индексом Юдена ($J = 0,567$) составляла >10 , при этом показатель специфичности составил 86,3% (95% CI = 80.3%–91.2%), чувствительности - 70,1% (95%CI = 57.6%–81.1%), PPV – 36.7% (95% CI = 27.8%–46.7%), NPV - 96.3% (95% CI = 94.6%–97.4%) (Рис.2).

Таким образом, по данным нашего исследования, шкала HADS-A показала сравнительно невысокую эффективность выявления генерализованного тревожного расстройства у ПЭ. Вероятно, аналогичные показатели для других тревожных расстройств, таких как паническое расстройство или социальная фобия, могут быть еще хуже. Это означает, что данная шкала может быть применена для диагностики генерализованного тревожного расстройства у ПЭ, однако целесообразно использовать другие инструменты для более точного скрининга (см. Приложение 2).

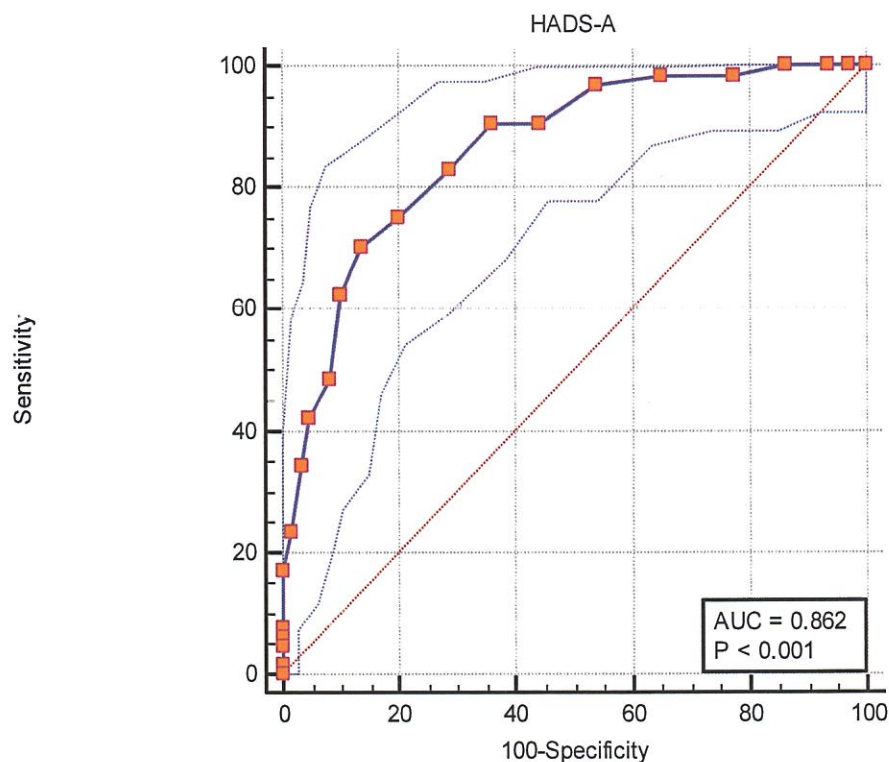


Рис. 2. ROC-кривая HADS-A для скрининга генерализованного тревожного расстройства у ПЭ. AUC – площадь под кривой.

Валидизация русскоязычной версии GAD-7.

В 2021 году М.С.Зинчуком и соавт. была валидизирована русскоязычная версия шкалы GAD-7 в качестве инструмента для быстрого скрининга тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией из Российской Федерации. В исследование вошли 233 пациента с эпилепсией, направленных в ГБУЗ НПЦ им. З.П.Соловьева ДЗМ с декабря 2019 года по январь 2020. Критериями включения были: возраст старше 18 лет и диагноз эпилепсии, основанный на критериях и классификации Международной лиги по борьбе с эпилепсией (Fisher R.S. et al., 2014; Scheffer I.E. et al., 2017). Критериями исключения были наличие тяжелого сопутствующего соматического или неврологического расстройства, а также расстройств шизофренического спектра, интериктальные и постиктальные психозы в анамнезе, когнитивные нарушения, которые могли помешать пациенту правильно понять вопросы, употребление психоактивных веществ и злоупотребление алкоголем в предыдущие 12 месяцев, регистрация эпилептического приступа в течение 48 часов до или после заполнения опросника. Все ПЭ заполняли русскоязычную версию GAD-7 и Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) для оценки конвергентной валидности. Для статистической обработки использовалась Хи-квадрат, критерий Фишера и критерий Манна-Уитни. Внутренняя согласованность оценивалась с использованием коэффициента альфа Кронбаха. Для оценки свойств GAD-7 использовался ROC-анализ (Zinchuk M.C. et al., 2021).

Тревожные расстройства были диагностированы у 97 (41,6%) ПЭ, из которых 42 (18%) страдали паническим расстройством, 37 (15,9%) - агорафобией, 17 (7,3%) - социальным тревожным расстройством, а у 64 (27,5%) было диагностировано генерализованное тревожное расстройство. 42 (18%) пациентов страдали от комбинации нескольких тревожных расстройств.

Полученные результаты коррелировали с данными, полученными в ранее проведенных исследованиях, однако наша выборка характеризовалась более высокими показателями отсечения.

Шкала показала хорошие результаты при выявлении любого тревожного расстройства с AUC 0,866 и оптимальной точкой отсечения > 8 баллов, а также при выявлении генерализованного тревожного расстройства с AUC = 0,922 и оптимальной точкой отсечения > 9 баллов, демонстрируя в целом приемлемую чувствительность (Рис. 3).

Был сделан вывод о том, что русскоязычная версия GAD-7 может быть использована в качестве инструмента скрининга любых тревожных расстройств при ПЭ с оптимальным показателем отсечения > 8 баллов (см. Приложение 3).

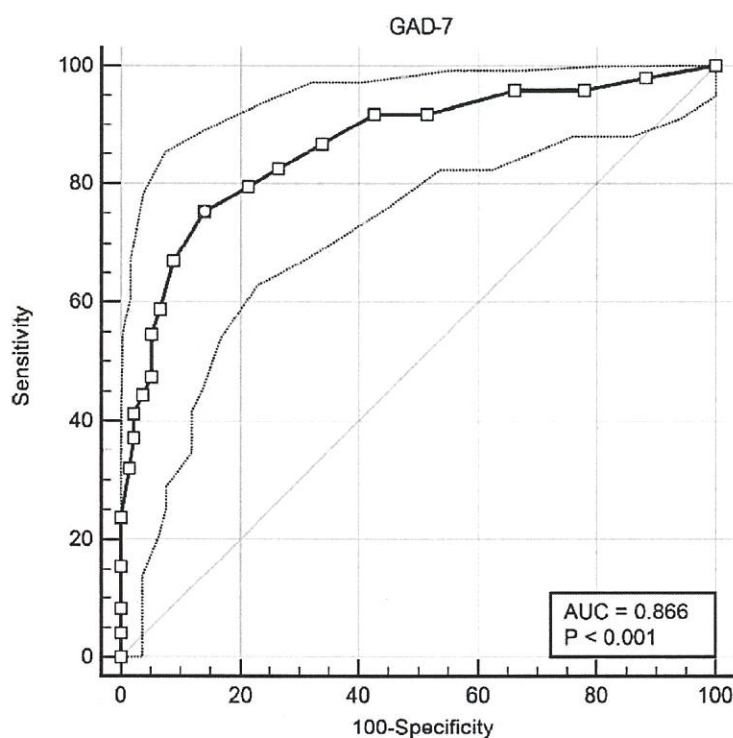


Рис. 3. ROC-кривая GAD-7 для скрининга любых тревожных расстройств. AUC – площадь под кривой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящее время в распоряжении врачей, работающими с пациентами с эпилепсией, имеются валидизированные короткие, удобные в применении опросники, которые могут применяться на амбулаторном приеме взрослых пациентов с эпилепсией для скрининга наиболее распространенных и социально значимых психических расстройств – депрессии и тревожных расстройств: NDDI-E, GAD-7 (ГТР-7) и модуль для оценки тревоги Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS-A). С учетом лучших показателей чувствительности и специфичности, а также возможности использования для скрининга любых тревожных расстройств, целесообразно применять GAD-7 (ГТР-7) для скрининга тревожных расстройств у ПЭ. Необходимо также помнить,

что 4-й пункт шкалы NDDI-E может быть использован для скрининга текущей суицидальности.

Полученные в результате скрининга результаты, безусловно, не являются основанием для установления диагноза депрессии или тревожного расстройства, но могут быть использованы для выявления больных, которым требуется особое внимание, в том числе помощь психолога и/или психиатра.

ЛИТЕРАТУРА

1. <https://www.who.int/publications/i/item/epilepsy-a-public-health-imperative>
2. Зинчук М.С., Кустов Г.В., Пашнин Е.В. и соавт. Скрининг тревожных и депрессивных расстройств при эпилепсии: современное состояние проблемы. Российский психиатрический журнал 2021 (3): 87-97. doi: 10.47877/1560-957X-2021-10309.
3. Зинчук М. С., Ридер Ф. К., Кустов Г. В. и соавт. Суицидальность при эпилепсии: эпидемиологические аспекты и факторы риска. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2018; 118 (10-2): 45-52. doi: 10.17116/jnevro201811810245.
4. Кустов Г. В., Герсамия А. Г., Ридер Ф. К. и соавт. Большое депрессивное расстройство и самостигматизация у пациентов с эпилепсией в Москве. Болезни мозга: трансляционные, клинические и социальные аспекты. Москва: ООО «Сам Полиграфист», 2020. – С. 463-464.
5. Braga P., Hosny H., Kakooza-Mwesige A., Rider F., Tripathi M., Guekht A. How to understand and address the cultural aspects and consequences of diagnosis of epilepsy, including stigma. *Epileptic Disord.* 2020 Oct 1;22(5):531-547. doi: 10.1684/epd.2020.1201.
6. Zinchuk M, Kustov G, Pashnin E, Gersamia A, Rider F, Yakovlev A, Guekht A. Validation of the Russian version of neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E). *Epilepsy Behav.* 2020 Dec;113:107549. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107549.
7. Zinchuk M, Kustov G, Pashnin E, Gersamia A, Rider F, Yakovlev A, Voinova N, Popova S, Avedisova A, Guekht A. Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) in Russian people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2021 Oct;123:108269. doi: 10.1016/j.yebeh.2021.108269.
8. Mula M, Kanner AM, Jetté N, Sander JW. Psychiatric Comorbidities in People With Epilepsy. *Neurol Clin Pract.* 2021 Apr;11(2):e112-e120. doi: 10.1212/CPJ.0000000000000874. PMID: 33842079; PMCID: PMC8032418.
9. Герсамия А. Г., Ридер Ф. К., Парфенова Е. В. и соавт. Эпилепсия и стигматизация. Болезни мозга: от изучения механизмов к диагностике и лечению. Москва. ООО "Буки-Веди", 2018. – С. 269-276.
10. Kanner A, Balabanov A, Luders H, ed. Psychiatric evaluation in epilepsy surgery. In: *Textbook Of Epilepsy Surgery.* London, UK: Informa Healthcare; 2008:1254-1262.
11. Lacey C, Salzberg M, D'Souza W. Risk factors for depression in community-treated epilepsy: systematic review. *Epilepsy Behav.* 2015; 43: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.11.023>
12. Hoppe C, Elger CE. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. *Nat Rev Neurol.* 2011;7:462–72. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2011.104>
13. Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, Wiebe S, Kaplan GG, Maxwell CJ, Bulloch AG, Jette N. Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2013 Feb 5;80(6):590-9. doi: 10.1212/WNL.0b013e31827b1ae0.

14. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*. 2004 Jan 27;62(2):258-61. doi: 10.1212/01.wnl.0000103282.62353.85.
15. Yang Y, Yang M, Shi Q, Wang T, Jiang M. Risk factors for depression in patients with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsy Behav*. 2020 May;106:107030. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107030. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32248060.
16. Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M, May TW, Pohlmann-Eden B, Tuschen-Caffier B, Schrecke M, Fueratsch N, Witte-Boelt K, Ebner A. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy — a prospective clinicbased survey. *Epilepsy Behav*. 2010;17:259-263. <http://doi.org/10.1016/j.yebeh2009.12.009>
17. Scott AJ, Sharpe L, Hunt C, Gandy M. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia*. 2017 Jun;58(6):973-982. doi: 10.1111/epi.13769.
18. Аведисова А. С., Лебедева А. В., Пашнин Е. В. и соавт. Тревожные расстройства при эпилепсии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2018; 118 (10-2): 37-44. doi: 10.17116/jnevro201811810237.
19. Avedisova, A.S., Lebedeva, A.V., Pashnin, E.V. et al. Anxiety Disorders in Epilepsy. *Neurosci Behav Physi* 50, 1–7 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11055-019-00859-0>
20. Kobau R, Gilliam F, Thurman DJ. Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 Health Styles Survey. *Epilepsia*. 2006;47:1915-1921. <http://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00612.x>
21. Ottman R, Lipton RB, Ettinger AB, Cramer JA, Reed ML, Morrison A, Wan GJ. Comorbidities of epilepsy: results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey. *Epilepsia*. 2011;52:308-315. <http://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02927.x>
22. Кустов, Г. В., Войнова, Н. И., Акжигитов, Р. Г. и соавт. Коморбидность эпилепсии и психических расстройств. *Болезни мозга: трансляционные, клинические и социальные аспекты*. Москва: ООО «Сам Полиграфист», 2020. – С. 463-464.
23. Rider, F.K., Danilenko, O.A., Grishkina, M.N. et al. Depression and Epilepsy: Comorbidity, Pathogenetic Similarity, and Principles of Treatment. *Neurosci Behav Physi* 48, 78–82 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11055-017-0534-8>
24. Кустов Г.В., Акжигитов Р.Г., Лебедева А.В., Почигаева К.И., Гехт А.Б. Межприступное дисфорическое расстройство: современное состояние проблемы. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2017;117(9-2):39-43 <https://doi.org/10.17116/jnevro20171179239-43>
25. Ридер Ф.К., Даниленко О.А., Гришкина М.Н., Кустов Г.В., Акжигитов Р.Г., Лебедева А.В., Гехт А.Б. Депрессия и эпилепсия: коморбидность, патогенетическое сходство, принципы терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2016;116(9- 2):19- 24.
26. MacKenzie G, Maguire J. Chronic stress shifts the GABA reversal potential in the hippocampus and increases seizure susceptibility. *Epilepsy Res* 2015;109:13–27.

27. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen P, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *The Lancet Neurology*. 2007;6(8):693-698. [http://doi.org/10.1016/s1474-4422\(07\)70175-8](http://doi.org/10.1016/s1474-4422(07)70175-8)
28. Fazel S, Wolf A, Långström N, Newton C, Lichtenstein P. Premature mortality in epilepsy and the role of psychiatric comorbidity: a total population study. *The Lancet*. 2013;382(9905):1646-1654. [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60899-5](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60899-5)
29. Hesdorffer D, Ishihara L, Webb D, Mynepalli L, Galwey N, Hauser W. Occurrence and Recurrence of Attempted Suicide Among People With Epilepsy. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):80. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2516>
30. Thurman D, Logroscino G, Beghi E, Hauser W, Hesdorffer D, Newton C, et al. The burden of premature mortality of epilepsy in high-income countries: A systematic review from the Mortality Task Force of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2016;58(1):17-26. <http://doi.org/10.1111/epi.13604>
31. Abraham N, Buvanawari P, Rathakrishnan R, Tran B, Thu G, Nguyen L, et al. A Meta-Analysis of the Rates of Suicide Ideation, Attempts and Deaths in People with Epilepsy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8):1451. Published 2019 Apr 24. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081451>
32. Pompili M, Girardi P, Tatarelli R. Death from suicide versus mortality from epilepsy in the epilepsies: A meta-analysis. *Epilepsy & Behavior*. 2006;9(4):641-648. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.06.019>
33. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
34. Pogosova N, Dovzhenko T, Babin A, et al. [Russian version of phq-2 and 9 questionnaires: sensitivity and specificity in detection of depression in outpatient general medical practice]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]*. 2014;13(3):18-24. Russian.
35. Rathore JS, Jehi LE, Fan Y, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2014;(37):215-20.
36. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*. 2005;(5):46.
37. Fiest KM, Patten SB, Wiebe S, et al. Validating screening tools for depression in epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(10):1642-50.
38. Beck A. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561.
39. Andrijushhenko AV, Drobizhev MJu, Dobrovol'skij AV. [A comparative validation of the scale CES-D, BDI, and HADS(d) in diagnosis of depressive disorders in general practice]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2003;103(5):11-8. Russian.

40. de Oliveira G, Araujo Filho G, Kummer A, et al. Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. *J Bras Psiquiatr.* 2011a;60(2):131-134.
41. de Oliveira GN, Lessa JM, Gonçalves AP, et al. Screening for depression in people with epilepsy: comparative study among neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E), hospital anxiety and depression scale depression subscale (HADS-D), and Beck depression inventory (BDI). *Epilepsy Behav.* 2014;34:50-4.
42. Beck A, Steer R, Brown G. Manual for Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation. San Antonio TX; 1996.
43. Beck C, Bernal H, Froman R. Methods to document semantic equivalence of a translated scale. *Res Nurs Health.* 2003;26(1):64-73.
44. Mintzer S, Lopez F. Comorbidity of ictal fear and panic disorder. *Epilepsy Behav.* 2002;3(4):330-337.
45. Victoroff JI, Benson F, Grafton ST, et al. Depression in complex partial seizures. Electroencephalography and cerebral metabolic correlates. *Arch Neurol.* 1994;51(2):155-63.
46. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, et al. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol.* 2006;5(5):399-405.
47. Gill SJ, Lukmanji S, Fiest KM, Patten SB, Wiebe S, Jett'e N. Depression screening tools in persons with epilepsy: a systematic review of validated tools. *Epilepsia* 2017;58:695–705.
48. Mula M, McGonigal A, Micoulaud-Franchi JA, May TW, Labudde K, Brandt C. Validation of rapid suicidality screening in epilepsy using the NDDIE. *Epilepsia* 2016; 57:949–955.
49. Li Q, Zhu LN, Wang HJ, et al. Validation of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDIE) as a rapid suicidality screening tool in Chinese people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2019;94:216-221.
50. Zinchuk M. S., Kustov G. V., Rider F. K. et al. Item 4 of the NDDI-E for rapid suicidality screening in Russian patients with epilepsy. *European Journal of Neurology, Supplement.* 2021;28 (S1): 302. doi: 10.1111/ene.14974.
51. Fisher R.S., Acevedo C., Arzimanoglou A., Bogacz A., Cross J.H., Elger C.F., et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55 (4):475–82.
52. Scheffer I.E., Berkovic S., Capovilla G., Connolly M.B., French J., Guilhoto L., Hirsch E., Jain S., Mathern G.W., Mosh'e S.L., Nordli D.R., Perucca E., Tomson T., Wiebe S., Zhang Y.H., Zuberi S.M., 2017. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE commission for classification and terminology. *Epilepsia* 58 (4), 512–521. <https://doi.org/10.1111/epi.13709>.

53. Wiglusz M, Landowski J, Cubała W. Validation of the Polish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety disorders in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018;84:162-165.
54. Seo J, Cho Y, Lee S, et al. Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 in people with epilepsy: A MEPSY study. *Epilepsy Behav.* 2014;35:59-63.
55. Micoulaud-Franchi J, Lagarde S, Barkate G, et al. Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy Behav.* 2016;57:211-216.
56. Wang Z, Luo Z, Li S, et al. Anxiety screening tools in people with epilepsy: A systematic review of validated tools. *Epilepsy Behav.* 2019;99:106392.
57. Kanner A. Anxiety Disorders in Epilepsy: The Forgotten Psychiatric Comorbidity. *Epilepsy Curr.* 2011;11(3):90-91.
58. Krishnamoorthy E, Trimble M, Blumer D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: A proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007;10(3):349-353.
59. Tong X, An D, McGonigal A, et al. Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) among Chinese people with epilepsy. *Epilepsy Res.* 2016;120:31-36.
60. Hinz A, Klein A, Brähler E, et al. Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample. *J Affect Disord.* 2017;210:338-344.
61. Scott A, Sharpe L, Thayer Z, et al. Design and validation of two measures to detect anxiety disorders in epilepsy: The Epilepsy Anxiety Survey Instrument and its brief counterpart. *Epilepsia.* 2019,60(10).2068-2077.
62. Zinchuk M. S., Kustov G. V., Gersamia A. G. et al. Psychometric properties of HADS-A in Russian patients with epilepsy. *European Journal of Neurology, Supplement.* 2021: 28 (No S1.): P. 712. doi: 10.1111/ene.14968.

Приложение 1. NDDI-E

Оригинальная версия: Gilliam F. G. et al. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study //The Lancet Neurology. – 2006. – Т. 5. – №. 5. – С. 399-405.

Русскоязычная версия: Zinchuk M. et al. Validation of the Russian version of neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E) // Epilepsy Behav. Academic Press Inc., 2020. Vol. 113, № 107549.

Имя: _____ **Дата:** _____

Для каждого из следующих утверждений обведите число, которое лучше всего описывает Вас на протяжении последних двух недель, включая сегодня.

	Все время или часто	Иногда	Редко	Никогда
Всё дается с трудом	4	3	2	1
Я все делаю не так	4	3	2	1
Я чувствую вину	4	3	2	1
Мне лучше было бы умереть	4	3	2	1
Я чувствую разочарование и опустошённость	4	3	2	1
Мне трудно получить удовольствие	4	3	2	1

Ключ (интерпретация): Оптимальная точка для выявления текущего депрессивного эпизода – больше 12 баллов (Se – 88,16%, Sp – 81,82%).

Приложение 2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Название на русском языке: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Оригинальное название: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Источник: Wiglusz MS, Landowski J, Michalak L, Cabała WJ. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2016 May;58:97-101.

Назначение: Опросник предназначен для скрининга тревожных расстройств и депрессивного расстройства у пациентов с эпилепсией 18 лет и старше.

Содержание (шаблон):

Прочитайте внимательно каждое утверждение и отметьте ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной.

Д	Т		Д	Т	
		Я испытываю напряжение, мне не по себе			Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
	3	все время	3		практически все время
	2	часто	2		часто
	1	время от времени, иногда	1		иногда
	0	совсем не испытываю	0		совсем нет
		То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство			Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
0		определенно, это так		0	совсем не испытываю
1		наверное, это так		1	иногда
2		лишь в очень малой		2	часто

		степени это так			
3		это совсем не так		3	очень часто
		Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться			Я не слежу за своей внешностью
	3	определенно это так, и страх очень сильный	3		определенно это так
	2	да, это так, но страх не очень сильный	2		я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
	1	иногда, но это меня не беспокоит	1		может быть, я стал меньше уделять этому внимания
	0	Совсем не испытываю	0		я слежу за собой так же, как и раньше
		Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное			Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться
0		определенно, это так		3	определенно, это так
1		наверное, это так		2	наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так		1	лишь в очень малой степени это так
3		совсем не способен		0	совсем не испытываю
		Беспокойные мысли крутятся у меня в голове			Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
	3	постоянно	0		точно так, как и

					обычно
	2	большую часть времени	1		да, но не в той степени, как раньше
	1	время от времени	2		значительно меньше, чем раньше
	0	только иногда	3		совсем так не считаю
		Я чувствую себя бодрым			У меня бывает внезапное чувство паники
3		совсем не чувствую		3	действительно, очень часто
2		очень редко		2	довольно часто
1		иногда		1	не так уж часто
0		практически все время		0	совсем не бывает
		Я легко могу сесть и расслабиться			Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы
	0	определенно, это так	0		часто
	1	наверное, это так	1		иногда
	2	лишь изредка это так	2		редко
	3	совсем не могу	3		очень редко

Ключ: Для интерпретации необходимо суммировать баллы по каждой подшкале (Д и Т) в отдельности:

0 - 7 баллов норма: (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8 - 10 баллов: субклинически выраженная тревога / депрессия

11 баллов и выше: клинически выраженная тревога / депрессия

Приложение 3. Шкала Генерализованного тревожного расстройства (ГТР-7)

Название на русском языке: Шкала Генерализованного тревожного расстройства (ГТР-7)

Оригинальное название: General Anxiety Disorder-7

Источник: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166:1092-7.

Micoulaud-Franchi J.A. et al. Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample // Epilepsy Behav. Academic Press Inc., 2016. Vol. 57, № Pt A. P. 211–216.

Назначение: Опросник предназначен для скрининга тревожных расстройств у пациентов с эпилепсией 18 лет и старше

Содержание (шаблон):

Опросник ГТР - 7				
Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство или раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабляться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства: «не могу найти себе места»	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Опасение чего-то страшного	0	1	2	3

Ключ: Оптимальная точка для выявления любого тревожного расстройства - больше 8 баллов.

Составители:

*Ридер Флора Кирилловна
Зинчук Михаил Сергеевич
Кустов Георгий Владимирович
Пашнин Евгений Вячеславович
Попова Софья Баяровна
Акжигитов Ренат Гаясович
Гехт Алла Борисовна*

**ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ.**

Методические рекомендации

ГБУЗ «НПЦ им. З.П. Соловьева» ДЗМ
115419, г. Москва, ул. Донская, д. 43