

Gyógyszerrezisztens epilepsziás betegek pszichológiai vizsgálata: affektív tényezők és társas támogatás

Csabai Orsolya^{1, 3} ■ Kalmár Orsolya¹ ■ Tóth Enikő¹
Szok Délia dr.² ■ Tánczos Tímea dr.¹ 

¹Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészeti és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet,
Kognitív- és Neuropszichológia Tanszék, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Neurológiai Klinika, Szeged

³Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola, Szeged

Bevezetés: Az epilepszia krónikus agyi betegség, amelynek kezelése elsősorban antiepileptikus gyógyszerekkel történik. **Célkitűzés:** Vizsgálatunk célja a gyógyszerrezisztens epilepsziás páciensek társas támogatásának feltérképezése, illetve az affektív tényezők, azon belül a depresszió és a szorongás vizsgálata és összehasonlítása volt az egészséges kontroll-személyek állapotával.

Módszer: Kutatásunkba összesen 34 vizsgálati személyt vontunk be (22 nő és 12 férfi; életkoruk: 21–66 év [$M = 43,1$, $SD = 14,0$]). A vizsgálatban 17 személy gyógyszerrezisztens epilepsziás páciens (13 nő és 4 férfi; életkoruk: 21–66 év [$M = 46,6$, $SD = 13,5$]) és 17 illesztett kontrollszemély (9 nő és 8 férfi; életkoruk: 23–59 év [$M = 39,6$, $SD = 14,1$]) vett részt. Az alkalmazott kérdőívek: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Caldwell-féle Társas Támogatás Skála (SDS).

Eredmények: A vizsgált mintában a depresszió és a társas támogatás mértéke fordított összefüggést mutatott. A depresszió nagyobb mértéke szignifikáns kapcsolatban áll a kisebb társas támogatással: nehéz élethelyzetben ($rs [15] = -0,498$, $p < 0,003$), gyakorlati támogatásban ($rs [15] = -0,622$, $p < 0,001$), illetve azzal, hogy hány emberrel áll kapcsolatban a vizsgált személy ($rs [15] = -0,513$, $p < 0,002$). A HADS-összpontszám alapján szignifikáns különbség mutatkozott a gyógyszerrezisztens epilepsziás és a kontrollszemélyek között ($t [24,4] = 3,40$, $p = 0,002$, $d = 1,16$).

Megbeszélés: A szociális közeg megtartó és segítő szerepe alapvető jelentőségű a krónikus gyógyszerrezisztens epilepsziás betegek ellátásában. A társas támogatás hiányában a depresszió mértéke jelentős növekedést mutat, ami tovább rontja a páciensek életminőségét.

Következtetés: Pilotkutatásunk eredményei rávilágítanak a probléma időszerűségére, így elősegítheti a gyógyszerrezisztens epilepsziás betegek részletes neuropszichológiai diagnosztikáját, ezáltal növelve a terápiás hatékonyságot.

Orv Hetil. 2025; 166(1): 20–26.

Kulcsszavak: gyógyszerrezisztens epilepszia, hangulatzavarok, szorongásos zavarok, társas támogatás

Psychological assessment of drug-resistant epilepsy patients: affective factors and social support

Introduction: Epilepsy is a chronic brain disease, which is basically treated with antiepileptic drugs.

Objectives: The aim of our study was to map the social support of drug-resistant epilepsy patients and to examine and compare affective factors, including depression and anxiety, with healthy controls.

Methods: A total of 34 subjects (22 women and 12 men; age range: 21–66 years [$M = 43.1$, $SD = 14.0$]) were included in our study. 17 drug-resistant epilepsy patients (13 women and 4 men; age range: 21–66 years [$M = 46.6$, $SD = 13.5$]) and 17 matched control subjects (9 women and 8 men; age range: 23–59 years [$M = 39.6$, $SD = 14.1$]) participated in the study. Questionnaires used were Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Caldwell's Social Support Questionnaire (SDS).

Results: In the study sample, the level of depression and the level of social support showed an inverse correlation. Higher levels of depression were significantly related to lower levels of social support: difficult life situation ($rs [15] = -0.498$, $p < 0.003$), practical support ($rs [15] = -0.622$, $p < 0.001$), and the number of people the subject was in contact with ($rs [15] = -0.513$, $p < 0.002$). There was a significant difference in the HADS total score between people with drug-resistant epilepsy and controls ($t [24.4] = 3.40$, $p = 0.002$, $d = 1.16$).

Discussion: The maintaining and helping role of the social environment is essential in chronic drug-resistant epilepsy. In the absence of social support, the rate of depression increases significantly, which further deteriorates the quality of life of patients.

Conclusion: The results of the present pilot study highlight the relevance of this problem, which may facilitate a detailed neuropsychological diagnosis of drug-resistant epilepsy patients, thereby increasing therapeutic efficacy.

Keywords: drug-refractory epilepsy, mood disorders, anxiety disorders, social support

Csabai O, Kalmár O, Tóth E, Szok D, Tánczos T. [Psychological assessment of drug-resistant epilepsy patients: affective factors and social support]. *Orv Hetil.* 2025; 166(1): 20–26.

(Beérkezett: 2024. szeptember 25.; elfogadva: 2024. október 21.)

Rövidítések

ILAE = (International League Against Epilepsy) Nemzetközi Epilepszia Elleni Liga; HADS = (Hospital Anxiety and Depression Scale) Kórházi Szorongás és Depresszió Skála; SD = standard deviáció; SDS = (Caldwell Support Dimension Scale) Caldwell-féle Társas Támogatás Skála

Az epilepszia krónikus idegrendszeri betegség, amely világszerte mintegy 70 millió embert érint [1]. Az epilepsziás betegekben ismétlődő, nem provokált rohamok jelentkeznek, amelyek két fő típusa a fokális és a generalizált kezdetű roham [2]. Az antiepileptikus gyógyszerek alkalmazása az elsődleges kezelési stratégia a rohamok visszaszorítására, ám az epilepsziás betegek mintegy 30%-ában a gyógyszeres kezelések mellett sem sikerül jó rohamkontrollt, tartósan rohammentes állapotot elérni [3]. A Nemzetközi Epilepszia Elleni Liga (International League Against Epilepsy – ILAE) meghatározása alapján gyógyszerrezisztens epilepsziáról akkor beszélünk, ha egy epilepsziás betegben két jól tolerált, megfelelően választott és alkalmazott antiepileptikus gyógyszeres kezeléssel (monoterápia vagy kombinált terápia) nem lehet hosszú távon rohammentességet elérni [4]. Az epilepsziabetegség nagy társadalmi és mentális terhet ró az azal együtt élő személyre, nemtől és kortól függetlenül. Az ilyen egyének sokszor úgy érezhetik, hogy állandó szorongást és félelmet élnek meg, éppen ezért jelentősen nagy lemondásokat kell hozniuk a mindennapokban [5]. Az epilepsziabetegséggel járó nehézségek közül a legjelentősebbek a következők: pszichológiai diszfunkció, társadalmi megbélyegzés (stigmatizáció), kognitív deficiitek, csökkent életminőség, a mortalitás fokozott kockázata és komorbid betegségek [6]. Komorbiditásnak nevezzük az elsődleges betegséggel – jelen esetben az epilepsziával – egyidejűleg fennálló további egészségi vagy pszichiátriai rendellenességek jelenlétét [7]. Az epidemiológiai kutatások szerint az epilepsziás betegekben gyakrabban jelentkeznek pszichiátriai, különösen hangulati és szorongásos zavarok [8], és ez a tendencia még markánsabb a gyógyszerrezisztens epilepsziás betegek körében [9]. Egyes esetekben kimutatták, hogy a társbetegségek hatása súlyosabb lehet, mint maga az epilepszia [10]. A pszichiátriai betegségekhez kapcsolódó nagy halálozási arány egyik jelentős oka, hogy ezek gyakran szomatikus betegségekkel járnak együtt, ami korai halálo-

záshoz vezet [11]. Emellett az epilepsziás műtétek halálozásra gyakorolt hatását az 1970-es évek óta vizsgálják; a 2010-es évek óta megnőtt az érdeklődés a téma iránt. Az epilepsziás műtétet követő perioperatív halálozás <1% volt. Egy metaanalízisben összegyűjtött adatok alapján a jövőbeli tanulmányok során számos kulcsfontosságú kérdésre kell még választ adni, figyelembe véve, hogy a betegeket jobban kell tájékoztatni az epilepsziás műtétek hosszú távú előny-kockázat arányáról [12]. Az idiopathiás, poszttraumás/műtét utáni rendellenességek és térfoglaló elváltozások gyakoribbak voltak a gyógyszerrezisztens epilepsziások csoportjában [13]. Az epilepszia ellátásának jelentősége kiemelkedő a betegség komplexitása és az életminőséget érintő hatásai miatt. Gyakran téves epilepsziadiagnózist állítanak fel a tünetek miatt, például narcolepsia (alvászavar) esetén, így fokozottan szükséges a komplex kivizsgálás [14]. A hosszú távú egészségügyi ellátás során a cél az epilepsziás rohamok gyakoriságának és súlyosságának csökkentése, valamint az érintett betegek diagnózisának és kezelésének folyamatos optimalizálása az általános egészségi állapot javítása érdekében. Ezen túlmenően az ellátásnak magában kell foglalnia a betegek és családtagjaik tájékoztatását, támogatását, valamint a társadalmi integráció és az életminőség javítására irányuló intézkedéseket.

A gyógyszerrezisztens epilepszia pszichiátriai társbetegségei

Az epilepsziás, különösen a gyógyszerrezisztens esetekben a társbetegségek nagyban hozzájárulnak az életminőség romlásához, fokozzák a betegség súlyosságát, és rontják annak prognózisát [15]. Epidemiológiai vizsgálatok kimutatták, hogy a pszichiátriai rendellenességek (hangulati, szorongásos, pszichotikus és személyiségzavarok) előfordulása nagyobb az epilepsziás személyek körében, mint az átlagpopulációban [16]. A legtöbb tanulmány szerint az epilepsziások akár 50%-ában fennállhat valamilyen pszichés vagy mentális zavar. Azt is bizonyították, hogy a gyógyszerrezisztens epilepsziások között a depresszió komorbiditása negatívan befolyásolja az életminőséget [17].

Az epilepsziával egyidejűleg előforduló legelterjedtebb pszichiátriai rendellenességek közé tartoznak az affektív betegségek, túlnyomórészt a major depresszió,

a szorongásos és pszichotikus zavarok, illetve a személyiségzavarok. Ezek közül a depressziót vizsgálják a leggyakrabban, amely az epilepsziások egyharmadát érinti [18]. Kialakulásában befolyásoló tényező lehet az epilepszia fennállásának időtartama, a rohamok gyakorisága és típusa, a munkanélküliség, a társadalmi izoláció, illetve a női nem. Az önbecsülés és a szorongás mértéke jelentősen összefügg a depresszióval. Az alacsonyabb boldogság- és önértékelési szint előrevetíti a depresszió gyakoribb megjelenését. A depresszió a legelterjedtebb pszichiátriai zavar az epilepsziás betegek körében, és gyakran tapasztalható, hogy a depresszió és a szorongás mértéke fokozottabb, mint a kontrollcsoportban [16, 18]. A szorongás és a depresszió jellemzően együtt fordul elő az epilepsziás személyek körében, ami jelentős klinikai következményeket von maga után, többek között a szuicid kockázat növekedését [15]. Az epilepsziás betegek mintegy egyharmadában jelentkezik együtt a depresszió és a szorongás [19]. *Gülpek és mtsai* eredményei szerint az epilepsziás betegek 44%-a szenved valamilyen pszichiátriai komorbid zavarban. Vizsgálatukban a leggyakoribb pszichiátriai rendellenesség a major depresszió volt. Továbbá eredményeik rávilágítottak arra, hogy szignifikáns különbségek mutatkoznak az epilepsziás és a kontrollcsoport között a pszichiátriai rendellenességek tekintetében [20].

A pszichiátriai komorbiditások a gyógyszerrezisztens epilepsziások között jelentősen aluldiagnosztizáltak és alulkezelték. A gyógyszerrezisztens epilepsziás betegekben a pszichiátriai komorbiditás előfordulási valószínűsége háromszorosa a jó rohamkontrollal rendelkező betegekkel szemben, emiatt esetükben fokozott az öngyilkossági kockázat [21]. Felismerésük és kezelésük kritikus fontosságú annak érdekében, hogy javítsák az epilepszia gyógyszeres kezelésének sikerességét. A komorbid pszichés zavarok időben történő felismerése és a megfelelő pszichológiai intervenció alkalmazása növeli a betegek együttműködését, illetve csökkenti a betegségviselkedést, ami az életminőség javulását eredményezi [22]. Kimutatták, hogy az epilepsziás betegek korai elhalálozásának mintegy kétharmada valamilyen társbetegségnek volt tulajdonítható [8].

Gyógyszerrezisztens epilepszia és társas támogatás

A társas támogatást gyakran figyelmen kívül hagyták az epilepszia pszichoszociális vonatkozásának vizsgálatakor, azonban ez a tényező is jelentős hatással van az életminőségre. A gyógyszerrezisztens epilepsziás betegek sokszor nem fordulnak a környezetükhöz segítségért, nem kapnak támogatást a hozzájuk közel álló személyektől, ezáltal nagyon izolálttá válnak, ami még inkább befolyásolja mentális és pszichés állapotukat. A jelentősebb társas támogatásban részesülő betegek magasabb életminőségről számolnak be, illetve esetükben ritkábban fordulnak elő pszichiátriai tünetek [23]. A család a legjelen-

tősebb védőfaktor, hiszen a beteghez legközelebb álló személyek tudnak érdemi fizikai és érzelmi támogatást nyújtani. Ugyanolyan fontosak a barátok, illetve olyan személyek a páciens életében, akikre támaszkodhat, és akik biztonságot tudnak nyújtani számára [23]. Vannak azonban olyan eredmények is, amelyek nem találtak szignifikáns különbséget a faktorok között [24]. Fontos megemlíteni a pszichológiai oktatás szerepét, hiszen az epilepszia olyan betegség, amely számos ember számára ismeretlen, főként a segítségnyújtás és a rohamok kezelése szempontjából, így a betegben még jobban erősödhet a társadalmi megbélyegzés. Az emberek tájékoztatásának hiánya még inkább fokozza, hogy az epilepsziás személyek nem részesülnek a társas támogatás adta pozitív előnyökből. Kiemelendő még az is, hogy sok gyógyszerrezisztens epilepsziás személy alacsony szintű szociális készségekkel rendelkezik, ami még inkább megnehezíti a kapcsolatok kialakítását, illetve a segítségkérést. A jelen kutatás erőssége, hogy a társas támogatás még feltérképezetlen terület a gyógyszerrezisztens epilepsziás betegek életében, amelyről még nem született szakirodalmi közlemény, pozitív hatása és fontossága azonban tagadhatatlan [7].

Célkitűzés

Vizsgálatunk célja a gyógyszerrezisztens epilepsziás páciensek affektív komponenseinek, azon belül a depresszió és a szorongás, illetve a társas támogatás mértékének feltérképezése volt. Továbbá célunk volt összehasonlítani a gyógyszerrezisztens epilepsziás betegeket az egészséges kontrollszemélyekkel a depresszió és a szorongás vonatkozásában. Első hipotézisünk szerint: minél nagyobb az egyén depressziójának mértéke, annál kevésbé támogatják őt nehéz élethelyzetekben, és annál kevésbé részesül gyakorlati támogatásban. Második hipotézisünk alapján: minél nagyobb a páciens depressziójának mértéke, annál kevesebb személlyel áll kapcsolatban. Harmadik hipotézisünk szerint: különbséget találunk a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) összpontszámát tekintve az epilepsziás és a kontrollszemélyek között. Ez a feltételezés egy korábbi kutatáson alapszik, amelyben szignifikáns különbséget találtak az epilepsziás és a kontrollcsoport között a pszichiátriai rendellenességek tekintetében [20], valamint azon, hogy a depresszió és a szorongás mértéke nagyobb az epilepsziás csoportban a kontrollcsoportéhoz képest [16].

Módszerek

Minta

Összesen 34 személy vett részt a kutatásban, közülük 17 fő gyógyszerrezisztens epilepsziás beteg. A páciensek toborzása neurológus szakorvos vezetésével valósult meg. A páciensek nemi aránya 13 nő (76,5%) és 4 férfi (23,5%),

1. táblázat | A gyógyszerrezisztens epilepsziás páciensek és a kontrollcsoport életkori megoszlása

A vizsgálati személyek életkora (év)	Páciens (fő)	Megoszlás (%)	Kontroll-csoport (fő)	Megoszlás (%)
Összesen	17	100%	17	100%
18–25	1	6%	5	30%
26–35	3	18%	3	18%
36–45	3	18%	0	0%
46–55	5	30%	5	29%
56–65	4	23%	4	23%
66<	1	5%	0	0%

életkori megoszlásuk 21–66 év ($M = 43,1$, $SD = 14,0$) (1. táblázat). A demográfiai adatok alapján az iskolai végzettséget tekintve: felsőfokú 5 (29,4%), középfokú 11 (64,4%) és alacsony végzettségű 1 személy (5,9%). Epilepsziás rohamtípus szerinti megoszlás: fokális kezdetű roham 14 (82,4%), míg generalizált kezdetű roham 3 betegben (17,6%) fordult elő. Rohamgyakoriság szerinti megoszlás: naponta egy vagy több rohama van 2 (11,8%), hetente van rohama 5 (29,4%), havonta van rohama 7 (41,2%) és évente van rohama 3 személynek (17,6%).

Az adatfelvétel 17 kontrollszeméllyel egészült ki, akik nemből, életkorban és iskolázottságban illeszkednek a betegmintához. Nemi megoszlás szerint: 9 nő (52,9%) és 8 férfi (47,1%), életkori megoszlás alapján: 23–59 év ($M = 39,6$, $SD = 14,1$) (1. táblázat). Iskolai végzettségüket tekintve 47,1%-uk felsőfokú, míg 52,9%-uk középfokú végzettséggel rendelkezik.

A kontrollszemélyek bevonása a vizsgálatba segítséget nyújtott ahhoz, hogy az átlagpopuláció kérdőíveken nyújtott teljesítményével össze tudjuk mérni a beteg személyektől kapott adatokat

Vizsgálati eszközök

A mérőeszközök önbevallásos módon kerültek felvételre. A HADS megalkotója *Zigmond és Snaith* [25]; a kérdőív magyar nyelvű adaptációját *Muszbek és mtsai* 2006-ban készítették el [26]. A HADS 14 tételből álló rövid, gyorsan kitölthető teszt. A mérőeszközzel a hangulati jellemzők, a szorongás és depresszív tünetek mérhetők és azonosíthatók: 7 tétel a szorongás, 7 tétel pedig a depresszió mértékét teszteli. Az instrukció során a résztvevőknek azt kell figyelembe venniük, hogy az elmúlt hét során hogyan érezték magukat. A kitöltő a válaszlehetőségek közül csak egyet tud megjelölni, és a válaszok pontszámai 0–3 között értékelődnek. A nagyobb pont nagyobb depresszió- és szorongásmértéket jelöl. A kérdőív kitöltése nagyjából 5 percet vesz igénybe, és az értékelés is rövid idő alatt elvégezhető.

A Caldwell-féle Társas Támogatás Skála (Caldwell Support Dimension Scale – SDS) 3 faktor segítségével méri, hogy a kitöltők mennyire számíthatnak a követke-

ző személyek támogatására: szülő, házastárs/élettárs, szomszéd, munkatárs, barát, főnök, rokon, gyermek, segítő foglalkozású személy. A faktorok a következők: nehéz élethelyzet, fizikai/gyakorlati támogatás, hány emberrel áll kapcsolatban. A résztvevők 4 fokú skálán egy választ tudtak megjelölni (0 = semmit, 1 = keveset, 2 = átlagosan, 3 = nagyon). A skálán a nagyobb pontszám elérése azt jelenti, hogy az egyén nagyobb társas támogatásban részesül [27].

A vizsgálat leírása

Az adatfelvételek 2023. február és december között zajlottak. A vizsgálati személyekkel kapcsolatos adatokat anonim módon kezeljük az etikai szabályok maradéktalan betartása mellett. Tájékoztattuk a résztvevőket, hogy a vizsgálati helyzet önkéntes módon történik, és bármikor megszakítható következmények nélkül. Az adatgyűjtés két részből tevődött össze: (1) a kérdőívcsomag kitöltése és (2) különböző kognitív tesztek felvétele a vizsgálati személyekkel. A kérdőívcsomagban olyan kérdőívek szerepeltek, amelyek a szorongás, a depresszió, a szubjektív memória, az élettel való elégedettség, az önértékelés, a társas támogatás és az életminőség fokát mérik. A kognitív tesztek során vizsgáltuk a memóriát, a figyelmet, a végrehajtó funkciók működését és a nyelvi funkciókat. Összesen 3 külön vizsgálati alkalmat szerveztünk meg.

A jelen vizsgálatban a kérdőívcsomag két kérdőívének (HADS és SDS) eredményeit elemeztük. A Google Forms (Googleplex, Mountain View, CA, USA) kérdőíves adatfelvétel elején megkérdeztük a vizsgálati személyek demográfiai adatait (életkor, nem, legmagasabb iskolai végzettség, foglalkozás, párkapcsolati státusz). A kérdőív kitöltése 60 percet vett igénybe. Az adatfelvételt a vizsgálati személyek tájékoztatott beleegyezésének aláírásával kezdődött, majd a korábbi vizsgálati dokumentációk áttekintésével folytatódott. A tesztfelvételt egy rövid, kétszemélyes helyzetben történő exploráció előzte meg. Az egyes vizsgálóeljárások alkalmazásának sorrendje diagnosztikai gyakorlati tapasztalatok mentén formálódott, megegyezik a tesztbatteriaiban foglaltakkal.

Etikai vonatkozások

A jelen klinikai kutatás egy központú prospektív keresztmetszeti vizsgálat, amely a Szegedi Tudományegyetem Pszichológiai Intézetének Kognitív- és Neuropszichológiai Tanszékén, a Klinikai Neuropszichológia Kutatócsoport munkáján belül a Szegedi Tudományegyetem Neurológiai Klinikájának együttműködésével valósult meg (a kutatásetikai engedély száma: 11/2023-SZTE).

Az adatok védelme érdekében az adathalmazt kizárólag saját, jelszóval kódolt számítógépen, míg a vizsgálati űrlapokat védett helyen tároltuk. A vizsgálat során az etikai szabályok betartásával, a Szegedi Tudományegyetem adatkezelési szabályzata alapján jártunk el.

Statisztikai analízis

Az adatelemzés a Jamovi 2.2.5 (2022) statisztikai program segítségével történt. A hipotézistesztezéskor a vizsgálati mintából nem zártunk ki senkit, s nem voltak hiányzó adatok sem, így 34 fő eredményeit értékeltük. Egyéb demográfiai jellemzőiket az 1. táblázat tartalmazza. A változók felében teljesült a normalitásvizsgálat, ugyanakkor a HADS Depresszió alskála, az SDS Gyakorlati támogatás alskála és az SDS Kapcsolatban áll alskála vonatkozásában nem valósult meg a normálosztás, így ezekben az esetekben Spearman-féle korrelációt végeztünk. A változók leíró statisztikai jellemzői a 2. táblázatban megtekinthetők.

Eredmények

Első hipotézis – a HADS Depresszió, az SDS Nehéz élethelyzet és az SDS Gyakorlati támogatás korrelációs vizsgálata

Első hipotézisünk tesztelésekor a gyógyszerrezisztens epilepsziás mintán dolgoztunk ($n = 17$ fő). Hipotézisünk szerint minél nagyobb valaki depresszió pontszáma, annál

2. táblázat | A vizsgálati minta leíró statisztikai jellemzői a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS) és a Caldwell-féle Társas Támogatás Skála (SDS) kérdőíveken

		Átlag (M)	Szórás (SD)	Saphiro–Wilk p	Cronbach- α
SDS	Nehéz élethelyzet	13,0	4,26	0,324	0,503
	Gyakorlati támogatás	10,7	4,78	0,035*	0,599
	Kapcsolatban áll	26,9	17,8	0,049*	0,781
HADS	Összpontszám	12,6	5,05	0,808	0,853
	Szorongás	6,03	3,39	0,215	0,756
	Depresszió	6,53	2,35	<0,001***	0,777

* $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

p = szignifikancia

3. táblázat | A HADS Depresszió összpontszámának és az SDS faktorainak korrelációja

		HADS Depresszió		
		Spearman- ρ	Szabadságfok (df)	p-Érték
SDS	Nehéz élethelyzet	-0,498*	15	0,032*
	Gyakorlati támogatás	-0,622**	15	0,009**
	Kapcsolatban áll	-0,513*	15	0,022*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

HADS = Kórházi Szorongás és Depresszió Skála; SDS = Caldwell-féle Társas Támogatás Skála

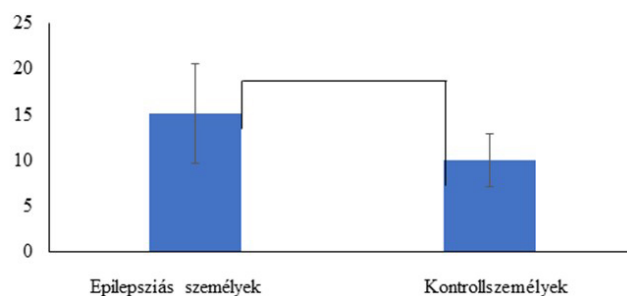
kevésbé támogatják őt a nehéz élethelyzetekben, illetve annál kevesebb gyakorlati támogatást kap. Ennek megvizsgálásához Spearman-féle korrelációs elemzést végeztünk. A HADS Depresszió, az SDS Nehéz élethelyzet és az SDS Gyakorlati támogatás alskálák szerepeltek változóként. Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott: szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk a faktorok között (3. táblázat). A korrelációk mértéke a depresszióhoz a nehéz élethelyzetben való támogatással közepes ($r_s [15] = -0,498$, $p < 0,003$), míg a gyakorlati támogatással nagy erősségű ($r_s [15] = -0,622$, $p < 0,001$).

Második hipotézis – a HADS Depresszió és az SDS Kapcsolatban áll korrelációs vizsgálata

Második hipotézisünk tesztelésekor a gyógyszerrezisztens epilepsziás mintán dolgoztunk ($n = 17$ fő). Hipotézisünk szerint minél nagyobb valaki depresszió pontszáma, annál kevesebb társas kapcsolattal rendelkezik. Ennek megvizsgálásához szintén Spearman-féle korrelációs elemzést végeztünk (3. táblázat). A HADS Depresszió és az SDS Kapcsolatban áll alskálákat határoztuk meg ennek a kapcsolatnak a feltárásához. Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott: szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk a faktorok között. A korreláció mértéke a Depresszió és a Kapcsolatban áll alskála között közepes erősségű ($r_s [15] = -0,513$, $p < 0,002$).

Harmadik hipotézis – a HADS-összpontszám különbségei a két csoport között

Harmadik hipotézisünk tesztelésekor a gyógyszerrezisztens epilepsziás minta ($n = 17$ fő) és az illesztett kontrollcsoport ($n = 17$ fő) adatait használtuk fel. Hipotézisünk szerint különbség van a HADS-összpontszám tekintetében az epilepsziás és a kontrollszemélyek között. Ennek a kérdőívnek két alskálája van, melyek a depresszió és a szorongás mértékét mérik. Feltételezésünk megállapításához Welch-próbát alkalmaztunk, hiszen a szóráshomogenitás sérült (Levene-F = 4,57, $p = 0,040$). Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott: szignifikáns



1. ábra | A HADS-kérdőív összpontszámának különbségei az epilepsziás és a kontrollcsoport között
HADS = Kórházi Szorongás és Depresszió Skála

különbséget találtunk a két csoport között ($t [24,4] = 3,40$, $p = 0,002$, $d = 1,16$) a depresszió és a szorongás tekintetében (1. ábra).

Megbeszélés

A jelen kutatás célja a gyógyszerrezisztens epilepsziás páciensek esetében a depresszió és az önbevallásos alapon megélt társas támogatás kapcsolatának feltérképezése volt. További célunk volt a páciensek összehasonlítása a kontrollcsoporttal a depresszió és a szorongás tekintetében. A gyógyszerrezisztens epilepsziás betegség kiterjed az egyén életének minden területére. Az epilepszia mint krónikus agyi betegség nagymértékben befolyásolja a személy életének minőségét, mivel az epilepsziás rohamok nemcsak fizikailag megterhelőek, hanem a mentális és pszichés jóllétre is negatív hatással vannak, ezáltal számos klinikai következményt vonva maguk után.

Gandy és mtsai kutatásában [15] az epilepsziás páciensek esetében a szorongás és a depresszió gyakoribb előfordulásáról számoltak be, mint a kontrollszemélyeknél. Ezt harmadik hipotézisünk is alátámasztotta, mivel a kapott eredmény alapján kirajzolódik, hogy a kontrollszemélyekhez viszonyítva a vizsgálatban részt vett gyógyszerrezisztens epilepsziás páciensek esetében nagyobb a szorongás és a depresszió mértéke. Nagyon fontos kiemelni ennek az eredménynek a jelentőségét, hiszen mind a depresszió, mind a szorongás negatívan befolyásolja az egyén életminőségét. Amennyiben ezek a pszichiátriai zavarok diagnosztizálatlanok maradnak, és ezáltal a páciens nem részesül megfelelő kezelésben, nagyobb esély áll fenn a szuicid hajlamra és az öngyilkosságra. Komorbid pszichiátriai rendellenességekkel társuló epilepszia esetén az öngyilkossági kockázat szignifikánsan emelkedett lehet [28]. A komorbid depresszió szignifikánsan korrelál az öngyilkossági kisértéssel epilepsziában [29]. *Whatley és mtsai* megállapították [30], hogy a depressziós tünetek jelenléte és az életminőség alacsony szintje között nagyon erős az összefüggés. A társas támogatás az életminőség fontos része, azok a páciensek ugyanis, akiknek a környezetében vannak olyan személyek, akikre támaszkodni tudnak, az ezáltal nyújtott előnyök miatt az epilepsziával is jobban meg tudnak küzdeni. A betegek az epilepsziás rohamok miatt sokszor izoláltak érzik magukat a többi embertől, nehezen tudnak kapcsolatokat kialakítani másokkal, ezért fontos kiemelni, hogy a mért társas támogatás önbevallásos alapú, tehát a személy egyéni megítélésétől függ, amire pedig állapota nagy hatással van.

A szakirodalmi adatokkal összhangban vizsgálatunk eredményeképpen elmondható, hogy a vizsgálati mintán a depresszió és a társas támogatás között korreláció azonosítható a gyógyszerrezisztens epilepsziás betegekben. Első hipotézisünk eredménye szerint minél erősebb az egyén depressziója, annál kevésbé rendelkezik maga körül olyan emberekkel, akikre támaszkodhat nehéz élet helyzetben, illetve kevésbé számíthat gyakorlati támoga-

tásra – azaz nem részesül a társas támogatás nyújtotta előnyökben, hiszen kevés személyt tudhat maga mellett. Ez magyarázható azzal, hogy az epilepsziás betegek sokszor nem is rendelkeznek a szociális kapcsolatok kialakításához szükséges készségekkel, kevésbé tudnak segítséget kérni, másokkal megfelelően kommunikálni. Mintánk esetében a depresszió okozta tünetek is megakadályozhatják őket ebben. Ehhez kapcsolódva második hipotézisünk eredménye is kirajzolódott, miszerint minél nagyobb volt a depresszió mértéke a mintán, annál kevésbé volt összefüggés a társas támogatással, tehát azok a személyek, akikben a depresszió mértéke nagyobb, a környezetükben kevesebb emberrel állnak kapcsolatban. A legjelentősebb szignifikáns eredményként a gyakorlati támogatás hiánya jelent meg a mintánkon, az epilepsziás betegek alig részesülnek segítségben.

A gyógyszerrezisztens epilepsziás egyének kevésbé jutnak hozzá a társas támogatás nyújtotta előnyökhöz, ami jelentős kihívásokat okozhat életvitelükben. A kevesebb társas támogatás és a korlátozott hozzáférés a segítséghez összefügg azzal, hogy ezek a betegek hajlamosak izolálódni, ami tovább súlyosbítja életminőségük romlását és pszichoszociális nehézségeket okoz. A depresszió nagyobb mértéke tovább csökkenti a társas támogatás mértékét. Ennek okán kiemelten fontos az egészségügyi szakemberek részéről időben felismerni a pszichiátriai társbetegségeket, hiszen a tényezők azonosítása és diagnosztizálása hozzásegíti a gyógyszerrezisztens epilepsziás pácienseket a pszichoszociális jóllét kialakításához és fenntartásához.

Következtetés

A jelen kutatás nagyon sok izgalmas eredményt hozott, azonban mindenképp figyelembe kell venni a korlátozó tényezőket. A vizsgálat folytatása során elengedhetetlen a jelenlegi kis mintaszám növelése. A kutatás folytatásában hangsúlyt kell fektetni arra, hogy további férfi gyógyszerrezisztens epilepsziás pácienseket vonjunk be. A későbbiekben figyelembe vesszük ezeket a korlátokat, s arra törekszünk, hogy mind az epilepsziás, mind a kontrollszemélyek esetében növeljük az elemszámot. Továbbá ügyelünk arra, hogy továbbra is megfelelően illesszük a kontrollszemélyeket a nem, az életkor és az iskolai végzettség tekintetében. A jövőben szeretnénk kitérni az affektív működést vélhetőleg befolyásoló rohamgyakoriságra és a gyógyszer mellékhatásokra, illetve tervezzük a jó rohamkontrollal rendelkező epilepsziás betegek bevonását is a vizsgálatba.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a vizsgált gyógyszerrezisztens epilepsziás betegekben jelentősen nagyobb a depresszió mértéke a kontrollcsoportéhoz képest, és ez kapcsolatban áll a kisebb mértékű társas támogatással. Pilotkutatásunk rámutat arra, hogy a gyógyszerrezisztens epilepsziás betegek életminőségét jelentősen rontják a pszichés komorbid tünetek (depresszió, szorongás). Fontosnak tartjuk hangsúlyozni mind a gyógy-

szerreiszitens epilepsziás betegek, mind családi környezetük oktatását, megfelelő tájékoztatását és segítségét a krónikus epilepsziabetegséggel és annak kezelési lehetőségeivel kapcsolatban.

Anyagi támogatás: A közlemény megírásához és a kutatómunkához a szerzők anyagi támogatásban nem részesültek.

Szerzői munkamegosztás: A kézirat elkészítéséhez minden szerző hozzájárult. T. T. megtervezte a tanulmányt, hozzájárult az eredmények értékeléséhez, elemezte az adatokat, felügyelte az adatgyűjtést. Sz. D. az adatgyűjtést felügyelte. Cs. O., K. O. és T. E. közreműködött az adatgyűjtésben, az adatok elemzésében, és hozzájárult az eredmények értékeléséhez. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Ngugi AK, Kariuki SM, Bottomley C, et al. Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2011; 77: 1005–1012.
- [2] Mohanraj R, Brodie MJ. Early predictors of outcome in newly diagnosed epilepsy. *Seizure* 2013; 22: 333–344.
- [3] Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. *N Engl J Med*. 2000; 342: 314–319.
- [4] Téllez-Zenteno JF, Hernández-Ronquillo L, Buckley S, et al. A validation of the new definition of drug-resistant epilepsy by the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55: 829–834.
- [5] Ben-Menachem E, Schmitz B, Kälviäinen R, et al. The burden of chronic drug-refractory focal onset epilepsy: can it be prevented? *Epilepsy Behav*. 2023; 148: 109435.
- [6] Monteagudo-Gimeno E, Sánchez-González R, Raduà-Castaño J, et al. Clinical relevance of interictal dysphoric disorder and its impact on quality of life in drug-resistant epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2013; 144: 109253.
- [7] Keezer MR, Sisodiya SM, Sander JW. Comorbidities of epilepsy: current concepts and future perspectives. *Lancet Neurol*. 2016; 15: 106–115. Erratum: *Lancet Neurol*. 2016; 15(1): 28.
- [8] Gaitatzis A, Sander JW. The mortality of epilepsy revisited. *Epileptic Disord*. 2004; 6: 3–13.
- [9] Téllez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, et al. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007; 48: 2336–2344.
- [10] Kanner AM. Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. *Nat Rev Neurol*. 2016; 12: 106–116.
- [11] Bitter I, Czobor P, Kakuszi B, et al. Psychiatric disorders are associated with high mortality rates: somatic comorbidity and mortality in autism spectrum disorder and schizophrenia. [A pszichiátriai betegségekre jelentős korai halálozási arányszámok jellemzők: szomatikus komorbiditás és mortalitás autizmus-spektrum-zavarban és szkizofréniában.] *Orv Hetil*. 2023; 164: 1287–1293. [Hungarian]
- [12] Rheims S, Sperling MR, Ryvlin P. Drug-resistant epilepsy and mortality. Why and when do neuromodulation and epilepsy surgery reduce overall mortality. *Epilepsia* 2022; 63: 3020–3036.
- [13] Mohammadzadeh P, Nazarboghi S. The prevalence of drug-resistant-epilepsy and its associated factors in patients with epilepsy. *Clin Neurol Neurosurg*. 2022; 213: 107086.
- [14] Gaál V, Faludi B. Characteristics of narcolepsy in childhood. [A narcolepsia jellegzetességei gyermekkorban.] *Orv Hetil*. 2024; 165: 211–220. [Hungarian]
- [15] Gandy M, Sharpe L, Perry KN. Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012; 140: 222–232.
- [16] Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, et al. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav*. 2005; 7: 161–171.
- [17] Scévola L, Wolfzun C, Sarudiansky M, et al. Psychiatric disorders, depression and quality of life in patients with psychogenic non-epileptic seizures and drug resistant epilepsy living in Argentina. *Seizure* 2021; 92: 174–181.
- [18] Kovács D. Investigation of psychosocial and family functioning in patients with epilepsy. Doctoral dissertation. [Epilepsziás betegek pszichoszociális és családi funkcionálás vizsgálata. Doktori értekezés.] Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [19] Kwon OY, Park SP. Depression and anxiety in people with epilepsy. *J Clin Neurol*. 2014; 10: 175–188. Erratum: *J Clin Neurol*. 2014; 10(4): 375.
- [20] Gülpek D, Bolat E, Mete L, et al. Psychiatric comorbidity, quality of life and social support in epileptic patients. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 373–380.
- [21] Kim SJ, Kim HJ, Jeon JY, et al. Clinical factors associated with suicide risk independent of depression in persons with epilepsy. *Seizure* 2020; 80: 86–91.
- [22] Szekeres T, Perczel-Forintos D, Dank M, et al. A case study of cognitive behavioral therapy for illness anxiety and depression caused by COVID-19 in a breast cancer patient. [A COVID-19-járvány miatt kialakult betegségszorongás és depresszió kezelése kognitív viselkedésterápiával egy emlőrákos nő esete kapcsán.] *Orv Hetil*. 2022; 163: 895–901. [Hungarian]
- [23] Piazzini A, Ramaglia G, Turner K, et al. Coping strategies in epilepsy: 50 drug-resistant and 50 seizure-free patients. *Seizure* 2007; 16: 211–217.
- [24] Cyriac N, Sureshkumar PN, Kunhikoyamu AM, et al. Social factors and psychopathology in epilepsy. *Neurol India* 2002; 50: 153–157.
- [25] Zigmond AS, Snaith RP. Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361–370.
- [26] Muszbek K, Szekely A, Balogh ÉM, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res*. 2006; 15: 761–766.
- [27] Kopp M, Skrabski Á. Hungarian mental health. [Magyar lelkiállapot.] Végeken Kiadó, Budapest, 1992. [Hungarian]
- [28] Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y, et al. Association between neurological disorders and death by suicide in Denmark. *JAMA* 2020; 323: 444–454.
- [29] Nigussie K, Tesfaye B, Lemma A, et al. Magnitude and associated factors of suicidal ideation and attempt among people with epilepsy attending outpatient treatment at primary public hospitals in northwest Ethiopia: a multicentre cross-sectional study. *BMJ Open* 2021; 11: e043227.
- [30] Whatley AD, Dilorio CK, Yeager K. Examining the relationships of depressive symptoms, stigma, social support and regimen-specific support on quality of life in adult patients with epilepsy. *Health Educ Res*. 2010; 25: 575–584.

(Tánczos Tímea dr.,
Szeged, Egyetem u. 2., 6725
e-mail: harmath-tanczos.timea.maria@szte.hu)